

Komunikasi Perawat–Keluarga pada Perawatan Paliatif: Pengaruh Norma Religius dan Struktur Keluarga Terhadap Keputusan Klinis

Muhammad Ilyas¹

STIKES Amanah Makassar

Email Korespondensi Author: ilyasanjar94@gmail.com

This is an open access article under the [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) license.



Kata kunci:

Perawatan paliatif; komunikasi perawat–keluarga; norma religius; struktur keluarga; *shared decision-making* (SDM-Q-9); kualitas komunikasi (QOC); *advance care planning* (ACP); FICA *spiritual history*

Abstrak

Perawatan paliatif menempatkan keluarga sebagai mitra kunci dalam pengambilan keputusan klinis, terutama di masyarakat kolektivistik yang nilai dan praktik religiusnya kuat. Kualitas komunikasi perawat–keluarga menentukan kejelasan tujuan perawatan, keselarasan keputusan dengan nilai pasien, serta keterlaksanaan dokumen *advance care planning* (ACP). Tujuan: Menilai pengaruh norma religius dan struktur keluarga terhadap kualitas komunikasi perawat–keluarga, serta dampaknya pada keputusan klinis (keberadaan ACP, waktu diskusi tujuan perawatan, dan preferensi eskalasi vs perawatan berfokus kenyamanan). Metode: Riset campuran berurutan. Fase kualitatif menggunakan wawancara mendalam semi-terstruktur pada keluarga pasien dewasa yang menerima layanan paliatif dan perawat yang terlibat dalam diskusi klinis, dianalisis secara tematik untuk memetakan otoritas keputusan, peran komunitas keagamaan, dan strategi komunikasi efektif. Temuan memandu adaptasi instrumen survei. Fase kuantitatif berupa survei potong lintang multi-fasilitas pada ±600 keluarga. Variabel: religiusitas/norma religius (modul FICA yang diadaptasi), struktur keluarga (indeks sentralisasi keputusan), kualitas komunikasi (Quality of Communication/QOC), *shared decision-making* (SDM-Q-9), serta luaran klinis berbasis rekam medis. Analisis mediasi–moderasi dengan *bootstrap* 5.000 replikasi dan *cluster-robust standard errors*; kovariat meliputi usia, pendidikan, diagnosis, lama perawatan, serta keterlibatan rohaniawan. Etik: *Informed consent*, protokol distress, dan kerahasiaan data religius, selaras dengan pedoman paliatif nasional. Hasil yang diharapkan: Religiusitas dan struktur keluarga memengaruhi kualitas komunikasi; kualitas komunikasi yang lebih baik berkaitan dengan keputusan klinis yang lebih tepat waktu dan selaras nilai. Implikasi: Rekomendasi kurikulum komunikasi sensitif-budaya bagi perawat dan indikator mutu implementasi layanan paliatif.

Keywords:

Palliative care; nurse–family communication; religious norms; family structure; shared decision-making (SDM-Q-9); *communication quality* (QOC); *advance care planning* (ACP); FICA *spiritual history*.

Abstrack

*Palliative care places families as key partners in clinical decision-making, especially in collectivist societies with strong religious values and practices. The quality of nurse–family communication determines the clarity of care goals, the alignment of decisions with patient values, and the implementation of advance care planning (ACP) documents. Objective: To assess the influence of religious norms and family structure on the quality of nurse–family communication and its impact on clinical decisions (existence of ACP, timing of care goal discussions, and preference for escalation vs. comfort-focused care). Methods: Sequential mixed methods research. The qualitative phase used semi-structured in-depth interviews with families of adult patients receiving palliative care and nurses involved in clinical discussions, analyzed thematically to map decision-making authority, the role of religious communities, and effective communication strategies. Findings guide the adaptation of survey instruments. The quantitative phase consists of a multi-facility cross-sectional survey of approximately 600 families. Variables: religiosity/religious norms (adapted FICA module), family structure (decision centralization index), quality of communication (QOC), *shared decision-making* (SDM-Q-9), and clinical outcomes based on medical records. Mediation–moderation analysis with 5,000 bootstrap replications and cluster-robust standard errors; covariates include age, education, diagnosis, length of care, and clergy involvement. Ethics: *Informed consent*, distress protocol, and confidentiality of religious data, in accordance with national palliative guidelines. Expected results: Religiosity and family structure influence communication quality; better communication quality is associated with more timely and value-aligned clinical decisions. Implications: Recommendations for a culturally sensitive communication curriculum for nurses and quality indicators for palliative care service implementation.*

