

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fach-
hochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science B.Sc.

Titel:

Spiritual Care im Akutkrankenhaus: eine Begriffsanalyse

Spiritual Care in the acute care setting: a concept analysis

Lea Maria Höfler

Gutachterin/Gutachter: Prof. Dr. Jürgen Härlein

Abgabetermin: 10.01.2020

Abstract

Der Begriff Spiritual Care ist ein Modebegriff und wird von vielen Fachdisziplinen unterschiedlich verwendet und definiert. Aufgrund dieser Diversität können Missverständnisse entstehen, dies ist vor allem in einem Setting, wie das eines Akutkrankenhauses, in welchem Teamarbeit sehr wichtig ist ein wirkliches Problem. Eine einheitliche Definition von Spiritual Care im Akutkrankenhaus ist deshalb sinnvoll. Als Methode wird die Begriffsanalyse nach Walker und Avant verwendet. Diese Methode bietet ein nachvollziehbares Ergebnis aufgrund des acht-schrittigen Vorgehens. Spiritual Care kann als eine konkrete Handlung, die die spirituellen Bedürfnisse sowie die Suche nach Sinn unterstützen soll, definiert werden. Sie besteht aus zwischenmenschlichen Austausch Interaktion, Anwesenheit, Zuhören und aus einer Teilnahme an Zeremonien. Weitere Forschung vordergründig im deutschsprachigen Raum ist erforderlich.

Abstract Englisch

The term spiritual care is a fashion term and is used and defined differently by many specialist disciplines. Because of this diversity, misunderstandings can arise, especially in a setting such as an acute hospital, where teamwork is very important. A consistent definition of spiritual care in the acute hospital is therefore useful. As a method we used the conceptual analysis according to Walker and Avant. The eight-step approach method offers a comprehensible result. Spiritual Care can be defined as a concrete act that seeks to support spiritual needs and the search for meaning. It consists of interpersonal interaction, presence, listening and participation in ceremonies. Further researches mainly in German-speaking countries is required.

Inhaltsverzeichnis

1: Einleitung

2: Methodik

- 2.1 Wahl eines Begriffs und Festlegung des Ziels
- 2.2 Gebrauch des Begriffs
- 2.3 Bestimmende Attribute
- 2.4 Modellfälle
- 2.5 Voraussetzung und Folgen
- 2.6 Empirische Referenten

3: Ergebnisse

- 3.1 Ziel der Analyse und der Begriff Spiritual Care
- 3.2 Verwendung des Begriffs Spiritual Care
- 3.3 Bestimmende Attribute von Spiritual Care
- 3.4 Beispielfälle von Spiritual Care
- 3.5 Voraussetzung
- 3.6 Folgen
- 3.7 Empirische Referenten für Spiritual Care

4: Diskussion und Schlussfolgerung

Anlagen 1: Quellen und ihre Definitionen

- 1.1 Studien und deren Definitionen
- 1.2 Wörter-Fachbücher und deren Definitionen

Anlage 2: Bewertung der Studien

Anlage 3: Literatur

- 3.1 Studien
- 3.2 Zitierte Definitionen
- 3.3 Wörter und Fachbücher
- 3.4 Andere

Anlage 4: Eidesstattliche Erklärung

Abbildungsverzeichnis:

- Abbildung 1 Ausschlusskriterien
- Abbildung 2 Flussdiagramm
- Abbildung 3 Vorläufige Attribute
- Abbildung 4 Bestimmende Attribute
- Abbildung 5 Modellfall Frau A.
- Abbildung 6 Grenzfall Herr B.
- Abbildung 7 Grenzfall Frau C.
- Abbildung 8 Verwandter Fall Herr D.
- Abbildung 9 Verwandter Fall Frau F.
- Abbildung 10 Gegensätzlicher Fall Herr G.
- Abbildung 11 Gegensätzlicher Fall Frau H.
- Abbildung 12 Unzulässiger Fall Herr I.

Tabellenverzeichnis:

- Tabelle 1 Ergebnisse Artikel
- Tabelle 2 Ergebnisse Wörter- Fachbücher
- Tabelle 3 Vorläufige Attribute und Quellen
- Tabelle 4 Vorläufige Attribute und Quellen
- Tabelle 5 Fälle und Attribute

Gender Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit explizit nicht alle Geschlechterformen verwendet. Bei den im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind immer alle Geschlechter einbezogen.

1: Einleitung

Sprache beschäftigt die Menschen seit Jahrtausenden, schon Aristoteles definierte den Menschen als Tier das Sprache (Vernunft) hat.

Sprache bzw. Worte definieren das Menschsein, jedoch definieren auch Worte und Begriffe unser Verständnis von Dingen und Sachverhalten.

Undefinierte Begrifflichkeiten können Verwirrung stiften, wenn nicht sogar Missverständnisse im Zusammenleben erzeugen.

Wie wir sprechen, welche Begriffe verwendet werden und in welchem Zusammenhang wir sie gebrauchen, beeinflusst unsere Wahrnehmung, unsere Vorstellung und unsere Sichtweise der Welt. (Panfil; 2015; S.246)

Um so wichtiger ist ein gemeinsames Verständnis von Begriffen in einem Team, welches interprofessionell zusammenarbeiten muss, wie beispielsweise in einem Akutkrankenhaus. Akutkrankenhäuser sind Krankenhäuser für Akutkranke, keine Rehabilitationseinrichtungen und Tageskliniken. Akut kommt aus dem Lateinischen und bedeutet dringend unvermittelt aufgetreten. (Duden; 2013; S. 164)

Interprofessionalität verlangt eine Kooperation auf Augenhöhe. Die Mitglieder eines multiprofessionellen Teams verständigen sich über eine gemeinsame Zielsetzung, begegnen einander mit Respekt, Akzeptanz, Vertrauen, Offenheit und Toleranz. Sie pflegen transparente Kommunikation, zeigen sich kooperationsbereit und koordinieren ihre Tätigkeit durch Aufgabenteilung. Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit geht man noch einen Schritt weiter, jede Profession bleibt bei ihrer professionellen Identität, richtet aber die eigene Arbeit auch an den Erfahrungen anderer Professionen. (Charbonnier; 2010; S. 183)

Die heutige Situation in einem Akutkrankenhaus ist dadurch gekennzeichnet, dass der Druck auf die Krankenhausmitarbeiter ständig zunimmt. (Heller; 2014; S.71)

Die Alltagshandlungen werden immer mehr geprägt von ökonomischen Zielen, Strukturanpassungen und Ablaufplänen. Die Rahmenbedingungen machen es tunlichst schwerer nach den eigenen professionellen und ethischen Ansprüchen zu agieren. (Heller; 2014; S.71)

Das ökonomische Ziel der Akutkrankenhäuser steht im Vordergrund. Eine Austauschbarkeit und Reproduzierbarkeit von Interventionen medizinischer und pflegerischer Art lassen sich im Alltag erkennen. Die Patientenbeziehung und Individualität der Versorgung ist nicht mehr gegeben. (Heller; 2014; S.71)

Die Diskussion über Ethik und Spiritualität spricht auf diesen Zustand an und fordert die Notwendigkeit der humanen Re-Orientierung.

Nicht nur in der Pflegepraxis ist es wichtig genau zu wissen was Begriffe bedeuten, auch in der Pflegewissenschaft ist die Begriffsbildung ein bedeutsamer Schritt. Sie gehört zu Theoriebildung in der Pflege wie auch in anderen wissenschaftlichen Disziplinen. (Walker und Avant; 2014; S.35)

Eine Begriffsanalyse ist erforderlich zum einen wenn auf einem Interessensgebiet wenige wie keine Begriffe zur Verfügung stehen. Hierbei muss der Theoretiker das Phänomen mit selbst-erfundenen Begriffen definieren oder eine andere Möglichkeit der Analyse verwenden wie Begriffsübertragung oder Begriffssynthese. (Walker und Avant; 2014; S.35)

Ein anderer Grund für eine Begriffsanalyse ist vorhanden, wenn Begriffe existieren, diese jedoch überholt, unklar oder wenig nützlich sind.

Die dritte Situation ist gegeben bei nicht Übereinstimmung von theoretischen Veröffentlichungen und Forschungsergebnissen. (Walker und Avant; 2014; S.36)

Sorgfältige Begriffsbildungen beziehungsweise Analysen sind Grundlage für Versuche, Phänomene zu beschreiben oder zu erklären, dies ist die Voraussetzung für eine adäquate Theoriebildung. (Walker und Avant; 2014; S.36)

Eine Begriffsanalyse ist eine Strategie, Attribute, Merkmale und Charaktereigenschaften eines Begriffes zu untersuchen. Diese Eigenschaften erlauben zu entscheiden welche Phänomene gute Beispiele für diesen Begriff sind und welche nicht. (Walker und Avant; 2014; S.37)

Zum theoretischen Hintergrund bezüglich Spiritualität und Spiritual Care werden Pflegediagnosen der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) zugezogen.

Pflegediagnosen gelten als Schlüssel für evidenzbasierte, professionelle Pflege die helfen Bedürfnisse des Patienten fachgerecht zu erkennen und professionell zu begegnen. (Herdman et al.; 2018-2020)

In den NANDA Internationalen Klassifikation der Pflegediagnosen 2018-2020 befindet sich in der Domäne 10 Klasse 2 Spirituelles Wohlbefinden die Pflegediagnose Bereitschaft für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden.

Die Definition lautet: „Ein Muster, Bedeutung, Sinn und Ziel des Lebens durch Inbeziehungsetzen mit sich selbst, anderen, Kunst, Musik, Literatur, Natur und/oder einer höheren Macht zu erleben und einzubeziehen, welches gestärkt werden kann.“ (Herdman et al.; 2019-2020; S. 422)

Diese genauso wie die Pflegediagnose „Spirituelle Disstress“ deren Definition wie folgt lautet: „Ein Zustand des Leidens bezogen auf die beeinträchtigte Fähigkeit, den Sinn des Lebens durch Inbeziehungsetzen mit sich selbst, anderen, der Welt oder einem höheren Wesen zu erleben“ werden am Ende mit den bestimmenden Attributen der Begriffsanalyse in Beziehung gesetzt. (Herdman et.al.; 2019-2020; S. 436)

Der Begriff Spiritualität stammt vom mittellateinischen spiritus = Hauch, Geist bzw. vom mittellateinischen spiro = ich atme ab. Er bedeutet so viel wie Geistigkeit, inneres Leben oder auch geistiges Wesen. (Weiher; 2014; S.419)

Erhardt Weiher versteht Spiritualität wie folgt: Spiritualität ist „der innere Geist, aus dem heraus ein Mensch sein Leben empfindet, er sich inspiriert fühlt, er sein Leben – nicht unbedingt bewusst – gestaltet und mit dem er auch in Krise, Krankheit und Sterben hineingeht...Spirituelle Erfahrung geschieht dort, wo ein Mensch sich mit dem Geheimnis des Lebens in Verbindung weiß...Spiritualität ist vielfältig ins Leben eingewoben als dessen innerste Gestimmtheit und zugleich Motiv, aus dem das Leben bewusst oder viel öfter impliziert verstanden und entworfen wird.“ (Weiher; 2014; S.413,418)

Spiritualität ist heute ein Modewort, ein schillernder und unscharfer Begriff wer das Wort Spiritualität verwendet, muss zwangsläufig nach seiner Bedeutung fragen.

In den Gesundheitswissenschaften schwankt der Begriff zwischen konfessionellen, transkonfessionellen, religiösen, anthropologischen und existenziell-psychologischen Perspektiven. Spiritualität wird als Basisqualität des Menschen aufgefasst, als eine Dimension oder Fähigkeit die alle Menschen besitzen. Daher wird Spiritual Care auch als Angebot für alle gefordert. (Heller; 2014; S.47)

Spiritualität beschäftigt somit jeden Menschen in verschiedenen Lebenslagen unabhängig von Religion, Herkunft und Kultur.

