

TRO OG EKSISTENTIET VELBEFINDENDE BLANDT KRÆFTPATIENTER

Christina G. Pedersen, Heidi Frølund Pedersen & Bobby Zachariae

En kræftdiagnose vil som regel have negativ indvirkning på patienters psykologiske og sociale velbefindende. Religiøsitet eller spiritualitet kan tænkes at være en måde, kræftsygdommen søges håndteret på, og eksistentielt velbefindende er blevet positivt forbundet med psykologisk, socialt og fysisk velbefindende samt med oplevelsen af global livskvalitet. Undersøgelser peger på, at der forekommer religiøse og spirituelle behov både blandt kræftpatienter internationalt og i Danmark, der ikke imødekommes. Selvom resultater af nogle undersøgelser kunne indikere, at religiøsitet/spiritualitet kan have indflydelse på fysiologiske processer af betydning for kræft, er det fortsat uafklaret, om religiøse/spirituelle faktorer har indflydelse på overlevelse og/eller kræftsygdomsforløb. Der er brug for yderligere undersøgelser for at afklare, på hvilken måde religiøs/spirituel mestring kan have gavnlig indvirkning for kræftpatienter ikke mindst i et sekulært samfund som det danske.

Tro og eksistentielt velbefindende i onkologien

Ifølge sundhedsstyrelsen udgør kræft 26,8% af alle dødsfald i Danmark, og er således den hyppigste dødsårsag i Danmark. I alt 215.767 danskere levede således pr. 31. december 2001 med en kræftdiagnose, hvilket svarer til 4,0% af den danske befolkning. Ved udgangen af 2003 var dette antal steget til 229.535 personer svarende til 4,3% (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Patienter med fremskreden kræftsygdom oplever i gennemsnit 4-5 generende symptomer (Walsh, Rybicki, Nelson & Donnelly, 2002), hvor kvalme, åndenød og smerte hører til blandt de hyppigste (Potter, Hami, Bryan & et al., 2003). Nogle af de mest almindelige psykosociale problemer, som patienter i symptomlindrende (palliativ) behandling oplever er bl.a.: tab af kontrol over sygdomsforløbet, angst og frustration i forhold til det at skulle acceptere uforudsigeligheden, depression, afhængighed af andre, ikke at kunne klare de daglige gøremål, og det at skulle acceptere kræftsygdommen (Osse,

Christina G. Pedersen, cand. psych. ph.d.-studerende.

Heidi Frølund Pedersen, Ba. ph.d.-studerende.

Bobby Zachariae, professor, dr.med.

Psykoonkologisk Forskningsenhed, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus.

Vernooij-Dassen, Schade & Grol, 2005). Ud over de helbredsmæssige risici og konsekvenser så kan kræftdiagnose, kræftsygdom og kræftbehandling således have alvorlig indvirkning på patienters psykologiske og sociale velbefindende. Afhængigt af den enkelte psykiske lidelse og kræfttype så tyder internationale undersøgelser på, at omkring 30%-35% af alle kræftpatienter lider af angst og/eller depression i et betydeligt omfang (Trask, 2004).

I de senere år har der desuden været øget interesse for betydningen af religiøse eller spirituelle forhold blandt kræftpatienter (Stefanek, McDonald & Hess, 2005). En søgning på PubMed på søgeordene »spirituality« og »cancer« eller »religiosity« og »cancer« for tidsrummet frem til og med 1999 resulterede i hhv. 40 (spirituality og cancer) og 12 (religiosity og cancer) artikler. For perioden 2000-2007 finder man derimod hhv. 345 og 36 artikler med anvendelse af de samme søgeord. Der er synes således at være tale om en markant stigning i forskningsaktiviteten på området. Den foreliggende litteratur har især fokuseret på følgende spørgsmål:

1. I hvilket omfang gør religiøse, spirituelle eller eksistentielle behov sig gældende blandt kræftpatienter?
2. Har eksistentielt velbefindende betydning for kræftpatienters oplevede livskvalitet?
3. Spiller religiøsitet/spiritualitet en rolle for måden, hvorpå kræftpatienter håndterer deres sygdomsforløb?
4. Har religiøsitet/spiritualitet betydning for forløbet af kræftsygdomme?

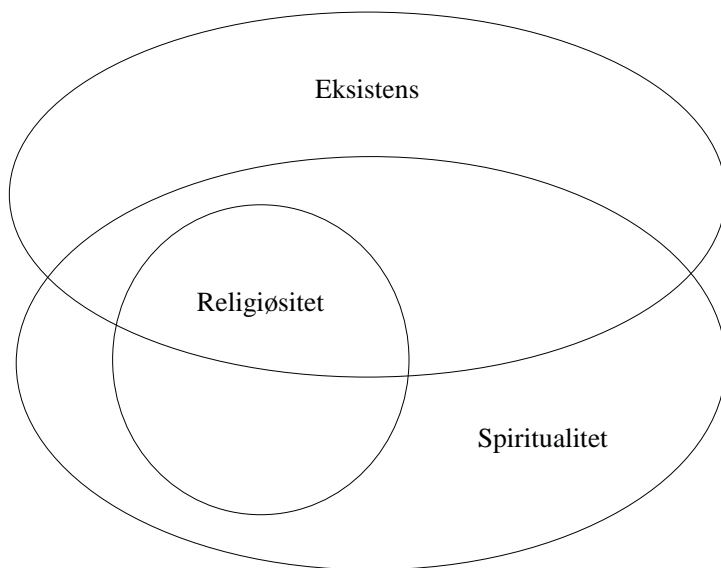
Udvalgt empiri inden for disse centrale temaer vil blive præsenteret i det følgende med henblik på at diskutere nogle af de teoretiske og metodiske problemstillinger, som præger dette forskningsfelt. Idet et egentligt systematisk review falder uden for denne artikels rammer, er der ikke anvendt systematiske inklusions- og eksklusionskriterier for den anvendte empiri, og de refererede undersøgelser er udvalgt med henblik på at belyse og illustrere de aktuelle problemstillinger.

