



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



„Spiritual Care“ – Aufgabe der Pflegenden?

HB Symposium Werte, Pflege & Betreuung, Haus der Barmherzigkeit,
Wien, Österreich, 21. November 2019

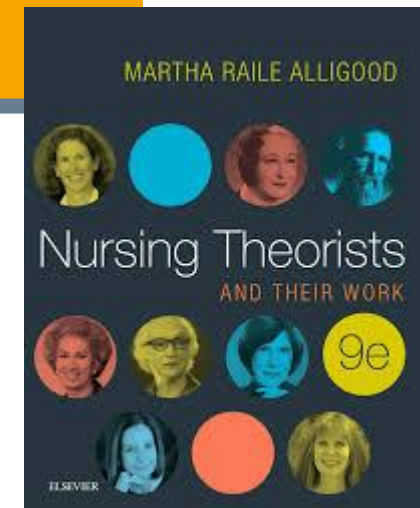
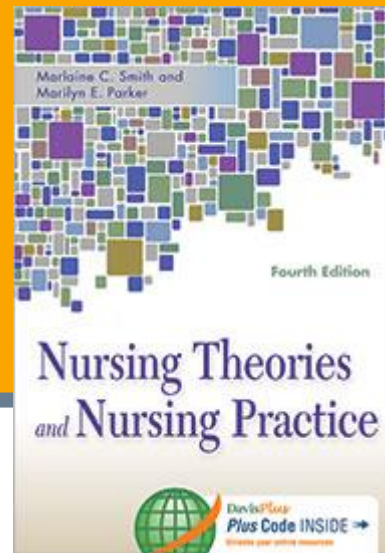
Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha

▶ Gesundheit

Übersicht

- ❖ Pflegewissenschaft heute
- ❖ Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft
- ❖ Spiritual Care Aktivitäten
- ❖ Perspektive der Betroffenen und Angehörigen
- ❖ Hindernisse und fördernde Faktoren
- ❖ Modelle zu Spiritual Care in der Pflegewissenschaft
- ❖ Schlussfolgerung und Empfehlungen

Pflegewissenschaft



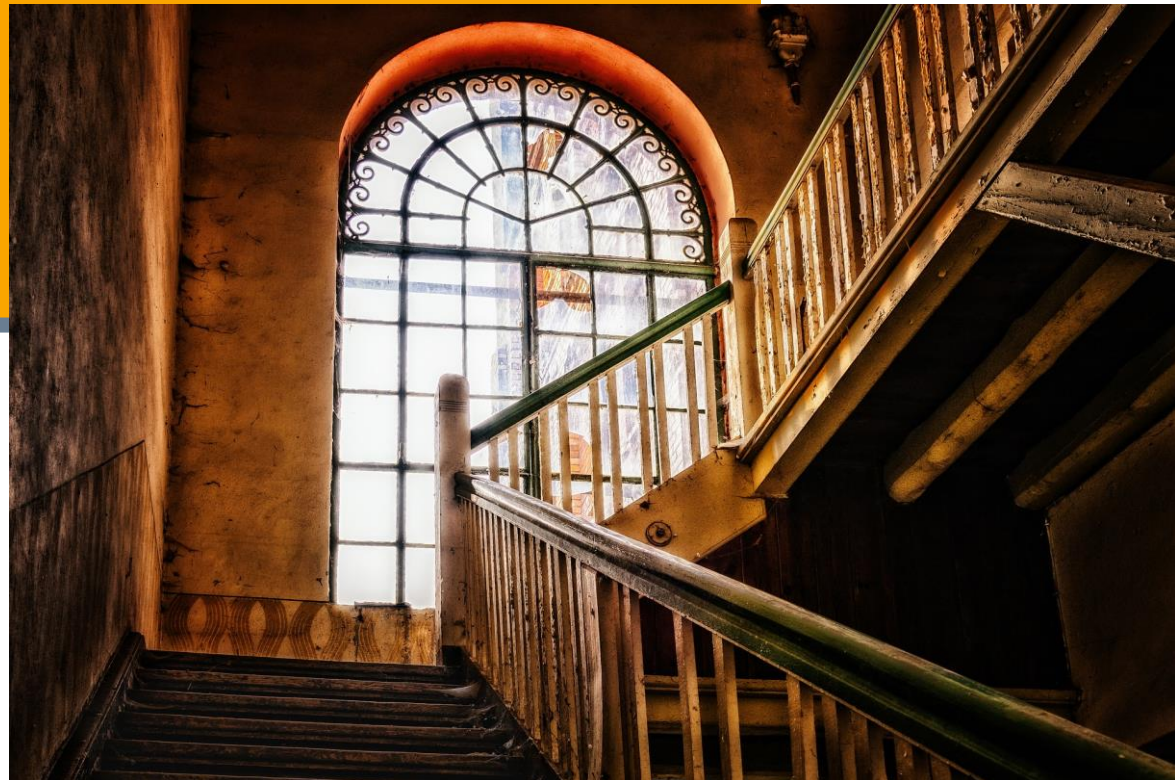
Die Pflegewissenschaft im Lauf der Zeit (2)



Definition der Pflegewissenschaft

- ❖ *Nursing science is both the process of inquiry and accumulating body of contingent truths that support the historically derived unifying focus of nursing* (Willis et al., 2008, Grace & Zumstein-Shaha, 2019).
- ❖ Die Pflegewissenschaft ist sowohl Forschungsprozess als auch die Menge an bedingter Wahrheit, der den einzigartigen, historisch gewachsenen Fokus der Pflege unterstützt (frei übersetzt nach Willis et al., 2008, Grace & Zumstein-Shaha, 2019).

Religion und Spiritualität in der Pflegerwissenschaft



Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft ⁽¹⁾

- ❖ Generell wird Pflege mit Glauben verbunden, hier in der westlichen Welt mit der Judäo-Christlichen Tradition (Käppeli, 2001, McSherry, 2006).
- ❖ Religion und Spiritualität werden unterschieden und je nach Betrachtungsweise:
 - ❖ Religion beinhaltet Spiritualität
 - ❖ Spiritualität umfasst Religion (Gaillard Desmedt & Shaha, 2013).
- ❖ Definitionen von Religion beinhalten Aspekte eines Glaubens an ein höheres Wesen, eine höhere Macht, Gottheit, das Ausüben von Ritualen, das Unternehmen von Aktivitäten, sowie das Teilhaben an gemeinschaftlichen Aktivitäten (McSherry & Cash, 2004).
- ❖ Religion steht in Zusammenhang mit institutioneller Ausübung von Glauben, Riten, etc. (Edwards, Pang, Shiu & Chan, 2010).

Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft ⁽²⁾

- ❖ Definitionen von Spiritualität beinhalten das Verbindende, die Transzendenz sowie den Lebenssinn.
- ❖ Es geht um Aspekte, die ausserhalb der wissenschaftlichen erfassbaren Möglichkeiten liegen und das Menschliche übersteigen (Martin, 1978, p. 12, in Pesut, 2010, p. 16).
- ❖ Spiritualität wird definiert als
 - ❖ “a way of being in the world in which a person feels a sense of connectedness to self, others, and/or a higher power or nature; a sense of meaning in life; and transcendence beyond self, everyday living, and suffering” (Weathers, McCarthy, & Coffey, 2016, p. 93).

Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft ⁽³⁾

❖ Auch zu nennen:

- ❖ Spiritueller Distress ist eine „Disruption in ...life ...that pervades a person’s entire being, and that integrates and transcends one’s biological and psychosocial nature (Nanda, 1999, p. 68, in Caldeira, Carvalho & Vieira, 2013, p. 77-78).

❖ Sowie

- ❖ Spiritual Care ist „that care that is embodied in the nurse’s respect for patient’s dignity, display of unconditional acceptance and love, honest nurse-patient relationship, and the fostering of hope and peace.” (Sawatzky & Pesut, 2005, in Monareng, 2012, p. 3).

Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft ⁽⁴⁾

- ❖ Zunahme von Diskussionen zu Religion und Spiritualität in den vergangenen Jahrzehnten (Käppeli, 2001, McSherry & Draper, 1998, Pesut, Fowler, Reimer-Kirkham, Taylor & Sawatzky, 2009, Weathers, McCarthy & Coffey, 2016).
- ❖ Gründe dafür sind:
 - ❖ die Ganzheitlichkeit (Dossey, 2010),
 - ❖ die zunehmende Wichtigkeit der Alternativmedizin (Garrett, 2016),
 - ❖ Die Pflegediagnosen von NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Burkhart & Androwich, 2009).
 - ❖ Aber auch gesellschaftliche und politische Veränderungen wie Migration, in Frage stellen von bestehenden Werten, religiös motivierte kriegerische Auseinandersetzungen, etc. (Garrett, 2016, McSherry & Draper, 1998).

