

Glaube, Religion und Spiritualität

Spiritual Care

Liebe Leserinnen und Leser,

Spiritualität in der Pflege – ein altes und doch neues Thema! Die religiösen Wurzeln der Pflege sind evident – die Professionalisierung hat aber den Charakter des Pflegeberufes nachhaltig verändert. Wie können heute Profession und Spiritualität zusammengebracht werden?

Die Lerneinheit geht dieser Frage in fünf Beiträgen nach: Im ersten Beitrag geht es um die Begriffsklärung zwischen Glaube, Religion, Religiosität und Spiritualität. Des Weiteren wird aufgezeigt, welche Bedeutung Religiosität und Spiritualität für Krankheits- und Heilungsprozesse haben.

Der Beitrag von Prof. Annette Meussing-Sentpali leitet die Geschichte des Pflegeberufs und dessen religiöse Wurzeln her. Die Autorin erläutert die Dimensionen spirituellen Handelns als Bestandteil in Pflegetheorien und Pflegekonzepten.

Im dritten Beitrag geht es um religiöses und spirituelles Coping und dessen Bedeutung im klinischen Alltag.

Christoph von Dach zeigt im vierten Beitrag Untersuchungen zum Umgang Pflegender mit Spiritualität im Alltag auf. Er stellt einen Weg vor, ein spirituelles Assessment zu erheben, und erläutert verschiedene Assessmentinstrumente.

Der letzte Beitrag von Riitta Bislmi und Urs Ellenberger zeigt, wie Spiritualität im Rahmen des Pflegeprozesses umgesetzt werden kann. Ein Fallbeispiel veranschaulicht die Ausführungen.

Ich hoffe, dass Sie von dieser Lerneinheit persönlich und für Ihre berufliche Tätigkeit profitieren können.

Dr. med. René Hefti, Chefarzt Klinik SGM Langenthal, Leiter des Forschungsinstitutes FISG und Dozent an der medizinischen Fakultät der Universität Bern



CNE.fortbildung 3.2015, Lerneinheit 11

Glaube, Religion, Spiritualität

Bedeutung für Gesundheit, Krankheit und Heilung

S. 02

Was sagt die Pflegewissenschaft?

Spiritualität als Dimension pflegerischen Handelns

S. 05

Belastung oder Ressource?

Religiöses Coping als Form der Krankheitsbewältigung

S. 09

Die eigene Spiritualität und die des Patienten

Spirituelle Bedürfnisse erfassen

S. 11

Sinn finden, Hoffnung geben

Spiritualität im Pflegeprozess

S. 14





Glaube, Religion, Spiritualität

Bedeutung für Gesundheit, Krankheit und Heilung

Von René Hefti

Die Begriffe Glaube, Religion und Spiritualität haben verschiedene Bedeutungsschwerpunkte, hängen aber zusammen. Ihre Einflüsse auf Körper und Psyche wurden in einer Vielzahl von Studien untersucht. Auch können sie die Krankheitsbewältigung beeinflussen. Der Autor entwirft ein erweitertes biopsychosoziales Modell, in dem Glaube, Religion und Spiritualität als vierte Dimension integriert werden.

Begriffliche Abgrenzung

Welche Begriffe verwenden wir, wenn wir von „Spiritualität“ sprechen? Jeder der im Titel verwendeten Begriffe drückt ein spezifisches Verständnis von „Spiritualität“ aus (→ Abb. 1).

Glaube. Das Wort „Glaube“ (indogerm. leubh) bezeichnet eine Grundhaltung des Vertrauens im Kontext religiöser Überzeugungen (Grimm 1999). Korrekterweise müsste man von „religiösem“ Glauben sprechen, um diesen von „nichtreligiösem“ Glauben, z. B. vom Glauben an die Wirkung von Medikamenten, abzugrenzen. Glaube

ist in diesem Sinne eine Fähigkeit des Menschen, nahe verwandt mit Vertrauen.

Religion. Der Begriff „Religion“ leitet sich etymologisch vom lateinischen Ausdruck „religio“ ab (Feil 1986) und hat verschiedene Bedeutungen: „Gottesfurcht“, „Frömmigkeit“, „Heiligkeit“, aber auch „Gewissenhaftigkeit“ (Bergmann 1998). Im deutschen Sprachraum wird „Religion“ oft synonym mit „Religiosität“ verwendet (Wernhart 2004: 28–29), wobei man mit Religion typischerweise die religiösen Traditionen, Dogmen (Lehrsätze), Institutionen und Glaubensgemeinschaften meint. Religiosität betont demgegenüber die

individuelle Seite der Religion (Bochinger 2004), welche persönliche Glaubensüberzeugungen und -erfahrungen beinhaltet.

Religiosität. Der Religiositäts-Struktur-Test (Huber 2008), der ein multidimensionales Modell von Religiosität beinhaltet, differenziert zwischen Zentralität und Inhalt. Zentralität bedeutet die persönliche Bedeutung, die Position im Leben einer Person. Die Inhalte sind vielfältig und bilden die religiöse Tradition, die Biografie und auch persönliche Gottesbilder ab.

Religion prägt das menschliche Denken (Wertvorstellung), Fühlen und Handeln und

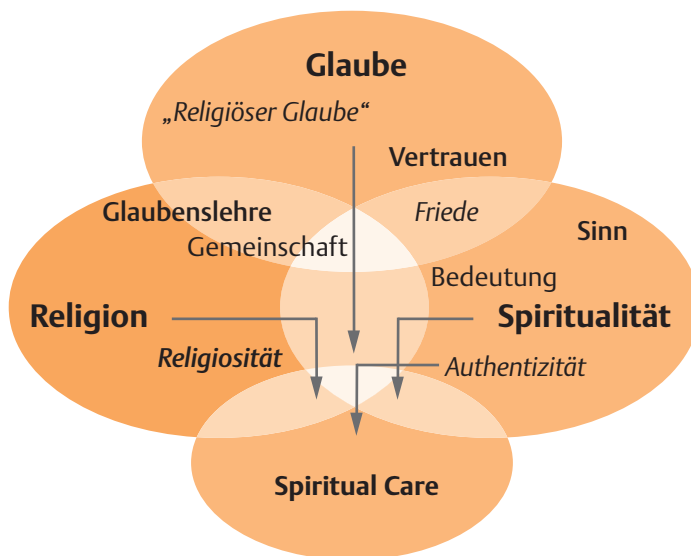


Abb. 1 Begriffsfelder Glaube – Religion/Religiosität – Spiritualität – Spiritual Care

beeinflusst so auch psychologische Funktionen (Harris 1989). Religion dient der individuellen Sinnfindung, der moralischen Orientierung, der Erklärung von Krankheit und Leiden und dem Umgang mit der Transzendenz (Wernhart 2004: 10–24, Austeda 1989).

Spiritualität. Der Begriff „Spiritualität“ stammt ursprünglich aus der jüdisch-christlichen Tradition und leitet sich von „spiritus“ (Atem) ab. Er bedeutete im frühen Christentum das Wirken des Heiligen Geistes, in Interaktion mit dem menschlichen Geist. Ab dem 5. Jh. wird das Substantiv „spiritualitas“ verwendet, das eine vom Heiligen Geist bestimmte christliche Lebenspraxis bezeichnet (Wiggermann 2000). In der Neuzeit wird „spiritualitas“ zur Benennung spezifischer Frömmigkeitsstile innerhalb katholischer Ordensgemeinschaften gebraucht. Der Begriff „Spiritualität“ bürgert sich erst im 20. Jh. ein (Köpf 2004). In den letzten Jahren erfreut er sich auch in der medizinischen und psychologischen Literatur wachsender Popularität (Möller, Reimann 2003). Sofern bewusst von Religion unterschieden, soll Spiritualität Authentizität, persönliche Bedeutung und eigene Erfahrungen zum Ausdruck bringen (Klein, Albani 2007), was sich aber mit dem Begriff Religiosität weitgehend deckt.

Dem Begriff „Spiritualität“ liegt im medizinischen Kontext mehrheitlich ein anthropologisches Spiritualitätsverständnis zugrunde, das Spiritualität als konstitutive Dimension des Menschen versteht (Bayer 2006) – als Teil der menschlichen Ganzheit. Alles menschliche und damit auch pflegeri-

sche Handeln hat in diesem Sinne eine „spirituelle“ Dimension, was aber noch keinen Transzendenzbezug (einen Bezug über das irdische Dasein hinaus) bedeutet. Dieser ergibt sich aus der bewussten Bezugnahme zu Gott, einer höheren Macht oder der unsichtbaren Dimension.

Spiritual Care. Die dargelegten Begriffe fließen in das klinische Konzept von „Spiritual Care“ ein. Empirische Untersuchungen zeigen, dass sich die Begriffsfelder überschneiden. Ostermann, Büssing und Matthiessen (2004) fanden bei Klinikpatienten, dass sich 9 Prozent als spirituell, aber nicht religiös, 35 Prozent als religiös, aber nicht spirituell und 32 Prozent als spirituell und religiös einstufen. 24 Prozent der Patienten hielten sich für weder religiös noch spirituell. In einer US-amerikanischen Untersuchung (Koenig 2004) betrug der Anteil der Klinikpatienten, die sich als religiös und spirituell bezeichneten, 88 Prozent. Eine Patientenbefragung (Schowalter, Richard, Murken et al. 2003) in einem stärker religiösen Patientenkollektiv ergab, dass die Befragten zur Selbstbeschreibung den Begriff „gläubig“ (67 Prozent) den Formulierungen „religiös“ (5 Prozent) und „spirituell“ (4 Prozent) vorzogen.

Im klinischen Kontext ist es wichtig, die von den Patienten verwendeten Begriffe aufmerksam wahrzunehmen und deren subjektive Bedeutung zu verstehen.

Dazu dient die spirituelle Anamnese, welche einen Schlüssel zur Integration von Spiritualität in den klinischen Kontext darstellt.

Bedeutung für Gesundheit, Krankheit und Heilung

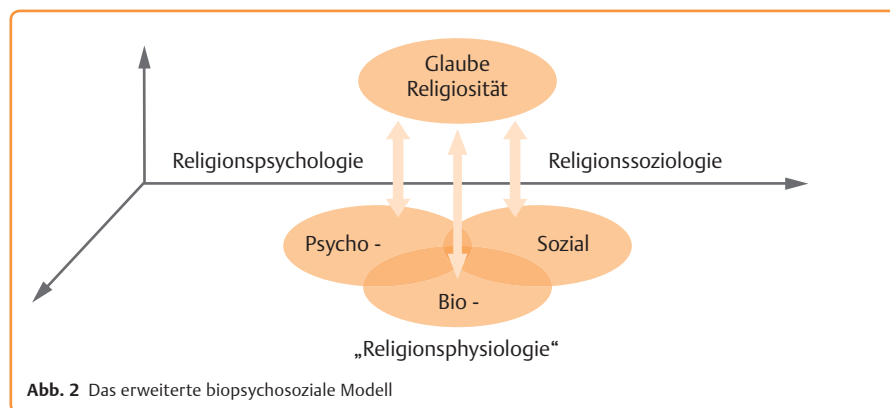
In allen Kulturen und religiösen Traditionen standen Gesundheit, Krankheit und Heilung in einer Wechselbeziehung zur „spirituellen Welt“ und damit zur Transzendenz. „Heil und Heilung“ waren in vielfältiger Weise miteinander verbunden. In den Sprüchen Salomos heißt es: „Ein fröhliches (frommes) Herz fördert die Genesung; aber ein niedergeschlagener Geist dörft das Gebein aus“ (Sprüche 17,22). „Medizinische Befunde“ wie Kinderlosigkeit und Krampfanfälle wurden bis ins 18. Jh. auch religiös gedeutet und behandelt (Lüddeckens 2012). Das mag uns heute befremden. Doch das Bedürfnis der Patienten nach einem Bedeutungskontext für Krankheit und Leid ist unverändert geblieben. Spirituelle, sinn- und haltgebende Erklärungsmodelle finden sich heute vor allem in der Komplementärmedizin, was diese für viele Patienten attraktiv macht. Auch die Seelsorge hat den Patienten einen Bedeutungshorizont anzubieten.