Religiøsitet og spiritualitet

Der synes at herske generel enighed om, at *religiøsitet* og *spiritualitet* er flerdimensionelle og delvist overlappende begreber (Paloutzian & Kirkpatrick, 1995). Begge antages således at involvere kognition, emotioner og adfærd, der relaterer sig til den enkeltes søgen efter »det hellige« (Eng: »the sacred«) (Egbert, Mickley & Coeling, 2004). Hvor religiøsitet i traditionel forstand kan forstås som et struktureret trossystem forbundet med specifikke ritualer eller praksisformer i forholdet til det »guddommelige« eller hellige, kan spiritualitet betragtes som værende baseret på den enkeltes subjektive overbevisning og erfaring i forhold til det guddommelige eller hellige. Begge

fænomener anses for at være knyttet til individets »eksistentielle behov«, som omfatter behov for at »finde mening, fred og formål med sin væren i livet« (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002). Eksistentielt velbefindende (Eng: »spiritual well-being«) defineres generelt som et universelt fænomen, der antages at kunne forekomme både i og uden for traditionelle trossystemer. Den subjektive oplevelse eksistentielt velbefindende er eksempelvis blevet operationaliseret som oplevelsen af, i hvor høj grad personen »føler en mening med livet«, »føler fred i sindet«, »finder trøst i min tro eller i mine åndelige overbevisninger« eller »har grund til at leve« (Peterman et al., 2002). Forholdet imellem de religiøse, spirituelle og eksistentielle dimensioner er illustreret i Figur 1.

Figur 1: Forholdet mellem de religiøse, spirituelle og eksistentielle dimensioner



Eksistentielle behov

Nyere undersøgelser bekræfter, at overvejelser og bekymringer af religiøs, spirituel og eksistentiel art gør sig gældende blandt kræftpatienter. I en større tværnsnitsundersøgelse af kræftpatienter fandt man således, at patienterne udtrykte et betydeligt ønske om støtte til at overvinde frygt, finde håb, mening og eksistentielle ressourcer, samt behov for at tale med omkring det at finde fred, meningen med livet, døden og dødsprocessen (Moadel et al., 1999). Døende kræft- og hjertepatienter har i en kvalitativ undersøgelse ligeledes givet udtryk for at opleve behov for at finde mening, fred, formål

og værdi – behov, som var uafhængige af patienternes religiøse baggrund (Murray, Kendall, Boyd, Worth & Benton, 2004). Selvom størstedelen af undersøgelser på området er foretaget i U.S.A., foreligger der også enkelte danske undersøgelser. Således blev danske kræftpatienter i en nyere spørgekemaundersøgelse bl.a. spurgt, om de havde savnet nogen form for rådgivning, støtte eller hjælp til åndelige, spirituelle eller religiøse overvejelser (Grønvold, Pedersen, Jensen, Faber & Johnsen, 2006). Af de kun 17%, der responderede på dette spørgsmål, svarede 13%, at de ikke fandt den aktuelle støtte optimal, og yderligere 18% svarede, at dette var et problem for dem. Omkring 1/3 af de danske patienter, der svarede på spørgsmålet, gav således udtryk for at opleve eksistentielle eller religiøse behov, der ikke blev imødekommet. Behov for støtte var størst blandt arbejdsløse og blandt patienter med hoved-hals-, mave-tarm- og lungekræft. Selvom den danske undersøgelse ikke umiddelbart er direkte sammenlignelig med udenlandske resultater, så synes eksistentielle behov altså at forekomme i mindre grad blandt danske kræftpatienter, sammenlignet med at 25-51% af udenlandske patienter har angivet at opleve spirituelle eller eksistentielle behov (Moadel et al., 1999). Det kan imidlertid diskuteres, om måling af eksistentielle behov i et sekulært samfund som det danske ikke bør operationaliseres mere detaljeret, således at der spørges selvstændigt til såvel eksistentielle eller »åndelige« behov som til de mere religionsspecifikke behov. Den lave svarprocent i den danske undersøgelse kan måske tænkes at skyldes denne sammenblanding af begreber.

Det blevet foreslået, at eksistentielle behov kan have en betydning i forbindelse med brug af såkaldte komplementære og alternative behandlingsmetoder (KAB), hvor disse skal forstås som »ikke-konventionel diagnose, behandling og/eller forebyggelse, der erstatter eller supplerer konventionel medicinsk behandling« (Ernst, Resch & Mills, 1995). Eksempler på KAB er behandlinger som akupunktur, zoneterapi, kosttilskud eller healing (Hawks & Moyad, 2003). Forbruget af KAB blandt kræftpatienter har igennem de senere år været stigende både internationalt og i Danmark (Ekholm et al., 2006). I en nyere landsdækkende undersøgelse af forbrug af KAB blandt 3400 danske brystkræftpatienter angav 41,4% at have anvendt KAB i løbet af de første 12-16 uger efter brystoperation (Pedersen, Christensen, Zachariae & Jensen, 2006). Forbruget synes endvidere at stige med længere sygdomsvarighed (Risberg, Wist & Bremnes, 1998; Risberg, Lund, Wist, Kaasa & Wilsgaard, 1998). Ved såkaldt palliative sygdomsforløb (sygdomsforløb uden chance for helbredelse, hvor behandlingens formål primært er lindrende) er det således mere end halvdelen af patienterne, der angiver at benytte en eller anden form for KAB (Vickers & Cassileth, 2001). Ønsket om at finde håb og øget livsmod synes at være centrale motivationsfaktorer i forbindelse med brug af KAB (Damkier, 2000; Swisher et al., 2002), og for nogle patienter synes KAB at imødekomme et særligt eksistentielt behov for en mere »helhedsorienteret« eller »holistisk« tilgang (Brendstrup & Launsø,

1995; Lerner, 1994). Håb skal her forstås i bred forstand, og der kan således være tale om håb om helbredelse, om at kunne gennemføre behandlingen, om at kunne forlænge livet og håb om færre symptomer eller bivirkninger ved behandlingen (Damkier, 2000). Der mangler dog fortsat viden om, i hvilket omfang eksistentielle behov udgør en motivationsfaktor og indgår i beslutningsprocessen i forbindelse med brug af KAB.

