

Bachelorarbeit

Spirituelle Bedürfnisse von Krebskranken im palliativen Setting – die Rolle der Pflege

eingereicht von
Jennifer Metzger

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Drⁱⁿ.scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc

Graz, 24.03.2016

I. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

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

Graz am 24.03.2016

Jennifer Metzger, eh

II. INHALTSVERZEICHNIS

I. Eidesstattliche Erklärung	I
III. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
IV. Abkürzungsverzeichnis	III
V. Zusammenfassung	IV
VI. Abstract.....	V
1 Einleitung	1
Forschungsziel und Forschungsfrage	9
2 Methode	10
3 Ergebnisse	13
3.1 Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality (Kawa et al. 2003).....	17
3.2 Sources of spiritual well-being in advanced cancer (Lo et al. 2011).....	19
3.3 “If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn’t Be Here Today”: Religious and Spiritual Themes in Patients’ Experiences of Advanced Cancer (Alcorn et al. 2010)	20
3.4 Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit (Vilalta et al. 2014).....	22
3.5 Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice (Bovero et al. 2015).....	24
4 Diskussion	26
4.1 Limitationen und Stärken.....	34
4.2 Empfehlungen für die Forschung	35
4.3 Empfehlungen für die Praxis	35
5 Schlussfolgerung	36
6 Literaturverzeichnis	37
7 Anhang	V

III. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1 - Schmerzdimensionen nach Cicely Saunders	6
Abbildung 2 - Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL	11
Abbildung 3- Flowchart über die Literaturrecherche	12
Tabelle 1 - Übersicht über die miteinbezogenen Studien	14

IV. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

WHO	Weltgesundheitsorganisation
-----------	-----------------------------

V. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Mit den Begründerinnen der Hospizidee und der Palliative Care – Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross – wurde der Begriff „total pain“ und das multidimensionale Schmerzmodell in die Pflege implementiert. Die gängigen Dimensionen des Schmerzes, welche die physische, mentale und soziale Ebene betreffen, sind gut definiert und meist gut behandelbar. Die vierte Dimension – die spirituelle Ebene – findet oft wenig Berücksichtigung bzw. werden spirituelle Bedürfnisse oft nicht als solche erkannt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welche spirituellen Bedürfnisse Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung im palliativen Setting haben und wie die Pflege diesen Bedürfnissen begegnen kann.

Methode: Eine systematische Literaturrecherche wurde von Oktober bis Mitte November 2015 in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Zusätzlich zur Datenbankrecherche erfolgte ein reger Austausch mit Spezialistinnen und Spezialisten auf diesem Gebiet. Die ausgewählten Arbeiten wurden mittels den entsprechenden Bewertungsbögen kritisch bewertet.

Ergebnisse: Aus den bewerteten Studien geht hervor, dass die Bedeutung von Spiritualität und Religion im Verlauf der Krebserkrankung zunimmt. Die wichtigsten spirituellen Bedürfnisse sind das Bedürfnis nach Wahrheit im Umgang mit den Personen (klare und verständliche Erklärungen; keine „Verschönerungen“ oder vorenthalten von Informationen) und die Erhaltung der Autonomie der Menschen. Weiters konnten der Wunsch auf einen angenehmen Tod, religiöse und spirituelle Bräuche bzw. Rituale und deren Durchführung, die Hoffnung, der Erhalt von Beziehungen und Rollen und der soziale und emotionale Rückhalt als wichtige Themen identifiziert werden.

Schlussfolgerung: Nahezu jede Patientin und jeder Patient in diesem Setting hat spirituelle Bedürfnisse. Die Rolle der Pflege findet sich in der Erhebung dieser Bedürfnisse und im sensiblen und individuellen Umgang mit ebendiesen. Pflegenden spielen eine Schlüsselrolle bei der Identifikation und der Begegnung von spirituellen Bedürfnissen. Weitere Forschung im Bereich der weiteren Religionen ist jedoch vonnöten.

VI. ABSTRACT

Background: The term “total pain” and the multi-dimensional pain model have been integrated into patient care with the founders of the hospice idea, Cicely Saunders and Elisabeth Kübler-Ross. The common dimensions of pain, which are concerned with the physic, mental, and social layers are well defined and mostly can be treated well. The fourth dimension, the spiritual layer, is often neglected and ill-treated or not recognized as spiritual demands.

Objectives: The aim of this paper was to find out which spiritual needs cancer patients in palliative settings have and how the care system can address these needs.

Methods: A systematic literature research in the PubMed and CINAHL databases has been carried out over a period of one and a half months from October until mid-November 2015. In addition to the research there was correspondence with specialists in this domain over the internet. The included studies have been assessed through assessment forms fitting to the design of each study.

Results: Looking through the assessed studies there could be found out that the importance of spirituality and religion increase in the progression of the cancer disease. The most important spiritual needs are truth in working with the patients (explanations which are clearly and easy to understand; no glorification or withholding of informations) and keeping the autonomy of the patients. Further, the demand for a pleasant death, for the acceptance and carrying out of religious and spiritual rituals, for hope, for keeping relationships and roles alive, and for social and emotional backing could be identified as important issues of the patients.

Conclusion: Nearly each patient in this setting has their own, special spiritual needs. Patient care needs to identify and address those needs in a sensible and individual approach. Personnel in Care have key roles in identifying and addressing those individual spiritual needs. Still, this particular topic, especially in relation to different religions needs to be covered through further research.

1 EINLEITUNG

Jedes Leben ist vergänglich. Durch den demographischen Wandel kommt es in den letzten Jahren vermehrt zu einem Geburtenrückgang und gleichzeitig einem Anstieg der Lebenserwartung der Menschen. Dieser Wandel ist vor allem durch die Fortschritte in der Medizin und dem höheren Lebensstandard erklärbar. Durch diese längere Lebenserwartung kommt es aber auch dazu, dass der ältere Mensch anfälliger für Krankheiten ist, da der menschliche Körper mit zunehmendem Alter an Abwehrmechanismen verliert. Dies führt zu einer zunehmenden Multimorbidität. Neben diversen chronischen Krankheiten wie etwa der koronaren Herzkrankheit, Osteoporose, Hypertonie oder Diabetes, gewinnt auch das Thema Krebs immer mehr an Relevanz (Böhmer et al. 2009).

Im Jahr 2014 sind in Österreich 20.501 Menschen an einer bösartigen Neubildung verstorben (Statistik Austria 2016). Im Vergleich dazu sind im Jahre 2000 aufgrund der gleichen Ursache 18.749 Menschen verschieden (Statistik Austria 2016). Durch die zunehmende Zahl der an Krebs Erkrankten steigt auch der Bedarf an Pflege. So sterben heutzutage etwa zwei Drittel der Menschen in Institutionen wie etwa Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Es kommt also immer weniger vor, dass Menschen im vertrauten Kreis der Familie versterben, wie es früher häufig der Fall war (Nagele et al. 2012).

Bereits im vierten Jahrhundert wurden vom Christentum Einrichtungen von engagierten religiösen Frauen betrieben, die ähnlich einem Hospiz waren. „Als Hospiz versteht sich eine Raststätte für Menschen auf ihrer letzten Reise“ (Nagele et al. 2012, S. 20).

Aufgrund der damaligen medizinischen Möglichkeiten war es oft nicht möglich, ein kuratives Behandlungsziel zu verfolgen, wodurch bis ins 19. Jahrhundert nicht die Heilung, sondern das Lindern von Leiden als Ziel angesehen wurde. Erst durch die Entdeckung von Penicillin und anderen Medikamenten kam es zu einem Paradigmenwechsel, sodass nun die Heilung der Menschen im Mittelpunkt stand. Somit wurde unheilbar kranken und sterbenden Menschen in Institutionen weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Erst am Anfang der 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts

wurde wieder eine Veränderung im Umgang mit sterbenden und schwer kranken Menschen von zwei Frauen erwirkt. Das Ziel von Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross war es, das Thema „Sterben“ zu enttabuisieren und die Behandlung von Sterbenden zu verbessern (Nagele et al. 2012).

Cicely Saunders, 1918 in London geboren, begann während des Zweiten Weltkrieges ihre Ausbildung zur Krankenpflegerin und später zur medizinischen Sozialarbeiterin. 1947 trat sie eine Stelle als diplomierte Sozialarbeiterin am St. Thomas Hospital in London an, um sich dort um krebserkrankte Menschen zu kümmern. Sie wurde atheistisch erzogen, bekannte sich aber zur Anglikanischen Kirche. Nach einer Reise nach Cornwall hatte Cicely Saunders ihren Angaben zufolge ihre Spiritualität gefunden und erkannte kurz danach, dass es in der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden zu einer Zunahme der zentralen Bedeutung von geistlichen und spirituellen Fragen kommt. So begann sie schon 1948 eine ehrenamtliche Arbeit in einem Heim für Sterbende in London. Diese Arbeit war dann entscheidend dafür, sich mit dem Gedanken zu beschäftigen, ihr eigenes Hospiz zu gründen. Später arbeitete sie als Ärztin in einem Hospiz, wobei sie schon erste Inhalte der heutigen Palliative Care miteinbezog – nämlich die regelmäßige Gabe von Schmerzmedikamenten, das Führen der Patientinnenakte bzw. der Patientenakte und die Miteinbeziehung von Angehörigen in die Begleitung. 1967 gründet sie ihr eigenes Hospiz, mit dem sie aufgrund der Innovationen und dem neuen Begriff „Spiritual Care“ für Aufsehen sorgte. Für Saunders ist ein Hospiz ein Ort, an dem Offenheit herrscht und Menschen mit unterschiedlichen religiösen und nicht-religiösen Einstellungen ihre Spiritualität ausleben können. Sie gründete dieses Hospiz, um dem Sterben Raum und Zeit zu geben. Schließlich definierte Saunders nach langen und einfühlsamen Beobachtungen den Begriff „total pain“, welcher im weiteren Verlauf dieser Arbeit genauer definiert wird. Basierend auf den Gedanken von Cicely Saunders ist der Gedanke der Hospizbewegung bis heute unverändert: die Facetten des Schmerzes in seiner Totalität wahrnehmen und in die Betreuung, Behandlung und Begleitung von Leidenden und Sterbenden miteinbeziehen (Icking 2015).

Die zweite wichtige Person, welche zu einer Enttabuisierung des Sterbens und zur Entwicklung der Palliativpflege beigetragen hat, ist die 1926 geborene Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross. Auch sie beschäftigte sich zeitlebens mit der Begleitung sterbender Menschen. 1969 veröffentlichte sie ihr Buch „Interviews mit Sterbenden“, wodurch sie bis heute weltweit einen hohen Bekanntheitsgrad erlangt hat. Mit diesem Buch gelang es Kübler-Ross, das Thema „Sterben“ zu enttabuisieren. So steht auch sie am Anfang der amerikanischen Hospizbewegung. Sie ließ Effizienzstudien durchführen, welche ergaben, dass Hospizbetreuung auch ökonomisch sinnvoll ist (Nagele et al. 2012).

„Die Arbeit beider Frauen trug jedenfalls entscheidend zu einem würdevolleren Umgang mit Sterbenden [...] bei“ (Nagele et al. 2012, S.95).

Neben der Hospizbewegung haben sich im Laufe der Zeit die Palliativmedizin und die Palliativpflege – im Überbegriff Palliative Care genannt, entwickelt (Nagele et al. 2012).

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können.“ *Cicely Saunders*

Mit diesen Worten von Cicely Saunders wird der Grundgedanke der Palliative Care am besten beschrieben. Die Bezeichnung „palliativ“ stammt vom lateinischen Wort „pallium“ und bedeutet „Mantel, Hülle, Bedeckung“. Ziel der Palliative Care ist es, die Lebensqualität schwer kranker und sterbender Menschen zu erhalten (Nagele et al. 2012).

„Palliative Care...

- unterstreicht, dass Tod und Sterben normale Vorgänge des Lebens sind,
- beschleunigt den Tod nicht, verzögert ihn aber auch nicht,
- schafft Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- schließt psychische und spirituelle Aspekte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ein,
- ist ein Unterstützungsangebot, um den Patientinnen und Patienten zu helfen, so aktiv wie möglich bis zum Tod zu leben,

- ist ein Unterstützungsangebot, um den Angehörigen zu helfen, während der Zeit der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und in ihrer eigenen Trauerphase zurechtzukommen.“ (Nagele et al. 2012, S. 16)

Die Palliative Care ist als der pflegerische Bestandteil der Palliativmedizin zu verstehen, welche von der WHO wie folgt definiert wurde: „Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002).

„Palliative Care beginnt nicht erst am Ende des Lebens, sondern bereits dann, wenn deutlich wird, dass nicht mehr die Heilung das Behandlungsziel sein kann: Wenn die Erhaltung der Lebensqualität im Vordergrund steht und wenn es darum geht, die verbleibende Zeit als Lebenszeit zu erhalten“ (Nagele et al. 2012, S. 18). So beginnt Palliative Care bereits am Anfang des Sterbeprozesses und begleitet die Patientinnen beziehungsweise die Patienten und deren Angehörige bis über den Tod hinaus.

Es gibt viele verschiedene Definitionen des Sterbeprozesses. Am bekanntesten ist die Beschreibung der fünf Phasen von Elisabeth Kübler-Ross. Die Schweizer Ärztin und Psychiaterin beschreibt den Beginn des Sterbeprozesses mit der ersten Phase, dem Nicht-Wahrhaben-Wollen bzw. der Isolierung. In dieser Phase reagieren Patientinnen und Patienten mit Aussagen und Überzeugungen, die sowohl die Diagnose als auch die Kompetenz der Ärztin oder des Arztes in Frage stellen, sie sind oft überzeugt davon, dass die Befunde vertauscht worden sind und fordern weitere Untersuchungen an, um dann doch wieder zum Entschluss zu kommen, dass die erste Diagnose stimmt. Die zweite Phase des Sterbeprozesses von Kübler-Ross wird als Zornphase bezeichnet. Hier sind die Patientinnen und Patienten voller Wut, Neid und Zorn. Für das Krankenhauspersonal sowie für Angehörige ist diese Phase eine sehr schwere Zeit, da sich der Zorn der Betroffenen ohne sichtbaren Anlass in alle möglichen Richtungen ausbreitet. Die Phase des Verhandeln ist die dritte

Phase. Diese Phase wird meist nur flüchtig durchlebt. Es ist ein Versuch der Betroffenen, das Unvermeidbare durch Verhandeln hinauszuschieben. Die vierte Phase ist die Phase der Depression. Die Betroffenen können nicht länger verleugnen, dass sich der Tod nähert. Die Patientinnen und Patienten werden so zutiefst verzweifelt, denn sie müssen sich mit dem Schmerz des nahenden endgültigen Abschiedes auseinandersetzen. Die fünfte und letzte Phase ist die Phase der Zustimmung. Die Betroffenen nehmen ihr Schicksal an und sehen dem, was kommt, mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Patientinnen und Patienten in dieser Phase schlafen oft viel oder dösen immer wieder. Sie sind schwach und müde, was aber nicht bedeutet, dass die Patientin oder der Patient resigniert, sondern es ist vielmehr ein Zustand, der fast frei von Gefühlen ist und so die Zeit der letzten Ruhe vor der Reise anzeigt (Kübler-Ross 1969).

