

EDITORIAL

Palliative care and spirituality

Sebastian Moldovan¹, Daniel Hinshaw², Invited Editors

¹Orthodox Faculty of Theology, Lucian Blaga University of Sibiu, Romania/ Facultatea de Teologie Ortodoxă, Universitatea Lucian Blaga Sibiu, România

²Consultant in Palliative Medicine, Geriatrics Center & Professor Emeritus of Surgery, University of Michigan and Visiting Professor Transilvania University, Brasov, Romania

Palliative care (PC), one of the newest specialties of modern medicine, has brought one of the oldest human concerns back into the field. With an equally modern term, spirituality, it refers to that part of the personal lifeworld which addresses the question of what lies or can lie beyond the immediate known of everyday experience, both within the self and beyond, to the flow of human interactions and the cosmic environment in which we are immersed. Starting from the recognition of the multiple dimensions of the experience of suffering, in the fundamental concept of "total pain" [1, 2], PC first contributed, with others, to the launch of the three-dimensional, bio-psycho-social model in medicine, and later succeeded in gaining acceptance, as yet limited, of the fourth dimension, that of spirituality. Professional disciplines with a close affinity to PC, such as nursing, oncology, psychiatry, and clinical psychology, as well as the new "patient or person-centered" orientations in medicine, influenced by the humanistic psychology and psychotherapeutic schools, already include, to one extent or another, a concern for spirituality and spiritual care [3, 4].

The World Health Organization (WHO) is showing signs of following this trend too, albeit still timidly. In 1998, for instance, the WHO Department of Mental Health published a report on spirituality/religion/personal beliefs as a dimension of quality of life (QOL) and a manual on QOL assessment that includes this dimension [5, 6]. Subsequently, the 2014 resolution "Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course" explicitly recognizes the relevance of spirituality and its place in "comprehensive care". Without examining it separately, the resolution includes spirituality in a definition of palliative care thus: "palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual" [7]. Although there are initiatives in this regard, WHO is not yet willing to include spirituality in its general definition of health. But the way was already opened [8].

There are some major barriers to the full acceptance of spirituality and spiritual care in contemporary medicine. The first and most formidable is its conceptualization and operationalization in utilitarian terms for the purposes of clinical research and implementation, indispensable for the rigors of evidence-based medicine [9]. Spirituality seems resistant to definition and especially to a universal definition, valid over the

enormous diversity of its manifestations. Not only its intimate connection with religious traditions and faith-based practices, but also the exuberant new forms of secular spirituality seem both to argue for and at the same time undermine this universality. This is why we are witnessing in medicine spirituality's recognition and affirmation, as well as debates and even contestations. Sometimes the risk of parochialism is raised (e.g. the Christian content with which PC began) leading to marginalization or exclusion of different forms of spirituality. Others fear the risk of essentialism (postulating a *homo religious*) in which spirituality and spiritual care might be imposed upon those who do not want them at all [10]. On the other hand, the search for a universal meaning, without a specific spiritual experience, seems to lead to its reduction to a "thin", purely operational content, to procedures and protocols that identify and address whatever might be "spirituality" in patients' experience of their own ill-health condition. A similar approach has already been tried by bioethics, with uncertain results. The alternative, to recognize however a "thick" content, involves not only changing the conceptualization from "spirituality" to "spiritualities", but also endowing medical and palliative care with very diverse and robust 'cultural competencies' while acknowledging the limited relevance of the highly regarded research and validation tools such as meta-analyses and randomized controlled trials [11]. Another important aspect that PC particularly highlights is the intimate connection between spiritual and social needs, between the universe of the inner life and belonging to a human community. And here the connection of spirituality with religion - viewed sometimes with suspicion - can prove to be of particular practical relevance, with religious communities usually providing important, sometimes indispensable, support networks [12, 13].

At the heart of these difficulties in adopting spirituality - or multiple spiritualities - in medical theory and practice are the difficulties of the professionals, from all the fields of expertise involved. However, they define spirituality, they cannot recognize and address the spiritual needs of patients and carers without a minimum personal familiarity with spirituality, without skills in interacting with the diversity of spiritual manifestations of others (including colleagues), and skills in functioning in multi-disciplinary teams, which require a thorough, appropriate education, still under-represented in the prevailing medical educational system [14, 15].

