



HEVs

haute école valaisanne
hochschule wallis



HEVs2

haute école valaisanne
hochschule wallis

Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer Erkrankung

**Diplomarbeit / Literaturstudie
August 06
Kurs 02**

Martin Filippini
Metropol A
3940 Steg
filippinimartin@yahoo.com

Begleitung:
Renata Jost MScN
Sylvia Z'Brun Pflegeexpertin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Zielsetzung.....	5
3. Fragestellung.....	5
4. Theoretischer Rahmen.....	6
4.1 Religion / Spiritualität / ex- und intrinsischer Glaube.....	6
4.2 Coping.....	8
4.3 Chronisch.....	10
5. Methode.....	12
5.1 Datensammlung und Datenauswahl.....	12
5.2 Datenanalyse.....	13
6. Ergebnisse.....	14
6.1 Verwendete Arbeiten.....	15
6.2 Effekte der Religion.....	18
6.2.1 Gebet.....	18
6.2.2 Hoffnung.....	18
6.2.3 Isolation.....	19
6.2.4 Kontrolle.....	20
6.2.5 Angst.....	20
6.2.6 Ex- und intrinsischer Religiosität.....	20
6.2.7 Physiologische Auswirkungen.....	20
6.2.8 Psychische Gesundheit.....	21
6.2.9 Schmerzen.....	21
6.2.10 Sinnfindung.....	22
6.2.11 Stress.....	22
6.2.12 Substanzabusus.....	23
6.2.13 Suizid.....	23
6.2.14 Negative Effekte.....	23
7. Diskussion.....	25
7.1 Einschränkungen.....	25
7.2 Kritische Würdigung der verwendeten Studien.....	26
7.3 Diskussion der Ergebnisse.....	26
7.4 Bezug zum theoretischen Rahmen.....	29
7.5 Zukünftige Forschungsbereiche.....	30
7.6 Für die Pflegepraxis.....	30
7.7 Schlussfolgerungen.....	31
Literaturverzeichnis.....	33

Zusammenfassung

Bei chronisch erkrankten Patienten sind verschiedene Ebenen des Menschen betroffen. Die Patienten müssen zur Kenntnis nehmen, dass die Medizin ihre Grenzen hat und nur noch die Symptome gelindert werden können, was sich auf die geistige, seelische und physische Ebene auswirken kann. Die Patienten bedienen sich unterschiedlichen Ressourcen, um mit ihrem Leiden umzugehen. Eine mögliche Ressource, bei der Krankheitsbewältigung kann die Religion bilden. Jedoch kann die Pflege nur auf einen geringen Wissensfundus zurückgreifen, welcher nachweislich den Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung abbildet. Dadurch gerät die Religion als Ressource in den Hintergrund. In der vorliegenden systematischen Literaturübersichtsarbeit wird der Frage nachgegangen, wie der Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben wird. Um eine Antwort auf diese Frage zu erhalten, wird in pflegerelevanten Datenbanken passende Forschungsliteratur ausgewählt und bearbeitet. Es zeigt sich, dass sich die Religion positiv auf die Hoffnung, das soziale Leben, das Kontrollgefühl, auf die Psyche und die Physis auswirken kann und einen angst- und stressdämpfenden Effekt haben kann. Diese positiven Eigenschaften kommen jedoch nur zum Zug, wenn die Patienten kein falsches Gottesbild aufweisen. Unklarheit herrscht über den Einfluss der Religion auf das Schmerzerleben und die Compliance sowie über den Effekt des Gebetes.

1. Einleitung

Menschen, die an einer chronischen Krankheit leiden, werden auf der seelischen, geistigen und physischen Ebene getroffen und können nicht mit Gewissheit sagen, ob sie die nächste Krise durchstehen werden (Fitzgerald Miller 2000/2003). Chronisch erkrankte Patienten werden oft mit Angst, Mutlosigkeit und Unsicherheit konfrontiert, da sich ihre Beschwerden lindern, jedoch nie ganz heilen lassen. Sie leiden unter ständigen Schmerzen, Übelkeit oder Unwohlsein und müssen zur Kenntnis nehmen, dass die Medizin ihre Grenzen hat und nicht alle Leiden heilen kann (O'Neill & Kenny, 1998). Auch wenn die körperlichen Leiden nicht geheilt werden und sich der chronisch erkrankte Patient mit seiner fortschreitenden Krankheit, seiner Abhängigkeit, Machtlosigkeit und dem eigenen Rollenverlust auseinandersetzen muss, besitzt er Ressourcen, um mit seiner Krankheit umgehen und leben zu können (Fitzgerald Miller 2000/2003). Chronisch erkrankte Patienten nutzen den Kontakt zu medizinischem Personal, nehmen Medikamenten ein, betätigen sich körperlich, ändern ihre Ernährungsgewohnheiten und informieren sich über ihre Krankheit, um ihren Teil an der Genesung beizutragen. Die Religion bildet eine weitere Ressource, welche bei der Krankheitsbewältigung genutzt werden kann (Loeb, Penrod, Falkenstern, Guedner & Poon, 2003). Mit diesem Umstand setzt sich die vorliegende Arbeit auseinander.

Dein und Stygall (1997) erwähnen, dass zwei Drittel der Patienten mit akuten medizinischen Problemen, die unter mehreren Krankheiten leiden, ihre Krankheit aus einer philosophischen oder religiösen Sicht betrachten. Im Krankheitsprozess spielt die Religion nicht eine minder wichtige Rolle als die traditionellen psychologischen und sozialen Faktoren. Speziell bei Patienten mit Kinderasthma, HIV, chronischen Schmerzen, Myokardinfarkt, Multipler Sklerose, Nierenkrankheiten und Krebs wird die Religion bei der Krankheitsbewältigung angewandt. Die Religion nimmt eine historische Rolle ein, welche auf Fragen um die Gesundheit, den Tod und die Heilung eine Antwort zu geben versucht. Dies macht sie zu einer möglichen Hilfsquelle, wenn Menschen mit der Ungewissheit, die von chronischen Krankheiten ausgeht, konfrontiert werden. Burns, Reynolds, Ship, Delbanco, Hartman und Winker (2002) verweisen in ihrer Expertenbefragung auf 60 Studien, die die Rolle der Religion bei verschiedenen Krankheiten untersuchen und sind zum Schluss gekommen, dass Reli-

gion bei der Krankheitsbewältigung eine Hauptrolle einnehmen kann. Siegel, Andermann und Schrimshaw (2000) sehen es als evident an, dass religiöser Glaube und Aktivitäten oft einen wichtigen Punkt darstellen, wenn Menschen mit stressvollen Ereignissen wie Verlust konfrontiert werden oder wenn ihre Gesundheit gefährdet ist.

Zurzeit steht nicht genügend Literatur zur Verfügung, welche klar über den Zusammenhang von Pflege und Religion informiert (Dein & Stygall, 1997; Walton, Craig, Derwinski-Robinson & Weinert, 2004). Fulton und Moore (1995) sowie Mohr und Huguélet (2004) weisen in ihren Arbeiten darauf hin, dass ein Grund für die Vernachlässigung der Religion in der Pflege im Umstand liegen kann, dass die Pflegefachleute in der Ausbildung ungenügend auf diese Thematik sensibilisiert und geschult wurden. Dieses Wissensdefizit kann zu einer Vernachlässigung der Spiritualität im Pflegealltag führen. Der Autor fügt hinzu, dass Pflgeteams oft aus Mitgliedern verschiedener Nationalitäten und Kulturen bestehen. Die Auffassung von Religion und deren Relevanz in der Pflege können innerhalb einer Pflegeeinheit auseinander gehen und reichen von deren Akzeptanz bis hin zur Ablehnung. Der Autor zieht in Betracht, dass ein Grund für die Vernachlässigung der Religion in der Pflege darin liegt, dass nicht genügend Wissen über den Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung zur Zeit vorhanden ist.

2. Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, wissenschaftliche Literatur zu bearbeiten, um eine Wissensbasis über den Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer Erkrankung zu schaffen. Die Resultate sollen den Pflegestudenten und Pflegefachleuten zugänglich gemacht werden.

3. Fragestellung

Folgende Frage steht im Mittelpunkt:

Wie wird der Einfluss der Religion auf die Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

4. Theoretischer Rahmen

4.1 Religion / Spiritualität / ex- und intrinsischer Glaube

Religion leitet sich aus dem lateinischen *religio* ab und hatte verschiedene Bedeutungen. Es steht für Gottesfurcht, Frömmigkeit, Heiligkeit aber auch für Rücksicht, Bedenken, Pflicht, Gewissenhaftigkeit. Die Etymologie des Begriffs ist bislang nicht genau geklärt. Der Begriff *religio* wird im Mittelalter für den Ordensstand benutzt. In dieser Zeit und in der frühen Neuzeit wird für den Begriff Religion, *fides* (Glaube), *lex* (Gesetz), und *secta* (Richtung) benutzt. Erst nach der Reformation wurde der Begriff Religion, wie wir ihn heute kennen, eingeführt (<http://de.wikipedia.org/> 4. August 06). Die Definitionsbildung erfolgt subjektiv, weil sie verschiedentlich beeinflusst wird und somit nicht allen Kulturen und Religionen entsprechen kann (Dörr, 2001; Preul, 2003). Aus diesem Grund fällt es der Religionswissenschaft schwer, sich auf einen Begriff zu einigen, der allgemein gültig ist (Kehrer, 1998). Bei der Religion steht die Auseinandersetzung des Menschen mit dem Heiligen, dem Transzendenten im Mittelpunkt. Währenddem Religion für das Äussere, das System, das Gemeinschaftliche und das Strukturelle steht, bezieht sich der Begriff *Religiosität* auf das subjektive individuelle Erleben des Einzelnen. Der Religionswissenschaftler und evangelische Theologe Gustav Mensching (1901-1978) definierte Religion folgendermassen: „Religion ist erlebnishafte Begegnung mit dem Heiligen und antwortendes Handeln des vom Heiligen bestimmten Menschen.“ Aus westlicher Sicht werden die monotheistischen Religionen wie das Christentum, das Judentum und der Islam als Weltreligion bezeichnet. Zu den weiteren Weltreligionen gehören die henotheistischen Religionen Hinduismus und Buddhismus (<http://de.wikipedia.org/> 4. August 06).

Mit Spiritualität vom Lateinischen *spiritus*, was Geist, Hauch bedeutet, wird das Bewusstsein des Menschen bezeichnet, mit einer höheren Wirklichkeit, einer transzendenten Instanz in Beziehung zu stehen. Dieses Bewusstsein beeinflusst das Handeln einer Seele. Die religiöse Lebenseinstellung eines Menschen muss nicht an eine Konfession gebunden sein. Jedoch legt der spirituelle Mensch sein Leben auf das Transzendente oder Göttliche aus, um immer mehr einen vollkommenen Charakter zu bilden (<http://de.wikipedia.org/> 4. August 06). *Spiritualität* wird oft mit Frömmigkeit oder Religiosität gleichgesetzt. Sie geht mit einer lebensspendenden Kraft einher, die sich durch das Suchen des Menschen nach seinem Ursprung, seiner Identität, sei-

nem Lebensziel und seiner Lebensbestimmung auseinandersetzt (Betz, Browning, Janowski & Jüngel, 2004). Betrachtet man die verschiedenen Religionen und Konfessionen, zeigt sich, dass unterschiedliche Formen von Spiritualitäten vorliegen können, welche sich in ihren Praktiken gleich, ähnlich oder unterschiedlich sind. Die verschiedenen Ausprägungen der Spiritualität führen dazu, dass Gott unterschiedlich definiert und beschrieben wird. Das spirituelle Wachstum wird in den verschiedenen Religionen unterschiedlich gedeutet und benannt. Es reicht von Heiligkeit, Erleuchtung, Neugeburt bis hin zu Erwachen. Spirituelle Fortschritte sind empfundene Erfahrungen, welche mit einer beleg- oder bezeugbaren Veränderung des Menschen einhergehen (<http://de.wikipedia.org/> 4. August 06).

