

南 華 大 學
生 死 學 研 究 所 碩 士 論 文

安寧護理人員靈性概念之建構研究

A study on the constructs of patient's spirituality of 16 hospice nurses



指導教授：張利中博士

研究生：沈麗靚

中華民國九十三年一月

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生死學研究所

論文題目：安寧護理人員靈性概念之建構研究

研究生： 沈麗靚

經考試合格特此證明

口試委員： _____

蔡明昌

張利中

蔡昌雄

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

謝 辭

二年的時光，匆匆飛逝，卻是我人生中非常美好的日子，感謝在此與我交會，予我鼓勵的師友。開師父的身教與諄諄教誨，沒齒難忘；蔡昌雄老師的學者風範，令人傾倒；蔡明昌老師總是如此親切的指導我們，論文寫作的過程，最要感謝的是一路陪伴我們，常接受我們文字轟炸的指導教授—張利中老師，生命因為有您們而豐富。

能順利完成論文，最感謝的是在辛苦工作後還要接受我們訪談，十分友善、可愛的護理人員們，由於你們的分享，這本論文才得以呈現。

還有一群好朋友，有不管我做什麼決定都支持我的昌任；不吝分享資料，又常要回答我一大堆研究問題的乙雄，有你的相伴讓我的論文寫作生涯不寂寞；很樂意幫助我的麗馨學姊，幫我錄音的界月，一起訪談、排遣等待時光的戰友美莉和萱萁，還有許多說不出事蹟卻在我心裡留下感動的人兒。

在這個年紀，還能夠為所欲為，最最感謝的還是家人的支持，娘無微不至的照顧與陪伴，是我最幸福的依靠；哥哥對家裡的奉獻為我除去擔憂；二姊更是最常在我苦悶、煩躁時，包容我的脾氣、一大堆情緒和莫名其妙的問題，有你們真好！是你們成就了我學術追求之路。

中 文 摘 要

「建構」是個人用以觀看世界中事件及解釋事件的方法，透過看待病人的靈性狀態來呈顯出安寧病房之護理人員本身對靈性的內在建構，以深入瞭解其對靈性的知覺向度與豐富性，並根據建構系統之「分化性」與「統整性」為向度，分析 16 位參與本研究之護理人員對靈性的建構思考階段。

研究方法：採取 Kelly 的個人建構理論(Personal Construct Theory;PCT) 為研究典範，以個人建構理論發展之「三一比較法」(triadic methods) 為研究方法；「建構詞錄方格」(repertory grids) 為研究工具，進行建構式訪談。請研究參與者舉出在其從事安寧照顧的過程中，令其記憶深刻的五位「靈性」較有特色的病人，並依病人靈性狀態的差異將由五位中所選出之三位病人分成兩組，一組二人；另一組一人，並說明「三者中兩者相似且不同於第三者」的理由，進行至無其他理由或理由重複為止。

結果顯示：本研究參與者，經由「建構詞錄方格」所萃取之建構總數為 341，平均數為 21，功能獨立的建構數在 5 至 22 之間，平均數 13。靈性建構之內涵分別是宗教信仰、家庭支持系統、面對死亡、面對疾病、意義價值、表達、人格特質、情緒狀態、自主性、身體心象、經濟狀況、歸屬、性別差異、年齡與其他等 15 類。分析 16 位安寧護理人員之階段為：類型 I 發展性思考，低「分化性」、低「統整性」，佔 25%；類型 II 聚斂性思考，低「分化性」、高「統整性」，25%；類型 III 擴散式思考，高「分化性」、低「統整性」，19%；類型 IV 聚向性思考，高「分化性」、高「統整性」，31%。

關鍵字：個人建構理論，三一比較法，建構詞錄方格，建構，靈性

Abstract

Hospice nurses' personal constructs of patients' spirituality are the "lens" nurses use to judge their patients' spiritual well-beings. These constructs could also be indicative of nurses' level spirituality. This study aimed to explore the dimensions and constructs of patients' spirituality (COPS) of hospice nurses. Through the application of the Personal Construct Psychology and in-depth interview, constructs and dimensions of spirituality were explored.

Methods: We interviewed 16 hospice nurses using the triad methods developed by G. Kelley. Each nurse first identified 5 patients with salient spirituality status. Then, at each of 10 comparisons, 3 patients were listed for the nurse to divide into two groups. Difference between the two groups and reasons of such division were recorded as the COPS.

Results: A total of 341 constructs within 21 construct dimensions were found in the present research. An average of 13 constructs and 15 construct dimensions were provided. Religious affiliation/identification, quality of family support, the peacefulness of dying process, illness cognition, and personality are the constructs most often stated. Based on the construct "diversity" and "integration", 16 hospice nurses were classified into one of the following four groups: "development", "convergent", "expansion", and "transcend". Implications of educational needs and spiritual care were discussed.

Key Word : Personal Construct Theory, triadic methods, repertory grids, construct, spirituality, constructs of patients' spirituality (COPS)

目 次

第一章 緒論

第一節	研究動機與背景.....	1
第二節	研究目的與貢獻.....	4
第三節	名詞釋義.....	6

第二章 文獻探討

第一節	安寧場域中靈性問題的遭逢.....	8
第二節	靈性內涵之探討.....	13
第三節	靈性之相關理論.....	18
第四節	靈性呈顯的面向.....	27

第三章 研究方法

第一節	方法論.....	31
第二節	理論基礎.....	35
第三節	研究方法.....	40
第四節	資料蒐集.....	43
第五節	研究工具.....	48
第六節	資料分析.....	51

第四章 研究結果與分析

第一節	靈性之面向分析.....	56
第二節	個人群聚分析.....	82
第三節	整合性分析.....	153

第五章 討論

第一節 理論層次的探討.....	163
第二節 靈性之一般性建構與核心建構的比較.....	166
第三節 靈性之內涵探討.....	169
第四節 靈性建構之思考階段模式探討.....	176

第六章 結論與建議

第一節 結論.....	178
第二節 本研究之貢獻.....	184
第三節 研究限制.....	185
第四節 建議.....	186

參考文獻

中文部分.....	187
英文部分.....	191

附錄

附錄 1 訪談同意書.....	194
附錄 2 訪談進程序.....	195
附錄 3 病人基本資料卡.....	196
附錄 4 建構詞錄方格.....	197
附錄 5 階梯法 (Laddering) —核心建構抽取.....	198
附錄 6 群聚類別與主題建構詞錄方格.....	199
附錄 7 階梯法—核心建構抽取.....	228

圖目次

圖 2-1 超越人類的向度.....	21
圖 2-2 Ken Wilber 存有巨巢.....	22
圖 2-3 全人思考：活在關係中的人.....	24
圖 2-4 理論架構圖.....	25
圖 4-1-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —001.....	83
圖 4-1-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —001.....	84
圖 4-2-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —002.....	87
圖 4-2-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —002.....	88
圖 4-3-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —003.....	91
圖 4-3-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —003.....	92
圖 4-4-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —004.....	97
圖 4-4-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —004.....	98
圖 4-5-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —005.....	101
圖 4-5-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —005.....	102
圖 4-6-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —006.....	105
圖 4-6-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —006.....	106
圖 4-7-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —007.....	110
圖 4-7-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —007.....	111
圖 4-8-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —008.....	115
圖 4-8-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —008.....	116
圖 4-9-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —009.....	118
圖 4-9-2 群聚分析主成份分析圖（ WebGrid PrinCom ） —009.....	119
圖 4-10-1 群聚分析焦點剖面圖（ WebGrid FOCUS ） —010.....	122

圖 4-10-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—010.....123
圖 4-11-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—011.....126
圖 4-11-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—011.....127
圖 4-12-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—012.....131
圖 4-12-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—012.....132
圖 4-13-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—013.....136
圖 4-13-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—013.....137
圖 4-14-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—014.....141
圖 4-14-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—014.....142
圖 4-15-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—015.....144
圖 4-15-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—015.....145
圖 4-16-1	群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS)	—016.....148
圖 4-16-2	群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)	—016.....149
圖 4-17	靈性建構系統之分類架構.....	158
圖 4-18	靈性建構系統之思考階段模式.....	159

表目次

表 3-1 參與研究之安寧護理人員基本資料之一	43
表 3-2 參與研究之安寧護理人員基本資料之二	44
表 4-1 建構類別向度與面向	56
表 4-2 安寧護理人員靈性之建構向度	58
表 4-3 安寧護理人員之靈性建構數	62
表 4-4 安寧護理人員靈性之一般性建構人數	153
表 4-5 核心建構之向度排名與人數統計	155
表 4-6 建構之重要性排名	156
表 4-7 三一比較法與階梯法之向度排名比較	157
表 4-8 類型結果	159
表 5-1 思考階段與年資 / 年齡之比照	176
表 5-2 宗教信仰與建構分化數 / 統整性高低之比照	177

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景

死亡是吾人一生中終將面對的大事，正如海德格所說：「人是向死的存在」(傅偉勳，1993)，我們打從出生便朝向墳墓的方向走著，只是不知何時是你我的終點。在安寧病房中，有許多感人的故事，在此上演著，每個人都有獨特的故事，每個獨特的故事中都充滿著悲歡離合，每個人都在這兒回首前塵、找尋安身立命之道。試想病房中病人的生命，是否比我們更接近終點？生病是上帝的旨意或是做錯事的懲罰？生存可以只是輕鬆的呼吸，生命也可以是無常與脆弱。從事安寧照護的護理人員參與每一場終場戲的演出，細心照顧、陪伴與關懷，只有她們有如此機緣與臨終者作最後的交會，終日伴隨著被預告終點將近的病人，她們如何建構其靈性概念的？「建構」是個人用以觀看世界中事件及解釋事件的方法。本研究透過實際從事安寧工作的 16 位護理人員的眼中，所呈現之病人靈性狀態，以構築出安寧護理人員的靈性地圖。

靈性在平時不容易被我們所覺察，只有在我們面對困境或死亡的威脅時，比較有機會去覺察到靈性的存在，而安寧病房是一個使人們面對困境或死亡威脅的特殊場域。在今日，醫療服務講究人性、人本關懷之際，安寧病房強調身、心、靈、社會的全人照顧理念之下，靈性照顧的重要性不言而喻。但是有研究(張翠芬，2001；顧艷秋，1999)指出靈性照顧仍是目前醫療中最被忽略的部分，故安寧場域開始注重靈性照顧並且發展本土化的照顧模式。

而相關安寧療護的研究，關注點也由比較接受安寧療護與否之癌症末期病患之生活品質，或癌症家屬接受安寧療護之意願相關研究(施嘉惠,1998；沈莉真,1998；邱仲峰,2000)逐漸轉移至探討如何從事靈性照顧與提升人性化照顧的品質。如賴維淑(2001)之《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》研究，藉由詮釋學研究法，以瞭解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。其研究歸納出十個「類別模型」，以作為照顧晚期病患之背景知識及反省資料，強調人性動態中的內在洞悉與提升人性化照顧品質，藉由對本土病患的了解，以期建立本土化的照顧模式。

護理人員是醫療系統的中堅份子，其本身的靈性狀態將會影響其照顧品質 (Prail, 1995)，因此，如何提昇護理人員的靈性，以及如何建立一套屬於台灣本土化的照顧模式，也就成了安寧場域的重要課題。而在提昇護理人員的靈性與發展屬於台灣本土化的照顧模式之前，對安寧護理人員之靈性建構的瞭解，將是重要且必須的一環。所以，本研究關注的是安寧臨終場域之護理人員對靈性的建構，其知覺向度與豐富性如何，以及觀照其如何詮釋層出不窮的經驗或事件的意義建構歷程，亦即研究者關注的不僅是研究參與者所使用於理解靈性的建構「內涵」，更是這些個人建構之間的「組織結構」與「相容性」。

以往相關護理人員靈性之研究方法以量化研究居多，同時研究工具多為問卷調查法(馬淑清,2001；楊均典,2000；張翠芬,2001；顧艷秋,1999)進行研究。Neimeyer(1994)認為以「多元角度」或「質性之內容分析」所蒐集的資料較能呈現人們對死亡的真實與主觀的自由反應，而死亡是臨終場域必然要面對的，加上靈性狀態是屬於較高層次之心靈活動的特性，故本研究採取個人建構理論(Personal Construct Theory；PCT)為研究典範，以個

人建構理論發展之「建構詞錄方格」(repertory grids)與「三一比較法」(triadic methods) 為研究工具，同時進行半結構式深度訪談，由研究者與研究參與者間的互動歷程中，蒐集研究參與者個人內在之靈性建構系統與靈性知覺向度等資料，由研究者對訪談內容進行分析，以歸納出安寧護理人員對靈性之建構與核心概念，並進一步以護理人員之個人靈性建構系統為基礎，根據建構系統的「分化性」與「統整性」，作為結構分析的向度，以提出安寧護理人員對靈性概念之建構的思考階段模式。

第二節 研究目的與重要性

本研究透過對靈性建構的深入瞭解，使醫療決策者、專家學者能重視實際從事照護工作的護理人員的建構，期使理論與實務得以結合，一起創造出優質照護品質。並且透過「分化性」與「統整性」為結構分析的向度，用以瞭解 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構階段。

壹、研究目的

- 一、瞭解安寧照護場域之護理人員對靈性的知覺向度與豐富性如何。
- 二、比較安寧護理人員靈性建構系統中的一般性建構與核心建構之差異。
- 三、根據個人建構系統的「分化性」與「統整性」結果，探討安寧病房之護理人員對靈性概念之建構階段。
- 四、透過對安寧護理人員之靈性建構的探討，以供目前靈性推展工作及相關研究參考之用。

貳、研究的重要性

近年來，台灣安寧療護場域正如火如荼的推展注重主體性的靈性照顧，並期望能建立一套屬於台灣本土化的靈性照顧模式，目前已知之靈性照顧模式有臺大醫院的覺性照顧模式，以及花蓮慈濟醫院與東華大學之現象心理學模式，還有更多為找尋一套本土化靈性照顧模式而努力著的專家學者與醫院實際從事安寧工作之護理人員。目前對於「靈性」的定義是在靈性的現象場中，各自以各自的不同的立論與觀點來賦予靈性不同的定義，而在推展靈性照顧之際，我們要思考的問題是：靈性照顧可能是由一群專家學者來領軍前行，但是我們仍不可忽略的是其執行者是實際從事安寧工作之護理人員，所

以，瞭解安寧護理人員之靈性建構與思考階段，將是推展靈性照顧重要的一步。

故本研究的重要性如下：

- 一、增進專家學者、安寧醫療團隊各專業人員（醫師、護理人員、社工人員、牧師、宗教師....），對靈性概念的瞭解與重視。
- 二、增進對安寧護理人員之個人靈性建構系統的整體性瞭解。
- 三、促進安寧護理人員對自身靈性的關注與提昇。

第三節 名詞釋義

一、安寧療護 (Hospice care)

據世界衛生組織 (World Health Organization) 在 1990 年對「安寧療護」的定義為：「安寧療護」即是對無治癒希望病患的積極與整體性的照護(active total care); 其目的在確保病患與其家屬最佳的生活品質，安寧療護以控制疼痛及緩解其他相關之症狀困擾，並以解除病患心理、社會與靈性層面之苦痛為重點。它肯定生命並關心死亡，且將之視為一自然的過程，不刻意延長或催促死亡。安寧療護強調的是支持性照護，盡可能的使病患能積極的活出尊嚴直至死亡，並且提供家屬在親人患病期間的支持系統與去逝後之悲傷輔導 (引自揚克平，1999a)。

美國國家安寧組織 (National Hospice Organization) 在 1993 年對「安寧療護」所下的定義為：「安寧療護」即針對無法治癒的疾病之最後階段提供支持與照護，使病患儘可能獲得充足與舒適的生活。安寧療護亦視死亡為正常生命過程中的一部分，而維護餘生之生活品質為其努力之焦點。它肯定生命的價值，故拒絕延長或加速病患的死亡。安寧療護藉適當的關懷與提供所需的照護，使病患與其家屬存在於「希望」與「信仰」中，並藉加強精神與靈性上的準備，獲得寧靜而安詳的死亡 (引自揚克平，1999b)。

二、靈性 (spirituality)

本研究既是從個人建構去看待靈性，故研究者接受靈性之多元定義。歸納專家學者們對靈性的定義：一指與至高者建立信任的關係，提供一個人生命意義、盼望與愛的基礎 (Stoll ，1990)。二是一種信念價值觀生命的結晶

(高碧月, 2000) 三是人類的基本需要之一 (謝玉玲, 1997); 是生存的必要本質及生命的脈動 (Maslow, 1976); 是關於心靈或更高層次的道德品性 (李閏華、釋道興譯, 1997)。四為李安德神父認為靈性是超理性或超越性符合人性之普遍經驗 (若水譯, 1992)。五為 Speck (1998) 提出: 「靈性是在某一生活經驗中, 思考存在的意義」。六是將靈性視為個人統合內在資源的力量, 如 Reed (1992) 視靈性為整體的 (holistic) 人類特質。

而研究者依據相關靈性之理論與研究, 提出靈性之定義為: 一是全人關係的和諧發展。二為個體的信念價值觀。三是個我內在超越於自我意識的經驗。四指生命底層之原型最核心的部分。五如 Tillich 將靈性看成是生命裡的一個意義向度。六為 Frankl 從意義的角度理解靈性, 認為在人的向度外還有一個超越人類的範疇, 人的意義根植於超越的範疇內。

三、個人建構 (personal construct)

「個人建構」就是每個個體對於事件的解讀, 與用來預期未來事件結果的個別化模式。依據個人建構心理學 (Kelly, 1955) 的理論, 人們認為事件是會重複發生的, 藉由解讀事件的重複性, 來預期下一次事件的結果, 預期這些重複性的模式就稱為「建構」, 人們就是用這些「建構」來解釋所遭遇的事件以及預期未來同類事件的結果。個人建構理論強調人是主動的建構者, 而非被動的接收者, 對經驗事件的解釋或建構, 表現出個人獨特的觀點型態, 因此, 對同一事件, 不同的人會有不同的建構; 不同的預期, 人們即使用相同的方法來組織他們的建構, 每個個體也會賦予事物獨特的意義, 故稱之為「個人建構」。

第二章 文獻探討

第一節 安寧場域中靈性問題的遭逢

在本節中呈現安寧照護場域的特殊性，以及在臨終的現象場中靈性問題的遭逢，藉此明瞭靈性在安寧場域中展現的方式，作為探討靈性本質的基礎。

壹、安寧照護場域的特殊性

安寧照護場域不同於一般之病房，其強調（一）由治癒（cure）轉為照顧（care）；（二）注重病患生活品質之提升與疼痛的控制和緩解；（三）病患有權得到人性的尊重與平安尊嚴的善終；（四）積極整體的身、心、靈照護與全人、全家、全程、全隊，四全的理念；（五）視死亡是自然的過程，不是醫療的失敗；（六）以「人」為導向，照顧人而不只是戰勝疾病；（七）肯定生命的價值與意義、重視靈性的支持與開展；（八）內在的救贖。而安寧療護的目的是使病患獲得一種舒適、自然、寧靜、安詳且具尊嚴的死亡（趙可式，1995；楊克平，1999b；王英偉，2000）。

貳、靈性問題的遭逢

一、靈性痛苦（spiritual pain）：

Viktor Frankl 認為人類是靈性的產物，渴望存在的意義，當這種渴望受挫，一個人的憂慮或失望超過他生命的價值感時，便是一種「靈性的災難」（趙可式譯，1998）。靈性痛苦便是指尋找人生的意義、探索死亡的真相或尋求心靈的依歸受挫（許禮安，2002），而由身體、心理、社會和靈性痛苦共同形成病人的整體性疼痛（total pain）。

二、靈性需求 (spiritual need):

Fish 和 Shelly (1978) 定義靈性需求乃是人與上帝或神明、自我、他者以及宇宙調和一致的內心需求，亦為發展或維繫人與上帝或神明關係的重要因素，當人在建立或維持與至高者之動態關係上缺少一個或多個因素時，即顯現出靈性的需求。Highfield 和 Cason (1983) 認為靈性需求是指人尋求對他生命、疾病和死亡意義的最終極問題之圓滿答案。Conrad (1985) 則提出癌末病人有追求意義、被寬恕、愛及希望的靈性需求。

在臨床上，護理人員如何覺察病患有靈性的需求？Soken (1987) 提出病人靈性需要的徵象與症狀，一是無法忍受疼痛；二是自我概念低下；三是疏離感；四是無力感；五是無望感。Speck (1998) 則提出一無意義及無希望；二巨大的痛苦；三脫離上帝，不能信任，和宗教或文化產生斷裂；四對上帝、牧師或宗教生氣；五罪惡感或羞恥；六關心治療的倫理本質；七對死亡未解之結。

靈性具有其超越性，其出現寓居於主體的經驗之中，以具體事物呈現出來。病人可能藉由詢問：「我的生命有什麼意義？」，「我的神為什麼都不照顧我，讓我如此痛苦」，「我是不是做錯了什麼？上天才要這樣懲罰我」，或以否認、絕望、憤怒、焦慮、不甘心等情緒反應，以及透過不斷的索求陪伴與關懷、吸引護理人員的注意力等方式來傳達其自身所感受的靈性痛苦與需求。而護理人員必須體認到，在臨終的氛圍中，病人身上隱藏著的靈性問題將被突顯，並且會以千變萬化之姿出現，或是具體的行為、憤怒的情緒，或是一個信念、思想的轉變，因此，護理人員必須對靈性有所覺知，方能在與病人的互動歷程中，捕捉每一次病人靈性問題的顯現。

胡文郁等（1999）針對 21 位癌症末期患者進行之研究顯示：62% 的病患表示有靈性的需求。在顧艷秋之《護理人員照護瀕死病患行為及其相關因素之研究》（1999）中，護理人員對照護瀕死病患之照護行為以身體照護提供的最多，其次是家屬的照護，最少的是心理、靈性、溝通照護。同時張翠芬之《護理之家住民身心靈健康狀況與需求之評估》（2001），也顯示住民對護理之家的提供以身體照護最為滿意；在心理支持與靈性的活動方面，住民表示護理之家較少提供住民在老年生活的安排與心靈安寧關懷。

由以上之研究可以透露出些許的訊息：1. 不管哪個醫療場域的病患，均有著靈性的需求；2. 護理人員慣於對病患提供身、心的照顧，而對於病患靈性狀態的需求與影響，仍有著很大的努力空間。安寧照護場域，因其接近死亡的特性，使得靈性的需求顯得格外重要，為使護理人員與病人的靈性狀態能在安適的情境下開展，提倡靈性照顧是安寧療護必然的道路，期使能讓每一個病人在人生最後的時刻，仍保有生命的尊嚴。

該如何評定病人的靈性需求呢？Hay（1989）發展出評定靈性需求的三大方向：一為內在的資源能量，即靈性的豐貧；二是價值體系，即意義的層面；三是宗教信仰。當病人逐漸的失去對自己身體的控制時，必然會引起心裡的恐慌與不安全感，而在此時，病人最需要的是家人的陪伴支持與護理人員的尊重關懷以及靈性的照顧。

三、靈性照顧（spiritual care）：

靈性照顧是指協助患者尋找他們的價值，接納他們對事情的觀點與人生態度，在疾病與接近死亡的過程中找到生命與受苦的意義，達到和諧的統整感（Penson & Fisher, 1991），過程中涉及個人對自我的評價，無條件愛的接

受與肯定一個人的現狀 (Stoter , 1995)。而石世明 (2000) 以為「心靈的安置」是靈性照顧最重要的關鍵，其強調心靈的安置是一種轉向內心、回歸的旅程，並要求照顧者須以整體觀的方式來看待靈性。

陳慶餘等(2001)將靈性照顧的問題分為六類：一是自我尊嚴感的喪失，包括認為是上天的懲罰、擔心被家人遺棄；二是自我放棄，包括無奈的接受死亡、毫無求生意志；三是心願未了，包括有為完成的事、情感的修復；四是不捨，包括不甘願、捨不得、不放心；五是死亡恐懼；六是對正法認識不正確，正法不只是指佛法，還包括法則與順序發展的歷程，分為病情告知、接受死亡、感應靈性存在與依持佛法等四階段。

針對安寧療護場域護理人員的特殊角色，Lugton (1999) 提出護理人員須提供積極的癌末症狀處理、對病人及家屬整體需求評估與支持、靈性照顧、輔助療法的運用與悲傷期的追蹤關懷。Soken (1987) 認為護理人員在靈性照顧的主要角色是：一、激發病人自我肯定、自我價值及希望與存在意義的信念；二、協助其面對瀕死的內心掙扎與衝突；三、維持延續生命動力；四、減低對死亡的焦慮與恐懼。Watson (1985) 的護理概念模式中提出護理人員十項照護要素之一為提供支持性、保護性和改善個案在心理、生理、社會和靈性方面的環境。McSherry (1998) 則以為護理人員應提供個案隱私、尊嚴、宗教和文化信念上的照護，以滿足個體的靈性需求。而石世明 (2000) 也提出照顧者的角色，必須放棄助人的意識，讓本身的靈魂與臨終者靈體相對。邱麗蓮 (1999) 的研究顯示護理人員的角色是促進面對失落及生活事件的病人重新發現或建構其生命的意義。

護理人員在臨終場域的角色可以是一個支持者、促發者或者是照顧者，其對自身角色的建構影響著其提供的靈性支持與自身工作成就感的建立。護

理人員是安寧照護場域的要角，自身的靈性狀態深深地影響著人性化照顧品質的優劣。面對死亡是靈性成長的契機，在意義的追尋上，護理人員能做的或是透過如生命回顧的方式去提升病人對生命意義的省思，或者陪伴過程的本身，就是一種很好的方式。

如何評定靈性照顧目標是否達成？王英偉（2000）認為靈性照顧目標之達成是對生命產生新的意義、接受別人的愛與關懷、接受逐漸依賴別人的事實、與家人朋友話別、結束世間一些事物和新建立社會人際關係。Munley（1983）則認為是培養整全性 促進人際間的建結和增進個人對意義的探求。

事實上，靈性痛苦、靈性需求與靈性照顧間的關係是脣齒相依的，病人因感受到死亡的氛圍，產生對實存主體意識的挑戰，感知到靈性的痛苦或靈性的需求，此時，病人就會出現一些負向行為，需要護理人員提供靈性的照顧，而靈性的需求如果沒有獲得照顧，常常就會加重病人整體的痛苦，身、心、靈形成人的整體，唯有在身、心、靈都安適的情況下，安寧療護才能達到其「全人」照顧的目標。

第二節 靈性內涵之探討

本節從東、西方肯定靈性的存在為開端，繼之指涉一個靈性的層次，探討靈性的內容與特質，並釐清宗教與靈性的分界，以對靈性有更清楚的觀視。

壹、靈性的內涵

一、肯定靈性的存在

西方文化肯定靈性是人類共具的普遍經驗，並強調其重要性。Frankl 認為「我們不能忽略靈性層面，因為那是人之所以為人之處」(1969)，並且強調唯賴靈性的中樞，才能確保及完成人的一體與整合性。Maslow (1976) 也提到「靈性生活是存在本質的一部分，也是人性的界定性特質，人性缺少了它，便不再是完整的人性」，Rollo May (1985) 以為：「人之所以為人，正因它屬於自然及靈性兩個國度」，而 Carl Rogers (1980) 同樣強調靈性與超越性層次對人的重要性。

Watson (1988) 根據史觀，認為中國人或其他東方文化比西方國家更重視高層次精神發展 (任鷹等譯，1990)。傳統的中國思想和普世經驗一樣，肯定人的靈性或超越層面。根據杜維明的觀點：「(儒家的自我) 是一個靈性發展的動態過程，就本體論而言，自我，亦即我們的本性均來自天命，因此從它本來圓滿之境來看，它是神聖的。由此觀之，自我是既內在又超越的，它既屬於我們內在本有的，同時又屬於上天的....」(Tu Wei-ming，1985)。而 Reed (1992) 以為從中國人的觀點而論，靈性是一「形而上」的物質，其背後隱含著東方生死觀的精神。

二、指涉一個靈性的層次

不同的文化時代所呈現之人的模式裏，將人分為四個層次，第一層次是生理層次；第二層次是情緒層次；第三層次是理性層次；第四層次則是靈性層次。若以理性為基礎，生理和情緒層次位居理性之下，而靈性層次則具超理性或超越性，並且 Carl Jung 承認以上四個層次所具有的四種官能：感覺（生理層次），感受（情緒層次），思想（理性層次），直覺（靈性層次）（若水譯，1992）。

意義治療學對生命存在的假定，人有三個層面，一是身體層面；二是心理層面；三是精神性或意義探索層面（spiritual or noological），其中精神性或意義探索層面（spiritual or noological），是指「世俗世間層次的人生意義」與「高度性或宗教性的終極意義」（Frankl, 1969），並強調人的心靈（the human spirit）之重要性，人與其它動物不同之處在於人除了身、心以外，還有心靈即精神層面（Fabry, 1975）。而在 Neuman（1995）的理論中有一「全人」的概念，其全人包含五個變項，即生理、心理、社會文化、發展和靈性。

三、靈性的內容

歸納專家學者們對靈性的內容，包含了嘗試與宇宙和諧共處、追求無限（Infinite）上帝或神的解答、探尋生命的意義和目的、個人與其他人與神之和諧關係、希望與力量的泉源、個人信念與價值、宗教的儀軌、尋求意義的意志、目標取向、創造力、想像力、直觀、信仰、成長的憧憬、超越一切生理與心理愛的力量、聆聽良知的能力、幽默感、自我超越、關心所愛的人（Emblen, 1992；毛新春，1997；陳榮基，2000）。

Ross（1997）提出靈性包含三個組成要素，一為生命及死亡的目的與意義的追尋；二是希望的需求；三是對自己、他人和宗教的信念與信仰。而以個體的角度分析，Leahy 和 Kizilay（1997）認為靈性包括六個因素為自我、

他人、過去與未來、現實與環境，而且此關係是動態的，具時間性的。

四、靈性的特質

Banks (1980) 的研究顯示，「靈性」具有四大特質，1 .「靈性」是人類生理、心理及社會各層面的整合力；2 .「靈性」是人類尋求人生意義的激發力；3 .「靈性」是人類行為思想的指引；4 .「靈性」是人與人溝通、彼此分享的聯結力。Martsoft 和 Mickley(1998)則提出靈性具有超越(transcending) 締結(connecting) 意義(meaning)及價值(value)四大特質(Taylor ,2001)。

靈性存在於人類最深處的部分，是人之為人的價值所在，它提供人的潛能，探尋生命的意義與目的，意識到神或至高者的存在，並且包括愛、意識、盼望、美與真理等朝向至高者的價值，以其達到「天人合一」的境界，靈性層次通常難以透過言語表達，而是以身心靈整體的體會，並由身心來表現。

貳、靈性與宗教

在探討靈性議題的同時，很難與宗教脫離關係，因為宗教的終極性與靈性向度的超越性之間，存在著極小的差距、極深的關聯，故在此釐清靈性與宗教的分野。

一、不同宗教對靈性的看法

《聖經》創世紀「耶和華，上帝用地上的塵土造人，將生氣吹在他鼻孔裏，他就成了有靈的活人..」，說明了在基督教的信仰中，上帝創造了人類，將生氣吹入人之中，人於是有了靈魂，靈是人之為人的根源，並且人類的生命和雀鳥與走獸不同，因為人類的生命有靈性的層次（劉良淑譯，2000）。

基督教對「身體」與「靈」的概念是：「肉體」或「身體」(basar) 指一個群體裡面那脆弱之肉身的存在；「靈」(neshemah) 是指從神而來賜生命的能力，這能力會加在人身上。在《新約》中，信仰就是靈滿溢的狀態，靈(Spirit) 是指神的力量降臨於人類心中；聖靈 (Holy Spirit) 則是代表愛、正義與真理的靈。對保羅而言，聖靈的經歷乃是與基督並信徒的連結，使人得到屬靈的恩賜與恩惠，聖靈讓人對神有新的認知，使人經歷到復活的耶穌，並加添人的力量，活出基督徒的生活，所以聖靈是記號，也是明證，顯示每個生命新造的開始 (劉良淑譯，2000)。

佛教傳統中有三大存在狀態：粗鈍界 (物質與身體)、微細界 (心靈與靈魂)、自性界 (靈性) (龔卓軍譯，2000)，並且「眾人皆有佛性」，佛性即是靈性，且人皆可悟。

二、靈性與宗教的關係

宗教的依附在臨終場域中佔有極重要的地位，宗教負有詮釋人類生命之終極意義及提升人性尊嚴之使命 (董芳苑，1991)，當人處於危機之時，常會去尋求靈性的指引，而大部分的人會去依附神或上帝。毛新春 (1997) 認為靈性的本質是超越宗教的，靈性是關係一個人追求人生的意義與目的，以發現與神及宇宙的關係，不一定包括宗教。

Fabry (1980) 描述靈性就像身體、心理一般，屬於人的一部分，並不祇是宗教的傾向而已，Ellerhorst Ryan (1988) 也強調靈性應不只是病患的宗教偏好或宗教信仰等宗教層面。而陳榮基 (2000) 提出宗教是個人靈性需求的現實表現，它透過親近宗教師、禪修或祈禱、皈依或受洗來實現，宗教照顧可以是靈性照顧的一部分，而靈性照顧不必然是宗教照顧，宗教只是

瞭解與接近靈性的方法之一，信仰的外在表現以及對靈性的外在闡釋就是宗教。綜合上述可以明瞭靈性的範疇是大於宗教的，本質是超越宗教的，甚至可以不包含宗教的。

在楊均典（2000）的研究中顯示：患者之靈性會因人口學特性中的經濟滿意程度、自覺工作重要性、宗教信仰、向宗教求助頻率、自覺宗教幫助、宗教在生活中所佔地位之不同、支持系統中的家人相處滿意度、有人安慰陪伴、沮喪時鼓勵振作、有人一起討論生活問題，找尋問題解決方法、以及疾病特性方面之精神疾病生病次數、自覺復原機會等因素影響而有顯著差異。分析影響靈性之結果發現，宗教是影響靈性甚鉅的因素，與本研究欲探討之「宗教是否是一般人對靈性的主要建構」關注點一致。

在面對著死亡的威脅時，宗教常是人們心靈的寄託與慰藉，張翠芬之《護理之家住民身心靈健康狀況與需求之評估》（2001）中，關於靈性的需求方面，多數住民受到中國傳統信仰的影響，無法確切的描述心靈投靠的對象，但在住民的身上可發現屬靈需求的表徵。關於靈性的概念與含義，胡文郁等（1999）針對 21 位癌症末期患者進行之研究，57 % 的病患不知道或不瞭解靈性為何？而趙可式的研究發現本土同胞在語言上很少用「靈性」一詞，故她以「思想平安」涵跨靈性的幅度。由此引發研究者探究生長在台灣社會結構下的安寧護理人員，對靈性概念之建構為何？

第三節 靈性之相關理論

靈性相關理論探討的三個目的分別是：一、可以增廣對靈性概念的觀點與視野；二、得以理解不同的靈性定義背後的理論基礎、立論角度為何，以作為瞭解不同之專家學者定義之靈性概念的基礎；三、理論架構的建立。一如建構論的主張，人們對「事實」的建構根植於主體的生活經驗、思考與情境脈絡，所以每個個體從不同的關懷角度，「事實」便呈現出不同的樣貌。

一、Martin Buber 的「我-你」(I-Thou) 關係：

Martin Buber (1958) 提出「我-你」(I-Thou) 的存在性關係。唯物論者對生命的看法是，我們都孤獨地活在一個沒有感覺、沒有意識的世界中，碰見「他者」的情形就好像培養皿中許多分子的碰撞，有些「他者」是人，可是大多的時間中，我們的表現並不把他們當成人（易之新譯，2000）。我們處理與他人關係的方式常常是「我-它」(I-It) 關係，將對方視為一個沒有思想、不會反省的「物件」。而當我們通過經驗與「他者」產生真正的、深刻的互動時，我們會在乎和同理對方，將對方當作一位在不斷反省與抉擇過程中，成為一更存有 (more-being) 的「靈性實存」(spiritual being) 看待，敞開自己，賦予它不同的意義價值，也就進入了靈性的境界，就是「我-你」(I-Thou) 的境界。

而「我-它」關係 (I and it relationship) 是落在臨終場域，是指人仍舊活在角色與事物之中，彼此區分為不同的個體；而「我-你」關係則是指一種真實的相會與相互的依存感，一種人與人在存有層面共同締結在一起（石世明，2000）。當護理人員能肯認病人是個有「靈性實存」的個體，而將「我-它」(I and it relationship) 的關係轉變為「我-你」(I and thou relationship) 的

關係時，便是靈性在臨終場域中展現其自身的契機。

二、Maslow 的需求理論：

Maslow 的需求理論：第一層是生理需求；第二層是安全需求；第三層是愛與隸屬需求；第四層是自尊需求；第五層是自我實現需求，Maslow 在他的自我實現需求之上，提出自我超越需求，稱之為 Z 理論，言明人有靈性需求的層次，有一更高及超越的本性，是人存在本質中的一部分（1970）。

Maslow 用「高峰經驗」以代表個人生命中最完美、快樂的時刻，認為這種經驗有助於開啟和展現個人之最佳層面，稱之為「自我實現的片刻」，並從高峰經驗的體驗中，經歷一種整體感、一種與萬物合一的統整感；一種相當忘我、無我、超我的境界，體悟到一種靈性存在的層次，是為個我與一更大的我結合的經驗，並從中自證存在的意義與價值。

