

# **Einfluss der Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität onkologischer Palliativpatienten: Eine systematische Literaturübersicht**

Bachelor-Thesis

von

**Daniela Marchon**  
**Lena Weber**  
Bachelor 2010-2013

Erstgutachter: Ewald Schorro

**Hochschule für Gesundheit Freiburg**  
Studiengang Bachelor of Science in Pflege

01. Juli 2013

## **Abstract**

Das Ziel dieser Bachelorthesis ist es, eine Antwort auf die Frage zu geben, welchen Einfluss die Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität bei onkologischen Patienten im Palliativpflegesetting hat. Diese wird in Form einer systematischen Literaturübersicht gestaltet, um eine grösstmögliche Evidenz zu erreichen.

Vier Datenbanken wurden nach quantitativen Studien durchsucht, welche im Zeitraum von 1998-2013 veröffentlicht wurden. Studien, welche inhaltlich der Forschungsfrage entsprachen und die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wurden in einer Tabelle zusammengefasst und mit einem Beurteilungsraster für quantitative Studien nach ihrer Qualität beurteilt.

Von insgesamt elf Studien wurden zehn eingeschlossen, welche Antworten auf die zu Beginn erwähnte Fragestellung gaben. Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Spiritualität/Religiosität, dem Coping und der Lebensqualität auf. Da das Studiendesign der integrierten Studien keine kausalen Schlussfolgerungen zulässt, sind weitere Forschungsarbeiten zur Thematik notwendig.

## **Danksagung**

Ein herzliches Dankeschön geht an alle Personen, welche die Autorinnen während der Erarbeitung der Bachelorthesis unterstützt haben. Zudem möchten sie ihrer Begleitperson und Erstgutachter Ewald Schorro herzlich danken. Er hat die Autorinnen über ein Jahr lang begleitet und unterstützt. Bei Fragen und Unklarheiten stand Herr Schorro den Autorinnen immer mit Antworten zur Verfügung. Durch sein fundiertes Wissen zur Forschungsthematik konnten sie viel profitieren und einen guten Einblick in die Welt der Forschung gewinnen. Ein weiterer Dank geht an Herrn Christian von Dach, welcher den Autorinnen einen Teil seiner Forschungsarbeiten zur Verfügung stellte und für Fragen bereitstand.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	6
1.1 Problembeschreibung .....	6
1.2 Fragestellung .....	9
1.3 Zielsetzung .....	9
2. Theoretischer Rahmen .....	10
2.1 Palliative Care .....	10
2.2 Spiritualität .....	11
2.3 Pflegekonzept Coping .....	13
2.3.1 Das Konzept Coping in Bezug auf die Fragestellung .....	14
2.4 Konzept Lebensqualität .....	15
2.4.1 Das Konzept Lebensqualität in Bezug auf die Fragestellung .....	15
3. Methodologie .....	17
3.1 Design .....	17
3.2 Suchstrategie .....	17
3.3 Suchbegriffe und Suchkriterien .....	18
3.4 Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
3.5 Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien .....	19
3.6 Kritische Beurteilung der Studien .....	21
3.7 Synthese der Ergebnisse und Diskussion .....	21
4. Ergebnisse .....	23
4.1 Coping .....	23
4.1.1 spirituelle/religiöse Copingstrategien .....	23
4.1.2 Auswirkungen von spirituellem/religiösem Coping .....	24
4.1.3 Einfluss von spirituellem/religiösem Coping auf die Lebensqualität .....	24
4.2 Lebensqualität .....	25
4.2.1 Erfassung der Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität .....	25
4.2.2 Zusammenhang von Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität .....	25
4.2.3 Zusammenhang von spirituellem Wohlbefinden und Lebensqualität .....	26

5. Diskussion .....	28
5.1 Interpretation der Ergebnisse .....	28
5.1.1 Ergebnisse in Bezug auf das Konzept Coping .....	28
5.1.2 Ergebnisse in Bezug auf das Konzept Lebensqualität .....	29
5.2 Qualität der Ergebnisse.....	31
5.3 Stärken und Schwächen der Arbeit.....	31
6. Schlussfolgerung.....	33
6.1 Beantwortung der Fragestellung .....	33
6.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis und weiterführende Forschungen .....	34
7. Lernprozess .....	35
8. Literaturverzeichnis .....	36
9. Anhang.....	40
A. Suchprotokoll .....	40
B. Prismaflow-Diagramm.....	47
C. Zusammenfassungen der eingeschlossenen Studien nach alphabetischer Reihenfolge.....	50
D. Zusammenfassung der ausgeschlossenen Studie .....	76
E. Beurteilung der Studien nach alphabetischer Reihenfolge .....	78
F. Beurteilung der ausgeschlossenen Studie.....	183
G. Übersichtstabelle zur kritischen Beurteilung.....	191
H. Stärken und Schwächen .....	193
I. Selbständigkeitserklärung .....	199

# 1. Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Palliativpflege und somit auch die Auseinandersetzung mit den damit zusammenhängenden Themen wie Spiritualität, Coping und Lebensqualität wird angesichts der Überalterung der Bevölkerung, dem Bevölkerungswachstum und der immer häufiger auftretenden unheilbaren, chronischen Krankheiten zunehmend bedeutender. Das Bundesamt für Gesundheit [BAG] und die schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren [GDK] (2012) gehen zudem davon aus, dass „die Zahl an onkologischen PatientInnen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen in den kommenden Jahren zunehmen wird“ (S. 14). Viele Patienten<sup>1</sup> mit einer Krebserkrankung oder einer anderen chronischen Erkrankung werden mit verschiedenen schweren physischen Symptomen konfrontiert und brauchen Unterstützung bei sozialen und spirituellen Problemen. Um dem entgegenzuwirken hat die Palliative Care zum Ziel, eine optimale Lebensqualität bis zum Tode zu gewährleisten. Mit Hilfe der Palliative Care soll Leiden und Komplikationen vorgebeugt werden, wobei medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen und auch psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung eingeschlossen werden (BAG & GDK, 2012). In der Schweiz gibt es keine Zahl, aus der ersichtlich wird, wie viele Menschen Palliative Care benötigen. Abklärungen zeigten, dass im Gesundheitswesen Palliative Care noch ungenügend etabliert ist und eine Sensibilisierung bei Fachpersonen und bei der Bevölkerung notwendig ist (BAG, 2010). Weitere Erhebungen zeigen, dass in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung Handlungsbedarf besteht. Um eine Verbesserung der Versorgung am Lebensende gewährleisten zu können, hat der Bund in der nationalen Strategie 2013-2015 folgendes Hauptziel festgelegt: „Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz erhalten damit ihren Bedürfnissen

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit gilt in dieser Arbeit die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter

angepasst Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert“ (BAG & GDK, 2012, S. 6). Dieses Hauptziel wurde schon in der Nationalen Strategie 2010-2012 definiert, wird aber für die kommenden drei Jahre beibehalten, da das Hauptziel noch nicht vollständig erreicht wurde. So fehlt zum Beispiel die Implementierung der erarbeiteten Grundlagen.

Im Bereich der Palliative Care ist Spiritualität eine zentrale Begrifflichkeit. Am Lebensende wird für viele Menschen Spiritualität zunehmend bedeutender. Eine Studie von von Dach (2011) zeigt, dass sich viele Patienten am Lebensende mit dieser Thematik auseinandersetzen. Für viele Pflegefachpersonen gestaltet es sich jedoch schwierig, auf deren Bedürfnisse einzugehen. Zum einen, weil viele es als Aufgabe der Ärzte oder Seelsorger ansehen, zum anderen weil ihnen die Zeit fehlt, Gespräche über Spiritualität zu führen. Resultate zeigen, dass die Pflegefachpersonen die geeigneten Personen sind, über Spiritualität/Religiosität zu sprechen. Dies aufgrund dessen, da sie viel Zeit mit dem Patienten verbringen und dadurch ein Vertrauensverhältnis aufbauen können. Das Sprechen über die eigene Spiritualität setzt viel Vertrauen voraus, was für eine Tabuisierung der Thematik spricht. In der Studie von von Dach (2011) geben viele Pflegefachpersonen an, dass sie wenig über ihre eigene Spiritualität sprechen, was jedoch eine Voraussetzung wäre, um einen unproblematischen Umgang mit spirituellen Fragen der Patienten zu haben. Deshalb äussert von Dach (2011) in seiner Studie, dass es wichtig ist, Spiritualität bereits in der Aus- und Weiterbildung zu thematisieren.

In der im Jahre 2002 veröffentlichten Definition der Weltgesundheitsorganisation sind Spiritualität und Lebensqualität fest verankert. Laut dieser Definition ist Palliative Care eine „Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt (palliative ch, 2012). Trotz des subjektiven Charakters der Begrifflichkeit „Lebensqualität“ ist eine Objektivierung, wenn es um wissenschaftlich kontrollierte Erkenntnis-gewinnung in der Lebensqualitätsforschung geht, sinnvoll (Aulbert, 2000). Ebenso beinhaltet die Definition das Suchen, Erfassen und angemessene

Behandeln von spirituellen Problemen, um somit die Lebensqualität zu verbessern. Dies legt nahe, nach empirischen Daten zu suchen, welche den Einfluss der Spiritualität auf die Lebensqualität aufzeigen. Das Coping sehen die Autorinnen als Bindeglied dieser zwei Begriffe. Spiritualität dient als Bewältigungsstrategie, die wiederum dazu dient, die Lebensqualität zu verbessern. Daher wird sowohl der Einfluss der Spiritualität auf das Coping, als auch auf die Lebensqualität untersucht.

Im gesamten Forschungssystem ist Forschung im Bereich der Palliative Care schwach vertreten und nur wenige Forschende und Forschungsteams sind in diesem Bereich aktiv. Dies wäre jedoch nötig, um zu einem besseren Wissen und zu einer verbesserten Qualität der Angebote beitragen zu können (BAG & GDK, 2012). Das BAG und GDK (2012) haben zum Ziel, die Forschung im Bereich der Palliative Care zu etablieren, damit Forschungsergebnisse mit einer hochstehenden Qualität und grundlegende Beiträge zu gesellschaftlichen Fragen am Lebensende geliefert werden. Forschungskompetenzen und –ressourcen sollen nachhaltig ausgebaut werden.

Um einen kleinen Teil der Lücke im Forschungssystem zu füllen, entschieden sich die Autorinnen, ihre Bachelorthesis im Bereich der Palliative Care und Spiritualität zu schreiben. Vorgängig durchgeführte Recherchen auf den Datenbanken ergaben, dass es bis zum jetzigen Zeitpunkt nur wenig empirische Forschung über das zu untersuchende Thema gibt. Aufgrund dessen und aufgrund der obigen Problembeschreibung kommen die Autorinnen zu dem Schluss, dass eine systematische Literaturübersicht nötig ist und leiten nach-folgende Fragestellung ab.



## 1.2 Fragestellung

Die Problembeschreibung zeigt auf, dass Themen wie Spiritualität, Lebensqualität und Coping im Bereich der Palliativpflege an Bedeutung zugenommen haben. Aufgrund dessen möchten die Autorinnen mit Hilfe der Bachelorthesis folgende Fragestellung beantworten:

„Welchen Einfluss hat die Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität bei Patienten im onkologischen Palliativpflegesetting?“

Im Folgenden wird die Fragestellung mit Hilfe des PIKo-Schemas erläutert. Dies ist ein Hilfsschema, um Fragen zur Wirkung von Interventionen zu formulieren (das Deutsche Cochrane Zentrum, 2010).

**P** flegebedürftige: Erwachsene Patienten mit einer onkologischen Erkrankung

**I** nteresse oder Phänomen: Spirituelle Bedürfnisse, Coping und Lebensqualität

**Ko** ntext: im Palliativpflegesetting

## 1.3 Zielsetzung

Mit Hilfe der systematischen Literaturübersicht wollen die Autorinnen den Einfluss der Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität erwachsener Patienten mit einer onkologischen Erkrankung im Palliativpflegesetting ausfindig machen, um danach eine Synthese durch eine Zusammenfassung der Einflüsse zu erstellen. Des Weiteren möchten die Autorinnen anhand der Ergebnisse Vorschläge für Praxisinterventionen machen, um eine bedürfnis-gerechte Betreuung der Patienten gewährleisten zu können. Ausserdem können die Autorinnen ihre Kompetenzen im Bereich des wissenschaftlichen Arbeitens erweitern.

## 2. Theoretischer Rahmen

Ausgehend von der Frage: *„Welchen Einfluss hat die Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität bei onkologischen Patienten im Palliativpflege-setting“*, legen die Autorinnen den theoretischen Rahmen fest.

Im Folgenden wird versucht, die wichtigen Begriffe zu definieren und anhand der Erarbeitung von Literatur einen Rahmen für die Interpretation der Ergebnisse festzulegen (Mayer, 2007).

### 2.1 Palliative Care

Der Begriff Palliative Care setzt sich aus den zwei lateinischen Wörtern „pallium“ – der Mantel und „care“ – Versorgung zusammen (Radbruch, Nauck & Aulbert, 2000). Auf die aktuelle Definition der WHO wurde bereits in der Einleitung hingewiesen.

Ursprünglich wurde das Konzept „Palliative Care“ für Patienten mit Tumor-erkrankungen entwickelt. Der Ansatz kann jedoch für jede fortschreitende und irreversibel zum Tode führende Erkrankung übernommen werden. Um den Inhalt des Konzepts zu verstehen, wird nun näher auf dessen Kernpunkte eingegangen.

Der Schwerpunkt der palliativmedizinischen Versorgung liegt in der Erhaltung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit der Patienten und nicht auf Lebensverlängerung. Sie sieht das Sterben als normalen Prozess im Leben eines jeden Menschen an (Aulbert, Nauck, Radbruch, 2006). Um Hilfe im Sterben leisten zu können, ist es wichtig, auf die Bedürfnisse und Symptome der Sterbenden einzugehen. Jedoch sollen hier nicht nur den physischen Beschwerden Beachtung geschenkt werden, sondern auch den psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen. Demnach bedeutet palliativ pflegen „auf die Situation des Sterbenden Rücksicht zu nehmen, sich ganz auf den Patienten einzustellen, sich einzufühlen in die besondere Situation seiner begrenzten Lebens- und Sterbenszeit“ (Kulbe, 2010, S.16). Palliative Care

bejaht die Interdisziplinarität, das heisst in ihrem Ansatz integriert sie den Patienten, seine Familie und die Gesellschaft.

Palliative Care richtet sich an folgende zentrale Bedürfnisse (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2006):

- Den Patienten im Sterben nicht alleine lassen, sondern an einem vertrauten Ort (zu Hause) umgeben von vertrauten Menschen.
- Den Patienten nicht unter starken physischen Beschwerden leiden zu lassen.
- Den Patienten bei der Regelung letzter Dinge zu unterstützen.
- Mit dem Patienten die Frage nach dem Sinn und nach dem Danach zu erörtern.
- Auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten einzugehen und, wenn möglich, diese zu ermöglichen.

Sterbebegleitung beinhaltet neben der Sorge um den Körper auch die Seelsorge, denn in existenziellen Situationen setzen sich die meisten Menschen mit dem eigenen Leben und Sterben auseinander. Dieser Gedanke gilt als zentral für Spiritual Care, welches eine Säule von Palliative Care bildet. Laut Kulbe (2010) bedeutet Spiritual Care die Fürsorge um religiöse Bedürfnisse, Fragen oder Rituale vor und nach dem Sterben.

## **2.2 Spiritualität**

Der Begriff Spiritualität stammt aus dem lateinischen „spiritualis“ und lässt sich mit Geistigkeit übersetzen. Heute ist der Begriff weitgehend gleichbedeutend mit Frömmigkeit, bezeichnet aber weniger die subjektive Haltung der Religiosität, als vielmehr eine vom Glauben getragene geistige Orientierung und Lebensform, welche die gesamte menschliche Existenz unter den konkreten Lebensbedingungen prägt (Brockhaus, 1993).

Auf der internationalen Datenbank Pubmed wird der MeSh-term Spiritualität wie folgt definiert: „*Spirituality: Sensitivity or attachment to religious values, or to things of the spirit as opposed to material or worldly interests.*“ Zu Deutsch wäre dies mit „Spiritualität ist die Sensibilität oder Bindung an religiöse Werte

oder geistige Dinge im Gegensatz zu materiellen oder weltlichen Belangen“ zu übersetzen. Des Weiteren lässt sich sagen, dass Spiritualität eine individuelle Haltung im Leben, den Dingen, den Ereignissen gegenüber ist und die Art wie sie bewertet, ihnen Sinn verliehen und sie bewältigt werden. Es ist die Haltung der Welt und den Menschen gegenüber, dem Wert, der ihnen gegeben wird oder den er für einen Menschen hat (Kulbe, 2011).

Spiritualität ist ein sehr breiter Begriff mit vielen Facetten und erscheint daher nur schwer fassbar. Nach Tanyi (2002), zitiert von von Dach (2010), ist Spiritualität klar von Religion zu unterscheiden, obwohl natürlich Religion in direktem Zusammenhang zu Spiritualität stehen kann. Er beschreibt Spiritualität als einen positiven Aspekt des Menschseins, durch den zentrale Faktoren der persönlichen Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität gestärkt werden. Spiritualität wird auch als erfahrungsmässige Hinwendung zu einem Bereich, den man als über sein individuelles, kontingentes Sein hinausreichend erlebt, beschrieben. Das Erleben einer grösseren Existenz, welche nicht rational nachvollziehbar und auch nicht immer in Worte gefasst werden kann (Walach, 2006, zitiert nach von Dach, 2010).

In der Pflegediagnose nach NANDA „Bereitschaft für ein besseres spirituelles Wohlbefinden“, wird dieses als Prozess der persönlichen Entwicklung und Entdeckung des Geheimnisses der eigenen Existenz beschrieben. Des Weiteren definieren sie spirituelles Wohlbefinden als die Fähigkeit eines Menschen, seinem Leben Sinn, Wert und Richtung zu geben. Sie führt zu einer lebensbejahenden Beziehung mit einer höheren Macht/Gottheit, sich selbst, der Gemeinschaft und Umwelt (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2002).

Diese Definitionen gehen in die Überlegungen, welche sich die Autorinnen zu diesem Thema gemacht haben, hinein. Sie sehen in der Spiritualität/Religiosität den Glauben an etwas Höheres, etwas Unfassbares, welches unabhängig von Kultur oder religiöser Ausrichtung erlebt werden kann. Spiritualität/Religiosität gibt allen Entscheidungen und allen Handlungen einen Sinn. Obwohl sich Religiosität von Spiritualität unterscheidet, sie aber wie oben erwähnt in direktem Zusammenhang zur Spiritualität stehen kann, werden die Begriffe in der vorliegenden Arbeit stets gemeinsam verwendet.

## 2.3 Pflegekonzept Coping

Das Konzept Coping stellt in der Pflege ein Schlüsselkonzept dar. Im Gespräch oder im Verhalten gibt jeder kranke Mensch den Pflegenden Informationen über seinen Umgang mit der Krankheit. Für den Pflegealltag ist es wichtig zu sehen, "welche spezifischen Anforderungen eine Krankheitssituation an ein Individuum stellt und in welcher Art und Weise es genau diesem Menschen gelingt, mit den Anforderungen umzugehen und sie auf ein für ihn erträgliches Mass zu reduzieren oder eben nicht" (Baldegger, 2004, S. 125). Oft kann das Coping nur durch Interpretation, Rückschlüsse und Folgerung der Pflegenden erkannt werden, da es meist nicht direkt erkennbar ist.

Vom englischen Terminus "to cope with" leitet sich der Begriff Coping ab, was soviel bedeutet wie "jemandem oder etwas gewachsen sein, fertig werden, bewältigen, meistern, zu Rande kommen" (Baldegger, 2004, S. 126). Laut der Theorie von Lazarus bezeichnet Coping alle verhaltensorientierten und intrapsychischen Anstrengungen, um umweltbedingte und interne Anforderungen zu meistern, sie zu tolerieren oder zu minimieren. Wenn eine routinierte Umgangsweise nicht mehr ausreicht und neue Umgangsformen gefunden werden müssen, tritt Coping in Kraft. Zusammengefasst heisst dies also, dass Coping jede Anstrengung bezeichnet, welche zur Bewältigung eines belastenden Ereignisses eingesetzt wird.

Coping wird immer in Beziehung zu etwas betrachtet oder ist ausgerichtet auf ein Ereignis, eine Situation oder einen inneren Zustand. Ereignisse, welche den Einsatz von Coping erfordern, sind individuell verschieden. Charakteristiken, von solchen Ereignissen sind beispielsweise Ereignisse, die als belastend erlebt werden, welche einen Einschnitt in Routineabläufe oder ein Abweichung einer Normalität darstellen. Aber auch Ereignisse, die einen intensiven physischen und/oder psychischen Aufwand benötigen erfordern den Einsatz von Copingstrategien (Baldegger, 2004).

### 2.3.1 Das Konzept Coping in Bezug auf die Fragestellung

Krankheiten erfordern täglich neu zu bewältigende Anforderungen. Sei es im Umgang mit neuen körperlichen Symptomen, mit Angehörigen oder mit der Auseinandersetzung des Selbstwertes oder der Zukunft. Verhaltensweisen, die Menschen angesichts einer Erkrankung zeigen sind sehr unterschiedlich. Alle Mechanismen, mit denen ein Mensch einer straken Bedrohung der psychischen Stabilität entgegentritt wird mit Coping gleichgesetzt.

In der Literatur werden verschiedene Formen der Bewältigung diskutiert. Lazarus und Folkman definieren zwei Arten von Bewältigungsverhalten (Fitzgerald Miller, 2003):

- **Gefühlsorientiertes Bewältigungsverhalten:** Wenn die Person zum Schluss kommt, dass die belastenden Stimuli nicht kontrolliert und nichts daran geändert werden kann, tritt dieses Bewältigungsmuster auf (z.B. Vermeidung, Verharmlosung etc.)
- **Problemorientiertes Bewältigungsverhalten:** Bei diesem Bewältigungsmuster wird das Problem definiert, Alternativen werden aufgelistet, Aufwand und Nutzen werden abgewogen und so eine Handlungsweise ausgewählt. Die Bedrohung wird hier als beeinflussbar bewertet (z.B. Erkennen neuer Selbstpflegekompetenzen etc.)

Wie eine Person ihre Krankheit bewältigt, hängt unter anderem vom Zustand der persönlichen Machtressourcen (Glaubenssystem, familiärem bzw. sozialem Rückhalt, psychisches Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und Motivation), Krankheitsmerkmale (Art der Krankheit, Probleme, Stadium), entwicklungsbezogenen und familiären Einflüssen, intrapersonalen und umweltbedingten Faktoren ab. Ziel des Coping ist es, das Problem zu meistern, zu kontrollieren oder aufzulösen (Fitzgerald Miller, 2003). Weitere Copingziele können sein, dass eine momentane Entlastung, soziale Anpassung, psychisches Gleichgewicht, körperliches Wohlbefinden und die Erhaltung des Selbstkonzepts erreicht werden (Baldegger, 2004).

Untersuchungen und Erfahrungen deuten darauf hin, dass die Spiritualität in der Krankheit und in der Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod eine elementare Bewältigungsstrategie ist. Im Durchschnitt erleben Gläubige die

letzte Lebensphase als weniger verzweifelt und können das Sterben leichter akzeptieren (Weiherr, 2000).

Für Pflegende in der Praxis kann deshalb das Wissen und die Reflektion zum Thema Coping eine Hilfe sein, um Menschen, welche sich in einer belastenden Lebenssituation befinden, adäquat zu unterstützen (Baldegger, 2004).

## **2.4 Konzept Lebensqualität**

Es ist schwierig, Lebensqualität zu definieren, da bis jetzt noch keine allgemeingültige Definition des Begriffs existiert. Die WHO versteht unter Lebensqualität *„die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem, in dem es lebt, und in Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen“* (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1993 zitiert nach Grant & Rivera, 2001). Im Instrument der WHO zur Erfassung der Lebensqualität, WHOQOL-100, werden unter anderem die Spiritualität und Religion oder andere Glaubenssysteme mittels Fragen gezielt erfasst (WHO, 1995).

Die Lebensqualität misst sich an der individuellen Beurteilung der aktuellen Situation des Patienten in Zusammenhang zu dem, was der Patient in der jetzigen Situation für möglich oder wünschenswert hält. Somit wird Lebensqualität nicht nur durch die im Vordergrund stehende Erkrankung bestimmt, sondern auch durch verschiedene Faktoren des Lebensumfeldes (Aulbert, 2000).

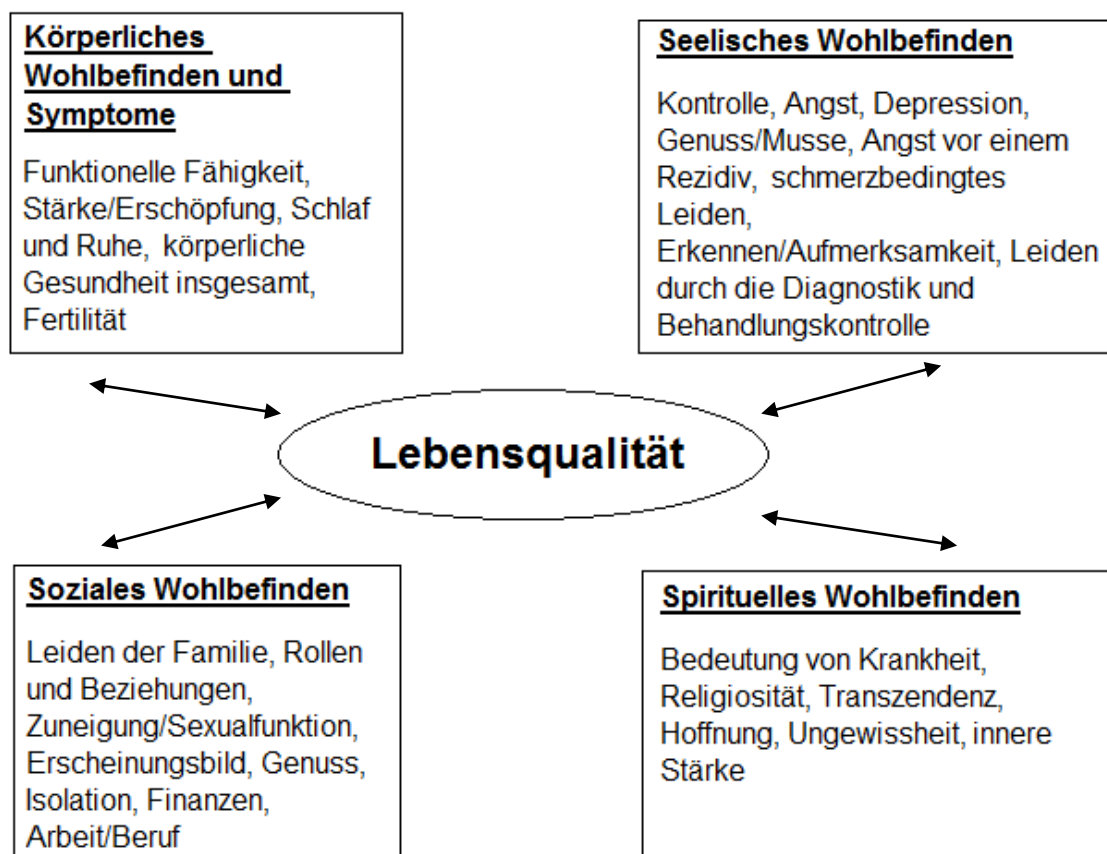
Aus den verschiedenen Lebensqualitätsdefinitionen aus der Pflegeliteratur lässt sich schlussfolgern, dass Lebensqualität etwas Subjektives ist, das eine multidimensionale Sichtweise erfordert (Grant & Rivera 2001).

### **2.4.1 Das Konzept Lebensqualität in Bezug auf die Fragestellung**

In der Palliativpflege ist zwangsläufig mit einer Einschränkung der Lebensqualität zu rechnen. Der Patient ist mit einer potenziell zum Tode führenden Erkrankung und einer einschneidenden Therapie konfrontiert. Im Mittelpunkt stehen zwei Therapieansätze, die als Voraussetzung für eine Lebenszufriedenheit angesehen werden. Im ersten Ansatz geht es um die kompetente

und konsequente Behandlung quälender Symptome, der zweite Ansatz behandelt die Hilfe und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und Krankheitsbewältigung im Sinne einer Akzeptanz der unveränderbaren Krankheitssymptome und Behinderungen (Aulbert, 2000).

Das untenstehende Modell der Lebensqualität aus Ferrel und Grant (2001), das anhand von Untersuchungen an Überlebenden einer Tumorerkrankung entwickelt wurde, zeigt auf, dass das spirituelle Wohlbefinden ein wichtiger Bereich ist, der die Lebensqualität aber auch die anderen Domänen beeinflusst. Obwohl die einzelnen Domänen sich getrennt erörtern lassen, besteht zwischen ihnen doch eine dynamische Interaktion. In Studien wurde zum Beispiel dokumentiert, dass ein sich verschlechternder körperlicher Zustand ein verschärftes Bewusstsein für die eigene Sterblichkeit bewirkt und somit die spirituellen Bedürfnisse des Individuums oft erhöht werden (Ferrell & Grant, 2001).





