

Vägar till ökad hälsa

Upplevelsen av själsligt och existentiellt välbefinnande

Linn Rönne-Petersén

Vetenskapligt arbete I

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Högskolepoäng: 15

Termin/år: VT 2017

Handledare: Gloria Macassa

Bihandledare: Johanna Nordenberg Hök

Examinator: Katja Gillander Gådin

Kurskod/registreringsnummer: FH006A

Utbildningsprogram: Magisterutbildning i hälsovetenskap, 60 hp

Abstrakt

Själslig hälsa och välbefinnande är ett område som beskrivs viktigt av människor, men det behöver studeras mer.

Syfte: Syftet med studien var att utifrån ett salutogent perspektiv uppnå en djupare förståelse för processen kring själslig/existentiell hälsa och välbefinnande hos en grupp kvinnor med långvarig smärta, som genomgått rehabilitering med svensk, integrativ vårdkontext.

Metod: En fenomenologisk hermeneutisk design användes. Åtta kvinnor som genomgått rehabilitering med existentiell ansats valdes efter ett strategiskt urval ut för semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna transkriberades verbatim och analyserades.

Resultat: Sju teman framträdde under analysen. Tema ett till fyra - *att möta sig själv och sin historia, att nå själen genom kroppen, en läkande miljö och omgivning, och att bli kärleksfullt omhändertagen*; handlar om vad som upplevs främjande för en positiv, själslig process. Tema fem och sex - *känsla av en gudomlig närvaro och djupt inre välbefinnande*; beskriver hur ett ökat själsligt och existentiellt välbefinnande upplevs. Det handlar då om en känsla av att ha återknutit till en extern och/eller intern känsla av gudomlighet, frid och helhet, något som också påverkar relationen med andra. Det sjunde temat - *kropp och själ som en enhet*, skildrar upplevelsen av att alla dimensioner av människa och hälsa hör ihop i en odelbar helhet och har en ömsesidig växelverkan, inklusive smärta. Betydelsen av en synergistisk helhet är central för samtliga teman.

Slutsats: Kvinnorna identifierade en rad faktorer för ökat själsligt välbefinnande, som i sin tur upplevdes förbättra övriga hälsodimensioner.

Nyckelord

Existentialism, Folkhälsa, Holistisk medicin, Kropp-själrelationer, Mening, Metafysisk, Salutogenes, Spiritualitet.

Abstract

There is an urge to address the spiritual dimension of human nature in society, healthcare and science. Spirituality is considered important but there is a lack of research in the area.

Purpose: Adopting a salutogenic perspective, this study aimed to gain a deeper understanding of the spiritual dimension of human well-being, in a group of women with chronic pain, who had undergone integrative rehabilitation.

Method: A phenomenological hermeneutic method was used. Eight women with experience from integrative rehabilitation were purposively selected for interviews. Interview data was transcribed verbatim and analysed.

Results: The analysis resulted in seven themes, which were categorized according to the scientific questions. Themes one through four - *meeting yourself and your history, reaching spirit through body, a healing environment, and to be lovingly cared for*; all concern the experience of promoting and enabling factors for increased spiritual well-being, as described by the women. Themes five and six - *sensing a divine presence and deep inner well-being*; elucidated how an increased spiritual well-being is perceived and narrated. Theme seven - *body and spirit as one*, represent a feeling of wholeness, a mutual interaction between spirit and body, including pain. The significance of a synergistic whole were central to all themes.

Conclusion: A range of promoting factors for spiritual well-being were identified by the women, indicating the fact that an increased level of spiritual well-being may influence other dimensions of health.

Keywords

Existentialism, Holistic health, Meaning, Metaphysical, Mind-body relations, Public health, Salutogenesis, Spirituality.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Introduktion.....	1
BAKGRUND	1
Psykisk (folk)hälsa	1
Existentiell och själslig (folk)hälsa.....	2
Existentiell, andlig eller själslig hälsa - begreppsförklaringar.....	3
Integrativ vård, klinisk miljö och patientgrupp	5
Teoretiskt ramverk.....	6
Problemformulering.....	8
SYFTE.....	8
Frågeställningar	8
METOD.....	9
Design och teoretisk ansats - fenomenologisk hermeneutik.....	9
Förförståelse	10
Urval, studiedeltagare och genomförande	11
Analys.....	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	13
Naiv förståelse	14
Strukturell analys.....	14
Främjande faktorer för ett ökat själsligt/existentiellt välbefinnande	15
Att möta sin historia och sig själv.....	15
Att nå själen genom kroppen	17
En läkande miljö och omgivning	19
Att bli kärleksfullt omhändertagen	21
Hur ett större själsligt välbefinnande tar sig uttryck.....	22
Känsla av en gudomlig närvaro	22
Djupt inre välbefinnande.....	24
Det själsliga välbefinnandets inverkan på andra hälsodimensioner	25
Kropp och själ som en enhet.....	25
DISKUSSION	27
Tolkad helhet och resultatdiskussion.....	27
Metoddiskussion.....	29
SLUTSATSER.....	31
REFERENSER.....	32

Till er åtta
som med mod och styrka
mött er själva
och generöst delat med er
av vägen framåt

Introduktion

Det komplexa hälsobegreppet beskrivs, historiskt och aktuellt, på en rad olika sätt. Är det ett tillstånd, en förmåga, en process, ett mål, en aktivitet eller en resurs (Blaxter, 2010; Pellmer, Wramner & Wramner, 2007)? Världshälsoorganisationen, WHO, med sin snart 70 år gamla beskrivning av hälsa definierar den som: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 1948, s. 1). Den har kritiserats för att vara föråldrad med hänvisning till den statiska termen *tillstånd*. Opponenterna menar också att WHO:s hälsobegrepp är svårt att mäta, otydligt och omöjligt att uppnå (Blaxter, 2010, Larsson 1999, Huber et al, 2011). I "The Conceptualization of Health" (Larson, 1999) presenteras bland annat *The Wellness Model*, som speglar ett paradigm där kropp själ och ande betraktas som en helhet i ständig växelverkan. Tonvikt ges till andlighet, religion och existentiella faktorer och hälsobegreppet ses som en intern upplevelse och något med en positiv potential. Men eftersom medicinen är ett av samhällets största system blir en biomedicinsk definition ändå tongivande i lagar och administration (Blaxter, 2010; Larsson, 1999).

BAKGRUND

Psykisk (folk)hälsa

I folkhälsopolitisk rapport (Folkhälsoinstitutet (FHI), 2010) betonas ett hälsofrämjande perspektiv, där flera mål och åtgärder formuleras för att först stärka hälsan, sedan förebygga sjukdom. Som en del av hälsan som begrepp finns den psykiska och mentala hälsan, som också är inkluderad i WHO:s välkända definition ovan (WHO, 1948 s.1). I Sverige beskrivs dock i flera dokument och rapporter hur den psykiska ohälsan är ett växande problem, med både allvarliga konsekvenser och stor utbredning bland såväl barn som vuxna (Folkhälsomyndigheten, 2016; 2017). Det är den vanligaste orsaken till sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Psykisk ohälsa är också mycket vanligare hos kvinnor än män (Smirthwaite, 2014; Folkhälsomyndigheten, 2017). I *Folkhälsopolitisk Rapport* ges förslaget att ytterligare satsa resurser på området (FHI, 2010).

Melder (2011) studerar i sin doktorsavhandling *Vilsenhetens Epidemiologi* sambandet mellan den existentiella hälsan och både fysiska och psykiska besvär. Det är otydligt om

en själslig dimension av folkhälsan underförstått är inkluderad i den mentala hälsan i olika definitioner, men en fråga som både Melder (2011) och Eriksson (2016) lyfter, är huruvida vår sekulariserade livsstil och brist på andliga forum på något sätt är kopplat till den ökande psykiska ohälsan. Eriksson (2016) beskriver det som att ”moderniseringen ur ett existentiellt perspektiv kan förstås som att människor står ensamma med sina existentiella frågor, som inte försvinner för att den organiserade religionsutövningen minskar” (Eriksson, 2016, s. 25). I Melders (2011) avhandling indikeras att människor anser andlighet vara en viktig bit. Dock adresseras inte strategier och åtgärder för den andliga dimensionen av hälsan på ett tydligt sätt i folkhälsopolitiska dokument (FHI, 2010; prop. 2002/03:35; prop. 2007/08:110).

Existentiell och själslig (folk)hälsa

När WHO spikade definitionen av hälsa tog det inte många år innan diskussioner kom igång angående en inkludering av en själslig dimension av hälsan (Vader, 2006). Fastän en själslig dimension har lyfts av både stora tidskrifter, Agenda 21 och betonats i the Bangkok Charter for Health Promotion (WHO, 2005), menar Vader (2006) att den lyser med sin frånvaro i den allmänna diskursen kring folkhälsa och även i politiken. Andersson (2009) tar upp religiositet, andlighet och hälsa som ett naturligt inslag i folkhälsopsykologin, men påpekar också att det finns invändningar mot denna typ av studier, på grund av problem med begreppsbildning och operationalisering. Green, Tones, Cross och Woodall (2015) drar paralleller mellan tro och andlighet och salutogena begrepp som känsla av sammanhang och meningsfullhet.

Blomqvist (2017, 6 januari), samordnare för andlig vård i Jönköpings län, skriver i tidningen Dagens Samhälle om hur den existentiella hälsan utgör ett växande, välkommet fokusområde inom både folkhälsorörelsen och landstingsvården, men också en utmaning i form av bristande tillgång på forum och kompetens. Den existentiella hälsan beskrivs av Eriksson (2016) som en unik hälsodomän, och en patientcentrerad operationalisering av hälsobegreppet (Huber et al, 2016) har gjort det tydligt att den existentiella/andliga dimensionen ses som egen och behöver skiljas ut från psykiskt och mentalt välbefinnande. Men där patienter ser dimensionen som likvärdig med alla andra hälsodeterminanter, står läkarkårens och beslutsfattares syn i kontrast, där endast kroppsliga funktioner ses som representanter för hälsan (ibid.). Eriksson (2016) menar att

hälsan påverkas av andlighet och personlig tro genom att ge mening, hopp och tröst samt värdera sitt liv trots sjukdom. Den existentiella hälsan definieras av Melder (2011) som ”en individs fysiska, psykiska, sociala och ekologiska tillstånd i relation till hennes existentiella status” (s. 26). Hon poängterar också att det handlar om självskattad hälsa och välbefinnande, inte kliniska bedömningar. Den existentiella hälsan hos en grupp med ett kollektivt perspektiv innebär existentiell folkhälsa.

WHO (2004) har efterlyst ett samarbete mellan företrädare för folkhälsa och andra sektorer, för att öka kunskapen om hur den själsliga hälsodimensionen kan bidra till arbetet för en ökad hälsa för alla: ”The systematic study of the relevance of religion and spirituality to health is urgently needed. Public health advocates must join with other sectors to advance knowledge in this field and improve its use in support of health for all” (WHO, 2004, s 891). Och i *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) står i inledningen att: ”Människan har såväl kroppsliga som själsliga och andliga behov. Denna helhetssyn på mänskliga behov utgör utgångspunkten för en förnyad folkhälsopolitik”. (s. 6).

