

Bachelorarbeit

Spirituelle Begleitung in der End of Life Care - ein Literaturreview

eingereicht von

Annalena Unterwaditzer

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc. MSc.

Graz, 25.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 25.03.2019

Annalena Unterwaditzer eh.

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	IV
ABSTRACT	V
1 EINLEITUNG	1
1.1 HINTERGRUND	1
1.2 PFLEGERELEVANZ DES THEMAS DER VORLIEGENDEN ARBEIT	2
1.3 DEFINITIONEN	3
1.3.1 "End of life" und "end of life care"	3
1.3.2 Spiritualität	4
1.3.3 Spirituelle Pflege	5
1.4 FORSCHUNGSLÜCKE UND FORSCHUNGSZIEL	7
2 METHODE	8
2.1 LITERATURRECHERCHE	8
2.2 AUSWAHL DER STUDIEN	9
2.3 SUCHERGEBNISSE	10
3 ERGEBNISSE	12
3.1 CHARAKTERISTIKA DER AUSGEWÄHLTEN STUDIEN	12
3.2 BEDEUTUNG UND INTEGRATION EINER SPIRITUELLEN BETREUUNG IN DER EOLC	17
3.3 SPIRITUELLE PFLEGE AM LEBENSENDE	21
3.4 SPIRITUELLE BETREUUNG AM LEBENSENDE AUS DER SICHT VON ÄRZTINNEN, ÄRZTEN UND PFLEGEKRÄFTEN	25
3.5 KOMMUNIKATION	27
3.6 WÜNSCHE	29
3.7 ERFOLGREICHE SPIRITUELLE BEGLEITUNG	30
4 DISKUSSION	32
5 SCHLUSSFOLGERUNG	36
6 LITERATURVERZEICHNIS	37
7 ANHANG	41
7.1 TABELLENVERZEICHNIS	41
7.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	41
7.3 BEWERTUNG DER ANALYSIERTEN STUDIEN	41

Zusammenfassung

Hintergrund: In der End of Life Care steht die Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten am Lebensende im Mittelpunkt. Viele Patientinnen und Patienten stellen sich die Frage nach dem Sinn des Lebens und des Todes. Um die Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu betrachten und auf ihre Ängste und Wünsche einzugehen, sollte eine spirituelle Begleitung gewährleistet werden.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung, Wahrnehmungen und Erfahrungen von Spiritualität und spiritueller Begleitung im Rahmen der Pflege gegen Ende des Lebens aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Familienangehörigen, Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften zu beschreiben.

Methode: Für diese Arbeit wird ein Literaturreview aus den Datenbanken PubMed und CINHAL durchgeführt, um die Auswirkung von Spiritualität und spiritueller Begleitung am Ende des Lebens festzustellen. Die Literaturrecherche erfolgte von Oktober 2018 bis November 2018. Als Keywords dienten folgende Begriffe: „end of life care“, „end of life“, „terminal“, „spirituality“, „spiritual care“, „spiritual needs“. Die daraus resultierenden Studien wurden mittels Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) bewertet. Für diese Arbeit wurden 5 qualitative, 1 quantitative und 2 Mixes – Method Studien kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Spirituelle Begleitung bedeutet, auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten einzugehen. Vor allem gegen Ende des Lebens ist es wichtig, den Patientinnen und Patienten Zeit zu geben und aufmerksam zu sein. Ein Großteil der spirituellen Begleitung ist von der Kommunikation abhängig. Spirituell sein heißt, sich als Pflegeperson oder Arzt zurückzunehmen und die Betroffenen sprechen beziehungsweise schweigen zu lassen. Viele Pflegekräfte fühlen sich des Öfteren nicht angemessen ausgebildet, um eine spirituelle Pflege zu leisten. Deshalb wären Weiterbildungen oder Ausbildungen in diesem Bereich nötig.

Schlussfolgerung: Für das Bereitstellen einer spirituellen Pflege bedarf es vermehrter Weiterbildungen und theoretischen Hintergrundwissens. Spiritualität ist ein großer Teil einer ganzheitlichen Pflege und darf nicht unbeachtet gelassen werden.

Schlüsselwörter: spirituality, end of life care, palliative care, terminal care und hospice care.

Abstract

Background: End of Life Care focuses on the care and support of patients at the end of their lives. Many patients ask themselves about the meaning of life and death. In order to view patients as a whole and to respond to their fears and wishes, it is important to ensure spiritual support.

Aim: The aim of this work is to describe the meaning, perceptions and experiences of spirituality and spiritual accompaniment during care at the end of life from the perspectives of patients, family members, doctors and nurses.

Method: For this work, a literature review from the databases PubMed and CINAHL will be conducted for this work to determine the impact of spirituality and spiritual accompaniment at the end of life. The literature search was carried out from October 2018 to December 2018 using the following keywords: “end of life care”, “end of life”, “terminal”, “spirituality”, “spiritual care”, “spiritual needs”. The resulting studies were evaluated using an evaluation sheet by Hawker et al. (2002). For this work 5 qualitative, one quantitative and two mixes – method studies were critically evaluated and analyzed.

Results: Spiritual accompaniment means responding to the needs and wishes of the patients. Especially at the end of life it is important to show dignity to the patients and to be attentive. A large part of the spiritual accompaniment depends on communication. To be spiritual means to take a step back as a nurse or doctor and to let those affected speak or remain silent. Many nurses often do not feel adequately trained to provide spiritual care. Therefore, further training or education in this area would be necessary.

Conclusion: The provision of spiritual care requires increased further training and theoretical background knowledge. Spirituality is a large part of holistic care and must not be ignored.

Keywords: spirituality, end of life care, palliative care, terminal care and hospice care

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Am Ende des Lebens stellt sich oft die Frage nach dem Sinn des Ganzen und wozu alles gut war. „Warum geschieht das ausgerechnet mir?“ „Was passiert nach dem Tod?“ „Warum lässt Gott mich so leiden?“ „Werden andere an mich denken?“ „Werden sie mich vermissen?“ Diese Punkte sind nur einige Beispiele für die immer wieder gefürchteten Fragen (Puchalski, 2002). Für manche Menschen bleibt einiges offen, für manche schließt sich der Kreis und manche lassen ihr Erlebtes und Gelebtes revue passieren. Es wird nicht nur mehr darauf geachtet, wie sich Patientinnen und Patienten verhalten und wie groß deren medizinischen Sorgen sind, sondern für jede Patientin und jeden Patienten der End of Life Care bedarf es vor allem in dieser Lebensphase einer besonderen Begleitung (Heller, 2014, p.90). Die Heilung der Krankheit steht hierbei im Hintergrund. Eine der Aufgaben der Pflegepersonen in der End of Life Care ist es, für die Betroffenen die letzte Lebensphase so angenehm wie möglich zu gestalten und auf deren nunmehrigem Weg bestmöglich zu begleiten. Spirituelle Unterstützung in der Pflege ist dabei ein großer Meilenstein und Teil einer umfassenden Versorgung (Heller, 2014, p.90). Sie wirkt als persönliche Ressource, die das eigene Wohlbefinden stärkt (Heller, 2014, p.49) und hilft, dem Leiden eine Bedeutung zu geben (Puchalski, 2002). Die Suche nach und die Auseinandersetzung mit dem Sinn des eigenen Lebens, der Hoffnung, aber auch Krisenbewältigung führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität und einer stabileren Gesundheit (Heller, 2014, p.89). Spiritualität entwickelt sich durch individuelle Erfahrungen, die einen prägen (Heller, 2014, p.12). Zeit und Verständnis um zuzuhören, auf die Wünsche und Verlangen jedes Einzelnen einzugehen, Nähe zu spüren und zu geben und den Menschen ganzheitlich zu betrachten, wirkt sich positiv auf dessen Befindung aus und sollte daher jeder Patientin und jedem Patienten der End of Life Care gewährleistet werden (Öxler, 2018, p.13). Die Betroffenen selbst können ihre Werte, ihre Erfahrungen, ihren Glauben und ihre Lebenseinstellung festsetzen. Spirituelle Begleitung muss daher auch individuell gestaltet werden. Dazu zählt all jenes, was den Patientinnen und Patienten wichtig erscheint (Öxler, 2018, p.13). Für viele erweist sich jedoch genau diese Begleitung als schwierig. Die Unsicherheit, wie der Zugang zur Spiritualität am besten erfolgt, überwiegt und schreckt viele Pflegepersonen ab. Es macht sich nicht nur das mangelnde Wissen in diesem Bereich der Pflege bemerkbar,

sondern auch die Tatsache, dass vermehrt eine Gleichstellung von Spiritualität und Religion herrscht (Heller, 2014, p.55). Viele Mitarbeiter von Gesundheitszentren sehen sich nicht als religiös an und wollen daher auch kaum mit Spiritualität in Verbindung gebracht werden (Heller, 2014, p.55).

Wenn jedoch trotzdem eine spirituelle Begleitung angeboten wird, kann dadurch nicht nur für die Patientinnen und Patienten eine positive Auswirkung erreicht werden, sondern auch die Pflegepersonen profitieren davon, da die Pflege dadurch ganzheitlicher wird. Während der Betreuung geraten viele Betroffene ins Nachdenken und suchen ihren Bezug zur Spiritualität (Heller, 2014, p.55).

Diese Arbeit soll dazu dienen, den Begriff Spiritualität in die Pflege einzubringen. Es wird die Bedeutung von Spiritualität beschrieben und die Relevanz einer spirituellen Begleitung erforscht.

1.2 Pflegerelevanz des Themas der vorliegenden Arbeit

Vor allem gegen Ende des Lebens bedarf es vollständiger Aufmerksamkeit gegenüber Sterbenden und diese wird durch eine spirituelle Begleitung gegeben (Öxler, 2018, p.95). Jede Person gestaltet den Weg am Ende des Lebens individuell. Durch eine spirituelle Begleitung wird die Ganzheitlichkeit wieder in den Vordergrund gestellt und auf die Bedürfnisse und Wünsche Einzelner konkret eingegangen (Öxler, 2018, p.90). Am Lebensende zählt nicht mehr nur die Krankheit, sondern es ist wichtig, den Sterbeprozess so angenehm wie möglich zu gestalten und auf die Würde von Sterbenden zu achten (Heller, 2014, p.21). Puchalski (2002) beschreibt, dass die meisten Betroffenen eine enge Beziehung zu den Pflegepersonen wünschen. Sie wollen gehört werden, mit jemandem über ihre Ängste und Anliegen reden können, aber auch die Möglichkeit zum Beten haben oder andere Personen, die für sie beten (Puchalski, 2002). Spiritualität hilft dabei, den Tod als natürlichen Teil des Lebens zu betrachten und einen besseren Umgang mit dem Sterben zu erlangen (Puchalski, 2002).

Eine spirituelle Begleitung soll nicht nur von der Seelsorge geboten werden. Viele Patientinnen und Patienten sprechen lieber mit einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Pflegekraft über ihre Bedürfnisse. Spiritualität soll deshalb von jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter im Gesundheitswesen ernst genommen werden. Auch das Reinigungspersonal kann einen positiven Einfluss auf die Patientinnen und Patienten haben (Heller, 2014, p.31).

1.3 Definitionen

Eine offizielle Zuschreibung, wann das Ende des Lebens beginnt, gibt es nicht. Ohne diesen Zeitrahmen exakt zu bestimmen, ist es für diese Arbeit relevant, dass End of Life Care nicht mit der early Palliativ Care gleichgesetzt wird, denn nur die End of Life Care beschreibt konkret die Pflege am Lebensende.

1.3.1 “End of life” und “end of life care”

Trotz der immer häufigeren Verwendung der Begriffe „End of Life“ (=EOL) und „End of Life Care“ (= EOLC), gibt es keine einheitliche Definition derer. Begründet wird dies damit, dass es keinen eindeutigen Indikator gibt, der den Zeitpunkt des Todes vorhersagen kann (National Institute of Health, 2004). Es ist nahezu unmöglich, ein genaues Sterbedatum festzulegen. Auch wenn EOLC in den letzten 6 Monaten vor dem Tod sehr bedeutend ist, kann dieser Zeitraum nur schwer bestimmt werden. Für die Einleitung einer EOLC und die Festsetzung des Lebensendes ist die Art der Erkrankung relevant (National Institute of Health, 2004).

„End of Life“ oder auch EOL wird in einigen Studien noch mit dem Begriff „terminal“ beschrieben, denn früher wurde fast ausschließlich der Begriff „terminal care“ verwendet. Dieser Begriff wurde dann nach und nach durch den Begriff „End of Life Care“ ersetzt (Shigeko Izumi, 2012). „Terminal care“ wird nun als ein Unterbegriff der „EOL“ angesehen. Grund dafür kann sein, dass das Wort „terminal“ einen zu negativen Eindruck bei den Menschen auslöst (Shigeko Izumi, 2012).

End of Life Care beschreibt die Unterstützung Sterbender in den letzten Monaten beziehungsweise Jahren vor dem Sterben. (NHS, 2018). Sie beginnt bei jeder Person unterschiedlich. Einige erhalten eine End of Life Care wenige Stunden oder Tage vor dem Sterben. Andere wiederum bekommen über Monate hinweg solch eine Unterstützung. Laut der Europäischen Vereinigung für Palliativmedizin gilt dafür die Versorgung gegen Lebensende in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren vor dem Sterben (L. Radbruch, 2009).

Die Pflegepersonen müssen dabei auf die Wünsche und Vorlieben der Betroffenen genauestens eingehen und gemeinsam daran arbeiten. Zusätzlich zur Betreuung Sterbender kommt auch noch die Einbeziehung Familienangehöriger und/oder nahestehender Freunde (NHS, 2018). In der End of Life Care geht es nicht mehr um Heilung einer Krankheit, sondern um physische, psychische und medizinische Unterstützung gegen Ende des Lebens. Alle Maßnahmen und Hilfestellungen rund um

den Sterbeprozess gehören zu dieser Betreuung dazu (National Institute of Aging, 2017).