Die unterschiedlichen Sterbephasen kommen bei jedem einzelnen Sterbeprozess unterschiedlich vor. Zeitlich können sie verschieden lang sein. Dies hängt auch mit der Gesamtdauer des Sterbens ab. Auch können sich die Sterbephasen wiederholen oder es werden Phasen ausgelassen. Die Fragen der jeweiligen Sterbephase werden dann in unterschiedlichen Ebenen durchlebt. Der Sterbeprozess lässt sich mit einer Spirale vergleichen, welche sich immer schneller dreht, je näher das Individuum zum Tod kommt. Es hängt allein von der Einstellung, der Lebenserfahrung und der Persönlichkeit der Betroffenen oder des Betroffenen ab, welche Phasen verstärkt oder wiederholt, nur am Rande oder gar nicht durchlebt werden. (Maschwitz et al. 2013).

In all diesen Phasen des Sterbens haben die Betroffenen mit verschiedenen Bedürfnissen zu kämpfen. Dass diese Bedürfnisse nicht nur rein auf den Körper oder das soziale Umfeld der Betroffenen bezogen sind, hat schon Cicely Saunders erkannt. Ihr „Total Pain“-Konzept beschreibt die Multidimensionalität der Schmerzen in vier Dimensionen: den physischen, mentalen, sozialen und spirituellen Schmerz (Icking 2015), (siehe Abbildung 1).

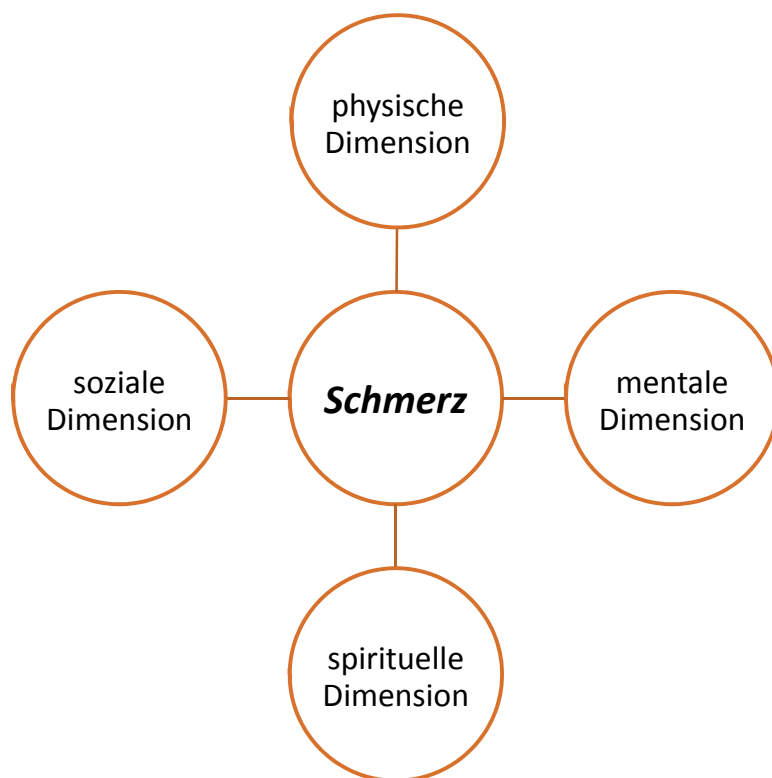


Abbildung 2 - Schmerzdimensionen nach Cicely Saunders

Dass Schmerz ein multidimensionales Geschehen ist, wird in vielen Pflegemodellen gezeigt. Definieren lassen sich die vier Dimensionen wie folgt: Die körperliche Dimension betrifft die körperliche Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten. Dieser Schmerz tritt aber nicht alleine auf, denn Patientinnen und Patienten werden dadurch auch seelisch oder emotional beeinträchtigt. Die psychische Dimension des Schmerzes wird durch Gefühle wie Ungewissheit, Ängste und Schuldgefühle ausgelöst. Der soziale Schmerz wird zum Beispiel durch Angst vor Einsamkeit oder durch die Sorge um die Angehörigen ausgelöst. Als vierte Dimension wird die spirituelle angeführt. Hier wird der Mensch als eine Einheit von Körper, Seele und Geist gesehen und es geht um Fragen bezüglich der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens, um Zukunftsängste und um die Frage nach dem Tod (Nagele et al. 2012).

Durch die Entwicklung der verschiedenen Methoden der medikamentösen Behandlung ist die Therapie von Schmerzen in einer sehr individuellen und differenzierten Form durchführbar. So ist es dem Betreuungsteam möglich, aus einer

Reihe von Medikamenten auszuwählen, um passend auf den Schmerz zu reagieren – dabei dient das WHO-Stufenschema zur Schmerzeinteilung als Orientierungshilfe. Zu den Symptomen, welche über den Schmerz hinausgehen, wie zum Beispiel Atemnot, Angst und andere Symptome wie Verwirrtheit und Unruhe, gibt es ebenfalls Medikamente, die Linderung schaffen können. Die Dimension des sozialen Schmerzes lässt sich durch gute Kommunikation mit Angehörigen und der Patientin bzw. des Patienten gut behandeln. Zusätzliche Unterstützung ist in vielen Fällen der Kontakt zu Hilfsorganisationen – Entscheidungen können so gemeinsam getroffen werden (Maschwitz et al. 2013).

Die spirituelle Dimension wird heute mittels einer eigenen Disziplin in der Pflege behandelt. Die sogenannte Spiritual Care wird durch die Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen definiert. Diese Begleitung erfolgt durch verschiedene religiöse Traditionen bis hin zur individualisierten Spiritualität und auch der Sinnsuche. Als zentrales Merkmal der Spiritualität wird meist das Sinnfinden bezeichnet, dazu kommen meist die Ebenen Beziehung, Transzendenz und Persönlichkeitsentwicklung (Heller et al. 2014).

Spirituelle Schmerz ist sehr individuell und kann durch viele verschiedene individuelle Ausdrucksformen kommuniziert werden. Jede Patientin und jeder Patient erlebt diese Art von Schmerz anders. Während die einen Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, versagt zu haben oder nichts Sinnvolles im Leben geschaffen zu haben, werden sich die anderen Patientinnen und Patienten fragen, was sie aus ihrem Leben gemacht haben – ob man sich an sie erinnern wird, ob sie eine Last für die anderen waren, ob eventuelle Chancen vertan wurden und was das Leben im Gesamten wert war. Spirituelle Schmerz entsteht durch eine Lebensbilanz, eine Rückschau auf das Leben (Icking et al. 2015). „Das Gefühl, versagt zu haben, das Empfinden, nicht jemand wirklich Wichtiger, Wertvoller für andere gewesen zu sein, die Erfahrung, nicht genug Wertschätzung erfahren zu haben und sich selbst genügend Wertschätzung und Selbstachtung entgegengebracht zu haben – es kann am Ende des Lebens als großer Schmerz erfahren werden. Nicht gelöste Konflikte, Verletzungen, die man anderen zugefügt, für die man keine Verzeihung erbeten hat,

Verletzungen, die man selbst erlitten hat, die noch schmerzen, Versöhnung mit Menschen, die einem wichtig sind, die aussteht – all dies kann Schmerz und Leid verursachen. [...] Spiritueller Schmerz kann auch die Erfahrung der Sinnlosigkeit sein, die in der Frage Ausdruck findet: Wozu war das alles gut? Es kann die Frage sein: Wo warst du, Gott? Warum warst du nicht da, als ich dich brauchte? Und wo bist du jetzt? Fragen, die tiefe Verlassenheit, existentiellen Zweifel, absolute Sinnlosigkeit als spirituellen Schmerz erfahren lassen“ (Icking 2015, S. 35).

Der Begriff Spiritualität wird oft für verschiedene Dimensionen verwendet. So schwankt die Definition des Begriffs vor allem in den Gesundheitswissenschaften zwischen konfessionellen, transkonfessionellen, religiösen, anthropologischen und existentiell-psychologischen Zusammenhängen. Spiritualität wird heute des Öfteren als Basisqualität eines jeden Menschen bezeichnet, die mit der Sinnsuche, Sinnggebung und der Fähigkeit zur Transzendenz einhergehen. Bezüglich der Beziehung zwischen den Begriffen Spiritualität und Religion/Religiosität spalten sich die Begriffsdiskussionen (Heller et al. 2014). „Religiös ist mehr als evangelisch und katholisch, mehr als ökumenisch, mehr als christlich, mehr als die drei abrahamischen Religionen (Judentum, Christentum und Islam), mehr als Hinduismus und Buddhismus. Religion beinhaltet das Bemühen des Menschen, sich in einem geistlichen Kontext zu bewegen, der ihm Sinn und Orientierung im Leben und Sterben gibt“ (Maschwitz et al. 2013, S. 75). Während sich die einen um eine Kombination der beiden Begriffe Religion und Spiritualität bemühen und die Spiritualität als eine Unterform der Religiosität sehen, gibt es wiederum andere, welche sich bemühen, die beiden Begriffe streng voneinander zu trennen. Der Begriff Religion bezeichnet meist ein System bzw. eine Glaubensgemeinschaft. Religiosität ist hingegen die subjektive Dimension der Religion. Neben die Religion tritt die Spiritualität, welche als Gegensatz oder Alternative zu den religiösen Organisationsformen (vor allem Kirchen) bezeichnet wird. Oft wird Spiritualität als modern, offen, erfahrungsorientiert und authentisch bezeichnet während Religion als rückständig, einengend, formal und dogmatisch beschrieben wird (Heller et al. 2014).

Es gibt bisher kaum relevante Literaturreviews, welche die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung untersuchen und in weiterer Folge Empfehlungen geben, inwiefern und wie die Pflege diesen Bedürfnissen begegnen kann. Das Wissen um spirituelle Bedürfnisse von Krebskranken im palliativen Setting sowie die Rolle, welche die Pflegekräfte bei der Begegnung ebendieser spielen, ist jedoch notwendig, um die Betroffenen ganzheitlich und individuell pflegen zu können. Dadurch ist eine gute palliative Versorgung gewährleistet. Das Ziel dieser Arbeit ist es deswegen, diese Forschungslücke zu füllen. Daraus ergeben sich das folgende Forschungsziel und die anschließende Forschungsfrage.

FORSCHUNGSZIEL UND FORSCHUNGSFRAGE

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es herauszufinden, welche spirituellen Bedürfnisse Menschen mit der Diagnose Krebs im palliativen Setting haben. Untersucht wird ebenso, wie die Patientinnen und die Patienten die Bedürfnisse auf spiritueller Basis ausüben wollen und inwiefern Pflegende auf einer Palliativstation diese Bedürfnisse berücksichtigen können.

Aus dem Forschungsziel ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche spirituellen Bedürfnisse haben sterbende Krebskranke und wie kann die Palliativpflege diesen Bedürfnissen begegnen?

2 METHODE

Um relevante Literatur für die Beantwortung der Forschungsfrage zu finden, wurde im Zeitraum von Oktober 2015 bis Mitte November 2015 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt.

Ein systematisches Literaturreview ist ein Review, welches Forschungsevidenzen über eine spezifische Forschungsfrage mit definiertem Sampling und speziell definierter Datensammlungsmethode untersucht. Es werden methodische Ansätze verwendet, welche nachvollziehbar und verifizierbar sind. Obwohl die Subjektivität in einem systematischen Review nicht komplett ausgeschlossen werden kann, ist der Forschungsprozess diszipliniert und transparent, sodass die Leserinnen und Leser die Schlussfolgerungen herausfinden können (Polit & Beck 2011).

Limitiert waren die Suchanfragen auf deutsch- und englischsprachige Literatur, welche in den letzten 15 Jahren publiziert worden ist. Von vornherein ausgeschlossen wurden Studien, welche nicht im onkologischen oder palliativen Setting durchgeführt wurden, da diese zur Beantwortung der Forschungsfrage aufgrund der Umstände (palliative Pflege und onkologische Erkrankung) als nicht relevant eingeschätzt wurden. Ein weiteres Kriterium für den Ausschluss einer Studie war das Miteinbeziehen von Patientinnen und Patienten, welche sich momentan einer Chemotherapie oder einer anderwärtigen Krebstherapie zu kurativen Zwecken unterzogen haben und die Erhebung von Daten von Patientinnen und Patienten, welche in Kindestagen eine Krebserkrankung überlebt haben. Des Weiteren wurden Studien ausgeschlossen, welche keinen Abstract hatten.

Im Verlauf der Literaturrecherche wurden mehrere Suchanfragen mit folgenden Keywords durchgeführt: spiritual care, spirituality, cancer, hospice, terminal care, dying, end of life, palliative care. Durch die Verwendung des Booleschen Operators AND ergaben sich diverse Kombinationen der Suchbegriffe, die zu mehreren verschiedenen Suchanfragen führten (siehe Abbildung 2).

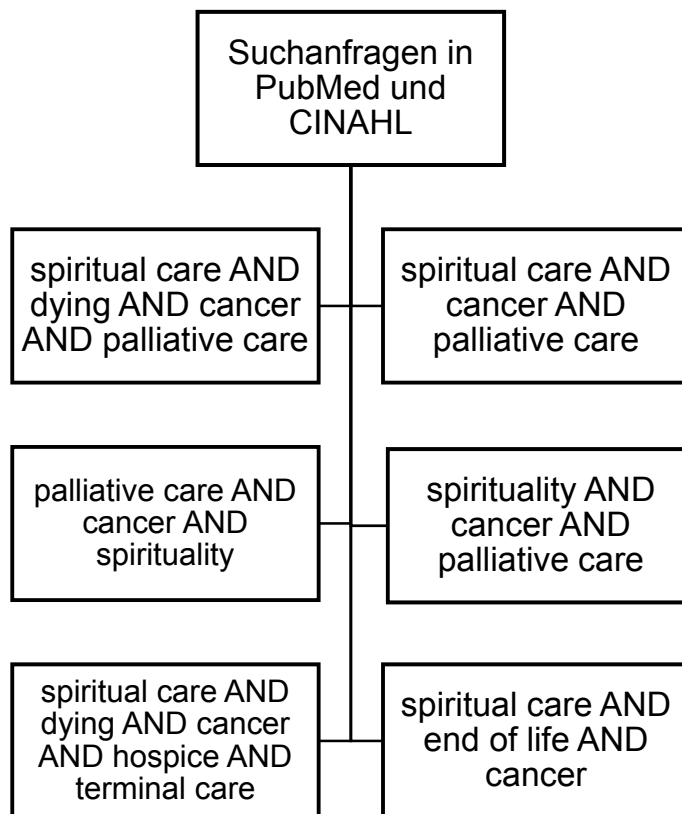


Abbildung 2 – Suchanfragen in den Datenbanken PubMed und CINAHL

So konnten in der Datenbank PubMed durch alle Suchanfragen 712 Resultate erreicht werden. Durch das Screening der Titel ergaben sich 62 Studien, welche zum Screening des Abstracts berücksichtigt wurden. In der Datenbank CINAHL wurden 297 Resultate gefunden, wovon zehn Titel zur kritischen Bewertung miteinbezogen wurden. Nach einer Durchsicht der Abstracts und der kritischen Bewertung der Forschungsartikel verblieben vier Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zur Auswahl. Parallel zur Suche in den Datenbanken wurde über das Internet mit einigen Spezialistinnen und Spezialisten in diesem Bereich Kontakt aufgenommen, wodurch zusätzlich eine Studie miteinbezogen wurde (siehe Abbildung 3).

Zur kritischen Bewertung wurden die vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz zur Verfügung gestellten Bewertungsbögen für qualitative und quantitative Studien (Bauer 2014) sowie der Bogen für Mixed-Methods-Studien (Schüssler 2015) benutzt (Bewertungen siehe Anhang).

