

## PASTORNS UPPDRAG I ANDLIG VÅRD

# Aktiv livshjälp

**Cecilia Melder**

En mörk vinternatt lämnade min mormor Hulda sina tre små barn ensamma och sprang genom den småländska skogen. Hon sprang för att hämta provinssiällkaren till sin svårt febriga son på två år och sin yngsta fyraåriga dotter. Kämpande genom snön mumlade hon troligen inte ”glaset är halvfullt”. Den djupt fromma kvinna sjöng sannolikt i sitt inre psalmen ”Tryggare kan ingen vara”, och bad med ett brinnande hjärta: ”Gud som haver barnen kär” se om mina små och ge storsyster kraft och råd trots sina ringa sju år att ta hand om sina småsyskon; vaka även över min inkallade make, må inte världskriget komma hit.

Mormor kunde lita på att hon inte sprang ensam genom skogen, utan att en kraft större än henne själv bar. Hon kunde lita på en kraft som placerade hennes liv i ett större sammanhang. Den tiden när tilliten kunde lämnas i någon högre makts händer är för många i vår tid förbi.

### Andlig vård i går, i dag och i morgon

Systematiseringen av forskning, teori och beprövad erfarenhet inom andlig vård har en lång historia. Där har teologisk utbildning på frikyrkliga seminarier, såsom THS – numera EHS – bidragit. Självvård, religionspsykologi och tillämpad religionspsykologi har en stark tradition på högskolan. Några av Sveriges mest namnkunniga i ämnet har varit verksamma på THS, såsom Göran Bergstrand, och på senare tid MarieAnne Ekedahl och Larsåke W Persson.

I dag inkluderar utbildningskraven för blivande pastorer i Equmeniakyrkan, till skillnad från kraven på blivande präster, akademiska studier i religionspsykologi och tillämpad religionspsykologi. Blivande pastorer måste ha minst 15 högskolepoäng i ämnet, varav fem poäng i kursen Tillämpad religionspsykologi i kris.

Den teoretiska utbildningen syftar till att ge grundläggande kunskap i ämnet inför den många gånger komplexa och svåra uppgiften att möta människor i livets mest utsatta situationer. Andlig vård i dag har andra förutsättningar, utmaningar och möjligheter än för 75 år sedan när min mormor sprang genom snön. Kanske har kompetens inom detta område aldrig varit mer angelägen än i vår moderna kontext.

Vi lever i en tid med många bilder och teorier som styr vad och hur vi ska tolka livet. Att förstå sitt liv utifrån ett större sammanhang, där nu och då, heligt och profant, sorg och glädje innefattas i en gudomlig tillvaro har ersatts med en personlig tro som inte sällan associeras till ”tro på sig själv” och ”tro på att man själv ska lyckas”.<sup>1</sup>

Detta påverkar en central dimension av att vara människa: den andliga, existentiella dimensionen med dess föreställningar om livets mål och mening, hopp och hopplöshet, livet och döden, gudomlig existens och kroppsliga begränsningar. Medan min mormor levde i en tillvaro där dessa värden var givna, lever vi i dag i en tillvaro där de ständigt måste erövrats.

För det andliga välbefinnandet har den kristna församlingen som stödande miljö en viktig uppgift med sina mellanmännsliga gemenskaper, förkunnelse och förhållningssätt.<sup>2</sup> Förutom detta generella uppdrag finns i dag ett behov av god andlig vård för att möta den ökande mentala ohälsan.<sup>3</sup> Professor Valerie DeMarinis beskriver denna ohälsas nära samband med brist på meningsskapande strukturer och menar att det är dags att vi låter alarmsignalerna varna för hotet av en existentiell epidemi.<sup>4</sup>

## Ande, själ och kropp

I en svensk språklig kontext kan en viss språkförvirring skönjas. Vikten av att utgå från ett *helhetsperspektiv* på människan framhålls i olika sammanhang, alltifrån de abrahamitiska religionerna i den hebreiska Bibeln till

1 Melder, Jyrell & Söderqvist 2016;

2 Wadstein 2009.

3 Patel et al 2018

4 DeMarinis 2006, s 236.

Statens offentliga utredningar.<sup>5</sup> Den 5 juni 2008 antog riksdagen en förnyad folkhälsopolitik som utgår ifrån att:

Människan har såväl kroppsliga som själsliga och andliga behov. Denna helhetssyn på mänskliga behov utgör utgångspunkten för en förnyad folkhälsopolitik.<sup>6</sup>

Eftersom denna helhetssyn är grundläggande, och distinktionen mellan själsliga och andliga behov kan vara oklar, är det angeläget att redogöra för betydelsen av de olika begreppen.

Redan i Gamla testamentet framhålls att människan är skapad som en helhet, med en kropp som har sina behov och brister. Kroppen är det vi kan ta på, den kan mätas och vägas. Även stora delar av kroppen som vi inte kan ta på kan vi i dag få detaljerad information om via provtagningar och undersökningar. I den hebreiska grundtexten används ofta ordet *basar* som betyder ”kött”, och i Nya testamentet används de grekiska orden *sōma*, *sarx* och *skēnos*.<sup>7</sup>

Men människan i de bibliska texterna består inte bara av kroppen. Hennes mentala och psykologiska processer, samt hennes kognitiva förmåga, benämns *lev* (hjärta) i Gamla testamentet. I Nya testamentet används det grekiska ordet *psychē*.<sup>8</sup> I svenska bibelöversättningar har dessa begrepp översatts antingen med ”jag” eller ”själen”. En tredje dimension av människan kallas *ruach* och avser livskraften, det som skänker kroppen liv, den heliga kraften som Gud blåst in i människan genom människans näsa (1 Mos 2:7). Detta motsvaras i nytestamentliga texter av det grekiska ordet *pneuma* som avser vind, andning och livsgivande kraft.<sup>9</sup>

Med detta förtydligande av begreppens innebörd framstår människan som en helhet, bestående av den fysiska, den mentala och den andliga/existentiella dimensionen: dessa tre dimensioner ligger väl i linje med engelskans uttryck *body, mind and soul*. Att välja ett sådant språkbruk skulle minska tvetydigheten i begreppet ”själslig” som i en svensk kontext inte sällan associerar till en gudomlig föreställningsvärld. Vilket i sin tur kan leda till att det blir svårt att skilja på vad som avses med själsligt respektive andligt.