Positive Auswirkungen. Der Zusammenhang zwischen Spiritualität und Heilung wird seit ca. 1970 im Rahmen der *Religion and Health*-Forschung in den USA empirisch untersucht. Dieser Forschungsansatz hat sich seit ca. 2000 auch in Europa etabliert. Die Ergebnisse der empirischen Studien wurden systematisiert und in zwei Handbüchern zusammengefasst (Koenig 2001, 2012), welche als Nachschlagewerke einen Einblick in das umfangreiche Forschungsgebiet ermöglichen. Exemplarisch greife ich eine Arbeit heraus, die den gesundheitsfördernden Einfluss von Glaube, Religion und Spiritualität deutlich macht. Die Metaanalyse von Chida (2011) fasst 44 systematisch ausgewählte, prospektive Bevölkerungsstudien zusammen, welche den Zusammenhang zwischen Religiosität und Mortalität untersuchten. Für die Bevölkerungsgruppen mit höherer Religiosität ergab sich eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit von 18 Prozent, was einen salutogenen Effekt der Religiosität eindrücklich dokumentiert. Für die kardiovaskuläre Mortalität betrug die Risikoreduktion sogar 28 Prozent. Frauen profitierten stärker als Männer. Bei den Frauen betrug die Reduktion der Gesamtsterblichkeit 30 Prozent, während sie bei den Männern bei 13 Prozent lag. Die Autoren erklären den günstigen Effekt der Religiosität auf die Mortalität durch besseres Gesundheitsverhalten, weniger Distress und

gleichzeitig höhere Stressresistenz, mehr soziale Unterstützung, positive Emotionen und einen günstigen Einfluss auf die autonome Balance.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Glaube, Religion und Spiritualität ist, wie die Studien ebenfalls zeigen (Koenig 2001, 2012), die Unterstützung in der Krankheitsbewältigung. Man spricht von „religiösem oder spirituellem Coping“ (Pargament 1997). Religiosität und Spiritualität werden dabei als Bewältigungsressourcen verstanden und eingesetzt. Koenig untersuchte 337 Patienten (1998), die auf der medizinischen Abteilung des Duke University Hospitals behandelt wurden, und befragte sie hinsichtlich religiösem Coping. 67,4 Prozent der Patienten berichteten, dass Religiosität für sie ein wichtiger Faktor in der Bewältigung ihrer aktuellen Krankheitssituation ist. In einer Nachfolgeuntersuchung an 991 Patienten (Koenig 2004) fanden sich bei denjenigen, die Religiosität oder Spiritualität als Coping einsetzten, eine geringere Depressionsrate und damit eine erfolgreichere Krankheitsbewältigung.

Negative Auswirkungen. Glaube, Religion und Spiritualität können im Krankheitsprozess auch Belastungs- und Risikofaktoren darstellen. Eine prospektive Untersuchung an 596 medizinischen Patienten ergab für *Religious Struggles* eine Zunahme des Mortalitätsrisikos von 6–28 Prozent, je nach Ausprägung und Art des religiösen oder spirituellen Konfliktes (Pargament 2001). Besonders ungünstig ist das Gefühl, von Gott verlassen zu sein, an Gottes Liebe zu zweifeln



Quelle: Hefti 2002

oder die Krankheit dem Teufel zuzuschreiben. Folgerichtig hat Stefanie Monod am Universitätskrankenhaus in Lausanne ein „Spiritual Distress Assessment Tool“ entwickelt (2010), um solche Risikokonstellationen (in der Medizin sog. *red flags*) bei den Patienten frühzeitig zu erkennen und in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Religiöse Zweifel, Konflikte und Belastungen berichten die Patienten den Behandelnden selten spontan. Dazu braucht es ein gezieltes Nachfragen im Rahmen einer spirituellen Anamnese oder eines spirituellen Assessments. Pflegende nehmen hier durch die Nähe zum Patienten eine wichtige Rolle ein und können solche Belastungen früher erkennen.

Erweitertes biopsychosoziales Modell

Die dargestellten Befunde verdeutlichen die Bedeutung von Glaube, Religion und Spiritualität im medizinischen wie auch pflegerischen Alltag und stellen ein Plädoyer für

ein erweitertes biopsychosoziales Modell dar, das die spirituellen Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen der Patienten angemessen berücksichtigt (Hefti 2012, 2013). Das skizzierte Modell (→ Abb. 2) zeigt das komplexe Zusammenspiel der vier Dimensionen auf, die alle miteinander interagieren können. Der Glaube beeinflusst gleichzeitig Denken und Fühlen („psycho“), die Beziehungsgestaltung („sozio“) sowie Krankheits- oder Heilungsprozesse („bio“). Psychische Verfassung und soziale Unterstützung fördern oder behindern ihrerseits die Spiritualität und damit insgesamt den Heilungsprozess.

Die gleichzeitige Berücksichtigung aller vier Dimensionen im Sinne einer ganzheitlichen Patientenbetreuung stellt eine Herausforderung dar. Es kann dabei nicht um eine Maximalbetreuung gehen, die sich heute keine Institution mehr leisten kann, sondern vielmehr darum, die wesentlichen Einflüsse auf den Bewältigungs- und Heilungsprozess zu erkennen und in die Behandlung zu integrieren (interdisziplinäres Spiritual-Care-Modell).

Infoservice

Autor

Dr. med. René Hefti, Chefarzt in der Klinik SGM Langenthal, Schweiz. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Leiter des Forschungsinstituts für Spiritualität und Gesundheit (www.fisg.ch). Zudem ist er Dozent für psychosoziale Medizin an der Universität Bern, Schweiz.

Literatur

Baier K. Spiritualitätsforschung heute. In: Ders. (Hg.), Handbuch Spiritualität, Darmstadt; 2006: 11–46
Bürgi D. Spiritualität in der Pflege – ein existenzieller Zugang. *Spiritual Care* 2012; 1: 10–23
Bochinger C. Religiosität. In: Religion in Geschichte und Gegenwart. Handwörterbuch für Theologie und Religionswissenschaft. Tübingen: Mohr Siebeck, 2004: 413–414
Clark C, Cross JR, Deane DM, Lowry LW. Spirituality. Integral to quality care. *Holistic Nursing Process*. 1991; 5: 67–76

Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4., vollständig überarb., erw. Aufl. Bern: Huber; 2013
Elberfelder Studienbibel mit Sprachschlüssel. Wuppertal: R. Brockhaus; 2005
Feil E. Religio. Bd. 1: Die Geschichte eines neuzeitlichen Grundbegriffs vom Frühchristentum bis zur Reformation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1986
Gerber U. Spiritualität – ein Thema in der Pflege. CAS Abschlussarbeit; 2011
Grimm J u. Grimm W. Deutsches Wörterbuch. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1999
Hempelmann R. Die Wort- und Glaubensbewegung. In: Hempelmann R, Hrsg. Panorama der neuen Religiosität. Sinnsuche und Heilversprechen zu Beginn des 21. Jahrhunderts. 2., überarb. Aufl. im Auftrag der Evangelischen Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2005: 495–499

Literaturempfehlung

Koenig HG. Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Bearbeitet und mit einem Gleitwort von René Hefti. Stuttgart: Kohlhammer; 2012



In der **CNE Bibliothek** finden Sie das Buch „Palliative Care“ von J.C. Student und A. Napiwotzky mit weiteren Anregungen zur Einbeziehung von Spiritualität bei Sterbenden.



Was sagt die Pflegewissenschaft?

Spiritualität als Dimension pflegerischen Handelns

Von Annette Meussling-Sentpali

Im Beitrag wird der spirituellen Dimension pflegerischen Handelns in pflegetheoretischen Ansätzen nachgegangen. Spiritualität war als zentrales Moment der Pflege schon immer bedeutsam. Hier wird versucht, sich dem Thema aus historischer und pflegetheoretischer Sicht anzunähern.

Spiritualität in der Geschichte der Pflege

Betrachtet man die Geschichte der Pflege, so sind ihre religiösen Wurzeln und ihre enge Verbindung zur christlichen Tradition offensichtlich. Wir finden eine Vielzahl an Personen, die mit ihrer Religiosität und Spiritualität (auch wenn sie diese Begriffe wahrscheinlich nicht verwendet hätten) die Pflege beeinflusst haben. Sowohl ihre Motive als auch das pflegerische Handeln

waren durch ihren Glauben geprägt. Auch Florence Nightingale, die als die Begründerin der professionellen Pflege angesehen wird, erste pflegewissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt hat und die Pflege außerhalb kirchlicher Einrichtungen etablierte, war religiös motiviert (vgl. Mayer 2009: 71).

Christliche Fürsorge durch Nächstenliebe. Schon in den ersten christlichen Gemeinden entwickelte sich mit dem Diakonat ein

Amt, dessen Aufgaben neben seelsorgerlichen und liturgischen Tätigkeiten auch die Sorge um die Kranken einschloss. So kümmerten sich Diakone und Diakoninnen lange vor der Entstehung von Kranken-„häusern“ um arme und kranke Menschen in ihrem häuslichen Umfeld (Dorschner, Meussling-Sentpali 2007: viif; Bischoff 1994: 18f). Vom 5. Jh. an entstanden Klöster, denen oft Hospitäler angeschlossen waren. Es entwickelte sich eine von den Klöstern ausgehende Armen- und Krankenfürsorge, bei der Kloster-



Foto: Alexander Fischer

Abb. 1 Kritik an der rein auf körperliche Belange reduzierten Pflege fördert die Wahrnehmung von spirituellen Anteilen in der Pflege.

medizin und Krankenpflege untrennbar verbunden waren (Bischoff 1994: 20). Als prominenteste Vertreterin dieser klösterlichen Heilkunde im Mittelalter gilt Hildegard von Bingen (1098–1179), die schon damals in ihrem „Regelkreis der guten Lebensführung“ Prinzipien formulierte, die als Vorläufer der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ angesehen werden können (Dorschner 2001: 51f).

