

# Sammenhenger mellom religion og helse

## Implikasjoner for praktisk teologi



**TORGEIR SØRENSEN**

torgeir.sorensen@mf.no

### Salomo – et helt menneske

Jeg tror ikke den gode Salomo hadde drevet så mye empirisk forskning på religion og folkehelse. Men han hadde levd et helt liv og kjent på dets oppturer og nedture. Han hadde vært en stor livsnyter. Samtidig hadde han erfart krevende livshendelser. Og han hadde levd et liv med Gud. På grunnlag av sine egne erfaringer kunne han si:

*Vær ikke vis i egne øyne,  
frykt Herren og vend deg bort fra det onde!  
Det blir til helse for kroppen,  
en styrkedrikk for marg og bein. (Ordsp 3,7–8)*

Ganske mange mennesker i dag kunne sagt det samme, at de er helt sikre på at troen deres er viktig for helsa. For det mener de selv at de har erfart. Eller de kjenner noen som har opplevd det. Noen er overbevist om at de er blitt helbredet ved bønn eller mirakler. Andre kan si at troen er viktig for dem, og at gudstrua har hatt vesentlig betydning i møte med sykdom og alvorlige livshendelser. Troen har gjort at de har møtt krevende situasjoner med større styrke enn de ellers ville hatt, eller de opplever at de har god livskvalitet på tross av alvorlig sykdom. Mange forteller slike historier, og mange av oss har hørt dem.

Men det er et stykke derfra til å si at det finnes objektive empiriske referanser til slike erfaringer

– at det ikke bare er noe den enkelte hevder og tror for seg selv. Er det en sammenheng mellom religion og helse? Og hvis det er det, hvilken lærdom kan vi trekke og hvilke implikasjoner kan det ha for eksempel teologi og sjelesorg i kirkens liv?

### Innledende betraktninger

Det finnes antakelig like mange definisjoner på religion som det finnes forskere. Jeg velger i denne sammenhengen å bruke definisjonen til Kenneth Pargament som forstår religion som ”en prosess, en søken etter det betydningsfulle (significans) på forskjellig vis relatert til det hellige” (Pargament, 1997). Denne definisjonen dekker både det substansielle og det funksjonelle ved religion og er mye brukt i helsesammenheng. Hva man opplever som hellig, vil være avhengig av kultur, kontekst og situasjon. I det minste er det snakk om en transendent virkelighet som i en folkekirkekontekst kan knyttes til gudstro, hellige steder som kirker og kirkegårder, og hellige handlinger som for eksempel gudstjenester og kasualriter.

Når begrepet ”folkehelse” brukes, er det snakk om helse på gruppenivå og populasjonsnivå. Folkehelse dreier seg om tiltak og oppmerksomhet omkring helsehemmende og helsefremmende faktorer i en befolkning, der forebygging vektlegges snarere enn behandling.

Helse- og omsorgsdepartementet definerer folkehelsearbeid som ”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot ytre helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”.

Gjennom forskning de siste 20–25 år, særlig fra USA, er det dokumentert positive sammenhenger mellom religion og folkehelse. Med andre ord har forskere funnet positive sammenhenger mellom for eksempel religiøs aktivitet og en rekke helsefaktorer. De som er religiøse, lever lenger, har lavere forekomst av hjerte- og karlidelser, har bedre livskvalitet på tross av kreftsykdom, skårer bedre på instrumenter som måler mental helse og så videre (Koenig et al., 2001; Koenig et al., 2012; Paloutzian & Park, 2005).

Sammenhenger mellom religion og folkehelse er imidlertid vanskelig å forklare og avhenger av en rekke faktorer. Grunnleggende er blant annet hva slags form for religiøsitet som sees i forhold til helsefaktorer. En såkalt intrinsikal religiøsitet, som er integrert og moden, viser oftere en positiv sammenheng med helse. Den ekstrinsikale religiøsiteten, som regnes som autoritetsavhengig, rigid og umoden (Allport, 1950), har på den annen siden større tilbøyelighet til å vise negative sammenhenger med helse. Dette siste viser seg ikke minst i forhold til mental helsevariabler.