In der religionspsychologischen Forschung hat sich das Konzept von Allport und Ross durchgesetzt. Im Konzept wird zwischen intrinsischem und extrinsischem Glauben unterschieden, welche sich in ihren Motivationsgründen differenzieren (Dörr, 2001). Wenn der Glaube im Leben des Menschen eine zentrale Stellung einnimmt und tief verinnerlicht ist, spricht man vom intrinsischen Glauben. Alle Lebensbereiche werden mit dem Glauben in Zusammenhang gebracht und sollten auch übereinstimmen. Die aus dem Glauben resultierenden ethischen und moralischen Werte werden im täglichen Leben des intrinsischgläubigen Menschen umgesetzt. Im Gegensatz zum intrinsischen Glauben, ist der extrinsische Glaube oberflächlicher und die tief verwurzelte Überzeugung ist nicht vorhanden. Nicht alle Lebensbereiche werden von der Religion geprägt und der Glaube nimmt eine instrumentelle und zweckdienliche Funktion ein. Durch den Glauben kann Trost und Sicherheit gefunden und soziale Kontakte gepflegt werden (Allport & Ross, 1967, zit. in Dörr, 2001, S. 38). Allport und Ross beschreiben den ex- und intrinsischen Glauben wie folgt: „*The extrinsically motivated individual uses his religion, whereas the intrinsically motivated lives his religion*“ (Allport & Ross, 1967, zit. in Dörr, 2001, S.38).

Religion und Spiritualität werden in der Literatur oft synonym verwendet (Dein & Stygall, 1995). Auch in dieser Arbeit werden den Begriffen Spiritualität und Religion die gleiche Bedeutung zugeschrieben.

4.2 Coping

Coping, von englisch *to cope*, steht für das Bewältigen, Überwinden und die Umgangsart mit einer als schwierig empfundenen Lebenssituation.

(http://de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus, 4. August 2006) Die Bewältigung eines Problems kann wie folgt umschrieben werden: „Bewältigung ist das, was ein Mensch in Bezug auf ein Problem unternimmt, um sich Entlastung, Lohn, Ruhe oder inneres Gleichgewicht zu verschaffen“ (Weismann, 1979, zit. in Fitzgerald Miller, 2000/2003, S. 35). Oder: „... Art und Weise, in der eine Person mit bedrohlichen Situationen umgeht, um unangenehme Emotionen wie Angst, Furcht, Trauer und Schuldgefühle abzubauen“ (Fitzgerald Miller 2000/2003, S. 36). Experimentalforscher gehen von der Hypothese aus, dass die Bewältigung im Vermeiden von Stressoren liegt. Die Psychologen und Psychoanalytiker in der Bewältigung sehen hingegen einen individuellen Reaktionsmodus. Bewältigung wird in der Physiologie schlicht als neurobiochemischer Vorgang betrachtet. Andere Forscher sehen in der Bewältigung eine Verschmelzung von verschiedenen Prozessen (Fitzgerald Miller, 2000/2003).

Das Stressmodell von Lazarus sieht Stresssituationen als Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person an. Lazarus geht davon aus, dass nicht die Beschaffenheit der Reize oder Situationen für die Stressreaktion von Bedeutung sind, sondern die individuelle kognitive Verarbeitung des Betroffenen. Menschen können für einen bestimmten Stressor höchst unterschiedlich anfällig sein. Was für den einen Stress bedeutet, ist für einen anderen noch kein Stress. Jeder Mensch bewertet Situationen und deren Belastung unterschiedlich und damit auch deren Bedrohlichkeit. Lazarus unterscheidet zwischen der Primärbewertung, der Sekundärbewertung und der Neubewertung einer Situation. Bei der Primärbewertung werden die Umweltreize wahrgenommen und beurteilt, ob sie eine Bedrohung darstellen. Nach Lazarus können Situationen als positiv, irrelevant oder potenziell gefährlich eingestuft werden. In der Sekundärbewertung wird kontrolliert, ob die Situation mit den verfügbaren Ressourcen gemeistert werden kann. Ein Stressgefühl kommt dann zustande, wenn die vorhandenen Ressourcen des Menschen nicht ausreichen, um das Problem zu lösen. Es wird eine Strategie entworfen, die von dem zu lösendem Problem und der individuellen Persönlichkeit des Menschen abhängt. Dieser Umgang mit einer Bedrohung wird Coping genannt.

Nachdem die Person auf die Bedrohung reagiert hat, verändern sich die inneren und äußeren Bedingungen und es findet im Rückblick ein Vergleich mit der ursprünglichen Situation statt. Konnte die Ausgangssituation vor der Bedrohung nicht wieder erreicht werden, so findet eine Veränderung der Soll-Werte statt. Lazarus unterscheidet zwei Arten der Stressbewältigung: Das problemorientierte Coping einerseits und das emotionsregulierende Coping andererseits. Beim problemorientierten Coping versucht das Individuum, durch Informationssuche, direkte Handlungen oder auch durch das Unterlassen von Handlungen Problemsituationen zu überwinden oder sich den Gegebenheiten anzupassen. Diese Bewältigungsstrategie bezieht sich auf die Ebene der Situation beziehungsweise des Reizes. Beim emotionsregulierenden Coping wird in erster Linie versucht, die durch die Situation entstandene emotionale Erregung abzubauen, ohne sich mit der Ursache auseinander setzen zu müssen. (http://de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus, 4. August 2006)

Fitzgerald Miller (2000/2003) sieht die Effektivität eines Bewältigungsstils als gegeben an, wenn die unangenehmen Gefühle oder die Bedrohung nicht mehr vorkommen. Dabei sollte die Integrität der Person und die Rolle im Beziehungsnetz erhalten bleiben. Visotsky et al. (1961, zit. Fitzgerald Miller, 2000/2003, S.37) spricht von einer funktionierenden Bewältigung, wenn der Kummer in erträglichen Grenzen gehalten werden kann. Mut und Hoffnung erzeugt werden. Das Selbstwertgefühl bewahrt oder wiederhergestellt wird. Die Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen erneuert oder aufrechterhalten werden kann. Die Aussicht auf körperliche Genesung steigt und die interpersonale, soziale und ökonomische Situation verbessert werden kann.

4.3 Chronisch

Chronisch von griechisch *χρόνος*, *chrónos* - die Zeit, kennzeichnet sich durch langsam entwickelnde oder lang andauernde Erkrankungen. Der Krankheitsverlauf erstreckt sich über mehr als vier Wochen. Eine Erkrankung kann chronisch sein und trotzdem eine akute Komponente haben. Einige chronische Leiden, wie die Epilepsie, zeichnen sich durch akute Schübe aus (<http://de.wikipedia.org/wiki/Chronisch>, 5. August 2006).

Chronisch erkrankte Menschen sind über eine längere Zeitspanne mit einer Krankheit konfrontiert. Im Gegensatz zu einer akuten Krankheit, bei der das Augenmerk auf die Heilung gerichtet ist, steht bei chronisch erkrankten Patienten die Kontrolle der Symptome, das Zurechtkommen mit Krisen, das Vermeiden von Komplikationen und der Umgang mit einer Behinderung im Mittelpunkt. Der Umgang mit einer Krankheit ist individuell und wird von verschiedenen Faktoren wie Wissen, Erfahrung, Gerüchten und persönlichen Erfahrungen geprägt. Der Krankheitsverlauf kann nicht immer geändert werden. Jedoch kann die Krankheit stabil oder ihr Voranschreiten verlangsamt werden. Chronisch erkrankte Patienten durchlaufen unterschiedliche Zustände, die sich täglich ändern können.

Chronische Krankheit kann aus der Sicht der vier Metaparadigmen Person, Gesundheit, Umgebung und Pflege betrachtet werden. Person: Jeder, ob alt oder jung, kann von einer chronischen Krankheit betroffen werden. Der Mensch versucht den Ausbruch einer Krankheit zu verhindern oder die Krankheit unter Kontrolle zu halten. Was zur Folge haben kann, dass der Patient eine bestimmte Aktivität regelmässig verrichten muss. Findet eine Behandlung nicht stationär statt, ist der Patient auf die Hilfe von Familienmitgliedern oder anderen Drittpersonen angewiesen. Gesundheit: Ein Pflegeschwerpunkt bei chronischer Krankheit liegt nicht in der Heilung, sondern in der Prävention von chronischem Leiden. Dazu kommt, dass Wege gefunden werden sollten, damit die Patienten ihre Krankheit akzeptieren können und lernen, mit ihr zu leben. Umgebung: Die Umgebung eines chronischen Patienten kann sich ändern, da diese vom Krankheitsstadium abhängig ist. Je nach Stadium ist ein grösserer Pflegeaufwand erforderlich. Die Umgebung sollte dem Patienten angepasst werden. Somit sollten der Patient und seine Angehörigen auf den Umgang mit technischen Hilfsmitteln und anderen Techniken vorbereitet und geschult werden. Die Umge-

bungsanpassung kann auch durch einen Wechsel der häuslichen Umgebung stattfinden. Zum Beispiel vom eigenem Heim in ein Pflegeheim. Pflege: Ein Hauptziel der Pflege ist es, die Lebensqualität des Patienten so hoch wie möglich zu halten. Dazu kommt, dass der Patient seinen Krankheitsverlauf aktiv gestalten kann. Die begleitende Pflege kommt hier stark zum Zuge, um diesen beiden Zielen gerecht zu werden. Am Anfang hat die Pflege das Ziel, einen Krankheitsausbruch zu vermeiden. Bei einem Ausbruch der chronischen Krankheit stehen die Behandlung und die Pflege des Patienten im Mittelpunkt. Die Grundlage für die Pflege bildet der Pflegeprozess, wobei zu den Pflegemaßnahmen die direkte Pflege des Patienten, als auch dessen Beratung und Aufklärung gehören (Woog, 1998).

5. Methode

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde eine systematische Literaturübersichtsarbeit durchgeführt. Beim Erstellen der vorliegenden Arbeit wurde darauf geachtet, dass die Meinung des Autors und die Meinungen der zitierten Autoren klar getrennt werden damit es zu keinen Plagiaten führt. Es wurde keine Forschung im Feld durchgeführt, wodurch keine Einwilligung einer ethischen Kommission eingeholt wurde. Da die benutzten Artikel aus öffentlichen, pflegerelevanten Datenbanken stammen, geht der Autor davon aus, dass das Datenmaterial vertrauenswürdig ist und den ethischen Prinzipien entspricht.

Bei der Suche wurden die pflegerelevanten Datenbanken Medline und Cinahl benützt. Die Artikel mussten zur Fragestellung eine Kohärenz aufweisen. Alle Artikel wurden vom Autor mehrmals gelesen, übersetzt, zusammengefasst und in tabellarischer Form festgehalten (Anhang A). Die kritische Beurteilung der systematischen Literaturübersichtsarbeit und der qualitativen Forschungsarbeiten wurde mit den Beurteilungsbögen aus dem Internet (<http://www.ebhc.de/praxis/bewertung.htm>; Anhang B) durchgeführt. Die Beurteilung der Querschnittsstudie wurde mit den Kriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005; Anhang C) vorgenommen. Mit Hilfe der Tabelle von Fischer und Bartens (1999; Anhang D) wurde der Evidenzgrad der einzelnen Studien festgelegt.

5.1 Datensammlung und Datenauswahl

Für die systematische Literaturübersichtsarbeit wurden die oben genannten Datenbanken benützt. Bei der Suche wurden die Begriffe Spirituality, Religion, Coping, Chronic disease, Chronic illness eingesetzt und folgende Boole'sche Operationen benutzt: Für Medline: "Spirituality" OR "Religion" AND "Coping" AND "Chronic disease" und für Cinahl: Spirituality or Religion, Coping und Chronic Illness. Bei der Suche wurde eine inhaltliche Suchstrategie ausgewählt, bei der nicht nach Publikationskategorien unterschieden wurde. Im allgemeinen Filter wurde die Jahrzahl 1995 bis 2005 und die Sprachen Englisch und Deutsch benützt. Die Suche wurde im November 2005 abgeschlossen. Die ausgewählten Texte mussten inhaltlich für die Fragestellung relevant sein und zur Fragestellung eine Kohärenz aufweisen. Ausgeschlossen wurden Texte, die inhaltlich nicht relevant zur Fragestellung waren. Darunter fallen

zum Beispiel Studien, die die Religiosität in einem Land messen oder das Erleben von chronischer Krankheit bei Jugendlichen messen. Weiter wurden Texte, die vor 1995 veröffentlicht wurden nicht berücksichtigt.

