

# Veien mot en helhetlig helseomsorg

En analyse av hindringer for å inkludere religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid.

Memona-Batul Hameed

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Høst 2022



*Memona-Batul Hameed*

*Veien mot en helhetlig helseomsorg - En analyse av hindringer for å inkludere religion og spiritualitet i klinisk arbeid. Veiledere: Lars Mandelkow og Silje Endresen Reme*

Denne oppgaven tar for seg opplevde hindringer for å inkludere religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid, og benytter datamateriale som er samlet inn i forbindelse med en annen studie. Forskningsspørsmålene som sees nærmere på er om det er en forskjell i opplevde hindringer mellom psykologer og ikke-psykologer, om det finnes en sammenheng mellom egen tro og praktisering og opplevelsen av hindringer og om det er en forskjell i opplevelsen av hindringer mellom troende og ikke-troende psykologer.

Deltakere i studien er helsefaglige ansatte på Sørlandet Sykehus, Modum Bad og Diakonhjemmet med en minst 50 %-stilling, som har svart på spørreskjemaet «Spiritual Care Competence Questionnaire» (SCCQ). Dette skjemaet er utviklet av Frick og Büssing for bruk i sekulære samfunn og identifiserer syv faktorer for å måle spirituell kompetanse. «Spiritual Care Competence Questionnaire» er validert på norsk med god validitet og reliabilitet. I tillegg til de syv faktorene er det utviklet en tilleggsmodul med syv påstander og et valgfritt fritekstsvar som omhandler hindringer for å inkludere spirituell kompetanse i klinisk arbeid. Denne oppgaven analyserer dataene fra tilleggsmodulen for å undersøke opplevde hindringer blant helsefaglige profesjoner i Norge.

Det kvantitative datamaterialet ble analysert i SPSS ved hjelp av den ikke-parametriske testen Mann Whitney U og Spearmans Rho korrelasjonsanalyse. Resultatene tyder på ikke-psykologer opplever mer av hindringer tilknyttet til ubehag for å ta opp spirituelle temaer og mangel på et egnet rom enn psykologer. Det er en sammenheng mellom egen tro og praktisering og opplevelsen av flere av hindringene presentert i spørreskjemaet. Personer som oppgir at de tror og praktiserer i større eller mindre grad opplever mindre hindringer for å inkludere religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid. Ikke-troende psykologer opplever mer av at de mangler kunnskap om religion og spiritualitet til å inkludere det på en kompetent måte enn troende psykologer. Det kvalitative materialet omhandler deltakernes synspunkter på om egen yrkesgruppe er egnet for å gi eksistensiell omsorg. Over halvparten av de som oppgitt et fritekstsvar beskriver at deres yrkesgruppe er eller bør være godt egnet til dette.

Det kan være hensiktsmessig å forske mer på hvordan tilegnelse og bruk av kunnskap for å inkludere religion og spiritualitet kan foregå blant helsefaglige profesjoner i Norge.

## FORORD

En stor takk rettes til Lars Mandelkow og Silje Endresen Reme for å ha latt meg benytte datamaterialet deres for denne oppgaven, og for god veiledning gjennom hele prosessen.

Tusen takk til Anne Schad Bergsaker for hjelp med kvantitativ metode og analyser.

Jeg vil takke familie og venner, og familie av venner for all hjelp, støtte og gode stunder.

En spesiell stor takk til min mor, min far og mine brødre for alle små og store øyeblikk fylt med latter og glede.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Introduksjon til tema .....	1
1.2 Presentasjon av oppgaven.....	2
1.3 Relevans .....	2
1.4 Avgrensning.....	3
<b>2. Teoretisk bakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1 Spiritualitet, religion, spirituell kompetanse: begrepsavklaringer .....	4
2.2 Opprinnelse og tidlig litteratur .....	6
2.3 Hvordan kan spiritualitet og religiøsitet se ut i et sekulært samfunn? .....	7
2.4 Hvilken plass har religion og spiritualitet i psykoterapi? .....	9
2.2 Spiritual Care Competence: spiritualitet i klinisk hverdag .....	12
2.4 Forskningsspørsmål og hypoteser .....	12
<b>3. Datagrunnlag og metode</b> .....	<b>14</b>
3.1 Datainnsamling og datasett .....	14
3.2 Datasikkerhet .....	15
3.3 Metode og validering – utvikling av spørreskjemaet .....	15
3.4 Statistisk analyse .....	18
<b>4. Resultater</b> .....	<b>19</b>
4.1 Utvalg .....	19
4.2 Forskningsspørsmål 1 – Er det noen forskjeller i opplevde hindringer blant psykologer og ikke-psykologer? .....	20
4.3 Forskningsspørsmål 2 – Hvilken eventuell sammenheng har egen tro og praktisering på opplevde hindringer i møte med pasienter? .....	25
4.4 Forskningsspørsmål 3 – Er det en forskjell i opplevde hindringer blant troende psykologer og ikke-troende psykologer? .....	27
4.5 Kvalitative resultater.....	31
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>32</b>

5.1	<i>Hva kan forskjeller i opplevde hindringer mellom psykologer og ikke-psykologer skyldes? .....</i>	32
5.2	<i>Hvilken sammenheng har tro og praktisering med opplevelsen av hindringer? .....</i>	33
5.3	<i>Kan det hevdes at egen tro og praktisering medfører ekstra kunnskap? .....</i>	35
5.4	<i>En naturlig del av klinisk arbeid .....</i>	39
<b>6.</b>	<b>Begrensninger.....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>Implikasjoner og forslag til tiltak.....</b>	<b>41</b>
<b>8.</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>42</b>
<b>9.</b>	<b>Referanseliste.....</b>	<b>44</b>

## 1. INNLEDNING

### 1.1 Introduksjon til tema

Det er en voksende konsensus i forskningsmiljøet at integrering av spirituell omsorg i klinisk arbeid er både et ønske fra pasienter, og noe som medfører mange fordeler.

Religion og spiritualitet blir nevnt som en faktor innenfor mangfold på lik linje med sosialt, kulturelt, etnisk og kjønns mangfold i både europeiske og amerikanske retningslinjer for psykologer (American Psychological Association, 2003; Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, 2016; Norsk Psykologforening, 1998)

Spirituell omsorg er fordelaktig for både pasienters livskvalitet og evne til håndtering av sykdom. Spirituell omsorg kan i tillegg være en viktig faktor med på å øke motstandsdyktigheten til personer i helsefaglige yrker (Frick & Schiebl, 2015).

Norden og Vest-Europa har utviklet seg til å bli mer sekulære samfunn. Luthersk-protestantisk kristendom har vært prominent i de nordiske landene siden 1800-tallet. I senere tid har dette gradvis endret seg, og Norge avvirket statskirken i 2012 (Furseth, 2018). En avvikling av statskirken kan markere både et mer sekularisert samfunn, samtidig som andre religioner og livssyn får mer plass i befolkningen. På samme tid er det også en voksende andel av befolkningen som oppgir at de ikke føler tilhørighet til en spesiell religion eller livssyn (Furseth, 2018).

Det vises til ulike trender i disse samfunnene, hvor noen studier peker på voksende sekularisering i takt med modernisering (Davie, 2015). Religion og spiritualitet får dermed mindre, i alle fall synlig plass, i samfunnet. Andre studier peker på at det er en økende interesse for og opplevd viktighet av spiritualitet og religiøsitet blant befolkningen i nyere tid (Aguirre Román, 2016). Furseth og kollegaer (2019) introduserer begrepet «religiøs kompleksitet», hvor motstridende bølger og trender i samfunnet kan eksistere på samme tid og på ulike nivåer.

Flere studier har undersøkt hvordan spiritualitet og religion kan inkluderes i pasientarbeid, og viser til at helsepersonell kan møte på ulike utfordringer og hindringer i forbindelse med dette. Ulike studier har identifisert forskjellige utfordringer og konsekvensene av disse. Det kan eksempelvis være mangel på tid, manglende kompetanse og vansker med å skille mellom religion og spiritualitet. Forskningen har også utviklet treningsprogrammet for å gjøre det lettere for personer i helsefaglige yrker å inkludere spiritualitet og religion i sitt kliniske arbeid.

I sekulære samfunn i Norden vises det til en pågående debatt om religiøsitet i både politikken, i sivilsamfunnet og på individnivå. Furseth og kollegaer beskriver at selv om det har vært endringer i relasjonen mellom stat og kirke, er religion mer fremtredende og synlig som et tema. For å ytterligere utbedre treningsprogrammer og undersøke hvilke hindringer som kan oppstå i sekulære vestlige samfunn er det hensiktsmessig å bruke validerte instrumenter som er utviklet for bruk i sekulære samfunn.

### *1.2 Presentasjon av oppgaven*

Denne oppgaven bygger på data fra en studie av Lars Mandelkow og Silje Endresen Reme. Ved hjelp av «Spiritual Care Competence Questionnaire» (SCCQ) har Mandelkow og Reme kartlagt spirituell kompetanse blant helsefaglige profesjoner i Norge (Mandelkow et al., 2021). Spørreskjemaet som ble brukt for å kartlegge dette er utarbeidet av Frick og Büssing (Frick et al., 2019).

Mandelkow og kolleger (2021) har undersøkt religiøsitet og spirituell kompetanse på tre helsefaglige institusjoner i Norge. Hovedfunnene i studien tyder på at kompetanse i spirituell omsorg oppleves som lav blant flere helsefaglige profesjoner. Det vises ytterligere til at psykologer er signifikant mindre religiøse enn andre helsefaglige profesjoner. Samtidig er psykologer positivt innstilt til å inkludere religiøsitet og spiritualitet i pasientarbeid, men det gjøres i liten grad i praksis.

I denne oppgaven vil den tilhørende tilleggsmodulen for «Spiritual Care Competence Questionnaire» analyseres og forskningsspørsmål knyttet til opplevde hindringer for helsefaglige ansatte i Norge vil belyses.

### *1.3 Relevans*

Fra et forskningsperspektiv kan det fremheves at religiøse og spirituelle opplevelser er en særdeles unik del av menneskelige prosesser. I tillegg er det et poeng å merke seg at de religiøse og spirituelle opplevelsene i et menneske ikke er atskilt fra andre opplevelser og prosesser som en ofte kommer til behandling for i terapi (Reber, 2006).

Flere studier peker på en sammenheng mellom religiøse følelser, tanker og atferd og andre «vanlige» psykologiske fenomener som avhengighet, glede, mental helse og selvfølelse (Abdel-Khalek, 2006; Dunn, 2005; Vilchinsky & Kravetz, 2005). For mange mennesker har

religiøsitet en påvirkning på disse faktorene og deres psykologiske velvære (Reber, 2006). På bakgrunn av dette argumenterer Reber for at religiøse opplevelser ikke bare er psykologiske i seg selv, men innehar også en kognitiv-, affektiv- og atferdskomponent som har en naturlig plass i psykologien på lik linje med andre faktorer. Samtidig belyser studier at psykologer ikke føler seg kompetent nok til å ta opp temaer som spiritualitet og religiøsitet i samtale med pasienter (Balboni et al., 2014; Cashwell et al., 2013).

Studenter i Norge har lenge vært positive til å inkludere religion og spiritualitet i klinisk arbeid (Mandelkow et al., 2021; Reme, 2009). Alle studieprogrammer på psykologisk institutt ved universitetet i Oslo ble revidert i 2017 (Psykologisk Institutt, 2017). Etter implementeringen av det nye profesjonsprogrammet høsten 2018, er det fortsatt lite fastsatt innhold om religiøsitet og spiritualitet i møte med pasienter.

Det er mange studier som har undersøkt hvordan religion og spiritualitet kan integreres i klinisk arbeid (Cashwell et al., 2013; Jones et al., 2021). Et sentral aspekt av å inkludere dette i møte med pasienter er å kartlegge hvilke eventuelle hindringer som kan oppstå. Norske psykologer er en del av det sekulære samfunnet i Norge, samtidig som de har et ansvar for yte helsehjelp i tråd med etiske retningslinjer (Norsk Psykologforening, 1998). I takt med sekulariseringen av vestlige samfunn vil det dermed være hensiktsmessig å ta i bruk kartleggingsinstrumenter som er utviklet for å undersøke opplevelsen av hindringer i sekulære samfunn.

#### *1.4 Avgrensning*

Det er ikke til å legge skjul på at det er mange interessante retninger forskning på spirituell kompetanse og omsorg kan ha. Det kan for eksempel være hvordan forståelsen av sekularitet og spirituell kompetanse har utviklet seg fra tidligere perioder i historien til i dag. Et annet aspekt som kan sees nærmere på er betydningen av spirituell kompetanse innenfor klinisk psykologisk arbeid i sekulære og ikke-sekulære samfunn. Et perspektiv kan være hvordan spirituell kompetanse og religiøs mestring kan brukes til å skape mer psykologisk velvære og tilpasning og forebygge psykologisk ubehag.

Det kan undersøkes om det er en sammenheng mellom yrkestilfredshet og antall arbeidstimer i uken med opplevde hindringer for å inkludere spiritualitet og religiøsitet i terapeutisk arbeid. I tillegg kan det kontrolleres for kjønn og alder for å se om det eksisterer en eventuell korrelasjon. Det kan undersøkes om det finnes holdepunkter i litteraturen for disse eventuelle



forskjellene kan komme av. Selv om dette kan undersøkes med datagrunnlaget brukt i denne oppgaven, blir det ikke sett nærmere på bakgrunn av oppgavens omfang og størrelse.

Denne oppgaven vil begrenses til å undersøke eventuelle forskjeller i opplevde hindringer for inkludering av spirituell kompetanse i terapeutisk arbeid. Herunder vil det sees nærmere på om det eksisterer forskjeller mellom ulike helsefaglige profesjoner, mellom troende og ikke-troende psykologer og mellom de som har en egen tro og praktiserer og de som ikke har det.

Det understrekes at utvalget i denne oppgaven ikke representerer psykologer i privatpraksis, eller yrkesgrupper i førstelinjetjenesten. Det sees heller ikke på eventuelle forskjeller mellom psykologer og psykiatere samt psykologi som et universitetsfag.

## 2. TEORETISK BAKGRUNN

### *2.1 Spiritualitet, religion, spirituell kompetanse: begrepsavklaringer*

Med religiøsitet i denne oppgaven menes tilknytning til ulike etablerte trosforestillinger og handlingsmønstre som forutsetter at virkeligheten omfatter mer enn den fysiske, målbare verden. Dette inkluderer troen på det guddommelige og overnaturlige med grunnlag i tradisjonelle trosretninger (Harris et al., 2018; Paloutzian & Park, 2021).