Da der endnu ikke foreligger prospektive forløbsundersøgelser af eksistentielle behov, er det endnu uklart, i hvor høj grad sådanne behov forandrer sig over tid, herunder om de gør sig særligt gældende i bestemte faser af sygdomsforløbet. Enkelte kvalitative undersøgelser kunne dog tyde på, at behovet for støtte er størst i tiden lige efter diagnosen, når døden erkendes som uundgåelig, samt i perioden op til dødstidspunktet (Murray et al., 2004). Selvom eksistentielle behov altså synes at forekomme i et vist omfang (Grønvold et al., 2006), er der behov for mere detaljerede undersøgelser af, i hvor høj grad hhv. religiøse, spirituelle og eksistentielle behov gør sig gældende blandt danske kræftpatienter, sammenlignet med f.eks. amerikanske patienter.

Helbredsrelateret livskvalitet

I takt med at behandlingsperspektivet i sundhedsvæsenet i de senere år har ændret sig fra at være overvejende biomedicinsk og symptom- og sygdomsfokuseret til i højere grad at tage alle patientbehov, herunder også psykologiske og sociale, i betragtning, øges opmærksomheden på patienters oplevede livskvalitet (Osaba, 1999). Livskvalitet betragtes i dag som det primære effektmål for patienter i palliative kræftsygdomsforløb, og livskvalitet indgår endvidere i stigende grad som effektmål ved kliniske forsøg. Der foreligger konsensus om, at helbredsrelateret livskvalitet er et flerdimensionalt begreb, der omfatter fysisk, socialt og følelsesmæssigt velbefindende (Mytko & Knight, 1999). Enkelte undersøgelser har desuden antydnet, at kræftpatienters oplevelse af livskvalitet, deres generelle tilfredshed med livet og selvrapporterede helbredsstatus er forbundet med længere overlevelse (Zachariae, 2001; Bovbjerg, Valdimarsdottier & Zachariae, 1999; Coates, Porzolt & Osoba, 1997). Undersøgelser af psykosociale interventioner med henblik på at forbedre kræftpatienters livskvalitet peger desuden på, at længere overlevelse hænger sammen med observeret bedring i det psykologiske og sociale velbefindende (Kuchler et al., 1999; Fawzy et al., 1993; Spiegel, Kraemer, Bloom & Gottheil, 1989). Samtidig viser en forløbsundersøgelse af patienter med alvorlig kræftsygdom, at det oplevede mentale og følelsesmæssige engagement har betydning for, om psykologiske selvhjælpsaktiviteter kan indvirke på og forlænge overlevelse (Cunningham, 2000). Det skal dog understreges, at resultaterne af de foreliggende undersøgelser er modstridende, og det må endnu betragtes

uafklaret, hvorvidt psykosociale parametre indvirker på overlevelse blandt kræftpatienter (Stephen, Rahn, Verhoef & Leis, 2007). Såfremt det viser sig, at livskvalitet har betydning for overlevelsen, kan denne sammenhæng tænkes at være medieret enten indirekte via sygdomsadfærd og complians, eller gennem psykologiske og sociale faktorer direkte indvirkning på immun- og hormonsystemet (Zachariae, 2004; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1999; Bovbjerg et al., 1999).

Eksistentielt velbefindende og livskvalitet

Den mulige betydning af religiøse og eksistentielle faktorer for kræftpatienters livskvalitet og overlevelse har gennem de senere år været genstand for stigende offentlig og akademisk interesse. En række undersøgelser har peget på, at det eksistentielle velbefindende kan betragtes som en selvstændig faktor, der kan have betydning for de øvrige aspekter ved livskvalitet, herunder fysisk, følelsesmæssigt og socialt velbefindende samt for den globale oplevelse af livskvalitet, uafhængigt af den følelsesmæssige tilstand (WHOQOL SRPB Group, 2005; Mytko et al., 1999). Undersøgelser har således fundet, at kræftpatienters oplevelse af eksistentielt velbefindende er forbundet med øget psykologisk og socialt velbefindende, herunder bedre humør, mindre angst og depression samt øget tilfredshed med deres sociale netværk (Mytko et al., 1999). Eksistentielt velbefindende er endvidere blevet forbundet med bedre generel fysisk funktion, men ikke med specifikke fysiske symptomer. Mens frekvensen af symptomer som smerter og træthed fremstår som uændret hos patienter med høj grad af eksistentielt velbefindende, opleves intensiteten af sådanne symptomer som lavere sammenlignet med patienter med lav grad af eksistentielt velbefindende (Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999). Endeligt har man i en undersøgelse af HIV- og kræftpatienter observeret, at eksistentielt velbefindende havde væsentlig betydning for den samlede oplevelse af livskvalitet, også efter at der var taget højde for fysisk, følelsesmæssig og social velbefindende (Brady et al., 1999). Det skal dog bemærkes, at der på baggrund af de foreliggende tværnsnitsundersøgelser ikke kan udledes noget om de kausale sammenhænge. For at kunne afklare, om eksistentielt velbefindende har betydning for kræftpatienters psykologiske, sociale og fysiske velbefindende, er der behov for prospektive forløbsundersøgelser, hvor der bl.a. tages højde for kræfttype, sygdomsstadie og sociale og demografiske forhold.

Religiøsitet/spiritualitet som mestringsstrategi

En måde, hvorpå religiøse, spirituelle eller eksistentielle faktorer kan tænkes at indvirke på kræftpatienters velbefindende, er som mestringsstrategi

– i den internationale litteratur benævnt som »religious or spiritual coping« (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998). Religiøs/spirituel mestring henviser til kognitive og adfærdsmæssige strategier, igennem hvilke patienten søger at inddrage sin religiøse og/eller spirituelle overbevisning og praksis i tilpasningen til sin sygdomssituation. Religiøs/spirituel mestring er således et bredt begreb, som dækker alt fra det at gå i kirke, synagoge eller lignende, bede en bøn, opleve social støtte fra et trosfællesskab, kognitiv omfortolkning (Eng: reframing), brug af meditation osv. De mange måder, hvorpå religion og spiritualitet kan tænkes at blive anvendt i patientens mestring er en operationel udfordring, og feltet er præget af divergerende og oftest usammenlignelige resultater, bl.a. fordi mange forskellige måleinstrumenter har været anvendt. Samtidig er det endnu uklart, om religiøse og spirituelle mestringsstrategier bidrager unikt til copingprocessen og dermed adskiller sig fra andre »sekulære« mestringsstrategier, eller om religiøse og spirituelle mestringsstrategier er medierede af andre mestringsstrategier (Tix & Frazier, 1998; Zwiggmann et al. 2006).

