

¹Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran
²Dosen Keperawatan Universitas Padjadjaran

ABSTRAK

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan serius. Masalah yang terjadi tidak hanya pada pasien, tetapi juga berdampak kepada keluarga. Proses berduka akan dilewati oleh keluarga pada pasien dengan stroke. Dukungan spiritual dapat digunakan untuk menghadapi reaksi berduka. Pendekatan dukungan spiritual merupakan area mandiri keperawatan. Artikel yang digunakan dalam telaah literatur ini adalah melalui penyedia jurnal elektronik. Kriteria artikel yang dipakai adalah terbitan tahun 1998-2013 dan tersedia di perpustakaan universitas serta beberapa literatur yang mendukung dalam proses penulisan. Pembahasan telaah literatur ini terkait masalah yang muncul pada keluarga dengan pasien stroke, aspek spiritualitas dalam individu, spiritualitas sebagai faktor protektif kejadian depresi dan proses berduka tidak efektif; serta implikasi pada asuhan keperawatan dan penelitian. Kesimpulan telaah literatur ini adalah Kesehatan psikologis menjadi satu hal penting dalam pelayanan keperawatan. Kemungkinan terjadinya kematian yang mendadak akibat stroke dapat menimbulkan respon berduka (bereavement). Salah satu tindakan mandiri keperawatan yang dapat diintegrasikan untuk mengatasi respon tersebut adalah memberikan dukungan dengan pendekatan spiritual.

Kata Kunci : Bereavement, Spiritualitas, keluarga pada pasien Stroke

ABSTRACT

Stroke is one of the serious health problems . The problem that occurs not only in patients , but also the problems experienced by the family . The Bereavement will be bypassed by the family in stroke patients. Spiritual support can be used to deal with grief reactions. Spiritual support approach is independent nursing intervention area. Articles used in the study of this literature are through the provider of electronic journals. Article used in the literature review was published in 1998-2013 and is available in the university library. Some literature that supports the writing process are also added in this literature review. Discussion of this literature review related: Problem issues that arise in families with stroke patients; Concept of bereavement; The individual aspects of spirituality; spirituality as a protective factor of depression and the ineffective grieving process; and Implications for nursing care and research .The Conclusions is psychological health become an important thing in nursing care. Occurrence of sudden death due to stroke can cause a bereavement problem. One of the actions that can interface the independent nursing to address the response is to provide support with a spiritual approach.

Keywords: Bereavement, Spirituality, family with stroke patients

PENDAHULUAN

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan yang serius. Tahun 2015, WHO mengestimasi terdapat 20 juta orang yang akan meninggal karena stroke. Proporsi kematian stroke adalah 15,4% pada tahun 2007. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, 1 diantaranya disebabkan karena stroke ⁽¹⁾. Masalah yang terjadi tidak hanya pada pasien, tetapi juga berdampak kepada keluarga.

Kematian pada keluarga atau pasangan yang ditinggalkan pasien terminal mengalami peningkatan yang signifikan⁽²⁾. Kematian akibat kehilangan pasangan ataupun kehilangan anggota keluarga yang dicintai, mortalitasnya lebih besar dari pada *Cardiovascular Disease* (CVD) ⁽³⁾. Mortalitas keluarga yang ditinggal pasien mencapai 75-100% pada 6 bulan pertama⁽⁴⁾. Stressor akibat kematian pasangan adalah penyebab stress tertinggi stress juga berpengaruh terhadap depresi pada keluarga⁽⁵⁾. Depresi muncul karena adanya reaksi abnormal dari proses berduka. Hal ini memerlukan solusi dalam penurunan angka mortalitas keluarga yang ditinggal pasien ⁽⁶⁾.

Dukungan spiritual dapat digunakan untuk menghadapi reaksi berduka. Dukungan spiritual tidak hanya terbatas dalam praktik keagamaan seperti halnya membaca kitab suci maupun berdoa, akan tetapi dukungan spiritual juga mengacu pada aktivitas yang menenangkan, menghibur, mendengarkan, menghormati privasi, serta membantu mencari makna dan tujuan hidup keluarga ⁽³⁾. Pendekatan dukungan spiritual merupakan area mandiri keperawatan.