Kenneth I. Pargament beskriver spiritualitet poetisk ved å hevde at det er «the search for the sacred» (Pargament, 2007). «The sacred» defineres i begreper som Gud, det guddommelige og en transcendent virkelighet. Begrepet «sacred» omhandler også andre aspekter av livet som kan få guddommelig karakter og betydning, i kraft av deres tilknytning til eller representasjon av guddommelighet. Pargament skriver at spirituelt integrert psykoterapi er en tilnærming som adresserer både pasientens spiritualitet, terapeutens spiritualitet og endringsprosessen (Pargament, 2007).

Det er vanskelig å finne en felles generell definisjon på spiritualitet uten å innføre forklarende begreper (la Cour et al., 2012). Sperry og kollegaer (2005) hevder at «spiritualitet» kanskje er det mest misforstått ordet i det engelske språket. Det er kanskje ikke så rart da det finnes over 100 definisjoner i forskningslitteratur (Worthington, 2016).

Spiritualitet kan defineres som troen på noe knyttet til menneskets åndelige eller sjelelige oppfatning. La Cour og kollegaer (2012) viser til at spiritualitet omfatter følgende tre essensielle punkter:

- mulighet for en annen realitet enn den som allerede er kjent
- kontekst, spesifikke situasjoner, aktiviteter eller handlinger o.l.
- individuell lengsel og opplevelser av en spesiell relasjon

ESPA, «The European Association for Palliative Care», definerer spiritualitet som en dynamisk dimensjon av menneskelivet som omhandler både individ og samfunn. Det innebærer hvordan individet og samfunnet opplever, uttrykker og eller søker mening, hensikt og transcendens og hvordan de oppfatter forbindelsen til øyeblikket, til selvet, til andre, til naturen, til partner og eller til det hellige (Best et al., 2020).

I «Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare» blir spiritualitet definert mer kortfattet som måten mennesker engasjerer seg for hensikten og meningen med menneskelig eksistens og hvordan det utformer deres personlige verdier (Cobb et al., 2012).

Selv om religiøsitet og spiritualitet ofte defineres på ulike måter, er de ofte tilknyttet i praksis. I William James sine beskrivelser av religiøsitet på 1900-tallet er det mye som kan ligne på hvordan spiritualitet blir forstått i dag (Pargament, 2007). James omtalte religion som «Den enkelte manns følelser, handlinger og opplevelser, slik det forstår seg selv å være i relasjon til hva enn det anser som hellig» (James, 1902).

Spirituell omsorg defineres her som en person-sentrert omsorg med et mål om å hjelpe individet å finne håp, motstandsdyktighet og indre styrke i vanskelige perioder i livet (Cobb et al., 2012). En definisjon på spirituell kompetanse kan derav være evnen og muligheten til å gi spirituell omsorg i trygge omgivelser.

Spiritualitet er ofte søkt og opplevd i religiøse eller andre trosbaserte samfunn eller organisasjoner (Barnett & Johnson, 2011). Det er ofte en spirituell komponent i tradisjonelle trosretninger, for eksempel i forbindelse med å «finne» Gud, livet etter døden og «meningen» med livet (Barnett & Johnson, 2011). Pargament og kollegaer (2003) viser til at det er ulemper med å karakterisere religion som noe helt atskilt fra spiritualitet. De skriver at den mest kritiske funksjonen til religion er spirituell av natur.

I datainnsamlingen til studien til Mandelkowitz introduseres spørreskjemaet «Spiritual Care Competence Questionnaire» som å inneholde både spirituelle, religiøse og eksistensielle elementer for å unngå misforståelser.

I denne oppgaven settes det på bakgrunn av dette ikke et distinktivt skille mellom religiøsitet og spiritualitet, selv om begrepene har sine respektive hovedkomponenter. I følge SERT-modellen er både religion og spiritualitet viktig, men ikke den eneste måten å besvare eksistensielle spørsmål (Rupert et al., 2019). SERT-modellen tilsier at spiritualitet, eksistensielle forhold, religion og teologi, og andre former for meningsskapning kan brukes som et rammeverk for profesjonell sensitivitetstrening. Religiøsitet og spiritualitet vil i denne oppgaven brukes sammen og til tider om hverandre. Det tenkes at spesielt relevans og utfordringer beskrevet i oppgaven, gjelder for begge fenomenene.

## *2.2 Opprinnelse og tidlig litteratur*

William James introduserte allerede religion og spiritualitet tidlig på 1900-tallet i boken «The varieties of religious experience: a study in human nature» (James, 1902). Blant andre ting gir boken et innblikk i hvordan James selv forstår religion og viktigheten av personlig erfaring, samt det som beskrives som «the mysteries of the human mind». Siden 1900-tallet har det blitt gjort mye forskning på menneskesinnet. Det er i dag mye etablert kunnskap om hvordan hjernen fungerer, nerveceller og deres oppgaver, og hvordan vi knytter forbindelser til ulike temaer, hukommelser og opplevelser (Tancredi, 2005).

Sulmasy (2002) introduserer en utvidelse av den biopsykososiale modellen som inkluderer pasienters spirituelle interesser. Han konkluderer med at helseprofesjonell burde inneha kunnskap til å ivareta pasienters behov som helhetlige individer. Sulmasy (2002) fremstiller en forståelse av at mennesker er relasjonelle individer («beings-in-relationship»), og at sykdom kan karakteriseres som en forstyrrelse i biologiske forhold, som igjen påvirker alle andre relasjonelle aspekter i individets liv. Artikkelforfatteren definerer spiritualitet som et individs forhold til transcendens. Transcendens kan karakteriseres som eksistens eller erfaring utover det normale eller fysiske. Spirituell transcendens beskriver en oppfattet erfaring av det hellige som påvirker egenpersepsjon, følelser, mål og evne til å overkomme vanskeligheter (Seidlitz et al., 2002). Det argumenteres for at en helhetlig helseomsorg omfatter et individs relasjonelle eksistens i sin *helhet*. Dette inkluderer fysiske, psykologiske, sosiale og ikke minst spirituelle aspekter. Hensikten med denne utvidede modellen er å utvikle en mer omfattende og inkluderende modell for omsorg og forskning, som tar størst mulig hensyn til forståelsen av et individs helhet (Sulmasy, 2002).

Den biopsykososiale-spirituelle modellen fremlegger et rammeverk som vektlegger at det biologiske, det psykologiske, det sosiale og det spirituelle er distinkte dimensjoner i et individ, som ikke kan atskilt fra det helhetlige perspektivet. Enhver av disse dimensjonene blir påvirket ulikt avhengig av individets historie og sykdom. Samtidig interagerer og påvirker disse dimensjonene hverandre og andre aspekter i livet til individet (Sulmasy, 2002).

Religiøsitet har gjennom flere studier over tid vist å ha en signifikant prediktiv verdi for helserelatert forskning (Frick & Schiebl, 2015; Hummer et al., 1999). Religiøs mestring («religious coping») handler i den bio-psykososiale-spirituelle modellen om hvordan egen spirituell eller religiøs tro, holdning og praktisering påvirker hvordan en reagerer på stressende hendelser i livet. Det kan tenkes at personer med egen tro lettere har tilgang til og kan ta i bruk disse mestringsmekanismene for å veilede og støtte andre, på samme måte som de tar det i bruk i eget liv. I den modellen skilles det mellom religiøs mestring (religious coping) og religiøs støtte (religious support). Religiøs mestring måler interne ressurser og reaksjoner. Religiøs støtte måler ressursene og reaksjonene fra det religiøse samfunnet som kan genereres på vegne av individet (Sulmasy, 2002).

Pargament beskriver hvordan spiritualitet ikke kan adskilles fra psykoterapi. Han skriver at terapeuter kan bli bedre til å adressere helheten og kompleksiteten av det spirituelle aspektet i psykoterapi, ved å anerkjenne at spiritualitet både kan være en kilde til løsninger eller en kilde til problemer hos pasienter. Om religiøsitet og spiritualitet bevisst uteligger innenfor terapeutisk arbeid, kan det være et hinder for selvutvikling og videreutviklingen av emosjonell kontakt i pasientens relasjoner (Balboni et al., 2014). Ved å ikke adressere spiritualitet i terapirommet, går terapeuten glipp av enten en verdifull ressurs eller bakgrunnen for vanskene som oppleves (Pargament, 2007).

### *2.3 Hva kan være vanskelig med å integrere spiritualitet og religiøsitet i klinisk arbeid?*

En kvalitativ studie blant leger om hva som er vanskelig med å integrere spiritualitet i klinisk arbeid, viser til at egen tro og spiritualitet til tider kan oppleves som et hinder for å inkludere spiritualitet i møte med pasienter (Best et al., 2016). Forfatterne viser til at leger kunne vegre seg for å ta opp spirituelle temaer, da de ikke ønsket å pålegge egen tro og eller spirituelt syn på pasienten. Dette kunne også føre til at spirituelle temaer ikke ble belyst i møte med pasienter i det hele tatt, eller at troende leger kunne føle på en rollekonflikt i yrkesutøvelsen. Studien peker samtidig på fellestrekk blant alle deltakerne som omhandler et ønske om

pasientsentrert fokus, og at integrering av spiritualitet skal foregå på pasientens premisser (Best et al., 2016).

Den samme studien belyser at det kan oppstå en forvirring mellom religiøsitet og spiritualitet blant helseprofesjonell. Avvisning av religiøsitet kan utilsiktet også føre til en avvisning av spiritualitet. Det er kanskje ikke så merkelig, gitt at begrepene ofte brukes om hverandre, inkludert i denne oppgaven. Det kan av dette hevdes at en bevissthet på egen tro og spiritualitet kan medføre en økt toleranse for å integrere spiritualitet i møte med pasienter og en mindre opplevelse av hindringer får å gjøre dette. Denne bevisstheten kan også tenkes å komme til uttrykk i en frykt for å ikke ville pålegge eget tros- eller livssyn på sine pasienter.

Avvisning av religiøsitet sees i sammenheng med en endring i samfunnet og en økende sekularitet. Forfatterne viser til at fokus på individualisme og personlig autonomi i vestlige samfunn kan føre til en skepsis mot institusjonalisert religion. Dette beskrives som uheldig da en slik skepsis og fordømmelse av religiøsitet i samfunnet kan være et hinder for å hjelpe pasienter å finne fred og mening i sykdomsopplevelsen (Best et al., 2014; Best et al., 2016).

### *2.3 Hvordan kan spirituell kompetanse se ut i et sekulært samfunn?*

Både nyere (Mandelkow et al., 2021) og tidligere studier (Crosby & Bossley, 2012) peker på et religiøsitetsgap mellom psykologer og deres pasienter. Det viser seg at psykologer er signifikant mindre religiøse enn deres pasienter. Studien til Mandelkow og kollegaer (2021) peker på at psykologer som en yrkesgruppe er mindre religiøse enn andre helsefaglige profesjoner. Mandelkow og kollegaer viser i en annen studie gjennomført blant norske psykologstudenter at hele 20 % av studentene har vært vitne til at religiøse studenter har blitt gjort narr av i undervisningen (Mandelkow & Reme, 2022).

Det kan stilles spørsmål ved hvilken plass religiøs og spirituell kompetanse har i dagens sekulære samfunn. Reber (2006) argumenterer for at moderne sekularisme medfører et inadekvat syn på den menneskelige psykologien. Dette på bakgrunn av at moderne sekularisme utelater mange aspekter av menneskelivet, deriblant det eksistensielle som kan omhandle både religiøsitet og spiritualitet, som er utbredt og sentralt i mange menneskers liv.

Professor i antropologisk psykologi ved Munich School for filosofi, og leder for forskningssenteret «Spiritual Care» ved Technical University of Munich, Eckhard Frick, og lege og professor i livskvalitet, spiritualitet og mestring, Arndt Büssing, har utarbeidet

spørreskjemaet «Spiritual Care Competence Questionnaire» (SCCQ). I dette skjemaet legger de frem syv faktorer som de argumenterer for kan oppsummeres som essensen av spirituell omsorg og kompetanse (Frick et al., 2019).

#### *2.4 Hvilken plass har religion og spiritualitet i psykoterapi?*

En kan argumentere for at en stor del av det terapeutiske arbeidet handler om å forstå mennesket og hva det strever med (Benum et al., 2013). Mennesker er generelt opptatt av å forstå seg selv og skape mening. I terapi blir måten mennesker skaper mening på et viktig aspekt i arbeidet. Religion og spiritualitet er en stor del av livet til mange mennesker (Gladding & Crockett, 2019). Derav må en terapeut kunne forstå og jobbe med religion og spiritualitet for å kunne bidra med og integrere dette på en fornuftig måte. Studier viser til at både psykologer og psykologstudenter både i dag og for 20 år siden ønsker mer kompetanse innenfor dette fagfeltet (Mandelkowitz & Reme, 2022; Reme, 2009).

Pargament referer i boken sin «Spiritually Integrated Psychotherapy» (Pargament, 2007) til Skinner (1972; 2019) som hevdet at religiøs tro ikke lenger er relevant når frykten som (tilsynelatende) holdt troen gående ikke lenger er tilstede, og håp og drømmer (som man tidligere forestilte seg kun var mulig i «himmelen») blir til virkelighet her på jorden. En slik tankegang impliserer at troens primære funksjon er å oppfylle drømmer og ønsker som syntes å ikke være mulig, og at denne troen holdes i live av fryktmønstre.

Forskningen viser imidlertid til at religion for eksempel i form av religiøs mestring, både kan være en ressurs og svakhet i møte med belastende livshendelser uten nødvendigvis en tilhørende fryktkomponent. Religiøs mestring kan betegnes som bruken av religiøs tro eller atferd for å fasilitere problemløsning for å forhindre eller lindre negative emosjonelle konsekvenser til vanskelige livsomstendigheter (Pargament, 1997). Det beskrives at denne mestringsstrategien kan deles opp i både positiv og negativ religiøs mestring. Eksempler på positiv religiøs mestring er religiøs tilgivelse, hjelp, støtte, fokus, grensesetting og samarbeid. Negativ religiøs mestring kan omhandle spirituell misnøye, passiv utsettelse, interpersonlig religiøs misnøye og tanker om en straffende Gud (Pargament et al., 2000).