Betydelige forskjeller når det gjelder religiøsitet, kultur og helsedrift, gjør at de nevnte forskningsfunnene fra USA ikke kan overføres til en norsk kontekst. Undersøkelser må foretas i den til en hver tid aktuelle sammenhengen. Man kan altså ikke forvente å finne de samme resultatene her i Norge. De få norske befolkningsstudiene som er foretatt i en norsk folkekirkekontekst, viser imidlertid, overraskende nok, positive sammenhenger mellom religiøsitet og folkehelse med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (<http://www.ntnu.no/hunt>). Det kan vises til en positiv sammenheng mellom kirkegang og blodtrykk på den måten at de som går oftest i kirken, har lavere blodtrykk enn de som ikke går fullt så ofte, som

har lavere blodtrykk enn de som går sjelden, som igjen har lavere blodtrykk enn de som aldri går i kirken (Sørensen et al., 2011). Det er også funnet at kirkegjengere har lavere nivå av depressive symptomer enn de som ikke går i kirken (Sørensen et al., 2012a). I denne siste studien vises det også at sammenhengen er sterkere for dem som har opplevd dødsfall i nær familie. Foreløpig er det imidlertid ikke mulig å påvise kausalitet mellom variablene, om det er kirkegang som fører lavere depresjon og blodtrykk, eller om det er omvendt.

I en studie blant dem som har eller har hatt kreft i Nord-Trøndelag, er det også funnet at flere menn blant dem med mindre enn fem år siden kreftdiagnosen søker Guds hjelp enn blant dem med fem eller flere år siden kreftdiagnosen (Sørensen et al., 2012b). Dette kan tyde på at alvorlig sykdom aktiverer religiøsitet. Det kan altså være grunn til å tro at folk til en viss grad tyr til religion når de opplever krevende situasjoner i livet (Torbjørnsen et al., 2000).

Det er svært viktig å få frem at religion kan stå i både positive og negative relasjoner til helse. Religion kan altså være både helsefremmende og helsehemmende. I norsk sammenheng har slike helsehemmende sider ved religion særlig blitt fremhevet gjennom arbeidene til Hans Stifoss-Hanssen (1996) og Eystein Kaldestad (1997) og deres forskning blant pasienter på Modum bad.

Valerie DeMarinis (2003) hevder at den postmoderne epoken med sine mange valg og muligheter mangler en overbyggende tolkningsramme og et meningsskapende system for folk flest. I sin teoriutvikling vektlegger DeMarinis den tette sammenhengen mellom en slik sosio-kulturell kontekst og hvordan denne påvirker individ og grupper. En mangel på et overordnet meningsskapende system kan i sin ytterste konsekvens føre til uhelse og det hun betegner som eksistensiell epidemiologi, altså utbredelsen av dårlig helse på grunn av mangel på slike tolkningsreferanser (DeMarinis 2003). Positivt sagt kan åndelig og eksistensiell faktorer spille en viktig rolle for å motvirke sykdom og fremme økt helse og livskvalitet i et folkehelseperspektiv.

Forskning fra religions- og helsefeltet har i beskjeden grad blitt behandlet i en praktisk-teologisk sammenheng i Norge. I det følgende trekkes flere områder frem der denne forskningen kan ha implikasjoner for teologi, praktisk teologi og kirkelig tenkning. Den folkekirkelige konteksten vil i denne sammenhengen bli vektlagt, siden det er relevant å levere refleksjoner inn i den mest alminnelige kirkehverdagen, med møteplasser for de mange som hører til i kirken.

### Implikasjoner – det er noen andre som etterspør

En ganske umiddelbar tanke for mange er å gå inn på sporet om helbredelse ved bønn når religion og helse skal drøftes. Dette er kanskje særlig aktuelt når positive sammenhenger slås opp, for det er lett å glemme de negative korrelasjonene i en sådan stund. "Er det ikke det vi alltid har sagt? Gud hører bønn og helbreder syke. Nå er det bevist!" – liksom. Det må imidlertid bemerkes at det ikke er tradisjon for å inkludere den slags tilnærminger i religions- og helsefeltet. Den vanligste begrunnelsen er at dette er fenomener som forutsetter det transendentens funksjon, og det er vanskelig å måle. Gud fyller ikke ut spørreskjemaer, for å si det sånn.

Den kjente, norske sosialmedisineren Per Fugelli sa i en debatt på Tabloid i TV2 Nyhetskanalen for et par år siden (25. mai 2010) at han ikke var så sikker på om Gud var særlig glad for at det ble bedrevet forskning på religion og helse. Hans anliggende ved flere anledninger har vært at man skal vokte seg vel for å skrive ut Gud på resept av typen: "Gå mer i kirken, få lavere blodtrykk!" Per Fugelli kan sitt fag. Han er en av dem i Norge, som har jobbet inngående med religions- og helsefeltet. I en studie sammen med Benedicte Ingstad, basert på 80 dybdeintervjuer omkring hvordan nordmenn ser på hva som er god helse (Helse på norsk. God helse slik folk ser det, 2009), har de et stort kapittel om temaet. Fugelli og Ingstad ser at religion påvirker menneskets forestillinger om helse i det moderne Norge. De bemerker også at dette muligens er en underkjent realitet som kunne fortjene større plass i forskning

og samfunnsmedisinsk praksis. Fugelli og Ingstads advarer imidlertid mot å flytte oppmerksomheten fra Gud og det hellige i seg selv til spørsmålet om hvordan Gud kan brukes til å bedre folkehelsen.