Durch die offene Begrifflichkeit und Definition von Spiritualität wird angedeutet, dass jeder Mensch eine spirituelle Dimension seines Daseins besitzt und ihm daher Begleitung seiner spirituellen Bedürfnisse auch angeboten werden muss. (Charbonnier; 2010; S.165)

Spiritualität ist wichtig in der Begleitung von Patienten im akuten Krankenhausalltag. Cicely Saunders beschrieb schon die spirituelle Dimension beim Schmerzerleben von Patienten. (Voll; 2015; S.820)

Aus der „Palliative Care Bewegung“ entwickelte sich der Begriff Spiritual Care, dieser Begriff hat ein multidimensionales Bedeutungsspektrum in der viele Fachdisziplinen unterschiedliche Definitionen bzw. Ansichten haben.

Spiritualität ist eine Dimension die das Menschsein ausmacht neben anderen Dimensionen wie Physis, Psyche und Sozialität. Das ganzheitliche Modell welches das biomedizinische Konzept ersetzen soll beschäftigt sich mit der Frage der Auswirkungen und Bedeutungen von Krankheit, Therapie und Betreuung auf das Menschsein. Die Zunahme des Interesses an Spiritualität folgt also einem Trend der Gesundheitswissenschaften, die den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Ob dem Patienten in seiner Lebenswelt Spiritualität wichtig ist oder nicht, wird dennoch auf seine spirituellen Bedürfnisse in der Versorgung Rücksicht genommen. (Frick, Roser; 2011; S.47)

Die besondere Herausforderung von Spiritual Care im pflegerisch medizinischen Kontext besteht in der unvermeidlichen Multiprofessionalität und Multiperspektivität dieses Themas im Kontext der Patientenversorgung. (Frick, Roser; 2011; S.116)

Das Grundkonzept von Spiritual Care gehört nach Frick und Roser zur Basiskompetenz aller in einem interprofessionell agierenden Team. Patienten stellen spirituelle Fragen denjenigen, denen sie an meisten Vertrauen, Ausschlag gebend ist dabei nicht die professionelle Zugehörigkeit.

Um ein reibungsloses Arbeiten in einem interprofessionellen Team zu ermöglichen, sowie alle Bedürfnisse des Patienten wahrnehmen zu können, auch spirituelle, sollte ein aktuelles Verständnis des Begriffes Spirituell Care vorherrschen. Somit stellt sich die Frage: „Wie wird Spirituell Care im Akutkrankenhaus in der aktuellen Literatur der Pflegewissenschaft definiert?“

2: Methodik

Zur Analyse des Begriffes Spiritual Care im Akutkrankenhaus wird die Begriffsanalyse nach Walker und Avant verwendet.

Vor jeder Begriffsanalyse ist eine systematische Literaturrecherche nötig, um passende empirische Literatur zu generieren. Als Methode wird hierbei die systematische Literaturrecherche nach Brandenburg, Panfil, Meyer und Schrems verwendet.

Dies soll Transparenz und Nachvollziehbarkeit ermöglichen.

Es werden alle Elemente der Suche dokumentiert. Zur Veranschaulichung wird das Prisma Flussdiagramm verwendet. Die gefundenen Studien werden zudem analysiert und bewertet, siehe Anlage 2. Dies erfolgt nach Brandenburg, Panfil, Mayer und Schrems. Die Kriterien zur Beurteilung sind Problematik, Forschungsfrage, Design, Literaturanalyse, Stichprobe, Methode der Datenerhebung, Ethik, Analyse, Ergebnisse, Diskussion und Verallgemeinerung. (Brandenburg et Al.; 2018; S.265-267) Dies ist wichtig aufgrund des Überflusses an Studien und Daten, sodass die Aussagekraft der einzelnen Artikel mittels dieser Analyse dargestellt wird. (Brandenburg et Al.; 2018; S.259)

Um bestimmte Attribute oder Charaktereigenschaften eines Begriffes darzustellen bzw. greifbar zu machen ist die Begriffsanalyse nach Walker und Avant eine geeignete Strategie. (Walker und Avant; 2014; S.37)

Die Begriffsanalyse ist eine formale linguistische Tätigkeit, um bestimmte Eigenschaften festzustellen.

Die Analyse selbst sollte methodisch und präzise sein jedoch bleibt das Resultat stets etwas Vorläufiges. Die Gründe für diese Vorläufigkeit ergeben sich einerseits, dass zwei Menschen bei ihrer Analyse des gleichen Begriffes oft auf unterschiedliche Eigenschaften stoßen, andererseits sich wissenschaftliches Wissen sehr schnell ändert. Die heutige Wahrheit kann morgen schon nicht mehr wahr sein. (Walker und Avant; 2014; S.38)

Ziel der Begriffsanalyse ist, zwischen den wesentlichen und den unwesentlichen Eigenschaften eines Begriffes zu unterscheiden. Sie ist ein Verfahren um Ähnlichkeiten und Unähnlichkeiten eines Begriffes zu bestimmen. Klare Definitionen, sorgfältige erhebende Beobachtungen und genaues Denken sind die besten Werkzeuge eines potenziellen Theoriebildners. (Walker und Avant; 2014; S.23) Die Begriffsanalyse kann helfen, in der Pflegepraxis unklare, vage und abgegriffene Begriffe zu präzisieren. Sie erweitert unseren Wortschatz und verhilft uns zu genauen folgerichtigen und theoretischen wie operationalen Definitionen. Im Alltag wird der Begriff dann so von allen Mitarbeitern im selben Kontext verwendet und damit Missverständnisse vermieden. (Walker und Avant; 2014; S.38)

Das Vorgehen ist strukturiert in acht Schritten:

- 1: Wahl des Begriffes
- 2: Bestimmung der Ziele oder Zweck der Analyse
- 3: Bestimmung jeglichen Gebrauchs des Begriffes, den man entdecken kann
- 4: Festlegung der bestimmenden Attribute
- 5: Konstruktion eines Modellfalls
- 6: Konstruktion von Fällen, die ähnlich, gegensätzlich, fiktiv, irreführend oder Grenzfälle sind
- 7: Bestimmung der Voraussetzung und Folgen
- 8: Bestimmung empirischer Referenten

Dieser Prozess der schrittweisen Annäherung führt zu einer klaren sowie nachvollziehbaren Analyse. Im Folgenden werden die einzelnen Arbeitsschritte genauer behandelt und beschrieben. Die Arbeitsschritte der Begriffsanalyse werden als aufeinanderfolgende Arbeitsschritte aufgereiht, jedoch finden mehrere Schritte oft gleichzeitig statt. (Walker und Avant; 2014; S.40)

2.1: Wahl eines Begriffes und Festlegung des Ziels

Ein Begriff ist das geistige Bild eines Phänomens, eine Art Idee, ein gedankliches Konstrukt oder eine Vorstellung von Dingen. Begriffe können elementar, konkret oder abstrakt sein. Begriffe werden mittels Sprache ausgedrückt, die sprachliche Bezeichnung oder Worte die wir gebrauchen um einen Begriff auszudrücken ist hilfreich eine Idee anderen Menschen mitzuteilen. (Walker und Avant; 2014; S.24)

Einen Begriff zu wählen ist laut Walker und Avant oftmals das Schwierigste, es sollte ein Begriff sein für den Interesse vorhanden ist. Außerdem sollte es für die Pflegewissenschaft beziehungsweise für die Pflegepraxis nützlich sein. (Walker und Avant; 2014; S.40)

Unerforschte, unklare oder unvollständige Begriffe kann man in der Pflegepraxis finden, oder können von pflegewissenschaftlichen Studien abgeleitet beziehungsweise von Theorien hergeleitet werden. (Walker und Avant; 2014; S.40)

Ziel und Zweckbestimmung sollen hilfreich sein die Aufmerksamkeit genau auf den Nutzen der Analyse zu richten und die Frage zu beantworten, warum ich eine Analyse dieses Begriffes mache. (Walker und Avant; 2014; S.41) Mögliche Ziele wären eine Bedeutungsklä rung, eine operationale Definition des Begriffes oder eine vorhandene Theorie zu erweitern. Sie dienen der Klärung mehrdeutiger Ausdrücke in der Theorie, Ausbildung der Forschung und der Praxis. Eine genaue Begriffsanalyse kann helfen bei der Entwicklung von neuen Pflegediagnosen. Die Unterscheidung des alltäglichen und des wissenschaftlichen Gebrauchs eines Begriffes kann ein weiteres Ziel sein. Wenn Begriffe operational definiert werden können, dann können sie in der Forschung verwendet werden. Begriffe erlauben uns unsere Erfahrungen zu klassifizieren sowohl für uns als auch für andere. (Walker und Avant; 2014; S.24)

Weitere Zwecke, Möglichkeiten sind nach Walker und Avant denkbar, es sollte immer selbst überlegt werden welches persönliche Ziel verfolgt wird. Dies ist wichtig bei der Bestimmung der Merkmale, vor allem dann, wenn sehr unterschiedliche Verwendungsmöglichkeiten des Begriffes existieren.

2.2: Gebrauch des Begriffes

Um den Gebrauch des Begriffes festzustellen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese erfolgte im Zeitraum 10.10.2019 bis 25.10.2019. Suchorte waren Datenbanken wie CINAHL®, Pubmed, CareLit®, IxTheo® und PsycINFO®. Suchbegriffe waren „Spiritual Care and Hospital“, „Spiritual Care and In Nursing and Hospital“. Eingeschränkt wurde die Suche durch Volltext, fünf Jahres Grenze, Englisch und Deutsch.

Die Datenbank CINAHL® ist spezialisiert auf Pflege und Heilberufe. Die Internationale Datenbank PubMed legt ihren Fokus auf Medizin und ihre Randgebiete. Durch PubMed lässt sich auf die Datenbank MEDLINE Zugriff nehmen. Dort findet man ebenfalls Einträge zur Pflege. Die deutschsprachige Datenbank CareLit® hat seine Schwerpunkte auf Krankenhausmanagement, Heimleitung und Pflege. IxTheo ist eine Internationale Bibliographie für Theologie und Religionswissenschaften. Für die Psychologie ist die Datenbank PsycINFO® geeignet. Mit der Nutzung dieser fünf Datenbanken lassen sich die Fachgebiete Pflege, Medizin, Psychologie und Theologie und deren angrenzende Disziplinen für die Recherche abdecken.

Die Suchergebnisse werden angelehnt an das Prisma- Flussdiagramm dargestellt.

Die Ausschlusskriterien beinhalten, dass der Begriff „Spiritual Care“ weder definiert noch beschrieben wurde. Außerdem alle Studien die nicht im Setting Akutkrankenhaus stattfanden. Verwandte Begriffe wie „Spiritualität“ und „Spiritual needs“ wurden ausgeschlossen.

Die Abbildung 1 gibt einen schnellen Überblick dessen welche Ausschlusskriterien bei der Suche angewendet wurden.

- Spiritual Care nicht näher beschrieben
- Keine wissenschaftliche Arbeit
- Artikel nicht in Deutsch oder Englisch
- Setting nicht im Akutkrankenhaus
- Nur Krankenseelsorge betreffend
- Verwandte Begriffe

Abbildung 1: Ausschlusskriterien

Dokumentiert werden die eingeschlossenen Artikel mit Hilfe einer Tabelle. Kriterien sind „Definition“ vorhanden oder nicht vorhanden, ist Spiritual Care „umschrieben“, sowie „Studiendesign“ und „Teilnehmer und Setting“.

