

Espiritualidade baseada em evidências

Marcelo Saad*
Danilo Masiero**
Linamara Rizzo Battistella***

RESUMO

Espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. As implicações da espiritualidade na saúde vêm sendo estudadas cientificamente e documentadas em centenas de artigos. Há relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental, sendo que pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse se são religiosas. Pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde. Existe uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida, e possivelmente causal. É plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. Os profissionais da saúde já contam com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença. O presente artigo cita os trabalhos mais relevantes sobre o assunto.

UNITERMOS

Religião e ciência, Espiritualismo, Reabilitação, Saúde

SUMMARY

Spirituality may be defined as a belief system that focus on intangible elements that transmit vitality and meaning to life. Such belief may mobilize highly positive energies and initiatives, with ilimited potential to improve person's quality of life. Implications of spirituality on health have being scientifically studied and documented in hundreds of papers. There is relationship between spiritualist engagement and many aspects of mental health, so that people experience better mental health and can copy with more success to stress if they are religious. Religious people are physically healthier, have more healthy lifestyles and demand less health assistance. There is an association between spirituality and health which is likely valid and possibly causal. It is fully recognized that people's health is determined by interactions of physical, mental, social and spiritual factors. Health professionals already count on with scientific indications of the benefits of spiritual exploration on the therapeutic program of virtually any disease. The current paper cites the most relevant references about this issue.

KEYWORDS

Religion and science, Spiritualism, Rehabilitation, Health

* Médico Fisiatra, Mestre em Reabilitação pela UNIFESP-EPM, Médico Assistente da DMR-HC-FMUSP e da DF-DOT-UNIFESP-EPM

** Médico Ortopedista e Fisiatra, Livre-Docente, Chefe da DF-DOT-UNIFESP-EPM.

*** Médica Fisiatra, Livre-Docente, Diretora da DMR-HC-FMUSP

- 1) Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMR-HC-FMUSP)
- 2) Disciplina de Fisiatria do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (DF-DOT-UNIFESP-EPM)/Centro de Reabilitação Lar Escola São Francisco (CR-LESF)

Endereço para correspondência:

Dr. Marcelo Saad
DMR-HC-FMUSP
Rua Diderot, 43
CEP 04116-030 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 5549-0111
E-mail: msaad@uol.com.br

Data de recebimento do artigo: 23/4/01 – Data de aprovação: 18/6/01

A interface entre espiritualidade e deficiência é uma área de pesquisa relativamente nova, porém em crescimento. Tem sido feitos diversos seminários pelo mundo sobre o assunto. Por exemplo, a Conferência “*Disability, religion and health – Exploring the spiritual dimensions of disability*”, na Austrália, em outubro de 1996, gerou uma edição especial da revista *Disability and Rehabilitation* (volume 19, fascículo 10, 1997), contendo os textos explorados nesse evento.

As doenças que causam deficiências cursam com grande carga de desgosto e inconformidade porque, além do sofrimento inerente a qualquer processo patológico, são muitas vezes acompanhadas de preconceito e isolamento. O primeiro passo para se tentar minorar isso seria uma ampla discussão sobre o sofrimento, que englobe não só os aspectos psicológicos e socioculturais envolvidos, como também os aspectos espirituais.

O homem tem um espírito? Mais importante que essa questão, que deve ser debatida em outro âmbito, é a afirmativa inquestionável de que o homem possui uma “espiritualidade”. Esse termo pode ser definido como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida³³.

Esta dimensão de parâmetro de bem-estar não é do corpo ou da mente. Ela transcende o mundo cotidiano e está baseada em questionamentos pessoais de perguntas existenciais de significados e propósitos. Espiritualidade é a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal⁴⁶.

Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião, pois esta é uma expressão da espiritualidade. Espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade.

Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. Religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido⁵¹.

A crença em aspectos espiritualistas é mais importante do que a comprovação com certeza

da existência de tais conceitos. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. No caso particular da deficiência física, isso pode ter repercussões tão significativas sobre o processo reabilitacional, que poderiam ser comparados a verdadeiros “milagres”. A prece parece oferecer benefício subjetivo para aquele que ora¹³.

Para o paciente incapacitado, o sofrimento espiritual pode ser o problema que mais demanda suporte, interferindo com desfechos positivos das intervenções. O sofrimento espiritual não identificado freqüentemente é o culpado em um plano terapêutico malsucedido⁸.

