



UiO • Universitetet i Oslo

"Jeg ber og jeg banner"

*Religiøs og spirituell tro som
mestringsfaktor ved kronisk smerte*

Rune Braaten

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt,
Universitetet i Oslo

Våren 2021

Sammendrag

Forfatter: Rune Braaten

Tittel: "Jeg ber og jeg banner" - Religiøs og spirituell tro som mestringsfaktor ved kronisk smerte

Veileder: Silje Endresen Reme

Problemstillinger:

1. Hva er effekten av religiøs mestring på opplevd livskvalitet, funksjon og smerteintensitet hos pasienter med kronisk smerte?
2. Er det forskjell i forekomst av religiøs/spirituell mestring i kulturer med ulik grad av sekularisering?

Metode: Litteraturstudie

Resultater: Religiøs og spirituell mestring påvirker ikke smerteintensitet, men er likevel av stor betydning for psykisk velvære. Det synes ut fra foreliggende studier å være vanskelig å si noe om forekomsten av religiøs og spirituell mestring i ulike kulturer med ulik grad av sekularisering.

Konklusjon:

Religiøs og spirituell mestring er en ressurs, men hovedsaklig for de som allerede har en religiøs eller spirituell overbevisning. Religiøs og spirituell mestring synes ikke å påvirke smerteintensitet, men er likevel av stor betydning for psykisk velvære.

Det er behov for felles definisjoner av grunnleggende begreper som "religiøsitet" og "spiritualitet" og likeledes et behov for standardisering av instrumenter som brukes for å måle religiøsitet og spiritualitet.

Mye av forskningen er utført i vestlige samfunn, spesielt USA, og det er ønskelig å utvide det geografiske nedslagsfeltet for forskningen. Dette for å få et mer nyansert bilde av religiøs og spirituell mestring, slik at man kan få en bedre forståelse av forskjeller og likheter i religiøs mestring mellom ulike etniske og sosiale grupper, ulike trostradisjoner og ulike pasientgrupper. Ikke minst vil det være ønskelig å se nærmere på hvordan religiøs og spirituell mestring utspiller seg i mer sekulariserte samfunn.

Forord

For noen år siden fikk jeg prolaps i en ryggskive, noe som medførte smerte og ubehag. Selv med sterke smertestillende medisiner var smerten hele tiden tilstedeværende og gjorde det vanskelig å sove og fungere i det daglige. Det var vondt å sitte og vondt å stå - det var ikke mulig å finne en behagelig stilling, kun en stilling som var minst mulig smertefull, og den første uken var den lengste turen jeg orket å gå de 25 meterne til postkassen. Forståelig nok hadde denne tilstanden innvirkning både på humøret og muligheten for sosial omgang. Tanken slo meg at dersom dette var en tilstand som påvirket meg så sterkt over noen få uker, hvordan ville det da være å leve med konstante smerter over lengre tid, kanskje livet ut? Eventuelt uten håp om bedring?

Alle vil vi på et eller annet tidspunkt i livet oppleve smerte, og erfare hvor sterkt smerten påvirker oss. Vi bruker ulike strategier for å mestre smerte, og en av de mulige strategiene er den støtten religiøs tro eller spiritualitet kan gi. Min far fortalte meg om en pensjonert pastor som ble skrøpelig på sine gamle dager, og som levde med tildels store smerter. På spørsmål om hvordan det gikk med ham, svarte den gamle pastoren lakonisk: "Jeg ber og jeg banner..."

En stor takk til professor Silje Endresen Reme som har vært min veileder. Denne oppgaven ville aldri sett dagens lys uten hennes råd og oppmuntring. Alle uklarheter og eventuelle feilsteg er ene og alene mine egne.

Innholdsfortegnelse

Innledning	6
Smerte: Utbredelse og konsekvenser	6
Individets egen mestring	7
Pasientens mestringsressurser	7
Ulike mestringstiltak	7
Smerte og religiøs/spirituell mestring	9
Religionens plass i ulike kulturer	10
Problemstillinger	11
Sentrale begreper	12
Smerte	12
Definisjon av smerte, generelt (enten smerten er tidsbegrenset eller kronisk)	12
Kronisk smerte; primærsmerte og sekundærsmerte	12
Psykologiske effekter av smerte - ved akutt, langvarig og kronisk smerte	13
Mestring (coping)	13
Generelt om mestring ved kronisk smerte	13
Aktiv versus passiv mestring	13
Problemfokuset versus emosjonsfokuset mestring	14
Eksempler på definisjoner av mestring	14
Definisjon av mestring brukt i denne oppgaven	15
Religion og spiritualitet	15
Definisjon av religion	15
Religion som et multidimensjonalt fenomen	16
Substansiell tilnærming og funksjonell tilnærming	16
Ytre-orientert og indre-orientert religion	16
Definisjon av spiritualitet og nyreligiøsitet	17
Metode	19
Refleksivitet	19
Søk i databaser	19
Flytskjema litteratursøk	22
Avgrensninger	24
Instrumenter for vurdering av smerte og religiøsitet/spiritualitet	25
Resultater	26
Inkluderte studier	26
Abraido-Lanza, Vasquez og Echeverria (2004)	26
Andersson (2008)	27

Baetz og Bowen (2008)	27
Basinski, Stefaniak, Stadnyk, Sheikh og Vingerhoets (2013)	28
Bediako, Lattimer, Haywood, Ratanawongsa, Lanzkron og Beach (2011).....	28
Büssing, Michalsen, Balzat, Grunther, Ostermann, Neugebauer og Matthiessen (2009)	29
Dezutter, Luyckx, Büssing og Hutsebaut (2009).....	30
Dezutter, Wachholtz og Corveleyn (2011)	30
Dunn og Horgas (2004)	31
Exline, Krause og Broer (2016).....	32
Ferreira-Valente, Damiao, Pais-Ribeiro og Jensen (2020)	33
Ferreira-Valente, Sharma, Torres, Smothers, Pais-Ribeiro, Abbott og Jensen (2019)....	33
Glover-Graf, Marini, Baker og Buck (2007)	34
Nunes-Reis, Da Luz, de Deus, Martinez og Conde (2020)	34
Parenteau, Hamilton, Wu, Latinis, Waxenberg og Brinkmeyer (2011).....	35
Rippentrop (2005).....	35
Rippentrop, Altmaier, Chen, Found og Keffala (2005).....	35
Wachholtz, Pearce, og Koenig (2007)	36
Oppsummering resultater	41
Diskusjon	43
Litteraturstudien oppsummert.....	43
Styrker og svakheter ved studien	44
Konklusjon.....	44
Referanser	45

Innledning

Smerte: Utbredelse og konsekvenser

Mange pasienter rapporterer om smerte, både i somatikken og i psykisk helsevern. En stor norsk populasjonsstudie (Landmark, Romundstad, Dale, Borchgrevink, & Kaasa, 2012) fant en prevalens av kronisk smerte i den generelle befolkningen på 26 %. Undersøkelser viser at opp mot halvparten av pasienter i psykisk helsevern sliter med kronisk smerte (Villano et al., 2007).

Smerte er en tilstand med komplekse årsaker og ulike, personavhengige utslag. Dette førte i sin tid til lanseringen av en biopsykososial modell som forståelsesramme for smerte (Jensen, 2011), samt en tverrfaglig behandlingstilnærming (Schjødt, 2017; Ballantyne et al., 2012). En pasients smertetilstand kan utvikle seg til å bli langvarig, og de psykososiale risikofaktorene for en slik utvikling kan deles opp i individuelle, arbeidsrelaterte og kontekstuelle faktorer (Reme & Jacobsen, 2017).

Som Reme og Jacobsen påpeker, er langvarig smerte og redusert evne til å fungere som tidligere ikke kun et resultat av egenskaper ved pasienten, men et resultat av samspillet mellom ulike systemer både i og rundt pasienten. Dette inkluderer medisinske og psykologiske forhold ved og prosesser i pasienten selv, samt forhold knyttet til pasientens sosiale nettverk, helsesystemet, arbeidsplassen eller skolemiljøet og det kulturelle, juridiske og politiske systemet (Reme & Jacobsen, 2017).

Betydningen av å mobilisere pasientens egne ressurser blir også fremhevet i nasjonale retningslinjer (Den Norske Legeforening, 2009) ettersom medisinsk behandling selv ved de mest vellykkede behandlinger ofte fører til bare delvis smertelindring. Det pekes på risikoen for at enkelttiltak kan oppleves som fragmentariske uten hensyn til totalsituasjonen, og at man derfor må vurdere pasientens totale tilstand og sykdomsutfordring. Gjennom formulering av nye mestringsstrategier ønsker man å legge større vekt på pasientens egen innsats og aktivitet, samt å arbeide for at pasientens funksjoner opprettholdes på tross av smerte.

Studier viser at pasienter med kronisk smerte opplever lavere livskvalitet og rapporterer høyere forekomst av komorbide lidelser som depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser, misbruk av substanser og posttraumatiske stresslidelser (Peres & Lucchetti, 2010).

I Folkehelseinstituttets rapport (Nielsen, Steingrimsdóttir, Handal & Skurtveit, 2018) om norsk folkehelse, rapporteres det at omtrent 3 av 10 nordmenn oppgir at de plages med langvarig smerte, der langvarig smerte er definert som "vedvarende eller stadig

tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer". Rapporten peker også på at det ser ut til å ha vært en svak økning i forekomsten av langvarig smerte de senere årene, samt at flere kvinner enn menn rammes.

Samlet sykdomsbyrde for langvarig smerte har ikke blitt beregnet, men ifølge Folkehelseinstituttets rapport er smertetilstander "den klart største årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge", noe som er i samsvar med WHO's kartlegging av sykdomsbyrde (Vos et al., 2012), der ulike former for muskel- og skjelettsmerter oppgis å være en av de viktigste årsakene til år levd med uførhet. Helseundersøkelsene i Trøndelag og Tromsø viser at cirka 50 prosent av uførhetstilfellene kan tilskrives langvarig smerte. I 2013 var muskel- og skjelettlidelser oppgitt som årsak til 33 % av det totale sykefraværet i Norge, tilsvarende 2,6 millioner årsverk, noe som medfører både direkte og indirekte kostnader for samfunnet (Landmark, 2017).

Individets egen mestring

Pasientens mestringsressurser

Opplevelse av smerte påvirkes av både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer (Holt et al., 2012). Noen av disse faktorene ligger utenfor individet og kan i større eller mindre grad påvirkes av pasienten selv, som eksempelvis kulturelle føringer om hvordan man forventes å forholde seg til smerte. Andre faktorer ligger i individet selv, som eksempelvis følelsen av å ha personlig kontroll over livet sitt eller at tilværelsen er grunnleggende rettferdig, eventuelt urettferdig. Individets mestringsressurser kan forstås som de ressurser individet har tilgjengelig, og som kan benyttes til tiltak i håp om å bedre vedkommendes tilstand. Som Finset (Finset, 2017) påpeker, ligger mye av nøkkelen til smertemestring i kartlegging av og bevisstgjøring om pasientens egne ressurser.

Ulike mestringstiltak

Lazarus og Folkman definerer mestring som "Constantly changing and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). Et sentralt poeng i denne definisjonen er at mestring er noe individet gjør når vedkommende har en opplevelse av at eksterne eller interne belastninger tapper vedkommendes ressurser, og er dermed knyttet til individets egen-innsats. Mestringstiltak en person med smerte kan benytte seg av vil kunne være:

- fysiske, som for eksempel regulær trening eller opptrening etter skade

- praktiske, for eksempel å bytte fra trapper til rampe dersom man ikke lenger kan bevege seg uten hjelp av rullestol
- medikamentelle, innbefattet bruk av foreskrevne reseptpliktige eller ikke-reseptpliktige medisiner, selvmedisinering, naturmedisin med eller uten dokumentert effekt
- rusmidler brukt som smertedempende middel
- sosiale, typisk som avledning og støtte
- psykologiske, eksempelvis selvtrøst, avledning (egen-distraksjon), mindfulness eller andre avspenningsteknikker, kognitiv restrukturering, reevaluering av grunnleggende verdier i livet og så videre
- religiøse/spirituelle, gjennom indre støtte og opplevelse av livsmening

Tiltak som gir forbedring av en patologisk tilstand kan defineres som behandling (eventuelt egenbehandling), og altså noe som er sterkere enn mestring. Det er verdt å poengtere at mestring aldri er en utelukkende passiv prosess, der individet reagerer "automatisk" på stressorer (Lazarus & Folkman, 1984) (Everly & Lating, 2019) (Moreira-Almeida & Koenig, 2008). Mestring er individets reaksjon på stressorer, og påvirkes både av individets personlighet, tilgjengelige ressurser og ikke minst tolkningen av stressorene. Det bør nevnes at mestring også kan være maladaptiv, som eksempelvis ved fornektelse som mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984).