## **3. Methodologie**

### **3.1 Design**

Eine systematische Literaturübersicht soll den Autorinnen helfen, eine Antwort auf die Forschungsfrage, welchen Einfluss die Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität bei onkologischen Patienten im Palliativpflegesetting hat, zu geben. Das Ziel von systematischen Literaturübersichten ist das Ausfindig - Machen, Bewerten und Zusammenfassen von mehreren aktuellen Studien, um zu einem bestimmten Thema eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand zu erhalten (Mayer, 2011). Weitere Ziele bestehen im Zusammentragen von Wissen und im Feststellen von Lücken in der Forschung (Polit et.al). Die Literaturübersicht gilt als systematisch, da die Studienauswahl nach festgelegten Kriterien erfolgt und nur Studien eingeschlossen werden, die definierte Qualitätskriterien erfüllen. Eine systematische Literaturübersicht gehört laut Behrens und Langer (2006) zu den sekundären Publikationen, da die Daten von bereits abgeschlossenen Studien übernommen, zusammengefasst und die Ergebnisse kombiniert, analysiert und daraus neue Ergebnisse abgeleitet werden.

Aufgrund der grossen Evidenz des Designs wird die vorliegende Bachelorarbeit in Form einer systematischen Literaturübersicht geschrieben. Zur formulierten Forschungsfrage gibt es noch wenig aktuelle Daten und somit auch noch keine systematische Literaturübersicht. Die Autorinnen versuchen deshalb, eine Übersicht über den bis heute aktuellen Stand auf diesem Gebiet aufzuzeigen und mögliche Lücken festzustellen. Des Weiteren können die gefundenen Ergebnisse die Grundlage für die Entwicklung von klinischen Interventionen sein.

### **3.2 Suchstrategie**

Die Recherche in Büchern und Internet bot die Grundlage für die vorliegende Bachelorthesis. Nach einer ersten Formulierung der Forschungsfrage wurden die Datenbanken erstmals nach Studien durchsucht, um einen Überblick über den Forschungsstand und die Aktualität der Thematik zu erhalten. Darauf

folgten Anpassungen der Forschungsfrage und der Problembeschreibung. Wurden diese erstmals definitiv festgelegt, erfolgte die zielgerichtete Recherche in den Datenbanken. Die Autorinnen suchten in den vier folgenden Datenbanken: CINAHL, NICE, Pubmed, und Medline.

Zu Beginn der Recherche wurden von den Autorinnen Suchbegriffe und Ein- und Ausschlusskriterien definiert und nur jene Studien näher angeschaut, welche die Forschungsfrage möglicherweise beantwortet.

### **3.3 Suchbegriffe und Suchkriterien**

In den Datenbanken wurde mit klar definierten Suchbegriffen gesucht, welche unterschiedlich kombiniert wurden. Um eine Systematik zu garantieren, wurde in jeder Datenbank mit den gleichen Kombinationen gesucht. Die Suchbegriffe wurden von den Autorinnen durch die Suche nach passenden Medical Subject Headings (MeSH) festgelegt, Überbegriffe, welchen themenzentrierte Schlagwörter untergeordnet sind. Folgende Suchbegriffe wurden von den Autorinnen verwendet:

- Palliativpflege / "palliative care"
- Spiritualität / "spirituality"
- Krebs / "neoplasms"
- Bewältigung / "coping" oder "Adaptation, Psychological"
- Lebensqualität / "quality of life"

Die Autorinnen entschieden sich für folgende Kombinationen:

- Spirituality AND Palliative Care AND Neoplasms AND Quality of life AND Coping
- Spirituality AND Palliative care AND Quality of life AND Coping
- Spirituality AND Palliative care AND Neoplasms
- Spirituality AND Palliative care AND Coping
- Spirituality AND Palliative care AND Quality of life
- Spirituality AND Palliative care AND Adaptation, Psychological

Auf der Datenbank Pubmed und Medline wurde mit "MeSH-Terms" gearbeitet. Da in den weiteren Datenbanken die Suchsystematik nicht auf MeSH-Terms basiert wurde dort mit normalen Suchbegriffen gearbeitet.

### **3.4 Ein- und Ausschlusskriterien**

Um die Suchergebnisse einzuschränken, wurden in der Bachelorthesis nur Studien mit Patienten, welche an einer onkologischen Erkrankung leiden, eingeschlossen. Des Weiteren wurden alle Studien eingeschlossen, welche mit Probanden im Erwachsenenalter durchgeführt wurden. Als erwachsen definiert wurden alle Personen, welche das 18. Lebensjahr erreicht hatten. Da die Spiritualität in allen Kulturen ein wichtiger Aspekt ist und die Gesellschaft heutzutage an Multikulturalität zunimmt, wurden auch Studien anderer Kulturen miteingeschlossen.

Um eine aktuelle Übersicht über den Forschungsstand zu erlangen, sollten zuerst nur Studien der letzten 10 Jahre eingeschlossen werden. Es zeigte sich, dass mit diesem Einschlusskriterium nur eine geringe Anzahl Studien gefunden wurde, was auch ein Zeichen für die Aktualität des Themas ist. Daher entschieden sich die Autorinnen, die Limite zu erweitern und alle Studien, welche bis zu 15 Jahre alt sind, einzuschliessen. Es wurden nur Studien in deutscher, englischer und französischer Sprache eingeschlossen, da die Autorinnen nicht über weitere Sprachkenntnisse verfügen.

Das Prisma-Flow-Diagramm im Anhang B zeigt das Vorgehen des Ausschlussverfahrens.

### **3.5 Anzahl und Auswahl der gefundenen Studien**

Elf Studien wurden von den Autorinnen auf den Datenbanken gefunden, welche sich für die Beantwortung der Forschungsfrage eigneten. Diese Studien entsprachen den erwähnten Ein- und Ausschlusskriterien und wurden auf ihren Inhalt und Qualität kritisch beurteilt. Eine Studie wurde während der Bearbeitung aufgrund der ungenügenden Qualität ausgeschlossen, sie ist in der untenstehenden Tabelle in rot aufgeführt.

Balboni, T. A., Paulk, M. A., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2009)	Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death
Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. C., Paulk, E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2006)	Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life
Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. (2012)	Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>
Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. & Shott, S. (2005)	Spirituality and distress in palliative care consultation. <i>Journal of Palliative Medicine</i>
Kandasamy, A. , Chaturvedi, S. K., GDesai, G. (2011)	Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer
Kang, J., Shin, D.K., Young Choi, J., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., Song, M. O., Park, S. A., Moon, D. H. & Son, K. Y. (2011)	Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. <i>Journal of the Psychological</i>
Tang, W.-R., Aaronson, L. S. & Forbes, S. A. (2004)	Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness. <i>Western Journal of Nursing Research</i>
Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2008)	Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. <i>Journal of Palliative Medicine,</i>
Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J. & Balboni, T. A. (2011)	The Role of Spirituality and Religious in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy
Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V., Gatto, M. (2005)	Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study.
Scobie, G. & Caddell, C. (2005) (ausgeschlossene Studie)	Quality of life at end of life: spirituality and coping mechanisms in terminally ill patients

Im Anhang A ist die Suchdokumentation mit den eingeschlossenen Studien ersichtlich. Die eingeschlossenen Studien als Zusammenfassung in

Tabellenform sind im Anhang C aufgeführt. Die Zusammenfassung der ausgeschlossenen Studie befindet sich in Anhang D.

### **3.6 Kritische Beurteilung der Studien**

Die Studien wurden anhand der *Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen* von LoBiondo-Wood & Haber (2005) nach ihrer Beweiskraft beurteilt. 14 Kriterienpunkte enthält das Beurteilungsraster, welche folgende Punkte überprüfen: Darstellung des Problems und des Ziels, Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen, Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n), Stichprobe, Forschungsdesign, Interne Validität, Externe Validität, Methoden, Rechtlich - ethische Probleme, Instrumente, Reliabilität und Validität, Datenanalyse, Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen, Anwendung und Verwendung in der Praxis. Die kritischen Beurteilungen, der ein- und ausgeschlossenen Studien nach dem Qualitätsraster für quantitative Studien von LoBiondo-Wood & Haber (2005) sind im Anhang E und F zu finden.

Anhand einer Übersichtstabelle zur kritischen Beurteilung haben die Autorinnen die Studien bewertet. Die Kriterien des Rasters von LoBiondo-Wood & Haber (2005) wurden mit den Begriffen Ja (für erfüllt), teils (für teilweise erfüllt) und Nein (für nicht erfüllt) beurteilt. Dies entspricht in der Tabelle den Farben Grün, Gelb und Rot. Somit werden in einer Tabelle auf den ersten Blick die jeweiligen Stärken und Schwächen der einzelnen Studien sichtbar. Einbezogen wurden jene Studien, deren Schwächen durch die einzelnen Stärken ausgeglichen werden.

Die Übersichtstabelle zur kritischen Beurteilung der Studien befindet sich im Anhang G.

### **3.7 Synthese der Ergebnisse und Diskussion**

Die Synthese wurde anhand einer thematischen Analyse gemacht. Aus den Ergebnissen der relevanten Studien wurden Hauptthemen herauskristallisiert. Gleiche Themen wurden in Unterkapiteln zusammengefasst. In diesen wurden dann die dazugehörigen Resultate präsentiert und beschrieben, welche in

Bezug auf die Fragestellung relevant sind. Dabei wurden ähnliche Resultate aus verschiedenen Studien nacheinander präsentiert und im anschließenden Diskussionskapitel noch näher interpretiert. Zudem wurden dort die Ergebnisse mit den im theoretischen Rahmen beschriebenen Konzepten in Verbindung gebracht. Ebenfalls wurden hier die jeweiligen Stärken und Schwachpunkte der einzelnen Studien genauer erläutert, um somit auch die Aussagekraft der Ergebnisse zu bestärken oder gegebenenfalls zu relativieren.

## 4. Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität einander beeinflussen. Beim Verwenden positiver spiritueller/religiöser Copingstrategien besteht ein positiver Zusammenhang mit der Lebensqualität. Auch wird die Spiritualität/Religiosität von den Patienten als Copingstrategie selbst verwendet.

Im folgenden Abschnitt werden die detaillierten Ergebnisse der gefundenen Studien noch genauer präsentiert. Die Resultate wurden in verschiedene Untergruppen eingeteilt und zusammengefasst.

### 4.1 Coping

#### 4.1.1 spirituelle/religiöse Copingstrategien

In der Studie von Vallurupalli et al. (2011) verwendeten 84% der 69 Palliativpatienten ihren religiösen Glauben, um ihre Krankheit zu bewältigen. Bei 230 Palliativpatienten wurde Religion in der Studie von Balboni et al. (2006) von 156 (68%) als sehr wichtig, von 47 (20%) Patienten als einigermaßen wichtig und von 27 (12%) als nicht wichtig empfunden. In dieser Studie wurde ebenfalls festgestellt, dass zunehmendes Leid der Patienten einen Zusammenhang mit zunehmender Religiosität hat ( $p=0,01$ ). Ebenfalls wurde aufgezeigt, dass private spirituelle und religiöse Aktivitäten nach Diagnosestellung um 14% zunehmen.

Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce und Prigerson (2008) unterschieden zwischen positivem und negativem religiösem Coping. Sie differenzierten dabei zwischen den beiden Geschlechtern. Dies ergab, dass von den 92 männlichen Patienten 31,5%, und von den 78 Frauen 42,3% negatives religiöses Coping verwenden. Dennoch verwendeten Frauen, von all denen, welche allgemein religiöses Coping anwandten, mehr positives religiöses Coping, als Männer. Delgado et al. (2010) beschrieben Spiritualität/Religiosität für Patienten und deren Pflegepersonen als Kraftquelle, um mit der Erkrankung umzugehen. Zwischen spirituellem Schmerz, ein Schmerz tief im Inneren des Wesens, welcher nicht körperlich ist, und Coping allgemein wurde kein

Zusammenhang festgestellt. Bei Menschen mit spirituellem Schmerz wurde eine geringere positive Haltung zur Spiritualität/Religiosität festgestellt.

#### **4.1.2 Auswirkungen von spirituellem/religiösem Coping**

Die Studie von Balboni et al. (2006) zeigte auf, dass eine zunehmende Religiosität zusammenhängend mit geringerer Inanspruchnahme von Massnahmen zur Verlängerung der Lebensdauer war. Zudem wurde aufgezeigt, dass eine zunehmende Religiosität zu einem geringeren Lebenswillen führte. Patienten mit hohem religiösem Coping, deren Bedürfnisse durch das medizinische Team unterstützt wurden, waren eher bereit, Sterbebegleitung am Lebensende anzunehmen, als jene, die keine spirituelle Unterstützung erhielten (Balboni et al., 2009).

#### **4.1.3 Einfluss von spirituellem/religiösem Coping auf die Lebensqualität**

Nach Vallurupalli et al. (2011) wurde religiöses Coping mit einer höheren Lebensqualität verbunden. Religiöses Coping hat mit den verschiedenen Domänen der Lebensqualität einen signifikanten Zusammenhang. Mit der Domäne existentielle Lebensqualität ( $p=0,001$ ) sowie der Domäne soziale Unterstützung ( $p=0,001$ ) und mit der gesamten Lebensqualität ( $p=0,01$ ). Kein signifikanter Zusammenhang wurde mit der Domäne physiologische Lebensqualität aufgezeigt. Ähnliches hat die Studie von Tarakeshwar et al. (2008) ergeben. Auch sie zeigte einen signifikanten Zusammenhang von positivem religiösem Coping auf die gesamte Lebensqualität auf ( $p=0,043$ ). Ein signifikanter Zusammenhang bestand ebenfalls mit den Domänen existenzielle Lebensqualität ( $p=0,005$ ) und soziale Unterstützung ( $p=0,001$ ). Im Gegensatz zu Vallurupalli et al., wurde auch ein signifikanter Zusammenhang zu mehr körperlichen Symptomen aufgezeigt ( $p=0,009$ ). Negatives religiöses Coping hat einen signifikanten Zusammenhang mit einer schlechteren gesamten Lebensqualität ( $p=0,046$ ). In dieser Studie wurde ein signifikanter Zusammenhang mit niedrigerer psychologischer Lebensqualität ( $p=0,0016$ ) und niedrigerer existentieller Lebensqualität ( $p=0,011$ ) festgestellt. Hills, Paice, Cameron und Shott (2005) konnten keinen Zusammenhang zwischen positivem religiösem



Coping und Lebensqualität aufzeigen. Auch einen Zusammenhang mit Stress und weiteren Messwerten der subjektiven Stimmung wurden nicht aufgezeigt. Negatives religiöses Coping hatte allerdings eine signifikante positive Korrelation mit Stress ( $p=0,03$ ), Verwirrung ( $p=0,03$ ) und Depression ( $p=0,02$ ) und eine signifikante negative Korrelation mit den gesamten Messwerten für Lebensqualität ( $p=0,01$ ). Diese ergaben eine negative Korrelation mit den Domänen physisches Wohlbefinden ( $p=0,0001$ ) und emotionales Wohlbefinden ( $p=0,004$ ).

## **4.2 Lebensqualität**

### **4.2.1 Erfassung der Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität**

In ihrer Studie haben Kang et al., 2011 aufgezeigt, dass die Erfassung der spirituellen und religiösen Bedürfnisse zu einer signifikant erhöhten Lebensqualität der Palliativpatienten führt, gleich welcher Religion sie angehören. 50,5% der 94 Patienten gaben an, dass ihre spirituellen und religiösen Bedürfnisse vom Pflegepersonal aufgenommen wurden. Dabei bestand kein signifikanter Unterschied bezüglich ihrer religiösen/spirituellen Zugehörigkeit. Diese 50,5% der Patienten, deren Bedürfnisse erfasst wurden, hatten einen signifikant höheren Wert in der Erfassung der Lebensqualität ( $p=0,003$ ) als die anderen. In der Studie von Balboni et al. (2009) wurde eine höhere spirituelle Unterstützung aus dem medizinischen Team mit einer besseren Lebensqualität der Patienten am Lebensende assoziiert ( $p=0,03$ ). Eine ebenfalls erhöhte Lebensqualität konnte auch beim Erhalt einer Seelsorgedienstleistung nachgewiesen werden, sowohl bei Patienten mit niedrigem ( $p=0,003$ ) als auch hohem ( $p=0,006$ ) religiösem Coping. Ein ähnliches Ergebnis zeigte die Studie von Balboni et al. (2006). Die Forscher fanden heraus, dass eine höhere ganzheitliche spirituelle Unterstützung positiv mit der Lebensqualität der Patienten assoziiert war ( $p=0,0003$ ).

### **4.2.2 Zusammenhang von Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität**

Vallurupalli et al. (2011) haben in ihrer Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen Spiritualität und der gesamten Lebensqualität

festgestellt ( $p=0,001$ ). Aufgeteilt in die verschiedenen Domänen der Lebensqualität, wurde ein signifikanter Zusammenhang mit der existenziellen Lebensqualität ( $p=0,001$ ) und der sozialen Unterstützung ( $p=0,001$ ) festgestellt. In der Studie von Tang, Aaronson und Forbes (2004) konnte nachgewiesen werden, dass die Lebensqualität signifikant mit der Schmerzintensität, Spiritualität und der sozialen Unterstützung zusammenhängt. Für die physische Leistungsfähigkeit konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ( $p=0.32$ ). Tang et al. (2004) erwähnten zudem einen Zusammenhang von Spiritualität, Schmerzen, physische Leistungsfähigkeit und soziale Unterstützung als "Set" zu der Lebensqualität ( $p=0.001$ ). Einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität stellen zudem das Zusammenleben mit der Pflegeperson ( $p=0.01$ ), Spiritualität ( $p=0,01$ ) und soziale Unterstützung ( $p=0.04$ ) dar.

Laut der Studie von Delgado et al. (2010) ist der Ausdruck von spirituellem Schmerz signifikant assoziiert mit geringerer selbstberichteter Religiosität ( $p<0,001$ ) und geringerer spiritueller Lebensqualität ( $p<0,001$ ).

#### **4.2.3 Zusammenhang von spirituellem Wohlbefinden und Lebensqualität**

In ihrer prospektiven Langzeitstudie haben Witt Sherman, Ye, McSherry, Calabrese, Parkas und Gatto (2005) aufgezeigt, dass sich das spirituelle Wohlbefinden als Domäne der Lebensqualität vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis hin zum Tod verändert. Die erfassten Werte des spirituellen Wohlbefindens stiegen im Verlauf der Erkrankung an und waren am Ende deutlich höher als zu Beginn der Erfassung.

Den Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf physische Symptome wie Stress, Depression, Angst und andere Domänen der Lebensqualität haben Kandasamy, Chaturvedi und Desai (2011) untersucht. Ihre Ergebnisse sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst.

	<b>negative Korrelation</b>	<b>positive Korrelation</b>
<b>spirituelles Wohlbefinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression(P=0,000)</li> <li>• Angst (P=0,000)</li> <li>• Fatigue (P=0,002)</li> <li>• Stress (P&lt;0,001)</li> <li>• beeinträchtigtetes Erinnerungvermögen (P&lt;0,001),</li> <li>• Appetitverlust (P=0,004),</li> <li>• Schläfrigkeit (P=0,004),</li> <li>• Mundtrockenheit (P=0,006)</li> <li>• Traurigkeit (P&lt;0,001)</li> <li>• Gemütslage (P&lt;0,001)</li> <li>• Arbeit (P&lt;0,001)</li> <li>• Beziehungen (P&lt;0,001)</li> <li>• Lebensfreude (P&lt;0,001)</li> </ul>	<p>mit allen Domänen der Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliches Wohlbefinden (P=0,000)</li> <li>• Wohlbefinden in soz. Umfeld (P=0,000)</li> <li>• Emotionales Wohlbefinden (P=0,000)</li> <li>• Familiäres Wohlbefinden (P=0,000)</li> <li>• Palliatives Wohlbefinden (P=0,000)</li> </ul>

## **5. Diskussion**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse interpretiert und mit den Konzepten Coping und Lebensqualität in Verbindung gebracht. Des Weiteren wird auf die Qualität der Ergebnisse und die Stärken und Schwächen der Arbeit eingegangen.

### **5.1 Interpretation der Ergebnisse**

Die Ergebnisse werden im untenstehenden Abschnitt erörtert und Parallelen zu den Konzepten Coping und Lebensqualität aufgezeigt.

#### **5.1.1 Ergebnisse in Bezug auf das Konzept Coping**

Wie bereits im Kapitel über das Konzept Coping beschrieben, weisen Untersuchungen und Erfahrungen darauf hin, dass die Spiritualität während einer Krankheit und in der Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod eine elementare Bewältigungsstrategie ist. Dies konnte auch in den gefundenen Studien bestätigt werden. In den Studien von Vallurupalli et al. (2011) und Balboni et al. (2006) verwendete ein Grossteil der Patienten ihren religiösen Glauben, um die Krankheit zu bewältigen. Balboni et al. (2006) zeigten auch auf, dass die privaten spirituellen und religiösen Aktivitäten nach der Diagnosestellung zunehmen. Dies bestätigt auch die Aussagen im Konzept Coping, dass Krankheiten täglich neu zu bewältigende Anforderungen erfordern, und dass die Verhaltensweisen, die Menschen angesichts einer Erkrankung zeigen, sehr unterschiedlich sind. Auch Delgado et al. (2010) beschrieben Spiritualität/Religiosität als Kraftquelle, um mit der Erkrankung umzugehen, was darauf hinweist, dass Spiritualität eine wichtige Bewältigungsstrategie am Ende des Lebens ist.

Tarakeshwar et al. (2008) unterscheiden zwischen positivem und negativem religiösem Coping, wobei nahezu die Hälfte der Patienten negatives religiöses Coping anwendet. Auch im Konzept Coping werden verschiedene Einflussfaktoren auf die Bewältigung von Krankheiten beschrieben. Einer davon ist unter anderem der Zustand der persönlichen Machtressourcen, welche auch

das Glaubenssystem beinhalten. Daraus schliessen die Autorinnen, dass bei religiösen/spirituellen Menschen ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Glaubenssystems und der positiven oder negativen religiösen Bewältigung der Erkrankung besteht.

Wie die Studie von Balboni et al. (2006) zeigte, ist eine zunehmende Religiosität zusammenhängend mit einer geringeren Inanspruchnahme von Massnahmen zur Lebensverlängerung. Dies kann mit dem problemorientierten Bewältigungsverhalten von Lazarus und Volkmann in Verbindung gebracht werden. Diese erwähnen eine konkrete Auseinandersetzung mit der zu bewältigenden Aufgabe, bei der eine Handlungsweise gezielt ausgewählt wird. Die Autorinnen schliessen daraus, dass sich Patienten mit einer höheren religiösen/spirituellen Copingstrategie eher mit dem Tod auseinandersetzen und diesen nicht verdrängen. Dies zeigte auch die Studie von Balboni et al. (2009) auf, in der Menschen, deren spirituelle/religiöse Bedürfnisse aus dem medizinischen Team unterstützt werden, eher bereit sind, Sterbebegleitung anzunehmen. Durch die aktive Auseinandersetzung mit dem nahenden Tod und dessen Akzeptanz kann das psychische Gleichgewicht und das Selbstkonzept erhalten werden, welche beide ein Copingziel darstellen.

### **5.1.2 Ergebnisse in Bezug auf das Konzept Lebensqualität**

Im Konzept Lebensqualität werden vier Domänen beschrieben, welche zum einen alle Einfluss auf die Lebensqualität haben und sich zum anderen auch gegenseitig beeinflussen. In allen Studien, welche sich mit der Lebensqualität befassten, konnten diese Domänen wortwörtlich oder sinngemäss wieder gefunden werden. Einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Domänen bestätigen die Studien von Vallurupalli et al. (2011) und Tarakeshwar et al. (2008). Beide zeigen einen Zusammenhang zwischen dem religiösen Coping (Domäne des Spirituellen Wohlbefindens) und der existenziellen und sozialen Lebensqualität (Domänen des seelischen und sozialen Wohlbefindens). Einen Einfluss auf die Domäne körperliches Wohlbefinden und Symptome wurde in mehreren Studien aufgezeigt. Hills et al. (2005) zeigten, dass bei negativem religiösem Coping auch mehr Stress auftritt. Tang et al. (2004) wiesen auf den Zusammenhang der Spiritualität und der Schmerzintensität und physischer

Leistungsfähigkeit hin. Kandasamy, Chaturvedi und Desai (2011) erwähnten einen Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf physische Symptome wie Stress, Fatigue, beeinträchtigt Erinnerungsvermögen, Appetitverlust, Schläfrigkeit und Mundtrockenheit. Auch einen Einfluss auf die Domäne des seelischen Wohlbefindens wurde in diesen Studien aufgezeigt. Sie zeigten einen Zusammenhang zwischen Spiritualität und seelischen Symptomen, wie z.B. Angst und Depression auf. Diese Einteilung der Lebensqualität in die verschiedenen Domänen und deren dynamische Interaktion untereinander, was auch die Studien belegten, lässt darauf schließen, dass eine multidimensionale Sichtweise erforderlich ist. Deshalb weisen die Autorinnen darauf hin, dass alle Domänen stets im Zusammenhang gesehen werden sollten, damit die Lebensqualität ganzheitlich erfasst werden kann. Zudem sollte nicht vergessen werden, dass die Lebensqualität etwas Subjektives ist und an der individuellen Situation des Patienten gemessen wird.

Ein signifikanter Zusammenhang der Spiritualität/Religiosität und der Lebensqualität konnte in allen Studien nachgewiesen werden. Auch im Konzept Lebensqualität wird auf Studien verwiesen, welche aufzeigten, dass ein sich verschlechternder körperlicher Zustand ein verschärftes Bewusstsein für die eigene Sterblichkeit bewirkt und somit die spirituellen Bedürfnisse des Individuums oft erhöht werden.

Wie im Konzept Lebensqualität beschrieben, ist für eine Akzeptanz der un-veränderbaren Erkrankung Hilfe und Unterstützung bei der Krankheits-verarbeitung und Krankheitsbewältigung notwendig. Die Ergebnisse der Studien von Kang et al. (2011) und Balboni et al. (2009 & 2006) zeigen auf, dass durch die Erfassung und Unterstützung der spirituellen/religiösen Bedürfnisse durch das medizinische Team und die Seelsorge die Lebensqualität signifikant verbessert werden kann. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Erfassung und Unterstützung der Spiritualität/Religiosität durch das Betreuungsteam wichtig ist. Dies unterstützen auch die Ergebnisse der Studie von Vallurupalli et al., (2011). Sie zeigen auf, dass es für 85% der Teilnehmer der Studie etwas bis sehr wichtig war, dass die Pflegenden ihre spirituellen Bedürfnisse erkennen.

## **5.2 Qualität der Ergebnisse**

Ausser bei der prospektiven Langzeitstudie von Witt Sherman et al. (2005) handelt es sich bei allen anderen Studiendesigns um Querschnittstudien. Diese ermöglichen das Schliessen von kausalen Zusammenhängen nur begrenzt. Somit kann nicht klar gesagt werden, ob die unabhängige Variable die abhängige Variable beeinflusst oder umgekehrt. Es lässt sich lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen erkennen.

Bei allen Studien wurde die Stichprobe mittels Gelegenheitserhebung erhoben. Die Stichprobengrösse ist bei fünf von zehn Studien angemessen, wobei diese zwischen 95-343 Patienten variieren. Diese Grösse erscheint den Autorinnen als aussagekräftig für eine Verallgemeinerung der Ergebnisse. Bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss beachtet werden, dass sich die Stichproben auf ein spezifisches Setting und eine spezifische Population beziehen, wobei auch die kulturellen und religiösen/spirituellen Merkmale der Patienten beachtet werden müssen. So setzt sich zum Beispiel die Stichprobe aus der Studie von Vallurupalli et al. (2011) aus Patienten mit mehrheitlich traditionell christlichem Hintergrund zusammen und ist daher auf eine ähnliche Population übertragbar. Ebenso integriert die Studie von Balboni et al. (2006) sowie weitere Studien, welche im amerikanischen Raum durchgeführt wurden, verschiedene Ethnien und ist daher auch nur teilweise auf die europäische Kultur übertragbar.

In allen zehn Studien wurde eine schriftliche informierte Zustimmung von den Patienten eingeholt und somit die ethischen Richtlinien eingehalten.

## **5.3 Stärken und Schwächen der Arbeit**

Die Fragestellung wurde anhand einer systematischen Literaturübersicht bearbeitet, in welche nur aktuelle Studien der letzten 15 Jahre mit einbezogen wurden. Die verwendeten Studien wurden zwischen 2004 und 2011 publiziert, dies spricht für die Aktualität der Thematik. Allerdings wurden dadurch auch fast nur Studien mit einem eher geringen evidenten Forschungsdesign gefunden. Obwohl die gewählten Datenbanken seriös und systematisch durchforscht

wurden, kann nicht mit Sicherheit bestätigt werden, dass alle relevanten Studien miteinbezogen wurden.

Die Bewertung der in den Studien verwendeten statistischen Verfahren kann Lücken aufweisen. Die Autorinnen haben sich in die Thematik eingelese und die statistischen Methoden ihrem Wissensstand als Bachelorstudierende entsprechend beurteilt.

Die Ergebnisse der Studien ergänzen und unterstützen sich gegenseitig, unabhängig von Grösse der Stichprobe, Kultur und Religionszugehörigkeit oder spiritueller Ausrichtung, was die Aussagekraft der Ergebnisse verstärkt.

