

Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch?

Die Gefährdung der Bündnistradition in Medizin und Pflege durch verschiedene gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Entwicklungen wächst. Was können die beiden Professionen dieser Entwicklung entgegenhalten?

Silvia Käppeli

Einleitung

Das therapeutische Bündnis ist das Paradigma, das der Beziehung zwischen Arzt und Patient oder Pflegeperson und Patient zugrunde liegt. Es ist die moralische Vereinbarung zwischen der Medizin, der Krankenpflege und den Mitgliedern der Gesellschaft und gewährleistet einen verantwortungsvollen Umgang mit ihnen, wenn diese ihrer Hilfe bedürfen. In der Medizin hat das therapeutische Bündnis säkulare Wurzeln. Sie finden sich im hippokratischen Eid. Die Krankenpflege führt es auf ihre biblischen Ursprünge zurück. Verschiedene Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitswesen gefährden die Bündnistradition beider Professionen. Eine Reflexion über absehbare Konsequenzen aktueller gesellschafts- und wissenschaftspolitischer sowie gesundheitsökonomischer Strömungen drängt sich deshalb auf. Ebenso nötig sind Überlegungen bezüglich dessen, was die Medizin und die Krankenpflege – die beiden wichtigsten Caring-Professionen – ihnen entgegenzusetzen haben.

Herleitung, Begründungen und Funktionieren des Bündnisses in Medizin und Krankenpflege

Der Theologe und Bioethiker William F. May stellt in seinem Standardwerk zum therapeutischen Bündnis in der Medizin fest, dass ein Bündnispartner (*covenator*) zu sein, die primäre Rolle aller Berufsangehörigen und das therapeutische Bündnis das Gemeinsame aller heilenden Berufe sei [1, 2]. Der Bund – so May – enthält drei zentrale Elemente: Ein *Geschenk*, das dem Bund vorausgeht, ein *Versprechen*, das sich auf das Geschenk bezieht und das eigentliche Bündnis ausmacht, und *Verpflichtungen*, die aus dem Versprechen (der Profess) abgeleitet werden. Aus dem Bündnis ergibt sich eine gegenseitige Schuldigkeit der Bündnispartner. Diese «moralische Konvention» ist bereits im hippokratischen Eid angelegt [3]. Dort bekennt der Arzt, dass er sich in den Dienst seiner Kranken stelle und dass er

aus Dankbarkeit für alles, was er von seinem Lehrer erhielt, diesem in Zukunft unentgeltlich zur Seite stehen wolle. Aktualisiert auf die heutige Zeit heisst dies – gemäss May –, die Ärzteschaft erhält von der Gesellschaft ein initiales Geschenk in Form einer teuren Ausbildung. Es setzt sich fort in der Gewährleistung eines hohen Grades an beruflicher Autonomie und grosser finanzieller Investitionen [1, 4]. In der klinischen Situation besteht das Geschenk darin, dass sich ein kranker Mensch einem Arzt anvertraut und ihm dadurch das Privileg gewährt, ihn zu behandeln und durch ihn seine professionelle Kompetenz zu erweitern. «*Despite all flattering impressions to the contrary, professionals undertake their responsibilities not as godly benefactors but as those who, first and foremost, benefit. The human activities of healing, teaching, parenting, and the like, do not create – that is God's work – but, from beginning to end, respond. Only within a fundamental responsiveness do professionals undertake their secondary little initiatives on behalf of others.*» [1]. Wird die ärztliche Tätigkeit also als reaktiver Akt auf die Bereitschaft von Patienten, sich behandeln zu lassen, betrachtet, rechtfertigt dies von seiten des Arztes Dankbarkeit und einen ausserordentlichen Einsatz.