Religion und Spiritualität in der Pflegewissenschaft ⁽⁴⁾

- ❖ Der ganzheitliche Zugang gründet auf Hermeneutik, Phänomenologie und Feminismus (Omery, Kasper & Page, 1995).
- ❖ Religion und Spiritualität sind Teil des ganzheitlichen Zugangs (Cash, 2006; McSherry, 2006).
- ❖ Die zunehmende Wichtigkeit der Alternativmedizin gründet auf:
 - ❖ Die starke Wissenschaftsorientierung der Medizin
 - ❖ Die Suche nach Humanismus und Menschlichkeit in medizinischen Behandlungssituationen
 - ❖ Die Ganzheitlichkeit
 - ❖ Das Mystische.
- ❖ Zunehmend haben sich Pflegefachpersonen in alternativen Heilmethoden ausgebildet (Garrett, 2016).
- ❖ Diese Entwicklungen zeigen sich in Pflegediagnosen:
 - ❖ Bereit sein für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden,
 - ❖ Spiritueller Distress,
 - ❖ Spirituelles Wohlbefinden (NANDA International Inc., 2018-2020).

Spirituelle Bedürfnisse



<https://www.fiercehealthcare.com/practices/training-helps-doctors-talk-to-patients-about-spiritual-needs>

Spirituelle Bedürfnisse (1)

- ❖ Spirituelle Bedürfnisse können beinhalten (nicht abschliessend):
 - ❖ offene Arbeiten abschliessen,
 - ❖ Vergeben,
 - ❖ Versöhnen,
 - ❖ Loslassen,
 - ❖ Akzeptanz,
 - ❖ Lebensübersicht und Erinnerungsarbeit,
 - ❖ sich engagieren und involviert sein,
 - ❖ Kontrolle haben,
 - ❖ einen positiven Ausblick haben,
 - ❖ über „normale“ Dinge sprechen,
 - ❖ über den Tod und das Sterben reden,
 - ❖ ein Wunsch nach Normalität und Alltag (Edwards et al., 2010).

Spirituelle Bedürfnisse ⁽²⁾

- ❖ Manifestieren sich mit der Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Krankheit wie z. Bsp. Krebs (Lee & Loiselle, 2012, Zumstein-Shaha & Alder, 2018).
- ❖ Werden häufig nur teilweise und nicht systematisch erhoben.
- ❖ Ein institutioneller und systemischer Zugang fehlt (Astrow et al. 2007, Csef & Hefner 2007, Hocker et al. 2014, Jim et al. 2015, Beernaert et al. 2016).
- ❖ Hingegen, in der Palliativmedizin und -pflege werden spirituelle Bedürfnisse systematisch und regelmässig erhoben.
- ❖ Es wird auch auf diese eingegangen (Edwards, Pang, Shiu & Chan, 2010).

Auswirkungen von unbeantworteten spirituellen Bedürfnissen

- ❖ Entwicklung und Manifestation von Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, spirituellem Distress,
- ❖ Einschränkung des Wohlbefindens, der Lebensqualität, Platzen von Zukunftsplänen, eingeschränkte Freiheit,
- ❖ Leiden und Hadern mit der Situation, dem Schicksal (Lee et al., 2015, O'Connor et al., 2007, Taylor, 2006, Weathers et al., 2016, Zumstein-Shaha & Alder, 2018),
- ❖ Verstärkung von Krankheitssymptomen und Verschlechterung des Allgemeinzustands,
- ❖ Verschlechterung von psychischen Symptomen,
- ❖ Erhöhter Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen, längere Spitalaufenthaltszeiten, etc. (Edwards et al., 2010).

Schweizer Studie zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer Krebsdiagnose und ihren Angehörigen



Hintergrund ⁽¹⁾

- Mehrheit der Menschen mit Krebs möchten, dass sich Gesundheitsfachpersonen für ihre spirituelle Orientierung interessieren
- Betroffene erachten Aufmerksamkeit auf spirituelle Anliegen als ein wichtiger Teil der Krebsbehandlung durch:
 - Ärzte (87%)
 - Pflegefachpersonen (85%)
- Erwartung an das Pflegefachpersonal bezüglich spiritueller Anliegen ist individuell und unterschiedlich (Frick, Riedner, Fegg, Hauf, & Borasio, 2006, Vallurupalli, et al., 2012, Nixon & Narayanasamy, 2010).

Hintergrund ⁽²⁾

- Auf spirituelle Anliegen wird kaum eingegangen → Bis zu 82%
 - Gründe dafür sind vielseitig
 - Fachpersonen wissen nicht was sie sagen sollen
 - fühlen sich unwohl, wenn Stille auftritt
 - möchten sich nicht in Privatleben einmischen
 - fühlen sich nicht vorbereitet um auf spirituelle Bedürfnisse einzugehen
- Nicht eingehen auf spirituelle Bedürfnisse/Anliegen =
Betreuungsqualität ↓ (Jim et al., 2015, Astrow et al., 2007, Connors, Good & Gollery, 2016, McSherry & Jamieson, 2011).

Problematik

- Spiritualität ist in der Bewältigung der Krebserkrankung anerkannt

Jedoch:

- Keine einheitliche Definition vorhanden
- Wenig Literatur vorhanden
- Spirituelle Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen unklar → Anliegen unklar
- Wird in der Praxis kaum erfragt
- Fokussierung auf primäre Bedürfnisse → psychisch/physisch (sozial)
- Rolle/Aufgaben von Fachpersonen unklar (Büssing & Frick, 2015).

Zielsetzung

Exploration von:

- spirituellen Bedürfnissen von onkologischen Patientinnen/Patienten und Angehörigen
- Anliegen an Fachpersonen (insbesondere Pflegefachpersonen) bezüglich Spiritual Care

Ziel:

- Untersuchung der Bedeutsamkeit von Spiritualität und Spiritual Care
- Mögliche Dimension des spirituellen Wohlbefindens aufzeigen und beschreiben

Konstrukt des spirituellen Wohlbefindens besser verstehen

Fragestellung:

„Welche spirituellen Bedürfnisse haben Krebspatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen und welche Anliegen an Spiritual Care haben Betroffene an Pflegefachpersonen?“

Methoden (1)

Design: Interpretive Description nach S. Thorne:

- Einbezug verschiedener Methoden:
 - Datenerfassung
 - Datenanalyse (Thorne, 2016; Polit, Beck & Hungler, 2010, Flick, von Kardorff, & Steinke, 2002; Polit & Beck, 2017).

Ein und Ausschlusskriterien, Stichprobe

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Patientinnen/ Patienten und Angehörige	<ul style="list-style-type: none">• Alter: >18 Jahre• Urteilsfähigkeit• Sprechen und lesen fließend in deutscher Sprache• Aufgeklärt über Krebsdiagnose• Unterzeichneter Informed Consent	<ul style="list-style-type: none">• Kognitive Beeinträchtigungen• Psychische Erkrankung
Patientinnen/ Patienten	<ul style="list-style-type: none">• Krebserkrankung	<ul style="list-style-type: none">• Benigne Krebserkrankung• End-of-Life
Angehörige	<ul style="list-style-type: none">• Einwilligung zur Teilnahme durch betroffene Person liegt vor• Regelmässige Unterstützung des Betroffenen (organisatorisch, pflegerisch oder auch emotional)	

Setting

Regionalspital, Bern

Anrufung der kantonalen Ethikkommission

Methoden (2)

- **Dyadisches Interview**

Themen	Themen
Selbstbetrachtung	Hoffnung und Kraftquellen, eigene Glaubensüberzeugungen (spirituell/ gläubig/religiös): Praktizierung von Glauben, Sinn des Lebens
Stellenwert und Einfluss	Veränderungen von Hoffnung und Kraft, Einfluss Überzeugungen auf Umgang mit sich selbst, Rolle Überzeugungen auf Genesungsprozess
Integration	Identifikation von wichtigen Gesprächspartner; Personen/ Gruppen (Glaubensgemeinschaften; Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe) und ihre Funktionen
Fachpersonen	Rollen von Fachpersonen (Pflegefachpersonen/Ärzte) im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen/Anliegen