I den litteraturöversikt som föregick uppsatsen sågs att ett själsligt välbefinnande har ett signifikant, positivt samband med flera av hälsans övriga dimensioner. Det korrelerar med både fysisk hälsa, sömnkvalitet och mental hälsa (Phillips et al, 2006), med hälsofrämjande beteenden när det gäller val för nutrition, motion och sociala relationer (Callaghan, 2005; Callaghan, 2006; Hurlbut et al, 2011; Jesse & Reed, 2004; Torres Stone, et al, 2005), men också med subjektivt välbefinnande och självtranscendens (Alex & Lehti, 2013; Haugan et al, 2013). Andlighet är också signifikant relaterad till den hälsorelaterade livskvaliteten (Anye et al, 2013; Wildes et al, 2008). Det skall betonas att de flesta studierna utgjordes av deskriptiva tvärsnittsstudier, vilket endast kan ge korrelationer och samband. Det är tydligt att mer forskning behövs på området, särskilt experimentella studier och studier med kvalitativ ansats, för att ta reda på vad andlighet innebär för människor och hur det främjas (Miller & Thoresen, 2003).

Existentiell, andlig eller själslig hälsa - begreppsförklaringar

Problem med begreppsbildning och operationalisering inom området konstateras av flera (Levin, 2009; Miller & Thoresen, 2003; Masters, 2007; Andersson, 2009). Bland annat

handlar det om huruvida *religiosity* och *spirituality* är synonyma eller självständiga begrepp. Miller och Thoresen (2003) beskriver att forskare åtminstone är överens om att de båda begreppen är komplexa fenomen som inte går att dikotomisera. De menar att bägge kan beskrivas som latenta konstruktioner, och om de konceptualiseras därefter kan definieringen underlättas. I enlighet med hur Miller och Thoresen (2003) samt Masters (2007) beskriver det, kommer de inom ramen för denna uppsats ses som två överlappande men åtskiljbara begrepp. Där religiositet betraktas som uttryck för en institutionaliserad och utifrån organiserad typ av andlighet, betraktas *spirituality* som en mer internaliserad och individualiserad upplevelse av andlighet och det är det sistnämnda perspektivet som kommer användas i uppsatsen. Det engelska ordet *spiritual*, översätts på svenska till andlig eller själslig, inte spirituellt. *Ande* definieras i Nationalencyklopedin [NE] (2017a) som den högsta formen av medvetande hos människan, något som gäller själslivet, särskilt med tanke på högre värden. *Själ* beskrivs som sammanfattningen av de mänskliga egenskaper som möjliggör ett tanke-, känslö-, och viljeliv, den del av personligheten som tänks leva kvar efter den biologiska döden (NE, 2017b). Berman (2010) beskriver anden som ”det som ger mänsklig existens energi och fyller den med mening och avsikt. Källan till anden kan beskrivas som en gudomlig eller kosmisk energikälla och den kan förstås som en inre eller mellanmänsklig kraft som förenar människor” (s. 161). Hon beskriver vidare hur den trots definitioner anses omöjlig att beskriva eller testa genom naturvetenskap, men att även om den i sig själv skulle vara omöjlig att exakt definiera, kan dess effekter beskrivas och förstås. Och även om andens natur inte kan översättas i språkbruk från andra discipliner, kan dess natur illustreras med sådana termer (Berman, 2010).

I Sverige har framför allt forskare inom religionspsykologin lyft fram begreppet existentiell hälsa framför ”spirituell hälsa” då de funnit begreppet existentiell hälsa mer neutralt och bättre anpassat till de skandinaviska förhållandena (DeMarinis, 2003). Men i internationell litteratur argumenteras det för att begreppen, om än överlappande, har olika komponenter och bör särskiljas (Whitehead, 2003).

Sammanfattningsvis kommer termerna *själslig* och *andlig* användas synonymt i uppsatsen tillsammans med *existentiell* som ett överlappande begrepp, men med alla termer åsyftande ett inre och högre mänskligt medvetande, transcendentia och icke-materialistiska processer liksom frågor som berör existensen och varat i världen, skildrat som i ordalagen ovan.

Integrativ vård, klinisk miljö och patientgrupp

Inom hälso- och sjukvården idag finns begreppet *Integrativ vård* som innebär en kombination av konventionell medicin och vård med komplementära metoder som är bevisat säkra och har en begynnande evidensbas (Carlsson & Falkenberg, 2007). Vad en integrativ vård innebär formuleras även övergripande av Kreitzer och Koithan (2015) genom sex grundprinciper, där den existentiella/själsliga dimensionen har en självklar plats; ”Human beings are whole systems (body-mind-spirit), inseparable from their environments” (Kreitzer & Koithan, 2015, s7). Aktörer inom den integrativa vården ser patienten som en hel människa med känslor, tankar, själsliga behov, en fysisk kropp och som en del av sin omgivning. Den integrativa vården har således en holistisk grund (Snyderman & Weil, 2002; Maizes et al, 2009; Ather & Katz, 2015).

I Sverige finns den integrativa vården representerad på Vidarkliniken utanför Stockholm, där just en existentiell ansats kännetecknar vårdandet (Arman & Hök, 2016; Arman, Alvenäng, Madani, Hammarqvist & Ranheim, 2013). Människor som kommer dit gör det via remiss och med sig har de en positiv attityd till holistisk hälsa och en förväntan om god omvårdnad (Arman, Hammarqvist, Kullberg, 2011). De är efteråt också nöjda med vården, mer nöjda än kontroller från konventionell vård (ibid.). Vården med existentiell ansats på kliniken har även beskrivits ur vårdgivarnas perspektiv. Det talas då om en vårdkultur och ett konceptuellt språk som utvecklats för att möta de andliga behoven (Andermo, Hök, Sundberg & Arman, 2016). Både tidigare forskning (Arman, 2015; Arman & Hök, 2016; Arman et al, 2013) och egen klinisk erfarenhet antyder att människor som vårdas på kliniken har många erfarenheter kring existentiell och själslig hälsa och på grundval av detta bedömdes kliniken som en lämplig studiesajt för denna uppsats.

En av de patientgrupper som vårdas på kliniken är personer med långvarigt smärttillstånd, och rörelseorganens sjukdomar - vilket inkluderar olika former av smärta - räknas som en folksjukdom. Besvär från dessa delar är den vanligaste orsaken till smärta, nedsättning av arbetsförmåga och långtidssjukskrivning. Dessutom är det fler kvinnor än män som lider av smärta och svår värk (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012; Smirthwaite, 2014). SBU konstaterar i rapporten kring långvariga smärttillstånd (SBU, 2010) att det råder brist på forskning på hur komplexa vårdinterventioner kan se ut. Fastän många grupper skulle

vara intressanta att studera när det gäller själslig/existentiell hälsa, valdes med hänsyn till det uttryckliga behovet från SBU (2010), personer med långvarig smärta till uppsatsen.

Eftersom prevalens och behandling ser olika ut för könen vad gäller exempelvis psykisk sjukdom och smärta, blir det en jämställdhetsfråga (Smirthwaite, 2014). Jämlikhet beskrivs som en fristående hälsofaktor och graden av hierarki och bristen på jämlikhet i ett samhälle korrelerar med våld, rasism och kvinnors position. Hälsa på individ-, genus- och samhällsnivå förbättras konsekvent ju mer jämlikhet som råder och jämställdhetsfrågan är således en folkhälsofråga (Marmot, 2006; Wilkinson 2005). En intressant och tänkbar förklaring till skillnader i mäns och kvinnors hälsa beskrivs av Smirthwaite (2014) i ”(O)jämställdhet i hälsa och vård”, där genusbias i samband med bedömning, forskning och läkemedelsutveckling anges som en faktor som kan inverka negativt på båda könen hälsa. Det kan handla om att både förstärka stereotyper, eller en underlåtenhet att se de biologiska skillnaderna. Även WHO problematiserar genusbias inom hälsosektorn och menar att det influerar både innehåll och processer till kvinnors nackdel, något som behöver ändras (CSDH, 2008).

Teoretiskt ramverk

Utgångspunkten för uppsatsen har varit ett *salutogent perspektiv*. Begreppet myntades av Antonovsky (2005) som ett kompletterande begrepp till patogenesen och innebär att orsaker till hälsa eftersöks och främjas som en strategi för läkning och hälsa, i kontrast till patogenesen som istället går ut på att orsak till sjukdom identifieras och bekämpas för att nå hälsa. Antonovsky (2005) menade att detta salutogena synsätt hjälper oss att se på hälsa som ett multidimensionellt kontinuum, men också till att se hela människans historia framför en begränsad sjukdomsetiologi. Således är det kännetecknande för salutogenesen att söka efter faktorer som främjar människans anpassning till omgivningen och att fokusera på copingresurser samt en förflyttning mot kontinuumets positiva pol (ibid.). Denna multidimensionella syn på hälsa ses också som förenlig med en sådan som inkluderar andliga och existentiella aspekter.

Health promotion är ett salutogent folkhälsobegrepp och beskrivs i The Bangkok Charter (WHO, 2005) som en process som skapar förutsättningar för människor att få en ökad kontroll över sin hälsa och dess bestämningsfaktorer. Trots att det finns flera olika

modeller för health promotion menar Green och Jones (2010) att en empowermentmodell är i avancemang, samt att health promotion har huvudrollen i en bred, multidisciplinär respons för att öka folkhälsan. I en förnyad folkhälsopolitik (prop. 2007/08:110) betonas att följa WHO:s rekommendationer om att möjliggöra för människor att ta kontroll över sin hälsa och få tillgång till resurser för densamma, vilket är empowerment. Eriksson (2016) beskriver att ett fokus på andlighet och personlig tro kan fungera som en resurs för health promotion genom att öka eller upprätthålla en hälsorelaterad livskvalité, och däri ligger också begreppets relevans för uppsatsen.

Det var en salutogen nyfikenhet som ledde Antonovsky (2005) när han utforskade bakgrunden till traumatiserade kvinnors resiliens. Det var i sin kliniska verksamhet som han noterade att vissa judiska kvinnor trots enorma påfrestningar, ändå hade en god hälsa. Dessa studier ledde fram till formulerandet av en teori som benämndes *känsla av sammanhang* (KASAM) (Antonovsky, 2005). Den byggs upp av tre komponenter: *begriplighet*, som innebär att tillvaron upplevs någorlunda ordnad och strukturerad; *hanterbarhet*, som beskrivs som en upplevelse av att resurser för att möta utmaningar är tillräckliga; samt *meningsfullhet*, vilket beskrivs som känslan av att vara delaktig i livet och att engagemang i detta är meningsfullt (ibid.). Meningsfullhet ses som den viktigaste komponenten och sammantaget innebär ett högt KASAM en större motståndskraft mot utmaningar och tillvarons komplexitet. Antonovsky menar att KASAM grundläggs i barndom och tidigt vuxenliv, men att det kan stärkas även i vuxen ålder (Eriksson & Lindström, 2006). Flera menar att KASAM, främst genom komponenten meningsfullhet ligger nära de existentiella/andliga dimensionerna av hälsan (Melder, 2011; Eriksson, 2016) och därför kommer modellen att användas som teoretisk referensram under analysarbetet.