Die biblischen und nachbiblischen Schriften des Judentums [5] und des Christentums [6], also auch die Schriften der Diakonie [7] und der Caritas [8], legen der Ethik der Pflege die *imitatio Dei* nahe. Das heisst, Gott, der – gemäss der Dogmatik – aus Liebe zu den Menschen mit ihnen leidet und sich aus diesem Mit-Leiden heraus mit ihnen verbündet, um ihnen bedingungslos beizustehen, soll nachgeahmt werden [9]. Diese religiöse Herleitung des Bündnisses in der Pflege wurde im 18. Jahrhundert in den humanitären Grundsätzen des Roten Kreuzes [10] aktualisiert. Im anglo-amerikanischen Raum wird die Tradition in den Konzepten «*compassion*» und «*caring*» fortgeschrieben [11]. Mitunter wird *caring relationship* mit *covenant relationship* gleichgesetzt [12, 13].

Korrespondenz:
PD Dr. Dr. Silvia Käppeli
Leiterin Zentrum für Entwicklung
und Forschung in der Pflege
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100 (SON 6)
CH-8091 Zürich
Tel. 044 255 39 54
Fax 044 255 43 95
silvia.kaeppli@usz.ch

Gemäss den konventionellen Ethikkodizes von Medizin und Pflege ist das therapeutische Bündnis berufsinterne prinzipielle Vorgabe für alle Berufsangehörigen, auch wenn es nicht in jeder Behandlungssituation gleichermaßen zum Tragen kommt und nicht von allen Kranken erwartet wird. Die Medizin und die Krankenpflege begründen die Notwendigkeit des therapeutischen Bündnisses mit der transzendenten Konnotation, die ihrer Tätigkeit anhaftet, also mit dem, was sie von allen nichttherapeutischen Berufen unterscheidet [14–18]. Dazu gehört, wie der Mensch durch Krankheit, Krisen und Alter betroffen ist. Wenn diese Zustände professionelle Hilfe erfordern, machen sie abhängig. Sie können das sonst selbstverständliche Vertrauen in den eigenen Körper und in die eigene Psyche untergraben sowie soziale Beziehungen belasten. Behandlung, Pflege und Hospitalisation können Betroffene einschüchtern. All dies konstatiert ihr Vertrauen in ihre Betreuer und fordert von diesen eine bewusste moralische Haltung [19].

Zusätzlich leitet sich die Verpflichtung der Betreuer zur Bündnisbeziehung aus der Asymmetrie der Beziehung zwischen Arzt/Pflegeperson und Patient ab. Die Abhängigkeit des Patienten bedingt auf Seiten des Betreuers eine moralische Verpflichtung zur Anteilnahme und zur Sorge. Denn ausser einer solchen Verpflichtung gibt es nichts, das den Arzt und die Pflegeperson dazu motivieren könnte, auch unattraktive, unbequeme, undankbare, nicht mehr behandelbare, schlecht versicherte oder gefährliche Personen zu behandeln [9, 20–22]. In der Regel hat der Patient über seine Behandlungsmöglichkeiten weniger Kontrolle als der Arzt. Auch dies zwingt ihn, sich auf jenen zu verlassen, was diesen wiederum dazu verpflichtet, kompetent zu sein und seine Expertise im besten Interesse des Patienten zu nutzen [23].

Eine weitere Notwendigkeit für die Bündnistreue seitens der Betreuer liegt im sachlichen Charakter medizinischer und pflegerischer Entscheidungen und Handlungen. Nur wenn sich ein Kranker auf die moralische Integrität von Arzt und Pflegeperson verlassen kann, kann er ertragen, dass diese an ihm Dinge tun, die infolge ihrer Intimität in keiner anderen Beziehung zwischen Fremden möglich sind: z.B. auf verschiedenste Weise in ihr Körperinneres einzudringen, sie zu kneifen oder intime Frage zu stellen. Häufig tangieren medizinische Entscheidungen die ganze Lebenssituation eines Kranken und seiner Familie. Der Bündniskontext der Beziehung bewirkt, dass diese Phänomene, die eigentlich Invasionen der Privatsphäre und des Territoriums

des Patienten darstellen, nicht als solche erlebt werden. Das Bündnis schützt vor Missbrauch [16–18].