Med ovennævnte problematikker i tankerne har undersøgelser af betydningen af religiøs/spirituel mestring for livskvalitet da også påvist såvel positive (Tarakeshwar et al., 2006) som negative (Hills et al., 2005) effekter. I et nyere review af litteraturen har man således fundet, at kun 7 af i alt 17 undersøgelser af religiøse/spirituelle mestringsstrategier hos kræftpatienter havde dokumenteret en positiv sammenhæng imellem patienternes religiøse tro, praksis og/eller eksistentielle velbefindende og deres psykologiske og sociale tilpasning til behandlings- og sygdomsforløbet (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006). Andre 7 undersøgelser kunne derimod ikke påvise nogen sammenhæng, mens man i de sidste 3 undersøgelser havde fundet, at brug af religiøse/spirituelle mestringsstrategier var forbundet med ringere social trivsel og flere negative følelser i form af angst og depression. Forfatterne fremhævede eksempelvis en undersøgelse, der viste, at mens støtte fra en præst havde positiv betydning for patienter af evangelisk-luthersk observans, var denne form for støtte forbundet med negative følelser for katolske patienter.

De hidtidige undersøgelser peger således på, at religiøsitet eller spirituel overbevisning kan optræde både som en byrde og som en ressource for patienterne, og det vil være relevant at skelne mellem henholdsvis positive og negative religiøse/spirituelle mestringsstrategier. En metaanalyse baseret på 49 studier af religiøs mestring blandt forskellige patientgrupper (Ano & Vasconcelles, 2005) fandt, at positive mestringsstrategier, som aktiv op-søgning af social og spirituel støtte samt positive omfortolkningsstrategier, var moderat relateret til positive psykiske tilstande som positiv affekt, mens negative religiøse mestringsstrategier, eksempelvis undgåelses- og negative omfortolkningsstrategier, var forbundet med øget depression og stress. Resultaterne er dog ikke entydige. F.eks. har religiøs tvivl, der traditionelt tolkes som negativ mestring, vist sig på længere sigt at kunne føre til positiv

omfortolkning og personlig udvikling for patienten; ofte omtalt som stressrelateret vækst (Eng: »post-traumatic growth«)(ibid.). Dette fænomen kan bl.a. tænkes at hænge sammen med såkaldt »benefit-finding«, dvs. evnen til at finde fordele ved sin kræftsygdom, bl.a. i forhold til positive ændringer i generel livsopfattelse og i forholdet til andre mennesker (Pedersen, 2004).

Religionspsykologiske forklaringsmodeller

Da de fleste undersøgelser af religiøsitet/spiritualitet som mestringsstrategi har anvendt tværsnitsdesign, kan de foreliggende undersøgelser ikke sige noget endeligt om kausalitet. Man kan heller ikke udpege, under hvilke omstændigheder religiøs/spirituel mestring har hhv. gavnlig, skadelig eller ingen indvirkning på kræftpatienters håndtering af sygdomsforløb og behandling. Teoretisk kan der indtil videre kun gisnes om, hvilke mekanismer der ligger til grund for hhv. positiv eller negativ religiøs/spirituel mestring. Tilknytningsforskere foreslår, at den troendes »gudsrelation« kan betragtes som ethvert andet tilknytningsforhold, og at gudsrelationen synes meget lig den relation, personen har haft til de tidligste omsorgspersoner (Kirkpatrick, 2005). Kvaliteten af den tidligste tilknytning synes således at kunne have betydning for, om en senere gudsrelation opfattes som en trøst og ressource eller som kilde til angst og frygt, f.eks. i form af en vred og dømmende gud. Sammenholdt med en selvobjektteoretisk tænkning vil patientens selvfølelse og forhold til det hellige eller guddommelige være under indflydelse af tidligere internaliserede selvobjekter (Tønnesvang, 2005). Den idealisering og samhørighed, som den enkelte patient kan opleve i forholdet til det guddommelige eller hellige, vil således kunne tænkes at udtrykke sig i patientens motivation og indstilling i relation til sig selv og andre, samt i måden hvorpå tilværelsen generelt håndteres. Begge teoretiske vinkler er imidlertid almenpsykologiske, og særlige forhold kan tænkes at gøre sig gældende for kritisk syge mennesker. Desuden er det spørgsmålet, om ikke denne teoretiske tænkning forudsætter, at den troende har en personlig relation til en guddommelig dimension, hvorfor denne forklaringsmodel kun omfatter en del af den religiøse og spirituelle fænomenologi.

Andre har forsøgt at forklare de forskelligartede sammenhænge mellem religiøs/spirituel mestring og livskvalitet med forskellige former for religiøsitet (Dezutter, Soenens og Hutsebaut, 2005). En stor del af den religionspsykologiske forskning har været præget af Gordon Allports terminologi om moden og umoden religiøsitet, ofte omtalt som hhv. »intrinsic« og »extrinsic« religiøsitet (Allport & Ross, 1967), og disse begreber anvendes ofte til at sondre mellem mere eller mindre gavnlig religiøsitet. Også David Wulffs (1997) terminologi omkring bogstavelig vs. symbolsk religionsforståelse og den inkluderede grad af transcendens i personens religiøse overbevisning har i de senere år bidraget til at belyse betydningen af den re-

ligiøse attitude for mental udvikling og sundhed. Det antages her, at en mere symbolsk religionsforståelse samt inklusionen af noget transcendent er en mere udviklet og gavnlig religiøs attitude, der kan fungere som ressource og udviklingsmulighed for personen. Den mere ortodokse og bogstavelige religionsforståelse antages derimod i højere grad at være relateret til negative følelser som depression. Man kan imidlertid ikke klart skelne de forskellige religiøse attituder fra hinanden, ligesom det endnu er uvist, hvordan faktorer som personlighed samt kognitiv og emotionel udvikling kan indtænkes i en forklaringsmodel. Der er dog generelt enighed om, at det ikke er alle former for religiøs tro, der rummer et hensigtsmæssigt tilpasningspotentiale (Pargament, 1997).