- **Ergänzende Erhebungsinstrumente:**
 - FACIT-Sp-12 → spirituelles Wohlbefinden
 - EQ-5D-5L → Lebensqualität
 - Soziodemografischer und medizinischer Fragebogen
- **Datenanalyse nach Tuckett (2005).**

Ergebnisse: Studienteilnehmende

80%



20%



**Krebspatientinnen/-
patienten**

















Alter	
Krebspatientinnen/- patienten	51.2 Jahre
Angehörige	46.7 Jahre

Krebsart	n= 7
Brustkrebs	4
Lungenkrebs	1
Sarkom	1
Hodgkin-Lymphom	1

Ergebnisse: Dyaden

Interviewkonstellationen:

Interview	Patient/in und Angehörige/r		
1.	Patientin und Tochter		
2.	Patient und Ehefrau		
3.	Patientin und Ehemann		
4.	Patientin und Vater		
5.	Patientin und Schwester		
6.	Patientin und Tochter		
7.	Patientin und Tochter		

Dyaden:

- Mutter/Tochter= 3
- Ehepaare= 2
- Vater/Tochter= 1
- Geschwister= 1

Ergebnisse: Erleben der Erkrankung

Einsamkeit vs. Zeit für sich

- „Am Morgen ist niemand da zum Reden. Bis ich aufstehe ist eine dunkle Last auf mir.“ (Patientin 1)
- „Was mir geholfen hat ist, dass ich Zeit für mich hatte. Das habe ich gebraucht, weil ich so viel irgendwie einordnen musste für mich.“ (Patientin 3)

Sinn/Bedeutung

- „Es macht keinen Sinn mehr. Ich weiss nicht, wie lange ich noch da bin.“ (Patientin 3)

→ Keine Ziele mehr:

- „Wenn ich in die Zukunft schaue, sehe ich eine weisse Wand. Ich hatte das Gefühl, ich kann mir keine Ziele mehr setzen“ (Patientin 3)

→ Prioritäten neu ordnen

- „Ich mache nur noch das, was ich wirklich machen will. Vorher habe ich gemacht, was man machen muss.“ (Patientin 4)

Über Sinnfragen sprechen

- „Meine Onkologin hat einen Nachmittag mit mir gemacht - über Sinnfragen. Das habe ich sehr gut empfunden.“ (Patientin 1)

Ergebnisse: Glauben als Ressource

Differenzierung von Begrifflichkeiten:

- „Ich sage dem nicht religiös, sondern ich glaube, dass der Glaube an meinen Gott nicht eine Religion ist.“ (Patientin 7)
- „Für mich ist das nicht eine Religion, sondern das umfasst mein ganzes Leben, meine Identität. Deshalb würde ich es als gläubig bezeichnen.“ (Angehörige 7)

Gefühl des Nicht alleine sein:

- „Gott ist immer dabei. Das hat mir irrsinnig geholfen, und das hat mir gewaltig Ruhe gegeben“ (Angehöriger 4)

Erleichterung und Trost durch das Praktizieren des Glaubens (Gebet, Singen, vor Gott sein):

- **Gebet:** „Ich kann reden mit Jesus wie mit Ihnen, wo ich alles sagen darf, auch wenn es mir nicht gut geht, und merke, das bringt Erleichterung, das bringt Trost“ (Patientin 7)

Rückzugsort:

- „Ich fühlte mich so oft unwürdig, wie man da die Brust zusammenquetscht. Ich musste wie gedanklich weg von dieser Situation, und dort hat er mir sehr geholfen. Ich bin immer irgendwie an einen Wohlfühlort, wo ich mit Gott bin“ (Patientin 4)

Ergebnisse: Unterstützung durch Fachpersonen

Vertrauen ausstrahlen:

- „Manchmal waren die Breast Care Nurse mir näher als meine Freundinnen. Wie sie mit mir geredet oder [mich] abgeholt haben, oder wenn sie einfach nichts gesagt haben, hattest du immer das Gefühl, es ist gut.“ (Patientin 4)
- „Ob sie geredet haben oder nicht geredet haben, aber sie waren da, sie waren präsent.“ (Angehörige 5)
- „Man hat in den Interaktionen gemerkt, was für ein Vertrauensverhältnis die da aufbauen konnten. Das war beruhigend.“ (Angehöriger 4)

Ernstgenommen werden :

- „Nicht auslachen oder belächeln, weil das ist in dem Moment wie das einzige, was dich hält. Wenn ich gemerkt habe, dass mein Vis-à-vis meinen Glauben belächelt, sagte ich nichts mehr.“ (Patientin 4)

Unterstützung durch Fachpersonen:

- „Ich denke, das ist das, was mein Leben ausmacht, dieser Glaube und dort wünsche ich mir, unterstützt zu werden bis zum Schluss.“ (Patientin 7)

Unterstützende Beziehungen

Unterstützung durch Familie/Freunde:

- „Was mir sehr geholfen hat, ist meine Familie, mein Mann.“ (Patientin 3)
- “Für mich ist die Anteilnahme von Freunden eine Hilfe gewesen.“ (Patientin 1)
- “Sie haben mir mega geholfen. Das war so ermutigend.“ (Patientin 4)
- „Plötzlich fallen 50% vom Manpower aus. Nur dank unserem sozialen Umfeld haben wir das überhaupt hingekriegt.“ (Angehöriger 3)

→ Intensivere vs. extensive Beziehungen:

- “Es ist eine intensivere Beziehung entstanden. Auch von mir zu den Kindern.“ (Patientin 1)
- „Freunde habe ich z.T. nicht in meiner Nähe ertragen. Dafür Leute, die etwas Schlimmes erlebt haben. oder wie das Gespür hatten, waren mir in dieser Zeit nahe.“ (Patientin 4)

→ Engerer Zusammenhalt

- „Im ersten halben Jahr sind wir enorm aneinander geblieben. Es hat uns enger zusammengebracht und wir waren ja schon lange zusammen.“ (Angehöriger 3)

Zusammengefasst

Ernst genommen werden:

- „Es ist wichtig, dass einem das Gegenüber ernst nimmt.“ (Patientin 5)

Erklärungen und praktische Unterstützung erhalten:

- „Ich wollte wissen, was habe ich denn, was ist denn das, wie geht jetzt das weiter? Ich habe mich nicht abgeholt gefühlt in meinem Fragen.“ (Patientin 4)

Individuelle Betreuung und Beratung

- „Ich kann jetzt Sachen schnell aufschreiben und nachfragen. Oder ein Angebot machen (und dem Patienten die Wahl lassen?), nehme ich es an oder nicht? Ich glaube, das ist das Entscheidende, denn es ist alles so individuell. Also jede Krebsart ist individuell, jeder Weg ist individuell.“ (Patientin 5)

Diskussion

- Menschen mit Krebs und ihre Angehörigen zeigten spirituelle Bedürfnisse und Anliegen:
 - Glaube
 - Gedanken zum Sinn des Lebens und Pläne für die Zukunft,
 - emotionale Unterstützung (Einsamkeit und Angst)
 - unterstützende Beziehungen
- Angehörige sind genauso betroffen wie Patientinnen/Patienten
- Spiritualität spielt eine weniger Rolle im Umgang mit einer Krebserkrankung
- Strategien im Umgang sind vorhanden (Jim et al., 2015, Nixon & Narayanasamy, 2010, Taylor, 2006, Coward & Kahn 2004, Heller & Heller 2014, Kissane et al., 2006).

Limitationen

- Rekrutierung
- Patientenpopulation
 - Krebserkrankung
 - Glaubenshintergrund
- Methode
 - Kleine Stichprobe → keine direkten Vergleiche möglich
 - Zurückhaltung von Informationen aus Rücksicht zueinander
 - Bleibt offen ob es weitere spirituelle Bedürfnisse und Anliegen gibt (Merkens, 2015).