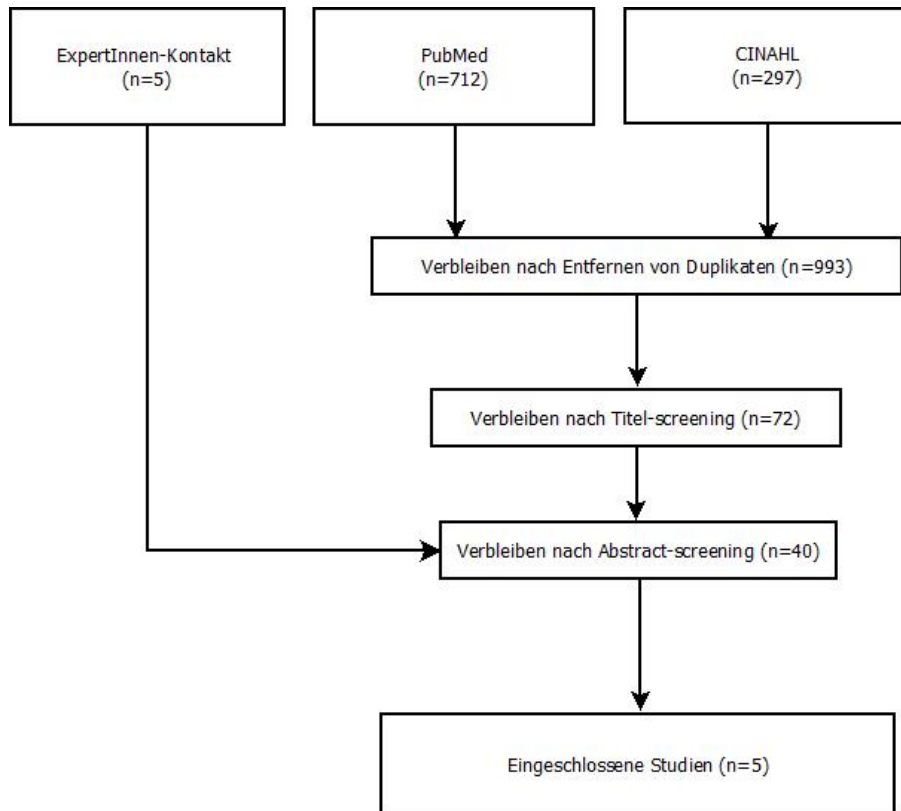


Abbildung 3 – Flowchart über die Literaturrecherche

3 ERGEBNISSE

Die Studien, welche in diese Arbeit eingeschlossen wurden, stammen aus den USA, Japan, Italien, Kanada und Spanien. Von den eingeschlossenen Studien hatte eine Studie ein qualitatives Forschungsdesign, drei Studien ein quantitatives Forschungsdesign und eine Studie verwendet Methoden aus beiden Forschungsdesigns. Die Samplegrößen variieren zwischen elf Probandinnen und Probanden bis hin zu 747 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Zur Datenerhebung wurden meist Fragebögen oder Interviews verwendet. Eine Übersicht zu den Studien ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 - Übersicht über die miteinbezogenen Studien

Autoren	Jahr	Land	Ziel	Design & Stichproben-größe (n=x)	Hauptergebnisse
Kawa M., et al.	2003	Japan	Die Charakteristiken der Qual von terminal-kranken Krebspatientinnen und Krebspatienten erforschen, um so ein besseres Verständnis für die verschiedenen spirituellen Bedürfnisse zu entwickeln.	Qualitative Studie mit Grounded Theory Analyse (n=11)	Die spirituellen Qualen konnten in drei Kategorien eingeteilt werden: Qualen aufgrund der Spannung zwischen der aktuellen Situation und der Situation, wie das Individuum leben will; wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sterben wollen, und der Wunsch der Individuen, wie sie ihre Beziehungen zu anderen pflegen.
Lo C., et al.	2011	Kanada	Ein konzeptionelles Modell untersuchen, welches Quellen von spirituellem Wohlbefinden bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs identifiziert.	Quantitative Querschnitt-erhebung mit Fragebögen (n=747)	Das untersuchte Modell, wurde bestätigt. Es wurde herausgefunden, dass spirituelles Wohlbefinden positiv mit Religiosität, Selbstbewusstsein und sozialen Beziehungen und negativ mit physischem Leiden assoziiert wird.

Alcorn S., et al.	2010	USA	Die Kernthemen von Religion und Spiritualität bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung erheben, um dadurch die Entwicklung von Interventionen in der Spiritual Care im terminal-kranken Krebsstadium zu unterstützen.	Mixed-Methods-Studie mit Partizipanten mit fortgeschrittener Krebserkrankung (n=68)	Es wurden fünf primäre Themen identifiziert: das Zurechtkommen durch Religion/Spiritualität, religiöse/spirituelle Bräuche, religiöse/spirituelle Überzeugungen, religiöse/spirituelle Veränderungen und die religiöse/spirituelle Gemeinschaft. Es wurde zudem herausgefunden, dass Religiosität und Spiritualität mit fortschreitender Erkrankung steigen.
Vilalta A., et al.	2014	Spanien	Spirituelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs auf einer Palliativambulanz evaluieren.	Quantitative Beobachtungsstudie mit Fragebogen (n=50)	Es wurden zwei spirituelle Bedürfnisse als am meisten relevant identifiziert: das Bedürfnis, bis zum Ende des Lebens als Person gesehen und geachtet zu werden und das Bedürfnis, die Wahrheit über die Krankheit zu wissen.

Bovero A., et al.	2015	Italien	Es wurden die unterschiedlichen Komponenten der Spiritualität in den letzten Wochen des Lebens von Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung untersucht, um deren Auswirkungen auf die Lebensqualität zu evaluieren.	Quantitative Querschnittstudie mit Interviews (n=115)	Arbeiterinnen und Arbeiter sowie alleinlebende Menschen mit einem höheren Bildungslevel haben eine schlechtere Lebensqualität angegeben. Furcht und Schmerz beeinflussen die Lebensqualität negativ, während Spiritualität und ‚Instrumental-Support‘-Bewältigungsstrategien positiv mit Lebensqualität verbunden wurden. Es wurde auch herausgefunden, dass der Glaube wichtiger als der Frieden und die Sinnfindung sind, je näher die Patientinnen und Patienten dem Tode sind.
--------------------------	------	---------	---	---	--

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Studienergebnisse werden die Studien auf den folgenden Seiten im Einzelnen vorgestellt.

3.1 DISTRESS OF INPATIENTS WITH TERMINAL CANCER IN JAPANESE PALLIATIVE CARE UNITS: FROM THE VIEWPOINT OF SPIRITUALITY (KAWA ET AL. 2003)

Einleitung

Seit der Implementierung der Palliativpflege in das Versicherungssystem 1990 entwickelt sich die palliative Versorgung in Japan immer weiter. Trotzdem bezeichnen Pflegekräfte die Qual und das Leiden auf spiritueller Ebene als Problem, wobei die meisten die nicht einheitliche Definition von „Spiritualität“ als Hauptproblem identifizieren. Die japanische Bevölkerung folgt nicht einer Religion, welche von einer bestimmten Gottheit geführt wird. Es wird vielmehr eine Religion praktiziert, die sich stark von anderen Glaubensrichtungen unterscheidet. Deswegen können die Konzepte und Strukturen bezüglich Spiritualität, welche in der westlichen Welt beschrieben werden, nicht auf die Bevölkerung in Japan umgelegt werden.

Ziel

Die vorliegende Studie untersucht die Charakteristiken der Qual von Patientinnen und Patienten mit Krebs im Endstadium, welche auf einer japanischen Palliativstation liegen.

Methode

Aus einer vorhergehenden Literaturrecherche, die Spiritualität in den westlichen Ländern beschreibt, wurden Fragen definiert, welche in den Interviews gestellt wurden. Diese Fragen wurden an drei Patientinnen und Patienten auf ihre Anwendbarkeit getestet. Die Ergebnisse dieser vorhergehenden Befragung wurden für die nachfolgende Befragung berücksichtigt. Insgesamt wurden in einer Zeitspanne von einem Monat elf Patientinnen und Patienten befragt. Die Hintergrundinformationen wurden von medizinischen und pflegerischen Aufzeichnungen gesammelt. Der Gesundheitszustand wurde mittels eines Erhebungsinstruments erhoben und an der Schwere der physischen Symptome Schmerz, Atemnot, Übelkeit/Erbrechen und Müdigkeit gemessen. Eine Follow-up-

Studie, welche ca. ein halbes Jahr später durchgeführt wurde, erhob Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus medizinischen und pflegerischen Aufzeichnungen. Die Daten wurden transkribiert, codiert und in Gruppen und Subgruppen eingeteilt.

Ergebnisse

Die spirituell bedingten Qualen konnten in drei Kategorien eingeteilt werden. Diese wurden wie folgt bezeichnet: Qualen aufgrund der Spannung zwischen der aktuellen Situation und dem Wunsch, wie das Individuum leben will; wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sterben wollen und Qualen aufgrund des Wunsches der Individuen, wie sie ihre Beziehungen zu anderen aufrecht erhalten wollen.

In der ersten Kategorie – der Lücke zwischen dem geplanten Leben und der aktuellen Situation – wurden die Qualen meist durch den Verlust der Autonomie und den Verlust des als sehr wichtig empfundenen guten Gesundheitszustands beschrieben.

Die zweite Kategorie bezeichnet die Qualen, welche sich durch die Unterschiede ergeben, wie sich das Individuum das Sterben vorgestellt hat und wie die aktuelle Situation nun wirklich ist. Durch die Aufnahme auf einer Palliativstation beginnen sich die Patientinnen und Patienten mit dem eigenen Tod zu beschäftigen. Themen, die dadurch aufkamen, waren z.B. der Wunsch nach einem angenehmen oder einfachen Tod; der Wunsch nach einem annehmbaren Tod, welcher durch mazerierende Tumoren meist zerstört wird; der Wunsch ruhig zu bleiben, während alle Hoffnung auf das Leben zerstört ist; der Wunsch auf das Sterben, ohne andere zu belasten und der Wunsch, sich vom Leben lösen zu können und in Frieden mit sich und der Krankheit zu sterben.

In der dritten Kategorie wurde die Qual beschrieben, welche sich durch die Aufrechterhaltung der Beziehungen zu anderen ergibt. Hier wurden zwei Hauptwünsche der Sterbenden identifiziert: der Wunsch, die bisherige Rolle für andere weiterhin zu spielen (wichtig hierbei waren die Rollen der Eltern, die Rolle der Familienmitglieder und die Rolle als Arbeitnehmer) und der Wunsch, die Beziehung zu Menschen aufrechtzuerhalten, welche für sie persönlich wichtig sind. Hier sprachen einige der Befragten von einer Einsamkeit und dem Kummer bzw. dem

Schmerz, den sie verspüren, wenn sie wissen, dass sie ihre Familie verlassen müssen.

Auch der Zusammenhang zwischen den physischen Symptomen und den Qualen bezüglich der Spiritualität wurde erforscht. Hier wurden die Patientinnen und Patienten in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe A beinhaltete Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit leichten physischen Symptomen, welche auch die Qual in Bezug auf Spiritualität als milde bezeichneten. Patientinnen und Patienten mit schweren physischen Symptomen, welche sehr nahe am Tode waren, bezeichneten auch die spirituellen Qualen als schwer (Gruppe B). Gruppe C umfasste Individuen mit milden physischen Symptomen und schweren spirituellen Qualen. Diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren meist Menschen, denen der vorherige gute Gesundheitszustand sehr wichtig war.

3.2 SOURCES OF SPIRITUAL WELL-BEING IN ADVANCED CANCER (LO ET AL. 2011)

Einleitung

In der medizinischen Literatur wird spirituelles Wohlbefinden als ein Ergebnis beschrieben, welches den Rahmen bezeichnet, in welchem die Individuen im Frieden mit sich selbst sind, das Gefühl haben, dass ihr Leben einen Sinn und Zweck hat und einen Trost in Bezug auf das Leiden im Glauben finden. Es gibt empirische Daten darüber, dass Religiosität mit spirituellem Wohlbefinden verbunden ist, aber auch nicht-religiöse Ressourcen von spirituellem Wohlbefinden erleben eine erhöhte Evidenz in der modernen Gesellschaft. Die Hypothese wird wie folgt beschrieben: Es wird angenommen, dass Domänen, welche spirituelles Wohlbefinden erhöhen, nicht nur religiöse und andere Glaubenssysteme beinhalten, sondern auch mit dem Selbstwertgefühl, dem sozialen Rückhalt und der Freiheit von physischen Leiden zusammenhängen.

Ziel

Die Studie benutzt SEM (structural equation modeling), um ein theoretisches Modell, welches in der Pflege von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs in Bezug auf das spirituelle Wohlbefinden relevant sein könnte, zu untersuchen.

Methoden

Die Probandinnen und Probanden bekamen nach einem Test zur kognitiven Einschätzung Fragebögen, welchen sie selbst oder mit Unterstützung eines Mitglieds des Forschungsteams auszufüllen hatten. Medizinische und demographische Daten wurden erfragt und aus den Aufzeichnungen der Pflege oder der Medizin gesammelt. Das spirituelle Wohlbefinden, physische Einschränkungen, der Schmerz, die Religiosität, das Selbstwertgefühl, der soziale Rückhalt und der Rückhalt von nahen Angehörigen wurden mittels verschiedenen validen Instrumenten erhoben. Die Daten wurden mittels SEM analysiert. Dieses Modell bietet einen Weg herauszufinden, ob ein Muster von hypothetischen Beziehungen zwischen Variablen zu den aktuellen Mustern der beobachteten Variablen passt.

Ergebnisse

Die hypothetischen Beziehungen haben gut mit den beobachteten Verbindungen zwischen den Variablen übereingestimmt. Es wurde herausgefunden, dass Religiosität, Spiritualität und sozialer Rückhalt sich positiv auf das spirituelle Wohlbefinden auswirken, während physische Beeinträchtigungen das spirituelle Wohlbefinden negativ beeinflussen. Somit konnte die Hypothese der Forscherinnen und Forscher bestätigt werden, dass sich das spirituelle Wohlbefinden positiv durch Werte und Glaubenssysteme, durch Selbstwert und die eigene Identität und durch den sozialen Rückhalt gestalten lässt. Faktoren des physischen Leidens und das Wissen um das baldige Sterben aber wirken negativ.

3.3 “IF GOD WANTED ME YESTERDAY, I WOULDN’T BE HERE TODAY”: RELIGIOUS AND SPIRITUAL THEMES IN PATIENTS’ EXPERIENCES OF ADVANCED CANCER (ALCORN ET AL. 2010)

Einleitung

Religion und Spiritualität spielen im Leben von terminal Kranken eine zunehmend große Rolle. Daher ist es wichtig, die spirituelle Ebene vor allem in der allerletzten Lebensphase nicht außer Acht zu lassen. Trotz dieser Erkenntnisse über Spiritual Care gibt es nur wenig empirische Daten über die Anwendung von Spiritual Care.

Diese Daten sind aber wichtig, um eine Hypothese zu erstellen, anhand derer spirituelle Interventionen getestet und entwickelt werden können.