Religiøsitet/spiritualitet og kræftsygdomsforløb

Imens interessen for tro og helbred generelt er voksende, har der kun været begrænset fokus på betydningen af religiøse/spirituelle faktorer i forbindelse med forløbet af kræftsygdomme (Stefanek et al., 2005). Der foreligger imidlertid enkelte undersøgelser, som kunne tyde på, at religiøs eller spirituel involvering kan virke beskyttende imod fysiologiske stressreaktioner, f.eks. i form af lavere niveau af stresshormonet kortisol (Tartaro, Luecken & Gunn, 2005). Højere grad af selvrapporteret spirituel involvering er ligeledes blevet forbundet med et større antal hvide blodlegemer, herunder såkaldte hjælper- og cytotoksiske T-celler (Sephton, Koopman, Schaal, Thoresen & Spiegel, 2001). Det antages, at netop sådanne fysiologiske processer kan have betydning for immunsystemets overvågning af tumorrækst (Antoni, 2003).

Der foregår imidlertid aktuelt en kritisk diskussion af de foreliggende undersøgelsesresultater vedrørende indvirkning af religiøsitet på sygdomsudvikling og dødelighed (Sloan, 2007; Bagiella, 2004). Mens en metaanalyse af data fra 42 undersøgelser har påvist en statistisk signifikant sammenhæng mellem religiøs involvering og lavere dødelighed på tværs af alle årsager, er det ikke sikkert, at mekanismerne relaterer sig direkte til personernes tro (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig & Thoreson, 2000). Analysen tydede således på, at indvirkningen på helbredet først og fremmest skyldtes en sundere livsstil blandt de religiøse undersøgelsesdeltagere og den sociale støtte, som religiøse personer modtager fra deres tros-relaterede netværk. Mht. kræftsygdomme konkluderer en senere oversigtsartikel imidlertid, at den foreliggende viden er utilstrækkelig til at støtte en hypotese om en sammenhæng imellem religion/spiritualitet og dødelighed i forbindelse med kræftsygdomme (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003). Således viste samtlige seks evaluerede undersøgelser ingen sammenhænge mellem religiøsitet/spiritualitet og overlevelse blandt kræftpatienter. I oversigtsartiklen evalueredes kun undersøgelser, som levede op til en række metodemæssige

minimumskrav. En nyere prospektiv undersøgelse foretaget blandt hjertepatienter med depressive symptomer og begrænset socialt netværk fandt man ligeledes ingen støtte for hypotesen om, at spiritualitet, kirkegang og/eller frekvensen af bøn/meditation skulle forbedre fysisk helbred og virke forebyggende på nye tilfælde af hjertestop (Blumenthal et al., 2007). Der er her tale om en undersøgelse med en metodisk stringens, som er sjælden inden for et felt, hvor metodisk uklarhed mere synes at være reglen end undtagelsen (Sloan, 2007).

Man bør således være forsigtig over for forhastede antagelser vedrørende spiritualitet/religiøsitet som en beskyttende eller helbredende faktor; antagelser som blandt amerikanske kristne psykologer er blevet brugt til at legitimere forkyndelse over for deres klienter (Sloan, 2007). Mens der endnu ikke foreligger forskningsresultater vedrørende sammenhænge mellem tro, overlevelse og dødelighed blandt danske kræftpatienter, er der aktuelt ved Psykoonkologisk Forskningsenhed, Aarhus Sygehus, en landsdækkende undersøgelse i gang, som bl.a. undersøger betydningen af tro hos kvinder behandlet for brystkræft, ligesom andre undersøgelser er under planlægning. På ovenstående baggrund må man konkludere, at der på nuværende tidspunkt ikke kan udsiges noget endeligt om, hvorvidt, religiøse og spirituelle faktorer har betydning for forløbet af kræftsygdomme (Stefanek et al., 2005).

Metodiske problemstillinger

Uoverensstemmelser mellem resultaterne af de foreliggende undersøgelser af sammenhænge mellem eksistentielle behov, religiøsitet, mestring på den ene side og livskvalitet og forløbet af kræftsygdomme på den anden kan bl.a. tænkes at hænge sammen med en række generelle metodiske problemer i de eksisterende undersøgelser af betydningen af tro og religiøse/spirituelle aspekter (Stefanek et al., 2005). De metodiske svagheder omfatter bl.a. 1) manglende statistisk justering for den øgede sandsynlighed for signifikans ved multiple analyser, 2) utilstrækkelig kontrol for potentielle confounders (f.eks. at det er mere sandsynligt, at raske individer kan gå i kirke, når sammenhæng imellem kirkegang og dødelighed undersøges), 3) utilstrækkelig kontrol for andre faktorer af betydning for livskvalitet, sygelighed og dødelighed, herunder socio-demografiske-, sygdoms- og behandlingsfaktorer, 4) anvendelse af ikke-validerede instrumenter til måling af religiøsitet/åndelig overbevisning, og 5) manglende specificitet (f.eks. mht. forskelle mellem individuelle kulturer og religiøse grupper, samt utilstrækkelig skelnen mellem objektive mål, f.eks. kirkegang, og selvrapporterede mål, f.eks. religiøs involvering og motivation) (McCullough & Larson, 1998).

