

# KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Marie Toftdahl Sørensen

Studieområde: Speciale

Semester: 4

Måned og år: Juli 2005

Vejleder: Birte Glinsvad

## ”At få lov til at gå med det religiøse i hovedet” Religiøse sindslidendes oplevelser under indlæggelse

Afdeling for Sygeplejevidenskab

Aarhus Universitet

Høegh-Guldbergsgade 6A

Bygning 633

8000 Århus C

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Indledning</b>	<b>1</b>
<b>2.0 Åndelig omsorg – en sygeplejefaglig opgave i psykiatrien</b>	<b>2</b>
2.1 Den sindslidendes religiøsitet virker tabubelagt	2
2.2 Forståelsen af den sindslidendes omsorgsbehov er central	3
2.3 ”En enorm ressource i patienten forbliver uvækket”	4
2.4 Er religiøsitet en ”kognitiv virus”?	5
2.5 Danmark har ”sovet i timen” vedrørende forskning i troens kræfter	5
<b>3.0 Hvad er åndelig omsorg?</b>	<b>7</b>
3.1 Skjult dualisme?	8
3.2 Helse og ikke frelse må være udfordringen	10
<b>4.0 Formål</b>	<b>11</b>
4.1 Det kliniske og hermeneutiske perspektiv bag problemformuleringen	11
4.2 Begrebsafklaring	12
<b>5.0 Metode til undersøgelse af specialets problemformulering</b>	<b>13</b>
5.1 Specialets videnskabsteoretiske grundlag	14
5.1.1 Hermeneutik – Hans-Georg Gadamer	14
5.2 Det kvalitative forskningsinterview	16
5.2.1 Indlagte religiøse sindslidende er ”ikke sådan at hive op af posen”	17
5.2.2 Udvalgelse af informanter	19
5.2.3 Præsentation af informanter	20
5.3 Ethiske overvejelser	21
5.4 Juridiske overvejelser	23
5.5 Betydningen af den hermeneutiske metode i forhold til interviewene	23
5.6 Metodekritik	24
5.7 Transskriberingen af interviewene	26
<b>6.0 Præsentation af analyseresultater</b>	<b>27</b>
6.1 Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold	27
6.2 Sygeplejersken bør henvise til en præst	28
6.3 Sygeplejersken kan opleves som en støtte	28
6.4 Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen	29
6.5 Det religiøse som ” <i>et skjult behov i psykiatrien</i> ” – ” <i>en mangelvare</i> ”	30
6.6 Ønsket om helhed	30

<b>7.0 Diskussion</b>	<b>31</b>
7.1 Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold	32
7.1.1 Selvransagelse i forbindelse med metodekritik	34
7.1.2 Hvad formidler velkomstbrevet	35
7.1.3 Semistruktureret interviewguide	35
7.1.4 At møde modstand som det modsatte af at møde accept	37
7.1.5 At møde modstand fordi " <i>personalet ser det religiøse som sygt</i> "	38
7.1.6 At møde modstand fordi sygeplejersken er " <i>uvidende</i> "	40
7.2 Sygeplejersken bør henvise til en præst	42
7.2.1 Små forventninger til sygeplejerskers åndelige omsorg	42
7.3 Sygeplejersken kan opleves som en støtte	45
7.3.1 Oplevelsen af at være i et " <i>religiøst sammenspil</i> "	46
7.3.2 Sygeplejerskens manglende støtte?	47
7.3.3 Fællesskab omkring troen som " <i>en god ting</i> "	48
7.4 Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen	49
7.4.1 Oplevelsen af meningsfuldhed	52
7.5 Det religiøse som " <i>et skjult behov i psykiatrien</i> " – " <i>en mangelvare</i> "	55
7.5.1 Antagelser set i et nyt lys	57
7.6 Ønsket om helhed	61
<b>8.0 Opsamling</b>	<b>63</b>
<b>9.0 Perspektivering</b>	<b>66</b>
Resumé	68
The Title of the Thesis	69
English Summary	70
Litteraturliste	71

## 1.0 Indledning

Hvordan bliver sindslidendes religiøsitet imødekommet i psykiatrisk sygepleje? Som et udtryk for galskab eller en ressource? Eller kan det tænkes, at religiøsitet bliver anskuet som selve roden til sindslidelsen? Motivationen bag dette speciales undersøgelse er at finde svar på disse spørgsmål. Patientperspektivet er valgt, fordi det er ringe undersøgt, hvordan indlagte sindslidende oplever at deres religiøse behov, problemer og ressourcer bliver imødekommet i psykiatrisk sygepleje (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 160, Busch et al 2002, s. 141, Yangarber-Hicks 2004, s. 305). I mit arbejde som sygeplejerske i psykiatrien har jeg erfaret, at den sindslidendes religiøsitet ofte kun bliver perifert berørt via regelhåndtering og inddraget som ”du kan da godt få mad uden svinekød” eller ”præsten kommer vist om onsdagen”. Men har de sindslidende mon en anden oplevelse og hvilke forventninger har de til sygeplejerskens åndelige omsorg?

Videnskabelige undersøgelser fra USA, Canada, Australien, England og Norge peger på, at sindslidendes religiøsitet er større end gennemsnittet, idet næsten 90 procent af mennesker med psykiske lidelser, betragter sig selv som havende en religiøs overbevisning. (Benner 1999, Baetz, Griffin et al 2004, Corrigan et al 2003, s. 497, Heskestad 1984, Kirov, Kemp 1998, Shafranske 2000). Andre undersøgelser peger imidlertid på, at faggrupperne i psykiatrien – herunder sygeplejerskerne – er meget lidt religiøse, og at dette kan have betydning for, hvorvidt den psykiatriske patients religiøsitet vurderes som væsentlig at være opmærksom på (Baetz, Griffin et al 2004, Myklebust 2002, Rogers, Poey et al 2002, Payman 2000, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999). Derfor kan det antages, at åndelig omsorg indenfor psykiatrisk sygepleje ikke i fornødent omfang indbefatter omsorg for den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer. Om denne antagelse holder stik, findes væsentligt at undersøge i dette speciale, ikke mindst fordi et psykisk problem næsten altid er et livssynsmæssigt og eksistentielt problem (Busch et al 2002, s. 141-145) Derfor argumenteres der i dette speciale også for, at det er en sygeplejefaglig opgave at være opmærksom på den sindslidendes religiøsitet.

## 2.0 Åndelig omsorg – en sygeplejefaglig opgave i psykiatrien

At den sindslidende har krav på at blive mødt som et helt menneske, er et fagligt og etisk udgangspunkt, som fra teologisk side er blevet fremhævet som argument for, at den sindslidendes eksistentielle og religiøse problemer bør danne afsæt for sygeplejerskers opmærksomhed og omsorg (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 155). Under overskrifter som ”Åndelige behov er universelle” og ”Patienter har også åndelige behov” har sygeplejersker også selv ytret sig om, at det at vise omsorg for menneskets åndelige dimension indgår i helhedssygepleje (Eriksson 1996, Hansen 2004, s. 12, Overgaard 2003, s. 11, Sievers 2003). Selv samme sygeplejersker hævder, at menneskets åndelige dimension betyder, at alle efterspørger åndelig omsorg, fordi ånd gør levende. Betraget fra dette perspektiv er åndelig omsorg også vigtigt i psykiatrien, hvor patientens livsmod ofte er svækket.

### 2.1 Den sindslidendes religiøsitet virker tabubelagt

I psykiatrien er der dog så underligt stille, når omsorg for menneskets ånd bringes på banen. Således skriver den anerkendte psykiatriske sygeplejeteoretiker Liv Strand, at ”menneskets åndelige dimension er en hemmelighed og et mysterium”, der bør forblive utydelig (Strand 1997, s. 22). Samtidig synes Liv Strand at definere psykiatrisk sygepleje som det at hjælpe mennesker i sjælekval til at finde mening, livsværdier og dermed få styrket livsmod (Strand 1997, s. 17, 22, 23, 128). Det eksistentielle aspekt af åndelig omsorg synes derfor beskrivende for den psykiatriske sygepleje, eftersom det eksistentielle aspekt i åndelig omsorg netop relaterer sig til at finde mening i og med livet (Jørgensen 2001, s. 238-246). Men åndelig omsorg har også et religiøst aspekt, som ikke skinner igennem i Liv Strands tænkning om sygepleje til sindslidende<sup>1</sup>. Ved det religiøse aspekt i åndelig omsorg forstås der i dette speciale, at sygeplejersken er opmærksom, lyttende og hjælper den sindslidende med religiøse behov, problemer og ressourcer.

---

<sup>1</sup> Liv Strands bog ”Fra kaos mod samling, mestring og helhed – psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter”, der bruges som reference på mange psykiatriske afdelinger, danner baggrund for denne konklusion.

Dette ikke at berøre den sindslidendes religiøsitet, er Liv Strand imidlertid ikke ene om, og tilbage i 1988 fik det dr. med. og cand. theol. Atle Roness til at skrive, at religion virkede til at være et tabuområde i psykiatrien (Roness 1988, s. 7). Roness stillede spørgsmålet om, hvilken betydning religion har i psykiatrien – skaber religionen psykiske lidelser eller fremmer den psykisk helse? (Roness 1988). 14 år efter - i 2002 - udkom lærebogen for sygeplejestuderende ”Religion, eksistens og sygepleje”, hvori samme spørgsmål meldte sig. Forfatterens svar kunne pege i retning af, at psykiatriske patienters religiøsitet stadig er tabubelagt, idet de skriver, at det er ringe undersøgt og beskrevet, og at det ganske enkelt ikke interesserer andre forfattere at gøre sig overvejelser om, hvad det religiøse betyder for de psykiatriske patienter (Busch et al. 2002, s. 141). Denne manglende interesse henleder Hans Stifoss-Hanssen (sygehuspræst og dr.phil.) og Kjell Kallenberg (sygehuspræst og professor) også til, at ”religion har været i den grad tabubelagt i psykiatrien”, men tilføjer, at det eksistentielle og det patologiske er så vanskeligt at adskille i psykiatrien (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 155-160). Sidstnævnte vanskelighed mellem at tolke om den sindslidendes religiøsitet er et sygdomssymptom eller måske endda en sygdomsårsag, eller om religiøsiteten er en styrke og en trøst, får Stifoss-Hanssen og Kallenberg til at slå fast, at det under alle omstændigheder er plejepersonalets etiske og faglige forpligtelse at være opmærksom på, hvad det religiøse betyder for den sindslidende (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 155-160). Derfor kalder de det også reduktionisme, såfremt patientens religiøse livssyn og eksistentielle problemer udelukkende forklares ud fra en psykiatrisk diagnose – altså blot forklares uden omtanke for, hvad den religiøse tro betyder for den sindslidende (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s.157).

## 2.2 Forståelsen af den sindslidendes omsorgsbehov er central

Højskolelektor ved videreuddannelsen i psykiatrisk sygepleje Aud Kirsti Bø, skriver i sin bog ”Omsorgens ansigt”, at den psykiatriske sygeplejerske nøje bør overveje, hvornår henholdsvis forklaring og forståelse lægges ned over patientens situation, og beskriver endvidere, at forståelsen altid bør være central (Bø 1996, s. 18). Inden for den psykiatriske sygeplejelitteratur peges der derfor også på det problem, der knytter sig til, at forklaringen tager overhånd, og at alene den medicinske diagnose bliver forklaringsmodel og retningsgivende for sygeplejen og omsorgen (Bø 1996, s. 56).

Dermed kommer det at skitsere symptomer nemlig til at fylde mere end en baggrund for at kunne forstå, hvilket eksempelvis kan give sig udslag i, at man i sygeplejen forklarer patientens religiøsitet som et sygdomssymptom, snarere end man forsøger at forstå, hvilken indvirkning patientens religiøsitet kan have på patientens omsorgsbehov (Bø 1996, s 56, Andersen 1999, s. 13, Sørensen 2005, s. 14-15). Dette fører til mangelfuld sygepleje, skriver Aud Kirsti Bø. Dette falder i tråd med at Stifoss-Hanssen og Kallenberg beskriver, at det fører til reduktionisme, såfremt den psykiatriske diagnose udelukkende bliver set som forklarende årsag til den sindslidendes religiøse livssyn og behov.

### 2.3 ”En enorm ressource i patienten forbliver uvækket”<sup>2</sup>

Ved spørgsmålet om, hvorvidt religiøsitet er en støtte eller en byrde for den sindslidende, blev der for nylig offentliggjort en amerikansk undersøgelse i det anerkendte tidsskrift *American Journal of Psychiatry* (Dervic, Oquendo et al 2004, s. 2303-2308).

Undersøgelsen slår fast, at hvis man er religiøs, er risikoen for at man begår selvmord mindre, end hvis man ikke tror på noget (Dervic, Oquendo et al 2004, s. 2303-2308). Næstformanden i Dansk Psykiatrisk Selskab udtalte i den forbindelse, at ”den viden kommer kun sjældent danske patienter til gode, for psykiatere i Danmark afholder sig stadig fra at tænke Gud ind i deres behandling, og det bør psykiatrien gøre op med” (Ritzaus Bureau 2004). Og psykiater Poul Videbech fortsætter: ”Der er for meget blufærdighed omkring religiøsitet hos psykiatere. Alt for få henviser til hospitalspræsten, og mange vil ikke snakke om religion, og så risikerer man, at en enorm ressource i patienten forbliver uvækket. Det må vi simpelthen have lavet om på” (Ritzaus Bureau 2004). Psykiater og overlæge Jørgen Due Madsen fra angst- og depressionsafdelingen i Ballerup lægger sig i forlængelse af disse synspunkter, men han påpeger, at den gængse tankegang indenfor psykiatrien stadig er præget af Freud, der betragtede religion som en umoden tvangsneurose og en illusion, man bør vokse fra (Ritzaus Bureau 2004).

---

<sup>2</sup> Citat fra psykiater Poul Videbech (Ritzaus Bureau 2004).

## 2.4 Er religiøsitet en ”kognitiv virus”?<sup>3</sup>

Men ikke kun fra psykologiens side har der i årenes løb været frontangreb mod religion, hvilket er kommet til udtryk ved, at troslivet er blevet forklaret som ”oral-stadiets behov for afhængighed koblet med uafklarede autoritetsproblematikker” (la Cour 1996, s 72). I Weekendavisen kunne man den 6. maj 2004 læse at ”Gud bor i temporallappen” – altså at det guddommelige er en elektrisk aktivitet i et hjørne af hjernebarken (Frank 2004). Inden for det neurologiske forskningsfelt, hælder forskeren Michael Persinger således til den overbevisning, at religiøsitet er ”et kognitivt virus”, der synes at være fremkaldt af angsten for at leve med fornemmelsen af meningsløshed (Frank 2004). Religion bliver her ikke bare anskuet som biologi, men tilmed gjort til en biologisk forstyrrelse – en sygdom. Er det noget nyt, kunne man spørge?

I en tidligere opgave på kandidatuddannelsen i sygeplejevidenskab interviewede jeg psykiatriske sygeplejersker om, hvordan de inddrogede det religiøse aspekt i åndelig omsorg. Her svarede hver anden af informanterne bekræftende på, at jo mere religiøs en psykiatrisk patient var, jo mere kom medicinsk behandling på tale – det religiøse blev altså ofte sygdomsrelateret (Sørensen 2005). Skønt informanternes udsagn måske ikke er udtryk for en generel holdning blandt psykiatriske sygeplejersker, kunne det tyde på, at psykiatrien ikke hidtil har værdsat patientens religiøsitet som en ressource. Et opbrud er dog på vej, hvis man skal tro kommentarerne fra psykiatere om, at de vil forsøge at forebygge selvmord med religion (Ritzaus Bureau 2004). Men oplever sindslidende, der har været indlagt på psykiatriske afdelinger, at deres religiøsitet sygeliggøres og betragter de mon selv deres religiøsitet som en ressource?

## 2.5 Danmark har ”sovet i timen” vedrørende forskning i troens kræfter<sup>4</sup>

Ifølge religionspsykolog Peter la Cour er det en god idé at forebygge selvmord med religion, eftersom han udtaler: ”Når danskere spiser flere depressionspiller og har en højere selvmordrate end de nationaliteter, som vi normalt sammenligner os med, kan det

---

<sup>3</sup> Udtryk hentet fra den neurologiske forsker Michael Persinger (Frank 2004).

<sup>4</sup> Citatet er hentet fra en artikel i Kristeligt Dagblad, hvori religionspsykolog Peter la Cour udtaler sig om forskningen vedrørende troens betydning (Henriksen 2005, s. 12).



hænge sammen med, at danskere sjældent søger en religiøs tolkning, når krisen kradser” (Løwendahl 2005, s. 4).

Hvis man skal tro Amerikanske undersøgelser anser næsten 90 procent af kroniske psykisk syge sig for at have en religiøs eller spirituel overbevisning (Baetz, Larson et al 2002, s. 557, Corrigan et al 2003, s. 497). I Danmark viser undersøgelser, at kun 28 procent af den samlede befolkningen opnår trøst og styrke i religion, hvorimod det i USA er 82 procent (Løwendahl 2005). Undersøgelser der måler psykiatriske patienters religiøsitet i Danmark har endnu ikke kunnet findes. Men Peter la Cour afviser undersøgelser, der tidligere har konkluderet, at danskere generelt er blevet mere troende (Løwendahl 2005, s. 4). Samtidig pointerer han, at Danmark ”har sovet i timen på grund af en lang antikristelig periode, hvor ingen har villet skyde penge eller energi i forskning om troens kræfter” (Henriksen 2005, s. 12). Dette bekræftes via litteratursøgning, hvor danske forskningsartikler om psykiatriske patienters religiøsitet ikke er fundet repræsenteret. Således er der søgt i databaserne MedLine, CINAHL, ERIC, PsycINFO, SveMed med søgeordene religion, spirituality, belief, mental illness og nursing. Tilmed er der søgt videnskabelig litteratur via Bibliotek.dk, Statsbiblioteket, Psykiatrisk Forskningsbibliotek i Risskov, Google, Artikelbasen, SuSy på biblioteket tilknyttet Afdeling for Sygeplejevidenskab samt i Tidsskrift for Sygeplejersker og Sygeplejen. Samtidig er der benyttet kædesøgning ud fra referencer i fundne artikler og bøger. De danske søgeord har været religiøsitet, tro, psykiatri, åndelig omsorg og sygepleje. Ud fra litteratursøgningen må det derfor konkluderes, at specialets undersøgelse er den første af sin art i Danmark. Dansk litteratur omkring åndelig omsorg og religion er dog rigt repræsenteret, hvilket fx fremgår af, at der alene i Tidsskrift for sygeplejersker fremkommer 5 hits ved emnesøgning, og 76 hits ved søgning alene på åndelig omsorg. Men artiklerne relaterer dog primært til den somatiske og ikke den psykiatriske patient.

1600 internationale undersøgelser har imidlertid gennem tiderne forsøgt at forklare, hvorfor religiøse mennesker lever længere og i højere grad undgår sygdomme end ikke-troende mennesker (Henriksen 2005, s. 12). En styregruppe under Københavns Universitets tværfaglige forskningsindsatsning ”Religion i det 21. århundrede”, sponsorerer en igangværende undersøgelse af overlæge dr. med. Christoffer Johansen og theol. Dr.

Niels Christian Hvidt, der forsøger at afdække, om sammenhængen mellem helbred og tro også er gældende i Danmark. Alt tyder nemlig på, at troen og den måde, man praktiserer sin tro, gør en vital forskel i konkrete livsforhold og ikke mindst krisesituationer, som psykisk lidelse må sidestilles med (La Cour 2005, s. 3, Kirov 1998, s. 234-245). Et begreb som ”religious coping” bliver således også brugt i udenlandske undersøgelser om den religiøse tros betydning for sindslidende (Rogers, Poey et al. 2002, Corrigan et al. 2003, Payman 2000, Shafranske 2000).

Men hvad nu, hvis danske psykiatriske patienter slet ikke er kendetegnet ved at have en religiøsitet, som kræver opmærksomhed under indlæggelse? Hvad så med det religiøse aspekt i åndelig omsorg? Kan man overhovedet tale om et religiøst aspekt, for hvad dækker åndelig omsorg egentlig over? Dette vil blive belyst i de følgende afsnit.

### 3.0 Hvad er åndelig omsorg?

I traditionel forstand er åndelig omsorg blevet forstået som det at inddrage patientens gudsforhold i omsorgen (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 9). Således definerede sygeplejerske Grete Schärfe i en litteraturanalyse tilbage i 1988, at et åndeligt behov var ”enhver mangel eller ethvert ønske, patienten måtte have i sit forhold til Gud/højere magt” (Schärfe 1988, s. 14). Hvor åndelig omsorg tidligere overvejende blev tolket mod en kristen og religiøs forståelsesramme, efterlyser Schärfe nu også selv en ny og bredere definition på åndelig omsorg (Sievers 2003). Flere kilder peger på, at det faktum, at vi lever i en sekular og plural virkelighed, har medført, at der ikke længere findes et ensartet grundlag at forstå menneskets åndelige dimension og åndelig omsorg ud fra (Sievers 2003, s. 2, Jørgensen 2001, s. 238-248, Thing og Klit 2001, s. 48). I en litteraturanalyse fra 2001 udlægges åndelig omsorg således også bredt, nemlig som

”sygeplejerskens handlinger i agtelse for mennesket, rettet mod at styrke livsmod og oplevelse af meningsfuldhed samt bevarelse af tro og håb ved at bekræfte og anerkende menneskets eksistens og derved virkeliggøre det gennem sin kontakt med såvel krop som ånd, hvorved sygeplejersken samtidig hjælper mennesket til at bevare sine meningsbærende relationer til andre personer, til sin gud og/eller andet, der er værdifuldt for ham” (Jørgensen 2001, s. 246).