Damit die Personen eine angemessene Versorgung am Lebensende bekommen, soll sich die Pflege nicht an medizinische Werte und Daten anlehnen, sondern anhand der Lebenssituation, der Wünsche und Perspektiven der Bedürftigen handeln (Shigeo Izumi, 2012). Das Lebensende wird daher nicht nur vom medizinischen Zustand der Patientinnen und Patienten aus betrachtet, sondern sobald sich eine Person seines Lebensendes bewusst ist/wird, wird vom Lebensende gesprochen (Shigeo Izumi, 2012).

1.3.2 Spiritualität

Spiritualität kann nicht anhand einer Definition beschrieben werden, da jede Person selbst für ihre eigene Spiritualität verantwortlich ist und ihr eine individuelle Bedeutung zuschreibt. „Spiritualität ist eine zentrale Lebenseinstellung“ (Heller, 2014, p.49). Dass es keine exakte Begriffserklärung gibt, kann auch negative Auswirkungen aufweisen, da das Thema Spiritualität zu weit gefasst werden kann und zu viel hineininterpretiert werden kann (Heller, 2014, p.50). Andererseits kann dies positiv für die Patientinnen und Patienten genutzt werden. Durch den breiten Verwendungsgrad dieses Begriffes kann besser auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen werden (Heller, 2014, p.50). Für einige hängt Spiritualität mit Religion zusammen, andere wiederum sehen die Spiritualität als einen kleinen Teil der Religion und für weitere ist Spiritualität ein eigenständiger Begriff, welcher vielseitig verwendet werden kann, wobei jedoch mehrfach beschrieben wird, dass das ganze Leben als ein spiritueller Weg angesehen werden kann (Heller, 2014, p.38). Mit ihr erlernen wir, dem Leben, aber auch den Krankheiten eine Bedeutung zu geben und sie anzunehmen und zu verstehen. (Puchalski, 2002). Spiritualität ist keine Technik, welche erlernt wird, sondern sie wächst aus Beziehungen, Vertrauen, Erfahrungen, Halt und Nähe (Heller, 2014, p.37). Sie ist der Glaube an etwas. Jeder Mensch ist auf seine Art und Weise spirituell (Öxler, 2018, p.13). „Zur Spiritualität gehören der Schritt zurück aus dem Alltag, eine Pause und ein Leer – Raum.“ (Öxler, 2018, p.14) Sie ist eine Art innere Weisheit, die sich im Laufe der Jahre verändert und sich individuellen Erfahrungen anpasst. Einige finden ihre Spiritualität in den Gottesdiensten, andere im Meditieren oder im Yoga. Sie kann durch die Musik, Sport, Wandern, Lesen oder einfach nur in der Stille und Ruhe gefunden werden (Öxler, 2018, p.15).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Spiritualität eine Suchbewegung ist (Öxler, 2018, p.16).

1.3.3 Spirituelle Pflege

Die spirituelle Pflege wird laut World Health Organisation (2004) als eine der wichtigsten Kernpunkte in der End of Life Care definiert. Eine spirituelle Begleitung zu geben, bedeutet vollständige Aufmerksamkeit für den Anderen (Öxler, 2018, p.95). Es ist wichtig zuzuhören, Verständnis zu zeigen und da zu sein (World Health Organisation, 2004). Zu einer spirituellen Pflege gehört auch, seine eigene Meinung als Pflegekraft nicht immer kund zu geben, sondern sich vollständig auf die Wertvorstellungen und Wünsche der Patientinnen und Patienten zu konzentrieren. Für einige Patientinnen und Patienten ist es vorteilhaft, nicht zwingend die Begriffe „Spiritualität“ oder „Religion“ in ein Gespräch einzubauen, sondern nach deren Vorstellungen über den Sinn und die Bedeutung des Lebens zu fragen (World Health Organisation, 2004).

Für viele Personen im Gesundheitswesen ist es schwierig, ein Gespräch über Spiritualität anzufangen, da sie sich unsicher in dieser Thematik fühlen. Puchalski (2002) beschreibt, dass es dafür am besten ist, sich nach den „FICA“ Richtlinien zu halten. „FICA“ wird in Glaube (**F**aith), Wichtigkeit und Einfluss (**I**mportance and **I**nfluence), Gemeinschaft (**C**ommunity) und Zugang (**A**ccess) eingeteilt (Puchalski 2002). Eine weitere Methode zum Erfragen von spirituellen Bedürfnissen ist „SPIR“: **S**pirituelle Überzeugungen, **P**latz und Einfluss, **I**ntegration und die **R**olle des Arztes. „FICA“ oder auch „SPIR“ genannt, soll nicht als Checkliste dienen, sondern helfen, einen Anhaltspunkt zum Thema Spiritualität zu finden, so Frick (2002). „FICA“ und „SPIR“ sind Bewertungsinstrumente zum Erfassen spiritueller Bedürfnisse und Wahrnehmungen. Beide Bewertungsinstrumente bestehen jeweils aus vier Hauptthemen, zu denen jeweils diverse Fragen gestellt werden, welche einen groben ersten Eindruck für die Pflegeperson in Bezug auf die Spiritualität der Patientinnen und Patienten bringen.

Je nach den individuellen Einstellungen und Haltungen der Patientinnen und Patienten bezüglich der Begriffe „spirituell“, „religiös“ oder „Kirche“, muss der Verlauf des Gespräches dementsprechend angepasst werden (E. Frick, 2002).

In einem Gespräch mit „SPIR“ als Leitfaden wird mit dem obersten Punkt, dem „**S**“, begonnen. Dieses steht für „**S**piritualität“, „Glaube“ und „Hoffnung“. Dabei werden die

ersten spirituellen Ansätze herausgefiltert. Als Pflegeperson wird unter anderem die Frage gestellt, ob die Patientin oder der Patient einen spirituellen Ansatz hat, um mit Stress umzugehen, was der Sinn des Lebens ist und woraus Hoffnung geschöpft wird. (E. Frick, 2002).

Das „**P**“ wird mit „**P**latz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben der Patientin oder des Patienten einnehmen“ (E. Frick, 2002) erläutert. Hier stellt sich die Frage, welchen Einfluss jeder persönlich auf seine Gesundheit hat und ob sich die eigene Überzeugung positiv auf den Genesungsverlauf auswirkt. Daraufhin wird das „**I**“ – die „**I**ntegration“ erfragt. Es wird die Patientin oder der Patient gefragt, ob diese oder dieser bei einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft Partizipantin oder Partizipant ist. Zusätzlich dazu werden bei diesem Gespräch die nahen Bekannten, Verwandten und geliebten Personen in den Vordergrund gerückt. Bei diesem Punkt soll auf die Gemeinschaft und Gruppe geachtet werden, zu jener sich die Patientin oder der Patient zugehörig fühlt. (E. Frick, 2002)

Als letzter Punkt steht das „**R**“ – die **R**olle der Ärztin oder des Arztes. Dabei wird hinterfragt, ob und wie die zuständige Ärztin oder der zuständige Arzt, die Seelsorgerin oder der Seelsorger, die Pflegekräfte,.. mit spirituellen Einstellungen und Glaubensüberzeugungen der Patientin oder der Patienten umgehen soll.

Diese Fragen sind ein wesentlicher Bestandteil der Pflege gegen Lebensende, da auf die Wünsche und das Verlangen der Patientinnen und Patienten eingegangen wird und geklärt wird, wie und ob ein Umgang mit Spiritualität gewünscht wird (E. Frick, 2002).

In der End of Life Care bestimmen die Patientinnen und Patienten und/oder Familienangehörige die Auswirkung, Dauer und Intensivität einer spirituellen Begleitung (Öxler, 2018, p.90).

„Spiritual Care geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus“ (Öxler, 2018, p.101). Spirituelle Pflege zu leisten heißt, sich als Pflegekraft in verschiedene Rollen zu versetzen – je nach dem Empfinden und dem Gemütszustand der Patientinnen und Patienten. (Holyoke and Stephenson, 2017).

1.4 Forschungslücke und Forschungsziel

Trotz zahlreicher Recherchen und Forschungen zu dem Thema Spiritualität in der End of Life Care legte keine der Literaturen den Schwerpunkt auf die Angstbewältigung durch Spiritualität bei den Patientinnen und Patienten der End of Life Care und deren Angehörigen. Es wird nicht dargestellt, ob Spiritualität einen positiven Aspekt im Umgang mit Angstbewältigung in der End of Life Care ausübt und wie das Pflegepersonal die Angst der Patientinnen und Patienten mittels Spiritualität lindern kann.

Das Forschungsziel dieser Arbeit lautet:

Das Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung und Auswirkungen von Spiritualität in der Pflege zu erfahren, die Wichtigkeit der spirituellen Begleitung durch Pflegepersonen herauszufiltern und dadurch eine Bedeutung von Spiritualität im Bereich der Pflege zu erlangen. Weiteres wurde erforscht, ob und wie Pflegepersonen die Spiritualität als eine Ressource bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten in der End of Life care nützen können.

Die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit lautet wie folgt:

Welche Bedeutung hat Spiritualität am Lebensende?

2 Methode

Im Methodenteil wird die genaue Herangehensweise der Literaturrecherche dargelegt. Anhand eines Literaturreviews wurde die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet. Es wird die Suchstrategie dargestellt und die Ein- und Ausschlusskriterien werden beschrieben.

2.1 Literaturrecherche

Nachdem eine Forschungsfrage festgelegt wurde, wurde im Zeitraum von Oktober 2018 bis November 2018 eine Literaturrecherche in den ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und PubMed (Public Medical Literature Online) durchgeführt.

Für die Suche in den Literaturdatenbanken wurden Limitationen festgelegt. Es wurde nur Literatur angewandt, welche in einem Zeitraum der letzten 10 Jahre publiziert worden ist und deutsch oder englischsprachig ist. Auf Grund der größtenteils englischen Suchergebnisse wurden die Keywords bzw. Suchwörter auf englisch angegeben: „spiritual“, „end of life care“, „terminal care“, „palliative care“ und „hospice care“. Um mehrere Ergebnisse zu bekommen, wurden mittels den Boolescher – Operatoren „AND“ und „OR“ diese Begriffe miteinander verknüpft. Es wurden mehrere Suchanfragen mit den oben genannten Keywords angewendet, welche durch unterschiedliche Kombinationen zusammengesetzt wurden. Bei dieser Literatursuche wurden keine MeSH – Terms (Medical Subject Headings) eingesetzt, da dadurch keine relevanteren Ergebnisse erzielt wurden.

Verwendete Suchbegriffe:

Tabelle 1: Suchvorgang in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	((spiritual*[Title/Abstract]) AND ((spiritual*[Title/Abstract]) AND (((("palliative care"[Title/Abstract]) OR "hospice care"[Title/Abstract]) OR "terminal care"[Title/Abstract]) OR "end of life care"[Title/Abstract]))) AND ("nurs*" AND "last 10 years"[PDat])
CINAHL	TI spiritual* AND (("terminal care" or "palliative care" or "end of life care" OR "hospice care"))

2.2 Auswahl der Studien

Die Studien konnten sowohl ein qualitatives als auch quantitatives Forschungsdesign aufweisen. Um zu mehreren Ergebnissen zu gelangen, wurde vorerst keine Differenzierung zwischen Palliativversorgung, Hospizpflege, Terminal Care und End of Life Care gemacht. Es wurden jegliche Studien, bei welchen es sich rein um eine frühe Palliativversorgung handelt, ausgeschlossen, da für diese Fragestellung lediglich die Pflege kurz vor dem Lebensende von Relevanz war. Für diese Arbeit wurde Spiritualität als Ganzes betrachtet und nicht mit Religion oder Ethik allein in Verbindung gestellt, deshalb wurden Studien, welche Spiritualität auf reine religiöse oder rein ethische Weise betrachteten, nicht miteinbezogen. Eingeschlossen wurden Studien, welche den Umgang der Pflegepersonen mit Spiritualität oder die spirituellen Bedürfnisse am Ende des Lebens fokussieren. Relevant waren auch jene Studien, die die Wünsche und die individuellen spirituellen Einstellungen der Patientinnen und Patienten in die Forschung hineinnehmen, um einen breiteren Bezugsrahmen zu bekommen. Die Daten umfassen sowohl die Sicht der Pflegepersonen als auch die Sicht der Patientinnen und Patienten. Studien betreffend Kinder wurden ausgeschlossen, da es zweifelhaft ist, Kinder mit Spiritualität zu konfrontieren und deren Einstellung und Wahrnehmung von Spiritualität zu hinterfragen. Studien, welche den Schwerpunkt auf spirituelle Begleitung gegen Ende des Lebens von Patienten mit Demenz oder anderen psychischen Krankheiten legten, wurden auch ausgeschlossen, da es sich als schwierig herausstellen könnte, bei kognitiv eingeschränkten Personen die Zugangsweise zu Spiritualität zu erforschen. Für diese Arbeit war es relevant, dass ausschließlich Studien mit einem Setting in einer Gesundheits- und Krankenanstalt einbezogen wurden. Personen, welche zu Hause betreut werden, haben einen anderen Zugang zu Spiritualität als Personen in Gesundheitszentren.

Die Handsuche in Google Scholar erfolgte mittels den Keywords „spirituality“ AND „end of life care“ OR „palliative care“ OR „terminal care“ OR „hospice care“. Es wurde in einem Zeitrahmen von 2014 bis 2018 gesucht. Daraufhin wurden 17.400 Treffer erzielt, wovon nur die ersten 5 Seiten für diese Arbeit durchsucht worden sind.

