

Bachelorarbeit

*Betreuungsunterschiede bei gläubigen katholischen
und muslimischen Patienten und Patientinnen in der
End of Life Care*

Ein Literaturreview

Eingereicht von

Victoria Königshofer

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

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, März 2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 26. März 2019

Victoria Königshofer, eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	IV
Abstract.....	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Hintergrund und Geschichte der Palliative und Spiritual Care.....	3
1.3 Definitionen	6
1.4 Religionswissenschaftliche Grundlagen	7
1.5 Einbindung von Spiritualität in den Pflegeprozess	13
1.6 Relevanz für die Pflege	14
1.7 Forschungslücke und Forschungsziel	15
2 Methodik	16
2.1 Design	16
2.2 Suchstrategie	16
2.3 Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
2.4 Kritische Bewertung der Studien	19
3 Ergebnisse.....	19
3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien	19
3.2 Religiöser Glaube und Spiritualität als positive Ressource	24
3.3 Religiöser Glaube und Spiritualität als negative Ressource	25
3.4 Einbindung von Religion und Spiritualität in den Sterbeprozess	26
3.4.1 Erfahrungen von Pflegenden.....	26
3.4.2 Erfahrungen im katholischen Glauben.....	28
3.4.3 Erfahrungen im muslimischen Glauben	29
3.5 Beeinflussende Faktoren in der End of Life Care	30
4 Diskussion	32
5 Schlussfolgerung	36
6 Empfehlungen für Forschung und Praxis.....	37
7 Literaturverzeichnis.....	38
8 Anhang	43
8.1 Tabellenverzeichnis.....	43
8.2 Abbildungsverzeichnis.....	43
8.3 Bewertung der ausgewählten Studien.....	43

Zusammenfassung

Hintergrund: Die letzten Jahrzehnte haben zu einer multikulturellen und multiethnischen Patientengruppe in Europa geführt. Religiöse Überzeugungen der Patienten und Patientinnen zu unterstützen, kann genauso wichtig sein wie andere klinische Interventionen. Um sicherzustellen, dass eine kompetente, soziokulturelle und spirituelle Betreuung am Lebensende erbracht werden kann, ist ein größeres Verständnis und Bewusstsein im Pflegeberuf erforderlich.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es die Unterschiede in der Pflege von muslimisch und katholisch gläubigen Menschen in der End of Life Care aufzuzeigen.

Methode: Es wurde eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL von Oktober bis Dezember 2018 durchgeführt. Im Zeitraum von 2013 bis 2018 entsprachen 7 qualitative und 1 quantitative Studie den Einschlusskriterien, diese Studien wurden kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Die spirituelle und religiöse Betreuung von Patienten und Patientinnen in der End of Life Care ist vielfältig und sehr unterschiedlich. Religiöser Glaube wird sehr individuell gelebt, denn bereits innerhalb einer Religion ergeben sich viele Betreuungsunterschiede, die meist durch Kultur und Herkunft beeinflusst werden. Die religiösen Überzeugungen von PatientInnen haben sowohl positive als auch negative Einflüsse auf den Coping Prozess, außerdem werden Familienmitglieder stark miteinbezogen.

Schlussfolgerung: Damit Pflegende sich mit der Bedeutsamkeit von Spiritualität vertraut machen können, sollte die Thematik grundlegender Bestandteil der Ausbildung sowie von Schulungen und Fortbildungen werden. Auf Grundlage der erworbenen theoretischen Kenntnisse, kann eine Voraussetzung geschaffen werden, um Schwerstkranke und Sterbende, welche existenziellen Herausforderungen gegenüberstehen, in ihrem individuellen, intimen und subjektiven spirituellen und religiösen Bewältigungsprozess ganzheitlich zu begleiten und zu unterstützen.

Abstract

Background: The last decades have led to a multicultural and multi-ethnic patient group in Europe. Supporting religious beliefs of patients can be just as important as other clinical interventions. To ensure competent, socio-cultural and spiritual care at the end of life greater understanding and awareness in the nursing profession is required.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to show the differences in the care of believing Muslims and Catholics in the End of Life Care.

Method: In order to answer the research question, a literature review was chosen as a design. The literature search took place in the databases PubMed and Cinahl from the beginning of October 2018 to the end of November 2018. The eight studies found were critically evaluated.

Results: The spiritual and religious care of patients in the End of Life Care is varied and very different. Religious faith is lived very individually, because even within a religion there are many differences that are mostly influenced by culture and origin. The religious beliefs of patients from both faiths have positive and negative influences on the coping process and family members from Muslim patients are often stronger involved in the decision-making process than the family members from Christians.

Conclusion: In order for caregivers to become familiar with the importance of spirituality, the subject should become a fundamental part of training and education. Based on the acquired theoretical knowledge, a prerequisite can be created to support the seriously ill and dying who face existential challenges in their individual, intimate and subjective spiritual and religious coping processes.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Derzeit leben in Österreich 5,56 Millionen Katholiken, 700.000 Muslime, 412.000 Evangelische, 397.000 Orthodoxe und 1,46 Millionen Menschen ohne Glaubensbekenntnis. Die Prognosen für die nächsten Jahre sehen in Österreich einen Rückgang der Katholiken und dafür eine Steigung der muslimisch Gläubigen voraus (ÖIF, 2017, p.7). Laut Statistik Austria waren im Jahre 2014, 20% der Gesamtbevölkerung der Stadt Graz Menschen, die im Ausland geboren waren. (Statistik Austria, 2014, 107). In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden das in Österreich jährlich über 80.000 Menschen versterben. (Statistik Austria, 2018). Davon versterben allein rund 20.200 Menschen an den Folgen einer Krebserkrankung (Statistik Austria, 2018)

Symptome und Krankheiten die nicht mehr geheilt, sondern nur noch gelindert werden können, fallen in das Aufgabengebiet der Palliativ Medizin, eine Teildisziplin der Medizin. Anstelle der Heilung tritt im palliativen Setting die Lebensqualität der PatientInnen in den Vordergrund. Sie soll demnach die Lebensqualität nachhaltig durch das frühzeitige Erkennen von körperlichen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen der PatientInnen verbessern (WHO, 2018). Schon Cecilia Saunders betreute PatientInnen nach dem Konzept der „Total Pain“. Nach diesem Konzept gehen Pflegende auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen ein, um die Lebensqualität bis zum Tod bestmöglich zu gewährleisten. (Saunders 1983, p.53-66).

Die European Assoziation for Palliative Care (EAPC) definiert die Palliativmedizin als angemessene medizinische Versorgung von PatientInnen mit fortgeschrittenen und progredienten Erkrankungen, bei denen die Behandlung auf die Lebensqualität zentriert ist, da eine verkürzte Lebenserwartung zu erwarten ist. Die Palliativmedizin berücksichtigt die Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod der PatientInnen. (EAPC, 2018, Übersetzung der Autorin)

Die palliative Betreuung beginnt im eigentlichen Sinne also bereits mit der Diagnose einer nichtheilbaren und möglicherweise tödlich endeten Krankheit. Bereits in diesem frühen Stadium ist es wichtig den oder die Betroffenen oder Betroffene und deren Angehörigen zu unterstützen. Die Betreuung ist die Aufgabe der behandelten Ärzte und Ärztinnen, der Pflegenden und auch des Sozialdienstes. PatientInnen sollten Informationen über Beratungsstellen und über die wichtigsten zu erledigenden Formalitäten erhalten. Unbedingt sollte das miteinbeziehen eines Seelsorgers und/oder klinischen Psychologen angeboten werden. Natürlich sollte die Begleitung und Beratung auch von Pflegenden selbst durchgeführt werden, Betroffene sollten sich in jeder Situation ernst genommen und unterstützt fühlen. Laut Umfragen wünschen sich Sterbende nämlich vor allem nicht alleine sterben zu müssen, Linderung der Schmerzen, die Erledigung letzter Dinge und sich über den Sinn des Lebens und Sterbens austauschen zu dürfen. (Kränzle, 2007, S.16)

In der letzten Lebensphase kommen bei PatientInnen daher oft Fragen über den Sinn des Lebens oder die Zukunft mit der Krankheit auf. Die meisten Menschen stellen sich diesen existentiellen Fragen meist im Angesicht einer Krankheit oder Krise. Existentiell ist die Situation dann, wenn sie eine Entscheidung abverlangt, die Auswirkung auf die Lebensführung hat. Manche Menschen beantworten diese Fragen vor dem Hintergrund eines Glaubensbekenntnisses, andere nicht. Ein Glaubensbekenntnis ist eine Möglichkeit, die eigene Spiritualität zu leben. Der Spiritualität liegt aber nicht zwingend ein Glaubensbekenntnis zugrunde, dazu später mehr. In genau diesen Momenten, in denen PatientInnen solche Fragen konkret äußern sind Pflegende oft die unmittelbaren Ansprechpartner. Gespräche über Leiden, Schmerzen und Ängste gehören zu den intimsten des Lebens. Gelingt es den Pflegenden, sowohl Tiefe als auch Nähe zu geben und zuzulassen, wird aus einem Gespräch eine Begegnung. In der Praxis allerdings, gehen für Pflegende damit jedoch erhebliche Spannungsfelder einher, denn im klinischen Alltag gibt es für Gespräche immer weniger Zeit. Spirituelle Anliegen und Bedürfnisse sind im Gegensatz zu psychischen, sozialen oder physischen schwerer zu fassen und zu begreifen. Deshalb ist es im Rahmen des Ganzheitlichen Pflegekonzepts wichtig, PatientInnen und ihre Krankheit auch in der spirituellen Dimension wahrzunehmen und darauf einzugehen. Im Rahmen der Palliative Care sollten diese Bedürfnisse

die gleiche Aufmerksamkeit bekommen wie physische oder psychische Bedürfnisse der PatientInnen (Bürgi, 2012).

1.2 Hintergrund und Geschichte der Palliative und Spiritual Care

Die Palliative Care lässt sich auf die Hospizbewegung die sich bereits ab dem 4.Jh. um Bedürftige, Kranke und Sterbende kümmerte zurückführen. Das Hospiz bot den Bedürftigen damals eine Herberge und sorgte für Geborgenheit. Palliative Pflege und die Palliativmedizin sind daher so alt wie die Geschichte der Menschen selbst. Dadurch die medizinischen Möglichkeiten bis in das 19. Jahrhundert noch nicht ausgereift waren, war das Ziel oftmals nicht die Heilung, sondern viel mehr die Linderung von Leiden. Erst nach der Entdeckung der Antibiotika oder Radio- und Chemotherapien konnten, bis dahin als unheilbar geltende Krankheiten geheilt werden. Durch diese Weiterentwicklung der Medizin kam es zu einem Paradigmenwechsel. Das Heilen von Krankheiten wurde nun als die eigentliche Aufgabe der Mediziner angesehen. Somit galten unheilbar Kranke und Sterbende als unwillkommen, der hohe technische und personelle Aufwand wurde von der Gesellschaft nicht mehr als gerechtfertigt angesehen. In den 70iger Jahren kam es dann erneut zum Umdenken der Gesellschaft. Es entwickelte sich wieder ein zunehmendes Bewusstsein für das Wohlbefinden für unheilbar Kranke und sterbende Menschen. In der Entwicklung der Palliative Care wie wir sie heute kennen waren zwei Frauen essenziell denn durch sie veränderte sich der Umgang und die Einstellung zu sterbenden Menschen und deren Betreuung nachhaltig. Zum einen die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und spätere Ärztin Cicely Saunders aus England. Sie erkannte als eine der ersten die Fehler, die in der Betreuung von Sterbenden in der damaligen Zeit gemacht wurden. Und zum anderen durch die Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross. Sie beschäftigte sich ihr ganzes Leben mit der Begleitung von sterbenden Menschen und war maßgeblich daran beteiligt das Thema Sterben zu enttabuisieren. (Klaschik 2003, p.2)

Schon Cecily Saunders sah die physische, psychosoziale und spirituelle Begleitung als eine Einheit. Die spirituelle Begleitung oder auch Spiritual Care, ist auch im deutschen Sprachraum stark geprägt durch die Palliative Care. Palliative Pflege ist als ein integrierter Teil von Palliative Care anzusehen und hat die Linderung von

Leiden durch ein frühzeitiges Erkennen und Einschätzen aller Symptome auf der Ebene eines ganzheitlichen Menschenbildes zur Aufgabe. Die Weltgesundheitsorganisation ist Saunders daher in ihrer Definition der Palliative Care gefolgt. (Boothe & Frick, 2017, chapter 4).

Palliative Behandlung kann also in jeder Phase einer unheilbaren Erkrankung angebracht sein und ist keineswegs nur die Pflege von Menschen am Lebensende. Dennoch ist die Versorgung von PatientInnen und deren Angehörigen in der letzten Lebensphase ein wichtiger Bestandteil der Palliativpflege und von verschiedensten Symptomen gekennzeichnet (Spichiger, 2017, p. 598). Sind alle Handlungen und Verhaltensweisen auf einen sterbenden Menschen und seine Angehörigen ausgerichtet kann man dieses Versorgungskonzept als End of Life Care zusammenfassen (Van der Heide et al., 2007).

Der Zeitraum für die End-of-life Care ist, wie nachfolgend beschrieben, nicht immer einheitlich und kann sich in der Symptomatik stark unterscheiden. Die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EACP) sieht End-of-life Care als „Versorgung am Lebensende“, wobei diese einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren betrifft und die Erkrankung als lebensbedrohend gilt (Radbruch & Payne, 2011, p. 220).

Die deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin gibt, ergänzend dazu noch verschiedene physische und psychische Symptomen an, die typisch für diese letzte Phase sind. So können Symptome wie Veränderung der Atmung, zunehmende Schwäche oder reduzierter Allgemeinzustand, Verwirrtheit oder auch Verlust des Interesses an der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auftreten. Das Auftreten solcher Symptome erfordert eine engmaschige Betreuung im multidisziplinärem Team (Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, p.150-151).