Även om kyrkan benämnt vården av den andliga, existentiella dimensionen med det vackra ordet ”själavård”, vill jag här pröva att använda uttrycket andlig vård.

5 Herion & Beck & Freedman 1992; SOU 2017.

6 Prop. 2007/08:110, s 6.

7 Sakenfeld 2006.

8 Sakenfeld 2006.

9 Browning 2009.

## Andlig vård i historien

Nya utmaningar har ständigt mött den andliga vården i kyrkan. Genom historien har olika epoker präglats av olika grundsyn beträffande gudsbild, människosyn, bibelsyn, församlingssyn, liksom synen på processen i andlig vård. Det har lett till att betoningen på vad som är den andliga vårdens huvuduppdrag har varierat över tid. Även om vi kan se att vissa teologiska strömningar har haft större genomslag än andra, har olika grunduppdrag i andlig vård återfunnits i större eller mindre utsträckning.<sup>10</sup>

Över tid har nya praktiker inom andlig vård vuxit fram utifrån den kunskap och erfarenhet som utvecklats inom området. Enligt Thomas C Oden, professor emeritus i teologi och etik, har denna förankring i den kristna historiens långa och rika tradition varit grundläggande i kyrkans andliga vård, men Oden menar att den håller på att försvinna i dag.

På 400-talet före Kristus verkade Hippokrates, som ibland tillskrivits rollen som läkekonstens fader. Den modifierade formen av den ed han formulerade och som används än i dag för dem som är engagerade i vård och omsorg lyder: ”aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta”.<sup>11</sup> Dessa tankar återfinns både i Gamla och Nya testamentet. I Första Moseboken står det: ”Gud har inte tillåtit honom att göra mig någon skada”, och här är det patriarken Jakob som inte ska skadas av sin svärfar Laban. Begreppen ”bota” och ”botad” förekommer oftare än ”skada” i Bibel 2000 – 41 gånger jämfört med 26 gånger. Här kan vi erinra om den förtvivlade bönen i Psaltaren: ”Förbarma dig, Herre, jag är kraftlös bota mig, Herre, min kropp tvinar bort” (Ps 6: 32).

Att bota är ett tydligt inslag i Jesu verksamhet, där han botar sjuka från både fysisk och mental ohälsa. Till en ung kvinna sa han till exempel: ”Min dotter, din tro har hjälpt dig. Gå i frid. Du är botad från ditt onda” (Mark 5: 34). I Nya testamentet förekommer inte orden ”lindra” och ”lindring” trots att dess böcker är skrivna under en tid med mycket lidande. Däremot förekommer dessa ord 13 gånger i Gamla testamentet och Apokryferna. Som när Gud ombeds att ”[l]indra mitt hjärtas plåga, för mig ut ur mitt trångmål” (Ps 25:15). Och det som lindrar är inte så mycket Guds gåvor som Guds ord (Syr 18:16).

Av nyckelorden i den modifierade Hippokrates-ednen är det framförallt begreppet ”tröst” som är mest frekvent – 57 gånger i Bibel 2000. I såväl Nya som

10 Grevebo 2018.

11 Hippocratic oath 2018.

Gamla testamentet utgör den gudomliga närvaron en tröstande kraft: ”Som en mor tröstar sitt barn, så skall jag trösta er” (Jes 66:13). Tröst beskrivs även som något som sker människor i mellan: ”Många judar hade kommit ut till Marta och Maria för att trösta dem i sorgen över brodern” (Joh 11:19).

Nya testamentet är skrivet i en tid präglad av förföljelse, tortyr och avrättningar. Det påverkar synen på den andliga vården som de kristna kunde vara i behov av. Trösten hänförs till gudomliga nivåer, vilket understryker att sorg och tröst är centralt trots tron på det eviga livet. När Jesus förbereder lärjungarna inför sin egen död utlovar han att sända helig Ande: ”Hjälparen, den heliga anden som Fadern skall sända i mitt namn” (Joh 14:26). Det grekiska ordet för *Hjälparen* är *paraklētōs*, det kommer från orden *para* som betyder bredvid, och *kaleō* som har innebörden åkalla. *Paraklētōs* kan även översättas med *Advokat*, en som är tillkallad att bistå och hjälpa.<sup>12</sup> I den engelska bibelöversättningen har översättningen *Comforter – Tröstaren* – valts.

Hjälp och tröst är inte bara något vi kan få genom den heliga Anden. Samma grekiska ord används för att ge den kristna församlingen i Korinth i uppdrag att trösta varandra: ”Han tröstar oss i alla våra svårigheter, så att vi med den tröst vi själva får av Gud kan trösta var och en som har det svårt” (2 Kor 1:4).

### Det var inte bättre förr

Den tidiga kyrkans första tid, från det att Jesus började samla sina efterföljare till dess att kristendomen blev en statsreligion, var en svår tid för de kristna. Under det första århundradet lämnade kyrkan den hellenistiska synen på människan som bestående av tre likvärdiga dimensioner: den fysiska, den mentala och den andliga. Istället anammades den då gängse grekiska synen, att den andliga dimensionen var överordnad kroppen och själen.<sup>13</sup>

Den andliga vård som föreskrevs under de första århundradena, redan hos Ignatius av Antiokia (ca 50–ca 117) och Klemens av Alexandria (ca 150–ca 215), skulle vara utformad utifrån den enskilda individen, dennes behov och situation.<sup>14</sup> Klemens skriver:

Att hjälpa på olika sätt kan både uppmuntra och förmana. De som har syndat visar oss sin omoral och bevisar därmed straffet som följer med det [...] Och till andra ingöt han tålmod; Åter andra hindrade han från

12 Browning 2009.

13 Okkenhaug 2004.

14 Oden 1992.

ondska; och ännu fler botade han med kontemplation av tillvaron, vilket ledde dem till det som är bättre.<sup>15</sup>