Methoden

Diese Mixed-Methods-Studie sammelte qualitative und quantitative Daten von 75 an Krebs erkrankten Menschen mit einem aktiven Rezept für palliative Bestrahlung in vier verschiedenen Krankenhäusern in Boston und Massachusetts. Während eines 45-minütigen Interviews wurde der Grad der Religiosität bzw. Spiritualität der Befragten erhoben. Es wurden Fragen bezüglich der Wichtigkeit von Religion/Spiritualität oder wie sich diese Religiosität oder Spiritualität auf die Erfahrungen in Bezug auf die Krankheit auswirken, gestellt. Herausforderungen und Qualen, welche sich während der Krebserkrankung in Bezug auf Spiritualität und Religion ergeben, wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ erhoben. Des Weiteren wurden das Alter, das Geschlecht, die ethnische Herkunft und die Jahre der Ausbildung sowie der Karnofsky Performance Status – eine Skala zur Einschätzung der physischen Einschränkung von Krebspatientinnen und -patienten – erhoben. Die qualitativen Daten wurden codiert und mittels Prinzipien der Grounded Theory in Themen und Subthemen gruppiert. Quantitativ wurden die Daten mittels verschiedener statistischer Modelle und dem Programm SAS Version 9.1 analysiert.

Ergebnisse

Von den Befragten haben 81% angegeben, dass sie zumindest in geringem Maße religiös und spirituell sind, 12% waren zumindest leicht spirituell, aber nicht religiös. 7% waren weder religiös noch spirituell. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass Religion/Spiritualität wichtig in deren Krebserfahrung ist. 85% der Befragten betonten, dass die Religiosität/Spiritualität mit dem Verlauf der Krankheit begann. Des Weiteren wurden fünf Hauptthemen beschrieben: das Zurechtkommen durch Religion/Spiritualität, religiöse/spirituelle Bräuche, religiöse/spirituelle Überzeugungen, religiöse/spirituelle Veränderungen und die religiöse/spirituelle Gemeinschaft. Das Zurechtkommen durch Religion/Spiritualität bezeichnet die Veränderung der Religiosität und Spiritualität über die Dauer der

Krankheit. Es wurde bemerkt, dass Religion/Spiritualität das Versprechen auf eine potenzielle Heilung, Stärke, Sinn, Akzeptanz und emotionale Stabilität vermittelt. Das Thema der religiösen/spirituellen Praktiken wurde durch die Beschreibungen der Patientinnen und Patienten definiert. Das am meisten genannte Thema war das Gebet, wobei das Bitten um Stärke am häufigsten genannt wurde. Auch die Heilung, die Begleitung und Ausdauer, sowie die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen, das Lesen von heiligen Schriften und die Meditation wurden von den Patientinnen und Patienten als hilfreich definiert. Bezüglich des religiösen/spirituellen Glaubens wurde von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern betont, dass der Grad der Religiosität/Spiritualität während der Krankheit gestiegen ist, während für andere diese Themen schon immer eine Rolle gespielt haben. Auch der Glaube an Gottes Willen wurde immer wieder genannt. Weitere Subthemen beinhalteten den Glauben an ein Leben nach dem Tod und den Glauben, der spirituell, aber nicht religiös war. Das Thema der Veränderung der Religiosität/Spiritualität wurde von 38% der Befragten aufgegriffen und einige gaben an, dass ihre Krebserkrankung neue oder tiefere Betrachtungen in Religion/Spiritualität erzeugte. Es wurden ein Anstieg an persönlichem Glauben, ein Anstieg von religiösen/spirituellen Aktivitäten, ein erhöhter Sinn für Gemeinschaft mit Gott oder einer anderen höheren Macht und ein größeres Begrüßen von Leben und Gesundheit bemerkt. Zusätzlich wurden die Beziehungen zwischen den verschiedenen Hauptthemen erhoben: 75% der Befragten beschrieben mindestens zwei der fünf Hauptthemen. Auch die Häufigkeit der quantitativ erhobenen spirituellen Themen wurde untersucht. Auffällig ist, dass 43% der Befragten ein negatives religiöses Bild haben: Sie fühlen sich z.B. von Gott verlassen.

3.4 EVALUATION OF SPIRITUAL NEEDS OF PATIENTS WITH ADVANCED CANCER IN A PALLIATIVE CARE UNIT (VILALTA ET AL. 2014)

Einleitung

Spirituelle Bedürfnisse spielen eine große Rolle in der Palliativpflege – sowohl in der klinischen Dimension als auch in der therapeutischen Strategie. Einige Studien haben bisher jedoch gezeigt, dass das Management dieser Domäne immer noch eine große Herausforderung für den klinischen Level der Palliativpflege darstellt.

Ziel

Das Ziel dieser quantitativen Beobachtungsstudie ist es, die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs oder Krebs im Endstadium auf einer Palliativambulanz eines Krankenhauses in Barcelona zu erheben.

Methode

Nach einer Durchsicht relevanter Literatur wurde in sechs Phasen ein Fragebogen erstellt, welcher nach ausreichender Prüfung und vorangegangener Piloterhebung an 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgegeben wurde. Es wurden elf spirituelle Bedürfnisse abgefragt, welche mittels Lickert-Skalen beantwortet werden konnten. Statistisch wurden die erhobenen Werte mittels SPSS 15.0 analysiert.

Ergebnisse

Von den elf erhobenen spirituellen Bedürfnissen wurde der Wunsch nach der Anerkennung der Patientin oder des Patienten als Person mit deren unterschiedlichen Aspekten als am wichtigsten eingestuft. Auch die Wichtigkeit, die Wahrheit über die eigene Krankheit zu wissen, war sehr hoch. Der Wunsch, frei von Schuld zu sein, und der Wunsch, anderen zu vergeben, wurden am wenigsten wichtig eingestuft. Dazwischen – mit mittlerer Wichtigkeit – finden sich die folgenden spirituellen Bedürfnisse: das Bedürfnis, sein Leben neu zu interpretieren; die Suche nach einem Sinn im Leben; das Bedürfnis nach Hoffnung; der Wunsch nach religiösem Ausdruck; der Wunsch nach Fortbestehen und ein Leben nach dem Tod und der Wunsch nach Freiheit und frei zu sein. Von den Befragten waren 37 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwar katholisch, aber nicht praktizierend, acht der Befragten waren praktizierende Katholiken, zwei Agnostiker, einer Atheist und zwei der Befragten gaben an, es nicht zu wissen oder keine Antwort dazu geben zu wollen.

3.5 SPIRITUALITY, QUALITY OF LIFE, PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT IN TERMINAL CANCER PATIENTS IN HOSPICE (BOVERO ET AL. 2015)

Einleitung

Das Ziel der Palliativpflege ist es, den besten noch möglichen Level an Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten und deren Familien zu ermöglichen. Es gibt empirische Daten darüber, dass hohes spirituelles Wohlbefinden mit weniger psychologischen Qualen wie zum Beispiel Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Wunsch auf einen schnellen Tod und suizidalen Gedanken bei schwer kranken Menschen einhergeht. Wichtig zu wissen ist, dass es zwischen Religiosität und Spiritualität zu unterscheiden gilt. Beide Domänen können miteinander oder voneinander getrennt praktiziert werden.

Ziel

Das Ziel der Studie war es, die verschiedenen Komponenten der Spiritualität und Lebensqualität von Krebspatientinnen und Krebspatienten, welche auf einer Hospizstation sind, zu evaluieren. Des Weiteren wurden die Faktoren Lebensqualität, Schmerz, Angst, Depression und die psychologische Einstellung im Kontext mit der Krebserkrankung untersucht.

Methode

Die 115 Partizipantinnen und Partizipanten wurden von einer Studienmitarbeiterin bzw. einem Studienmitarbeiter in den ersten drei Tagen nach der Aufnahme auf eine Hospizstation in Turin interviewt. Klinische Daten wurden durch die Aufzeichnungen der pflegerischen und ärztlichen Fachkräfte gesammelt. Soziodemografische und spirituelle bzw. religiöse Daten wurden über ein semi-strukturiertes Interview erhoben. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten eine Lebenserwartung von vier Monaten oder weniger. Sie wurden mittels verschiedenster Assessment-Instrumente auf ihre kognitive Fähigkeit untersucht, an der Studie überhaupt teilnehmen zu können. Verschiedene Skalen klärten folgende Items ab: das spirituelle Wohlbefinden, die vier Domänen der Lebensqualität (soziales/familiäres Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, physisches Wohlbefinden & funktionelles Wohlbefinden), Angst und Depression, Schmerz, spezielle Bewältigungsstrategien und physischer

Allgemeinzustand. Die Daten wurden mittels verschiedener Analysemodelle statistisch dargestellt und gruppiert.

Ergebnisse

Von den im Durchschnitt 67.06 Jahren alten Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezeichneten sich 75 Personen als katholisch. Lediglich 36 Patientinnen und Patienten wussten um ihre Prognose Bescheid. 58 Personen konstatierten für sich einen niedrigen Level an Lebensqualität, während 57 einen höheren Level der Lebensqualität für sich definierten. Gründe für das Identifizieren von niedriger Lebensqualität sind sozio-demografische Charakteristiken, Angst und Schmerz. Positiv auf die Lebensqualität wirken sich der Glaube, Akzeptanz, das Sinnfinden und emotionaler Rückhalt aus. Die Gruppe der Menschen mit höherer Lebensqualität gab an, weniger Angst und Depression zu haben. Auch der Schmerz wurde als milder eingestuft als in der Gruppe der Menschen, welche durch einen niedrigeren Level der Lebensqualität gekennzeichnet war. Bezüglich der Bewältigungsstrategien wurde herausgefunden, dass die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer instrumentellen und emotionalen Rückhalt beanspruchten, während der Humor als weniger wichtig eingestuft wurde. Die univariate Analyse zeigte, dass zwischen den beiden Gruppen in den folgenden Domänen signifikante Unterschiede zu erkennen sind: Sinnfinden/Frieden finden, Glaube, Angst, Depression, physischer Zustand und einige Bewältigungsstrategien. Das Regressionsmodell machte evident, dass folgende Variablen für die Lebensqualität relevant sind: der Familienstand, der berufliche Stand, die Ausbildung, Angst, Schmerz, instrumentelle Unterstützung und der Glaube.

4 DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welche spirituellen Bedürfnisse krebserkrankte im palliativen Setting haben und wie die Pflege damit umgehen kann. Durch das Vergleichen der Studien untereinander konnte herausgefunden werden, dass Spiritualität für nahezu alle Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung im palliativen Setting eine große Rolle spielt. Hauptbedürfnis sind die Erhaltung der Autonomie bis zum Schluss und das Wahrnehmen der Patientinnen und Patienten als Person mit ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen (Vilalta et al. 2014). Spirituell bedingte Qualen stehen meist im Zusammenhang damit, wie sich die Individuen ihr Leben vorgestellt haben und wie die aktuelle Situation ist. Der Wunsch nach einem „angenehmen“ Tod und der Wunsch auf die Aufrechterhaltung der Beziehungen und Rollen zu anderen führen ebenfalls zu spirituellen Belastungen (Kawa et al. 2003). Das Suchen nach dem Sinn wurde von einigen Patientinnen und Patienten als wichtig empfunden (Bovero et al. 2015). Als wesentliche spirituelle Bedürfnisse wurden auch das Wissen um die eigene Krankheit, der soziale Rückhalt, spirituelle und religiöse Bräuche und deren Durchführung sowie die Akzeptanz bezeichnet. Außerdem spielt Hoffnung eine große Rolle im spirituellen Leben der an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten im palliativen Setting (Vilalta et al. 2014, Bovero et al. 2015, Lo et al. 2011 & Alcorn et al. 2010). Des Weiteren zeigen die Studien, dass sich die Erfüllung der spirituellen Bedürfnisse, sozialer Rückhalt und Religiosität positiv auf die Lebensqualität der Befragten auswirken. Negativ beeinflussen physische Beschwerden, Angst, das Alleinsein und die Angst vor dem bevorstehenden Verlassen der Liebsten die Lebensqualität (Lo et al. 2011 & Bovero et al. 2015). Eine weitere Beobachtung: Im Verlauf der Krankheit steigt der Grad an Religiosität und Spiritualität (Alcorn et al. 2010).

In der Studie von Alcorn et al. (2010) gaben 81% der Befragten an, dass sie zumindest etwas religiös oder spirituell waren. Bemerkenswert hierbei ist, dass Spiritualität und Religion für 85% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erst im Verlauf der Krankheit zum Thema wurden. Die Befragten gaben an, dass ihre Krebserkrankung andere und tiefere Ansichten in Bezug auf Religion und Spiritualität mit sich brachte. Es wurde ein Anstieg von spirituellen und religiösen Aktivitäten sowie ein größeres Begrüßen des Lebens festgestellt.

Als wichtigstes spirituelles Bedürfnis konnte der Wunsch nach dem Erhalt der Autonomie und der Anerkennung der Person mit ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen identifiziert werden. Kawa et al. (2003) fanden heraus, dass sich spirituelle Qualen durch den Verlust von Autonomie ergeben. Alcorn et al. (2010) konstatierten zusätzlich, dass der Wunsch, die Wahrheit über die eigene Erkrankung zu wissen, als sehr wichtig eingestuft worden ist. Nagele et al. (2012) bemerkten, dass der Wunsch nach der Wahrheit am Krankenbett tatsächlich besteht und auch vom rechtlichen Standpunkt aus berücksichtigt werden muss. So haben Patientinnen und Patienten das Recht, umfassend und verständlich aufgeklärt zu werden. Es muss genügend Raum und Zeit für etwaige Fragen gegeben werden, und Andeutungen sowie Fragen müssen ernst genommen und aufgegriffen werden. Maschwitz et al. (2013) beschreiben den Begriff „Wahrheit“ als ein hohes Gut, das adäquat eingesetzt werden muss. So ist nicht alles, was man zu wissen meint, für das Gegenüber hilfreich. Wahrheit soll in der Situation barmherzig und hilfreich sein. Die Patientin bzw. der Patient hat, so Nagele et al. (2012), auch das Recht auf ein Nichtwissen. Eine Patientin oder ein Patient kann und darf sich auch dazu entscheiden, nichts über die Diagnose oder Prognose wissen zu wollen. Auch darauf muss das Behandlungsteam Rücksicht nehmen. Wichtig ist, dass die Achtung vor der Persönlichkeit und die Autonomie der Patientinnen und Patienten nie vergessen werden. Nur so kann eine vertrauensvolle und ehrliche Basis geschaffen werden (Nagele et al. 2012).

Durch die Wahrheit am Krankenbett kann auch einem weiteren von Vilalta et al. (2014) identifizierten spirituellem Bedürfnis begegnet werden: Patientinnen und Patienten bekommen die Möglichkeit, persönliche Angelegenheiten zu regeln und zu

ordnen, um so eventuelle Konflikte zu bereinigen, selbst frei von Schuld zu sein und um anderen verzeihen zu können. Durch wahrheitsgemäße Aufklärung kann so die Zeit gegeben werden, um all diese Bedürfnisse auszugleichen (Nagele et al. 2012). Auch dem Bedürfnis, welches von Kawa et al. (2003) definiert wurde – nämlich die Aufrechterhaltung der Rolle der Betroffenen – wird dadurch Raum gegeben. Patientinnen und Patienten bekommen die Möglichkeit, Angelegenheiten in die Wege zu leiten und zu klären (Nagele et al. 2012) und erhalten ebenfalls die Zeit, ihre Rolle (z.B. die der Eltern, Arbeitnehmer oder die der Familienmitglieder) weiterhin auszuleben (Kawa et al. 2003).