Der National Health Service in England kurz NHS definiert die End of Life Care ebenfalls als Pflege am Lebensende zur Unterstützung von Sterbenden und deren Angehörigen. Der Zeitraum wird allerdings auf Monate oder Jahre eingegrenzt. Die Pflege am Lebensende wird auch hier als Maßnahmen beschrieben, um die Lebensqualität bis zum Tod so gut wie möglich aufrecht zu erhalten (NHS, 2018, Übersetzung der Autorin).

Spiritual Care

In der Spiritual Care, die definitiv als ein Teil der Palliativ Care angesehen werden kann, geht es maßgeblich darum Augen und Ohren für die Ausdrucksformen des seelischen Lebens zu öffnen und ihnen Gestaltungsraum in der Beziehung zu geben. Unter dem Begriff „Spiritualität“ werden alle Sinnentwürfe aus Religion, Weltanschauungen und Philosophien verstanden, also auch der Sinnentwurf des Atheisten. Spiritualität ist also nicht unbedingt mit Religiosität verbunden (Boothe & Frick, 2017, chapter 4).

Um den Begriff der „Spiritual Care“ besser zu verstehen sollte er ganz klar vom Begriff der „klassischen Seelsorge“ abgegrenzt werden. Spiritualität ist bereits als ein Thema in der Forschung und in der Praxis identifiziert und hat hohe Relevanz für alle Professionen der Gesundheitsberufe. Krankenhausseelsorge ist hierzulande eine hochqualifizierte kirchliche Sendung. Spiritual Care hingegen ist eine Aufgabe der Gesundheitsberufe, die interdisziplinär wahrgenommen wird, im besten Fall in Kooperation mit der Seelsorge. Aber es geht eben nicht darum, diese Aufgabe abzugeben. Hilfreich erscheint für diese Frage die Unterscheidung zwischen Basis- und Spezialkompetenzen. Auf der Ebene der Basiskompetenzen kann in einem weiten Sinn dargestellt werden, dass alle Gesundheitsberufe multidisziplinär für die Seelsorge zuständig sind. Dadurch werden sie nicht zu Seelsorgern und Seelsorgerinnen im spezifischen Sinn. Es gibt Spezialkompetenzen der einzelnen Berufe (der Seelsorge, der Psychotherapie, der Pflege und der Medizin). Das ändert aber nichts, an einem gemeinsamen Auftrag. Deshalb ist Spiritual Care also auch nicht einfach ein neuer Begriff für Krankenhausseelsorge. Es ist auch keine eigene Profession, sondern ein Querschnittsbereich von Seelsorge, Medizin, Pflege, sozialer Arbeit und Psychotherapie (Frick, 2014, p. 25).

1.3 Definitionen

Religion/ Religiosität

Die Suche nach einer einheitlichen Definition von Religion und Religiosität stellt sich in der Fachliteratur als schwierig dar, denn hier gibt es keine einheitliche Begriffsbestimmung. Auch die Abgrenzung zum Begriff der Spiritualität gestaltet sich schwer. Der Begriff „Religion“ lässt sich aber mit einigen Fakten näher beschreiben. So ist die Religion nicht die Sache des Einzelnen, sondern immer einer Gemeinschaft. Es sind die Rituale, die Wiederholbarkeit und Kontinuität bewirken. Riten sind demnach die „Architektur“ der Religion und ihre Darstellung ist die symbolische Vermittlung nach außen. (Sundermeier 2007, p.31)

Religiöse Behauptungen und Erzählungen werden durch ihren besonderen Inhalt und Rhetorik sofort erkannt. Glaubenssysteme werden nur dann als Religionen definiert, wenn diejenigen, die sich ihnen verpflichtet haben, spezifische Hinweise über übernatürliche Begleiter, Interventionen oder spezifische Behauptungen über die geistige Welt machen. Religion ist also ein Glaubenssystem, das die Vorstellung von der übernatürlichen, unsichtbaren Welt umfasst, die durch Gott, die Menschen, Engel, Dämonen und anderen Wesen dargestellt und gelebt wird. (Beit-Hallhami, 2015, p. 3)

Spiritualität

Auch der Begriff Spiritualität gilt als umfassender Begriff. Spirituelle Betreuung brauchen, wie davor schon beschrieben nicht nur religiöse Menschen. Auch PatientInnen die die Frage nach dem religiösen Glauben oder der Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft verneinen, stellen sich die Frage nach dem „Warum“ und nach dem Sinn von Krankheit und Sterben.

„Spiritualität kann als positiver Grundwert, als eigene existentielle Dimension des Menschseins definiert werden, der getragen ist von der Sehnsucht nach Lebenserfüllung und Sinnerfahrung jenseits von Leben und Tod. Sie manifestiert sich in einem individuellen dynamischen Entwicklungs- und Bewusstseinsprozess in allen Lebensphasen und Lebensbereichen, in verschiedenen Lebensweisen und

Lebensorientierungen und verbindet über die innere Erfahrung einer transzendenten Wirklichkeit mit Umfeld und Umwelt.“ (Steinmann 2011 cited in Hofer 2016, p. 61)

Spiritualität kann ganz allgemein also als „Geistlichkeit“ verstanden werden. Betrachtet man Spiritualität in Verbindung mit Religion, beschreibt sie die Vorstellung einer geistigen Verbindung zum Beispiel mit der Unendlichkeit. Der Begriff wird im Sprachgebrauch sehr unterschiedlich und unpräzise verwendet. Aus psychologischer Sicht allerdings wird Spiritualität oft als die Beschäftigung mit den Sinn- und Wertfragen des Daseins, besonders mit der eigenen Existenz und Selbstverwirklichung im Leben, beschrieben (Egger 2013, p.39).

1.4 Religionswissenschaftliche Grundlagen

Christentum

Das Christentum ist die Religion der Anhänger von Jesus Christus, der von ihnen als Sohn Gottes verehrt wird und der durch seine Lehre einen Weg zu Gott eröffnet hat. Übersetzt heißt Christus „der Gesalbte“. Die Grundlage des christlichen Glaubens ist die Bibel, die sich wiederum in das alte und neue Testament gliedert. Die offenbarten „zehn Gebote“ sind die Lebensgrundlagen aller gläubigen Christen. Sie regeln sozusagen ihr Verhältnis zu Gott und ihren Mitmenschen. Die zwei Grundprinzipien des Christentums sind die Gottes- und Nächstenliebe. Diese ergeben sich wiederum aus den zehn Geboten. Der Bibel zufolge haben die Menschen, durch Fehlverhalten, selbst die Verbindung zu Gott gestört. Gott, der die Menschen trotz allem liebte, schickte daraufhin seinen Sohn Jesus Christus in die Welt, der durch seinen Opfertod alles Böse der Menschheit auf sich nahm und die Verbindung zu Gott dadurch wiederherstellte. Er besiegte demnach den Tod und stand von den Toten wieder auf. Christen glauben deshalb an die Auferstehung nach dem Tod. Sie können sich auch im Gebet an Gott wenden, ihn um Vergebung ihrer Schulden bitten, und sind danach wieder mit ihm verbunden. Viele Christen wenden sich in ihren letzten Lebenstagen im Gebet an Gott, und bitten ihn um Vergebung aller ihrer Sünden. Ein wichtiges Symbol für alle Christen ist das Kreuz,

es symbolisiert die Erlösung durch Jesus Christus. Ebenso wichtig wird von Christen die Beichte angesehen. Diese wird von einem Pfarrer, sozusagen ein Vertreter Gottes, abgenommen, dem Gläubigen wird nach der Beichte die Lossprechung von dessen Sünden erteilt. (Urban, 2011, p.24)

Die christlichen Hauptfeiertage gelten den zentralen Ereignissen im Christentum. Dazu zählen: Weihnachten (Geburt Jesu und Menschwerdung Gottes) Karfreitag (Jesus Tod am Kreuz), Ostern (Auferstehung Jesu) und Pfingsten (Sendung des Geistes) (Bausewein et al., 2018).

Das geistliche Oberhaupt der katholischen Kirche und Bischof von Rom ist der Papst, der als Nachfolger des Apostels Petrus gilt. Gemeinsam mit dem Bischofskollegium hat er die höchste Autorität in der Kirche.

Das seelsorgerische Netz in Österreich umfasst mehr als 3.000 Pfarren und rund 8.000 Kirchen und Kapellen, in denen rund 4.200 Priester (Pfarrer) und 540 ständige Diakone ihren Dienst verrichten. Ein Pfarrer ist mit der Leitung des Gottesdienstes, der seelsorglichen Betreuung sowie mit der Leitung einer Kirchengemeinde betraut. Pfarre leben ehelos. Das Diakonat ist eine Vorstufe der Priesterweihe. Diese Diakone sind meist für etwa ein Jahr als Praktikanten im Rahmen des so genannten Pastoraljahres in einer Pfarre eingesetzt. Sie leben ehelos.

Die andere Form sind die "Ständigen" Diakone. Sie sind in ihrem Seelsorgeauftrag grundsätzlich ehrenamtlich tätig, können in der Pfarre aber auch eine Anstellung als Pfarrassistent haben. Diese Diakone können auch verheiratet sein (Katholische Kirche Österreich, 2013).

Besonderheiten und Interventionen

Für viele katholische Christen ist es wichtig das an Feiertagen, besonders am Aschermittwoch und Karfreitag, Gerichte ohne Fleisch angeboten werden. Bezüglich der Körperpflege, Kleidung und Kommunikation gibt es keine Besonderheiten zu beachten. Zur Unterstützung besonderer Gebete und Gebräuche ist das Kreuz ein wichtiges Symbol, auf Wunsch sollte ein Kreuz aufgestellt werden. Gläubigen Katholiken kann das Gesangsbuch „Gotteslob“, die Bibel sowie Rosenkränze oder Bilder des Papstes oder von Heiligen angeboten werden. Für Christen sind bestimmte Sakramente wie das heilige Abendmahl oder

die heilige Kommunion zur Krankheitsbewältigung oft von grundlegender Bedeutung. Diese Sakramente können in der Regel jedoch nur von Geistlichen und nur lebend gespendet werden. Katholiken, die im Sterben liegen, möchten daher möglicherweise von einer Person aus ihrer Kirche besucht werden, damit sie das Sakrament der Krankensalbung empfangen können.

Die Krankensalbung kann mehrfach gespendet werden, sie ist als Stärkung des Sterbenden für den vor ihm liegenden Weg zu verstehen. Die Betreuenden sollten dafür eine brennende Kerze, sowie ein Kreuz, etwas Wasser in einem Schälchen und etwas Zellstoff bereitstellen.

Christen glauben, dass das Leben ein heiliges Geschenk Gottes ist und unterstützend daher Selbstmord und Euthanasie nicht. Sie glauben jedoch nicht, dass das Leben um jeden Preis verlängert werden sollte daher akzeptieren sie die Anwendung von Analgesie und Beruhigung, um das unendliche Leid zu lindern, sofern dadurch nicht bewusst das Leben einer Person genommen wird. Nach dem Tod erwarten alle Christen, dass ihre Körper mit Respekt behandelt werden. Viele der katholisch Gläubigen sehen die Organspende als einen Akt der Liebe und einen Weg dem Beispiel Jesu zu folgen. Daher gibt es keine starken christlichen Einwände gegen die Organspende (Choudry et al., 2018, p 25).

Nach dem Tod eines verstorbenen Christen sollte im Sterbezimmer eine Kerze als Symbol für den Glauben an die Auferstehung angezündet werden. Hinterbliebenen sollte für die Verabschiedung so viel Zeit als nötig gegeben werden. Zudem können Pflegende sie darauf hinweisen, dass sie den verstorbenen Angehörigen selbst waschen und ankleiden können. Dies dient oft nicht nur der körperlichen, sondern auch der spirituellen Reinigung, da symbolisch die Schuld von ihm abgewaschen wird (Urban, 2014, pp 20-23).

Islam

Der Islam ist die jüngste der großen Weltreligionen, beruft sich auf den Propheten Mohammed und hat dieselben Ursprünge wie das Judentum und das Christentum. Jesus Christus wird im Islam als Prophet, jedoch nicht als Sohn Gottes angesehen.

Nach dem islamischen Glauben war Mohammed der letzte Prophet, der die letztgültige Offenbarung Gottes (Allas) erhielt, den Koran. Ähnlich zu den anderen Weltreligionen werden auch die Rituale des Islams individuell und unterschiedlich gelebt. Es gibt jedoch fünf Grundsäulen an die sich gläubige Muslime und Musliminnen halten:

- Das Glaubensbekenntnis (die Shahada): „Es gibt keine Gottheit außer dem einen Gott und Muhammad ist sein Gesandter“
- Wer regelmäßig (5 Mal am Tag) betet, hat den halben Weg zu Gott hinter sich.
- Wer im Monat Ramadan fastet, kommt bis an die Pforte des Paradieses.
- Wer armen Menschen Almosen gibt wird der Eingang zum Paradies geöffnet.
- Wer einmal im Leben nach Mekka pilgert, wird nach dem Tod im Paradies leben.

Leiden und Krankheit werden von gläubigen muslimischen Menschen oft als eine Prüfung, die unabhängig vom Befolgen der Gebote Gottes jeden treffen kann und als eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit gesehen.