Når mennesker opplever sykdom, og kanskje spesielt kronisk smerte, kan mange stille seg spørsmålet "hvorfor meg?" Den enkelte søker å finne mening, for å kunne akseptere at man er rammet og for å kunne utholde lidelsen (Pargament, 1997, s. 90). Tolkningen av stressorer vil være påvirket av individets forforståelse av livsmening (Pargament, 1997, s. 144). Individets generelle orienteringssystem inneholder ulike komponenter, hvorav både den religiøse/spirituelle komponenten og den kulturelle komponenten vil påvirke hva den enkelte oppfatter som passende eller forventede reaksjoner på smerte (Büssing et al., 2009) (Büssing, Ostermann, Neugebauer, & Heusser, 2010) (Krause, 2010) (Idler, 2015).

Generelt har forskningen vist at det er en sterk positiv sammenheng mellom religiøsitet/spiritualitet og helse (Rippentrop, 2005). Som Levin påpeker er det sterk samvariasjon mellom indre religiøs overbevisning, ytre religionsutøvelse og god helse, uten at man nødvendigvis ut fra den statistiske sammenhengen kan være sikker på at det er den religiøse tro og praksis som fører til de positive helseeffektene (Levin, 1994). Torbjørnsen

gjennomførte en spørreundersøkelse med 107 pasienter som hadde hatt Hodgkins lymfom (en variant av lymfekreft) men nå var uten kjent residiv, og resultatene indikerte at kreftsykdommen aktiverte religiøsitet som for mange bidro til mestring (Torbjørnsen & Det Teologiske, 2011). Som Abraído-Lanza, Vásquez og Echeverría (Abraído-Lanza, Vásquez & Echeverría, 2004) påpeker, involverer religiøs mestring både kognitive og atferdsmessige strategier. Eksempelvis kan dette innebære grunnleggende forestillinger om at det eksisterer en gud (eller en annen transcendent størrelse) som vil personen vel (opplevelse av "gudsnærhet"), samt deltakelse i religiøse seremonier og sammenkomster. Flere studier (Lysne & Wachholtz, 2010, Moreira-Almeida & Koenig, 2008) viser at pasienter bruker bønn som mestringsressurs ved kronisk smerte. Glover-Graf og medforfattere fant i sin studie at 89 % av pasienter med kronisk smerte brukte medikamenter som sin oftest brukte mestringsstrategi og at bønn var den nest mest brukte mestringsstrategien, brukt av 61 % av pasientene (Glover-Graf, Marini, Baker, & Buck, 2007).

Smerte og religiøs/spirituell mestring

Flere studier (Büssing et. al, 2009; Wachholtz, Pearce & Koenig, 2007) viser at pasienter benytter religiøs eller spirituell mestring som en mestringsstrategi. Religiøs eller spirituell mestring består av både kognitive strategier og atferdsstrategier basert på religiøs/spirituell overbevisning og praksiser, som eksempelvis bønn eller meditasjon, deltakelse i religiøse seremonier og lignende (Abraido-Lanza, Vasquez, & Echeverria, 2004). Wachholtz et al. (Amy B. Wachholtz, Michelle J. Pearce, & Harold Koenig, 2007) argumenterer for at det er seks grunnleggende måter religiøs eller spirituell mestring kan hjelpe den enkelte pasient til å håndtere smerte og lidelse. For det første kan religiøs attribuering gi mening og formål med smerteopplevelsen, gjennom å gi en opplevelse av sterkere samhørighet med det transcendent (eksempelvis "Gud vil hjelpe meg gjennom dette"). For det andre kan religiøs eller spirituell mestring innebære en opplevelse av kontroll og evne til å håndtere framtidige utfordringer (efficacy). For det tredje kan bønn, lesing av hellige skrifter og lignende religiøse/spirituelle aktiviteter fungere som distraksjon, slik at man utholder smerte over en lengre periode. For det fjerde kan aktiv deltakelse i religiøse seremonier eller aktiviteter gi sosial støtte. For det femte kan meditasjon, bønn eller andre religiøse/spirituelle praksiser gi en opplevelse av ro og avslapning som direkte endrer den fysiologiske opplevelsen av smerte. For det sjette kan opplevelsen av å være i kontakt med en høyere makt føre til en følelse av å være elsket og støttet.

Fra et klinisk perspektiv er dette nyttig informasjon fordi det gir indikasjoner på at religiøsitet og spiritualitet er en viktig dimensjon i mange pasienters liv, kanskje spesielt i perioder med mye smerte. Pasienter gir gjerne også uttrykk for at de setter pris på at det åpnes opp for å snakke om religiøse og spirituelle perspektiver i møte med terapeuter (Büssing et al., 2009) (Wachholtz & Pearce, 2009). Et naturlig spørsmål er hvorvidt religiøs og spirituell mestring har noen faktisk betydning for pasienters selvrapporterte livskvalitet ved kronisk smerte, noe som vil bli belyst i denne oppgaven. Det kan i alle tilfeller synes å være av betydning for alliansen mellom terapeut og pasient at pasienten opplever at det er åpenhet for også å snakke om religion og spiritualitet som en mestringsressurs (Baetz & Bowen, 2008) (Büssing et al., 2009).

Denne hovedoppgaven vil ta for seg hvordan pasienter med kronisk smerte bruker religiøs og spirituell mestring som en av flere ressurser, både i de tilfeller der en slik mestringsstrategi bidrar til positiv effekt på pasienters opplevde livskvalitet og i de tilfeller der den bidrar til negativ effekt. Dette vil undersøkes gjennom en systematisk litteraturstudie.

Religionens plass i ulike kulturer

Religion og spiritualitet har ulik posisjon, innhold og uttrykk i ulike kulturer, noe som påvirker hvorvidt den enkelte betrakter religiøs mestring som relevant eller ikke.

Eksempelvis er religion en mer integrert del i nordamerikansk og søreuropeisk enn i nordeuropeisk samfunnsliv (Linda Juel et al., 2017). Resultater fra ulike studier indikerer at etnisitet og kulturell tilhørighet påvirker opplevelse og behandlingsforløp av kronisk smerte (Gagnon, Matsuura, Smith, & Stanos, 2014) (Bediako et al., 2011). I land eller områder der en bestemt religion er dominerende kan andre religioner like fullt eksistere side om side med den dominerende religionen, og den religiøse tilhørigheten påvirke ulike elementer av religiøs mestring (Francis et al., 2019). Nord-Europa er i større grad sekularisert enn mange andre områder og er også mer sekularisert enn USA, der mye av forskningen på religiøs mestring har vært utført (Berger, Fokas, & Davie, 2008).

I en nordisk kontekst er religion og spiritualitet i mindre grad en organisert og institusjonalisert del av samfunnet, og blir i større grad betraktet som et privat anliggende (Andersson, 2008). Det kan imidlertid bemerkes at også pasienter som lever i mer sekulariserte områder og som i utgangspunktet er skeptiske til religion kan benytte elementer av religiøs mestring (Büssing, Janko, Baumann, Hvidt, & Kopf, 2013).

Problemstillinger

Følgende overordnede problemstillinger søkes belyst i denne oppgaven:

1. Hva er effekten av religiøs mestring på opplevd livskvalitet, funksjon og smerteintensitet hos pasienter med kronisk smerte?
2. Er det forskjell i forekomst av religiøs/spirituell mestring i kulturer med ulik grad av sekularisering?

Sentrale begreper

Smerte

Definisjon av smerte, generelt (enten smerten er tidsbegrenset eller kronisk)

International Association for the Study of Pain (Raja et al., 2020) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av eller lignende forbundet med faktisk eller potensiell vevsskade; “An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage.” Som definisjonen sier er smerte en opplevelse, og altså ikke en størrelse som kan måles instrumentelt. Graden av smerte oppleves individuelt, og man bruker gjerne vurderingsskalaer som skal gjenspeile dette, eksempelvis ved at pasienten blir bedt om å tallfeste smerten på en skala fra 0 til 10, der 0 er fullstendig fravær av smerte og 10 er den sterkeste smerten vedkommende kan forestille seg. Selv om man ikke kan finne objektive mål på smerteopplevelsen, er det naturligvis i mange tilfeller mulig å måle stimulusen som forsårsaker smerten. I laboratorieforsøk vil man eksempelvis kunne måle strømstyrken dersom forsøkspersonene mottar elektriske støt, eller temperaturen på vannet dersom forsøkspersonene blir bedt om å holde en hånd i isvann så lenge de klarer. Som en følge av de individuelle forskjellene i opplevelse av smerte, er smerte-diagnostikk generelt knyttet opp mot ulike organer eller sykdommer, og ikke mot hvordan smerten oppleves.

Kronisk smerte; primærsmerte og sekundærsmerte

IASP definerer kronisk smerte som henholdsvis kronisk primærsmerte og kronisk sekundærsmerte, der kronisk primærsmerte er kronisk smerte som en sykdom i seg selv og kronisk sekundærsmerte er kronisk smerte som symptom som følge av en underliggende lidelse (Treede et al., 2019). ICD-10 inneholder ikke en systematisk struktur for diagnoser knyttet til kronisk smerte, i motsetning til ICD-11. I Norge er det per dags dato versjon 10 av ICD-kodeverket som benyttes, mens versjon 11 som ble godkjent av WHO i mai 2019 foreløpig ikke er tatt i bruk her i landet.

Begrepet kronisk smerte indikerer at smerten vil vedvare livet ut, noe som ikke nødvendigvis er tilfelle. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å bruke langvarig smerte som begrep. Ulike studier kan ha ulike kriterier for hva som defineres som kronisk eller langvarig smerte, men et ofte brukt kriterium er at smerten skal ha vart i minimum 6 måneder (Büssing et al., 2009). Det er imidlertid også enkelte studier som bruker 3 måneder som kriterium for kronisk smerte (Rippentrop, Altmaier, Chen, Found, & Keffala, 2005).

Psykologiske effekter av smerte - ved akutt, langvarig og kronisk smerte

Smerte har sensoriske, kognitive og affektive komponenter, og man kan derfor definere smerte som et biopsykososialt fenomen (Jensen, 2011). De psykologiske effektene av ulike typer smerte vil naturlig nok påvirke den enkeltes evne og vilje til å tåle tilstanden. I sin litteraturstudie trekker Fine (Fine, 2011) fram at pasienter med kronisk smerte har større sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen, og at kronisk smerte har vist seg å samvariere med blant annet depresjon og suicidrisiko. I tillegg til den negative effekten kronisk smerte har på pasienters psykiske helse, trekker Fine fram påvirkningen på søvn, kardiovaskulær helse, seksuell funksjon og generelt nedsatt livskvalitet. Dette understreker behovet for en tverrfaglig tilnærming til behandling av kronisk smerte (Schjødt, 2017; Ballantyne et al., 2012).

Mestring (coping)

Generelt om mestring ved kronisk smerte

Som Peres og Lucchetti (Peres & Lucchetti, 2010) påpeker benytter pasienter med kronisk smerte en rekke ulike strategier for å håndtere smerten. Tanken om at man må leve med smerten resten av livet vil naturlig nok sette begrensninger på hva slags aktivitet den enkelte pasient vil makte å utføre, samt generelt påvirke livsopplevelsen i negativ retning. Büssing og medforfattere (Büssing et al., 2010) trekker fram betydningen for pasienters opplevde livskvalitet at de ikke utelukkende søker ekstern bistand, men også tar i bruk egne ressurser (Büssing et al., 2010). Hvilke mestringsstrategier som velges og hvordan de tilpasses den enkelte kan påvirkes av sosiodemografiske og kulturelle faktorer (Abraido-Lanza et al., 2004).

Aktiv versus passiv mestring

Mestringen kan være aktiv eller passiv, eksempelvis gjennom å selv gjøre noe aktivt for å bedre tilstanden versus det å passivt vente på Guds inngripen eller at tilstanden skal gå over av seg selv (Peres & Lucchetti, 2010) (Baetz & Bowen, 2008) (Moreira-Almeida & Koenig, 2008). Mestring kan også være aktiv og passiv på samme tid, for eksempel når en smertepasient oppsøker en lege (aktiv handling), men passivt forventer at legen skal ta ansvar for smertebehandlingen.

Problemfokusert versus emosjonsfokusert mestring

Et ofte brukt skille er problemfokusert versus emosjonsfokusert mestring, slik Lazarus og Folkman definerte det (Lazarus & Folkman, 1984). Ved problemfokusert mestring søker individet å bruke sine ressurser for å finne en løsning på selve årsaken til smerten, som for eksempel når en pasient endrer sittestilling på grunn av smerte eller tar aktivt del i rehabiliteringen. Emosjonsfokusert mestring benyttes gjerne i de tilfeller der individet ikke har mulighet til å gjøre noe med selve problemet, slik at man heller prøver å mestre de psykologiske sider av det å oppleve smerte. Dette kan innebære ulike måter å dempe ubehag på, for eksempel i form av følelsesuttrykk, grubling eller ønsketenkning.