In nahezu jeder Studie wird das Thema Angst beschrieben. In der Studie von Kawa et al. (2003) wird Angst von den Probandinnen und Probanden meist durch Angst vor der Einsamkeit und der Angst vor der bevorstehenden Trennung von den Liebsten definiert. Die Studie von Bovero et al. (2015) hat herausgefunden, dass sich Angst negativ auf die Lebensqualität auswirkt. Diese Angst kann durch viele Faktoren bestimmt sein. Specht-Tomann et al. (2014) definieren folgende Dimensionen bzw. Themenbereiche für Angst: die Angst vor totaler Abhängigkeit, die Angst vor der totalen Isolierung von dem, was das Leben bisher ausgemacht hat, die Angst vor der großen Ungewissheit, und die Angst vor der Endgültigkeit. Auch die Angst vor Schmerzen ist immer wieder Thema. Diese Angst lässt sich klinisch beruhigen. Die Angst vor dem Tode würde sich eventuell auf spirituelle Weise behandeln lassen, wobei aber nicht klar hervorgeht, ob Spiritualität oder Religion als Coping-Ressource angesehen werden kann, oder nicht. Klar ist, dass Spiritualität und Religion bei terminal Kranken die Angst vor dem Tode sowie den Faktor Depression reduzieren (Heller et al. 2014). Alcorn et al. (2010) beziehen eine der fünf Hauptthemen spiritueller Bedürfnisse auf die Bewältigung durch Spiritualität und Religion. Hier wird beschrieben, dass sich die Religion und Spiritualität der Patientinnen und Patienten im Verlauf der Krankheit verändert hat und dass Religion beziehungsweise Spiritualität das Versprechen auf eine potenzielle Heilung, Stärke, Sinn, Akzeptanz und emotionale Stabilität gibt. Durch die Hilfe der Pflegepersonen kann und sollte auf individueller Basis auf Ängste eingegangen werden. Nur so kann sichergestellt

werden, dass Besorgnisse ernstgenommen werden und der Level der Lebensqualität erhöht wird.

Die Studie von Alcorn et al. (2010) hat ähnlich wie die Studie von Vilalta et al. 2014 gezeigt, dass es im Verlauf der Krankheit zu einer Zunahme religiöser Aktivität kommt. Hier wurden verschiedene religiöse und spirituelle Praktiken definiert, wie zum Beispiel das Gebet, welches in diesem Zusammenhang am meisten von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern genannt wurde. Des Weiteren wurden die Heilung, die Begleitung, die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen, das Lesen von heiligen Schriften und die Meditation als Praktiken, welche durchgeführt werden, genannt. Laut Alcorn et al. (2010) war der Hauptgrund für ein Gebet die Bitte um Stärke. Für Pflegende kann die Unterstützung in diesen Bereichen herausfordernd sein, da die Bedürfnisse und Rituale der Patientinnen und Patienten nicht nur durch deren Religion bestimmt sind, sondern auch sehr individuell sind. Die Unterstützung bei religiösen Ritualen kann schon mit einem Kreuzzeichen, welches die Pflegeperson auf die Stirn der Patientin oder des Patienten zeichnet, beginnen und den Betroffenen tröstende Kraft spenden. Auch das Sakrament der Krankensalbung – im Volksmund oft als „letzte Ölung“ bezeichnet – kann für Patientinnen und Patienten ein belastendes oder tröstendes Ritual sein. Die Rolle der Pflege besteht hierbei aus der Erhebung des Wunsches nach einer Krankensalbung und dem Herstellen des Kontaktes zu einem Priester. Wichtig ist, den Willen der Patientin oder des Patienten zu beachten. Für Pflegepersonen gilt es, ihre eigene Spiritualität reflektiert wahrzunehmen, weil persönliche Handlungen und Haltungen dadurch besser wahrgenommen werden können. Die Rolle der Pflegenden in Bezug auf die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen besteht darin, es den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, an einer Messe oder Bibelstunde etc. teilzunehmen. Das Lesen von heiligen Schriften kann durch die Pflegenden insofern unterstützt werden, als sie die Werke besorgen (lassen), den Patientinnen und Patienten Hilfestellungen beim Lesen bieten oder den Kontakt zu Angehörigen bzw. freiwilligen Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeitern herstellen, welche die Werke vorlesen. Generell liegt es im Aufgabenbereich der Pflegenden, dafür zu sorgen, dass die Rahmenbedingungen für alle Aktivitäten geschaffen werden (Nagele et al. 2012).

Auch Maschwitz et al. (2013) definieren das Gebet als wichtiges Ritual, welches die Betroffenen von dem, was sie belastet, befreien sollte. Pflegende können bei der Durchführung jeglicher religiöser wie auch spiritueller Riten unterstützend mitwirken, sie für die Patientin oder den Patienten durchführen oder auch nur die Durchführung in die Wege leiten. Wichtig bei der Durchführung religiöser Riten ist zu wissen, dass nicht jeder Gläubige einer Religionsgemeinschaft den Glauben auf dieselbe Weise ausübt und dass nicht jeder Mensch, welcher spirituelle Rituale durchzuführen wünscht, auch gleichzeitig religiöse Rituale durchführen möchte – es gibt Menschen, die sich zwar als spirituell, aber nicht als religiös definieren. Des Weiteren ist es wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass manche Rituale sich nur im Zusammenhang mit ihrem jeweiligen Ursprung erklären lassen und dass die Zusammenhänge für Menschen mit anderen Glaubensrichtungen oder keiner Glaubenszugehörigkeit schwer nachvollziehbar sind (Nagele et al. 2012 & Alcorn et al. 2010).

Ein weiteres Ritual, welches in spiritueller Hinsicht hilfreich sein kann, ist ein sogenannter Tagesabschluss. Der Tag wird am Abend noch einmal kurz durchlebt und es wird nach sowohl negativen als auch positiven Momenten gesucht. Dabei wird für sich selbst entschieden, ob einen die Vorkommnisse an diesem Tag nach wie vor begleiten oder ob der Satz: „Was war, war“ an Bedeutung gewinnt. Auch die Zeit der Stille wird von Maschwitz et al. (2013) als sehr wichtiges Ritual gesehen. Man soll sich Zeit nehmen und in sich selbst hineinhorchen, um sich bewusst zu machen, was einen bewegt oder erfüllt. Gerüche wie Weihrauch oder bestimmte Kräuter können helfen, Gedanken zu klären. Symbole, Bilder, Kerzen oder Musik können ebenso helfen, spirituelle Bedürfnisse wie etwa die Sinnfindung zu unterstützen (Maschwitz et al. 2013). Das Thema der Sinnfindung wird auch in den Studien von Bovero et al. (2015) und Alcorn et al. (2010) aufgegriffen. So geben die Befragten bei Bovero et al. (2015) an, dass sich die Sinnfindung positiv auf ihre subjektive Lebensqualität auswirkt. Es ist viel leichter, Dinge zu verkraften, wenn ein Sinn dahinter erkennbar ist (Nagele et al. 2012). Viele Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer haben in der vertieften und veränderten Sicht von Religion und Spiritualität herausgefunden, dass wahrscheinlich eine höhere Macht den Sinn für ihre Erkrankung weiß. Auffällig

ist hierbei aber, dass 43% der Befragten dadurch ein negatives religiöses Bild haben, weil sie sich zum Beispiel von Gott oder der höheren Macht verlassen fühlen (Alcorn et al. 2010).

Der Wunsch nach einem „angenehmen“ oder „annehmbaren“ Tod wird vor allem in der Studie von Kawa et al. (2003) beschrieben. Ein angenehmer oder annehmbarer Tod wird von den meisten Patientinnen und Patienten durch Schmerzfreiheit und möglichst annehmbare Begleitsymptome definiert (Nagele et al. 2012 & Maschwitz et al. 2013). Kawa et al. (2003) beziehen sich bezüglich des annehmbaren Todes auf einen Fall, bei dem eine Patientin mit Brustkrebs beschrieb, wie schlimm es für sie sei, dass ihre Brust sowohl vom Optischen als auch vom Geruch her durch einen mazerierenden Tumor entstellt ist. Für diese Patientin war ein annehmbarer Tod nur durch die angemessene Begleitung durch das interdisziplinäre Team der Palliativstation möglich, welches darauf Rücksicht nahm, beim Verbandswechsel störungsfrei zu sein und ein Fenster zu öffnen, was den Geruch etwas erträglicher machte. Durch verschiedene Symptome geplagt wünschen sich Patientinnen und Patienten Sterbehilfe. Es ist sehr wichtig, der Frage – vor allem nach der aktiven Sterbehilfe – nachzugehen und die Gründe hierfür zu erfragen (Maschwitz et al. 2013). „Oft sind es die Ängste vor dem Sterbeprozess, nicht vor dem Tod“ (Maschwitz et al. 2013, S. 41). Für die Begleitung von Patientinnen und Patienten mit dem Wunsch auf aktive Sterbehilfe ist es wichtig zu wissen, welche Arten von Sterbehilfe es gibt und wie der rechtliche Status dazu ist. Man unterscheidet zwischen der aktiven Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen), der passiven Sterbehilfe (Unterlassen, Reduzieren und Abbrechen lebenserhaltender Maßnahmen), der indirekten Sterbehilfe (Linderung von Schmerzen und Leiden durch Medikamente mit Inkaufnahme einer Beschleunigung des Sterbeprozesses) und der Mitwirkung beim Suizid (Besorgen des suizidbringenden Medikaments, Begleiten und Zulassen des Suizids) (Maschwitz et al. 2013). Rechtlich gesehen ist die Tötung auf Verlangen nach § 77 des StGB in Österreich strafbar. Auch die Unterstützung bei der Selbsttötung, also die indirekte Sterbehilfe, ist nach § 78 des StGB in Österreich strafbar (Bioethikkommission 2015). Durch das Erklären der Möglichkeiten palliativer Versorgung kann der Patientin beziehungsweise dem Patienten die Angst vor dem

Sterbeprozess und den damit verbundenen Symptomen zumeist genommen werden, was zu einer Verdrängung des Wunsches nach Sterbehilfe führt. Wichtig dabei ist die eigene Haltung der Pflegenden, die durch adäquate Maßnahmen für ein würdevolles und annehmbares Sterben sorgen können (Maschwitz et al. 2013).

In der Studie von Vilalta et al. (2014) wird das Bedürfnis nach Hoffnung beschrieben. Kübler-Ross (1969) betont, dass nahezu jeder todkranke Mensch immer wieder den Eindruck macht, Hoffnung auf eine wundersame Heilung, die Erfindung eines heilenden Medikaments oder Ähnliches zu haben. Dieser Hoffnungsschimmer hilft, auch über einen längeren Zeitraum das Leiden zu überstehen. Hoffnung soll das Gefühl geben, dass „schließlich alles einen Sinn haben muss, dass es sich bezahlt macht, wenn man nur noch eine Weile aushält; es ist die Hoffnung, dass sich alles am Ende als Alptraum herausstellen wird. [...] Diese Hoffnung hilft dem Todkranken, bei Verstand zu bleiben und alle Untersuchungen über sich ergehen zu lassen – sie verspricht sozusagen eine Rechtfertigung des Leidens“ (Kübler-Ross 1969, S. 164). Es lässt sich also sagen, dass Hoffnung selbst in den allerschlimmsten Zeiten hilft, das Leiden zu kompensieren. Kübler-Ross (1969) schreibt außerdem, dass es ein Zeichen des unmittelbar bevorstehenden Todes ist, wenn die Patientin oder der Patient kommuniziert, keine Hoffnung mehr zu haben.

In der Studie von Vilalta et al. (2014) wird außerdem die Hoffnung auf ein Leben nach dem Tod beschrieben. Von den Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern wurde dieses Bedürfnis zwar nur mit mittlerer Wichtigkeit genannt – der Gedanke an ein Leben nach dem Tod aber ist in nahezu jeder Religion verankert. Heller et al. (2014) schreiben über Jenseitsvorstellungen, dass der Tod in den Religionen nicht als Ende des Lebens, sondern als Übergang in eine andere Existenzform angesehen wird. Klar ist, dass diese Vorstellungen in den einzelnen Religionen unterschiedlich sind und dass die Wichtigkeit des Glaubens an ein Leben nach dem Tod von Religion zu Religion verschieden definiert ist. Es gibt eine Reihe von Begriffen, um das Weiterleben nach dem Tod zu beschreiben: etwa Auferstehung, Paradies, Wiedergeburt oder Jenseits. „Spricht man vom Jenseits, so scheint sich daraus eine klare Abgrenzung gegenüber dem Diesseits zu ergeben, von dem das Jenseits eben getrennt ist. Das ist nur eine Möglichkeit, wie über das Verhältnis zwischen Diesseits

und Jenseits gedacht werden kann. Die vielfältigen Konzepte der Reinkarnation und die Vorstellung einer prinzipiell einheitlichen Welt, in der Lebende und Tote in vielfältiger Weise verbunden sind, widersprechen dieser scheinbar klaren Trennlinie. Der Begriff Jenseits meint in erster Linie ein Weiterleben nach dem Tod, das vom Diesseits zwar räumlich getrennt sein kann, aber nicht muss“ (Heller et al. 2014, S.208). Der Glaube an ein Weiterleben nach dem Tod kann den sterbenskranken Menschen die Hoffnung geben, zwar räumlich nicht mehr nahe an den Liebsten zu sein, jedoch in einer anderen, nicht erklärbaren Form immer da zu sein (Maschwitz et al. 2013).

Auch die Hoffnung auf den sozialen Rückhalt wird sowohl von Kübler-Ross (1969) als auch von Maschwitz et al. (2013) definiert. Das Bedürfnis nach sozialem sowie auch religiösem Rückhalt wird in den Studien von Kawa et al. (2003), Lo et al. (2011), Alcorn et al. (2010) und Bovero et al. (2015) beschrieben. In der Studie von Kawa et al. (2003) wird darüber berichtet, dass der Wunsch der Betroffenen besteht, dass Beziehungen zu Menschen, welche im bisherigen Leben der Krebskranken eine wichtige Rolle gespielt haben, weiterhin aufrechterhalten werden. Einige der Befragten sprachen hier von der Angst vor der Einsamkeit und dem Kummer bzw. dem Schmerz, den sie verspüren, wenn sie wissen, dass sie ihre Familie bzw. ihre Liebsten für immer verlassen werden müssen. Bovero et al. (2015) und Lo et al. (2011) beschreiben, dass sich sozialer Rückhalt und der Rückhalt durch die Religionsgemeinschaft positiv auf die Lebensqualität und das spirituelle Wohlbefinden auswirken. Des Weiteren wird bei Bovero et al. (2015) darüber berichtet, dass sich sozio-demografische Charakteristiken wie etwa der Familienstand, die Faktoren Angst und Schmerz negativ auf den Level der Lebensqualität auswirken, während der Glaube, die Akzeptanz, das Sinnfinden und emotionaler Rückhalt den Level der Lebensqualität positiv beeinflussen. Diese Studie hat außerdem herausgefunden, dass Menschen mit höherer Lebensqualität einen niedrigeren Level an Schmerzen, Angst und Depression angegeben haben und so auch weniger auf medikamentöse oder andere Instrumente zur Kompensation zurückgreifen.

