

Title	末期患者のスピリチュアリティに関する文献的研究
Author(s)	森田, 敬史
Citation	臨床死生学年報. 2001, 6, p. 98-105
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/7899
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

末期患者のスピリチュアリティに関する文献的研究

森 田 敬 史

Key words : 末期患者, スピリチュアリティ, スピリチュアルケア

1. はじめに

人間とは、身体的、社会的、精神的、スピリチュアルな存在であり、これらが相互に影響しあって一個人が形成されている。そのため、疾病で苦しむ人々にはケアを提供するにあたって全人的なアプローチが必要である(柏木, 1992; 柏木, 1996)。特に予後不良のがんやその他の難病の場合、末期患者への苦しみを緩和させるためには身体的アプローチとともに、社会的、精神的、そしてスピリチュアルなサポートがなければ、このような患者が意味をもって生きていくことは難しいと思われる。それゆえ医療を全くの宗教なしで考えることは非常に困難なことである(日野原, 1997)。しかし、この場合の宗教とは何も教義や礼典などを強く押し薦める特定の宗教を表しているのではなく、その人のスピリチュアリティという本来人間に内在している要素をきちんとくみ取っていくためのものではないだろうか。もちろん特定の宗教を信仰するしないに関わらず、スピリチュアリティは内在し、人間に尊厳を与える大きな要素である。柏木(1996)は「病名や予後についてははっきりと知らない患者であっても、ターミナルステージにある患者の場合、治癒することは困難なのではないかと感じている場合が多い。このような時、自分の心の支えがほしいと考えるのは当然のことである(p.181)」と述べている。つまり患者自身のスピリチュアリティを明確にすることにより、この心の支えとなるスピリチュアルケアを提供することができると考えられる。

そこで本稿では先行研究をレビューすることにより、スピリチュアリティの概念や関連要因を明確にするとともに、スピリチュアルケアの現状を把握することで、今後の研究の方向性を検討していきたいと考える。なお現在、スピリチュアリティにあてはまる適切な訳語がないため、本文では上記のようにそのまま使うことにする。同様にスピリチュアル、スピリチュアルケア、スピリチュアルペインもそのまま使うことにする。

2. スピリチュアリティの概念

我が国におけるスピリチュアリティの概念は、なかなか明確に示されておらず、むしろ曖昧になってしまっている。実際、和訳するときに、これとされる明確な訳語は定まっておらず、様々な訳されかたをしている。そのためにスピリチュアリティに関する研究が立ち遅れていることは否定できない。当初、スピリチュアリティとは、宗教に基づくものとされ、宗教性として紹介されてきた(森田・角田・井上・千原, 1999)。だがスピリチュアルケアの重要性が叫ばれている近年において、窪寺(2000)は、スピリチュアリティを「人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われてしまったとき、その危機状況で生きる力や、希望を見つけ出そうとして、自分の外の大きなものに新たな拠り所を求める機能

のことであり、また、危機の中で失われた生きる意味や目的を自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能のことである (p.13)」と定義している。

末期患者の痛みとして、スピリチュアルペインを宗教的痛みと考えると、この種の痛みをもつ患者は少ないとされ、むしろ広義に解釈する方が一般的であるとされている (柏木, 1992; 柏木, 1996)。その背景には、日本人の宗教に対する信仰事情があるのではなかろうか。日本人の宗教性として金児 (1982; 1983; 1991; 1993) は自身の研究から、現代の日本人は狭義の宗教、目にみえる宗教 (向宗教性) には否定的であるが、固有信仰としての民族宗教性 (加護観念・靈魂観念) を堅持していると示唆している。一般に、正月や七五三のときに神社に行き、結婚式を教会や神前でし、お葬式をお寺ですするというふうに、人生におけるイベントごとに様々な宗教が混在していたり、仏壇と神棚の両方をそなえる家族がかなりあることからこのことは窺える。つまり大多数の日本人は、日頃から宗教的信仰を通じて、死に対するこころの準備をしているわけではない。むしろ、自分自身や家族の誰かが難治性の疾病に見舞われるとか、死を免れえない状況に直面したときに、一個人としての意味を見出す必要性が生じ (Yalom, 1980)、初めて神仏にすがろうとする気持ちがわくのである (長谷川, 1992)。