Gränssituation är ett begrepp av psykiatern och existentialfilosofen Jarl Jaspers (1883-1969), som åsyftar existentiella utmaningar, en erfarenhet som får livsavgörande betydelse för människan. Gränssituationer beskrivs konfrontera människor med den existentiella ångesten som exempelvis kan utgöras av lidande, död, kamp och skuld. Det mänskliga livets begränsningar, menar han, kan inte undvikas, men potentialen av att konfronteras med dessa begränsningar innebär en öppning mot djupare insikter (Arlebrink, 2012; Jaspers 1970). Detta begrepp kan ses som relaterat till kanske främst de existentiella, men också de mer själsliga hälsoprocesserna.

Problemformulering

Den existentiella och själsliga (folk)hälsan beskrivs som en unik hälsodomän, lika viktig som någon annan (Huber et al, 2016; Eriksson, 2016; Melder, 2011). Dock efterlyses mer forskning på området (WHO, 2004; Eriksson, 2016; Melder, 2011). En större förståelse för de existentiella dimensionerna kan fungera som resurs för både health promotion och en salutogen hälsoansats, men också hjälpa till att adressera den ökande psykiska ohälsan i samhället (Melder, 2011). Den andliga dimensionen av hälsan finns förankrat i folkhälsopolitiska dokument (Prop. 2007/08:110), men inte i åtgärder och strategier (FHI, 2010). Att fördjupa förståelsen för hälsodimensioner hos kvinnor med folksjukdomar rymmer väl med en ansats om jämlikhet, som i förlängningen har positiva folkhälsoeffekter på hela samhällen (Marmot, 2006; Smirtswaite, 2014, Wilkinson, 2005). Ett projekt med fokus på existentiell och själslig hälsa fyller således inte bara ett tomrum och växande behov inom folkhälsovetenskapen generellt, utan är också i enlighet med ett mer specifikt jämlikhetsperspektiv som indirekt främjar folkhälsan.

SYFTE

Utifrån ett salutogent perspektiv var syftet med studien att uppnå en djupare förståelse för processen kring själslig/existentiell hälsa och upplevt välbefinnande, hos en grupp kvinnor som genomgått rehabilitering för långvarig smärta inom svensk, integrativ vårdkontext.

Frågeställningar

- Finns det faktorer som av kvinnorna själva beskrivs som främjande för en ökad själslig/existentiell hälsa och välbefinnande?
- Hur har ett ökat själsligt/existentiellt välbefinnande tagit sig uttryck hos kvinnorna?
- Påverkar ett förhöjt existentiellt välbefinnande andra hälsodimensioner hos kvinnorna, inklusive smärta?

METOD

På Smärtcentrum i Linköping och Vidarkliniken utanför Stockholm pågår en prospektiv, klinisk observationsstudie som undersöker effekten av rehabilitering för smärtpatienter. I studien som kallas Exigence, är förhoppningen att med hjälp av ett stort batteri utfallsmått kunna avgöra huruvida integrativ eller konventionell rehabilitering ger bäst effekt för personer med långvarig smärta. Det är inom ramen för den studien som magisterprojektet genomfördes. Projektet kommer också att ligga till grund för analys av fynden i Exigence.

När det kommer till själsliga och existentiella processer blir det viktigt med operationalisering eller *operationell definition*, det vill säga hur vi avser mäta det teoretiska begrepp som ska undersökas. Men med tanke på att det var subjektiva upplevelser och fenomen som utforskades antogs en pragmatisk utgångspunkt genom att helt enkelt låta studiedeltagarna själva introducera och använda de begrepp som kändes bekväma.

Design och teoretisk ansats - fenomenologisk hermeneutik

Eftersom syftet var att få en ökad och fördjupad förståelse för ett fenomen, var den empiriska, induktiva och naturalistiska karaktären i den kvalitativa metoden väl lämpad (Kvale & Brinkmann, 2015; Birkler, 2012; Patton, 2015). Semistrukturerade intervjuer valdes för att på önskvärt sätt fånga de komplexa, subjektiva upplevelserna av ett fenomen och levd erfarenhet. Som analysmetod övervägdes fenomenologin och hermeneutiken. De beskrivs som systerdiscipliner och mycket kortfattat kan skillnaden dem emellan förklaras som att hermeneutiken vill förstå *hur* vi förstår och fenomenologin studerar *relationen* till det fenomen vi vill förstå (Birkler, 2012). En fusion av dessa två inriktningar beskrivs av bland annat Lindseth och Norberg (2004) som fenomenologisk hermeneutisk analysmetod och den valdes sedermera till uppsatsen.

Grundaren av *fenomenologin*, Edmund Husserl (1859-1938), menade att vetenskapens gränsdragning mellan subjekt och objekt var ett misstag, att medvetandet inte kan reduceras till något objektivt. Han menade att medvetandefenomen måste undersökas direkt, omedelbart och genom erfarenhet (Bengtsson, 2001). Den fenomenologiska metoden innebär att kvalitativa data får beskriva den centrala meningen av ett fenomen, på så sätt det upplevs i den levda verkligheten (Birkler, 2012; Patton, 2015). Innebörden

av *hermeneutik* kan förstås som både en filosofi om förståelsens villkor och - med den moderna användningen av ordet - en teoretisk ansats eller forskningsgren inom den kvalitativa domänen där tolkningen är central. Hermeneutiken erbjuder ett teoretiskt ramverk för att kunna tolka på rätt sätt och skapa sig förståelse. Stor hänsyn tas till kontext och ursprungssyfte med det som studeras (Kvale & Brinkmann, 2015; Patton, 2015). Den man som förenade dessa två grenar var en filosof vid namn Paul Ricoeur. Han menade att hermeneutiken och fenomenologin var besläktade med varandra på ett kompletterande sätt; att den ena kunde förnya den andra (Ricoeur, 1981; 1993). Fenomenologin handlar om människans medvetande och hur det hela tiden är riktat mot någonting som har en mening, medan hermeneutikens metod går ut på att en mening inte är absolut utan alltid tolkas. Så trots att människans ”levda erfarenhet” alltid är personliga kan kärnan i upplevelserna förmedlas genom berättelser, som i sin tur tolkas för att klargöra den centrala innebörden, med syftet att uppnå en djupare förståelse för någons livsvärld (Ricoeur, 1993; Lindseth & Norberg 2004). Den fenomenologiska hermeneutiken innebär alltså att essentiell mening först behöver studeras för att sedan förklaras genom tolkning av texten (Lindseth & Norberg, 2004). Inom ramen för denna uppsats, som studerat existentiella fenomen, bedömdes analysmetodens besläktning med existentialfilosofin som särskilt fördelaktig.

Förförståelse

Min egen förförståelse inför arbetet med uppsatsen bestod av att jag arbetar inom samma kontext som studiedeltagarna har blivit vårdade i, och dessutom i olika utsträckning varit inblandad i den direkta vården av dem. Detta medförde att jag hade en fördelaktig förförståelse för respondenternas livsvärld och det kontext de kom att beskriva, men också att jag hade egna upplevelser och erfarenheter som kom att färga min förståelse. Vad gällde de existentiella och själsliga förtecknen till uppsatsarbetet hade jag en bestämd och egen föreställning om en andlig dimension och livets stora frågor. Även detta färgade min förståelse. Min förförståelse kan omöjligt sättas inom parentes, men jag försökte i största möjliga mån vara ständigt reflekterande och endast nyttja min förförståelse till ett grundperspektiv om respondenternas livsvärld, men samtidigt låta en autentisk nyfikenhet och öppenhet prägla mitt utforskande av studiedeltagarnas upplevelser och medvetande.

Urval, studiedeltagare och genomförande

Designen för huvudstudien Exigence var en prospektiv, icke-randomiserad, naturalistisk, klinisk kohortstudie. Inklusionskriterier för patienterna var ålder >18 år, kunna tala svenska flytande, långvarig smärtdiagnos som rör rygg/ländsmärta eller generaliserad smärta. Exklusionskriterier var cancer, psykotisk sjukdom, beroendesjukdom. Övrig komorbiditet tolererades. Av de 50 personer som hade inkluderats i huvudstudien, kontaktades åtta personer som under sin rehabiliteringstid uttryckt en process som medfört en själslig transformation eller ökat existentiellt välbefinnande. Ett särskilt uttalat intresse eller upplevelser inom det vi tolkar som existentiellt, själsligt eller andligt, var således grunden för ett strategiskt urval (Patton, 2015). Eftersom studiedeltagarna rekryterades från huvudstudien hade informerat samtycke redan lämnats till att bland annat bli intervjuade. Efter urvalsprocessen kontaktades de åtta personerna via telefon och tillfrågades om intresse, samtliga tackade ja. Vid intervjutillfället fick personerna ytterligare skriftlig och muntlig information om projektet och tillfrågades samtidigt om inspelning var okej. Alla inkluderade deltagare var kvinnor i åldern 29-57 år, med en medelålder på 48 år och hemvist i Storstockholm. De hade samtliga någon typ av smärtdiagnos men också övrig sjukdom som exempelvis utmattning eller depression. Alla hade dessutom vårdats på Vidarkliniken en eller flera gånger. Med undantag för två av dem, hade alla barn. Hälften var ensamboende och hälften bodde med familj. Tre av dem var sjukskrivna vid intervjutillfället och resterande arbetade inom förskola, skola, vård samt egenföretagande. Av hänsyn till tidigare vårdrelation och med avsikt att särskilja den vårdrelationen från intervjusituationen, valdes studiedeltagarnas eget hem som setting, utom i ett fall då intervjun gjordes på respondentens arbetsplats. Alla intervjuer fick genomföras ostört, utan tidspress och i avskildhet. De utfördes under två veckor i mars 2017, tog mellan 40-80 minuter (60 min i genomsnitt) och spelades in. Samma person gjorde intervjuerna, som i enlighet med litteraturen antog en naiv inställning inför forskningsintervjun (Kvale & Brinkmann, 2015; Lindseth & Norberg, 2004). En semistrukturerad, modifierad intervjuguide tillhandahölls av huvudprojektets forskare och användes under intervjun, som förutom nya, kompletterande frågor om upplevelser av själsligt välbefinnande också berörde upplevelsen av vården och det egna övergripande hälsotillståndet. Efter att alla intervjuer lyssnats igenom i sin helhet flera gånger, transkriberades de verbatim. Alla skratt, pauser och tvekanden skrevs ut för att behålla känslan och meningen i intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2015).

Analys

Syftet med analysen är att veckla ut textens innebörd. I den fenomenologiska hermeneutiska traditionen görs detta genom att läsandet sker i en ständig växling mellan helhet och delar. Kvale och Brinkman (2015) samt Lindseth och Norberg (2004) menar att delarna inte kan förstås utan helheten och helheten aldrig utan delarna. Vidare beskriver de analysmetoden utifrån tre steg som tillsammans blir en rörelse mellan förklaring och förståelse. De tre stegen utgörs av den naiva förståelsen, en strukturell analys och slutligen en tolkad helhet. Naiv förståelse innebär att texten läses flera gånger för att få en första känsla och förståelse för texten *som helhet*. Detta kan generera idéer och frågor till strukturanalysen. I den strukturella analysen betraktas texten med ett mer objektivt och distanserat förhållningssätt där strukturer och mönster söks som organiseras i subteman och teman. En tolkad helhet innebär slutligen att texten sätts samman till en helhet igen utifrån studiens syfte, den naiva förståelsen, resultaten av de olika strukturanalyserna men också författarens förförståelse. Det leder till en ny helhet och förståelse (Lindseth & Norberg, 2004).