I ovenstående forståelse af åndelig omsorg gives plads til en ikke-religiøs omsorg, der retter sig mod hele mennesket, altså krop såvel som ånd. Denne forståelse af åndelig omsorg har rødder hos sygeplejerske dr.phil. Kari Martinsen, idet hun netop betoner at ”kropspleje, som agter livet, er for mig åndelig omsorg. Det ”åndelige” kan ikke være et specielt område eller en dimension ved sygeplejen” (Martinsen 1998, s. 92). Kropslig og åndelig omsorg kan derfor ikke tænkes adskilt i Kari Martinsens tænkning, hvorved holismetanken træder tydeligt frem (Jørgensen 2001). Åndelig omsorg bliver dermed ikke kun rettet mod det religiøst troende menneske, fordi ånd-kropshelheden tænkes som et grundvilkår for alle mennesker (Martinsen 1998, Jørgensen 2001, s. 241). Selv skriver Kari Martinsen; ”Det åndelige har heller ikke med tro at gøre. Det er menneskeligt og ikke kristeligt” (Martinsen 1998, s. 92-93).

### 3.1 Skjult dualisme?

Hvor Kari Martinsen bevæger sig på et før-religiøst plan, argumenterer sygeplejeforskeren Katie Eriksson imidlertid religiøst (Martinsen 1998, s. 35, Eriksson 1996, Jørgensen 2001, s. 242). Men dette får ikke som betydning, at kun det religiøse menneske er omfattet af hendes tanker om åndelig omsorg, eftersom hun skriver at ”ethvert menneske har en eller anden form for tro og gudsforhold, noget som går ud over det kropslige og sjælelige, et åndeligt livsrum” (Eriksson 1996, s. 51).

Skønt livsrummet ikke kun forstås religiøst hos Katie Eriksson, er det troen på Gud – den abstrakte anden – hun oftest tager udgangspunkt i, og spørgsmålet er, om dette kan føre en dualistisk tankegang med sig. Dette hævdes af Kari Martinsen, idet hun anskuer at Erikssons tænkning har rod i det græsk-kristne - platonisk-augustinske - dualistiske menneskebillede, hvor kroppen kun anskues som midlertidig bærer af menneskets ånd (Martinsen 1998, s. 26,32). I givet fald får det som betydning at den åndelige pleje er primær og den kropslige sekundær (Jørgensen 2001, s. 242) I sygeplejelærer Birgit Jørgensens litteraturanalyse fra 2001, tolkes Katie Eriksson ligeledes at have et dualistisk menneskesyn:

”Ånd er hos Eriksson en højere del af sjælen, der også omfatter psyken. Åndelig omsorg, som hun sætter lig med sjælesorg, indeholder i hendes

tænkning ikke kropslig pleje. Derfor tolkes det, at Eriksson ikke har et helhedssyn, men et dualistisk syn” (Jørgensen 2001, s. 242).

Spørgsmålet melder sig derfor, om der ligeledes i dette speciale arbejdes ud fra et dualistisk menneskesyn, i og med at åndelig omsorg forstås rettet mod den sindslidendes religiøse problemer, behov og ressourcer - altså åndelige og ikke fysiske behov? I så fald kan argumentationen om at inddrage åndelig omsorg ikke falde tilbage på, at åndelig omsorg bør indgå i forsøget på at yde helhedssygepleje, som tidligere beskrevet. Men den tolkning, som Jørgensen fremlægger i ovenstående citat, vurderes dog ikke umiddelbar holdbar, fordi krop, sjæl og ånd godt kan udgøre en helhed af substans (Eriksson 1996, s. 44) uden at omsorg for ånden fører til negligering af kroppen. Tværtimod kunne man hævde at holismetanken indebærer, at den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer vil kunne påvirke også det almene velvære, fordi mennesket udgør en helhed. Dette kan underbygges af en videnskabelig undersøgelse, der bekræfter, at kroniske psykisk syge mennesker, der har en religiøs eller spirituel tro<sup>5</sup> (altså ikke nødvendigvis religiøse problemer, men snarere religiøse og spirituelle behov og ressourcer), oplever en positiv indvirkning på velværet:

”spirituality and religiousness seem to be positively associated with psychological well-being and diminished psychiatric symptoms in people with serious mental illness. Categorical indices of spirituality and religiousness were significantly related to recovery, social inclusion, hope, and personal empowerment” (Corrigan et al, 2003, s. 495-496).

Derfor vurderes det, at den afgrænsning, der er forbundet med at undersøge, hvordan den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje, ikke nødvendigvis bygger på et dualistisk menneskesyn. Tværtimod peger

---

<sup>5</sup> I artiklen gives følgende definitioner på henholdsvis det religiøse og det spirituelle:

- ”religious defined as a community of people who gather around common ways of worshipping AND as the beliefs, emotions, practices, and relationships of individuals in relation to a higher power of divinity; and
- spiritual defined as thinking about one’s self as part of a larger spiritual force – for example, God, a spirit, nature, or a unifying force – AND as the feeling or experience of connectedness/relationship/oneness with God, a spirit, nature, unifying force, etc.” (Corrigan et al, 2003, s. 491).

citater fra den videnskabelige undersøgelse på, at enorme ressourcer ligger gemt i den sindslidendes religiøse og spirituelle tro, og at disse ressourcer bør have sygeplejens opmærksomhed, til gavn for den sindslidendes velvære.

### 3.2 Helse og ikke frelse må være udfordringen<sup>6</sup>

Katie Eriksson bruger ikke direkte ordet ressource om menneskets åndelige livsrum, men skriver at det er en kilde til liv, der giver vished, fortrosthed og håb. Derfor indgår det også som en naturlig del af omsorgen, at støtte det enkelte menneskes tro samt at respektere den og løbende hjælpe mennesket i at vokse i den (Eriksson 1996, s. 51, 57). Skønt livsrummet ikke kun forstås religiøst hos Katie Eriksson, er det troen på Gud – den abstrakte anden – hun oftest tager udgangspunkt i. I modsætning til dette sætter Stifoss-Hanssen og Kallenberg åndelig omsorg ind i en bredere sammenhæng, hvor menneskets eksistentielle behov og spørgsmål ikke nødvendigvis har sit udgangspunkt i et religiøst livssyn. Således forstår Stifoss-Hanssen og Kallenberg åndelig omsorg som

- det at være opmærksom på den sindslidendes eksistentielle spørgsmål og ressourcer,
- at lytte til den mening disse har i den sindslidendes livshistorie, og
- at hjælpe den sindslidende i hans/hendes arbejde med eksistentielle spørgsmål med udgangspunkt i hans/hendes eget livssyn (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 26).

I dette speciale vil jeg tage afsæt i Stifoss-Hanssens og Kallenberges forståelse af åndelig omsorg, men grundet de indledende argumenter for at undersøge hvordan sindslidende oplever at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje – dvs. det religiøse aspekt i åndelig omsorg - afgrænses ovenstående definition til at relatere sig til den sindslidendes *religiøse* livssyn (Sørensen 2005). Det anses som en styrke i definitionen, at åndelig omsorg tager sit udgangspunkt i den sindslidendes eget religiøse livssyn, fordi åndelig omsorg dermed ikke handler om forkyndelse af sygeplejerskens egen overbevisning. Om den sindslidende har en kristen, jødisk, muslimsk eller anden tro, er altså underordnet, fordi åndelig omsorg retter sig mod, hvad

---

<sup>6</sup> Overskriften er inspireret af sygeplejelærer Tove Giske, der skriver at ”Det er vigtigt å understreke at i sykepleiefaget blir den åndelige dimensjonen sett i forhold til helse og ikke frelse” (Giske 1990, s. 19).

det betyder for den sindslidende at være troende. Derfor handler åndelig omsorg ikke om at ville frelse den sindslidende via forkyndelse af egen tro, men om at være opmærksom, lyttende og hjælpe den sindslidende i hans/hendes arbejde med religiøse spørgsmål, behov, problemer og ressourcer.

## 4.0 Formål

Formålet med at undersøge hvordan psykiatriske patienter oplever deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes under indlæggelse er at øge forståelsen for, hvilken betydning den religiøse tro kan have for den sindslidendes vej gennem lidelsen. Derved kan specialet bidrage til en videre dialog om, hvorvidt vi i den psykiatriske sygepleje formår at medtænke denne betydning til gavn for den sindslidende og endvidere, hvordan vi i den psykiatriske sygepleje kan blive bedre til at imødekomme den sindslidendes åndelige behov.

### 4.1 Det kliniske og hermeneutiske perspektiv bag behandlingen

Et spørgsmål trænger sig på inden undersøgelsen af specialets problemformulering kan gå i gang. Er den religiøses sindslidendes psykotiske tanker egentlig af nogen interesse? Er det den psykotiske siger af nogen anden værdi end for at stille en diagnose? (Stifoss-Hanssen 1997, s. 120). Tidligere i specialet blev den risiko beskrevet, at alene den medicinske diagnose bliver forklaringsmodel og retningsgivende for sygeplejen og omsorgen (Bø 1996, s. 56). Dermed kommer det at skitsere symptomer nemlig til at fylde mere end en baggrund for at kunne forstå, hvilket eksempelvis kan give sig udslag i, at man i sygeplejen forklarer den psykotiske patients religiøse tanker og tale som et sygdomssymptom, snarere end man forsøger at forstå, hvilken indvirkning patientens religiøsitet kan have på patientens omsorgsbehov. Stifoss-Hanssen skitserer her, at to perspektiver kan lægges ned over den sindslidendes religiøsitet, nemlig det kliniske perspektiv og det hermeneutiske perspektiv (Stifoss-Hanssen 1997, s. 120-121). Hvor det kliniske perspektiv lægger vægt på den sindslidendes tilstand som en sygdom, der invaliderer og hæmmer livsudfoldelsen, lægger det hermeneutiske perspektiv vægt på at ”selv om noe blir uttrykt under en psykose, kan vi prøve å oppfatte talen også som kommunikasjon, som noe med betydning. Det som blir sagt kan ha et betydningsmessig

”overskud” - et budskap” (Stifoss-Hanssen 1997, s. 121). Stifoss-Hanssen er derfor af den opfattelse, som jeg tilslutter mig, at forståelsen for den sindslidendes religiøse tanker og følelser også er af betydning for en omsorgsfuld behandling, ligesom den medicinske behandling kan være af betydning (Stifoss-Hanssen 1997, s. 120). I dette speciale afgrænses der imidlertid fra at gå i dybden med det kliniske perspektiv, fordi den sindslidendes oplevelser netop åbner for den hermeneutiske tilgang.

Derfor lyder specialets problemformulering:

### **Hvordan oplever psykiatriske patienter, at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje?**

Ud fra ovenstående problemformulering vil det endvidere blive undersøgt, om de sindslidende er tilfredse med den måde, de har oplevet at deres religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på - altså om deres oplevelser lever op til deres forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg.

#### **4.2 Begrebsafklaring**

Den psykiatriske patient, der i specialet bruges synonymt med ordet sindslidende, er valgt ud fra følgende inklusionskriterier:

- 1) den sindslidende har været psykisk syg gennem et par år og har været/er indlagt på psykiatrisk afdeling
- 2) den sindslidende skal have en god formuleringsevne og have det så godt psykisk, at det er etisk forsvarligt at interviewe vedkommende i ½ time.
- 3) den sindslidende skal have givet udtryk for religiøse behov, problemer og/eller ressourcer

Begrundelsen for disse inklusionskriterier vil fremgå af afsnittet ”Valg af interviewpersoner” samt afsnittet ”Ethiske overvejelser”.

Når der i problemformuleringen spørges til hvordan psykiatriske patienter oplever at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje, så tænkes der på den psykiatriske sygepleje, som den psykiatriske patient har mødt under indlæggelse på psykiatriske afdelinger i Danmark.

Religiøse behov dækker over ”det, der angår handlinger, skikke, vaner og ritualer, der har relation til menneskets gudsforhold, uanset hvilken religion, personen tilhører” (Andersen 1999, s. 33, Schärfe 1988, s. 19).

Et religiøst problem kunne eksempelvis være, at en depressiv patient føler sig ramt af Guds straf og oplever skyldfølelse i forhold til sin egen eksistensberettigelse. Dette problem kan hænge sammen med spørgsmål som fx, ”hvorforsammes jeg af depression” og ”hvorforsammes jeg ikke være taknemmelig overfor livet?”.

En religiøs ressource kunne være kendetegnet ved en tro på en god gud, som opleves nærværende i lidelsen, og dermed giver lindring og trøst. I bogen ”Livet er ikke for amatører”, der indeholder interviews med sindslidende, beskriver en tredjedel af de sindslidende troens betydning i både gode og dårlige perioder. I nedenstående citat af en sindslidende synes en religiøs ressource at komme til udtryk:

”Det er svært at sige, hvad min religion betyder, men jeg havde ikke været her, hvis jeg ikke troede på Gud. Så kunne jeg lige så godt have taget livet af mig for lang tid siden. Hvis jeg ikke havde troen på et evigt liv, så var jeg ikke kommet op af det hul, jeg af og til havner i. Det er jo ikke noget håndgribeligt, og i perioder føler jeg mig meget alene, men er det så alligevel ikke” (Madsen 1996, s. 67).

## 5.0 Metode til undersøgelse af specialets problemformulering

I følgende metodeafsnit vil specialets videnskabsteoretiske grundlag blive beskrevet. Der redegøres endvidere for, hvilken betydning dette videnskabsteoretiske grundlag har i forhold til valget af det kvalitative forskningsinterview som velegnet til undersøgelse af problemformuleringen. For at give læseren en mulighed for at ”se forskeren over skulderen” beskrives desuden følgende (Olsen 2002):

- De spørgsmål, informanterne blev stillet ud fra den semistrukturerede interviewguide
- Hvordan interviewmaterialet er blevet analyseret
- Hvordan kontakten til undersøgelsens informanter blev formidlet



- Etiske og juridiske overvejelser som påvirkede undersøgelsen
- Informanterne præsenteres
- Hvordan informanternes mundtlige udsagn blev transskriberet

Derudover vil der indgå metodekritiske overvejelser.

## 5.1 Specialets videnskabsteoretiske grundlag

Eftersom undersøgelsen sigter mod at udvikle viden om, hvordan psykiatriske patienter oplever, at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje, er erkendelsesinteressen bag problemstillingen af en beskrivende, fortolkende og forstående karakter (Kvale 1997, s. 60-61). I og med at undersøgelsen tager udgangspunkt i patientperspektivet, bliver det at opnå forståelse på baggrund af en fortolkning af de oplevelser og erfaringer, de psykiatriske patienter beskriver, altså omdrejningspunktet. Derfor vil den videnskabsteoretiske tilgang til undersøgelsen være hermeneutisk inspireret, hvilket vil blive uddybet nedenfor.

”Forskningsinterviewet er en samtale om den menneskelige livsverden, hvor den mundtlige diskurs er transformeret til tekster, der skal fortolkes. Hermeneutikken er derfor dobbelt relevant for interviewforskningen, for det første fordi den belyser den dialog, der producerer de interviewtekster, der skal fortolkes, og dernæst fordi den afklarer den efterfølgende fortolkning af de producerede interviewtekster, der igen kan opfattes som en dialog eller samtale med teksten. (Kvale 1997, s. 56).

### 5.1.1 Hermeneutik - Hans-Georg Gadamer

Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller forståelselære og er en filosofisk tradition, der kan føres tilbage til 1500´ tallet (Gadamer 2004, s. 167f., Jensen 1990, s. 136). Som repræsentant for nyere hermeneutik er den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (1900-2002), hvis projekt det er at angive mulighedsbetingelser for forståelsen (Gadamer 2004, s. 172, 248, Jensen 1990, s. 137).

For Gadamer er forståelse også altid selvforståelse, eftersom man som menneske altid forstår ud fra ens forforståelse (Gadamer 2004, Jørgensen 2004, s. xxi). At man som menneske kan komme til en øget og ny forståelse bunder i at mennesket kan sætte sin forforståelse og fordomme i spil, dvs. at man stiller sig åben og modtagende an. Ifølge

Gadamer er fordomme ikke i sig selv negative, idet fordomme er en erkendt førforståelse hos fortolkeren. Ved at sætte sine fordomme i spil kan man derved opnå en ny større forståelse, hvad enten det gælder forståelse af tekst eller dialog/interviewudsagn. Sidstnævnte er dette speciale et eksempel på, idet de oplevelser som de religiøse sindslidende beskriver i forhold til mødet med den psykiatriske sygepleje fortolkes i forsøget på at komme frem til en øget forståelse.

For Gadamer betegner ordet horisont det synsfelt, som omfatter og omslutter det, som er synligt ud fra et givet punkt (Gadamer 2004, s. 288-292, Jensen 1990, s. 141). Ifølge Gadamer dannes nutidens horisont af fortidens historie og horisonten vil være i udvikling så længe menneskets fordomme efterprøves (Gadamer 2004, s. 292). Begrebet horisontsammensmeltning refererer til, at der i mødet mellem to horisonter opstår noget tredje: en ny forståelse, en ny sandhed (Jørgensen 2004, s. xxi). Forståelse er derfor horisontsammensmeltning. For at komme til denne nye og øgede forståelse taler man inden for hermeneutikken om den hermeneutiske cirkel. Ved den hermeneutiske cirkel forstås, at man kun kan forstå en helhed ud fra delene – og omvendt. Derved fremkommer en cirkelbevægelse mellem en meningsenheds enkeltdele og dens helhed, hvorved nye spørgsmål kan stilles (Gadamer 2004, s. 254-258). Denne fortolkningsproces kan fortsætte i det uendelige, men i almindelighed ophører fortolkningsprocessen dog, når man er kommet frem til en slutning uden indre modsigelser (Kvale 1997, s. 58-59).

At stille spørgsmål er en forudsætning for at gøre nye erfaringer og komme til en øget forståelse, eftersom Gadamer skriver:

”Man kan ikke gøre erfaringer uden at stille spørgsmål. Erkendelsen af, at sagen forholder sig anderledes, end man først troede, forudsætter klart nok spørgsmålet, hvorvidt den forholder sig sådan eller sådan” (Gadamer 2004, s. 343-344).

I det følgende afsnit vil de spørgsmål, som informanterne blev stillet fremgå, ud fra den semistrukturerede interviewguide. Tro mod hermeneutikken er nye spørgsmål stillet til informanternes udsagn i henholdsvis analyse/fortolkningsprocessen og i specialets

diskussion. Et eksempel på et sådant nyt spørgsmål er, hvordan det kan være at flere af informanterne udtrykker tilfredshed med at *”få lov til at gå med det religiøse i hovedet”*?

## 5.2 Det kvalitative forskningsinterview

I og med at specialets undersøgelse sigter mod at opnå viden om, hvordan psykiatriske patienter oplever, at deres religiøse behov, problemer og ressourcer bliver imødekommet i psykiatrisk sygepleje, findes det kvalitative interview relevant som dataindsamlingsmetode. Således forsøger det kvalitative forskningsinterview at *”forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt”* (Kvale 1997, s. 15).

Ifølge leder af Center for Kvalitativ Metodeudvikling - Steinar Kvale – er et interview en samtale, der har en struktur, der muliggør at udspørge og få interviewpersonerne/informanterne til at uddybe deres svar, hvorved der kan fås et nuanceret billede af informanternes oplevelser (Kvale 1997, s. 19). De spørgsmål, som dannede afsæt for det kvalitative interview, fremgår af nedenstående semistrukturerede interviewguide, der var med til at styre samtalen:

- Opfatter du dig selv som religiøst troende?
- Hvordan forventer du, at sygeplejersken viser omsorg for og hjælper dig med din religiøsitet?
- Kan du fortælle om en situation, hvor plejepersonalet hjalp dig (eller du gerne ville have at de hjalp dig) med din religiøse tro? Hvad skete der? Hvad gjorde du? Hvad tænkte du? Hvad følte du?
- Oplever du at din religiøse tro er en hjælp til at håndtere sygdom? Hvordan?
- Er du tilfreds med den måde du er blevet imødekommet på som religiøs, når du har været indlagt?

Ifølge Kvale er det op til interviewerens skøn og takt, hvor tæt interviewguiden følges (Kvale 1997, s. 134). I og med at informanterne i denne undersøgelse flere gange kom med overraskende svar, blev der udover ovenstående spørgsmål også stillet uddybende spørgsmål. Dette vil blive yderligere beskrevet i diskussionen, under afsnittet *”Semistruktureret interviewguide”*.

Kvale anfører at der kan anvendes forskellige kvalitative analysemetoder for at finde frem til centrale temaer i interviewpersonernes svar (Kvale 1997, s. 188-206). I forhold til analysen af informanternes udsagn, har jeg anvendt meningskondensering. Dette medfører ifølge Kvale at informanternes udtrykte meninger trækkes sammen til kortere formuleringer. Altså trækkes lange udsagn sammen til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen trækkes frem (Kvale 1997, s. 190). Denne analyseproces fremgår ikke direkte af specialet, men lægger til grund for afsnittet ”Analyseresultater”.

I tråd med de hermeneutiske fortolkningsprincipper vurderes meningskondensering at være egnet til denne undersøgelse, fordi centrale temaer kan trækkes ud ved at følge den hermeneutiske cirkelproces, der bevæger sig frem og tilbage mellem de enkelte interviewudsagn og hele interviewet/interviewene (Kvale 1997, s. 58-59). Dermed muliggøres netop at hovedbetydningerne af det informanterne har sagt, kan danne afsæt for en videre diskussion, der kan øge forståelsen af religiøse sindslidendes oplevelser under indlæggelse.