一方でBurton (1998) は、スピリチュアリティを「絶対的存在との関係の中で、人間の無限性や有限性を反映する自身の信念」とし、宗教を「目にみえないものに対する不安を軽減するため、同じような思想をもった人々を組織し、信仰や儀式を行う文化的現象」と区別した。さらにスピリチュアリティを測定するために開発された尺度には以下のような下位因子が含まれている。スピリチュアル健康度 (Spiritual Well-Being; 以下, SWB) の評価を目的として開発されたSpiritual Well-Being Scale (SWBS) は下位尺度として、信仰に基づいた宗教的健康度 (Religious Well-Being; 以下, RWB) と、より広義の人生の意味・目的に関連した実存的健康度 (Existential Well-Being; 以下, EWB) をもつ (Kirschling & Pittman, 1989; Miller, 1985; Mytko & Knight, 1999)。さらに宗教的・スピリチュアルな信念を測定するために開発されたSystems of Belief Inventory (SBI) は、下位尺度に、①生と死における実存的観点、②宗教的実践・儀式、③宗教的 (または) スピリチュアルグループからのソーシャルサポート、④絶対的存在者との関係の4つから成り立っている (Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider, & Fox, 1998; Holland, Passik, Kash, Russak, Gronert, Sison, Lederberg, Fox, & Baider, 1999)。また、がん患者を対象としたQOL評価尺度であるFunctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) でも人生の意味や平穏さを測定している (Brady, Peterman, Fitchett, Mo, & Cella, 1999)。

以上のように、スピリチュアリティとは、一般的には宗教的と狭い意味で使われるのではなく (Meraviglia, 1999)、広義に宗教的要素と実存的要素の両方を含む概念として使われている。

3. スピリチュアリティに関連する要因

がん患者のQOL、心理的適応とスピリチュアリティとの関連性について、いくつかの研究がなされている。

まず、1610名のがん患者を含む慢性疾患患者を対象にしたBrady et al. (1999) の研究に

よれば、SWBとQOLの間に正の相関が示されていた。さらにSWBは、身体的・感情的幸福度、社会・家族幸福度、社会的望ましさを規定しても、QOLの独立した指標であると考えられたため、スピリチュアリティがQOLの独立した変数であると示唆されている。142名の乳がん患者に行った研究では、SWBはQOLと心理的適応との両方に関連があった (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999)。具体的に、前向きに考えることや信仰、人生の意味を見つけるなどの認知方略は、SWBと正の相関があった。反対に、助けや希望はないと考えることとSWBとの間には負の相関があるとされた。また114名のがんと診断された成人に対して行われたKaczorowski (1989) の研究では、不安とSWBとの間に負の相関があるとし、特にEWBの方がRWBより不安と負の相関があると報告されている。つまり絶対的な存在との関係よりも、人生の意味や目的を明確にする方が不安を和らげるとしている。さらに、この研究の中で年齢とSWBの間に正の相関があるともいわれている。71名の末期のがん患者に行った研究では、神や自然に対して親密な気持ちを抱いている等の宗教的信念をもった患者の方が人生にも満足し、幸福感や前向きな志向が強くなり、宗教的活動もまた明確に幸福度や人生の満足度と相関があったと報告されている (Yates, Chalmer, James, Follansbee, & McKegney, 1981)。この中で、宗教は多くの患者の重要なサポート源であるとも示唆されている。同様に、年齢や性別を加味しなければ、祈りを行う頻度が増えれば、メンタルヘルスの向上につながり、うつや不安を防いだり和らげたりするのに役立つという研究もある (Meisenhelder & Chandler, 2000)。