5.2 Datenanalyse

Die Artikel wurden vom Autor mehrmals gelesen, übersetzt und anschliessend zusammengefasst. Die Analyse der Daten wurde explizit auf die Fragestellung ausgerichtet. Dabei wurde auf wichtige Themen geachtet, die sich beim Durchlesen herauskristallisierten.

6. Ergebnisse

Im vorliegenden Ergebnisteil werden die bearbeiteten Studien vorgestellt und anschliessend die Resultate in einer Synthese der wichtigsten Themen vorgestellt. Bei der oben beschriebenen Suche wurden neun inhaltlich relevante Studien gefunden, welche in diese Arbeit integriert wurden. Sechs Studien wurden in den USA, zwei in Grossbritannien und ein in der Schweiz durchgeführt. Folgende Tabellen geben einen Überblick über die ausgewählten Artikel.

Datenbanken	Boole'sche Operation	Allgemeiner Filter (Jahrzahl / Sprache)	Ein- und Ausschlusskriterien	Treffer	Aufgenommene Studien
Medline	"Spirituality" OR "Religion" AND "Coping" AND "Chronic disease"	1995 bis 2005 Englisch und Deutsch	Inhaltliche Relevanz zur Fragestellung	12	6
Cinahl	Spirituality or Religion, Coping und Chronic Illness	1995 bis 2005 Englisch und Deutsch	Inhaltliche Relevanz zur Fragestellung	18	3

Land	USA	6
	Grossbritannien	2
	Schweiz	1
Sprachen	Englisch	9
Veröffentlichungsjahr	2001 - 2005	7
	1995 - 2000	2
Design	Systematische Übersichtsarbeit	1
	Quantitative Studie	1
	Qualitative Studie	2
	Nicht systematische Übersichtsarbeit	4
	Expertenbefragung	1

6.1 Verwendete Arbeiten

Dein und Stygall (1997) gingen in ihrer nichtsystematischen Literaturübersichtsarbeit der Frage nach, was der Nutzen und was die Nachteile der Religion im Zusammenhang mit psychologischen Resultaten sei. O'Neill & Kenny (1998) wollten in ihrer nichtsystematischen Literaturübersichtsarbeit eine verständliche Übersicht über Spiritualität erstellen und Strategien aufzeigen, um die spirituelle Dimension der Pflege bei chronisch erkrankten Patienten zu unterstützen. Die Arbeit bezog sich auf Patienten mit HIV. Quinn, Cook, Nash und Chin (2001) wollten in ihrer nichtsystematischen Literaturübersichtsarbeit einen Überblick über die Rolle der Religion und Spiritualität bei der Krankheitsbewältigung von Patienten mit Diabetes und anderen chronischen Krankheiten schaffen und den potentielle Nutzen des Glaubens untersuchen. Die Arbeit richtete sich auf afroamerikanische Patienten mit Diabetes Mellitus und andere chronisch erkrankte Patienten aus. Mohr und Huguelet (2004) versuchten in ihrer Arbeit, welche aus einer angehenden qualitativen Studie und nichtsystematischen Literaturübersichtsarbeit besteht, die Auswirkung der Religion bei Patienten, die an chronischer Schizophrenie litten, zu erfassen und die Effektivität von religiösen Praktiken zu beschreiben. Weiter wollten sie der Rolle der Spiritualität und der religiösen Praktiken im Genesungsprozess nachgehen. Burns et al. (2002) befragte in seiner Arbeit Dr. Koenig über den Nutzen der Religion im Bezug zur Pathophysiologie. Weiter wollten sie in Erfahrung bringen, wie spirituelles Coping die Lebensqualität von chronisch erkrankten Patienten beeinflussen kann und was die Risiken und der Nutzen seien, wenn man die Spiritualität in der Medizin fördert. Die nichtsystematischen Literaturübersichtsarbeiten, die angehende qualitative Studie und die Expertenbefragung weisen einen Evidenzgrad sechs auf.

Die qualitative Studie von Walton et al. (2004) hatte das Ziel aufzuzeigen, wie die Spiritualität mit Krankheiten in Beziehung steht. Weiter sollte die Natur von Spiritualität bei chronisch erkrankten Patienten erforscht werden. Die Datenanalyse erfolgte durch Inhaltsanalyse von Kally und Sime. Aus einer Gesamtpopulation von 111 Patienten wurden 10 Frauen durch Randomisierung als Stichprobe ausgewählt und in einem Follow-up-Interview befragt. Die Population wies folgende Krankheitsbild er auf: Asthma, Herzleiden, chronische Lungenkrankheit, Lupus, Diabetes, Multiple Sklerose, Fibromyalgie. Narayanasamy (2002) beschreibt in seiner Qualitativen Stu-

die die gelebte Erfahrung von spirituellem Copingmechanismus bei chronisch erkrankten Patienten und benutzte dabei die deskriptive Phänomenologie. Die Datensammlung erfolgte durch unstrukturierte Interviews, die zwischen 45 und 90 Minuten dauerten und mit zehn Frauen und fünf Männern durchgeführt wurden. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Die Population bestand aus neun Christen, zwei Hindus. Vier Personen gaben keine spezifische religiöse Angehörigkeit an. Aufgenommen wurden Patienten, die länger als sechs Monate an einer Krankheit litten (Leukämie, Knochenkrebs, chronisches Leberleiden, Lungenkrebs, Kolitis). Die ausgewählten Patienten mussten in einem physisch und psychisch stabilen Zustand sein. Die Patienten waren zwischen 23 und 80 Jahren alt. Die Datenanalyse erfolgte durch die phänomenologische Methode von Colaizi (1983) und Haase (1987) Die transkribierten Daten wurden mehrmals gelesen um die wichtigsten Themen ausfindig zu machen. Die qualitativen Studien weisen einen Evidenzgrad vier b auf.

Rippentrop, Altmaier, Chen, Found und Keffala (2004) untersuchten in ihrer Querschnittsstudie den Zusammenhang von Religion/Spiritualität, physischer und psychischer Gesundheit bei chronisch erkrankten Patienten. Die Datensammlung erfolgte durch das Auswerten von 122 Fragebögen. Die Population bestand aus 122 Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen, die mindestens 18 Jahre alt sind, Englisch als Muttersprache aufweisen konnten und seit drei Monaten oder länger unter Schmerzen litten, welche nicht mit terminalen oder akuten Bedingungen zu tun hatten. Die Patienten durften keine kognitiven Defizite aufweisen. 44% der Population waren Männer und 56% Frauen. Die Daten wurden anhand der deskriptiver Statistik und Korrelationsanalyse analysiert. Die Arbeit weist einen Evidenzgrad zwei a auf.

Siegel et al. (2000) verfolgte in ihrer systematischen Literaturübersichtsarbeit das Ziel, eine Übersicht über den Zusammenhang von Religion und den Umgang mit Stress zu erstellen. Weiter wollten sie überprüfen, ob die Religion Stress reduzieren kann. Mögliche Wege, bei denen die Religion den Umgang mit einer Krankheit beeinflusst, sollten beschrieben werden. Die Arbeit wurde nicht explizit auf eine Population festgelegt. Jedoch liegt das Augenmerk auf ältere Menschen und Krebspatienten.

Doch auch Studien mit anderen Patientengruppen werden erwähnt. Die Arbeit weist einen Evidenzgrad eins a auf.

6.2 Effekte der Religion

6.2.1 Gebet

Dein und Stygall (1997) erwähnen, dass das Gebet als eine Hauptkomponente der Unterstützung dargestellt wird. Burns et al. (2002) weist darauf hin, dass eine Verbindung zwischen Beten und einem grösser wahrgenommenem Schmerz bestehen kann. Werden die Patienten jedoch über einen längeren Zeitraum beobachtet, wird vermehrtes Beten mit weniger starken Schmerzen in Verbindung gebracht. Burns et al. (2002) legt nahe, dass das Gebet das Gefühl der Hilflosigkeit vermindern und entspannend wirken kann. Walton et al. (2004) deutet darauf hin, dass das Gebet benutzt wird, um intensive Schmerzepisoden und grosse Müdigkeit zu überwinden. Narayanasamy (2002) gibt zu erkennen, dass persönliche Anliegen und Bitten durch das Gebet Gott dargelegt werden können. Sowohl Walton (2000) als auch Narayanasamy (2002) legen nahe, dass durch das Gebet eine Verbindung zu Gott hergestellt werden kann und eine göttliche Präsenz von den Patienten spürbar wahrgenommen wird, wodurch die Hoffnung gestärkt werden kann. Rippentrop et al. (2004) deutet an, dass ein schlechterer physischer Gesundheitszustand mit privaten religiösen Praktiken wie persönliches Gebet, Meditation und Bibellesen in Zusammenhang steht. Die Autoren ziehen die Möglichkeit in Erwägung, dass private religiöse Praktiken eine Antwort auf Schmerzen oder die wachsende körperlichen Leiden darstellen. Siegel et al. (2000) weist darauf hin, dass öffentliche religiöse Aktivitäten oder organisierte religiöse Aktivitäten, wie der Kirchenbesuch mit einer besserem Krankheitsbewältigung und weniger Depressionen in Zusammenhang gebracht werden können. Die Autoren nehmen an, dass es keinen Zusammenhang von privaten religiösen Aktivitäten und Krankheitsbewältigung gibt.

6.2.2 Hoffnung

Dein und Stygall (1997) erwähnen, dass Patienten ihre Hoffnung stärken, indem sie sich der Religion zuwenden. Der Kirchenbesuch oder der religiöse Glaube bilden ein Mittel, um den Tod zu verstehen oder in schwierigen Situationen eine positive Haltung zu bewahren. O'Neill & Kenny (1998) ziehen es in Betracht, dass die Spiritualität als ein Hauptelement der Hoffnung angesehen werden kann. Walton et al. (2004) gibt zu erkennen, dass durch das Gebet die Hoffnungslosigkeit überwunden werden kann. Narayanasamy (2002) kommt zum selben Schluss und fügt hinzu, dass der Glaube in Zeiten der Unsicherheit und des Leidens die Hoffnung stärken kann.