### 5.2.1 Indlagte religiøse sindslidende er ”ikke sådan at hive op af posen”

Tidligere stillede jeg spørgsmålet, ”hvad nu, hvis danske psykiatriske patienter slet ikke er kendetegnet ved at have en religiøsitet, som kræver opmærksomhed under indlæggelse?” Dette spørgsmål blev meget påtrængende, i forsøget på at finde psykiatriske patienter, der indfrie inklusionskriterierne. ”De er ikke sådan at hive op af posen”, som en oversygeplejerske udtalte det, da hun havde forhørt sig hos de respektive afdelingssygeplejersker om mulige informanter. På daværende tidspunkt var det et inklusionskriterium, at patienten var indlagt, fordi patienten så ville kunne fortælle om sine oplevelser i frisk erindring. Men et andet inklusionskriterier var væsentligt, nemlig at den psykiatriske patient skulle have det så godt psykisk, at det var etisk forsvarligt at interviewe vedkommende i ½ time. Disse to kriterier var vanskeligt at indfri samtidig, forlød det fra flere oversygeplejersker, fordi ”kun de dårligste bliver indlagt og resten behandlet ambulant i lokalpsykiatrierne”.

Mit blik måtte derfor udvides fra 3 psykiatriske hospitaler mod dels psykiatriske bosteder og 2 lokalpsykiatrier. Her gav de respektive ledelser tilladelse til at sygeplejersken ”tæt på klienterne” kunne uddele mit velkomstbrev til klienter, der indfrie inklusionskriterierne. Men stadigvæk var det en udfordring at nå frem til de sindslidende, for det tredje inklusionskriterier stod ikke at forandre: Den sindslidende skulle have givet udtryk for religiøse behov, problemer eller ressourcer.

Det var overraskende så få sindslidende, som tilsyneladende havde givet udtryk for at have religiøse behov, problemer eller ressourcer overfor psykiatriske sygeplejersker, hvilket kan lede til flere antagelser:

- 1) Sindslidende anser deres religiøsitet som en privatsag
- 2) Sindslidende er slet ikke kendetegnet ved at være udpræget<sup>7</sup> religiøse, som konkluderet i udenlandske undersøgelser
- 3) Sindslidende synes ikke at have behov for at tale om deres religiøse problemer, behov og ressourcer med sygeplejersken
- 4) Det religiøse er tabubelagt, hvilket afstedkommer at den sindslidende ikke oplever at det er velkomment at tale om sine religiøse tanker
- 5) De religiøse sindslidende henter ressourcer i troen og undgår dermed indlæggelse og anden kontakt til det psykiatriske system
- 6) Sindslidende har ingen forventning om, at sygeplejersken kan hjælpe dem med deres religiøse tanker og fortæller derfor ikke om disse religiøse problemer, behov og ressourcer
- 7) Den sindslidende benytter hospitalspræsten eller familie/venner til at drøfte religiøse tanker

Antagelsen, som blev nævnt på side 1, spørger dog også, nemlig at åndelig omsorg indenfor psykiatrisk sygepleje ikke i fornødent omfang indbefatter omsorg for den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer. Såfremt den psykiatriske sygeplejerske ikke har sin opmærksomhed rettet mod den sindslidendes religiøse behov,

---

<sup>7</sup> I en undersøgelse, foretaget i USA, viser resultatet, at næsten 90 procent af mennesker med psykiske lidelser, betragter sig selv som havende en religiøs eller spirituel overbevisning (Corrigan 2003, s. 497).

problemer og ressourcer, hvordan kan den psykiatriske sygeplejerske så fungere som kontaktformidler til mulige informanter? Dertil er mit svar, at det ville være en falliterklæring og en blind styring efter mine antagelser/fordomme at forkaste psykiatriske sygeplejersker som kontaktformidlere til mulige informanter.

Det lykkedes da også omsider at finde i alt fire sindslidende, der indfrie inklusionskriterierne og gerne ville interviewes. I det følgende vil overvejelser omkring udvælgelsesprocessen blive beskrevet, ligesom der vil blive gjort yderligere rede for, hvorledes kontakten til informanterne blev formidlet.

### 5.2.2 Udvalgelse af informanter

Udvælgelsen af interviewpersoner i denne kvalitative undersøgelse sigter ikke mod repræsentativitet, i den forstand, at de fund, der fremkommer af den kvalitative undersøgelse, har en statistisk repræsentativitet (Fog 2001, s. 15). Jeg antager imidlertid, at de fire interviews er eksemplariske, i den forstand, at de kan give forståelse for, hvad det er for nogle oplevelser, man kan have som indlagt sindslidende. Dermed kan interviewudsagnene og den efterfølgende diskussion være en øjenåbner i forhold til hvilke problemer og udfordringer, der ifølge de sindslidende opstår i mødet mellem deres religiøsitet og den psykiatriske behandling. Fordi specialets undersøgelse ikke forsøger at have en statistisk repræsentativitet, har der ikke fundet en udvælgelse sted blandt de mulige tilgængelige informanter ud fra køn, alder, diagnose, antal indlæggelser m.m. Udvalgelsen er derimod foregået i et samarbejde med distriktsygeplejerskerne, eftersom de har fået udleveret skriftlig information om undersøgelsen og dernæst udleveret velkomstbrev til de sindslidende, som ifølge distriktsygeplejerskerne indfrie inklusionskriterierne. Havde den sindslidende tid, lyst og mulighed for at deltage, blev vedkommende inkluderet i undersøgelsen. Inklusionskriterierne er som nævnt:

- 1) Den sindslidende har været psykisk syg gennem et par år og har været/er indlagt på psykiatrisk afdeling
- 2) Den sindslidende skal have en god formuleringsevne og have det så godt psykisk, at det er etisk forsvarligt at interviewe vedkommende i ½ time.
- 3) Den sindslidende skal have givet udtryk for religiøse behov, problemer og/eller ressourcer

Det nødvendige antal interviewpersoner afhænger ifølge Kvale af undersøgelsens formål, og eftersom denne undersøgelses formål er at skabe viden og forståelse for, hvordan sindslidende har oplevet at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes, var det væsentligt at få varierede perspektiver frem. Jeg vurderede efter fire interviews, at der var fremkommet forskellige perspektiver til at få variationer og fælles temaer frem. Jeg vurderede med andre ord, at der var opnået et mætningspunkt, fordi der ikke længere syntes at blive tilføjet ret meget ny viden (Kvale 1997, s. 108-109).

Seks sindslidende har fået udleveret velkomstbrevet via lokalpsykiatriens distrikssygeplejersker. Ud af de seks ønskede tre at lade sig interviewe. Da jeg efter tre interviews ikke vurderede at der var opnået et mætningspunkt i forhold til indsamlingen af fund, valgte jeg at kontakte en bekendts slægtning, da denne ved tidligere lejlighed spontant havde givet udtryk for sine oplevelser af at være indlagt i det psykiatriske system. Denne informant, kendte jeg altså lidt til i forvejen. De tre sindslidende, der fik velkomstbrevet, men ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, havde overfor deres distrikssygeplejerske givet udtryk for, at de ikke magtede at deltage.

I nedenstående afsnit vil informanterne blive præsenteret, således at forskningsprocessen tydeliggøres i forhold til om undersøgelsens inklusionskriterier indfries (Olsen 2002, s. 7).

### 5.2.3 Præsentation af informanter

Fire sindslidende har deltaget i undersøgelsen. Alle har de tidligere været indlagt på psykiatriske afdelinger rundt om i Danmark. For en enkelts vedkommende ligger indlæggelsen flere år tilbage, men de øvrige har været indlagt og er blevet udskrevet indenfor det sidste års tid og har ellers gentagne indlæggelser bag sig. Tre af informanterne havde på interviewtidspunktet stadig kontakt til lokalpsykiatrien. De fire informanter fordeler sig således

- ❖ En mand sidst i 20'erne
- ❖ En kvinde først i 30'erne

- ❖ En mand i midten af 50`erne
- ❖ En kvinde i slutningen af 50`erne

Alle bekender de sig til den evangeliske lutherske tro og har oplevet at religiøse behov, problemer og ressourcer dukker op ved indlæggelse på grund af psykisk sygdom.

2 af informanterne beskriver, at de har haft psykotiske perioder under deres indlæggelsesforløb, og alle fortæller, at de har været gennem depressive eller maniske perioder.

Jeg har i specialet sløret informanternes køn, ved at præsentere alle fire informanter som hankøn. Dette fordi genkendeligheden af den enkelte informant dermed vanskeliggøres. I og med at den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer ikke analyseres kønsspecifikt, vurderes denne sløring uden betydning for den efterfølgende diskussion.

### 5.3 Ethiske overvejelser

I begyndelsen af undersøgelsesprocessen rejste der sig etiske overvejelser vedrørende det at interviewe sindslidende, for dersom den sindslidende befinder sig i en psykotisk eller anden lidelsesfuld fase, bør den sindslidende så ikke skærmes fra spørgsmål stillet af en fremmed? Det at interviewe sårbare sindslidende kan jo tænkes at forværre hans/hendes psykiske tilstand og således være etisk problematisk.

Problematikken berører flere områder i undersøgelsen, herunder også undersøgelsens gyldighed, pålidelighed og generaliserbarhed (Kvale 1997, s. 225-246):

- 1) Dersom udvælgelsen af relevante informanter nemlig gerne skulle sige noget om totalgruppen af indlagte sindslidende, der har givet udtryk for religiøse problemer, behov og ressourcer, ville det kunne indvendes, at det ville være forbundet med en grov og problematisk udvælgelse, såfremt gruppen af sindslidende med psykotiske, depressive eller andre lidelsesfulde tilstande skulle udelukkes (Wackerhausen 1996)
- 2) Når der i specialets problemformulering spørges til den sindslidendes oplevelse af at blive imødekommet, så er eksempelvis den psykotiskes oplevelse af ligeså stor værdi, som den ikke-psykotiskes oplevelser, men



- 3) Hvis den psykotiske derimod ikke forstår de stillede spørgsmål, kan svaret have karakter af ”go dag mand økseskaft”, og være vanskeligt at fortolke meningsfuldt
- 4) Den sindslidende, der er i en eksempelvis psykotisk fase, kan undertiden opleve sig forfulgt af den psykiatriske sygeplejerske, og ville derfor kunne svare: ”Jeg oplever at sygeplejersken vil slå mig ihjel, fordi jeg er en hadet profet”. Den sindslidendes oplevelse ville højst sandsynligt ændre sig, hvis han/hun blev spurgt i sin habituelle tilstand, men gør det den ene oplevelse mere gyldig end den anden?
- 5) Ville den sindslidende mon kunne huske hvordan han eller hun oplevede at sygeplejersken imødekom han/hendes religiøse tanker efterfølgende, eftersom psykotiske oplevelser ofte fortaber sig i glemsel? Lader det sig med andre ord undersøge, hvordan den sindslidende oplever sine religiøse problemer, behov og ressourcer imødekommet under indlæggelse, hvis man spørger den sindslidende efter udskrivelsen har fundet sted? – et problem i forhold til undersøgelsens gyldighed, som vil blive diskuteret yderligere i afsnittet ”Metodekritik”.

Etiske overvejelser kan altså virke ind på hvordan kravet om undersøgelsens gyldighed, pålidelighed og generaliserbarhed kan indfries på tilfredsstillende vis, for det etiske hensyn til den sindslidende bør være af højeste prioritet. Dette fik mig til at opstille inklusionskriteriet om at den sindslidende skulle have det så psykisk godt at det var etisk forsvarligt at interviewe vedkommende i en halv time. Tilmed var det et inklusionskriterium at den sindslidende skulle have en god formuleringsevne, hvormed de svært psykotiske eller meget depressive sindslidende ikke blev skønnet som mulige informanter, da deres verbale udtrykssevne ofte er betydeligt forringet.

Distriktsygeplejerskerne, der fungerede som kontaktfordlere, skønnede i første omgang om den sindslidende var i stand til at deltage i undersøgelsen, hvorefter den sindslidende blev præsenteret for velkomstbrevet (Hammersley og Atkinson 1996). Alle informanterne var altså nær eller i deres habituelle psykiske tilstand, da interviewet fandt sted, hvorfor det blev skønnet etisk forsvarligt at interviewe.

## 5.4 Juridiske overvejelser

Overholdelse af juridiske bestemmelser, der angiver regler for indberetninger og tilladelser til at gennemføre videnskabelige undersøgelser, blev sikret inden undersøgelsens empiriske del gik i gang. Således blev undersøgelsen anmeldt til Datatilsynet den 4. februar 2005. Datatilsynet har givet tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondataloven, paragraf 50, stk. 1 nr. 1. (Journalnummer: 2005-41-4875)

Tillige blev der inden undersøgelsens begyndelse taget kontakt til Den Videnskabetiske Komité for Århus Amt med henblik på godkendelse af undersøgelsen. Da undersøgelsen imidlertid ikke blev vurderet til at indeholde et væsentligt element af biomedicinsk forskning, blev det af Den Videnskabetiske Komité vurderet, at en godkendelse af undersøgelsen var unødvendig, jævnfør lov. nr. 402 af 28. maj 2003.

Undersøgelsen lever op til de etiske retningslinier for sygeplejeforskning i Norden med hensyn til frivilligt informeret samtykke, mundtlig og skriftlig information samt fortrolighed. Alle informanter er sikret anonymitet ved, at kun informantens køn og alder fremgår, men ikke navn, bopæl, indlæggelsesårsag, arbejde, indlæggelsessted m.m. Endvidere fremgår det ikke af specialet hvilken informant, der har sagt hvad, hvilket gør genkendelse yderligere vanskelig, for fx det faglige behandlingspersonale, der har kendskab til den sindslidendes medvirken i undersøgelsen.

## 5.5 Betydningen af den hermeneutiske metode i forhold til interviewene

At arbejde hermeneutisk indbefatter at delene, ligesom helheden har betydning og må forstås i forhold til hinanden – en cirkelbevægelse - hvorfor interviewudsagnene vil blive fortolket og analyseret i den sammenhæng, i hvilken udsagnene er fremkommet. Her tænkes ikke blot på at den enkelte sætning i et interviewudskrift (delen), må forstås ud fra hele interviewet (helheden), men også at selve interviewet må forstås ud fra de givne rammer, som interviewet fandt sted under. En redegørelse for undersøgelsens fremgangsmåde, er derfor med til at øge gennemsigtigheden af de producerede interviewteksters pålidelighed og gyldigheden (Olsen 2002).

Idet specialets videnskabssteoretiske referenceramme er hermeneutisk inspireret, får dette som betydning, at dialogen med informanterne, må være åben og tillidsfuld, fordi det handler om at opnå forståelse, hvorved nye muligheder for fortolkning af dialogen/teksten fremkommer. (Gadamer 2004, Jensen m.fl. 1990, s. 143). Tilliden hos sindslidende er imidlertid ikke altid umiddelbar givet, men må opbygges over tid. De fire sindslidende, der blev interviewet havde dog tilsyneladende tillid til mig som menneske, sygeplejerske og interviewer, hvilket gav sig udslag i, at interviewene var præget af stor åbenhed. Dette gav sig også udslag i, at de forskellige informanter i de fleste tilfælde valgte at interviewet skulle foregå i deres eget hjem, hvor alle viste gæstfrihed. En af informanterne ytrede dog ønske om at blive interviewet over telefonen, hvilket blev efterkommet. Om dette ønske udsprang af manglende tillid er uvist, men informanten gav udtryk for at den geografiske afstand gjorde det mere hensigtsmæssigt.

Inden selve interviewet begyndte, var samtalen præget af lidt uformel snak, der var med til at gøre interviewsituationen afslappet for begge parter. Tilmed blev det sikret at informanten deltog frivilligt og at han/hun var sikret anonymitet. Alle informanterne har fået udleveret min adresse og telefonnummer, hvis de har behov for at trække sig tilbage fra undersøgelsen eller stille yderligere spørgsmål til undersøgelsen. Alle fik ligeledes tilbudt at få udleveret et eksemplar af specialet - efter beståelse - hvilket alle udviste interesse for.

## 5.6 Metodekritik

Den kvalitative metode kan i sig selv udsættes for kritik (Kvale 1997, s. 226). Megen kritik af den kvalitative metode synes ifølge Kvale at være hæftet på traditionelle objektivitetskriterier fra den kvalitative forskningsproces, såsom at forskeren blot får bekræftelse af sine egne meninger (Kvale 1997, s. 226). Resultaterne regnes derfor slet ikke som gyldige, fordi de udelukkende synes at være baseret på subjektive fortolkninger (Kvale 1997, s. 226-227). Ud fra en hermeneutisk forståelse anerkendes det imidlertid at fortolkningen af kvalitative fund er båret af interviewerens subjektivitet og forforståelse, eftersom Gadamer påpeger, at vi som mennesker må acceptere, at vi aldrig kan frigøre os helt fra vores forståelseshorisont (Gadamer 2004). Dog kan det enkelte menneske forsøge at bevidstgøre en del af sin forforståelse og dette er forsøgt i dette speciale ved at

klarlægge indledende antagelser og fordomme og dernæst være åben overfor nye og uventede svar (Gadamer 2004, Kvale 1997, s. 25, 44). I afsnittet ”Selvransagelse i forbindelse med metodekritik” stiller jeg mig spørgende overfor, om undersøgelsens fund muligvis ikke er pålidelige på grund af interviewspørgsmål, der kan have lagt ordene i munden på informanterne. Altså om jeg ikke er åben overfor nye og uventede svar. Jeg konkluderer da, at informanterne ikke blev ledt af lukkede motiver om at bekræfte, at den sindslidendes religiøsitet bliver imødekommet med modstand i psykiatrien.

Kvale påpeger, at spørgsmålet om verifikation ikke hører hjemme på et bestemt stadium af en undersøgelse, men er relevante under hele forskningsprocessen (Kvale 1997 s. 231). Derfor er der også i dette metodeafsnit redegjort for undersøgelsens fremgangsmåde, således at der er mulighed for at ”se forskeren over skulderen” (Olsen 2002). Men stadig er der kritiske spørgsmål, der trænger sig på, hvoraf ét blev rejst i afsnittet ”Etiske overvejelser”: Lader det overhovedet sig undersøge, hvordan sindslidende oplever deres religiøse problemer, behov og ressourcer imødekommet under indlæggelse, hvis man spørger dem efter udskrivelse har fundet sted? Spørgsmålet bunder i, at hukommelsestab kan kendetegne perioden efter en psykose, en mani, dyb depression eller anden lidelsesfuld tilstand (Cullberg 1994). Informanterne brugte jævnligt formuleringer som ”så vidt jeg husker”, ”jeg tror nok” og ”det jeg kan huske er at...”. Informanterne gav altså selv udtryk for, at nogle af deres oplevelser ikke stod helt klare i erindringen, men informanterne kunne ikke desto mindre fortælle levende om deres oplevelser og de følelser, der var forbundet med at være indlagt ”med det religiøse i hovedet”. Dette bekræfter i sig selv at problemformuleringen lader sig undersøge. Informanterne kan imidlertid ikke fortælle om de oplevelser som de ikke kan huske, men om disse oplevelser skulle have en anden karakter, end de oplevelser som de husker, må stå hen i det uvisse.

Det kan ses som en svaghed i undersøgelsen at kun sindslidende, der er tilknyttet den evangeliske lutherske tro er interviewet. Dette er ikke en valgt begrænsning, men skyldes den omstændighed, at det ikke var muligt at skaffe informanter af en anden religiøs overbevisning. I de seneste år er sindslidende med en muslimsk baggrund blevet en øget

patientgruppe indenfor psykiatrien, og det ville derfor også være relevant at have denne religiøse retning repræsenteret i undersøgelsen.

### 5.7 Transskriberingen af interviewene

Alle fire interviews varede hver ca. ½ time og blev optaget på bånd med informantens samtykke. Umiddelbart derefter blev interviewene transskriberet, dog først efter at jeg havde hørt det enkelte interview igennem to gange. I forsøget på at få så mange nuancer med som muligt blev interviewet nedskrevet ordret med markering af pauser og bemærkninger om toneleje og kropssprog. Ved transskribering af interviews fra mundtlig til skriftlig form, sker der ifølge Kvale en strukturering af interviewsamtalerne i en form, der er tilgængelig for nærmere analyse (Kvale 1997, s. 170). En konsekvens af denne transskribering er imidlertid at de levende ord i en samtale bliver fikseret i statiske skrevne ord, der kan antage en fasthed, der ikke var tilsigtet i den umiddelbare samtalekontekst (Kvale 1997, s. 168). Ved at foretage en detaljeret ordret transskribering, kan dette problem forsøges imødekommet, men derved vil der forekomme mange gentagelser, ufuldendte sætninger, sidespring, pauseord som øhh, hmm (Kvale 1997, s. 168). Transskriberingen kan dermed fremstå som en del usammenhængende udsagn, selvom udsagnene gav mening i den samtalsituation, de blev præsenteret i. I forhold til formidlingen af resultaterne af de fire interviews, har jeg derfor valgt at gengive informanternes udsagn uden unødvendige gentagelser og pauseord som fx hmm. I nedenstående er et eksempel på hvad en informant fortalte ordret, og dernæst et eksempel på hvordan jeg gengiver informantens udsagn som citat. Informantens udsagn fremgår i kursiv:

Marie: Du nævnte, at mange psykiatriske patienter tumler med det religiøse. Var det sådan, at I indbyrdes snakkede om, hvordan der blev taget hånd om jeres religiøsitet?