Diese Tabelle ist Basis für die spätere Begriffsanalyse und ermöglicht eine schnelle Übersicht.

Ebenso werden die Suchergebnisse der Wörterbücher und Fachbücher in tabellarischer Form dargestellt.

Die Suche wurde auf wissenschaftliche Aspekte beschränkt, sodass keine Suche im Internet und in kirchlichen oder anderen Ratgebern stattfand. Dies hilft einerseits bei der Auswahl der Attribute des Begriffes sowie der Nichtüberschreitung des Umfangs der Arbeit. Außerdem bietet es eine Evidenzgrundlage der Begriffsanalyse.

2.3: Bestimmende Attribute

Zur Zielerreichung werden hierbei alle spezifischen Phänomene des Begriffes gesammelt, gelistet und verglichen. Es ist das Herzstück der Begriffsanalyse. Diese Merkmalliste hilft ein spezifisches Phänomen als unterschieden von anderen ähnlich oder verwandten Begriffen zu erkennen. (Walker und Avant; 2014; S.42) Im besten Fall können die gewählten Attribute für sich stehen und sofort in Verbindung mit dem Begriff gebracht werden. Hierbei ist acht zu geben, dass nur so viele Attribute gewählt werden, wie nötig sind um andere Begriffe von dem zu untersuchenden Begriff abzutrennen.

Die festgestellten Attribute sind nicht unveränderlich, sie ändern sich in dem das Verständnis des Begriffes sich wandelt. Ziel ist es, die Gruppe von Attributen darzustellen die am häufigsten mit dem Begriff verbunden werden. (Walker und Avant; 2014; S.42)

Walker und Avant verwenden Merkmal und Attribut als Synonyme. In dieser Arbeit wird dies ebenfalls angewendet.

Aus den Definitionen und Beschreibungen des Begriffes Spiritual Care, die aus der systematischen Literaturrecherche hervor gingen, werden vorläufige Attribute bestimmt. Diese Merkmale werden in den darauffolgenden Schritten abermals verglichen und gegebenenfalls angeglichen. Der konstruierte Modellfall enthält alle bestimmenden Attribute. Am Ende wird entschieden welche Merkmale festgelegt werden, sodass wesentliche und unwesentliche Attribute deutlich werden.

2.4: Modellfälle

Ein Beispielfall oder Modellfall repräsentiert die Verwendung des Begriffes im alltäglichen Leben. Hierzu gehören alle bestimmenden Merkmale. Dieser Modellfall wird gleichzeitig mit der Merkmalsliste erstellt oder sogar schon zuvor.

Das bedeutet der Modellfall sollte den idealtypischer Gebrauch des Begriffes darstellen. Grundsätzlich ist der Modellfall etwas bei dem man sicher sein kann, dass es ein Anwendungsfall des Begriffes ist. Einige Begriffe eignen sich besser als andere. In manchen Fällen ist selbst das Beste was erreicht werden kann nur ein Annähern. Vor allem dann, wenn eine Menge Synonyme oder verwandte Begriffe existieren. (Walker und Avant; 2014; S.43,44)

Ein Modellfall kann fiktiv oder real sein. Ebenfalls werden Modellfälle bestimmt, die ähnlich oder gegensätzlich sind. Diese repräsentieren das Gegenteil, sind jedoch dem Begriff ähnlich, wenn auch nicht synonym. Diese Fälle helfen bei der Bestimmung der Attribute. Die Attribute werden mit dem Modellfall sowie mit den gegensätzlichen Fällen verglichen. So können Anpassungen an den bestimmenden Attributen vorgenommen werden und der Modellfall präzisiert werden.

Um deutlich zu machen welche bestimmenden Attribute für den Begriff festgelegt werden können, werden weitere Fälle konstruiert.

Zum einen werden Grenzfälle gebildet, diese enthalten einige der entscheidenden Attribute des zu untersuchenden Begriffes. Grenzfälle sind in irgendeiner Weise inkompatibel jedoch helfen sie uns auf diese Weise zu erkennen was der Modellfall ist. Sie unterscheiden sich aber substantiell von dem Modellfall. Beispielsweise in der Dauer oder der Intensität.

Ebenfalls gebildet werden verwandte Fälle, diese haben eine gewisse Übereinstimmung mit dem Begriff jedoch fehlen ganz entscheidende Attribute. Sie haben eine gewisse Ähnlichkeit mit dem in Frage stehenden Begriff aber bei genauerer Betrachtung unterscheiden sie sich voneinander.

Gegensätzliche Fälle sind es dann, wenn klar ist das nicht der Begriff gemeint ist. Diese Fälle geben Informationen darüber, welche bestimmenden Attribute der Begriff haben sollte. Denn der Gegensatz kann ausgeschlossen werden.

Als letztes wird der unzulässige oder illegitime Fall konstruiert, dies zeigt den Begriff im falschen Kontext. Er mag einige bestimmende Attribute besitzen aber die meisten Attribute passen nicht. (Walker und Avant; 2014; S.44,45)

Wenn ein Modellfall gebildet worden ist wird dieser noch einmal mit den bestimmenden Attributen verglichen. Dies gibt Sicherheit, alle bestimmenden Attribute festgestellt zu haben. (Walker und Avant; 2014; S.46)

2.5: Voraussetzung und Folgen

Der Arbeitsschritt der Bestimmung von Voraussetzungen und Folgen ist insofern ein wichtiger Arbeitsschritt der nicht vergessen werden sollte, da er zu einer weiteren Erhellung der entscheidenden Attribute hilfreich ist. Außerdem werden weitere Kontexte erschlossen in denen der Begriff Verwendung findet. (Walker und Avant; 2014; S.46)

Voraussetzungen sind Ereignisse oder Vorkommnisse die vor dem Auftreten des Begriffes eingetreten sein müssen, Attribut und Voraussetzung kann nie zur selben Zeit existieren.

Die Bestimmung der Voraussetzung kann für den Theoretiker sehr hilfreich sein, um zugrundeliegende Thesen über einen zu untersuchenden Begriff zu entdecken. (Walker und Avant; 2014; S.46) Folgen sind andererseits solche Ereignisse oder Vorkommnisse, die erst nach dem Auftreten des Begriffes zutage treten. Folgen können aber auch dann entstehen, wenn bei bestimmten Voraussetzungen die Anwendung des Begriffes der Methode nicht erfolgt ist. Wie beispielsweise fehlendes Coping oder fehlen von Spiritual Care. Die Analyse der Folgen ist nützlich, um vernachlässigte Ideen oder Variablen zu erkennen und sie in die weitere Forschung einzubeziehen. (Walker und Avant; 2014; S.47)

2.6: Empirische Referenten

Empirische Referenten sind Klassen oder Kategorien wirklicher Phänomene, die durch ihre Existenz das Vorkommen des Begriffes beweisen.

In den meisten Fällen sind die entscheidenden Attribute und die empirische Referenz identisch. Bei sehr abstrakten Begriffen und abstrakten Attributen muss man sich laut Walker und Avant die Frage stellen wie man den Begriff in der realen Welt belegen kann. Empirische Referenten können Klassen oder Kategorien von Phänomenen sein. Ein Beispiel wäre hier die internationale Klassifikation von Pflegediagnosen. Durch ihre bloße Existenz oder Anwesenheit lässt sich so der Begriff beweisen. (Walker und Avant; 2014; S.47)

Grade bei sehr abstrakten Begriffen helfen die empirischen Referenten die Existenz des Begriffes zu beweisen. Dabei machen sie die bestimmenden Attribute erkennbar und nicht den Begriff selbst.

Empirische Referenten sind nützlich für die Entwicklung eines Forschungsinstrumentariums, weil sie auf die theoretische Basis des Begriffes bezogen sind. Aber auch in der Praxis ist dies nützlich, da Pflegende sich an beobachtbare Phänomene halten können. (Walker und Avant; 2014; S.48)

3: Ergebnisse

Nun werden die Ergebnisse der Begriffsanalyse in den einzelnen Schritten nach Walker und Avant präsentiert.

3.1 Ziel der Analyse und der Begriff Spiritual Care

Der Begriff Spiritual Care wurde zunächst aus der modernen, multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft heraus entwickelt. Nicht nur ein kleiner Anteil der Patienten die in Gesundheitseinrichtungen behandelt werden, haben unterschiedliche religiös-kultureller Zugehörigkeit, sondern eine stets steigende Zahl von Menschen. (Heller; 2014; S.23)

Zudem kommt der moderne Individualismusschub im Kontext der Religion der Spiritualität und der Pflege an sich. Dies stellt eine massive Herausforderung an die traditionelle Form der christlichen Seelsorge dar. (Heller; 2014; S.23)

Den Hintergrund der modernen Spiritual Care Ansätzen bildet eine Vielfalt von Studien, in denen seit den achtziger Jahren Zusammenhänge zwischen Religion bzw. Spiritualität, Coping-Strategie und Gesundheit erforscht wird. Wenngleich sich die Spiritualität Debatte in besonderer Weise im Rahmen von Palliative Care entfaltet hat, bezieht sie sich mittlerweile auf den gesamten Bereich des Gesundheitswesens. (Heller; 2014; S.25)

Die Bereitstellung von spiritueller Betreuung ist mittlerweile in vielen Ländern ein integraler Bestandteil der ganzheitlichen Betreuung. Hierbei werden nicht nur die körperlichen Bedürfnisse und Leiden versorgt, sondern auch die sozialen, psychischen sowie spirituellen. (Abu-El-Noor; 2016)

Die Forschungen zum Thema Spiritual Care in der medizinischen- und pflegewissenschaftlichen Literatur zeigen ein erhöhtes Interesse an spirituellen Fragen. Spiritual Care wird damit Teil einer multiprofessionell vereinbarten Behandlungsstrategie. Spiritual Care zeigt sich durch die starke Orientierung am Subjekt und an individuellen persönlichen Erfahrungen. Aktuell ist ein besonderes Interesse an spiritueller Begleitung von Seiten der Pflege erkennbar. Dies ist insofern verständlich, da Pflegende die höchste Präsenz und Kontinuität in der Sorge um die Patienten im Akutkrankenhaus haben. Aufgrund des täglichen Kontaktes sind Pflegende prädestiniert spirituelle Bedürfnisse zu erkennen. Auch Ärzte sind immer mehr Interessiert an dem Gebiert der spirituellen Begleitung. (Heller; 2014; S.31)

In Diskussionen der Fachliteratur über die Frage der Zuständigkeit für Spiritual Care werden immer wieder auch Reinigungskräfte als Gesprächspartner für spirituelle Themen benannt.

Vermutet wird, dass der alltagsnahe, niederschwellige, unmittelbare Kontakt eher eine existenzielle Kommunikation fördert.

Das führte beispielsweise in Großbritannien dazu, dass die Finanzierung der Klinikseelsorger zunehmend vom Staat übernommen wird und umgekehrt nicht nur Seelsorger, sondern auch andere Berufsgruppen die Aufgabe des Spiritual Care übernehmen. Die Folgen, die aus einer nicht mehr religiös-konfessionellen Bindung des Spiritual Care entstehen, sind noch nicht wirklich abzusehen. In jedem Fall resultiert daraus eine gewisse Unschärfe des Begriffs Spiritual Care in einer multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft. (Karle; 2010)

Kontext dieses Ansatzes ist die Kritik am biomedizinischen Maschinenmodell des Menschen und ein neues Nachdenken über die Zusammenhänge von Körper, Geist und Bewusstsein. (Heller; 2014; S.24)

Ziel der Analyse ist es ein klareres Bild von Spiritual Care im Akutkrankenhaus zu erlangen und welche bestimmenden Attribute für Spiritual Care erkennen zu können.