Spiritual Care



Spiritual Care ⁽¹⁾

- ❖ Spiritualität ist inhärenter Teil der Pflege (McBrien, 2010; Pesut, 2009).
- ❖ Klärung von eigenen Werten und Vorstellungen zentral. Starkes Vertrauen ist nötig; in sich selber als Fachperson, aber auch von Betroffenen in die Fachpersonen (Kortner, 2009).
- ❖ Erreichen einer gewissen Selbstverständlichkeit im Umgang mit Spiritualität und Spiritual Care (Cone & Giske, 2018; Deal & Grassley, 2012).
- ❖ Interprofessionelles Ausleben von Spiritualität und Durchführen von Spiritual Care unter Einbezug der seelsorgerischen Fachpersonen (Daaleman, 2012; Daly & Fahey-McCarthy, 2014, Puchalski, 2001).
- ❖ Aufbau einer tiefen Verbundenheit mit Betroffenen und Angehörigen durch Ausüben von Spiritual Care (Deal & Grassley, 2012; Puchalski, 2001).
- ❖ Jedoch: Spiritualität kann problematisch sein für Pflegefachpersonen (Molzahn & Sheilds, 2008; Skomakerstuen Odbehr, Kvigne, Hauge, & Danbolt, 2015).

Spiritual Care (2)

- ❖ Für die Umsetzung des ganzheitlichen Ansatzes und für Spiritual Care ist es nötig, dass Pflegefachpersonen:
 - ❖ „True Presence“ oder wahre Präsenz zeigen (Parse, 1998; Edwards et al., 2010),
 - ❖ Eine Caring-Haltung einnehmen,
 - ❖ Bei sich und für sich das Menschliche identifizieren,
 - ❖ Sich zutrauen, religiöse und spirituelle Anliegen anzusprechen, zu fördern oder zu unterstützen (Cone & Giske, 2016),
- ❖ Es gilt, das Menschliche in den Betroffenen zu erkennen und darauf einzugehen,
- ❖ Anerkennung ist wichtig für Fachpersonen, dass sie Spiritual Care anbieten können (Cavendish, Edelman, Naradovny, et al., 2007).

Spiritual Care ⁽³⁾

- ❖ Ansprechen von Spiritualität oder Anbieten von Spiritual Care durch alle Fachpersonen (Barss, 2012; Ellis & Narayanasamy, 2009).
- ❖ Häufiger positive, motivierende Haltung, Zuspruch oder Nachfragen zu spirituellen Erlebnissen als das Gebet, v.a. durch medizinische Fachpersonen (Epstein-Peterson et al., 2015; Puchalski, 2001).
- ❖ Eingehen auf von Betroffenen initiierte Gebete, v. a. von Pflegefachpersonen (Epstein-Peterson et al., 2015; Puchalski, 2001).
- ❖ Sinnsuche oder in Frage stellen des Lebenssinns aufgrund einer Krankheitssituation.
- ❖ Unterstützen der Betroffenen in der Sinnsuche, in der Verbundenheit mit anderen, mit einer höheren Macht, Gott oder auch der Natur.
- ❖ Fördern des spirituellen Dialogs und des Austauschs zwischen Betroffenen und Fachpersonen, um religiöse oder spirituelle Anliegen zu besprechen.
- ❖ Beachten von geeigneten Lokalitäten.
- ❖ Ziel: Harmonische Verbundenheit z. Bsp. in Form des Ausübens von konfessionsbezogenen Aktivitäten (Monareng, 2012).

Spiritual Care ⁽⁴⁾

- ❖ **Fragen zu Spiritualität von Betroffenen** (Epstein-Peterson et al., 2015; Puchalski, 2001, Wittenberg, Ragan, & Ferrell, 2017).
- ❖ **Spiritual Care von unterschiedlich ausgebildeten Fachpersonen** (Epstein-Peterson et al., 2015).
- ❖ **Systematisches Erheben von Konfessionszugehörigkeit, aber wenig Systematik in der Erhebung von Spiritualität sowie im Angebot von Spiritual Care** (Molzahn & Sheilds, 2008; Ruder, 2013).
- ❖ **Wichtigkeit von Überweisung an seelsorgerische Fachpersonen** (Epstein-Peterson et al., 2015).
- ❖ **Spirituelle Anamnesen sowie Nachfrage zu spirituellen Erlebnissen und positive Zusprüche von medizinischen Fachpersonen** (Epstein-Peterson et al., 2015; Puchalski, 2001).
- ❖ **Eingehen auf Fragen zu Spiritualität und Spiritual Care hauptsächlich am Lebensende** (Canfield et al., 2016; Kortner, 2009).

Spiritual Care Aktivitäten ⁽³⁾

- ❖ „True Presence“, i.e., wahrhafte Präsenz, das wirkliche Dasein bei Betroffenen und Angehörigen ist essentiell (Delaney, Barrere, & Helming, 2011, du Plessis, 2016; Parse, 1998, Puchalski, 2001).
- ❖ Bei den Betroffenen sitzen, zuhören, mit ihnen sprechen, mit ihnen Erfolge feiern und sie unterstützen, mit ihnen weinen,
- ❖ Zugeben, nicht alle Antworten zu besitzen, Verwundbarkeit zulassen, die Schwierigkeit des Moments zuzulassen,
- ❖ Erlebnisse austauschen, z. Bsp. zu Trauer,
- ❖ Aus spirituellen oder biblischen oder anderen heiligen Texten lesen,
- ❖ Respektvoll mit Verstorbenen umgehen,
- ❖ Spezifische Rituale und Bräuche sowie spirituelle Handlungen berücksichtigen, z. Bsp. je nach Religion,
- ❖ Ganzheitlichkeit und ganzheitliche Pflege sind wichtig (Ellington et al., 2017).

Spiritual Care Aktivitäten ⁽⁴⁾

- ❖ Die Betroffenen berühren, eine Hand auf die Schulter legen oder die Hände halten,
- ❖ Die Betroffenen in Selbsthypnose oder Meditation anleiten,
- ❖ Zu Atemübungen zu motivieren oder geleitete Visualisierung sowie andere Entspannungstechniken anwenden,
- ❖ Pflegefachpersonen, insbesondere Nurse Practitioner, können dabei anleiten und relevante Unterlagen gestalten (Helming, 2009).
- ❖ Zentral ist das Dokumentieren der Erhebung sowie der gewählten Interventionen. Dabei sollten auch die damit erzielten Resultate festgehalten werden (Tanyi, McKenzie, & Chapek, 2009).

Modelle von Spiritual Care in der Pflegerwissenschaft



T.R.U.S.T. Modell (1)

- ❖ Mit diesem Modell können insbesondere Pflegefachpersonen im ganzheitlichen Zugang unterstützt werden.
- ❖ T.R.U.S.T. ist ein Akronym und steht für „Tradition“, „Reconciliation“, „Understanding“, „Search“ und „Teaching“ (Barss, 2012).