Viertens erfordert die persönliche und nicht-transferierbare Verantwortung jedes Betreuers gegenüber jedem Patienten moralische Standards. Der einzelne Arzt muss wegen dieser Verantwortung – ungeachtet der Verlockungen von Gesundheitsmärkten, trotz des Drucks von Regierungs- und Parteiprogrammen, Versicherungssystemen und Managementstilen in Krankenhäusern, trotz der bürokratischen Überlagerung seiner beruflichen Tätigkeit – dem Wohl des Patienten Priorität geben [24]. Für die Pflegeperson gilt analog, dass sie den moralischen Fragwürdigkeiten, die sich aus ihrer organisatorischen Unterstellung unter die Medizin manchmal ergeben, widerstehen.

«Last but not least» liegt der Medizin und der Pflege eine Berufung zur Bewahrung der Schöpfung zugrunde. Beide müssen ihren Handlungsspielraum so nutzen, dass die Würde und Heiligkeit des Lebens – desjenigen der Kranken als auch ihres eigenen – bewahrt bleiben. Beide müssen die Endlichkeit des Lebens und die Grenzen ihres Wirkens anerkennen. Auch dies ist eine Frage der Ethik [16, 18].

Die Bedeutung des therapeutischen Bündnisses für Kranke, Ärzte und Pflegenden

Das therapeutische Bündnis ist besonders dort von Bedeutung, wo der Beistand des Arztes und der Pflegeperson über das vertraglich geregelte Leistungsminimum hinaus erforderlich ist. Beispielsweise wenn für einen Patienten medizinisch nichts mehr getan werden kann. Hier gewährleistet das Bündnis, dass ihm das Leben trotzdem möglichst erträglich gemacht wird. Zwar ändert dies nichts an seinem Gesundheitszustand, aber es verändert den menschlichen Kontext, in dem die Krankheit ihren Lauf nimmt.

Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass sich das Transzendieren von Eigeninteressen oder der Interessen eines Krankenhausbetriebs aufgrund der Bündnisbeziehung als unschätzbare Potential für die Betreuung von Menschen erweist, die besonders schwer oder lange Zeit krank sind. J. S. Lowenberg stellte innerhalb von Bündnisbeziehungen mehr Menschlichkeit, besseres Verstehen der Patienten seitens der Betreuer, mehr Aushandlungsprozesse zwischen Patienten und Betreuern und somit bessere klinische Entscheidungen fest als in distanzierten Beziehungen [25]. Eine Bündnisbeziehung wirkt der institutionsinduzierten Tendenz zur Verdinglichung Leidender

entgegen [11]. Sie verhindert die soziale Isolation von Langzeit- und Chronischkranken [26]. Das Bündnis erhöht die Sorgfalt und Kreativität von Pflegenden und verbessert ihre Auswahl pflegerischer Interventionen. Sie gehen weniger Kompromisse ein und nehmen zugunsten ihrer Kranken mehr Unannehmlichkeiten und Konflikte auf sich als Pflegende mit einer distanzierten Haltung [27–36].

Eine Bündnisbeziehung ist nicht nur für die Pflegebedürftigen, sondern auch für die Betreuer vorteilhaft. Sie können unverständlich und sinnlos erscheinendes Leid besser akzeptieren. Pflegende bestätigen, dass sie gerade die Momente innerer Erschütterung als dasjenige erleben, was ihnen die Kraft gibt, sich immer wieder den Krisensituationen ihrer Kranken auszusetzen und sie mit ihnen durchzustehen. Sie erleben die Teilhabe an den existentiellen Erfahrungen ihrer Patienten als persönliche Bereicherung und betrachten sie als berufliches Privileg. Weil sie erleben, dass es auf *sie* ankommt, haben sie den Mut, sich für ihre Patienten zu exponieren und konventionelle Grenzen der Pflege zu überschreiten [27, 30, 35, 37–43]. Bündnissethik ist also sinnstiftend und bietet möglicherweise Schutz vor Burnout. In der medizinischen Fachliteratur werden weniger persönliche als standespolitisch positive Auswirkungen praktizierter Bündnissethik angesprochen: Glaubwürdigkeit, Vertrauenswürdigkeit und Ansehen der Profession [16, 44, 45].

