



DET TEOLOGISKE
MENIGHETSFAKULTET

Religiøs mestring og kronisk sykdom - en litteraturstudie

Hvordan kan religion bidra til mestring hos kronisk syke?

Ingvild Svalastoga

Veileder

Professor Gunnar H. Heiene

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved
Det teologiske Menighetsfakultet og er godkjent som del av denne utdanningen*

Det teologiske menighetsfakultet, 2014, vår
AVH501: Masteravhandling (30 ECTS)
Master i Diakoni

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1 - INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN, MOTIVASJON OG PRESENTASJON AV TEMA	5
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.3 METODE	6
1.3.1 HOVEDLINJER INNEN FORSKNINGEN	7
1.3.2 REFLEKSIVITET	8
1.3.3 HERMENEUTIKK	9
1.4 DISPOSISJON	10
KAPITTEL 2 – KRONISK SYKDOM I ET HELSEPSYKOLOGISK PERSPEKTIV	13
2.1 INNLEDNING	13
2.2 HVA ER KRONISK SYKDOM?	14
2.3 Å FÅ EN DIAGNOSE	15
2.4 BENEKTING	15
2.5 ANGST	17
2.5 DEPRESJON	18
2.7 SYKDOMSFORSTÅELSE	19
2.8 PERSONLIG PÅVIRKNING	20
2.8.1 MAKTESLØSHET	20
2.8.2 TAP AV SELV	20
2.8.3 MORALSK ARBEID	20
2.8.4 DEVALUERT SELV	21
2.8.5 KRONISK SORG	21
2.9 EKSISTENSIELLE SPØRSMÅL	22
2.10 SUBJEKTIVT VELVÆRE OG LIVSKVALITET	23
2.11 OPPSUMMERING	24
KAPITTEL 3 – TEORI OM MESTRING OG RELIGIØS MESTRING	25
3.1 INNLEDNING	25
3.2 TEORETISK BAKTEPPE	26
3.3 RELIGIØSE ORIENTERINGER	27
3.4 ÅTTE ANTAKELSER OM MESTRINGSPROSESSENS FORLØP	28
3.4.1 FOLK SØKER SIGNIFIKANS	29
3.4.2 HENDELSER ER KONSTRUERT ETTER DERES BETYDNING FOR FOLK	29

3.4.3 FOLK TAR MED SEG ET ORIENTERINGSSYSTEM INN I MESTRINGSPROSESSEN	30
3.4.4 FOLK OVERSETTER ORIENTERINGSSYSTEMET TIL SPESIFIKKE MESTRINGSMETODER	31
3.4.5 FOLK SØKER SIGNIFIKANS I MESTRING GJENNOM KONSERVERING OG TRANSFORMERING	32
3.4.6 FOLK MESTRER PÅ MÅTER SOM ER TILTALLENDE FOR DEM	34
3.4.7 MESTRING ER INNEBYGD I KULTUREN	34
3.4.8 NØKLENE TIL GOD MESTRING LIGGER I UTFALLET OG PROSESSEN	34
3.5 RELIGION OG MESTRING	35
3.5.1 TRE RELIGIØSE TILNÆRMINGER TIL MESTRING	38
3.5.2 NÅR BRUKES RELIGION SOM MESTRING?	39
3.5.3 RELIGIØS MESTRING OG KONSERVERING OG TRANSFORMERING AV SIGNIFIKANS	40
3.6 FUNGERER RELIGIØS MESTRING?	46
3.7 NÅR RELIGION MISLYKKES	49
3.8 OPPSUMMERING	50
KAPITTEL 4 – DRØFTING	53
4.1 INNLEDNING	53
4.2 FOLK SØKER SIGNIFIKANS	53
4.3 HENDELSER ER KONSTRUERT ETTER DERES BETYDNING FOR FOLK	56
4.4 FOLK TAR MED SEG ET ORIENTERINGSSYSTEM TIL MESTRINGSPROSESSEN	57
4.5 FOLK OVERSETTER ORIENTERINGSSYSTEMET TIL SPESIFIKKE MESTRINGSMETODER	58
4.6 FOLK SØKER SIGNIFIKANS I MESTRING GJENNOM KONSERVERING OG TRANSFORMERING	58
4.7 FOLK MESTRER PÅ MÅTER SOM ER TILTALLENDE FOR DEM	61
4.8 MESTRING ER INNEBYGD I KULTUREN	62
4.9 NØKKELEN TIL GOD MESTRING LIGGER I UTFALLET OG PROSESSEN	62
4.10 OPPSUMMERING	63
KAPITTEL 5 – KONKLUSJON	65
5.1 SAMMENFATNING	65
5.2 UTBLIKK OG BETYDNING FOR DIAKONIEN	65
LITTERATURLISTE	67

Kapittel 1 - Innledning

1.1 Bakgrunn, motivasjon og presentasjon av tema

Jeg har studert psykologi i fire år som har resultert i en bachelorgrad i psykologi med fordypning i helsepsykologi, og er snart ferdig med en toårig mastergrad i diakoni. Gjennom disse seks årene med studier er det spesielt skjæringspunktet mellom religion og helse som har opptatt meg. Jeg har jobbet på postkjøkken på ulike avdelinger på et sykehus i flere år og fått et unikt innblikk i pasienter og pårørendes historier gjennom å være tilgjengelig til å lytte til historier som må fortelles til noen som har tid. Jeg har blitt fascinert av hvordan mennesker ser ut til å mestre sykdom og død på så ulike måter, og spesielt imponert over hvordan pasienter på palliativ avdeling kan ha en så underlig livsglede mens de sakte men sikkert vandrer inn i døden.

Jeg bestemte meg tidlig for å skrive masteravhandlingen min rundt temaet religiøs mestring, og etter å ha hatt sjelesorgpraksis på et sykehus fant jeg ut at jeg ville kombinere religiøs mestring og kronisk sykdom. Det var så mange eksistensielle spørsmål som dukket opp hos pasienter som enten nettopp hadde fått en alvorlig diagnose, eller nettopp hadde fått vite at det ikke var mer legene kunne gjøre for dem. Mange av pasientene på avdelingen min var tydelige på at de ville snakke med sykehuspresten, og i perioden jeg var i praksis betydde det at jeg ble tilkalt. Jeg fikk mange gode samtaler, mange smertefulle samtaler, og samtidig fikk jeg være med på å bringe et lite lys inn i livet som plutselig ble så mørkt. Pasienter som ikke anså seg selv som kristne ville plutselig snakke om hva som skjedde etter døden, om Gud kunne ha gjort sånn at de ble syke, om jeg trodde at han hørte på bønnene deres selv om de egentlig ikke var sikre på om de trodde.

Det er en kombinasjon av fag som religionspsykologi, helsepsykologi og sjelesorgfag som har lagt det teoretiske grunnlaget for temaet jeg har valgt. Teorien i møte med praksis og personlig erfaring har ført meg fram til problemstillingen jeg har satt for denne oppgaven.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er ”Hvordan kan religion bidra til mestring hos kronisk syke?”. Jeg har tenkt mye på hvordan jeg skulle avgrense oppgaven. Skulle jeg velge ut en spesifikk kronisk sykdom? Hvilken ville i så fall være best egnet til å

finne teori om? Skulle jeg velge en spesifikk religion? Eller ville jeg da miste en del forskning som ikke er spesifikk?

Jeg har kommet fram til at jeg ikke vil begrense meg til en spesiell type sykdom, men jeg vil fokusere spesielt på diagnosefasen hos kronisk syke, og andre perioder med store endringer. Jeg har inkludert forskning som er gjort på flere typer kroniske sykdommer, noen sykdommer som er mer alvorlige enn andre, men så lenge sykdommen tvinger pasienten til å tenke nytt om livet på en eller annen måte vil det være relevant for problemstillingen.

Jeg har også valgt å ha et bredt fokus på religion, og vil definere hvordan jeg bruker religion litt senere i oppgaven. Grunnen til at jeg har valgt å skrive om religion på et generelt grunnlag er fordi det er så mange overlappende elementer ved de ulike religionene at det som kommer fram i forskning. Et eksempel er forskning på hvordan bønn kan være til hjelp hos personer i krise. Resultatene vil til en viss grad være gyldige for alle religioner som benytter seg av bønn. Samtidig har jeg valgt en teoretiker på religiøs mestring som selv er oppvokst i en jødisk tradisjon og har forsket mest på jødiske og kristne personer, så oppgaven vil bære et spesielt preg av dette.

Jeg har også valgt å fokusere på hvordan religion kan *bidra* til mestring, ikke på hvordan den hindrer, eller gjør vondt verre. Jeg vil likevel ta med et avsnitt om når religion mislykkes fordi jeg synes det er en viktig side å få fram selv om det ikke er fokuset her.

1.3 Metode

Denne oppgaven vil være en litteraturstudie hvor jeg vil se på grunnleggende forskning innen religiøs mestring og kronisk sykdom ut fra et helse- og religionspsykologisk perspektiv. Problemstilling kunne nok ha blitt bedre belyst gjennom empirisk forskning sett opp mot den eksisterende teorien, men av tidsmessige hensyn har jeg valgt å gjøre oppgaven til en litteraturstudie. Dette skal jeg komme tilbake til under avsnittet om epistemologisk refleksivitet.

I følge Alan Bryman (2012, p. 8) handler en litteraturstudie om flere ting. Det handler om å finne ut av hva som allerede er kjent om temaet man skriver om, om hvilke konsepter og teorier som brukes om temaet, hvilke forskningsmetoder som har blitt brukt, hva som er kontroversielt om temaet og hvordan det er studert,

motstridende funn hvis de eksisterer og hvem som er nøkkelpersoner i forbindelse med forskning på temaet.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke Kenneth I. Pargament som grunnteoretiker på temaet om religiøs mestring. Alle artiklene jeg har lest om temaet referer til Pargaments forskning, og spesielt til boken hans som heter *The Psychology of Religion and Meaning* (1997). Jeg tar derfor utgangspunkt i denne boken, og supplerer med annen teori der det er behov for det. Jeg vil også bruke Lazarus og Folkmans bok *Stress, Appraisal, and Coping* (1984) i forbindelse med forståelse av stress og mestring.

1.3.1 Hovedlinjer innen forskningen

De siste 30 årene har det vært et økende fokus på hvordan religion kan påvirke både fysisk og psykisk helse. Interessen for temaet har vært tilstede lenge, men man kan se en markant økning i antall publikasjoner på temaet fra 1980-årene fram til i dag ved å gjøre et kjapt søk i biblioteksdata-baser på religion og helse.

Psykologer har vært nølende til å ta i bruk religion i en terapeutisk sammenheng, og det er vanskelig å si akkurat hvorfor det er sånn. Kanskje startet det med Freuds negative innstilling til religion, som igjen har ført til at det undervises lite om temaet i utdanningen for å bli psykolog? Eller kanskje det er fordi religiøse opplevelser ligger svært nært flere av kriteriene for psykisk sykdom i diagnosemanualene til psykologer og psykiatere? Uansett årsak til dette fraværet har det skapt et hull i terapien for folk som har det vanskelig på grunn av sin tro, og det kan være vanskelig å bli tatt på alvor med problemer som man også har trosrelaterte spørsmål knyttet opp mot. Om religion skal integreres i psykoterapi er en diskusjon jeg ikke skal gå videre inn på i denne oppgaven, men den diskusjonen har vært grunnlaget for mye av forskningen som har blitt gjort på temaet.

Det er gjort en del forskning på sammenhengen mellom religion og helse, noe jeg ikke har mulighet til å gå i dybden på i denne oppgaven, men jeg vil likevel nevne noen av de større funnene som er gjort her i innledningskapittelet. Det kan være greit å ha det i bakhodet gjennom oppgaven.

Det er spesielt arbeidet med psykonevroimmunologi som har banet vei for forskning på forholdet mellom religion og helse. Linken fra religion til helse går blant annet gjennom læren om hvordan psyken påvirker nervesystemet som igjen påvirker immunforsvaret. Enkelt sagt – hvis man har det bra psykisk vil kroppen ha et sterkere

immunforsvar og hvis man ikke har det bra vil immunforsvaret være dårligere. Det finnes selvfølgelig unntak på dette, men det er de generelle funnene. Hood, Hill og Spilka (2009) nevner fire kategorier hvor religion kan bidra til bedre helse: helseatferd¹, psykologisk tilstand, mestring og sosial støtte (p. 437-438). Koenig og Cohen (2002) har i sin bok *The Link Between Religion and Health. Psychoneuroimmunology and the Faith Factor* samlet mye forskning på disse fire områdene som Hood, Hill og Spilka fant at religion kan bidra til bedre helse, og Plante og Sherman (2001) har skrevet en hel bok om temaet tro og helse. Jeg har lest en del i disse bøkene og sett over mange artikler i forskjellige håndbøker på psykologi, religion og åndelighet. Selv om jeg ikke bruker stoff direkte fra disse bøkene ligger likevel kunnskapen der og danner en bakgrunn for hvordan jeg forstår stoffet jeg bruker i oppgaven. Dette vil jeg komme tilbake til under refleksivitet og hermeneutikk.

I stoffet mitt om kronisk sykdom er mye hentet fra pensumbøker i helsepsykologi, og noe fra bøker om kronisk sykdom skrevet av og for helsepersonell. Det er så mange vinklinger på hvordan man kan forske på kronisk sykdom at jeg synes det er vanskelig å trekke fram hovedlinjer innen forskningen. Jeg har valgt å fokusere på hvordan sykdommen påvirker pasientene på det emosjonelle, psykiske og personlige planet og hvordan livskvaliteten kan endres fordi det er disse områdene som er knyttet nærmest opp mot mestring.

1.3.2 Refleksivitet

Det er vanlig å snakke om refleksivitet i forbindelse med hvordan forskeren som person, med den erfaringen han eller hun har, er med på å konstruere mening gjennom forskningsprosessen. Det er en anerkjennelse av at det er umulig å forholde seg fullstendig objektiv i forhold til det man forsker på (Willig, 2008). Man kan dele refleksivitet opp i to: personlig refleksivitet og epistemologisk refleksivitet. Personlig refleksivitet handler om hvordan forskeren som person påvirker utfallet av studien, mens epistemologisk refleksivitet handler om hvilke begrensninger og fordeler en spesiell type epistemologi vil ha på det temaet som forskes på.

Angående personlig refleksivitet må jeg for det første se nøye på hva jeg bringer med meg inn i denne litteraturstudien. Jeg har vokst opp i et land hvor jeg bortimot tar det for gitt at jeg får hjelp når jeg trenger det, og må dermed forsøke å

¹ Atferd som påvirker helsen

sette meg inn i andre land- og kulturers sosiale system for å forstå resultatene av en del av undersøkelsene som er brukt i teoridelen i denne oppgaven.

Jeg har også vokst opp med en kristen tro, og utdanner meg til å jobbe innenfor Den norske kirke. Jeg er i utgangspunktet positivt innstilt til religion og hva den fører med seg, samtidig ser jeg at andres argumenter imot religion har en gyldighet i mange sammenhenger, og vil forsøke å forholde meg så nøytral som mulig når jeg ser på ulike forskningsresultat.

Epistemologisk refleksivitet er en forståelse av hvordan valget av metode vil påvirke utfallet av en studie, at man er klar over at ulike tilnærminger til en problemstilling vil kunne gi ulike svar. Epistemologi handler om hvordan man mener at verden kan forstås, og et av hovedspørsmålene som har vært stilt i den sammenhengen er om naturvitenskapelige metoder egentlig er egnet for å forstå en sosial verden (Bryman, 2012, p. 19).

Med den problemstillingen jeg har valgt kan jeg se at det er flere ulike måter å utforske spørsmålet på. Det kunne vært gjort en stor kvantitativ studie blant kronisk syke, jeg kunne ha foretatt meg en eller flere case studier på kronisk syke, og jeg var inne på tanken om å intervju sykehusprestens opplevelse av hvordan pasientene de snakket med forholdt seg til religion i tilknytning til sykdommen. For at disse studiene skulle hatt god kvalitet måtte jeg ha fordypet meg i stoffet slik jeg har gjort i denne litteraturstudien og i tillegg gjort et grundig for- og etterarbeid med empirien, og har derfor valgt å gjøre en ren litteraturstudie fordi jeg var usikker på om jeg ville få god nok kvalitet på en eventuell empirisk del.

Selv om det er større sjans for å påvirke utfallet av en studie gjennom empirisk forskning er ikke en litteraturstudie i seg selv helt nøytral. Jeg har valgt ut hovedlitteratur til dels gjennom kjennskapen jeg hadde til denne litteraturen gjennom tidligere studier, og til dels gjennom å se over en mengde artikler på temaet og legge merke til hvilke navn som nevnes mest i referansene. Dette betyr ikke at jeg nødvendigvis har fått inkludert all litteratur som burde vært inkludert, men jeg mener at litteraturen jeg har valgt belyser mye av det som trengs å belyses for å kunne besvare problemstillingen.

1.3.3 Hermeneutikk

Hermeneutikk er et begrep som opprinnelig ble brukt i forståelse av tekster, spesielt teologiske tekster, ved å sette seg inn i den sosiale og historiske konteksten

teksten ble skrevet i. Man må altså forstå teksten ut fra forfatterens perspektiv (Bryman, 2012, pp. 29, 560). Hermeneutikk er en del av den fortolkende grenen av samfunnsforskning som står i en epistemologisk kontrast til positivismen.

Positivismen benytter seg av naturvitenskapelige metoder for å *forklare* den sosiale verden, mens hermeneutikken forsøker å *forstå* den sosiale verden (Thomassen, 2006).

Hans-Georg Gadamer er en av de mest sentrale personene i hermeneutikken slik vi kjenner den i dag. Han mente at vi alle hadde ubevisste fordommer som var med på å forme all mening og forståelse. Fordommer, slik Gadamer bruker det, har ikke den samme negative betydningen som vi umiddelbart assosierer ordet med. I tillegg til denne negative forståelsen av fordommer mener Gadamer at det er våre fordommer som gjør det mulig for oss å forstå noe (Thomassen, 2006, p. 86).

Gadamer skrev om en forståelseshorisont som var en samling av våre bevisste og ubevisste fordommer. Han var ikke så fokusert på de individuelle fordommene, men heller fordommer vi hadde som en kollektiv menneskehet på bakgrunn av vår historiske og sosiale kontekst. Han bruker ordet horisont om denne samlingen av fordommer for å illustrere at vi aldri kan stille oss på utsiden av den eller, slik fenomenologen Husserl mente fortolkende forskning skulle foregå – å sette våre fordommer og forutforståelse i parentes og møte fenomenet slik det fremstår i seg selv (Thomassen, 2006).

”Den hermeneutiske sirkel” betegner i klassisk hermeneutikk hvordan forståelsen utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom *helhet* og *del* i det materialet vi søker å forstå” (Thomassen, 2006, p. 91). Det er på denne måten jeg har lest og forstått boken til Pargament som jeg bruker som hovedteori om religiøs mestring. Jeg har lest en del, tatt et skritt tilbake for å forstå hvordan det jeg akkurat har lest forholder seg til den større sammenhengen i boken, for så å lese en ny del.

1.4 Disposisjon

Jeg har nå gjort rede for bakgrunn, motivasjon og bakgrunn for valg av tema, før jeg så på problemstillingen og en avgrensning av den. Jeg har beskrevet litteraturstudie som er de metoden jeg skal benytte meg av i denne oppgaven, samt hovedlinjer innen den relevante forskningen jeg skal ta for meg. Jeg har skrevet litt

om refleksivitet i forhold til mitt eget ståsted og valg av metode, og så sett på hermeneutikk som fortolkende epistemologi.

