

Helbredelse ved kristen bønn

- *Skjer det og kan det eventuelt dokumenteres*

Frode Emil Frøyland & John David Johannessen



Studieoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15. september 2005

Innhold

INNHold	2
1. INNLEDNING	4
1.1 FORORD	4
1.2 HVA ER HELBREDELSE VED KRISTEN BØNN?	6
2. TEOLOGI	10
2.1 INNLEDNING	10
2.2 KRISTEN TRO OG HELSE	10
2.2.1 <i>Hvorfor helbreder Gud?</i> ⁴	12
2.2.2 <i>Hvem kan helbrede gjennom bønn?</i>	14
2.2.3 <i>Hvordan skjer helbredelse ved bønn rent praktisk?</i>	15
2.2.4 <i>Hva er det som sies i en bønn om helbredelse?</i>	17
2.2.5 <i>Hvordan blir den syke frisk?</i>	18
2.2.6 <i>Er helbredelsen evigvarende?</i>	19
2.2.7 <i>Hva med dem som ikke blir helbredet?</i>	20
3. PLACEBO ⁶	23
3.1 GENERELT	23
3.2 PLACEBO OG DENS Plass I HELBREDELSE VED BØNN.....	24
4. LITTERATURSTUDIE	26
4.1 INNLEDNING	26
4.2 SØKEMETODE OG INKLUDERTE STUDIER	26
4.3 RESULTATER.....	29

4.3.1	<i>Systematiske oversikter</i>	29
4.3.2	<i>Randomiserte kontrollerte studier</i>	33
4.3.3	<i>”Case”-studier</i>	47
4.4	DISKUSJON	47
4.4.1	<i>Oppsummering av hovedfunn</i>	47
4.4.2	<i>Problemer ved å gjøre vitenskapelige studier på effekten av forbønn</i>	49
4.4.3	<i>Metodekritikk på vår egen review undersøkelse</i>	50
4.4.4	<i>Konklusjon</i>	50
5.	CASE-STUDIE	52
5.1	INNLEDNING	52
5.2	METODE	52
5.2.1	<i>Hvordan skal vi finne historier?</i>	52
5.2.2	<i>Hvilke typer sykdommer kan vi bruke?</i>	52
5.2.3	<i>Andre inklusjonskriterier</i>	53
5.2.4	<i>Hvordan gå frem ved de enkelte tilfellene?</i>	53
5.3	RESULTATER	55
5.4	DISKUSJON	56
6.	AVSLUTNING	58
	REFERANSER	60

1. Innledning

1.1 Forord

De siste årene har det gått en rekke programmer på TV som handler om helbredelse ved kristen bønn. Høsten 2002 var det en stor runde hvor flere program hadde dette som tema. Blant disse kan vi nevne Lønning Direkte, Holmgang, Tabloid, Styrk Live, Åndenes Makt og Søndagsåpent. I den forbindelse kom det frem at det manglet vitenskapelig forskning på dette feltet. Ifølge Rolf Kåresen, dr. med. og sjefslege ved Ullevål universitetssykehus (UUS), er helbredelse ved bønn ”overhodet ikke dokumentert” (Holmgang). Og etter et innslag hvor en gutt forteller om hvordan han ble helbredet for sterkt nedsatt hørsel, svarer Vinjar Fønnebø, professor dr. med. ved Universitetet i Tromsø og leder for Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin, følgende: ”Vi må høre på historien, vi må gå etter den, vi må respektere den og vi må se at dette er et felt som vi synes er interessant og ønsker å vite mer om. ... det er interessant å gå etter historien, få dokumentasjon for hva skjedde før og hva skjedde etter.”

Etter dette bestemte vi oss for å skrive vår studieoppgave om emnet. Vi ønsket å finne ut om helbredelser ved kristen bønn faktisk skjer og om det eventuelt er mulig å dokumentere dette.

I utgangspunktet ønsket vi å se på om kristen forbønn kan føre til fullstendig helbredelse av irreversible sykdommer, altså sykdommer som ved sitt naturlige forløp ikke går over av seg selv. Dette valgte vi for å gjøre oppgaven og utfallet enklere å både jobbe med, og å forstå for dem som leser den senere.

Vi har valgt å dele oppgaven i tre deler, først en teologisk gjennomgang, dernest en oversikt over den medisinske litteraturen, og til slutt en casestudie av

helbredelse ved kristen bønn. I tillegg har vi en liten del om placeboeffekten, som av mange brukes som forklaring på den helbredende kraften ved forbønnsheilbredelser.

Teologi

Det går ikke an å skrive om et teologisk emne uten å ta opp de teologiske aspekter ved det. For å kunne forstå helbredelse ved bønn i en medisinsk sammenheng mener vi det er nødvendig å først forstå helbredelse ved bønn i en kristen sammenheng. Dette kan selvsagt by på problemer, idet man i Norge i dag har svært mange forskjellige teologiske synspunkter på helbredelse ved bønn. I TV debattene har man for eksempel sett Vålerengaprest Gelius i heftig diskusjon med evangelist Svein-Magne Pedersen. Man har også sett Agderbiskop Olav Skjevesland fremme et tredje syn på emnet. Uenighetene gikk på om Gud faktisk helbreder, og i hvor stor utstrekning det i så fall skjer. De debatterte i tillegg konsekvensene av når det ikke skjer. Videre var det også uenighet om når, hvor og hvem som hadde lov til å be for syke. Å finne noen å basere seg på er ikke lett, så vi har selv tatt utgangspunkt i Bibelen og noen få og anerkjente teologer. Underveis har vi fått hjelp fra Geir I. Johannessen, hovedpastor i Salem Misjonsmenighet i Kristiansand, som har doktorgrad i praktisk teologi og erfaring fra forskjellige kirkesamfunn. Med denne hjelp mener vi å kunne gi en teologisk fremstilling som er mulig for de fleste å akseptere.

Litteraturstudie

Hovedmålet med denne delen av oppgaven var å få en god oversikt over den vitenskapelige litteraturen om dette temaet.

Case-studie

Grunnen til at vi har valgt å prøve å dokumentere enkelthelbredelser er uttalelsene som har kommet i TV debattene, blant annet av Vinjar Fønnebø, slik han er sitert ovenfor.

Når man skal se på de enkelte tilfellene må man ha en god og grundig fremgangsmåte for å kunne sitte igjen med god dokumentasjon. Her har det vært mye erfaring å hente fra spesielt katolske kilder. Den katolske kirke har gjennom flere århundrer hatt egne instanser for å prøve å dokumentere helbredelser medisinsk. Det er særlig gjort et grundig arbeid i relasjon til Lourdes, en hellig kilde i Frankrike. I tillegg har helgenkåringene krevd mirakler, som nok i de fleste tilfeller har dreid seg om helbredelse. Ved å se på deres fremgangsmåte har vi kunnet sette opp vår egen strategi, tilpasset norsk helsevesen og vår oppgaves mål.

1.2 Hva er helbredelse ved kristen bønn?

Helbredelse ved kristen bønn må defineres. I denne sammenhengen vil vi se på *helbredelse* som det fenomen at patologi eller misdannelser blir fullt og helt friskt eller normalt. Selv om vi har dette som utgangspunkt, har vi i litteraturdelen av studien en videre definisjon som inkluderer en forbedring av tilstanden uten å bli helt frisk eller normal. Dette fremgår av teksten.

Vi definerer *bønn* som å be en høyere makt om å gripe inn, og gi helbredelse. Dette kan skje på flere måter, som fremgår av den teologiske delen av oppgaven. Den inngripen vi vil studere i denne oppgaven er den overnaturlige, som skjer på en måte som ikke er forklarlig fra naturvitenskapelig hold.

Kristen bønn er bønn til den kristne (jødekristne) Gud.

Hvorfor helbredelse ved kristen bønn?

I verden i dag finnes det mange forskjellige trosretninger og mange mystikere som hevder overnaturlig helbredelse. Hvorfor har vi da i denne oppgaven valgt å se på nettopp kristendommen? Dette har flere grunner, angitt som følger:

- Kristendommen er verdens største religion. Det følgende er tall hentet fra nettstedet adherents.com og er omtrentlige verdier angitt ved årsskiftet 2000-2001.

Kristendom	2 milliarder	33 %
Islam	1,3 milliarder	18 %
Hinduisme	900 millioner	16 %
Ikke-religiøse/ agnostikere/ateister osv.	850 millioner	16 %
Buddhisme	360 millioner	6 %
Tradisjonelle kinesiske religioner	225 millioner	4 %
Primitive naturreligioner	190 millioner	4 %
Andre	110 millioner	3 %

- Kristendommen er statsreligion i Norge. Denne oppgaven skrevet i norske forhold, for norske forhold. Kristendommen kom til Norge rundt år 1000. Gjennom alle disse årene har den hatt en stor påvirkning på samfunnet vårt, og kun i de siste få tiår har andre religioner hatt tilhengerskarer av noen betydning i Norge.

- Kristendommen har hatt stor innvirkning på vitenskapen, på godt og vondt. Da man for litt over hundre år siden for godt kastet gudstro ut av vitenskapen oppstod det harde motsetninger mellom kirken og vitenskapsmennene. Siden da har det vært svært liten forskning på de forskbare sidene ved kristendommen. Store deler av forskningen har gått på å motbevise det kristne synet, uttalt ved Bibelen. Dette har skjedd på alle mulige vis, og til tider svært uredelige måter. Vitenskapen skylder kristendommen en ærlig og oppriktig tilnærming til felles emner, ved forskning. At kirken holdt nede vitenskapen i den tid den virkelig begynte å ta form, er ikke lenger unnskyldning god nok for dagens vitenskapskvinner og -menn. Å ta dette argumentet til bruk vitner om egen overbevisning om vitenskapen som religion, og ikke som redskap til å finne svar på spørsmål mennesker har.
- Kristendommen er den religion som har størst vekt på overnaturlige hendelser. Ta vekk det overnaturlige (for eksempel utferden fra Egypt, Jesu liv som omfattet jomfrufødsel, helbredelser, tur på vannet, profeterte død, oppstandelse, himmelfart og gjenkomst), og du har bare god filosofi igjen. Gjør du det samme med andre religioner, sitter du igjen med det stort sett det samme du hadde da du begynte. Dette vitner sterkt for at det må være noe overnaturlig i den jødekristne tro, i og med at det er en gammel tro og størst av verdensreligionene.
- Kristendommen har lang tradisjon for helbredelse. Blant de første i tid står kobberslangen Moses reiste i Israelittenes leir, som også er blitt et motiv for medisinen den dag i dag. Videre har man mange beretninger om helbredelser gjennom hele Bibelen. Særlig tydelig er alle helbredelsene Det nye testamentet forteller at Jesus gjorde. Av alle fortellende vers i evangeliene, er 38,5 % om helbredelse.¹ Ikke bare gjorde han syke friske, men han gav også sine disipler makt til å helbrede alle sykdommer. Dette forteller Apostlenes gjerninger at de gjorde, og det står at alle kristne, også i dag, skal gjøre det. (Markus 16.17-18

”Og disse tegn skal følge dem som tror: I Mitt navn skal de (...) legge hendene på syke, og de skal bli friske.)

- Kristendommen er dessuten den tro vi som skriver oppgaven kjenner best fra før. Det vil derfor være enklere for oss å sette oss godt inn i emnet helbredelse, fra et kristent perspektiv.

2. Teologi

2.1 Innledning

Denne delen er viet til forståelse av det kristne synet på helbredelse ved bønn. Dette er ikke på noen måte ment å være fullstendig uttømmende om emnet, men som en innføring i hvilken rolle helbredelse spiller innen kristendommen, og hvordan man forstår helbredelse. Der hvor det er åpenbar uenighet mellom forskjellige kirkesamfunn og retninger, vil vi forsøke å bruke den forklaringen som er bredest akseptert og har et Bibelsk grunnlag. Helbredelse ved bønn vil i dette avsnittet bli tatt for å være en sannhet, slik det blir gjort blant kristne flest, for å gjøre fremstillingen mer sammenhengende og logisk.

Selv om noen kan tenke at denne delen er uviktig, vil vi presisere at det er essensielt for forståelsen av helbredelse ved bønn at man forstår sammenhengen den kommer i.

