

Tabelle 1: Spirituelle Bedürfnisse in Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
Alder et al. (2011), Schweiz	Aufzeigen einiger psychologischer Fragestellungen in Bezug auf chronische Erkrankungen.	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht.	– Unterstützung bei der Bewältigung, – Unterstützung im Umgang mit der ungewissen Zukunft, – Informations-, Wissensvermittlung, Lernen neuer Kompetenzen, – Gesundheitsförderung, – Umgang mit Änderungen im emotionalen Gleichgewicht, Selbstwert, – Umgang mit körperlichen Einschränkungen – Reintegration in Familie, Arbeit, Gesellschaft, etc.	– Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	– Psychologische Mitbehandlung ist wichtig, – Einige psychologische Interventionen sind effektiv, – Integrierte Versorgung ist eine Chance, um die psychologische Mitbehandlung zu gewährleisten.
Allmon et al. (2013), USA	Langzeitstudie zur Erfassung des spirituellen Wachstums in christlichen Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose (N=47; davon 29 Frauen, Durchschnittsalter: 51.4 Jahre). Befragung vor Behandlungsstart und 9 Monate danach.	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Trans-formation Skala (STS) – Brief Religious Coping Skala (RCOPE), – Inferentielle Statistik.	– Positive religiöse Bewältigung führt zu spirituellem Wachstum nach 9 Monaten, – Spiritueller Distress/Hadern zeigt sich eher, wenn religiöse Aspekte nicht wichtig waren, – Religiöse Bewältigung und die Wichtigkeit von religiösen Aspekten sind miteinander assoziiert.	– Spezifische, kleine Probandengruppe, eingeschränkte Datenanalyse, ausgewählter Studienort.	– Unterstützen von positiven religiösen Bewältigungsstrategien zur Förderung des spirituellen Wachstums, zur Reduktion des spirituellen Distress/Hadern, – Spirituelle Ressourcen tragen zu größerem spirituellem Wachstum bei, – Ignorieren der Spiritualität trägt zu höherer Erkrankungslast bei.
Asfrow et al. (2007), USA	Umfrage bei ambulanten Patientinnen und Patienten mit einer neuen und fortgeschrittenen Krebserkrankung zu ihrer spirituellen Haltung, und ob auf den spirituellen Bedarf und ihre Werte eingegangen wurde (N=369, davon 240 Frauen, Durchschnittsalter: 57.5 Jahre).	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Moadal Spiritual Needs Assessment, – Quality of End-of-Life Care and Satisfaction with Treatment (QUEST), – Satisfaction with Life Skala, – Frage, ob spirituelle Anliegen von den ärztlichen	– 94 % der haben eine religiöse Zugehörigkeit an (davon 47 % katholisch), davon: an Gottesdiensten teilnehmen (29 %), spirituell aber nicht religiös (66 %), – Gespräche mit Fachpersonen über spirituelle Anliegen (52 %) – Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen über spirituelle Anliegen (58 %),	– Betroffene sowohl mit einer neuen Krebsdiagnose sowie fortgeschrittenes Stadium, zweckmässige Probandengruppe, ausgewählter Studienort.	– Nicht alle Patientinnen und Patienten mit Krebs haben spirituelle Anliegen. – Betroffene mit Krebs haben vermutlich ein stärkeres Interesse an spirituellen Anliegen als andere Patientinnen und Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen.

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
		Fachpersonen angesprochen waren, – Inferentielle Statistik.	– Spirituelle Anliegen erfragt bei 16 %, – Nicht eingegangen auf spirituellen Bedürfnisse bei 82 %, – Wichtige spirituelle Anliegen: Entspannung (56 %), andere Betroffene treffen (44 %), Unterstützung bei Traurigkeit (36 %). – Nicht eingehen auf spirituellen Anliegen reduziert die Einschätzung der Betreuungsqualität.		– Fingerspitzengefühl zentral beim Erfragen von spirituellen Anliegen. – Ärztliche Fachpersonen sollen sorgfältig und mit dem nötigen Fingerspitzengefühl spirituelle Anliegen erfragen.