I det neste kapitlet vil jeg ta for meg kronisk sykdom i et helsepsykologisk perspektiv. Jeg vil fokusere spesielt på hvilke personlige påvirkninger kronisk sykdom kan ha, inkludert emosjonelle og psykologiske reaksjoner som kan oppstå ved å få en slik diagnose. Jeg vil også ta for meg sykdomsforståelse, eksistensielle spørsmål og livskvalitet under dette kapitlet.

I kapittel tre vil jeg gjøre en grundig redegjørelse av Pargaments teori om religiøs mestring. Jeg vil benytte meg av teori om ulike religiøse orienteringer og om generell mestringsteori for å bygge opp under teorien til Pargament. Jeg vil spesielt fokusere på åtte antakelser som Pargament gjør om mestringsprosessens forløp og knytte religiøs mestring opp mot disse antakelsene.

Kapittel fire vil være drøftingskapitlet hvor jeg igjen benytter de åtte antakelsene om mestringsprosessens forløp for å danne rammen for drøftingen. Jeg vil forsøke å flette sammen teori om kronisk sykdom og religiøs mestring under hver av de åtte antakelsene.

Til slutt vil jeg skrive en oppsummering av oppgaven og et utblikk for videre forskning.

Kapittel 2 – Kronisk sykdom i et helsepsykologisk perspektiv

2.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på hva kronisk sykdom er og hvordan det kan påvirke en person. Jeg vil spesielt legge vekt på den psykologiske effekten av kronisk sykdom og alt som følger med en slik diagnose.

For å forstå hva kronisk sykdom er, kan det være greit å starte med noen definisjoner på hva helse er. Den mest kjente definisjonen på helse er World Health Organization (WHO) sin definisjon som slik den står på side 100 i *Official records of the World Health Organization, No 2* (1948), og den lyder som følger: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”. I følge denne definisjonen er altså helse ikke bare fravær av sykdom, men et komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære.

Helse kan også defineres som en bevegelse i positiv retning (Espnes & Smedslund, 2009, p. 36). Dette er kanskje en mer realistisk forståelse av helse, mens WHO sin definisjon er en idealistisk forståelse av helse. Det har vært rettet kritikk mot WHO sin definisjon fordi den setter så høye krav til hva helse er. Betyr det at man ikke er frisk dersom man ikke er i et komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære? Betyr det at livet burde vært fritt for sykdom? Eller kan vi akseptere at det faktisk er en del av det å være menneske? Samtidig er WHO sin definisjon fin fordi det gir oss en opplevelse av en slags rett til å kjempe for vårt eget velvære.

Kronisk sykdom er et utfordrende tema å skrive om fordi det er så mange faktorer å ta hensyn til. Som jeg nevnte i innledningskapittelet har det vært vanskelig å vite hva jeg skal inkludere og ikke, men har valgt å inkludere alle typer kroniske sykdommer og vil fokusere mest på diagnosefasen og andre kritiske faser som tvinger fram en forandring av enten liv eller fokus hos pasienten.

I dette kapittelet vil jeg starte med å se på hva kronisk sykdom er. Deretter vil jeg se på hvordan det kan oppleves å få en diagnose ved å bruke en case fra en bok av Frank og Hanssen. Dette leder meg over i hva som kan skje psykisk når man får en kronisk sykdom. Jeg vil se på benekting som en vanlig forsvarsmekanisme, og hvordan angst og depresjoner heller ikke er uvanlig som følge av en kronisk sykdom. Angst og depresjon i dette tilfellet handler om subkliniske² varianter av de psykiske

² møter ikke nok diagnosekriterier til å klassifiseres som klinisk angst og depresjon

lidelsene, så jeg vil ta de for meg som en vanlig reaksjon på det å få en kronisk sykdom, og som en utfordring for både pasient, pårørende og helsepersonell. Etter at jeg har sett på disse psykiske påvirkningene, vil jeg se på sykdomsforståelse og ulike personlige påvirkninger kronisk sykdom kan ha, før jeg avslutter kapittelet med å se på eksistensielle spørsmål som kan dukke opp som følge av en kronisk diagnose og hvilken betydning subjektivt velvære og livskvalitet har for kronisk syke.

2.2 Hva er kronisk sykdom?

Rundt 1950-tallet så vi et skifte i hva slags sykdommer som dominerte i Vesten. Tidligere hadde infeksjonssykdommer vært rådende dødsårsak, men med vaksiner, oppdagelsen av antibiotika og lære om smittevern overtok kroniske sykdommer som de mest utbredte sykdommene som fører til en tidlig død (Espnes & Smedslund, 2009, pp. 170-171). De klassiske kroniske sykdommene er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes, psykiske lidelser, lungesykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og AIDS (Espnes & Smedslund, 2009; Folkehelseinstituttet, 2010). Disse sykdommene blir ofte referert til som livsstilssykdommer fordi de kan oppstå som følge av en negativ helseatferd. Jeg opplever at begrepet livsstilssykdommer kan være stigmatiserende, spesielt siden ikke alle som får en kronisk sykdom har levd et liv som tydelig tilsvarer at de skulle få akkurat denne sykdommen, og velger derfor heller å bruke begrepet kronisk sykdom i denne oppgaven.

Kronisk sykdom skiller seg fra akutt sykdom ved at den er langvarig. Vi kan dele kronisk sykdom opp i reversible og ikke-reversible sykdommer, samt stabile og progredierende³ sykdommer (Espnes & Smedslund, 2009, p. 170). Ved akutt sykdom blir man enten frisk eller dør etter kort tids sykdom, mens kronisk sykdom er vedvarende, og dersom den fører til død er det ofte først etter lengre tids sykdom (Espnes & Smedslund, 2009; Larsen, 2013a).

Det er også en viktig forskjell i hvordan mennesker rundt forholder seg til den syke personen. Dersom personen er akutt syk er det akseptabelt å slippe å delta i vanlige forpliktelser, mens dersom personen er kronisk syk vil det være vanskeligere å la være å hjelpe til å huset, eller forsøke å være i jobb og så videre (Espnes & Smedslund, 2009, p. 172).

³ Blir verre over tid

2.3 Å få en diagnose

Det å få en kronisk sykdomsdiagnose kan komme som et sjokk på en person. Jeg vil bruke en case fra boken *Du ser jo så godt ut: Kronisk sykdom bak fasaden* av Kari Frank og Kjersti Træland Hanssen (2013, pp. 23-36) for å belyse denne første fasen av å få en diagnose. Ingeborg er 23 år gammel og kom til Oslo for å studere medisin. Hun trives godt, synes at storbylivet er akkurat slik det skal være, og at studiene er veldig spennende. De siste ukene har hun ikke vært så mye på medisinsk fakultet. Hun har hatt en synsnervebetennelse og har tatt det med ro. Etter en ukes tid gikk hun til legen, og legen spurte henne hva hun ville gjort siden hun studerte medisin. Ingeborg ville henvist til MR og hadde selv hatt mistanke om at det var MS og drøftet symptomene med kollokviegruppen sin. Likevel reagerte hun med vantro på konklusjonen av undersøkelsen – de måtte ha byttet om prøvene hennes med noen andres. Hun kunne da ikke ha MS. Hun ville ha en annen leges vurdering, men visste innerst inne at det stemte og kjente hjertet revne i brystet mens hun så livet hun hadde planlagt forsvinne foran henne.

Historien til Ingeborg er ikke unik. Mange som får en kronisk diagnose har nok hatt mistanke om at det er noe galt, og kanskje også at det er noe alvorlig galt. Likevel er det vanskelig å ta inn over seg at det faktisk er det de har fryktet – en kronisk sykdom. Hjernen vil ikke godta det og pasienten går inn i en fase av benekting. Jeg vil nå se på benekting som en både konstruktiv og destruktiv forsvarsmekanisme hos kronisk syke, før jeg vil se videre på andre typer psykiske og emosjonelle responser på kronisk sykdom.

2.4 Benekting

Forsvarsmekanismer handler om strategier for å beskytte seg selv mot vonde følelser (Espnes & Smedslund, 2009, p. 174). Disse strategiene kan være både bevisste og ubevisste. Den mest vanlige forsvarsmekanismen hos en person som akkurat har fått en diagnose på en kronisk sykdom er, som vi så i casen med Ingeborg, benekting (Espnes & Smedslund, 2009; Taylor, 2009).

Benekting ble tidligere sett på som utelukkende usunt, at det bare dekket over en underliggende angst. I senere tid har det derimot dukket opp flere forskningsresultater som viser at benekting senker nivået av stresshormoner i kroppen, noe som igjen kan gjøre at pasienten opplever seg selv friskere enn de som ikke benekter sykdommen i starten (Espnes & Smedslund, 2009, pp. 174-175). Jeg vil

komme tilbake til hvorfor benekting kan senke nivået av stresshormoner når jeg skriver om angst lenger ned i kapittelet.

Vi går tilbake til casen om Ingeborg i boka til Frank og Hanssen (2013). Den gir oss ikke så mye mer informasjon om hva som skjedde med Ingeborg, men vi kan bruke den som et utgangspunkt for å forstå benekting som konstruktiv forsvarsmekanisme. Ingeborg er helt i startgropa av sitt voksne liv. Hun har bestemt seg for en utdanning, hun trives godt i storbyen selv om det er langt fra familien, og vi kan anta at hun har et godt nettverk i medstudenter i kollokviegruppen ettersom hun har diskutert symptomene sine med dem før hun fikk diagnosen MS. Livet ser egentlig ganske lyst ut, men så kommer denne sykdommen og forandrer alt.

Før jeg går videre vil jeg forklare MS i korte trekk. MS er en degenerativ nervesykdom – det vil si at pasienten vil bli gradvis verre og verre. Sykdommen ble oppdaget allerede på 1800-tallet, men vi har fortsatt ikke funnet årsaken til sykdommen. Myelinskjeden er et beskyttende fettlag rundt nerven som gjør at nervesignalene kan sendes mye raskere enn om nerven ikke har dette laget. MS gjør at myelinskjeden brytes ned, noe som igjen fører til at nervene ikke er i stand til å sende signaler på samme måte som før (Taylor, 2009, p. 21).

Virkeligheten for Ingeborg er at hun vil bli dårligere og dårligere. MS er en uforutsigbar sykdom, og det er veldig varierende hvor hardt den rammer. Uforutsigbarheten kan gjøre det vanskelig å planlegge livet, men Ingeborg kan være ganske sikker på at det blir vanskelig å fullføre studier og ikke minst livnære seg av å være lege. Hun må tenke helt nytt om sin yrkesframtid. Kan hun bruke det hun allerede har lært på medisinstudiet? Vil hun kunne være i fast jobb noen gang? Hvordan skal hun opprettholde et sosialt liv med en så uforutsigbar sykdom? Vil vennene forstå? Det er mange spørsmål som kommer med en slik diagnose, egentlig alt for mange å håndtere på en gang. Derfor benyttes ofte den mer eller mindre ubevisste forsvarsmekanismen benekting.

Benekting i starten av et sykdomsforløp gjør at Ingeborg, og andre som får en kronisk diagnose, gradvis kan ta omfanget av diagnosen inn over seg slik at det ikke blir fullt så overveldende. Det har en beskyttende funksjon som kan være svært viktig for pasientens mentale og fysiske velvære. Dersom benektingen vedvarer, vil det derimot kunne ha alvorlige konsekvenser for pasienten og muligens for pasientens omgivelser. Det kan føre til at pasienten ikke følger behandlingsregimet som er nødvendig for at sykdommen skal holdes i sjakk, og dersom pasienten har en

smittsom sykdom som for eksempel HIV vil dette kunne ha alvorlige konsekvenser for uvitende seksualpartnere (Espnes & Smedslund, 2009).

Benekting kan altså ha en beskyttende funksjon i starten av sykdomsforløpet, men det er likevel viktig at pasienten, så raskt det lar seg gjøre, blir møtt med realiteten av sykdommen, prognoser, behandling og så videre. Dessverre er det ikke alltid mulig å gi konkret informasjon om sykdommen og hvordan den kommer til å utarte seg, som for eksempel for Ingeborg. Dette kan skape angst i pasienter med kroniske sykdommer, noe jeg skal se nærmere på nå.

2.5 Angst

Angst er en naturlig reaksjon å få når man først får vite at man har en kronisk sykdom. Angst kommer gjerne når man har en opplevelse av å miste kontrollen, og i forbindelse med kronisk sykdom når man kanskje ikke lenger kjenner sin egen kropp (Espnes & Smedslund, 2009). Det kan være usikkerhet rundt sykdomsforløp og behandling, hvor stor påvirkning det vil ha på pasientens liv, hvor mye smerte de kommer til å ha. Det er altså mange faktorer som kan skape usikkerhet og angst i starten, og også senere i sykdomsperioden.

Angst kan være veldig ubehagelig og kan gjøre at kroppen går inn i en kamp/flukt/frys-reaksjon som er en av de mest basale reaksjonene vi mennesker har i møte med fare. Det er en reaksjon i det sympatiske nervesystemet som setter i gang en hormonrespons i form av en økt produksjon av stresshormoner som blir sendt ut i blodomløpet. Reaksjonen i nervesystemet er så umiddelbar at vår rasjonelle hjerne ikke kan styre den, og er reaksjonen sterk nok vil det kunne ta lang tid før vi henter oss inn igjen (Nolen-Hoeksema, 2008). Dette er grunnen til at benekting kan senke nivået av stresshormoner hos pasienter med kronisk sykdom – ved å ikke ta alt inn over seg vil man heller ikke få denne kamp/flukt/frys reaksjonen som setter i gang produksjonen av stresshormoner.

Denne kroppslige angstresponsen kan være svært utmattende, spesielt hvis den vedvarer over lengre tid, så det er viktig at pasienten får bearbeidet spørsmål og usikkerheter som opprettholder angsten slik at de er i best mulig stand til å mestre hverdagen og symptomene sykdommen gir, uten å måtte mestre angsten i tillegg.

Kronisk sykdom utarter seg forskjellig hos ulike pasienter, det kan derfor være vanskelig å gi gode svar underveis på hvordan pasienten vil reagere på behandling, hvor hurtig sykdommen vil utvikle seg, hvor store smerter pasienten vil ha og i

hvilken grad sykdommen vil tvinge pasienten til å legge om hverdagen sin. Likevel kan det gjøres grep for å redusere angsten i møte med all denne uvissheten, både gjennom samtaleterapi, avspenningsøvelser og i noen tilfeller med angstdempende medisiner.

Vi skiller ofte mellom tilpasset frykt – frykt som er rasjonell, realistisk og går over når faren er over – og mistilpasset angst – frykt som er urasjonell, urealistisk og vedvarende etter at faren er over (Nolen-Hoeksema, 2008, p. 220). Det er helt naturlig at pasienter med kronisk sykdom opplever frykt og angst i møte med det ukjente, men når denne reaksjonen forstyrrer pasientens evne til å mestre hverdagen og sykdommen er det viktig at helsepersonell eller andre profesjonelle kan hjelpe pasienten med å få kontroll på angsten.

2.5 Depresjon

Depresjon er også en vanlig reaksjon knyttet til kronisk sykdom, men den inntreffer ofte noe lengre ut i sykdomsforløpet fordi den som regel utvikles over tid. Det finnes ingen positiv funksjon i det å være deprimert, det har bare negative konsekvenser for pasientens velvære og kroppens evne til å holde seg så frisk som mulig.

Depresjon fører til at det skilles ut og tas opp mindre noradrenalin og serotonin, som er to neurotransmittere det vanligvis finnes mye av i det limbiske systemet i hjernen. Det limbiske systemet er den delen av hjernen vår som er svært lik dyrehjerner, og den bidrar til regulering av søvn, matlyst, humør og reduserer smerte. Dersom det skilles ut og tas opp for lite noradrenalin og serotonin vil det limbiske systemet komme i ubalanse, og man vil få forstyrret søvnmønster, dårlig regulering av matinntak, oppleve en nedstemthet og man vil ha en økt smerteopplevelse. Ingen av disse reaksjonene er gunstige i prosessen med å mestre livet med en kronisk sykdom, derfor er det viktig at depresjonen blir behandlet så raskt som mulig. (Nolen-Hoeksema, 2008, pp. 302-319).

Det kan være vanskelig å skille mellom symptomer på depresjon og symptomer på sykdom hos kronisk syke pasienter, så mange pasienter går med en ubehandlet depresjon som bare forverrer helsetilstanden ytterligere (Espnes & Smedslund, 2009).

2.7 Sykdomsforståelse

Vi har nå sett på ulike emosjonelle og psykologiske responser på det å få en kronisk sykdom. Jeg vil nå ta for meg de engelske begrepene *disease* og *illness* da disse gir en bedre forståelse enn ordet *sykdom* på norsk, før jeg går videre til å se litt mer spesifikt på hvordan kronisk sykdom kan påvirke en person på det personlige planet.

De engelske begrepene *disease* og *illness* blir ofte brukt om hverandre, men det er en distinkt forskjell mellom dem. *Disease* handler om patofysiologien bak sykdommen – altså den vitenskapelige forklaringen om hva som skjer i kroppen når den lider av den aktuelle sykdommen. *Illness* handler om den menneskelige opplevelsen av symptomer og lidelse, og referer til hvordan sykdommen er opplevd, levd med og respondert på av individet, deres familie og helsepersonell (Larsen, 2013a, p. 4).

En persons oppfatning av sykdommen har stor påvirkning på hva slags atferd personen vil utøve, det er derfor viktig for helsepersonell å finne ut av hvordan pasienten oppfatter sykdommen, hvordan de mener ting henger sammen og hva de opplever at gjør de bedre og dårligere. Pasientens oppfatning av sykdommen trenger ikke være vitenskapelig begrunnet, men er ofte en samling av erfaring, det man har hørt fra andre og en kulturell oppfatning av den spesifikke sykdommen.

Denne samlede oppfatningen kan føre til at pasienten oppfører seg på en måte som han/hun selv tror er helsemessig riktig, men som kan føre til mer skade, eller pasienten kan oppfatte sykdommen som mye verre enn den egentlig er og ha en emosjonell respons på den oppfattede alvorlighetsgraden som gjør det vanskeligere å mestre sykdommen. Dersom helsepersonell klarer å finne ut hvordan pasienten selv mener sykdommen henger sammen, kan de hjelpe til med å korrigere eventuelle oppfatninger som kan føre til negative konsekvenser for pasientens helse.

Leventhal et al. (2012, p. 16) har identifisert fem dimensjoner som pasienten gjør seg opp meninger om: 1) det å identifisere sykdommen – å koble symptomer til sykdommen, 2) tidslinjen – varighet og progresjon av sykdommen, 3) årsaken – den oppfattede grunnen til at pasienten er syk, 4) konsekvensene – fysiske, psykososiale og økonomiske konsekvenser, og 5) kontrollerbarheten – om pasienten har kontroll på sykdommen og om den kan bli kurert. Disse kan være nyttige å ha i bakhodet når man forsøker å finne ut hvordan pasienten forstår sykdommen sin.

2.8 Personlig påvirkning

Jeg vil nå se på ulike personlige påvirkninger som kan oppstå som følge av kronisk sykdom. Larsen (2013b, pp. 30-32) tar for seg fem problemer i sitt kapittel *The Illness Experience*: 1) maktesløshet, 2) tap av selv, 3) moralsk arbeid, 4) devaluert selv, og 5) kronisk sorg, og jeg vil se nærmere på hver av disse fem problemene.