Bei allen Vorzügen des therapeutischen Bündnisses scheint seine Begrenztheit darin zu liegen, dass es keine pathologischen Prozesse stoppen bzw. dass man dies vorläufig nicht im Sinn schlüssiger Evidenz aufzeigen kann. Zum Problem wird es, wenn es ohne professionelle Exzellenz praktiziert wird, wenn Praktiker übersehen, dass es nicht nur um eine bestimmte Ideologie geht, und wenn sie vergessen, dass ein gelebtes Bündnis mitunter schwere körperliche Arbeit und aufwendige Dienstleistungen bedeuten kann.

Gefährdungen der Bündnistradition in Medizin und Krankenpflege

Gesellschaftliche Veränderungen

Ein zentrales Problem für das therapeutische Bündnis in Medizin und Krankenpflege ist der schwindende gesellschaftliche Konsens bezüglich des Werts von Bündnissen. Die an seine Stelle getretene Tendenz zur Unverbindlichkeit und die eher zur Konkurrenz als zur Kooperation neigende Mentalität vieler Menschen untergraben die Solidarität mit Kranken, Behinderten

und Alten. Es ist unklar geworden, ob den therapeutischen Beziehungen zu ihnen ein moralisches, ein juristisches oder ein ökonomisches Paradigma zugrunde liegt, d.h., ob es dabei um ein Bündnis, einen Vertrag oder um eine Businesstransaktion geht [47–49].

Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und -ökonomie

Die momentan grösste Herausforderung für die Fortführung der Bündnistradition ist das einseitige Verfolgen marktwirtschaftlicher Interessen seitens vieler Anbieter im Gesundheitswesen. Krankenhäuser werden wie Wirtschaftsunternehmen geführt. Prinzipien der Wirtschaft (Gewinnmaximierung), der industriellen Produktion (Standardisierung) oder der Verwaltung (Bürokratie) werden auf diagnostische und therapeutische Prozesse übertragen. Richtigerweise tritt unter solchen Umständen ein Vertrag an die Stelle des Bündnisses. In diesem Kontext werden Patienten zu Kunden, obwohl sie sich in der Regel unfreiwillig in einer therapeutischen Beziehung befinden und meist nicht im vollen Besitz ihrer gewohnten Autonomie sind [4, 25]. Ärzte und Pflegende werden zu Leistungserbringern, Behandlung und Pflege zum Produkt. Die ärztliche und pflegerische Tätigkeit mutiert von der individuell ausgerichteten, differenzierten Handlung zur EDV-gesteuerten und verwalteten Versorgungsstrategie. Die therapeutische Beziehung verkümmert zum Kurzkontakt [50]. Die Situation vieler Patienten erfordert jedoch eine Beziehung, die mehr als nur juristische Korrektheit garantiert. Und eine stärkere Garantie ist nur eine, für die der Betreuer persönlich haftet. Der Vertrag eignet sich zur Regelung von Standardsituationen, die in monetär berechenbare Bedürfnis- und Leistungskategorien aufgeschlüsselt werden können und bereits bei Vertragsabschluss bekannt sind. Solche kommen jedoch bei hospitalisierten Patienten je länger je weniger vor. Häufiger können die zu erwartenden Gesundheitsprobleme und die zu erbringenden Leistungen weder schlüssig vorausgesagt noch endgültig spezifiziert werden. An welchem Punkt würden Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten als übertrieben oder als denen anderer Patienten gegenüber ungerecht beurteilt? Wie würde man das Mit-Tragen existenzieller Krisen von Patienten und Angehörigen seitens der Betreuer quantifizieren? Oft bestätigen Patienten, dass sie ihre Bewältigung ihrer Situation dem persönlichen Einsatz eines Arztes oder einer bestimmten Pflegeperson verdanken. Wie verrechnet man diesen? Die Verrechnung kleinster Leistungseinheiten auf Seiten der Anbieter bewirkt auf Seiten der «Kundschaft» unrealistische For-