Informant: *Ja, fordi det, for det var jo så min holdning, at jeg synes det er en skam, at der ikke bliver lukket op for den åndelige side. Øh (pause) så, også lige for at høre, hvad synes, hvad synes de om det. Om de har netop de behov. Og det var nok meget forskelligt, nogle havde behovet for at man tog det med ind, og for andre spillede det ingen rolle. Men jeg synes det var en mulighed, man skulle give os patienter.*

Gengivelse af udsagnet, som det vil forekomme som citat i specialet:

Informant: *Ja, fordi det var min holdning, at jeg synes det er en skam, at der ikke bliver lukket op for den åndelige side – også for at høre, hvad synes patienterne om det. Om de har netop de behov. Det var nok meget forskelligt. Nogle havde behovet for at man tog det med ind, og for andre spillede det ingen rolle. Men jeg synes det var en mulighed, man skulle give os patienter.*

I analyseprocessen har jeg taget afsæt i den ordrette og dermed detaljerede transskribering, ligesom jeg har vendt tilbage til båndoptagelserne, for at komme så tæt på samtalen som muligt.

## 6.0 Præsentation af analyseresultater

De svar som informanterne kom med, ud fra de stillede spørgsmål, vil i det følgende blive præsenteret. Svarene er under analyseprocessen blevet inddelt i temaer, der i det følgende er beskrevet hver for sig:

De 6 fremanalyserede temaer lyder:

- Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold.
- Sygeplejersken bør henvise til en præst
- Sygeplejersken kan opleves som en støtte
- Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen
- Det religiøse som ”et skjult behov i psykiatrien” – ”en mangelvare”
- Ønsket om helhed

### 6.1 Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold.

Et gennemgående tema i informanternes udsagn virker til at være en forventning til sygeplejersken om, at deres personlige religiøsitet bliver accepteret. Denne forventning har tilsyneladende karakter af at være passiv. Forventningen går nemlig på, at sygeplejersken ikke nedbryder informanternes religiøse tro eller lader informanten være ”mindre velkommen” på grund af sit religiøse tilhørsforhold. Tre ud af fire informanter udtrykker tilfredshed med den måde, deres religiøsitet er blevet imødekommet på, hvilket en af informanterne formulerer sådan:

*”Ja, jeg har været tilfreds med det, men der er heller ikke nogle, der har villet gå ind og klandre mig, fordi jeg var troende eller gå ind og tage troen fra mig”.*

En af informanterne har imidlertid oplevet, at accepten af hans religiøse tro ikke har været til stede som udgangspunkt. Tilsyneladende har denne informant som den eneste en forventning om både at blive accepteret som troende, men også at sygeplejersken har viden og forståelse for, hvad det religiøse kan betyde for ham og andre sindslidende og endvidere, at sygeplejersken formår at integrere dette i samtalerne under indlæggelsesforløbet. Denne forventning oplever informanten imidlertid ikke er blevet indfriet, idet han meddeler, at han ligeså godt kunne snakke med *”manden på gaden”*, som han kunne snakke med plejepersonalet. Modsat de andre informanter stiller denne informant altså tilsyneladende krav til sygeplejerskens åndelige omsorg og faglige kendskab og viden til det, han kalder *”den åndelige side af tilværelsen”*. De tre andre informanter vælger imidlertid at udtrykke det som *”et ønske”* og *”en ekstra gevinst”*, såfremt sygeplejersken viser omsorgsfuld opmærksomhed mod deres religiøsitet.

## 6.2 Sygeplejersken bør henvise til en præst

Sygeplejerskens forventede accept af informantens tro kommer hos samtlige informanter også til udtryk i, at sygeplejersken forventes at henvise til en præst eller anden religiøs kyndig, såfremt informanten *”kæmper med trosspørgsmål”*. Sygeplejersken virker altså til at blive tildelt en henvisningsfunktion, hvilket en af informanterne begrundes med at *”de der sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige, det tror jeg en præst bedre vil kunne gå ind og hjælpe”*. Alle fire informanter nævner, at de har benyttet tilbudet om gudstjeneste i løbet af deres indlæggelsesfase, men kun en har haft dybere samtaler med en præst.

## 6.3 Sygeplejersken kan opleves som en støtte

Selvom alle informanterne udtrykker, at de meget gerne vil have dybere samtaler omkring deres religiøse behov, problemer og ressourcer, synes sygeplejerskens umiddelbare forståelse at være mere betydningsfuld end dybe samtaler. En af informanterne fortæller taknemmeligt om en sygeplejerske, som han kunne læne sig

*"utroligt meget op ad"*. Denne sygeplejerske havde accepteret, at informanten var troende, og henvist til tilbudet om gudstjenester. Ydermere var sygeplejersken også sammen med informanten blevet enig om, at *"det var en god ting med den tro"*. Informanten beskriver, at de ikke direkte havde dybe samtaler, men at mødet med denne sygeplejerske *"gjorde meget"* for ham. Denne sygeplejerske havde givet udtryk for, at han selv var tilknyttet en kirke.

Alle informanterne tillægger det positiv værdi og en støtte, såfremt sygeplejersken selv er troende. To af informanterne fortæller, at de tyr til deres troende familiemedlemmer og venner, når de har behov for at tale eller dele deres religiøse problemer, behov eller ressourcer. En enkelt af informanterne nævner ligeledes, at patienterne bruger hinanden indbyrdes til at tale om religiøse emner og til at hente styrke i troen. Denne informant begrundet dette med, at plejepersonalet ikke har erfaring med og viden om det religiøse område, og at dette kan give sig udslag i et firkantet syn på religiøsitet som værende sygdomsrelateret: *"Personalet ser det religiøse som sygt, og jeg kan egentligt godt følge deres tankegang, fordi jeg har også set nogle patienter, der har haft det religiøse som meget ekstremt. Og hvis de kun oplever det, så kan jeg godt forstå, at de ser det som sygt. Men jeg mener jo ikke, at det er en sygdom, tværtimod"*.

#### 6.4 Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen

Det at være troende bliver af alle fire informanter beskrevet som en styrke og et håb. Religiøse tanker, forestillinger og oplevelser opleves generelt som mere intense under perioder, hvor informanten har det skidt og er indlagt, men som en positiv faktor:

*"Det er mange gange det, der holder mig i gang og i live, også hvis jeg er dybt deprimeret og bliver psykotisk - det er det religiøse og kristendommen. Det er håbet, hvis det sejler for mig. Så det er en stor styrke for mig"*.

Følelsen af at Gud har overblikket, når man selv mister det i den psykiske lidelse, virker ligeledes til at være fremherskende hos de fire informanter. Lidelsen som meningsfuld er et tema, som to af informanterne berører, eftersom lidelsen ikke er ligegyldig, fordi *"der er en, der har styr på, hvordan mit liv lige skal forme sig. Der er en mening med det, det*



*er ikke ligegyldigt, hvordan jeg lever*". Alle fire informanter bekræfter, at deres religiøse tro er en ressource for dem.

### 6.5 Det religiøse som *"et skjult behov i psykiatrien" – "en mangelvare"*

På trods af at tre informanter udtrykker tilfredshed med den måde deres religiøse problemer, behov og ressourcer er blevet imødekommet på under indlæggelse, giver alle tilkende, at de godt kunne tænke sig, at plejepersonalet spurgte ind til, hvad det religiøse betyder for dem. Kun en enkelt af informanterne har tilsyneladende oplevet, at der i indlæggelsessamtalen blev spurgt ind til, om vedkommende havde *"et trosforhold"*. Men det var ikke noget, der blev fulgt op på. Resten af informanterne gjorde på forskellig vis opmærksom på under indlæggelsesforløbet, at de havde en religiøs tro, men alle fortæller, at de oplevede, at plejepersonalet generelt prioriterede at tale om *"medicin og andre ting"*. For en af informanterne gav det sig udslag i, at han i sin psykotiske tilstand havde oplevelsen af, at han var Jesus, men at det forblev

*"en fornemmelse, jeg har gået med – for mig selv. Der er ikke blevet spurgt ind til hvilken måde, jeg tænkte eller hvilken måde jeg reagerede rent mentalt på det religiøse. Det har mere været, hvordan man har det og deltagelse i aktiviteter og selve møder og sådan. Der har ikke været nogen kommunikation i forhold til, hvordan jeg tænkte det religiøse, selvom det kan fylde utroligt meget. Jeg tror måske, det kan komme som en overraskelse for sygeplejersker og læger, hvor meget det egentligt kan fylde"*.

En af informanterne beskriver, at det religiøse behov er skjult, med mindre man selv bringer det på banen. Ingen mener dog, at det religiøse er tabubelagt i psykiatrien, men snarere *"en mangelvare"*.

### 6.6 Ønsket om helhed

Alle informanterne beskriver, at den religiøse tro udgør en stor del af deres liv, hvorfor en integrering af den åndelige dimension i sygeplejen ville kunne bringe mere helhed ind i deres oplevelse af behandlingen. Ønsket om helhed beskrives af en af informanterne endvidere som en forventning og et krav om, at sygeplejersken viser åbenhed ved fx at

gøre opmærksom på, at *"nu er der gudstjeneste, så man ikke bare går, og så ikke ved at nu er det den dag. Det har været tilfældet"*. En anden informant beskriver, at helheden ville være skabt, hvis sygeplejersken kunne *"rumme"* omsorgen for det syge sinds åndelighed.

## 7.0 Diskussion

I det følgende vil de fremanalyserede temaer blive diskuteret med litteratur for dermed at føje perspektiver til diskussionen i forsøget på at opnå en øget og dybere forståelse. Ifølge Gadamer's hermeneutik sker der det i forståelsen, at noget pludseligt ses i et nyt, uventet og forklaret lys (Gadamer 2004). Noget der hidtil har været skjult, afdækkes altså.

I diskussionen vil der være reference tilbage til interviewudsagnene for at underbygge temaerne og dermed diskussionens afsæt. I det følgende vil hver enkelt af de 6 temaer blive diskuteret fortløbende.

De 6 fremanalyserede temaer lyder:

- Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold.
- Sygeplejersken bør henvise til en præst
- Sygeplejersken kan opleves som en støtte
- Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen
- Det religiøse som *"et skjult behov i psykiatrien"* – *"en mangelvare"*
- Ønsket om helhed

Det første tema *"Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold"* vil pladsmæssigt blive vægtet højest, fordi der inddrages metodekritiske overvejelser i diskussionen af, hvorfor hovedparten af informanterne udtrykker tilfredshed med blot at møde sygeplejerskens accept. Endvidere diskuteres det, hvad informanterne synes at forstå ved det at møde accept.

## 7.1 Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold

Inden for temaet ”Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold” kommer det til syne, at tre af informanterne tilsyneladende stiller sig tilfreds med, at sygeplejersken møder deres religiøse problemer, behov og ressourcer med stiltiende accept. Et eksempel på dette er nedenstående, hvor udsagnet ”*meget tilfreds*” knyttes til oplevelsen af den accept, der er forbundet med, at sygeplejersken giver informanten ”*lov til at gå med det religiøse i hovedet*”.

*”Jeg er meget tilfreds, for jeg føler at man kunne komme med det man ville, når man nu engang blev så syg, at man var indlagt. Man havde det man havde med sig i hovedet, og for mig var det så det religiøse, og det har jeg fået lov at gå med. Jeg har ikke mødt modstand i de retninger. Jeg har ikke følt mig mindre velkommen nogen steder, selvom jeg er troende”.*

Ovenstående informant giver altså udtryk for at være ”*meget tilfreds*”. Som led i de hermeneutiske fortolkningsprincipper må udsagnet ”*meget tilfreds*” imidlertid ses som en del af helheden, altså hele interviewet (Gadamer 2004, Kvale 1997, s. 58). Derved synes udsagnet ”*meget tilfreds*” at være grobund for en diskussion af, hvilken mening tilfredsheden kan tillægges. Udsagnet ”*meget tilfreds*” indgår nemlig som en del af en sammenhæng, hvor informantens forventninger til sygeplejersken kan virke overraskende lille, i og med informanten siger:

*”Jeg forventer ikke direkte støtte eller sympati, men altså at ens tro bliver accepteret, og at man bliver behandlet på samme måde”.*

Eftersom halvdelen af informanterne direkte lader deres tilfredshed udspringe af, at de ikke har mødt behandlingsmæssig modstand og ikke forventer direkte støtte eller sympati, kan det diskuteres, om dette er et udtryk for at de har en underliggende fordom<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Med ordet fordom henvises der til den forståelse som Gadamer anvender, nemlig ordets oprindelige betydning, at fælde dom på forhånd (Jørgensen 2004, s. xviii): ”Fordomme udgør vores forudforståelse

om, at den psykiatriske sygeplejerske vil møde deres tro med modstand. Dermed bliver det, at man får *"lov at gå med"* det religiøse uden modstand, jo en positiv oplevelse, hvorfor det giver mening at være meget tilfreds. Endvidere giver det også mening, at en informant udtrykker sin tilfredshed med den måde sygeplejersken har imødekommet hans religiøse tro på, ved at henvise til, hvad sygeplejersken ikke gjorde:

*"Ja, jeg har været tilfreds med det, men der er heller ikke nogle, der har villet gå ind og klandre mig, fordi jeg var troende eller gå ind og tage troen fra mig".*

Forventningen om blot at blive mødt med accept, i betydningen *"få lov til at gå med det religiøse i hovedet"*, kan altså fortolkes til at bygge på en fordom om at møde behandlingsmæssig modstand hos to af informanterne. Denne fordom må så formodes at sætte nogle spor i begge interviews, i og med at fordommen kan skønnes at være vokset ud af negative oplevelser og altså bygger på erfaring. Såfremt de to informanter skulle have haft negative oplevelser med at være indlagt som religiøs troende, giver det imidlertid ikke mening, at de begge udtrykker tilfredshed med den måde deres religiøse problemer, behov og ressourcer er blevet imødekommet på. Heller ingen af de to informanter fortæller endvidere om, at de har haft direkte negative oplevelser under indlæggelsesforløbet. Det må så undersøges om den fremtolkede fordom om at blive mødt med modstand - som kan ligge til grund for tilfredshed med at møde accept, men ikke direkte støtte eller sympati - har givet anledning til, at de to informanter har forsøgt at skjule deres religiøsitet i frygt for at troen ville blive taget fra dem? Dette har tilsyneladende ikke været tilfældet, fordi begge informanter fortæller, at de på forskellig vis har kommunikeret til plejepersonalet, at de har en religiøs tro:

*"Altså det har ligesom været tydeligt for dem, der har været inde på stuen og se, hvad der ligger fremme – salmebøger og Bibelen".*

---

eller erfaringshorisont i den forstand, at vi altid fortolker det, vi ikke kender eller forstår, ud fra det, vi kender" (Gadamer 2004).

Den anden informant fortalte ligeledes, at han havde været ”meget åben omkring sin religiøsitet”. Dette fremgår af, at han ved spørgsmålet om, hvorvidt han selv bragte sin religiøse tro på banen, svarede:

*”Det har helt sikkert været mig selv, der er kommet ind på det, måske allerede ved indlæggelsessamtalen. Jeg har ikke været bleg for selv at nævne det, det er jeg i hvert fald klar over”.*

Begge tilkendegiver altså, at de havde religiøse behov overfor personalet, men stiller alligevel ikke forventninger til sygeplejersken om at vise andet end accept.

I forsøget på at komme nærmere mulige fortolkninger, der kan forklare og forøge forståelsen for, hvad der ligger bag de to informanternes tilfredshed med ikke at blive mødt med modstand, er det en overvejelse værd, om jeg som interviewer kan have lagt ordet modstand i munden på informanterne. Har jeg med andre ord været styret af egne forudsatte antagelser og fordomme i gængs negativ forstand om, at den religiøse sindslidende oplever at blive mødt med modstand og sin religiøsitet stemplet som galskab? Dette vil diskuteres i det følgende, hvor metodekritik bringes på banen:

### 7.1.1 Selvransagelse i forbindelse med metodekritik

I det kvalitative interview anerkendes det, at forskeren influerer på forskningsprocessen i og med, at forskeren bruger sig selv som instrument (Fog 2001, s. 109). Men et vigtigt aspekt er, at intervieweren/forskeren stiller sig åben ”over for nye og uventede fænomener, i stedet for at intervieweren arbejder med på forhånd formulerede spørgsmål og færdige analysekategorier” (Kvale 1997, s. 44). Bevidst naivitet betones derfor, hvilket indebærer, at intervieweren er kritisk over for sine egne forudsætninger og hypoteser, således at egne fordomme ikke bremser forståelsesprocessen, men sættes i spil i dialogen med informanterne (Fog 2001, s. 108, Gadamer 2004, Kvale 1997, s. 44). Når to af informanterne imidlertid udtrykker tilfredshed med den begrundelse, at de ikke har mødt modstand fra sygeplejersken, kan det så bunde i, at velkomstbrevet eller de stillede spørgsmål lægger op til, at informanten svarer på, hvorvidt han/hun har mødt modstand fra sygeplejerskens side? Altså at en fordom fra min side indvirker på, hvordan de

begrunder deres tilfredshed? I så fald er det problematisk i forhold til undersøgelsens reabilitet (Kvale 1997, s. 231).

### 7.1.2 Hvad formidler velkomstbrevet?

I velkomstbrevet bliver undersøgelsen præsenteret således:

Som sygeplejersker vil vi gerne yde omsorg for patientens krop, sjæl og ånd, men undersøgelser fra udlandet peger på, at vi i sygeplejen ikke er nok opmærksomme på den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer – det man kan kalde åndelige behov, problemer og ressourcer. Derfor vil jeg spørge, om jeg må interviewe dig. Formålet med interviewet er at blive klogere på, om du som patient oplever at plejepersonalet/sygeplejerskerne viser omsorg for din religiøsitet/tro, for derigennem at bedre sygeplejen.

Velkomstbrevet formidler, at vi i sygeplejen gerne vil yde omsorg for den sindslidendes åndelige behov, men tilsyneladende ikke er ”nok opmærksomme”. I denne formulering skønnes der ikke at være skjult en negativ fordom om, at den sindslidende har været udsat for modstand i forhold til sin religiøsitet, men der peges på et formål, nemlig at sygeplejen kan bedres. Det vurderes derfor ikke sandsynligt, at informanten ud fra velkomstbrevet går ind til interviewet med den forståelse, at den psykiatriske sygepleje hidtil har modarbejdet den sindslidendes religiøsitet, i og med at der i velkomstbrevet snarere tages afsæt i, at ”vi i sygeplejen ikke er nok opmærksomme på den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer”. Der synes heller ikke at være at være belæg for at informanten skulle tilsigte at bekræfte, at sygeplejersken ikke er ”nok opmærksom”, fordi formuleringen ”nok opmærksom” refererer til undersøgelser fra udlandet, som kun bruges som afsæt for undersøgelsen. Det kan dog indvendes, at informanten henledes på, at sygeplejen kan bedres, og at dette kan påvirke informanten til at forsøge at genkalde negative oplevelser, der bekræfter, at sygeplejersken faktisk ikke er ”nok opmærksom”.

### 7.1.3 Semistruktureret interviewguide

De stillede spørgsmål under selve interviewet må også bringes i fokus, for dersom jeg som interviewer har spurgt ind til, om informanten har mødt modstand, så giver det jo

pludselig mening, at informanten begrundet sin tilfredshed med, at han/hun ikke har mødt modstand. I den semistrukturerede interviewguide dannede følgende spørgsmål udgangspunkt for interviewet:

- Opfatter du dig selv som religiøst troende?
- Hvordan forventer du, at sygeplejersken viser omsorg for og hjælper dig med din religiøsitet?
- Kan du fortælle om en situation, hvor plejepersonalet hjalp dig (eller du gerne ville have at de hjalp dig) med din religiøse tro? Hvad skete der? Hvad gjorde du? Hvad tænkte du? Hvad følte du?
- Oplever du, at din religiøse tro er en hjælp til at håndtere sygdom? Hvordan?
- Er du tilfreds med den måde du er blevet imødekommet på som religiøs, når du har været indlagt?

Derudover blev der stillet spørgsmål som opfølgning på informantens udsagn, som fx ”du siger, at det var tydeligt for personalet, at du var religiøs. Var det noget, de spurgte ind til - og hvordan?”.

De stillede spørgsmål i den semistrukturerede interviewguide, synes ikke umiddelbart at kunne give anledning til, at informanten begrundet sin tilfredshed med, at han/hun ikke har mødt behandlingsmæssig modstand, fordi spørgsmålene har en åben karakter. Derimod er der en tendens til, at de spørgsmål, som informanten blev stillet sidst i interviewene, har en mere lukket karakter. Dette fordi spørgsmålene tjente som afprøvning af nye og uventede svar, som tidligere informanter havde fremkommet med: Et eksempel på dette er nedenstående:

Marie: En anden informant har fortalt, at patienterne bruger hinanden indbyrdes, når deres problemer drejer sig om noget religiøst. Er det noget, du kan genkende?