De delar av intervjumaterialet som var relevanta för uppsatsens syfte valdes således ut och extraherades för att sedan genomgå analysprocessen. Till att börja med formulerades en naiv förståelse, mot bakgrund av intervjumaterialet som helhet. För att sedan förklara och fördjupa förståelsen för de antaganden som formulerades i den naiva förståelsen gjordes en strukturell analys i form av en tematisk analys (Lindseth & Norberg, 2004). Texten lästes igenom och delades in i lämpliga meningsenheter, där en meningsenhet kunde vara en mening, ett stycke eller en längre del som uttryckte liknande innehåll och innebörd. Efter att samtliga meningsenheter lästs igenom mot bakgrund av den naiva förståelsen, kondenserades de och organiserades sedan utifrån de likheter och skillnader som framkom. Forskningsfrågorna för uppsatsen utgjorde en vägledning i processen av att formulera teman. Slutligen formulerades en tolkad helhet, där samtliga element inkluderades i bilden.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Projektet genomfördes inom ramen för en större pågående studie som redan hade ett godkännande av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Den större studien utforskar redan befintliga behandlingsprogram; patienternas omhändertagande och behandling påverkades därför inte av studien. Deltagande i studien/projektet var frivilligt, kunde när som helst avbrytas och vad de än valde påverkades inte aktuell eller framtida behandlingar inom hälso- och sjukvården. Allt detta informerades respondenterna om vid rekryteringstillfället. Informationen gavs både muntligt och skriftligt, och i enlighet med rekommendationerna (CODEX- riktlinjer för forskning, 2017a). Huvudstudien utgör minimal risk för försökspersonerna, så även aktuellt projekt. För att garantera konfidentialitet har data förvarats avkodad och resultaten redovisas i avkodad, aggregerad form så att enskilda individers svar på frågor inte röjs (CODEX- riktlinjer för forskning, 2017b). De grundläggande etiska aspekterna som både huvudstudie och uppsats vilar på beskrivs i helsingforsdeklarationen; principerna om autonomi, att göra gott, att inte skada och om rättvisa. Därutöver även de som beskrivs i Etiska Riktlinjer för Omvårdnadsforskning i Norden: krav på information, samtycke, konfidentialitet och säkerhet (Northern Nurses' Federation, 2003).

RESULTAT

Totalt sju teman identifierades under analysprocessen. De presenteras i resultatet organiserade utifrån uppsatsens frågeställningar. Tema ett till fyra - *att möta sig själv och sin historia, att nå själen genom kroppen, en läkande miljö och omgivning, och att bli kärleksfullt omhändertagen*; handlar om vad som upplevs främjande för en positiv, själslig process. Tema fem och sex - *känsla av en gudomlig närvaro och djupt inre välbefinnande*; beskriver hur ett ökat själsligt och existentiellt välbefinnande kan ta sig i uttryck. Det handlar då om en känsla av att ha återknutit till en extern och/eller intern känsla av gudomlighet, frid och helhet, något som också påverkar relationen med andra. Det sjunde temat - *kropp och själ som en enhet*, skildrar upplevelsen av att alla dimensioner av människa och hälsa hör ihop i en odelbar helhet och har en ömsesidig växelverkan. Betydelsen av en synergistisk helhet är central för samtliga teman. Det sista steget i den fenomenologiska hermeneutiska analysprocessen, tolkad helhet, presenteras integrerad med resultatdiskussionen i uppsatsen.

Naiv förståelse

Den första förståelsen av kvinnornas berättelse som helhet, det vill säga den naiva förståelsen, tolkades som att *möta sig själv*. Genom ett många gånger smärtsamt möte med sitt förflutna uppstår möjligheten för kvinnorna att klä av sig roller och emotionella mönster som står i vägen för ett ökat själsligt välbefinnande. Här mobiliseras ofta ett mod för att våga möta begrävda känslor och under dem upptäcka vem man egentligen är, vilka de autentiska behoven är och hur mycket ansvarstagande och gränser som är rimligt. Att samtidigt befinna sig i *en läkande omgivning* accelererar och främjar processen ytterligare. Omsorg från andra är ett viktigt inslag, liksom att få bli sedd som människa och få ta emot beröring som inte sällan sätter en i kontakt med själslivet. När den omgivande miljön är lugn, trygg, tillåtande, vacker, och avskalad av externa stimuli underlättas resan inåt. Ett ökat existentiellt eller själsligt välbefinnande upplevs som en *återupprättad kontakt med sig själv och någonting större*. Detta tar sig uttryck i ett inre lugn, en känsla av befrielse och storhet och att vara samlad, vilket ger ringar på vattnet och förbättrar den fysiska hälsan. Kropp och själ ses som en odelbar helhet under ständig växelverkan.

Strukturell analys

Den strukturella analysen resulterade i totalt sju teman (tabell 1), som på ett naturligt sätt kunde knytas till och därför presenteras utifrån uppsatsens frågeställningar.

Tabell 1. Beskrivning av teman och subteman

Tema	Subtema
Att möta sin historia och sig själv	Läka barndom och möta känslor Släppa ett förvärvat överansvar Lära känna egna behov och ta emot Att sätta gränser mot omgivning och sig själv Att ge sig själv egenvård
Att nå själen genom kroppen	Konstnärliga och kreativa uttryck som kanal Återställa balans och rytm Läkeurytmi/rörelseterapi Att få helande beröring
En läkande miljö och omgivning	Befinna sig i avskildhet och utan stimuli Att få tid för eftertanke och inre arbete En trygg och läkande plats
Att bli kärleksfullt omhändertagen	Att få uppleva genuin omsorg Att få stöd för att orka med inre arbete Att bli mött med närvaro och sedd som människa

	Känslan av att få tid och bli villkorslöst accepterad
Känsla av gudomlig närvaro	Att känna sig buren, lyft och vägled av en högre existens Känna sig förbunden med livskraften
Djupt inre välbefinnande	Att känna acceptans, kärlek och förståelse till sig själv Förstärkt intuition och inre vägledning Inre lugn Ett förhöjt medvetande
Kropp och själ som en enhet	Själen och smärtan Själen och den fysiska kroppen Psykiskt och mentalt mående

Främjande faktorer för ett ökat själsligt/existentiellt välbefinnande

Som inledning ska nämnas att samtliga kvinnor initialt har upplevt det utmanande att bryta ner sin upplevelse till konkreta faktorer. Betydelsen av helhet betonas och beskrivs som mer än summan av delarna. En upplevd synergistisk effekt mellan olika komponenter är vad som främjat deras process. En av respondenterna berättar:

”Jag kan inte plocka ut något specifikt utan där är det nog också kombinationen. Rytmen, bemötandet, omsorgen, miljön, många olika... Som främjade liksom den känslan” (1).

Att möta sin historia och sig själv

Vägen till ett större existentiellt eller själsligt välbefinnande går ofta genom ett utmanande och inte sällan smärtsamt arbete med att möta sitt förflutna. När de i barndomen präglade mönstren granskas, och begrävda känslor tas upp till ytan och kanaliseras ut, exponeras man för själens smärta. Att *läka barndom och möta känslor* är en process som kräver mod, beslutsamhet och styrka, men belöningen som väntar, med en återknuten kontakt med ett inre barn och större själsligt välbefinnande, är värd arbetet:

”Så att jag tycker liksom att, jag tycker att jag har fått ett rikare liv. På något konstigt sätt. Fast jag har, ja... Av att komma i kontakt med mig själv. Våga möta det jobbiga. Och det är inte så farligt. Alltså det är inte farligt att bli arg och det är inte farligt att bli ledsen” (6).

”Och sen mycket som väcktes också där... Det var ju som sagt... apropå själen, det var ju barnet, absolut, helt klart. Nej alltså att jag har haft de här dipparna ibland, man har inte riktigt förstått varför gör jag som jag gör eller varför mår jag som jag mår, lite ledsen här. Men det var ju X som sa det, du har ju ett ledset barn i dig. Den här som inte fick vara barn” (4).

Att i sin barndom ha förvärvat ett drag av överansvar, det vill säga bära oproportionerligt mycket ansvar, är ett mönster som fortsätter in i vuxenlivet. Tyngden av denna orimliga ansvarsbörda ger bäraren en enorm inre stress och höga prestationskrav på sig själv. Omvänt beskrivs det som läkande och lättande när insikten om mönstret initierar processen att **släppa ett förvärvat överansvar**:

”Och jag vet inte varför, det var någonting som hände där som insåg att jag **kan** inte rädda hela jorden. Det måste finnas någon annan som kan ta ansvar, än jag. Men där tror jag att det är en skev bild också. Och det tror jag beror därför att jag hade **den** uppväxten att jag var tvungen. Att hålla koll på familjen” (6).

För vissa är ett överansvar kopplat till en underlåtenhet eller oförmåga att se och tillgodose sina egna behov. Åratal av att vara fokuserad på bara andra människor och deras välbefinnande försvagar kontakten till de egna kroppsliga och själsliga behoven, men att **lära känna egna behov och ta emot** hänger ihop med ett ökat själsligt välbefinnande:

”Det hänger ihop, det hänger ihop liksom, med de här, på något sätt, att bli stöttad i något slags, att vilja, att börja lyssna på sina behov och ta hand om dem. Behov handlade det väldigt mycket om. Ja, jag vet inte hur många” (1).

Att vara uppfostrad i andan att ensam är stark med synen på att ta emot hjälp som ett tecken på svaghet, kan göra det till en utmaning att ta emot, oavsett om det gäller hjälp, omsorg eller kärlek. Men att öva på det frigör en källa till njutning och i förlängningen ett större själsligt välbefinnande:

”Men sedan också det här också att ta emot omsorg, det var en jättestor bit. I början var jag ju generad. Jag har för mig att det var X som bad mig, jo, jag skulle ju få fotbad redan första dygnet där. Och liksom och fötterna torkade, jag kände först såhär åh nej, det här är ju bara genant och jättejobbigt, men tillslut så kände jag bara att nej, det är ju underbart. Och det har jag också lärt mig, att det är inte så tokigt att ha liksom omsorg och ha människor omkring sig som månar eller tar hand om en” (8).

När de egna behoven lärts känna blir det också lättare **att sätta gränser mot omgivning och sig själv**. Ofta handlar det om att omvärdera ett tempo, en arbetsbelastning eller ett ansvar och anpassa det till en mer rimlig nivå. Ibland kan det handla om att börja göra något helt annat i livet och inte sällan beskrivs de nya insikterna leda till en vändpunkt

och en omvärdering av livets inriktning. Att säga nej och hålla en integritet mot omgivningen blir ett nyckeltema:

”Och alla förväntar sig att det är **jag** som ska fixa det här. Och jag har sagt till min syrra men nej, men nej tack. Jag gör inte det. Det är nog nu liksom. De får sköta det. Alltså det går till en viss gräns, men nu känner jag att nu är det liksom, nej” (6).