2.8.1 Maktesløshet

Maktesløsheten er en opplevelse man får når man ikke har noen måte å påvirke utfallet på, man har ikke kontroll over sin egen situasjon (Miller, 2000, pp. 56-57). Når en person ikke lenger fungerer normalt etter samfunnets normer, ikke lenger kan bidra med sin såkalte del av arbeidet kan en følelse av maktesløshet snike seg inn (Hummel, 2013, p. 315). En person har makt gjennom fysisk styrke og reserver, psykisk utholdenhet og sosial støtte, positivt selvbilde, energi, kunnskap, motivasjon og håp (Miller, 2000, p. 8). Kronisk sykdom tærer på disse ressursene, og pasienten må kanskje lære seg å utvikle andre maktkomponenter for å unngå eller redusere maktesløshet.

2.8.2 Tap av selv

Charmaz (1983) mener at man alt for ofte begrenser begrepet lidelse hos kronisk syke til den fysiske smerten de må gjennom i forbindelse med medisinsk behandling. Hun mener at tap av selv kanskje er selve kjernen i lidelsen til kronisk syke. Som kronisk syk lever man begrensede liv, man opplever sosial isolasjon, man blir diskreditert og er en byrde for andre. Man mister ofte det fundamentet man har bygd selvet på, uten å være i stand til å skape en ny identitet (p. 168).

Kronisk syke kan også skape flere identiteter – en offentlig som holder følelser i sjakk og oppfattes som at de mestrer sykdommen, og en privat hvor man kan få falle fra hverandre uten å holde fasaden oppe (Charmaz, 1994, p. 282).

2.8.3 Moralsk arbeid

Kronisk syke viser seg å ha et behov for å demonstrere deres moralske verdi som individer (Townsend, Wyke, & Hunt, 2006). Flere personer i undersøkelsen til Townsend et al. hadde en mer eller mindre ubevisst forståelse av at det var deres moralske ansvar å styre symptomene i deres daglige liv. Dette var tydelig gjennom

utsagn hvor ord som *burde* og *burde ikke* ble brukt gjennomgående om hva de gjorde og ikke gjorde i løpet av en dag (pp. 189-190).

2.8.4 Devaluert selv

Kronisk sykdom gjør at pasienten må gjøre en revurdering og ny dannelse av en selvforståelse, og det gir en opplevelse å bli revurdert av verden angående ens verdi for samfunnet. Et menneskes verdi i det vestlige samfunnet ser ut til å ligge i blant annet evnen til å arbeide og dermed bidra til at samfunnet går rundt, og det å bli foreldre og oppdra barn på en god måte. Begge disse tingene kan bli utfordrende når man får en kronisk sykdom, og man kan oppleve at samfunnet ikke ser på den kronisk syke som et menneske med lik verdi som de som er friske og kan bidra i samfunnet.

Dette temaet ble nylig tatt opp i en kronikk i Aftenposten (22. april 2014) (Holm & Leuckfeld, 2014) hvor to overleger skriver om hvordan man tenker rundt prioritering av pasienter som får lungetransplantasjon. De stiller spørsmål ved om man skal se på sosial nytte eller medisinsk nytte, hvor sosial nytte handler om at en småbarnsmor går foran en person uten omsorgsansvar, og en toppleder foran en ufaglært, mens medisinsk nytte handler om å bruke de knappe ressursene som finnes på de som har best sjanse til å få nytte av lungene. Overlegene er tydelige på at man ikke kan se på sosial nytte, men bare det at man kan diskutere om man skal prioritere etter sosial nytte kan oppleves negativt for kronisk syke som ikke kan være i arbeid og som kanskje ikke kan få barn.

2.8.5 Kronisk sorg

Sorg er en normal menneskelig reaksjon på tap, og det kanskje største tapet vi kan oppleve er et familiemedlem eller en venn som dør. En kronisk syk person som må endre livet sitt opplever også en form for tap som ikke alltid er like tydelig for folk rundt. En sorgprosess er ofte kjennetegnet av en nummenhet når tapet først er et faktum, en lengsel etter det som er tapt, følelser av villrede og håpløshet og så en slags reorganisering av livet ved å inkorporere tapet. Kronisk sorg er en vedvarende sorg som oppstår i sykluser av sorg og roligere perioder. Kronisk syke står i fare for å utvikle kronisk sorg fordi det stadig er nye ting gjennom livet som de kanskje må gi slipp på, i tillegg for sorgen over det som allerede er tapt (Lindgren, 2000, pp. 126-127).

Isaksson, Gunnarsson og Ahlstrom (2006, p. 318), identifiserte syv temaer som gikk igjen hos de som bar på en kronisk sorg på grunn av en kronisk sykdom: tap av kontroll over kroppen, tap av håp, tap av integritet og verdighet, tap av identitet som frisk, tap av troen på at livet er rettferdig, tap av sosiale relasjoner og tap av frihet.

Case og Williams (2004) ser på sosial utfrysning som en metafor for døden. Det å bli stengt ute eller ignorert er så smertefullt at fysisk tortur er å foretrekke (p. 336). Case og Williams ser på sosial utfrysning som et verktøy for straff når en person har gjort noe galt, eller når man rett og slett tenker at noen ikke er verdt vår anerkjennelse. Hos kronisk syke er det ikke sikkert at denne utfrysningen er gjort som straff eller at de ikke er verdt anerkjennelse, men familie og venner kan oppleve det vanskelig å ta kontakt eller invitere personen med på ting de egentlig vet at de ikke kan være med på på grunn av sykdommen. Dette kan gi de samme opplevelsene av utfrysning som Case og Williams beskriver.

Når en person blir utfroyst truer det deres behov for tilhørighet, selvtillit, kontroll og betydningsfull tilværelse (Case & Williams, 2004, p. 339). Dette er behov som ligger ganske langt ned på Maslows behovspyramide (se for eksempel Nolen-Hoeksema, 2008, p. 59), rett over de grunnleggende trygghetsbehovene. I vesten, hvor de aller fleste har dekket de grunnleggende behovene for mat/drikke og sikkerhet, kan behovet for tilhørighet og selvtillit oppleves som helt elementære behov.

2.9 Eksistensielle spørsmål

Når man får en kronisk sykdom kan det hende at eksistensielle spørsmål som man kanskje ikke har måttet ta stilling til tidligere blir veldig aktuelle. Spørsmål som ”Hva er meningen med livet mitt?”, ”Hva er mitt ansvar ovenfor andre?”, ”Hvordan håndterer jeg det faktum at jeg skal dø?”, ”Hva skal jeg gjøre med mine tilkortkommenheter?” kommer plutselig mye nærmere enn vi skulle likt, spesielt om sykdommen kommer til å føre til en tidlig død (Batson & Stocks, 2004, p. 141).

Eksistensielle spørsmål oppstår i møtet mellom personen og situasjonen. Vi har våre behov og lengsler på den ene siden, og situasjonen skaper begrensinger og muligheter på den andre. Hvis det er et stort gap mellom våre behov og lengsler og hva vi kan få til i den situasjonen vi er, må vi kanskje tenke nytt om disse eksistensielle spørsmålene. Batson og Stocks (2004) benytter seg av Maslows behovspyramide for å forstå eksistensielle behov og hvordan religion kan møte disse

behovene. Eksistensielle spørsmål kan oppstå i forbindelse med de ulike behovene i Maslows pyramide, noe jeg vil komme nærmere inn på i drøftingsdelen av denne oppgaven.

2.10 Subjektivt velvære og livskvalitet

Subjektivt velvære er definert som en persons kognitive og affektive evaluering av livet sitt som et hele, og det er helt nødvendig at en personen liker livet sitt for å ha et godt liv (Diener, Oishi, & Lucas, 2009, p. 187). Dette, sammen med mål på livskvalitet, kan være med på å gi helsepersonell en idé om hvordan pasienten har det og dermed være et utgangspunkt for å finne ut hvordan man best kan hjelpe pasienten til å leve et liv med best mulig subjektivt velvære og så god livskvalitet som mulig. Det å få en kronisk sykdom trenger ikke bety at man ikke kan ha det bra på andre områder i livet, samtidig er det naturlig at det vanskelige med sykdommen kanskje overskygger mye av det andre i livet som er bra.

Livskvalitet er et begrep som har vært vanskelig å definere i forskning fordi det handler om en subjektiv opplevelse av livet. For å kunne forske på det må man likevel operasjonalisere begrepet på en eller annen måte, og som regel handler det om fysisk, psykisk, sosialt og åndelig velvære – ikke så ulikt WHO sin definisjon på helse. Livskvalitet har blitt et viktig begrep når man snakker om kronisk syke, og er til gjenstand for en vedvarende diskusjon helsepersonell må ta i forbindelse med behandling av pasienter med kroniske sykdom. Er det *livskvantitet* eller *livskvalitet* som er viktigst? Skal man gi livsforlengende behandling som resulterer i dårlig livskvalitet over lengre tid, eller skal man la vær å gi livsforlengende behandling og la pasienten ha bedre livskvalitet i en kortere periode?

Anderson (2014) har undersøkt sammenhengen mellom forskjellige typer lidelse⁴ og livskvalitet. De i undersøkelsen som skåret lavest på livskvalitet, skåret samtidig høyt på alle typer lidelse⁵, og øverst av disse lidelsene ligger kronisk smerte (p. 43). Det er en eksponentiell kurve mellom livskvalitet og lidelse – kurven blir altså brattere jo lavere livskvalitet som blir rapportert. Det kan da se ut til at der det er mye lidelse tilstede forsterker lidelsene hverandre og senker dermed livskvaliteten. Studien til Anderson sier ikke noe om hvordan livskvaliteten er hvis bare en eller to av disse

⁴ suffering

⁵ Kronisk smerte, mental lidelse, depresjon, angst, ekstrem depresjon, eksistensiell lidelse og ekstrem angst.

typene lidelse er tilstede, men ettersom lidelsene så ut til å forsterke hverandre når det var mye lidelse er det nærliggende å tenke at dersom man kan redusere noen av disse typene lidelse kan man samtidig kan øke livskvaliteten.

2.11 Oppsummering

Vi har nå sett på kronisk sykdom i et helsepsykologisk perspektiv. Det er et bredt felt med mange innfallsvinkler, så jeg har bare gått på overflaten av noe, og litt dypere i det jeg tenker kan være relevant for å se hvordan religion kan bidra til mestring hos kronisk syke.

Jeg så først på hva kronisk sykdom er sammenlignet med akutt sykdom. Kronisk sykdom er i hovedsak langvarig, og vi kan dele kronisk sykdom opp i reversible og ikke-reversible sykdommer, og i stabile og progredierende (blir verre over tid). I tillegg til lengden på sykdomsforløpet, skiller akutt og kronisk sykdom seg ved måten andre forholder seg til den syke personen på. Er man akutt syk er det akseptabelt å ikke delta i normale aktiviteter, mens dersom man er kronisk syk forventes det kanskje mer deltakelse i for eksempel husarbeid.

Etter en kort innføring i kronisk sykdom gikk jeg inn på det å få en diagnose, hvor jeg brukte Ingeborg på 23 som fikk MS som en case for å belyse prosessen med å få en diagnose og reaksjonene som er vanlige å få. Jeg så deretter på benekting som forsvarsmekanisme og på angst og depresjon som emosjonelle og psykologiske responser på å få en kronisk diagnose.

Jeg belyste sykdomsforståelse ved å se på forskjellene på de engelske ordene *disease* og *illness*. Disease er selve patofysiologien bak sykdommen – alt det vitenskapelige og medisinske, mens illness handler om opplevelsen av sykdommen. Pasientens opplevelsen av sykdommen er spesielt viktig å forstå for de som skal hjelpe pasienten, og kan være med å forsterke eller forhindre de personlige påvirkningene jeg beskrev. De personlige påvirkningene som kunne komme etter å ha fått en kronisk diagnose var en opplevelse av maktesløshet, tap av selv, at man måtte gjøre et moralsk arbeid for å forsvare sin verdi som menneske og medborger, en devaluering av selvet og kronisk sorg.

Til slutt så jeg på eksistensielle spørsmål som kan komme til overflaten i møte med sin egen dødelighet, før jeg tok for meg subjektivt velvære og livskvalitet som viktige mål for å vite hvordan man best kan hjelpe en person med en kronisk sykdom.

Kapittel 3 – Teori om mestring og religiøs mestring

”Religions of the world have a deep appreciation of the often painful nature of the human condition. Even more important though, religious traditions articulate their visions of how we should respond to this condition” (Pargament, 1997, p. 3)

3.1 Innledning

I dette kapittelet skal jeg i hovedsak behandle teorier om generell mestring av Lazarus og Folkman (1984) og religiøs mestring av Pargament (1997). Disse to verkene er å betrakte som grunnleggende teorier innenfor sine områder, og de blir fortsatt referert til i nyere litteratur og forskning på mestring og religiøs mestring. Det er grunnen til at jeg har valgt å bruke såpass gammel litteratur som grunnlaget for teorien.

Jeg vil starte med å gå kort gå inn på ulike religiøse orienteringer for å bedre kunne forstå Pargaments materiale om religiøs mestring. De religiøse orienteringene er delt opp i ytre motivert⁶ (Allport & Ross, 1967), indre motivert⁷ (Allport & Ross, 1967) og utforskende/undrende⁸ (Batson, Schoenrade, & Ventis, 1993).

Deretter vil jeg se på generell mestringsteori. Lazarus og Folkman (1984) har skapt uttrykkene *primary-* og *secondary appraisal* som jeg kaller primær- og sekundærvurdering. Stress, eller mennesker i utfordrende situasjon, har vært et tema helt fra den greske antikken. Det har vært noe som har opptatt tenkere og kunstnere gjennom alle tider. Det er først i den senere tid at vi har begynt å forske systematisert på stress, og Lazarus og Folkman var noen av de første i forskningsfeltet som begynte å dele opp stress i to elementer: stressfaktor og stressreaksjon.

Jeg vil bruke resten av kapittelet på å gå gjennom Pargaments (1997) grunnteorier på religiøs mestring og supplere med noe annen forskning. I følge Pargament handler ikke religiøs mestring om å sammenligne de store religionene, eller å snakke om religion som et abstrakt begrep. Det handler om å se på det konkrete møtet mellom religion og krise.

Pargament er en klinisk psykolog og forsker som selv er oppvokst i en jødisk tradisjon. Det meste av forskningen hans er gjort innen den jødisk-kristne religionen.

⁶ Extrinsic

⁷ Intrinsic

⁸ Quest

Han har samlet en del forskning i boken sin om religiøs mestring som jeg vil bruke i denne oppgaven, det meste er gjort på typiske vestlige religioner, mens noe er gjort på østlig religion. Han er ikke så opptatt av å skille mellom de ulike religionene, og som empirisk forsker vil han ikke ta stilling til om Gud eksisterer eller ikke, men heller se på hvordan religiøst motivert mestring påvirker det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige velværet. Pargaments fokus er på psykologien bak religiøs mestring, og det vil også være mitt utgangspunkt ettersom jeg har utdanning innen psykologi.

Jeg har valgt å helt til slutt i kapittelet ta med litt om hvordan religion kan påvirke utfallet av mestring negativt, men siden hovedproblemstillingen i denne oppgaven handler om hvordan religion kan *bidra* til mestring vil jeg ikke bruke mye plass på å skrive om det. Det betyr ikke at det ikke er viktig å være klar over de negative måtene religion kan påvirke folk, og det kan ofte være et vanskelig skjæringspunkt mellom religion og psykiatri ettersom mye av det som står som kriterier i diagnosemanualene i psykologi og psykiatri lett kan forveksles med helt ”normale” religiøse opplevelser som ikke nødvendigvis knyttes til psykopati. Dette bringer meg over til hvordan psykologi og religion møtes i mestring.

3.2 Teoretisk bakteppe

Psykologien har helt fra Freuds tid vært skeptisk til religion, men både religion og psykologi handler om personlig kontroll. Forskjellen ligger i deres vurdering av problemene og løsningene. Psykologien mener at vi har større krefter i oss enn vi ofte tror, mens religionen mener at vi må slutte fred med at vi har begrensinger som mennesker og må søke hjelp fra noe utenfor oss selv. Psykologien hjelper folk med å utvide deres personlige kontroll, mens religion hjelper folk å forsones seg med sine egne begrensninger (Pargament, 1997, p. 8). Psykologien og religionen fungerer altså som motpoler i forhold til hvordan vi forstår personlig kontroll og hva slags hjelp folk trenger når de møter sine egne begrensninger. Kanskje en kombinasjon av disse forståelsene hadde vært til mest hjelp for folk?

Ordet religion er vanskelig å definere. Pargament understreker at han ikke vil bruke ordet religion i sin smale forstand som institusjonell, dogmatisk og rituell. Han definerer det heller i en bred forstand, som inkluderer både institusjonelle religiøse uttrykk og personlige religiøse uttrykk som opplevelse av åndelighet, tro og tanker om det hellige og religiøs praksis (Pargament, 1997, p. 4). Religion slik Pargament bruker

det handler om skjæringspunktet mellom det hellige og søken etter signifikans (1997, pp. 24-32).

Religion som et verktøy for mestring kommer til å være fokuset i denne oppgaven, og det kan være lett å glemme at religion er så mye mer. ”The law of the instrument” er en idé om at hvis man gir et barn en hammer vil det plutselig oppdage alt som trenger å hamres i verden rundt det. Slik kan det være når man fokuserer på et smalt felt av noe som er så mye større, så det er viktig for meg å understreke at religion er så mye mer enn et verktøy for mestring, og mestring er et mye bredere felt enn det jeg kan få til å dekke i denne oppgaven.

Signifikans er et ord Pargament bruker mye i sin forklaring av mestring. På norsk forbindes dette ofte med statistiske forskningsresultater, men jeg kommer til å benytte meg at ordet i noen sammenhenger gjennom oppgaven. Pargament bruker ordet omtrent som vi ville brukt uttrykket ”det som er aller viktigst for oss”, og jeg kommer til å bruke både ordet signifikans og uttrykk som ”det som er viktigst for oss” gjennom oppgaven, alt etter hva som passer.

3.3 Religiøse orienteringer

Allport og Ross (1967) har identifisert to typer religiøs orientering: indre motivert og ytre motivert, og Batson, Schoenrade og Ventis (1993) har lagt til en tredje orientering: utforskende/undrende. Jeg skal først se litt på Allport og Ross sine to orienteringer ettersom disse fikk stå alene i nesten tretti år før Batson, Schoenrade og Ventis kom med sin tredje orientering.

Indre og ytre motiverte orienteringer er subjektive religiøse orienteringer. Enkelt forklart vil en person som er ytre motivert *bruke* sin religion, mens en som er indre motivert *lever* sin religion (Allport & Ross, 1967, p. 434). Allport og Ross tenkte disse orienteringene som to poler på hver sin ende av et kontinuum, og de fleste som opplever seg selv som religiøse havner et eller annet sted langs denne linjen. Det er sjeldent at man finner noen som er 100% indre eller ytre motivert, men Allport og Ross har karakterisert disse to polene for å gjøre det enklere å forstå religiøs orientering.

En person med en indre motivert orientering finner sitt hovedmotiv i religion. Alle andre behov kommer i andre rekke, religionen er det som er aller viktigst. Personen omfavner trosbekjennelsen og arbeider hardt for å internalisere den og følge

den fullt ut. Det er dette som forstås som at personen med denne orienteringen *lever* sin religion (Allport & Ross, 1967, p. 434).

En person med en ytre motivert orientering bruker religionen som et verktøy for å oppnå sine egne mål. Religion kan gi personen trygghet, sosialt fellesskap, distraksjon, status og selvrettferdiggjøring (Allport & Ross, 1967, p. 434). Trosbekjennelsen holdes løst og formes etter personens behov, og teologisk kan vi si at personen med denne orienteringen vender seg til Gud, men uten å vende seg fra seg selv.