2.2 Kristen tro og helse

En syk kristens tro står og faller ikke på om vedkommende blir frisk igjen. Hovedpoenget er å bli tilgitt sine synder, og ved det være skyldfri når dommen kommer. Det står i Matteus 16.26 *”For hva gagnar det et menneske om det vinner hele verden, men taper sin sjel? Eller hva kan et menneske gi i bytte for sin sjel?”* Et menneske består av ånd, sjel og kropp lærer Bibelen. Muligheten for helbredelse gjelder hele mennesket.

Gud helbreder på mange forskjellige måter. Denne listen laget av Stanley Jones, og forteller hvilke virkemidler Gud bruker for å helbrede.² Det er ved:

- Medisin

- Kirurgi
- Endring av ernæring
- Endring av klima
- Sjelelig suggesjon
- Befrielse fra underliggende frykt, bitterhet, selvopptatthet, skyld m.m.
- Ved Guds Ånds direkte handling med vårt legeme
- Ved oppstandelsen

Det er altså ikke et spørsmål om Gud *skal* helbrede mennesket, men om *når* han gjør det. Gud vil helbrede gjennom en av de syv første måtene. Hvis ikke, vil han gi kraft til å bruke svakheten sykdommen gir til det gode, inntil himmelens helbredelse kommer.

Denne oversikten gir også et svar på flere av de oftest stilte spørsmålene om helbredelse ved kristen bønn. Bønn er ikke et alternativ til helsetjenesten. Det er ikke meningen man skal utsette et medisinsk tilsyn på grunn av bønn. Som nevnt er helsetjenesten en av måtene Gud bruker til å helbrede. I det kristne synet er altså enhver lege som står i livets tjeneste, i Guds tjeneste.

I Bibelen nevnes ved flere anledninger leger. Blant annet var Lukas, forfatter av Lukas evangelium og Apostlenes gjerninger, utdannet lege. Ikke noe sted i Bibelen står det at det er galt å benytte seg av helsetjenester. Det er helt tydelige anledninger det skulle ha stått, om det var tilfelle. For eksempel i Markus 5.25-34, hvor Jesus helbredet en kvinne som hadde brukt alt hun eide på legehjelp.

Likevel er det mange tilfeller på at nettopp dette har skjedd, at man ikke har oppsøkt lege fordi man har forventet direkte inngrep fra Gud. Dette er misforstått i

forhold til Bibelen og det generelle kristne syn, og kan ha mange grunner. Disse vil vi ikke gå nærmere inn på her, men henviser interesserte til ”Handbook of Religion and Health”.³

Av de nevnte punkter er det kun direkte inngrep denne oppgaven er rettet mot, og vi vil her forsøke å belyse de kristnes syn på det direkte inngrep.

2.2.1 Hvorfor helbreder Gud?⁴

Dette er nok innlysende, men har like fullt forskjellige aspekter i seg. For å gjøre det lett å forstå, kan man dele svaret i tre deler.

1. For Guds skyld
2. For den sykes skyld
3. For andre menneskers skyld

Punkt 1

Ifølge kristendommen finnes Gud. Han er himmelens og jordens skaper, og den som holder universet vedlike. Gud skapte menneskene for å ha fellesskap med dem. Men menneskene har valgt å styre sine liv slik de selv vil. Noen ganger ved å bevisst ikke følge Gud, andre ganger ved å ignorere Gud. Ved ulydighet ovenfor Gud gjør mennesket seg uegnet til å være i Guds nærhet. Likevel er det så at Gud elsker menneskene. Derfor sendte han sin sønn Jesus Kristus, som ved å dø på korset tok på seg vår straff. Dermed ble det mulig for det brutte forholdet mellom Gud og mennesker å gjenopprettes. Gud venter nå på at vi skal ta imot hans tilbud om redning, gjennom å vende oss bort fra vår tidligere levemåte, og tro på ham og velge å adlyde ham. Tar man ikke imot tilbudet får man det som man selv vil. Man blir forvist fra Guds nærvær for alltid. Tar man imot tilbudet blir man tilgitt, får Den Hellige Ånd som gjør at man kan leve et liv nær Gud, og garanti for at man vil bli hos ham i evigheten.

Gud ønsker at mennesker skal anerkjenne at han er Gud, og ta imot tilbudet. De som har gjort det, har fra Jesus fått befaling om å fortelle andre om tilbudet om tilgivelse. Dette skjer gjennom å fortelle evangeliet (de gode nyheter) om Jesus, og å stadfeste ordene man sier ved å vise at det er sannhet i dem. Her kommer blant annet helbredelse inn.

Ut fra dette ser man at Gud kan bruke helbredelse for å gjenopprette kontakten med mennesker. Det er Guds ønske at mennesker skal tro på ham, og helbredelse er et ”redskap” for dette.

Punkt 2

Helbredelse er selvsagt for den sykes skyld også. For det første er det et gode å være frisk. Når Gud elsker et menneske, og har makt til å gjøre det friskt når det er sykt, kan det være en gave Gud gir dette mennesket. Altså er den gode helsen et mål.

For det andre får dette menneske gjennom helbredelsen en personlig hilsen fra Gud som forteller om den omsorg Gud har for vedkommende.

For det tredje er det en bekreftelse på at Gud er den han blir påstått å være. For en som hører om Gud at han kan helbrede, vil helbredelsen bli en bekreftelse på at det han lurte på om var sant, virkelig er det.

Punkt 3

At Gud helbreder syke har en effekt på dem som ser eller får høre om helbredelsen. Som nevnt i punkt 2 vil det bli en bekreftelse på at det man har hørt om Gud er riktig. Disse menneskene kan da lettere velge å tro på det de er blitt fortalt.

Mennesker som er kristne fra før vil også oppleve det som en boost for troen å se at det fungerer i praksis. De vil få en større frimodighet til å fortelle om sin tro og

sine opplevelser, og bli styrket i sin egen overbevisning om at det er sannheten de har gitt sine liv til.

Vi ser altså at det ut fra den kristne tro er mange grunner til helbredelse ved bønn, og at det å få bedre helse kun er en liten del av bildet.

2.2.2 Hvem kan helbrede gjennom bønn?

Ifølge Bibelen er det Gud som helbreder. (1. Korinterbrev 12.11: ”Men *den ene og samme Ånd virker alle disse forskjellige nådegavene* og deler ut til hver enkelt, slik Han vil.” *Vår kursiv.*) Ingen mennesker kan helbrede. Men gjennom bønn åpner menneskene for at Gud får slippe til, og bruke sin makt til å helbrede. Mennesket som ber er dermed et redskap for at Guds vilje kan skje. Mange tenker gjerne at helbredelse ved bønn er at Gud er redskapet for menneskers vilje, men dette er altså feil tankegang.

Når vi i media ser og hører om helbredelsespredikanter som lever av å be for syke, er ikke dette fordi det kun er disse få som kan be så mennesker blir helbredet.

Ifølge Bibelen er det noen som har fått en spesiell ”nådegave” (gratis gave, betegnelse på spesielle evner en person har fått fra Gud, og ikke kan tilegne seg på egen hånd, se 1. Korinterbrev 12.1-11). I menigheten er det spesielt deres oppgave å be for de syke. Like fullt er det Gud som helbreder, og han kan gjøre det når hvem som helst ber.

Altså kan alle be for syke, og oppleve at det skjer helbredelser. Følgelig er bønn om helbredelse svært utbredt, og gjøres over alt i hele landet, hver eneste dag. I en undersøkelse ved Det norske radiumhospital svarte 58 av 107 at de hadde bedt til Gud om helbredelse. ⁵

2.2.3 Hvordan skjer helbredelse ved bønn rent praktisk?

Helbredelse ved bønn skjer på mange måter. De aller fleste av dem har sin opprinnelse i Bibelen, mens noen har kommet til gjennom moderne tids teknologi.

For det første skjer det ved **håndspåleggelse**.

Lukas 4.40 "Men ved solnedgang kom alle de som hadde noen som led av ulike sykdommer, og de førte dem til Ham. Og Han la hendene sine på hver enkelt av dem og helbredet dem."

Dette innebærer at den som ber legger sin hender på den syke, som en symbolsk handling, og ber. Det kan være to mennesker, hvor den ene ber for den andre, og det kan være en gruppe hvor flere ber for den samme. Et eksempel på det sist nevnte er at de eldste i menigheten (lederne i kirken) kommer sammen for å be for den syke. Da er det også vanlig å **salve med olje** (ha litt olje i pannen på den syke), som også er en symbolsk handling.

Jakob 5.14-15: "Er noen syke blant dere? Han skal tilkalle menighetens eldste, og de skal be over ham og salve ham med olje i Herrens navn. Og troens bønn skal frelse den syke, og Herren skal reise ham opp. Og hvis han har gjort synder, skal han bli tilgitt."

Alternativt hvis den syke ikke kan bli besøkt, kan det bli brukt en **"salveduk"**, som er et stykke tøy. De som ber legger da hendene på duken og ber for den syke personen, og sender duken til vedkommende, som da for eksempel har den i lomma.

Apostlenes gjerninger 19.11-12: "Gud gjorde også uvanlige kraftige gjerninger ved Paulus' hender, slik at selv svetteduker eller

arbeidsforklær som han hadde hatt på seg, ble brakt til de syke, og sykdommene forlot dem, og de onde åndene for ut av dem.”

I Apostlenes gjerninger står det også at noen ble helbredet da de fikk skyggen av noen av de kristne på seg. Dette er ikke vanlig nå, men var nok ikke vanlig på den tiden heller.

Apostlenes gjerninger 5.15: ”...slik at de også tok syke ut på gatene og la dem på senger og bårer, for at i det minste skyggen av Peter kunne falle på noen av dem når han gikk forbi.”

En annen måte er **fjern forbønn**, for noen som ikke er tilstede, uten bruk av salveduk.

Johannes 4.50-53: ”Jesus sa til ham: «Gå hjem! Din sønn lever.» Mannen trodde ordet som Jesus sa til ham, og han gikk av sted. Mens han var på vei ned, ble han møtt av tjenerne sine, og de sa til ham: «Din sønn lever!» Så spurte han dem om hvilken time han var blitt bedre. Og de sa til ham: «I går ved den sjuende time forlot feberen ham.» Da visste faren at det var i samme time som Jesus sa til ham: «Din sønn lever.» Og han selv trodde, det samme gjorde alt hans husfolk.”

Lignende er det med forbønn gjennom telefon. Forskjellen er da at den som blir bedt for er klar over at det skjer, men ikke gjennomfører den vanlige håndspåleggelsen.

En annen vanlig måte er felles forbønn, hvor man ber for store menneskemengder. Det kan for eksempel være som det gjøres i Den Norske Kirke, hvor man ber generelt for dem som er syke, eller som det gjøres på såkalte helbredelsesmøter, hvor man felles ber for alle dem i lokalet som er syke.

Som en siste måte har man **egen bønn**. Det er fullt mulig å be om forbedring av egen helse, uten at andre er til stede.

Jakob 5.13: "Er det noen som lider blant dere? Han skal be."

2.2.4 Hva er det som sies i en bønn om helbredelse?

Det er Gud som virker, og ikke ordene man sier. Det står i Bibelen om noen som hadde lært seg de riktige ordene, men som ikke selv kjente Gud.

Apostlenes gjerninger 19.13-15: "Noen av de omreisende jødiske demonutdriverne begynte da selv å påkalle Herren Jesu navn over dem som hadde onde ånder. De sa: «Vi driver dere ut ved den Jesus som Paulus forkynner.» Det var sju sønner av Skevas, en jødisk yppersteprest, som gjorde dette. Og den onde ånden svarte og sa: «Jesus kjenner jeg, og Paulus vet jeg hvem er, men hvem er dere?»"

Ved den anledningen ble ikke den syke frisk. Det er ingen spesiell måte det behøver å gjennomføres på, men for dem som ikke er kjent med bønn vil vi ramse opp noen eksempler, noen hentet fra Bibelen, andre fra dagens kristne:

- Lukas 4.39, Jesus helbreder Peters svigermor: *"Så bøyde Han seg over henne og truet feberen, og den forlot henne"*
- Lukas 5.24, Jesus helbreder en lam: *"så sa Han til mannen som var lam: «Jeg sier deg, stå opp, ta båren din og gå hjem til ditt hus! »"*
- Lukas 7.14, Jesus vekker en død mann: *"Og Han sa: «Unge mann, Jeg sier deg, stå opp!»"*
- Johannes 11.41-43, Jesus vekker Lazarus fra de døde: *"Jesus løftet blikket og sa: «Far, Jeg takker Deg for at Du har hørt Meg. Jeg vet at Du alltid hører Meg, men på grunn av folkemengden som står rundt her sa Jeg dette, for at de*

skal tro at det er Du som har sendt Meg.» Da Han hadde sagt alt dette, ropte Han med høy røst: «Lasarus, kom ut hit!»