Die Festtage werden nach dem islamischen Mondkalender bestimmt und fallen daher im Laufe der Jahre in verschiedene Monate. Das höchste islamische Fest, ist das sogenannte Opferfest und kennzeichnet den Abschluss der Pilgerfahrt nach Mekka. Ein weiteres wichtiges Fest ist das Ramadan fest, das die ersten drei Tage nach Ende des Ramadans stattfindet. Ebenso wird der Geburtstag des Propheten und die Himmelsreise des Propheten gefeiert. Ein weiteres wichtiges Familienfest ist die Beschneidung der Jungen (Urban, 2014, pp 39-46, Choudry et al., 2018),

Besonderheiten und Interventionen

Im Islam gelten Krankenbesuche als „heilige Pflicht“ denn sie ehren die erkrankte Person. Das ist auch der Grund warum in den Krankenzimmern von Muslimen und Musliminnen meist viele Besucher anzutreffen sind. Einem gläubigen muslimischen

Menschen kann es wichtig sein, dass sich in seinem Zimmer kein Kreuz oder ähnliche Bildnisse von anderen Religionen befinden.

Das tägliche Gebet stellt eine Pflicht dar, der auch bei Krankheit und Bettlägerigkeit Folge geleistet werden sollte. Dieses Gebet sollte fünfmal am Tag in Richtung Mekka (Südost) durchgeführt werden. Freitags hat das Mittagsgebet eine besondere Bedeutung, denn dieser Wochentag ist im Islam heilig. Kranke oder Schwache haben allerdings die Möglichkeit die fünf Gebete zu einem Gebet zusammenfassen und das Gebet darf auch im Liegen oder Sitzen verrichtet werden. Die exakten Zeiten werden durch einen entsprechenden Kalender bestimmt. Frauen beten mit Kopftuch und Männer mit Kappe. Ebenso dürfen muslimisch gläubige Menschen erst dann beten, wenn sie selbst rituell rein sind. Die Reinheit vergeht nach Verrichtung der Notdurft, nach dem Schlaf oder nach einer Blutung. Pflegende sollten so gut wie möglich die Gebetszeiten respektieren, idealerweise gibt es die Möglichkeit einen eigenen Raum für das Gebet zur Verfügung zu stellen.

Gläubigen Muslimen ist es wichtig, mindestens einmal täglich eine rituelle Waschung durchzuführen. Im Islam ist die Reinheit von Körper und Geist unmittelbar miteinander verbunden. Die tägliche Reinigung mit fließendem Wasser wird von den Gläubigen selbst durchgeführt, sind sie dazu nicht mehr in der Lage kann die Körperpflege zwar von den Betreuenden vorgenommen werden, allerdings können sie keine rituelle Waschung durchführen da diese nur der muslimisch gläubige Mensch selbst durchführen kann. Außerdem ist für Pflegende zu beachten, dass ein muslimischer Mann nur von männlichen und eine muslimische Frau nur von weiblichen Personen gewaschen werden darf. Die rituelle Waschung beinhaltet das waschen des Gesichts, der Stirn, Ohren, Hände und Arme. Der Mund wird ausgespült und die Nase durch das Einziehen von Wasser gereinigt. Für Pflegende außerdem wichtig zu wissen ist, dass der Intimbereich je nach Tradition bei muslimischen Frauen den ganzen Körper mit Ausnahme von Gesicht und Händen und bei muslimischen Männern den Bereich vom Bauchnabel bis zu den Knien umfasst. Gläubige Muslime und Musliminnen werden durch sämtliche Körpersäfte unrein.

Die islamischen Speisevorschriften sind im Koran festgelegt und unterteilen erlaubte (Halal) und verbotene (Haram) Lebensmittel. Nicht erlaubt sind

Schweinefleisch, Blut, jegliches Fleisch, das nicht im Namen Gottes geschlachtet wurde, Tiere, die selbst Fleischfresser sind, sowie Fische ohne Schuppen (zum Beispiel Aal). Ebenso ist jegliche Verwendung von Alkohol und die Einnahme von Rauschmitteln verboten.

Die Sterbebegleitung kann nur durch muslimisch gläubige Menschen durchgeführt werden, da neben dem Sterbenden bis zum letzten Atemzug Verse aus dem Koran gelesen werden müssen. Ein sterbender Muslim soll mit erhöhtem Oberkörper nach Mekka gerichtet auf die rechte Seite gedreht werden. Nach dem ein gläubiger muslimischer Mensch verstorben ist, muss mit lauter, klagen reicher Trauer der Angehörigen am Krankenbett gerechnet werden. Der oder die Verstorbene wird entkleidet und das Bett sollte neu bezogen werden. Pflegende die nicht muslimisch gläubig sind, sollten den Leichnam nur mit Handschuhen berühren. Grundsätzlich gilt, dass auch nach dem Tod die rituellen Waschungen nur von muslimisch Gläubigen durchgeführt werden dürfen. Die Versorgung eines verstorbenen muslimischen Menschen durch Nichtmuslime ist für die Angehörigen sehr schwer zu akzeptieren und erfordert deshalb viel Fingerspitzengefühl Die Angehörigen des Verstorbenen möchten den Toten oft so schnell wie möglich begraben. Daher ist die rechtzeitige Freigabe der Sterbeurkunde unerlässlich (Urban, 2014, p.39-46, Choudry et al., 2018).

Zum Verfahren der Organspende gibt es in der muslimischen Gemeinschaft verschiedene Meinungen. Viele sprechen sich für den Nutzen und die Schönheit der Organspende aus, da sie im Einklang mit den höheren Zielen der Scharia die verbesserte menschliche Funktionalität und Lebenserhaltung bieten kann. Die obige Meinung ist vorherrschend im Nahen Osten. Andere muslimisch gläubige Menschen sind jedoch hinsichtlich der wahrgenommenen Schändung des menschlichen Körpers, der als heilig betrachtet wird, gegen eine Organspende (Choudry et al., 2018, p.26)

Euthanasie und assistierter Suizid sind im Islam verboten, da Gott allein das Recht hat, das Leben zu beenden außerdem wird das Leben als heilig erachtet. Daher wird auch die Sterbehilfe oder der ärztlich assistierte Suizid nicht akzeptiert. Der

Islam befürwortet allerdings das Bestreben das Leiden der sterbenden Menschen, um jeden Preis zu lindern (Choudry et al., 2018, p.26)

1.5 Einbindung von Spiritualität in den Pflegeprozess

Es gibt viele Gründe, die dafür sprechen die spirituellen und religiösen Anliegen von PatientInnen in die reguläre Anamnese zu integrieren. Unter Patienten und PatientInnen sind religiöse Überzeugungen häufig, deshalb wünschen sich viele den Miteinbezug der religiösen und spirituellen Überzeugungen in die Betreuung durch das multidisziplinäre Team. Werden die persönlichen Überzeugungen unterstützt und gefördert können diese helfen die Krankheits- und Krisensituation individuell anzunehmen und zu bewältigen (Koenig, 2012, p.45)

Eine spirituelle Anamnese dient dazu, dass Angehörige der Gesundheitsberufe, die Rolle der individuellen Spiritualität bei der Bewältigung der Krankheit nachvollziehen können und somit die stattfindenden Reaktionen und Verhaltensweisen der PatientInnen auf medizinische oder pflegerische Handlungen verstehen (Koenig, 2017,p.47).Eine Möglichkeit, die spirituellen oder religiösen Überzeugungen der Patienten direkt im klinischen Alltag zu erheben und dabei spirituelle Bedürfnisse zu identifizieren, bieten Assessmentinstrumente.

Spiritualität im Pflegeprozess

Die spirituelle und religiöse Betreuung ist ein grundlegender Aspekt bei dem Bestreben, eine ganzheitliche Betreuung der PatientInnen in der End of Life Care zu gewährleisten. Eine gute Palliativversorgung zielt darauf ab, das Wohlergehen und die Prioritäten von Menschen mit schwankendem Gesundheitszustand auf eine Weise zu fördern, die auch weiterhin individualisierte Vorstellungen von Selbstbestimmung unterstützt. Durch die Berücksichtigung der physischen, psychischen sowie der seelischen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen im Pflegeprozess können Pflegende eine ganzheitliche Pflege gewährleisten (Choudry et al., 2018).

Der klinische Interviewleitfaden „SPIR“

In der aktuellsten Definition von Palliative Care wird zum ersten Mal die Thematik der Spiritualität auf eine Ebene mit den physischen und psychischen Komponenten der Krankenpflege gestellt. Um genau diese Wertvorstellungen und Bedeutung von Spiritualität von PatientInnen in der terminalen Phase zu erheben, kann eine spezielle Anamnese der spirituellen und religiösen Bedürfnisse erfolgen. Als Instrument kann dafür zum Beispiel der Fragebogen „SPIR“ herangezogen werden. Die Befragung erfolgt mittels halbstrukturierter Interviews, dass von einem Arzt / einer Ärztin oder einer Pflegeperson durchgeführt wird. (Frick 2009, p.112)

SPIR dient als Hilfestellung bei der Erhebung der „spirituellen Anamnese“ von PatientInnen. Er lehnt sich an den Leitfaden zur Erhebung der spirituellen Geschichte der PatientInnen namens „FICA“ an. Die Abkürzung „FICA“ steht dabei für die Hauptelemente „faith and belief“, „importance“, „community“ und „address/action in care“ und stammt aus einer Arbeitsgruppe von Dr. Christina Puchalski (Puchalski & Romer, 2000). Folgende Kategorien werden erhoben:

S-pirituelle Bedürfnisse und Glaubensgrundsätze werden erhoben.

P-latz und Einfluss, den diese Grundsätze im Leben der PatientInnen einnehmen.

I – ntegration in eine spirituelle oder religiöse Gemeinschaft / Gruppe.

R - Rolle betreuenden Professionen- wie soll mit den Erwartungen oder spirituellen Problemen des Patienten/ der Patientin umgegangen werden (Frick et al., 2002).

1.6 Relevanz für die Pflege

Laut der österreichischen Palliativ Gesellschaft ist die Sorge um die spirituellen Bedürfnisse von PatientInnen eine Kernaufgabe von Pflegenden im palliativen Setting. Auch wenn Spiritualität im klinischen Kontext ein schwieriger und oft unscharfer Begriff ist, der meist konfessionsübergreifend verstanden werden kann, ist die spirituelle und religiöse Betreuung gerade bei Sinnfragen und existenziellen Fragen den Patienten und Patientinnen sehr wichtig (ÖPG, 2019).

Im Zusammenhang mit der Globalisierung und den Entwicklungen im Bereich der Migration erscheinen auch die Veränderungen der religiösen Glaubensprägungen von Bedeutung. Religion oder Weltanschauung nehmen einen großen Einfluss auf die menschlichen Handlungen. Die Berücksichtigung dieser Besonderheiten, ist entscheidend für die religiöse und spirituelle Begleitung von PatientInnen. (Stuber 2004, p. 53)

1.7 Forschungslücke und Forschungsziel

Neben der medizinischen Symptomlinderung sollen auch die religiösen und spirituellen Anliegen und Bedürfnisse von Sterbenden in der ganzheitlichen Pflege berücksichtigt werden. Im Normalfall wird die Religiosität der PatientInnen nur einbezogen, wenn Pflegende und andere Gesundheitsberufe im Stande sind diese Bedürfnisse zu reflektieren und theoretisches Wissen dazu aufweisen können.

In der Literatursuche konnte kein Review gefunden werden, das sich ausschließlich mit der unterschiedlichen Betreuung von katholischen und muslimischen PatientInnen beschäftigt. Das Wissen um die Unterschiede zwischen den Glaubensrichtungen, ihren Traditionen und Ritualen ist im palliativen Setting jedoch wichtig, um eine ganzheitliche Pflege gewährleisten zu können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden welche Unterschiede es in der Betreuung von muslimischen und katholischen PatientInnen für Pflegende gibt und die Bedeutung der spirituellen und religiösen Begleitung in der End of Life Care aufzuzeigen.

Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welche Unterschiede ergeben sich in der Betreuung von katholisch und muslimisch gläubigen Menschen in der End of Life Care?

2 Methodik

2.1 Design

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde ein Literaturreview durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine schriftliche Zusammenfassung der aktuellen Literatur, die den momentanen Forschungsstand dieses Themas widerspiegeln soll. Dabei soll auch eine mögliche Forschungslücke aufgezeigt werden. Um dies zu erreichen, werden recherchierte Studien kritisch bewertet und objektiv und strukturiert zusammengefasst. (Polit & Beck 2016)

2.2 Suchstrategie

Die Literatursuche fand von Anfang Oktober bis einschließlich Dezember 2018 statt. Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt, zusätzlich fand eine Handsuche mittels Google Scholar statt. In den online Datenbanken wurden englische Suchbegriffe verwendet, da das Spektrum englischer Studien breiter gefächert ist.

Es wurden folgende Schlüsselwörter sogenannte Keywords beziehungsweise, wenn diese verfügbar waren MESH Terms (Medical Subject Headings) definiert: palliative care, end of life care, hospice care, religious beliefs, religion und islam. Um passende Ergebnisse zu finden, wurden die Suchbegriffe mit den Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. Die Ergebnisse wurden auf die letzten 5 Jahre beschränkt, da die für diese Arbeit verwendete Literatur möglichst aktuell gehalten werden sollte.

Die sogenannten MeSH Terms sind Schlagwörter, die von ExpertInnen zu jedem vorliegenden Literaturzitat in MEDLINE hinzugefügt werden. Neue Literaturzitate sind oft noch nicht mit MeSH Terms versehen, diese können nur über die Stichwortsuche mit Keywords gefunden werden. (Kleibel & Mayer, 2011, p.121).

Tabelle 1: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL

<u>Datenbank</u>	<u>Keywords/ Mesh Terms</u>
<u>PubMed</u>	(((((palliative care [MeSH Terms]) AND palliative care)) OR end of life) OR ((hospice [MeSH Terms]) OR hospice)) AND ((beliefs, religious [MeSH Terms]) OR religion)
<u>Cinahl</u>	((MH end of life care AND AB religion) OR (((AB palliative care) AND islam)))

Filter die in PubMed gesetzt wurden:

- Publikationsdatum: Letzten fünf Jahre
- Sprachen: Englisch und Deutsch
- Erwachsene im Alter von 19+

In der Datenbank CINAHL wurden keine Filter gesetzt, da durch die eingesetzten Keywords das Ergebnis genügend eingegrenzt werden konnte.