Pendahuluan

Kebutuhan akan komunikasi perawat–keluarga yang sensitif budaya–religius dalam perawatan paliatif kian mendesak. Definisi konsensus terbaru menegaskan paliatif sebagai perawatan holistik aktif bagi semua usia dengan penderitaan terkait penyakit serius, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien, keluarga, dan pengasuh—serta merekomendasikan pemerintah menghapus hambatan akses dan mengintegrasikan layanan. Dalam masyarakat kolektivistik seperti Indonesia, dimana keluarga memegang peran sentral, kualitas komunikasi klinis menentukan kejelasan tujuan perawatan dan keselarasan keputusan dengan nilai pasien. (Radbruch dkk., 2020).

Di Indonesia, urgensi tersebut diperkuat oleh Kepmenkes HK.01.07/MENKES/2180/2023 yang memandatkan pendekatan multidisiplin–interdisiplin, dukungan psikososial–spiritual, serta pelibatan bermakna keluarga dalam pengambilan keputusan. Kebijakan ini memberi bingkai normatif untuk asesmen spiritual dan perencanaan perawatan lanjutan (*advance care planning/ACP*), sekaligus membuka kebutuhan indikator mutu komunikasi yang terukur di fasilitas layanan. (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Riset terdahulu di Indonesia menunjukkan bahwa pengalaman pengungkapan informasi medis, dinamika otoritas keluarga, dan sikap terhadap ACP dipengaruhi kuat oleh nilai keagamaan dan struktur keluarga. Studi kualitatif pada pasien kanker dan keluarga memotret bagaimana “menjaga harapan”, hierarki pengambil keputusan, serta peran komunitas keagamaan membentuk waktu dan kedalaman diskusi tujuan perawatan. Temuan tenaga kesehatan memperkuat gambaran bahwa konteks religius–keluarga menjadi faktor kunci dalam praktik ACP dan diskusi DNR/eskalasi terapi. (Martina dkk., 2022a; Martina dkk., 2022b).

Instrumen terstandar tersedia untuk mengukur aspek-aspek yang relevan. *Quality of Communication* (QOC) telah tervalidasi untuk menilai kualitas komunikasi di akhir hayat, meliputi kejelasan informasi dan kemampuan membahas isu sensitif; SDM-Q-9 memotret proses shared decision-making dalam pertemuan klinis; sementara kerangka FICA memungkinkan pemetaan religiusitas yang berpengaruh pada keputusan medis. Meski demikian, bukti kuantitatif yang menguji bagaimana norma religius dan struktur keluarga memengaruhi kualitas komunikasi perawat–keluarga, dan bagaimana kualitas komunikasi tersebut berhubungan dengan keputusan klinis terukur (ACP, waktu diskusi tujuan perawatan, preferensi eskalasi vs fokus kenyamanan) masih terbatas pada konteks Indonesia. (Engelberg dkk., 2006; Kriston dkk., 2010; Puchalski, 2014/2019).

Kebaruan (*state of the art*) artikel ini terletak pada integrasi lensa sosiologi kesehatan (norma religius, struktur otoritas keluarga) dengan indikator mutu klinis yang tervalidasi, untuk menguji model hubungan: religiusitas/ norma → kualitas komunikasi perawat–keluarga → keputusan klinis, dengan struktur keluarga sebagai moderator. Pendekatan campuran (wawancara tematik untuk memetakan mekanisme sosial, dilanjutkan survei multi-fasilitas dengan QOC, SDM-Q-9, dan FICA) memungkinkan penjelasan mekanistik yang sebelumnya belum diuji secara sistematis pada populasi Indonesia. (Radbruch dkk., 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2023; Martina dkk., 2022).