”Vändpunkten var nog ändå när jag insåg att jag kan inte fortsätta som jag har gjort förut. Utan jag behöver ta hand om mig själv på ett mycket bättre sätt” (8).

Att ge sig själv egenvård beskrivs som viktigt, och då inte bara de faktiska handlingarna och fysiska konsekvenserna av dessa, såsom exempelvis värme, smärtlindring, regelbundna måltider eller goda sömnvanor. Den symboliska handlingen i att göra något för sig själv både levandegör och stimulerar en bakomliggande självkärlek, som därmed kan växa i styrka och bidra till ett större välbefinnande. En av respondenterna beskriver hur inställningen förändrades till sin egen högekänslighet:

”Jag började införliva det här omhändertagandet och förstå att det är så här jag måste ta hand om mig själv. I den här liksom, ja men, icke-dömande attityden och så. Ja, men just det här att förstå, och inte liksom döma mig själv på grund av min känslighet, utan mer börja, ja men okej, hur ska jag då liksom skydda mig?” (1).

Egenvården kan yttra sig i fysiska handlingar, men också genom att arbeta mentalt med tankesätt och affirmationer. Att få syn på negativa tankar om sig själv och skifta dem till något positivt kan göra stor skillnad. En av kvinnorna hade riktat mycket ilska mot en smärtande axel och beskriver skiftet inombords:

”Men då insåg jag att nej, så kan jag ju inte hålla på, jag kan ju inte motarbeta mig själv. Så det var en stor vändpunkt, när jag kom till insikt, men det var en sådan liten enkel gest bara. Just det, jag borde också klappa om den. Jag borde inte vara så himla hård (skrattar)” (8).

Att nå själen genom kroppen

Att använda *konstnärliga och kreativa uttryck som kanal* kan hjälpa människan att komma i kontakt med sitt inre själsliv men också att kanalisera ut det som behöver släppas fritt. Det kan handla om att skriva och skildra sin historia eller måla sin framtid i ord, men också dans, arbete med lera och keramik eller musik och sång beskrivs som hjälpande att komma i kontakt med sitt inre och sin själ. En av studiedeltagarna kunde med hjälp av

målning få ett högre perspektiv på sitt tillstånd och uppleva sambandet mellan en långvarig, svår smärta och ett emotionellt mönster:

”Den sista sessionen med hon som hade målarterapi, var också så här... Det blev så uppenbart när jag satt och tittade när hon hade lagt ut dem på golvet (...) Och där blev som sagt den här roten, den här lilla fröet i jorden liksom, till att slutet på alltihopa var den här... Som skulle bli en björk, som blev en ek, och tillslut bara en stam dessutom. Det fanns inte ens ett löv, utan det var bara en stam som var rödare och ilsknare på vänster sida. Och jag var ju helt slut efter de här. Alltså, jag fick ju gå lite tidigare ibland för att det nästan rann svett och jag kunde bli så här vimsig och ”gud jag måste gå och lägga mig” (skrattar). Men hon sa att det gick så mycket kraft och var så obvious och hon sa att jag bara försvann, att jag var helt borta i det här liksom... Och det var så tydligt att den här vänstersidan var min rygg. Det röda” (4).

Vidare skildras ett *återställande av balans och rytm* som främjande, både mellan tankar och känslor, vakenhet och sömn, aktivitet och vila. Genom att balansera medvetandets tid i huvudet med att vara i kroppen, uppnås en större känsla av harmoni och välbefinnande, och för många är det tankeflödet som behöver bromsas till förmån för känslorna. Men också de vardagliga rutinerna och en naturlig rytm och regelbundenhet är något som upplevs ha oväntat positiva effekter för såväl kropp som det inre livet:

”Alltså dels... Jag tänker att själva... Om man går ner på sådana basic-saker så är ju själva det här med rutinerna. Och hamna liksom, att få hjälp att hitta, att vara i rutinerna, samma rytm. Rytmen! Var nog oerhört viktig för mig, och en av de saker som förvånade mig mest, att det kunde vara så viktigt” (1).

Många av de intervjuade personerna hade använt sig av en rörelseterapi som kallas för läkeurytmi. Den kombinerar rörelser, ljud, andning och ibland texter i ett terapeutiskt syfte och upplevs betydelsefullt för att bland annat bättre integrera kropp och själ. Det beskrivs både som en indirekt verkan, där terapin ger kontakt med glömda känslor, och bidrar till inre läkning och i förlängningen själsligt välbefinnande. Men den beskrivs också med ordalag av en direkt verkan och kontakt med något slags flöde eller livskraft som omedelbart förbättrar känslan av välbefinnande. En person beskriver sin upplevelse av *läkeurytmi/rörelseterapi*:

”Det var liksom, jag kunde komma dit och vara helt tung och deppig och helt utan energi och så bara liksom strömmade plötsligt energin genom kroppen (...) Alltså någon, alltså min upplevelse var att det

öppnade flöden och att jag fick kontakt både med min kropp och med känslan och så, på ett väldigt stärkande sätt” (8).

Att få helande beröring är ett tema som innefattar upplevelsen av både massage, insmörjningar, healing och beröring. Bortsett från den uppskattade fysiska känslan av att få kroppsbehandlingar beskrevs många gånger en mer djupgående effekt som satte medvetandet i kontakt med det inre och gav upphov till alltifrån bilder och känslor till väckande av minnen och speciella fysiska sensationer. Beröring har förmågan att ta sig förbi intellektet och få processer att starta på ett undermedvetet plan utan att man förstår det. En av personerna som intervjuats kom i kontakt med svåra minnen som sedan kunde släppas:

”Och då var det så att när magmassagen eller vad man ska kalla det för, då kom min hemska förlossning med min son (...) Och då kom den upp och då blev jag så otroligt ledsen (...) Men, och jag var ju det väldigt, väldigt länge, men efteråt så var det väldigt, väldigt skönt. Det var som någon slags förlösning igen, eller befrielse liksom. Det var några spänningar som liksom bara... Släppte, kan man säga” (6).

Det djupt avslappande tillståndet som kan uppnås med rytmisk massage eller insmörjningar beskrivs på följande sätt:

”Det kändes nästan som så här mittemellan-stadie mellan dröm... Alltså det, jag är ju vaken, men det känns ändå så där drömligt. Och bara det att känna att oj, jag har inte ont någonstans, det var som att ligga i varmt, skönt vatten och bara... Ligga och skvalpa på något sätt, så där helt bekymmerslöst. Jag kunde ju stänga av all stress också. Det var som att nej, det som sker det, ja det angår inte mig just nu, utan nu har jag min stund, verkligen. Avkopplande” (8).

En läkande miljö och omgivning

En stor del av att vara i en läkande miljö handlar om att *befinna sig i avskildhet och utan stimuli*. För många av kvinnorna kan det vara en utmaning, både att vara mer ensamma än vanligt, men också att vara frikopplade från digitala medier och ett ständigt informationsflöde. Ibland kan det ta en stund att vänja sig, men förr eller senare infinner sig en känsla av frid och lugn, något som möjliggör kontakten inåt. För somliga som definierat sig som extremt sociala kommer det som en överraskning att inse hur mycket man njuter av ensamheten:

”Sedan var det några gånger så där, men sedan har jag upptäckt att jag **tycker om** att vara själv. Eller att jag **behöver** vara själv. Det är en sådan där grej som man upptäcker vid 48 års ålder. Att det var skönt. Jag behöver det” (6).

Att vara i avskildhet innebär också att bli konfronterad med en i vår värld ovanlig tystnad som kan vara skrämmande eller obehaglig men som också alltid blir njutningsfullt. Det betyder många gånger också att vara ryckt från sitt vardagsliv, att inte bli påmind om vardagens måsten eller invanda rutiner. Två personer beskriver:

”Och det blir så fokuserat tror jag. Jag ska läka. Jag liksom... Ja, det är det jag gör där. 100 procent, jag behöver inte tänka på någonting annat. Det hade aldrig gått och vara hemma. Aldrig, aldrig gått att vara här hemma” (7).

”För då var det ju så att min sådär bortskalandet av alla stimuli och allt, gjorde ju att min uppmärksamhet vändes inåt på ett helt annat sätt” (1).

Att få tid för eftertanke och inre arbete är viktigt i processen mot ett ökat existentiellt eller själsligt välbefinnande. Tiden vi lever i går snabbt och vardagen känns ofta som ett hamsterhjul som blockerar kontakten med själen. Att därför få frigöra en längre, sammanhängande tidsperiod där uppmärksamheten kan ägnas åt det inre, är betydelsefullt och vissa gånger nödvändigt.

”Det är lite svårt att förklara vad man får faktiskt. Men framförallt tror jag det är känslan av tid. Tid att få sin egen självläkning. Att låta kroppen få hinna med att läka själv” (5).

Vikten av att ha tid sätts också i samband med tillgodogörandet av behandlingar. Om tid ges till vila och kontemplation efter kreativa eller fysiska aktiviteter är det lättare att ta emot och det ger en djupare effekt som sitter i längre. Genom att också vara på *en trygg och läkande plats* bereds kraft och möjlighet till det inre arbete som leder till ökat själsligt och existentiellt välbefinnande. Att atmosfären är lugn medger utrymme för vila och en möjlighet att landa i sig själv. Ro är något som behövs för att komma i kontakt med det själsliga. Även inslag av skönhet och kärleksfull stämning påverkar välbefinnandet positivt:

”Ja, det känns som att... Alltså lugnet och den här, liksom tryggheten, liksom kärleken som det känns som att det finns på kliniken. Den gör att det iallafall för mig var mycket enklare att komma i kontakt med det på något sätt” (5).

”För mig handlar det nog mycket om att ja, men först när jag kommer till ro, det är då jag liksom känner av det så starkt” (2).

Att bli kärleksfullt omhändertagen

Att bli kärleksfullt omhändertagen beskrivs som *att få uppleva genuin omsorg*. Det är en känslomässig upplevelse att få bli omhändertagen, mött och sedd som människa. En genuin omsorg är värdehöjande och gör att man känner sig värdigt behandlad, och om behov finns, bli mött i också en andlig dimension. I mötet med lyhördhet, mjukhet och förståelse, och i ett ärligt omhändertagande utan tecken på paternalism, växer människan.

”Ja, alla människor som jobbar på det här stället, hur de bara orkar att vara så **jävla** snälla och omhuldande och tröstande och bryr sig! Det känns som att de bryr sig på riktigt. Det gör verkligen det. Varenda sekund liksom. Jag fattar inte hur de orkar, eller hur det går till. Det känns så faktiskt. Hela känslan är så... Och det har hjälpt till såklart” (7).