Ano og kollegaer (2005) beskriver psykologisk tilpasning som psykologiske utfall til religiøst orienterte forsøk på å håndtere den negative påvirkningen av stressende situasjoner. De deler psykologisk tilpasning opp i negative og positive utfall. Positive utfall kan blant annet være aksept, emosjonelt velvære, glede, håp, livstilfredshet, optimisme og personlig utvikling.

Eksempler på negative utfall er angst, følelseløshet, depresjon, engstelse, fiendtlighet, skyldfølelse og suicidalitet.

Religiøs mestring har en sammenheng med et mer positivt utfall i stressende hendelser. (Ano & Vasconcelles, 2005) viser til at det finnes en moderat sammenheng mellom positiv religiøs mestring og positivt utfall til stressende hendelser. Det vil si at individer som benyttet seg av religiøse mestringsstrategier som velmenende religiøse vurderinger, religiøs mestring med samarbeid og søk etter spirituell støtte, oftere opplevde stressrelatert utvikling, spirituell utvikling, positiv affekt og høyere selvfølelse. Ano og kollegaer (2005) argumenterer for at dette kan komme av at positiv religiøs mestring har flere adaptive funksjoner. Det dokumenteres at positiv religiøs mestring har en negativ sammenheng med negativ psykologisk tilpasning. Studien viser til at individer som tok i bruk positiv religiøs mestring opplevde mindre av depresjon, angst og nød.

Meta-analysen finner ytterligere at negativ religiøs mestring ikke har en negativ sammenheng med positiv psykologisk tilpasning. Det vil si at individer som opplevde at Gud straffet dem eller tok i bruk andre former for negativ religiøs ikke rapporterte om lavere selvfølelse, mindre «mening» med livet eller mindre spirituell utvikling. Forskerne argumenterer for at selv om negativ religiøs mestring kan være ufordelaktig, forhindrer det ikke nødvendigvis opplevelsen av positive utfall. Noen studier finner også en sammenheng mellom negativ religiøs mestring og positive utfall (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 2000).

Det vises også til at religiøs mestring kan være uhensiktsmessig. Negativ religiøs mestring har en sammenheng med negativ psykologisk tilpasning. Individer som benyttet seg av denne mestringsformen, rapporterte om mer angst- og depresjonssymptomer samt engstelse (Ano & Vasconcelles, 2005).

I likhet med fordeler ved å benytte seg av religiøs mestring, er det viktig å ha et fokus på når denne formen for mestring kan virke mot sin hensikt. For at integreringen av spiritualitet og religiøsitet skal ha et godt utbytte for pasienten kan det på bakgrunn av litteraturen over hevdes at det er nødvendig for terapeuten å kunne sette søkelyset på både eventuelle styrker og svakheter i pasientens opplevelse av spiritualitet og religiøsitet.

Flere studier peker på at pasienter ønsker mer av religion og spiritualitet i terapirommet (Holmberg, 2012; Holmberg et al., 2017; Hvidt & Assing Hvidt, 2019). Det vises til at spiritualitet kan uttrykkes både i sekulær og religiøs tradisjon, og er tilknyttet til kroppen,

emosjoner, relasjoner og kultur. Spiritualitet kan være en viktig del av det å være menneskelig, og det burde tilrettelegges for at det er rom for å ta det opp i terapirommet. Psykologer kan bruke selvrefleksjon til å bli mer sensitive og respektfulle i dialog med pasienter (Holmberg et al., 2017).

Tidligere har religion ofte blitt unngått i terapirommet (Prest & Keller, 1993). En grunn til dette kan være at religion på den tiden ofte ble forbundet med strenge regler og verdsett samt bedømming, noe en psykolog for enhver pris skulle unngå. En ulempe med en slik unngåelse er at det kan medføre mindre muligheter for å utfordre og overveie ulike integreringstilnæringer i terapi.

Magaldi-Dopman et al. (2011) viser i en studie nesten to tiår senere til at psykologer med ulik religiøs og ikke-religiøs bakgrunn opplevde vansker med, og ikke følte seg forberedt eller kompetent i møte med religiøsitet hos sine klienter. Psykologer kunne også ha en skjevhet (bias) i møte med religiøse pasienter, som hadde opphav i personlige konflikter med religion, eller personlige inntrykk av spesifikke religiøse grupper. I studien argumenterer de for at disse skjevhetene kan ha en sammenheng med manglende mulighet for spirituell eller religiøs bevissthetstrening.

Psykologer opplevde sin egen spirituelle, religiøse eller ikke-religiøse identitet som en prosess med endringer, utfordringer og konflikter. Denne erfaringen gikk utover arbeidet deres med pasienter, ved at de ble aktivert av pasienters konflikter og pasientenes konstruksjoner av deres spiritualitet eller religiøsitet (Magaldi-Dopman et al., 2011). I et flerkulturelt samfunn som Norge i dag med ulike livssyn og retninger innenfor religion, vil det være viktig for psykologen å kunne ta imot og behandle pasienter fra ulike spirituelle, religiøse eller ikke-religiøse bakgrunner.

Reber (2006) skriver at psykologers sensitivitet for både egen og pasienters religiøse tro og praksiser, ikke bare gir en nødvendig multikulturell bevissthet, men bidrar også til å utvikle metoder og teknikker som kan brukes i arbeid med ikke-religiøse klienter. Det vil si at kjennskap til og sensitivitet for egen religiøsitet kan være en terapeutisk ressurs som ikke bare er begrenset til å gagne religiøse pasienter.

I nyere tid har en bevissthet for det spirituelle, uavhengig av religiøs tro, også blitt mer fremtredende i samfunnet (Repstad, 2020). Det kan argumenteres for at spirituell kompetanse dermed burde være en sentral del av utdanningen for psykologer og andre helsefaglige profesjoner som har pasientkontakt for å kunne yte hensiktsmessig helsehjelp til alle



pasientgrupper. Frick and Schiebl (2015) viser til at spirituell omsorg potensielt kan være en styrkende faktor for utholdenhet hos helsepersonell selv.

Forskning tyder på at den spirituelle dimensjonen har stor betydning for pasienter, både som kilde til lidelse og vansker og som en ressurs for mestring og utvikling (Büssing et al., 2017). Av dette kan det hevdes at spiritualitet både med og uten en religiøs komponent får en naturlig plass i psykoterapien.

## *2.2 Spiritual Care Competence: spiritualitet i en klinisk hverdag*

Bakgrunnen for utviklingen av spørreskjemaet «Spiritual Care Competence Questionnaire» var at artikkelforfatterne, Frick og Büssing, så et behov for et kartleggingsinstrument basert på empirisk forskning, som kunne identifisere spirituell kompetanse og evaluere aktuelle verktøy for å måle dette. For å gjøre skjemaet relevant for vestlige land, og kanskje spesielt den tysktalende delen av verden, ble spesifikke kompetanseområder innenfor spirituell kompetanse tatt i bruk. Disse kompetansene ble valgt ut med tanke på betydning og relevans i et sekulært samfunn.

Det ble gjennomført en valideringsstudie i forbindelse med utviklingen av spørreskjemaet. Valideringsstudien presenterer to forskningsspørsmål som undersøkes nærmere. Det første spørsmålet går ut på å undersøke om spirituell kompetanse blant helsefaglige profesjoner i en klinisk kontekst, kan kartlegges og måles av den nyutviklede «Spiritual Care Competence Questionnaire». Det andre formålet med valideringsstudien var å finne faktorstruktur og reliabilitet til overnevnte kartleggingsinstrument.

## *2.4 Forskningsspørsmål og hypoteser*

Følgende forskningsspørsmål vil belyses i denne oppgaven ved hjelp av det tilgjengelige datamaterialet:

1. Er det en forskjell i opplevelsen av hindringer for å inkludere religion og spiritualitet mellom psykologer og ikke-psykologer?

Hypotesen går ut på at psykologer som en yrkesgruppe vil oppleve mindre av alle hindringene presentert.

Gjennom psykologutdanningen og utøvelsen er det vekt på empati og ta egne følelser i bruk for å speile pasienter (Greenberg, 2008; Winnicott, 1965). Av dette kan en anta at psykologer har mer øvelse i å møte folk i vanskelige livssituasjoner og bedre trening i å snakke om ting som kan oppleves som tabu eller ikke ellers tas opp andre steder i samfunnet. Religiøsitet og spiritualitet kan anses som for personlig til å ta opp i offentlige fora, spesielt i sekulære samfunn (Furseth et al., 2019).

Dette er spesielt interessant da det snakkes om et religiøsitetsgap mellom pasienter og yrkesutøvere (Crosby & Bossley, 2012; Mandelkowitz et al., 2021). Det vil si at yrkesutøvere ofte er mindre religiøse enn deres pasienter. Det vises til at psykologer som en yrkesgruppe til og med er mindre religiøse enn andre helsefaglige profesjoner (Mandelkowitz et al., 2021).

2. Hvilken eventuell sammenheng har egen tro og praktisering på opplevelsen av hindringer i møte med pasienter?

Religion og spiritualitet er gjennom flere studier vist å ha en sammenheng med helsefremmende atferd hos pasienter (Frick & Schiebl, 2015). Det tenkes at fokus på tro og praktisering i eget liv vil ha en positiv effekt på å inkludere religion og spiritualitet i klinisk arbeid. Av dette antas det at egen tro og praktisering vil være korrelert med mindre opplevelse av hindringene presentert.

3. Er det en forskjell i opplevde hindringer blant troende og ikke-troende psykologer?

I sammenheng med hypotesene over, trekkes det en slutning om at troende psykologer bør oppleve mindre hindringer sammenlignet med ikke-troende psykologer.

Det pekes på et religiøsitetsgap i forskningen (Mandelkowitz et al., 2021), det er på bakgrunn av dette interessant å se om det kan vises til forskjeller i opplevde hindringer innad i psykologprofesjonen basert på tro.

Dette vil sees i lys av en eventuell sammenheng mellom egen tro og praktisering og opplevelsen av hindringer som presentert i forskningsspørsmål 2.

### 3. DATAGRUNNLAG OG METODE

#### 3.1 Datainnsamling og datasett

Datamaterialet analysert i denne oppgaven er en del av datainnsamlingen foretatt våren 2019, i forbindelse med forskningsprosjektet for å kartlegge spirituell kompetanse blant helsefaglige profesjoner i Norge. Dette prosjektet ble ledet av Professor i helse-, utviklings og personlighetspsykologi ved UiO, Silje Endresen Reme, og lektor og PhD-stipendiat Lars Mandelkow.

Datainnsamlingen har foregått på tre ulike helseforetak i Norge. Respondentene har vært helsepersonell ansatt på enten Sørlandet Sykehus, Modum Bad eller Diakonhjemmet sykehus, i en minimum 50%-stilling.

Respondentene svarte på Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ), utarbeidet av Frick et al. (2019). Spørreskjemaet, SCCQ, inneholder 40 påstander som er delt inn i følgende syv faktorer: persepsjon, lagånd, dokumentasjon, selvrefleksjon og åpenhet, kunnskap, kommunikasjon og myndiggjøring. I tillegg til de 40 påstandene som omhandler kompetanse innenfor spirituell omsorg, har forfatterne lagt til en ytterligere faktor som karakteriserer hindringer for å inkludere spirituell kompetanse. Denne faktoren består av syv påstander og et fritekstspørsmål.

Dataene er hentet inn i form av Likert-skalerte påstander (*items*), der respondentene har svart på hvor enige de er i påstandene utformet i Spiritual Care Competence Questionnaire. Skalaen ble presentert med fire svaralternativer: stemmer ikke, stemmer knapt, stemmer godt og stemmer presist.

Følgende påstander er kategorisert som hindringer, og danner datagrunnlaget for denne oppgaven:

1. Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer.
2. Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov.
3. Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte.
4. Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave.
5. Jeg har ikke tid til religiøse/spirituelle temaer.

6. Det finnes ikke noe egnet rom for å kunne snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer.
7. Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg.
8. Fordi: ---

Påstand 8 er et fritekstalternativ, hvor respondentene har hatt mulighet til å utdype svaret sitt på påstand 7 om de skulle ønske det.

### *3.2 Datasikkerhet*

Studien som datamaterialet er hentet fra er godkjent av både Regional forskningsetisk komité (REK) og norsk senter for forskningsdata (NSD).

Undertegnede mottok dataene anonymisert og personlig nøkkel er destruert, slik at det ikke er noen muligheter for å identifisere respondentene basert på oppgitte svar i spørreskjemaet.

Undersøkelsen var anonym, og det har blitt hentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne i forkant. De demografiske dataene som ble samlet inn anses ikke som identifiserende.

Deltakelse i studien var frivillig, og respondentene hadde muligheten til å trekke samtykke når som helst. I henhold til personopplysningsloven (GDPR), er religiøsitet et sensitivt tema, men påstandene i undersøkelsen omhandler mer holdninger og erfaringer til inkludering av religiøsitet og spiritualitet i terapeutisk arbeid på et generelt nivå, og ikke personlig tro (med unntak av demografiske spørsmål). Graden av personlig sensitivt materiale ble vurdert som lav i studien som datainnsamlingen opprinnelig ble foretatt for.

Forskningsprosjektet til denne hovedoppgaven ble registrert i universitetets interne register (ForskPro).

### *3.3 Metode og validering – utvikling av spørreskjemaet*

Spørreskjemaet som ble utdelt til respondentene er utviklet av Frick og kollegaer (Frick et al., 2019).

Under utviklingen ble en rekke valideringsstudier for andre spørreskjemaer som evaluerer spirituell og eksistensiell kompetanse, vurdert og diskutert av eksperter fra ulike fagområder som leger, psykologer, sykepleiere og prester.

Det ble utarbeidet ulike kompetanser som kunne måle spirituell kompetanse ved å se på relevante uttrykk i litteraturen og hvor viktige de fremstår i et sekulært samfunn. Følgende ti temaområder ble opprinnelig vurdert som viktige for spørreskjemaet (med ulik vektning):

1. Persepsjon og dokumentasjon av pasienters spirituelle behov
2. Implementering av spiritualitet i gruppeprosesser
3. Egne reaksjoner til temaet og muligheter for intervensjon
4. Innvirkningen av persepsjon på egne handlinger
5. Utvikling av egen spiritualitet
6. Proaktiv kompetanse
7. Opprettelse av rom
8. Kunnskap om andre religioner («fremmedhetskompetanse»)
9. Utskriving og overgangsledelse
10. Implementeringshindringer

Videre ble passende påstander for de respektive kompetansene formulert av artikkelforfatterne, Frick og Büssing. Påstandene ble formulert ved hjelp av, og i sammenligning med andre påstander i lignende instrumenter.