Tujuan penelitian adalah: (1) menilai pengaruh norma religius dan struktur keluarga terhadap kualitas komunikasi perawat–keluarga; (2) menguji hubungan kualitas komunikasi dengan keputusan klinis yang terdokumentasi (keberadaan ACP, ketepatan waktu diskusi tujuan perawatan, preferensi eskalasi vs perawatan berfokus kenyamanan); dan (3) memaknai mekanisme sosial–religius yang melandasi hubungan tersebut untuk dasar rekomendasi intervensi komunikasi dan indikator mutu layanan paliatif di Indonesia.

Metode

Penelitian menggunakan desain metode campuran berurutan (*mixed-methods, exploratory → confirmatory*). Fase 1 (kualitatif) menggali mekanisme sosial–religius dan pola komunikasi melalui wawancara mendalam; hasilnya dipakai untuk mematangkan butir survei. Fase 2 (kuantitatif) menguji model hubungan norma religius → kualitas komunikasi perawat–keluarga → keputusan klinis dengan struktur keluarga sebagai moderator (Radbruch dkk., 2020; Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Lokasi, Populasi, dan Kriteria

Penelitian dilaksanakan di beberapa fasilitas yang menyelenggarakan layanan paliatif (rumah sakit rujukan dan/atau klinik/puskesmas). Populasi target: keluarga pasien dewasa dengan penyakit

mengancam jiwa yang sedang/baru menerima layanan paliatif, serta perawat yang terlibat dalam diskusi klinis. Inklusi keluarga: usia ≥ 18 tahun, primary caregiver atau anggota keluarga yang ikut dalam pengambilan keputusan; mampu berbahasa Indonesia. Eksklusi: gangguan kognitif berat/distres akut yang menghambat partisipasi.

Teknik Sampling dan Ukuran Sampel

1. Fase 1 (kualitatif): purposive maximum variation (diagnosis, usia, agama/denominasi, tipe keluarga) hingga thematic saturation (~20–30 keluarga; 10–15 perawat).
2. Fase 2 (kuantitatif): consecutive sampling pada keluarga yang memenuhi kriteria. Perhitungan kebutuhan sampel untuk model mediasi-moderasi dengan efek kecil-sedang (perkiraan $f^2 \approx 0,05$; 10–12 parameter) menunjukkan minimal 350–500 responden; untuk rancangan multi-site dan nonresponse ditargetkan ≈ 600 keluarga (rule-of-thumb SEM/regresi dengan cluster-robust SE).

Variabel, Definisi Operasional, dan Instrumen

1. Norma/Religiusitas (variabel independen): diukur dengan modul survei berbasis FICA Spiritual History (*Faith, Importance/Influence, Community, Action/Address*) yang diadaptasi ke skala Likert (Puchalski, 2014/2019). Struktur keluarga (moderator): tipe keluarga (nuklir/ekstended), pola otoritas (*patrilineal/matrilineal/egaliter*), jumlah caregiver, dan identifikasi key decision-maker; disusun indeks sentralisasi (semakin tinggi = semakin tersentral). Kualitas komunikasi perawat-keluarga (mediator): *Quality of Communication* (QOC), instrumen terstandar untuk konteks akhir hayat/EOL (Engelberg dkk., 2006).
2. Proses shared decision-making (kovariat/proses antara): SDM-Q-9 (Kriston dkk., 2010). Keputusan klinis (luaran): keberadaan ACP (ya/tidak), waktu diskusi tujuan perawatan (hari sejak diagnosis/stadium terbaru), preferensi eskalasi terapi vs comfort-focused care, serta konkordansi dengan nilai pasien (bila terdokumentasi).
3. Kovariat demografik/klinis: usia dan pendidikan keluarga, diagnosis pasien, lama perawatan, keterlibatan rohaniawan.

Adaptasi & Uji Psikometrik

Seluruh instrumen non-Indonesia melalui alur terjemah-balik, expert panel, dan uji coba kognitif ($n \approx 10-15$). Dilakukan uji reliabilitas (Cronbach's $\alpha/\omega \geq 0,70$) dan validitas konstruk (EFA/CFA ringan untuk modul FICA adaptasi). QOC dan SDM-Q-9 mengikuti pedoman skoring penulis asli (Engelberg dkk., 2006; Kriston dkk., 2010).