Ett medmänskligt eller professionellt stöd i det inre arbetet ses som oerhört betydelsefullt. Ibland kan det räcka med att få bli lyssnad på, ibland behövs en hand att hålla i eller bara att bli speglad och stöttad i att sätta gränser och släppa ansvar. Oavsett vilken läkningsprocess som går igenom så kan det vara tungt och då betyder det mycket *att få stöd för att orka med inre arbete*. En av respondenterna uttrycker det följande:

”Om man känner deras stöd och deras, men den här omsorgen som en... Ja, då lugnar man ner sig, man orkar börja ta tag i saker och ting, mentala och... Ja jag vet inte, allt, hela läknings... Det är jättesvårt, det är så svårt att svara på det här, det är så himla luddigt men... Ja...” (7).

Ett subtema som framkommer i texterna är *att bli mött med närvaro och sedd som människa*. Samtliga respondenter lyfter fram det som betydelsefullt för en inre process och djupt tillfredsställande. Särskilt för dem som under sin barndom och vuxna liv bara blivit sedda och uppmuntrade i prestation och styrka, blir det en välkommen omväxling att vara sedd och bemött med närvaro även i sina svagaste stunder. Det ger en känsla av människovärde, ett värde som är konstant oavsett vad du gör.

”Också att, alltså det kändes som att jag fick ett större människovärde på något sätt (skrattar), bara genom att bli liksom sedd, där jag är som svag, för annars så får jag bara liksom... Jag har bara blivit sedd när jag är stark. När jag liksom gör och presterar saker” (5).

Att vara sedd som människa handlar också om att bli mött bortom det fysiska planet. En känsla av att bli sedd och förstådd utan att ord behövs. För personer som varit i sjukvården i många år och känt sig behandlade som en kroppsdel eller en sjukdom, är det en fin kontrast att bli mött som en person och multidimensionell människa.

”Det är nog nästan bland det viktigaste, att bli sedd. Som patient och inte bara som ett nummer utan som faktiskt människa, som jag är” (5).

”Nej men också så, det är tillåtandet, att få vara människa. Det var det jag kände tror jag på kliniken. Att här får jag vara människa med alla mina fel och brister och mina styrkor, allt. Här blir jag sedd som människa, mer än vad det nu kan vara i den övriga världen liksom” (8).

En viktig ingrediens i att känna sig kärleksfullt omhändertagen är ***känslan av att få tid och bli villkorslöst accepterad***. När en annan människa har eller tar sig tid för att lyssna, stötta eller bara vara med dig, tolkas det som en signal att man är viktig och värd någons omtanke. Gåvan i form av tid verkar vara en medicin i sig, då den upplevs vara kopplad till en signal om människovärde.

”Men alltså, det absolut viktigaste, det tror jag var känslan av att det fanns tid, att man inte blev... Bara liksom undanschasad och iproppad mediciner och -här liksom, vi har inte tid att ta hand om dig, ta en medicin så blir det nog bra. Utan att det fanns tid...” (5).

En emotionellt och själsligt tillåtande atmosfär föder en känsla av att bli villkorslöst accepterad. Att få någons närvaro, tid och omsorg oavsett vad man tycker, känner eller går igenom bidrar till ett större själsligt välbefinnande och en underlättad andlig resa. I en sfär av acceptans är det lättare att vara sitt autentiska jag och komma närmare sig själv .

”Och att allt var okej där. Det var ingen som sa att man inte fick tycka eller känna på ett visst sätt, eller att man inte borde vara på ett visst sätt, eller att det inte... Ja men att man fick vara precis som man är... Det känns som att det, ja... Det främjar iallafall för mig, det andliga, det spirituella, att kunna komma till mig” (5).

Hur ett större själsligt välbefinnande tar sig uttryck

Känsla av en gudomlig närvaro

Ett ökat själsligt och existentiellt välbefinnande uttrycks som en stor känsla av en gudomlig närvaro. Det uttrycks på liknande sätt oavsett religiös eller andlig utgångspunkt och kan dels handla om ***att känna sig buren, lyft och vägled av en högre existens***. Denna högre existens kan benämnas som änglarna, universum, gud, jorden eller helt

enkelt något högre. Känslan kan vara en i vardagen förekommande förnimmelse om att vara vägledd:

”Så att det känns som att någon, utbildar mig, någon leder mig, någon lär mig. Jag tror att de vet **precis** vad jag behöver just nu för att komma vidare. Och exakt vad det är jag behöver uppleva och i vilken ordning jag behöver uppleva det. Och att min resa inte är lik någon annans” (3).

I mer dramatiska situationer kan känslan av gudomlig närvaro beskrivas som ett ingripande, att bli räddad och lyft. En av de intervjuade minns en svår tid i livet när tanken på självmord under en förtvivlad biltur kändes lockande, men hur allt skiftade på bara några ögonblick:

”Och i det här förtvivlade så säger jag då, Gud, är det meningen att julen ska vara så här? (...) Varvid något reser mig upp, jag blir alldeles fridfull och lugn inuti, det börjar snöa sådana här jättestora flak, snöflaks-flingor liksom, sakta. Det var så vackert. Och så kommer det en fråga inifrån. Minns du, när du var liten och fick den finaste julklappen av alla? Jag bara, Jaa (flämtar)! (...) Och jag vet att jag var så lycklig, jag låg under täcket och skakade där på julaftonskvällen och såg hur de här flingorna sakta dalade ner och jag vet att jag somnade till det. Och det var vackert och det var glädje och... Så där sitter jag och blir upplyft, tröstad, påmind och så kommer det en räv över lägderna. Och det riktigt så där idyllräven liksom. Stannade framför billyktorna till vänster om min bil. Och mitt huvud vrids dit och jag möter blicken på den där räven. Och när det sker, så är det som att det vidgar sig liksom, hur mycket som helst i ögonen på den där räven, och det blir rymligt inuti mig. Och så kommer den tanken, att allt är bra, dina döttrar, eller mina barn behöver mig, åk hem, allt kommer att gå bra” (3).

Ett större själsligt och existentiellt välbefinnande hör ofta ihop med en känsla av återförening med något gudomligt, **att känna sig förbunden med livskraften**. Även här beskrivs det på liknande sätt oavsett andlig och religiös utgångspunkt. Det kan uttryckas som att ha änglarna med sig, som att vara ”connectad” till universum, eller att likt en planta vara förbunden med jorden och ha en känsla av energi från mark och sol. Att åter bli eller ständigt vara sammankopplad med något större, ger en inre känsla av storhet, lugn och tillfredsställelse.

”Och liksom bara att hitta den känslan av ”connection”, säger jag nu. Någon slags connection och någon slags livsenergi som också är förbunden med något annat. Ja, jag tror att det säger ganska mycket om min upplevelse. Det var som att... Alltså det är något viktigt i det där.

Det är inte bara din, alltså att det som finns i mig, utan det är också någon slags, ja men just samhörighet med någonting annat. Ja... Jordan (skrattar). Jordan... Nej, med allt levande på något sätt. Något slags livsenergi, livskraft i hela världen, så” (1).

Djupt inre välbefinnande

Ett större själsligt välbefinnande beskrivs i termer av ett djupt inre välbefinnande och detta skildras som att bland annat **känna mer acceptans, kärlek och förståelse till sig själv**. Ofta har detta tillstånd föregåtts av ett inre arbete av att möta sin historia och läka gamla sår. Med ett nyvunnet högre perspektiv och kastade gamla roller och smärta finns större utrymme för att känna mer förståelse och kärlek till sig själv. Oavsett om det rör sig om en större empati för ett inre barn:

”Och som sagt att jag tillåter framförallt att tycka synd om barnet och förstå varför jag har gjort som jag har gjort” (4).

eller en mer allmän acceptans och respekt för sin egenart som människa:

”Nu skulle jag nästan läsa. Jag läste... Ja... Ja men... Alltså jag tror att det handlade väldigt mycket om en sorts självförståelse. Och som för mig har nog handlat väldigt mycket om att förstå, eller liksom acceptera min egen känslighet. Både fysiskt och psykiskt, och på något sätt...” (1).

Ett djupt inre välbefinnande är kopplat till en **förstärkt intuition och inre vägledning**. Intuition ses ofta som själens kommunikationsmedel och en länk till vårt högre jag. Att följa den ökar kraften, vilket gör det lättare att respektera sina inre signaler och inre vägledning. Att således ha en ökad kontakt med intuitionen, ses som en indirekt kontakt med ett eget gudomligt jag och ger ett djupt inre välbefinnande.

”Och när vi är i kontakt med intuitionen, då tror jag att vi är i kontakt med en intelligens som är så ofattbar och så liksom omöjlig att förstå sig på för en liten människohjärna” (3).

Något som också kännetecknar ett djupt inre välbefinnande är ett **inre lugn**. Den inre miljön kan ha varit kaotisk och fylld av konflikter och tankar, men i samband med ett ökat själsligt välbefinnande beskrivs av samtliga personer känslan av ett starkt inre lugn, en känsla av ro som bärs med var man än är någonstans, i vilka situationer man än befinner sig. Det genomsyrar både kroppsliga och själsliga aspekter:

”Det är en annan ro nu. Ett lugn litegrann i kroppen liksom att det... Och i huvudet och i själen” (7).

Denna inre ro tar sig uttryck i förmågan att kunna njuta och känna frid också när kroppen är bruten. En av de intervjuade beskriver:

”Så har jag satt mig på berget på rollatorn och bara tittat på vattnet som... Solen glittrar i och... Sjöfåglarna som landar och startar och... Bara är. Och kan också känna vad skönt det är. Det gör inte ont att andas, det är ändå... Visst det gör ont som tusan i ländryggen men det är inte... Det är en ok dag, det är en bra dag” (4).

En känsla av förnyade perspektiv och ett *förhöjt medvetande* kopplas också samman med ett själsligt välbefinnande. Insikter och omprioriteringar gör att man känner att man växt som människa och utvecklats i sitt sätt att tänka och resonera. En känsla av att medvetenheten har växt och att man kommit långt med sig själv, genomgått en transformationsprocess.

”När jag säger träningsläger för själen. Det känns som att man är en annan person nu. Jag tänker på mina gamla vänner som fortfarande inte har upptäckt det här (skrattar). Som bara går till jobbet och går till apoteket och köper vitaminer och, alltså, förstår du vad jag... Det där” (7).

Det själsliga välbefinnandets inverkan på andra hälsodimensioner

Kropp och själ som en enhet

Personerna i studien har alla levt med långvarig smärta och spenderat många år i sjukvården utan att ha blivit bättre. En inre resa med konfrontation och läkning av själslig smärta, samt att få nya perspektiv och konkreta upplevelser på kopplingen mellan kropp och själ gör att saker händer även med den fysiska smärtan. När det handlar om *själen och smärtan* vittnar majoriteten av de intervjuade om ett upplevt samband mellan obearbetade känslor och en kroppslig smärta. Även stress och sorg kan utlösa smärta men så också det omvända; att sträva efter ett lugn i vardagen och kontakt med känslor och själ minskar smärtan. Att lyssna på sig själv och ta sig själv och sina signaler på allvar minskar också fysisk smärta. Hos vissa innebär dessa mönster att smärtan omvärderas; från en extern fiende till ett kroppens språk, en signal om något. Lyssnar man då till själslivet ersätts smärtan av ett lugn:

”Men hur som helst, när jag får den här kontakten, det spelar ingen roll. Så, då försvinner smärtan och då kommer liksom lugnet på något sätt” (5).