2.3 Suchergebnisse

In der Datenbank PubMed wurden mit einer Kombination der genannten Keywords 486 Resultate erzielt. In der Datenbank CINAHL wurden mit den Keywords 480 Resultate erreicht.

In einem Literaturverwaltungsprogramm (Endnote X8) wurden alle Suchergebnisse eingefügt. Daraufhin wurden alle Duplikate zwischen PubMed und CINAHL entfernt und somit 620 Treffer erzielt. Das Titelscreening anhand der Treffer von PubMed ergab 86 relevante Studien, bei welchen ein Screening des Abstract und anschließend ein Volltextscreening durchgeführt wurde. Von 480 Resultaten bei CINAHL wurden 53 Titel kritisch bewertet. Anschließend wurde die relevante Auswahl von PubMed und CINAHL anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) beurteilt und es verblieben 8 Forschungsartikel. Dieser Bewertungsbogen besteht aus 9 verschiedenen Kategorien, welche jeweils von 4 Punkten (=Good) bis zu einem Punkt (=Very poor) bewertet wurde. Anhand dieser neun Kategorien wurden der Abstract und der Titel, die Einleitung und das Ziel, die Methode und die Datenerfassung, das Sampling, die Datenanalyse, der ethische Gesichtspunkt und die Limitationen, die Ergebnisse, die Übertragbarkeit und die Generalisierbarkeit, sowie die Implikationen für die Praxis und Forschung bewertet.

Zusätzlich wurde über das Internet eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt. Die Ergebnisse der Handsuche waren mit den Ergebnissen aus den Datenbanken gleichzusetzen und daher wurde keine weitere Studie daraus für diese Arbeit verwendet.

Der Prozess, um zu den endgültigen Studien zu gelangen, ist als Flowchart in Abbildung 1 dargestellt.

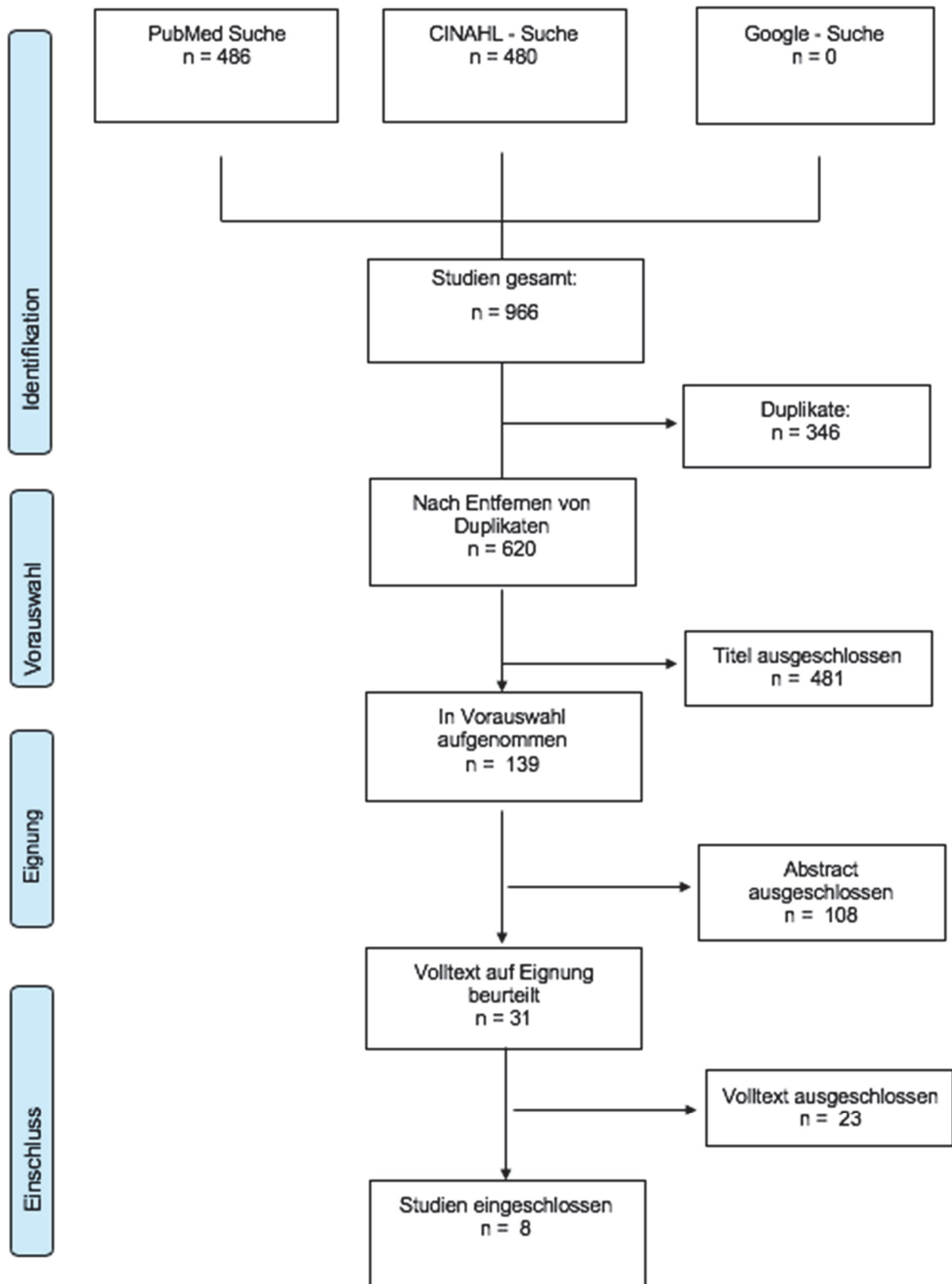


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA - Statements (Ziegler, Antes & König 2011)

3 Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Darstellung der Ergebnisse aller inkludierten Studien. Alle Studien, welche für diese Arbeit hinzugezogen worden sind, sind in der nachstehenden Tabelle aufgelistet (Tab. 1), um einen besseren Überblick zu bekommen. Es wurden acht Studien inkludiert. Die verwendeten Studien haben ein quantitatives und/oder qualitatives Forschungsdesign.

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den acht Studien wurden drei in den USA durchgeführt, zwei in England, je eine in Singapur, Kanada und Deutschland. 5 Studien hatten ein qualitatives Design, eine Studie ein quantitatives Design und zwei waren eine Mixed – Method Studie. Insgesamt wurden Daten von 1057 Pflegepersonen und Ärztinnen und Ärzten, 76 Familienangehörigen und 150 Patientinnen und Patienten erhoben. Das Setting der Studien variierte aus den Bereichen der Palliativstationen und Hospizzentren, aus der ICU und aus der Notfallstation.

Anschließend werden die Ergebnisse der acht Studien definiert. In der folgenden Tabelle werden kurz die Ziele und Resultate der jeweiligen Studien dargestellt:

Tabelle 2: Zusammenfassung der verwendeten Studien

Autoren, Jahr, Land	Titel	Forschungsziel	Design	Setting, Stichprobe	Ergebnisse
Balboni et al. 2013 Boston, MA	Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training	Beschreibung der Wahrnehmung von spiritueller Begleitung. Warum ist eine Bereitstellung spiritueller Pflege mangelhaft?	Multisite Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Boston, MA • Online Umfrage • N= 75 Patientinnen und Patienten • N= 339 Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen 	Ärztinnen und Ärzte bewerten spirituelle Pflege weniger wichtig als Patientinnen und Patienten und Pflegepersonen. Spirituelle Betreuung wird positiv wahrgenommen.
Minton et al. 2018 US, South Dakota	A willingness to go there: Nurses and spiritual care	Die Kommunikation und Unterstützung am Lebensende in Bezug auf Spiritualität seitens der Pflegepersonen beschreiben.	Qualitative Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Jeweiliger Arbeitsplatz • Halbstrukturierte Interviews: 45 – 60 Minuten • N= 10 Hospiz- und Palliativpflegerinnen und Pfleger 	Wichtig ist die Bereitschaft zu handeln und in das Unbekannte einzudringen.

O'Brien et al. 2018 England	Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses 'and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training	Die Wahrnehmung von Pflegepersonen bezüglich Spiritualität erforschen und den Einfluss von Spiritualität auf deren klinische Rolle.	Qualitative Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Halbstrukturierte Telefoninterviews: 11 – 40 Minuten • N= 21 Teilnehmer, (multiprofessionell) 	<p>2 Hauptthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Spiritualität erkennen und beschreiben. ➔ Spirituelle Bedürfnisse unterstützen, spirituelle Pflege leisten und richtige Kommunikation anwenden.
Phleps et al. 2012 Boston, MA	Addressing Spirituality Within the Care of Patients at the End of Life: Perspectives of Patients With Advanced Cancer, Oncologists, and Oncology Nurses	Spiritualität im Umgang und der Pflege mit Patientinnen und Patienten am Lebensende, bei fortgeschrittenem Krebs definieren.	Mixed – Method Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Boston, MA • Halbstrukturierte Interviews: 45 Minuten • Webbasierte Umfrage: 15 Minuten • N= 75 Patientinnen und Patienten • N= 339 Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen 	<p>Die Auswirkung von Spiritualität wird von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal unterschiedlich eingeschätzt.</p> <p>Spiritualität bietet eine ganzheitliche Pflege</p>

Ross, L. et Austin, J. 2015 Wales, England	Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers	Spirituelle Bedürfnisse und spirituelle Unterstützungsmöglichkeiten für Personen mit einer lebensbedrohlichen Herzerkrankung definieren.	Qualitative Studie	<ul style="list-style-type: none"> • 47 halbstrukturierte Interviews • N= 16 Patientinnen und Patienten 	Spiritualität liegt in Hoffnung, Liebe, Glauben und im Zuhören.
Swinton et al. 2017 Kanada	Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit	Beschreiben, wie Familienmitglieder und Pflegepersonen Spiritualität während des Sterbeprozesses erfahren und deuten.	Qualitative Studie	<ul style="list-style-type: none"> • ICU • Halbstrukturierte Interviews • N= 76 Familienmitglieder • N= 150 Pflegepersonen 	Sterben wird als spirituelles Ereignis angesehen. Spiritualität in Wünschen der Patientinnen und Patienten erkennen.
Walker and Breitsameter, 2017 Deutschland	The Provision of Spiritual Care in Hospice: A Study in Four Hospices in North Rhine – Westphalia	Definition von Spiritualität. Wie wird Spiritualität unterstützt und angeboten.	Qualitative Studie	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Hospizzentren in Nord Rhein – Westphalen • Halbstrukturierte Interviews • N= 22 Teilnehmer 	Gespräche anbieten, Aufmerksamkeit schenken und für die Patientinnen und Patienten da sein. Erfolgreich ist eine spirituelle Begleitung

					gegen Lebensende, wenn die Angst gelindert werden konnte und Pflegepersonen die Patientinnen und Patienten begleiten.
Zhang et al. 2018 Singapur	Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed – method study	Die Sichtweise der Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen einer Notfallstation: Spiritualität, spirituelle Begleitung am Lebensende und beeinflussende Faktoren der spirituellen Pflege zu beschreiben.	Mixed – Method Studie	<p>Quantitativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N = 64 Ärztinnen und Ärzte und 112 Pflegepersonen • 6 Punkte Likert Skala • <p>Qualitativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N= 14 Ärztinnen und Ärzte und 15 Pflegepersonen • Halbstrukturierte Interviews: 50 – 75 Minuten • Konferenzräume 	Faktoren beschreiben, die spirituelle Pflege beeinflussen. Effekte von Spiritualität am Lebensende.

3.2 Bedeutung und Integration einer spirituellen Betreuung in der EOLC

Zur Beschreibung von Spiritualität wird für dieses Unterkapitel näher auf fünf Studien eingegangen.

O'Brien et al. (2018) sahen als Ziel ihrer qualitativen Studie, die Wahrnehmung von Pflegepersonen bezüglich spiritueller Begleitung zu erfassen, indem sie zu Beginn den Begriff Spiritualität und dessen Bedeutung anhand der Daten der Teilnehmer erklärten. Um Spiritualität und spirituelle Bedürfnisse besser zu verstehen, wurden 21 Arbeitskräfte aus dem Gesundheitswesen von verschiedenen klinischen Einrichtungen in Nordwesten und Südwesten Englands interviewt. Unter den 21 Teilnehmern befanden sich zwei Ärztinnen und ein Arzt, 10 Krankenpflegerinnen, zwei Pflegepersonen mit Spezialisierung auf die Pflege am Lebensende, eine Pflegehelferin, eine Advance Care Planning Pflegerin und vier Manager. Es wurden drei Männer und 18 Frauen herangezogen, welche aus 16 verschiedenen interdisziplinären Bereichen stammten. Alle 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen zwischen 2015 und 2017 bei einem Kurs für spirituelle Pflege teil und hatten mindestens 3 Monate vor Beginn der Umfrage diesen Kurs beendet. In diesem Kurs – dem OSG „Opening the Spiritual Gate“ – wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Bedeutung und Anwendung von Spiritualität im klinischen Alltag erklärt. Um auf die gewünschten Daten für die Studie zu kommen, wurde ein halbstrukturiertes Telefoninterview durchgeführt, welches zwischen 11 und 40 Minuten dauerte und in einem Zeitraum von Juni 2016 bis Jänner 2017 stattfand. Das Interview bestand aus 2 Hauptthemen: Spiritualität erkennen und spirituelle Bedürfnisse unterstützen. Nach einer iterativen thematischen Datenanalyse konnten zum ersten Thema zwei Unterpunkte festgelegt werden. Dazu zählte, was Spiritualität und spirituelle Pflege bedeute und welche Werte dabei am wichtigsten seien. Die Ergebnisse zeigten, dass viele Vorurteile gegenüber Spiritualität bestanden. Vor allem wurde Spiritualität oft mit Religion gleichgesetzt und wenn dieser Unterschied nicht verstanden wurde, konnte spirituelle Begleitung schnell zu einer Belastung werden. Ein Teilnehmer des OSG beschrieb, dass Spiritualität von Religion unterschieden werden muss, da Spiritualität persönlicher sei und sie von jedem individuell gestaltet wird. Spiritualität sei am Ende des Lebens sehr wichtig, denn jeder hat unterschiedliche Anforderungen und Bedürfnisse vor dem Sterben. Spiritualität wird individuell angewendet, um die Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu betrachten.