Informant: *Jeg har holdt det meget for mig selv, men jeg har også kunnet fornemme, hvis der var nogle, der var religiøse, eller kom med små bemærkninger. Men jeg har ikke haft dybe samtaler med andre patienter omkring det. Men jeg har fornemmet det,*

*hvis der var nogle, man kunne støtte sig lidt op ad – hvis der var lidt af det samme med hensyn til det religiøse.*

Til slut i interviewene rettede jeg altså fokus på bestemte temaer (Kvale 1997 s. 44), fx medpatienternes betydning. Men informanterne blev ikke ledt til bestemte meninger om disse temaer, som ovenstående er et eksempel på. I forhold til de to informanter, der begrundede deres tilfredshed med, at de ikke havde mødt modstand, dukkede spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejen blev oplevet som religiøs nedbrydende, imidlertid ikke op. Derfor må det kunne konkluderes, at de to informanter ikke blev lagt ordet modstand i munden, og at informanterne dermed ikke blev ledt af lukkede motiver om at bekræfte, at den sindslidendes religiøsitet bliver imødekommet med modstand i psykiatrien. Dermed synes der også at være øget belæg for at konkludere, at det er de to informanters egen fordom, at en modarbejdelse af den sindslidendes religiøsitet kan tænkes at finde sted under indlæggelse. Fordommen synes imidlertid ikke at være bekræftet af deres egne erfaringsoplevelser, ligesom der ikke er noget der tyder på, at fordømmen har medført at de fortier deres religiøsitet i frygt for at møde modstand. Fordommen synes imidlertid at kunne forklare, hvorfor de to informanter stiller sig så tilfredse med blot at blive mødt med accept fra sygeplejerskens side, skønt det er en menneskeret at blive accepteret uanfægtet af religiøst tilhørsforhold (DSR 1992, Mark 2004). I ICNs kodeks for sygeplejersker, fremgår det således af de etiske retningslinier, at sygeplejersken i udførelsen af sundheds- og sygepleje skal respektere ”den enkeltes tro, livsnormer og skikke, og han/hun medvirker til at skabe sådanne rammer, at der kan tages de fornødne individuelle hensyn” (Vesterdal 1996, s. 441).

#### 7.1.4 At møde modstand som det modsatte af at møde accept

For en tredje informant var det at møde modstand en fordom, der havde grobund i erfaringen. Denne informant fortalte nemlig om oplevelsen af, at accepten af hans religiøse tro ikke var til stede som udgangspunkt. Denne informant udtrykte derfor heller ikke tilfredshed med den måde hans religiøse behov, problemer og ressourcer var blevet imødekommet på. Der synes her at fremkomme en fælles forståelse blandt informanterne af, hvad det at møde accept kan bestå i, nemlig

- *”Ikke at møde modstand”*



- ”få lov til at gå med det religiøse i hovedet”
- ”blive behandlet på samme måde”
- ”ikke at føle sig mindre velkommen, selvom man er troende”
- ”ingen vil gå ind og klandre en”
- ”ingen vil tage troen fra en”
- ”ikke direkte støtte eller sympati”

Denne forståelse af at blive mødt med accept synes overvejende at blive defineret ud fra negative parametre, såsom 1) at man ikke føler sig mindre velkommen 2) at ingen vil gå ind og klandre en 3) at man ikke møder modstand 4) at ingen vil tage troen fra en 5) at man får lov til at gå med det religiøse i hovedet. Psykiater Jørgen Due Madsen peger på, at mange psykiatriske patienter er meget følsomme overfor, om deres religiøsitet vil blive forstået og respekteret i den psykiatriske behandling (Madsen 2000, s. 33):

”Det er ikke længe siden, at der var en udbredt skepsis over for psykiatrien blandt mennesker med tilknytning til Indre Mission, Baptistmenigheden, pinsefolk eller andre med et bevidst forhold til deres tro, fordi de var bange for, at deres livsopfattelse ville blive set på som værende en del af deres sygdom og problem” (Madsen 2000, s. 33).

Jørgen Due Madsen tilføjer, at denne skepsis fra patienternes side har været berettiget, men udtaler sig altså i datid. Informanterne synes imidlertid stadig at møde den psykiatriske behandling med en vis skepsis, idet fordømmen om behandlingsmæssig modstand træder frem i interviewene. Om denne skepsis er berettiget eller ej i nutidens psykiatriske behandling, er ikke en del af dette specialets undersøgelse, fordi patientperspektivet er valgt. Dette betyder, at der ikke stilles spørgsmålstejn ved sandhedsværdien af informanternes oplevelse. Det er dog imidlertid interessant, at en psykiater direkte bekræfter, at det har været berettiget, at sindslidende, der har et bevidst forhold til deres tro, har været bange for at blive sygeliggjort i kontakten med det psykiatriske behandlingssystem. Det viser nemlig, at fordømmen om at møde modstand ikke blot kan forklares som en paranoid forestilling hos de sindslidende.

#### 7.1.5 At møde modstand fordi ”personalet ser det religiøse som sygt”

Dette at være bange for at ens religiøsitet bliver mødt med modstand og dermed bliver betragtet som en sygdom, der skal ”tages fra en”, virker til at være fremtrædende hos tre

af informanterne. En af disse fortalte om at have oplevet at møde modstand i form af at plejepersonalet afviste hans behov for at deltage i gudstjeneste:

*”Jeg var indlagt og ville gerne i kirke, men det ville de ikke have. Og så opponerede jeg lidt imod det og sagde ”jamen jeg er jo ikke indlagt, fordi jeg er syg på det religiøse område”. Nej, jamen de ville så tænke lidt nærmere over det, og så var det hos overlægen, og jeg fik så at vide, at jeg måtte godt have lov til at gå i kirke. Men det skulle først den vej rundt”.*

I og med at informanten senere tilføjer ”personalet ser det religiøse som sygt” giver han her udtryk for det, som Jørgen Due Madsen beskriver som ”reduktionismens fare” (Madsen 2000, s. 28). ”Reduktionismens fare” udarter sig nemlig ved, at menneskets tro og gudsforhold reduceres til en sygdomsdiagnose (Madsen 2000, s. 28). Dette medførte i dette tilfælde, at informanten virker til at udtrykke følelsen af at være prisgivet i den forstand, at han oplever sin religiøsitet sygeliggjort i sig selv, fordi plejepersonalets/sygeplejerskens accept jo synes at udeblive. Anskues det religiøse som sygt i sig selv, kan det opfattes som sygeplejerskens opgave at forsøge at udvirke ændringer i den syges tilstand og sætte ind med målrettede handlinger (Travelbee 2002, s. 181). Sygeplejetænkeren Joyce Travelbee skriver således at sygeplejersken ikke bør ”acceptere de syge, som de er” men sygeplejersken bør forsøge ”at ændre dem målrettet og bevidst” (Travelbee 2002, s. 181). Når vigtigheden af at blive mødt med accept, træder så tydeligt frem i interviewene, så kunne dette altså bunde i, at informanterne frygter, at en normaliseringsproces ellers går i gang, hvor sygeplejersken bevidst forsøger at ændre den sindslidendes trosforhold ved at ”tage troen fra en”.

Informanten virker ikke til at være af den opfattelse, at det religiøse er sygt i sig selv, men giver udtryk for, at også religiøsiteten kan blive ramt af sygdom:

*”Hvis man har sin tro og sin religiøsitet på et stille og roligt niveau, og man ikke generer andre med det, så mener jeg bestemt ikke, at man kan kalde det sygeligt. Men den kan gå hen og blive sygelig”.*

Noget væsentligt i det informanten fortæller synes at være oplevelsen af, at religiøse sindslidende i første omgang skæres over en kam, og at det religiøse dermed gøres sygt i sig selv. Dette at informanten oplevede at møde modstand i form af at behandlingspersonalet ”ikke ville have” at han tog i kirke, afstedkom dog at informanten ”opponerede lidt imod det”, men også at informanten efterfølgende forsøger at forstå behandlingspersonalets tankegang:

*”Personalet ser det religiøse som sygt, og jeg kan egentligt godt følge deres tankegang, fordi jeg har også set nogle patienter, der har haft det religiøse som meget ekstremt. Og hvis de kun oplever det, så kan jeg godt forstå, at de ser det som sygt. Men jeg mener jo ikke at det er en sygdom, tværtimod”.*

Men for informanten lever oplevelsen af, at det religiøse i første omgang sygeliggøres ikke op til hans forventninger, for informanten stiller krav til sygeplejerskens åndelige omsorg og faglige kendskab og viden til ”den åndelige side af tilværelsen”.

#### 7.1.6 At møde modstand fordi sygeplejersken er ”uvidende”

Ovenstående informant tilkendegiver, at det for ham at se bunder i uvidenhed, når plejepersonalet møder religiøsitet med modstand, som var det religiøse sygt i sig selv. Informanten påpeger, at denne uvidenhed får som konsekvens, at åndelig omsorg ikke er en integreret del af afdelingens arbejde, og tilføjer at ”det burde det være”:

*”Jeg tror det skyldes uvidenhed. Hvis man begynder at snakke om religiøse emner med personalet, så virker de egentligt meget interesseret og nysgerrige. Det har jeg selv oplevet. For jeg sagde meget åbent til en, at jeg synes at de glemte den religiøse dimension, og det havde vi en snak om. Og jeg tror det skyldes uvidenhed. Det er ved at være længe siden. Men samtalen gik på, at jeg synes man skulle have den religiøse dimension med i samtalen med patienterne, og den anden holdning fra personalets side var så, at det var svært at tage den med ind, og integrere det i samtalerne med patienterne, fordi der kan være forskellige åndelige behov – altså forskellige religioner – og det krævede jo også en viden fra deres side, at de kendte til de forskellige religioner og kunne snakke ud fra dem, for at imødekomme patienterne”*

Informanten synes altså at opleve, at uvidenhed bremser imødekommelsen af den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer, og udtaler i den forbindelse, at han ligeså godt kunne snakke med *"manden på gaden"*, som han kunne snakke med plejepersonalet. Ligeledes giver informanten udtryk for, at det er uvidenhed, der fører til en generalisering, således at plejepersonalet skærer alle over en kam, og altså således ikke i første omgang ville have, at informanten gik i kirke.

Sygeplejerske Joyce Travelbee har ligesom psykiateren Jørgen Due Madsen beskrevet, hvordan patienten kan udsættes for reduktionisme (Travelbee 2002, s. 62-63). Travelbee beskriver endvidere at en konsekvens af denne menneskereduktionismeprocess kan være, at der bliver vakt en følelse af vrede i patienten (Travelbee 2002, s. 62-63). Informanten, der i ovenstående *"opponerede lidt"* og senere gik i dialog med plejepersonalet, synes netop at have oplevet denne vrede over at være prissgivet plejepersonalets uvidenhed, og få sin religiøsitet reduceret til en sygdom. Informanten synes paradoksalt nok også at have oplevet at skulle være den, der efterfølgende forsøger at vise forståelse overfor plejepersonalet men fortæller dog at have oplevet plejepersonalets nysgerrighed og interesse.

Hvor manglende viden og forståelse imidlertid synes at være kendetegnende for denne informants oplevelse af plejepersonalets evne til at yde åndelig omsorg, gav informanten udtryk for tilfredshed med mødet med den tilknyttede præst. Præsten opleves således som en, der ved meget om det åndelige, og som også selv er religiøs troende.

Alle informanterne giver mere eller mindre udtryk for, at sygeplejersken nok ikke ved så meget om det åndelige, hvorfor de foretrækker og forventer, at sygeplejersken henviser til en præst, der netop ved noget om *"de der sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige"*. Dette leder over i diskussionen af det næste tema, nemlig temaet *"sygeplejersken bør henvise til en præst"*.

## 7.2 Sygeplejersken bør henvise til en præst

*”Jeg tager det ikke for givet, at sygeplejersken vil kunne hjælpe mig, hvis det er nogle åndelige spørgsmål jeg tumler med. Ved de der sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige, der tror jeg en præst bedre vil kunne gå ind og hjælpe, end hvis jeg står over for en usikker sygeplejerske på det område”.*

Informanterne giver udtryk for, at sygeplejersken i større eller mindre udstrækning opleves som en fagperson, der har en henvisningsfunktion, ved *”sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige”*. Dette at sygeplejersken har en henvisningsfunktion til præsten findes imidlertid ønskeligt, men forventes også, såfremt sygeplejersken opleves som værende *”usikker”, ”uvidende”, ”ikke selv er troende” eller ”har svært ved at gribe fat”* om deres religiøse behov, problemer og/eller ressourcer. Dette synes at stå i kontrast til Katie Erikssons samt Stifoss-Hanssen og Kallenbergs forståelse, idet sygeplejersken her som noget væsentligt må inddrage menneskets åndelige behov i omsorgen (Eriksson 1996, s. 52, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999). Således skriver Katie Eriksson:

*”Det indgår i den naturlige omsorgs idé at støtte det enkelte menneskets tro, at respektere den og løbende hjælpe mennesket i at vokse i den”* (Eriksson 1996, s. 57).

Dette at sygeplejersken viser accept og henviser til en præst synes dermed kun at være en del af den åndelige omsorg for den sindslidende, idet sygeplejerskens omsorg også anskues at rumme et støttende og hjælpende aspekt. Stifoss-Hanssen og Kallenberg skriver derfor også at *”det eksistentielle må integreres i enhver psykiatrisk hjælpeproces”* (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 158).

### 7.2.1 Små forventninger til sygeplejerskers åndelige omsorg

Informanterne synes ikke at høre til den eneste patientgruppe, der tilsyneladende er kendetegnet ved at have små forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg. I en kvalitativ interviewundersøgelse foretaget af sygeplejerske Grethe Schärfe, fremgår det nemlig, at somatiske patienter slet ikke forventer åndelig omsorg fra sygeplejersken (Schärfe 1988, s. 21). Således viser undersøgelsen blandt andet følgende:

✚ ”Patienterne forventede ikke åndelig omsorg fra sygeplejersken, men nogle ønskede dette i form af, at sygeplejersken ville

- lytte
- informere
- tilbyde (formidling af) åndelig bistand og
- stille spørgsmål om åndelige forhold

Derimod ønskedes kun direkte åndelig hjælp (som bøn med patienten og læsning af religiøse skrifter) af sygeplejersker, patienten havde et særligt tillidsforhold til, og/eller som havde særlige forudsætninger herfor” (Schärfe 1988, s. 75).

Skønt Grete Schärfes undersøgelse er 17 år gammel og foregår på somatiske sygehuse, så synes der at være fællesstræk, eftersom tre ud af de fire informanter i denne undersøgelse heller ikke direkte forventer åndelig omsorg fra sygeplejersken i form af at sygeplejersken lytter og hjælper den sindslidende med religiøse problemer og ressourcer. Tre ud af fire informanter forventer nemlig kun at møde sygeplejerskens accept af deres religiøse trosforhold, og at sygeplejersken så ellers henviser til en præst. Alle fire informanter forventer dog til forskel fra konklusionerne i Grete Schärfes undersøgelse, at sygeplejersken rent faktisk henviser til tilbudet om gudstjeneste og muligheden for samtaler med en præst, og udtrykker dermed ikke blot dette som et ønske, men som ”*et bør*”:

*”Hvis jeg var i tvivl og kæmpede meget med trosspørgsmål vil jeg sætte pris på, at sygeplejersken spurgte ind til, om jeg havde nogle, jeg kunne tale med netop om det. Og hvis ikke det var tilfældet, at jeg havde nogle at tale med, da burde sygeplejersken foreslå mig at jeg talte med hospitalspræsten”.*

En anden informant, beskriver det også som ”*et bør*”:

*Sygeplejersken bør gøre ”opmærksom på, at nu er det gudstjeneste, så man ikke bare går, og så ikke ved at nu er det den dag. Det har været tilfældet. Det bør også være*

*en integreret del af afdelingens arbejde. Det var det knap nok. Det burde det absolut være”.*

Denne informant stiller krav til, at sygeplejersken henviser til præsten, men endvidere stilles også krav til at sygeplejersken informerer om ”*at nu er det gudstjeneste*”. Derfor stilles der også krav til at sygeplejersken er bekendt med tidspunkterne for de kirkelige handlinger, som præsten foretager.

Sammenlagt kunne det derfor tyde på, at informanternes forventninger til åndelig omsorg fra sygeplejersken er større end de somatiske patienters forventninger. Dette findes interessant, fordi to af informanterne i denne undersøgelse jo netop synes at have en fordom om at møde behandlingsmæssig modstand og en af informanterne ligefrem fortalte om sin oplevelse af at møde modstand. Grete Schärfe kommer ikke direkte ind på, at de interviewede somatiske patienter skulle have givet udtryk for en forestilling om at møde modstand i forhold til deres åndelige religiøse behov (Schärfe 1988). Måske kunne fordommen om at møde modstand imidlertid belyse, hvorfor det synes at være et krav fra informanterne i denne undersøgelse, at sygeplejersken henviser. Informanterne synes nemlig at forvente at få støtte og hjælp hos præsten, som de tilsyneladende ikke forventer sygeplejersken vil give eller formår at give. Fordommen om at møde modstand fra den psykiatriske sygeplejerske synes derfor at modsvares af en forventning til præsten om at blive mødt med støtte, sympati og hjælp, hvorfor det bliver ”*et bør*” at sygeplejersken henviser. Ses interviewene i sin helhed, virker det derfor meningsfuldt, at informanterne i modsætning til de somatiske patienter stiller krav om, at sygeplejersken henviser til en præst, altså det Grete Schärfe kalder, at sygeplejersken tilbyder og formidler åndelig bistand.

Såfremt informanterne fornemmer, at sygeplejersken selv har en religiøs tro, synes sygeplejersken imidlertid også at opleves som en åndelig omsorgsmæssig støtte. Dette synes at være en konklusion, som Grete Schärfe også drager, idet hun skriver, at de interviewede somatiske patienter kun direkte ønsker ”åndelig hjælp (som bøn med patienten og læsning af religiøse skrifter) af sygeplejersker, patienten havde et særligt tillidsforhold til, og/eller som havde særlige forudsætninger herfor” (Schärfe 1988, s. 38).

At sygeplejersken selv virker religiøs troende er netop en af disse ”særlige forudsætninger”, som alle informanterne tilkendegiver betyder ”*utroligt meget*”. Dette leder over i diskussionen af det næste tema, nemlig temaet ”sygeplejersken kan opleves som en støtte”.

### 7.3 Sygeplejersken kan opleves som en støtte

*”Engang jeg var indlagt, var der en mandlig sygeplejerske, som jeg lænede mig utroligt meget op ad, for han udtrykte overfor mig, at han var tilknyttet kirken, når han ikke var sygeplejerske. Han hjalp mig utroligt meget. Ikke ved at gå ind i mit tankespil, men ved at snakke med mig. Vi blev enige om, at det var en god ting med den tro. Det gjorde meget for mig at han var der, selvom det ikke var direkte dybe samtaler vi havde. Det gjorde også meget for mig, at han gav udtryk for, at han var religiøs. Det var en trøst og en god støtte for mig rent mentalt, når han var på afdelingen”.*

Den støtte, som ovenstående informant giver udtryk for, synes at have grobund i, at sygeplejersken snakker med informanten og sammen med ham bliver enige om, at det er ”*en god ting med den tro*”. Informanten synes dermed at give udtryk for oplevelsen af at blive accepteret og tilmed bekræftet, hvilket også kan udledes af, at informanten siger ”*det gjorde meget for mig at han var der*”. I og med at informanten oplever at ”*det var en trøst*” når sygeplejersken var på afdelingen, virker det endvidere som en sand tolkning, at informanten oplever en lindring af sin lidelse – sit tankespil. Katie Eriksson bruger udtrykket at sygeplejersken kan være ”medaktør i lidelsens drama” ved at bekræfte den sindslidendes lidelse og dermed imødekomme den lidende med et ”jeg ser” (Eriksson 1995, s. 51-52):

”Hvis man bekræfter et andet menneskets lidelse, formidler man et ”jeg ser” til den anden. At et andet menneske ser min lidelse, er en trøst, en fortrøstning om, at nogen kommer en i møde. Bekræftelsen kan ske på forskellig måde, f.eks. med et blik, en berøring eller et lille ord (Eriksson 1995, s. 52).

”Det lille ord”, som Katie Eriksson nævner, synes for informanten at være det, at sygeplejersken erklærer sig enig i, at ”*det er en god ting med den tro*”.



Katie Eriksson skriver, at lidelsen for det enkelte menneske er en kamp, og tilføjer at når denne kamp er mest intensiv, så mangler mennesket ofte evnen til at formidle sin lidelse (Eriksson 1995, s. 31). Ikke desto mindre derfor, er det af betydning, at sygeplejersken kan se den lidelse, der er forbundet med, at sindet rammes af for eksempel psykosens kaos og depressionens afmagt. Ordet sindslidende tilkendegiver således også i sig selv, at det er lidelsesfuldt, når sindet rammes af sygdom.

### 7.3.1 Oplevelse af at være i et ”religiøst sammenspil”

I og med at både informanten og sygeplejersken er enige i, at ”*det er en god ting med den tro*” virker det ikke som om, at den lidelse, som informanten gennemlever med sygeplejerskens støtte, bunder i at det religiøse skaber lidelsen, men snarere at det religiøse væves ind i lidelsen, nemlig som det informanten kalder ”*tankespil*” og ”*religiøst sammenspil*”:

*”Man føler ligesom at man er en del af et eller andet religiøst sammenspil. Og man har brug for at tænke og læse i det religiøse. Jeg tror det er en eller anden søgning efter svar indvendig, og det søger jeg i religion, når ikke jeg har det dårligt, og når jeg er småpsykotisk og psykotisk. Det er lige som om man bærer sig selv ind i den religiøse vinkel og man er en del af spillet, hvis man kan sige det på den måde. Decideret kan det være ubehageligt, fordi det bliver meget uoverskueligt. Andre gange kan det være det der giver ro, det er meget forskelligt. Det kommer an på, hvad vinkel man lige kommer ind på det på. Men i det store hele er det ikke det ubehagelige, der fylder i psykosen, det er mere selve spillet og trygheden det giver, når man ikke kan finde hoved og hale i sig selv. Det er ikke det ubehagelige, der fylder mest, når det religiøse kør”.*

Som en del af det Katie Eriksson kalder ”lidelsens drama” fortæller informanten om at have oplevet at være ”*en del af et eller andet religiøst sammenspil*”. Sygeplejersken går imidlertid ikke ind i dette tankespil, men sygeplejersken opleves ikke desto mindre som en støtte, hvilket kan bunde i, at sygeplejersken holder fast i at det religiøse er trygt og godt - ”*en god ting*”.