Beernaert et al. (2016), Belgien	Transversale Studie bezüglich offenen Bedürfnissen, auf die nicht eingegangen wurde sowie die Einschätzung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit Krebs zu Beginn der kurativen Behandlung, zu Beginn der Behandlung mit lebensverlängerndem Ziel sowie kurz vor Lebensende (N=375, davon mit kurativer Behandlung: n=101, davon 82 Frauen, dabei 35,7 % zwischen 60 und 69 Jahren).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – EORTC QLQ-C30, Anliegen für mehr Unterstützung in funktionalen Bereichen (Physis, Rolle, soziale und emotionale Aspekte), Symptome und spirituelle/existenzielle Anliegen, – Inferentielle Statistik.	– Spirituelle/existenzielle Anliegen waren niedriger bei Betroffenen in kurativen Behandlungssituationen als bei Betroffenen in fortgeschrittenen Stadien, – Betroffene in kurativen Behandlungssituationen wurden weniger bezüglich ihrer spirituellen Anliegen befragt, – Bei 10 % der Betroffenen in kurativen Behandlungssituationen wurde nicht auf spirituelle Anliegen eingegangen.	Zweckmäßige Probandengruppe, transversale Umfrage, ausgewählter Studienort.	– Erfassen und eingehen auf spirituelle/existenzielle Anliegen bereits zu Beginn einer Krebserkrankung nötig, – Regelmäßiges, systematisches Erheben dieser Anliegen von der Diagnosestellung über den ganzen Krankheitsverlauf hindurch bis hin zum Lebensende, – Erheben der spirituellen Aspekte durch verschiedene Fachpersonen möglich, – Hinzuziehen von Spezialisten bei erweiterten Bedürfnissen, – Gute Ausbildung über spirituelle Anliegen nötig.
Coward & Kahn (2004), USA	Phänomenologische Langzeitstudie zur Beschreibung der Erfahrung des Wiederaufbaus und des Erhalts des spirituellen Gleichgewichts bei Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs (N=10 Patientinnen,	Phänomenologischer Ansatz, mit Interviews, aufgenommen und transkribiert. Colaizzi's Analyseprozess wurde verwendet.	Betroffene: – erleben ein spirituelles Ungleichgewicht durch die existenzielle Angst ausgelöst durch die Diagnose, – suchen Unterstützung bei anderen (Angehörige,	Einschränkungen: qualitativer Ansatz, ausgewählter Studienort.	– Spirituelles Ungleichgewicht beinhaltet Angst vor dem Sterben und anderen unspezifischen Dingen, einer gewissen Einsamkeit und den Bemühungen, das Selbst aufrecht zu erhalten.

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	Durchschnittsalter: 49.8–59 Jahre). Drei Befragungszeitpunkte: Studieneintritt, 2–3 Monate danach sowie ein Jahr nach Studieneintritt. Die Frauen hatten die Diagnose zwischen 1 und 5 Monaten vor Eintritt in die Studie erhalten. Teil einer quasi-experimentellen Interventionsstudie über die Teilnahme an einer Theorie-basierten Brustkrebsunterstützungsgruppe zu Wegen über sich hinauszuwachsen und Wohlbefinden.		Fachpersonen, Gott/Höhere Macht), – führen ihre Arbeit weiter (Kinderhüten, andere wohltätige Arbeit), – unterstützen andere Betroffene oder regen zur Kontrolle an, – erfahren, dass sie für andere eine Hilfe waren, – gehen neue Beziehungen ein, – pflegen die Beziehung zu Gott/einer höheren Macht.		– Die Beziehungen zu anderen Betroffenen, der Glaube an Gott/höhere Macht und sich selber waren ein Betrag zu besserem Wohlbefinden, Glaube an eine Genesung, an das Vermeiden eines Rückfalls, oder den Lebensstil zu verändern. – Die Betroffenen fühlen sich sehr verletztlich und müssen das Vertrauen in ihren eigenen Körper wiedergewinnen. – Unterstützung wurde enorm geschätzt, z. Bsp. ein Lächeln, ein Gespräch, etc., von Pflegefachpersonen, etc., – Ängste und Einsamkeit sollen angesprochen werden, mit entsprechemdem Fingerspitzengefühl, – Selbsthilfegruppen können helfen, je nach Vorlieben der Betroffenen.