Batson, Schoenrade og Ventis (1993, pp. 153-190) kritiserer Allport og Ross' måleverktøy for spesielt den indre motiverte orienteringen. Forklaringene til Allport og Ross av den indre og den ytre motiverte orienteringen er gode, men måleverktøyet de har brukt for den indre motiverte orienteringen kunne likeså godt målt en fanatisk, rigid, ortodoks person. Batson et al. forklarer at Allport først skrev om en moden og en umoden religiøs orientering før han utviklet konseptet om en indre og en ytre motivert orientering. Måleverktøyet for den indre motiverte orienteringen mangler en del av elementene som Allport først brukte på å beskrive en moden religiøs orientering, derfor har Batson et al. valgt å beskrive en tredje religiøs orientering som de har kalt utforskende/undrende. Denne orienteringen handler om å møte eksistensielle spørsmål på en ærlig måte i all deres kompleksitet, samtidig som man avstår fra klare, tydelige svar på disse spørsmålene. En person som tilnærmer seg religion på denne måten har funnet seg til rette med at de ikke vet, og sannsynligvis aldri vil vite, den hele og fulle sannheten om eksistensielle spørsmål, samtidig som at disse spørsmålene grunnes på med stor iver (Batson et al., 1993, p. 166).

3.4 Åtte antakelser om mestringsprosessens forløp

Pargament (1997) har viet et kapittel i boken sin til mestringsprosessens forløp. Han gjør åtte antakelser som bidrar til å forstå hvordan selve prosessen med å mestre foregår. Dette kapitlet kommer før han går inn på koblingen mellom religion og mestring, så disse åtte antakelsene om mestringsprosessens forløp dreier seg om generell mestring.

1. Folk søker signifikans.
2. Hendelser er konstruert etter deres betydning for folk.
3. Folk tar med seg et orienteringssystem til mestringsprosessen.
4. Folk oversetter orienteringssystemet til spesifikke mestringsmetoder.
5. Folk søker signifikans i mestring gjennom konservering og transformering.
6. Folk mestrer på måter som er tiltalende for dem.
7. Mestring er innebygd i kulturen.
8. Nøkkelen til god mestring ligger i utfallet og prosessen.

(Pargament, 1997, pp. 90-127)

3.4.1 Folk søker signifikans

Signifikans er delvis et fenomenologisk konstrukt som involverer følelser og forestillinger knyttet til hva det er verdt, viktigheten og verdier. Signifikans er samtidig objekter (Pargament, 1997, p. 92). Disse signifikansobjektene kan være materielle, fysiske, psykiske, sosiale og/eller åndelige.

Maslows behovspyramide kan være en god modell for å forstå hvordan folk søker signifikans avhengig av hvilke behov som er dekket allerede. Nederst på pyramiden er de mest elementære fysiologiske behovene, så kommer sikkerhet, tilhørighet og kjærlighet, aktelse og til slutt selvaktualisering.

Signifikans, om det enn er en konstruktiv eller destruktiv signifikans, har egenskapen til å motivere. Søken etter signifikans er en overordnet styrende kraft i livet, en som leder folk inn på ulike veier.

3.4.2 Hendelser er konstruert etter deres betydning for folk

Her skriver Pargament for det meste om primær- og sekundærvurdering, jeg vil derfor bruke Lazarus og Folkman (1984) som kilde ettersom de er opprinnelsen til denne typen kognitiv vurdering av stress. Jeg skrev i innledningen til dette kapittelet at primærvurdering handler om en evaluering av en potensielt stressende hendelses påvirkning på en persons liv, mens sekundærvurderingen handler om en evaluering av hvilke midler og ressurser personen har til å mestre den eventuelle påkjenningen.

Lazarus og Folkman er ikke helt fornøyd med valgene av navn på disse typene vurderinger, men har valgt å beholde navnene slik de er fordi de allerede hadde blitt tatt i bruk i andres litteratur. Grunnen til at de ikke var fornøyd var for det første at navnene henter om en rangering, at den ene vurderingen er viktigere enn den andre, og for det andre at navnene ikke sier noe om innholdet i vurderingen (Lazarus & Folkman, 1984, p. 31).

Primærvurderingen kan gi tre resultater: at hendelsen er irrelevant, godartet-positiv og stressende (Lazarus & Folkman, 1984, p. 32). Dersom vi gang på gang evaluerer en hendelse som irrelevant vil vi til slutt bli tilvendt hendelsen og slutte å reagere på den. Det at en hendelse blir evaluert som godartet-positiv kan bety at den bringer positive emosjoner med seg, men det kan også skape følelser av angst og skam hos folk som har en oppfatning av at de ikke fortjener de gode tingene som skjer eller at gode og dårlige opplevelser alltid må veies opp. En hendelse som evalueres som stressende kan sees på som skadelig, at man mister noe, at den er truende eller at den er utfordrende. Den ene typen evaluering utelukker ikke den andre.

Sekundærvurdering er som nevnt en evaluering av hva man kan gjøre med situasjonen. Utfallet av en stressende hendelse er avhengig av både hvordan vi evaluerer hendelsens påvirkning og hvordan vi kan håndtere situasjonen. Sekundærvurderingen er en kompleks kognitiv prosess som tar for seg hvilke mestringsmetoder som er tilgjengelige, hva sjansen er for at den spesifikke mestringsmetoden gir et ønsket utfall og om personen er i stand til å beherske mestringsmetoden (Lazarus & Folkman, 1984, p. 35).

Folk konstruerer altså hendelser gjennom en vurdering av hvilken betydning hendelsen vil ha for deres liv og hvilke ressurser de har til å håndtere påvirkningen.

3.4.3 Folk tar med seg et orienteringssystem inn i mestringsprosessen

I møte med krise blir vi ledet av det orienteringssystemet vi har skapt gjennom vår søken etter signifikans – det som er viktig for oss. Orienteringssystemet vårt er en generell måte å se på og håndtere verden. Det består av vaner, verdier, relasjoner, generelle antakelser og personlighet. Systemet kan være både til hjelp og til hinder i mestringsprosessen, alt etter hvilken situasjon vi møter (Pargament, 1997, pp. 99-100).

Ressurser vi bringer med oss inn i mestringsprosessen kan være tidligere erfaring, positivt syn på seg selv og ens evne til å komme seg gjennom vanskelige

situasjoner, sosial støtte, godt utviklet problemløsningsevne, jage etter mål iverdig samtidig som man har evnen til å tilpasse målet ved behov. I tillegg kommer en rekke materielle, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige ressurser (Pargament, 1997, pp. 100-101).

Belastninger vi har med oss inn i mestringsprosessen kan falle inn under de samme materielle, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kategoriene som ressursene, men det kan for eksempel være mangel på noe innenfor disse kategoriene. Dette vil kanskje bli kalt mangler, men mangler kan være belastninger. Det er forskjell på å være skilt og å være singel uten å ha vært gift. Det er forskjell på å ha gjeld og å ikke ha penger. Det er forskjell på å oppfatte folk som fiendtlige og å oppfatte at folk ikke vil hjelpe (Pargament, 1997, pp. 101-102).

Dette orienteringssystemet kan sammenlignes med en bank (Pargament, 1997, p. 102). En stressende hendelse gjør at vi må ta ut noen av ressursene vi har i banken, og belastningene vi har er med på å avgjøre hvor store ressurser vi må ta ut. Tidligere tenkte forskere at man bare hadde en viss mengde ressurser som man måtte fordele jevnt utover for at det skulle holde hele livet, men i senere forskning har man funnet ut at for eksempel krigsveteraner ser ut til å ha et rikere liv etter å ha opplevd krigssituasjoner som har strukket dem helt til grensen av hva de kunne tåle. De rapporterte store negative ettervirkninger av opplevelsene, men samtidig hadde det gitt dem et nytt perspektiv på livet og de ble mer målrettede, mindre hjelpeløse og mer resiliente i perioden fra ungdomsalderen til de var middelaldrende enn de soldatene som ikke opplevde like ekstreme situasjoner (Elder & Clipp, 1989). Ressurser blir altså ikke bare brukt gjennom mestring, man kan også få ressurser gjennom mestring.

3.4.4 Folk oversetter orienteringssystemet til spesifikke mestringsmetoder

Mestringsmetoder er aktualiserte middel for å oppnå signifikans i møte med stressende hendelser. De består av konkrete tanker, følelser atferd og interaksjoner som foregår i spesielt vanskelige situasjoner (Pargament, 1997, p. 104). Selv om alle mennesker har et orienteringssystem, er det ikke alle som er like bevisst hva deres orienteringssystem består av og vil dermed ha større problemer med å gjøre de generelle tankene om verden om til en spesifikk mestringsmetode som passer den spesifikke situasjonen.

Flere av undersøkelsene Pargament har sett på i forbindelse med religion og mestring har vist at jo sterkere religiøs overbevisning en person har, jo mer sannsynlig er det at personen vil benytte seg av en religiøs mestringsmetode som for eksempel bønn og å søke åndelig støtte.

3.4.5 Folk søker signifikans i mestring gjennom konservering og transformering

Vi kan kategorisere mestringsmetoder på flere måter: deskriptivt, sekvensielt, typologisk eller funksjonelt (Pargament, 1997, pp. 106-114). Deskriptive mestringsmetoder er beskrivende ord og kan være for eksempel sosiale ferdigheter, å redusere spenning og problemløsning. Denne måten å strukturere mestringsmetoder på blir ofte gjort gjennom litteraturstudier hvor man kategoriserer ord og metoder. En deskriptiv tilnærming kan bringe system til et uoversiktlig felt, men den mangler konseptuell forankring, og gir dermed ikke noen bedre forståelse av hvordan de ulike mestringsmetodene blir utviklet eller hvordan de forholder seg til andre mestringsmetoder. En deskriptiv tilnærming gir rett og slett bare navn på mestringsmetoder.

En sekvensiell måte å organisere mestringsmetoder på handler mer om å finne ulike stadier en person går gjennom i mestringsprosessen. Psykologen Eric Klinger (1977, pp. 182-188) beskriver en insentiv-løsrivningssyklus av mestringsaktiviteter som starter ved at man mister noe som er verdifullt. Først er man oppkvikket, klar for utfordringen med å vinne tilbake det som er tapt, deretter går man inn i en aggresjonsfase hvor man bruker primitive midler for å nå målet, så inntreer depresjonsfasen som er karakterisert av sorg, lengsel og tristhet før den siste fasen – gjenoppretting – kommer, og personen gir opp det som er tapt og skaper nye interesser i livet. Denne måten å organisere mestringsmetoder på gir en god måte å forstå hvordan mestring utvikler seg over tid, men denne syklusen som Klinger beskriver er langt fra universell og fungerer dermed mest som en tankemodell.

En annen måte å strukturere mestringsmetoder på er en typologisk tilnærming. Her settes mestringsmetodene inn i mer håndterbare og teoretisk relevante kategorier – derav navnet typologisk. Kritikken mot denne måten å organisere mestring på er at kategoriene blir for enkle, og at en person godt kan bruke to motsettede kategorier som mestringsmetoder på den samme hendelsen. Samtidig kan en kategori som ”unngåelse” innebære både det å drikke seg full eller å løpe en lang tur, og det vil ha veldig forskjellig innvirkning på personens velvære.

Alle disse tre måtene å strukturere mestringsmetoder på har sine fordeler og ulemper. Selv om de benytter ulike måter å se på mestring, er det ingen av de som direkte ser på den underliggende funksjonen i mestring – nemlig søken etter signifikans. Derfor må vi se på mestring i et funksjonelt perspektiv hvor vi forsøker å enten konservere eller å transformere det som er viktig for oss.

Det å konservere det som er viktig for oss er ofte den første løsningen vi forsøker. Vi benekter virkeligheten av trusselen mot det som er viktig, vi søker emosjonell støtte hos andre eller vi fortsetter vår tilnærming til livet. Vi forsøker altså å bevare både vår virkelighetsforståelse og det som er viktig for oss. Dette kan være både en hjelpsom måte å mestre en situasjon på, og den kan virke mot sin hensikt.

Dersom den vanlige måten å nå det som er viktig for oss på ikke lenger er tilgjengelig, kan vi forsøke å finne nye veier til det samme målet. Vi kan utvikle nye ressurser gjennom utdanning og kurs, eller vi kan tenke helt nytt om hvordan vi kan oppnå det som er viktig for oss, uten å endre det som er viktig,

Om det blir for vanskelig å oppnå det som tidligere var viktig for oss, kan det være at vi må endre hva som er viktig. Dersom en person får vite at de bare har noen måneder igjen å leve kan man jo spørre seg hva som er poenget med å leve de siste månedene. De planene og drømmene som tidligere motiverte personen kan nå være helt uoppnåelige, og personen må endre fokus på hva som er viktig i lys av den nye situasjonen. Kanskje det er å bruke kvalitetstid med de som står en nær, kanskje det er å få noen smertefrie timer hver dag. Uansett kan personen sannsynligvis oppnå disse målene uten å endre alt for mye på måten han eller hun tilnærmer seg livet.

Dersom stresset som rammer en person er stort nok, kan det hende at både virkelighetsforståelsen og det som er viktig eller signifikant må endres på. Dette oppleves svært dramatisk ettersom selve fundamentet man har bygd livet på ikke lenger fungerer. Her kan vi se tilbake på casen om Ingeborg. Hennes virkelighetsforståelse om at hun skal være frisk, leve lenge og være i full jobb må endres, samtidig som at det som tidligere var viktig for henne, nemlig å bli lege, ikke lenger er mulig på samme måte, så det som var viktig må endres for at Ingeborg skal få et liv som er godt å leve.

Mestringsmetoder har en innebygd hensikt. Den funksjonelle tilnærmingen fokuserer på å identifisere denne hensikten. Noen metoder er konserverende av natur, andre er transformerende, samtidig er noen mestringsmetoder såpass fleksible at de kan romme begge måter å mestre på.

Om en metode er konserverende eller transformerende handler vel så mye om personen som anvender metoden, som metoden i seg selv. Dersom en person som opplever noe vanskelig velger å søke hjelp hos en terapeut på tross av at han eller hun alltid har klart seg selv, vil denne mestringsmetoden være transformerende, mens om en som alltid søker hjelp hos en terapeut i vanskelige perioder gjør det samme, vil det være en konserverende metode (Pargament, 1997).

3.4.6 Folk mestrer på måter som er tiltalende for dem

Hvordan velger så folk mestringsmetoder? Vi har tidligere sett på Lazarus og Folkmans (1984) primær- og sekundærvurderinger. Under dette sjette punktet i mestringsforløpet foreslår Pargament (1997, p. 114) en tertiær vurderingsprosess hvor vi velger oss ut den mest tiltalende mestringsmetoden – den som gir størst utbytte med minst mulig tap av ressurser. Han mener også at vi tar med hvilke midler vi vil bruke for å nå målet inn i denne vurderingen. Både følelser og den rasjonelle tanken er involvert i prosessen med å velge mestringsmetode. For å finne ut hvilken mestringsmetode en person vil velge trenger vi å vite noe om situasjonen personen står i, personens system av hva som er viktig og hvilke ressurser og byrder personen bringer med seg.

3.4.7 Mestring er innebygd i kulturen

Det er lett å fokusere på individet i mestringsprosessen, men hvis vi tar et skritt tilbake vil vi oppdage at kulturen er med på å forme grunnlaget for individets virkelighetsforståelse og orienteringssystem, og er dermed med på å forme mestringsprosessen (Pargament, 1997, pp. 117-119). La oss si at en person får en bestemt sykdom. Om personen er vokst opp i en stamme i Amazonas eller i et Vestlig land som har kommet lenger i den vitenskapelige medisinske tradisjonen vil være avgjørende for hvordan personen og omgivelsene ser på sykdommen. En sykdom kan være forbundet med stor skam i ett land og kan være mer nøytral i et annet, og vil dermed legge ulike premisser for hvordan personen må mestre sykdommen.

3.4.8 Nøklene til god mestring ligger i utfallet og prosessen

Så langt har fokuset vært å forstå mestring, men det er viktig å evaluere mestring også. Mange av de problemene folk kommer til samtale for handler om problemer med mestring etter stressende hendelser. Men hvordan kan man evaluere

en så kompleks prosess som mestring? Jeg skal se på to tilnærminger til hvordan vi kan evaluere mestring: utfallstilnæringen og prosesstilnæringen.

Utfallstilnæringen er svært pragmatisk – den vurderer god eller dårlig mestring ut fra om den produserer gode eller dårlige resultater. Utfallet av mestringen må møte flere kriterier, det må være relevant for utfordringene personen møter, det må være skreddersydd til det personen oppfatter som signifikant, det må være sensitivt til mulighetene for å lykkes og mislykkes, det må være klar over at utfallet av mestring kan endre seg over tid og det må være sensitiv til hva som blir gitt i bytte for mestringen og de mulige uventede resultatene (Pargament, 1997, pp. 119-124).

Hvordan kan vi vite at en person har brukt en mestringsmetode og at utfallet ikke bare er tilfeldig? Og er det sikkert at gode utfall nødvendigvis bare kommer fra god mestring? Som oftest er det en kompleks kombinasjon av den spesifikke situasjonen en person opplever, personens personlighet og tidligere erfaringer og ytre ukontrollerbare omstendigheter som avgjør utfallet, og disse ytre omstendighetene kan være svært utslagsgivende som for eksempel under 2.verdenskrig hvor 1 av 600 overlevde i konsentrasjonsleirene selv om vi kan anta at de fleste kjempet for å overleve (Pargament, 1997, p. 124).

Prosesstilnæringen ser på hvor vidt selve mestringsprosessen er god eller ikke. En god mestringsprosess har greid å integrere alle de ulike elementene som er med på å forme mestring, mens en dårlig mestringsprosess ikke har fått dette til.

3.5 Religion og mestring

Selv om det er viktige likheter mellom religion og mestring er de forskjellige på et kritisk punkt – nemlig dere referansepunkt. Mestringsprosessen er orientert mot stressende livshendelser, den kan innebære religiøse elementer, men den må ikke det. Religion er orientert mot det hellige, den kan være del av de stressende livshendelsene til folk, men religion er ikke begrenset til det (Pargament, 1997, p. 131).

Pargament (1997) ser på ulike undersøkelser som er gjort angående religion og mestring. Han kommer fram til at man verken kan svare ”ja” eller ”nei” på spørsmålet om folk bruker religion som mestringsstrategi. Det kommer an på både personen og situasjonen. Det kan se ut til at de gangene religion blir brukt som en mestringsstrategi er de gangene hvor en person opplever noe som er vanskelig, truende og som er ute av deres kontroll.

Personer som bruker religion som mestring er de som er mer religiøse og involverte i en religion fra før av. Situasjoner som fører til religion som mestring er de som er mest truende, seriøse og skadelige. Religiøs mestring ser også ut til å skje mer i menigheter, og i kulturer hvor religion spiller en stor rolle (Pargament, 1997, p. 143).

To gode grunner til at religion blir brukt som mestring er at den er en relativt tilgjengelig del av orienteringssystemet, og den er en relativt tiltalende måte å mestre på. Vi mestrer med de verktøyene vi har tilgjengelig, derfor er det mer sannsynlig at mennesker som allerede er involvert i en religion bruker religionen i mestringsprosessen enn de som ikke er involvert i en religion (Pargament, 1997, p. 144).

Religion kan mange ganger oppleves så abstrakt at selv dypt religiøse personer kan ha problemer med å benytte seg av religion inn i spesifikke situasjoner. Religioner som skal overleve i mange hundre år må være så generelle at de ikke blir begrenset av sosial kontekst og kulturelle tankesett, men likevel kunne brukes i spesifikke situasjoner. Det må skapes en bro mellom den evige sannheten, som er selve kjernen i religionen, og det livet som leves i dag.