- Apostlenes gjerninger 3.6, Peter helbreder en lam: *”Da sa Peter: «Sølv og gull har jeg ikke, men det jeg har gir jeg deg: I Jesu Kristi, Nasareerens navn, stå opp og gå!»*”
- Apostlenes gjerninger 9.40, Peter vekker en kvinne fra de døde: *”Men Peter sendte alle ut, knelte ned og bad. Og han vendte seg til legemet og sa: «Tabita, stå opp!» Og hun åpnet øynene sine, og da hun så Peter, satte hun seg opp.”*
- De tre neste er av kristne i dag: *”Herre Far, jeg takker deg for at du elsker henne, og at du sendte din sønn for å dø for hennes synder. Takk for at han da også tok på seg all sykdom, også hennes sykdom. Fordi det står i ditt ord, ber vi deg nå å gripe inn og helbrede henne. I Jesu navn, amen.”*
- *”Far i Himmelen. Jeg takker deg for at du er her nå med din helbredelseskraft. Vi kjenner til at du har gjort mirakler og undre tidligere, og ber nå om fullstendig frihet fra denne sykdommen. For ditt hellige navns skyld.”*
- *”I Jesu Kristi navn: Vær helbredet!”*

2.2.5 Hvordan blir den syke frisk?

Dette skjer ikke på samme måte hver gang. Det finnes antagelig like mange opplevelser i forbindelse med en mirakuløs helbredelse som det finnes personer som har opplevd det. Noen aspekter av historiene går igjen, mens andre kan være svært individuelle.

Det er ikke så uvanlig å høre det blir fortalt om en varme som går gjennom kroppen, eventuelt kun på stedet hvor sykdommen er lokalisert. Noen av dem som opplevde det ved håndspåleggelse sier at varmen startet der den som ba hadde

hendene sine, noen sier at den hadde et annet fokus, og andre igjen at det ikke var noe fokus i det hele tatt. Noen opplever å se spesielle hendelser (se syner), som regel svært spesielt for den det gjelder. Atter andre opplever ingen ting.

Videre er det jo slik at selve helbredelsen kan komme til forskjellige tider. Noen blir momentant helbredet, og er altså frisk på sekundet. Noen blir også bedt for mange ganger uten at det skjer noe, for så en dag å bli momentant helbredet. Noen blir bedt for, merker ingen ting og går hjem, for så for eksempel en uke etterpå gradvis merke at de er friske. Og til sist er det dem som kanskje blir litt bedre for hver gang de blir bedt for, og etter mange forbønnsstunder blir frisk.

Opplevelsene er altså fundamentalt forskjellige, og er vanskelig å generalisere. Det eneste som synes å være fellesnevnerne er bønn til Gud og helbredelsen.

2.2.6 Er helbredelsen evigvarende?

Her har vi egentlig to spørsmål: ”Vil man aldri få tilstanden igjen?” og ”Er man beskyttet mot andre, kanskje til og med verre sykdommer?”.

Svaret på begge to kan synes å være deprimerende lesning. Etter det vi har lært av våre undersøkelser er ikke en helbredelse en immunisering. Det sier seg vel egentlig selv, men kan være harde opplevelser for den enkelte.

Jesus vekket Lasarus fra de døde, men Lasarus døde igjen senere. Det er menneskets lodd å leve og engang dø. Så en eller annen gang må man ta sin siste pust og gå inn i evigheten. Videre er det slik at våre handlinger har visse uunngåelige følger. En som er blitt helbredet for lungekreft, men begynner å røyke igjen må ikke regne med at man ikke kan røyke på seg en ny svulst. Så selv om man har blitt helbredet kan man få den samme sykdommen, ikke som en gjenoppblusning, men som en helt ny sykdom.

Noen vil også oppleve å få andre sykdommer, kanskje verre enn den de først hadde. Og denne gangen opplever de kanskje ikke å bli helbredet ved forbønn. Spørsmålet *hvorfor?* kommer da gjerne, og som alltid ellers er det et spørsmål det er vanskelig å svare på. Det svaret kan heller ikke vi. En liten trøst er at man har det bedre uten den sykdommen man hadde først.

2.2.7 Hva med dem som ikke blir helbredet?

Dette er for mange det vanskeligste ved helbredelse ved bønn. Hvis det er så at Gud kan vise det at han bryr seg om et menneske ved å helbrede de plagene det mennesket har, betyr det at han ikke bryr seg om meg når jeg ikke blir helbredet? Er det fordi jeg ikke tror nok at jeg ikke blir helbredet? Spørsmål som disse er ikke uvanlige, og er blant favorittene til kritikere av helbredelsevangelistene.

Vi vil her komme med noen vanlige refleksjoner over emnet. De er ikke ment å være fullverdige svar.

Det er ingen garanti for at helbredelse skjer første gang man ber. I Markus 8.22-25 står det om en gang Jesus bad to ganger før en blind mann fikk synet tilbake. Hvis Jesus var Guds sønn, er det ikke rart at vanlige mennesker kan trenge å be mer enn en gang for at helbredelsen skal skje. Det er mange historier som understreker dette. Man er ikke uten håp om helbredelse selv om man ikke ble helbredet denne gangen heller. Kanskje er det neste gang det skjer.

Helbredelser kan skje på forskjellige måter. De kan skje med en gang, gradvis, eller plutselig etter lang tids forbønn. Om en sykdom blir helbredet på tre sekund eller tre måneder er man like frisk etterpå. Man kan aldri si etter bønn ”det skjedde ikke noe denne gangen heller”, ut fra disse erfaringene.

Kanskje vanskeligst er det med troen. Det er vanskelig å bli klok på dette emnet, kanskje mest av alt fordi det finnes ingen god måte å måle troen på. Fra Bibelen trekkes frem historien da Jesus var i Nasaret, hvor det står at det var så liten tro

der, at han bare fikk helbredet noen få. Det står ingenting der om det skyldtes at de han ba for ikke trodde nok, eller om de ikke trodde at han var den han sa, og dermed ikke ville at han skulle be for dem slik at de kunne bli helbredet. Leser man teksten nøye kan den siste forklaringen virke mest logisk.

Markus 6.5-6: "Og Han kunne ikke gjøre noen mektig gjerning der, bortsett fra at Han la hendene Sine på noen få syke og helbredet dem. Og Han undret seg over deres vantro".

Det er også under dette punktet verdt å merke seg at det synes å skje flere helbredelser ved bønn i utviklingsland enn i vestlige land. Dette er velkjent, men vanskelig å forklare. En mulighet er at man i vesten gjerne tenker: "Legene ordner heldigvis dette uansett. Blir jeg ikke helbredet er det jo ikke så farlig, men det hadde jo vært litt moro..." Mennesker som ikke har råd eller tilgang til medisinsk behandling er mye mer avhengig av en eventuell helbredelse, og setter sitt håp til guddommelig inngripen. Men igjen, dette forklarer ikke alt.

Ifølge Stanley Jones er det jo også slik at helbredelse ved andre måter enn direkte inngrep er muligheter Gud bruker. Å se på det som at Gud har sviktet når man må få hjelp fra helsevesenet, er da på tvers av realitetene og å bekjempe Guds arbeidsmåter.

Videre er det slik at Gud kan velge å bruke menneskers svakheter. Gud kan bruke mennesker i alle mulige situasjoner. Mange situasjoner kommer man ikke i hvis man har perfekt helse. Dette er vanskelig å forstå og, i de aktuelle tilfellene, godta. Man må som kristen skjønne at Guds innsikt er større enn menneskers.

Jesaja 55.8: "For som himmelen er høyere enn jorden, slik er Mine veier høyere enn deres veier, og Mine tanker høyere enn deres tanker."

Til sist er det jo slik at vi skal alle engang dø. Det er og blir slik at noe må man dø av. Dette livet skal en gang ta slutt, og som kristne har man himmelen i vente på den andre siden av døden. Paulus sier i Filipperne 1.21: ”*For meg er livet Kristus, og døden en vinning.*” Det er trolig noen ganger av denne grunn at man ikke ser en helbredelse der man gjerne skulle ha sett den. For som det står i oversikten presentert i begynnelsen av teologidelen, vil Gud helbrede ved oppstandelsen om han ikke har gjort det i dette livet.

3. Placebo⁶

3.1 Generelt

Placebo kommer fra latin og betyr ”jeg vil behage”. Begrepet brukes om fenomenet at pasienter blir bedre av behandling som i seg selv er verdiløs. Det er dette som trekkes frem som den vanligste forklaringen på helbredelse. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er: *Hvor går grensene for placeboeffekten?* Å gradere sykdommer og deretter trekke en linje og si at det på den ene siden er mulig, og det på den andre siden er umulig, skal vi ikke gjøre i denne oppgaven. For å ikke bevege oss for mye i grenseland vil vi forsøke å ta eksempler som klart setter muligheten for placeboeffekten som forklaring til side.

Når dette er sagt, er det også gitt at dersom helbredelse finner sted, har vi utelukket en svært stor del av helbredelsene. Selv om placebo er en mulig forklaring for et fenomen, er det ikke ensbetydende med at det er placebo som har virket. Som eksempel kan nevnes Harris et al. 1999, hvor effekt av bønn ble vist i et randomisert kontrollert forsøk der pasientene ikke visste om forbønnen. (Denne studien er grundigere beskrevet i litteraturstudien.) For at placebo skal virke *må* pasienten vite om behandlingen.

Det er altså to prinsipielle hindre for å forklare en helbredelse med placebo.

1. Pasienten må vite om forbønnen, eller be selv.
2. Sykdommen må være mulig for placeboeffekten å kurere.

Punkt 1

Det er veldig vanlig i kristne sammenhenger å be for venner, både kristne og ikke-kristne. Veldig ofte vet ikke den som blir bedt for at det skjer. I tillegg er det mange små barn og spedbarn som blir bedt for. Disse kan ikke ha noen forståelse

av det som skjer, og vil derfor ikke kunne bidra ved sin tro på behandlingen til å bli helbredet. Er det så at slike helbredelser skjer, vil ikke placeboeffekten kunne forklare dem.

Punkt 2

Det er ikke vanskelig å tenke seg sykdommer som ikke lar seg affisere av placeboeffekten. Et beinbrudd som ikke har fått gro riktig, diabetes type 1 og forskjellig benlengde er alle tilstander som ikke kan bli kurert ved placebo. Er betacellene i bukspyttkjertelen døde, så er de døde. Er epifysesnivene lukket, så vil ikke benet kunne vokse.

For det andre, så er det ikke alltid humant materiale som forandres. Det kan være proteser eller andre implantater som ikke gjør jobben sin, som etter forbønn virker som de skal. Dette vil av noen betegnes som særdeles interessante tilfeller, men vil ikke bli tatt med i denne oppgaven.

3.2 Placebo og dens plass i helbredelse ved bønn

Placebo blir som nevnt ofte fremholdt som effektor ved forbønn, og man må regne med at det i en del tilfeller virkelig er placeboeffekten som er virksom. Dersom en person blir bedre ved hjelp av placeboeffekt ved bønn, har personen unektelig blitt bedre, og bønningen har hatt den ønskede effekt, uten at noe overnaturlig har skjedd.

Det er vel kjent at mange fysiske plager har ikkefysiske tilgrunnliggende årsaker. Det er da lett å tenke seg at man ved å møte et menneskes behov for tid og omsorg, kan bøte på deres plager. Dette er jo noe som er vel kjent blant medisinere, og vanskelig å gjøre noe med i en travel legehverdag. At alternativ medisin og religiøse sammenhenger tar seg av denne oppgaven er det forskjellige meninger om. Samtidig som en del byrder blir tatt fra helsetjenesten, og pasienter blir kvitt sine plager, er det negative sider. Mange alternative behandlinger er

svært dyre, og i en del religiøse sammenhenger blir man presset til ”frivillige” gaver eller må rett og slett betale for forbønn. I tillegg får behandlinger uten påviselig effekt ofte gratisreklame i ukeblader, og dermed kan det spres en viss skepsis til skolemedisinen. Dette kan være helsefarlig, og kan føre til forsinket legesøking.