Spirituelle Betreuung richtet sich nach den Werten und Wichtigkeiten jedes Einzelnen am Lebensende. Durch das Erkennen dieser Bedürfnisse wird Spiritualität in den Pflegeprozess einbezogen.

Auch Walker and Breitsameter (2017) kamen mit ihrer qualitativen Studie über die Rolle der spirituellen Pflege in Hospizzentren zu ähnlichen Ergebnissen. Ihr Ziel war es, Spiritualität zu beschreiben, wie spirituelle Begleitung geleistet wurde und wie Spiritualität in den Hospizzentren aufgenommen wurde. Um dies zu beantworten, wurden mit 22 Angestellten aus vier verschiedenen Hospizzentren in Nord Rhein – Westfalen semistrukturierte Interviews durchgeführt. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern befanden sich 5 Pflegepersonen, die Direktorin des Hospizentrums, drei klinische Psychiater, zwei Kaplane, drei Direktorinnen der Patientenversorgung und neun Freiwillige. 19 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, einen religiösen Hintergrund zu haben und 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten bereits einmal eine Weiterbildung bezüglich Spiritualität. Es wurden 16 Frauen und 6 Männer in die Auswahl miteinbezogen und alle mussten bereits ein wenig Erfahrung zum Thema Spiritualität am Lebensende vorweisen. Während der Interviews erwies sich der Begriff „Spiritualität“ und „spirituelle Betreuung“ als sehr undeutlich. Einige brachten diese mit Gott in Verbindung und andere hingegen sahen Spiritualität als etwas Freigeistiges und nicht Fixiertes an. Ein Befragter äußerte, dass jeder spirituell ist, ob er sich dessen bewusst sei oder nicht. Es wurde auch festgehalten, dass jeder für sich eine Definition von Spiritualität finden musste und selbst den Rahmen einer spirituellen Pflege gegen Ende des Lebens bestimme. Spiritualität sollte immer als einzigartig und individuell angesehen werden. Ein Teilnehmer definierte Spiritualität als eine Haltung, die die Art und Weise bestimme, wie Menschen miteinander interagieren. Des Weiteren wurde beschrieben, dass Spiritualität im Mitgefühl lag und durch kleine Momente ausgedrückt wurde, wie zum Beispiel durch das Auflegen einer Hand auf die Schulter. Diese Momente erwecken vor allem am Lebensende eine positive Stimmung bei den Patientinnen und Patienten. Ein weiterer Teilnehmer gab an, dass Spiritualität besonders hilfreich in Krisensituationen sei, denn mit ihr wird die Frage nach dem Leben und dem Tod in Verbindung gebracht.

Swinton et al. (2017) untersuchten die Erfahrungen mit spiritueller Betreuung und den Einbezug von Spiritualität in den Pflegeprozess am Ende des Lebens auf einer

Intensivstation. Nach schriftlicher Einwilligungserklärung wurden für diese qualitative Studie Daten von 75 Familienangehörigen und 150 Pflegekräften, welche im „Three Wishes“ Projekt teilnahmen, mittels halbstrukturierten Interviews erhoben. Das „Three Wishes“ Projekt hatte den Zweck, die Wünsche der Patientinnen und Patienten mittels einfacher Fragen zu erheben und darauf aufbauend deren jeweilige Pflege zu bestimmen. Die durchgeführten Interviews dienten dazu, die Pflege unter Einbezug von Spiritualität anhand von 70 Patientinnen und Patienten der Intensivstation, welche sich am Lebensende befanden, zu reflektieren. Das Ergebnis dieser Datenanalyse wurde in zwei Teile unterteilt: Das Sterben als spirituelles Erlebnis zu betrachten und Wünsche zu erfragen und zu erfüllen. Für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehörte Spiritualität zum Sterbeprozess dazu. Sie sprachen vom Sterben mit den Worten des spirituellen Übergangs oder einer spirituellen Reise. Spiritualität sei das, was dem Leben einen Sinn gäbe und was wertgeschätzt wurde. Es zeichnet das aus, wie der Mensch selbst sei und was er fühle. Durch das Erfragen der eigenen Spiritualität können die Gefühle der Patientinnen und Patienten zum Vorschein gebracht und bei der Pflege beachtet werden. Die Anwendung einer spirituellen Begleitung in der End of Life Care führt zur Erleichterung des emotionalen Traumas und zum Erreichen einer Abschliefung.

Zhang et al. (2018) beschrieben, wie Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonen auf einer Notfallstation in Singapur die Umsetzung von spiritueller Pflege in der End of Life Care wahrnahmen. Zur Beantwortung der Fragen – was Spiritualität sei, wie sie in die End of Life Care eingesetzt werden konnte und welche Faktoren die Spiritualität am Lebensende beeinflussen – wurde ein Mixed – Method Design angewendet. Als Hauptkomponente wurde in Phase eins ein quantitatives Design angewendet und anschließend in Phase zwei ein qualitatives. In Phase eins wurde eine Soziodemografische Form und für 35 Themen die Spiritual Care – Giving Scale (SCGS) angewendet. Es wurden die Daten von 64 Ärztinnen und Ärzten und 112 Pflegekräften erhoben. Die 35 Themen wurden anhand von einer 6 Punkte Skala beurteilt. Je höher die Punkte waren, desto eher waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Aussagen einverstanden, beziehungsweise desto besser fanden sie Spiritualität und spirituelle Pflege. Die höchstmögliche Punkteanzahl lag bei 210. Nachdem die Daten gesammelt worden waren, wurden die wichtigen Ergebnisse notiert und in die qualitative Befragung hinzugefügt. Für die halbstrukturierten

Interviews wurden 14 Ärztinnen und Ärzte und 15 Pflegekräfte während Gruppendiskussionen, zu je 3 bis 7 Personen, befragt. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 75 Minuten und wurden in Besprechungsräumen abgehalten. Aus Phase eins war zu schließen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften in Bezug auf Spiritualität gab. Am häufigsten wurden 4 und 5 Punkte gegeben – teilweise einverstanden und einverstanden. Nachdem diese Ergebnisse herausgefiltert worden waren, konnten vier Unterkategorien gebildet werden: Spirituelle Perspektiven, Merkmale für spirituelle Pflege, spirituelle Pflege definieren und Werte der spirituellen Pflege erkennen.

Das Ergebnis der Interviews brachte erneut vier Kategorien hervor: spirituelle Taxonomie, spirituelle Pflege bereitstellen, Faktoren, durch die eine spirituelle Begleitung beeinflusst wurde und Effekte von spiritueller Pflege.

Es wurde festgestellt, dass Spiritualität individuell zu betrachten sei. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachten Spiritualität mit den eigenen Überzeugungen und Werten in Verbindung. Einige Partizipantinnen und Partizipanten setzten Spiritualität mit Religion gleich, für die meisten jedoch war es mehr als Religion. Ein befragter Arzt erklärte, dass jeder selbst seine Spiritualität erfahren muss, auch wenn oft nicht bemerkt wird, dass sie bereits da ist. Jeder ist selbst für die Integration von Spiritualität im Pflegeprozess verantwortlich.

Ross und Austin (2015) definierten in ihrer Studie die spirituellen Bedürfnisse und spirituelle Unterstützung bei Menschen mit einem Herzfehler im Endstadium. Für ihre qualitative Studie wurden 47 halbstrukturierte Interviews durchgeführt, welche ein Jahr lang alle drei Monate abgehalten wurden. 16 Patientinnen und Patienten in einem Alter zwischen 60 und 84 Jahren nahmen an dieser Studie teil. Dazu wurden sieben Frauen und neun Männer hinzugezogen. Die Daten stammten aus zwei Krankenhäusern in Wales, England in einem Zeitraum von Juni 2008 bis Dezember 2009. Nach einer schriftlichen Zustimmung wurden die Interviews bei den Patientinnen und Patienten zuhause durchgeführt, und es fanden maximal vier Interviews statt. Die Hauptthemen derer spezifizierten sich auf die Bedeutung, den Willen und den Einfluss von spirituellen Bedürfnissen, wie sie wahrgenommen werden können und wie es in Zukunft aussehen könnte. Anschließend wurde 2010 mit 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Hauptinteressensgruppen eine Fokusgruppen - Befragung durchgeführt. Während dieser Fokusgruppe wurden die Patientinnen und Patienten

befragt, ob sie einen Vorteil sehen würden, eine spirituelle Unterstützung oder spirituelle Besuche zu erhalten. Die Ergebnisse zeigten, dass die größte Angst der Patientinnen und Patienten darin bestand, alleine und isoliert den Rest ihres Lebens zu verbringen. Ein wichtiger Punkt für all jene lag in der Hoffnung. Spiritualität spiegelt sich in der Hoffnung der Menschen am Ende des Lebens wieder. Die Ergebnisse zeigten, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig ist, eine Hoffnung zu haben. Bei der spirituellen Betreuung geht es darum, diese Hoffnung aufrecht zu erhalten, aber auch realistisch zu bleiben. Es profitiert keiner davon, wenn falsche Hoffnungen geweckt werden. Weiters wurde beschrieben, dass Patientinnen und Patienten teilweise nur jemanden zum Reden brauchten. Eine spirituelle Unterstützung kann auch darin gegeben sein, wenn sich eine Pflegeperson Zeit nimmt, zuzuhören und für die Betroffenen da zu sein.

3.3 Spirituelle Pflege am Lebensende

In der qualitativen Studie von Minton et al. (2018) wurde beschrieben, wie Pflegekräfte von Palliativstationen und Hospizzentren in South Dakota, US eine spirituelle Betreuung bei Patientinnen und Patienten am Ende des Lebens und dessen Familienangehörige leisteten. Dafür wurden zwei Mitarbeiter aus dem Bereich des Pflegemanagements hinzugezogen, welche auf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinwiesen. Daraufhin nahmen 10 Pflegekräfte aus Hospizzentren und Palliativstationen, welche jeweils mindestens zwei Jahre Erfahrungen im Hospiz aufweisen konnten und zwischen 10 und 30 Jahren eine klinische Berufserfahrung hatten, teil. Die Partizipantinnen und Partizipanten waren zwischen 30 und 60 Jahre alt und arbeiteten entweder in ländlichen oder städtischen Einrichtungen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer teilten offen mit, wie sie ihren Patientinnen und Patienten in der End of Life Care eine ganzheitliche Betreuung mit Einbezug der Spiritualität boten. Die jeweiligen Daten wurden in einem Zeitraum von Februar 2016 bis März 2016 gesammelt. Für das Interview wurden per E – Mail die drei Einleitungsfragen versandt, damit sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer darauf vorbereiten konnten.

Für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer war eine spirituelle Betreuung die Fähigkeit, völlig selbstlos zu sein. Dazu gehörte die Bereitschaft der Pflegekräfte, ins Unbekannte einzutauchen und die Fähigkeit, tiefe und sinnvolle Gespräche zu führen. Spirituelle Begleitung gegen Lebensende wurde als Teil einer ganzheitlichen Pflege beschrieben.

Je nach Einstellung der Patientinnen und Patienten und Familienangehörigen konnte eine individuelle spirituelle Begleitung geboten werden. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie zählte es, den Augenblick wahrzunehmen. Es wurde von einem Moment gesprochen, in dem sich Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten verbinden. Und in solchen Momenten geschah es, dass das Gespräch zwischen Patientinnen und Patienten/Familien und Pflegekräften einen spirituellen Wert annahm. Das konnte jederzeit sein und ohne zu beurteilen wurden diese Momente zu etwas ganz Bedeutsamen. Gerade gegen Ende des Lebens ist es wichtig, den Patientinnen und Patienten und Familienangehörigen solche Momente zu „schenken“. Während dieser Augenblicke war es schön, für die Patientinnen und Patienten und die Familie da zu sein. Spirituelle Pflege bedeutet, präsent zu sein, zuzuhören und sich aufmerksam um die Patientinnen und Patienten und die Familien zu kümmern und ihre Werte, Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen. Dazu gehört es, den Patientinnen und Patienten zu erlauben, sich selbst zu reflektieren, sie nicht zu drängen und keinen Druck auszuüben. Gegen Ende des Lebens erkannten die Patientinnen und Patienten in ihren Taten und ihrem Erlebten neue Werte und Bedeutungen. Teil der spirituellen Begleitung war es, eine enge Verbindung zu den Patientinnen und Patienten und Familien aufzubauen und zu helfen und trotz des nahendem Todes ihr eigenes Wohl zu finden.