Da die Bachelorthesis von zwei Autorinnen verfasst wurde, stellt dies ein Potenzial für Verzerrungen in der Zusammenfassung und Bewertung der Studien dar. Um dem entgegenzuwirken, haben die Autorinnen unabhängig voneinander dieselbe Studie zusammengefasst und bewertet und die Resultate verglichen. Dabei konnten keine schwerwiegenden Abweichungen festgestellt werden, was für die Qualität und Aussagekraft der Arbeit spricht.



## 6. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel geht es darum, mithilfe der Ergebnisse eine Antwort auf die Fragestellung zu geben und daraus Empfehlungen für die Praxis abzuleiten.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellung

Auf die These *Welchen Einfluss hat die Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität bei onkologischen Patienten im Palliativpflegesetting* versuchten die Autorinnen mit Hilfe der systematischen Literaturübersicht eine Antwort zu finden. Die Analyse der Studien ergab, dass diese Fragestellung nicht konkret beantwortet werden kann. Wie in der Problembeschreibung erwähnt, ist die Spiritualität und Palliative Care ein noch relativ unerforschtes Gebiet. Der aktuelle Stand der Forschung konnte lediglich eine gegenseitige Beeinflussung der Variablen Spiritualität, Coping und Lebensqualität aufzeigen, kausale Schlussfolgerungen können jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht gezogen werden.

Spiritualität/Religiosität wurde in allen Studien, welche das Coping untersuchten, als Bewältigungsstrategie aufgeführt. Somit wird Spiritualität nicht bloss als Einflussfaktor, sondern als Copingstrategie selbst angesehen. Die Autorinnen kommen dadurch zur Erkenntnis, dass Spiritualität ein sehr zentraler Bestandteil des Menschseins in seiner Bewältigung ist, welcher nicht abgesondert vom Coping betrachtet werden kann.

Alle Studien, welche die Lebensqualität erforschten, ergaben, dass sich Spiritualität/Religiosität und Lebensqualität beeinflussen. Die Ergebnisse lassen nicht klar erschliessen, ob es die Lebensqualität ist, welche die Spiritualität/Religiosität beeinflusst oder umgekehrt. Ganz klar kann allerdings gesagt werden, dass bei Verwenden positiver spiritueller/religiöser Copingstrategien ein positiver Zusammenhang mit der Lebensqualität besteht. Ebenso besteht ein negativer Zusammenhang mit der Lebensqualität beim Verwenden von negativem spirituellem/religiösem Coping.

## **6.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis und weiterführende Forschungen**

Einige Ergebnisse zeigten auf, dass die Erfassung und Unterstützung der spirituellen/religiösen Bedürfnisse durch das Betreuungsteam die Lebensqualität verbessern kann. Es wurde auch gezeigt, dass es für die Patienten wichtig ist, dass die Pflegenden ihre spirituellen Bedürfnisse kennen. Deshalb empfehlen die Autorinnen, dass es wichtig ist, bereits im Assessment bei Palliativpatienten die spirituellen/religiösen Bedürfnisse zu erfassen und diese gezielt in die Pflege zu integrieren. Dies erfordert zum einen mehr Zeit in der Pflege für Gespräche zur Spiritualität/Religiosität, zum anderen Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen. Zudem wäre für einen professionellen Umgang mit dieser Thematik auch eine Aus- und Weiterbildung wichtig. Die Autorinnen empfehlen, dass sowohl in der Grundausbildung zur Pflegefachfrau die Spiritualität im Curriculum integriert wird als auch spezifische Weiterbildungen zur Thematik angeboten werden.

Um den Einfluss der Spiritualität auf die Lebensqualität eindeutig zu messen, empfehlen die Autorinnen weitere Studien durchzuführen. Damit aussagekräftige Ergebnisse gemacht werden können, ist ein Studiendesign erforderlich, welches das Schliessen kausaler Zusammenhänge zulässt. Interventionsstudien, welche gezielte Pflegeinterventionen zur Unterstützung der spirituellen/religiösen Bedürfnisse und deren Einfluss auf die Lebensqualität untersuchen sind notwendig. Diese würden eine Grundlage für die konkrete Umsetzung im Pflegealltag bieten und die Zeitinvestition in spirituelle Pflege rechtfertigen.

## 7. Lernprozess

Abschliessend wird in diesem Abschnitt die Zusammenarbeit und der Arbeitsprozess reflektiert.

Das gemeinsame Schreiben hat den Autorinnen geholfen, sich in ihrer Teamfähigkeit zu üben. Durch den Austausch von verschiedenen Ideen konnten sich die Autorinnen gegenseitig unterstützen und ergänzen. Aufgrund der ähnlichen Charaktere und Arbeitsweisen konnte stets konstruktiv gearbeitet werden. Die gegenseitige Motivation half den Autorinnen den Arbeitsprozess stetig am Laufen zu halten. Die gute Zeitplanung und das Einhalten der Termine half den Autorinnen den Stress zu reduzieren.

Bezüglich der Forschungsarbeit gewannen die Autorinnen neue Erkenntnisse im Bereich der Studienrecherche, Zusammenfassung und Bewertung. Sie gewannen Sicherheit im Umgang mit Forschungsartikeln, welche ihnen auch in ihrem zukünftigen Berufsleben helfen wird.

Als schwierig wurde vor allem das Bewerten der Studien empfunden. Zum einen, weil die Studien ausschliesslich in englischer Sprache verfasst waren und zum anderen, weil ihr Bachelorniveau den Autorinnen als nicht ausreichend für eine abschliessende und fundierte Bewertung vorkam. Gerade im Bereich der in den Studien verwendeten statistischen Verfahren und der Interpretation der Ergebnisse kamen die Autorinnen teilweise an die Grenzen ihres Wissens. Die Autorinnen haben erkannt, dass eine flexible Arbeitsweise in der Forschung wichtig ist. Im Verlaufe ihres Arbeitsprozesses mussten sowohl ihre Fragestellung als auch der theoretische Rahmen geändert und angepasst werden.

Durch die systematische Literaturübersicht über die Thematik der Spiritualität erkannten die Autorinnen deren hohe Relevanz für die Pflege. Die Ergebnisse der Bachelorthesis werden ihnen helfen, in ihrer zukünftigen Pflegepraxis den spirituellen/religiösen Bedürfnissen der Patienten einen höheren Stellenwert zuzuschreiben und gezielter zu erfassen.

## 8. Literaturverzeichnis

Aulbert, E., Nauck, F., & Radbruch, L. (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin* (2. Akt. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Aulbert, E. (2000). Lebensqualität in der Palliativmedizin. In Aulbert E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, (S. 15-35). Stuttgart: Schattauer.

Balboni, T. A., Paulk, M. A., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2009). Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (3), 445-452.

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. C., Paulk, E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2006). Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (5), 555–560.

Brockhaus Enzyklopädie (1993), Band 10&20, (19. Auflage), Mannheim: Brockhaus.

Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren [GDK] (2012). *Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015*. BAG & GDK: Bern.

Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.palliative.ch/index.php?id=78> [Zugriff am 14. März 2012].

Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Palliative Care*. [Website].  
Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html>  
[Zugriff am 23. April 2012].

Bundesamt für Gesundheit. (2012). [Website]. Verfügbar unter:  
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/index.html?lang=de>  
[Zugriff am 14. März 2012].

Baldegger, E. (2004). *Bewältigung/Coping*. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte- Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*, Band 3 (S.125 - 143). Bern: Huber.

Das Deutsche Cochrane Zentrum (2010). *Cochrane-Glossar*. [Website].  
Verfügbar unter: <http://www.cochrane.de/cochrane-glossar> [Zugriff am 20. Mai 2013].

Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. (2012). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41, (6), 986-994.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr A. C. (2002). *Pflege-diagnosen und Massnahmen* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Ferrell, B.R. & Grant, M.M. (2001). Lebesqualität und Symptome. In King C.R. & Hinds P.S. (Hrsg.), *Lebensqualität – Pflege- und Patientenperspektiven*, (S. 207-228). Bern: Huber.

Fitzgerald Miller, J. (2003). *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden*. Bern: Huber.

Grant, M.M. & Rivera L.M. (2001). Entwicklung von Lebensqualität in der Onkologie und onkologischen Pflege. In King C.R. & Hinds P.S. (Hrsg.), *Lebensqualität – Pflege- und Patientenperspektiven*, (S. 29-53). Bern: Huber.

- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. & Shott, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (4), 782-788.
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., Desai, G. (2011). Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian Journal of Cancer*, 48 (1), 55-59.
- Kang, J., Shin, D.K., Young Choi, J., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., Song, M. O., Park, S. A., Moon, D. H. & Son, K. Y. (2011). Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 21 (4), 374-381.
- Kulbe, A. (2010). *Sterbebegleitung. Hilfe zur Pflege Sterbender* (2. Akt. Auflage). München: Urban & Fischer.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden* (3. Auflage). Wien: Facultas.
- Radbruch, L., Nauck, F., & Aulbert, E. (2000). Definition, Entwicklung und Ziele. In Aulbert E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, (S. 1-14). Stuttgart: Schattauer.
- Scobie, G. & Caddell, C. (2005). Quality of life at end of life: spirituality and coping mechanisms in terminally ill patients. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care*, 4 (1), 1-22.
- Tang, W.-R., Aaronson, L. S. & Forbes, S. A. (2004). Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (1), 113-128.

- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2008). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 646-657.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J. & Balboni, T. A. (2011). The Role of Spirituality and Religious in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10 (2), 81–87.
- von Dach, C., (2011). *Ein Einblick in die Spiritualität der Pflege*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.
- von Dach, C., (2010). *Licht ins Dunkel: Die spirituellen Vorstellungen von Pflegefachpersonen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.
- Weiber, E. (2012). Die Patienten geben uns den Schlüssel in die Hand. *Pflegezeitschrift*. 65 (3), 152-156.
- Weiber, E. (2000). Spirituelle Begleitung in der Palliativmedizin. In Aulbert E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, (S. 1181-1205). Stuttgart: Schattauer.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1995). *Field Trial WHOQOL-100. The 100 Questions with Response Scales*. Genf: WHO
- Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V., Gatto, M. (2005). Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 22 (5), 349-362.

## 9. Anhang

### A. Suchprotokoll

#### Suchvorgang der Datenbank MEDLINE

Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limiten	Treffer	Relevante Treffer	Autor&Jahr der Relevanten treffer	Definitiv eingeschlossene Studien
30.1.2013	Spirituality AND palliative care AND quality of life	-	118	5	<p><u>Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country.</u> Kang, J., Shin, D.K., Young Choi, J., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., Song, M. O., Park, S. A., Moon, D. H. &amp; Son, K. Y. 2011</p> <p><u>Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer</u> Kandasamy, A. , Chaturvedi, S. K., GDesai, G. 2011</p> <p><u>The “Spirit 8” successfully captured spiritual well-being in African palliative care: factor and Rasch analysis</u> Selmana, L., Siegert, R. J., Higginson. I. J., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., Gwyther, L., Mashao, T., Mmoledi, K., Moll, T., Mpang Sebuyira, L., Ikin, B. &amp; Harding, R. 2011</p>	<p><u>Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country.</u> Kang, J., Shin, D.K., Young Choi, J., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., Song, M. O., Park, S. A., Moon, D. H. &amp; Son, K. Y. 2011</p> <p><u>Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer</u> Kandasamy, A. , Chaturvedi, S. K., GDesai, G. 2011</p> <p><u>Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study</u> Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V., Gatto, M. 2005</p>



					<p><b><u>Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study</u></b>  Selman, L. E., Higginson, I. J., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., Gwyther, L., Mas-hao, T., Mmoledi, K., Moll, T., Mpanga Sebuyira, L., Ikin, B., &amp; Harding, R. 2011</p> <p><b><u>Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study</u></b>  Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V., Gatto, M. 2005</p>	
30.1.2013	Spirituality AND palliative care AND coping	-	39	0		

## Suchvorgang der Datenbank PubMed

Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limiten	Tref-fer	Rele-vante Treffer	Autor&Jahr der Relevan-ten treffer	Definitiv eingeschlos-sene Studien
14.12.2012	(("Spirituali-ty"[Mesh]) AND "Palliative Ca-re"[Mesh]) AND "Ne-oplasms"[Mesh]	Publikations-datum: Nicht älter als 10 Jahre  Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch	74	2	<u><b>Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research</b></u> Büssing A., Mat-thiessen, P.F. & Ostermann T. 2005  <u><b>Search for Mean-ingful Support and the Meaning of Illness in German Cancer Patients</b></u> Büssing A., Mat-thiessen, P.F. & Ostermann T. 2005	0
17.1.2013	(("Spirituali-ty"[Mesh]) AND "Palliative Ca-re"[Mesh]) AND "Quality of Li-fe"[Mesh]	Publikations-datum: nicht älter als 15 Jahre  Sprachen: Eng- lisch, Französ- isch, Deutsch,	61	6	<u><b>The Role of Spi-rituality and Reli-gious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radia-tion Therapy</b></u> Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J. & Balboni, T. A. 2011  <u><b>Spirituality, reli-giosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</b></u> Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Par-sons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. 2012	4 <u><b>The Role of Spi-rituality and Reli-gious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy</b></u> Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J. & Balboni, T. A. 2011  <u><b>Spirituality, religio-sity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</b></u> Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. 2012

					<p><b><u>Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation</u></b> Rinaldis, M., Pakenham, K. I., Lynch, B. M. &amp; Aitken, J. F. 2008</p> <p><b><u>Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients</u></b> McClain, C. S., Rosenfeld, B., Breitbart, W. 2003</p> <p><b><u>Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life</u></b> Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. C., Paulk, E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. &amp; Prigerson, H. G. 2006</p> <p><b><u>Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death</u></b> Balboni, T. A., Paulk, M. A., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R. &amp; Prigerson, H. G. 2009</p>	<p><b><u>Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life</u></b> Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. C., Paulk, E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. &amp; Prigerson, H. G. 2006</p> <p><b><u>Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death</u></b> Balboni, T. A., Paulk, M. A., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R. &amp; Prigerson, H. G. 2009</p>
--	--	--	--	--	--	---

17.1.2013	("Adaptation, Psychological"[Mesh]) AND "Spirituality"[Mesh] AND "Palliative Care"[Mesh]	Publikationsdatum: nicht älter als 15 Jahre  Sprachen: Englisch, Französisch, Deutsch,	55	1	<u>Spirituality and distress in palliative care consultation</u> Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. & Shott, S. 2005	1 <u>Spirituality and distress in palliative care consultation</u> Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. & Shott, S. 2005
-----------	--	--	----	---	--	---

## Suchvorgang der Datenbank Cinahl

Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limiten	Treffer	relevante Treffer	Autor & Jahr der relevanten Treffer	Definitiv eingeschlossene Studien
24.12.2012	spirituality (in all text) AND palliative care (in all text) AND quality of life (in all text) AND coping (in all text)	Published Date from: 20021201-20121231  Publication Type: Research  Age Groups: All Adult  Special Interest: Palliative/Hospice Care	13	4	<u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u> Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. 2012  <u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u> Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. 2008  <u>Quality of life at end of life: spirituality and coping mechanisms in terminally ill patients</u> Scobie, G. & Caddell, C. 2005  <u>Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel.</u> Blinderman, C. D. & Cherny, N. I. 2005	1 (+ 1 in bereits anderen Datenbanken gefundene Studien, hier in rot markiert)  <u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u> Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera E. 2012  <u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u> Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. 2008

24.12.2012	spirituality (in all text) AND palliative care (in all text) AND quality of life (in all text) AND coping (in all text) AND neoplasms (in all text)	<input type="checkbox"/> Published Date from: 20021201-20121231 <input type="checkbox"/> Publication Type: Research <input type="checkbox"/> Age Groups: All Adult <input type="checkbox"/> Special Interest: Palliative/Hospice Care	8	3	<p><b><u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u></b>  Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. &amp; Bruera E. 2012</p> <p><b><u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u></b>  Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. &amp; Prigerson, H. G. 2008</p> <p><b><u>Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel.</u></b>  Blinderman, C. D. &amp; Cherny, N. I. 2005</p>	<p>0 (+ 2 in bereits anderen Datenbanken gefundene Studien, hier in rot markiert)</p> <p><b><u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u></b>  Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. &amp; Bruera E. 2012</p> <p><b><u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u></b>  Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. &amp; Prigerson, H. G. 2008</p>
24.12.2012	spirituality (in all text) AND palliative care (in all text) AND quality of life (in all text)		55	4	<p><b><u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u></b>  Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. &amp; Bruera E. 2012</p> <p><b><u>Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel.</u></b>  Blinderman, C. D. &amp; Cherny, N. I. 2005</p> <p><b><u>Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness</u></b>  Tang, W.-R., Aaronson, L. S. &amp; Forbes, S. A. 2004</p> <p><b><u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u></b>  Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. &amp; Prigerson, H. G. 2008</p>	<p>1 (+ 2 in bereits anderen Datenbanken gefundene Studien, hier in rot markiert)</p> <p><b><u>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients.</u></b>  Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. &amp; Bruera E. 2012</p> <p><b><u>Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness</u></b>  Tang, W.-R., Aaronson, L. S. &amp; Forbes, S. A. 2004</p> <p><b><u>Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer</u></b>  Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. &amp; Prigerson, H. G. 2008</p>

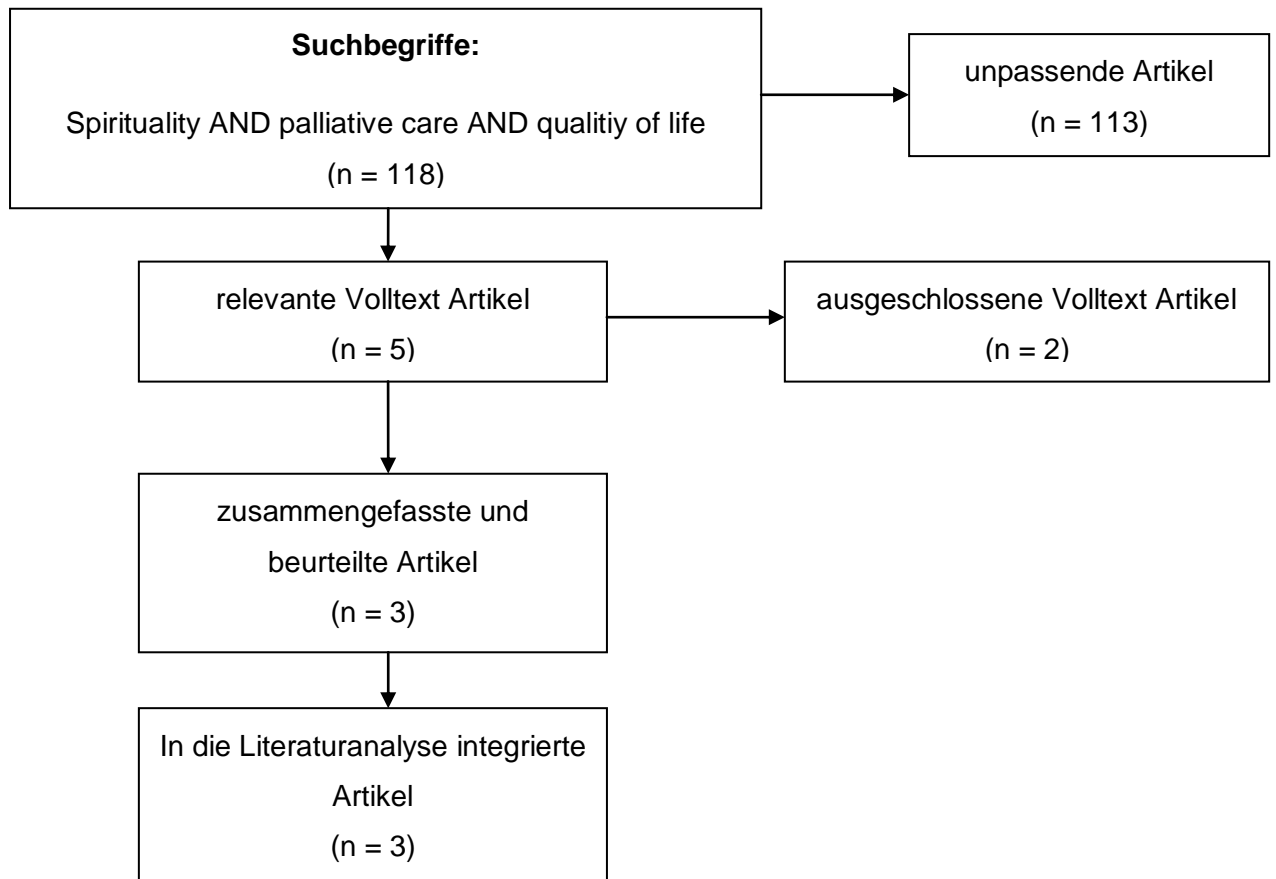
## Suchvorgang der Datenbank

### NICE (NHS Evidence)

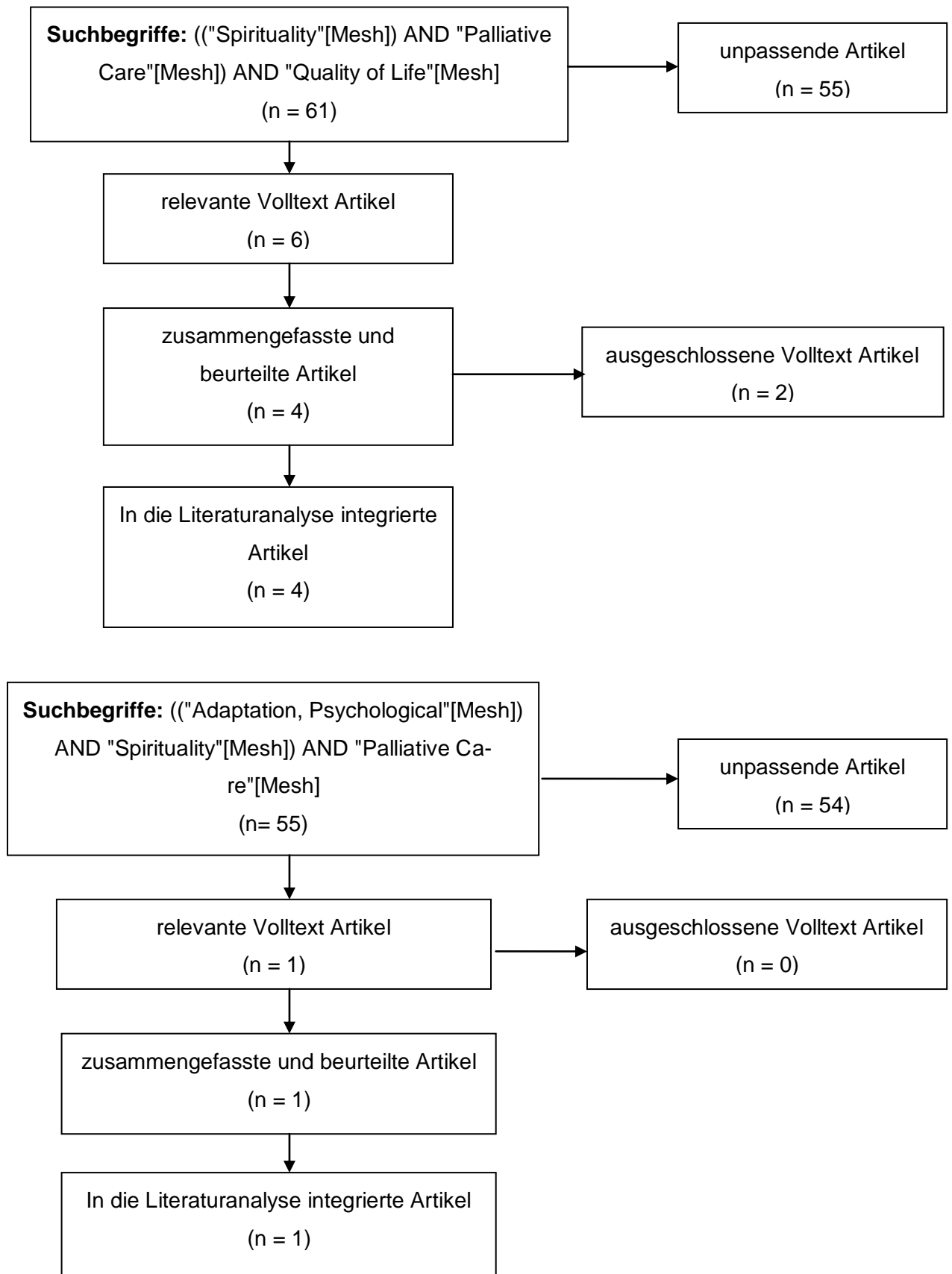
Datum	Kombinationen der Suchbegriffe	Limiten	Treffer	Relevante Treffer	Autor&Jahr der Relevanten treffer
26.12.2012	Spirituality AND palliative care AND coping AND quality of life	3 Jahre, Types of information: Primary Reaserach	2	0	
26.12.2012	Spirituality AND palliative care AND coping AND quality of life AND neoplasms	3 Jahre, Types of information: Primary Reaserach	0	0	

## B. Prismaflow-Diagramm

### Prismaflow-Diagramm Suche Medline

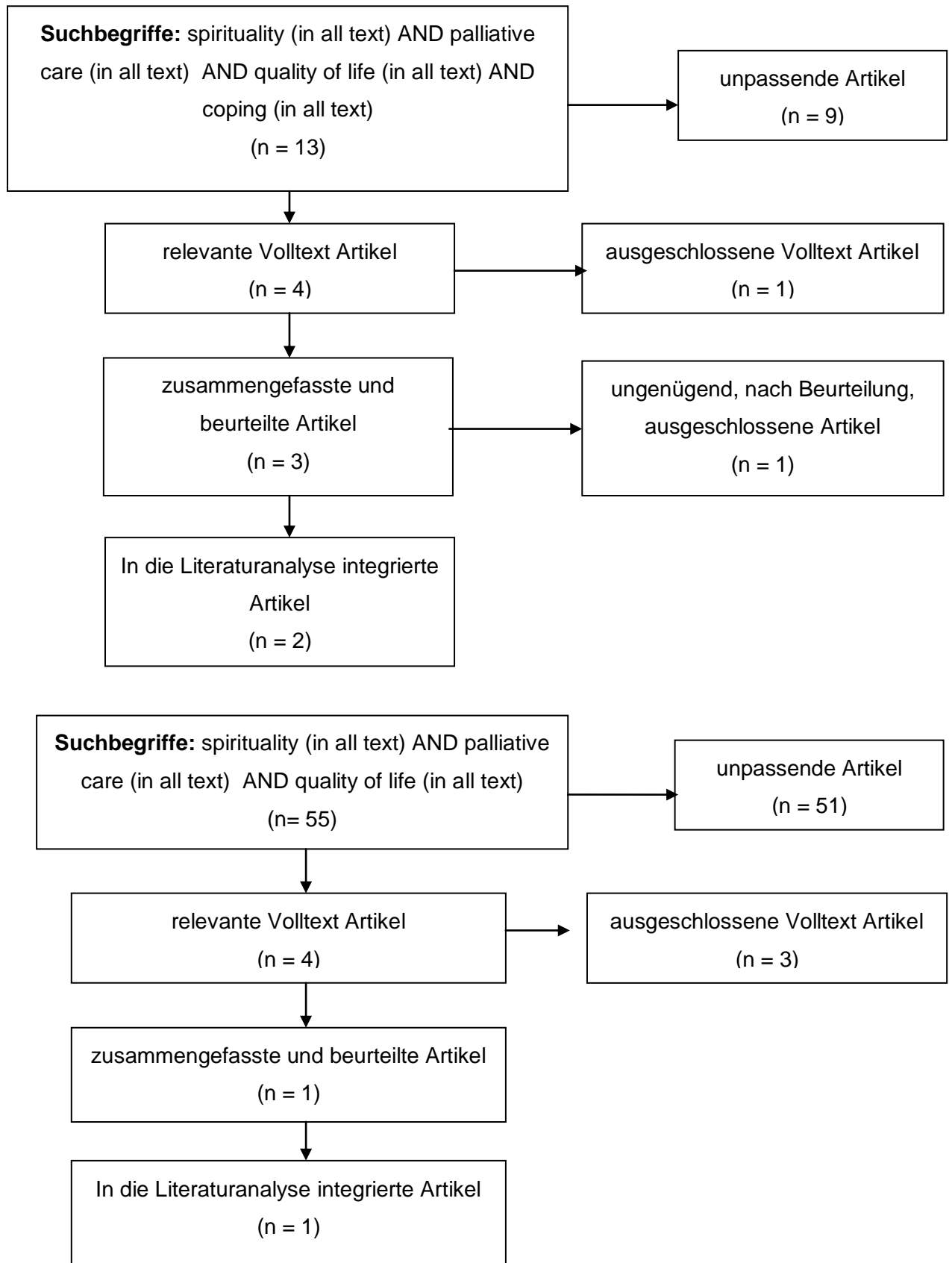


## Prismaflow-Diagramm Suche PubMed





## Prismaflow-Diagramm Suche CINAHL



## C. Zusammenfassungen der eingeschlossenen Studien nach alphabetischer Reihenfolge

### Addressing the religious and spirutal needs of dying patietns by health-care staff in Korea: patient percpectives in a multi-religious asian country