Without being a substitute for systematic education, academic research makes an important contribution to it through the

literature it produces. Recently, in 2023, two renowned journals, one in the field of medicine and the other in the field of religion, published issues specifically dedicated to spiritual care in PC [16, 17]. The journal *Paliatia* also offers some material on this topic in this issue.

The first piece belongs to a chaplain priest, a professional category present in most PC units, but little represented in the research field. While the work of chaplains, lay or clerical, is already a relevant research topic, their quality as researchers is still undervalued. Chaplains represent a highly significant resource of knowledge by their proximity to the most intimate contents of the lifeworld of patients and their families, contents that are difficult to access by their very nature [18, 19, 20]. Father Florin Cristea offers us a qualitative foray into the universe of the perceptions of paediatric patients at a major children's hospital in Romania, perceptions concerning illness, suffering, fears, the thought of death and relationships with the Divine and the chaplain priest. Although life-threatening illnesses represent a severely disruptive experience in their lives, causing suffering and major fears, the children and adolescents interviewed do not appear to be overwhelmed by them, and the significant narrowing of the possibilities of manifestation specific to their age (play, school education) seems to be accompanied by a widening of the universe of concerns for those around them (parents, other fellow sufferers, friends), as well as for practices with religious content. The phenomenon of accelerated maturation noted by the author would be worth investigating further.

A second piece also belongs to a clerical chaplain, active in another PC context, in the USA, who reflects on his own activity. An autoethnographical case study, from a theological perspective specific to a particular tradition, namely the Orthodox Christian tradition, a tradition not far from the origins and the spirit of PC and the hospice movement [2, 21, 22]. Father Adrian Budica reflects on the theological foundations of his role and the ways in which it is performed. A role par excellence of mediation and connection, at the heart of which is, in fact, the ever-deepening connection with one's own heart, one's own self, both for patients, their carers, but also for members of the multidisciplinary team, including the chaplain. In this deepening of/in oneself, one can discover both one's own humility (limitations and helplessness, physical, psychological, and moral) and one's own dignity ("I am a child of God"; "image and likeness of God", in theological terms). The trajectory of a chaplain in the clinical space appears as a visitation and accompaniment of those present in this space, which connects with an invisible thread their hearts to each other and also to themselves. For Father Adrian Budica to visit means, in this space, to follow Christ where He is already hidden, which means to be visited by Him.

The PC started from the very beginning with a fundamental concern for how patients affected by life-threatening illnesses feel and express their own situation. Dame Cicely Saunders made extensive use of the narrative method, transcribing thousands of pages of testimonies from those being cared for, which led her to the concept of "total pain" [2]. Narrative methods represent a going beyond and complementing of the "medical history" by developing it in all four dimensions of human experience, but not only for a symptomatologic search for illness, but for a search for meaning and coherence of personal experience in its entirety. In the third piece of this

thematic volume, professor Ovidiu Gavrilovici gives a brief presentation of narrative methods, this time from the perspective of their rediscovery in medicine and psychology via psychotherapy. Two methods of narrative practice are illustrated, on either side of the often traumatic experience of death and dying. Although, for the patient, PC ends with death, for those left behind the experience continues with mourning and grief, their remembering being both a cause for grief and an opportunity for companionship and care [23].

A fourth piece is a welcome literature review on the sensitive issues raised by communication between the interdisciplinary team, parents/carers and patients about end-of-life care and death in the paediatric oncology context. Doctor Olivia Drinca provides a welcome addition to the first material, from the perspectives of the experiences of all those affected and involved in paediatric PC. Interest in systematic research into these issues is rightly growing. On a more general level, communication is undoubtedly not only an indispensable means of our coexistence and coaction, but also a place where spirituality and spiritual care are manifested par excellence (and not only verbal, but also non-verbal, through gestures and touch). It is admirable how wholeness and coherence (in a dynamic sense, as positive, fulfilling experiences, but also as negative, emptying experiences) can be expressed in narrative and storytelling (with its sayings and non-sayings). Spirituality - as a dimension that accounts for meaning, coherence, wholeness, integration, connection with the self and the beyond - and its approach through spiritual care also benefit from communication research and contribute to its facilitation.