Etter tilbakemeldinger fra fagekspertene på ulike områder ble påstandene diskutert igjen, hvor de ble tilpasset, eliminert eller reformulert. For valideringsprosessen ble Frick og kollegaer enige om 56 påstander. Alle påstandene omhandlet ikke spirituell kompetanse, både holdninger til tilskrevet viktighet av spiritualitet for pasienter samt holdninger til tro ble inkludert. I tillegg var to av påstandene ment til å etterspørre om respondenten mente egen yrkesgruppe hevder å inneha spirituell kompetanse som en del av yrkesutøvelsen.

Spørreskjemaet samler inn sosiodemografiske data som alder, kjønn, sivilstatus og religiøs tilhørighet samt ansiennitet og ukentlige arbeidstimer blir etterspurt.

Frick og kollegaer skriver at enkelte underdimensjoner av spirituell kompetanse viser en sammenheng med egen spiritualitet (Frick et al., 2019). Av dette ble flere indikatorer for spiritualitet undersøkt som en egenvurdering av å være «aktivt troende» og «praktiserende».

Blant respondentene for valideringsstudien til Frick og kollegaer ble Chronbachs  $\alpha$  beregnet til 0.85, som indikerer god indre konsistens. Datamaterialet ble delt i to for å utføre både en eksplorerende og konfirmerende faktoranalyse. Ved hjelp av en eksplorerende faktoranalysen ble de ti opprinnelige faktorene og 56 påstandene redusert til syv faktorer og 26 påstander.

Syv-faktormodellen ble videre testet med strukturmodellering (SEM). Følgende syv faktorer ble identifisert:

1. Persepsjon
2. Lagånd
3. Dokumentasjon
4. Selvbevissthet og åpenhet
5. Kunnskap
6. Kommunikasjon
7. Myndiggjøring

Påstandene som datamaterialet i denne oppgaven bygger på er hentet fra «Implementeringshindringer». Fire av disse påstandene ble ikke inkludert i faktoranalysen da hindringer ikke ble medregnet som en kompetanse. Frick og kollegaer presiserer likevel at disse påstandene er relevante for praksis. De ble derfor inkludert i en egen tilleggsmodul til spørreskjemaet. Denne modulen har en sterk negativ korrelasjon til «Selvbevissthet og åpenhet» og en moderat negativ korrelasjon til «Persepsjon», «Kommunikasjon», «Myndiggjøring» og «Lagånd», noe som samsvarer med innholdet.

En fordel med spørreskjemaet til Frick og kollegaer er at det er utviklet for bruk i sekulære samfunn. Skjemaet har også blitt oversatt til norsk, og det vises til at den norske versjonen har både god validitet og reliabilitet (Mandelkow, ikke publisert enda).

Frick og kollegaer peker også på at Spiritual Competence Care Questionnaire har en større praktisk relevans sammenlignet med andre lignende instrumenter (Frick et al., 2019). Andre studier beskriver at spirituell kompetanse er høyere når spirituell omsorg ikke er redusert til en spesiell ideologisk orientering (Selman et al., 2017). Frick og kollegaer beskriver ikke spirituell omsorg som begrenset til en spesifikk yrkesgruppe, men anser det som et felles fokus for helsepersonell. Spirituell omsorg blir betegnet som en tverrfaglig oppgave som påvirker alle yrkesgrupper som er involvert i pasientomsorg (Frick et al., 2019).

### 3.4 Statistisk analyse

Denne oppgaven bygger hovedsakelig på kvantitativt datamateriale. Kvantitativt materiale kan fremheve en korrelasjon og sammenheng, men ikke nødvendigvis en årsaksforklaring. I tillegg til det kvantitative materialet, beskrives kvalitative svar fra deltakerne i studien. Dette kan bidra til viktig innsikt i opplevelser, erfaringer og holdninger.

De ulike hindringene omhandler ulike elementer, som for eksempel tid, kompetanse og et trygt rom. Det argumenteres for at det er mer hensiktsmessig å analysere hindringene hver for seg, da det kan gi et mer nøyaktig og nyttig bilde på hva helsepersonell opplever.

Mann Whitney U ble benyttet for å se på eventuelle forskjeller i opplevde hindringer mellom psykologer og ikke-psykologer. Variabelen «profesjon» bestod opprinnelig av yrkene psykologer, leger, sykepleiere og «annet». «Annet» tilsvarer andre helsefaglige yrker. Profesjonsvariabelen ble rekodet til en dikotom variabel. Den dikotome variabelen innehar alternativene psykologer og ikke-psykologer. Ikke-psykologer inkluderer i dette utvalget leger, sykepleiere, og annet helsefaglig personell.

Korrelasjonsanalyse for ikke-parametriske datasett, Spearman's Rho, ble tatt i bruk for å se nærmere på en eventuell korrelasjon mellom tro, praktisering og opplevde hindringer. Det vil si om tro og praktisering respektivt, hadde en positiv eller negativ sammenheng med opplevelsen av de respektive hindringene. Tro og praktisering måles ved hjelp av selvrappotering. Respondentene har svart på hvor enig de er i påstandene «Jeg er (aktivt) troende» og «Jeg ber/mediterer». Det er disse to påstandene som danner grunnlaget for tros- og praktiseringsvariablene respektivt.

Det undersøkes også om det er noen forskjell i opplevde hindringer mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer ved hjelp av Mann Whitney U. Til denne analysen ble trosvariabelen rekodet til en dikotom variabel. Det innebærer at alternativene «Ja, helt klart» og «Ja, litt» ble slått sammen til «Ja». På samme måte ble alternativene «Nei» og «Nei, slett ikke» slått sammen til «Nei». Det ble satt et filter på yrkesvariabelen slik at det kun var psykologer som var inkludert i denne analysen.

Alle analyser ble foretatt i IBM SPSS Statistics, versjon 26 for Windows.

## 4. RESULTATER

### 4.1 Utvalg

Det totale utvalget bestod av 262 personer i helsefaglige profesjoner. Omtrent halvparten av disse var ansatte på Sørlandet Sykehus (56%). To tredjedeler av respondentene var kvinner (69%). Alderen varierte fra 23 år til 68 år. Gjennomsnittsalderen var 44 år med et standardavvik på 11.6.

Yrkesgruppen som var høyest representert var psykologer med en prosentandel på over en tredjedel (36%). Dette tilsvarer 92 psykologer. Den høyeste andelen psykologer var ansatt på Diakonhjemmet (55%), mens den høyeste andelen «andre yrker»<sup>1</sup> var ansatt på Sørlandet sykehus (41%). Den høyeste andelen religiøse personer finner vi blant de ansatte på Sørlandet sykehus, og den høyeste andelen ikke-religiøse på Diakonhjemmet.

Tabell 1 er hentet fra artikkelen til Mandelkow et al. (2021) og oversatt av undertegnede. Det er det samme utvalget som har svart på påstandene som analyseres i denne oppgaven.

Tabellen viser utvalget i studien fordelt på de ulike institusjonene.

**Tabell 1**

Tabell 1. Utvalget fordelt på de tre institusjonene (n=262).

Kategori	Totalt		Sørlandet Sykehus		Modum Bad		Diakonhjemmet		p-verdi
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Deltaker	262	100	146	56	51	19	65	25	
Responsrate				26		40		100 <sup>1</sup>	
<b>Kjønn</b>									<i>p</i> = .162
Menn	81	31	52	36	12	24	17	26	
Kvinner	180	69	93	64	39	76	48	74	
<b>Profesjon</b>									<i>p</i> < .001
Lege	31	12	15	11	8	16	8	12	
Sykepleier	56	21	34	24	12	24	10	16	
Psykolog	92	35	35	25	21	42	36	55	
Annet	78	30	58	41	9	18	11	17	
<b>Religion</b>									<i>p</i> < .001
Protestant	158	60	91	62	34	68	33	51	
Katolsk	4	1.5	1	0.5	0	0	3	5	
Muslim	4	1.5	0	0	4	8	0	0	
Andre	30	12	21	14	2	4	7	11	
Ingen	65	25	33	23	10	20	22	34	

<sup>1</sup> «Annet» var et alternativ i spørreskjemaet. Dette tilsvarer andre helsefaglige profesjoner enn psykologer, sykepleiere og leger.



#### 4.2 Forskningsspørsmål 1 – Er det noen forskjeller i opplevde hindringer blant psykologer og ikke-psykologer?

Nullhypotesen som testes, ved hjelp av Mann Whitney U, er at det ikke er noen forskjeller på opplevde hindringer blant psykologer og ikke-psykologer. Det er den samme nullhypotesen som legges til grunn for alle hindringene presentert i undersøkelsen. Resultatene tilsier at nullhypotesen kan forkastes for to av de syv hindringene presentert.

Nullhypotesen om at det ikke er noen forskjell mellom opplevde hindringer for psykologer og ikke-psykologer stemmer ikke for følgende hindringer:

- «Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer»
- «Det finnes ikke noe egnet rom for å kunne snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer.»

De ulike hindringene har fått følgende forkortelser:

1. Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer. = Ubehag
2. Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov. = Ønsker mer tid
3. Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte. = For lite kunnskap
4. Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave. = Ikke min oppgave
5. Jeg har ikke tid til religiøse/spirituelle temaer. = Har ikke tid
6. Det finnes ikke noe egnet rom for å kunne snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer. = Ikke egnet rom
7. Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg. = Yrkesgruppe ikke egnet

Tabell 2 viser resultatene for den ikke-parametriske testen Mann Whitney U for forskningsspørsmål 1.

**Tabell 2***Oppsummering av Mann Whitney U for forskningsspørsmål 1*

		Mann		
	Nullhypotese	Whitney U	Sig. <sup>a,b</sup>	Beslutning
1	Opplevelsen av «Ubehag» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,015	Avvis nullhypotesen.
2	Opplevelsen av «Ønsker mer tid» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,130	Behold nullhypotesen.
3	Opplevelsen av «For lite kunnskap» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,865	Behold nullhypotesen.
4	Opplevelsen av «Ikke min oppgave» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,237	Behold nullhypotesen.
5	Opplevelsen av «Har ikke tid» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,859	Behold nullhypotesen.
6	Opplevelsen av «Ikke egnet rom» er lik for psykologer og ikke-psykologer.		,005	Avvis nullhypotesen.

7	Opplevelsen av «Yrkesgruppe ikke egnet» er lik for psykologer og ikke-psykologer.	,582	Behold nullhypotesen.
---	--	------	-----------------------

---

a. Signifikansnivået er ,050.

b. Asymptotisk signifikans er fremstilt.

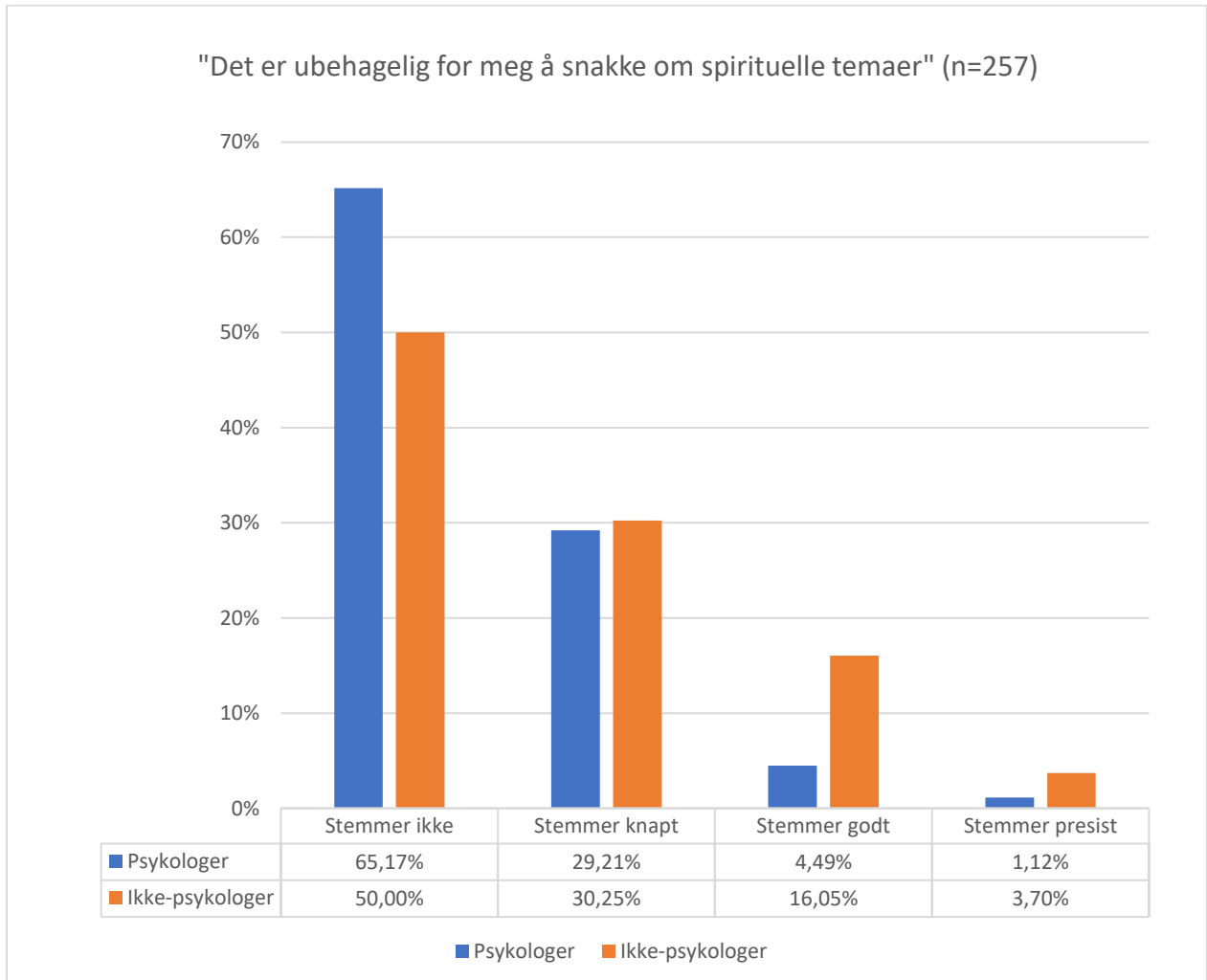
«Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer».