Innen kristen tro er begge disse negative sidene til stede. I de fleste sammenhenger er det ikke problemer med at man ikke søker medisinsk hjelp, men dette kan forekomme. I tilfeller med tydelig dødelige tilstander har dette (så vidt oss bekjent) ikke skjedd i Norge, men det finnes eksempler på dette i blant annet USA. På et generelt grunnlag kan man si at ”patient delay” i kristne sammenhenger sjeldent er økt, og at bønn er et supplement heller enn et alternativ.

Når det gjelder pengene har dette sjeldent med store beløp å gjøre, men er likevel tydelig tilstede. Det kan være forbønnstelefoner som tar betalt per minutt, det er kollekt på helbredelsesmøter hvor det kan bli hevdet å være sammenheng med hvor mye man gir og om man blir helbredet. Men det er også vanlig med forbønn i sammenhenger hvor penger ikke nevnes i det hele tatt. Det er altså fullt mulig å få forbønn uten at det har med penger å gjøre, men særlig å bli bedt for av predikanter som lever av det å be for andre, kan koste.

4. Litteraturstudie

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven undersøkte vi den vitenskapelige litteraturen som omhandlet somatiske helseeffekter av kristen forbønn. Materialet var systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier (RCT) og casestudier. Målet var å vurdere kvaliteten til studiene og å se om det var mulig å trekke noen konklusjoner om helseeffekter av kristen forbønn.

Historikk

Sir Francis Galton var den første som utførte statistiske undersøkelser om forbønn. To undersøkelser ble publisert, en i 1872⁷ og en i 1883⁸. I den første betraktet han forskjellige gruppers levetid, blant annet den engelske kongefamilie og presters barn, da Galton regnet med at disse mottok mer forbønn enn andre grupper. Galton fant at de i forbønnsgruppen hadde kortere levetid enn de i kontrollgruppen. I sin andre undersøkelse så han på hyppigheten av skipsforlis hvor det var misjonærer om bord, og sammenlignet dette med skip uten misjonærer. Her fant han at skipene med misjonærer sank hyppigere enn andre. Galtons undersøkelser kan kritiseres for mye, bla. undersøkernes forutsetninger, men nevnes likevel ofte som den første som begynte å arbeide statistisk med spørsmålet.⁹

4.2 Søkemetode og inkluderte studier

Vi søkte i følgende nettbaserte databaser; PubMed/Ovid, EMBASE og Cochrane Library. I tillegg gikk vi gjennom litteraturlisten “undersøgelsen av bønnens lægende virkning” på nettstedet www.hvidt.com/dk/postdoc/litteratur.htm, satt opp av dr. theol. N. C. Hvidt, som har gjort sitt post-doc forsknings prosjekt på forholdet mellom helse og åndelighet.

Medline/PubMed

Vi definerte Y=

((("religion and medicine" OR "faith healing" OR "intercessory prayer" OR "prayer") AND ("Christian"[text word] OR "prayer" [text word]))).

For systematiske oversikter: Y med limits "review".

For RCTer: Y med limits "Randomized Controlled Trial"

For casestudier:

((("religion and medicine" OR "faith healing" OR "intercessory prayer" OR "prayer") AND ("Christian"[text word] OR "prayer" [text word])) AND "case reports")

EMBASE

Vi definerte X=

((healing.mp. or exp healing) or (faith healing.mp. or exp alternative medicine)) AND ((exp christian or christian.m.p.) or (prayer.mp.)).

For reviewstudier: "limit X to review"

For RCTer: "X and clinical trial"

For casestudier: "X AND (case report or case study)"

Cochrane Library

Søkeord "intercessory prayer".

Inklusjonskriterier

- RCTer og "Reviewundersøkelser" som studerte helseeffekter av kristen forbønn på somatisk sykdom.

- "Reviewundersøkelser" som var en systematisk gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen om "somatiske helseeffekter av kristen bønn". Reviewundersøkelsene måtte inneholde metodebeskrivelse for litteraturutvalget og ha som mål å trekke en konklusjon om hva man på grunnlag av studiene kan si om helseeffekter av kristen forbønn.
- Casestudier om helbredelse av irreversible sykdommer ved kristen bønn.
- For aktuelle studier måtte det foreligge internettbasert abstract som kom frem i forbindelse med databasesøket.

Eksklusjonskriterier

- Studier der effekten av kristen forbønn ikke ble framstilt atskilt fra effekten av tiltak som ikke innebar bønn til Bibelens Gud (alternative behandlingsformer, eks "non therapeutic touch").
- Studier av psykiske effekter av kristen forbønn, f.eks. angst, depresjon.
- "Reviewundersøkelser" publisert før 2000.
- Studier ikke publisert på engelsk eller norsk.

Inkluderte studier

Disse reviewundersøkelsene ble inkludert:

- Roberts et al 2000¹⁰, systematisk oversikt
- Townsend et al 2002¹¹, systematisk oversikt

Disse randomiserte kontrollerte studiene ble inkludert:

- Joyce and Welldon 1965¹²
- Collip 1967¹³

- Byrd 1988¹⁴
- Harris et al 1999¹⁵
- Matthews DA et al 1999¹⁶
- Leibovici 2001¹⁷
- Cha et al 2001¹⁸
- Aviles et al 2001¹⁹
- Matthews WJ et al 2001²⁰

Denne casestudien ble inkludert

- Hughes 97²¹

Av studier som var inkludert, ekskluderte vi følgende:

Vi ekskluderte en meta analyse²² der det forelå en senere systematisk oversikt av tre av de samme forfatterne. Vi ekskluderte en oversiktsartikkel²³ som ikke tydelig beskrev metodologi for utvelgelse av studier. Vi ekskluderte en artikkel som bare beskrev studiedesign og ikke resultatene av undersøkelsen²⁴.

4.3 Resultater

4.3.1 Systematiske oversikter

Roberts et al 2000, publisert av Cochrane Collaboration¹⁰

Problemstilling: Å undersøke effektiviteten av bønn som en tilleggs intervensjon hos personer med helseproblem som allerede mottok standard medisinsk behandling.

Metodikk: Forfatterne undersøkte 10 ulike elektroniske databaser og referansene til de utvalgte artiklene. De inkluderte studiene måtte være randomiserte eller ”quasi” randomisert, deltakere måtte ha et helseproblem, intervensjonen måtte være forbønn, og utfallene enten oppnåelse av ønskede mål blant deltakerne, behandlere og forbedere, eller død, sykdom eller livskvalitet. Studier som også inkluderte ”distance healing”, og ikke fokuserte spesifikt på henvendelse til Gud, ble ekskludert. Studiekvalitet ble vurdert etter retningslinjer i Cochrane Collaboration Handbook (Mulrow 1997). Etter seleksjonen stod forfatterne igjen med studiene til Joyce 1964¹², Collip 1969¹³, Byrd 1988¹⁴ og Harris 1999¹⁵.

I alle de inkluderte studiene hadde forbederne ulike kristne bakgrunner. I undersøkelsen til Joyce og Collip ble deltakerne bedt for av grupper. I studien til Byrd og Harris ble pasientene bedt for av individuelle forbedre.

Resultater: Det ble laget en metaanalyse med undersøkelse av død, mellomdårlig eller dårlig utfall, komplikasjoner og holdning (”attitude”) Resultatene viste følgende:

- Død: Både Collip, Byrd og Harris samlet data på dødsfall blant deltakerne. Denne sammenlikningen viste ingen signifikant effekt av forbønn på død (OR 1,11, CI 0,79-1,56, n=1424).
- Mellomdårlig eller dårlig utfall: Både Byrd og Harris kategoriserte de kliniske utfallene som ”good”, ”intermediate” og ”bad”. Hos Joyce ble tilsvarende utfall ekstrapolert fra ”clinical state scale”. Her var Harris den klart største studien, og den bidro til 76 % av vekten på det endelige resultatet. Sammenlikningen viste her en fordelaktig effekt av bønn som ikke var klart signifikant (OR 0,80, CI 0,64-1,00, n=1444). Roberts et al gjorde også en undersøkelse ved å ekskludere de deltakerne hos Harris som ble eliminert etter randomisering, da de var på Coronary Care Unit (CCU) i mindre enn 24 timer.

En slik non-intensjon to treat analyse endret det totale resultatet og viste en tydelig statistisk signifikant fordel i bønnegruppen (OR 0.45, CI 0.28-0.71).

- Komplikasjoner: Både Byrd og Harris registrerte komplikasjoner, og i begge studiene ble forbederne bedt konkret om å be om mindre komplikasjoner. I følge Roberts var det hos begge noe uklart hva komplikasjoner var, og en stor liste er oppført i en tabell. Roberts et al. fikk derfor en uavhengig blindet samarbeidspartner til å velge et mål på "generic complication". Det ble valgt "readmission to coronary care unit". Med "intention to treat" analyser gir bønn en signifikant lavere odds for å måtte returnere til CCU (OR 1,54, CI 1,02-2,33, n=1406). Dette resultatet endres til å bli ikke signifikant hvis en mer konservativ metode brukes for å kalkulere relativ risiko (RR 1.46, CI 0.9-2.34). Non-intention-to-treat analyser viser en enda mindre negativ effekt av bønn (1.18, CI 0.74-1.87)
- Dager på sykehus: Hos både Byrd og Harris var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
- Holdning (attitude): Det var kun Joyce som undersøkte denne faktoren, som viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene (OR 0,64, CI 0,1-4,09).

Roberts et al bemerker at deres oversiktsartikkel ikke gir noen konkret veiledning verken for de som ønsker å fastholde eller for de som benekter effekten av bønn. De mener det ikke er grunnlag for å endre dagens praksis i forhold til forbønn. Likevel er dokumentasjonen presentert så langt interessant nok til å støtte at det blir gjort videre studier.

Kritikk: Denne oversiktsartikkelen er publisert av Cochrane Collaboration, som er kjent for sine gode oversiktsartikler. Det er utført søk i flere databaser og seleksjonen er basert på konkrete kriterier. Resultatene som er framstilt i metaanalysen viser sprikende resultater. Bønn viser ingen klar effekt på verken

død eller holdning ("attitude"). Derimot presenterer analysen resultater som tyder på at bønn signifikant reduserer sjansen for et mellomdårlig eller dårlig utfall.

Townsend et al 2002¹¹

Problemstilling: Å undersøke påvirkningen av religion på helseutfall.

Metodikk: Townsend et al. søkte i Medline etter alle RCTer og ikke-RCTer publisert på engelsk mellom 1966 og 1999. Studier om yoga, meditering og "non-contact therapeutic touch" ble ekskludert. "Canadian Medical Association Journal's guidelines for systematic review" ble brukt for å evaluere hver studie. Townsend et al inkluderte Collip¹³, Byrd¹⁴, Harris¹⁵, O'Laoire²⁵ og Walker²⁶. Til forskjell fra Roberts et al ble O'Laoire og Walker inkludert, mens Joyce¹² ikke ble inkludert. Bakgrunnen for dette er ikke beskrevet.

Resultater: Forfatterne laget ingen metaanalyse og refererer heller ingen tallverdier, men gir kun en deskriptiv fremstilling av de relevante studiene. Forfatterne konkluderte med at RCTene viste at forbønn kan forbedre helseutfall hos pasienter innlagt på "coronary care unit" og også muligens bedre overlevelsen av barn med leukemi. De utvalgte ikke-RCTene indikerte at religiøse aktiviteter gav fordeler på BT, immunfunksjon, depresjon og dødelighet.

Kritikk: Konklusjonen som er trukket i denne studien er basert på forfatternes egne vurderinger, uten å gjøre en metaanalyse eller referere til konkrete talldata.

Felles kritikk av Roberts og Townsend

Roberts et al har gjort et grundigere litteratur søk enn Townsend et al. Roberts et al har i tillegg laget en metaanalyse. Begge oversiktsartiklene konkluderte med at dataene på området til nå var inkonklusive og at det var behov for ytterligere studier på feltet. Ingen av studiene har vurdert RCTer publisert etter 1999. Det er derfor grunnlag for en gjennomgang av RCTer av nyere dato. Dette vil følge nedenfor.

