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 Bachelorthese 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.


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

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
1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung


\(^1\) Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit gilt in dieser Arbeit die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter


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 Forschungsresultate 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** liegebedürftige: 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


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.

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 Riten 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


2.3 Pflegekonzept Coping


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.

2.3.1 Das Konzept Coping in Bezug auf die Fragestellung


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.)

- **Problembewältigungsverhalten:** Bei diesem Bewältigungsverhalten 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.)


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 (Weiher, 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


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

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


3.2 Suchstrategie

Die Recherche in Büchern und Internet bot die Grundlage für die vorliegende Bachelorarbeit. 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

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 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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Autor/Innen</th>
<th>Titel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Balboni, T. A., Paulk, M. A.,</td>
<td>Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death</td>
</tr>
<tr>
<td>Balboni, M. J., Phelps, A. C.,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Loggers, E. T., Wright, A. A.,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Block, S. D., Lewis, E. F.,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Peteet, J. R. &amp; Prigerson, H. G.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(2009)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Balboni, T. A., Vanderwerker,</td>
<td>Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life</td>
</tr>
<tr>
<td>L. C., Block, S. C., Paulk, E.,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lathan, C. S., Peteet, J. R. &amp;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Delgado-Guay, M. O., Hui, D.,</td>
<td>Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management</td>
</tr>
<tr>
<td>Parsons, H. A., Govan, K., De</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>la Cruz, M., Thorney, S. &amp; Bruera E. (2012)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(ausgeschlossene Studie)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 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


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 Palliativepatienten ihren religiösen Glauben, um ihre Krankheit zu bewältigen. Bei 230 Palliativepatienten 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.

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>negative Korrelation</th>
<th>positive Korrelation</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>spirituelles Wohlbefinden</td>
<td>mit allen Domänen der Lebensqualität:</td>
</tr>
<tr>
<td>• Depression (P=0,000)</td>
<td>• Körperliches Wohlbefinden (P=0,000)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Angst (P=0,000)</td>
<td>• Wohlbefinden in soz. Umfeld (P=0,000)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Fatigue (P=0,002)</td>
<td>• Emotionales Wohlbefinden (P=0,000)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Stress (P&lt;0,001)</td>
<td>• Familiäres Wohlbefinden (P=0,000)</td>
</tr>
<tr>
<td>• beeinträchtigtes Erinnerungvermögen (P&lt;0,001),</td>
<td>• Palliatives Wohlbefinden (P=0,000)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Appetitverlust (P=0,004),</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Schläfrigkeit (P=0,004),</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Mundtrockenheit (P=0,006)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Traurigkeit (P&lt;0,001)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Gemütslage (P&lt;0,001)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Arbeit (P&lt;0,001)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Beziehungen (P&lt;0,001)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Lebensfreude (P&lt;0,001)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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


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.


5.1.2 Ergebnisse in Bezug auf das Konzept Lebensqualität


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.

5.2 Qualität der Ergebnisse


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

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 eingelesen 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.

6.2 Empfehlungen für die Pflegepraxis und weiterführende Forschungen


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.


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 Bachelor niveau 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


# 9. Anhang

## A. Suchprotokoll

### Suchvorgang der Datenbank MEDLINE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Kombinationen der Suchbegriffe</th>
<th>Treffer</th>
<th>Relevante Treffer</th>
<th>Autor&amp;Jahr der Relevanten treffer</th>
<th>Definitiv eingeschlossene Studien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>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., Calabrrese, M., Parks, V., Gatto, M. 2005</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Date</td>
<td>Spirituality AND palliative care AND coping</td>
<td>Score</td>
<td>Score</td>
<td>Score</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>--------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30.1.2013</td>
<td>-</td>
<td>39</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study

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
## Suchvorgang der Datenbank PubMed

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Kombinationen der Suchbegriffe</th>
<th>Limiten</th>
<th>Treffer</th>
<th>Relevante Treffer</th>
<th>Autor &amp; Jahr der Relevanten treffer</th>
<th>Definitiv eingeschlossene Studien</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Englisch:***

- "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" Büssing A., Matthiasen, P.F. & Ostermann T. 2005
- "Search for Meaningful Support and the Meaning of Illness in German Cancer Patients" Büssing A., Matthiasen, P.F. & Ostermann T. 2005

<table>
<thead>
<tr>
<th>Title</th>
<th>Authors</th>
<th>Year</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients</td>
<td>McClain, C. S., Rosenfeld, B., Breitbart, W.</td>
<td>2003</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Suchvorgang der Datenbank Cinahl

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Kombinationen der Suchbegriffe</th>
<th>Limiten</th>
<th>Treffer</th>
<th>relevante Treffer</th>
<th>Autor &amp; Jahr der relevanten Treffer</th>
<th>Definitiv eingeschlossene Studien</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Publication Type: Research Age Groups: All Adult Special Interest: Palliative/Hospice Care</td>
<td></td>
<td></td>
<td>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. &amp; Prigerson, H. G. 2008</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Quality of life at end of life: spirituality and coping mechanisms in terminally ill patients Scobie, G. &amp; Caddell, C. 2005</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel Bliderman, C. D. &amp; Cherny, N. I. 2005</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Date</td>
<td>Title</td>
<td>Authors</td>
<td>Year</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Suchvorgang der Datenbank

**NICE (NHS Evidence)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Kombinationen der Suchbegriffe</th>
<th>Limiten</th>
<th>Treffer</th>
<th>Relevante Treffer</th>
<th>Autor &amp; Jahr der Relevanten Treffer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>26.12.2012</td>
<td>Spirituality AND palliative care AND coping AND quality of life AND neoplasms</td>
<td>3 Jahre, Types of information: Primary Research</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
B. Prismaflow-Diagramm

Prismaflow-Diagramm Suche Medline

Suchbegriffe:
Spirituality AND palliative care AND quality of life
(n = 118)

relevante Volltext Artikel
(n = 5)

zusammengefasste und beurteilte Artikel
(n = 3)

In die Literaturanalyse integrierte Artikel
(n = 3)

unpassende Artikel
(n = 113)

ausgeschlossene Volltext Artikel
(n = 2)
Suchbegriffe: (("Spirituality"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] (n = 61)

relevant Artikel (n = 6)

zusammengefasste und beurteilte Artikel (n = 4)

In die Literaturanalyse integrierte Artikel (n = 4)

unpassende Artikel (n = 55)

Suchbegriffe: (("Adaptation, Psychological"[Mesh]) AND "Spirituality"[Mesh]) AND "Palliative Care"[Mesh] (n = 55)

relevant Artikel (n = 1)

zusammengefasste und beurteilte Artikel (n = 1)

In die Literaturanalyse integrierte Artikel (n = 1)

unpassende Artikel (n = 54)

ausgeschlossene Volltext Artikel (n = 0)
Suchbegriffe: spirituality (in all text) AND palliative care (in all text) AND quality of life (in all text) AND coping (in all text) 
(n = 13)

relevante Volltext Artikel 
(n = 4)

zusammengefasste und beurteilte Artikel 
(n = 3)

In die Literaturanalyse integrierte Artikel 
(n = 2)

Suchbegriffe: spirituality (in all text) AND palliative care (in all text) AND quality of life (in all text) 
(n = 55)

relevante Volltext Artikel 
(n = 4)

zusammengefasste und beurteilte Artikel 
(n = 1)

In die Literaturanalyse integrierte Artikel 
(n = 1)

unpassende Artikel 
(n = 9)

ausgeschlossene Volltext Artikel 
(n = 1)

unpassende Artikel 
(n = 51)

ausgeschlossene Volltext Artikel 
(n = 3)

unpassende Artikel 
(n = 1)
C. Zusammenfassungen der eingeschlossenen Studien nach alphabetischer Reihenfolge

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

| Autoren   | 1. Jina Kang,                                      |
|          | 2. Dong Wook Shin,                                 |
|          | 3. Jin Young Choi,                                  |
|          | 4. Chang Hae Park,                                  |
|          | 5. Young Ji Baek,                                   |
|          | 6. Ha Na Mo,                                        |
|          | 7. Mi Ok Song,                                      |
|          | 8. Shin Ae Park,                                    |
|          | 9. Do Ho Moon,                                      |
|          | 10. Ki Young Son                                    |

| Jahr      | 2011                                               |

| Setting   | stationäres Palliativepflegesetting, Palliative-care Center, Korea |

| Stichprobe| nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung |
|           | 1. Pat. mit Krebs im Endstadium                 |
|           | 2. Pat. ist seit mindestens 72 Stunden in der Palliativepflege Station |
|           | 3. Pat. sind mind. 18 Jahre alt, haben keine mentale Einschränkung |
|           | → 94 Pat. aus 33 verschiedenen Institutionen    |

| Studientyp| Multi-center, cross-sectional-studie, (Querschnittsstudie) |

| Studienziel| Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität |

| Datenerhebung| Fragebogen, welche die Pat. unter Anleitung von Studenten ausgefüllt haben. |


| Analyse-methode| Statistische Verfahren: Regressionsanalyse |
**Resultate**

-Demographische Daten: Altersdurchschnitt: 59,6, 53 Männer, 41 Frauen, Religion: 44 Protestanten, 11 Buddhisten, 19 Katholiken, 2 Andere, 18 Keine

-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

-Pat., deren Bedürfnisse aufgenommen wurden, hatten einen signifikant höheren Lebensqualitäts Wert als die anderen (69,44 vs 52,78, p=0,003)

**Limiten**

Es wurden keine Detailinformationen über die Art erhoben, wie sich das Pflegepersonal den spirituellen und religiösen Bedürfnissen angemommen hat. Durch die grosse Anzahl an verschiedenen Institutionen und die daran gemessene, kleine Stichprobe können die Resultate der Studie falsche negative-Resultate aufweisen.
**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"*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2009</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>7 ambulante Standorte in den USA (darunter Krebsinstitute, Krebszentren, Krebskliniken)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Stichprobe | *• von 944 geeigneten Patienten, nahmen schlussendlich 343 an der Studie teil.  
• Einschlusskriterien:  
  - Diagnose von fortgeschrittenem Krebs (außer solche mit einer Prognose <1 Jahr)  
  - Scheitern der First-Line-Chemotherapie oder mit dem Vorhandensein von Metastasen  
  - Alter ≥ 20 Jahre  
  - Anwesenheit einer informellen (unbezahlten) Pflegeperson  
  - ausreichende Ausdauer um das Interview abzuschliessen  
• Ausschlusskriterien:  
  - Pflegepersonen und Patienten mit einem Delirium oder mit Demenz, oder solche, die nicht Englisch oder Spanisch sprechen konnten* |
| Studientyp | Prospektives, quantitatives Studiendesign, Querschnittsstudie |
| Studienziel | Folgende Hypothesen werden überprüft:  
• *Spirituelle Pflege* geht mit einer besseren Lebensqualität der Patienten und einer weniger aggressive Pflege vor dem Tode einher.  
• Der Zusammenhang von spiritueller Pflege und diesen Ergebnissen am Ende des Lebens würden unter denjenigen, die eine hohe religiöse Bewältigung aufweisen am höchsten sein. |
| Datenerhebung | 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.  
Baselinemessungen:
### Variablen für spirituelle Pflege: Einschätzung durch Patienten und Fragen

- Religiöse Variablen: Einschätzung der Patienten und Pargament's Brief Religious Coping Scale (RCOPE)
- Andere Basis-Variablen: The McGill Quality of Life-Fragebogen, Karnofsky performance status und weitere
- Resultate am Ende des Lebens: Interview mit Pflegepersonen mit drei Items (psychologischer und physischer Stress sowie Lebensqualität Nahe des Todes)

### Ethische Aspekte

- Schriftliche, informierte Zustimmung der Teilnehmer
- von den teilnehmenden Zentren, vom Ausschuss für menschlichen Probanden genehmigt

### Analyse-Methode

- $x^2$-testing: um die Beziehung der geistigen Unterstützung des medizinischen Teams und mit dem Erhalt der Seelsorgedienstes zu vergleichen
- logistische Regression: um die Beziehung von Variablen der spirituellen Pflege mit der Pflege am Ende des Lebens und Lebensqualität nahe des Todes aufzuzeigen
- simultaneous multivariable logistic regression models: beurteilt die Beziehungen der Variablen der spirituellen Pflege am Ende des Lebens Pflegemaßnahmen
- simultaneous multivariable linear regression models: um das Verhältnis der Variablen der spirituellen Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens aufzuzeigen
- Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet.
  Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als .05. ange- setzt.