As implicações da espiritualidade na saúde vêm sendo estudadas cientificamente. Já foram descritos vários instrumentos para mensuração de bem-estar espiritual^{10,14,18,41,45,52,53,54}. Porém, dada a complexidade do assunto e a diversidade de manifestações espiritualistas, essa mensuração tem algumas limitações e deve ser entendida à luz de outras manifestações socioculturais individuais. Pesquisas passadas enfocaram a medida da participação dos indivíduos em atividades de religiões organizadas e não examinaram sua espiritualidade. Uma abordagem mais abrangente da espiritualidade individual, particularmente quanto aos aspectos de crença espiritualista, é recomendável. Ao mesmo tempo, reconhece-se que algumas experiências religiosas e espirituais constituem fenômenos que não podem ser disciplinados ao estudo científico tradicional⁵¹.

Mais de 850 estudos examinaram a relação entre envolvimento espiritualista e vários aspectos da saúde mental, sendo que a maioria encontrou que pessoas vivenciam melhor saúde mental e se adaptam com mais sucesso ao estresse se são religiosas. Adicionais 350 estudos têm examinado envolvimento religioso e saúde; a maioria destes encontrou que pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde²³.

Há inúmeros trabalhos publicados documentando a influência da espiritualidade no tratamento de doenças. Ao comentar a relação entre religião e saúde, Levin²⁹ cita que existe uma associação que provavelmente é válida, e possivelmente causal. O quadro 1 resume apenas alguns dos artigos mais relevantes.

Basmajian⁵ refere-se à “Medicina Comportamental” como a terceira revolução terapêutica, complementando a farmacologia e a cirurgia. Rotular seus resultados positivos de efeito-placebo subentende uma grande verdade:

Quadro 1
Resumo de alguns dos artigos mais relevantes que investigaram a influência da espiritualidade no tratamento de doenças

Artigo	Casuística	Achado(s)
Azhar et al., 1995 ²	30 pessoas em luto	Pessoas do grupo que recebeu psicoterapia breve associada a aconselhamento religioso melhoraram mais rapidamente que as que receberam psicoterapia isolada
Baldree et al., 1982 ³	35 pacientes com doenças potencialmente fatais, que foram identificados como uma estratégia maior do lidar necessitavam de hemodiálise	Comportamentos relacionados com a dimensão espiritual
Bush et al., 1999 ⁶	61 pacientes com dor crônica	Estratégias de enfrentamento religioso positivas foram associadas a melhores resultados
Carroll ² , 1993 ^[7]	100 alcoólatras em tratamento	Aspectos espiritualistas foram associados a tempo de sobriedade e número de comparecimento às sessões
Gibbs et al., 1978 ¹¹	Pacientes indigentes com câncer em fase terminal	Aqueles com valores espirituais mais fortes tiveram menor ansiedade sobre o morrer e um nível melhor de bem-estar
Hearth, 1989 ¹⁵	120 pacientes submetidos à quimioterapia	Pacientes com forte fé religiosa tiveram maior esperança e foram mais capazes de lidar com a terapia
Helm et al., 2000 ¹⁶	Amostra de mais de 3.000 idosos, seguida por 6 anos	Idosos que participavam de atividades religiosas antes da instalação de deficiência evoluíram melhor
Holland et al., 1999 ¹⁷	117 pacientes com melanoma maligno potencialmente fatal	O uso de crenças religiosas e espirituais foi associado com uma forma ativa de enfrentamento; ao invés de passiva, formaram um sistema cognitivo benéfico a partir do qual se pôde encarar a doença
Idler et al., 1997 ¹⁹	2.812 idosos, seguidos por 12 anos	Participação em cerimônias religiosas foi forte preditor de melhor funcionalidade em incapacitados
John et al., 1991 ²⁰	Mulheres com câncer de mama	85% das respondentes indicaram que a religião auxiliou-as a lidar com sua doença
Kaezorowski, 1989 ²¹	114 adultos com câncer	Pessoas com altos níveis de espiritualidade têm menos ansiedade diante da doença
Koenig et al., 1992 ²⁴	850 idosos em serviço neurológico	Sintomas depressivos foram inversamente relacionados a aspectos religiosos
Koenig et al., 1995 ²⁵	832 idosos internados	Sintomas cognitivos de depressão foram menos comuns entre os que tinham atitudes religiosas
Koenig et al., 1998 ²⁶	Amostra consecutiva de idosos admitidos em hospital universitário	Participação e afiliação a uma comunidade religiosa foram associadas a menos uso de serviços hospitalares no passado
Koenig et al., 1999 ²⁷	3.968 idosos residentes na comunidade, acompanhados por 6 anos	Frequência a serviços religiosos foi associada a menos mortes e menor risco relativo de morte
Krause et al., 1989 ²⁸	Amostra nacional norte-americana de idosos negros	Envolvimento religioso ajudou a reduzir o impacto negativo de eventos de vida estressantes
Mackey et al., 2000 ³¹	3 mulheres idosas com câncer terminal recebendo tratamento em asilo	Espiritualidade foi um dos quatro temas que surgiram como centrais para as necessidades especiais das pacientes
Margolis et al., 2000 ³²	14 adultos jovens que na adolescência se recuperaram de abuso de drogas	Espiritualidade foi um dos fatores identificados como auxiliares para a recuperação a longo prazo
McBride et al., 1998 ³⁴	442 pacientes com patologias cursando com dor	Espiritualidade foi associada à experiência de saúde e à dor
McColl et al., 2000 ³⁵	16 pacientes com lesão medular ou lesão cerebral, 2 anos após reabilitação	Sugeriu-se um efeito positivo da espiritualidade no período de ajustamento após a lesão
Miller, 1985 ³⁶	Pacientes com artrite reumatóide e uma amostra aleatória de adultos saudáveis	Altas pontuações de espiritualidade foram relacionadas a menores pontuações de solidão em ambos os grupos e contribuíram para o lidar com a doença crônica
O'Brien, 1982 ³⁸	Pacientes em estágio final de falência renal em hemodiálise há muito tempo	A fé religiosa foi importante no processo de adaptação