A medical clinical case study and a section of book reviews, also dedicated to spirituality in PC, complete this thematic issue, which can be considered only a start, as *Paliatia* launches, on this occasion, a call to all interested professionals to form a national support network to promote the recognition of the role and improvement of the integration of spiritual care in PC, both through research, educational and administrative approaches.

The invited editors of this issue express their gratitude to the editorial and technical team for the wonderful collaboration offered!

Îngrijirea paliativă și spiritualitatea

Îngrijirea paliativă (IP), una dintre cele mai noi specialități ale medicinei moderne, a reădus în actualitate una dintre cele mai vechi preocupări umane. Cu un termen de asemenea modern, spiritualitatea, aceasta se referă la acea parte a vieții personale care abordează problema a ceea ce se află, sau poate să se afle, dincolo de ceea ce ne este imediat cunoscut din experiența cotidiană, atât în interiorul sinelui, cât și dincolo de sine, în fluxul interacțiunilor umane și în mediul cosmic în care suntem scufundați. Pornind de la recunoașterea multiplelor dimensiuni ale experienței suferinței, în conceptul fundamental de „durere totală” [1, 2], IP a contribuit, mai întâi, alături de alții, la introducerea modelului tridimensional bio-psiho-social, în medicină, iar mai târziu a reușit să obțină acceptarea, încă limitată, a celei de-a patra dimensiuni, cea a spiritualității. Disciplinele profesionale cu o afinitate strânsă cu IP, cum ar fi asistența medicală, oncologia, psihiatria și psihologia clinică,

precum și noile orientări „centrate pe pacient sau pe persoană, influențate de școlile de psihologie umanistă și psihoterapeutică, includ deja, într-o măsură sau alta, o preocupare pentru spiritualitate și îngrijire spirituală [3, 4].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) pare să se alinieze la această direcție, chiar dacă încă timid. În 1998, de exemplu, Departamentul de Sănătate Mintală al OMS a publicat un raport privind spiritualitatea/religia/credințele personale ca dimensiune a calității vieții (QOL) și un manual privind evaluarea QOL care include această dimensiune [5, 6]. Ulterior, rezoluția din 2014 „Consolidarea îngrijirii paliative ca o componentă a îngrijirii complete pe tot parcursul vieții” recunoaște în mod explicit relevanța spiritualității și locul acesteia în „îngrijirea completă”. Fără să o examineze separat, rezoluția include spiritualitatea într-o definiție a îngrijirii paliative, astfel „îngrijirea paliativă este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților (adulți și copii) și a familiilor acestora care se confruntă cu problemele asociate bolilor amenințătoare de viață, prin prevenirea și alinarea suferinței, prin identificarea timpurie și prin evaluarea și tratamentul corect al durerii și al altor probleme, fie ele fizice, psihosociale sau spirituale” [7]. Deși există inițiative în acest sens, OMS nu este încă dispusă să includă spiritualitatea în definiția sa generală a sănătății. Dar calea a fost deja deschisă [8].

Există câteva bariere majore în calea acceptării depline a spiritualității și a îngrijirii spirituale în medicina contemporană. Cea mai importantă dintre acestea este dificultatea conceptualizării și operaționalizării în scopul cercetării și al implementării clinice, indispensabile pentru rigorile medicinei bazate pe dovezi [9]. „Spiritualitatea” pare rezistentă la definire și mai ales la o definiție universală, valabilă peste diversitatea enormă a manifestărilor sale. Nu doar legătura sa intimă cu tradițiile religioase și practicile bazate pe credință, ci și noile forme exuberante de spiritualitate seculară par să argumenteze și, în același timp, să submineze această universalitate. Acesta este motivul pentru care asistăm în medicină la recunoașterea și afirmarea spiritualității, dar și la dezbateri și chiar contestări. Uneori se evidențiază riscul parohialismului (de exemplu, conținutul creștin cu care a înțeles IP), ceea ce poate duce la marginalizarea sau excluderea unor forme de spiritualitate. Alții se tem de riscul esențialismului (postularea unui *homo religios*), prin care spiritualitatea și îngrijirea spirituală ar putea fi impuse celor care nu le doresc deloc. [10] Pe de altă parte, căutarea unui sens universal, fără o experiență spirituală specifică, pare să ducă la reducerea acesteia la un conținut „subțire”, pur operațional, la proceduri și protocoale care identifică și abordează orice ar putea fi „spiritualitatea” în experiența pacienților cu privire la propria lor stare de nesănătate. O abordare similară a fost deja încercată de bioetică, cu rezultate incerte. Alternativa, de a recunoaște totuși un conținut substanțial, implică nu numai schimbarea conceptualizării din „spiritualitate” în „spiritualități”, ci și înzestrarea îngrijirii medicale și paliative cu „competențe culturale” foarte diverse și solide, recunoscând în același timp relevanța limitată a unor instrumente de cercetare și validare foarte apreciate, cum ar fi meta-analizele și studiile controlate randomizate. [11]