### Resultate

- 60% der Teilnehmer erzählten, dass ihre spirituellen Bedürfnisse minimal oder nicht unterstützt wurden, 54% erhielten keine seelsorgerische Betreuung.
- Der Lebensqualitätswert der Patienten nahe des Todes betrug 19.0 (Standard Deviation=7.9).
- Patienten, deren spirituellen Bedürfnisse weitgehend oder vollständig durch das medizinische Team unterstützt wurden, nahmen eher Hospizpflege am Ende des Lebens in Anspruch.
- Spirituelle Unterstützung aus dem medizinischen Team war nicht mit dem Erhalt von aggressiver Pflege am Lebensende verbunden.
- 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.
- 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).
- 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 Lebens zu erhalten als im Vergleich mit jenen, die keine spirituelle Unterstützung erhielten.

- 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.

- Erhalt der Seelsorge Dienstleistungen wurde mit besserer Lebensqualität nahe des Todes verbunden. Im bereinigten (P=0.003) und unbereinigten (P=0.02) Modelle.

- bei Patienten, welche spirituelle Unterstützung von medizinischen Betreuer erhielten, wurde mit verbesserter Lebensqualität der Patienten kurz vor dem Tod assoziiert (P=0.03).

- Bereinigte Nahtod-Lebensqualität-Schätzungen ergaben deutlich höhere Lebensqualitätswerte bei denjenigen, die Seelsorge erhielten.

- Erhalt von Seelsorge wurde mit besseren Nahtod-Lebensqualität-Werten in den beiden, niedrige (P = 0,003) und hohe religiöse Coping-Patienten, assoziiert (P = 0,006).

**Limiten**

- Generalisierbarkeit der Studie auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte ist umstritten.

- Patienten beurteilten die Unterstützung ihrer geistigen Bedürfnisse, ohne eine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung.

- Undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung.
Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2004</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>2 Hospize (Sterbekliniken) in den USA (midwestern region). Teilnehmer wurden aus zwei lokalen Hospizprogrammen rekrutiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Exploratives quantitatives Querschnittdesign, Korrelationsstudie</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>5 verschiedene Fragebögen. Die Fragen wurden wortwörtlich vorgelesen und die Antworten sofort aufgenommen. Die Daten wurden bei den Teilnehmern zu Hause gesammelt.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• McGill Quality of Life Questionare: um die Lebensqualität zu messen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Spiritual Well-Being Scale: um die Spiritualität zu messen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: um die Schmerzintensität zu messen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Estern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: um die physische Leistungsfähigkeit zu messen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• The Medical Outcome Study Social Support Survey: um die multidimensionalen Aspekte der sozialen Unterstützung zu messen</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse-Methode</td>
<td>• Pearson correlations: um die Beziehung zwischen den abhängigen (Lebensqualität der Patienten) und unabhängigen Variablen (Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung) zu untersuchen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Regression analysis: um demografische und um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausfindig zu ma-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Resultate

- die drei häufigsten Beschwerden der lästigen Symptome waren Schmerzen (55,7%), Fatigue (47,5%) und Kurzatmigkeit (26,2%).
- mit der Pflegeperson zusammenzuleben war der einzige demografische Faktor, welcher mit Lebensqualität assoziiert wurde. Jene, die mit der Pflegeperson zusammenlebten, hatten eine geringer Lebensqualität als jene, die nicht mit der Pflegeperson zusammenlebten (P<0.01).
- Die Lebensqualität der Patienten war signifikant zusammenhängend mit der Schmerzintensität, Spiritualität und der sozialen Unterstützung. Physische Leistungsfähigkeit hatte keinen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität (P=0.32).
- Spiritualität, Schmerzen, physische Leistungsfähigkeit und soziale Unterstützung (unabhängige Variablen) hatten als "Set" einen signifikanten Zusammenhang mit der Lebensqualität (P=0.001).
- Das Zusammenleben mit der Pflegeperson (P=0.01), Spiritualität (P=0.01) und soziale Unterstützung (P=0.04) stellen einen statistisch signifikanten Beitrag zur Lebensqualität dar.

### Limiten

- Die Methode der Datenerhebung führte zu wenigen fehlenden Daten.
- Die Stärke des Sammelns von Daten direkt von den Teilnehmern bedeutete auch, dass diese Probe auf diejenigen bewegt war, die gesund genug waren, um befragt zu werden.
- Die meisten Teilnehmer waren weiß und alle kamen aus zwei lokalen Hospiz-Programmen aus einem einzigen Stadtgebiet.
- Erkenntnisse sind möglicherweise nicht auf die verschiedenen kulturellen und ethnischen Gruppen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar.
## Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with advanced cancer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren</th>
<th>N. Tarakeshwar, L. C. Vanderwerker, E. Paulk, M. J. Pearce, S. V. Kasl &amp; H. G. Prigerson,</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2008</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>Onkologisches Palliativpflegesetting, vier Spitäler, zweit in Connecticut, eines in New York, eines in Texas, USA</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Querschnittsstudie (cross-sectional study)</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>Ziel: Aufzeigen, welche Verbindung zwischen positivem/negativem Religiösem Coping und der Lebensqualität (QOL) besteht. Hypothese: positives religiöses Coping wird mit besserer QOL, negatives religiöses Coping mit einer schlechteren QOL assoziiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>45 minütige, strukturierte Interviews Quality of life: McGill QOL Questionnaire (Cronbach α = 0,62-0,81) Religious Coping: positive religious Coping: Multidimensional measure of Religion/Spirituality (MMRS) (α=0,97), negative religious Coping: Brief Measure of Religious Coping (RCOPE) (α=0,73) Selbstwirksamkeit: The General Self-Efficacy Scale (α=0,87) Aktueller Gesundheitsstatus: Zubrod Performance Scale Demographische Daten</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Informierte Zustimmung der Patienten, alle Protokolle und kontakt Dokumente wurden vom Human subject Komitee genehmigt</td>
</tr>
<tr>
<td>Analysemethode</td>
<td>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 X²)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
für Ethnie und Geschlecht, Korrelationsanalysen für Alter, Bildungsgrad und die Schlüsselvariablen
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 religiösem Coping auf die QOL getestet)

**Resultate**

**Demographische Daten:** (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)

**Prävalenz von positivem/negativem religiösem Coping in Bezug auf Ethnie und Geschlecht:** (Frauen: mehr positives Coping (t=-2,05, p=-0,042)), (dunkelhäutige: mehr positives r. Coping (t=-4,34, p=0,000)) und weniger negatives r. Coping (X²=10,95, p=0,001)) (Leute mit höherer Schulbildung verwenden beides weniger, (positives r. Coping (r=-0,23, p=0,003) negatives r. Coping (r=0,17, p=0,025).

**QOL in Bezug auf Ethnie und Geschlecht:** (Männer haben bessere psychologische QOL (t=2,45, p=0,015)), (dunkelhäutige haben bessere existenzielle QOL (t=-2,96, p=0,004)), (bessere Schulbildung hat einen Zusammenhang mit besserer psychologischer QOL (r=0,17, p=0,025))

**Religiöses Coping und QOL:**

**Positives r. Coping:** (positives r. Coping hängt mit Verbesserung der gesamten QOL zusammen (p=0,043), (vermehrter Gebrauch von positivem r. Coping hängt mit Verbesserung der existenziellen QOL (p=0,005) und Verbesserung des Support (p=0,001) zusammen) (positives r. Coping hatte auch eine Zusammenhang mit mehr körperlichen Symptomen (p=0,009)

**negatives r. Coping:** (negatives r. Coping hängt mit schlechterer gesamten QOL zusammen(p=0,046), (grösseres negatives r. Coping hängt mit niedrigerer psychologischer QOL (p=0,0016) und niedrigerer existenzieller QOL (p=0,011) zusammen.)

**Limiten**

Durch das Design lässt sich nicht erschliessen, ob das Coping die QOL beeinflusst, oder umgekehrt, Die Stichprobe setzt sich aus vor allem Hellhäutigen zusammen.
Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life

**Autoren**  

**Jahr**  
2006

**Setting**  
Krebszentren, Krebsklinik, Palliativpflegedienst (in den USA)

**Stichprobe**  
Von 538 angefragten Personen nahmen schlussendlich 230 teil.  
Einschlusskriterien:  
- Diagnose von fortgeschrittenem Krebs (ausser solche mit einer Prognose <1 Jahr)  
- Scheitern der First-Line-Chemotherapie  
- Diagnose von einem beteiligten Gebiet  
- Alter ≥ 20 Jahre  
- identifizierte unbezahlte Pflegende  
- ausreichende Ausdauer um das Interview abzuschliessen  
Ausschlusskriterien:  
- Pflegende von Patienten, mit einem Delirium oder mit Demenz, oder solche, die nicht Englisch oder Spanisch sprechen konnten, wurden ausgeschlossen

**Studientyp**  
Quantitatives Studiendesign, Querschnittstudie

**Studienziel**  
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

**Datenerhebung**  
Interview  
- Religiöses Coping: wurde ermittelt mittels dem Pargament`s Brief RCOPE  
- Lebensqualität: Der McGill Quality of Life - Fragebogen wurde hierfür gebraucht  
- Andere Patientenvariablen: mittels Informationen der Patienten und Ärzte
Die Studie wurde von jeder lokalen Ethikkommission genehmigt. Informierte Zustimmung der Patienten.

### Analysemethode
- **McNemar`s Test**: um Religiosität/Spiritualität vor und nach der Krebsdiagnose zu vergleichen.
- **Lineare Regression**: um die Beziehung von Stress und Alter der Religiosität aufzuzeigen.
- **Lineare Regression**: um die Assoziation von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Lebensqualität aufzuzeigen.
- **Univariate Modelle**: um die Haupeffekte von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Religiosität, positivem und negativem religiösen Coping und einzelnen demografischen Faktoren aufzuzeigen. Zudem um die Haupeffekte von Religiosität und anderen demografischen Faktoren aufzuzeigen.
- **Multivariate Analyse-Modelle**: enthielten gleichzeitig alle univariaten Variablen und um die Beziehung von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und Lebensqualität aufzuzeigen.
- **Logistische Regression**: um die Beziehung von Religiosität und Präferenzen von Lebensverlängerungsmassnahmen, Präsenz von Lebenswollen und der Vorsorgevollmacht und eines Abschlusses eines nicht wieder zu beleben Auftrages aufzuzeigen.

### Resultate
- 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.
- Afroamerikaner (89%) und Lateinamerikaner (79%) beschrieben eine höhere Wichtigkeit der Religion als Weiße (59%; P=0.001 und P=0.03)
- zunehmendes Leiden der Patienten ist zusammenhängend mit zunehmender Religiosität (P=0.01)
- das Alter war nicht assoziiert mit der Religiosität (P=0.53)
- 56% besuchten ein- oder mehrmals im Monat einen religiösen Service, was nach der Diagnose Krebs auf 44% abnahm (P=0.0002)
- Private religiöse und spirituelle Aktivitäten wurden mindestens von 47% vor ihrer Diagnose und von 61% nach der Diagnose praktiziert (P<0.0001)
- 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.
- Afroamerikaner werden von religiösen Gemeinschaften mehr unterstützt als Weiße (P<0.0001) und Lateinamerikaner (P=0.005).
- 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.
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.