2.3 Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden nur Studien eingeschlossen, die sich mit den Themen der End of life care bzw. palliativen Pflege in der letzten Lebensphase im Zusammenhang mit Religion und Spiritualität befassten. Die Daten der Studien konnten sowohl aus der Sicht von Patienten und Patientinnen, Pflegepersonen als auch von professionellen religiösen Betreuern erhoben worden sein. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich nicht mit den religiösen und spirituellen Bedürfnissen in der End of life care beschäftigten. Zusätzlich wurden nur Studien aufgenommen, in denen die Daten qualitativ bzw. quantitativ erhoben wurden.

Auswahlprozess der Studien

Die Suchergebnisse wurden von den Datenbanken in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X8 übertragen. Nach Ausschluss der Duplikate konnten 336 Artikel in das Titelscreening eingeschlossen werden. Nach dem Begutachten der Titel wurden 278 Titel ausgeschlossen. Als nächster Schritt

wurden 58 Abstracts gescreent, von denen weitere 30 ausgeschlossen werden konnten, da sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Zum Schluss wurden 18 Volltexte auf Eignung überprüft ob diese sich zur Beantwortung der Forschungsfrage eigneten. Schlussendlich konnten 8 Studien eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden zwei weitere, mittels Handsuche über Google Scholar, gefundene Studien eingeschlossen. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 1 als Flowchart schematisch dargestellt.

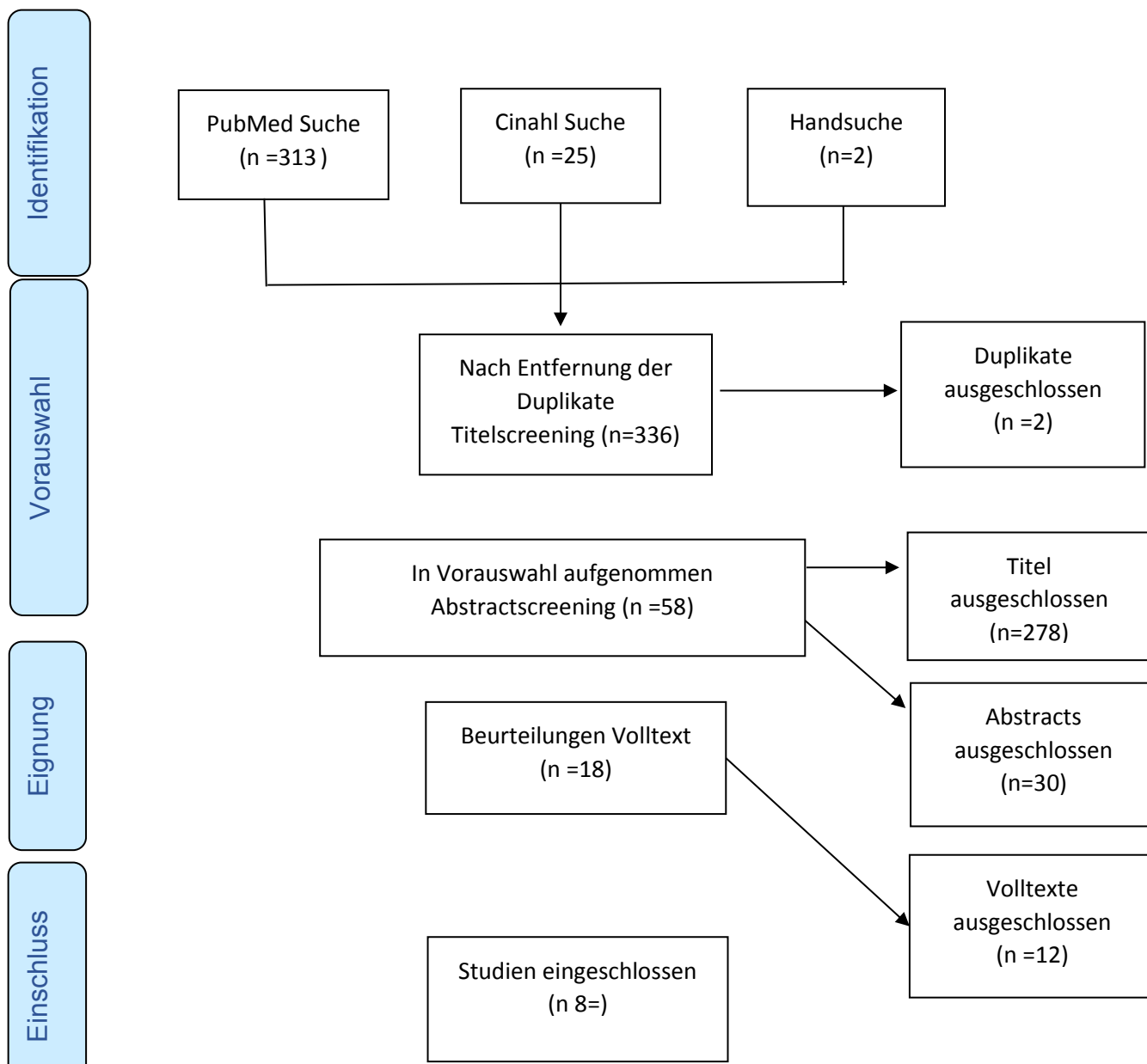


Abbildung 1: Flowchart des Auswahlprozesses von Moher et al. (2011)

2.4 Kritische Bewertung der Studien

Der Inhalt und die Qualität der ausgewählten Studien wurden anhand des Bewertungsbogen von Hawkers et al. (2002) kritisch geprüft. Für jede Kategorie konnten 0-4 Punkte (*Very Poor, Poor, Fair und Good*) vergeben werden. Die maximale Punktzahl lag bei 36 Punkten. Studien die bei dieser Bewertung mehr als 65% erzielten konnten, wurde eingeschlossen. Die Bewertungen der eingeschlossenen Studien befinden sich im Anhang.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der ausgewählten Studien zusammengefasst.

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Von den acht ausgewählten Studien wurden drei in den USA, zwei in Australien, eine in Neuseeland, eine in Saudi-Arabien und eine in Belgien durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte bei allen Studien, außer bei einer, mittels Interviews. Sieben der ausgewählten Studien sind daher qualitativ. In den Studien wurden hauptsächlich die religiösen beziehungsweise spirituellen Bedürfnisse erfragt. Die Daten wurden aus der Sicht von Pflegenden, PatientInnen und religiösen Betreuern erhoben. In den qualitativen Studien wurden insgesamt 42 Pflegekräfte, 11 ÄrztInnen, 39 religiöse Betreuer und 78 PatientInnen befragt. In der quantitativ durchgeführten Studie wurden 45 Beobachtungsstudien, einschließlich Umfragen von Gesundheitsdienstleistern oder der allgemeinen Bevölkerung und Fallstudien miteinbezogen. Artikel, die aus rein theoretischer oder philosophischer Sicht geschrieben wurden, wurden ausgeschlossen

Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien wird auf der folgenden Seite in Tabelle 2 dargestellt.

<u>Autoren, Land</u>	<u>Titel der Studie</u>	<u>Forschungsziel</u>	<u>Design</u>	<u>Stichprobe</u>	<u>Datenerhebung</u>	<u>Wichtigsten Ergebnisse</u>
Granero-Molina, J, Diaz Cortes, M, Marquez Membrive, J, Castro-Sanchez, A.M., Lopez Entrambasaguas, O.M, & Fernandez- Sola, J 2013 Spanien	Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?	Ziel: Bedeutung des religiösen Glaubens und der Rolle der Pflege in der End of Life Care aufzuzeigen	Qualitatives hermeneutisches Design	23 Pflegepersonen, die mindestens 12 Monate Erfahrung in der End of Life Care aufzeigen konnten.	Unstrukturierte, Face-to face Interviews die einzeln durchgeführt wurden	Religiöser Glaube unterstützt den Coping Prozess und hilft bei der Suche nach dem Sinn. Der Glaube hilft im Bewältigungsprozess die Erkrankung anzunehmen und zu akzeptieren.
Abudari, G, Hazeim, H, Ginete, G 2016 Saudi-Arabien	Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses	Erfahrungen von nicht-muslimischen Pflegenden in der Betreuung todkranker muslimischer PatientInnen	Phänomenologisches Studiendesign.	10 nicht muslimische Pflegepersonen die mindestens zwei Jahre Erfahrung in der Pflege von schwerkranken Muslimen hatten.	Semistrukturierte Einzelinterviews.	Familie wird stark in den „decision making process“ miteinbezogen, Religiöse Rituale sind bis zum Ende sehr wichtig

<p>Zamer, J, Volker, D, Faan, A 2013 USA</p>	<p>Religious Leaders Perspectives of Ethical Concerns at the End of Life</p>	<p>Ziel der Pilotstudie war es die ethischen Probleme bei der Betreuung von PatientInnen am Lebensende aufzuzeigen.</p>	<p>Qualitativ deskriptiv es Design</p>	<p>Pilotstudie, dadurch nahmen lediglich vier religiöse Begleiter teil. Die praktische Erfahrung der Teilnehmer lag zwischen 8 und 36 Jahren.</p>	<p>Die Datenerhebung fand mittels semistrukturierten face-to-face Interviews statt.</p>	<p>Erfahrungen religiöser Begleitpersonen im Hinblick auf Respekt und Würde aufzuzeigen, Herausforderungen am Lebensende und Überzeugungen über das Leben nach dem Tod darzustellen</p>
<p>Pereira-Salgado, A, Mader, P, O'Callaghan, C, Boyd, L, Staples, M 2017 Australian</p>	<p>Religious leaders' perceptions of advance care planning: a secondary analysis of interviews with Buddhist, Christian, Hindu, Islamic, Jewish, Sikh and Baha'i leaders.</p>	<p>Ziel der Studie: wie denken und verstehen religiöse Betreuer ACP, die Beeinflussung der End of Life Care und ACP durch Religion.</p>	<p>Qualitativ es Design</p>	<p>35 religiöse Betreuer wurden befragt.</p>	<p>Interviewdaten aus einer primären qualitativen Studie, mit religiösen Begleitern wurden herangezogen, danach folgte eine qualitative Sekundäranalyse</p>	<p>ACP ist ein wichtiger Bestandteil in der PatientInnen Betreuung. Die Offenheit von Pflegenden gegenüber individuell gelebter Religion am Lebensende ist essenziell.</p>

Walker, H, & Waterworth, S 2017 Neuseeland	New Zealand palliative care nurses' experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness	Ziel war es die Herausforderung der Pflegenden in der End of Life Care bezüglich spiritual care aufzudecken.	Qualitativ es Design	Neun Pflegenden aus drei Krankenhäusern	Face to face interviews	Pflegenden erachten eine individuelle Betreuung der PatientInnen als wichtig, spiritual care sollte angemessen dokumentiert werden, um Erfahrungen mit anderen Pflegenden zu teilen, um bestmögliche spirituelle Betreuung zu gewährleisten.
Egan, R; Macleod, R, Jaye, C, McGee, R, Baxter, J, Herbison, P, Wood, S 2016 Neuseeland	Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study	Ziel war es das Verständnis für Spiritualität, spirituelle Pflege und Religion in Hospizen zu untersuchen.	Mixed Method Studie	52 Interviews mit PatientInnen, Angehörigen und religiösen Begleitern 642 Fragebögen aus 25 Hospizen	Semistrukturierte Interviews und Fragebögen	Spiritualität wurde als wichtig erachtet. Untersuchte zeigten hohe Bedürfnisse bei der Suche nach dem Sinn oder dem Streben nach Seelenfrieden.

Chakraborty, R, El-Jawahri, A, Litzow, M, Syrjala, K, Parnes, A, Hashmi, S 2017 USA	A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions	Ziel war es die religiösen beziehungsweise spirituellen Bedürfnisse von Anhängern der Weltreligionen über Praktiken in der End of Life Care zu erheben	Quantitatives Literaturreview	40 Studien wurden eingeschlossen	Beobachtungsstudien, einschließlich Umfragen von Gesundheitsdienstleistern, der Bevölkerung, und Fallstudien wurden miteinbezogen.	Religiöse Praktiken, die sich auf wichtige Probleme in der EoLc beziehen & Unterschiede bei der EoL Entscheidungen von ÄrztInnen und PatientInnen basierend auf ihren Glaubenssätzen werden beschrieben.
Ahaddour, C, Van das Branden, S, Broeckart, B 2017 Belgien	Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women	Ziel: Praktiken muslimischer Frauen in Bezug auf Tod und Sterben zu vergleichen auch im Bezug auf das Alter	Qualitatives Design	30 muslimische Frauen mittleren und höheren Alters	Semi-strukturierte Interviews	Religiöse Überzeugungen haben großen Einfluss auf die Praktiken in Bezug auf Tod und Sterben für Muslime.

3.2 Religiöser Glaube und Spiritualität als positive Ressource

In der Studie von Granero-Molina et al. (2013) wurde mithilfe eines qualitativ hermeneutischen Forschungsdesigns, der Bezug des religiösen Glaubens auf den Bewältigungsprozess bei terminaler Krebserkrankung untersucht. Die Ergebnisse beziehen sich auf die spezifischen Erfahrungen der Pflegenden über die Rolle des Glaubens in Bezug auf die Pflege am Lebensende. Mittels unstrukturierter Einzelinterviews wurden 23 Pflegenden aus Spanien zu ihren Erfahrungen befragt. Der Großteil bestätigte, dass religiöser Glaube den Coping Prozess bei fortgeschrittener Krebserkrankung wesentlich beeinflussen kann. Er schafft Selbstwertgefühl und Vertrauen im Angesicht des nahenden Lebensendes. Viele religiöse PatientInnen berichteten auch von einem inneren Wohlbefinden, wenn sie an die Begegnung mit Gott denken. Auch Angehörige beschreiben religiösen Glauben als eine „Säule der Hoffnung“, an der sie sich festhalten können. Die befragten Pflegepersonen erlebten oft, dass der Glaube im Bewältigungsprozess Ruhe schafft und PatientInnen und deren Angehörige den bevorstehenden Tod eher akzeptieren, als Menschen ohne religiösen Glauben (Granero- Molina et al., 2013).