Zudem hat die Begriffsanalyse zum Ziel, Mehrdeutigkeiten zu klären. Klare theoretische Grundlagen verhelfen zu einem Verständnis der grundlegenden Attribute eines Begriffes. Es kann helfen bei der Entwicklung eines Forschungsinstruments sowie bei der Entwicklung von Pflegediagnosen. (Walker und Avant; 2014; S.51)

Bei der Sichtung der pflegewissenschaftlichen Literatur zum Thema Spiritual Care wurden teils sehr unterschiedliche Auffassungen des Begriffes erörtert, sodass sich kein einheitliches Bild erkennen ließ.

Im deutschsprachigen Raum ergaben sich nur wenige Beiträge zu diesem Thema. Diese Beiträge sind aus der theologischen, religionspädagogischen sowie seelsorgerischen Perspektive geschrieben.

International gibt es viele Beiträge auch zunehmend von Pflegewissenschaftlern aus muslimisch geprägten Ländern. Jedoch ist auch hier keine einheitliche Definition des Begriffes Spiritual Care im Akutkrankenhaus ersichtlich.

3.2 Verwendung des Begriffs Spiritual Care

Aus der systematischen Literaturrecherche nach Brandenburg, Panfil, Mayer und Schrems ergaben sich 710 Treffer bei der Suche mit den Kombinationen „Spiritual Care and Hospital“ und „Spiritual Care and in Nursing and Hospital“. Dies im Zeitraum des 10.10.2019 bis 25.10.2019 erfolgte. Zur genaueren Nachvollziehbarkeit des Ausschlusses der Artikel dient nach Anlehnung des Prisma Flussdiagramm die Abbildung 2. (Moher et.al.; 2009)

Die Ausschlusskriterien sind; dass der Begriff „Spiritual Care“ weder definiert noch beschrieben wurde. Außerdem alle Studien die nicht im Setting Akutkrankenhaus stattfanden. Verwandte Begriffe wie „Spiritualität“ und „Spiritual needs“ wurden ausgeschlossen. Zudem nur in deutscher und englischer Sprache, nicht älter als fünf Jahre, nur wissenschaftliche Texte.

Nach Anwendung der Kriterien und durch das Lesen der Abstracts beziehungsweise der Studien entsprachen am Ende 11 Artikel den Anforderungen.

Es wurden auch Fachbücher miteingeschlossen, hierbei wurden dieselben Kriterien wie bei der Suche in den Datenbanken angewendet. Am Ende wurden drei Definitionen bzw. Beschreibungen aus Fachbüchern verwendet.

Die darauffolgende Tabelle 1. (S.20) zeigt die 11 eingeschlossenen Artikel in Übersicht. Die Tabelle erfasst die Kategorien; Quelle mit Herkunftsland, Definition, Umschrieben, Studiendesigne, Setting und Teilnehmer.

In Tabelle 2. werden die eingeschlossenen Fachbücher gezeigt. Die Kategorien sind wie in Tabelle 1.

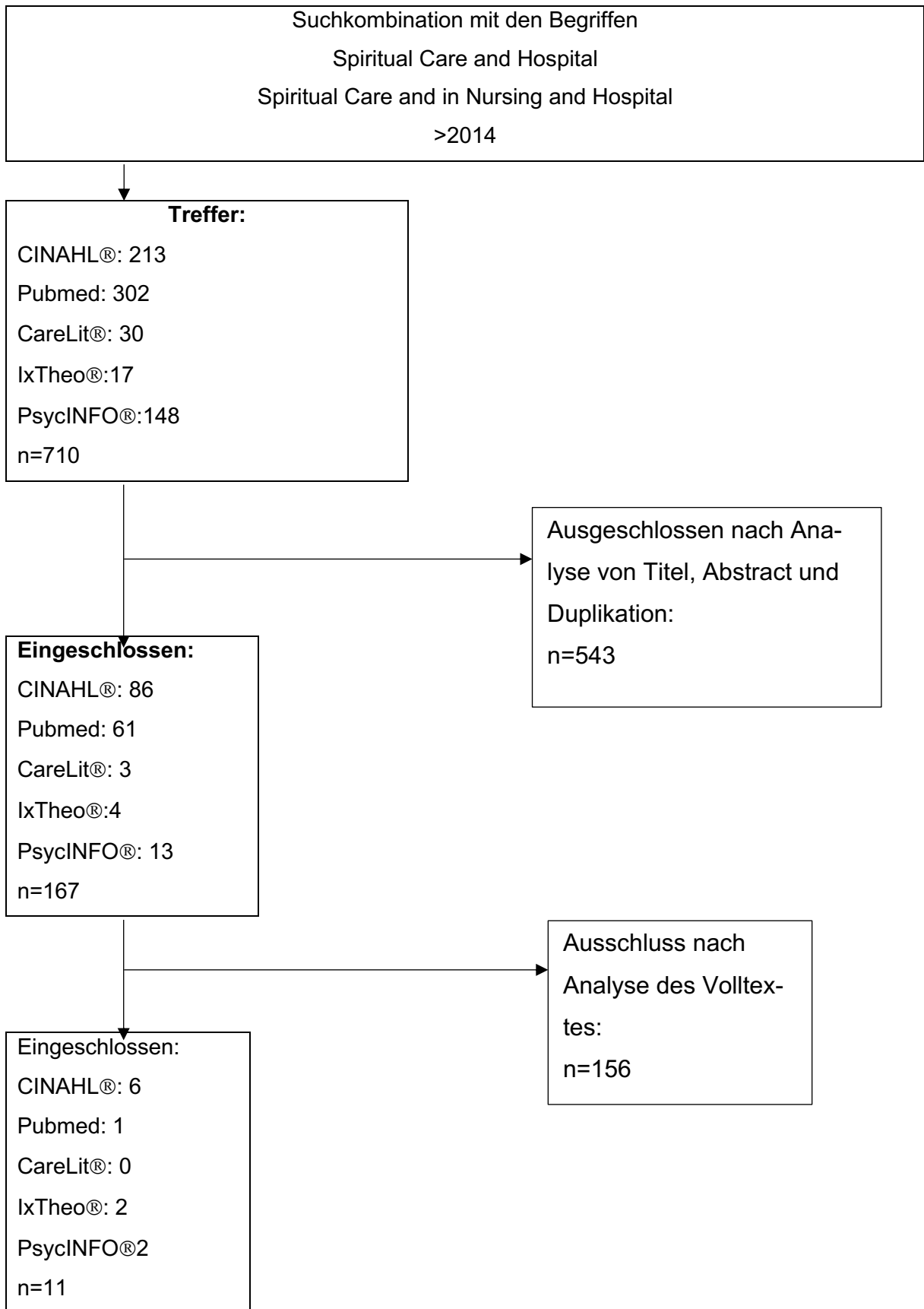


Abbildung 2 Flussdiagramm

Quelle	Definition	Umschrieben	Studiendesign	Teilnehmer und Setting
Adib-Hajbaghery et Al. (Iran)	X (zitiert Cavendish et Al.; Smeets)		Querschnittstudie	Krankenschwester (n=250) Akutkrankenhaus
Tan et Al. (Türkei)	X (zitiert Mcsherry; Kanwal; Kadourah et Al.)		Deskriptive Studie	Krankenschwester (n=747) Krankenhäuser der medizinischen Fakultät in 7 Städten
Chandramohan (Süd Afrika)	X (zitiert Mcsherry; Barlow; Dunn; Mahlangu; Miner-Williams; Mahon Graham)		Quantitativ deskriptive Studie	Krankenschwestern (n=385); Öffentliche Krankenhäuser
Bone et Al. (Kanada)		X	Qualitative deskriptive Studie	Intensivpflegekräfte (n=25); Lehrkrankenhaus
Epstein-Peterson et AL. (USA)		X	Querschnittskohorten Studie	Patienten (n=75), Krankenschwestern, Ärzte (n=339); Universitätskrankenhaus, Krebszentren
Van der Geer et Al. (Niederlande)		X	PCT (Pragmatic controlled Trial)	Patienten (n=85); Krankenhäuser (6)
Rushton; (UK)	X (zitiert Grand)		Literaturrecherche	Nicht beschrieben
Rihari et Al. (Iran)	X		RCT	Krankenschwestern (n=82); Universitätsklinik

			(Randomisierte kontrollierte Studie)	
Alquwez et Al. (Saudi-Arabien)	X		Querschnittsstudie	Krankenschwestern (n=918); Öffentliche Krankenhäuser (7)
Abu-El-Noor (Gasastreifen Palästina)	X		Qualitative Studie	Intensivpflegekräfte (n=89); Krankenhäuser (2)
Damari et Al. (Iran)			Qualitative Studie	Nicht beschrieben

Tabelle1 Ergebnisse Artikel

Quelle	Definition	Beschrieben	Erwähnt	Getrennt Definiert „Spiritual“ und „Care“
Kruse in Spiritual Care (von Roser)	X			
Duden				X
Kellehear in Spiritualität und Spiritual Care (von Heller)		X		
Frick und Roser in Spiritualität und Medizin			X	
Holder-Franz mit Bezug auf Saunders in Feinendegen: Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende	X			

Tabelle 2 Ergebnisse Wörter- Fachbücher

3.3 Bestimmende Attribute von Spiritual Care

Nun folgt die Analyse der gesamten eingeschlossenen Literatur. Die Definition oder Beschreibung der einzelnen Artikel beziehungsweise Bücher werden analysiert und in Kategorien und Häufigkeit gesammelt. Anschließend werden alle Definitionen bzw. Beschreibungen mit einander verglichen, sodass sich daraus vorläufige Attribute ableiten lassen. Die Liste der vorläufigen Attribute hat eine ähnliche Funktion wie die Differentialdiagnose in der Medizin. (Walker und Avant; 2014; S.42)

Folgende vorläufigen Attribute lassen sich ableiten:

- Unterstützen im Suchen nach Sinn
- Spirituelle Bedürfnisse erkennen
- Spirituelle Bedürfnisse unterstützen
- Zwischenmenschliche Interaktion / Austausch
- Konkrete Handlung
- Anwesenheit
- Bereitschaft auf beiden Seiten
- Zuhören
- Teilnahme an Zeremonien
- Fürsorglichkeit

Abbildung 3 Vorläufige Attribute

Vorläufige Attribute sind nicht unveränderlich, sie ändern sich in dem Maße in dem sich das Verständnis des Begriffes ändert. Oder man erkennt das Attribute den Voraussetzungen zugeschrieben werden müssen.

Die vorläufigen Attribute werden anschließend mit den Beispielfällen verglichen. Hierbei ergab sich, dass das Erkennen von spirituellen Bedürfnissen eine Voraussetzung für Spiritual Care ist. Genauso verhält es sich mit den Attributen Bereitschaft auf beiden Seiten und Fürsorglichkeit, diese werden nun ebenfalls den Voraussetzungen zugeordnet.

Zur genaueren Nachvollziehbarkeit der Begriffsanalyse und der Bestimmung der vorläufigen Attribute wurde eine Tabelle entworfen, die zeigt welche vorläufigen Attribute welcher Quelle entspringen.