Die Multivariate Analyse zeigte, dass eine höhere ganzheitliche spirituelle Unterstützung positiv mit der Lebensqualität der Patienten assoziiert war (P=0.0003).

In der Multivariaten Analyse wurde zunehmende Religiosität negativ mit Massnahmen zur Verlängerung der Lebensdauer assoziiert.

In der univariaten Analyse wurde wachsende Religiosität negativ assoziiert mit dem Bestehen von Lebenswillen und der dauerhaften Vollmacht.

In der Multivariaten 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Limiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Potentielle Einflüsse von selektionierten Verzerrungen: Vor allem aufgrund der Möglichkeit der Unterschiede von der Religiosität und der Spiritualität zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Grund für die Nichtteilnahme bietet ein weiteres Potential für eine selektionierte Verzerrung (z.B. weil die Personen nicht religiös oder spirituell waren).</td>
</tr>
<tr>
<td>Das Studiendesign (Querschnittstudie) limitiert die Interpretation der Beziehung zwischen der spirituellen Unterstützung und der Lebensqualität zu einer Hypothesen-generierenden Assoziation.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation**

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Autoren</strong></th>
<th>Hills J., Paice J. A., Cameron J. R., Shott S.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Jahr</strong></td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Setting</strong></td>
<td>stationäres Palliative Pflegesetting, akademisches-medizinisches Zentrum, Illinois, USA</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Stichprobe**    | 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 |
| **Studientyp**    | Pilotstudie                                    |
| **Studienziel**   | Den Zusammenhang zwischen Spiritualität, religiösem Coping und Stresssymptomen bei stationären palliativ Patienten erforschen |
| **Datenerhebung** | Fragebogen/Interview, 41 min., durchgeführt von Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten |
| **Ethische Aspekte** | Studie wurde von Überprüfungskomitee anerkannt, Informierte Zustimmung wurde von Pat. eingeholt |
| **Analyse-methode** | - 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, Importance 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  
|                   | - Profile of mental States-Short Form (POMS-SF), misst subjektive Stimmung, validiertes Instrument |
| **Resultate**     | - 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.  
|                   | - Signifikanzniveau = 0,05  
<p>|                   | Stress: durchschnittlich erhöht, kein Zusammenhang zu demogra- |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Limiten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- kleine Stichprobe</td>
</tr>
<tr>
<td>- Erhebung nur an einer Institution</td>
</tr>
<tr>
<td>- Querschnittsstudie</td>
</tr>
<tr>
<td>- Pat. waren „relativ“ fit für palliative Pat., konnten gut ein 30-40 min. Interview geben</td>
</tr>
<tr>
<td>→ dies limitiert die Verallgemeinerung auf andere palliative Pat.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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)
-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.
-RCOPE (religiöses Coping (R.C.)) keinen Zusammenhang mit demographischen Daten,
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

-limitierte Durchführung
- Die Stichprobe ist kleiner als gewünscht
- Der Fragebogen war nur auf eine bestimmte Zielgruppe abgestimmt
- Die Ergebnisse können nicht automatisch auf andere Patientengruppen übertragen werden

Quelle: [Zusammenfassung der Ergebnisse](#)
Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Zusammenfassung Daniela)

**Autoren**
A. Kandasamy, SK. Chaturvedi & G. Desai

**Jahr**
2011

**Setting**
Hospiz und ein Palliativkrebszentrum in Indien

**Stichprobe**

**Studienziel**
Wie ist spirituelles Wohlbefinden zusammenhängend mit Symptomen wie Stress, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Krebspatienten. 
*Anders formuliert:* den Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten.

**Datenerhebung**
- Visual analog Scale for pain um die Schmerzen zu erfassen
- M.D. Anderson Symptom inventory (MDASI) um die Symptome der Krebspatienten zu erfassen
- Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) für Patienten mit co-morbiden physischen Krankheiten um die Depression und Angst zu erfassen
- Functional Assessment of Cancer Therapy - Palliative Care (FACT-pal) um verschiedene Dimensionen von Lebensqualität zu erfassen
- Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-sp) um das spirituelle Wohlbefinden zu erfassen.

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.

64
Ethische Aspekte
Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Das Studienprotokoll wurde vom Ethikkomitee des Institutes genehmigt.

Analysemethode
- Deskriptive Statistik: um die demografischen und klinischen Daten zusammenzufassen.
- Berechnung von den Hauptwerten von Schmerz, Stress, Depression, Spiritualität und Lebensqualität wurde gemacht.
- Korrelationen zwischen Werten von Schmerz, Stress, Depression, Spiritualität und Lebensqualität und demografischen und klinischen Variablen wurden gemacht mittel Pearson’s Korrelation.
- ‘t’-Test wurde durchgeführt um kontinuierlichen Variablen zu vergleichen.

Resultate
- 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.
- Krebstypen: oropharyngeal Krebs (22%), gynäkologischer Krebs eingeschlossen Zervix- Endometrium und Ovarialkrebs (22%), Lungenkrebs (12%), Brustkrebs (12%), Magenkrebs (10%) und andere (22%).
- Das Alter betrug von 17 - 64 Jahre (Durchschnitt= 47,74, SD= 10.17)
- Mehr als die Hälfte (56%) waren Frauen.
- 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 (c²= 13.99, p=0.001).
- 50% waren zum Zeitpunkt des Interviews wohnhaft mit dem Lebenspartner und 50% waren Single.
- Depression (r= -0.862, p=0.000) und Angst (r= -0.0645, p=0.000) korrelierte negativ mit des spirituellen Wohlbefinden.
- Spirituelles Wohlbefinden korrelierte negativ mit Fatigue (r= -0.423, p= 0.002), Stress (r= -0.717), Gedächtnisstörungen (r= -0.520 p<0.001), Appetitverlust (r=-0.399, p =0.004), Schläfrigkeit (r= -0.400, p =0.004), Mundtrockenheit (r= -0.381, p= 0.006) und Traurigkeit (r= -0.720, p<0.001).
- Spirituelles Wohlbefinden korrelierte negativ mit der Stimmung (r= -0.630, p<0.001), Arbeit (r= -0.376, P<0.001), Beziehungen (r= -0.624, p<0.001) und Lebensfreude (r= -0.681, p<0.001). Variablen oft er Störungen Symptom Subskala MDASI, die statistisch signifikant waren.
• Spirituelles Wohlbefinden korrelierte positiv mit all den anderen Aspekten der Lebensqualität. Physisches Wohlbefinden ($r=0.676$, $p=0.000$), soziales familiäres Wohlbefinden ($r=0.515$, $p=0.000$), emotionales Wohlbefinden ($r=0.684$, $p=0.000$), familiäres Wohlbefinden ($r=0.655$, $p=0.000$) und palliatives Wohlbefinden ($r=0.811$, $p=0.000$).

**Limiten**

• Das Querschnittsdesign erlaubt keine definitive Konklusion, im Hinblick auf deren langfristigen Auswirkungen.
• Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschiedene andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfeldeinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)
• Es gibt keine Kontrollgruppe.
• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.
**Spirituality, Distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Zusammenfassung Lena)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren</th>
<th>Kandasamy A., Chaturvedi SK, Desai G</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2011</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>onkologisches palliativpflege Setting, in Indien</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 76 Pat. kontaktiert, davon schlussendlich 50 in Studie eingeschlossen. <strong>Einschlusskriterien:</strong> über 16 Jahre, onkologische Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, informierte Zustimmung unterschrieben <strong>Ausschlusskriterien:</strong> Alkohol/Drogen Abhängigkeit, Depression oder bipolare Störung in der Krankengeschichte, jegliche neurologischen Erkrankungen,</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Querschnittstudie (cross-sectional-study)</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>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)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Schriftliche informierte Zustimmung wurde eingeholt, Das Studienprotokoll wurde vom EthikKomitee des Instituts geprüft</td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse-methode</td>
<td>- deskriptive Statistik für demographische Daten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- t-Test</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Pearsons Korrelation für die Korrelationsanalysen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Resultate

Demographische Daten: Alter: 17-64 (49,74), 56% Frauen, 50% single  
Score für spirituelles Wohlbefinden (SpWB): 24.48 (die deutet auf eine Normalverteilung hin)  
Negativ Korrelation mit SpWB:  
Depression (P=0,000), Angst (P=0,000), Fatigue (P=0,002), Stress (P<0,001), beeinträchtigtes Erinnerungsvermögen (P<0,001), Appetit Verlust (P=0,004), Schläfrijkigkeit (P=0,004), Mundtrockenheit (P=0,006), Traurigkeit (P<0,001), Gemütslage (P<0,001), Arbeit (P<0,001), Beziehungen (P<0,001), Lebensfreude (P<0,001), Positive Korrelation mit allen Domänen der Lebensqualität: Körperliches Wohlbefinden (P=0,000)  
Wohlbefinden in soz. Umfeld (P=0,000)  
Emotionales Wohlbefinden (P=0,000)  
Familiäres Wohlbefinden (P=0,000)  
Palliatives Wohlbefinden (P=0,000)  