Det er en kjensgjerning at svært mange av studiene i religions- og helsefeltet er foretatt i det konservative, kristne bibelbeltet i USA. Det diskuteres stadig om en del av disse forskerne som presenterer sine positive funn, har en apologetisk agenda. Ifølge kritikere, som for eksempel Richards Sloan (2006), har noen en litt for sterk tendens til å vise religionens fortrinn og fremheve hvor bra det er for helsa å være eller bli kristen.

Dette er viktige innvendinger det langt på vei er grunn til å støtte. Religiositet, og mer spesifikt kristen tro, skal ikke benyttes som et instrument for å oppnå bedre folkehelse. Men vi skal erkjenne er at religiositet har en legitim plass i befolkningen. Omtrent 60 % av befolkningen i Nord-Trøndelag hadde vært minst én gang i kirken det siste halvåret i følge Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Sørensen et al., 2012c). I religionssosiologisk terminologi kan man si at nordmenn går regelmessig, men sjelden, i kirken. Og cirka halvparten av befolkningen søker Guds hjelp når de trenger styrke og trøst. Dette samsvarer med religionsstatistikk i Norge for øvrig (Botvar, 2010).

Den samme Fugelli sier i den samme TV-debatten at en positiv side ved religions- og folkehelseforskningen er at den viser at mennesket er mer enn kropp, molekyler og biologi. Mennesket er et åndsvesen, og dette virker inn på helsen. Av andre er det også tatt til orde for betydningen av det hellige som en allmenn-religiøs mulighet til bedre relasjoner mellom mennesker og bedre helse (Meland, 2012). Og samfunnsmedisineren Edvin Schei hevder at vel så viktige som de biologiske faktorene er de menneskelige i møte med helse (foredrag i regi av Forskerskolen RVS, 13. november 2012). Helse handler også om et "jeg er". Dette innebefatter menneskets lengsel etter mening og tilhørighet og dermed også de eksistensielle spørsmålene knyttet til de store og små fortellingene i menneskers liv.

Ledende medisinerere etterspør vektleggingen

av de eksistensielle og åndelige perspektivene i medisinen. Det kan være at medisinerne har lettere tilgang til metodikken som kreves for å gjøre undersøkelser og trekke slutninger omkring emnet. Det kan også hende at de står lettere knyttet til andre vitenskaper som er relevante for problemstillingene. Men hvor er teologene? Er ikke de opptatt av koplingen mellom det kroppslige og det eksistensielle, åndelige og religiøse? Det er mulig herlighetsteologibølgen fra åttitallet fortsatt slår sine etterdønninger i gode lutheranere. Tør de ikke ta i disse problemstillingene? Kanskje deles betenkeligheten til en instrumentell teologi? Finnes det en fruktbar vei for teologien i disse spørsmålene, ikke bare for medisinen?

### Implikasjoner for praktisk teologi

Religions- og helsefeltet beskriver religiøsitetens funksjon hos mennesker som forholder seg til en transcendent størrelse. Det tas ikke stilling til om denne størrelsen er virkelig eller ikke. Det er annerledes med den kristne teologien som forutsetter den transendente Gud som skaper, frelser og fornyer. Er det relevant for kristen teologi å befatte seg med disse spørsmålene? Er det grunnlag for å gå over fra et deskriptivt til et normativt paradigme i dette stykket? Det går i hvert fall an å gjøre noen forsøk på å tenke rundt disse spørsmålene.

På samme måte som medisinen har hatt en slagside mot et objektiviserende syn på pasient og kropp, kan det hevdes at teologien i ganske lang tid har ligget i den andre grøfta. I moderniteten og i protestantisk teologi og kirkeliv har det vært stort fokus på Ordet og språklig fortolkning av troen. Noen mener vår protestantisk-lutherske tradisjon har gitt kroppen fra seg. Troens tilslutning har gått gjennom hodet og litt gjennom hjerte.