Während die Versorgung von Kranken und Armen zunächst eine Nebenaufgabe der Klöster war, entstanden vom frühen Mittelalter an bis zur Reformation eine Vielzahl von Ordensgemeinschaften, die als ihre vorrangige Aufgabe die Sorge um die Kranken ansahen (Bischoff 1994: 21ff). Zur Gründung von zahlreichen Diakonissenschwesternschaften und Pflegeorden kam es während der Industrialisierung im 19. Jh. Hierbei waren die christlich motivierten Gemeinschaften bemüht, dem sozialen Elend mit tätiger Nächstenliebe zu begegnen. Erste Ausbildungsmöglichkeiten, z. B. in Kaiserswerth, stießen in dieser Zeit die „Verberuflichung“ der Pflege an.

Die Wurzeln der Pflege in der christlichen Gemeinde und ihre spätere Organi-

sation durch Ordensgemeinschaften und Diakonissenschwesternschaften zeigen bis heute ihre Auswirkungen. So blieb bis nach dem Zweiten Weltkrieg das Modell der Gemeindeschwester, die aus dem Mutterhaus in die Gemeinde gesandt wurde, vorherrschend. Über die Krankenpflege hinaus gehörten zu den Aufgaben dieser Schwestern auch sozialfürsorgerische und seelsorgerliche Tätigkeiten. Sie waren für kranke und alte sowie für einsame und bedürftige Menschen in sozialen Notlagen zuständig und übernahmen außerdem oft Dienste in der Kirchengemeinde wie Bibelstunden und Kindergottesdienste (Kreutzer 2009: 82).

Professionalisierung der Pflege

Einen wichtigen Einschnitt in der Entwicklung der Pflege zu einem Beruf stellte die Möglichkeit dar, Pflege als Beruf zu erlernen und gegen Lohn auszuüben. Damit verbunden waren die Entstehung der „freien Schwestern“ und die Gründung von Berufsorganisationen und Schwesternschaften ohne konfessionellen Hintergrund. In dieser

Epoche beginnt, auch wegen der ersten Pflegeforschungsarbeiten von Nightingale und der damit einhergehenden Entwicklung der Pflege als Wissenschaft, der Verlust an Spiritualität (Bradshaw 1996: 42f).

Pflegeberuf zunehmend losgelöst von christlichem Einfluss. Dieser Trend setzt sich mit der Entstehung von staatlichen, kommunalen und privaten Gesundheitseinrichtungen, dem Schrumpfen von Ordensgemeinschaften, einem zunehmend marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitswesen, der Einführung der Pflegeversicherung und der Säkularisierung der Gesellschaft verbunden mit einem geringer werdenden Einfluss der Kirchen fort. Bedeutsam für einen Wandel im Verständnis von beruflicher Pflege sind außerdem die Emanzipation der Pflege zum eigenständigen Aufgabenfeld (insbesondere innerhalb der Altenpflege) und die Akademisierung der Pflegeberufe. Im Zuge dieser Entwicklungen kam es immer mehr zu einer Entfremdung zwischen christlicher Motivation und Pflege. Gleichzeitig wurde auch in konfessionellen Gesundheitseinrichtungen

versucht, sich vom negativ besetzten Begriff des Dienens zu lösen und sich möglichst ideologiefrei zu etablieren.

Am Beispiel des Palliative-Care-Konzeptes lassen sich Analogien zur Pflegegeschichte wie im Zeitraffer sehen. In der Hospizbewegung, die zunächst religiös motiviert war, vollzog sich mit der Professionalisierung und Institutionalisierung ein Wandel zum Säkularen: Statt von der Liebe Gottes wurde nun von Würde und Lebensqualität gesprochen (Heller u. Heller 2013: 23). Seit einigen Jahren dreht sich der Trend wieder: Die Autoren sprechen von einem regelrechten „Spiritualitäts-Boom“ (ebd.). Dieser Trend beschränkt sich aber nicht auf den Palliative-Care-Bereich, sondern ist in unterschiedlicher Intensität im gesamten Gesundheitsbereich zu beobachten.

Spiritualität in der Pflege wieder ein Thema

Befördert wurde die Auseinandersetzung mit Spiritualität in Pflegepraxis und Pflegewissenschaft m. E. besonders durch eine größere Selbstbestimmtheit der Patienten, durch Menschen aus vielfältigen kulturellen und religiösen Kontexten, durch die Hospizbewegung und durch die Kritik an einer technisierten Medizin und an einer auf körperliche Bedürfnisse reduzierten Pflege (→ Abb. 1).

Spiritualität wird als etwas erlebt, das über das rein biomedizinische Denken hinausgeht. Sie stellt einen wichtigen Aspekt der sogenannten „ganzheitlichen“ Pflege dar und ist ein Wirksamkeitsfaktor pflegerischer und therapeutischer Interventionen. So gibt es Erfahrungen im pflegerischen Alltag, die ohne das Anerkennen der spirituellen Dimension und ohne ein Gespür für Spiritualität nicht eingeordnet oder verstanden werden können. Bezogen auf die Pflegewissenschaft heißt das: Wenn Pflege der Gegenstandsbereich von Pflegewissenschaft ist, sind deren spirituelle Aspekte ebenfalls Gegenstand der Pflegewissenschaft. Käppeli nennt das Transzendente „eine der Pflegewissenschaft inhärenten Dimension“, ohne deren Anerkennung den Bedürfnissen der Kranken nicht adäquat Rechnung getragen und Pflege nicht zur vollen Entfaltung gebracht werden kann (Käppeli 2007: 2).

Die spirituelle Dimension der Pflege zeigt sich einerseits im Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen und gleichzeitig im pflegerischen Handeln selbst – in einem Tun basierend

auf einer spirituellen Einstellung bzw. Haltung. Dem wird Rechnung getragen, indem in pflegfachlicher Literatur sehr praxisorientiert auf Wünsche und Bedürfnisse von Patienten und Pflegepersonen eingegangen wird: z. B. Pflege heute (2004: 337) „Religiöse Bedürfnisse im Krankenhaus“ oder Ludewig (2008) „Pflege und Spiritualität. Ein ABC mit Texten, Ritualen und kleinen Übungen“.

Spiritualität in den Pflegetheorien

Auch in Pflegetheorien und Pflegeklassifikationssystemen wie z. B. der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) finden sich Bezüge zu Spiritualität als Bestandteil pflegerischen Handelns. Dies verwundert nicht, da Pflegetheorien einen stark normativen Charakter besitzen und in der Phase der Theoriebildung mit ihrer Hilfe versucht wurde, das Aufgabenverständnis und das Aufgabenspektrum von Pflege zu bestimmen. Das hohe Abstraktionsniveau von Pflegetheorien und deren normative Aussagen haben für die Pflegepraxis weitreichende Folgen: Es wird ein idealtypisches Bild gezeichnet, bei dem die Rahmenbedingungen weitgehend unberücksichtigt bleiben und deren Einfluss auf die Pflege kaum bzw. nur sehr allgemein (beispielsweise als Umweltfaktoren) thematisiert werden. So entsteht eine Vorstellung von guter Pflege mit dem Anspruch auf „Ganzheitlichkeit“, der professionell Pflegenden kaum gerecht werden können.

Übertragbarkeit von amerikanischen Theorien schwierig. Die theoretischen Ansätze von Jean Watson, Margaret Newman sowie Barbara Dossey et al. werden als Theorien angesehen, die Spiritualität als integralen Bestandteil von Pflege behandeln (Stevens Barnum 2002: 93). Keine dieser Theorien wird allerdings im deutschsprachigen Raum aufgenommen. Beschäftigt man sich genauer mit den Ausführungen von Stevens Barnum zu Spiritualität in der Pflege, Konzeptionen wie der Theorie von Jean Watson, der Pflegemethode „Therapeutic Touch“ oder den NANDA-Pflegediagnosen, so ist offensichtlich, dass sich das US-amerikanische Verständnis von Spiritualität in der Pflege deutlich vom europäischen unterscheidet. Bisher ist es im deutschsprachigen Raum nicht gelungen, den amerikanischen Theorien Konzepte entgegenzusetzen, die den kulturellen und gesellschaftlichen Kontext

sowie aktuelle Entwicklungen (wie z. B. den Wandel im Krankheitsspektrum oder veränderte Rahmenbedingungen) berücksichtigen.

Theorien und Modelle im deutschsprachigen Raum. Fragmente pflegetheoretischer Ansätze, die sich in Pflegeplanung und Pflegedokumentation finden lassen, sind die Aktivitäten bzw. Elemente des Lebens basierend auf verschiedenen Bedürfnistheorien. Je nach Modell und Autorin wird von „Grundbedürfnissen“ (Henderson), „Lebensaktivitäten“ (Roper, Logan und Thierney), „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Juchli) oder „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (Krohwinkel) gesprochen. In jedem Modell lassen sich spirituelle Bedürfnisse finden. Bei Virginia Henderson (1897–1996) heißt das 14. Bedürfnis „Gott dienen entsprechend dem Glauben“. Liliane Juchli (*1933) nennt eine Aktivität „Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen“ und Monika Krohwinkel (*1941) führt den Begriff der existenziellen Erfahrungen ein. Zu den von ihr beschriebenen existenziellen Erfahrungen gehören die Existenz gefährdende Erfahrungen, wie z. B. der Verlust von Unabhängigkeit, Sorge und Angst sowie die Existenz fördernde Erfahrungen, wie z. B. Zuversicht, Freude und Vertrauen. Existenzielle Erfahrungen berühren den Kern des Menschen und sind mit allen Aktivitäten des täglichen Lebens verbunden (vgl. Krohwinkel 1993, 2007). Für Juchli kommt „der Mensch, der uns aufsucht, um unsere Pflege in Anspruch zu nehmen, vor allem als Mensch, der als krank Gewordener der Sorge und der Hilfe bedarf. Er bedarf der Sorge, die immer *Leib*sorge und *Seel*sorge umfasst“ (Juchli 1983).

Pflege als „Leib- und Seelsorge“

Wenn Pflege als Sorge um den ganzen Menschen (Leib- und Seelsorge) verstanden wird und Pflegenden die Aufgabe haben, auf diese Bedürfnisse einzugehen und individuelle Ressourcen zu fördern, ist Spiritualität bzw. Spiritual Care originärer Bestandteil pflegerischen Handelns. Ausgehend von dieser Grundannahme lassen sich Aspekte des Spirituellen in den vier zentralen Bestandteilen von Pflegetheorien wiederfinden:

- Person/Menschenbild
- Gesundheit/Krankheit
- Umwelt
- Pflege/Pflegeverständnis

Menschenbild

Spiritualität einzubeziehen heißt, „holistisch“ zu denken und anzuerkennen, dass ein Mensch in seinem Leiden nicht nur physisch und psychisch bedürftig ist. Es bedeutet, sich dem ganzen Menschen zuzuwenden, seine individuellen persönlichen Erfahrungen und Prägungen zu würdigen. Spiritualität bedeutet eine Kritik am reduktionistischen Menschenbild. Sie will den Menschen als mehr verstehen als einen durch biologische, soziale und kulturelle Kräfte kontrollierten Teil der natürlichen Welt (Käppeli 2007: 1). Gleichzeitig werden auch Pflegepersonen als Menschen mit ihrer Haltung, ihrer individuellen Spiritualität und entsprechenden Bedürfnissen und Ressourcen „ganzheitlich“ gesehen, als Menschen, die pflegen „als die, die sie sind“ (Juchli).