Ved spørgsmålet om, hvorvidt informanten ønsker ”*dybe samtaler*” om, hvordan han oplever det religiøse sammenspil, svarer han imidlertid:

*”Ja, det kunne jeg godt tænke mig. Det kan godt være at det kan lette noget, hvis man går i dybden med det. Meget af det, der kører inde i mit hoved, når jeg er psykotisk, det er det religiøse. Så det kunne da være fint nok, hvis man prøvede at komme i dybden med det på en eller anden måde. Så jo”.*

Informanten fortæller, at han for år tilbage havde ”*den tanke inde på nethinden*” at han var Jesus, men at det ikke var noget han ”*skiltede med*”: *Det er bare en fornemmelse jeg har gået med – for mig selv*”. Det virker derfor også til, at informanten har prøvet at opleve en ensomhed i forbindelse med, at han under en indlæggelse ”*fik lov til at gå med det religiøse i hovedet*”. Således svarede han bekræftende på, at han aldrig havde nævnt overfor noget behandlingspersonale, at han havde haft tanken om at være Jesus, men at det formentlig ville lette noget, at ”*komme i dybden med det på en eller anden måde*”. Han sagde imidlertid at ”*det har været tydeligt for personalet, at jeg har været på sporet, altså inde på det religiøse*”.

### 7.3.2 Sygeplejerskens manglende støtte?

Katie Eriksson nævner, at lidelses drama også kan indbefatte den lidelse, der findes i et plejeforhold: ”Det er et drama, fordi det er fyldt med forventninger, som vækkes på ny, efter man måske atter og atter er blevet skuffet” (Eriksson 1995, s. 51). Denne informant synes imidlertid ikke at have forventninger til sygeplejersken ud over, at hun giver ham ”*lov til at gå med det religiøse i hovedet*” og ellers henviser til en præst. Han fortæller derfor også, at han er meget tilfreds med den måde hans religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på. Men nogle spørgsmål kunne imidlertid vække til eftertanke, nemlig ”Er det sådan, at vi er blevet ufølsomme over for andres lidelse, eller at vi mangler evnen til at turde møde andre?” (Eriksson 1995, s. 51). Kan det ”*at få lov til at gå med det religiøse i hovedet*” med andre ord ikke bunde mere i sygeplejerskens ufølsomhed eller manglende evne til at turde møde den lidende end det, at sygeplejersken viser accept? Hvori består det, Katie Eriksson kalder bekræftelse af den andens lidelse, når informanten kan sige ”*det er en fornemmelse, jeg har gået med – for mig selv*”?

Ovenstående er spørgsmål, som dette speciale ikke forsøger at svare på, fordi der kun spørges til de sindslidendes oplevelser og ikke på baggrund af disse konkluderes, hvad oplevelserne betyder for sygeplejen. Ikke desto mindre kan specialet på længere sigt bidrage til en videre dialog om, hvorvidt vi i den psykiatriske sygepleje formår at imødekomme den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer. Men måske kan informantens oplevelse af at have gået med fornemmelsen af at være Jesus række langt videre end til den forsigtige konklusion, at vi i sygeplejen overser at patientens religiøse tro kan væves ind i et lidelsesforløb på godt og ondt. For hvad hvis informanten havde haft fornemmelsen af at være statsminister eller Tarzan, ville dette så også forblive en fornemmelse informanten havde gået med – for sig selv? Med andre ord: stikker spørgsmålet om, hvorvidt vi er blevet ufølsomme over for andres lidelse eller mangler evnen til at turde møde andre, dybere end først antaget? (Eriksson 1995, s. 51). Altså dybere end til ”blot” at omfatte ufølsomhed overfor den sindslidendes religiøse behov og problemer.

### 7.3.3 Fællesskab omkring troen som ”en god ting”

En sygeplejerske gik ind og bekræftede informanten i, at ”*det var en god ting med den tro*”<sup>9</sup> og for informanten synes dette at betyde mere end dybe samtaler. Den støtte, som informanten fortæller at have oplevet, synes derfor at være mere forbundet med sygeplejerskens nærvær, jævnfør informantens tilkendegivelse af, at sygeplejerskens blotte tilstedeværelse var en støtte: ”*Det var en trøst og en god støtte for mig rent mentalt, når han var på afdelingen*”. De øvrige tre informanter kunne ikke ”komme på” konkrete eksempler, hvor de havde oplevet sygeplejersken som en konkret støtte i forhold til deres religiøse behov, problemer og ressourcer, men en informant fortæller følgende:

”*Jeg har ikke sådan direkte oplevet det faktisk. Der har været nogle gudstjenester jeg var med til på sygehuset. Og da jeg blev indlagt var det også en masse med Gud og Jesus, som jeg blandede sammen, og det blev også meget forstået. Der blev ikke sådan sat*

---

<sup>9</sup> Det fremgår af informantens udsagn, at det var under to forskellige indlæggelsesforløb han oplevede henholdsvis at være Jesus og møde sygeplejersken, der hjalp ham ”utroligt meget”.

*spørgsmålstegn ved, om det var rigtigt eller forkert, det var jo min oplevelse, så det blev egentligt accepteret godt nok”*

Dette at få sin oplevelse accepteret og forstået, virker til at betyde noget positivt for informanten, men som direkte hjælp og støtte synes informanten imidlertid ikke at opleve det, jævnfør udtalelsen *”jeg har ikke sådan direkte oplevet det faktisk”*. Dette kan rejse spørgsmålet om, hvorvidt det at opleve sygeplejersken som en støtte generelt forbindes med det, at sygeplejersken både er nærværende og tilmed bekræfter den sindslidende i at *”det er en god ting med den tro”*. Det virker således til at have afgørende betydning, at sygeplejersken selv giver udtryk for at være religiøs troende. Alle informanterne tillægger det nemlig positiv værdi og støtte, såfremt sygeplejersken selv tilkendegiver at være troende og dermed tilkendegiver en forståelse for, hvad den religiøse tro kan betyde for den enkelte. Katie Eriksson skriver at den *”levende individuelle tro kan nå en større kraft og udvikles sammen med andre”*, hvorved der opnås vished, fortrosthed og håb (Eriksson 1996, s. 51-52). I fællesskabet om det at være troende kan der altså tilsyneladende hentes en støtte, der i sig selv opleves lindrende. Som beskrevet gav en informant udtryk for at opleve dette fællesskab med en sygeplejerske. En anden informant nævnte, at patienterne også indbyrdes kunne opleve et opbyggende og støttende fællesskab, og således bruge hinanden, når de havde religiøse problemer, behov og/eller ressourcer. Dette at holde fast i troen, på trods af at den psykiske lidelse og religiøsitet væves sammen, fremgik nemlig at være meget vigtigt for samtlige informanter, fordi den religiøse tro netop blev oplevet som en grundlæggende styrke, der gav håb og mening i lidelsen. Dette vil blive eksemplificeret og diskuteret i det følgende afsnit, der omhandler den religiøse tro som en oplevet ressource.

#### 7.4 Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen

*”Når man har en depression, som jeg har det, så er det jo tit de mørke tanker, der ligesom tager over – et forhæng man skal igennem – og så kan det være svært at se lys, fordi man føler sig så mørk indeni. Men så der - at man har bønner, der ligesom kan være med til at lukke op. Det er ligesom at tænde for en kontakt og lukke op for lyset, så det kan trænge ind. Det er ikke sikkert at det hjælper lige den første bøn, man beder, men når man sådan har bedt lidt længere tid, en længere periode, så kan man mærke, eller*

*jeg kan mærke, at det begynder at lukke op og trænge lys ind til en – at mørket forsvinder lidt. Jeg synes der er et stort håb i det at have en tro, men det kommer jo sikkert nok an på, hvad det er for en tro man har. Det er nok ikke ens for alle, kunne jeg forestille mig”.*

Alle fire informanter fortæller om at have oplevelsen af at den religiøse tro giver styrke og håb gennem lidelsen blandt andet gennem bønner. På trods af at en informant fortæller om at have haft oplevelsen af at være ”en del af et religiøst sammenspil” og en anden informant fortæller om at have blandet ”en masse med Gud og Jesus sammen”, så beskrives troen altså som livgivende og livreddende:

*”Det er mange gange det, der holder mig i gang og i live, også hvis jeg er dybt deprimeret og bliver psykotisk - det er det religiøse og kristendommen. Det er håbet, hvis det sejler for mig. Så det er en stor styrke for mig”.*

Den styrke, som den religiøse tro synes at give informanterne, relateres tilsyneladende til en overbevisning om, at Gud også er nærværende midt i lidelsen. En informant udtrykker dette, som ”jeg var overbevist om at Han var et eller andet sted. Og det viste sig også, at Han var der...midt i det hele – midt i alt lort og gylle”. Dette at opleve, at man ikke er alene ”midt i alt lort og gylle”, betyder tilsyneladende også, at selvom man selv mister overblikket i sindslidelsens kaos, så er ”der en der har styr på det”:

*”Altså troen giver mig et håb og sådan en fred og en tryghed. Det er nok det, at jeg alene menneske ikke kan magte særligt meget, men at der er en, der har magten og overblikket. Der er en der har styr på det, eller en der har styr på, hvordan mit liv lige skal forme sig. Der er en mening med det, det er ikke ligegyldigt, hvordan jeg lever”.*

Livet og lidelsen synes altså at være meningsfuldt og dermed ikke ligegyldigt, fordi der er én – Gud – der har styr på det: Æn der ”styrer for vildt”, som en anden informant udtrykker det:

*”Jeg tror, Gud har overblikket, når jeg mister det. Og jeg har en fred i at*

*Han styrer for vildt. Jeg er ikke et øjeblik i tvivl om, at Han elsker mig, og at Han også midt i det vanskelige og uoverkommelige er den, som omslutter mig og har mig i sin hånd”.*

I filosofen Søren Kierkegaards religiøse tænkning synes lidelsen heller ikke at være tilfældig, men netop foreskrevet den enkelte af Gud (Kierkegaard 1962, s. 17-24). Dette medfører imidlertid ikke en passivitet over lidelsen, men den opgave at forvandle lidelsen til forventning om det glædelige (Møllehave 2001, s. 92-94). Forstander for Testrup Højskole og mag. art. i idéhistorie - Jørgen Carlsen – udtaler at Søren Kierkegaards kristne tro på Gud som styrende, kan have en positiv betydning:

”Selvfølgelig virker det næsten absurd og bombastisk sådan i endegyldig forstand, at forstå sit liv som fastlagt af en Gud – af en Styrelse – men man kan unægtelig sige, at livet får betydning på den måde. Det får virkelig betydning. Det er ikke ligegyldigt, hvad der sker. Man er en historie, der er fortalt og fortælles et andet sted fra, end hvor man selv er. Det modsatte ville jo så være, at det liv man har, i større eller mindre grad har en tilfældighedskarakter med alle de skrupler, anfægtelser, frustrationer, der kan komme af, at det hele kunne være anderledes, men nu blev det sådan og det er rent tilfældigt på samme måde som med udfaldet af en roulette. Lidelsen bliver meningsløs, når den har denne tilfældighedskarakter, mens derimod en lidelsesfuld skæbne trods alt bliver noget, man kan tage på sig og leve op til, hvis man ser den som foreskrevet en. Så bliver selve spørgsmålet om at være sin skæbne værdig, et spørgsmål man kan tage på sig og leve på” (Carlsen 1994).

Når flere af informanterne giver udtryk for oplevelsen af, at *”der er en, der har magten og overblikket”* og at *”der er en mening med det, det er ikke ligegyldigt, hvordan jeg lever”*, så synes det som om, at lidelsen får betydning som foreskrevet én. Således beskrives lidelsen også som en *”prøvelse”*, som man som menneske kan blive *”udsat for”*:

*”Jeg tror alle mennesker bliver udsat for nogle prøvelser, men jeg tror måske at når man er kristen, så tager man det lidt anderledes. I hvert fald så tror jeg ikke, at man undgår ting, der er svære. Men det er måden, man kommer igennem det på, og der kan kristendommen være en hjælp”.*

Dette, at der virkes til at forudsættes en meningsfuldhed i livet såvel som i prøvelserne og lidelsen, opleves tilsyneladende som en hjælp til at komme igennem lidelsen. Alle fire informanter bekræfter således også, at deres religiøse tro kan beskrives som en ressource, de bærer med sig i lidelsesforløbet, jævnfør udsagnet *”jeg har en fred i, at Han styrer for vildt”*.

Før i tiden blev formuleringen ofte brugt, at mennesket gav sig Gud i vold, altså at man som menneske satte sin lid til Gud. Det kan hævdes at mennesket i dag sætter sig selv i vold hvorved det enkelte menneske er blevet sin egen herre og gud (Hartling 2005). Men hvordan kan det sindslidende menneske give sig selv i vold, når kaos ofte kendetegner det indre sind? Dette er ikke et spørgsmål som informanterne rejser, men derimod svarer de på, hvad det betyder for dem at kunne give sig Gud i vold. Dette vil blive yderligere belyst i det følgende.

#### 7.4.1 Oplevelsen af meningsfuldhed

Oplevelsen af meningsfuldhed har ifølge den medicinske sociolog Aaron Antonovsky (1923-1994) en betydelig indflydelse på, hvordan et menneske klarer sig gennem livet, hvor stressfaktorer betragtes som allestedsnærværende (Antonovsky 2002, s. 12, 40). Netop begrebet meningsfuldhed, som ifølge Antonovsky henviser til den udstrækning, i hvilken et menneske føler at *”livet er forståeligt rent følelsesmæssigt”*, indtager nemlig en vigtig plads i Antonovskys teori om, hvorfor nogle mennesker tåler stress og forbliver raske (Antonovsky 2002, s. 36). Det kan måske synes paradoksalt at inddrage denne teori, fordi informanterne jo netop har været indlagt på psykiatriske afdelinger fordi de er blevet syge. Men omvendt synes informanterne jo at udtrykke oplevelsen af, at deres religiøse tro og den meningsfuldhed, som troen bibringer deres liv, er en hjælp og en ressource, hvorfor et spørgsmål trænger sig på: Såfremt oplevelsen af meningsfuldhed indvirker positivt på menneskets helbred, er der så forskningsmæssige undersøgelser, der er gået i dybden med, om og hvordan sindslidende religiøsitet er en ressource også rent helbredsmæssigt? Ved at diskutere informanternes oplevelse af meningsfuldhed og af troen som en ressource muliggøres således en yderligere forståelse af, hvilken betydning religiøsitet kan have for sindslidende.

I specialets indledning henviste jeg til at videnskabelige undersøgelser fra USA, Canada, Australien, England og Norge peger på, at sindslidendes religiøsitet er større end gennemsnittet, idet næsten 90 procent af mennesker med psykiske lidelser, betragter sig selv som havende en religiøs overbevisning. (Benner 1999, Baetz, Griffin et al 2004, Corrigan et al 2003, s. 497, Heskestad 1984, Kirov, Kemp 1998, Shafranske 2000). Spørges der til religionens betydning for religiøse sindslidende, giver en amerikansk forskningsartikel dette svar:

"Despite the relative lack of empirical research on the role of spirituality in the lives of severely mentally ill individuals, personal accounts and qualitative studies have demonstrated the importance of religion in recovery from mental illnesses. Research on religious coping has shown faith to be a method individuals rely on to gain control in their lives" (Yangarber-Hicks 2004, s. 305). "This finding provides quantitative support to results from previous qualitative investigations that stressed the importance of religious faith to the population of people who have serious mental illnesses" (Yangarber-Hicks 2004, s. 312). "Religion and spirituality are seen as offering great help by providing a sense of meaning in the midst of tragedy and confusion" (Yangarber-Hicks 2004, s. 306).

Netop de sindslidendes oplevelse af mening midt i selve lidelsen beskrives i ovenstående forskningsartikel, ligesom troen som hjælp til at genvinde kontrol i livet. Generelt er det fremtrædende emner i forskningsartikler vedrørende sindslidendes religiøsitet, (Benner 1999, Baetz, Griffin et al 2004, Corrigan et al 2003, s. 497, Heskestad 1984, Kirov, Kemp 1998, Myklebust 2002, Rogers, Poey et al 2002, Payman 2000, Shafranske 2000). En forskningsartikel forklarer således:

"Being hospitalised for a psychotic breakdown is clearly a situation over which one has even less control, and after discharge such persons have to face the world from an even weaker social and financial position. It is not surprising that religious beliefs have been found to be stronger among psychotic patients. Indeed, for people who feel weak, ill, humiliated, or not understood, the idea that God has not abandoned them, can become an important source of inner strength" (Kirov, Kemp et.al. 1998, s. 234-235).

I ovenstående citat kommer den holdning til udtryk, at det ikke er overraskende, at svage og syge mennesker søger trøst i den religiøse tro, og artiklen konkluderer senere at der hos mindst 25 procent af de 52 interviewede sindslidende synes at finde en styrkelse sted af deres religiøse tro under sygdomsprocesser. Så stor betydning kan den religiøse tro



antage hos nogle af de sindslidende, at den religiøse tro anses som mere betydningsfuld for deres liv og helbredelsesproces end enhver anden hjælp eller behandling (Kirov, Kemp et.al. 1998, s. 244). Det kan synes modstridende, at en konklusion i artiklen også er, at religiøse psykiatriske patienter viste sig at have en bedre sygdomsindsigt og var mere påpasselige med at tage den ordinerede medicinske behandling, for kan troen på Guds hjælp ikke i nogen tilfælde tænkes at udelukke den medicinske behandling? Altså at den religiøse sindslidende møder den medicinske behandling med skepsis og modstand, fordi den sindslidende sætter sin lid til Gud?

Flere af informanterne i denne undersøgelse fortalte om, at de følte et øget behov for at tænke og læse i det religiøse, når de havde det psykisk dårligt. En af informanterne havde også haft den tanke, at troen på Guds hjælp i sig selv kunne udgøre behandlingen og helbredelsen. Denne informant gav udtryk for at have haft oplevelsen af at den medicinske behandling ikke var nødvendig:

*”Jeg havde det sådan en overgang, at jeg ikke troede på at medicinen ville hjælpe, men at det at jeg troede på Gud og det at jeg bad og at andre bad for mig, det faktisk var så stærkt, at det hjalp mig. Men efter jeg så blev indlagt igen – der er nok noget i min krop og i min hjerne, der har brug for medicin, men jeg tror ligeså meget at gudsforholdet og de relationer man har der, kan være helbredende. Så det er en kombination”.*

Informanten synes altså at ende ud med den oplevelse, at ”helbredelsen” muliggøres i en kombination af den medicinske behandling og gudsforholdet, hvorfor det ene altså ikke udelukker det andet. Den religiøse tro synes dermed ikke blot at bibringe den sindslidende den oplevelse, at Gud er nærværende i midt i lidelsen, men også at Gud hjælper én gennem lidelsen. Den religiøse tro synes derfor at bibringe de sindslidende håb og styrke, hvorfor det giver mening at tale om troen som en ressource, der både synes at være livgivende og livreddende.

At den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen, er et tema som træder stærkt frem i informanternes udsagn. I forskningsundersøgelser, der omhandler sindslidendes religiøse trosforhold, bliver den religiøse tro ofte betegnet som en

ressource, der kan gavne den enkeltes ”recovery” ved at fremme håb, tilfredshed ved livet og dermed mindske eksempelvis alkoholmisbrug og dybe depressioner (Baetz, Larson et al. 2002b, Corrigan et al 2003, s. 495-496, Shaw, Joseph et al. 2005). Vigtigheden i at forstå betydningen af denne ressource belyses derfor i forskningsartiklerne:

”Psychiatrists could try to understand their patients` religious beliefs and the role they can play in the patient`s life, rather than regard them as a manifestation of illness” (Kirov, Kemp et.al. 1998, s. 244).

I det følgende tema fremgår det imidlertid, at informanterne i denne undersøgelse ikke oplever, at deres religiøse tro bliver inddraget som en ressource i behandlingen, hvorfor temaet også hedder “ Det religiøse som *”et skjult behov i psykiatrien”* – *”en mangelvare”*”.

### 7.5 Det religiøse som *”et skjult behov i psykiatrien”* – *”en mangelvare”*

På en avis hjemmeside ytrede en tidligere psykiatrisk patient sig for nylig om sin oplevelse af at have været indlagt som religiøs troende:

”Jeg oplevede personalet havde en meget stor berøringsangst overfor min religion. Under samtaler med psykiater og plejepersonale, blev emnet stort set ikke berørt” (Jakobsen 2005).

Informanterne i denne undersøgelse giver udtryk for samme oplevelse af stort set ikke at få deres religiøsitet berørt, eftersom de synes at have en generel oplevelse af, at personalet prioriterer at tale om *”medicin og andre ting”*. En af informanterne udtrykker, at dette er *”en stor mangelvare”*:

*”Man har det ikke integreret, og det synes jeg er en stor mangelvare. At man ikke kan se det som en helhed, fordi det hører, synes jeg, også med til at være menneske – at have sin tro med”*.

Når denne informant bruger udtrykket ”en stor mangelvare” må det ses i sammenhæng med, at informanten konstaterer, at en del af de psykiatriske patienter har behov for at der også fra plejepersonalets side ”lukkes op for den åndelige side”. Det fremgår af informantens udsagn, at han kommet frem til denne konstatering via dialog med sine medpatienter:

Marie: Du nævnte, at mange psykiatriske patienter tumler med det religiøse. Var det sådan, at I indbyrdes snakkede om, hvordan der blev taget hånd om jeres religiøsitet?