Daraus lässt sich schließen, dass sowohl die Befriedigung der spirituellen Bedürfnisse als auch der soziale, emotionale und religiöse Rückhalt wichtig sind, um

die Lebensqualität von sterbenden Krebskranken zu steigern. Durch die Studie von Lo et al. (2011) wird bestätigt, dass die Erfüllung der spirituellen und religiösen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung im palliativen Setting sehr wichtig ist, um ein hohes spirituelles Wohlbefinden bis zum Schluss garantieren zu können. Es ist die Aufgabe jedes Mitglieds eines Betreuungsteams, sensibel auf Äußerungen und Wünsche von Patientinnen und Patienten einzugehen und zu der Erfüllung der spirituellen und religiösen Bedürfnisse beizutragen.

4.1 LIMITATIONEN UND STÄRKEN

Diese Literaturübersicht hat einige Limitationen. Als Limitationen dieser Arbeit lassen sich drei Punkte definieren.

Erstens konnten in der Sammlung der Ergebnisse lediglich Daten über Menschen gesammelt werden, welche dem Katholizismus, dem japanischen Glaubenssystem oder keinem Glaubenssystem (Agnostiker, Atheisten) angehörten. So können die Ergebnisse eventuell nicht mit den Bedürfnissen anderer Religionen verglichen werden, da die Spiritualität und die verschiedenen Wertigkeiten in jeder Religion anders definiert sind.

Zweitens wurde die kritische Bewertung der Studien nur von der Autorin selbst durchgeführt und nicht von zwei voneinander unabhängigen Autorinnen oder Autoren, was eventuell zu einer objektiveren und kritischeren Bewertung geführt hätte.

Drittens wurde die Literaturrecherche nur in den zwei Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt, was dazu führen kann, dass eventuell relevante Literatur übersehen oder nicht identifiziert wurde. Dennoch gibt diese Arbeit einen guten Überblick über die relevantesten spirituellen Bedürfnisse von Krebskranken im palliativen Setting. Auch ist diese Bachelorarbeit das erste deutschsprachige Literaturreview, welches sich mit diesem Thema beschäftigt. Es werden außerdem Empfehlungen für die Pflegepraxis gegeben, um diesen speziellen, spirituellen Bedürfnissen zu begegnen. Des Weiteren liefert diese Arbeit eine gute Grundlage für weitere Studien bzw. weitere Forschung auf diesem Gebiet.

4.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG

Um die bestmögliche spirituelle Versorgung der Patientinnen und Patienten im palliativen Setting zu gewährleisten, ist weitere Forschung in diesem Feld vonnöten. Weitere Forschung sollte den Fokus auf die Rolle der Pflege in der Erfüllung der spirituellen Bedürfnisse legen. Außerdem ist eine Untersuchung der weiteren Religionen notwendig, um individuell und an die unterschiedlichen Glaubensrichtungen angepasst, intervenieren zu können. So kann die Erfüllung von spirituellen bzw. religiösen Ritualen und Bedürfnissen mit einer größeren Selbstverständlichkeit und einem besseren Wissen durch die Pflegekraft sowie mit einem verbesserten Verständnis für die Patientin oder den Patienten durchgeführt werden. Auch die weitere evidenzbasierte Untersuchung von Assessmentinstrumenten zur Erhebung spiritueller Bedürfnisse und die nachfolgende Implementierung dieser in die Pflegepraxis sind notwendig. Damit ist gewährleistet, dass Spiritualität und die Erhebung ebendieser Bedürfnisse in das alltägliche Pflegeassessment auf Palliativstationen eingebaut werden. So kann die ganzheitliche Erfassung von Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mit validen Instrumenten erfolgen und die Pflege dieser Menschen optimal erfolgen.

4.3 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Für die Praxis ist es wichtig, dass der multidimensionale Schmerzansatz, welcher von Cicely Saunders definiert wurde, in seinen vier Dimensionen herangezogen wird. So kann garantiert werden, dass alle vier Schmerzdimensionen aufgegriffen werden und die Bedürfnisse und das Leiden in seiner Gesamtheit erfasst werden. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde herausgefunden, dass es bereits Instrumente zur Erhebung von spirituellen Bedürfnissen gibt, welche es weiter zu überprüfen und in den Alltag zu implementieren gilt. Das gesamte interdisziplinäre Team – insbesondere die Pflegekräfte – haben den Auftrag, sensibel mit spirituellen Bedürfnissen zu arbeiten und individuell auf die Patientinnen und Patienten einzugehen. So können, wie durch Lo et al. (2011) bestätigt, die Lebensqualität und das spirituelle Wohlbefinden gesteigert werden.

5 SCHLUSSFOLGERUNG

Diese systematische Übersichtsarbeit hat gezeigt, dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung im palliativen Setting spirituelle Bedürfnisse hat. Es konnte herausgefunden werden, dass jede Betroffene und jeder Betroffene mindestens ein spirituelles Bedürfnis hat. Durch die systematische Literaturrecherche und die kritische Durchsicht der fünf in die Arbeit einbezogenen Studien konnte die Forschungsfrage beantwortet und eine gute Übersicht zur Thematik gegeben werden. Es wurden einige spirituelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung im palliativen Setting erhoben und die Rollen der Pflege in diesem Kontext mit bereits bestehender Literatur verglichen. Die Durchsicht der fünf in die Arbeit inkludierten Studien hat ergeben, dass vor allem der Erhalt der Autonomie und die Wahrheit am Krankenbett als die wichtigsten spirituellen Bedürfnisse identifiziert wurden. Mit dem Verlauf der unheilbaren Krankheit konnte sowohl eine Zunahme an Religiosität und Spiritualität als auch eine Zunahme der religiösen Aktivitäten erkannt werden. Die wichtigsten religiösen Aktivitäten sind das Gebet, die Teilnahme an religiösen Unternehmungen und das Lesen von religiösen Schriften. Die Rolle der Pflege findet sich in der Erhebung der Bedürfnisse und der Unterstützung in der Begegnung dieser Bedürfnisse.

Um diese Arbeit mit einem passenden Zitat von Cicely Saunders zu schließen: „Wir wollen nicht dem Leben Zeit hinzufügen, sondern der verbleibenden Zeit Leben geben.“ *Cicely Saunders*

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Alcorn S., Balboni M., Prigerson H., Reynolds A., Phelps A., Wright A., Block S., Peteet J., Kachnic L. & Balboni T. 2010, "If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn't Be Here Today': Religious and Spiritual Themes in Patients' Experiences of Advanced Cancer", *Journal of Palliative Medicine*, 23 (5): 581-588.
- Bauer S. 2014, basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003), „Bewertungsbogen für qualitative und quantitative Studien“, Medizinische Universität Graz.
- Bioethikkommission 2015, „Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission“, Wien. Verfügbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509> (01.03.2016).
- Böhmer F. & Frühwald T. 2009, „Gesundheitliche Aspekte im Alter“, in Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme*, 2. Auflage, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien
- Bovero A., Leombruni P., Miniotti M., Rocca G. & Torta R. 2015, "Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice", *European Journal of Cancer Care*, 2015.
- Heller B. & Heller A. 2014, „Spiritualität und Spiritual Care – Orientierungen und Impulse“, 1. Auflage 2014, Verlag Hans Huber, Bern.
- Icking I. 2015, „Interreligiöse Spiritualität im Hospiz – Raum und Resonanz geben“, *Palliative Care verstehen – Band 2*, 2015, der hospiz verlag, Esslingen.
- Kawa M., Kayama M., Maeyama E., Iba N., Murata H., Imamura Y., Koyama T., Mizuno M. 2003, "Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality", *Support Care Cancer*, (11): 481-490.
- Kübler-Ross E. 1969, „Interviews mit Sterbenden“, 5. Auflage 2013, Kreuz Verlag, Stuttgart.
- Lo C., Zimmermann C., Gagliese L., Li M. & Rodin G. 2011, „Sources of spiritual well-being in advanced cancer“, *BMJ Supportive & Palliative Care*, (1): 149-153.
- Maschwitz G. & Maschwitz R. 2013, „Spirituelle Sterbebegleitung“, 1. Auflage 2013, Mankau Verlag, Murnau am Staffelsee.

Nagele S. & Feichtner A. 2012, „Lehrbuch der Palliativmedizin“, 3. überarbeitete Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Polit D. & Beck C. 2011, “Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice”, 9. Auflage 2011, Lippincott Williams & Wilkins Verlag, USA.

Schüssler S. 2014, basierend auf Boyle (1998); Milton Keynes Primary Care Trust (2002); Weiss Roberts et al. (2004); Provenzale & Stanley (2005) & Burns & Grove (2011), „*Bewertungsbogen für Cross-sectional Studies*“, Medizinische Universität Graz.

Schüssler S. 2015, basierend auf Burns & Grove (2011), Davis & Logan (2008), Crowe (2013), Mayer & Mitterer (2014), Provenzale & Stanley (2005); Velany Rodrigues (2013) & Weiss Roberts et al. (2004), „*Bewertungsbogen für Mixed-Methods Studies*“, Medizinische Universität Graz.

Specht-Tomann M. & Tropper D. 2014, „Bis zuletzt an deiner Seite – Begleitung und Pflege schwerkranker und sterbender Menschen“, 5. Auflage 2014, mvg Verlag, München.

Statistik Austria 2016, *Krebsstatistik*,
<http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>, (05.01.2016).

Vilalta A., Valls J., Porta J. & Vinas J. 2014, “Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit”, *Journal of Palliative Medicine*, 17 (5): 592-600.

WHO 2002, *WHO Definition of Palliative Care*,
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, (03.01.2016).

7 ANHANG

7.1 BEWERTUNG DER STUDIE VON KAWA ET AL. (2003)

anhand des Bewertungsbogens von Bauer S. (2014) basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Title – “Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality”

- **Does the title contain all relevant information? (population, concepts, methods, setting)**
Yes, the title contains all the relevant information and is as short as possible.
- **Does the title reflect the content of the whole text?**
Yes, it does.

Abstract

1. **What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?**
The abstract contains information about the design of the study, the population, they describe that it was a qualitative study, they describe the process of data collection in a short way and you can find the main results. Also they point out the Keywords at the end of the abstract.
2. **Can the abstract be understood without reading the whole text?**
Yes, the abstract can be understood without reading the whole text. It contains a maximum of information with a minimum of words.
3. **Are there inconsistencies between abstract and the text?**
No. The Text and the abstract are consistent.

Introduction

4. **What parts can be read out of the introduction? What is missing?**
The Introduction starts universal with a short history of palliative care in Japan. They define the most important keywords, as well as the authors describe literature that already exists.
5. **What is the research problem?**
The research problem is that there has only been done little research about spirituality and related distress in the fields of medicine and nursing in Japan.
6. **Does the introduction contain a recent review of the literature?**
Yes, it does.
7. **Is the used literature up-to-date (5-10 years)?**

The used literature is up-to-date.

8. Are there definitions mentioned?

Yes, the authors define the most important keywords.

9. What is the research gap?

The authors describe the research gap, as there has been done only little research about spirituality in Japanese hospitals as well as in palliative care units in Japan.

10. What is the purpose of the study and/or the research questions?

“The present study was designed to investigate the characteristics of distress in terminally ill cancer patients admitted to Japanese PCUs on the basis of individual experience.” (Kawa et al. 2003, 482)

Methods

11. What parts can be read out of the method section? What is missing?

The method section contains following information: setting, in- and exclusion criteria, informed consent, the process of data collection, ethical considerations, and the process of data analysis.

12. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

Yes, the methods section sufficiently describes the study.

Design

13. What is the research approach?

The research approach is that there is a problem in transferring the spirituality described for Western countries to Japan.

14. What is the research design?

The authors used a grounded theory design with using semi-structured Interviews.

15. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

This design is appropriate for the research purpose.

Sample

16. What is the sample?

The sample consisted out of 13 inpatients aged 18 years or older who were suffering from cancer and inpatients in a PCU in Japan, as well as they were capable of holding a conversation with an investigator for at least 30 Minutes.

17. What are the procedures for choosing the sample?

The sampling method was theoretical sampling, they contacted four PCUs in Japan.

18. Where are the participants recruited?

The participants were recruited as they were inpatients in one of the four included PCUs in Japan and were there for more than 7 days.

19. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

In the text there can be found no information about bias.

20. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

As the research aim was to find out the distress of inpatients with terminal cancer from the viewpoint of spirituality, the sample chosen by the investigators is appropriate.

Ethical considerations

21. Is there an approval of the ethical commission?

The ethical approval has been given by the ethics committee or hospital chief administrator at each institution.

22. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Informed consent has been obtained if each subject verbally as well as in written form.

Setting

23. What was the setting for data collection?

Data collection took place at the PCU.

24. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes, the setting is appropriate for answering the research purpose.

Data collection

25. What is the data collection method?

Data collection method were two semi-structured interviews as well as getting background information from medical and nursing records and information about the PCUs and the subjects physical condition was collected from physicians or nursing staff.

26. Is the data collection method trustworthy?

Yes, this method is trustworthy.

27. Is the data collection method appropriate for the research design?

Yes, it is.

28. Does the data collection method bias the results?

There is no information about bias in the data collection process.

29. How is the data recorded?

The data has been voice recorded and transcribed line by line.

Data analysis

30. What methods are used to analyze the data?

Initial coding has been used to analyze the data, and the extracted codes were classified.

31. Does the researcher explain his/her role, assumptions and preconceptions in the data collection process?

Yes.

32. Is data saturation reached?

There is no information about data saturation to be found in the text.

33. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes, it is.

Results

34. What are the main findings?

The main finding was, that distress can be classified into three categories: distress due to the present situation and how the individual wanted to live, how the individual wished to die, and the individual's wish to maintain relations with others. Beneath these three categories the patients identified the distress directly defined by physical symptoms. The authors put the patients in three groups to investigate the relationship between physical pain and distress.

35. Are the results organized in a way that is easy to understand?

Yes, the results are organized in a way that is easy to understand.

36. Are the tables and figures easy to understand?

Yes, the tables and figures are easy to understand.

37. Do the results answer the research questions (purpose)?

The results help answering the research purpose.

Discussion

38. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

The discussion section starts with a repetition of the research aim, design and analysis. Also the main findings can be found at the beginning of this section. The discussion part compares the main findings of the study with results of other studies as well as with other literature. This part starts very specific and ends in a broad way. There is a paragraph with the limitations and implications for further tasks to be found at the end of the discussion.

39. Does the author compare his main findings with results from literature?

Yes.

40. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Yes.

41. Does author give implications for nursing practice?

The authors give implications for practice.

42. Does author give implications for further nursing research?

Yes.

43. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

The major limitations are, that there only was a small sample size of patients who were in a relatively stable condition. There has been collected no detailed information about the specific disease or the treatment undergone.

My point of view: The major limitation of this study is the small sample size, since there has not been reached data saturation it is hard to find out if the sample fits for the whole population.

44. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

This is the first study about spiritual distress in PCUs in Japan.

My point of view: the authors did a great job in putting the main points in groups. The whole study is written in a way that is easy to understand.

Reference list

45. Is there a consistent reference style?

Yes, the authors used the Vancouver style.

Using research results

46. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

The results of this study are useful for nursing staff in Japan. Results of this study show the most distressing points of patients in PCUs in Japan. The benefit nurses have out of this results is, that they can have a concrete picture of what the patients need and provide better palliative care for this patients.

47. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

The benefits for nursing practice are indirect ones. The nurses can find out the distress of inpatients and try to care for them in the way patients need to get out of this distress.

7.2 BEWERTUNG DER STUDIE VON LO ET AL. (2011)

Anhand des Bewertungsbogens von Schüssler S. (2014) basierend auf Boyle (1998); Milton Keynes Primary Care Trust (2002); Weiss Roberts et al. (2004); Provenzale & Stanley (2005); Burns & Grove (2011)

Title – “Sources of spiritual well-being in advanced cancer”

1. The title is as short as possible.

Yes, the title is as short as possible.