Ähnlich dazu wurden in der Mixed – Method Studie von Phelps et al. (2012) die Ansichten von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften an Onkologischen Stationen bezüglich der spirituellen Begleitung am Lebensende reflektiert. Die Datenerhebung fand auf vier verschiedenen klinischen Einrichtungen in Boston statt. Dafür wurden von März 2006 bis April 2008 75 Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem, unheilbarem Krebs befragt, welche eine palliative Strahlentherapie erhielten und 21 Jahre oder älter waren. In einem 45-minütigen halbstrukturierten Interview wurden die Auswirkungen von spiritueller Begleitung auf die Patientinnen und Patienten, die Einstellungen von Krebspatientinnen und Krebspatienten gegenüber der spirituellen Betreuung in der klinischen Versorgung und die Merkmale einer angemessenen spirituellen Pflege befragt. 68 Patientinnen und Patienten konnten das Interview beenden. Der quantitative Teil wurde zwischen Oktober 2008 und Jänner 2009 bei 339 Ärzten und Pflegekräften von onkologischen Abteilungen durchgeführt. 318 Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte vollendeten die

15-minütige internetbasierende Befragung, welche sie via E – Mail zugeschickt bekommen hatten. Auf einer 7 Punkte Skala wurde ihre Bereitstellung von spiritueller Pflege für die Patientinnen und Patienten und die Wahrnehmung der Spiritualität befragt. Die Ergebnisse der qualitativen Fragestellungen zeigten, dass im Zusammenhang mit spiritueller Begleitung am häufigsten der positive Einfluss auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten und die Förderung der Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten und Pflegekräften gegen Lebensende definiert wurde. In einigen Kommentaren wurde auch ein Nutzen von spiritueller Pflege für die körperliche Gesundheit erwähnt. Ein teilnehmender Patient gab an, dass spirituelle Begleitung eine beruhigende Erfahrung wäre und einem die Möglichkeit bieten konnte, etwas zu erhalten, was der Krebs einem genommen hatte. Sie half den Patientinnen und Patienten, dem Leben eine Bedeutung zuzuschreiben und zu zeigen, dass sie trotz der unheilbaren Krankheit nicht alleine waren. Spirituelle Begleitung findet in der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Pflegekräften statt. Um Spiritualität zu zeigen, heißt es, ein Gefühl der Vertrautheit zu schaffen. Die Patientinnen und Patienten erkannten, dass sich jemand vollständig um sie kümmerte und nicht nur eine medizinische Versorgung geboten wurde. Welche Auswirkung schlussendlich eine spirituelle Begleitung am Lebensende hatte, war jedoch von jedem selbst abhängig.

In der zuvor erwähnten Studie von O'Brien et al. (2018) wurden die spirituellen Bedürfnisse erwähnt und wie Pflegekräfte diese unterstützen konnten. Durch den OSG Kurs, den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abgeschlossen hatten, fiel es ihnen leichter zu erkennen, wann eine Patientin und ein Patient spirituelle Unterstützung in der Betreuung gegen Ende des Lebens benötigte. Spiritualität gehe nicht nur von Patientinnen und Patienten aus, sondern sei auch Teil der Umgebung. In einem Interview wurde beschrieben, dass es für viele Personen wichtig sei, das Fenster in einem Raum offen zu haben. Dadurch konnten sie sich selbst und das Äußere fühlen und fühlten sich körperlich gesünder und gestärker. Jeder Mensch hat verschiedene Werte in seinem Leben und gegen Lebensende. Das kann zum Beispiel das Halten eines Haustieres sein, Besuche von Freunden und Verwandten oder einfach nur die Achtung vor der eigenen Meinung. Für viele war etwas sehr wichtig, was nicht offensichtlich war und für andere wiederum überhaupt keine oder nur wenig Bedeutung hatte. Diese Wichtigkeiten und Werte konnten durch eine spirituelle Begleitung

hervorgehoben und beachtet werden und in den täglichen Pflegeprozess eingefügt werden.

Weiteres half eine spirituelle Begleitung gegen Ende des Lebens, den Patientinnen und Patienten eine Stütze zu geben. Viele Patientinnen und Patienten wollten ungeklärte Dinge lösen, wenn sie sich am Lebensende befanden. Sie versuchten durch Spiritualität die Wertigkeit des Streites zu erfahren und ein besseres Verständnis und Lösungen dafür zu finden. Spiritualität gab den Patientinnen und Patienten mentale Stärke gegen Ende des Lebens.

Dass Spiritualität für die Patientinnen und Patienten am Ende des Lebens eine Möglichkeit bot, Sicherheit zu bekommen und den Sterbeprozess zu akzeptieren, war ein Ergebnis aus der Studie von Zhang et al. (2018). Spirituelle Begleitung musste für die Patientinnen und Patienten, sowie Familienangehörigen gewährleistet werden. Sie unterstütze die Patientinnen und Patienten der End of Life Care und die Familien dabei, Frieden zu schließen. Für einige Patientinnen und Patienten wurde eine spirituelle Betreuung als ein Teil der medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung angesehen.

In der Studie von Swinton et al. (2017) wurde beschrieben, dass das Sterben für manche unbekannte Gedanken über die Bedeutung von Leben und Tod aufwarf. Über die Notwendigkeit der Abschlüßung und die Frage, wie man den Sterbenden ehren konnte, wurde nachgedacht. Das Sterben machte viele alltägliche Sorgen plötzlich irrelevant und die Patientinnen und Patienten fingen an, über Spiritualität nachzudenken. Spirituelle Pflege sei, zu erkennen, womit die Patientinnen und Patienten kämpfen, wovor sie Angst haben und welche Werte für sie wichtig seien.

Die Studie von Walker und Breitsameter (2017) brachte ähnliche Ergebnisse hervor. Es wurde beschrieben, dass während einer Pflege gegen Ende des Lebens vor allem die Kommunikation wichtig sei. Den Patientinnen und Patienten musste Aufmerksamkeit geschenkt werden, auf deren Wünsche und Bedürfnisse eingegangen werden und Respekt entgegen gebracht werden. Um dies zu erfüllen, wurde eine spirituelle Begleitung benötigt. Darin lag die Fähigkeit, Vertrauen zu schaffen, in der Nähe zu sein, aber auch Abstand zu halten, wenn es erforderlich war.

3.4 Spirituelle Betreuung am Lebensende aus der Sicht von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften

Balboni et al. (2013) erhob mittels eines quantitativen Designs Daten in einem Zeitraum von März 2006 bis Jänner 2009. 75 Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem, unheilbarem Krebs und 339 Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräften aus vier verschiedenen onkologischen Abteilungen wurden befragt. Das Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmung von Spiritualität an Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräfte gegen Ende des Lebens zu beschreiben. 6 Patientinnen und Patienten waren zu krank, um das Interview zu beenden und weitere 17 Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte beendeten den Fragebogen nicht. Die Patientinnen und Patienten wurden 45 Minuten lang interviewt. Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte wurden per E – Mail angeschrieben. Diese enthielt einen Link zu einer Online – Umfrage. Die Umfrage beinhaltete drei 7 Punkte Skalen, zwei 4 Punkte Skalen und zwei Ja/Nein Fragen, um die Wichtigkeit der spirituellen Begleitung zu definieren. 31% der Pflegekräfte gaben an, eine spirituelle Betreuung zu leisten, wohingegen nur 24% der Ärzte diese Aussage unterstützten. Die meisten Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte (87% und 80%) waren der Meinung, dass spirituelle Begleitung in der Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende „gelegentlich“ zur Verfügung gestellt werden soll. Keine Teilnehmerin und kein Teilnehmer gab an, dass spirituelle Pflege einen negativen Einfluss hat. Die Studie wies einen Unterschied zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten auf. Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Erfahrung mit spiritueller Betreuung weniger positiv als Pflegekräfte und Patientinnen und Patienten. 71% der Pflegekräfte und 73% der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass zu wenig Zeit einen großen Teil der Einschränkung von spiritueller Pflege ausmacht. Zudem gaben 88% der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger und 86% der Ärztinnen und Ärzte an, noch nie eine Ausbildung oder Weiterbildung zum Thema spirituelle Begleitung und Pflege erhalten zu haben. Die Mehrheit (mehr Pflegekräfte als Ärztinnen und Ärzte) wünschte sich, solch eine Ausbildung zu erhalten, um Spiritualität besser in den Pflegeprozess einbeziehen zu können.

Bevor sich Pflegekräfte mit Patientinnen und Patienten und Familien beschäftigen konnten, mussten sie sich zuerst selbst vorbereiten. Dieses Ergebnis wurde in der Studie von Minton et al. (2018) beschrieben. Eine Krankenpflegerin erklärte, dass ihre

Welt viel von ihren Erfahrungen und dem Gehörten beeinflusst wurde. Diese Erfahrungen mussten in den Hintergrund gerückt werden, denn bei der spirituellen Betreuung gegen Lebensende wurde versucht herauszufinden, was den Patientinnen und Patienten wichtig sei und dafür musste man genau zuhören. Die Pflegekräfte beschrieben, wie der ganze Fokus der Pflege während jeder Tätigkeit auf deren Patientinnen und Patienten lag. Spirituelle Pflege zu leisten, war eine tiefe persönliche Verpflichtung, die Wünsche und Werte der Patientinnen und Patienten zu würdigen und anzuerkennen. Es sei oft wichtiger, für die Patientinnen und Patienten einfach nur da zu sein. Für viele Pflegekräfte war es schwierig, sich einzugestehen, dass es nicht immer auf alles eine Antwort oder eine Lösung gab. Sie mussten einsehen, dass es nicht ihr Job war, etwas zu reparieren. Es konnte nicht immer alles geheilt werden, und das war in der End of Life Care auch nicht ihre Aufgabe. Viel wichtiger war es, für die Patientinnen und Patienten da zu sein, mit ihnen spazieren zu gehen und ehrlich über den Prozess der Krankheit zu reden.

Einige Pflegekräfte sagten, dass sie es spürten, wenn es jemandem nicht gut ging. Dafür musste aufmerksam gearbeitet werden. Trauer und Leid konnte gehört, gesehen oder in manchen Momenten sogar gefühlt werden. Eine Krankenpflegerin erklärte, dass es wichtig sei, den Patientinnen und Patienten das Gefühl zu geben, dass es ok ist, loszulassen. Wichtig dabei war es, ehrlich zu sein und den Patientinnen und Patienten Zeit zu geben. Eine weitere Teilnehmerin definierte ihre Ansicht von spiritueller Unterstützung darin, dass es nicht nur hieß, in schwierigen Situationen da zu sein, sondern gemeinsam den Weg zu gehen.

Für viele Pflegekräfte war es schwierig, einen Schritt zurückzutreten und Patientinnen und Patienten und Familien sprechen zu lassen. Die Aufgabe hierbei war es, selbstlos in unbekannte Gebiete mit den Patientinnen und Patienten und Familien zu treten.

Eines der Ergebnisse der Studie von Phelps et al. (2012) beinhaltete die Einstellung der Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte zum Thema spiritueller Pflege. Die Pflegekräfte beschrieben, dass die beste pflegerische Behandlung Spiritualität miteinbezieht. Durch Spiritualität konnte eine individualisierte Pflege gegen Ende des Lebens geleistet werden. Einige Pflegekräfte fanden jedoch, dass spirituelle Pflege getrennt von physischer Betreuung angesehen und eventuell durch einen Kaplan geboten werden soll. Aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte war spirituelle Begleitung gleichzusetzen mit einer guten patientenorientierten Pflege. Denn vor allem

in der End of Life Care stehe die Person als Ganzes im Mittelpunkt. Mehr als ein Viertel der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass sich spirituelle Begleitung außerhalb ihrer Rolle befand und sie nicht dafür ausgebildet waren. Ihr Befinden war es, dass Medizinisches und Persönliches getrennt werden sollte und viel zu wenig Zeit herrschte, um auch noch auf spirituelle Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

Im Gegensatz dazu beschrieben Zhang et al. (2018), dass viele Pflegekräfte fanden, sie haben eine höhere Verantwortung, um spirituelle Pflege zu leisten. Das Problem vieler Pflegekräfte lag darin, dass sie Angst hatten, zu emotional zu werden. Wenn sie emotional involviert waren, war es schwierig auf einer kompetenten Ebene zu bleiben, um eine adäquate Pflege zu leisten. Um Spiritualität während der EOLC richtig anzuwenden, war es wichtig, einfühlsam zu sein, aber sich selbst emotional nicht zu sehr verleiten zu lassen.

Weiters hatten Pflegekräfte oft zu wenig Hintergrundinformationen über die Patientinnen und Patienten, deren Glauben, Haltung, Werte und Rituale. Spiritualität kann im Pflegeprozess nur beachtet werden, wenn über die Grundeinstellungen und Gefühle von Patientinnen und Patienten gesprochen wird. Viele Pflegekräfte äußerten den Wunsch, eine Ausbildung im Bereich der spirituellen Begleitung zu erhalten.

Ähnlich wie bei der vorherigen Studie fanden die befragten Ärztinnen und Ärzte, dass ihnen die Zeit fehlte, um auf die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Viele sagten aus, dass sie zu wenig direkten Patientenkontakt haben, um die Patientinnen und Patienten besser kennen zu lernen. Für eine adäquate Integration von Spiritualität muss mehr Zeit gegeben sein und Schulungen zu dieser Thematik geboten werden.

3.5 Kommunikation

Der Großteil der Ergebnisse aus der Studie von O'Brien et al. (2018) beschäftigte sich mit der richtigen Kommunikation als Grundlage für eine spirituelle Begleitung in der End of Life Care. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass die richtige Kommunikation und genügend Zeit zu geben, wichtige Bestandteile einer spirituellen Pflege waren. Viele Pflegekräfte empfanden es schwierig, den Patientinnen und Patienten Zeit zu geben und einfach nur zuzuhören. Sie beschrieben, dass den meisten erst nach dem OSG Kurs bewusst wurde, dass es wichtig sei, manchmal zu schweigen und den Patientinnen und Patienten Stille zu gewährleisten. Besonders in

einer Gesundheitseinrichtung herrschen viel Stress und ein großer Zeitmangel. Um dabei Spiritualität in den Alltag einfließen zu lassen, zählte es, sich auch als Pflegeperson einmal zurückzuhalten und aktiv zuzuhören, was die Patientinnen und Patienten zu sagen hatten. Ihnen wurde bewusst, dass sie nicht sofort reagieren mussten während einer Konversation. Spiritualität half ihnen, einen besseren Umgang mit schwierigen Fragen zu bekommen. Sie wurden selbstvertrauter bezüglich des Themas Kommunikation und sahen Gespräche als Teil der täglichen Praxis an. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, sich nach dem Kurs besser in der Lage zu fühlen, „schwierige“ Fragen zu beantworten. Sie mussten akzeptieren, dass sie nicht immer in der Lage waren und auch nicht erwartet wurde, dass sie alle Dinge in Ordnung bringen und auf alles eine Antwort hatten. Pflegekräfte kamen zu dem Resultat, dass es nicht ihre Aufgabe war, den Patientinnen und Patienten Ratschläge zu geben. Zu einer spirituellen Betreuung gehörte es, einfach nur Zeit zu geben, damit sie ihre eigenen Ideen und Antworten finden können.