その反面、宗教とメンタルヘルスには、関係性がない、あるいは負の相関があるとも論じられている (Mickley, Carson, & Soeken, 1995)。これは恐らく、宗教とは特に個人の信仰度や価値観、主観性はいってしまうためであり、例えば熱心に信仰する人々の方が特に神の存在などを意識しやすく、心の平安を保ちやすくなる傾向があるのではないかと推測できる。

孤独感に関する知見として、Miller (1985) の研究によれば、慢性疾患をもった被験者群 (疾病群) 64名と健康な被験者群 (健常群) 64名、両群共に仮説どおり、孤独感とSWBとの間に負の相関が見られている。そして、疾病群は健康群と比較して、SWBとRWBが有意に高くなっているとされた。ここで注目すべきは、健常群においても孤独感とSWBの関係性がみられたということである。

以上のように、特定宗教の信仰という宗教的要素を含まなければ、よりスピリチュアルであると感じるほど、QOLが高まり、よりよく心理的適応ができ、より積極的に物事を考えることができるかとされている (Feher & Maly, 1999; Gioiella, Berkman, & Robinson, 1998; Holland et al., 1999)。また、孤独感に関しては、神との関係性をもつことで孤独感や無力感、絶望感よりはむしろつながりや関わり合いの意識をもち、心の平安を保つとする Yalom (1980) の言及と一致するところである。年齢に関しては、やはり高齢になるほど、スピリチュアルな事象に対して抵抗なく接していけるような環境が周囲に根づいてくるためではないかと考えられる。

4. スピリチュアルケアの現状

スピリチュアルケアとは、単に特定の信仰をもっている人に対して、その宗教的信念を続けさせたり、信仰がない人に対して、特定の宗教を強要するのではなく、患者が自分の人生

を生きるための力や希望を獲得し、人生の目的や意味について自分なりに納得できるように援助することである（窪寺，2000）。その中で患者自身がそのような問題に対してきちんと考えるというのであれば、その環境を提供するというのもスピリチュアルケアの一つである。したがって日本なりのスピリチュアルケアギバーのあり方とは、特別な宗教的関わりを推し薦めるのではなく、患者の側において患者や家族の苦しみを分かち合っていく中で、その人自身の「スピリチュアルな力」を見守り支えることであると考えられる（伊藤，2000）。これは「傾聴はそれだけで援助となる」という考えにたっている傾聴ボランティアの活動（村田，2000）と相通じるところがあるのではないだろうか。さらに、宗教的背景の中では、家族に対する神仏の加護を信じるとか、いずれは天国で再会すると信じて楽しみにするとか、しかるべき因縁によってなるようになると達観する、などと宗教によって対応の工夫は様々であるが、慰め方が多数用意されている（脇本，1997）。

ただ医学も宗教も対象とした人間を支配したり、操作したりした歴史があるため、患者や信者というとかく受動的な弱い立場に置かれる人との関わりの場合注意しなければいけない（樋口，1992）。患者とその家族の多くは信仰を持っていない場合がむしろ多く、そのため宗教的背景をもって考えると考えられるホスピスに対して、宗教家自身の宗教を強要されてしまう恐れがあるのではないかと、またその宗教が自分の（多くの場合、自分の先祖伝来の）宗教と異なっているという懸念のもと、入院時に気にしている場合があるという報告もある（季羽，1992）。上述のような懸念があるためか、現在一般病院では宗教を取り入れているところはわずかである。しかし、その中にはスピリチュアルペインを精神的苦痛としてくみ取られている場合も少なくないと思われ、患者が自分の信仰や信念を表明していたとしても、それがその人の人格であると認識されることもなく、見落とされる結果になってしまうのではないかと考えられる。実際、我が国において、少なくとも約半数の終末期がん患者が明らかなスピリチュアルペインをもっている（藤井，1993）ことから十分患者を観察していく必要がある。