Auch in der qualitativ durchgeführten Studie von Zamer & Volker (2013) , in der religiöse Begleiter zu Ihren Erfahrungen mit palliativen PatientInnen befragt wurden, betonten sowohl der katholische Priester als auch der muslimische Imam wie essenziell der Glaube an Gott in der End of Life care und nach dem Tod für PatientInnen sowie Angehörige ist. Die Daten wurden in Texas mittels semi-strukturierten Interviews von religiösen Begleitern erhoben (Zamer & Volker, 2013).

Ebenso in der qualitativen Studie von Walker & Waterworth (2017) konnte mittels Interviews mit neun, zum Teil sehr erfahrenen, Palliativpflegepersonen ein positiver Effekt von Spiritualität und Religion herausgefunden werden. Diese in Neuseeland qualitativ durchgeführte Studie beschäftigt sich mit den Erfahrungen von Pflegepersonen im palliativen Setting in der End of Life Care. Die Beobachtungen und Erfahrungen der Pflegenden zeigten, dass PatientInnen die im letzten Lebensabschnitt Unterstützung bei der Ausübung des Glaubens erfuhren, besser mit Hoffnungslosigkeit oder der Angst vor dem Kontrollverlust beziehungsweise vor dem Tod umgehen können (Walker & Waterworth, 2017).

3.3 Religiöser Glaube und Spiritualität als negative Ressource

Nach Auswertung der Interviews konnten Granero- Molina et al. (2013) allerdings auch aufzeigen, dass der Glaube an Gott nicht nur positive Effekte hat. Beispielsweise können religiös gläubige PatientInnen sich durch die Krankheit bestraft fühlen. Sie verstehen die unheilbare Krankheit und den bevorstehenden Tod als Strafe Gottes. Der religiöse Glaube kann auch zu einem innerfamiliären Konflikt führen, da sich die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der PatientInnen oft von denen der Angehörigen unterscheiden. Natürlich kann aufgrund einer terminalen Erkrankung der Glaube zu Gott in Frage gestellt werden, deshalb ist es für Pflegepersonen umso wichtiger sich um die religiösen und spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen zu kümmern (Granero-Molina et al., 2013).

Auch die Erfahrungen der Pflegepersonen laut Abudari et al. (2016) bestätigen den nicht nur positiven Einfluss des religiösen Glaubens in der End of Life Care. In dieser qualitativ durchgeführten Studie aus Saudi-Arabien beschreiben sie, dass PatientInnen und deren Familien auch bei erheblicher körperlicher Schwäche an den religiösen Praktiken festhalten. So versuchen, trotz schlechtem Allgemeinzustand, PatientInnen die nach dem muslimischen Glauben vorgeschriebene rituelle Waschung selbst am Waschbecken durchzuführen. Durch den schlechten Allgemeinzustand und die oft beeinträchtigte Bewusstseinslage kommt es allerdings vermehrt zu Stürzen, diese stellen wiederum eine Gefahr für PatientInnen dar (Abudari et al., 2016).

So belegten auch die in der mixed- method Studie von Egan et al. (2016) in Neuseeland mittels persönlichen Interviews und Fragebogen erhobenen Daten dass der religiöse Glaube zu einer erheblichen Belastung werden kann, wenn PatientInnen ihre Krankheit als göttliche Vergeltung empfinden. (Egan et al., 2016)

3.4 Einbindung von Religion und Spiritualität in den Sterbeprozess

3.4.1 Erfahrungen von Pflegenden

Die phänomenologische Studie von Abudari et al. (2016) beschreibt anhand der Erfahrungen von nicht muslimischen Pflegenden die Betreuung in der End of Life Care bei gläubigen Muslimen und Musliminnen. So ist der „decision- making process“ ein wichtiger Punkt, der oft von der Familie behandelt wird. Die Pflegepersonen haben dies in den Interviews eher kritisch betrachtet, da die Familien die PatientInnen oft nicht miteinbeziehen, um diese zu schützen beziehungsweise um ihnen unnötigen Stress zu ersparen. Durch die dadurch stark eingeschränkte Patientenautonomie wird allerdings der Coping Prozess der PatientInnen nachhaltig beeinträchtigt. Pflegepersonen beschrieben auch, dass PatientInnen und deren Familienmitglieder den nahenden Tod besser annehmen konnten, wenn sie mit dem Konzept der End of Life Care vertraut waren. (Abudari et al., 2016)

Die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der PatientInnen werden von den Pflegepersonen als eines der wichtigsten Elemente in der End of Life Care von gläubigen Muslimen beschrieben. Es wird daher viel traditionelle Medizin, wie zum Beispiel Olivenöl, Honig oder Kräuter Mixturen von den Familienangehörigen angewendet. In den Interviews betrachten die Pflegenden die Unterstützung der religiösen Praktiken am Ende des Lebens, als Essenz der spirituellen Fürsorge für gläubige Muslime. Typischerweise wird viel gebetet, gelesen und Verse aus dem Koran werden vorgespielt. Eine große Rolle spielte laut den Beobachtungen auch das sogenannte „Zamzam“, Wasser, das aus einer Quelle in Mekka kommt und heilende Kräfte besitzen soll. Die Betten der PatientInnen sollen möglichst in Richtung Mekka ausgerichtet werden. Gebete wurden von den Pflegenden allerdings als häufigstes praktiziertes Ritual beschrieben. Diese wurden auch ausgeführt, wenn die PatientInnen schon sehr krank oder knapp vor der Bewusstlosigkeit waren. Auch die rituelle Waschung ist für schwerkranke PatientInnen vor dem Gebet von großer Bedeutung, diese versuchen sie selbstständig durchzuführen. (Abudari et al., 2016)

Laut Zamer & Volker (2013) ist der Umgang und die Würde mit dem Körper essenziell vor allem im muslimischen Glauben. Nach dem Tod eines gläubigen Muslims wird eine rituelle Waschung durchgeführt und der Körper wird nach dem Tod so schnell wie möglich aufgebahrt. Dieses Ritual wird durchgeführt, um dem Verstorbenen den größtmöglichen Respekt zukommen zu lassen. Für Muslime ist es wichtig auch nach dem Tod die Würde des Körpers zu wahren, deshalb ist die Einäscherung keine Option für gläubige Muslime. (Zamer & Volker, 2013)

In der qualitativen Studie von Walker & Waterworth die in Neuseeland 2017 durchgeführt wurde, konnte evaluiert werden, dass nur eine der neun befragten Pflegepersonen ein Assessment Tool zur Erhebung der spirituellen Bedürfnisse kannte. Die restlichen Teilnehmer wussten nicht dass es Tools zur Erhebung dieser Bedürfnisse überhaupt gab. Pflegende eruierten, dass die religiösen und spirituellen Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind und deshalb der Einsatz von Assessment Tools in Checklisten Format eher kontraproduktiv ist, um die spirituellen Bedürfnisse zu erheben. Erfahrene Pflegepersonen beschrieben ebenso, dass sie spirituelle Bedürfnisse von PatientInnen oft im persönlichen Gespräch erkennen können. So konnte durch die Interviews festgestellt werden, dass die Pflegenden die spirituellen Nöte und Bedürfnisse ihrer PatientInnen oft zu spät bemerkt hatten oder erst nach dem Tod der PatientInnen reflektieren konnten. Die Pflegenden berichteten auch davon, dass sie spirituellen Ballast der PatientInnen intuitiv gespürt hatten. Dadurch konnten sie eine Verbindung zu den PatientInnen aufbauen. Durch Gespräche und Aufmerksamkeit oder auch durch Berührungen, konnten die Pflegenden so individuelle spirituelle Betreuung sicherstellen. Wenn Gespräche auf Grund der Bewusstseinslage der PatientInnen nicht möglich waren, berichteten Pflegende davon ihrer Meinung nach spirituellem Beistand mithilfe von Einsatzbereitschaft und Barmherzigkeit geleistet zu haben. Zum Beispiel wurden PatientInnen besonders behutsam mobilisiert oder Pflegende zogen Ihnen ihre Lieblingssachen an, auch wenn das eine Stunde oder länger in Anspruch nahm (Walker & Waterworth, 2017).

Die ebenfalls in Neuseeland durchgeführte mixed- method Studie von Egan et al. eruierte 2016, dass spirituelle und religiöse Anliegen in Komplexität und Intensität variieren. Zum einen führen einige PatientInnen den „spirituellen Schmerz“ auf

Dinge wie tiefes Bedauern oder existenzielle Ängste zurück, während andere dies auf die Betrachtung der wahrgenommenen Zwangsläufigkeit des Todes bezogen haben. (Egan et al., 2016)

3.4.2 Erfahrungen im katholischen Glauben

In der mixed Method Studie von Egan et al. (2016) erklärte ein katholischer Priester, dass eine terminale Diagnose in den meisten Fällen existenzielle Krisen oder Glaubenskrisen bei den PatientInnen auslösten. Seiner Meinung nach ist es demnach besonders wichtig die Menschen in dieser Zeit nachhaltig zu unterstützen „wir müssen bei den Menschen sein und bei ihnen sitzen, wenn sie in den Abgrund starren, und nicht wegschauen, sich nicht von ihnen zurückziehen.“ (Egan et al., 2016)

In der qualitativen Studie von Pereira- Salgado et al. die im Jahr 2017 in Australien durchgeführt wurde, konnten religiöse Begleiter verschiedener Religionen ihre Sichtweisen und Kenntnisse über das „Advanced Care Planning“ in der End of life care und den Einfluss von Glauben und Religion in den letzte Lebensmonaten darstellen. So beschrieb ein katholischer Priester wie vielseitig das Spektrum des katholischen Glaubens und die Ausübung ist. Es gibt Menschen denen, obwohl sie gläubige Katholiken sind, der Glaube am Ende des Lebens als unwichtig erscheint und dann gibt es wiederum Menschen, denen es sehr wichtig ist, dass die Entscheidungen, die sie treffen mit ihrem Glauben vereinbar sind. Die Einstellung zum Glauben kann sich auch ändern, je mehr sich PatientInnen dem Tod nähern. Katholische Begleiter schilderten sowohl progressive als auch grundlegende Interpretationen der katholischen Lehre. Entscheidungen im Gesundheitswesen, die auf Glaubenswerten basieren, können schwierig sein, insbesondere unter katholischen Anhängern, da sie mit den üblichen Mitteln der Lebenserhaltung, wie sie in der Lehre dargelegt sind, kämpfen können. Wenn jemand sehr darauf bedacht ist, außergewöhnliche Mittel (zur Erhaltung des Lebens) zu vermeiden, kann er die andere Grenze überschreiten und zu weit gehen, um die ordentlichen Mittel zur Erhaltung des Lebens zu verweigern. Möglicherweise gibt es am konservativen Ende des Spektrums einige, die sich so sehr darum bemühen, die Sterbehilfe durch Unterlassen zu vermeiden, so dass sie am Ende eine übermäßig belastende Behandlung wählen. (Pereira- Salgado et al., 2017)

3.4.3 Erfahrungen im muslimischen Glauben

Ein Imam beschrieb den Zugang zu seiner Religion in der australischen Studie von Pereira- Salgado et al. (2017) wie folgt: „Viele Muslime, vor allem die nicht Praktizierenden glauben, wenn man die Augen schließt, das war es. Die Menschen allerdings, die die Religion aktiv praktizieren, glauben, dass es ein Leben nach dem Tod gibt und dass sie in den Himmel gehen. Es hängt alles von der Person ab. Einige Leute sagen, ich bin ein Muslim. Wenn mich jemand nach meiner Religion fragt, bin ich Muslim, ich praktiziere die Religion, aber ich glaube nicht an alle Predigten des Korans, ich glaube allerdings an die Prinzipien.“ Er stellte also genau wie sein katholisches Äquivalent fest, dass es bei jeder Kultur und Religion, viele Ausdrucksformen gibt. (Pereira- Salgado et al., 2017)

Die qualitativ erhobene Studie von Ahaddour, van der Branden & Broeckart (2017) beschäftigt sich mit den Unterschieden des muslimischen Glaubens bei Frauen unterschiedlichen Altersgruppen. Diese in Belgien durchgeführten Interviews zeigen wie unterschiedlich ein und derselbe Glaube in der End of Life Care gelebt wird. Auch diese Studie veranschaulicht, dass religiöse Überzeugungen und Weltanschauungen einen großen Einfluss auf die Praktiken der Muslime in Bezug auf Tod und Sterben haben. Die Studienteilnehmerinnen erzählten von den wichtigsten Ritualen am Lebensende. Das erste und wichtigste Ritual am Ende des Lebens geht mit der Reinigung der Seele einher und ist für fast alle Beteiligten die Äußerung des Shah-Ada (Islamisches Glaubensbekenntnis), das als wichtiger Bestandteil eines „guten“ Todes angesehen wird. Das Shah Ada wird von der sterbenden Person ausgesprochen oder von der Familie des Sterbenden veranlasst. Die gläubigen Muslime und Musliminnen beschreiben das Glaubensbekenntnis wie folgt: „Wir werden mit dem Schah-Ada zum Leben erweckt und wir sterben mit dem Schah-Ada. Wir [...] in unserem Gebet sagen wir immer "Oh Gott, gib mir die Kraft, den Tod in die Augen zu schauen und den Schah-Ada auszusprechen.“

Einige ältere TeilnehmerInnen erwähnten auch das Ritual, dem sterbenden Menschen Wasser zu geben, da man glaubt, dass ein sterbender Mensch unter intensiven Durst leidet. Im Glauben ist die Annahme verankert, dass der Teufel am

Bett anwesend ist und versucht, die sterbende Person davon abzuhalten, die Shah-Ada im Austausch gegen Wasser auszusprechen. Daher ist es für die Gläubigen sehr wichtig, dem oder der Sterbenden Wasser zu geben, damit diese nicht dem Teufel nachgeben kann.