### Limiten

Das Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu, andere Faktoren, welche die subjektiven Symptome auch beeinflussen könnte (wie z.B. Umwelteinflüsse) wurden nicht mit einbezogen. Ebenso wurden die Persönlichkeit und Coping Strategien zu wenig beachtet.
## Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren</th>
<th>M. O. Delgado, D. Hui, H. A. Parsons, K. Govan, M. De la Cruz, S. Thorny &amp; E. Bruera</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2010</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>ambulantes Palliativpflege-Setting in den USA</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Stichprobe       | Von gesamt 112 angefragten Personen nahmen schlussendlich 72 an der Studie teil, was eine Rekrutierungsrates von 63% ausmacht. Einschlusskriterien:  
• Diagnose von fortgeschrittenem Krebs  
• Mindestalter von 18 Jahren oder älter  
• Karnofsky performance status von 40% oder grösser  
 Ausschlusskriterien:  
• Personen, welche kein Englisch sprachen  
• Personen mit einem beeinträchtigten Gedächtnis  
Das Durchschnittsalter betrug 53 Jahre, 61% waren Frauen und die Mehrheit waren Christen. Die meisten bezeichneten sich als spirituell (98%) und als religiös (98%). |
| Studientyp       | Prospektive Querschnittstudie                                                        |
| Datenerhebung    | Interview und Fragebogen  
• 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  
• Physical and Psychological Symptoms: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)  
• Coping and Religious Coping: Brief COPE, Brief R-COPE  
• Religious Beliefs and Spiritual Quality of Life: Systems of Belief Inventory -15R (SBI-15R), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being-Expanded (FACT-Sp-Ex) |
| Ethische Aspekte | Informierte Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Das M.D. Anderson Cancer Center Institutional Review Board genehmigte die Studie. |
| Analysemethode | Deskriptive Statistik inklusive Mittelwerte, arithmetische Mittel und Reichweiten: Demografische Faktoren, Spiritualität, Religiosität und spiritueller Schmerz zusammenzufassen  
Spearman`s correlation test: um die Beziehung von Spiritualität, Religiosität und spirituellem Schmerz aufzuzeigen  
Mann-Whitney test: für kontinuierlich nichtparametrische Faktoren  
Person`s Chi-squared test and Fisher`s exact test für kategoriale Variablen  
Bonferroni correction: zur Korrektur von mehreren Tests mit einem P-Wert von ≤0,002. Dies gilt als statistisch signifikant |
|---|---|
| Resultate | Fast alle Patienten stimmten zu, dass Spiritualität/Religiosität eine Kraftquelle sei und ihnen sowie ihren Pflegepersonen helfe, mit ihrer Krankheit umzugehen.  
Spiritualität war stark mit der Religiosität verbunden (P<=.001).  
Spiritueller Schmerz war negativ assoziiert mit Religiosität (P=0.001) und Spiritualität (P=.001).  
der Ausdruck von spirituellem Schmerz war signifikant assoziiert mit geringerer selbstberichteter Religiosität(P<0.001) und geringerer spiritueller Lebens-Qualität (P<0.001).  
Im Bezug auf physische und psychologische Symptome wurde spirituelle Schmerz assoziiert mit schlimmerer Depression (P=0.01), Angst (P=0.03), Anorexie (P=0.04), und Schlaflosigkeit (P=0.004). (-> diese Ergebnisse erreichen keine statistische Signifikanz nach Bonferroni)  
keine statistische Signifikanz wurde für eine zunehmende selbst-berichtete Spiritualität (P=0.02) und ein zunehmender spiritueller Glaube und Praktik (P=0.02) gefunden  
Keine Beziehung wurde zwischen dem spirituellen Schmerz und dem Coping gefunden.  
Bei Menschen mit spirituellem Schmerz wurde eine geringere positive Haltung zur Spiritualität/Religiosität festgestellt.  
ein Großteil der Patienten berichtete, dass Spiritualität und Religiosität sie bei der Bewältigung ihrer Krebserkrankung half und Kraftquelle diente.  
wenn Patienten wurden gefragt, ob geistige Schmerzen physischen (P<0.001) und emotionalen (P<0.001) Symptome verschlummern, stimmten diejenigen, die über seelischen Schmerz (P<0.05) berichteten, signifikant häufiger zu. |
| Limiten | Das Querschnittdesign machte es unmöglich, die Kausalität zwischen Spiritualität, Religiosität, geistigem Schmerz und verschiedenen körperlichen und psychischen Symptomen zu etablieren  
Der Stichprobenumfang war relativ klein  
Die Studie wurde bei einer ambulanten Palliativversorgungsklinik an einem tertiären Krebs-Versorgungszentrum in einer bestimmte geografische Region durchgeführt  
Die primären Maßnahmen zur Spiritualität Religiosität und geistigen Schmerzen waren eindimensional und quantitativ. |
So konnte die Komplexität als auch die qualitativer Natur dieser Konzepte nicht erfasst werden.

- 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.
- 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.
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren</th>
<th>Witt Sherman, D., Ye, X. Y., McSherry, C., Calabrese, M., Parkas, V. &amp; Gatto, M.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>Palliativpflegesetting, New Yorker Gesundheitssystem,</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Pilotstudie, basierend auf einer prospektiven Langzeitstudie</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>Das Evaluieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden des Spirituellen Wohlbefindens (SWB) für Pat. mit Krebs, AIDS, und deren Pflegenden Angehörigen</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Kein Ethikkomitee erwähnt  Informierte Zustimmung wurde eingeholt, keinerlei Verpflichtungen, Möglichkeit jederzeit auszusteigen</td>
</tr>
<tr>
<td>Analysemethode</td>
<td>Um Änderungen von SWB, RWB und EWB über die Zeit zu bewerten wurden die erfassten Langzeitdaten mittels deskriptiven und graphischen Methoden summiert Univariate Analysen</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultate</td>
<td>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),</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| SWB und RWB (mean=51,1) (eher mässe/tief)  
| EWB (mean=21,4)  
| 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.  
| Limiten | -keine angegeben |
### The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2011</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>onkologisches Pflegesetting / Palliativpflegesetting, in vier Spitälern in Boston, USA</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 103 Patienten kontaktiert, 75 interviewt, 69 komplett befragt Patienten mit fortgeschrittene onkologische Erkrankung und palliativer Radiotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Ausschlusskriterien:</td>
<td>Pat mit Anzeichen eines Deliriums oder dementiellen Erkrankung</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Querschnittstudie (cross-sectional study)</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Schriftlich Informierte Zustimmung wurde eingeholt</td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse-methode</td>
<td>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</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Demographischen Daten zur Lebensqualität. Dazu wurde das Statistikprogramm SAS Version 9.1 verwendet. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als .05 angesetzt.

| Resultate | 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%) |
| Limiten | 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, |
D. Zusammenfassung der ausgeschlossenen Studie

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autoren</th>
<th>G. Scobie &amp; C. Caddell</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jahr</td>
<td>2005</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>Zwei spezialisierte Pflegehospize im Westen Schottlands, onkologisches paliativpflege Setting</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>Nichtzufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung, 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</td>
</tr>
<tr>
<td>Studientyp</td>
<td>Quantitatives Studiendesgin, Querschnittstudie</td>
</tr>
<tr>
<td>Studienziel</td>
<td>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: • Gläubige und praktizierende Kirchenmitglieder (B) • Gläubige aber nicht praktizierende Kirchenmitglieder (NPB) • Nicht-Gläubige (NB)</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenerhebung</td>
<td>Während einer über sechsmonatigen Periode wurde die Lebensqualitätsauswertung von 120 terminalen Patienten mit einer angepassten Version des McGill Quality of Life-Fragebogen evaluiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Ethische Aspekte</td>
<td>Informierte Zustimmung von jedem Pat wurde eingeholt, alle Informationen die den Pat. abgegeben wurden, wurden vom regionalen medizinischen Ethikomitee Zugelassen</td>
</tr>
<tr>
<td>Analyse-methode</td>
<td>Varianzanalyse (ANOVA) Chi-Quadrat Test Inferentielle Statistik Deskriptive Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Resultate</td>
<td>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%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Limits</td>
<td>-keine angegeben-</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Resultate der Varianzanalyse:
NPB fühlen sich weniger depressiv, ängstlich, besorgt als B&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 physische Befindung gleich eingestuft, wie die NB von Hospice B.
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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja, Zusammenhang zwischen dem Eingehen auf die spirituellen/religiösen Bedürfnisse und der Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der anhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Es wurde noch nie eine Studie zu diesem Thema durchgeführt, und dazu eignet sich speziell das Multi-religiöse Land Korea</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Das Aufnehmen der spirituellen/religiösen Bedürfnisse(spiritual-Care) wird nicht genauer definiert. Lebensqualität wird über die Erfassungsinstrumente definiert.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Spiritualität/Religiosität wird mit Lebensqualität in Verbindung gebracht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. es sind keine expliziten Definitionen angegeben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsfragen: Wie werden die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Pat. vom Pflegepersonal aufgenommen, und welchen Einfluss haben diese auf die Lebensqualität. Keine Hypothese formuliert.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. --</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Unabhängige Variable: spirituelle/religiöse Bedürfnisse, welche vom Pflegepersonal aufgenommen werden Abhängige Variable: Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Keine Hypothese</td>
</tr>
<tr>
<td>5. -</td>
</tr>
<tr>
<td>6. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| Stichprobe                          | 1. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
<th>1. Querschnittstudie (Cross-sectional-Study)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
<td>2. Keine Begründung</td>
</tr>
<tr>
<td>Interne Validität</td>
<td>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</td>
<td>1. ungeeignete Stichprobe (sehr viele Institutionen mit einbezogen)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
<td>2. Keine angegeben</td>
</tr>
<tr>
<td>Externe Validität</td>
<td>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</td>
<td>1. durch die ungeeignete Stichprobe hält sich die Verallgemeinerung in Grenzen und weist eine hohe Risiko für falsch-negative Resultate auf</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungs-Teilnehmer gleich?</td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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-</td>
<td>2. -</td>
</tr>
<tr>
<td>Reliabilität und Validität</td>
<td>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
<td>1. EORTC QLQ-C15-PAL (Cronbach Alpha: 0,65-0,89)</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
<td>2. siehe oben</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>--------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Datenanalyse</strong></td>
<td>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</td>
<td>1. keine Angabe zum Messniveau</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
<td>2. Varianzanalysen für Demographische Daten, Multivariate Regressionsanalyse für die Fragestellung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
<td>4. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-Niveau an? Wenn ja, welches?</td>
<td>5. Signifikanzniveau bei p&lt;0,05</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
<td>6.-</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</td>
<td>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 1. – | 2. Ja |
| 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.  |
| 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.  |
| 5. Verallgemeinerung nur begrenzt möglich,  |
| 6. -  |
| 7. Empfehlung: spiritual-care unabhängig von religiösem Hintergrund anbieten |
| Anwendung und Verwertung in der Praxis | 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?  
2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?  
3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?  
4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?  
5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?  
6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?  
7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? | 1. Ja  
2. Ja  
3. Vorteile: spiritual care wird gefördert  
4. Ja  
5. Pflegepersonal muss sich in spiritual-care weiterbilden  
6. Ja  
7. Ja |
**Artikel: Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|                                       | 2. **unabhängige Variable:** spirituelle Pflege  
**Abhängige Variable:** Lebensqualität und medizinische Versorgung am Lebensende, religiöses Coping. |
<p>|                                       | 3. Personen mit fortgeschrittener Krankheit |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>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.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhan denen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. siehe Nr. 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Hypothesen sind angemessen formuliert:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Spirituelle Pflege geht mit einer besseren Lebensqualität der Patienten und einer weniger aggressive Pflege vor dem Tode einher.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Der Zusammenhang von spiritueller Pflege und diesen Ergebnissen am Ende des Lebens würden unter denjenigen, die eine hohe religiöse Bewältigung aufweisen am höchsten sein.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 2. Es werden nur Hypothesen gestellt. |

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. unabhängige Variable: spirituelle Pflege, religiöses Coping</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abhängige Variablen: Lebensqualität, aggressive Pflege am Lebensende</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| 4. es handelt sich um eine wissenschaftliche Hypothese |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
<td>5. Dass ein Beziehung zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen besteht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Stichprobe**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
<td>1. Gelegenheitsstichprobe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Forschungsdesign**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</td>
<td>1. Prospektives quantitatives Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
<td>2. Design wird nicht begründet</td>
</tr>
<tr>
<td>Methoden</td>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</td>
</tr>
<tr>
<td>Rechtlich-ethische Probleme</td>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrumente</td>
<td>2. Beobachtungsmethoden a) Wehr führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschung zu verhindern?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Fragebögen</td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</td>
<td>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Reliabilität und Validität | 1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben? |
| | 2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel? |
| | 3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben? |
| | 4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb? |

| 3. a.) Interviews von den Forschungsmitarbeitern durchgeführt b.) Diese unterzogen sich vorherig einem 2-tägigen Trainingsprogramm c.) keine Anzeichen von Verfälschungen. |
| 4. Likert-Skala und Angaben durch Erzählungen der Personen (z.B. für demografische Angaben) |
| 5. a.) Ja, b.)Ja |

<p>| 1. keine |
| 2. keine |
| 3. Wird erwähnt, dass zwei vorher auf ihre Validität geprüft wurden. |
| 4. Ja, da sie bereits geprüft wurden |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable</td>
<td>1. keine Angabe in der Studie</td>
</tr>
<tr>
<td>gewählt?**</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>**2. Welche deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden werden</td>
<td>2.</td>
</tr>
<tr>
<td>angegeben?**</td>
<td>• $x^2$-testing: um die Beziehung der geistigen Unterstützung des</td>
</tr>
<tr>
<td>medizinischen Teams und mit dem Erhalt der Seelsorgedienstes zu vergleichen</td>
<td>logistische Regression: um die Beziehung von Variablen der</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>spirituellen Pflege mit der Pflege am Ende des Lebens und</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lebensqualität nahe des Todes aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• simultaneous multivariable logistic regression models:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>beurteilt die Beziehungen der Variablen der spirituellen Pflege</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>am Ende des Lebens Pflegemaßnahmen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• simultaneous multivariable linear regression models: um das</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verhältnis der Variablen der spirituellen Pflege zur</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td>**3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schließenden statistischen</td>
<td>3. nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Methoden dem Messniveau für jede Variable?**</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>**4. Sind die schließenden statistischen Methoden in Hinblick auf die</td>
<td>4. nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?**</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ja, welches?**</td>
<td>Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei weniger als 0.05.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>angesetzt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Hypothesen werden nicht wieder aufgenommen, nur die Resultate lassen auf die Bestätigung oder Nicht-Bestätigung schliessen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.  
- Generalisierbarkeit der Studie auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte ist umstritten.  
- Patienten beurteilten die Unterstützung ihrer geistlichen Bedürfnisse, ohne eine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung.  
- Undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung.  