在安寧的場域中，護理人員除了滿足病人基本的生理與安全需求之外，愛與隸屬以及自尊需求的滿足，亦常見於其照顧的過程中，而她們更期望病人能在人生的最後階段，達到自我實現，甚至是自我超越的層次。

三、Carl Jung 的靈性我（Self）：

Jung 認為靈性涵融理性與感情，是生命朝向超越的最高指導原則。靈性或精神（spiritual），是指當本能在某個時刻失去對心靈的控制時，原型出現時的一種獨特的超自然性神秘物質（蔣韜譯，1997；朱侃如譯，1999）。

Jung 認為在個體人格的內在核心有集體潛意識，集體潛意識是人類心靈的最深層，是各種原型匯聚之處，原型則是心靈能量與模式的主要來源，

它構成心靈象徵的終極來源。我們心靈的原始部分，藉著這些原型以組成世界，使個體之世界有意義。由好幾組原型組成「自我」(ego)，而在人格的最核心為「靈性我」(Self) 的原型，靈性我就是個人心靈感受到與宇宙有所連結的部分（易之新譯，2000）。

在臨終場域中，Jung 提供了原型和集體潛意識的觀照角度，使我們瞭解到集體潛意識是人類心靈的最深層，而「靈性我」(Self) 是構成個體人格的最核心的原型，此乃擴展我們對心靈內在深度的視野。

四、Paul Tillich 的終極關懷：

Tillich (1957) 關注於人類生命之終極關懷的面向，終極是指生命中的一個核心，而「關懷」(concern) 一字，點出關係的兩面，包括發出關懷的主體與他所關懷的事。信仰作為一種終極關懷 (ultimate concern) 的特質是要求、威脅與承諾，要求人們無條件的臣服；威脅帶來個人災難；實踐提供人們最大滿足的承諾。信仰是以全心全靈投入個人的終極關懷，一種終極關懷的態度，而作為終極關懷的信仰會牽動一個人的整體生存。終極的意義在於「關懷」，關懷主體的內在與深度部分，他把靈性看成是生命裡的一個意義向度。

在臨終場域中，Tillich 的終極關懷提供了二個觀點，一是將靈性看成是生命裡的一個向度；二是對「態度」意義的深化。

五、Viktor Frankl 的意義治療：

深入「logos」的語源，可以說 Frankl 的意義治療 (logotherapy)，是發軔於「靈性」，並以「意義」為中心。其基本主張是：一、生命在任何狀況

下都有其意義；二、意義的賦予是一內在動力；三、人有尋找意義的自由；四、面對困境時，人有權決定自己要以何種態度來回應生命的挑戰。

意義治療學派認為個體存在三要素為性靈、自由和責任。人的性靈就是他自身的存有。關於自由，意義治療學派認為人並非有權力無限制的、不顧後果的做他們想做的事（不受限的「自我實現」），人必須回應來自更高層面的需求而在其中找到意義。所謂更高層面的意義是內含（inclusive）的意思，意即在人的向度外還有一個超人類的範疇，人的向度是完全涵融於超越之內的，而人的意義便根植於超越的範疇內（Fabry，1975），圖 2-1。

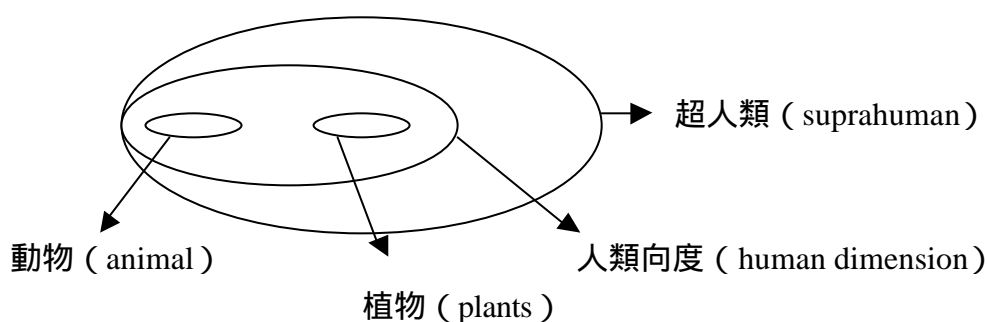


圖 2-1 超越人類的向度

Frankl 提出二種意義，一為終極意義（Ultimate meaning）；二是當下的意義（meaning of the moment）。追尋終極意義就像站在永無止盡的地平線一般，人會不斷的追尋；而當下的意義是指對個人特殊的時刻，例如擁有小孩（Fabry，1975）。同時人的存在是透過下列三種方式來賦予生命意義的，一是創造意義的價值（creative value）；二是體驗意義價值（experiential value）；三是態度意義的價值（attitudinal value），指孤立無援地去面對某種無望的情景中，或許也能見出某種意義，此乃取決於人們用以對待那不可避免且無法改變之命運的立場和態度（趙可式譯，1998）。

在臨終場域中，意義治療學派提供的思考是，在人的向度外還有一個超越人類的範疇，而人的意義便根植於此超越的範疇內；終極意義與當下的意義；生命在任何狀況下都有其意義；意義的賦予是一內在動力；人有自由去尋找意義以及人在面對困境時，有決定自己要如何回應生命挑戰的態度和賦予意義的自由。

六、Ken Wilber 的存有巨巢 (The Great Nest of Being)：

源於 Huston Smith 之存有巨鏈的思考，從物質、身體、心靈、靈魂以至靈性層，每個較高的層次都「環擁」或「涵養」著較它為低的層次，於是巢外有巢，窩外有窩，而所有的巢穴最終都居於存有的巢穴裡面，因此，世間的實在 (reality) 最後都被靈性 (Spirit) 神 (God) 道 (Tao) 梵 (Brahman) 和絕對者 (Absolute) 自身所環擁、涵養。Ken Wilber 認為存有巨巢較接近其含意，層次由上而下是靈性、靈魂、心智、生命、物質，每個較上層的向度涵養環擁著它下層的向度，這種情況被描述為「既超越又包涵」。靈性超越了靈魂，卻包涵著靈魂，靈魂超越了心靈，卻包涵著心靈，心靈超越了身體，卻包涵著身體，身體超越了物質，卻包涵著物質，圖 2-2。



圖 2-2 Ken Wilber 存有巨巢

同時巨巢中，較上層的界域不但包涵了較下層的種種界域，還有下層所未見的突現素質。因此，動物的活體包涵有物質構造，另外還附加了感覺、情感和情緒；人類心靈包涵了身體的情緒構造，另外還附加了推理、邏輯等高度認知能力；靈魂包涵了心靈的構造，另外還添加了更高層的認知和情感能力，如原型（archetype）的開悟與靈現，這不是在理性心靈中可以見到的質素（龔卓軍譯，2000）。

七、全人思考：

在全人思考的模式中，人有四個面向（four dimensions），分別為天、人、物、我，各有其相應之範疇，與天相應的為宗教信仰、求聖、靈性、虔誠崇拜；與人相應的是社會生活、求善、德性、倫理秩序；與物相應的是科技物質、求真、知性、分析研究；與我相應的是人文藝術、求美、感性、直覺頓悟。而其中靈性位居天的面向中，對應於德性、知性、感性。

全人的模式裏，人活在四種關係之中，分別為（一）我與物質世界、生物世界；（二）我與人文世界、精神世界；（三）我與社會關係、文化歷史；（四）我與哲學宗教、終極意義，而「我」就在四種關係中形成的，如圖 2-3。圓形表示圓滿的人生，「人」位於圓的圓心上，由此發展四種關係，即人與自己的關係；人與他人的關係；人與物質的關係；人與超自然（神或上帝）的關係。而人生的意義與價值乃在於以人為中心而發展成的四種基本關係之中，這四種關係各有其重要性，不可偏廢，由此四個面向均衡發展以成就一個圓滿人生（引自林治平，2000）。

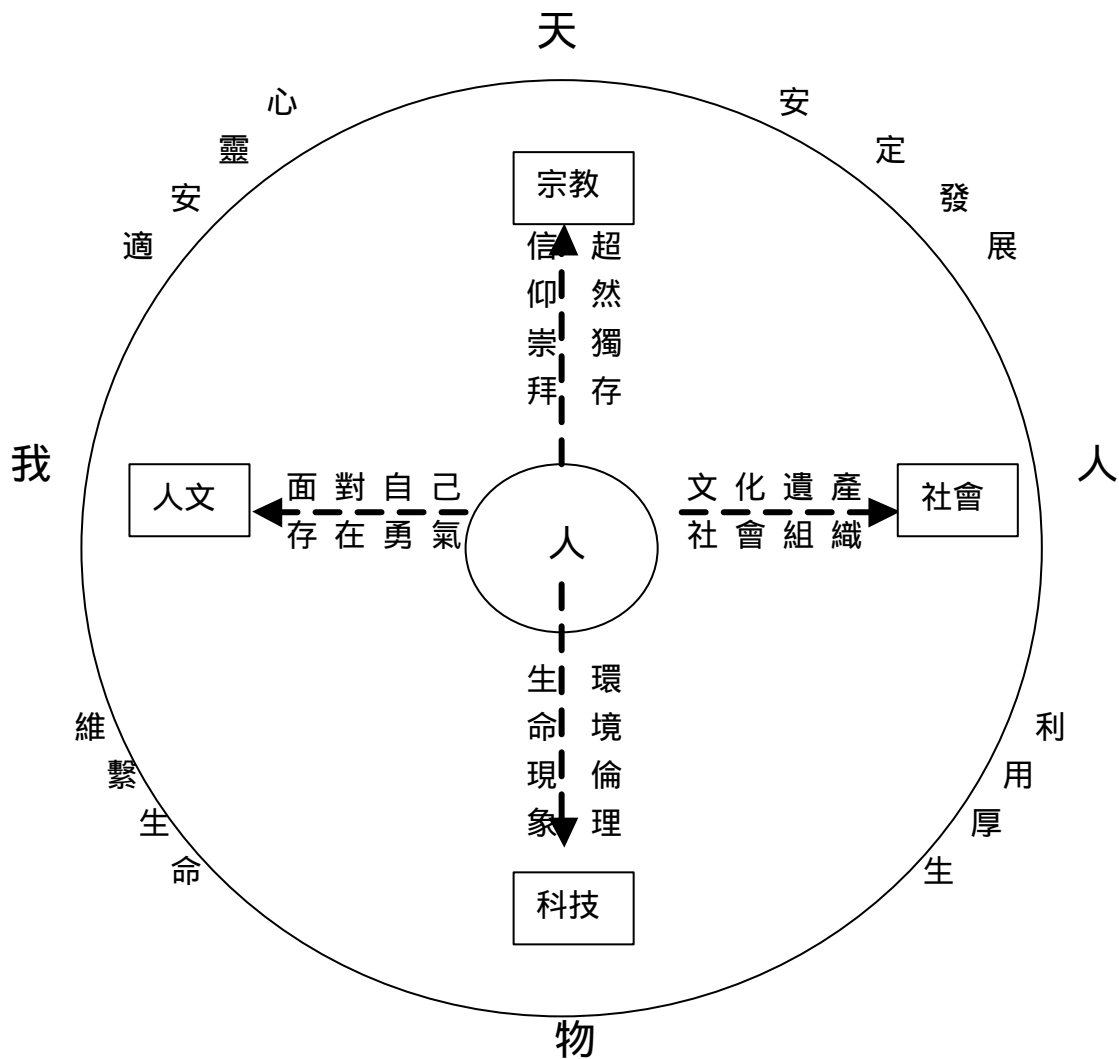


圖 2-3 全人思考：活在關係中的人

在全人思考的模式下，靈性被定義為和諧的神人關係，天與我之間達成一種和諧的狀態，是為心靈安適。在此模式下，可以看出靈性是寓於個體之中的，而個體則是活在與自我、他人、社會、自然的關係網絡中，唯有四種關係和諧發展，生命才得以整全。

八、小結：理論架構圖

依據上述靈性之相關理論，研究者試圖統整出相關理論之可能關聯，作為本研究之參考架構。

個我

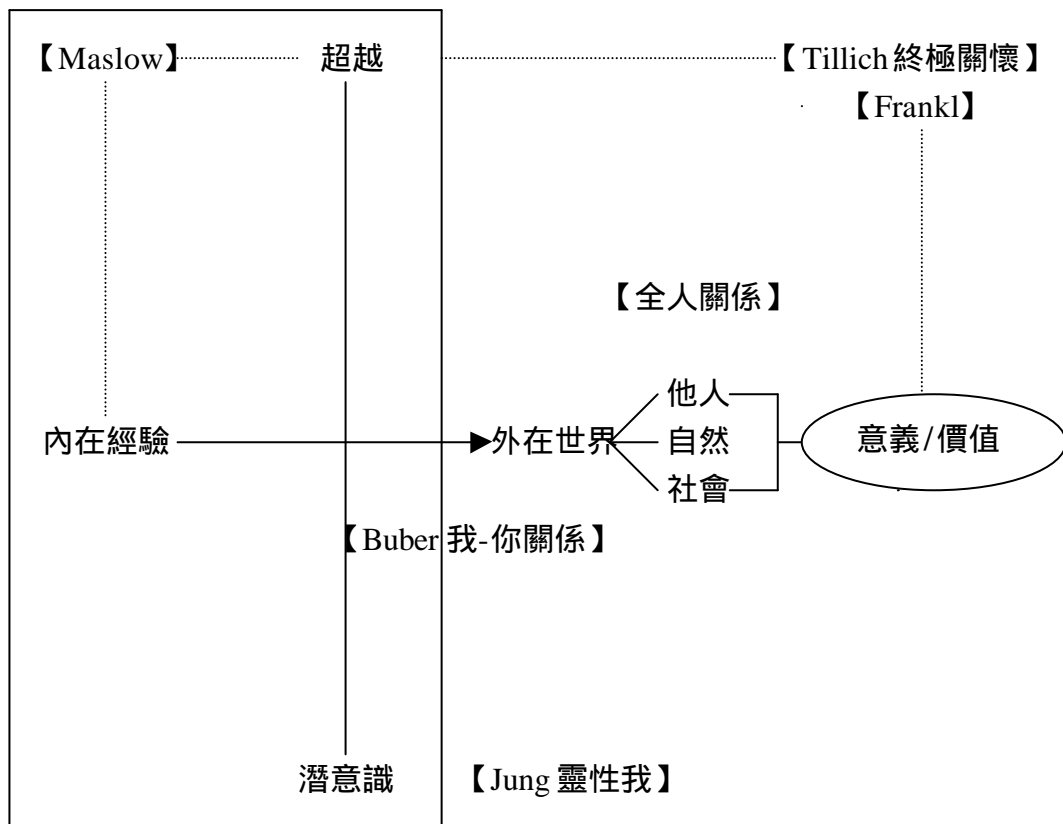


圖 2-4 理論架構圖

在相同的現象場域中，依據不同的參考架構所做的定義就會有所不同。由理論架構圖 2-4 中可知，Maslow 的高峰經驗是一個我的內在經驗，而這種經驗是一種超越於自我意識的經驗。Jung 的靈性我則是指生命底層之原型最核心的部分。Tillich 認為終極的意義在於關懷主體的內在與深度部分，把靈性看成是生命裡的一個意義向度，而意義價值則是個我整體靈性內在的表現，其核心是我們有沒有過靈性向度的經驗，表現為終極關懷的態度則是我們是否有對靈性向度的覺知與需求。Frankl 是從意義的角度理解靈性，認為在人的向度外，還有一個超越人類的範疇，人的向度是完全涵融於超越之內，而人的意義也就根植於超越的範疇內。Buber 的我-你關係，指的是當個我與外在世界交會時，自我意識中心暫時消失的經驗，通過經驗而使得物件

呈顯出不同的意義、價值，彰顯出有一個超越的境界。而在全人思考的模式中，人活在四種基本關係之中，我與自我、他人、社會、自然之間，並且人生的意義與價值也在於此四種基本關係之中發展而成。

綜觀以上之理論，將人視為一個整體的存在，而靈性是為生命中的一個向度或是指涉一個超越的層次。如 Tillich (1957) 所言：人是一個整體，不是由零件組合而成的，身體、靈魂和精神是人類生命中不同的向度，而且融合無間、互為表裏。在第四節中，將以這樣的觀點出發，探討靈性呈顯的面向。

第四節 靈性呈顯的面向

身體、心理、社會與靈性經常被並列式的提出，好像它們是被分成同樣的四等份來看待，而在實際的狀況下，尤其是臨終病人的身上，靈性是生命的根基，一些看似身體、心理、社會的問題，其實都是靈性危機的展現方式，我們在肯認了這個事實的基礎之下，探討護理人員經歷之臨終病人的靈性世界。以下分別就靈性的不同面向進行探討：

一、靈性的身體面向—身體主體：

由梅洛龐蒂（Merleau Ponty）的「身體是我們慾望的現象學場域」，開啟了我們對身體主體的意識，讓我們正視一直以來被忽視的身體。一如范丹伯的體驗，「除了一些很特別的時刻，我從來沒有真正地活在當下，連想都沒有想過」，病了，讓我們有機會清晰地察覺到身體的存在，並且成為生存唯一的內容（石世明譯，2001）。而身體的覺知如何成為靈性？因為身體的記憶超乎我們的主體性，甚至跨越了我們正在經歷的此生命階段的記憶，它是一種文化的記憶。因此，對身體的覺知是我們認知這個世界構造的基本結構，當身體這個認知基礎改變了，我們的認知層次也會有所改變，同時也影響了我們看待世界的方式。

二、靈性的心理面向—死亡焦慮：

死亡焦慮可分為三種層面的焦慮，而三種層面是一體的，並非分割的三層，有可能只出現歸屬焦慮，或者是三種層面一起展現。一為歸屬焦慮；二為存在焦慮；三為深層結構焦慮（Lair，1975）。一、歸屬焦慮是指社會心理層面的焦慮，有歸屬焦慮的病人會表現出較多的掌控，並以自我為中心去與別人建立網絡。生病的情境使臨終病人，原本通過我和他人的關聯被剝裂、

社會角色被剝奪，而當其社會角色被剝奪後，最重要的人生課題應是如何面對自我，而大部分病人的反應是企圖恢復、修補或是建立新的關係，重新找到歸屬，而錯失靈性成長的契機。中國人的面子、角色、怕被遺棄感都屬於歸屬焦慮的表現。二、存在焦慮：脫離在歸屬焦慮時的由別人眼中的自己來看待自己，轉而開始由自我的位置看到內在自我的存在。一如 Rollo May 強調的人對存在感的體驗，著力於使「我是」的肯定超越「我有」，並經由對存在的探索，迎向死亡的存有（楊韶剛，2001），而現代人存在於否定死亡的社會與本身具反思性的條件下，升高存在焦慮。三、深層結構焦慮：直接面對死亡本身，對自我的深掘，體悟自我在宇宙中的位置（Lair，1975）。

余德慧、石世明依據臨終病人之心理剖面，將臨終過程分為四個階段，社會期、病沈期、背力轉向期和深度 IT（Inward Turning）期。其中的社會期是指病人進入安寧病房初期，距離臨終還有二、三個月或更長的時間，體力可以下床，還會處理一些後事或作一些安排。其臨終處境是無法再做積極治療、無法履行原先的社會功能、生活焦點集中到如何適應帶著病症的生活、被迫離開原先以自我為中心的社會角色、格外重視倫理關係、把死亡對象化（石世明，2002）。

三、靈性的宗教面向—對死亡與死後世界的看法：

佛教視生死為一體，有死才有生、有生才有死。視死亡為壽命的終結，壽命是暖意識的根本，當暫有的身體和意識合而為一時，人就活著，分開時就是死亡。人有二種生死，即分段生死與變易生死，分段生死是三界內之生死，輪迴六道；變易生死是念念遷流，變易生死之苦。對死後世界的看法是六道輪迴以及極樂淨土，認為死亡之時是由個人業力決定未來的去處，相信因緣果報，主張透過虔誠的念佛與不斷地修行，可以改變自己的業力，往生

極樂世界。

在此觀念下，佛教徒能以較非常平靜的態度面對死亡，把死亡變成一個朋友，不過是生命的一個階段，一個簡單的轉折。他們認為當死亡接近的時候，很重要的就是培養不執著、利他主義與喜悅的態度，並以為「如果你不斷的思考死亡，你的心會轉向心靈修行，你會找到修行的新力量，你會看到，死亡將你和絕對真理結合起來」(賴聲川譯，1999)。

基督教對死亡的觀點：1. 生死根源來自原罪，因為亞當夏娃違反了上帝的誓約，後代子孫背負原罪，於是死亡降臨人類身上。而透過信仰可以超越死亡和追求幸福，在基督裡罪得以被赦免；2. 認為死亡是「在耶穌裡睡了的人」，而人的肉體是會死會朽壞的，但靈魂不死且會復活，「我們帶著靈性的身體復活」，靈魂與身體的復活；3. 將死亡視為前往另一個世界，不同於輪迴是在同一個世界；4. 人死了之後，身體回歸塵土，氣息歸入空中，死後沒有什麼能留存下來，並且意識到現世的短暫，因此，今生顯得非常重要，因為沒有來生(段德智，1994)。

四、文化的面向：

人類學者泰勒(Taylor)(1871)將「文化」一詞定義如下：「文化包含各種不同的知識、信念、藝術、道德、法律、習俗和其他一個人作為社會的成員所需要具備的任何能力與習慣的複雜的整體」。沈清松(1999)則將「文化」定義為「一個生活團體表現個人與群體創造力的歷程和結果，其中包涵了終極信仰、認知系統、規範系統、表現系統和行動系統」。

文化可分為二個層次，一是指觀念上的層次，比如中國文化與美國科技

主流文化對死亡觀的影響；二是心理層次，其反應在行為模式或生活習慣上，如個人的意向、心理、行為如何和集體的文化表現出來的意向接軌。而 Taylor(2001)發現許多研究將靈性與文化結合運用在癌症患者的生活經驗。

比較中國人與西方人的個人、文化與社會的關係，中國人是親屬關係至高無上者；而西方人則是以多樣化的方式來達到心理社會的平衡。其差別在於中國人的自尊與前途都和最初的群體有著分不開的關係，其父母、兄弟和近親都是第3層中的永久居民；而西方文化認為個人的自尊和前途取決於他怎麼自食其力，因此父母和兄弟只成為第3層中暫時的居住者（根據 Hsu 將人、文化與社會的關係分為7層，第7層與第6層是佛洛伊德的「無意識」和「前意識」；第5層是「不可表達的意識」，指其內容隱藏於個人心中；第4層是「可表達的意識」，指它所包含的心理內容、觀念和情感可以由個人傳達給他人；第3層是「個人的社會與文化」，指的是每個人對其有強烈依戀感的外部世界之一部分，包含與其有親密關係的人；第2層是「有用的社會與文化」，是以角色的關係為特徵，著重人、觀念和事物對個人的有用性；第1層是「更廣泛的社會與文化」，與個人的聯繫可有可無；第0層是「外部世界」）（任鷹等譯，1990）。

楊國樞（1988）也提出中國人與自然、他人、自我的關係。他認為中國人與自然之間，冀望達到一種「天人合一」的境界，人是融入自然之中的，或者成為自然的一部分。與他人的關係，受中國人社會取向（social orientation）的性格影響甚鉅，由於中國人社會取向非常強烈，所以習於壓抑自我以求人際或社會關係的和諧，並且重視別人的意見或批評，強調權威性格和把社會習俗權威化，同時喜好將人二分化為好人與壞人、自己人與外人。而在與自我的關係中，因特別注重社會與家族的集體功能，所以個人相對地顯得較不重要。

第三章 研究方法

本研究為針對安寧病房的護理人員，對「靈性」概念之建構所進行之質量兼具的研究，為能深度地瞭解被研究主體對靈性的建構，所以採取建構研究典範為研究進路，kelly 之個人建構論為研究方法之基礎，並以個人建構理論發展之「建構詞錄方格 (repertory grids)」「三一比較法 (triadic methods)」與「階梯法」(laddering) 為研究工具，配合半結構式深度訪談，來進行建構式訪談 (constructivist interview)，以完成研究相關資料的蒐集。資料分析參酌 Web Grid 進行分析之「群聚分析焦點剖面圖」(Web Grid FOCUS) 以及「群聚分析主成份分析圖」(Web Grid PrinCom)，並據此提出靈性建構之分類架構與思考階段模式。

質性研究方法相關的四個層次為：(一) 方法論層次：指涉研究的理論與邏輯觀點，包含實證觀點、現象學、詮釋學、象徵互動論、俗民方法學、批判理論、後現代主義、女性主義和後殖民主義等。其中有些本身就是一套社會科學的理論，如俗民方法學、符號互動論；有些像是一套知識論，如批判理論、現象學、詮釋學；有些則似乎是一種特定的觀點，如後現代主義、女性主義。(二) 研究方法與策略層次：指涉研究的技術性運用，包含民族誌與田野研究、紮根理論研究法、歷史研究法、生命史研究法、行動研究、個案研究、臨床研究、政策研究。(三) 資料蒐集與分析層次：指實際如何介入研究資料的方式，包含參與觀察、深度訪談、焦點團體訪談、文獻分析、個人經驗法。(四) 論文的设计與撰寫層次：指實際的架構 (Denzin & Lincoln, 1994 ; 胡幼慧 , 1996)。

本章分別從方法論、研究方法與策略、資料蒐集與分析三個層次進行討論，包括方法論、研究方法、研究步驟、研究對象、研究工具、研究者的角色、資料蒐集、資料分析及其嚴謹度。分為六節，分別為方法論、研究方法的理論基礎、研究方法、資料蒐集、研究工具與資料分析等方面進行探討。

第一節 方法論

二十世紀的兩大研究典範分別為源於自然科學的實證論典範 與人文科學的自然論典範。量化研究本於實證論典範，質性研究則本於自然論典範(張鈿富，1991)，假定多元真相的存在，是無法以數量化來呈現單一的事實，而不同的研究典範本著不同的信念系統與世界觀，是以造就出研究的多面性觀點與結果。Habermas (1968) 提出三種不同的研究典範，第一種是量化研究的典範，稱做「階梯式唯物主義研究」(Ladder of Materialistic Inquiry)，是大部分「實證主義」的研究模式，相信「進步」和「單一真相」；第二種是「循環式建構主義研究」(Circle of Constructivist Inquiry)，主要是探究人們的符號、解釋和意義的建構。他們認為沒有所謂的「絕對真相」，所有的知識，都是與情境脈絡連結的，扎根在情境之中。第三種是批判式/生態式巨觀研究 (Global Eye of Critical / Ecological Inquiry)，同時批判地檢視與對照前兩種典範的系統效果，以除去虛假意識，達到弱勢之解放與增權效果(胡幼慧，1996)。

Guba 和 Lincoln 於 1994 年倡導「第五代」(the fifth moment) 質的研究運動，建構論 (constructivism) 或建構論研究派典 (constructivist paradigm) 於焉產生 (吳芝儀，2000)，一躍成為社會科學研究法的新派典。認為研究派典可被視為有關現實 (reality) 之性質和如何獲知現實的一組基本信念，環繞著三個基本問題，一是本體論；二是知識論；三是方法論的問題。本體論的問題涉及知者及可被知曉之事物間的關係本質；認識論的問題涉及什麼是可以被獲知的；方法論的問題則是研究者如何能找出其所信為可知的事物。而 Guba 和 Lincoln 針對本體論、知識論與方法論的差異，提出四種研究典範，一為實證主義、二為後實證主義、三為批判理論、四為建構論，不

同的理論典範不僅在方法上有著明顯的差異，在本體論與認識論上也存在著截然不同的基本假設與觀點（Denzin & Lincoln, 1994）。

建構研究法所秉持的基本假定是：人類並沒有直接的管道進入一個單一的、可獲全知的「真實現實」（real reality），儘管其客觀實存，但人類窮盡其力所能探知理解的世界，僅由人類所建構或覺知的「建構現實」（constructed realities）而已（Kelly, 1955）。其基本觀點是：一、本體論上持相對論立場，認為真實是具特殊性的建構，以多元的型式顯現，且建構是會改變的；二、知識論上強調主體性的重要，以及真實是由研究者與研究參與者在研究的過程中交互作用一起創造與發現的；三、方法論上重視解釋和辯證，認為個體的建構是在研究者與研究參與者的交互過程中，不斷地引出及精練。而研究目的是瞭解與再建構，建構主義強調知識的本質是多元共存的，並藉由不斷地修正達成一致的個體再建構（Denzin & Lincoln, 1994）。

每個研究典範背後都有其哲學基礎，主導著研究的觀點與進程，本研究依於建構主義典範，其哲學基礎是觀念論，假定“什麼是真實的”是個體心中的一個建構，多元且經常衝突的。同時建構論者相信，人類所感知的「真實」（facts）並無法脫離個人認知基模對所處的情境背景（context）的「詮釋」（interpretation）（吳芝儀，2000）。而 Kelly 將「人格」（personality）定義為「個體所持有的理論，是個體建構世界的模式」，大部分的人們都是透過自己的眼鏡來解讀這個世界；透過自己的眼鏡來解讀所呈現的事物，故本研究採取建構論（constructivism）的人格觀點來探索護理人員對靈性的建構。

第二節 理論基礎

為了瞭解安寧護理人員慣用哪些建構來看待自身的靈性，本研究採用 Kelly 之個人建構論，因其兼具質的描述性資料與量的評量性資料，可以深入的理解研究參與者對經驗的詮釋，並由研究者與研究參與者共同建構研究歷程之現實。

壹、個人建構心理理論 (Personal Construct Theory ; PCT)

個人建構心理理論 (Personal Construct Theory ; PCT) 是由 George A. Kelly (1955) 所創，可用於探索研究對象知覺人事物的概念內容及數目。而「建構」是一種個別化的概念向度，是個體用來區分、整合、預測事件的重要認知架構，是人們用來解釋外在世界彼此相同或相異的方法，並透過相同或相異性的比較、分類與理解，形成個體獨特的知覺系統，而能預測未來事物的發生並賦予其意義

一、基本理論：

個人建構理論包含 1 個基本假設和 11 個定理，基本假設是「個人在處理事情過程會遵循他預期事件的結果來進行」(Kelly , 1991)。為能詳盡其基本假設真義，故根據其基本假設，擴展出十一個定理：

(一) 建構定理 (construction corollary)：

人們藉由經驗事件的重複性中，體認到事件是會重複發生的，並藉著事件的重複性來預期下一次事件的結果 (Kelly , 1991)。人們通常會創造出一些具獨特性的模式來看待這個世界，經由這些模式，每個人的世界將呈現不同的意義，個人建構心理學把這些模式稱之為「建構」(construct)，它們

是用來看待及解釋這個世界的方法（ Kelly , 1955 ）。

（二）個別性定理（ individuality corollary ）：

每個人對同一事件，都有著不同於他人的建構（ Kelly , 1991 ），並因此，每個人對同一事件均有著不同的預期，即使人們使用相同的方法來組織他們的建構，但這些建構對每個個人的意義都是獨特的、個別化的。所以若想瞭解一個人，就得去瞭解這個人如何在這世界中建構他獨特的意義。

（三）組織定理（ organization corollary ）：

為了個人便於預測事件，每個人都會發展出一套獨特的建構系統，並決定建構彼此間的順序（ Kelly , 1991 ）。人們有時候會產生許多不相容的建構來預測同一事件，這時由核心建構來解決從屬建構間的不相容。

（四）二分法定理（ dichotomy corollary ）：

二分對立是建構的基本組成（ Kelly , 1991 ）。建構的基本法則就是兩極的概念，個體本著兩極的概念來辨別兩事物間是互相「類似」或者「不同」。例如，面對死亡的態度，有人以「坦然」來形容，則必然存在著另一端是「不坦然」或者是「恐懼」。

（五）選擇定理（ choice corollary ）：

個人進行建構時會選擇二分建構之一端，使其預測比較有可能實現，進而鞏固或延伸建構系統的應用性（ Kelly , 1991 ；吳芝儀 , 2000 ）。

（六）範疇定理（ range corollary ）：

每個建構都有其可行、適用的範圍，使能預測特定範疇的事物（ Kelly , 1991 ），例如，「虔誠」與「不虔誠」只適用於解釋人的宗教信仰程度，而不

適用於解釋個人感情。

(七) 經驗定理 (experience corollary):

當個人經驗到事物的多變性的同時，人們的建構系統也必須隨著不斷地重組、修正和調整，如此才能正確地預測不斷發生的新事件 (Kelly , 1991)。

(八) 調節定理 (modulation corollary):

個人對建構間的不相容性的容忍力，取決於統轄性建構 (核心建構) 的定義與滲透力，具滲透力之高層級的「統轄性建構」(superordinate constructs)，能將新經驗之新要素納入其滲透力能到達的範圍，強化次級系統間的關係。相反的，不具滲透力之「統轄性建構」無法緩解低層級之「從屬性建構」(subordinate constructs) 間的衝突與矛盾，使個體無法精準的預測事件的發生，而統轄性建構決定從屬性建構的適切位置 (Kelly , 1991)。

(九) 分歧性定理 (fragmentation corollary):

人們可能會不停地使用一些彼此不相容的次級建構系統，人們的建構系統不是一定都是相容的，個體的建構隨著經驗到新事物而不停地在修正，並且在修正的同時，從屬性建構就可能產生彼此間不相容的情形，或者在不同的時間與情境下使用著相互矛盾的從屬性建構 (Kelly , 1991)。

(十) 共通性定理 (commonality corollary):

如果一個人與另一個人使用著相同的生活經驗來建構自己的世界，則他們的心理過程是相似的，延伸這樣的推論，處於同一種文化環境中的個體用來解析經驗事件的建構，會有某種程度上的相似性，因此，建構具有一定程度的普遍性 (吳芝儀 , 2000)。

(十一) 社會性定理 (sociality corollary):

一個人戴著另一個人的眼鏡來經歷他的建構過程，他就可以在他生活的社會文化情境中，扮演一個重要的角色 (Kelly, 1991)。一如研究者與研究參與者在互動歷程中，一起經歷著建構過程，而彼此扮演著重要的角色。

貳、相關之研究：

個人建構理論將「建構」(construct) 界定為「建構世界的方式」(ways of constructing the world)，使個人可以主導任何外顯或內隱的、語言表達或非語言陳述的行為。本研究透過研究參與者的語言陳述顯現其「建構」，使研究者更能理解安寧護理人員對靈性概念的建構。國內將個人建構理論應用於研究領域上，以生涯建構與生涯發展居多 (楊惠婷, 2000 ; 沈容伊, 2000 ; 劉慧姣, 1999)，研究對象包括藥物濫用青少年、高中數理資優生、出監前犯行青少年；其次是應用於對死亡的建構 (鍾秉穎, 2000 ; 洪栩隆, 2000)，以及應用於瞭解喪親少年的偏差行為 (侯南隆, 1999)。

參、由個人建構理論探討靈性概念的理由

靈性平時不容易被我們所覺察，唯有在我們面對困境或死亡的威脅時，才提供一個靈性向我們展現的機會。正因為靈性具有內隱的、無法教人一眼看透的特質，所以，本研究本著個人建構理論之主張，以為「建構」是個人用以觀看世界中事件及解釋事件的方法，而藉由一組從個人經驗中所組織發展的獨特建構系統，可以反映出個體用以理解外在世界的個人現實。其中個別性定理昭示個人的靈性概念是獨特與個別的；經驗結構具有一定程度的相似性，即共通性定理；組織定理則標示出當對靈性建構不相容時，是由核心建構來解決從屬建構間的不相容建構；而藉由對立與兩極的概念，使受訪者辨別病人間所展現的靈性狀態是互相「類似」或者「不同」，以此建構出護

理人員的「靈性」世界。

靈性概念就像風一樣，必須藉著竹葉的飄動，我們才能真切地感受到風的流動方向與力道，而病人的身心反應就像竹葉一般，向我們昭示著靈性的顯現。研究者透過護理人員以其獨特的觀視和思考的方式來組織並詮釋其靈性經驗，以瞭解其用著怎樣的認知架構、戴著怎樣的眼鏡來解讀「靈性」。

第三節 研究方法

壹、質性與量化研究法

質性研究的認識論觀點關注個別主觀的經驗，並且強調質性研究是一互動的過程與結果，是無法獨立客觀存在的；量化研究則強調客觀性的存在。質性研究方法依其與量化研究方法之差異，質性研究方法是一關於社會現象的研究，較不依賴數量化的資料與方法，而是對於現象性質直接進行描述與分析的方法。質性研究方法的主要用途是（一）探索性研究，其目的在於針對研究對象得到較整體性的了解；（二）意義詮釋，其目的不僅是尋找因果法則或模式的前提，而且是探尋研究對象本身獨特的意義；（三）發掘總體或深層社會文化結構（朱柔若譯，2000）。

Patton (1995) 認為質性研究的適用條件為：（一）進入一個很不熟悉的社會系統，觸及當事人的內心世界。（二）在一個不具控制和正式權威的情境中，欲探討當事者的心靈世界，必須得到當事者的信任，也要靠調查者細心與敏銳的觀察力。（三）當處於低度的觀念概化和學說建構的背景下，是指研究的主要變項與定義均模糊不清，仍需做探索的階段。（四）描述複雜的社會現象，需個案的主觀理念，以及實際參與者客觀印象的表現時。（五）適於定義一個新概念和形成新的假設時（簡春安，1998）。