Andlig vård skulle då företrädesvis bedrivas av de äldste i församlingen, de som kallades *presbyterer*.<sup>16</sup> I dag skulle vi kalla det personcentrerad specialistvård. En andlig vårdare hade uppdrag att vara terapeut utifrån begreppets grekiska betydelse. Det engelska begreppet för präst och pastor är *minister*, vilket är den latinska översättningen av *therapon*, en person som direkt kommer för att hjälpa, tjäna och hela.<sup>17</sup>

### Hjärtats läkare

I och med att kristendomen blev accepterad och så småningom statsreligion under 300-talet ändrades förutsättningarna för kyrkans andliga vård. Behovet kvarstod även om det inte längre var förföljelser som orsakade lidandet. Biskopen Gregorios av Nazianzos (325–389) liknar andlig vård vid medicinsk behandling. Denna måste varieras och anpassas till personens andliga hälsotillstånd och svagheter: ”Därför ges inte samma medicin och mat till människor i alla lägen, utan en skillnad görs i enlighet med deras hälsotillstånd eller sjukdomsgrad; så är också andliga behov behandlade med varierande instruktion och vägledning.”<sup>18</sup> En och samma behandling kunde enligt Gregorios vara perfekt i vissa fall och för vissa personer, men rent farlig för andra. Att avgöra vilka insatser som är lämpliga krävde enligt honom högsta grad av pastoral vishet.<sup>19</sup>

Tanken om personcentrerad specialistvård utvecklades senare av Gregorius den Store (ca 540–604). År 590 blev han påve och skrev då *Regula Pastoralis* (Pastoralaregler). De tre skrifterna utgör något av en hörnsten i kyrkans traditioner kring andlig vård som pastoralt uppdrag. Gregorius verk utgör en praktisk handledning i andlig vård, där han likt Gregorios av Nazianzos framhåller att olika individer behöver olika former av omsorg beroende på till exempel ålder och behov.<sup>20</sup>

Gregorius den Store skriver i den första skriftens första kapitel att ingen okunnig bör vägleda andra människor andligen. ”Att kunna vägleda själen är

15 [H]elping in many ways, partly exhorts, partly upbraids. Others having sinned, He shows us their baseness, and exhibits the punishment consequent upon it [...] and others He brought to a foundation of patience; others He stopped from wickedness; and others He cured by the contemplation of what is like, bringing them over to what is better. Clement of Alexandria, u å, s 602 (min övers).

16 Oden 1992.

17 Oden 1992.

18 Gregory Nazianzen, u å, s 211.

19 Oden 1992.

20 Allington 2017; Oden 1984.

konsternas konst! För vem kan vara okunnig om att såren i människans sinne är mer fördolda än såren i tarmarna?”<sup>21</sup> Trots att detta krävs menar Gregorius att det ofta händer att personer utan någon kunskap om andliga föreskrifter presenterar sig som ”hjärtats läkare” på ett sätt som skulle få ”köttets läkare” att rodna.<sup>22</sup>

## Andlig vård i modern kontext

Utformningen och inriktningen av andlig vård har varierat genom århundradena. I vår kontext i dag är de existentiella frågorna minst lika angelägna som de någonsin varit. Diskussionen om människans behov är inte okontroversiell i dag. Det finns föreställningar om att våra mänskliga behov är hierarkiskt organiserade. Tanken är då att först och främst måste de grundläggande biologiska behoven vara tillfredsställda innan människan kan tillfredsställa några andra behov. Människan måste vara mätt, trygg och ha sociala relationer. Det sista steget – grädden på moset, kronan på verket – är att kunna ägna sig åt självförverkligande och andlig utveckling.

Inte sällan refereras i dessa sammanhang till behovstrappan som professor i psykologi, Abraham Maslow (1906–1970), utvecklade som en modell över människans behov ordnade i en hierarki (1954). Modellen fick stort genomslag när den lanserades på 1940- och 1950-talen.<sup>23</sup> Det som en sådan tolkning bortser ifrån är den utveckling och det förtydligande som Maslow gjorde beträffande sin behovstrappa och hans studier om så kallade peak-experiences.<sup>24</sup> Tvärtemot vad många tolkar in i Maslows teori om behov är den existentiella aspekten enligt honom grundläggande för våra behov. Han skriver:

De inneboende behoven är instinktoida till sin natur, dvs de behövs (a) för att undvika ohälsa och (b) för att uppnå full mänsklighet eller utveckling. De ”sjukdomar” som härrör från deprivation av intrinsikala värden (metabehov) kan vi kalla metapatologier. De ”högsta” värdena, det andliga livet, människans högsta strävan är därför lämpliga ämnen för vetenskapliga studier och forskning.<sup>25</sup>

Det han kallade *value-life*, och som beskrivs som andligt, religiöst, filosofiskt

21 The government of souls is the art of arts! For who can be ignorant that the sores of the thoughts of men are more occult than the sores of the bowels? Gregory the Great 590, s 420 (min övers).

22 Gregory the Great 590, s 420.

23 Koltko-Rivera 2004.

24 Koltko-Rivera 1998, 2006.

25 These intrinsic values are instinctoid in nature, i.e., they are needed (a) to avoid illness and (b) to achieve fullest humanness or growth. The “illnesses” resulting from deprivation of intrinsic values (metaneeds) we may call metapatologies. The “highest,” values, the spiritual life, the highest aspirations

och transcendent, är enligt Maslow en del av den mänskliga essensen. Det är en del i definitionen av att vara människa, och han beskriver det som ett grundläggande metabehov. Det tillhör våra instinktiva behov och är grundad i människans biologiska natur och tillhör därmed de medfödda behoven.