I forbindelse med manglende specificitet menes kirkegang og deltagelse i religiøse møder eksempelvis at være et problematisk mål for religiøsitet,

idet bevæggrundene til at møde op i kirken (eller en anden religiøs institution) kan være mange. »Enhver, som mener, at man bliver kristen af at opholde sig i en kirke, må nødvendigvis også mene, at man bliver til en bil ved at opholde sig i en garage« (Garrison Keillor i: Sloan, 2007). Indtil videre har det da også vist sig, at spørgeskemaundersøgelser med fokus på de processuelle og funktionelle aspekter af religiøs/spirituel mestring i højere grad producerer signifikante resultater og er bedre i stand til at diskriminere mellem de forskellige måder, hvorpå religiøsitet/spiritualitet kan have betydning, hvis man sammenligner med måleinstrumenter, der fokuserer på generelle aspekter ved religiøsitet, såsom hyppigheden af kirkegang eller bibellæsning.

Det anbefales på denne baggrund, at man anvender multidimensionelle mål, f.eks. instrumente, RCOPE (Religious Coping), til måling af religiøs mestring (Pargament et al., 1998). RCOPE er specielt udviklet til at måle netop religiøs mestring og består i sin fulde længde af 103 items med 17 gennemgående faktorer, som afdækker fem religiøse nøglefunktioner. Det drejer sig om strategier til at finde, 1) mening, 2) kontrol, 3) støtte og nærhed med Gud, 4) nærhed med andre og 5) transformation – dvs. omlægning af ens værdier i retning af det spirituelle. Oftest bruges RCOPE i en stærkt forkortet udgave (Brief RCOPE) med 14 items, som måler to overordnede dimensioner: Positive og negative religiøse mestringsstrategier. Den positive dimension er udtryk for et sikkert tilhørsforhold til en støttende og omsorgsfuld Gud, og omfatter udsagn som: »Jeg føler Guds nærvær« og »Jeg finder styrke og trøst i min religion«. Denne mestringsstrategi afspejler den konstruktive søgen mod social støtte, mening og trøst, som man fra andre undersøgelser af mestring generelt ved er forbundet med positiv tilpasning og højere livskvalitet (Carver et al., 1989). Den negative dimension dækker over en mere usikker tilknytning til en fjern og straffende Gud eller er udtryk for en religiøs tvivl og kamp. Den negative dimension omfatter udsagn som: »Jeg tænker på, hvorfor Gud har forladt mig« og »Jeg føler, at kræft er Guds måde at straffe mig på for mine synder og mangel på hengivelse« (oversat fra Pargament et al., 1998).

Man må dog stille sig kritisk over for den præmis, som udviklingen af spørgeskemaet bygger på, idet man antager, at respondenterne har en gudsforestilling og gudsrelation, hvorfor dette mål kun med mening kan anvendes blandt bestemte grupper af religiøse. Det er et gennemgående problem, at de foreliggende validerede spørgeskemaer ofte er meget kultur- og religionsspecifikke. En nylig svensk kvalitativ undersøgelse peger bl.a. på, at de mestringsstrategierne, som måles med RCOPE, også synes at være vigtige for kræftpatienter i et sekulært samfund, men at de måske snarere skal kategoriseres som spirituelle mestringsstrategier, idet patienterne her nærmere synes at søge styrke i sig selv frem for hos en personificeret gud (Ahmadi, 2006). Det kan således anbefales at forsøge at tilpasse måleinstrumenter

som RCOPE, så de i højere grad korresponderer med den danske kulturs værdisystem.

Det er således væsentligt at understrege, at spiritualitet og religiøsitet ikke optræder i et socialt eller kontekstuel vakuum, men påvirkes og udvikles i et samspil mellem personen, den nærmeste sociale omgangskreds og den pågældende kulturs værdisystem. Mange undersøgelser undlader netop at kontrollere for variable, der kan kaste lys over individuelle og kontekstuelle faktorer, der både kan tænkes at indvirke på såvel effektmålene, f.eks. livskvalitet eller psykosocial tilpasning til sygdommen, og moderere forholdet mellem tro og helbred. Det drejer sig som nævnt bl.a. om socioøkonomisk status, køn, alder og uddannelse samt sygdomsrelaterede oplysninger, som kræfttype og kræftstadie. Undersøgelser af andre kriseramte personer peger f.eks. på, at mennesker med adgang til færre sekulære ressourcer, såsom etniske minoriteter, enlige, ældre, kvinder, socioøkonomisk dårligt stillede og lavt uddannede, i højere grad anvender religiøs mestring (Pargament, 1997). Det kan endvidere tænkes, at faktorer som håb, tilgivelse, optimisme, fornemmelse af sammenhæng og mening samt social støtte kan være medierende faktorer, der indvirker på forholdet imellem religion eller spiritualitet, livskvalitet og helbred (Stefanek, McDonald og Hess, 2005). Fremtidige undersøgelser af sammenhænge mellem religiøsitet/spiritualitet og forløbet af kræftsygdomme bør i højere grad fokusere på sådanne mulige forklarende mekanismer. Da forskellige behov synes at gøre sig gældende på forskellige tidspunkter i forløbet af forskellige kræftsygdomme, er der ligeledes behov for at kontrollere for og specificere, hvilke kræfttyper og sygdomsstadier der undersøges (Plante & Sherman, 2001).

Konklusion

En de mest presserende aktuelle udfordringer i forbindelse med forskning i religiøsitet og spiritualitet blandt kræftpatienter er at få skabt en højere grad af konsensus omkring definitionerne af begreberne »religion« og »spiritualitet«, samt at få operationaliseret disse med henblik på at udvikle valide og internationalt sammenlignelige mål. Der er endvidere behov for prospektive undersøgelser, der kan fastslå, hvorledes religiøse/eksistentielle behov gør sig gældende i forskellige faser af sygdomsforløbet. Ligeledes mangler der fortsat velkontrollerede undersøgelser af, i hvilken udstrækning eksistentielt velbefindende har betydning for patienternes livskvalitet, og under hvilke omstændigheder brug af religiøs eller spirituel mestring har hhv. gavnlig eller negativ indvirkning på den enkelte patients håndtering af sygdoms- og behandlingsforløb. Det bør bl.a. undersøges, under hvilke omstændigheder troen bliver en ressource eller byrde for patienten, og om denne viden kan bruges konstruktivt i den kliniske praksis. Religionspsykologisk og religionsvidenskabelig teoriudvikling vil her have betydning for bedre at forstå

sammenhænge mellem gudsforestillinger, kognitiv og emotionel udvikling og personens motivationelle system. Et større samarbejde mellem sygehuspræster, sundhedspersonale og sundhedsvidenskabelige forskere kan muligvis bringe forskningen videre inden for dette relativt nye sundhedspsykologiske felt. Samtidig må det fortsat anses for uafklaret, hvorvidt tro kan have betydning for forløbet af kræftsygdomme, og der er behov for metodisk velovervejede og stringente undersøgelser på området. En række forskningsinitiativer er aktuelt under udvikling i Danmark, og man kan løbende holde sig opdateret om igangværende projekter på hjemmesiden: www.tro-helbred.org.