Zu diesem Ergebnis kamen auch Zhang et al. (2018) in ihrer Studie. Die Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass die Kommunikation dazu diene, spirituelle Bedürfnisse besser zu verstehen. Es war nicht wichtig, immer kommunikativ zu sein, sondern auch non – verbale Tätigkeiten, wie das Halten der Hände oder die Schulter der Patientinnen und Patienten berühren, war eine Form der gegenseitigen Kommunikation. Viele fanden, es wäre wichtig, ein Ruhezimmer für End of Life Care Patientinnen und Patienten und Familien anzubieten, um eine angemessene spirituelle Pflege zu gewährleisten. In diesem Ruhezimmer könnten Patientinnen und Patienten selbst entscheiden, ob sie lieber schweigen oder reden wollen. Dadurch haben sie für eine gewisse Zeit jemanden bei sich, der ihnen das Gefühl vermittelt, nicht alleine zu sein und gehört zu werden.

Die Pflegekräfte berichteten, dass zu den spirituellen Gesprächen zähle, zuzuhören, was die Patientinnen und Patienten zu sagen haben. Die Hauptaufgabe bestand darin, abzuschätzen, was die Patientinnen und Patienten fühlten. Wollten sie über ihren Tod sprechen? Wollten sie über den Sterbeprozess sprechen? Durch das Stellen spezifischer Fragen konnte dies sanft herausgefunden werden. Die Patientinnen und Patienten sollen zu nichts gedrängt werden, was für sie als unangenehm erscheint (Walker and Breitsameter, 2017).

3.6 Wünsche

In der Studie von Swinton et al. (2017) wurde thematisiert, dass ein Teil der Spiritualität das Erfragen und Erfüllen von Wünschen sei. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie beschrieben Spiritualität als das, was am meisten Bedeutsamkeit gegen Lebensende hat. Durch das Fragen nach den Wünschen der Patientinnen und Patienten wurden der Tod und das Sterben anerkannt, aber es stand nicht mehr im Mittelpunkt, mit welcher Erkrankung die Patientinnen und Patienten zu kämpfen haben, sondern was für sie seelisch wichtig sei. Die medizinischen Aspekte waren dabei weniger interessant. Wichtig war, die spirituelle Seite der Patientinnen und Patienten zu erforschen und ihre Wünsche in den Vordergrund zu rücken. Durch das Erfragen von Wünschen fingen die Patientinnen und Patienten an, über ihre spirituellen Werte, Ziele und Anliegen am Lebensende nachzudenken. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass durch Unterdrückung ihrer Spiritualität das Leiden der Patientinnen und Patienten verstärkt wahrgenommen wurde. Eine Pflegekraft schilderte, dass gerade dann, wenn sich Patientinnen und Patienten im Sterben befanden, plötzlich Überzeugungen auftauchten, die sie sonst nie hatten. Ein Grund dafür sei die Angst vor dem Ungewissen.

Durch die Äußerung der Wünsche konnten Pflegekräfte die fehlende Unterstützung ausfindig machen und dort mit der Pflege ansetzen. Dabei zählte nicht, ob jemand religiös war oder nicht. Viele fühlten sich durch die Auseinandersetzung mit dem Tod verwirrt und sehnten sich nach einer Hilfestellung, um das alles zu verstehen. Eine weitere Teilnehmerin erklärte, dass es keine Checkliste für den richtigen Umgang mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten gäbe, sondern rein durch Menschlichkeit die richtige Vorgehensweise erkannt wurde. Viele Pflegekräfte gaben an, ein Gefühl des Unwohlseins zu bekommen, wenn sie spirituelle Fragen stellten, da sie oft nicht wussten, welche Antworten auf diese Fragen folgten. Das Erkundigen nach den Wünschen der Patientinnen und Patienten bot den Pflegekräften daher einen Weg, um Unannehmlichkeiten zu vermindern und Bedürfnisse zu erkennen und dadurch auf spirituelle Ressourcen zurückzugreifen. Durch das Erfragen der Wünsche wurden sich Familien und Patientinnen und Patienten während des Sterbeprozesses ihrer Bedürfnisse bewusst und sie konnten dadurch die Trauer einfacher lösen und heilen. Jede Person drückte die Spiritualität in ihren Wünschen individuell aus. Die Studie zeigte, dass es sich oft um einfache Wünsche handelte, wie zum Beispiel der

Wunsch nach Licht, Stille oder beruhigenden Klängen. Einige wünschten sich Musik oder das Ausführen von bestimmten Ritualen. All diese Wünsche hatten eines gemeinsam – ihren spirituellen Hintergrund. Gerade gegen Lebensende überwog bei den Patientinnen und Patienten der Wunsch nach Frieden, Komfort und Vertrautheit. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass sehr oft der Wunsch nach Vergebung geäußert wurde am Ende des Lebens. Wünsche konnten aber auch materiellen Ursprunges sein. Zum Beispiel sehnten sich viele nach einem abschließenden Familienfoto oder einem Haar. Durch das Erfragen und Erfüllen von Wünschen wurde auch die Familie ein wenig getröstet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie beschrieben es als sehr wichtig, niemanden zu beeinflussen und jeden selbst seine eigene Spiritualität hinter diesen Wünschen erkennen zu lassen.

3.7 Erfolgreiche spirituelle Begleitung

Das Wichtigste der spirituellen Begleitung war, den Patientinnen und Patienten die Angst zu nehmen und ihnen zu zeigen, dass sich rein um sie gekümmert wird – dies war ein Ergebnis der Studie von Walker and Breitsameter (2017). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben, dass die Angst nicht nur auf medizinischer Basis abgeklärt werden musste, sondern auch psychosozial und spirituell. Eine wichtige Rolle spielte dabei die Akzeptanz der Patientinnen und Patienten gegenüber des eigenen Todes. Eine Pflegekraft erklärte, dass man die Patientinnen und Patienten nicht vom Sterben aufhalten und auch nicht das Leiden lindern konnte, aber es war möglich, da zu sein und durch reine Anwesenheit die Bereitschaft zu zeigen, dass sich um die Patientinnen und Patienten gekümmert wurde. Damit konnte auf spiritueller Basis viel von der Angst genommen werden.

Spirituelle Begleitung in der End of Life Care führte zu Frieden und der Sinnfindung. Es profitierten nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Familien von einer spirituellen Begleitung, durch Wahrnehmung derer Wünsche und Werte (Phelps et al., 2012, Zhang et al., 2018).

Die folgende Abbildung zeigt einen Überblick über die positiven Auswirkungen von spiritueller Pflege in der End of Life Care.

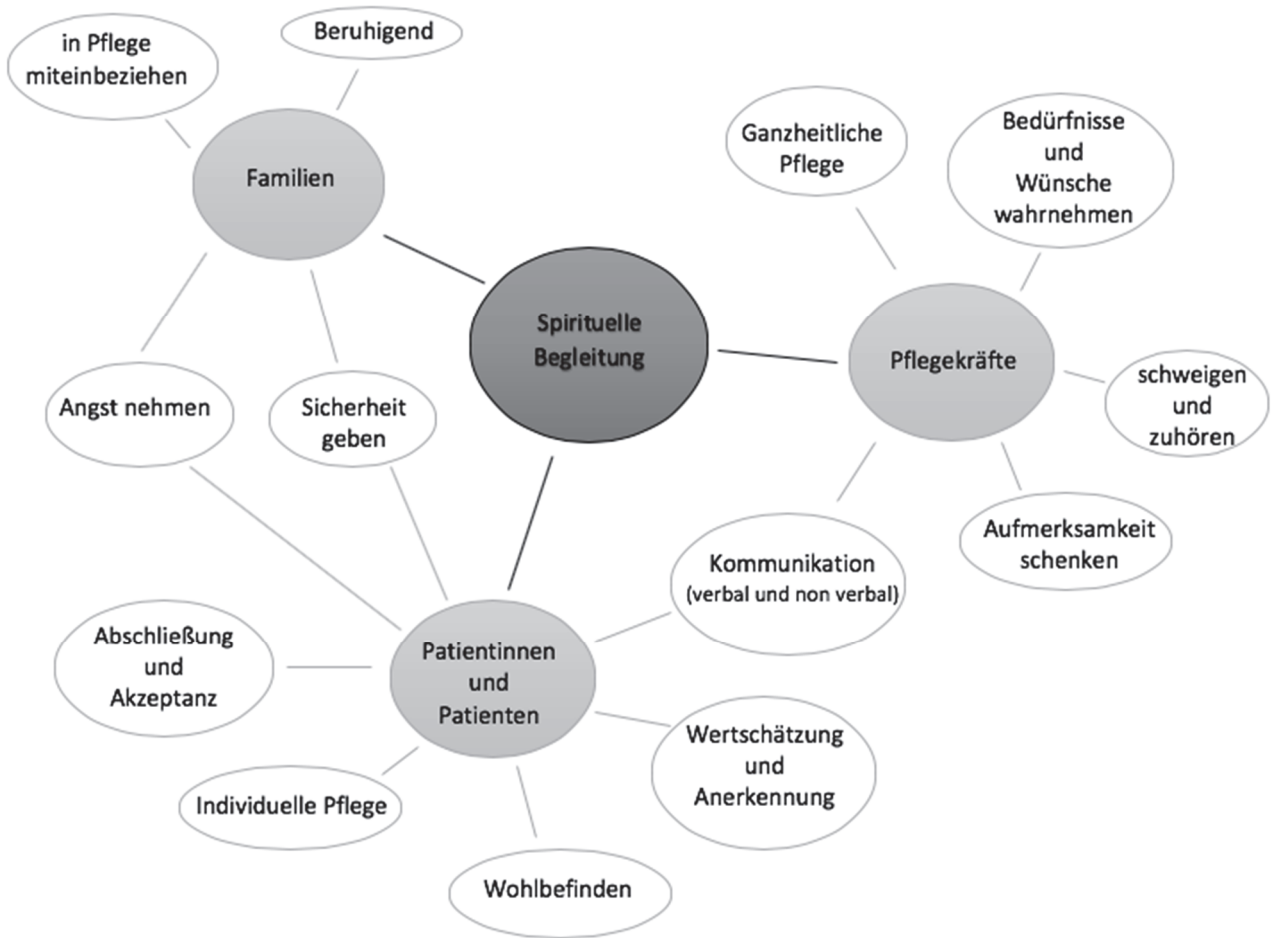


Abbildung 2: Überblick über spirituelle Begleitung

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, wie Spiritualität in die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten in der End of Life Care eingesetzt werden kann und welche Auswirkung eine spirituelle Begleitung auf die Patientinnen und Patienten hat. Die Ergebnisse der Arbeit zeigten, dass Spiritualität als eine Ressource in der End of Life Care angewendet werden kann, jedoch nur von wenigen auch angewendet wird.

Die in den untersuchten Studien gefundenen Ergebnisse wurden in die Bereiche: Bedeutung und Integration einer spirituellen Betreuung in der End – of – Life Care, spirituelle Pflege am Lebensende, spirituelle Betreuung am Lebensende aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften, Kommunikation, Wünsche und erfolgreiche spirituelle Begleitung unterteilt.

Vier der untersuchten Studien führten in einem Unterpunkt eine Beschreibung der Bedeutung von Spiritualität an. Unter allen Ergebnissen war einer der wichtigsten Faktoren das Erkennen und Beschreiben von Spiritualität und den persönlichen Bezug dazu wahrzunehmen. O'Brien et al. (2018) haben herausgefunden, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor dem OSG Kurs Schwierigkeiten hatten, Spiritualität richtig zu definieren und unterschiedliche Vorstellungen über die Bedeutung von Spiritualität hatten, denn für viele zähle Spiritualität zur Religion. Für den Großteil der Befragten in der Studie von Zhang et al. (2017) ist Spiritualität mehr als Religion. Auch in der Studie von Walker und Breitsameter (2017) erwies sich während der Interviews der Begriff Spiritualität als sehr unklar. Spiritualität involviert die religiösen Bedürfnisse, sowie individuelle Wünsche und Werte (Walker and Breitsameter, 2017). Balboni et al. (2013) kamen zu dem Ergebnis, dass das Fehlen von Schulungen bezüglich spiritueller Begleitung einer der stärksten Prädiktoren für die Bereitstellung von spiritueller Pflege ist. Des Weiteren ist es schwierig, Spiritualität zu definieren, da sie von den Personen selbst abhängig ist und sich aus den individuellen Erfahrungen und Werten entwickelt (Balboni et al., 2013). Die Studie von Stephanson and Berry (2015) beschreibt, dass sich Spiritualität durch ihre breite Bedeutung praktisch irrelevant macht, da alles, was für den Menschen wichtig ist, darunter subsumiert werden kann. Die Vorteile liegen darin, dass eine spirituelle Begleitung nicht mehr an nur einen einzigen Beruf gebunden ist, sondern für jede Berufsgruppe von Bedeutung ist (Stephenson and Berry, 2015).

