



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Tradução e adaptação linguística e cultural da
*Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)***

*Translation and cultural adaptation of the
Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos

Susana Cristina Henriques dos Santos

Lisboa 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Tradução e adaptação linguística e cultural da
*Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)***

***Translation and cultural adaptation of the
Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos

Susana Cristina Henriques dos Santos

Sob orientação da Professora Doutora Sílvia Caldeira e do
Professor Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa 2019

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sílvia Caldeira pela sua orientação, disponibilidade, paciência, incentivo e apoio durante a realização desta dissertação que me permitiu enriquecer a todos os níveis.

Ao Professor Doutor Manuel Luís Vila Capelas pela sua ajuda e orientação no decurso da elaboração deste estudo.

Às autoras da escala que facilitaram a realização deste estudo.

Aos tradutores que integraram o estudo metodológico e contribuíram para a este estudo bem como aos peritos pela sua disponibilidade.

Ao ICS-UCP que permitiu a recolha da amostra necessária.

À minha família pela força, apoio, incentivo neste percurso árduo de aprendizagem.

A todos os que não tenham sido mencionados e contribuíram para a concretização deste trabalho.

A Deus, por estar sempre presente na minha vida.

RESUMO

Introdução: A espiritualidade é uma dimensão do Ser Humano, relevante para a saúde, bem como as dimensões física, mental e social. A espiritualidade assume especial importância no que respeita aos cuidados paliativos dirigidos à pessoa com doença incurável, prolongada e progressiva, pelo sofrimento e medo associados à perda de sentido de vida e proximidade da morte. Esta preocupação com o cuidar da pessoa de modo holístico, inerente ao crescimento da produção científica nesta temática, suscitou a necessidade de utilizar instrumentos para avaliar os cuidados espirituais prestados pelos enfermeiros. A *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)* é uma escala de origem Norte Americana, da autoria de Elizabeth Taylor e Iris Mamier, que tem por objetivo avaliar a frequência dos cuidados espirituais prestados pelos enfermeiros.

Objetivos: Realizar a adaptação semântica e cultural da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*, para Português europeu; Avaliar os cuidados espirituais que os enfermeiros prestam.

Metodologia: Estudo metodológico, com base na escala original em inglês *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*, com a respetiva autorização para a sua validação linguística e transcultural. Seguiu-se a metodologia original da escala, em que numa primeira fase foi feita a tradução e a adaptação linguística e cultural e, numa segunda fase, foi feito o pré-teste a numa amostra não probabilística composta por 88 enfermeiros que frequentaram formação em cuidados paliativos na Universidade Católica Portuguesa (UCP) pelo envio do questionário por via eletrónica para posterior realização do estudo psicométrico da escala. O projeto recebeu parecer positivo da comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados/Conclusões:

Palavras chave: *Espiritualidade, Cuidados de Enfermagem, Estudos de Validação, Escalas, Medidas.*

ABSTRACT

Introduction: Spirituality is a human dimension relevant to health, as well as the physical, mental and social dimensions. Spirituality is critical in palliative care, which concerns patients with an incurable, prolonged and progressive illness, suffering and fear associated with loss of life and closeness to death. The holistic perspective of care and the growth of scientific literature in this area has raised the need to use instruments to evaluate the spiritual care provided by nurses. The Nurse Spiritual Care Therapy Scale (NSCTS) is a North American scale, developed by Elizabeth Taylor and Iris Mamier, which aims to assess the frequency of nurses' spiritual care.

Objectives: To translate and adapt the Nurse Spiritual Care Therapy Scale (NSCTS) for European Portuguese; To assess the spiritual care nurses provide.

Methodology: Methodologic study based on the original version of the Nurse Spiritual Care Therapy Scale (NSCTS), with its authorization for its linguistic and cross-cultural validation. The original methodology of the scale was followed, in which linguistic and cultural translation and adaptation were done in a first phase, and in a second phase, a non-probabilistic sample composed of 88 nurses who attended training in palliative care at the Universidade Católica Portuguesa (UCP) and were e-mailed with the questionnaire for later accomplishment of the psychometric study of the scale. The project has been approved by the ethics committee.

Results / Conclusions:

Key words: *Spirituality, Nursing Care, Validation Studies, Scales, Measurements.*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT	VII
ÍNDICE GERAL	IX
ÍNDICE DE QUADROS	XI
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS	XV
ÍNDICE DE APÊNDICES.....	XVII
SIGLAS E ABREVIATURAS	XIX
INTRODUÇÃO	1
1. A ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE.....	3
1.1. A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	5
1.1.1. O Cuidado Espiritual.....	6
1.2. A ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS	13
2. METODOLOGIA	15
2.1. Objetivos.....	16
2.2. A escala NSCTS	16
2.2.1. Dados psicométricos da NSCTS	17
2.3. Adaptação linguística e cultural	18
2.3.1. Fidelidade	20
2.3.2. Validade da escala	20
2.3.3. Validade de conteúdo	20
2.3.4. Validade de critério	21
2.3.5. Validade de constructo.....	21
2.4. Variáveis de estudo.....	21
2.5. População/ Amostra.....	22
2.6. Procedimentos para colheita de dados.....	23

2.7. Considerações éticas	23
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
3.1. Traduções e retrotraduções	25
3.2. Pré-teste.....	41
3.2.1. Caracterização dos participantes	41
3.2.2. Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS).....	43
4. CONCLUSÃO	45
4.1. Implicações.....	45
4.2. Sugestões	46
4.3. Limitações	46
REFERÊNCIAS.....	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Adaptação do título da Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS).....	26
Quadro 2 – Adaptação do texto introdutório.....	27
Quadro 3 – Adaptação do item “Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices” (Item 1).....	29
Quadro 4 – Adaptação do item “Helped a patient to have quiet time or space for spiritual reflection or practices” (Item 2)	30
Quadro 5 – Adaptação do item “Listened actively for spiritual themes in a patient’s story of illness” (Item 3)	30
Quadro 6 - Adaptação do item “Assessed a patient’s spiritual or religious beliefs or practices that are pertinent to health“ (Item 4)	31
Quadro 7 – Adaptação do item “Listened to a patient talk about spiritual concerns” (Item.5)	32
Quadro 8 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about how illness affects relating to God—or whatever is his or her Ultimate Other or transcendent reality”.(Item 6)	32
Quadro 9 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about his or her spiritual coping” (Item.7).....	33
Quadro 10 – Adaptação do item “Documented spiritual care you provided in a patient chart” (Item 8)	33
Quadro 11 – Adaptação do item “Discussed a patient’s spiritual care needs with colleague/s (eg, shift report, rounds)”.(Item 9).....	34
Quadro 12 – Adaptação do item “Arranged for a chaplain to visit a patient” (Item 10)	35
Quadro 13 – Adaptação do item “Arranged for a patient’s clergy or spiritual mentor to visit” (Item 11)	35
Quadro 14 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amidst illness” (Item 12)	36
Quadro 15 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness” (Item 13)	36
Quadro 16 – Adaptação do item “Offered to pray <i>with</i> a patient” (Item 14)	37

Quadro 17 – Adaptação do item “Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient’s holy scripture)”.(Item 15).....	37
Quadro 18 – Adaptação do item “Told a patient about spiritual resources” (Item 16)	38
Quadro 19 – Adaptação do item “After completing a task, remained present just to show caring” (Item 17).....	38
Quadro 20 – Adaptação da questão aberta 1 “(...)Are there any other things nurses can do to care for a patient’s spirit? (...)”	39
Quadro 21 – Adaptação da questão aberta 2 “Please share any other thoughts about offering spiritual care therapeutics that you think are important to consider”.....	39
Quadro 22 – Adaptação da resposta.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de adaptação e validação do instrumento <i>Nurse Spiritual Care Therapeutic Scale</i>	42
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*

ANEXO II. Questionário da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*

ANEXO II. Autorização para validação da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*

ANEXO IV. Autorização para validação da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)*

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE - Questionário

SIGLAS E ABREVIATURAS

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

NSCTS - *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale*

OMS - Organização Mundial de Saúde

RT1 – retro tradução 1

RT2 – retro tradução 2

SSCRS - *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*

TR1 – tradução 1

TR2 – tradução 2

UCP – Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “um estado de plenitude a nível físico, mental e social, não se limitando apenas à inexistência de doença”^{1a}, uma condição satisfatória entre as dimensões humanas física, mental e social, não se restringindo apenas à ausência de doença.

A percepção da influência da espiritualidade na progressão da doença ou na convalescença veio agregar a espiritualidade a estas dimensões humanas, alterando o conceito de saúde.

A definição anterior revelou-se muito limitada e foi alargada posteriormente em 1998 para um “processo adaptativo de perfeito bem-estar físico, mental, espiritual e social que não se resume à carência de doença”^{2b}.

Surge deste modo, a integração da espiritualidade enquanto dimensão fulcral.

A complexidade inerente a esta dimensão resulta numa difícil abordagem por parte dos enfermeiros. Como principais obstáculos à prestação de cuidados nesta área, incluem-se as crenças pessoais destes profissionais, em que dificilmente se pode ensinar pedagogicamente a espiritualidade por ser uma característica intrínseca de cada pessoa, se excluírem dessa responsabilidade e atribuem esta função a outros, nomeadamente à igreja e à família³.

No Código Deontológico dos Enfermeiros⁴ são explícitos princípios que defendem a liberdade e a dignidade humanas e procuram a prestação de cuidados de qualidade com respeito pela pessoa na sua individualidade.

A dificuldade da abordagem da espiritualidade junto dos doentes, aliada à procura da satisfação das necessidades nesta área concerne na busca de melhoria da prestação dos cuidados prestados em que a utilização de instrumentos de medida se torna essencial. Neste sentido, é evidente a importância da aplicação de escalas para monitorização e registo dos dados de forma regular, o que permite uma abordagem mais objetiva e uma intervenção mais eficaz. A validação da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS)⁵,

^a Tradução livre do autor

^b Tradução livre do autor

escala norte-americana, que avalia os cuidados prestados pelos enfermeiros na área da espiritualidade, pretende ser um contributo valioso neste sentido. Este estudo tem como metodologia, estudo metodológico de adaptação transcultural de um instrumento (NSCTS), de paradigma quantitativo.

Esta dissertação encontra-se dividida em cinco capítulos, iniciada por uma revisão teórica sobre a espiritualidade, sua definição e evolução enquanto dimensão humana na área da saúde e em especial, a sua importância em Enfermagem, no que respeita à prestação de cuidados pelos enfermeiros em específico em Cuidados Paliativos. Neste capítulo foi adicionado outro instrumento, a escala *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS). O segundo capítulo refere-se à metodologia aplicada em que são apresentados os objetivos, tipo de estudo, população/amostra, colheita e tratamento de dados e considerações éticas. O terceiro capítulo integra os resultados obtidos. O quarto capítulo inclui a discussão dos dados e no quinto e último capítulo são expressas as conclusões.

1. A ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE

A espiritualidade advém de espírito, etimologicamente do latim “*spiritus*” que significa, “sopro”, “respiração”, “vento”⁶, “*o espírito é que dá vida à pessoa*”⁷. Outros autores definem espiritualidade. Para Caldeira⁸, “*sopro de vida*”. O “*spiritus*” ou *espírito*, permite ao indivíduo, pela sua energia e motivação, atingir o transcendente, o que confere a busca de sentido de vida. Esta força existente em cada indivíduo tem especial evidência em estados de crise⁹. McSherry define espiritualidade como universal, única na essência de cada pessoa, mais abrangente que a religiosidade, capaz de transcender o intelectual e o sagrado¹⁰.

O conceito de espiritualidade, remete para questões de significado e sentido de vida, é uma dimensão essencial para a visão holística do ser humano, é distinto de religião, uma vez que se refere à capacidade de transcendência, enquanto a religião, se baseia em crenças e ritos^{11,12}

A complexidade em definir este conceito é compreensível pela sua subjetividade uma vez que depende do objetivo e origens de cada pessoa, do seu sentido de vida e pela forma como se relacionam com os outros e com o mundo que a rodeia¹³ e por esse motivo, existe uma controvérsia sobre a necessidade do apoio espiritual na prestação de cuidados em saúde^{14,15}.

A redução de certas práticas religiosas, nomeadamente da ida à igreja, não é indicativo de ausência de religião e espiritualidade. A sociedade ocidental tem vindo a assistir a um aumento da variedade cultural e por isso é preciso atender às suas necessidades espirituais¹⁶.

As pessoas podem ter necessidades religiosas e espirituais em cuidados de saúde que podem vir a ser descuradas e por isso não serem satisfeitas¹⁷.

As pessoas quando confrontadas com a possibilidade de perda de vida ou de doença limitativa tendem a recorrer as suas crenças espirituais^{18,19}.

Em alguns casos, a doença pode por em causa as crenças, a conexão com o transcendental e o desempenho no meio em que vive²⁰. A existência de doença

pode levar a que as pessoas mantenham, duvidem ou percam a sua fé como forma de enfrentar a doença^{21,20}

A visão sobre a espiritualidade influencia o modo como esta é experienciada pela sua percepção individual. Neste sentido, a espiritualidade é fundamentalmente uma crença que procura responder ao sentido de vida e a conexão com os outros e o transcendente¹³.

A espiritualidade é mais abrangente que religião mas muitas vezes estes dois termos são confundidos²².

A espiritualidade é influenciada por características pessoais e individuais como as crenças, o que acreditar estar para além desta vida, as vivências sobretudo enquanto criança e perante obstáculos^{23,24} enquanto que a religião é uma característica cultural e surge de uma aprendizagem social que funciona como apoio em momentos difíceis²⁵.

Embora distintos, estes dois conceitos, espiritualidade e religião, têm aspetos comuns e relacionam-se entre si. O indivíduo, enquanto ser espiritual e integrado numa sociedade, pode não ser religioso mas em determinadas situações pode optar por rituais religiosos²⁶.

Embora a ciência procure explicar muito da nossa existência, no que respeita à espiritualidade a sua compreensão é finita. A ligação espiritual, no caso da religião, que engloba a fé e as crenças, não é aceite de forma racional por não ser passível de ser provado e deste modo, não é tido como científico¹³.

As crenças variam de indivíduo para indivíduo e dependem da sociedade, cultura e religião em que este se encontra inserido^{23,24}. Do ponto de vista religioso, a espiritualidade é associada à alma. Esta é nutrida e é-lhe conferida proteção se forem seguidas as ideias morais e os escritos sagrados²⁷.

1.1. A ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No conceito multidimensional de saúde, em que a espiritualidade assume igual importância perante as outras dimensões humanas, todas as dimensões interagem entre si e não se resume apenas à ausência. A partir daqui surge a preocupação de inserir e explorar esta temática na prestação de cuidados que se pretendem de qualidade.

O artigo 82º do Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses⁴ enfatiza a importância da espiritualidade na prestação de cuidados e dentro dos seus princípios encontra-se o respeito pela pessoa nas vertentes biológica, psicológica, sociocultural e espiritual que defende a liberdade e a dignidade humana e estabelece um compromisso por parte dos enfermeiros em incluir a espiritualidade nos cuidados prestados à pessoa doente, ou seja, é uma das suas competências.

A Ordem dos Enfermeiros baseia-se no Código Deontológico e defende que o enfermeiro deve prestar cuidados e respeitar a pessoa a ser cuidada independentemente da sua condição económica, política, ideológica, religiosa ou sociocultural permitindo que usufrua dos seus direitos^{4,28}.

As crenças religiosas influenciam a saúde do doente e a evolução do tratamento pelo que os enfermeiros devem estar atentos, conhecer e explorar as convicções e as práticas religiosas dos seus pacientes. A fé pode representar um importante suporte para quem atravessa uma situação adversa proveniente da sua enfermidade²⁴.

Em contexto de prestação de cuidados de saúde, o indivíduo pode revelar o seu lado espiritual e religioso, para isso os enfermeiros devem conseguir dar resposta quando surgem dúvidas acerca dos cuidados espirituais²⁹.

Para o *Royal College of Nursing* (RCN)²⁹, em 2011, a espiritualidade está relacionada com:

- “- *Esperança e força;*
- *Confiança;*
- *Perdão;*

- *Sentido de vida;*
- *Crença e fé em si, nos outros, divindade ou em algo superior;*
- *Valores humanos;*
- *Amor e relacionamentos;*
- *Moralidade;*
- *Criatividade e expressão de si próprio”.*

A espiritualidade é um fenómeno transcendental que procura dar sentido à vida e estabelece conexão com os outros. Embora seja distinto da religião, pode incorporar ou não crenças religiosas, dependendo das pessoas e que estabelece ligações^{30,31}.

A espiritualidade tem sido discutida quanto à sua função e essência tanto por enfermeiros^{32–37} como por não académicos de enfermagem^{16,38–43}. Considerada importante dentro da enfermagem pelos enfermeiros, na sua prática e educação⁴⁴ e para o bem-estar dos pacientes⁴⁵.

A principal preocupação sobre a espiritualidade resume-se à falta de análise crítica do conceito^{3,33,35,40,46} em que se desconhece o impacto na enfermagem, aliada à falta de conhecimento acerca de definição de espiritualidade noutras disciplinas como a teologia, filosofia e sociologia³.