Csef & Hefner (2007), Deutschland	Betrachtung der Frage, ob spirituelle Anliegen in die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebs einfließen sollen basierend auf aktuellen Diskussionen in den USA.	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht.	– Spirituelle Anliegen bestehen nicht nur in Patientinnen und Patienten der USA, sondern auch in Deutschland, – Spirituelle Anliegen haben kaum Platz in der Onkologie, – Die Qualität von Spiritualität kann onkologische Outcomes beeinflussen, – Vermutlich fördert die Sinnfindung den Abbau von Stress und Angst, – Vermutlich besteht ein Zusammenhang zwischen	Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	– Kontroverse zum Eingehen auf spirituelle Anliegen im klinischen Alltag: Befürchtungen, Schaden anzurichten, sind sehr groß (z. Bsp.: sich genötigt oder schuldig fühlen, etc.), zeitlich limitierte Ressourcen bei den ärztlichen Fachpersonen, – Hingegen: Eingehen auf spirituelle Anliegen liegen sind ein starkes Zeichen im Sinne von

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
Dennis & Duncan (2012), USA	Beschreibung des Einflusses der Kultur auf spirituelle Anliegen von Patientinnen und Patienten mit Krebs.	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht,	Spiritualität und positivem Coping, – Spiritualität kann auch negative Auswirkungen haben (z. Bsp. Fatalismus).	Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	Interesse durch ärztliche Fachpersonen an den Patientinnen und Patienten, spirituelle Anliegen sollten integriert werden, würdebasierte Ansätze sind gute Möglichkeiten für ärztliche Fachpersonen, auf spirituelle Anliegen einzugehen. – Familienzentrierte und kultursensible Betreuung ist empfohlen, um auf die spezifischen Eigenheiten Rücksicht zu nehmen, – Kulturelle Eigenheiten erfragen und allenfalls ermöglichen (z. Bsp.: Gruppengebete, andere Rituale, etc.), – Kulturelle Aspekte sollten stärker einbezogen werden, – Es braucht eine Sensibilisierung für kulturelle Anliegen.
			– Kultur kann zu unterschiedlichen Erwartungen bezüglich Art und Menge der Informationen führen, – Z. B. für Menschen mit japanischem, mexikanischem oder auch afrikanischem Hintergrund sind Gruppenzugehörigkeit, das Aufrechterhalten von Harmonie, sozialen Beziehungen und Status zentral, – Z. B.: für Menschen aus individualistischen Kulturen wie Nordamerika ist die Aufrechterhaltung der Selbstidentität und der Autonomie zentral, – Z. B.: für Familien mit einem chinesischen Hintergrund ist es wichtig, nicht vor den Betroffenen über den Krebs zu sprechen, – Krankheitssituationen erleben in einem kulturellen fremden Umfeld kann zu Ängsten, Verwirrung, Aggression führen, – Spirituelle, religiöse Aspekte beeinflussen die		

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
			Entscheidungsfindung für oder gegen die Behandlung, – Z. B.: Afroamerikanische Betroffene ziehen für die Entscheidungsfindung auch spirituelle, religiöse Aspekte in Betracht und holen sich in diesem Bereich Unterstützung, – Z. B.: soziale Netzwerke können je nach Kultur eine wichtige Rolle spielen.		