LITTERATURLISTE

- AHMADI, F. (2006): Culture, Religion and Spirituality in Coping: The example of cancer patients in Sweden. Stockholm: Department of Sociology, Uppsala University
- ALLPORT, G.W. & ROSS, J.M. (1967): Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 5:432-443.
- ANO, G.G. & VASCONCELLES, E.B. (2005): Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 61(4): 461-480
- ANTONI, M.H. (2003): Psychoneuroendocrinology and psychoneuroimmunology of cancer: Plausible mechanisms worth pursuing? *Brain, Behaviour, and Immunity*, 17, 84-91.
- BLUMENTHAL, J.A., BABYAK, M.A., IRONSON, G., THORESEN, C., POWELL, L., CZAJKOWSKI, S.M., BURG, M.M., KEEFE, F.J, STEFFEB, P.R. & CATELLIER, D. (2007): Spirituality, religion and clinical outcomes in patients recovering from acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, vol 69: 501-508.
- BOVBJERG, D., VALDIMARSDOTTIER, H.B. & ZACHARIAE, R. (1999): Psychoneuroimmunology in oncology. In (pp. 473-486).
- BRADY, M.J., PETERMAN, A.H., FITCHETT, G., MO, M. & CELLA, D. (1999): A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- BRENDSTRUP, E. & LAUNSØ, L. (1995): A description of a holistic treatment model – used by cancer patients and research evaluated. *Townsend Letter for Doctors and Patients*, Januar, 54-61.
- COATES, A., PORZSOLT, F. & OSOBA, D. (1997): Quality of life in oncology practice: Prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. *European Journal of Cancer*, 33, 1025-1030.
- COHEN S.R., MOUNT BALFOUR, M. (2000): Pain with life-threatening illness: Its perception and control are inextricably linked with quality of life. *Pain Research & Management*, 5(4):271-275.
- COTTON, S.P., LEVINE, E.G., FITZPATRICK, C.M., DOLD, K.H., TARG, E. (1999): Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, vol. 8(5):429-438.
- CUNNINGHAM, A. J. (2000): A prospective, longitudinal study on the relationship between psychological self-help and survival duration, in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 9, S11.
- DAMKIER, A. (2000): Kræftpatienters brug af alternativ behandling (Ph.d.-afhandl). Odense: Syddansk Universitet.

- DEZUTTER, J., SOENENS, B. & HUTSEBAUT, D. (2005): Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviours vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences* vol.40: 807-818
- EGBERT, N., MICKLEY, J. & COELING, H. (2004): A review and application of social scientific measures of religiosity and spirituality: assessing a missing component in health communication research. *Health Communication*, 16, 7-27.
- EKHOLM, O., KJØLLER, M., DAVIDSEN, M., HESSE, U., ERIKSEN, L., CHRISTENSEN, A. ET AL. (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987* København: Statens Institut for Folkesundhed.
- ERNST, E., RESCH, K. & MILLS, S. (1995): Complementary Medicine – a definition. *Br J Gen Pract*, 45.
- FAWZY, F. I., FAWZY, N. W., HYUN, C. S., ELASHOFF, R., GUTHRIE, D., FAHEY, J. L. ET AL. (1993): Malignant-Melanoma – Effects of An Early Structured Psychiatric Intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- FEHRING, R.J., MILLER, J.F., SHAW, C. (1997): Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(4):663-671.
- FERRELL, B. (2007): Meeting spiritual needs: What is an oncologist to do? *Journal of Clinical Oncology*, 25, 467-468.
- GRØNVOLD, M., PEDERSEN, C., JENSEN, C., FABER, M. & JOHNSEN, A. (2006): *Kræftpatientens verden – En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for*. Patientstøtteafdelingen: Kræftens Bekæmpelse.
- HAWKS, J. & MOYAD, M. (2003): CAM: Definition and classification overview. *Urologic Nursing*, 23, 221-223.
- HILLS, J., PAICE, J., CAMERON, J.R. & SCOTT, S. (2005): Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4):782-788. US: Mary Ann Liebert Publishers.
- JAMES, W. (1902/1963): *Religiøse erfaringer*. København: Jespersen og Pios Forlag
- KIECOLT-GLASER, J.K. & GLASER, R. (1999): Psychoneuroimmunology and cancer: Fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35, 1603-1607.
- KIRKPATRICK, L.A. (2005): *Attachment, Evolution and the Psychology of Religion*. New York, The Guildford Press.
- KUCHLER, T., HENNEBRUNS, D., RAPPAT, S., GRAUL, J., HOLST, K. & WILLIAMS, J. (1999): Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepato-Gastroenterology*, 46, 322-335.
- LERNER, M. (1994): Choices in healing, Integrating the best of conventional and complementary approaches to cancer. *MIT Press*.
- MCCULLOUGH, M.E., HOYT, W.T., LARSON, D.B., KOENIG, H.G. & THORESON, C. (2000): Religious involvement and mortality: a metaanalytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- MCCULLOUGH, M. & LARSON, D. (1998): Future directions in research. In H.Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 94-107). San Diego, CA: Academic Press.
- MURRAY, S.A., KENDALL, M., BOYD, K., WORTH, A. & BENTON, T.F. (2004): Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18, 39-45.
- MYTKO, J.J. & KNIGHT, S.J. (1999): Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.