6.2.3 Isolation

Dein und Stygall (1997) weisen darauf hin, dass ein starker Glaube mit weniger sozialer Isolation im Zusammenhang steht. O'Neill und Kenny (1998) fügen hinzu, dass es eine Beziehung zwischen religiösen Aspekten und einer besseren Fähigkeit mit Einsamkeit umzugehen festgestellt wurde. Sie erwähnen, dass die Spiritualität als Kraft angesehen werden kann, welche es erkrankten Menschen ermöglicht, eine Verbindung zu Mitmenschen schaffen zu können. Die Autoren weisen darauf hin, dass in religiösen Organisationen Menschen die Möglichkeit erhalten, soziale und emotionale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Soziale Beziehungen, welche in einer Gemeinschaft gepflegt werden, können die Hoffnung und das Vertrauen eines Menschen stärken. O'Neill und Kenny (1998) betonen, dass das Verbundensein mit anderen das Wohlbefinden positiv beeinflussen kann. Mohr und Huguelet (2004) erwähnen, dass sich kranke Menschen von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen können. Die Religion kann eine Gelegenheit bieten, in die Gesellschaft aufgenommen und gestützt zu werden, was den Genesungsprozess positiv beeinflussen kann. Burns et al. (2002) kommt zum selben Schluss und geben zu erkennen, dass durch Kirchenbesuche soziale Kontakt gepflegt werden können. Religiöse Kirchengemeinden können für Menschen, die keine Unterstützung von ihren Angehörigen erhalten, als erweiterte Familien angesehen werden. Walton et al. (2004) erwähnt, dass Patienten in Zeiten der Einsamkeit von einem überwältigenden Gefühl der Gottesgegenwart berichten, was ihnen emotionale Unterstützung geben kann. Die Unterstützung von Freunden erfolgte durch Zuhören und Beten. Das Zusammengehörigkeitsgefühl wird als ein wichtiger Bestandteil im Copingmechanismus angesehen und kann von Priestern, Familienangehörigen, Freunden und religiös gleichgesinnten Personen erzeugt werden. Ein wichtiger Punkt bei der individuellen Spiritualität besteht darin, zu fühlen, dass man mit Gott und anderen Menschen in Verbindung steht. Siegel et al. (2000) gibt zu erkennen, dass durch den Gottesdienstbesuch oder das Eingebundensein in religiösen Institutionen Menschen erleichterten Zugang zu sozialer Unterstützung erhalten und ein Geborgenheitsgefühl und ein Gefühl der Wertschätzung vermittelt werden kann. Siegel et al. (2000) weist darauf hin, dass religiöser Glaube und religiöse Praktiken sich positiv auf das Erfahren von Isolation auswirken können und die soziale Unterstützung verbessert werden kann.

6.2.4 Kontrolle

Quinn et al. (2001) weist darauf hin, dass durch den religiösen Glauben das Kontrollgefühl der Patienten erhöht werden kann, in dem ein Teil der eigenen Kontrolle Gott abgegeben wird. Die Expertenbefragung von Burns et al. (2002) erwähnt, dass religiöser Glaube und Praktiken ein Kontrollgefühl vermitteln können und den Patienten befähigen, sich weniger Sorgen über seinen Gesundheitszustand zu machen. Siegel et al. (2000) untermauert die oben genannten Resultate. Sie erwähnen, dass ein Kontrollgefühl entstehen kann, indem Menschen religiösen Aktivitäten wie dem Beten nachgehen oder an vorgeschriebenen Ritualen festhalten, durch die man versucht, die Zukunft indirekt durch Gott zu beeinflussen. Siegel et al. (2000) erwähnt, dass das Ausmass, in dem der religiöse Glaube und Praktiken das Gefühl der Kontrolle erhöhen und einen Beitrag leisten kann, die Herausforderungen im Leben zu meistern. Zudem wird dadurch auch das Selbstwertgefühl gefestigt.

6.2.5 Angst

Sowohl Dein und Stygall (1997), als auch O'Neill und Kenny (1998) weisen darauf hin, dass die Religiosität mit einer verminderten Angst einhergehen kann. Siegel et al. (2000) unterstützt den oben genannten Hinweis und deutet ebenfalls auf den angstvermindernden Effekt der Religion, besonders bei Krebspatienten und älteren hospitalisierten Patienten, hin.

6.2.6 Ex- und intrinsischer Religiosität

Siegel et al. (2000) weist auf die Unklarheit von ex- und intrinsischer Religiosität im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung hin. Diese Thematik ist aus wissenschaftlicher Sicht noch unklar, da sich die Resultate von verschiedenen Studien widersprechen.

6.2.7 Physiologische Auswirkungen

O'Neill und Kenny (1998) weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen spirituellem Wohlbefinden und einem gestärktem Immunsystem gibt. Unter anderem kann das Gebet sich positiv auf das Immunsystem auswirken. Auch Burns et al. (2000) unterstreicht den positiven Effekt der Religiosität auf das Immunsystem und weist darauf hin, dass Menschen mit grösserem Glauben weniger unter Hypertonie leiden, weniger Myokardinfarkte, einen Rückgang von koronararteriellen Obst-

ruktion, bessere Resultate nach einer Herzoperation und eine grössere Lebenserwartung aufweisen.

6.2.8 Psychische Gesundheit

Dein und Stygall (1997) sehen es als evident an, dass speziell unter älteren Leuten der religiöse Glaube mit psychischer Gesundheit in Zusammenhang steht. Religiöses Coping wird unter älteren Menschen mit weniger Depressionen in Zusammenhang gebracht. O'Neill und Kenny (1998) weisen darauf hin, dass Religion mit weniger Depressionen in Zusammenhang gebracht werden kann. Burns et al. (2002) liegt nahe, dass die Beziehung der Religion mit einer besseren psychischer Gesundheit oft aufgezeigt wird, dass die Spiritualität einen Einfluss auf die Heilungsgeschwindigkeit von einer Depressionen hat. Menschen, bei denen die Religion einen kleineren Stellenwert einnimmt, leiden mehr unter Depressionen und erholen sich weniger schnell von der Krankheit als religiöse Menschen. Rippentrop et al. (2004) deutet in ihrer quantitativen Studie an, dass Menschen, die von sich sagen, religiös zu sein, psychisch gesünder sind als Menschen, die sich nicht als religiös oder spirituell bezeichnen.

6.2.9 Schmerzen

Dein und Stygall (1997) entnehmen aus mehreren Studienresultaten, dass ein starker Glaube mit weniger Schmerzen im Zusammenhang steht. Die Expertenbefragung von Burns et al. (2002) sagt aus, dass Querschnittstudien das Gebet mit einer grösseren Schmerzintensität in Verbindung bringen. Über längere Zeit hinweg wird vermehrtes Beten jedoch mit weniger starken Schmerzen in Verbindung gebracht. Rippentrop et al. (2004) gibt zu erkennen, dass je länger eine Person unter Schmerzen leidet, desto weniger sie vergeben kann und weniger religiöse Unterstützung von der Kirchengemeinde erfährt. Je weniger Vergebung und je höher die negativen religiösen Copingstrategien vorhanden sind, umso stärker wird der Schmerz von den Patienten wahrgenommen. Siegel et al. (2000) zieht die Möglichkeit in Betracht, dass Menschen, die in der Krankheit Gottes Plan erkennen oder die Möglichkeit sehen, ihre Glaubensstärke unter Beweis zu stellen, Schmerzen besser erdulden können. Siegel et al. (2000) fällt auf, dass sich besonders bei Krebspatienten und älteren hospitalisierten Menschen religiöser Glaube und religiöse Praktiken positiv auf das Erleben von Schmerz auswirken können.

6.2.10 Sinnfindung

O'Neill und Kenny (1998) sehen die Spiritualität als Kraft an, welche Menschen einen Sinn im Leben mit einer Krankheit vermitteln kann. Sie geben zu erkennen, dass Patienten ihre Hoffnung und ihr Wohlbefinden mit der Fähigkeit verbinden können, einen Sinn in ihrer Krankheit zu sehen. Narayanasamy (2002) weist darauf hin, dass spirituelle Tätigkeiten chronisch erkrankten Patienten einen Sinn in ihrem Leben geben können. Siegel et al. (2000) sieht im Glauben eine nützliche Ressource, um in tragischen Ereignissen einen Sinn zu sehen. Menschen können ein schwieriges Ereignis als einen Glaubenstest, einen Teil des Plans, der von Gott her bestimmt ist oder als eine Gelegenheit für spirituelles Wachstum ansehen. Diese Sichtweise schützt Menschen vor Gefühlen der Verletzlichkeit, des Chaotischen und der Sinnlosigkeit. Wenn der Sinn von negativen Ereignissen aus einem religiösen Kontext gesehen wird, können die negativen Auswirkungen auf den Menschen minimiert werden, in dem man die Bedeutung als universell und nicht als persönlich betrachtet

6.2.11 Stress

O'Neill und Kenny (1998) legen nahe, dass ein Bezug zwischen religiösen Aspekten und einer besseren Fähigkeit mit Stress umzugehen vorliegt. Quinn et al. (2001) kommt zum gleichen Resultat und fügen hinzu, dass das Gebet die Fähigkeit mit Stress umzugehen, verbessern kann. Siegel et al. (2000) gibt zu erkennen, dass sowohl öffentliche, wie auch private religiöse Aktivitäten stressdämpfend wirken können. Die nahe Beziehung zum Göttlichen wurde mit mehr Lebenszufriedenheit und Fröhlichkeit in Zusammenhang gebracht, ungeachtet von der Summe ausgesetzter Stressoren, wie Hospitalisation und Behinderung. Siegel et al. (2000) sieht es als evident an, dass Religion Stress vermindern kann und fügen hinzu, dass die Religion die Bewertung von stressvollen Ereignissen beeinflussen kann. Dabei nimmt das Gottesbild von Patienten eine zentrale Rolle ein. Die Krankheit kann als Gottesplan oder als eine Möglichkeit angesehen werden, die Glaubenstärke unter Beweis zu stellen. Weiter kann durch die aktive Zusammenarbeit mit Gott, die wahrgenommene Lebensbedrohung als weniger schwer erlebt werden. Ein anderer Aspekt, der die Bewertung einer Situation beeinflussen kann, ist die Gewissheit, in einer religiösen Gemeinschaft eingebetet zu sein, welche einem Menschen Unterstützung und Hilfe anbieten kann.

6.2.12 Substanzabusus

Quinn et al. (2001) weist darauf hin, dass in vielen Religionen der Körper als Tempel Gottes angesehen wird. Aus diesem Grund werden das Rauchen und der Alkoholkonsum in einem negativen Kontext gesehen, was sich positiv auf die Gesundheit auswirken kann. Auch Mohr und Huguelet (2004) betonen das protektive Potential der Religion, da den meisten Religionen der Genuss von toxischen Substanzen und die damit verbundene Abhängigkeit missfällt. Burns et al. (2002) unterstützt die Ansicht, dass die Religion mit weniger Suchtmittelmissbrauch in Verbindung gebracht werden kann.

6.2.13 Suizid

Mohr und Huguelet (2004) halten fest, dass religiöse Bindungen mit weniger Selbstmordversuchen und Suiziden in Zusammenhang gebracht werden können und geben zu erkennen, dass die Religion oft der einzige Grund ist, warum sich schizophrene Patienten nicht das Leben nehmen. Siegel et al. (2000) weist auf Menschen mit stärkerem Glauben hin, die weniger Suizidgedanken aufweisen und sich weniger über ihre Krankheit Sorgen machen.

6.2.14 Negative Effekte

Dein und Stygall (1997), O'Neill und Kenny (1998) schliessen aus ihren Arbeiten, dass die Religion das Handeln von Patienten beeinflussen kann. Quinn et al. (2001) zieht die Möglichkeit in Erwägung, dass **vollkommenes Gottvertrauen** und der Glaube der Patienten, nur durch Gott Heilung zu erfahren, die Gefahr in sich birgt, dass die **medizinische Therapie vernachlässigt und die Compliance gefährdet werden könnte**. Mohr und Huguelet (2004) ziehen es in Betracht, dass ein weiterer Grund für die **Noncompliance das Zuschreiben der Krankheitssymptome auf übernatürliche Kräfte** zurück zu führen ist und der Lösungsansatz nicht in der Medikamenten liegen kann, sondern in Tätigkeiten wie dem Bibellesen oder dem Gebet. Patienten können die Meinung vertreten, dass durch die Medikamente ihre Lösungsstrategien zum Beispiel durch die Medikamentennebenwirkungen verhindert werden könnten. Mohr und Huguelet weisen darauf hin, dass unter religiösen Menschen in der Schweiz die Auffassung verbreitet ist, Dämonen seien der Grund für die psychische Krankheit. Aus diesem Grund wird Befreiung durch rituelles Gebet und Exorzismus gesucht. Burns et al. (2002) zieht die Möglichkeit in Betracht, dass Patienten aus religiösen Gründen

die Medikation verweigern oder andere medizinische Angebote ablehnen. Religiöse Aktivitäten, wie das Gebet, können den traditionellen medizinischen Angeboten vorgezogen werden. Religion wird mit einem verringertem Arztaufsuchen bei Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 und einer verminderten Einnahme von antiretroviralen Medikation bei AIDS-Patienten in Verbindung gebracht. Siegel et al. (2000) deutet an, dass Religiosität die Compliance gefährden kann, wenn Patienten ihre Krankheit vollkommen Gott übergeben. Mohr und Huguelet (2004) nehmen auf Studien Bezug, in denen die Religion mit einer besseren Medikamentencompliance und Krankheitseinsicht und Verständnis in Zusammenhang gebracht wird und die nahe legen, dass eine Erklärung der Krankheit durch übernatürliche Kräfte eine medizinische Behandlung nicht ausschliesst, sondern als ein Teil des Hilfesuchendensystems angesehen wird.