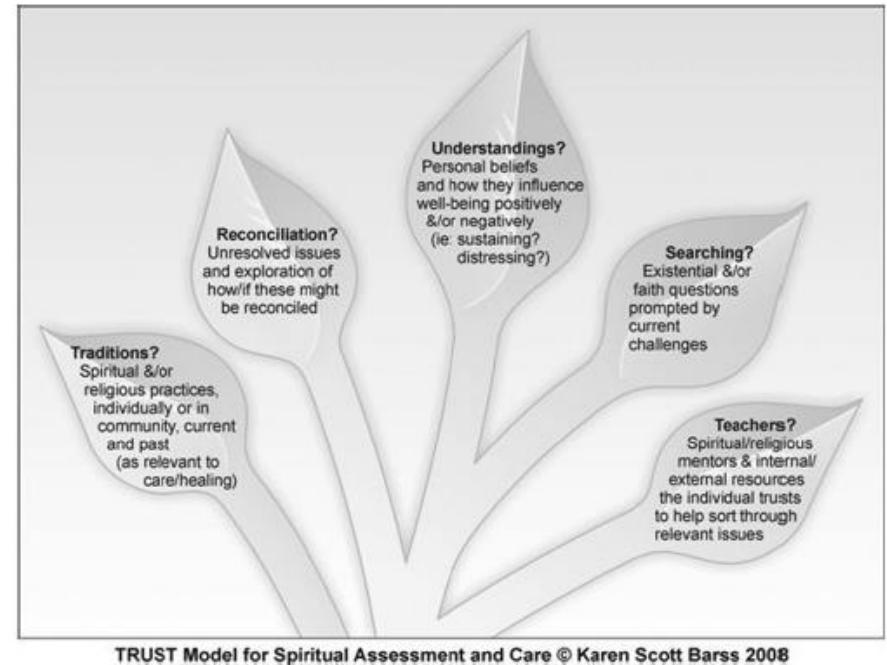
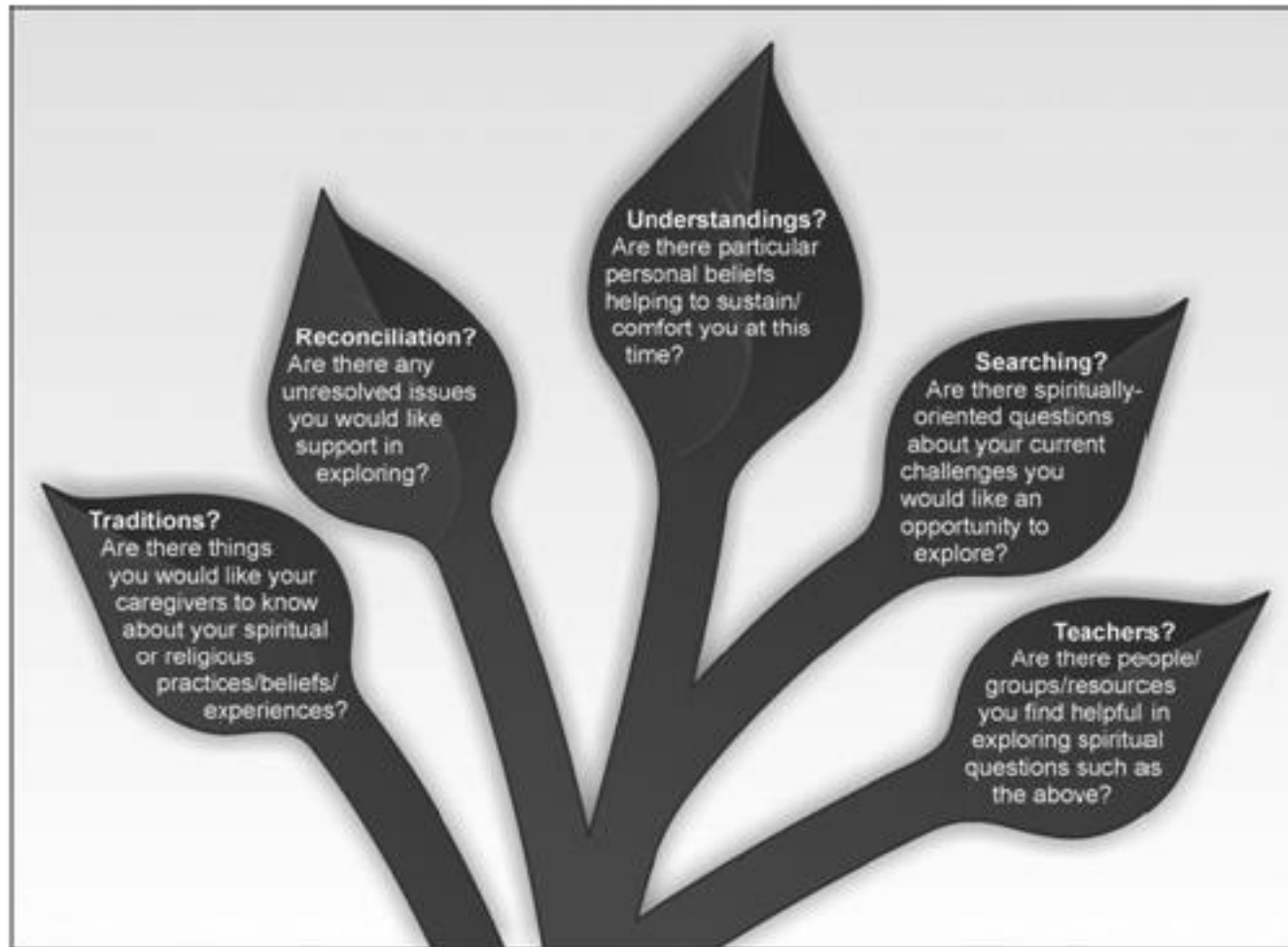


Figure 2. T.R.U.S.T. Model for Spiritual Assessment and Care

T.R.U.S.T. Modell (2)



Initial Assessment Questions © Karen Scott Barss 2008

AMEN-Modell ⁽¹⁾

- ❖ Ziel ist der bessere Umgang mit Vorstellungen von Wunder in Zusammenhang mit lebensbedrohlichen und -limitierenden Erkrankungen (Cooper, Ferguson, Bodurtha, & Smith, 2014).
- ❖ AMEN: „affirm, meet, educate, no matter what“.
 - ❖ „affirm“ beinhaltet die Fähigkeit der Fachpersonen, auf Hoffnung, Werte und Haltung der Betroffenen und ihren Angehörigen einzugehen,
 - ❖ „meet“ weist darauf hin, dass Fachpersonen die Betroffenen und ihre Angehörigen dort abholen, wo sie sich befinden,
 - ❖ „educate“ zeigt auf, dass Fachpersonen Aufklärung betreiben oder Informationen weitergeben müssen oder dürfen,
 - ❖ „no matter what“ bedeutet, dass Fachpersonen Betroffenen und Angehörigen versichern, sie in der Situation zu begleiten, unabhängig von dem, was kommen mag,
- ❖ Mit diesem Modell können Fachpersonen ihre Beziehung zu Betroffenen und Angehörigen gestalten und gemeinsam Lösungen finden.

AMEN-Modell ⁽²⁾

- ❖ Umfasst die Kombination von Selbst-Reflexion der Fachpersonen, die Patient-Dignity-Question (PDQ), das FICA-Instrument und AMEN-Protokoll für onkologische Betroffene und deren Angehörige (Ellington, Billitteri, Reblin, & Clayton, 2017).
- ❖ Geeignet für das ganze Trajekt der Krebserkrankung.
 - ❖ Fachpersonen sollen mit Hilfe des FICA-Instruments Selbsterkenntnis und Achtsamkeit entwickeln.
 - ❖ Mit der PDQ – „Was muss ich über Sie als Person wissen, um Ihnen die best-mögliche Betreuung zu bieten?“ – den Betroffenen und Angehörigen begegnen.
 - ❖ Erheben einer spirituellen Anamnese mit dem FICA-Instrument.
 - ❖ Ein Gespräch anhand des AMEN-Leitfadens zu Spiritualität führen (Ellington et al., 2017, p. 521).

AMEN-Modell (3)

FICA Instrument zur Erfassung der spirituellen Anamnese (Puchalski & Romer, 2000, in Ellington et al., 2017, 521):

- F: Glaube.
 - Was ist Ihr Glaube? Halten Sie sich für spirituell oder religiös? Was gibt Ihrem Leben Sinn?
- I: Wichtigkeit und Einfluss.
 - Was ist wichtig in Ihrem Leben? Welchen Einfluss hat das auf Sie und wie sorgen Sie dabei für sich? Welcher Glaube hat Ihr Verhalten während der Erkrankung beeinflusst?
- C: Gemeinde.
 - Sind Sie Teil einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft? Wie erfahren Sie da Unterstützung? Gibt es Personen oder eine Gruppe von Personen, die Sie wirklich lieben oder die Ihnen sehr wichtig sind?
- A: Ansprechen.
 - Wie möchten Sie, dass wir als Fachpersonen mit Ihnen in Ihrer Betreuung darüber sprechen?

AMEN-Modell (4)

Fragen zu Würde (Chochinov et al., 2015, in Ellington et al., 2017, 521):

- Was müssen Fachpersonen über Sie wissen, um umfassende Betreuung zu bieten?
- Was müssen Fachpersonen, die ins Zimmer kommen, über Sie als Person wissen?
- Sollten sie spezifische Eigenschaften von Ihnen kennen?
- Wie steht es mit Kernrollen oder Beziehungen?
- Müssen sie etwas zu wichtigen Glaubensgrundsätzen oder Befürchtungen wissen?

AMEN Protokoll (Cooper et al., 2014, in Ellington et al., 2017, 522):

- **Affirm**: Den Glauben der Betroffenen stärken durch Ernst nehmen.
- **Meet**: Die Betroffenen dort abholen, wo sie sind.
- **Educate**: Als Fachpersonen aufklären und informieren.
- **No matter what**: Unabhängig von allem, die Betroffenen und über das eigene Engagement bestärken.