<table>
<thead>
<tr>
<th>4. Hohe Relevanz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. Generalisierbarkeit nur auf ähnliche Populationen</td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendung und Verwertung in der Praxis</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Durch Ergebnisse gedeckt</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Keine</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Vorteile: Patienten könnten in ihrer Spiritualität gezielt unterstützt werden und so auch in der Bewältigung der Krankheit</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Artikel: Quality of Life in Hospice Patients With Terminal Illness**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. Die Lebensqualität und deren Zusammenhang bei Patienten mit einer terminalen Krankheit besser verstehen zu können. Folgende war die zu untersuchenden Fragen:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. In Forschungsfrage werden folgende Variablen definiert: abhängigen Variablen: Lebensqualität der Patienten, unabhängigen Variablen: Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Terminale Hospizpatienten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptionellen Definitionen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. unabhängige Variable: Lebensqualität der Patienten, abhängige Variable: Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der anhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</td>
<td>5. siehe 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>1. Was ist die Beziehung zwischen Spiritualität, Schmerzen, körperliche Leistungsfähigkeit, soziale Unterstützung und Lebensqualität der Patienten, welche Hospizpflege erhalten?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Es werden keine Hypothesen gestellt.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. unabhängige Variable: Lebensqualität der Patienten, abhängige Variable: Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Stichprobe</strong></td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gelegenheitsstichprobe</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|                                                                        | 3. Stichprobe ist repräsentativ, kann aber weniger auf
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
</tr>
<tr>
<td>Interne Validität</td>
<td>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 1. Exploratives quantitatives Querschnittdesign, Korrelationsstudie |
| 2. Design wird nicht begründet. |

| 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. |
| 4. Stichprobe beträgt schlussendlich 71%. Autoren erwähnen, dies sei angemessen. |
| 5. siehe Nr. 3. |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Methoden         | 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? | 1. 5 verschiedene Fragebögen:  
- McGill Quality of Life Questionare: um die Lebensqualität zu messen  
- Spiritual Well-Being Scale: um die Spiritualität zu messen  
- American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: um die Schmerzintensität zu messen  
- Estern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: um die physische Leistungsfähigkeit zu messen  
- The Medical Outcome Study Social Support Survey: um die multidimensionalen Aspekte der sozialen Unterstützung zu messen |
|                  | 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? | 2. Ja |
|                  | 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? | 2. siehe 1 |
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?

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?

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?

5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen
  a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen den zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel.</td>
<td>• McGill Quality of Life Questionnaire: .83 - .89</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Spiritual Well-Being Scale: .82 - .86</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• American Pain Society Patient Outcome Questionnaire: .75</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Rating: kann nicht beurteilt werden</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenanalyse</td>
<td>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die schließenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. keine Angabe in der Studie</th>
<th>2.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>- Pearson correlations: um die Beziehung zwischen den abhängigen (Lebensqualität der Patienten) und unabhängigen Variablen (Spiritualität, Schmerzen, physischer Leistungsstatus, soziale Unterstützung) zu untersuchen.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Regression analysis: um demografische und um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausfindig zu machen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. Validität angegeben indem Bezug auf andere Studien Bezug gemacht wird</th>
<th>4. Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3. The Medical Outcome Study Social Support Survey: .97</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. keine Angabe in der Studie
2. Nicht beurteilbar
3. Nicht beurteilbar
4. Nein
<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</th>
<th>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.</th>
<th>6. A) Ja, b) Ja, c) Nein</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</td>
<td>1. –</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
- Die Methode der Datenerhebung führte zu wenigen fehlenden Daten.  
- 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. |  |
<p>| 5. Welche Verallgemeinerungen gibt es? | 5. wenige, da Erkenntnisse möglicherweise nicht auf die verschiedenen kulturellen und ethnischen Grup- |  |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus? |

| 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert? |

| 6. - |

| 7. Keine |

| pen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar sind. |


| 2. Wenige |

| 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. |

| 4. Ja |

<p>| 5. Gleiche Kultur und Ethnie, ähnliche Pflegeeinrichtungen |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Artikel: Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with advanced cancer**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>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.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Ziel: Aufzeigen, welche Verbindung zwischen positivem/negativem Religiösem Coping und der QOL besteht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Unabhängige Variablen: Soziodemographische Daten (Ethnie, Geschlecht, Alter, Bildungsgrad), Abhängige Variablen: Selbstwirksamkeit, Religiöses Coping, QOL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Und in der weiteren Untersuchung: Unabhängige Variablen: Religiöses Coping, Abhängige Variable: QOL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Pat. mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. QOL, religiöses Coping und palliative Care
<table>
<thead>
<tr>
<th>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</th>
<th>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhan- denen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? | 3. Lücke: bisher wurde nur der positive Effekt des religiösen Copings aufgezeigt, diese Lücke will die Studie schliessen |
| 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängig- gen und der anhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? | 5. Die Variablen werden nicht Definiert, Beispiele für positives und negatives religiöses Coping sind aufgeführt |
| 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? | 5. - |

### Stichprobe

3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?

4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?

5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 1. Querschnittsstudie (cross-sectional study) |
| 2. Als einfache Erhebung, die parallel zu einer Kohortenstudie mit der gleichen Stichprobe durchgeführt wurde |

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interne Validität</th>
<th>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| 1. verzerrende Faktoren in der Berechnung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen, wenn verschiedene Einflussfaktoren ausser Acht gelassen werden |
| 2. Die Datenanalyse erfolgte in drei Schritten, bei denen mit statistischen Verfahren, alle erhobenen Einflussfaktoren abgeglichen und mit einbezogen wurden. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Externe Validität</th>
<th>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</th>
<th>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.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Methoden</strong></td>
<td>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</td>
<td>1.45 minütige Interviews</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</td>
<td>2. Ja. (bei 35 Pat. haben das Interview nicht Komplett ausgeführt, diese Daten wurden ausgeschlossen)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rechtlich-ethische Probleme</strong></td>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
<td>1. alle Protokolle und kontakt Dokumente wurden vom Human subject Komitee genehmigt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</td>
<td>2. Informierte Zustimmung der Patienten</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Instrumente</strong></td>
<td>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</td>
<td>1. a) Ja, b) der Cronbach α-Wert wird bei jedem Messinstrument angegeben</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?

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?

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
<th>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td>Reliabilität</td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Validität</td>
<td>2. Siehe oben, er ist akzeptabel bis exzellent</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Keine Validität angegeben</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
<th>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. keine Angabe in der Studie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Berechnung der Durchschnitte und Häufigkeiten, t-Tests und Chi-Quadrattest $X^2$, Korrelationsanalysen, lineare Regression.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Nicht Beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ja, da die Hypothese nicht den Einflusse einer Variable auf eine Andere sondern lediglich der Beziehung zwischen den zwei Variablen vermutet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. a) Ja, b) Ja, c) Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen</th>
<th>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Sie wurde bestätigt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>und Empfehlungen</td>
<td>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendung und Verwertung in der Praxis</td>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Keine Risiken, Vorteile: Pat. werden in ihrem r.Coping unterstützt, dadurch wird die QOL erhöht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

4. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit des religiösen Coping für die QOL für Patienten mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung auf

5. Die Ergebnisse zeigen, dass das festhalten des religiösen Coping wichtig sein kann, um Patienten mit einer niedrigeren QOL zu verstehen.

6. Ja

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
4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?

5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?

6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?

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

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4. Ja</td>
<td>5. Durch spiritual care, gezielte Assessments zu Religion/Spiritualität</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Ja</td>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Artikel: Religiousness an Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Qualitiy of Life


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>- 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.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Patienten im fortgeschrittenem Krebsstadium beurteilen:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- ihre Religiosität und ihre religiösen/spirituellen Aktivitäten vor und nach der Diagnose Krebs</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- die Unterstützung der spirituellen Bedürfnisse des medizinischen Systems und von religiösen Gemeinschaften</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- die Verbindung der spirituellen Unterstützung mit der Lebensqualität des Patienten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- den Zusammenhang von Religiosität auf die Behandlung der Vorlieben und der Pflegeplanung</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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/er? Sind sie überprüfbar? | 2. Unabhängige Variable: Diagnose Krebs, demografische Faktoren, 
Abhängige Variablen: spirituelle und religiöse Unterstützung / Aktivitäten, Lebensqualität, Behandlungsverlauf, fortgeschrittene Hilfeplanung, |
|---|---|

<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur - Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>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.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der anhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</th>
<th>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 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>| 1. Es wurde keine Hypothese formuliert. Es sind lediglich Forschungsziele angegeben. |
| 2. – |
| 3. <strong>Unabhängige Variable</strong>: Diagnose Krebs, demografische Faktoren, <strong>Abhängige Variablen</strong>: spirituelle und religiöse Unterstützung / Aktivitäten, Lebensqualität, Behandlungsvorlieben, fortgeschrittene Hilfeplanung, |
| 4. - |
| 5. - |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</th>
<th>6. -</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Stichprobe</strong></td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die Größe der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Forschungsdesign</strong></td>
<td>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Gelegenheitserhebung mit sehr gezielter Auswahl der Zielpopulation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Jene Patienten (aus 5 verschiedenen Institutionen), welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden aufgeboten.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Stichprobe ist repräsentativ, aber die Möglichkeit der Verzerrung besteht aufgrund der Mehrheit von Nichtweissen Teilnehmern und deren höheren Religiosität</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Größe der Stichprobe wird nicht begründet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Querschnittstudie</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Das Design wird nicht begründet.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Das Design weist soweit eine logische Abfolge auf</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Interne Validität | 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 |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Methoden | 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 |
| Rechtlich-ethische Probleme | 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  
2. Siehe 1 |


4. Fragebögen a) Welchem Typ ist der ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskaala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?

---

2.


4. Verschiedene bereits validierte Instrumente zur Erhebung der jeweiligen Outcomes.
   - Religiöses Coping: wurde ermittelt mittels dem Pargament’s Brief RCOPE
   - Lebensqualität: Der McGill Quality of Life - Fragebogen wurde hierfür gebraucht
   - Andere Patientenvariabeln: mittels Informationen der Patienten und Ärzte
<table>
<thead>
<tr>
<th>Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</th>
<th>5. Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
<td>2. Keine</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
<th>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</th>
<th>1. keine Angabe in der Studie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- McNemar’s test: um Religiosität/Spiritualität vor und nach der Krebsdiagnose zu vergleichen:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Lineare Regression: um die Beziehung von Stress und Alter der Religiosität aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Lineare Regression: um die Assoziation von ganzheitlicher spiritueller Unterstützung und der Lebensqualität aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>- Univariate Modelle: um die Haupeffekte von</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?