Quinn et al. (2001) gibt zu erkennen, dass wenn die Krankheit als Gottesstrafe, als Folge von mangelndem Glauben oder Missetaten angesehen wird, sich dies negativ auf den Patienten auswirken kann. Auch das Schuldgefühl über gesundheitsschädigendes Verhalten in der Vergangenheit kann sich negativ auf den Patienten auswirken. Burns et al. (2002) deutet an, dass religiöses Ringen mit einem schlechteren mentalen und physischen Gesundheitszustand nach der Spitalentlassung einhergehen kam. Die Ansicht, dass Gott die Patienten strafen, ablehnen, nicht lieben würde oder die Kirche sie verlassen hätte, wiesen eine höhere Mortalität nach Spitalaustritt auf. Rippentrop et al. (2004) geht auf den Aspekt ein, dass Gefühle, wie von Gott für die Sünden gestraft oder abgelehnt zu werden und mangelndes Gottvertrauen, mit einem schlechterem psychischen Zustand überein gehen. Siegel et al. (2000) weist darauf hin, dass ineffektive religiöse Copingstrategien wie unangebrachte Selbstverurteilung, Glaubenszweifel, sich uneins mit dem religiösem System fühlen, von Gott bestraft zu werden, religiöse Unzufriedenheit oder der Versuch, ein Problem ohne Gott lösen zu wollen, die Krankheitsbewältigung negativ beeinflussen kann.

7. Diskussion

7.1 Einschränkungen

Für die vorliegende Arbeit wurden die Datenbanken Medline und Cinahl benützt. Um noch mehr relevante Daten zu erhalten, hätten Datenbanken anderer Wissenschaftszweige, zum Beispiel der Theologie, Soziologie oder Psychologie verwendet werden können. Bei der Suche wurden primär inhaltlich relevante Quellen berücksichtigt und nicht spezifisch nach Publikationsarten gesucht. Dies hat zur Folge, dass Daten aus Studien mit einem niedrigen Evidenzgrad in die Arbeit integriert wurden. Die Suche in Medline wurde mit den Schlüsselbegriffen *Spirituality*, *Religion*, *Coping* und *Chronic disease* durchgeführt. Diesen hätte *Chronic illness* hinzugeführt werden können, da die Begriffe *illness* und *disease* synonym in der Englischen Sprache verwendet werden. Durch die angewandten Einschlusskriterien und Schlüsselbegriffe muss in Erwägung gezogen werden, dass nicht alle relevanten Quellen in die Arbeit miteinbezogen wurden. Trotz mehrmaligem Durchlesen der Quellen, sollte in Betracht gezogen werden, dass Deutsch die Muttersprache des Autors ist und dies die Datensammlung und Datenanalyse aus den englischen Quellen beeinflusst haben könnte. Die verwendeten Studien stammen hauptsächlich aus den USA und Grossbritannien. Nur die Arbeit von Mohr und Huguelet (2004) wurde in der Schweiz verfasst. Die Religion ist eng mit der Kultur eines Landes verbunden. Aus diesem Grund können die Resultate nicht einfach auf andere Populationen übertragen werden. Die Resultate der vorliegenden Arbeit geben einen groben Überblick über die Rolle der Religion bei chronisch erkrankten Patienten. Die Daten stammen von Patienten mit unterschiedlichen Krankheiten: Asthma, Herzleiden, chronische Lungenkrankheit, Lupus, Diabetes, Multiple Sklerose, Fibromyalgie, Leukämie, Knochenkrebs, chronisches Leberleiden, Lungenkrebs, Kolitis, muskuloskeletalen Schmerzen, Patienten mit AIDS, affektiven psychotischen Störungen. Es wurden auch allgemeine Patientengruppen wie ältere Menschen, Palliativpatienten, chronisch erkrankte Patienten in die Arbeiten integriert. Folglich geben sie einen allgemeinen Hinweis und können nicht spezifisch auf eine Patientengruppe übertragen werden.

7.2 Kritische Würdigung der verwendeten Studien

Die qualitative Studie von Walten et al. (2004) baut nicht auf einer Literaturübersichtsarbeit auf. Die zu untersuchende Population besteht ausschliesslich aus Frauen. Walten et al. (2004) weist darauf hin, dass ihre Arbeit in ihrer Aussagekraft eingeschränkt ist, da sie sich ausschliesslich auf chronisch erkrankte Patienten aus ländlichen Gegenden konzentriert. Laut den Autoren hätte eine Methode wie Grounded Theory oder Ethnography die Ergebnisse verbessert. Die qualitative Studie von Narayanasamy (2002) verfolgte ein Ziel, jedoch wird keiner genauen Forschungsfrage nachgegangen. Narayanasamy (2002) betont, dass die vorliegende Studie nur einen kleinen Einblick in den spirituellen Copingmechanismus gibt und die untersuchte Population aus gläubigen Patienten bestand. Der Autor zieht in Betracht, da sowohl die Arbeit von Walton et al. (2004) als auch die Arbeit von Narayanasamy (2002) eine kleine Population befragte; daher wurden die Daten nicht bis zur Sättigung erhoben. Rippentrop et al. (2004) erwähnt, dass die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst wurden, sich jedoch das religiöse Leben und die Schmerzintensität über die Zeit verändern können. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, eine Longitudinalstudie durchzuführen, um mehr über den Nutzen und den Schaden der Religion auf chronische Schmerzen zu erfahren. Die untersuchte Population darf laut den Autoren nicht als repräsentativ angesehen werden, da sie aus meist weissen, älteren Menschen bestand, die sich in einer Partnerschaft befanden. Die Autoren weisen weiter darauf hin, dass die religiöse Haltung der Population nicht für die gesamte USA gilt. 15% der befragten Patienten gaben keine religiöse Zugehörigkeit an. Juden, Buddhisten, Muslime und Hindu wurden nicht in die Studien aufgenommen, was die Repräsentativität der Studie einschränkt. Siegel et al. (2000) erwähnt, dass es sich bei ihrer Arbeit um eine systematische Literaturübersichtsarbeit handelt. Jedoch werden die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien nicht dargelegt, die Wahrscheinlichkeit, dass relevante Studien nicht in die Arbeit aufgenommen wurden, wurde nicht besprochen. Weiter sind in der Arbeit keine Kriterien angegeben, welche die Glaubwürdigkeit der Arbeit einschätzen könnte.

7.3 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegenden Daten weisen einheitlich auf den positiven Einfluss der Religion auf die Hoffnung hin. Die Religion kann die Hoffnung stärken und dazu dienen, den Tod zu verstehen. In schwierigen Zeiten kann die Religion dazu beitragen, eine positive

Haltung zu bewahren und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit kann überwunden werden (Dein & Stygall, 1997; Narayanasamy, 2002; O'Neill & Kenny, 1998; Walton et al., 2004). Der religiöse Glaube wird durchgehend mit positiven Effekten auf die Isolation und deren Wahrnehmung beschrieben. Das Zusammengehörigkeitsgefühl wird als wichtiger Bestandteil bei der Krankheitsbewältigung angesehen und kann von der Familie, Freunden, Mitgliedern der religiösen Gemeinschaft oder einem Priester vermittelt werden. Durch öffentliche religiöse Praktiken können Verbindungen zu Mitmenschen geschaffen und bestehende soziale Kontakte gepflegt werden. Durch das Eingebundensein können Menschen auch emotionale Unterstützung erfahren. Nicht nur das Verbundensein mit Mitmenschen, sondern auch der Kontakt mit Gott, wirkt sich positiv auf die Wahrnehmung der Einsamkeit aus. Das Gefühl der Gegenwart Gottes kann emotional unterstützend wirken (Dein & Stygall, 1997; Burns et al., 2002; Mohr & Huguelet, 2004; O'Neill & Kenny, 1998; Siegel et al., 2000; Walton et al., 2004). Die verwendeten Quellen weisen einheitlich darauf hin, dass durch religiöse Praktiken, den Glauben und dem Festhalten an vorgeschriebenen Ritualen das Kontrollgefühl der Patienten gestärkt werden kann. Ein Teil der Kontrolle kann Gott in die Hände gelegt werden, was die Patienten entlasten kann und sie sich weniger Sorgen um ihre Anliegen machen müssen. Durch das erhöhte Kontrollgefühl kann das Vertrauen im Menschen wachsen, anstehende Herausforderungen im Leben zu bewältigen. Dies wiederum kann sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken. (Burns et al., 2002; Quinn et al., 2001; Siegel et al., 2000). Der religiöse Glaube kann einen angstvermindernden Effekt auf Menschen ausüben, was durch keine der vorhandenen Quellen widerlegt wird (Dein & Stygall, 1997; O'Neill & Kenny, 1998; Siegel et al., 2000). Durch die Religion kann das Immunsystem gestärkt werden. Menschen mit grösserem religiösem Glauben leiden weniger unter Hypertonie und es treten weniger Myokardinfarkte auf (Burns et al., 2002; O'Neill & Kenny, 1998). Die Religion wird einheitlich mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand in Zusammenhang gebracht. Es wird in Betracht gezogen, dass sich religiöse Menschen schneller von einer Depression erholen (Burns et al., 2002; Dein & Stygall, 1997; O'Neill & Kenny, 1998; Rippentrop et al., 2004). Von den verwendeten Quellen wird die Religion einheitlich als Kraft betrachtet, welche dem Menschen im Leiden, bei tragischen Ereignissen und im Leben einen Sinn vermitteln kann. Gläubige Menschen können in einem schwierigen Ereignis einen Glaubenstest, Gottesplan oder eine Gelegenheit für spirituelles Wachstum sehen (Narayanasamy, 2002; O'Neill &

Kenny, 1998; Siegel et al., 2000). Dass die Religion einen stressdämpfenden Effekt hat, wird von Autoren aus vier Arbeiten dargelegt. Die Religion kann die Bewertung eines stressvollen Ereignisses beeinflussen und die Fähigkeit verbessern, mit Stress umzugehen. Sowohl öffentliche als auch private religiöse Aktivitäten können stressdämpfend wirken. Das Verbundensein mit Gott und die Gewissheit, in einer religiösen Gemeinschaft Unterstützung zu erhalten, kann den Stress mindern (O'Neill & Kenny, 1998; Quinn et al., 2001; Siegel et al., 2000). Einheitlich kommen die Autoren aus drei Arbeiten zum Schluss, dass die Religion einen protektiven Schutz vor Suchtmittelmissbrauch darstellt. Oft wird der Körper als Tempel Gottes betrachtet und der übermässige Gebrauch von toxischen Substanzen verpönt, was sich positiv auf die Gesundheit auswirken kann (Burns et al., 2002; Mohr & Huguelet, 2004; Quinn et al., 2001). Zwei Arbeiten weisen darauf hin, dass religiöse Bindungen mit weniger Selbstmordversuchen und durchgeführten Selbstmorden in Verbindung gebracht werden können (Mohr & Huguelet, 2004; Siegel et al., 2000). Wenn die Krankheit von den Patienten als Gottesstrafe angesehen wird und Schuldgefühle ausgelöst werden, kann sich dies sowohl psychisch, wie physisch negativ auf die Gesundheit und die Krankheitsbewältigung auswirken (Burns et al., 2002; Quinn et al., 2001; Rippentrop et al., 2004; Siegel et al., 2000).