他方で、一般臨床医および緩和ケアに携わっている医師に対して前野（2000）が行ったスピリチュアルケアに関するアンケート結果の中で、スピリチュアルペインを知らない（初めて知った）と答えた一般臨床医が全体の6割強にもものぼると報告されている。つまり現状ではスピリチュアルな問題はあまり考慮にいれられていないのである。だが一方で、緩和医療に従事している医師に対して行われたアンケートでは、スピリチュアルペインについておおいに関心があると答えた医師が8割強も存在し、さらに全員ががん患者にスピリチュアルペインが存在すると考えていた。

また河野（1998）が総合病院の看護婦250名に対して行った研究によれば、多くの看護婦は死を苦難とみなし拒絶しないことが明らかにされているが、一方で死を苦難とみなし拒絶する看護婦は、死の不安が強く、瀕死の患者の部屋に行くことを怖がることも明らかにされている。職種によってスピリチュアルケアに対する積極度合を調査したBabler（1997）の研究によれば、最も積極的であったのは牧師であり、次いで看護婦、ソーシャルワーカーという順番であったことから、医療関係者の職種によってスピリチュアルケアに対する意識の違いが示されている。ただ全てのホスピスの患者やケアギバーがチャプレン（病院付牧師）の病院来訪を望んでいるわけではないことから、ホスピスの専門家に対するスピリチュアルペイン（特に宗教的問題）に対応できるだけの教育がなされていかなければいけないである

う (Mickley, Pargament, Brant, & Hipp, 1998)。

5. スピリチュアルケアの効果

Brady et al. (1999) の研究では、痛みや疲労レベルの高低に関わらず、信仰心が高い群の方が人生を楽しむことができるという仮説を実証している。121名の直腸がん患者に行われた研究では、SWBSの得点が高い患者の方が身体症状、警告症状、治療問題に対する要求度が低いと示されている (Fernsler, Klemm, & Miller, 1999)。また、71名の末期がん患者に行った研究によれば、人間よりも優れた力や来世を信じ祈ることによって、少しは楽になると信じていた人々のほうが疼痛の激しさは低かった (Yates et al., 1981)。つまり人生の意味や平穩、信仰を考えることで、人間の感覚を増大させ、症状やその他の肉体的衰弱を人間の幸福の中では微塵なものとして考えると解釈されている。これは、窪寺 (2000) が言う視点の転換と考えられ、患者が広い視野から自分やまわりの人々をみることができ、つまり違う価値観で物事をみるように心がけることで、まわりの人々の愛や思いやりなどがみえてきて、自分の受けとめ方も変わってくるというスピリチュアルケアの援助のことを指していると思われる。一方、我が国では、終末期がん患者を対象とした観察的研究で実存的苦痛に対する介入を含めたホスピスケアによって、多くの症例において、切迫した希死念慮は緩和され、抗うつ薬を投与しなかったにもかかわらず、1週までに23%、2週までに35%の患者の希死念慮が消失した (森田・角田・井上・千原・鈴木・一木, 1998b)。

反対に、スピリチュアルペインに対する治療効果の有効性がないとする研究も報告されている。我が国のホスピスで、実存的苦痛を背景にして心因性の身体症状を訴えた9名に対してホスピスケアが行われたが、その緩和は容易ではなく、このうち6名では不安の現れである身体症状に対して薬物的に鎮静することが中心とされた (森田・井上・千原, 1996)。同じく我が国のホスピスにおける調査 (森田・角田・井上・千原・久岡・伊藤, 1998a) では、依存・意味の喪失・死そのものに関連した実存不安を含む不安症状を認めた52名の患者に対して、宗教的援助を含むホスピスケアが行われた。その結果、19名の患者は明らかな不安症状の緩和が認められたが、18名の患者は著しい不安症状のために鎮静を受けた。