Pargament nevner flere religionspsykologiske studier som viser at religiøse personer klarer seg bedre i utfordrende situasjoner over tid enn personer som ikke har noen spesifikk tro eller religion. Problemet er at de aller fleste av disse studiene ikke går i dybden av *hvorfor* religion har denne positive effekten. For å forstå religion som mestringsstrategi må vi kanskje bygge noen broer mellom det generelle og det spesifikke.

Psykologer har i årtier holdt på Freuds utsagn om at religion er en forsvarsmekanisme, en virkelighetsflukt som for så vidt er effektiv i å redusere stress, men mistilpasset fordi den ikke tillater personen å møte og mestre problemet. Pargament og Park (1995) mener at denne måten å se på religion er svært stereotypisk – det finnes et snev av sannhet i det, men ikke mer. Religion kan redusere stress, den kan forvrengte virkeligheten, den kan være passiv og unnvikende, men den kan også være så mye mer. Religion kan brukes i søken etter blant annet trygghet, det hellige, mening, selvet, fysisk helse, intimitet og en bedre verden.

Det stereotypiske synet på religion som fornektelse forutsetter at religion er en reaksjon på problemer. Dette synet på religion gjør at man ikke kan ta med religion i betraktningen når man ser på hvordan virkeligheten til personer blir konstruert.

Dersom religion bare er en reaksjon på problemer, hvordan kan det da ha seg at dødstallene for eldre kristne er lavere i de 30 dagene før jul og påske (Idler & Kasl, 1992)? Religion kan også skape problemer som ikke nødvendigvis vil oppstå uten religion, enten det er problemer med lederskapet i en kirke, sønner og døtre som vil gifte seg med noen som ikke deler samme tro, noen som er så sterkt imot skilsmisse at de ikke skiller seg fra en ektefelle som misbruker. Disse type problemer kan være spesielt smertefulle fordi de er skapt av nettopp det som skulle være den trygge rammen rundt livet (Pargament, 1997, p. 175).

Samtidig som religion kan skape problemer, kan den også bidra til at man unngår problemer gjennom religionens lære om rett og galt. Både læretekster og den sosiale konteksten i religion kan bidra til at personer holder seg borte fra ting og situasjoner som kan være skadelig for dem. I den kristne tradisjonen blir man som oftest presentert for tanker om at man enten skal være avholds fra alkohol eller i alle fall nyte det med måtehold. Dette kan være med på å holde mange borte fra et alkoholmisbruk. Samtidig kan det føre til at dersom man først har krysset grensen og enten drukket alkohol selv om man tilhører en religiøs sammenheng der dette ikke er greit, eller at man har drukket for mye der måtehold er akseptabelt, kan man oppleve ta man har tråkket så feil at det ikke er noen vei tilbake. Fallet blir altså større når normene er strenge.

Jeg har nå sett på religion som stereotypisk fornektelse. En annen stereotypi som ofte blir brukt om religion er at den er passiv og unnvikende. Igjen kan man si at dette til en viss grad er sant, og vi kan finne tilfeller hvor religion som mestring blir brukt på denne måten, men religion er likevel så mye mer. I mange tilfeller gjør ikke religion at vi unngår smerte, men den kan gi en ekstra styrke til å håndtere smerten på en annen måte. Horton, Wilkins og Wright (1988, p. 245) fant i deres undersøkelser at religiøse kvinner ble værende i voldelige forhold lenger enn ikke-religiøse kvinner, men at de også brukte flere ressurser på å få forholdet til å fungere. De religiøse kvinnene i undersøkelsen var altså ikke passive, svake og naive slik en stereotype av religiøse kvinner ofte beskriver dem, men de var ressurssterke og aktive i mestringen.

Pargament og Park (1995) har kommet med flere konklusjoner etter å ha sett gjennom store mengder empirisk litteratur på dette temaet. Den første konklusjonen er at religion ikke er uforenelig med en intern lokalisering⁹ av kontroll. Den andre

⁹ Internal locus of control – at man selv har innvirkning på hva som skjer.

konklusjonen er at religion ikke samsvarer med passivitet i møte med sosial undertrykkelse, og den tredje er at i mange tilfeller er mål på religiøsitet knyttet opp mot aktive eller enn unnvikende mestringsmetoder.

3.5.1 Tre religiøse tilnæringer til mestring

Det er tre religiøse tilnæringer til mestring. På den ene siden av skalaen finner man en tilnærming som fokuserer på autonomien hos mennesket, mens den andre siden legger alt over på en gud. I midten har vi samarbeidet mellom en gud som er større enn en selv og den autonomien vi har som mennesker. Pargament kaller disse tre tilnærmingene for **den selvstyrte**¹⁰, **den forskyvende**¹¹ og **den samarbeidende**¹².

I en undersøkelse Pargament og studentene hans (1988) gjorde blant medlemmer av to kirkesamfunn viste det seg at det var sammenhenger mellom tilnærming til mestring, religiøsitet og sosial kompetanse. Det å skåre høyt på den selvstyrte tilnærmingen til mestring var negativt korrelert med de fleste mål på religiøsitet. Det vil si at jo lavere en person skårer på skalaen for religiøsitet, jo mer sannsynlig er det at personen har en selvstyrende tilnærming til mestring. De som skåret høyt på denne tilnærmingen så ut til å tilhøre den utforskende/undrende orienteringen til religion som Batson, Schoenrade og Ventis (1993) beskrev. De hadde også en opplevelse av større personlig kontroll og høyere selvtillit.

Den forskyvende tilnærmingen til mestring viste seg henge sammen med å en større opplevelse av at Gud hadde kontroll, doktrinær ortodoksi og en ytre motivert religiøsitet. Personene hadde stor tillit til eksterne autoriteter, regler og at tro var en måte å møte spesifikke behov på. De som skåret høyt på denne tilnærmingen viste en rekke indikatorer på lavere sosial kompetanse som en lavere opplevelse av personlig kontroll, større opplevelse av tilfeldig kontroll, lavere selvtillit, mindre planlagte problemløsningsevner og mindre toleranse for forskjeller mellom folk.

Den samarbeidende tilnærmingen så ut til å henge sammen med mer regelmessig bønn, at personen var mer oppmerksom i religiøsiteten, og en indre motivert religiøsitet – alle tegn på en mer overgitt og relasjonell form for religion. De som skåret høyt på denne tilnærmingen til mestring så ut til å ha en større opplevelse av personlig kontroll, en mindre opplevelse av at ting var overlatt til tilfeldighetene og en større selvtillit.

¹⁰ Self-directing

¹¹ Deferring

¹² Collaborative

Disse tre tilnærmingene trenger ikke være hele bildet av religiøs mestring, men Pargament og studentenes poeng med å finne empirisk data for disse var at religiøs mestring kanskje kan se enhetlig ut fra utsiden, men om man graver litt dypere ser man at det finnes både aktive og passive, tilpassede og mistilpassede måter å bruke religion som mestring på.

3.5.2 Når brukes religion som mestring?

Så hva er det som avgjør hvordan vi bruker religion som mestring? Igjen må vi se på både situasjonen, personen og kulturen. Pargament og studentene (1988) testet den samme gruppen for religiøs mestring ett år etter den første testen ble gjort. Dette gjorde at de kunne se på om testpersonene brukte de samme mestringsmetodene igjen. De som hadde opplevd samme typen problem i løpet av det siste året som året før viste seg å i stor grad bruke den samme religiøse mestringsmetoden, mens de som opplevde andre typer problemer enn året før så ut til å bruke andre religiøse mestringsmetoder enn de gjorde sist. Det kan altså se ut til at religion som mestring, på tross av at den ofte blir sett på som et stabilt trekk hos religiøse personer, endres med situasjonen.

Kultur kan også spille en stor rolle i valg av religiøs mestringsmetode. De store religionene er spredt utover mange ulike kulturer, og de ser ikke alltid like ut i disse kulturene. Muslimer i Egypt sørger over et dødt barn med hjerteskjærende, høye hyl av sorg, mens muslimer på Bali sørger over et dødt barn i stillhet og uten å vise sorgen utenfor familien. Egypterne mener at man må slippe alt det ulykkelige ut av sjelen for å være fri til å komme til Gud, mens balineserne mener at dersom man sørger åpenlyst setter man seg i mot Guds vilje. Den samme religionen plassert i to ulike kulturer ser altså helt forskjellige ut i konkrete situasjoner (Pargament, 1997, p. 191).

Selv blant individer som har samme sosioøkonomiske status, bor i det samme området og tilhører den samme religionen ser ut til å sørge over et barns død på ulikt vis. Noen takker Gud for tiden de fikk sammen med barna og lengter etter å bli gjenforent når de selv en gang dør, mens andre ser på dødsfallet som straff for sine egne tilkortkommenheter. Både situasjonen, kulturen og individuelle forskjeller spiller inn i valget om hvordan religion blir brukt som mestring.

Det ser ut til at de tre religiøse orienteringene indre motivert, ytre motivert og utforskende/undrende henger sammen med ulike måter å bruke religion som mestring

på. Den indre motiverte orienteringen var nært knyttet til en mer åndelig form for mestring. Religion ble brukt for åndelige formål, ikke så mye for selvutvikling i mestring, og de som var indre motivert benyttet seg mer av åndeligbaserte mestringsaktiviteter som å søke Guds ledelse i problemløsningen (Pargament, 1997, p. 195). Selv om folk som er indre motivert generelt leser Bibelen mer, og var mer opptatt av religion enn andre ting, viste det seg at de skåret lavt på unnvikelse som mestringsstrategi og høyt på aktiv problemløsning. Problemet blir vurdert til å være like alvorlig som for personer med andre religiøse orienteringer, men problemets alvorlighetsgrad ble balansert ut med muligheten for å vokse og utvikle seg.

Personer med en ytre motivert religiøs orientering brukte religion i hovedsak for selvutvikling. Mestringen bar også preg av forsvar og en slags desperasjon. Personene følte mindre skyld for problemene, følte en større trussel for sin egen helse, en større følelse av at situasjonen ikke kan håndteres på egenhånd og en laver følelse av at situasjonen kan bidra til vekst (Pargament, 1997, p. 195). Denne orienteringsformen viste seg å henge sammen med mer unnvikelse og et fokus på det positive. Den førte også til at personen tryglet Gud for hjelp sammen med et fokus på å gjøre gode gjerninger.

Den utforskende/undrende orienteringen var lik den indre motiverte orienteringen i søken etter åndelighet i religiøs mestring, men bar et større preg av en aktiv kamp. Personer med denne orienteringen så hendelsen som både en trussel og en mulighet til å vokse, og mestringsmetodene som ble brukt var aktive, fokusert på personlig forbedring gjennom gode gjerninger sammen med uttrykk for misnøye med Gud og kirken (Pargament, 1997, pp. 195-196).

3.5.3 Religiøs mestring og konservering og transformering av signifikans

Som vi så under punkt nummer fem i mestringsforløpet til Pargament (1997) beskriver han to måter å mestre på: å konservere og å transformere. Vi vil som regel forsøke det vi kan for å konservere det som er viktig for oss, før vi eventuelt forsøker å transformere det dersom konservering ikke fungerer. Vi skal nå se på hvordan religion spiller inn i disse to prosessene.

3.5.3.1 Konservering

Først skal vi se på konservering som Pargament (1997) har delt opp i to generelle mekanismer: **bevaring** og **rekonstruering** (pp. 200-201). Ved å bevare det

som er viktig forsøker personen å bevare både middelet og målet, mens ved rekonstruering forsøker personen å bevare målet, men finner et annet middel eller en annen vei.

Under bevaring ser Pargament på tre metoder: **skape grenser, religiøs utholdenhet** og **religiøs støtte**. En måte å bevare det livet man er vant til å leve når farer truer er å trekke opp klare grenser mellom sitt liv og farene. På en måte kan religiøse institusjoner fungere som slike grenser for folk ved å oppmuntre til å beholde verdier og livsstil på tross av problemer de møter. Det kan bli spesielt utfordrende dersom det ikke er personens sosiale eller personlige liv som trues, men den religiøse verden som personen har bygget sitt fundament på.

Pargament (p. 202) bruker den tragiske hendelsen i Jonestown som eksempel. En amerikansk sekt reiste til Jonestown i Guyana hvor de begikk massedrap/selv mord og 913 menn, kvinner og barn døde av cyanidforgiftning. Dette rokket så dypt i det religiøse Amerika at de måtte sette opp klare grenser for å skille sin ”normale” religiøsitet fra denne forstyrrende religiøst begrunnede hendelsen. De gikk så langt som å nekte å ha begravelse for de døde, og ville helst ikke ha de inn på amerikansk jord igjen.

Slike grenser kan også trekkes opp av individer, ikke bare religiøse samfunn. De kan lages psykisk eller fysisk. Folk er ganske gode på å filtrere vekk det som ikke passer inn i deres verdensbilde og skaper på den måten psykiske grenser for hva de velger å høre eller ta inn over seg. Dersom dette ikke fungerer kan man også fysisk forflytte seg for å komme til et sted der man ikke trenger å ta stilling til problemene på samme måte.

Religiøs utholdenhet handler om å stå fast i sin religiøse overbevisning på tross av hinder og farer som truer. Det handler ikke så mye om en reaksjon på trusler hvor man trekker seg nærmere religionen for å overleve, men det handler om å være så dypt overbevist om at den religionen man tilhører ikke kan rokkes ved uansett hva som møter en. Et eksempel er jøder i konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig (Pargament, 1997, p. 206). Så langt det var mulig bevarte de fleste sine jødiske tradisjoner og måte å se på verden på, på tross av grusomhetene som skjedde rundt de og med de. I de fleste undersøkelsene Pargament har sett på rundt denne måten å bevare det som er viktig på ser det ut til at de som er mest religiøse i utgangspunktet også er de som bevarer troen gjennom utfordrende situasjoner. Hvorfor er det slik at man står så stødig i troen? Er det viljestyrken, eller er det noe mer enn det?

Viljestyrke spiller nok inn, men det er ikke det eneste som gjør at religiøse personer bevarer troen gjennom utfordringer. Når disse utfordringene truer balansen deres, opplever de ofte støtte i det religiøse fellesskapet eller fra Gud. Støtten fra den guden de tror på kan for eksempel være gjennom de religiøse tekstene, gjennom bønn eller gjennom en opplevelse av at Gud er tilstede og bærer byrden sammen med de. Støtten fra fellesskapet kan være fra ledere i forsamlingen, fra bønne- eller bibelgrupper, eller sjelesorgtjeneste.

Det er ikke alltid det er mulig å bevare det både måten man lever livet på og samtidig bevare det som er viktigst i livet når kriser opptrer, da er et alternativ å rekonstruere veien til det som er viktig. Pargament (1997) tar opp tre ulike rekonstruktive mestringsmekanismer: **religiøs veksling**, **religiøs renselse** og **religiøs omstilling** (pp. 213-214).

Religiøs veksling handler ikke om å bytte religion, men å gjøre endringer innenfor den religionen man allerede står i. Det kan være et skifte fra en konfesjon til en annen, en menighet til en annen, eller det kan være en endring i for eksempel gudsbildet man har fra å tenke på Gud som en som er lik faren sin, til å tenke at Gud er den faren man skulle ønske man hadde. Dette kan være en mestringsstrategi for noen som har vokst opp i et hjem hvor de ikke har opplevd å få den kjærligheten og nærheten de har hatt behov for fra foreldrene, hvor de heller søker denne kjærligheten og nærheten hos Gud. Målet er altså det samme, men veien dit er en annen.

Religion definerer akseptabel og uakseptabel atferd, og den tilbyr også ritualer og måter å re-orientere seg på dersom man har kommet vekk fra det religionen handler om. Dåp, offer, omvendelse, tilgivelse og straff er bare noen av måtene religion bruker for å re-orientere individet mot det hellige igjen. Disse renselsesritualene ser ut til å ikke bare bevare åndelige mål, men også psykologiske. Måten en person blir møtt med aksept og tilgivelse av religiøse ledere eller fellesskap når de innrømmer feiltrinn kan bidra til å skape lettelse og trøst i stede for skam og skyld. Pennebaker og Beall (1986) gjorde en studie av studenter som skulle skrive om traumatiske hendelser enten ved 1) å beskrive fakta uten følelser, 2) å beskrive følelser uten fakta og 3) å beskrive både fakta og følelser. De som var i de to siste gruppene rapporterte mest ubehag etter øvelsen, men ved en oppfølging seks måneder senere viste det seg at disse to gruppene hadde vært mindre syke de siste seks månedene enn den første gruppen. Det ser altså ut til at bekjennelse fører til økt ubehag med en gang, men at det forbedrer den fysiske helsen over tid. Det er usikkert

om dette gjelder religiøs bekjennelse, ettersom en slik bekjennelse oftest foregår mellom to personer og at det da kan være vanskelig å beskrive følelsene rundt det som har skjedd, spesielt dersom det er knyttet skam til det. Det er uansett viktig å påpeke at dersom religiøs rennelse oppsøkes for å lette på samvittigheten uten et ønske om å endre seg vil det ikke lenger kvalifiseres som rekonstruktiv mestring.

Noen ganger i livet vil vi oppleve ting som går på tvers av hva vårt verdensbilde kan tillate. Når dette skjer kan vi ha behov for å omstille troen vår for å bevare det som er viktig. De fleste religioner foreslår nye måter å forstå lidelse, folk og det hellige. De kan gi et nytt perspektiv på hendelsen og hvilken rolle den kan spille i ens liv. På denne måten blir lidelse noe forklarlig, noe man kan takle og til og med noe det kan komme noe godt ut av. Religiøs omstilling bidrar til å myke opp effekten av krisen og bekrefte at livet har mening på tross av lidelse og smerte.

Religiøs omstilling kan omhandle hendelsen, individet eller det hellige. Religiøs omstilling av hendelsen kan være å omdefinere den slik at den ikke lenger er meningsløs. Dersom en person blir lam fra livet og ned i en ulykke er ofte svaret på spørsmålet ”hvorfør meg?” at Gud har en grunn, noe han vil lære personen (Pargament, 1997, p. 222). Det handler ikke alltid om en gud som straffer eller nødvendigvis har villet ulykken, men en gud som gjør gull av gråstein. Ulykken kan gi en mulighet til å verdsette livet på en annen måte, den kan forhindre at noe verre skulle skje på et annet tidspunkt. Uansett hvilken grunn man finner for det som skjedde, vil man kunne takle lidelsen som følger på en helt annen måte enn dersom man ikke finner noen grunn for det som skjedde og man forblir i en bitterhet.

Religiøs omstilling av personen er en annen måte å rekonstruere det som er viktig. I krigen i Vietnam var mange soldater skuffet over at Gud ikke så ut til å være på deres side, mens presten som var med mente at problemet ikke var at Gud hadde vendt seg fra soldatene, men at soldatene hadde vendt seg fra Gud. Det var altså mennesker som var ansvarlig for alt det grusomme som skjedde i krigen, ikke Gud. På denne måten forsøkte presten å bevare Gud som velvillig (Pargament, 1997, p. 224).

Karma er også en måte å tillegge personen ansvar for ting som går galt, ikke en høyere makt. Selv ting en person har gjort i et tidligere liv kan være årsaken til vonde ting som skjer med personen i dette livet, og det eneste riktige å gjøre er å forsøke etter beste evne å være god for at den man blir reinkarnert som skal ha et bedre liv. Denne tankegangen kan være med på å forklare hvorfor hinduer sjelden er bitre (Pargament, 1997, p. 225).

En annen måte å endre sitt syn på personer for å bevare det som er viktig, er å konkludere med at mennesker har en begrenset forståelse av verden, og det er noen ting som bare er utenfor vår fatteevne. På denne måten slipper man å stille seg spørsmålet ”hvorfør meg?” og kan heller fokusere på hvordan man best mulig kan håndtere konsekvensene av situasjonen.