Quelle	Unterstützen im Suchen nach Sinn	Spirituelle Bedürfnisse erkennen	Spirituelle Bedürfnisse unterstützen	Zwischenmenschliche Interaktion / Austausch	Konkrete Handlung	Anwesenheit	Bereitschaft auf beiden Seiten	Zuhören	Teilnahme an Zeremonien	Fürsorglichkeit	Individuell
Bone et Al. (Kanada)	X										X
Tan et Al. (Türkei)				X	X	X					
Chandramohan et Al. (Süd Afrika)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adib-Hajbaghery et Al. (Iran)	X						X			X	
Epstein-Peter- son et Al. (USA)	X	X	X		X				X		X
Van der Geer et Al. (Niederlande)	X	X	X								X
Rihari et Al. (Iran)	X	X	X				X				
Rushton (UK)		X	X	X	X	X		X			

Alquwez et Al. (Saudi-Arabien)		X									
Abu-El-Noor (Gasastreifen Palästina)	X			X		X		X		X	
Damari et Al. (Iran)		X	X							X	

Tabelle 3 Vorläufige Attribute und Quellen

Quelle	Unterstützen im Suchen nach Sinn	Spirituelle Bedürfnisse erkennen	Spirituelle Bedürfnisse unterstützen	Zwischenmenschliche Interaktion / Austausch	Konkrete Handlung	Anwesenheit	Bereitschaft auf beiden Seiten	Zuhören	Teilnahme an Zeremonien	Fürsorglichkeit	Individuell
Kruse in Spiritual Care (von Roser) S.13	X		X							X	X
Kellehear in Spiritualität und Spiritual Care (von Heller) S.12				X	X			X			
Holder-Franz mit Bezug auf Saunders		X		X						X	

Tabelle 4 Vorläufige Attribute und Quellen

Die bestimmenden Attribute wurden nach vergleichen mit den Beispielfällen auf sieben bestimmende Attribute festgelegt. Dies ist entscheidend um festzustellen, ob alle bestimmenden Attribute auch wirklich festgestellt wurden oder ob welche vergessen wurden. Ebenfalls könnte dies zeigen, ob Gebiete aufgetreten sind die vage und unklare sind oder ob Widersprüche im Modellfall und in den bestimmenden Attributen herrschen. In diesem Fall ist eine weitere Klärung notwendig, denn eine Begriffsanalyse ist nur dann vollständig, wenn es keine überlappenden Eigenschaften und keine Widersprüche zwischen den bestimmenden Attributen und dem Modellfall gibt. Ebenso wurde die Zielsetzung mit den Merkmalen verglichen. Dies dient zu optimalen Zweckorientiertheit.

Folgende bestimmende Attribute konnten nach mehrmaliger Überprüfung festgestellt werden.

- Unterstützen im Suchen nach Sinn
- Spirituelle Bedürfnisse unterstützen
- Zwischenmenschliche Interaktion / Austausch
- Konkrete Handlung
- Anwesenheit
- Zuhören
- Teilnahme an Zeremonien

Abbildung 4 Bestimmende Attribute

Spiritual Care im Akutkrankenhaus lässt sich nach dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft als eine konkrete Handlung die die spirituellen Bedürfnisse sowie die Suche nach Sinn unterstützen soll definieren. Sie besteht aus zwischenmenschlichem Austausch, Interaktion, Anwesenheit, Zuhören und aus einer Teilnahme an Zeremonien.

3.4 Beispielfälle von Spiritual Care

Die Beispielfälle wurden angelehnt an Plieth M. Es wurden jedoch nur die Situationen der Patienten abgewandelt übernommen. Die Reaktion des Pflegepersonals ist Fiktion.

Modellfälle können nach Walker und Avant konstruiert oder tatsächliche Fälle des Lebens sein. Sie sagen auch das manchmal selbst das Beste, was erreicht werden kann nur etwas sei, dass die Komplexität nur annähernd beschreiben kann. Hierbei kommt es darauf an einen möglichst paradigmatischen Fall zu erhalten. (Walker und Avant; 2014; S.44)

Der Modellfall repräsentiert den Begriff Spiritual Care in der wirklichen Praxis im Akutkrankenhaus. Im Modellfall Frau A. sind alle bestimmenden Attribute von Spiritual Care vorhanden. Außerdem sind die Voraussetzungen gewährleistet. Beide Seiten sind offen für eine Begegnung. Zudem ist auch eine zeitliche Ressource auf seitens der Pflegekraft vorhanden.

Modellfall Frau A.

Frau A liegt in einem Akutkrankenhaus auf einer internistischen Station. Sie wurde mit dem Krankenwagen eingeliefert aufgrund von akuten Bauchschmerzen. Schnell wurde die Diagnose Cholezystitis festgestellt.

Die Operation zur Entfernung der Gallenblase wurde für den nächsten Tag anberaumt. Bei dem abendlichen Rundgang des Pflegepersonals äußerte Frau A. gegenüber der Pflegekraft Angst vor der OP und vor dem sterben. Sie fragt sich auch, welchen Sinn ihr Leben gehabt hätte, wenn sie jetzt sterben würde.

Die Pflegekraft nahm die Ängste und Sorgen wahr und nahm sich Zeit für Frau A. Die Pflegekraft setzte sich an das Bett von Frau A. und bietet ihr ein Gespräch an um offene und individuelle Fragen zu beantworten.

Die Pflegekraft fragt nach dem Leben der Patientin, auf was sie besonders stolz ist usw. Frau A. ist bereit sich zu öffnen und von sich zu erzählen und berichtet von ihren Sorgen. Die Pflegekraft hört aufmerksam zu und erkennt Frau A.s Bedürfnisse und bietet Hilfe an. Sie fragt Frau A. ob sie zuhause etwas Konkretes tue, wenn sie Sorgen hat, ob sie betet oder meditiert. Gemeinsam sprechen sie ein Gebet. Daraufhin bedankt sich Frau A. bei der Pflegekraft.

Die Pflegekraft kann nun die allgemeinen Pflegetätigkeiten durchführen und ihren abendlichen Rundgang vorsetzen.

Abbildung 5 Modellfall Frau A.

Grenzfälle unterscheiden sich nicht elementar von Modellfällen. Grenzfälle sind Fallbeispiele, die entscheidende Attribute enthalten aber nicht alle. Möglich ist auch dass sie alle Attribute erfüllen, unterscheiden sich jedoch in Dauer oder Intensität. (Walker und Avant; 2014; S.44)

Herr B. erfüllt fast alle Attribute von Spiritual Care im Akutkrankenhaus, die Teilnahme an Zeremonien fehlt jedoch. Der entscheidende Unterschied ist aber das die Krankenschwester die Suche nach dem Sinn des Lebens mit Diagnose Diabetes an die Gruppe weitergibt und so nicht selbst die spirituellen Bedürfnisse des Patienten unterstützt.

Frau C. ebenfalls ein Grenzfall, besonders hierbei ist das nur ein non-verbaler Austausch stattfindet, alle Attribute sind erfüllt. Eine verbale Interaktion findet nicht statt.

Grenzfall Fall Herr B.

Herr B. 22 Jahre alt ist aufgrund eines entgleisten Diabetes Typ 1 auf einer internistischen Station eines Akutkrankenhauses. Regelmäßige Blutzuckerkontrollen vor den Mahlzeiten sind an der Tagesordnung. Bei der Kontrolle vor dem Mittagessen meinte er zu der durchführenden Schwester das er nicht glauben könne das er nun für den Rest seines Lebens das machen solle. Er meinte was hat das Leben noch für einen Sinn, wenn man nicht mal normal Essen kann.

Die Schwester hörte aufmerksam zu. Sie sagt sie wisse selbst nicht wie es ist Diabetes zu haben aber sie würde gerne über alles mit ihm sprechen und offen gebliebene Fragen beantworten. Nach einigen fachlichen Fragen die von der Schwester beantwortet wurden bot diese noch an Herrn B. zu einer Gruppenschulung anzumelden die im Krankenhaus stattfindet. Hierbei könne er sich mit anderen jungen Betroffenen austauschen wie diese Patienten mit der Situation umgehen. Herr B. willigte ein und die Schwester konnte nun die Blutzuckerkontrolle durchführen.

Abbildung 6 Grenzfall Herr B.

Grenzfall Fall Frau C.

Frau C. hat ihr Kind in der dreizehnten Schwangerschaftswoche durch einen Spontanabort verloren. Sie liegt apathisch in einem Krankenhausbett auf der gynäkologischen Station. Sie verweigert das Essen. Als die Krankenschwester mit dem Mittagessen hereinkommt beginnt Frau C. zu schluchzen und sagt: „Womit habe ich das nur verdient? Was habe ich bloß falsch gemacht“? Die Krankenschwester stellt das Essen beiseite und setzt sich auf die Bettkante der Patientin. Sie nimmt Frau C.s Hand und lässt der Patientin Raum das

Gespräch zu beginnen. Durch den Körperkontakt beruhigt sich Frau C. Die Schwester bietet an gemeinsam in die Kapelle zu gehen und eine Kerze für ihr Kind anzuzünden. Frau C. willigt ein.

Abbildung 7 Grenzfall Frau C.

Verwandte Fälle sind Fallbeispiele die Übereinstimmungen mit dem Begriff aufweisen jedoch entscheidende Attribute fehlen. (Walker und Avant; 2014; S.45)

Die verwandten Fälle helfen zu verstehen was ähnliche Begriffe von dem Eigentlichen unterscheidet. Ob die Art des Ortes oder Netzwerk sich beispielweise unterscheiden.

Herr D. erfüllt viele Attribute, auch das spirituelle Bedürfniss wird erkannt, jedoch ist der Pfleger nicht bereit sich weiter zu öffnen. Es findet kein verbaler Austausch von beiden Seiten statt.

Ebenso wie im Fall Herr D. ist bei dem verwandten Fall Frau F. eine spirituelle Bedürftigkeit erkannt worden, jedoch werden auch hier nicht alle entscheidenden Attribute erfüllt. Die Pflegekraft kann selbst eine konkrete Handlung sowie ein Gespräch nicht aufbauen. Somit fehlt auch hier die Voraussetzung für Spiritual Care, da nicht genügend Zeit vorhanden ist.

Verwandter Fall Herr D.

Ein Pfleger kommt, um den akut Nierenkranken Herrn D. zu einer Ultraschalluntersuchung abzuholen. Herr D. reagiert gereizt, denn er wollte soeben in die Taizé-Andacht in der Krankenhauskapelle gehen. Sein Kommentar lautet: „Was wirklich wichtig ist, kriege ich hier nie!“

Der Pfleger gab keine Antwort darauf. Er half Herrn D. in den Rollstuhl und fährt in ohne Kommentar in die Kapelle. Telefonisch verschiebt er den Ultraschall um eine Stunde und zog dafür eine andere Patientin vor.

Abbildung 8 Verwandter Fall Herr D.

Verwandter Fall Frau F.

Frau F. war nach der Entfernung eines Hirntumors drei Jahre beschwerdefrei. Nun verspürt sie wieder starke Kopfschmerzen und Sehstörungen wie zu Beginn ihrer Erkrankung. Sie kommt zur Untersuchung ins Krankenhaus. Als der Pfleger sie für das Schädel-CT abholen möchte sind ihre Augen stark gerötet, sie sagt: „Nochmal mach ich das nicht mit, das hat alles keinen Sinn mehr.“

Der Pfleger ist im Stress. Da eine Kollegin krank geworden ist sagt er deshalb zu Frau F., dass ihm das sehr Leid tue und er sich gerne Zeit nehmen würde, weil er merkt das sie ein Bedürfnis zum Reden er selbst aber hat keine Zeit im Moment habe. Er brachte Frau F. zum CT und rief dann die zuständige Seelsorgerin an, diese besuchte nach der Untersuchung Frau F. auf ihrem Zimmer.

Abbildung 9 Verwandter Fall Frau F.