Gesundheit und Krankheit

Definitionen von Gesundheit, die nur körperliche, geistige und soziale Faktoren berücksichtigen (WHO), werden dem individuellen Verständnis von Gesundheit und Krankheit nicht gerecht. Dies wird besonders deutlich, wenn die spirituelle Dimension mit einbezogen wird. Je mehr ein Mensch Bezugspunkte außerhalb des Diesseitigen, rein Körperlichen, Messbaren hat, desto weiter wird auch sein Verständnis von Gesundheit sein. Außerdem kann es zu Deutungen von Ereignissen oder Krankheitsverläufen kommen, die die erlebte Situation für den Menschen in einen größeren Zusammenhang stellen oder spirituelle Erfahrungen ermöglichen. Besonders deutlich wird die spirituelle Dimension von Krankheit am Beispiel des Schmerzes. Begreift man Schmerz nicht nur als körperliches Symptom, sondern als mehrdimensional (physisch, psychisch, sozial und spirituell), wird die Unzulänglichkeit von Schmerzskalen und rein pharmakologischen Interventionen offensichtlich. Spiritueller Schmerz kann sich ausdrücken in den existenziellen Fragen nach dem Warum, dem Sinn, der Hoffnung u. v. m. Dieser Schmerz ist nicht einfach zu „managen“ und unter Kontrolle zu bringen. Wenn sich die Sicht auf den Schmerz z. B. im Sinne des Total-Pain-Konzeptes verändert und die spirituelle Dimension miteinbezogen wird, erweitert das den Blick über die physischen Dimensionen hinaus. Schmerz (und Krankheit) werden als zum Leben gehörend und gegebenenfalls ins Leben zu integrierend anerkannt.

Umwelt

Spirituelle Aspekte pflegerischen Handelns sind stark beeinflusst von den Bezugssystemen der Pflegebedürftigen wie z. B. den Beziehungen innerhalb der Familie, zu Freunden und Nachbarn oder der Verbindung zu einer religiösen Gemeinschaft. Die Zugehörigkeit von Spiritualität zur Pflege i. S. von Spiritual Care setzt voraus, dass zwar der Betroffene selbst im Mittelpunkt steht, die Sorge um den Menschen aber arbeitsteilig verstanden wird und deshalb verbunden ist mit dem Anerkennen der Grenzen allein professioneller und vor allem institutioneller Praxis (Kellehear 2013: 14). Institutionen des Gesundheitswesens können aufgrund ihrer eigenen Handlungslogiken, die denen einer achtsamen, wertschätzenden Pflege größtenteils widersprechen, nur schwer den Rahmen für die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns bieten. Spiritual Care bzw. die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns setzt Multiprofessionalität voraus, geht über die Begleitung von Menschen in Institutionen hinaus und muss ergänzt, unterstützt oder evtl. sogar vertreten werden durch die „caring community“.

Pflegeverständnis

Ein personenzentriertes und am Subjekt orientiertes Pflegeverständnis erkennt Spiritualität als der Pflege innewohnend an und berücksichtigt selbstverständlich spirituelle Bedürfnisse. Es beinhaltet eine achtsame Abwägung zwischen Autonomie und Fürsorge und respektiert den pflegebedürftigen Menschen als Experten für seine (spirituellen) Befindlichkeiten.

Diese Aussage dürfte Konsens sein und findet sich wahrscheinlich so oder ähnlich in diversen Pflegeleitbildern wieder. Schwierig wird es immer erst, wenn das Pflegeverständnis im pflegerischen Handeln sichtbar werden soll: Wer ist für Spiritualität zuständig? Welche Kompetenzen, welche Qualifikationen sind dafür nötig? Kann man Spiritualität lehren und lernen? Und: Wie müssen die Rahmenbedingungen aussehen, in denen Pflegepersonen ihr Handeln an diesem Pflegeverständnis ausrichten können? Pflegemanagement und Pflegewissenschaft müssen diese Fragen der Praxis aufgreifen und bearbeiten und sich gleichzeitig der theoretischen Auseinandersetzung mit einem Pflegeverständnis, das Spiritualität als etwas originär pflegerisches betrachtet, stellen.

Infoservice

Autorin

Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali, Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin, Pflegewissenschaftlerin MSc, Professur für Pflegewissenschaft an der Ostbayerischen Technischen Hochschule (OTH) Regensburg, Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften

Literatur

- Bischoff C. Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/New York: Campus; 1994
- Bradshaw A. The legacy of Nightingale. Nursing Times 1996; 92 (6): 42–43
- Brandenburg H, Dorschner S. Pflegewissenschaft 1, Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Bern: Huber; 2008
- Dorschner S. Geschichte der Pflege – Teil I. Von den Anfängen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts. Studienbrief Theoretische Grundlagen der Pflege. Fernstudienagentur FVL, Berlin; 2001
- Dorschner S, Meussling-Sentpali A. Christlich pflegen. Eine Annäherung. Jena: Jenaer Akademische Verlagsgesellschaft; 2007
- Heller B, Heller A. Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Bern: Huber; 2014
- Juchli L. Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger. Basel: RECOM; 1983
- Käppeli S (2007): Aspekte des Transzendenten in der Pflege – Berührungspunkte und Grenzen zwischen Pflege und Seelsorge. http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Fachvortrag-Kaeppli.pdf (8.1.2015)
- Kellehear A. Spiritual Care in Palliative Care: Wessen Job ist das? In: Heller B u. Heller A: Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Bern: Huber; 2014: 11–14
- Kreutzer S. Freude und Last zugleich. Zur Arbeitswelt evangelischer Gemeindegewerkschaften in Westdeutschland. In: Hähner-Rombach S, Hrsg. Alltag in der Krankenpflege, Geschichte und Gegenwart. Stuttgart: Steiner; 2009: 81–99
- Krohwinkel M. Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken. Baden-Baden: Nomos; 1993
- Krohwinkel M. Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken. Bern: Huber; 2007
- Ludewig C. Pflege und Spiritualität. Ein ABC mit Texten, Ritualen und kleinen Übungen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2008
- Mayer H. Die spirituelle Dimension pflegerischen Handelns. In: Körtner U HJ et al., Hrsg. Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien, New York: Springer; 2009: 71–80
- Nolte K. Pflege von Sterbenden im 19. Jahrhundert. Eine ethikgeschichtliche Annäherung. In: Kreutzer S, Hrsg. Transformationen pflegerischen Handelns. Universitätsverlag Osnabrück; 2010: 87–107
- Stevens Barnum B. Spiritualität in der Pflege. Bern: Huber; 2002



Belastung oder Ressource?

Religiöses Coping als Form der Krankheitsbewältigung

Von René Hefti

Man spricht von religiösem oder spirituellem Coping, wenn Glaube, Religion und Spiritualität als Ressourcen in der Krankheitsbewältigung eingesetzt werden. Ungünstige Formen von religiösem Coping können aber Belastungsfaktoren darstellen, welche den Umgang mit Krankheit erschweren.

» **Fallbeispiel:** Ein 64-jähriger Patient wird mit akuter Dyspnoe ins Krankenhaus eingewiesen. Die Atemnot ist mit starken Angst- bzw. Panikgefühlen verbunden. Es zeigt sich klinisch und radiologisch ein Prälungen-ödem bei akuter Herzinsuffizienz noch unklarer Ätiologie. Im EKG finden sich Zeichen eines älteren inferioren Myokardinfarktes, aber keine aktuellen Ischämiezeichen. Nach medikamentöser Rekompensation wird eine Koronarangiografie durchgeführt, welche eine schwere Dreigeßäßerkrankung mit deutlich eingeschränkter Ventrikelfunktion zeigt. Die einzige effiziente Behandlungsmöglichkeit stellt eine aortokoronare Bypassoperation dar. Der Patient meint, dass seine Atemnot auch mit seiner Angst zu tun hat. Er sei schon immer ängstlich gewesen, der Glaube sei aber eine große Hilfe für ihn. Wenn er zu Gott bete, werde er ruhiger, gelassener und könne vertrauen, dass Gott es gut mache. Das gelte auch für die bevorstehende Bypassoperation. «

Diese kurze Patientenvignette gibt uns ein Beispiel von religiösem Coping. Angst ist gerade bei Herzpatienten ein häufiges Phänomen und medizinisch ein ungünstiger Begleitfaktor. Angst erhöht den Sympathikotonus und aktiviert damit das kardiovaskuläre System. Sie steigert die Herzfrequenz, den peripheren Gefäßwiderstand und damit den Blutdruck und verstärkt so die koronare Ischämie. Angst ist auch ein ungünstiger Einflussfaktor für operative Eingriffe und den postoperativen Verlauf. Gelingt es dem Patienten mittels Gebet, in der Zwiesprache

mit Gott die Angst und damit den Sympathikotonus zu reduzieren, so geht es ihm nicht nur subjektiv besser, sondern auch physiologisch.

So konnten wir im Rahmen einer Untersuchung von bypassoperierten Patienten zeigen, dass Religiosität und religiöses Coping einen günstigen Einfluss auf den postoperativen Verlauf hat (Hefti 2012). Die Aufgabe der Pflegenden, der Ärzte, der Seelsorge und des gesamten interdisziplinären Behandlungsteams ist es, den Patienten in seinem religiösen Coping zu unterstützen, sofern dieses als hilfreich und nicht als belastend wahrgenommen wird.

Grundlagen der Krankheitsbewältigung

Buddeberg gibt im Lehrbuch für „Psychosoziale Medizin“ (2004) folgende kurze, aber treffende Definition: „Krankheitsbewältigung (Coping) kann als das Bemühen definiert werden, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch eine Krankheit innerpsychisch (kognitiv und emotional) oder durch zielgerichtetes Handeln zu verarbeiten oder zu meistern.“

Welche Belastungen bringen Krankheiten mit sich? Krankheiten können die körperliche Integrität (Unfälle, operative Eingriffe) und das Wohlbefinden (Symptome, belastende Therapien) beeinträchtigen. Sie stören das emotionale Gleichgewicht (Angst, Wut, Hoffnungslosigkeit, Gefühle von Trennung und Isolation) und belas-

ten das Selbstbild (Verlust von Autonomie und Selbstwert). Die soziale Rolle kann beeinträchtigt (Verlust der Arbeitsfähigkeit, Stellung in der Familie) und das Leben vital bedroht sein.

Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1999) lehrt uns, dass Krankheitsbewältigung mit primären und sekundären Bewertungsprozessen einhergeht. In einem ersten Schritt wird die Bedrohungslage durch die Krankheit beurteilt (*primary appraisal*). Diese kann als Herausforderung, als vitale Bedrohung oder als schon bestehende Schädigung wahrgenommen werden. In einem zweiten Bewertungsschritt (*secondary appraisal*) werden die verfügbaren Ressourcen analysiert. Werden diese als nicht ausreichend beurteilt, setzt eine Bewältigungsreaktion (Coping) ein. Das Ausmaß der psychologischen und physiologischen Stressreaktion hängt von den beschriebenen Bewertungsprozessen, dem Umfeld und der Persönlichkeit des Betroffenen ab. Zum Umfeld gehören familiärer Kontext und soziale Beziehungen, zur Persönlichkeit interne Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzept und nicht zuletzt auch die Religiosität. In einem dritten Schritt wird der Erfolg der Bewältigungsmaßnahmen evaluiert. Daraus entstehen Lernerfahrungen und wo nötig eine Neubeurteilung (*reappraisal*) der Krankheits- und Bedrohungssituation. Ein wichtiger Faktor in der Krankheitsbewältigung ist die Kontrollierbarkeit (Leventhal 1997). Je beherrschbarer eine Krankheitssituation, desto geringer ist die Bedrohung und desto besser der zu erwartende Krankheitsverlauf.