Paley apelidou esta lacuna de ausência crítica como um conhecimento especulativo^{33,35,40,41,46}. O foco no paciente, sua dignidade e respeito, na relação com os outros e os cuidados à pessoa como um todo promove a busca da espiritualidade e por outro lado o seu afastamento. A literatura mostra que em espiritualidade e saúde, as pessoas revelam insegurança. As necessidades espirituais variam em consonância com a sua individualidade e estados de dilema/hesitação são componentes da vertente humana⁴¹.

1.1.1. O Cuidado Espiritual

A prestação de cuidados espirituais requer o conhecimento das crenças e religião do doente e o estabelecer de uma relação de confiança entre o doente

e o enfermeiro para aprofundar as necessidades espirituais, estabelecer intervenções adequadas àquela pessoa e analisar os resultados da sua atuação com vista à sua melhoria.

Deste modo, entende-se por cuidado espiritual a criação de uma relação empática entre enfermeiro e doente que contribua beneficentemente para o bem-estar espiritual da pessoa cuidada⁴⁷.

O enfermeiro é o profissional que se encontra junto do doente durante mais tempo, o que favorece e fortifica o vínculo com o doente, o que facilita a prestação de cuidados. Esta dinâmica relacional, na prestação de cuidados espirituais, procura alcançar o bem-estar espiritual do doente na sua individualidade²⁸.

O cuidado espiritual tem por base o envolvimento do cuidador por meio do espírito, atuando em espírito e para o espírito e implica o estabelecimento de uma relação com o outro, pela presença consciente, pretendendo alcançar ganhos em saúde⁴⁸.

A espiritualidade é de natureza subjetiva e distingue-se de religião por ser mais abrangente e, por este motivo, os enfermeiros têm dificuldade na sua abordagem e em prestar cuidados espirituais.

Os obstáculos encontrados pelos enfermeiros podem ser determinados pelas crenças pessoais, que a espiritualidade dificilmente pode ser ensinada pedagogicamente por ser uma característica intrínseca de cada pessoa e por considerarem responsabilidade de outros, nomeadamente da igreja e da família³.

O reconhecimento da importância da dimensão espiritual e do cuidado espiritual em enfermagem é suportado pelo crescimento do suporte científico da investigação e sua divulgação^{48,49}. Desde os anos 90 que se tem verificado um aumento da produção científica no que respeita aos cuidados de enfermagem evidenciando a espiritualidade como dimensão do Ser Humano que integra a prática clínica e, apesar de ser assumida nacional e

internacionalmente, os enfermeiros ainda sentem dificuldade na sua abordagem^{48,50}. A ineficácia da prestação de cuidados dirigidos a esta dimensão humana ainda é recorrente³.

A Direção Geral de Saúde, nas linhas de orientação dos Direitos do Doente Internado em 2005, refere que o doente deve ser respeitado seja pela sua cultura, filosofia ou religião⁵¹.

A importância da assistência espiritual e religiosa é reconhecida no Decreto-Lei n.º 253/2009 de 23 de Setembro⁵² que estabelece a regulamentação da assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em concordância com as recomendações do Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010.

As dúvidas quanto à essência dos cuidados espirituais^{53,54} revelam a dificuldade na sua definição, comprovada pelos vários significados encontrados na literatura em Enfermagem.

Alguns autores definem o cuidado espiritual como Daaleman²¹, baseado na recolha num estudo da declaração de um familiar, que menciona o cuidado à pessoa como um todo, não se limitando à condição física e à dor.

O cuidado espiritual, é definido segundo NHS Education for Scotland (2009)⁵⁵, como o cuidado que admite e vai de encontro às necessidades espirituais após a exposição a situações problemáticas:

“Aquele cuidado que reconhece e responde às necessidades do espírito humano quando confrontado com trauma, doença ou tristeza e pode incluir a necessidade de significado, de auto-estima, de se expressar, de apoio à fé, talvez de ritos ou oração ou sacramento, ou simplesmente por um ouvinte sensível. O cuidado espiritual começa com o encorajamento do contato humano em um relacionamento compassivo e qualquer que seja a necessidade de direção requerida”^c.

^c Tradução livre do autor

Os estudos demonstram o benefício da abordagem da espiritualidade na saúde dos pacientes^{24,56} enquanto que a sua não abordagem pode implicar a percepção negativa de situações¹⁷.

O enfermeiro tem uma função primordial no que respeita ao cuidado espiritual^{24,57-59}, ter em consideração as vivências do paciente^{24,29} por poder contribuir para que os pacientes se ajustem à sua situação de doença ou vivência de saúde^{24,60,61}.

O papel do enfermeiro torna-se deste modo notório pela sua função abrangente e como define Watson 2012,

“consiste em tentativas transpessoais de proteger, melhorar e preservar a humanidade e a dignidade humana, integridade e inteireza, ajudando a pessoa a encontrar sentido na doença, sofrimento, dor e existência e a ajudar outra pessoa a adquirir autoconhecimento, autocontrole, autocuidado e auto-cura em que um senso de harmonia interior é restaurado, independentemente das circunstâncias externas”^{62,24d}.

O contacto com as necessidades espirituais facilita para que os pacientes possam enfrentar as situações de contrariedade e encontrar um sentido para a sua situação de doença que pode atenuar o seu sofrimento^{24,31}.

Os enfermeiros estão despertados para prestar o cuidado espiritual⁶³, contudo, estes não têm recursos e formação adequada para esta prestação^{24,64,65} ao que acresce dificuldades inerentes às diferenças sócio-culturais, religião com que os prestadores de cuidados se deparam e a escassez de disponibilidade para a prestação dos cuidados^{21,24}. Pode haver dificuldade em conceptualizar a espiritualidade pelos profissionais de saúde bem como a sua importância para a pessoa cuidada e sua família.

A abordagem sobre a espiritualidade e as suas necessidades pelo enfermeiro ao paciente pode gerar receio que este defenda as suas convicções religiosas^{24,66}.

^d Tradução livre do autor

O cuidado espiritual prestado pelos enfermeiros envolve cuidar de pacientes e suas famílias com respeito pela sua cultura e religião, facilitar o acesso a cuidados pastorais ou serviços religiosos e proporcionar um ambiente adequado. Requer ter a percepção do momento em que é abordada a espiritualidade e fornecer alívio ao paciente em sofrimento^{24,65}.

A prestação dos cuidados espirituais pode conduzir à satisfação espiritual, adaptação e contentamento dos pacientes, alcance de cura, consciência espiritual e enfermeiros realizados profissionalmente^{24,54}. Em ambientes conturbados em que se prestam cuidados de saúde, os enfermeiros muitas vezes dão preferência à realização das suas tarefas comparativamente a conhecer os pacientes e seus familiares ou dar suporte e aconselhamento^{24,67}.

Num primeiro contacto com o paciente, o conhecimento das suas crenças pelo profissional de saúde pode ser impercetível e por essa razão este deve ter a capacidade de adquirir informações acerca das suas vivências e perceber o significado que o paciente tem acerca destas de forma a conhecer as suas necessidades espirituais. As crenças dos pacientes podem não ter uma explicação científica. Ainda assim, merecem a consideração dos profissionais aquando da prestação de cuidados²⁰.

Nos cuidados de saúde, os capelães prestam apoio espiritual a pessoas doentes, seus familiares com auxílio de recursos humanos, sócio-culturais, valores e convicções religiosas⁶⁸ ou seja, são dirigidos a pessoas que mais precisam e podem ultrapassar o seio familiar, profissionais e o demais pessoal hospitalar⁶⁹⁻⁷². Os capelães são um importante veículo por terem conhecimentos obtidos na sua prática que lhes permitem aprofundar as crenças do paciente e a influência destas na sua saúde⁷³.

O paciente e sua família podem ser referenciados pelo enfermeiro ao capelão. Esta função do enfermeiro pode ser influente no que concerne ao cuidado espiritual⁶⁵, todavia, deve estar sensibilizado para o papel do capelão e para as necessidades espirituais do paciente²⁴.

Os serviços dos capelães podem ser prestados por sua iniciativa ou por incorporação na instituição de saúde⁷⁴.

O papel dos capelães consiste em satisfazer as necessidades espirituais e religiosas e estabelecer uma relação de ajuda à pessoa doente e prestar auxílio familiar de forma a proporcionar a introspeção sobre o seu estado patológico e o que este representa para si⁷¹.

Os capelães têm a competência de informar os doentes de religiões menos expressivas com os quais os profissionais de saúde têm menor contacto⁷³.

O capelão pelas suas características diversas, ao integrado enquanto membro da equipa multidisciplinar seria uma mais valia por desempenhar uma função não só de apoio espiritual e religioso, mas por ter um maior contributo no serviço da capelania, a que não se recorre apenas em situações de maior dificuldade¹⁵. O desinteresse pela religião podem gerar falta de recursos para suporte aquando do estado de doença e dentro duma instituição de saúde, o capelão pode ter um papel de suporte baseado nas experiências significativas do doente e seus familiares para que estes superem os momentos de aflição²⁰ nomeadamente uma patologia que pode resultar em morte ou até mesmo a própria morte^{24,73}.

Doentes e famílias que estejam em situações de crise podem obter suporte quando conversam acerca das necessidades espirituais³¹. Durante o internamento, muitos doentes têm necessidades espirituais e recorrem aos seus próprios recursos internos, suas famílias e à capelania para requerer apoio espiritual⁷⁵. Contudo, a capacidade de identificação dos cuidados espirituais por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde e o suporte ao sofrimento espiritual são parte integral dos cuidados holísticos⁷⁶. A definição de sofrimento espiritual segundo a NANDA Internacional é caracterizada pela capacidade afetada de experimentar sentido na vida através de ligações consigo próprio, com os outros, com o mundo ou com o poder superior. A NANDA Internacional recomenda que os enfermeiros sejam capazes de identificar quando é que o sofrimento do paciente se traduz em

sofrimento espiritual⁷⁷. A pessoa em sofrimento espiritual tem o seu senso de propósito e identidade afetados, o seu significado de vida⁵⁹. A angústia espiritual pode ser difícil de identificar pela incapacidade de distinção das necessidades espirituais, e os enfermeiros podem não ter conhecimentos específicos sobre o cuidado espiritual a prestar. Deste modo, a utilização de um instrumento de avaliação que ajudasse a esclarecer os enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca das necessidades espirituais dos pacientes e revelar se estão em sofrimento espiritual figura-se útil.

As necessidades espirituais dos pacientes podem revelar questões espirituais, veneração a elementos religiosos, celebração de época especial tradicional, questionamentos existenciais sobre a vida após a morte. De enfatizar que nem todos têm percepção espiritual ou religiosa da vida em que a alusão a angústia ou necessidade espiritual pode ser considerada uma ofensa.

Em muitas sociedades, cuja história se encontra ligada à religião, cada vez menos pessoas revelam interesse sobre as religiões formais e inclusivamente, dentro das religiões existem várias interpretações, com diferentes crenças que revelam a complexidade em avaliar e determinar as necessidades espirituais do paciente para os enfermeiros e outros profissionais de saúde⁷⁸.

Uma vez que as necessidades espirituais do paciente são pessoais, tornar-se mais complexa, baseada na relação terapêutica enfermeiro/paciente, o que faz com que as crenças de uma determinada religião não sejam uma base orientadora para o enfermeiro avaliar as necessidades espirituais e planeamento dos cuidados deste sentido.

Ao consultar o paciente e sua família, demonstra uma abordagem centrada na pessoa e impede que os enfermeiros presumam acerca das necessidades e crenças do paciente. Contudo, existe esta conjetura em saúde⁵⁰ ao pressupor que o indivíduo necessita de auxílio espiritual ou que é religioso quando isso não é verdade, pode ser percebido como um sinal de afronta⁷⁹.

De igual modo pode ser uma afronta a não prestação de suporte espiritual ou religioso de acordo com as suas crenças ou práticas sobretudo quando estas

foram afetadas perante o contacto com o meio hospitalar ou no decurso da sua situação de saúde¹⁷.

No caso dos católicos, pacientes que tenham o hábito de frequentar igrejas, podem sentir angústia por se verem restritos a fazê-lo no hospital. De forma a atingir esta problemática em saúde, existe a pretensão que os enfermeiros e os outros profissionais de saúde avaliem antecipadamente as necessidades espirituais dos pacientes e das famílias e avaliem se estes requerem assistência espiritual, como a do capelão²⁹.

Os enfermeiros encaminham os pacientes na prestação de cuidados espirituais o que, de modo geral, obtém a confiança dos capelães⁸⁰.

Na literatura sobre espiritualidade surgem frequentemente a avaliação espiritual e os instrumentos para a sua realização⁸¹⁻⁸⁷. A avaliação espiritual consiste na identificação das necessidades do cuidado espiritual e elaboração de um plano de cuidados^{88,89}. Em saúde, é de realçar a importância da avaliação espiritual junto da classe médica. Os pacientes pretendem o reconhecimento das suas necessidades espirituais e que os profissionais dialoguem sobre elas⁹⁰. Este Papel não se restringe aos capelães e devendo os enfermeiros cumprir com o que é a sua competência⁹¹.

1.2. A ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A espiritualidade, em Portugal, no que concerne à divulgação científica, foi pouco explorada até ao início desta década²⁸. O crescimento do interesse pela espiritualidade em saúde proporcionou o aumento da produção científica, com destaque para os Estados Unidos da América e Inglaterra⁹². A inexistência de um instrumento que avalie a forma como os enfermeiros apreendem esta temática tem especial relevância em cuidados paliativos⁹³, o que levou à busca de ferramentas que auxiliassem perante a subjetividade e complexidade do conceito de espiritualidade. A sua utilização forneceu ganhos em saúde nas diferentes áreas, física, mental, social e estilo de vida^{92,94}.

Em 1990, a OMS definiu Cuidados Paliativos como cuidados dirigidos ao doente e família, prestados em situação de doença sem possibilidade de cura e/ou cujo prognóstico tende a ser reservado. Estes cuidados visam o controlo sintomático, atendem aos estados psicológicos e dão suporte nas vertentes social e espiritual⁹⁵.

Para Twycross Cuidados Paliativos são:

“cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”¹².

Os profissionais de saúde, devem adquirir conhecimentos e competências em Cuidados Paliativos. A *European Association for Palliative Care* defende a formação dos profissionais em Cuidados Paliativos e estabelece recomendações e orientações para médicos e enfermeiros⁹⁶.

2. METODOLOGIA

Estudo metodológico, constituído pelo processo de validação de uma escala, que deve ser rigoroso e respeitar a realização de fases específicas em que se procede a traduções e posteriormente a testes estatísticos⁹⁷. Para isso, a escala a ser validada deve medir de igual modo na cultura em que foi utilizada, os conteúdos a serem avaliados. Ribeiro (2010), evidencia a obrigatoriedade de existir equivalência linguística e conceptual para que haja equivalência transcultural⁹⁸.

Para o início deste processo foi requerida a autorização das autoras da escala (anexo) para que fosse possível a sua validação.

O método consiste na tradução, síntese, retroversão, avaliação pelos peritos, pré-teste e verificação das propriedades psicométricas⁹⁹.

O processo começa com a tradução dos enunciados de uma determinada língua (a original) para a língua do país para o qual se pretende validar a escala por pelo menos dois tradutores independentes que dominem as línguas dos instrumentos original e para o qual se pretende traduzir.

Com estas duas versões, deve ser realizada a síntese dos resultados em que uma terceira pessoa produzirá uma versão final⁹⁹.

O passo seguinte consiste em, através desta síntese, outros dois tradutores, cuja língua mãe deverá ser a mesma do instrumento original e não deverão conhecer a versão original, fazem as suas respetivas traduções para essa língua e verifica-se se reflete o mesmo conteúdo. Deste modo, podem ser verificadas as inconsistências e os erros conceptuais produzidos. A versão final destas duas deverá ser avaliada pelo autor⁹⁹.

Em seguida, uma avaliação por peritos permitirá consolidar todas as versões e decidir a versão a ser submetida a pré-teste.

O pré-teste deverá verificar se os termos utilizados são compreendidos sem dificuldades (teste da compreensão semântica); se as questões formadas colhem as informações pretendidas; se o questionário não é demasiado extenso que possa causar desagrado no seu preenchimento; se as questões não são ambíguas⁹⁷.

Estes peritos deverão ter conhecimentos na área da saúde, a metodologia utilizada, linguística e conhecedores das línguas utilizados no processo de traduções e retroversão para um consenso quanto à equivalência semântica e idiomática, funcional e conceptual⁹⁹. O rigor nos resultados obtidos depende das propriedades psicométricas de um instrumento e influenciam a qualidade da informação fornecida por esse mesmo instrumento.

2.1. Objetivos

A carência de instrumentos em saúde que avaliem a espiritualidade, em especial em Cuidados Paliativos, torna pertinente esta investigação.

Este estudo tem como objetivo geral validar da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS) para contexto português e os seus objetivos específicos são:

- 1- Avaliar e adaptar a *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS), para contexto Português;
- 2- Avaliar os cuidados espirituais que os enfermeiros prestam.

2.2. A escala NSCTS

A escala original foi enviada via eletrónica a enfermeiros de quatro hospitais americanos. Os 17 itens que a constituem tiveram uma validade de 0,88, num total de 554 respostas (24%), a maioria cristãos, fornecendo evidências de confiabilidade e validade da escala. A consistência interna teve um coeficiente

alfa de Cronbach de 0,93. A validade foi comprovada por correlações de cada item com o total, com variância entre 0,40-0,80, valor baixo para correlações diretas entre a NSCTS, a *Daily Spiritual Experiences Scale* e a Taxa de Religiosidade da Universidade de Duke, e forte entre 0,41-0,84 num fator (explicando os 49,5% da variância) durante a análise fatorial exploratória.