Forouzi et al. (2017), Iran	Transversale Studie zur Bestimmung der Verbindung zwischen spirituellen Anliegen und Lebensqualität in Patientinnen und Patienten mit Krebs in Iran (N=150, davon Frauen n=79, Durchschnittsalter: 44.8 Jahre).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Need Survey, European Organization for Research and Treatment of Cancer QoL Fragebogen (EORTC QLQ-C30, – Inferentielle Statistik.	– Ältere Patientinnen, Patienten mit besserer Ausbildung hatten mehr spirituelle Bedürfnisse, – Ältere alleinstehende Patientinnen, Patienten mit einer besseren Ausbildung hatten eine bessere Lebensqualität, – Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse ist positiv verbunden Lebensqualität, – Je besser auf die spirituellen Bedürfnisse eingegangen wird, desto höher ist die Lebensqualität (bis zu 30 % bessere Funktion, bis zu 40 % besserer Gesamtstatus).	– Eingeschränkte, konsekutiv zusammengestellte Probandengruppe, keine Berechnung der Probandengruppe im Voraus, – Ein Forschungskontext, Transversale Studie.	– Spirituelle Anliegen sind verbunden mit Lebensqualität, – Spiritualität bedeutet eine Ressource für die Patientinnen und Patienten, – Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse kann zur Besserung oder Stabilisierung der Lebensqualität beitragen, – Spiritualität sollte Teil der Pflegeausbildung sein, – Pflegefachpersonen benötigen mehr Ausbildung in diesem Bereich, – Es braucht Fachpersonen, um auf die spirituellen Anliegen von muslimischen Patientinnen, Patienten eingehen zu können.
Hebert et al. (2009), USA	Prospektive Studie zur Bestimmung der Verbindung zwischen religiösen Bewältigungsstrategien sowie dem Wohlbefinden bei Frauen mit Brustkrebs in verschiedenen Stadien (N=284; Stadium I + II=198, Durchschnittsalter: 51 Jahre).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), – Goldberg's Adjective Skala, Short Form-36 (SF-36), – Center for	– 2/3 der Frauen gaben an, positive religiöse Bewältigungsstrategien zu benutzen (z. B. Gott/einer höheren Macht vertrauen), – Negative religiöse Bewältigung wird nur von 15 % der Betroffenen	– Probandengruppe beschränkt sich auf weiße Amerikanerinnen mit christlichem Glauben, statistisch nicht ganz ausreichend, – Längerer Follow-up eventuell nötig.	– Regelmäßiges systematisches Abfragen von spirituellen Anliegen. Dadurch: Ermöglichen von frühen Überweisungen, besserem und passenderem Interventionsangebot, Identifikation von negativen religiösen Bewältigungsstra-

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	Datenerhebung zu Studienbeginn sowie 8 bzw. 12 Monate danach. Teil einer Interventionsstudie über Patientenedukation sowie Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.	– Epidemiologic Studies Depression Skala (CES-D), – Satisfaction with Life Skala (SWLS), – Inferentielle Statistik.	angegeben (z. B. sich verlassen fühlen), – Positive religiöse Bewältigung hatte keinen Einfluss auf das Wohlbefinden, – Negative religiöse Bewältigung beeinflusste hingegen die psychische Gesundheit, depressive Symptome und führte zu geringerer Lebensqualität, – Die Verbindung von religiöser Bewältigung und Wohlbefinden wird vom Krebsstadium nicht beeinflusst.		tegien und entsprechende Unterstützung gewähren.
Hocker et al. (2014), Deutschland	Transversale Studie zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei ambulanten Patientinnen und Patienten mit Krebs (N=285, davon n=207 mit neuer Diagnose, Durchschnittsalter: 61.3 Jahre) in Norddeutschland, um a) die Bedeutung und Art der spirituellen Bedürfnisse zu identifizieren, b) die Rolle der demografischen und klinischen Aspekte zu bestimmen in Bezug auf spirituelle Anliegen sowie c) die Verbindung mit psychologischem Disstress zu bestimmen.	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Needs Fragebogen (SpNQ), – National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress-Thermometer (DT), – Hospital Anxiety and Depression Skala (HADS), – Beck Hopelessness-Skala (H-Skala), – 2 Fragen zu spiritueller/ religiöser Haltung aus Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness Fragebogen, – Coherence and Existential Vacuum Skalas des Life Attitude Profile – Revised, – Inferentielle Statistik.	– 94 % der Patientinnen und Patienten hatten spirituelle Anliegen, – Am wichtigsten: Bedürfnis für inneren Frieden (z. Bsp. in Verbindung mit der Natur) sowie Beziehungen zu anderen oder andere unterstützen, weniger wichtig waren Beten mit jemandem oder über das Leben nach dem Tod sprechen, – Lediglich 47 % der Patientinnen und Patienten geben eine spirituelle oder religiöse Haltung an, – Angst zeigte sich als stärksten Prädiktor für existenzielle Aspekte (adjusted $\beta = 0.36$, SE = 0.02, $P \leq 0.001$), inneren Frieden (adjusted $\beta = 0.40$, SE = 0.02, $P \leq 0.001$) sowie	– Probandengruppe aus Patientinnen und Patienten mit christlichem Glauben, – Ein Forschungskontext, – Keine klare Unterscheidung zwischen der spirituellen und religiösen Haltung, – Keine Angaben über das Eingehen auf spirituelle Anliegen (z. B. durch welche Fachperson, etc., oder welche Anliegen offengeblieben sind).	Spirituelle Bedürfnisse: – scheinen eine Rolle bei allen Patientinnen und Patienten mit Krebs zu spielen, – sollten bereits zu Beginn des Krankheitsverlaufs erhoben werden, – sollten regelmäßig und systematisch erhoben werden, – stehen in Zusammenhang mit emotionalen Aspekten.