Vorläufiges Fazit

- ❖ Modelle zur Integration und Förderung von Spiritualität in der klinischen Praxis existieren.
- ❖ Gemeinsamkeiten:
 - ❖ Fachpersonen müssen sich ihre eigenen Werte, Vorstellungen und Haltungen bezüglich ihrer Spiritualität oder Religion klären.
 - ❖ Betroffenen und Angehörige werden als Menschen wahrgenommen.
 - ❖ Es soll eine Beziehung aufgebaut werden, die über ein normales Gespräch hinausgeht → Es können persönliche und elementare Aspekte angesprochen oder sogar bearbeitet werden.
 - ❖ Dadurch können Gesundheit oder Wohlbefinden der Betroffenen und Angehörigen gefördert werden.
 - ❖ Die Fachpersonen erfahren persönliches Wachstum und Zufriedenheit.

Guideline zu Spiritual Care von palliative.ch



<https://www.gaia.com/article/spirituality-101-how-become-more-spiritual-your-daily-life>

Spiritual Care Guideline ⁽¹⁾

- ❖ Auftrag von palliative.ch
- ❖ Schweizweit
- ❖ Adressaten:
 - ❖ Fachpersonen in Palliativmedizin und -pflege
 - ❖ Fachpersonen, die Personen in Palliativsituationen oder am Lebensende betreuen
- ❖ Ziele sind:
 - ❖ Spirituelle Ressourcen und Krisen
 - ❖ Wahrnehmung, Erkundung und Dokumentation
 - ❖ Grundhaltung und Kompetenzen
 - ❖ Interprofessionelle Zusammenarbeit und professionsspezifische Rollen
 - ❖ Ethische Standards
 - ❖ Institutionelle Rahmenbedingungen
 - ❖ Aus-, Fort- und Weiterbildung
- ❖ www.palliative.ch/de/fachbereich/task-forces/spiritual-care

Spiritual Care Guideline (2)

- ❖ Religion:
 - ❖ Gemeinschaft mit bestimmten Traditionen, Rituale, Texte und Glaubensinhalte teilt (Christentum, Judentum, Islam, Buddhismus, Hinduismus u. a. in jeweils unterschiedlichen konfessionellen und kulturellen Ausprägungen).
- ❖ Religiosität:
 - ❖ Über die institutionelle Religionszugehörigkeit hinaus den persönlichen Glauben und die eigene Form, religiös zu leben.
- ❖ Spiritualität:
 - ❖ Verbundenheit einer Person mit dem, was ihr Leben trägt, inspiriert und integriert, sowie die damit verbundenen existenziellen Überzeugungen, Werthaltungen, Erfahrungen und Praktiken, die religiöser oder nicht-religiöser Art sein können.
- ❖ Palliative Care:
 - ❖ Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.
 - ❖ Vorausschauend miteinbezogen, die Kuration der Krankheit wird nicht mehr als möglich erachtet,
 - ❖ Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt.
 - ❖ Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. (Palliative Care Strategie des Bundes, S. 8)

Spiritual Care Guideline ⁽³⁾

- ❖ R/S als lebensbestimmende Dimension
- ❖ Gemeinschaftliche Einbettung wahrnehmen
- ❖ R/S bei Entscheidungen am Lebensende einbeziehen
- ❖ Ressourcen stärken und spirituelle Belastungen validieren
- ❖ Spirituelle Dimensionen von Krankheitssymptomen im palliativen Kontext
- ❖ Auf kritische Momente und spirituelle Aspekte von Sterbeverläufen achten
- ❖ Spirituelle Erlebnisse und symbolische Kommunikation am Lebensende validieren

Spiritual Care Guideline ⁽³⁾

❖ Wahrnehmen:

- ❖ Formen der Begegnung und der Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen auch auf spirituelle Aspekte zu achten

❖ Erkunden:

- ❖ Um spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen in sensibler Weise erkunden zu können, bedarf es vertrauensbildender Kommunikationsformen und eines sicheren Rahmens. Ein schrittweises Vorgehen, das Patientinnen und Patienten auf diskrete Weise Möglichkeiten zur Selbstmitteilung eröffnet, dürfte in der Regel der beste Weg sein
- ❖ Wertanamnese, wie sie u.a. im Rahmen eines Advance Care Planning erhoben wird

Spiritual Care Guideline (4)

❖ Dokumentieren:

- ❖ sie ist Teil des allen Mitgliedern des Behandlungsteams zugänglichen Dokumentationssystems;
- ❖ alle beteiligten Berufsgruppen sind aufgefordert,
- ❖ Beobachtungen und Vereinbarungen zu R/S zu dokumentieren, sofern sie für die Behandlung relevant sind;
- ❖ die besonderen und kontextspezifischen professionellen Rahmenbedingungen bzgl. der Möglichkeit und Grenzen seelsorglicher Kommunikation
- ❖ müssen berücksichtigt werden (Stichwort: Seelsorgegeheimnis);
- ❖ zentrale Komponenten der Dokumentation sind:
 - ❖ a) Wer ist involviert (oder sollte involviert werden)?
 - ❖ b) Welche Beobachtungen sind für den interprofessionellen Austausch wichtig und sollten in die weitere Planung einbezogen werden?
 - ❖ c) Welche für die Planung oder den Krisenfall wichtigen Vereinbarungen wurden getroffen

Faktoren zur Förderung und Hinderung von Spiritual Care



<https://www.gaia.com/article/spirituality-101-how-become-more-spiritual-your-daily-life>

Hindernisse und Förderfaktoren

- ❖ Bedarf an Schulung, Ausbildung und Anleitung bei Fachpersonen.
- ❖ Bedarf an Unterstützung in der Identifikation der eigenen Werten und Haltungen sowie deren Klärung
- ❖ Fehlende Richtlinien und Rahmenbedingungen in Institutionen des Gesundheitswesens.
 - ❖ Mangel an Einbindung von Anliegen zu Spiritualität und Spiritual Care in das interprofessionelle Team.
 - ❖ Mangelhaft ausgebildete interprofessionelle Zusammenarbeit,
 - ❖ undefiniert oder unbekannte Mitglieder des interprofessionellen Teams,
- ❖ Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen kaum bekannt,
- ❖ Unklarer Einbezug der Familie (Bowers & Rieg, 2014; Edwards et al., 2010).

Hindernisse und Förderfaktoren

- ❖ Mangel an Qualitätskriterien.
 - ❖ Spiritualität ist etwas Intimes,
 - ❖ Problematisch, Spiritualität zu thematisieren,
 - ❖ Spiritualität gleichgesetzt mit Religion,
 - ❖ Unklarheit bezüglich geeignete Lokalitäten.
-
- ❖ Unterstützende Faktoren:
 - ❖ Genügend Zeit- und Personenressourcen,
 - ❖ Chance für Selbstreflexion,
 - ❖ Förderung des Bewusstseins (Edwards et al., 2010).

Diskussion



Spiritualität und Pflegewissenschaft

- ❖ Aufgrund der Geschichte besteht eine enge Verbindung zwischen Religion, Spiritualität und Pflege, bzw. Pflegewissenschaft (Käppeli, 2001, Monareng, 2012, Weathers et al., 2016).
- ❖ Im Gegensatz zu anderen Disziplinen hat sich die Pflegewissenschaft eingehend mit der Begrifflichkeit „Spiritualität“ auseinandergesetzt. Mehrere Konzeptanalysen existieren dazu (Monareng, 2012, Weathers et al., 2016).
- ❖ Aufgrund der zunehmenden Bedeutsamkeit von Ganzheitlichkeit in der Pflege, wächst auch die Wichtigkeit von Spiritualität sowie religiösen Aspekten (Dossey, 2016, Edwards et al., 2010).
- ❖ Dazu kommt, dass religiöse Aspekte aber auch Spiritualität immer mehr thematisiert werden aufgrund der aktuellen politischen Lage sowie der Migration (Edwards et al., 2010).

