

سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی

محبوبه رضایی* دکتر نعیمه سیدفاطمی** فاطمه حسینی***

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی ابعاد مختلف زندگی انسان را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است. مواجهه با سرطان موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی می‌شود. این مطالعه با هدف شناخت سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی انجام گرفته است. روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که در مورد ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی در مراکز آموزش درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفته است. در این مطالعه از پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲) استفاده شد. روش نمونه‌گیری از نوع مستمر بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار SPSS v.11 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: میانگین کل نمره سلامت معنوی بیماران $98/35 \pm 14/36$ و میانگین نمره سلامت مذهبی و وجودی آن‌ها به ترتیب $54/67 \pm 5/92$ و $43/67 \pm 10/01$ بود. بین سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بیماران با سلامت معنوی آن‌ها ارتباط معنادار وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد سطح سلامت معنوی این بیماران در محدوده بالا قرار دارد. همچنین سطح سلامت مذهبی بیماران بالاتر از سلامت وجودی آنان است که با توجه به فرهنگ جامعه ما این امر طبیعی به نظر می‌رسد. بین سلامت معنوی بیماران و اکثر مشخصات فردی آن‌ها ارتباط معنادار وجود دارد. لذا به نظر می‌رسد در مراقبت از این بیماران باید به مشخصات فردی آنان توجه کافی مبذول شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، سرطان، شیمی درمانی

نویسنده مسئول:
محبوبه رضایی:
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی کاشان
e-mail:
Rezaei_m@kaums.
ac.ir

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۸۷

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیر واگیر است (۱). تمامی اشکال سرطان علت ۹٪ از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهد. سرطان در کشورهای پیشرفته جهان، پس از بیماری‌های قلبی - عروقی دومین علت مرگ (۱۹٪ مرگ و میرها) و در کشورهای رو به پیشرفت چهارمین علت مرگ (۶٪ مرگ و میرها) به شمار می‌آید. برابر آمارها، در مجموع سالانه ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می‌دهد

که بیش از ۵ میلیون آن‌ها به سرطان منسوب است (۲). درمان سرطان تقریباً همیشه با روش‌های تهاجمی شروع می‌شود. جراحی می‌تواند موجب تغییراتی در شکل و ظاهر بدن شود. اشعه درمانی و شیمی درمانی نیز ممکن است پس از جراحی انجام شود تا تعدادی از سلول‌های میکروسکوپی سرطان را که در نقطه‌ای از بدن پنهان شده‌اند نابود کند. به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای سمی را بپذیرد. معالجه هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد و عوارض جانبی آن می‌تواند به صورت تهوع،

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
** دانشیار گروه آموزشی روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران
*** مربی گروه آموزشی آمار و ریاضی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی‌های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید. بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود. قبل و بعد از شیمی‌درمانی احساس ترس و اضطراب در بیمار به وجود می‌آید که این امر به دلایل مختلفی از قبیل عوارض ناشی از شیمی‌درمانی، سوراخ کردن ورید جهت تزریق، احساس انزوا و گوشه‌گیری و از دست دادن حس استقلال در زندگی، می‌تواند باشد. به علاوه عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی‌درمانی توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از فرد بیمار سلب می‌کند. احساس تعارض زمانی پدید می‌آید که بیماری عود کرده و دوز بیشتری از داروی شیمی‌درمانی جهت درمان مورد نیاز باشد (۳) به دلیل طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی (Spiritual needs) بیماران به طور چشمگیر افزایش یابد (۴). تشخیص بیماری سرطان بحران‌های معنایی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند. اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می‌افتد؛ ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود؛ مکانیسم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد و بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که بحران معنوی (Spiritual crisis) در فرد پدیدار می‌شود (۵). سلامت معنوی (Spiritual well being) یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و

با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۶). سلامت معنوی نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت‌سازگاری با بیماری لازم است (۷). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف- چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (۸). وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (۴). تجربه زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و در این بیماران باعث زندگی هدفدار و معنادار می‌شود اگر بیمار چراهای زندگی خود را بداند، می‌تواند با هر گونه «چه و چگونه» که در ذهنش ایجاد می‌شود، کنار بیاید. چراهای زندگی فرد قسمتی از هدف وجودی‌اش است که از زندگی خود کسب می‌کند و این بخش خود تشکیل‌دهنده بُعد معنوی زندگی فرد است (۹). بیماران که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۰) Sodestrom و Martinson به

پژوهش شرکت کردند. حجم نمونه با توجه به برآورد همبستگی حداقل به اندازه $0/32$ و با در نظر گرفتن اثر طرح $1/5$ ، میزان اطمینان 95% و توان آزمون 90% ، 360 نفر برآورد گردید.

ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی، کبدی و کلیوی، سابقه بیماری روانی و استفاده از داروهای روان‌گردان از معیارهای حذف نمونه‌های پژوهش بود. روش نمونه‌گیری از نوع مستمر (Sequential) بود. نمونه‌های مورد نظر در صورت داشتن معیارهای لازم و تمایل به همکاری، در پژوهش شرکت داده شدند. در این مطالعه از پرسشنامه 20 سؤالی سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (۱۹۸۲) استفاده شده است که 10 سؤال آن سلامت مذهبی و 10 سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن $120-20$ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت 6 گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) دسته‌بندی شد. به گزینه کاملاً موافقم نمره 6 و به گزینه کاملاً مخالفم نمره 1 داده شد. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین ($20-40$)، متوسط ($41-60$) و بالا ($61-120$) تقسیم‌بندی شد.

روایی پرسشنامه سلامت معنوی پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین شد. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ $0/82$ تعیین گردید. در بخش اول پرسشنامه سؤالاتی در زمینه مشخصات فردی و وضعیت بیماری در نظر گرفته شده بود در ابتدا فرم رضایت‌نامه توسط بیماران تکمیل شد.

این نکته اشاره کرده‌اند که عقاید معنوی یا ایمان مذهبی به عنوان شکلی از سازگاری فعال در بیماران مبتلا به سرطان شناخته می‌شود (۱۱). Koenig و همکاران نیز عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زا به ویژه مسایل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به شمار می‌رود (۱۲). همچنین Nelson و همکاران نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (۱۳). نتایج پژوهش McClain و همکاران نیز نشان داد سلامت معنوی اثری قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۱۴). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهم‌تر باشد (۱۵). با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و نبود سابقه پژوهشی کافی در کشورمان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی در مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران در سال 1385 انجام گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. بیماران مسلمان مبتلا به سرطان و تحت شیمی درمانی که بیش از 20 سال سن داشته، از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار بوده، از نوع بیماری خود آگاه بوده و تمایل به همکاری داشتند، در

من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم» (۵/۵۹±۰/۷۶) از گزینه‌های مربوط به سلامت مذهبی و گویه «معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد» (۵/۳۷±۱/۰۲) از گزینه‌های مربوط به سلامت وجودی بالاترین میانگین را کسب کرده‌اند.

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد بین سلامت معنوی و سن بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی ارتباط معنادار وجود دارد ($p < 0/001$) به بیان دیگر ۹۶٪ از بیماران ۷۰ سال به بالا از سطح سلامت معنوی بالا برخوردار بودند. همچنین با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داده شد بین سلامت معنوی و سن این بیماران ارتباط معنادار و مستقیم وجود دارد ($r = 0/49$ ، $p < 0/001$). همچنین نتایج حاصل از آزمون مجذور کای بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل بیماران ارتباط معناداری را نشان داد. به عبارت دیگر سطح سلامت معنوی اکثر بیماران همسر مرده و جدا شده (۶۸/۴٪) بالا بود. علاوه بر این با استفاده از آزمون مجذور کای بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات بیماران ارتباط معناداری نشان داده شد ($p < 0/001$). بیمارانی که تحصیلات ابتدایی داشتند نسبت به سایر رده‌های تحصیلی از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند. سطح سلامت معنوی بیماران زن بالاتر از بیماران مرد بود اما آزمون مجذور کای تفاوت معناداری را نشان نداد. آزمون آماری مجذور کای همچنین نشان داد بین نوع سرطانی که بیماران به آن مبتلا هستند و سلامت معنوی آنان ارتباط معناداری وجود ندارد ($p = 0/29$).

پرسشنامه به روش خود گزارش‌دهی توسط بیماران تکمیل گردید. در نهایت پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS v.11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

از کل ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان ۵۲/۵٪ مرد بودند. میانگین سنی این بیماران ۴۲/۵±۱۵/۵ سال و دامنه سنی آن‌ها ۷۸-۲۰ سال بود. ۷۳/۱٪ افراد متأهل و بقیه مجرد، همسر مرده و جدا شده بودند. ۳۶/۴٪ از بیماران تحصیلات ابتدایی، ۱۹/۷٪ راهنمایی، ۳۳/۳٪ دبیرستان و ۱۰/۶٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. شایع‌ترین محل ابتلا به سرطان، دستگاه گوارش بود (نمودار شماره ۱).