Welchen Einfluss die Religion auf Schmerz, Noncompliance hat und mit dem Gebet im Zusammenhang steht, ist dem vorliegenden Datenmaterial nicht eindeutig zu entnehmen. Der Einfluss der Religion auf das Schmerzempfinden wird unterschiedlich beschrieben. Zum einen wird ein starker Glaube und vermehrtes Beten mit einem geringerem Schmerzempfinden in Verbindung gebracht. Andererseits wird ein Zusammenhang des Gebetes mit einer grösseren Schmerzintensität dargestellt (Burns et al., 2002; Dein & Stygall, 1997; Rippentrop et al., 2004; Siegel et al., 2000). Das Gebet wird unterschiedlich mit der Krankheitsbewältigung in Verbindung gebracht. Zum einen wird es in der Literatur als Unterstützung angesehen, welche dem Patienten helfen kann, sich zu entspannen, um die Hilflosigkeit, Schmerzen und Müdigkeit zu überwinden und die Hoffnung zu stärken. Öffentliche religiöse Aktivitäten werden mit einer besseren Krankheitsbewältigung und weniger Depressionen in Verbindung gebracht. Andererseits werden private religiöse Praktiken mit einer grösseren Schmerzintensität und einem schlechteren physischen Gesundheitszustand in Verbindung gebracht oder die Verbindung zwischen privaten religiösen Praktiken und

der Krankheitsbewältigung wird abgestritten (Burns et al., 2002; Dein & Stygall, 1997; Narayanasamy, 2002; Siegel et al., 2000; Walton et al., 2004). Die Resultate hängen auch vom gewählten Studiendesign ab. Dass die Religion den Grund bildet, welcher die Compliance vermindert, ist den vorliegenden Daten nicht eindeutig zu entnehmen. Einerseits liegen Hinweise vor, dass durch die Religion die Compliance vermindert werden kann, wenn Menschen ganz auf Gott vertrauen und glauben, nur durch ihn Heilung zu erfahren. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die medizinische Therapie vernachlässigt werden kann. Wird die Krankheit übernatürlichen Kräften zugeschrieben, kann dies dazu führen, dass die Patienten das Gebet oder andere religiöse Aktivitäten den medizinischen Verfahren vorziehen. Auch kann aus religiösen Gründen die medizinische Therapie kategorisch abgelehnt werden. Andererseits gibt es Hinweise, dass die Religion mit einer besseren Medikamentencompliance und einem besseren Krankheitsverständnis einhergeht (Burns et al., 2002; Mohr & Huguelet, 2004; Quinn et al., 2001; Siegel et al., 2000).

7.4 Bezug zum theoretischen Rahmen

Lazarus geht in seinem Stressmodell davon aus, dass die Bewertung einer Bedrohung ein individueller und kognitiver Prozess des Menschen ist, bei dem die Bewertung eines Stressors von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausfallen kann. (http://de.wikipedia.org/wiki/Stressmodell_von_Lazarus, 4. August 2006). Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass die Religion sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärbewertung einen Einfluss ausüben kann. Jedoch hängt der Bewertungsprozess und damit das Gelingen der Krankheitsbewältigung stark vom Gottesbild des Menschen ab und entscheidet im Endeffekt über die Bewertung eines Stressors.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den Kriterien von Visotsky et al. (1961, zit. Fitzgerald Miller, 2003, S.37), welche die Effektivität der Krankheitsbewältigung festlegen, ist ersichtlich, dass sich das Zuwenden zur Religion und Kirchenbesuche die Hoffnung stärken können. Durch öffentliche religiöse Anlässe können Beziehungen zu den Mitmenschen erneuert und gepflegt werden, was sich positiv auf die soziale Situation von chronisch erkrankten Patienten auswirken kann. Der religiöse Glaube und Praktiken können das Kontrollgefühl erhöhen und dadurch das

Vertrauen stärken, Herausforderungen zu meistern, wodurch auch das Selbstwertgefühl gefestigt werden kann.

Das Konzept vom ex- und intrinsischen Glauben von Allport und Ross, welches in der Religionswissenschaft angewandt wird, weist nach Siegel et al. (2000) Unklarheiten im Zusammenhang mit der Krankheitsbewältigung auf. Diese Thematik ist aus wissenschaftlicher Sicht noch klar beleuchtet, da sich die Resultate von verschiedenen Studien widersprechen.

7.5 Zukünftige Forschungsbereiche

Religiöse Praktiken, wie das Gebet oder öffentlich organisierte religiöse Aktivitäten, wie der Gottesdienst werden in der Literatur beschrieben und deren Zusammenhang zur Krankheitsbewältigung dargelegt. Es wäre nun interessant, den Effekt, der das Sakrament der Beichte langfristig auf die psychische Gesundheit und auf die Krankheitsbewältigung im Allgemeinen ausübt, aus der Sicht der Wissenschaft, zu erforschen. Ein weiterer zukünftiger Forschungsschwerpunkt läge im Beschreiben und Festhalten von den Mechanismen, welche die Religion ausübt, um einen allfälligen kausalen Zusammenhang zwischen der Religion und der Krankheitsbewältigung auszumachen.

7.6 Für die Pflegepraxis

Bei chronisch erkrankten Patienten nimmt der religiöse Aspekt im Leben einen wichtigen Stellenwert ein und wird oft benutzt, um mit schweren Ereignissen und mit Krankheit im Leben umzugehen (Burns et al., 2002; Dein & Stygall, 1997; Mohr & Huguelet, 2004; Narayanasamy, 2002; Walton et al., 2004; Rippentrop et al., 2004; Siegel et al., 2000). Im praktischen Alltag auf den Stationen sollte ein Bewusstsein geschaffen werden, welches die Religion im Copingprozess nicht ausschliesst, sondern als eine Ressource ansieht, welche genützt werden kann. Narayanasamy (2002) fordert, dass den Patienten die Möglichkeit geboten werden soll, ihren religiösen Bedürfnissen nachgehen zu können. Vom medizinischen Personal sollte signalisiert werden, dass die Religion kein Tabuthema darstellt. Wird den religiösen Bedürfnissen der Patienten nicht Rechnung getragen, kann sich dies zu einem einsamen Kampf entwickeln. Dein und Stygall (1997) weisen darauf hin, dass Patienten oft das Bedürfnis verspüren, mit dem medizinischen Personal über die Religion zu sprechen,

jedoch sollten sie die Gelegenheit dazu erhalten. Pflegende haben die Möglichkeit, über längere Zeit mit den Patienten in Kontakt zu treten und sind aus diesem Grund am ehesten in der Lage, die religiösen Bedürfnisse ihrer Patienten wahrzunehmen und wenn nötig, einen Priester zu kontaktieren. Walton et al. (2004) fordert, dass Pflegefachleute sich ihrer eigenen religiösen Einstellungen und Werten bewusst sind, da die Religion einen Teil der ganzheitlichen Pflege darstellt. Was nicht heisst, dass alle Ansichten der Patienten geteilt werden müssen. Die religiösen Einstellungen der Patienten sollten als ein Teil der individuellen Gesundheit und des Wohlbefindens angesehen werden. Um mit den religiösen Bedürfnissen richtig umzugehen, ist ein Assessment von Nutzen. Quinn et al. (2001) sieht in einem religiösem Assessment die Gelegenheit den Patienten mit seinem hilfesuchenden System besser kennen zu lernen, wobei auch das Gottesbild des Patienten eingeschätzt werden kann. Die religiöse und soziale Unterstützung der Patienten werden anerkannt und gegebenenfalls unterstützt. Der Patient wird auch mit seinen Unterschieden akzeptiert und es gibt ihm das Gefühl, dass seine wichtigen Aspekte des Lebens von den Pflegefachleuten ernst genommen werden. Weiter kann die Beziehung zum Patienten gestärkt werden. Mögliche Fragen für ein Assessment können wie folgt aussehen: Erachten Sie sich als religiös oder spirituell? Was beinhaltet Ihr Glaube? Wie wichtig sind diese Glaubensinhalte in Ihrem Leben? Wie beeinflussen Ihre religiösen und spirituellen Überzeugungen Ihr Leben? Gehören Sie einer religiösen Gemeinschaft an? Wie kann das medizinische Personal Ihren spirituellen Bedürfnissen nachkommen?

7.7 Schlussfolgerungen

Betrachtet man die gesammelten Informationen, kann die Religion als hilfreiche Ressource angesehen werden, welche positive Effekte auf die Krankheitsbewältigung haben kann. Vorausgesetzt, dass die Patienten keine Schuldgefühle oder ein verfälschtes, negatives Gottesbild aufweisen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Religion mehr Schaden zufügen als Hilfe leisten kann. Siegel et al. (2000) sieht die Religion als schnell verfügbare Ressource an, welche keinen strukturellen oder finanziellen Barrieren unterliegt. Die religiöse Unterstützung kann in der Bevölkerung leichter akzeptiert werden, als die psychologische Hilfe eines Arztes, da letztere mit einer Stigmatisierung einhergehen kann. Dein und Stygall (1997) kommen zum Schluss, dass eine positive Beziehung zwischen der Religion und der Krankheitsbewältigung besteht. Mohr und Huguelet (2004) weisen darauf hin, dass die Religion

sich auf das Verhalten eines Menschen auswirken und soziale, psychologische und physiologische Mechanismen positiv beeinflussen kann. Burns et al. (2002) gibt zu erkennen, dass religiöse Menschen mit ihrer Krankheit besser zurechtkommen, unabhängig von ihrer Demographie, sozialen Unterstützung, ökonomischem Status, psychiatrischer Geschichte und dem körperlichen Gesundheitszustand.

Literaturverzeichnis

- Burns, R., Reynolds, E., Ship, A., Delbanco, T., Hartman, E. & Winker, M. (2002). An 83-Year-Old Woman With Chronic Illness and Strong Religious Beliefs. *CLINICAL CROSSROADS*, Vol 288, No 4.
- Dein, S. & Stygall, J. (1995). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine*, 11, 291-298
- Dörr, A. (2001). *Religiösität und psychische Gesundheit: Zur Zusammenhangstruktur spezifischer religiöser Konzepte*. Hamburg: Kovac.
- Fischer M. & Bartens W. (1999). *Zwischen Erfahrung und Beweis – medizinische Entscheidungen und Evidence-Based Medicine*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Fitzgerald Miller, J. (2003). *Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden*. Die Macht- und Kraftressourcen des Klienten. (30-31). Bern: Hans Huber
- Fulton, R. & Moore, C. (1995). Spiritual Care of the School-Age Child with chronic Condition. *Journal of Pediatric Nursing*, 4, 224-230.
- Gräb-Schmidt, E. (2004) Spiritualität Religionsphilosophisch. In H. Betz, D. Browning, B. Janowski & E. Jüngel (Hrsg.), *Religion in Geschichte und Gegenwart* (2. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Kehrer, G. (1998). Religion. In H. Cancik, G. Burkhard und K. Kohl (Hrsg.) *Handbuch religionswissenschaftlicher Grundbegriffe* (4. Band S. 418). Stuttgart: Kohlhammer
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden/Bewertung/Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Loeb, S., Penrod, J., Falkenstern, S., Gueldner, S. & Poon, L. (2003). Supporting Older Adults Living with Multiple Chronic Conditions. *Western Journal of Nursing Research*, 25(1), 8-29.
- Mohr, S. & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *SWISS MED WKLY*, 134, 369-376.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *BRITISH JOURNAL OF NURSING*, Vol 11, No 22.
- O'Neill, D. & Kenny, E. (1997). Spirituality and Chronic Illness. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 3, 275-280.
- Preul, R. (2003). *So wahr mir Gott helfe! Religion in der modernen Gesellschaft*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

- Quinn, M., Cook, S. Nash, K. & Chin, M. (2001). Addressing Religion and Spirituality in African Americans with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 5, 643-655.
- Rippentrop, A., Altmaier, E., Chen, J., Found, E. & Keffala, V. (2004). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and Pain in a chronic pain population. *PAIN*, 116, 311-321.
- Siegel, K., Andermann, S. & Schrimshaw W. (2001). Religion and Coping with health-related stress. *PSYCHOLOGY AND HEALTH*, Vol. 16, 631-653.
- Walten, J., Craig, C., Derwinski-Robinson, B. & Weinert, C. (2004). I Am Not Alone: Spirituality of Chronically Ill Rural Dwellers. *Rehabilitation Nursing*, 5, 164-168.
- Woog, P. (2004). Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: ULLSTEIN MEDICAL