2. The title is representative of the content of the study (not misleading).

Yes.

- 3. The title includes all relevant information (e.g. design, population, setting, the important keywords (concepts or variables)).**

Yes. The title includes all of the information needed.

- 4. The key information/ keywords are near to the front of the title.**

Keywords cannot be found explicitly, but the key information can be found in a box below the title.

Abstract

- 5. The abstract is complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice]).**

The abstract contains all the information needed.

- 6. There are no discrepancies between the abstract and the text.**

The text and the abstract show no discrepancies.

- 7. The abstract gives the same impression as the text.**

Yes.

- 8. The abstract can be understood without reading the article.**

Yes, the abstract can be understood without reading the whole article

Introduction

- 9. Is the introduction good structured (general – specific)?**

The introduction starts with the definition of the word spirituality and is very good structured.

- 10. Do the authors provide a rationale for performing the study based on a review of the literature?**

Yes, they provide a review of the literature.

- 11. Do the authors define important KEYWORDS?**

The most important keywords are defined by the authors.

- 12. Is the used literature up-to-date (last 5-10 Years)?**

Most of the literature used is up-to-date, the oldest reference used has been published in the year 1964 by Cicely Saunders.

- 13. Is the aim(s) and research question(s) clearly defined?**

The aim of this study is defined at the end of the introduction.

Methods

- 14. Is the method part good structured?**

Yes. The method part is good structured, it is divided in subheadings what makes this section more clear.

Design

- 15. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim?**

Yes, the design used is appropriate to answer the question

Sample

16. Is the sample representative of a defined population?

Yes, the sample is representative

17. Is the sample clearly defined?

The sample is clearly defined. The authors clearly described the inclusion and exclusion criteria.

18. Is the sampling method probability or nonprobability? Identify the specific sampling method!

The sampling method is purposive sampling. So the method is probability.

19. Did the study have enough participants?

The authors did not do a power calculation, but they recruited 747 Patients. In my opinion this is a representative number of participants.

20. What is the response rate?

Response rate is 49,8%.

Setting

21. What was the study setting?

Participants were outpatients of a medical and radiation oncology outpatient clinic at Princess Margaret Hospital, Toronto. They did routine visits and were asked to fill out a questionnaire on their own or with a research member if needed.

Measurements

22. Which data were collected? Which instrument(s) were used?

Medical and demographic data has been collected as well as they used the 12-item Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being Scale for measuring spiritual-wellbeing. They also collected Physical burden of the disease with a shortened version of the Memorial Symptom Assessment Scale. To assess the pain they used the pain interference subscale of the Brief Pain Inventory. The Intrinsic Religious Motivation Scale has been used to assess Religiosity. Self-esteem has been measured with the 10-item Rosenberg Self-esteem Scale and social relatedness was assessed using the 20-item Medical Outcomes Study Social Support Survey.

23. Do they use standardized instruments to collect data?

Yes.

24. Are the instruments described or referenced?

Yes.

25. Are the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?

Yes.

Process of data collection

26. Is the procedure of data collection clearly described (e.g. time of data collection, place, who performed the data collection, training of data collectors)?

The authors describe the procedure of data collection in the Methods section.

Analysis

27. What statistical methods are used to analyze the data?

They used SEM to test a theoretical model of the predictors of spiritual well-being.

28. Is the significance level described?

Yes, you can find the significance level below Figure 2

Results

29. Is the result section good structured?

The result section is good structured.

30. How are the results presented and what is/are the main result(s)?

The results are presented as Tables and these are described in the text. The main result is, that they confirmed their theoretical model in which spiritual well-being is positively associated with religiosity, self-esteem and social relatedness, and is negatively associated with physical suffering.

31. Do the results answer the research question(s) (aims)?

Yes.

32. Are there confidence intervals for statistical estimates included?

Yes.

33. Are the figures and tables appropriate and are they appropriately labeled?

Yes, they are.

34. Do the figures and tables adequately show the important results?

The figures and tables show the important results in an adequate way.

35. Are the figures and tables easy to understand?

Yes.

Discussion

36. Is discussion good structured (specific to broad)?

The Discussion starts with the aim of the study and gets broader until the end.

37. Are the findings discussed in relation to the original research questions?

The findings are discussed in relation to the original research questions.

38. Does the author compare the main findings with results from other studies? Are the results consist with previous research or not (If not, are the inconsistencies explained?)?

The authors compare with results from other studies and they are consistent with the findings of the study.

39. Does the interpretation of results make sense (theoretically, clinical perspective)?

Yes, the interpretation of the results makes sense in a theoretical and clinical way.

40. Does the author note limitations of the study?

Yes, the limitations can be found at the end of the discussion part.

Conclusion

41. Are the author's conclusions justified by the results found in the study?

Yes.

42. Does the author give recommendations for further research?

Yes, the authors give recommendations for further research. The recommendations can be found at the end of the discussion part.

43. Does the author give recommendations for nursing practice?

The author gives recommendations not only for nursing practice but also for mental-health professionals, medical and palliative care providers as well as for spiritual care professionals

References

45. Does the reference list contain errors?

The reference list contains no errors.

46. Are there more references than are necessary?

No, the number of references is okay.

7.3 BEWERTUNG DER STUDIE VON ALCORN ET AL. (2010)

Schüssler S. (2015) basierend auf Burns & Grove (2011), Davis & Logan (2008), Crowe (2013), Mayer & Mitterer (2014), Provenzale & Stanley (2005); Velany Rodrigues (2013) & Weiss Roberts et al. (2004)

Title	
“If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn’t Be Here Today”: Religious and Spiritual Themes in Patients’ Experiences of Advanced Cancer	
1. Is the title as short as possible?	Yes
2. Is the title representative of the content of the study (not misleading)?	Yes
3. Does the title include all relevant information (e.g. setting)?	Yes
4. Are the key variables at the beginning of the title?	Yes
	Points: 5

Abstract	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Is the abstract complete ([background], aim, methods, results, conclusion [and recommendations for research and/or practice])? 2. Are there discrepancies between the abstract and the text? 3. Can the abstract be understood without having to read the article? 	<p>Yes</p> <p>No</p> <p>Yes</p>
	Points: 5

Introduction	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Is the introduction well-constructed (general → specific)? 2. Is the introduction complete? 3. Do the authors provide a rationale for performing the study (research problem)? 4. Do the authors give definitions of the important keywords? 5. Do the authors inform the reader about the research gap? 6. Are the aim(s) and/or research question(s) clearly defined? 	<p>Yes</p> <p>Yes</p> <p>Yes</p> <p>No</p> <p>Yes</p> <p>Yes, the aim has been defined by the authors</p>
	Points: 4

Method section in general	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Is the method section well-structured (e.g. headings, subheadings; everything in its right place and in the right order)? 	Yes
	Points: 5

Design	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Which specific mixed methods design was used? Exploratory sequential design 2. Was the reason for using a mixed methods design described? Yes, at the end of the introduction 3. Was the design clearly described in the manuscript (see article by Mayer & Mitterer [2014])? In a short way. 4. Which specific design was used for the quantitative part of the mixed method study? The authors used six tests to analyze the qualitative data in a quantitative way. 5. Which specific design was used for the qualitative part of the mixed method study? The authors used principles of the grounded theory design. 6. Did the authors use an appropriate design to answer their question/aim? Yes 	
	Points: 5

Sample	
1. What was the sample size?	
Qualitative: 68	Quantitative: 68
2. Was the sample size appropriate?	
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes
3. What were the inclusion and exclusion criteria of the sample?	
Qualitative: Inclusion criteria included the diagnosis of advanced incurable cancer, age 21 years or greater, active receipt for palliative radiation therapy, an adequate stamina to undergo a 45-minute interview, speaking English or Spanish fluently and being in a bad neurocognitive status.	Quantitative: same as qualitative
4. Is the sample representative of a defined population?	
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes
5. What was the sampling method?	

Qualitative: <i>Participants were recruited from four Boston, Massachusetts sites. They were randomly selected from RT schedules; all eligible patients were approached for participation.</i>	Quantitative: <i>Since the qualitative Data has been analyzed in the quantitative section there has been no particular sampling for this part</i>	
6. Was the sampling method appropriate?		
Qualitative: <i>Yes</i>	Quantitative: <i>Yes</i>	
7. How were the participants recruited?		
Qualitative: <i>Participants were recruited from four Boston, Massachusetts sites. They were randomly selected from RT schedules; all eligible patients were approached for participation.</i>	Quantitative: -	
8. What was the response rate?		
Qualitative: <i>Out of the 103 patients approached, 75 (73%) participated. Due to various problems only 68 patients took part of this study, yielding to a total of 91% of that 75 participants.</i>	Quantitative: -	
9. Was data saturation reached?		
Qualitative: <i>There is no information about data saturation to be found in the research article.</i>	Quantitative:	
		Points: 4

Setting	
1. What was the setting for data collection?	
Qualitative: The data collection took place in one of the four sites in Boston, Massachusetts	Quantitative: since the investigators analyzed the qualitative data in a quantitative way there has been no data collection for this part
2. Was the setting appropriate for answering the research questions (aim)?	
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes
Points: 5	

Ethical principles	
1. Was the approval by an ethical commission obtained?	
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes
2. Was informed consent obtained (written, oral)? If no, would it have been possible?	
Qualitative: Yes, informed consent has been obtained by all participants in a written way.	Quantitative: --
Points: 5	

Data collection 14	
1. Which variables respectively concepts were collected with which instrument(s)?	
Qualitative: The authors used two items from the previously validated Fetzer Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research to assess the degree of patient religiousness and spirituality. The investigators also	Quantitative: Differences in sample characteristics according to importance of R/S to the cancer experience were analyzed with the χ^2-test (dichotomous and categorical variables), t-test (continuous variables), and

<i>used some questions to be answered with lickert scales to assess R/S struggles. They used triangulated analysis, employment of multidisciplinary perspectives, and the use of reflexive narratives.</i>	<i>Wilcoxon-Mann-Whitney test (ordinal variables). Exploratory analyses of subtheme relationships were performed using Spearman correlations.</i>	
2. Were the psychometric properties of the instrument(s) described or referenced?		
<i>Qualitative: Yes</i>	<i>Quantitative: Yes</i>	
3. Was the data collection method trustworthy?		
<i>Qualitative: Yes</i>	<i>Quantitative: Yes</i>	
4. Were the data collection methods described in detail or referenced?		
<i>Qualitative: Yes</i>	<i>Quantitative: Yes</i>	
5. Were the data collection methods appropriate for the research design?		
<i>Qualitative: Yes</i>	<i>Quantitative: Yes</i>	
6. Did the data collection methods bias the results?		
<i>Qualitative: There is no information about bias to be found in the research-article</i>	<i>Quantitative: There is no information about bias to be found in the research-article</i>	
7. Was the procedure of data collection clearly described (time of data collection, setting, by whom, training of data collectors)?		
<i>Qualitative: Yes</i>	<i>Quantitative: Yes</i>	
		Points: 5

Analysis		
1. Which analysis methods were used?		
<i>Qualitative: Interview data has been coded by two researchers into two preliminary coding schemes. Following principles of grounded theory, a final set of themes and subthemes inductively emerged</i>	<i>Quantitative: Differences in sample characteristics according to importance of R/S to the cancer experience were analyzed with the χ^2-test (dichotomous and categorical variables), t-test</i>	

<i>through an iterative process of constant comparison. Transcripts were then recoded by two authors working independently and using the derived themes and subthemes.</i>	<i>(continuous variables), and Wilcoxon-Mann-Whitney test (ordinal variables). Exploratory analyses of subtheme relationships were performed using Spearman correlations</i>	
2. Was the data analysis method appropriate for the design?		
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes	
3. Was the significance level described?		
Qualitative: Yes	Quantitative: Yes	
		Points: 5

Results		
1. Is the result section well-structured (e.g. headings, subheadings, paragraphs)? Yes		
2. What are the main findings? Five primary R/S themes were extracted from patients' descriptions of the importance of R/S to their cancer experience: coping through R/S, R/S practices, R/S beliefs, R/S transformation, and R/S community. Researchers also found out that the religiosity and spirituality increases with the cancer experience.		
3. Were the results presented objectively? Yes		
		Points: 5

Figures/Tables		
1. Is there an appropriate number of tables/figures? Yes, there is an appropriate number of tables and figures.		
2. Explain shortly what the tables/figures show you (e.g. table 1 shows the sample characteristics in numbers and percentages) Table 1 shows the sample characteristics by importance of R/S in patient's experiences of advanced cancer Table 2 shows the qualitatively grounded R/S themes in patients' experiences of advanced cancer. Table 3 shows the exploratory analysis of correlations between		

<p>religious/spiritual subthemes in patients' experiences of advanced cancer Figure 1 is an exploratory diagram of religious/spiritual interrelationships in patients' experiences of advanced cancer.</p> <p>Table 4A shows the quantitatively assessed religious/spiritual concerns in patients with advanced cancer</p> <p>Table 4B shows other spiritual concerns reported by patients</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Are the tables/figures self-explanatory (I understand figures/tables without the text)? Yes 4. Do the tables/figures and the text complement each other (not all the information in the figure/table should be repeated exactly in the text)? Yes 5. Is there consistency between values and/or details (e.g. names, abbreviations) in a table/figure and in the text? Yes 6. Is the labeling of the tables/figures appropriate (Does it reflect the content of the respective table/figure)? Yes 7. Are the table/figure legends appropriate (if applicable)? Yes 	
	Points: 5

Discussion	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Is the discussion well-structured? Yes, the discussion section is well structured. 2. Is the discussion complete, i.e. does it include all the elements which should be included in a discussion section (e.g. limitations, comparison of results from previous studies, ...). The discussion starts with the main findings, following the discussion with previous studies. It also includes implications for further research. This section also includes implications for clinical practice as well as limitations of this study. The discussion section ends with an short conclusion. 3. Did the authors answer the original questions/aims? Yes. 4. Are the results consistent with previous research or not (If not, were the inconsistencies explained)? Yes 5. Does the interpretation of results make sense (theoretically and clinically)? Yes 6. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)? The study is based on a circumscribed definition of R/S in order to clearly distinguish R/S from related, but distinct psychosocial parameters; hence some aspects of R/S may have been excluded. The study population was from a single US region, largely Judeo-Christian, and Caucasian. My point of view: since the research has been done largely at Judeo-Christian and Caucasian religions, there can be a problem with all of the other religions. There has been no data saturation in the qualitative part. 7. What are the major strengths of the study (from the authors' point of view and from your point of view)? This study was exploratory and hypothesis-generating. The study sample was 	

<p>quite high. It was the first study to investigate R/S in advanced cancer in this area in the US.</p> <p>My point of view: this study has a good response rate and a good sample size. Study findings are presented in a way that is easy to understand and discussed in an appropriate way.</p>	
	Points: 4

Conclusion	
<p>1. Are the authors' conclusions justified by the results? Yes</p> <p>2. Does the author give recommendations for nursing practice? Yes, for the whole clinical practice</p> <p>3. Does the author give recommendations for further nursing research? Yes</p>	
	Points: 4