Un alt aspect important pe care IP îl evidențiază în mod deosebit este legătura intimă dintre nevoile spirituale și cele sociale, dintre universul vieții interioare și apartenența la o

comunitate umană. Și aici, legătura dintre spiritualitate și religie - privită uneori cu suspiciune - se poate dovedi deosebit de relevantă din punct de vedere practic, comunitățile religioase oferind de obicei rețele de sprijin importante, uneori indispensabile. [12, 13]

În centrul acestor dificultăți în adoptarea spiritualității - sau a spiritualităților multiple - în teoria și practica medicală se află dificultățile profesioniștilor, din toate domeniile de expertiză implicate. Indiferent cum definesc spiritualitatea, ei nu pot recunoaște și aborda nevoile spirituale ale pacienților și ale îngrijitorilor fără o minimă familiaritate personală cu spiritualitatea, fără abilități de interacțiune cu diversitatea manifestărilor spirituale ale celorlalți (inclusiv ale colegilor) și fără abilități de funcționare în echipe multidisciplinare, care necesită o educație temeinică și adecvată, încă subreprezentată în sistemul educațional medical predominant. [14, 15]

Fără a fi un substitut pentru educația sistematică, cercetarea academică aduce și o contribuție importantă la aceasta prin literatura pe care o produce. Recent, în 2023, două reviste de renume, una din domeniul medicinei și cealaltă din domeniul religiei, au publicat numere dedicate în mod special îngrijirii spirituale în IP. [16, 17] Revista *Paliatia* oferă și ea câteva materiale pe această temă în acest număr.

Primul articol aparține unui preot misionar de caritate (capelan), o categorie profesională prezentă în majoritatea unităților de IP, dar puțin reprezentată în domeniul cercetării. Deși activitatea capelanilor, laici sau clerici, este deja un subiect de cercetare relevant, calitatea lor de cercetători este încă subestimată. Capelanii reprezintă o resursă de cunoaștere extrem de importantă prin proximitatea lor față de aspectele cele mai intime ale lumii vieții pacienților și a familiilor acestora, aspecte care sunt greu accesibile prin însăși natura lor. [18, 19, 20] Părintele Florin Cristea ne oferă o incursiune calitativă în universul percepțiilor pacienților pediatriei de la un mare spital de copii din România, percepții referitoare la boală, suferință, temeri, gândul morții și relația cu Divinitatea și cu preotul capelan. Deși bolile care le amenință viața reprezintă o experiență grav perturbatoare în viața lor, provocând suferință și temeri majore, copiii și adolescenții intervievați nu par a fi copleșiți de acestea, iar restrângerea semnificativă a posibilităților de manifestare specifice vârstei lor (jocul, educația școlară) pare să fie însoțită de o lărgire a universului de preocupări pentru cei din jur (părinți, alți colegi de suferință, prieteni), precum și pentru practicile cu conținut religios. Fenomenul de maturizare accelerată remarcat de autor ar merita să fie investigat în continuare.