Religiöse Ressourcen

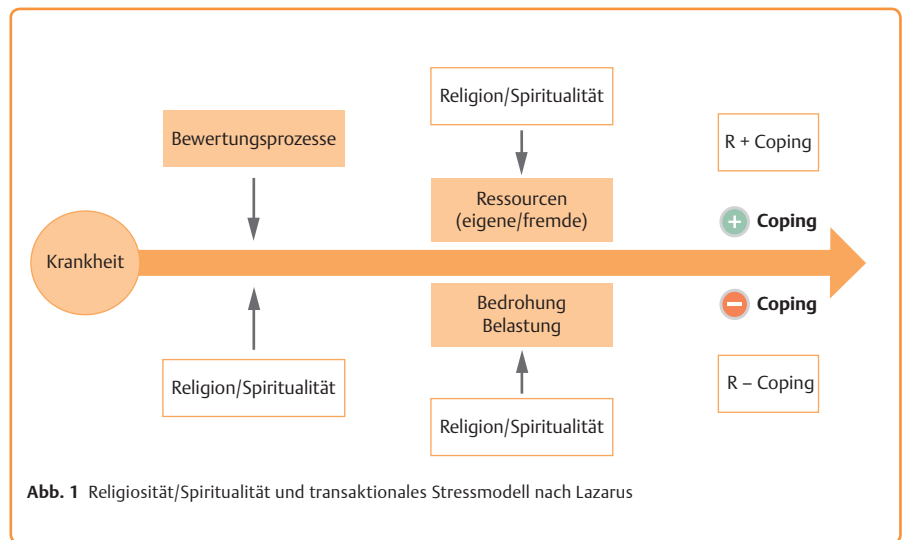
Ken Pargament untersuchte die „Ressource Religiosität“ über viele Jahre (Pargament 1997) und konnte folgende „fünf Funktionen des Glaubens“ identifizieren, die die Lebens- und Krankheitsbewältigung unterstützen:

1. Glaube schafft Identität, Sinn und Bedeutung auch im Krankheitskontext.
2. Glaube ermöglicht Kontrolle in hilflosen Situationen, wie sie Krankheitszustände oft darstellen. Das Gefühl von Kontrolle ist ein zentraler Faktor im Prozess der Krankheitsbewältigung.
3. Glaube stärkt Zuversicht, Hoffnung und damit positive Emotionen.
4. Glaube schafft Verbundenheit und stärkt die Gemeinschaft (*social support*).
5. Glaube fördert die Bereitschaft für Veränderung und Neuorientierung.

Spiritualität ansprechen. Meine persönliche Erfahrung zeigt, dass bei gezieltem Nachfragen nach dem, was Patienten in ihrer Krankheitssituation hilft, religiöse oder spirituelle Ressourcen (Bilder, Überzeugungen, Ahnungen) häufiger auftauchen, als wir es vermuten würden. Manchmal sind es unbestimmte Aussagen wie „irgendetwas gibt mir die Kraft, diese Krankheit zu tragen“, die einen oft auch unbewussten Transzendenzbezug andeuten. Solche Aussagen haben damit den Charakter „impliziter Religiosität“ in Analogie zum Konzept von Schnell (2004).

Religiöse Praktiken nach Häufigkeit. Eine kanadische Studie (Tepper 2001) untersuchte die Häufigkeit verschiedener religiöser Copingstrategien bei 406 chronisch psychiatrisch Kranken. Dabei war das Gebet mit 59 Prozent die häufigste Copingform (→ Tab. 1).

Tab. 1 Häufigkeit verschiedener Copingformen		
Religiöse Copingstrategien	Anzahl	Prozent
Gebet	241	59
religiöse Veranstaltungen besuchen	142	35
Gott anbeten	141	35
Meditation	133	33
religiöse Literatur lesen	123	30
religiöse Spezialisten kontaktieren	61	15
Quelle: Tepper 2001		



Glaube, Religion und Spiritualität können Krankheitsprozesse aber auch ungünstig beeinflussen. Pargament unterschied deshalb „positives“ und „negatives“ religiöses Coping. Angstbesetzte Religiosität z. B. kann Bewältigungsprozesse blockieren und so einen zusätzlichen Belastungs- und Risikofaktor darstellen. Solche belastenden Glaubens- und Bewältigungsformen sollten im Rahmen einer spirituellen Anamnese identifiziert und in der Folge unter Einbezug der Seelsorge thematisiert werden.

Beeinflussung von Stressfaktoren

Wo und wie können nun Glaube, Religion und Spiritualität auf den Bewältigungsprozess Einfluss nehmen? Das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1999) gibt uns hierzu wichtige Hinweise. Glaube, Religion und Spiritualität beeinflussen Bewertungsprozesse, ob primäre, sekundäre oder tertiäre. Das Ausmaß der Bedrohung (primary appraisal) kann damit von einem „gläubigen“ Patienten anders wahrgenommen werden, wenn er Krankheit, Leiden und Tod nicht als das Ende seiner Existenz, sondern als Teil seines Weges, im christlichen Kontext als „Nachfolge Christi“ versteht. Auch der gläubige Moslem fügt sich in das Schicksal Gottes („Inshallah, so Gott will, gepriesen sei Gott“), was die Krankheitsakzeptanz erleichtert. Andererseits kann Krankheit von einem religiösen Patienten als Strafe Gottes aufgefasst werden, was wiederum die Krankheitslast verstärkt und „spiritual distress“ auslöst.

Die persönlichen Ressourcen (*secondary appraisal*) können ebenfalls anders wahrgenommen werden. Ein betender oder meditierender Patient fühlt sich in der Verbin-

dung zu Gott, zur Transzendenz, zu seinem inneren Selbst gestärkt und der Bedrohung durch eine Krankheit besser gewachsen (erhöhtes Gefühl von Selbstwirksamkeit). Belastungen können Gott abgegeben und in der religiösen Gemeinschaft geteilt werden. Nicht beherrschbare Krankheitssituationen werden indirekt kontrollierbar. Alle von Pargament beschriebenen „Funktionen“ des Glaubens können hier wirksam werden.

→ Abb. 1 stellt den Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf den Bewältigungsprozess im Kontext des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus (1999) grafisch dar. Die Darstellung verdeutlicht den direkten Einfluss von Religiosität und Spiritualität auf primäre und sekundäre Bewertungsprozesse. Sie zeigt das starke Ineinandergreifen von allgemeinem und religiösem Coping, wobei positive und negative Einflüsse berücksichtigt werden müssen. Die Bildung von fixen Kategorien für positives und negatives religiöses Coping ist jedoch problematisch, da die Bewältigungsformen auch beim religiösen Coping sehr individuell sein können.

Wie die Pflege die religiösen und spirituellen Ressourcen der Patienten konkret unterstützen kann, wird im letzten Beitrag dieser Lerneinheit an Hand eines konkreten Beispiels sehr schön ausgeführt.

Infoservice

Literatur

Die Literatur können Sie bei der Redaktion anfordern: Stefanie.Zink@thieme.de

CNE.online

Interessant könnte auch die Lerneinheit „Angst lindern, Hoffnung stiften“ sein.



Die eigene Spiritualität und die des Patienten

Spirituelle Bedürfnisse erfassen

Von Christoph von Dach

Liliane Juchli schreibt (1984): „Ich pflege als die, die ich bin“, und meint damit, dass die eigene Spiritualität die Pflegepraxis prägt. Die Wahrnehmung der eigenen Spiritualität ist deshalb hilfreich und wichtig für ein Assessment der spirituellen Bedürfnisse, Nöte und Ressourcen des Patienten.

Personenzentriertes Denken und Handeln in der Pflege bedingt den Einbezug des ganzen Menschen; einerseits des Patienten, andererseits aber auch der Pflegeperson selbst. Im Besonderen gilt dies für den Umgang mit Spiritualität. Pflegepersonen, die ein Bewusstsein für ihre eigene Spiritualität entwickeln, können Patienten in ihren individuellen Bedürfnissen, Fragen und Nöten aktiv unterstützen. Verschiedene Arbeiten stellen fest, dass persönliche Entwicklung und die Fähigkeit, auf spirituelle Bedürfnisse von Patienten einzugehen, in engem Zusammenhang stehen (Baldacchino 2006, Ross 1994). Einem spirituellen Assessment der Patienten sollte demnach die Einschätzung der eigenen Spiritualität vorausgehen.

Eine Untersuchung bei Pflegepersonen

Jeder Mensch lebt seine Spiritualität auf individuelle Weise, als Teil seines Menschseins, mehr oder weniger ausgeprägt aus. Basierend auf den Ergebnissen meiner Studie zur Spiritualität in der Pflege (von Dach,

Osterbrink 2013) gehe ich davon aus, dass neben der ganz individuell gelebten Spiritualität der einzelnen Pflegeperson Pflege ihre eigene berufsspezifische Ausprägung von Spiritualität hat. Aus den Ergebnissen meiner Studie habe ich dazu folgende Themen-Cluster gebildet:

Gefühle und Geisteshaltung: Vorstellungen von Spiritualität sind oft verbunden mit bestimmten Gefühlen und Geisteshaltungen. Spiritualität wird meist dem Bereich des „Fühlens“ und nicht dem intellektuellen Denken zugeordnet. Es wird beschrieben, dass man spürt, wenn eine Situation einen spirituellen Charakter hat. Es verändert sich die Wahrnehmung von sich selbst und der Umgebung. Es entsteht ein Moment der „Außerordentlichkeit“. Ein Merkmal „spiritueller Gefühle“ oder Situationen ist, dass sie oft unvorhergesehen eintreten. Gefühle im Zusammenhang mit Spiritualität werden als intensive, mehrheitlich positive Gefühle beschrieben. Sie reichen von „angenehm“, „Gefühl von Wärme“ bis zum Glücksgefühl und beeinflussen die Zufriedenheit im Beruf.

Phänomene: Spiritualität ist oft nur schwer fassbar. Deshalb kommt es vielen Menschen entgegen, dass Erscheinungen stellvertretend dafür stehen. Auch Erlebnisse, die nicht oder nur schwer rational zu erklären sind, werden spirituell genannt. Solche Phänomene sind beispielsweise Engel, Schwingungen, Vorahnung, Touchings und Wahrnehmungen trotz örtlicher Distanz.