Das zweite wichtige Ritual, das von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmerinnen erwähnt wird, ist die gegenseitige Vergebung. Verbleibende Probleme und Unstimmigkeiten mit Familie und Freunden vor dem Sterben gelöst zu haben, wird als essenzieller Teil eines „guten“ Todes betrachtet, da dies die Akzeptanz eines bevorstehenden Todes fördert. Dies wird jedoch nicht nur aus psychologischer Sicht, sondern auch aus religiöser Sicht als wichtig angesehen.

Ebenso ein wichtiges Ritual, das den Schmerz der Sterbenden und deren Familien lindern soll, ist das Vorlesen und gemeinsame Beten aus dem Koran. Typischerweise wird der empfundene Schmerz von allen Beteiligten artikuliert. Auf diese Weise können die sterbende Person und das Gefolge, Frieden in den Worten Gottes (und damit Trost) finden. Gleichzeitig glauben sie, dass das Lesen des Korans eine Möglichkeit ist, die Sünden auszulöschen und die Möglichkeit herstellt mit Gott zu kommunizieren. Andere wichtige Rituale die in den Interviews beschrieben wurden waren zum Beispiel das Spenden von Geld oder Nahrung an Bedürftige, um die gelebten Sünden der Sterbenden ungeschehen zu machen oder die Sterbenden bei der Ausübung der religiösen Pflichten, wie etwa das tägliche Gebet weiterhin bis zum eintretenden Tod zu unterstützen.

Nach dem Tod eines gläubigen Muslims betonten alle Teilnehmer die Wichtigkeit der Ausübung religiöser Todesrituale, darunter das Waschen der Toten, das Abdecken der Leiche, das Todesgebet und die Bestattung .(Ahaddour, van den Branden & Broeckaert, 2017)

3.5 Beeinflussende Faktoren in der End of Life Care

Religiöse Begleiter erwähnten in der qualitativen Studie von Zamer & Volker (2013) verschiedene Herausforderungen mit denen Pflegepersonen und PatientInnen in der End of Life Care umgehen müssen. Beeinflussende Faktoren im Coping

Prozess können zum Beispiel technischen Faktoren in der modernen Medizin sein. Der Einsatz der neusten Technologie wird in der End of Life Care von religiösen Betreuern kritisch betrachtet. Ihrer Meinung nach kann dadurch der Sterbeprozess verlängert werden. Durch diese Verlängerung können traditionelle religiöse Sterberituale, die für den Coping Prozess von Angehörigen und PatientInnen wichtig sind, nicht adäquat durchgeführt werden. Zum Beispiel im katholischen Glauben, gibt das letzte Sakrament, also das letzte Gebet der Kirche, den Sterbenden die Möglichkeit die heilige Kommunion ein letztes Mal vor dem Tod noch zu empfangen. Sind die PatientInnen jedoch nicht mehr in der Lage zu schlucken, zum Beispiel aufgrund einer nötigen atmungserleichternden Intubation, kann das letzte Sakrament nicht auf traditionelle Weise stattfinden. Den religiösen Begleitern war jedoch wichtig hervorzuheben, dass die Kirche den Einsatz moderner Medizin und den technischen Fortschritt keinesfalls nur negativ betrachtet. Allerdings ist im katholischen und islamischen Glauben der Tod nicht das Ende des Lebens. Es gibt also einen Punkt, an dem sich die betreuenden Personen erneut ein umsichtiges Urteil darüber bilden müssen, inwieweit Sie die Sterbenden im individuellen Sterbeprozess unterstützen können. (Zamer & Volker, 2013)

Walker und Waterworth (2017) konnten auch eruieren, dass Pflegende die spirituellen und religiösen Bedürfnisse nicht immer identifizieren können. Manche der Befragten gaben an dass sie das Gefühl hatten das mangelnde Erhebung der spirituellen Bedürfnisse zu einer unangemessenen Behandlung wie Sedierung führte, da es für die Teilnehmer einfacher und üblicher war, nach Medikamenten zu greifen, wenn ein Patient oder eine Patientin in Bedrängnis gerät, anstatt spirituelle Bedürfnisse zu erkunden. (Walker& Waterworth, 2017)

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit lag in der Darstellung der Unterschiede in der Betreuung von katholisch und muslimisch gläubigen PatientInnen in der End of Life Care. Die einbezogenen Studien verfolgten gänzlich einen qualitativen Forschungsansatz, die Ergebnisse sind demnach subjektiv, aus der Sicht der religiösen Betreuer, Pflegenden oder PatientInnen dargestellt. Anhand der Ergebnisse lässt sich erkennen, dass der religiöse Glaube beziehungsweise die religiöse Betreuung einen hohen Stellenwert für gläubige Katholiken als auch für gläubige Muslime in der End of Life Care hat. Da der Glaube von verschiedenen Faktoren wie Herkunft, Kultur und Familiengeschichte geprägt ist, ist die Betreuung der PatientInnen individuell. Generell konnte jedoch aufgezeigt werden, dass bestimmte religiöse Rituale und Verhaltensweisen vereinheitlicht sind und immer denselben Stellenwert für Gläubige einnehmen.

Es konnte festgestellt werden, dass es sowohl für katholisch als auch für muslimisch gläubige PatientInnen wichtig ist, am Ende des Lebens spirituelle beziehungsweise religiöse Betreuung zu erhalten (Egan et al., 2016). Dabei gaben die meisten PatientInnen, unabhängig welcher Religion sie angehörten an, Unterstützung mit der Ungewissheit und der Angst vor dem Tod zu benötigen. In diesem Zusammenhang konnte auch erhoben werden, dass es beruhigend auf PatientInnen wirkt, wenn diese wissen, dass Pflegepersonen jederzeit die Möglichkeit haben einen professionellen religiösen Betreuer für individuelle spirituelle Betreuung zu organisieren (Walker & Waterworth, 2017). Die Tatsache das die European Association of Palliative Care (EAPC) bereits eine Task Force ins Leben gerufen hat, um auf die Relevanz der spirituellen und religiösen Begleitung aufmerksam zu machen, unterstreicht die Relevanz der Ergebnisse. (EAPC, 2011)

Ein weiterer wichtiger Punkt war der positive Einfluss des religiösen Glaubens auf den Coping Prozess von palliativen PatientInnen und deren Familien. In den meisten Studien konnte deutlich ein positiver Effekt der Religion und des Glaubens festgestellt werden. Laut Granero-Molina et al. (2013) kann der religiöse Glaube positive Effekte auf den Coping Prozess bei palliativen PatientInnen haben. Ebenso wiesen die befragten Pflegepersonen daraufhin, dass der Glaube den Betroffenen hilft Ruhe zu finden. Der Glaube kann demnach individuell helfen dem Prozess des

Sterbens einen tieferen Sinn zu verleihen und die Suche nach dem Sinn positiv zu beeinflussen. Religiöse Begleiter sprachen auch darüber wie wichtig der Glaube für Menschen in der End of life Care ist, um den Tod anzunehmen und zu akzeptieren. Auch wenn der Glaube von jedem Einzelnen individuell gelebt wird. (Zamer& Volker, 2013). So wurde auch von befragten religiösen Betreuern versichert, dass im Glaube der Einfluss von Kultur und persönlichen Faktoren eine große Rolle spielt. Für Angehörige der Gesundheitsberufe bedeutete dies, dass Verallgemeinerungen für standardisierte religiöse Ausdrucksformen der Religion vermieden werden müssen und die Offenheit für individualisierte Rituale gefördert werden müsse (Pereira-Salgado et al., 2017). Diese Ergebnisse können durch bereits vorhandene Literatur bestätigt werden. Für viele Personen, die mit schwerer Krankheit konfrontiert sind, sind religiöse und / oder spirituelle Überzeugungen eines der wichtigsten Dinge zur Aufrechterhaltung der Kontinuität im eigenen Leben und eines Gefühls der Zugehörigkeit. Heute wird die Rolle von Religion und Spiritualität in der End of Life Care zunehmend anerkannt. (Nelson-Becker, 2006; Puchalski et al., 2009)

In zwei der einbezogenen Studien konnte außerdem erhoben werden, dass die Entscheidungen am Lebensende oft von Angehörigen beeinflusst wurden. Besonders bei den muslimisch gläubigen PatientInnen konnte evaluiert werden, dass Entscheidungen oft durch die ganze Familie getroffen werden und dadurch der Coping Prozess der PatientInnen nachhaltig beeinflusst wird. Weiters ergaben die Erhebungen das dies selten böswillig passierte, sondern die Familienmitglieder nur versuchten die PatientInnen vor, ihrer Meinung nach, zwecklosen oder schlechten Nachrichten zu schützen. Pflegende erwähnten außerdem, dass, vor allem die muslimischen Familien, oft aus sehr vielen Familienmitgliedern bestanden. Die spirituelle und religiöse Begleitung wurde als sehr liebevoll aber auch akribisch beschrieben. So hatten einige Pflegende die Erfahrungen gemacht, dass manche Familien gar besessen waren von der Erfüllung der religiösen und spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen, und dabei die eigentlichen Bedürfnisse aus den Augen verloren. (Abudari, Hazeim & Ginete, 2017) Die familiäre Komponente wird von Pflegenden demnach nicht immer als positiv eingeschätzt, der Einfluss der Familie in der End of Life Care ist nicht immer positiv für die PatientInnen. So kann

es auch hier, unabhängig von der Religion, zu einem Konflikt kommen, wenn sich Angehörige und PatientInnen in einem unterschiedlichen Stadium des religiösen Glaubens befinden. (Granero-Molina et al., 2013)

Weiters konnte festgestellt werden, dass die Mehrzahl der befragten Pflegepersonen keine Assessment Tools zur Erhebung der spirituellen bzw. religiösen Bedürfnisse kannten. So gaben die Pflegenden an, dass ein Leitfaden zum Erheben der religiösen und spirituellen Bedürfnisse der PatientInnen am Lebensende, hilfreich wäre, um adäquate Pflege sicherzustellen (Walker & Waterworth, 2017). Außerdem konnte bei den meisten Pflegenden ein Wissensdefizit in Bezug auf die wichtigsten Rituale der katholischen und muslimischen Glaubensrichtungen festgestellt werden (Granero-Molina et al., 2014, Abudari et al., 2017). Diese Ergebnisse decken sich mit der Arbeit von Mayr et al. (2016), in der es heißt, dass sich eine Kluft zwischen den eingeschätzten und tatsächlichen Möglichkeiten der Spiritual Care zeigte, die sich aber durch Arbeit am eigenen Bewusstsein, durch kontinuierliches praktisches Anwenden sowie die Auseinandersetzung im Team verringern lässt. (Mayr et al., 2016) Anhand dieser Ergebnisse lässt sich darstellen, dass die End of Life Care stark von der Religion und Kultur eines Individuums abhängig ist.

Leong et al. (2016) erstellten auf Grund des erhobenen Wissensdefizits, gemeinsam mit einem muslimischen Imam ein einstündiges Lehrvideo, in dem die wichtigsten Informationen und Praktiken des Islams enthalten waren. Angehörige der Gesundheitsberufe gaben nach dem Video an, ein besseres Verständnis für den muslimischen Glauben und für die wichtigsten Eckpunkte in der End of Life Care für gläubige Muslime zu haben (Leong et al., 2016). Der positive Effekt von Mitarbeiterschulungen in Bezug auf religiöse und spirituelle Betreuung in der palliativen Care konnte auch von Wasner et al. (2005) nachgewiesen werden. So hatten die durchgeführten Trainings nicht nur positive Effekte bei der Betreuung von palliativen PatientInnen, sondern zeigten auch positive Veränderungen des spirituellen Wohlbefindens und der Einstellungen der teilnehmenden Professionen (Wasner et al., 2005). Den positiven Einfluss von Schulungsvideos auf das Wissen über den katholischen und islamischen Glauben konnten auch Moale et al. (2018)

feststellen, nachdem Angehörige der Gesundheitsberufe einen einstündigen Videopodcast gesehen hatten. (Moale et al., 2018)

In den Studien, die die Sichtweise der Vertreter der katholischen und muslimischen Religion darstellten, konnte auch die Bedeutsamkeit der Würde des menschlichen Körpers am Ende des Lebens und nach dem Tod festgestellt werden. So ist zum Beispiel eine Organspende bei muslimischen PatientInnen ganz klar nicht erwünscht, bei katholischen PatientInnen würde eine Spende allerdings oft kein Problem darstellen (Zamer & Volker, 2013). Auch in der quantitativen Studie von Chakraborty et al. (2017) wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass postmortale Untersuchungen vermieden werden sollen, um die Würde des Verstorbenen zu erhalten. Bei gläubigen Katholiken variiert die Einstellung gegenüber Organspende und Autopsie nach dem Tod auch hier individuell (Chakraborty et al., 2017).