由於目前對「靈性」(spirituality) 的定義為依於不同的立論就有不同的定義，因此本研究的目的是進入一個安寧團隊中，瞭解安寧護理人員之靈性建構及其對靈性概念的理解處於哪個階段。採取質性研究方法，並以「建構詞錄方格」(repertory grids) 為研究工具，輔以半結構式深度訪談法來收集資料，在建立信任關係後，安排一段無干擾的時間進行訪談。而建

構研究法假定真實係個人心智的產物，「真理」(truth) 係人類在特定情境背景下達成達成共識的最佳建構內涵 (吳芝儀，2000)，故本研究中，透過研究者與研究參與者在歷程中互動，共同建構出靈性的核心概念。

貳、建構式訪談 (constructivist interview)：

以個人建構理論 (Personal Construct Theory； PCT) 為研究典範，使用「建構詞錄方格」(repertory grids) 與「三一比較法」(triadic methods) 為研究工具，由研究參與者主觀地從憶起令她印象深刻的五位靈性狀態極具特色的病人，研究者由研究參與者舉出之五位病人中選出三位，請研究參與者依其靈性狀態之差異分成二組，共抽取出多次二分性的一般建構。

完成「建構詞錄方格」的一般建構之抽取後，接著進行的是把所抽取的二分性一般建構轉化為李克特五點量表 (Likert Scale)，是由研究參與者對每一個要素給予 1-5 分的評量分數，評分方式「1」表示「非常接近於相異點」；「5」表示「非常接近於相似點」，透過分數的評比，呈顯出各要素在建構程度上之差異。最後在每組建構上選擇個人偏好 (prefer) 的一端，以「+」表示，據以瞭解研究參與者在建構判斷上的偏好，建構式訪談 (constructivist interview) 的目的是使研究參與者經由「建構詞錄方格」來顯現其心靈高層次不易覺察之靈性建構。

參、深度訪談法：

建構論者認為訪談的目的是為了瞭解、再建構和一致性。而 Patton 認為訪談的目的是藉由面對面的言語交談，引發人們的經驗、意見、感受與知識之直接引述 (Denzin & Lincoln，1994)。本研究採取半結構式訪談的方式，其優點為 (一) 訪談主題事先以綱要形式明定，可使資料收集有系統；(二)

訪談者於訪談進行中決定問題的順序與字組；(三)資料的邏輯性鴻溝，能事先預知和消弭；(四)維持相當的會話性和情境性（吳芝儀、李奉儒譯，1995）。

訪談內容主題一般分為經驗或行為問題、意見或價值問題、感受問題、知識問題、感官問題、背景或人口統計問題等六類（吳芝儀、李奉儒譯，1995）。而本研究之訪談內容分為二部分，第一部分是基本資料的收集，包括性別、出生年月日、居住地、學歷、婚姻狀況、從事安寧工作的年資及宗教信仰，第二部分則是透過建構詞錄方格的使用，進行有關靈性建構的建構式訪談。

第四節 資料蒐集

壹、研究對象

安寧護理人員是執行靈性照顧的骨幹，是安寧團隊中最中堅的一群。一個醫療理念的推展、醫療政策的推動，護理人員的認知與投入常是醫療政策得以成功推展的重要關鍵，為了瞭解護理人員對靈性的建構，本研究採立意取樣，以中部某一醫院安寧病房之十六位護理人員為研究對象。

表 3-1 參與研究之安寧護理人員基本資料之一

編號	性別	年齡	學歷	婚姻狀態	安寧年資	宗教信仰
1	女	26	專科	未婚	1.33	道教
2	女	24	大學	未婚	0.75	佛教
3	女	32	研究所	未婚	1.42	基督教
4	女	26	專科	已婚無子	1.33	道教
5	女	34	大學	未婚	1.00	基督教
6	女	26	大學	未婚	1.58	民間信仰
7	女	31	大學	未婚	2.18	民間信仰
8	女	28	專科	已婚有子	1.58	基督教
9	女	22	專科	未婚	0.18	一貫道
10	女	26	專科	未婚	1.50	無
11	女	26	專科	未婚	4.75	民間信仰
12	女	30	專科	已婚有子	1.50	民間信仰
13	女	29	大學	未婚	1.50	基督教
14	女	36	大學	未婚	4.00	基督教
15	女	28	專科	未婚	3.25	佛教
16	女	30	專科	未婚	1.58	佛教

表 3-1 旨於呈現十六位參與本研究之安寧護理人員的個人基本資料，均為女性，年齡介於 22 至 36 歲之間，年資介於最資淺的 2 個月到最資深的 4 年 9 個月，學歷分為專科、大學與研究所，婚姻狀態分為未婚、已婚無子與已婚有子，個別的宗教信仰有基督教、佛教、民間信仰、一貫道、道教與無宗教信仰。

表 3-2 參與研究之安寧護理人員基本資料之二

	總數 (N = 16)	比率 (%)
性別		
女	16	100%
年齡		
20-29	11	69%
30-39	5	31%
婚姻狀態		
未婚	13	81%
已婚無子	1	6%
已婚有子	2	13%
學歷		
專科	9	56%
大學	6	38%
研究所	1	6%
安寧年資		
<1	3	19%
1-1.9	9	56%
2-2.9	1	6%
3-3.9	2	13%
4-4.9	1	6%
宗教		
無	1	6%
民間信仰	4	25%
佛教	3	19%
道教	2	13%
基督教	5	31%
一貫道	1	6%

表 3-2 是十六位安寧護理人員的基本資料統計，年齡於 22 至 29 歲之 69% 分佈最多，年資於 1 至 2 年的 56% 佔最高，婚姻狀態以未婚的 81% 最多，學歷則是專科的 56%，而宗教信仰中，以基督教的 31% 佔最高，依次是民間信仰 25%、佛教 19%、道教 13%、一貫道與無宗教信仰 6%。

貳、訪談進行方式

深入訪談強調建立關係的重要性，在本研究中，研究者先經由指導教授引介，參加受訪醫院之讀書會，以增進彼此的認識，同時由於受訪者均為具參加意願之安寧工作者，因此配合度相當高。在訪談開始前由該單位之一位護理人員預先安排訪談時間。

訪談開始前研究者會針對研究的目的，先向研究參與者作一簡單的說明及取得研究參與者的訪談同意書。有少數研究參與者對錄音感到緊張、不自然，研究者會在此時說明錄音的目的在於協助研究者進行事後的資料分析工作。訪談過程中，研究者多以傾聽為主，只有在不明瞭研究參與者表達的意思時，詢問或確定其意，並且傾聽的同時於建構詞錄方格上紀錄研究參與者之多組二分性建構。個案訪談在獨立、安靜的空間，一對一單獨訪談，第一次訪談時間約 60 分鐘左右；第二次訪談時間 30 至 60 分鐘。

參、訪談程序

進行二次訪談，第一次訪談的目的在於瞭解安寧病房之護理人員靈性的知覺向度與豐富性如何，以及經由資料分析歸納出護理人員對靈性的主題建構以及明瞭研究參與者之靈性建構處於哪個階段，共訪談 16 位安寧護理人員。第二次訪談的目的是明瞭研究參與者之靈性核心建構，共訪談 8 位安寧護理人員。

第一次訪談程序如下：

- 一、研究者於約定訪談時間之 15 至 30 分鐘前到達受訪醫院之會議室，準備好錄音機、訪談同意書、建構詞錄表格和五張病人基本資料卡，等待研究參與者到來。

- 二、訪談進行前先向研究參與者簡單地說明研究的目的、訪談進程序及取得研究參與者的訪談同意書。
- 三、請研究參與者舉出在其從事安寧照顧的過程中，令其記憶深刻的五位「靈性」較有特色的病人，並將五位病人分別標示於五張病人基本資料卡上。
- 三、請研究參與者舉出在其從事安寧照顧的過程中，令其記憶深刻的五位「靈性」較有特色的病人，並將五位病人分別標示於五張病人基本資料卡上。
- 四、研究者按照附錄 2 之順序，請研究參與者依病人靈性狀態的差異將每次選出之三位病人分成兩組，一組二人；另一組一人，並說明「三者中兩者相似且不同於第三者」的理由。
- 五、詢問研究參與者：「同樣的分組中還有其他的理由嗎？」，進行至無其他理由為止。
- 六、每個分組後，接著詢問研究參與者：「同樣的三個病人，可以再分一次看看嗎？可能有新的分組方式嗎？」若有新的分組方式的話，請其說明理由，同樣進行至無其他理由為止。經由重複的詢問，以抽取出受訪者多組二分性建構。
- 七、建構詞錄表格完成後，經由研究者說明，將每一組二分性建構看作一條線的兩端，兩端代表 1 分和 5 分，請受訪者針對每一要素給予 1-5 分的評量分數。
- 八、請研究參與者在以建構出的每個二分性建構中，選擇其偏好的一端，以

{ + } 表示。

九、最後請研究參與者在所有已建構出之二分性建構中，選擇其認為對靈性最重要的三個建構，以 { } 表示。

第二次訪談程序如下：

一、研究者於約定訪談時間之 15 至 30 分鐘前到達受訪醫院之會議室，準備好錄音機和階梯法表格，等待研究參與者到來。

二、訪談進行前先向研究參與者簡單地說明研究的目的和訪談進程序。

三、請研究參與者從第一次經由「建構詞錄方格」抽取的二分性建構中，選擇三個自認對靈性最重要的建構。

四、研究者追問之所以重要的理由，至建構重複或無法再回答為止。

第五節 研究工具

本研究採用 Kelly 個人建構理論發展之「建構詞錄方格」為研究工具，藉由「三一比較法」(triadic methods) 抽取安寧護理人員對靈性的一般性建構，並將所有二分性建構轉化成評定量尺，來評量建構元素間之程度差異，並令其選擇偏好之一端與自認最重要的建構，用以探索個體慣用哪些不易察覺之建構去理解經驗。Simpson (1980) 認為 Kelly 個人建構心理學的理論和方法，讓研究者可以更清楚地描繪出死亡對每個對象的個人意義，而較不會受到實驗者先入為主觀念的誤導。因為本研究之安寧場域，是一充滿死亡氛圍、意義與希望融合之特殊場域，故使用個人建構理論發展之詞錄方格為研究工具。

壹、「三一比較法」(triadic methods)

「三一比較法」(triadic methods) 是依循 Kelly「最少脈絡格式」(minimum construct form) 發展而得，用以系統地抽取個人的二分性建構之方格技術 (Pope & Keen , 1981)。使研究參與者從三要素間辨別「三者中哪兩個是相似且不同於第三者」之理由，兩者的相似點記錄為二分性建構的其中一端，與第三者的相異點即為該建構的另一端。

貳、「建構詞錄方格」(repertory grids)：

「建構詞錄方格」是一提供典型使用的結構方式，用以瞭解個體不易覺察之內在建構，包含三個部分：一為元素，元素是研究者欲研究參與者探究的主題或領域，元素可以是人、事或物，而在本研究中，元素為受訪者印象最深刻的五位靈性狀態最具特色的病人，藉由研究參與者對病人的靈性覺知

向度中，明瞭研究參與者本身對靈性之建構。二是建構，建構是研究參與者用來辨別要素的理由，即為二分性建構的兩端，本研究中，研究參與者提出多組靈性向度。三為評定量尺，評定量尺為受訪者須將每一組二分建構化為五點評定量表，用以評定每一要素在每組二分建構上表現的程度，二分性建構與評定量尺應呈現出一致性。

參、「階梯法」(laddering)

階梯法用於追索出核心的建構，由 Hinkle (1965) 所提出，其透過不斷詢問研究參與者二分建構選擇之一端「為什麼重要」，以此方式探索出個人建構系統中具主導性的「核心建構」。

肆、研究者的角色

在質性研究中，研究者被視為一種研究工具。持建構論觀點的研究者，是與研究參與者共同建構研究歷程之現實的合作者，藉由訪談的互動過程，得以深入的理解研究參與者對經驗的詮釋，進入研究參與者的個人建構世界，其間不免研究者要經常反思，是否掌握研究參與者所要表達的情境意義與建構的核心概念。

良好關係的建立是深入訪談所強調的，在本研究中，研究者先經由指導教授引介，參加受訪醫院之讀書會，以增進彼此的認識。同時訪談的地點，是護理人員熟悉，且覺得安心、安全的安寧病房專屬會議室，訪談期間，不會有人出入其中，而干擾訪談之進行。

研究者本身從事臨床醫檢師工作四年以上，工作地點雖然不是在安寧病房，但是醫院的環境對研究者來說是十分熟悉、瞭解與安心的地方。而對於

護理人員的用語、特質與工作內容，研究者也相當清楚，並且在學期間，曾修習「質性研究法」，建立研究觀點與接受研究方法的訓練。



第六節 資料分析

本研究運用建構詞錄方格蒐集受訪者之相關靈性內容，資料進行兩部分的分析，一是針對逐字稿的資料，進行內容分析，探索研究參與者對靈性的建構向度及其面向。二以套裝軟體 Web Grid ?? 進行分析，獲得「群聚分析焦點剖面圖」(Web Grid FOCUS) 以及「群聚分析主成份分析圖」(Web Grid PrinCom)，並根據建構系統之「分化性」與「統整性」為向度，分析 16 位安寧護理人員對靈性之建構思考階段。

壹、逐字稿內容分析之步驟

分析步驟如下 (參見附錄 6):

- 一、謄寫逐字紀錄
- 二、編碼 (coding number) : 數字前三碼為研究參與者的代號，第四、五碼代表分析之編碼，第六碼為加述之編碼。
- 三、摘述一般性的意義單元：指每一對病人二分之靈性狀態的建構，其所形成的一般性意義單元，視為對靈性狀態之思想表達。
- 四、區分一般性與特殊性的意義單元：區別其建構是否具有共通性，或為單一個人建構，若為單一建構，則列為「其他」。
- 五、群聚相關意義單元：指將相關的意義單元，經整體性的理解後，自然地加以群聚組合，以建構共通的向度。
- 六、從意義的群聚中決定其面向：更深入地探索所有的意義單元的群聚，以判定是否有一或多項建構向度，可用於表示該群聚共通之本質。
- 七、面向之闡述：將所得之建構向度作跨個案綜合分析，並置於身體、心理、宗教信仰、文化與態度的面向下，以掌握研究參與者靈性建構之內涵。

貳、建構方格資料分析

將每位研究參與者之原始方格資料，以 Web Grid ?? 網路程式進行分析 (<http://tiger.cpsc.ucalgary.ca/>)，Web Grid ?? 是依據個人建構理論建立之概念模式的詞錄方格線上實施工具。Web Grid 會逐次顯示問項，引導使用者確定方格的主題、目的以及元素，並由使用者輸入之分別元素的方法來產生建構，提供各種方法檢視建構間的關聯和建立模式，最終得到「群聚分析焦點剖面圖」以及「群聚分析主成份分析圖」，以呈現元素與元素間以及建構與建構間之相關程度。

研究者依據上述步驟所得之各建構間的相關程度為建構分類，形成「建構類別」，予以歸納、分析及詮釋各個群聚的意涵與建構間之關聯，以形成「病人群聚分析」。

參、信度與效度

依 Guba 和 Lincoln 的主張，質的研究必須進行「可信性 (trustworthiness) 之檢證，建構論對「可信性」的檢證標準為可信賴性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability) 及可確證性 (confirmability) (1994)。分列如下：

一、可信賴性 (credibility)：

即內在效度，指質性研究資料真實的程度，有五個技巧可以增加資料的真實性 1. 增加資料確實性的機率，如情境控制；2. 研究同儕的參與討論；3. 相異個案資料的收集；4. 資料收集上有足夠的輔助工具；5. 資料的再驗證 (胡幼慧，1996)。在質性研究中，研究者本身就是主要的研究工具，研究者本身的準備工作和訓練是影響研究分析之品質與可信度的重要因素。

在本研究中，透過與研究參與者關係的建立、訪談氣氛的營造、進行多個分析者檢驗、討論多元的理論觀點以及研究者經歷背景，進行可確證性的控制。與研究參與者關係的建立是透過參與其讀書會之形式；訪談氣氛的營造是給予研究參與者高度的自主性空間以及進行協同編碼。

二、可轉換性 (transferability):

即外在效度，指研究參與者所陳述的感受與經驗，能有效的作資料性的描述與轉換成文字陳述。在本研究中，研究者在運用「建構詞錄方格」之時，已在第一時間將受訪者之敘述，轉換為文字陳述，且在進行二分性一般建構的抽取之後，轉化為李克特五點量表 (Likert Scale) 的步驟中，由研究參與者確認其建構，並且在訪談結束後，研究者詳細地參照「建構詞錄方格」、手札及逐字稿，審慎的將訪談內容轉成文字敘述。

三、可靠性 (dependability):

即內在信度，指個人經驗的重要性與唯一性，因此，如何取得可靠的資料，乃決定於研究過程中運用之策略。研究者已將本研究之操作過程與步驟具體清楚的於本章中加以說明。

四、可確證性 (confirmability):

「三角檢定」 (triangulation) 是最有效的可信性之檢證方法 (吳芝儀、李奉儒譯，1995)，三角檢定係指在一個研究中，同時採用多種不同的研究方法，蒐集多個不同的資料來源，運用多個分析者檢驗研究發現，或者使用多元的理論觀點以詮釋資料。在本研究中，透過深度訪談以及利用「建構詞錄方格」為工具進行建構式訪談來蒐集資料，並對逐字稿內容進行協同編碼。

本研究 Coding 之信度是研究者隨機抽取一份原始資料，研究者與協同

編碼者就逐字稿內容，進行協同編碼。當兩人對同一項資料所編的碼意義和範圍相同時，為一個 S；反之則為 D，資料分析的一致性係數為 $S / (S + D)$ ，將評定一致的數目（S）除以評定一致的數目（S）與評定不一致的數目（D）之總合。本研究之結果，評定一致的數目為 42，評定不一致的數目為 8，一致性係數為 0.84。

第四章 研究結果與分析

本章共分為三節，第一節呈現研究參與者建構之靈性向度；第二節是 16 位研究參與者個人之靈性建構系統，以此瞭解研究參與者對靈性的知覺向度與豐富性，並於第三節中進行整合性分析，對靈性之一般性建構與核心建構作一比較以及提出靈性建構之分類架構與思考階段模式。

第一節按逐字稿進行概念化分析，並針對其靈性建構向度之結果，進行跨個案比較對照，旨在呈現研究參與者對靈性之共通性建構向度，並置於身體、心理、宗教和文化之面向下進行探討。

第二節將建構詞錄方格收集之資料，以套裝軟體 Web Grid 進行分析，獲得「群聚分析焦點剖面圖」(Web Grid FOCUS) 以及「群聚分析主成份分析圖」(Web Grid PrinCom)，分別探討 16 位研究參與者對靈性的個人建構系統。此節之結果旨於呈現 16 位研究參與者如何建構個人的靈性地圖。

第三節進行整合性分析，結果分兩部分呈現，一是將研究參與者之一般性靈性建構與核心建構之結果作一比較；二是以功能獨立建構數與群聚分析焦點剖面圖之結果，作為建構系統之「分化性」與「統整性」之分析向度，並置入 16 位研究參與者之靈性概念建構，提出靈性建構之分類架構與思考階段模式。

第一節 靈性之面向分析

本節之結果乃是依據內容分析法（content analysis）對逐字稿進行建構類別與向度分析（參見附錄 6），旨於觀照靈性之建構向度，並置於不同的面向下進行探討。

表 4-1 建構類別、向度與面向：

面 向	建 構 向 度	建 構 類 別
宗教信仰	CD1 宗教信仰	1-1 宗教影響
		1-2 宗教功能
		1-3 信仰有無
		1-4 宗教認同
		1-5 宗教支持
		1-6 宗教比較
		1-7 宗教包容
		1-8 象徵物
心理面向	CD2 家庭支持系統	2-1 支持系統
		2-2 情感依附
		2-3 婚姻狀態
		2-4 愛與關懷
		2-5 遺棄感
		2-6 陪伴
		2-7 牽掛
		2-8 能力
	CD6 表達	6-1 敞開心胸
		6-2 方式
	CD7 人格特質	7-1 人格特質
		7-2 導因
		7-3 責任感
	CD8 情緒狀態	8 情緒狀態

面 向	建 構 向 度	建 構 類 別	
態度面向	CD3 面對疾病	3-1 接受度	
		3-2 態度	
		3-3 調適	
		3-4 認知	
		3-5 疼痛控制	
	CD4 面對死亡	4-1 態度	
		4-2 接受度	
		4-3 瀕死過程	
		4-4 準備	
		4-5 求生意志	
	CD5 意義價值	5-1 對人生的看法	
		5-2 人生意義	
		5-3 肯定	
	身體面向	CD9 自主性	9-1 活動性
			9-2 掌控權
	CD10 身體心象	10 身體心象	
文化面向	CD11 經濟狀況	11 經濟狀況	
	CD12 歸屬	12-1 責任	
		12-2 假象	
	CD13 性別差異	13 性別差異	
	CD14 年齡	14-1 年齡	
		14-2 時代背景	
	CD15 其他	15-1 介入	
		15-2 思考模式	
		15-3 靈性平安	
		15-4 靈性狀態	
15-5 團隊支持			
15-6 寄託			
15-7 出院			
15-8 口慾			

表 4-1 為面向分析之架構，對靈性之內容進行建構類別、建構向度與面向之概念化分析。

表 4-2 安寧護理人員靈性之建構向度：

建構向度	人數	名次	例句	編碼
CD1 宗教信仰	15	1		
1-1 宗教影響	9		例：他信基督教，相信過往時會回到上帝身邊，對疾病跟死亡，能夠用 <u>正向</u> 的方式來面對它。	D04-04-4
1-2 宗教功能	8		例：一個有他的神可以去祈求他們心靈上的平靜， <u>心靈上有個慰藉</u> ；他沒有宗教只能信自己。	J10-14
1-3 信仰有無	7		例：他們兩位有 <u>一定的宗教信仰</u> ，他沒有。	A01-10
1-4 宗教認同	6		例：這個啊嬤他中途有對 <u>宗教信仰有懷疑</u> ，這兩個他們一直都蠻虔誠的。	G07-17-1
1-5 宗教支持	4		例：這二個是基督教， <u>宗教給他的支持</u> ，會有一致性，想法雷同，這一個是一般宗教信仰。	D04-15
1-6 宗教比較	3		例：基督教生命末了時， <u>在天堂有盼望</u> ，生命可以 <u>傳承</u> 下來；一般宗教，就 <u>比較輪迴、宿命</u> 。	C03-09
1-7 宗教包容	1		例：他們家裡全都是基督徒；這個跟他先生是不同宗教的，但是彼此尊重各自的宗教信仰。	N14-09
1-8 象徵物	1		例：他會主動跟牧師要求 <u>基督教象徵的十字架</u> 只要握握他就覺得很平安。	C03-16
CD2 家庭支持系統	15	1		
2-1 支持系統	11		例：他的整個家庭支持系統比較好一點的，他們的話，就支持系統沒那麼好。	I09-06
2-2 情感依附	8		例：他們蠻 <u>依賴家屬</u> ， <u>情感上的依賴</u> ，家裡和睦就會蠻平安，建構在比較家的模式裡面。	C03-13
2-3 婚姻狀態	5		例：這兩床跟她先生相處的模式感覺比較好， <u>互動蠻好的</u> ；她跟她先生就比較有距離。	L12-32
2-4 愛與關懷	5		例：非常 <u>缺乏愛</u> ，缺少他家裡人的愛。	K11-12-1
2-5 遺棄感	4		例：這兩個病人都是覺得說家人對他的關懷都不夠，感覺都有 <u>遺棄感</u> 的感覺。	P16-01
2-6 陪伴	3		例：他的行為就是表面比較小孩子氣，就是需要 <u>陪伴</u> ，要引我們過去。	L12-04-5
2-7 牽掛	3		例：當媽媽的牽掛的都是 <u>小孩子</u> ；這個弟弟牽掛父親。	L12-29
2-8 能力	2		例：家屬的照顧並不是不關心，而是在 <u>技巧上或能力上</u> 比較受限；這邊收集資料，做好選擇。	G07-02-2

	人數 名次		例句	編碼
CD3 面對疾病	13	3		
3-1 接受度	9		例：這個他比較樂觀去接受它，那他一開始蠻 <u>否認、沮喪、否認他自己，不太願意接受這病。</u>	C03-07
3-2 態度	6		例：他有很多想法是他要再好起來，要再報效國家，會有很多很多的期待、 <u>不甘心。</u>	G07-15
3-3 調適	5		例：這個病人是很勇敢，坦然面對疾病，他都自己抽痰，很自主， <u>調適的很好。</u>	L12-01
3-4 認知	3		例：他認知他自己的疾病；這病人是比較無法認知自己的疾病，他們知道不健康是無法回復。	M13-24
3-5 疼痛控制	1		例：施啊嬤藥物使用上要求比較簡單；這兩個對於 <u>疼痛控制</u> ，呈現不斷的去索取。	P16-14
CD4 面對死亡	12	4		
4-1 態度	11		例：他對整個死亡，到臨終前的整個過程都是很 <u>平靜、想的很開。</u>	F06-01-1
4-2 接受度	5		例：他們就是真的是低(B) 中(A) 高(C)，三級一、二、三，就是 <u>接受死亡的程度。</u>	J10-02-1
4-3 瀕死過程	3		例：這個死前比較躁動不安；這兩個走的比較 <u>平安、安詳。</u>	H08-09
4-4 準備	3		例：對自己的死亡不會有準備的感覺，然後B就還好。	O15-10
4-5 求生意志	1		例：他們的 <u>求生意志比較強</u> ，這個啊嬤他就比較沒有那種求生意志。	I09-08
CD5 意義價值	9	6		
5-1 人生的看法	8		例：他對生命的看法是 <u>生命即空</u> ；但是他有一種 <u>想要再跟自己的疾病搏鬥一次</u> 的感覺。	N14-07
5-2 生命意義	4		例：他都給你正向的東西，他是讓自己很有價值， <u>生活很有意義</u> 的一個個案。	F06-05-1
5-3 肯定	4		例：他們都認同伯伯在這一生之中對家裡貢獻的 <u>價值</u> ；那這兩位沒有人去肯定他的價值。	C03-24
CD6 表達	9	6		
6-1 敞開心胸	7		例：他們比較願意去談自己內心真正的想法，那他比較隱藏的，會 <u>迎合別人對我的想法。</u>	M13-12
6-2 方式	3		例：這兩個可以說話，這一個用寫的表達。	L12-24

	人數 名次		例句	編碼
CD7 人格特質	10	5		
7-1 人格特質	10		例：他們比較能 <u>尊重</u> 阿伯的選擇；她就是比較堅持己見，‘ <u>自我</u> ’的部份比較大。	J10-01-4
7-2 導因	4		例：他到死之前就是有人格的改變，因為疾病的 <u>演變</u> 導致一些看法、觀念、想法變得完全不一樣。	F06-01-1
7-3 責任感	1		例：這一個他就不喜歡他的女兒來醫院，會保護他的子女；這個就比較沒 <u>責任感</u> 。	L12-05
CD8 情緒狀態	4	9	例：他主要是情緒的問題，常常是因為沒安全感引發很多情緒。	L12-10
CD9 自主性	3			
9-1 活動性	2		例：他有 <u>活動力</u> ，只要有人跟他說話，就過的很快樂；這兩個臥床，活動空間限制他去接受他的病情，孤獨型人格。	C03-39
9-2 掌控權	3		例：他們兩個比較有 <u>掌控的權利</u> ，D的話就整個放棄掉了。	B02-13
CD10 身體心象	6	8	例：這二個因為都是頭頸部癌，所以他們 <u>身體心象</u> 會受傷是一樣的。	D04-16
CD11 經濟能力	2		例：這兩床是 <u>小康</u> 過得去，這一床是靠社會資源。	L12-27
CD12 歸屬	3			
12-1 責任	2		例：他對自己 <u>社會責任</u> 的期待他覺得可以；這邊是覺得還有很多未完成的社會責任。	M13-13
12-2 假象	1		例：他在看護照顧的時後是想給別人一種 <u>假象</u> ，一種好像是家庭很美滿幸福，有點自欺欺人。	P16-05-1
CD13 性別差異	4	9	例： <u>女生躺在床上好像很少有男生在旁邊照顧</u> ，而男生如果躺在床上都是太太照顧的比較多。	K11-17

	人數 名次	例句	編碼
CD14 年齡	3		
14-1 年齡	3	例：他們 <u>年紀大</u> ，生命會有比較多的頓悟、反省；他是 <u>年輕人</u> 血氣方剛，有很多的抱怨、生氣、衝突。	N14-02
14-2 時代背景	1	例：他已經五十歲，他的 <u>時代背景</u> 讓他比較壓抑。	E05-03
CD15 其他			
CD15-1 介入	2	例：這個經過護理措施介入後，行為沒有 <u>改變</u> ，這兩個看的出來行為有些改變。	M13-07
CD15-2 思考模式	2	例：對事情看法，屬於 <u>負向的思考模式</u> 。	A01-01-1
CD15-3 靈性平安	1	例：靈性上平安，就會使病人對 <u>身體的症狀不再抱怨</u> 。	G07-01-1
CD15-4 靈性狀態	1	例：這個 <u>靈性狀態比較正向</u> ，接受死亡和疾病的程度比較高。	E05-08
CD15-5 團隊支持	1	例： <u>團隊的一個給他們的協助</u> ，另一個是從頭就不需要。	A01-09
CD15-6 寄託	1	例：他們好像就是有 <u>找到一個可以寄託的對象</u> 。	B02-09
CD15-7 出院	1	例：這二個比較好 <u>出院</u> ，這一個會比較難出院。	D04-13
CD15-8 口慾	1	例：像他最後不能 intake (攝食)，不能吞，他就是去聞它，他有那麼重的 <u>口慾</u> 。	K11-12-2

表 4-2 列出研究參與者對靈性之建構向度、編碼與例句，所列之例句均從研究參與者之逐字稿中摘錄而得，並標示出與類別相關之語句，以瞭解內容分類之方式。

表 4-3 安寧護理人員之靈性建構數：

編號	建構	向度	建構向度名稱 (Construct Direction)
總數 數			
1	20	13	CD1-1 CD1-3 CD1-4 CD2-1 CD3-2 CD3-4 CD5-1 CD5-2 CD5-3 CD7-1 CD8 CD15-2 CD15-5
2	13	10	CD1-2 CD2-5 CD3-1 CD3-2 CD5-1 CD5-2 CD6-1 CD9-1 CD9-2 CD15-6
3	30	22	CD1-1 CD1-2 CD1-4 CD1-5 CD1-6 CD1-8 CD2-2 CD2-5 CD3-1 CD3-2 CD4-1 CD4-2 CD5-1 CD5-2 CD5-3 CD6-1 CD7-1 CD9-1 CD9-2 CD10 CD13 CD14-1
4	27	16	CD1-1 CD1-2 CD1-5 CD1-6 CD2-1 CD2-2 CD2-6 CD3-1 CD4-1 CD6-1 CD6-2 CD7-1 CD10 CD11 CD13 CD15-7
5	24	11	CD1-1 CD1-3 CD2-1 CD2-3 CD4-1 CD6-2 CD8 CD10 CD14-1 CD14-2 CD15-4
6	22	15	CD1-6 CD2-1 CD2-4 CD3-3 CD4-1 CD4-3 CD4-4 CD5-1 CD5-2 CD6-1 CD7-1 CD7-2 CD7-3 CD8 CD15-1
7	23	16	CD1-1 CD1-2 CD1-4 CD1-5 CD2-1 CD2-2 CD2-3 CD2-8 CD3-1 CD3-2 CD3-3 CD4-1 CD4-2 CD4-3 CD12-1 CD15-3
8	13	5	CD1-1 CD1-3 CD4-1 CD4-2 CD4-3
9	20	12	CD1-1 CD1-3 CD1-5 CD2-1 CD2-2 CD2-3 CD2-8 CD3-1 CD3-4 CD4-1 CD4-5 CD6-1
10	16	10	CD1-2 CD1-3 CD2-2 CD2-7 CD3-2 CD3-3 CD4-1 CD4-2 CD4-4 CD7-1
11	21	15	CD1-2 CD1-3 CD2-1 CD2-2 CD2-3 CD2-4 CD2-6 CD5-1 CD6-1 CD7-1 CD7-2 CD10 CD11 CD13 CD15-7
12	25	21	CD1-1 CD1-3 CD2-1 CD2-3 CD2-4 CD2-6 CD2-7 CD3-1 CD3-3 CD4-1 CD6-2 CD7-1 CD7-3 CD8 CD9-2 CD10 CD11 CD13 CD14-1 CD14-2 CD15-2
13	31	17	CD2-1 CD2-2 CD2-4 CD2-5 CD2-6 CD3-1 CD3-2 CD3-4 CD4-1 CD5-1 CD5-3 CD6-1 CD7-1 CD8 CD10 CD12-1 CD15-1
14	10	6	CD1-4 CD1-7 CD2-1 CD3-1 CD5-1 CD14-1
15	15	7	CD1-2 CD1-4 CD2-2 CD3-1 CD4-2 CD4-4 CD5-1
16	31	15	CD1-2 CD1-3 CD1-4 CD2-1 CD2-4 CD2-5 CD3-1 CD3-3 CD3-5 CD4-1 CD4-2 CD5-3 CD7-1 CD7-2 CD12-2
總數	341	211	
平均	21	13	

表 4-3 為本研究之研究參與者，每人經由「建構詞錄方格」所萃取之建構數目，建構總數為 341；平均為 21，而功能獨立的建構數在 5 至 22 之間，建構總數為 211；平均為 13，此資料將提供分類架構中之「分化性」結果。

壹、面向分析之結果

一、身體面向

(一) 自主性：

身體不能活動，不僅限制了病人的活動空間，更框限著病人的對疾病的接受、對事物的掌控感，失去活動能力也就失去生命的主控權與價值感。

他完全不能接受他不能走，喪失對很多事情的掌控權 (B02-16)

他有活動力，只要別人跟他談他就會覺得他今天過的很快樂；那這兩個臥床，活動空間限制他去接受他的病情 (C03-39)

他可以走，有自主性、主控權；這兩個臥床對生命的主控權少，價值感也相對的減低 (C03-31)

(二) 身體心象：

內隱 (如肺癌) 或外顯 (如鼻咽癌) 的疾病，決定著身體心象的改變，有身體心象改變的病人，對自我的接納度比較低，容易自卑，覺得自己像怪物，拒絕與人互動，甚至會有強迫性行為出現，並且因為頭頸部癌的易出血性，引發對死亡的恐慌，影響病人靈性的平安。

他對自己的接納度就很低，那其實我們發現他心裡其實蠻不平安的

(C03-05)

這個病人是鼻咽癌轉移，頭部有個傷口，不敢踏出來外面給別人看到；

像 A 主要不在臉部，在氣切；這個在臉部會一直摳他眼睛 (L12-33)

AE 都是頭頸部癌，患處會有出血的狀況，造成他們對死亡的恐慌

(D04-05)

他覺得自己躺在床上不能動是一種怪物，對外觀比較關注；他的疾病一般是看不出來 (M13-04)

二、心理面向

(一) 家庭支持系統：

家庭支持系統是個體靈性的根基，是安全感的來源。護理人員對家庭支持系統的關注包含著一是對整個支持系統的描述、 婚姻狀態或是有沒有家屬照顧，二是屬於情感的依附、愛與關懷、遺棄感、陪伴與牽掛等較感性的部分。護理人員認為家屬願意來照顧是靈性最基本的要求，而家庭支持系統強，病人會有比較好的靈性狀態。

我們也不知道什麼樣的靈性是最好的，可是我們最低的要求是家屬願意來看 (K11-12-3)

他家裡不理他；他也都完全沒有人可以來照顧他；他的支持系統很強 (A01-08)

這床看護照顧，這床沒人照顧，這床先生照顧，所以安全感是有差 (L12-04-3)

他們的家屬照顧他們的時候，怨言頗多；這個的家屬是比較出於心甘情願的照顧病患 (M13-14)

這兩個是家屬照顧，這個是看護照顧 (P16-05)

他家庭支持系統比較好，所以相對的靈性狀態也比較好；這兩個都是沒有人照顧的 (E05-01-1)

夫妻關係是組成家庭的要素，夫妻間有著最親密的關係，也有著最複雜的感情。婚姻狀態提供的是一份扎實的照顧、一份真摯的情感。在面對重大疾病

時，有人因為缺少另一半的支持，有所缺憾；有人期望在病床邊和解；也有人懷著很多的不甘心。在死亡的面前，他們可以是最親密的支持者，也可能是最疏離的怨恨者。

他們兩個都一個人，沒有人照顧他們（K11-11）

他有伴侶支持，那這個啊嬤是喪偶，那他和他妻子離婚，他們就是缺少伴侶的支持（I09-10）

這兩床跟她先生相處的模式感覺比較好，互動蠻好的；她跟她先生就比較有距離（L12-32）

婚姻狀態，他們都是分居，支持系統比較薄弱（E05-07）

家屬的照顧提供的是一種經濟、照護與情感上的安全感，在人們最脆弱的時候（如罹患重大疾病時），格外需要家人的支持，此時，病人藉由家屬的陪伴來獲得安全感，若家人無法滿足病人的需求時，病人就會有被遺棄感。