En person beskriver hur en återupprättad kontakt med den egna själen dramatiskt får smärtorna att minska och helt upphöra:

”Men bara om jag ska säga vad jag tänker nu när du säger det här, så känns det som att ju mer kontakt jag får med min själ och att jag fattar (skrattar) att jag har en själ här inne, ju mer jag känner den kontakten (...) Och när jag känner kontakten... försvinner smärtan på något sätt. Nej, jag vet inte hur jag ska säga, alltså det är så sjukt. Men det är **sant!**” (7).

Bandet mellan *själen och den fysiska kroppen* ses som starkt, tydligt och som i ständig växelverkan. När den fysiska hälsan förbättras lyfter det själen likväl som tvärtom. Det tar sig inte bara uttryck i förändrade och upphörda smärtor, utan också magens funktion växlar med graden av inre balans. Samtliga respondenter upplevde en stark förankring mellan kropp och själ och menar att ett viktigt arbete för en ökad fysisk hälsa går genom en själslig insats. Konsekvensen av en underlåtenhet till sådana insatser beskrivs skapa upplevda energimässiga blockader som ger ohälsa i den fysiska kroppen:

”Jag är helt övertygad om det. Jag tror att det, alltså... Det blir blockad i kroppen. Energiflödet kommer inte igenom liksom. När man har oarb, ober, vad heter det? ... Obearbetade händelser som man inte tar upp och gör klart. Jag är nästan helt övertygad om det ser du (skrattar). Det, jag tror det. Ja, jag är liksom... Jag tror att det är jätte, jätteviktigt” (6).

Även *psykiskt och mentalt mående* förbättras naturligtvis av ett större existentiellt och själsligt välbefinnande, uttryckt i all självklarhet av en av respondenterna:

”Ja, alltså den mentala var ju, det säger sig självt, att liksom, att det påverkades väldigt positivt” (5).

DISKUSSION

Tolkad helhet och resultatdiskussion

Kvinnornas berättelser om vägen till, och den levda erfarenheten av ett ökat själsligt och existentiellt välbefinnande, kan förstås som en rörelse mellan inre och yttre betingelser. Processer i den inre och den yttre världen samspelar i rörelsen framåt. De teman som framträdde genom texttolkning av deras berättelser hade helhetssyn som ett underliggande och övergripande tema. Det betonas i både perspektivet av hälsans dimensioner och i synen på den mänskliga varelsen samt i de element som ses som främjande för en positiv andlig process. En röd tråd och ett sammanhang kan ses mellan de olika temana och känslan av att bli hel tolkas som ett övergripande tema. Eftersom innehållet i den strukturella analysen bekräftar och stämmer överens med den naiva förståelsen, kan den ses som validerad i enlighet med hur Lindseth och Norberg (2004) beskriver.

Kvinnor med långvarigt smärttillstånd och självrapporterad själslig transformationsprocess trycker i sina berättelser på vikten av en helhetssyn från sig själva, omgivningen och vården. Det verkar bidra till deras upplevelse av att bli sedda som människor, vilket framställs som gynnande i en läkningsprocess. Således tillskrivs, precis som Huber et al (2016) nyligen visat, den själsliga/existentiella dimensionen av hälsan, en stor betydelse. Att Huber et al (2016) efterlyser och själva föreslår ett bredare hälsobegrepp bekräftas av samtliga studiedeltagare i uppsatsens resultat.

Flera handgripliga förslag som går att testa i vårdmiljöer eller på samhällsnivå finns att hämta från kvinnornas berättelser. Att skapa och arbeta för läkande miljöer, erbjuda kroppsterapier, beröring och emotionellt stöd i ett inre arbete är några av de element som pekas ut som främjande av kvinnorna. Mycket verkar handla om frågor om bemötande; att befinna sig i ett sammanhang med utrymme för existentiella frågor och bli bemött som också en andlig varelse. Grundläggande mänskliga värden som att mötas med respekt, acceptans och omsorg torde vara basalt. Men med tanke på hur centralt temat tid beskrivs för den upplevelsen, kan det finnas skäl att ana att den tidseffektiva sjukvårdsapparat vi byggt upp, på ett plan kanske skadar människor? Kanske kan det också vara så att den växande integrativa hälso- och sjukvården (Snyderman & Weil, 2002, Kreitzer &

Koihtan, 2015) är ett uttryck för att möta tomrummet och ett växande behov av en förnyad människosyn och mer human vård?

Med hänsyn till att folkhälsopolitiska dokument och riktlinjer betonar vikten av denna helhetssyn, inkluderat att adressera själsliga aspekter av människan (FHI, 2010; prop. 2002/03:35; prop. 2007/08:110), samtidigt som människor rapporterar att de inte märker av denna i kontakt med vård och samhälle (Huber et al, 2016; Melder, 2011; Eriksson, 2016), tydliggörs en diskrepans som påverkar mänskligt lidande och hälsa. Frågan är varför diskrepansen uppstår? Vad är det som gör att kunskap kommunicerad genom riktlinjer, rekommendationer och folkhälsopolitiska dokument (WHO, 2004; FHI, 2010, prop. 2007/08:110), inte genomsyrar den verklighet och kliniska verksamhet, där den är avsedd att göra nytta? En gissning är att svaret både är komplext och svårfångat inom ramen för denna uppsats. När betydelsen av ett utökat hälsobegrepp konstateras på olika håll samtidigt som det inte adresseras tydligt, blir en naturlig och salutogen fråga hur känslan av existentiellt/andligt välbefinnande kan ökas. Att försöka fördjupa förståelsen kring de fenomenen har varit syftet med föreliggande uppsats. Och utan att kunna dra kausala samband eller generalisera resultat, kan åtminstone konstateras för den studerade gruppen, att ett tydligt samband upplevs mellan bland annat psykiskt/mentalt och andligt/själsligt välbefinnande, där de båda hälsodimensionerna har en förmåga att kunna höja den andra. Sett gentemot den rapporterade, ökade mentala ohälsan i samhället (Folkhälsomyndigheten, 2016; 2017), blir det ett intressant fynd. Även Melders (2011) och Erikssons (2016) reflektioner över kopplingen till ett alltmer sekulariserat samhälle utan forum för andliga och existentiella frågor utanför de religiösa samfundet, blir legitima i sammanhanget.

Antonovskys (2005) känsla av sammanhang går på många sätt att integrera i förståelsen av de teman som framkom under analysen av intervjumaterialet. Kvinnornas skildring av upplevelsen av ett existentiellt/själsligt välbefinnande innehåller komponenter av både begriplighet, hanterbarhet och framförallt meningsfullhet. Ur det perspektivet kan argumenteras för att de ökat sin egen KASAM, något som också beskrivs vara möjligt i vuxen ålder, trots att det till största delen menas bli grundlagt i barndomen (Antonovsky, 2005; Eriksson & Lindström, 2006). Flera av de återgivna upplevelsorna påminner om gränssituation enligt Jaspers (1970). Men inte främst i form av död, lidande och kamp. En gränssituation verkar uppstå i mötet med dem själva, som visserligen i ett kort

perspektiv exponerar dem för en existentiell ångest och lidande, men samtidigt för en potentialitet och i slutändan ökat välbefinnande på alla plan. Detta kan förstås mot bakgrunden av den öppning mot djupare insikter som Jaspers (1970) beskriver i samband med gränssituationer.

Med tanke på vad som blivit beskrivet om kvinnornas smärttillstånd på resan till ett större andligt/existentiellt välbefinnande, blir det synnerligen intressant i förhållande till SBU:s rapport (SBU, 2010) att efterlysa komplexa vårdinterventioner för långvariga smärttillstånd. Samtliga kvinnor i studien har upplevt ett samband mellan sina smärtor och själsliga status och alla har antingen minskat smärtorna eller fått ett annat förhållningssätt till dem, som medger att ändå kunna njuta av livet och må bra. Och, några av studiedeltagarna berättar att de helt blivit av med sina smärtor. Genom att adressera andliga behov verkar en fysisk smärta hos vissa kvinnor kunna lindras eller upphöra och genom att inkludera den aspekten i komplexa vårdinterventioner finns en möjlighet att bättre hjälpa patientgruppen.

Metoddiskussion

Förförståelsen som präglat min förståelse under uppsatsen är redovisad i metoden. Graden av reflexivitet som lyckats åstadkommas kan bara läsaren bedöma. Att jag arbetat i flera år på den plats som de intervjuade personerna vistats på kan utgöra ett hinder för min neutralitet i form av att alla patienter jag mött med liknande historier kan färga min tolkning och förståelse av berättelserna jag fått ta del av inom ramen för denna uppsats. Vidare kan det argumenteras för att det finns ett egenintresse i att få arbetsplatsen att framstå i god dager och, undermedvetet eller ej, utelämna kritiska aspekter mot den miljö studiedeltagarna vistats i. Med andra ord kan det anses som en hög risk för bedömningsbias när deras berättelser har tolkats. Å andra sidan har syftet för uppsatsen inte alls handlat om att utvärdera vården, utan om att fördjupa förståelsen för kvinnornas personliga upplevelser, oavsett var och hur upplevelserna ägt rum. Dessutom kan en grundläggande insikt om det kontext som beskrivs av kvinnorna ses som en förutsättning för processen (Kvale & Brinkmann, 2015). Det faktum att jag i olika utsträckning haft en vårdrelation med studiedeltagarna kan också inverka på min neutralitet och, i ett tolkande skede av analysen, också min bedömning. Detta kan vägas upp mot det faktum att det diskuterade ämnet är så pass intimt och personligt, att den tillit som byggts upp i en

vårdrelation kan främja en öppenhet i intervjusituationen och ge djup och rikedom till berättelserna.

Att just åtta kvinnor valdes ut ses som lämpligt i förhållande till den kvalitativa metoden, som inte syftar till kvantifiering utan har som mål att få nyanserade beskrivningar av olika aspekter av de intervjuade personernas livsvärld (Kvale & Brinkmann, 2014). Inom ramen för en magisteruppsats rekommenderas dessutom sex till åtta studiedeltagare. I ett annat sammanhang hade dock fler inkluderade kunnat vara fördelaktigt för att kunna gå vidare. Frågeguiden som användes under intervjuerna var visserligen tillhandahållen av forskarna från huvudstudien, men med frågor ursprungligen anpassade till ett annat syfte finns en möjlighet att intervjuprocessen hade sett annorlunda ut med en bättre anpassad guide.

Uppsatsens syfte och analysmetod bedöms utgöra en lämplig kombination, även val av studiedeltagare och kontext ses som relevant, något som ökar *trovärdigheten*. Den äventyras dock av homogeniteten bland kvinnorna och det faktum att jag är oerfaren som intervjuare och ensam analyserat materialet (Granheim & Lundman, 2003). Bedömningen av likheter och skillnader bland meningsenheter i processen med att formulera teman kan ha varit skev, men i en ansats att väga upp det har många citat presenterats för att illustrera och ge läsaren möjlighet att avgöra saken. Vad gäller *pålitligheten* och faktorer av instabilitet ökas den av att samtliga intervjuer genomfördes under en begränsad tidsperiod, men en viss variation kan ha uppstått i takt med att erfarenheten ökade för varje genomförd intervju och kan ha påverkat samspelet (ibid.). Även om de studerade fenomenen måste anses som allmänmänskliga utgör gruppens homogenitet en begränsning även för *överförbarheten*. Den levda erfarenheten som skildras kan antas gälla för den studerade gruppen, men inte för en generell population. För sådana samband behövs fler studier göras. I ett försök att öka läsarens möjlighet att bedöma överförbarheten har, i enlighet med Granheim och Lundman (2003), kontext, studiedeltagare och tillvägagångssätt beskrivits så noggrant som möjligt.

