

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	PROBLEMBESCHREIBUNG UND ZIEL DER ARBEIT	1
1.2	METHODISCHES VORGEHEN UND AUFBAU	3
2	SPIRITUALITÄT	5
2.1	SPIRITUALITÄT IN ABGRENZUNG ZU RELIGION/RELIGIOSITÄT	7
3	SPIRITUALITÄT IN DER PALLIATIVPFLEGE	9
3.1	SPIRITUALITÄT ALS RESSOURCE	10
3.1.1	Psychosoziale Auswirkungen	10
3.1.2	Körperliche Auswirkungen	11
3.2	SPIRITUALITÄT ALS RISIKO	12
3.3	SPIRITUELLE BEDÜRFNISSE VON STERBENDEN	13
4	EINBINDUNG VON SPIRITUALITÄT IN DEN PFLEGEPROZESS	16
4.1	SPIRITUALITÄT IN DEN PFLEGETHEORIEN	16
4.1.1	Theorie des systemischen Gleichgewichts von Marie-Luise Friedemann.....	18
4.2	ERFASSUNGSMÖGLICHKEITEN VON SPIRITUALITÄT IN DER PRAXIS.....	20
4.2.1	Zu berücksichtigende Aspekte bei der Erfassung von Spiritualität.....	21
4.2.2	Der klinische Interviewleitfaden „SPIR“.....	24
4.2.3	Spiritualität in den Pflegediagnosen.....	26
5	PFLEGERISCHE INTERVENTIONEN UND KOMPETENZEN ZUR UNTERSTÜTZUNG VON SPIRITUALITÄT	28
5.1	PFLEGERISCHE INTERVENTIONEN IN DER SPIRITUELLEN BEGLEITUNG	28
5.2	KOMPETENZEN PROFESSIONELL PFLEGENDER.....	31
6	DISKUSSION	34
7	SCHLUSSFOLGERUNG	39
8	ZUSAMMENFASSUNG	40
9	LITERATURVERZEICHNIS	42
10	ANHANG	52
I.	SPIR – HALBSTRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW ZUR ERHEBUNG EINER „SPIRITUELLEN ANAMNESE“	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts 19

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung und Ziel der Arbeit

Aspekte über das Sterben und den Tod werden in der heutigen Zeit überwiegend verdrängt und tabuisiert (Wenger 2009, S. 32). Der eigene herannahende Tod oder der Verlust von nahestehenden Menschen kann dazu führen, dass der Mensch mit existenziellen Erfahrungen konfrontiert wird (Heller & Heller 2014, S. 15).

In Notsituationen fragen sich viele Menschen nach dem Warum des Leidens und dem Sinn des Lebens. Die Beschäftigung mit dem „Sinnfinden“ gilt als zentrales Merkmal von Spiritualität.

Im Gegensatz zur Religion, die als Weltanschauung zu betrachten ist und deren Glaube gemeinschaftlich praktiziert wird, ist Spiritualität eine „subjektive, nach Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung“ (ebd., S. 60; Büssing 2006, S. 23).

In Betracht der jetzigen Generation der älteren Menschen in Deutschland, die noch von konfessionellen religiösen Traditionen geprägt ist, wird deutlich, dass sich der Wert von Religiosität bzw. Spiritualität wandeln wird, da diese konfessionellen Bindungen rückläufig sind (Heller & Heller 2014, S. 26).

Momentan gehören knapp 67% der deutschen Bevölkerung einer Konfession an (Bundeszentrale für politische Bildung 2012, o.S.). Die anderen 33% benennen sich als konfessionslos (ebd.).

Obwohl in 20 Jahren weniger als 50% der in Deutschland lebenden Menschen einer der beiden großen Kirchen angehören werden (Kamann 2013, o.S.), nimmt das Interesse in unserer Gesellschaft an übersinnlichen Fragen bezüglich der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des Lebens und des menschlichen Daseins stetig zu (Kohls & Walach 2011, S. 134).

In der deutschen Spiritualitätsstudie vom Jahr 2006 gewann man die Erkenntnis, dass sogar 15% der Bevölkerung sich als „Spirituelle Sinnsucher“ sehen (Identity Foundation 2006, S. 2). In der Annahme, dass die Menschen in unserer Bevölkerung aufgrund der Auseinandersetzung mit der „Sinnsuche“ zu ca. 2/3 religiös sind, geht aus empirischen Untersuchungen hervor, dass mindestens ein Drittel der Menschen sich als weder religiös noch als spirituell einschätzt. Trotzdem geben diese Menschen an, an etwas Transzendentes oder Höheres zu glauben (Heller & Heller 2014, S. 67). Demnach können sich Menschen, die sich als nicht-spirituell bzw. nicht-religiös bezeichnen, auch spirituell sein.

Im Hinblick auf den Säkularisierungsprozess, also der abnehmenden Bedeutung von Religion, ist anzunehmen, dass diese Entwicklung in den nächsten Jahren zunehmen wird. Dennoch ist es wichtig, dass sich jeder Mensch mit Sinnfragen, auch in Bezug auf die Thematik Sterben und Tod, auseinandersetzt, um die persönlichen Bedürfnisse, aber auch Grenzen, reflektieren zu können. Somit wird Spiritualität in Zukunft an Bedeutung gewinnen und die Beschäftigung mit existenziellen Fragen begleiten.

Durch die steigende Multimorbiditätsrate und den medizintechnischen Fortschritt, kann sich die letzte Lebensphase über eine längere Zeit erstrecken. Eine den Patienten bedürfnisentsprechende spirituelle Betreuung während existenzieller Lebenskrisen gewinnt somit in der Pflege umso mehr an Bedeutung. So äußern viele Patienten im Gesundheitswesen den Wunsch, dass während der Behandlung spirituelle Bedürfnisse erkannt und unterstützt werden sollen (Koenig 2012, S. 42). Mit dem Versorgungsansatz der Palliativpflege soll ein würdevolles Sterben ermöglicht werden. Laut WHO-Definition sollen lebensbedrohliche Erkrankungen am Lebensende durch vorbeugen und lindern von Leiden und durch einschätzen und behandeln von Schmerzen fachgerecht versorgt werden (WHO-Definition Palliative Care 2008). Dies soll eine Verbesserung der Lebensqualität ermöglichen. Gleiches gilt für die Erkennung von Problemen und Bedürfnissen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Der Aspekt der Spiritualität findet jedoch nach Erfahrungen der Autorin nur wenig Anwendung in der pflegerischen Praxis. Durch die steigende Lebenserwartung und die dadurch bedingte alternde Gesellschaft ist die Konfrontation mit dem Sterben und Tod unausweichlich.

Spiritualität wird ein bedeutender Zusammenhang mit der Lebensqualität nachgewiesen (Puchalski 2012, S. 49) und Studien legen zudem dar, dass der Tod bei Ausübung von Spiritualität mit einer geringeren finalen Verzweiflung einhergeht (Baumann 2011, S. 71). Ebenso gibt es Hinweise dafür, dass Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen, die stark spirituell orientiert sind, weniger Ängstlichkeit und Depressivität aufweisen (Bucher 2007, S. 133).

Empirische Ergebnisse zeigen, dass Spiritualität als positiver Bewältigungsmechanismus für Krebs angesehen werden kann, insbesondere wenn Patienten in der Krankheitssituation eine Bedeutung finden können (Versano 2011, S. 4).

Gleichzeitig ist aber auch bekannt, dass die Entwicklung und Umsetzung der Versorgungskonzepte von Spiritualität in der Pflegepraxis noch ausstehen.

Da Spiritualität eine existenzielle Ressource im Hinblick auf Sterben und Tod bieten kann, muss herausgefunden werden, wie sie sich individuell im pflegerischen Alltag implementieren lässt. Im Vordergrund der palliativen Versorgung eines Patienten steht nicht nur die körperliche Schmerzfreiheit, sondern auch Wünsche und Ziele des Betroffenen (WHO-Definition Palliative Care 2008). Im Gegensatz zur Symptomkontrolle ist es jedoch schwierig seelische und geistige Zustände des Patienten zu erfassen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es somit herauszufinden, wie Pflegekräfte die Spiritualität im Bewältigungsprozess einer existenziellen Krise unterstützen können.

Dazu soll folgende Fragestellung beantwortet werden:

„Wie können professionell Pflegenden den spirituellen Bewältigungsprozess von Patienten in der Palliativpflege unterstützen?“

1.2 Methodisches Vorgehen und Aufbau

Zur Erhebung der Komponenten spiritueller Pflege und deren Wirkung bei Menschen auf die psychosoziale und körperliche Ebene, sowie zur Identifikation von Bedürfnissen Sterbender, wurde eine systematische Literaturrecherche in den allgemein bibliographischen Datenbanken Cinahl und PubMed durchgeführt. Die Suchstrategie umfasste die Hauptsuchbegriffe („spirituality“, „spiritual care“, „palliative care“, „end of life care“, „nursing“, „competencies“, „dying patient/ person“, „needs“).

Um möglichst eine Großzahl an Studien und Beiträgen zur Thematik von Spiritualität in der Palliativpflege zu erhalten, wurden in beiden Datenbanken keine Limits gesetzt. Um die vorhandene Trefferanzahl einzugrenzen, wurden die einzelnen Stichworte mit den Bool'schen Operatoren „OR“/„AND“ verknüpft.

Des Weiteren erfolgte eine Handrecherche in den Fachbibliotheken Hamburgs zum Thema Spiritualität und Palliativpflege.

Aufbau

Zum Einstieg in die Thematik sollen Begriffserklärungen über Spiritualität (2.), sowie Religion und Religiosität dargelegt werden (2.1).

Um die wichtige Bedeutung von Spiritualität in der Palliativpflege zu unterstreichen, sollen Auswirkungen von Spiritualität auf den Menschen erläutert und spirituelle Bedürfnisse von Sterbenden dargelegt werden (3.).

Zur Beantwortung der Fragestellung soll anschließend die Einbindung von Spiritualität in den Pflegeprozess (4.) beschrieben werden, um zu zeigen, wie sie in den pflegerischen Alltag eingebettet werden kann.

Dazu werden einleitend Grundlagen über Pflgetheorien (4.1) gegeben, sowie Beispiele für Erfassungsmöglichkeiten von Spiritualität genannt (4.2). Zuletzt soll ebenfalls der Aspekt von Spiritualität in den Pflegediagnosen fokussiert werden, da das Konstrukt der Pflegediagnosen mit der Aufteilung „Ursache, Diagnose, Symptome“ eine Anknüpfung an pflegerische Interventionen ermöglicht.

Im Anschluss (5.) sollen die dargelegten Informationen zusammengefügt und darauf aufbauend spirituelle Interventionen (5.1) und Kompetenzen von Pflegenden (5.2) präsentiert werden, die zur spirituellen Unterstützung in der palliativen Pflege empfehlenswert sind.

Abschließend (6., 7.) werden die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Fragestellung diskutiert und mit einer persönlichen Schlussfolgerung abgeschlossen.

2 Spiritualität

Für die Definition von Spiritualität gibt es in der Fachliteratur zahlreiche Ansätze, den Begriff näher zu beschreiben. Es findet sich in der Literatur kein Konsens über das exakte Verständnis von Spiritualität, da die Thematisierung des Wortes in vielfältigen Bereichen der Gesellschaft und Wissenschaften vertreten ist. Im Folgenden soll daher ein Überblick über einige Definitionen gegeben werden, um eine Vorstellung davon zu geben, was der Begriff Spiritualität bedeutet.

Das Wort Spiritualität entstammt dem lateinischen Begriff „spiritus“. In dem Begriff enthalten ist das Wort „spiro“, welches etwa „Luft, Hauch“, „Atem, atmen“, „Seele, Geist“ sowie „Begeisterung, Mut und Sinn“ bedeutet (Bucher 2007, S. 22).

Die Bedeutung von Spiritualität ist je nach Kultur, Religion, Weltanschauung, Wissenschaft und Sozialisation unterschiedlich zu werten und zu verstehen (Steinmann 2011, S. 38). Wurde in früheren Zeiten der Begriff Spiritualität in christlichen Religionen sinngemäß mit Frömmigkeit gleichgesetzt (Weiher 2014, S. 26), so grenzte er sich in den letzten Jahren von traditioneller Religiosität ab und erweiterte sein Bedeutungsspektrum (Bucher 2007, S. 22).

In der gegenwärtigen Zeit werden mit Hilfe des Ausdrucks „Spiritualität“ offene und individuelle Ansichten vertreten. Mit einem Kulturwandel zum Ende der 1960er Jahre (Utsch 2014, S. 27) wurde der Begriff um weitere Perspektiven erweitert und hat sich heute in den Bereichen der Esoterik und Psychologie (Körtner et al. 2009, S. 5), in der Ökologie und Wellness-Szene (Bucher 2007, S. 22), in New-Age-Therapien bzw. Energieheilmethoden (Stevens-Barnum 2002, S. 167-175) oder in gesundheitsfördernden Angeboten aus dem fernen Osten, wie z.B. Traditioneller Chinesischer Medizin (Yoga, Meditation etc.) und alternativen Heilverfahren, etabliert (Schiffner 2012, S. 6).

Im Palliativkontext definiert die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Spiritualität wie folgt:

„Unter Spiritualität kann die innere Einstellung, der innere Geist wie auch das persönliche Suchen nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden, mit dem er versucht, Erfahrungen des Lebens und insbesondere auch existenziellen Bedrohungen zu begegnen.“

(vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2007)

Büssing (2008) ergänzt diese Ansicht, mit der Annahme, dass Spiritualität eine nach „Sinn und Bedeutung suchende Lebenseinstellung ist“ [bei der sich] „der bzw. die Suchende ihres göttlichen Ursprungs bewusst ist und eine Verbundenheit mit anderen, mit der Natur, mit dem Göttlichen usw. fühlt“ (vgl. Büssing 2008, S. 36).

Gleichermaßen sieht Steinmann (2008) in der Spiritualität die Verbindung einer „inneren Erfahrung von transzendenter Wirklichkeit“ mit dem Umfeld und der Umwelt (vgl. Steinmann 2008, S. 64).

Hauf (2009) fasst diese Grundgedanken zusammen und zeigt auf, dass Spiritualität als eine Geistigkeit und Lebendigkeit verstanden werden kann, die im Gegensatz zur rein materiellen Körperlichkeit und zum rationalen Denken steht (Hauf 2009, S. 8).

Auch kann Spiritualität mit eigenen authentischen Erfahrungen gleichgesetzt werden (Baumann 2011, S. 68), welche in einem Prozess in allen Lebensphasen und Lebensbereichen, Lebensweisen sowie Lebensorientierungen weiterentwickelt wird (Steinmann 2008, S. 64).

Spiritualität kann zudem als eine Systemeigenschaft des lebendigen Menschen verstanden werden, welche sich durch Subjektivität, Kommunikation und Selbsttranszendenz auszeichnet (Frick 2002, S. 43).

Gemeinsam ist den Definitionen, dass es sich um eine für den Betroffenen subjektive und individuelle Vorstellung oder Begebenheit handelt, welche mit den Vorstellungen des eigenen Lebenssinns einhergehen. Hierbei kann eine individuelle Verbundenheit zu Nicht-irdischem, Nicht-materiellem und Transzendente bestehen.