References	
<p>1. Does the reference list contain errors? There are no errors to be found in the reference list</p> <p>2. Is there a consistent reference style? Yes, the reference style is Vancouver Style.</p> <p>3. Is the used literature current (5-10 years)? Most of the literature is current, literature which is older than 10 years are referenced instruments or definitions which have not changed since then.</p> <p>4. Do you think there are too many or too few references? I think the number of references is appropriate</p> <p>5. Was international literature used (not mainly national literature)? Literature that has been used is international-</p>	
	Points: 5

Other aspects	
<p>1. Is the number of co-authors appropriate? There are 10 authors, I think this number is appropriate for this study.</p> <p>2. Does the manuscript include information about the contribution of each author?</p>	

<p>Yes.</p> <p>3. Is there information about funding? The research was supported in part by an American Society of Clinical Oncology Young Investigator Award to Dr. Tracy Balbony.</p> <p>4. Is there information about a possible conflict of interest? There are no conflicts of interest.</p>	
	Points: 5
Using research results	
<p>1. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)</p> <p>Yes</p> <p>2. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones? Benefits for nursing practice are indirect ones, the authors showed the main themes in spiritual themes in advanced cancer and it is up to the nurses' way of work how these needs are about to be met.</p>	
	Points: 4

Erreichte Punkte (85 können erreicht werden):

Title	Abstract	Introduction	Methods General	Design	Sample	Setting	Ethic	Data collection
5	5	4	5	5	4	5	5	5
Analysis	Results	Figures/Tables	Discussion	Conclusion	References	Other thinks	Text presentation	Using results
5	5	5	4	4	5	5	5	4

Summe der erreichten Punkte: 80

Summe in % (Anzahl der erreichten Punkte ÷ 85 x 100): 94,12%

7.4 BEWERTUNG DER STUDIE VON VILALTA ET AL. (2014)

anhand des Bewertungsbogens von Bauer S. (2014) basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Title – “Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit”

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

Yes, the title contains all the relevant information like the population (Patients with advanced cancer), the methods (evaluation) and the setting (Palliative Care Unit)

2. Does the title reflect the content of the whole text?

The title is appropriate for the whole text, it reflects the content and awakens interest.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

The Abstract contains information about the introduction, the research goals, the methods, the results, and the conclusion. So it covers all the information which is needed in the abstract.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Yes, the abstract can be understood without reading the whole text.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

There can be found no inconsistencies between abstract and the text.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

The Introduction gives a short overview of the literature already consisting. The Authors also give definitions to the relevant keywords. It starts broadly and gets more specific. At the end of the introduction, the aim of the study can be found.

7. What is the research problem?

The researchers define the research problem as there is only little research about spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Yes, as already mentioned in question number six the authors give a review of the literature.

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

The literature used has been published between 1969 and 2010. The authors use literature published by E. Kübler-Ross, which has been published in 1969 and they also used literature published by C. Saunders, which has been published in 1988.

10. Are there definitions mentioned?

Yes, the authors define the keywords like spirituality and spiritual pain.

11. What is the research gap?

The research gap is described as there has been only little research about the assessment of the importance that patients gave to a set of commonly described needs.

12. What is the purpose of the study and/or the research questions?

The aim of the study was to assess the spiritual needs that could be incorporated into the treatment of patients in palliative care. The second aim of this study was to create a clinical instrument which would help in the analysis of patients' needs when they are diagnosed with a terminal illness.

Methods

1. What parts can be read out of the method section? What is missing?

The methods sections gives information about the research design, the setting, the inclusion and exclusion criteria, the process of data collection, and the ethical matters. They also describe the phases of compiling the questionnaire and how the analysis took place

2. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

The methods section is good structured and the methods are described sufficiently

Design

What is the research approach?

The main approach was to examine the spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit.

3. What is the research design?

The research design was divided in two phases. The first phase was a literature review with compiling the questionnaire. The second phase was the data collection with completing the questionnaires by the patients.

4. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Yes, the design is appropriate for the research purpose.

Sample

5. What is the sample?

The sample consists of 50 patients with advanced cancer in an outpatient clinic of the palliative care service of a hospital in Spain.

6. What are the procedures for choosing the sample?

The sampling method was occasional sampling, they included patients over 18 years of age which were diagnosed with advanced cancer and with a sufficient level of educational attainment.

7. Where are the participants recruited?

The participants have been recruited at the outpatient clinic of the palliative care service of the Insitiut Caralà d'Oncologia in Spain.

8. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

There can be found no information about bias concerning the sample.

9. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

The sample was appropriate for answering the research purpose.

Ethical considerations

10. Is there an approval of the ethical commission?

The ethics committee of the hospital where the study was conducted gave ethical approval to this study.

11. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Informed consent has been obtained.

Setting

12. What was the setting for data collection?

Setting was the outpatient clinic in Spain.

13. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes it is.

Data collection

14. What is the data collection method?

Data has been collected with a self-administered questionnaire.

15. Is the data collection method reliable and valid?

There is no information of reliability and validity to be found in the text, but they invented a new questionnaire which has been tested in a pilot study.

16. Is the data collection method appropriate for the research design?

The data collection method is appropriate for the design, because maybe it is easier for patients with critical illness to fill out a questionnaire than having an interview.

17. Does the data collection method bias the results?

There is no information about bias in the data collection process.

Data analysis

18. What statistical methods are used to analyze the data?

The authors used SPSS 15.0

19. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes, they used statistical values to evaluate the most important spiritual needs of patients with cancer.

Results

20. What are the main findings?

The authors identified 11 spiritual needs. The need of being seen as a person in their different aspects was met to the greatest importance. The importance of knowing the truth about the illness was the second most important aspect followed by the need of reinterpreting life, the need to look for a meaning to existence, the need for hope, the need to see life beyond the individual, the need for religiosity, the need for continuity and an afterlife, the need for freedom and to be free, the need to be free from blame and forgive others and last the need to feel reconciled and to feel forgiven.

21. Are the results organized in a way that is easy to understand?

The results section is good structured and very easy to understand.

22. Are the tables and figures easy to understand?

Tables and figures are self-describing and easy to understand. They can be understood without reading the text.

23. Do the results answer the research questions (purpose)?

Yes they do.

24. Are the results present in an objective way?

Yes.

Discussion

25. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

The discussion starts with limitations of identifying spiritual needs. Then the two aspects that were highly evaluated by patients are to be discussed. Followed by discussing the medium ranged spiritual needs. They discuss all of their findings and end with the limitations and with recommendations for further research.

26. Does the author compare his main findings with results from literature?

Yes.

27. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Yes they are.

28. Does author give implications for nursing practice?

Yes they give implications at the end of the discussion.

29. Does author give implications for further nursing research?

At the end of discussion.

30. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Author: their goal was not to invent a new test to assess the spiritual needs for any patient under palliative care. They also mark that their survey is observational and its results can serve to critically detect and discuss some of the most relevant issues.

My point of view: I think that the main limitation is, that patients may answer in a different way depending on their mood and pain/symptom level.

31. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

Author: The authors think, that their survey can set the stage for further investigations, as well as they think that their questionnaire can build the basis for further questionnaires or instruments for assessing the most important issues.

My point of view: since there are only few studies that assess the main spiritual needs I think this study is very useful in developing an instrument that can be used to assess spiritual needs in a palliative care setting.

Reference list

32. Is there a consistent reference style?

Yes, the reference style is Vancouver Style.

Using research results

33. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

In my opinion this study has benefits for nursing practice, since they identify the main spiritual needs of patients in a palliative care setting.

34. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

The benefits are indirect ones, since there can only be found the major needs of patients. It is up to the nurses' empathy and way of work how he or she will meet those needs.

7.5 BEWERTUNG DER STUDIE VON BOVERO ET AL. (2015)

anhand des Bewertungsbogens von Bauer S. (2014) basierend auf Davis & Logan (2008), Weiss Roberts et al. (2004), Provenzale & Stanley (2005) und Burns & Grove (2003).

Title "Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice"

1. Does the title contain all relevant information? (population, variables, methods, setting)

The title contains all the relevant information needed.

2. Does the title reflect the content of the whole text?

Yes, the title reflects the content of the whole text.

Abstract

3. What elements can be read out of the abstract? What elements are missing?

The abstract contains all the elements needed in an abstract. There can be found the purpose of the study, the setting, the methods and the main results.

4. Can the abstract be understood without reading the whole text?

Yes, the abstract can be understood without reading the whole text.

5. Are there inconsistencies between abstract and the text?

There are no inconsistencies between the abstract and the text.

Introduction

6. What parts can be read out of the introduction? What is missing?

The introduction starts with a definition of the most important keywords and ends with the research gap and the purpose of the study. It contains a review of literature.

7. What is the research problem?

The research problem is, that many studies have focused on the last 6 months of life, whilst this study focusses on the last four months.

8. Does the introduction contain a recent review of the literature?

Yes, the introduction contains a recent review of the literature

9. Is the used literature up-to-date (5-10 years)?

Most of the used literature is up-to-date. The oldest reference used has been published in 1975, which is the Mini-Mental-state. Most of the older references listed are instruments which have been published in the 1980s.

10. Are there definitions mentioned?

The authors define the most important keywords.

11. What are the central variables? Are there dependent and independent variables (if applicable)?

Patients with cancer, in hospice, at the end of their lives, spirituality, quality of life, emotional distress and psychological adjustment styles.

12. What is the research gap?

Many studies have investigated the spiritual needs of cancer patients in hospices in the last six months of their lives but only a few have focused on the last four months of their lives.

13. What is the purpose of the study and/or the research questions?

The purpose of the study was to investigate the different components of spirituality and quality of life (QoL) of cancer patients admitted to hospice, evaluating pain, emotional distress and psychological adjustment styles.

Methods

14. What parts can be read out of the methods section? What is missing?

The methods section gives information about the setting, the sampling, the data collection process as well as the data analysis. So there is no part missing in this section.

15. Are the methods sufficiently described in order to permit a replication of the study?

The methods section sufficiently describes the study.

Design

16. What is the research approach?

The authors used a cross-sectional design to answer the research purpose.

17. What is the research design?

The investigators interviewed the participants with self-report and clinician-rated tests in one or two sessions within 3 days of admission. They also collected data in a medical chart and gathered spirituality and religious data in a semi-structured oral interview.

18. Is the design appropriate for the research questions (purpose)?

Yes.

Sample

19. What is the sample?

The sample consisted out of 119 inpatients at the 'Vittorio Valletta' hospice in Turin, Italy. The participants had to be diagnosed with cancer, had a life expectancy of 4 months or less, had to be able to speak Italian fluently, needed a MMSE score of 19 or more and had to have a Karnofsky Performance Status of 40 or lower. Also they excluded patients with a mental disorder.

20. What are the procedures for choosing the sample?

The procedures for choosing the sample were occasional sampling.

21. Does the procedures for choosing the sample bias the results?

There is no information about bias in the process of getting the sample.

22. What is the response rate?

The response rate was 96,6%.

23. Were there refusals, dropouts or deaths?

Yes, there were 4 participants ineligible, one was comatose, 2 were severely cognitive impaired and one died almost immediately after admission.

24. Is the sample appropriate for answering the research questions (purpose)?

The sample is appropriate for answering the research purpose.

Ethical considerations

25. Is there an approval of the ethical commission?

Yes, the study was approved by the ethics committee of the 'San Giovanni Battista' hospital of Turin.

26. Was informed consent obtained? If no, would it have been possible?

Yes, informed consent has been obtained in written form.

Setting

27. What is the setting for data collection?

The data collection took place at the participants' bedside.

28. Is the setting appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes.

Experiment (if applicable) – There has been no experiment.

~~29. What is the intervention?~~

~~30. Is the intervention described in sufficient detail?~~

~~31. Do the participants know whether they received the intervention or not?~~

- ~~32. Would it have been possible to blind the participants, the staff and the researchers?~~
~~33. Are there any other factors related to the intervention, which might have influenced the outcomes?~~

Data collection

34. What is the data collection method?

Data has been collected with 6 scales and a semi-structured interview by one investigator.

35. Is the data collection method reliable and valid?

Since all of the data has been collected with reliable and valid instruments, the method of data collection is reliable and valid.

36. Is the data collection method appropriate for the research design?

Yes, the data collection method is appropriate for the research design.

37. Does the data collection method bias the results?

There is no information about bias of the data collection method to be found in the text.

Data analysis

38. What statistical methods are used to analyze the data?

The authors used descriptive statistics to analyze the socio-demographic and clinical characteristics of the patients. Associations between QoL and Patients' characteristics were assessed using χ^2 and oneway ANOVA when appropriate. A Binary Logistic Regression Model was used to verify the associations between QoL and spirituality by considering all possible confounders.

39. What is the level of significance?

All socio-demographic and clinical characteristics associated with QoL at $p < 0.1$ were considered to be possible confounders. Statistical inferences were based on two-sided tests with $p < 0.05$ considered to be statistically significant.

40. Is the method for data analysis appropriate for answering the research questions (purpose)?

Yes.

Results

41. What are the main findings?

The study found out, that workers and single patients with higher education level showed a worse QoL. Anxiety and pain were negatively associated with QoL while spirituality and 'Instrumental Support' coping styles were positively associated with QoL. The study also found out, that faith is more important than peace/meaning when patients are near to death. Another finding is, that QoL could be related to physical and psychological symptoms.

42. Are the results organized in a way that is easy to understand?

The authors sorted the results in parted sections, one instrument per section. This makes the results part very clear.

43. Are the tables and figures easy to understand?

The tables and figures are easy to understand, the authors defined abbreviations used in the figures and tables below the figures and tables.

44. Do the results answer the research questions (purpose)?

The results answer the research purpose.

45. Are the results present in an objective way?

Results are present in an objective way.

Discussion

46. What parts can be read out of the discussion? What is missing?

The discussion contains the purpose of the study in a short way, as well as there are the main findings discussed with results from literature. The discussion starts in a specific way and ends in a global way. Also you can find the strengths and limitations as well as the implications for further research in this section of the study.

47. Does the author compare his main findings with results from literature?

Yes.

48. Are the authors' conclusions justified by the results found in the study?

Yes, the authors' conclusions are justified by the results found in the study.

49. Does author give implications for nursing practice?

The author does not directly give implications for nursing practice but for the whole Italian system of care for patients near death.

50. Does author give implications for further nursing research?

The author only points out the limitations of the study but does not give implications for further research.

51. What are the major limitations of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

From the authors' point of view there are four major limitations: first the study design is cross-sectional, measuring variables in a single cohort at one time, without demonstrating a causal relationship among variables. Second, the cross-sectional methodology does not allow to assess if terminally ill patients experienced changes approaching death on the dimensions of QoL and spirituality. Third the sample was largely composed by participants who were single, elderly and Catholic. Fourth there may be incomplete adjustment or unforeseen confounders that were not considered. My point of view: from my point of view the major limitation of this study is, that the sample largely consisted out of Catholics who were single and elderly.

52. What are the major strengths of the study (from the author's point of view and from your point of view)?

The authors any my point of view agree at this point. The major strength of this study is, that the investigators found out, that spirituality and spiritual care at the end of life are very important but in Italy the system needs to be changed, because

spiritual care is infrequent from medical team and when it is present, it is provided by the religious community that often is unable to give adequate support.

Reference list

53. Is there a consistent reference style?

Yes, the authors use the Vancouver style.

Using research results

54. Do the results have benefits for nursing practice? (in your opinion)

The results definitely have benefits not only for nursing practice but for the whole medical care system in Italy.

55. Are those benefits for nursing practice direct or indirect ones?

These benefits are indirect ones, because the authors only give implications for changes in the system. The change has to be done by the care givers themselves.