Aus der aktuellen Literatur geht hervor, dass sich die religiösen Rituale des Katholizismus und des Islams bedeutend unterscheiden. Rochamati, Wiechula & Cameron (2017) erwähnten, dass es für gläubige Muslime obligatorisch ist, Gebete fünf Mal am Tag zu bestimmten Zeiten, durchzuführen. Es konnte außerdem beobachtet werden, dass PatientInnen und Angehörige glücklich waren, wenn diese Gebete von den Pflegenden unterstützt wurden. (Rochamati, Wiechula & Cameron, 2017) Im katholischen Glauben hingegen wird das Gebet individuell gestaltet und ist für Gläubige keineswegs Pflicht. So ist das Gebet am Lebensende nicht essenziell, um von diesem in das nächste Leben überzugehen, da katholisch Gläubige davon überzeugt sind dies bereits getan zu haben indem sie an Jesus glauben (Pereira-Salgado et al., 2017). Aus den untersuchten Studien geht auch hervor das katholischen sowie muslimische PatientInnen die Betreuung durch einen professionellen religiösen Betreuer sehr wichtig war. Zum gleichen Ergebnis kamen auch Choudry et al. (2018).

Ein weiteres Ergebnis der untersuchten Studien war, dass es PatientInnen wichtig war, dass Angehörige der Gesundheitsberufe sowie religiöse Betreuer offen waren für individuell gelebte Rituale und Religion am Lebensende. So betonten auch religiöse Betreuer ihre zahlreichen Erfahrungen mit individuell gelebter Religion am Lebensende. (Pereira- Salgado et al., 2017, Egan et al., 2016).

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeiten haben gezeigt, dass religiöser Glaube individuell ist und in der End of Life Care verschieden gelebt wird. Fast in jeder Studie wurde der Glaube als positive Ressource gesehen, die PatientInnen ermöglicht die Krankheit und das Leiden besser anzunehmen. In einigen Studien wurde der Glaube allerdings auch als negativ bewertet, da Patienten und Patientinnen die Krankheit und das Leiden oftmals als Strafe Gottes wahrgenommen haben

Auffallend war auch, dass der Begriff „Religion“ in jeder Studie unweigerlich mit dem Begriff „Spiritualität“ verbunden war. Laut Definition können sich allerdings auch spirituelle Bedürfnisse auf tun, wenn PatientInnen keinem Glaubensbekenntnis folgen.

Einheitlich konnte erhoben werden, dass sich die religiösen Rituale und Praktiken im Islam und Katholizismus deutlich voneinander unterscheiden. Gemeinsamkeiten haben sich jedoch bei dem Wunsch nach professioneller religiöser Begleitung zwischen den Glaubensrichtungen ergeben. So gaben die PatientInnen an, dass es ihnen wichtig war jederzeit Zugang zu professioneller religiöser Begleitung zu haben

Komplexe Probleme zeigten sich für Pflegende bei der Erhebung von religiösen und spirituellen Bedürfnissen von Sterbenden. Faktoren, die das Erheben oftmals erschwerten, waren zum einen Familienangehörige, besonders im muslimischen Glauben, die oftmals stark in den Prozess der Entscheidungsfindung eingriffen und zum anderen limitiertes Wissen über die Religion selbst, den kulturellen Hintergrund und mögliche Assessment Instrumente zum Erheben der Bedürfnisse.

Für Pflegende und Personen im Gesundheitswesen, die mit gläubigen katholischen oder muslimischen Menschen in der End of Life Care konfrontiert sind, ist es wichtig auf die PatientInnen individuell einzugehen und aktiv Unterstützung bei der Erfüllung der religiösen Wünsche anzubieten. Die Rücksichtnahme kann jedoch nur erfolgen, wenn Pflegende den theoretischen Background aufweisen und die wichtigsten religiösen Rituale der Religionen kennen. Es ist daher ein Prozess, der das multidisziplinäre Team umfasst und von den Entscheidungsträgern unterstützt und gefördert werden sollten.

6 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Empfehlungen für die Praxis:

Um religiöse und spirituelle Bedürfnisse erkennen, erheben und darauf eingehen zu können, bedarf es theoretisches Wissen über die wichtigsten Rituale und Verhaltensweisen in der jeweiligen Religion. Pflegende sollte daher die Möglichkeit haben dieses theoretische Wissen zu erlangen um damit praktisches arbeiten zu ermöglichen. Der Austausch mit professionellen religiösen Begleitern und Begleiterinnen sowie mit Seelsorgern sollte nachhaltig gefördert werden. Der Zugang zu Schulungs- und Trainingsmaterial muss für Pflegende und andere Professionen im Gesundheitswesen deutlich erleichtert werden. Außerdem sollte der Fokus auf eine Praxisnahe und interaktive Schulungs- und Trainingsmethode gelegt werden. Der Austausch zwischen den Disziplinen sollte gefördert werden, im Idealfall würde ein Netzwerk aus professionellen Begleitern, Pflegenden und anderen Disziplinen des Gesundheitswesens geschaffen werden, um eben genau diesen Austausch zu ermöglichen. Die Mitarbeitenden in Gesundheitsinstitutionen verfügen oft selbst aufgrund ihrer Herkunft, Sprache und Religionszugehörigkeit bereits vielfältige Kompetenzen. Indem diese durch die Institution erkannt, genutzt und gefördert werden, stellen sie eine Chance dar für die Verwirklichung eines ganzheitlichen Pflegekonzeptes.

Forschungsempfehlungen:

Der derzeitige Forschungsstand lässt darauf schließen, dass es wenige Studien gibt, in denen die Betreuungsunterschiede des muslimischen und katholischen Glaubens im palliativen Setting beziehungsweise in der End of Life Care explizit aufgezeigt werden. Die Forschung auf diesem Gebiet ist allerdings notwendig, um religiöse und spirituelle Bedürfnisse und Wünsche empirisch zu belegen. Besonders quantitativ durchgeführte Studien sollten mehr in den Fokus der Forscher und Forscherinnen rücken, da sich diese Ergebnisse auf eine größere Population übertragen lassen. Angesichts der wachsenden kulturellen Diversität in Europa und Österreich wäre es für Pflegende in der Praxis von Vorteil, wenn diese auf empirisch belegte Ergebnisse in übersichtlich gestalteter Form aus der Forschung zurückgreifen könnten.

7 Literaturverzeichnis

Abudari, G, Hazeim, H & Ginete, G 2016, 'Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses', *Palliat Support Care*, vol. 14, no. 6, pp. 599-611

Ahaddour, C, Van den Branden, S & Broeckaert, B 2017, 'Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women', *Omega (Westport)*, vol. 76, no. 2, pp. 169-200

Beit-Hallhami, B 2015, *Psychological perspectives on religion and religiosity*, Routledge, New York

Bürgi, D 2012, *Spiritualität in der Pflege – ein existentieller Zugang*, *Spiritual Care*, vol.1, pp. 10-23

Bürgi, B, Schärer-Santschi, E, Staudacher, E & Monteverde, S 2017, *Lehrbuch Palliative Care*, vol. 3, Hogrefe Verlag, Göttingen.

Boothe, B & Frick, E 2017, *Spiritual Care- Über das Leben und Sterben*, ed. OFV AG, Zürich.

Bradley, CT 2009, 'Roman Catholic Doctrine Guiding End-of-Life Care: A Summary of the Recent Discourse', *J Palliat Med*, vol. 12, no. 4, pp. 373-377

Chakraborty, R, El-Jawahri, AR, Litzow, MR, Syrjala, KL, Parnes, AD & Hashmi, SK 2017, 'A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions', *Palliat Support Care*, vol. 15, no. 5, pp. 609-22

Choudry, M, Latif, A & Warburton, KG 2018, 'An overview of the spiritual importance's of end-of-life care among the five major faiths of the United Kingdom', *Clinical medicine (London, England)*, vol. 18, no. 1, pp. 23-31

Egan, R, MacLeod, R, Jaye, C, McGee, R, Baxter, J, Herbison, P & Wood, S 2017, 'Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study', *Palliat Support Care*, vol. 15, no. 2, pp. 223-30

Egger, J 2013, 'Zur spirituellen Dimension des biopsychosozialen Modells. Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaftlicher Medizin und aufgeklärter Rationalität

einerseits und Spiritualität und Esoterik andererseits', Psychologische Medizin, vol. 24, pp. 39-46

European Association for Palliative Care (EAPC) 1989, *Definition of palliative care*, viewed 18. January 2018, <<https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/spiritual-care> >

European Association for Palliative Care (EAPC) 2011, *Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force*, viewed 29. January 2018, <<https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/zu3w4n6uUkCzarx0rDzBXQ/Text/spiritual%20care.pdf>>

Frick, E 2014, 'Spiritual Care- zu einer unterschätzen Dimension ärztlichen Handelns ', in *Spiritualität und Medizin- gemeinsame Sorge um den kranken Menschen* W. Kohlhammer, Stuttgart, pp. 19-29.

Granero-Molina, J, Diaz Cortes, MM, Marquez Membrive, J, Castro-Sanchez, AM, Lopez Entrambasaguas, OM & Fernandez-Sola, C 2014, 'Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?', *Eur J Cancer Care (Engl)*, vol. 23, no. 3, pp. 300-9

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qual Health Res*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299.

Huseboe, S, Klaschik, E 2003, *Palliativmedizin*, 2th edn, Springer, Wien.

Hofer, P 2016, 'Krisenbewältigung und Ressourcenentwicklung- Kritische Lebenserfahrungen und ihr Beitrag zur Entwicklung von Persönlichkeit', Springer, Wien.

Katholische Kirche Österreich, 2013, viewed 8. March 2019 <https://www.katholisch.at/dioezesen>

Kleibel, V & Hanna, M 2001, *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*, 2 nd edn, Fakultas, Wien.

Kränzle, S & May, CA 2014, 'Wenn nichts mehr zu machen ist - Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care', in S Kränzle, U Schmid & C Seeger

(eds), Palliative Care - Handbuch für Pflege und Begleitung, 5th edn, Springer, Berlin Heidelberg, pp. 16

Koenig, HG 2012, Spiritualität in den Gesundheitsberufen- Ein praxisorientierter Leitfaden, vol. 1, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Leong, M, Olnick, S, Akmal, T, Copenhaver, A & Razzak, R 2016, 'How Islam Influences End-of-Life Care: Education for Palliative Care Clinicians', Journal of Pain & Symptom Management, vol. 52, no. 6, pp. 771-4

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, DK, AWMF) 2015, Leitlinie-Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, viewed 28 February 2019, <https://www.leitlinienprogramm.onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.01_Langversion.pdf>

Mayr, B, Elhardt, E, Riedner, C, Roser, T, Frick, E & Paal, P 2016, 'Die Kluft zwischen eingeschätzten und tatsächlichen Fähigkeiten bei der Erhebung der spirituellen Anamnese.', Originalia, vol. 5, pp. 9-16

Mezger, M 2018, Religion, Spiritualität, Medizin- Alternative Religiosität und Palliative Care in der Schweiz, transcript Verlag, Bielefeld.

Moale, A, Rajasekhara, S, Ueng, W & Mhsakar, R 2018, 'Educational Intervention Enhances Clinician Awareness of Christian, Jewish, and Islamic Teachings around End-of-Life Care', J Palliat Med, vol. 22, no. 1

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, DG 2009, 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement', PLoS Med, vol. 6, no. 7, p.3.

National Health Service 2018, Definition end of life care, viewed 28. January 2019, <<https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts>>

Nelson-Becker, H. 2006, Voices of resilience: Older adults in hospice care, Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care, vol.2, pp. 87–106.

Österreichische Palliativ Gesellschaft 2019, Spiritualität in der Palliative Care, viewed 28 January 2018, <<https://www.palliativ.at/dieopg/arbeitsgruppen/spiritualitaet-in-palliativecare.html>>

- Pereira-Salgado, A, Mader, P, O'Callaghan, C, Boyd, L & Staples, M 2017, 'Religious leaders' perceptions of advance care planning: a secondary analysis of interviews with Buddhist, Christian, Hindu, Islamic, Jewish, Sikh and Baha'i leaders', *BMC Palliat Care*, vol. 16, no. 1, p. 79
- Puchalski, C, Ferrell, B, Virani, R, Otis-Green, S, Baird, P, Bull, J, Sulmasy, D 2009, Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference, *Journal of Palliative Medicine*, vol.12, pp. 885–904
- Puchalski, CM & Romer, AL 2000, 'Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully', *J Palliat Med*, vol. 3, pp. 129-137
- Rochmawati, E, Wiechula, R & Cameron, K 2018, 'Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study', *Nurs Health Sci*, vol. 20, no. 2, pp. 231-7
- Statistik Austria 2018, *Krebserkrankungen in Österreich*, Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.
- Stuber, M 2003, *Diversity- Das Potential von Vielfalt nutzen- den Erfolg durch Offenheit steigern*, Luchterhand, München.
- Sundermeier, T 2007, *Religion - was ist das? Religionswissenschaft im theologischen Kontext; ein Studienbuch*. 2nd edn, Lembeck, Frankfurt.
- Urban, E 2014, *Transkulturelle Pflege am Lebensende - Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen unterschiedlicher Religionen und Kulturen*, vol. 2, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Van der Heide, A, De Vogel-Voogt, E, Visser, A, Van der Rijt, CCD & Van der Maas, PJ 2007, 'Dying at home or in an institution: perspectives of Dutch physicians and bereaved relatives', *Support Care Cancer*, vol. 3
- Walker, H & Waterworth, S 2017, 'New Zealand palliative care nurses' experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness', *Int J Palliat Nurs*, vol. 23, no. 1, pp. 18-26
- Wasner, M, Longaker, C, Fegg, M & Borasio, GD 2005, 'Effects of spiritual care training for palliative care professionals', *Palliat Medicine*, vol. 19, pp. 99-104

World Health Organization 1998, 'Definition of palliative care', viewed 15. January 2018, [_https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/) >

Zamer, J, & Volker, D 2013, 'Religious Leaders perspectives of ethical concerns at the End of Life', Journal of Hospice & Palliative Nursing, vol. 15, pp. 396- 402

8 Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Datenbanksuche in PubMed und Cinahl.....

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien.....

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses.....