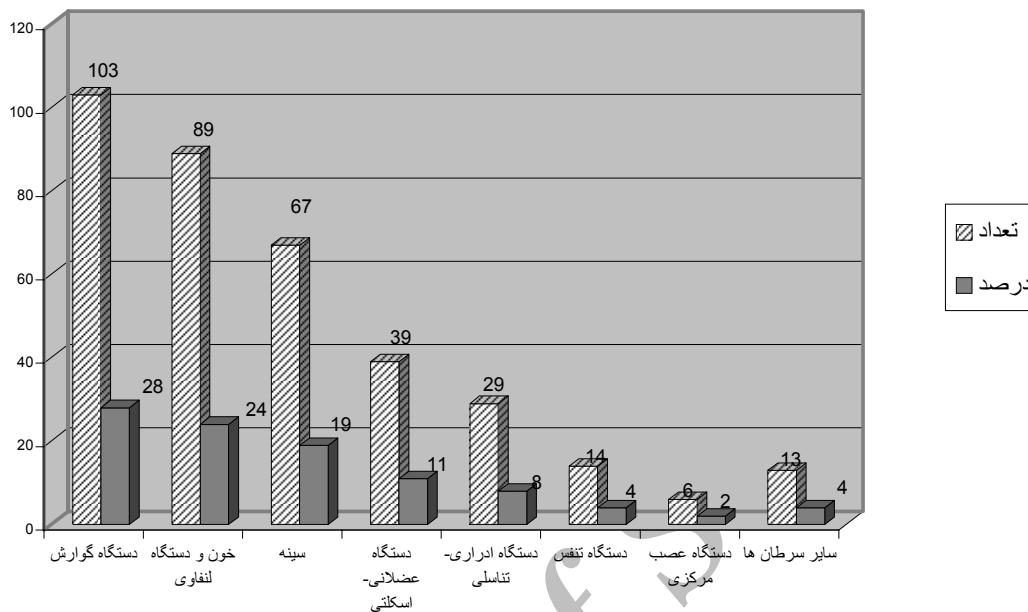
میانگین مدت ابتلا به بیماری ۱۳/۷±۱۶/۸ ماه و میانگین دوره شیمی درمانی انجام یافته ۵/۳۷±۵/۳ دوره بود. ۴۳/۱٪ از بیماران علاوه بر شیمی درمانی تحت عمل جراحی نیز قرار گرفته بودند که بیشترین میزان را در بین روش‌های دیگر تشکیل می‌داد (رادیوتراپی، جراحی و رادیوتراپی با هم و هیچ‌کدام از این دو روش).

نتایج نشان داد سطح سلامت معنوی اکثر بیماران در محدوده بالا قرار دارد (۵۴/۴٪) و نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنان است (جدول شماره ۱ و ۲).

از میان سؤالات سلامت معنوی، گویه‌های «عقیده دارم خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است» (۵/۵۹±۰/۶۷) و «ارتباط با خداوند به

نمودار ۱- توزیع فراوانی محل ابتلا به سرطان در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در مراکز آموزشی درمانی

منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، در سال ۱۳۸۵

**جدول ۱- دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در مراکز آموزشی**

درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، در سال ۱۳۸۵

انحراف معیار \pm میانگین	محدوده نمرات کسب شده	محدوده نمرات قابل کسب	نمرات
۵۴/۶۷ \pm ۵/۹۲	۳۱ - ۶۰	۱۰ - ۶۰	سلامت مذهبی
۴۳/۶۷ \pm ۱۰/۰۱	۱۵ - ۶۰	۱۰ - ۶۰	سلامت وجودی
۹۸/۳۵ \pm ۱۴/۳۶	۵۱ - ۱۲۰	۲۰ - ۱۲۰	نمره کل (سلامت معنوی)

جدول ۲- توزیع فراوانی سطح کیفیت سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در مراکز آموزشی

درمانی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران، در سال ۱۳۸۵

درصد	فراوانی مطلق	سلامت معنوی
۰	۰	ضعیف (۲۰-۴۰)
۴۵/۶	۱۶۴	متوسط (۴۱-۹۹)
۵۴/۴	۱۹۶	بالا (۱۰۰-۱۲۰)
۱۰۰	۳۶۰	جمع

فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. Livneh و همکاران نشان دادند که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد (۱۶).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنان است که می‌تواند ناشی از این باشد که مردم ایران بر حسب شرایط

وجود داشت. بیماران که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، سطح سلامت معنوی‌شان متوسط بود و بر عکس بیماران که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند از سطح سلامت معنوی بالا برخوردار بودند که با نتایج یافته‌های Highfield همخوانی ندارد. نتایج Highfield هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آن‌ها نشان نداد (۵).