Estabelecidos os itens finais, a escala de nível ordinal foi adicionada à ferramenta para aplicar aos enfermeiros com opções de resposta para medir a frequência dos cuidados espirituais num período de tempo definido. Em caso de dúvida no que constitui a prestação de assistência espiritual, "raramente", "às vezes", "frequentemente" ou "muito frequentemente", foram definidas as seguintes categorias de resposta: 1 (nunca = 0 vezes), 2 (raramente = 1-2 vezes), 3 (ocasionalmente = 3-6 vezes), 4 (muitas vezes = 7-11 vezes), e 5 (muito frequentemente = mais de 12 vezes). Para uma melhor adaptação aos vários horários de trabalho dos enfermeiros (tempo parcial ou tempo inteiro, de 8 ou 12h/ turno), os itens da NSCTS foram introduzidos pelo enunciado: "During the past 72 (or 80) hours of providing patient care, how often have you:"

Consequentemente, o instrumento permitiu aos enfermeiros trabalhando a tempo inteiro relatar a frequência dos cuidados espirituais prestados nas 2 últimas semanas de trabalho e no caso de ser tempo parcial, considerar as últimas 3-4 semanas. O teste de confiabilidade dos 17 itens foi primeiramente realizado com uma pequena amostra (n = 53) de enfermeiros que se ofereceram como voluntários para testar este instrumento.

2.2.1. Dados psicométricos da NSCTS

A NSCTS contém 17 itens cujas respostas são obtidas em uma escala tipo Likert. As pontuações totais podem variar de 17 (mais baixo) a 85 (mais alto). Os itens produzidos tiveram respostas com intervalos de 1-5 e com distribuições uniformes (todos exceto três itens tiveram uma estatística *kurtosis*

abaixo de 1,0). A média para os 17 itens variou de 1,43 (“offered to read a spiritually nurturing passage”) e 3,38 (“just remained present”). Os totais estatísticos da escala são: média = 37, desvio padrão = 12).

As correlações inter-itens variaram entre 0,11-0,80 (8 itens foram maiores do que 0,60, 3 itens menos de 0,30; todos os valores de $p < 0,01$). Nota: O item sobre “remained present just to show care” tem correlação mais baixa com outros itens. Ele também é o único item que, se removido melhorava o coeficiente de confiabilidade interna (apenas até 0,94).

A validade de constructo foi estudada com a análise fatorial exploratória. Uma solução unidimensional produziu cargas fatoriais individuais entre 0,407 e 0,836 e foi responsável por 49,5% da variância.

Foi prestado um maior apoio para a validade da NSCTS ao medir as correlações entre a NSCTS e vários aspetos da religiosidade, usando o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke.

Ou seja, as três subdimensões do DUREL, foram significativamente correlacionados com a NSCTS: religiosidade organizado ($r = 0,13$, $p < 0,003$), a religiosidade não organizado ($r = 0,20$, $p < .001$), e religiosidade intrínseca ($r = 0,24$, $p < 0,001$). Da mesma forma, as pontuações da NSCTS estavam diretamente correlacionadas com os do Daily Spiritual Experiences Scale ($r = -0.34$, $p < 0,001$). As pontuações da NSCTS também foram maiores para enfermeiros que receberam educação sobre cuidados espirituais ($p = 0,003$) do que para aqueles que relataram que não tinham recebido

2.3. Adaptação linguística e cultural

Na tradução de um instrumento de medida, o investigador deve verificar a validade do conteúdo pela análise objetiva dos enunciados que procuram medir

um conceito. Neste processo de validação do instrumento devem também ser avaliadas a validade dos critérios e a validade dos constructos⁹⁷.

As traduções da escala NSCTS de inglês para português foram realizadas por dois portugueses bilingues, um tradutor oficial com experiência em saúde e outro com experiência na área da saúde e conhecedor dos objetivos do estudo. Os tradutores foram esclarecidos de forma a preservar o significado da versão original de modo a garantir a equivalência do item.

Durante o processo de tradução houve dificuldade em traduzir o nome da escala que resultou em *Cuidado espiritual terapêutico de enfermagem (CETE)* e *Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem* em que após discussão entre os tradutores e peritos, resultou em *Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem*. Esta análise foi realizada nas duas versões das traduções.

As retro traduções da escala NSCTS de português para inglês foram realizadas por tradutores bilingues, um inglês, tradutor oficial, experiente na área da saúde e conhecedor dos objetivos do estudo e outro português, experiente na área da saúde que desconheciam a versão original da escala e posteriormente efetuada a síntese das retro traduções e enviadas à autora para obtenção da equivalência semântica.

Nesta etapa houve necessidade de alterar o nome da escala por não se encontrar em conformidade para *Escala de Cuidado Espiritual Terapêutico de Enfermagem*, não se verificando outras disparidades significativas.

As duas culturas (norte americana e portuguesa) inerentes ao processo de adaptação linguística e cultural têm as suas diferenças intrínsecas e por esse motivo pode existir a possibilidade de haver disparidade no constructo pelo que as versões portuguesas foram submetidas a um comité de juizes/peritos, quatro especialistas que procederam à validação do constructo. Estas versões foram enviadas via correio eletrónico do instrumento Nurse Spiritual Care

Therapeutics Scale (versão portuguesa) para validação idiomática, conceptual e semântica que decorreu entre 2015-2016. Após ajuste do instrumento resultou a 3ª versão da Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (versão portuguesa).

O último passo deste processo consistiu na realização de um pré-teste, aplicado a alunos da UCP e posterior thinking aloud para obtenção da equivalência operacional. Uma vez que não houve dificuldades de interpretação dos conteúdos efetivou-se deste modo a versão final da Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (versão portuguesa). - Escala Terapêutica de Cuidado Espiritual de Enfermagem.

2.3.1. Fidelidade

Fortin define fidelidade como avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio e os seus resultados devem ser precisos e constantes⁹⁷.

2.3.2. Validade da escala

Segundo Fortin, a validade consiste na *“avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio instrumento de medida”*⁹⁷.

2.3.3. Validade de conteúdo

Existe validade de conteúdo quando o instrumento de medida expressa o conjunto de elementos que equivale ao conceito que se pretende medir. A decisão de peritos sustenta a validação de conteúdo pois estes examinam em

que medida o instrumento traduz o fenómeno em estudo, verificam se representam o conjunto de enunciados que equivalem ao conceito a medir⁹⁷.

2.3.4. Validade de critério

A validade de critério consiste no grau de associação de um instrumento de medida ou técnica com outra medida independente que serve de critério para medir o mesmo conceito⁹⁷.

2.3.5. Validade de constructo

A validade de constructo consiste na validação teórica incluída no instrumento de medida e aferir hipóteses de associação⁹⁷.

2.4. Variáveis de estudo

1. Idade (demográfica, ordinal),
2. Tempo de serviço (ordinal, continua),
3. Género (demográfica, nominal, discreta),
4. Raça/ etnia (demográfica, nominal, discreta),
5. Habilitações literárias (caraterização, ordinal, discreta)
6. Função além de cuidador (nominal, discreta),
7. Local de trabalho (nominal, discreta),
8. Tempo em que trabalha no serviço atual
9. Número de turnos realizados nas últimas 2 semanas (ordinal, discreta),
10. Número de horas que trabalhou nas últimas 2 semanas (ordinal, discreta),
11. Número de pacientes por turno (ordinal, discreta),
12. Turno prevalente (nominal, discreta),
13. Formação em cuidados espirituais (ordinal, discreta, caraterização),

14. Local onde recebeu formação em cuidados espirituais (nominal, discreta),
15. Formação em cuidados paliativos (ordinal, discreta, caracterização),
16. Religião (Nominal, discreta, caracterização),
17. Motivo de preenchimento do questionário (Nominal, discreta),
18. Cuidados prestados nas últimas 72h ou 80h (nominal, discreta),
19. Outros cuidados espirituais prestados (nominal, discreta),
20. Relação entre espiritualidade e religião (nominal, discreta),
21. Definição de religião e espiritualidade (nominal, discreta),
22. Quantidade de rituais espirituais pessoais diariamente (ordinal, discreta),
23. Proximidade de Deus (ordinal, discreta),
24. Idas à igreja ou a encontros religiosos (ordinal, discreta),
25. Tempo despendido em atividades religiosas (ordinal, discreta),
26. Experiência da presença divina (ordinal, discreta),
27. Perspetiva da vida através das crenças religiosas (ordinal, discreta),
28. Priorização da religião (ordinal, discreta),
29. Existência de necessidades espirituais nos pacientes (ordinal, discreta),
30. Quantidade de vezes que surgem questões espirituais aquando da interação com o paciente (nominal, discreta),
31. Nível de conforto a falar sobre espiritualidade no trabalho (ordinal, discreta),
32. Nível de conforto que considera que os seus colegas se sentem a falar sobre espiritualidade no trabalho (ordinal, discreta),
33. Apoio dos supervisores na prestação de cuidados espirituais (ordinal, discreta),
34. Quanto confortável se sente a falar de questões sobre religião com os pacientes (ordinal, discreta).

2.5. População/ Amostra

Este estudo é dirigido a Enfermeiros que prestaram cuidados diretos a doentes pelo menos 36 horas, nas últimas duas semanas. O acesso será feito através

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. O que resultou num processo de conveniência, não probabilística, para o pré-teste.

2.6. Procedimentos para colheita de dados

Para a colheita de dados foi realizado um questionário (apêndice) que foi enviado via eletrónica pela base de dados da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Esta decisão foi tomada por questões de acessibilidade da amostra, com um intermediário, de modo a que se mantenha a isenção do investigador relativamente ao anonimato neste estudo.

2.7. Considerações éticas

A proteção dos dados foi assegurada pelo anonimato no preenchimento do questionário, em que não foi pedida a identificação da pessoa e apenas é possível aceder ao número do IP do computador onde foi preenchido o questionário.

Pretende-se cumprir com rigor a aplicação do método e, posteriormente, dar a conhecer os resultados aos participantes, após o término do estudo. Para a realização deste estudo, foi concedida a autorização das autoras da NSCTS (anexo III).

Para a aplicação do questionário, foi formulada uma informação preliminar, relativo à espiritualidade, de maneira a elucidar o seu conteúdo aos participantes, onde é explicado o modo como foram seleccionados e garantido o seu anonimato (apêndice A).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Traduções e retrotraduções

As traduções da escala NSCTS de inglês para português foram realizadas por dois portugueses bilingues, um tradutor oficial com experiência em saúde e outro com experiência na área da saúde e conhecedor dos objetivos do estudo. Os tradutores foram esclarecidos de forma a preservar o significado da versão original de modo a garantir a equivalência do item.

Durante o processo de tradução houve dificuldade em traduzir o nome da escala que resultou em *Cuidado espiritual terapêutico de enfermagem (CETE)* e *Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem* em que após discussão entre a investigadora e a orientadora do trabalho optou-se por escolher a *Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem* por se apresentar a tradução mais adequada. Esta análise foi realizada nas duas versões das traduções.

As duas culturas (norte americana e portuguesa) inerentes ao processo de adaptação linguística e cultural têm as suas diferenças intrínsecas e por esse motivo pode existir a possibilidade de haver disparidade no constructo pelo que as versões portuguesas foram submetidas a um comité de juízes/peritos, quatro especialistas que procederam à validação do constructo. Estas versões foram enviadas via correio eletrónico do instrumento Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (versão portuguesa) para validação idiomática, conceptual e semântica que decorreu entre 2015-2016. Após ajuste do instrumento resultou a 3ª versão da Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (versão portuguesa).

De seguida serão apresentados os quadros referentes ao processo de tradução/retro tradução e discussão pelos peritos:

A análise dos quatro peritos revelou a necessidade de proceder a ajustes:

Aos peritos foi-lhes pedido para indicar o seu nível de concordância, de acordo com as três opções (desadequado, estou indeciso, adequado). O título da escala “Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem” foi considerada adequado por dois peritos, parcialmente adequado por um perito que sugeriu retirar o termo “terapêutico” e outro perito mostrou-se indeciso em que foi sugerido “Escala Terapêutica de Cuidado Espiritual de Enfermagem”. Uma vez que este título foi considerado ser mais fiel à tradução por um dos peritos e já ter sido apresentado na versão em português da tradução 2, foi este que prevaleceu (quadro 1).

Quadro 1 – Adaptação do título da Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)

Título da escala	
Original	Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)
T1 e T2	Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem
RT1 e TR2	The therapeutic Tool of Spirituality in Nursing Care
Versão reformulada	Escala Terapêutica da Espiritualidade no Cuidar em Enfermagem

O texto introdutório suscitou algumas dúvidas. Para um dos peritos foi considerado adequado, adequado parcialmente por outro e dois deles mostraram-se indecisos. Houve a sugestão da troca da ordem dos termos “a expressão doente/paciente é utilizada neste instrumento” para “neste instrumento, a expressão doente/paciente é utilizada”. Optou-se pela versão final por se considerar não haver alteração do sentido pretendido. A troca de termos “membros da família como também doentes/pacientes” por “doentes/pacientes como também membros da família” e a de “desafios em saúde” por “decisões em saúde”

Surgiu a questão por parte de um perito de em Portugal, existirem ou não turnos de 12h e sugeriu falar com a autora da escala para adaptação à

realidade portuguesa sobre a finalidade das horas, pelo que se optou por considerar não falar com a autora pela existência de locais não exclusivos de cuidados paliativos (quadro 2).

Quadro 2 – Adaptação do texto introdutório

Texto introdutório	
Original	<p>Dear Nurse:</p> <p>Please mark how often you used each of these activities. If you work 12-hour shifts, please consider the last 72 hours of work as the basis for your rating; if you work 8-hour shifts, please report on the last 80 hours.</p> <p>Note that the word “patient” is used here in a broad sense. Interpret it to mean any person receiving your nursing care (e.g., family members as well as patients). Also, the term “illness” is used. You may need to substitute health challenge, loss, or other circumstance requiring nursing care. There are no right or wrong answers. Not frequently including a spiritual care activity in your practice could result from your determination that it was not appropriate for the circumstances. Thank you.</p>
Síntese da T1 e T2	<p>Caro enfermeiro:</p> <p>Por favor seleccione com que frequência utilize as seguintes atividades. Se realiza turnos de 12h, por favor baseie-se nas últimas 72h de trabalho como base para o instrumento. Ou se realiza turnos de 8 horas, baseie-se nas últimas 80 horas.</p> <p>Denote que a expressão “doente/paciente” é utilizado neste instrumento com um sentido lato. Sendo esta interpretada como qualquer pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (ex.: membros da família como</p>

também doentes/pacientes). Contudo o termo “doença” também será utilizado.

Poderá ter que substituir desafio em saúde, perda ou outras circunstâncias que requerem cuidados de enfermagem. Não existe uma resposta correta ou errada. Não incluir frequentemente o cuidar espiritual na nossa prática, poderia resultar da determinação de que não é apropriado para todas as circunstâncias.

Obrigado.

Síntese da RT1 e RT2

Dear nurse:

Please select how often you use the following activities.

If you perform 12 hours of shifts, please based on the latest 72 hours of work as the basis for the instrument.

If you perform 8-hour shifts, you must be based in the past 80 hours.

Denotes that expression ‘patient’ is used here in with a broad sense.

However the term "disease" will also be used.

You may have to replace challenge in health, loss or other conditions that require nursing care. There is no right or wrong answers. Not often include spiritual care in our practice, could result from the determination that it is not appropriate for all circumstances.

Thank you.

Versão reformulada

Caro enfermeiro:

Por favor selecione com que frequência utiliza as seguintes atividades. Se realiza turnos de 12h, por favor baseie-se nas últimas 72h de trabalho como base para a resposta. Ou se realiza turnos de 8 horas, baseie-se nas últimas 80 horas.

Denote que a expressão “doente/paciente” é utilizada neste instrumento com um sentido lato. Sendo esta

interpretada como “qualquer pessoa alvo dos cuidados de enfermagem” (ex.: doentes/pacientes como também membros da família). Contudo o termo “doença” também será utilizado e poderá também ter de o substituir por decisões em saúde, perda, ou outras circunstâncias que requerem cuidados de enfermagem.

Considere que não existe uma resposta correta ou errada e não incluir frequentemente o cuidar espiritual na vossa prática pode resultar da determinação de que não é apropriado a todas as circunstâncias.

Obrigado.

Na adaptação do item 1, “Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices”, dois peritos consideraram adequado, um perito considerou parcialmente adequado e outro mostrou-se indeciso. Os termos “religiosa/espiritual” resultantes da versão final foram, conforme sugerido, invertidos na sua ordem de acordo com a versão original “espiritual ou religiosa”. A existência do sentido interrogativo motivou a formulação como pergunta na versão reformulada de acordo com a maioria dos peritos, o que se veio a repercutir nos restantes itens (quadro 3).

Quadro 3 – Adaptação do item “Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices” (Item 1)

Item 1	
Original	Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices.
Síntese da T1 e T2	Perguntou a um paciente/doente como poderá auxiliá-lo(a) na sua prática religiosa/espiritual.
Síntese da RT1 e RT2	Did you asked a patient how can you assist him in their religious/ spiritual practice?