Gegensätzliche Fälle sind, wenn klar ist das sie nicht der zu untersuchende Begriff sind. Für den Analytiker sind diese oftmals hilfreich, weil es leichter fällt zu sagen was etwas nicht ist. Dies wiederum gibt Informationen darüber, welche bestimmenden Attribute der Begriff haben sollte, da diejenigen des Gegensatzes eindeutig ausgeschlossen werden können. (Walker und Avant; 2014; S.45)

Der gegensätzliche Fall Herr G. ist eindeutig ein Widerspruch zum Begriff Spiritual Care im Akutkrankenhaus. Keine bestimmenden Attribute wurden erfüllt, noch die Voraussetzungen. Der Pfleger erkennt weder das Bedürfnis nach Spiritual Care noch ist er bereit Herrn G.s Bedürfnisse zu unterstützen.

Ebenfalls ist Frau H. ein gegensätzlicher Fall die Bedürfnisse nach Spiritual Care wurden nicht erkannt. Keine bestimmenden Attribute werden erfüllt.

Gegensätzlicher Fall Herr G.

Herr G. ist schwer herzkrank und muss sich heute Nachmittag einer schweren Operation am Herzen unterziehen. Als der Anästhesiepfleger ihn an der Operationsschleuse begrüßte nahm Herr G. die Hand des Pflegers und sagte: „Können Sie für mich beten während der OP, das wäre gut?“ Der Pfleger ist schon sehr erschöpft von der langen Schicht und antwortet: „So was mach ich nie!“

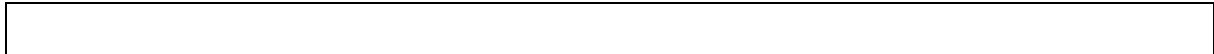


Abbildung 10 Gegensätzlicher Fall Herr G.

Gegensätzlicher Fall Frau H.

Frau H. ist schwer zuhause gestürzt und hat sich eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen. Sie liegt auf einer unfallchirurgischen Station im Akutkrankenhaus. Sie hat starke Schmerzen und kann sich ohne fremde Hilfe nicht versorgen. Sie ist dies nicht gewöhnt, da sie schon immer eine eigenständige Frau war, die fest auf beiden Beinen steht. Der jetzige Zustand mache ihr deshalb schwer zu schaffen. Morgens kamen zwei Krankenschwestern in ihr Zimmer, diese unterhielten sich lautstark über private Angelegenheiten. Sie übernahmen Frau H.s Morgentoilette, während dessen unterhielten sie sich weiter und merkten nicht das Frau H. leise weinte und immer wieder in ihr Kissen sagt: „Womit habe ich das verdient“.

Abbildung 11 Gegensätzlicher Fall Frau H.

Unzulässige Fälle sind Fälle mit unsachgemäßem Gebrauch oder im falschen Kontext verwendet. Derartige Fälle sind hilfreich, wenn man auf die Bedeutung eines Ausdrucks stößt, die sich vollständig von allen anderen unterscheiden. (Walker und Avant; 2014; S.46)

Im Fall Herr I. ist es im Setting eines Pflegeheims dies ist für die Begriffsanalyse Spiritual Care im Akutkrankenhaus ein Ausschlusskriterium. Zudem ist auch bei Äußerungen von Suizidgedanken eine Betreuung durch Spiritual Care nicht angemessen, sondern eine psychologische Betreuung.

Ein bestimmendes Attribut wird erfüllt mit der konkreten Handlung die Tür offen zu lassen, jedoch wurden entscheidende Attribute nicht erfüllt. Zudem reicht die Handlung nicht aus bei den geäußerten Gefühlen von Herrn I.

Unzulässiger Fall Herr I.

Herr I. leidet an Demenz. Er lebt seit vier Jahren in einem Pflegeheim. Jeden Morgen kommt eine Pflegerin zu ihm, um ihn zu versorgen. Sobald dies erledigt ist, verlässt die Pflegekraft wieder den Raum und schließt die Tür. An diesem Morgen sagte Herr I. als die Pflegerin bereits an der Tür stand: „Dann bin ich wieder alleine mit meinen Gedanken, am liebsten würde ich mit dem Leben Schluss machen“.

Die Pflegerin meinte darauf, dass sie nicht so viel Zeit habe den ganzen Tag bei ihm zu sein, aber die Tür offenlässt, dann kann er sie immer sehen und ist nicht alleine.

Abbildung 12 Unzulässiger Fall Herr I.

Die darauffolgende Tabelle 5. zeigt die Beispielfälle in Übersicht mit den bestimmenden Attributen und die Besonderheiten der einzelnen Fälle.

Fall	Unterstützen im Suchen nach Sinn	Spirituelle Bedürfnisse unterstützen	Zwischen- menschliche Interaktion / Austausch	Konkrete Handlung	Anwesenheit	Zuhören	Teilnahme an Zeremonien	Besonderheiten
Modellfall Frau A.	X	X	X	X	X	X	X	
Grenzfall Herr B.	X	X	X	X	X	X		Eine Zeremonie war nicht substantziell
Grenzfall Frau C.	X	X	X	X	X	X	X	Non-verbaler Austausch
Verwandter Fall Herr D.		X		X		X	X	Hier fehlt das tatsächliche Gespräch

Verwandter Fall Frau F.		X	X	X				Der Pfleger nimmt die Bedürfnisse wahr, unterstützt sie aber nicht selbst.
Gegensätzlicher Fall Herr G.								Keine Voraussetzungen wie bestimmende Attribute erfüllt.
Gegensätzlicher Fall Frau H.								Keine Voraussetzungen wie bestimmende Attribute erfüllt.
Unzulässiger Fall Herr I.				X				Nicht im Akutkrankenhaus. Psychologische Betreuung nötig.

Tabelle 5 Fälle und Attribute

3.5 Voraussetzung

Als Voraussetzung wurde die Bereitschaft auf beiden Seiten (Patient und Pflegekraft) festgestellt. Außerdem ist das Erkennen von spirituellen Bedürfnissen elementar für Spiritual Care. Eine Bereitschaft zur Fürsorge des Gegenübers wurde auch als Voraussetzung bestimmt. Eine weitere Voraussetzung für Spiritual Care im Akutkrankenhaus ist ausreichend Zeit für den Patienten zur Verfügung zu haben. Das Krankenhaus ist eine Organisation und kann nur funktionieren durch ein regelgeleitetes Handeln, das mit einem festgefügt System der Über- und Unterordnung einhergeht. Jedoch wird hierbei die individuelle Selbstbestimmung der Patienten stark beschnitten. Sie haben keinen Anspruch auf Intimität. Patienten sind umfangreichen Reglementierungen unterworfen. Ihr Handlungsspielraum ist stark eingeschränkt. Sie müssen ständig erreichbar sein und können sich entsprechend nur begrenzt zurückziehen. Privatheit ist so gut wie unmöglich. Sie können zu jeder Tages- und Nachtzeit gestört werden. Sie können jederzeit verlegt werden. Therapeutische Maßnahmen können unterbrochen werden, die Einflusschancen auf die Handlungsprogramme sind gering. Patientinnen und Patienten können das Pflegepersonal nicht wählen, in der Regel auch nicht den Arzt und müssen mit dem Personalwechsel, je nach Dienstplan zurechtkommen. Dies können Hindernisse darstellen bei der Umsetzung von Spiritual Care.

3.6 Folgen

Positive Auswirkungen von Spiritual Care können zum einen sein, dass sich die mentale Verfassung des Patienten verbessert. Die Anpassungsfähigkeit des Patienten verbessert sich und der Bedarf an Schmerzmittel sinkt. (Heller; 2014; S.39)

Eine mögliche negative Folge könnte sein, dass Spiritualität so instrumentalisiert wird bei dem ein Mensch in einer kritischen Phase seines Lebens manipuliert wird. Bemühungen nach Spiritual Care müssen sich daher kritisch befragen lassen, ob sie nicht dazu dienen, Menschen in eine letzte Bereitschaft zur Anpassung und Unterwerfung gegenüber Therapie und Organisation zu bringen. (Heller; 2014; S.40) Spiritualität wirkt sich positiv auf den Gesundheitsstatus des Patienten aus, einschließlich der Verbesserung der Depression und des Schutzes vor chronischer Depression. Spirituelle Gesundheit hat eine positive und signifikante Korrelation mit einer besseren psychischen Gesundheit und einer umgekehrten Beziehung zu Einsamkeit, Frustration und Alkohol- und Drogenmissbrauch. Es verbessert auch die Fähigkeit, mit Stress umzugehen und wird als gemeinsame Strategie zur Bewältigung von Problemen angesehen. Nach Angaben des National Cancer Network ist religiöse und spirituelle Unterstützung mit einer verbesserten Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung verbunden.

Im Gegenteil, spirituelle Not ist mit schlechten körperlichen Ergebnissen und höheren Krankheitsraten verbunden. Darüber hinaus kann ein Mangel an Spiritualität bei schweren Patienten zu emotionaler Angst, starken Schmerzen und Müdigkeit, einer erhöhten Krankheitslast und einer verminderten Lebensqualität führen. (Damari et Al.; 2018)

Spirituelle Bedürfnisse hängen mit körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnissen zusammen und wirken sich daher auf Wünsche und Entscheidungen im Hinblick auf medizinische und pflegerische Maßnahmen und deren Unterlassen aus. (Heller; 2014; S.40)

Folgen von Fehlen von Spiritual Care im Akutkrankenhaus könnte ein spiritueller Distress sein. Dessen bestimmende Merkmale nach NANDA sind Angst, Fatigue, Furcht, infrage stellen der Bedeutung des Leidens, Infrage stellen der Identität, Infrage stellen des Sinns des Lebens, Insomnie, Weinen. Auch die Beziehung zu sich selbst kann Folgen aufweisen, wie das Gefühl nicht geliebt zu werden, inadäquate Akzeptanz, ineffektive Coping-Strategie, Schuldgefühl, unzureichender Mut, verminderte Gelassenheit wahrgenommener unzureichender Sinn des Lebens und Wut. Beziehung zu anderen hat folgende mögliche Beeinträchtigungen: Entfremdung, Trennung vom Unterstützungssystem, verweigert die Interaktion mit Bezugspersonen, verweigert die Interaktion mit spirituellem Führer.

Folgen auf die Beziehung zu Kunst, Musik, Literatur und Natur können durch fehlendes Interesse an Natur oder spiritueller Literatur auftreten. Auch eine verminderte Ausdrucksform eines früheren kreativen Verhaltensmusters können Folgen sein.

Als letzter Überpunkt könnte die Beziehung zu einer höheren Macht gestört sein. Hierbei können Hoffnungslosigkeit, plötzliche Veränderung der spirituellen Handlungen, sich alleine fühlen mögliche Konsequenzen sein. Unfähigkeit zur Selbstprüfung oder an religiösen Handlungen teilzunehmen sowie übersinnliche Erfahrungen zu machen. Das Beten kann gestört sein. Auch ein wahrgenommenes Leiden könnte eine Folge sein. Wut gegenüber einer höheren Macht oder Wunsch nach Kontakt zu einem spirituellen Führer gehören zu den möglichen Folgen. (Herdman et.al.; 2019-2020; S. 436-437)

Die Folgen und Voraussetzungen wurden mit den bestimmenden Attributen verglichen. Es ergab keine Übereinstimmung sodass eine Überarbeitung nicht nötig war.

3.7 Empirische Referenten für Spiritual Care

Die bestimmenden Attribute von Spiritual Care lassen sich empirisch überprüfen, sodass das wirkliche Vorkommen des Begriffes Spiritual Care im Akutkrankenhaus bewiesen ist.

Die Attribute Zuhören, zwischenmenschliche Interaktion/Austausch, Anwesenheit, konkrete Handlung, Teilnahme an Zeremonien lassen sich in der empirischen Literatur nachweisen.

Schwammige Attribute sind Unterstützung im Suchen nach Sinn, und spirituelle Bedürfnisse. Diese können durch empirische Referenten präzisiert werden. Beispielsweise durch

Assessmentinstrument SPIR, so lassen sich die spirituellen Bedürfnisse sowie Unterstützungswünsche festhalten.