Den siste formen for religiøs omstilling handler om det hellige. Denne typen mestring er ofte en siste utvei fordi folk flest ikke er villige til å endre sin oppfatning av det hellige, spesielt hvis endringen medfører at man legger skylden over på det hellige. Dersom hendelsen skulle bli sett på som en straff fra en gud, blir det som regel sett på som fortjent og ikke tilfeldig eller ondskapsfullt. På denne måten er det egentlig personen selv som er skyld i hendelsen, ikke guden.

En mer akseptert form for religiøs omstilling av det hellige er å legge skylden over på det onde – djevelen. Når mennesker begår grusomme drap går det ofte på tvers av hva vårt verdensbilde sier om mennesker. Vi kan ikke forstå at et menneske kan gjøre noe sånt mot et annet. Da er det kanskje enklere å legge skylden på djevelen enn å endre måten man ser på menneskeheten på.

En siste måte å endre synet på det hellige på er å se på det hellige som begrenset. På den måten kan man fortsette å tro på en kjærlig og hengiven gud, samtidig som man fratar guden ansvaret for det som skjer på jorda. Det hellige er begrenset av naturen, av menneskets natur og av vår moralske frihet (Pargament, 1997, pp. 226-232).

3.5.3.2 Transformering

Selv om konservering av det som har verdi for oss er vår første reaksjon i mestring, er det ikke alltid mulig å bevare det. Det kan være svært vanskelig og smertefullt å transformere livet sitt, finne nye retninger og nye ting som betyr noe, men det er likevel helt nødvendig dersom vi ikke greier å konservere det livet vårt dreide seg om tidligere.

Religion er en sentral del av transformasjon av signifikans (Pargament, 1997, p. 235). Alle religioner har historier om personer som blir testet eller går seg vill, får et møte med det hellige og får en ny opplevelse av retning og mening. Dette er det ikke forsket mye på, så Pargament bruker en blanding av case studier, anekdoter og fortolkninger – altså såkalte *myke* data, i stedet for *harde* data fra forskning. Han deler opp transformasjon i to typer: **revaluering** og **reetablering**. Ved revaluering skifter

man målet, men beholder måten å komme seg dit, mens ved reetablering endrer man både veien til signifikans og det som er signifikant (Pargament, 1997, p. 235).

Revaluering innebærer både forandring og kontinuitet. Målet med livet endres, mens måten å leve livet forblir den samme. Troen på at livet har et ultimatum legger grunnlaget for søken etter religiøs mening. Det som gir denne søken den religiøse dimensjonen er troen på at denne meningen er transcendent av natur og går utover det individet er i stand til å gjøre ut av det på egenhånd (Pargament, 1997).

Noen ganger går revaluering over i reetablering, andre ganger går personen rett inn i en reetablering hvor livet endres drastisk. **Religiøs omvendelse** og **religiøs tilgivelse** faller inn under denne typen mestring. Religiøs omvendelse har vært et tema som har interessert mange forskere og fagfolk innenfor en rekke disipliner. Freud har et negativt syn på omvendelse hvor han mener at personen går gjennom en regresjon tilbake til det ødipale stadiet hvor de har en uløst konflikt med sin far og responderer nå med å underlegge seg en autoritet. Jung igjen mente at det var en måte å balansere personligheten (Pargament, 1997, p. 247). Kanskje finnes begge formene.

Pargament forsøker å gi en definisjon på religiøs omvendelse som kan bidra til økt forståelse av denne mestringsmetoden: "In an effort to re-create life, the individual experiences a dramatic change of the self, a change in which the self becomes identified with the sacred" (Pargament, 1997, p. 248). Det er to hovedpoeng i denne definisjonen: transformasjon av livet og transformasjon av selvet.

Transformasjon av livet kan være et mål for omvendelsen for eksempel en alkoholiker. Alkoholikeren som vil gjøre en endring i livet sitt må ikke bare gi opp det som har betydning mest for han eller henne – alkoholen, men også hele livet som er bygd opp rundt alkoholen (p. 249).

Transformasjon av selvet som mål for omvendelsen kan komme til uttrykk gjennom både en innrømmelse av selvets begrensninger og en inkorporering av det hellige inn i selvet (Pargament, 1997, p. 250). Radikal endring kommer ikke av seg selv, men ser ut til å komme som en følge av stress, spenning, konflikt eller uro. Det kan være både akutt og ha bygd seg opp over lengre tid. Det ser ut til at det ikke er denne spenningen eller stresset alene som gjør at en person velger noe så drastisk som en religiøs omvendelse som mestringsstrategi, men at det er en slags "siste utvei" etter å ha prøvd flere andre mestringsstrategier uten hell. Det å mislykkes med andre mestringsstrategier kan gjøre at man føler seg utilstrekkelig og ute av stand til å

mestre livet på egenhånd, og den eneste løsningen ser ut til å gi livet sitt over i hendene på en gud. Man innser altså selvets begrensninger.

Mange opplever at de gir opp selvets sitt i en religiøs omvendelse og at det hellige tar bolig i de. Det som faktisk skjer er ikke at man utsletter seg selv, men at man ikke lenger er så selvopptatt og selvcentrert som man har vært, man er sentrert rundt det hellige i stedet.

Pargament (1997) skriver om religiøs tilgivelse som en mestringsstrategi under reetablering. Han skriver at det kan være vanskelig å forstå hvorfor tilgivelse er beskrevet under mestring da det ofte blir sett på som en form for fornektelse. Men sett at noe forferdelig skjer. Det skaper følelser av sinne, frykt, smerte eller bitterhet. Alle disse følelsene er der for å mestre situasjonen, men de bærer likevel med seg smerten fra fortiden. Tilgivelse er skapt for å føre til radikal endring fra et liv sentrert rundt smerte og urettferdighet til en slags fred i sjelen, et håp om at smertefulle minner en gang bare skal være det – minner. Personen vil ikke lenger bli holdt til følelsesmessig fange av fortiden. Som Kjetil Klungland en gang sa i et intervju om hvorfor han tilga Nokas-raneren som drepte faren hans: ”Tilgivelse betyr for meg å sikre min egen livskvalitet.” (NRK, 2013)

Teoretikere, praktikere og noen forskere har begynt å finne ingrediensene i tilgivelse. For det første kan ikke tilgivelse skje uten opplevelsen av sinne, smerte, frykt eller bitterhet. For det andre innebærer tilgivelse en tertiær vurdering: prisen for negativitet for å beskytte seg selv er større enn risikoen ved å la negativiteten gå i søken etter fred. For det tredje vokser tilgivelse ut av en menneskeliggjøring av gjerningspersonen, og for det fjerde krever tilgivelse handling i form av å endre responsen på det som har skjedd (Pargament, 1997, pp. 262-263).

Hva er det så som gjør tilgivelse religiøs? Religion kan gi betydning til handlingen å tilgi gjennom å ikke bare tilby fred for menneskets egen del, men også fred med Gud, og den kan gi et sett av modeller og metoder som legger til rette for denne prosessen gjennom eksempler i de religiøse tekstene (Pargament, 1997).

3.6 Fungerer religiøs mestring?

Pargament understreker at denne evalueringen av religiøs mestring kan virke overfladisk for folk som er religiøse. Psykologien kan ikke ha formeninger om bibelske mirakler er sanne eller ikke, eller om Gud finnes. Den kan bare ta stilling til

det som kan observeres og måles, så religion vil bli undersøkt på en pragmatisk måte. Vil religion gi utslag på tester, og i så fall, er religion til hjelp eller skade for folk?

Forskningen Pargament har samlet på religions effekten på utfallet av negative hendelser ser ut til å gi varierende resultater. Ved selvrapporing på om religion hjalp folk gjennom vanskelige perioder var svarene ganske positive, hvor opp til to av tre mente at religion var avgjørende for at de greide seg. Et velkjent problem med selvrapporing er fenomenet ”social desirability effect” – man svarer det som er mest passende eller sosialt akseptabelt å svare. Spørsmålene som ble stilt kan ha ledet personene til å svare at religion hjalp dem å mestre vanskelige situasjoner i frykt for å svekke posisjonen religion har i deres eget liv. Når Pargament gjorde en mer systematisk gjennomgang av disse studiene fant han at i en tredjedel av tilfellene hadde religion en positiv påvirkning på utfallet i mestring, altså i færre tilfeller enn ved selvrapporing. Hva kan være årsaken til dette?

Pargament argumenterer for at disse undersøkelsene som han har gjort en systematisk gjennomgang av ikke nødvendigvis måler religiøs mestring, men at de som mestret hadde en religiøs orientering. Orienteringssystemet og utfallet av en negativ hendelse er ikke direkte knyttet, men er bundet sammen gjennom den spesifikke mestringsmetoden personen velger å bruke. Det er ikke sikkert at en person med en religiøs orientering har benyttet seg av religiøse mestringsmetoder, dermed kan vi ikke nødvendigvis måle at religion påvirket et positivt utfall av den negative hendelsen.

Pargament et al. (1990) undersøkte om religiøs mestring, kontrollert for effekten religiøs orientering har, hadde noen sammenheng med utfallet av negative hendelser. Resultatene viste at religiøs mestring var et bedre mål på å forutsi utfallet av negative hendelser enn religiøs orientering. Spørsmålet er fortsatt om religion bidrar positivt eller negativt, og svaret er foreløpig begge deler. Vi kan heller se på hvilke religiøse mestringsmetoder som er hjelpsomme, skadelige eller irrelevante, om de er like effektive for alle mennesker i alle situasjoner og om religiøs mestring er like effektiv som andre mestringsformer.

Det ser ut til at religiøse mestringsmetoder har ulik grad av effekt (Pargament, 1997, p. 288). Troen på en kjærlig, rettferdig Gud, åndelig støtte, det å samarbeide med Gud, religiøse ritualer og søken etter åndelig og personlig støtte er det som ser ut til å gi best utfall i mestringen, deretter kommer støtte fra menigheten (Pargament et al., 1990, pp. 814-815). I Pargament et al. (1990) sin undersøkelse kan det være at

støtte fra menigheten får et lavere utslag enn fortjent fordi den vanskelige hendelsen som ble undersøkt var dødfødsel eller krybbedød, noe som er et vanskelig tema i menigheter.

Det finnes også religiøs mestring som gir dårligere utfall enn andre mestringsmetoder, og det er spesielt misnøye med menigheten og Gud og tanken om at det som hendte er straff fra Gud. Følelser av håpløshet, fortvilelse og bitterhet kommer gjerne sammen med opplevelsen av at menigheten og Gud har sviktet når de trengtes mest. Det er usikkert om denne misnøyen eller tanken om straff er skadelig i det lange løpet, eller bare i den akutte fasen rett etter at den negative hendelsen har skjedd (Pargament, 1997, pp. 290-291).

Dette var mestringsmetodene som falt inn i enten den positive eller den negative boksen. Flesteparten av religiøse mestringsmetoder har både positive og negative utfall avhengig av person og situasjon. I undersøkelsen til Pargament et al. (1990) fant de at religiøs mestring generelt ga positivt utfall i 40% av tilfellene, mens den ga negativt utfall i 23% av tilfellene. I videre tester som Pargament og kollegaene hans gjorde fant de ut at de personene som benyttet seg av positive religiøse mestringsmetoder (åndelig støtte, samarbeid med Gud, bønn osv.) rapporterte at de hadde vokst mer både åndelig og psykisk etter den negative hendelsen, mens de som benyttet seg av negative religiøse mestringsmetoder (mishandling med menighet, opplevelse av straff fra Gud osv.) rapporterte at de ble mer hardhudede i møte med andre mennesker (Pargament, 1997, p. 300).

Pargament har sett på noen undersøkelser som er gjort for å finne ut om religiøs mestring er til mer nytte for noen enn andre. Disse undersøkelsene er hovedsakelig gjort i USA, så det er vanskelig å si om resultatene gjelder for eksempel i Norge hvor vi har et annet sosialt system og en annen demografi, men resultatene viste i alle fall at det var eldre, fattige, mindre utdannede, afroamerikanske, enker og kvinner som rapportert om størst utbytte av religiøs mestring. Dette kan være fordi disse gruppene har mindre tilgang på sekulære ressurser og makt i USA enn andre, og religion blir da en alternativ ressurs som er lettere tilgjengelig for dem (Pargament, 1997, p. 301).

De samme gruppene rapporterer også om høyere nivå av personlig religiøsitet og oftere bruk av religiøse mestringsmetoder. Det kan se ut som om de som investerer mer i sitt religiøse liv får mer igjen for det i religiøs mestring (Pargament, 1997). Vi kan anta at deres religiøse orienteringssystem er bedre utrustet til å tilpasse seg og

respondere på kriser. Dette betyr ikke at de som har et mindre solid religiøst orienteringssystem ikke kan dra nytte av religiøs mestring, men det ser ut til at jo mer man investerer jo sikrere er det at den religiøse mestringen er nyttig.

Bringer religion noe spesielt til mestringsprosessen? Pargament har sett på en rekke studier som tar for seg dette spørsmålet, og resultatene er tydelige: Religion ser ut til å bringe en unik dimensjon til mestringsprosessen (se Pargament, 1997, p. 310 for studier). Men hva er dette unike? Pargament mener at religion tilbyr en respons på menneskelig utilstrekkelighet. Vi kan prøve så mye vi bare vil på å bevare eller transformere det som er signifikant, men vi forblir menneskelige, endelige og begrensede. Vi kan når som helst bli tvunget til kanten av våre begrensninger og eksponere vår sårbarhet for verden. Det er i slike grunnleggende eksistensielle kriser at religion kan gi løsninger. Løsningene kan komme i form av åndelig støtte der sosial støtte ikke strekker til, forklaringer der ingen av våre menneskelige forklaringer gir mening, en opplevelse av kontroll gjennom det hellige når livet oppleves ukontrollerbart eller nye signifikansobjekter når de gamle ikke lenger er tiltrekkende (Pargament, 1997). Religiøs mestring komplimenterer altså ikke-religiøs mestring gjennom å tilby en respons på vår begrensede personlige kontroll.

3.7 Når religion mislykkes

Som jeg skrev innledningsvis vil jeg ikke bruke mye tid på dette temaet, selv om jeg synes det er viktig å anerkjenne at religion ikke alltid bidrar til at folk har det bedre eller mestrer på en god måte. Jeg vil skrive litt om måter religion kan være skadelig fordi det kan ha innvirkning for hvordan profesjonelle som jobber med mennesker i vanskelige situasjoner velger å benytte seg av religion som en eventuell hjelp.

Pargament (1997, pp. 339-358) skriver om fire religiøse faktorer som øker individets sårbarhet for de store livsstressfaktorene. Den første er udifferensiert religion, den andre er fragmentert religion, så religiøs rigiditet og usikker religiøs tilknytning.

Udifferensiert religion handler om et litt umodent religiøst orienteringssystem. Man kan kortversjonen av de religiøse reglene som at man skal hedre sin mor og sin far, eller at man ikke skal skille seg, men har ikke kommet så langt at man har begynt å få med seg nyansene, eller hva det vil si å hedre sin og mor og sin far når de for eksempel er voldelige mot deg.

Fragmentert religion handler om at man selv velger biter her og der som passer inn i livet, men som kanskje ikke henger sammen og skaper et solid orienteringssystem. Vi tåler en viss grad av fragmentering¹³, men når denne fragmenteringen blir for stor kan det gjøre individet svært sårbart i møte med vanskelige situasjoner som utfordrer det allerede svake orienteringssystemet.

Religiøs rigiditet går på hvor vidt personen kan endre synet sitt på ting i møte med verden, eller om de er låst fast i sitt orienteringssystem. Det religiøse orienteringssystemet må være elastisk og fleksibelt for å fungere best mulig. Ikke så fleksibelt at man ikke har noe å holde fast ved, men elastisk så det ikke bryter sammen i møte med noe som utfordrer orienteringssystemet.

Usikker religiøs tilknytning er et begrep som er lånt fra Bowlbys tilknytningsteori (se for eksempel von Tetzchner, 2001, pp. 443-445) og handler om hvilken relasjon man har til Gud. Det er gjort flere undersøkelser på hvordan gudsrelasjonen blir til, og den preges ofte av vår relasjon til våre foreldre, enten ved at vi overfører egenskaper ved vår relasjon til våre foreldre til vår relasjon med Gud, eller at vår relasjon til Gud blir den relasjon vi skulle ønske vi kunne hatt med våre foreldre. Dersom vår tilknytning til Gud blir usikker vil det ha mange av de samme implikasjonene for vårt velvære som ved usikker tilknytning til foreldre – vi blir utrygge, har lite selvtillit, blir varsomme ettersom vi ikke vet helt hvor vi har Gud.

3.8 Oppsummering

Vi har nå sett på ulike aspekter ved mestring og religiøs mestring. Jeg startet med å ta for meg tre religiøse orienteringer: indre motivert, ytre motivert og utforskende/undrende. Disse religiøse orienteringene ble knyttet til ulike religiøse mestringsmetoder senere i kapittelet.

Vi har også sett på Pargaments åtte antakelser om den generelle mestringsprosessens forløp. Hans første antakelse er at folk søker signifikans, eller at folk søker etter noe viktig å sentrere livet sitt rundt. Hans andre antakelse er at hendelser er konstruert etter deres betydning for folk. Her brukes Lazarus og Folkmans primær- og sekundærvurdering hvor primærvurdering handler om hva slags påvirkning en hendelse vil ha i personens liv, og sekundærvurdering handler om hvilke ressurser personen har til å håndtere påvirkningen. Den tredje antakelsen er at folk tar med seg et orienteringssystem til mestringsprosessen, og den fjerde at folk

¹³ At ikke alt henger sammen

oversetter dette orienteringssystemet til spesifikke mestringsmetoder. Den femte antakelsen til Pargament er at folk søker signifikans i mestring gjennom konservering og transformering, en antakelse som blir hentet opp igjen i underkapittelet om religiøs mestring. Den sjette antakelsen handler om at folk mestrer på måter som er tiltalende for dem, den syvende at mestring er innebygd i kulturen, og den åttende og siste antakelsen handler om at nøkkelen til god mestring ligger i utfallet og prosessen.

Etter en gjennomgang av disse åtte antakelsene gikk jeg over i en lengre del om religiøs mestring. Pargament skriver at mestringsprosessen er orientert mot stressende livshendelser, den kan innebære religiøse elementer, men den må ikke det. Religion derimot er orientert mot det hellige, den kan være en del av de stressende livshendelsene til folk, men religion er ikke begrenset til de vanskelige tidene.

Det er to ting som gjør religion attraktivt som en del av mestring. Den ene er at det er et relativt tilgjengelig orienteringssystem, og den andre er at det er en relativt tiltalende måte å mestre på.

Vi gikk videre inn på noen stereotypier om religion som mestring i psykologien. Den første vi så på var at religiøs mestring var en form for fornektelse som ikke bringer med seg sunn vekst. Her kunne vi vise til forskning gjort av blant annet Pargament og Park som viste at dette bare hadde et snev av sannhet i seg.

Den andre stereotypien av religiøs mestring var at den var passiv og unnvikende. Her så vi på tre religiøse tilnærminger som viser en mer nyansert side ved religiøs mestring enn det stereotypen får fram. De tre tilnærmingene er *selvstyrt forsøkyvende* og *samarbeidende*.

Pargament koblet det femte punktet om konservering og transformering sammen med religiøs mestring. Konservering av det som er viktig for oss er gjerne det første vi forsøker når vi møter en vanskelig situasjon. Vi kan dele konservering inn i to: bevaring og rekonstruering. Bevaring kan bestå av tre deler: å skape grenser, religiøs utholdenhet og religiøs støtte, mens rekonstruering kan bestå av religiøs veksling, religiøs renselse og religiøs omstilling.