- MOADEL, A., MORGAN, C., FATONE, A., GRENNAN, J., CARTER, J. & LARUFFA G., et al. (1999): Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*, vol. 8(5):378-385.
- OMAN, D. & THORESEN, C.E. (2002): Does Religion Cause Health? Differing Interpretations and Diverse Meanings. *Journal of Health Psychology*, vol. 7:365-380.
- OSABA, D. (1999): What has been learned from measuring health-related quality of life in clinical oncology. *European Journal of Cancer*, 35, 1565-1570.
- OSSE, B.H.P., VERNOOIJ-DASSEN, M.J.F.J., SCHADE, E. & GROL, R.P.T.M. (2005): The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 10.
- PALOUTZIAN, R. & KIRKPATRICK, L. (1995): Introduction: The scope of religious influences on personal and societal well-being. *Journal of Social Issues*, 51, 1-11.
- PARGAMENT, K.I. (1997): *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY, US: Guilford Press.
- PARGAMENT, K.I., KOENIG, H.G., PEREZ, L.M. (2000): The Many Methods in Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56: 519-543.
- PEDERSEN, A.F. (2004): *Kræft og »benefit-finding« – om at finde fordele ved at have haft en kræftsygdom*. In B. Zachariae & M.Y. Mehlsen (Eds.), *Kræftens Psykologi* (pp. 112-124). København: Hans Reitzels Forlag.
- PEDERSEN, C.G., CHRISTENSEN, S., ZACHARIAE, R. & JENSEN, A. (2006): Depression, disease-, and treatment-related predictors of complementary and alternative medicine (CAM) use in a nationwide cohort of 3400 Danish women treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 129.
- PETERMAN, A. H., FITCHETT, G., BRADY, M. J., HERNANDEZ, L. & CELLA, D. (2002): Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- PLANTE, T.G. & SHERMAN, A.C. (eds.) (2001): *Faith & Health. Psychological Perspectives*. The Guildford Press, New York, London.
- POTTER, J., HAMI, F., BRYAN, T. et al. (2003): Symptoms in 400 referred to palliative care services: prevalence and pattern. *Palliative Medicine*, 17, 310-304.
- POWELL, L., SHAHABI, L. & THORESEN, C. (2003): Religion and spirituality: Linkages to physical health. *Am Psychol*, 58, 36-52.
- PUCHALSKI, C. (2006): Spirituality and medicine: Curricula in medical education. *Journal of Cancer Education*, 21, 14-18.
- RISBERG, T., LUND, E., WIST, E., KAASA, S. & WILSGAARD, T. (1998): Cancer patients use of nonproven therapy: A 5-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 6-12.
- RISBERG, T., WIST, E. & BREMNES, R.M. (1998): Patients' opinion and use of nonproven therapies related to their view on cancer aetiology. *Anticancer Research*, 18, 499-505.
- SEPHTON, S. E., KOOPMAN, C., SCHAAL, M., THORESEN, C. & SPIEGEL, D. (2001): Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *Breast J*, 7, 345-353.
- SLOAN, R.P. (2007): Editorial Comment: Attendance at Religious Services, Health and the Lesson of Trinity. *Psychosomatic Medicine*, vol. 69:493-494
- SPIEGEL, D., KRAEMER, H.C., BLOOM, J.R. & GOTTHEIL, E. (1989): Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast-Cancer. *Lancet*, 2, 888-891.

- STEFANEK, M., MCDONALD, P.G. & HESS, S.A. (2005): Religion, spirituality and cancer: current status and methodological challenges. *Psycho-Oncology*, 14, 450-463.
- STEPHEN, J., RAHN, M., VERHOEF, M. & LEIS, A. (2007): What is the state of evidence on the mind-cancer survival question, and where do we go from here? A point of view. *Support Care Cancer*, 15, 923-930.
- SUNDHEDSSTYRELSEN (2005): *Cancerregisteret 2001 (Foreløbige tal fra 2002-2003)*. Nye tal fra sundhedsstyrelsen, vol. 9 (16).
- SWISHER, E.M., COHN, D.E., GOFF, B.A., PARHAM, J., HERZOG, T.J., RADER, J.S. et al. (2002): Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers. *Gynecologic Oncology*, 84, 363-367.
- TARAKESHWAR, N., VANDERWERKER, L.C., PAULK, E., PEARCE, M.J., KASL, S.V., PRIGERSON, H.G. (2006): Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, vol. 9(3):646-657.
- TARTARO, J., LUECKEN, L.J. & GUNN, H.E. (2005): Exploring heart and soul: Effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*, 10, 753-766.
- THUNÉ-BOYLE, I., STYGALL, J., KESHTGAR, M. & NEWMAN, S. (2006): Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63, 151-164.
- TIX, A.P. & FRAZIER, P.A. (1998): The Use of Religious Coping During Stressful Life Events: Main Effects, Moderation and Mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66 (2): 411-422.
- TØNNESVANG, J. (2005): Elementer i religiøsitetens psykologi – Sentimenter, selvobjektfunksjonalitet og tilknytningsdimensioner. *Antropologisk Psykologi*, 16, 6-57.
- VICKERS, A.J. & CASSILETH, B.R. (2001): Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms. *Lancet Oncology*, 226-232.
- WALSH, D., RYBICKI, L., NELSON, K.A. & DONNELLY, S. (2002): Symptoms and prognosis in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 10, 385-388.
- WHOQOL SRPB Group (2005): A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*.
- WULFF, D.M. (1997): *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New York:Wiley.
- ZACHARIAE, B. (2001): Psyke, kræft og immunforsvar – en oversigt. In *Medicinsk årbog 2002* (pp. 93-103). København: Munksgaard.
- ZACHARIAE, B. (2004): Psyke, immunforsvar og kræft. I: B. Zachariae & M. Y. Mehlsen (Red.), *Kræftens Psykologi – Psykologiske og sociale aspekter ved kræft* (pp. 62-78). København: Hans Reitzels Forlag.
- ZWINGMANN, C., WIRTZ, M., MÜLLER, C., KÖRBER, J. & MURKEN, S. (2006): Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 29 (6):533-547.