Zudem durch die internationalen NANDA Pflegediagnosen. Die Pflegediagnosen „Spirituelle Disstress“ sowie „Bereitschaft für ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden“ enthalten die Attribute „Suchen nach Sinn“ sowie „spirituelle Bedürfnisse unterstützen“. Dies zeigt das Vorhandensein des Attributes und somit die Existenz von Spiritual Care.

4 Diskussion und Schlussfolgerung

Der Begriff Spiritual Care kann auf zugrundeliegende der Begriffsanalyse als eine konkrete Handlung, die die spirituellen Bedürfnisse sowie die Suche nach Sinn unterstützen soll definiert werden. Sie besteht aus zwischenmenschlichem Austausch/Interaktion, Anwesenheit, Zuhören und aus einer Teilnahme an Zeremonien.

Der Modellfall zeigt die mögliche Umsetzung in der Pflegepraxis.

Die Analyse von Begriffen ist wichtig für die Pflegeforschung, Pflegewissenschaft sowie die Pflegepraxis. In der Pflegepraxis hilft es ein einheitliches Bild eines Begriffes zu etablieren, und so Missverständnisse in der Kommunikation zu vermeiden. Zudem wird auf das Thema Spiritualität in der akuten Versorgung von Patienten aufmerksam gemacht.

In der Pflegepraxis sollte ein professionelles Arbeiten angestrebt werden und so aus den neuesten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft Wissen entnommen werden. Spiritual Care zeigt eine neue Ebene sich auf Patienten einzulassen und erweitert so den Wissenshorizont.

Die Begriffsanalyse ist wichtig für die Erstellung von Instrumentarien. Die Ergebnisse der Begriffsanalyse verschaffen den Pflegewissenschaftlern ausgezeichnete Ausgangsbedingungen bei dem Versuch, ein neues Instrument zu schaffen oder ein Vorhandenes zu evaluieren. Um ein neues Instrumentarium zu schaffen, können die Punkte der Liste so spezifiziert werden, dass sie den wesentlichen Merkmalen des Begriffes entsprechen. (Walker und Avant; 2014; S.39)

Eine starke Evidenzgrundlage der standardisierten Pflegesprache wird durch die Begriffsanalyse unterstützt. (Walker und Avant; 2014; S.164)

Wenn ein Begriff klar definiert ist können Theorien gebildet und Forschungen leichter umgesetzt werden. Auf dem Gebiet der Wirksamkeit von Spiritual Care ist deshalb wichtig zu wissen, welche Definition von Spiritual Care vorherrscht und welche Pflegeintervention darunter verstanden wird.

Auch ein wesentlicher Gebrauch der Begriffsanalyse ergibt sich bei der Entwicklung oder Evaluation von Pflegediagnosen. (Walker und Avant; 2014; S.39)

Sie bildet die Grundlage für eine Pflegediagnose die den gesicherten Boden erhärteter theoretischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse verwendet.

Weil Begriffe die Bausteine der Theoriebildung sind, ist es entscheidend, dass sie eine solide Struktur haben. Wenn sich eine Theorie auf eine sorgfältige Begriffsanalyse stützt, werden alle, die diese Begriffe studieren oder auch in der Praxis anwenden, in der Lage sein, genau zu verstehen, was die in ihr enthaltenen Begriffe bedeuten und wie ihre Beziehung zueinander ist. (Walker und Avant; 2014; S.50)

Die Aussagekraft dieser Begriffsanalyse ist jedoch aufgrund verschiedener Gründe begrenzt. Zum einen wurde nur in einem Zeitraum von fünf Jahren recherchiert sowie nur in zwei Sprachen. Somit lässt sich nicht ausschließen dass weitere Definitionen vorhanden sind. Auch wurden kirchliche Ratgeber sowie allgemeine theologische Literatur nicht mit einbezogen. Dies könnte durchaus die Begriffsdefinition verändern.

Die Literaturbegutachtung wurde nur von einer Person vorgenommen, dies schränkt die Objektivität der Analyse ein. Die Betrachtung mehrerer Personen hätte zu einem anderen Ergebnis führen können. Dies hätte jedoch den Umfang dieser Arbeit überschritten.

Eine Begriffsanalyse ist immer etwas vorläufiges. (Walker und Avant; 2014; S.165)

Begriffe müssen aufgrund dessen regelmäßig überprüft werden.

Es gibt keine festen Regeln für eine erfolgreiche Durchführung der Analyse. Die Wahl des Begriffes ebenso wie die Vertrautheit mit der Fachliteratur können erheblichen Einfluss auf die Analyse haben. (Walker und Avant; 2014; S.52)

Der Forschungsstand zu Spiritual Care bestehen vor allem im deutschsprachigen Raum sehr gering, sodass viele offene Fragen herrschen. Zu klären wäre die Zuständigkeit welche Berufsgruppen dafür in Frage kämen. Derzeit scheint ein interprofessioneller Wettbewerb, ein regelrechter Kampf zwischen den Konfessionen und Religionsgruppen, den Haupt- und Ehrenamtlichen ausgebrochen zu sein.

Außer dem die Problematik in der Aus- und Weiterbildung.

Welche Kompetenzen für die Umsetzung von Spiritual Care benötigt werden ist auch ein heikles Thema. Reicht eine Wochenendfortbildung, Online Kurse, nur die allgemeine Offenheit gegenüber dem Thema oder braucht es professionelle Seelsorger? Die Begleitung kranker Menschen ist keine moderne Erfindung. Traditionen haben in den meisten Kulturen soziale und rituelle Muster im Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden entwickelt. Die christliche Krankenhausesseelsorge hat eine lange Geschichte von etwas mehr als vierzig Jahren in der modernen Institution Krankenhaus. Christliche Krankenhausesseelsorge betrachtet die derzeitigen boomenden Spiritual Care Ansätze entweder als Konkurrenz oder versucht sich selbst neu zu präsentieren. (Heller; 2014; S.71)

Dieser Zustand verursacht Konflikte und kann zu Unstimmigkeiten in einem interprofessionellen Team führen. Bei der Frage der Zuständigkeit muss auch immer die Frage der Finanzierung geklärt werden.

Ein weiteres Thema ist Spiritual Care für alle? Spiritualität wird in der Spiritual Care Literatur als Basisqualität des Menschen aufgefasst als eine Dimension oder Fähigkeit, die allen Menschen eigen ist daher wird Spiritual Care auch als Angebot für alle gefordert.

Wie die Umsetzung aussehen kann oder ob alle Patienten dies in Anspruch nehmen wollen ist offen.

Spiritual Care muss in der modernen Gesellschaft im Respekt vor der Entwicklung und dem Selbstverständnis individueller Menschen gründen. Dabei wird eine Offenheit gegenüber Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen wichtig sein. (Heller; 2014; S.34)

Das bedeutet dass alle die sich in Spiritual Care engagieren möchten nicht nur mit Fülle von Spirituellen Bedürfnissen mit und ohne Bindung an eine bestimmte Organisationform von Religionen konfrontiert sind, sondern auch das Desinteresse an Spiritualität ernst nehmen müssen.

Was ist dann die Aufgabe von Spiritual Care wenn ein Ablehnen von Spiritualität vorliegt?

Die Bedeutung der Spiritualität im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren zugenommen. Forscher und Praktiker nehmen die Spiritualität nun als ein Bedürfnis des Patienten wahr, das besondere Aufmerksamkeit erfordert, insbesondere bei interdisziplinären Versorgungsstrukturen. Dies ist ein guter Ansatz jedoch noch nicht ausreichend.

Anlage 1 Quellen und ihre Methoden

1.1 Studien und deren Definitionen

Quelle	Definition
Bone et Al. (Kanada)	Spiritual Care kann für verschiedene Menschen verschiedene Dinge bedeuten und kann in Bezug auf die Art und Weise gedacht werden, wie Individuen Sinn und Zweck suchen und ausdrücken und wie sie Verbindungen mit dem Moment, mit sich selbst, mit anderen, mit der Natur und mit anderen Dingen erfahren, die dazu gehören, sie sind bedeutend oder heilig. Religion ist eine Möglichkeit, Spiritualität auszudrücken.
Tan et Al. (Türkei)	Spiritual Care wird als Handlung angesehen, die Umarmung, Respekt, Trost, Zuhören, Hoffnung, Gebet und das Halten der Hand des Patienten beinhaltet (McSherry und Jamieson 2011). (Kanwal 2017, Kadourah, Abu-Shaheen und Al-Tannir 2018).
Chandramohan et Al. (Süd Afrika)	<p>Spiritual Care Aktivitäten in der Patientenversorgung: (Mcsberry; 2011): Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Krankenschwester und Patient.</p> <p>(Barlow; 2011): Bereitstellung und Ermöglichung eines unterstützenden spirituellen Umfelds.</p> <p>(Dunn; 2012): Sensibel auf die spirituellen und kulturellen Glaubenssysteme von Patienten und Familien reagieren.</p> <p>(Mahlungulu; 2004): Die Wichtigkeit der „Anwesenheit“ oder des therapeutischen Gebrauchs des Selbst anerkennen.</p> <p>(Miner-Williams; 2006): Demonstration der Fürsorge durch praktische Pflege; und</p> <p>(Mahon Graham; 2008): Einbeziehung der Spiritualität in den Pflegeplan. Krankenschwestern müssen bereit sein, geistig mit ihren Patienten zusammen zu sein, indem sie mit ihnen beten, bereit sind, mit ihnen zu sprechen, auf ihre geistigen Sorgen zu hören und zu versuchen, ihr Leiden zu lindern.</p>
Adib-Hajbaghery et Al.	Diese Fürsorge, die die Bedürfnisse des menschlichen Geistes erkennt und auf sie reagiert, wenn sie mit Trauma, Krankheit oder

(Iran)	<p>Trauer konfrontiert ist, und die das Bedürfnis nach Sinn, Selbstwert, Ausdruck, Glaubensunterstützung, vielleicht nach Riten, Gebet oder Sakrament beinhalten kann.</p> <p>Spirituelle Care kann auch als "intuitiver, zwischenmenschlicher, altruistischer und integrativer Ausdruck" definiert werden, der vom Bewusstsein des Personals für die transzendente Dimension des Lebens abhängt, aber die Realität des Patienten widerspiegelt.</p> <p>Cavendish et al. haben spirituelle Fürsorge als Fürsorgetätigkeiten definiert, die das spirituelle Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Menschen verbessern, indem sie ein Gleichgewicht zwischen den physischen, psychosozialen und spirituellen Aspekten des Lebens herstellen und das Gefühl von Integrität und Exzellenz sowie zwischenmenschliche Beziehungen verbessern.</p> <p>Gemäß Smeets 2006 umfasst Spiritual Care das Führen (Unterstützen von Menschen, um in ihrer gegenwärtigen Situation gute existenzielle Entscheidungen zu treffen), das Unterstützen (Unterstützen von Menschen, um die schwierige Situation zu ertragen und zu überwinden), das Versöhnen (Wiederherstellen zerbrochener Beziehungen zwischen einer Person und anderen Personen und zwischen einer Person und Gott) und Heilung (Wiederherstellung eines Zustandes der geistigen Ganzheit einer Person).</p> <p>Smeets betrachtet die Haupttätigkeit in der spirituellen Betreuung als Anleitung, in dem Sinne, Menschen dazu zu bringen, Entscheidungen auf der Grundlage einer Weltanschauung zu treffen und auf diese Weise ihr autonomes spirituelles Funktionieren zu fördern.</p>
Epstein-Peterson et Al. (USA)	<p>Spiritual Care kann viele Formen annehmen, einschließlich Anamnese, Überweisung zur Krankenhausseelsorge, der Einladung zum Gespräch unter anderem über Religion und Spiritualität. Spiritual Care drückt sich in den Überzeugungen, Praktiken und Bedürfnissen des Patienten aus.</p>
Van der Geer et Al. (Niederlande)	<p>Spirituelle Ressourcen der Patienten erkennen, Patienten zu begleiten, Überweisung von Patienten zu Spezialisten (in Krisen), Selbstreflexion und Offenheit gegenüber Spiritualität.</p>
Rihari et Al. (Iran)	<p>Spirituelle Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen, Menschen bei der Suche nach Sinn und Ziel zu unterstützen. Akzeptanz des gegenüber sowie Hoffnung und Entspannung des Patienten zu fördern.</p>