Spiritualität kann sich aus einem Prozess entfalten, welcher sich durch verschiedene Situationen, Herausforderungen, wie z.B. existenziellen Krisen, oder anderen Ereignissen im Leben, bemerkbar macht. In existenziellen Bedrohungen kann Spiritualität somit eine Ressource für den Einzelnen bieten.

Utsch (2014) bezeichnet das Wort Spiritualität, aufgrund der facettenreichen Definitionsansätze in der Literatur, als ein „Containerbegriff“ (vgl. Utsch 2014, S. 30).

Utsch zeigt mit diesem Begriff, dass es unreal erscheint, eine einheitliche Definition zu finden. Mit dem Begriff „Container“ wird dargelegt, dass Spiritualität eine Fülle inhaltlicher persönlicher Deutungen mit sich bringt.

Mit diesem metaphorischen Ausdruck sagt Utsch (2014) aus, dass Spiritualität alle Aspekte und Ansichten des Menschen aufnimmt, wie etwa seine Religion, Lebenseinstellung und all das, was darüber hinausgeht.

Im Anbetracht der dargelegten Definitionen wird deutlich, dass es in der Literatur vielseitige Ansätze gibt, die Begrifflichkeit der Spiritualität näher zu beleuchten.

Wer sich mit Spiritualität befasst, beschäftigt sich prinzipiell mit seiner Umwelt. Menschen, die sich mit Spiritualität auseinandersetzen, hinterfragen ihre eigene Existenz und setzen sich mit Wert- und Sinnfragen dieser auseinander. Dabei kann die Verbundenheit zu etwas Transzendenterem oder Übernatürlichem bestehen, das die materiellen Aspekte des Lebens überschreitet.

Das Begriffsspektrum der Spiritualität umfasst somit vielseitige Dimensionen, sodass die persönliche Definition eines Menschen, anhand von Bestimmungen über konfessionelle Institutionen sehr eng dargelegt werden kann, oder aber auch sehr weit gefasst, wenn Menschen ihre Weltsicht anhand von eigenen Vorstellungen und Überzeugungen deuten.

In der Literatur auffindbar ist ebenso der Begriff „Spiritual Care“. Ostermann & Büssing (2007) sehen in dem Begriff die Gleichsetzung mit dem Begriff „Pastoral Care“ und begründen deren angloamerikanische Bezeichnung mit den engen Verwurzelungen von Fragen zur Religiosität von Kranken- bzw. Krankenhausseelsorge (Ostermann & Büssing 2007, S. 218). Dazu hingegen sieht Weiher (2014) „Spiritual Care“ als einen Oberbegriff für jede Form spiritueller Unterstützung durch die Gesundheitsberufe (Weiher 2014, S. 158).

Da sich die Definitionsansätze in der Literatur häufig mit denen der Religion bzw. Religiosität überschneiden, soll folglich eine kurze Gegenüberstellung der Begriffe Spiritualität und Religion bzw. Religiosität dargelegt werden.

2.1 Spiritualität in Abgrenzung zu Religion/Religiosität

In der Fachliteratur stellt sich die Suche nach einer Definition von Religion und Religiosität schwierig dar, da sich auch hier keine einheitliche Begriffsbestimmung bzw. Abgrenzung zum Begriff der Spiritualität finden lässt. Jedoch ist, wie zuvor beschrieben, der Begriff Spiritualität nicht deckungsgleich mit dem Begriff der Religion, da er sich in Laufe der Neuzeit vom klassischen Kirchenverständnis distanziert und sein Spektrum erweitert hat.

Etymologisch bedeutet das Wort Religion „religare“, was soviel bedeutet, wie anbinden, festhalten, zurückbinden (Sundermeier 2007, S. 11).

Als Religion wird in unserer Gesellschaft die gemeinschaftliche Bindung an eine Institution verstanden, während Religiosität eher als Eigenschaft gesehen wird, die das eigene individuelle und subjektive bzw. das „Innerliche“ anstrebt (Figl 2003, S. 65).

Im Gegensatz zu Spiritualität werden unter Religiosität Überzeugungen, Werte und Verhaltensweisen verstanden, die in Institutionen, wie z.B. Kirchen, ausgelebt werden. Spiritualität hingegen schließt Lebenserfahrungen und Zugangsweisen in Verknüpfung mit Sinn- und Hoffnungssuche ein (Frick 2002, S. 43).

Spiritualität kann somit als ein breiteres und der Religiosität übergeordnetes Konzept aufgefasst werden, welches keine Teilnahme an Aktivitäten oder Ritualen eines speziellen Normen- oder Traditionssystem beinhalten muss (Zwingmann 2004, S. 242). Für Kammerer et al. (2003) ist die Verwendung des Begriffs Spiritualität auch eine Möglichkeit, um darzulegen, dass man sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig fühlt (Kammerer et al. 2013, S. 141).

Verglichen mit Religiosität steht Spiritualität jedem offen. Religionen besitzen einen „spirituellen Auftrag, den sie leben und weitergeben“ (vgl. Jung-Borutta & Sitte 2013, S. 211). Spiritualität hingegen ist als „überkonfessioneller Begriff“ (vgl. Bruns et al. 2007, S. 490) etwas weit gefasstes, das alle Bereiche des Lebens impliziert und Aspekte wie Bedürfnisse, eigene Einstellungen und Überzeugungen beinhaltet.

Die dargelegten Erklärungen zeigen auf, dass Religiosität also ein Teil von Spiritualität sein kann und trotz der gemeinsamen Aspekte der Begrifflichkeiten, auch Unterschiede vorhanden sind.

Es ist ersichtlich, dass mit dem Begriff Spiritualität unbestimmte, offenere und auch freiere Ansichten vertreten sind, da Spiritualität entgegen der Religiosität nicht an Dogmen und Institutionen orientiert ist. Zwar beinhalten sowohl Religiosität als auch Spiritualität, dass Menschen sich mit etwas Höherem verbunden und von ihm erfüllt fühlen, die Definitionsansätze machen jedoch deutlich, dass ein spiritueller Mensch auch ohne Religionssysteme an eine höhere Macht oder andere Transzendenzerlebnisse glauben kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich als schwierig erweist, Kriterien festzulegen, die Spiritualität in Abgrenzung zu Religiosität definieren. In der Literatur zeigt sich häufig die Verwendung beider Begriffe als synonym. Spiritualität scheint

im Grundlegenden ein Phänomen zu sein, welches dem Menschen in jedem Hinblick seines Lebens Unterstützung bieten kann.

Da in dieser Arbeit der Fokus auf der Pflege am Lebensende liegt, soll mit der Grundlage dieser Definitionsansätze im nächsten Kapitel die Bedeutung von Spiritualität in der Palliativpflege aufgezeigt werden.

3 Spiritualität in der Palliativpflege

Da die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod mit dem Auftreten existenzieller Krisen einhergehen kann und eine Beschäftigung mit der persönlichen spirituellen Dimension auslöst, ist es wichtig, dieser Tatsache näher Beachtung zu schenken. Spiritualität ist in der Palliativpflege deshalb so essenziell, weil sie eine wichtige Form von Sinnfindung bei der Verarbeitung von Leiden und Sterben ist (Weiher 2014, S. 159). Das Konzept der Palliativpflege soll der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten dienen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind.

Aufgrund des demographischen Wandels und der Tatsache, dass Krankenhäuser zunehmend zum Sterbeort vieler Schwerstkranker werden, kann angenommen werden, dass auch die Bedeutung von Spiritualität steigen wird (Heitlinger 2005, S. 37). In dieser Arbeit soll daher hauptsächlich Bezug auf das stationäre Palliativsetting in Krankenhäusern genommen werden.

Roser (2008) betont, dass der Patient in der Palliativpflege im Mittelpunkt steht und das Ziel die Ermöglichung eines als sinnvoll erfahrenen Lebens ist (Roser 2008, S. 4). Gerade in den letzten Lebenstagen kann die Beschäftigung mit der eigenen spirituellen Dimension als Bewältigungsstrategie gesehen werden (Weiher 2014, S. 51).

Da die aktuelle Studienlage zahlreiche Einblicke über die positiven und negativen Auswirkungen von Spiritualität auf die verschiedenen Dimensionen des Menschen zeigt, sollen einige Ergebnisse über diese dargestellt werden.

3.1 Spiritualität als Ressource

In wissenschaftlichen Studien wurden bisher zahlreiche positive Wirkungen beschrieben, die zeigen, dass Spiritualität gerade in den letzten Lebenstagen eine Unterstützung bei der Bewältigung von Belastungen bieten kann.

Vorerst soll angemerkt werden, dass in den nachfolgenden Ausführungen nicht alle Studien aufgrund ihrer Methodik und Durchführung repräsentativ sind. Trotzdem soll eine Übersicht über die möglichen Effekte gegeben werden, auch wenn noch Nachweise für deren Wirkmechanismus ausstehen.

Studienergebnisse zu körperlichen Auswirkungen sollen nur kurz dargelegt werden, da der palliative Ansatz nicht auf kurative Behandlung und Versorgung ausgelegt ist. Das folgende Unterkapitel soll speziell die Resultate über die Auswirkung von Spiritualität auf die psychosoziale Ebene des Menschen aufzeigen.

3.1.1 Psychosoziale Auswirkungen

Im Forschungsbereich der (Sozial-) Psychologie finden sich zahlreiche Studien zur Wirkung von Spiritualität, welche positive mentale Auswirkungen nachweisen.

Ein Großteil der ausgewählten Forschungsergebnisse legt dar, dass geriatrische Patienten weniger depressive Symptome aufzeigen, wenn sie spirituelle Praktiken oder Religiosität ausüben.

So untersuchten Davidson & McEwen (2012), soziale Einflüsse auf die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und fanden heraus, dass meditative Praktiken als Ausdrucksform von Spiritualität, morphologische Veränderungen im Gehirn verursachen und somit das Wohlbefinden fördern können (Davidson & McEwen 2012, S. 694).

Auch Miller et al. (2014) fanden heraus, dass Menschen, die der Religion oder Spiritualität eine hohe Bedeutung beimäßen, eine dickere Hirnrinde aufwiesen und somit eine höhere Resilienz bzw. ein geringeres Risiko gegenüber der Entwicklung von depressiven Erkrankungen aufzeigten. Dabei hatte die Häufigkeit der Ausübung bzw. die Anzahl der Besuche von kirchlichen Institutionen keinen Einfluss auf die Ergebnisse (Miller et al. 2014, S. 133).

Zudem machen Studienergebnisse deutlich, dass Spiritualität und Religiosität Einfluss auf das Angstempfinden von Menschen haben. In einer iranischen Studie,

bei der eine an Leukämie erkrankte Probandengruppe Unterstützung durch Pflegende bei der Ausübung von Spiritualität erhielt, zeigten sich signifikante Unterschiede ($p < 0,01$) beim Angstepfinden gegenüber der Kontrollgruppe, die ebenfalls an Leukämie erkrankt war, jedoch keine Interventionen bekam. Es ist somit anzunehmen, dass Spiritual Care als Intervention von Pflegekräften effektiv ist, um Angstgefühle zu reduzieren (Moeini et al. 2014, S. 93). Zudem gewann man die Erkenntnis, dass Gläubige die letzte Lebensphase als weniger angstvoll und verzweifelt wahrnahmen und das Sterben leichter akzeptierten (Pompey 1998, S. 247).

Des Weiteren wird Spiritualität eine signifikante Erhöhung der Lebensqualität bei chronisch Kranken zugesprochen (Vilhena et al. 2014, S. 9).

Für eine angemessene Palliativversorgung scheint auch das Gefühl einen Lebenssinn in schweren Lebenssituationen gefunden zu haben, eine wichtige und schützende Funktion zu sein, um u.a. Hoffnungslosigkeit und dem Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung entgegenzuwirken (Jacobi & MacLeod 2011, S. 140; Breitbart et al. 2000, S. 2910). Mit dem Gefühl, einen Lebenssinn gefunden zu haben, können Menschen somit in ihrer Erkrankung eher eine effektivere Bewältigungsstrategie (Coping) sehen, als nicht spirituelle Menschen (Jacobi & MacLeod 2011, S. 140; Vonarx & Hyppolite 2012, S. 69).

Des Weiteren erklären Martinez & Custodio (2014), dass spirituelles Wohlbefinden zu psychischer Gesundheit beisteuert, Schlafstörungen und psychosomatische Beschwerden minimiert, sowie Stress reduziert (Martinez & Custodio 2014, S. 24). Auch ist beim Ausleben von Spiritualität eine bessere Anpassung an Stress möglich (Koenig 2000, S. 1708).

3.1.2 Körperliche Auswirkungen

Vielen Studienergebnissen zufolge hat die Ausübung von Spiritualität ebenfalls Auswirkungen auf den menschlichen Körper. So wird Spiritualität eine blutdruckregulierende Wirkung (Lucchese & Koenig 2013, S. 110), sowie ein positiver Effekt auf das Gehirn und das Immunsystem nachgewiesen (Davidson et al. 2003, S. 564). Patienten, die ein hohes spirituelles Wohlbefinden aufwiesen, zeigten niedrigere Infektionsparameter, niedrige Triglycerid-Werte, sowie signifikant

niedrige Nüchtern-Glukose-Werte in ihren Blutbildern (Holt-Lunstad et al. 2011, S. 482).

Auch leisteten Menschen durch spirituelle Einflüsse in ihrem Leben einen Beitrag zur höheren Lebenserwartung (McCullough et al. 2000, S. 219).

Die positiven Einflüsse auf körperliche Funktionen und Aspekte der Lebensverlängerung sind in der palliativen Pflege eines Sterbenden nicht zwingend relevant. Eine mögliche Verringerung von Komplikationen durch etwaige Begleiterkrankungen, wie Infektionen, könnten zu einem körperlichen Wohlbefinden führen und mit einer Steigerung der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität in der letzten Lebensphase einhergehen. Eine höhere Zufriedenheit der Patienten könnte auch die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patienten erleichtern und für die Sterbebegleitung von Vorteil sein.

Da Spiritualität aber auch Risiken mit sich bringen kann, sollen im folgenden Abschnitt kurz negative Auswirkungen auf den Menschen beleuchtet werden.

3.2 Spiritualität als Risiko

Bisher wurde in der Forschung nur eine systematische Arbeit zu negativen Folgen bezüglich der Einbeziehung von Spiritualität im Gesundheitsbereich durchgeführt (Koenig 2012, S. 83).

In der OASIS-Studie („Oncologist assisted spiritual intervention study“) von Kristeller et al. (2005) wurde die Akzeptanz, der Einfluss auf die Zufriedenheit der medizinisch-pflegerischen Betreuung und die Lebensqualität unter dem Aspekt einer spirituellen/religiösen Anamnese mittels einer kurzen Befragung durch Onkologen untersucht. Neben 76% der Befragten, welche die spirituelle Anamnese als nützlich befanden, sahen 24% diese Art von Befragung als wenig bzw. nicht hilfreich (Kristeller et al. 2005, S. 335).

Trotz des vermeintlich positiven Einflusses von Spiritualität auf das Wohlbefinden, besteht somit auch die Möglichkeit, dass Spiritualität auch negative Auswirkungen und Risiken auf den Patienten haben kann.