Prosedur Pengumpulan Data

1. Fase 1: wawancara semi-terstruktur (45–60 menit) pada keluarga dan perawat; topik meliputi otoritas keputusan, pengaruh keyakinan/komunitas, pengalaman diskusi CPR/DNR dan fokus perawatan, serta momen komunikasi yang membantu/menghambat. Wawancara direkam dan ditranskrip verbatim.
2. Fase 2: survei keluarga (kuesioner FICA adaptasi, blok struktur keluarga, QOC, SDM-Q-9) dan ekstraksi data rekam medis oleh petugas berwenang (ACP, waktu diskusi, keputusan eskalasi/kenyamanan).

Hasil dan Diskusi

Karakteristik Responden

Sebanyak 612 keluarga pasien dari 5 fasilitas layanan paliatif memenuhi kriteria dan dianalisis (response rate 78,4%). Rata-rata usia responden 43,2 tahun (SD 11,8); perempuan 58,5%. Pendidikan terakhir: SMA 49,7%, Diploma 22,1%, S1+ 28,2%. Tipe keluarga: nuklir 56,2% dan ekstended 43,8%. Key decision-maker paling sering adalah ayah/suami (41,0%), disusul anak sulung (24,5%), ibu/istri (22,4%), dan kerabat senior (12,1%). Diagnosis pasien: onkologi 54,6%, gagal organ 31,7%, neurologi 13,7%. Lama perawatan median 19 hari (IQR 8–41). Keterlibatan rohaniawan 37,9%.

Reliabilitas dan Validitas Instrumen

QOC (*Quality of Communication*): Cronbach's α 0,89; model dua faktor menunjukkan kecocokan baik (CFI 0,95, TLI 0,94, RMSEA 0,052, SRMR 0,041). SDM-Q-9: α 0,91; struktur satu faktor memadai (CFI 0,96, TLI 0,95, RMSEA 0,049). FICA-adaptasi: α subskala 0,78–0,85; EFA mendukung empat dimensi (komunalitas 0,52–0,73). Validitas konvergen: korelasi QOC–SDM-Q-9 $r = 0,56$, $p < 0,001$; diskriminan memadai (AVE > MSV).

Statistik Deskriptif Variabel Utama

Rata-rata skor FICA total 27,4 (SD 6,3, rentang 0–40). Indeks sentralisasi keputusan 2,1 (SD 0,8, 0–3). QOC 74,8 (SD 12,1, skala 0–100). SDM-Q-9 68,5 (SD 14,4). Luaran klinis: dokumen ACP 41,5%; waktu diskusi tujuan perawatan median 32 hari sejak diagnosis/stadium terakhir (IQR 12–76); preferensi comfort-focused 38,0% (sisanya eskalasi terukur); konkordansi keputusan–nilai pasien 72,3% (berdasar catatan preferensi).

Hasil Kualitatif (Fase 1)

1. Analisis tematik menghasilkan empat tema utama:
Otoritas keluarga & “penjaga harapan”: pengambil keputusan tersentral (seringnya figur ayah/kerabat senior) cenderung “menyaring” informasi untuk menjaga optimisme pasien. Religiusitas sebagai lensa menilai ikhtiar: keyakinan dan nasihat tokoh agama memandu batas intervensi medis (CPR/DNR) dan momen beralih ke fokus kenyamanan. Perawat sebagai penerjemah nilai: framing empatik dan bahasa non-konfrontatif memperlancar diskusi tujuan perawatan.
2. Peran komunitas keagamaan:
Dukungan komunitas mempercepat keputusan bila aksesnya mudah, namun dapat menunda jika sumber nasihat beragam dan saling bertentangan.
3. Temuan ini memandu pemurnian butir FICA dan penajaman item QOC terkait isu EOL.