Kan religions- og folkehelseforskningen bidra til reetableringen av forestillingen om at vi er hele mennesker, også i et teologisk perspektiv? I sin bok "Imago Dei" tar Jan-Olav Henriksen (2003) til orde for at teologien må være relatert til og informert av andre fag. Dette er relevant når det resonneres rundt Gud og det skapte. Religions- og folkehelseforskning har, som medisinsk forskning, røtter i naturvitenskap.

Slik empirisk vitenskap kan kanskje gi utfyllende informasjon for teologien og muligens understøtte teologiske resonnementer. Sånn sett kan naturvitenskapen levere viktig informasjon til talen om Gud og det skapte. Men der naturvitenskapen bare kan observere og kartlegge kausale sammenhenger, der kan teologisk antropologi beskrive menneskets bakgrunn i Guds handling og hvordan Gud virker i den naturen mennesket er en del av.

Et eksempel på hvordan empiri utdyper kunnskapen for teologien, kan vi finne i ekklesiologien, i læren om kirken. I boken "Den virkelige kirke" drøfter Harald Hegstad (2009) kirkens helbredende gjerning. Kirken forkynner evangeliet om gudsriket og kaller mennesker inn i disippelfelleskap. I tillegg peker Hegstad på kirkens rolle som helbredende fellesskap. Er det sånn at kirken har en helbredende gjerning? Eller er det bare sånn at vi skulle ønske den hadde det? Det står jo i bibeltekstene at Jesus helbredet og ville mennesker vel. Skulle ikke kirken stå for det samme? Det er vel ikke er veldig ofte vi ser store undergjerninger og direkte helbredelse av syke i en folkekirkelig kontekst. Likevel kan det være sånn at kirken oppfyller sin funksjon som helbredende fellesskap. Religions- og folkehelseforskningen viser positive sammenhenger mellom deltakelse i en organisert kirkelig kontekst og folkehelse. Dersom vi skal dra slike funn inn i Hegstads videre tankeføring om emnet, er dette at det kristne fellesskapet virker helbredende, ikke bare et tegn på gudsriket, men også en foregripelse av det, i et eskatologisk perspektiv. En konkret implikasjon for teologien kan altså være at religions- og folkehelseforskningen kan gi viktig informasjon om hvordan kirken faktisk fungerer, og ikke bare hvordan kirken er intendert til å fungere.

I møte med den praktiske teologien blir kanskje religions- og folkehelseforskningens relevans for teologien ytterligere aksentuert. Teologi kan vanskelig bli til i et teoretisk vakuum. Teologi, og enda mer praktisk teologi, blir til i møte med konteksten. Og i den grad empirien står i relasjon til teologien, der har empirien relevans.

Den praktisk-teologiske vendingen med Don Browning (A Fundamental Practical Theology,

1996) og flere med ham, har gitt oss konstruktive måter å tenke teologi på. Teologien har sin funksjon, utfordres og blir til i interaksjon med empirien, praksisen og livet. I en praksis-teori-praksis-modell drives praktisk teologi som en vedvarende hermeneutisk prosess.

Det første man gjør i denne prosessen er å observere og beskrive situasjonen og se på de spesielle historiene, forpliktelsene og behovene knyttet til personene. Hva er viktig for folk på dette stedet? Hva er deres eksistensielle spørsmål, tro, og religiøse praksis? Her inngår også et element av kulturell og kontekstuell analyse. Denne grundige gjennomgangen tas så med inn i det andre steget i prosessen, den teoretiske refleksjonen. I dette steget går man inn i de normative tekstene knyttet til de forskjellige teologiske disiplinene og lar empiriens horisont møte teologiens. Her spørres etter hvilken ny meningshorisont som trer frem når nåtidig praksis og det kristne vitnesbyrdet fra fortiden bringes sammen. I tredje steg i prosessen går man så tilbake til praksis med denne nye innsikten. Kanskje får man bekræftelser på at noen av de veivalg som allerede er tatt, er gode. Kanskje må de suppleres med ny praksis. Kanskje må man endre praksis dersom man skal være tro mot den nye innsikten.

Så, hvordan kan vi innordne empiriske resultater fra religions- og helseforskning inn i dette praktisk-teologiske paradigmet. Det er gode grunner for å hevde at flere av faktorene som inngår i forklaringsmodellen for sammenhenger mellom religion og helse, har med en praktisk-teologisk virkelighet å gjøre.