Rituale: Dies sind wiederkehrende oder eigens geschaffene Tätigkeiten (alleine oder in der Gruppe), die spirituelles Empfinden ermöglichen. Dabei geht es darum, sich bewusst auf Gott einzulassen, eine Situation vorzubereiten oder im Nachhinein zu verarbeiten. Hier werden beispielsweise Beten, Weihrauch, Gestaltung des Tagesbeginns oder -abschlusses und Handlungen nach dem Versterben eines Menschen genannt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Spiritualität eine hohe Relevanz für viele Pflegepersonen aufweist, jedoch nur sehr wenig darüber gesprochen wird. Es scheint, dass Sprache und Worte für Spiritualität

fehlen oder das Thema tabuisiert wird (Molzahn, Sheilds 2008). Dies gestaltet ein Assessment der eigenen wie auch der Spiritualität der Patienten schwieriger.

Donia Baldacchino, Pflegeprofessorin in Malta, stellt fest, dass Spiritualität ein Grund ist, weshalb viele Pflegepersonen ihren Beruf erlernen. Sie vertritt der Meinung, dass Pflege letztlich spirituell ist (Baldacchino 2006). Weiter zeigt sie auf, dass die Möglichkeit, spirituelle Aspekte in den Pflegealltag zu integrieren, ein Indikator ist, im Beruf zu bleiben oder den erlernten Beruf zu verlassen. Pflegepersonen sind oft in einem Spannungsfeld zwischen Evidence Based Practice und alltäglichen, oft nicht rational erklärbaren spirituellen Erlebnissen. Dieses Spannungsfeld wurde im Rahmen meiner Studie durch mehrere Pflegepersonen thematisiert.

Kulturelle und religiöse Pluralität

Die wachsende Anzahl von Patienten aus anderen religiösen und spirituellen Kontexten ist eine Erfahrung, die bereichernd erlebt werden kann, aber auch Unsicherheit, Angst und andere unangenehme Gefühle auslöst. Das „International Council of Nurses“ definiert im Ethikkodex (2006: 2) die Rolle der Pflegeperson unter anderem damit, dass ein Rahmen geschaffen werden soll, in dem die Menschenrechte, Wertvorstellungen, Bräuche und spirituellen Bedürfnisse der Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Damit ist eine wichtige Grundlage geschaffen, um Fragen des Themenkomplexes Spiritualität in die tägliche Arbeit zu integrieren. Im Ethikkodex wird der Umgang mit Spiritualität geregelt und zu einem festen Bestandteil der pflegerischen Arbeit gemacht.

Viele Pflegepersonen äußerten in diesem Bereich die größten Probleme im Umgang mit Spiritualität (von Dach, Osterbrink 2013). Hier ist wichtig, im Bewusstsein zu haben, dass Pflegepersonen allgemeine gesellschaftliche Aufgaben übernehmen, die mit der grundlegenden Wahrung der Menschenrechte zu tun haben. Gerade im Umgang mit Menschen anderer Kulturen, in Krisensituationen oder im Sterben wird für viele Menschen Spiritualität zu einem zentralen Bedürfnis. Pflegende sind in diesem Sinne die Garanten, dass Kultur und Religion im Krankheitskontext respektiert werden. Diesbezüglich äußerten viele Pflegende jedoch mangelndes Wissen über die spezifischen

spirituellen Vorstellungen und Bedürfnisse der Patienten. Hier ist es notwendig, das nötige, spezifische Wissen durch geeignete Schulungen zur Verfügung zu stellen.

Assessment von Spiritualität

Rahmenbedingungen: Raum und Zeit

Die Ergebnisse meiner Studie weisen darauf hin, dass Pflegepersonen „Räume“ brauchen, um über Spiritualität zu sprechen (von Dach, Osterbrink 2013). Dies wäre zunächst ein definierter Zeitraum, der Teil der täglichen oder wöchentlichen Planung ist, in dem spirituelle Fragen, Anliegen und Nöte, die Pflegende beschäftigen, in einer geschützten Umgebung besprochen werden können. Die befragten Pflegenden konnten sich auch vorstellen, dass ein solches Gespräch im interprofessionellen Rahmen stattfindet. Mei-

nes Erachtens wäre es sinnvoll, wenn hier zeitweise ein Seelsorger teilnimmt.

Weiter bemängelten Pflegepersonen das Fehlen von Räumlichkeiten, in denen ungestört mit einem Patienten gesprochen werden kann. In den meisten Abteilungen fehlen solchen Räume. Gespräche über Spiritualität benötigen aber ein ungestörtes Umfeld. Nebst der Räumlichkeit benötigten Gespräche über Spiritualität auch Zeit. Pflegende sprechen das Thema nicht an, weil sie wissen, dass es Zeit braucht, über Spiritualität zu sprechen, und diese nicht vorhanden ist (von Dach, Osterbrink 2013).

Spirituelle Selbsteinschätzung

Ich empfehle Pflegepersonen, sich selbst und ihre Einstellung zur Spiritualität zu überprüfen. Dies kann mit einfachen Fragen geschehen, wie etwa:

- Was verstehe ich selbst unter Spiritualität? Was unter Religiosität?

Instrumente für ein Spiritual Assessment

- FICA Model: besteht aus vier Feldern, die im Rahmen einer Anamnese abgefragt werden: „faith and beliefs“ Glaube, „importance and influence“ Wichtigkeit und Einfluss, „community“ Gemeinschaft, „address“ Frage nach dem Einbezug der spirituellen Bedürfnisse im klinischen Kontext (Puchalski u. Romer 2000)
- Hope Questions: vier einfache Fragen, die ursprünglich entwickelt wurden, um Medizinstudenten zu helfen, Spiritualität von Patienten in die medizinische Anamnese zu integrieren (Anandarajah u. Hight 2001)
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation (JCAHO): Spiritual Assessment Requirements: Empfehlung der Akkreditierungskommission für medizinische Einrichtungen zur Durchführung eines spirituellen Assessments in unterschiedlichen Settings (Krankenhaus, Langzeitpflege, zu Hause). Der Fragenkatalog umfasst 15 Fragen, die im Rahmen eines Anamnesegesprächs gestellt werden können (Hodge 2004).
- Religions-Struktur-Test (R-S-T): interdisziplinäres Instrument zur Erfassung der religiösen und spirituellen Einstellung eines Menschen. Es basiert auf psychologischen, soziologischen und religionswissenschaftlichen Erkenntnissen und berücksichtigt theistische und pantheistische Spiritualitätsmuster. Dies ermöglicht eine Differenzierung der Spiritualität in nichtreligiös, religiös und hochreligiös (Huber 2008).
- SPIRIT-Modell: gedacht als Instrument zur systematischen Erfassung von Spiritualität, indem sechs Felder abgefragt werden (Maugans 1996)
- Spiritual Assessment (SpAss): ein Instrument zur kontinuierlichen Wahrnehmung der spirituellen Dimension in der Langzeitpflege. Wurde in der Schweiz in deutscher Sprache entwickelt (Schmid u. Eglin 2010, Eglin 2012).
- Spiritual Distress Assessment Tool (SDAT): ein semistrukturiertes Interview, in dem fünf Dimensionen von Spiritualität abgefragt werden, um spirituelle Bedürfnisse von älteren hospitalisierten Patienten zu erfassen. Die fünf Dimensionen umfassen: Bedeutung, Transzendenz, psychosoziale Identität, Werte, die von Fachpersonen gekannt und respektiert werden müssen, und Werte, die eine Rolle im Entscheidungsprozess spielen (Monod et al. 2012).
- 7x7 Model for Spiritual Assessment: Modell, das sieben Felder (medizinisch, psychologisch, psychosozial, Familiensystem, Kultur und Ethik, soziale Fragen und Spiritualität) in jeweils sieben spirituellen Dimensionen abfragt (Farran et al. 1989)

- Welche Felder, Erfahrungen meines Lebens bezeichne ich als spirituell?
- Welche spirituellen Fragen, Bedürfnisse und Nöte habe ich?

Solche Fragen bilden die Basis, sich mit der eigenen Spiritualität zu beschäftigen. Auch lohnt es sich einzuschätzen, ob die eigene Spiritualität sich deckt mit dem eigenen religiösen Leben oder ob das zwei verschiedene Bereiche sind, die ich unterschiedlich gewichte. Zur Selbsteinschätzung bezüglich Spiritualität existieren auch standardisierte Instrumente in Form von Fragebögen. In einem nächsten Schritt könnte dann das Gespräch mit einem Kollegen gesucht werden, um sich darüber auszutauschen. Hier könnte es wichtig sein, darauf zu achten, wie über Spiritualität gesprochen wird: Sind Worte vorhanden und existiert eine gemeinsame Sprache, um darüber zu sprechen?

Spirituelles Assessment bei Patienten

Patienten möchten ihre spirituellen Bedürfnisse nicht nur mit Seelsorgern besprechen. Verschiedene Studien zeigen, dass zwischen 41 bis 94 Prozent der untersuchten Patienten ihre religiösen Fragen mit ihrem Arzt besprechen möchten (Daallemann, Nease 1994; Ehman 1999; King, Bushwick 1994). Ähnliche Resultate finden sich auch für die Berufsgruppe der Pflegenden (Reed 1991). 45 Prozent der nichtreligiösen Patienten sind der Meinung, der behandelnde Arzt müsste aktiv nach spirituellen Bedürfnissen nachfragen (Moadel 1999).

Baldacchino stellt fest, dass Pflegepersonen spirituelle Fragen und Anliegen an andere Berufsgruppen delegieren (Baldacchino 2006), obwohl Pflegenden es zum Teil als ihre Aufgabe sehen, auf spirituelle Bedürfnisse von Patienten einzugehen und dies zu ihrem Berufsverständnis gehört (von Dach, Osterbrink 2013).

Warum soll die Pflege eine spirituelle Anamnese erheben?

Wieso kann das spirituelle Assessment nicht durch die Seelsorge gemacht werden, die dafür spezialisiert ist? Das pflegebezogene spirituelle Assessment ist Teil eines holistischen, also ganzheitlichen Pflegeassessments. Zudem sind die Seelsorger in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen oft nicht flächendeckend und auch nicht zeitnah verfügbar. Ganz anders als die Pflege, die aufgrund ihrer Tätigkeit nahe beim Patienten ist und wo oft bereits ein Vertrauensverhältnis besteht (Ähnliches

gilt für die Ärzte!). Zudem gibt es pflegespezifische Aspekte, die nur die Pflegenden erfassen können. Wichtig ist vor allem die gute Dokumentation und Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Die Bedeutung des religiösen bzw. spirituellen Copings für Krankheits- und Heilungsprozesse wurde im ersten Beitrag ausgeführt. Spiritualität kann ein zentraler Faktor im Umgang mit der Krankheit, im Heilungsprozess und auch im Sterben sein. Deshalb bietet die spirituelle Anamnese eine wichtige Basis für den Pflegeprozess und damit für die Pflegeplanung. Auch zeigt sich, dass Patienten mit ernsthaften Erkrankungen in Krisensituationen und im Sterben sich wieder vermehrt mit spirituellen und religiösen Fragen beschäftigen.

Basierend auf dem Konzept der Salutogenese kann Spiritualität eine wesentliche Ressource im Umgang mit Widrigkeiten des Lebens und auch in Krankheitssituationen darstellen. Antonovsky hat den Begriff des Kohärenzgefühls geprägt. Dieses ermöglicht einem Menschen Dinge, die ihm begegnen, sinnhaft, verstehbar und handhabbar zu erleben. Je ausgeprägter nun dieses Kohärenzgefühl ist, desto besser ist die Gesundheit und desto besser ist auch der Krankheitsverlauf (Antonovsky 1997).