Spiritualität in der Praxis

- ❖ Daher überrascht kaum, dass auch die Pflege versucht, eigene Modelle zu Spiritualität zu entwickeln. Ziel ist die Umsetzung in der Praxis (Barss, 2012, Cooper et al., 2014, Ellington et al., 2017).
- ❖ Die Modelle geben Möglichkeiten für die systematische Erhebung von spirituellen Aspekten bei Betroffenen vor (Barss, 2012, Cooper et al., 2014, Ellington et al., 2017, Edwards et al., 2010).
- ❖ Dennoch ist die Umsetzung langsam und von mehreren Hindernissen begleitet wie fehlende Strukturen oder mangelnde Ausbildung (Bowers & Rieg, 2014, Dossey, 2016, Edwards et al., 2010).
- ❖ Es wäre beabsichtigt, dass religiöse und spirituelle Aspekte einerseits Teil der normal erhobenen Anamnese werden, genauso wie das selbstverständliche thematisieren dieser Aspekte in der Pflege oder das Anbieten von geeigneten Interventionen (Bowers & Rieg, 2014, Edwards et al., 2010).

Limitierungen

- ❖ Trotz vieler literarischer Auseinandersetzungen mit Religion und Spiritualität in der Pflege (Käppeli, 2001, Edwards et al., 2010, Monareng, 2012, Weathers et al., 2016),
- ❖ Trotz existierender, Evidenz-basierter Guidelines (Peng-Keller et al., 2018),
- ❖ Trotz verschiedener Bemühungen, der Verbesserung von Strukturen und Ausbildungen (Ellington et al., 2017),
- ❖ Ist festzustellen, dass Befragungen der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen auf einem Minimum bleiben.
- ❖ Viele Studien fokussieren auf Fachpersonen wie Ärztinnen, Ärzte, Pflegefachpersonen oder Seelsorgende (Röthlisberger, 2018, Zumstein-Shaha & Cox, 2017).
- ❖ Ausserdem nehmen viele der Studien aktuelle Gegebenheiten wie die Veränderung der Verbreitung von Religionszugehörigkeiten, etc. nicht auf (Edwards et al., 2010, Röthlisberger, 2018, Zumstein-Shaha & Alder, 2018).

Schlussfolgerung und Empfehlungen



https://www.google.ch/search?q=spirituality+nursing+science&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjPrLm8ulreAhUBposKHWetBGIQ_AUIDigB&biw=1280&bih=579#imgrc=_fGiv3JoLnkCXM:

Schlussfolgerungen

- ❖ Unsystematisches und unregelmässiges Thematisieren von Spiritualität und Anbieten von Spiritual Care, ausser Konfession,
- ❖ Häufiger in der Palliativbehandlung und -pflege sowie am Lebensende.
- ❖ Jedoch weisen Personen mit Krebs sowie deren Angehörige bereits zu Beginn der Erkrankung spirituelle Bedürfnisse aus (Röthlisberger, 2018).
- ❖ Modelle und Theorien zur Implementierung von solchen Fragen existieren,
- ❖ Einige dieser Modelle und Theorien schon auf ihre Umsetzbarkeit untersucht mit positiven Ergebnissen (Christman & Mueller, 2017; Leget, 2007; Mueller, 2015; Reed, 2014; Vermandere et al., 2015; Watson & Smith, 2002),
- ❖ Spiritualität bedeutet, den Menschen zu erkennen, mit ihm eine sinnvolle Beziehung aufzubauen und zu gestalten.

Empfehlungen für die Praxis

- ❖ Stärkung der Verbundenheit mit dem Selbst, mit anderen und/oder einer höheren Macht, Gott oder ähnlichem (Coward & Kahn, 2004),
- ❖ Humanistische Praxis, Personen-zentrierte und ganzheitliche Praxis, „True Presence“ (Parse, 1998),
- ❖ Gruppen- oder Einzelinterventionen zu „Mindfulness-based Stress Reduction“ (MBSR) oder „Comprehensive Coping Strategy Program“ (Gaston-Johansson, Haisfield-Wolfe, Reddick, Goldstein, & Lawal, 2013; Piderman et al., 2015),
- ❖ Weitere Aktivitäten wie Gebete, aus der Bibel oder ähnlichen Texten lesen (Bowers & Rieg, 2014; Piderman et al., 2015; Puchalski, 2001),
- ❖ Bezug zur Natur, Haustieren oder anderem,
- ❖ Unterstützung im Umgang mit Katastrophengedanken oder negativen religiösen Vorstellungen,
- ❖ Einbezug der Familie und Zugehörigen (Gaston-Johansson et al., 2013).

Empfehlungen für die Forschung

- ❖ Bedarf an Klärung bezüglich Spiritualität und Religion für die Pflegewissenschaft,
- ❖ Forschung nötig zu Spiritualität und Religion im Verlauf des Betreuungskontinuums,
- ❖ Evaluationen zur Identifikation der Resultate des Einbezugs von Spiritualität und Angebots von Spiritual Care,
- ❖ Entwicklung von Interventionen,
- ❖ Daten zu den verschiedenen Fachpersonen, zu den Familien sowie zu geografischen Bereichen.

Empfehlungen für Ausbildung und Management

- ❖ Ausbildung
 - ❖ Ausbildung zu Selbstreflexion, Werteklä rung, humanistischen Praktiken sowie Interprofessionalität,
- ❖ Management
 - ❖ Rahmenbedingungen und Strukturen schaffen,
 - ❖ Richtlinien entwickeln (Edwards et al. 2010).
 - ❖ Entwicklung und Umsetzung von Qualitätskriterien.

Take Home Message

- Menschen mit Krebs und Angehörige haben spirituelle Bedürfnisse von Beginn der Erkrankung,
 - Angehörige sind genauso betroffen wie Menschen mit Krebs,
 - Spiritualität ≠ Religiosität → Vorsicht beim Gebrauch von Begrifflichkeiten
-
- Als Mensch ernst genommen werden
 - Wertschätzung erfahren
 - Individuelle Betreuung erhalten
 - Betroffene wünschen sich ein verstärktes Engagement in der Bedürfniserfassung
- ⇒ Betroffene wollen als Menschen wahrgenommen werden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



<http://www.calacare.com/home-care/nursing-care/>

Literatur (1)

- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2009). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby/Elsevier.
- Barss, K. S. (2012). T.R.U.S.T.: an affirming model for inclusive spiritual care. *J Holist Nurs*, 30(1), 24-34; quiz 35-27. doi:10.1177/0898010111418118
- Bowers, H., & Rieg, L. S. (2014). Reflections on spiritual care: methods, barriers, recommendations. *J Christ Nurs*, 31(1), 47-51.
- Burkhart, L., & Androwich, I. (2009). Measuring spiritual care with informatics. *ANS Adv Nurs Sci*, 32(3), 200-210. doi:10.1097/ANS.0b013e3181b0d6a6
- Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. *Int J Nurs Knowl*, 24(2), 77-84. doi:10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x
- Canfield, C., Taylor, D., Nagy, K., Strauser, C., VanKerkhove, K., Wills, S., . . . Sorrell, J. (2016). Critical Care Nurses' Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *Am J Crit Care*, 25(3), 206-211. doi:10.4037/ajcc2016276
- Cavendish, R., Edelman, M., Naradovy, L., Bajo, M. M., Perosi, I., & Lanza, M. (2007). Do pastoral care providers recognize nurses as spiritual care providers? *Holist Nurs Pract*, 21(2), 89-98. doi:10.1097/01.HNP.0000262024.35196.11
- Christman, S. K., & Mueller, J. R. (2017). Understanding Spiritual Care: The Faith-Hope-Love Model of Spiritual Wellness. *J Christ Nurs*, 34(1), E1-E7. doi:10.1097/CNJ.0000000000000350
- Cone, P. H., & Giske, T. (2018). Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory. *Nurse Educ Today*, 71, 22-25. doi:10.1016/j.nedt.2018.08.015
- Cooper, R. S., Ferguson, A., Bodurtha, J. N., & Smith, T. J. (2014). AMEN in challenging conversations: bridging the gaps between faith, hope, and medicine. *J Oncol Pract*, 10(4), e191-195. doi:10.1200/JOP.2014.001375
- Daaleman, T. P. (2012). A health services framework of spiritual care. *J Nurs Manag*, 20(8), 1021-1028. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01482.x
- Deal, B., & Grassley, J. S. (2012). The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrol Nurs J*, 39(6), 471-481, 496; quiz 482.
- Delaney, C., Barrere, C., & Helming, M. (2011). The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: a pilot study. *J Holist Nurs*, 29(1), 21-32. doi:10.1177/0898010110378356
- Dossey, B. M. (2010). Barbara Dossey's theory of integral nursing. In M. E. Parker & M. C. Smith (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed., pp. 224-250). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- du Plessis, E. (2016). Presence: A Step Closer to Spiritual Care in Nursing. *Holist Nurs Pract*, 30(1), 47-53. doi:10.1097/HNP.0000000000000124
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*, 24(8), 753-770. doi:10.1177/0269216310375860
- Ellington, L., Billitteri, J., Reblin, M., & Clayton, M. F. (2017). Spiritual Care Communication in Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs*, 33(5), 517-525. doi:10.1016/j.soncn.2017.09.002
- Ellis, H. K., & Narayanasamy, A. (2009). An investigation into the role of spirituality in nursing. *Br J Nurs*, 18(14), 886-890. doi:10.12968/bjon.2009.18.14.43358
- Epstein-Peterson, Z. D., Sullivan, A. J., Enzinger, A. C., Trevino, K. M., Zollfrank, A. A., Balboni, M. J., . . . Balboni, T. A. (2015). Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting. *Am J Hosp Palliat Care*, 32(7), 750-757. doi:10.1177/1049909114540318