Braam et al. (2010) fanden heraus, dass Spiritualität/Religiosität, unabhängig vom religiösen Hintergrund, mit einem hohem Maß an psychopathologischen Auswirkungen einhergehen kann, sodass Betroffene ihre Erkrankung und ihr Leiden

als Strafe Gottes sehen, die Gottesexistenz anzweifeln oder mit der Existenz Gottes Gefühle von Wut und Angst assoziieren (Braam et al. 2010, S. 275).

Pflegende sollten somit auch immer die Möglichkeiten der negativen Auswirkungen beachten, wenn es um die Berücksichtigung und Unterstützung von Spiritualität geht.

Die vorgestellten Studien zeigen, dass Spiritualität für Patienten eine wichtige Ressource sein kann, welche den Umgang mit dem Leben und der Krankheit beeinflusst.

Die aufgezeigten positiven und negativen Auswirkungen können bei der Befriedigung spiritueller Bedürfnisse entstehen. Nachfolgend soll ein Überblick über Untersuchungen von spirituellen Bedürfnissen sterbender Menschen dargelegt werden.

3.3 Spirituelle Bedürfnisse von Sterbenden

Wie im vorigen Kapitel dargelegt, berichten Studien über positive Auswirkungen auf die körperliche und mentale Gesundheit von Menschen. In den letzten Jahren werden zunehmend auch spirituelle und religiöse Bedürfnisse psychologisch untersucht und u.a. Forschungen über spirituelle Bewältigungstechniken betrieben. Es ist bekannt, dass schwerstkranke Patienten, im Gegensatz zu gesunden Menschen, aufgrund ihrer existenziellen Krise, in ihrer spirituellen Dimension erhöhte und intensivere spirituelle Bedürfnisse erfahren (Taylor 2003, S. 260). Dementsprechend ist es für Pflegende wichtig, stärker auf diese Bedürfnisse einzugehen (Utsch 2014, S. 32).

Da Spiritualität als Ressource helfen kann, einen persönlichen Lebenssinn und evtl. einen Weg zur Orientierung und Bewältigung von Lebenskrisen zu finden, soll im Folgenden eine Darstellung über einige Untersuchungen von spirituellen Bedürfnissen betroffener Menschen am Lebensende folgen.

Andere allgemeine Bedürfnisse Sterbender, wie z.B. das Bedürfnis nach Schmerzfreiheit etc. sollen aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nicht fokussiert werden, auch wenn diese für eine angemessene Palliativbetreuung ebenso essenziell wie die Erkennung von spirituellen Bedürfnissen sind.

In der Studie von Moadel et al. (1999), in der 248 onkologisch erkrankte Patienten befragt wurden, zeigten sich Wünsche, wie Hilfe bei der Überwindung von Ängsten

(51%), sowie das Bedürfnis Hoffnung zu finden (42%). 40% aller Befragten, äußerten zudem das Bedürfnis einen Sinn im Leben zu finden und 39% spirituelle Ressourcen zu entdecken. Ebenso wichtig war für die Betroffenen, über das Finden des inneren Friedens (43%) zu reden, sowie sich mit Lebenssinn (28%) und der Thematik des Sterbens und des Todes (25%) auseinanderzusetzen (Moadel et al. 1999, S. 378).

In Übereinstimmung damit berichtet Taylor (2003) in ihrer deskriptiv qualitativen Querschnittsstudie Ergebnisse, bei denen sich die folgenden sieben Bedürfniskategorien differenzieren: Das Bedürfnis, eine Beziehung zu einer höheren Macht zu finden, das Bedürfnis nach Positivem, nach Dankbarkeit und Hoffnung zu erleben, das Bedürfnis, Liebe zu geben und zu erhalten, das Bedürfnis Glaubensüberzeugungen zu überprüfen, das Bedürfnis einen Sinn zu finden, religiöse Bedürfnisse auszuleben, sowie das Bedürfnis, sich auf den Tod vorzubereiten (Taylor 2003, S. 265).

Büssing et al. (2010) befragten mittels des an Validität und Reliabilität getesteten Fragebogens „Spiritual Needs Questionnaire“ religiöse (86%) und nicht-religiöse (14%) Patienten (n = 120), die ausgewählte Themen nach ihrer eigenen Wichtigkeit einschätzen sollten (Büssing et al. 2010, S. 268). Bei der Auswertung wurden vier Bedürfnisfelder erkennbar. Die Befragten äußerten spirituelle Bedürfnisse, wie „Religiöse Bedürfnisse“, „Bedürfnisse nach innerem Frieden“, „Existenzielle Bedürfnisse“, sowie „Bedürfnisse nach aktivem Geben“.

Dabei lag die höchste Bedeutung bei den Bedürfnissen nach innerem Frieden und dem Bedürfnis nach aktivem Geben, wobei existenzielle Bedürfnisse wenig Bedeutung und religiöse Bedürfnisse kaum eine Bedeutung für die Befragten hatten.

Aspekte, die mit religiösen Bedürfnissen einhergingen, beinhalteten Gebete (auch mit anderen Menschen), Teilnahme an religiösen Zeremonien, sowie das Lesen heiliger Schriften und den Wunsch sich an höhere Präsenzen zu wenden. Die Bedürfniskategorie „Bedürfnis nach innerem Frieden“, beinhaltete Wünsche, wie z.B. das Verweilen an ruhigen und friedlichen Plätzen, Eintauchen in die Natur, Finden des inneren Friedens, sowie den Wunsch, mit anderen über die eigenen Ängste und Sorgen zu reden und Zuwendung von anderen zu erhalten.

Die Kategorie „existenzielle Bedürfnisse“ beinhaltet die Reflexion über die Bedeutung des eigenen Lebens und Leidens, ungeklärte bzw. offene Fragen zu lösen, sowie die Möglichkeit, über ein Leben nach dem Tod zu reden.

Das letzte Bedürfnisfeld ging mit Vorstellungen einher, jemanden zu trösten, sich anderen zuzuwenden und der Absicht anderen „etwas geben“ zu können. Büssing (2011) vermutet bei Letzterem, dass der Betroffene sich „aus der Rolle des Defizienten“ (vgl. Büssing 2011, S. 120) entzieht und sein Leben in der letzten Lebensphase eigenverantwortlich gestaltet.

Höcker (2012) befragte in ihrer Querschnittsstudie onkologische Patienten (n=285) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mittels standardisierter Selbst- und Fremdbeschreibungsverfahren. Dabei wurde ebenfalls der „Spiritual Needs Questionnaire“ verwendet und die Bedürfnisse „in die Schönheit der Natur einzutauchen (77,3%)“ und „sich jemandem liebevoll zuzuwenden (77,1%)“ am häufigsten genannt. Rund zwei Drittel äußerten das Verlangen, einem anderen Trost zu spenden, mit jemandem über Ängste und Sorgen zu reden, inneren Frieden zu finden, sowie an einem Ort der Ruhe und des Friedens zu verweilen (Höcker 2012, S. 100). Etwa die Hälfte der Probanden teilte mit, dass sie wünschten, etwas von sich verschenken zu können und äußerten den Willen, auf ihr bisheriges Leben zurückzuschauen. Zudem beschrieben sie den Wunsch nach einer größeren Zuwendung durch andere. Dabei stellt sich heraus, dass die spirituellen Bedürfnisse mit der höchsten Zustimmung auch zugleich mit der größten Intensität erfahren wurden (ebd.).

In der Studie von Höcker (2012), ist eine große Variabilität an Antworten vorhanden, sodass durchschnittlich acht spirituelle Bedürfnisse angegeben wurden. Dabei verfügten aber nahezu alle Patienten (93.8%) über ein spirituelles Bedürfnis (ebd., S. 101), sodass die Ergebnisse nochmals die Notwendigkeit unterstreichen, Schwerstkranke und Sterbende professionell in ihrem spirituellen Bewältigungsprozess zu unterstützen.

Gemeinsam ist den Studienergebnissen, dass sich Dimensionen mit der eigenen Persönlichkeit, nahestehenden Menschen und dem Bedürfnis, sich mit seiner eigenen Umwelt auseinanderzusetzen, herausheben.

Trotzdem geben Krebspatienten im fortgeschrittenen Stadium an, dass ihre spirituellen Bedürfnisse entweder nur in einem geringen Ausmaß bzw. gar nicht vom medizinischen System berücksichtigt werden (Balboni et al. 2007, S. 559).

Dennoch ist es wichtig, spirituelle Bedürfnisse bei der Behandlung zu berücksichtigen, da das Nichtbeachten und Nichterfüllen mit einer geringeren Lebensqualität (ebd.), sowie einer geringeren Zufriedenheit mit der Behandlung in der letzten Lebensphase einhergeht (Kristeller et al. 2005, S. 338).

Die Ergebnisse zeigen, dass fast jeder Patient über mindestens ein spirituelles Bedürfnis verfügt. Um bestimmte Interventionen planen zu können, ist es daher unerlässlich Erfassungsmöglichkeiten von Spiritualität zu bedenken. Im Folgenden sollen daher einige Instrumente zur spirituellen Anamnese präsentiert werden, um zu zeigen, wie spirituelle Aspekte im Pflegeprozess erfasst werden können.

4 Einbindung von Spiritualität in den Pflegeprozess

4.1 Spiritualität in den Pflege-theorien

In diesem Abschnitt sollen einige bekannte Pflege-theorien mit ihren Grundannahmen zu Spiritualität erläutert werden, da Pflege-theorien für pflegerische Handlungen in der Praxis oftmals als Grundlage dienen.

Nach einem Überblick soll speziell die Theorie des systemischen Gleichgewichts von Marie-Luise Friedemann erläutert werden, da diese sich verstärkt mit der Rolle der Spiritualität in der Pflege des sterbenden Menschen und seiner Familie beschäftigt.

Die Thematik von Spiritualität in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in ihren historischen Wurzeln verankert. Den Anlass Pflege auszuführen und diese zum Beruf werden zu lassen, ging mitunter aus der Tätigkeit religiöser Ordensfrauen hervor, welche die Eigenschaft besaßen, kranke Menschen zu betreuen (Koenig 2012, S. 133). Religiosität und Spiritualität war somit fester Bestandteil der Pflege und prägte die Ausübung pflegerischer Tätigkeiten. Der zunehmende Verlust an Spiritualität in der Pflege, ist auf die Begründerin der professionellen Pflege, Florence Nightingale, zurückzuführen. Sie machte die Pflege zunehmend evidenzbasiert, was die Loslösung der Thematik der Spiritualität vom religiösen Kontext zur Folge hatte (Körtner et al. 2009, S. 71).

Pflege-theorien wurden seit Beginn der 1950er Jahre erstellt, um einen Bezugsrahmen zu entwickeln und pflegerelevantes Wissen zu identifizieren und zu strukturieren (Stemmer 2003, S. 51).

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass es kaum eine Pflege­theorie gibt, welche den Aspekt von Spiritualität vollständig ausklammert. Der Begriff „Spiritualität“ taucht oft nicht explizit auf, sondern wird aus dem Kontext der Modellerklärungen ersichtlich.

Aus den Pflege­theorien, die im Folgenden vorgestellt werden, lässt sich erschließen, dass in Bezug auf Spiritualität die Rolle der Pflege in einer angemessenen Unterstützung liegt.

Madeleine Leininger (1966) fokussiert als Begründerin der transkulturellen Pflege die Dimension von Spiritualität (Fawcett 1999, S. 57). Sie stellt den Aspekt der Fürsorge in der Pflege in den Mittelpunkt ihrer Theorie. Sie fordert, dass Pflegenden ein fundiertes Wissen über andere Kulturen haben sollten, um fürsorglich pflegen zu können (Bose & Terpstra 2012, S. 12). Fürsorge ist ihrer Meinung nach eine Maßnahme, um den Umgang mit dem Tod zu erleichtern (Fawcett 1999, S. 57).

Ebenso erachtet Martha Rogers den Aspekt der Spiritualität als unerlässlich. In ihrem Pflege­ergebnis­modell von 1970 versteht sie den Menschen als Ganzheit (Kühne-Ponesch 2004, S. 116). Sie sieht in der Pflegerrolle u.a. die Aufgabe, dem Menschen einen sinnvollen Übergang zwischen Leben und Tod zu ermöglichen, sowie Wohlbefinden in seinem Leben zu erreichen (ebd., S. 120). Rogers bezeichnet den Menschen als „Energiefeld“ (Lauber & Fickus 2007, S. 101) und verlangt als Maßnahme der Pflegenden die Verstärkung dieses Energiefeldes mittels Energiearbeit. Sie legt dabei die Methode von „Therapeutic Touch“ dar, welche durch Händeauflegen Energie auf den Patientenkörper überträgt (Kühne-Ponesch 2004, S. 122).

Betty Neumann legt in ihrem Systemmodell von 1972 fünf Variablen von Klienten dar, die eine schützende Funktion innerhalb seines Systems einnehmen. Sie plädiert für eine Unterstützung von spirituellen Faktoren, da sie sich auf das Bewältigungspotenzial sowie –muster auswirken (ebd., S. 100).

Ebenso betonen Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney in ihrem Pflegemodell der Lebensaktivitäten von 1976, die Wichtigkeit von Spiritualität, da sie als soziokultureller Faktor andere Lebensaktivitäten beeinflussen kann (Roper et al. 2009, S. 82).

Die Perspektive der Spiritualität wurde auch von Liliane Juchli aufgegriffen. Sie ergänzte in ihrem Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) die Dimension von Spiritualität mit dem besonderen Aspekt der Sinnfindung (Juchli 1994, S. 80).

Auch ist das Modell der ABEDLs nach Monika Krohwinkel zu benennen, die, wie Liliane Juchli, ebenfalls auf Ropers Modell aufbaut. Krohwinkel sieht in der Pflegeversorgung die Beziehung als einen hohen Stellenwert und betont die Wichtigkeit der Berücksichtigung von dem ABEDL „Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“. Krohwinkel verlangt die Förderung von Ressourcen seitens der Pflegenden, da sie grundlegend für den Alltag Pflegebedürftiger sind (Krohwinkel 2008, S. 235).

Zuletzt beschreibt Jean Watson in den von ihr verfassten Büchern, 1979 und 1985, ihre Theorie der menschlichen Zuwendung (Fawcett 1999, S. 176). Sie versteht die Pflege als ein Prozess, bei dem die Erhebung und Unterstützung von Bedürfnissen des Menschen relevant ist. Bezüglich der Spiritualität, sagt Watson aus, dass der spirituelle Faktor die Eigenständigkeit und Identität jedes Menschen mit all seinen subjektiven Erfahrungen unterstreicht. Sie sieht die Aufgabe der Pflegenden darin, die innere Welt der Personen und ihre Bedeutung wertzuschätzen und zu verstehen bzw. dem Pflegebedürftigen dabei zu verhelfen einen Sinn im Leben zu finden (ebd., S. 184).

4.1.1 Theorie des systemischen Gleichgewichts von Marie-Luise Friedemann

Grund für die Vorstellung von Marie-Luise Friedemanns „Theorie des systemischen Gleichgewichts“ ist, dass ihre Theorie als eine der jüngsten Modelle (1989) speziell auf den Bereich der Spiritualität in der Pflege verweist und Bezug auf sterbende Menschen und seine Familie nimmt.

Diese Theorie bietet somit Grundlagen für die Einbindung von Spiritualität in der Palliativversorgung.