他們家裡支持比較不一樣，比較缺乏安全感，比如經濟、照護上；他是比較相對沒有缺乏（M13-15）

這兩個病人都是覺得說家人對他的關懷都不夠，感覺都有遺棄感的感覺（P16-01）

家人常常來看他們，讓他們不會覺得很孤單，那這個病人，家屬請外傭來 care，怕被遺棄（B02-16）

他也是要求週遭的人，希望說他的家人常來看他，比較沒有安全感（C03-08）

病人與家屬間特殊的情感依附，是無可取代的，而中國人更是看重家人間的感情，把平安的感覺建構在家的模式裡，家庭幸福是一種最好的感覺。情感依附的需求，透過身體和心理依賴來傳遞。

他們靈性和心理狀態都蠻依賴家屬的，情感上的依賴，覺得家裡和睦就

會蠻平安的，他們是建構在比較家的模式裡面（C03-13）

他的家族的凝聚力也有關係（J10-01-2）

他們都是一個人，自己照顧自己，沒有家人很需要愛的人；他是最幸福的，笑容掛嘴邊（K11-03）

施啊嬭比較依賴看護，不舒服有人哄哄就好了，陳阿姨的不舒服要靠比較強的藥物控制（P16-08）

愛是上天給人們最好的禮物，家人的愛是幫助病人度過挫折最大的支持力量，愛更是家庭支持系統的核心與本質。而愛的傳遞是雙向的，家人付出愛的同時，也需要病人能夠感受，如此愛才得以傳遞到彼此的心裡。

非常缺乏愛，缺少他家裡人的愛（K11-12-1）

他們兩個懂得怎樣去愛他們親近的人；他是很希望他是被愛，希望大家來關心他（L12-30）

別人對他的愛，他可以感受；這個是沒辦法感受，比較沒辦法感受別人對他是關心的（M13-09）

他們是比較沒有辦法跟別人感謝的，這個病患他會感謝他的家人這樣的照顧（M13-14）

大部分的病人都是需要陪伴的，透過陪伴滿足病人安全感的需求，有病人將安全感建立在需要家人的陪伴，也有病人建立在需求專業人員的陪伴，在護理人員的照顧經驗中，缺乏家人陪伴的病人，會以各種退化的方式吸引護理人員的注意，吵鬧的背後有著一顆需陪伴、關懷的心。

家裡的人都有人來看，這是有人陪伴的；這是沒有人陪伴的（K11-14）

他的行為就是表面比較小孩子氣，就是需要陪伴，要引我們過去（L12-04-5）

很需要專業人員的陪伴（D04-12-1）

有時候很哭鬧，其實蠻需要人家關懷的，故意做些挑釁的動作來引起你的注意力，就是要引起你的關心，可以陪他（F06-12）

臨終者總是牽掛心中最重要或最放心不下的人，小孩給媽媽最大的支持力量，也是媽媽最放心不下的牽掛；十九歲的小孩牽掛爸爸；中年男子牽掛事業。

他們心中有最重要的人的份量，可以給他支持的力量（L12-16-1）

自己的小孩子給自己是一個很大的力量（L12-22-2）

當媽媽的牽掛的都是小孩子；這個弟弟牽掛父親（L12-29）

A 比較牽掛的是兩個小孩子，這兩位都是比較牽掛他自己的部份，就是事業上面的成就（J10-11）

（二）表達：

願意敞開心胸，表達自己內心真正的想法，是護理人員與病人搭起心之橋樑的第一步，惟有透過這座橋樑，護理人員才得以進入病人的世界，瞭解其需求，滿足其需求。

他會主動表達需要別人來關心他，並從中得到回饋（C03-30-1）

你可以很清楚的知道說他需要的是什麼，他會清楚的表達；他們又是這樣，又不是那樣（F06-15-1）

另一方面，願意敞開心胸，表示病人的靈性處於較開放的狀態，不再為了迎合討好別人而隱藏自己，反之，不願意談論，表示那還是病人心中的一個結。

他們都沒辦法 open mind 去談論他的家庭（D04-19）

他們是比較願意談，他是插管的，可以用筆談，那這病人就不想跟你談有關家庭的事（I09-07）

他比較不願意表露他的問題給家裡，不會坦然面對，就是會隱瞞

(F06-07)

他很多事情都放在心裡面，需要去討好或迎合別人對他的想法，比較沒辦法做自己，他們兩個是比較敢去表達自己內心的想法 (M13-07-2)

此外，表達方式的不同，成為護理人員瞭解病人靈性狀態的一種方式。

這兩個可以說話；這一個用寫的表達，他比較會深思熟慮，他有留下他的筆跡來 (L12-24)

這一個算是蠻健談的，這個比較壓抑型；他們都是比較直接表達的，憤怒不安就是直接表達 (E05-14)

(三) 人格特質：

人格特質常常造成護理人員靈性照顧的困難，防禦心強，護理人員很難進入他們的內心世界；自我中心者，不願意配合醫療措施；不安全感重的病人，會競爭護理人員的愛與要求護理人員過多的陪伴；而完美型人格者，又極度要求護理人員符合他的完美要求，使得護理人員疲於奔命。

這兩個很平和、和善，只要花時間去陪他，就可以進入他的心靈狀態；他防禦心很強 (C03-18)

這兩個人格特質比較完美型的，他希望凡事都做的很好滿分的話，心裡就覺得很平安、舒適 (C03-04)

他們基本上不安全感都很重，以自己為最主要的中心點 (D04-04)

個性，這邊是成熟的，這邊就是需要撒嬌的、缺乏愛、小孩子脾氣、不夠成熟 (K11-14-1)

他們會互相競爭工作人員的注意力，跟誰得到的愛比較多；這個是比較不會去競爭的 (M13-26)

這兩個自我非常的重，不會去體諒別人的感受；這個啊嬤是靜靜的，變得很冷漠 (P16-06)

另一方面，人格特質會影響病人與家人、病友和護理人員的互動關係，以及看待死亡或疾病的態度。堅強的病人仍讓護理人員感到佩服，而體貼溫柔的病人會使護理人員感受到如沐春風。

D 可以跟別人互動，B 比較不夠，就在病房裡，他幾乎快沒有辦法跟周圍的人互動（K11-04）

他很自主，還會把自己的經驗去安慰別人（L12-01）

他會想要做怎樣子的回饋（A01-05）

他比較害怕，無法接受自己的疾病，這個就比較樂天派（B02-02）

他們這兩床會懂得，人家對他好他可以感受，會體諒他人立場（L12-15）

他是一個很體貼、關心週遭所有的人，不時把愛付出給大家，最困難的事往自己身上扛（F06-01-1）

護理人員將人格特質導因於生長的背景、成長的環境以及疾病的演變。

生長背景、生長環境導致個案個人的問題，個人的家庭有關係（F06-04）

他到死之前就是有人格的改變，因為疾病的演變導致一些看法、觀念、想法完全不一樣（F06-01-1）

（四）情緒狀態：

護理人員 L12 和 E05 以為靈性的問題就是情緒的問題，靈性的問題是透過情緒來反映的，靈性負向就是吵鬧、焦慮、憤怒與不安的情緒反應。

靈性問題就是情緒！（L12-18-1）

這床比較沒有什麼靈性問題，他可以處理的蠻好的，這兩床比較有靈性問題（L12-18）

他表現他的情緒是很直接的，表現出來的靈性就很吵鬧、很憤怒，把他情緒外顯出來（E05-07）

引發情緒的原因有很多，其中最常見的是因為不安全感。透過病人情緒的反應，護理人員得以瞭解生病者的處境。

他主要是情緒的問題，常常是因為沒安全感引發很多情緒（L12-10）

他情緒起伏不大，給人家很紳士的感覺，另外兩位情緒的起伏會蠻大的（A01-16）

他們的情緒表達是很明顯、強烈的，喜怒哀樂，這個病人他是一個很溫和的（M13-25）

他們潛在的東西很多，或許本身有很多埋怨（F06-13-1）

三、宗教面向

（一）宗教信仰：

護理人員 B02 和 K11 認為靈性就是宗教信仰。

宗教信仰，然後他掛慮的，他的需求（K11-18）

宗教信仰吧（B02-19）

宗教影響著個體對生命、死亡、價值觀、行為和自己人生的看法，信仰賦予個體以正向的態度與力量去面對人生的苦難，最重要的是信仰提供個體靈性的平安。

他們沒有宗教信仰，對人生的看法也不一定，那他有自己的宗教，對一些事情的看法，都持一定的看法（A01-15）

他們比較長時間的信仰，信仰對他們價值觀蠻大的影響，內在的價值很穩固；這個他是一定要外來的提醒（C03-44）

他信基督教，會懺悔，然後去感謝他父母，透過宗教引導，給他一個行為規範（L12-06-1）

他想要趕快解脫死掉，可是至少他們比較稍微有一個正面的態度（C03-11）

這兩個是基督徒，他們感受信仰提供靈性的平安，可以直接表達出來

這阿姨的價值觀就停留在把看得到的地方做完美就好了 (C03-25)

他信基督教，相信過往時會回到上帝身邊，對疾病跟死亡，能夠用正向的方式來面對它 (D04-04-4)

宗教介入之後，就很明顯的一個態度上的轉變，那他們就是本來是很掙扎，感覺很不平安，後來一個皈依；一個慢慢去提醒他，感受到神很愛你後，會覺得他蠻平安的 (G07-05)

本於教義的不同，各宗教有著各自的生死觀，亦即不同的宗教對生命、死亡與疾病有著不同的看法。護理人員普遍認同基督教徒的生死觀，視死亡為必經的過程；死亡是新生命的開始；將疾病視為上帝給的考驗，正向地面對；只要真心懺悔，不必為以前做不好付出代價；遺愛人間，並且認為他們的靈性是比較開放的。而相對地，一般民間信仰或佛教徒，相信輪迴與宿命；視死亡為苦難的結束；將疾病看作是罪有應得，抱著贖罪的心態，所以過得比較苦。

有人傳福音給他，讓他覺得以前真的做不好，可以重新來過，他的生命建造在他能積極的活每一天，每一天都是新的，不用說為以前過去的不好去付什麼代價 (C03-01)

基督教是生命接近末了時，他有一個新的生命、在天堂有盼望，你的生命可以傳承下來；一般宗教和佛教，就是比較輪迴、宿命 (C03-09)

他們都是對基督教有一些接觸，所以他們覺得上帝會保守，過往是他們新生命的盼望；那這個就說過往是痛苦的結束 (C03-34)

信基督教有一個中心信仰，遇到一些問題是上帝賜給他的一些考驗，會正面去面對 (D04-02-1)

基督教徒看待死亡都蠻正向的，就是說這本來就是人生必經的；佛教徒沒有辦法像基督教徒一樣，坦然面對，著重死後要歸於哪裡 (F06-08)

像他對死亡觀是理所當然的，要怎麼回饋給大家，遺愛人間；他是佛教

徒只會想說我要回歸佛祖那邊，脫離人生的苦難（F06-21-1）

那我覺得他的靈性是比較開放性的，不用說像其他宗教都要捐錢，或者很苦（C03-02）

在生命的最後一段旅途中，有沒有宗教、是否虔誠，不必然能預言是否走得平順，甚至可能因為對宗教不滿而心生怨恨。而在護理人員的照顧經驗中，虔誠的信仰者，通常會有一段比較平靜的死前時光與瀕死過程。

這一個虔誠的宗教信仰，這兩位會比較會游疑不定（A01-02）

施啊嬭很少提到他個人宗教的需求，陳阿姨曾經怨恨上帝沒有聽到他的需求，覺得上帝沒有照顧到他，神對他不好，所以就恨神（P16-09）
他們對基督教有接觸，比較平和，放心的去禱告；那這個啊嬭覺得在信仰裡頭他好像會每一分、每一秒去抓住它（C03-35）

我覺得信仰，他是基督徒，對死亡的感覺和疾病都比較平靜接受
（E05-04）

這個她是基督徒，能夠依照她自己的心願，沒有什麼遺憾的離開人間
（H08-12）

宗教在臨終場域上的功能，一是提供心靈的寄託與歸屬，保持心情平靜；二為開拓個體的視野，不會自限；三是提升個體對死亡的看法；四為紓解壓力；五是緩解身體的疼痛，透過信仰達成靈性的超越，此時疼痛感也被超越了。

宗教信仰就是在心靈上有寄託，可以去達成心靈上、心情上平靜一點；
沒有宗教信仰就得自己去承受這個病痛（J10-06）

基督教對他有一定的影響，讓他的靈性有一定的歸屬，不會讓他驚慌失措（D04-02-2）

我看到他有快樂的一面，最主要是他有宗教信仰；他們都沒有特別怎樣的宗教信仰，因為宗教信仰，比較不會一直放在自己身上（K11-16）

他會藉由看書，甚至跟他宗教相關性的一些活動來提昇自己對死亡的看法，然後覺得說死亡祇是人生的一個過程而已（O15-02-2）

他們兩個都可以藉由宗教來抒發壓力（B02-11）

他去基督教會回來，病痛就比較不會呻吟，去以後就比較好（K11-08-1）

宗教上的力量可以緩和他們的不舒服，那這一個除非藥物真的發揮作用，不然他就是專注於他的疼痛和一些不好的心智表現出來（P16-19）

靈性上平安，就會對身體的症狀不再抱怨（G07-01-1）

如果在靈性超越的時候，他就不再抱怨痛，但是我們的藥物依然沒增加，就是他那個念頭或者是想法改變之後，他不再覺得痛（G07-04-1）

宗教同時提供病人有形與無形的支持，有形的支持如籌措醫療基金，無形的如病人懷著一顆感恩的心或者是教友給予心裡的支持與關懷。而家人若能在靈性上給予一致性的支持，對病人靈性的開展是有所幫助的。

兩個都是基督徒，還有信仰可以幫他們，比較有感恩的心（C03-11）

他的家人給他的一致性支持比較大，他們靈性上的支持都有一個基督徒的價值觀比較相近（C03-27）

這二個是基督教，宗教給他的支持，會有一致性，想法雷同（D04-15）

他的宗教對他的身心靈協助都很大，生理上教友募捐當他的醫療基金；心理方面，教友們會給他支持，一起為他禱告，唱詩歌（D04-19-2）

象徵物隱含著病人對宗教的投射，透露出病人的不安與無助。

他會主動跟牧師要求基督教象徵的十字架只要握握他就覺得很平安；他們就不會要求一個象徵，一個確實的象徵的意義去抓著（C03-16）

四、文化面向

（一）經濟能力：

經濟能力可以提供病人安全感，比較不需要擔心自己的後事處理或家人的生活。

這兩床是小康過得去，這一床是有社會資源（L12-27）

這一個經濟壓力算沒有，這兩個有經濟上的壓力，比較擔心自己的後事

（D04-07）

（二）歸屬：

中國人的集體意識高張，面子、角色、怕被遺棄都是歸屬問題。在臨終場域中的歸屬焦慮出現在，一是擔心因為自己不再具有社會功能、不再能擔負社會角色，怕被家人遺棄，二是假象，病人覺得自己要表現出好的一面，別人才會肯定他、喜歡他。

家人常常來看他們，讓他們不會覺得很孤單，那這個病人，家屬請外傭來 care，怕被遺棄（B02-16）

這兩個病人都是覺得說家人對他的關懷都不夠，感覺都有遺棄感的感覺

（P16-01）

他對自己社會責任的期待他覺得可以；這邊是覺得還有很多未完成的社會責任（M13-13）

這個病人之前都說他都可以接受病情、死亡最近他意識比較混淆，就跟牧師說他不要死，我們發現後面這個才是他真實的自我，之前那個都是給別人的假象而已（P16-01-1）

他在看護的照顧下是想給別人一種假象，一種好像是家庭很美滿幸福，有點自欺欺人（P16-05-1）

（三）性別差異：

社會對男生的期望是堅強、保護家庭、報效國家的強者，而對女生的期待則

是個賢內助、照顧者。

這個啊伯是男性，比較堅強，至少他不會特別表達他的軟弱；這啊嬤，比較宿命型（C03-36）

我們對男的社會定義是你是一個提供者，你要保護全家（D04-03-1）

女生躺在床上好像很少有男生在旁邊照顧男生如果躺在床上都是太太照顧的比較多（K11-17）

（四）年齡：

對於年紀長者，會認為他們比較能看淡生命、坦然面對死亡，而年紀輕者，則有比較多的不甘心、放不下。

我覺得年紀真的會影響一個人的靈性狀態，他還年輕，靈性狀態是比較稍微沒有安全感；這兩個因為年紀大，就覺得說該來的還是會來，在信仰裡面靠著神可以保守他們（C03-17）

年紀影響他們對癌症的接受和靈性狀態，年紀輕就是比較憤怒，比較沉默、拒絕（E05-07）

年紀大，生命會有比較多的頓悟、反省；年輕人血氣方剛，有很多的抱怨、生氣、衝突（N14-02）

當然，也有例外發生，十九歲也能坦然面對死亡。

他是十九歲就把人生看得很體悟（F06-06-2）

他對整個死亡，到臨終前的整個過程都是很平靜、想的很開（F06-01-1）

一個女孩子，也是二十幾歲，得病一般人都會蠻害怕的，因為年紀小，可是我發現他們都很成熟，包括要死之前都很成熟（L12-09-2）

成長的年代和社會的歷練同樣造就了面對死亡不同的風貌。

他五十歲，他的時代背景讓他比較壓抑（E05-03）

他比較壓抑一些，不會把情緒表現的很明顯，還有道德標準在他的身上；這兩個外顯行為比較明顯，不會去在乎禮節（E05-02-1）

他們兩個比較有社會歷練，想的比較多；這個弟弟比較單純，想的事情就很簡單（L12-31）

五、態度面向

（一）面對疾病：

對疾病的認知關涉著病人對疾病的接受度，也關涉著病人能不能走入人生的下一個階段。

他不接受病不好，他一直抱持著我一定會好起來（A01-11-1）

他們兩位正向的接受自己的疾病，明白可以控制穩定就算不錯（A01-11-2）

他認知他自己的疾病，他們知道不健康是無法回復（M13-24）

他是滿足、愉快的，這二個比較是無奈中去接受，甚至是憤怒的（N14-06-3）

他是完全沒有辦法對疾病去接受；他是去接受了，但是期望會好（O15-08-1）

病人擺盪在接受與不接受之間，會去想“為什麼是我，不是別人”“為什麼會得這個病”，歸因於自己做得不好而有贖罪的心態；或者覺得我是好人，得病是不公平而產生怨恨的心態，有些病人會想對疾病挑戰，想再好起來，報效國家，但惟有在病人真正接受自己的疾病時，靈性的開展才有著可能。

對他們的病是不接受的，會想說自己為什麼會得到這個病，他對人那麼好為什麼會這樣子，所以對他們的疾病會怨恨這樣子（A01-21）

這個覺得說他生病是一件很不公平的事情（M13-26）

她心裡還是有很多的不願（J10-01）

他是很悲觀的去面對這個病情，有點贖罪的作用（C03-08）

他年輕就得到癌症，有點覺得自己是罪有應得（C03-12）

他們會想要對自己的疾病去做挑戰（A01-13）

他有很多想法是他要再好起來，要再報效國家，會有很多很多的期待、不甘心（G07-15）

或許經過調適；或許因著病人本身的信仰、生命態度、人格特質，病人會對疾病有著不同的看法。

這個病人是很勇敢，坦然面對疾病，他都自己抽痰，很自主，調適的很好（L12-01）

這兩個都非常的坦然面對死亡，對他們的疾病也不會怨天尤人（L12-12）

他比較害怕，無法接受自己的疾病，這個就比較樂天派（B02-02）

這一個表現的很坦然，他對他自己臨死覺知，都不會害怕（L12-09-4）

（二）面對死亡：

從住進安寧病房的那一刻起，病人就知道有一天他們終將面對自己的死亡，有人坦然接受，將死亡當成生命的一部分；有人恐懼，逃避面對，其中有人因為責任未完或心願未了而害怕死亡，也有人只是怕死。平安的感覺是平靜的死亡態度背後的推手。

這兩個是比較不平靜一點，那這個伯伯是屬於比較平靜一點的，就是很坦然、很平靜的去接受他的即將面臨的一切（J10-01）

王阿姨他對死亡是蠻恐懼的；伯伯的表現是前後矛盾；陳阿姨也會恐懼死亡，但經由正向的去幫他回饋，不那麼會想到這一方面（P16-28）

這邊是勇敢的面對死亡；這邊是恐懼、害怕、退縮、拒絕（G07-10）

他還沒有盡到完全的責任；這兩個因為孩子都大了，覺得說責任已經盡到某個程度，比較容易去面對死亡是生命的一個過程（C03-19）

他們怕死亡是因為心願沒有完成；他擔心是比較偏重他自己怕死

(I09-01-1)

無法參與孩子的成長過程，會覺得很遺憾 (I09-16-1)

很多的病人都會提醒你天亮要叫他起床，他怕一睡就不會再醒，有這樣焦慮 (D04-18-1)

這個表現出來怕死、有鬼、怕鬼來纏他，想要趨鬼；這兩個是很平安的 (H08-07)

對死亡的準備度表現在勇於交代牽掛的事，討論後世的處理以及安排自己的餘生。

這兩個對死亡的準備度比房小姐來得差，因為房小姐會去交代，對他所牽掛的事情 J10-13

他對自己之後怎麼安排後事、生活，他是蠻有規劃性的，蠻能主控自己的感覺。 O15-01

他們家屬都願意講生病的預後，整個過世後的處理，雖然很不捨 F06-14

護理人員 J10 認為接受死亡佔靈性的一部分，並依據病人的表現，將死亡接受度分成低、中、高等級，而時間、年齡、宗教信仰、家族凝聚力以及是否完成生命中該做的事，都影響著病人對死亡的接受度。

靈性上...我覺得是對死亡.....接受死亡也佔靈性的一部分 (J10-15)

他就是真的是低 (B) 中 (A) 高 (C)，三級一、二、三，就是接受死亡的程度 (J10-02-1)

這兩個的行為很像，表面上說他對死亡心裡有準備，可以接受死亡來臨，但是表現出來的行為就是很害怕 (H08-05)

時間真的可以減少自己的一些傷痛 (L12-23-1)

因為他們家裡都是基督教徒，覺得說已經達到他生命中應該做的事，所

以比較祥和的接受他的過往；這兩位家屬還蠻捨不得病人（C03-36）

年齡、宗教信仰虔不虔誠、家族的凝聚力也有關係。J10-01-2

護理人員 G07 和 H08 認為瀕死過程平順，代表著靈性的平安，反之，瀕死過程是掙扎、躁動不安，表示靈性上的不平安。

他靈性上是不平安，就是瀕死的過程很不好，那他們能夠去接受、坦然面對死亡（G07-01-1）

他們兩個死亡的過程是很平順的；他整個死亡過程是痛苦、掙扎的（G07-14）

這個是很平安、很安詳的走，另外這兩個好像有什麼心願未了的樣子（H08-02）

這兩個在快要死前都會躁動不安的情形；這個在昏迷狀態當中，睡著就過世了（H08-10）

他不是走的很好、很平順，沒有得到心靈上慰藉；這兩個死的就是很好，遺容好漂亮喔（F06-16-2）

（三）意義價值：

尋找生命意義是人生最後一程時的重大任務，有些病人一直都明瞭自己的生命意義；也有些病人即使是人生最後一程，都不知道自己的生命意義何在，此時，護理人員做的就是幫助病人找出意義，並且透過肯定其生命意義來安撫病人的靈性。

他對自己的生活的目標還有意義，他比較不知道生存下來的意義在哪裡？（A01-07）

他們兩個比較沒有生命意義，但是至少說他可以找出他生命意義的地方（B02-08）

他們對於生命活到什麼時候、生命意義，不是要釐清的那麼清楚，只求

平安的過去 (C03-12-2)

他都給你正向的東西，他是讓自己很有價值，生活很有意義的一個個案
(F06-05-1)

他對生命的看法是生命即空，看的很淡，對他的生命是平平靜靜的
(N14-07)

我覺得去肯定病人他生命中所做過的事情，是比較來得有意義一點，因為有個啊伯問我說，他覺得他好像都沒做什麼事，就要走了這樣子，然後我說其實沒有啊，你生的幾個小孩子都很有成就，跟他講完他就說：對呀，然後心情就變得很好，他就是跟別人講我的小孩子怎麼樣，有時候人大部分都是默默在做，都會忘記回頭去看看自己立下了很多功勞
(J10-15)

護理人員 C03 認為靈性就是價值觀、一個人生活的信念和對生命的看法。每個病人都對自己的生命，有著不一樣的詮釋，有的病人對自己已過往的人生感到罪惡感；也有病人則感到不公平，有的病人珍惜人生的每一分鐘；也有病人根本不在意，有的病人樂觀、正向地面對人生；也有病人想早點結束生命，有的病人對人生有很多的感謝或把生命看得雲淡風清；也有病人對生命不抱任何希望。

靈性就是價值觀和一個人生活的信念，他堅持走下去和他對生命的看法，對週遭事物....就是對週遭事物他領受了之後，內化他對這個事物的反應，對靈性影響很大 (C03-45)

靈性上...我覺得是對他整个人生的意義，就是生命的意義嘛！(J10-15)
這兩個過去的人生，傾向屬於比較容易有罪惡感，對生病這件事情，比較能夠接受；這個一直是中規中舉，生病是個很不公平待遇 (M13-02)
他們會覺得他們今天會這樣是其來有自；這邊覺得我是個好人，為什麼會生病？(M13-06-1)

他們對自己的家庭，對自己的人生有一定的努力付出，他們很認真的在過他們的每一分鐘，他不需要去想那麼多，不需要去在意下一分鐘做什麼（A01-20）

比較樂觀、正向的去接受自己的生命，然後他覺得這個生病讓他更珍惜每一天的活著（C03-03）

他們比較懂得體會人生價值的意義，珍惜他們所擁有的（F06-11）

他們不是很正向的，是很負向的，他們會說有想要結束他們生命的念頭（A01-21）

他們兩個的 smile 好像有比較多的感謝、感恩，像還包含一種釋懷（K11-10）

這邊期望早點死亡，這邊對疾病還有期望（O15-03）

他對生命的看法是生命即空，看的很淡，對他的生命是平平靜靜的，但是他有一種想要再跟自己的疾病搏鬥一次的感覺（N14-07）

感覺對自己比較沒有希望（B02-06）

肯定來自於自己或家人，在回首走過的一生時，給予自己的一個評價，這樣的評價關涉靈性的安適，持正向肯定自己貢獻的病人，最後一程會走得比較平順。

這個伯伯的過往蠻平和的，他們都認同伯伯在這一生之中對家裡貢獻的價值；那這兩位沒有人去肯定他的價值是如何（C03-24）

他們對自己沒有很大的肯定跟自信，也不會很清楚自己要的是什麼（A01-18）

他內心有很多的罪惡感，是不完美、很糟糕的人；他們兩個覺得說他們是不錯的人（M13-08）

施啊嬭沒有辦法從他們來看她中得到那種存在感，還是重視感（P16-12）

第二節 個人群聚分析

個人靈性建構系統包含兩個部分，一為一般性建構意義分析；二是核心建構分析。一般性建構意義分析分為四部份：(一) 建構群聚分析；(二) 建構偏好分析；(三) 病人群聚分析；(四) 綜合分析。說明如下：

一、一般性建構意義分析

(一) 建構群聚分析：

依據套裝軟體 Web Grid ??進行之分析結果，對於一般性建構予以歸納、分析及詮釋各個群聚的意涵與建構間之關聯。

(二) 建構偏好分析：

分析研究參與者對各個一般性建構之偏好意涵。

(三) 病人群聚分析：

依據 Web Grid ??之分類，對研究參與者之一般性建構予以群聚與詮釋。

(四) 綜合分析

提出研究參與者之特殊意義建構。

二、核心建構分析

核心建構分析是將經由「階梯法」所蒐集之描述性資料，進行分析歸納，以追索出主導性建構。

以下將呈現 16 位研究參與者之個人靈性建構系統：

FOCUS : A01,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,20 constructs

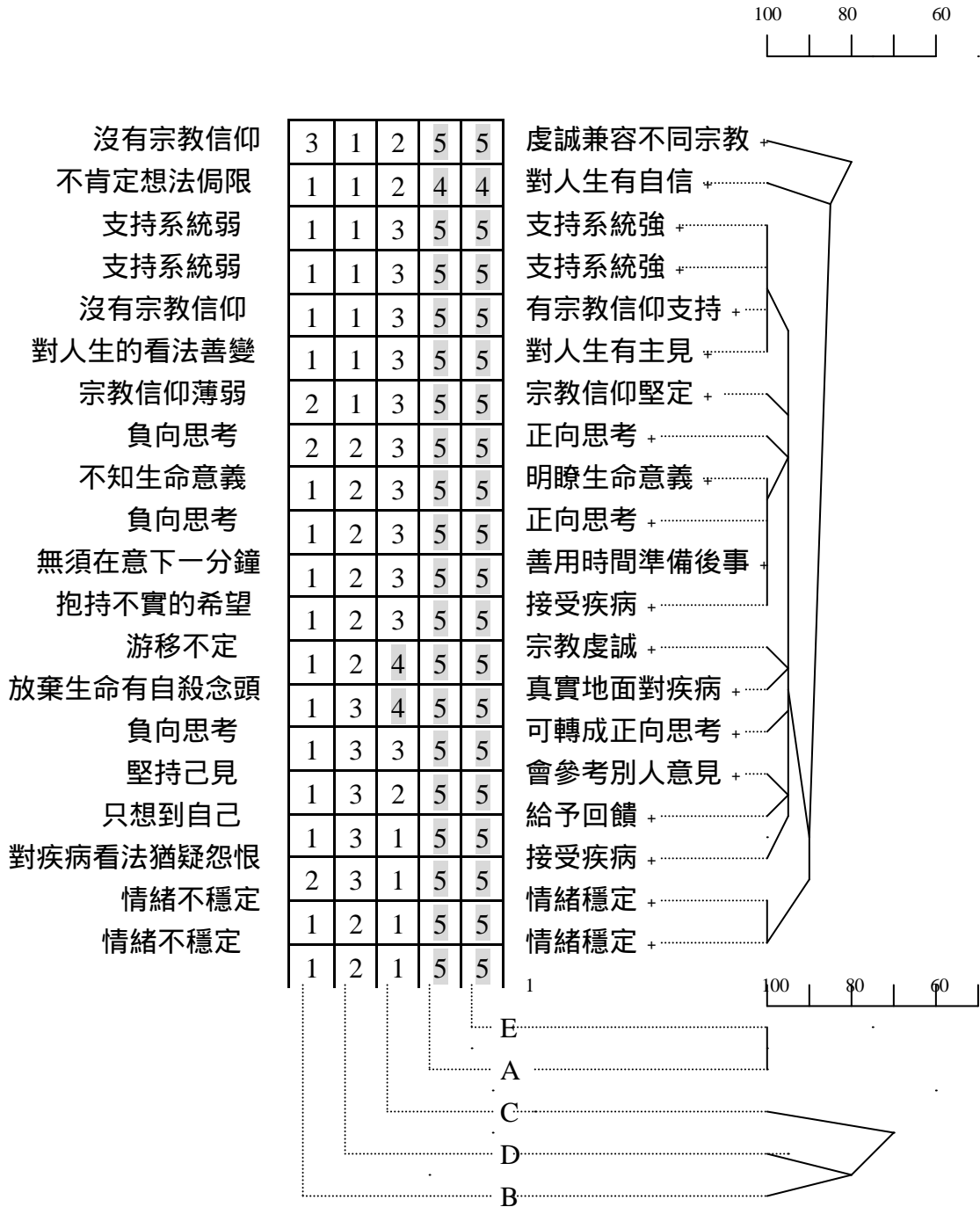


圖 4-1-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —001

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：A01
 context：具靈性特色的病人,5 element,20 constructs

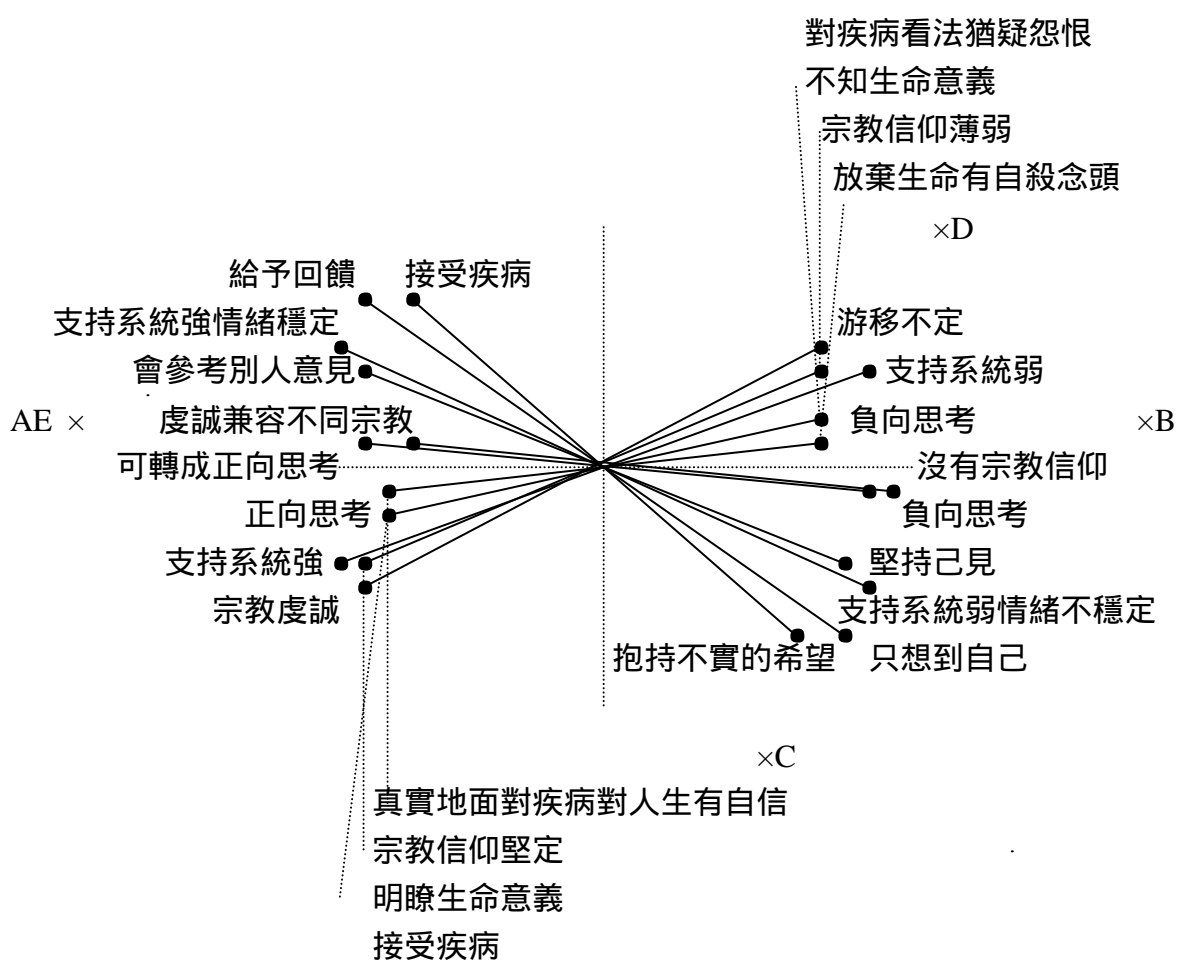


圖 4-1-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —001

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

檢視 A01 在使用建構詞錄方格列舉的 20 組一般性建構中，呈現四個類屬：

1. 支持系統，包含來自家庭、信仰與自己內在對人生的看法，其認為宗教信仰可以堅定自己對人生的看法。

2. 思考模式，在其建構中思考模式為其建構靈性的主軸中心，其認為正向思考模式的病人，是不會侷限想法在自己身上的人，較能明瞭生命的意義，較能接受疾病以及對後事會有所準備。

3. 面對疾病，在此類中呈現複雜多元的建構，能否接受疾病與信仰、思考模式、回饋相關，其認為對疾病持負向思考的病人，會想要放棄生命，擺盪在接受與不接受疾病之間，猶疑不定並產生怨恨的心態。而當病人有回饋的心時，便容易將負向思考轉成正向的思考。

4. 情緒，情緒反應著複雜的身體、心理狀態，在此建構中還包含著個人修養的向度關懷。而其中信仰在三個主要類屬中皆包含，表示對 A01 來說，「信仰」是具有滲透性的建構。

就統整性與凝聚性而言，A01 對靈性的建構具有高度的「統整性」，因其所有的建構之間的相關度非常高，均在 80% 以上，是為高「凝聚性」，且是高「極向一致性」，因其所偏好之建構與正向的建構呈現一致的情形。

（二）建構偏好分析

A01 的 20 項二分性一般建構的偏好選擇是：正向思考、宗教虔誠、支持系統強、情緒穩定、給予回饋、負向思考可轉成正向思考、明瞭生命意義、宗教信仰堅定、接受疾病、真實地面對疾病仍有生存意義、會參考別人意見、對人生的看法有主見、宗教虔誠且兼容不同宗教、對家庭負責善用時間準備後事。顯示其偏好的選擇都是個體認為正向的思考或好的行為。

（三）病人群聚分析

病人可區分為二個群聚，由兩個對立的類屬所主導，分別是正向思考模式對立負向思考模式；好的行為對立不當的行為；強的支持系統對立弱的支持系統，是為二分的好惡判斷，其中對病人 A、E 的靈性建構是完全一致的分類，標示著正向思考模式的一端；而另一端則是病人 B、C、D，標示著負向思考模式、弱的支持系統之靈性建構。