4.3.2 Randomiserte kontrollerte studier

RCTer som har resultater med signifikante fordeler i bønnegruppen

*Collip 1967*¹³

Problemstilling: Studere effekten av forbønn på 18 barn med leukemi.

Metodikk: Dobbelblind studie. Barna ble delt inn i en intervensjonsgruppe (n=10) som mottok daglig forbønn og en kontrollgruppe (n=8) som ikke mottok noe bønn. Forsøket var trippel-blindet, slik at verken pasienter, foreldre eller leger var klar over at undersøkelsen foregikk.

Resultater: Etter 15 måneder med bønn var 7 av de 10 barna i bønnegruppen fortsatt i live, mens bare 2 i kontrollgruppen var i live.

Kritikk: Studien har flere begrensninger. For det første er utvalget for lite til å gi statistisk signifikante resultater, en svakhet som Collip erkjenner. Det var heller ingen forsøk på å matche gruppene like i forhold til type og alvorlighet av sykdommen. Det ble ikke gjort tiltak for å sikre at kontrollgruppen ikke mottok noe forbønn.²⁷

*Byrd 1988*¹⁴

Problemstilling: Studere effekten av forbønn i en "coronary care unit (CCU)" populasjon.

Metodikk: Dobbelblind studie. Over en ti måneders periode ble 393 pasienter, etter å ha signert informert samtykke, randomisert (gjennom data generert liste) til en intervensjon gruppe som mottok forbønn (192 pasienter) og en kontrollgruppe som ikke mottok forbønn (201 pasienter). Ved innkomst viste logistiske regresjons analyser ingen statistiske forskjeller mellom gruppene.

Hver pasient i forbønnsgruppen mottok daglig forbønn av tre til syv evangeliske kristne utenfor sykehuset inntil utskrivelse. Hver forbeder skulle be daglig om rask

bedring og om å unngå komplikasjoner og død, i tillegg be for andre forhold de trodde ville være fordelaktige for pasienten. Forbederne mottok pasientens fornavn, diagnose og generelle tilstand, sammen med oppdateringer om deres tilstand. Hver person bad for flere pasienter.

Nye problemer/diagnoser/ intervensjoner i løpet av oppholdet ble registrert. De 26 ulike faktorene var blant annet ustabil angina, antiarytmikabehandling, dødelighet, hjertesvikt, sepsis, pneumoni og gastrointestinal blødning. I tillegg ble det sammenlignet dager på CCU, dager på sykehuset og antall utskrivelsesmedisiner.

Resultater:

- Forbønnsgruppen hadde signifikant fordel for seks faktorer av de 26 faktorene; mindre hjertesvikt (8 mot 20 tilfeller i kontrollgruppen, $P < 0,03$), hjertestans (3 mot 14, $P < 0,02$), pneumoni (3 mot 13, $P < 0,03$), og forbruk av diuretika (5 mot 15, $P < 0,05$), antibiotika (3 mot 17, $P < 0,005$) og intubasjon/ventilering (0 mot 12, $P < 0,002$) enn kontrollgruppen. Selv om p-verdiene for disse seks variablene var $< .05$ ble de ikke sett på som statistisk signifikante på grunn av det store antallet variabler undersøkt. For å unngå dette problemet gjorde Byrd to ting: 1) inkorporerte utfallsvariablene inn i "severity score" og 2) multivariant analyse. En stegvis logistisk regresjon ble brukt for multivariant analysen. Resultatene av dette viste følgende:
- "Severity score" viste at bønnegruppen hadde et totalt bedre utfall. Byrd graderte "hospital course" som godt, mellomliggende eller dårlig etter følgende kriterier: Godt hvis ingen nye diagnoser, problemer eller terapier ble registrert, eller hvis noe skjedde som bare minimalt økte pasientens sykkelighet eller risiko for død. Mellomliggende ble satt hvis det var høyere grad av sykkelighet og en moderat risiko for død. Dårlig ble satt hvis det var høyeste grad av sykkelighet eller risiko for død, eller døde under studien. Gradene ble gitt uten korrelasjon

til tilstanden ved ankomst til sykehuset. I forbønnsgruppen hadde 85 % godt "hospital course", mot 73 % i kontrollgruppen (dvs 163/192 mot 147/201 pasienter). Mellomdårlig "course" ble satt på 1 % i bønnegruppen mot 5 % i kontrollgruppen. Dårlig "course" ble satt på 14 % i bønne gruppen mot 22 % i kontrollgruppen (dvs 27/192 mot 44/201 pasienter). En "2 by 3 chi-square" analyse av disse dataene gav en P-verdi $<.01$.

- Multivariant analyse viste at bønnegruppen hadde signifikant ($P<0,0001$) redusert behov for antibiotika, diuretika og intubering/ventilering.

Byrd konkluderte med at disse dataene talte for at forbønn til den jødekristne Gud hadde fordelaktige terapeutiske effekter på pasienter innlagt på en CCU.

Kritikk: Byrd har altså beskrevet en akseptabel randomisering og også like grupper ved "baseline". Forbønnen ble gjort av evangeliske kristne. En svakhet ved studien kan være at antall forbedere for hver pasient var variabel og det de bad om var bare delvis bestemt på forhånd. Det ble heller ikke kontrollert for hvor lenge det skulle bes daglig. Et annet problem kan være at multivariant analyse bare viser signifikante forskjeller på tre av de 26 faktorene. Er det mer naturlig å tenke seg at hvis først Gud grep inn så ville alle faktorene vært signifikante til fordel for bønnegruppen?

Det er viktig å merke seg at det tidspunktet hvor avgjørelsen hos Byrd ble tatt for å inndele i totalutfallet i godt, mellomliggende eller dårlig ikke er bemerket. Det er ikke klart om disse viktige avgjørelsene ble gjort før eller etter å ha sett resultatene av dataene. Det er ikke klart om de som gjorde analysen var blindet for gruppetilhørighet. Bias kan ha påvirket resultatet til Byrd¹⁰.

*Harris et al 1999*¹⁵

Problemstilling: Studie av effekten av forbønn på pasienter innlagt på coronary care unit (CCU).

Metodikk: Dobbelblind studie. Ca 1000 pasienter ble studert over en 12 måneders periode. Dette var et forsøk på å replisere Byrd sine resultater med et større utvalg av pasienter. På innleggelsestidspunktet ble pasientene randomisert etter deres ”medical record” nummer til en intervensjonsgruppe som mottok forbønn (466 pasienter) og en kontrollgruppe som ikke mottok forbønn (524 pasienter). Alle pasienter som ble tatt med var innlagt i over 24 timer. ”The institutional review board at the Mid-America Heart Institute” gav tillatelse til å gjøre forsøket uten at de individuelle pasientene gav informert samtykke til å delta. Ved innleggelse var komorbide tilstander, fordeling av menn og kvinner, og gjennomsnittlig alder tilsvarende for begge grupper.

Fornavnene til pasientene i intervensjonsgruppen ble gitt til et team av fem forbedere som bad for dem daglig i fire uker. Forbederne representerte ulike kristne tradisjoner, men alle rapporterte minst ukentlig kirkedeltakelse og daglige bønnevaner.

Da forbederne bad for rask bedring med ingen komplikasjoner, regnet man med at det var usannsynlig at bønn ville vise seg i en spesifikk utfallskategori, men bare heller ville vise seg i en slags global score. Da det på det aktuelle tidspunkt ikke forelå et godkjent standard statistisk mål for utfall på kritisk syke kardiovaskulære pasienter, utarbeidet de MAHI-CCU scoring systemet (MAHI: Mid America Heart Institute). Dette var en kontinuerlig variabel som beskriver ”outcomes” fra ”excellent” til ”catastrophic” på en skala fra 1 til 6 ut fra bestemte kriterier. Som Byrd sin ”severity score” baserte også Harris seg på enkeltvariabler. Harris vurderte 33 ulike variabler, bla antibiotika behandling, ustabil angina, antiarytmika, diuretika, pneumoni og atrieflimmer.

Resultater: MAHI-CCU score resultatene viste likevel signifikant fordel i bønnegruppen med en 11 % lavere score (6,35 +/- 0,26) enn kontrollgruppen (7,13 +/- 0,27) (p= 0.04). Tid på CCU eller sykehuset var ikke signifikant forskjellig

mellom gruppene. Disse resultatene var sammenfallende med det Byrd fant. Til forskjell fra Byrd var verdiene ikke signifikante for noen av de individuelle komponentene av MAHI-CCU score.

Kritikk: Harris har beskrevet en akseptabel randomiseringsteknikk og presenterer også data som tyder på like grupper ved baseline. En styrke er at pasientene ikke gav informert samtykke til å bli med i studien. Hver pasient ble bedt for av et likt antall forbedere. Bønneemnene var gitt på forhånd, men hvorvidt det ble bedt utover dette er ikke beskrevet. Det kan være en svakhet at det er noe uklart hvor mye det ble bedt, da det bare er beskrevet daglig bønn.

Samordnet kritikk av Byrd og Harris

Harris har samme problem som Byrd med at det ikke eksisterer et godkjent statistisk mål for utfall på kritisk syke kardiovaskulære pasienter. Ved å anvende Harris sine data på Byrd sitt "severity score" scoringssystem har bønnegruppen også da fordel, men er da ikke lenger signifikant (Godt utfall: 67,4 % av bønnegruppen mot 64,5 % i kontrollgruppen. Dårlig utfall: 19,1 % i bønnegruppen mot 21,9 % i kontrollgruppen). Nettopp mangler ved målesystemene kan ha ført til dette (siste setning Matthews WJ 24). Harris gir ingen forklaring på dette, bortsett fra at deres system er en kontinuerlig variabel og Byrd sitt kategorisk og at det er forskjeller i studiedesign. Harris sin studie var komplett blindet, og det ble ikke bedt om informert samtykke. Forbederne hos Byrd fikk noe mer informasjon om pasientene enn Harris, noe som kan ha bidratt til mer intensive bønner og hengivenhet til bønnen.

Både Byrd og Harris presenterer en slik lang rekke problemer som kan bli konstruert som "komplikasjoner", at statistisk analyse nesten er bundet til å vise noen av dem som statistisk "signifikant" forbedret ved bruk av forbønn. Byrd bemerker hvordan multiple analyse av variabler kan lede til "spurious" "signifikante" resultater, men likevel blir disse resultatene rapportert i teksten i

artikkelen. Disse dataene er også kvotert i andre artikler som leder til ”reporting bias”¹⁰.

*Matthews DA et al 2000*¹⁶

Problemstilling: Studere effekten av bønn på 40 pasienter med Revmatoid Artritt.

Metodikk: Studien ble gjort i en privat revmatologipraksis. Deltakerne var frivillige, hovedsakelig eldre, hvite kvinner. For å bli med i studien måtte man tilfredsstillende bestemme kriterier; > 18 år, ACR kriterie for diagnosen RA og ACR klasse II eller III. Forbederne var frivillige pastorer.

Matthews et al studerte både A) effekten av håndspåleggelse og B) effekten av ”distant prayer”, altså forbønn uten tilstedeværelse.

A) Forbønn med håndspåleggelse ble studert ved at deltakerne ble delt i to grupper. Begge hadde strukturerte oppfølgingsbesøk i 12 måneder, dvs i måned 3, 6, 9 og 12. Grunnet utilfredstillende rekruttering, ble det ingen randomisering. De første 26 ble gruppe 1, som mottok tre dagers intervensjon i oktober 1996. Dette inkluderte seks timer med opplæring innen blant annet ” the nature of physical, emotional, and spiritual healing” og seks timer med håndspåleggende bønn.

14 påfølgende frivillige ble gruppe 2. Disse hadde samme oppfølgingsbesøk som gruppe 1, men mottok ingen forbønn før april 1997, da de mottok samme tre dagers intervensjon som gruppe 1 gjorde i oktober 1996.

B) ”Distant prayer” ble gitt til 19 av de 40 deltakerne, som ble randomisert ved å bruke ”random number table”. Intervensjonen bestod i minst 10 minutter daglig bønn i seks måneder etter at pasientene hadde vært gjennom sine tre dager med opplæring og forbønn. Forbederne mottok bilde og kort informasjon om pasienten.