Versão reformulada	Perguntou a um paciente/ doente como poderá auxiliá-lo (a) na sua prática espiritual ou religiosa?
--------------------	--

Na adaptação do item 2, “Helped a patient to have quiet time or space for spiritual reflection or practices”, três dos peritos consideraram adequado e um desadequado. O termo “providenciou” foi considerado como desadequado por se afastar do sentido original, optando-se pela sua sugestão de trocar este termo por “proporcionou” uma vez que o termo “helped” tem o sentido de ajuda (quadro 4).

Quadro 4 – Adaptação do item “Helped a patient to have quiet time or space for spiritual reflection or practices” (Item 2)

Item 2	
Original	Helped a patient to have quiet time or space for spiritual reflection or practices.
Síntese da T1 e T2	Providenciou ao doente tranquilidade e espaço para a reflexão ou práticas espirituais.
Síntese da RT1 e RT2	You provided to the patient ease and space for reflection or spiritual practices.
Versão reformulada	Proporcionou a um doente tranquilidade e espaço para a reflexão ou práticas espirituais?

No item 3, “Listened actively for spiritual themes in a patient’s story of illness” foi considerado adequado por unanimidade dos peritos (quadro 5).

Quadro 5 – Adaptação do item “Listened actively for spiritual themes in a patient’s story of illness” (Item 3)

Item 3	
Original	Listened actively for spiritual themes in a patient’s story of illness.

Síntese da T1 e T2	Escutou ativamente assuntos relacionados com a espiritualidade na história de doença do doente.
Síntese da RT1 e RT2	You actively listened issues related to spirituality in patient's disease history.
Versão reformulada	Escutou ativamente temas relacionados com a espiritualidade na história de doença do doente?

Para a adaptação do item 4, “Assessed a patient’s spiritual or religious beliefs or practices that are pertinent to health”, dois dos peritos consideraram adequado, um adequado parcialmente e outro mostrou-se indeciso. Neste item, a repetição da palavra “ou” suscitou alguma confusão e foi sugerida a alteração de “avaliou as crenças ou práticas religiosas ou espirituais” para “avaliou as crenças ou práticas religiosas/espirituais”. Embora a tradução de “pertinente to health” para “relacionadas com” tenha gerado dúvidas, foi considerado estar em conformidade (quadro 6).

Quadro 6 - Adaptação do item “Assessed a patient’s spiritual or religious beliefs or practices that are pertinent to health” (Item 4)

Item 4	
Original	Assessed a patient’s spiritual or religious beliefs or practices that are pertinent to health.
Síntese da T1 e T2	Avaliou as crenças ou práticas religiosas ou espirituais pertinentes à saúde.
Síntese da RT1 e RT2	You assessed the beliefs or religious or spiritual practices relevant to health.
Versão reformulada	Avaliou as crenças ou práticas religiosas/ espirituais relacionadas com a saúde?

Na adaptação do item “Listened to a patient talk about spiritual concerns”, dois dos peritos consideraram adequado, um adequado parcialmente e outro

mostrou-se indeciso. A troca dos termos “paciente/doente” foi a sugestão mais apropriada (quadro 7).

Quadro 7 – Adaptação do item “Listened to a patient talk about spiritual concerns” (Item.5)

Item 5	
Original	Listened to a patient talk about spiritual concerns
Síntese da T1 e T2	Escutou o paciente/doente quando este expressa as suas preocupações espirituais
Síntese da RT1 e RT2	You listened the patient when he expressed his spiritual concerns.
Versão reformulada	Escutou o doente/ paciente falar sobre as suas preocupações espirituais?

Para a adaptação do item “Encouraged a patient to talk about how illness affects relating to God—or whatever is his or her Ultimate Other or transcendent reality”, três peritos consideraram adequado e um parcialmente adequado pelo que se optou por não ser alterado (quadro 8).

Quadro 8 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about how illness affects relating to God—or whatever is his or her Ultimate Other or transcendent reality”.(Item 6)

Item 6	
Original	Encouraged a patient to talk about how illness affects relating to God—or whatever is his or her Ultimate Other or transcendent reality.
Síntese da T1 e T2	Encorajou um doente a falar sobre como a doença afeta a sua relação com Deus ou Ser Superior ou Entidade Transcendente.
Síntese da RT1 e RT2	You encouraged a patient to talk about how the disease affects their relationship with God or an Higher

	being or a Transcendent Entity.
Versão reformulada	Encorajou um doente a falar sobre como a doença afeta a sua relação com Deus ou Ser Superior ou Entidade Transcendente?

Relativamente ao item 7, “Encouraged a patient to talk about his or her spiritual coping”, foi considerado adequado pelos quatro peritos (quadro 9).

Quadro 9 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about his or her spiritual coping” (Item.7)

Item 7	
Original	Encouraged a patient to talk about his or her spiritual coping.
Síntese da T1 e T2	Encorajou um doente a falar sobre o seu coping espiritual.
Síntese da RT1 e RT2	You encouraged a patient to talk about his spiritual coping.
Versão reformulada	Encorajou um doente a falar sobre o seu <i>coping</i> espiritual?

Na adaptação do item 8 “Documented spiritual care you provided in a patient chart”, dois dos peritos consideraram adequado, um parcialmente adequado e outro mostrou-se indeciso. O termo “registou” foi considerado adequado embora um dos peritos tenha ficado indeciso entre “registou” e “documentou” (quadro 10).

Quadro 10 – Adaptação do item “Documented spiritual care you provided in a patient chart” (Item 8)

Item 8	
Original	Documented spiritual care you provided in a patient

	chart.
Síntese da T1 e T2	Registou os cuidados espirituais que prestou.
Síntese da RT1 e RT2	You registered the spiritual care provided.
Versão reformulada	Registou os cuidados espirituais que prestou no processo clínico?

Relativamente ao item 9, “Discussed a patient’s spiritual care needs with colleague/s (eg, shift report, rounds)”, três peritos consideraram adequado e um parcialmente adequado pelo que não foi alterado (quadro 11).

Quadro 11 – Adaptação do item “Discussed a patient’s spiritual care needs with colleague/s (eg, shift report, rounds)”.(Item 9)

Item 9	
Original	Discussed a patient’s spiritual care needs with colleague/s (eg, shift report, rounds).
Síntese da T1 e T2	Discutiu as necessidades espirituais de um doente com os colegas (ex: na passagem de turno).
Síntese da RT1 e RT2	You discussed the spiritual needs of a patient with your colleagues (eg: at the shift change).
Versão reformulada	Discutiu as necessidades espirituais de um doente com os colegas (ex: na passagem de turno)?

Três peritos consideraram adequado e um desadequado. Embora um dos peritos tenha considerado a tradução para “padre/capelão” do original “chaplain” desadequada, prevaleceu a opinião dos restantes peritos aceitaram esta tradução (quadro 12).

Quadro 12 – Adaptação do item “Arranged for a chaplain to visit a patient” (Item 10)

Item 10	
Original	Arranged for a chaplain to visit a patient.
Síntese da T1 e T2	Providenciou a visita de um padre ao paciente/doente.
Síntese da RT1 e RT2	You provided the visit of the priest (chaplain?) to the patient.
Versão reformulada	Providenciou a visita de um padre/capelão ao paciente/doente?

Em relação ao item 11, “Arranged for a patient’s clergy or spiritual mentor to visit”, três peritos consideraram adequado e um mostrou-se indeciso. O termo “clergy” foi traduzido para “pastor” e um dos peritos sugeriu “clérigo ou membro do clero ou padre”, contudo foi considerado adequado pelos outros peritos e aceite como em conformidade (quadro 13).

Quadro 13 – Adaptação do item “Arranged for a patient’s clergy or spiritual mentor to visit” (Item 11)

Item 11	
Original	Arranged for a patient’s clergy or spiritual mentor to visit.
Síntese da T1 e T2	Providenciou a visita de um pastor ou mentor espiritual ao paciente/doente.
Síntese da RT1 e RT2	You provided a visit from a pastor or spiritual mentor to the patient.
Versão reformulada	Providenciou a visita de um pastor ou mentor espiritual ao paciente/doente?

No item 12, “Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amidst illness”, foi considerado adequado por unanimidade (quadro 14).

Quadro 14 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amidst illness” (Item 12)

Item 12	
Original	Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amidst illness.
Síntese da T1 e T2	Encorajou um doente a falar sobre o que lhe dá sentido à vida no curso da doença.
Síntese da RT1 e RT2	You encouraged a patient to talk about what gives meaning to life in the course of the disease.
Versão reformulada	Encorajou um doente a falar sobre o que lhe dá sentido à vida no curso da doença?

Em relação ao item 13, “Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness”, este foi considerado adequado por unanimidade (quadro 15).

Quadro 15 – Adaptação do item “Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness” (Item 13)

Item 13	
Original	Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness.
Síntese da T1 e T2	Encorajou um doente a falar sobre os desafios espirituais em viver com a doença.
Síntese da RT1 e RT2	You encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with a disease.
Versão reformulada	Encorajou um doente a falar sobre os desafios espirituais de viver com a doença?

No que concerne ao item 14, “Offered to pray *with* a patient”, foi considerado adequado pelos quatro peritos (quadro 16).

Quadro 16 – Adaptação do item “Offered to pray *with* a patient” (Item 14)

Item 14	
Original	Offered to pray <i>with</i> a patient.
Síntese da T1 e T2	Ofereceu-se para rezar com um doente.
Síntese da RT1 e RT2	You offered to pray with a patient.
Versão reformulada	Ofereceu-se para rezar/orar com um doente?

Na adaptação do item 15 “Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient’s holy scripture)”, três peritos consideraram adequado e um mostrou-se indeciso. A sugestão de alteração do termo “texto” para “excerto” não foi considerada por ter sido adequada pelos restantes peritos (quadro 17).

Quadro 17 – Adaptação do item “Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient’s holy scripture)”.(Item 15)

Item 15	
Original	Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient’s holy scripture).
Síntese da T1 e T2	Ofereceu-se para ler um texto de natureza espiritual (ex: sagrada escritura do doente).
Síntese da RT1 e RT2	You offered to read a text of spiritual nature (eg: holy scripture).
Versão reformulada	Ofereceu-se para ler um texto de natureza espiritual (ex: sagrada escritura do doente)?

Relativamente ao item 16, “Told a patient about spiritual resources”, três peritos consideraram adequado e um mostrou-se indeciso. Neste item, houve necessidade de alteração da preposição “de” para a contração “dos” e complementar com o termo “existentes” para melhor compreensão que resultou

em “informou um doente acerca dos recursos espirituais existentes?” (quadro 18).

Quadro 18 – Adaptação do item “Told a patient about spiritual resources” (Item 16)

Item 16	
Original	Told a patient about spiritual resources.
Síntese da T1 e T2	Informou um doente acerca de recursos espirituais.
Síntese da RT1 e RT2	You informed the patient about the spiritual resources.
Versão reformulada	Informou um doente acerca dos recursos espirituais existentes?

Quanto ao item 17, “After completing a task, remained present just to show caring”, dois dos peritos consideraram adequado, um adequado parcialmente e um mostrou-se indeciso. Apesar de ter sido considerada adequada por dois peritos e parcialmente adequada por um deles, foi aceite a alteração de “permaneceu junto do doente demonstrando cuidado, após terminar uma tarefa?” para “após terminar um tarefa, permaneceu junto do doente demonstrando cuidado?” (quadro 19)

Quadro 19 – Adaptação do item “After completing a task, remained present just to show caring” (Item 17)

Item 17	
Original	After completing a task, remained present just to show caring.
Síntese da T1 e T2	Permaneceu junto do doente demonstrando cuidado, após terminar uma tarefa.
Síntese da RT1 e RT2	You remain with the patient, demonstrating care, after finishing a task.
Versão reformulada	Após terminar uma tarefa, permaneceu junto do doente

demonstrando cuidado?

Por lapso as questões abertas (quadros 20 e 21) não foram enviadas aos peritos pelo que se optou por aceitar a última versão obtida, atendendo a que não integravam a escala.

Quadro 20 – Adaptação da questão aberta 1 “(...)Are there any other things nurses can do to care for a patient’s spirit? (...)”

Questão aberta 1	
Original	Optional: Are there any other things nurses can do to care for a patient’s spirit? Please describe:
Síntese da T1 e T2	Opcional: Existem outras coisas que o enfermeiro possa fazer pela espiritualidade do doente? Por favor descreva:
Síntese da RT1 e RT2	Optional: There are other things that the nurse can do for the patient’s spirituality? Please describe:
Versão reformulada	Opcional: Existem outras coisas que o enfermeiro possa fazer pela espiritualidade do doente? Por favor descreva:

Quadro 21 – Adaptação da questão aberta 2 “Please share any other thoughts about offering spiritual care therapeutics that you think are important to consider”

Questão opcional 2	
Original	Please share any other thoughts about offering spiritual

	care therapeutics that you think are important to consider.
Síntese da T1 e T2	Por favor, partilhe outros pensamentos sobre a prestação de cuidados terapêuticos espirituais que considere importante.
Síntese da RT1 e RT2	Please share other thoughts on the provision of therapeutic spiritual care that you feel that are important.
Versão reformulada	Por favor, partilhe outros pensamentos sobre a prestação de cuidados terapêuticos espirituais que considere importantes.

A tradução da escala de Likert, foi considerada adequada por três dos peritos e um mostrou-se indeciso entre “pelo menos 12 vezes” e “mais de 12 vezes”. Esta sugestão não foi valorizada em virtude de o valor 12 não se encontrar na resposta anterior, pelo que não se adequa ser “mais de 12 vezes” (quadro 22).

Quadro 22 – Adaptação da resposta

Resposta	
Original	Never (0 times) Rarely (about 1-2 times) Occasionally (about 3-6 times) Often (about 7-11 times) Very often (at least 12 times)
Síntese da T1 e T2	Nunca (0 vezes) Raramente (1-2 vezes) Ocasionalmente (3-6 vezes) Frequentemente (7-11 vezes) Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)
Síntese da RT1 e RT2	Never (0 times) Rarely (1-2 times)

	Occasionally (3-6 times)
	Frequently (7-11 times)
	Often (at least 12 times)
Versão reformulada	Nunca (0 vezes)
	Raramente (1-2 vezes)
	Ocasionalmente (3-6 vezes)
	Frequentemente (7-11 vezes)
	Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

Assim sendo conclui-se que pela avaliação dos peritos 70% foi adequado, 12,5% foi adequado parcialmente, 15% indeciso e 2,3% foi discordante dos resultados obtidos.

3.2. Pré-teste

Em seguida apresentamos os resultados do pré-teste.

3.2.1. Caracterização dos participantes

O último passo deste processo consistiu na realização de um pré-teste, aplicado a alunos da UCP e posterior *thinking aloud* para obtenção da equivalência operacional. Uma vez que não houve dificuldades de interpretação dos conteúdos efetivou-se deste modo a versão final da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (versão portuguesa). - Escala Terapêutica de Cuidado Espiritual de Enfermagem (Figura 1).



Figura 1 – Processo de adaptação e validação do instrumento *Nurse Spiritual Care Therapeutic Scale*

3.2.2. Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)

Constituída por 17 itens e apresentada numa escala tipo Likert, após permissão do autor¹⁰⁰, esta escala foi incluída neste estudo para aferir a perceção sobre espiritualidade e cuidado espiritual em Portugal.

A validação e adaptação transcultural de uma escala ocorre segundo um, processo metodológico com etapas bem definidas.

Ambas as escalas incluídas neste trabalho (NSCTS e SSCRS) possuem características semelhantes. As duas escalas possuem 17 itens que abordam a espiritualidade pela perceção dos cuidados espirituais prestados. A população alvo são os enfermeiros, no caso da NSCTS, que têm formação em Cuidados Paliativos e na SSCRS, que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos e equipas intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos. Para cada item, é requerido que o número de participantes seja compreendido entre 5-10, ou seja, que para 17 itens, seja correspondido a um total de 85-170.

O questionário foi enviado aos enfermeiros via eletrónica e os resultados obtidos foram de uma amostra de 88 para a NSCTS e de 94 para a SSCRS.

É importante referir o que o instrumento mede ou não. A NSCTS mede a frequência dos cuidados prestados pelos enfermeiros, contudo, este instrumento não mede a efectividade das intervenções espirituais, nem o tempo dispendido na sua realização. Pela natureza subjetiva das respostas dos enfermeiros, estas podem ser influenciadas pelo que é desejado e por limitações de memória.

Outra escala que podemos relacionar com a NSCTS é a escala do inglês *Coping with death Scale*. Esta escala foi traduzida e validada para português em 2015¹⁰¹. A amostra foi de 107 enfermeiros que exercem funções em serviços de oncologia. Esta escala contém 30 itens e os seus conteúdos foram considerados equivalentes e foi designada por Escala de *Coping* com a Morte – ECM. A análise de consistência interna dos 30 itens revelou um $\alpha = 0,85$,

contudo 4 deles foram retirados por terem valores inferiores a 0,20 e/ou foram negativos, pelo que foram retirados tendo permanecido 26 itens. Estes revelaram um α de Cronbach de 0,89, considerado muito fiável.

A formação em cuidados paliativos é crucial como revela este estudo. A formação influencia os cuidados prestados nomeadamente os cuidados espirituais que são tão imprescindíveis às famílias e doentes em fim de vida.

4. CONCLUSÃO

A perda de sentido de vida e a busca de respostas perante situações de doença cuja cura não tem lugar, aproxima o Homem do divino/Deus em que a espiritualidade assume um papel de relevo.