Die Pflgeoretikerin beschreibt in ihrem Modell sechs Konzepte, nämlich die der Umwelt, des Menschen, der Gesundheit, der Familie, der Familiengesundheit, sowie der Pflege. Sie stehen alle in Verbindung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig.

Grundlage der Theorie ist, dass jedes Individuum in die verschiedenen Systeme und Subsysteme unserer Welt integriert ist. Als Beispiel für Systeme nennt sie Gegenstände, politische und soziale Systeme, sowie die Natur. Die Umwelt umschließt diese Systeme und bildet einen Rahmen, die den Menschen und seine Familie umgibt (Friedemann 1996, S. 19).

Den anzustrebenden Zustand „Kongruenz“ erreicht ein Individuum, wenn seine Ziele im richtigen Ausmaß erreicht und alle Systeme aufeinander abgestimmt sind (ebd., S. 20).

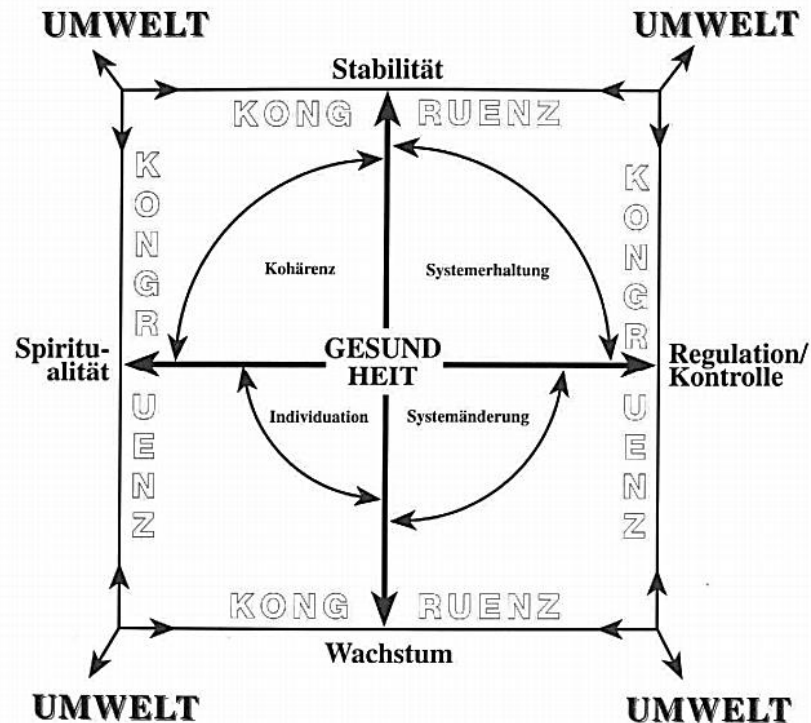


Abbildung 1: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Friedemann 1996, Umschlaginnenseiten)

In Abbildung 1 werden die Ziele des menschlichen Verhaltens, z.B. Spiritualität, in ihrer Wechselwirkung zum angestrebten Zustand der Kongruenz dargestellt.

Die abgebildeten Ziele tragen für Friedemann zur Erhaltung des Systems, sowie zur Bekämpfung von Angst bei. Angst wird dann empfunden, wenn Hilfslosigkeit und Ungewissheit, die u.a. durch die Konfrontation mit dem Sterben auftreten können, realisiert werden (ebd., S. 22).

Friedemann betont, dass Spiritualität dem Menschen ermöglicht, sich über seine Umwelt hinwegzusetzen und Verbindungen zum Universum, zu Mitmenschen, der Natur oder Gott zu verschaffen. Diese Verbindungen können dem Individuum zu Frieden und Harmonie verhelfen (ebd., S. 23).

Die Entstehung von Gesundheit sieht Friedemann in einer weitgehenden Übereinstimmung aller Systeme, Krankheit ist demnach eine Folge der Störung des organischen Subsystems (ebd., S. 28).

In Bezug auf Sterben und Tod stehen die Aspekte der „Kohärenz“ und „Individuation“ in Verbindung mit der eigenen Spiritualität. Mit diesen Aspekten kann der Mensch ein Gefühl von innerem Frieden und Sinnfindung, sowie das Einverständnis mit dem Tod erlangen (ebd., S. 126). Befindet sich ein Mensch im Sterbeprozess, so sieht Friedemann als Aufgabe der Pflegenden die gefühlvolle Unterstützung und die Wahrnehmung von Ängsten.

Die Rolle der Familie spielt dabei in allen Lebensbereichen eine entscheidende Rolle. Friedemann betont, dass auch andere Formen von Familienstrukturen existieren können. Sie erwähnt hierbei die Rolle der Freunde (ebd., S. 31).

Die Gedanken und Annahmen der Theorie Friedemanns sind von Bedeutung für die Sterbebegleitung Schwerstkranker. Friedemann unterstreicht die Notwendigkeit, sowohl Angehörige als auch Freunde etc. mit in den Pflegeprozess einzubinden, da dies dazu verhelfen kann, Sterbende in ihren Gedanken, Sorgen und Ängsten zu verstehen und deren Bedürfnisse in den einzelnen Dimensionen zu erfassen.

Ihre Pflgetheorie ist durch eine moderne Sichtweise von Familienstrukturen geprägt und lässt sich daher gut auf die heutige Zeit übertragen.

Nach Friedemanns vorgestelltem Modell kann die Einbindung der Familie und nahestehenden Personen wichtig für die Erfassung von spirituellen Dimensionen sein und dem Pflegenden einen Rahmen für seine Handlungen geben.

In diesem Kapitel wurde gezeigt, dass Spiritualität sich in fast allen großen Pflgetheorien entdecken lässt.

Da Pflgetheorien eine Grundlage von pflegerischem Denken und Handeln sein können und an dieser Stelle nochmals die spirituelle Unterstützung von Patienten betont wird, soll im weiteren Verlauf gezeigt werden, wie spirituelle Aspekte in der pflegerischen Praxis aufgegriffen und erfasst werden können.

4.2 Erfassungsmöglichkeiten von Spiritualität in der Praxis

Zu den meisten Erfassungsmöglichkeiten von Spiritualität werden in der Literatur spirituelle Anamnesen gezählt. Diese werden jedoch nur selten erhoben, obwohl es notwendig wäre, Pflegende besser auf spirituelle Bedürfnisse zu sensibilisieren (Narayanasamy 1999, S. 394). Da von den Gesundheitsfachpersonen die Pflegenden die meiste Zeit mit den Patienten verbringen (Koenig 2012, S. 140) ist es wichtig, dass sie spirituelle Anamnesen zu erheben lernen (ebd., S. 61).

Eine spirituelle Anamnese dient dazu, die Rolle der individuellen Spiritualität bei der Krankheitsbewältigung nachvollziehen zu können und somit wichtige Reaktionen und Verhaltensweisen auf medizinische Behandlungen zu verstehen (ebd., S. 47). Des Weiteren kann eine spirituelle Anamnese unterstützend auf den Bewältigungsprozess wirken, da sie mögliche Ressourcen im Umfeld des Patienten erkennen lässt (ebd.). Eine Möglichkeit, die spirituellen oder religiösen Überzeugungen der Patienten direkt im klinischen Alltag zu erheben und dabei spirituelle Bedürfnisse zu identifizieren, bieten Assessmentinstrumente.

Es finden sich in der Literatur über 20 Instrumente, die sich mit der Erhebung spiritueller und religiöser Überzeugungen befassen. Sie stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum (Hauf 2009, S. 32f.). Zu untersuchende Inhalte der vorhandenen Fragebögen sind beispielsweise, das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität bzw. –zufriedenheit der Patienten (WHOQOL-Group 1998; Peterman et al. 2002; Ryan & Fiorito 2003). Auch die Erhebung spiritueller oder religiöser Überzeugungen in Bezug auf die individuelle Krankheitsbewältigung (Holland et al. 1998; Mehnert et al. 2003; Büssing et al. 2005) wird in der Literatur beschrieben. In der Literatur häufig aufzufindende Fragebögen, welche die spirituelle Dimension von Patienten im Allgemeinen erfassen, sind zum einen der „FICA“-Fragebogen (Puchalski & Romer 2000), der „SPIRIT“-Fragebogen (Maugans 1996), sowie der „HOPE“-Dokumentationsbogen (Anandarajah & Hight 2001).

Vorerst sollen allgemeine Aspekte erläutert werden, die bei der Erfassung von Spiritualität zu berücksichtigen sind. Im Anschluss daran soll der SPIR-Interviewleitfaden als Assessmentinstrument dargestellt werden.

4.2.1 Zu berücksichtigende Aspekte bei der Erfassung von Spiritualität

An erster Stelle sollten sich professionell Pflegende bei Benutzung der Messinstrumente ein Bild von dem machen, was der Patient unter Spiritualität versteht und in welchem Maße Spiritualität ausgeprägt ist bzw. welche Bedeutung diese in seinem Leben einnimmt (Eglin & Schmid 2010, S. 10). So ist es dem Pflegenden möglich, ein Verständnis der Überzeugungen des Patienten zu erlangen (ebd.). Grundlegend ist bei der Verwendung von Instrumenten bzw. Interviewleitfäden auch, dass sie nicht bloß benutzt oder abgefragt werden,

sondern, dass Informationen auf einfühlsame Art und patientenzentriert gewonnen werden (Koenig 2012, S. 47f.).

Bei qualitativen Interviewmethoden ist es wichtig, dass Pflegende zur Beurteilung achtsam zuhören, da Patienten häufig symbolische oder metaphorische Ausdrücke beim Darlegen von eigenen spirituellen Gedanken verwenden (Anandarajah & Hight 2001, S. 85). So kann beispielsweise die spirituelle Auslebung bei einigen Patienten nicht nur mit institutionellen Einrichtungen verknüpft sein, sondern sich z.B. auch mit Verbundenheit zu Freunden oder Verwandten äußern (Puchalski 2006, S. 152). Pflegende sollten daher voreilige Interpretationen meiden und verständnishaft nachfragen.

Des Weiteren ist bei der Erhebung von Spiritualität zu beachten, dass nicht jeder Patient die Bereitschaft zeigt, seine spirituelle Dimension anzusprechen. Da, wie bereits erwähnt, eine spirituelle Anamnese patientenzentriert sein sollte, sollten Pflegende den Patienten nicht zu einem Gespräch forcieren, wenn er sich als nicht-spirituell identifiziert und keine Bereitschaft zum Reden signalisiert (ebd., S. 154). Pflegende sollten den Betroffenen zu einem Gespräch einladen, damit er bei Bedarf die Initiative zur Offenbarung eigener spiritueller Dimensionen ergreifen kann (Koenig 2012, S. 73).

Um dennoch wichtige Informationen über den Patienten zu erhalten und ihn in seinem spirituellen Bewältigungsprozess zu unterstützen, sollten Pflegende die spirituelle Anamnese mittels allgemeiner Fragen erheben. Pflegende können beispielsweise erkunden, wie der Patient generell mit seiner Erkrankung umgeht, was ihm in seinem Leben im jetzigen Krankheitsstatus Sinn und Bedeutung gibt, ob und welche soziale Unterstützung er in seinem privaten Umfeld erlangt, sowie ihn über kulturelle Vorstellungen von seiner Behandlung befragen (ebd., S. 51).

Neben all den genannten Aspekten soll hierbei angemerkt werden, dass Spiritual Care keine planbare Technik ist, sondern immer aus Beziehungen mit dem Patienten wächst und sich durch wechselseitiges Vertrauen, Achtsamkeit und Nähe aufbaut (Heller & Heller 2014, S. 37). Demnach sollte eine spirituelle Anamnese nicht erst unter Akutsituationen durchgeführt werden, sondern vor plötzlicher Verschlimmerung des Gesundheitszustandes, damit Pflegende rechtzeitig Kenntnis über das spirituelle Erleben und die spirituellen Ressourcen des Patienten haben (Koenig 2012, S. 72).

Da Spiritualität als sich erstreckender Vorgang und nicht als einmalige Angelegenheit betrachtet werden sollte (Weiher 2014, S. 57), ist es erforderlich, dass Pflegende den spirituellen Bewältigungsprozess der Patienten stetig beobachten und evaluieren, da sich gerade in der letzten Lebensphase spirituelle Bedürfnisse und Ansichten stetig ändern können und eine Anpassung erfordern (Maschwitz & Maschwitz 2013, S. 149).

Ein weiter zu berücksichtigender Aspekt bei der Erfassung von Spiritualität ist, dass Pflegende ebenso den Zeitpunkt und den Raum bei der Erkundung von spirituellen Einstellungen berücksichtigen sollten. Anamnesegespräche sollten in geschütztem Rahmen stattfinden, damit die Privatsphäre und Intimität der Patienten gewahrt wird (Weiher 2014, S. 92). Radzey & Kreutzner (2007) betonen die Notwendigkeit für eine vorsichtige Vorgehensweise, bei der Pflegende genau erklären sollten aus welchen Grund bestimmte Themen erfragt werden (Radzey & Kreutzner 2007, S. 41).

Eine verbreitete Problematik ist das fehlende Interesse der Pflegenden und deren Sorge, sich nicht genügend vorbereitet zu fühlen. Des Weiteren besteht bei Pflegenden die Angst, zu wenig Zeit zu haben, um auf die spirituelle Anamnese einzugehen (Koenig 2012, S. 68). Pflegende sollten dabei jederzeit einen Seelsorger hinzuziehen und Rücksprache mit ihm halten, um über eigene Ressourcen und Defizite zu erfahren (ebd.).

Die erwähnten Punkte lassen erschließen, dass Pflegende bei jedem Patienten individuell entscheiden sollten, wie und ob eine spirituelle Anamnese durchgeführt wird. Eine Informationssammlung von Spiritualität sollte nicht erzwungen werden, oberste Priorität sollte immer der Patient haben und somit die Möglichkeit besitzen, die angebotene Hilfe abzulehnen. Es sollte immer bedacht werden, dass die palliative Pflege eines Schwererkrankten stets durch Selbstbestimmung gekennzeichnet ist und Pflegende die Wünsche und Entscheidungen des Sterbenden respektieren sollten. Gleichzeitig wird deutlich, dass empathisches Verhalten und kontinuierliche Achtsamkeit unverzichtbar bei der spirituellen Begleitung in der letzten Lebensphase ist.

Um in einem Gespräch Erfahrungen, Erlebnisse, Gefühle und Meinungsbilder zu erheben, eignen sich Interviewleitfäden (Christl 2009, S. 69).

Halbstandardisierte Interviews ermöglichen es, den Verlauf der Befragung mittels offener Fragen zu gestalten und somit den Patienten zu einem Gespräch einzuladen (Bartholomeyczik et al. 2008, S. 40).

Um einen beispielhaften Einblick darüber zu geben, wie ein Assessmentinstrument aussehen könnte, wird im nächsten Unterkapitel der klinische Interviewleitfaden „SPIR“ vorgestellt.