第一類病人「A」、「E」的特色是支持系統強，正向思考模式，宗教虔誠，對自己的人生及人際關係予以正向的肯定，對自己疾病的預後能夠接受，並做好死亡的準備。第二類病人「B」、「C」、「D」，共同特色是想法侷限無法肯定自己的人生意義，負向思考模式，情緒不穩定。

（四）綜合分析

檢視病人與一般建構間的關係，病人「A」、「E」呈現出所有正向的分類，顯示在受訪者心中，病人「A」、「E」具有正向的靈性狀態，其以正向的思考為中心，發展其靈性地圖。由於他們的正向思考模式，影響著他們對事物的看法或想法，他們明瞭自己的生命意義所在，很認真的過他們的每一分鐘，做好後事的準備，能接受疾病，不會存有不實的希望，也不因此而消沉、怨恨，並且有想回饋的想法與舉動，而對宗教信仰的虔誠堅定了他們對自己人生的看法。

病人「B」、「C」、「D」呈現出負向的靈性狀態，他們抱持著較負向的思考模式，微弱的家庭與信仰的支持系統、不知生命的意義、自我中心的人格特質，標示著其靈性發展的困境。

FOCUS : B02,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,13 constructs

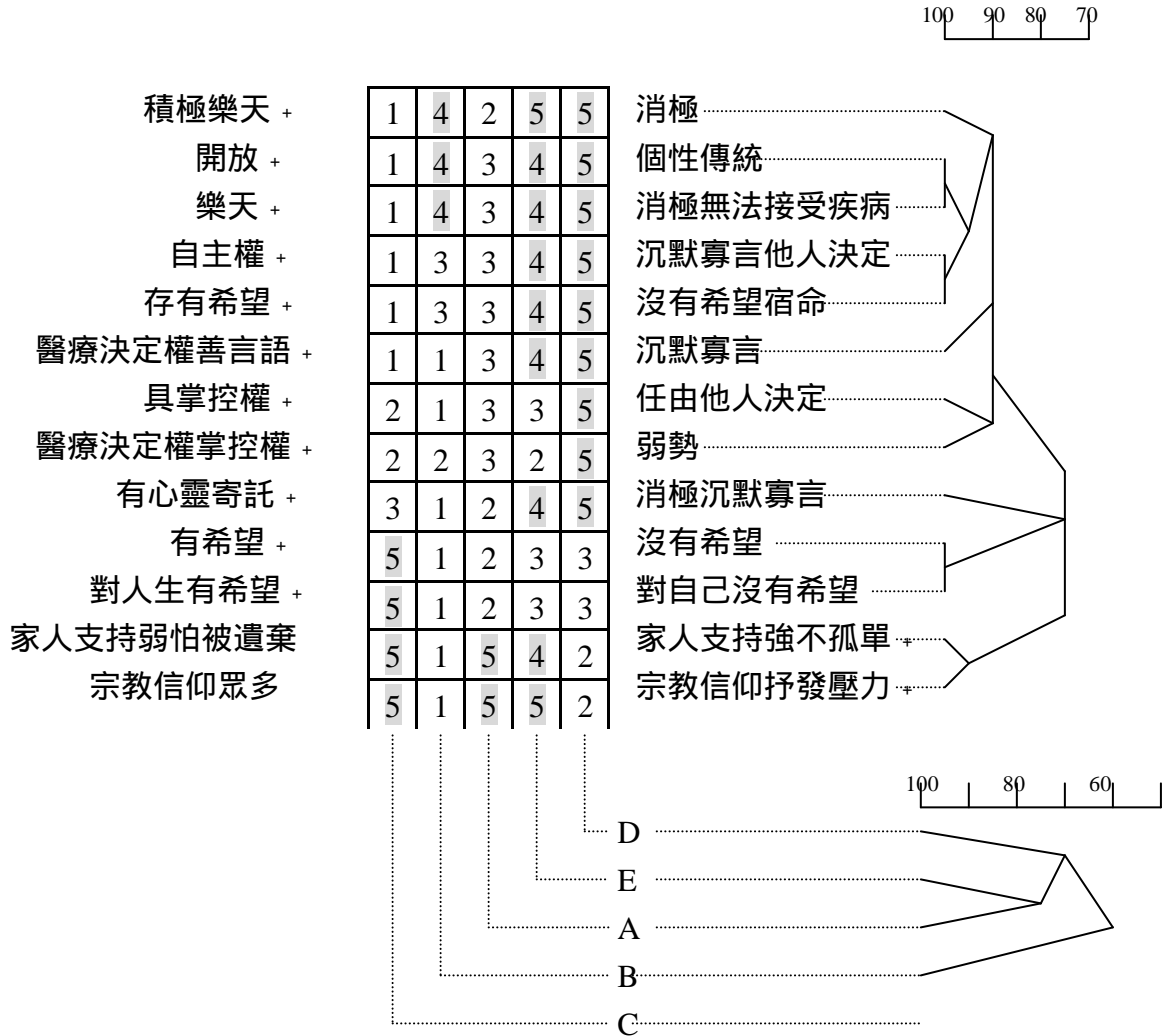


圖 4-2-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —002

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：B02

context：具靈性特色的病人,5 element,13 constructs

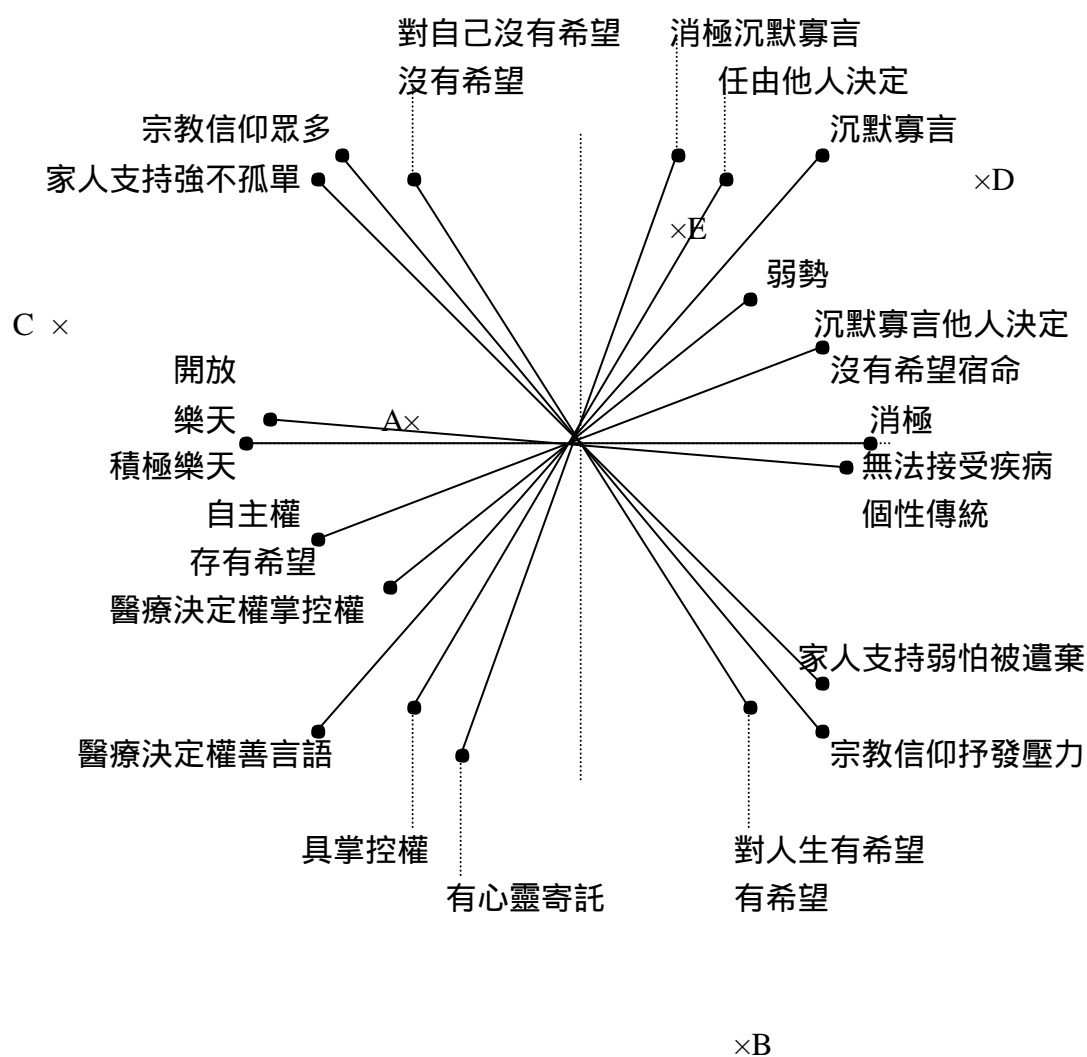


圖 4-2-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —002

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

檢視 B02 在使用建構詞錄方格列舉的 13 組一般性建構中，呈現二個類屬：1. 自主權，包含醫療決定權、言語表達權、對事物的掌控權。自主權與個人特質相關度很高，個人特質主要是指個性上積極樂天或消極；開放或傳統。開放或傳統是指婚姻狀態，結很多次婚或一夫一妻。B02 認為有自主權的病人，因為對事物尚有掌控的權利，所以對自己比較存有希望；相對地凡事由他人決定的病人，因為感受不到希望，所以生活態度會變得比較消極，甚至是完全放棄。

2. 支持系統，包含家人的支持、信仰的力量、對人生的希望和心靈寄託，B02 認為家人的陪伴讓病人感到不孤單，信仰則可以紓解壓力，兩者均提供支持的力量，而心靈寄託不專指宗教信仰，有形的食物也能安慰人心。其建構的希望是多面向的，對自己疾病的希望、對未來人生的希望，看到兒女結婚是一種希望的形式、活下去是另外一種的希望、積極或放棄治療又是不同的希望，同時個體的生命意義是寓於希望之中的。

（二）建構偏好分析

B02 的 13 項二分性一般建構的偏好選擇是：「積極樂天」、「自主權」、「醫療決定權」、「具掌控權」、「存有希望」、「有心靈寄託」、「對人生有希望」、「家人支持強不孤單」、「宗教信仰抒發壓力」。顯示其偏好的選擇都是個人特質積極樂天、有自主權、存有希望、不孤單。

群聚分析焦點剖面圖上可見其「凝聚性」和偏好之建構「極向一致性」都是低的，是為具低「統整性」之建構。

（三）病人建構分析

病人可區分為三個群聚：

第一類是病人「A」、「C」，共同特色是有家人支持不孤單，宗教信仰紓解壓力，個性較為積極樂天。不同處在於病人「A」對人生存有希望，但是害怕死亡，而病人「C」雖然感受不到任何的希望，但是覺得既然得病，終會死亡，頗能自得其樂。

第二類是病人「B」，家庭支持薄弱，腳不能走威脅到病人的掌控感，害怕被遺棄，無法接受得病顯得焦慮不安，基督教徒，因此靠祈禱求得心安。

第三類是病人「D」、「E」，共同特色是個性傳統、消極沈默寡言，無法接受疾病。不同處是病人「D」完全的弱勢，對自己的病和人生完全沒有決定權，甚至覺得自己的生死是兒女決定的，沒有希望。而病人「E」具有醫療決定權和掌控權，希望寄託於兒子的成就及婚姻大事。

(四) 綜合分析

身體自由活動能力的喪失，會威脅到病人對事物的掌控感，而越感到即將喪失，其不安全感就越重，就越想要抓住什麼，所以病人會以類似一直要求家人的陪伴，來淡化深怕被遺棄的感覺，但是當家屬無法滿足病人的要求時，病人就會情緒失控，用哭泣的行為來表達其感受。由此可知，身體層次是我們面對世界的基礎，當身體層次變動時，心理、靈性層次也會受到影響。

而被遺棄感是中國人集體意識高張下的歸屬焦慮，集體主義使中國人注重家族勝過自己個人和國家，所以家庭支持系統在臨終將近時，顯得愈發地重要。

FOCUS : C03,Domain : 靈性概念之建構研究 , 5 element,30 constructs

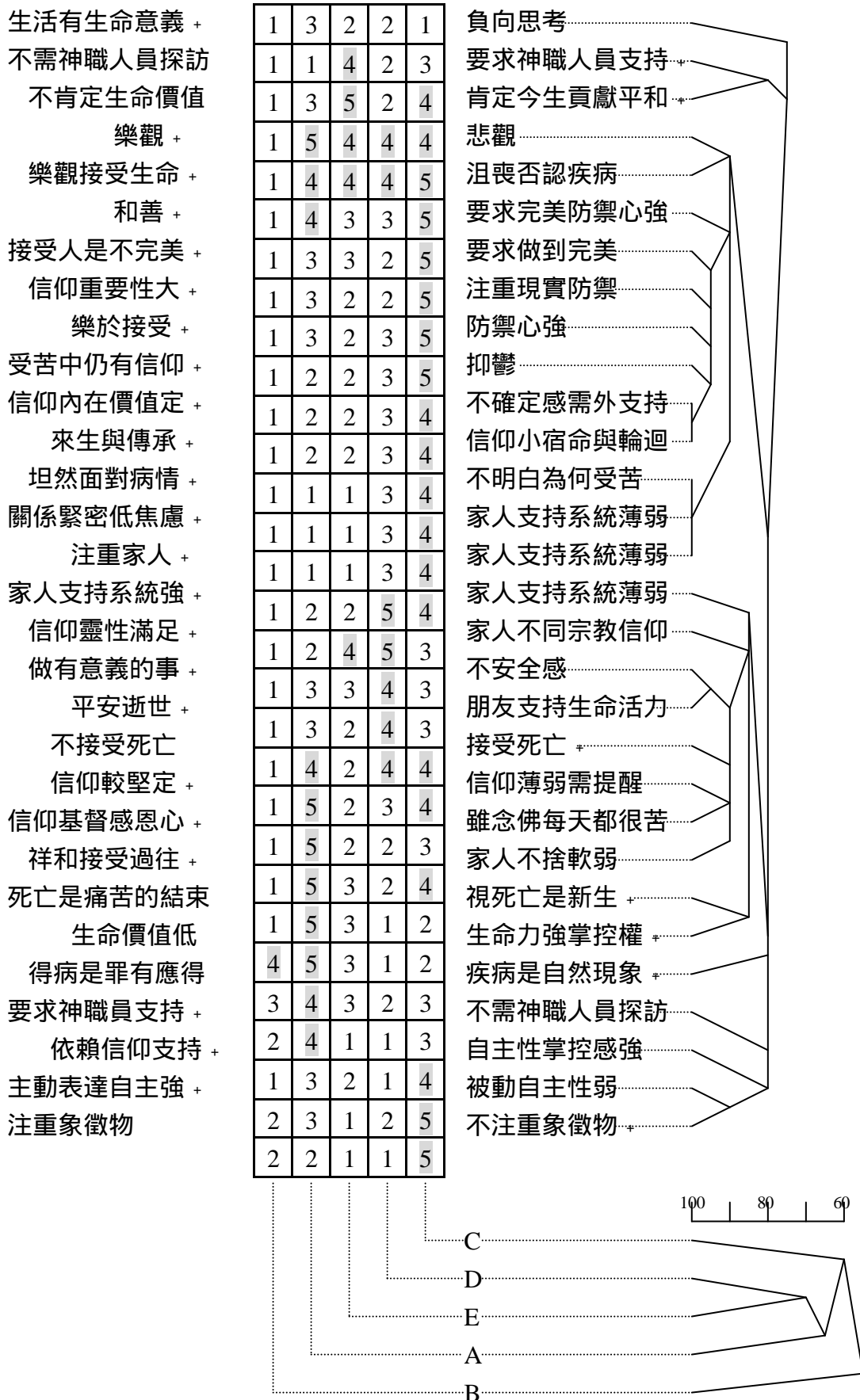


圖 4-3-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —003

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：C03
 context：具靈性特色的病人,5 element,30 constructs

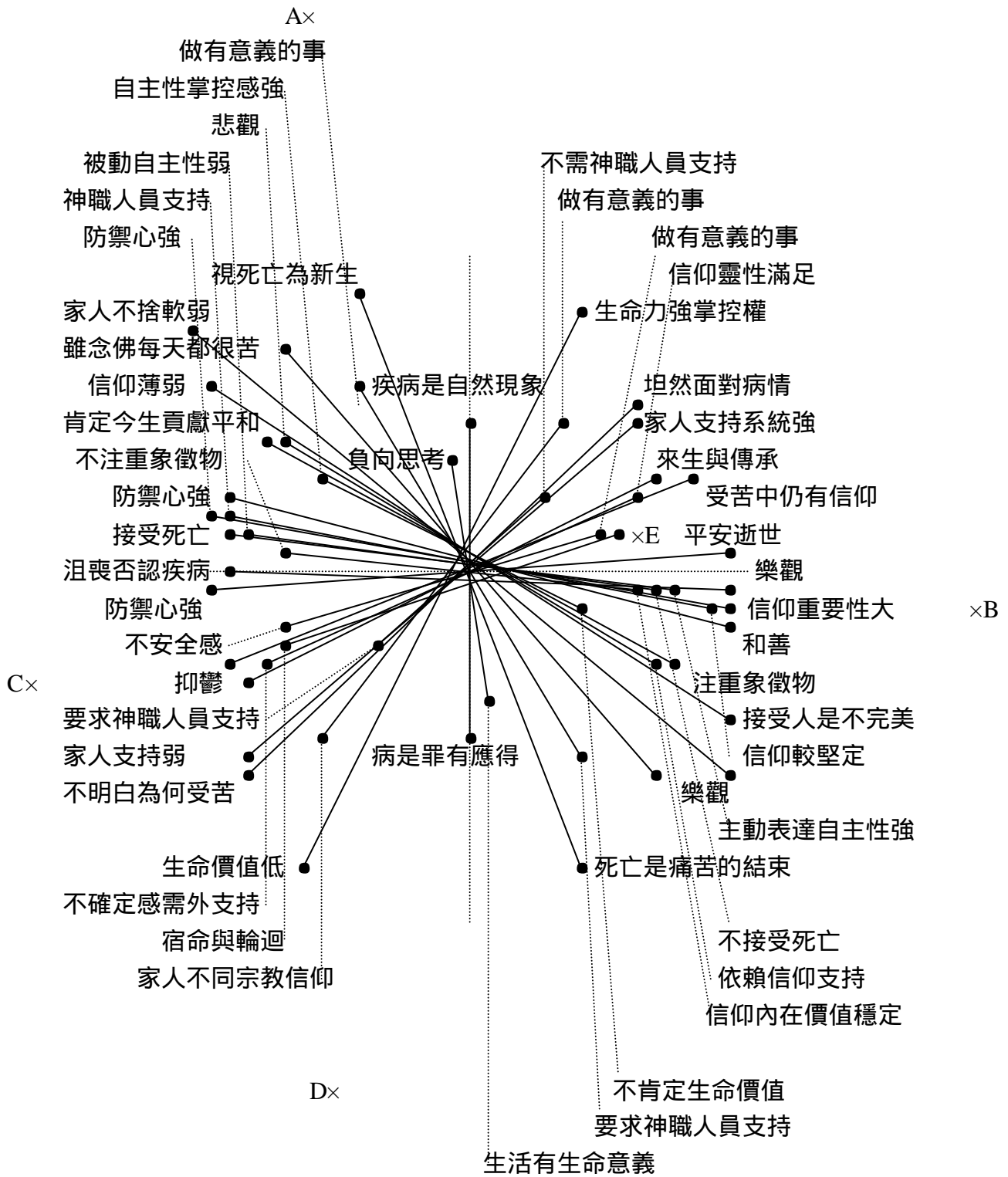


圖 4-3-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —003

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

透過 WebGrid 針對 C03 的 30 個二分性一性建構進行分析後，得到群聚分析分析焦點剖面圖，以及主成分分析圖，其中「信仰」深深地影響著 C03 對靈性的建構，因 C03 本身是虔誠的基督徒，故基督教義已深刻的存在於其建構系統中，共有 21 個建構是環繞著「信仰」建構起來的。其建構呈現五個類屬：

1. 宗教信仰，其對基督教與非基督信仰（佛教或民間信仰）有著對比的看法，認為基督徒因為有上帝或信仰的支持，提供靈性和心裡面的平安感，靈性上較為開放，同時有顆感恩的心，而生命是建造在積極的活每一天，不需為過去做的事付出代價，會比較樂觀、正向的接受自己的生命，珍惜生命，對死亡的態度也較正向，認為活著的每一天都有生命意義；而非基督信仰的病人會將生病歸因於以前做不好，是罪有應得，會有贖罪的心態，所以捐錢求心安。同時雖然念佛但仍覺得生命很苦，對病情比較悲觀，對死亡的態度則是求解脫，不明白為何受苦，找不到生命的價值何在。基督徒對死後世界的觀念是當生命末了，會有一個新的生命，天堂有盼望，生命會傳承下來；佛教對死後世界的觀念是輪迴與宿命，認為過往是痛苦的結束。

2. 人格特質，其分別病人是和善、樂觀、防禦或完美型的人格特質，其認為完美型代表病人的價值觀還停留在把看得見的地方做好，求完美的背後因素是以免有不好的下場；樂觀的病人則易於接受生命中的不完美，即使是受苦中仍能保有信仰。

3. 家庭支持系統，其認為有些病人的靈性是建構在「家」的模式中，只要家庭和睦，則心靈就能感到平安，而由家人親密的情感中得到的欣慰和滿足，可以減低病人身上感受到的痛。並認為家人的宗教信仰一致，會有比較相近的價值觀，提供比較一致的支持，家人一起獲得靈性上的滿足是比較好的。

4. 主控權，不能走動或活動的病人，會覺得自己失去主控權，減低自己的生命價值感。

5. 今生貢獻，透過家人與信仰來肯定病人今生的價值或貢獻，則病人會有比較平靜、平和的過往，不會有遺憾，所以，在人生的最後階段，回首前塵，肯定自己一生的價值或貢獻對病人的靈性狀態是重要的。

(二) 建構偏好分析

C03 的 30 項二分性一般建構中，其偏好選擇是：「生活有生命意義」、「要求神職人員支持」、「肯定今生貢獻平和過往」、「樂觀」、「樂觀接受生命」、「和善」、「接受人是不完美」、「信仰重要性大」、「樂於接受」、「受苦中仍有信仰」、「信仰內在價值定」、「來生與傳承」、「坦然面對病情」、「關係緊密低焦慮」、「注重家人」、「家人支持系統強」、「信仰靈性滿足」、「做有意義的事」、「平安逝世」、「接受死亡」、「信仰較堅定」、「信仰基督感恩心」、「祥和接受過往」、「視死亡是新生」、「生命力強掌控權」、「疾病是自然現象」、「要求神職員支持」、「依賴信仰支持」、「主動表達自主強」、「不注重象徵物」。其偏好強的家庭支持系統，樂觀和善的個人特質，堅定的宗教信仰，平安逝世，均為正向的觀念與行為。

群聚分析焦點剖面圖可見具有高「凝聚性」和低「極向一致性」的建構。

（三）病人群聚分析

病人可區分為四個群聚，第一類是病人「A」，佛教徒，相信冥冥有神可保守，在生活中常做善事才能得著幸福。生病時常念佛，認為可以贖罪，但是雖然每天念佛仍覺得很苦，信仰薄弱需要外在支持，否認疾病，家庭支持系統強。

第二類是病人「B」：基督徒，認為只要活著就有意義，家人能一起在生活中追尋上帝所給的信仰使命，體驗「主賜的平安」，有顆感恩的心，是 C03 建構之靈性正向的典型。

第三類是病人「C」：民間信仰，完美型的人格特質，要求把自己份內的事做得完美，如此，內心才會舒坦，家庭支持系統與信仰均薄弱，生命價值感低，是 C03 建構之靈性負向的典型。

第四類是病人「D」、「E」：病人「D」是基督徒；病人「E」則是基督與民間信仰並具，其共同特色是依賴信仰的支持，相信上帝會保守每一個人，而信仰的保守提供其安全感。

（四）綜合分析

C03 認為靈性是一個生活的信念，內化而成對所有事物的反應，而基督教信仰深入內化於 C03 對所有事物的建構中，其認為基督教信仰的支持能提供病人靈性上的平安，用感恩的心來面對生命，是一個積極正向的力量。

安全感對病人的靈性是重要的，有安全感的病人能夠比較正向的看待生命與死亡，而家人與信仰則是安全感的主要來源。

活動能力低除了影響病人的主控權、生命價值感外，還使得病人對疾病的接受度降低與造成孤獨型的人格特質。

二、核心建構分析

C03 認為祥和接受過往，代表個體能接受自己、接受自己被創造、接受生老病死的過程。其以為靈性就是一個人生活的「態度」、對待他自己、對待週遭，和遇到生活不如意時，能用有意義的方式來看待。而靈性涉及自我的價值評斷，評斷自我與創造者、他人和自己的關係是否「和諧」，而在和諧的狀態下，個體會顯現出一種安詳、沒有掙扎，用祥和的態度看待一切。

肯定今生的貢獻意謂著找到生命的意義，發展自我的認定，生命的意義提供個體「走下去的方向和力量」，不致茫然無從，而在環境、社會或家庭中找到自我角色的定位，有助於個體對自我「內在」的價值評價，達到自我實現。藉由維持和諧的關係，靈性得以滿足。

中國人注重家庭，家庭提供個體做人處世的「基礎」，在家庭中能正向地認定自我角色，會影響靈性的「和諧狀態」。靈性看重自我評斷，而非由外界賦予，其認為能接受自己，認定自己是個主體，才能坦然面對逆境。

FOCUS : D04,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,27 constructs

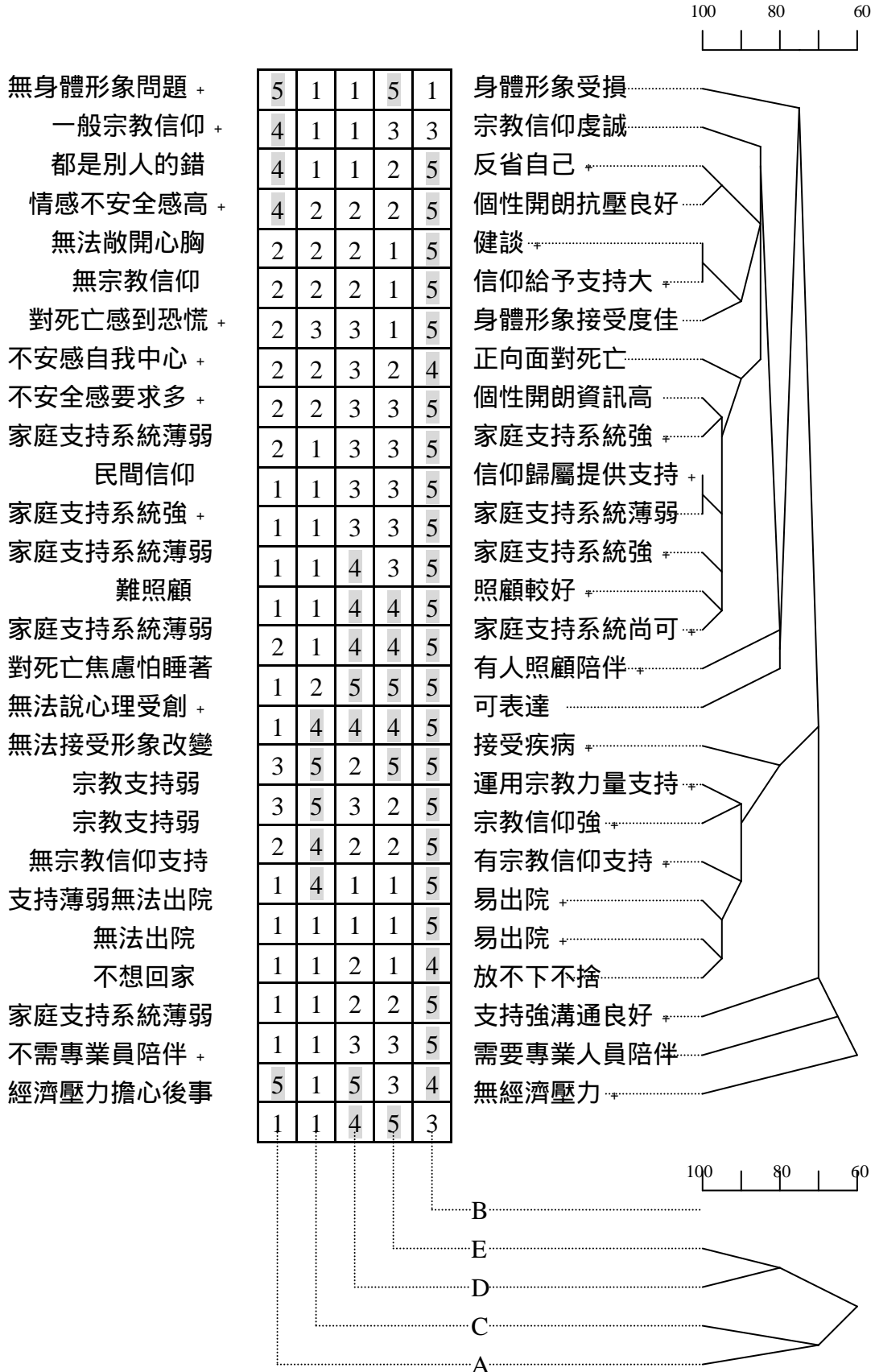


圖 4-4-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —004

一、一般性建構意義分析

(一) 建構群聚分析

檢視 D04 在使用建構詞錄方格列舉的 27 組一般性建構中，呈現四個類屬：1. 人格特質：針對人格特質，其將病人分為二類，一類是不安全感高、依賴、爭寵、有過多要求、自我中心；另一類是個性開朗、風趣、抗壓性好、自我反省，而 D04 認為家庭支持系統薄弱者，其不安全感比較高、比較依賴、情緒起伏大，且將愛與關懷的需求轉向護理人員。而不同的病人不安全感的來源與呈現也會不同，如有些病人的不安全感來自於疾病一定要醫療專業人員照顧或家人的照顧；不安全感的表現行為則以哭鬧或弱者的姿態等方式呈現。

2. 家庭支持系統，家庭支持系統薄弱的病人，會有被遺棄感，且很難出院。其認為家庭支持系統薄弱，導致病人不安全感高、依賴，所以需要護理人員很多的陪伴。

3. 宗教信仰，其認為宗教提供一個中心信仰、一個支持的力量，不論是教友或精神上都是重要的支持力量，有宗教信仰的病人會將遇到的一些問題視為上帝賜予的考驗，能以較正向的態度去面對。並且宗教是提供病人一個靈性的歸屬，讓人不那麼驚慌失措。

4. 身體心象，頭頸部癌會造成顏面的損壞和大出血的可能，影響病人對疾病的接受度和提高對死亡的恐慌。

(二) 建構偏好分析

D04 的 27 項二分性一般建構中，其個人特質的偏好選擇是：「反省自己」、「情感不安全感高」、「健談」、「不安全感自我中心」、「不安全感要求多」；宗教信仰的偏好選擇是：「信仰給予支持大」、「一般宗教信仰」、「信仰歸屬提供支持」、「運用宗教力量支持」、「有宗教信仰支持」、「宗教信仰強」；家

庭支持系統的偏好選擇是：「家庭支持系統強」、「家庭支持系統佳」、「照顧較好」、「有人照顧陪伴」；其他的偏好選擇是：「接受疾病」、「對死亡感到恐慌」、「易出院」、「不需專業員陪伴」、「無經濟壓力」、「無身體心像問題」。其偏好強的家庭支持系統、信仰提供支持力量與不安全感自我中心，而不安全感與家庭支持系統與宗教信仰等建構呈現負相關。D04 用以考慮靈性狀態的建構中，其偏好「無身體心像問題」、「一般宗教信仰」與「反省自己」，但由焦點剖面圖所呈現的建構群聚卻顯示：「無身體心像問題」、「一般宗教信仰」與「都是別人的錯」的建構相關性較高。顯示 D04 對現有建構之偏好極向性不一致，意謂著其建構之間存在著高度的不相容性，故其建構系統的統整性較低，有待經由統轄性建構統整出一主軸看法。

（三）病人群聚分析

病人可區分為三個群聚，第一類是對病人「A」、「C」的靈性建構，特色是支持系統薄弱，不安全感高，無法出院，不想回家，兩者的差別是「A」沒有宗教信仰，而「C」有信仰提供支持的力量。第二類是「B」，開朗、風趣、對新事物接受度高，信仰歸屬提供支持，家庭支持系統強，正向面對死亡，身體形象接受度佳，易出院，標示著靈性狀態較佳。第三群是病人「D」、「E」，特色是不安全感高，無法敞開心胸，宗教信仰支持力薄弱，標示著靈性問題的一群。

（四）綜合分析

D04 一是對基督教抱持著較正向的看法，認為上帝會接納與包容病人過去所犯的錯誤，並且提供靈性一個歸屬地。二認為社會對男性和女性的期望不同，男性的觀念會傾向於是一個提供者，對家庭要付出，要保護全家，對社會要有貢獻。三提出無人照顧之病人的處境之一是害怕睡得太熟，就不再醒來的焦慮，會提醒護理人員天亮要叫她起床。

FOCUS : E05, Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人, 5 element, 24 constructs

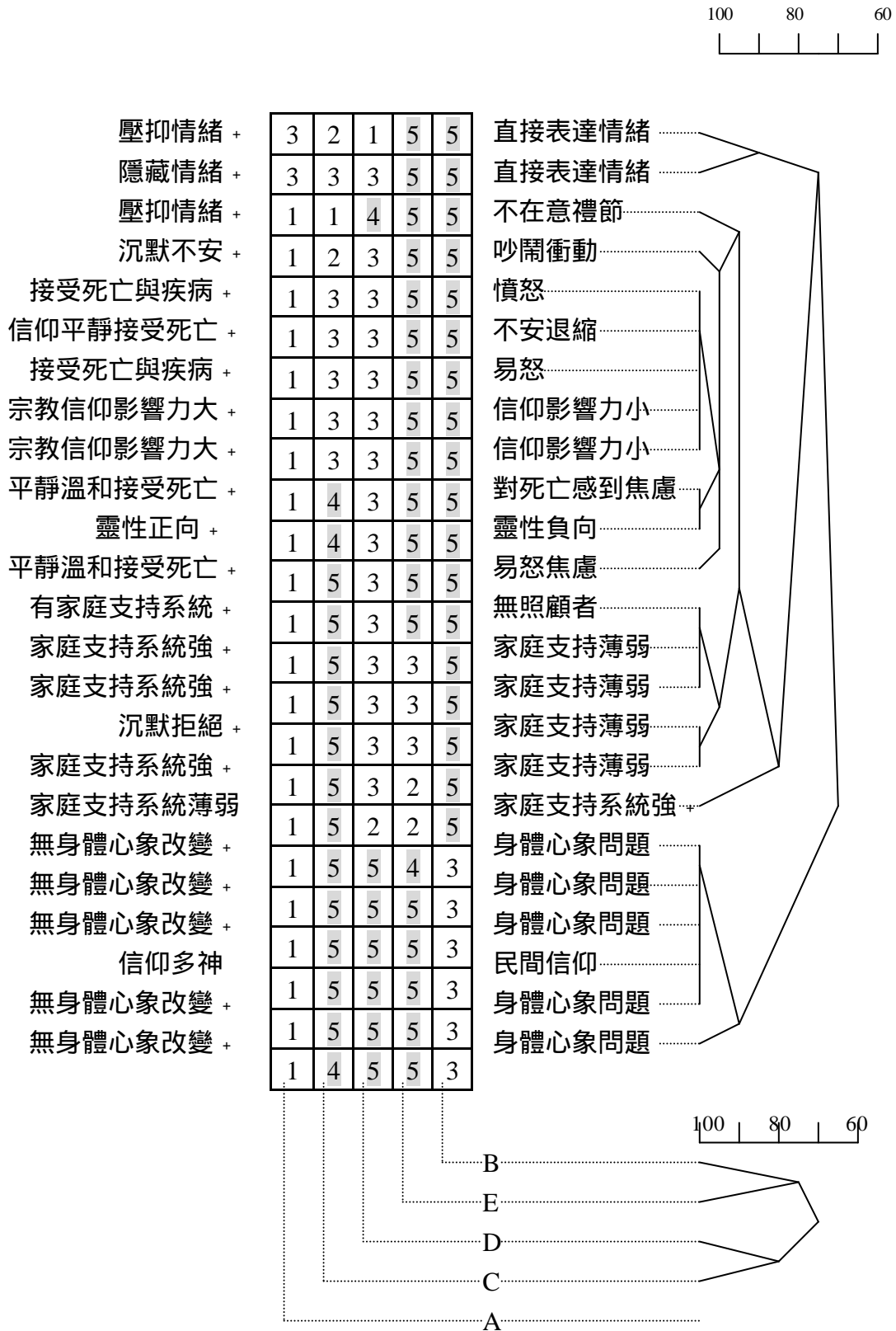


圖 4-5-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —005

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：E05
 context：具靈性特色的病人,5 element,24 constructs