<b>Autoren</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jina Kang,</li> <li>2. Dong Wook Shin,</li> <li>3. Jin Young Choi,</li> <li>4. Chang Hae Park,</li> <li>5. Young Ji Baek,</li> <li>6. Ha Na Mo,</li> <li>7. Mi Ok Song,</li> <li>8. Shin Ae Park,</li> <li>9. Do Ho Moon,</li> <li>10. Ki Young Son</li> </ol>
<b>Jahr</b>	2011
<b>Setting</b>	stationäres Palliativepflegesetting, Palliative-care Center, Korea
<b>Stichprobe</b>	<p>nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pat. mit Krebs im Endstadium</li> <li>2. Pat. ist seit mindestens 72 Stunden in der Palliativepflege Station</li> <li>3. Pat. sind mind. 18 Jahre alt, haben keine mentale Einschränkung</li> </ol> <p>→ 94 Pat. aus 33 verschiedenen Institutionen</p>
<b>Studientyp</b>	Multi-center, cross-sectional-studie, (Querschnittstudie)
<b>Studienziel</b>	Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität
<b>Datenerhebung</b>	Fragebogen, welche die Pat. unter Anleitung von Studenten ausgefüllt haben.
<b>Ethische Aspekte</b>	Die Studie wurde vom Gremium des National Cancer Center und von allen Gremien der verschiedenen Institutionen gut geheissen. Eine informierte Zustimmung der Pat. wurde eingeholt. Eine Ethikkommission wird nicht explizit erwähnt.
<b>Analyse-methode</b>	Statistische Verfahren: Regressionsanalyse

<b>Resultate</b>	<p>-Demographische Daten: Altersdurchschnitt: 59,6, 53 Männer, 41 Frauen, Religion: 44 Protestanten, 11 Buddhisten, 19 Katholiken, 2 Andere, 18 Keine</p> <p>-50,5% berichten, dass ihre spirituellen und religiösen Bedürfnisse vom Pflegepersonal aufgenommen wurden, dabei bestand kein signifikanter unterschied bezüglich ihrer religiösen/spirituellen Zugehörigkeit zu denjenigen, deren Bedürfnisse nicht aufgenommen wurden</p> <p>-Pat., deren Bedürfnisse aufgenommen wurden, hatten einen signifikant höheren Lebensqualitäts Wert als die anderen (69,44 vs 52,78, p=0,003)</p>
<b>Limiten</b>	<p>Es wurden keine Detailinformationen über die Art erhoben, wie sich das Pflegepersonal den spirituellen und religiösen Bedürfnissen angenommen hat. Durch die grosse Anzahl an verschiedenen Institutionen und die daran gemessene, kleine Stichprobe können die Resultate der Studie falsche negative-Resultate aufweisen.</p>

## Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death

Anmerkung: Studie bildet einen Teil der "The Coping With Cancer Study"

<b>Autoren</b>	T. A. Balboni, M.E. Paulk, M. J. Balboni, A. C. Phelps, E. T. Loggers, A. A. Wright, S. D. Block, E .F. Lewis, J. R. Peteet & H. G. Prigerson
<b>Jahr</b>	2009
<b>Setting</b>	7 ambulante Standorte in den USA ( darunter Krebsinstitute, Krebszentren, Krebskliniken)
<b>Stichprobe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von 944 geeigneten Patienten, nahmen schlussendlich 343 an der Studie teil.</li> <li>• Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose von fortgeschrittenem Krebs (ausser solche mit einer Prognose &lt;1 Jahr)</li> <li>- Scheitern der First-Line-Chemotherapie oder mit dem Vorhandensein von Metastasen</li> <li>- Alter ≥ 20 Jahre</li> <li>- Anwesenheit einer informellen (unbezahlten) Pflegeperson</li> <li>- ausreichende Ausdauer um das Interview abzuschliessen</li> </ul> </li> <li>• Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegepersonen und Patienten mit einem Delirium oder mit Demenz, oder solche, die nicht Englisch oder Spanisch sprechen konnten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Prospektives, quantitatives Studiendesign, Querschnittstudie
<b>Studienziel</b>	<p><i>Folgende Hypothesen werden überprüft:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Spirituelle Pflege</i> geht mit einer besseren Lebensqualität der Patienten und einer weniger aggressive Pflege vor dem Tode einher.</li> <li>• Der Zusammenhang von spiritueller Pflege und diesen Ergebnissen am Ende des Lebens würden unter denjenigen, die eine hohe religiöse Bewältigung aufweisen am höchsten sein.</li> </ul>
<b>Datenerhebung</b>	<p><i>Bei der Registrierung nahmen die Teilnehmer an einem Basis-Interview teil. Eine zweite Prüfung wurde innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach dem Tod des Teilnehmers durchgeführt, darunter die Diagramm-Extraktion, um Informationen über die Sterbebegleitung zu erhalten und ein postmortem Interview einer informellen Pflegeperson, die während der letzten Lebenswoche präsent war.</i></p> <p>Baselinemessungen:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Variablen für spirituelle Pflege: Einschätzung durch Patienten und Fragen</i></li> <li>• <i>Religiöse Variablen: Einschätzung der Patienten und Pargament`Brief Religious Coping Scale (RCOPE)</i></li> <li>• <i>Andere Basis-Variablen: The McGill Quality of Life-Fragebogen, Karnofsky performance status und weitere</i></li> <li>• <i>Resultate am Ende des Lebens: Interview mit Pflegepersonen mit drei Items ( psychologischer und physischer Stress sowie Lebensqualität Nahe des Todes)</i></li> </ul>
<b>Ethische Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Schriftliche, informierte Zustimmung der Teilnehmer</i></li> <li>• <i>von den teilnehmenden Zentren, vom Ausschuss für menschlichen Probanden genehmigt</i></li> </ul>
<b>Analyse-Methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i><math>\chi^2</math>-testing: um die Beziehung der geistigen Unterstützung des medizinischen Teams und mit dem Erhalt der Seelsorgedienstes zu vergleichen</i></li> <li>• <i>logistische Regression: um die Beziehung von Variablen der spirituellen Pflege mit der Pflege am Ende des Lebens und Lebensqualität nahe des Todes aufzuzeigen</i></li> <li>• <i>simultaneous multivariable logistic regression models: beurteilt die Beziehungen der Variablen der spirituellen Pflege am Ende des Lebens Pflegemaßnahmen</i></li> <li>• <i>simultaneous mutlivariable linear regression models: um das Verhältnis der Variablen der spirituellen Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens aufzuzeigen</i></li> <li>• <i>Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als .05. angesetzt.</i></li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>60% der Teilnehmer erzählten, dass ihre spirituellen Bedürfnisse minimal oder nicht unterstützt wurden, 54% erhielten keine seelsorgerische Betreuung.</i></li> <li>• <i>Der Lebensqualitätswert der Patienten nahe des Todes betrug 19.0 (Standard Deviation=7.9).</i></li> <li>• <i>Patienten, deren spirituellen Bedürfnisse weitgehend oder vollständig durch das medizinische Team unterstützt wurden, nahmen eher Hospizpflege am Ende des Lebens in Anspruch.</i></li> <li>• <i>Spirituelle Unterstützung aus dem medizinischen Team war nicht mit dem Erhalt von aggressiver Pflege am Lebensende verbunden.</i></li> <li>• <i>Erhalt der Seelsorge - Dienstleistungen wurde nicht mit dem Erhalt von Hospiz (P=0.89)- oder aggressiver Pflege (P=0.34)am Ende des Lebens verbunden.</i></li> <li>• <i>In der hohen (P=0.68) oder niedrigen (P=0.72) religiösen Coping-Gruppe in Analysen nach religiösem Coping wurden Seelsorge-Dienste nicht mit dem Erhalt von Sterbebegleitung zugeordnet und wurde nicht mit dem Erhalt von aggressiver Versorgung verbunden (hohes Coping (P=0.72), tiefes Coping (P=0.19).</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit hohem religiösem Coping, deren geistigen Bedürfnisse weitgehend oder vollständig durch das medizinische Team unterstützt wurden, waren eher bereit, Sterbebegleitung als aggressive Pflege am Ende des Leben zu erhalten als im Vergleich mit jenen, die keine spirituelle Unterstützung erhielten.</li> <li>• Höhere geistige Unterstützung aus dem medizinischen Team wurde mit einer besseren Lebensqualität der Patienten kurz vor dem Tod assoziiert. Im bereinigten (P=0.04) und unbereinigten (P=0.047) Modelle.</li> <li>• Erhalt der Seelsorge Dienstleistungen wurde mit besserer Lebensqualität nahe des Todes verbunden. Im bereinigten (P=0.003) und unbereinigten (P=0.02) Modelle.</li> <li>• bei Patienten, welche spirituelle Unterstützung von medizinischen Betreuer erhielten, wurde mit verbesserter Lebensqualität der Patienten kurz vor dem Tod assoziiert (P=0.03).</li> <li>• Bereinigte Nahtod-Lebensqualität-Schätzungen ergaben deutlich höhere Lebensqualitätswerte bei denjenigen, die Seelsorge erhielten.</li> <li>• Erhalt von Seelsorge wurde mit besseren Nahtod-Lebensqualität-Werte in den beiden, niedrige (P = 0,003) und hohe religiöse Coping-Patienten, assoziiert (P = 0,006).</li> </ul>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalisierbarkeit der Studie auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte ist umstritten.</li> <li>• Patienten beurteilten die Unterstützung ihrer geistlichen Bedürfnisse, ohne eine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung.</li> <li>• undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung.</li> </ul>

## Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness

<b>Autoren</b>	W.-R. Tang, L. S. Aaronson & S. A. Forbes
<b>Jahr</b>	2004
<b>Setting</b>	2 Hospize (Sterbekliniken) in den USA (midwestern region), Teilnehmer wurden aus zwei lokalen Hospizprogrammen rekrutiert
<b>Stichprobe</b>	Von 95 angefragten Patienten nahmen 60 Teilnehmer teil. Die effektive Antwort Rate betrug 71%. Das Durchschnittsalter betrug 73 Jahre und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem Hospizprogramm betrug 28,8 Tage. Alle Teilnehmer wohnten in einem häuslichen Umfeld und die meisten (82%) hatten eine Krebsdiagnose.
<b>Studientyp</b>	Exploratives quantitatives Querschnittsdesign, Korrelationsstudie
<b>Studienziel</b>	Die Lebensqualität und deren Zusammenhang bei Patienten mit einer terminalen Krankheit besser verstehen zu können. Folgende war die zu untersuchende Fragen: Was ist die Beziehung zwischen Spiritualität, Schmerzen, körperliche Leistungsfähigkeit, soziale Unterstützung und Lebensqualität der Patienten, welche Hospizpflege erhalten?
<b>Datenerhebung</b>	5 verschiedene Fragebögen. Die Fragen wurden wortwörtlich vorgelesen und die Antworten sofort aufgenommen. Die Daten wurden bei den Teilnehmern zu Hause gesammelt. <ul style="list-style-type: none"> <li>• McGill Quality of Life Questionare: um die Lebensqualität zu messen</li> <li>• Spiritual Well-Being Scale: um die Spiritualität zu messen</li> <li>• American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: um die Schmerzintensität zu messen</li> <li>• Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: um die physische Leistungsfähigkeit zu messen</li> <li>• The Medical Outcome Study Social Support Survey: um die multidimensionalen Aspekte der sozialen Unterstützung zu messen</li> </ul>
<b>Ethische Aspekte</b>	Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt.
<b>Analyse-Methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pearson correlations: um die Beziehung zwischen den abhängigen (Lebensqualität der Patienten) und unabhängigen Variablen (Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung) zu untersuchen.</li> <li>• Regression analysis: um demografische und um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausfindig zu ma-</li> </ul>

	chen.
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die drei häufigsten Beschwerden der lästigen Symptome waren Schmerzen (55,7%), Fatigue (47,5%) und Kurzatmigkeit (26,2%)</li> <li>• mit der Pflegeperson zusammenzuleben war der einzige demografische Faktor, welcher mit Lebensqualität assoziiert wurde. Jene, die mit der Pflegeperson zusammenlebten, hatten eine geringere Lebensqualität als jene, die nicht mit der Pflegeperson zusammenlebten (<math>P &lt; 0.01</math>).</li> <li>• Die Lebensqualität der Patienten war signifikant zusammenhängend mit der Schmerzintensität, Spiritualität und der sozialen Unterstützung. Physische Leistungsfähigkeit hatte keinen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität (<math>P = 0.32</math>).</li> <li>• Spiritualität, Schmerzen, physische Leistungsfähigkeit und soziale Unterstützung (unabhängige Variablen) hatten als "Set" einen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität (<math>P = 0.001</math>).</li> <li>• Das Zusammenleben mit der Pflegeperson (<math>P = 0.01</math>), Spiritualität (<math>P = 0.01</math>) und soziale Unterstützung (<math>P = 0.04</math>) stellen einen statistisch signifikanten Beitrag zur Lebensqualität dar.</li> </ul>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Methode der Datenerhebung führte zu wenigen fehlenden Daten.</li> <li>• die Stärke des Sammelns von Daten direkt von den Teilnehmern bedeutete auch, dass diese Probe auf diejenigen begrenzt war, die gesund genug waren, um befragt zu werden.</li> <li>• Die meisten Teilnehmer waren weiß und alle kamen aus zwei lokalen Hospiz-Programmen aus einem einzigen Stadtgebiet</li> <li>• Erkenntnisse sind möglicherweise nicht auf die verschiedenen kulturellen und ethnischen Gruppen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar.</li> </ul>



## Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with advanced cancer

<b>Autoren</b>	N. Tarakeshwar, L. C. Vanderwerker, E. Paulk, M. J. Pearce, S. V. Kasl & H. G. Prigerson,
<b>Jahr</b>	2008
<b>Setting</b>	Onkologisches Palliativpflegesetting, vier Spitäler, zwei in Connecticut, eines in New York, eines in Texas, USA
<b>Stichprobe</b>	nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung Von 321 Pat. haben <b>170</b> teilgenommen. <b>Einschlusskriterien:</b> 1. fortgeschrittene onkologische Diagnose, 2. Die Diagnose wurde in einer der teilnehmenden Kliniken gestellt, 3. 20 Jahre oder älter, 4. Eine unbezahlte Pflegende Person/Angehörige, 5. adäquater Allgemeinzustand für das Interview <b>Ausschlusskriterien:</b> wenn der Patient oder Pflegende Person/Angehörige Anzeichen eines Deliriums oder Demenz aufweist und sie die Sprachen Englisch oder Spanisch nicht beherrschen
<b>Studientyp</b>	Querschnittsstudie (cross-sectional study)
<b>Studienziel</b>	<b>Ziel:</b> Aufzeigen, welche Verbindung zwischen positivem/negativem Religiösem Coping und der Lebensqualität (QOL) besteht. <b>Hypothese:</b> positives religiöses Coping wird mit besserer QOL, negatives religiöses Coping mit einer schlechteren QOL assoziiert
<b>Datenerhebung</b>	45 minütige, strukturierte Interviews <b>Quality of life:</b> McGill QOL Questionnaire (Cronbach $\alpha = 0,62-0,81$ ) <b>Religious Coping :</b> positive religious Coping : Multidimensional measure of Religion/Spirituality (MMRS) ( $\alpha=0,97$ ), negative religious Coping: Brief Measure of Religious Coping (RCOPE) ( $\alpha=0,73$ ) <b>Selbstwirksamkeit :</b> The General Self-Efficacy Scale ( $\alpha=0,87$ ) <b>Aktueller Gesundheitsstatus:</b> Zubrod Performance Scale <b>Demographische Daten</b>
<b>Ethische Aspekte</b>	Informierte Zustimmung der Patienten, alle Protokolle und kontakt Dokumente wurden vom Human subject Komitee genehmigt
<b>Analyse-methode</b>	Daten Analyse in drei Schritten: 1: Durchschnitte und Häufigkeiten wurden berechnet um eine Beschreibung der Stichprobe zu liefern 2: Welche Beziehung haben die Soziodemographische Daten (Ethnie, Geschlecht, Alter, Bildungsgrad) zu den Schlüsselvariablen (Selbstwirksamkeit, religiöses Coping und Lebensqualität) (dafür verwendete statistische Verfahren: t-Tests und Chi-Quadrattest $X^2$ )

	<p>für Ethnie und Geschlecht, Korrelationsanalysen für Alter, Bildungsgrad und die Schlüsselvariablen)</p> <p>3: Testen der Hypothese durch lineare Regression. (nach der Kontrolle von Ethnie, Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Selbstwirksamkeit und Depressionen in der Lebensgeschichte wurde der Zusammenhang von positivem/negativem religiösen Coping auf die QOL getestet)</p>
<b>Resultate</b>	<p><b>Demographische Daten:</b> (54% männlich), (65,9% hellhäutig), (Durchschnittsalter: 57,46 Jahre), (High-School Abschluss 61,2%), (relativ guter Gesundheitsstatus: 87%), (Kath.:40%, Ref.:20%, Jüdisch:3,5%, andere:17,1%, keine:6,5%) (Religion sehr wichtig: 65,9%, ein wenig wichtig: 20%, nicht wichtig:14%) (75% gehen mind. 1x Monat religiösen Aktivitäten nach)</p> <p><b>Prävalenz von positivem/negativem religiösen Coping in Bezug auf Ethnie und Geschlecht:</b> (Frauen: mehr positives Coping (<math>t=-2,05</math>, <math>p=0,042</math>)), (dunkelhäutige: mehr positives r. Coping (<math>t=-4,34</math>, <math>p=0,000</math>)) und weniger negatives r. Coping (<math>X^2=10,95</math>, <math>p=0,001</math>)) (Leute mit höherer Schulbildung verwenden beides weniger, (positives r. Coping (<math>r=-0,23</math>, <math>p=0,003</math>) negatives r. Coping (<math>r=0,17</math>, <math>p=0,025</math>)).</p> <p><b>QOL in Bezug auf Ethnie und Geschlecht:</b> (Männer haben bessere psychologische QOL (<math>t=2,45</math>, <math>p=0,015</math>)), (dunkelhäutige haben bessere existenzielle QOL (<math>t=-2,96</math>, <math>p=0,004</math>)), (bessere Schulbildung hat einen Zusammenhang mit besserer psychologischer QOL (<math>r=0,17</math>, <math>p=0,025</math>))</p> <p><b>Religiöses Coping und QOL:</b></p> <p><b>Positives r. Coping:</b> (positives r. Coping hängt mit Verbesserung der gesamten QOL zusammen (<math>p=0,043</math>)), (vermehrter Gebrauch von positivem r. Coping hängt mit Verbesserung der existenziellen QOL (<math>p=0,005</math>) und Verbesserung des Support (<math>p=0,001</math>) zusammen) (positives r. Coping hatte auch einen Zusammenhang mit mehr körperlichen Symptomen (<math>p=0,009</math>))</p> <p><b>negatives r. Coping:</b> (negatives r. Coping hängt mit schlechterer gesamten QOL zusammen (<math>p=0,046</math>)), (grösseres negatives r. Coping hängt mit niedrigerer psychologischer QOL (<math>p=0,0016</math>) und niedrigerer existenzieller QOL (<math>p=0,011</math>) zusammen.)</p>
<b>Limiten</b>	<p>Durch das Design lässt sich nicht erschliessen, ob das Coping die QOL beeinflusst, oder umgekehrt, Die Stichprobe setzt sich aus vor allem Hellhäutigen zusammen.</p>

**Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life**

<b>Autoren</b>	T. A. Balboni, L. C. Vanderwerker, S. D. Block, M. E. Paulk, C. S. Lathan, J. R. Peteet & H. G. Prigerson
<b>Jahr</b>	2006
<b>Setting</b>	Krebszentren, Krebsklinik, Palliativpflegedienst (in den USA)
<b>Stichprobe</b>	<p>Von 538 angefragten Personen nahmen schlussendlich 230 teil. Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose von fortgeschrittenem Krebs (ausser solche mit einer Prognose &lt;1 Jahr)</li> <li>• Scheitern der First-Line-Chemotherapie</li> <li>• Diagnose von einem beteiligten Gebiet</li> <li>• Alter ≥ 20 Jahre</li> <li>• identifizierte unbezahlte Pflegende</li> <li>• ausreichende Ausdauer um das Interview abzuschliessen</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegende von Patienten, mit einem Delirium oder mit Demenz, oder solche, die nicht Englisch oder Spanisch sprechen konnten, wurden ausgeschlossen</li> </ul>
<b>Studientyp</b>	Quantitatives Studiendesign, Querschnittstudie
<b>Studienziel</b>	<p>Patienten im fortgeschrittenem Krebsstadium beurteilen ihre Religiosität und ihre religiösen/spirituellen Aktivitäten vor und nach der Diagnose Krebs, beurteilen die Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse des medizinischen Systems und von religiösen Gemeinschaften, beurteilen die Verbindung der spirituellen Unterstützung mit der Lebensqualität des Patienten und den Zusammenhang von Religiosität auf die Behandlung der Vorlieben und der Pflegeplanung</p>
<b>Datenerhebung</b>	<p>Interview</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Religiosität und spirituelle Unterstützung: zwei Fragen beantwortet mit einer Skala von 1-5. Summe der zwei Fragen bildeten das Ergebnis.</li> <li>• Religiöses Coping: wurde ermittelt mittels dem Pargament`s Brief RCOPE</li> <li>• Lebensqualität: Der McGill Quality of Life - Fragebogen wurde hierfür gebraucht</li> <li>• Andere Patientenvariablen: mittels Informationen der Patienten und Ärzte</li> </ul>

<b>Ethische Aspekte</b>	Die Studie wurde von jeder lokalen Ethikkommission genehmigt. Informierte Zustimmung der Patienten.
<b>Analyse-methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• McNemar`s Test: um Religiosität/Spiritualität vor und nach der Krebsdiagnose zu vergleichen:</li> <li>• Lineare Regression: um die Beziehung von Stress und Alter der Religiosität aufzuzeigen</li> <li>• Lineare Regression: um die Assoziation von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Lebensqualität aufzuzeigen</li> <li>• Univariate Modelle: um die Haupteffekte von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Religiosität, positivem und negativem religiösen Coping und einzelnen demografische Faktoren aufzuzeigen. Zudem um die Haupteffekte von Religiosität und anderen demografischen Faktoren aufzuzeigen.</li> <li>• Multivariate Analyse-Modelle: enthielten gleichzeitig alle univariate Variablen und um die Beziehung von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und Lebensqualität aufzuzeigen</li> <li>• Logistische Regression: um die Beziehung von Religiosität und Präferenzen von Lebensverlängerungsmassnahmen, Präsenz von Lebenswillen und der Vorsorgevollmacht und eines Abschlusses eines nicht wieder zu beleben Auftrages aufzuzeigen</li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religion wurde von 156 Teilnehmern (68%) als sehr wichtig empfunden, von 47 Teilnehmern (20%) als einigermaßen wichtig und von 27 Teilnehmern (12%) als nicht wichtig.</li> <li>• Afroamerikaner (89%) und Lateinamerikaner (79%) beschrieben eine höhere Wichtigkeit der Religion als Weisse (59%; P=0.001 und P=0.03)</li> <li>• zunehmendes Leiden der Patienten ist zusammenhängend mit zunehmender Religiosität (P=0.01)</li> <li>• das Alter war nicht assoziiert mit der Religiosität (P=0.53)</li> <li>• 56% besuchten ein- oder mehrmals im Monat einen religiösen Service, was nach der Diagnose Krebs auf 44% abnahm (P=0.0002)</li> <li>• Private religiöse und spirituelle Aktivitäten wurden mindestens von 47% vor ihrer Diagnose und von 61% nach der Diagnose praktiziert (P&lt;0.0001)</li> <li>• die spirituellen Bedürfnisse der Patienten wurden von religiösen Gemeinschaften weitgehend oder vollständig für 38% unterstützt, wobei 47% der Teilnehmern erzählten, dass ihre spirituellen Bedürfnisse von religiösen Gemeinschaften in einem geringen Ausmass oder gar nicht unterstützt wurden.</li> <li>• Afroamerikaner werden von religiösen Gemeinschaften mehr unterstützt als Weisse (P&lt;0.0001) und Lateinamerikaner (P=0.005).</li> <li>• 72% gaben an, dass ihre spirituellen Bedürfnisse zu einem geringen Teil oder gar nicht durch das medizinische System erfüllt wurden. 42% berichteten wenig bis gar keine Unterstützung von ihren Bedürfnissen aus einer religiösen Gemeinschaft oder des medizinischen Systems</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 52% der Teilnehmer erhielten Besuch von Geistlichen. Die meisten Weißen, Afroamerikaner und Lateinamerikaner, erklärten, dass die pastoralen Besuche etwas oder eine Menge Trost gaben. 3% erzählten, dass die Besuche ein unbehagliches Gefühl ausgelöst hätten.</li> <li>• Die Multivariate Analyse zeigte, dass eine höhere ganzheitliche spirituelle Unterstützung positiv mit der Lebensqualität der Patienten assoziiert war (P=0.0003).</li> <li>• In der Multivariaten Analyse wurde zunehmende Religiosität negativ mit Massnahmen zur Verlängerung der Lebensdauer assoziiert.</li> <li>• In der univariaten Analyse wurde wachsende Religiosität negativ assoziiert mit dem Bestehen von Lebenswillen und der dauerhaften Vollmacht.</li> <li>• In der Multivariate Analyse war Religiosität nicht signifikant assoziiert mit dem Bestehen von einem Reanimationsbefehl. Nur solche mit einer weissen Ethnizität und der nordöstlichen Seite hatten einen solchen Befehl.</li> </ul>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentielle Einflüsse von selektionierten Verzerrungen: Vor allem aufgrund der Möglichkeit der Unterschiede von der Religiosität und der Spiritualität zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern</li> <li>• Der Grund für die Nichtteilnahme bietet ein weiteres Potential für eine selektionierte Verzerrung (z.B. weil die Personen nicht religiös oder spirituell waren).</li> <li>• Das Studiendesign (Querschnittstudie) limitiert die Interpretation der Beziehung zwischen der spirituellen Unterstützung und der Lebensqualität zu einer Hypothesen-generierenden Assoziation.</li> </ul>

## Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation

<b>Autoren</b>	Hills J., Paice J. A., Cameron J. R., Shott S.
<b>Jahr</b>	2005
<b>Setting</b>	stationäres Palliative Pflegesetting , akademisches-medizinisches Zentrum, Illinois, USA
<b>Stichprobe</b>	nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 31 Pat., 55%/17 Männlich, Alter: 26-89, Einschlusskriterien: Mindestalter 18, Fähigkeit englisch zu lesen und schreiben, Lebensbedrohliche Erkrankung mit Prognose von Tagen/Wochen
<b>Studientyp</b>	Pilotstudie
<b>Studienziel</b>	Den Zusammenhang zwischen Spiritualität, religiösem Coping und Stresssymptomen bei stationären palliativ Patienten erforschen
<b>Datenerhebung</b>	Fragebogen/Interview, 41 min., durchgeführt von Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten
<b>Ethische Aspekte</b>	Studie wurde von Überprüfungscommittee anerkannt, Informierte Zustimmung wurde von Pat. eingeholt
<b>Analyse-methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pargament Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE) für positiv und negatives religiöses Coping, validiertes Instrument</li> <li>- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual well-Being (FACIT-Sp) für Spiritualität und FACIT-G für Lebensqualität, validiertes Instrument</li> <li>-FICA (Faith, Imortance and influence, Community, Adress), erfasst individuellen Glauben und Werte, keine Validität angegeben, 5 Punkte Likert-Skala</li> <li>-National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Management Assessment Tool, für physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und praktischen (z. B. Transporte, Unterkunft...) Stress. Nicht validiert, aber Ergebnisse korrelieren mit denen von FACIT-G und –SP</li> <li>-Profile of mental States-Short Form (POMS-SF), misst subjektive Stimmung, validiertes Instrument</li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Da die meisten zu untersuchenden Variablen keine Normalverteilung der Stichprobe aufwiesen, wurden die Daten mittels Mann-Whitney(MW), Kruskal-Wallis(KW)-Test analysiert. Ein X2-Test wurde durchgeführt.</li> <li>-Signifikanzniveau = 0,05</li> </ul> <p>Stress: durchschnittlich erhöht, kein Zusammenhang zu demogra-</p>

	<p>phische Daten (Alter, Geschlecht, Ethnie, ECOG-Status), Zusammenhang mit: Angst (P=0,04), Verwirrung (P=0,03), Depression (P=0,01), Fatigue (P=0,01) und Feindseligkeit (P=0,04)</p> <p>-Spiritualität: 87,2% ein wenig spirituell, 77,4% ein wenig religiös, für 90,3% ist dies wichtig für sich selbst, 58% sind Teil einer spirituellen oder religiösen Gemeinschaft. 84% finden, dass Ärzte/Pflegende über ihren Glauben bescheid wissen sollten.</p> <p>-RCOPE (religiöses Coping (R.C.)) keinen Zusammenhang mit demographischen Daten, positives R.C hatte keinen Zusammenhang mit Stress oder einer anderen Messwert des POMS-Instruments (für subjektive Stimmung). Auch keinen Zusammenhang mit Messwerten des FACT-G Instrument (für Lebensqualität)</p> <p>negatives R.C hat eine positive Korrelation mit Stress (P=0,01), Verwirrung (P=0,03), und Depression (0,02). Und eine negativen Korrelation mit der totalen FACT-G-Messwerten (P=0,01), für physisches Wohlbefinden (P=0,0001), emotionales Wohlbefinden (P=0,004). → negatives R.C hat einen Zusammenhang mit einer beeinträchtigten Lebensqualität</p>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-kleine Stichprobe</li> <li>-Erhebung nur an einer Institution</li> <li>-Querschnittsstudie</li> <li>-Pat. waren „relativ“ fit für palliative Pat., konnten gut ein 30-40 min. Interview geben</li> <li>→ dies limitiert die Verallgemeinerung auf andere palliative Pat.</li> </ul>

**Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Zusammenfassung Daniela)**

<b>Autoren</b>	A. Kandasamy, SK. Chaturvedi & G. Desai
<b>Jahr</b>	2011
<b>Setting</b>	Hospiz und ein Palliativkrebszentrum in Indien
<b>Stichprobe</b>	Alle hatten eine fortgeschrittene Krebsdiagnose (keine kurative weitere Methode stand zur Verfügung), alle Formen und Typen von Krebs waren eingeschlossen. Die Teilnehmer wurden innerhalb einer Zeitspanne von drei Monaten rekrutiert. Die Stichprobe enthielt Patienten im Alter ab 16 Jahren, beider Geschlechter welche kooperativ und kommunikativ für das Interview waren. Jene Teilnehmer, die Alkohol-oder anderer Substanzmissbrauch oder eine Abhängigkeit hatten, eine vergangene depressive oder bipolare Störung hatten oder andere neurologische Störungen hatten wurden ausgeschlossen.
<b>Studientyp</b>	Deskriptives Querschnittsdesign
<b>Studienziel</b>	Wie ist spirituelles Wohlbefinden zusammenhängend mit Symptomen wie Stress, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Krebspatienten. <i>Anders formuliert:</i> den Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten.
<b>Datenerhebung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visual analog Scale for pain um die Schmerzen zu erfassen</li> <li>• M.D. Anderson Symptom inventory (MDASI) um die Symptome der Krebspatienten zu erfassen</li> <li>• Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) für Patienten mit co-morbiden physischen Krankheiten um die Depression und Angst zu erfassen</li> <li>• Functional Assessment of Cancer Therapy - Palliative Care (FACT-pal) um verschiedene Dimensionen von Lebensqualität zu erfassen</li> <li>• Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-sp) um das spirituelle Wohlbefinden zu erfassen.</li> </ul> <p>Alle Teilnehmer wurden interviewt, deren soziodemografischen und klinischen Daten wurden gesammelt. Für jene, die Mühe hatten zum lesen, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten wurden notiert.</p>



<b>Ethische Aspekte</b>	Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Das Studienprotokoll wurde vom Ethikkomitee des Institutes genehmigt.
<b>Analyse-methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistik: um die demografischen und klinischen Daten zusammenzufassen.</li> <li>• Berechnung von den Hauptwerten von Schmerz, Stress Depression, Spiritualität und Lebensqualität wurde gemacht.</li> <li>• Korrelationen zwischen Werten von Schmerz, Stress, Depression, Spiritualität und Lebensqualität und demografischen und klinischen Variablen wurden gemacht mittel Pearson`s Korrelation.</li> <li>• `t`-Test wurde durchgeführt um kontinuierlichen Variablen zu vergleichen</li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 76 Personen wurden rekrutiert. Fünf hatten komorbide neurologische Konditionen. Ein Patient hatte eine vergangene depressive Geschichte und war aufgrund dessen in Behandlung. 20 Patienten wollten nicht teilnehmen. Schlussendlich wurden 26 Patienten ausgeschlossen und 50 nahmen teil.</li> <li>• Krebstypen: oropharyngeal Krebs (22%), gynäkologischer Krebs eingeschlossen Zervix- Endometrium und Ovarialkrebs (22%), Lungenkrebs (12%), Brustkrebs (12%), Magenkrebs (10%) und andere (22%).</li> <li>• Das Alter betrug von 17 - 64 Jahre (Durchschnitt= 47,74, SD= 10.17)</li> <li>• Mehr als die Hälfte (56%) waren Frauen.</li> <li>• Männliches und weibliches Geschlecht unterschieden sich nicht signifikant abgesehen von dem sozioökonomischen Status. Männer kamen aus der Mittelschicht und Frauen von der geringeren sozioökonomischen Hintergrund (<math>\chi^2= 13.99</math>, <math>p=0.001</math>).</li> <li>• 50% waren zum Zeitpunkt des Interviews wohnhaft mit dem Lebenspartner und 50% waren Single.</li> <li>• Der Wert des spirituellen Wohlbefindens betrug 24.48. Die Spannweite vom spirituellen Wohlbefinden betrug von 4 bis 48. Acht Personen hatten einen Wert von weniger als 20. Der Hauptwert von den Teilnehmern betrug etwas über 50% was bedeutet, dass das Sample normal verteilt war.</li> <li>• Depression (<math>r= -0.862</math>, <math>p=0.000</math>) und Angst (<math>r= -0.0645</math>, <math>p=0.000</math>) korrelierte negativ mit des spirituellen Wohlbefinden.</li> <li>• Spirituelles Wohlbefinden korrelierte negativ mit Fatigue (<math>r= -0.423</math>, <math>p= 0.002</math>), Stress (<math>r= -0.717</math>), Gedächtnisstörungen (<math>r= -0.520</math>) <math>p&lt;0.001</math>), Appetitverlust (<math>r=-0.399</math>, <math>p =0.004</math>), Schläfrigkeit (<math>r= -0.400</math>, <math>p =0.004</math>), Mundtrockenheit (<math>r= -0.381</math>, <math>p= 0.006</math>) und Traurigkeit (<math>r= -0.720</math>, <math>p&lt;0.001</math>).</li> <li>• Spirituelles Wohlbefinden korrelierte negativ mit der Stimmung (<math>r= -0.630</math>, <math>p&lt;0.001</math>), Arbeit (<math>r= -0.376</math>, <math>P&lt;0.001</math>), Beziehungen (<math>r= -0.624</math>, <math>p&lt;0,001</math>) und Lebensfreude (<math>r= -0.681</math>, <math>p&lt;0.001</math>), Variablen oft er Störungen Symptom Subskala MDASI, die statistisch signifikant waren</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirituelles Wohlbefinden korrelierte positiv mit all den anderen Aspekten der Lebensqualität. Physisches Wohlbefinden (<math>r= 0.676</math>, <math>p= 0.000</math>), soziales familiäres Wohlbefinden (<math>r= 0.515</math>, <math>p= 0.000</math>), emotionales Wohlbefinden (<math>r= 0.684</math>, <math>p= 0.000</math>), familiäres Wohlbefinden (<math>r=0.655</math>, <math>p= 0.000</math>) und palliatives Wohlbefinden (<math>r= 0.811</math>, <math>p=0.000</math>).</li> </ul>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Querschnittsdesign erlaubt keine definitive Konklusion, im Hinblick auf deren langfristigen Auswirkungen.</li> <li>• Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschieden andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfeldeinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)</li> <li>• Es gibt keine Kontrollgruppe.</li> <li>• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.</li> </ul>

**Spirituality, Distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Zusammenfassung Lena)**

<b>Autoren</b>	Kandasamy A., Chaturvedi SK, Desai G
<b>Jahr</b>	2011
<b>Setting</b>	onkologisches palliativpflege Setting, in Indien
<b>Stichprobe</b>	nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 76 Pat. kontaktiert, davon schlussendlich <b>50</b> in Studie eingeschlossen. <b>Einschlusskriterien:</b> über 16 Jahre, onkologische Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, informierte Zustimmung unterschrieben <b>Ausschlusskriterien:</b> Alkohol/Drogen Abhängigkeit, Depression oder bipolare Störung in der Krankengeschichte, jegliche neurologischen Erkrankungen,
<b>Studientyp</b>	Querschnittstudie (cross-sectional-study)
<b>Studienziel</b>	Die Untersuchung, welchen Zusammenhang zwischen spirituellem Wohlbefinden und Stresssymptomen, Angst und Depression bei Pat. mit fortgeschrittener, onkologischer Erkrankung besteht. Ebenso wurde der Einfluss von Spiritualität auf andere Dimensionen der Lebensqualität untersucht.
<b>Datenerhebung</b>	Interviews in denen soziodemographische Daten erhoben wurden, und verschiedene Assessmentinstrumente wurden angewendet. Für alle Teilnehmer, welche Schwierigkeiten mit Lesen und Schreiben hatten, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten notiert. Assessmentinstrumente: -VAS (für SZ) -M.D. Anderson symptom inventory (für Symptome bei onkologischer Erkrankung, 13 Items, 11 Punkte Skala) -Hospital Anxiety Depression Scale (für Angst/Depression für Pat mit körperlicher Erkrankung als Komorbidität, 14 items, 4 Punkte Skala) -Functional assessment of cancer therapy – palliative care (vier QOL domänen, 27 items) -functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being (12 items, 5 Punkte Skala)
<b>Ethische Aspekte</b>	Schriftliche informierte Zustimmung wurde eingeholt, Das Studienprotokoll wurde vom EthikKomitee des Instituts geprüft
<b>Analyse-methode</b>	-deskriptive Statistik für demographische Daten -t-Test -Pearsons Korrelation für die Korrelationsanalysen

<b>Resultate</b>	<p>Demographische Daten: Alter: 17-64 (49,74), 56%Frauen, 50%single</p> <p>Score für spirituelles Wohlbefinden(SpWB): 24.48 (die deutet auf eine Normalverteilung hin)</p> <p>Negativ Korrelation mit SpWB:</p> <p>Depression(P=0,000), Angst (P=0,000), Fatigue (P=0,002), Stress (P&lt;0,001), beeinträchtigt Erinnerungsvermögen (P&lt;0,001), Appetit Verlust (P=0,004), Schläfrigkeit (P=0,004), Mundtrockenheit (P=0,006), Traurigkeit (P&lt;0,001), Gemütslage (P&lt;0,001), Arbeit (P&lt;0,001), Beziehungen (P&lt;0,001), Lebensfreude (P&lt;0,001),</p> <p>Positive Korrelation mit allen Domänen der Lebensqualität:</p> <p>Körperliches Wohlbefinden (P=0,000)</p> <p>Wohlbefinden in soz. Umfeld (P=0,000)</p> <p>Emotionales Wohlbefinden (P=0,000)</p> <p>Familiäres Wohlbefinden (P=0,000)</p> <p>Palliatives Wohlbefinden (P=0,000)</p>
<b>Limiten</b>	<p>Das Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu, andere Faktoren, welche die subjektiven Symptome auch beeinflussen könne (wie z.B. Umwelteinflüsse) wurden nicht mit einbezogen. Ebenso wurden die Persönlichkeit und Coping Strategien zu wenig beachtet.</p>

## Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients

<b>Autoren</b>	M. O. Delgado, D. Hui, H. A. Parsons, K. Govan, M. De la Cruz, S. Thorny & E. Bruera
<b>Jahr</b>	2010
<b>Setting</b>	ambulantes Palliativpflege-Setting in den USA
<b>Stichprobe</b>	<p>Von gesamt 112 angefragten Personen nahmen schlussendlich 72 an der Studie teil, was eine Rekrutierungsrate von 63% ausmacht.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose von fortgeschrittenem Krebs</li> <li>• Mindestalter von 18 Jahren oder älter</li> <li>• Karnofsky performance status von 40% oder grösser</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen, welche kein Englisch sprachen</li> <li>• Personen mit einem beeinträchtigten Gedächtnis</li> </ul> <p>Das Durchschnittsalter betrug 53 Jahre, 61% waren Frauen und die Mehrheit waren Christen. Die meisten bezeichneten sich als spirituell (98%) und als religiös (98%).</p>
<b>Studientyp</b>	Prospektive Querschnittstudie
<b>Studienziel</b>	Die Untersuchung der Prävalenz und der Intensität der Spiritualität, Religiosität und geistigen Schmerzen von Menschen in einer palliativen Versorgung. Das Aufzeigen der Verbindung von spirituellen Schmerzen mit symptom Ausdruck, Bewältigung und der geistigen Lebensqualität.
<b>Datenerhebung</b>	<p>Interview und Fragebogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain: Fragen wurden gestellt und die Patienten beurteilten ihre religiöse und spirituelle Intensität sowie deren Einfluss auf die Gesundheit, den spirituellen Schmerz und den Einfluss mit einer 11-Punkte Ratingskala</li> <li>• Physical and Psychological Symptoms: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>• Coping and Religious Coping: Brief COPE, Brief R-COPE</li> <li>• Religious Beliefs and Spiritual Quality of Life: Systems of Belief Inventory -15R (SBI-15R), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being-Expanded (FACIT-Sp-Ex)</li> </ul>
<b>Ethische Aspekte</b>	Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Das M.D. Anderson Cancer Center Institutional Review Board genehmigte die Studie.

<b>Analyse- methode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistik inklusive Mittelwerte, arithmetische Mittel und Reichweiten: Demografische Faktoren, Spiritualität, Religiosität und spiritueller Schmerz zusammenzufassen</li> <li>• Spearman`s correlation test: um die Beziehung von Spiritualität, Religiosität und spirituellem Schmerz aufzuzeigen</li> <li>• Mann-Whithney test: für kontinuierlich nichtparametrische Faktoren</li> <li>• Person`s Chi-squared test and Fisher`s extact test für kategoriale Variablen</li> <li>• Bonferroni correction: zur Korrektur von mehreren Tests mit einem P-Wert von <math>\leq 0,002</math>. Dies gilt als statistisch signifikant</li> </ul>
<b>Resultate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fast alle Patienten stimmten zu, dass Spiritualität/Religiosität eine Kraftquelle sei und ihnen sowie ihren Pflegepersonen helfe, mit ihrer Krankheit umzugehen.</li> <li>• Spiritualität war stark mit der Religiosität verbunden (<math>P \leq .001</math>).</li> <li>• Spiritueller Schmerz war negativ assoziiert mit Religiosität (<math>P = 0.001</math>) und Spiritualität (<math>P = .001</math>).</li> <li>• der Ausdruck von spirituellem Schmerz war signifikant assoziiert mit geringerer selbstberichteter Religiosität (<math>P &lt; 0.001</math>) und geringerer spiritueller Lebens-Qualität (<math>P &lt; 0.001</math>).</li> <li>• Im Bezug auf physische und psychologische Symptome wurde spirituelle Schmerz assoziiert mit schlimmerer Depression (<math>P = 0.01</math>), Angst (<math>P = 0.03</math>), Anorexie (<math>P = 0.04</math>), und Schläfrigkeit (<math>P = 0.004</math>). (-&gt; diese Ergebnisse erreichen keine statistische Signifikanz nach Bonferroni)</li> <li>• keine statistische Signifikanz wurde für eine zunehmende selbst-berichtete Spiritualität (<math>P = 0.02</math>) und ein zunehmender spiritueller Glaube und Praktik (<math>P = 0.02</math>) gefunden</li> <li>• Keine Beziehung wurde zwischen dem spirituellen Schmerz und dem Coping gefunden.</li> <li>• Bei Menschen mit spirituellem Schmerz wurde eine geringere positive Haltung zur Spiritualität/Religiosität festgestellt.</li> <li>• ein Großteil der Patienten berichtete, dass Spiritualität und Religiosität sie bei der Bewältigung ihrer Krebserkrankung half und Kraftquelle diene.</li> <li>• wenn Patienten wurden gefragt, ob geistige Schmerzen physischen (<math>P &lt; 0.001</math>) und emotionalen (<math>P &lt; 0.001</math>) Symptome verschlimmern, stimmten diejenigen, die über seelischen Schmerz (<math>P &lt; 0.05</math>) berichteten, signifikant häufiger zu.</li> </ul>
<b>Limiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Querschnittsdesign machte es unmöglich, die Kausalität zwischen Spiritualität, Religiosität, geistigem Schmerz und verschiedenen körperlichen und psychischen Symptomen zu etablieren</li> <li>• Der Stichprobenumfang war relativ klein</li> <li>• Die Studie wurde bei einer ambulanten Palliativversorgungsklinik an einem tertiären Krebs-Versorgungszentrum in einer bestimmte geografische Region durchgeführt</li> <li>• Die primären Maßnahmen zur Spiritualität Religiosität und geistigen Schmerzen waren eindimensional und quantitativ.</li> </ul>

	<p>So konnte die Komplexität als auch die qualitativer Natur dieser Konzepte nicht erfasst werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Obwohl eine Definition für seelischen Schmerz im Fragebogen der Befragten notiert war, haben viele ihre eigene Interpretation von seelischem Schmerz gehabt und was für sie bedeutete.</li><li>• Da in der Klinik intensiv über die Themen diskutiert wurde, könnte das Bewusstsein und/oder das Interesse an Spiritualität der Patienten erhöht haben, was wiederum zu einer erhöhten Berichterstattung über Spiritualität / Religiosität in der Stichprobe geführt haben könnte.</li></ul>
--	---

**Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study**

<b>Autoren</b>	Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V. & Gatto, M.
<b>Jahr</b>	2005
<b>Setting</b>	Palliativpflegesetting, New Yorker Gesundheitssystem,
<b>Stichprobe</b>	nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 38 Pat. mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung, über 18 Jahre, englischer Muttersprache, kognitiv unversehrt, von diesen 38 Pat. verstarben 19 Pat. in den ersten 6 Monaten der Studie
<b>Studientyp</b>	Pilotstudie, basierend auf einer prospektiven Langzeitstudie
<b>Studienziel</b>	Das Evaluieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden des Spirituellen Wohlbefindens (SWB) für Pat. mit Krebs, AIDS, und deren Pflegenden Angehörigen
<b>Datenerhebung</b>	Pat. wurden vom Moment der Teilnahme, bis zu ihrem Tod begleitet, insgesamt ging die Studie 2 Jahre, monatliches Ausfüllen des gleichen Fragebogens bezüglich SWB (dauer ca. 1 h), Messinstrument: SWB-Score als Dimension der QOL, diese setzt sich zusammen aus: religious well-being (RWB), existential well-being (EWB), Cronbach`s Alpha für SWB =0,95, RWB=0,84 und für EWB=0,94. 6-Punkte Likertskala, Score für SWB= 20-120, je höher, desto besser, für RWB und EWB je 10-30, ebenfalls, je höher desto besser. Rest-retest für den Reliabilitätskoeffizient mit einer Studenten Stichprobe = 0,93 für SWB, 0,96 für RWB, 0,78 für EWB.
<b>Ethische Aspekte</b>	Kein Ethikkomitee erwähnt Informierte Zustimmung wurde eingeholt, keinerlei Verpflichtungen, Möglichkeit jederzeit auszusteigen
<b>Analyse-methode</b>	Um Änderungen von SWB, RWB und EWB über die Zeit zu bewerten wurden die erfassten Langzeitdaten mittels deskriptiven und graphischen Methoden summiert Univariate Analysen
<b>Resultate</b>	Demographische Daten: Von 38 Pat. : Durchschnittsalter: 62 Jahre, 62% weiblich, 84% weiss, Religion: 47% jüdisch, 29% katholisch, 10% Protestanten, 73% verheiratet, 77% leben mit Familie, 19% alleine, 44,7% privat versichert, 36,8% privat versichert und Medicare (Krankenversicherung für US-Bürger ab 65),



	<p>SWB und RWB (mean=51,1) (eher mässe/tief)  EWB (mean=21,4)</p> <p>SWB-Score steigt bis zum 8 Monat an, fällt dann wieder leicht ab, ist aber nach 12 Monaten deutlich höher, als zu Beginn der Untersuchung.</p>
<b>Limiten</b>	-keine angegeben

**The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy**

<b>Autoren</b>	Vallurupalli, M., Lauderdale K.; Balboni M.J., Phelps A.C., Block S.D., Ng A.K., Kachnic L.A., VanderWeele T.J., and Balboni T.A.
<b>Jahr</b>	2011
<b>Setting</b>	onkologisches Pflegesetting / Palliativpflegesetting, in vier Spitälern in Boston, USA
<b>Stichprobe</b>	nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 103 Patienten kontaktiert, 75 interviewt, <b>69</b> komplett befragt Patienten mit fortgeschrittene onkologische Erkrankung und palliativer Radiotherapie <b>Einschlusskriterien:</b> Diagnose von fortgeschrittenem, unheilbarem Krebs seit mind. Vier Wochen, erhalten von palliativer Radiotherapie, Fähigkeit in Englisch oder Spanisch zu kommunizieren, Alter: 21 oder älter, genügend Ausdauer/Kraft ein 45min Interview zu geben. <b>Ausschlusskriterien:</b> Pat mit Anzeichen eines Deliriums oder dementiellen Erkrankung
<b>Studientyp</b>	Querschnittstudie (cross-sectional study)
<b>Studienziel</b>	Die Spiritualität, Religiosität und das religiöse Coping charakterisieren, den Zusammenhang von Religion/Spiritualität und der Lebensqualität bestimmen und die Sichtweise der Patienten über die Rolle des spiritual care im onkologischen Pflegesetting festhalten
<b>Datenerhebung</b>	Einmaliges, 45 minütiges Interview Für die partizipierte Spiritualität und Religiosität: Items von Fetzer Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research Für religiöses Coping: Koenig' s Religious Coping Index und Pargament' s previously validated brief positive religious coping index (RCOPE) Für Lebensqualität: The McGill Quality of Life Questionnaire
<b>Ethische Aspekte</b>	Schriftlich Informierte Zustimmung wurde eingeholt
<b>Analyse-methode</b>	Deskriptive Statistik für Religiosität, Spiritualität, religiöses Coping und demographische Daten einfache lineare Regression zum festhalten der Beziehung von der Religiosität, Spiritualität des religiösen Coping (RCOPE) und den

	<p>demographischen Daten zur Lebensqualität.  Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet.  Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als .05. angesetzt.</p>
<b>Resultate</b>	<p>Demographische Daten: 37 Männer, 32 Frauen, leicht-stark religiös (81%), leicht-stark spirituell (93%)  Religiöses Coping: 84% stützen sich auf ihren religiösen Glauben um die Krankheit zu bewältigen  Einfluss auf QOL: signifikanter Einfluss von Spiritualität und religiösem Coping auf eine bessere QOL, vor allem auf die Bereiche existentielle QOL und soziale Unterstützung.  (Religiöses Coping auf existentielle QOL (P=0.001), auf soziale Unterstützung (P=0.001) auf gesamte QOL (P=0.01)  (Spiritualität auf existentielle QOL (P=0.001), auf soziale Unterstützung (P=0.001) auf gesamte QOL (P=0.001)  In der multivariablen Analyse ergab Spiritualität auf QOL (P=0,006)  Sichtweise der Pat. über Spiritual care: leicht-sehr wichtig, dass Ärzte spirituelle Bedürfnisse erkennen (87%), leicht-sehr wichtig dass Pflegende spirituelle Bedürfnisse erkennen (85%)</p>
<b>Limiten</b>	<p>Kleine Stichprobe aus nur einer Region der USA, die meisten Teilnehmer hatten einen traditionell christlichen Hintergrund, der Studientyp (Querschnittstudie) lässt nicht klar erschliessen, ob die Lebensqualität die Spiritualität/Religiosität beeinflusst oder umgekehrt,</p>

## D. Zusammenfassung der ausgeschlossenen Studie

### Quality Of Life At End Of Life: Spirituality And Coping Mechanisms In Terminally Ill Patients

<b>Autoren</b>	G. Scobie & C. Caddell
<b>Jahr</b>	2005
<b>Setting</b>	Zwei spezialisierte Pflegehospize im Westen Schottlands, onkologisches paliativpflege Setting
<b>Stichprobe</b>	Nichtzufallsstichprobe, Gelegenheitshebung, 120 terminale Patienten Medizinische Einschlusskriterien: 1. die Pat. fühlen sich physisch und emotional gut genug für das Interview, 2. Die Pat. haben keine kognitiven Einschränkungen, 3. Die Pat. haben ihre Zustimmung nicht verweigert
<b>Studientyp</b>	Quantitatives Studiendesign, Querschnittstudie
<b>Studienziel</b>	Diese Studie untersucht die Selbsteinschätzung der Lebensqualität der spirituell und nicht spirituell orientierten terminalen Patienten innerhalb von zwei Hospizen im Westen von Schottland Das wichtigste Ziel dieser Untersuchung war es, festzustellen, ob Patienten mit hohen oder geringen Lebensqualitätspunkten mit einer der 3 Gruppen innerhalb der beiden Hospize verbunden waren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gläubige und praktizierende Kirchenmitglieder (B)</li> <li>• Gläubige aber nicht praktizierende Kirchenmitglieder (NPB)</li> <li>• Nicht-Gläubige (NB)</li> </ul>
<b>Datenerhebung</b>	Während einer über sechsmonatigen Periode wurde die Lebensqualitätsauswertung von 120 terminalen Patienten mit einer angepassten Version des McGill Quality of Life-Fragebogen evaluiert
<b>Ethische Aspekte</b>	Informierte Zustimmung von jedem Pat wurde eingeholt, alle Informationen die den Pat. abgegeben wurden, wurden vom regionalen medizinischen Ethikkomitee zugelassen
<b>Analyse-methode</b>	Varianzanalyse (ANOVA) Chi-Quadrat Test Inferentielle Statistik Deskriptive Statistik
<b>Resultate</b>	Demographische Daten: Hospice A, n=60: (49%Männer,77% älter als 60 Jahre, B:30%,NPB:27%,NB:26%) Hospice B, n=60: (26,7%Männer,78% älter als 60 Jahre, B:20%,NPB:19%,NB:21%)

	<p>Resultate der Varianzanalyse:          NPB fühlen sich weniger depressiv, ängstlich, besorgt als B&amp;NB          Hospice A: keine signifikanten Unterschiede in der QOL zwischen B, NPB und NB          Hospice B: signifikante Unterschiede bezüglich der QOL in der Untergruppe –physisches Befinden und B, NPB und NB. NB hatten die niedrigsten Werte.          Hospice A: keine signifikanten Unterschiede bezüglich QOL in den Gruppen B,NPB und NB.          Verglichen mit den B, NPB und NB von Hospice B, hatten die B; NPB und NB des Hospice A ihre physisches Befinden gleich eingestuft, wie die NB von Hospice B.</p>
<b>Limits</b>	-keine angegeben-

## E. Beurteilung der Studien nach alphabetischer Reihenfolge

**Artikel: Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country**

Kang, J., Shin, D.K., Young Choi, J., Park, C. H., Baek, Y. J., Mo, H. N., Song, M. O., Park, S. A., Moon, D. H. & Son, K. Y. (2011)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p>	<p>1. Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität</p> <p>2. Ja, Zusammenhang zwischen dem Eingehen auf die spirituellen/religiösen Bedürfnisse und der Lebensqualität</p> <p>3. 1.Pat. mit Krebs im Endstadium, 2. Pat. ist seit mindestens 72 in der Palliativepflege Station, 3. Pat. sind mind. 18 Jahre alt, haben keine mentale Einschränkung</p>
--	--	--

	<p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>4. Es wurde noch nie eine Studie zu diesem Thema durchgeführt, und dazu eignet sich speziell das Multi-religiöse Land Korea</p>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>1. Das Aufnehmen der spirituellen/religiösen Bedürfnisse(spiritual-Care) wird nicht genauer definiert. Lebensqualität wird über die Erfassungsinstrumente definiert.</p> <p>2. Spiritualität/Religiosität wird mit Lebensqualität in Verbindung gebracht</p> <p>3. Die Lücke besteht darin, dass nach WHO Spiritualität eine wichtige Dimension in der Lebensqualität ist, es aber noch keine Studie im Asiatische Raum gibt, welche dies untersucht</p> <p>4. Ausschliesslich Primärquellen -primärquelle: WHO, QOL and Spiritualität, Religionsness and Personal Beliefs. WHO: Geneva 1998</p> <p>5. es sind keine expliziten Definitionen angegeben</p>

<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>1. Forschungsfragen: Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität. Keine Hypothese formuliert.</p> <p>2. --</p> <p>3. Unabhängige Variable: spirituelle/religiöse Bedürfnisse, welche vom Pflegepersonal aufgenommen werden Abhängige Variable: Lebensqualität</p> <p>4. Keine Hypothese</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p>	<p>1. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p> <p>2. Aus 33 Institutionen entsprachen von 390 dort behandelten Pat. 186 den Einschlusskriterien. Von diesen 186 haben 94 an der Umfrage teilgenommen und sie beendet. Die Stichprobe ist für das Design geeignet.</p>



	<p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>3. In der Population sind überwiegend Pat. mit protestantischem Hintergrund vertreten, im Verhältnis dazu relativ wenige Buddhisten. Dies wird auch in der Limitation erwähnt, wurde aber bei der Auswertung der Resultate berücksichtigt.</p> <p>4. Die Stichprobe ist zu klein (auch als Limitation erwähnt)</p> <p>5. Durch die Grösse der Stichprobe sind die Resultate nur begrenzt verallgemeinerbar.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittstudie (Cross-sectional-Study)</p> <p>2. Keine Begründung</p> <p>3. logische Abfolge, fehlende Hypothese</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. ungeeignete Stichprobe (sehr viele Institutionen mit einbezogen)</p> <p>2. Keine angegeben</p>

<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	1. durch die ungeeignete Stichprobe hält sich die Verallgemeinerung in Grenzen und weist eine hohe Risiko für falsch-negative Resultate auf
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?	1. Fragebogen, welche unter Anleitung von Forschungspersonal von den Pat. ausgefüllt wurden  2. Ja
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?	1. Die Studie wurde vom Gremium des National Cancer Center und von allen Gremien der verschiedenen Institutionen gut geheissen. Eine Ethikkommission wird nicht explizit erwähnt.  2. Eine informierte Zustimmung der Pat. wurde eingeholt.
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?  2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beob-	1. Ja, Instrumente wurden durch statistische Verfahren validiert.  2. -

	<p>achtet das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>3. -</p> <p>4. -1. European Organisation for Reserach and Treatment of cancer Quality-of-Life Questionnaire for Palliative Care (EORTC QLQ-C15-PAL), vier Punkte Likertskala (eine Koreanische Version dieses Fragebogens wurde angewendet, sie wurde durch statistische Verfahren validiert (Cronbach Alpha: 0,65-0,89) -2. Comprehensive QoL Scale, Fragebogen mit sieben Punkte Likertskala.</p> <p>5. a) Ja, b) Demographische Daten werden zur Beschreibung der Stichprobe und zur Beantwortung der Fragestellung verwendet</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p>	<p>1. EORTC QLQ-C15-PAL (Cronbach Alpha: 0,65-0,89)</p> <p>2. siehe oben</p>

	<p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>3. die Validität ist nicht angegeben, allerdings wurden die Instrumente durch einen standardisierten Translationsprozess validiert und auf psychometrische Eigenschaften getestet.</p> <p>4. Durch das Verwenden von erprobten Messinstrumenten reicht die Validität aus</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-Niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine bloße Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>1. keine Angabe zum Messniveau</p> <p>2. Varianzanalysen für Demographische Daten, Multivariate Regressionsanalyse für die Fragestellung</p> <p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Nicht beurteilbar</p> <p>5. Signifikanzniveau bei <math>p &lt; 0,05</math></p> <p>6.-</p>

<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>1. –</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Limitationen: Es wurde keine detaillierte Information über die Art der Annahme der spirituellen/religiösen Bedürfnisse der Pat. erhoben. Durch die kleine Stichprobe und die grosse Anzahl an Institutionen haben die Resultate ein hohes Risiko für falsch-negative Resultate.</p> <p>4. Resultate relevant, da sie aufzeigen, dass vor allem die Personen unterstützt wurden, welche einen religiösen Hintergrund angaben, dass aber spiritual care allgemein, unabhängig von religiöser Zugehörigkeit die Lebensqualität erhöht.</p> <p>5. Verallgemeinerung nur begrenzt möglich,</p> <p>6. -</p> <p>7. Empfehlung: spiritual-care unabhängig von religiösem Hintergrund anbieten</p>
--	--	--

<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Vorteile: spiritual care wird gefördert</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Pflegepersonal muss sich in spiritual-care weiterbilden</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>
---	---	--

**Artikel: Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death**

Balboni T. A., Paulk M. E., Balboni M. J. Phelps A. C. Loggers E. T. Wright A. A. Block S. D. Lewis E. F. Peteet J. R. & Prigerson H. G.