Os enfermeiros são um importante elo na área da saúde entre os doentes e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Eles são os profissionais que mais estão em contacto com os doentes e detetam as suas necessidades, reencaminhando-os, se necessário, para outros profissionais. No que respeita à espiritualidade, são, muitas vezes, os primeiros a quem os doentes e famílias recorrem em momentos de crise ou em situação de doença incurável e incapacitante e em momentos de proximidade da morte.

Apesar das dificuldades que os enfermeiros enfrentam pela complexidade em comunicar acerca espiritualidade, em especial em Cuidados Paliativos a espiritualidade deve ser abordada e os cuidados espirituais prestados ao doente e à sua família. O respeito pela diferença cultural e religiosa deve ser preservado.

A adaptação linguística e cultural da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale* (NSCTS) vem, deste modo, auxiliar os enfermeiros na prestação de cuidados que se pretendem que sejam de qualidade. Este instrumento avalia os cuidados espirituais que os enfermeiros prestam e por ser um instrumento de medida, possibilita a uniformização da avaliação desses mesmos cuidados.

4.1. Implicações

Este estudo permite disponibilizar um instrumento já traduzido e adaptado para futura investigação, nomeadamente, para estudos de validação das suas características psicométricas.

4.2. Sugestões

Os resultados deste estudo dirigem próximos desenvolvimentos, nomeadamente, a validação do instrumento em contexto de cuidados paliativos e em outros contextos de cuidados de saúde.

4.3. Limitações

Uma das limitações relaciona-se com o facto de uma das perguntas não ser de resposta obrigatória, o que pode ter prejudicado a validade do questionário, contudo, foi respeitada a constância por ter sido enviado via eletrónica a todos os elementos da amostra.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in new york from 19 june to 22 july 1946. Off Rec world Heal Organ [Internet]. 1948;2(June):100. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1
2. WHOQOL, Spirituality A, Beliefs religiousness and personal, Consultation (SRPB)., WHO R on. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation [Internet]. Study Protocol. Geneva; 1998. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70897/1/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf
3. McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs [Internet]. Novembro de 2013 [citado 2 de Fevereiro de 2015];22(21–22):3170–82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118520>
4. Assembleia da República. Código Deontológico, in anexo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16, lei 111/2009 [Internet]. Lisboa; 2009 p. 6528–50. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/490239>
5. Mamier I, Taylor EJ. Psychometric Evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. West J Nurs Res [Internet]. 2014; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24718038>
6. Machado J pedro. Dicionário etimológico da lingua portuguesa. 3ª. Horizonte L, editor. Lisboa: Livros horizonte; 1977. 467 p.
7. Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Barbosa A, Neto IG, editores. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. 604 p.
8. Caldeira S, Carvalho EC de, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a

- angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2014;22(1):2. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14980/7/05-3073-PT.pdf>
9. Mcsherry W. Making sense of spirituality in nursing and health care practice. 2nd ed. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
 10. Mcsherry W. No Title Treatment Versus Care! Reintegrating Spirituality and Dignity [Internet]. Staffordshire University. 2009 [citado 27 de Abril de 2019]. Disponível em: http://www.ecrsh.eu/mm/McSherry_Keynote.pdf
 11. Barbosa A, Neto IG. Manual de cuidados paliativos. 2ª edição,. Barbosa A, Neto IG, editores. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. 603-604 p.
 12. Twycross R. Cuidados paliativos. 2ª edição. Editores C, editor. Lisboa; 2003. 57 p.
 13. Chopra D. Spiritual solutions: Answers to life's greatest challenges. New York: Random House; 2012.
 14. Paley J. Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion. J Clin Nurs. 2008;17, 2, 175–86.
 15. Swift C. Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century- The Crisis of Spiritual Care on the NHS. 2nd Editio. Ashgate, Farnham., editores. 2014.
 16. Gilliat-Ray S. Nursing, professionalism, and spirituality. J Contemp Relig [Internet]. 3 de Outubro de 2003;18(3):335–49. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13537900310001601695>
 17. Radford K. Health, Faith and Equality: Prepared for the Health Research Board through a Building Partnerships for Healthier Society Research Award [Internet]. Dublin; 2008. Disponível em: <http://www.adelaide.ie/wp-content/uploads/2015/01/Health-Faith-and-Equality1.pdf>
 18. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The provision of spiritual and pastoral care following stillbirth in Ireland: A mixed methods study. BMJ Support Palliat Care. 2016;
 19. Huth J RW. «I need to do the right thing for him»: Andrew, a Canadian veteran at the end of his life, and his daughter Lee. Em: In Fitchett G N,

- editor. *Spiritual Care in Practice: Case Studies in Healthcare Chaplaincy*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015. p. 201–22.
20. Redl N. 'What can you do for me?' – David a mid-sixties Jewish man with stage IV pancreatic cancer. Em: In Fitchett G NS, editor. *Spiritual Care in Practice: Case Studies in Healthcare Chaplaincy*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015. p. 223–41.
 21. Daaleman TP. A health services framework of spiritual care. *J Nurs Manag* [Internet]. Outubro de 2012;n/a-n/a. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2012.01482.x>
 22. Rudolfsson G, Berggren I, da Silva AB. Experiences of spirituality and spiritual values in the context of nursing - an integrative review. *Open Nurs J*. 2014;
 23. Bellah R. Civil religion in America. Em: *Religion Today: A Reader*. United Kingdom: Ashgate Publishing Group; 2002. p. 101–3.
 24. Timmins F, Caldeira S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nurs Stand*. 2017;
 25. Health Services Executive. *Health Services Intercultural Guide: Responding to the Needs of Diverse Religious Communities and Cultures in Healthcare Settings* [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/interculturalguide/interculturalguide.pdf>
 26. Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013;
 27. Oman D. Spiritual Practice, Health Promotion, and the Elusive Soul: Perspectives from Public Health. *Pastoral Psychology*. 2011.
 28. Caldeira S, Castelo Branco Z, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enferm Ref*. 2011;serIII(5):145–52.
 29. Royal College of Nursing. *Spirituality in Nursing Care: A Pocket Guide*. [Internet]. 2011. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003887>
 30. Sessanna L, Finnell D JM. Spirituality in nursing and health-related

- literature: a concept analysis. *J Holist Nurs* [Internet]. 2007;25(4):252–62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18029966>
31. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nurs Forum* [Internet]. Abril de 2016;51(2):79–96. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/nuf.12128>
 32. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Fevereiro de 2004;41(2):151–61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14725779>
 33. Swinton J. Identity and resistance: why spiritual care needs «enemies». *J Clin Nurs* [Internet]. Julho de 2006;15(7):918–28. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01651.x>
 34. Ross L. Commentary on Paley J (2008) Spirituality and secularization: nursing and the sociology of religion. *Journal of Clinical Nursing* 17, 175-186. *J Clin Nurs* [Internet]. Outubro de 2008;17(20):2795-8; discussion 2799-800. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02401.x>
 35. Clarke J. A critical view of how nursing has defined spirituality. *J Clin Nurs* [Internet]. Junho de 2009;18(12):1666–73. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02707.x>
 36. Pesut B, Fowler M, Reimer-Kirkham S, Taylor EJ, Sawatzky R. Particularizing spirituality in points of tension: enriching the discourse. *Nurs Inq* [Internet]. Dezembro de 2009;16(4):337–46. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1800.2009.00462.x>
 37. Swinton J, Pattison S. Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nurs Philos* [Internet]. 1 de Setembro de 2010;11(4):226–37. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840134>
 38. Walter T. The ideology and organization of spiritual care: three approaches. *Palliat Med* [Internet]. Janeiro de 1997;11(1):21–30. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/026921639701100103>
 39. Walter T. Spirituality in palliative care: opportunity or burden? *Palliat Med*

- [Internet]. Março de 2002;16(2):133–9. Disponível em:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216302pm516oa>
40. Paley J. Spirituality and nursing: a reductionist approach. *Nurs Philos* [Internet]. 12 de Janeiro de 2008;9(1):3–18. Disponível em:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-769X.2007.00330.x>
 41. Paley J. Keep the NHS secular. *Nurs Stand* [Internet]. 2009;23(43):26–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19634604>
 42. Paley J. Spirituality and reductionism: three replies. *Nurs Philos* [Internet]. 7 de Junho de 2010;11(3):178–90. Disponível em:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-769X.2010.00439.x>
 43. Hussey T. Nursing and spirituality. *Nurs Philos* [Internet]. Abril de 2009;10(2):71–80. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-769X.2008.00387.x>
 44. Wehmer MA, Quinn Griffin MT, White AH, Fitzpatrick JJ. An exploratory study of spiritual dimensions among nursing students. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [Internet]. 29 de Janeiro de 2010;7(1):Article40. Disponível em:
<https://www.degruyter.com/view/j/ijnes.2010.7.1/ijnes.2010.7.1.1915/ijnes.2010.7.1.1915.xml>
 45. Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nurs* [Internet]. Agosto de 2008;17(4):247–53, 257. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18807859>
 46. Bash A. Spirituality: the emperor's new clothes? *J Clin Nurs* [Internet]. Janeiro de 2004;13(1):11–6. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687288>
 47. Burkhart L, Schmidt L, Hogan N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *J Adv Nurs* [Internet]. Novembro de 2011;67(11):2463–72. Disponível em:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
 48. Caldeira S. Cuidado Espiritual. Rezar como intervenção de Enfermagem. *Cuid Enferm* [Internet]. 2009;3(2):157–64. Disponível em:

- https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar_2009.pdf
49. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* [Internet]. Julho de 2006;15(7):852–62. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x>
 50. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* [Internet]. Julho de 2006;15(7):905–17. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01648.x>
 51. Direção-Geral de Saúde. Carta dos Direitos do Doente Internado [Internet]. Lisboa; 2005 [citado 4 de Outubro de 2018]. p. 12. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>
 52. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 253/2009 [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2009 p. 6794–8. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/253/2009/09/23/p/dre/pt/html>
 53. Strang S, Strang P, Ternstedt B-M. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* [Internet]. Janeiro de 2002;11(1):48–57. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x>
 54. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev* [Internet]. Junho de 2014;61(2):211–9. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/inr.12099>
 55. NHS Education for Scotland. Spiritual Care Matters: An Introductory Resource for all NHS Scotland Staff [Internet]. NES, Edinburgh. 2009 [citado 8 de Outubro de 2018]. p. 63. Disponível em: <https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3723/spiritualcaremattersfinal.pdf>
 56. Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*. Third edit. Templeton Press, editor. West Conshohocken PA; 2013.
 57. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* [Internet]. Julho de 2006;15(7):875–84. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x>
 58. Baldacchino DR. Spiritual care: is it the nurse's role? *Spiritual Heal Int*

- [Internet]. Dezembro de 2008;9(4):270–84. Disponível em:
<http://doi.wiley.com/10.1002/shi.363>
59. Caldeira S, Timmins F, de Carvalho EC, Vieira M. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. Janeiro de 2017;28(1):44–52. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12105>
 60. Baldacchino DR, Bonello L, Debattista CJ. Spiritual coping of older people in Malta and Australia (part 1). *Br J Nurs* [Internet]. 24 de Julho de 2014;23(14):792–9. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062315>
 61. Baldacchino DR, Bonello L, Debattista CJ. Spiritual coping of older persons in Malta and Australia (part 2). *Br J Nurs* [Internet]. 14 de Agosto de 2014;23(15):843–6. Disponível em:
<http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2014.23.15.843>
 62. Watson J. *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. second edi. Ontario: Jones and Bartlett Learning; 2012.
 63. Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *J Nurs Manag* [Internet]. Dezembro de 2012;20(8):958–69. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2012.01450.x>
 64. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nurs* [Internet]. Julho de 2006;15(7):863–74. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01189.x>
 65. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* [Internet]. Junho de 2011;20(11–12):1757–67. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
 66. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J Clin Nurs* [Internet]. Agosto de 2012;21(15–16):2126–35. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2012.04180.x>

67. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 20 de Março de 2012;344(mar20 2):e1717–e1717. Disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e1717>
68. European Network of Health Care Chaplaincy. Standards for Health Care Chaplaincy in Europe [Internet]. 2002 [citado 2 de Abril de 2019]. Disponível em: http://enhcc.eu/turku_standards.htm
69. NHS Education for Scotland. Standards for NHS Scotland Chaplaincy Services [Internet]. 2007 [citado 7 de Abril de 2019]. p. 28. Disponível em: https://www.nes.scot.nhs.uk/media/290156/chaplaincy__standards_final_version.pdf
70. NHS Education for Scotland. Spiritual and Religious Care Capabilities and Competences for Healthcare Chaplains [Internet]. 2012 [citado 4 de Abril de 2019]. Disponível em: https://www.nes.scot.nhs.uk/media/206594/010308capabilities_and_competences_for_healthcare_chaplains.pdf
71. NHS England. NHS Chaplaincy Guidelines 2015: Promoting Excellence in Pastoral, Spiritual and Religious Care [Internet]. 2015 [citado 28 de Abril de 2019]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/03/nhs-chaplaincy-guidelines-2015.pdf>
72. NHS Wales and Welsh Assembly Government. Standards for Spiritual Care Services in the NHS in Wales 2010 [Internet]. 2010 [citado 28 de Abril de 2019]. Disponível em: <https://gweddill.gov.wales/docs/dhss/publications/100525spiritualcarestandardsen.pdf%0D>
73. Pesut B, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R, Woodland G, Peverall P. Hospitable hospitals in a diverse society: from chaplains to spiritual care providers. *J Relig Health* [Internet]. 14 de Setembro de 2012;51(3):825–36. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-010-9392-1>
74. Woodward J. Health Care Chaplaincy: A Reflection on Models [Internet]. 2013 [citado 28 de Abril de 2019]. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/518b/7737b44a71e9218ad6ac2651554948ba7632.pdf>

75. Ellis MR, Thomlinson P, Gemmill C, Harris W. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *J Relig Health* [Internet]. 7 de Dezembro de 2013;52(4):1306–18. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-012-9575-z>
76. Balboni MJ, Puchalski CM, Peteet JR. The relationship between medicine, spirituality and religion: three models for integration. *J Relig Health* [Internet]. 12 de Outubro de 2014;53(5):1586–98. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-014-9901-8>
77. Herdman T, Kamitsuru S (Eds). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Tenth edit. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
78. Heelas P, Woodhead L. *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Blackwell publishing; 2005.
79. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nurs Stand* [Internet]. 15 de Março de 2017;31(29):47–53. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10312>
80. Flannelly KJ, Galek K, Handzo GF. To what extent are the spiritual needs of hospital patients being met? *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2 de Setembro de 2005;35(3):319–23. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/9X2X-QQEU-GDE9-VUXN>
81. Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *Br J Nurs* [Internet]. Outubro de 2004;13(19):1140–4. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjon.2004.13.19.16322>
82. Buswell J, Clegg A, Grant F, Grout G, Minardi HA, Morgan A. Ask the experts: spirituality in care. *Nurs Older People* [Internet]. Fevereiro de 2006;18(1):14–5. Disponível em: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/nop2006.02.18.1.14.c2408>
83. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs* [Internet]. Fevereiro de

- 2006;53(3):287–94. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.03731.x>
84. Timmins F, Kelly J. Spiritual assessment in intensive and cardiac care nursing. *Nurs Crit Care* [Internet]. Maio de 2008;13(3):124–31. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1478-5153.2008.00276.x>
85. Gomi S, Starnino VR, Canda ER. Spiritual assessment in mental health recovery. *Community Ment Health J* [Internet]. 6 de Maio de 2014;50(4):447–53. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-013-9653-z>
86. Bryson K. Guidelines for conducting a spiritual assessment. *Palliat Support Care* [Internet]. 17 de Fevereiro de 2015;13(1):91–8. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S147895151300045X/type/journal_article
87. Hodge DR. Administering a two-stage spiritual assessment in healthcare settings: a necessary component of ethical and effective care. *J Nurs Manag* [Internet]. Janeiro de 2015;23(1):27–38. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jonm.12078>
88. Power J. Spiritual assessment: developing an assessment tool. *Nurs Older People* [Internet]. Março de 2006;18(2):16–8. Disponível em: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/nop2006.03.18.2.16.c2413>
89. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. Junho de 2013;24(2):77–84. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>
90. Koenig H. The Spiritual Care Team: Enabling the Practice of Whole Person Medicine. *Religions* [Internet]. 9 de Dezembro de 2014;5(4):1161–74. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/5/4/1161>
91. Nursing and Midwifery Council. *The Code: Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses and Midwives* [Internet]. 2015 [citado 28 de Abril de 2019]. p. 23. Disponível em: [56](https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-</p></div><div data-bbox=)

- publications/nmc-code.pdf
92. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* [Internet]. 2012;2012:1–33. Disponível em: <https://www.hindawi.com/archive/2012/278730/>
 93. Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *J Palliat Med* [Internet]. Agosto de 2005;8(4):782–8. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2005.8.782>
 94. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 9 de Outubro de 2014;48(3):199–215. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.48.3.e>
 95. Who Health Organization. Cancer pain relief and paliative care [Internet]. Geneva; 1990. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22087en/s22087en.pdf>
 96. EAPC. The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care. :84–7. Disponível em: <http://eprints.lancs.ac.uk/32728/1/JournalArchiveArticle.pdf>
 97. Fortin M, Côte J, Fillion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação [Internet]. Loures: Lusodidacta. 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Fundamentos+e+etapas+no+processo+de+investiga#o#0>
 98. Pais-Ribeiro JL. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª. Porto: Legis Editora; 2010. 174 p.
 99. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25:3186–91.
 100. Martins AR, Pinto S, Caldeira S, Pimentel FL. Tradução e adaptação da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale em enfermeiros portugueses de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2015;serIV:4. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-

02832015000100010

101. Camarneiro A, Gomes S. Translation and Validation of the Coping with Death Scale: A Study with Nurses. Rev Enferm Ref [Internet]. 2015;serIV(7). Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a12.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)

Western Journal of Nursing Research

<http://wjn.sagepub.com/>

Psychometric Evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale

Iris Mamier and Elizabeth Johnston Taylor
West J Nurs Res published online 9 April 2014
DOI: 10.1177/0193945914530191

The online version of this article can be found at:
<http://wjn.sagepub.com/content/early/2014/04/08/0193945914530191>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



Midwest Nursing Research Society

Additional services and information for *Western Journal of Nursing Research* can be found
at:

Email Alerts: <http://wjn.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://wjn.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> OnlineFirst Version of Record - Apr 9, 2014

[What is This?](#)

Downloaded from wjn.sagepub.com at COMA CHINA UNIV LIBRARY on September 24, 2014

Psychometric Evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale

Western Journal of Nursing Research

1-16

© The Author(s) 2014

Reprints and permissions:

sagepub.com/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0193945914530191

wjn.sagepub.com



Iris Mamier¹ and Elizabeth Johnston Taylor¹

Abstract

To measure nurse-provided spiritual care, robust instrumentation is needed. This study psychometrically evaluated an instrument that operationalizes frequency of nurse-provided spiritual care, the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS). The 17-item NSCTS, with an established content validity index of 0.88, was administered online to registered nurses (RNs) in four hospitals. Responses from 554 RNs (24% response rate), most who identified as Christian, provided evidence for the NSCTS' reliability and validity. Internal reliability was supported by an alpha coefficient of .93. Validity was evidenced by item-total correlations ranging from .40 to .80, low to modest direct correlations between the NSCTS and Daily Spiritual Experience Scale and Duke University Religiosity Index, and strong loadings between 0.41 and 0.84 on one factor (explaining 49.5% of the variance) during exploratory factor analysis.