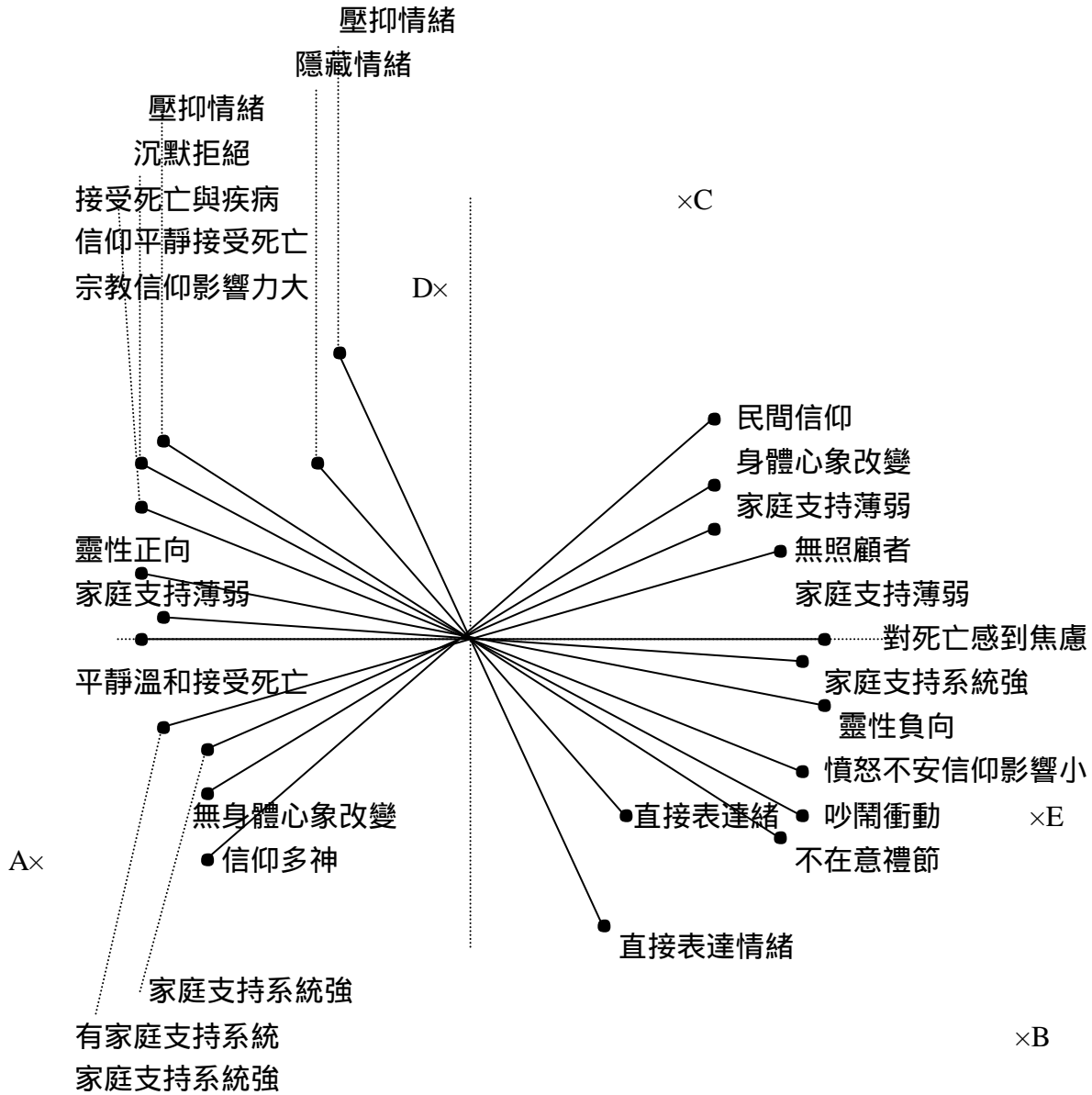


圖 4-5-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —005

一、一般性建構意義分析

(一) 建構群聚分析

E05 認為靈性正向就是病人能平靜、溫和地接受死亡和疾病；反之，靈

性負向是指病人容易生氣、憤怒、不安、對死亡感到焦慮等情緒表現。 24 個一般性建構中，呈現四個類屬：1. 情緒，壓抑與直接表達情緒，其認為生長在五〇時代的病人，受道德標準的約束，比較注重禮節、壓抑情緒，即使內心憤怒，仍表現出沉默。 2. 家庭支持系統，共有七個建構，E05 認為家庭支持系統好是靈性安適的重要因素。 3. 面對死亡，信仰與影響著面對死亡的態度，其認為有信仰的病人較能平靜的接受疾病與死亡。 4. 身體心象改變，由於外顯的疾病，如頭頸部癌，會造成外觀的改變，影響著病人對自己形象和疾病的接受度。

(二) 建構偏好分析

檢視 E05 的 24 個二分性一般建構偏好，可以區分為四個類屬，「情緒」、「信仰」、「家庭支持系統」和「身體心象的改變」，其偏好壓抑情緒、隱藏情緒、接受死亡與疾病、信仰平靜接受死亡、宗教信仰影響力大、靈性正向、平靜溫和接受死亡、有家庭支持系統、無身體心象改變。

E05 因其所偏好之建構與正向的建構呈現一致的情形，為具有高「極向一致性」，而其建構間之相關度 70% 以上，故其對靈性的建構具有高度的「統整性」。

(三) 病人群聚分析

病人可分為二個類屬，靈性正向與靈性負向。可區分為三個群聚，第一群是病人「A」，其靈性狀態呈現強的「家庭支持系統」，「平靜溫和地接受死亡」，「信仰多神」與「無身體心象改變」，是 E05 建構之靈性正向的病人典型。第二群是病人「B」、「E」，其共通特色是吵鬧、憤怒、不安、焦慮，有著薄弱的家庭支持系統，對死亡感到焦慮，信仰影響力小，是 E05 建構之靈性負向的病人典型。第三群是病人「C」、「D」，同樣是焦慮、不安，但表

現出沉默、退縮，傾向壓抑、隱藏情緒，有身體心象改變的問題。

（四）綜合分析

「情緒」、「信仰」、「家庭支持系統」和「身體心象的改變」是 E05 判斷靈性狀態優劣的四個元素，由此來檢視病人的靈性狀態。而「年齡」是其分類靈性之二分性建構的主要原因，其認為年紀比較大的病人，受道德標準的約束力比較強，比較注重禮節，傾向壓抑情緒，另一方面，因為年紀大，比較能平靜地接受疾病和死亡。

二、核心建構分析

宗教信仰是生命的源頭，有宗教信仰是一個比較完整的靈性，使人擁有正向、有價值的人生。人與人的關係是變動的、會改變的，而人與至高者的關係是可靠的、「永恆不變」的、可掌握的，它提供心理上「平安」的感覺，就像生命中的一座靠山，給予人真實、穩定、不變的感覺。

家庭支持系統是個體最「基本」的依靠，得到「愛」的來源，它潛移默化地影響個體對人、人生、生命、生活的態度和看法。個體也由於家人的帶領才得以走入信仰的世界，且最終當家人離你而去時，信仰將取代家庭，給予個體依靠。E05 認為靈性就是一個人平常生活的表現，表現出不安就代表有著不安的靈性，而家庭塑造了個體的個性、與人互動的表現。

靈性正向的層面會與負向層面進行拉鋸戰，同時正向層面會影響負向層面、負向層面也會影響正向層面。正向的層面會隨時隨地影響個體對生命的態度，給予個體心境上「平安」、穩定的感覺。

FOCUS : F06,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,22 constructs

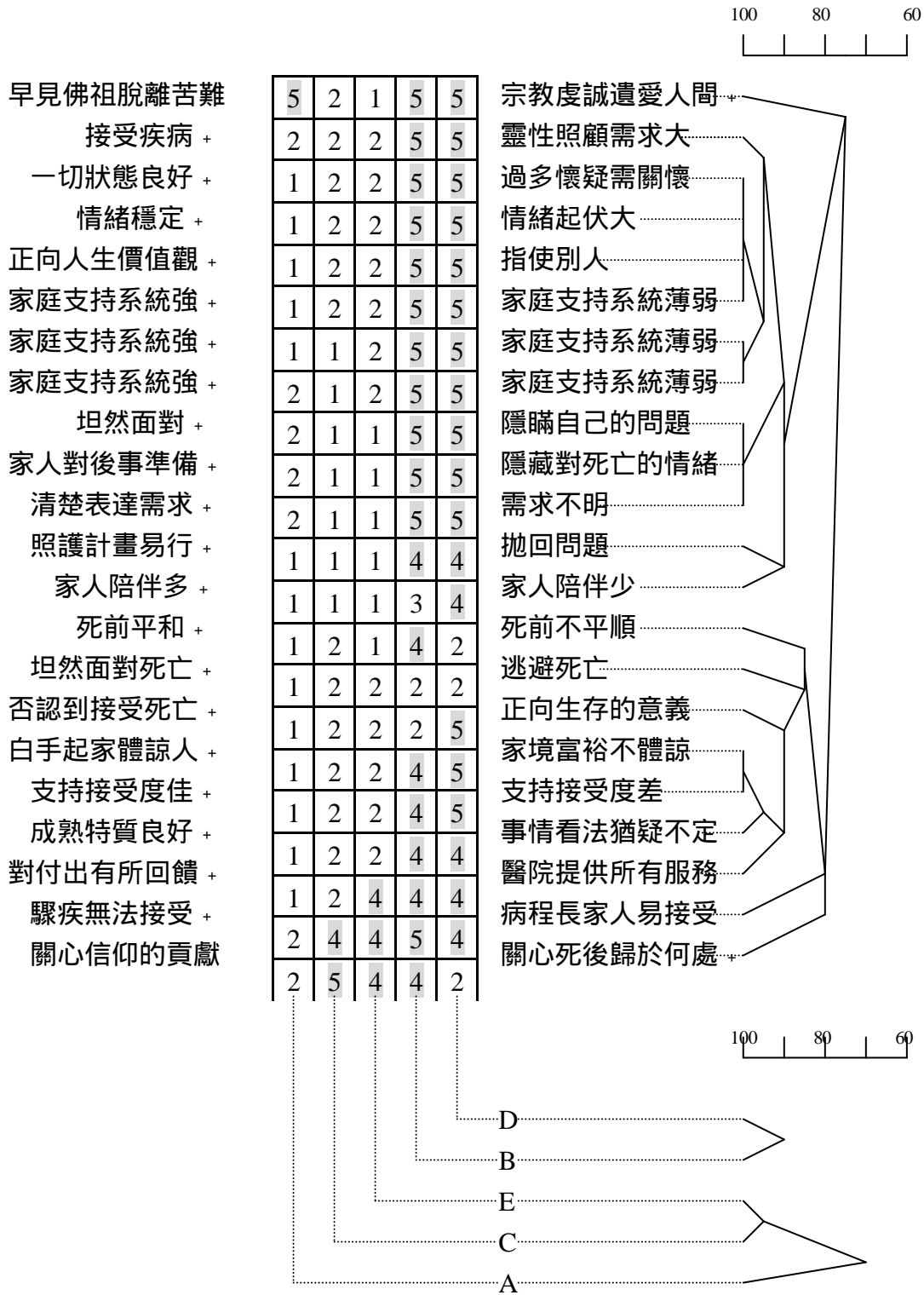


圖 4-6-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —006

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：F06
 context：具靈性特色的病人,5 element,22 constructs

×A

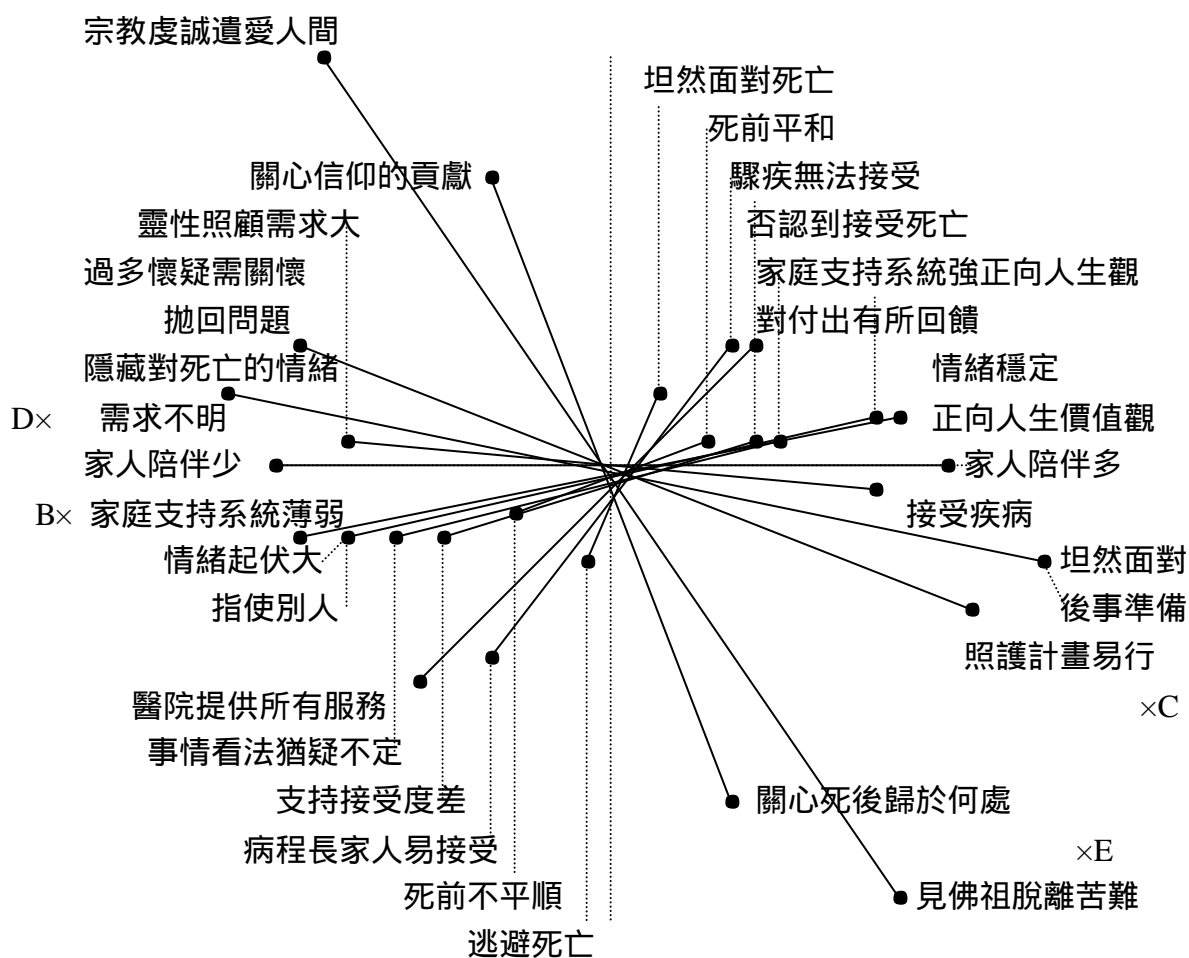


圖 4-6-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —006

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

（一）建構群聚分析

檢視 F06 在使用建構詞錄方格列舉的 22 組一般性建構中，呈現四個類屬：1. 家庭支持系統，其認為在病人的生病歷程中，有家屬的陪伴和照顧是最好的。家庭支持系統薄弱的病人，會比較不願意表露自己的問題給家裡，會隱藏自己對死亡的情緒，對靈性的需求不明，以致護理人員難以介入；相對地，若是病人坦然面對死亡，清楚表達靈性上的需求，則病人的需求比較可能被滿足，且護理人員也會感到照護計畫得以順利進行。

2. 人格特質，人格特質傾向體貼關心別人的病人，本身也比較容易快樂，其人生價值觀會是比較正向、樂觀的，對自己的生活會顯得有意義，面對死亡也能以比較平靜、坦然的態度面對，死前平和；而人格特質傾向防禦、計較、指使別人的病人，F06 認為是疾病的演變導致病人的一些想法、觀念完全改變，護理人員很難介入去照顧他們的靈性需求，他們表現出情緒變化很大、否認疾病、不能面對和談論死亡，以及死前不平順。而生長背景和家庭的環境是造就一個人的人格特質最重要的因素，同時人格特質也會影響家人的相處。

3. 面對死亡，人格特質會影響病人面對死亡的態度，人格特質較成熟，懂得體諒人的病人，其支持的接受度比較好，對別人的付出會有回饋的心，比較能坦然的接受死亡，平和的過世，因其白手起家，故會格外珍惜所擁有的東西，也比較能體會人生價值的意義；而人格特質不成熟，不懂得體諒人的病人，其支持的接受度也較差，將別人的付出視為理所當然，會逃避面對死亡，不平順的過世。

4. 宗教信仰，信仰在 F06 的靈性建構中，處於較邊緣的建構。其認為宗教會導致死亡觀的不同，基督教徒較為關注死後之回饋與遺愛人間；而佛

教徒則較關注的是死後如何回歸佛祖，脫離苦難。基督教徒比較正向地看待死亡，視死亡為人生必經之路，而佛教徒則比較著重死後要歸於何處的問題。綜觀 F06 的靈性建構，人格特質在四個主要類屬中皆包含，表示對 F06 來說，人格特質是具有滲透性的建構。

就統整性與凝聚性而言，F06 對靈性的建構具有高度的「統整性」，因其所偏好之建構與正向的建構均呈現一致的情形，是高「極向一致性」，且所有的建構之間的相關度 70% 以上。

（二）建構偏好分析

F06 的 22 項二分性一般建構的偏好選擇是：「宗教虔誠遺愛人間」、「關心死後歸於何處」、「接受疾病」、「情緒穩定」、「正向人生價值觀」、「家庭支持系統強」、「坦然面對」、「家人對後事準備」、「清楚表達需求」、「照護計畫易行」、「家人陪伴多」、「坦然面對死亡」、「支持接受度佳」、「白手起家體諒人」、「成熟特質良好」、「對付出有所回饋」，顯示其偏好的選擇是個人特質成熟良好，家庭支持系統強，能清楚表達需求以使照護計畫易行，坦然面對死亡。

（三）病人群聚分析

病人可區分為二個群聚，由兩個對立的類屬所主導，分別是坦然面對死亡對立逃避死亡；對付出有所回饋對立醫院提供所有服務；強的支持系統對立弱的支持系統，是為二分的好惡判斷，其中對病人 B、D 的靈性建構相關性很高，標示著負向的一端；而另一端則是病人 A、C、E，標示著正向人生價值觀、強的支持系統、人格成熟、情緒穩定、坦然面對死亡之靈性建構。

（四）綜合分析

人格特質是其關注靈性狀態的重要因素，其認為生長環境與疾病的演變使得人格特質不同，人格特質不但影響病人的人生觀、價值觀、生命意義、能否坦然面對死亡，也影響了病人能不能接受支持、對靈性需求的表達，而唯有清楚表達需求，護理人員才能介入。並且其認為病人哭鬧行為的背後，是一顆需要陪伴、關懷的心。

二、核心建構分析

正向的人生價值觀是人生的一個「指引」，使個體看待事物都能持正向的看法，即使面對逆境或疾病，也能透徹看清自己人生的價值。當一個人容易放開一切時，表示靈性是位於較高的層次，比較容易達到「最高點」，就是自我實現。

家人的「支持與親密關係」滿足個體靈性上的需求，並增強其求生意志。F06 認為無法割捨和家人的情愛，代表個體仍處於受外在事物的拘絆中，靈性還無法提升到超越的層次。以 Maslow 的需求層次論而言，家人的支持與照顧可以滿足人們「基本」的生理、愛與關懷的需求，是追求心理、社會需求滿足的基礎，最終達到自我超越的層次。

對護理人員的付出有所回饋，回饋是指病人透過「言語」或「行為」表達他的靈性狀態充滿與否，F06 認為能表達的病人是比較能透徹看清楚人生的意義的，靈性需求是滿足或豐富的，其中靈性需求就像宗教信仰（佛教）提供一個體悟的觀點，在人性脆弱時，是一引導走向正途的力量；豐富是指病人有很多的資源、資訊和支持，以提升內心的不滿足，最終是靈性「需求被滿足」，而達到自我實現。

FOCUS : G07,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,23 constructs

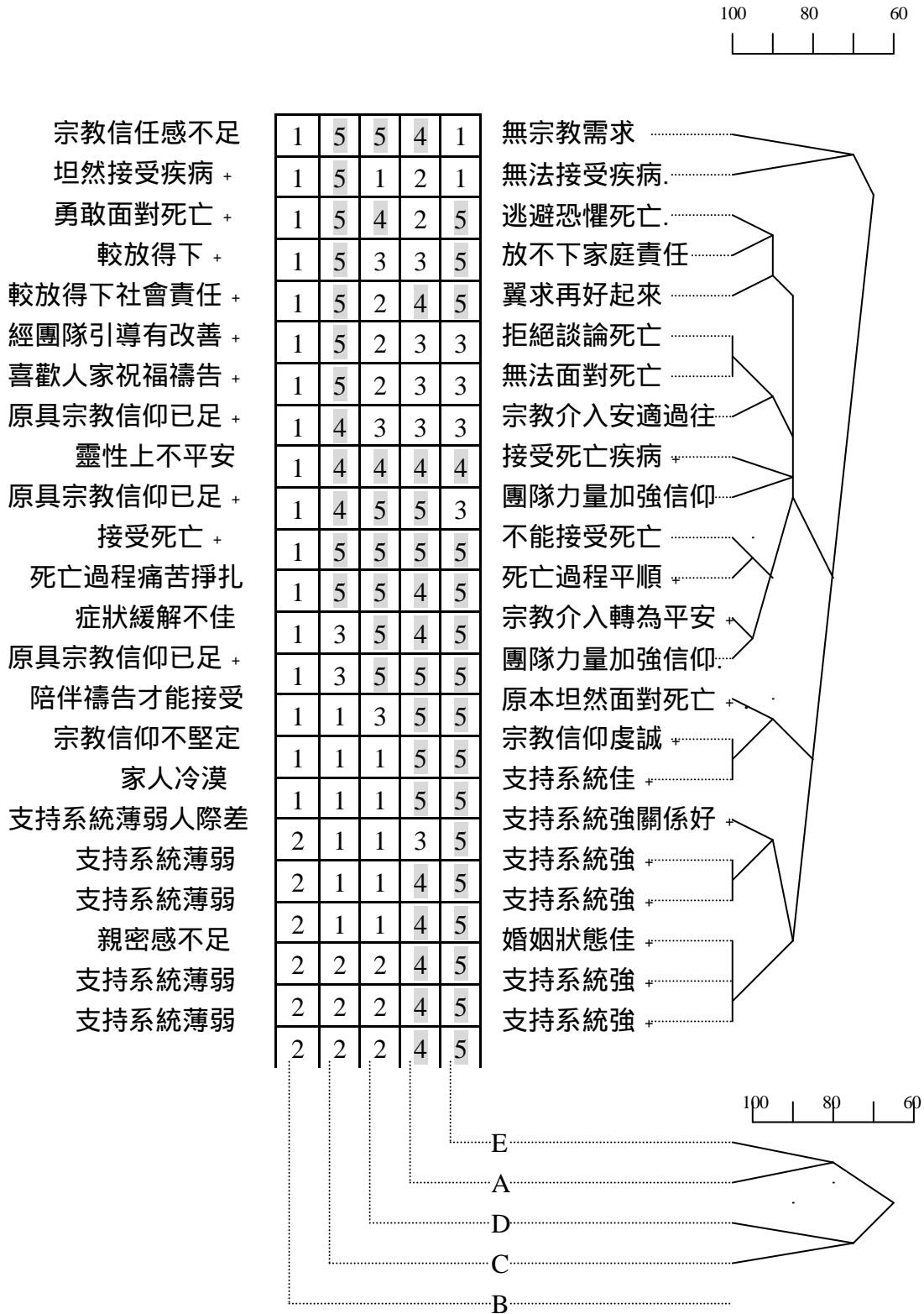


圖 4-7-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —007

病人瀕死的過程感覺不好；反之，靈性平安是指病人能坦然的面對死亡與接受疾病，安適的過往。而且當病人靈性超越時，念頭和想法改變之後，疼痛的感受、痛苦的感覺就會因此減輕，不再專注於疼痛上。如何方能超越，安適的過往？G07 認為是宗教的介入。認為宗教虔誠的病人，較能接受即將面臨的死亡。

2. 家庭支持系統，共有七個建構，G07 認為家庭支持系統會影響病人安適過往的過程，意即家庭支持系統好的話，其過程會較平順。G07 家庭支持系統的從屬建構有照顧能力（例如知識水準）或技巧、關心程度、夫妻相處模式。

3. 面對死亡的態度，G07 在此建構出社會對男女期許的不同影響著對死亡的態度，其認為男性比較難放下社會責任，所以會有比較多的期待，翼求再好起來，有比較多的不甘心，無法面對和談論死亡。

4. 接受疾病，其認為宗教信仰與接不接受疾病有加成的關係。

（二）建構偏好分析

檢視 G07 的 23 個二分性一般建構偏好，可以區分為二個類屬，「家庭支持系統」與「宗教信仰」，其偏好強的家庭支持系統與堅定的信仰，但是家庭支持系統的偏好與宗教信仰、死亡等建構呈現負相關。如 G07 用以考慮靈性狀態的建構中，其偏好「坦然接受疾病」、「勇敢面對死亡」、「較放得下社會責任」、「原具宗教信仰已足」、「接受死亡」、「支持系統強關係好」、「婚姻狀態佳」等建構，但由焦點剖面圖所呈現的建構群聚卻顯示：「坦然接受疾病」、「勇敢面對死亡」、「較放得下社會責任」、「原具宗教信仰已足」、「接受死亡」等建構與「支持系統薄弱」、「親密感不足」的相關性較高。

由於 G07 對現有建構之偏好極向性不一致，顯見其建構之間存在著高度的不相容性，所以其建構系統的統整性較低，有待經由統轄性建構統整出一主軸看法。

(三) 病人群聚分析

病人區分為三個群聚，而群聚間呈現出「矛盾」的建構：

第一群是病人「A」、「E」，其靈性狀態基於好的「家庭支持系統」，而「坦然面對死亡」與「不能接受死亡」並存；「無宗教需求」與「宗教信仰虔誠」同在；「無法接受疾病」、「冀求再好起來」但卻「死亡過程平順」。

第二群是病人「C」、「D」，有著薄弱的家庭支持系統，無宗教需求，無法接受疾病。

第三群是病人「B」，同樣有著不相容的建構，對「B」的建構是「靈性上不平安」卻「坦然接受疾病」、「勇敢面對死亡」、「較放得下社會責任」，而「原具宗教信仰已足」與「沒有宗教信仰不堅定」並存，「接受死亡」與「死亡過程痛苦掙扎」同時呈現，並且是「支持系統薄弱」、「親密感不足」。

(四) 綜合分析

檢視五位病人的主成分分析圖與一般建構間的關係，將病人分成三個類屬，第一類是病人「A」、「E」，呈現強的家庭支持系統的建構，強的家庭支持系統是他們坦然面對死亡的根基。

第二類是病人「C」、「D」，呈現出支持系統薄弱的建構，因為家人的冷漠，他們格外需要陪伴。而本身對信仰不堅定，需要透過禱告才能接受死亡與疾病。

第三類是病人「B」，集「矛盾」的建構於一身，接受死亡、較放得下社會責任但死亡過程卻痛苦掙扎，有堅固的信仰但靈性上卻不平安。

二、核心建構分析

G07 認為病人若不能接受死亡，無法面對疾病，則會有很多的痛苦和情緒問題，對人生感到不滿意，一直停留在想要病再好起來，還要報效國家，「無法進到人生的下一個階段」，就是接受疾病後，真實面對餘生。無法進到人生的下一個階段，會造成遺憾，會影響個體對生命的價值觀和態度，無法建構出一個我，無法達到高層次的滿足，自我的實現，其認為能達到「自我實現」是靈性開展的表現。

G07 認為當一個病人能透過創造的過程，對自我感到滿意，達到「自我實現」，是一個靈性較為開展的狀態。而病人的死亡過程平順與否，會影響週遭的人對死亡的態度和接受度，其將之歸因於民俗或宗教的因素，例如修行或放不開，而此歸因影響著週遭人對價值觀與生命意義的詮釋，進而影響其行為。

G07 認為家庭中充滿「愛」的氛圍，這樣的病人能夠得到比較豐富的資源與支持，比較能平和的面對死亡。而家人的愛與地位是無可取代的，家人的愛是一個動力，支持著病人，在死亡的面前，感覺自己並不孤單，有人陪伴、心疼、理解他身受的苦，有勇氣去接受死亡，平和告別。

FOCUS : H08,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,13 constructs

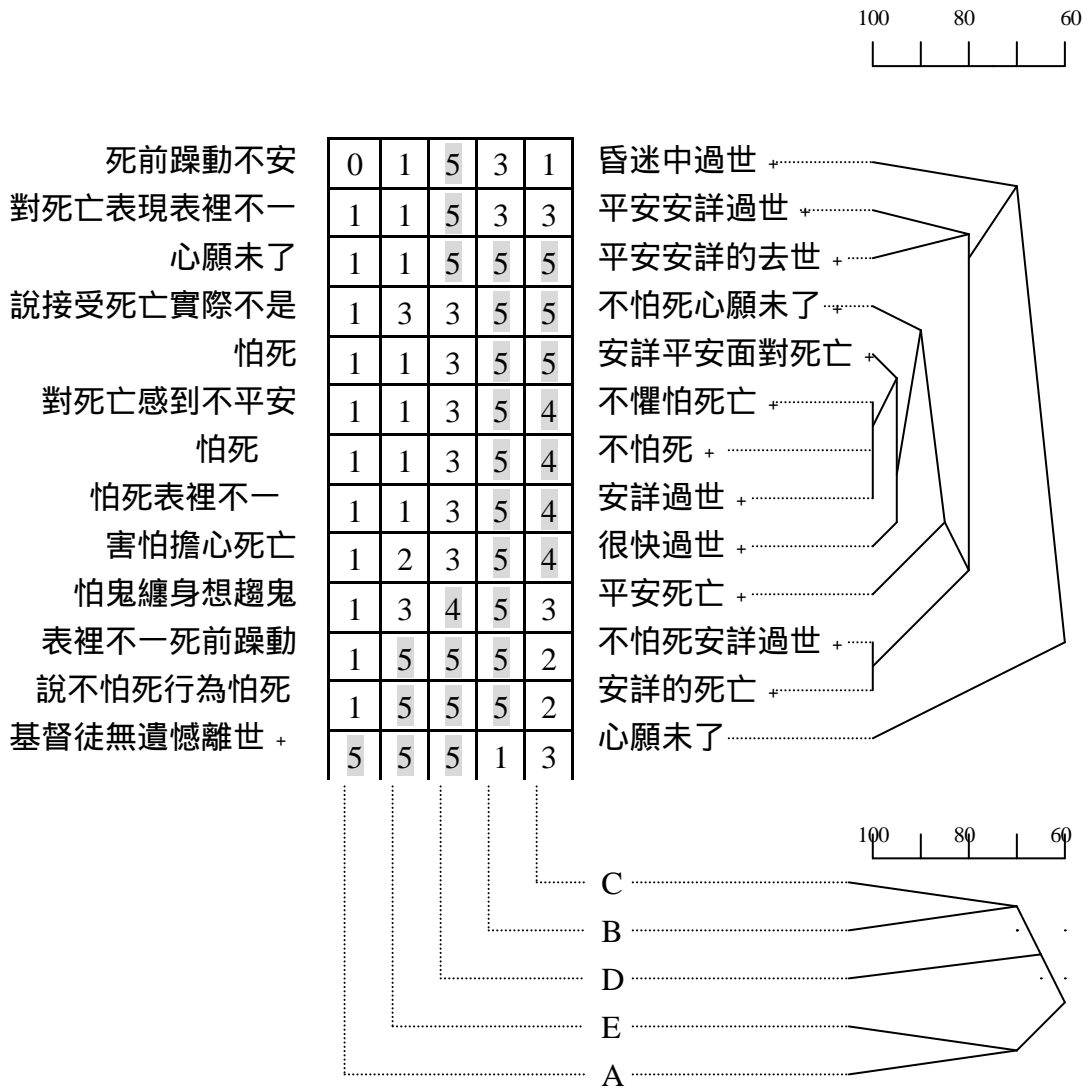


圖 4-8-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —008

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：H08
 context：具靈性特色的病人,5 element,13 constructs

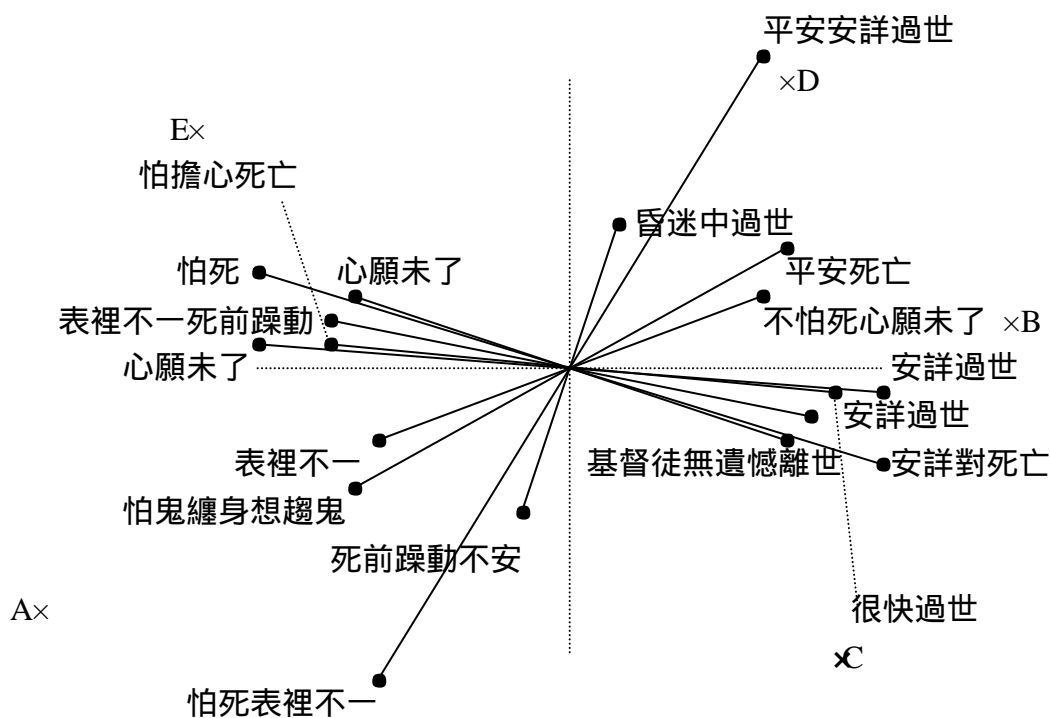


圖 4-8-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom)—008

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

透過 WebGrid 針對 H08 的 13 個二分性一性建構進行分析後，得到群聚分析分析焦點剖面圖，以及主成分分析圖，「瀕死狀態是否平安」是其建構的主軸，有 12 個建構均環繞著「死亡」。建構呈現二個類屬：

1. 面對死亡的狀態，包括怕不怕死，是否很平安、安詳的離世對應著躁動不安，行為表現是否表裡不一，而宗教信仰可以幫助病人平安的過世。

2. 心願未了，其對應的建構是無遺憾離世。

(二) 建構偏好分析

H08 偏好之建構為「平安安詳的去世」、「不懼怕死亡」、「很快過世」、「無遺憾離世」。由群聚分析焦點剖面圖上可以看出 H08 對靈性的建構「極向一致性」很高。

(三) 病人群聚分析

病人可區分為二個群聚：

第一類是病人「A」、「E」，病人「A」的靈性狀態是較負向的建構，如怕死、怕鬼、對死亡表現表裡不一、死前躁動不安等。而「E」同「A」一樣有著怕死、嘴說不怕死行為怕死等建構，突出的是「心願未了」的建構。

第二類是病人「B」、「C」、「D」，對其靈性建構均為不怕死、平安安詳的去世，其中「B」是基督徒，有一「無遺憾過世」之建構。

(四) 病人建構分析

H08 所有的建構均以「死亡」建構為中心建立起來的，平和的死亡過程與不懼怕死亡的態度是其看待靈性的主要建構，旁及影響死亡過程是否平和的因素，如未完成的心願、表裡不一、宗教信仰等建構。顯見其對靈性的建構是呈現單面向的向度。

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：I09
 context：具靈性特色的病人,5 element,20 constructs