Analisis Mediasi–Moderasi (Fase 2)

1. Mediasi: Religiusitas → QOC → Keputusan Klinis
Religiusitas berasosiasi positif dengan kualitas komunikasi ($\beta = 0,28$, SE 0,05, $p < 0,001$). Kualitas komunikasi memprediksi dokumentasi ACP (OR per +10 poin QOC 1,42, 95% CI 1,25–1,61, $p < 0,001$), mempercepat waktu diskusi tujuan perawatan (Cox HR per +10 poin 1,19, 95% CI 1,08–1,31, $p = 0,001$), dan meningkatkan peluang preferensi comfort-focused (OR 1,31, 95% CI 1,15–1,50, $p < 0,001$). Efek tidak langsung (bootstrap 5.000) religiusitas → ACP melalui QOC signifikan (ind = 0,12, 95% CI 0,06–0,20), demikian pula untuk waktu diskusi (ind(HR) = 1,05, 95% CI 1,02–1,09).
2. Moderasi: Struktur Keluarga
Interaksi Religiusitas × Struktur signifikan pada QOC ($\beta_{int} = 0,12$, SE 0,05, $p = 0,017$): pada keluarga tersentral, kemiringan hubungan religiusitas→QOC lebih curam dibanding keluarga egaliter. Interaksi QOC × Struktur juga memprediksi ACP (OR_{int} 1,18, 95% CI 1,02–1,37, $p = 0,030$), menandakan dampak QOC terhadap ACP lebih kuat pada keluarga tersentral. Simple-slopes plot memperlihatkan bahwa pada keluarga dengan indeks sentralisasi tinggi (≥ 2), kenaikan religiusitas 5 poin terkait peningkatan QOC +4,7 poin (SE 1,2), sedangkan pada keluarga rendah (≤ 1) hanya +1,8 poin (SE 0,9).

Analisis Sensitivitas dan Robustness

Hasil tetap stabil pada: (a) kategorisasi religiusitas ke kuartil; (b) model yang menambahkan SDM-Q-9 sebagai mediator sekunder (Religiusitas → QOC → SDM-Q-9 → Keputusan), dengan indsek = 0,05, 95% CI 0,02–0,09; (c) model campuran dengan efek acak fasilitas (ICC 0,06); (d) *multiple imputation* (20 set) untuk missingness 6,8% menghasilkan estimasi searah dengan *complete-case*.

Ringkasan Temuan Utama

Secara kuantitatif, religiusitas dan struktur keluarga berperan penting dalam membentuk kualitas komunikasi perawat–keluarga, dan QOC berasosiasi dengan keputusan klinis yang lebih dini, lebih terdokumentasi (ACP), dan lebih selaras nilai. Secara kualitatif, mekanisme sosial yang menonjol adalah

otoritas keluarga, narasi ikhtiar religius, dan peran perawat sebagai penerjemah nilai. Integrasi dua fase memperkuat penjelasan mekanistik: pengaruh religiusitas terhadap keputusan klinis banyak berlangsung melalui kualitas komunikasi—terutama pada keluarga dengan sentralisasi keputusan yang tinggi.

Kesimpulan

Penelitian ini menjawab tujuan dan hipotesis dengan menunjukkan bahwa norma religius dan struktur keluarga berpengaruh nyata terhadap kualitas komunikasi perawat–keluarga dalam konteks perawatan paliatif. Kualitas komunikasi yang lebih baik—diukur dengan instrumen terstandar—berkaitan dengan luaran keputusan klinis yang lebih baik, meliputi dokumentasi advance care planning (ACP) yang lebih tinggi, waktu diskusi tujuan perawatan yang lebih dini, serta kecenderungan pilihan perawatan yang lebih selaras dengan nilai pasien dan keluarga. Efek religiusitas terhadap keputusan klinis sebagian besar bekerja melalui peningkatan kualitas komunikasi, dan hubungan ini menguat pada keluarga dengan struktur pengambilan keputusan yang lebih tersentral. Secara teoretis, temuan ini memperkaya kajian sosiologi kesehatan dengan mengartikulasikan mekanisme sosial–religius yang memediasi pengambilan keputusan klinis pada masyarakat kolektivistik. Secara praktis, hasil penelitian menegaskan bahwa perawat berperan sebagai “penerjemah nilai” yang menjembatani bahasa klinis dengan keyakinan dan norma keluarga; intervensi pada ranah komunikasi karenanya menjadi tuas kebijakan yang efektif untuk meningkatkan mutu layanan paliatif.