4.2.2 Der klinische Interviewleitfaden „SPIR“

Die wohl für das palliative (deutsche) Setting geeignetste Erfassungsmethode ist das „halbstrukturierte, klinische Interview zur Erfassung spiritueller Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten mit Krebserkrankung“, kurz „SPIR“ (Frick et al. 2002), da die Befragung mittels dieses erprobten Interviewleitfadens eine qualitative Einschätzung von Spiritualität bei Palliativpatienten bietet und aufgrund des geringen Zeitaufwandes besonders für Pflegende geeignet ist. Pflegende können anhand dieses Interviewleitfadens Informationen über spirituelle Bedürfnisse, Ressourcen und therapierelevante Glaubensüberzeugungen sammeln (Hauf 2009, S. 54). Zudem wird dieses Assessmentinstrument, sowohl von Seiten der Patienten, als auch der Befragten, als hilfreich und kaum belastend empfunden (ebd.).

Der qualitative Interviewleitfaden „SPIR“ ermöglicht eine spirituelle Anamnese des Patienten und ist eine deutsche Anlehnung an den aus dem amerikanischen Raum stammenden Leitfaden „FICA“ von Puchalski und Romer (2000).

„SPIR“ soll als halbstrukturiertes, klinisches Interview spirituelle Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten mit einer Krebserkrankung erheben (siehe Anhang I.). Dabei ist zu beachten, dass die Befragung nicht-standardisiert erfolgt, da Fragen auf die Situation angepasst und somit vorformulierte Fragen nicht nach einer konsequent festgelegten Reihenfolge gestellt werden sollen (Hauf 2009, S. 42).

Das Wort „SPIR“ setzt sich aus den Anfangsbuchstaben der folgenden Begriffe zusammen:

Spirituelle und Glaubensüberzeugungen

Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen

Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe

Rolle des Pflegenden / Arzt / Seelsorger

(vgl. Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch), BIGORIO 2008, S. 3)

Die dargestellten Elemente sollen in einem bis zu 20 minütigen Gespräch mittels vier offener Fragen gestellt werden, von denen jede durch eine Anzahl von sich aus dem Gespräch ergebenden Teilfragen erweitert wird (Frick et al. 2006, S. 239).

Mögliche Fragen bzw. Anhaltspunkte könnten dabei sein:

S: Würden Sie sich selbst - im weitesten Sinne als gläubige (spirituelle/religiöse) Person betrachten?

P: Was ist der Ort der Spiritualität in Ihrem Leben? Wie wichtig ist es, im Rahmen Ihrer Krankheit?

I: Sind Sie in einer spirituellen Gemeinschaft integriert?

R: Wie soll ich als Ihr Pflegender / Arzt / Seelsorger mit diesen Fragen umgehen? (vgl. Frick et al. 2002)

Die Erhebung mittels dieses Assessmentinstruments kann Pflegenden somit einen Einblick in die spirituelle Dimension des Patienten ermöglichen und ihm signalisieren, dass er in seiner Ganzheitlichkeit wahrgenommen und wertgeschätzt wird (Weiher 2014, S. 159). Pflegende müssen jedoch auch beachten, dass solche Assessment-Verfahren zur Störung werden können, wenn z.B. die Konfrontation mit Gottesbildern in der Sterbephase oder bisher ungelöste Konflikte Wut, Verzweiflung und Schuldgefühle auslösen. Pflegende sollten dem Sterbenden in solchen Situationen in einem geschützten Raum erlauben, darüber zu sprechen und ihnen nicht das Gefühl geben, dass sie verurteilt werden (Puchalski 2006, S. 153).

Eine weitere Methodik, die im Pflegeprozess zur Erfassung von spirituellen Dimensionen dient, ist die Verwendung von Pflegediagnosen.

4.2.3 Spiritualität in den Pflegediagnosen

Bezüglich der Informationserhebung von Spiritualität bieten auch die Pflegediagnosen nach NANDA¹ eine Möglichkeit für Pflegende, spirituelle Dimensionen des Patienten zu erfassen.

Die Einteilung der Pflegediagnosen nach NANDA ist die zurzeit weltweit am meisten verwendete und bekannteste Pflegediagnoseklassifikation in der Praxis, auch wenn sie nicht systematisch und wissenschaftlich untersucht ist (Heitlinger 2005, S. 45).

Die NANDA definiert den Begriff „Pflegediagnose“ wie folgt:

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung über die Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen zur Erreichung von Ergebnissen, für die Pflegende verantwortlich sind.“

(vgl. Doenges et al. 2002, S. 21)

Unter der Überschrift „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ listen Doenges et al. (2002) spirituelle Pflegediagnosen auf. Zu nennen sind hier u.a. die Diagnosen der „Existenziellen Verzweiflung“, „Bereitschaft für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden“, „Hoffnungslosigkeit“, „Chronische Sorgen“, sowie „Todesangst“ (Doenges et al. 2002, S. 94).

Weitere Pflegediagnosen beinhalten indirekt oder teilweise den Aspekt der Spiritualität. Dazu gehören zum Beispiel die Diagnosen „Angst“, „Furcht“, „Erschwertes Trauern“, „Unwirksames Coping“, „Machtlosigkeit“, „Chronisch geringes Selbstwertgefühl“ oder „Schlaflosigkeit“ (Eglin & Schmid 2010, S. 10).

In der Praxis lässt sich häufig das Strukturmodell von Monika Krohwinkel finden, welches in die Pflegeplanung einfließt und Pflegeprobleme, sowie Ressourcen der Patienten erfassen soll (Warnken 2007, S. 22).

¹ North American Nursing Diagnosis Association; Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung (vgl. Doenges et al. 2002, S.13)

Warnken (2007) sieht die Verwendung von Krohwinkels Modell als problematisch, da die spirituelle Dimension des Patienten sich nur im ABEDL „Existenzielle Erfahrung des Lebens“ auffinden lässt. Aspekte der Symptomkontrolle und des Symptommanagements, wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Dyspnoe, Schmerzen etc., lassen sich im Gegensatz zu Aspekten der Spiritualität in mehreren ABEDLs finden. Daher können spirituelle Aspekte nur unzureichend in der Pflegeplanung formuliert werden (ebd.).

Des Weiteren sehen Eglin & Schmid (2010) bei der Verwendung von Pflegediagnosen die Problematik, dass die Erfassung mittels Pflegediagnosen, welche in dem jeweiligen Lebensbereich auftreten, überwiegend defizitorientiert ist. Eglin & Schmid (2010) plädieren dafür, Pflegediagnosen um die ressourcenorientierten und positiven Aspekte der Spiritualität zu ergänzen, da sonst nur ein Teilaspekt der spirituellen Dimension eines Menschen identifiziert wird (Eglin & Schmid 2010, S. 10).

Die dargestellten Methoden können einen Rahmen bieten, um spirituelle Dimensionen von Patienten im Pflegeprozess zu erheben.

Im letzten Kapitel sollen darauf aufbauend, Vorschläge und Empfehlungen über mögliche Interventionen geschildert, sowie benötigte Kompetenzen von Pflegenden, die für die Unterstützung des spirituellen Bewältigungsprozesses nötig sind, dargestellt werden.

5 Pflegerische Interventionen und Kompetenzen zur Unterstützung von Spiritualität

Die bisher dargelegten Forschungsergebnisse über die positive Wirkung von Spiritualität, sowie die Darlegung von speziellen spirituellen Bedürfnissen von Patienten haben gezeigt, dass sie von hoher Bedeutung in der Sterbebegleitung sind und somit eine Integration in den pflegerischen Alltag unabdingbar machen. Die Bedeutung der Spiritualität am Lebensende wird zu wenig berücksichtigt (Klein 2011, S. 19) und Pflegende fühlen sich für die spirituelle Unterstützung nicht vorbereitet und sogar überfordert (Stranahan 2001, S. 101). Im Folgenden wird beschrieben, wie professionell Pflegende dazu beitragen können, Spiritualität mit dem Pflegeprozess zu vereinbaren. Es sollen mögliche Interventionen und dazu benötigte Kompetenzen zur Unterstützung spiritueller Aspekte in der Palliativversorgung erläutert werden.

5.1 Pflegerische Interventionen in der spirituellen Begleitung

Stevens-Barnum (2002) zählt zu traditionellen spirituellen Interventionen neben religiösen Ritualen, sowie das Gebet, Kontemplation, Fasten und anderen Formen der Enthaltensamkeit, auch Musik, Singen, Glaubensstärke, geistlichen Beistand, Gewissen, Mystik und das Lob Gottes (Stevens-Barnum 2002, S. 175).

Als Voraussetzungen für die Unterstützung von Interventionen legt sie in ihrem Werk fünf pflegerische Aspekte dar:

1. Aufbau einer Vertrauensbeziehung
2. Bereitstellung und Förderung einer unterstützenden Umgebung
3. Sensibles Eingehen auf die Überzeugungen des Patienten
4. Aufnahme von Spiritualität in den Pflegeplan
5. Akzeptanz der Schlüsselrolle der Pflegekraft im System der Gesundheitsfürsorge

(Clark et al. 1991, zit. in Stevens-Barnum 2002, S. 28)

Die Autorin erklärt dabei, dass diese Interventionen als human anzusehen sind, da sie, mit Ausnahme der Integration in die Pflegeplanung, zum gesunden Menschenverstand gehören (Stevens-Barnum 2002, S. 28).

Rumbold (2007) fordert ebenfalls die Unterstützung von Spiritualität mittels Integration spiritueller Aspekte in die Pflegeplanung. Spirituelle Bedürfnisse sollten erfasst, dokumentiert und daraus erforderliche Ressourcen, die zur Umsetzung benötigt werden, erkannt werden. Die Daten sollen in einer Pflegeplanung hinterlegt sein und dem interdisziplinären Team, das den Patienten spirituell betreut, zugänglich sein (Rumbold 2007, S. 61).

Wie bereits im Unterkapitel 4.2.3 erwähnt, ist es schwierig spirituelle Pflegeprobleme bzw. Ressourcen mittels Pflegediagnosen zu formulieren.

Für eine spirituelle Unterstützung sollte trotzdem versucht werden das Vorgehen, welches auch sonst zur Strukturierung des Pflegeprozesses angewandt wird, mittels der vier Schritte „Assessment, Planung, Intervention und Evaluation“ beizubehalten (Radzey & Kreutzner 2007, S. 41). Radzey & Kreutzner (2007) verweisen darauf, mittels geeigneter Assessmentverfahren und Biografiearbeit spirituelle Themen zu erfassen.

In einer Pflegeplanung sollten anschließend die identifizierten Bedürfnisse reflektiert und in Maßnahmen umgesetzt werden.

Hicks (1999) zählt zu pflegerischen Maßnahmen die Koordination von Diensten und Angeboten, wie z.B. das Hinzuziehen eines Pfarrers oder Seelsorgers (Hicks 1999, S. 145). Rumbold (2007) verweist bei diesem Aspekt darauf, das Pflegenden spirituelle Ansichten richtig deuten sollten. So sollten beispielsweise religiöse Praktiken von einer Person unterstützt werden, die derselben Glaubensgemeinschaft angehört oder die gleichen religiösen Auffassungen teilt (Rumbold 2007, S. 61).

Des Weiteren kann das Erkennen von „religiösen Zeichen“ (vgl. Weiher 2014, S. 160) mit der Beschaffung von Materialien oder Ressourcen, wie z.B. Büchern, einem Rosenkranz, Figuren, Medaillen, Spruchkarten, Musik, Videos oder Gottesdienst im Fernsehen, die für die Ausübung der individuellen Spiritualität von Nöten sind, einhergehen (Hicks 1999, S. 145; Weiher 2014, S. 160). Pflegenden sollten Patienten auch ermöglichen, direkt an spirituellen Aktivitäten teilhaben zu lassen und sie auf Wunsch zu spirituellen Veranstaltungen, wie z.B. Bibelstunden oder Andachten, bringen (ebd.).

Auch sollten dem Patienten die Ausübung von Ritualen ermöglicht werden, da diese eine Stützfunktion bieten (Weiher 2007, S. 449).

Hier soll nochmals wie zu Anfang dieser Arbeit erwähnt werden, dass ebenso kirchenferne Menschen und Atheisten spirituelle Ansichten, wie z.B. die Verbundenheit zur Natur, besitzen können.

Rituale können einen Rahmen bilden, um spirituelle Erfahrungen erleben zu können. Zum einen kann diese Erfahrung von Ritualen entweder durch rituelle Veranstaltungen, aber auch durch alltägliche Handlungen gemacht werden, wie z.B. durch das Abendgebet, Yogaübungen, sowie durch Spaziergänge im Freien (Künzler et al. 2012, S. 80f.).

Als weiterer Bereich von spirituellen Interventionen kann das persönliche Gespräch genannt werden. Durch ein verstehendes Gespräch kann der Patient seine eigenen Gefühle und Ängste äußern und somit Entlastung in Bezug auf seine letzte Lebensphase erfahren (Wasner 2013, S. 12).

Als letzter Schritt des Pflegeprozesses sollte der Aspekt der Evaluation nicht vergessen werden. Hierbei wird jedoch deutlich, dass der nachprüfbare Effekt bei spirituellen Interventionen in der Sterbebegleitung nur schwierig festzustellen ist. Anhaltspunkte für die Überprüfung der Planung und deren Maßnahmen könnten beispielsweise ein Gespräch mit dem Patienten sein, bei dem er eine Verminderung der Ängste oder Unruhe rückmeldet (Radzey & Kreutzner 2007, S. 41).

Bei allen aufgeführten Interventionen wird deutlich, dass die konsequente Beobachtung des Patienten notwendig ist. Stevens-Barnum (2002) fordert, neben einer Bewusstseinsentwicklung der Pflegenden, die Akzeptanz von Spiritualität als Ressource im Pflegeprozess (Stevens-Barnum 2002, S. 182). Pflegenden müssen somit je nach Möglichkeiten des Patienten erwägen, ob und wie spirituelle Praktiken und Unterstützungsangebote realisiert werden können. Dabei sollten Pflegenden stets Angehörige mit einbeziehen und als Vermittler fungieren, um die Wünsche des Patienten zu erfüllen. Pflegerische Grenzen könnten bei der Umsetzung spiritueller Interventionen schnell erreicht werden. Aufgrund zeitlicher und institutioneller Rahmenbedingungen, wie z.B. wenig Personal, und auch aufgrund von persönlichen Eigenschaften, wie beispielsweise unzureichenden Kenntnissen der Pflegenden über Spiritualität und deren Praktiken, müssten neue Möglichkeiten zur Umsetzung erforscht werden.

Der Umgang mit spirituellen Bedürfnissen kann somit nicht einzig die Aufgabe von Pflegenden sein. Die Aufgabe muss vom interdisziplinären Team übernommen

werden, welches sich über mögliche Interventionen und Zugänge austauschen sollte.

Gebete oder religiöser Gesang sollten vom Seelsorger initiiert werden und ggf. von einem professionell Pflegenden begleitet werden, da in der heutigen säkularen Gesellschaft eine Großzahl der Pflegenden keiner religiösen Gemeinschaft angehört und möglicherweise kaum Kenntnisse über spirituelle Praktiken hat.

Um den aufgeführten Aspekt der Pflegeplanung zu reflektieren, muss neben der Anpassung von Rahmenbedingungen, nach Meinung der Autorin, erst eine Sensibilisierung und Veränderung des Denkens erfolgen, damit die Pflegeplanung in den Sterbeprozess implementiert werden kann.