Mann Whitney- testen for denne påstanden indikerer at det er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 92, N_{\text{ikke-psykologer}} = 165) = 8608.00, z = 2.43, p < .015$ .

Effektstørrelsen ble beregnet ved å dele z-verdien på kvadratroten av antall respondenter (n). For hindringen «Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer» er effektstørrelsen 0,15. Dette tilsvarer en liten effekt ifølge Cohens kriterier (Cohen, 1988). Det vil si at selv om det er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer i opplevelsen av denne hindringen, er det i praksis begrensninger på hvordan resultatet kan anvendes. Resultatene tyder på at flertallet av både psykologer og ikke-psykologer ikke synes at det er ubehagelig å snakke om spirituelle temaer.

Figur 1 viser prosentandelen av psykologer og ikke-psykologer respektivt, som opplever at det er ubehagelig å snakke om spirituelle temaer.

**Figur 1**

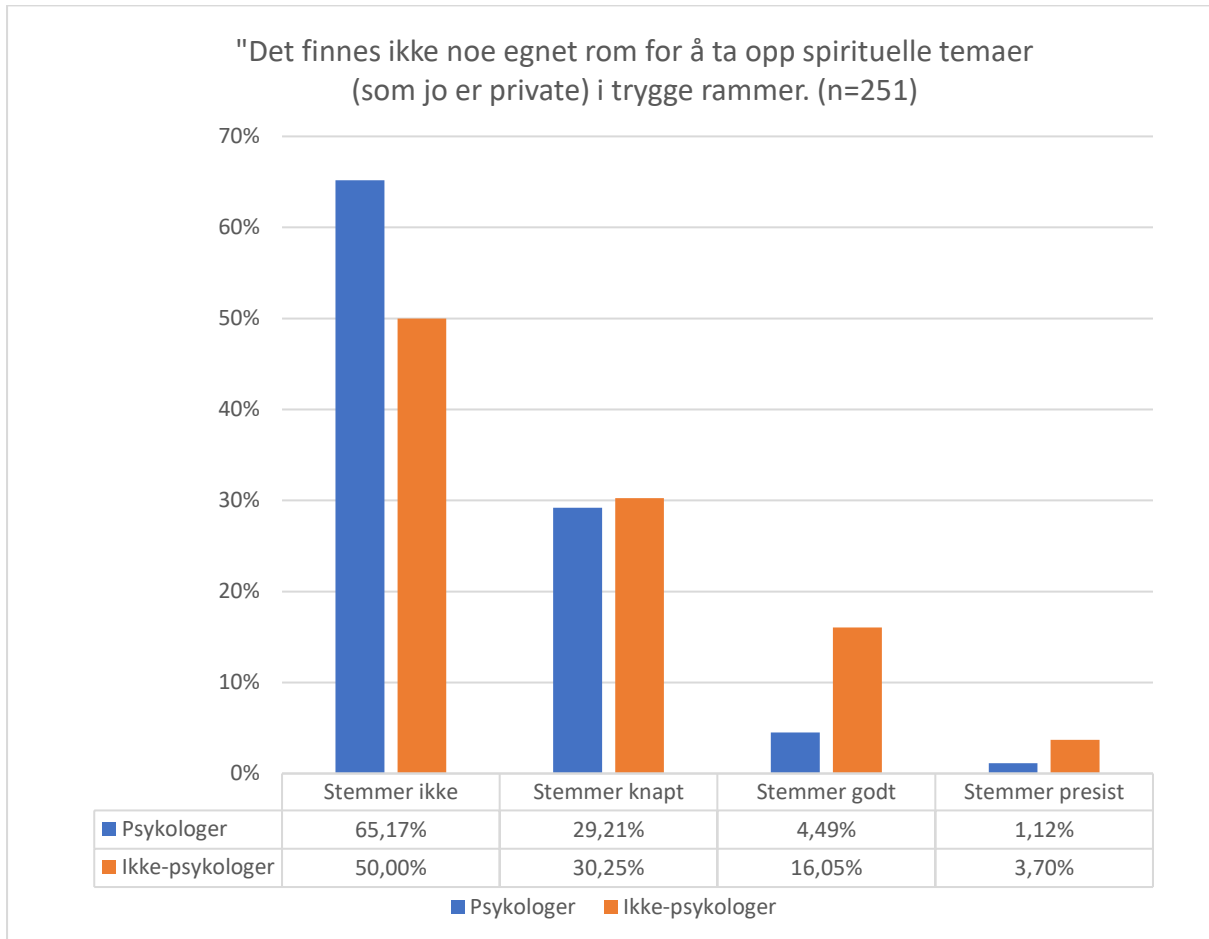


«Det finnes ikke noe egnet rom for å kunne snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer».

Mann Whitney-testen for denne påstanden indikerer at det er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 89, N_{\text{ikke-psykologer}} = 162) = 8595.00, z = 2.81, p < .005$ . Effektstørrelsen er på 0.18, som tilsvarer en liten effekt (Cohen, 1988). Det vil si at

Figur 2 viser prosentandelen av psykologer og ikke-psykologer respektivt, som opplever at det ikke finnes et egnet rom for å snakke om spirituelle temaer.

**Figur 2**



For de resterende hindringene presentert fremkom det ikke noen signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer.

Resultatene fra Mann Whitney U-testen var som følger:

«Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov»:

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U(N_{\text{psykologer}} = 91, N_{\text{ikke-psykologer}} = 162) = 6573.00, z = -1.51, p < .005$ .

«Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte.»:

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 90, N_{\text{ikke-psykologer}} = 162) = 7202.00, z = -1.70, p < .87.$

«Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 90, N_{\text{ikke-psykologer}} = 163) = 8132.00, z = 1.18, p < .24.$

«Jeg har ikke tid til religiøse/spirituelle temaer.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 90, N_{\text{ikke-psykologer}} = 163) = 7428.00, z = .18, p < .86.$

«Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom psykologer og ikke-psykologer,  $U (N_{\text{psykologer}} = 82, N_{\text{ikke-psykologer}} = 141) = 6008.00, z = .55, p < .58.$

Denne påstanden har en betydelig lavere svarprosent enn de andre påstandene presentert.

#### *4.3 Forskningsspørsmål 2 – Hvilken eventuell sammenheng har egen tro og praktisering på opplevde hindringer i møte med pasienter?*

Det benyttes Spearman's Rho (Rank Order Correlation) for å beregne en eventuell korrelasjon mellom fenomener som «Tro», «Praksis», og hindringene presentert i spørreskjemaet. Trosvariabelen brukes ikke i dikotom form her.

Respondentene har svart på hvor enige de er i følgende påstand: «Jeg er (aktivt) troende». Valgmulighetene bestod av «ja, helt klart», «ja, litt», «nei» og «nei, slett ikke».

Påstanden som omhandler praktisering lyder: «Jeg ber/mediterer». Svaralternativene for denne påstanden var «ja, regelmessig», «av og til», «nei» og «nei, slett ikke».

Tabell 3 viser korrelasjonsanalysen for de ulike hindringene og tros- og praktiseringsvariabelen.

**Tabell 3**

*Korrelasjoner*

			Tro	Praktisering
Spearman's rho	«Ubehag»	Korrelasjonskoeffisient	-,029	,064
		Sig. (2-tailed)	,645	,321
		N	257	243
<hr/>				
	«Ønsker mer tid»		-,197**	-,326**
			,002	<,001
			253	239
<hr/>				
	«For lite kunnskap»		,347**	,427**
			<,001	<,001
			252	238
<hr/>				
	«Ikke min oppgave»		,176**	,195**
			,005	,002
			255	241
<hr/>				
	«Har ikke tid»		,135*	,103
			,032	,111
			253	239
<hr/>				
	«Ikke egnet rom»		-,042	-,106
			,504	,104
			251	237
<hr/>				
	«Yrkesgruppe ikke egnet»		,171**	,200**
			,010	,003
			225	213

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0.01-nivå (2-tailed).

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0.05-nivå (2-tailed).

Opplevelsen av fire av de syv hindringene presentert ser ut til å ha en korrelasjon med egen tro og praktisering. «Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov» har en negativ korrelasjon med egen tro og praktisering. Korrelasjonen til trosvariabelen er middels sterk mens korrelasjonen til praktiseringsvariabelen er liten. «Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte.» har en middels sterk positiv korrelasjon med både tro og praktisering. «Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave.» er positivt korrelert med tro og praktisering, men styrken er lavere enn for de andre hindringene. «Jeg har ikke tid til religiøse/spirituelle temaer» er den eneste hindringen hvor bare kun ett av fenomenene tro og praktisering er korrelert. Egen tro er ikke korrelert, mens praktisering har en liten positiv korrelasjon. Opplevelsen av «Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg» har en liten positiv korrelasjon med både tro og praktisering.

#### 4.4 Forskningsspørsmål 3 – Er det en forskjell i opplevde hindringer blant troende psykologer og ikke-troende psykologer?

Respondentene ble presentert for følgende påstand: «Jeg er (aktivt) troende», og bedt om å krysse av for alternativet som passet best for dem. Valgmulighetene bestod av «ja, helt klart», «ja, litt», «nei» og «nei, slett ikke». Denne variabelen brukes i dikotom form.

Av datamaterialet kommer det frem at kun 31% av psykologer svarer «Ja, helt klart» og «Ja, litt» på at de tror, sammenlignet med 50% i andre helsefaglige yrker (Mandelkow et al., 2021).

Tabell 4 viser resultatet av Mann Whitney U-testen blant psykologprofesjonen.

#### Tabell 4

##### Oppsummering av Mann Whitney U for forskningsspørsmål 3

		Independent-Samples		
	Nullhypotese	Mann-Whitney U Test	Sig. <sup>a,b</sup>	
			Beslutning	
1	Opplevelsen av «Ubehag» er lik for troende og ikke-troende psykologer.		,910	Behold nullhypotesen.



2	Opplevelsen av «Ønsker mer tid» er lik for troende og ikke-troende psykologer.	,874	Behold nullhypotesen.
3	Opplevelsen av «For lite kunnskap» er lik for troende og ikke-troende psykologer.	,001	Avvis nullhypotesen.
4	Opplevelsen av «Ikke min oppgave» er lik for troende og ikke-troende psykologer.	,113	Behold nullhypotesen.
5	Opplevelsen av «Har ikke tid» er lik for troende og ikke-troende psykologer.	,690	Behold nullhypotesen.
6	Opplevelsen av «Ikke egnet rom» lik for troende og ikke-troende psykologer.	,282	Behold nullhypotesen.
7	Opplevelsen av «Yrkesgruppe ikke egnet» er lik for troende og ikke-troende psykologer.	,096	Behold nullhypotesen.

---

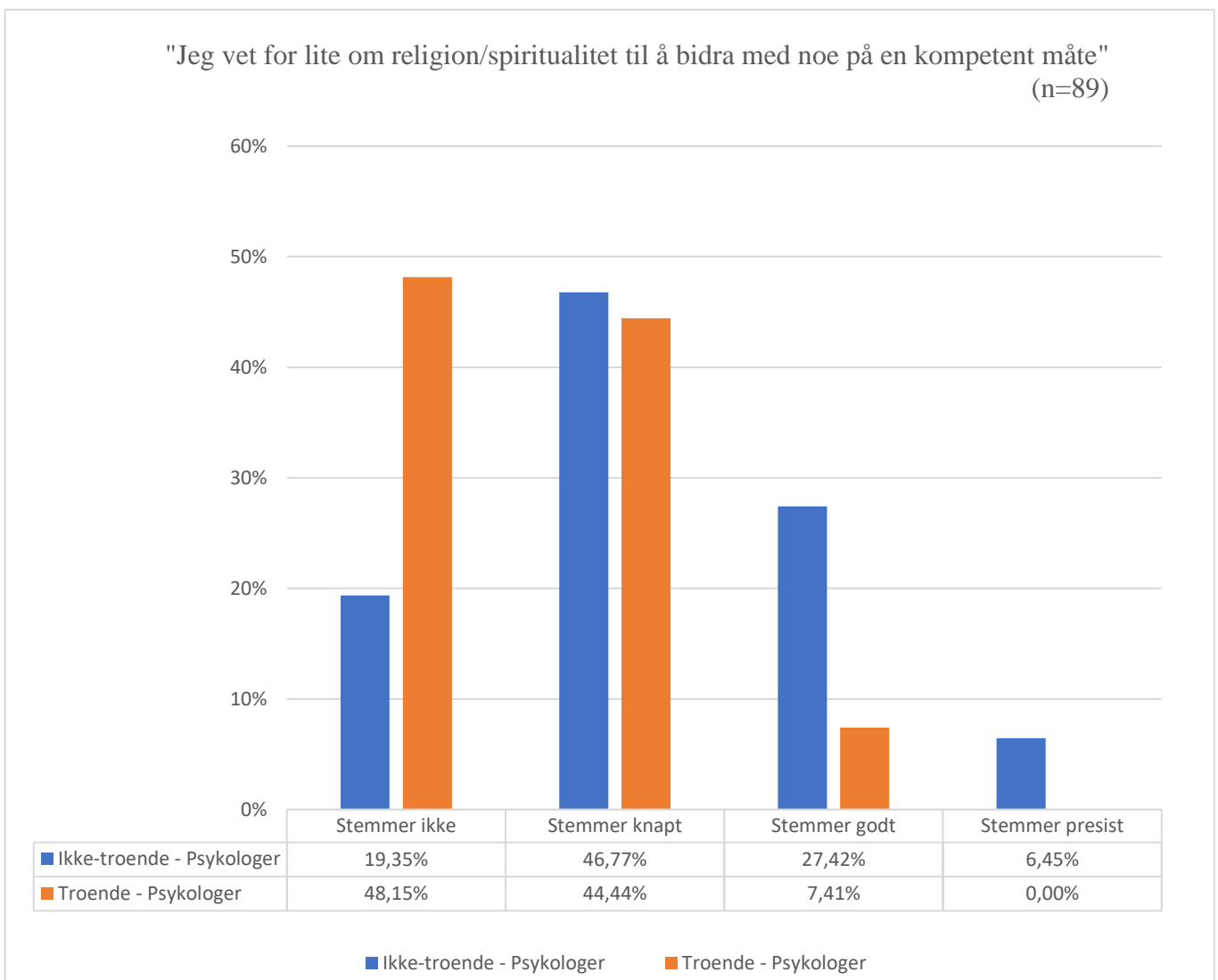
a. Signifikansnivået er ,050.

b. Asymptotisk signifikans er fremstilt.