Eksempler på definisjoner av mestring

Kenneth Pargaments "The Psychology of Religion and Coping - Theory, Research, Practice" (Kenneth I. Pargament, 1997) kan regnes som et standardverk innenfor feltet religionspsykologi og religiøs mestring og blir henviset til i mange artikler om religiøs mestring. Pargament poengterer at det allerede på den tiden han skrev boken fantes mange ulike definisjoner av mestring, og Peres og Lucchetti (Peres & Lucchetti, 2010) beskriver en økning i antall definisjoner siden den tid. Som Van Damme, Crombez og Eccleston (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008) påpeker kan mestring defineres på en rekke ulike måter, men kritiserer generelt en stor andel av definisjonene for å være vage eller vanskelige å operasjonalisere. Enkelte definisjoner legger vekt på den psykologiske responsen på ytre påvirkning, som eksempelvis Pearlin og Schoolers (Leonard & Carmi, 1978) definisjon: "Any response to external life strains that serves to prevent, avoid, or control emotional distress". Andre definisjoner åpner opp for at påvirkningen også kan komme fra individet selv, som eksempelvis Aldwins (Aldwin, 2007) definisjon: "The use of strategies for dealing with actual or anticipated problems and their attendant negative emotions".

En ofte referert definisjon er Lazarus og Folkmans (Lazarus & Folkman, 1984) definisjon: "Constantly changing and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person." Noe av styrken i denne definisjonen er at den omfatter både ytre krav eller påkjenninger og det som oppstår i individet selv, samt at mestringstiltakene individet tar i bruk er dynamiske. Det er også verdt å poengtere at definisjonen omfatter både påkjenninger som oppleves som belastende og påkjenninger som oppleves å overstige de ressursene individet har, samt at det er den enkeltes opplevelse og ikke noen objektiv standard som definerer hva som er en påkjenning.

Definisjon av mestring brukt i denne oppgaven

Som nevnt over har antallet definisjoner av mestring økt siden Pargament i 1997 skrev om religiøs mestring. Det synes ikke å være enighet om hva en definisjon av begrepet mestring bør inneholde, og det er derfor ikke nødvendigvis brukt samme definisjon i ulike artikler og bøker. I den grad dette kan sies å gi noen fordel, kan det være at friheten til å bruke ulike definisjoner gir mulighet for å beskrive ulike sider av det å mestre kronisk smerte (Peres & Lucchetti, 2010). Av flere ulemper, vil kanskje den mest påtrengende være at ulike definisjoner kan gjøre det vanskelig å sammenligne ulike studier, selv om de tilsynelatende omhandler samme pasientgruppe og samme fenomen eller lidelse.

Som det vil fremgå av gjennomgangen av artikler bruker ulike forfattere ulike mål på religiøs mestring, blant annet smerteintensitet eller smertetoleranse, stemningsleie og selvrapportert opplevelse av livskvalitet. Det vil derfor ikke nødvendigvis bli brukt noen gjennomgående definisjon av mestring i denne oppgaven.

Religion og spiritualitet

Definisjon av religion

Det kan være vanskelig å finne en dekkende og anvendbar definisjon av et såvidt mangfoldig fenomen som religion. Religionsviterne Sælid Gilhus og Mikaelsson foreslår følgende definisjon (Gilhus & Mikaelsson, 2007, s. 10): "Religion er kommunikasjon med overnaturlige vesener." Store norske leksikon (Groth & Kverne, 2020) gir en i hovedsak ganske lik definisjon:

Religion, menneskers forhold til noe som er utenfor virkeligheten, som de anser for å være hellig. Det er vanskelig å gi én allmenngyldig definisjon på religion fordi religioner kan være veldig forskjellige og omfatte ulike religiøse forestillinger. En vanlig definisjon er at religion er troen på guddommelige eller overnaturlige vesener, som guder, engler, demoner eller hellige dyr. I tillegg preges religioner gjerne av at den troende mener å kunne kommunisere med slike overnaturlige vesener. Dette kan skje i form av bønn, offer eller andre rituelle handlinger.

At det finnes en rekke ulike definisjoner av religion og spiritualitet poengteres også av Danbolt (Danbolt i Religionspsykologi, s. 17), som trekker fram at tro og livssyn er individuelle fenomener. Danbolt skriver videre at tro og livssyn påvirkes av både den historiske kulturen og av mer aktuelle hendelser og situasjoner. Danbolt peker på det hellige som et sentralt begrep i forståelsen av religion og spiritualitet og beskriver det hellige som "en symbolsk egenskap individer eller kulturer kan tilskrive steder, gjenstander, handlinger, personer, ideologier og erfaringer som de forbinder med å skape mening, og som de forholder seg til med dyp respekt" (Danbolt i Religionspsykologi, s. 29).

Religion som et multidimensjonalt fenomen

Religion som fenomen er mangefasettert (Danbolt i Religionspsykologi, s. 24-25). Som nevnt ovenfor er religion en opplevelse av noe mer eller mindre veldefinert hellig, der det hellige er forstått som noe transcendent og utenfor oss selv. Tradisjonelt er religion et systematisert sett av trosoppfatninger eller doktriner, som så får sitt uttrykk gjennom ulike sett av ritualer og symboler. For den enkelte kan religion også være en opplevelse av emosjoner og relasjonelle bånd.

Substansiell tilnærming og funksjonell tilnærming

To ulike tilnærminger har vært foreslått for å definere religionens betydning for den enkelte; en substansiell tilnærming og en funksjonell tilnærming (Pargament, 1997, s. 25; Danbolt, 2014).

Den substansielle tilnærmingen tar utgangspunkt i religionens doktrinære innhold og den religiøse forståelse av det hellige som noe kvalitativt forskjellig fra det menneskelige. I en tradisjonell norsk protestantisk kontekst kunne man si at Luthers katekisme er et uttrykk for den substansielle tilnærmingen. Satt på spissen er den substansielle tilnærmingen i ytterste konsekvens uavhengig av det menneskelige, og fokuserer kun på det transcendente.

Den funksjonelle tilnærmingen tar utgangspunkt i hvordan religionen oppleves av og påvirker den enkelte person. Denne tilnærmingen kan dermed sies å legge større vekt på hva religionen gjør med de troende, enn hva religionens innhold er (Pargament, 1997, s. 25 ff).

Ytre-orientert og indre-orientert religion

I beskrivelsen av hvordan det enkelte individ forholder seg til religion, brukes også begreper som "ytre-orientert" og "indre-orientert" religion. Man tar da i større grad utgangspunkt i

enkeltindividets opplevelse av det transcendent og vedkommendes utøvelse av religiøs praksis, og i mindre grad i religionens doktriner slik de fremstår uavhengig av de troende.

Ytre-orientert religion kan forstås som en livsinnstilling der det som er viktig er religionens sett av regler og forordninger. Et eksempel på ytre-orientert religion kan være strengt ortodokse jøder eller muslimer som innretter hele sin tilværelse ut fra ønsket om å følge de foreskrevne religiøse forordninger. "Indre-orientert" religion kan forstås som en opptatthet av det inderlige eller personlige og med mindre vekt på det læremessige eller sosiale. Et eksempel på indre-orientert religion kan være munkevesenet i en kristen østlig-ortodoks tradisjon, og da spesielt hesykasmen og dens betoning av "å finne det indre lys" (Ware, 2003, s.67-74). Det bør forøvrig trekkes fram at det innenfor en latinsk vestlig klostertradisjon er en sterkere vektlegging av det organisatoriske og regulerte, slik det tydeligst kommer til uttrykk i St. Benedikts regler (Nygård, Schumacher, Gregorius 1, 2009). I den ortodokse tradisjonen har tekstsamlingen Philokalia, med dens vektlegging av kontemplativ bønn og indre søken, hatt langt større betydning (Nikodemus, Makarios, Palmer, Sherrard, & Kallistos, 1979) (Kallistos, 2000).

Definisjon av spiritualitet og nyreligiøsitet

Vanlige definisjoner på religion fanger ikke alltid like godt opp særtrekkene ved en mer åpen spiritualitet, men det er ikke urimelig å anta at en funksjonell tilnærming er mer fruktbar i de tilfeller der livssynet i liten grad er basert på fastlagte læresetninger, men i større grad er basert på den enkeltes opplevelse og personlige forståelse (Romarheim, Ystenes & Winje, 2018). Et ikke uvanlig uttrykk i Norge er "jeg er ikke religiøs, men jeg er åpen for det spirituelle". Det har vært foreslått ulike navn på den mer åpne spiritualiteten, som "new age", "nytro", "alternativt livssyn" og så videre. Ettersom et av kjennetegnene ved moderne spiritualitet er synkretisme og åpne tolkninger, er det ikke urimelig å anta at de fleste personer som definerer seg som spirituelle heller mot en indre-orientert religion (Hill et al., 2000) (Michèle, Allen, & Janice, 2008). Dersom man ser bort fra sosiale effekter og kun fokuserer på den religiøse dimensjonen, kan man på sett og vis si at en ytre-orientert religion er en selvmotsigelse innenfor ulike spirituelle retninger. Det gir heller ikke nødvendigvis mening å snakke om "den spirituelle tradisjonen", ettersom et av kjennetegnene ved moderne spiritualitet nettopp er det foranderlige (Altmeyer et al., 2015) (Michèle et al., 2008).

Som Büssing et al. påpeker bør det skilles mellom spiritualitet *innenfor* en mer tradisjonell religiøs ramme og spiritualitet som noe *annerledes* enn tradisjonell religion (Büssing et al., 2009).

Nyreligiøsitet er i mindre grad organisert i tradisjonelle religiøse sammenslutninger, slik vi eksempelvis finner i ulike kristne kirker. Det kan være nyttig å skille mellom nyreligiøsitet med et klart religiøst preg og spiritualitet som et mer flytende fenomen. Som Kraft (Kraft, 2011) påpeker kan nyreligiøsitet synes å ha blitt en mer integrert del av kulturen og ikke i samme grad som tidligere noe man finner i ytterkanten av den offentlige samtalen. Nyreligiøse forestillinger forekommer både som personlig overbevisning hos den enkelte og som kulturelt bakteppe i ulike sammenhenger. Mye av forskningen om religiøs mestring baserer seg på nordamerikanske forhold og det er dermed ikke gitt at de samme tendensene vil gjelde i andre kulturelle områder eller religiøse tradisjoner. Det kan imidlertid synes å være sammenfall mellom nordamerikansk og mellomeuropeisk allmenn forståelse av begreper som religion og spiritualitet, slik Altmeyer og medforfattere finner i sin corpus-lingvistiske analyse (Altmeyer et al., 2015).

Metode

Refleksivitet

Noe av bakgrunnen for min interesse for religionspsykologien kommer fra min oppvekst i en frikirkelig pastorfamilie, der mennesker fra ulike samfunnslag, religioner og kontinenter var gjester i vårt hjem. Å vokse opp med en tilknytning til Metodistkirken i Norge innebar for min del en tidlig erkjennelse av hvordan det var å tilhøre en minoritet nasjonalt, men likevel være del av en større global sammenheng; den største delen av metodister tilhører United Methodist Church som har anslagsvis 12,5 millioner medlemmer på verdensbasis (<https://www.umc.org>). I tillegg til å forholde seg til ulike teologiske forskjeller internt i den globale metodistbevegelsen er det en sterk tradisjon for samarbeid med andre kirkesamfunn, også lutherske (Stø, 2007; Refsdal, 2012). De senere årene har jeg hatt mye kontakt med østlig ortodoks teologi og tradisjon, og har gått mye i en gresk-ortodoks menighet av russisk tradisjon. Jeg har venner og bekjente som kommer fra ulike kristne tradisjoner, andre som er shia- eller sunnimuslimer, noen som tilhører Bahá'í, noen som er nyåndelige, noen som er agnostikere og noen som er ateister. Graden av indre overbevisning, involvering i organisert religiøs aktivitet og intellektuell grunngeving av eget livssyn kan variere hos den enkelte, men alle har de gitt meg et inntrykk av hvordan deres værensforståelse preger dem.

Jeg har hatt mange samtaler med min far om sjelesorg og ulike aspekter ved religionsutøvelse - både om hvordan troen kan være en støtte for mennesker og om hvordan religionsutøvelsen i noen tilfeller kan være en belastning.