Literatur (2)

- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Gaillard, D. S., & Shaha, M. (2013). [The role of spirituality in nursing care: a literature review]. *Rech Soins Infirm*(115), 19-35.
- Garrett, B. M. (2016). New sophistry: self-deception in the nursing academy. *Nurs Philos*, 17(3), 182-193. doi:10.1111/nup.12128
- Gaston-Johansson, F., Haisfield-Wolfe, M. E., Reddick, B., Goldstein, N., & Lawal, T. A. (2013). The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 40(2), 120-131. doi:10.1188/13.ONF.120-131
- Helming, M. A. (2009). Integrating spirituality into nurse practitioner practice: The importance of finding the time. *The Journal for Nurse Practitioners - JNP*, 5(8), 598-605.
- Kappeli, S. (2001). [Compassion--a forgotten tradition in nursing care?]. *Pflege*, 14(5), 293-306. doi:10.1024/1012-5302.14.5.293
- Kortner, U. H. (2009). [Spirituality, religion and culture on the intensive care unit--how are these compatible?]. *Wien Klin Wochenschr*, 121(7-8), 230-235. doi:10.1007/s00508-009-1159-x
- Leget, C. (2007). Retrieving the ars moriendi tradition. *Med Health Care Philos*, 10(3), 313-319. doi:10.1007/s11019-006-9045-z
- McBrien, B. (2010). Emergency nurses' provision of spiritual care: a literature review. *Br J Nurs*, 19(12), 768-773. doi:10.12968/bjon.2010.19.12.48655
- McSherry, W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs*, 15(7), 905-917. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x
- McSherry, W., & Cash, K. (2004). The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud*, 41(2), 151-161.
- McSherry, W., & Draper, P. (1998). The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing. *J Adv Nurs*, 27(4), 683-691.
- Miner-Williams, D. (2006). Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs*, 15(7), 811-821. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01351.x
- Molzahn, A. E., & Sheilds, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Can Nurse*, 104(1), 25-29.
- Monareng, L. V. (2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*, 35(1), 28. doi:10.4102/curationis.v35i1.28
- Mueller, J. R. (2015). *Spiritual Well-being, Faith, Hope, Anxiety and Loneliness in Oncology Patients: A Descriptive Correlational Study* (Master of Science in Nursing Theses), Cedarville University. Retrieved from http://digitalcommons.cedarville.edu/nursing_theses/15
- NANDA international inc. (2018-2020). *Nursing diagnoses. Definitions and classification* (11th ed.). New York: Thieme.
- Omery, A., Kasper, C. E., & Page, G. G. (1995). *In search of nursing science*. Thousand Oaks, Calif. ; London: Sage.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: a perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Literatur (3)

- Pesut, B. (2009). Incorporating patients' spirituality into care using Gadow's ethical framework. *Nurs Ethics*, 16(4), 418-428. doi:10.1177/0969733009104606
- Pesut, B. (2010). Ontologies of nursing in an age of spiritual pluralism: closed or open worldview? *Nurs Philos*, 11(1), 15-23. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00420.x
- Pesut, B., Fowler, M., Reimer-Kirkham, S., Taylor, E. J., & Sawatzky, R. (2009). Particularizing spirituality in points of tension: enriching the discourse. *Nurs Inq*, 16(4), 337-346. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00462.x
- Piderman, K. M., Kung, S., Jenkins, S. M., Euerle, T. T., Yoder, T. J., Kwete, G. M., & Lapid, M. I. (2015). Respecting the spiritual side of advanced cancer care: a systematic review. *Curr Oncol Rep*, 17(2), 6. doi:10.1007/s11912-014-0429-6
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 14(4), 352-357.
- Reed, P. G. (2014). Theory of Self-Transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (3rd ed., pp. 109-139). New York: Springer.
- Ruder, S. (2013). Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthc Nurse*, 31(7), 356-367. doi:10.1097/NHH.0b013e3182976135
- Skomakerstuen Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J. (2015). A qualitative study of nurses' attitudes towards' and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. *J Adv Nurs*, 71(2), 359-369. doi:10.1111/jan.12500
- Tanyi, R. A., McKenzie, M., & Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(12), 690-697. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00459.x
- Van Dover, L., & Bacon, J. (2001). Spiritual care in nursing practice: A close-up view. *Nursing Forum*, 36(3), 18.
- van Dover, L., & Pfeiffer, J. B. (2007). Spiritual care in Christian parish nursing. *J Adv Nurs*, 57(2), 213-221. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04081.x
- Vermandere, M., Warmenhoven, F., Van Severen, E., De Lepeleire, J., & Aertgeerts, B. (2015). The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation. *Oncol Nurs Forum*, 42(4), E294-301. doi:10.1188/15.ONF.294-301
- Watson, J., & Smith, M. C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs*, 37(5), 452-461.
- Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nurs Forum*, 51(2), 79-96. doi:10.1111/nuf.12128
- Willis, D. G., Grace, P. J., & Roy, C. (2008). A central unifying focus for the discipline: facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS Adv Nurs Sci*, 31(1), E28-40. doi:10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9
- Wittenberg, E., Ragan, S. L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *Am J Hosp Palliat Care*, 34(6), 566-571. doi:10.1177/1049909116641630
- Zumstein-Shaha, M., & Alder, J. (2018). Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose? *zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, 7(3), 281-291. doi:<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0017>

Literaturverzeichnis

- Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., He, M. K., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol*, 25(36), 5753-5757. doi:10.1200/JCO.2007.12.4362
- Bell, B. L., & Campbell, V. (2014). Dyadic interviews in qualitative research Charlottetown, PE: Young Lives Research Lab: University of Prince Edward Island.
- Connors, J., Good, P., & Gollery, T. (2016). Using Innovative Teaching Strategies to Improve Nursing Student Competence and Confidence in Providing Spiritual Care. *Nurse Educator*, 42(2), 62-64. doi:10.1097/NNE.0000000000000301
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018, 01.2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Verfügbar unter www.audiotranskription.de/praxisbuch
- Eisikovits, Z., & Koren, C. (2010). Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1642-1655. doi:10.1177/1049732310376520
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S., & Borasio, G. D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care*, 15(3), 238-243. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x
- Gaillard Desmedt, S., & Shaha, M. (2013). Le rôle de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 115, 19-35.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., . . . Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768. doi:10.1002/cncr.29353
- Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S., & Borasio, G. D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care*, 15(3), 238-243. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x
- McSherry, W., & Jamieson, S. (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1757-1767. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x
- Merkens, H. (2015). Auswertungsverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 286-299). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P., & Hoffman, K. (2013). Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1276-1284. doi:10.1177/1049732313501889
- Nixon, A., & Narayanasamy, A. (2010). The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2259-2270. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03112.x
- Sohler, R. (1995). The dyadic interview as a tool for nursing research. *Applied nursing research*, 8(2), 96-101. doi:10.1016/S0897-1897(95)80562-1
- Thorne, S. (2016). *Interpretative description: Qualitative research for applied practice* (2. Aufl.). New York: Routledge.
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary nurse*, 19(1-2), 75-87.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., . . . Balboni, T. A. (2012). The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*, 10(2), 81-87. doi:10.1016/j.suponc.2011.09.003
- Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nurs Forum*, 51, 79-96. doi:10.1111/nuf.12128
- Zumstein-Shaha, M., & Alder, J. (2018). Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose? *Spiritual Care*. doi:10.1515/sp