Dieser Kapitelabschnitt hat spirituelle Interventionen aufgezeigt, die dazu verhelfen können, Patienten in ihrem spirituellen Bewältigungsprozess zu unterstützen. Ein wichtiger Bestandteil der palliativen Versorgung ist aber auch die Frage nach den Grundkompetenzen, die ein professionell Pflegender aufweisen sollte. Im Folgenden wird darüber ein Überblick gegeben.

5.2 Kompetenzen professionell Pflegender

Die tägliche Konfrontation mit dem Sterben und Tod von Schwerstkranken lässt darauf schließen, dass es wichtig ist, sich zunächst mit seiner eigenen spirituellen Dimension auseinanderzusetzen.

So ist es von besonderer Bedeutung, sich als Pflegender mit seiner eigenen Sterblichkeit zu beschäftigen und über den Sinn seines eigenen Lebens zu reflektieren (Wasner 2007, S. 73). Ebenso sollte die Pflegekraft wissen, welchen Platz Religion in ihrem Leben einnimmt und dafür sensibilisiert sein, welche Bedeutung die Religion für den Patienten hat (Stevens-Barnum 2002, S. 164). Dies ist wichtig, um keine ungeklärten und ungelösten Probleme in die spirituelle Begleitung miteinzubringen. Es sollte bedacht werden, dass die eigenen Prägungen und Erfahrungen immer die Haltung in dem Behandlungs- und Betreuungsprozess des Patienten beeinflussen (Stiegler 2012, S. 251). Dazu gehört, dass Pflegende auch ihre eigenen Gefühle und Ängste zulassen und reflektieren müssen (Maschwitz & Maschwitz 2013, S. 71).

Da neben sozialen und psychischen Aspekten auch spirituelle Themen intim und sensibel sind, sollten professionell Pflegende die Fähigkeit besitzen, dem Patienten

die klientenzentrierten Basiskompetenzen nach Rogers zu vermitteln. Dazu zählen die Eigenschaften von Empathie, Kongruenz und Wertschätzung (Schramm 2012, S. 15).

Des Weiteren sollten Pflegende die Kompetenz aufzeigen, den Patienten ganzheitlich wahrzunehmen. Diese Wahrnehmungskompetenz sollte von Offenheit geprägt sein und von der Fähigkeit, in die Lebenswelt und somit den Problemen und Fragestellungen des Patienten hineinfühlen zu können (Maschwitz & Maschwitz 2013, S. 149).

Dazu gehört auch, spirituelle Bedürfnisse zu erkennen. Weiher (2014) spricht bei der Erhebung spiritueller Informationen von einer „Kommunikations- und Resonanzfähigkeit“ (vgl. Weiher 2014, S. 93), bei der Pflegende die Aufgabe des aufmerksamen Zuhörers erfüllen, Rückfragen stellen und das Verstandene wiedergeben.

Eine Kommunikationsfähigkeit zu besitzen, schließt auch mit ein, dass etwaige symbolische Aussagen, wie „die große Reise“ und „die Koffer sind gepackt“ (vgl. Weiher 2007, S. 442) erkannt und gedeutet werden.

Grundlegend ist an der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung, dass eine persönliche Grundhaltung gepflegt wird, zu der u.a. Authentizität, Selbstreflexion und Zuverlässigkeit gehören (Baer 2007, S. 627). Um Überzeugungen des Patienten stützen und fördern zu können, sollten Pflegekräfte spirituelle und religiöse Überzeugungen des Sterbenden nicht in Frage stellen oder ändern wollen, sondern seine Ansichten respektieren, ohne dabei zu urteilen oder zu werten (Koenig 2012, S. 138).

Neben der Durchführung eines Assessmentverfahrens sollten auch andere Faktoren bei der Bedürfniserfassung von Spiritualität berücksichtigt werden. Professionell Pflegende sollten immer sensibel sein und einschätzen können, ob solch ein Assessmentverfahren angemessen ist und wann der richtige Zeitpunkt dafür gegeben ist (Radzey & Kreutzner 2007, S. 41).

Wünschenswert ist auch die Eigenschaft einer interreligiösen Kompetenz, mit der professionell Pflegende Basiswissen über verschiedene Religionen und deren Rituale vermitteln können, sowie die Fähigkeit für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer besitzen. Mit dieser Kompetenz könnte diesen Aspekten aktiv eine Bedeutung beigemessen und auf die spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden eingegangen werden (Heller 2007, S. 434).

Zuletzt erfordert die Unterstützung der Spiritualität, wie oben erwähnt, auch Teamfähigkeit. Die Pflegefachpersonen sollten die Kompetenz haben, sich mit dem Patienten selbst, sowie mit den betreuenden Ärzten, Therapeuten und Seelsorgern über seine spirituellen Dimensionen auszutauschen. Dabei sollte dem Patienten die Wahl, von wem er spirituell begleitet werden möchte, überlassen werden (Borasio 2013, S. 96f.). Ebenso sollte dem Sterbenden nahe gebracht werden, welche Informationen zu welchen Betreuenden oder nahestehenden Personen gelangen und wie man mit diesen Informationen umgeht (ebd.).

Pflegende sollten bei der Unterstützung des spirituellen Bewältigungsprozesses immer die Situation einschätzen können und erkennen, wann eigene Grenzen überschritten werden. Die Überschreitung eigener Grenzen kann zum einen im Hinblick auf die Betreuung des Patienten geschehen, wenn der professionell Pflegende den Zeitpunkt einer schwerwiegenden existenziellen Krise des Sterbenden erkennt (Koenig 2012, S. 44). Zum anderen auch im Hinblick auf den Pflegenden selbst, wenn die spirituelle Betreuung aufgrund von emotionalen Belastungen nicht mehr gewährleistet werden kann (Maschwitz & Maschwitz 2013, S. 71).

Die Pflegefachkraft sollte somit auch ihre Arbeit delegieren können, also den Patienten evtl. an eine professionelle Seelsorgeperson weiterreichen bzw. eine Seelsorgeperson in den Unterstützungsprozess miteinbeziehen. In jedem Fall sollte auch die Mitbegleitung durch einen Supervisor in Betracht gezogen werden (ebd.). Im ganzheitlichen Ansatz der Palliativpflege wird neben der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Unterstützung von Patienten die Berücksichtigung von Angehörigen genannt (WHO-Definition Palliative Care 2008). Es gilt somit, die vorigen Kompetenzen auch auf nahestehende Personen zu übertragen und diese Personen, auf Wunsch des Patienten, mit einzubeziehen, da sie ebenfalls eine Ressource in einer existenziellen Krise sein können.

Wie in Kapitel 4.1.1 dargelegt, sieht Friedemann (1996) ebenfalls die Einbindung der Familie in den spirituellen Bewältigungsprozess des Patienten als unerlässlich. Sie betont ebenso wie Weiher (2014), dass es bei der Unterstützung um „konzentriertes Zuhören, gezieltes Fragen und mitfühlende Führung bei der Interpretation von Daten“ geht (vgl. Friedemann 1996, S. 47).

6 Diskussion

Diese Arbeit hat gezeigt, dass Spiritualität als Ressource in der letzten Lebensphase dienen kann und dass es zahlreiche Ansätze gibt, um Sterbende in ihrem spirituellen Bewältigungsprozess zu unterstützen.

Tendenziell wurden in den Forschungsergebnissen die Begriffe Spiritualität und Religiosität gleichgesetzt, weshalb im Verlaufe der Arbeit keine konsequente Trennung der Begriffe beibehalten werden konnte. Dennoch ist die Trennung der beiden Begrifflichkeiten zu empfehlen, da diese nicht miteinander konform sind.

Darauf beziehend, sollen die Forschungsergebnisse aus der publizierten Fachliteratur kritisch beleuchtet werden. Dadurch, dass in den zitierten Studien keine einheitliche Definition zum Verständnis von Spiritualität vorliegt, sind auch Aussagen bezüglich der Studienergebnisse nicht in vollem Umfang gegeben.

Diskussionswürdig ist auch die Wahl der Studiendesigns. Die dargelegten Studien über die Auswirkungen und Bedürfnisse von Spiritualität auf den Menschen basieren hauptsächlich auf deskriptiven Querschnittstudien. Zur Überprüfung des Entwicklungsverlaufs von spirituellen Bewältigungsprozessen sind jedoch prospektive Langzeitstudien zu empfehlen. Zudem sind sie am ehesten dazu geeignet, die Auswirkungen von spirituellen Interventionen zu beobachten (Miller et al. 2014, S. 135).

Allgemein ist zu erwähnen, dass die Studien nicht unter gleichen Konditionen durchgeführt wurden. Zudem sind die Stichprobengrößen der präsentierten Studien sehr klein. Daraus lässt sich ableiten, dass die Validität aus den vorgestellten angloamerikanischen Studien fraglich ist.

Um wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu gewinnen gilt es somit, weitere Forschung in diesem Gebiet zu betreiben, um Aufschlüsse über den Wirkmechanismus von Spiritualität zu erlangen. Es gilt auch zu untersuchen, was sterbende Patienten unter den Begriffen Lebensqualität und Lebenssinn verstehen. Da diese Aspekte von jedem Individuum subjektiv interpretiert werden, sollten genauere Untersuchungen darüber stattfinden. Pflegende könnten dadurch den spirituellen Wünschen und Bedürfnissen der Patienten besser nachkommen, was unter anderem zu einer Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens in der letzten Lebensphase führen könnte.

Des Weiteren lassen die möglichen positiven Ergebnisse über die psychologischen und körperlichen Messungen erschließen, dass Spiritualität auch für Pflegende eine Ressource darstellen könnte. Es ist denkbar, Spiritualität als eine präventive Maßnahme anzusehen, die zur Stressreduktion beiträgt. Spiritualität könnte somit in der Burnoutprophylaxe an Bedeutung gewinnen.

Zudem soll in diesem Abschnitt der Aspekt der Messbarkeit von Spiritualität diskutiert werden. Es wurde gezeigt, dass die Anwendung von Erfassungsinstrumenten zur Erkennung von spirituellen Bedürfnissen beitragen kann.

Zu kritisieren ist, dass spirituelle Ansichten anhand von Erfassungsinstrumenten meist durch die Befragung von konkreten Glaubensvorstellungen erhoben werden (Weiher 2014, S. 51). Dies schließt mit ein, dass die meisten Erfassungsinstrumente die Bedingung mit sich bringen, dass sich die Patienten über eine reflektierte Spiritualität bewusst sind (ebd.). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Erfassungsmethoden bei Menschen, die sich ihrer Spiritualität nicht bewusst sind, nicht konkret angewandt werden können (ebd.). Das halbstandardisierte Interview „SPIR“ kann dennoch, mittels offener Fragen, den Patienten dazu bewegen, sich bewusst mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Professionell Pflegende müssen dennoch berücksichtigen, dass Patienten nicht immer eine Gesprächsbereitschaft zeigen, da sie in Pflegenden keinen Ansprechpartner sehen, oder im Allgemeinen über diese Thematik nicht sprechen möchten.

Pflegende sollten daher auf jeden Patienten individuell eingehen und berücksichtigen, dass nicht jeder Patient die Eigenschaft besitzt, sich mit der Thematik der Spiritualität zu identifizieren.

Ein zu erwähnender Kritikpunkt ist auch, dass sich in der Literatur kein Vermerk zum Umgang mit ermittelten spirituellen Bedürfnissen für den weiteren Verlauf in der Betreuung und Behandlung finden lässt (Roser 2011, S. 654). Außerdem wurden in den genannten Studien keine konkreten Angaben dazu gemacht, was spirituelle Interventionen beinhalteten, wenn Patienten Unterstützung für solche erhielten.

Die Diskussion abschließend, sollen die dargestellten pflegerischen Interventionen und Kompetenzen beleuchtet werden.

Werden die zugrunde gelegten Vorschläge für die Unterstützung von Spiritualität betrachtet, wird ersichtlich, dass sich die Aufgabe für professionell Pflegende als eine besondere Herausforderung darstellt.

Pflegende zeigen eher die Tendenz, sich auf körperliche statt auf psychosoziale Bedürfnisse der Patienten zu beziehen (Martensson et al. 2008, S. 351). Darüber hinaus verfügen Pflegende nur über eine begrenzte Fachkenntnis, sodass diese nur beschränkt spirituellen Problemen beistehen können (Koenig 2012, S. 94).

Aufgrund fehlender personeller und zeitlicher Ressourcen bestehen momentan nicht die notwendigen Voraussetzungen, um Spiritualität in der Sterbebegleitung auf Palliativstationen zu implementieren. Wie bereits dargelegt, empfiehlt sich die Unterstützung des spirituellen Bewältigungsprozesses mittels des multi- und interdisziplinären Teams, welches den Patienten in der letzten Lebensphase betreut.

Da Pflegende in der Praxis nicht das nötige Bewusstsein für Spiritualität haben und daher auch nicht die Erfahrung, auf jeden Patienten individuell einzugehen, besteht die Gefahr, bei der Vielzahl an Interventionen und nicht zuletzt auch wegen geringer Ressourcen, dass diese als „abzuarbeitende Aufgaben“ (vgl. Radzey & Kreutzner 2007, S. 41) gesehen werden.

Diesbezüglich muss auch das Kriterium der Evaluation von spirituellen Interventionen in der Pflegeplanung bedacht werden.

Da es sich, insbesondere im Sterbeprozess, als schwierig erweist, eine Evidenz über die Effekte von spirituellen Maßnahmen zu ermitteln, muss weitere Forschung betrieben werden. Erst wenn fundierte Erkenntnisse zu konkreten wissenschaftlichen Evidenzen zur Anwendung von Spiritualität in den Pflegeplanungen in der Palliativpflege vorliegen, können klare Empfehlungen ausgesprochen werden.

Außerdem soll der Aspekt der pflegerischen Kompetenzen beachtet werden. Der Erwerb dieser kann nicht ohne weiteres erfolgen, da ausreichend Zeit und Berufserfahrung vorausgesetzt werden müssen. Eine Maßnahme wäre, konkrete Weiterbildungen oder Schulungen im Bereich der Spiritualität durchzusetzen.

Hierbei muss auch die Frage gestellt werden, ob überhaupt jeder Pflegende dafür geeignet ist, um Spiritualität in der Pflege zu unterstützen. Da Pflegende mit dem Thema Spiritualität eigene Erfahrungen, Vorstellungen und Wünsche verbinden, ist es fraglich, ob sie Spiritualität im Sinne des Patienten unterstützen können.

Es bleibt somit festzuhalten, dass das Bewusstsein für Spiritualität im pflegerischen Alltag gestärkt werden muss.

Dabei ist auch der Aspekt der Einbindung von Spiritualität in der Pflegeausbildung und dem Pflegestudium zu betonen. Um das spirituelle Bewusstsein der Pflegekräfte zu wecken bzw. sie für spirituelle Dimensionen der Patienten zu sensibilisieren, muss die Thematik in der Ausbildung und im Studium integriert und vertieft werden.

Für das pflegerische Denken und Handeln kann die vorgestellte Pflegelehre von Friedemann den Pflegenden eine Grundlage bieten und als Leitfaden genommen werden, um den spirituellen Bewältigungsprozess, unter Einbeziehung der Familie und der Umwelt, zu unterstützen.

Aufgrund der geringen Ressourcen kann angenommen werden, dass institutionelle Änderungen im Rahmen von Change Management erfolgen müssen, um eine Implementierung von spirituellen Interventionen in den pflegerischen Alltag zu ermöglichen.