Analysen viste at det var ingen signifikante baseline forskjeller mellom gruppe 1 og 2 eller mellom ”distant prayer” eller ikke-”distant prayer”gruppene. Det var

heller ingen statistisk eller klinisk signifikante forskjeller i bruk av antirheumatisk medikasjon i løpet av studien.

Forfatterne gjorde fire ulike primære analyser av følgende faktorer: antall vonde ledd, antall hovne ledd, gripestyrke, ESR (erythrocytt sedimentasjons rate), CRP, smerte rate (Mann-Whitney U test), global rate, tretthetsrate, AIMS (Arthritis Impact Management Scale), MHAQ (Modified Health Assessment Questionnaire).

Resultater:

- Preintervensjon mot postintervensjon, dvs. en sammenlikning av preintervensjonsdata ved baseline for alle deltakere (n=40) med postintervensjonsdata ved siste oppfølging etter 12 måneder. ”Multivariate analysis” viste signifikant totalt sett bedring av variablene ($p < 0,0001$). ”Univariate analysis” viste signifikant bedring i syv av de ti variablene. De mest tydelige signifikante med $P < 0,01$ var antall vonde ledd (16,8 mot 5,7, $P < 0,0001$), antall hovne ledd (9,8 mot 3,1, $P < 0,0001$), pasient gradert smerte (4,5 mot 3,1, $P = 0,004$), pasient gradert tretthet (4,5 mot 3,1, $P = 0,007$) og AMIS score (121,2 mot 107,7, $P = 0,0002$). Det var kun ESR, CRP og Global rating som ikke var signifikant. I følge forfatterne var den kliniske bedringen som ble sett her ikke karakteristisk ved det naturlige forløpet av sykdommen og heller ikke forventet behandlings utfall hos pasienter som tar stabile doser medikamenter.
- Gruppe 1 (n=26) mot gruppe 2 (n=14), baseline mot 6mnd data. ”Multivariate analysis ” viste signifikant totalt sett bedring av variablene ($P < 0,0001$). Univariate analysis viste signifikant fordel i gruppe 1 for to av de ti variablene, antall vonde ledd (-7,1 mot 0,5, $P = 0,016$) og MHAQ scores (-3,6 vs 1,5, $P = 0,04$).

- Gruppe 2, preintervensjon mot postintervensjon. "Multivariate analysis" viste signifikant totalt sett bedring av variablene ($P=0,001$). Univariate analysis viste signifikant bedring i to variabler; reduksjon i antall vonde ledd (gjennomsnittlig forskjell: $-14,5$, $P=0,01$) og hovne ledd (gjennomsnittlig forskjell: $-6,4$, $P=0,049$).
- "Distant prayer" mot ikke-"distant prayer". Verken multivariate eller univariate analyse viste en signifikant forskjell mellom gruppene.

Kritikk: Denne studien har flere svakheter. Gruppe en og to var ikke randomisert, slik forfatterne opprinnelig hadde planlagt. Likevel var det ingen signifikante baseline demografiske eller kliniske forskjeller mellom gruppene. Det lave antallet deltakere som i tillegg beskrives å være mer religiøse enn den generelle befolkningen, gir studien et lavt generaliseringspotensiale. Likevel viser studien interessante signifikante resultater.

Forbønnen ble utført av to bønne "ministers". Det er ikke beskrevet at det ble kontrollert for verken type eller mengde bønn.

Leibovic 2001¹⁷

Problemstilling: Studere effekten av retroaktiv forbønn på en gruppe pasienter med "bloodstream infection", definert som positiv blodkultur sammen med sepsis.

Metodikk: Dobbelblind studie. Grunnlaget var at Gud ikke er begrenset av lineær tid slik som vi. Intervensjonen ble gjort 4-10 år etter at pasientene hadde infeksjonen. Alle 3393 voksne pasienter med en sepsis som ble innlagt på et universitetssykehus (Rabin Medical Center) fra 1990 til 1996 ble inkludert i studien. I 2000 ble pasientene randomisert til en intervensjonsgruppe ($n=1691$) og en kontroll gruppe ($n=1702$), ved myntkast. Gruppene var like ved baseline, med vurdering av 16 ulike risikofaktorer for død, kjønn, median alder, infeksjons kilde og nøytropeni. En liste med fornavnene til pasientene i intervensjonsgruppen ble

gitt til en person som sa en kort bønn for gruppen som helhet om "well being and full recovery".

Tre primære utfall var sammenliknet; antall døde på sykehuset, innleggelsestid fra første positive blodkultur til utskrivelse eller døde, og varighet av feber.

Resultater: Forbønnsgruppen hadde signifikant kortere innleggelsestid i sykehus (median på 7 dager i bønnegruppen mot 8 dager i kontrollgruppen, $P=0,01$) og signifikant kortere varighet av feber ($P=0,04$) enn kontrollgruppen. Dødeligheten (28 % i bønnegruppen mot 30,2 %, $P=0,4$) var ikke signifikant lavere i intervensjonsgruppen.

Kritikk: Denne studien er interessant, kanskje først og fremst da den er gjort retrospektivt, men også da den viser signifikante fordelaktige effekter i bønnegruppen. Randomiseringsteknikken er ikke beskrevet, men det er beskrevet like grupper ved baseline. Bønneintervensjon med en kort bønn for gruppen som helhet stiller spørsmålet om mengden bønn er vesentlig, og om det er like effektivt å be for en hel gruppe som for en konkret person.

Cha et al 2001¹⁸

Problemstilling: Studere effekten av forbønn på graviditetsraten hos kvinner som blir behandlet med "in vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET)".

Metodikk: Pasientene var tilknyttet et sykehus i Korea, mens forbønnen ble gjort av "bønneblokker" fordelt på USA, Canada og Australia. Undersøkerne var på en tertiær lokalisasjon på et medisinsk senter i USA. Pasientene ble behandlet med IVF-ET i en fire måneders periode, med en identisk protokoll som inkluderte bruk av GnRHagonist og gonadotropin inntil minst tre follikler var modne. ET ble satt i gang tre dager etter høsting. Kvinnene ble randomisert til enten en forbønnsgruppe (100) eller en ikke-forbønnsgruppe (99). Alder, varighet av infertilitet og antall tidligere forsøk med IVF var likt fordelt mellom gruppene ved baseline.

Forbederne var fra ulike kristne bakgrunner. Det var to hovedbønnegrupper, som hver bestod av 4 blokker av 3-13 bønnedeltakere. Hovedbønnegruppe 1 bad på en direkte måte om økt graviditetsrate for pasientene. Hovedbønnegruppe 2 bad på en direkte måte for bønnegruppe 1 om å øke deres bønneeffektivitet og på en indirekte måte for pasientene om at Guds vilje skulle bli fullbyrdet i pasientenes liv. For hver behandlingssesjon, fikk deltakerne i en bønneblokk ett ark med fem pasientbilder som de skulle be for i tre uker. Det ble ikke gitt noe pasientinformasjon sammen med bildene.

Endepunktet for denne studien var klinisk graviditet definert ved intrauterint "fetal pole" med hjerteslag på ultralyd. Gjennom behandlingssyklusen hadde gruppene tilsvarende antall oocytter høstet, antall oocytter fertilisert og preemryoer overført.

Resultater: Forbønnsgruppen hadde signifikant høyere graviditetsrate enn kontrollgruppen (44/88 i bønnegruppen mot 21/81 i kontrollgruppen, $p=0.0013$). I tillegg hadde bønnegruppen signifikant høyere delingsrate etter justering av variabler (73 % mot 69 %, $P<0,0269$) og implantasjonsrate (16,3 % mot 8 %, $P=0,0005$). Den høye raten av graviditeter i bønnegruppen var uavhengig av type infertilitet, det vil si signifikant i både "tubal factor group" og "non tubal-factor group".

Kritikk: Randomiseringsteknikken er ikke beskrevet, likevel er gruppene beskrevet å være like på bestemte kriterier ved baseline. Forbederne er beskrevet som kristne. Det er noe variabelt antall forbedere per pasient og det er ikke kontrollert for mengde daglig bønn. Derimot virker type bønn å være grundig kontrollert. Man kan spørre seg om det er hensiktsmessig å lage en bønnegruppe 2 som ber om mer effektive bønner for gruppe 1. Målemetoden er konkret med enten graviditet eller ikke graviditet.

RCTer som har resultater uten signifikante fordeler i bønnegruppen

Joyce and Welldon 1965¹²

Problemstilling: Studie av effekten av bønn for reumatiske pasienter.

Metodikk: Dobbelblind studie. Ved loddrekning (mynt kast) oppdelt i to grupper. Den ene gruppen mottok fjernforbønn fra troende fra ulike kirkesamfunn. Pasienter fra intervensjonsgruppen ble parvis matchet med pasienter i kontrollgruppen. De studerte 19 "matched pairs" av pasienter i en 18 mnd periode. Etter seks måneder gjorde de en "crossover" mellom kontrollgruppen og bønnegruppen.

Resultater: I første halvdel av studien gikk det best med bønnegruppen. I andre halvdel gikk det bedre med kontrollgruppen. Studien viste ingen signifikante fordeler i bønnegruppen.

Kritikk: En åpenbar svakhet er det tynne utvalget på bare 38 personer. Studien er den første gjennomførte etter Galtons observasjoner.

Aviles et al 2001¹⁹

Problemstilling: Studere effekten av forbønn på kardiovaskulær sykdomsprogresjon etter sykehus utskrivelse.

Metodikk: Forfatterens ønske var å forbedre design fra tidligere studier. Studien foregikk på Mayo Clinic, Rochester, Minnesota mellom 1997 og 1999. 799 CCU pasienter med utskrivelsesdiagnose CV (=kardiovaskulær sykdom) ble etter å ha signert informert samtykke, randomisert ved sykehusutskrivelse til en forbønnsgruppe (383) eller en kontroll gruppe (379). Randomiseringen ble gjort ved et interaktivt "computer-automated" telefon system. Forfatterne tenker seg at

utenforstående forbønn var mindre i dette forsøket da det foregikk etter utskrivelse.

Pasientene ble videre inndelt i en høyrisiko- (alder > 69 år, diabetes mellitus, tidligere hjerteinfarkt, cerebrovaskulær sykdom eller perifer vaskulær sykdom) og en lavrisiko gruppe (ingen tilstedeværende risikofaktorer).

Ved baseline fant man ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn på demografiske karakteristikk eller mål på CV sykdom.

Forbønn ble administrert minst en gang i uken i 26 uker av fem randomisert utvalgte frivillige individuelle eller gruppeforbedere. Totalt 215 forbedere ble rekruttert fra lokale religiøse grupper og "community interest meetings".

Forbønnsgruppene varierte i størrelser fra 1 til 65 (median, 1 forbeder).

Forbederne bad for en til 100 pasienter. Forbederne mottok fornavn, alder, kjønn, diagnose og generell tilstand på pasientene.

Etter de 26 ukene ønsket man å vurdere om en av følgende "primary end point" hadde inntruffet: død, hjertestans, "coronary revascularization" (bla PCI og Coronar bypass), CV rehospitalisering eller "emergency department visit" pga kardiovaskulær sykdom. Disse faktorene ble summert med hensyn til "CV disease progression" ved å bruke OR (odds ratio) med 95 % CI (konfidensintervall). De laget også en justert OR som så på faktorene over i forhold til alder og utskrivelsesstatus, hypertensjon, tidligere MI og tidspunkt for randomisering.

Resultater: Insidensen til CV sykdomsprogresjon, det vil si om "primary end point" forekom hos en pasient, var ikke signifikant forskjellig mellom gruppene (25,6 % (98) i bønnegruppen mot 29,3 % (111) i kontrollgruppen; OR, 0,83 [95 % CI, 0,60-1,14]; P=0,25). Heller ikke var ratene for hver komponent av CV sykdomsprogresjon signifikant forskjellig mellom gruppene. Ingen signifikant

fordel på CV sykdoms progresjon var funnet verken i lavrisiko eller høy risiko gruppene.