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Feststellen, ob spirituelle Pflege aus dem medizinischen Team Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und die Lebensqualität am Ende des Lebens hat und um diese Beziehung bezüglich des religiösen Coping der Patienten zu untersuchen.</p> <p>2. <b>unabhängige Variable:</b> spirituelle Pflege <b>Abhängige Variable:</b> Lebensqualität und medizinische Versorgung am Lebensende, religiöses Coping.</p> <p>3. Personen mit fortgeschrittener Krankheit</p> <p>4. Eine Charakterisierung der möglichen Verbindung von spiritueller Pflege und der Lebensqualität der Patienten nahe es Todes sei erforderlich. nur wenige Daten über die Verbindungen zwischen spiritueller Pflege und Lebensqualität kurz vor dem Tod seinen vorhanden.</p>
--	---	---

<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p>	<p>1. Spiritualität: individuelle Beziehung zu kann als individuelle Beziehung und Erfahrung des Transzendenten charakterisiert werden, ob durch Religion oder andere Wege. Religion kann als eine Reihe von Überzeugungen über das Transzendente, welches von einer Gemeinschaft geteilt wird und oft mit gemeinsamen heiligen Schriften und Praktiken verbunden ist. Aggressive Pflege am Ende des Lebens: wenn in der letzten Woche vor dem Tod eine oder mehr der folgenden Indikatoren erfolgt wurden: Pflege auf der Intensivstation, Beatmung oder Reanimation.</p> <p>2. Wird eine Verbindung gemacht. Nämlich dass Religiosität/ Spiritualität mit einem höheren Coping und höherer Lebensqualität in Verbindung gebracht werden kann. Und dass negatives religiöses Coping mit einer geringeren Lebensqualität in Verbindung gesetzt wird. Auch dass die Spiritualität/ Religiosität der Patienten eine wichtige Rolle bei der medizinische Entscheidungsbildung ist. Nämlich dass Patienten mit einem höheren religiösen Coping vermehrt aggressive Pflege am Ende des Lebens erhalten.</p> <p>3. Nur wenige Daten über den Zusammenhang von spiritueller Pflege und Lebensqualität am Ende des Lebens vorhanden. Die multiinstitutionelle Studie "The Coping with Cancer" soll die Lücken schliessen.</p>
---	--	---



	<p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>4. Sekundäre Quelle: Reynolds MA: Hope in adults, ages 20-59, with advanced stage cancer. Palliat Support Care 6:259-264, 2008</p> <p>5. siehe Nr. 1</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p>	<p>1. Hypothesen sind angemessen formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Spirituelle Pflege</i> geht mit einer besseren Lebensqualität der Patienten und einer weniger aggressive Pflege vor dem Tode einher.</li> <li>• Der Zusammenhang von spiritueller Pflege und diesen Ergebnissen am Ende des Lebens würden unter denjenigen, die eine hohe religiöse Bewältigung aufweisen am höchsten sein.</li> </ul> <p>2. Es werden nur Hypothesen gestellt.</p> <p>3. <b>unabhängige Variable:</b> spirituelle Pflege, religiöses Coping  <b>Abhängige Variablen:</b> Lebensqualität, aggressive Pflege am Lebensende</p> <p>4. es handelt sich um eine wissenschaftliche Hypothese</p>

	<p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>5. Dass ein Beziehung zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen besteht</p> <p>6. Ja</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Gelegenheitsstichprobe</p> <p>2. Aus 7 Institutionen werden die Personen ausgewählt, welche die Kriterien erfüllen.</p> <p>3. Stichprobe ist repräsentativ.</p> <p>4. Ja, wird nicht begründet</p> <p>5. Ergebnisse können weniger auf Personen mit anderen fortgeschrittenen Erkrankungen übertragen werden.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Prospektives quantitatives Studiendesign</p> <p>2. Design wird nicht begründet</p> <p>3. Soweit ja, Problemdarstellung befindet sich vor der Hypothese</p>

<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. keine allgemeingültige Definition von Spiritualität und Religiosität sowie ein undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung.</p> <p>2. Nein</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Grenzen der Verallgemeinerung: Nur fortgeschrittene Krebspatienten im ambulanten Setting</p>
<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. Ein Basisinterview bei der Registrierung durch die Teilnehmer und ein postmortem Interview durch die Pflegepersonen</p> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Die Studie wurde von den teilnehmenden Zentren, vom Ausschuss für menschlichen Probanden genehmigt. Informierte Zustimmung wurde eingeholt</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfä-</p>	<p>1. a.) Ja, b.) bereits validierte Instrumente</p> <p>2. -</p>

	<p>schungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>3. a.) Interviews von den Forschungsmitarbeitern durchgeführt b.) Diese unterzogen sich vorherig einem 2-tägigen Trainingsprogramm c.) keine Anzeichen von Verfälschungen.</p> <p>4. Likert-Skala und Angaben durch Erzählungen der Personen (z.B. für demografische Angaben)</p> <p>5. a.) Ja, b.)Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>1. keine</p> <p>2. keine</p> <p>3. Wird erwähnt, dass zwei vorher auf ihre Validität geprüft wurden.</p> <p>4. Ja, da sie bereits geprüft wurden</p>

<p><b>Datenanalyse</b></p>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-Niveau an? Wenn ja, welches?</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>x<sup>2</sup>-testing</i>: um die Beziehung der geistigen Unterstützung des medizinischen Teams und mit dem Erhalt der Seelsorgedienstes zu vergleichen</li> <li>• <i>logistische Regression</i>: um die Beziehung von Variablen der spirituellen Pflege mit der Pflege am Ende des Lebens und Lebensqualität nahe des Todes aufzuzeigen</li> <li>• <i>simultaneous multivariable logistic regression models</i>: beurteilt die Beziehungen der Variablen der spirituellen Pflege am Ende des Lebens Pflegemaßnahmen</li> <li>• <i>simultaneous multivariable linear regression models</i>: um das Verhältnis der Variablen der spirituellen Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens aufzuzeigen</li> </ul> <p>3. nicht beurteilbar</p> <p>4. nicht beurteilbar</p> <p>5. Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als 0.05. angesetzt.</p>
----------------------------	---	--

	<p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Nein</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p>	<p>1. Hypothesen werden nicht wieder aufgenommen, nur die Resultate lassen auf die Bestätigung oder Nicht-Bestätigung schliessen.</p> <p>2. Ja</p> <p>3. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalisierbarkeit der Studie auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte ist umstritten.</li> <li>• Patienten beurteilten die Unterstützung ihrer geistlichen Bedürfnisse, ohne eine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung.</li> <li>• undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung.</li> </ul> </p> <p>4. Hohe Relevanz</p> <p>5. Generalisierbarkeit nur auf ähnliche Populationen</p>

	<p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>6. Durch Ergebnisse gedeckt</p> <p>7. Keine</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Vorteile: Patienten könnten in ihrer Spiritualität gezielt unterstützt werden und so auch in der Bewältigung der Krankheit</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Gleiche Population, einheitliche Definitionen von Religiosität und Spiritualität, Definierte spirituelle Betreuung.</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>

**Artikel: Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness**

W.-R. Tang, L. S. Aaronson & S. A. Forbes, 2004

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Die Lebensqualität und deren Zusammenhang bei Patienten mit einer terminalen Krankheit besser verstehen zu können. Folgende war die zu untersuchende Fragen:</p> <p>2. In Forschungsfrage werden folgende Variablen definiert: abhängigen Variablen: Lebensqualität der Patienten, unabhängigen Variablen: Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</p> <p>3. Terminale Hospizpatienten</p> <p>4. Lebensqualität am Ende des Lebens und bei Hospizpatienten sei noch relativ unerforscht. Nur wenige Studien hätten die Hospizergebnisse untersucht und die meisten seien auf die Kosteneffektivität konzentriert. Nur wenig sei bekannt über die Beziehung von Spiritualität und anderen Aspekten von Lebensqualität wie zum Beispiel physisches und soziale Wohlbefinden. Auch sei wenig bekannt über die Beziehung zwischen Schmerzen und allen Aspekten der Le-</p>
--	---	--



		<p>bensqualität in einem Hospizsetting. Das Zwischen- spiel zwischen physischer Leistungsfähigkeit und an- deren Faktoren der Lebensqualität sein unklar. Die Beziehung von soziale Unterstützung und Lebens- qualität sei zu wenig bekannt.</p>
<p><b>Literatur- Re- cherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhän- gigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptu- ellen Definitionen.</p>	<p>1. <b>unabhängige Variable:</b> Lebensqualität der Patien- ten, <b>abhängige Variable:</b> Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</p> <p>Lebensqualität wird unterteilt in globale Lebensquali- tät, was das individuelle Wohlbefinden meint und in gesundheitsbezogene Lebensqualität, was mehr auf spezifische medizinische Konditionen und Interventi- onen bezogen wird. Lebensqualität hat verschiedene Domänen, unter anderem physisches, psychologi- sches, soziales und existentielles Wohlbefinden. Spiritualität: Gefühl von Sinn und Zweck, ermöglicht Transzendenz und den einzelnen Menschen sich als Ganzes zu fühlen und das Leben voll zu leben. Spiri- tualität hat zwei Komponenten: das religiöse und das existentielle Wohlbefinden. Schmerz: wirkt störend auf das psychologische und existentielle Wohlbefinden und vermindert soziale Beziehungen. Physischer Leistungsstatus: beeinflusst die Lebens- qualität. Soziale Unterstützung: ist ein Schlüsselement in der Bewältigung mit Krankheiten. Es wird angenom- men, dass ein Einfluss auf den Stress aufgrund von Schmerzen und eine positive Beziehung zur Spiritua- lität besteht.</p>

	<p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>2. Ja</p> <p>3. Lebensqualität am Ende des Lebens und bei Hospizpatienten sei noch relativ unerforscht. Nur wenige Studien hätten die Hospizergebnisse untersucht und die meisten seien auf die Kosteneffektivität konzentriert. Nur wenig sei bekannt über die Beziehung von Spiritualität und anderen Aspekten von Lebensqualität wie zum Beispiel physisches und soziale Wohlbefinden. Auch sei wenig bekannt über die Beziehung zwischen Schmerzen und allen Aspekten der Lebensqualität in einem Hospizsetting. Das Zwischenpiel zwischen physischer Leistungsfähigkeit und anderen Faktoren der Lebensqualität sein unklar. Die Beziehung von soziale Unterstützung und Lebensqualität sei zu wenig bekannt.</p> <p>4. Sekundäre Quellen: Brock, D. B., &amp; Foley D. J. (1998). Demography and epidemiology of dying in the U.S. with emphasis on deaths of older persom. Hospice Journal, 13(1/2), 49-60.</p> <p>5. siehe 1</p>
--	--	---

<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</li> <li>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</li> <li>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</li> <li>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</li> <li>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</li> <li>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was ist die Beziehung zwischen Spiritualität, Schmerzen, körperliche Leistungsfähigkeit, soziale Unterstützung und Lebensqualität der Patienten, welche Hospizpflege erhalten?</li> <li>2. Es werden keine Hypothesen gestellt.</li> <li>3. unabhängige Variable: Lebensqualität der Patienten, abhängige Variable: Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</li> <li>4. -</li> <li>5. -</li> <li>6. -</li> </ol>
<b>Stichprobe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</li> <li>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</li> <li>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Patienten erhielten einen Einladungsbrief des Direktors vom Hospizprogramm. Keine Ein- und Ausschlusskriterien.</li> <li>2. Gelegenheitsstichprobe</li> <li>3. Stichprobe ist repräsentativ, kann aber weniger auf</li> </ol>

	<p>der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>andere Populationen übertragen werden, da vor allem Weisse teilgenommen haben und nur aus einem Stadtgebiet. D.h. Studie ist weniger auf andere Kulturen und Ethnien übertragbar.</p> <p>4. Stichprobe beträgt schlussendlich 71%. Autoren erwähnen, dies sei angemessen.</p> <p>5. siehe Nr. 3.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Exploratives quantitatives Querschnittsdesign, Korrelationsstudie</p> <p>2. Design wird nicht begründet.</p> <p>3. Konzepte, welche den theoretischen Rahmen bilden, werden in separaten Abschnitten mit vorhandener Literatur erklärt und das Problem wird direkt im Abschnitt dargestellt.</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. Eine Gefahr besteht in der Erfassung der Daten durch Hausbesuche. Dies wird auch als Limit angegeben. Nur Teilnehmer aus einem Stadtgebiet und aus zwei lokalen Hospiz-Programmen.</p> <p>2. Keine erwähnt</p>

<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	1. Grenzen aufgrund des Einbezugs von nur einem Stadtgebiet und der Kultur und Ethnie der Personen
<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. 5 verschiedene Fragebögen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• McGill Quality of Life Questionare: um die Lebensqualität zu messen</li> <li>• Spiritual Well-Being Scale: um die Spiritualität zu messen</li> <li>• American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: um die Schmerzintensität zu messen</li> <li>• Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: um die physische Leistungsfähigkeit zu messen</li> <li>• The Medical Outcome Study Social Support Survey: um die multidimensionalen Aspekte der sozialen Unterstützung zu messen</li> </ul> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt.</p> <p>2. siehe 1</p>
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?	1. –

	<p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>2. -</p> <p>3. a.) Erstautor, zur Schulung keine Angaben, b.) Keine Anzeichen von Verfälschungen</p> <p>4. mittels Skalen, bereits validierte Instrumente</p> <p>5.a.) Ja, b.) -</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel.</p>	<p>1. &amp; 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• McGill Quality of Life Questionnaire: .83 - .89</li> <li>• Spiritual Well-Being Scale: .82 - . 86</li> <li>• American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: .75</li> <li>• Estern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: kann nicht beurteilt werden</li> </ul>

	<p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Medical Outcome Study Social Support Survey: .97</li> </ul> <p>3. Validität angegeben indem Bezug auf andere Studien Bezug gemacht wird</p> <p>4. Ja</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pearson correlations: um die Beziehung zwischen den abhängigen (Lebensqualität der Patienten) und unabhängigen Variablen (Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung) zu untersuchen.</li> <li>• Regression analysis: um demografische und um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausfindig zu machen</li> </ul> <p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Nicht beurteilbar</p> <p>5. Nein</p>

	6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine bloße Wiederholung der Tabellen statt.	6. A)Ja, b)Ja, c)Nein
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p>	<p>1. –</p> <p>2. Ja</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Methode der Datenerhebung führte zu wenigen fehlenden Daten.</li> <li>• die Stärke des Sammelns von Daten direkt von den Teilnehmern bedeutete auch, dass diese Probe auf diejenigen begrenzt war, die gut/gesund genug waren, um befragt zu werden.</li> </ul> <p>4. Die Studie leistet einen wichtigen Beitrag zu einem besseren Verständnis von Hospizpatienten und deren Bedürfnisse und Anliegen. Dies aufgrund dessen, da die vorliegende Studie eine der Ersten ist, welche auf das Ende des Lebens von Hospizpatienten fokussiert und die Daten direkt von Patienten mit unheilbaren Krankheiten gewonnen wurden</p> <p>5. wenige, da Erkenntnisse möglicherweise nicht auf die verschiedenen kulturellen und ethnischen Grup-</p>



	<p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>pen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar sind.</p> <p>6. -</p> <p>7. Keine</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p>	<p>1. Studie ist sinnvoll, aber die Ereignisse sind nicht auf alle Populationen übertragbar. Eine grosse Stärke der Studie war zudem die Erfassung von Lebensqualität direkt von Patienten durch Hausbesuche. Dies wird jedoch auch als Limite betrachtet.</p> <p>2. Wenige</p> <p>3. Da die meisten Teilnehmer weiss waren und aus zwei lokalen Hospiz-Programmen aus einem einzigen Stadtgebiet kamen, gäbe es wahrscheinlich einige Risiken wenn die Ergebnisse überall angewandt würden.</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Gleiche Kultur und Ethnie, ähnliche Pflegeeinrichtungen</p>

	6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?	6. Ja
	7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?	7. Ja

**Artikel: Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with advanced cancer**

Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. & Prigerson, H. G. (2008)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Ziel: Aufzeigen, welche Verbindung zwischen positivem/negativem Religiösem Coping und der QOL besteht</p> <p>2. Unabhängige Variablen: Soziodemographische Daten (Ethnie, Geschlecht, Alter, Bildungsgrad), Abhängige Variablen: Selbstwirksamkeit, Religiöses Coping, QOL Und in der weiteren Untersuchung: Unabhängige Variablen: Religiöses Coping, Abhängige Variable: QOL</p> <p>3. Pat. mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung</p> <p>4. Ihre Literaturrecherche ergab, dass viele bereits gemachte Untersuchungen, ihren Fokus auf die positive Dimension des religiösen Coping legen. Daher untersuchen sie auch das negative r. Coping.</p>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p>	<p>1. QOL, religiöses Coping und palliative Care</p>

	<p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>2. Zusammenhänge werden durch das Zitieren von anderen Untersuchungen aufgezeigt, Zusammenhänge sind z. B. dass Religion eine grosse Coping Ressource ist, und dass r.Coping ein wichtiger Faktor ist, der die QOL beeinflusst.</p> <p>3. Lücke: bisher wurde nur der positive Effekt des religiösen Copings aufgezeigt, diese Lücke will die Studie schliessen</p> <p>4. Ausschliesslich primärquellen Primärquelle: Lazarus, R.; Folkmann, S. Stress, Appraisal, Coping. New York : Springer, 1984</p> <p>5. Die Variablen werden nicht Definiert, Beispiele für positives und negatives religiöses Coping sind aufgeführt</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs- Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p>	<p>1. Hypothese: positives religiöses Coping wird mit besserer QOL, negatives religiöses Coping mit einer schlechteren QOL assoziiert</p> <p>2. –</p>

	<p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>3. Die unabhängige/abhängige Variablen sind nicht klar definiert. Durch das Design lässt sich nicht klar sagen, welche Variable, welche Beeinflusst. Die Hypothese besagt, dass lediglich ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, aber nicht, welche durch welche beeinflusst wird</p> <p>4. Wissenschaftliche Hypothese</p> <p>5. -</p> <p>6. Ja</p>
<p><b>Stichprobe</b></p>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p>	<p>1. Von 321 Pat. haben <b>170</b> teilgenommen. <b>Einschlusskriterien:</b> 1. Fortgeschrittene onkologische Diagnose, 2. Die Diagnose wurde in einer der teilnehmenden Kliniken gestellt, 3. 20 Jahre oder älter, 4. Eine unbezahlte Pflegenden Person/Angehörige, 5. Adäquater Allgemeinzustand für das Interview <b>Ausschlusskriterien:</b> wenn der Patient oder Pflegenden Person/Angehörige Anzeichen eines Deliriums oder Demenz aufweist und sie die Sprachen Englisch oder Spanisch nicht beherrschen</p> <p>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p>

	<p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>3. Ja</p> <p>4. Ja, nicht begründet</p> <p>5. Nur begrenzt übertragbar, da vor allem der christliche Glaube stark zum Ausdruck kommt. (nicht übertragbar auf Buddhisten, Muslime und Hindus)</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittsstudie (cross-sectional study)</p> <p>2. Als einfache Erhebung, die parallel zu einer Kohortenstudie mit der gleichen Stichprobe durchgeführt wurde</p> <p>3. Ja</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. verzerrende Faktoren in der Berechnung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen, wenn verschiedene Einflussfaktoren ausser Acht gelassen werden</p> <p>2. Die Datenanalyse erfolgte in drei Schritten, bei denen mit statistischen Verfahren, alle erhobenen Einflussfaktoren abgeglichen und mit einbezogen wurden.</p>

<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	1. Studien Design, Stichprobe (deutlich mehr hellhäutige als dunkelhäutige Teilnehmer, was alle Aussagen bezüglich des Einflusses der Ethnie auf die verschiedenen Variablen nicht verallgemeinern lässt.)
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?	1.45 minütige Interviews  2. Ja. (bei 35 Pat. haben das Interview nicht Komplette ausgeführt, diese Daten wurden ausgeschlossen)
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?	1. alle Protokolle und kontakt Dokumente wurden vom Human subject Komitee genehmigt  2. Informierte Zustimmung der Patienten
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?  2. Beobachtungsmethoden a) Wer führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschließen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?	1. a) Ja, b) der Cronbach $\alpha$ -Wert wird bei jedem Messinstrument angegeben  2. -

	<p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>3. a) Personal der Kliniken (keine genaueren Angaben) alle wurden von den Forschungsmitarbeitern der Yale University geschult, b) Nein</p> <p>4. <b>Quality of life:</b> McGill QOL Questionnaire (Cronbach <math>\alpha = 0,62-0,81</math>) (Likertskala)  <b>Religious Coping :</b> positive religious Coping : Multidimensional measure of Religion/Spirituality (MMRS) (<math>\alpha=0,97</math>) (Likertskala), negative religious Coping: Brief Measure of Religious Coping (RCOPE) (<math>\alpha=0,73</math>) (Likertskala)  <b>Selbstwirksamkeit :</b> The General Self-Efficacy Scale (<math>\alpha=0,87</math>) (Likertskala)  <b>Aktueller Gesundheitsstatus:</b> Zubrod Performance Scale (Likertskala)  <b>Demographische Daten</b></p> <p>5. a) Ja, b) Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Siehe oben, er ist akzeptabel bis exzellent</p> <p>3. Keine Validität angegeben</p>



	4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?	4. Es handelt sich um passende Instrumente, die häufig angewendet werden, somit lässt sich ihre Validität begründen
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2. Berechnung der Durchschnitte und Häufigkeiten, t-Tests und Chi-Quadrattest <math>X^2</math>, Korrelationsanalysen, lineare Regression.</p> <p>3. Nicht Beurteilbar</p> <p>4. Ja, da die Hypothese nicht den Einflusse einer Variabel auf eine Andere sondern lediglich der Beziehung zwischen den zwei Variablen vermutet</p> <p>5. Nein</p> <p>6. a) Ja, b) Ja, c) Nein</p>
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p>	<p>1. Sie wurde bestätigt</p> <p>2. Ja</p>

<p><b>und Empfehl- ungen</b></p>	<p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>3. Durch das Design lässt sich nicht erschliessen, ob das Coping die QOL beeinflusst, oder umgekehrt, Die Stichprobe setzt sich aus vor allem Hellhäutigen zusammen</p> <p>4. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit des religiösen Coping für die QOL für Patienten mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung auf</p> <p>5. Die Ergebnisse zeigen, dass das festhalten des religiösen Coping wichtig sein kann, um Patienten mit einer niedrigeren QOL zu verstehen.</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Man sollte in Zukunft Kohortenstudien zu diesem Thema machen, um den Einfluss der Variablen r. Coping auf die QOL klar zu bestimmen, Weiter sollten auch Studien stattfinden, die nicht nur auf die christliche Religion ausgelegt sind und konkrete Interventionen in der Spiritualität untersuchen</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Keine Risiken, Vorteile: Pat. werden in ihrem r.Coping unterstützt, dadurch wird die QOL erhöht</p>

	<p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>4. Ja</p> <p>5. Durch spiritual care, gezielte Assessments zu Religion/Spiritualität</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>
--	--	---

**Artikel: Religiousness an Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life**

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. C., Paulk, E., Lathan, C. S., Peteet, J. R. & Prigerson, H. G. (2006)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p>	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Untersuchung der Religiosität und spirituellen Unterstützung bei fortgeschrittenen Krebspatienten unterschiedlicher Rasse / ethnischer Herkunft und die Untersuchung der Verbindungen der Lebensqualität, Behandlungsvorlieben und der fortgeschrittenen Pflegeplanung.</li> <li>• Patienten im fortgeschrittenem Krebsstadium beurteilen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– ihre Religiosität und ihre religiösen/spirituellen Aktivitäten vor und nach der Diagnose Krebs</li> <li>– die Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse des medizinischen Systems und von religiösen Gemeinschaften</li> <li>– die Verbindung der spirituellen Unterstützung mit der Lebensqualität des Patienten</li> <li>– den Zusammenhang von Religiosität auf die Behandlung der Vorlieben und der Pflegeplanung</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

	<p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>2. <b>Unabhängige Variable:</b> Diagnose Krebs, demografische Faktoren, <b>Abhängige Variablen:</b> spirituelle und religiöse Unterstützung / Aktivitäten, Lebensqualität, Behandlungsvorlieben, fortgeschrittene Hilfeplanung,</p> <p>3. Patienten unterschiedlicher Rasse /ethnischer Herkunft im fortgeschrittenen Krebsstadium</p> <p>4. hohe Signifikanz, da erst wenig Wissen über dieses Thema vorhanden ist</p>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p>	<p>1. Religiosität/ Spiritualität, Lebensqualität, Coping</p> <p>2. Wird erwähnt, vorherige Forschungen einen Einfluss Religiosität und Spiritualität auf das Coping und die Lebensqualität aufgezeigt haben. Auch wird erwähnt, das negatives religiöses Coping Stress und eine Reduktion der Lebensqualität bewirken kann.</p> <p>3. Es bestehen Guidelines, aber dennoch ist wenig über Bedürfnisse und über die Erfahrung über die spirituelle Unterstützung vorhanden. Sowie auch wenig darüber vorhanden ist, wie die Religiosität die Pflegewünsche am Ende des Lebens beeinflussen und wie die spirituelle Unterstützung die Lebens-</p>

	<p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>qualität beeinflusst.</p> <p>4. sekundäre Quellen: McCue JD: The naturalness of dying. JAMA 273: 1039-1043, 1995</p> <p>5. Religion = eine Reihe von Überzeugungen und Praktiken verbunden mit einer Religion oder Konfession Spiritualität = Suche nach letzten Sinn durch Religion oder andere Wege</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p>	<p>1. Es wurde keine Hypothese formuliert. Es sind lediglich Forschungsziele angegeben.</p> <p>2. –</p> <p>3. <b>Unabhängige Variable:</b> Diagnose Krebs, demografische Faktoren, <b>Abhängige Variablen:</b> spirituelle und religiöse Unterstützung / Aktivitäten, Lebensqualität, Behandlungsvorlieben, fortgeschrittene Hilfeplanung,</p> <p>4. -</p> <p>5. -</p>

	6. Sind die Hypothesen überprüfbar?	6. -
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Gelegenheitserhebung mit sehr gezielter Auswahl der Zielpopulation</p> <p>2. Jene Patienten (aus 5 verschiedenen Institutionen), welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden aufgeboten.</p> <p>3. Stichprobe ist repräsentativ, aber die Möglichkeit der Verzerrung besteht aufgrund der Mehrheit von Nichtweissen Teilnehmern und deren höheren Religiosität</p> <p>4. Grösse der Stichprobe wird nicht begründet</p> <p>5. Ergebnisse können begrenzt verallgemeinert werden, da die Vermutung besteht, dass Unterschiede in der Religiosität und der Spiritualität bei den (Nicht-) Teilnehmern bestehen. Zudem können die Ergebnisse nicht auf alle Rassen übertragen werden.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittstudie</p> <p>2. Das Design wird nicht begründet.</p> <p>3. Das Design weist soweit eine logische Abfolge auf</p>