Maslow hävdar vidare att "[det] andliga eller *value-life* faller då väl inom ramen för skapelsen"<sup>26</sup> och utgör ett behov som motiverar människan på en metanivå. Därmed är de medfödda behoven inte endast motivet till att tillfredsställa basbehoven. Det är även värt att notera att han går i polemik mot att definiera vad som är gott och god hälsa i relation till människans funktion, alltså vad människan kan utföra. Istället framhåller han att definitionen av god hälsa är att människan är bra i och för sig själv.<sup>27</sup>

Redan under 1960-talet upptäcktes i stora befolkningsstudier hur avgörande social samvaro var för att vi skulle må bra. Att ensamhet kunde leda till för tidig död, framförallt till följd av hjärtproblem talade man om i termer av att man led och dog av brustet hjärta på grund av ensamhet.<sup>28</sup> I flera av dessa studier framkom även att samvaro i religiösa sammanslutningar var särskilt gynnsamma för hälsan.<sup>29</sup> Även när man hade tagit hänsyn till andra faktorer som till exempel användningen av nikotin, alkohol, droger, personernas utbildning och ekonomi, där man kunde anta att de religiöst engagerade personerna levde hälsosammare, kvarstod ändå skillnaden.<sup>30</sup> Därmed stärks WHO:s deklARATION som antogs i juli 1948 att hälsa är fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande.<sup>31</sup>

Från slutet av 1960-talet har även forskningen om andlighet och religiositet i relation till hälsa intensifierats.<sup>32</sup> Forskningen har förutom att studera religion utifrån människans behov av sociala sammanhang, betonat traditionen av kontemplation och meditation, som finns i alla världsreligioner, samt religion utifrån teorier om placeboeffekten. Tror du att något kan påverka dig, kan vi se i studier att det även i många fall påverkar även rent fysiologiskt.<sup>33</sup>

En fråga som har gäckat forskningen är hur vi kan definiera och använda denna specifika dimension av hälsa. Professor JohnPaul Vader vid universitetet i Lausanne (Institutionen för social och preventiv medicin) beskrev 2006 svårigheterna med definitionen av andlig, religiös och sekulär tro i relation till hälsa. Han hävdade i sin ledare i *European Journal of Public Health* att för ett

---

of mankind are therefore proper subjects for scientific study and research. Maslow 1967, s 106 (min övers).

26 The spiritual or value-life then falls well within the realm of nature. Maslow 1967, s 109 (min övers).

27 Maslow 1962.

28 Lynch & Katz & Schmidt 1983.

29 Harrington 2005.

30 Hummer & Rogers & Nam & Ellison 2009.

31 WHO 1948.

32 Weaver & Pargament & Flannelly & Oppenheimer 2006; Addiss 2018.

33 Harrington 2005.



forskarsamhälle som kan få människor att flyga fram och tillbaka till månen, måste även denna existentiella dimension gå att beforska. Vader menar att det är avgörande för hur vi ska komma till rätta med ohälsan som i dag drabbar människor.<sup>34</sup>

En ny forskningsinriktning har växt fram, forskningen om existentiell folkhälsa, där den existentiella hälsodimensionen innefattar religiositet, andlighet och personlig uppfattning som bland annat inkluderar sekulär filosofisk politisk och ideologisk inställning.<sup>35</sup> Forskaren Harold G Koenig vid Duke universitetet i USA har tillsammans med kolleger samlat in över tretusen studier om hur den religiösa och andliga aspekten påverkar hälsa och olika sjukdomstillstånd. Från början utgick studierna från nordamerikanska sammanhang, men med tiden har studier genomförts runt om i världen med liknande resultat i olika religiösa och kulturella kontexter.<sup>36</sup> I studierna finner vi samband mellan den existentiella dimensionen av hälsa och fysisk, mental och social hälsa; samband mellan den existentiella hälsodimensionen och resultat av hälsofrämjande insatser och behandling av ohälsa; samband mellan den existentiella hälsodimensionen och ungas hälsa, äldres hälsa, mäns hälsa och kvinnors hälsa.<sup>37</sup>

Utifrån de omfattande studierna som visar på den existentiella dimensionens betydelse för hälsan har bland annat World Psychiatric Association [WPA] och Royal College of Psychiatrists i Storbritannien officiellt antagit att denna dimension ska ingå i bedömning och behandling av mental ohälsa.<sup>38</sup> Diagnosmanualen för mental ohälsa [DSM-5] har också uppmärksammat vikten av denna dimension och introducerat en särskild guide för kulturintervjuer som bland annat ska inventera den existentiella dimensionen i relationen till personens hälsotillstånd.<sup>39</sup>

Den existentiella dimensionen börjar allt mer bli en naturlig del av hälsobegreppet. Det diskuteras huruvida WHO ska komplettera definitionen av hälsa, som antogs 1948, med den existentiella dimensionen.<sup>40</sup> Svårigheterna att nå konsensus beträffande dess definition ledde 1998 till att WHO:s högsta organ beslutade att behålla den ursprungliga beskrivningen av hälsa som ett tillstånd av välbefinnande: fysiskt, psykiskt och socialt.<sup>41</sup>

---

34 Vader 2006.

35 la Cour & Hvidt 2010.

36 Koenig & King & Carson 2012.

37 Bauereiß, Obermaier, Özunal & Baumeister 2018; Skevington, Emsley, Dehner, Walker & Reynolds 2018; Melder, Santamäki Fischer, Nygren & DeMarinis 2016; SALVe 2014.

38 Moreira-Almeida & Sharma & van Rensburg, Verhagen & Cook 2016; Cook 2011.

39 APA 2016.

40 Leonardi 2018; Larson 1996.

41 WHO Executive Board 1998; WHO 1948; Nagase 2012.

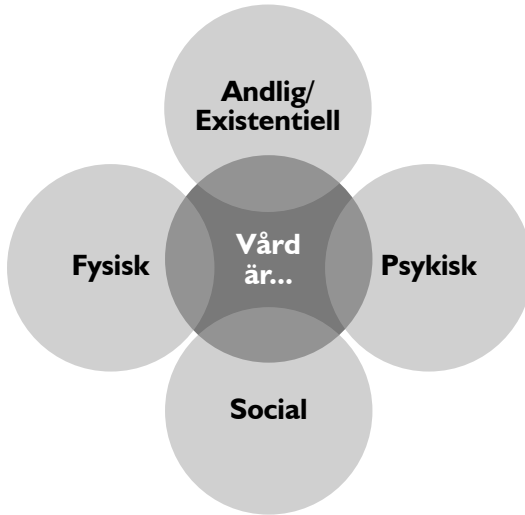


Fig 1. Andlig vård i relation till annan vård.