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?

| 3. nicht beurteilbar |
| 4. nicht beurteilbar |
| 5. Der Signifikanzwert (P-wert) wurde bei <.05. ange- setzt. |
   6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Nein |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. –</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Potentielle Einflüsse von selektionierten Verzerrungen. Vor allem der Möglichkeit von Unterschieden von der Religiosität und der Spiritualität zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Der Grund für die Nichtteilnahme bietet ein weiteres Potential für eine selektionierte Verzerrung (z.B. weil die Personen nicht religiös oder spirituell waren).</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Das Studiendesign (Querschnittsstudie) limitiert die Interpretation der Beziehung zwischen der spirituellen Unterstützung und der Lebensqualität zu einer Hypothesen-generierenden Assoziation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendung und Verwertung in der Praxis</td>
<td>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Relevanz ist wichtig, da erst wenig zu diesem Thema vorhanden ist</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? | 1. Studie ist sinnvoll |
| 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? | 2. Ja |
| 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? | 4. Keine Aussage möglich |
| 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? | 5. Gleiche Charakteristika der Patienten |
| 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? | 7. Ja |
Artikel: Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Den Zusammenhang zwischen Spiritualität, religiösem Coping und Stresssymptomen bei stationären palliativ Patienten erforschen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. ja, unabhängige Variable: Spiritualität/religiöses Coping, abhängige Variable: Stresssymptome</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Pat. mit lebensbedrohlicher Erkrankung, welche eine Prognose von lediglich ein paar Tagen oder Wochen haben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>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 herge stellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben Sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Es sind keine Konzepte oder konzeptuellen Definitionen näher beschrieben.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ja, es werden Studien genannt, welche einen Zusammenhang zwischen Spiritualität/religiösem Coping und körperlichen Symptomen aufgezeigt haben.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Die bereits durchgeführten Studien haben einen ganz allgemeinen Einfluss aufgezeigt, diese Studie will nun konkrete Faktoren bestimmen.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. keine operationale Definition angegeben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. keine Hypothese/Forschungsfrage formuliert</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3.-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4.-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5.-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6.-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?

4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?

5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?


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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Querschnittsstudie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. nicht begründet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. relativ kurze Problemdarstellung, keine Hypothese/Fragestellung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interne Validität</th>
<th>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. kleine Stichprobengrösse, Studiendesignt, welches eine Verallgemeinerung stark einschränkt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. keine Angaben in der Studie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Externe Validität</th>
<th>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Methoden | 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  
2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungs-Teilnehmer gleich? | 1. Fragebogen/Interview, 41 min., durchgeführt von Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten  
2. Ja |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rechtlich-ethische Probleme | 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  
| Instrumente | 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?  
   3. Interviews  
   a) Wer waren die Interviewer?  
   b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? | 1. –  
2. –  
3. Studienleitung oder geschultem Forschungsassistenten, keine näheren Angaben zur Art der Schulung |
| Fragebogen | 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, Importance and influence, Community, Address), 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  
- Profile of mental States-Short Form (POMS-SF), misst subjektive Stimmung, validiertes Instrument |
| Verfügbare Daten und Aufzeichnungen | 5. Ja |
| Reliabilität und Validität | 1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?  
2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel? | 1. keine Angaben zur Reliabilität  
2. – |
<p>| <strong>Datenanalyse</strong> | 3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben? | 3. siehe oben |
| | 4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb? | 4. ja, |
| 1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt? | 1. keine Angabe in der Studie |
| 4. Sind die schließenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend? | 4. Ja |
| 5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches? | 5. Signifikanzniveau = 0,05 |
| 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- | 6. a) Ja, b) Ja, c) Ja |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</th>
<th>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|                                                   | 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. |
|                                                   | 4. die Ergebnisse unterstützen die Resultate andere Studien, dass das medizinische Pflegepersonal die Spiritualität als wichtigen Einflussfaktor auf physi- sches und psychisches Wohlbefinden einschätzen soll. Ebenso zeigt die Studie den potenziellen negativen Effekt von religiösem Coping auf. |
|                                                   | 5. keine                                                                      |
|                                                   | 6. -                                                                          |
7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?


<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Keine</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. weitere Studien durchführen, grösserer Schwerpunkt auf Spiritual Care legen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Artikel: Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Beurteilung Daniela)**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
</table>
*Anders formuliert:* den Einfluss von spirituellem Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten. |
**abhängige Variable:** Symptome wie Stress, Depression, Angst und andere Dimensionen der Lebensqualität. |
**Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen**

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.

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?

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?


5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der anhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?

**Hypothese(n) oder For schungs-Frage(n)**

1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?

2. 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.


4. Es besteht vor allem eine Lücke in der Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei fortgeschrittenen Krebspatienten.


5. Siehe Nr. 1

1. Wie ist spirituelles Wohlbefinden zusammenhängend mit Symptomen wie Stress, Angst und Depression bei fortgeschrittenen Krebspatienten. *Anders formuliert:* den Einfluss von spirituellem
<table>
<thead>
<tr>
<th>Stichprobe</th>
<th>Wohlbefinden auf Symptome wie Stress, Depression und andere Dimensionen der Lebensqualität bei fortgeschrittenen Krebspatienten welche Palliativpflege erhalten.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
<td>Keine Formulierung von Hypothesen</td>
</tr>
<tr>
<td>4. –</td>
<td>4. –</td>
</tr>
<tr>
<td>5. -</td>
<td>5. -</td>
</tr>
<tr>
<td>6. -</td>
<td>6. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Stichprobe**

| 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? | Gelegenheitsstichprobe |
| Forschungsdesign | 4. Ist die Größe der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?  
5. Auf ähnliche Kulturen und Rahmenbedingungen können die Ergebnisse übertragen werden. |
| --- | --- | --- |
| Interne Validität | 1. Welches Design wird in der Studie verwendet?  
2. Wie wird das Design begründet?  
2. Design wird nicht begründet  
3. Es wird mit dem theoretischen Bezugsrahmen begonnen und die Problemdarstellung erfolgt während der Einleitung. |
| 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.  
- Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschiedene andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfeldeinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)  
- Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.  
2. Keine erwähnt |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Methoden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Fragebogen/ Interview, alle Teilnehmer wurden interviewt, deren soziodemografischen und klinischen Daten wurden gesammelt.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Für jene, die Mühe hatten zum lesen, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten wurden notiert.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rechtlich-ethische Probleme</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Informierte Zustimmung wurde eingeholt. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Institutes genehmigt.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Siehe Nr.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrumente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es An-</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Keine physiologischen Messungen wurden durchgeführt</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Keine Beobachtungen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
zeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?

<table>
<thead>
<tr>
<th>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?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>durch das Vorlesen der Fragen und der Notiz der Antworten durch die Interviewer (bei jenen die Mühe hatten zu lesen).</td>
</tr>
<tr>
<td>4. a.) Likertskala</td>
</tr>
<tr>
<td>- Visual analog Scale for pain um die Schmerzen zu erfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>- M.D. Anderson symptom inventory (MDASI) um die Symptome der Krebspatienten zu erfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) für Patienten mit co-morbiden physischen Krankheiten um die Depression und Angst zu erfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>- Functional assessment of cancer therapy - Palliative Care (FACT-pal) um verschiedene Dimensionen von Lebensqualität zu erfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>- Functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being (FACIT-sp) um das spirituelle Wohlbefinden zu erfassen.</td>
</tr>
<tr>
<td>b.) Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>5. a.) Ja, b.) Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenanalyse</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. Keine Angaben</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
<th>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Keine Angabe in der Studie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Dekriptive Statistik: um die demografischen und klinischen Daten zusammenzufassen.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. <code>t</code>-Test wurde durchgeführt um kontinuierlichen Variablen zu vergleichen</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen | 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?  
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. | 4. Nicht beurteilbar  
5. Nein  
6. a.) Ja, b.) Ja, c.) Teils |
| | 1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?  
2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?  
3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe? | 1. -  
2. Ja  
3.  
   - Das Querschnittdesign erlaubt keine definitive Konklusion, schauen auf deren langfristigen Auswirkungen.  
   - Die Symptome wurden subjektiv definiert, was die Werte durch verschiedene andere Faktoren beeinflussen kann (z.B. Umfeldeinflüsse, Gedächtnisstatus etc.)  
   - Es gibt keine Kontrollgruppe.  
   - Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte. |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
</tr>
<tr>
<td>Relevanz:</td>
<td>4. Relevanz:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Die Ergebnisse der Studie sind nicht verallgemeinerbar und können nur begrenzt gemacht werden.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
<td>1. Studie ist sinnvoll, aber die Schwächen werden eher weniger durch die Stärken aufgehoben (Schwäche= Design und Einfluss anderer Faktoren)</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
<td>4. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
<td>5. Gleiche Kultur, gleiche Rahmenbedingungen</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Weniger, die Rahmenbedingungen sollten ähnlich sein.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Artikel: Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer (Beurteilung Lena)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<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. |
| 2. Ja, Einfluss des SpWB (unabhängige variable) und verschiedenen Domänen der Lebensqualität (QoL/LQ) |
| 3. Onkologische Pat im palliativpflege Setting |
| 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>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>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.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Keine Widersprüche, nur noch zu wenig erforschte Thematik</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Definition: Siehe oben</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
</tr>
<tr>
<td>Stichprobe</td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie eingeschlossen wird?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. keine Hypothese</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>|                              | 1. 76 Pat. kontaktiert, davon schlussendlich 50 in Studie eingeschlossen. <strong>Einschlusskriterien</strong>: über 16 Jahre, onkologische Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, informierte Zustimmung unterschrieben <strong>Auschlusskriterien</strong>: Alkohol/Drogen Abhängigkeit, Depression oder bipolare Störung in der Krankengeschichte, jegliche neurologischen Erkrankungen, |
|                              | 2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung |
|                              | 3. Ja               |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
<th>1. Querschnittsstudie</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interne Validität</th>
<th>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</th>
<th>1. unpassendes Design in Bezug auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse, eher kleine Stichprobe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
<td>2. Alle verwendeten Instrumente zur Datenerhebung sind valide</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| Externe Validität | 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? | 1. durch das gewählte Design sind die Ergebnisse nicht/nur begrenzt verallgemeinerbar, auch durch die Art der Stichprobe (gelegenheitsstichprobe) |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Methoden</strong></th>
<th><strong>Rechtlich-ethische Probleme</strong></th>
<th><strong>Instrumente</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Interviews in denen soziodemographische Daten erhoben wurden, und verschiedene Assessmentsinstrumente wurden angewendet. Für alle Teilnehmer, welche Schwierigkeiten mit Lesen und Schreiben hatten, wurden die Fragen vorgelesen und die Antworten notiert.</td>
<td>1. Das Studienprotokoll wurde vom EthikKomitee des Instituts geprüft</td>
<td>3. Interviews a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ja</td>
<td>2. Schriftliche informierte Zustimmung wurde eingeholt,</td>
<td>3. a) keine Information über Interviewer</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ja, welche?</td>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Reliabilität und Validität</strong></td>
<td>5. a) Ja, b) Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
<td>2. Cronbach α =0,72-0,85, also gut/akzeptabel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Datenanalyse</strong></td>
<td><strong>Schlussfolgerungen, Implikationen</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</td>
<td>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Sind die schließenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. keine Angabe in der Studie</td>
<td>1. -</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Deskriptive Statistik für die demographische Daten, Pearsonsche Korrelationsanalyse</td>
<td>2. Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Nicht beurteilbar</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?

4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?

5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?

6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?

7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?

3. Das Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zu, andere Faktoren, welche die subjektiven Symptome auch beeinflussen könnten (wie z.B. Umwelteinflüsse) wurden nicht mit einbezogen. Ebenso wurden die Persönlichkeit und Copingstrategien zu wenig beachtet.