Melihat fenomena dan fakta tersebut, perlu adanya telaah literatur yang sistematis dan membutuhkan pendekatan ilmiah dalam penyusunannya. Telaah literatur yang sesuai untuk menjawab masalah dan fenomena tersebut adalah tentang spiritualitas pada keluarga dengan pasien stroke.

METODE

Artikel yang digunakan dalam telaah literatur ini adalah melalui penyedia jurnal elektronik EBSCO, Scindirect, Springer dan Google Scholar. Laman penyedia jurnal tersebut dipilih karena telah diketahui secara umum sebagai penyedia akses jurnal yang tersedia di perpustakaan universitas penulis. Kata kunci yang dipakai adalah "*stroke dan spiritual*" "*bereaved family dan spiritual*". Kriteria artikel yang dipakai adalah terbitan tahun 1998-2013 dan tersedia di perpustakaan universitas serta beberapa literatur yang mendukung dalam proses penulisan telaah literatur.

PEMBAHASAN

Pembahasan hasil telaah literatur ini meliputi : masalah keluarga dengan pasien stroke; konsep proses berduka (*Bereavement*); aspek spiritualitas dalam individu; spiritualitas sebagai faktor protektif kejadian depresi dan proses berduka tidak efektif; serta implikasi pada asuhan keperawatan dan penelitian.

a. Masalah Keluarga dengan Pasien Stroke

Transisi sehat – sakit adalah gerak dari keadaan sehat atau sejahtera ke arah sakit atau sebaliknya ⁽⁷⁾.



Saat seseorang mengalami perubahan keadaan tersebut maka perawatan kesehatan yang salah satunya adalah hospitalisasi menjadi sangat penting. Terlebih pada pasien dengan kasus penyakit kronis yang terkadang harus menjalani hospitalisasi dalam jangka waktu lama. Bagi sebagian orang, menjalani perawatan inap di rumah sakit atau pelayanan kesehatan lain dapat memicu timbulnya berbagai efek psikologis yang negatif, diantaranya stress, cemas, depresi, bahkan harga diri rendah⁽⁸⁾. Tidakhanya dirasakan oleh pasien, efek psikologis tersebut dapat juga dirasakan oleh keluarga atau pasangan.

Pendapat bahwa efek psikologis juga dapat dirasakan oleh keluarga didasarkan padagagasan bahwa keluarga adalah sebuah system yang akan terganggu keseimbangannya jika salah satu anggotanya sakit atau bahkan meninggal⁽⁹⁾. Efek psikologis tersebut terjadi karena adanya kondisi objektif dari keluarga atau pasangan setelah mengalami kehilangan anggota keluarga, atau yang biasa disebut dengan reaksi berduka (*bereavement*)⁽¹⁰⁾. Reaksi berduka ini juga sering dijumpai pada keluarga yang salah satu anggotanya terkena stroke.

Gejala stroke bisa menjadi suatu hal yang menegangkan bagi keluarga⁽¹¹⁾. Pada kasus stroke, hal tersebut didasari pada banyaknya masalah yang dapat timbul dari kondisi anggota keluarga yang terkena stroke. Misalnya : konflik yang terjadi karena pasien stroke tersebut merupakan sumber pencari nafkah dalam keluarga⁽¹²⁾, keterbatasan akses untuk

bertemu keluarga di ruang ICU⁽¹³⁾, dan kemungkinan terjadi kematian mendadak⁽¹⁴⁾.

Reaksi berduka (*bereavement*) akibat kematian mendadak dari pasangan lebih banyak melibatkan respon emosional seseorang⁽¹⁵⁾, yang berupa perasaan kesepian, tidak berdaya, putus asa, dan shock⁽¹⁶⁾. Respon emosional tersebut sangat heterogen tergantung dari intensitas, durasi, dan adaptasi terhadap kehilangan⁽¹⁷⁾. Reaksi berduka (*bereavement*) kemungkinan memiliki konsekuensi negative pada aspek emosional, fisik, sosial, dan fungsi kognitif⁽¹⁰⁾.