Den existentiella och andliga dimensionens betydelse för hälsa framgår dock tydligt i WHO:s officiella dokument och det finns starka krafter och prominenta forskare som alljämt menar att WHO trots svårigheterna bör definiera och inkludera den existentiella dimensionen i sin konstitution gällande hälsa.<sup>42</sup>

En slutsats utifrån detta är att även den sociala dimensionen av hälsa kan inkluderas i den religiösa synen på människan och den existentiella dimensionen kan inkluderas i den medicinska synen på människan. Därmed klargörs även den existentiella dimensionen av hälsa och den andliga vårdens särart.

### Gemensamma existentiella behov

Vad religion och andlighet är, samt nu även vad existentiell är, är en fråga som många genom tiden försökt att besvara. I och med att forskningen visar på den existentiella dimensionens betydelse för hälsa, har angelägenhetsgraden i frågan om att finna fördjupad kunskap accentuerats. I strävan att inkludera denna dimension i mätningen av hälsorelaterad livskvalité har WHO vidareutvecklat en av sina enkäter till att även inkludera den existentiella dimensionen. Genom omfattande studier med fokusgrupper och psykometrisk analys utvecklades den generiska enkäten WHOQOL-100 till att även inkludera frågor om andlighet, religiositet och personlig tro. Dessa frågor kallas SRPB-frågor efter den engelska förkortningen av andlig, religiös och personlig tro.<sup>43</sup> I WHO:s strävan att utveckla en transkulturell enkät genomfördes en pilotstudie i 18 länder världen med över 5 000 deltagare.<sup>44</sup> Enkäten tillhör

42 Charlier *et al* 2017

43 WHOQOL-SRPB Group 2006.

44 Saxena, O'Connell & Underwood 2002.

i dag en av de mest validerade och spridda enkäterna för att mäta självskattad hälsorelaterad livskvalité som inkluderar den existentiella dimensionen.<sup>45</sup> I Sverige pågår det omfattande arbetet med att utveckla en svensk version av WHOQOL-SRPB samt en svensk ungdoms- och en äldreversion.<sup>46</sup>

Grundförutsättningarna för denna dimension, eller facett som den benämns i enkäten, är att det avgörande inte är vad du tror på, om det till exempel är en specifik religion, filosofi, politisk övertygelse, vetenskapen eller naturen. Det avgörande är istället på vilket sätt den existentiella dimensionen inverkar på hälsorelaterad livskvalité.<sup>47</sup>

I de kvalitativa och kvantitativa studierna har det framkommit att det är åtta existentiella aspekter som är centrala för skattningen av hälsorelaterad livskvalité i vid bemärkelse.<sup>48</sup> Naturligtvis kan aspekterna variera mellan olika personer och det finns fler existentiella aspekter som kan vara viktiga för den enskilde. Men dessa åtta aspekter har en stor betydelse för hur människor på gruppnivå skattar sin hälsa och livskvalité. Utifrån enkätens perspektiv är det inte nödvändigt att dessa existentiella aspekter kopplas med någon given religion, men det är kvalitéer som på många sätt är centrala i olika religioner och därmed även i kristendomen.

## Forskning och beprövad erfarenhet

WHO är inte de enda som utvecklat enkäter för att mäta den existentiella dimensionen av hälsorelaterad livskvalité, men den svenska pluralismen talar för att ett instrument utvecklat i flera olika kulturella kontexter kan vara lämpligt. Utifrån forskningen, att det finns vissa existentiella aspekter som är särskilt viktiga för hur vi upplever vår hälsa och livskvalité, fann jag det rimligt i min forskning att som arbetshypotes anta att det gick att utifrån dessa aspekter i enkäten utveckla program för att stödja den existentiella hälsodimensionen och därmed stödja hälsa i vid bemärkelse.

Jag som forskare vidareutvecklade därför de existentiella frågorna i WHO:s enkät och använde dem som åtta grundstenar i min utveckling av så kallade hälsointerventioner.<sup>49</sup>

I en kombination av barnläkaren och psykoanalytikern Donald W Winnicotts objektrelationsteori om behovet av övergångsområde och teorier från pedagogiken med olika kunskapsnivåer, utvecklade jag två former av hälso-

45 Austin & Macdonald & MacLeod 2018.

46 Melder & Santamäki Fischer & Nygren & DeMarinis 2016; Melder & Jyrell & Söderqvist 2016.

47 WHO 2002.

48 WHOQOL-SRPB Group 2006.

49 Melder 2012.

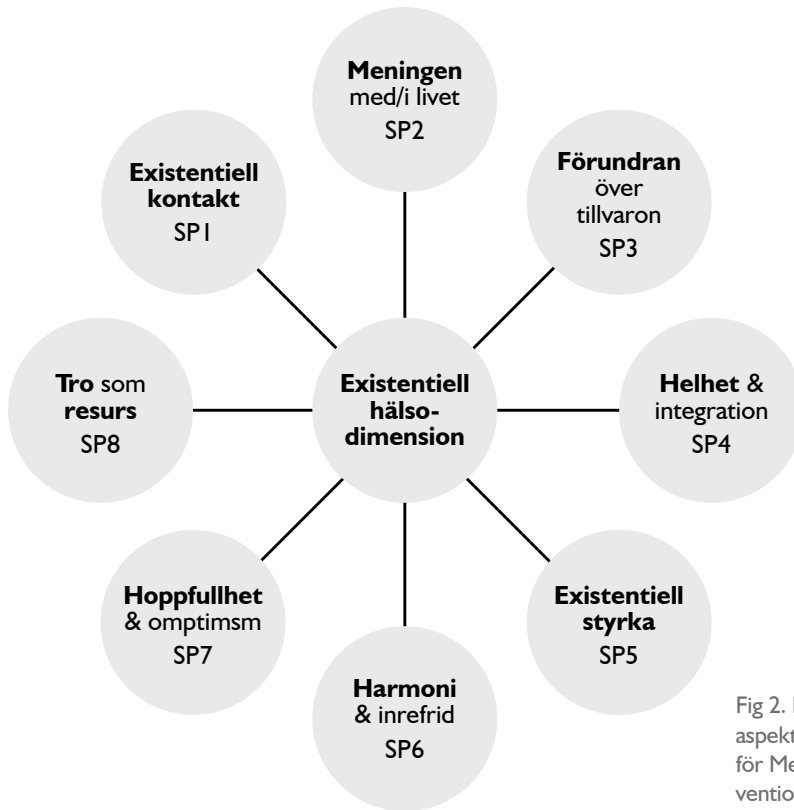


Fig 2. Existentiella aspekter som grund för Melders interventioner.