derungen, Misstrauen und Schielen nach Ahndungs- und Schadenersatzmöglichkeiten, falls das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht stimmt. Folge davon ist nicht nur eine defensive Medizin und Pflege, sondern auch ein wachsender Bürokratismus. Die im Sinn einer Beweisführung zu führende Dokumentation der erbrachten Leistungen lenkt die Versorger davon ab, sich auf die Qualität zu konzentrieren.

Die Ökonomisierung und Verrechtlichung von Medizin und Pflege verletzen nicht zuletzt die berufliche Motivation, aus der heraus viele Ärzte und Pflegende praktizieren. Die Inflation des Bündnisparadigmas bewirkt bei ihnen eine Infragestellung des Sinns ihrer beruflichen Tätigkeit. Ohne Sinngehalt kann aber insbesondere die Pflege als erdrückende Last empfunden werden, was nahelegt, dass man sich möglichst rasch von ihr befreit. Entweder indem man sie entsorgt (z.B. durch Entpersönlichung und Tötung chronisch Pflegebedürftiger) oder indem man innerlich oder äusserlich aus dem Beruf aussteigt. Die Verfremdung des traditionellen Versprechens hat also nicht nur negative Folgen für die Kranken, sondern auch für die Identität und Integrität der Betreuer.

Problematische medizinische Auffassungen

Auch die die Medizin noch weitgehend dominierende Spaltung zwischen *Care* und *Cure* und die Abkoppelung der Medizin von ihrem grundlegenden moralischen Fundament sind bündnisfeindlich [51]. Sie bewirken eine Entwertung von Emotionalität in der Behandlung von Patienten. Psychosoziale und geistige Phänomene, wie die Verarbeitung schwerer Krankheit, haben in diesem Milieu keinen Platz [52]. In diesem defizitären medizinischen Ansatz heisst «im besten Interesse des Patienten handeln» lediglich, dass die Behandlung mit der wissenschaftlich korrekten Indikation übereinstimmt.

Institutionelle Alltagsphänomene

Nebst übergeordneten, bündnisbehindernden Entwicklungen gibt es die ebenso mächtigen institutionellen Alltagsphänomene [14], z.B. die Verunmöglichung von therapeutischen Vertrauensbeziehungen durch die Aufsplitterung der Medizin in kleinste Spezialeinheiten, die Forschungs- und Publikationsverpflichtungen vieler Ärzte, die die für die klinische Tätigkeit zur Verfügung stehende Zeit kompromittieren. In der Pflege lenken Teilzeitarbeit, Schichtbetrieb, die Übernahme berufsfremder Aufgaben, Hektik und Überlastung sowie damit einhergehende Schutzmechanismen von Bündnisverpflichtungen ab.

Konsens und aktuelle Fragen

Die Argumentationen pro und contra therapeutisches Bündnis in Medizin und Krankenpflege entsprechen ihren spezifischen wissenschaftlichen Paradigmen und ihrer klinischen Erfahrungswelt. Die Mediziner thematisieren das Bündnis eher als standespolitisches Anliegen. Die Pflegenden stehen eher aus ihrer Vertrautheit mit der Situation ihrer Kranken dafür ein [21]. Beide Professionen erachten es als unverzichtbaren Teil des professionellen Aktes. Sie wissen, dass das therapeutische Bündnis nur bei gleichzeitigem Vorhandensein von Fachkompetenz greift, da jegliches Entweder-Oder ein Risiko für den Patienten wäre. Auch ist klar, dass Bündnissethik nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zu rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten der Gesundheitsversorgung zu gewichten ist. Aus diesen Gemeinsamkeiten heraus fragt sich, weshalb sich Medizin und Pflege nicht verbünden im Interesse des Fortbestandes des Bündnisses.