Es macht keinen Unterschied, ob jemand religiös oder spirituell ist, denn fast alle, die sich am Lebensende befinden, suchen einen Sinn ihres Daseins. Diese Sinnfindung und Suche ist ausschlaggebend für Spiritualität (Swinton et al., 2017). Spiritualität beschäftigt sich mit der Frage nach dem Leben und Sterben und dem Leben nach dem Tod (Walker and Breitsameter, 2017).

Die Hypothese, dass eine spirituelle Pflege in der End of Life Care kein wichtiger Aspekt ist, wurde von Balboni et al. (2013) widerlegt. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie waren der Meinung, dass eine spirituelle Begleitung zumindest gelegentlich zur Verfügung gestellt werden soll (Balboni et al., 2013).

Um eine angemessene spirituelle Begleitung leisten zu können, müssen Pflegepersonen sich selbst kennen und Urteile/Vorurteile und Meinungen beiseite geben (Noome et al., 2017). Alle Pflegekräfte, die mit Patientinnen und Patienten in der End of Life Care arbeiten, sollen zumindest ein Basiswissen bezüglich spiritueller Pflege aufweisen können (Selman et al., 2018).

Strang et al. (2014) beschreibt, dass es wichtig ist, richtige Kommunikationstechniken anzuwenden, offen und präsent zu sein. Pflegepersonen müssen den Mut haben, anwesend zu sein und zu bestätigen, dass sie Zeit haben (Strang et al., 2014). Viele Pflegekräfte haben Angst davor, ein Gespräch auf spiritueller Ebene zu führen (Minton et al., 2018). Im Gegensatz zum Gedanken vieler ist es wichtig nicht zu versuchen, jedes existentielle Problem zu lösen (Strang et al., 2014). Es kann nicht auf jede Frage eine Antwort und für jedes Problem eine Lösung gefunden werden (O'Brien et al., 2018). Wichtig ist, allen Patientinnen und Patienten Zeit zu geben während eines Gespräches, selbst auf Ideen und/ oder Antworten zu kommen (O'Brien et al., 2018). Die Patientinnen und Patienten sollen aber zu nichts gedrängt werden. Mit einfachen und einfühlsamen Fragen kann herausgefunden werden, ob die Patientinnen und Patienten über ihre Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse sprechen wollen (Walker and Breitsameter, 2017).

Noome et al. (2017) weisen auf die Relevanz einer Dialogführung und Aufrechterhaltung von Spiritualität hin. Sie beschreiben, dass es wichtig ist, mit den Patientinnen und Patienten und Familien in Kontakt zu sein. Eine spirituelle Begleitung muss für Patientinnen und Patienten sowie Familienmitglieder gegeben sein (Zhang et al., 2018). Die Kaplane in der Studie von Noome et al. (2017) kamen zu dem Schluss, dass eine Unterstützung und Fürsorge vor der EOLC fehlen. Die Pflegepersonen sollen mittels eines einführenden Gespräches über spirituelle Fragen

die Bedürfnisse und Ängste von Patientinnen und Patienten und Familienmitglieder erfragen (Noome et al., 2017).

Die Frage, was die Patientinnen und Patienten beunruhigt oder was sie stört, ist ein ausgezeichneter Weg, um die spirituelle Beurteilung einzuleiten (Minton et al., 2018). Es muss jedoch auch erkannt werden, dass das Kernelement der Spiritualität die Stille ist. Durch non – verbale Kommunikation und reine Anwesenheit wird den Patientinnen und Patienten das Gefühl vermittelt, dass jemand für sie da ist und sich für sie interessiert (Walker and Breitsameter, 2017).

Interesse zu zeigen heißt, auf die Wünsche der Patientinnen und Patienten einzugehen und diese wahrzunehmen.

Nur eine der sieben Studien ging explizit auf die Wünsche der Patientinnen und Patienten der End of Life Care in Bezug auf Spiritualität ein. Swinton et al. (2017) definiert das Einholen und Erfüllen von Wünschen als Ausgangspunkt einer spirituellen Begleitung. Dadurch kann auf die Lebensgeschichte der Patientinnen und Patienten eingegangen werden und diese in den Pflegeprozess involviert werden. Durch die Wünsche werden spirituelle Ziele wie Frieden, Geborgenheit und Liebe bedeutsam (Swinton et al., 2017). Gerade am Ende des Lebens ist die medizinische Versorgung alleine nicht mehr ausreichend, sondern es ist ein spiritueller Zugang von Nöten (Swinton et al., 2017). Vor allem in einem Setting, in dem Technologie, Physiologie und Medizin im Vordergrund stehen, werden die spirituellen Bedürfnisse sterbender Patientinnen und Patienten vermindert erkannt und angesprochen (Catlin et al., 2001). Für Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte ohne oder mit wenig spiritueller Orientierung bietet das Erfragen und Erfüllen von Wünschen eine gute Gelegenheit, diese unbekannte Thematik anzusprechen (Zollfrank et al., 2015). Weiters hilft es, das Spektrum und die Auswirkung der Spiritualität zu erkennen und individuell zu fördern (Swinton et al., 2017).

Daniel P. Sulmasy (2009) beschreibt, dass Ärztinnen und Ärzte eine „moralische Verpflichtung“ haben, die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Ärztinnen und Ärzte sollen dabei nicht die Tätigkeiten der Seelsorge übernehmen, sondern beachten, dass alle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erkannt werden.

Die Ergebnisse von Phelps et al. (2012) zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte Spiritualität negativer ansehen als Krankenpflegepersonen und Patientinnen und Patienten. Die Ärztinnen und Ärzte haben ein geringeres Verständnis für eine spirituelle Begleitung

(Zhang et al., 2018). Viele Ärztinnen und Ärzte sehen eine spirituelle Begleitung nicht als ihre Rolle (Phelps et al., 2012). Durch Spiritualität wird auf die Patientinnen und Patienten persönlich eingegangen und in einem Bereich praktiziert, in dem sie nicht ausgebildet sind. Laut einigen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten soll dieser Bereich von dem Medizinischen getrennt werden, denn es mangelt an zeitlichen Ressourcen (Phelps et al., 2012).

Durch eine spirituelle Pflege wird auch in die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten eingegriffen. Privatsphäre, Medizin und Spiritualität sind völlig unmisierbar. Eine spirituelle Begleitung soll freiwillig sein und eine gute medizinische Versorgung nicht ersetzen (Phelps et al., 2012).

Auch Zhang et al. (2018) definiert den Zeitdruck und Zeitmangel als Grund für eine mangelnde spirituelle Begleitung seitens der Ärztinnen und Ärzte. Ein vermehrter und längerer Kontakt zu den Patientinnen und Patienten könnte das Einfühlungsvermögen und die Wahrnehmung von Spiritualität bei den Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei Pflegepersonen fördern (Daaleman et al., 2008).

Die Zeit wird zwar als Hindernis gesehen, aber ist kein Indikator für die Vernachlässigung einer spirituellen Pflege (Balboni et al., 2013). Das Fehlen von Schulungen zählt als einer der stärksten Prädiktoren für die Bereitstellung von spiritueller Begleitung (Balboni et al., 2013).

Das verminderte Wissen über spirituelle Begleitung ist ein Grund der mangelnden spirituellen Versorgung. Als hauptsächlicher Grund gilt aber das eigene Bewusstsein und die eigene Aufmerksamkeit zu diesem Thema (Walker and Breitsameter, 2017).

Die OSG ermutigt die Notwendigkeit der ganzheitlichen Betreuung bewusst zu machen und Spiritualität richtig zu erkennen (O'Brien et al., 2018).

Puchalski et al. schilderten, dass dieses Thema zu komplex sei, um es allein der Seelsorge zuzuschreiben (2003). Dazu beschreiben Caldeira et al. (2013), dass eine spirituelle Pflege in der Verantwortung der Pflegekräfte liegt.

Eine spirituelle Ausbildung und Weiterbildung hat einen positiven Einfluss und stärkt das Wahrnehmungsvermögen in diesem Bereich (Wu and Lin, 2011). Die Pflegekräfte müssen sich selbst angemessen ausgebildet fühlen, um eine spirituelle Pflege zu gewährleisten (Minton et al., 2018).

Zusammenfassend kann bestätigt werden, dass eine spirituelle Begleitung keine negativen Effekte bei der Pflege in der End of Life hat.

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse aus den inkludierten Studien konnten in sechs Unterpunkte gegliedert werden. Es wurde gezeigt, dass das Hauptmerkmal einer spirituellen Betreuung bei der richtigen Kommunikation liegt. Die Kommunikation wird nicht in jeder Studie als eigenständiger Unterpunkt erfasst, sondern fortlaufend thematisiert.

Praxis – und Forschungsempfehlung:

Aus den Ergebnissen abzuleiten ist die große Relevanz für die Pflegepraxis. Um Spiritualität und die spirituelle Pflege auch angemessen in der Praxis umzusetzen und integrieren zu können, wäre es wichtig, Schulungen und Weiterbildungen in diesem Bereich anzubieten. In vielen Bereichen wird eine spirituelle Begleitung an die Seelsorge abgegeben. Gerade bei der Pflege gegen Lebensende ist es wichtig, dass jede Pflegeperson ihren Fokus auf eine ganzheitliche Pflege legt. Dazu gehört ein gewisses Maß an Basiswissen in Bezug auf eine spirituelle Betreuung. Wenn zum Teil schon Schulungen angeboten werden, nehmen nur wenige diese wahr, da Spiritualität oft mit Religion gleichgesetzt wird. Um eine höhere Teilnehmerzahl zu erreichen, wäre es wichtig, zuerst kundzugeben, was unter dem Begriff Spiritualität zu verstehen ist und welche Bedeutung eine spirituelle Pflege in der Praxis hat.

Ein weiterer Punkt ist, dass es zurzeit Studien über eine angemessene spirituelle Pflege, die richtige Kommunikation und Einstellung der Pflegepersonen gibt. Es fehlt jedoch die theoretische Grundlage bezüglich der Verminderung von Angst am Lebensende durch Spiritualität. Um einen aussagekräftigen Punkt vorzuweisen, warum Spiritualität in die Pflege von End of Life Care Patientinnen und Patienten eingebracht werden soll, wäre es interessant zu wissen, ob durch eine spirituelle Pflege die Angst vor dem Lebensende und am Lebensende gelindert werden kann. Um die Bedeutung von spiritueller Pflege in der End of Life Care zu verbessern, müssen weitere Forschungen im Bereich der Angstbewältigung sowie Verbesserung des psychischen Wohlbefindens durch Spiritualität erfolgen.

6 Literaturverzeichnis

- AGING, N. I. O. 2017. *What Is End - of - Life Care?* [Online]. Available: <https://www.nia.nih.gov/health/what-end-life-care> [Accessed 02.11.2018].
- AUSTRIA, S. 2018. *Todesursachen gesamt* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [Accessed 21.10.2018].
- 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. *J Clin Oncol*, 31, 461-7.
- CALDEIRA, S., CARVALHO, E. C. & VIEIRA, M. 2013. Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. *Int J Nurs Knowl*, 24, 77-84.
- CATLIN, E. A., GUILLEMIN, J. H., THIEL, M. M., HAMMOND, S., WANG, M. L. & O'DONNELL, J. 2001. Spiritual and religious components of patient care in the neonatal intensive care unit: sacred themes in a secular setting. *J Perinatol*, 21, 426-30.
- DAALEMAN, T. P., USHER, B. M., WILLIAMS, S. W., RAWLINGS, J., HANSON, L. C., DAALEMAN, T. P., USHER, B. M., WILLIAMS, S. W., RAWLINGS, J. & HANSON, L. C. 2008. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Annals of Family Medicine*, 6, 406-411.
- E. FRICK, S. W. U. G. D. B. 2002. SPIR - Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer „spirituellen Anamnese“.
- HEALTH, N. I. O. 2004. *NIH State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care* [Online]. Available:

<http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024html.htm>

[Accessed 21.10.2018].

- HELLER, A. H. B. 2014. *Spiritualität und Spiritual Care*, Verlag Hans Huber.
- HOLYOKE, P. & STEPHENSON, B. 2017. Organization-level principles and practices to support spiritual care at the end of life: a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 16, 24.
- L. RADBRUCH, S. P. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16.
- MINTON, M. E., ISAACSON, M. J., VARILEK, B. M., STADICK, J. L. & O'CONNELL-PERSAUD, S. 2018. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *J Clin Nurs*, 27, 173-181.
- NHS. 2018. *End of life care* [Online]. Available: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/> [Accessed 02.11.2018].
- NOOME, M., BENEKEN GENAAMD KOLMER, D. M., VAN LEEUWEN, E., DIJKSTRA, B. M. & VLOET, L. C. M. 2017. The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. *Scand J Caring Sci*, 31, 569-578.
- O'BRIEN, M. R., KINLOCH, K., GROVES, K. E. & JACK, B. A. 2018. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs*.
- ORGANISATION, W. H. 2004. *Palliativ care: Symptom management and end of life care. Integrated management of adolescent and adult illness*. [Online]. Available: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf> [Accessed 08.11.2018].
- ÖXLER, E. 2018. *Spiritualität am Ende des Lebens*, Der Hospiz Verlag.