interventioner, en promotion för att stärka hälsan och en prevention för att motverka ohälsa.<sup>50</sup> För att stödja den existentiella dimensionen, och därmed stärka och vidmakthålla hälsa i vid bemärkelse, utvecklades 2013 ett verktyg för promotion: *Samtalskort – livsmod, livsglädje, livsmening*, tillsammans med Lena Bergquist på Vuxenskolan Västmanland. Ett par år senare vidareutvecklades korten tillsammans med Anna-Karin Jeppsson och Thomas Sjöberg utifrån deras erfarenhet av att ha arbetat inom psykiatri med den första versionen av samtalskort. Samtalskortet har även utvecklats vidare till att omfatta ”gröna samtalskort” och bilder.

Samtalskortet har använts i en rad olika sammanhang och visats sig fungera väl.<sup>51</sup> I utvecklingen av en mer omfattande intervention, för att främja utvecklingen av existentiell hälsa, har jag även utvecklat en modell som utgår ifrån flera kunskapsnivåer: fakta, förståelse, färdighet och förtrogenhet.<sup>52</sup> I en liten skala har denna mer omfattande intervention prövats inom ramen för befintlig

50 Melder 2014a.

51 Melder, 2014b.

52 Skolverket 2018 s 8.

verksamhet inom bland annat psykiatri, även där har interventionen fungerat väl.<sup>53</sup>

### Andlig vård med aktuell utgångspunkt

Att fokusera på att arbeta med de existentiella aspekterna, som vetenskapliga studier har funnit centrala för hälsorelaterad livskvalité, kan vara en möjlighet för kyrkan. Att bedriva en andlig vård som inte fokuserar på valet mellan olika metoder och tekniker och som inte riskerar att hamna i gränsdragningsproblem mellan de andliga existentiella insatserna och de psykosociala samtalen. Med siktet inställt på de existentiella aspekterna får samtalen en annan inriktning än om samma samtal sker med en psykosocial inriktning.

De åtta existentiella aspekterna återfinns i den själavårdande traditionen genom kristendomens historia. Sammantaget kan teorier, forskning och erfarenhet erbjuda en modell för systematiserad andlig, existentiell vård.<sup>54</sup>

## Modell för systematiserad kartläggning och val av utformning av andlig vård

### Kartläggning av andlig hälsostatus

Genom att först kartlägga hur personen vi möter mår kan vi avgöra om det är promotiva eller preventiva åtgärder som behövs. För att skapa djupgående och genomgripande processer krävs ofta mer omfattande insatser som till exempel fler och oftare möten.

### Kartläggning av andliga behov

Bedömning av existentiella behov, där de ovan åtta existentiella aspekterna fungera som ett raster för att avgöra vilka existentiella aspekter som kan fungera som stärkande, frisk- och skyddsfaktorer, och vilka aspekter som kan behöva stärkas. Detta innebär inte att andra existentiella aspekter som till exempel: liv och död; skuld och skam; förlåtelse och försoning inte ska beaktas i kartläggningen.

53 Melder & Nyberg 2018.

54 Melder 2011.

### Val av grundläggande ansats

Inför valet av lämplig andlig insats är det väsentligt att avgöra vad personen är i störst behov av utifrån olika kunskapsnivåer.

### Val av insats

Först därefter kan det avgöras vilka olika metoder och tekniker som är mer eller mindre lämpliga: kontextuell/befrielse-, feminist-teologiskt, ignatiansk-, karismatisk-, pietistisk-, andlig vägledning, pastoralklinisk/psykodynamisk.

Alla kristna traditioner har sina styrkor i betoning av olika människosyn, gudsbild, bibelsyn och liknande.

## Behoven varierar

I dag behöver pastorer och präster behärska olika sätt att bedriva andlig vård. Den existentiella kontext som präglar vår tid är komplex och de existentiella behoven är stora och varierande.<sup>55</sup> Den andliga vården kan inte bygga på att en modell ska passa alla, utan behöver utgå från den enskilda människans erfarenheter.

Leif Gunnar Engedal, professor emeritus, föreslår en andlig vård som utgår ifrån en "nedifrån teologi" som han kallar "induktiv teologi". Utgångspunkten är: "[e]n seriøs teologisk refleksjon som systematisk og målrettet oppøver lydørheten for, dialogen med og innsikten i menneskelig erfaring."<sup>56</sup> Utifrån denna induktiva bas har, menar han, andlig vård både en möjlighet och ett ansvar att "etablere eksistentielt meningssgivande og frigørende sammenhenger mellom aktuell menneskelig erfaring og inneholder i den kristne gudsåpenbaring – altså troen på den treenige Gud."<sup>57</sup>

Denna utveckling av andlig vård kräver, enligt Engedal, en satsning på avancerad empirisk forskning i ämnet samt en fördjupad teologisk reflektion.<sup>58</sup>

Det finns fortfarande mycket kvar att upptäcka och studera inom detta forskningsfält. Men i dag vet vi att många av de teorier och teologier som de klassiska kyrkofäderna och kyrkomödrarna beskrev är vetenskapligt korrekta.