Berdasarkan temuan tersebut, beberapa rekomendasi implementatif dapat dirumuskan. Pertama, memasukkan pelatihan komunikasi sensitif budaya–religius ke dalam kurikulum dan program in-service training perawat, menggunakan kerangka FICA sebagai pintu masuk percakapan spiritual dan rujukan rohaniawan yang tepat waktu. Kedua, menambahkan indikator mutu pada tingkat fasilitas: proporsi diskusi tujuan perawatan dini, tingkat dokumentasi ACP, serta skor minimal kualitas komunikasi pada unit paliatif. Ketiga, merancang alur family meeting yang mempertimbangkan struktur keluarga (nuklir/*ekstended* dan derajat sentralisasi keputusan), termasuk strategi *framing* isu CPR/DNR dan fokus perawatan. Keempat, membangun kemitraan operasional dengan komunitas keagamaan setempat untuk edukasi pra-konsultasi dan dukungan psikososial–spiritual yang selaras dengan praktik klinis. Keterbatasan desain potong lintang membatasi inferensi kausal, dan variasi denominasi/ritus mungkin belum sepenuhnya terjangkau; karena itu penelitian lanjutan disarankan dalam bentuk *kohort prospektif* atau uji terkontrol pelatihan komunikasi berbasis FICA dengan luaran QOC dan ACP. Meski demikian, konsistensi pola temuan dan uji ketahanan analitik mendukung kesimpulan bahwa penguatan kompetensi komunikasi perawat yang peka terhadap norma religius dan struktur keluarga merupakan strategi kunci untuk menghasilkan keputusan klinis yang tepat, manusiawi, dan berpusat pada nilai pasien serta keluarganya.

Referensi

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2180/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Martina, D., Kustanti, C. Y., Dewantari, R., Sutandyo, N., Putranto, R., Shatri, H., Effendy, C., van der Heide, A., van der Rijt, C. C. D., & Rietjens, J. A. C. (2022a). Opportunities and challenges for advance care planning in strongly religious family-centric societies: A focus group study of Indonesian cancer-care professionals. *BMC Palliative Care*, 21, 110. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01002-6>
- Martina, D., Kustanti, C. Y., Dewantari, R., Sutandyo, N., Putranto, R., Shatri, H., Effendy, C., van der Heide, A., van der Rijt, C. C. D., & Rietjens, J. A. C. (2022b). Advance care planning for patients with cancer and family caregivers in Indonesia: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21, 204. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01086-0>
- Martina, D., Witjaksono, M. A., & Putranto, R. (2023). Advance care planning in Indonesia: Current state and future prospects. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 180, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.016>

- Narapaka, P. K., et al. (2024). Validity and reliability of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9): A systematic review. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 26, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.100107>
- Piracha, N. Z., Nickel, L. B., et al. (2024). Muslims and end-of-life healthcare in non-Muslim-majority nations: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.004>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F. M., et al. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Reiff, J. S., Cagle, J., Zhang, T., Roth, D. L., & Wolff, J. L. (2023). Fielding the Quality of Communication questionnaire to persons with cognitive impairment and their family in primary care: A pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(1), 221–226. <https://doi.org/10.1111/jgs.18034>
- Rencz, F., Tamási, B., Brodszky, V., Péntek, M., et al. (2019). Validity and reliability of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) in a primary and specialized care setting. *BMC Health Services Research*, 19, 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4203-8>
- Ubbink, D. T., van Asbeck, E. V., Aarts, J. W. M., Stubenrouch, F. E., Geerts, P. A. F., Atsma, F., & Meinders, M. J. (2022). Comparison of the CollaboRATE and SDM-Q-9 questionnaires to appreciate the patient-reported level of shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2475–2479. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.007>
- GW-ISH (George Washington Institute for Spirituality and Health). (2020). *The FICA Spiritual History Tool (Clinical FICA Tool)*. Washington, DC: GW SMHS. (PDF).
- Puchalski, C. M. (2019). The FICA Spiritual History Tool (Fast Fact #274). *Palliative Care Network of Wisconsin*.