Al doilea articol aparține tot unui capelan cleric, activ într-un alt context IP, în SUA, care reflectează asupra propriei sale activități. Un studiu de caz autoetnografic, dintr-o perspectivă teologică specifică unei anumite tradiții, și anume tradiția creștină ortodoxă, tradiție care nu este departe de originile și de spiritul IP și al mișcării hospice [2, 21, 22]. Părintele Adrian Budică reflectează asupra fundamentelor teologice ale rolului său și asupra modalităților de îndeplinire a acestuia. Un rol prin excelență de mediere și de conectare, în centrul căruia se află, de fapt, conectarea tot mai profundă cu propria inimă, cu propriul sine, atât pentru pacienți, cât și pentru îngrijitorii acestora, dar și pentru membrii echipei multidisciplinare, inclusiv pentru capelan. În această aprofundare de/în sine, se poate descoperi atât propria smerenie (limitări și neputințe,

fizice, psihologice și morale), cât și propria demnitate („sunt un copil al lui Dumnezeu”; „chip și asemănare a lui Dumnezeu”, în termeni teologici). Traectoria unui capelan în spațiul clinic apare ca o vizită și o însoțire a celor prezenți în acest spațiu, care leagă cu un fir invizibil inimile lor între ele, dar și de ele însele. Pentru părintele Adrian Budică a vizita înseamnă, în acest spațiu, a-L urma pe Hristos acolo unde El este deja ascuns, ceea ce înseamnă, totodată, a fi vizitat de El.

IP a pornit de la bun început de la o preocupare fundamentală pentru modul în care pacienții afectați de boli care le amenință viața se simt și își exprimă propria situație. Dame Cicely Saunders a folosit pe scară largă metoda narativă, transcriind mii de pagini de mărturii ale celor îngrijiți, ceea ce a condus-o la conceptul de „durere totală”. [2] Metodele narative reprezintă o depășire și o completare a „istoricului medical”, dezvoltându-l în toate cele patru dimensiuni ale experienței umane, dar nu doar pentru o căutare simptomatologică a bolii, ci pentru o căutare a sensului și a coerenței experienței personale în ansamblul ei. În cea de-a treia piesă a acestui volum tematic, profesorul Ovidiu Gavrilovici face o scurtă prezentare a metodelor narative, de data aceasta din perspectiva redescoperirii lor în medicină și psihologie prin intermediul psihoterapiei. Sunt ilustrate două metode narative, de o parte și de alta a experienței adesea traumatizante a morții și a muribundului. Deși, pentru pacient, IP se încheie cu moartea, pentru cei rămași în urmă experiența continuă cu doliul și durerea, amintirea lor fiind atât un motiv de suferință, cât și o oportunitate de însoțire și îngrijire. [23]

Un al patrulea articol este o trecere în revistă a literaturii de specialitate referitoare la problemele sensibile ridicate de comunicarea dintre echipa interdisciplinară, părinți/îngrijitori și pacienți cu privire la îngrijirea la sfârșitul vieții și la moarte în contextul oncologiei pediatrie. Doctorul Olivia Drinca aduce o completare binevenită la primul material, din perspectiva experiențelor tuturor celor afectați și implicați în IP pediatrică. Interesul pentru cercetarea sistematică a acestor aspecte este în creștere, pe bună dreptate. La un nivel mai general, comunicarea este, fără îndoială, nu numai un mijloc indispensabil al coexistenței și coacțiunii noastre, ci și un loc în care spiritualitatea și îngrijirea spirituală se manifestă prin excelență (și nu numai verbal, ci și nonverbal, prin gesturi și atingere). Este admirabil modul în care plenitudinea și coerența (în sens dinamic, ca experiențe pozitive, de împlinire, dar și ca experiențe negative, de golire) pot fi exprimate în narațiune și în povestire (cu zicerile și ne-zicerile sale). Spiritualitatea - ca dimensiune ce ține cont de sens, coerență, plenitudine, integrare, conexiune cu sine și cu lumea de dincolo - și abordarea acesteia prin intermediul îngrijirii spirituale, beneficiază, de asemenea, de cercetarea în domeniul comunicării și contribuie la facilitarea acesteia.

Un studiu de caz clinic și câteva recenzii de carte, dedicate și acestor spiritualități în context medical, încheie acest număr tematic, care poate fi, însă, considerat doar un început, deoarece *Paliatia* lansează, cu această ocazie, un apel către toți profesioniștii interesați să formeze o rețea națională de sprijin pentru a promova recunoașterea rolului și îmbunătățirea integrării îngrijirii spirituale în IP, atât prin cercetare, cât și prin demersuri educaționale și administrative.