55 DeMarinis 2008.

56 Engedal 2004, s 53.

57 Engedal 2004, s 53.

58 Engedal 2004, s 57, 58.

Genom vetenskapliga studier har vi börjat få en beforskad och systematisk grund för viktiga existentiella kvalitéer och praktiker som stöder människor att må så bra de kan utifrån sina fysiska, psykiska och sociala förutsättningar.

Det borde vara självklart att ett nästa steg är att ta till vara och utveckla denna kunskap i relation till tidigare traditioner i det som kallats själavård. Detta med syfte att utveckla kyrkans uppdrag att tillhandahålla andlig vård och omsorg på ett professionellt och kompetent sätt.

### Den enskilda personen i centrum

Den goda traditionen av andlig vård måste fortsätta i kyrkor och trossamfund. I en tid när utmaningarna är stora, inte minst med en många gånger diffus ohälsa som breder ut sig,<sup>59</sup> behöver alla goda krafter dra sitt strå till stacken. När vi vet att den existentiella dimensionen har betydelse för hur vi mår, vore det naturligt att även kyrkor och trossamfund tog sin del av ansvaret för folkhälsan.

I detta arbete krävs dock att de krav som ställs på den andliga vården inte är lägre än de som ställs på annan vård och omsorg, och att även den är grundad i forskning och beprövad erfarenhet. Det räcker inte att lära sig exempel på vad som kan betraktas som ”best praxis”. Existentiella behov för olika människor i olika situationer och miljöer kräver olika insatser.

Andlig vård måste ha den enskilda *personen i centrum*, precis som Gregorius den store skrev på 500-talet och som nu är nya Karolinska sjukhusets ledord. Vi kan inte bara förlita oss på de andliga vårdgivarnas goda omdöme. Utan teoretisk och praktisk kunskap riskerar vi att skada när vi skulle bota, lindra och trösta. Att tro att det är lättare att hela människans livsande än ett brutet lårben är en villfarelse. Ingen av oss skulle väl tillåta en läkare utan teoretisk utbildning i kirurgi att operera in en ny höftled på vår gamla mormor, hur gott omdöme läkaren än må ha.

Aktiv livshjälp i vår tid måste bygga på aktuell forskning och beprövad erfarenhet.

## Källförteckning

- Addiss, D G, *Spiritual themes and challenges in global health. Journal of Medical Humanities* 3:39, 2018, s 337–348.
- Allington, R, *Honey and venom: Social distinctions between the old and the young in Gregory the Great's pastoral care of a changing world. Church History and Religious Culture* 1:97, 2017, s 1–28.
- American Psychiatric Association [APA], *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2016.
- Austin, P, Macdonald, J., & MacLeod, R, "Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: A scoping review of available instruments" i *Religions* 3:9, 2018, s 70.
- Bauereiß, N, Obermaier, S, Özünal, S E & Baumeister, H, "Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well being in adult patients with cancer: Systematic review and meta analysis of randomized controlled trials" i *Psycho-oncology* 11:27, 2018, s 2531–2545.
- Browning, W R F, *A dictionary of the Bible*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Charlier, P, Coppens, Y *et al.* "A new definition of health? an open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO" i *European Journal of Internal Medicine* 37, 2016–2017, s 33–37.
- Clement of Alexandria, The Instructor [Pædagogus] i Schaff, P (red), *Fathers of the Second Century: Hermas, Tatian, Athenagoras, Theophilus, and Clement of Alexandria*. Grand Rapids, MI: Christian Classics Ethereal Library, 1885.
- Cook C C H, *Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03/2011*. London: Royal College of Psychiatrists, 2011.
- DeMarinis, V, "The Impact of Post-Modernization on Existential Health in Sweden: Psychology of Religion's Function in Existential Public Health Analysis" i *Archive for the Psychology of Religion* 30, 2008, s 57–74.
- . "Existential Dysfunction as a Public Mental Health Issue for Post-Modern Sweden: a cultural challenge and a challenge to culture" i Holm, B (red), *Tro på teatret. Essays om Religion og Teater* (Religion i det 21 århundrede, nr 3). Köpenhamn: Köpenhavns Universitet, 2006, s 229–243.
- Engedal, Leif Gunnar, "Kristen Sjelesorg i en Postmoderne Kultur" i Ekedahl, MA & Wiedel, B (red), *Mötet med den splittrade människan*. Stockholm: Verbum, 2004.
- Folkhälsomyndigheten, "Psyisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar (2018)". Tillgänglig via [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/)
- Gregory the Great, "The Book of Pastoral Rule" i Schaff, P (red), *Leo the Great, Gregory the Great*. Grand Rapids, MI: Christian Classics Ethereal Library.
- Gregory Nazianzen, "Oration 2" (28–33) i Wace H & Schaff P (red), *Nicene and Post-Nicene Fathers*, Vol. 7. Buffalo, NY: Christian Literature Publishing, 1894. Tillgänglig via [www.newadvent.org/fathers/310202.htm](http://www.newadvent.org/fathers/310202.htm).