Spiritualität hat erst in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit der Pflegeforschung erlangt, sodass nur wenige Erkenntnisse im deutschsprachigen Raum gewonnen wurden. Da es sich in dieser Arbeit nur um generelle Empfehlungen pflegerischer Maßnahmen handelt, die auf Erfahrung beruhen, bedarf es weiterer Forschung, um diese wissenschaftlich zu fundieren. Dies schließt auch den Aspekt der Verwendung von Pflegediagnosen ein. Es gilt, Pflegediagnosen zu überdenken und sie ggf. zu überarbeiten, damit spirituelle Dimensionen von Patienten tiefgründiger erfasst werden können.

Es bleibt festzuhalten, dass Spiritualität zahlreiche Dimensionen umfasst und es somit schwierig ist, sie als etwas Immaterielles empirisch zu beweisen (Hauf 2009, S. 4).

Limitation der Arbeit

In dieser Arbeit wurde zur Beantwortung der Fragestellung aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit ausschließlich in den Datenbanken Pubmed und Cinahl, sowie in den Hamburger Bibliotheken nach publizierter Fachliteratur recherchiert.

Da nicht auf alle gefundenen Studien ein Zugriff gewährt war, konnte weitere verwendbare Literatur nicht berücksichtigt werden.

Die zitierten Forschungsergebnisse in dieser Arbeit stammen größtenteils aus dem angloamerikanischen Raum. Es ist somit anzunehmen, dass es nicht empfehlenswert ist, sie auf die deutsche Bevölkerung bzw. auf den deutschen Pflegekontext zu übertragen, da kulturelle und soziale Unterschiede möglicherweise zu anderen Ergebnissen führen könnten. Gleiches gilt für die Anwendung von Assessments, bei denen einige deutschsprachige Adaptionen und Übersetzungen vorliegen.

In Anlehnung an die Literaturlauswertung wurde ersichtlich, dass sich eine Großzahl von Studien fast ausschließlich auf krebserkrankte Patienten bezieht.

Als schwierig hat es sich in der Literaturrecherche herausgestellt, andere Erkrankungen miteinzubeziehen. Daher ist die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit limitiert, da Spiritualität womöglich in verschiedenen Krankheitsarten oder Krankheitsstadien variieren kann.

Des Weiteren wurde im Verlaufe der Arbeit die Einbeziehung, Begleitung und Betreuung von Angehörigen bzw. Bezugspersonen erwähnt, jedoch nicht näher berücksichtigt. Hier soll angemerkt werden, dass das Einschließen nahestehender Personen dennoch zu empfehlen ist.

Es ist anzumerken, dass aus der Literaturrecherche nicht ersichtlich wurde, wie spirituelle Interventionen oder Erfassungsmöglichkeiten von Spiritualität bei Menschen angewandt werden können, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht verbal kommunizieren können. Bei Schwerstkranken und Sterbenden, die somit in ihrer Kommunikation eingeschränkt sind (z.B. bei Amyotropher Lateralsklerose oder Demenz), können somit keine Aussagen darüber getroffen werden, wie professionell Pflegende die spirituellen Dimensionen der Patienten auch nonverbal erfassen und unterstützen können.

In dieser Arbeit wurde nur Bezug zu spirituellen Ansichten älteren Menschen genommen. Für weitere Forschung wäre es interessant zu überprüfen, ob sich die spirituellen Bedürfnisse oder Unterstützungsmöglichkeiten älterer Menschen von denen jüngerer Menschen sowie Kindern differenzieren.

Auch beschränken sich die Erkenntnisse in dieser Arbeit ausschließlich auf das stationäre Palliativsetting in Krankenhäusern. Es muss sich die Frage gestellt werden, ob sich die spirituelle Pflege, aufgrund anderer Umstände und Ressourcen in anderen Versorgungssettings, wie z.B. einem Hospiz, von denen im Krankenhaus unterscheiden.

Hierbei ist die Überlegung angebracht, sich bei Umsetzung von spirituellen Interventionen im Krankenhaus andere Versorgungssettings als Maßstab zu nehmen, soweit diese sich besser eignen. Auch hier bedarf es weiterer Forschung. Diese Arbeit hat sich mit der Thematik von spirituellen Unterstützungsmöglichkeiten auseinandergesetzt und bietet somit einen möglichen Anschlusspunkt für weiterführende Arbeiten bzw. Forschungen in diesem Bereich.

7 Schlussfolgerung

In der letzten Lebensphase kann Spiritualität eine Bewältigungsstrategie bei existenziellen Herausforderungen bieten. Dafür gibt es zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, die seitens der Pflegenden ausgeübt werden können. Zu diesem Zweck kann die Berücksichtigung von Grundannahmen bekannter Pflgetheorien, die Verwendung von Assessmentinstrumenten und Pflegediagnosen einige Grundlagen schaffen und Ansätze geben, die spirituellen Dimensionen der Patienten zumindest teilweise zu erfassen.

Um jedoch wissenschaftlich fundierte Empfehlungen aussprechen zu können, gilt es, den Nutzen spiritueller Maßnahmen, sowie deren Wirkung empirisch zu beweisen. Es müssen einheitliche Untersuchungsbedingungen geschaffen werden, um Ergebnisse miteinander vergleichbar zu machen.

Hierbei stößt die Pflegeforschung an Grenzen, da Spiritualität ein schwer zugängliches und vielseitiges Konstrukt ist.

Pflegende müssen mögliche positive als auch negative Auswirkungen in ihrer pflegerischen Tätigkeit bedenken und sich für die Unterstützung von Spiritualität tiefgründig mit dem Thema auseinandersetzen.

Als Voraussetzung für die Unterstützung bedarf es als Pflegender Kenntnis über die Vielfalt möglicher Spiritualitätsdefinitionen zu haben und zu verinnerlichen, dass das Verständnis von Spiritualität bei jedem Menschen anders ausgelegt ist und interpretiert wird.

Professionell Pflegende müssen dabei über ein hohes Maß an Selbstreflexion verfügen und sich bewusst sein, welche Bedeutung Spiritualität für ihr eigenes pflegerisches Denken und Handeln hat. Dabei bleibt festzuhalten, dass nicht jeder

Pflegende die Voraussetzung mit sich bringt, diesen Anforderungen entsprechen zu können.

Damit Pflegende sich mit der Bedeutsamkeit von Spiritualität vertraut machen können, muss die Thematik grundlegender Bestandteil der Pflegeausbildung und des Pflegestudiums, sowie von Schulungen und Fortbildungen sein.

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 Bewältigungsprozess ganzheitlich zu begleiten und zu unterstützen.

Nicht zuletzt gilt es auch, organisatorische und institutionelle Bedingungen zu verändern, um Spiritualität in das palliative Setting zu implementieren.

8 Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelor-Arbeit beschäftigt sich mit pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten von Spiritualität im palliativen Setting. Spiritualität kann einen positiven Beitrag zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden am Lebensende leisten und eine Bewältigungsstrategie bei existenziellen Herausforderungen im Hinblick auf Sterben und Tod sein.

Es wird somit der Frage nachgegangen, wie professionell Pflegende den spirituellen Bewältigungsprozess in der letzten Lebensphase von Schwerkranken und Sterbenden unterstützen können.

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgte durch eine Analyse publizierter Fachliteratur aus den Datenbanken Pubmed und Cinahl, sowie den Fachbibliotheken Hamburgs.

Die Arbeit gibt einen Überblick über positive und negative Auswirkungen von Spiritualität auf den menschlichen Körper, sowie eine Darstellung von spirituellen Bedürfnissen Sterbender. Es werden mögliche Erfassungsmethoden, spirituelle Interventionen und dazu benötigte Kompetenzen professionell Pflegenden vorgestellt.

Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass es zahlreiche Ansätze gibt, spirituelle Ansichten und Bedürfnisse des Patienten zu erfassen und zu unterstützen.

Diese sind nicht empirisch belegt und müssen kritisch reflektiert, sowie wissenschaftlich erforscht werden, damit uneingeschränkte Empfehlungen für die Unterstützung von Spiritualität in der pflegerischen Praxis gegeben werden können. Entscheidend ist für die Einbindung von Spiritualität in der Palliativpflege die Bewusstseinschaffung für den Begriff seitens der professionell Pflegenden. Die Grundlage dafür kann durch die Integration und Vertiefung der Thematik in der Pflegeausbildung und im Pflegestudium, sowie durch die Einbindung in Schulungen und Fortbildungen geschaffen werden. Es bedarf zudem eine Veränderung organisatorischer und institutioneller Bedingungen, um Spiritualität in die Palliativpflege zu implementieren.

9 Literaturverzeichnis

- Anandarajah, G.; Hight, E.** (2001): Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. In: American Family Physician, Vol. 63, Issue 1, 81-89.
- Baer, D.** (2007): Palliative Care am Beispiel der Gerontopsychiatrie. In: Knipping, C. (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. 2., durchges. und korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber, 624 – 628.
- Balboni, T.A.; Vanderwerker, L.C.; Block, S.D.; Paulk, M.E.; Lathan, C.S.; Peteet, J.R.; Prigerson, H.G.** (2007): Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. In: Journal of Clinical Oncology, Vol. 25, Issue 5, 555–560.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H.** (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. München: Urban & Fischer, Wien: Facultas.
- Baumann, K.** (2011): "Vermessung des Glaubens" und Geheimnis des Menschseins. Sind gesundheitliche Wirkungen von Spiritualität und Religiosität den Methoden empirischer Forschung zugänglich? In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Springer, 67-74.
- Borasio, G.D.** (2013): Über das Sterben. Was wir wissen - was wir tun können - wie wir uns darauf einstellen. Ungekürzte Ausg. (auf der Grundlage der 10., aktualisierten und erg. Aufl.). München: Dt. Taschenbuch-Verlag.
- Bose, A.; Terpstra, J.** (2012): Modelle der transkulturellen und kultursensiblen Pflege - Madeleine Leininger und das Sunrise Modell zur transkulturellen Pflege. In: Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer, 12-16.
- Braam, A.W.; Schrier, A.C.; Tuinebreijer, W.C.; Beekman, A.T.F.; Dekker, J.J.M.; de Wit, M.A.S.** (2010): Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. In: Journal of Affective Disorders, Vol. 125, Issue 1-3, 269–278.

- Breitbart, W.; Rosenfeld, B.; Pessin, H.; Kaim, M.; Funesti-Esch, J.; Galiotta, M.; Nelson, C.J.; Brescia, R.** (2000): Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. In: JAMA, Vol. 284, Issue 22, 2907–2911.
- Bruns, F.; Steinmann, D.; Micke, O.** (2007): Spiritualität in der Onkologie. In: Onkologie, Jahrgang 13, Heft 6, 490–498.
- Bucher, A.A.** (2007): Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim, Basel: Beltz.
- Bundeszentrale für politische Bildung** (2012): Religionszugehörigkeit. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/145148/religionszugehoerigkeit>. Letzter Zugriff am 01.04.2014.
- Büssing, A.** (2006): Spiritualität – worüber reden wir? In: Büssing, A.; Ostermann, T.; Glöckler, M.; Matthiessen, P.F. (Hg.): Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung für Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Frankfurt am Main: VAS, Verlag für Akad. Schriften, 11-25.
- Büssing, A.** (2008): Spiritualität – inhaltliche Bestimmung und Messbarkeit. In: Prävention, Jahrgang 31, Heft 2, 35–37.
- Büssing, A.** (2011): Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Springer, 107-124.
- Büssing, A.; Balzat, H. J.; Heusser, P.** (2010): Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. In: European Journal of Medical Research, Vol. 15, Issue 6, 266- 273.
- Büssing, A.; Ostermann, T.M.; Matthiessen, P.F.** (2005): Spirituelle Bedürfnisse krebserkrankter Menschen: Einstellung und Praxis. Deutsche Zeitschrift für Onkologie Jahrgang 37, Heft 1, 13–22.
- Christl, C.** (2009): Case Management in der Pflege. Diplomarbeit, Universität Wien. Fakultät für Sozialwissenschaften.
- Clark, C., Cross, J.R., Deane, D.M., Lowry, L.W.** (1991): Spirituality: Integral to quality care. In: Holistic Nursing Process, Vol. 5, Issue 3, 67-76.

- Davidson, R.J.; Kabat-Zinn, J.; Schumacher, J.; Rosenkranz, M.; Muller, D; Santorelli, S.F.; Urbanowski, F.; Harrington, A.; Bonus, K.; Sheridan, J.F.** (2003): Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. In: Psychosomatic Medicine, Vol. 65, Issue 4, 564–570.
- Davidson, R.J.; McEwen, B.S.** (2012): Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. In: Nature Neuroscience, Vol. 15, Issue 5, 689–695.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.** (2007): Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung. Konzept des Arbeitskreises Spirituelle Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Online verfügbar unter: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/070709%20Spirituelle%20Begl%20in%20Pm%20070510.pdf>. Letzter Zugriff am 31.03.2014.
- Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F.; Geissler-Murr, A.C.** (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Eglin, A.; Schmid, C.** (2010): Spiritual Assessment in der Langzeitpflege? In: Palliative-ch, Heft 1, 9-11.
- Fawcett, J.** (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern: Hans Huber.
- Figl, J.** (2003): Handbuch Religionswissenschaft. Religionen und ihre zentralen Themen. Wien: Innsbruck.
- Frick, E.** (2002): Glauben ist keine Wunderdroge. Herder Korrespondenz, Jahrgang 56, Heft 1, 41-46.
- Frick, E.; Riedner, C.; Fegg, M. J.; Hauf, S.; Borasio, G.D.** (2006): A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. In: European Journal of Cancer Care, Vol. 15, Issue 3, 238–243.
- Frick, E.; Weber, S.; Borasio, G.D.** (2002): SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer „spirituellen Anamnese“. Online verfügbar unter: <http://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/SPIR.pdf>. Letzter Zugriff am 25.04.2014.
- Friedemann, M.L.** (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern: Hans Huber.

- Hauf, S.T.** (2009): Das halbstrukturierte, klinische Interview „SPIR“ zur Erfassung spiritueller Überzeugungen und Bedürfnisse von Patienten mit Krebserkrankungen. Dissertation. LMU München: Medizinische Fakultät.
- Heitlinger, S.A.** (2005): Grenzerfahrung Spiritualität. Was Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Langzeitpflegeinstitution mit Spiritualität verbinden und welche Wirkung dies auf ihren Berufsalltag zeigt. 1. Aufl. Rubigen, Bern: Ed. Soziothek.
- Heller, A.; Heller, B.** (2014): Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Heller B.** (2007): Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care. In: Lehrbuch Palliative Care. 2. Korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber, 432-437.
- Hicks, T.J.** (1999): Spirituality and the elderly: Nursing implications with nursing home residents. In: Geriatric Nursing, Vol. 20, Issue 3, 144-146.
- Höcker, A.** (2012): Spiritualität/Religiosität, Lebenssinn und Hoffnungslosigkeit bei Krebspatienten. Eine empirische Untersuchung. Diplomarbeit, Psychologie.
- Holland, J.C.; Kash, K.M.; Passik, S.; Gronert, M.K.; Sison, A.; Lederberg, M.; Russak, S.M.; Baider, L.; Fox, B.** (1998): A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. In: Psycho-Oncology, Vol. 7, Issue 6, 460-469.
- Holt-Lunstad, J.; Steffen, P.R.; Sandberg, J.; Jensen, B.** (2011): Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. In: Journal of Behavioral Medicine, Vol. 34, Issue 6, 477–488.
- Identity Foundation** (2006): Repräsentative Studie der Identity Foundation über „Spiritualität in Deutschland in Zusammenarbeit mit der Universität Hohenheim. Presseinformation. Stuttgart.
Online verfügbar unter: http://identity-foundation.de/images/stories/downloads/PM_Lang_Studie_Spiritualitaet.pdf
Letzter Zugriff am 02.04.2014.
- Jacobi S., MacLeod, R.** (2011): Making sense of chronic illness - a therapeutic approach. In: Journal of Primary Health Care, Vol. 3, Issue 2, 136-141.
- Juchli, L.** (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege 7., neubearb. Aufl, Stuttgart: Thieme.