Keywords

spirituality, spiritual care, nursing, instrumentation, instrument development

Hundreds of studies over the past three decades provide evidence that spirituality and religiosity play a significant role in how persons maintain health or adapt to health challenges (Koenig, King, & Carson, 2012). Given this

¹Loma Linda University, Loma Linda, CA, USA

Corresponding Author:

Elizabeth Johnston Taylor, School of Nursing, Loma Linda University, West Hall, Loma Linda, CA 92350, USA.

Email: ejtaylor@llu.edu

evidence, health care clinicians, administrators, educators, and accreditors are now commonly accepting that it is important to assess and support client spirituality (e.g., American Association of Colleges of Nursing, 2008; The Joint Commission, 2008; National Consensus Project, 2013). Recent findings suggest that spiritual care provision is associated with patient satisfaction with care, increased quality of life, increased likelihood of entering hospice for end of life care, less depression, and less costs associated with hospitalization (Astrow, Wexler, Texeira, He, & Sulmasy, 2007; Balboni et al., 2011; Balboni et al., 2010; Daaleman, 2012; Kristeller, Rhodes, Cripe, & Sheets, 2005; Pearce, Coan, Herndon, Koenig, & Abernethy, 2012). This research examines the outcomes of spiritual care from physicians or multidisciplinary health care teams; it is unknown how spiritual care provided solely by nurses affects nursing or patient outcomes. Before any possible therapeutic outcomes of nurse-provided spiritual care can be determined, an instrument that measures the provision of spiritual care is necessary.

Existing Instruments

Initial instruments developed by nurses to assess spiritual care broadly explored nurse perspectives on spirituality (e.g., Reed, 1987) and spiritual care (e.g., Taylor, Highfield, & Amenta, 1994). To study the frequency of spiritual care, Vance (2001) created the Spiritual Care Practices Questionnaire (SCPQ) to measure how often a nurse respondent conducted a spiritual assessment, diagnosed spiritual distress, facilitated therapeutic communication, and supported patient spiritual practices. Another section assessed perceived barriers to spiritual care. The items (available only from the author) included response options with 5-point Likert-type scales anchored by *very seldom* to *very often*, allowing for a subjective approximation by the respondent. Vance used the SCPQ to survey 173 acute care nurses; internal reliability was observed for both the practices and barrier subscales (Cronbach's α of 0.87 and 0.64, respectively). When Vance calculated an overall mean practice score, a mean lower than the midpoint of the scale (between "occasionally" and "often") was observed, leading Vance to conclude that spiritual care may have been a low priority for these nurses. Recently, two research teams have used this tool, and like Vance, found 60% to 70% of nurse respondents to practice spiritual care infrequently (Gallison, Xu, Jurgens, & Boyle, 2013; Ronaldson, Hayes, Aggar, Green, & Carey, 2012). Limitations of the SCPQ include a lack of established validity and subjectively defined anchor points. Thus, results do not document frequency of spiritual care specifically (e.g., once a week).

Grant (2004), a sociologist, developed an 80-item questionnaire to survey tertiary care nurses about their implementation of "spiritual therapies" in

nursing care. Items, which were drawn from the literature, included such activities as holding a patient's hand, listening, prayer, and being present with a patient. Grant found that registered nurses (RNs) had used a total of 24 practices ranging from laughter, to religious sacraments, prayer, aromatherapy, and chanting. He also found that 92% of the RNs had held a patient's hand or listened to a patient sometime in their career, and 71% had prayed with a patient before. While a high percentage of nurses indicated having used certain interventions at some point in their career, the tool does not measure how frequently nurses provide any of the spiritual practices during patient care. The diversity of items in Grants' survey also raise the conceptual question of what spiritual care really is: Is it laughing with a patient, holding hands, or introducing aromatherapy (Taylor, 2008)?

Burkhart, Schmidt, and Hogan's (2011) Spiritual Care Inventory (SCI) also provides a means for measuring nurse spiritual care practice. Items for the SCI were derived from the authors' previous Grounded Theory study of nurses' spiritual care practices. Factor analysis of responses to the 48 SCI items ($N = 298$) supported the following subscales: Spiritual Care Interventions, Meaning Making, and Faith Rituals (Cronbach's α of 0.82, 0.92, and 0.86). Further testing ($N = 131$) provided evidence for a streamlined 17-item version. Of these, there are four items representing spiritual care interventions that nurses potentially offer to their patients. All four of these items center around being present and listening to patients express meaning and personal spirituality. The remaining 13 items describe how nurses reflect on a spiritual care encounter. Response options were subjectively defined measuring the extent to which nurses thought they provided spiritual care on a 5-point Likert-type scale ranging from *strongly disagree* to *strongly agree*. Although this tool introduced an interesting new aspect of spiritual care—nurses' private responses to spirituality in patient encounters—the part of the tool that measures nurse spiritual care interventions is limited and does not allow for measurement of frequency of such care.

Whereas the titles of some other nurse-designed instruments suggest that they measure nurse-provided spiritual care, closer inspection indicates that these tools assess nurse attitudes, beliefs, or perceptions about spiritual care. For example, McSherry, Draper, and Kendrick (2002) employed some rigor while developing the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. This tool, however, asks nurses to indicate their degree of agreement to what is spiritual care.

Lately, researchers have shifted the focus from nurses to nursing students and to developing multidimensional tools (Nardi & Rooda, 2011; Tiew & Creedy, 2012) or tools measuring spiritual care competencies (van Leeuwen, Tiesinga, Middel, Post, & Jochemsen, 2009). Nardi and Rooda's tool

measures nursing students' spirituality and spirituality-based practice. This tool was designed to allow faculty to guide and monitor nursing students' competency development in the area of spiritual care. The authors report on five dimensions of spiritually based nursing practice and illustrate how these dimensions can also be understood as a practice theory to inform spiritually based practice of nursing students. Tiew and Creedy developed and psychometrically evaluated the Spiritual Care-Giving Scale that measures student perspectives on spiritual caregiving with five factors (i.e., attributes for spiritual care, spiritual perspectives, defining spiritual care, spiritual care attitudes, and spiritual care values). As with tools previously developed in nurse populations, the emphasis of the tool is on beliefs, values, and perceptions of spiritual care, and not on the implementation of practices. Likert-type response options do not allow for inferences about how often over a defined period of time spiritual care was given.

In summary, while some progress has been made to measure the construct of spiritual care, available tools are extremely limited in their ability to systematically quantify spiritual care practices. In addition to not having been carefully developed and evaluated using accepted methods for instrument development, the majority of existing tools are multidimensional measures that confuse spiritual care practice with attitude and belief. None of the tools reviewed allows for measurement of how often nurse-provided spiritual care occurs in actual practice. If in the future, researchers are to study the effects of nurse-provided spiritual care interventions, there first has to be a rigorously developed, psychometrically sound, valid and reliable tool to assess how frequently this type of care is integrated into nursing practice.

To study the impact of spiritually sensitive nursing care on various pertinent outcomes, there is a need for valid instrumentation with which to measure nurse-provided spiritual care. Without understanding if and how nurse-provided spiritual care makes a difference—and if that difference is a positive one—the current mandate for nurses to play a pivotal role in assessing and supporting patient spirituality and religiosity is not sufficiently substantiated. The purpose of this study, therefore, was to psychometrically evaluate an instrument that measures frequency of nurse-provided spiritual care. The research question that guided this study was as follows: How valid and reliable is the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)?

Method

Design

This descriptive, cross-sectional study using online survey methods allowed psychometric evaluation of the NSCTS.

Sampling, Recruitment, and Setting

Recruitment for this study targeted all 2,311 licensed RNs working at four different hospitals of a U.S. non-profit, faith-based, tertiary health care system that is affiliated with a health science university in southern California. Eligibility criteria included being a RN, having provided at least 36 hours of direct patient care in the 2 weeks prior to survey completion, and ability to complete an online survey written in English.

Recruitment strategies included an emailed letter of invitation via the health system's distribution list for employed RNs, flyers posted on the units, and visits to units by the primary investigator who distributed candies that were taped to a card that read "Please check your work email for the Spiritual Care Study! Thank you!" Reminder emails were sent to non-respondents at 3 and 5 weeks after the initial invitation. At the completion of the survey, the nurses were qualified to enter a drawing for 1 of 25 US\$20 gift cards.

Procedure

Ethical approval was granted by the health system's Institutional Review Board (IRB). Permission to access the nursing workforce was obtained from the system's nursing administration and Nursing Research Council. The emailed letter explained the purpose of the study, eligibility criteria, risks and benefits of participating, assurance of confidentiality, and contact information of the researchers; this letter functioned, therefore, as the informed consent. At the bottom of the email, the participants were asked, "Do you agree to participate in the Spiritual Care Survey?" The two answer options provided read "No, thank you—exit survey" and "Yes—start survey." Pressing the yes button linked RNs to an electronic survey system.

Instruments

NSCTS. The purpose of the NSCTS is to measure the frequency of nurse therapeutics or practices intended to support patient spirituality (theoretical definition). Nurse therapeutics are "nursing activities and actions deliberately designed to care for nursing clients" (Meleis, 2012, p. 105). Spirituality refers to that invisible domain of persons in which the "will [spirit] to live" exists, as also do the cravings for meaning, values and virtues, and intra-, inter-, and trans-personal connectedness. (Although conceptually distinct, religiosity is collectively experienced spirituality or "search for the sacred," it offers practices and beliefs that foster spiritual experience; Taylor, 2012.) The conceptualization of "patient" in the NSCTS is broad and includes any person

receiving nursing care (e.g., a family member).

To develop the tool, 29 spiritual care items from a comprehensive review of nursing literature identifying spiritual care “interventions” were identified (Taylor, 2008). Criteria for including a spiritual care intervention as an item in the instrument included whether the intervention was appropriate for a nurse to provide, whether it distinctly addressed spirituality or religiosity, and whether it was appropriate for use regardless of patient religious orientation or the absence of it. Feedback was invited from an expert panel of nine doctorally prepared nurse scholars who had published in the area of spirituality and nursing and/or been funded for research in this area (Taylor, 2008). The experts rated each of the 29 items for relevance using content validity index (CVI) methodology as described by Polit, Beck, and Owen (2007). The 17 items that scored 0.78 or higher became part of the NSCTS. Whereas Polit and colleagues recommend that items with CVIs higher than 0.60 are good, Taylor (2008) reported an overall CVI of 0.88 for the 17-item scale. Thus, the elements the NSCTQ captures appear to be highly relevant to and representative of the target construct of spiritual care.

After establishing the final set of items, ordinal level scaling was added to the tool to provide nurses with response options to measure self-reported frequency of provided spiritual care over a defined period of time. In the absence of knowing what constitutes providing spiritual care “rarely,” “occasionally,” “often,” or “very often,” the anchors were defined with the following response categories: 1 (*never* = 0 times), 2 (*rarely* = 1-2 times), 3 (*occasionally* = 3-6 times), 4 (*often* = 7-11 times), and 5 (*very often* = more than 12 times). To accommodate nurse respondents with various work schedules (e.g., full-time and part-time, 8- or 12-hr shifts), NSCTS items were introduced by the stem, “During the past 72 (or 80) hours of providing patient care, how often have you: . . .” Consequently, the instrument allowed full-time working nurses to report the frequencies of spiritual care therapeutics provided over the previous 2 weeks at work, whereas part-time nurses reported on the 3 to 4 weeks prior to taking the survey. The frequency of spiritual care is indicated by the sum of NSCTS item scores (operational definition); high scores are indicative of frequent nursing spiritual care supporting patient spiritual integration whereas low scores show a nurse to infrequently provide spiritual care.

Reliability testing of the 17 items was first conducted with a small sample ($n = 53$) of nurses who volunteered to pilot this instrument for clarity and feasibility. (These nurses had participated in a separate study that tested the efficacy of a curriculum that taught patients how to converse with patients about spirituality. IRB approval was obtained to contact this sample again for the purpose of this piloting. It is unknown what was the work setting or

religiosity of these nurses who lived across the United States.) Preliminary analyses yielded a coefficient alpha of .89 for the entire scale. This sample's NSCTQ mean was 50.56 ($SD = 11.69$), exactly at the midpoint of the possible range (17-85).

For the present study, the 17 NSCTS items were followed up with the question, "Are there any other spiritual care practices that you have provided (or would have provided if appropriate)?" If *yes* was checked, a textbox appeared asking the participant to specify these practices in narrative format. In addition to completing the NSCTS and questions about demographic (gender, age, ethnicity, education, years of RN experience) and workplace-related (working day or night shift, full- or part-time, unit) information, respondents completed two instruments with established validity that measured personal spirituality and religiosity. These instruments were the Duke University Religiosity Index (DUREL) and the Daily Spiritual Experience Scale (DSES). It was anticipated that nurses scoring higher on the NSCTS would also score higher in spirituality and religiosity. Thus, the association between the two measures would be interpreted as an indicator that the new measure is indeed tapping into the construct of spirituality and the related concept of religiosity.

DUREL. The DUREL (Sherman et al., 2000) is a five-item scale measuring three core dimensions of religiosity: organizational religious activity (i.e., frequency of attending religious services), non-organizational religious activity (i.e., frequency of personal prayer, meditation, or study of religious text), and intrinsic religiosity (i.e., degree of internalization of one's religious practices and beliefs). Responses to these three subscales may be summed yielding a total score between 5 and 27. Psychometric support for the DUREL includes strong internal consistency (Cronbach's α of .87-.90 for the total scale), moderate to high correlations with other measures of religiosity, and modest direct correlations with psychosocial instruments suggesting that the DUREL measures religiosity rather than psychosocial constructs.

DSES. The DSES (Underwood & Teresi, 2002) purports to measure the effects of everyday spiritual experiences for persons, regardless of their religious orientation. That is, it measures how one experiences peace, love, compassion, awe, gratitude, connection with the transcendence, and so forth. The sum of these 16 items can range between 16 and 94, with lower scores representing higher spirituality. Support for validity of this unidimensional scale has been provided in part by significant low-to-moderate correlations with psychosocial variables (e.g., anger, anxiety) in expected directions. Internal reliability alphas have ranged from .91 to .95 in other health studies.

Analysis

After transferring the data from the online survey program to SPSS Version 17, data were examined for unexpected values, missing values, and outliers. Where inconsistencies were found, additional cross-checks were made. Missing values across the three instruments (NSCTS, DSES, and DUREL) were imputed using Missing Value Analysis, the expectation-maximization (EM) method (Schafer & Graham, 2002). The number of missing values per variable across the matrix ranged between 0 and 10. Hence, no more than 10 values per variable were imputed. Next, analyses were conducted using inter-item and corrected item-total correlations. Cronbach's alpha coefficient was computed for the total scale to determine its internal consistency. Further support for the construct validity of the NSCTS was explored by examining the Pearson product-moment correlations between the NSCTS and DUREL and DSES scores.