Die wachsende Unterminierung der Bündnis-tradition in Medizin und Krankenpflege droht diese ethisch begründete Optimalvariante der Betreuung zu einer, durch wirtschaftliche Interessen gesteuerten und juristisch abgesicherten Minimalvariante verkommen zu lassen. Was setzen Medizin und Pflege dem entgegen? Wie lange gehört das therapeutische Bündnis noch zur «*best practice*»? Können sich Patienten noch auf die Anwaltschaft ihrer Betreuer verlassen? Wenn nicht, wie halten die beiden Professionen ihre gesellschaftliche Relevanz aufrecht?

Literatur

- 1 May WF. The Physician's Covenant. Philadelphia: Westminster Press; 1983.
- 2 May WF. Code, Covenant, Contract or Philanthropy. The Hastings Centre Report 1975;8:29-38.
- 3 Berner-Hürbin A. Hippokrates und die Heilenergie. Basel: Schwabe; 1997.
- 4 Stulz P. Der Patient in der Chirurgie. Die besonderen Erwartungen in das therapeutische Bündnis. NZZ, 7. Oktober 2000. S. 99-104.
- 5 Wünsche A (Übers.). Der Midrasch Bereschit Rabba, das ist die haggadische Auslegung der Genesis. Bibliotheca Rabbinnica. Band 1. Hildesheim; 1967.
- 6 Des Heiligen Basilius des Grossen ausgewählte Schriften. Band 1: Ausgewählte Briefe. Kempten/München: BKV;1925.
- 7 Taubert J. Die Diakonisse. Kaiserswerth;1966.
- 8 Imhasly A, Kretz E, Weber HM (Hrsg.). Spital-schwesterngemeinschaft von Luzern. Geschichte und Gestalt unserer Spiritualität. Handreichung, Luzern;1992.