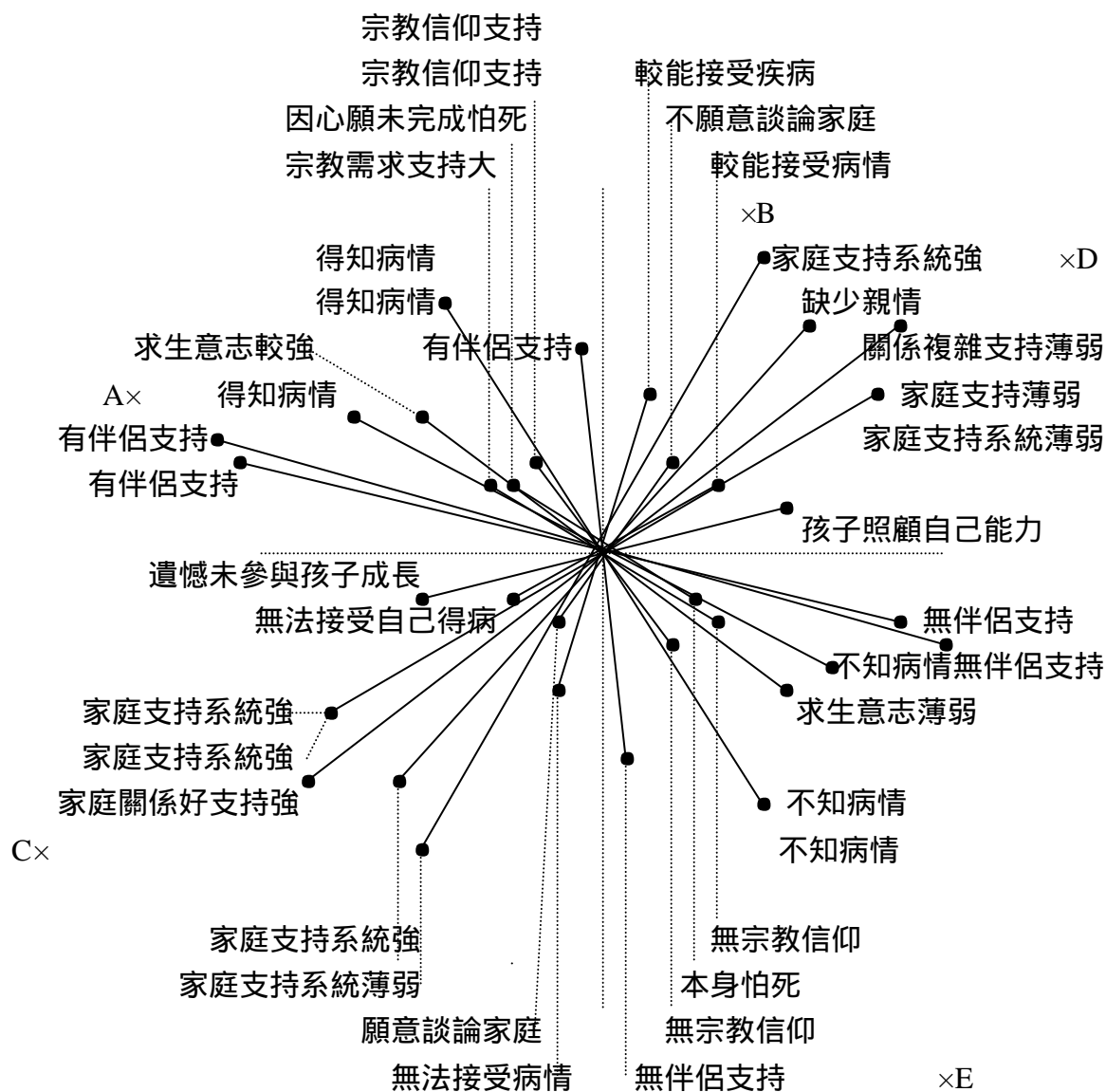


圖 4-9-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —009

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

檢視 I09 在使用建構詞錄方格列舉的二十組一般性建構中，呈現三個類

屬：1. 宗教信仰，其認為有宗教信仰可以提供病人支持的力量，如禱告或接觸宗教信仰可以穩定病人的情緒。2. 家庭支持系統，有 9 個建構，其考量因素包含伴侶、小孩和其他家庭成員的關係複雜度、互動良劣、照顧有無、親情感受和小孩照顧自己的能力。在其建構中家庭支持系統是建構靈性的重要因素。3. 面對疾病，以知不知道病情為其對疾病的主要建構。綜言之 I09 建構中多次以「年紀」來做靈性狀態之區分，認為年紀越輕的病人，越無法接受病情；求生意志比較強；病人的死亡會影響伴侶的生活甚鉅；更因無法陪伴小孩成長，而留下很大的遺憾。

（二）建構偏好分析

檢視 I09 的二十項二分性一般建構的偏好選擇，可以區分為三個類屬，「家庭支持系統」、「病情」與「宗教信仰」，其偏好強的家庭支持系統、得知病情與信仰支持大者，而宗教信仰的偏好與家庭支持系統、病情的建構呈現負相關。I09 用以考慮靈性狀態的建構中，其偏好「無宗教信仰」、「宗教信仰支持」、「願意談論家庭」、「較能接受疾病」、「無法接受疾病」、「家庭支持系統強」、「有伴侶支持」、「親人支持願意照顧」、「得知病情」、「孩子照顧自己能力」、「求生意志較強」等建構。其中同時偏好「無宗教信仰」與「宗教信仰支持」；「較能接受疾病」與「無法接受疾病」，且由焦點剖面圖所呈現的建構群聚顯示：「宗教信仰支持」與「家庭支持系統薄弱」、「缺少親情」、「沒有伴侶支持」、「不知病情」的相關性較高。顯見 I09 對現有建構之偏好極向性不一致且建構間有「矛盾」的現象，表示其建構存在著高度的不相容性，建構系統的統整性較低，有待核心建構之統轄。

（三）病人建構分析

病人可區分為四個群聚，第一類是病人「A」，家庭支持系統好，有伴侶支持，育有四位子女，都有照顧自己能力，尚未成家，所以病人唯一的遺

憾是無法完成含飴弄孫的心願。

第二類是病人「B」、「D」，病人「B」只有先生照顧支持，無其他家人參與，病人不願意談有關其家庭或任何較深入的問題，而且很害怕自己即將面對的死亡。病人「D」，因其年輕時行為不佳，與妻子離婚，小孩都跟隨母親，而病人希望在死前能再與妻子、小孩合好，但是家人都不能諒解他，所以其家庭支持系統相當薄弱。在此類病人的身上標示出家庭支持系統對靈性狀態的重要性。

第三類是病人「C」，因病人還很年輕，和太太只生了一個女兒，想再有一個兒子，但因病人罹患疾病，不知還有多少時間可以看著孩子成長，所以，心裡有些遺憾。正因為年紀輕，所以無法接受病情、求生意志也比較強。

第四類是病人「E」，宗教信仰是其強大的支持力量。若其沮喪時，只要和他談及牧師、神等有關天主教的事情，病人的情緒就會變得比較好、比較有精神。

（四）綜合分析

I09 對靈性的主要建構在於一是以愛建立的家庭支持系統，而伴侶是家庭支持系統的要角，二是信仰的支持，三是對病情的瞭解。在其列舉的五位病人中，病人「B」、「D」是以家庭支持系統為其主要的建構，病人「E」是以宗教信仰為其主要的建構，而病人「A」、「C」都因未完成的心願而遺憾。

二、核心建構分析

家庭支持系統提供照顧和「親情」的陪伴，使人生有意義。伴侶是家庭中的重要角色，是彼此的生活重心，關係較其他家人親密，且伴侶間「愛」的層次是不同的。I09 認為生病時若沒有人願意來照顧，會讓個體感受到沒有人理、被拋棄的感覺，而且這樣的生命顯得沒有意義。而有人陪伴、「支

持」者的求生意志會比較強，會比較有希望的活著，也會活得比較快樂。

FOCUS：J10,Domain：靈性概念之建構研究

context：具靈性特色的病人,5 element,16 constructs

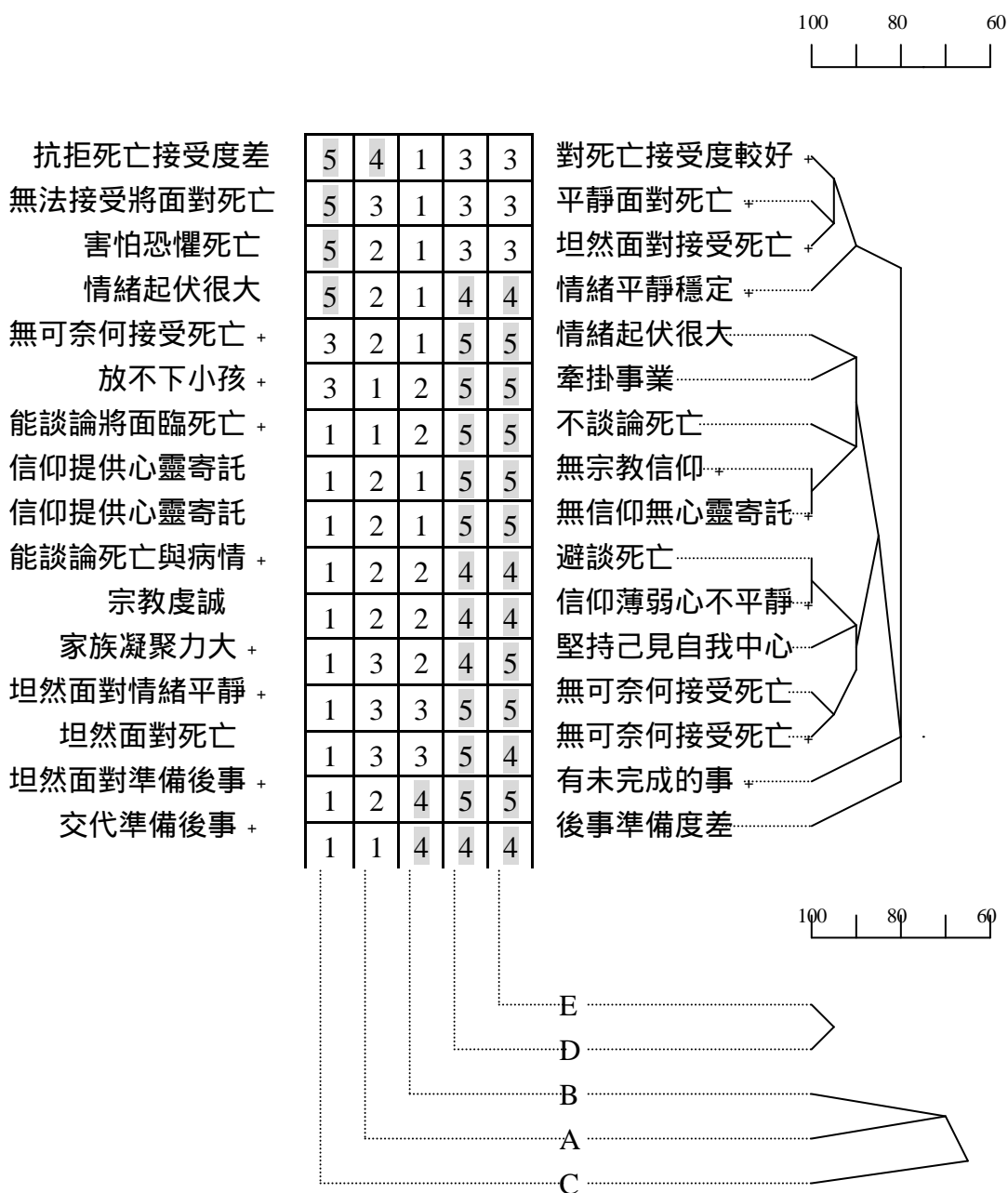


圖 4-10-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —010

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：J10
 context：具靈性特色的病人,5 element,16 constructs

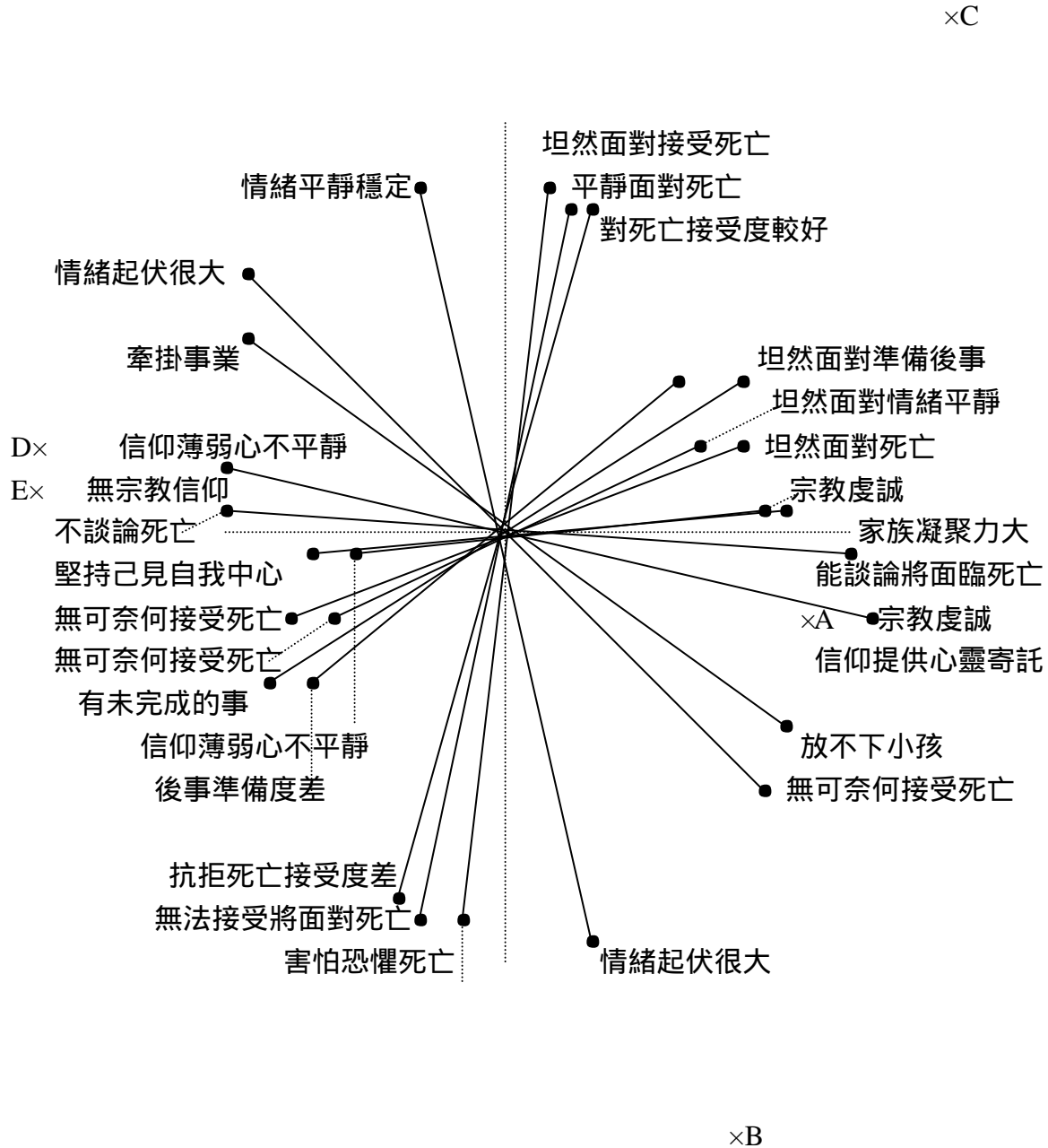


圖 4-10-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —010

一、一般性建構意義分析

（一）建構群聚分析

J10 對靈性狀態的建構是環繞著「死亡」的概念而來的，其建構可分為三個類屬：1. 死亡接受度，其依病人對死亡接受度分成低、中、高，並認為病人面對死亡的態度是害怕或者是恐懼的，其行為表現會有比較多的情緒反應出現，如哭泣行為；若是坦然接受死亡者，情緒是相對較穩定的。

2. 死亡準備度，將病人二分成能平靜、坦然的接受死亡或疾病與內心不平靜、心裡有很多不願和抱怨；能談論死亡與不談論、需引導；交代後事與沒有準備。其認為宗教虔誠、家族凝聚力大者，越能坦然接受死亡、談論死亡、準備後事。

3. 宗教信仰，在其建構中，宗教信仰就是心靈上的寄託，透過宗教行為，如祈禱，來使心靈、心情平靜。

（二）建構偏好分析

檢視 J10 的 16 項二分性一般建構的偏好選擇，可以區分為三個類屬，分別為「死亡接受度」高的、「死亡準備度」好的、「宗教信仰」薄弱心靈不平靜的，以及「能談論死亡與病情」高的、「家族凝聚力大」高的、「情緒平靜穩定」高的、「平靜面對死亡」高的、「坦然面對接受死亡」高的、「交代準備後事」高的、「無可奈何接受死亡」高的、「有未完成的事」高的、「信仰薄弱心靈不平靜」與「無宗教信仰無心靈寄託」。

J10 偏好的建構間存在著「矛盾」的建構，其同時偏好「坦然面對接受死亡」與「無可奈何接受死亡」；「交代準備後事」與「有未完成的事」，且由焦點剖面圖所呈現的建構群聚顯示：「對死亡接受度較好」與「不談論死亡」高的、「後事準備度差」的相關性較高。所以 J10 對靈性的建構偏好呈現極向

性不一致的情形，顯見其建構之間存在著高度的不相容性。

（三）病人群聚分析

病人可區分為三個群聚：

第一群是病人「A」、「B」，J10 對此類群的靈性建構特色是「宗教信仰」。病人「A」深信死後觀世音會來接她；病人「B」是只要身體一有不適就會立即向他的神尋求幫助，而經由禱告，內心便會平靜下來。另外 J10 對此類群的病人靈性建構呈現出「矛盾」，其認為此類群之病人宗教虔誠、信仰提供心靈寄託，但是卻又抗拒死亡接受度差、後事準備度差、情緒起伏很大。

第二群是病人「C」，在 J10 的建構中，其靈性狀態是最佳者，坦然的面對即將面臨的死亡、平靜的接受死亡和妥善的交代後事。

第三群是病人「D」、「E」，其建構相關度很高，在 90% 以上，此類群特色是男性、牽掛事業，無法接受在事業正旺盛時罹患疾病，不甘心。其靈性狀態是無信仰無心靈寄託、無可奈何接受死亡、避談死亡、後事準備度差、情緒起伏很大，加上堅持己見自我中心，標示出靈性困境的一群。

（四）綜合分析

影響病人坦不坦然面對疾病的因素有 1. 年齡，年紀輕者有很多未完成的事。2. 宗教信仰，信仰在病人面對苦難的時候，提供了心靈的慰藉，保持心靈的平靜，使得焦慮的情緒得以平靜下來。3. 家族凝聚力，主要的關鍵在於「尊重」，家人和病人間若能相互尊重，就能達成較好的溝通。

FOCUS : K11,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,21 constructs



圖 4-11-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —011

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：K11
 context：具靈性特色的病人,5 element,21 constructs

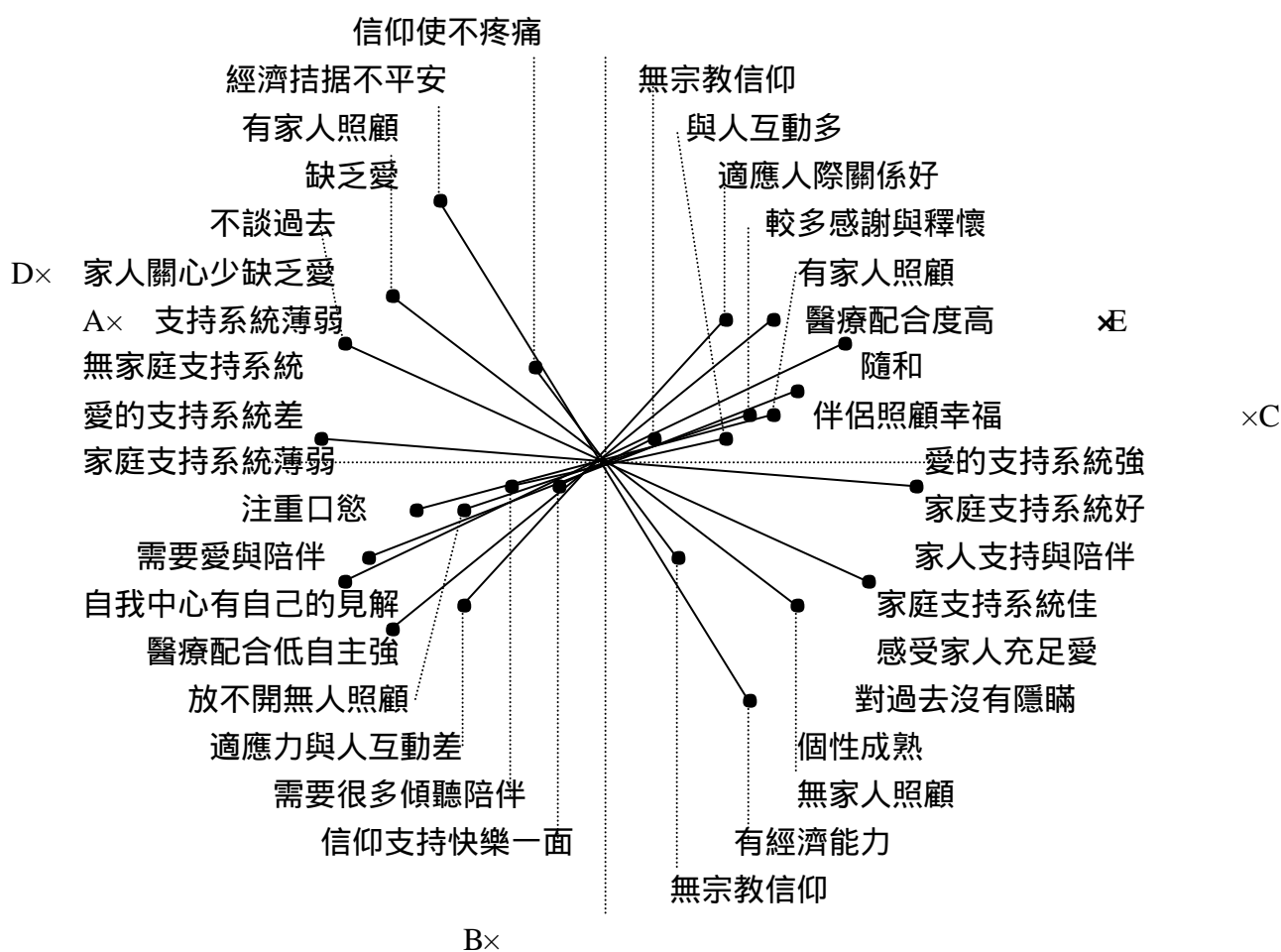


圖 4-11-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —011

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

檢視 K11 在使用建構詞錄方格列舉的 21 組一般性建構中，以家庭支持系統為對靈性的主要建構基礎，其建構呈現三個類屬：

1. 家庭支持系統，關懷的層面包含有沒有家人照顧、家人的關心和愛是否充足、婚姻狀態、陪伴的有無以及經濟能力，其認為要達到靈性的基本要求是家屬願意來看病人，願意付這一筆錢。K11 將病人二分為幸福的與沒有家人照顧、缺乏愛與陪伴以及經濟差的，其中婚姻狀態不好的病人較不願意談論過去，會有比較多的隱藏，而經濟拮据則會使得內心不平安，容易擔心，並且因為缺乏愛，有些病人的行為會顯得不成熟。

2. 個人特質，其認為比較自我中心的病人，表現出來的是醫療配合度比較低、凡事都有自己的見解、適應力比較差、與人互動關係也比較差，其中一個特殊的建構是注不注重「口慾」的問題，其認為口慾代表著一種需求。

3. 宗教信仰，其認為有宗教信仰的病人，有快樂的一面，不會把焦點都放在自己的疾病上，並且有宗教信仰可以緩解身心的病痛。

（二）建構偏好分析

K11 的 21 項二分性一般建構的偏好，可以區分為三個類屬，「家庭支持系統」、「個人特質」與「宗教信仰」，其偏好選擇為：有人照顧、較多感謝與釋懷、適應人際關係好、醫療配合度高、隨和、伴侶照顧幸福、家庭支持系統好、愛的支持系統強、家人支持與陪伴、感受家人充足愛、個性成熟、有經濟能力、信仰支持快樂一面、信仰使不疼痛、與人互動多。

其中 K11 偏好強的家庭支持系統、隨和的個人特質與信仰支持，雖然焦點剖面圖所呈現的建構群聚顯示：「家庭支持系統薄弱」、「需要愛與陪伴」

「家人關心少缺乏愛」與「自我中心」等建構與「信仰支持快樂一面」、「信仰使不疼痛」、「與人互動多」的相關性較高。但是，分析其病人與其建構間之關係時，發現是病人本身的狀態如此，而非研究參與者偏好極向性的不一致，故其建構之間仍具有高度的相容性。

（三）病人群聚分析

病人可區分為三個群聚，第一類是病人「A」、「D」，其靈性建構相似度很高，都是無家人照顧，缺乏愛的陪伴者，非常需要照顧、傾聽的病人，其家庭支持系統都是幾近於零。兩者的差異是宗教信仰，A沒有宗教信仰；而D至少還有信仰的支持。

第二類是病人「B」，其特色是自主性很強，缺乏傾聽他人意見的心胸，其靈性問題集中於個人特質所導致的自我中心、與人互動差以及醫療配合度低。

第三類是病人「C」、「E」，兩者都是家庭支持系統強的，有家人照顧，感受充足的愛與陪伴，常對人微笑，個性成熟，有經濟能力的。

（四）綜合分析

一、K11提到其中一位病人，從以前可以行動自如到受阻的過程之調適歷程，其認為適應期間的情緒是起起伏伏的，時而沮喪、時而開朗，而影響適應良好的因素是好的支持系統與樂觀的個性。

二、K11認為影響與人互動的因素中，個性會比身體心像要來的重要許多。

三、提出在臨床上觀察的現象中，發現女生躺在床上好像很少有男生在旁邊照顧，然後男生如果躺在床上都是太太照顧的比較多。

二、核心建構分析

家庭支持系統好，就有比較良好的「溝通」管道，能得到比較多的「愛與支持」，以度過挫折。透過良好的溝通管道，來釋放自己的想法，才不致有負面思考，因為持負面思考的人，會躲到自己的世界角落、感到自卑、感覺沒有人愛，容易有自殺傾向，表現出對病友漠不關心。

透過與自己內在神明的對話，替病人找到一個「正向的力量」、一份「心靈的寄託」，信仰讓生活中多加一樣東西，使病人感覺到「有路可以走」，不會躲在角落，自卑自憐。並經由生活的不斷創新，每天都多采多姿，建立病人快樂的心情，使得互動良好，生活順遂。

K11 認為只要還能真心的微笑，表示凡事還能看得開，心情不錯。其認為靈性都是「快樂」的，不會有牽掛、煩惱，強調精神上的知足常樂，而反省的心是察覺的觸角，幫助病人放開心胸，並透過溝通來改善關係，取得平衡點。

FOCUS : L12,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,25 constructs



圖 4-12-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —012

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：L12
 context：具靈性特色的病人,5 element,25 constructs

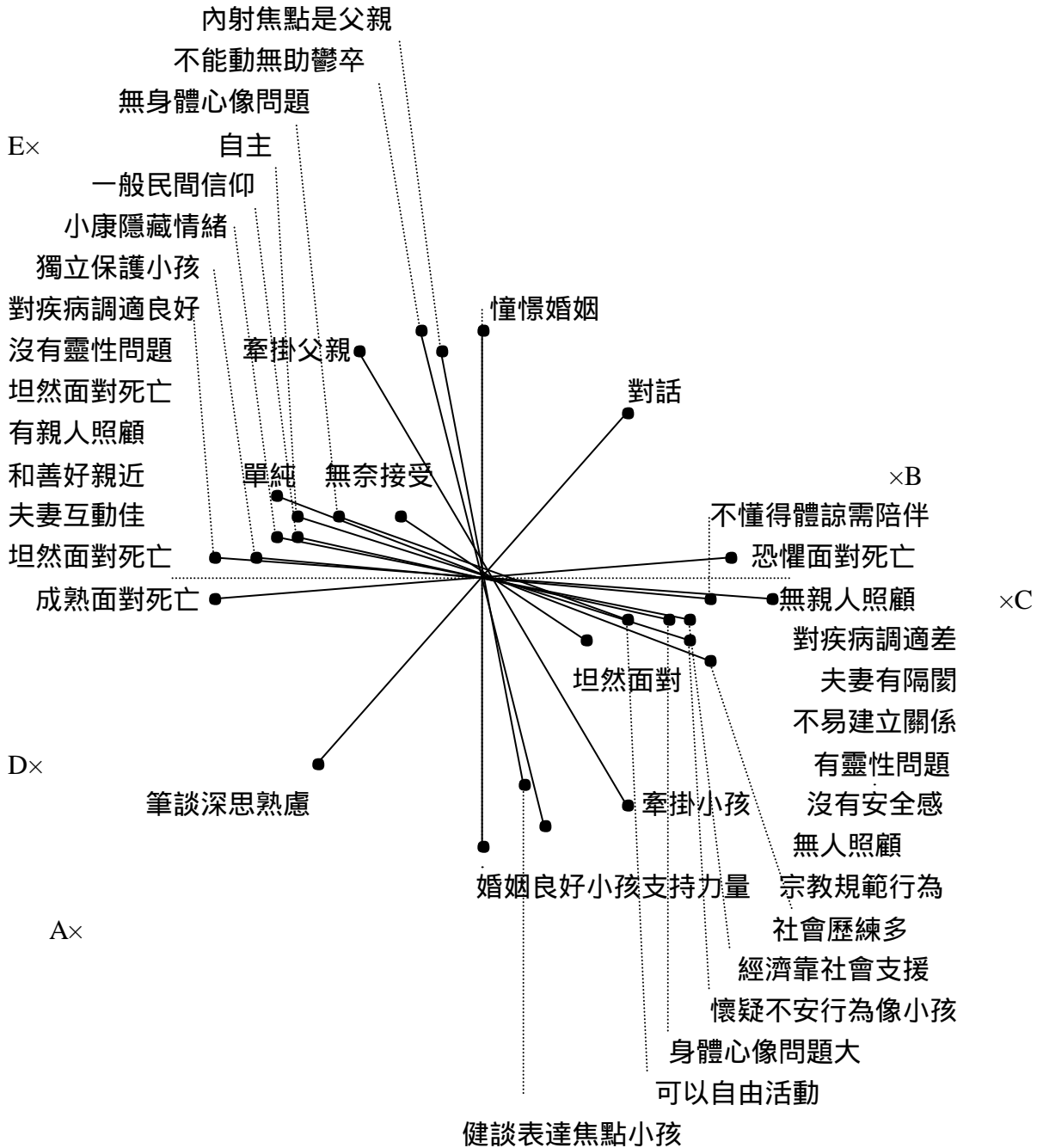


圖 4-12-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —012

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

（一）建構群聚分析

檢視 L12 在使用建構詞錄方格列舉的 25 組一般性建構中，呈現五個類屬：

1. 人格特質：包含獨立對立於需要陪伴、自主對立於沒安全感、體諒人對立於自我中心、愛親近的人對立於渴望被愛、成熟對立於小孩子氣、經驗分享對立於不會分享，其中不安全感會以疑心或退化行為出現，藉此吸引護理人員的注意，期望得到關心和陪伴，而會體諒的病人也較能感受到別人對他的好。L12 認為人格成熟與否的影響因素是知識水準，而宗教信仰是給予病人懺悔與感謝的心，以及行為的規範。同時人格特質影響著病人對社會資源的珍惜與否，人格特質成熟、體諒人的病人會比較珍惜社會的資源。

2. 靈性問題，其認為「靈性的問題」就是「情緒的問題」，而影響靈性的因素是「親人照顧」、「夫妻互動良好」、「和善好親近」，其中親人照顧是提供安全感最主要的來源；婚姻使人變得成熟，有責任感。而「沒有靈性問題」是指病人對疾病能夠有良好調適、能坦然面對死亡、無身體心像的問題。

3. 婚姻狀態，L12 認為婚姻中夫妻的關係和小孩的依附都會影響個體的靈性狀態。已經結婚的女性會有媽媽的特質，就是保護小孩，同時小孩也給予她們最大的支持力量，在面對死亡時她們會格外地牽掛小孩。

4. 主控感，病人由可以活動逐漸變成不能活動的過程中，對自己的身體無法掌控的感覺，會使得病人比較無助，心情比較鬱悶。

5. 交談，這是個特殊的建構，因為病人「A」無法說話，只能筆談，L12 認為筆談會使人較深思熟慮，同時在病人去世後，會留下筆跡，不會像說話一樣，說過了什麼也沒有留下。

L12 對靈性的建構，其「極向一致性」是高的，而「凝聚性」是低的，分類上屬於高「統整性」的建構。

(二) 建構偏好分析

L12 的 25 項二分性一般建構的偏好選擇是：「無身體心像問題」，「可以自由活動」，「病程較長坦然面對」，「婚姻良好小孩提供支持力量」，「健談表達焦點小孩」，「牽掛小孩」，「筆談深思熟慮」，「單純容易感到快樂」，「成熟面對死亡疾病」，「小康」，「獨立保護小孩」，「自主」，「體諒人」，「愛親近的人」，「成熟」，「親人照顧」，「夫妻互動良好」，「和善好親近」，「沒有靈性問題」，「坦然面對死亡」。顯示其偏好的選擇大都是人格特質優者與疾病調適良好，坦然面對死亡。

(三) 病人群聚分析

病人可區分為二個群聚，第一類是對病人「A」、「D」、「E」的靈性建構，共同特點是「無身體心像問題」，「單純容易感到快樂」，「成熟面對死亡疾病」，「小康」，「獨立保護小孩」，「自主」，「體諒人」，「愛親近的人」，「成熟」，「親人照顧」，「夫妻互動良好」，「和善好親近」，「坦然面對死亡」。不同處在於病人「A」無法說話，而病人「E」則是個 19 歲的男孩，憧憬婚姻，牽掛父親，無法自由活動，標示著沒有靈性問題的一群。

第二類則是由病人「B」、「C」所組成，其共同特色是恐懼面對死亡與疾病、對疾病調適差、夫妻有隔閡、不易建立關係、無親人照顧、沒有安全

感、渴望被愛、不懂得體諒人、需陪伴、不會隱藏情緒、懷疑不安行為像小孩，標示著靈性問題的一群。

(四) 病人建構分析

檢視病人與一般建構間的關係，將病人分成三個類屬，第一類是病人「A」，「D」呈現出所有正向的建構，顯示在受訪者心中，病人「A」、「D」是沒有靈性問題的代表。

第二類是病人「B」、「C」，呈現出負向的靈性建構，主要是他們的人格特質不成熟，使得他們渴望被愛卻沒有家人願意照顧、無家可回，以致他們沒有安全感，需要陪伴，競爭和吸引護理人員的注意，只因為他們需要被關愛的感覺。

第三類是病人「E」，因為年紀很輕、單純容易快樂的少年、未婚且疾病是突然發生的。剛到病房是沉默的，不容易建立關係，護理人員是透過與父親的互動才讓他敞開心胸，因為得病知道自己不可能結婚了，所以他憧憬婚姻、牽掛父親，對疾病能坦然的接受，倒是家人不太能接受突如其來的疾病，因為其認為時間是傷痛最好的療癒方式。

FOCUS : M13,Domain : 靈性概念之建構研究,5 element,31 constructs



PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：M13
 context：具靈性特色的病人,5 element,31 constructs

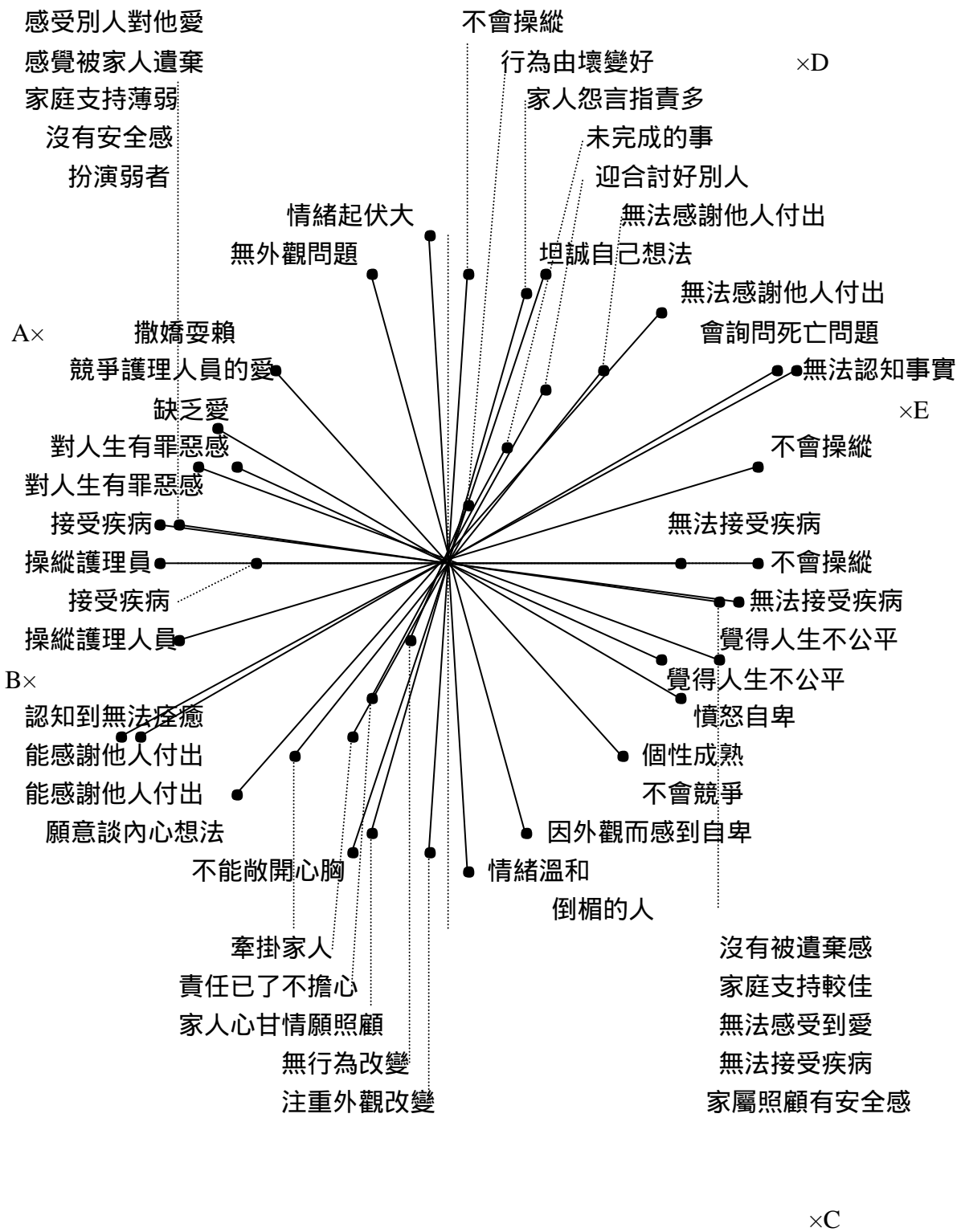


圖 4-13-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —013

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

檢視 M13 在使用建構詞錄方格列舉的 31 組一般性建構中，呈現五個類屬：1. 家庭支持系統，其認為家屬的照顧是病人安全感的根基，包含提供依靠、經濟、人際、社會角色等方面的安全感，而親密感的建立是雙向的，一端是家人的付出；另一端則是病人本身能不能感受到家人的愛。家庭支持系統薄弱的病人，會有被家人遺棄的感受，感覺自己是可憐的人，扮演弱者，將被關心的需求，轉向護理人員，藉由爭寵、操縱或小孩似不成熟的行為來吸引護理人員的關注。