- Grevbo, T J S, *Sjelesorg i teori of praksis: En laerebok og håndbok med mange perspektiver*. Oslo: Lunde, 2018.
- Herion, G A, Beck, A B, & Freedman, D N, *The Anchor Bible Dictionary*. New York: Doubleday, 1992.
- Harrington, A, "Uneasy Alliances: The Faith Factor in Medicine; the Health Factor in Religion" i *Science, Religion, and the Human Experience*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- "Hippocratic oath" i *Encyclopædia Britannica Online*.
- Hummer, R A, Rogers, R G, Nam, C B & Ellison C G, "Religious Involvement and U.S. Adult Mortality" i *Demography* 2:36, 1999, s 273–285.
- Vader, J-P, "Spiritual health: the next frontier" i *European Journal of Public Health*, 5:16, 2006, s 457.
- Koenig, H G, King, D E, & Carsson, V B *Handbook of religion and health*, Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Koltko-Rivera, M E, "Rediscovering the later version of maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification" i *Review of General Psychology* 4:10, 2006, s 302–317.
- . "The psychology of worldviews" i *Review of General Psychology* 1:8, 2004, s 3–58.
- . "Maslow's 'transhumanism': Was transpersonal psychology conceived as 'A psychology without people in it?'" i *Journal of Humanistic Psychology* 1:38, 1998, s 71–80.
- la Cour, P & Hvidt N C, "Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations" i *Social Science & Medicine* 7:71, 2010, s 1292–1299.
- Larson, J S, "The world health organization's definition of health: Social versus spiritual health" i *Social Indicators Research* 2:38, 1996, s 181–192.
- Leonardi, F, "The Definition of Health: Towards New Perspectives" i *International Journal of Health Services* 4:48, 2018, s 735–748.
- Lynch, J ., Katz, M, & Schmidt, S, *Det brustna hjärtat: Medicinska konsekvenser av ensambet och isolering*. Stockholm: Natur och kultur, 1983.
- Nagase, M, "Does a Multi-Dimensional Concept of Health Include Spirituality? Analysis of Japan Health Science Council's Discussions on WHO's 'Definition of Health' (1998)" i *International Journal of Applied Sociology* 6:2, 2012, s 71–77.
- Maslow, A H, "A theory of metamotivation: The biological rooting of the value-life" i *Journal of Humanistic Psychology* 2:7, 1967, s 93–127.
- Maslow, A H, *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: D Van Nostrand, 1962.
- Maslow, A H, *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1954.
- Melder, C, "The epidemiology of lost meaning: A study in the psychology of religion and existential public health" i *Scripta Instituti Donneriani Aboensis* 24, 2012, s 237–258.
- . "Bättre och bättre dag för dag – Existentiell hälsa på äldre dar" i Rolfner Su-vanto (red), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*. Stockholm: Gothia Fortbildning, 2014a, s 36–63.

- . ”Projektnamn: Existentiell hälsa – kan de existentiella dimensionerna ha en positiv påverkan på hälsan? Självvärdering för Samordningsförbundet Västerås”. 2014b.
- Melder, C & Nyberg, U, ”Introducing an existential based suicide prevention, developed for secular contexts” i Andersen, A H, Viftrup, D T, Pedersen, H F, & Roessler, K K, *Clients’ existential, spiritual and religious needs in clinical settings*, 2018.
- Melder, Santamäki Fischer, Nygren & DeMarinis, ”Validating WHOQOL-SRPB in Sweden: instrument adaption for measuring existential aspects of health-related quality of life [HRQL] in secular contexts” i *Quality of Life Research* 25, 2016.
- Melder, Jyrell & Söderqvist, F, ”Measuring adolescents health-related quality of life [HRQL] in a secular context-introducing a Swedish WHOQOL-SRPB-adolescent instrument” i *Quality of Life Research* 25, 2016.
- Moreira-Almeida, A, Sharma, A, van Rensburg, B J, Verhagen, P J & Cook, C C H, ”WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry” i *World Psychiatry* 1:15, 2016, s 87–88.
- Oden, T C, ”The historic pastoral care tradition: A resource for christian psychologists” i *Journal of Psychology and Theology* 2:20, 1992, s 137–146.
- Oden, T C, ”Pastoral care and the unity of theological education” i *Theology Today* 1:42, 1985, s 34–42.
- Oden, T C, *Care of souls in the classic tradition*. Philadelphia: Fortress Press, 1984.
- Okkenhaug, B, *Självvård: en grundbok*. Örebro: Libris, 2004.
- Patel, V, Saxena, S, Lund, C, *et al*, ”The lancet commission on global mental health and sustainable development” i *The Lancet* 392(10157), 2018, s 1553–1598.
- Proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig via [www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf](http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf)
- Sakenfeld, K D, *The New Interpreter’s Dictionary of the Bible*. Nashville, Tenn: Abingdon, 2006.
- SALVe. *Survey of adolescent life Västmanland*. Västerås: Center for Clinical Research, Västerås, 2014.
- Saxena, S, O’Connell, K, & Underwood, L, ”A commentary: Cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life” i *The Gerontologist* 42, 2002, s 81–85.
- Skevington, S M, Emsley, R, Dehner, S, Walker, I & Reynolds, S E, ”Does Subjective Health Affect the Association between Biodiversity and Quality of Life? Insights from International Data” i *Applied Research Quality Life*, 2018.
- Skolverket, *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidsbarnet 2011* (reviderad 2018). Stockholm: Skolverket, 2018.
- SOU 2017:21, *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Tillgänglig via [www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/03/sou-201721/](http://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/03/sou-201721/)
- Studieförbundet Vuxenskolan, *Samtalskort existentiell hälsa*. (u.å.). Tillgänglig via [www.sv.se/avdelningar/sv-vastmanland/samtalskort/](http://www.sv.se/avdelningar/sv-vastmanland/samtalskort/)

- Vos, T, Abajobir, A A, Abate, K H, *et al*, "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016. A systematic analysis for the global burden of disease study 2016" i *The Lancet* 390 (10100), 2016, s 1211–1259.
- Vader, J-P, "Spiritual health: the next frontier" i *European Journal of Public Health* 5:16, 2006, s 457.
- Wadstein, C, *Självvård helt enkelt*. Stockholm: Verbum, 2009.
- Weaver, A, Pargament, K, Flannelly, K, & Oppenheimer, J, "Trends in the Scientific Study of Religion, Spirituality, and Health: 1965–2000" i *Journal of Religion and Health* 2:45, 2006, s 208–214.
- WHOQOL SRPB Group, "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" i *Social science & medicine* 6:62, 2006, s 1486–1497.
- WHOQOL SRPB Group, "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" i *Social Science & Medicine* 6:62, 2006, s 1486–1497.
- Winnicott, D, *Lek och verklighet* (2:a rev uppl). Stockholm: Natur och Kultur, 1997.
- World Health Organization [WHO], *WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO, 2002.
- . *Executive Board, 101*. Executive Board, 101:st session, Geneva, 19–27 January 1998. Tillgänglig via [www.who.int/iris/handle/10665/255825](http://www.who.int/iris/handle/10665/255825)
- . *Constitution of 1946* (Document 1). Tillgänglig via [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)