- PHELPS, A. C., LAUDERDALE, K. E., ALCORN, S., DILLINGER, J., BALBONI, M. T., VAN WERT, M., VANDERWEELE, T. J. & BALBONI, T. A. 2012. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*, 30, 2538-44.
- PUCHALSKI, C. M. 2002. Spirituality and end-of-life care: a time for listening and caring. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 289-294.
- PUCHALSKI, C. M., KILPATRICK, S. D., MCCULLOUGH, M. E. & LARSON, D. B. 2003. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, Hospice Journal, Journal of Palliative Care, and Journal of Pain and Symptom Management. *Palliat Support Care*, 1, 7-13.
- ROSS, L. & AUSTIN, J. 2015. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *J Nurs Manag*, 23, 87-95.
- 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. 2018. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med*, 32, 216-230.
- SHIGEKO IZUMI, H. N., CHIHOKO SAKURAI, EMINKO IMAMURA 2012. Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*.
- STEPHENSON, P. S. & BERRY, D. M. 2015. Describing Spirituality at the End of Life. *West J Nurs Res*, 37, 1229-47.
- STRANG, S., HENOCH, I., DANIELSON, E., BROWALL, M. & MELIN-JOHANSSON, C. 2014. Communication about existential issues with patients close to death--

nurses' reflections on content, process and meaning. *Psychooncology*, 23, 562-8.

SULMASY, D. P. 2009. Spirituality, religion, and clinical care. *Chest*, 135, 1634-1642.

SWINTON, M., GIACOMINI, M., TOLEDO, F., ROSE, T., HAND-BRECKENRIDGE, T., BOYLE, A., WOODS, A., CLARKE, F., SHEARS, M., SHEPPARD, R. & COOK, D. 2017. Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*, 195, 198-204.

WALKER, A. & BREITSAMETER, C. 2017. The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *J Relig Health*, 56, 2237-2250.

WU, L. F. & LIN, L. Y. 2011. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*, 19, 250-6.

ZHANG, Y., YASH PAL, R., TAM, W. S. W., LEE, A., ONG, M. & TIEW, L. H. 2018. Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *Int Emerg Nurs*, 37, 13-22.

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. *J Palliat Med*, 18, 408-14.

7 Anhang

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchvorgang in den Datenbanken PubMed und CINAHL	8
Tabelle 2: Zusammenfassung der verwendeten Studien.....	13

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA - Statements (Ziegler, Antes & König 2011).....	11
<i>Abbildung 2: Überblick über spirituelle Begleitung.....</i>	<i>31</i>

7.3 Bewertung der analysierten Studien

Die Studien wurden mittels Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) bewertet. Jede der neun Kategorien konnte in vier Stufen bewertet werden: 4 = Good, 3 = Fair, 2 = Poor, 1 = Very Poor. Die maximale Anzahl der Punkte liegt bei 36.

Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Pheplps, 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. *J Clin Oncol*, 31, 461-7.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält die Population, aber kein Design und kein Setting. Der Abstract ist gegliedert in Zweck, Stichprobengröße, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Es wird kein Hintergrund angegeben, keine Forschung – und Praxisempfehlung. Es sind keine Keywords angegeben.	Poor: 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
In der Einleitung wird kurz auf die Hintergrundinformationen eingegangen. Es werden die Forschungsfrage und das Forschungsproblem definiert, aber es ist unstrukturiert aufgebaut.	Fair: 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist in Unterkapitel gegliedert. Die Auswahl der Teilnehmer wird beschrieben, ebenso die Datensammlung und Analyse. Es sollten aber mehr Details zur Durchführung der Interviews angegeben werden.	Poor: 2
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Es wird genau beschrieben, wie viele Teilnehmer von Anfang bis zum Ende an der Befragung teilnahmen und wie viele abbrechen mussten. Ein- und Ausschlusskriterien sind genau definiert.	Good: 4

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenerhebung ist wenig beschrieben und sehr unübersichtlich.	Fair: 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Teilnehmer haben einen informed consent abgegeben. Weitere Informationen dazu sind nicht vorhanden.	Fair: 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind in Unterkapitel definiert und ausführlich beschrieben.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es ist eine Übertragbarkeit gegeben.	Good: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Eine weitere Forschung ist notwendig, aber die Ergebnisse dieser Studie sind für die Praxis interessant.	Good: 4
Total:	29 (81%)

Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L. & O'Connell – Persaud, S. 2018. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *J Clin Nurs*, 27, 173-181.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel enthält Population, aber kein Setting, kein Design und die wichtigsten Keywords fehlen. Der Abstract ist gut gegliedert in Hintergrund, Zweck, Design, Methode und Datenerhebung, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Pflegerelevanz. Die Keywords werden angegeben.</p>	<p>Fair: 3</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Die Einleitung und die Hintergrundinformationen sind ausführlich beschrieben. Das Ziel der Studie wird definiert.</p>	<p>Good: 4</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Der Methodenteil ist gut gegliedert und es wird das Design, Stichprobe, Setting, Datensammlung, Datenanalyse und Ethik beschrieben.</p>	<p>Good: 4</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Das Sample ist gut beschrieben und die Ein- und Ausschlusskriterien sind definiert. Es geht nicht klar hervor, ob es sich bei dem Sampling um ausschließlich Frauen handelt.</p>	<p>Fair: 3</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	

Der Prozess der Datenanalyse ist ausführlich beschrieben.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wird ein eigener Unterpunkt im Methodenteil definiert, welcher alle ethischen Fragen erklärt.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind klar beschrieben. Es sind Zitate von Teilnehmerinnen angeführt.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund des qualitativen Designs und einer Stichprobengröße von 10 Teilnehmerinnen ist keine Übertragbarkeit gegeben. Das Design kann für andere Settings angewendet werden.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es sind klare Ergebnisse definiert und in einem eigenen Unterpunkt sind die Pflegerelevanz und ein Praxisbezug dargestellt.	Good: 4
Total:	33 (92%)

O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E. & Jack, B. A. 2018. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs*.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet das Design, die Population, aber kein Setting. Die wichtigsten Keywords sind im Titel angegeben. Der Abstract ist in Ziel, Hintergrund, Design, Methode und Datenerhebung, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Pflegerelevanz unterteilt.	Good: 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Forschungshintergrund wird genau definiert.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist klar dargelegt. Design, Sample, Teilnehmer, Datenerhebung, Ethik, Datenanalyse und Rigour sind definiert. Die Interviews sind nicht sehr ausführlich beschrieben.	Fair: 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wird ausreichend beschrieben. In einer Tabelle sind die Details der Teilnehmer aufgelistet. Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht genau klargestellt.	Fair: 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Die Datenanalyse wird nur kurz beschrieben.	Fair: 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt. Vor dem Telefoninterview wurde ein verbal consent eingeholt.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut strukturiert. Alle Themen und Subthemen werden exakt beschrieben.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist eine Übertragbarkeit nicht möglich. Die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es gibt eine Forschungs- und Praxisempfehlung.	Good: 4
Total:	32 (89%)

Phleps, A. C., Lauderdale, K. E., Alcorn, S., Dillinger, J., Balboni, M. T., Van Wert, M., Vanderweele, T.J. & Balboni, T. A. 2012. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*, 30, 2538-44.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet die Population, aber kein Design. Der Abstract beschreibt den Zweck, die Teilnehmer, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung. Es werden keine Keywords angegeben und keine Pflegerelevanz beschrieben.	Poor: 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund wird nur kurz angegeben und es wird kein Forschungsziel aufgezeigt.	Poor: 2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut gegliedert und ist in einen qualitativen und einen quantitativen Teil eingeteilt. Die Methode ist passend gewählt für diese Forschungsfrage.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample ist genau beschrieben und in einer Tabelle dargestellt. Ein- und Ausschlusskriterien werden klar dargestellt.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Der Datensammlungsprozess ist sehr gut verständlich und die Datenanalyse ist genau beschrieben.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurde ein Einverständnis geholt. Die Teilnehmer gaben alle einen informed consent.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind in qualitative und quantitative Ergebnissen eingeteilt und geben einen guten Überblick.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es ist eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population gegeben.	Good:4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es gibt keine Praxis – oder Forschungsempfehlung, aber aufgrund der Ergebnisse der Studie kann auf ein Interesse seitens der Pflegepersonen geschlossen werden.	Fair: 3
Total:	31 (86%)

Ross, L. & Austin, J. 2015. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. J Nurs Manag, 23, 87-95.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Das Design wird nicht im Titel beschrieben. Der Abstract ist gut aufgebaut.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut beschrieben, die Hauptthematik wird in einem extra Punkt definiert und ausführlich dargestellt.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die verwendete Methode wurde genau beschrieben.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample ist detailliert im Text beschrieben, es wird das Alter, Geschlecht, Haushalt, Religion definiert. Jedoch wird das Sample erst bei den Ergebnissen und der Diskussion genau beschrieben.	Fair: 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Datenanalyse wird genau dargestellt.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurde ein ethnischen Einverständnis geholt.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden klar definiert, aber unter den Ergebnissen wird zuerst auf die Samplegröße eingegangen. Diese sollte jedoch vorher schon beschrieben werden.	Fair: 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse können nicht generalisiert werden. Die Studie ist aber trotzdem für die Wissenschaft interessant.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie ist wichtig und interessant für die Wissenschaft, es ist jedoch weitere Forschung in diesem Bereich nötig.	Good: 4
Total:	32 (89%)

Swinton, M., Giacomini, M., Toledo, F., Rose, T., Handbreckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Clarke, F., Shears, M., Sheppard, R. & Cook, D. 2017. Experiences and Expressions of Spirituality at the End of Life in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*, 195, 198-204.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel beschreibt das Setting, aber keine Population oder Design. Der Abstract ist gut gegliedert und beschreibt das Ziel, Methode, Datenerhebung und Ergebnisse, Schlussfolgerung und Keywords.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Es wird kurz auf den Hintergrund eingegangen, könnte aber genauer beschrieben sein. Das Forschungsziel wird genannt.	Fair: 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist gut beschrieben. Es wird in Tabellen dargestellt, um welche Art des Interviews es sich gehandelt hat.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wird sehr umfassend in Tabellen dargestellt. Es gibt für Familienmitglieder und Arbeiter im Krankenhaus eigene detaillierte Tabellen. Es werden Einschlusskriterien genannt.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Die Datenanalyse erfolgt zuerst von fünf Personen, welche sich einen Teil der Interviews angeschaut haben. Der Rest wird von zwei Personen behandelt und die anschließende deskriptive Datenanalyse erfolgt von drei Arbeitern.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wird nicht definiert, ob es eine Bewilligung der Ethikkommission gibt. Die Teilnehmer stimmten zuerst mündlich zu und danach wurde eine schriftliche Einwilligung geholt.	Fair: 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut definiert und in Unterkapitel eingeteilt.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit ist wegen der großen Teilnehmerzahl gegeben.	Good: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden keine expliziten Praxisempfehlungen gemacht, aber die Ergebnisse sind hilfreich für die Praxis.	Fair: 3
Total:	32 (89%)

Walker, A. & Breitsameter, C. 2017. The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. *J Relig Health*, 56, 2237-2250.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel wird das Setting genannt, aber keine Population und kein Design. Der Abstract ist nicht gegliedert, sondern in einem Text durchgeschrieben. Er beinhaltet den Zweck, Design, Setting, Ergebnisse, Forschungsempfehlung und Keywords. Die Datenerhebung und Population wird nicht genannt.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist sehr detailliert und es wird ein eigener Punkt bezüglich Probleme und Forschungszweck angegeben.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Methoden sind ausführlich genannt. Es werden Datenerhebung, Teilnehmer, Fragen der Interviews, Ethik und Datenanalyse beschrieben und teilweise in Tabellen dargestellt.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wird im Text und in Tabellen definiert. Es wird genau dargestellt. Es werden Einschlusskriterien genannt.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Die Datenanalyse wird genau und gut beschrieben.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde mündlich den Teilnehmern erklärt und anschließend erhielten alle ein Informationsblatt. Ein informed consent wurde von allen Teilnehmern abgegeben.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut aufgelistet und verständlich dargestellt.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl ist die Studie nicht generalisierbar, aber trotzdem für die Wissenschaft interessant.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es wird ein Praxisschwerpunkt angegeben und Empfehlungen für eine weitere Forschung dargelegt.	Good: 4
Total:	34 (94%)

Zhang, Y., Yash Pal, R., Tam, W. S. W., Lee, A., Ong, M. & Tiew, L. H. 2018. Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *Int Emerg Nurs*, 37, 13-22.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel werden die Population, Design und die wichtigsten Keywords genannt. Indirekt ist auf das Setting zu schließen. Der Abstract ist in Hintergrund, Zweck, Design, Setting, Teilnehmer, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung eingeteilt. Es werden Keywords genannt.	Good: 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund ist gut beschrieben und es wird in einem extra Unterkapitel auf die Wichtigkeit der Thematik eingegangen. Das Ziel dieser Studie wird genannt.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil gibt es für das Design, Setting, Teilnehmer, Datenerhebung, Datensammlung, Ethik und die Datenanalyse jeweils ein extra Kapitel.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Sampling ist klar definiert. Ein- und Ausschlusskriterien sind vorhanden. Es wird in zwei Phasen geteilt, welche jeweils ein eigenes Sampling vorweisen.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	

Die Datenanalyse ist für den quantitativen, sowie qualitativen Bereich genau definiert.	Good: 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurde eine Zustimmung von den Teilnehmern und Krankenhäusern eingeholt. Die National University of Singapore – Institutional Review Board willigte in diese Studie ein. Es werden in einem eigenen Unterpunkt die Zustimmungen beschrieben.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Für die Darstellung der Ergebnisse wird zuerst auf die quantitative Forschung eingegangen und dort die Hauptergebnisse definiert. Im zweiten Teil werden die qualitativen Ergebnisse dargestellt und in Unterpunkte eingeteilt. Mittels Tabellen wird ein besserer Überblick geschaffen.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Es ist schwierig, diese Ergebnisse auf eine größere Population zu übertragen, da die Studie ausschließlich die Situation in einer Notfallstation in Singapur behandelt. Für die Wissenschaft ist sie dennoch interessant.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es wird nicht direkt eine Praxis – oder Forschungsempfehlung beschrieben, jedoch ist die Studie nützlich für Pflegepersonen.	Fair: 3
Total:	34 (94%)