Quadro 1 (continuação)
Resumo de alguns dos artigos mais relevantes que investigaram a influência da espiritualidade no tratamento de doenças

Artigo	Casuística	Achado(s)
O'Conner et al., 1990 ³⁹	30 pacientes com câncer recém-diagnosticado	A fé foi um fator maior em sua busca por significado e em sua capacidade de lidar com o diagnóstico
Oxman et al., 1995 ⁴⁰	232 pacientes idosos operados do coração, seguidos por 6 meses	Ausência de força e conforto pela religião foi um dos preditores de mortalidade entre os que obituaram
Reed, 1987 ⁴⁵	Doentes adultos terminais hospitalizados	Existiu relação entre a perspectiva espiritualista e o bem-estar geral
Roberts et al., 1997 ⁴⁷	108 mulheres em vários estágios de câncer ginecológico	93% informaram que suas vivências religiosas auxiliaram-nas a sustentar sua esperança
Rogers-Dulan, 1998 ⁴⁸	52 familiares de crianças com retardo mental	Religiosidade foi associada a desfecho positivo de ajustamento familiar
Simmons et al., 2000 ⁴⁹	96 pacientes com esclerose lateral amiotrófica	Qualidade de vida não foi relacionada à força ou à funcionalidade, mas a fatores como espiritualidade
Strawbridge et al., 1997 ⁵⁰	5.286 cidadãos, seguidos por 28 anos	Praticantes religiosos tiveram taxas de mortalidade menores, e foram mais propensos a parar de fumar e a aumentar a prática de exercícios
Williams et al., 1991 ⁵⁵	720 adultos da comunidade	Prática religiosa diminuiu conseqüências adversas de eventos estressógenos e problemas de saúde no bem-estar

fé e crença desempenham um enorme papel na terapia⁵. Religiosidade e espiritualidade podem ser fontes subutilizadas no processo reabilitacional e no andamento da vida de pessoas com deficiências; o uso de habilidades do lidar religiosas por pacientes idosos que estão aguda ou cronicamente incapacitados está associado a risco diminuído de depressão e probabilidade aumentada de recuperação se ocorrer depressão⁵¹.

O efeito-placebo está relacionado à cura. O processo de cura pode ser substancialmente influenciado por tipos determinados de atenção, comunicação e reforço do paciente. Esses efeitos são potencialmente tão importantes quanto procedimentos terapêuticos estabelecidos. O processo-placebo pode afetar substancialmente a resposta global à terapia³⁷.

Razali⁴⁴ relata o caso de uma mulher malaia de 38 anos com diagnóstico de uma desordem conversiva. Acreditava-se que "maus espíritos" causavam seus sintomas. A paciente foi tratada por uma cerimônia xamanística de cura malaia quando tratamentos anteriores falharam. A paciente melhorou no terceiro dia, atribuindo isso à retirada dos espíritos de seu corpo. Procedimento-placebo ou não, pode-se dizer que a paciente recebeu aquilo de que precisava.

Muitos pacientes severamente doentes usam crenças religiosas para lidar com suas doenças. Envolvimento religioso é uma prática comum, que prediz o enfrentamento bem-sucedido com a doença física. De fato, religiosidade intrínseca forte prediz remissão mais rápida de depressão,

uma associação que é particularmente importante em pacientes cuja função física não está melhorando²³.