6. まとめ

以上、先行研究を概観してきたわけであるが、スピリチュアリティという観点からのアプローチは、最近になって欧米諸国を中心に盛んになってきている一方で、見解の不一致な部分の存在が明確にされた。さらに多くのがん患者において、人生の意味や依存、希望そして孤独に関連したスピリチュアルペインが認められている。それらは、QOL、適応、不安、うつ、前向きに考えることと深く関係していることが見出された。

どうしても主観的な要素がはいりやすいこの分野では、個人の信念やそれまでの生活環境、価値観が大きく反映されてしまい、解釈が曖昧になり、他の要因と概念的に重複してしまうと考えられてきた (Martsolf, 1997)。これについて、がん患者のQOL質問票であるSkalen zur Erfassung von Lebensqualität bei tumorkranken-Modified Version (SELT-M) (Wegberg, Bacchi, Heusser, Helwig, Schaad, von-Rohr, Bernhard, Hurny, Castiglione, & Cerny, 1998) の日本語版を作成した石川 (2000) は、そのQOL質問票とほかの質問票とを比較する研究を行った。その結果、SELT-Mの構成要素の1つであるスピリチュアル因子は、

身体的、精神的、社会的な側面だけに焦点を置く従来のQOL質問票では得られない患者の状況を把握できるものであるとし、身体、心理、社会的因子と異なる構成概念であると示唆している。

また民族性により、スピリチュアルニーズや実存的ニーズの表出が違ってくるとする研究も報告されている (Moadel, Morgan, Fatone, Grennan, Carter, Laruffa, Skummy, & Dutcher, 1999) ことから、文化的差異を考慮すると、今回まとめた欧米の研究結果がそのまま我が国に適用できるとは考えられない。それどころか我が国においては、スピリチュアルケア自体がまだまだ認識されておらず、そのうえ多岐にわたるため、一方からの治療的介入では、全ての患者に対して満足なケアを提供することは難しいと思われる。事実スピリチュアルケアは、効果があるとする反面、必ずしも有効ではないとする見解があることから、今後さらなる関連要因に関する研究の蓄積がなされ、個々の患者に適したスピリチュアルケアを検討していくことが重要となるであろう。

引用文献

- Babler, J.E. 1997 A comparison of spiritual care provided by hospice social workers, nurses, and spiritual care professionals. *Hospice Journal*, 12(4), 15-27.
- Brady, M.J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. 1999 A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Burton, L.A. 1998 The spiritual dimension of palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 121-128.
- Cotton, S.P., Levine, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H., & Targ, E. 1999 Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.
- Feher, S., & Maly, R.C. 1999 Coping with breast cancer in later life : the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Fernsler, J.I., Klemm, P., & Miller, M.A. 1999 Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 22(2), 134-140.
- 藤井理恵 1993 患者のSpiritual needとスタッフの関わり-患者、医師、ナースへのアンケート調査から-. *ターミナルケア*, 3, 425-429.
- Gioiella, M.E., Berkman, B., & Robinson, M. 1998 Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, 6(6), 333-338.
- 長谷川浩 1992 宗教を信じない人の死の受容. *ターミナルケア*, 2, 80-83.
- 樋口和彦 1992 ターミナルケアにおける医学と宗教の関わり. *ターミナルケア*, 2, 72-75.
- 日野原重明 1997 現代医学と宗教 現代の宗教⑨. 岩波書店.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L., & Fox, B. 1998 A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B., & Baider, L. 1999 The role of religious and spiritual beliefs