Exploratory factor analysis (EFA) was used to evaluate the factor structure. Principal axis factoring (PAF) was chosen over a principal components analysis (PCA). PAF was preferred because the purpose was to detect the underlying factors from the observed data, not simply to reduce observed variables to a smaller group of composites (PCA; Tabachnick & Fidell, 2007). To evaluate multifactor solutions, direct oblimin rotation method was selected because it was assumed that any underlying factors would be correlated. The participant-to-item ratio was relatively high (approximately 1:32). Several tests were run to judge the appropriateness of the final factor solution; among them, the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy (>.75-.8 considered as acceptable), Bartlett's test of sphericity, the amount of variance explained by the factor model, and the relationship of items to factor (item loadings > .40 and internal consistency of factor solution).

Results

Sample

A total of 670 completed the online survey (return rate of 28.9%). After deleting cases not meeting the inclusion criteria and having more than 5 missing values across variables, the final data matrix contained 554 cases (24% net response rate).

On average, participants were 39 years old ($SD = 10.89$) and had 11 years ($SD = 10.04$) of RN experience. Males were well represented (13.2%). The ethnic profile of the sample was 47.1% Caucasian, 32.5% Asian, 13.5% Hispanic, 4.7% Black/African American, and 0.4% American Indian.

Whereas 27.3% simply self-identified as “Christian,” 47.8% of the nurses reported an affiliation with a Protestant denomination; 17% were Roman Catholic, 4.5% preferred not to state or had no religion, and 1.8% identified with a non-Christian religion. Many held a bachelor’s degree (50%). Four hospitals were represented proportional to their sizes: a medical center (53.1%), a children’s hospital (35.7%), a community hospital (7%), and a mental health care facility (4.2%).

Psychometric Properties of NSCTS

Several analyses were conducted to determine how reliable and valid is the NSCTS. While the possible range for NSCTS scores is 17 to 85, participants’ scores in this study ranged from 17 to 79; the mean was 36.98 ($SD = 12.01$) and the median observed was 2.06.

Item analyses. Initial descriptive analyses of NSCTS data revealed that responses were moderately skewed to the right (-0.55), indicating predominantly lower scores (i.e., infrequency) for spiritual care practices. Nevertheless, the SDs for each of the items showed adequate variability (i.e., SDs ranging from 0.77 to 1.16). Floor and ceiling effects were 34.8% and 3.6%, respectively. Inter-item correlations for all 17 items of the NSCTS were significant starting with .15 yet not exceeding .81, mostly ranging between .30 and .80. Item and scale statistics can be found in Table 1.

Reliability. The corrected item-total correlations for all 17 items ranged between .40 and .80, indicating moderate to strong internal consistency of each item with the composite score from the other items. The NSCTS demonstrated strong internal consistency with a Cronbach’s alpha of .93.

Dimensionality. KMO measure of sampling adequacy was robust at 0.943 and Bartlett’s test of sphericity was significant ($\chi^2 = 5524.622$, $df = 136$, $p > .001$), provided support for proceeding with factor analysis. EFA was conducted using PAF (unrotated).

The initial solution identified three factors with eigenvalues > 1 . Inspection of the scree plot, however, showed an “elbow” bend following the first factor. When examining the loadings across the three factors in the factor matrix, it was clear that all 17 variables loaded most strongly on the first factor (0.41–0.84) and with a few exceptions, weakly on the second and third factors. Nevertheless, three- and two-factor solutions (direct oblimin rotations) were evaluated more thoroughly. There were substantial cross loadings in both solutions; moreover, the factors were not meaningful. Therefore, PAF was

Table 1. Reliability and Validity Estimates for NSCTS (*N* = 554).

	NSCTS Item	Corrected Item-to-Total Correlation	Cronbach's Alpha If Item Deleted	Factor Loadings
01	Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices	.67	.93	0.69
02	Helped a patient have quiet time or space	.61	.93	0.63
03	Listened actively to patient's story of illness	.66	.93	0.68
04	Assessed a patient's spiritual or religious beliefs and/or practices that are pertinent to health	.67	.93	0.69
05	Listened to patient talk about spiritual concerns	.75	.93	0.77
06	Encouraged patient to talk about how illness affects relating to God—or his or her transcendent reality	.78	.93	0.82
07	Encouraged patient to talk about his or her spiritual coping	.80	.93	0.84
08	Documented spiritual care you provided in a patient chart	.57	.93	0.59
09	Discussed a patient's spiritual care needs with colleagues (e.g., shift report)	.68	.93	0.71
10	Arranged for a chaplain to visit a patient	.55	.93	0.56
11	Arranged for patient's clergy/spiritual mentor to visit	.52	.93	0.54
12	Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amid illness	.70	.93	0.74
13	Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness	.75	.93	0.79
14	Offered to pray with a patient	.65	.93	0.68
15	Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient's holy scripture)	.64	.93	0.66
16	Told a patient about spiritual resources	.67	.93	0.68
17	After completing a task, remained present just to show caring	.40	.94	0.41

Note. NSCTS = Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale.

repeated extracting one factor only. The resulting unidimensional model explained 49.5% of the total variance, and factor loadings were neither too low nor too high (0.40-0.80, see Table 1). Tabachnick and Fidell (2007) classified items as "excellent" if the factor loadings are > 0.71 (NSCTS 5, 6, 7,

12, 13) and as “very good” if > 0.63 (NSCTS 1, 3, 4, 9, 14, 15, 16). A “good” item demonstrates factor loadings > 0.55 (NSCTS 2, 8, 10), whereas factor loadings > 0.45 are labeled “fair” (NSCTS 11). Tabachnick and Fidell recommend dropping items with factor loadings < 0.32 because their overlapping variance is less than 10%. According to this standard, none of the 17 items of the NSCTS had to be dropped. The variable receiving the lowest factor loadings was NSCTS 17: “After completing a task, remained present just to show caring.” Omitting this item would have increased Cronbach’s alpha only marginally from .93 to .94 (see Table 1). For this study, the researchers decided to use the full 17-item survey.

Content validity. As predicted, the composite NSCTS score was significantly correlated with nurses’ spirituality and religiosity scores on the DUREL and DSES. The correlation between the NSCTS and DSES was significant ($r = -.34, p < .001$), indicating frequency of spiritual care practice to be directly correlated with higher personal spirituality. The three sub-dimensions of the DUREL were significantly, albeit weakly, correlated NSCTS: organized religiosity ($r = 0.13, p < .003$), non-organized religiosity ($r = 0.20, p < .001$), and intrinsic religiosity ($r = 0.24, p < .001$).

After completing the 17 items of the NSCTS, participants were asked to respond to an open question about whether they had used any additional spiritual care practices during the study period. These responses provide further evidence of content validity as 422 respondents (76%) said no. Of the 132 (24%) who said yes, 123 (22%) specified their practices in a textbox. Additional spiritual care practices that participants identified involved prayer, listening, providing inspiration through readings or music, caring and presence, and talking about God in a context unrelated to illness. Each of these activities appears to still reflect variations of the 17 items of the NSCTS. Not represented on the NSCTS, however, were touch (such as “massage,” “therapeutic touch,” and “healing hands”), “mindfulness practices,” and “humor”—other potential nursing interventions mentioned only a few times in these additional comments participants wrote. Given that these practices did not meet the criteria for item inclusion, data from the open-ended question supported the content of the proposed tool.

Discussion

The NSCTS, an instrument to measure the frequency of nurse-provided spiritual care, performed well in an initial application and demonstrated strong internal reliability as well as substantial evidence for content and construct validity. The NSCTS breaks ground not only because it measures an aspect of

nursing practice that previously has not been quantified but also because its creation has used accepted scientific conventions for instrument development. Indeed, findings from this study suggest the instrument is psychometrically worthy. That is, the NSCTS' alpha coefficient of 0.93 indicates strong internal reliability, and the EFA supports a unidimensional scale with all 17 items loading strongly (between 0.41 and 0.84) and accounting for nearly 50% of the variance. This evidence, alongside a previously established strong CVI of 0.88 and corroborating narrative data from this study, indicates the items indeed cover the domain of spiritual care practices.

Furthermore, correlations between the NSCTS and two well-developed scales measuring personal spirituality and religiosity (i.e., the DUREL and DSES) were significant though low, lending further evidence of construct validity. To interpret this finding correctly, it is helpful to consider Polit's (2010) observation that correlations between psychosocial variables rarely exceed .50. This indicates the NSCTS does not measure a nurse's spirituality or religiosity but shows how there is a relationship between these personal nurse factors and the frequency of spiritual care. Indeed, these findings reinforce previous research indicating that nurse spirituality (especially) and religiosity are directly related to spiritual care (see Taylor & Fowler, 2011, for a review of evidence).

In this study, "presence to show caring" was considered a spiritual care therapeutic. Nurses practicing from a holistic paradigm feel strongly that this is an important component of spiritual care (Carson & Koenig, 2008; Daaleman, 2012). Although participants frequently reported using this therapeutic stance, this Item 17 presented the lowest corrected item-to-total correlation and factor loading on the factor matrix. Given that it loaded above the cutoff point of 0.32, the conceptual intersection between spiritual care and nurse caring in general remains in question. Granted, caring and a trusting relationship with the patient are antecedents of spiritual care (O'Brien, 2010). Without these, spiritual care is not possible or may not be understood as benevolent behavior toward the patient. The fine and frequently blurred line between what is "caring" and what is "spiritual caring" remains an area of future conceptual and theoretical concern.

Although respondents' overall mean spiritual care practice score of 37 ($SD = 12$) on a scale potentially ranging from 17 to 85 was relatively low in relation to the anchor points of the NSCTS, the findings appear to mirror what others have observed (Gallison et al., 2013; Ronaldson et al., 2012; Vance, 2001). Because the anchor points were defined both subjectively and objectively in this study, there is now a better understanding of what constitutes *rarely* or *occasionally* or *often* from a clinicians' perspective. The fact that eight items had the response option *never* and five items *rarely* as the most frequently endorsed response categories suggests there is potential to adjust

the anchor points in the future. It is, however, premature to adjust the anchor points based on one study in one health system.

The limitations of this study must be considered when applying the findings. Despite the large sample, it was one of convenience. There was a trade-off in obtaining the largest possible sample versus a stronger randomized one. An item to participant ratio of 1:32, however, allowed for the statistical findings to be robust. In addition, a response bias may exist because nurses who were more interested in spiritual care may have been more inclined to respond. The researchers tried to moderate this effect with the gift card raffle, which presumably provided an extrinsic motivation to participate. As the demographic profile of respondents in terms of gender and ethnicity appears to mirror the profile of the nursing workforce at the study sites, there is reason to believe that the findings are generalizable to the larger health system. Given that the study took place within an American faith-based tertiary care context where "whole person" care is emphasized, however, findings may not be generalizable to all tertiary care settings.

It is important to note what the NSCTS measured and what it did not. The tool did not capture the time nurses spent on each therapeutic, nor did it measure the effectiveness of spiritual interventions. Nurses' responses to the NSCTS relied on self-report; their responses therefore were subjective and may have been influenced by social desirability and memory limitations. Nevertheless, the scores provide an approximation of actual nurse spiritual care during a defined period of time.

This study examined the psychometric properties of the NSCTS, which measures a nurse's perception of the frequency of providing 17 distinct spiritual care practices over a defined period of time. Findings support the content and construct validity of this unidimensional tool, as well as its internal reliability. Nurse scholars, educators, and clinicians typically posit that nurses are to attend to patient health-related spiritual beliefs and practices, yet there is no valid mechanism for measuring the frequency of this spiritual care. Given this absence, the NSCTS represents progress in the assessment of nurses' spiritual care. For example, if administered in conjunction with other instruments measuring antecedents or consequences of nurse-provided spiritual care (e.g., patient satisfaction or anxiety, nurse burnout), then factors associated with spiritual care provision, outcomes of it, and determinants of its quality and effectiveness could be quantified. Thus, the NSCTS creates the possibilities of exploring important questions related to spiritual care.

Acknowledgment

The authors deeply appreciate the guidance of Drs. Betty Winslow and Mark Haviland of the Loma Linda University School of Nursing, and the time and thought the nurse participants donated for this study.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Retrieved from <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/baccessential08.pdf>
- Astrow, A., Wexler, A., Teixeira, K., He, M. K., & Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology, 25*, 5753-5757.
- Balboni, T. A., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, P., Wright, A., Peteet, J., . . . Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer, 117*, 5383-5391.
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Trice Loggers, E., Wright, A. A., . . . Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology, 28*, 445-452.
- Burkhart, L., Schmidt, L., & Hogan, N. (2011). Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing, 67*, 2463-2472.
- Carson, V. B., & Koenig, H. G. (2008). *Spiritual dimensions of nursing practice*. West Conshohocken, PA: Templeton.
- Daaleman, T. P. (2012). A health services framework of spiritual care. *Journal of Nursing Management, 20*, 1021-1028.
- Gallison, B. S., Xu, Y., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing, 31*, 95-103.
- Grant, D. (2004). Spiritual interventions: How when and why nurses use them. *Holistic Nursing Practice, 18*, 36-41.
- The Joint Commission. (2008). *Spiritual assessment*. Retrieved from http://www.jointcommission.org/mobile/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=290&StandardsFAQChapterId=29
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kristeller, J. L., Rhodes, M., Cripe, L. D., & Sheets, V. (2005). Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): Patient acceptability and initial evidence of effect. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 35*, 329-347.

- McSherry, W., Draper, P., & Kendrick D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies, 39*, 723-734.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nardi, D., & Rooda, L. (2011). Spirituality-based nursing practice by nursing students: An exploratory study. *Journal of Professional Nursing, 27*, 255-263.
- National Consensus Project. (2013). *Clinical practice guidelines for quality palliative care* (3rd ed.). Pittsburgh, PA: Author. Available from <http://www.nationalconsensusproject.org>
- O'Brien, M. E. (2010). *Spirituality in nursing: Standing on holy ground* (4th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., II, Koenig, H. G., & Abernathy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 20*, 2269-2276.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*, 459-467.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized patients. *Research in Nursing & Health, 10*, 335-344.
- Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: Nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2126-2135.
- Schafer, J., & Graham, J. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*, 147-177.
- Sherman, A. C., Plante, T. G., Simonton, S., Adams, D. C., Harbison, C., & Burris, S. K. (2000). A multidimensional measure of religious involvement for cancer patients: The Duke Religious Index. *Supportive Care in Cancer, 8*, 102-109.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Taylor, E. J. (2008). What is spiritual care in nursing? Findings from an exercise in content validity. *Holistic Nursing Practice, 22*, 154-159.
- Taylor, E. J. (2012). *Religion: A clinical guide for nurses*. New York, NY: Springer.
- Taylor, E. J., & Fowler, M. (2011). The nurse as a religious person. In M. Fowler, S. Kirkham-Reimer, R. Sawatzky, & E. J. Taylor (Eds.), *Religion, religious ethics, and nursing* (pp. 339-357). New York, NY: Springer.
- Taylor, E. J., Highfield, M., & Amenta, M. (1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care: A survey of cancer nurses. *Cancer Nursing, 17*, 479-487.
- Tiew, L. H., & Creedy, D. K. (2012). Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies, 49*, 682-690.
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and

- preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 22-33.
- Vance, D. (2001). Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *MEDSURG Nursing*, 10, 264-268.
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2857-2869.

Anexo II

Questionário da *Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)*

Spiritual Care of Patients - Final

3. Demographics

This is to collect information about you and your experience as a Registered Nurse.

*** 1. What is your age?**

Years of age

*** 2. For how many years have you cared for patients as a RN?**

Number of years

3. Gender:

- Male
 Female

4. Race/ethnicity:

- Caucasian or White
 Hispanic/ Latino
 Asian/ Pacific Islander
 Black/ African American
 American Indian/ Alaskan Native

*** 5. What is your educational background? (mark all that apply):**

- Diploma in Nursing
 Associate Degree in Nursing
 Bachelor degree in nursing
 Non-nursing bachelor's degree
 Master degree in nursing
 Non-nursing master's degree
 Doctoral degree in nursing
 Non-nursing doctoral degree

Spiritual Care of Patients - Final

*** 6. In addition to your patient care what other work role do you have?**

- none, patient care exclusively
- I a team leader/ shift coordinator/ relief charge nurse
- I am a charge nurse
- I'm a director of patient care/ manager or supervisor
- I an educator
- I have an advanced practice (APN) role in nursing

7. What is your work unit number or name?

8. How many shifts have you worked in the last 2 weeks?

Number of shifts

*** 9. About how many hours have you worked in the last 2 weeks?**

Number of hours worked:

10. On average, how many patients do you take care of during one shift?

Number of patients:

11. Which shift do you work primarily?

- Day
- Night

12. Have you ever received education in providing spiritual care?

- Yes
- No

Spiritual Care of Patients - Final

13. If you marked "Yes" on Question 12, where did you receive the education about spiritual care (if more than one applies, please check "other" and indicate which selections apply to you.)

- In my undergraduate nursing program
- In my graduate nursing program
- In service, other than orientation
- I've completed continuing education units in spiritual care
- I've done some reading on my own about spiritual care
- Other (please specify)

14. What is your present religious preference?

- Protestant-SDA
- Protestant-Other Denomination (please specify denomination in comment box below)
- Protestant non-denominational
- Christian - no denomination
- Catholic
- LDS/ Mormon
- Jewish
- Muslim
- Other religion (please specify using comment box below)
- No religious preference

Specific denomination or religion:

Spiritual Care of Patients - Final

15. What prompted you primarily to respond to this online survey? (one answer only)

- E-mail invitation at work
- My supervisor asked me to
- A flyer I saw at the workplace
- An ad I saw
- A presentation about this study
- Talked with the researcher
- Other (please specify)

Spiritual Care of Patients - Final

4. Spiritual Care

Please mark how often you used each of these therapeutics (or interventions). If you work 12 hour shifts, please consider the last 72 hours of work as the basis for your rating; if you work 8 hour shifts, please report on the last 80 hours.