Konsekuensi negative tersebut dapat berupa peningkatan level depresi, peningkatan resiko kematian, kerusakan pada fungsi fisik, peningkatan level stress dan kebutuhan financial, kesepian emosional dan sosial, penurunan fungsi memori, peningkatan resiko bunuh diri, peningkatan level dari kecemasan, dan resiko pada ketidakteraturan *mood*⁽¹⁰⁾.

Hal penting yang harus dipahami oleh populasi yang mengalami reaksi berduka (*bereavement*) untuk mencegah terjadinya konsekuensi negative tersebut, antara lain bahwa kehidupan akan kembali lagi ke kondisi normal, rasa penerimaan tentang kematian merupakan bagian dari proses kehidupan yang akan dijalani, dan kemampuan untuk berhenti memikirkan masa lalu yang menyedihkan⁽¹⁸⁾.

Peran penting tenaga kesehatan, khususnya perawat adalah membantu menyediakan dukungan yang tepat dan efektif pada keluarga atau populasi yang mengalami reaksi berduka (*bereavement*)

agar dapat beradaptasi dengan kondisi dan kenyataan yang dihadapi⁽¹⁹⁾. Salahsatu dukungan yang dapat diberikan padakeluarga atau populasi yang mengalami reaksi berduka (*bereavement*) adalah dukungan spiritual.

b. Konsep proses berduka (*bereavement*)

Kematian merupakan salah satu situasi yang sering dihadapi oleh perawat dan tenaga kesehatan lain. Pemahaman tentang reaksi dan respon kesedihan dan berduka penting untuk dimiliki oleh perawat supaya dapat memberikan dukungan yang tepat pada pasien dan anggota keluarga yang mengalaminya⁽²⁰⁾. Teori tentang respon dan reaksi berduka salah satunya adalah Teori Kübler-Ross dalam Buglass⁽²⁰⁾ yang mengidentifikasi 5 tahapan dari proses berduka, yaitu denial (penolakan), anger (kemarahan), bargaining (proses tawar-menawar), depression (kondisi depresi), dan acceptance (proses menerima).

Menurut Corr dalam Buglass⁽²⁰⁾, teori Kübler-Ross tersebut menyerupai mekanisme pertahanan diri yang terlalu linier, kaku, dan pasif untuk digunakan dalam proses kesedihan dan berduka akibat kematian. Dalam psikoanalitik, respon dan reaksi kesedihan terkait dengan upaya untuk memutus dan melepaskan energy dan kedekatan yang telah didapatkan dari orang yang meninggal, serta terganggunya ikatan kasih sayang yang kuat. Individu yang mengalami respon tersebut akan berusaha mendapatkan kembali perasaan kedekatan yang pernah ada sebelumnya. Ketika

kematian itu terjadi, kedekatan yang diharapkan tadi tidak akan pernah bisa kembali, hal inilah yang dapat menyebabkan perasaan marah dan putus asa⁽²⁾.

c. Aspek Spiritualitas dalam Individu

Spiritual memiliki makna yang luas. Wright⁽²¹⁾ mendefinisikan spiritual sebagai apapun atau siapapun yang memberikan makna dan tujuan dalam kehidupan seseorang. Spiritual dapat diartikan sebagai sebuah arti hidup dan kedamaian hati dan terkait dengan hubungan dengan Sang Pencipta⁽²²⁾. Kebutuhan spiritual juga mengacu pada hubungan diri manusia dengan Tuhan atau kekuatan yang lebih besar darinya⁽²³⁾. Aspek yang termasuk dalam spiritualitas adalah makna, tujuan, harapan, iman, eksistensi individu, transedensi, kedamaian, dan hubungan dengan orang lain.

The Canadian Nurses Association⁽²⁴⁾ menyebutkan bahwa spiritualitas merupakan dimensi yang tidak terpisahkan dari kesehatan individu. Hal ini diperkuat oleh Velasco-Gonzalez & Rioux⁽²⁵⁾ yang berpendapat bahwa spiritualitas merupakan indikator objektif dari kualitas hidup selain kesehatan fisik, kesehatan jiwa, levelindependensi, hubungan sosial dan lingkungan.

Berbagai definisi dan pentingnya spiritualitas membuat berbagai ahli kemudian membandingkan antara agama (*religion*) dan spiritualitas, dan kausalitasnya. Gorsuch & Walker⁽²⁶⁾ menyamakan antara spiritualitas dan agama dan kedua istilah tersebut dapat digunakan bergantian. Hal ini berbeda

dengan Hill & Pargament⁽²⁷⁾ yang memberikan pendapat bahwa spiritualitas dan agama memiliki persamaan dan perbedaan. Hill berpendapat bahwa agama merupakan bagian dari spiritualitas. Beberapa pendapat juga beranggapan bahwa spiritualitas merupakan bagian dari agama. Menurut Horsburgh⁽²⁸⁾ berpendapat perbedaan agama dan spiritualitas terletak pada fokus kajian, agama lebih berfokus pada aturan, iman dan kepercayaan sistem, sedangkan spiritualitas berfokus pada makna hidup yang berasal pengalaman serta hubungan dengan Sang Pencipta.

Perbedaan definisi spiritualitas dan agama tidak berdampak besar terhadap pentingnya spiritualitas dalam peningkatan status kesehatan. Kedua istilah ini saling melengkapi dan menjadi indikator penting pada derajat kesehatan individu. Menurut⁽²⁹⁾ spiritual lebih dipilih dalam pendekatan penelitian daripada agama. Agama bersifat lebih personal dan lebih mengedepankan aturan keagamaan, sedangkan spiritual bersifat global dan mampu diukur secara objektif serta mempunyai kesamaan dari setiap individu.

Terkait definisi dan makna di atas, spiritualitas dapat dikatakan sebagai salah satu aspek penting dalam menghadapi masalah yang muncul pada tiap tahap kehidupan, misalnya kejadian kematian dan proses berduka (*bereavement*).

d. Spiritualitas Sebagai Faktor Protektif dalam Proses Berduka Tidak Efektif pada Keluarga

Peningkatan spiritual mengarah pada pentingnya upaya menuju proses

berduka yang efektif pada keluarga yang ditinggalkan. Menurut Walsh, King, Jones, Tookman, & Blizard⁽³⁰⁾, menyebutkan bahwa spiritual berkaitan erat dengan proses berduka pada keluarga (*bereavement*). Penurunan ataupun hilangnya makna spiritualitas merupakan faktor resiko dari proses berduka tidak efektif. Hal ini sejalan dengan penelitian Strada-Russo⁽³⁾ yang menyebutkan bahwa spiritualitas merupakan faktor protektif dalam proses berduka yang tidak efektif pada keluarga dengan pasien terminal.

Pentingnya spiritual sebagai protektif dalam proses berduka tidak efektif sebagai upaya dalam penurunan angka kematian dari keluarga yang ditinggal. Kematian ini berasal dari depresi yang semakin meningkat ketika anggota keluarga mulai terdiagnosa sampai mengalami kematian akibat penyakit terminal salah satunya stroke. Data menunjukkan bahwa kejadian depresif berat muncul sekitar 50% dari janda/duda setelah satu bulan kematian pasangan. 25% setelah dua bulan, 16% setelah satu tahun dan 6% setelah dua tahun⁽³¹⁾.

Menilik pentingnya spiritual sebagai indikator kualitas hidup hingga sebagai faktor protektif dalam proses berduka yang tidak efektif, perlu adanya pendekatan dalam peningkatan spiritual sebagai upaya pencegahan proses berduka yang tidak efektif. Intervensi peningkatan spiritual perlu mendapat perhatian khusus. Menurut Read & Bowler⁽³²⁾ dukungan spiritual untuk keluarga dengan penyakit terminal yang efektif adalah dengan pendekatan psikososial

dan keterlibatan pasien atau keluarga secara langsung dalam terapi.

e. Implikasi Untuk Keperawatan dan Penelitian

Pemahaman tentang konsep spiritualitas sudah seharusnya dimiliki oleh perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan profesional. Sehingga tidak lagi timbul anggapan bahwa spiritual adalah selalu terkait dengan ritual keagamaan (ibadah, berdoa, membaca kitab suci, dan lain-lain). Menurut Okamoto et al.⁽³³⁾ terdapat beberapa praktik yang dapat digunakan terkait spiritual yang berefek terhadap kesehatan mental seseorang, diantaranya refleksi mendalam terhadap apa yang telah terjadi, mempertahankan hubungan dengan keluarga dan teman, dan apresiasi terhadap seni.

Terkait dengan tindakan mandiri keperawatan, salah satu yang dapat diaplikasikan yaitu mengintegrasikan *art therapy* dalam pelaksanaan *life review* pada populasi yang mengalami respon berduka (*bereavement*)⁽³⁴⁾. Selain itu, dibutuhkan juga interpersonal psikoterapi, yang diyakini juga memiliki efek baik terhadap depresi sebagai respon berduka (*bereavement*)⁽³⁵⁾. Re-integrasi spiritualitas dengan psikoterapi sebaiknya tidak dipandang sebagai tren sesaat saja,

karena hal ini merupakan fenomena yang dimungkinkan akan terus berkembang dan membawa manfaat bagi kesehatan mental⁽³⁶⁾. Penelitian terkait intervensi mandiri keperawatan pada keluarga yang mengalami respon berduka perlu untuk terus dikembangkan, mengingat selama ini yang banyak ditemukan adalah penelitian yang hanya berfokus pada pasien saja.

SIMPULAN DAN SARAN

Kesehatan psikologis menjadi satu hal terpenting yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan manusia secara umum. Pada penyakit stroke, selain dialami oleh pasien, perubahan kondisi psikologis juga dirasakan oleh keluarga atau pasangan. Hal ini terkait dengan kemungkinan terjadinya kematian mendadak akibat stroke, yang dapat menimbulkan respon berduka (*bereavement*). Salah satu tindakan mandiri keperawatan yang dapat diintegrasikan untuk mengatasi respon tersebut adalah memberikan dukungan dengan pendekatan spiritual. Pendekatan tersebut dipercaya dapat memberikan efek baik untuk mengurangi dampak psikologis dan konsekuensi negative yang mungkin muncul dari respon berduka (*bereavement*).

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan. Buletin Jendela Data dan Informasi. Jakarta; 2012;1-48.
2. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* [Internet]. 2007 Dec 8;370(9603):1960-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18068517>
3. Strada-Russo E. Spirituality as a Protective Factor in Complicated Bereavement. San Fransisco; 2006.
4. Mendes de Leon C, Kasl SV, Jacobs S. Widowhood and Mortality Risk in a Community Sample of the Elderly: a Prospective Study. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:519-27.



5. DeLaune S, Ladner P. *Fundamental of Nursing: Standards & Practice* [Internet]. Second Edi. New York: Delmar / Thomson Learning; 2002. Available from: <http://delaune.delmarnursing.com>
6. Michalski MJ, Vanderwerker LC, Prigerson HG. Assessing grief and bereavement: observations from the field. *Omega*. 2007;54(2):91–106.
7. DeLaune SC, Ladner PK. *Fundamentals Of Nursing : Standards and Practice*. Second edition. Esperti CL, editor. New York: Thomson Learning; 2002.
8. Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International journal of nursing practice*. 1998 Jun;4(2):84–96.
9. Tan HM, Wilson A, Olver I, Barton C. The Experience of Palliative Patients and Their Families of a Family Meeting Utilised as an Instrument for Spiritual and Psychosocial Care: A Qualitative study. *BMC palliative care* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan [cited 2013 Sep 25];10(1):7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3073937&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Shah SN, Meeks S. **Late-life Bereavement and Complicated grief: A Proposed Comprehensive Framework**. *Aging & Mental Health*. 2012;16(1):39–56.
11. Haley WE, Allen JY, Grant JS, Clay OJ, Roth DL. Problems and Benefits Reported by Stroke Family Caregivers: Results from a Prospective Epidemiological Study. *Stroke*. 2010;40(6):2129–33.
12. Wallace S, Christianna S. Emotional and Physical Health of Informal Caregivers of Residents *Journal of Gerontology*. 2008;63B(3):171–83.
13. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. **The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study**. *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses* [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Mar 10];25(4):190–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19497746>
14. Tatsuno J, Yamase H, Yamase Y. **Grief Reaction Model of Families who Experienced Acute Bereavement in Japan**. *Nursing & health sciences* [Internet]. 2012 Jun [cited 2013 Sep 11];14(2):257–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22640022>
15. Valentine C. **Academic Constructions of Bereavement. Mortality**. 2006;11(1):57–78.
16. **Green D. A Shoulder to Cry on: Support Through Bereavement**. *Nursing & Residential Care*. 2013;15(2):68–71.
17. Lister S, Pushkar D, Connolly K. **The Arts in Psychotherapy Current bereavement theory: Implications for art therapy practice**. *The Arts in Psychotherapy*. 2008;35:245–50.
18. Currow DC, Allen K, Plummer J, Aoun S, Hegarty M, Abernethy AP. **Bereavement Help-seeking Following an "Expected" death: a Cross-sectional Randomised Face-to-face Population Survey**. *BMC palliative care* [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Sep 25];7:19. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2637838&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. Burton CR, Payne S. **Integrating Palliative Care Within Acute Stroke Services: Developing a Programme Theory of Patient and Family Needs, Preferences and Staff Perspectives**. *BMC palliative care* [Internet]. 2012 Jan;11:22. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3539873&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. Buglass E. **Grief and Bereavement Theories**. *Nursing standard* [Internet]. 2010;24(41):44–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20608339>
21. Wright LM. *Spirituality, Suffering, and Illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F.A. Davis Comp; 2005.
22. Stanworth R. **Attention: A Potential Vehicle for Spiritual Care**. *Journal of Palliative care*. 2002;18(3):192–5.
23. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek MARM. **Assessing a Patient ' s Spiritual Needs**. 2005;62–9.
24. CNA. *Spirituality, Health and Nursing Practice*. Canada; 2009 p. 1–4.

25. Velasco-Gonzalez L, Rioux L. The Spiritual Well-Being of Elderly People: A Study of a French Sample. *Journal of religion and health* [Internet]. 2013 Apr 9 [cited 2013 Sep 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23568407>
26. Gorsuch R, Walker D. Measurement and research design in studying spiritual development. In: King PE, Wagener LM, Benson PL, editors. *Handbook of Spiritual Development in Childhood and Adolescence*. CA: Sage Publication; 2006. p. 92–103.
27. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*. 2003;58(1):64–74.
28. Horsburgh M. Towards an inclusive spirituality: Wholeness, interdependence and waiting. *Disability & Rehabilitation*. 1997 Jan;19(10):398–406.
29. Fisher JW. *Assesing& Nurturing Spiritual Well-Being via Education*. Ballarat; 2009 p. 1–266.
30. Walsh K, King M, Jones L, Tookman A, Blizard R. Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 2002 Jun 29;324(7353):1551. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=116607&tool=pmc_entrez&rendertype=abstract
31. Ando M, Morita T, Miyashita M. Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(3):453–9.
32. Read S, Bowler C. *Life Story Work and Bereavement : Shared Reflections on its Usefulness*. *Learning Diasability Practice*. 2007;10(4):10–4.
33. Okamoto T, Ando M, Morita T, Hirai T, Kawanura R, Mitsunori M, et al. Religious Care Required For Japanese Terminally ill Patients with Cancer From the Perspective of Bereaved Family Members. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010;27(1):50–4.
34. Ando M, Morita T, Miyashita M. Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;40(3):453–9.
35. Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of affective disorders* [Internet]. 2006 May [cited 2013 Sep 22];92(1):117–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16458978>
36. McGuire EP. *The Role of Spiritual and Religious Coping Strategies in The Wellness and Recovery of Adults Receiving Mental Health Services*. Sacramento; 2009.