Dersom konservering ikke fungerer forsøker vi å transformere det som er viktig for oss. Transformering er også delt inn i to: revaluering og reetablering. Revaluering handler om å leve på samme måte som før, men endre hva som er viktig, mens ved reetablering endrer man både måten å leve på og det som er viktig for oss. Reetablering kan handle om religiøs omvendelse eller religiøs tilgivelse.

Så til spørsmålet om religiøs mestring fungerer eller ikke. Flere av studiene Pargament så på målte ikke om religiøse mestringsmetoder førte til et positivt utfall av den negative hendelsen, men om en religiøs orientering førte til et positivt utfall. Studier som har fokusert på spesifikke religiøse mestringsmetoder er bedre egnet til å se på sammenhengen mellom religiøs mestring og utfallet av en negativ hendelse.

Positive religiøse mestringsmetoder er åndelig støtte, samarbeid med Gud, bønn og sosial støtte fra religiøst fellesskap. Negative religiøse mestringsmetoder er misnøye med menighet og Gud, samt troen på at den negative hendelsen var straff fra Gud. Så er det en rekke religiøse mestringsmetoder som verken er utelukkende negative eller positive, men avhenger av situasjon, person og kultur. Det som er tydelig i er at jo høyere nivå av personlig religiøsitet en person har, jo bedre sjanse er det for et positivt utfall av en negativ hendelse ved bruk av religiøse mestringsmetoder.

Religiøs mestring trenger ikke nødvendigvis å være noe bedre enn generell mestring, men religion kan bidra som en respons på menneskelig utilstrekkelighet. Når negative hendelser skjer i livet vårt hender det at vi finner oss selv på kanten av hva vi kan tåle og hva vi har kontroll over. Det er her religionen kan bidra i mestringsprosessen.

Helt avslutningsvis så jeg på når religion mislykkes. Pargament beskriver fire religiøse faktorer som øker individets sårbarhet for de store livsstressfaktorene: udifferensiert religion, fragmentert religion, religiøs rigiditet og usikker religiøs tilknytning.

Nå som teorien om både kronisk sykdom og religiøs mestring er lagt vil jeg gå inn i en drøftingsdel hvor jeg vil prøve å koble Pargaments teori opp mot kronisk sykdom.

Kapittel 4 – Drøfting

4.1 Innledning

Jeg har nå gått gjennom teori om både kronisk sykdom og religiøs mestring. På bakgrunn av teorien jeg har presentert i de to foregående kapitlene vil jeg nå drøfte hvordan religion kan bidra til mestring hos kronisk syke. For å gjøre drøftingen så oversiktlig som mulig vil jeg bruke Pargaments åtte antakelser om mestringsprosessens forløp som rammeverk. Under hver av de åtte antakelsene vil jeg se på hvordan den aktuelle antakelsen vil være for noen som er i en fase av den kroniske sykdommen som gjør at mye i livet blir snudd opp ned, og i tillegg forsøke å koble religion inn for å se hvordan den kan bidra til mestringsprosessen.

Målet med denne oppgaven har vært å finne forskning som kan belyse hvordan religion kan bidra i mestringsprosessen for kronisk syke, spesielt i diagnosefasen og andre kritiske faser i sykdomsforløpet. Dette drøftingskapittelet vil derfor dreie seg om hvordan vi kan koble det vi vet om kronisk sykdom i et helsepsykologisk perspektiv sammen med det vi vet om religiøs mestring.

4.2 Folk søker signifikans

At folk søker signifikans er Pargaments første antakelse om mestringsprosessens forløp. I forbindelse med kronisk syke kan vi stille flere spørsmål deres søken etter signifikans. Hva var viktig for personen før han eller hun ble syk? Var det utdanning, jobb, familie, venner? Var det spesifikke mål i livet som å gifte seg, få barn, nyte en pensjonisttilværelse? Hvordan forholder man seg til det som var viktig før man ble syk? Er det noe som blir uoppnåelig, eller blir det plutselig ikke så viktig?

Under avsnittet om eksistensielle spørsmål i kapittelet om kronisk sykdom nevnte jeg så vidt at Batson og Stocks (2004) benyttet seg av Maslows behovshierarki (p. 142) for å forstå eksistensielle behov og hvordan religion kan møte disse behovene. Tanken er at det som er viktig for folk er avhengig av om de har fått oppfylt behovene som ligger lengre ned i hierarkiet. Dersom man ikke har mat – som er en del av de helt grunnleggende behovene i hierarkiet – vil livet sannsynligvis først og fremst dreie seg om å skaffe seg mat, før man fokuserer på behovet for trygghet eller tilhørighet. Hierarkiet er ikke bygget på empiri, men har vist seg å fungere godt

som et heuristisk utgangspunkt, så det er mye brukt i forskning og litteratur innen psykologi.

Fysiologiske behov ligger nederst i hierarkiet og er de første som må tilfredsstilles. Eksistensielle spørsmål som Batson og Stocks mener kan oppstå i møte med disse behovene er ”Hvordan kan jeg få tilfredsstilt sult og tørst?”, ”Hva om jeg ikke greier å produsere nok mat?”, ”Hvordan kan jeg forbli varm og tørr?”, ”Hvordan skal jeg takle denne skaden eller sykdommen?”. Religion kan møte spørsmål knyttet til fysiologiske behov på flere måter. Bibelen nevner for eksempel flere steder at Gud er en gud som forsørger, og oppfordrer troende til å ta vare på de som ikke har det de trenger og dele av sin overflod. Som jeg nevnte i innledningskapittelet har det kommet fram at religion i flere sammenhenger kan bidra til bedre helse. Det kan være flere grunner til dette. Det kan være at måten man lever på som religiøs promoterer bedre helse, det kan være at man gjennom det sosiale fellesskapet i religiøs tilknytning og tanken om at det finnes en gud som har kontroll når en selv ikke har det bidrar til en bedre psykisk helse som igjen bidrar til bedre fysisk helse.

Behov for sikkerhet er det neste steget i hierarkiet, og leder til spørsmål som ”Hva kan og bør jeg gjøre for å beskytte meg selv?”, ”Er det noen makter jeg kan og bør vende meg til for sikkerhet?”, ”Hvordan kan jeg kontrollere framtiden?”. Behovet for sikkerhet kan kanskje oppleves litt fjernt i Norge, men sikkerhet kan dreie seg om mange ting. Jeg tenker at spesielt økonomisk sikkerhet er aktuelt i forbindelse med kronisk sykdom. Vil personen være i stand til å jobbe? Fungerer NAV godt i forhold til sykdommen? Vi ser stadig skrekk-oppslag i avisene om alvorlig syke mennesker som opplever at de må kjempe en økonomisk kamp som de ikke har overskudd til. Hvordan kan religion bidra her? Kanskje det å kunne be til en Gud som forsørger? Kanskje menigheter eller enkeltpersoner i menigheter kan være med å støtte økonomisk der staten ikke hjelper til? Salme 23 i Bibelen er en kjent salme for mange, og lyder som følger: ”Herren er min hyrde, jeg mangler ikke noe. Han lar meg ligge i grønne enger, han fører meg til vann der jeg finner hvile. Han gir meg nytt liv. Han fører meg på rettferdighets stier for sitt navns skyld. Selv om jeg går i dødsskyggens dal, frykter jeg ikke for noe vondt. For du er med meg. Din kjepp og din stav, de trøster meg. Du dekker bord for meg like for øynene på mine fiender. Du salver mitt hode med olje, mitt beger flyter over. Bare godhet og miskunn skal følge meg alle min dager, og jeg får bo i Herrens hus gjennom lange tider.” (Bibelen, 2011). Dette er en salme som kan være til trøst i vanskelige tider, og det å ”ikke mangle noe”

trenger ikke bety bokstavelig talt, men at man indirekte stoler på at Herren som hyrde tar vare på en og gir en det som trengs.

De neste behovene er **behovene for tilhørighet og kjærlighet**. Spørsmål som ”Hvor hører jeg til?”, ”Hvem er mitt folk?”, ”Hvem elsker meg?”, ”Hva er mitt ansvar ovenfor andre?” er eksistensielle spørsmål knyttet til disse behovene. Behovet for tilhørighet og kjærlighet kan absolutt bli møtt i en menighet. Menigheter i Norge er relativt unike i samfunnet vi lever i fordi de tilbyr et sosialt fellesskap på tvers av alder og sosial status som kan være vanskelig å finne i andre arenaer i samfunnet. Man trenger ikke kjenne alle som går i menigheten engang, fellesskapet er der for deg uansett. Planen for diakoni i Den norske kirke lyder som følger ”Diakoni er kirkens omsorgstjeneste. Den er evangeliet i handling og uttrykkes gjennom nestekjærlighet, inkluderende fellesskap, vern om skaperverket og kamp for rettferdighet.” (Kirkerådet, 2008). Det er tydelig ut fra denne planen et kirken er, og ønsker å være, et inkluderende fellesskap som uttrykker evangeliet i handling gjennom nestekjærlighet, det ønsker å verne om det skapte, både mennesker, dyr og alt annet på denne jorden, og de ønsker å kjempe for rettferdighet for de som kanskje ikke har mulighet til å kjempe for seg selv.

Behovet for aktelse leder til spørsmål som ”Er jeg en person av verdi?”, ”Er jeg verdsatt av andre?”, ”Hvordan skal jeg leve med mine tilkortkommenheter, feil og mangel på evner?”. Religion kan også møte behovet for aktelse, hvor spørsmål om hvilken verdi personen har som menneske kommer opp. I kristen tro har man et menneskesyn som tar utgangspunkt i at alle mennesker er skapt og villet av Gud og at alle dermed har lik verdi. Dette er uavhengig av om man er troende eller ikke. I dagens samfunn er virkeligheten en litt annen. Det kan se ut til at de som kan bidra mest til samfunnet, de som er selvstendige, har gode relasjoner og rett og slett er mer vellykkede er de som har størst verdi. Dette kommer blant annet fram gjennom debatter omkring tigging skal være forbudt eller ikke, om hvem som bør få organer når det er mangel på organer til transplantasjon, og i daglig interaksjon med folk.

Det siste behovet, **behovet for selvaktualisering**, fostrer spørsmål som ”Hvem er mitt sanne jeg?”, ”Hva vil gjøre meg virkelig lykkelig?”, ”Hvordan kan jeg bli tilfredsstilt?”. Dette steget har vært diskutert mye blant fagfolk. Hva betyr egentlig selvaktualisering? Er dette noe alle kan oppnå? Eller er det bare noen få som kommer dit? Mor Theresa blir ofte framhevet som et eksempel på en selvaktualisert person. Hun opptrådte på en sånn måte at hun hadde fått dekket alle sine egne behov eller gitt

fullstendig slipp på det som eventuelt ikke var blitt dekket slik at hun greide å fokusere all sin energi ut mot å hjelpe andre. Hun er et godt forbilde, men jeg tror det kan være utfordrende for de fleste å følge i hennes fotspor. Kan vi allikevel finne oss selv, være tilfreds med tilværelsen, og være virkelig lykkelige? Som kristen har man ofte en identitet som Guds barn, planlagt, skapt og villet, syndig og gjenoppreist gjennom Jesus. Kristendommen kan altså bidra til å gi en identitet som noen som var ønsket og planlagt, ikke bare en tilfeldighet. Med det utgangspunktet kan man utforske hvem man er, hva man trives med, undersøke hvilke gaver og talent man er skapt med og finne en høyere plan med livet vårt. Jeremia 29:11 kan være et godt vers i denne sammenhengen: ”For jeg vet hvilke tanker jeg har med dere, sier Herren, fredstanker og ikke ulykkestanker. Jeg vil gi dere fremtid og håp.” (Bibelen, 2011)

4.3 Hendelser er konstruert etter deres betydning for folk

Hvilke innvirkninger vil sykdommen ha for personen? Kan man fortsette i utdanning og jobb som før? Eller vil man måtte gjøre endringer i livet? Dette er spørsmål som knyttes til Lazarus og Folkmans (1984) primærvurdering. For at sykdommen skal oppleves som noe som må mestres, må vurderingen være at den vil ha innvirkninger på livet som kan være utfordrende å møte.

Deretter må personen vurdere hvilke ressurser man har til å håndtere påvirkningen sykdommen vil ha på livet, og hvilke mestringsmetoder som er tilgjengelig – sekundærvurdering.

Under dette punktet har religion flere ting å bidra med. Pargament et al. (1990) fant ut at troen på en kjærlig, rettferdig Gud, åndelig støtte, det å samarbeide med Gud, religiøse ritualer og søken etter åndelig og personlig støtte er det som ser ut til å gi best utfall i mestringen, deretter kommer støtte fra menigheten. Hvis personen som er syk har en kristen tro, vil personen mest sannsynlig tro på en Gud som kan helbrede, personen vil ha et kristent fellesskap rundt seg som vi har sett tidligere at kan være med på å dempe effekten stress har på personen. Det å vite at man kan be til en Gud som bryr seg, at man har et fellesskap som bryr seg og er tilgjengelig for hjelp med hverdagslige oppgaver som kanskje blir vanskelig som en følge av sykdommen kan gjøre at personen under sekundærvurderingen vurderer at selv om sykdommen fører med seg utfordringer, har de likevel ressursene til å mestre utfordringene.

Som jeg nevnte tidligere lever vi i et samfunn som ser ut til å favorisere mennesker som kan gjøre nytte for seg, så det å få en kronisk sykdom i Norge i dag

kan være svært utfordrende dersom man selv bærer verdiene det sekulære samfunnet ofte framstiller. Man skal være sunn, trene, helst jobbe overtid mens man oppdrar to barn og sender de på alle slags fritidsaktiviteter, har venner over på middag og i tillegg har overskudd om noen skulle trenge deg. Hva skjer så når man får en kronisk sykdom som endrer livet fullstendig? Har man ikke lenger verdi i samfunnet? Faller man utenfor? Eller klarer man å omstille orienteringssystemet sitt?

4.4 Folk tar med seg et orienteringssystem til mestringsprosessen

Hvordan personen forstår verden rundt seg er avgjørende for hvordan personen håndterer sykdom som krever store forandringer i livet. Dersom personen har en oppfatning av at verden er et rettferdig sted, kan det å få en kronisk sykdom være enda mer belastende enn om man forstår verden som et sted der både gode og vonde ting skjer med mennesker som en del av livet, uavhengig av om personen av hva personen har gjort eller ikke gjort av rett og galt.

Et annet aspekt ved orienteringssystemet som kan være viktig å være klar over i en mestringsprosess hos kronisk syke er hva som gir et menneske verdi. Er det hvilken nytte man har i samfunnet? Er det om man kan finne en livspartner og få barn? Eller har mennesket en uendelig verdi i seg selv i kraft av å være et menneske skapt og villet av en gud? Det vestlige samfunnet virker å være sentrert rundt samfunnsnytte og evne til å danne familie, og det kan være lett å ha det samme fokuset selv om man har en religiøs bakgrunn om man selv tenker at man har samfunnsnytte og kan danne familie. Det er ikke sikkert at man ved noen tidligere anledninger har blitt utfordret til å tenke bevisst gjennom hva man selv mener at gir et menneske verdi, noe som kan være en svært utfordrende prosess å starte hvis man oppdager etter en diagnose at man selv faller utenfor det som gir en verdi.

Jeg nevnte moralsk arbeid og devaluering av selvet som to av de fem personlige utfordringene Lubkin og Larsen (2013) beskrev i forbindelse med kronisk sykdom. Det moralske arbeidet handlet om å kjempe fram sin egen verdi som menneske selv om man ikke nødvendigvis kan bidra i samfunnet, mens devaluering av selvet handlet om å gjøre en revurdering og en ny dannelselse av selvet – altså hvem eller hva man forstår seg selv som. ”Jeg” er kanskje ikke lenger en hardtarbeidende advokat som sjonglerer trening, kurs, familie og høyprofilerte saker etter en MS diagnose, ”jeg” er plutselig først og fremst en person som er syk og som ikke får til

noen av de tingene som tidligere definerte en, i alle fall ikke uten å trappe ned på mye av det.

4.5 Folk oversetter orienteringssystemet til spesifikke mestringsmetoder

Dersom denne antakelsen om at folk oversetter orienteringssystemet til spesifikke mestringsmetoder stemmer vil den kronisk syke personen nødvendigvis måtte ha et religiøst orienteringssystem for å kunne benytte seg av spesifikke religiøse mestringsmetoder. Pargament skriver at jo mer man investerer i religion, jo større sannsynlighet er det for at personen får et positivt utfall av den negative hendelsen ved bruk av religiøse mestringsmetoder. Det betyr ikke at personer som ikke har en sterk religiøs overbevisning ikke kan benytte seg av religiøse mestringsmetoder, men man må ha en eller annen tilknytning til en religion for at mestringsmetodene skal være tilgjengelig. Men til hvilken grad trenger man å ha kjennskap til religion for å kunne benytte seg av religiøse mestringsmetoder?

De aller fleste nordmenn har kjennskap til kristendom som religion. De fleste har vært innom en kirke i forbindelse med de store overgangsritualene som dåp, konfirmasjon, vielse eller begravelse, eller de store høytidene jul og påske. Vil dette si at nordmenn som får en kronisk sykdom i utgangspunktet vil kunne benytte seg av religiøse mestringsmetoder? Jeg tror at det at vi har både prester og diakoner ansatt på sykehus og institusjoner i Norge gjør at religion blir en mer tilgjengelig måte å mestre på. Ikke det at prester og diakoner alltid snakker om Gud eller tro når de snakker med pasienter i krise, men pasienten er likevel klar over hvilket ståsted presten og diakonen har, og opplever ofte en trygghet i at han eller hun kan snakke om de større spørsmålene om liv og død og hva som er viktig her i livet med dem.

4.6 Folk søker signifikans i mestring gjennom konservering og transformering

For mange som får en kronisk sykdom vil livet måtte endres på et eller annet vis. Spørsmålet er om man må endre det som er signifikant eller om man greier å bevare det. Pargament (1997) delte konservering inn i to generelle mekanismer: bevaring og rekonstruering. Han nevner også tre metoder for å bevare det som er viktig: det å skape grenser, religiøs utholdenhet og religiøs støtte. Det å skape grenser kunne være enten som et fellesskap, eller av individet selv, og grensene kunne være både fysiske og psykiske.

Religiøs utholdenhet handler om å stå fast i sin religiøse overbevisningen på tross av hinder og farer som truer. Dette avhenger altså av at pasienten har et religiøst orienteringssystem som er solid, gjennomtenkt og realistisk. Med realistisk mener jeg et orienteringssystem som er åpent og fleksibelt, men likevel er stabilt på de grunnleggende tankene om hvordan verden henger sammen. Dersom personen tror på en Gud som kan helbrede, for eksempel, og nekter å ta imot behandling av denne grunn, vil dette sannsynligvis være til hinder for mestring. Men dersom personen tror på en Gud som kan helbrede, og samtidig har rom for å tro at Gud har skapt mennesket med den intelligensen vi har og anerkjenner at legevitenskapen er en del av det potensialet Gud har lagt i menneskeheten, vil pasienten kunne dra nytte av håpet om at dersom den medisinske behandlingen ikke fungerer er det likevel en mulighet for at Gud griper inn.