Anhang

Anhang A

I am not alone Spirituality of chronically ill rural dwellers/USA/2004
Joni Walton, Carol Craig, Barbara Derwinski-Robinson, Clarann Weinert

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Die Natur von Spiritualität bei chronisch erkrankten Patienten soll erforscht und die Beziehung der Spiritualität zur Krankheit dargelegt werden.</p>	<p><i>Design:</i> Qualitative Studie als ein Teil eines Projektes</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Inhaltsanalyse nach Kally und Sime.</p> <p><i>Datensammlung:</i> Aus einer Gesamtpopulation von 111 Patienten wurden 10 Frauen durch Randomisierung als Stichprobe ausgewählt und in einem Follow-up Interview befragt. Die Population wies folgende Krankheitsbilder auf. (Asthma, Herzleiden, chronische, Lungenerkrankung, Lupus, Diabetes, Multiple Sklerose, Fibromyalgie)</p>	<p>4b</p>	<p>Hoffnung und innere Stärke</p> <p>Gottesgegenwart</p> <p>Verzweiflung mit Gebet überwinden</p> <p>Schlussfolgerung</p>	<p>Spiritualität ist ein zentraler und wichtiger Punkt im Leben der Patienten und wird als Lebensader für Hoffnung und der inneren Stärke beschrieben.</p> <p>Durch das Verbundensein mit Gott fühlen sich die Patienten emotional gestärkt.</p> <p>Um die Verzweiflung und die Hoffnungslosigkeit, die während intensiven Schmerzepisoden und grosser Müdigkeit aufkam, zu überwinden, wurde das Gebet benützt. Durch das Gebet überkommt die Patienten ein innerer Frieden. Sie fühlen sich Gott nahe und fühlen seine göttliche Präsenz. Die Unterstützung von Freunden erfolgte durch Zuhören und Beten.</p> <p>Durch die Spiritualität können die Patienten die Beschwerden und damit verbundenen Unannehmlichkeiten aushalten.</p>

Anhang A

Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients/ UK/ 2002/Aru Narayanasamy

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Die gelebte Erfahrung von spirituellem Copingmechanismus bei chronisch erkrankten Patienten soll beschrieben werden.</p>	<p><i>Design:</i> Qualitative Studie / deskriptive Phänomenologie</p> <p><i>Datensammlung:</i> Unstrukturierte Interviews, die zwischen 45 und 90 Minuten dauerten. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen.</p> <p><i>Population:</i> Zehn Frauen und fünf Männern, die an einer chronischen Krankheit leiden. Neun Christen, zwei Hindus. Vier gaben keine religiöse Angehörigkeit an. Aufgenommen wurden Patienten, die länger als sechs Monate an einer Krankheit leiden (Leukämie, Knochenkrebs, chronisches Leberleiden, Lungenkrebs, Kolitis) Die ausgewählten Patienten mussten in einem physisch und psychisch stabilen Zustand sein und zwischen 23 und 80 Jahren alt sein.</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Durch phänomenologische Methode von Colaizi (1983) und Haase (1987). Die transkribierten Daten wurden mehrmals gelesen um die wichtigsten Themen ausfindig zu machen.</p>	<p>4b</p>	<p>Hoffnung</p> <p>Gottespräsenz</p> <p>Gebet</p> <p>Sinnfindung</p> <p>Soziale Unterstützung</p>	<p>Der Glaube an das Göttliche ist eine Ressource, die Kraft, Mut und Hoffnung spendet.</p> <p>Gott wird bewusst wahrgenommen, was Trost spendet, die Zuversicht stärkt und sich die Patienten umsorgt fühlen.</p> <p>Das Gebet wird benutzt, um mit Gott in Verbindung zu treten. Es wird als private und persönliche Ressource angesehen, die erbaut und die Hoffnung spendet und stärkt.</p> <p>Spirituelle Tätigkeiten geben chronisch erkrankten Patienten einen Sinn in ihrem Leben.</p> <p>Die Verbundenheit mit Angehörigen, Priestern oder Glaubensbrüder ist wichtig, da die Krankheit ansonsten als einsamer Kampf angesehen werden kann. Das Verbundensein mit anderen kann eine mögliche spirituelle Copingstrategie sein.</p>

Anhang A

The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population
A. Elizabeth Rippentrop, Elizabeth M. Altmaier, Joseph J. Chen, Ernest M. Found, Valerie J. Keffala / USA / 2004

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Zusammenhang von Religion/Spiritualität, physischer und psychischer Gesundheit bei chronisch erkrankten Patienten soll untersucht werden.</p>	<p><i>Design:</i> Querschnittsstudie</p> <p><i>Datensammlung:</i> An 144 Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen wurden Fragebögen verteilt. 122 Fragebögen konnten berücksichtigt werden.</p> <p><i>Population:</i> 122 Patienten mit muskuloskeletalen Schmerzen, die mindestens mindestens 18 Jahre alt sind, Englisch als Muttersprache aufweisen können und seit drei Monaten oder länger unter Schmerzen leiden, welche nicht terminalen oder akuten Bedingungen zu tun hatten. Patienten weisen keine kognitiven oder bildungserziehrischen Defizite auf. 44% Männer und 56% Frauen.</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Deskriptiver Statistik und Korrelationsanalyse.</p>	<p>2a</p>	<p>Religiöse Unterstützung / Schmerzintensität</p> <p>Privat religiöse Praktiken</p> <p>Psychische Gesundheit</p> <p>Negatives religiöses Coping</p>	<p>Je länger eine Person unter Schmerzen leidet, desto weniger können sie vergeben und sie erfahren auch weniger religiöse Unterstützung. Je weniger Vergebung und je höher die negativen religiösen Copingstrategien sind, umso höher war die Schmerzintensität.</p> <p>Je schlechter der physische Gesundheitszustand ist, umso mehr werden private religiöse Praktiken, wie persönliches Beten, durchgeführt.</p> <p>Ein guter psychischer Zustand wird mit täglichen spirituellen Erfahrungen in Zusammenhang gebracht. Menschen die von sich sagen religiös zu sein, sind psychisch gesünder.</p> <p>Negatives religiöses Coping geht mit einem schlechterem psychischen Gesundheitszustand überein.</p>

Anhang A

Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review
S Dein, Awnie Lecturer in clinical Psychiatry und J. Stygall, Resaerch Assistant UK/London/1997

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Was ist der Nutzen und was sind die Nachteile der Religion im Zusammenhang mit psychologischen Resultaten?</p>	<p><i>Design:</i> Nicht systematische Literaturübersichtsarbeit</p> <p><i>Datensammlung:</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Population:</i> Palliativpatienten</p>	<p>6</p>	<p>Behandlung, Coping, Wohlbefinden, physische Gesundheit</p> <p>Unterstützung, Glaubenskraft</p> <p>Depression</p> <p>Hoffnung</p> <p>Distress</p> <p>Positive Haltung</p> <p>Gebet</p>	<p>Speziell unter älteren Leuten wird der religiöse Glaube mit physischer Gesundheit und Wohlbefinden in Zusammenhang gebracht und als starke kulturelle Kraft bezeichnet. Bei Krebspatienten ist das spirituelle Bedürfnis besonders hoch. Bei Eltern von Krebspatienten wurde die Religion wichtiger eingestuft, als die psychologische Betreuung.</p> <p>Die Religion wird als Quelle der Unterstützung angesehen. Stärkerer Glaube korreliert mit einer schlechteren Prognose. Die Glaubenskraft kann ihre unterstützende Funktion vor dem Sterben verlieren. Fatalistisch Gläubige konnten weniger gut mit ihrer Krankheit umgehen. Ein stärker Glaube wird mit weniger Schmerzen, Angst, Feindseligkeit, sozialer Isolation, höherer Lebenszufriedenheit und Sicherheit bei nahendem Tod in Zusammenhang gebracht.</p> <p>Gläubige ältere Menschen tendieren zu weniger Depressionen.</p> <p>Aidspatienten halten ihre Hoffnung unter anderem durch die Religion aufrecht.</p> <p>Aidspatienten leiden häufig unter spiritueller Distress</p> <p>Durch den Kirchenbesuch wird eine positive Haltung bewahrt. Er wird dazu benutzt, den Tod zu verstehen.</p> <p>Das Gebet wird als Hauptkomponente der Unterstützung angesehen.</p>

Anhang A

Spirituality and Chronic Illness/USA/1998/Debra P. O'Neill, RN,MSN, Eliane K. Kenny, RN, MSN

Fragestellung/Ziel	Methode	Evidenzgrad	Themen	Ergebnisse
Eine verständliche Übersichtarbeit über Spiritualität soll erstellt und Strategien aufgezeigt werden, um die spirituelle Dimension der Pflege bei chronisch erkrankten Patienten zu unterstützen.	<p><i>Design</i> Nichtsystematische Literaturübersichtarbeit</p> <p><i>Datensammlung</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Population</i> Patienten mit HIV und AIDS</p> <p><i>Datenanalyse</i> Nicht erwähnt</p>	6	<p>Stress, Einsamkeit, Angst, Depression</p> <p>Hoffnung</p> <p>Wohlbefinden</p> <p>Sinnggebung</p> <p>Soziales Urteil</p> <p>Beten</p> <p>Religion als Ressource</p>	<p>Eine Beziehung zwischen religiösen Aspekten und einem bessern Umgang mit Stress, Einsamkeit scheint vorhanden zu sein. Dabei kommen Angst und Depressionen weniger auf.</p> <p>Spiritualität wird als Hauptelement der Hoffnung angegeben. Spirituelles Wohlbefinden wurde mit Hoffnung und Widerstandfähigkeit in Zusammenhang gebracht. Die Hoffnung wird durch den religiösen Glauben und Praktiken und den Glauben an Wunder unterstützt.</p> <p>Religiöse Praktiken und der Glaube können das Wohlbefinden stärken und sich positiv auf das Immunsystem auswirken. Spirituelle Faktoren wie das Verbundensein mit anderen, der Glaube an eine höhere Macht, der Versuch sich selbst zu verstehen, Kraft, Sinn und Ziel des Lebens, Selbstliebe, kreieren von innerer Gesundheit in dem man ein Bewusstsein entwickelt und über sich hinausgeht, tragen zum Wohlbefinden bei.</p> <p>Die Spiritualität wird als Kraft angesehen, welche dem Menschen Sinn im Leben und in der Krankheit gibt.</p> <p>Aidspatienten werden mit Vorurteilen und Ablehnung konfrontiert, was sich negativ auswirken kann.</p> <p>Kann sich positiv auf das Immunsystem auswirken und ein weiteres Fortschreiten der Krankheit verlangsamen.</p> <p>Das innere Wachstum, innere Beherrschung, Empowerment, einen Sinn im Leiden sehen können, kann durch die Religion gefördert werden.</p>

Anhang A

Addressing Religion and Spirituality in African Americans with Diabetes/USA/2001
Michael T. Quinn, PhD, Sandy Cook, PhD, Kyle Nash, DMin, Marshall H. Chin, MD, MPH,