Posto que os pacientes freqüentemente associam suas crenças religiosas ao contexto de suas doenças incapacitantes, os médicos que não possuem esses sistemas de crenças devem considerar como respeitá-las, apoiando as crenças do paciente que possam ajudá-lo a lidar com a doença. O médico que estiver comprometido com aquilo que é melhor para seu paciente deve considerar como apoiar a espiritualidade do paciente, se e quando o paciente considerar isso relevante⁴².

Dada a relevância do assunto, muitas escolas médicas dos Estados Unidos estão conduzindo cursos em espiritualidade para melhorar a qualidade da relação médico-paciente^{4,43}. Um estudo norte-americano com pacientes internados indicou que 77% dos pacientes gostariam que os médicos considerassem suas necessidades especiais; 37% gostariam que o médico discutisse essas necessidades mais freqüentemente, e 48% gostariam que o médico orasse com eles, se isso fosse possível²². Um estudo com 177 pacientes ambulatoriais com doenças pulmonares mostrou que dois terços dos pacientes simpatizaram com a idéia de serem perguntados sobre sua espiritualidade no caso de se tornarem gravemente doentes⁹.

Uma pesquisa com pacientes internados em uma unidade de reabilitação mostrou que 74% dos pacientes consideravam suas crenças religiosas e espirituais importantes e que 54% desejavam aconselhamento religioso; 54% dos

pacientes achavam que pouquíssima atenção era dada a suas crenças religiosas e espirituais, e 73% disseram que ninguém da equipe falou-lhes sobre assuntos dessa natureza. Os autores concluíram que a equipe de reabilitação, particularmente o médico responsável, deve ser educada sobre esses temas e deve abordá-los mais freqüentemente¹.

É necessário delinear os limites do exercício profissional, já que o médico não vai executar as tarefas de um sacerdote. O médico deve, entretanto, também ser educado para entender os assuntos espiritualistas no ambiente clínico. As expressões de espiritualidade do paciente devem ser triadas e respeitadas pelos médicos, para maximizar a eficácia terapêutica quando a espiritualidade do paciente for um fator de vida crucial¹. Um painel de consenso do American College of Physicians sugeriu quatro perguntas que os médicos podem fazer aos pacientes:

- 1) A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nessa doença?
- 2) A fé foi importante para você em outros momentos de sua vida?
- 3) Você tem alguém com quem falar sobre assuntos religiosos?
- 4) Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém?²³⁰

É plenamente reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais¹². Os profissionais da saúde já contam com indicações científicas do benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica de virtualmente qualquer doença. Não se trata mais de caridade ou medicina complementar; trata-se agora de ciência e tratamento médico. Trata-se de dar sentido verdadeiro a essa usual frase, citada por Koenig²³: “Curar algumas vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre”.

Como conclusão, espera-se que, num futuro próximo, seja reconhecida a importância da organização do apoio espiritualista em instituições de saúde. Esse serviço deverá ter características ecumênicas para trabalhar necessidades espirituais, preferencialmente bem integrado à abordagem multidisciplinar, e conduzido por “profissionais” cuja formação ainda se deve definir.