Spirituelle Krisen erkennen

Spirituelle Krisen beeinträchtigen den Krankheits- und Heilungsverlauf und müssen deshalb als sogenannte *red flags* (Warnsignale) eingestuft und erkannt werden. Spirituelle Krisen gehen immer mit spirituellem Distress einher. Beispiele von spirituellen Krisen sind Überzeugungen, von Gott verlassen, bestraft oder verstoßen zu sein. Auch massive Ärgergefühle gegenüber Gott oder der Transzendenz können Ausdruck von spirituellen Krisen sein. Weiter gehören dazu die Fragen nach dem Sinn der Krankheit, des Leidens oder

des Sterbens: die klassischen „Warum?“ – oder „Warum ich?“-Fragen. Wenn solche Signale übersehen oder nicht erkannt werden, kann das für den weiteren Krankheitsverlauf fatale Folgen haben. Es kann dazu führen, dass der Patient verzweifelt, sich suizidiert oder im palliativen Kontext von der Möglichkeit eines assistierten Suizids Gebrauch macht.

Wie gehe ich vor?

Das spirituelle Assessment kann von der Erfassung der Konfessionszugehörigkeit bis zur komplexen spirituellen Anamnese reichen. Dabei können offene Fragen gestellt oder strukturierte Frageninstrumente eingesetzt werden. Einige davon sind im → **Infokasten** aufgeführt. Grundsätzlich geht es dabei um die Erfassung der spirituellen Bedürfnisse, Ressourcen und Nöte im Krankheitskontext. Ein patientenzentriertes Vorgehen ist dabei entscheidend. Wenn ein Patient signalisiert, dass er keine religiösen oder spirituellen Bezugspunkte hat, soll nicht weiter insistiert werden. Andererseits ist heute die religiöse und spirituelle Landschaft viel individualistischer, sodass ein differenziertes Nachfragen sinnvoll und notwendig ist. Ein katholischer Patient kann buddhistische oder hinduistische Elemente in seinem Glaubensportfolio haben. Ein konfessionsloser Patient lebt möglicherweise seine Spiritualität sehr intensiv aus. Spirituelle Erlebnisse kommen verhältnismäßig häufig vor und sind unabhängig von der religiösen Ausrichtung (Bauer, Setsche 2003). So gibt es Menschen, die sich als religiös und spirituell bezeichnen, andere nur religiös oder auch nur spirituell. Hier gibt es gerade in der heutigen Zeit viele Varianten.

Aus dieser Auswahl kann das geeignete Assessmentinstrument für die eigene Institution und das eigene Patientenkollektiv ausgewählt werden. Leider gibt es zurzeit nur wenige deutschsprachige Spiritualitätsinstrumente.

Infoservice

Autor

Christoph von Dach, RN, MSc Palliative Care, Klinischer Pflegewissenschaftler, Themenleiter Pflegeentwicklung ANP und Palliative Care, Zentrum für klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich und Modulverantwortlicher Palliative Care an der Kalaidos Fachhochschule Departement Gesundheit, Zürich
Christoph von Dach vertiefte sich während seines Masterstudiums an der Paracelsus Privatmedizinischen Universität in Salzburg in den

Themenbereich der Spiritualität der Pflegefachpersonen. Derzeit absolviert er ein Studium an der University of North Florida, Jacksonville (USA) zum Doctor of Nursing Practice (DNP). Seine Themengebiete sind Spiritualität der Pflege, Palliative Care, Advanced Nursing Practice und Integrative Pflege.

Literatur

Die Literaturangaben können Sie bei der Redaktion anfordern: Stefanie.Zink@thieme.de



Foto: Alexander Fischer

Sinn finden, Hoffnung geben

Spiritualität im Pflegeprozess

Von Riitta Bislimi und Urs Ellenberger

Der Pflegeprozess ermöglicht und unterstützt einen strukturierten Umgang auch mit spirituellen Themen in der Pflege. Dies wird im Beitrag theoretisch und anhand eines praktischen Fallbeispiels beleuchtet.

Der Pflegeprozess besteht aus einem Beziehungs- und Problemlösungsprozess (Sauter et al. 2011: 347). Im Rahmen der pflegerischen Beziehungsgestaltung werden Patienten systematisch bei der Alltagsbewältigung und/oder bei der Lösung von Problemen sowie in der Gesundheitsförderung unterstützt. Aufgrund einer ganzheitlichen Betrachtungsweise wird das biopsychosoziale Modell in der Krankenpflege, insbesondere im Gebiet der Palliative Care, schon seit Langem mit der Spiritualität ergänzt (Juchli 1973). Als vierte Dimension der Gesundheit wird Spiritualität entlang des Pflegeprozesses integriert (Steinmann 2008).

Struktur des Pflegeprozesses Informationssammlung und Einschätzung

Weil spirituelle Bedürfnisse eher im Verborgenen liegen, im Gegensatz zu körperlichen, psychischen oder sozialen Bedürfnissen, ist ein gezieltes und systematisches spirituelles

Assessment erforderlich, um den Unterstützungsbedarf zu erheben.

Probleme und Ressourcen feststellen

Aufgrund der gesammelten Informationen werden Probleme und Ressourcen festgehalten. Zur Beurteilung des Unterstützungsbedarfs werden heute Pflegediagnosen verwendet. Diese können frei formuliert werden oder nach einer Klassifikation wie North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International 2010) oder Praxis Orientierter Pflegediagnostik (POP) (Stefan et al. 2009) erfolgen. Folgende NANDA-Pflegediagnosen führen spirituelle Aspekte aus: „Sinnkrise“, „moralischer Konflikt“, „Gefahr einer Sinnkrise oder einer beeinträchtigten Religiosität“, „Bereitschaft für eine verbesserte Sinnfindung oder eine vertiefte Religiosität“ (NANDA International 2010: 300–313). In der POP werden „Verbesserung der Hoffnung und ein verbessertes spirituelles Wohlbefinden“ beschrieben (Stefan et al. 2009: 713–715).

Ziele festlegen und Interventionen planen

Das übergeordnete spirituelle Ziel für eine Person ist es, in ihrem Leben Sinn und Bedeutung zu sehen (Stefan et al. 2009). Folgende Merkmale der Spiritualität können, unabhängig von Religion, Weltanschauung oder Kultur, durch spirituelle pflegerische Begleitung verbessert werden: Hoffnung und Glauben, Sinn und Bedeutung, Verbundenheit und Beziehung, innere Stärke und Frieden (Kirpal 2004). Wenn individuelle spirituelle Überzeugungen bei der Krankheitsbewältigung helfen und nicht offenkundig krankhaft oder schädlich sind, ziehen Pflegenden ihre Unterstützung in Betracht. Sie unterstützen aber vor allem Überzeugungen, die Trost, Hoffnung und Sinn stiften. Ziel dieser Unterstützung ist es, das Bewältigungsverhalten zu fördern und nicht, Patienten religiöser oder spiritueller zu machen (Koenig 2012: 54). Förderung der Spiritualität ersetzt nicht evidenzbasierte Behandlungsmethoden. Die Schnittstelle zur Seelsorge ist zu klären und die Aufgaben abzugrenzen.

Interventionen durchführen

Die pflegerische Aufgabe besteht vor allem darin, auch im Krankenhaus ein Umfeld zu fördern, „in dem (...) die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden“ (International Council of Nurses 2010: 2). Clark et al. (1991) identifizierten fünf bedeutende spirituelle Interventionen:

- Aufbau einer Vertrauensbeziehung
- Bereitstellung und Förderung einer unterstützenden Umgebung
- sensibles Eingehen auf die Überzeugungen des Patienten
- Integration von Spiritualität in den Pflegeplan
- Akzeptanz der Schlüsselrolle der Pflegekraft im Gesundheitswesen

In einer Befragung gaben Pflegende einer offenen psychiatrischen Aufnahmestation an, folgende spirituelle Interventionen anzuwenden: Linderung des Leidens, Suche nach dem Sinn des Lebens, Anwesenheit einer verständnisvollen Fachperson, Pflege der Gemeinschaft, Gebet, Meditation, Lesen der Bibel, Energiearbeit, Körperübungen, Visualisierung, Neustrukturierung, Entspannungs-, Musik- und Aromatherapie sowie Elemente aus Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT) und Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Gerber 2011: 10f.).

Praxistipp: Wünscht der Patient zum Beispiel ein Gebet und die Pflegeperson fühlt sich dabei nicht wohl oder ist nicht genügend vertraut mit den religiösen Überzeugungen des Patienten, empfiehlt Koenig folgendes Vorgehen: Der Patient spricht das Gebet selber. Die Pflegeperson schließt das Gebet mit einem „Amen“ bzw. mit dem, was der religiösen Tradition am besten entspricht, ab (Koenig 2012: 71).

Den „Takt“ im Begleitungsprozess bestimmt immer der Patient: „Spirituellen Bedürfnissen nachspüren und erfüllen gleicht dem Tanzen. Im Paartanz führt immer einer der Partner. Im Umgang mit spirituellen Angelegenheiten führt immer der Patient, und er kann den ‚Tanz‘ jederzeit auch abbrechen“ (ebd.: 55).

Wirksamkeit evaluieren

Bei der Evaluation werden die Wirksamkeit der Interventionen und der Zielerreichungsgrad beschrieben. Es ist schwierig, Ergebnisse spiritueller Begleitung quanti-

tativ zu messen (Renz 2006, Sawatzky und Pesut 2005; van Dover und Pfeiffer 2012). Das wichtigste Ergebnis ist, was der Patient sagt: Wenn seine Erwartungen bezüglich spiritueller Bedürfnisse erfüllt wurden, dann sind die Ergebnisse erreicht (Rieg et al. 2006). Ein Teil der Ergebnisse mag in Zahlen beschreibbar sein, vieles aber bleibt für die Augen der Pflegenden unsichtbar und manchmal auch unverständlich. Mit den Worten eines Patienten: „Wer sonst außer mir hat das Recht zu sagen, dass meine Spiritualität sich als Harmonie, Freude, Frieden, Achtsamkeit, Sinn, Sein usw. äußern sollte? Vielleicht äußert sie sich auch mal als Empörung, Wut oder Angst“ (Hall 1997, zit. nach Sawatzky und Pesut 2005: 87).

Spirituelle Begleitung im christlichen Kontext

Der christliche Glaube ist die bei uns immer noch vorherrschende religiöse Tradition und unterstützt den Umgang mit den existenziellen Fragen, die eine Krankheit oder eine psychische Krise aufwerfen. Aus christlicher Sicht ist der Schöpfergott ein Gott, der mitleidet, wenn seine Geschöpfe leiden: „*In all ihrer Bedrängnis war er bedrängt (...)*“ (Jes. 63,9). Er ist ein „Gott mit uns“ (*Immanuel*, Jes. 7,14), anwesend auch in der Begegnung zwischen Pflegeperson und Patient. So verstanden ist Spiritualität „*immer eine Gotteserfahrung, ein Berührt-Sein durch diesen Gott, der ist, der war und der kommt (Offb. 1,8)*“ (Renz 2010: 66) – egal, mit welchen Begriffen Menschen diese Erfahrung beschreiben.