<b>Interne Validität</b>	1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.  2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?	1. Charakteristika der Nicht-/Teilnehmer (Gläubige, Rasse), Design der Studie  2. Keine erwähnt
<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	1. Charakteristika der Stichprobe sollten gleich sein
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?	1. Interview  2. Ja
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?	1. Die Studie wurde von jeder lokalen Ethikkommission genehmigt. Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt.  2. Siehe 1
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?	1. –



	<p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p>	<p>2.</p> <p>3. Die Interviewer wurden von den Forschungsmitarbeitern der Universität Yale trainiert. Gibt keine Anzeichen von Verfälschungen</p> <p>4. Verschiedene bereits validierte Instrumente zur Erhebung der jeweiligen Outcomes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Religiosität und spirituelle Unterstützung: zwei Fragen beantwortet mit einer Skala von 1-5. Summe der zwei Fragen bildeten das Ergebnis.</li> <li>• Religiöses Coping: wurde ermittelt mittels dem Pargament`s Brief RCOPE</li> <li>• Lebensqualität: Der McGill Quality of Life - Fragebogen wurde hierfür gebraucht</li> <li>• Andere Patientenvariabeln: mittels Informationen der Patienten und Ärzte</li> </ul>
--	--	--

	5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?	5. Ja
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>1. Keine</p> <p>2. Keine</p> <p>3. Keine Angabe der Validität. Nur dass sie bereits früher verwendet wurden.</p> <p>4. Ja, da die Instrumente bereits bestehen und bereits angewandt wurden. Kann aber nur Annahmen über die Validität machen.</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• McNemar`s test: um Religiosität/Spiritualität vor und nach der Krebsdiagnose zu vergleichen:</li> <li>• Lineare Regression: um die Beziehung von Stress und Alter der Religiosität aufzuzeigen</li> <li>• Lineare Regression: um die Assoziation von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Lebensqualität aufzuzeigen</li> <li>• Univariate Modelle: um die Haupteffekte von</li> </ul>

	<p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p>	<p>ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Religiosität, positivem und negativem religiösen Coping und einzelnen demografische Faktoren aufzuzeigen. Zudem um die Haupteffekte von Religiosität und anderen demografischen Faktoren aufzuzeigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multivariate Analyse-Modelle: enthielten gleichzeitig alle univariate Variablen und um die Beziehung von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und Lebensqualität aufzuzeigen</li> <li>• Logistische Regression: um die Beziehung von Religiosität und Präferenzen von Lebensverlängerungsmassnahmen, Präsenz von Lebenswillen und der Vorsorgevollmacht und eines Abschlusses eines Reanimationsauftrages aufzuzeigen</li> </ul> <p>3. nicht beurteilbar</p> <p>4. nicht beurteilbar</p> <p>5. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei <math>\alpha .05</math>. angesetzt.</p>
--	--	--

	<p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine bloße Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Nein</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p>	<p>1. –</p> <p>2. Ja</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potentielle Einflüsse von selektionierten Verzerrungen . Vor allem der Möglichkeit von Unterschieden von der Religiosität und der Spiritualität zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern</li> <li>• Der Grund für die Nichtteilnahme bietet ein weiteres Potential für eine selektionierte Verzerrung (z.B. weil die Personen nicht religiös oder spirituell waren).</li> <li>• Das Studiendesign (Querschnittstudie) limitiert die Interpretation der Beziehung zwischen der spirituellen Unterstützung und der Lebensqualität zu einer Hypothesen-generierenden Assoziation</li> </ul>

	<p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>4. Relevanz ist wichtig, da erst wenig zu diesem Thema vorhanden ist</p> <p>5. Verallgemeinerung auf die Angehörigen gleicher Rasse und dem gleichen Ausmass an Gläubigkeit. D.h. Population muss derjenigen in dieser Studie ähnlich sein. Deshalb Verallgemeinerung begrenzt möglich.</p> <p>6. -</p> <p>7. Weitere Forschungen sollten gemacht werden. Unter anderem für Methoden, um den spirituellen Bedürfnisse der Patienten zu begegnen und die Bedeutung von Interventionen zu beurteilen. Zudem sollten auch Forschung betrieben werden, um die Rollen der verschiedenen Gesundheitsberufen in der spirituellen Begleitung zu definieren</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p>	<p>1. Studie ist sinnvoll</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Keine Aussage möglich</p>

	<p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>4. Keine Aussage möglich</p> <p>5. Gleiche Charakteristika der Patienten</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>
--	--	---

**Artikel: Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation**

Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R. & Shott, S. (2005)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Den Zusammenhang zwischen Spiritualität, religiösem Coping und Stresssymptomen bei stationären palliativ Patienten erforschen</p> <p>2. ja, unabhängige Variable: Spiritualität/religiöses Coping, abhängige Variable: Stresssymptome</p> <p>3. Pat. mit lebensbedrohlicher Erkrankung, welche eine Prognose von lediglich ein paar Tagen oder Wochen haben</p> <p>4. aus Resultaten einer anderen Studie schliessen die Forscher, dass negatives religiöses Coping die Gesundheit beeinflussen kann. Um nun Faktoren, welche mit Spirituellem Wohlbefinden, Stress und Coping von Pat. welche an einer Lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, zu bestimmen, wird diese Pilotstudie durchgeführt.</p>
--	---	--

<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>1. Es sind keine Konzepte oder konzeptuellen Definitionen näher beschrieben.</p> <p>2. Ja, es werden Studien genannt, welche einen Zusammenhang zwischen Spiritualität/religiösem Coping und körperlichen Symptomen aufgezeigt haben.</p> <p>3. Die bereits durchgeführten Studien haben einen ganz allgemeinen Einfluss aufgezeigt, diese Studie will nun konkrete Faktoren bestimmen.</p> <p>4. Ausschliesslich primärquellen, (Fitchett G:Creening for spiritual risk. Chaplaincy Today 1999)</p> <p>5. keine operationale Definition angegeben</p>
---	--	---



<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>1. keine Hypothese/Forschungsfrage formuliert</p> <p>2.-</p> <p>3.-</p> <p>4.-</p> <p>5.-</p> <p>6.-</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p>	<p>1. 31 Pat., 55%/17 Männlich, Alter: 26-89, Einschlusskriterien: Mindestalter 18, Fähigkeit englisch zu lesen und schreiben, Lebensbedrohliche Erkrankung mit Prognose von Tagen/Wochen</p> <p>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p>

	<p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>3. Die Stichprobe ist, laut den Autoren, für diese Population repräsentativ</p> <p>4. Nein, wird nicht begründet, von den Forschern als Limite angegeben.</p> <p>5. Die Übertragung, auch auf andere palliativ Pat. ist limitiert, da die Teilnehmer trotz ihrer Erkrankung noch –relativ- fit waren, um das 30-40 min. Interview durchzuhalten</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittsstudie</p> <p>2. nicht begründet</p> <p>3. relativ kurze Problemdarstellung, keine Hypothese/Fragestellung</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. kleine Stichprobengrösse, Studiendesign, welches eine Verallgemeinerung stark einschränkt</p> <p>2. keine Angaben in der Studie</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Teilnehmer konnten an 30-40 min Interview teilnehmen, trotz Lebensbedrohlicher Erkrankung mit Prognose weniger Tage/Wochen. Übertragung der Resultate auf alle palliativ Pat. ist daher limitiert.</p>

<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungs-Teilnehmer gleich?</p>	<p>1. Fragebogen/Interview, 41 min., durchgeführt von Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten</p> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1./2. Studie wurde von Überprüfungs-komitee anerkannt, Informierte Zustimmung wurde von Pat. eingeholt</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p>	<p>1. –</p> <p>2. –</p> <p>3. Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten, keine näheren Angaben zur Art der Schulung</p>

	<p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>4. -Pargament Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE) für positiv und negatives religiöses Coping, validiertes Instrument  - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual well-Being (FACIT-Sp) für Spiritualität und FACIT-G für Lebensqualität, validiertes Instrument  -FICA (Faith, Imortance and influence, Community, Adress), erfasst individuellen Glauben und Werte, keine Validität angegeben, 5 Punkte Likert-Skala  -National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Management Assessment Tool, für physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und praktischen (z. B. Transporte, Unterkunft...) Stress. Nicht validiert, aber Ergebnisse korrelieren mit denen von FACIT-G und –SP</p> <p>-Profile of mental States-Short Form (POMS-SF), misst subjektive Stimmung, validiertes Instrument</p> <p>5. Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p>	<p>1. keine Angaben zur Reliabilität</p> <p>2. –</p>

	<p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>3. siehe oben</p> <p>4. ja,</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wie-</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2. -Da die meisten zu untersuchenden Variablen keine Normalverteilung der Stichprobe aufwiesen, wurden die Daten mittels Mann-Whitney(MW), Kruskal-Wallis(KW)-Test analysiert. Ein X2-Test wurde durchgeführt. Zusammenhänge zwischen Variablen wurden mittels Spearman`s korrelations Koeffizient evaluiert.</p> <p>3. nicht beurteilbar</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Signifikanzniveau = 0,05</p> <p>6. a) Ja, b) Ja, c) Ja</p>

	derholung der Tabellen statt.	
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p>	<p>1. –</p> <p>2. Ja</p> <p>3. -kleine Stichprobe -Erhebung nur an einer Institution -Querschnittsstudie -Pat. waren „relativ“ fit für palliative Pat. , konnten gut ein 30-40 min. Interview geben →dies limitiert die Verallgemeinerung auf andere Palliative Pat.</p> <p>4. die Ergebnisse unterstützen die Resultate andere Studien, dass das medizinische Pflegepersonal die Spiritualität als wichtigen Einflussfaktor auf physisches und psychisches Wohlbefinden einschätzen soll. Ebenso zeigt die Studie den potenziellen negativen Effekt von religiösem Coping auf.</p> <p>5. keine</p> <p>6. -</p>

	7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?	7. Das testen von Interventionen wird empfohlen. Die Konsultation bei einem spiritual-care Anbieter oder Geistlichen werden oft abgelehnt. Es sollte erforscht werden, warum diese Empfehlungen abgelehnt werden, und welche Rolle sie Familie dabei spielt. Systeme müssen entwickelt werden, um die Konsultation bei spiritual-care Experten zu entstigmatisieren.
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Keine</p> <p>4. Ja</p> <p>5. weitere Studien durchführen, grösserer Schwerpunkt auf Spiritual Care legen</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>

**Artikel: Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Beurteilung Daniela)**

Kandasamy, A. , Chaturvedi, S. K., Desai, G. (2011)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Wie ist spirituelles Wohlbefinden zusammenhängend mit Symptomen wie Stress, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Krebspatienten. <i>Anders formuliert:</i> den Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten.</p> <p>2. <b>Unabhängige Variable:</b> spirituelles Wohlbefinden; <b>abhängige Variable:</b> Symptome wie Stress, Depression, Angst und andere Dimensionen der Lebensqualität.</p> <p>3. Es handelt sich um Krebspatienten im fortgeschrittenen Stadium, welche Palliativpflege erhalten.</p> <p>4. Spirituelle Bedürfnisse von Patienten im fortgeschrittenen Krebsstadium wurden bis anhin nicht systematisch studiert.</p>
--	---	---



<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>1. Spiritualität= eine inhärente Qualität der Menschen, die die Suche nach dem Sinn und Zweck im Leben treibt, in Beziehung mit sich selbst, anderen und eine transzendente Dimension Lebensqualität= Es wird angenommen, dass Lebensqualität eine spirituelle Dimension enthält.</p> <p>2. Spiritueller Stress, spirituelles Wohlbefinden und spirituelle Bedürfnisse von Krebspatienten im Endstadium kann die Lebensqualität signifikant beeinflussen. Ein höherer Level des spirituellen Wohlbefindens ist assoziiert mit einem höheren Level von psychologischen Stressfaktoren wie Depression, Hoffnungslosigkeit, Suizidabsichten.</p> <p>3. Es besteht vor allem eine Lücke in der Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei fortgeschrittenen Krebspatienten.</p> <p>4. Handelt sich um primäre Quellen (Hermann, C. (2000) )</p> <p>5. Siehe Nr. 1</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs- Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p>	<p>1. Wie ist spirituelles Wohlbefinden zusammenhängend mit Symptomen wie Stress, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Krebspatienten. <i>Anders formuliert:</i> den Einfluss von spirituellem</p>

	<p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten.  → Keine Formulierung von Hypothesen</p> <p>2. Nein</p> <p><b>3. Unabhängige Variable:</b> spirituelles Wohlbefinden; <b>abhängige Variable:</b> Symptome wie Stress, Depression, Angst und andere Dimensionen der Lebensqualität.</p> <p>4. –</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p>	<p>1. Gelegenheitsstichprobe</p> <p>2. 50 Patienten aus einem Hospiz, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten.</p> <p>3. Ja (aber nur für ähnliche Kultur)</p>

	<p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>4. Keine Begründung. Stichprobe ist recht klein.</p> <p>5. Auf ähnliche Kulturen und Rahmenbedingungen können die Ergebnisse übertragen werden.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Deskriptive Querschnittstudie</p> <p>2. Design wird nicht begründet</p> <p>3. Es wird mit dem theoretischen Bezugsrahmen begonnen und die Problemdarstellung erfolgt während der Einleitung.</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschieden andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfeldeinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)</li> <li>• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.</li> </ul> <p>2. Keine erwähnt</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Verallgemeinerungen auf ähnliche Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium. Das Design erlaubt nur eine mässige Verallgemeinerung.</p>

<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. Fragebogen/ Interview, alle Teilnehmer wurden interviewt, deren soziodemografischen und klinischen Daten wurden gesammelt.</p> <p>2. Für jene, die Mühe hatten zum lesen, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten wurden notiert.</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Institutes genehmigt.</p> <p>2. Siehe Nr.1</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es An-</p>	<p>1. Keine physiologischen Messungen wurden durchgeführt</p> <p>2. Keine Beobachtungen</p> <p>3. Keine näheren Angaben zu den Interviewer und deren Schulung. Anzeichen für Verfälschungen: Ev.</p>

	<p>zeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>durch das Vorlesen der Fragen und der Notiz der Antworten durch die Interviewer (bei jenen die Mühe hatten zu lesen).</p> <p>4. a.) Likertskala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visual analog Scale for pain um die Schmerzen zu erfassen</li> <li>• M.D. Anderson symptom inventory (MDASI) um die Symptome der Krebspatienten zu erfassen</li> <li>• Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) für Patienten mit co-morbiden physischen Krankheiten um die Depression und Angst zu erfassen</li> <li>• Functional assessment of cancer therapy - Palliative Care (FACT-pal) um verschiedene Dimensionen von Lebensqualität zu erfassen</li> <li>• Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-sp) um das spirituelle Wohlbefinden zu erfassen.</li> </ul> <p>b.) Ja</p> <p>5. a.) Ja, b.) Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p>	<p>1. Wird nur erwähnt, dass das FACIT-pal eine gute Reliabilität hat. Ansonsten keine Angaben zu den anderen Instrumenten.</p>

	<p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>2. Keine Angaben</p> <p>3. Wird erwähnt, dass die Validität vom VAS in früheren Arbeiten dokumentiert wurde, dass das HADS in Indien bereits für Studien verwendet wurde und somit validiert sei.</p> <p>4. Validität reicht bei denen, wo sie angegeben ist, weitgehend aus. Aber bei denen, wo sie nicht angegeben ist, kann man nicht annehmen, dass die Instrumente valide sind.</p>
<p><b>Datenanalyse</b></p>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p>	<p>1. Keine Angabe in der Studie</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistik: um die demografischen und klinischen Daten zusammenzufassen.</li> <li>• Berechnung von den Hauptwerten von Schmerz, Stress Depression, Spiritualität und Lebensqualität wurde gemacht.</li> <li>• Korrelationen zwischen Werten von Schmerz, Stress, Depression, Spiritualität und Lebensqualität und demografischen und klinischen Variablen wurden gemacht mittel Pearson`s correlation.</li> <li>• `t`-Test wurde durchgeführt um kontinuierlichen Variablen zu vergleichen</li> </ul> <p>3. Nicht beurteilbar</p>

	<p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? 5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>4. Nicht beurteilbar</p> <p>5. Nein</p> <p>6.a.) Ja, b.) Ja, c.) Teils</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p>	<p>1. -</p> <p>2. Ja</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Querschnittsdesign erlaubt keine definitive Konklusion, schauen auf deren langfristigen Auswirkungen.</li> <li>• Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschieden andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfelveinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)</li> <li>• Es gibt keine Kontrollgruppe.</li> <li>• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.</li> </ul>

	<p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>4. Relevanz:</p> <p>5. Die Ergebnisse der Studie sind nicht verallgemeinerbar und können nur begrenzt gemacht werden.</p> <p>6. -</p> <p>7. Eine Langzeitstudie sollte durchgeführt werden, um ein klareres Bild von den Muster und Prävalenz von Symptomen und deren Korrelation mit der geistigen Lebensqualität zu bieten</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p>	<p>1. Studie ist sinnvoll, aber die Schwächen werden eher weniger durch die Stärken aufgehoben (Schwäche= Design und Einfluss anderer Faktoren)</p> <p>2. Ja, aber nicht mit dieser Population</p> <p>3. Vorteil: gezielter Beachtung der spirituellen Bedürfnisse, Risiko: Population und Rahmenbedingungen sollte ähnlich sein.</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Gleiche Kultur, gleiche Rahmenbedingungen</p> <p>6. Ja</p>



	7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?	7. Weniger, die Rahmenbedingungen sollten ähnlich sein.
--	--	---

**Artikel: Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Beurteilung Lena)**

Kandasamy, A., Chaturvedi, S. K., Desai, G. (2011)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Das Ziel ist es, zu untersuchen, welchen Zusammenhang zwischen spirituellem Wohlbefinden (SpWB) und Stresssymptomen, Angst und Depression bei Pat. mit fortgeschrittener, onkologischer Erkrankung besteht. Ebenso wurde der Einfluss von Spiritualität auf andere Dimensionen der Lebensqualität untersucht.</p> <p>2. Ja, Einfluss des SpWB (unabhängige variable) und verschiedenen Domänen der Lebensqualität (QoL/LQ)</p> <p>3. Onkologische Pat im palliativpflege Setting</p> <p>4. Die Thematik wurde in ihrem Land (Indien) noch nicht ausreichend erforscht. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen Spiritualität und LQ, wie andere Studien ergaben</p>
--	---	---

<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>1. Spiritualität wird definiert als: Innewohnende Qualität aller Menschen, welche die Suche nach Sinn und Zweck des Lebens antreibt. Sie schliesst die Beziehung zu sich selber, anderen und der transzendenten Dimension ein. Das Konzept LQ schliesst eine spirituelle Dimension mit ein.</p> <p>2. Ja, die Literaturrecherche der Forscher ergab, dass viele Studien darauf hinweisen, dass Religiosität, speziell innere Religiosität einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat.</p> <p>3. Keine Widersprüche, nur noch zu wenig erforschte Thematik</p> <p>4. Ausschliesslich Primärquellen Primärquelle: (Hermann C. A guide to the spiritual needs of elderly cancer patients. Geriatric Nurse 2000)</p> <p>5. Definition: Siehe oben</p>
---	--	--

<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>1. keine Hypothese</p> <p>2. -</p> <p>3. -</p> <p>4. -</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der</p>	<p>1. 76 Pat. kontaktiert, davon schlussendlich <b>50</b> in Studie eingeschlossen. <b>Einschlusskriterien:</b> über 16 Jahre, onkologische Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, informierte Zustimmung unterschrieben <b>Ausschlusskriterien:</b> Alkohol/Drogen Abhängigkeit, Depression oder bipolare Störung in der Krankengeschichte, jegliche neurologischen Erkrankungen,</p> <p>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p> <p>3. Ja</p>

	<p>Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>4. Nicht begründet, dürfte grösser sein</p> <p>5. Ergebnisse sind durch das Studiendesign nur begrenzt übertragbar,</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problem-darstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittsstudie</p> <p>2. Nicht begründet</p> <p>3. Ja</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. unpassendes Design in Bezug auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse, eher kleine Stichprobe</p> <p>2. Alle verwendeten Instrumente zur Datenerhebung sind valide</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. durch das gewählte Design sind die Ergebnisse nicht/nur begrenzt verallgemeinerbar, auch durch die Art der Stichprobe (gelegenhheitsstichprobe)</p>

<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. Interviews in denen soziodemographische Daten erhoben wurden, und verschiedene Assessmentinstrumente wurden angewendet. Für alle Teilnehmer, welche Schwierigkeiten mit Lesen und Schreiben hatten, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten notiert.</p> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Das Studienprotokoll wurde vom EthikKomitee des Instituts geprüft</p> <p>2. Schriftliche informierte Zustimmung wurde eingeholt,</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer?</p>	<p>1. -</p> <p>2. -</p> <p>3. a) keine Information über Interviewer</p>

	<p>Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>4. -VAS (für SZ)  -M.D. Anderson symptom inventory (für Symptome bei onkologischer Erkrankung, 13 Items, 11punkte Likertskala)  -Hospital Anxiety Depression Scale (für Angst/Depression für Pat mit körperlicher Erkrankung als Komorbidität, 14 items, 4 Punkte Likertskala)  -Functional assessment of cancer therapy – palliative care (vier QOL Domänen, 27 items)  -functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being (12 items, 5 Punkte Likertskala)  Dies sind alles validierte Instrumente, stimmen mit der konzeptuellen Definition überein</p> <p>5. a) Ja, b) Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p>	<p>1. Nur für das Functional assessment of cancer therapy – palliative care angegeben (<math>\alpha = 0,72-0,85</math>)</p> <p>2. Cronbach <math>\alpha = 0,72-0,85</math>, also gut/akzeptabel</p> <p>3. Die Validität wird nicht für jedes Instrument angegeben, da es sich um weitverbreitete, international angewendete Instrumente halten.</p>

	4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?	4. Ja
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2. Deskriptive Statistik für die demographische Daten, Pearsonsche Korrelationsanalyse</p> <p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Nein, ein Signifikanzniveau ist nicht explizit angegeben</p> <p>6. a) Teilweise, b)Ja, c) Tabelle wird im Text nochmals aufgegriffen und eins zu eins wiedergegeben</p>
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen</b>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p>	<p>1. -</p> <p>2. Ja</p>



<b>und Empfehl- ungen</b>	<p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>3. Das Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu, andere Faktoren, welche die subjektiven Symptome auch beeinflussen könne (wie z.B. Umwelteinflüsse) wurden nicht mit einbezogen. Ebenso wurden die Persönlichkeit und Copingstrategien zu wenig beachtet.</p> <p>4. Obwohl die Ergebnisse nur begrenzt, wenn überhaupt übertragbar sind, bestätigen sie die Ergebnisse anderer Studien. Ein starker Einfluss von SpWB auf die LQ wird aufgezeigt.</p> <p>5. Verallgemeinerungen nur begrenzt wenn überhaupt möglich, wegen Studiendesign.</p> <p>6. -</p> <p>7. Die spirituellen Bedürfnisse müssen gezielt erfasst und in die Pflege integriert werden. Das Durchführen einer Längsschnittstudie von Beginn der Diagnoseübermittlung und durch den weiteren Verlauf wird empfohlen. Dadurch können die Zusammenhänge zwischen den Mustern und Symptomen und der spirituellen LQ klar aufgezeigt werden.</p>
<b>Anwendung und Verwertung in</b>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p>

<b>der Praxis</b>	<p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>3. Vorteile: Spiritualität wird erfasst, in pflege integriert und dadurch das SpWB gefördert, welches auch starken Einfluss auf die LQ aufweist.</p> <p>4. Ja</p> <p>5. Einführen eines Assessmentinstrumentes für SpWB</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>
-------------------	---	--

**Artikel: Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients**

M. O. Delgado, D. Hui, H. A. Parsons, K. Govan, M. De la Cruz, S. Thorny & E. Bruera, 2010

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Die Untersuchung der Prävalenz und der Intensität der Spiritualität, Religiosität und geistigen Schmerzen von Menschen in einer palliativen Versorgung. Das Aufzeigen der Verbindung von spirituellen Schmerzen mit Symptom Ausdruck, Bewältigung und der geistigen Lebensqualität.</p> <p>2. <b>Unabhängige Variable:</b> spiritueller Schmerz <b>Abhängige Variable:</b> Symptom Ausdruck, Coping und spirituelle Lebensqualität</p> <p>3. Menschen in der palliativen Versorgung</p> <p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Konzept von spirituellem Schmerz sei erst wenig erforscht und keine Standarddefinition existiere.</li> <li>• Es sei nach wie vor unklar, wie der spirituelle Schmerz mit Spiritualität und Religiosität verbunden sei und wie spiritueller Schmerz einen</li> </ul>
--	---	--

		<p>Einfluss auf den Ausdruck von physischen und emotionalen Symptomen der Patienten hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Über die Möglichkeit von Spiritualität und Religiosität für eine bessere Bewältigung, der Krankheit und deren Einfluss auf die Lebensqualität sei wenig bekannt.</li> <li>• Ein besseres Verständnis von spirituellen Schmerzen würde Gesundheitsfachleuten eine adäquate Betreuung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten gewährleisten lassen, so wie auch eine höhere Lebensqualität</li> </ul>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p>	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiritualität: ein Weg, individuelles Suchen und Ausdrücken von Sinn und Zweck und das individuelle Erleben und Verbundenheit zu dem Moment, zu sich selbst, zu anderen, zur Natur, zum Bedeutenden oder zu dem, was Angst macht.</li> <li>• Religion: ein Konstrukt der menschlichen Entscheidungsfindung, die die Konzeption und Ausdruck von Spiritualität ermöglicht</li> <li>• Spiritueller Schmerz (spiritual pain): Es besteht keine Standarddefinition von spirituellem Schmerz. Unter anderem wird folgende zitiert: Ein Schmerz tief im Inneren des Wesens, welcher nicht körperlich ist. Es werden drei Domänen des geistigen Schmerzes identifiziert: 1.) intrapsychischer Konflikt, 2.) zwischenmenschlicher Verlust oder Konflikt, 3.) Bezug auf das Göttliche</li> </ul>

	<p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p>	<p>2. Sei bis anhin noch unklar, wie die Beziehung zwischen Spiritualität/Religiosität und geistigem Schmerz ist. Jedoch haben Spiritualität und Religiosität einen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten, auf die Pflegequalität, auf die Patientenzufriedenheit</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Konzept von spirituellem Schmerz sei erst wenig erforscht und keine Standarddefinition existiere.</li> <li>• Es sei nach wie vor unklar, wie der spirituelle Schmerz mit Spiritualität und Religiosität verbunden sei und wie spiritueller Schmerz einen Einfluss auf den Ausdruck von physischen und emotionalen Symptomen der Patienten hat.</li> <li>• Über die Möglichkeit von Spiritualität und Religiosität für eine bessere Bewältigung, der Krankheit und deren Einfluss auf die Lebensqualität sei wenig bekannt.</li> <li>• Ein besseres Verständnis von spirituellen Schmerzen würde Gesundheitsfachleuten eine adäquate Betreuung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten gewährleisten lassen, so wie auch eine höhere Lebensqualität</li> </ul> <p>Fragestellung soll einen Beitrag dazu leisten.</p> <p>4. primäre Quelle: Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med 2000;3:129-137</p>
--	--	---

	<p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>5. -</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>1. Die Untersuchung der Prävalenz und der Intensität der Spiritualität, Religiosität und geistigen Schmerzen von Menschen in einer palliativen Versorgung. Das Aufzeigen der Verbindung von spirituellen Schmerzen mit Symptom Ausdruck, Bewältigung und der geistigen Lebensqualität. Die Formulierung ist angemessen.</p> <p>2. Keine Hypothesenbildung</p> <p>3. <b>Unabhängige Variable:</b> spiritueller Schmerz <b>Abhängige Variable:</b> Symptom Ausdruck, Coping und spirituelle Lebensqualität</p> <p>4. -</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p>

<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Fortlaufend wurden Patienten, welche das palliative Pflege MD Anderson Cancer Center für einen "Follow-up" besuchten, wurden zunächst gesiebt und anschließend angesprochen, wenn sie für diese Studie geeignet waren.</p> <p>2. Gelegenheitsstichprobe</p> <p>3. Stichprobengrösse ist relativ klein, was ein Limit der Studie ist.</p> <p>4. siehe 3.</p> <p>5. auf Populationen mit ähnliche Merkmalen, in ähnlichem Setting und aus der ähnliche Region. Ergebnisse können weniger verallgemeinert werden, da keine einheitlichen Definitionen vorliegen.</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Prospektive Querschnitterhebung</p> <p>2. wird nicht begründet</p> <p>3. Ja, ausser dass keine Hypothese aufgestellt wurde, sondern eine Fragestellung.</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p>	<p>1. keine einheitliche Definition von geistigem Schmerz, kleines Sample</p>

	2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?	2. keine Angaben
<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	1. intensive Diskussion in der Klinik Design, Stichprobenumfang, Definition, Setting, geografische Lage,
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?	1. Interview und Fragebögen.  2. Methoden der Datensammlung sind für alle gleich
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?	1. Ja  2. Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Das M.D. Anderson Cancer Center Institutional Review Board genehmigte die Studie.
<b>Instrumente</b>	1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?  2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?	1. –  2. –