5. Verallgemeinerungen nur begrenzt wenn überhaupt möglich, wegen Studiendesign.

6. -


1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?

2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?

1. Ja

2. Ja
<table>
<thead>
<tr>
<th>der Praxis</th>
<th>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Einführen eines Assessmentinstrumentes für SpWB</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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


1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?

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 sind die Beziehung(en)? Sind sie überprüfbar?


4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?


2. Unabhängige Variable: spiritueller Schmerz

Abhängige Variable: Symptom Ausdruck, Coping und spirituelle Lebensqualität

3. Menschen in der palliativen Versorgung

4. 
   - Das Konzept von spirituellem Schmerz sei erst wenig erforscht und keine Standarddefinition existiere.
   - 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.
- Über die Möglichkeit von Spiritualität und Religiosität für eine bessere Bewältigung, der Krankheit und deren Einfluss auf die Lebensqualität sei wenig bekannt.
- Ein besseres Verständnis von spirituellen Schmerzen würde Gesundheitsfachleuten eine adäquate Betreuung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten gewährleisten lassen, so wie auch eine höhere Lebensqualität

**Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen**


Religion: ein Konstrukt der menschlichen Entscheidungsfindung, die die Konzeption und Ausdruck von Spiritualität ermöglicht

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?

3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhan- denen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auf- lösen?


<table>
<thead>
<tr>
<th>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</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3. Das Konzept von spirituellem Schmerz sei erst wenig erforscht und keine Standarddefinition existiere.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ein besseres Verständnis von spirituellen Schmerzen würde Gesundheitsfachleuten eine adäquate Betreuung der spirituellen Bedürfnisse der Patienten gewährleisten lassen, so wie auch eine höhere Lebensqualität.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung soll einen Beitrag dazu leisten.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n)</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
</tr>
</tbody>
</table>


| 1. - | 2. Keine Hypothesenbildung |

3. **Unabhängige Variable**: spiritueller Schmerz
   **Abhängige Variable**: Symptom Ausdruck, Coping und spirituelle Lebensqualität

| 4. - | 5. - |

<p>| 6. - |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Stichprobe</strong></th>
<th>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Fortlaufend wurden Patienten, welche das palliative Pflege MD Anderson Cancer Center für einen &quot;Follow-up&quot; besuchten, wurden zunächst siebert und anschließend angesprochen, wenn sie für diese Studie geeignet waren.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gelegenheitsstichprobe</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Stichprobengrösse ist relativ klein, was ein Limit der Studie ist.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. siehe 3.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. auf Populationen mit ähnliche Merkmalen, in ähnliches Setting und aus der ähnliche Region. Ergebnisse können weniger verallgemeinert werden, da keine einheitlichen Definitionen vorliegen.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Forschungsdesign</strong></td>
<td>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Prospektive Querschnittsereichung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. wird nicht begründet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ja, ausser dass keine Hypothese aufgestellt wurde, sondern eine Fragestellung.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Interne Validität</strong></td>
<td>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</td>
</tr>
<tr>
<td>1. keine einheitliche Definition von geistigem Schmerz, kleines Sample</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Externe Validität</td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Methoden</td>
<td>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</td>
</tr>
<tr>
<td>Rechtlich- ethische Probleme</td>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
<th>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1. Nur eine Angabe: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): &gt;0.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. Rating-Skala
- 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
- Physical and Psychological Symptoms: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Coping and Religious Coping: Brief COPE, Brief R-COPE
- 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)

5.a.) Ja, b.) Ja
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Datenanalyse</strong></th>
<th><strong>Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Datenanalyse</strong></td>
<td><strong>Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. siehe 1.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Datenanalyse</strong></th>
<th><strong>Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die schließenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Datenanalyse</strong></td>
<td><strong>Welche deskriptiven bzw. schließenden statistischen Methoden werden angegeben?</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Keine Angabe in der Studie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Deskriptive Statistik inklusive Mittelwerte, arithmetische Mittel und Reichweiten: Demografische Faktoren, Spiritualität, Religiosität und spiritueller Schmerz zusammenzufassen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Spearman’s correlation test: um die Beziehung von Spiritualität, Religiosität und spiritueller Schmerz aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Mann-Whitney test: für kontinuierlich nichtparametrische Faktoren</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Person’s Chi-squared test and Fisher’s exact test für kategoriale Variablen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Bonferroni correction: zur Korrektur von mehreren Tests mit einem P-Wert von ≤0,002. Dies gilt als statistisch signifikant</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</td>
<td>6. a.)Ja, b.) Ja, c.) Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</td>
<td>1. -</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. • Das Querschnittdesign machte es unmöglich, die Kausalität zwischen Spiritualität, Religiosität, geistigem Schmerz und verschiedenen körperlichen und psychischen Symptomen zu etablieren</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Der Stichprobenumfang war relativ klein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Die Studie wurde bei einer ambulanten Palliativversorgungsklinik an einem tertiären Krebs-Versorgungszentrum in einer bestimmte geografische Region durchgeführt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Die primären Maßnahmen zur Spiritualität Religiosität und geistigen Schmerzen waren ein-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Anwendung und Verwertung in der Praxis | 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?  
2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?  
2. Ja  
3. Ev. würde ein Risiko darin bestehen, dass verschiedene Definitionen von Spiritualität, Religiosität... |
| --- | --- | --- |
- 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.  
- weitere Studien sind nötig um die Ergebnisse dieser Studie zu bestätigen |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>Antwort</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>und spirituellem Schmerz vorhanden sind.</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. ähnliches Setting, ähnliche Population und ähnliche geografische Lage</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</th>
<th>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.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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,</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. Das Evaluieren von Ähnlichkeiten und Unterschieden des Spirituellen Wohlbefindens (SWB) für Pat. mit Krebs, AIDS, und deren Pflegenden Angehörigen
2. unabhängige Variable: Erkrankung abhängige Variable: SWB als Dimension der QOL
3. Pat. mit fortgeschrittener, onkologischer Erkrankung, Pat. mit AIDS im Palliativpflegesetting, und jeweils deren pflegende Angehörige
4. Keine Signifikanz beschrieben
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?

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?


5. Welches sind die operationalen Definitionen der unab- hängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?

Glaube, Liebe, Vertrauen und Überzeugungen lenkt Ein weiteres Konzept ist die Palliativpflege, die Autoren verwenden das Kontinuum der palliativpflege Modell als Theoretischen Rahmen.

2. Ja, Spiritualität/SWB wird als fester Bestandteil der Palliativpflege gesehen

3. -


5. Keine operationale Definition angegeben

| Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n) | 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?
| | 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?
| | 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? |
| | 1. weder Hypothesen noch Forschungsfrage gestellt |
| | 2.-
| | 3. -
<p>| | 4.- |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>Stichprobe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</td>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. Die Pat. wurden im ganzen Gesundheitssystem New Yorks von ihren Onkologen, medizinischen Erstversorgern, AIDS Spezialisten oder advanced practise nurses über eine Teilnahme informiert. 
2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung 
3. keine Angaben darüber in der Studie, aber es handelt sich um vorwiegend weisse, privatversicherte, eher klein, keine Begründung
4. eher klein, keine Begründung 
5. auf onkologische Pat. im Palliativpflegesetting, wo auf ähnliche Ähnlichkeiten mit der Stichprobe auftreten (keine Angaben dazu in der Studie) 
6. -
| Interne Validität | 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 |
|---|---|---|
| Methoden | 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?  
2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? | 1. Fragebogen erheben, monatlich  
2. ja |
| Rechtlich-ethische Probleme | 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?  
2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? | 1./2. Kein Ethikkomitee erwähnt, Informierte Zustimmung wurde eingeholt, keinerlei Verpflichtungen, Möglichkeit jederzeit auszusteigen |
   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? | 1. –  
   2. –  
   3. –  
   4. a) Likertskala SWB-Score als Dimension der QOL, diese setzt sich zusammen aus: religious well-being (RWB), existential wellbeing (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. |
<table>
<thead>
<tr>
<th>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</th>
<th>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht? b) Werden diese Daten zu Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Reliabilität und Validität**         | 1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?  
2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?  
3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?  
4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb? |
|                                        | 1./2. Rest-retest für den Reliabilitätskoeffizient mit einer Studenten Stichprobe = 0,93 für SWB, 0,96 für RWB, 0,78 für EWB.  
3. / 4. Cronbach`s Alpha für SWB =0,95, RWB=0,84 und für EWB=0,94 |
| **Datenanalyse**                       | 1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?  
2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?  
3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable? |
|                                        | 1. keine Angabe in der Studie  
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  
3. nicht beurteilbar |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</th>
<th>4. Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
<td>5. Nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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.</td>
<td>6. a) teilweise nicht erklärte Tabellen, welche schwer zu verstehen sind, b) ja c) nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</th>
<th>1.-</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</td>
<td>5. keine Verallgemeinerungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Anwendung und Verwertung in der Praxis</td>
<td>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. –</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. durch eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit des palliative care Teams mit Geistlichen, könnte das SWB der Pat. erweitert werden.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. teilweise</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Vorteile: bessere Erfassung der spirituellen Bedürfnisse</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. regelmässiges Assessment des SWB</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Artikel: The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Unabhängige Variablen: Religiosität/Spiritualität, religiöses Coping, demographische und krankheitsbezogene Daten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Abhängige Variable: Lebensqualität</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Patienten mit fortgeschrittene onkologische Erkrankung und palliative Radiotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen** | 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.  
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?  
3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhan denen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?  
5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der anhängigen Variablen) Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? | 1. Spiritualität/Religiosität  
3. Um spiritual-care im palliativen onkologie Setting zu verbessern sind Daten erforderlich, die die Rolle der Religiosität/Spiritualität aufzeigen.  
3. Um spiritual-care im palliativen onkologie Setting zu verbessern sind Daten erforderlich, die die Rolle der Religiosität/Spiritualität aufzeigen.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Details</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</td>
<td>2. –</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</td>
<td>3.-</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</td>
<td>4.-</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</td>
<td>5.-</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</td>
<td>6.-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Stichprobe**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fragestellung</th>
<th>Details</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</td>
<td>1. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist?</td>
<td>3. Da nur aus der Region Boston (USA) Kliniken mit einbezogen wurden, ist dies nur begrenzt auf die ganze Population übertragbar</td>
</tr>
<tr>
<td>Forschungsdesign</td>
<td>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>---------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</td>
</tr>
<tr>
<td>Interne Validität</td>
<td>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</td>
</tr>
<tr>
<td>Externe Validität</td>
<td>1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?</td>
</tr>
<tr>
<td>Methoden</td>
<td>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</td>
</tr>
<tr>
<td>Rechtlich-ethische Probleme</td>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 1. Querschnittsstudie (cross-sectional study) |
| 2. Das Design wird nicht begründet |
| 3. Das Design weist eine logische Abfolge dar |
| 1. Grösse und Auswahl der Stichprobe, unpassendes Design der Studie |
| 2. Keine erwähnt |
| 1. Grösse und Auswahl der Stichprobe |
| 1. Interview mit validierten Fragebogen |
| 2. Ja |
| 1. Die Informierte Zustimmung wurde eingeholt mit Dokumenten, welche vom human subjects Komitee genehmigt wurden |
| 2. Siehe Oben |
| 1. Ja, verwendete Instrumente werden durch ihre Validität begründet |


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?