For at pasienten skal kunne stå i en religiøs utholdenhet vil det mest sannsynlig være nødvendig med støtte fra et religiøst fellesskap eller støtte fra Gud. Støtte fra Gud kan oppleves gjennom religiøse tekster, bønn eller en opplevelse av at Gud er tilstede og deler byrden. Teksten til Bjørn Eidsvågs sang ”Eg ser” er et godt eksempel på å oppleve støtte fra Gud, en gud som ser personen, som føler med personen, som ikke fjerner byrdene eller det vanskelige, men som lover å være der gjennom det vanskelige. Sangen har blitt en viktig sang for mange nordmenn i kriser.

For mange vil det ikke være mulig å bevare det som er viktig og samtidig fortsette livet som før. Pargament foreslår tre ulike rekonstrueringsmekanismer: religiøs veksling, religiøs renselse og religiøs omstilling.

Religiøs veksling handler ikke om å bytte religion, men å gjøre endringer innenfor den religionen man allerede står i. Det kan for eksempel handle om å gå fra å tenke at Gud skal helbrede og at man derfor ikke trenger medisinsk behandling, til å tenke at Gud kanskje kan helbrede *gjennom* medisinsk behandling.

Religiøs renselse kan være en viktig måte å forbedre livskvaliteten til en person med en alvorlig kronisk sykdom. Religiøs renselse handler om å kunne omvende seg fra ting man har gjort som man kanskje angrer på, en måte man har levd på som man innser at ikke er forenelig med de verdiene man ønsker å ha. Ved religiøs renselse blir en person møtt med aksept og tilgivelse av religiøse ledere og et religiøst fellesskap, noe som kan bidra til at personen aksepterer og tilgir seg selv og dermed øker sin livskvalitet.

Religiøs omstilling vil for en kronisk syk kunne bety å se sykdommen og alt som følger med den i et nytt lys. Spørsmålet ”hvorfør meg?” vil kanskje kunne få svar, eller man kan i alle fall finne noe positivt som kommer ut av sykdommen, på tross av smerte og lidelse. Dersom man for eksempel er kristen, kan troen på et liv etter døden være det som gir håp og mening i den siste fasen av livet. Troen på en himmel som er fri fra sykdom og smerte vil kanskje bli sett på som den ultimate helbredelsen. Om det eksisterer en himmel eller ikke er kanskje ikke så relevant i denne sammenhengen, men troen på at himmelen eksisterer kan gi en indre ro når ingenting annet nytter her på jorden.

Som Pargament nevner flere ganger vil konservering av signifikans være det første en person forsøker å gjøre når livet blir utfordrende. Dersom dette ikke fungerer, vil transformering være alternativet. Noen ganger blir drømmer knust, livet tar en brå vending og vi innser at det ikke lenger er mulig å oppnå det vi anså som viktigst i livet. Dette kan være en svært smertefull prosess, men likevel en nødvendig prosess for at livet ikke skal bli meningsløst.

Pargament (1997, p. 235) skriver at alle religioner har historier om personer som blir testet eller går seg vill, får et møte med det hellige og får en ny opplevelse av retning og mening, og religion kan dermed utgjøre en stor forskjell i mestingsprosesser som innebærer å transformere det som er viktig gjennom å gi eksempler på transformering. Han deler transformering inn i to typer: revaluering og reetablering. Ved revaluering endrer man mål, men benytter samme metode på å komme dit, mens ved reetablering endres både mål og metode.

Revaluering vil sannsynligvis ikke være veldig aktuelt for de fleste med kroniske sykdommer ettersom kronisk sykdom ofte krever at man lever livet sitt på en litt annen måte enn tidligere. Likevel finnes det sykdommer som utvikler seg såpass sakte at man kan fortsette å leve som før en periode, men at langtidsutsiktene på livet endres og dermed kanskje også det som er viktig.

Reetablering kan dreie seg om religiøs omvendelse eller religiøs tilgivelse. Pargaments definisjon på religiøs omvendelse innebærer både en transformasjon av livet og en transformasjon av selvet. Pargament skriver at denne radikale endringen ikke kommer av seg selv, men som et resultat av stress, spenning, konflikt eller uro. Det kan være både akutt og ha bygd seg opp over lengre tid, og brukes ofte som en siste utvei. Det kan være lett å se for seg en kronisk syk som har fått et slags ”best før” stempel på livet sitt kan bli desperat nok etter en løsning på livet at omvendelse

blir et reelt alternativ. Det hadde vært spennende å sett studier på hvor mange kronisk syke som velger denne måten å mestre på.

Religiøs tilgivelse handler om en radikal endring fra et liv sentrert rundt smerte og urettferdighet til en slags fred i sjelen, til et håp om at smertefulle minner en gang skal være nettopp bare det – minner. Kjetil Klungland sa på NRKs Brennpunkt at tilgivelse for han betydde å sikre sin egen livskvalitet. Når man får en kronisk sykdom og man blir klar over hvilke begrensninger man har i livet kan det hende at behovet for forsoning og tilgivelse melder seg sterkere enn før. Det å kunne gi slipp på bitterhet og smerte, både for ting som har skjedd tidligere i livet og bitterhet og smerte i forbindelse med diagnosen, vil kunne bidra til en bedre livskvalitet for pasienten.

4.7 Folk mestrer på måter som er tiltalende for dem

Hvilken erfaring har pasienten med religion? For at religiøse mestringsmetoder skal være tiltalende for pasienten er det, i følge Pargament, nødvendig at pasienten har erfaring med religion, og gjerne på en positiv måte. Det er gjennomgående for personene i Pargaments studier som bruker religiøse mestringsmetoder at de har en eller annen form for tilknytning til religion. Det betyr ikke at de nødvendigvis har et religiøst orienteringssystem, eller kaller seg troende når den utfordrende hendelsen skjer, men de må ha tilgang på hva religion innebærer for å bruke religion som mestringsmetode.

Hva vil det egentlig si at en mestringsmetode er tiltalende? Vil det si at den er lett tilgjengelig? At vi har brukt metoden tidligere? At det er en måte å møte problemet på som vi er kjent med? Orienteringssystemet vil nok være avgjørende for valg av mestringsmetode, men selv om en person ikke nødvendigvis har et religiøst orienteringssystem når han eller hun får en diagnose på en kronisk sykdom trenger det ikke bety at personen ikke kommer til å endre orienteringssystemet for å kunne mestre sykdommen. Jeg tenker at en mestringsmetode som er tiltalende i diagnosefasen hos en kronisk syk person er en mestringsmetode som gjør det greit å være helt på kanten av sine egne begrensninger. Det trenger ikke være en religiøs mestringsmetode, det kan være å søke støtte hos andre mennesker for eksempel, men det er i slike situasjoner at Pargament argumenterer for at religion er tiltalende som mestringsmetode fordi det er såpass tilgjengelig orienteringssystem og at religion har evnen til å møte mennesket der det ikke greier å gå lenger alene.

4.8 Mestring er innebygd i kulturen

Kultur har mye å si for om en person vil velge religion som en form for mestring når krisen inntreffer. Hvilken posisjon har religion i den aktuelle kulturen? Er det akseptert å være troende? Er det akseptert å ikke være det? Er kulturen bygd opp rundt religion, eller er kulturen sekularisert?

Den norske kulturen kan sies å ha blitt relativt sekulær, men vi kommer ikke unna at den er bygd opp på en kristen tradisjon. Dette ser vi både i grunnloven, at vi har hatt en statskirke såpass lenge som vi hadde det, at de store overgangsritualene ofte foregår i kirken selv om mange av de som døper bara sine, de som bli konfirmert, viet eller begravet ikke selv bekjenner en kristen tro.

Selv om den kristne tradisjonen fortsatt står sterkt i Norge i dag, er det kanskje ikke like akseptert å være en bekjennende kristen. Kanskje er det fordi det er noe så få som omkring 2% som går i kirken hver søndag? Kanskje kristne holder seg for mye for seg selv? Det kan i alle fall være utfordrende å være tydelig med sin tro i forbindelse, spesielt hvis helsepersonell ikke er inne på temaet i det hele tatt. Troen har blitt noe så personlig at vi ikke snakker om det på en god måte. Tro blir bragt opp i samfunnsdebatter rundt betente temaer som abort og homofili, men det skapes lite rom for en *samtale* rundt tro og liv.

Jeg tenker igjen at det er helt avgjørende at det fortsatt finnes prester og diakoner på sykehus i Norge. Det åpner opp for at pasienter kan få prate om temaer som annet helsepersonell kanskje ikke har så mye kompetanse på eller har tid til å snakke om i en hektisk vakt.

4.9 Nøkkelen til god mestring ligger i utfallet og prosessen

Hva er målet med mestringsprosessen for kronisk syke? Er det å oppnå WHO sin definisjon på helse? Jeg tenker at mye av målet med mestring for kronisk syke må være å enten bevare eller øke livskvaliteten og det subjektive velværet. Det kan handle om å finne fram til et liv som personen kan leve med og som handler om noe som er viktig for personen, enten det er det samme som var viktig tidligere eller om det er blitt transformert. Livet ble kanskje ikke slik som det var planlagt og tenkt, men kanskje man kan finne fram til et liv som er enda mer spisset rundt hva som virkelig er viktig. Kanskje man får en sjanse til å gjøre noen omprioriteringer i livet som gjør at livet får en annen mening, til og med en bedre mening enn det hadde tidligere?

Nick Vujicic er en mann som ble født uten armer og bein. Han deler sin historie på seminarer over hele verden og på youtube.com, og har laget et selskap som heter "Attitude is Altitude". I sin presentasjon av seg selv på nettsiden til selskapet skriver han "I realized that we all need love and hope and that I was in a unique position to share that with people around the world" (Vujicic, 2013). Han skriver om utfordringer han har møtt gjennom oppveksten, men da han kom til tro som femtenåring og etter hvert forstod at han kunne utgjøre en forskjell for andre som hadde det vanskelig beskriver han livet som en "amazing journey" derfra og ut.

4.10 Oppsummering

Jeg har nå sett på hvordan teori om kronisk sykdom kan knyttes sammen med teori om religiøs mestring gjennom Pargaments åtte antakelser om mestringsprosessen. Jeg har knyttet Maslows behovshierarki opp mot eksistensielle spørsmål og hvordan religion kan bidra til svar på disse. Jeg har sett på primær- og sekundærvurderingen til en kronisk syk person og hvordan religion spiller inn i denne vurderingsprosessen. Deretter så jeg på hvordan orienteringssystemet til kronisk syke kan påvirke opplevelsen av sykdommen, og hvordan et religiøst orienteringssystem vil kunne fungere. Videre så jeg på hvordan man velger mestringsmetode ut fra orienteringssystemet man har, og hvordan de fleste nordmenn har en eller annen form for kjennskap til kristendommen. Jeg har sett på hvordan tro i møte med sykdom kan fremme ulike måter å konservere og transformere det som er viktig, og hvordan religion er en tiltalende mestringsmetode der mennesket møter sine begrensninger. Deretter så jeg på hvilken rolle kultur spiller i mestringsprosessen, spesielt norsk kultur, før jeg avslutningsvis så på evaluering av mestring gjennom utfallet og prosessen.

Kapittel 5 – Konklusjon

5.1 Sammenfatning

Gjennom denne litteraturstudien har jeg sett på ulike aspekter ved kronisk sykdom. Jeg har sett på benekting som en forsvarsmekanisme etter en diagnose og hvordan det er vanlig at angst og depresjon oppstår som følge av en kronisk sykdom. Jeg har også sett på ulike måter kronisk sykdom påvirker en persons livskvalitet og velvære.

Videre har jeg tatt for meg teori på generell mestring og religiøs mestring. Jeg har gått gjennom Pargaments åtte antakelser om mestringsprosessens forløp og i den forbindelse sett på Lazarus og Folkmans primær- og sekundærvurdering som har vært et vendepunkt i forståelsen av stress og mestring. Etter disse åtte antakelsene har jeg sett nærmere på religiøs mestring, både hvor ulik religiøs mestring kan være, hvem som benytter seg av religiøs mestring og om religiøs mestring fungerer.

I drøftingsdelen har jeg forsøkt å koble teorien om religiøs mestring sammen med effekten av kronisk sykdom for å se hvordan religion kan bidra til mestring hos kronisk syke. I tillegg har jeg brukt en del eksempler og mine egne tanker rundt hvordan dette er i Norge.

Noen viktige punkter som har kommet fram i denne oppgaven:

1. Religiøs mestring er først og fremst et viktig verktøy for personer som har en viss kjennskap til religion, og jo sterkere religiøst orienteringssystem en person har, jo større nytte vil de ha av religiøs mestring i møte med negative hendelser.
2. Religion er attraktiv som en del av mestring fordi det er et relativt tilgjengelig orienteringssystem og det er en relativt tiltalende måte å mestre på.
3. Situasjoner som fører til religion som mestring er de som er mest truende, seriøse og skadelige.
4. Religiøs mestring komplimenterer ikke-religiøs mestring gjennom å tilby en respons på vår begrensede personlige kontroll.

5.2 Utblikk og betydning for diakonien

Som nevnt i innledningen av denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på Pargaments teori om religiøs mestring fra 1997 fordi det meste av litteratur som har

kommet i ettertid referer tilbake til denne boken. Det har kommet veldig mye litteratur på religiøs mestring i senere tid, og jeg har dessverre ikke hatt kapasitet til å sette meg inn i alt, men det er noen punkter jeg ønsker å framheve som viktige å forske videre på.

Mye av forskningen på religiøs mestring foregår i USA. Det er mye bra som kommer ut av forskningen der, men det er ikke sikkert at resultatene de får der er like gyldige her i Norge for eksempel. Kirken har en helt annen posisjon i samfunnet der, det er en slags stolthet i troen som kan ses i at presidenten ofte sier ”God bless America”. Det sosiale systemet i USA er også helt ulikt det norske, noe som kan påvirke utfallet av undersøkelsene om religiøs mestring. Pargament fant ut at det var eldre, fattige, mindre utdannede, afroamerikanske, enker og kvinner som rapportert om størst utbytte av religiøs mestring, og jeg nevnte at vi sannsynligvis ikke ville fått de samme resultatene i Norge. Det hadde derfor vært svært spennende å fått til tilsvarende undersøkelser i Norge i større skala enn det har blitt gjort til nå.

Pargament har også presentert ganske lite forskning på kulturens betydning for valg av mestringsmetode, noe som hadde vært veldig interessant å sett mer på. Psykologien er svært individ-fokusert, så det er for så vidt forståelig at fokuset ikke har vært på kultur og samfunn som anses som sosiologene og antropologenes arena, men den har likevel stor betydning for hvordan enkeltindividers orienteringssystem formes.

Dersom teorien jeg har presentert under kapittelet om religiøs mestring kan overføres til en norsk kontekst vil dette ha stor betydning for preste- og diakontjenester i det offentlige i Norge. Det vil si at vi som representanter for kirken har en plass i det offentlige helsetilbudet og at religion burde være et tema som tas opp i alle profesjonsutdanninger hvor man skal jobbe med mennesker slik at alle vil være i stand til å ha en ordentlig samtale om religion med mennesker de møter.

Litteraturliste

- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.
- Anderson, R. E. (2014). *Human Suffering and Quality of Life. Conceptualizing Stories and Statistics*. New York, NY: Springer.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the Individual. A Social-Psychological Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Batson, C. D., & Stocks, E. L. (2004). Religion: Its Core Psychological Functions. In J. Greenberg, S. L. Koole & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 141-155). New York: The Guilford Press.
- Bibelen. (2011). Oslo: Det norske bibelselskap.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Case, T. I., & Williams, K. D. (2004). Ostracism: A Metaphor for Death. In J. Greenberg, S. L. Koole & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 336-351). New York: The Guilford Press.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5(2), 168-195.
- Charmaz, K. (1994). Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. *The Sociological Quarterly*, 35(2), 269-288.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (2nd ed., pp. 187-194). New York: Oxford University Press.
- Elder, G. H., Jr., & Clipp, E. C. (1989). Combat Experience and Emotional Health: Impairment and Resilience in Later Life. *Journal of Personality*, 57(2), 311-341.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2010, 20.02.12). Kroniske sykdommer er dagens store folkehelseutfordring. *Folkehelse rapporten 2010*. Retrieved 30.01, 2014, from <http://www.fhi.no/artikler/?id=84153>
- Frank, K., & Hanssen, K. T. (2013). *Du ser jo så godt ut! Kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Holm, A. M., & Leuckfeld, I. (2014). Hvem skal få nye lunger? (Kronikk). Retrieved 25.04.2014 <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Hvem-skal-fa-nye-lunger-7542035.html> - .U1oYrV6wybI
- Hood, R. W., Spilka, B., & Hill, P. C. (2009). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: Guilford Press.
- Horton, A. L., Wilkins, M. M., & Wright, W. (1988). Women Who Ended Abuse: What Religious Leaders and Religion Did for These Victims. In A. L. Horton & J. A. Williamson (Eds.), *Abuse and Religion. When Praying Isn't Enough* (pp. 235-246). Massachusetts: D. C. Health and Company.
- Hummel, F. I. (2013). Powerlessness. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Intervention* (pp. 315-341). Burlington, Mass.: Jones and Bartlett.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1992). Religion, Disability, Depression, and the Timing of Death. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1052-1079.
- Isaksson, A.-K., Gunnarsson, L.-G., & Ahlström, G. (2006). The Presence and Meaning of Chronic Sorrow in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 315-324.
- Kirkerådet. (2008). Plan for diakoni. <http://www.kirken.no>.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and Void. Inner Experience and the Incentives in People's Lives*. St. Paul, MN: University of Minnesota Press.
- Koenig, H. G., & Cohen, H. J. (2002). *The Link between religion and health: psychoneuroimmunology and the faith factor*. Oxford: Oxford University Press.
- Larsen, P. D. (2013a). Chronicity. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Intervention* (pp. 3-22). Burlington, Mass.: Jones and Bartlett.
- Larsen, P. D. (2013b). The Illness Experience. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Intervention* (pp. 23-45). Burlington, Mass.: Jones and Bartlett.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J. Y., Hash-Converse, J., Phillips, L. A., Leventhal, E. A., & Cameron, L. D. (2012). Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model. In A. Baum, T. A.

- Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (Second ed., pp. 3-37). New York: Psychology Press.
- Lindgren, C. L. (2000). Chronic Sorrow in Long-Term Illness Across the Life Span. In J. F. Miller (Ed.), *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness* (3rd ed., pp. 125-143). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Miller, J. F. (2000). Development of the Concept of Powerlessness: A Nursing Diagnosis. In J. F. Miller (Ed.), *Coping with Chronic Illness. Overcoming Powerlessness* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Nolen-Hoeksema, S. (2008). *Abnormal Psychology* (Fourth ed.). New York: McGraw-Hill.
- NRK (Producer). (2013, 24.04.2014). Etter et drap. *Brennpunkt*. [Dokumentarserie] Retrieved from <http://tv.nrk.no/serie/brennpunkt/mdup11001813/22-10-2013>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Haitsma, K. V., & Warren, R. (1990). God Help Me: (I): Religious Coping Efforts as Predictors of the Outcomes to Significant Negative Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1995). Merely a Defense? The Variety of Religious Means and Ends. *Journal of Social Issues*, 51(2), 13-32.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Plante, T. G., & Sherman, A. C. (2001). *Faith and Health*. New York, NY: The Guilford Press.
- Taylor, S. E. (2009). *Health psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Townsend, A., Wyke, S., & Hunt, K. (2006). Self-managing and managing self: practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illness*, 2, 185-194.

- von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi - barne- og ungdomsalderen*: Gyldendal Akademisk.
- Vujcic, N. (2013). About Nick: His story. Retrieved 11.05, 2014, from <http://www.attitudeisaltitude.com/about-nick-his-story>
- WHO. (1948). *Official records of the World Health Organization, No 2*. New York.
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (2nd ed.). Berkshire, England: Open University Press, McGraw-Hill.