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Es soll ein Überblick über die Rolle, welche die Religion und Spiritualität bei der Krankheitsbewältigung von Patienten mit Diabetes Mellitus und anderen chronischen Krankheiten geschaffen werden und der potentielle Nutzen des Glaubens untersucht werden.</p>	<p><i>Design</i> Nichtsystematische Literatur- übersichtsarbeit</p> <p><i>Datensammlung</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Population</i> Afroamerikanische Patienten mit Diabetes Mellitus und andere chronisch erkrankte Patienten</p> <p><i>Datenanalyse</i> Nicht erwähnt</p>	<p>6</p>	<p>Soziale Unter- stützung</p> <p>Umgang mit Stress</p> <p>Non- Compliance</p> <p>Kontrolle</p> <p>Optimismus</p> <p>Negatives reli- giöses Coping</p> <p>Sucht</p>	<p>In religiösen Organisationen erhalten Menschen soziale und emotionale Unterstützung. Die sozialen Beziehungen in Kirchen kann Hoffnung und Vertrauen geben.</p> <p>Religiöser Glaube kann helfen, mit Stress umzu- gehen. Das Gebet wird bei der Stressbewälti- gung benützt.</p> <p>Vollkommenes Gottesvertrauen kann die medi- zinsische Therapie beeinträchtigen.</p> <p>Religiöser Glaube kann das Kontrollgefühl über die eigene Gesundheit erhöhen.</p> <p>Religiöser Glaube kann Optimismus fördern</p> <p>Die Krankheit kann als Gottesstrafe angesehen werden, was sich negative auf den Patienten auswirken kann.</p> <p>In vielen Religionen wird der Körper als Tempel Gottes angesehen. Darum wird Rauchen und der Alkoholkonsum verurteilt, was sich positiv auf die Gesundheit auswirken kann.</p>

Anhang A

An 83-Year-Old Woman With Chronic Illness and Strong Religious Beliefs/USA/2002/Risa B. Burns, Eileen E. Reynolds, Amy N. Ship, Tom Delbanco, Erin E. Hartman, Margaret A. Winker

Fragestellung/Ziel	Methode	Evidenzgrad	Themen	Ergebnisse
<p>Gibt es einen Nutzen im Bezug zu Pathophysiologie?</p> <p>Wie beeinflusst spirituelles Coping, die Lebensqualität eines schwer kranken Patienten?</p> <p>Was sind die Risiken und der Nutzen vom Fördern der Spiritualität?</p>	<p><i>Design</i> Expertenbefragung in Interviewform. Während dem Interview nimmt der Experte immer wieder Bezug zu einem Fallbeispiel.</p> <p><i>Population</i> Chronisch erkrankte Patienten</p> <p><i>Datensammlung</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Datenanalyse</i> Nicht erwähnt</p>	<p>6</p>	<p>Coping</p> <p>Depressionen</p> <p>Chronische Schmerzen</p> <p>Kontrolle</p> <p>Gebet</p> <p>Isolation</p> <p>Compliance</p> <p>Physiologische Aspekte</p> <p>Suchtmittel</p> <p>Negative Effekte</p>	<p>Ist wichtig bei der Krankheitsbewältigung. Religiöse Menschen gehen mit ihrer Krankheit besser um.</p> <p>Religiöse Menschen leiden weniger unter Depressionen und erholen sich schneller davon.</p> <p>Bei Querschnittsstudien wurde das Gebet mit größerem Schmerz in Verbindung gebracht. Über längere Zeit hinweg, wird vermehrtes beten mit weniger Schmerzen in Verbindung gebracht.</p> <p>Religiöser Glaube und Praktiken können Kontrolle vermitteln.</p> <p>Das Gebet kann Hilflosigkeit mindern und Entspannung auslösen.</p> <p>Der Glaube kann das Einsamkeitsgefühl mindern. Durch den Kirchenbesuch können soziale Kontakte gepflegt werden.</p> <p>Religion wird mit verbessertem Teilnehmen an medizinischen Verabredungen und besserer Compliance in Zusammenhang gebracht. Patienten können aus religiösen Gründen medizinische Angebote verweigern.</p> <p>Der Glaube wirkt sich positiv auf Hypertonie aus und wird mit weniger Myokardinfarkten und einem Rückgang von koronarerteriellen Obstruktionen, besseren Resultaten und einer größeren Lebenserwartung nach einer Herzoperation und einem stärkerem Immunsystem in Verbindung gebracht.</p> <p>Religion wird mit weniger Substanzabusus, weniger Rauchen und mehr körperlichen Ertüchtigung in Zusammenhang gebracht.</p> <p>Ein Glaubenskampf und ein strafendes Gottesbild können sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Die Religion kann medizinische Therapie negativ beeinflussen.</p>

Anhang A

The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care/2004/CH/Sylvia Mohr, Philippe Huguelet

Fragestellung/Ziel	Methode	Evi- denz- grad	Themen	Ergebnisse
<p>Die Auswirkung der Religion auf Substanzabusus, Suizidversuchen bei Patienten die an chronischer Schizophrenie leiden, sollen erklärt werden und die Effektivität von religiösen Praktiken soll beschrieben werden.</p> <p>Der Rolle der Spiritualität und religiösen Praktiken im Genesungsprozess soll nachgegangen werden.</p>	<p><i>Design</i> Nichtsystematische Literaturübersichtsarbeit</p> <p><i>Datensammlung</i> Bezieht sich auf die Literaturübersichtsarbeit und die Daten aus einer zur Zeit durchgeführten qualitativen Studie</p> <p><i>Population</i> Menschen mit nicht affektiven psychotischen Störungen</p> <p><i>Datenanalyse</i> Nicht erwähnt</p>	6	<p>Coping</p> <p>Non-Compliance</p> <p>Stress</p> <p>Exorzismus</p> <p>Substanzabusus</p> <p>Suizid</p> <p>Isolation</p> <p>Gottesbild</p>	<p>Religion wird mit besserem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang gebracht.</p> <p>Patienten können ihre Krankheit übernatürlichen Kräften zuschreiben, was zur Verweigerung der Therapie führen kann. Die Religion kann als Teil der Therapie angesehen werden. Die Medikamentennebenwirkungen können zur Non-Compliance führen.</p> <p>Die Religion kann den Stress vermindern.</p> <p>Mit Medikamenten hat er keine Wirkung. Ohne wurde grössere Symptomatik beobachtet.</p> <p>Religion kann protektiv wirken.</p> <p>Religion wird mit weniger Suiziden und Suizidversuchen in Verbindung gebracht.</p> <p>Durch religiöse Gemeinschaften kann ein Zugehörigkeitsgefühl entstehen.</p> <p>Ein negatives Gottesbild hilft den Patienten nicht.</p>

Anhang A

Religion and Coping with health-related stress/USA/2000/Karolynn Siegel, Stanley J. Anderman, Eric W. Schrimshaw

Fragestellung/Ziel	Methode	Evidenzgrad	Themen	Ergebnisse
<p><i>Ziel:</i> Eine Übersicht über den Zusammenhang von Religion und dem Umgang mit Stress soll erstellt werden. Überprüfen, ob Religion Stress reduzieren kann. Mögliche Wege bei denen die Religion den Umgang mit einer Krankheit beeinflusst, sollen beschrieben werden.</p>	<p><i>Design:</i> Systematische Literaturübersichtsarbeit</p> <p><i>Datensammlung:</i> Nicht erwähnt</p> <p><i>Population:</i> Ist nicht explizit auf eine Population festgelegt. Im Mittelpunkt stehen ältere Menschen und Krebspatienten. Jedoch werden auch Studien mit anderen Patienten erwähnt.</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Nicht erwähnt</p>	1a	<p>Ex- und intrinsischer Religiosität</p> <p>Öffentliche religiöse Aktivitäten</p> <p>Private religiöse Aktivitäten</p> <p>Subjektive Religiosität</p> <p>Negativer Einfluss</p> <p>Noncompliance</p> <p>Stress</p> <p>Sinnfindung</p> <p>Bewertung von stressvollen Ereignissen</p> <p>Kontrollgefühl</p> <p>Selbstwertgefühl</p> <p>Soziale Unterstützung</p>	<p>Ob es einen Zusammenhang zwischen ex- und intrinsischer Religiosität mit der Krankheitsbewältigung gibt ist unklar.</p> <p>Werden mit einer besserem Krankheitsbewältigung weniger Depressionen, in Zusammenhang gebracht.</p> <p>Haben keinen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung.</p> <p>Menschen mit starkem Glauben weisen weniger Suizidgedanken auf und machen sich weniger über ihre Krankheit Sorgen.</p> <p>Ineffektive religiöse Copingstrategien wie unangebrachte Selbstverurteilung oder ein strafendes Gottesbild können die Krankheitsbewältigung negativ beeinflussen.</p> <p>Wenn Patienten ihre Krankheit vollkommen Gott übergeben, kann die Compliance negativ beeinflusst werden.</p> <p>Öffentliche und private religiöse Aktivitäten können stressdämpfend wirken.</p> <p>Religiöser Glaube kann eine Ressource sein, wenn es um die Sinnfindung bei tragischen Ereignissen geht.</p> <p>Das Gottesbild, hat einen entscheidenden Einfluss auf Bewertung einer Situation und beeinflusst dadurch das Erleben von Angst und Schmerzen.</p> <p>Durch die Religion kann ein Kontrollgefühl entstehen.</p> <p>Die Religion kann das Selbstwertgefühl stärken.</p> <p>Durch die Religion können Menschen erleichterten Zugang zu sozialer Unterstützung erlangen.</p>

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit/Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? Klar formuliert? Genau eingegrenzt? Besser im Titel genannt?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? Welche Kriterien? Randomisierung, Verblindung, Follow-up?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? Quellen angegeben?
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung (K²)?
7. Waren die Studien ähnlich? Patienten, Interventionen, Ergebnisse?, Studiendesign? Heterogenitätsmaß (I²)?

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse? Obst. Rate? Risikoer. Risiko? Neben-/Effekt?
9. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle? Studien geschätzt?

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse? Nutzen-Nutzen-Tier-Treue?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsleitema in seinem Umfeld diskutieren? Ziele der Datenerhebung definieren?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methodik der Datensammlung?
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Matrix, Themen? Verschiedene Hermeneutik
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitat?
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konvergenz an Forschungsansatz? Validierung durch Teilnehmende?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Anhang D

Kritische Bewertung von Querschnittstudien

1. Welches nicht-experimentelle Design wird in der Studie verwendet?
2. Wird auf der Basis der theoretischen Bezugsrahmens der Grund für die Wahl des Designs deutlich?
3. Stimmt das Design mit der Absicht der Studie überein?
4. Ist das Design für das Forschungsproblem geeignet?
5. Ist das Design auf die Methoden der Datensammlung abgestimmt?
6. Stimmt die Darstellung der Ergebnisse mit dem gewähltem Design überein?
7. Geht die Arbeit über die Beziehungsparameter der Ergebnisse hinaus und leitet fälschlicherweise Ursache-Wirkung-Beziehung zwischen den Variablen ab?
8. Gibt es Gründe für die Annahme, dass es noch andere Erklärungen für die Ergebnisse gibt?
9. Wie diskutiert der Forscher – an geeigneter Stelle – die Gefahren für die interne und externe Validität?
10. Wie geht der Autor mit den Beschränkungen der Studie um?

(LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

Anhang E

	der Evidenz
Meta-Analysen (systematische quantitative Übersichtsarbeiten). Von (mehreren) kontrollierten klinischen Studien (KKS, randomized clinical trial, RCT) werden die Effektstärken statistisch gepoolt und inferenzstatistisch Schlüsse auf die Effektivität von Interventionen gezogen.	1 a
Mindestens eine KKS	1 b
Interventionsstudie mit Vergleichsgruppe (Querschnittsstudie)	2 a
Quasi-experimentelle Studie (z. B. Prätest- Posttest-Design; Längsschnittstudie mit Intervention, Vergleich in sich)	2 b
Experimentum crucis («dramatic results in uncontrolled experiments»)	3 a
Nicht randomisierte, prospektive Studie mit Vergleichsgruppe; Kohortenstudien	3 b
Interventionsstudien im Posttest-Design	4 a
Nicht experimentelle (nicht interventionelle) deskriptive Studien; Beobachtungsstudien (Fall-Kontrollstudien);	4 b
Prospektiv geplante Studien ohne Kontrollgruppe	5 a
Konsensus-Protokolle aus definierten Konsensfindungsverfahren (z. B. Delphi-Verfahren)	5 b
Unsystematischer Review (Literaturüberblick),	6

Fischer und Bartens (1999)