For å minske effekten av egen bias er det første steget å erkjenne at man kan ha en bias, i mitt tilfelle de føringer som kan komme av det å være en hvit europeisk mannlig protestant med den ene foten ustøtt plantet i østlig ortodoksi. Jeg har derfor lagt vinn på å trekke inn forskning fra andre religiøse og spirituelle tradisjoner enn den jeg selv kommer fra. Eksempelvis har jeg vært spesielt opptatt av om det er mulig å finne forskning fra muslimske miljøer. Det er likevel fullt mulig, for ikke å si sannsynlig, at mitt perspektiv er påvirket av min bakgrunn og forforståelse, og i den grad så er tilfelle skyldes det mine blinde flekker og ikke manglende vilje til å erkjenne tilstedeværelsen av egen bias.

Søk i databaser

Det er gjennomført søk i databasene PsycINfo, PubPsych og Web of Science, med søkeordene "chronic pain", "religious coping" og "spiritual coping". "Coping" er et

innarbeidet begrep innenfor feltet, og det er derfor ikke brukt synonymer til ordet "coping" i litteratursøket. Tilsvarende er det ikke benyttet synonymer for "pain" og "chronic pain".

Søkene har i hovedsak vært avgrenset til artikler skrevet på engelsk, publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, for perioden 2010-2020. Bakgrunnen for å velge denne perioden er dels for å begrense søket, dels fordi det i årene opp mot 2010 ble publisert flere oversiktsartikler om sammenhengen mellom religiøsitet/spiritualitet og kronisk smerte (Amy B. Wachholtz et al., 2007) (Moreira-Almeida & Koenig, 2008) (Büssing et al., 2009). For å få et bilde av eventuelle endringer i forskningsaktiviteten knyttet til temaet, er det også foretatt søk for perioden 2000-2020. I tillegg er referanselister fra ulike artikler brukt for å komplimentere søket.

Det kan nevnes at generelt er påvirkningsfaktoren (impact factor) for tidsskrifter innenfor feltet relativt lav, sammenlignet med mer generelle medisinske og psykologiske tidsskrifter som Lancet og Annual Review of Psychology, som har påvirkningsfaktorer på henholdsvis 247,292 og 20,230 (Journal Citation Report, 2020). Noe av årsaken til dette kan være at på tross av økende interesse for ulike emner innenfor religionspsykologi er feltet relativt lite sett i forhold til andre fagpsykologiske emner som personlighetspsykologi, utviklingspsykologi og lignende. Det vil dermed for religionspsykologi være færre artikler som totalt publiseres og også færre siteringer. Påvirkningsfaktoren for relevante tidsskrifter listet opp i oversikten for 2019 er som følger (Journal Citation Report, 2020):

<i>Tidsskrift</i>	<i>Påvirkningsfaktor</i>
Psychology of Religion and Spirituality	1,831
Sociology of Religion	1,576
Journal for the Scientific study of Religion	1,270
International Journal for the Psychology of Religion	1,262
Journal of Religion & Health	1,253
Review of Religious Research	0,981

Psycinfo:

Søkestreng: "**chronic AND pain AND religi* AND coping**"

Et søk for årene 2000-2020 gir per 3. april 2021 37 treff.

Et tilsvarende søk med søkestrengen "**chronic AND pain AND spiri* AND coping**" gir 40 treff for årene 2000-2020.

PubPsych:

Søkestreng: "**chronic AND pain AND religi* AND coping**"

Et søk for årene 2000-2020 gir per 3. april 2021 37 treff.

Et tilsvarende søk med søkestrengen "**chronic AND pain AND spiri* AND coping**" gir 36 treff for årene 2000-2020.

Web of Science:

Søkestreng: "**chronic AND pain AND religi* AND coping**"

Et søk for årene 2000-2020 gir per 3. april 2021 61 treff.

Et tilsvarende søk med søkestrengen "**chronic AND pain AND spiri* AND coping**" gir 79 treff for årene 2000-2020.

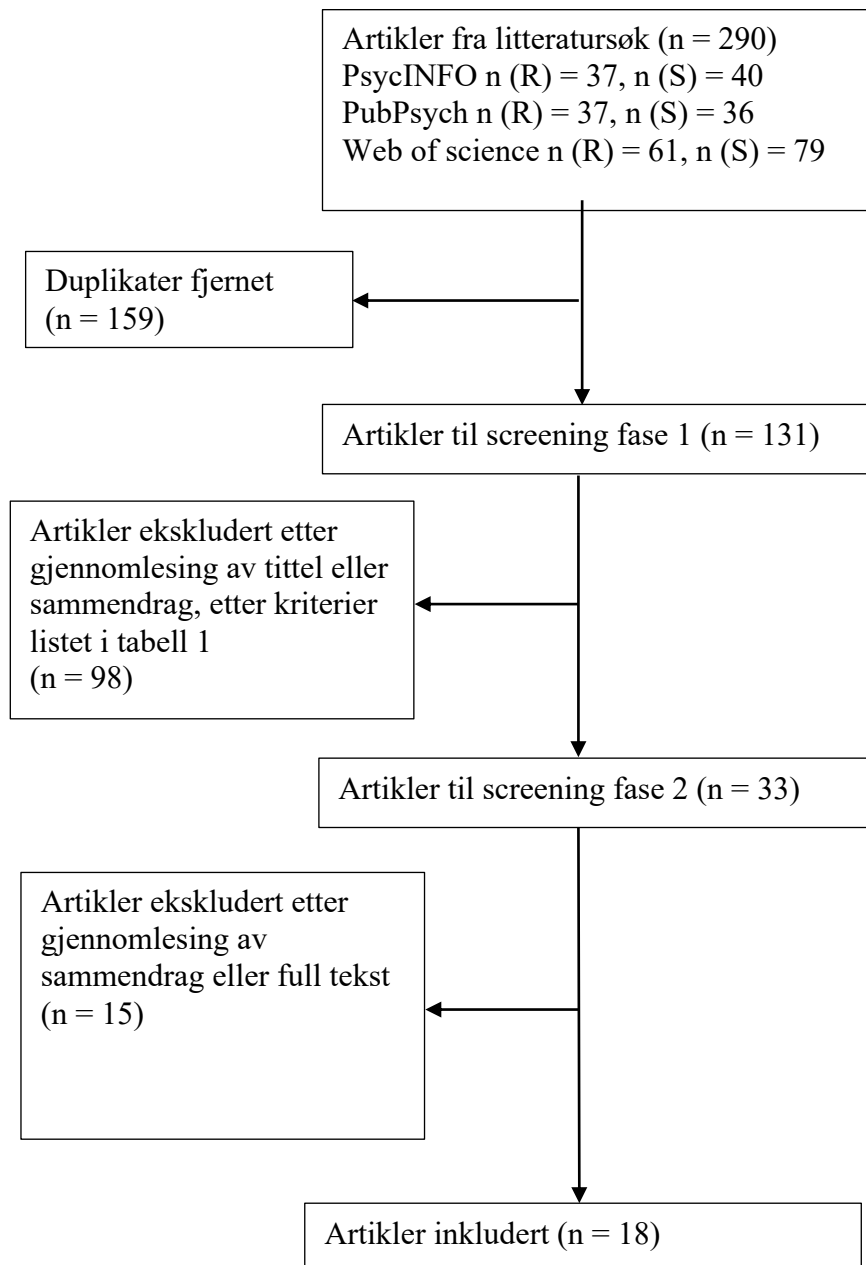
Flytskjema litteratursøk

n = antall artikler

R = "religi*" (religion, religious og lignende) som søkeord

S = "spiri*" (spiritual, spirituality og lignende) som søkeord

Felles søkeord i alle søk: chronic, pain, coping



Tabell 1:

Artikler ekskludert etter gjennomlesing av tittel eller sammendrag, for (n = antall artikler ekskludert):

- i. ikke å primært omhandle kronisk smerte (n = 20)
- ii. bruke en for bred definisjon av spiritualitet (f eks kunstuttrykk) (n = 1)
- iii. omhandle behandlere eller pårørende og ikke pasienter, evt behandlingsmetoder og ikke reaksjoner (n = 16)
- iv. omhandle pasienter i livets siste fase (døende, uten utsikt til framtidig liv) (n = 4)
- v. kun å omhandle "spiritual well being" og ikke "spiritual coping", eventuelt ulike aspekter ved pasienters religiøsitet/spiritualitet uten at det er direkte knyttet opp til mestring av kronisk smerte (n = 1)
- vi. mindreårige pasienter (n = 1)
- vii. utvikling eller validering av instrumenter (n = 4)
- viii. teologiske betraktninger, f eks redegjørelse for synet på smerte innen hinduismen (n = 1)
- ix. studier der pasienter har kronisk smerte, men fokus er på andre livsområder (f eks opplevelse av ensomhet) (n = 1)
- x. studier der religiøs eller spirituell mestring kun er nevnt som en av flere mestringsstrategier pasienter har benyttet, uten å være hovedfokus (n = 20)
- xi. studier som tar for seg flere sykdomstilstander, hvorav kronisk smerte er én av flere, men der skillet mellom kronisk smerte og andre lidelser ikke er tydelig og/eller at antall pasienter er lavt (mindre enn 10) (n = 5)
- xii. studier der pasienter har en lidelse som kan medføre kronisk smerte, men der artikkelens fokus er på noe annet enn smerte eller religiøs mestring, f eks depresjon eller psykologiske eller kirurgiske intervensjoner (n = 23)
- xiii. bokomtaler og lignende (n = 3)

Noen artikler vil kunne ekskluderes fordi de faller innenfor mer enn én av kategoriene i Tabell 1, men er kun ført opp innenfor en enkelt kategori.

Det opprinnelige søket ga 290 treff. Etter fjerning av 159 duplikater er det foretatt en gjennomgang av artiklens titler, og i noen tilfeller også sammendrag, og 98 artikler er fjernet etter kriteriene i Tabell 1 gjengitt ovenfor.

Deretter er 15 artikler fjernet etter gjennomlesing av sammendrag eller full tekst, dersom artiklene etter en nærmere vurdering falt innenfor eksklusjonskriteriene.

Det kan bemerkes at dersom man ser på forholdet mellom artikler publisert i perioden 2000 - 2010 i forhold til perioden 2010 - 2020, kan det synes å være en svakt økende interesse for forholdet mellom kronisk smerte og religiøs mestring, da antallet artikler økte fra 11 i det første tiåret til 13 i det neste. Dersom man også tar med artikler ekskludert etter kriteriene i Tabell 1 var det en økning fra totalt 35 publiserte artikler i perioden 2000 - 2010 til totalt 96 artikler i perioden 2010 - 2020, noe som kan tolkes som en indikasjon på en generelt økt forskningsaktivitet knyttet til problemstillinger rundt kronisk smerte og andre kroniske tilstander, religiøs mestring, samt kirurgiske og psykologiske intervensjoner der religiøs mestring kan være av betydning for pasientens tilfriskning eller livskvalitet.

Avgrensninger

Samtlige studier baserer seg på resultater fra voksne pasienter, forstått som pasienter over 18 år og uten psykisk utviklingshemming.

Så langt undertegnede kjenner til er det ikke foretatt studier der respondentene oppgir å ha endret sitt grunnleggende livssyn i løpet av sykdomsperioden. Det kan tenkes at det vil være forskjeller mellom eksempelvis pasienter som tidligere ikke var troende men som har fått en religiøs tro i løpet av sykdomsperioden og pasienter som har mistet sin tradisjonelle religiøse tro og beveget seg mot et mer spirituet livssyn. Tilsvarende kan det tenkes å være ulike mestringsstrategier på ulike tidspunkt i sykdomsforløpet for pasienter som konverterer fra en religion til en annen, eventuelt fra en konfesjon til en annen innenfor samme religion.

Generelt er studiene gjennomført som tverrsnittstudier med de begrensninger dette gir - i motsetning til longitudinelle studier gir tverrsnittstudier ikke mulighet for å trekke kausale slutninger og vil heller ikke kunne gi et godt bilde av variasjon i mestring over tid.

Instrumenter for vurdering av smerte og religiøsitet/spiritualitet

Ulike studier benytter ulike instrumenter for å vurdere religiøsitet og spiritualitet; alt fra ett enkeltstående spørsmål til spørreskjemaer med spørsmål som er ment å dekke ulike domener av den religiøse opplevelsen. I de tilfellene der kun ett enkeltstående eller kun noen få spørsmål blir brukt, er dette gjerne spørsmål av typen "regner du deg som religiøs? - ja/nei" eller "hvor mange ganger har du vært i kirken i løpet av det siste året?" (Baetz & Bowen, 2008)

Ved å benytte spørsmål som går mer på religiøs praksis enn på den indre religiøse opplevelse, for eksempel antall ganger pasienten har vært i kirken, er det usikkert i hvor stor grad man avdekker effekten av sosial støtte i stedet for graden av religiøs eller spirituell tro.