نتایج نشان داد ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و جنسیت بیماران وجود ندارد. بررسی Highfield نیز نشان داد که بین سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ریه و جنسیت آن‌ها ارتباط معناداری وجود ندارد (۵). اگرچه در بررسی Kaczorowski بعد مذهبی سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان به طور خفیف از مردان بالاتر بود اما اختلاف معناداری مشاهده نگردید که با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۷). یافته‌های این پژوهش نشان داد اکثر مشخصات فردی و اجتماعی بیماران با سطح سلامت معنوی آن‌ها ارتباط دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در بیماران مبتلا به سرطان برنامه مراقبتی کل‌نگر متناسب با دوره رشد و تکامل و تحصیلات بیماران در نظر گرفته شود تا سطح سلامت معنوی آنان بیشتر ارتقا یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود در آموزش نظری و بالینی دانشجویان پرستاری، دانشجویان با مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در بیماری‌ها آشنایی بیشتری پیدا کنند. در این پژوهش صرفاً سطح سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان اندازه‌گیری شد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با مفاهیمی مانند کیفیت زندگی و یا تأثیر سلامت

یافته‌های این پژوهش نشان داد اکثر بیماران ۷۰ سال به بالا (۹۶٪) از سطح سلامت معنوی بالا برخوردارند که با نتایج مطالعات Allen و Rowe، Kaczorowski همخوانی دارد. آن‌ها به این نکته اشاره کرده‌اند که کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ رو به رو شده و با آن سازگار می‌شود (۱۷ و ۱۸). در حالی که در مطالعه Fernsler و همکاران بین سلامت معنوی و سن بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال ارتباطی به دست نیامد، ولی نمره سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان بود (۷). بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل بیماران ارتباط معنادار وجود داشت. سطح سلامت معنوی اکثر بیماران همسر مرده و جدا شده (۶۸/۴٪) بالا بود. Karren و همکاران عقیده دارند که افراد جدا شده و کسانی که از دواج خود ناراضی هستند، دچار مشکلاتی در سلامتی خود می‌شوند. البته این تأثیر بستگی به سن و جنسیت افراد دارد. فرد جدا شده، منبع بزرگ حمایت اجتماعی خود یعنی خانواده را از دست داده است و در کنار این مورد بیماری نیز استرس دو چندان به او وارد می‌آورد، لذا گرایش به معنویت و تجربه آن می‌تواند در تطابق فرد مؤثر باشد (۱۹). این در حالی است که Riley و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۰).

همچنین بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان ارتباط معنادار

ایران به شماره قرارداد ۲۶۰۰۱۳ مورخ ۸۴/۱۲/۲۶ (کد ۲۹۲/پ) می‌باشد، بدین وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از زحمات اعضای مراکز آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص) و انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی (ره) و همکاری بیماران سرطانی آن مراکز تشکر نمایند. ضمناً از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران که حمایت مالی این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

معنوی بر عوامل روانی این بیماران انجام شود. همچنین به دلیل اهمیت میزان پیشرفت سرطان و تأثیرش بر سلامت معنوی این بیماران، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ارتباط بین سلامت معنوی و میزان پیشرفت سرطان محاسبه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

منابع

- 1 - Farzanpei R. [Cognition about cancer: prevention and treatment]. Tehran: KetabeMad Publications; 1994. P. 20. (Persian)
- 2 - Shojaei-Tehrani H. [Medical, preventive and social teaching book: prevalent chronic disease]. Tehran: Samat Publications; 2004. P. 3-5. (Persian)
- 3 - Corner J, Baily C. Cancer nursing care in context. Malden: Blackwell Publications; 2001. P. 3-5.
- 4 - O'Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. Massachusett: Jones and Bartlett Publications; 1998. P. 182,183,176.
- 5 - Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. Cancer Nurs. 1992 Feb; 15(1): 1-8.
- 6 - Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. P. 1383-1392.
- 7 - Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. Cancer Nurs. 1999 Apr; 22(2): 134-40.
- 8 - Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H. Spiritual well-being Scale. Measures of religiosity. Birmingham: AL: Religious Education Press; 1999. P. 382-385.
- 9 - Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review. 2003 Jan; 23(1): 3-15.
- 10 - Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs. 2003 Oct; 44(1): 69-80.
- 11 - Soderstrom KE, Martinson IM. Patients' spiritual coping strategies: a study of nurse and patient perspectives. Oncol Nurs Forum. 1987 Mar-Apr; 14(2): 41-6.
- 12 - Koenig HG, George LK, Siegler IC. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. Gerontologist. 1988 Jun; 28(3): 303-10.
- 13 - Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics. 2002 May-Jun; 43(3): 213-20.
- 14 - McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. The influence of spiritual well-being on end-of-life despair in a group of terminally ill cancer patients. Lancet. 2003; 361: 1603-1607.
- 15 - Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2006 May; 31(5): 449-56.
- 16 - Livneh H, Lott Sh, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. Psychology, Health & Medicine. 2004 Nov; 9(4): 411-430.
- 17 - Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. Hosp J. 1989; 5(3-4): 105-16.
- 18 - Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. American Journal of Health Studies. 2004 Jan; 19(1): 62-67.
- 19 - Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind-body health: the effects of attitudes, emotions, and relationship. Benjamin-Cummings Publishing; 2006.
- 20 - Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. Arch Phys Med Rehabil. 1998 Mar; 79(3): 258-64.