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
Jim et al. (2015), USA	Metaanalyse, um die Beziehung zwischen spirituellen/religiösen Anliegen und Outcomes der Patientinnen und Patienten zu bestimmen, Datenbanksuche in PubMed, PsycInfo, CINAHL, und Cochrane Library (N=2,073 Abstrakte), Metaanalyse mit n=497 Effektgrößen von n=101 Probandengruppen (mehrheitlich weiße Personen), die insgesamt über 32,000 Patientinnen und Patienten mit Krebs einschlossen). Durchschnittsalter: 57.4 Jahre. 2/3 der Probandengruppen waren aus Nordamerika. 26 % der Studien befassten sich mit Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose.	– Systematische Literaturübersicht und Metaanalyse.	aktives Geben (adjusted $\beta = 0.22$, SE = 0.02, P = 0.011). – Kohärenz war ein Prädiktor für religiöse Aspekte (adjusted $\beta = 0.16$, SE = 0.01, P = 0.022) sowie inneren Frieden (adjusted $\beta = 0.21$, SE = 0.01, P = 0.004).	– Insgesamt eine große Probandengruppe, aber die jeweiligen Studien verfügten über rund die Hälfte Probandengruppen in der Größe <150 Personen, – Limitierte Methodenkapitel in den eingeschlossenen Studien, – Hauptsächlich transverse und Korrelationsstudien eingeschlossen.	– Spirituelle/religiöse Anliegen sind mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden verbunden, – Insbesondere Spirituelle/religiöse Anliegen wie Disstress beeinflussen die Gesundheit/Wohlbefinden, – Außerdem sind negative Disstress verbunden mit vermehrt Depression, weniger häufiges Einhalten der Behandlungsrichtlinien oder des medizinischen Rats.
			– Spirituelle/religiöse Anliegen sind im Allgemeinen mit der Gesundheit verbunden (z= .153, p<.001), demografische noch klinische Variablen beeinflussen diese Verbindung, – Spirituelle/religiöse Probleme wie Disstress waren mit dem physischen Wohlbefinden verbunden (z= .167, p<.001), dem funktionalen Wohlbefinden (z= .343, p<.001) sowie physischen Symptomen (z= .282, p<.001). – Spirituelle/religiöse Anliegen wie spirituelles Wachstum waren mit dem physischen Wohlbefinden verbunden (z= .079, p<.05) sowie dem funktionalen Wohlbefinden (z= .090, p<.01). – Spirituelle/religiöse Anliegen wie religiöse Zugehörigkeit war verbunden mit funktionalem Wohlbefinden (z= .100, p<.05). – Keine demografischen oder klinischen Aspekte		

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
Lotzke et al. (2016), Deutschland	Interventionsstudie (RCT), um eine Yoga-Intervention zu testen gegenüber konventioneller Bewegungstherapie bei Frauen mit Brustkrebs in neo-adjuvanter oder adjuvanter Behandlung bezüglich Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Fatigue, Achtsamkeit und Spiritualität (N=92, Interventionsgruppe: 45, deren Durchschnittsalter: 51 Jahre, Vergleichsgruppe: 47, deren Durchschnittsalter: 51,4 Jahre).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – EORTC QLQ-C30 (Version 3.0), – Cancer Fatigue Skala (CFS-D), – Freiburger Achtsamkeits-Inventar, – SpREUK Fragebogen, – Inferentielle Statistik.	beeinflussen die Verbindung Spirituelle/religiöse Anliegen sowie Gesundheit/Wohlbefinden. – Weder Spiritualität noch Achtsamkeit haben sich signifikant verändert, – Jedoch verbesserte sich die Reflexion (? = 0.002, ? = 0.217). – Suchen (? = 0.009, ?=0.143) und Vertrauen (? = 0.024, ? = 0.109) verbesserte sich signifikant in der Vergleichsgruppe. – Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in den Bereichen Spiritualität, jedoch für die Achtsamkeit (?=0.034).	– Hohe Austrittsquote aufgrund möglicherweise niedriger Akzeptanz für Unterstützungsinterventionen und erhöhter Fatigue, – Limitierte Grösse der Probandengruppe, – Unterschiedliche Anzahl an Yoga-Lektionen.	– Mehr Untersuchungen zu Yoga als Unterstützungsintervention.