Kritikk: Randomiseringsteknikken er beskrevet, og gruppene angis å være like ved baseline. Denne studien spesifiserte ikke formen og innholdet i bønnene som ble gitt. Det er en svakhet ved studien at dosen av bønn må ha vært meget variabel mellom de ulike pasientene, da det var stor variasjon mellom antall forbedere per pasient. I tillegg brukte forbederne ikke standardiserte bøtter og mengden bønn per dag var ikke definert. Forbederne var ikke beskrevet som kristne. Utfallsmålene var godt definerte og resultatene tydelig framstilt.

*Mathews WJ et al 2001*²⁰

Problemstilling: Studere effekten av forbønn, positiv visualisering, og forventning til effekt av gitt intervensjon på et bredt spekter av medisinske og psykologiske mål hos kritisk syke pasienter.

Metodikk: Det ble inkludert 95 voksne, frivillige hemodialyse pasienter med endestadie nyre sykdom. Pasienter ved "outpatient hemodialysis center at the University of Miami School of Medicine/Jackson Memorial Hospital in Miami, Florida" ble spurt om frivillig å delta i en studie hvor enten en avstands kristen bønnegruppe ville be for dem, eller en ikke-religiøs "positive visualization group" ville visualisere pasientene om å bedres både psykologisk og medisinsk. Hver pasient hadde diagnosen ESRD (= end-stage renal disease) og mottok hemodialyse behandling. 47 av de 95 mottok brev om at de ville få forbønn, og 48 av de 95 om at de ville motta "positive visualization". Likevel var det bare 1/3 av deltagerne i hver gruppe som mottok det de forventet. I hver gruppe fikk 1/3 forbønn, 1/3 fikk "positive visualization" og den siste 1/3 fikk ingen av delene. En frivillig, blindet både for målet og hypotesen til studien, randomiserte hver deltaker til en av disse seks ulike kategoriene.

Forbedergruppen bestod av seks middelaldrende katolske kvinner i Connecticut som hadde bedt sammen i mange år. De bad to spesifikke og nedskrevne bønner som fokuserte på følelsesmessig og fysisk helbredelse. Forbønnen ble gjort i 5-15 minutter i seks uker, fem dager i uken individuelt og en dag i uken som gruppe.

For å vurdere deltakernes helse ble det brukte 20 mål, 10 medisinske og 10 psykologiske.

Resultater: I resultatene ble det gjort ulike sammenlikninger. Sammenlikningen mottatt forbønn mot ingen behandling viste kun en marginal forskjell mellom gruppene (for medisinske variabler: -0,08, CI -0,41-0,75 / for psykologiske variabler: -0,06, CI-0,52-0,50). Det samme gjaldt sammenlikningen forventet og mottatt forbønn mot forventet ikke-mottat forbønn (for medisinske variabler: -0,13, CI -0,41-0,75 / for psykologiske variabler: -0,02, CI-0,41-0,39).

Konklusjonen til forfatterne var at effekten av forbønn og ”positiv visualization” ikke kan bedre den psykologiske eller fysiologiske bedring hos hemodialysepasienter, og at forbønn og positiv visualisering kan ikke skilles fra effekten av forventning.

Kritikk: Forfatterne beskriver selv at generalisering av resultatene er begrenset da deltakerne primært var etniske minoriteter av lavere sosioøkonomisk status. Randomiseringsteknikken er ikke beskrevet, heller ikke like grupper ved baseline. Forbederne ble beskrevet som kristne. Det er kontrollert både for type bønn, antall forbedere per pasient i intervensjonsgruppen og mengde daglig bønn.

4.3.3 "Case"-studier

*Hughes 1997*²¹

Målet med denne artikkelen er å beskrive bønnen som en alternativ form for terapi. En klassifisering av bønn som placebo er diskutert sammen med mulige forklaringer på hvordan og hvorfor bønn muligens er effektiv. Artikkelen inkluderer en casestudie om en kvinne som fikk påvist atypiske plateepitelceller, som talte for premaligne endringer i en rutine "pap smear" undersøkelse. Ved en annen klinikk ble det så utført colposkopi med celle prøve. I de følgende to ukene, mens hun ventet på prøvesvaret, mottok hun forbønn i menigheten sin med håndspåleggelse av pastoren. Da ukene var over viste prøvene ingenting unormalt. Doktoren skal ha kalt resultatene uforklarlige.

Svakheter: Forfatteren beskriver selv muligheten for at den første testen kan være falsk positiv. Hun beskriver mulige feilkilder ved en "pap test". Likevel mener forfatteren at sjansen for en falsk positiv test her er mindre grunnet pasientens familiære medisinske sykehistorie. Pasientens bestemor utviklet cervix cancer, som også forsvant etter bønn.

4.4 Diskusjon

4.4.1 Oppsummering av hovedfunn

Vi har beskrevet to **systematiske oversikter** som begge konkluderer med at RCTene publisert før år 2000 er inkonklusive og man trenger flere studier.

Vi har gått gjennom 9 **RCTer** med sprikende resultater.

Følgende RCTer viser resultater med *signifikante fordeler* i bønnegruppen:

- Collip 69¹³ – leukemiske barn

- Byrd 88¹⁴ og Harris 99¹⁵ - CCU pasienter på sykehus
- Matthews DA 00¹⁶ - revmatologiske pasienter
- Leibovici 01¹⁷ – sepsis pasienter
- Cha 01¹⁸ – kvinner behandlet med IVF-ET

Følgende RCTer viser *ikke signifikante fordeler* I bønnegruppen:

- Joyce and Welldon 65¹² – revmatologiske pasienter.
- Aviles 01¹⁹ – CCU pasienter etter utskrivelse
- Matthews WJ 01²⁰ – hemodialysepasienter med endestadie av nyresykdom

De RCTene som vi vurderer som gode nok til å si noe om helseeffekten av bønn er følgende: Byrd, Harris, Leibovici, Cha og Aviles. De øvrige studiene har et utvalg med $n < 100$ (Joyce, Collip, Matthews DA, Matthews WJ), og resultatene kan skyldes tilfeldigheter.

Et vesentlig skille mellom de fem studiene med $n > 100$ er hvordan intervensjonen forbønn er organisert. Vi har valgt å vurdere fire faktorer; er forbederne beskrevet som kristne (KF); er det kontrollert for antall forbedere per pasient (AF), type bønner (TF), og mengde bønn spesifisert i forhold til hvor mye daglig bønn(MF). Harris og Leibovici kommer best ut ved å ha med tre av fire variabler. Harris har beskrevet fem kristne forbedere som bad daglig (litt uspesifikk for MF) for rask bedring og ingen komplikasjoner. Leibovici beskriver at en person sa en kort bønn for intervensjonsgruppen som helhet om ”well being and full recovery”. Cha beskriver kristne forbedere som bad direkte om spesifikke utfall, altså to av fire variabler. Byrd har kun beskrevet daglig bønn av evangeliske kristne, altså en av fire variabler. Aviles beskriver at forbønn ble gjort minst en gang i uken av religiøse grupper, og scorer dermed ikke på noen av de fire variablene.

Ut fra det overstående kan man spørre seg om Aviles sine funn kan skyldes nettopp en dårlig kontrollert bønneintervensjon. Likevel beskriver Aviles en vesentlig fordel ved sin studie, nettopp at studien er utført etter utskrivelse, noe som kan ha redusert utenforstående forbønn.

Videre kan man stille spørsmålstegn ved de ulike målesystemene for eventuell effekt av forbønn. Både Byrd og Harris konstruerte egne målesystemer for å måle en total effekt av forbønn på CCU pasienter, da det på aktuelle tidspunkt ikke fantes noe gyldig målesystem. Man kan jo spørre seg om effekten er reell, da for eksempel Harris' signifikante funn ikke lenger er signifikante med Byrds målemetode.

Målesystemene til Leibovici, Cha og Aviles var klart definerte og variablene var enkle å vurdere.

Vi har gått gjennom en **casestudie** hvor en kvinne som fikk påvist premaligne celler i en "pap smear" undersøkelse, noe senere - etter at nytt prøvesvar etter en colposkopi undersøkelse forelå - ble erklært frisk. Ved vår søkemetodikk fant vi bare en casestudie som møtte inklusjonskriteriene. Det kan også diskuteres hvorvidt artikkelen burde vært inkludert, da det vel er noe uklart hvorvidt prekankrøse endringer i cervix er en irreversibel sykdom. Studien er heller ikke overbevisende da "pap smear" undersøkelsen kan ha gitt falske positive resultater.

4.4.2 Problemer ved å gjøre vitenskapelige studier på effekten av forbønn

Som over beskrevet er det stor variasjon i hvordan forbønnsintervensjonen er organisert. Man kan spørre seg følgende:

- Er det en god nok intervensjon at forbønnsgruppen blir bedt for på en eller annen måte, eller bør hvem som ber, antall forbedere og type og mengde bønn bør være nøye kontrollert og definert?

- Er noen måter å be på mer effektive enn andre?
- Er en mer hengiven bønn for en nær venn eller slektning mer effektiv enn det at en gruppe fremmede ber for noe de får beskjed om men ikke i utgangspunktet har noe forhold til?
- Vil utenforstående bønn, trolig likt fordelt mellom gruppene, kunne forstyrre studiene? Det er umulig å hindre at det blir gjort forbønn for begge grupper av venner og kjente, og ikke minst av menigheter og kristne i hele verden som generelt ber for syke mennesker.
- Hvor viktig er det å vite at man blir bedt for med hensyn på effekten av troen på helbredelse?

4.4.3 Metodekritikk på vår egen review undersøkelse

En svakhet med vår gjennomgang av litteraturen er at vi er uerfarne. Forøvrig har vi gjort et nøye litteratursøk med klart definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har gitt en grundig beskrivelse av de inkluderte studiene og etter beste evne forsøkt å være kritiske til de ulike studiene.

4.4.4 Konklusjon

Ingen av de overstående studiene er overbevisende i den ene eller andre retning. Alle studiene har svakheter i ulik grad. Dessuten er studiene innhomogene og derfor vanskelige å sammenlikne med hverandre. Likevel kan man ikke se bort fra at noen av dem har signifikante resultater til fordel for bønnegruppen. Særlig kan studiene til Byrd¹⁴, Harris¹⁵, Leibovici¹⁷ og Cha¹⁸ gi inspirasjon til å gjøre ytterligere studier. Men eventuelle nye studier bør enda tydeligere tar høyde for metodeproblemet. I følge O'Hara²⁷ trenger fremtidige studier strengere kontroll. Dette inkluderer like grupper, bruk av etablerte og testede effektmål, kontroll for andre variabler enn bønn som kan gi effekt, sammenligning av bønn med andre

kjente behandlinger. O'Hara²⁷ beskriver også at det er viktig å definere hva slags bønn som er utført, både med hensyn til hyppighet og religiøs erfaring.

5. Case-studie

5.1 Innledning

Når man skal prøve å gå inn i enkelttilfeller av helbredelse ved bønn, er det viktig å ha en plan. Vi har for denne studien laget en plan basert på spørsmål.

Spørsmålene hjelper oss til å se hvilke typer helbredelser vi vil kunne se på, hvor vi kan finne disse helbredelsene, hvordan vi skal undersøke helbredelsene.

5.2 Metode

5.2.1 Hvordan skal vi finne historier?

Da vi begynte på oppgaven fant vi det naturlig å være grundig i letingen etter tilfeller, og ha god tid på oss til å finne den beste historien. For å få dette til valgte vi oss ut flere fremgangsmåter:

- Kontakte evangelist Svein-Magne Pedersen
- Kontakte store menigheter og kjente kristne ledere
- Ha åpne ører for historier fra leger, tidsskrift og andre medier

5.2.2 Hvilke typer sykdommer kan vi bruke?

Når man er så freidig at man begir seg ut på et så omdiskutert felt må man ha noe godt å slå i bordet med, dersom man har tenkt å ha noen gyldige konklusjoner. Vår "ideelle sykdom" er et resultat av varierende innspill fra flere hold. Vi måtte ha noe som ikke gikk over av selv. Helst noe som ikke kunne bli helbredet med dagens medisinske kunnskap, alternativt hvor sykdommen ikke var blitt behandlet med denne kunnskapen. Vi ville ha noe som ikke kunne forklares fysiologisk. Vi

ville ha en diagnose som kunne forstås av både fagfolk og mannen i gata. Vi ville kort sagt ha en helbredelse som var overbevisende.