	<p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>3. a.) Koordinator der Studie, Schulung: wird nicht erwähnt b.)keine Angaben, c.) -</p> <p>4. Rating-Skala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain: Fragen wurden gestellt und die Patienten beurteilten ihre religiöse und spirituelle Intensität sowie deren Einfluss auf die Gesundheit, den spirituellen Schmerz und den Einfluss mit einer 11-Punkte Ratingskala</li> <li>• Physical and Psychological Symptoms: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>• Coping and Religious Coping: Brief COPE, Brief R-COPE</li> <li>• Religious Beliefs and Spiritual Quality of Life: Systems of Belief Inventory -15R (SBI-15R), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being-Expanded (FACIT-Sp-Ex)</li> </ul> <p>5.a.)Ja, b.) Ja</p>
<p><b>Reliabilität und Validität</b></p>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p>	<p>1. Nur eine Angabe: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): &gt;0.8</p>

	<p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>2. siehe 1.</p> <p>3. Es wird kein Wert angegeben. Nur das die Instrumente eine Validität aufweisen.</p> <p>4. Ja</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p>	<p>1. Keine Angabe in der Studie</p> <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deskriptive Statistik inklusive Mittelwerte, arithmetische Mittel und Reichweiten: Demografische Faktoren, Spiritualität, Religiosität und spiritueller Schmerz zusammenzufassen</li> <li>• Spearman`s correlation test: um die Beziehung von Spiritualität, Religiosität und spirituellem Schmerz aufzuzeigen</li> <li>• Mann-Whithney test: für kontinuierlich nichtparametrische Faktoren</li> <li>• Person`s Chi-squared test and Fisher`s exact test für kategoriale Variablen</li> <li>• Bonferroni correction: zur Korrektur von mehreren Tests mit einem P-Wert von <math>\leq 0,002</math>. Dies gilt als statistisch signifikant</li> </ul> <p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Nicht beurteilbar</p>

	<p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>5. Bonferroni correction: zur Korrektur von mehreren Tests mit einem P-Wert von <math>\leq 0,002</math>. Dies gilt als statistisch signifikant</p> <p>6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Ja</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p>	<p>1. -</p> <p>2. Ja</p> <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Querschnittsdesign machte es unmöglich, die Kausalität zwischen Spiritualität, Religiosität, geistigem Schmerz und verschiedenen körperlichen und psychischen Symptomen zu etablieren</li> <li>• Der Stichprobenumfang war relativ klein</li> <li>• Die Studie wurde bei einer ambulanten Palliativversorgungsklinik an einem tertiären Krebs-Versorgungszentrum in einer bestimmte geografische Region durchgeführt</li> <li>• Die primären Maßnahmen zur Spiritualität Religiosität und geistigen Schmerzen waren ein-</li> </ul>

	<p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>dimensional und quantitativ. So konnte die Komplexität als auch die qualitativer Natur dieser Konzepte nicht erfasst werden.</p> <p>4. Hohe Relevanz. Studie soll Basis für weitere Studien darlegen.</p> <p>5. Nur begrenzt eine Verallgemeinerung möglich. (Design, eindimensionale und quantitative Massnahmen, kleine Stichprobe, eine einbezogene Region)</p> <p>6. Verallgemeinerungen durch Ergebnisse gedeckt.</p> <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektivität von verschiedenen spirituellen Interventionen zu bestimmen ist notwendig, um den spirituellen Schmerz zu reduzieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Und dadurch die Pflege abgestimmt auf die Bedürfnisse des Patienten zu gestalten.</li> <li>• weitere Studien sind nötig um die Ergebnisse dieser Studie zu bestätigen</li> </ul>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p>	<p>1. Studie ist sinnvoll, aber ob die Schwachstellen durch ihr Stärken aufgehoben wurden ist fraglich.</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Ev. würde ein Risiko darin bestehen, dass verschiedene Definitionen von Spiritualität, Religiosität</p>

	<p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>und spirituellem Schmerz vorhanden sind.</p> <p>4. Ja</p> <p>5. ähnliches Setting, ähnliche Population und ähnliche geografische Lage</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>
--	--	--

**Artikel: Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study**

Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V., Gatto, M. (2005)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</li> <li>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</li> <li>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</li> <li>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Evaluieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden des Spirituellen Wohlbefindens (SWB) für Pat. mit Krebs, AIDS, und deren Pflegenden Angehörigen</li> <li>2. unabhängige Variable: Erkrankung abhängige Variable: SWB als Dimension der QOL</li> <li>3. Pat. mit fortgeschrittener, onkologischer Erkrankung, Pat. mit AIDS im Palliativpflegesetting, und jeweils deren pflegende Angehörige</li> <li>4. Keine Signifikanz beschrieben</li> </ol>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Konzept SWB wird sehr detailliert als wichtiger Aspekt in der Messung der QOL beschrieben, Spiritualität wird als dynamisches Prinzip beschrieben, welches die Sichtweise einer Person auf die Welt, die Beziehung zu einem höheren Kraft, Hoffnung, Moral,</li> </ol>

	<p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>Glaube, Liebe, Vertrauen und Überzeugungen lenkt Ein weiteres Konzept ist die Palliativpflege, die Autoren verwenden das Kontinuum der palliativpflege Modell als Theoretischen Rahmen.</p> <p>2. Ja, Spiritualität/SWB wird als fester Bestandteil der Palliativpflege gesehen</p> <p>3. -</p> <p>4. Ausschliesslich primärquellen primärquelle: Conrad NL: Spiritual support fort he dying. Nurse Clin North Am. 1985</p> <p>5. Keine operationale Definition angegeben</p>
<p><b>Hypothese(n) oder Forschungs- Frage(n)</b></p>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p>	<p>1. weder Hypothesen noch Forschungsfrage gestellt</p> <p>2.-</p> <p>3. -</p> <p>4.-</p>

	<p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>5.-</p> <p>6.-</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Die Pat. wurden im ganzen Gesundheitssystem New Yorks von ihren Onkologen, medizinischen Erstversorgern, AIDS Spezialisten oder advanced practise nurses über eine Teilnahme informiert.</p> <p>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p> <p>3. keine Angaben darüber in der Studie, aber es handelt sich um vorwiegend weisse, privatversicherte</p> <p>4. eher klein, keine Begründung</p> <p>5. auf onkologische Pat. im Palliativpflegesetting, welche Ähnlichkeiten mit der Stichprobe aufweisen (keine Angaben dazu in der Studie)</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p>	<p>1. prospektive Langzeitstudie</p> <p>2. keine Begründung, aber sehr geeignet für Ziel der</p>



	3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problem- darstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüber- prüfung und Hypothese auf?	Studie  3. Ja, sehr ausführlicher Theoretischer Rahmen mit Literatur Übersicht
<b>Interne Validität</b>	1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.  2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?	1. Grösse und Zusammensetzung der Stichprobe  2. keine Angabe in der Studie
<b>Externe Validität</b>	1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Gren- zen der Verallgemeinerung?	1. Grösse und Zusammensetzung der Stichprobe
<b>Methoden</b>	1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Unter- suchungsteilnehmer gleich?	1. Fragebogen erheben, monatlich  2. ja
<b>Rechtlich- ethi- sche Probleme</b>	1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungs- teilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?	1,/2. Kein Ethikkomitee erwähnt, Informierte Zustim- mung wurde eingeholt, keinerlei Verpflichtungen, Möglich- keit jederzeit auszusteigen

<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p>	<p>1. –</p> <p>2. –</p> <p>3. –</p> <p>4. a) Likertskala  SWB-Score als Dimension der QOL, diese setzt sich zusammen aus: religious well-being (RWB), existential well-being (EWB), Cronbach`s Alpha für SWB =0,95, RWB=0,84 und für EWB=0,94. 6-Punkte Likertskala, Score für SWB= 20-120, je höher, desto besser, für RWB und EWB je 10-30, ebenfalls, je höher desto besser.  Rest-retest für den Reliabilitätskoeffizient mit einer Studenten Stichprobe = 0,93 für SWB, 0,96 für RWB, 0,78 für EWB.</p>
--------------------	---	--

	5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?	5. -
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>1./2. Rest-retest für den Reliabilitätskoeffizient mit einer Studenten Stichprobe = 0,93 für SWB, 0,96 für RWB, 0,78 für EWB.</p> <p>3. / 4. Cronbach`s Alpha für SWB =0,95, RWB=0,84 und für EWB=0,94</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p>	<p>1. keine Angabe in der Studie</p> <p>2. Um Änderungen von SWB, RWB und EWB über die Zeit zu bewerten wurden die erfassten Langzeitdaten mittels deskriptiven und graphischen Methoden summiert Univariate Analysen</p> <p>3. nicht beurteilbar</p>

	<p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>4. Ja</p> <p>5. Nein</p> <p>6. a) teilweise nicht erklärte Tabellen, welche schwer zu verstehen sind, b) ja c) nein</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p>	<p>1.-</p> <p>2. Ja</p> <p>3. es werden keine Grenzen/Limiten von den Autoren beschrieben</p> <p>4. Die Studie verstärkt die Wichtigkeit eines Assessments für die spirituellen Bedürfnisse von Pat. auch im Verlauf seiner Erkrankung.</p> <p>5. keine Verallgemeinerungen</p>

	<p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>6. –</p> <p>7. durch eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit des palliative care Teams mit Geistlichen, könnte das SWB der Pat. erweitert werden.</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p> <p>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. teilweise</p> <p>3. Vorteile: bessere Erfassung der spirituellen Bedürfnisse</p> <p>4 .Ja</p> <p>5. regelmässiges Assessment des SWB</p> <p>6. Ja</p> <p>7. Ja</p>

**Artikel: The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy**

Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J. & Balboni, T. A. (2011)

Literatur: LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung (2.Aufl.). München: Urban & Fischer.

<p><b>Darstellung des Problems und des Ziels</b></p>	<p>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</p> <p>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</p> <p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>1. Die Spiritualität, Religiosität und das religiöse Coping charakterisieren, den Zusammenhang von Religion/Spiritualität und der Lebensqualität bestimmen und die Sichtweise der Patienten über die Rolle des spiritual care im onkologischen Pflegesetting festhalten</p> <p>2. Unabhängige Variablen: Religiosität/Spiritualität, religiöses Coping, demographische und krankheitsbezogene Daten Abhängige Variable: Lebensqualität</p> <p>3. Patienten mit fortgeschrittene onkologische Erkrankung und palliative Radiotherapie</p> <p>4. -</p>
--	---	---

<b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p> <p>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</p>	<p>1. Spiritualität/Religiosität</p> <p>2. Spiritualität/Religiosität spielen eine Schlüsselrolle für Hoffnung, Trost und deren Erfahrungen. Die NCP (National Consensus Project for Quality Palliative Care) Richtlinien definieren spiritual-care als einen von Acht Bereich in der in der Palliativ Pflege.</p> <p>3. Um spiritual-care im palliativen onkologie Setting zu verbessern sind Daten erforderlich, die die Rolle der Religiosität/Spiritualität aufzeigen.</p> <p>4. Ausschliesslich primär Quellen. Primärquelle : National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 2<sup>nd</sup> ed., 2009.</p> <p>5. Spiritualität= Ein Gefühl des Individuums von Frieden, Bestimmung, Verbindung zu anderen und Glauben bezüglich des Sinnes des Lebens. Religion= Überzeugungen und Praktiken die mit bestimmten Religiösen Traditionen oder Denominationen in Verbindung stehen.</p>
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p>	<p>1. Es wurde keine Hypothese formuliert. Es sind lediglich Forschungsziele angegeben</p>

	<p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>2. –</p> <p>3.-</p> <p>4.-</p> <p>5.-</p> <p>6.-</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p> <p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p> <p>2. Aus vier Kliniken wurden allen Patienten kontaktiert, welche die Einschlusskriterien erfüllten.</p> <p>3. Da nur aus der Region Boston (USA) Kliniken mit einbezogen wurden, ist dies nur begrenzt auf die ganze Population übertragbar</p> <p>4. Die Grösse wird nicht begründet, aber als Limite der Studie angegeben</p> <p>5. Die Stichprobe repräsentiert konservative Gebiete mit christlich religiösen Traditionen in den USA und ist eventuell auf diese übertragbar. Darin liegt auch die Grenze der Verallgemeinerung</p>



<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittsstudie (cross-sectional study)</p> <p>2. Das Design wird nicht begründet</p> <p>3. Das Design weist eine logische Abfolge dar</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. Grösse und Auswahl der Stichprobe, unpassendes Design der Studie</p> <p>2. Keine erwähnt</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. Grösse und Auswahl der Stichprobe</p>
<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. Interview mit validierten Fragebogen</p> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Die Informierte Zustimmung wurde eingeholt mit Dokumenten, welche vom human subjects Komitee genehmigt wurden</p> <p>2. Siehe Oben</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p>	<p>1. Ja, verwendete Instrumente werden durch ihre Validität begründet</p>

	<p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p>	<p>2.-</p> <p>3. a)Forschungsmitarbeiter, b)Die Interviewer erhielten einen eintägigen Kurs zur Befragung der Patienten, c) Nein</p> <p>4. Verschiedene bereits validierte Instrumente zur Erhebung der jeweiligen Outcomes.</p> <p>Für die partizipierte Spiritualität und Religiosität: Items von Fetzer Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research (Likertskala)</p> <p>Für religiöses Coping: Koenig' s Religious Coping Index (Likertskala) und Pargament' s previously validated brief positive religious coping index (RCOPE) (Likertskala)</p> <p>Für Lebensqualität: The McGill Quality of Life Questionnaire (Likertskala)</p> <p>Die Instrumente stimmen mit den konzeptuellen Definitionen überein</p>
--	--	---

	5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?	5. a) von der Anzahl der Stichprobe abgesehen, ja, b) zur Beschreibung der Stichprobe
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>1. Keine</p> <p>2. Keine</p> <p>3. Es wird lediglich erwähnt, dass die verwendeten Instrumente valide sind</p> <p>4. Da die Messinstrumente bereits in anderen Studien verwendet wurden und sich als Valide herausstellten, Ja</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p>	<p>1. keine Angaben, vermutlich Metrisches Niveau (Likertskala) (Intervallskala)</p> <p>2. Deskriptive Statistik für Religiosität, Spiritualität, religiöses Coping und demographische Daten einfache lineare Regression zum festhalten der Beziehung von der Religiosität, Spiritualität des religiösen Coping (RCOPE) und den demographischen Daten zur Lebensqualität. Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als 0.05. angesetzt.</p>

	<p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosse Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Nicht beurteilbar</p> <p>5. Signifikanzniveau bei P= 0.05</p> <p>6. A)Ja, b)Ja, c)Nein</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p>	<p>1.-</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Kleine Stichprobe aus nur einer Region der USA, die meisten Teilnehmer hatten einen traditionell christlichen Hintergrund, der Studientyp (Querschnittsstudie) lässt nicht klar erschliessen, ob die Lebensqualität die Spiritualität/Religiosität beeinflusst oder umgekehrt,</p>

	<p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>4. Relevant, da die Studie zu den gleichen Ergebnissen kommt wie bereits andere Studien zu diesem Thema, und dadurch die Wichtigkeit von spiritual-care in diesem Setting unterstreicht</p> <p>5. Verallgemeinerungen können nur Begrenzt gemacht werden</p> <p>6. –</p> <p>7. Weitere Forschungen sind notwendig um die Zusammenhänge von Religiosität/Spiritualität und spiritual-care auf die Lebensqualität aufzuzeigen</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Keine</p> <p>4. –</p> <p>5. Die Wichtigkeit der Spiritualität/Religiosität wurde aufgezeigt, spiritual-care sollte in der Praxis gefördert werden</p>

	6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?	6. Ja
	7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?	7. Ja



	<p>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</p> <p>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</p>	<p>3. Ja, onkologische Palliativpatienten in der letzten Phase des Lebens</p> <p>4. andere Studien haben aufgezeigt, dass Spiritualität/Religiosität ein Teil der Palliativ Pflege sein sollte, jetzt braucht es noch Studien, welche aufzeigen, welchen Einfluss diese Variablen auf die QOL haben. Dies soll in dieser Studie aufgezeigt werden</p>
<p><b>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b></p>	<p>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</p> <p>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</p> <p>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</p> <p>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</p>	<p>1. QOL in der Palliativ Pflege, Spiritualität/Religiosität, Coping</p> <p>2. Es wird aufgezeigt, dass QOL fest in der Palliativ Pflege verankert ist, und dass andere Studien bereits gezeigt haben, dass Spiritualität/Religiosität in der Palliativ pflege integriert werden sollten.</p> <p>3. Die Lücke besteht in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Spiritualität und QOL</p> <p>4. In erster Linie sekundär Quellen (andere Studien), primär Quelle: Auszug aus der WHO Definition von palliative Care</p>



	5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?	5. Es sind keine Definitionen der Variablen angegeben
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<p>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</p> <p>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</p> <p>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</p> <p>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</p> <p>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</p> <p>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</p>	<p>1. es ist keine Hypothese oder Forschungsfrage formuliert</p> <p>2.-</p> <p>3.-</p> <p>4.-</p> <p>5.-</p> <p>6.-</p>
<b>Stichprobe</b>	<p>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</p> <p>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</p>	<p>1. 120 terminale Patienten, Medizinische Einschlusskriterien: 1. die Pat. fühlen sich physisch und emotional gut genug für das Interview, 2. Die Pat. haben keine kognitiven Einschränkungen, 3. Die Pat. haben ihre Zustimmung nicht verweigert</p> <p>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</p>

	<p>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>3. Ja</p> <p>4. Keine Angaben, keine Begründung</p> <p>5. Bei einer der beiden Untersuchungsgruppen wurden verzerrende Faktoren gefunden, daher sind die Resultate kaum bis gar nicht verallgemeinerbar</p>
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problem-darstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	<p>1. Querschnittsstudie mit zwei verschiedenen Untersuchungsgruppen</p> <p>2. Keine Begründung</p> <p>3. Nein</p>
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	<p>1. unpassendes Design, Ungeeignete Stichprobe,</p> <p>2. Nein</p>
<b>Externe Validität</b>	<p>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	<p>1. unpassendes Design, Ungeeignete Stichprobe (verzerrende Faktoren bei der einen Untersuchungsgruppe)</p>

<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	<p>1. Interviews</p> <p>2. Ja</p>
<b>Rechtlich- ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Informierte Zustimmung von jedem Pat wurde eingeholt, alle Informationen die den Pat. abgegeben wurden, wurden vom regionalen medizinischen Ethikkomitee zugelassen</p>
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer?</p>	<p>1. a) Ja, b) nein</p> <p>2. -</p> <p>3. a) Mitarbeiter der Forschungsgruppe, keine Angaben zur Schulung, b) keine Anzeichen, Pilot-Tests wurden im Voraus mit zwei Pat. gemacht</p>

	<p>Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	<p>4. a) eine von den Forschern abgeänderte Version des validierten McGill Quality of Life Fragebogen (Likertskala)</p> <p>5. Es wurde versucht, die erhobenen Daten mit dem Forschungsziel in Verbindung zu bringen, allerdings wurden die Daten durch verzerrende Faktoren beeinflusst</p>
<b>Reliabilität und Validität</b>	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	<p>1. -</p> <p>2.-</p> <p>3.-</p> <p>4.-</p>
<b>Datenanalyse</b>	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p>	<p>1. vermutlich ein metrisches Messniveau</p> <p>2. Varianzanalyse (ANOVA), Chi-Quadrat Test, Inferentielle Statistik, Deskriptive Statistik</p>

	<p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten. b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert. c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	<p>3. Nicht beurteilbar</p> <p>4. Nicht beurteilbar</p> <p>5. Ja, <math>p=0,01</math></p> <p>6. a) sie ersetzen den Text teilweise, b) nein, c) nein, teilweise gar kein Text in Zusammenhang mit den Tabellen vorhanden</p>
<p><b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b></p>	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p>	<p>1.-</p> <p>2. Ja</p> <p>3. Es werden von den Forschern keine Grenzen oder Limiten erwähnt</p> <p>4. Die Ergebnisse unterstreichen die bereits vorhandenen Aussagen anderer Studien</p>

	<p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	<p>5. Es gibt wenige Verallgemeinerungen (wegen verzerrender Faktoren)</p> <p>6. -</p> <p>7. Jede Menge. Zwei davon: Spiritualität/Religiosität sollte beim Eintritt in ein Hospiz erfasst werden, Medizinisches Personal sollte die Spiritualität/Religiosität als Gegenstand anerkennen, der von der Autonomie des Pat. abhängig ist, und helfen kann, lebensbedrohlichen Situationen zu begegnen.</p>
<p><b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b></p>	<p>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</p> <p>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</p> <p>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</p> <p>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</p> <p>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</p> <p>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</p>	<p>1. Nein, (eigentlich schon, aber die Verzerrenden Faktoren schwächen die Ergebnisse)</p> <p>2. Ja, die wenigen Ergebnisse unterstreichen andere Studien mit ähnlichen Ergebnissen</p> <p>3. Keine Risiken</p> <p>4. Keine Anwendbaren Ergebnisse, nur Empfehlungen</p> <p>5. -</p> <p>6. -</p>

	7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?	7. Ja
--	--	-------

## G. Übersichtstabelle zur kritischen Beurteilung

Autoren der beurteilten Studien <i>(ausgeschlossene Studie hier rot markiert)</i>	Darstellung des Problems und des Ziels	Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	Hypothese(n) oder Forschungs- Frage(n)	Stichprobe	Forschungsdesign	Interne Validität	Externe Validität	Methoden	Rechtlich- ethische Probleme	Instrumente	Reliabilität und Validität	Datenanalyse	Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	Anwendung und Verwertung in der Praxis
(Vallurupalli et al., 2011)	ja	ja		teils	teils	teils	teils	ja	ja	ja	teils	ja	teils	ja
(Kang et al., 2011)	ja	ja	ja	teils	teils	teils	teils	ja	ja	ja	ja	ja	teils	teils
(Tarakeshwar et al., 2008)	ja	ja	ja	ja	teils	teils	teils	ja	ja	ja	ja	ja	teils	ja
(Kandasamy et al., 2011)	ja	ja		teils	teils	teils	teils	ja	ja	ja	ja	teils	teils	ja
(Witt Sherman et al., 2005)	ja	ja		teils	ja	teils	teils	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
(Hills et al., 2005)	ja	teils		teils	teils	teils	teils	ja	ja	ja	teils	ja	teils	ja
<i>(Scobie &amp; Caddell, 2005)</i>	ja	ja		ja	teils	teils	nein	ja	ja	ja		ja	nein	nein
(Delgado et al., 2010)	ja	teils	teils	teils	teils	nein	nein	ja	ja	ja	teils	teils	nein	teils
(Tang et al., 2004)	ja	ja	teils	teils	teils	teils	nein	ja	ja	teils	ja	teils	teils	ja
(Balboni et al., 2009)	ja	ja	ja	teils	teils	nein	teils	teils	ja	ja	teils	teils	teils	teils
(Balboni et al., 2006)	ja	ja	teils	teils	teils	nein	nein	teils	ja	ja	teils	ja	ja	teils



## H. Stärken und Schwächen

### Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious asian country

(Kang et al., 2011)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide Erhebungsinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kleine Stichprobe</li> <li>• Studiendesign</li> <li>• Durch die grosse Anzahl an verschiedenen Institutionen und die daran gemessene, kleine Stichprobe können die Resultate der Studie falsche negative-Resultate aufweisen.</li> </ul>

### Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death

(Balboni, Paulk, Balboni, Phelps, Loggers, Wright, Block, Lewis, Peteet & Prigerson, 2009)

(Balboni et al., 2009)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• angemessene Stichprobe (n=343)</li> <li>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>• Verwendung von Primärquellen</li> <li>• Ethische Aspekte wurden berücksichtigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reliabilität und Validität der Messinstrumente wird nicht angegeben</li> <li>• Generalisierbarkeit auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte umstritten</li> <li>• keine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung für die Teilnehmer vorhanden</li> <li>• undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung</li> </ul>

## Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness

(Tang, Aaronson & Forbes, 2004)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datensammlung direkt von den Teilnehmenden</li> <li>• Angabe der Reliabilität und Validität der Instrumente</li> <li>• ethische Aspekte werden eingehalten</li> <li>• Verwendung von Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methode der Datenerhebung (- &gt; fehlende Daten)</li> <li>• Datensammlung auf Teilnehmer beschränkt, welche gesund genug waren, um befragt zu werden</li> <li>• Stichprobe: meisten waren weiss, alle kamen aus einem einzigen Stadtgebiet, aus zwei lokalen Hospizprogrammen</li> <li>• Erkenntnisse sind nicht auf die verschiedenen kulturellen und ethnischen Gruppen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar.</li> <li>• kleine Stichprobe (n=60)</li> <li>• keine klaren Ein- und Ausschlusskriterien</li> </ul>

## Religious Coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer

(Tarakeshwar, Vanderwerker, Paulk, Pearce & Prigerson, 2008)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• grosse Stichprobe</li> <li>• Valide Erhebungsinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch das Design lässt sich nicht erschliessen, ob das Coping die QOL beeinflusst, oder umgekehrt</li> </ul>

## Religiousness an Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life

(Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet & Prigerson, 2006)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>• Anwendung bereits validierter Messinstrumente</li> <li>• Ethische Aspekte werden eingehalten</li> <li>• Primärquellen</li> <li>• angemessene Stichprobe (n=230)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit zur Verzerrung durch die potentiellen Unterschiede in der Religiosität und der Spiritualität zwischen den Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer</li> <li>• Grund der Nichtteilnahme -&gt; Grund zur Verzerrung</li> <li>• Studiendesign</li> <li>• Keine Angabe der Reliabilität der Messinstrumente</li> </ul>

## Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation

(Hills, Paice, Cameron & Shott, 2005)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide Erhebungsinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kleine Stichprobe</li> <li>• Erhebung nur an einer Institution</li> <li>• Studiendesign</li> <li>• Pat. waren „relativ“ fit für palliative Pat., konnten gut ein 30-40 min. Interview geben → dies limitiert die Verallgemeinerung auf andere Palliative Pat.</li> </ul>

**Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Bewertung Daniela)**

(Kandasamy, Chaturvedi & Desai, 2011)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>• Messinstrumente wurden bereits in vorherigen Studien verwendet</li> <li>• Primärquellen wurden verwendet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiendesign (-&gt;erlaubt keine definitive Konklusion, im Hinblick auf deren langfristigen Auswirkungen)</li> <li>• subjektive Definition der Symptome (-&gt;Werte durch verschieden andere Faktoren beeinflusst)</li> <li>• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.</li> <li>• geringe Verallgemeinerung möglich</li> <li>• kleine Stichprobe (n=76)</li> <li>• Reliabilität der Messinstrumente wird nur für eines angegeben</li> </ul>

**Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer**

(Kandasamy, Chaturvedi & Desai, 2011)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide Erhebungsinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu,</li> <li>• Faktoren, welche subjektiven Symptome auch beeinflussen nicht mit einbezogen.</li> <li>• Persönlichkeit und Coping Strategien zu wenig beachtet</li> </ul>

## Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients

(Delgado, Hui, Parsons, Govan, De la Cruz, Thorny & Bruera, 2010)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• angemessene Stichprobe (n=100) (die Autoren meinen eher klein)</li> <li>• Ethische Aspekte werden eingehalten</li> <li>• Klare Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>• Verwendung sekundärer Quellen</li> <li>• Verwendung bereits validierter Messinstrumente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiendesign</li> <li>• Einbezug nur einer bestimmten Region.</li> <li>• eindimensionale und quantitative Massnahmen -&gt; so die Komplexität und qualitative Natur der Konzepte nicht erfassen</li> <li>• eigene Interpretation und Bedeutung von seelischem Schmerz der Teilnehmer</li> <li>• Intensive Diskussion in der Klinik über Thematik = Bewusstsein und Interesse an Spiritualität erhöht -&gt; ev. erhöhte Berichterstattung über Spiritualität / Religiosität.</li> <li>• Keine Angabe der Reliabilität der Messinstrumente</li> <li>• Geringe Verallgemeinerung möglich</li> </ul>

## Spiritual well-being as a dimension of quality of life for patients with advanced cancer and AIDS and their family caregivers: Results of a longitudinal study

(Witt Sherman, Ye, McSherry, Calabrese, Parkas & Gatto, 2005)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide und reliable Messinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• sehr detaillierter Theoretischer Rahmen</li> <li>• ausführlich beschriebene Literaturrecherche</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> <li>• Studiendesign</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nur SpWB im Verlauf der Erkrankung erfasst, keine Faktoren, welche dieses beeinflussen</li> <li>• nur SpWB als Dimension für QOL erfasst, keine weiteren Dimensionen der QOL erhoben</li> </ul>

**The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy**

(Vallurupalli et al., 2011)

<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valide Erhebungsinstrumente</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kleine Stichprobe</li> <li>• Studiendesign</li> <li>• durch Zusammensetzung der Stichprobe sind Verallgemeinerungen nur begrenzt machbar</li> <li>• nicht klar, ob die QOL die Spiritualität/Religiosität beeinflusst, oder umgekehrt</li> </ul>

**Ausgeschlossene Studie**

**Quality Of Life At End Of Life: Spirituality And Coping Mechanisms In Terminally Ill Patients**

(Scobie & Caddell, 2005)

<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• grosse Stichprobe</li> <li>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</li> <li>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verzerrende Faktoren schwächen die Ergebnisse und verhindern eine Übertragbarkeit</li> </ul>

## **I. Selbständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, haben wir als solche gekennzeichnet.

Bösingen, 27. Juni, 2013

Daniela Marchon, Lena Weber