Puchalski (2012), USA	Aufgrund der Tatsache, dass Krebs eine chronische Krankheit geworden ist, geht es weniger darum, den Todesfall zu planen, als gut mit der Krankheitssituation leben zu lernen. Dazu gehört die Integration von Spiritualität.	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht.	– Spirituelles Wohlbefinden ist verbunden mit niedrigerem Distress und höherer Lebensqualität unabhängig der Krankheitsprognose, – Spiritualität ist eine Quelle der Stärke für Betroffene, – Mit Hilfe von Spiritualität kann ein Umfeld für Sinnfindung und Hoffnung geschaffen werden, dadurch verbessert sich die Lebensqualität, – Religion kann helfen, den Distress anders zu konzeptionieren, – Religion und religiöse Anliegen sowie persönliche Haltungen und Überzeugungen beeinflussen die Entscheidungsfindung.	– Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	– Spiritualität ist Teil des Menschen, – Damit wird der Mensch als Ganzes wahrgenommen, – Spirituelle, religiöse Anliegen spielen von Beginn der Erkrankung an eine wichtige Rolle, – Auf Spiritualität eingehen bedeutet, die Behandlung mit den Betroffenen zu planen, das Leben als Überlebende zu gestalten, oder den möglichen Todesfall vorzubereiten, – Betroffene wünschen, dass Fachpersonen sich nach spirituellen, religiösen Anliegen erkundigen, – Es wird gewünscht, dass die spirituellen, religiösen Anliegen in den

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
					Behandlungsplan integriert werden, – Dabei sollten auch Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie andere Spezialistinnen und Spezialisten beezogen werden, – Grundsätzlich sind alle Fachpersonen im Behandlungsteam aufgerufen, sich um die spirituellen, religiösen Anliegen der Betroffenen zu kümmern.
Taylor (2006), USA	Transversale, beschreibende Studie, um die Prävalenz von spirituellen Anliegen und damit verbundenen Faktoren bei Patientinnen, Patienten mit Krebs und deren Angehörigen zu bestimmen (N=156 Betroffene, davon 28 Frauen, Durchschnittsalter: 63.6 Jahre, 68 Angehörige, davon 50 Frauen, Durchschnittsalter: 57.8 Jahre).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Interests Related to Illness Tool (SPIRIT), – Inferentielle Statistik.	– Hohe Bedeutung: Beziehung zu Gott/höherer Macht, eine positive Einstellung haben, Liebe geben oder empfangen, – Weniger bedeutsam: Gründe für die Erkrankung, Hadern mit der Unfairness, Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, Gedanken an den Tod. – Personen, die regelmäßig an Gottesdiensten teilnehmen, erst seit kurzer Zeit eine Diagnose erhalten haben, oder die Disstress erfahren, schätzen spirituelle Anliegen als wichtig ein. – Pflegefachpersonen sollen auf spirituelle Anliegen eingehen, – Je wichtiger spirituelle Anliegen den Patientinnen, Patienten sind, desto eher erwarten sie, dass Pflegefachpersonen sich deren annehmen. – Amerikanische Studien zeigten meistens keine	– Eingeschränkte Probandengruppe aus Personen mit christlichem Hintergrund, – Ein Forschungskontext, – Transversale Studie	Pflegefachpersonen: – Sollen auf spirituelle Anliegen eingehen, – Benötigen dafür eine gute Ausbildung, – Könnten den SPIRIT als Hilfe dabei benutzen. – Umfassendes Assessment von spirituellen Anliegen kann nicht unbedingt von Pflegefachpersonen durchgeführt werden, – Aber es wäre hilfreich, jene Patientinnen, Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für spirituellen Disstress haben, – Verschiedene Interventionen existieren, z. B. zum Gespräch über spirituelle Anliegen anregen, empathisch zuhören, – Fingerspitzengefühl ist vor allem dann nötig, wenn Anliegen für eine direktere Form von spiritueller Unterstützung identifizieren.