- in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, 14-26.
- 石川邦嗣 2000 Spiritual QOL. *緩和医療学*, 2, 173-181.
- 伊藤高章 2000 「健康な死」へのケア. *ターミナルケア*, 10, 108-111.
- Kaczorowski, J.M. 1989 Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal*, 5(3-4), 105-116.
- 金児曉嗣 1982 宗教組織と信仰の機能(IV)-浄土真宗門信徒の宗教性に関する因子分析的研究-. *人文研究*, 34, 658-686.
- 金児曉嗣 1983 宗教組織と信仰の機能(V)-浄土真宗門信徒の宗教性に関する因子分析的研究(その2)-. *人文研究*, 35, 755-801.
- 金児曉嗣 1991 宗教性と死の恐れ. 石黒卓也(編) *宗教学と医療* (pp.175-208), 弘文堂.
- 金児曉嗣 1993 日本人の民族宗教性とその伝播. *心理学評論*, 36(3), 460-496.
- 柏木哲夫 1992 宗教的な痛み-ターミナルケアの実際例を通して-. *ターミナルケア*, 2, 88-92.
- 柏木哲夫 1996 死にゆく患者の心に聴く-末期医療と人間理解. 中山書店.
- 季羽倭文子 1992 宗教とターミナルケアをめぐる. *ターミナルケア*, 2, 69-71.
- Kirschling, J.M. & Pittman, J.F. 1989 Measurement of spiritual well-being: a hospice caregiver sample. *Hospice Journal*, 5(2), 1-11.
- 河野由美 1998 看護婦の死生観、宗教観と死の不安の計量的研究. 第29回 看護総合, 88-90.
- 窪寺俊之 2000 スピリチュアルケア入門. 三輪書店.
- 前野宏 2000 医師に対するスピリチュアルケアのアンケート結果とスピリチュアルケアにおける仮定と原則. *ターミナルケア*, 10, 97-102.
- Martsof, D.S. 1997 Cultural aspects of spirituality in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 231-236.
- Meisenhelder, J.B., & Chandler, E.N. 2000 Prayer and health outcomes in church lay leaders. *Western Journal of Nursing Research*, 22(6), 706-716.
- Meraviglia, M.G. 1999 Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1), 18-33.
- Mickley, J.R., Carson, V., & Soeken, K.L. 1995 Religion and adult mental health: state of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(4), 345-360.
- Mickley, J.R., Pargament, K.I., Brant, C.R., & Hipp, K.M. 1998 God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice Journal*, 13(4), 1-17.
- Miller, J.F. 1985 Assessment of loneliness and spiritual well-being in chronically ill and healthy adults. *Journal of Professional Nursing*. MARCH-APRIL, 79-85.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., & Dutcher, J. 1999 Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8, 378-385.
- 森田達也, 井上聡, 千原明 1996 終末期癌患者の心因性の症状の緩和ケア. *臨床精神医学*, 25, 1433-1441.
- 森田達也, 角田純一, 井上聡, 千原明, 久岡直子, 伊藤正也 1998a 終末期癌患者の不安障害に関する予備的調査. *臨床精神医学*, 27, 437-443.

- 森田達也,角田純一,井上聡,千原明,鈴木聖子,一木崇宏 1998b 終末期癌患者にみられる希死念慮の危険因子と動揺性. *臨床精神医学*, 27, 1371-1378.
- 森田達也,角田純一,井上聡,千原明 1999 終末期癌患者の実存的苦痛-研究の動向. *精神医学*, 41, 995-1002.
- 村田久行 2000 傾聴ボランティアのトレーニングプログラムとスピリチュアルケアの実践. *ターミナルケア*, 10, 112-115.
- Mytko, J.J., & Knight, S.J. 1999 Body, mind and spirit towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- 脇本平也 1997 死の比較宗教学 現代の宗教③. 岩波書店.
- Wegberg, B. van, Bacchi, M., Heusser, P., Helwig, S., Schaad, R., von-Rohr, E., Bernhard, J., Hurny, C., Castiglione, M., & Cerny, T. 1998 The cognitive-spiritual dimension-an important addition to the assessment of quality of life: validation of a questionnaire (SELT-M) in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology*, 9, 1091-1096.
- Yalom, I.D. 1980 *Existential psychotherapy*. BasicBooks, New York.
- Yates, J.W., Chalmer, B.J., James, P.S., Follansbee, M., & McKegney, F.P. 1981 Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9, 121-128.