- Jung-Borutta, C.; Sitte, T.** (2013): Spiritual Care. In: Thöns, M. und Sitte, T. (Hg.): Repetitorium Palliativmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer, 207–222.
- Kamann, M.** (2013): Christen in Deutschland werden zur Minderheit. Die Religion in Deutschland wird in 20 Jahren weit weniger als heute verbreitet sein. Das Christentum wird zur Angelegenheit einer Minderheit. Doch so kann sie das religiöse Denken inspirieren. In: Die Welt (2013). Online verfügbar unter: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article119742216/Christen-in-Deutschland-werden-zur-Minderheit.html>. Letzter Zugriff am 02.04.2014.
- Kammerer, T.; Roser, T.; Frick, E.** (2013): Spiritualität und Religion. In: Michalsen, A. und Hartog, C.S. (Hg.): End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer, 139–145.
- Klein, F.** (2011): Palliativmedizin am Lebensende. Bedeutung der Spiritualität zu wenig berücksichtigt. In: Palliativmedizin, Jahrgang 12, Heft 1, 19.
- Koenig, H.G.** (2000): Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. In: JAMA, Vol. 284, Issue 13, 1708.
- Koenig, H.G.** (2012): Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohls, N.; Walach, H.** (2011): Spirituelles Nichtpraktizieren– ein unterschätzter Risikofaktor für psychische Belastung? In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Springer, 133-142.
- Körtner, U.H.J.; Müller, S.; Kletecka-Pulker, M.; Inthorn, J.** (2009): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin. Wien: Springer.
- Kristeller, J.L.; Rhodes, M.; Cripe, L.D.; Sheets, V.** (2005): Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. In: International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 35, Issue 4, 329-347.
- Krohwinkel, M.** (2008): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. In: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken.

- Kühne-Ponesch, S.** (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. 1. Aufl. Wien: Facultas.
- Künzler, A.; Mamié, S.; Schürer, C.** (Hg.) (2012): Praktische Hilfen zur Lebensgestaltung – Spiritualität. In: Diagnose-Schock: Krebs. Berlin, Heidelberg: Springer, 78–81.
- Lauber, A.; Fickus, P.** (2007): Grundlagen beruflicher Pflege. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Lucchese, F.A.; Koenig, H.G.** (2013): Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. In: Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, Vol. 28, Issue 1, 103–128.
- Martensson, G.; Carlsson, M.; Lampic, C.** (2008): Do Nurses and cancer patients agree on cancer patients coping resources, emotional distress and quality of life? In: European Journal of Cancer Care, Vol. 17, Issue 4, 350–360.
- Martinez, B.B.; Custodio, R.P.** (2014): Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. In: Sao Paulo Medical Journal, Vol. 132, Issue 1, 23-27.
- Maschwitz, G.; Maschwitz, R.** (2013): Spirituelle Sterbebegleitung. Umgang mit Sterben, Tod und Abschied ; heilsame Rituale und Gebete; Erfahrungsberichte aus Familie, Beruf und Ehrenamt. 1. Aufl. Murnau a. Staffelsee: Mankau.
- Maugans, T.A.** (1996): The SPIRITual history. In: Archives of Family Medicine, Vol. 5, Issue 1, 11-16.
- McCullough, M.E.; Hoyt, W.T.; Larson, D.B.; Koenig, H.G.; Thoresen, C.** (2000): Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. In: Health Psychology, Vol. 19, Issue 3, 211–222.
- Mehnert, A.; Rieß, S.; Koch, U.** (2003): Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Jahrgang 24, Heft 2, 147-166.
- Miller, L.; Bansal, R.; Wickramaratne, P.; Hao, X.; Tenke, C.E.; Weissman, M.M.; Peterson, B.S.** (2014): Neuroanatomical Correlates of Religiosity and Spirituality. In: JAMA Psychiatry, Vol. 71, Issue 2, 128-135.

- Moadel, A.; Morgan, C.; Fatone, A.; Grennan, J.; Carter, J.; Laruffa, G.** (1999): Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. In: *Psychooncology*, Vol. 8, Issue 5, 378-385.
- Moeini, M.; Taleghani, F.; Mehrabi, T.; Musarezaie, A.** (2014): Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. In: *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Vol. 19, Issue 1, 88–93.
- Narayanasamy, A.** (1999): Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. In: *Nurse Education Today*, Vol. 19, Issue 5, 386-395.
- Ostermann, T.; Büssing, A.** (2007): Spiritualität und Gesundheit: Konzepte, Operationalisierung, Studienergebnisse. In: *Musiktherapeutische Umschau*, Jahrgang 28, Heft 3, 217-230.
- Peterman, A.H.; Fitchett, G.; Brady, M.J.; Hernandez, L.; Cella, D.** (2002): Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). In: *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 24, Issue 1, 49–58.
- Pompey, H.** (1998): Religiosität : ein Element der Lebens- und Leidbewältigung bei Tumorpatienten – empirische Befunde und ihre Bedeutung für die psychosoziale Patientenbegleitung. In: *Cammilianum*, Jahrgang 9, 227-252.
- Puchalski, C.M.** (2006): Spiritual Assessment in Clinical Practice. In: *Psychiatric Annals*, Vol. 36, Issue 3, 150-155.
- Puchalski, C.M.** (2012): Spirituality in the cancer trajectory. In: *Annals of Oncology* 23, Issue 3, 49–55.
- Puchalski, C.M.; Romer, A.L.** (2000): Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. In: *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 3, Issue 1, 129-137.
- Radzey, B.; Kreuzner, G.** (2007): Pflegende: Spirituelle Pflege – ein in ganzheitliches Konzept. In: *DeSSorientiert, Demenz Support Stuttgart: Spiritualität – Ein Thema für die Pflege von Menschen mit Demenz?*, Stuttgart, 79–81.
- Roper, N.; Logan, W.W.; Tierney, A.J.** (2009): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und erg. Aufl. Bern: Hans Huber.

Roser, T. (2008): Spiritualität in der Palliativversorgung. Jahrestagung Sektion KSA der DGfP, Hannover, 5. November 2008. Online verfügbar unter: <http://www.pastoralklinikum.de/formulare/DGfP%20Vortrag%20Roser%202008.pdf>. Letzter Zugriff: 24.04.2014.

Roser, T. (2011): Evidence-based Spiritual Care: Gibt es das? In: Arzneimittelforschung. Jahrgang 61, Heft 11, 653–655.

Rumbold, B.D. (2007): A review of spiritual assessment in health care practice. In: Medical Journal of Australia, Vol. 186, Issue 10, 60-62.

Ryan, K.; Fiorito, B. (2003): Means-ends spirituality questionnaire: reliability, validity and relationship to psychological well-being. Review Of Religious Research, Vol. 45, Issue 2, 130-154.

Schiffner, G. (2012): Spiritualität: alter Begriff – neue Chancen. 7 mögliche Schritte, christliche Spiritualität in den Berufsalltag einzubringen. In: ChrisCare - Magazin für Christen im Gesundheitswesen. Ahnatal: Frank Fornacon, Jahrgang 3, Heft 1, 6-7.

Schramm, C. (2012): Offenheit für Spirituelles hilft helfen. In: ChrisCare - Magazin für Christen im Gesundheitswesen. Ahnatal: Frank Fornacon, Jahrgang 3, Heft 1, 15-17.

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

(palliative.ch), BIGORIO (2008): Empfehlungen zu Palliative Care und Spiritualität. Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz. Online verfügbar unter: http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_12_1_bigorio_2008_Spiritualitaet_de.pdf. In: palliative-ch (2008). Letzter Zugriff am: 28.04.2014.

Steinmann, R.M. (2008): Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention. Wien, Berlin: Lit.

Steinmann, R.M. (2011): Zur Begriffsbestimmung von Spiritualität – eine experimentelle, integrativ-abgleichende Gegenüberstellung von zwei Definitionen. In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität transdisziplinär. Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Springer, 37-51.

- Stemmer, R.** (2003): Pflgeetheorien und Pflgeklassifikationen. In: Pflge & Gesellschaft, Jahrgang 8, Heft 2, 51-58.
- Stevens-Barnum, B.** (2002): Spiritualität in der Pflge. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Stiegler, S.** (2012): Spiritual Care – eine Handlungsfrage. In: Diakonisches Werk der EKD: Johannes Stockmeier/Astrid Giebel/Heike Lubatsch (Hg.), Geistesgegenwärtig pflgen. Existenzielle Kommunikation und Spirituelle Ressourcen im Pflgeberuf : Band 1: Grundlegungen und Werkstattberichte. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Theologie, 249–254.
- Stranahan, S.** (2001): Spiritual Perception, Attitudes about Spiritual Care and Spiritual Care Practices among Nurse Practitioners. In: Western Journal of Nursing Research, Vol. 23, Issue 1, 90–104.
- Sundermeier, T.** (2007): Religion - was ist das? Religionswissenschaft im theologischen Kontext ; ein Studienbuch. 2., erw. Neuaufl. Frankfurt: Lembeck.
- Taylor, E.J.** (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. In: Journal of Cancer Nursing, Vol. 26, Issue 4, 260-266.
- Utsch, M.** (2014): Begriffsbestimmungen: Religiosität oder Spiritualität? In: M. Utsch, R.M. Bonelli und S. Pfeifer (Hg.): Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Versano, S.** (2011): Religion and spirituality as a coping mechanism with cancer. Digitale Dissertation. Universität Bamberg. Fakultät Humanwissenschaften.
- Vilhena, E.; Pais-Ribeiro, J.; Silva, I.; Pedro, L.; Meneses, R.F.; Cardoso, H.** (2014): Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. In: Health and Quality of Life Outcomes, Vol. 12, Issue 1, 1-11.
- Vonarx, N.; Hyppolite, S.R.** (2012): Religion, Spirituality, and Cancer: The Question of Individual Empowerment. In: Integrative Cancer Therapies, Vol. 12, Issue 1, 69-80.
- Warnken, C.** (2007): Palliativpflge in der stationären Altenpflge. Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und Sterbebegleitung - drei Bausteine einer modernen Unternehmenskultur. Hannover: Schlütersche.

- Wasner, M.** (2007): Bedeutung von Spiritualität und Religiosität in der Palliativmedizin. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.
- Wasner, M.** (2013): Psychosoziale Begleitung am Lebensende. Die Bedürfnisse von Sterbenden und Angehörigen nicht übersehen. In: Pflegezeitschrift, Jahrgang 66, Heft 1, 10-13.
- Weiber, E.** (2007): Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung. In: Knipping, C. (Hg.): Lehrbuch Palliative Care. 2. Korrigierte Aufl. Bern: Hans Huber, 438– 453.
- Weiber, E.** (2014): Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod ; eine Grammatik für Helfende. 4., durchges. und aktualisierte Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wenger, S.** (2009): Sterben beinhaltet Chancen: Pflege und Betreuung sterbender Menschen. In: Curaviva, Jahrgang 80, Heft 10, 32–35.
- WHOQOL-Group** (1998): The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. In: Social Science & Medicine, Vol. 46, Issue 12, 1569–1585.
- World Health Organization** (2008): Definition of Palliative Care. Online verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Letzter Zugriff am 02.04.2014.
- Zwingmann, C.** (2004): Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Jahrgang 55, Heft 5, 241-246.

10 Anhang

I. SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer „spirituellen Anamnese“ (nach Frick, Weber, Borasio 2002)

SPIR – Halbstrukturiertes klinisches Interview zur Erhebung einer “spirituellen Anamnese”

Das Akronym SPIR dient dazu, sich die vier Schritte bei der Erfassung spiritueller Bedürfnisse und Ressourcen zu vergegenwärtigen:

S pirituelle und Glaubens-Überzeugungen P latz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen I ntegration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe R olle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

Die folgenden Standardfragen sollen im Verlauf des Gesprächs dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte herausgefunden werden, ob dem Patienten Begriffe wie “spirituell” oder “religiös” bekannt sind und wie er sie verwendet. Ähnliches gilt für Kirche / Gemeinschaft / Gemeinde / Gruppe usw., je nachdem, wie der Patient über seine diesbezüglichen Bindungen zu sprechen in der Lage ist.

S: Würden Sie sich im weitesten Sinne als gläubigen (religiösen/spirituellen) Menschen betrachten?
● In wen oder in was setzen Sie Ihre Hoffnung?
Woraus schöpfen Sie Kraft?
Gibt es etwas, das Ihrem Leben einen Sinn verleiht? Welche Glaubensüberzeugungen sind für Sie wichtig?

P: Sind die Überzeugungen, von denen Sie gesprochen haben, wichtig für Ihr Leben und für Ihre gegenwärtige Situation?
● Welchen Einfluss haben diese Überzeugungen darauf, wie Sie mit sich selber umgehen und in welchem Maß Sie auf Ihre Gesundheit achten?
Wie haben Ihre spirituellen und Glaubens-Überzeugungen Ihr Verhalten während dieser Erkrankung bestimmt?
Welche Rolle spielen Ihre Überzeugungen dabei, dass Sie wieder gesund werden?

I: Gehören Sie zu einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft (Gemeinde, Kirche, spirituelle Gruppe)?
● Bedeutet dies eine Unterstützung für Sie? Inwiefern?
Gibt es eine Person oder Gruppe von Leuten, die Ihnen wirklich viel bedeuten und die wichtig für Sie sind?

R: Wie soll ich als Ihr Arzt / Seelsorger / Krankenschwester usw. mit diesen Fragen umgehen?
● Wer ist Ihr wichtigster Gesprächspartner in Bezug auf spirituelle und Glaubens-Überzeugungen?
Welche Rolle sollen diese Überzeugungen in der ärztlichen Behandlung spielen?
Spirituelle und Glaubens-Fragen sind für Krank- und Gesundsein ein wichtiger Bereich. Haben Sie den Eindruck, dass wir über Ihre Überzeugungen so gesprochen haben, wie Sie es sich wünschen?
Möchten Sie etwas hinzufügen?

© E. Frick, S. Weber und G.D. Borasio 2002
Frick, E., Riedner, C., Fegg, M. J., Hauf, S. & Borasio, G. D. (2006). A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European Journal of Cancer Care*, 15:238-243.

Karikopien mit Quellenangabe erwünscht. Keine elektronische Publikation ohne Zustimmung der Autoren.

www.spiritualcare.de

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen, sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 02.06.2014

Nicole Raimundo Xavier