8.3 Bewertung der ausgewählten Studien

Der Inhalt und die Qualität der ausgewählten Studien wurde anhand des Bewertungsbogen von Hawkers et al. (2002) kritisch geprüft. Für jede Kategorie konnten 0-4 Punkte (*Very Poor, Poor, Fair und Good*) vergeben werden. Die maximale Punktzahl lag bei 36 Punkten. Nachfolgend wird die Bewertung dargestellt.

Bewertung der Studie: Pereira-Salgado, A, Mader, P, O'Callaghan, C, Boyd, L & Staples, M 2017, 'Religious leaders' perceptions of advance care planning: a secondary analysis of interviews with Buddhist, Christian, Hindu, Islamic, Jewish, Sikh and Baha'i leaders', BMC Palliat Care, vol. 16, no. 1, p. 79

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Ja, Titel und Abstract sind unmissverständlich formuliert.</p>	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Das Ziel der Studie wird im Background kurz und prägnant auf den Punkt gebracht und ist somit für den Leser klar ersichtlich. Auch wurde die Forschungslücke sehr gut dargestellt und erklärt. Die Einleitung ist zwar kurz jedoch enthält diese genug Informationen, um sich einen Überblick zu verschaffen.</p>	Good 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Das Sampling wurde genau beschrieben, ebenso wurde genau darauf eingegangen wie die Teilnehmer kontaktiert wurden und von wem. Fragebogen liegt der Studie bei. Außerdem wurde genau beschrieben warum eine sekundäre Datenanalyse durchgeführt wurde.</p>	Fair 3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Ja</p>	Fair 3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Es wurde klar hervorgehoben wie die Datenanalyse abgelaufen ist und welche Instrumente verwendet wurden. Die Rahmenbedingungen für die Interviews wurden Anhand Tabelle 1 veranschaulicht.</p>	Good 4
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? Die Teilnehmer erhielten vorab einen Informationsbogen. Außerdem wurde klar darauf hingewiesen, dass keine Beziehung zwischen dem Forscherteam und den Teilnehmer besteht bzw. bestehen darf.</p>	Good 4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings? Die Ergebnisse wurden in Haupt- und Subthemen unterteilt und sind übersichtlich.</p>	Fair 3
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? Die Ergebnisse können auch in Ländern mit einer multikulturellen Gesellschaft und mit verschiedenen Glaubensrichtungen hilfreich sein.</p>	Fair 3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? Die Ergebnisse sind wichtig für die Praxis. Vorschläge für weitere Forschungen werden gemacht. Ein Praxisbezug wird nicht explizit genannt, allerdings kann dieser von den Lesern selbst ausgemacht werden.</p>	Good 4
<p>Total:</p>	32 (89%)

Bewertung der Studie: Abudari, G, Hazeim, H & Ginete, G 2016, 'Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses', *Palliat Support Care*, vol. 14, no. 6, pp. 599-611

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Titel enthält die Population. Setting und Design werden nicht genannt. Im Abstract werden Methodik inklusive Design, Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode sowie Ergebnisse und Schlussfolgerung ausgeführt. Empfehlungen für die Praxis sind vorhanden. 	Good 4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Forschungsfrage ist nicht angeführt, allerdings das Ziel, somit lässt sie sich ableiten. Relevanz des Themas für die Pflege wird wiedergegeben. 	Fair 3
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Methode und Datensammlung bzw. Analyse werden ausführlich beschrieben. 	Good4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es fand ein purposive sampling statt. Die Pflegepersonen wurden von verschiedenen Stationen ausgewählt. (Onkologie, Palliative, Innere). 	Good 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenanalyse wurde genau beschrieben. Sie erfolgte durch sechs verschiedene Schritte, um das Phänomen so genau wie möglich zu beschreiben. 	Fair 3
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee geprüft. Die Teilnahme war freiwillig und wurde anonym ausgewertet. 	Good 4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden in Haupt- und Subthemen eingeteilt. Fließtext und die enthaltene Tabelle sind übersichtlich und klar dargestellt. 	Fair 3
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobengröße ist zu klein, um die Ergebnisse auf eine größere Population zu übertragen. Die Ergebnisse dienen allerdings der Erweiterung des Wissens auf diesem Gebiet. 	Fair 3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden klare Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschungen ausgesprochen. Die Ergebnisse sind nützlich für Pflegende in der Praxis 	Good 4
<p>Total</p>	<p>32 (89%)</p>

Bewertung der Studie: Granero-Molina, J, Diaz Cortes, MM, Marquez Membrive, J, Castro-Sanchez, AM, Lopez Entrambasaguas, OM & Fernandez-Sola, C 2014, 'Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?', *Eur J Cancer Care (Engl)*, vol. 23, no. 3, pp. 300-9

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Abstract ist gut strukturiert und enthält die wichtigsten Informationen. Keywords sind definiert und angeführt. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Forschungsfrage ist nicht angeführt, allerdings das Ziel, somit lässt sie sich ableiten. Relevanz des Themas für die Pflege wird wiedergegeben. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <ul style="list-style-type: none"> Methode und Datensammlung bzw. Analyse werden ausführlich beschrieben. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> Es fand ein purposive sampling statt. Die Pflegepersonen wurden von verschiedenen Stationen ausgewählt. (Onkologie, Palliative, Innere) 	<p>Good 4 Points</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Datenanalyse wurde genau beschrieben. Sie erfolgte durch sechs verschiedene Schritte, um das Phänomen so genau wie möglich zu beschreiben. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee geprüft. Die Teilnahme war freiwillig und wurde anonym ausgewertet. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Ergebnisse wurden in Haupt- und Subthemen eingeteilt. Fließtext und die enthaltene Tabelle sind übersichtlich und klar dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Stichprobengröße ist zu klein, um die Ergebnisse auf eine größere Population zu übertragen. Die Ergebnisse dienen allerdings der Erweiterung des Wissens auf diesem Gebiet. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> Es werden klare Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschungen ausgesprochen. Die Ergebnisse sind nützlich für Pflegenden in der Praxis 	<p>Good 4 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>32 (89%)</p>

Bewertung der Studie: Zamer, J, & Volker, D 2013, 'Religious Leaders perspectives of ethical concerns at the End of Life', Journal of Hospice & Palliative Nursing, vol. 15, pp. 396- 402

<p><u>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Titel ist unmissverständlich. Das Abstract ist übersichtlich. Es werden das Ziel genannt, außerdem die Methode und die Strategie bei der Datenanalyse. Die Relevanz für die Pflege ist wurde ebenso erwähnt 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung enthält viele Hintergrundinformationen und führt gut vom allgemeinen in den spezifischen Teil. 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Methodenteil ist gut gegliedert- enthält sowohl die Beschreibung des Designs, der Stichprobe, des Settings und der Datenerhebungsmethode. Präzise beschrieben sind sowohl der Datensammelprozess als auch die Datenanalyse. Die Methode scheint passend gewählt, um die Forschungsziele zu erreichen. 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Rekrutierungsprozess ist beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien sind angeführt. Die Stichprobengröße war allerdings sehr klein. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datensammlung und Datenanalyse sind ausführlich beschrieben. Die Interview Fragen wurden dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</u> Die Studienprotokolle wurden von einem Ethik Komitee begutachtet und freigegeben. Außerdem wurde ein schriftlicher und mündlicher Consent eingeholt. Die Teilnehmer erhielten eine Kopie.</p>	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden gegliedert in Themen dargestellt, allerdings würde eine Tabelle die Übersicht verbessern. 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobengröße ist zu klein, um die Ergebnisse auf eine größere Population zu übertragen. Die Ergebnisse können allerdings zur weiteren Forschung auf diesem Gebiet beitragen. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind nützlich für die Pflegepraxis allerdings fehlt die Praxisempfehlung. Die Forschungsempfehlung wird nicht klar genannt, lässt sich allerdings erahnen. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>32 (89%)</p>

Bewertung der Studie: Ahaddour, C, Van den Branden, S & Broeckaert, B 2017, 'Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women', Omega (Westport), vol. 76, no. 2, pp.

<p><u>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Studienpopulation und Setting sind im Titel enthalten. Ziele, Hintergrund, Methode und Ergebnisse sind im Abstract enthalten. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der derzeitige Forschungsstand und Informationen zum Forschungsthema sind ausführlich beschrieben. 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Methodenteil ist gut strukturiert und übersichtlich. Das Design, das Setting, die Stichprobe, die Rekrutierung und die Datensammlung sind ausführlich beschrieben. Alle Items des Fragebogens sowie die genaue Fragestellung sind erklärt, ebenso die Datenanalyse ist beschrieben. Die Methode scheint für die Forschungsfrage passend. 	<p>Good 4 Points</p>
<p><u>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Samplingmethode wurde ausführlich beschrieben. Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datensammlung und Datenanalyse sind ausführlich beschrieben. Die Interview Fragen wurden dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?</u> Die Anonymität der Teilnehmer wurde gewährleistet. Allerdings waren einige der Teilnehmer bei demselben religiösen Verein wie einer der Forscherinnen.</p>	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden gegliedert und in Themen unterteilt dargestellt, allerdings würde eine Tabelle die Übersicht verbessern. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population ist gegeben. Allerdings möglicherweise aufgrund der Stichprobenziehung und der kulturabhängigen Ergebnisse könnte diese etwas eingeschränkt sein. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p><u>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind nützlich. Explizite Vorschläge für weiter Forschung wurden genannt. Es 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>29 (80%)</p>

Bewertung der Studie: Chakraborty, R, El-Jawahri, AR, Litzow, MR, Syrjala, KL, Parnes, AD & Hashmi, SK 2017, 'A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions', Palliat Support Care, vol. 15, no. 5, pp. 609-22

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting, Population und Methode sind im Titel enthalten. Im Abstract finden sich keine Praxisempfehlungen, jedoch sind Empfehlungen für die weiter Praxis enthalten. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der derzeitige Forschungsstand und Informationen zum Forschungsthema sind beschrieben, alles in allem ist die Einleitung jedoch knappgehalten. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Methode wird gut beschrieben und scheint passend. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Ausschlusskriterien wurden definiert und ausführlich dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datensammlung und Datenanalyse sind ausführlich beschrieben. Die Interview Fragen wurden dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? Nein.</p>	<p>Fair 3 Points</p>
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden gegliedert und in Themen unterteilt dargestellt. Tabellen würden die Darstellung allerdings übersichtlicher machen. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse können auf eine größere Population übertragen werden. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind nützlich. Genaue Empfehlungen für die Praxis fehlen, weitere Forschungsempfehlungen werden genannt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>29 (80%)</p>

Bewertung der Studie: Egan, R, MacLeod, R, Jaye, C, McGee, R, Baxter, J, Herbison, P & Wood, S 2017, 'Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study', Palliat Support Care, vol. 15, no. 2, pp. 223-30

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting und Population sind im Titel genannt. Das Abstract ist gegliedert und enthält Forschungshintergrund, Ziel, Methode (Design, Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode). Die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis sind ebenfalls enthalten. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung ist gut aufgebaut (vom allgemeinen zum speziellen), der Hintergrund ist gut beschrieben und es wird ein Überblick über aktuelle Literatur gegeben. Die Einleitung endet mit dem Forschungsziel. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Samplingstrategie (purposive sampling) wird genannt, die Charakteristika der Stichprobe und ihre Größe sind gut beschrieben, ebenso wie die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte. Genannt sind ebenso das Setting sowie Ein- und Ausschlusskriterien. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datensammlung wird beschrieben, es fehlen allerdings Informationen zur Datenanalyse. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? Die Einwilligung einer Ethikkommission wurde eingeholt.</p>	<p>Fair 3 Points</p>
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden gegliedert sind allerdings etwas unübersichtlich dargestellt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund des purposive samplings die die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Populationen übertragbar. Die Ergebnisse dienen allerdings der Wissenserweiterung. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind nützlich. Genaue Empfehlungen für die Praxis fehlen, weitere Forschungsempfehlungen werden jedoch genannt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>29 (80%)</p>

Bewertung der Studie: Walker, H & Waterworth, S 2017, 'New Zealand palliative care nurses' experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness', Int J Palliat Nurs, vol. 23, no. 1, pp. 18-26

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting, Population und Keywords sind im Titel genannt. Im Abstract wird das Ziel, das Design, die Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode, ebenso wie die Resultate. Praxis- und Forschungsempfehlung fehlen jedoch. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung enthält viele Informationen zum Hintergrund, die Forschungslücke und das Forschungsziel sind angegeben. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Methodik Teil ist gut strukturiert, Absätze und Überschriften verbessern die Übersichtlichkeit. Die Methode ist passend für die Forschungsfrage und vollständig. Das Design, die Stichprobe, das Setting, der Datensammlungsprozess, die Messmethode und die Analyse sind ausführlich beschrieben 	<p>Good 4 Points</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobenauswahl und die Rekrutierung sind beschrieben und passend. Weiters werden die Charakteristika der Stichprobe und deren Größe beschrieben, sowie das Setting. Einschlusskriterien wurden definiert, auf Ausschlusskriterien wurde bewusst verzichtet. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datensammlung und Datenanalyse sind genau beschrieben. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? Es wurde ein positives Votum eines Ethikkomitees eingeholt. Ebenso wurde eine informierte Zustimmung der PatientInnen eingeholt.</p>	<p>Good 4 Points</p>
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Untergliederung der Ergebnisse ist gut und übersichtlich. Die Ergebnisse sind gut beschrieben und beantworten die Forschungsfrage. 	<p>Good 4 Points</p>
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist keine Übertragbarkeit auf eine größere Population gegeben, die Ergebnisse dienen jedoch der Wissenserweiterung. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind nützlich. Empfehlungen für die Praxis sind genannt. 	<p>Fair 3 Points</p>
<p>Gesamt</p>	<p>32 (89%)</p>