- 9 Käppeli S. Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Bern: Hans Huber; 2004.
- 10 Fritschi A. Schwesterntum. Zürich: Chronos; 1990.
- 11 Gadow S. Nurse and patient: The caring relationship. In: Bishop AH, Scudder JR (eds.). *Caring Curing Coping*. Alabama: The University of Alabama Press; 1988. p. 31-43.
- 12 Cooper MC. Covenantal relationships: Grounding for the nursing ethic. *Adv Nursing Sci* 1988; 10:48-59.
- 13 Ray MA (ed.). *The ethics of Care and the ethics of Cure. Synthesis in the Chronicity*. New York: Wayne State University Press; 1988.
- 14 Cassel JK, Buchman TG, Streat S, Steward RM. Surgeons intensivists and the covenant of care: administrative models and values affecting care at the end of life. *Crit Care Med* 2003;31:1263-70.
- 15 Jacoby-Smith M. Analysis of Texas & New Mexico Hospice Organization's New Code of Ethics. *Hospice J* 1999;14:55-80.
- 16 Cardinal Bernadin J. Renewing the Covenant with patients and society. *Linacre Quarterly*; February 1996;3-10.
- 17 Pellegrino ED. In: Bishop AH, Scudder JR (eds.). *Caring Curing Coping*. Alabama: The University of Alabama Press; 1988. p. 8-30.
- 18 Svensky RL. The religious foundations of health care: a conceptual approach. *J Med Ethics* 1983;9:165-9.
- 19 Zaner RM In: Bishop AH, Scudder JR (eds.). *Caring Curing Coping*. Alabama: The University of Alabama Press; 1988. p. 80-105.
- 20 Bradshaw A. The virtue of nursing: the covenant of care. *J Med Ethics* 1999;25:477-81.
- 21 Krauss JB. The nurse-patient covenant and the imperative to care. *Arch Psych Nursing* 1998; 12:299-300.
- 22 Fry ST. The ethic of caring: can it survive in Nursing? *Nursing Outlook* 1988;36:48.
- 23 Campbell AV. *Moderated Love, a Theology of Professional Care*. London: SPCK; 1984.
- 24 Cassel JK. The patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios. *Conn Med* 1996;60:291-3.
- 25 Lowenberg JS. The nurse-patient relationship reconsidered: an expanded research agenda. *Scholarly inquiry for nursing practice: An International Journal* 1994;8:167-84.
- 26 Thöyry E, Vehviläinen-Julkunen K. The Content Validity of Humane Caring Scale. Conference Proceedings. Work Group of European Nurse Researchers. Helsinki; 1998. p. 944-54.
- 27 Koerner J. The essence of nursing – creative compassion. *J Prof Nursing* 1995;11:317.
- 28 LeShean I. Mobilizing the life force, treating the individual. *Alternative Therapies* 1995;1:63-9.
- 29 Larson P, Ferketch S: Patients' satisfaction with nurse caring during hospitalisation. *West J Nursing Res* 1993;15:690-703.
- 30 Rushton C. Care-giver suffering in critical care nursing. *Heart Lung* 1992;21:303-6.
- 31 Cronin S, Harrison B. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart Lung* 1988;17:374-80.
- 32 Larson P. Comparison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important caring behaviours. *Heart Lung* 1987;16:187-93.
- 33 Brown L. The experience of care: patient perspectives. *Topics in Clinical Nursing* 1986;8:56-62.
- 34 Reimann DD. Non-caring and caring in the clinical setting: patients' descriptions. *Topics in Clinical Nursing* 1986;8:30-6.
- 35 Swanson-Kauffman K. Caring in the instance of unexpected early pregnancy loss. *Topics in Clinical Nursing* 1986;8:37-46.
- 36 Larson P. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1984;11:46-51.
- 37 Roach MS. *Caring: the human mode of being: a blueprint for the health professions (2nd rev. Ed.)* Ottawa: Canadian Hospital Association; 2002.
- 38 Marshall C. The Concept of Advocacy. *Br J Theatre Nursing* 1994;4:11-3.
- 39 Appleton C. The Art of Nursing: the Experience of Patients and Nurses. *J Adv Nursing* 1993;18:892-9.
- 40 Ward D. *Caring and Nursing. Explorations in Feminist Perspectives*. New York: 1991.
- 41 Payne L. *The Healing Presence*. Eastbourne: 1994.
- 42 Benner-Carson V. *Nursing Science and Service, a Historical Perspective*. In: Benner-Carson V. *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. London: 1989. p. 52-73.
- 43 Gaut DA. Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing* 1986;8:77-83.
- 44 Baroody NB. The physician's covenant-sanctity in service. *J S C Med Assoc* 1999;95:426-7.
- 45 Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experience with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med* 2005;80:641-7.
- 46 Harrison LL. *Caring/Un caring*. *J Adv Nursing* 1990;15:125-7.
- 47 Nagai-Jacobson M, Burkardt M. Spirituality: cornerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice* 1989;3:18-26.
- 48 Brody J. *Virtue Ethics, Caring and Nursing*. *Scholarly Inquiry in Nursing Practice* 1988;2:87-101.
- 49 Friesacher H. Foucaults Konzept der Governmentalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. *Pflege* 2004;17:364-74.
- 50 Perlman JS. *Science without Limits: Toward a Theory of Interaction between Nature and Knowledge*. Amherst: Prometheus Books; 1995.
- 51 Thorne S, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR. Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *J Adv Nursing* 1993;18:1554-8.