Det nordiske forskernettverket *Nordic Network for Research in Faith and Health* lister på sin hjemmeside (<https://faith-health.org/catalogue>) opp 182 ulike instrumenter for måling eller vurdering av ulike aspekter ved religiøsitet og spiritualitet. Et av de mest omfattende instrumentene er RCOPE, utviklet av Pargament, Koenig og Perez (K. I. Pargament, Koenig, & Perez, 2000). RCOPE finnes i en fullversjon som består av 105 spørsmål, men som forfatterne selv påpeker er dette for mange spørsmål til at instrumentet vanligvis egner seg til klinisk arbeid der man også benytter seg av ulike andre instrumenter. Det er også utviklet en kortversjon, Brief RCOPE, som består av 14 spørsmål, der 7 av spørsmålene måler positiv religiøs mestring og de resterende 7 spørsmålene måler negativ religiøs mestring (K. Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011). Brief RCOPE er oversatt og kulturelt tilpasset til språkene tsjekkisk, dansk, fransk, gresk, irsk, meksikansk, nederlandsk, pakistansk, polsk, svensk, samt (brasiliansk) portugisisk.

Resultater

I denne delen presenteres først resultatene fra litteratursøket gjennom korte sammenfatninger av de inkluderte studiene, og deretter følger en oppsummering av resultatene. Inkluderte studier er alfabetisk presentert i Tabell 2.

Inkluderte studier

Litteratursøket ble gjennomført ved søk i databasene PsycINFO, PubPsych og Web of Science. Søket ga 290 studier, hvorav 159 var duplikater. Etter to runder med screening ble 18 artikler identifisert. Det er høy grad av heterogenitet med hensyn til blant annet utvalgsstørrelse, pasientgruppe, instrumenter for å måle henholdsvis religiøs/spirituell mestring og kronisk smerte, samt operasjonelle definisjoner som har vært brukt. Dette resulterer i at det i mange tilfeller ikke er mulig å foreta direkte sammenligning mellom resultater fra ulike studier, men at det er mer hensiktsmessig med en kvalitativ vurdering av enkeltstudienes metode og resultater.

Abraido-Lanza, Vasquez og Echeverria (2004)

Studien er basert på 200 artrittpasienter med latinamerikansk bakgrunn, bosatt i USA. Et av formålene med studien var å studere religiøs, aktiv og passiv mestring og se om faktorer knyttet til religiøs mestring ladet på de samme faktorene som henholdsvis aktiv eller passiv mestring.

Gjennomsnittlig alder for deltagerne i studien var 56 år, og 89,5 % av dem var kvinner. I snitt hadde deltagerne hatt lidelsen i nærmere 10 år. Smerte ble målt ved bruk av seks spørsmål og religiøs mestring ved bruk av tre spørsmål.

Deltagerne rapporterte utstrakt bruk av religiøs mestring, og resultatene indikerte at religiøs mestring hadde sammenheng med aktiv mestring men ikke med passiv mestring. Religiøs mestring hadde direkte og positivt sammenheng med psykisk velvære. Effekten av aktiv mestring av smerte, depresjon og psykisk velvære var mediert av self efficacy og aksept av sykdom.

Andersson (2008)

Denne svenske studien var basert på 118 personer som svarte via nettbasert skjema i to omganger. Snittalder for deltagerne var 44,4 år og 64 % av dem var kvinner. Deltagerne hadde ulike former for kronisk smerte, med en overvekt av smerter i korsrygg og nakke (prosentvis andel ikke oppgitt). Religiøs mestring i form av bønn ble målt ved hjelp av 3 spørsmål, der begrepet "en høyere makt" ble benyttet i stedet for begrepet "Gud", ut fra forutsetningen at Sverige er et mindre religiøst samfunn enn USA der mye av forskningen er gjennomført. I tillegg ble smerte, samt angst og depresjon målt. Tilknytning til religiøse institusjoner eller deltagelse i religiøse praksiser ble ikke målt. Deltagerne brukte i liten grad bønn som mestringsstrategi og 37 % av deltagerne rapporterte at de ikke brukte bønn i det hele tatt.

Resultatene fra denne studien indikerte at mer bønn var korrelert med mer smerte og depresjon.

Baetz og Bowen (2008)

Denne kryss-seksjonelle studien benyttet data fra en kanadisk helseundersøkelse foretatt i 2002 med informasjon om mental helse og psykisk velvære hos 37 000 personer over 15 år. Fire pasientgrupper med kronisk sykdom med antatt eller opplevd varighet på minst seks måneder ble selektert til denne analysen; pasienter med fibromyalgi (541 personer, 1,5 %), ryggproblemer (7 713 personer, 20,9 %), migrene (3 966 personer, 10,7 %) og kronisk utmattelsessyndrom (439 personer, 1,2 %). Det ble i analysen ikke skilt mellom disse tilstandene og de ble samlet vurdert som kronisk smerte og utmattelse (chronic pain and fatigue).

Organisert religiøsitet ble målt ved hjelp av ett enkeltstående spørsmål om frekvensen av deltagelse i gudstjeneste eller lignende ("worship attendance") og ble behandlet som en dikotom variabel, der 37 % av deltagerne deltok en gang per måned eller oftere og 63 % deltok færre ganger enn dette. Spiritualitet ble tilsvarende målt ved hjelp av ett spørsmål ("Do spiritual values play an important role in your life?"), der henholdsvis 37 % svarte ja og 63 % svarte nei. Det fremkommer ikke opplysninger som tilsier at det ble skilt mellom ulike religioner.

Studiens resultater indikerte at deltagere som led av kronisk smerte og utmattelse i større grad enn normalbefolkningen var spirituelle uten å være religiøse (i gruppen med kronisk smerte og utmattelse regnet 37,7 % seg som spirituelle og 33 % som religiøse, mot

henholdsvis 35 % og 36,1 % i normalbefolkningen), samt at de som gruppe brukte bønn oftere enn den generelle befolkningen (2,52 vs 2,43 på en skala fra 1 til 4). Resultatene pekte i retning av at høy deltakelse i religiøse samlinger (worship frequency) i kombinasjon med å anse spirituelle/åndelige verdier som viktige, var knyttet til mindre kronisk smerte og utmattelse.

Basinski, Stefaniak, Stadnyk, Sheikh og Vingerhoets (2013)

Målet med denne polske studien var å studere innflytelsen religiøse praksiser hadde på livskvalitet og subjektivt opplevd smerteintensitet hos pasienter med kronisk pankreatitt (bukspyttkjertelbetennelse), en lidelse som i mange tilfeller medfører sterke smerter. 92 pasienter som skåret høy smerteintensitet (smerte over 7 på en VAS 10-punkts skala) ble behandlet med en medisinsk prosedyre (neurolytic celiac plexus block, NCPB) som har som formål å hemme nerveimpulser til hjernen. Etter inngrepet ble pasientene delt i to grupper; en gruppe som hadde lite eller ingen kontakt med den katolske kirke (35 deltagere) og en gruppe som definerte seg selv som religiøse og som regelmessig deltok i katolske messer (57 deltagere).

Deltagere som definerte seg som dypt religiøse rapporterte høyere nivåer av smerte før NCPB-inngrepet enn de ikke-religiøse. Også etter inngrepet rapporterte religiøse deltagere høyere smertenivå enn ikke-religiøse, men for begge grupper var smerteintensiteten lavere enn før inngrepet. På tross av mer smerte rapporterte de religiøse deltagerne likevel signifikant bedre livskvalitet enn de ikke-religiøse etter inngrepet (ca 80 vs 40 på en skala fra 0 til 100).

Bediako, Lattimer, Haywood, Ratanawongsa, Lanzkron og Beach (2011)

Denne amerikanske kryss-seksjonelle studien så på effekten av religiøs mestring for 95 afro-amerikanske pasienter med sigdcellesykdom, en genetisk betinget blodsykdom som rammer blant annet personer med genetisk avstamning fra Afrika. Sykdommen ledsages i mange tilfeller av akutte anfall av smerte og lenger ut i sykdomsforløpet også av kronisk smerte. Alder ble behandlet som en dikotom variabel, der halvparten av deltagerne var 30 år eller yngre. 59 % av deltagerne var kvinner. Som mål på smerte brukte forfatterne antall sykehusinnleggelses som følge av akutte smerteanfall.

Forfatterne argumenterer for at frekvens av kirkegang og bønn kan påvirkes av sykdommens alvorlighetsgrad slik at pasienter med lavere smertetrykk går oftere i kirken

eller ber oftere, og målte derfor religiøsitet ved hjelp av instrumentet Brief RCOPE som gir mål på både positive og negative aspekter ved deltageres religiøsitet. Positive aspekter var forbundet med temaer som opplevelse av gudsnærhet og livsmening, mens negative aspekter var forbundet med temaer som religiøs tvil og tanker om sykdommen som en straff fra Gud.

Justert for de demografiske faktorene alder, kjønn og utdanningsnivå som har vist seg å ha effekt på antall innleggelses, fant forfatterne at positiv religiøs mestring var korrelert til færre sykehusinnleggelses. Negativ religiøs mestring var ikke korrelert til antall sykehusinnleggelses, men kun et relativt lite mindretall av deltagerne (ca 10 %) benyttet negativ religiøs mestring.

Büssing, Michalsen, Balzat, Grunther, Ostermann, Neugebauer og Matthiessen (2009)

Formålet med denne tyske kryss-seksjonelle studien var å studere spiritualitet og religiøsitet som mestringsressurser for pasienter med kronisk smerte. Det eneste inklusjonskriteriet var kronisk smerte, og de 580 deltagerne hadde ulike underliggende sykdommer.

Gjennomsnittsalderen var 53,8 år og 80 % av deltagerne var kvinner. Spirituelle og religiøse holdninger til smerte ble målt ved hjelp av SpREUK (tysk oversettelse av instrumentet "Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness") og spirituelle og religiøse praksiser målt ved hjelp av instrumentet SpREUK-P. Adaptiv mestring ble målt ved hjelp av AKU (tysk oversettelse av instrumentet "Adaptive Coping with Disease") og tilfredshet med livet ved hjelp av BMLSS ("Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale"). Smerte ble ikke målt.

Selv om 82 % av deltagerne rapporterte at de tilhørte et kristent kirkesamfunn, rapporterte 50 % av deltagerne at de ikke betraktet seg selv som religiøse. Ca 32 % av deltagerne rapporterte at de var religiøse men ikke spirituelle, 18 % rapporterte at de var både religiøse og spirituelle, 8 % rapporterte at de var spirituelle men ikke religiøse og 42 % rapporterte at de var hverken religiøse eller spirituelle.

Hovedtrenden i resultatene var at pasienter med kronisk smerte i liten grad så på religion og spiritualitet som mestringsressurser, med unntak av eldre kvinner og pasienter som betraktet seg selv som både religiøse og spirituelle.

Dezutter, Luyckx, Büssing og Hutsebaut (2009)

Formålet med denne studien fra Belgia var å utforske sammenhengen mellom ulike former for religiøse holdninger og subjektiv velvære hos pasienter med kronisk smerte i et sekularisert samfunn. 155 pasienter med ulike underliggende sykdommer som medførte kronisk smerte svarte på spørreskjemaer som kartla henholdsvis religiøsitet, subjektiv velvære og smerte. Kontrollgruppen bestod av 166 friske personer, og i likhet med gruppen med kronisk smerte var det 72 % kvinner. Gjennomsnittsalder i gruppen med kronisk smerte var 51 år og i kontrollgruppen 50 år.

Religiøse holdninger ble definert langs to dimensjoner; inklusjon (aksept) eller eksklusjon (avvisning) av en transcendent virkelighet, og bokstavelig eller symbolsk forståelse av religion. Bokstavelig inklusjon (literal inclusion) er karakteristisk for personer som definerer seg som religiøse og har en fasttømret og dogmatisk forståelse av religionens innhold. Symbolsk inklusjon (symbolic inclusion) vil være karakteristisk for personer som definerer seg som religiøse, men som har en mer åpen og fortolkende forståelse av de religiøse dogmer. Personer med holdningen bokstavelig eksklusjon (literal exclusion) vil avvise tanken om det transcendentenes eksistens ut fra mangelen på vitenskapelige bevis for mirakler og eksistensen av en høyere makt. Også personer med holdningen symbolsk eksklusjon (symbolic exclusion) vil definere seg som ikke-religiøse, men kan anerkjenne religiøsitet som meningssskapende for andre.

Studien viste at en bokstavelig forståelse av religion var negativt korrelert med subjektiv velvære både i pasientgruppen og kontrollgruppen, men kun for ikke-religiøse (personer som definerte seg i samsvar med literal exclusion). Resultatene pekte i retning av at en symbolsk forståelse av religion (både symbolsk aksept og symbolsk avvisning) hadde en svakt forsterkende effekt på subjektiv velvære hos pasienter med kronisk smerte, mens tilsvarende effekt ble ikke funnet i kontrollgruppen. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom religiøsitet og smerteintensitet.