5.2.3 Andre inklusjonskriterier

På grunn av tiden og ressursene vi hadde til rådighet måtte vi sette opp en del nødvendige og praktiske kriterier:

- Tilfellet måtte ikke være for ferskt – viktig med nok oppfølgingstid
- Tilfellet måtte ikke være for gammelt – vanskelig å få god nok dokumentasjon
- Tilfellet måtte være geografisk nært oss – vi hadde intet reisebudsjett
- Medisinsk dokumentasjon før og etter helbredelsen måtte være tilgjengelig
- Pasienten måtte samtykke

5.2.4 Hvordan gå frem ved de enkelte tilfellene?

Som vi skrev i innledningen har vi brukt noen forbilder for å finne en god fremgangsmåte. Den internasjonale medisinske komité i Lourdes har siden 1954 vært ansvarlig for å dokumentere helbredelser ved den hellige kilden i Lourdes. Denne oppgaven har de fått fra den katolske kirke, og har følgelig flere hundre år med historie for å dokumentere helbredelser bak seg. De har satt opp sin egen fremgangsmåte, basert på tidligere katolske kriterier²⁸. Vi har lagt til våre egne tanker om emnet, og prøvd å tilpasse kriteriene for Norge i dag. Fremgangsmåten gir en grundig tilnærming, og vi mener selv at den bør brukes av andre som ønsker å dokumentere en helbredelse.

Vår oppsatte fremgangsmåte ble slik:

1. Lidelse/sykdom og dens natur

2. Full anamnese og status presens med fokus på aktuell lidelse
3. Tidligere journaler – aktuell lidelse

Både før og etter: subjektive symptomer, objektive funn (røntgen, blodprøver, andre sikre tegn) og behandling som ble gitt

Gjennomgang av tilfellet med pasientens lege: oppfatning av sykdommen og oppfatning av helbredelsen (alternative forklaringer, har det vært gjort nærmere undersøkelser)

4. Pasientens opplevelser i forbindelse med den påståtte overnaturlige helbredelsen, tidspunkt for forbønn og tidspunkt for helbredelsen, pasientens religiøse tilknytning.
5. Spørsmål som må gjennomgås for å utelukke andre forklaringer:

Var personen virkelig syk? Er diagnosen korrekt, er diagnosen bevist, er sykdommen biologisk og uten en betydelig psykologisk del?

Er personen virkelig blitt frisk? Er både objektive funn og subjektive symptomer borte, viser medisinsk undersøkelse at personen er helt frisk, har det vært tilbakefall / er det tilstrekkelig lang oppfølgingstid.

Er helbredelsen medisinsk uforklarlig? Kan sykdommen gå over av seg selv, kan den medisinske behandlingen som er gitt ha helbredet sykdommen, har annen alternativ behandling vært gitt og hatt mulig effekt.

Er helbredelsen av denne personen et fenomen som motstrider medisinsk kunnskap og er vitenskapelig uforklarlig?

Er eneste mulige forklaring på denne helbredelsen Bibelens Guds inngripen?

5.3 Resultater

Gjennom leting etter tilfeller viste det seg at det var mange som kunne fortelle om helbredelser.

Vi tok kontakt med evangelist Svein-Magne Pedersen i Misjonen Jesus Leger, og møtte ham i Vennesla. Vi forklarte vårt prosjekt og spurte ham etter historier, og tillatelse til å bruke historier vi senere måtte finne i bladet ”Legedom”. Han var velvillig og hjelpsom, og kontakten med ham og mennesker han har bedt for har gitt oss mye god kunnskap.

Vi kontaktet Oslo Kristne Senter og Menigheten i Filadelfia, Oslo. Gjennom dette fikk vi et par helbredelsestilfeller. Gjennom å kontakte Nordic Arctic Mission fikk vi også tilfeller.

Vi fulgte også med i aviser og tidsskrift og fikk med oss flere interessante historier der.

Videre hadde vi en generelt bred tilnærming, hvor vi egentlig hadde øyne og ører åpne. Vi prøvde å få med oss så mange historier som mulig, og var åpne for innspill fra alle mulige kanaler. Også på denne måten kom vi i kontakt med personer som hadde opplevd helbredelse.

Alle tilfellene vi kom i kontakt med vurderte vi. Det viste seg at det var få som tilfredsstilte inklusjonskriteriene våre. Vi kan nevne ryggsmertener uten anatomisk forandring etter helbredelsen, angina pectoris, multippel sklerose, whip-lash og lignende smertetilstander. I tillegg var det en av historiene som viste seg å ikke være sann. Men i vår leting har vi også fått tak i historier om helbredelse for irreversible tilstander som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, som vi likevel ikke har kunnet jobbet med. Dette på grunn av problemer med å få tak i den aktuelle personen, både grunnet flytting, vanskelig geografiske forhold og dødsfall av

annen årsak. Dette gjelder blant annet tilfeller med helbredelse for diabetes mellitus type I, nyrekreft, tarmkreft, et operativt fjernet bryst som skal ha vokst ut igjen og et komplisert kragebeinsbrudd som ble helbredet spontant. Vi endte dermed opp med noen få tilfeller som tilfredsstilte våre sykdomskriterier, men disse tilfredsstilte altså ikke våre andre inklusjonskriterier.

Av denne grunn har vi ikke med noe kasus i oppgaven. Vi mener det er bedre å senere publisere ett/flere vanntette kasus, enn å ha med noen i denne oppgaven som er gode, men ikke perfekte.

5.4 Diskusjon

Vi har altså etter lang tids jobbing endt opp uten kasus. Dette kan bety enten at det ikke finnes et perfekt kasus, eller at det finnes perfekte kasus, men at vår metode ikke var god nok til å finne et.

Den mest åpenbare svakhet i vår metode, er å finne i våre inklusjonskriterier. Punktet om geografisk begrensning var nok det viktigste. En annen svært viktig faktor var våre fastsatte rammer for fullførelsen av prosjektet. Våre økonomiske ressurser var av privat karakter, og dette begrenset vår handlefrihet. Vi ser på dette som hovedgrunnene til at vi ikke har noe kasus.

Gjennom våre undersøkelser har vi lært at en svært stor andel av helbredelsene ikke lar seg dokumentere. Samtidig har vi også støtt på en helbredelse, som viste seg å ikke være reell. Begge disse funnene hadde vi forventet på forhånd.

Et viktig spørsmål er om det finnes andre, bedre metoder. Vi er i utgangspunktet fornøyd med vår metode, men når vi sitter igjen uten tilfeller er deler av den tydeligvis mangelfull. Vi skulle hatt en større mengde tilfeller å velge blant. Det kunne vi fått til om vi hadde hatt større ressurser. Det hadde vært ønskelig å kontakte betraktelig flere menigheter, både i Norge og Norden, og hatt kapasitet til

å følge opp lokalt. Vi er derimot overbevis om at vår fremgangsmåte i vurdering av det enkelte tilfelle er god, og bør kunne brukes ved senere studier.

Konklusjon på casestudien blir at det finnes mange kasus, men man trenger større ressurser for å jobbe frem de kanskje få kasus som tilfredsstillende de strenge inklusjonskriterier en slik studie nødvendigvis må ha.

6. Avslutning

I denne oppgaven har vi ønsket å undersøke om helbredelser ved kristen bønn skjer og om de eventuelt kan dokumenteres.

Vi har vurdert det teologiske aspektet, og sett på fenomenet i sitt naturlige miljø. Vi har da sett at mirakuløs helbredelse ikke er den eneste måten Gud bruker for å helbrede.

Vi har også sett på det vitenskapelige aspektet, og kommet til at emnet trenger å studeres ytterligere. Det er sannsynligvis to metoder som kan bli brukt. Den ene veien er gjennom gode randomiserte kontrollerte studier, den andre er gjennom casestudier. RCTer bør i så fall ta enda tydeligere høyde for metodeproblemet, kanskje særlig med tanke på kontroll av forbønnsintervensjonen og problemet med å måle effekten av bønn. Det teologiske aspektet bør prioriteres mye høyere enn det har vært gjort til nå.

Det grunnleggende spørsmålet man egentlig vil ha svar på, er om kristen forbønn kan helbrede. For å finne svaret på dette er kanskje casestudier bedre egnet? Slike studier vil se på emnet i sitt naturlige miljø, på den måten det praktiseres i det daglige liv. Vi mener denne metoden er RCTer overlegen for å kunne svare på om helbredelse ved bønn faktisk skjer. Det er denne metoden som i høyest grad er forenelig med bønn slik den praktiseres i Bibelen. Det er naturlig å tenke seg at det er slik bønnen vil kunne vise noen av sine hemmeligheter. Kanskje er det rett og slett umulig å finne gode nok resultater ved RCT, da hensikten med helbredelsen i så stor grad er personlig og ikke generaliserbar (se Hvorfor helbreder Gud).

Vi har også forsøkt å gjøre vår egen casestudie uten å komme helt til mål. I dette arbeidet har vi kommet fram til en metode for å dokumentere helbredelser. Denne er nyttig og kan brukes ved senere studier.

Til sist vil vi si at man rent vitenskapelig ikke kan påvise den kristne Guds inngripen, men bare eventuelt en effekt av at noen tenker positive tanker om andres helse med en henvendelse til den kristne Gud. Hvis man vitenskapelig klarer å vise signifikante effekter av kristen bønn, må det bli opp til den enkelte å skulle vurdere om dette kan forklares ved en inngripen av den kristne Gud, ved en effekt av å tenke positive tanker eller ved andre forklaringsmodeller. Det dreier seg om tro.

Referanser

1. Wimber J: Helbredelse ved kraft. Logos forlag 1988;65
2. Stanley Jones, slik sitert ved Egil Svartdahl, forstander i Menigheten i Filadelfia, Oslo
3. Koenig et al: Handbook of Religion and Health. Oxford university press 2001.
4. Omarbedet fra Grudem W: Systematic Theology. Zondervan Publishing House 1994.
5. Torbjørnsen T et al: Kreft og religiøsitet – en etterundersøkelse av pasienter med Hodgkins sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 346-348
6. Delvis omarbeidet fra Pedersen SM: Placeboeffekten. Legedoms 2002; 4-8
7. Galton F: Statistical inquiries into the efficacy of prayer. Fortnightly Rev 1872; 12:125-135
8. Galton F: Inquiries into human faculty and its development. London, Mcmillan Co 1883; 277-294
9. Hvidt NC et al: Kan tro flytte bjerge? Om religion og helse. Gyldendal 2004; 139-140
10. Roberts L et al: Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Cochrane Collaboration 2000
11. Townsend M et al: Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. Southern Medical Journal 2002; 95: 1429-1434
12. Joyce CRB, Welldon RMC: The efficacy of prayer: a double-blind clinical trial. J Chronic Dis 1965; 18:367-377
13. Collipp P: The efficiency of prayer. Med Times 1969; 97:201-204
14. Byrd R: Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. South Medical Journal 1988; 81:826-829
15. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, et al: A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. Arch Intern Med 1999; 159:2273-2278
16. Matthews DA, et al: Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. Southern Med J 2000; 93:1177-1186

17. Leibovici L: Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infections: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 323:1450-1451
18. Cha KY, et al: Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? *The J of Reproductive Med* 2001; 46:781-787
19. Aviles JM, et al: Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proc.* 2001; 76:1192-1198
20. Matthews WJ, et al: The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. *Alt Therapies* 2001; 7:42-52
21. Hughes CE: Prayer and healing. A case study. *Journal of holistic nursing* 1997; 15: 318-326.
22. Roberts et al: Intercessory prayer for ill health: A systematic review. *Forsch Komplementarmed.* 1998;5 Suppl S1: 82-86
23. Halperin EC: Should academic medical centers conduct clinical trials of the efficacy of intercessory prayer? *Acad med* 2001; 76: 791-797
24. Dusek JA: Study of the therapeutic effect of intercessory prayer (STEP): Study design and research methods. *Am Heart J.* 2002; 143(4): 577-584
25. O'Laoire: An experimental study of the effects of distant intercessory prayer on self-esteem, anxiety and depression. *Altern Ther Health Med* 1997; 3:38-53
26. Walker SR: Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: a pilot investigation. *Alternative Therapies* 1997; 3:79-86
27. O'Hara DP: Is there a role for prayer and spirituality in healthcare? *Complementary and Alternative Med* 2002; 86: 33-46
28. Dowling StJ: Lourdes cures and their medical assessment. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1984; 77: 634-638