En rekke faktorer spiller inn på og former den enkeltes religiøsitet. Kjønn, alder, utdannings- og inntektsnivå er viktig. I tillegg kommer konteksten man er oppdratt i, og hvilke verdier man har fått i oppveksten. Når det kommer til selve forholdet mellom religion og helseutkomme, er det flere områder som utmerker seg som veier sammenhengene mellom religion og helse går gjennom.

## Sosialt nettverk

I helseforskning generelt er man oppmerksom på betydningen av sosialt nettverk. De som har nære fortrolige rundt deg, har også større sjanse

for å ha bedre helse. Positive sammenhenger mellom religion og helse har vist at sosialt nettverk i en religiøs kontekst kan aksentuere dette forholdet.

I de normative, teologiske tekstene er det rikelig med tilgang på stoff som fremhever det kristne fellesskapet og dets gode sider. Det står f.eks. om den første menigheten i Apostlenes gjerninger: "De holdt seg trofast til apostlenes lære og fellesskapet, til brødsbrytelsen og bønnene." Gode ønsker om gode liv og god livskvalitet er også noe som korresponderer med teologiske tekster. I en religiøs kristen kontekst vil man alltid stå i relasjon til noen, i det minste til Gud. Uten nettverk står man alene med sin helse.

Så skal horisonten fra aktuell religiøs praksis og kunnskap fra religions- og helseforskning føres sammen med horisonten til de normative tekstene. Da blir det spennende å se hvilken ny forståelseshorisont som trer frem, og hva den kan føre til.

I en relevant folkekirkekontekst er det ikke uvanlig at det ikke finnes misjonsforeninger eller andre kristne organisasjoner. Det er først og fremst når det er gudstjeneste og kirkelige handlinger, folk møtes i en religiøs ramme. Men det kan for eksempel være flere sanitetsforeninger i det aktuelle området. Disse har i mange år hatt fokus på omsorg og helse i lokalmiljøet med en diakonal profil der religiøs motivasjon delvis har ligget under. Så hvordan blir den nye horisonten seende ut når det reflekteres over hva som er kristent fellesskap i en folkekirkelig sammenheng, i møte med de normative tekstene? Hvor er det sammenfall, og på hvilke punkter vil det komme forslag til endring av praksis?

Det er tydelig sammenfall når det gjelder fellesskapsbyggende arenaer – tilknytning både til kirkehus og til kirkestua, som de har, men også innen organisasjonslivet. Kanskje mangler møteplasser for fellesskap og samtale om hva kristen tro betyr i livet - et sted der den enkelte får komme til orde, mer enn at presten skal komme med svarene om de eksistensielle spørsmålene? Endring i praksis kan i så fall være at f.eks. menighetsrådet legger til rette for slike møteplasser. Tro, og samtale om tro, bygger

fellesskap. Dette igjen legger til rette for gode opplevelser. Så enkelt kan man kanskje tenke om å legge til rette for og ta konsekvensen av ny kunnskap. Og dersom slike møteplasser allerede eksisterer, kan ny kunnskap fra religions- og helseforskning bekrefte at man gjør noe fornuftig, også sett i et helseperspektiv.

## Livsstil

En annen mellomliggende faktor mellom religion og helse som kan trekkes frem, er knyttet til livsstil. En av de mest i øyenfallende sammenhengene mellom religion og folkehelse går nettopp gjennom livsstilsvariabler. I en rekke religiøse kontekster, og også blant kristne, er det sånn at dersom man er religiøst aktiv, er det mindre sjanse for at man utsetter seg for helseskadelig adferd som røyking og overdreven alkoholbruk. Man har færre partnere og er dermed mer beskyttet mot seksuelt overførbare sykdommer. Det er også grunn til å tro at de mest religiøst forpliktet, lever mer regelmessige liv og "gjør som de skal", kommer seg opp om morgenen, bruker bilbelte, trener oftere og tar vare på kroppen sin på forskjellige måter.

I en folkekirkekontekst trekker man med seg den kristne tradisjonen og dens tankegods. Folks verdier er fortsatt i stor grad tuftet på dette i Norge. Man har en del formeninger om hva som er lurt, og hva som ikke er det. Men de absolutte grensene og bevissthetsnivået rundt en del av disse spørsmålene er antakelig tydeligere blant de mest aktive og religiøst forpliktete.