Dezutter, Wachholtz og Corveleyn (2011)

Denne belgiske kryss-seksjonelle studien hadde som formål å se hvilken effekt privat bønn hadde på smerteopplevelsen hos pasienter med kronisk smerte. Forfatterne trekker fram at Europa generelt er mer sekularisert enn tidligere, og at personlige religiøse faktorer har større betydning enn de institusjonaliserte aspektene ved religion.

Totalt ble 202 deltagere inkludert ut fra kriteriet om smerte av minimum seks måneders varighet. 71 % av deltagerne var kvinner, gjennomsnittlig alder var 52 år og gjennomsnittlig varighet av smerte var 15 år. Religiøs tilhørighet varierte innenfor et relativt vidt spekter, der 32 % av deltagerne definerte seg som romersk-katolske, 26 % som tilhørende en kristne tradisjon, 20 % som å tro på eksistensen av en transcendent virkelighet men uten å tilhøre noen bestemt kirke eller religiøs tradisjon, 13 % var ateister, 4 % var agnostikere og 5 % tilhørte øvrige religioner (islam, buddhisme). 25 % av deltagerne oppga at religion ikke var viktig for dem, 31 % rapporterte at religion hadde liten betydning for dem, 28 % oppga at religion var viktig for dem og 16 % oppga at religion var svært viktig for dem.

Frekvensen av bønn ble målt ved hjelp av ett enkeltstående spørsmål, mens smerteintensitet ble målt ved hjelp av tre spørsmål. Smertetoleranse ble målt ved hjelp av åtte spørsmål.

Overordnet indikerte resultatene at bønn var signifikant korrelert med smertetoleranse, men ikke med smerteintensitet. En videre analyse indikerte at for pasienter som definerte seg som religiøse var høy frekvens av bønn korrelert med både lavere smerteintensitet og høyere smertetoleranse. For pasienter som ikke definerte seg som religiøse var det ingen sammenheng mellom bønn og smertetoleranse eller smerteintensitet. Forfatterne konkluderer med at dette kan tyde på at bønn har en positiv effekt på smertetoleranse og smerteintensitet, forutsatt at religiøsitet er en integrert del av pasientens verdenssyn og livsopplevelse. Analysen viste videre at bønn ikke påvirket smertetoleransen direkte, men at kognitiv re-evaluering var den underliggende mekanismen i sammenhengen mellom bønn og smertetoleranse.

Dunn og Horgas (2004)

Denne amerikanske studien hadde som formål å kartlegge religiøse og ikke-religiøse mestringsstrategier hos eldre pasienter med kronisk smerte. 200 deltagere over 65 år (gjennomsnittsalder 76,4 år, 77 % kvinner) som hadde hatt smerte over en periode på minimum tre måneder og tilhørte en jødisk-kristen tradisjon ble rekruttert fra elleve ulike eldresentre. Inklusjonskriteriet tilhørighet til en jødisk-kristen tradisjon ble brukt ut fra antagelsen om at dette ville gi en høy andel deltagere som brukte religiøs mestring for å håndtere smerten. Deltagerne hadde ulike underliggende årsaker til smerten, og hadde i

gjennomsnitt levd med smerten i tolv år. Eksklusjonskriterium var kognitiv svekkelse. Deltagerne ble rubrisert etter dikotomien hvite/ikke-hvite. Smerte ble i gjennomsnitt rapportert å være av moderat intensitet og hovedsaklig lokalisert til nedre ekstremiteter.

Resultatene indikerte at kvinner tar i bruk et bredere spekter av mestringsstrategier og at de benytter religiøse mestringsstrategier oftere enn menn. Religiøs mestring var også mer utbredt blant ikke-hvite. Religiøs mestring i form av samarbeidende (Gud forstås som en samarbeidspartner) strategier forekom oftere enn religiøs mestring i form av selvstyrende (smerten blir håndtert uten Guds hjelp) eller overførende (Gud forventes å løse problemet) strategier.

Exline, Krause og Broer (2016)

Studien bestod av 80 amerikanske deltagere med kronisk hodepine, hvorav 82,5 % kvinner, og så på effekten av sinne og aktiv protest mot Gud på ulike aspekter ved smerten. Deltagerne var pasienter som skulle gjennom et tre ukers intensivt behandlingsprogram for hodepine. Inklusjonskriterier var behandling for hodepine med en varighet på minimum 15 dager per måned, markant svekkelse av daglig fungering, samt signifikant psykisk belastning forbundet med hodepinen. Eksklusjonskriterier var pågående substansmisbruk eller psykose, alvorlig kognitiv svekkelse eller komorbide tilstander som ville utelukke fullt behandlingsløp. Den overveiende delen av deltagerne (95 %) var hvite og definerte seg som tilhørende en kristen tradisjon (34 % protestanter, 24 % katolikker, 24 % kristne tilhørende uspesifisert konfesjon). Gjennomsnittsalder var 43,4 år og gjennomsnittlig antall år med hodepine var 23,7. Kliniske utfallsvariabler og religiøse variabler ble målt før og etter tre ukers behandlingsprogrammet.

Før behandlingsstart rapporterte 37,5 % av deltagerne noen grad av følt sinne mot Gud og 74 % rapporterte protest i form av å stille spørsmål, klage eller argumentere med Gud. Deltagerne rapporterte høyere nivåer av positive holdninger enn sinne overfor Gud. Resultatene indikerte at sinne mot Gud var positivt korrelert med lavere aksept av smerte, både ved behandlingens begynnelse og avslutning. Resultatene ga ingen signifikant indikasjon på at sinne mot Gud hadde noen påvirkning på smerteintensitet, hverken ved behandlingens begynnelse eller avslutning.

Ferreira-Valente, Damiao, Pais-Ribeiro og Jensen (2020)

Formålet med denne studien var å se hvilken rolle spiritualitet har i forhold til smerte, funksjon og mestring hos personer med kronisk smerte. Forfatterne definerer spiritualitet som i hvilken grad en person har funnet eller søker mening og formål med livet, som opplevelse av transcendent og tilknytning til en høyere makt, samt som en ressurs som gir håp om mestring av motgang i livet.

Deltagerne var 62 portugisiske voksne med muskel- og skjelettplager, med en gjennomsnittsalder på 60,5 år. 63 % av deltagerne var kvinner. Inklusjonskriteriene var alder over atten år, smerte relatert til muskel- og skjelettsystemet og med en varighet på minimum tre måneder. Eksklusjonskriterier var fysisk eller kognitiv svekkelse som ville forhindre deltagelse, signifikant psykopatologi eller diagnostisert fibromyalgi. Smerte ble målt ved hjelp av en 11-punkts numerisk skala, der 0 indikerte ingen smerte og 10 indikerte den verst tenkelige smerte. Mestring ble målt ved hjelp av to ulike instrumenter, med henholdsvis fjorten og seksten spørsmål. Spiritualitet ble målt ved hjelp av fem spørsmål og dekket to ulike områder; spirituelle forestillinger ("spiritual beliefs") og håp/optimisme.

Forfatterens hypotese var at spiritualitet ville ha negativ og svak sammenheng med smerteintensitet og positiv og svak til moderat sammenheng med fysisk og psykologisk funksjonsnivå. Resultatene ga imidlertid begrenset støtte til disse hypotesene. Generelt fant man sammenhenger som var svake og ikke signifikante, spesielt mellom spiritualitet og smerte.

Ferreira-Valente, Sharma, Torres, Smothers, Pais-Ribeiro, Abbott og Jensen (2019)

Formålet med dette systematiske review'et var å se i hvilken grad mål på religiøsitet og spiritualitet hadde sammenheng med smerte, funksjonsnivå, oppfatninger om smerte (pain-related beliefs), mestring og katastrofetenkning hos personer med kronisk smerte. I tillegg ønsket man å undersøke hvorvidt religiøsitet og spiritualitet modererer sammenhenger mellom oppfatninger, mestring og katastrofetenkning og smerte og funksjonsnivå.

Tyve studier ble inkludert, men en meta-analyse var ikke gjennomførbar grunnet høy grad av heterogenitet. Antall deltagere i de ulike studiene varierte mellom 35 og 580, og det var ulike underliggende medisinske årsaker til kronisk smerte hos deltagerne.

Åtte av de inkluderte studiene så på sammenhengen mellom religiøsitet/spiritualitet og smerteintensitet, og hovedtrenden var at sammenhengene var ikke-signifikante.

Forfatterne konkluderer med at generelt indikerer funnene at ingen religiøs variabel synes å spille noen rolle i forhold til fysisk funksjon, men at religiøsitet/spiritualitet og spirituell tilfredshet (well-being) kan ha noe effekt for i det minste enkelte personer med kronisk smertes psykologiske funksjon.

Glover-Graf, Marini, Baker og Buck (2007)

Formålet med denne amerikanske studien var å se på religiøse og spirituelle trosforestillinger og praksiser hos personer med kronisk smerte. Av de 95 deltagerne var 68,4 % kvinner, alder varierte fra 24 til 86 år, med en gjennomsnittsalder på 50,5 år. 71,6 % var hvite, 10,5 % afrikansk-amerikanere, 8,4 % av latinamerikansk avstamning og 1,1 % av asiatiske avstamning. Religiøs tilhørighet var overveiende kristen, med 50,5 % protestanter, 16,8 % katolikker, 9,5 % tilhørte andre kristne kirkesamfunn, 4,2 % ikke-religiøse og 8,4 % annet (i tillegg var det 10,5 % av deltagerne som ikke oppga religiøs tilhørighet).

På spørsmål om hva de gjorde med smerten, svarte 89 % av deltagerne at de brukte medisiner og 61 % at de brukte bønn. 8 % av deltagerne brukte kun medisiner og 3 % brukte kun bønn.

Nunes-Reis, Da Luz, de Deus, Martinez og Conde (2020)

Denne studien hadde som formål å se på sammenhengen mellom religiøsitet og mental helse og livskvalitet hos kvinner med kronisk bekkensmerte. Studien bestod av 100 brasilianske deltagerne, med en gjennomsnittsalder på 37,8 år. Gjennomsnittlig varighet av smerte var 7 år, og gjennomsnittlig smerteintensitet var 7,8 på en skala fra 0 - 10. Kvinner som var gravide eller hadde vært gravide i løpet av de siste 12 månedene, samt kvinner som hadde hatt kreft, ble ekskludert fra utvalget. Den overveiende delen av deltagerne definerte seg som tilhørende en kristen tradisjon; 51 % definerte seg som katolikker, 37 % som protestanter/evangelikale, 3 % som spirituelle og 9 % som ikke-religiøse. 49 % av deltagerne deltok på gudstjenester/messer eller andre religiøse seremonier minst én gang per uke, og 62 % ba, mediterte eller leste Bibelen minst en gang per dag.

Resultatene viste ingen sammenheng mellom religiøsitet og smerteintensitet, noe forfatterne antyder kan skyldes regionale og kulturelle forhold,

Parenteau, Hamilton, Wu, Latinis, Waxenberg og Brinkmeyer (2011)

Denne amerikanske studien hadde som formål å undersøke sekulære mestringsstrategier som medierer sammenhengen mellom religiøse oppfatninger og smerte. Det var 29 deltagere, hvorav 83 % var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 50,4 år. Deltagerne hadde levd med smerte i gjennomsnittlig 6,8 år og det var ulike underliggende årsaker til smerten. Samtlige deltagere var kristne (34 % katolikker, 66 % protestanter) og 76 % var hvite, 7 % var av latinamerikansk avstamning, 3 % av afrikansk-amerikansk avstamning og 14 % oppga ikke etnisitet.

Religiøs mestring ble målt ved hjelp av RCOPE, mestringsstrategier ved hjelp av "Coping Strategies Questionnaire" og ulike andre instrumenter ble brukt for å måle henholdsvis smerte, funksjonsnedsettelse, affekt, depresjon og sinne.

Resultatene ga ikke holdepunkt for noen sammenheng hverken mellom positive eller negative religiøse holdninger og smerteintensitet.

Rippentrop (2005)

Dette var en litteraturstudie av sammenhengen mellom religiøsitet/spiritualitet og ulike aspekter ved helse hos pasienter med kronisk smerte. Litteraturstudien var basert på studier som dokumenterte frekvensen av religiøse mestringsstrategier, kryss-seksjonelle studier, longitudinelle studier og eksperimentelle studier.

Forfatteren påpeker at det er vanskelig å sammenfatte funnene fra de ulike studiene blant annet fordi studiene ikke bruker entydige eller samsvarende definisjoner av begreper som religion og spiritualitet, og heller ikke skiller mellom religion og spiritualitet. Forfatteren trekker også fram behovet for mer omfattende og presise instrumenter for å måle ulike aspekter ved religiøs mestring.