Note that the word "patient" is used here in a broad sense. Interpret it to mean any person receiving your nursing care (e.g., family members as well as patients). Also, the term "illness" is used. You may need to substitute health concern or loss or some other word referring to the hospitalization experience. There are no right or wrong answers. Using a therapeutic infrequently could result from your determination that it was not appropriate for the circumstances.

1. During the past 72 (or 80) hours of providing patient care, how often have you:

	never (0 times)	rarely (about 1-2 times)	occasionally (about 3-6 times)	often (about 7-11 times)	very often (at least 12 times)
Asked a patient about how you could support his or her spiritual or religious practices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helped a patient to have quiet time or space for spiritual reflection or practices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Listened actively for spiritual themes in a patient's story of illness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assessed a patient's spiritual or religious beliefs or practices that are pertinent to health	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Listened to a patient talk about spiritual concerns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encouraged a patient to talk about how illness affects relating to God—or whatever is his or her Ultimate Other or transcendent reality	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encouraged a patient to talk about his or her spiritual coping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documented spiritual care you provided in a patient chart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discussed a patient's spiritual care needs with colleague(s) (e.g., shift report, rounds)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arranged for a chaplain to visit a patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arranged for a patient's clergy or spiritual mentor to visit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encouraged a patient to talk about what gives his or her life meaning amidst illness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encouraged a patient to talk about the spiritual challenges of living with illness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offered to pray with a patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spiritual Care of Patients - Final

Offered to read a spiritually nurturing passage (e.g., patient's holy scripture)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Told a patient about spiritual resources	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
After completing a task, remained present just to show caring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Are there any other spiritual care therapeutics that you have provided (or would have provided if appropriate)?

Yes

No

If yes (please specify):

Spiritual Care of Patients - Final

5. Conceptual Understanding of terms

1. Spirituality and religiousness are somewhat related concepts to spiritual care. In your view, which of the following statements best describes how the concepts of spirituality and religiousness are related to one another?

- Spirituality is a broader concept than religiousness and includes religiousness.
- Religiousness is a broader concept than spirituality and includes spirituality.
- Spirituality and religiousness are different and do not overlap.
- Spirituality and religiousness are the same concept and overlap completely.
- Spirituality and religiousness overlap but they are not the same concepts.

2. Which of the following statements best defines your own spirituality and religiousness?

- I am spiritual and religious.
- I am spiritual but not religious.
- I am religious but not spiritual.
- I am neither spiritual nor religious.

Spiritual Care of Patients - Final

6. Personal Spiritual Experience

The list that follows includes items you may or may not experience. Please consider if and how often you have these experiences, and try to disregard whether you feel you should or should not have them. In addition, a number of items use the word 'God'. If this word is not a comfortable one, please substitute another idea that calls to mind the divine or holy for you.

1. You may experience the following in your daily life. If so, how often?

	Many times a day	Every day	Most days	Some days	Once in a while	Never or almost never.
I feel God's presence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I experience a connection to all life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
During worship, or at other times when connecting with God, I feel joy, which lifts me out of my daily concerns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I find strength in my religion or spirituality.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I find comfort in my religion or spirituality.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel deep inner peace or harmony.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I ask for God's help in the midst of daily activities.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel guided by God in the midst of daily activities.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel God's love for me, directly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel God's love for me, through others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I am spiritually touched by the beauty of creation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel thankful for my blessings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I feel a selfless caring for others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I accept others even when they do things I think are wrong.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I desire to be closer to God or in union with Him.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. In general, how close do you feel to God?

- Not at all close
- Somewhat close
- Very close
- As close as possible

Spiritual Care of Patients - Final

3. How often do you attend church or other religious meetings?

- More than once a week
- Once a week
- A few times a month
- A few times a year
- Once a year or less
- Never

4. How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation, or Bible study?

- More than once a day
- Daily
- Two or more times a week
- Once a week
- A few times a month
- Rarely or never

5. In my life, I experience the presence of the Divine (i.e., God)

- Definitely true of me
- Tends to be true
- Unsure
- Tends to be not true
- Definitely not true

6. My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life

- Definitely true of me
- Tends to be true
- Unsure
- Tends to be not true
- Definitely not true

Spiritual Care of Patients - Final

7. I try hard to carry my religion over into all other dealings in life

- Definitely true of me
- Tends to be true
- Unsure
- Tends to be not true
- Definitely not true

Spiritual Care of Patients - Final

7. Spiritual Care and the Work Environment

1. On your unit where you work, are patients generally in need of spiritual care?

- Never
- Rarely
- Occasionally
- Often
- Very often

2. In your patient interactions, how often do spirituality/ spiritual issues come up?

- Never
- Rarely
- Occasionally
- Often
- Very often

3. In general, how comfortable are you talking about spirituality in the workplace?

- Very uncomfortable
- Somewhat uncomfortable
- Neither uncomfortable nor comfortable
- Somewhat comfortable
- Very comfortable

Spiritual Care of Patients - Final

4. In general, how comfortable do you think most of your colleagues are in talking about spirituality in the workplace?

- Very uncomfortable
- Somewhat uncomfortable
- Neither uncomfortable nor comfortable
- Somewhat comfortable
- Very comfortable

5. How supportive are your immediate supervisors when you provide spiritual care?

- Very supportive
- Somewhat supportive
- Neither supportive nor unsupportive
- Somewhat unsupportive
- Very unsupportive

6. In general, how comfortable are you when patients talk about religious issues?

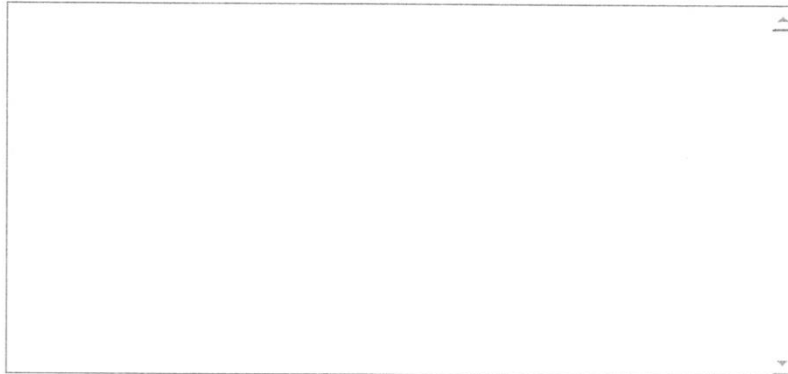
- Very uncomfortable
- Somewhat uncomfortable
- Neither uncomfortable nor comfortable
- Somewhat comfortable
- Very comfortable

Spiritual Care of Patients - Final

8. Optional open ended question

Please take a moment to think about the following question, then share your experience in the comment box below!

1. Tell me about an experience at work that greatly influenced your understanding of spirituality, positively or negatively?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their response to the question. It is positioned below the question text and has small upward and downward arrow icons in the top-right and bottom-right corners, respectively.

Spiritual Care of Patients - Final

9. Thank-you

Thank you for participating in this survey! Your contribution to this study is much appreciated!

Anexo III

**Autorização para validação da
*Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)***

Hello Silvia:

I'm Beth's colleague and since she had graciously cc'ed me in the conversation you had, I read about the exciting plans that you are exploring in Portugal. Your idea of doing a national survey through the Portuguese Nursing Council sounds fascinating as you'd be representing different levels of care from across the country. - We conducted our study at a faith-based university hospital system. This is reflected in the religious profile of the nurses. The categories for the "religious affiliation" variable may likely look a little different in your context (e.g., you likely won't have very many Seventh-Day Adventists, less other Protestants, etc.).

You asked about the survey that we used. I've attached it to this email for your orientation. More information can be found in my dissertation – Beth was one of my mentors and committee members. Not only did we use the tool for the first time and evaluated its psychometric properties, we also looked at factors related to providing spiritual care: We explored nurse demographic variables, nurse spirituality and religiousness variables, and nurses' perceptions of the workplace. We are currently working on a manuscript to get those findings into peer review. Out of the variables that were related to nurse spiritual care from a bivariate perspective, we built a multiple regression model to identify the strongest predictors for nurse spiritual care. So this gives you a little background to the questions that you find attached. This does by no means imply that using the tool requires a replica study – you may consider simplifying it, to keep it doable for your ambitious master's student. Since the process of translating and back translating adds a level of complexity to her project that I did not have to deal with, you may well consider a more simple version of the study.

Kind regards,

Iris

Iris Mamier, PhD, RN — Assistant Professor
LOMA LINDA UNIVERSITY | School of Nursing

11262 Campus Street, West Hall, Loma Linda, California 92350
office (909) 558-1000 ext. 85941 • fax (909) 558-4134

Anexo IV

**Autorização para validação da
*Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)***



**Faculty of Health Sciences
School of Nursing and Midwifery
Staffordshire University
Blackheath Lane
Stafford
ST18 0AD**

**Email: wilf.mcsherry@staffs.ac.uk
Direct line: 01785 353630
Fax: 01785 353731**

25 March 2015

Dear Silvia,

Re: SSCRS Permission – Nurses Therapeutics Spiritual Care

Thank you for the interest you have shown in using my research and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) again. I hereby give you authorisation and permission to reproduce or use the scale in your research. There is no fee for using the scale or the questionnaire; however I would appreciate if you could forward me a copy of your research findings and report when completed.

May I take this opportunity to wish you all the best with your studies. If I can be of any assistance in the future then do not hesitate to contact me again.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W McSherry'.

Professor Wilfred McSherry

**Professor in Dignity of Care for Older People
Faculty of Health Sciences**

Apêndice

Questionário

O cuidado espiritual do enfermeiro - validação de escala

Caro Sr(a) Enfermeiro(a),

Este questionário enquadra-se numa dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, da autoria da mestranda Susana Santos, orientada pela Prof. Doutora Sílvia Caldeira e pelo Prof. Doutor Manuel Luís Capelas. O estudo tem como objetivo validar a escala, já traduzida para português europeu como "Escala de Cuidado Espiritual Terapêutico de Enfermagem", cuja versão original se intitula "Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale", da autoria de Elizabeth Taylor e de Iris Mamier.

Vimos convidá-lo a preencher o questionário, enquanto enfermeiro(a) em cuidados paliativos, e agradecemos a sua colaboração e tempo dedicado ao preenchimento (aproximadamente 15 minutos). É constituído por 4 seções: na primeira encontra a introdução; na segunda, as questões de caracterização; na terceira, a escala a validar; e na quarta, uma escala já validada que avalia a percepção sobre a espiritualidade e cuidado espiritual. O questionário é anónimo e são solicitados dados demográficos para melhor compreensão dos resultados. Porém, os dados serão tratados globalmente. Não será solicitada qualquer informação sobre o local de trabalho, mas apenas a confirmação de que trabalha em cuidados paliativos. Os dados serão divulgados sob a forma de dissertação, artigos, comunicações orais ou pósteres, mas com a garantia de anonimato. As suas respostas são muito importantes para a realização deste estudo. Não há respostas certas ou erradas. Apenas solicitamos que responda de acordo com o que verdadeiramente sente, pensa ou faz.

Por favor atenda às seguintes informações antes de responder:

- Para seleccionar a frequência com que utiliza as seguintes atividades: Se realiza turnos de 12h, por favor baseie-se nas últimas 72h de trabalho como base para a resposta; se realiza turnos de 8 horas, baseie-se nas últimas 80 horas. No caso de realizar ambos, baseie-se nas últimas 80h.
- A expressão "doente" é utilizada neste instrumento com um sentido lato. Sendo esta interpretada como "qualquer pessoa alvo dos cuidados de enfermagem" (ex.: doentes/pacientes como também membros da família, incluindo o género feminino e masculino).
- O termo "doença" também será utilizado e poderá também ter de o substituir por decisões em saúde, perda, ou outras circunstâncias que requerem cuidados de enfermagem.
- A cada questão fechada equivale apenas uma resposta, todas obrigatórias, pelo que não poderá seguir sem responder à anterior.
- Algumas questões são abertas e opcionais. A sua resposta ajudar-nos-á a compreender melhor os resultados.

Se pretende participar mas ficou com dúvidas, ou se por alguma razão nos quiser contactar, por favor utiliza o e-mail: susana_crist_santos@hotmail.com.

Obrigado.

* Required

Caraterização dos participantes

1. Idade *

2. Género *

Mark only one oval.

Masculino

Feminino

3. Categoria profissional *

4. Trabalha em cuidados paliativos? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não

5. Há quanto tempo trabalha em cuidados paliativos?

6. Tem formação específica em cuidados paliativos? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não

Escala de Cuidado Espiritual Terapêutico de Enfermagem

Nas últimas 72 ou 80 horas em que prestou cuidados de enfermagem, qual a frequência com que:

7. 1. Perguntou a um doente como poderá auxiliá-lo na sua prática espiritual ou religiosa? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
 Raramente (1 - 2 vezes)
 Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
 Frequentemente (7 - 11 vezes)
 Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

8. 2. Proporcionou a um doente tranquilidade e espaço para a reflexão ou práticas espirituais? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
 Raramente (1 - 2 vezes)
 Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
 Frequentemente (7 - 11 vezes)
 Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

9. 3. Escutou ativamente temas relacionados com a espiritualidade na história de doença do doente? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

10. 4. Avaliou as crenças ou práticas religiosas/ espirituais relacionadas com a saúde? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

11. 5. Escutou o doente/ paciente falar sobre as suas preocupações espirituais? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

12. 6. Encorajou um doente a falar sobre como a doença afecta a sua relação com Deus ou Ser Superior ou Entidade Transcendente? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

13. 7. Encorajou um doente a falar sobre o seu coping espiritual? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

14. 8. Registou os cuidados espirituais que prestou no processo clínico? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

15. 9. Discutiu as necessidades espirituais de um doente com os colegas (ex: na passagem de turno)? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

16. 10. Providenciou a visita de um padre/capelão ao doente? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

17. 11. Providenciou a visita de um pastor ou mentor espiritual ao doente? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

18. 12. Encorajou um doente a falar sobre o que lhe dá sentido à vida no curso da doença? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

19. 13. Encorajou um doente a falar sobre os desafios espirituais de viver com a doença? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

20. 14. Ofereceu-se para rezar/orar com um doente? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

21. 15. Ofereceu-se para ler um texto de natureza espiritual (ex: sagrada escritura do doente)?

*

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

22. 16. Informou um doente acerca dos recursos espirituais existentes? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

23. 17. Após terminar uma tarefa, permaneceu junto do doente demonstrando cuidado? *

Mark only one oval.

- Nunca (0 vezes)
- Raramente (1 - 2 vezes)
- Ocasionalmente (3 - 6 vezes)
- Frequentemente (7 - 11 vezes)
- Muito frequentemente (pelo menos 12 vezes)

24. 18. Opcional: Existem outras coisas que o enfermeiro possa fazer pela espiritualidade do doente? Por favor, descreva:

25. 19. Por favor partilhe outros pensamentos sobre a prestação de cuidados terapêuticos espirituais que considere importantes:

Percepção sobre a espiritualidade e cuidado espiritual

Nesta parte responderá a uma escala já validada para Portugal, que pretende avaliar a percepção sobre a espiritualidade e cuidado espiritual.

26. 1. Espiritualidade e religiosidade são conceitos relacionados com o cuidado espiritual. Na sua opinião, qual das seguintes afirmações descreve da melhor maneira como os conceitos de espiritualidade e religiosidade estão relacionados? *

Mark only one oval.

- A Espiritualidade é um conceito mais amplo do que a Religiosidade e inclui Religiosidade.
- A Religiosidade é um conceito mais amplo do que a Espiritualidade e inclui Espiritualidade.
- A Espiritualidade e a Religiosidade são diferentes e não se sobrepõem.
- A espiritualidade e a religiosidade são um mesmo conceito e sobrepõem-se.
- A espiritualidade e a religiosidade sobrepõem-se mas não possuem o mesmo conceito.

27. 2. Qual das seguintes afirmações melhor define a sua espiritualidade e religiosidade? *

Mark only one oval.

- Eu sou espiritual e religioso(a).
- Eu sou espiritual mas não religioso(a).
- Eu sou religioso(a) mas não espiritual.
- Eu não sou espiritual nem religioso(a).

28. 3. Na sua unidade/serviço, os doentes estão, geralmente, com necessidade de cuidado espiritual? *

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Muitas vezes

29. 4. Em geral, quão confortável se sente quando os doentes falam acerca de assuntos religiosos? *

Mark only one oval.

- Muito desconfortável
- Um pouco desconfortável
- Nem desconfortável nem confortável
- Um pouco confortável
- Muito confortável

30. 5. Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo. *

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

31. 6. Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados. *

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

32. 7. Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e ser perdoado. *

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

33. **8. Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/ Local de Culto.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

34. **9. Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa Entidade Superior.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

35. **10. Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

36. **11. Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

37. **12. Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

38. 13. **Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

39. 14. **Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

40. 15. **Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

41. 16. **Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

42. 17. **Acredito que a espiritualidade exclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria.***

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

43. 18. Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente.*

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

44. 19. Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais.*

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

45. 20. Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos.*

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

46. 21. Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um.*

Mark only one oval.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não sei
- Concordo
- Concordo plenamente

Muito obrigado pela sua participação!