Informant: *Ja, fordi det var min holdning, at jeg synes det er en skam, at der ikke bliver lukket op for den åndelige side – også for at høre, hvad synes patienterne om det. Om de har netop de behov. Det var nok meget forskelligt. Nogle havde behovet for at man tog det med ind, og for andre spillede det ingen rolle. Men jeg synes det var en mulighed, man skulle give os patienter.*

Informanten tilkendegav senere, at det at ”nogle havde behovet for at man tog det med ind” ifølge ham forblev ”et skjult behov” fordi plejepersonalet ikke kunne ”gribe fat om” det religiøse. I forbindelse med gudstjeneste på afdelingen, oplevede informanten således, at interessen blandt patienterne var stor, hvis blot den enkeltes tilstedeværelse blev legitimeret af, at også andre udviste et behov for at overvære de kirkelige handlinger:

*”I starten da jeg gik derhen, da var jeg den eneste der var der. Så kom der nogle, der lige skulle se, og da der så var en, så satte de sig også. Og så kom der flere til. Så når der har været gudstjeneste, så har der været sådan 7-8 stykker, og det er mange ud af 16. Jeg synes, at det viser, at der er et skjult behov for det, man vil ikke være den eneste, der er der, men man vil godt, hvis der er nogle, der er der i forvejen. Så behovet er faktisk tilstede”.*

Informanternes oplevelse af, at plejepersonalet ikke ser på religiøse behov, problemer og ressourcer, men prioriterer at tale om ”medicin og andre ting” vinder genklang hos Stifoss-Hanssen, idet han i en aviskronik udtaler følgende:

”Mange psykiatriske patienter har stærke religiøse oplevelser. For nogle virker det fængslende, og deres kampe med Gud eller guder og ånder kan forstærke den psykiske lidelse. For andre bringer det religiøse sprog glæde, og deres tro bliver det sted, de kan finde ro og styrke. Men begge former for religiøse erfaringer følger et stort behov for at møde mennesker, der forstår og respekterer deres oplevelser. Men de findes sjældent blandt det psykiatriske personale” (Ørskov 2001, s. 9).

Stifoss-Hanssen konstaterer endvidere at ”religion har været i den grad tabubelagt i psykiatrien”, men blandt informanterne synes der imidlertid at være enighed om, at det religiøse ikke er tabubelagt i nutiden (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 160).

Blandt informanterne synes der nemlig at herske en oplevelse af at ”*der er lidt skub i det rundt omkring*”:

*”Jeg har fornemmet på det sidste, at der var lidt skub i det rundt omkring, men jeg synes det er positivt, at der bliver lavet noget arbejde omkring det, for det kan da nok hjælpe mange – også mig selv, hvis jeg kommer i samme situation, hvor jeg bliver dårlig”.*

En anden informant udtaler, at han ”*tror der er sket en åbning, så der mere naturligt tales om tro i dag*”. Det at kun én af informanterne direkte udtrykker at ”*det er en stor mangelvare*” at man i den psykiatriske behandling ikke kan se den religiøse tro som en del af det enkelte menneske, genspejles dog i de andre informanternes udsagn, men her udtrykt gennem formuleringer, som ”*det ville være et plus, hvis det var, at man kunne snakke om sin religiøsitet også*” og ”*det ville da være behageligt, hvis der kunne komme en og tage fat i en og så snakke om det religiøse*”. Disse tre informanternes tilfredshed lider altså ikke under, at de oplever at plejepersonalet prioriterer at tale om ”*medicin og andre ting*” skønt det er religiøse oplevelser og tankespil, der tilsyneladende har præget deres dagligdag under indlæggelsesforløb. Dette formodes at bunde i at de 3 informanter har små forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg, som beskrevet tidligere i afsnittet ”Små forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg”.

### 7.5.1 Antagelser set i et nyt lys

De antagelser, som tidligere i specialet blev opstillet på baggrund af en undren over, at så få sindslindende tilsyneladende havde givet udtryk for at have religiøse behov, problemer

og ressourcer overfor psykiatriske sygeplejersker, kan igen bringes på banen (se evt. side 18). Informanternes udsagn synes nemlig at kaste lys over antagelserne, og således eksempelvis afkræfte antagelsen om, at sindslidende ikke synes at have behov for at tale om deres religiøse problemer, behov og ressourcer med sygeplejersken. Det kan på baggrund af informanternes udsagn nemlig konkluderes, at behovet for, at sygeplejersken viser omsorg for deres religiøse behov, problemer og ressourcer er til stede. Men kun en enkelt informant stiller imidlertid krav til at sygeplejerskens åndelige omsorg rækker ud over at vise accept og henvise til en præst.

De øvrige antagelser synes også at kunne henholdsvis bekræftes og afkræftes på baggrund af informanternes udsagn.

1) Sindslidende anser deres religiøsitet som en privatsag

Eftersom informanterne alle fortæller, at de på forskellig vis gjorde plejepersonalet opmærksom på deres religiøse tro, er der ikke grobund for at konkludere, at de anser deres religiøsitet som en privatsag. Tværtimod giver alle informanter udtryk for, at de finder støtte i at dele deres religiøse tro og tanker med andre mennesker, jævnfør afsnittet ”Fællesskab omkring troen som ”en god ting” og afsnittet ”Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold”.

2) Sindslidende er slet ikke kendetegnet ved at være udpræget<sup>10</sup> religiøse som konkluderet i udenlandske undersøgelser

Om sindslidende generelt er kendetegnet ved at være udpræget religiøse i Danmark, kan denne undersøgelse ikke sige noget om. Ifølge informanternes egne udtalelser fremgår det dog, at de oplever, at deres medpatienter også i nogen udstrækning giver udtryk for at have et religiøst livssyn. En informant fortæller følgende: *”Jeg tror, der er en del af mine medpatienter, der også har det religiøse med inde, men der er også mange, hvor det ikke omhandler det. Hvis jeg må give et bud i procenter, så tror jeg at det er mellem 10 og 20 procent, hvor det foregår meget i det religiøse”.*

---

<sup>10</sup> I en undersøgelse, fortaget i USA, viser resultatet, at næsten 90 procent af mennesker med psykiske lidelser, betragter sig selv som havende en religiøs eller spirituel overbevisning (Corrigan 2003, s. 497).

Såfremt informanternes oplevelse af, at deres medpatienter også *"har det religiøse med inde"* afspejler medpatienternes egen oplevelse, kan årsagen til, at det var så vanskeligt at finde informanter til denne undersøgelse, altså ikke falde tilbage på at danske psykiatriske patienter slet ikke er kendetegnet ved at have en religiøsitet, som kræver opmærksomhed under indlæggelse. Det synes dog ikke at fremgå af informanternes udsagn, at op mod 90 procent af deres medpatienter har en religiøs overbevisning, som det er konkluderet i undersøgelser fra USA.

- 3) Sindslidende synes ikke at have behov for at tale om deres religiøse problemer, behov og ressourcer med sygeplejersken

Denne antagelse synes ikke at kunne bekræftes ud fra informanternes udsagn, eftersom informanterne tilkendegiver at have behovet, jævnfør udsagn som *"meget af det, der kører inde i mit hoved, når jeg er psykotisk, det er det religiøse"*, *"da jeg var indlagt var det også en masse med Gud og Jesus, som jeg blandede sammen"* og *"det er mange gange det, der holder mig i gang og i live, også hvis jeg er dybt deprimeret og bliver psykotisk – det er det religiøse og kristendommen"*.

- 4) Det religiøse er tabubelagt, hvilket afstedkommer, at den sindslidende ikke oplever, at det er velkomment at tale om sine religiøse tanker

Ingen af informanterne oplever, at det religiøse er tabubelagt i psykiatrien, ligesom ingen direkte tilkendegiver, at det ikke er velkomment at tale om sine religiøse tanker. Plejepersonalet prioriterer blot at tale om *"medicin og andre ting"*, men dette henledes primært til, at plejepersonalet er *"uvidende"* om den *"religiøse dimension"*. En informant mener også, det skyldes, at plejepersonalet *"ser det religiøse som sygt"*, men dette afstedkommer tilsyneladende ikke oplevelsen af, at det ikke er velkomment at tale om sine religiøse tanker, jævnfør udsagnet *"Hvis man begynder at snakke om religiøse emner med personalet, så virker de egentligt meget interesseret og nysgerrige. Det har jeg selv oplevet"*.

- 5) De religiøse sindslidende henter ressourcer i troen og undgår dermed indlæggelse og anden kontakt til det psykiatriske system.

Skønt videnskabelige undersøgelser fra udlandet peger på, at den religiøse tro er en ressource i den sindslidendes vej gennem lidelsen, så kan det ikke konkluderes, at vanskeligheden med at finde mulige informanter til denne undersøgelse har sin grobund i, at religiøst troende mennesker undgår indlæggelse og anden kontakt til det psykiatriske system (Benner 1999, Baetz, Griffin et al 2004, Corrigan et al 2003, s. 497, Heskestad 1984, Kirov, Kemp 1998, Myklebust 2002, Rogers, Poey et al 2002, Shafranske 2000, Yangarber-Hicks 2004). Derimod kan det konkluderes, at informanterne selv oplever, at den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen.

- 6) Sindslidende har ingen forventning om, at sygeplejersken kan hjælpe dem med deres religiøse tanker og fortæller derfor ikke om disse religiøse problemer, behov og ressourcer

Skønt hovedparten af informanterne ikke tilkendegiver at have nogen forventning til sygeplejersken om, at hun kan hjælpe dem med deres religiøse tanker, så prøver de dog alligevel at fortælle om deres religiøse problemer, behov og ressourcer. Dette kan afspejle et håb hos informanterne om at blive imødekommet på trods af, at sygeplejersken ikke forventes at kunne eller skulle hjælpe dem med deres religiøsitet. En af informanterne tilkendegiver både, at det var *"tydeligt for personalet, at jeg har været inde på sporet, altså inde på det religiøse"* samtidig med at det ikke var noget han *"skilte med"*. Netop håbet om at nogen ser den lidelse, der ikke skiltes med, synes her at træde frem. *Dette "at få lov til at gå med det religiøse i hovedet"* kan derfor ikke tolkes udelukkende positivt, fordi vrangforestillinger om at være eksempelvis Jesus også bliver *"en fornemmelse jeg har gået med – for mig selv"*.

- 7) Den sindslidende benytter hospitalspræsten eller familie/venner til at drøfte religiøse tanker

Som beskrevet i afsnittene under temaet "Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold", så benytter alle informanterne muligheden for at deltage i gudstjeneste under indlæggelsesforløbet. Kun en af informanterne har imidlertid haft "dybere

samtaler” med en præst. To af informanterne nævner at de bruger familie og venner til at drøfte religiøse tanker og til at hente støtte. En af informanterne har oplevet at en sygeplejerske var en støtte, der hjalp ham ”*utroligt meget*”. Der er blandt informanterne altså forskellige støtter, som træder i kraft, når informanten søger religiøs støtte ved indlæggelse, heriblandt nævnes medpatienter også som mulige støtter. Ønsket om at sygeplejersken kommer mere på banen med åndelig omsorg, træder dog frem i alle interviewene, hvilket vil blive belyst yderligere i følgende afsnit ”Ønsket om helhed”.

## 7.6 Ønsket om helhed

Under interviewene rejste der sig spørgsmålet om, hvorvidt informanten forventer, at sygeplejersken retter sin opmærksomhed mod den mulighed, at den enkeltes religiøse tro kan indvæves i lidelsen. Til dette spørgsmål svarede en af informanterne:

*”Det ville jeg da gerne, hvis sygeplejersken kunne det. Det ville skabe større helhed, men jeg tror, det er ganske få, der kan rumme det også”.*

Det fremgår af ovenstående, at informanten fremsætter det som et ønske og ikke et krav, at sygeplejersken viser åndelig omsorg for det, der kan kaldes ”det syge sinds åndelighed” (Ørskov, 2001, s. 9). Informanten bruger således formuleringen ”*det ville jeg da gerne*”. Informantens udsagn synes endvidere at kunne give indblik i noget væsentligt, som alle informanter tilsyneladende oplever i mødet med sygeplejerskens åndelige omsorg, nemlig følelsen af at det ville være ”*behageligt*”, ”*behjælpeligt*”, ”*et plus*” og ”*en ekstra gevinst*” såfremt sygeplejersken ”*kunne*” inddrage det religiøse aspekt i åndelig omsorg. Når ordet ”*kunne*” bruges, så formodes det at være fordi informanten/informanterne ikke oplever, at det er manglende vilje, der gør udslaget, når sygeplejersken prioriterer at tale om ”*medicin og andre ting*”. Derimod giver alle informanterne mere eller mindre udtryk for at sygeplejersken nok ikke ved så meget om det åndelige, hvorfor uvidenhed altså opleves som en bremseklods i forhold til sygeplejerskens mulighed for at yde åndelig omsorg. Men denne informant peger derudover på noget interessant, eftersom informanten tilføjer, at han tror, det er ”*ganske*



*få*” sygeplejersker, der kan ”*rumme*” det syge sinds åndelighed. Netop ordet ”*rumme*” synes at henvise til, at informanten oplever, at sygeplejersken ikke kan tage imod det kaos, som informanten fortæller om at have oplevet i forbindelse med at ”*blande en masse med Gud og Jesus sammen*” i en ”*form for psykose*”. I psykiatrisk praksis og i psykiatrisk litteratur refereres der til, at sygeplejersken skal kunne rumme den sindslidendes følelser af indre smerte – dette kaldes også ”*containing-function*” (Cullberg 1994, s. 352, 459, Strand 1997, s. 69, 111-113). Ved containing forstås blandt andet den funktion at sygeplejersken kan opnå ”*forståelse af patientens underliggende problemer*” (Strand 1997, s. 112). Når informanten imidlertid oplever, at kun ganske få sygeplejersker kan rumme det syge sinds åndelighed, så synes det altså at være en mulig konsekvens, at sygeplejersken ikke kan forstå patientens underliggende problemer, hvorfor en ond cirkel synes at være dannet.

Undersøgelser viser, at faggrupperne i psykiatrien – herunder sygeplejersker – er meget lidt religiøse (Baetz, Griffin et al 2004, Myklebust 2002, Rogers, Poey et al 2002, Payman 2000, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999). Dette burde ikke få som konsekvens, at vi som sygeplejersker ikke kan ”*rumme*” det syge sinds åndelighed og dermed ikke kan magte at se den sindslidende som et helt menneske, der ”*har sin tro med*”. Men hvorfor tror informanten, at kun ”*ganske få*” kan rumme det syge sinds åndelighed? Fordi informantens erfaring danner afsæt for svaret:

*”Jamen det er nok fordi jeg ikke har oplevet nogle direkte gøre det, men selvfølgelig er der da nogle, der gør - det tror jeg”.*

Den optimistiske tro på at ”*selvfølgelig er der da nogle der gør*” synes imidlertid at kunne få øget fodfæste i fremtiden, eftersom et stort anlagt projekt om ”Tro og Psyke”<sup>11</sup> tager ”Vorherre ind i varmen” og sætter fokus på troen er en psykisk ressource (Steens 2005, s. 14):

---

<sup>11</sup> Projekt ”Tro og Psyke” i Vejle Amt afvikles i september, oktober og november 2005 med 25 arrangementer ([www.troogpsyke.dk](http://www.troogpsyke.dk)).

”Tro og Psyke” vil også oplyse om psykiske sygdomme og deres behandling og derved fjerne tabuer, men altså først og fremmest sætte fokus på den Gud, som har været mere eller mindre ikke-eksisterende i psykiatrien i over 100 år – med de konsekvenser, som det har givet for den psykiatriske behandling, forklarer centerleder Anne-Marie Valbak, PsykInfo. - Netop dette forhold har jo betydet, at personalet i det psykiatriske behandlingssystem som oftest ikke har haft noget reflekteret forhold til tro og religion. Man kan derfor være tilbøjelig til at se bort fra hele dette aspekt på trods af, at vi erfarer, at mennesker med psykiske sygdomme, og deres pårørende ofte er optaget af eksistentielle og religiøse spørgsmål” (Steens 2005, s. 14).

Informanternes ønske om at få ”*skabt større helhed*” kan således tænkes muliggjort ved den åbenhed, der tilsyneladende er ved at opstå omkring den betydning som sindslidende oplever at deres religiøse tro kan give i livet og lidelsen. For at den religiøse tro har betydning, skinner klart igennem i alle informanternes udsagn, men som ”*en god ting*” selv ”*midt i alt lort og gylle*”. De religiøse tanker, kan endog fylde ”*utroligt meget*”. Det er mit håb, at informanternes udsagn kan være med til at indlagte sindslidende ikke i fremtiden har oplevelsen af, at det ”*kommer som en overraskelse for sygeplejersker og læger, hvor meget det egentlig kan fylde*”.

## 8.0 Opsamling

Indledningsvist blev der i specialet antaget at åndelig omsorg indenfor psykiatrisk sygepleje ikke i fornødent omfang indbefatter omsorg for den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer. Denne antagelse er via fortolkning og diskussion af fire sindslidendes udsagn blevet bekræftet. Tre af de sindslidende udtrykker dog tilfredshed med den måde deres religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på under indlæggelse. Denne tilfredshed synes at bunde i at disse tre informanter har små forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg. Dette afspejler sig i nedenstående seks temaer, der er fremkommet via analyse/fortolkning af informanternes udsagn:

- Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse trosforhold.
- Sygeplejersken bør henvise til en præst
- Sygeplejersken kan opleves som en støtte
- Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen

- Det religiøse som *"et skjult behov i psykiatrien" – "en mangelvare"*
- Ønsket om helhed

### **Forventning om og tilfredshed med sygeplejerskens accept af det religiøse**

**trosforhold.** I diskussionen af dette tema melder følgende spørgsmål sig: Eftersom halvdelen af informanterne direkte lader deres tilfredshed udspringe af, at de ikke har mødt behandlingsmæssig modstand, er det så udtryk for at de har en underliggende fordom om, at den psykiatriske sygeplejerske vil møde deres tro med modstand? Det konkluderes at flere af informanterne synes at have en fordom om at en modarbejdelse af deres religiøsitet kan tænkes at finde sted under indlæggelse. Dette udtrykkes gennem formuleringer som *"Ja, jeg har været tilfreds med det, men der er heller ikke nogle, der har villet gå ind og klandre mig, fordi jeg var troende eller gå ind og tage troen fra mig"*. En af informanterne synes at have oplevet "reduktionismens fare" i og med at informanten fortæller om at hans religiøsitet er blevet sygeliggjort, fordi personalet er *"uvidende"*. Det konkluderes at alle informanterne mere eller mindre giver udtryk for at sygeplejersken nok ikke ved så meget om det åndelige, hvorfor de foretrækker at sygeplejersken henviser til en præst, der netop opleves at vide noget om *"de der sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige"*.

**Sygeplejersken bør henvise til en præst.** Informanternes oplevelse af at den psykiatriske sygeplejerske i større eller mindre udstrækning har en henvisningsfunktion til præsten synes at stå i kontrast til Katie Erikssons og Stifoss-Hanssen og Kallenbergs forståelse, idet sygeplejersken her som noget væsentligt må inddrage menneskets åndelige behov i omsorgen (Eriksson 1996, s. 52, Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999). I modsætning til undersøgelsesresultaterne om somatiske patienters forventninger til sygeplejersken, tyder det dog på, at de fire informanter har større forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg. Informanterne stiller nemlig krav til at den psykiatriske sygeplejerske rent faktisk henviser til en præst. Dette kan hænge sammen med at informanterne forventer at få den støtte og hjælp hos præsten, som de tilsyneladende ikke forventer at den psykiatriske sygeplejerske formår at give.

**Sygeplejersken kan opleves som en støtte.** En af informanterne fremhæver at en sygeplejerske hjalp ham *"utroligt meget"*. Det vurderes at dette at sygeplejersken bekræfter informanten i at det er *"en god ting med den tro"*, opleves som en lindring af informantens lidelse. Med andre ord synes informanten altså at have haft oplevelsen af at blive set i sin lidelse – og dermed at være blevet imødekommet (Eriksson 1995, s. 51-52). Imidlertid er informanten den eneste, der kan komme i tanke om et konkret eksempel på at have oplevet den psykiatriske sygeplejerske som en konkret støtte i forhold til imødekommelse af religiøse behov, problemer og ressourcer. Gennem informanternes udsagn synes dermed også at fremgå en ensomhed i forhold til *"at få lov til at gå med det religiøse i hovedet"*. Dette leder til den forsigtige konklusion, at vi i sygeplejen overser, at patientens religiøse tro kan væves ind i et lidelsesforløb på godt og ondt.

Det virker til at have afgørende betydning for informanternes oplevelse af sygeplejerskens åndelige omsorg, at sygeplejersken både er nærværende og tilmed selv har et religiøst trosforhold. Således virker fællesskabet om at være religiøst troende i sig selv som en støtte, der kan give den individuelle tro en større kraft (Eriksson 1995, s. 51-52).

**Den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen.** Alle informanterne fortæller om at have oplevelsen af at den religiøse tro giver styrke, håb og mening gennem lidelsen. Dette relateres til at Gud opleves som nærværende midt i lidelsen – *"midt i alt lort og gylle"*. Livet og lidelsen som meningsfuldt træder desuden frem i informanternes udsagn, i og med at Gud opleves som *"en, der har magten og overblikket"*, hvorfor *"der er en mening"* med livet og lidelsen. Det kan derfor konkluderes, at det ifølge informanterne giver mening at tale om deres religiøse tro som en ressource. Dette er ligeledes konklusionen i udenlandske forskningsundersøgelser om betydningen af sindslidendes religiøsitet (Baetz, Larson et al. 2002b, Corrigan et al 2003, s. 495-496, Shaw, Joseph et al. 2005).