I de normative teologiske tekstene er det en rekke henvisninger til dette emnet. Det er også grunn til å tro at det er en viss diskrepans mellom disse tekstene og praksis i den folkekirkelige konteksten. Utfordringen med tanke på ny praksis her er at dette må formidles med kløkt og fintfølelse. Kommunikasjonen vil være helt avgjørende. Det er forskjell på en prest som står på sin høye prekestol og lener seg utover, ser ned på forsamlingen og med torden i røsten taler om denne syndens drikk og denne usømmelige livsførselen. Det kan nok være mer konstruktivt å velge en forkynnelse som minner menigheten på hva vi er skapt til, om at vi skal ta vare på kroppen som en Guds gode gave til

oss, og leve våre liv slik de fra skapelsen av var tenkt.

## Gravferdspraksis

Et siste eksempel illustrerer at den praktisk-teologiske refleksjonen er en vedvarende prosess. Situasjonen til langt ut på 1900-tallet i Norge når det gjelder ritualiseringen av kirkelig gravferd, var at den foregikk fra hjemmet. Man sang ut liket. Der sto kista i stua frem til gravferdsdagen. Det ble sunget salmer, tent lys, og folk kom for å se den døde og ta farvel. Det var mange involverte som hadde anledning til å bidra på forskjellig vis. Det ble hentet granbar i skogen, som ble brukt til å pynte med. Blant annet ble det laget en portal foran inngangsdøra. Granbaret ble også hakket opp og strødd omkring både inne og ute. Når gravferdsfølget dro til kirkegården, sto også folk langs veien og strødde hakket granbar foran følget. De pårørende og hele lokalsamfunnet hadde stort ansvar for ritualiseringen og deltok i rikt monn i en ritualisering nedenfra.

Antakelig som et ledd i urbaniseringsprosessen fra de store byene ble gravferden etter hvert institusjonalisert. Om kirken i sin refleksjon over praksis speilet mot de normative teologiske tekstene så det slik at kirken ikke deltok i tilstrekkelig grad, kan også være en del av bildet. Det endte med at når noen døde ble de lagt i kiste og kista plassert i bårhuset ved kirken. Gravferden gikk fra kirken. Prest, klokker og kirketjener tok hånd om det meste. Folk ble fratatt mange muligheter til å ritualisere. Og de fikk færre anledninger til å komme i kontakt med det Charles Gerkin (1986) benevner som uartikulerte og uoppdagede eksistensielle anliggender.

På grunnlag av empiriske funn resonerer Hans Stifoss-Hanssen omkring ritualenes helbredende funksjon og sier at ritualer som kommer nedenfra, som genuint uttrykker deltakernes erfaringer, og som gir rom for deltakelse, har en positiv funksjon for mental helse (Bunkholt, 2007). I forlengelsen av dette konkluderer Lars Danbolt i sitt arbeid om den sørgende og begravelseriten (1998) at sorgprosessen har et sunnere forløp jo mer omfattende og jo dypere de etterlattes deltakelse i

ritualet er. Slike innspill har ført til ny refleksjon over praksis, informert av denne kunnskapen. Vi har fått en ny forståelseshorisont for kirkelig praksis. De pårørende deltar i langt større grad i forberedelser og gjennomføring av gravferds-seremoniene i kirken enn for bare noen tiår siden. I sørgesamtalen oppfordrer nå presten gjerne de sørgende til å delta aktivt.

### Negative sammenhenger – konsekvenser for praktisk teologi

Det er et faktum at religions- og folkehelseforskningen også kan vise til negative sammenhenger. I Norge har, som tidligere nevnt, Hans Stifoss-Hanssen i sitt arbeid funnet signifikante sammenhenger mellom det han kaller rigid religiøsitet og psykopatologi (Stifoss-Hanssen, 1996). Slike funn har viktige implikasjoner for praksis i en kirkelig kontekst. Forskning av denne art maner til grundig selvrefleksjon over om kirken og andre kristelige sammenhenger har trått feil, og i så fall på hvilken måte.

Det er ikke til å komme forbi at det enkelte steder har oppstått miljøer og forkynnelse som har stilt høye krav til tilhøreren – for noen for høye. Når disse kravene ikke har kunnet innfris, har det for noen fått den følgen at livet ble vanskelig i møte med de eksistensielle spørsmålene. En kontinuerlig selvrefleksjon over praksis må alltid stille seg spørsmålet om hvordan man legger til rette for relasjoner mellom mennesker og relasjoner mellom Gud og mennesker. Noen ganger må det tilrettelegges for ny praksis. En del av refleksjonen vil være hvordan kirken kan ta ansvar for egne feil. Tilrettelegging for sjelesorg, omsorg, samtale og bearbeiding omkring det som gikk galt, er svært nærliggende tiltak.