Referências bibliográficas

1. Anderson JM, Anderson LJ, Felsenthal G. Pastoral needs for support within an inpatient rehabilitation unit. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74:574-8.
2. Azhar MZ, Varma SL. Religious psychotherapy as management of bereavement. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91(4):233-5.
3. Baldree KS, Murphy SP, Powers M. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nurs Res* 1982; 31:109-11.
4. Barnard D, Dayringer R, Cassel CK. Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. *Acad Med* 1995; 70(9):806-13.
5. Basmajian JV. The third therapeutic revolution: behavioral medicine. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1999; 24(2):107-16.
6. Bush EG, Rye MS, Brant CR, Emery E, Pargament KI, Riessinger CA. Religious coping with chronic pain. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 1999; 24(4):249-60.
7. Carroll S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *J Stud Alcohol* 1993; 54(3):297-301.
8. Davis MC. The rehabilitation nurse's role in spiritual care. *Rehabil Nurs* 1994; 19(5):298-301.
9. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999; 159(15):1803-6.
10. Ellerhorst-Ryan L. Selecting an instrument to measure spiritual distress. *Oncol Nurs Forum* 1985; 12:93-9.
11. Gibbs HW, Achterberg-Lawlis J. Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *J Counseling Psychol* 1978; 25:563-9.
12. Gunderson GR. Backing onto sacred ground. *Public Health Rep* 2000; 115(2-3):257-61.
13. Harmon RL, Myers MA. Prayer and meditation as medical therapies. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 1999; 10(3):651-62.
14. Hatch RL, Burg MA, Naberhaus DS, Hellmich LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *J Fam Pract* 1998; 46:476-86.
15. Hearth KA. The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1989; 16:67-72.
16. Helm HM, Hays JC, Flint EP, Koenig HG, Blazer DG. Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55(7):M400-5.
17. Holland JC, Passik S, Kash KM, Russat SM, Groner ME, Sison A, et al. The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncol* 1999; 8:14-26.
18. Hood R, Morris R. Toward a theory of death transcendence. *J Sci Study Religion* 1983; 22(4):353-65.
19. Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled persons II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52(6):S306-16.
20. John SC, Spilka B. Coping with breast cancer: the roles of clergy and faith. *J Religion Health* 1991; 30:21-33.
21. Kaezorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J* 1989; 5:105-16.
22. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 1994; 39:349-52.
23. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *MSJAMA - JAMA* 2000; 284(13):1708.
24. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992; 149(12):1693-700.
25. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Kudler HS, Krishnan KR, Sibert TE. Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics* 1995; 36(4):369-75.
26. Koenig HG, Larson DB. Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliation. *South Med J* 1998; 91(10):925-32.
27. Koenig HG, Hays JC, Larson DB, George LK, Cohen HJ, McCullough ME, et al. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54(7):M370-6.
28. Krause N, Van Tran T. Stress and religious involvement among older blacks. *J Gerontol* 1989; 44(1):S4-13.
29. Levin JS. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it causal? *Soc Sci Med* 1994; 38(11):1475-82.

30. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med* 1999; 130:744-9.
31. Mackey KM, Sparling JW. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys Ther* 2000; 80(5):459-68.
32. Margolis R, Kilpatrick A, Mooney B. A retrospective look at long-term adolescent recovery: clinicians talk to researchers. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32(1):117-25.
33. Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med* 1996; 5(1):11-6.
34. McBride JL, Arthur G, Brooks R, Pilkington L. The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Fam Med* 1998; 30(2):122-6.
35. McColl MA, Bickenbach J, Johnston J, Nishihama S, Schumaker M, Smith K, et al. Changes in spiritual beliefs after traumatic disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81(6):817-23.
36. Miller JF. Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *J Prof Nurs* 1985; 1:79-85.
37. Moerman DE, Jonas WB. Toward a research agenda on placebo. *Adv Mind Body Med* 2000; 16(1):33-46.
38. O'Brien ME. Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis. *J Religion Health* 1982; 21:68-80.
39. O'Conner AP, Whicker CA, Germino BB. Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing* 1990; 13:167-75.
40. Oxman TE, Freeman DH Jr, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosom Med* 1995; 57(1):5-15.
41. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness: spiritual well-being and quality of life. In: Piplair A, Periman D, editores. *Loneliness: sourcebook of current theory*. New York: Wiley Interscience; 1982.
42. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000; 132:578-83.
43. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med* 1998; 73:970-4.
44. Razali SM. Conversion disorder: a case report of treatment with the Main Puteri, a Malay shamanistic healing ceremony. *Eur Psychiatry* 1999; 14(8):470-2.
45. Reed PG. Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Res Nurs Health* 1987; 10:335-44.
46. Reed P. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. *Fam Community Health* 1991; 14(2):14-25.
47. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB. Factors influencing the views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:166-72.
48. Rogers-Dulan J. Religious connectedness among urban African American families who have a child with disabilities. *Ment Retard* 1998; 36(2):91-103.
49. Simmons Z, Bremer BA, Robbins RA, Walsh SM, Fischer S. Quality of life in ALS depends on factors other than strength and physical function. *Neurology* 2000; 55(3):388-92.
50. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997; 87(6):957-61.
51. Underwood-Gordon L, Peters DJ, Bijur P, Fuhrer M. Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. *Am J Phys Med Rehabil* 1997; 76(3):255-7.
52. VandeCreek L, Nye C. Testing the death transcendence scale. *J Sci Study Religion* 1993; 32(3):279-83.
53. VandeCreek L et al. Where there's life, there's hope, and where there is hope, there is... *J Religion Health* 1994; 33(1):51-9.
54. Warner SC, Williams JI. The Meaning In Life Scale: determining the reliability and validity of a measure. *J Chron Dis* 1987; 40(6):503-12.
55. Williams DR, Larson DB, Buckler RE, Heckmann RC, Pyle CM. Religion and psychological distress in a community sample. *Soc Sci Med* 1991; 32(11):1257-62.