SLUTSATSER

De själsliga och existentiella aspekterna av hälsan utgör för en grupp kvinnor med långvarig smärta en självklar och viktig del av livet och välbefinnande. Flera främjande och möjliggörande faktorer har skildrats i processen att uppnå ett utökat själsligt välbefinnande och deras upplevelse är att detta tillstånd ger positiva effekter på fysisk hälsa inklusive smärta. Trots att resultaten inte är överförbara på en generell befolkning bidrar de med viktig förståelse för den levda erfarenheten hos en sårbar och ännu inte optimalt behandlad grupp i samhället och vården. Dessa betydelsefulla aspekter av hälsan kan utgöra en outforskad arena för hälsofrämjande insatser när det kommer till utveckling av vården. Även om andlighet och själsliv i sig ännu inte kan kvantifieras eller objektivt mätas, kan dess effekter studeras. Med hänsyn till den betydelse många lägger vid dessa högre aspekter av mänsklig natur, både bör och kan ämnet studeras vidare.

REFERENSER

- Alex, L., & Lehti, A. (2013). Experiences of well-being among Sami and Roma women in a Swedish context. *Health Care for Women International*, (34), 707-726.
- Andermo, S., Hök, J., Sundberg, T., & Arman, M. (2016). Practitioners' use of shared concepts in anthroposophic pain rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 1-7. doi:10.1080/09638288.2016.1231843
- Andersson, S. I. (2009). *Hälsa och psykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Kultur och natur.
- Anye, E. T., Gallien, T. L., Bian, H., & Moulton, M. (2013). The relationship between spiritual well-being and health-related quality of life in college students. *Journal of American College Health*, 61(7), 414-421.
- Arlebrink, J. (2012). *Existentiella frågor inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2015). Kontinuitet och helhetssyn i rehabilitering av patienter med långvarig smärta - en studie från Vidarkliniken. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 92(5), 626-631.
- Arman, M., Hammarqvist A.S., & Kullberg, A. (2011). Anthroposophic health care in Sweden, - a patient evaluation. *Complementary Therapy in Clinical Practice*, 17, (3), 170-8. doi: 10.1016/j
- Arman, M., & Hök, J. (2016). Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 374-381. doi:10.1111/scs.12258
- Arman, M., Alvenäng, A., Madami, N. E., Hammarqvist, A.-S., & Ranheim, A. (2013). Caregiving for existential wellbeing: existential literacy. A clinical study in an anthroposophic health care context. *International Journal for Practice Development*, 3(1), 1-14.
- Ather, A., & Katz, D. (2015). Disease prevention and health promotion: how integrative medicine fits. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5S3), 230-240.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Berman, A. H. (2010). De fyra världarna i existentiell terapi: några reflektioner om övervärlden. I D. Stiwrne (red.), *Bara detta liv: texter i existentiell psykologi och psykoterapi* (ss. 152-168). Stockholm: Natur & Kultur.
- Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori: en grundbok*. Stockholm: Liber.
- Blaxter, M. (2010). *Health*. 2nd edition. Cambridge: Polity Press,.
- Blomqvist, E. (2017, januari 6). Existentiell hälsa, -en utmaning för landstingen. *Dagens Samhälle*. Hämtad från: <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/existentiell-haelso-en-utmaning-foer-landstingen-30666>
- Callaghan, D. (2005). The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing*, 31(2), 91-97.
- Callaghan, D. (2006). Spiritual self-care agency in an older adult population. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), 43-51
- Carlsson, P., & Falkenberg, T. (2007). *Integrativ vård: med konventionella, alternativa och komplementära metoder*. Stockholm: Gothia förlag.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*.

- Geneve: World Health Organization. Hämtad från:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- CODEX- riktlinjer för forskning. (2017a). *Informerat samtycke*. Hämtad 2017-01-05, från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>
- CODEX- riktlinjer för forskning. (2017b). *Personuppgifter*. Hämtad 2017-01-05, från <http://codex.vr.se/manniska3.shtml>
- DeMarinis, V. (2003). *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology*. Stockholm: Verbum.
- Eriksson, A-K. M. (2016). *Vid utmattningens gräns: utmattningssyndrom som existentiellt tillstånd, vårdtagare och vårdgivares erfarenheter av utmattningssyndrom och rehabilitering med existentiell ansats i svensk vårdkontext*. Sundsvall: Mittuniversitetet.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion International*, 21(3), 238-244.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Folkhälsans utveckling: årsrapport 2017*. Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Granheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion: planning and strategies*, 3rd edition. London: SAGE.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H., & Espnes, G.A. (2013). The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 65– 78. doi: 10.1111/opn.12018
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health. *BMJ*, 343, d4163.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, (5), :e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015- 010091.
- Hurlbut, J., Robbins, L., & Hoke, M. (2011). Correlations between spirituality and health-promoting behavior among sheltered homeless women. *Journal of Community Health Nursing*, (28), 81-91.
- Jaspers, K. (1970). *Philosophy, volume II*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Jesse, R., & Reed, P. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in appalachian pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, (33), 739-747.
- Kreitzer, M., & Koithan, M. (red). (2015). *Integrative nursing*. New York: Oxford University Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, J.S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 52, 2, 123-136.
- Levin, J. (2009). How faith heals: A theoretical model. *EXPLORE* 5(2), 77-96.

- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2), 145-53.
- Maizes, V., Rakel, D., & Niemiec, C. (2009). Integrative medicine and patient-centered care. *Explore*, (5), 277-289.
- Marmot, M. (2006). *Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur.
- Masters, K. (2007). Religiosity/Spirituality and behavioral medicine: Investigations concerning the integration of spirit with body. *Journal of Behavioral Medicine*, (30), 287-289.
- Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi, -en religionpsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Uppsala: Uppsala Universitet. Hämtad från <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:371919/FULLTEXT01.pdf>
- Miller, W., & Thoresen, C. (2003). Spirituality, religion and health. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Nationalencyklopedin (2017a). Ande. Hämtad 15 maj, 2017, från <http://www.ne.se>
- Nationalencyklopedin (2017b). Själ. Hämtad 15 maj, 2017, från <http://www.ne.se>
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad den 15 december, 2016 från: http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
- Oman, D. (2011). Spiritual practice, health promotion, and the elusive soul: Perspectives from public health. *Pastoral Psychology*, (60), 897-906.
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice*, 4th edition. SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks, California.
- Phillips, K., Mock, K., Bopp, C., Dudgeon, W., & Hand, G. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, (27), 125-139.
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and human sciences*. Cambridge MA, Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1993). Från text till handling: en antologi om hermeneutik (4 uppl.) (M. Fatton, P. Kemp, & B. Kristensson Uggla, övers.) Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Smirthwaite, G. (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Snyderman, R., & Weil, A. (2002). Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal Medicine*, (162), 395-397.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010- Framtidens folkhälsa allas ansvar*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Torres Stone, R., Whitbeck, L., Chen, X., Johnson, K., & Olson, D. (2005). Traditional practices, traditional spirituality, and alcohol cessation among American Indians. *Journal of Study on Alcohol and drugs*, (67), 236-244.
- Vader, J.P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *European Journal of Public Health*, 16(5), 457.

- Whitehead, D. (2003). Beyond the metaphysical: health-promoting existential mechanisms and their impact on the health status of clients. *Journal of Clinical Nursing*, (12), 678-688.
- Wildes, K. A., Miller, A., San Miguel de Majors, S., & Ramirez, A. (2009). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*, (18), 831-840.
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality*. New York: New Press.
- World Health Organisation. (2004). *Bulletin of the World Health Organisation*, 82(12), 891-970. Hämtad 2017-04-15 från:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial31204html/en/>
- World Health Organisation. (2005). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. Hämtad 17 mars, 2017, från World Health Organization:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- World Health Organisation. (2016). *WHO definition of health*. Hämtad 2017-04-14 från:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

Uppdaterad frågeguide februari 2017

Intervjun utformas som ett samtal, där patientens *berättelse* om sina erfarenheter i samband med vården för långvarig smärta står i centrum. I ett andra steg av intervjun lyfts frågor av reflekterande karaktär in samt en utvärdering av rehabiliteringen vid Vidarkliniken (Fokus för uppföljningsintervjuerna efter 6 mån fokuserar främst på punkterna 3-7).

Bakgrundsfrågor: Ålder, familj, utbildning och arbete, diagnos och kort sjukhistoria (be om fakta).

1. Berättelsen
 - a. Vill du berätta för mig hur den här smärtan du upplever började? (långt svar)
 - b. Vad har det inneburit för dig att leva med smärta?
 - c. Hur är din hälsa idag och hur ser du på framtiden?
2. Reflektionen
 - a. Hur började din smärta? Vad tror du är orsaken till din smärta?
 - b. Om relevant: En del säger att de upplever att de tidigare "kört på"/"kört över sig själva". Är det något du kan känna igen dig i?
 - c. Om relevant: En majoritet av de som blir sjukskrivna/får behandling för långvarig smärta är kvinnor. Vad tänker du om det?
 - d. Hur ser på den behandling du fått innan du kom till VK?
 - e. Har du upplevt svårigheter i bemötandet från något håll (arbetsgivare, vård, myndigheter)
3. Hälsoläget (Endast vid uppföljning, 6 månader)
 - a. Vill du berätta för mig hur du upplevt de senaste månaderna sedan du var ineliggande på kliniken?
 - b. Hur mår du idag?
4. Utvärderingen av rehabiliteringen
 - a. Vad har rehabiliteringen vid Vidarkliniken betytt för dig?
 - b. Vad kan ha spelat in för din förbättring eller försämring? Vilka delar eller vilka terapier i rehabiliteringen vid Vidarkliniken ser du som betydelsefulla?
 - i. Kan du ge något exempel på hur du upplevde denna/dessa terapier? Kommer du ihåg något särskilt betydelsefullt tillfälle? Fråga särskilt kring upplevelser av spirituellt karaktär samt upplevelser av antroposofiska läkemedel.
 - c. Vad tror du det är som har haft betydelse för de resultat som du upplever?

- i. Beroende på vad som tas upp: Följdfrågor (rutiner, vårdpersonal, sätt att se och tänka kring sjukdomen och livet)
 - d. Är det något särskilt du har tagit med dig hem från vården på Vidarkliniken (råd, konkreta övningar etc)?
 - e. Vad saknar du i rehabiliteringen vid VK?
 - f. Om du fick utforma ett eget rehabiliteringsprogram för din smärta helt fritt – hur skulle det se ut ungefär?
5. Är det något annat som du vill berätta?
6. Hur har du upplevt det här samtalet/intervjun?
7. Tack för ditt deltagande!