**Det religiøse som "et skjult behov i psykiatrien" – "en mangelvare".** Det konkluderes at informanterne i denne undersøgelse stort set ikke oplever at få deres religiøsitet berørt

under indlæggelse, eftersom de synes at have en generel oplevelse af at personalet prioriterer at tale om "*medicin og andre ting*". Dette vinder genklang i litteratur, der omhandler åndelig omsorg til sindslidende, hvor religion ligefrem beskrives som tabubelagt i psykiatrien (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1999, s. 160). Det må imidlertid konkluderes, at informanterne ikke giver udtryk for at opleve det religiøse som tabubelagt, men snarere at manglende viden lægger til grund for at personalet prioriterer at tale om "*medicin og andre ting*". Uvidenhed opleves altså som en bremseklods i forhold til psykiatriske sygeplejerskers mulighed for at yde åndelig omsorg for deres religiøse behov, problemer og ressourcer.

**Ønsket om helhed.** Det fremgår af informanternes udsagn, at de har et ønske om, at den psykiatriske sygeplejerske retter sin opmærksomhed mod deres religiøse behov, problemer og ressourcer. Hos tre af informanterne forbliver det et ønske, men en af informanterne stiller også krav til den psykiatriske sygeplejerskers åndelig omsorg og faglige kendskab og viden til "*den åndelige side af tilværelsen*". Dette krav oplever informanten dog ikke indfriet, hvorfor denne informant heller ikke giver udtryk for tilfredshed med den måde hans religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på. Ud fra specialets problemformulering konkluderes det derfor, at kun tre ud af fire af informanterne oplever en tilfredshed med den måde deres religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på under indlæggelse. Ønsket om at deres religiøsitet i øget omfang danner afsæt for sygeplejerskens åndelige omsorg er dog fremtrædende hos alle. Dette leder over i det perspektiverende spørgsmål: Hvordan kan informanternes oplevelse af, at uvidenhed er en bremseklods for den psykiatriske sygeplejerskes åndelige omsorg danne afsæt for forandringer?

## 9.0 Perspektivering

I forbindelse med bekendtgørelsen for sygeplejeuddannelsen, der kom i 2001, blev åndelig omsorg og religion som noget nyt beskrevet som centrale områder og fag, hvorfor Dansk Sygeplejeråd i 2002 udgav lærebogen for sygeplejestuderende "*Religion, eksistens og sygepleje*" (Undervisningsministeriet 2001). Forfatterne i denne bog inddrager det religiøse aspekt i åndelig omsorg, idet sygeplejersken fordres at være lyttende og opmærksom på det religiøse livssyns betydning for den sindslidende (Busch

et.al. 2002, s. 144-145). At lærebogen fra år 2002 rent faktisk bevæger sig ind på den sindslidendes religiøsitet kan være en forandringsmulighed, der knytter an til, at nyuddannede sygeplejersker vil være bedre rustet til at inddrage det religiøse aspekt i åndelig omsorg og således udøve helhedssygepleje (Sørensen 2005). Ved spørgsmålet om, hvordan forståelsen for den sindslidendes religiøsitet muliggøres og øges i praksis, kan svaret altså dels hentes i en øget teoretisk belysning, som den finder sted i sygeplejeuddannelsen. Men hvad så med de psykiatriske sygeplejersker, for hvem uddannelsen ligger år tilbage? Hvordan kan informanternes oplevelse af at sygeplejersker er præget af uvidenhed, ændre sig? Hvordan hindre at en informant har oplevelsen af at personalet kun *"ser det religiøse som sygt"*? I formålet til dette speciale nævnes dialogen i praksis som en forandringsmulighed. Således kan dialogen åbne for en øget bevidsthed om, at det religiøse kan indvæves i et lidelsesforløb på godt og ondt. Ligeledes kan dialogen øge fokuseringen på den allerede eksisterende forskning, som i udlandet har dannet afsæt for opmærksomhed i årevis. Med andre ord kan dialogen være med til at *"det at få lov til at gå med det religiøse i hovedet"* ikke fremover opleves som et alternativ til at møde modstand, men danner afsæt for sygeplejerskens åndelige omsorg.

## Resumé

I specialet undersøges, hvordan psykiatriske patienter oplever, at deres religiøse behov, problemer og ressourcer imødekommes i psykiatrisk sygepleje.

Specialet tager afsæt i en antagelse om, at åndelig omsorg indenfor psykiatrisk sygepleje ikke i fornødent omfang indbefatter omsorg for den sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer. Denne antagelse er undersøgt ved at interviewe fire sindslidende, der alle har oplevet, at deres religiøse tro kan væves ind i deres lidelses- og indlæggelsesforløb på godt og ondt.

Informanternes udsagn er analyseret og diskuteret ud fra en hermeneutisk inspireret tilgang med det formål at øge forståelsen for, hvilken betydning den religiøse tro kan have for sindslidendes vej gennem lidelsen. Undersøgelsens resultater peger på, at hovedparten af informanterne er tilfredse med den måde deres religiøse behov, problemer og ressourcer er blevet imødekommet på. Men denne tilfredshed synes tilsyneladende at udspringe af, at de har små forventninger til sygeplejerskens åndelige omsorg. Flere af informanterne synes ligefrem at lade deres tilfredshed have grobund i, at de ikke har mødt modstand som religiøst troende. Derfor synes tilfredsheden blandt andet at bunde i, at sygeplejersken giver informanten *”lov til at gå med det religiøse i hovedet”*.

Ud fra informanternes udsagn konkluderes det, at de alle oplever at deres religiøse tro giver styrke, håb og mening i livet og lidelsen, og at de alle kunne ønske sig, at sygeplejersken i større omfang kunne vise omsorg for *”de der sammenblandinger mellem det psykiske og det åndelige”*. Med afsæt i sygeplejeforskeren Katie Erikssons omsorgstænkning, fremhæves det, at det indgår i sygeplejerskens omsorg at respektere og støtte det enkelte menneskets tro. Informanternes oplevelser kan derfor danne afsæt for en videre dialog om, hvordan vi i den psykiatriske sygepleje kan blive bedre til at imødekomme sindslidendes religiøse behov, problemer og ressourcer.

The Title of the Thesis

*“Tacitly Being Left to One’s Religiousness”.*

The Experiences of Mentally Ill Patients during Hospitalization



## English Summary

The objective of this thesis was to investigate how mentally ill patients experience their religious needs, concerns and resources to be addressed in mental health care.

The thesis was based on the hypothesis that nursing of the spirit does not address the religious needs, concerns and resources of the mentally ill patient appropriately. This hypothesis was investigated by interviewing four mentally ill patients who had all experienced that their religious beliefs could have been mobilised in the course of their hospitalization.

The participants' responses were analysed and discussed on the basis of hermeneutics in order to increase the understanding of the importance of religious beliefs to the mentally ill individual throughout his illness. The results of the investigation indicated that the majority of the participants were satisfied with the way their religious needs, concerns and resources had been addressed. However, their satisfaction seemed to rely on small expectations as to the nursing of the spirit. Several participants even seemed to base their satisfaction on their experience of not having encountered any repression despite their religious beliefs. Therefore, part of the satisfaction seemed to rely on the nurse tacitly "*leaving the patient to his religiousness*".

It was concluded that all the participants had experienced that their religious beliefs provide strength, hope and a sense of meaning in their lives and in the course of their hospitalization, and that they had all wished for a greater degree of attention to "*the interaction between the psychiatric and spiritual dimensions*." On the basis of Katie Eriksson's care theory, it was emphasized that nursing should encompass the support of and the respect for the individual's faith.

The experiences of the participants can therefore provide the foundation for future debates within mental health care to improve the way mentally ill patients' religious needs, concerns and resources are addressed.

## Litteraturliste

Alvsvåg, Herdis (1998). Sygepleje – mellem videnskab og patient. Gads Forlag, København

Andersen, Britta Mogensen (1999). Sjælesorg og sygepleje – i teori og praksis. En samtale om liv og tro. Dansk Sygeplejeråd,

Anneberg, Inger (2000) A. Tag åndelig omsorg alvorligt. Tidsskrift for Sygeplejersker, 100(25), s. 10-11

Anneberg, Inger (2000) B. Lettere at spørge om sex end om tro. Tidsskrift for Sygeplejersker, 100(25), s.12-13

Antonovsky, Aaron (2002). Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. Hans Reitzels Forlag, København K.

Baetz, Marilyn, Larson, David et.al. (2002 a). Religious Psychiatry: The Canadian Experience. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 190(8). August 2002. s. 557-559.

Baetz, Marilyn, Larson, David et.al. (2002 b). Canadian Psychiatric Inpatient Religious Commitment: An Association With Mental Health. Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 47

Baetz, Marilyn, Griffin, Ron et al. (2004). Spirituality and Psychiatry in Canada: Psychiatric Practice Compared With Patient Expectations. Can J Psychiatry, vol. 49, nr. 4, s. 265-271

Benner, Kurt Gordon (1999). Religious commitment in psychiatrically ill older adults: Prevalence and effect on outcome. Dissertation abstracts international, vol. 60, hæfte 6-B, s. 2934

Borup, Jørn (2005). Det tror vi på. Samvirke. Marts 2005, s. 34-37.

Busch, Christian Juul, Jensen, Tim, Oved, Marie. (2002). Religion, eksistens og sygepleje. Lærebog for sygeplejestuderende. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Bø, Aud Kirsti (1996). Omsorgens ansikt. Om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie. Oslo, Universitetsforlaget

Carlsen, Jørgen (1994). Søren Kierkegaard. Anne Regitze Wivel. Danmarks Radio. Testrup Højskole. Video.

Cox, Thomas (2003). Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. Vol. 9, 2003, s. 30-34

Corrigan, Patrick, McCorkle, Brian et al (2003). Religion and Spirituality in the Lives of People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, vol. 39, no. 6, s. 487-499.

Cullberg, Johan (1994). Dynamisk psykiatri. Hans Reitzels Forlag, København

Dervic, Kanita, Oquendo, Maria (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Am J Psychiatry*. Nr. 161, s. 2303-2308.

Det Etske Råd (2002). Åndelig omsorg for døende. Udtalelse fra Det Etske Råd. København, J.H. Schultz Grafisk

DSR (1992). Sygeplejeetiske Retningslinier. Vedtaget maj 1992 på Dansk Sygeplejeråds kongres.

Eeles, Jennie, Lowe, Trevor et al. (2003). Spirituality or psychosis? An exploration of the criteria that nurses use to evaluate spiritual-type experiences reported by patients. *International Journal of Nursing Studies* 40, s. 197-206.

Eriksson, Katie (1995). *Det lidende menneske*. København, Munksgaard

Eriksson, Katie (1996). *Omsorgens idé*. København, Munksgaard

Fog, Jette (2001). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag,

Frank, Lone (2004). Gud bor i temporallappen. *Weekendavisen* den 6. maj 2004, 1. sektion.

Frydendal, Frands (2002). Snæver definition. *Tidsskrift for Sygeplejersker*, 102(40), s. 33

Gadamer, Hans-Georg (2004). *Sandhed og Metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Systime Academic, Århus C.

Giske, Tove (1990). Åndelig omsorg og faglighed. *Sykepleien*. Nr. 4, 1990, s. 17-19

Hammersley, Martyn, Atkinson, Poul (1996). *Feltmetodikk*. Oslo, Ad Notam

Hansen, Annette Bjørg (1994). Man kan jo også tilbyde en bøn. *Berlingske Tidende*. Vol. 04, hæfte 03.

Hansen, Karin Dahl (2004). Patienter har også åndelige behov. *Kristeligt Dagblad*, vol. 04, hæfte 29, side 12

Hansen, Karin Dahl (2003). Sjælen skal også plejes på sygehuset. *Kristeligt Dagblad*, vol. 03, hæfte 3, s. 10

Hartling, Ole (2005). Ole Hartling og etikken. Radioudsendelsen Eksistens. Sendt på P1 den 11. juni 2005, Danmarks Radio. Tilrettelæggelse Annette Bram.

Hem, Marit Helene, Heggen, Kristin (2003). Being professional and being human: one nurse`s relationship with a psychiatric patient. Journal of Advanced Nursing 43(1), s. 101-108.

Henriksen, Lars (2005). En religion er ikke blot noget man tror på. Kristeligt Dagblad. 1. februar 2005.

Henriksen, Lars (2004). Psykiatere vil forebygge selvmord med religion. Kristeligt Dagblad. 7. november 2004, s. 1

Heskestad, Stig (1984). Religiøsitet og mental helse; En empirisk undersøkelse. Nord. Psykiatr. Tidsskr. 1984, s. 353-361.

Hovdenes, Haugan Gørill (1999). Det ”åndelige” er det relasjonelle. Sykepleien. Nr. 11, 1999.

ICN (2000). ICN´s etiske kodeks for sygeplejersker. Oversat af Dansk Sygeplejeråd, københavn

Jacobsen, Lars (2005). Religion og psykiatri. Kristelig Dagblad. Debatside på [www.debat.religion.dk](http://www.debat.religion.dk). Indlæg 06/03/2005.

Jensen, Torben K. (1990). Sygepleje som etisk know-how. Hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode.

I: Jensen, Torben K., Jensen, Lars U., Kim, Won Chung (red.). Grundlagsproblemer i sygeplejen. Århus, Philoia. s. 227-243

Jørgensen, Arne (2004). Oversætters indledning. Gadamer, Hans-Georg. Sandhed og Metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Systime Academic, Århus

Jørgensen, Birgit Bidstrup (2001). Åndelig omsorg – og sorte sække. En litteraturoversigt. *Klinisk Sygepleje*. 15. årgang, nr. 4, august 2001.

Kierkegaard, Søren (1962). Frygt og Bæven. Samlede Værker Bind 5. Gyldendals bogklubber, København.

Kirov, George, Kemp, Roisin et al. (1998). Religious Faith after Psychotic Illness. *Psychopathology*. Vol. 31, s. 234-245.

Kvale, Steinar (1997). *InterView*. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København, Hans Reitzels Forlag

La Cour, Peter (2005). Danskernes gudstro er for spinkel, når krisen rammer. *Morgenavisen Jyllands-Posten*, den 28. januar 2005

La Cour, Peter (1996). Til forsvar for menneskets sjæl. *Agrippa – psykiatriske tekster*. S. 72-78

Løwendahl, Dorthe Hein (2005). Mangel på religion svækker danskere i sygdom. *Kristeligt Dagblad*, den 28. januar 2005, s. 4

Macmin, Liz, Foskett, John (2004). "Don't be afraid to tell". The spiritual and religious experience of mental health service users in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture*. Vol. 7, no. 1, March 2004, s. 23-40

Madsen, Allan (1996). *Livet er ikke for amatører*. Borgens Forlag, Valby

Madsen, Jørgen Due (2000). *Diamanten*. I: *Mening, indsigt og medfølelse*. Red. Johannes Møllehave. PsykiatriFondens Forlag, København Ø.

Mark, Edith (2004). Ethiske retningslinjer som forpligter. Tidsskrift for Sygeplejersker. 104(34), s. 41-43.

Martinsen, Kari (1998). Fænomenologi og omsorg. Tre dialoger med efterord af Katie Eriksson. København, Gads Forlag

Myklebust, Kjellaug Klock (2002). Psykotisk og religiøs. Sykepleien. Nr. 12.

Møllehave, Johannes (2001). Til trøst. Lindhardt og Ringhof.

Nielsen, Elna Krogh (1982). Kan sygeplejersken give åndelig omsorg? Tidsskrift for Sygeplejersker. Nr. 48, s. 4-6.

Olsen, Henning (2002). Dansk kvalitativ interviewforskning – Kvalitet eller Kvaler? Socialforskningsinstituttets arbejdsrapporter.

Overgaard, Anne Elsebet (1997). Katie Eriksson lidelse i fokus. Tidsskrift for Sygeplejersker, nr. 8

Overgaard, Anne Elsebet (2003). Åndelig omsorg – en lærebog – Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys. København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S

Pahuus, Mogens (2001). Hermeneutik. I: Collin, Finn og Kjøppe, Simo (red.). Humanistisk Videnskabsteori. DR Multimedie, s. 110-137

Payman, Vahid (2000). Do Psychogeriatricians 'Neglect' Religion? An Antipodean Survey. International Psychogeriatrics. Vol. 12, No. 2. s. 135-144.

Pedersen, Helle Lykke (2003). Sygepleje til muslimske patienter. Tidsskrift for Sygeplejersker. Nr. 19

Pfeifer, Samuel, Waelty, Ursula (1999). Anxiety, depression, and religiosity – a controlled clinical study. *Mental Health, Religion & Culture*, vol. 2, nr. 1, 1999.

Polit, Denise, Beck, Cheryl Tatano et al. (2001). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippincott, Philadelphia

Rasmussen, Lisbeth Vinberg (2002). Åndelig omsorg – en sygeplejefaglig opgave? *Tidsskrift for Sygeplejersker*, 102(35), s. 16

Reger, Greg, Rogers, Steven (2002). Diagnostic Differences in Religious Coping Among Individuals with Persistent Mental Illness. *Journal of Psychology and Christianity*. Vol. 21, No. 4, s. 341-348.

Rienecker, Lotte og Jørgensen, Peter Stray (2001). *Den gode opgave – opgaveskrivning på videregående uddannelser*. Forlaget Samfundslitteratur, Frederiksberg C.

Ritzaus Bureau (2004). Psykiatere vil forebygge selvmord med religion. 6. december 2004 kl. 23.00.

Roness, Atle (1988). *Psykiatri og Religion. En religionspsykologisk innføring*. Universitetsforlaget

Rogers, Steven A, Poey, Evelyn, et al. (2002). Religious Coping Among Those With Persistent Mental Illness. *The International Journal For The Psychology of Religion* 12(3), s. 161-175.

Rør, Elisabet (1998). Det religiøse vanvidd. *Sykepleien*, nr. 9, 1998

Sanderson, Susan, Vandenberg, Brian et al. (1999). Authentic Religious Experience or Insanity? *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 55, No. 5, s. 607-616.

Saurasunet, Aashild (1999). Pasienten ønsker noen å snakke med. *Sykepleien*, nr. 6, 1999.



Schärfe, Grete (1988). Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle? En litteraturanalyse. Dansk Sygeplejeråd

Schärfe, Grethe (1988b). Sygeplejersker skifter signaler. Kristeligt Dagblad. Vol. 09, Hæfte 2, s. 10.

Schärfe, Grethe (1997). Hvad er forskellen mellem religiøse, åndelige, spirituelle og eksistentielle behov? Forum for kristen sundheds- og sygepleje, hæfte 2, 1997, s. 22-23.

Shafranske, Edward P. (2000). Religious Involvement and Professional Practices of Psychiatrists and Other Mental Health Professionals. *Psychiatric Annals – a journal of continuing psychiatric education*. Vol. 30, nr. 8, s. 525-532.

Shaw, Annick, Joseph, Stephen et al. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*. 8 (1), s. 1-11.

Sievers, Elisabeth (2003). Åndelige behov er universelle. *Tidsskrift for Sygeplejersker*, 103(30), s. 16

Sperry, Len (2000). Spirituality and Psychiatry: Incorporating the Spiritual Dimension Into Clinical Practice. *Psychiatric annals*. 30(8), s. 518-523.

Steens, Jørgen (2005). Psykiatri sætter fokus på Gud. *Kristeligt Dagblad*, den 22. juni 2005.

Steenfeldt, Østergaard Vibeke (1997). Åndelig omsorg hører med til helhedssygepleje. *Klinisk Sygepleje*. 11. årgang, nr. 2, april 1997, s. 75-80.

Stifoss-Hanssen, Hans (1997). Psykosens religiøsitet. *Tidsskrift for sjelesorg*. Hæfte 3, s. 115-126.

Stifoss-Hanssen, Hans og Kallenberg, Kjell (1999). Livssyn, sundhed og sygdom. Teoretiske og kliniske perspektiver. København, Hans Reitzels Forlag

Strand, Liv (1997). Fra kaos mod samling, mestring og helhed – psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. København. Gyldendal

Tepper, Leslie, Rogers, Steven et.al. (2001). The Prevalence of Religious Coping Among Persons With Persistent Mental Illness. Psychiatric Services. May 2001, vol. 52, no. 5

Thing, Gunhild, Klit, Mona (2001). Åndelig omsorg – et vigtigt element i sygeplejen. Klinisk Sygepleje. 15. årgang, nr. 1, februar 2001. S. 48-53.

Travelbee, Joyce (2002). Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje. Munksgaard Bogklubber, København

Undervisningsministeriet (2001). Bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen. BEK 232 af 30/03/2001.

Vesterdal, Anne (1996). Sygepleje – teori og metode 1. 3. udgave 1996. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, s. 441.

Wackerhausen, Steen (1996). Kausalt- Felt Metoden – en metode til udvælgelse af personer i kvalitative undersøgelser. Tidsskrift for sygeplejeforskning. Vol. 2, s. 35-47.

Weis, Palle (2003). Den intense opmærksomhed. Kristeligt Dagblad. Vol. 05, hæfte 02 s. 13

Yangarber-Hicks, Natalia (2004). Religious Coping Styles and Recovery from Serious Mental Illnesses. Journal of Psychology and Theology. Vol. 32, no. 4, s. 305-317.

Ørskov, Merete (2001). Det syge sinds åndelighed. Kristeligt Dagblad, vol. 06, hæfte 29, s. 9-10

Upubliceret materiale:

Sørensen, Marie Toftdahl (2005). "Nu skal du lige huske, at jeg er nærmere Gud end dig". En undersøgelse af hvordan det religiøse aspekt i åndelig omsorg inddrages i sygeplejen til sindslidende.

Interviews med 4 sindslidende i Danmark. Interviewene blev foretaget i foråret 2005.