Christen leiden als Menschen

Weil Pflegende auch Christen spirituell begleiten sollen, fragt sich, wie weit sie die religiöse Landschaft kennen müssen, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Leiden Christen anders als Angehörige anderer Religionen oder Menschen, die keinen Zugang zu einer Religion haben? In ihrer Studie über Leidenserfahrungen krebskranker Juden und Christen ging Silvia Käppeli (1998) dieser Frage nach. Sie kam zu folgenden Ergebnissen:

- Leiden trifft primär den Menschen als Menschen und erst sekundär den Juden oder den Christen.
- Juden und Christen verarbeiten ihr Leiden grundsätzlich gleich.
- Zur Veranschaulichung ihrer Erfahrungen verwenden Angehörige beider Religionen reichhaltige Bilder von Naturphänomenen.

- Das Beziehen traditionell-religiöser Inhalte zur Deutung des Leidens kann stabilisierend oder destabilisierend sein.
- Juden und Christen legen sich bei der Krankheitsbewältigung ihre Glaubensinhalte individuell so zurecht, dass sie ihnen das Leben erleichtern. Die institutionelle Religion verliert dabei an Bedeutung und tritt in den Hintergrund.
- Durch eine existenzielle Bedrohung verlieren einige Kranke ihren Glauben, während andere ihn neu entdecken.

Die hilfreichsten Deutungen in einer religiösen Leidensverarbeitung sind laut Käppeli (1998) diejenigen, welche die Kranken aus ihrer inneren religiösen Auseinandersetzung hervorbringen. Dabei brauchen sie Gesprächspartner, mit denen sie ihre Deutungsansätze im Dialog überprüfen können. Deshalb ist es für die Pflegenden „wichtiger, einen konstruktiv-kreativen Umgang mit dem Leiden und eine Form von Beistand zu entwickeln, als eine Antwort auf die Frage nach dem Warum bereit zu haben. Damit wird ein theologisch-philosophisches Problem zu einem pflegerisch-seelsorgerlichen“ (ebd.: 225).

Existenzieller Zugang hilft den Pflegenden in der Begleitung

Angesichts der Tatsache, dass die heutigen Christen eine heterogene Gruppe sind, fragt sich, wie Pflegende dieser Heterogenität gerecht werden können. Wie können sie sich vor einer religiösen Vereinnahmung schützen, wenn sie Christen spirituell begleiten? Wie sollen sie mit Deutungsmustern der Patienten umgehen, die offensichtlich belastend sind?

Individuelle Deutungsmuster legen fest, wie eine Situation eingeordnet wird, welche Ressourcen aktiviert und welche Bewältigungsstrategien eingesetzt werden. Sie tragen wesentlich zu einer Stabilisierung der Identität bei und haben einen Einfluss auf die psychosomatische Gesundheit. Sie können aber auch wenig hilfreiche Bewältigungsstrategien auslösen; insbesondere Dämonisierung und schuldhaftige Verarbeitung können belastend sein (Pfeifer 2014: 41). Eine bei der Krankheitsbewältigung fördernde christliche Spiritualität als Ziel der pflegerischen Begleitung ist durch folgende Elemente gekennzeichnet (ebd.: 44):

- Sie lebt aus dem Bewusstsein einer persönlichen Gottesbeziehung
- Sie stärkt das Selbstvertrauen und die persönliche Entfaltung (im Vertrauen auf Gott).

- Sie ermöglicht eine reife Gestaltung von Beziehungen.
- Sie nimmt bei Bedarf Hilfe zur Lebensbewältigung an.

Weil spirituelle Fragen sich im Krankenhaus zumeist in einer existenziellen Frage nach dem Sinn des Erlebten und Erlittenen äußern, ermöglicht ein existenzieller Zugang es den Pflegenden, die Sinnfrage in der konkreten Lebenssituation der Kranken aufzunehmen. Pflegende können so auf spirituelles Erleben eingehen, ohne dadurch in glaubens- oder weltanschauliche Spannungsfelder zu geraten (Bürgi 2012: 16). Folgende existenzielle Fragen bieten Pflegenden Orientierung und können als Leitfaden in der Gesprächsführung und Betreuung dienen (angelehnt an ebd.: 16–20):

- Gibt es etwas, was die Person auch jetzt noch trägt? Kann sie sich in ihrer Krankheit annehmen und ihre Versehrtheit aushalten?
- Was macht ihr Leben wertvoll, sodass sie es in ihrem Kranksein so überhaupt tragen mag?
- Darf sie so sein, wie sie ist? Erlebt sie sich wertvoll in ihrem So-Sein?
- Wozu soll ihr Leben noch gut sein? Was kann sie tun – für andere und für sich selbst? Wo ist sie gefragt, trotz oder gerade wegen ihres Leidens?

Spiritualität kann eine Aufgabe der Pflege sein, wenn es Pflegenden gelingt, den Patienten angesichts seiner Krankheit und seines Leidens darin zu unterstützen, dass er „da sein kann, leben mag, so sein darf und für etwas oder jemanden sein kann“ (Bürgi 2012: 20). Das kann in einem einzigen spontan entstandenen nächtlichen Gespräch geschehen. Wenn es den Pflegenden jedoch möglich ist, spirituelle Begleitung bewusst zu planen, dann stehen ihnen mehr Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung.

» **Fallbeispiel:** Frau W., eine 50-jährige Lehrerin, wurde mit der Diagnose „Anpassungsstörung“ in eine psychosomatische Klinik aufgenommen mit dem übergeordneten Ziel, zu lernen, ihre Grenzen zu spüren.

Informationssammlung: Auslöser für die psychische Krise war ein Wiedereinstieg in den Lehrerberuf in einer christlichen Schule nach 20 Jahren Pause. Ihre Seelsorgerin hatte ihr empfohlen, sich so „zum Dienst am Nächsten“ zu stellen. Die Vorbereitung sei aufwendig und das Gehalt schlecht gewesen. Dazu kamen Kritik durch einige Eltern und Druck seitens des Schulleiters.

Verunsicherung, bereits bekannte Schmerzen (Folge von Fehlhaltungen und Abnutzungen an der Lendenwirbelsäule) und das Gefühl, ausgenutzt zu werden, hatten sich verstärkt.

Frau W. engagierte sich als Seelsorgerin in einer evangelikal-charismatischen Freikirche. Sie erzählte, Wunderheilungen für sich durch Prediger der „Wort-des-Glaubens-Lehre“ (WGL) erlebt zu haben. Leider seien die Schmerzen aber wiedergekommen, obwohl sie sich „unter Gottes Wort unterordnet“ hatte und Heilung „proklamierte“. Die WGL geht davon aus, dass der Mensch nach seiner Bekehrung eine neue gottähnliche Natur erhält und heilen kann wie Jesus: Sein im Glauben gesprochenes Wort (Proklamation) bewirkt Heilung. Bleibt die Heilung aus, hat entweder der Glaube gefehlt oder hinter den weiterbestehenden Symptomen stecken dämonische Kräfte, die durch „Freisetzung“ außer Kraft gesetzt werden müssen (Hempelman 2005, Schmiedler 2009). Frau W. sehnte sich nach Ruhe und fragte: „Was mache ich falsch? Warum heilt Gott mich nicht?“

Ziele und Interventionen: Auf Frau W. traf die Pflegediagnose „unwirksames Coping“ zu, entstanden durch eine situationsbedingte Krise in der Arbeit, unzureichendes Vertrauen an eigene Bewältigungs- und Kontrollmöglichkeiten, starke chronische Schmerzen und die Unfähigkeit, schonend mit eigenen Kräften umzugehen (Doenges et al. 2013: 257f). Worauf sie ihre Hoffnung setzte, waren Gottes Verheißungen in der Bibel. Als Ziel für die pflegerische Begleitung formulierte sie: „Gottesbeziehung tiefer erleben, in mir zur Ruhe kommen und Antworten finden.“ In Absprache mit der fallführenden Psychotherapeutin wurden als pflegerische Intervention – um eine ganzheitliche spirituelle Körper-Seele-Geist-Erfahrung zu ermöglichen – die wöchentlichen Treffen mit ihrer pflegerischen Bezugsperson nach folgender Struktur gestaltet:

1. Teil (15'–20'): Bibelverse, in denen es um Ruhe und Erholung, „Sein, statt machen“ geht, wurden gemeinsam bezüglich Bedeutung der zentralen Begriffe untersucht: z. B. Psalm 23, Joh. 15:1–6, Matt. 11: 28–30 (in Elberfelder Studienbibel mit Sprachschlüssel 2005).
2. Teil (20'–30'): Die Pflegeperson leitete eine Imaginations- und Körperwahrnehmungsübung zu dem jeweiligen Bibelvers an: Was bewirkt dieser Vers bei Frau W.? Welche Bilder, Gedanken,

Assoziationen, Gefühle und Körperreaktionen entstehen? Welche Bedeutung hat das Erlebte für sie?

Evaluation: Das strukturierte Vorgehen half Frau W., den Fokus mehr auf sich zu bekommen. Während der Übungen konnte sie sich entspannen und zur Ruhe kommen (in der Ergotherapie malte sie dazu eine Quelle). In solchen Momenten spürte sie ihre körperlichen Schmerzen nicht. Diese blieben für sie aber ein Feind, gegen den sie kämpfen musste, und ein Beweis ihres ungenügenden Glaubens. Sie lernte jedoch, die Schmerzen durch eigenes Verhalten, wie regelmäßige Ruhepausen und Entspannungsübungen, zu lindern.

Durch besseren Kontakt zu den eigenen Emotionen wurden ihr auch seelische Verletzungen und Schmerzen bewusst. Das Gebot, *sich selbst zuerst* zu lieben (Matt. 22, 37) und die Entdeckung des Körpers als „Tempel Gottes“ halfen ihr, vermehrt ohne schlechtes Gewissen zu eigenen Bedürfnissen – körperlichen wie emotionalen – zu stehen, auch mal nein zu sagen und sich abzugrenzen. Vor allem Jesu Worte „*Komm zu mir und lass mich dein einziger Rabbi sein*“ (Matt. 11, 28; 23, 8–10) halfen ihr, weniger abhängig von Meinungen anderer zu werden. Sie kündigte ihre Stelle in der Schule zugunsten der Familie, um vor allem noch eine Weile für die minderjährigen Kinder da zu sein. Bezüglich Antworten auf ihre anfänglichen Fragen meinte sie am Ende des Klinikaufenthaltes: „Ich habe nichts falsch gemacht, aber vielleicht habe ich etwas falsch verstanden ...“

Infoservice

Autoren

Riitta Bislimi, Pflegeexpertin Klinik SGM Langenthal

Urs Ellenberger, Pflegedienstleiter Klinik SGM Langenthal, Schweiz

Literatur

Die Literaturangaben können Sie bei der Redaktion anfordern: Stefanie.Zink@thieme.de

Fragebogen zur Wissensüberprüfung

Den Fragebogen zur Lerneinheit finden Sie auf CNE.online unter „neueste Fortbildungen“: cne.thieme.de