Rushton (UK)	(Grant; 2004): Spiritual Care besteht darin zuzuhören, zulachen, zu berühren und Zeit mit dem Patienten zu verbringen. Spirituelle Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen so wie sensibel und respektvoller damit Umzugehen.
Alquwez et Al. (Saudi-Arabien)	Spiritual Care wird als Pflegeintervention definiert, die die spirituellen Bedürfnisse des Patienten sowie dessen Angehörigen berücksichtigt.
Abu-El-Noor (Gasastreifen Palästina)	Spirituelle Fürsorge, die tief in die Pflege eingebettet ist, beinhaltet Respekt, Fürsorge, Liebe, volle Präsenz und Unterstützung bei der Suche nach Sinn.
Damari et Al. (Iran)	Spirituelle Care wird beschrieben als Bedürfnisse wahrnehmen, sie zu diskutieren egal ob mit Pflege oder Ärzteschaft, geistige Fürsorge zu suggerieren, den Menschen als dreiteilig anzusehen mit Körper Geist und Seele. Die Pflegenden / Ärzte sollten die Praktiken des Patienten, um spirituelles Gleichgewicht zu erhalten kennen.

1.2 Wörter-Fachbücher und deren Definitionen

Quelle	Definition
Kruse in Spiritual Care (von Roser) S.13	Organisation gemeinsamer Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben
Kellehear in Spiritualität und Spiritual Care (von Heller) S.12	Spiritual Care wird häufig als eine Abfolge psychologischer „Assessments“ und Interventionen beschrieben. Es handelt sich um eine verbale Tätigkeit, vielleicht eine Übung in Selbstmitteilung oder eine Art von Beratung.
Holder-Franz mit Bezug auf Saunders	Spiritual Care heißt auch, Raum zu schaffen, um Ängste äußern zu dürfen. Trauer, Sorge und Wut, Schuld nicht verstecken zu müssen.

Anlage 2 Bewertung der Studien

Nach Brandenburg, Panfil, Mayer und Schrems

(-) entspricht nicht erfüllt/erwähnt (0) teilweise erfüllt und (X) erfüllt

	Problematik	Forschungsfrage	Design	Literaturanalyse	Stichprobe	Methoden der Datenerhebung	Ethik	Analyse	Ergebnisse	Diskussion	Übertragbarkeit
Bone et Al. (Kanada)	0	X	X	-	X	X	-	X	X	X	0
Tan et Al. (Türkei)	X	X	X	-	X	0	-	0	0	0	0
Chandramohan et Al. (Süd Afrika)	X	X	0	X	0	0	-	X	X	X	-
Adib-Hajbaghery et Al. (Iran)	X	0	X	-	X	X	X	X	X	X	-
Epstein-Peterson et Al. (USA)	X	X	X	-	X	X	0	X	X	X	X
Van der Geer et Al. (Niederlande)	X	X	X	-	X	0	X	X	0	X	X
Rihari et Al. (Iran)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rushton (UK)	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X	-
Alquwez et Al. (Saudi-Arabien)	X	X	X	-	X	X	X	0	0	X	0
Abu-El-Noor (Gasastreifen Palästina)	X	X	X	-	0	0	-	0	0	X	0
Damari et Al. (Iran)	X	X	0	-	0	0	-	0	0	X	-

Anlage 3 Literatur

3.1 Studien

Abu-El-Noor N.; (2016); ICU Nurses' Perceptions and Practice of Spiritual Care at the End of Life: Implications for Policy Change; The Online Journal of Issues in Nursing; Band 21

Adib-Hajbaghery M.; Zehtabchi S.; Azizi Fini I.;(2014); Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014; SAGE; Nursing Ethics 2017; Band 24 (4)

Alquwez N.; Almazan J.; Alharbi S.; Catimbang C.; Rivera P.; Cruz J.; (2019); Workplace Spiritual Climate and Its Influence on Nurses' Provision of Spiritual Care in Multicultural Hospitals; Religions; Band 10; Heft 2; S. 1-15

Bone N.; Swinton M.; Hoad N.; Toledo F., Cook D.; Critical Care Nurses Experiences With Spiritual Care: The SPIRIT Study; (2018); American Journal of Critical Care; Band 27; S. 212-219

Chandramohan S.; Bhagwan R.; (2016); Utilization of Spirituality and Spiritual Care in Nursing Practice in Public Hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa; Religions; Band 7; Heft 3, S.1-1

Damari B.; Hajebi A.; Bolhari J.; Heidari A.; (2018); Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran; Indian Journal of Palliative Care; Band 24 (2); S. 145-149

Epstein-Peterson Z.; Sullivan A.; Enzinger A.; Trevino K.; Zollfrank A.; Balboni M.; Vander-Weele T.; Balboni T.; (2015); Examining Forms of Spiritual Care Provided in the Advanced Cancer Setting; SAGE American Journal of Hospice & Palliative Medicine; Band 32 (7)

Rihani S.; Goudarzi F.; Hasanvand S.; Abdollahzaadeh H.; Ebrahimzadeh F.; Dadvari Z.; (2018); Assessing the Effect of Spiritual Intelligence Training on Spiritual Care Competency in Critical Care Nurse; Journal of Medicine an Life; Band 11 (4); S. 346-354

Rushton L.; (2014); What are the barriers to spiritual care in a hospital setting?; British Journal of Nursing; Band 23; Ausgabe 7

Tan M.; Ozdlikara A.; Polat H.; (2018); An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care amog Turkey Nurses; Internationale Journal of Caring Sciences; Ausgabe 2 Mai-August; Band 11; S. 1312

Van de Geer J.; Groot M.; Andela R.; Leget C.; Prins J.; Zock H.; (2017); Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes: Results of a quasi-experimental study; SAGE Palliative Medicine; Band 31 (8)

3.2 Zitierte Definitionen

Barlow A.;(2011); Spirituality in nursing; School Nursing News

Cavendish R.; Konecny L.; Mitzeliotis C.; et al.; (2003); Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) S. 113–124.

Dunn L.; (2012); Spirituality and Nursing: Personal Responsibility; Journal of Rural Nursing and Health Care; Band 8; S. 3–4

Grant D.; (2004); Spiritual interventions: how, when and why nurses use them; Holist Nurse Practitioner Band 18 (1); S. 36–41

Kaddourah B.; Abu-Shaheen; A.; Al-Tannir M.; (2018); Nurses perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh; Saudi Arabia; A cross-sectional study; Oman Medical Journal; Band 33 (2); S. 154-158

Kanwal. N.; Afzal. M.; Kousar R.; Waqas A.; Gilani S.A.; (2017); Assess spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospital lahore; Pakistan; Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences; Band 3(6); S. 596-607

Mahlungulu S.; Uys L.; (2004); Spirituality in nursing: an analysis of the concept; Curationis; Band 27; S. 15–26

Mahon Graham P.; (2008); Nursing Students Perception of How Prepared they are to Assess Patient's Spiritual Needs; College of Saint Mary; USA

McSherry W.; Jamieson S.; (2011); An online survey of nurses perceptions of spirituality and spiritual care; Journal of Clinical Nursing; Band 20 (5); S. 1757–1767

Miner-Williams D.; (2006); Putting a puzzle together: Making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework; Journal of Clinical Nursing; Band 15; S. 811–821

Smeets W.; (2006); Spiritual care in a hospital setting: an empirical-theological exploration; Leiden: Brill Publishers

3.3 Wörter und Fachbücher

Frick E.; Roser T.; (2011); Spiritualität und Medizin gemeinsame Sorge für den kranken Menschen; 2. Aktualisierte Auflage; Kohlhammer

Kellehear A., (2014); Geleitwort; in: Heller, B. und Heller, A.; (Hgg): Spiritualität und Spiritual Care; 1. Auflage; Hans Huber.

Kruse A.;(2017); Begleitwort; in: Roser T.; N. u.a. (Hgg): Spiritual Care Der Beitrag von Seelsorge zum Gesundheitswesen; 2. Erweiterte und aktualisierte Auflage; Kohlhammer; S. 13

Holder-Franz M.; (2014); Cicely Saunders und die Bedeutung von Spiritualität für die moderne Hospizbewegung; in: Feinendegen; N. u.a. (Hgg): Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende; S. 213-234

3.4 Andere

Baumgärtel, F. und Al-Abtah, J.; (2015); Pflege: I care. Stuttgart; Thieme.

Brandenburg, H.; Panfil, E-M.; Mayer, H.; Manzei, A.; Schnell, M.; Schnepf, W.; Simon, M.; (2013); Pflegewissenschaften 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung; 2.volständig überarbeitete Auflage; Hans Huber.

Brandenburg, H.; Panfil, E-M.; Mayer, H.; Schrems B.; (2018); Pflegewissenschaft 2; Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methode der Pflegeforschung; 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage; Hogrefe

Charbonnier R.; (2010); Seelsorge in der Palliativversorgung; in: Burbach; C.; (Hgg); Bis an die Grenze. Hospizarbeit und Palliative Care; Göttingen.

Heller, B. und Heller, A.; (2014); Spiritualität und Spiritual Care; 1. Auflage; Hans Huber.

Herdman T.H.; Kamitsuru S.; (Hgg); (2018-2020); NANDA International Pflegediagnosen; 1. Auflage; Recom.

Karle I.; (2010); Perspektiven der Krankenhauseelsorge, eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care ; Wege zum Menschen; Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

Kelly, E.; (2012); Competences in spiritual care education and training; In Cobb M.; Puchalski C., & Rumbold B. (Hgg.); Oxford textbook of spirituality in healthcare; Oxford; Oxford University Press.

Moher D.; Liberati A.; Tetzlaff J.; Altman DG.; The PRISMA Group.; (2009); Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses; The PRISMA Statement; PLoS Med 6(7): e1000097

Paal, P; et. al.; (2015); Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review; München: Ludwig-Maximilian-Universität; in Journal of Pastoral Care & Counseling; Sage.

Panfil, E.; (2015); Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege; 2. Auflage; Hans Huber.

Plieth M.; (2019); Veranstaltung Spiritualität in der Pflege; Vertiefung: Angewandte Pflegewissenschaften im Setting der Palliative Care; Evangelische Hochschule Nürnberg

Pospiech, U; (2017); Wie schreibt man wissenschaftliche Arbeiten?; Berlin; Dudenverlag.

Puchalski, C.; Ferrell, B.; Virani, R.; Otis-Green, S.; Baird, P.; Bull, J.; et al.; (2009); Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care; The Report of the consensus conference; George-Washington-Institute for Spirituality and Health; The George Washington University; Washington; J Palliat Med.

Walker, L. und Avant K.; (2014); Theoriebildung in der Pflege; Ullstein Medical.

Weiber, E.; (2014) Spiritualität und Würdeempfinden; Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende, in Feinendegen, et al.; (Hgg.): Menschliche Würde und Spiritualität; Würzburg; Königshaus und Neumann.

Anlage 4 Eidesstattliche Erklärung

Hinweis zur Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den Angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorenInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angaben der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers