

南華大學生死學研究所碩士班論文

靈性照顧認知與經驗之探討 -

以中部某醫院安寧病房護士為例

Experience and cognition of spiritual care :

A study with hospice nurse of one hospital in middle Taiwan



研究生：王萱萁

指導教授：張利中 博士

中華民國九十二年六月

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生死學研究所

論文題目：靈性照顧認知與經驗之探討－
以中部某醫院安寧病房護士為例

研究生：王 萱 蕙

經考試合格特此證明

口試委員：蔡品雄
張利中
釋慧開

指導教授：張利中

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國九十二年六月二十日

致 謝

能夠重拾學生生活，是喜悅也是幸福，除了感恩還是感恩，在這個階段的學習過程中，不只是知識的累積，更是智慧的增長。論文能夠如期完成，首先由衷地感謝指導教授張利中博士，從我一進入研究所到畢業整整指導我兩年的時間；他以縝密的邏輯思考，不斷地引導我如何思考問題及釐清論文寫作的方向。在研究過程中，更是悉心的提攜，給我許多的包容、鼓勵與關心，讓我在辛苦的研究過程中，能夠感受到無比的溫馨。

也要感謝我們最為敬愛的所長慧開法師，他以豐富的專業智能及嚴謹細膩的思路，在論文的寫作上，給予我詳加地教導與指正，使我的論文能夠更臻成熟。所長除了在知識方面傾囊相授外，在身教方面更是以身作則、身體力行。此外，他的氣度、對於學問的堅持與認真的態度，也都令人感動。

更要謝謝蔡昌雄教授，在百忙之中，仍然對於我的論文詳細審閱，並以豐富的學養、敏銳的洞察與解析力，給予我許多寶貴的建議，使我受益良多。還有老師睿智、親切與熱忱的指導態度、對於學生的付出與包容，都令我印象深刻，更是我最佳的學習典範。

還要謝謝陳校長若慧，讓我有進修的機會。在我的生命中，陳校長是老師、長官，更如同慈母一般，從高二開始，一路上不斷地給我提攜與指導。在這兩年進修的過程中，更是持續地給我鼓勵與支持，甚至連論文口試，都替我擔心不已，這份心這份情，我將銘感五內。

研究生的生涯是艱苦的，一路走來，幸好有好友美莉的相伴與扶持；此外還有倅吟不時地提供我許多的寶貴意見；同學與同事們的加油與打氣；梁士傑老師在英文摘要上的幫助；安寧病房所有護理人員的配合；最後要感謝家人在我面臨困境與心情低落時，給予我最大的包容、支持與鼓勵；真誠的感謝您們，因為有您們的幫助，才能夠成就今日的我。

本篇論文能夠順利的完成，得到許多人的幫助，無法一一致謝，僅以真誠、感恩的心，將此成果與所有關心我的人分享。

王萱萁 謹誌於台中

摘要

本研究之目的在探討安寧病房護理人員對靈性照顧的認知及經驗。以立意取樣，選擇中部某醫院安寧病房，已取得執照並實際從事安寧療護臨床工作三個月以上之護理人員為對象。透過一對一，面對面的深度訪談法，研究者針對所關心的主題設計出「半結構式的訪談指引」來蒐集資料，訪談內容以錄音帶忠實記錄，轉為文本後，再依據 Burns 和 Grove (1997) 五個步驟來進行資料的分析。

本研究經由文本內容中找出意義單元，反覆閱讀文本，進行資料的編碼；再將所找出的意義單元，分類歸納以建立主題單元，最後將主題單元歸納為類目。其結果呈現如下：一、靈性照顧範疇；二、靈性照顧方法；三、投注時的心境；四、個人困頓；五、醫療體制僵化的考驗；六、正向照顧經驗的回饋；七、自我的轉化；八、支持的力量。

本研究針對研究結果提出下列的建議：一、對未來研究之建議：首先對於靈性經驗與認知資料的收集，除了深入訪談外，應參與田野的觀察。其次希望有不同背景的研究者，以不同的觀點來進行研究，以提供靈性照顧更為寬廣的視野。最後則建議未來研究者，可以針對如何提升安寧病房護理人員的靈性狀態，增強其靈性照顧的能力，做更深入的探討。二、對護理教育之建議：建議各校應該將安寧療護列為必修課程，以因應未來之所需。三、對臨床實務之建議：建議招募安寧護理人員時，最好能夠選擇有興趣且有些資歷的工作人員，才能更為勝任安寧療護的工作。其次是建議安寧病房靈性照顧之讀書會應該持續的進行，希望藉由相關書籍的閱讀與討論，配合臨床工作所遇到的難處，經由不斷地彼此心得分享和經驗交流中，以提升護理人員靈性照顧的能力。

本研究之結果可提供相關人員作為有關靈性照顧的理解基礎與靈性護理照顧訓練之參考。

關鍵詞：靈性 (spirit)、靈性照顧 (spiritual care)、安寧病房護理人員 (hospice nurse)

目次

第一章 緒論

- 第一節 研究動機與重要性-----1
- 第二節 研究目的與名詞釋義-----3

第二章 文獻探討

- 第一節 靈性觀-----5
- 第二節 靈性需求-----8
- 第三節 護理與靈性照顧-----11
- 第四節 安寧療護與靈性照顧之探討-----17

第三章 研究方法

- 第一節 研究設計-----20
- 第二節 資料處理與分析-----23
- 第三節 研究信度與效度-----25

第四章 結果與討論

- 第一節 研究結果-----27
- 第二節 結果與分析-----29
- 第三節 綜合討論-----59

第五章 結論與建議

- 第一節 結論-----64
- 第二節 建議-----67

參考資料

- 中文部分-----69
- 英文部分-----77
- 附錄一-----85

附錄二	-----	86
附錄三	-----	87
附錄四	-----	88

第一章 緒論

第一節 研究動機與重要性

自從癌症躍升為國人十大死因首位以來，現代人似乎無法免除罹患癌症的恐懼，當癌末患者面臨病入膏肓、生機難現，不再以「治療」為目的時，病人感到生命的孤獨、晦暗與痛苦，此時護理人員在病人生命的最後階段，應給予什麼樣的照顧，才能使其身心靈都能獲得安適？自 1983 年由康泰醫療教育基金會成立安寧居家療護，1987 年馬偕醫院成立安寧照顧小組，1990 年更設立安寧病房，成為台灣第一家癌末病患的照顧者，從此癌末的病患可以開始接受安寧療護。

安寧療護是對不能治癒的病患採取積極與整體性照顧，協助滿足其各層面的需要，使其能平安尊嚴的死亡。在病患接受安寧療護的過程中，應該確保病患與家屬獲得最佳的生活品質，以控制疼痛、緩解其他相關之症狀，並以解除病患心理、社會與靈性層面之痛苦為重點。此外安寧療護也強調 - 「全人、全家、全程、全隊」的四全照顧，希望癌末病人在臨終的階段獲得最好的照顧。

靈性是創造生命意義的重要元素，所以 Lugton (1999) 指出在安寧緩和醫療工作的護理人員除了積極的處理癌末病人的症狀，同時應給予積極的身心靈照顧與靈性支持。而護理人員提供個案整體性護理時，也應該注重個案身體、心理、靈性等方面的需求，這是護理的趨勢也是護理人員應盡的責任 (林笑，2000)。Fehring (1997) 指出病人遭受到極大痛苦或疾病急遽惡化甚至瀕死時，常出現靈性困擾；而 Sodestrom (1987) 的研究調查顯示 48 % 的病人很願意與護理人員討論自己的靈性需求及困擾。所以護理人員應該協助病人開展自我的靈性，讓病人不再將死亡視為生命中的挫敗，並接受它是生命中自然的過程，使其能從失落中站起來，以正向的態度重視生命的意義與生存的價值，促進靈性的成長與靈性的健康，進而協助病患達到「善終」的目標。

護理過程是指導臨床護理工作的重要指引，護理過程包括護理評估 (assessment) 護理診斷 (diagnosis) 護理計劃 (planning) 護理執行 (implementation) 護理評估 (evaluation)。護理診斷是護理過程的第二個步驟；護理診斷是指對護理對

象健康狀態的描述，或對其一生中已經存在，或即將發生的健康問題之描述。Deane. D (1991；引自石世明，2000) 指出靈性困擾 (spiritual distress) 雖然普遍的被納入護理診斷 (nursing diagnosis) 中，但是只有 11% 的護理人員在護理計劃中曾經使用此診斷來指出病患的靈性需求。而國內護理診斷的使用並不普及，更沒有關於靈性照顧的指引，有關安寧療護的在職教育仍偏重於身體症狀的處理，所以靈性照顧的推行更加困難。多位學者就指出，護理人員給予病人的靈性照顧現況不佳 (胡文郁等，1999；顧豔秋，2000)。胡文郁等 (1999) 進一步指出，90% 的護理人員認為安寧療護中癌末病人的靈性照顧很重要，但卻不會主動也不知如何與病人談論。而造成的原因與護理人員的認知、臨床實務環境、教育課程、個人生活工作上的經驗、信念體系 (對靈性範疇的覺知、尋求意義等) 服務的熱忱及敏感度等因素有關 (McSherry, 1998、林笑，2000)。靈性護理照顧為安寧療護中重要的一環，護理人員是靈性護理照顧中最主要的執行者，所以護理人員對靈性護理照顧的認知與其靈性護理照顧經驗，會影響其護理照顧的品質。在國內學者積極的發展本土化的靈性照顧時，身為主要照顧者的護理人員也應該對於自身靈性照顧的認知與經驗有所關注與省思。本研究希望藉著瞭解護理人員的靈性護理照顧的認識與經驗，來審視當前靈性照顧的情形，進而提供相關單位作為提升當前安寧病房護理人員的靈性護理照顧教育訓練之參考。我們相信，死亡不是悲劇，真正的悲劇是病患臨終前被冷落，失去精神支柱與愛的援助。我們應該繼續伸出溫暖的手，溫暖我們的病人並為安寧療護多盡一點心力。

第二節 研究目的與名詞釋義

一、研究目的

在台灣安寧療護是一個新興的領域，靈性照顧是安寧療護中頗受強調的一環，可是國內的研究發現靈性照顧現況不佳，而造成的原因與護理人員的認知、臨床實務環境、教育課程、個人生活工作上的經驗、信念體系、服務的熱忱及敏感度等因素有關（McSherry, 1998、林笑, 2000），國內目前並沒有人針對護理人員的靈性照顧經驗做過研究與探討。所以本研究試圖透過被研究者的眼睛來看世界，並進入其概念的世界，瞭解其如何建構與解釋，靈性照顧認知及其經驗的本質所蘊含之內涵，以展現多元的真相。

雖然靈性照顧與護理人員的認知、臨床實務環境、教育課程、個人生活工作上的經驗、信念體系、服務的熱忱及敏感度等因素有關（McSherry, 1998、林笑, 2000），但是而本研究只針對認知與經驗的內容來探討，因為在照顧行為上，經驗與認知是主要的影響因素。而經驗是學習的基礎，透過經驗的學習可以建構知識、技能與價值；此外經驗的學習也會受到外在社會脈絡的影響；因此本研究就只選擇認知與經驗的部分進行探討。本研究之目的包括：

- 1.瞭解護理人員靈性照顧的認知內容。
- 2.瞭解護理人員給予靈性照顧的方式。
- 3.瞭解護理人員靈性照顧的正向與負向的經驗（困境）
- 4.依據研究結果，希望能夠促發臨床照顧的反思，並能提供護理人員對於靈性照顧教育訓練之參考。

依據上述之研究目的，本研究之內容如下：

- 1.護理人員對於靈性照顧的認知內容為何？
2. 護理人員給予靈性照顧的方式為何？
3. 護理人員靈性照顧的正向與負向的經驗為何？

二、名詞釋義

- (一) 靈性 (spirit): 本研究將其界定為是個人內在的認為慈悲、奉獻、同情、寬恕、希望、學習、意義及道德。是人類存在的本質，藉由個人與自我、他人、環境與神之關係的交流，體會生命的意義與價值。
- (二) 靈性照顧 (spiritual care): 本研究將其定義為與病人共在，陪伴病人走完全程；並提供病人身體、心理、社會與靈性的整全照顧。
- (三) 認知 (cognition): 本研究界定為對靈性照顧的知識與信念。
- (四) 經驗 (experience): 本研究界定為安寧病房護理人員，在給予臨終病人靈性照顧的過程中，所累積的知識與技能。
- (五) 安寧病房護理人員 (hospice nurse): 指專門照顧臨終病患的護理人員。指自 91 年 7 月 6 日調查日期為止已取得執照，實際從事安寧療護臨床工作三個月以上之護士或護理師。
- (六) 臨終病人 (dying patient): 指經醫師診斷罹患癌症且壽命不超過六個月病患。

第二章 文獻探討

本章共分為四個部分來探討靈性照顧之議題：(一) 靈性觀；(二) 靈性需求；(三) 護理與靈性照顧之探討；(四) 安寧療護與靈性照顧之探討。

第一節 靈性觀

一、生命層次的探討

不只醫療領域習慣地將人分為幾個不同的層次來討論，其他的領域也都有如此的劃分。例如易傅生（1991）將人分為兩個層次；第一層是「從肉體五官來認識世界」的肉體層次。而第二層是精神層次，他認為生命的轉化就在透過深沈的體驗，棄絕第一層意義，投向自由的第二層的精神意志，成就靈性，完成對自我的追尋。而其所謂的第二層生命意義的層次--精神層次，也就是靈性的世界。而傅偉勳先生（1993）Frankl（1969）及 Carson（1989）則把生命存在分成三大層面，其順序由下往上或由內往外分別為 1.身體活動層面 2.心理活動層面 3.意義探索層面也就是靈性的層面。並認為人是需身體、心理及靈性等這三層次的整合之後，才能使人完整。李安德（1992）則認為人應具有四種層次：除身心靈的層次外，在心理與靈性之間多了理性的層次，而且認為如此的模式才能中實地反映出人類的普遍經驗，而且符合人性。心理學家 Maslow 將人類需求細分為五個層次，由低而高依序為：生理的需求、安全感的需求、愛與歸屬感的需求、尊重的需求及自我實現的需求。並於 1969 年修訂其理論，增添「靈性需求」，並指出靈性生活是人存在本質的一部份，也是人性的界定特質，缺少了它，人們會生病，會變得殘暴、空虛、無望或冷漠，便不再是完整的人性。綜觀上述可知，靈性是人類生命的最高層次，而且人們也習慣地將人類生命的層次劃分為身體、心理及靈性等三個層次。

二、靈性定義與內涵的探討

國內外研究對於靈性的定義、內涵與需求有很多的探討，各家學者都有不同的看法。本研究將所蒐集之資料整理如下：

在不同的時代與文化背景，人們都普遍的接受靈性層次。從靈性的專有名詞，如拉丁文的 Spiritus 及 Anima, 英文的 Soul 及 Spirit, 希伯來文的 Ruah, 西臘文的 Pheuma 及 Psych, 梵文的 Purusha 及 Atman, 以及中文的靈、精神、佛性等，雖然這些名詞內涵上有些不同，但都肯定了靈性的普遍經驗及信仰（李安德，1992）。

靈性是一個廣泛與多元化的概念（Oldnall, 1996；Mcsherry, 1998 & Reed, 1992），本研究將各學者對於靈性的定義整理如下：

靈性是統合個人的內在資源能量（Hay, 1989），而且靈性應該包括包括認為慈悲、奉獻、同情、寬恕、希望、學習、意義及道德（Michael & Gina, 2000）；是人類身心及社會的整合力；是整體的個人特質（Reed, 1992）；也是人類尋求生命的意義與目標的激發力及人類行為思想的指引（Banks, 1980）。靈性是生存的本質（Maslow, 1969）及生命的脈動，是心靈或更高層次的道德行為，特別是有關宗教方面（李、釋譯，1997），靈性不只是個人的宗教信仰及宗教的活動，靈性包含宗教的層面但是非僅限於宗教（Ellerhorst-Ryan, 1988；Fabry, 1980）。靈性是價值意義 - 超越物質，思考終極目的與價值及生存的意義（O'Brien, 1982 & Speck, 1998），故靈性是生命的信念、價值觀體會的結晶其影響因素包含個人、家庭、社會的生活環境（Stoter, 1995），靈性是一種高峰經驗（Maslow, 1969）即是難以用經驗來表達的高層潛意識之靈性狀態，類似到達「天地合一」、「出神忘我」的境界。

靈性是和諧的相互締結關係（harmonious interconnectedness）（Banks, 1980；Dyson等, 1997；A. Burhardt, 1994；Reed . G, 1992）。Reed . G, (1992) 進一步認為表達締結的要素包括：希望、內在意義、神秘經驗、宗教行為，靈性經驗是個人內在的締結、人際的締結及超越個人的締結。靈性是多重面向的，垂直面向的締結是將個人聯繫到至高者（神或上帝）。水平的締結則是連結到人與人之間或是社會的環境。第三個面向則是朝向內，關連到內在的自我，靈性即是不同締結的顯現，透過不同締結擴大原來自我的界線，人不僅自我超越，同時也越過現狀。

此外靈性亦受到個人成長的背景與健康情形的影響，而且每個人的靈性都是特殊、獨一無二的（Burnard, 1988）；Reed, 1992）。由上述可知要對靈性下一個單一

可靠的的定義並不容易，所以至今許多學者對靈性仍缺乏一致的看法（Narayanasamy，1991；Mcsherry，1998）。靈性是一個多元化、廣泛的概念，所以靈性問題與社會心理問題並不易區分，Mickley（1989）指出社會心理與靈性兩者皆有發展的階段與成熟度，也與「關係」（relationship）有關。但是靈性強調生命的意義及目的；主張超越自我及委身於神(或至高者);其基礎乃在於個人的信仰等三方面，心理需求並未提到。

綜合上述學者的論點本研究將靈性界定為是個人內在的認為慈悲、奉獻、同情、寬恕、希望、學習、意義及道德。是人類存在的本質，藉由個人與自我、他人、環境與神之關係的交流，體會生命的意義與價值。

第二節 靈性需求

一、靈性需求之定義

Fish and Shelly (1978) 認為靈性的需求是人與上帝或神明、自我、他人以及宇宙調和一致的內心需求。而 Highfield 和 Cason (1983) 則認為靈性需求是指人尋求對生命、疾病和死亡意義，最終極問題的圓滿答案。靈性需求是人類基本需求之一。

二、靈性需求的評估

靈性是一種「形而上」的特質，似有若無，讓人們的生活有愉悅的感覺，所以一般健康的人並不會感受它的存在。但是人們在面對情緒壓力、身體的疾病或死亡時，就會出現強烈的靈性需求 (McSherry, 1998)，這時候人們才能普遍地感受到靈性的存在，並出現靈性的需求。邱秀渝 (1995) 指出癌末病人一旦有靈性的需要時，會出現下列的症狀與徵象，包括：1.疼痛：是癌末病人靈性需求未被滿足的常見症狀之一；2.自我概念低下：癌末病人因為疾病與治療的關係導致身體新向改變，使病人常出現貶低自我與低自尊；3.疏離感：病人常因為疾病因素被迫與社會疏離，而出現社交隔離、自卑及無價值感；4.無力與無望感。

從事安寧工作的護理人員，如果發現病患出現上述的徵象時，應該先評估病人的靈性狀態，Hay (1989) 提出的評估靈性三大方向首先是評估個人內在的資源能量的豐盈、貧瘠的程度，可瞭解靈性的深淺。例如個人找到生命的意義，就能擁有豐富的內在的資源能量，其靈性就會呈現良好的狀態。其次是評估其價值體系，能意識並體驗到生命的意義，並排列出對個人意義之輕重緩急，就愈能展現靈性的內涵。最後為評估個人的宗教信仰 - 趙可式 (1992) 和唐秀治 (1993) 認為癌末病人有宗教信仰的需求，如果病患能有虔誠的宗教信仰，並體認終極的意義，所呈現的靈性狀態會越好。

三、癌末病人的受苦經驗與需求

癌症末期病患的生病經驗是一個整體的受苦經驗，從病人對於身體健康狀況改變的察覺，到疾病的診斷確立、住院甚至到面臨死亡的過程，病人都承受了極大的痛苦經驗；這經驗主要來自：

(一) 身體層面：末期癌症病患中約有 70-90% 面臨疼痛的煎熬，甚至有許多人怕痛，更甚於害怕死亡。而症狀之控制關係著癌末病患之生活品質，嚴重的身體不適，威脅著病患之獨立性與自我照顧能力，並妨礙病患之日常活動能力，影響其生活品質 (Holmes, 1991)，亦會干擾到病患之心理安適 (Barton, 1977)。所以末期癌症病患之生理需求應該包括：維持舒服適宜之環境、身體的清潔、維持日常活動、妥善之照顧設備與個人照顧技巧等。其次是減輕身體不適症狀之處理：疼痛控制、適當治療與照顧與合適的飲食等。

(二) 心理層面：Houts (1988) 針對癌末病人未滿足之需求的調查，指出臨終病人有情緒困擾位居排名的第二位 (21%)，其中情緒支持的需求大於其它的社會心理需求。由此可知，臨終病患極受心理情緒問題所困擾。Cherny & Foley (1996) 指出癌症末期病患的心理狀況因為疾病造成不適，可能會有憂鬱、無望感、無價值感、無意義感、沮喪、懊悔、自責、焦慮、自我的崩潰與面對死亡的威脅等心理反應。所以末期癌症病患之心理需求包括：1. 情緒的表達，能表達憤怒的情緒，不受壓抑。2. 有控制感：能自主、受尊重、有尊嚴。3. 愛與關懷的需求：陪伴、同理心、誠實開放的溝通、瞭解與被瞭解、常被關心和支持和用心傾聽，用心對待。4. 心願的完成：寫遺囑、交代遺志或遺物、解決恩怨與人道別 (Stoter, 1995; Jacik, 1989)。

(三) 社會經驗層面包括因疾病導致社交生活受限、退縮、社交隔離或甚至害怕背親屬遺棄等 (穆佩芬等, 2002)。所以末期癌症病患之心理需求包括：1. 與家人共享餘生，化解與家人的衝突、冷戰，小孩的探視與所愛的人能夠在場陪伴等。2. 保持與外界之接觸，化解與朋友間的衝突。3. 經濟之協助等 (Speck, 1998; Kashiwagi, 1997)。

(四) 靈性層面：Kastenbaum (1986) 指出長期深刻且未解決的問題，在其臨終時會導致靈性的困擾，所以癌末病人受苦的不只有身體，更大部分是靈性的受苦 Highfield 和

Cason (1983) 認為靈性需求是指人尋求對生命疾病和死亡意義最終極問題的圓滿答案。末期癌症病患之靈性需求包括：1.尋找生命的意義與目標；2.完成未完成的心願；3.希望；4.追求愛與被愛；5.寬恕與和好（與神、自己和他人和解）；6.宗教信仰；7.利他；8.能說出謝謝、再見、對不起；(O' Connor, 1990; Cherny & Foley, 1996; Kashiwagi, 1997; 趙可式; 2000)

靈性是生存的本質 (Maslow, 1969) 及生命的脈動，護理人員要能夠瞭解病人靈性的需求，與靈性受苦的情境，才能協助病人找到生命的意義與目標，並激發病人生命的活力，提供病人良好的照顧。

四、靈性滿足

而靈性的開展是經由「得到答案」，針對人生意義與生命的關聯性等兩大問題得到解答 (Burnard, 1990)。靈性的開展可以使靈性需求獲得滿足，讓個人獲得靈性的健康，並能對目前及未來的生活事件感到有意義與目的，也能夠使人處於靈性統整的狀態 (O' Brein, 1992)。換言之靈性健康的人，會感到生活有意義且生命有價值。

第三節 護理與靈性照顧

近來，因為安寧療護的興起，全人護理(wholistic nursing care)又逐漸受到重視，所以有關靈性照顧的討論，也有如雨後春筍般的湧出，本研究將其整理並敘述如後。

一、靈性照顧在護理領域的重要性

全人的護理照顧，除了強調人是身、心、社的個體外，並加上「靈性」的部分。其中靈性是最重要的主體，因為靈性是存在內心的生命力與價值根源 (Hay, 1989)，主導著人類的行為與思想並統整人類身、心及社會 (Banks, 1980)，而且靈性被認為是維持健康、幸福、生活品質及調適疾病的重要因素 (O' Neill & Kenny, 1998 ; Ross, 1994)。因此靈性護理照顧就成為安寧療護中重要的一環。而且從護理的鼻祖南丁格爾女士到近代的紐曼及華森都強調「靈性」的重要性 (Summer, 1998)。Reed (1992) 也認為靈性護理是護理的核心，更是護理本體基礎的一部分。癌末病人受苦的不只有身體，更大部分是靈性的受苦，而靈性護理是身體或心靈受苦時，最被需要的(Nolan & Crawford 1997)，護理專業所關注的是一個全人的整體，所以在照顧上應該包含靈性層面，才能夠提供病患身、心、靈及社會的完整護理。而且靈性護理照顧可以增加護理教育的廣度，使護理更符合人類的基本需求;也可了解及提昇病人的價值觀，繼而增加病人的滿意度 (Chapman, 1989)。

二、靈性照顧的措施

靈性照顧是在人類受身體疾病或心理困擾之苦時，較被需要(Nolan & Crawford, 1997)。而 Ross (1995)、Watson (1985) 及 Reed (1992) 也都指出靈性照顧是護理的核心，也是護理本體的基礎，更是護理人員的責任。因此護理人員本身就是給予靈性照顧最好的資源。

楊克平(1998)指出無條件的接受與肯定一個人的現狀及確認個人的獨特需要，是靈性照顧的入門。靈性護理應包括:1.身、心、靈的整體關懷；2.尊重和支持個案的信

仰，期望能賦權他們處理疾病；3.提供受苦、負向思考、內在衝突的情緒支持；4. 提供超越的品質，如寧靜、意義、愛、希望、力量；5.分享自己；6.助成與上帝、家人、自己與他人的關係；7.視其宗教需要安排特別的活動:如神職人員或教友參與禱告；8.傾聽並鼓勵病人表達內心感受（ Highfield & Amenta , 1994 ; Nolan & Crawford , 1997 ; ）。而邱秀渝（ 1995 ）與 Golberg（ 1998 ）指出靈性護理的措施是協助病人開展靈性、協助病人尋找生命的意義、在場（ presence ）、同理心及慈悲、陪伴、主動而敏銳的傾聽、尊重、給予希望、愛、撫摸及復原。石世明（ 2000 ）則認為靈性照顧不是護理「技術」，而是在臨終處境下，照顧者與病人建立共命感，且照顧者從人的內心所顯露出的慈悲，陪伴病人度過臨終過程的工作。

三、靈性照顧應有的認知

靈性照顧是靈對靈的照顧方式，是一個人用心靈與全人來照顧另一個人，因此護理人員自我的靈性成長是很重要的。此外護理人員必須相信個案靈性的存在 (Berggren-Thomas & Griggs , 1995) , 對個案的護理必須融入靈性層面(Cusviller,1998)。 ; Moberg（ 1979 ）。靈性護理照顧不只是行為，更是一種對生命尊重的態度；尊重個案的隱私、尊嚴、宗教及文化的信念並滿足個案的靈性需求（ McSherry , 1998 ; 趙可式 , 1992 ; 唐秀治 , 1993 ）。其次強調與宗教有關的照顧是靈性照顧的重要層面之一；護理人員必須留意靈性、宗教和文化對身心健康的衝擊(Stolley & Koenig,1997)。而且探討靈性照顧之前，應該控制好病人的身體症狀，病人才能表露心理社會以及靈性的問題，否則這些問題會被身體的痛苦所掩蓋（許禮安，2000）。而石世明也認為身體照顧也是靈性照顧的基礎，護理人員可以透過身體的照顧，進入病人靈性的領域。楊克平（ 1998 ）指出靈性護理照顧應考慮各項影響因素包括病人及整個家庭狀況，因為病患的家屬是提供病患心靈支持重要人的物，所以靈性護理照顧也應該將整個家庭囊括進來。

四、護理人員在靈性護理照顧中應有的技巧

護理人員在靈性照顧中，應具有的技巧為：1.對於病人的靈性需求，有些病人並不表現出來，也不願用言語說明，所以照顧者應該仔細的觀察其非語言的部分，以了解病人的問題並尋求解決之。2.靈性照顧不是傳教，靈性需求也不等於宗教，照顧者必須尊重病人本身的宗教信仰，瞭解其生命的意義與價值及其過去的思想與行為，並尋求「生命」的解答。3.有些病人會把生病歸咎於其原本的宗教信仰，此時應該先了解其對宗教的認知與需求，有時則需跳脫宗教層面，直接探索其對生命與死亡的態度。4.千萬不要勸病人要堅強、要努力奮鬥、要忍耐，否則會阻礙心靈的溝通。5.將病患及其家屬視為醫療環境中的一份子，允許病患及其家屬參與醫療與護理措施的決策過程。6.靈性照顧中存在著太多無解的問題。有些病患的信仰可能與護理人員差距甚遠，在初次與病患接觸時，最好是成為一位傾聽及接受者，並與病患保持不具權威的關係。7.在收集病史時，勿單刀直入地詢問一些私人的問題，應先製造溫暖、輕鬆、且信任的氣氛，儘可能地運用當時情境中的人、事、物來開啟話題。8.護理人員應該給予病患自在地表達其內心黑暗世界的機會。並了解臨終病患特別恐懼及擔心的事物例如疼痛、死亡、孤獨、擔心家人、尊嚴、個人的認同與角色的喪失等。對年輕人而言，身體心像的喪失最令人感到恐懼。9.要盡量避免病患產生孤離感，協助病患的家庭及早涉入病患的疾病過程，使家屬有被接受的感覺，並能與專業人員維持開放式的溝通關係。10.須知病患對護理人員的需求有安全層面：病患需要護理人員專業的臨床控制能力，在靈性方面，病患需要本身的控制力。11.在安寧的照護過程中，護理人員應留意病患情緒反應，並協助其疏導不良的情緒。護理人員應接受病患有權力選擇含憤而終，或否認他們的疾病或死亡。病患有權持續地對抗病魔，也有權放棄與病魔抗爭；護理人員站在專業的立場僅能盡所能的使病患免於傷害，但無權干涉病患應如何，及何時死亡（Stoter，1995；許禮安，2000；高美玲，2000）。

五、造成靈性照顧被忽略的因素

靈性的概念與靈性健康於1979年，在健康學科中興起（Diaz，1993）。台灣對於

靈性的重視，始於安寧療護的引進，所以靈性照顧是一門正在起步中的新興學科。許多護理理論都會將心靈層面納入，並建議將之付諸實現；靈性困擾也被制訂為公認的護理診斷。但是病患的靈性評估卻被大多數的護理人員忽略（Piles，1990），而在緩和和照護領域中，靈性照顧也是常遭到忽略。其造成的原因為：對於靈性與靈性照顧缺乏單一一致的看法，甚至連護理實務也沒有適當的指引（Ross，1995；Watson，1985；Amenta，1986），所以醫療人員不知該如何來執行靈性照顧。其次 Stoter（1995）認為可能對心靈的定義有所偏差或被誤解，及我們對靈性充滿著太多無解的問題及疑難，導致我們周遭的許多錯誤認知，使護理人員常將靈性照護視為宗教上的問題，而把靈性問題留給神職人員，並摒除於護理過程記錄之外。這也意味著護理人員對靈性與宗教信仰區別的認知混淆；而且護理人員對於自己心靈、宗教的信念也非常模糊，當病患問及護理人員「受苦有什麼意義時」，護理人員不知如何回應。此外護理教育的課程設計中忽略了靈性，造成護理人員對於靈性照顧的觀念狹隘且認知不足（Mickley，1989；Soeken，1986；Carson，1986；邱豔芬，1996）。最後則是護理人力不足，護理人員大多以執行工作常規與滿足病人生理需要為重點。

六、不同觀點的靈性照顧方法

護理的對象是「人」，護理任務是協助滿足人類的需求。當一個人的需求無法滿足時，會形成問題，護理人員就必須協助解決病患的問題；Benner（1984）指出專業發展第一階段的新手(novice)，對情境不熟悉且無法體認與瞭解護理實務，常依規則行事；進階學習者(advanced beginner)雖然可以掌握某些情境，但是難以決定輕重緩急。所以學習者在成為一位能勝任工作的護理人員之前，需要有一套引導思考的工作規則，協助他提升洞察力與使之思路敏捷。而問題解決法就提供了護理人員實務工作的架構，能在護病關係存續的過程中，透過有系統、有效率的科學方法，來收集資料、確立問題、擬訂計劃、執行活動及評值結果，以確保服務對象的個別性需要，得以妥善的滿足。

在靈性照顧上，Govier（2000）、Carson（1989）與施富金（2000）都建議以問題

解決法的方式來執行護理評估 (assessment)、護理計劃 (planning)、護理執行 (implementation) 與護理評估 (evaluation)；並認為問題解決法對於引導初學者的思考是有幫助的，而且可以當成一種訓練的工具。

而石世明 (1999) 則提出不同的看法，石世明認為以傳統身體照顧的訓練，將問題解決法應用於在臨終的處境，往往很容易就陷入「事情」的表象當中，錯將「死亡」當作「事情」來對待。蔡昌雄 (2002) 也認為「解決問題」的取向，並不能真正觸及死亡與靈性議題的核心。他更進一步指出現行安寧照顧比較是屬於科際合作的專業分工，而非整合的或整全的照顧模式。在科際合作的照顧模式下，我們把病患的整體分割成生理、心理、社會與靈性等層面，由各專業人員分別專責處理其專業問題外，再彼此交換意見、會診與合作，這種運作模式，還是以醫療照顧為主；強調科際合作的醫療照顧模式，關心的是表淺症狀的緩解、問題的處置，忽略了症狀的深層意義，也忽略了問題形成與發展過程。

本研究認為靈性照顧更重視人性心靈的層面，所以不同於其他的護理照顧，更不能以傳統的問題解決法來執行靈性照顧。因為問題解決法，是透過有系統、有效率的科學方法，來收集資料、確立問題、擬訂計劃、執行活動及評估結果，以確保服務對象的個別性需要，得以妥善的滿足。這樣的方法，讓護理人員將病人視為物品，切割成一個一個的部分，在針對部分找出問題再加以處理；這樣的結果使護理人員錯把人當成問題來對待，容易忽略了人性與靈性的層次，也無法協助靈性的成長；重視的是工作的完成、效率與物品輸出的品質。

死亡本身是無法分割成一個一個的問題，而且對於病人而言，死亡的議題是無法被解決的。此外靈性的議題是有無成長而不是對錯，所以靈性的議題也不能以問題來看待。有經驗的護理人員認為問題解決法，會使缺乏經驗的護理人員其陷入問題的循環中，一直在問題裡繞圈圈，而忽略了問題背後更深層的意義，更無法協助病人達到靈性的成長。

安寧療護在台灣雖然已經推行了十多年之久，但是仍在發展階段，對於靈性照顧的方法、模式、技巧與觀點更是不相同，所以如何統整與協調，以確保病患能夠獲得

最佳地照顧是未來需要努力的目標。

總之，靈性照顧不同於其他的護理照顧，它更重視人性心靈的層面，它不是一種護理技術，而是與病人共在，陪伴病人走完全程；並提供病人身體、心理、社會與靈性的整全照顧。

第四節 安寧療護與靈性照顧之探討

一、安寧療護的概況

安寧療護始於 1967 年，桑德絲博士（Dr. Dame Cicely Saunders）於英國倫敦成立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），1976 年美國精神科醫師庫伯勒 羅斯（Elisabeth Kubler-Ross）帶領美國進入安寧療護；在日本 1981 年成立亞洲第一個安寧照顧醫院後，至今已有五十多家提供相關服務。而台灣的安寧療護始於 1983 年由康太醫療教育基金會成立安寧居家療護，1987 年馬偕醫院成立安寧照顧小組，1990 年設立安寧病房與安寧療護基金會，到 2002 年止與安寧照顧基金會有合約的醫療院所已達二十多家。目前全球共有 6000 多所醫療機構提供安寧緩和醫療。近十多年來，安寧緩和醫療的專業性已被認可，在英國、澳洲、加拿大均設有緩和醫療專科。台灣在 2000 年也開始試辦緩和醫療專科醫師評鑑。

二、安寧療護與靈性照顧

根據世界衛生組織(WHO, 1990)對安寧療護所下的定義是：對不能治癒的病患採取積極與整體性照顧。其目的在確保病患與家屬最佳的生活品質。是以控制疼痛、緩解其他相關之症狀，並以解除病患心理、社會與靈性層面之痛苦為重點。因為安寧療護強調是一種人性化的照顧方式，希望能藉由照顧者對「生命」及「死亡」的正確認知來協助癌末患者，使其在生命的最後階段，重燃信心和勇氣並得到支持與鼓舞；所以靈性照顧是安寧療護中重要的一環。

在現行的醫療模式中，大部分的人仍以「拯救生命」為首要的工作，企圖使用各種儀器與藥物延續病人生命的徵象。但對於癌末患者而言，疾病治癒的希望渺茫，一般延續生命的醫療方法，不僅不能帶來痊癒的希望，反而更增加了患者身、心的煎熬與不適，摧殘了患者的生命尊嚴與生活品質。而個人生命的存在不是只有肉體的活動，還有精神、心靈的層面，所以從事安寧工作的人員，應該以尊重個人生命尊嚴及重視其個人權利為基本原則，能夠依照患者的個別需求，予以不同的照顧。由此更是

顯示出靈性照顧在安寧領域中的重要性。

三、安寧緩和醫療中護理人員的角色與功能

Soken (1987) 及 Lugton (1999) 認為安寧緩和醫療中，護理人員必須擔任下列的工作：

參與積極整體性照顧：在安寧療護尚未引進台灣時，對於無法治癒的病人，醫護人員都抱持著消極地等待死亡的態度，但是安寧療護的理念提醒我們，病人的照顧除了身體症狀與疼痛的解除之外，還應該激發病人的自我肯定與價值、希望與存在意義的信念，達到心理、靈性與社會的整體積極照顧。

(二) 評估病人及家屬整體需求及支持：安寧療護是以全家照顧 - 即以病患的「家庭」為單位，提供病患及家屬的全家照顧。在臨終階段的病人與家屬其需要是複雜且多變的，其需求包括身體、心理、社會及靈性的需求。護理人員應該仔細的評估其需求，並協助病患及家屬滿足其需求。

(三) 給予靈性照顧：靈性照顧是安寧療護中重要的一環，癌末病人受苦的不只有身體，更大部分是心理與靈性的受苦，臨終病人在身體或心理受苦時，靈性的需求最為強烈 (Nolan & Crawford 1997)；因此護理人員應該協助其超越瀕死的內心掙扎與衝突，維持延續生命的動力，減輕焦慮與恐懼，進而達到促進靈性的成長及靈性的健康。

(四) 應用輔助療法：安寧療護的照顧工作中，常使用芳香療法、藝術治療、音樂療法、按摩及放鬆等，目前也由受訓過的護理人員協助執行。期望讓病人能舒緩其身、心、靈的壓力。

(五) 悲傷期的追蹤輔導：關懷及悲傷的輔導是安寧療護的工作中，一個重要的課題，也是一個最容易被忽略的課題。在傳統的醫療體制下，病人死亡，就代表著醫病關係的結束，所以家屬的哀傷也就被忽略。在台灣目前悲傷輔導的工作由社工或護理人員來扮演追蹤者的角色。

(六) 協調溝通安寧療護團隊中的各單位。

(七) 在安寧療護的工作，不斷地學習成長與自我照顧。由上述安寧緩和醫療中護理人員的角色與功能，更可以瞭解護理人員在安寧領域的靈性照顧上扮演著重要的角色。

第三章 研究方法

質性研究乃為瞭解生活經驗中自然發生的現象，注重本質與其所蘊含之內涵，試圖發現多元的真相。質性研究論及觀察、紀錄、分析及解釋所研究之現象的特質、屬性、型態、特徵、特定的脈絡及全貌的特定意義，採用質性研究可以瞭解現象的本質、特點及屬性，這些現象包括研究生活情境、生活事件、經驗、符號、儀式以及其他方面(陳月枝，2000d)。

質性研究傾向於以文字的方式描述、並展現資料。若以收集資料的種類區分，則質性研究可以分為田野工作和非干擾性方法 (unobstrusive methods) 兩種。被通稱為「非干擾性」的探究包括了內容分析、視覺材料探討、文本和言說 (discourse) 分析、檔案研究 (archival research) 和傳記等生命史研究等等。「非干擾性研究」的最大特色在於一方面它是針對由人所製造的文本做為探討的對象;因此各種和人有關的研究難題就可以適度的被避免。

本研究過程是一種現象的發掘，其目的在於「開展」與「詮釋」靈性照顧的認知與經驗本質所蘊含之內涵，而認知與經驗本質是無法化約成數量來處理的，所以必須採用質的研究方法來進行，以一種自然而饒富涵義的方式來揭示(uncover)。

本研究之研究目的為瞭解安寧病房護理人員，在靈性照顧中的認知與經驗的內涵，由於多元的靈性定義，導致靈性照顧也沒有一致的定義，甚至在臨床實務方面也沒有統一的指引與評估，故本研究試圖透過被研究者的眼睛看世界，並進入其概念的世界，瞭解其如何建構與解釋，靈性照顧認知及其經驗的本質所蘊含之內涵、特點及屬性，以展現多元的真相。本研究在進行質性研究的過程中，研究者透過深度訪談的方法蒐集資料，了解靈性照顧之認知與經驗的本質。本章共分成四節，第一節是研究設計包括：研究過程、研究對象之描述與基本資料、資料收集與研究倫理；第二節為資料處理與分析方法；第三節為研究信度與效度。

第一節 研究設計

一、研究過程

- (一) 闡述問題，擬訂研究主題。
- (二) 進行相關文獻回顧：蒐集有關的文獻資料，以幫助研究者對於相關研究的掌握，並確立研究得出探性質。
- (三) 選擇研究對象與訂定選樣標準。
- (四) 擬定初步訪談指引，進行預試訪談。
- (五) 修正初步訪談指引，成為正式的訪談大綱。(六) 以半結構的訪談大綱、深入訪談與錄音機來進行資料的收集。
- (七) 資料的整理：將錄音帶謄寫成逐字稿，研究者再次聽取錄音帶的內容，並與逐字稿之內容逐一核對。進而將資料加以編號，再選擇一為訪談之轉謄資料與協同編碼者進行協同編碼。
- (八) 資料分析：根據 Burns 與 Grove (1997) 五個步驟來進行資料的分析。
- (九) 提出研究結論與建議。

二、研究對象

本研究採立意取樣方式，以中部某醫院之安寧病房所有護理人員為研究對象包括安寧居家護理師，但是個案必須符合下列的收案標準：

- (一) 具有護理師執照，且有 3 個月以上安寧病房工作經驗者。未滿 3 個月試用期之新進人員，因為還在適應工作環境與瞭解常規，所以本研究將其排除在外。
- (二) 為考量研究倫理與個案權利，向研究個案說明研究的方法與目的之後，願意接受訪問、並簽署書面同意書者。

安寧病房所有護理人員共有 16 位，其中一位只有一個月的安寧工作經驗，與本研究之選樣標準不符合，故將其排除，其餘的護理人員都符合標準，也願意參與研究，所以成為總共有 15 位護理人員本研究之研究對象。

研究對象基本資料之描述：個案年齡介於 24 至 35 歲之間，平均年齡為 28 歲；安寧照顧年資為 9 個月至 4 年，平均約 1.6 年；學歷介於研究所到專科，其中擁有研究所學歷者佔 7%、大學佔 40%、專科佔 53%；婚姻狀況未婚者佔 80%；宗教信仰分別信仰道教、佛教、基督教、民間信仰等；其中以基督教與民間信仰者居多，各佔 27%，一位無宗教信仰。下表為本研究個案之基本資料：

編號	性別	年齡	學歷	婚姻	安寧年資	宗教信仰
C01	女	26	專科	未婚	1	道教
C02	女	24	大學	未婚	<1	佛教
C03	女	31	研究所	未婚	1	基督教
C04	女	25	專科	已婚無子	1	道教
C05	女	34	大學	未婚	1	基督教
C06	女	26	大學	未婚	1	民間信仰
C07	女	30	大學	未婚	2	民間信仰
C08	女	27	專科	已婚有子	1	基督教
C09	女	26	專科	未婚	1	無
C010	女	26	專科	未婚	4	民間信仰
C011	女	29	專科	已婚有子	1	民間信仰
C012	女	29	大學	未婚	1	基督教
C013	女	35	大學	未婚	4	基督教
C014	女	28	專科	未婚	3	佛教
C015	女	30	專科	未婚	1	佛教

三、資料蒐集

(一) 資料蒐集工具：

本研究是以基本資料問卷（如附錄一）半結構訪談大綱與錄音機為資料蒐集之工具。訪談時，以下列訪談指引為主要內容，指引如下：

- 1.你認為什麼是靈性照顧？你認為臨終病人會有那些靈性的需求？
- 2.你曾經有過的靈性照顧經驗有哪些？你曾經給予病人哪些靈性照顧？
- 3.你在從事病人靈性照顧中，有無成功的經驗？
- 4.你在從事病人靈性照顧中，有無失敗的經驗？或遇到任何的困難？
- 5.你認為靈性照顧的目標是什麼？如何來達成靈性照顧的目標？
- 6.靈性照顧與社會心理照顧有何相同處或不同處？
- 7.決定護理人員靈性照顧能力的因素有那些？

(二) 實際訪談

本研究採深入訪談來蒐集所需之資料。訪談期間為九十一年七月至九十二年三月止，為了提升本研究之內容效度，在進行正式訪談之前，先參與了兩次病房的讀書會並做自我介紹，與受訪者建立彼此友好關係與信任關係，以減低受訪者的防衛之心，再進行訪談。

訪談前後分兩階段訪談，第一階段為預試訪談，目的為發展研究所需的訪談指引，第二階段為深入訪談，目的為深入問題的討論。訪談前先給予受訪者簽立訪談同意書。訪談的方式，採一對一，面對面的深度訪談，以「半結構式的訪談指引」進行訪談，再針對於受訪者敘述不夠清楚或訪談者有疑問的地方，請受訪者再做澄清。

訪談時間選擇在受訪者上班前一個半小時或下班後，地點選擇位於病房內不受打擾的討論室中進行。為了達到真實完整的資料，避免資料遺漏或錯誤，經受訪者同意後，採取現場同步錄音，並向受訪者說明錄音內容僅供研究使用，錄音帶由研究者妥善保管。

(三) 資料轉騰

於每次訪談結束後，由研究者將錄音帶內容轉譯為文字資料。同時，為確保對受訪者承諾之保密原則，研究者於轉騰過程確實遵守不對他人談論錄音帶內容之原則，以確保受訪者之權益。

(四) 研究者

質性研究者的關切是透過被研究者的眼睛看世界，所以研究者必須能夠掌握被研究者個人的解釋，才能明瞭其行事的動機，因此在質性的研究中，研究工具即為研究者本身，而且研究者的生活背景、價值與信念，均會涉入研究的歷程中（丁雪茵，1996），所以，研究者的準備工作和訓練是影響研究品質與信度的重要因素。而研究者於研究所期間曾經修過質性研究的課程，因此對於質性研究應該注意的事項有一定程度的了解。此外，研究者也修習過臨終關懷、生死心理學、生死基本問題討論、生命倫理學、宗教心理學、基督教通論及有關溝通的課程，故對臨終的領域、靈性與靈性照顧有足夠的認識與瞭解。在實務工作方面，研究者一直從事護理工作達十餘年，故可以勝任本研究。

五、研究倫理

本研究一切以研究對象的利益與權利為優先之考量。於進入研究情境之前，先徵得醫院及單位主管同意，跟研究對象自我介紹，並說明整個研究之目的及過程，徵求參與者同意後，讓願意參與研究的研究對象，在研究之前先簽署同意書。會談前向受訪者說明該研究之主題、目的及會談錄音過程，以及受訪者可以隨時中斷訪談與錄音。

第二節 資料的處理與分析

一、資料的處理

研究者將錄音帶謄寫成逐字稿，之後研究者再次聽取錄音帶的內容，並與逐字稿之內容逐一核對，對有誤之部分加以修正，確保資料之正確無誤。進而將資料加以編號，受訪者分別以 C01、C02、C03、C04.....C015 加以編號，訪談者則編號為 I，並於受訪者及訪談者的代碼後加上數字，代表對話的順序，例如 C02 - 05 為第 2 位受訪者所說的第 5 句話，I01-20 為訪談者所說的第 20 句話。

二、編碼歷程

在正式分析之前，研究者與協同編碼者依據本研究之研究目的、問題與架構進行討論後，研究者選擇受訪者 C01 之轉謄資料進行開放性編碼的工作。研究者與協同編碼者於第一次編碼後對編碼內容做進一步討論，並針對不同之處釐清其意義與類別，隨即進行第二次之編碼，雙方在第二次編碼時即達到 0.84 的一致性。進行完一致性分析後，研究者即據此編碼架構進行其他轉謄資料的分析工作。

三、資料分析

根據 Burns 與 Grove (1997) 五個步驟來進行資料的分析；

- (一) 由原始資料的內容找出意義單元。
- (二) 反覆閱讀文本。
- (三) 進行資料的編碼。
- (四) 分類歸納以建立主題單元。
- (五) 將主題單元歸納為類目。

第三節 研究信度與效度

一、研究信度的建立

在正式分析之前，研究者先將研究動機、目的與問題，及相關文獻資料提供給協同編碼者，以利協同編碼者對本論文之架構有一初步認識，之後，研究者與協同編碼者就本研究之研究目的、研究問題與研究架構進行充分之討論，並由研究者自轉謄資料中選擇受訪者 C01 之訪談內容，依資料所屬向度進行開放性編碼(opencoding)。研究者與協同編碼者先針對相同資料進行獨立的分析，逐句分解、檢視、比較與概念化，在第一次編碼過後，即針對一致與不一致的部分進行討論，以逐步澄清定義及內涵，並在協同編碼者之協助下，形成本研究之分析架構。當兩人所編的碼其意義與範圍相同時，則計一個“S”，編碼的意義相同而範圍不同，或是範圍相同而意義不同時，則計一個“D”。依據 Miles & Huberman 的一致性係數為評定一致的數目(S)除以評定一致的數目(S)再加上評定不一致的數目(D)。研究者與協同編碼者對受訪者 C01 之資料進行編碼後共得相同的 S 碼 52 個，相異的 D 碼有 16 個，總計一致性係數為 0.84。

二、研究效度

在每份訪談錄音帶謄寫成逐字稿後，皆由研究者再三對於資料內容作仔細的校對，以確定資料的準確無誤。

三、資料蒐集與分析的嚴謹度

依據 Lincoln 和 Guba(1988)針對質性研究信度與效度提出檢核的方法，包括確實性(credibility)、可轉換性(transferability)以及可靠性(dependability)等三個層面，來進行本研究嚴謹度的檢核：

(一)「確實性」即真正觀察到所希望觀察的。在本研究中研究者透過訪談資料的正確性以及研究者經歷背景等方面進行確實性的控制。首先，在進行訪談時研究者，以同

理、澄清、鼓勵、發問的技巧促發受訪者表達的意願與安全感。另外，則抱持「存而不論」的開放、接納態度，降低個人主觀與預設立場的影響；資料的蒐集乃是採取訪談全程錄音及逐字謄寫，研究者並對於錄音謄錄資料來回檢審，以確保內容正確無誤；最後是研究者的個人背景經驗部分，此部分已詳述於前。

（二）「可轉換性」指受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述。研究者不斷的進入逐字稿的脈絡，審慎的將其轉為文字資料之描述文。

（三）「可靠性」指的是如何取得可靠的資料，乃是研究過程中運用的策略。在每份訪談錄音帶謄寫成逐字稿後，皆由研究者再三對於資料內容作仔細的校對，再採 Burns 與 Grove（1997）五個步驟來進行資料的分析。

第四章 結果與討論

本章共分為三個部分：第一節是研究結果之呈現；第二節 將研究結果做基礎的分析討論；第三節為綜合討論：承續第一節與第二節的結果與分析，再加以引申討論。

第一節 研究結果

研究者經由文本內容中找出意義單元，反覆閱讀文本，進行資料的編碼；再將所找出的意義單元，分類歸納以建立主題單元，最後將主題單元歸納為類目。其結果呈現如下：

類目	主題
靈性照顧的範疇	主題一：身體照顧是靈性照顧的入門 主題二：心理情緒的照顧 主題三：宗教的終極關懷 主題四：維持與自己、他人、環境與神的關係
靈性照顧的方法	主題一：以問題解決的方法，滿足病人的需求 主題二：傾聽、陪伴與身體接觸 主題三：尊重、關心、愛與希望 主題四：旁敲側擊 主題五：協助病人完成心願 主題六：協助尋找生命的意義與價值 主題七：因人而異的 主題八：提供宗教的象徵物並鼓勵病人參與宗教的活動 主題九：與病人建立共在的關係

<p>投注時的心境</p>	<p>主題一：抱有靈性關懷的意願</p> <p>主題二：不知如何回應</p> <p>主題三：挫折與失敗</p> <p>主題四：擔心害怕</p>
<p>個人困頓</p>	<p>主題一：不易貼近臨終的處境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.健康與生病世界氛圍的不同 2.個人立場的差異 3.對臨終處境無法掌握 <p>主題二：年輕、閱歷不足導致限制</p> <p>主題三：所受之訓練部不足以應付臨床的情境</p> <p>主題四：個人的靈性狀態</p>
<p>醫療體制固著的考驗</p>	<p>主題一：工作負荷過重</p> <p>主題二：排班無法配合</p>
<p>正向照顧經驗的回饋</p>	<p>主題一：與病人及家屬信任關係的建立</p> <p>主題二：病人及家屬哀傷情緒的減輕</p> <p>主題三：對病人盡力付出後的安心</p>
<p>自我的轉化</p>	<p>主題一：修正自我對病人的期待</p> <p>主題二：靈性照顧方式的轉變</p>
<p>支持的力量</p>	<p>主題一：病人與家屬的肯定</p> <p>主題二：親友與工作單位的支持</p> <p>主題三：宗教信仰</p> <p>主題四：興趣</p>

第二節 結果與分析

這一節本研究將研究所發現之結果做基礎的分析、討論與描述。其研究結果與分析之敘述如下：

一、靈性照顧的範疇

靈性是一個多元與廣泛的概念，至今許多學者對靈性與靈性照顧，仍缺乏一致的看法。本研究將靈性的範疇分為三個部分：

(一) 身體照顧是靈性照顧的入門

本研究顯示給予病人靈性的照顧，應該先由身體護理開始，首先應該協助病人去除不適的症狀。有些癌症末期的病人，害怕疼痛更甚於死亡，身體症狀之控制關係著癌末病患之生活品質，並會干擾到病患之心理安適。其次是針對治療之後的身體照顧，例如幫病人打完針之後，幫他熱敷做按摩或是滿足病人最本身體的需求（換尿片、餵食等）。良好的疼痛的控制、不適症狀的解除與滿足病人基本的身體需求，能夠提升癌末病人的生活品質及心理的安適，使病人能夠展開靈性的探索。

「靈性的照顧我覺得應該由身體照顧開始，進而再擴及心理及靈性的照顧，所以我會優先處理病人的身體問題.... (C03-38)」

「一進來當然是會先解決他生理的問題，因為如果一個病人他病的很厲害，妳又去跟他講靈性，然後跟他說你信什麼宗教，什麼，他可能也不理妳啦！他可能希望說妳趕快不要讓我痛，這樣子，不要讓我吐，這樣子，就會先解決他生理的問題，那再來，他如果比較沒有那麼痛苦的話，再下來再去接觸、慢慢先去了解，他的宗教信仰，那他可能對他的疾病認知，然後他會有什麼問題，這樣子，然後問妳可以給他哪些幫助，這樣子。(C02-15)」

「靈性的照顧我覺得是指治療後身體的照顧 (C012-02。)」；「例如我幫病人打完針之後，就很自然的多陪他一下，幫他熱敷做按摩... (C05-14, C05-15)」

「像我就是幫忙病人倒水、或是像傷口的 care，這也是屬於靈性方面的....

(C011-06)。」

「那妳最常做的，妳認為最常做的靈性照顧有那些？那如果說你現在吃不太下的話，那我們可以有自己的掌控權，你以前喜歡吃什麼？現在突然想吃什麼？你可以跟我們講，這樣子，如果說你沒有辦法，你一直嘔吐，沒辦法吃，或是說你插鼻胃管，可能就是，吃柳丁或是怎麼樣？咬它的味道就吐掉，這樣子，就是滿足他的需求 (C02-16)。」

靈性常常透過人們的身體來表達需求，照顧者也利用身體的照顧來安慰病人的靈性，所以許禮安 (2000) 指出要探討靈性照顧，首先應該控制好病人的身體症狀，病人才能表露心理社會以及靈性的問題，否則這些問題會被身體的痛苦所掩蓋。而石世明也認為身體照顧也是靈性照顧的基礎，護理人員可以透過身體的照顧，進入病人靈性的領域。

(二) 是心理情緒的照顧

本研究發現：病人在住院期間，所出現的問題以心理情緒的困擾為主。所以靈性照顧應該協助病人能夠做好自我的心理調適，並克服疾病與死亡所產生的擔心與害怕，最後使情緒得到照顧且心理平安。

「靈性照顧我認為是比較有點偏向比較心理深處方面的心理方面問題。」

「靈性照顧是心理能夠得到平安，在情緒上得到照顧 (C003-01)。」

「靈性照顧是心理上就是對於接受死亡平不平靜這樣子 (C09-03)，還有可不可可以去調適她自己心理、心情上的一個起伏 (C09-09)。」

「靈性照顧是比較偏向於個人，我覺得比較隱密的另外一面，就是比較不為人知的另一面，就是他不會輕易跟人講的那一面這樣子，所以是他心理面滿害怕的東西，或是他心理面的一些秘密這樣子，或者是說他的一些心理面的盼望 (C08-01)。」

「靈性照顧就是我們會去想到說病人擔心跟想的會是什麼？ (C011-03)。」

癌症末期病患的心理狀況是因為疾病造成的身心不適，可能會有憂鬱、無望感、無價值感、無意義感、沮喪、懊悔、自責、焦慮、自我的崩潰與面對死亡的威脅等心

理反應；Houts (1988) 針對癌末病人未滿足之需求的調查，指出臨終病人有情緒困擾的位居排名之第二位 (21%)，其中情緒支持的需求大於其它的社會心理需求。

但是如何給予病人心理情緒的照顧呢？由於癌症末期病患身體日漸地衰弱，所以有些心理需求無法自己去達成，護理人員必須仔細地觀察與瞭解，並尊重其隱私，進而協助病人滿足的內心的需求。其次是協助病人克服心理情緒的障礙，達到心理的安適。

(三) 是宗教的終極關懷

本研究顯示：護理人員因此靈性照顧上另一個重要的照顧層面是宗教的終極關懷。因宗教信仰所產生的希望及其終極關懷，能夠讓人產生心靈的慰藉與滿足，並與神維持和諧關係，使自己的心靈可以有個依靠的對象。

「幫助病人找到心靈的寄託，不管是宗教或是其他，就是在他們病痛的時候或很無力的時候，就是在他們沒有希望的時候找到一個依靠的對象 (C02-01)。

「靈性照護是比較偏向於說，他對死亡的看法 (C08-02)，還有，嗯，是說他會想說他死了以後要去哪裡，或者是說他死後會不會輪迴呀！有沒有前世今生這類的都是比較偏向於像靈性照護這樣子。還有像生命回顧，應該都是屬於靈性照護裡面 (C08-04)。」

宗教信仰的動機是自無法在現實世界中順心如意，轉而對於超越現實的世界懷抱著希望獲得救贖、解脫或回歸的希望 (陳潔明，1996)。因信仰產生的希望，可以使心靈獲得慰藉與滿足，尤其對於臨終病人更具意義。而各種宗教的終極關懷也是靈性照顧中不可或缺的要素。人往往在面臨死亡的危機時，可能會有一個突然而快速的轉變由無宗教信仰者，轉而尋求宗教信仰，以滿足其靈性上的需求。

由此可知臨終者有與上帝或神明維持良好關係的需求。而與上帝或神明建立及維持關係的條件，包括原諒、愛、希望，及生活的意義與目的 (Hess, 1983)，最後病人才能由所信仰的宗教獲得歸屬與終極的關懷。

(四) 維持與自己、他人、環境與神的關係

本研究結果發現：對於臨終者而言，不只是身體日漸地毀壞，也是與社會領域中

的人、事與物脫離，臨終者不得不脫離原有的社會角色、價值與功能，這也使得原先所辛苦建立的成就與依靠，變得蕩然無存，整個人就彷彿掉入萬丈深淵之中。而靈性可以使人能夠產生智慧面對問題與突破困境，並和自己、他人（家人）環境及神建立和諧關係。

「跟人.跟神.跟自己.跟別人.跟環境,那種關係的建立,就是關係的修護就是靈性照顧... (C05-02)」

「比較屬於人跟人之間的...人跟自己之間的關係,那也許是跟環境,也許是跟...跟我們的信仰,我們信仰的那個神的關係,... (C012-02)」

「比較屬於個人內在的東西,是跟他周邊的朋友,跟他自己,及內在外在環境相關... (C013-12)」

「他跟 family 之間有所衝突的情況,我們可以盡量的去讓他去化解,讓病人心情比較不會說有一個疙瘩在的話,這也是其中的一種啦... (C015-05)」

護理人員應該協助病人與自己、他人（家人）環境及神建立和諧關係。癌末病患最大的社會支持力量為家庭，而家人是癌症病患此生中所最牽掛的，所以協助解決病人與家人的衝突，是非常重要的。此外病人還有與自己、他人和環境保持持續關係之需求，病人還是希望有機會出去走走，不要與社會隔離，所以應該協助病人與他人及其所處的環境保持聯繫，並建立友好關係，進而使病人與自己也能維持和諧關係；總而言之維持良好的社會支持，能減輕其負向之情緒困投，改善對疾病之適應狀況。

再則需協助病人與神建立良好關係。靈性需求被認為是建立及維持與上帝關係之必要條件，臨終病人希望與神維持和諧關係，讓自己的心靈可以有個依靠的對象。

二、靈性照顧的方法

（一）以問題解決的方法，滿足病人的需求

本研究結果發現：傳統訓練之下，以問題為導向的護理過程，是護理人員執行照顧時，必備的能力。在安寧的領域中，大部分的護理人員仍然沿用以問題解決的思考模式，來提供靈性照顧。因為問題解決法可以提供護理人員有系統思考與有效率的辨

識病人問題，進而提供有計畫的護理活動。

「靈性照顧是我們去評估病人狀況，然後根據我發現的問題，我們覺得有疑問的地方，那也許說可能是依照我們個人自己，或是說跟團隊討論，那我們可能會擬訂說，這個問題需不需要..應該說是這個問題是不是這個樣子，那我們需不需要藉由一些方式來處理他，來介入一些護理措施，這是我覺得這是靈性照顧我比較認為的想法啦...(C012-04)」

「...是說針對病人的狀況來使病人能夠把他的問題能夠就是對症下藥的意思一樣，就是把他解決這樣...(C06-07)」

「我認為什麼是靈性照顧，就是說我們在對病人的照顧裡面，除了先評估他的需要，看他靈性的狀態，看他..如果說有特別信仰，因為信仰會加諸一個人的生活態度，價值觀阿，還有他對事情的判斷力，那我們就是譬如他的狀況，然後給予輔助...(C003-02)」

但是國內外的學者對於靈性照顧的方法分別持有不同的看法。本研究、蔡昌雄(2002)、石世明(1999)、McSherry(1998)和Clark(1991)等都認為靈性照顧的議題是無法以科技的方法與科學的態度來看待，所以問題解決法也不適用於靈性照顧，本研究結果也顯示護理人員(訪談編號 3.11.13.15)發現問題解決法只能適用於身體的照顧。因為對於病人而言，靈性的議題是有無成長而不是對錯，所以靈性的議題不能以問題來看待，而且問題解決法也無法解決靈性的議題。而且有經驗的護理人員認為問題解決法，會使缺乏經驗的護理人員其陷入問題的循環中，一直在問題裡繞圈圈，而忽略了問題背後更深層的意義，所以更無法協助病人達到靈性的成長。

但是國外的學者 Carson(1989)、Govier(2000)與國內護理學者施富金，都建議護理人員以有系統的方法來執行靈性照顧。可能原因為：在1950年代以前，護理被視為一種奉獻或傭人的工作，不需要什麼高深學問只要有愛心及奉獻心即可。1950年代以後，「護理科學」這個名詞才開始出現於護理的文章中。在這數十年間，護理積極地朝向科學的目標前進，所以所有的照顧措施與方法都需合乎科學的標準，而以

問題為導向的方法就是符合科學準則的模式；問題解決法，可以讓護理人員快速、有效率的評估，並解決病人的問題。因此問題解決法被認為是護理人員在護理照顧上應具備的基本能力，也廣泛的應用於各個科的護理照顧上，是護理人員最熟悉的照顧方式。

在國內目前無法改變的體制下，護理人員需要一個明確且熟悉的方法來提供病人靈性的照顧，而問題解決法就提供了護理人員實務工作的架構，能在護病關係存續的過程中，透過有系統、有效率的科學方法，來收集資料、確立問題、擬訂計劃、執行活動及評估結果，以確保服務對象的個別性需要，得以妥善的滿足。

其次，國內護理學者對於靈性照顧之研究，偏重於病人需求之探討，對於護理人員本身之靈性狀況與照顧的方式甚少著墨，可能的原因是：靈性的概念與原本護理的思考模式不同，對於未曾受過此訓練的護理人員來說，只能從瞭解病人的需求著手，還無暇關心本身之靈性狀況與照顧的方式，所以就沿用原有的照顧方式。

在體制不願配合、護理人員無力負荷與病人的權力三者之間，應該以何種方式來提供靈性照顧，才是一個最好的選擇呢？本研究認為去問題解決法，才能將死亡視為一個整體來看待，護理人員在給予照顧時，也才會考慮各個層面的需求，協助病人靈性的提升與成長；而問題解決法，會將死亡分割成一個一個的問題，無法看到死亡的整體，錯把人當成問題來對待，容易忽略了人性與靈性的層次，無法協助靈性的成長。

（二）傾聽、陪伴、身體的接觸

本研究結果發現傾聽、陪伴、身體的接觸是護理人員最常使用的方法。護理人員會使用身體接觸來傳達支持的力量，讓病人能夠感受到護理人員與他同在；進而再藉由陪伴與傾聽來瞭解病人的情況與需求。此外護理人員能夠傾聽，病人願意說出來，也被認為是一種治療方式。

「然後聽他說，因為其實我覺得到最後我們給的可能就有限，但至少我一直相信說病人談出來可能就是一種治療（C003-32）」

「我覺得靈性照顧是傾聽他，然後給他多一點點關心這樣子，我覺得多關心他...（C010-01）」

「像他喔，子女也很少來，然後先生會來，就是挑時間來，有一次就是她先生來

的時候有 bleeding 的情形，然後就跟她先生大小聲的，...然後就要緩和他們情緒，就說：好..你先慢慢想，到底放在哪裡？我們再幫你找，然後他床也不喜歡，想要移到他之前睡的那一間，可是他要睡的那一間又不行，因為被人家佔走了，對，然後我就是幫他橋位置，橋來橋去（台語）因為那時候也是我很忙的時間，是我做 routine 的時間，可是我還是陪他，(C010-23)」

「醫院最常見的就是多給予病人身體的接觸，我覺得這樣的方式，會使得靈性照顧很自然就被引導出來的，病人可以感受到護理人員的存在..(C05-11)」

「我認為靈性照顧是說他是很廣泛的喔，就像是說一個身體的碰觸我覺得這就是個靈性的一個接觸，這樣的接觸可以傳達力量給病人..(C06-02)」

邱秀渝（1995）與 Golberg（1998）也指出靈性護理的措施包括：協助病人開展靈性、協助病人尋找生命的意義、在場（presence）、同理心及慈悲、陪伴、主動而敏銳的傾聽、尊重、給予希望、愛、撫摸及復原、宗教及超越性等。

（三）尊重、關心、愛與希望

本研究結果顯示護理人員對於病人的隱私與想法會予以尊重，此外護理人員也會以不斷的探視、愛心及耐心等實際的行動來表達對於病人的關心。也會以口頭的方式來鼓勵病人，並協助病人一起找尋生活的希望與目標。

「其實我們把病人當成正常人的時候，有時候你的秘密我不一定告訴你吧！我會告訴那個值得我信任的人，或是值得被告知的人，所以我們就問他囉！那我說你平常....對阿！我有一些教會的朋友，我會跟他們講，那就好了！這樣這樣沒有關係阿！就按照你的方式，...我們是尊重他的方法，順著他的意思。如果你今天不想告訴我沒有關係，等你想告訴我的時候在告訴我，但是我們是永遠站在跟你同一邊... (C013-68)」

「其實靈性照顧最基本的就是 caring, 關心，譬如說你很誠懇, 很真誠的關心、很有耐心地對待病人，或者是多花點時間去了解病人的感覺和鼓勵病人... (C05-10)」

「我覺得靈性照顧就是愛這樣子... (C010-08)」

「讓他了解說他目前的情況，在什麼樣的情況下，可以讓他自己對自己有信心，可以更去加油，其實我們都清楚他的疾病狀況，可是我們還是希望藉由這樣方面的照顧，讓他能夠對自己的認知、對自己的希望或是對自己之後的生活自己的目標，都更明顯，而且能更堅持。（C01-35）」

「其實我們這邊的病人都需要給他一個希望啦，所以向這方面的話，你如果促發他，有一些 case 就會比較積極...（C04-33）」

護理人員認為靈性照顧是愛，David Stoter（1995）也指出靈性照顧就如同是無條件給予之「愛的禮物」；而胡文郁（1999）等，從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求之研究中指出：癌末病人自覺需要之靈性照顧中協助獲得他人的愛與關懷佔19.0%，可是在實際的照顧上，並沒有護理人員真正地跟病人表達過「愛」，毛新春（1992）在「台灣北部地區癌症住院病患靈性需求初探」的研究中，發現國人在「被愛的需要」表現最為明顯，但是這方面的滿足也是最有問題的。所以靈性照顧是愛，可能只是被當成口號而已，並未為真正的落實於靈性照顧中。導致此結果的原因可能與個性、文化因素和護理專業角色需與病人應維持治療性人際關係有關；如何來克服上述的因素才能讓護理人員能夠適當的表達愛呢？或許我們可以從小的時候開始教導愛的表達方式，使人們能夠適當的表達自己的感情。

（四）旁敲側擊

護理人員在探索病人靈性的問題時，通常會從旁先試探病人的反應，不敢直接切入病人靈性問題的核心。護理人員會利用與病人會談時，採取開玩笑或分享他人故事的方式，來探索病人的反應。如果病人自己提到有關死亡或自己的一些想法，護理人員也會小心的處理，不會貿然的給予建議。

「那在我的作法裡面，我不會很明顯的跟他談論到關於靈性方面的，我會經由開玩笑，或是在會談裡面讓他了解（C01-34）。」

「對有關靈性的問題，就是從旁去引導病人，例如分享他人的故事，或許讓他可以想到另外一面或許是好的，這樣子，我大概會比較從這方面著手，這樣子（C04-30）。」

Stoter (1995) 也提出在收集病人資料時，勿單刀直入地詢問一些私人的問題，應先製造溫暖、輕鬆、且信任的氣氛，儘可能地運用當時情境中的人、事、物來開啟話題。

(五) 協助病人完成心願

本研究顯示協助癌症末期病患完成心願，有助於內心需求的滿足與心情平靜地接受死亡的降臨，所以護理人員會儘量的滿足病人的需求，協助其完成心願。

「像我們之前有病人他是離婚了，然後他自己也沒見到小孩，然後我們也是透過社工協助幫忙，然後就聯絡到他的前夫找到他的小孩，然後來看他，然後他就很高興，然後還有因為小孩都在花蓮，而且十幾年沒見面了，我們還幫他拍照這樣子，然後他每次都看著那個照片，都放在病人那個床旁桌，然後看到誰就要跟人家講說那是他女兒，那是她先生，即使他跟他前夫離婚，可是會說那是她先生這樣子，講到小孩子講到像他他就很..看得出來他很高興這樣子... (C011-11)」

趙可式 (1993) 也指出癌症末期病患之需求包括心願的完成，護理人員必須協助其獲得滿足。

(六) 協助尋找生命的意義與價值

本研究結果發現：護理人員會運用生命回顧法來協助病人找尋生命的意義與肯定其生存的價值；對於感到自己生命無意義與價值的病人，護理人員會在病人病況許可下，引導病人去從事一些利他的行為，以獲得生命的意義與價值。

「其實我們在做人生回顧的時候.....我會去肯定病人的價值，肯定他存在的價值，也肯定他現在的狀況，也肯定他對之前家庭的付出... (C013-48)」

「這個病人的家庭狀況很熟悉的話，就是會去引導他，你之前整個人生歷程這樣子，並不是一事無成....就是慢慢去引導他這樣子... (C09-20)」

「他是拒絕去談論他的疾病還有死亡的問題..那這個現象僵持了2、3個月，隨著他的疾病進展，他是出現那種焦慮恐懼的情況越來越嚴重，那這個過程當中有用生命回顧的方式，雖然有一點點進展.... (C07-41)」

「如果他覺得無價值感，我會覺得說..我會引導他去幫助別的病人，讓他覺得

說，其實他是個有價值的，不管是做在小事或大事上，嗯... (C03-17)」

有了「意義」許多的事情變得可以忍受，所以尋找生命意義是末期癌症病患，面對其臨終情境的重要之靈性需求，護理人員也必須盡力地滿足病人這方面的需求。

(七) 因人而異

本研究結果呈現靈性照顧是評估其需要後，再依據個別的情形，給予不同的照顧措施，也就是採取見招拆招的方式、提供因人而異的照顧。

「我們是每一個個案的話，會依照他的情況來做一些照顧的方式，會不一樣。

(C01-11)。」

「靈性照顧，就是說我們在對病人的照顧裡面，除了先評估他的需要，那我們就是依據他的狀況，然後給予輔助 (C03-02)。」

「那...靈性照顧方面，什麼是靈性照顧？我覺得是因人而異很難講，因為靈性照顧基本上，你可能還要再先去了解，跟這病人做接觸，了解他是什麼的宗教信仰..... (C04-04)。」

「靈性照顧，因為每個病人的情況都不一樣、你在處理的那個種情境上來講也有分很多種啦！(C015-03)」

每個人在面臨臨終處境時，都會有其個別的情緒反應，護理人員應該尊重癌症末期病患個別的差異，與確認其個人的獨特需求，而不是將靈性的照顧視為一成不變的固定階段。因此，護理人員會先評估病人的狀況，再依據個別狀況不同，給予個別需求的靈性照顧。

(八) 提供宗教的象徵物並鼓勵病人參與宗教的活動

對於有宗教信仰的病人，護理人員會提供聖經、佛經、詩歌或神像，藉由宗教的力量，撫慰病痛的身體、心理與靈性，以獲得內心的平靜。

體力許可的病人，護理人員會鼓勵其到寺廟拜拜、上教堂做禮拜、禱告、念佛號。癌症末期的病人，可以藉由參與宗教活動，而轉移其對疾病的注意力，而且也可與其他教友進行互動，獲得教友的支持與安慰，以減輕因疾病帶來的身、心與靈性的困擾。

「不會再想到說他因為受到那方面的疾病疼痛，或是說身體的不舒服或是家人給

他的感覺不好而會有一些想要自殺，或是說想要放棄完全的治療（C01-36），在我的理念中，就是陪伴他...（C01-37）讓他本身去訴說他的問題（C01-38）或是說一些詩經、詩歌播放給他聆聽...（C01-39）」

「...我會請家屬看家裡有沒有佛經什麼的，可以給病人聽...（C010-14）」

「若病情可以，像上禮拜天我們會鼓勵病人去上他的教會，.....（C010-15）」

「他是一個虔誠的基督徒，我就會提醒他，因為有宗教信仰嘛，讓他去祈求、去禱告...（C010-27）」

本研究結果發現靈性照顧是病人教導護理人員有關生命的意義、好的照顧經驗與方法。臨終的處境每個人都不相同，病人不斷地向護理人員呈現臨終不同的樣貌，使護理人員能夠瞭解每個病人不同的需求。在執行照顧的過程中，護理人員與病人分享了病人生命的故事與生命意義，也累積了許多的照顧經驗，更使護理人員在病人不斷的教導下獲得成長。

「靈性照顧是病人教給我們不是我教給他們，彼如他對生命，他對生命的看法，有一些病人像我甚至於最近有一個 case，他跟我講生命如煙，不是啦！往事他覺得他對自己的生活目前的狀態，他覺得他看透了，他覺得生命就是空，生命就是一切就是放下，放下之後，覺得他覺得生命往事如煙，他還跟我講說往事有些狀態是往事不堪回首他有些狀態是往事只能回味...（C013-20）；在我的經驗當中，大部分那些好的有靈性的那種或是說怎麼講？比較好的一些照顧，我覺得那真的都是來自病人給我們..（C013-29）」

「每個病人在其臨終的階段，都會面臨不同的情況與問題，我們在照顧過程中，病人也會與我們告訴我們他的經驗或方法，所以我認為靈性照顧是病人教導我們的，... ..（C07-59）」

（九）是與病人建立共在的關係

與病人建立共在是指護理人員在病人臨終階段，給予病人安全感並滿足其需求，一起與病人面對死亡，陪伴其度過死亡階段。

「我覺得靈性照顧應該不只是協助病人問題解決或滿足其需求而已，應該是與病

人同在一起，陪伴病人度過臨終的階段...(C012-96)」

「靈性照顧最重要的是與病人建立那種共同一起度過臨終階段的關係..

(C07-63)」

「靈性照顧是能隨時滿足病人的需求，讓病人在臨終的階段覺得有安全感，不是一個人孤獨的面對死亡，護理人員會陪伴其度過死亡的階段..(C013-95)」

當病人知道自己生機難現死亡將近時，會出現恐懼死亡、害怕被遺棄、擔心與焦慮等情緒反應，此時護理人員與病人共在，會減輕病人擔心害怕的情緒，所以護理人員認為與病人共在，陪伴其度過臨終階段是重要的。

三、投注時的心境

(一) 抱有靈性關懷的意願

本研究發現護理人員對於臨終受苦的病人，是很有意願幫助病人，但是照顧方法的欠缺與工作負荷過重，無法幫助病人，會使護理人員感到不知所措。護理人員是除了家屬之外，最親近病人臨終處境的工作人員，對於病人的受苦護理人員能夠感同身受，也很願意幫助病人。

「在臨床的工作上，我常常見到病人痛苦的情形，所以我很願意協助病人去緩解其靈性上的困擾，但是我往往欠缺方法來協助他..(C012-31)」

「在照顧上我會積極地想辦法幫助病人，如果我發現沒辦法幫病人，我會感到害怕不知所措...(C010-28)。看到病人心理難過，我也很不捨，因此在工作上我非常想幫助病人解決靈性的問題，但是工作負荷太大使我感到心有於而力不

足...C010-33)」

(二) 不知如何回應

本研究發現護理人員會擔心臨終病人的提問，是自己從來都不曾想過或無法回答的；與病人討論有關死亡的議題，護理人員也會擔心引起病人情緒的反應，不知該如何來處理？

「因為，可能病人他突然拋出一句說：小姐，我死後會去哪裡？我就想要自殺，

就甘苦(台語)妳可能不知道要接什麼,就覺得自己怎麼不知該怎辦?(C02-16)」

「有時候病人突然冒出一句你想都沒有想過的話,你會突然楞在那裡不知道病人說這句話的含意是什麼?不知道該如何處理?(C01-67)」

「而你說去談接受死亡,這部份比較...我覺得我技巧也不好,所以整個相關的護理評估我比較不敢去談,(C09-24)有時候怕引起病人哭泣的行為,這樣我會有挫折感,因為我不知道下一步該怎麼做(C09-25)」

「我剛開始時很怕去照顧重病的人,因為這些病人情緒比較不穩定,我很害怕與病人討論問題之後,引發病人的情緒反應,我就會不知所措...(C010-27)。」

照顧者的健康世界與病人的臨終處境,是有距離的,加上靈性多元而且錯綜複雜的特性,所以在實際的臨床情境上,護理人員會遇到開始進入靈性探索的病人,詢問一些連護理人員都沒有想過,或無法回答的問題,常常使得護理人員不知如何是好?

與病人談論「死亡」一直被台灣社會視為禁忌,而且癌症末期病人錯綜複雜、飄忽不定的情緒,使護理人員會擔心與病人討論死亡議題之後的種種情況,是自己難以掌控的。因此除非病人主動提及,否則護理人員不會主動與病人討論。

(三) 挫折與失敗

對於病人因個性因素(封閉、剛硬與防衛心強),而拒絕與護理人員討論靈性的議題,護理人員會感到挫折與失敗。此外,在照顧上無法幫助病人,也會令護理人員感到挫折。

「在照顧上我會積極地想辦法幫助病人,如果我發現沒辦法幫病人,會感到挫折.....」(C010-28)」

「..然後可能要去跟談或是怎樣,可能比較封閉吧!沒有辦法進入這要子。就是~做的時候比較困難,會有些挫折感..」(C02-10)」

「還有的失敗就是說病人本身就是很剛硬的,可能比較沒有辦法 open mind,可能就比較不真實,他也比較防衛,還有就是支持系統比較不好的.可能病人並不太願意跟我們談,,然後家裡也沒有做一些協助,那這些都有可能是失敗的原因...」

(C05-20)」

「你現在跟他講喔，他還他覺得好了，可是他明天可能重覆的情況又出現了 就是說他，變成說他可能當下覺得 OK.可是可能到了隔天以後，他又同樣的情況，又同樣的問題又出現了，這樣的情況讓我覺得很挫敗 ... (C014-24)」

四、個人困頓

以往護理人員只做身體照顧時，護理人員看到的只是一具生病的軀體，而非一個病人，而今護理人員在執行靈性照顧時，需面對病人身、心、社會與靈性的各個層面，所以會遇到許許多多以往都不問題的問題。

(一) 不易貼近臨終的處境

1. 健康與生病世界氛圍的不同

本研究顯示病人認為護理人員無法深刻地體會到生病的痛苦，而且處於健康世界的護理人員，也不知如何來安慰即將被迫離開的臨終病人；因此，唯有與病人有相同罹患癌症或重要親友死亡的經驗，才能縮短彼此的距離。

「你不是生病的人，你不是我，你怎麼知道我的心情如何？ (C012-65)」

「其實說實在只有親身體驗才能夠很了解那種生命將至的感覺，我覺得那是比較...同在一個經驗的人，他們會很能夠去體會，就像我們很多照顧的病人或是那個家屬過世了，他再回來當我們義工的時候，他能夠很體會那些照顧著那辛苦、或是病人那焦慮的經驗 ... (C013-64)」

「再來可能是她自己生活中的某一些經驗吧！自己本身有可能是，就是可能自己的親人過世呀！或是說有得過癌症，對自己的一些比較~就是比較能感同身受，這樣子，可能會比較得心應手 (C02-12)」

「可能他家裡之前也有遭遇過有人病故，所以他曾經很虛空過，然後之後被滿足的經驗，那麼日後在臨床上他就比較能夠體會那種病人和家屬的感覺.....

(C05-31)」

護理人員每天面對的是忙不完的事情，所以時間總是在忙碌中很快的消逝；但是罹患疾病的病人，則活生生地處在面臨病痛煎熬的當下，每一分每一秒都是難以度過

的折磨，這正說明了健康世界與生病處境的不同。那麼如何縮短兩者的距離呢？顧艷秋（2000）在研究中也發現「個人之重要親屬的死亡經驗」，會讓護理人員更敏感的覺察瀕死病人的需求，尤其是在過去兩年內，有重要親屬死亡經驗的護理人員，對於瀕死病人與家屬之照顧較佳。但是要敏感地覺察瀕死病人的需求，一定需要經歷個人之重要親屬的死亡嗎？如果護理人員沒有這樣的經驗，是否就無法提供病患良好的照顧呢？Davis 等（1996）杜異珍（1996）與顧艷秋在（2000）的研究中都發現照顧瀕死病患愈多的護理人員，其照顧技巧會比較成熟與穩定。這也意味著只有瞭解病患的需求是不足的，護理人員的照顧經驗才是最為重要的。

2.個人立場的差異

本研究結果發現護理人員常以專業的角色自居，希望病人應該如何如何...，有時也會覺得病人是固執的、想法是不合邏輯、不成熟的、甚至是莫名其妙的；但是病人生活於「生病的世界」，其主觀的感受並沒有對錯可言，可是護理人員會以自己的立場，去看待病人，或將病人標籤化，或是去主導病人的決定。因為護理人員與病人之間立場的不同，而導致彼此間產生距離。

「我覺得有時候是我們常常站在我們自己專業的立場，去看待這樣的病人，病人永遠不太懂事、永遠不太會...（C013-74）」

「護理人員還是有他自己的一些想法，去主導病人該怎麼想、該怎麼做，還有說病人他選擇面臨死亡的態度...（C09-34）」

「那我們只是覺得說你自己應該認知，自己目前的狀況，那你可以怎麼樣地去把他做好，那家裡怎樣跟你互動，你怎樣去體諒他們的辛苦，雖然他本身也很辛苦，可是可以去體諒家屬照顧他的辛苦，彼此之間會有更好的互動（C01-41）」

「其實我比較常用那種對比法，就是跟病人講其實你也不是最悲慘的，還有其他的一些例子其實比你更悲慘，人家都可以很順利的活著，為什麼你要很可憐的躺著，你明明可以動的比別人好...（C04-32）」

「他雖然是很感謝我啦，可是總是覺得好像他個性還是沒有改過來，順著他總是比較能夠平撫..至少不會有那種針鋒相對的情況發生，等到他死的時候我是覺

得...還沒有說非常非常悲淒啦，可是會覺得說..我沒有特別說一定要他跳出來，說感謝那些看護阿，可是覺得不夠完美的感覺..(C010-24)」

「我的做法是其實我會告訴他說，當如果今天是我，就是以我自己的立場去跟他說，可是說，如果即使是我的話，我會怎麼去做，可能就是，我會去接受，因為醫生一開始就有跟他講解過了，只是他一直否認掉那個失敗的部分，只是，所以，我會以我的方式，就是說我可能用一個同理的方式，去跟他講啊，假如今天是我這樣的一個情況，我可能會怎麼做..(C014-26)」

「像之前有個病人，他對於自己的疼痛一直無法去放的很開，然後即使說妳已經用了很多的止痛藥了，他們就會有點 nervous，有點那個神經質的樣子，其實看他的表情不痛，可是那個他就是硬跟妳說她很痛，然後就是一直用、用到最後，她也是生氣了，因為藥量其實沒弄很重，她就丟一話出來：我覺得沒有用，妳們、妳們止痛控制做的很差，那、那個時候，其實我們挫折感很大，其實為了他、我們也投注了很多的心力，包含依護人員、包括牧師、社工，可是竟然換來這個樣子..(C015-30)」

3.對臨終處境無法掌握

本研究結果顯示：護理人員會盡力地去說服病人接受問題，但是經過很大的努力後，護理人員發覺問題還是沒有被解決，病人只是暫時被說服而已；因此同樣的問題還會一直重複發生，導致護理人員困擾不已。

「因為我覺得其實有些個案讓我其實照顧上滿困擾的，因為不管怎麼 touch 他的一些靈性喔，他可能這時候是好的，下一刻又不是好的，所以他的起伏變化是很大，可是有時候很像是給我們一個很大的挑戰，比如說我今天跟你講的很深入，已經得到你心理上的一個新任或是一個接受度的時候，也許我已經踏到他的心坎裡了，可是或許你下次來跟他講的時候完全不一樣的...(C06-19)」

「你現在跟他講喔，他還他覺得好了，可是他明天可能重覆的情況又出現了 就是說他，變成說他可能當下覺得 OK.可是可能到了隔天以後，他又同樣的情況，又同樣的問題又出現了，這樣的情況讓我覺得很挫敗...(C014-24)」

「...沒有辦法跳脫他那邊的觀念，舊有的那個想法。對，他可能一時性的被你那個說服。他說我情緒上 ok 了，可是他現在面臨到不管任何人又一樣的問題，所以我覺得這好困難喔，因為..沒有徹底改變他，只是暫時性的，對，然後他的問題我們已經設法很多，可是我覺得一直考慮一直想出辦法，可是都沒有辦法解除她心理上的不舒服，我覺得好難阿，是這個問題... (C06-20)」

「他很害怕死亡，他要求每個工作人員陪伴在他身邊，他的家人都不要離開，就是希望每個人都在旁邊，他覺得這樣比較有安全感，那他也不願意回家，因為他覺得他的家是沒有辦法提供任何緊急措施的地方，對所以他的情緒一直都是很糟糕，那我們有想說請牧師請社工來幫忙，可是還是沒辦法.. (C013-14)」

臨終病人情緒錯綜複雜且反覆不定的情緒，是臨終處境中常見的問題。缺乏正確的認知與瞭解，導致護理人員努力地去幫助病人，卻是徒勞無功。那麼該如何來開展病人的情緒照顧呢？石世明（2000）當病人出現靈性困擾時，病人並不是希望獲得解決，而是告訴護理人員他已經開始進行靈性探索，靈性是臨終者自然開展的過程，而護理人員不能夠將靈性照顧技術化（余德慧，2001）。所以護理人員必須由一位幫助者轉換成祈禱者的角色，在臨終處境下，護理人員與病人建立共命感，且護理人員從人的內心所顯露出的慈悲，陪伴病人度過臨終過程的工作（石世明，2000）。

（二）年輕與閱歷不足導致限制

本研究結果呈現年輕、生活單純的護理人員無法瞭解離婚、外遇與吸毒等複雜的關係，所以瞭解病人的複雜背景，對於護理人員來說是一種挑戰，而年紀較大、具有成熟的人格且人生閱歷較為豐富的護理人員，是被認為比較能夠處理病人問題的。

「我們護理人員，因為年紀較輕，而且生活單純，人生的閱歷不足，所以面對吸毒、離婚和外遇等背景複雜的病人所發生之問題，不是我們可以解決的，所以在照顧上也會面臨一些困境 ... (C03-37)」

「我認為護理人員人生的經驗會影響到靈性照顧的成功與否？因為人生的經驗豐富，比較能夠應付病人複雜的問題。 (C02-18)」

「那決定護理人員靈性照顧的因素有哪些？我覺得是年紀吧！年紀較大，人格會比

較成熟，思考與處事方面也會比較成熟（C05-21）」

「那當然我覺得人格的成熟也很重要，對，成熟度，人格的成熟比較能夠去面對死亡的問題，也較能夠感受靈性的問題...（C013-21）」

護理人員年紀輕，沒有成熟的社會經驗，對「生命意義」的瞭解不夠深刻，以致於不易體會病人和家屬的受苦狀態。只是以自己訓練的「技術」來看待病人所要面對的生命問題（石世明，2000）。杜異珍（1996）的研究也發現：對於瀕死病人的態度，年齡介於26-29歲之護理人員，較22歲以下之護理人員有正向的態度。那麼是否年輕與閱歷不足的護理人員就不適合到安寧病房來工作呢？

在主張以病人權力為中心的理念下，醫護人員都希望病人能夠獲得最佳的照顧。在安寧病房工作，面對的不只是身體而是病人整個生命的故事，病人的生命故事是由病人複雜的身、心、靈與社會整體的脈絡交織而成；要理解這些故事的脈絡，是需要經過生命歷練的洗滌，才能有深刻的思考與體會。否則就會如同小孩聽不懂大人的話一樣，就算病人願意跟你講，你也不懂更無法體會。

臨終病人病情變化有時是非常快速的，如此快速的病情演變也是年輕又缺乏經驗之護理人員無法應付的（吳盈江，1993），年輕的護理人員可能只是處理病人病情與身體的問題，就已經是精疲力竭，也無暇關注其他的問題。所以基於病人有權接受最好照顧的前提之下，護理行政單位在徵選護理人員時，就應該找合適的護理人員來照顧病人。

但是什麼條件才是何事的人選呢？杜異珍在其研究發現：較年長的護理人員對於瀕死的病人，有較為正向的態度；而蔡欣玲等（2002）的研究也發現年輕、缺乏工作經驗的護理人員，自覺技術不夠熟練，只會注意到工作是否完成，較少給予其他的照顧；而舒曼妹等（1993）與林素如（1990）其研究也都發現年齡愈輕者及被分派到病房者，其各項類別的壓力感受均高於年齡較長和志願被分派到病房者。其次未受過專業訓練者在病人照顧與專業知識兩項壓力感受程度均高於已受過訓練者。此外對於護理愈有興趣者，其各壓力類別的感受程度愈低。所以年齡較長、具有豐富的經歷、專業知識與能力並對於安寧療護有濃厚興趣者，應該較能夠提供臨終病人良好的照顧。

(三) 所受的訓練部不足以應付臨床的情境

1. 教育方面

本研究結果發現護理人員自覺對於靈性照顧、宗教與心理方面認知不足，所以無法提供良好的靈性照顧。

護理人員認為有關靈性照顧的專業知識，可以提高護理人員敏銳的觀察力，使護理人員能夠敏感地察覺到病患的靈性需求，並提供病人完整的照顧，此外良好的人際關係與溝通技巧，才能與病人建立良好的互動關係，進而才能取得彼此的信任，真正了解病人的靈性需求，提供最佳的照顧。但是安寧病房的護理人員認為過去所受的靈性照顧知識、人際關係、溝通技巧與心理輔導是不足以應付實際的臨床工作的。

「我所受這方面的靈性照護教育訓練並不是很足夠，因為我們不是專門修靈性照護的，我們只是以前在學校修過什麼是靈性照護，所以根本是就是對這方面知識也不是很充足這樣子.. (C08-34)；那當我們自己都對某個宗教會覺得說.. 嗯.. 那是不好的，你的病人卻是信仰那一個宗教，那可能你對他給予他的靈性照顧就不是這麼好的 C01-65」

「因為我們沒有受過靈性照護方面與宗教的訓練，不知道怎麼去跟病人討論靈性照護與宗教的議題 ... , C08-16」

「我發現在我的照顧經驗裡面，發現說我們在照顧上，他可能有些比較屬於靈性的部份，他不願意跟我們護理人員說，因為我們護理人員對於靈性的方面也不是那麼的熟悉 (C01-13)」

「那基本上因為我的心理學，講坦白在學校學，不是學的很好，那我以前走的都是重症單位，都是 ICU 之類的，所以你不會跟病人做到任何溝通或 social 方面的事情.. (C04-24)」

「還有有一個敏銳度我是這麼覺得，當然你的專業知識要好一點，要不然你沒有辦法去敏銳到病人的呵.. (C013-91)」

「溝通技巧比較好，比較能與病人建立信任關係，有了良好的信任關係，病人才會願意將心底的是告訴你... (C012-27)」

「因為要建立關係，能夠跟別人建立關係..(C012-15); 要與病人建立好關係的，那關係建立好的時後才有辦法去深入了解到他的心理層面.. (C01-60); 還有他平常人際關係的應對阿！良好的人際關係就會有比較多的支援系統，可以幫助病人.. (C003-22)」

護理人員照顧的對象是人，而人是身、心、靈與社會的整合體，所以護理人員不能只照顧身、心與社會的層面，而將靈性的層面交由其他人來處理。而且當病人向護理人員表明有靈性的需求或宗教的問題時時，表示病人是非常信任護理人員的，而且願意與護理人員討論，但是未必願意與陌生的宗教師做討論，因此護理人員也必須協助處理病人的宗教問題。除此之外，臨床上所有瑣瑣碎碎、大大小小的事件，護理人員也都必須一手包辦，但是無論是學校教育與臨床的在職訓練對於有關宗教、心理、溝通技巧與人際關係等訓練，都是不足以應付的臨床情境。

2. 實務方面

護理人員在執行靈性照顧時，因為缺少靈性照顧的直接經驗，而且又無目標與評估的指引，所以護理人員很難去評估病人的靈性需求；也不知如何來評值，所執行的靈性照顧是否適當，或是否對病人有助益。這些林林總總的因素，使護理人員感到無所適從與惶恐。

「要來評估病人靈性的需求，其實靈性需求真的也算是很難去評估的..(C06-15)」

「我覺得在靈性照顧我們需要有一些指引，來告訴我們這樣做是對的，或是這樣做是不夠的應該再朝哪一方面去做，對於我們做的，我們不知道對不對，也無法評值，只能憑藉病人的肯定與感謝來瞭解 ... (C03-39)」

「在靈性照顧上，我覺得最不足或是最缺乏的應該是，方法的不足，以致無法幫助病人解決問題 ... (C010-32)」

「那是我覺得比較成功的案例，但是我不知道那是不是屬於靈性照護這方面.. (C08-26)」

McSherry(1998) 也指出，在靈性照顧上，缺乏評量護理措施與執行結果的工具，因此護理人員雖然不斷的增加對靈性照顧之理解，但是對於所提供的靈性照顧，仍然

會感到遲疑與沒有也把握。而 Shih 等 (1999) 的研究中也發現護理人員期待能增加對於靈性知識與實務工作的瞭解。

(四) 個人的靈性狀態

本研究結果顯示：護理人員會透過自我反省，來瞭解自己在給予病人照顧時，是否真心誠意，或者只是在執行常規的工作而已。護理人員認為在真心誠意的狀況下就具有良好的靈性狀態，也就能提供病人好的照顧。若護理人員心理有事、與自我關係不佳甚至是身體負荷過重，就表示護理人員靈性狀況不佳，只能執行例行的常規工作。

「護理人員經過自省，就是自己做的是不是靈性照顧，如果所做的已經是每天很常規的，那就不叫靈性了！可能病人也會覺得你很關心他，可是你自己知道你有多誠懇，還是你已經很吃力了，我想那就是你自己的靈性的狀態有多少，但病人可能感受不出來你今天和昨天有什麼不同，因為你習慣這樣來工作，可是你自己會知道說其實我今天的靈性比昨天更不好，可能今天有一些事情，或者今天跟自己的關係並不是很好。(C05-16)」

「那時我自己的靈性狀況本來就不錯，我的身體狀況也不錯，我自己是很 ok 的，再來就是我當時介入病人靈性部分的時機很恰當，那他也很 open mind，彼此交談的系統很好，那就是個很成功的！那很失敗的話就是比如我的狀況並不是很好，那就比較沒有辦法去 care 病人靈性的部分，然後所做的就只是比較常規的工作... (C05-17)。」

靈性護理照顧是靈對靈的照顧，因此護理人員自我的靈性成長是很重要的，也唯有護理人員，在自我靈性上獲得成長，才能抒解臨床工作所遭遇的靈性壓力，繼續維持良好的靈性狀態來提供照顧。反之護理人員本身的靈性狀態不佳，也就無法敏銳的察覺病人的需要，更無法提供合宜的靈性照顧，所以護理人員的靈性狀態攸關著靈性照顧的品質。

高美玲和石世明 (2000) 都提到靈性照顧應該將照顧者的靈性狀態一起含括進來；Soeken 和 Carson (1986) 的研究也指出護生 (大學與研究所) 本身靈性狀態愈佳，

愈有動機提供病人靈性照顧；而楊麗齡（1993）也進一步指出病患靈性需求的滿足，取決於護理人員本身的靈性狀態。由此可知護理人員本身靈性狀態的好壞，會影響靈性照顧的品質。但是直到目前為止，許多關注的焦點仍然集中在病人的靈性需求方面，很少人有人關心護理人員的靈性狀態，就連護理人員本身也很少去留意本身的靈性狀態；導致此種結果的原因為何呢？而護理人員本身的靈性狀態是這麼地重要，那麼該如何提升安寧病房護理人員的靈性狀態呢？是可以透過靈修的宗教活動，提升靈性狀態嗎？余德慧（2001）認為靈性不是訓練來的，而是臨終階段的展現或開展。或許這些問題可以提供作為後續研究之探討。

五、醫療體制僵化的考驗

長久以來，安寧病房一直是個賠錢的單位，人力支出比一般病房大；可申請健保補助的治療項目並不多，加上病床的流動率低（平均約一星期左右），以目前健保論件計酬的計算方式，不敷成本。原本應該是護理人員與病人比為 1：1 的照顧模式，但是在人力的限制下，成了護士與病人比為 1：4-5，甚或小夜班一位護士要照顧 7-8 個病人。護理人員很想多與病人接觸，可是卻連一般的常規工作都做不完。

（一）工作負荷過重

工作負荷過重是護理人員在照顧上最大的困難，護理人力編制的不足，使護理人員在既有的工作任務下，有時很難抽出時間來觀察或與病人討論問題，等到稍有時間，病人可能已經不願意說，甚至有的病人已經往生了。

「因為臨床的護理工作太繁忙、太多，有時候你才剛坐下來跟病人談，就有人叫你去別的事，根本就會被打斷，無法做的很完整這樣子...（C08-37）」

「或病人只願意這個時候跟你講，但是我就是抽不出時間，之後病人可能就不再願意講了..（C01-68）」

「可能當時太忙了，就沒有立即介入，結果隔天來病人可能就走了！（C05-19）」

「我覺得觀察力其實也是一個很重要的條件啦！可是也要有時間去觀察啦！如果說像我們有時候、忙起來的話，妳、妳有點力不從心的感覺啦！（C015-44）」

臨終的病人，比一般的住院病人病情來得嚴重且變化迅速，所以安寧病房護理人員與病人人數之比，與加護病房護理人員與病人人數之比相同，均為 1：1 的照顧模式，而根據王玉祥（2003）研究調查之結果顯示：對於瀕死病人的維持生命之治療（包括使用呼吸器、洗腎治療、輸血、化學治療、抗生素的使用、靜脈營養及靜脈點滴輸注等）與一般的治療實際上是重疊，而且分界不明，換言之，安寧病房病人的治療並不少於一般的病房，甚至因為病情較為嚴重，還需要更多的維生治療。在如此的情況之下，護理人員還需要照顧 5-6 位臨終病人，其負荷量是可想而知的；這也是導致護理人員因工作負荷過重而無法執行靈性照顧的原因之一。

（二）排班無法配合

目前大部分護理照顧的方式，是採用主護護理，一般而言，行政單位的主管可能會因為排班的方便性，而導致病人在住院期間，不斷地更換護理人員，造成病人會不願意將其私密的事情告知護理人員，這樣的結果會影響病人與護理人員彼此信任感的建立。

「其實靈性這一方面，不是說我第一次接觸病人，我就可以深入去聊啦！嗯，都是要建立很長的一段，就是要建立關係，有些病人比較容易跟你建立，有些就是防衛心比較強，可能要慢慢，慢慢去接觸，才會有可能去談到這方面的問題，去了解他有哪些靈性的問題，這樣子，可能，我覺得啦！在我們這邊，可能排班沒有辦法說，讓妳都同一個 courses，care 同一個病人，對，所以，有時候會中斷，如果中斷，妳就是要寫下來，記錄下來，交給下一班，再去 follow，這樣子，那可能妳下一班的同事，她可能才第一次照顧他，所以說了解不深啦！病人他比較習慣說跟妳講我的內心的事情，或怎麼樣，可能比較沒有辦法，就是，好像，他好像會覺得說把自己的私事告訴很多人，然後，大家都在談論他的事情，所以這方面其實滿困難的，嗯，比較困難一點，嗯.. (C02-17)」

六、正向照顧經驗的回饋

（一）與病人及家屬信任關係的建立

病人願意將心理的感受向護理人員吐露，護理人員認為這是病人對自己信任的表現，是一種成功的經驗。

「病人信任我所以他告訴我他的感覺，他不一定告訴其他人，家屬說他也沒有告訴別人，他這次只告訴你，他很信任我，對我來講這是一個很成功的感覺 ... 013-80)」

在傳統的身體照顧模式之中，護理人員不需要特地與病人建立彼此信任的關係；但是在臨終的領域中，如果無法取得病人的信任，就無法深入病人的心靈來安慰病人，所以護理人員認為與病人及家屬建立良好的信任關係是重要而且是對護理人員來說是很好的回饋。

(二) 病人及家屬哀傷情緒的減輕

在臨終的階段，病人與家屬哀傷的情緒世明顯易見的，如果能夠協助病人與家屬減低哀傷的情緒，護理人員也會感到寬慰。

「可以讓病人就是怎麼講，讓他覺得他死了，死了沒有遺憾，就對了，就像人家講的說如果說他生前有什麼心願沒有完成的話，他就會死不瞑目（台語）！就是讓我覺得說，靈性照護你做的好，他會讓病人覺得說他走的很安心，平坦，這樣子。(C08-13)」

「家屬的回饋譬如說他的感謝病人很能夠舒適的走、家屬也很欣慰，就是我們講的生死兩相安，如果他們是 ok，其實對我來講這是對他來講的那種 feedback... (C014-79)」

「我自己的目標我會覺得說，病人 smile，我就覺得說他有快樂的心，不會一直坐在那裡，很悲傷痛苦的那種情境下... (C010-13)」

「成功經驗是之前我們曾經有個患者，他曾經一度陷入昏迷，那在這當中，因為他本身也是佛教徒，那我本身也是，那就是請他們家屬可以幫他念佛號...那這個患者的話，隔一兩天之後本來已經在瀕死狀況裡面，可是兩三天之後他仍是意識清楚的，然後可以跟我們對答，可以跟我們談天甚至說話都可以，雖然他到後面還是往生了，但是這段時間裡面，他的家屬跟他互動，我發現他的家屬

哀傷的情況，就是有減低了，他們至少在那段時間有做好心理準備這樣子
(C01-52)」

對於死亡，每個人都是無知而且充滿著恐懼與哀傷的情緒，所以如何抒解病人與家屬緩解哀傷的情緒，就成為護理人員的主要任務之一；能夠成功地達成任務，緩解病人與家屬哀傷的情緒，可以讓護理人員獲得成就與滿足感。因此護理人員都會希望能盡力地幫助病人與家屬，減少其困擾與緩解哀傷的情緒。

(二) 對病人盡力付出後的安心

護理人員在病人臨終的階段，都是希望能夠盡心盡力地協助病人，護理人員會透過不斷地自我反省與運用不同的資源，來協助病人。

「要說很棒的經驗就是當你在我們這樣在照顧病人當中我們是非常真心照顧病人，在病人要 ... pre-dying 過程當中，或是不管他今天是不是靈性照顧或是什麼的問題，我們是很認真的在照顧.. (C013-77)」

「因為我的專業，我應該要盡力去看到說，我覺得這件事情上面我是不是盡力了，那我是不是能夠運用我可以運用的任何資源，包括也許是閱讀、也許是找專業人士討論，也許是從我自己內心看出去的一些問題，我會比較放在這裡，比較不會去期待說病人要有什麼改變了我才會去覺得說他是成功或是失敗的，但是確實我會去看到自己，我會盡量說看到自己在這件事情上面還有沒有哪些是疏忽的？或是還可以再加強的部分...(C012-10)」

本著專業助人的意識，護理人員在工作上都會力求盡心盡力地幫助病人，也會期待看到病人有良好的改善。護理人員看到病人因為自己盡心地照顧之後而有進步，會感到非常地欣慰與安心。

七、自我的轉化

(一) 修正自我對病人的期待

護理人員在照顧病人時，會運用許多的學理知識，希望來協助病人；但是護理人員對於病人的照顧，似乎都是護理人員的期待，而非病人的希望。護理人員經由不斷地反思後，會去修正或改變本身的期待。

「還有說病人他選擇面臨死亡的態度，像書上是說要讓病人坦然去面對，可能大家都會去遵守，坦然去面對，就會一直扭曲這部分，病人呈現出來的就是可能沒有辦法接受，他知道死亡，但表現出來就是無可奈何，相對在情緒上、語言表達上讓你感覺到他很無奈阿、情緒上有點起伏，可是那是他個人選的方式，他知道要這樣死亡，所以他選擇這樣著方式去面對、去接受，我覺得有無可厚非..因為如果說搞不清楚病人要什麼，你這樣的反應會造成病人的一個負擔... (C09-35)」

「有些病人他的狀況就是這樣子，他也許只是想要被了解，他不一定想要改變，所以後來我會漸漸去修正我的看法，我以前會覺得問題被解決了，應該知道他..是不是有被改善？這樣他才是一個成功的例子，我以前會這麼覺得，可是我後來照顧病患也許是靈性或社會心理部分，我漸漸會去修正我的看法，我覺得有些時候病患他很難去修改他已經擁有很久的價值觀或看法，他很習慣或是安全的一些東西，對，所以我後來會覺得說我應該要盡力去看到說，我覺得這件事情上面我是不是盡力了... (C012-09)」

在安寧療護的理念下，護理人員把善終當成目標來追求，所以會積極地協助病人解決問題和尋求生命的意義與價值，使病人能夠接受疾病並獲得內心的平靜，最後能夠將後事交代清楚安詳的死亡。但是我們積極希望達成的善終究竟是誰的希望？是病人？還是護理人員呢？護理人員經過深刻的反省後認為護理人員不應該隨著自我的意識，去主導甚至影響病人的選擇；應該尊重病人的自主權，不要強迫病患依著我們的方式去做改變。

而以問題為導向的照顧模式或對生病處境的不瞭解，使護理人員習慣地要求病人都應該如何.. 如何..，如此的方式，並不能瞭解病人的需求，而且做出的幫助不但不會改善病人的靈性狀態，反而可能使照顧者與被照顧者陷於無出路的苦境；造成病人的負擔，也使護理人員更遠離了病人的靈性。所以護理人員開始給病人一些自我調適的時間，不再以積極的措施，騷擾病人或期待改變病人。

(二) 靈性照顧方式的轉變

剛開始時，護理人員仍然沿用身體照顧的模式來照顧臨終的病人，但是經由經驗

的累積，護理人員發現心理與靈性的困擾，是無法使用制式的方法來矯正或消除的。

「我們所受的訓練就是如此，它是我熟悉的方式，但是我覺得問題解決法，有其限制，因為這樣的方式，有可能使我們看到的只是片段而非整體。(C05-36)」

「我剛開始的時候，會用問題解決的流程來執行靈性照顧，但是後來我發覺這條路是行不通的。因為靈性的問題是無法經由矯正或是處理，而使它消失的..

(C012-28)」

「剛開始時我也是使用問題解決法來執行靈性照顧，但是經過不斷的嘗試之後發覺靈性照顧並不適合使用一套制式的模式，來直接套用，因為個人的靈性都是多元而獨特的，所以我不會使用問題解決法來執行靈性照顧...(C014-45)」

助人意識、問題解決、角色使得照顧者與病人之間的距離拉開了。護理人員認為唯有與病人有相同或類似經驗，才能縮短彼此的距離，但是這其中涉及每個人經驗的經驗不同，所以除了經驗之外，以我們與病人都在同樣命運之下的共在方式，護理人員更能貼近病人的處境，去感覺其受苦的經驗。

對病人而言，靈性的議題是有無成長而不是對錯，所以靈性的議題不能以問題來看待，而且問題解決法也無法解決靈性的議題。此外，對於沒有經驗的護理人員來說，問題解決法會使其陷入問題的循環中，一直在問題裡繞圈圈，而忽略了問題背後更深層的意義。因此護理人員認為與病人共在一起，陪伴病人走完全成才是根本的解決之道。

八、支持的力量

由於風俗民情的影響，死亡一直被視為帶有「晦氣」的事情，而在「安寧病房」工作的護理人員，卻是每天都要面對死亡與臨終錯綜複雜的處境，其壓力之大可想而知；如果沒有適當的支持力量，護理人員很難抒解其心中的壓力，繼續從事安寧療護的工作。施素貞(1999)的研究中發現「病患的死亡會使護理人員覺得工作沒有成就感」，而且照顧癌症末期或瀕死的病人，很容易導致護理人員疲潰(McElory, 1982)。

(一) 病人與家屬的肯定

在照顧的過程中，病人能夠對於護理人員的照顧有所回應，甚至病人與家屬都能肯定護理人員的照顧，都是對於護理人員最好的回饋。

「當他陷入昏迷的時候，對你的聲音會有反應，我覺得這樣子的狀況下，就會讓我感覺到，病人已經有給我很好的那種...我給予他的照顧上的那種很好的回饋 (C01-48)」

「其實很多成功的例子是病人能夠肯定我們的照顧，認為我們的服務態度很好，所以他們都不願意出院... (C06-21)」

「家屬的回饋，譬如說：他很感謝護理人員讓病人能夠舒適的走、能夠達到我們講的生死兩相安，如果他們是 ok，其實對我來講，這是我最好的那種 feedback (C013-82)」

面對每天繁忙地工作壓力，護理人員最在乎病人與家屬的感受，病人與家屬的肯定是護理人員的安慰劑，也是支撐護理人員繼續面臨挑戰的精神食糧。

(二) 親友與工作單位的支持

在工作上護理人員要面對病人的情緒，而護理人員本身也會有情緒，所以護理人員認為良好的團隊運作、與同事共同的分享及良好的支持系統是非常重要的。

「我們每天都要面對死亡，其壓力可想而知。如果沒有良好的團隊運作，彼此相互支持，很容易產生情緒波動或是疲乏，所以支持系統是很重要的 (C003-25)」

「在工作上，自己的情緒有時候蠻常會介入，你說要做到一個完全沒有情緒的人是不太可能，所以可能就是要共同分享阿 (C04-41) 我覺得護理人員應該要有良好的支持系統，可以適當宣洩自己情緒，幫助護理人員可以繼續的承擔壓力照顧病人 (C04-42)。」

安寧病房的護理人員，在煩悶的工作中，每天面對死亡與病人及家屬飄忽不定的情緒，因為有團隊的相互扶持與親友的鼓勵與體諒，護理人員的壓力與情緒才得以抒解，也才能繼續從事安寧的護理工作。

Tyler 等 (1994) 的研究也顯示擁有較好的社會網路，可以有效地減少工作的壓

力。而穆佩芬等（2002）認為同事與護理長的經驗分享有助於個人的調適，顧艷秋（2000）在研究中也提出：護理長支持度越高，對於瀕死病患有愈多正向的照顧，Booth（1996）有相同的看法。

（三）宗教信仰

護理人員會藉由自己本身的信仰來降低自己對於死亡的恐懼及肯定自己所從事的工作，在病人往生時，護理人員也會唸往生咒來協助病人，甚至護理人員在遇到挫折或痛苦時，宗教信仰都能發揮其作用帶給護理人員極大的力量，協助其調整心理的困擾。

「我一來我們護理長就先問我說，妳在這邊會常遇到死亡的病人，可能會有一點晦氣她就先跟我講這樣，如果妳不能接受我們這種，妳就離開這樣，就是先給妳個心理準備啦！我那時候我剛聽到，我當然也是不太能接受，因為可能有的人會覺得說，是一種晦氣啦，丫每天接觸這個，然後回家，可能把晦氣帶回家會不好，運氣會不好，這樣，我回去我就先跟我媽媽講這樣，本身她信佛，她也是滿虔誠的，她可以理解，也接受這樣她就覺得說，我們是在做善事呀！做善事也可以賺錢呀！何樂而不為？這樣子，對呀！就會教我說，念什麼往生咒就會比較就是會支持我就對了，所以說做起來會覺得越來越順手啦！不會害怕（C02-30）」

「譬如說當我們在工作上或是有什麼是讓自己感到很難過，就是覺得很痛苦的時候，我們就禱告神，神就會在你身邊，讓我們重新獲得力量，可以繼續工作或生存。（C013-95）」

「我覺得宗教信仰我覺得很重要，因為有些時候有些狀況是人沒辦法去控制或者是去處理的或者面對的事情，那藉由宗教的力量或是宗教的一些想法，讓我們比較能夠去接受說，就是去合理化這件事情，讓自己的心情好一點或接受度能夠高一點（C07-62）」

宗教信仰可以幫助護理人員正視自己與病人的死亡問題，減輕護理人員對於死亡的恐懼；也可以抒解護理人員的壓力與情緒，重獲心靈的舒適與平安；還能激發護理人員的善心，引發更多的利他行為。而 Wang（1986）的研究也發現：有神論者對於

瀕死病人持有較為正向的態度。

(四) 興趣

對安寧有興趣的護理人員，比較願意花時間去學習，能夠忍受與克服挫折，對於工作的抗壓性也比較強，所以就比較能夠投入工作，給予病人較好的照顧。而舒曼妹等（1993）之研究也指出對於護理愈有興趣者，其各壓力類別的感受程度愈低。

「其實要有興趣啦，沒興趣大概你也是覺得做來做去就做常規這樣而已啦，就變成說你要有興趣啦，有興趣你會主動地想要去了解他你想要認識他，想要去幫助他，而且很多事情你就比較可以去忍受或體諒，這是一個很重要的支持因素。

（C011-17）」

「可能就是要~有興趣吧！如果說：你可能心都不在這邊的話，就只是說做一些生理上的一些照顧的話，可能就是比較沒有沒有心去解決病人這樣的問題，所以興趣也是讓我們能繼續支撐下去的理由。（C02-13）」

第三節 綜合討論

承續第一節與第二節的結果與分析，研究者認為安寧病房護理人員對於靈性照顧的認知與經驗之所以會呈現：不知如何回應、挫折與失敗、擔心害怕、不易貼近臨終處境與工作負荷過重的結果是因為：

一、先前的教育與訓練，未涵蓋安寧病房特殊角色與功能的需求。

李小娟在論及護士現今的角色與功能時提到以下七點：(一) 提供照顧者：在臨床中為患者提供整體性的護理。(二) 教育者：對患者及其家屬或大眾市民，給予適當的衛教。(三) 諮詢者：協助患者及其家屬面對問題，找出解決問題的方法。(四) 管理者：運用其決策能力和管理技巧來改變現況，提昇護理品質。(五) 合作者和協調者：於其工作單位維持一有效的溝通網。(六) 病人利益維護者：摒除任何有害病人最佳利益的因素。(七) 研究者和改革者：積極從事護理研究，以改善護理技術，提昇護理品質。

而 Soken (1987) Lugton (1999) 認為安寧緩和醫療中，護理人員必須擔任下列的工作：(一) 參與積極整體性照顧：病人的照顧除了身體症狀與疼痛的解除之外，還應該包括心理、靈性與社會的整體積極照顧。(二) 評估病人及家屬整體需求及支持。(三) 給予靈性照顧：臨終病人在身體或心理受苦時，靈性的需求最為強烈 (Nolan & Crawford 1997)；因此護理人員應該協助靈性的成長及靈性的健康。(四) 應用輔助療法：安寧療護的照顧工作中，常使用芳香療法、藝術治療、音樂療法、按摩及放鬆等，期望讓病人能舒緩其身、心、靈的壓力。(五) 悲傷期的追蹤輔導：目前悲傷輔導的工作由社工或護理人員來扮演追蹤者的角色。(六) 協調溝通安寧療護團隊中的各單位。(七) 在安寧療護的工作，不斷地學習成長與自我照顧。

由上述觀點比較得知，安寧療護護理人員的角色與功能中，所強調之給予靈性照顧、應用輔助療法與悲傷輔導是一般的護理角色功能所未涵蓋的。

因為以前的護理教育課程就沒有涵蓋靈性照顧、輔助療法與悲傷輔導，而且有關安寧療護教育訓練的課程，也以身體症狀的處理為主，甚至根據王玉祥（2003）研究調查發現：瀕死病人的維生治療與一般的治療實際上是重疊；此外安寧病房之病患，症狀一旦獲得緩解，就必須辦理出院；導致安寧護理人員誤認為，以靈性照顧為主的安寧療護，與一般護理照顧是相似的，因此仍然執行一般身體的照顧，繼續延用原本的助人意識與問題解決法來看待靈性照顧，故未



二、護理人員慣用理性思考與問題意識來看待靈性照顧

高美玲（2000）在《靈性護理的理論與實務》一書中，提到靈性照顧就是靈對靈的照顧方式，是一個人用心靈與全人來照顧另一個人。石世明（1999）在《臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面》中也提到：當臨留之際唯有靈體相對慈光展露，才能與臨終者的心靈接壤。唯有將照顧者本身的靈魂一起包括進來，在臨終者和照顧者靈體相對下，照顧者的靈魂才能是臨終者最根本的安慰。

此外，石世明（2001）在《伴你最後一程》中指出靈魂深深地埋在我們的身體裡頭，只是被社會行事遮住了我們的本心，唯有在本心顯露之時，我們才能發現原來身體還保留著靈魂的感覺。靈魂是在世界斷裂處湧現，靈光乍現卻稍縱即逝，因為靈魂的思考對以功利為基礎的社會並沒有作用。靈魂的思考沒有是非判斷只是要依附，依附在生命原初的意義和價值。所以面對癌末病人的「瀕臨」心態，照顧者無法以大腦及理性來思考照顧的問題。

反觀，安寧病房護理人員，常以過去養成教育中所慣用理性、邏輯、線性關係、因果關係之思考模式，作為解決問題的方式，試圖去思考探索思考追病患的靈魂問題，但是卻無法回答生命的意義與依歸，導致照顧者雖然用盡心思，但是仍然無法貼近病人心靈處境，也使得靈性照顧常常徒勞無功、白忙一場。

三、助人意識與問題解決法，使照顧者陷入苦無出路的困境。

安寧病房護理人員，常常認為專業的技術必定對病人有所幫助，而且一定可以幫助到病人和家屬，這就是我們所謂的「助人意識」。在專業的醫療領域中，護理人員必定擁有比病患豐富的專業知識與能力，但是在臨終的領域，護理人員未必具有比病人更佳的靈性狀態，因此常常使這些自以位高人一等的幫助者（工作人員）陷入無助的困境中。

本研究也發現護理人員在幫助病人解決問題時，常遇到病人當時已被護理人員說服，是沒問題的，可是過了沒多久之後，同樣的情況，同樣的問題又再度發生，每一班的護理人員，都處理病人同樣的問題，這樣的情況讓護理人員覺得很困擾，甚至感

到挫敗。 ...

在助人的意識下，醫療專業者如果對臨終處境不夠瞭解，往往很容易就陷入「事情」的表象當中，關心的是表淺症狀的緩解、問題處置的流程，忽略了症狀的深層意義，也忽略了問題的形成與發展過程，錯把「死亡」當作「事情」來對待（石世明，1999）在本研究中也發現問題解決法，會使缺乏經驗的護理人員陷入問題的循環中，一直在問題裡繞圈圈，而忽略了問題背後更深層的意義；而且問題解決法也會使護理人員將整體分割成一個一個的問題，無法提供整體的關懷。

其實生病經驗在本質上是一種「常態」生活世界的擱置與轉換，但是助人意識與問題解決法，會把許多原本不是問題的問題，當作問題來看待，而根據有問題的提問所設想的解決方法，不但不能改善臨終照顧，更可能在「無知的善意」底下，做出的事情可能不但不會改善臨終照顧，可能使照顧者與被照顧者陷於無出路的困境（石世明，1999）。

本研究中也發現護理人員雖積極地協助個案坦然面對死亡，但是對於沒有辦法接受死亡事實的個案，此時若常護理人員認定專業的技術必定對病人有所幫助，給予許多的措施，卻忽略了個案的生命意義與價值，反而造成病人的負擔，也使護理人員陷入苦無出路的困境中。

四、未妥善告知病情，可能導致常規照顧負擔增加。

對於造成護理人員工作負荷量增加的因素，本研究希望以另一個面向，再進行引伸性的探討，以提供不同的思考方向。

從事二十多年臨終關懷運動的凱斯勒，在《臨終者的權益》一書中指出：病人有生的權力，知的權力，免於痛苦、表達情緒、參與醫療決策的權力。在全世界愈來愈多人關注病人權力的理念下，醫師們更應提供病患正確的資訊，使他們有機會能為自己的生命做選擇。因為沒有人可以替別的人生做決定，也沒有人知道哪一種方式對病患最好，即使是緩和安寧醫療，也不能強迫民眾一定該接受某種型態的醫療方式，才是所謂善終。

「安寧緩和醫療條例」- 新法第八條規定，醫師為病人實施緩和醫療時，應將治療方針告知病人或其家屬；在病人有明確意願希望被告知時，醫師有義務告知病情。幫助病患及家屬能夠以健全的心態來面臨「疾病」及「死亡」。然而根據衛生署的資料顯示：只有 37.2% 癌症患者知道他們的診斷，其原因可能是：很多人一旦罹患癌症，就會將它視為死亡的前兆，導致許多的醫療人員認為既然癌症讓病人難以接受，就不要向病人告知病情，因為對病人沒有實質的好處。尤其是在較為保守的醫療文化背景下，更是醫護人員與家屬，甚至病患間的一大禁忌。所以癌症末期病情的告知，確實對病人、家屬及醫護人員是一項挑戰。

雖然對於癌症病人病情的告知，是一件令說者難以啟齒；聽者難以接受的事情。卻是非常重要的任務。如果醫師能妥善的告知病情，病人才能夠有機會為自己的生命做選擇與安排，而安寧療護的精神也才能夠落實。否則，病人在疾病的折磨之下，心中還充滿著無數的猜疑，導致身、心都受到無比的煎熬，可能產生更多、更難解的問題，也使得護理人員在現有的工作負擔上，增添了更多的負荷；而且更面臨了看見問題想去解決，但是在時間上的不足，造成護理人員的心理負擔。如此的結果不但無法締造雙贏的局面，反而造成彼此的遺憾。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本研究是以安寧病房護理人員為對象，進行深入訪談，旨在探索安寧病房護理人員對於靈性照顧的認知與經驗。歸納研究發現後，獲得以下結論：

一、靈性照顧的內涵

(一) 範疇包括身體照顧、心理情緒的照顧、宗教的終極關懷與維持與自己、他人、環境和神的關係。身體照顧是靈性照顧的入門，因此給予病人靈性照顧時，可以透過身體的照顧，進入病人心理的層次，再藉由宗教的終極關懷，來協助病人進行心理與情緒的調適、並與維持與自己、他人、環境和神的關係，最後讓病人的靈性獲得安慰，達到靈性的安適。

(二) 方法：

靈性照顧的方法是因人而異，而且護理人員通常在給予靈性照顧之前，會先旁敲側擊，以瞭解病人的反應。再根據護理過程來評估病人的需求，給予護理措施。除此之外提供病人靈性照顧的措施還包括：.傾聽、陪伴、身體的接觸、.尊重、關心、愛與希望、協助病人完成心願與尋找生命的意義與價值，並與病人建立共在的關係。

二、靈性照顧的困境：

(一) 個人方面：

因為健康與生病世界氛圍的不同、專業與病人立場的差異與對臨終處境無法掌握等三項因素，導致護理人員不易貼近臨終的處境，也無法提供最佳的靈性照顧。其次護理人員本身閱歷不足或年紀太輕，沒有成熟的社會經驗，對「生命」的瞭解不夠深刻，以致於不易瞭解病人和家屬的受苦與複雜的關係，也造成照顧上的限

制。再則，教育與實務方面，所受的訓練不足，所以難以應付臨床的情境，也是護理人員所困擾的。最後，個人的靈性狀態是否良好，也會影響靈性照顧的品質。

（二）制度方面：

因為護理人力不足，導致工作繁重，只能執行常規的護理工作，而無法執行靈性照顧。其次是護理人員的排班無法配合，影響病人與護理人員彼此信任感的建立。

三、照顧時的心境：

護理人員雖然抱有靈性關懷的意願，但是因為上述的困境導致護理人員在給予照顧時，會出現不知如何回應、挫折、失敗、擔心與害怕等情緒反應。

四、正向照顧經驗的回饋

與病人及家屬建立信任的關係、協助病人及家屬減輕其哀傷的情緒與盡心盡力地照顧病人，可以讓護理人員獲得成就與滿足感，所以這些都是成功的經驗。

五、自我的轉化

護理人員會習慣地以問題為導向的護理過程與助人意識，來評估病人的需求、擬定計劃、給予措施與評值成果。此種照顧方式，會使護理人員想積極地給予病人護理措施，並希望病人改變，但是此種做法不但不會改善病人的靈性狀態，反而可能使照顧者與被照顧者陷於無出路的苦境。因此，唯有去問題解決法與助人意識，與病人共在，陪伴病人走完全程，才是根本的解決之道。

六、支持的力量

因風俗民情的影響，死亡一直被視為帶有「晦氣」的事件，而在「安寧病房」工作的護理人員，每天都要面對死亡與臨終錯綜複雜的處境，因此護理人員可以由病人與家屬的肯定，來獲得工作上成就；而親友與工作單位的支持，可以使護理人員的情緒獲得紓解；宗教信仰能夠幫助護理人員，正視自己與病人的死亡問題，減輕護理人

員對於死亡的恐懼，重獲心靈的舒適與平安；還能激發護理人員的善心，引發更多的利他行為。此外，對安寧療護有興趣的護理人員，比較願意學習，能夠忍受與克服挫折，所以可以全心投入工作，這些都是支持護理人員繼續從事安寧工作的主要力量。

第二節 建議

本研究依據研究結果針對未來的研究、護理教育與臨床實務提出以下幾點建議：

一、對未來研究之建議

1. 本研究是藉由深入訪談來蒐集，護理人員對於靈性經驗與認知的資料，但是對於有關靈性的經驗與認知，有許多是屬於默會的知識，沒有明確的規則及邏輯；例如：有些照顧護理人員認為是理所當然，或是無法以言語表達的，尤其在於靈性照顧的層次上。所以只利用訪談來蒐集資料，應該是不足的。最好能夠實際的參與田野觀察，才能夠獲得更完整的資料。
2. 本研究之結果可提供相關人員作為有關靈性照顧的理解基礎，未來希望能有不同背景的研究者，以不同的觀點來進行研究，以提供靈性照顧更為寬廣的視野。
3. 建議未來的研究者，可以再針對如何提升安寧病房護理人員的靈性狀態，並增強其靈性照顧的能力，與如何滿足臨終病人被愛的靈性需要做更深入的探討。

二、對護理教育之建議

在社會醫療環境的變遷下，根據內政部調查，有九成民眾希望在家中老死，可是卻只有兩成達成願望，所以接受安寧療護必定成為未來的一種趨勢，但是護理人員先前所受的教育與訓練，未涵蓋安寧病房特殊角色與功能的需求，所以建議各校應該將安寧療護列為必修課程，以因應未來之所需。

三、對臨床實務之建議

1. 護理人員年紀太輕，比較缺乏成熟的社會經驗，對「生命」的瞭解亦不夠深刻，以至於不易體會病人和家屬的受苦狀態，而且護理人員年紀愈輕，其面對病患的死亡衝擊愈大。所以本研究建議招募安寧護理人員時，最好能夠選擇有興趣且有些資歷

的工作人員，才能更為勝任安寧療護的工作。

2. 安寧病房對護理人員來說是一個高壓力、高折損率的單位，加上靈性多元與令人難以捉摸的特性，使護理人員在照顧上，面臨更多的困難與壓力。在靈性照顧上特別強調靈對靈的照顧，並與病人進行心靈的交流，要達到上述的照顧方式，讀書會可能是最佳的選擇，因為藉由相關書籍的閱讀與討論，配合臨床工作所遇到的瓶頸，在不斷地彼此心得分享和經驗交流中，相信可以增加對靈性的認知與掌握，重新獲得更新、更廣闊的視野。也可以建立護理人員在靈性照顧工作上的共識，更能夠協助護理人員抒解其工作壓力與困境，並提升護理人員靈性照顧的能力。因此本研究建議安寧病房靈性照顧之讀書會需要持續的進行。

參考文獻

中文部分

丁雪茵等(1996) *質性研究中研究者的角色與主觀性* 載於楊國樞主編，*本土心理學研究*，6，354-376。

中華民國護士福音團契編著(2000) *靈性護理的理論與實務* 台北：中華民國護士福音團契。

王明波譯(1997) *最後的禮物* 台北：正中。

王雅各(2001) *綜論質性研究* *資訊傳播與圖書館學*，7(4)，15-36。

毛新春(1997) *認識病人的靈性需求* *護理雜誌*，48(5)，53-56。

毛新春、楊麗齡(1992) *台灣北部地區癌症住院病患靈性需求初探* 未發表。

方妙君等(1995) *護理過程* 台北：匯華。

石世明(2000) *對臨終者的靈性照顧* *安寧療護*，5(2)，41-56。

石世明、余德慧(2001) *對臨終照顧的靈性現象考察* *中華心理衛生學看*，14(1)，1-36。

石世明(2002) *病房邊的溫柔* 台北：心靈工坊。

石世明(1999) *臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面* 未發表的碩士論文，花蓮：東華大學。

白裕承譯(1998) *最後十四堂星期二的課* 台北：大塊。

李安德(1992) *超個人心理學* 台北：桂冠。

李閏華、釋道興譯(1997) *心靈之痛* *安寧照顧會訊* , 25 , 25-28。

李閏華(2000) 護理人員在安寧療護中悲傷輔導的角色 *長庚護理* , 11 (2) , 75-87。

李汝昭譯(1992) *對痛苦和死亡的抗爭* 台北：水牛。

李維倫(2000) 以存在現象學 - 看臨終與生命的轉化 *安寧療護* , 5 (2) , 57-61。

李選(1993) 安寧護理模式於臨終護理中之應用 *護理雜誌* , 40 (2) , 62-72。

吳陽譯(1998) *瀕死體驗* 台北：方智。

吳麗芬(2001) 懷舊治療與人生回顧 *護理雜誌* , 48 (1) , 83-88。

易傳生(1991) 生命轉化 - 走出肉身情趣 *張老師月刊* , 162 , 13-14。

朱春森譯(1997) *生死EQ* 台北：三思堂。

朱柔若(2000) *社會學研究方法 - 質性與量化取向* 台北：揚智。

江其蕙譯(2000) *靈性護理照顧* 台北：中華民國護士福音團契。

何月華譯(1997) *生與死的關照* 台北：東大。

余玉眉等(1998) 質性研究資料的量化及詮釋 - 從研究例證探討臨床護理研究方法與認識學 *護理研究* , 7 (4) , 376-392。

余玉眉等 (1998) 質性研究資料的量化及詮釋 - 從研究例證探討臨床護理研究方法與認識學 *護理研究* , 7 (3) , 276-288。

余德慧(2000) 臨終病人的事實處境 - 臨終的開顯 *安寧療護* , 5 (2) , 29-32。

余德慧(2003) *生死學十四講* 台北：心靈工坊。

余斯光、楊美賞(2000) 靈性護理並以認知治療於一位精神病患之護理經驗 *高雄護理雜誌* , 17 (2) , 7-19。

吳盈江(1993) 臨床護士的工作壓力頻率與感受量表之編修 *護理研究* , 1 (2) , 113-125。

邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治(1995) *臨終護理* 台北：華杏。

邱麗蓮 (1998) 與乳癌共生婦女在生命意義探鎖上之現象學研究 *護理研究* , 7 (2) , 119 - 127。

林素如(1990) 癌症病房護士工作壓力與因應方式之探討 未發表的碩士論文，台北：台灣大學。

林笑(2000) 靈性照護與人性關懷 *榮總護理* , 17 (2) , 153-158。

林靜琪、邱豔芬(1996) 談癌症末期病人靈性照顧 *護理新象* , 6 (2) , 49-56。

林美玲、毛新春(1996) 心靈困擾及其護理 *醫學繼續教育* , 6 (4) , 360-366。

胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝(1998) 從護理人員角度探討癌末病人之靈性需求 *台灣醫學* , 3 (1) , 8-19。

卓妙如 (2002) 兒童及青少年靈性需求評估 *護理雜誌* , 49 (3) , 30-36。

卓怡君 (1993) 安寧療護與舒適的死亡 *護理雜誌* , 41 (1) , 29-33。

胡幼慧、姚美華 (1996) 一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析？載於胡幼慧編：*質性研究：理論、方法及本土女性研究實例* , (141-158) 台北：巨流。

施素貞 (1999) 護理人員對病患的死亡衝擊及其影響因素 *榮總護理* , 16 (4) , 381-392。

徐宗國譯(1997) *質性研究概論* 台北：巨流。

徐雪蓉譯(1997) *生命的安寧* 台北：東大。

高碧月(2000) 尋找心中的樂園 - 臨床靈性照顧的省思 *安寧療護* , 5 (2) , 14-17。

唐秀治(1994) 讓清晨的日光照亮那在黑暗中死蔭裡的人：人性化的護理在臨終照顧中的落實 *護理雜誌* , 41 (1) , 24-28。

- 曹玉人譯(2000) *用最好的方式向生命揮別- 臨終照顧與安寧療護* 台北：方智。
- 陳榮基(2000) 臨終關懷與安寧療護 *應用倫理通訊* , 8 , 13-18。
- 陳清惠(2002) *心靈的本質與發展過程* 生命教育中心靈成長教育研討會論文資料暨研討會手冊 , 1 - 14。
- 陳慶餘等(2002) 台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧 *安寧療護* , 7 (1) , 20-29。
- 陳芳智譯(1994) *生死大事* 台北：遠流。
- 陳潔明(1996) *人生哲學：人與宗教* 台北：匯華圖書。
- 舒曼妹、王琪珍(1993) 某地區護理人員照顧癌症患者臨床工作壓力之探討 *護理研究* , 1(4) , 351-358。
- 張鈿富(1991) 從方法論的省思談質的研究 *教育研究* , 17 , 22-32。
- 張君玫(1999) *解釋互動論* 台北：弘智。
- 許禮安(2000) 靈性照顧之我見 *安寧療護* , 5 (2) , 11-13。
- 馮滄祥(2001) *中西生死哲學* 台北：博揚。
- 楊克平(1998) 護理實務中之靈性照顧 *護理雜誌* , 45 (3) , 77-83。

- 楊麗齡(1993) 靈性護理的簡介 *長庚護理* , 4 (1) , 9-16。
- 趙可式(1994) 從人性化護理理論看當代臨床護理 *護理雜誌* , 41 (1) , 21-23。
- 趙可式 (1997) 台灣癌末期病患對善終意義的體認 *安寧療護* , 5 , 51-61。
- 趙可式(1998) 精神衛生護理與靈性照護 *護理雜誌* , 45 (1) , 16-20。
- 趙可式(2000) 靈性照顧於安寧療護之臨床應用 2000 年安寧療護與靈性照顧研討會講義 52-56 台南：新樓醫院。
- 趙可式、沈錦惠譯(2001) *活出意義來：從集中營說到存在主義* 台北：光啟社。
- 趙可式(2002) 末期病患靈性之本質 *護理研究* , 10 (4) , 237-245。
- 蔣欣欣(1991) 質性研究與護理實務 *榮總護理* , 8 (1) , 91-94。
- 蔡昌雄(2002) *促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例* 第二屆現代生死學理論建構學術研討會論文集 , 1-14。
- 蔡國山(1997) 靈性與宗教 *護福* , 125 , 18-22。
- 蔡麗雲等合著(2002) *安寧緩和護理學* 台北，華格那。
- 蘇妍姿譯(2001) *怎麼辦？家人正面臨死亡* 台北：宇宙光全人關懷機構。
- 鄭逸如、呂碧鴻(1997) 癌症末期患者心理層面的照顧 *台灣醫學* , 1 (2) ,

209-213。

鄭曉江 中國人死亡態度之探討 - 死亡的神秘化 *安寧照顧會訊* , 36 , 14-23。

劉淑娟(2001) 台灣老年婦女的生活經驗與靈性健康 *護理雜誌* , 48 (5) , 11-15。

劉淑娟(1999a) 老年人的靈性護理 *護理雜誌* , 46 (4) , 51-56。

劉長安(1995) 談安寧照護 - 護理人員應有的認知 *護理雜誌* , 42 (4) , 91-95。

潘裕豐(1994) 靈性與創造 *創造與思考教育* , 6 , 5-9。

賴維淑(2002) *晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性之需求*
未發表的碩士論文, 台南: 成功大學。

簡淑蕙(1999) 癌症病人死亡對護理人員的衝擊及護理人員之應對策略 *長庚護理* , 10 (2) , 36-43。

傅偉勳(1993) *學問的生命與生命的學問* 台北: 正中。

鍾聖校(1999) 質性研究方法論的認識與再議 *國立台北師範學院學報* , 12 ,
259-284。

蕭宏恩(2000) 護理照護的根本關懷 *護理雜誌* , 47 (5) , 71-76。

蕭志強譯(1998) *生與死的深層心理* 台北: 方智。

譚家瑜譯(2002) *醫院裡的哲學家* 台北：心靈工坊。

顧豔秋(1999) 護理人員死亡態度及面對瀕死病人因應行為之探討 *安寧照顧會訊* , 35 , 29-39。

戴正德(2001) *生死醫學倫理* 台北：健康文化。

釋惠敏(1997) 靈性照顧與覺性照顧之異同 *安寧療護* , 5 , 35-40。

龔卓軍譯(2000) *靈性復興* 台北：張老師文化。

英文部分

Amenta M, Bohnet N (1986) *Nursing Care of the Terminally III*. Boston MA, Little, Brown and Company.

Banks, R.(1980).Health and the spiritual dimension : Realationship and nuplications for professional preparation programs.*The Journal of school health*.50(4),195-202.

Barton, D.(1977).The dying person.In D.Barton(Ed),dying and death: A ciinical guide for caregivers.Baltimore : Williams.

Berggren-Thomas, P., & Griggs, M.(1995).Spirituality in aging:Spiritual need or spiritual journey?*Journal of Gerontological Nursing*,21(3),5-10.

Booth, K(1996)Maguire, P. M.Butterworth et al :Perceived professional support and the use of blocking behaviors by hospice nurse.*Journal of Advanced Nursing*.24(3) , 522-527.

Burkhardt, M. (1994) .Becoming and connecting:Elements Spirituality for women.*Holistic Nursing Practice*.8(4),12-21.

Burnard P (1988) *The spiritual needs of atheists and agnostics*. Professional Nurse. December. 130-132.

Bumard, P. (1990) Learning to care for the spirit. *Nursing Standard*. 24(4), 38-39.

Clark, C.C.,Cross J. R.,Deane D. M.(1991)) Spirituallity : integral to quality care.*Holistic Nursing Practice*. 5(3),67-76.

Carson, V., & Fawcett, J. (1985). *Spirituality and Nursing Process*. In V. Carson (Eds), *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. (151-154), Philadelphia: Saunder.

Chapman, L. S.(1989).Spiritual health : A component missing from Health promotion.*American Journal of Health promotion,1(1),38-41*.

Comette, K.(1997). For whenever I am weak, I am strong. *International Journal of Palliative Nursing, 3(1), 6-8,10-13*.

Cusveller, B.(1998).Cut form the right wood : spiritual and ethical pluralism in professional nursing practice.*Journal of Advanced Nursing,28(2),266-273*.

Diaz, D. P. (1993) .Foundations for Spirituality:Establishing the Viability of Spirituality with in the health disciplines.*Journal of Health Education.24(6),324-326*.

Dunne,T .(2001).Spiritual care at the end of life.*Hastings center report.31(2),22-26*.

Dyson J.Cobb M.Forman D (1991).The meaning of spirituality:*Journal of Advance Nursing.26(6), 1183-1188*

Ellerhorst-Ryan,J.M.(1988).Measuring aspects of spirituality.InM.F.Stromberg(Ed.) *Instruments for clinical nursing research*,Norwalk:Appleton & Lange.

Fabry, J(1980).*Use of the transpersonal in logotherapy*.Palo Alto.CA : Science & Behavior Books.

Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression people coping with cancer. *ONF*, *24* (4) , 663-671.

Fish, S. & Shelly, J. A. (1983) , *Spiritual Care: The nurse's role*. Downers Grove, III : Interscience press.

Fitzpatrick, J. J. (1983). *A life perspective rhythm model*. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.). *Conceptual models of nursing: Analysis and Application* (295-302). Bowie, Maryland: Robert J Brady. *Quarterly*, *6* (2), 56-58.

Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. England: Penguin Books.

Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, *27*, 836-842.

Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing a systematic. *Nursing Stand*. *14*(17), 32-36.

Greasley, P., Chiu, L. F. , Gartland, M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Nursing Science Quarterly*. *33*.(5), 629-637.

Hay, M. W. (1989). Principles in building spiritual assessment. *American Journal of Hospice Care*. *6*, 25-31.

Highfield, M. F., & Cason, C. (1983). Spiritual needs of patient: Are they recognized. *Cancer Nursing*. *6*, 187-192.

Highfield, M. E. (2000). Providing spiritual care to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*.4 (3) 115-120.

Holmes, S.(1991).Preliminary investigation of symptom distress in two cancer patient populations : Evalution of a measurement instrument.Journal of Advanced Nursing,16(4.) ,439-446.

Houts, P. J.,Yasko, J. M.,&Harvey, H. A. (1988.Unment needs of persons with cancer in Pennsylvania during the period of terminal care.*Cancer*.62(3), 627-635.

Jacik, M(1989).Spiritual care of the dying adult.In V.B.Carson(Ed.),*Spiritual dimensions of nursing practice*.Philadelphia:saunders.

Kashiwagi, T.(1995)psychosocial and spiritual issues in terminal care *psychiatr Clin Neurosciences*.49,123-127.

Kasttenbaum, R. J.(1986).*Death .Society and Human Experience*.New York:Merrill.

Kushnir,T.,Rabin,S.,& Azulair,S.(1997).A descriptive study of stress management in a group pediatric oncology nurses.*Cancer Nursing*,20 (6) ,414-421.

Lugton, J., & Kindlen, M. (1999). *Palliative care-the nursing role*. Churchill Livingstone.

Mickley, J. R.(1989).*Spiritual well-being religiousness,and hope : Some relationships in a sample of women breast cancer*Doctoral disscation.Boltmore, MD :

U.of mayland.

Maslow, A. H.(1969). Theory Z. J. *Transpesronal Psychology*.1(2), 31-47.

MeSherry, W.(1998). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Nursing Standard*. 13(4), 36-40.

Moberg, D. O(1979)Development of social indicators of spiritual well-being for quality of life research.In D.O.Mober(Ed.).*Spiritual well-being: sociological perspectives*. Washington,DC:University press of American.

Munley, A.(1983).*The hospice alternative : A new context for death and dying*.New York : Basic Books.

Narayanasamy, A (1991) *Spiritual Care a resource guide*. Lancaster, Quay Publishing.

Nolan, P.,& Crawford, P.(1997).Towards a rhetoric of spirituality in mental health care.*Jounal of Advanced Nursing*.26(2),289-294.

O' Brien,M.E.(1992),The need for Spiritual integrity .In Yura,H.& Walsh,M.B.(Ed.5) Human needs and the nursing process.Norwalk,C.N:Appleten-Century-Crofts.

Oldnall, (1996). A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 23(1), 138-144.

O'Neill, D. P., & Kenny, E. K. (1998). Spirituality and chronic illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 275-280.

O'Hara, P. A., Harper, D. W., Chartrand, L. D., & Johnston, S. F. (1996). Patient death concerns care hospital: a study of the effect on nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(8), 27-35.

O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. (1990). *Cancer Nursing*. 13(3), 167-175.

Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. *Nurse Educator*, 15(1), 36-41.

Robbins, C. (1991). Body, mind and spirit. *Nursing the Journal of Clinical Practice. Education and Management*. 4(31), 9-11.

Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice, International. *Journal of Nursing Studies*., 32(5), 451-468.

Ross, L. A. (1994). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 14. 439-447.

Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of Spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*. 15, 349-57.

Stoter, D. J. (1995). Spiritual care. In J. Penson & R. Fisher (Eds), *Palliative care for people with cancer* (2nd ed.). London: Arnold.

Sodestrom, K. E., & Martinson L. M.(1987). Patients' spiritual coping strategies: A study of nurse and patient perspectives. *ONF. 14*(2), 41-46.

Soken, K. L., & Carson, V. J.(1986)).Study measures nurse' s attitudes about providing spiritual care.*Health Progress.67*,52-55.

Soken, K. L., & Carson, V. J.(1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nursing Clinics of North America, 22*(3), 603-611.

Speck, P.(1998).Spiritual issues in palliative care .In.D.Doyle et al.(Eds),*Oxford Textbook of Palliative Medicine*(2nd ed.).Oxford : Oxford University Press.

Stolley, J. M., & Koenig, H.(1997)Religion/spirituality and Health Among Elderly African Americans and Hispanics.*Journal of psychosocial Nursing.35*(1),32-38.

Sumner, C. H. (1998). Recognizing and responding to spiritual distress. *American Journal of Nursing.98*(1), 27-31.

Taylor, E. J. (1995). Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum. 22*(1), 31-39.

Tillich, P.(1963).*The courage to be*.New Haven:Yale University Press.

Tyler, P. A., & Ellison,R.N.(1994).Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing.*Journal of Advanced Nursing,19*,469-476.

Wang, K.Y.(1986).*A comparison of attitudes toward dying patient between nursing students and graduate nurses in Taiwanese hospitals*. Master thesis, unpublished.

Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*.. Colorado Associated University Press, Boulder, Colorado.

附錄二

護理人員靈性相關研究訪談大綱

受訪者編號：

訪員姓名：

訪問地點：

訪問時間：

指導語：

請您依照自己的想法據實回答下列問題，舉例說明時請以簡要為原則，謝謝！

- 1.你認為什麼是靈性照顧？你認為臨終病人會有那些靈性的需求？
- 2.你曾經有過的靈性照顧經驗有哪些？你曾經給予病人哪些靈性照顧？
- 3.你在從事病人靈性照顧中，有無成功的經驗？
- 4.你在從事病人靈性照顧中，有無失敗的經驗？或遇到任何的困難？
- 5.你認為靈性照顧的目標是什麼？如何來達成靈性照顧的目標？
- 6.靈性照顧與社會心理照顧有何相同處或不同處？
- 7.決定護理人員靈性照顧能力的因素有那些？

附錄三

訪談同意書

我是 _____，研究人員以詳細說明研究目的及程序，我願意參與「護理人員靈性相關研究」之研究過程，同意下列事項：

同意 不同意

1. 我知道這是一項學術研究，我個人自身的利益將受到保障。
2. 研究人員允諾對訪談內容保密，不在任何書面或口頭報告中揭露我的姓名即可以分辨我身分的資料。
3. 我同意在訪談過程中使用錄音機錄音，方便研究人員紀錄及整理資料。
4. 我同意研究報告日後僅可以研究論文的方式出版。

研究參與者簽名： _____

研究訪談者簽名： _____

中華民國九十一年 月 日

附錄四

護理人員靈性照顧與宗教信仰訪談內容編碼信度分析

受訪者編號及姓名：002

訪談者代號及姓名：

文字轉錄者：

資料分析者：

I：代表訪談者

IA-02：代表 A 訪談者第二句對話

C：代表受訪者

C01-02：代表 1 號受訪者第二句對話

編號	訪談內容	編碼分析
IA-01	何謂靈性照顧？你認為什麼是靈性照顧？	
C02-01	就是幫助病人找到心理的寄託不管是宗教或家人這樣子，就是在他們病痛的時候或很無力的時候，就是阿在他們沒有希望的時候找到一個依靠的對象。	靈性照顧是幫助病人找到依靠的對象
IA-02	靈性照顧與社會心理照顧有何不同？	
C02-02	嗯，靈性可能跟宗教有比較大的相關性，	靈性照顧與宗教有關
C02-03	就是說一個病人在得病死後會去想說以後會去哪裡，很多病人會問我們說死了以後會去哪裡，那我還可以活多久？	靈性照顧是對於死後世界的探討
C02-04	社會心理的話過去在他的生活裡面未完成的心願，	社會心理是達成未完成的心願
C02-05	或是在死前與人有的誤會要做澄清，或是有些病人會記得欠人家多少錢然後要去還掉，就是把這些東係都解決掉。	社會心理是與他人和解
IA-03	你認為靈性照顧的目標是什麼？	
C02-06	就是讓病人找到一個希望，讓他有活下去的希望，那有些病人就是說他在痛苦的時候可能會想說去自殺但是如果他想到自己可能還沒結婚就是有還沒完成的心願那就有一個希望那他可能就不會那麼消極阿！	靈性照顧的目標是讓病人找到一個活下去的希望
IA-04	你曾經有過的靈性照顧經驗有哪些？你曾經給予病人哪些靈性照顧？	
C02-08	靈性照顧喔！在比較傳統的老夫老妻那他們就比較不會說跟你說我愛你或謝謝阿你照顧我阿！那我們就會扮演溝通的角色當作一個橋樑，像之前我們就有一個個案是一個鼻咽癌的病人，那鼻咽癌有的可以拖很久，他太太就照顧他好幾年，他太太本身也	靈性照顧經驗是鼓勵病人向家屬表達愛及感謝

	有高血壓；那時候就在跟他們聊聊天的時候，我就跟阿公說，你太太有高血壓但是也很用心的照顧你，你要不要跟他說聲謝謝！那阿公就對他太太說謝謝你，他太太就哭了幫助他們有一個歸屬感，當作他們的一個橋樑。	
IA-05	你在從事病人靈性照顧中，有無成功的經驗？	
C02-09	成功的經驗？怎麼辦沒有！呵呵	成功的經驗：沒有
IA-06	沒有任何您覺得是很好的經驗嗎？	
C02-10	嗯！沒有	
IA-07	你在從事病人靈性照顧中，有無失敗的經驗？	
C02-11	失敗的經驗？就是如果妳要跟病人談嘛！妳可能要知道他有一些什麼希望？他會告訴妳說：他覺得他已經得癌症，沒有什麼希望？什麼也不想說，什麼希望也沒有，就一直躺在那邊，就都不動，什麼也沒有，就都是負面的想法。	失敗的經驗：病人認為自己得了癌症，是沒有希望的，不願與護理人員多談。
C02-12	然後可能要去跟談或是怎樣，可能比較封閉吧！沒有辦法進入這要子。就是~做的時候比較困難，會有些挫折感..	挫折感
IA-08	那妳是不是做個總結？或是說妳認為靈性照顧是什麼？	
C02-13	一進來當然是會先解決他生理的問題，因為如果一個病人他病的很厲害，妳又去跟他講靈性，然後跟他說你信什麼宗教，他可能也不理妳啦！他可能希望說妳趕快不要讓我痛，不要讓我吐，就是先解決他生理的問題。	靈性照顧是先滿足病人的生理需求。
C02-14	那再來，他如果比較沒有那麼痛苦的話，再去慢慢了解，他的宗教信仰，那他可能對他的疾病認知，然後他會有什麼問題，然後問妳可以給他 <u>哪些幫助。</u>	再針對其信仰與疾病等問題，給予協助。
IA-07	那妳最常做的，妳認為最常做的靈性照顧有那些？	
C02-15	就是看他們還有什麼事情一直想做，而沒有做的？你現在有沒有想要看哪些人？我們	協助病人完成心願

C02-16	可以幫你做的， 那如果說你現在吃不太下的話，那我們可以有自己的掌控權，你以前喜歡吃什麼？現在突然想吃什麼？你可以跟我們講，如果你一直嘔吐，沒辦法吃，或是說你插鼻胃管，可能就是咀嚼它的味道後，就吐掉。	滿足病人生理需求
C02-17	就是滿足他的需求，任何方面的需求。	協助病人滿足其需求
IA-08	您在靈性照顧上，是否曾遇到任何困難？	
C02-18	其實靈性這一方面，不是說我第一次接觸病人，我就可以深入去聊啦！嗯，都是要建立很長的一段，就是要建立關係，	探索病人的靈性，首先應與病人建立關係。
C02-19	有些病人比較容易跟你建立，	有些病人比較容易建立關係
C02-20	有些就是防衛心比較強，可能要慢慢去接觸，才會有可能去談到這方面的問題，去了解他有哪些靈性的問題。	防衛心強的病人較不易建立關係
C02-21	可能，我覺得啦！在我們這邊，可能排班沒有辦法說，每天都是讓你照顧同一個case，care同一個病人。	因為排班的關係無法持續照顧同一位病人，
C02-22	所以，有時候會中斷，你就是要寫下來，記錄下來，交給下一班，再去follow，那可能你下一班的同事。	有關病人的問題必須交給其他護理人員繼續追蹤
C02-23	她可能才第一次照顧他，所以說了解不深啦！病人他比較習慣說跟你講我的內心的事情，可能比較沒有辦法跟其他人說。他好像會覺得說把自己的私事告訴很多人，然後，大家都在談論他的事情，所以這方面其實滿困難的，嗯，比較困難一點，嗯	病患擔心自己的私事，被許多人知道。
IA-09	還有其他的困難嗎？	
C02-24	其實剛開始我很害怕去跟病人談比較心裡方面的問題啦！	害怕與病人討論心理問題。
C02-25	因為一般的護理人員都是比較照顧病人的生理方面需求，例如量血壓什麼的，打個針	比較注重生理需求。
C02-26	就這樣，不會去touch到他跟家人有什麼問題，或是說他的心裡的問題。	忽視病人與家人關係或心理的問題。
IA-10	你害怕的原因是什麼？	
C02-27	因為，可能病人他突然拋出一句說：小姐，我為什麼會這樣？我死後會去哪裡？我很想要自殺，我很難過！你可能不知道要接什	護理人員不知如何回應病人提出的問題

C02-28	麼？不知該怎辦？	
C02-29	就不知道給他什麼資源，然後能幫他什麼？ 可能就是 <u>你傾聽</u> ， 所以會害怕接觸病人這方面的問題。	護理人員不知如何幫助病人 只能傾聽
IA-11	那您都如何自我調適？	
C02-30	我一來我們護理長就先問我說，妳在這邊會常遇到死亡的病人，可能會有一點晦氣她就先跟我講這樣，如果妳不能接受我們這種，妳就離開這樣，就是先給妳個心理準備啦！我那時候我剛聽到，我當然也是不太能接受，因為可能有的人會覺得說，是一種晦氣啦，每天接觸這個，然後回家，可能把晦氣帶回家會不好，運氣會不好。	死亡代表晦氣
C02-31	我回去我就先跟我媽媽講這樣，本身她信佛，她也是滿虔誠的，她可以理解，也接受這樣她就覺得說，我們是在做善事呀！做善事也可以賺錢呀！何樂而不為？	母親的支持
C02-32	就會教我說，念什麼往生咒，就會比較就是會支持我就對了，所以說做起來會覺得越來越順手啦！不會害怕	宗教信仰的幫忙
IA-12	決定護理人員靈性照顧能力的因素有那些？	
C02-33	要有能力去提供病人的靈性照顧，護理人員身應該要有那些呢？可能就是要有經驗吧！經驗豐富，在遇到各種不同的個案，遇到不同的情境，比較知道怎麼去護理病人；	決定護理人員靈性照顧能力的因素： 有護理照顧的能力與經驗
C02-34	再來可能是她自己生活中的某一些經驗吧！自己本身有可能就是可能自己的親人過世呀！或是說有得過癌症，就是比較能感同身受，可能會比較得心應手。	與病人類似的人生經驗 - 親人過世、 得過癌症
C02-35	護理人員的 <u>人生的經驗</u> 也會影響靈性照顧的成功？因為人生的經驗比較豐富，比較有經驗也比較能夠應付病人複雜的問題。	豐富的人生經驗
C02-36	然後可能就是要對這方面有興趣吧！對！如果說：你可能心都不在這邊的話，就只是說做一些生理上的一些照顧的話，可能就是比較沒有沒有心去解決病人這樣的問題。	有興趣

C02-37	那其他像一些在職教育喔！就是說像你進入安寧病房可能要有一些職前的訓練。嗯！這些知識也是會有影響，因為可能是過來人吧！較有經驗的人，她們可能有一些理論，或者有一些經驗可以與我們分享！我們可能我們在做這些事，會比較有一個依據。	在職教育
--------	---	------