Thune-Boyle et al. (2006), UK	Identifizieren von vorteilhaften oder schädlichen	– Systematische Literaturübersicht.			– Instrumente wie RCOPE bieten eine Möglichkeit, die

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	Auswirkungen von spiritueller/religiöser Bewältigung bei Krebs (N=17 aus den Datenbanken PsychInfo, Medline, Embase und CancerLit).		- signifikanten Resultate bezüglich der Auswirkung von religiöser Bewältigung, – Wiederum zeigten viele Studien vorteilhafte Auswirkungen von religiöser Bewältigung, – 3 Studien wiesen auf schädliche Wirkung hin, aber nur bei Untergruppen der Hauptprobandengruppe und in einer Studie, die negative Auswirkungen zeigen wollte, – In Europäischen Studien war religiöse Bewältigung nicht wichtig und in einer schädlich, – Veränderungen in der religiösen Bewältigung über die Zeit waren nicht signifikant.	– Häufig eine ausgewählte, eher christliche Probandengruppe, – Uneinheitliche Probandengruppen bezüglich der Krebserkrankung, – Methodologische Schwächen, – Unklare Konzeptualisierung von religiöser Bewältigung, – Instrumente, die hauptsächlich religiöse Bewältigung im Allgemeinen erheben, – Religiöse Zugehörigkeit wird als problematischer Faktor eingestuft.	volle Bandbreite von religiöser Bewältigung zu erheben.
Thune-Boyle et al. (2013), UK	Transversale Analyse von einer Langzeitstudie zur Bestimmung von vorteilhaften und schädlichen Auswirkungen von spirituellen/religiösen Quellen der Anpassung in Patientinnen mit einer neu diagnostizierten Brustkrebskrankung (N=155, Durchschnittsalter: 55,7 Jahre).	– Demografische, krankheitsbezogene Angaben, – Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report by the Feltzer Institute/National Institute on Ageing Working Group) – RCOPE – Unterskala der Spiritual Involvement Skala zu Spiritual Life Integration – Brief COPE – Life Orientation Test – Multidimensional Skala of Perceived Social Support – Hospital Anxiety and Depression Skala, – Inferentielle Statistik.	– Das Gefühl, von Gott bestraft oder verlassen worden zu sein, erklärte 5 % der Varianz der erhöhten Angst, jedoch beeinflusst von der Bewältigungsstrategie Vermeiden und Verleugnen, – Im Gegenzug reduzierte Akzeptanz als Mediatorvariable die Angst, – Dieses Gefühl der Strafe und Verlassenheit war ein signifikanter Prädiktor für eine depressive Verstimmung, mit 4 % Erklärung der Varianz bei Angst.	– Spezifische Probandengruppe, – Vermutlich eher christlich orientiert.	– Religiöse/spirituelle Quellen der Bewältigung können die Anpassung an die Krankheitsituation beeinflussen, – Daher sollten bei Brustkrebspatientinnen die religiösen/spirituellen Bedürfnisse erhoben werden, um darauf eingehen zu können, – Spiritueller Distress oder Hader kann die Anpassung an die Krankheitsituation negativ beeinflussen.