### Implikasjoner for sjelesorg

Dette leder oss over i et mer avgrenset felt av den praktiske teologien, til sjelesorgen. Hvilke implikasjoner kan resultater fra religions- og helseforskning ha der?

Begrepet "sjelesorg" kan direkte oversettes med "omsorg for sjelen", men det er ikke uvanlig å se dette større, som omsorg for hele mennesket med tanke på at mennesket er både ånd, sjel og kropp. Denne omsorgen skjer i

møtet mellom én som gir omsorg, en utpekt representant for kirken, og én som mottar omsorg og oppmerksomhet omkring dennes livsutfordringer. Den betydelige forskjellen mellom sjelesorgsamtalen og en terapeutisk samtale er at den skjer med en kirkelig overbygning der sjelesørgeren er en uttalt representant for evangeliet.

Sjelesorg utøves i mange sammenhenger. I folkekirkensammenhengen er kanskje sørgesamtalen den mest nærliggende. For religions- og helsefeltet er det svært relevant å trekke inn sykehusprestenes utøvelse av sjelesorg og deres møter med mennesker som står midt i krevende livshendelser. Pasienters opplevelse av å stå i spenningen mellom liv og død ved alvorlig sykdom kan naturlig nok vekke behov for å samtale om eksistensielle tema. En studie av Risberg og medarbeidere (1996) viser at mange kreftpasienter ønsker kontakt med sykehusprest.

Religiøs mestring er et viktig felt innen religions- og helseforskning. Funntilstander her viser at religiøsitet kan fungere som ressurs i møte med alvorlige livshendelser, slik blant andre Tor Torbjørnsen viser hos lymfekreftpasienter (2011). Når en alvorlig syk kreftpasient inviterer presten til samtale om eksistensielle tema, kan kunnskap om religiøs mestring være til nytte. Sjelesorgsamtalen kan være en kartlegging av pasientens tilgang på ressurser generelt, og iboende religiøse mestringsressurser mer spesielt. Sjelesorg kan her dreie seg om å støtte pasienten på de positive mestringsressursene og gi hjelp til å unngå de negative religiøse mestringsmekanismene. Dette samarbeidet mellom sjelesørger og konfident om understøttelse av pasientens religiøse mestringsressurser i hans eller hennes søken etter det betydningsfulle (signifikans) i krevende situasjoner kan i så fall falle inn under Kenneth Pargaments (1997) definisjon av religiøs mestring.

Informasjon om hva som er helende og hva som gjør livet krevende ligger under når sjelesorgen bidrar til livshjelp og livstolkning. Dette er en virksomhet som har stor verdi i seg selv. Noen ganger ser vi at det kommer ut noe i den andre enden av virksomheten. Det vi kan kalle en sjelesørgerisk gevinst, en spinn-off knyttet til

andre områder, som f.eks. øket livskvalitet eller bedret mental helse. Dette er noe som trer frem ikke bare i sjelesorg for syke og dem som ber om samtaler om eksistensielle spørsmål. Denne kunnskapen kan også ha stor verdi i sjelesorg knyttet til kasualia og ritualisering i forbindelse med livsriter.

## Oppsummerende betraktninger

Religions- og helseforskningen er mer en historie om bekreftelser enn nybrott når det er spørsmål om implikasjoner for teologi og praktisk teologi. Og det er et spørsmål om tilrettelegging heller enn intervensjon. Vi skriver ikke religion ut på resept, men religions- og helseforskning viser oss at religion og religiøs deltakelse knyttet til gudstro kan være en ressurs for mennesker i møte med krevende livshendelser og i byggingen av kristne fellesskap. Det er ikke alle som er klar over hvilke ressurser de er i besittelse av. Kirken og sjelesørgeren har tilgang på verktøy og kan tilrettelegge for at folk skal bli klar over hva de har. Sånn sett kan troen virke fordi den ikke er der for å virke.

Innledningsvis ble det vist til DeMarinis' utsagn om at en den postmoderne kultur kan mangle en overbyggende tolkningsramme for eksistensielle utfordringer. På den annen side finnes det gode grunner til å anta at det fortsatt finnes tolkningsredskaper og eksistensielle orienteringspunkter som legger til rette for eksistensiell folkehelse i vår norske folkekirkekontekst, også for dem som ikke går fullt så ofte i kirken. De er ikke alltid eksplisitte og velartikulerte. De ligger gjerne under et sted, knyttet til det vi alltid har gjort og alltid gjør i kirken når det er høytid og livsoverganger, men de er der.