Rippentrop, Altmaier, Chen, Found og Keffala (2005)

Denne amerikanske studien hadde som formål å undersøke forholdet mellom religion/spiritualitet og fysisk og mental helse hos 122 pasienter med muskel- og skjelettrelatert smerte. Deltagerne i studien hadde hatt smerte i mer enn tre måneder. Gjennomsnittsalderen var 52,7 år og 55,7 % av deltagerne var kvinner. Deltagernes etnisitet var 91,8 % hvite, 1,6 % amerikansk urfolk, 1,6 % asiatisk, 2,5 % afrikansk-amerikansk og 2,5 % latinamerikansk. 72 % av deltagerne definerte seg som kristne, 8 % som ikke religiøse, 15

% oppga ikke religiøs eller spirituell tilhørighet og de øvrige fordelte seg på ulike andre trostradisjoner.

Resultatene ga ingen indikasjon på sammenheng mellom ulike aspekter ved religiøsitet/spiritualitet og smerteintensitet.

Wachholtz, Pearce, og Koenig (2007)

Denne litteraturstudien hadde som formål å undersøke hvordan religiøsitet og spiritualitet kan påvirke opplevelsen av smerte og støtte eller hindre mestring.

Forfatterne trekker fram at ulike studier har gitt ulike resultater med hensyn til bønns effekt på smerteintensitet, og peker på muligheten for at religiøs eller spirituell mestring ikke nødvendigvis endrer smerteintensiteten men muligvis heller øker toleransen for smerte.

Tabell 2

Forfatter, år	Antall deltagere	Karakteristikk deltakere	Instrumenter (smerte, religion / spiritualitet)	Formål med studien	Resultat
(Abraido-Lanza et al., 2004)	200	Gjennomsnittlig alder 56 år. 89,5 % kvinner. Deltakere med latinamerikansk bakgrunn	Coping Strategies Questionnaire, Vanderbilt Multidimensional Pain Coping Inventory, ulike ikke nærmere spesifiserte instrumenter	Studere om religiøs mestring er aktiv eller passiv	Religiøs mestring er aktiv og har effekt på psykisk velvære, men ikke på smerte. Religiøs mestring er mye brukt.
(Andersson, 2008)	118	Gjennomsnittlig alder 44,4 år. 64	Multidimensional Pain Inventory	Effekt av bønn på smerte	Mer bønn var korrelert med mer smerte

		% kvinner. Deltagere fra Sverige	(MPI), Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS), Coping Strategies Questionnaire (CSQ)		
(Baetz & Bowen, 2008)	37 000	Gjennomsni ttsalder 44 år. 58 % kvinner. Deltagere fra Canada	Enkeltstående spørsmål, samt utvalgte spørsmål fra ulike instrumenter	Studere om religiøsitet / spiritualitet (R/S) er assosiert med kronisk smerte eller utmattelse, og om R/S påvirker psykisk velvære og mestringsstrate gier	Kronisk smerte forekom mindre ofte blant religiøse personer, og oftere blant spirituelle. Personer med kronisk smerte ba oftere enn normalbefolkni ngen.
(Basinski, Stefaniak, Stadnyk, Sheikh, & Vingerhoets , 2013)	92	37 kvinner, i snitt 48 år. 55 menn, i snitt 50 år. Deltagere fra Polen	Enkeltstående spørsmål om tilknytning til kirke	Studere effekten av religiøs praksis på livskvalitet og smerte	Religiøsitet reduserte smerteintensitet
(Bediako et al., 2011)	95	Afro- amerikansk e deltagere med	Brief RCOPE	Studere sammenhenge n mellom religiøs	Positiv religiøs mestring førte til færre

		sigdcellesykdom, hvorav 59 % kvinner		mestring og antall sykehusinnleggelser	sykehusinnleggelser
Büssing, Michalsen, Balzat, Grunther, Ostermann, Neugebauer og Matthiessen (2009)	580	Deltagere fra Tyskland. Gjennomsnittsalder 53,8 år. 80 % kvinner.	SpREUK, SpREUK-P, AKU, BMLSS	Studere relevans av religiøsitet / spiritualitet som mestringsressurs for pasienter med kronisk smerte	Eldre kvinner, samt pasienter som betraktet seg selv som både religiøse og spirituelle, så religion / spiritualitet som mestringsressurs.
(Dezutter, Luyckx, Büssing, & Hutsebaut, 2009)	155	Deltagere fra Belgia, ulike underliggende sykdommer. Gjennomsnittsalder 51 år. 72 % kvinner	SWLS, MPQ-DLV. Egenutviklede spørreskjema om religiøsitet	Studere sammenhenger mellom religiøse holdninger og subjektiv velvære, samt smerteintensitet hos pasienter med kronisk smerte	Ingen sammenheng mellom religiøsitet og smerteintensitet
Dezutter, Wachholtz, Corveleyn og Rosmarin (2011)	202	Deltagere fra Belgia, gjennomsnittsalder 52 år, 71 % kvinner.	Enkeltstående spørsmål om bønn	Effekt av privat bønn på smerteopplevelse	Bønn var korrelert med smertetoleranse, men ikke med smerteintensitet. Bønn påvirket ikke smertetoleranse

					direkte, men via kognitiv re-evaluering.
(Dunn & Horgas, 2004)	200	Amerikanske deltagere, gjennomsnittsalder 76,4 år, 77 % kvinner, 79,5 % hvite	Modifiserte versjoner av CSQ og RPS	Kartlegging av religiøse og ikke-religiøse mestringsstrategier hos eldre pasienter	Kvinner bruker oftere enn menn religiøse mestringsstrategier. Religiøs mestring mer utbredt blant ikke-hvite
(Exline, Krause, & Broer, 2016)	80	Amerikanske deltagere, 82,5 % kvinner, 95 % hvite, gjennomsnittsalder 43,4 år	Utvalgte spørsmål fra tidligere utviklet instrument, samt "Attitudes toward God Scale-9"	Effekt av sinne og aktiv protest mot Gud på ulike aspekter ved smerte	Sinne mot Gud påvirket ikke smerteintensitet
(Ferreira-Valente, Damiao, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2020)	62	Portugisiske deltagere, gjennomsnittsalder 62,5 år, 63 % kvinner	Portugisiske versjoner av CSQ-14 og CPCI-16	Studere effekt av spiritualitet på smerte, funksjon og mestring	Svake og ikke signifikante sammenhenger mellom spiritualitet og smerte
(Ferreira-Valente et al., 2019)			Systematisk review. Tyve studier inkludert	Studere effekt av religiøsitet og spiritualitet på smerte, funksjon og mestring	Ikke sammenheng mellom religiøsitet / spiritualitet og smerteintensitet

(Glover-Graf et al., 2007)	95	Amerikanske deltagere, gjennomsnittsalder 50,5 år, 68,4 % kvinner, 71,6 % hvite	Instrument utviklet spesifikt for studien (SCPS)	Studere religiøse og spirituelle trosforestillinger og praksiser hos personer med kronisk smerte	Bønn som ressurs ble brukt av 61 % av deltagerne
(Nunes-Reis, Da Luz, de Deus, Martinez, & Conde, 2020)	100	Brasilianske kvinner, gjennomsnittsalder 37,8 år	Duke University Religion Index	Studere sammenheng mellom religiøsitet og mental helse / livskvalitet	Ingen sammenheng mellom religiøsitet og smerteintensitet
(Parenteau et al., 2011)	29	Amerikanske deltagere, gjennomsnittsalder 50,4 år, 83 % kvinner, 76 % hvite	RCOPE, Coping Strategies Questionnaire (CSQ)	Å undersøke sekulære mestringsstrategier som medierer sammenhengene mellom religiøse oppfatninger og smerte	Hverken positive eller negative religiøse holdninger påvirket smerteintensitet
(Rippentrop, 2005)			Litteraturstudie		Behov for mer forskning, behov for utvikling av gode instrumenter
(Rippentrop et al., 2005)	122	Amerikanske deltagere,	BMMRS	Undersøke forholdet	Ingen sammenheng

		gjennomsnittsalder 52,7 år, 55,7 % kvinner, 91,8 % hvite		mellom religiøsitet / spiritualitet og fysisk/mental helse	mellom religiøsitet / spiritualitet og smerteintensitet
(A. B. Wachholtz, M. J. Pearce, & H. Koenig, 2007)			Litteraturstudie	Undersøke hvordan religiøsitet / spiritualitet påvirker smerte	Ikke entydige resultater

Oppsummering resultater

Som nevnt i innledningen til resultatdelen av oppgaven er det for de inkluderte studiene høy grad av heterogenitet med hensyn til blant annet utvalgsstørrelse, pasientgruppe, instrumenter for å måle henholdsvis religiøs/spirituell mestring og kronisk smerte, samt operasjonelle definisjoner som har vært brukt. De ulike studiene bruker ulike definisjoner av religiøsitet og spiritualitet, og enkelte studier skiller heller ikke mellom disse to begrepene. Som det påpekes i det systematiske review'et (Ferreira-Valente et al., 2019) og de to litteraturstudiene (Rippentrop, 2005) (A. B. Wachholtz et al., 2007) er det et generelt behov både for begrepsavklaring og utvikling av standardiserte instrumenter. Religion og spiritualitet er mangefasetterte fenomener og sammenhengen med smerte er kompleks, noe som også kommer fram i de tilfellene der man studerer ulike pasientgrupper (A. B. Wachholtz et al., 2007). Et flertall av studiene fant at sammenhengene mellom religiøsitet og smerteintensitet enten var svake (Ferreira-Valente et al., 2020) eller ikke eksisterende (Abraido-Lanza et al., 2004) (Dezutter et al., 2009) (Dezutter, Wachholtz, & Corveleyn, 2011) (Ferreira-Valente et al., 2019) (Nunes-Reis et al., 2020) (Parenteau et al., 2011) (Rippentrop et al., 2005).

Få studier har som formål å undersøke religiøs mestring i en sekulær kontekst. De fleste studiene har også deltagere som definerer seg selv som ikke-religiøse, men ingen

studier gjør en direkte sammenligning mellom geografiske områder med ulik grad av sekularisering. Andersson tar for seg bruk av bønn i et mer sekularisert samfunn, men skilte ikke mellom ulike etniske grupper som kan ha et annet forhold til religion og spiritualitet enn majoritetsbefolkningen (Andersson, 2008). En studie som så på sammenhengen mellom religiøsitet og spiritualitet var Büssing et al. (Büssing et al., 2009) og som forfatterne påpeker bør man skille mellom spiritualitet *innenfor* en religion og spiritualitet som et *alternativ* til religion. Deres fokus var imidlertid i større grad hvorvidt religiøs og spirituell mestring i det hele tatt hadde relevans for pasienter med kronisk smerte, og i mindre grad hvilken effekt religiøs/spirituell mestring hadde som mestringsfaktor.

Diskusjon

Litteraturstudien oppsummert

Et overordnet mønster er at ulike forfattere forstår begrepene religiøsitet og spiritualitet på ulike måter, noe som igjen påvirker operasjonaliseringen av begreper. Det er heller ikke gitt at man opererer med et skille mellom religiøsitet og spiritualitet.

Det blir benyttet ulike instrumenter, og de ulike instrumentene varierer både i presisjon og omfang. Enkelte studier bruker kun ett enkeltstående spørsmål for å måle religiøsitet (Basinski et al., 2013) (Dezutter et al., 2011), mens andre bruker mer omfattende instrumenter (Parenteau et al., 2011). Dette gir utfordringer ved sammenligning av resultater fra ulike studier, da det i tillegg gjerne er snakk om ulike pasientgrupper.

Mye av forskningen er fra USA, der man finner et annet religiøst klima enn i eksempelvis Nord-Europa. Begreper som "Gud" og "en høyere makt" kan ha et annet meningsinnhold i mer sekulariserte samfunn, slik Andersson påpeker (Andersson, 2008). Med ett unntak (Nunes-Reis et al., 2020) er samtlige studier fra industrialiserte land, og i flere av studiene er det en stor overvekt av hvite deltagere (Dunn & Horgas, 2004) (Exline et al., 2016) (Glover-Graf et al., 2007) (Parenteau et al., 2011) (Rippentrop et al., 2005), med fra 71 % (Glover-Graf et al., 2007) til 95 % (Exline et al., 2016) hvite.

Ut fra de foreliggende studiene synes det vanskelig å si noe sikkert om forekomsten av religiøs og spirituell mestring i ulike kulturer med ulik grad av sekularisering.

Flere av studiene er basert på utvalg der langt de fleste deltagerne har samme religiøse tilhørighet og tilhører majoritetsreligionen i det aktuelle geografiske området.

Et annet moment er at gjennomsnittsalderen er relativt høy i mange av studiene, noe som imidlertid også kan skyldes at kronisk smerte forekommer oftere hos eldre enn hos yngre personer.

Det er også en overvekt av kvinner i mange av studiene, i enkelte tilfeller så mye som 89,5 % (Abraido-Lanza et al., 2004). Kvinner bruker oftere enn menn religiøse mestringsstrategier (Dunn & Horgas, 2004), noe som kan føre til at man ikke uten videre kan overføre resultater fra studiene til også å gjelde menn.