Editorii invitați ai acestui număr își exprimă, și pe această cale, gratitudinea față de echipa de redacție și tehnoredactare pentru minunata colaborare oferită!

References:

1. Saunders C. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers' Journal*. 1964; 4(4): 68-73.
2. Clark D. Cicely Saunders: A life and legacy. Oxford University Press; 2018.
3. Timmins F, Caldeira S, editors. *Spirituality in healthcare: Perspectives for innovative practice* Cham: Springer; 2019.
4. Silbermann M, Berger A, editors. *Global perspectives in cancer care: religion, spirituality, and cultural diversity in health and healing*. Oxford University Press; 2022.
5. World Health Organization. *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*; 1998. <https://iris.who.int/handle/10665/70897> (accessed 15.01.2024).
6. World Health Organization. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*; 2012. <https://www.who.int/tools/whoqol> (accessed 15.01.2024).
7. World Health Organization. Resolution WHA67.19: Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course; 2014. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (accessed 15.01.2024).
8. Peng-Keller S, Winiger F, Rauch R. *The spirit of global health: the World Health Organization and the spiritual dimension of health, 1946-2021*. Oxford University Press; 2022.
9. Kruizinga R, Scherer-Rath M, Schilderman HJ, Puchalski CM, van Laarhoven HH. Toward a fully fledged integration of spiritual care and medical care. *Journal of pain and symptom management*. 2018; 55(3): 1035-1040. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.11.015>.
10. Lundberg E, Öhlén J, Dellenborg L, Ozanne A, Enstedt D. Deconstructing spiritual care: Discursive underpinnings within palliative care research. *Nursing Inquiry*. 2024, e12622. <https://doi.org/10.1111/nin.12622>
11. Gijsberts MJH, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*. 2019; 7(2): 25. <https://doi.org/10.3390/medsci702025>.
12. Mills J, Abel J, Kellehear A, Noonan K, Bollig G, Grindod A et al. The role and contribution of compassionate communities. *The Lancet*. 2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02269-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02269-9)
13. Idler E, Jalloh MF, Cochrane J, Blevins J. Religion as a social force in health: complexities and contradictions. *BMJ* 2023; 382: e076817. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076817>.
14. Hinshaw DB, Carnahan JM, Breck J, Mosoiu N, Mosoiu D. Spiritual issues in suffering: creating a dialogue between clergy and palliative care providers. *Progress in Palliative Care*. 2011; 19(1): 7-14. <https://doi.org/10.1179/174329111X12967522394254>.
15. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*. 2020; 19(1): 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4>
16. Quinn B, Connolly M. Spirituality in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2023; 22:1. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>
17. Best MC, Vivat B, Gijsberts MJ. *Spiritual Care in Palliative Care*. Religions. 2023; 14(3): 320. <https://doi.org/10.3390/rel14030320>
18. Cadge W. Healthcare chaplaincy as a companion profession: Historical developments. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2019; 25(2): 45-60. <https://doi.org/10.1080/08854726.2018.1463617>
19. den Toom N, Visser A, Körver J, Walton MN. The perceived impact of being a chaplain-researcher on professional practice. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2024; 30(1): 19-32. <https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2132036>.
20. Fitchett G. The State of the art in chaplaincy research: Needs, resources and hopes. In: Kruizinga R, Körver J, Den Toom JN, Walton MN, Stoutjesdijk M, editors. *Learning from case studies*

- in chaplaincy. Towards practice based evidence & professionalism Utrecht: Eburon; 2020. p. 21–35.
21. Clark D. Cicely Saunders: founder of the hospice movement: selected letters 1959-1999. Oxford University Press; 2005.
 22. Bouri M. Medicine, Suffering and Death: Palliation and the Ethics of Caring for Those We Cannot Cure. In: Kampakis K, Haralambos V, editors. Orthodox Christianity and Modern Science: Past, Present and Future, Brepols Publishers; 2022. p. 83-117.
 23. Hedtke L, Winslade J. Remembering lives: Conversations with the dying and the bereaved. Routledge. 2017.