## Referanser

- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: a psychological interpretation*. New York: MacMillan.
- Botvar, P. K. (2010). Endringer i nordmenns religiøse liv. In P. K. Botvar & U. Schmidt (Red.), *Religion i dagens Norge: mellom sekularisering og* (s. 11–24). Oslo: Universitetsforlaget.
- Browning, D. (1991). *A Fundamental Practical Theology: Descriptive and Strategic Proposals*. Minneapolis: Fortress Press.
- Bunkholt, M (2007). *Møtet med den andre: tekster av Hans Stifoss-Hanssen*. Oslo: Det Praktisk-teologiske seminar.
- Danbolt, L. (1998). *Den sorgende og begravelseriten: en religionspsykologisk studie*. Uppsala: Uppsala universitet.

- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health and existential epidemiology: a Swedish postmodern case study*. Stockholm: Verbum.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gerkin, C. (1986). *Widening the horizons: pastoral responses to a fragmented society*. Philadelphia, Pa.: Westminster Press.
- Hegstad, H. (2009). *Den virkelige kirke: bidrag til ekklesiologien*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Henriksen, J.-O. (2003). *Imago Dei: den teologiske konstruksjonen av menneskets identitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaldestad, E. (1997). *Gjennom det menneskelige til det guddommelige: religionspsykologiske perspektiver*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health, 2nd ed.* New York: Oxford University Press.
- Meland, E. (2012). *Det hellige som kilde til helse*. Stavanger: Eide forlag.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Risberg, T., Wist, E., Kaasa, S., Lund, E., & Norum, J. (1996). Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. *Eur J. Cancer*, 32A (2), 274–281.
- Sloan, R. P. (2006). *Blind faith: the unholy alliance of religion and medicine*. New York: St. Martin's Press.
- Stifoss-Hanssen, H. (1996). *Seeking Meaning or Happiness? Studies of selected aspects of the relationship between religiosity and mental health*. Trondheim: Tapir.
- Sørensen, T., Danbolt, L.J., Lien, L., Koenig, H.G., Holmen, J. (2011). The relationship between religious attendance and blood pressure: the HUNT Study, Norway. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42 (1), 13–28.
- Sørensen, T., Danbolt, L.J., Holmen, J., Koenig, H.G., Lien, L. (2012a). Does Death of a Family Member Moderate the Relationship between Religious Attendance and Depressive Symptoms? The HUNT Study, Norway. *Depression Research and Treatment, Special Issue: Religious and Spiritual Factors in Depression*, doi:10.1155/2012/396347, tilgjengelig på: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2012/396347/abs/>.
- Sørensen, T., Dahl, A.A, Fosså, S.D., Holmen, J., Lien, L., Danbolt, L.J. (2012b). Is 'Seeking God's help' associated with Life Satisfaction and Disease-Specific Quality of Life in Cancer Patients? The HUNT Study, Norway. *Archive for the Psychology of Religion* 34 (2), 191–213.
- Sørensen, T., Lien, L., Holmen, J., Danbolt, L.J. (2012c). Distribution and understanding of items of religiousness in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Mental Health, Religion and Culture*, 15 (6), 571–585.
- Torbjørnsen, T., Stifoss-Hanssen, H., Abrahamson, A. F., & Hannisdal, E. (2000). Krefst og religiøsitet – en etterundersøkelse av pasienter med Hodgkins sykdom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(3), 346–348.
- Torbjørnsen, T. (2011). "Gud hjelpe meg!": religiøs mestring hos pasienter med Hodgkins sykdom: en empirisk, religionspsykologisk studie. Oslo: Det teologiske Menighetsfakultet.



## Sammendrag

Kunnskap om sammenhenger mellom religion og helse har hatt voksende internasjonal oppmerksomhet de siste tiårene, så også i Norge. Kunnskap om positive og negative sammenhenger mellom religion og helse er viktig informasjon når kirkens liv skal utmeisles i praksis. Sosialt nettverk har positiv betydning for helsen. Religiøse fellesskap aksentuerer denne betydningen. Dette kan oppmuntre menighetene til å vektlegge fellesskap og samtidig bekrefte at det er viktig. Fremforsket kunnskap kan også bidra til korreksjon av praksis med tanke på religionens negative funksjon i forhold til helse. Religions- og helseforskningen viser at religiøsitet kan være en ressurs for mennesker i møte med krevende livshendelser og i byggingen av kristne fellesskap. Det er ikke alle som er klar over hvilke resurser de er i besittelse av. Kirken og kirkens arbeidere har tilgang på verktøy og kan tilrettelegge for at folk skal bli klar over sine egne ressurser.