Styrker og svakheter ved studien

Enkelte studier fra en ikke-vestlig kontekst ble vurdert, men ekskludert grunnet språklige tvetydigheter og uklarheter. Dette reduserer kunnskapstilfanget om religiøs og spirituell mestring innenfor andre tradisjoner enn den jødisk-kristne.

En styrke ved denne studien er at den gir en oversikt over hva som er status innen feltet per dags dato og at den viser behovet for standardisering av definisjoner, operasjonaliseringer og instrumenter.

Konklusjon

Religiøs og spirituell mestring er en ressurs, men hovedsaklig for de som allerede har en religiøs eller spirituell overbevisning. Religiøs og spirituell mestring påvirker tilsynelatende ikke smerteintensitet, men er likevel av stor betydning for psykisk velvære.

Det er behov for felles definisjoner av grunnleggende begreper som "religiøsitet" og "spiritualitet" og likeledes et behov for standardisering av instrumenter som brukes for å måle religiøsitet og spiritualitet.

Mye av forskningen er utført i vestlige samfunn, spesielt USA, og det er ønskelig å utvide det geografiske nedslagsfeltet for forskningen. Dette for å få et mer nyansert bilde av religiøs og spirituell mestring, slik at man kan få en bedre forståelse av forskjeller og likheter i religiøs mestring mellom ulike etniske og sosiale grupper, ulike trostradisjoner og ulike pasientgrupper. Ikke minst vil det være ønskelig å se nærmere på hvordan religiøs og spirituell mestring utspiller seg i mer sekulariserte samfunn.

Referanser

- Abraido-Lanza, A. F., Vasquez, E., & Echeverria, S. E. (2004). En las Manos de Dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 91-102. doi:10.1037/0022-006x.72.1.91
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development : an integrative perspective* (2nd ed. ed.). New York: Guilford Press.
- Altmeyer, S., Klein, C., Keller, B., Silver, C. F., Hood, R. W., & Streib, H. (2015). Subjective Definitions of Spirituality and Religion: An Exploratory Study in Germany and the US. *International Journal of Corpus Linguistics, 20*(4), 526-552. doi:10.1075/ijcl.20.4.05alt
- Andersson, G. (2008). Chronic pain and praying to a higher power: Useful or useless? *Journal of Religion & Health, 47*(2), 176-187. doi:10.1007/s10943-007-9148-8
- Baetz, M., & Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Research & Management, 13*(5), 383-388. doi:10.1155/2008/263751
- Ballantyne, J. C., Cousins, M. J., Giamberardino, M. A., Jamison, R. N., McGrath, P. A., Rajagopal, M. R., Smith, M. T., Sommer, C. & Wittink, H. M. (2012). Interdisciplinary chronic pain management: International perspectives. [Pain Clinical Updates](#), 20(7), 1–5.
- Basinski, A., Stefaniak, T., Stadnyk, M., Sheikh, A., & Vingerhoets, A. (2013). Influence of Religiosity on the Quality of Life and on Pain Intensity in Chronic Pancreatitis Patients After Neurolytic Celiac Plexus Block: Case-Controlled Study. *Journal of Religion & Health, 52*(1), 276-284. doi:10.1007/s10943-011-9454-z
- Bediako, S. M., Lattimer, L., Haywood, C., Ratanawongsa, N., Lanzkron, S., & Beach, M. C. (2011). Religious coping and hospital admissions among adults with sickle cell disease. *Journal of Behavioral Medicine, 34*(2), 120-127. doi:10.1007/s10865-010-9290-8
- Berger, P. L., Fokas, E., & Davie, G. (2008). *Religious America, secular Europe? : a theme and variations*. Aldershot: Ashgate.

- Büssing, A., Janko, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., & Kopf, A. (2013). Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Medicine*, *14*(9), 1362-1373. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/pme.12198>
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grunther, R. A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., & Matthiessen, P. F. (2009). Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? *Pain Medicine*, *10*(2), 327-339. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A. M., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC public health*, *10*, 10. doi:10.1186/1471-2458-10-507
- Danbolt, L.J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i en nordisk kontekst. I Danbolt, L.J., Engedal, L.G., Stifoss-Hansen, H., Hestad, K. & Lien, L. (red.), *Religionspsykologi* (s. 71-83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Oslo: Den Norske Legeforening.
- Dezutter, J., Luyckx, K., Büssing, A., & Hutsebaut, D. (2009). Exploring the Link between Religious Attitudes and Subjective Well-Being in Chronic Pain Patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *39*(4), 393-404.
- Dezutter, J., Wachholtz, A., & Corveleyn, J. (2011). Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *Journal of Behavioral Medicine*, *34*(6), 542-549.
- Dunn, K. S., & Horgas, A. L. (2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *5*(1), 19-28.
- Everly, J. G. S., & Lating, J. M. (2019). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*(4th ed. 2019. ed.).

- Exline, J. J., Krause, S. J., & Broer, K. A. (2016). Spiritual Struggle Among Patients Seeking Treatment for Chronic Headaches: Anger and Protest Behaviors Toward God. *Journal of Religion and Health, 55*(5), 1729-1747. doi:10.1007/s10943-016-0259-y
- Ferreira-Valente, A., Damiao, C., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2020). The Role of Spirituality in Pain, Function, and Coping in Individuals with Chronic Pain. *Pain Medicine, 21*(3), 448-457. doi:10.1093/pm/pnz092
- Ferreira-Valente, A., Sharma, S., Torres, S., Smothers, Z., Pais-Ribeiro, J., Abbott, J. H., & Jensen, M. P. (2019). Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *Journal of religion and health, 2019*. doi:10.1007/s10943-019-00914-7
- Fine, P. G. (2011). Long-Term Consequences of Chronic Pain: Mounting Evidence for Pain as a Neurological Disease and Parallels with Other Chronic Disease States. *Pain Med, 12*(7), 996-1004. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x
- Finset Arnstein, & Ørnes Knut. (2017). Empathy in the Clinician–Patient Relationship. *Journal of Patient Experience, 4*(2), 64-68.
- Francis, B., Gill, J. S., Yit Han, N., Petrus, C. F., Azhar, F. L., Ahmad Sabki, Z., . . . Sulaiman, A. H. (2019). Religious Coping, Religiosity, Depression and Anxiety among Medical Students in a Multi-Religious Setting. *Int J Environ Res Public Health, 16*(2), 259. doi:10.3390/ijerph16020259
- Gagnon, C. M., Matsuura, J. T., Smith, C. C., & Stanos, S. P. (2014). Ethnicity and interdisciplinary pain treatment. *Pain Practice, 14*(6), 532-540. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/papr.12102>
- Gilhus, I., & Mikaelsson, L. (2007). *Hva er religion* (Vol. 18, Hva er). Oslo: Universitetsforlaget

- Glover-Graf, N. M., Marini, I., Baker, J., & Buck, T. (2007). Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(1), 21-33. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/00343552070510010501>
- Groth, B. & Kværne, P. (2020). *Religion i Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 27. september 2020 fra <https://snl.no/religion>
- Hill, P. C., Pargament, K., II, Hood, R. W., McCullough, J. M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the theory of social behaviour*, 30(1), 51-77. doi:10.1111/1468-5914.00119
- Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R. (2012). *Psychology. The Science of mind and behaviour. (Second Edition)*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Idler, E. (2015). Religion and Health: Sociological Considerations. In (Vol. 20, pp. 269-272).
- Jensen, M. P. (2011). Psychosocial approaches to pain management: an organizational framework. *Pain*, 152(4), 717-725. doi:10.1016/j.pain.2010.09.002
- Journal Citation Report (2020). *JCR Impact Factor list 2019*. Hentet 20. september 2020 fra <https://impactfactorforjournal.com/journal-impact-factor-list-2019/>
- Kallistos. (2000). *Den ortodoxa kyrkan*. Skellefteå: Artos.
- Kraft, S.-E. (2011). *Hva er nyreligiøsitet* (Vol. 43). Oslo: Universitetsforl.
- Krause, N. (2010). Assessing coping responses within specific faith traditions: suffering in silence, stress, and depressive symptoms among older Catholics. *Ment Health Relig Cult*, 13(5), 513-529. doi:10.1080/13674670903433686

- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C., & Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: Validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*, *153*(7), 1368-1373. doi:10.1016/j.pain.2012.02.004
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leonard, I. P., & Carmi, S. (1978). The Structure of Coping. *J Health Soc Behav*, *19*(1), 2-21. doi:10.2307/2136319
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Soc Sci Med*, *38*(11), 1475-1482. doi:10.1016/0277-9536(94)90109-0
- Lysne, C. J. & Wachholtz, A. (2010). Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions (Basel, Switzerland)*, *2*(1), 1-16.
- Linda Juel, A., Sören, M., Karen, A.-R., Astrid Roll, V., Rune, L.-J., & Niels Christian, H. (2017). Religiousness and health in Europe. *Eur J Epidemiol*, *32*(10), 921-929. doi:10.1007/s10654-017-0296-1
- Michèle, M. S., Allen, M. O., & Janice, R. A. (2008). How Do "Religion" and "Spirituality" Differ? Lay Definitions among Older Adults. *Journal for the scientific study of religion*, *47*(3), 411-425. doi:10.1111/j.1468-5906.2008.00418.x
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, *12*(5), 327-332. doi:10.1007/s11916-008-0055-9
- Nikodemus, Makarios, Palmer, G. E. H., Sherrard, P., & Kallistos. (1979). *The Philokalia : the complete text ; compiled by St Nikodimos of the Holy Mountain and St Makarios of Corinth : 1* (Vol. 1). London: Faber.
- Nielsen, C., Steingrímisdóttir, Ó., Handal, M. & Skurtveit, S. (2018). Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 8. oktober 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/?term=&h=1>

- Nunes-Reis, A. R., Da Luz, R. A., de Deus, J. M., Martinez, E. Z., & Conde, D. M. (2020). Association of religiosity with mental health and quality of life in women with chronic pelvic pain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 55(6), 408-420. doi:10.1177/0091217420906979
- Parenteau, S. C., Hamilton, N. A., Wu, W., Latinis, K., Waxenberg, L. B., & Brinkmeyer, M. Y. (2011). The Mediating Role of Secular Coping Strategies in the Relationship Between Religious Appraisals and Adjustment to Chronic Pain: The Middle Road to Damascus. *Social Indicators Research*, 104(3), 407-425. doi:10.1007/s11205-010-9751-z
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions (Basel, Switzerland)*, 2(1), 51-76. doi:10.3390/rel2010051
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping : theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*, 56(4), 519-543. doi:10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1
- Peres, M. F. P., & Lucchetti, G. (2010). Coping Strategies in Chronic Pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5), 331-338. doi:10.1007/s11916-010-0137-3
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Refsdal, K (2012). *Metodistkirken: Brobyggerkirken*. Hentet 27. september 2020 fra <https://www.metodistkirken.no/hoved/om/brobyggerkirken>

- Reme, S.E. & Jacobsen, H.B. (2017). Psykososiale risikofaktorer ved smerte: "Fra vondt til verre!". I Stiles, T., & Fors, E. (red.). *Smertepsykologi* (s. 59-77). Oslo: Universitetsforlaget
- Rippentrop, A. (2005). A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 278-284.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.278>
- Rippentrop, A., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008>
- Romarheim, A., Ystenes, M. & Winje, G. (2018). *New Age* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 27. september 2020 fra https://snl.no/New_Age
- Schjødt, B. (2017). Smertepsykologiens historikk. I Stiles, T., & Fors, E. (red.). *Smertepsykologi* (s. 29-30). Oslo: Universitetsforlaget
- Stø, A. (2007) *Metodistkirken som brobyggerkirke. En historisk gjennomgang av Metodistkirkens rolle og selvforståelse i det felleskirkelige samarbeid i Norge* (Masteravhandling). Det Teologiske Menighetsfakultet, Oslo.
- Torbjørnsen, T., & Det Teologiske, m. (2011). *"Gud hjelpe meg!" : religiøs mestring hos pasienter med Hodgkins sykdom : en empirisk, religionspsykologisk studie*. Det teologiske menighetsfakultet, Oslo.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27.
doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1-4. doi:10.1016/j.pain.2008.07.022

- Villano, C. L., Rosenblum, A., Magura, S., Fong, C., Cleland, C., & Betzler, T. F. (2007). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *J Rehabil Res Dev*, *44*(2), 167-178. doi:10.1682/jrrd.2006.05.0052
- Wachholtz, A. B., & Pearce, M. J. (2009). Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports*, *13*(2), 127-132. doi:10.1007/s11916-009-0022-0
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*(4), 311-318. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9114-7>
- Ware, K. (2003). *Den ortodoxa kyrkan*. Skellefteå: Artos.