2.-

3. a) Forschungsmitarbeiter, b) Die Interviewer erhielten einen eintägigen Kurs zur Befragung der Patienten, c) Nein

4. Verschiedene bereits validierte Instrumente zur Erhebung der jeweiligen Outcomes.

Für die partizipierte Spiritualität und Religiosität: Items von Fetzer Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research (Likertskala)

Für religiöses Coping: Koenig’ s Religious Coping Index (Likertskala) und Pargament’ s previously validated brief positive religious coping index (RCOPE) (Likertskala)

Für Lebensqualität: The McGill Quality of Life Questionnaire (Likertskala)

Die Instrumente stimmen mit den konzeptuellen Definitionen überein
<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
<th>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
<th>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariable gewählt?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. Keine</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Keine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Es wird lediglich erwähnt, dass die verwendeten Instrumente valide sind</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Da die Messinstrumente bereits in anderen Studien verwendet wurden und sich als Valide herausstellten, ja</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1. keine Angaben, vermutlich Metrisches Niveau (Likertskala) (Intervallskala)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</th>
<th>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4. Nicht beurteilbar</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Signifikanzniveau bei P= 0.05</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. A)Ja, b)Ja, c)Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| 1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt? |
| 2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert? |
| 3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe? |
| 1.-                                                                                             |
| 2. Ja                                                                                           |
| 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>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5. Verallgemeinerungen können nur Begrenzt gemacht werden</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6. –</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. Weitere Forschungen sind notwendig um die Zusammenhänge von Religiosität/Spiritualität und spiritual-care auf die Lebensqualität aufzuzeigen</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
<td>1. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
<td>2. Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
<td>4. –</td>
</tr>
<tr>
<td>Frage</td>
<td>Antwort</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
<td>7. Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
F. Beurteilung der ausgeschlossenen Studie

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Darstellung des Problems und des Ziels</th>
<th>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>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?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1. 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 Lebensqualitätpunkten mit einer der 3 Gruppen innerhalb der beiden Hospize verbunden waren:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Gläubige und praktizierende Kirchenmitglieder (B)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Gläubige aber nicht praktizierende Kirchenmitglieder (NPB)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Nicht-Gläubige (NB)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Ja, unabhängige Variablen: Spiritualität, demographische Daten, Gesundheitsstatus, abhängige Variable: QOL</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?  
| Literatur- Recherche und theoretischer Bezugsrahmen | 3. Ja, onkologische Palliativpatienten in der letzten Phase des Lebens  
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  

| 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.  
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?  
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?  
4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. | 1. QOL in der Palliativ Pflege, Spiritualität/Religiosität, Coping  
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.  
3. Die Lücke besteht in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Spiritualität und QOL  
4. In erster Linie sekundär Quellen (andere Studien), primär Quelle: Auszug aus der WHO Definition von palliative Care |
| Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n) | 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?  
2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?  
3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?  
4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?  
5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?  
6. Sind die Hypothesen überprüfbar? | 1. es ist keine Hypothese oder Forschungsfrage formuliert  
2. -  
3. -  
4. -  
5. -  
6. - |
| Stichprobe | 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?  
2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? | 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  
2. nicht Zufallsstichprobe, Gelegenheitserhebung |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Forschungsdesign</th>
<th>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</th>
<th>1. Querschnittsstudie mit zwei verschiedenen Untersuchungsgruppen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2. Wie wird das Design begründet?</td>
<td>2. Keine Begründung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interne Validität</th>
<th>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</th>
<th>1. unpassendes Design, Ungeeignete Stichprobe, Ungeeignete Population</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Externe Validität | 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? | 1. unpassendes Design, Ungeeignete Stichprobe (verzerrende Faktoren bei der einen Untersuchungsgruppe) |

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Methoden</td>
<td>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</td>
</tr>
<tr>
<td>Rechtlich-ethische Probleme</td>
<td>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</td>
</tr>
<tr>
<td>Instrumente</td>
<td>1. Physiologische Messungen a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn ja, welche?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reliabilität und Validität</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenanalyse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung jeder Hauptvariable gewählt?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?

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?


|                                      | 3. Nicht beurteilbar |
|                                      | 4. Nicht beurteilbar |
|                                      | 5. Ja, p=0,01        |
|                                      | 6. a) sie ersetzen den Text teilweise, b) nein, c) nein, teilweise gar kein Text in Zusammenhang mit den Tabellen vorhanden |

1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?

2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugssrahmens/der Literatur interpretiert?

3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und/oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?

4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?
<table>
<thead>
<tr>
<th>Anwendung und Verwertung in der Praxis</th>
<th>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</td>
<td>5. Es gibt wenige Verallgemeinerungen (wegen verzerrender Faktoren)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</td>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>5. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td>7. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| 7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert? |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>----------------------------------------</th>
<th>----------------------------------------</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>5. Es gibt wenige Verallgemeinerungen (wegen verzerrender Faktoren)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6. -</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Nein, (eigentlich schon, aber die Verzerrenden Faktoren schwächen die Ergebnisse)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Ja, die wenigen Ergebnisse unterstreichen andere Studien mit ähnlichen Ergebnissen</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Keine Risiken</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Keine Anwendbaren Ergebnisse, nur Empfehlungen</td>
</tr>
<tr>
<td>5. -</td>
</tr>
<tr>
<td>6. -</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</td>
</tr>
</tbody>
</table>
G. Übersichtstabelle zur kritischen Beurteilung

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

Adressing 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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Valide Erhebungsinstrumente</td>
<td>• kleine Stichprobe</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td>• Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</td>
<td>• Durch die grosse Anzahl an verschiedenen Institutionen und die daran gemessene, kleine Stichprobe können die Resultate der Studie falsche negative-Resultate aufweisen.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• angemessene Stichprobe (n=343)</td>
<td>• Reliabilität und Validität der Messinstrumente wird nicht angegeben</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</td>
<td>• Generalisierbarkeit auf andere unheilbare Krankheiten und andere kulturelle Kontexte umstritten</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von Primärquellen</td>
<td>• keine allgemeine Definition von spiritueller Unterstützung für die Teilnehmer vorhanden</td>
</tr>
<tr>
<td>• Ethische Aspekte wurden berücksichtigt</td>
<td>• undefinierter Inhalt und Kontext der spirituellen Betreuung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Qualitiy of Life in Hospice Patients With Terminal Illness

(Tang, Aaronson & Forbes, 2004)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Datensammlung direkt von den Teilnehmenden</td>
<td>• Methode der Datenerhebung (- &gt; fehlende Daten)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Angabe der Reliabilität und Validität der Instrumente</td>
<td>• Datensammlung auf Teilnehmer beschränkt, welche gesund ge-</td>
</tr>
<tr>
<td>• ethische Aspekte werden eingehalten</td>
<td>nug waren, um befragt zu werden</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von Primärquellen</td>
<td>• Stichprobe: meisten waren weiss, alle kamen aus einem einzigen Stadtge-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>biet, aus zwei lokalen Hospizprogrammen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Erkenntnisse sind nicht auf die verschiedenen kulturellen und</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ethnischen Gruppen und auf die gesamte Hospiz Bevölkerung oder die</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>verschiedenen Pflegeeinrichtungen verallgemeinerbar.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• kleine Stichprobe (n=60)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• keine klaren Ein- und Ausschlusskriterien</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• grosse Stichprobe</td>
<td>• Durch das Design lässt sich nicht erschliessen, ob das Coping die QOL</td>
</tr>
<tr>
<td>• Valide Erhebungsinstrumente</td>
<td>beeinflusst, oder umgekehrt</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</td>
<td>• Möglichkeit zur Verzerrung durch die potentiellen Unterschiede in der Religiosität und der Spiritualität zwischen den Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer</td>
</tr>
<tr>
<td>• Anwendung bereits validierter Messinstrumente</td>
<td>• Grund der Nichtteilnahme -&gt; Grund zur Verzerrung</td>
</tr>
<tr>
<td>• Ethische Aspekte werden eingehalten</td>
<td>• Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>• Primärquellen</td>
<td>• Keine Angabe der Reliabilität der Messinstrumente</td>
</tr>
<tr>
<td>• angemessene Stichprobe (n=230)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation

(Hills, Paice, Cameron & Shott, 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Valide Erhebungsinstrumente</td>
<td>• kleine Stichprobe</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td>• Erhebung nur an einer Institution</td>
</tr>
<tr>
<td>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</td>
<td>• Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschließlich Primärquellen</td>
<td>• Pat. waren „relativ“ fit für palliative Pat., konnten gut ein 30-40 min. Interview geben -&gt; dies limitiert die Verallgemeinerung auf andere Palliative Pat.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer

(Kandasamy, Chaturvedi & Desai, 2011)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• klare Ein- und Ausschlusskriterien</td>
<td>• Studiendesign (nicht erlaubt keine definitive Konklusion, im Hinblick auf ihre langfristigen Auswirkungen)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Messinstrumente wurden bereits in vorherigen Studien verwendet</td>
<td>• subjektive Definition der Symptome (nicht subjektive Werte durch verschiedene andere Faktoren beeinflusst)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Primärquellen wurden verwendet</td>
<td>• Persönlichkeit und Copingstrategien wurden nicht adäquat erfasst und es war schwierig zu erfassen, ob diese einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptome hatte.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• geringe Verallgemeinerung möglich</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• kleine Stichprobe (n=76)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Reliabilität der Messinstrumente wird nur für eines angegeben</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

(Kandasamy, Chaturvedi & Desai, 2011)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Valide Erhebungsinstrumente</td>
<td>• Design der Studie lässt keine allgemeingültigen Schlussfolge-</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td>rungen zu,</td>
</tr>
<tr>
<td>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</td>
<td>• Faktoren, welche subjektiven Symptome auch beeinflussen nicht mit einbezogen.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschließlich Primärquellen</td>
<td>• Persönlichkeit und Coping Strategien zu wenig beachtet</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• angemessene Stichprobe (n=100) (die Autoren meinen eher klein)</td>
<td>• Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>• Ethische Aspekte werden ein-gehalten</td>
<td>• Einbezug nur einer bestimmten Region.</td>
</tr>
<tr>
<td>• Klare Ein- und Ausschlusskriterien</td>
<td>• eindimensionale und quantitativ-ve Massnahmen -&gt; so die Komplexität und qualitative Na-tur der Konzepte nicht erfassen</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung sekundärer Quel-len</td>
<td>• eigene Interpretation und Be-deutung von seelischem Schmerz der Teilnehmer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Keine Angabe der Reliabilität der Messinstrumente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Geringe Verallgemeinerung möglich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Valide und reliable Messinstruments</td>
<td>• nur SpWB im Verlauf der Er-krankung erfasst, keine Fakto-ren, welche dieses beeinflus-sen</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td>• nur SpWB als Dimension für QOL erfasst, keine weiteren Dimensionen der QOL erhoben</td>
</tr>
<tr>
<td>• sehr detaillierter Theoretischer Rahmen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• ausführlich beschriebene Litera-turrecherche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschliesslich Primärquellen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Studiendesign</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Valide Erhebungsinstrumente</td>
<td>• kleine Stichprobe</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td>• Studiendesign</td>
</tr>
<tr>
<td>• andere Studien ergaben ähnliche Resultate</td>
<td>• durch Zusammensetzung der Stichprobe sind Verallgemeinerungen nur begrenzt machbar</td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschließlich Primärquellen</td>
<td>• nicht klar, ob die QOL die Spiritualität/Religiosität beeinflusst, oder umgekehrt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ausgeschlossene Studie

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

(Scobie & Caddell, 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärken</th>
<th>Schwächen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• grosse Stichprobe</td>
<td>• verzerrende Faktoren schwächen die Ergebnisse und verhindern eine Übertragbarkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>• klare Ein-/Ausschlusskriterien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Verwendung von ausschließlich Primärquellen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
I. Selbständigkeiterklärung

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.

Böisingen, 27. Juni, 2013

Daniela Marchon, Lena Weber