Opplevelsen av hindringen «Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte» er signifikant forskjellig for troende og ikke-troende psykologer. Mann Whitney-testen indikerer at det er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U(N_{\text{troende psykologer}} = 27, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 62) = 495.00, z = -3.27, p < .001$ . Effekstørrelsen er middels stor med  $r = .35$  (Cohen, 1988).

Figur 3 viser prosentandelen troende og ikke-troende psykologer opplever at mangel på kompetanse blir en hindring for å inkludere religion og spiritualitet i terapeutisk arbeid.

**Figur 3**



Det er ingen signifikant forskjell i opplevelsen av de andre seks hindringene blant troende og ikke-troende psykologer.

Resultatet fra Mann Whitney U er som følger.

«Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 28, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 63) = 874.00, z = -.11, p < .91.$

«Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov»:

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 27, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 63) = 867.50, z = .16, p < .87.$

«Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 28, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 63) = 708.50, z = -1.58, p < .11.$

«Jeg har ikke tid til religiøse/spirituelle temaer.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 28, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 61) = 811.50, z = -.40, p < .69.$

«Det finnes ikke noe egnet rom for å snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 26, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 62) = 904.50, z = 1.08, p < .28.$

«Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg.»

Mann Whitney-testen indikerer at det ikke er en signifikant forskjell mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer,  $U (N_{\text{troende psykologer}} = 27, N_{\text{ikke-troende psykologer}} = 55) = 594.50, z = -1.67, p <.096$ .

#### *4.5 Kvalitative resultater*

I tillegg til de syv potensielle hindringene som ble presentert i spørreskjemaet var det et fritekst-alternativ tilhørende det påstand nummer 7.

Påstanden lyder som følger:

- Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg.

Noen av de som benyttet seg av fritekstsvaret oppgir at de mener at egnetheten for å tilby eksistensiell omsorg ikke er avhengig av yrke, men heller et resultat av personlig interesse og motivasjon.

Over halvparten svarer at de mener at deres yrkesgruppe i utgangspunktet er godt egnet eller burde være godt egnet til å tilby eksistensiell omsorg. Herunder svarer noen at dette ikke er godt nok tilrettelagt med tanke på for eksempel rammer og pakkeforløp. Videre uttrykkes det blant annet at eksistensiell omsorg burde vært integrert i utdanningen, at eksistensiell omsorg inngår i de fleste terapeutiske retninger samt at det absolutt bør være rom for dette da yrkesgruppen (til respondenten) er god på omsorg.

Det oppgis av flere at eksistensielle temaer ofte kommer naturlig opp som en del av arbeidet.

## 5. DISKUSJON

### 5.1 Hva kan forskjeller i opplevde hindringer mellom psykologer og ikke-psykologer skyldes?

Den ikke-parametriske testen Mann Whitney U tyder på at psykologer ikke opplever hindringen «Det er ubehagelig for meg å snakke om spirituelle temaer» i like stor grad som de profesjonene som ikke er psykologer. Det kan av dette diskuteres om det er noe i psykologutdanningen som gjør at psykologer føler seg bedre rustet til å ta opp og snakke om temaer som for annen helsepersonell kan føles ubehagelig.

En meta-analyse foretatt av Paal et al. (2015) viser til at personlige verdier, emosjoner kroppslig og psykisk ubehag er blant de vanligste faktorene som helsepersonell opplever som hindringer for å integrere spiritualitet i arbeidet sitt. Studien konkluderer videre med at deltakere, her: helsepersonell, trenger tid og rom for å undersøke eget trossyn/livssyn<sup>2</sup> før de kan integrere spiritualitet i yrkesutøvelsen sin. Paal et. al (Paal et al.) påpeker at å inkludere spiritualitet i klinisk arbeid ikke vil være hensiktsmessig uten at helsepersonell adresserer og er bevisst på eget trossyn/livssyn og behov.

Meta-analysen hevder videre at helsepersonell må være forberedt på å møte sårbarhet, emosjoner/følelser og avvisning. Spirituell omsorg mer handler om å være til stede med pasienten og lytte, enn å «fikse» problemet (Paal et al., 2015).

Profesjonsutdanningen, hvert fall i Norge, er en generalistutdanning med opplæring og fokus på ulike terapiretninger. I blant annet emosjonsfokusert terapi blir viktigheten av emosjoner og følelser samt tilstedeværelse presisert (Greenberg, 2008). Blant fellesfaktorene for god terapi finner vi det å lytte til pasienten og være bevisst egen sårbarhet (Lorås et al., 2021). Det kan av dette antas at psykologutdanningen inneholder mye trening på disse områdene. Dette kan være noe av grunnen til at psykologer som en gruppe opplever mindre ubehag knyttet til å snakke om spirituelle temaer.

Psykologer oppgir også at de opplever mindre av hindringen «Det finner ikke noe egnet rom for å kunne snakke om spirituelle temaer (som jo er private) i trygge rammer».

I «Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare» skriver Peter Speck om at essensen av spirituelle møter handler om evnen til å lage et trygt rom hvor pasienten kan utforske vansker

---

<sup>2</sup> Det engelske ordet «beliefs» er her oversatt til trossyn/livssyn.

med personlig nytte og verdi, formålet med det som oppleves, mulighet til å få tilgang til styrke og støtte til å overskride «her og nå», og opprettholde håp for fremtiden. Han presiserer at spirituell omsorg krever fokus og relatering til helheten av personen som skal få denne omsorgen (Cobb et al., 2012).

En faktor som kan underbygge påstanden om at forskjellen av opplevelsen av hindringene «ubehag» og «ikke egnet rom» er spesielt tilknyttet psykologer og andre helsefaglige yrkesgrupper er at ingen av disse hindringene som oppleves signifikant forskjellig for psykologer og ikke-psykologer, gjentar seg mellom troende og ikke-troende psykologer.

Av dette kan det være interessant å utforske om opplevelsen av ubehag tilknyttet til spirituelle temaer og mangel på et egnet rom har en negativ eller positiv sammenheng med religiøsitetsgapet, som litteraturen viser til mellom psykologer og andre helsefaglige profesjoner (Mandelkow et al., 2021). Det kan også argumenteres for at eventuell forskjell i opplevelsen av hindringer mellom psykologer og ikke-psykologer på bakgrunn av religiøsitetsgapet ikke skiller disse spesifikke hindringene. For å ytterligere styrke eller svekke denne påstanden kan det være fordelaktig å undersøke eventuelle forskjeller mellom troende og ikke-troende personer i andre helsefaglige yrkesgrupper.

### *5.2 Hvilken sammenheng har tro og praktisering med opplevelsen av hindringer?*

Forskning peker på et gap mellom ønsket om å tilby spirituell omsorg og hvor mye det tilbys i praksis (Bar-Sela et al., 2019). Et av hovedpunktene til Bar-Sela og kollegaer handler om at mangel på egenopplevd spiritualitet blir en hindring for å integrere spiritualitet i arbeid med pasienter. Dette kan underbygge resultatene som fremkommer i korrelasjonsanalysen, hvor personer som oppgir at de enten tror eller praktiserer selv, uavhengig av hvilket trossyn de tilhører eller praktiseringsritualer som blir utført, oppgir en mindre opplevelse av flere av hindringene presentert i spørreskjemaet «Spiritual Care Competence Questionnaire».

Den største korrelasjonen kommer frem mellom opplevelsen av hindringen som omhandler mangel på kunnskap, og rapportering om å være aktivt troende og be eller meditere. De som oppgir at de i liten grad anser seg som troende og praktiserende, opplever mer av at de ikke har nok kunnskap om religion og spiritualitet til å bidra på en kompetent måte.

På samme måte er det en positiv korrelasjon mellom opplevelsen av at religion og spiritualitet ikke kommer under egne oppgaver og å være lite troende og praktiserende. Samtidig er det

flere studier som viser til at å integrere religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid, kan være fordelaktig for flere helsefaglige yrkesgrupper (Balboni et al., 2014; Hvidt & Assing Hvidt, 2019). Religiøse og spirituelle trossyn er ofte av stor betydning når det kommer til å veilede pasienter til hvilket type utfall de ønsker i terapi og hvilke mål de setter seg (Gladding & Crockett, 2019). Flere studier som har undersøkt pasienters behov og erfaringer med spirituell omsorg, viser til høyere tilfredshet hos pasienter når spirituelle behov blir møtt (Purvis et al., 2018; Tan et al., 2022; van de Geer et al., 2017). Det er imidlertid noen studier som har vist det motsatte, at egen tro og spiritualitet kan medføre utfordringer med eller ha en negativ innvirkning på terapeutisk behandling (Magaldi-Dopman et al., 2011; Pargament, 2011).

Gladding og kollegaer (2019) viser til et avvik mellom opplevd viktighet av å adressere religiøsitet og spiritualitet, og hyppigheten det faktisk ble adressert med pasienter. Studien identifiserer flere påstander som blir rangert som viktige av terapeuter. Å aktivt kommunisere respekt for pasienters spirituelle/religiøse trossyn, finne ut når egne spirituelle/religiøse skjevheter kunne påvirke terapiprosessen, besvare pasienters spirituelle/religiøse kommunikasjon med aksept og sensitivitet, unngå å pålegge egne spirituelle/religiøse perspektiver på pasienter og sammen komme frem til terapeutiske mål med pasienten som samsvarer med deres spirituelle/religiøse trossyn og verdier. Disse påstandene kan være med på å ytterligere tydeliggjøre hvordan inkludering av religiøsitet og spiritualitet kan se ut i terapirommet.

Det kan argumenteres for at mindre opplevelse av hindringer kan tyde på at yrkesutøveren har en fleksibilitet til å integrere ulike elementer i arbeidet med pasienter. Spesielt for psykologer vises det til at integrert psykoterapi er god psykoterapi (Benum et al., 2013). Eldre forskning har pekt på at utfall i terapi har en større sammenheng med terapeutens karakteristikk enn hvilken type behandling som benyttes (Alexander & Luborsky, 1986; Lambert & Okiishi, 1997). Nyere studier har ytterligere identifisert at pasient-terapeut-relasjonen i seg selv er en god prediktor for utfallet av terapien (Vocisano et al., 2004). Effektive terapeuter ser ut til å inneha en mellommenneskelig kapasitet som har grunnlag i den profesjonelle utøvelsen. Denne kapasiteten tenkes å ha en forankring i personlig liv og tilknytningshistorie (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Det er interessant at Heinonen og kollegaer viser til at karakteristikk forankret i personlig liv, kan medføre gode terapeutferdigheter. Den mellommenneskelige kapasiteten Heinonen og kollegaer beskriver omhandler evner som empati, verbal og nonverbal kommunikasjon og evne til å forme og reparere allianser. Det vises til viktigheten av relasjonelle evner og en varm interpersonlig stil

hos terapeuten, i tillegg til en trygg tilknytningsstil. Det kan tenkes at disse egenskapene i en terapeut kan medføre en mindre opplevelse av hindringer. Det er imidlertid nødvendig med ytterligere forskning for å undersøke eventuelle årsakssammenhenger.

### *5.3 Kan det hevdes at egen tro og praktisering medfører ekstra kunnskap?*

Det er kun en hindring hvor vi ser en signifikant forskjell i opplevelsen mellom troende psykologer og ikke-troende psykologer, og den omhandler kompetanse. Troende psykologer opplever mindre av hindringen «Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte». En mulig årsak til dette kan være at religiøsitetsgapet mellom psykologer og deres pasienter kommer til uttrykk i opplevelsen av manglende kunnskap.

Bar-Sela og kollegaer viser til at en av hovedfaktorene for å ikke inkludere spirituell omsorg blant leger og sykepleier var lite selvopplevd spiritualitet. Flere treningsprogrammer som er utviklet for å utvide og forbedre spirituell omsorg, innehar elementer som skal få deltakere til å reflektere over eget forhold til spiritualitet og hvordan det påvirker eget liv (van de Geer et al., 2017; Zollfrank et al., 2015). Det vises også til at slike treningsprogrammer har en positiv effekt på pasientomsorg og øker fokuset på spirituell omsorg (van de Geer et al., 2017; Zollfrank et al., 2015).

Puchalski og kollegaer skriver at spiritualitet er en naturlig del av det å være menneske som er universelt. Bevissthet over egen spiritualitet gjør helsepersonell mer sensitive til å forstå pasienters spiritualitet (Puchalski et al., 2014). Denne bevisstheten gjør det også mer komfortabelt å snakke om spiritualitet med pasienter (Mitchell et al., 2016; Rassoulilian et al., 2016; Selby et al., 2016).

Det er ikke en egen hindring som vurderer hvordan forhold til egen spiritualitet påvirker evnen til å integrere spiritualitet i klinisk arbeid, men det kan argumenteres for at lite bevissthet over eget forhold til spiritualitet kan føre til ubehag knyttet til å ta opp spirituelle temaer.

Siden ingen av hindringene presentert i Spiritual Care Competence Questionnaire direkte omhandler egen spiritualitet eller religiøsitet kan det drøftes hvorvidt manglende *egenspiritualitet*<sup>3</sup> kommer til uttrykk i manglende opplevd kompetanse og trygghet i et

---

<sup>3</sup> Med egenspiritualitet menes opplevd viktighet av spiritualitet i eget liv.



sekulært samfunn. Dette spesielt siden ikke-troende psykologer i studien vår ikke ser ut til å oppleve hindringen i like stor grad.

Anne-Marie Auestad skriver om kunnskapstilegning og emosjonell læring. Hun presiserer at kunnskap alene ikke er nok i psykologifaget. Dette handler om at selv om man har kunnskapen som fagperson, kan det være vanskelig å vite hvordan man skal anvende den riktig om man ikke har nok emosjonell læring og erfaring fra kliniske situasjoner. Auestad beskriver emosjonell læring som å jevnlig være åpen og søkende for det man ikke vet.

(Auestad, 1992), Det kan trekkes linjer fra dette til spiritualitetens plass i en klinisk hverdag

Kunnskap relatert til å forstå spiritualitet og religiøsitet identifiseres også som en av flere faktorer viktige for spirituell kompetanse (Anandarajah et al., 2010).

Imidlertid kan det også hevdes at hindringen «Jeg synes det er ubehagelig å snakke om spirituelle temaer» kan ha en sammenheng med manglende eller negativt forhold til egen spiritualitet. I en systematisk metastudie på treningsprogrammer for økt spirituell omsorg vises det til noen nøkkelpunkter som gjør treningen effektiv (Paal et al., 2015). Disse funnene beskrives som økt sensitivitet for deltakerens egen spiritualitet, tydeliggjøring av viktigheten av spirituell omsorg i helseomsorg og forberedelse på spirituelle møter. Det kan argumenteres for at det første punktet ytterligere tydeliggjør betydningen av en bevissthet rundt egen spiritualitet for helsepersonell som skal tilby spirituell omsorg.

Manglende kompetanse som en hindring for å inkludere og gi spirituell omsorg vises til i flere studier (Balboni et al., 2013; Epstein-Peterson et al., 2015). Deltakerne i studien til både Balboni og Epstein-Peterson er leger og sykepleiere. Det kan av dette argumenteres for at manglende kompetanse ser ut til å være en felles opplevd hindring blant flere helsefaglige profesjoner, derav også psykologer. Samtidig er det viktig å huske på at det er ulike utdanninger og behandlingssituasjoner for leger og psykologer, noe som kan medføre at manglende kompetanse tolkes og brukes på ulike måter.

Gladding og kollegaer (2019) har utarbeidet tre retningslinjer for å utvikle kompetanse i å adressere religiøse og spirituelle vansker i terapi. Retningslinjene innebærer tilegnelse av kunnskap, øke selvbevissthet og utvikle nye terapeutiske ferdigheter. Innenfor tilegnelse av kunnskap beskrives både kunnskap om de største verdensreligionene og spesifikke spirituelle og religiøse ritualer, men også kunnskap om viktigheten av religiøsitet og spiritualitet i terapeutisk historie samt identifisering av terapeutiske styrker og utviklingsområdet.

En annen studie understreker betydningen av kunnskap og et alternativ for tilegnelsen av denne, da det vises til at over 80 prosent av terapeuter som ikke opplevde seg selv sikre nok til å adressere religiøse og spirituelle vansker, uttrykte et ønske om lenger etterutdanning (Cashwell et al., 2013).

Det er nevneverdig at effektstørrelsen på hindringen om manglende kompetanse for troende og ikke-troende psykologer er større enn det som fremkommer i hindringene som er signifikant forskjellige mellom psykologer og ikke-psykologer. På bakgrunn av analyseresultatene kan det hevdes at ikke-troende psykologer opplever mangel på kunnskap som en større hindring enn andre helsefaglige profesjoner opplever at det enten er ubehagelig å snakke om spirituelle temaer eller at det ikke finnes et godt nok egnet rom for det.

Det er interessant hvorfor troende psykologer rapporterer at de opplever mindre av hindringen relatert til kompetanse. Det kan antas at en person som definerer seg selv som troende i enten spirituell og/eller religiøs forstand, ikke av den grunn automatisk innehar kompetanse om de fleste spirituelle og religiøse trosretninger. En mulig forklaring kan være at de fleste religioner og trosretninger har en felleskomponent, som gir den troende (med sin egen individuelle erfaring), en forståelse og bevissthet for det religiøse og spirituelles plass i livet.

Det vises til at de beste psykologene ikke nødvendigvis har omfattende kunnskap om alle psykiske lidelser, men de har ofte evnen til å sette seg inn i pasientens liv og situasjon og evne til å vise empati (Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

I tillegg kan hvordan «å bidra på en kompetent måte» diskuteres. Fra psykologens standpunkt kan «det å bidra på en kompetent måte» innebære en trygghet og tåleevne for hva enn som eventuelt måtte komme fra pasienten. Gitt at religion og spiritualitet er noe som studenter oppgir at de ikke får nok opplæring i, er det kanskje ikke så rart at det blir vanskelig å inneha en trygghet i terapeutstolen. Det kan trekkes linjer til at egen erfaring med tro og spiritualitet gir en trening og bevissthet som igjen fører til en trygghet til å skape et rom og snakke om dette med pasienter (Paal et al., 2015).

#### *5.4 Hvordan kan vi forstå og ta i bruk spirituell kompetanse?*

Spiritual Care Competence Questionnaire, som hindringene analysert i denne oppgaven er en tilleggsmodul til, måler syv andre faktorer som er utviklet for å måle spirituell omsorg.

Herunder er kunnskap «Knowledge» en egen faktor som spesifikt innebærer kunnskap om andre religioner. På samme tid omhandler faktoren dokumentasjon «Documentation»

kunnskap om måleinstrumenter. Kommunikasjonsfaktoren «Communication» illustrerer evne til å åpent diskutere spirituelle/eksistensielle spørsmål. Hindringen som omhandler kompetanse og hvor det fremkommer en signifikant forskjell mellom troende og ikke-troende psykologer er formulert «Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte». Det kan hevdes at denne hindringen kan tolkes som å etterspørre kunnskap om både etablerte religioner og måleinstrumenter, men samtidig en evne til å bruke kunnskap om åpen kommunikasjon og evnen til å muliggjøre/åpne for at pasienter kan snakke om sine spirituelle behov.

Anandarajah et al. (2010) deler i sin utvikling av et kompetansebasert læreplan opp kunnskap i seks underkategorier. Kunnskap omfatter i denne læreplanen «forståelse av begrepene religion og spiritualitet», «spiritualitet i pasientomsorg», «diversitet og påvirkning av tro», «roller til spesialressurser», «etiske vurderinger» og «empirisk litteratur».

Aanalysen i denne oppgaven tyder på at opplevelsen av manglende kunnskap og egen tro og praktisering er positivt korrelert. Det vil at individer som oppgir at det tror og praktiserer også oppgir en mindre opplevelse av manglende kunnskap til å integrere religiøsitet og spiritualitet i arbeidet sitt. For å kunne tilrettelegge til at helsepersonell føler seg kompetent til å ta opp religiøse og spirituelle temaer i terapi er det en fordel å identifisere hva opplevelsen av manglende kunnskap handler om.

Annen forskning har imidlertid tidligere pekt på at personlig religiøsitet kan ha en negativ innvirkning på kvaliteten av den spirituelle omsorgen som tilbys (Pargament, 2011; Propst et al., 1992). Det kan oppstå komplekse interaksjoner mellom pasienters spiritualitet og terapeuters spiritualitet (Magaldi-Dopman et al., 2011).

Blair (2015) argumenterer for at det er viktig for terapeuter å være bevisst på både egen og pasienters spiritualitet i terapi. For en åpen og utforskende holdning til pasienters spiritualitet, er det viktig at terapeuten selv har identifisert eget perspektiv på spiritualitet. Veiledning og egenerapi kan føre til en bedre forståelse for hvordan egen spiritualitet kan påvirke terapeutrollen og en bevissthet for egne antakelser og fordommer.

Flere studier viser til hvordan ulike treningsprogrammer kan bidra til en utvidelse av deltakernes eksisterende forståelse av spiritualitet. Trening i spirituell omsorg kan gjøre det lettere å skille mellom spiritualitet og religion (Awaad et al., 2015), og bedre forståelse for hvordan spiritualitet kan være både en positiv ressurs og en potensiell kilde til ubehag og vansker (Pearce et al., 2020). Spirituell omsorg forstås som mer enn bare tilknyttet til

religiøsitet og som omfattende av medfølelse, vennlighet, respekt og å finne ut hva som betyr mest for den enkelte pasient (Cooper & Chang, 2016). En slik holdning kan gjøre det enklere å integrere spiritualitet i klinisk arbeid, og kan medføre økende tilfredshet både hos pasienter og deres pårørende (Selman et al., 2017).

#### *5.4 En naturlig del av klinisk arbeid*

Gjennom fritekstsvarene opplyser helsepersonell om at eksistensielle temaer ofte dukker som en naturlig del av arbeidet. Dette kan argumenteres for å være et særdeles godt argument for at psykologer og andre helsefaglige profesjoner som for eksempel sykepleier og leger, bør inneha eksistensiell kompetanse som en del av utdanningen. Inkludering av eksistensiell kompetanse i utdanningen vil være en viktig ressurs for helsepersonell for å kunne yte best mulig omsorg til sine pasienter. En slik kompetanse integrert i utdanningen vil også kunne medføre større trygghet i profesjonsrollen, noe som er sentralt for å unngå utbrenthet i en arbeidshverdag som ofte kan være både fysisk og psykisk krevende (Benum et al., 2013)

Et av grunnene til religiøsitet og spiritualitet ikke adresseres i terapi er opplevelsen av å ikke ha nok tid. Forskning viser til at dette spesielt gjelder for klinikker og institusjoner som blir kompensert for antall klienter (Newsome & Gladding, 2017).

## 6. BEGRENSNINGER

Det totale antallet deltakere i studien (n=262) kan være en begrensning når det kommer til generaliserbarhet. Antallet psykologer i utvalget var 92 og tilsvarer kun omtrent en prosentandel av psykologer i Norge. Deltakerne i studien var ikke representative for privatpraktiserende eller kommunale foretak, da alle deltakerne hadde tilknytning til sykehusinstitusjoner. Psykiatere eller andre profesjoner som behandler pasienter med terapeutiske metoder ble heller ikke inkludert.

Deltagelse var frivillig, dette er også noe som kan skape skjevheter i resultatene da individer som stiller seg kritisk eller likegyldig til religiøsitet eller spiritualitet kan ha avstått fra å svare. Resultatene som er samlet inn er basert på selvrapporing. Det kan dermed være forskjeller som kunne vært tydeligere i andre mer objektive metoder. Eksempelvis kan begrepet «mediterer» forstås som å ikke omhandle religiøsitet eller spiritualitet, men omfatte andre praksiser som stressmestring eller refleksjon.

Opplevelsen av hindringer var selvrapporing, noe som kan medføre underrapporing for å opprettholde eksterne eller interne forestillinger.

Selv om det er statistisk signifikante resultater, er effektstørrelsen liten for funnene i det første forskningsspørsmålet. Dette vil begrense resultatenes bruksområder i praksis.

## 7. IMPLIKASJONER OG FORSLAG TIL TILTAK

Forskning over lang tid har vist at religiøsitet og spiritualitet er viktige aspekter for mange pasienter, og integreringen av dette i terapeutisk arbeid kan bidra til en mer helhetlig helseomsorg.

Flere studier viser imidlertid til at å integrere religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid, kan by på ulike utfordringer for helsepersonell. For at integreringen skal være hensiktsmessig er det helt sentralt å identifisere hvilke vansker som kan oppstå for helsepersonell og hvordan dette eventuelt kan håndteres.

Studien som datamaterialet ble samlet inn i forbindelse med argumenterer for at mangel på oppmuntring og inkorporering av spirituell kompetanse på helseforetak kan føre til at religiøsitetsgapet mellom helsepersonell og deres pasienter vedvarer. Både eldre og nyere forskning understreker viktigheten av at trening i spirituell omsorg blir innført i profesjonsutdanninger (Reme, 2009; Woodhouse & Hogan, 2020). Denne oppgaven belyser hvilke hindringer helsepersonell kan oppleve ved integrering av religiøsitet og spiritualitet i klinisk arbeid.

Et første skritt kan være å anerkjenne viktigheten av spirituell kompetanse og at det er en mangelvarer som flere studier har vist til (Jones et al., 2021). Et videre skritt kan være å undersøke hvordan det kan inkorporeres i generelle utdanningsløp og etterutdanninger. Det er utviklet flere treningsprogrammer som kan være fordelaktige å se nærmere på for dette formålet.

## 8. KONKLUSJON

Religiøsitet og spiritualitet er en nødvendig del av en helhetlig helseomsorg. Forskning viser til fordelene ved å integrere religiøsitet og spiritualitet i klinisk forskning. For en hensiktsmessig integrering er det samtidig viktig å identifisere hvilke eventuelle hindringer som helsepersonell kan møte på. Ved hjelp av en norsk validert versjon av Spiritual Competence Care Questionnaire belyser denne oppgaven hvilke hindringer som personer i helsefaglige yrker i Norge opplever i møte med pasienter. Oppgaven undersøker om det finnes forskjeller i opplevelsen av hindringer blant psykologer og ikke-psykologer, om det er en sammenheng mellom å være troende/praktiserende selv og opplevelsen av hindringer, og om det er en forskjell i opplevelsen av hindringer blant troende psykologer og ikke-troende psykologer i Norge.

Analysen av datamaterialet tyder på at psykologer opplever mindre ubehag ved å ta opp spirituelle temaer i møte med pasienter. Psykologer opplever også mindre av det ikke finnes noe egnet rom for å ta opp spirituelle temaer.

Korrelasjonsanalyse viser sammenhengen mellom egen tro og praktisering, og opplevelsen av hindringene presentert i Spiritual Competence Care Questionnaire. Det fremkommer en statistisk signifikant sammenheng for følgende hindringer:

- «Jeg skulle gjerne hatt mer tid til å snakke med mine pasienter om deres spirituelle behov.»
- «Jeg vet for lite om religion/spiritualitet til å bidra med noe på en kompetent måte.»
- «Jeg føler at religiøse/spirituelle temaer ikke er min oppgave.»
- «Jeg synes at min yrkesgruppe ikke er egnet for å tilby eksistensiell omsorg.»

Den største korrelasjonen med egen tro og praktisering ser vi for hindringen som omhandler opplevelsen av manglende kunnskap.

Det viser seg også at opplevelsen av manglende kunnskap innenfor religion og spiritualitet til å bidra på en kompetent måte, er den eneste hindringen som er signifikant forskjellig for psykologer som karakteriserer seg selv som troende og psykologer som ikke gjør det.

Det er interessant å knytte resultatet fra dette forskningsspørsmålet til forskningsspørsmålet som omhandler eventuelle ulikheter mellom troende og ikke-troende psykologer. Mellom psykologer og ikke-psykologer kommer det frem at ubehag og mangel på et trygt og egnet rom oppleves som mer hemmende for ikke-psykologer. Mellom troende og ikke-troende

psykologer ser vi derimot at ingen av disse hindringene oppleves signifikant forskjellige. Derimot ser vi at opplevelsen av manglende kunnskap til å bidra på en kompetent ser ut til å være en større hindring mellom troende og ikke-troende psykologer.

I videre forskning kan det være av interesse å undersøke om vi finner lignende forskjeller i opplevelsen av hindringer blant andre yrkesgrupper. Det er også av interesse å se om det er forskjeller i opplevde hindringer på bakgrunn av praktisering eller andre former for tros- og livssyn . Det er utviklet mange treningsprogrammer som kan være effektive for en økt integrering av religiøsitet og spiritualitet bland helsefaglige profesjoner. Det kan være hensiktsmessig å undersøke i videre forskning hvordan treningsprogrammer kan implementeres og nyttiggjøres i et sekulært samfunn.



## 9. REFERANSELISTE

- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Happiness, health, and religiosity: Significant relations. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 85-97. <https://doi.org/10.1080/13694670500040625>
- Aguirre Román, J. (2016). Habermas y el rol de la religión en la esfera pública: el caso de la eugenesia liberal. *Franciscanum*, 58(166), 49-85. <https://doi.org/10.21500/01201468.2517>
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 325-366). Guilford Press.
- Anandarajah, G., Craigie, F. J., Hatch, R., Kliewer, S., Marchand, L., King, D., Hobbs, R. I., & Daaleman, T. P. (2010). Toward Competency-Based Curricula in Patient-Centered Spiritual Care: Recommended Competencies for Family Medicine Resident Education. *Academic Medicine*, 85(12), 1897-1904. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181fa2dd1>
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis [<https://doi.org/10.1002/jclp.20049>]. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- American Psychological Association, (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for Psychologists. *American psychologist*, 58, 377-402. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.377>
- Auestad, A.-M. (1992). Om emosjonell læring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 29(10).
- Awaad, R., Ali, S., Salvador, M., & Bandstra, B. (2015). A Process-Oriented Approach to Teaching Religion and Spirituality in Psychiatry Residency Training. *Academic Psychiatry*, 39(6), 654-660. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0256-y>
- Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The Relationship between Medicine, Spirituality and Religion: Three Models for Integration. *Journal of Religion and Health*, 53(5), 1586-1598. <http://www.jstor.org.ezproxy.uio.no/stable/24485230>
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Peteet, J. R., Prigerson, H. G., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2013). Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *Journal of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467. <https://doi.org/10.1200/jco.2012.44.6443>

- Bar-Sela, G., Schultz, M. J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., Gafer, N., Albashayreh, A., Ghrayeb, I., Turker, I., Ozalp, G., Kav, S., Fahmi, R., Nestoros, S., Ghali, H., Mula-Hussain, L., Shazar, I., Obeidat, R., Punjwani, R., . . . Silbermann, M. (2019). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliative and Supportive Care, 17*(3), 345-352.  
<https://doi.org/10.1017/S147895151800055X>
- Barnett, J. E., & Johnson, W. B. (2011). Integrating Spirituality and Religion Into Psychotherapy: Persistent Dilemmas, Ethical Issues, and a Proposed Decision-Making Process. *Ethics & Behavior, 21*(2), 147-164.  
<https://doi.org/10.1080/10508422.2011.551471>
- Benum, K., Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi : et integrativt perspektiv*. Pax.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). The doctor's role in helping dying patients with cancer achieve peace: A qualitative study. *Palliative Medicine, 28*(9), 1139-1145.  
<https://doi.org/10.1177/0269216314536455>
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016). Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *J Clin Med, 5*(9).  
<https://doi.org/10.3390/jcm5090077>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care, 19*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
- Blair, L. J. (2015). The influence of therapists' spirituality on their practice: A grounded theory exploration. *Counselling and Psychotherapy Research, 15*(3), 161-170.
- Büssing, A., Baumann, K., Jacobs, C., & Frick, E. (2017). Spiritual dryness in Catholic priests: Internal resources as possible buffers. *Psychology of Religion and Spirituality, 9*, 46-55. <https://doi.org/10.1037/rel0000063>
- Cashwell, C. S., Young, J. S., Fulton, C. L., Willis, B. T., Giordano, A., Daniel, L. W., Crockett, J., Tate, B. N., & Welch, M. L. (2013). Clinical Behaviors for Addressing Religious/Spiritual Issues: Do We Practice What We Preach? [<https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2013.00024.x>]. *Counseling and Values, 58*(1), 45-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2013.00024.x>

- Cobb, M. R., Puchalski, C. M., & Rumbold, B. (2012). *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.001.0001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Laurence Erlbaum.
- Cooper, K. L., & Chang, E. (2016). Undergraduate nurse students' perspectives of spiritual care education in an Australian context. *Nurse Educ Today*, *44*, 74-78.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.020>
- Crosby, J., & Bossley, N. (2012). The religiosity gap: Preferences for seeking help from religious advisors. *Mental Health, Religion & Culture*, 141-159.  
<https://doi.org/10.1080/13674676.2011.561485>
- Davie, G. (2015). *Religion in Britain : a persistent paradox* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Dunn, M. S. (2005). The Relationship Between Religiosity, Employment, and Political Beliefs on Substance Use Among High School Seniors [Article]. *Journal of Alcohol & Drug Education*, *49*(1), 73-88.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=16802911&site=ehost-live&scope=site>
- Epstein-Peterson, Z. D., Sullivan, A. J., Enzinger, A. C., Trevino, K. M., Zollfrank, A. A., Balboni, M. J., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2015). Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *32*(7), 750-757.  
<https://doi.org/10.1177/1049909114540318>
- Frick, E., & Schießl, A. (2015). Frick E & Schießl A (2015) Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern. *Z Med Ethik* 61:47-56. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, *61*, 47-56.
- Frick, E., Theiss, M., Rodrigues Recchia, D., & Büssing, A. (2019). Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala. *Spiritual Care*, *8*.  
<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>
- Furseth, I. (2018). *Religious Complexity in the Public Sphere : Comparing Nordic Countries* [Book]. Palgrave Macmillan.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1579385&site=ehost-live&scope=site>

- Furseth, I., Kühle, L., Lundby, K., & Lövheim, M. (2019). Religious Complexity in Nordic Public Spheres. *Nordic Journal of Religion and Society*, 32(1), 71-90.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1890-7008-2019-01-05>
- Gladding, S. T., & Crockett, J. E. (2019). Religious and spiritual issues in counseling and therapy: Overcoming clinical barriers. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21(2), 152-161. <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1476947>
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49, 49-59.  
<https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.49>
- Harris, K. A., Howell, D. S., & Spurgeon, D. W. (2018). Faith concepts in psychology: Three 30-year definitional content analyses. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(1), 1-29. <https://doi.org/10.1037/rel0000134>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Holmberg, Å. (2012). Familieterapeuters møte med det åndelige og eksistensielle mennesket. *Fokus på familien*, 40(1), 49-66. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2012-01-04>
- Holmberg, Å., Jensen, P., & Ulland, D. (2017). To make room or not to make room: Clients' narratives about exclusion and inclusion of spirituality in family therapy practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(1), 15-26.  
<https://doi.org/10.1002/anzf.1198>
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious Involvement and U.S. Adult Mortality. *Demography*, 36(2), 273-285.  
<https://doi.org/10.2307/2648114>
- Hvidt, N. C., & Assing Hvidt, E. (2019). Religiousness, Spirituality and Health in Secular Society: Need for Spiritual Care in Health Care? In G. Lucchetti, M. F. Prieto Peres, & R. F. Damiano (Eds.), *Spirituality, Religiousness and Health: From Research to Clinical Practice* (pp. 133-152). Springer International Publishing.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-21221-6_9)
- Psykologisk Institutt, (19.01.2017). *Bakgrunn*. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/foransatte/enhetssider/sv/psi/prosjekter/revisjon-av-studieprogrammer-2017/bakgrunn/>
- James, W. (1902). *Varieties of religious experience: A study in human nature*. New York: Longmans, Green & Co.

- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e261-e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*, 186(9), 513-521. <https://doi.org/10.1097/00005053-199809000-00001>
- la Cour, P., Ausker, N. H., & Hvidt, N. C. (2012). Six Understandings of the Word ‘Spirituality’ in a Secular Country. *Archive for the Psychology of Religion*, 34(1), 63-81. <https://doi.org/10.1163/157361212X649634>
- Lambert, M. J., & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66-75. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00100.x>
- Lorås, L., Thuen, F., & Binder, P.-E. (2021). *Håndbok i individualterapi* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Magaldi-Dopman, D., Park-Taylor, J., & Ponterotto, J. G. (2011). Psychotherapists' spiritual, religious, atheist or agnostic identity and their practice of psychotherapy: a grounded theory study. *Psychother Res*, 21(3), 286-303. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.565488>
- Mandelkow, L., Frick, E., Büsing, A., & Reme, S. E. (2021). Norwegian psychotherapy: religiosity gap and spiritual care competence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1938343>
- Mandelkow, L., & Reme, S. (2022). Religious Sensitivity at Secular Universities – A Cross-Sectional Replication Study among Norwegian Psychology Students. *Nordic Journal of Religion and Society*, 35, 4-19. <https://doi.org/10.18261/njrs.35.1.1>
- Mitchell, C. M., Epstein-Peterson, Z. D., Bandini, J., Amobi, A., Cahill, J., Enzinger, A., Noveroske, S., Peteet, J., Balboni, T., & Balboni, M. J. (2016). Developing a Medical School Curriculum for Psychological, Moral, and Spiritual Wellness: Student and Faculty Perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(5), 727-736. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.018>
- Newsome, D. W., & Gladding, S. T. (2017). *Clinical mental health counseling in community and agency settings*. Pearson Education Canada.

- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2021). The psychology of religion and spirituality: How big the tent? *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 3-13.  
<https://doi.org/10.1037/rel0000218>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping : theory, research, practice*. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., & Stanik, P. (2003). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis1 [<https://doi.org/10.1002/jclp.10225>]. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1335-1348. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.10225>
- Pearce, M. J., Pargament, K. I., Oxhandler, H. K., Vieten, C., & Wong, S. (2020). Novel Online Training Program Improves Spiritual Competencies in Mental Health Care. *Spirituality in clinical practice (Washington, D.C.)*, 7(3), 145-161.  
<https://doi.org/10.1037/scp0000208>
- Prest, L. A., & Keller, J. F. (1993). SPIRITUALITY AND FAMILY THERAPY: SPIRITUAL BELIEFS, MYTHS, AND METAPHORS\* [<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1993.tb00973.x>]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(2), 137-148.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1993.tb00973.x>
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.1.94>
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie Psychotherapie, (2016). “Berufsethische Richtlinien” [Professional ethical guidelines]. <https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/beruf/ber-foederation-2016.pdf>
- Norsk Psykologforening, (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. *Oslo: Norsk Psykologforening*.

- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, *17*(6), 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Purvis, T. E., Crowe, T. Y., Wright, S. M., & Teague, P. (2018). Patient Appreciation of Student Chaplain Visits During Their Hospitalization. *Journal of Religion and Health*, *57*(1), 240-248. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0530-x>
- Paal, P., Helo, Y., & Frick, E. (2015). Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, *69*(1), 19-30. <https://doi.org/10.1177/1542305015572955>
- Rassoulilian, A., Seidman, C., & Löffler-Stastka, H. (2016). Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. *Medicine*, *95*(38). [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/09200/Transcendence,\\_religion\\_and\\_spirituality\\_in.43.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2016/09200/Transcendence,_religion_and_spirituality_in.43.aspx)
- Reber, J. S. (2006). Secular Psychology: What'S the Problem? *Journal of Psychology and Theology*, *34*(3), 193-204. <https://doi.org/10.1177/009164710603400302>
- Reme, S. E. (2009). Er religion neglisjert i psykologutdanningen. *Psykologtidsskriftet*.
- Repstad, P. (2020). *Religiøse trender i Norge*. Universitetsforlaget.
- Rupert, D., Moon, S. H., & Sandage, S. J. (2019). Clinical training groups for spirituality and religion in psychotherapy. *Journal of Spirituality in Mental Health*, *21*(3), 163-177. <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1465879>
- Seidlitz, L., Abernethy, A. D., Duberstein, P. R., Evinger, J. S., Chang, T. H., & Lewis, B. b. L. (2002). Development of the Spiritual Transcendence Index. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *41*(3), 439-453. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1468-5906.00129>
- Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurrpa, K., & Fitch, M. (2016). A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting. *Journal of Palliative Medicine*, *19*(11), 1197-1204. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0135>
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N., & Hope, J. (2017). Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, *32*(1), 216-230. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>

- Skinner, B. F. (1972). *Beyond freedom and dignity*. Jonathan Cape.
- Skinner, B. F. (2019). *Walden II*. Arneberg forl.
- Sperry, L., & Shafranske, E. P. (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. American Psychological Association.
- Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(suppl\_3), 24-33.  
[https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24)
- Tan, H., Rumbold, B., Gardner, F., Snowden, A., Glenister, D., Forest, A., Bossie, C., & Wyles, L. (2022). Understanding the outcomes of spiritual care as experienced by patients. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(2), 147-161.  
<https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1793095>
- Tancredi, L. (2005). *Hardwired Behavior: What Neuroscience Reveals about Morality*. Cambridge University Press. [https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9780511499500](https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9780511499500)
- van de Geer, J., Groot, M., Andela, R., Leget, C., Prins, J., Vissers, K., & Zock, H. (2017). Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes: Results of a quasi-experimental study. *Palliative Medicine*, 31(8), 743-753.  
<https://doi.org/10.1177/0269216316676648>
- Vilchinsky, N. O. A., & Kravetz, S. (2005). How Are Religious Belief and Behavior Good for You? An Investigation of Mediators Relating Religion to Mental Health in a Sample of Israeli Jewish Students [<https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00297.x>]. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(4), 459-471.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00297.x>
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A. J., Borian, F. E., McCullough, J. P., Kornstein, S. G., Riso, L. P., & Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 255-265. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.255>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment : studies in the theory of emotional development* (Vol. 64). Hogarth.
- Woodhouse, R., & Hogan, K. F. (2020). “Out on the edge of my comfort”: Trainee counsellor/psychotherapists' experiences of spirituality in therapy—A qualitative exploration [<https://doi.org/10.1002/capr.12264>]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(1), 173-181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/capr.12264>



Worthington, E. L. (2016). *Forgiveness and spirituality in psychotherapy : a relational approach* (S. J. Sandage, Ed. First edition. ed.). American Psychological Association.

Zollfrank, A. A., Trevino, K. M., Cadge, W., Balboni, M. J., Thiel, M. M., Fitchett, G., Gallivan, K., VanderWeele, T., & Balboni, T. A. (2015). Teaching Health Care Providers To Provide Spiritual Care: A Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, *18*(5), 408-414. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0306>