2. 人格特質，在其建構中人格特質為其建構靈性的主軸中心，人格不成熟的病人，會表現出撒嬌、耍賴的行為，吸引護理人員的注視，競爭護理人員的愛，其行為背後的根源是缺乏愛。

3. 面對疾病，人格特質影響病人對疾病的看法，二分建構是罪惡感與不公平，其認為比較沒有責任感的病人，會覺得是自己過去做的不好，自己是個不完美、糟糕的人，因著對過去懷有罪惡感，所以比較能接受疾病，認為是其來有自；而自認是好人的病人，會覺得有此疾病是不公平的事，感到生氣、憤怒，對疾病不能接受。

4. 身體心象，涉及疾病本身是內隱或外顯的，以及病人對外觀的注重與否。有的病人覺得自己是躺在床上不能動的怪物，對身體外觀的改變不能

接受，並且感到自卑，無法敞開心胸，隱藏自己內心的想法，而去迎合、討好別人，期望獲得別人的喜好。M13 認為經由護理措施的介入後，病人的行為或想法會變好，例如原本忌諱談死、自覺不公平、倒楣的人轉變成視死亡是大自然的律動；或者學會感謝。

5. 感謝，其認為能不能感謝他人的付出，是靈性狀態的一個指標。M13 對靈性的建構，其「極向一致性」是低的，而「凝聚性」除一特殊建構外，相關度是高的，屬於高「統整性」的建構。

（二）建構偏好分析

M13 的 31 項二分性一般建構的偏好選擇是：家人心甘情願照顧、坦誠自己想法、願意談內心想法、個性成熟、感謝家人的付出、感受別人對他愛、家屬照顧有安全感、接受疾病、認知到無法痊癒、能感謝他人付出、責任已了不擔心，顯示其偏好的選擇是「家屬照顧提供安全感」，「病人願意談內心想法」，「能認知到無法痊癒」以及「能感謝他人付出」。

（三）病人群聚分析

病人可區分為三個群聚，第一類是病人 A、B，其特色是缺乏愛，競爭護理人員的愛，對人生有罪惡感，扮演弱者，家庭支持系統薄弱，沒有安全感，但是能接受疾病和感謝家人的付出。兩者不同的是病人 A 較為壓抑，無法敞開心胸，而病人 B 則較能坦承自己的想法。

第二類是病人 C，因外觀改變而自卑，覺得自己是怪物，自認是好人得病不公平，無法接受疾病，家庭支持系統薄弱，能感謝他人的付出。第三類是病人 D、E，相同的特色是無法接受疾病，無法感謝他人的付出，但都願意談自己內心的想法。

（四）綜合分析

能不能敞開心胸，談論自己內心真正的想法；能不能感謝他人的付出；能不能接受疾病是 M13 對靈性之重要偏好建構。有些病人不能敞開心胸，選擇隱藏內心真正的想法，去迎合、討好別人，因為他會擔心別人對他的看法，病人會覺得他的狀態要是好的，別人才會喜歡他，這是中國人求和諧的表現之一。身體基礎的改變會影響病人的心象，外觀是更是個顯而易見的形象，更容易影響病人對疾病的接受、與人互動的意願。

二、核心建構分析

生病是人最脆弱的時候，此時需要更多的「愛」與關心，而家庭提供了實質的愛、關懷與溫暖，人們無需懷疑它的真假。其認為感覺被愛是靈性一個重要的成分，是「必要的條件」。

對末期病人來說，回顧過去，「對自己人生的看法」是很重要的。對自己的人生持正向看法的病人比較容易感覺自己今生的責任、義務已經完成，可以無愧於天地、父母，已經盡到為人父或為人母角色的本分。其強調發自個體「內在」對自我人生的詮釋與肯定，而不是由別人來評斷。

面臨死亡對個體內在是一嚴重的衝突，而處理衝突是十分耗能的。當個體的靈性維持在一個比較和諧的狀態時，能夠平靜地面對死亡，做好準備，不會困擾於「為什麼得病」、「為什麼是我」的框架中，生活品質會比較好，不會感到混亂。M13 認為「靈性是很大的『因』，影響很多的『果』」，靈性一旦出現危機，會影響到其他的層面。而當生命中的危機出現時，維持靈性「和諧的狀態」可以使個體適應這樣的危機、因應這樣的壓力而走得更好，反之，若無法適應危機，就會一直停留在原點，一直重複在衝突、矛盾、混亂、消耗能量的

過程中，終致瓦解。

FOCUS：N14, Domain：靈性概念之建構研究

context：具靈性特色的病人, 5 element, 10 constructs

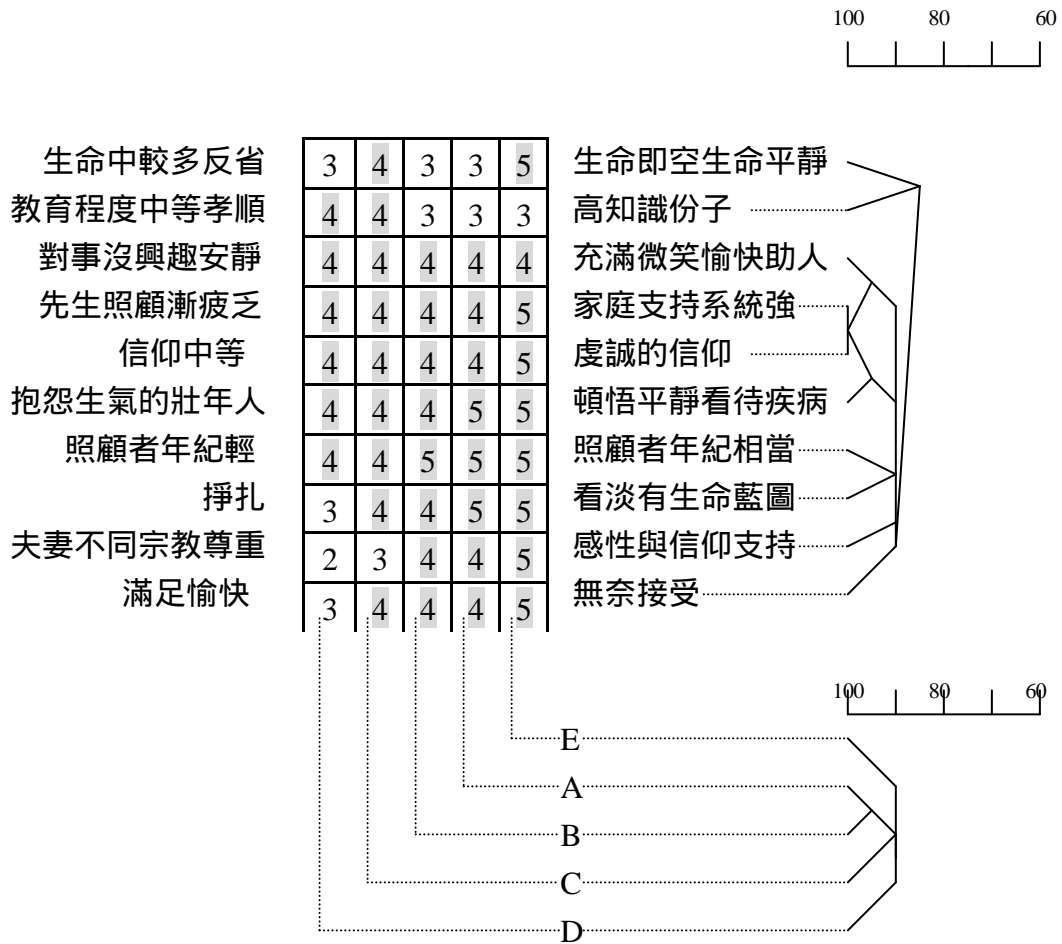


圖 4-14-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —014

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：N14
 context：具靈性特色的病人,5 element,10 constructs

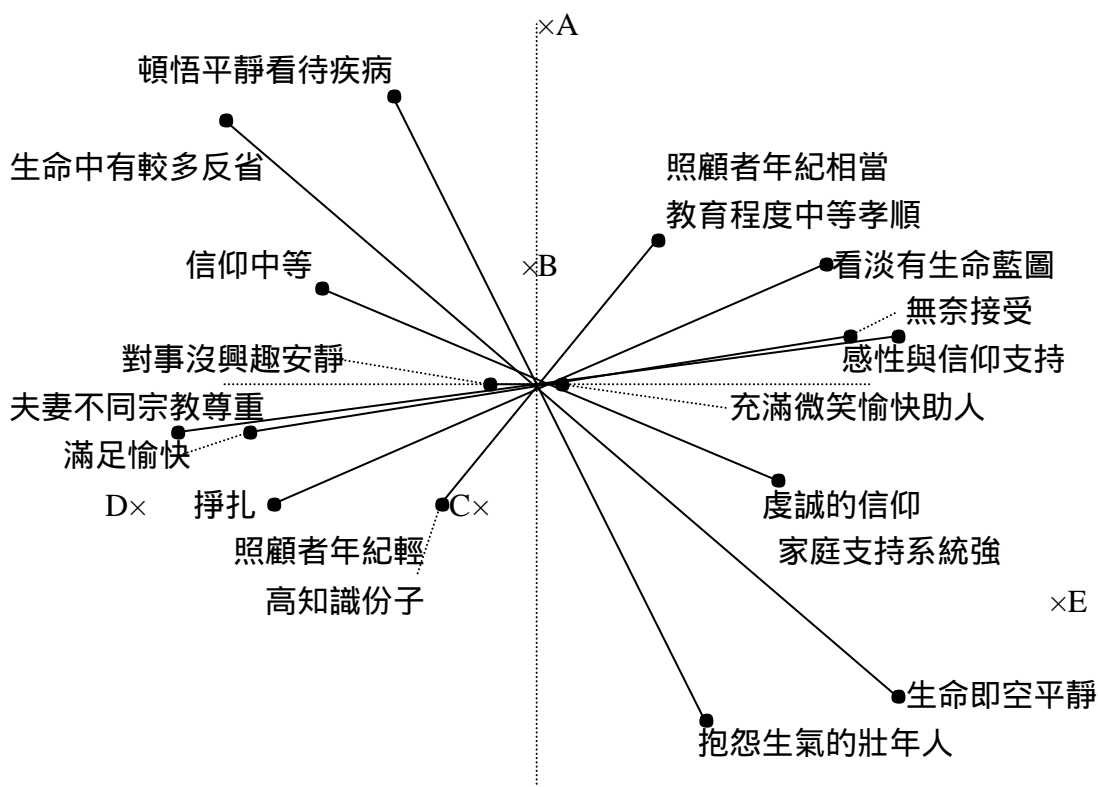


圖 4-14-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —014

一、一般性建構意義分析

(一) 建構群聚分析

透過 WebGrid 針對 N14 的 10 個二分性一性建構進行分析後,得到群聚分析分析焦點剖面圖,以及主成分分析圖,其建構呈現三個類屬:

1. 面對生命的態度,其認為年紀大的病人,會有比較多的頓悟、反省,比較能平靜的看待生命中這個生病的經驗;相反地,年紀較輕的病人,有比較多的抱怨、生氣、衝突,想要再跟自己的疾病搏鬥一次。

2. 宗教信仰,其認為宗教可以幫助病人對死亡持正面的態度,如基督

徒知道死後會回到上帝的天國；而佛教徒能平靜地等待結束生命的那一刻。

3. 家庭支持系統，包含夫妻感情、兒女孝順，其認為夫妻感情好，會很誠實的分享彼此心中的感受，而分享對靈性是重要的。

(二) 病人群聚分析

病人可區分為二個群聚，第一類是病人「A」、「B」、「E」，共通特點是年紀長，能看淡生命，對自己未來的生命藍圖已經準備好了。病人「A」視生命即空，對太太、孩子、朋友都以愛與感恩相對待，學習放下負擔。病人「B」反省自己過去，對現在、自己、孩子們的表現感到滿足，視死亡為人生必經之過程。病人「E」則有信仰的支持，面對生病，沒有害怕，因為有上帝的陪伴。

第二類是病人「C」、「D」，共通特點是年紀比較輕，有比較多的抱怨和衝突，在經過調適後，臨終前也能平靜的面對死亡。病人「C」認為一切都不重要了，都是身外之物，只求舒服、安靜地面對剩餘生命；病人「D」則認為生老病死是人之必經過程，他是以生病的方式，來面對自己未來生命，用宗教信仰來使自己平靜安穩，感謝身旁照顧的人。

(三) 綜合分析

「年齡」是 N14 分別靈性狀態的重要因素，因為年齡深深地影響著個人對生命與生病歷程的看法。其認為年紀長者，較能看淡生命，視死亡為人生必經之過程；而年紀輕者，有比較多的抱怨、衝突和不甘心。

FOCUS : O15,Domain : 靈性概念之建構研究

context : 具靈性特色的病人,5 element,15 constructs

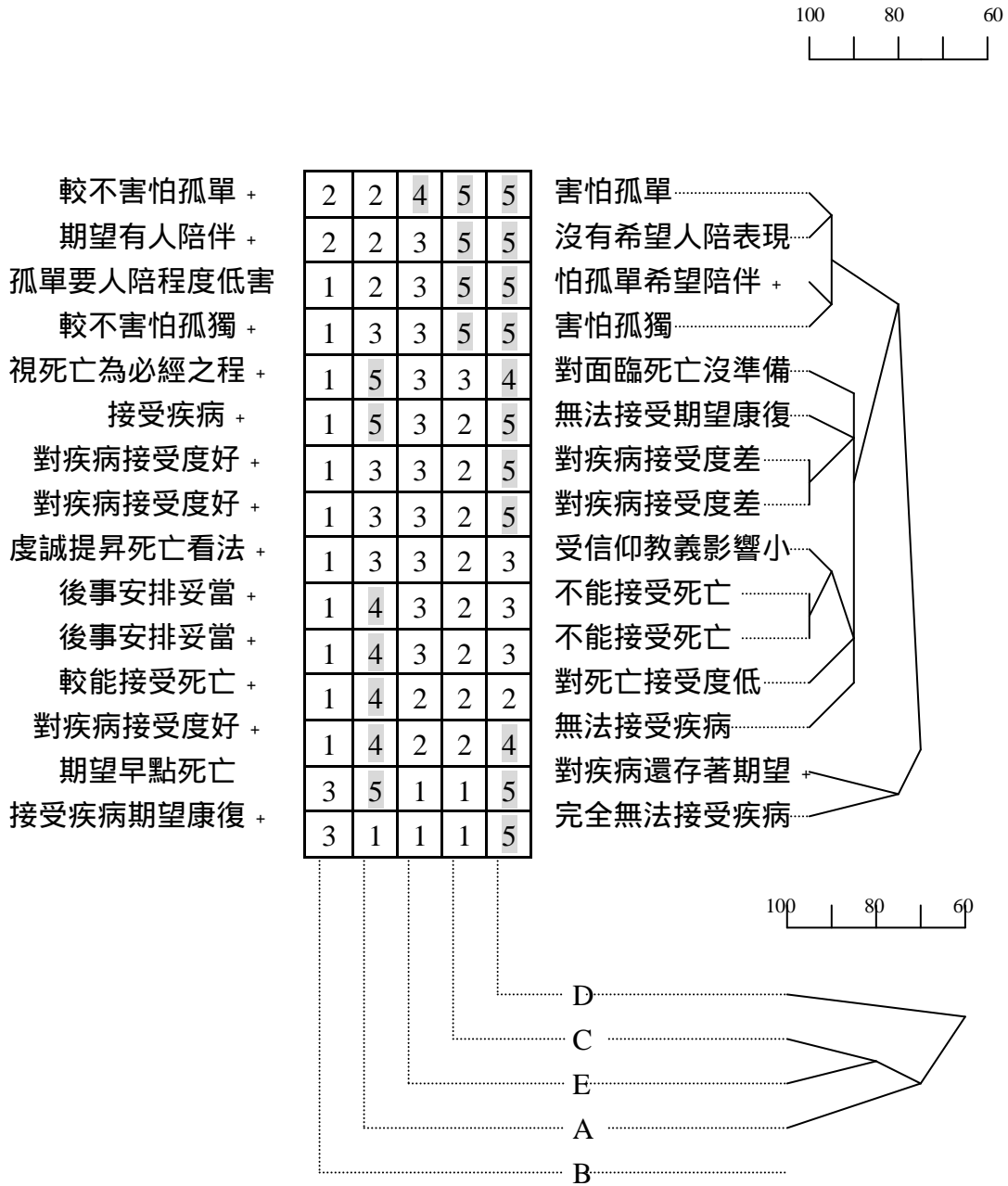


圖 4-15-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —015

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：O15
 context：具靈性特色的病人,5 element,15 constructs

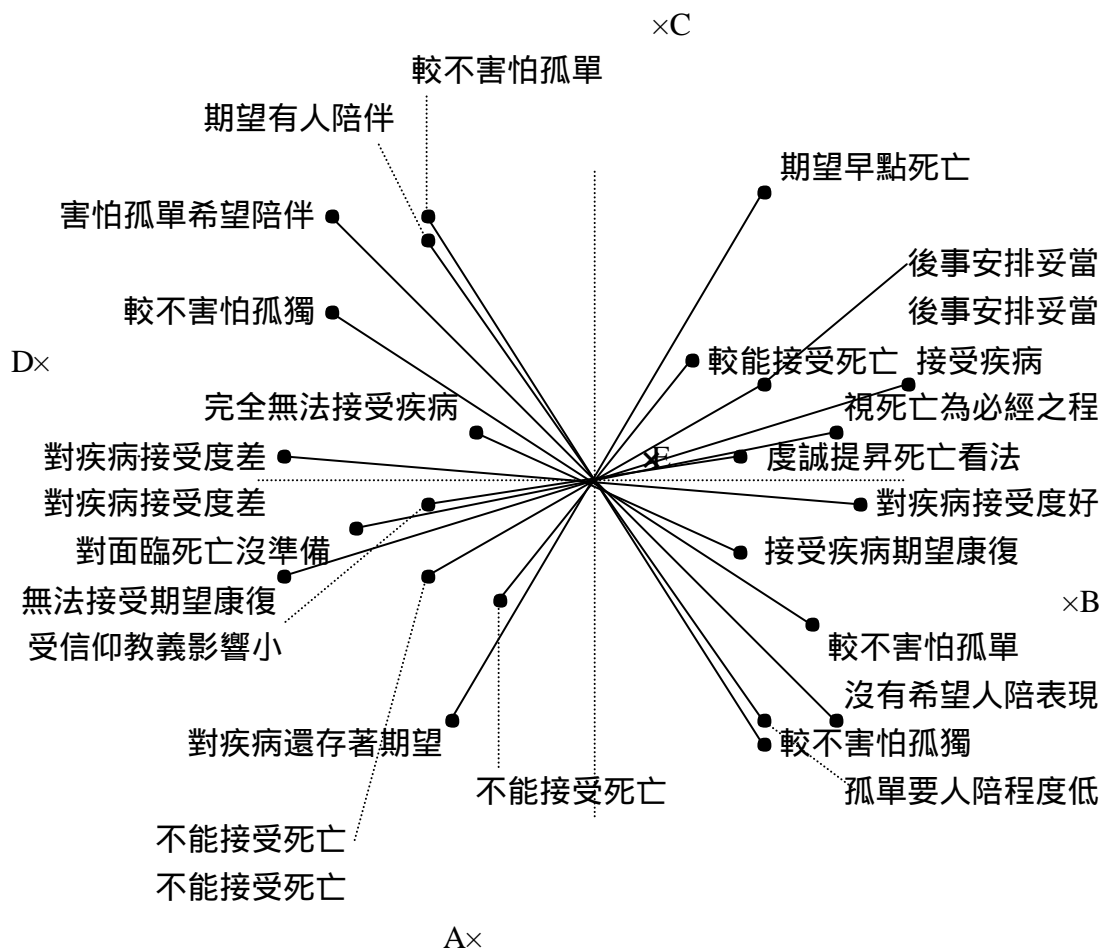


圖 4-15-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —O15

一、一般性建構意義分析

(一) 建構群聚分析

「對疾病和死亡的態度」是 O15 建構病人靈性狀態的主要成分，15 個一般性建構中，呈現二個類屬：

1. 對疾病和死亡的態度，有 9 個建構，O15 將病人依其對疾病和死亡

的態度分成兩類，一類是接受自己的疾病，然後勇於去談論死亡、安排後事或餘生，比較能主控自己。另一類是完全無法接受自己的疾病，逃避談論死亡的問題，對後事沒有準備。宗教虔誠與否是影響病人的靈性狀態的重要因素，因為宗教信仰會提昇病人對死亡的看法，將死亡視為人生必經的過程；以及對生活上的態度，在有限的生命中有所規劃。

2. 支持系統，支持系統的主要關注是「陪伴」，其認為病人的孤單、害怕孤獨，需要陪伴的表現背後的心理感受是怕被遺棄，怕被人放棄。

（二）建構偏好分析

檢視 O15 的 15 個二分性一般建構，其偏好之建構為「較不害怕孤單」、「沒有希望人陪表現」、「視死亡為必經之程」、「對疾病接受度好」、「虔誠提昇死亡看法」、「較能接受死亡」、「後事安排妥當」、「接受疾病期望康復」。群聚分析焦點剖面圖上顯示其建構「極向一致性」很高，其偏好的建構均為接受死亡、疾病，不害怕孤單等一般世俗定義下好的行為或態度。

（三）病人群聚分析

病人區分為四個群聚，第一群是病人「A」，害怕死亡、不能接受死亡、對死亡沒有準備、對疾病無法接受期望康復。

第二群是病人「B」，其靈性狀態基於好的家庭支持系統，較平靜；不害怕孤獨，對疾病接受度較好。

第三群是病人「C」、「E」，都是害怕孤單，期望家人的陪伴，希望早點死亡，以求解脫。

第四群則是病人「D」，害怕單獨，害怕被家人遺棄，對疾病無法接受。

（四）綜合討論

期望死或期望活，O15 將病人置於天平的兩端，一端標示著死亡；另一端標示著痊癒，其建構是期望早點死或期望早點好起來。

二、核心建構分析

O15 認為當病人的「內在有支持自己的力量」時，即使家人不在身邊，仍能安適的活著。內在有支持自己的力量，使得病人自身有安全感，對死亡的準備度比較高，不害怕孤單。

而能夠接受死亡即將到來的事實，可以使病人提前作準備，保握有限的時間，去完成想做的事。在 O15 的觀察中，當病人有掛心的事時，死亡過程會比較不平靜，其認為接受死亡是靈性「平安」的重要條件。

各宗教多少都涉及對死亡的理念，如死後上天堂的觀念，使人能較正向地去面對死亡。靈性是內化的過程，宗教在其內化的過程中，通常提供一個「正向的指引」，給予一「合理化的理由」，使人對死亡不那麼焦慮和害怕，並且透過宗教的內化作用影響個人的想法與行為趨於良善，最重要的是提供「平安」的感覺。

在 O15 的核心建構抽取中，宗教的本質是透過給予一合理化的理由，提供靈性平安的感覺。

FOCUS : P16,Domain : 靈性概念之建構研究,5 element,31 constructs

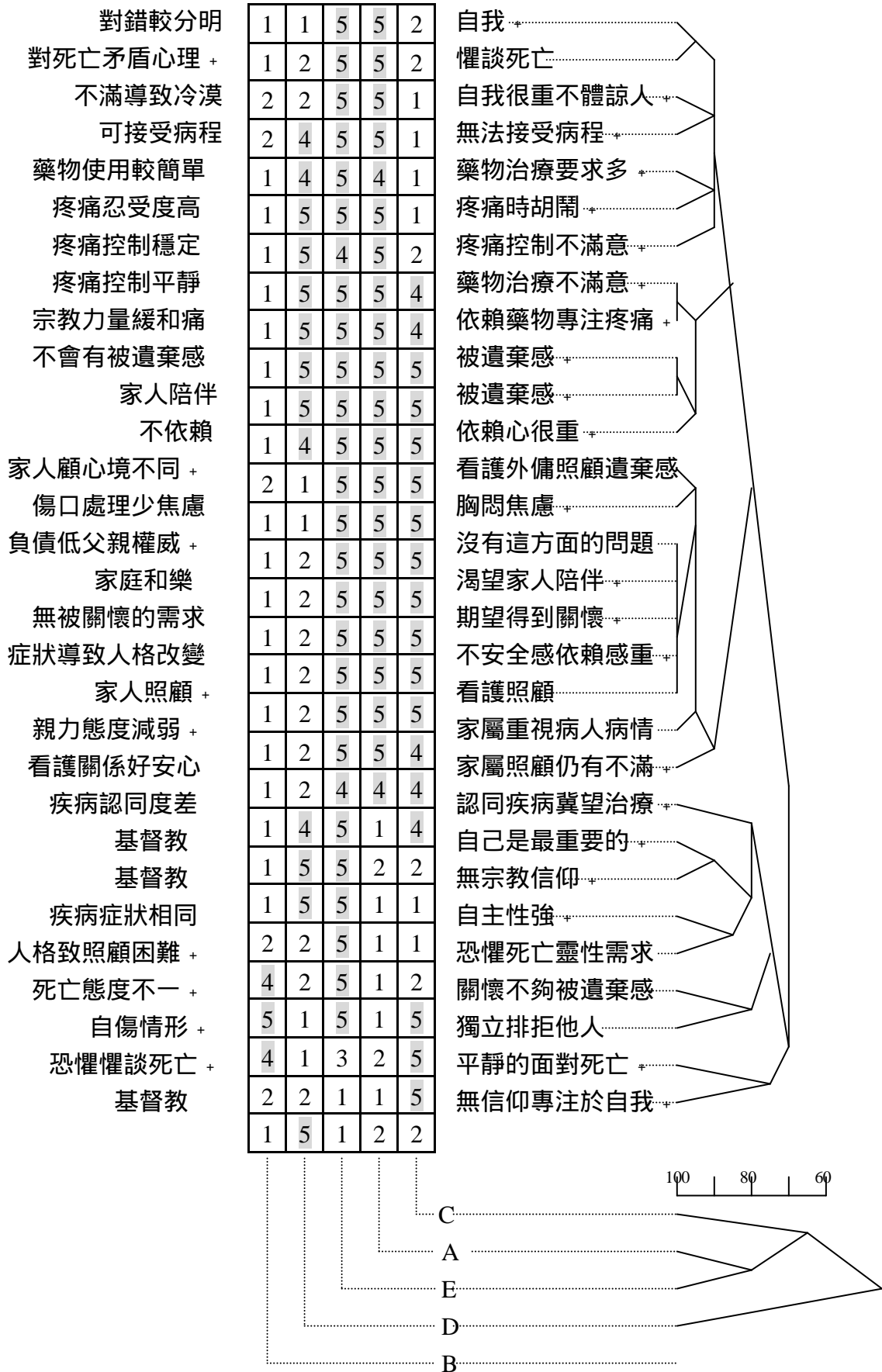


圖 4-16-1 群聚分析焦點剖面圖 (WebGrid FOCUS) —016

PrinCom,Domain：靈性概念之建構研究,User：P16
 context：具靈性特色的病人,5 element,31 constructs

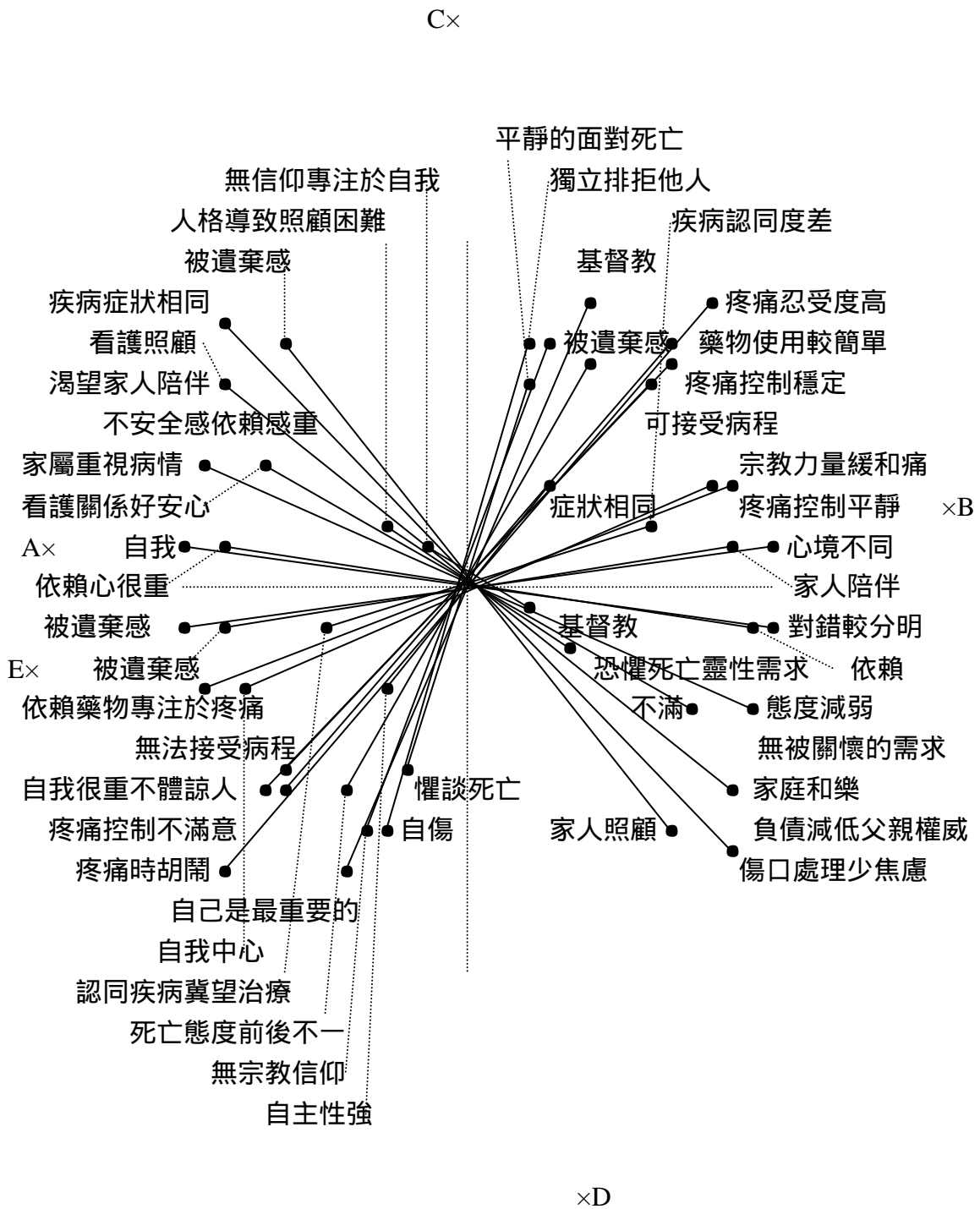


圖 4-16-2 群聚分析主成份分析圖 (WebGrid PrinCom) —016

一、一般性建構意義分析

透過群聚分析焦點剖面圖以及主成分分析圖，我們可以利用一般性建構的意涵進行建構意義分析。

(一) 建構群聚分析

透過 WebGrid 針對 P16 的 31 個二分性一性建構進行分析後，得到群聚分析分析焦點剖面圖，以及主成分分析圖，「家庭支持系統」是 P16 對靈性的主要建構，其建構呈現四個類屬：

1. 家庭支持系統，其認為家屬與外傭或看護的照顧，會造成病人心境上的不同，家屬的照顧與關懷，會使得病人有存在感和被重視感，代表病人在家中有一定的地位；相反地，外傭或看護照顧的病人會有不安全感和被遺棄感，病人會顯得格外依賴看護，需要別人的關愛，且會將需求轉向護理人員，藉由吵鬧的方式來吸引護理人員的注意力，對待家人的方式會轉變成冷漠或生氣。

2. 人格特質，其認為疾病會導致人格的改變，如肺癌患者會有呼吸不到空氣的感覺，所以他們會顯得沒有安全感，對死亡恐慌，比較依賴藥物、氧氣或家人的陪伴。而人格特質會導致照顧困難，如太自我中心的病人，護理人員很難排除病人的心防，去感受病人心裡的想法。

3. 宗教信仰，其認為宗教的力量可以緩解病人對疼痛的感受，比較不會專注於自我。

4. 疼痛控制，有些病人格外注重疼痛控制，P16 認為病人會因為疼痛

控制不佳而氣憤，是因為他們對死亡的恐懼，他們不希望就這樣痛死。另一方面，病人是藉由疼痛來顯現其情感需求。

（二）建構偏好分析

P16 的 31 項二分性一般建構中，其偏好選擇是：「自我」、「對死亡矛盾心理」、「無法接受病程」、「藥物治療要求多」、「疼痛時胡鬧」、「疼痛控制不滿意」、「依賴藥物專注疼痛」、「被遺棄感」、「依賴心很重」、「家人顧心境不同」、「胸悶焦慮」、「負債低父親權威」、「渴望家人陪伴」、「期望得到關懷」、「家人照顧」、「認同疾病冀望治療」、「自己是最重要的」、「無宗教信仰」、「人格致照顧困難」、「死亡態度不一」、「自傷情形」、「恐懼談死亡」，其偏好除了「家人照顧」和「認同疾病冀望治療」外，均為負向的建構，其認為負向的行為或態度較符合病人真正的靈性狀態。

（三）病人群聚分析

病人可區分為四個群聚，第一類是病人「A」、「E」，其特色是自我中心，依賴藥物專注於疼痛，看護或外傭照顧，有嚴重的被遺棄感，渴望家人的陪伴與關懷，對疾病無法認同，恐懼死亡。

第二類是病人「B」，家庭支持系統佳，不會有被遺棄感，有宗教支持，疼痛控制良好，可接受病程，但恐懼死亡。

第三類是病人「C」，因為要求回家心願被拒，所以表現出冷漠的態度，看護照顧導致被遺棄感，期望得到關懷。

第四類是病人「D」，因疼痛控制不佳而氣憤，有自傷情形。

（四）綜合分析

一、「假象」是 P16 對病人行為的特殊建構，表現於二方面，一是對死亡的接受，病人對死亡會呈現矛盾的態度，未臨到死亡前，會說他一切都準備好了，但是真正面臨死亡時，又會說他不要死，P16 由此建構出一個真實的自我與假象間的相對建構；二是家屬陪伴與看護照顧病人表現的不同，病人在丈夫照顧時抱怨丈夫，而在看護照顧時，又誇獎丈夫照顧得多好，P16 認為病人的目的也是為建造一個幸福家庭的假象。由「假象」的建構中可見，病人普遍想表現出好的一面，屬於中國人的面子問題，而面子是一歸屬焦慮的表現。

二、P16 觀察到在面對疾病時，病人對宗教需求會呈現出不同的面貌，有人因為信仰支持而獲得靈性的歸屬；有人怨恨上帝沒有聽到他的需求，覺得上帝沒有照顧他，神對他不好而怨恨神；有人是渴求；有人則沒有特殊的宗教需求。

第三節 整合性分析

本節分為兩部分，第一部分為研究參與者之一般性靈性建構與核心建構之結果比較，呈現於表 4-4 至表 4-7，其中表 4-4 為靈性之一般性建構的人數統計；表 4-5 為核心建構之向度；表 4-6 是依據 16 位研究參與者從其靈性之一般性建構中，選出自認為最重要之三個建構；而表 4-7 則是運用階梯法抽取研究參與者之核心建構（參見附錄 7）。第二部分為根據建構系統的「分化性」與「統整性」，來進行結構分析的向度，用以瞭解 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構思考階段。

壹、靈性之一般性建構與核心建構的比較：

表 4-4 安寧護理人員靈性之一般性建構人數：

向 度	人 數	比 率	名 次
CD1 宗教信仰	15	94%	1
1-1 宗教影響	9		
1-2 宗教功能	8		
1-3 信仰有無	7		
1-4 宗教認同	6		
1-5 宗教支持	4		
1-6 宗教比較	3		
1-7 宗教包容	1		
1-8 象徵物	1		
CD2 家庭支持系統	15	94%	1
2-1 支持系統	11		
2-2 情感依附	8		
2-3 婚姻狀態	5		
2-4 愛與關懷	5		
2-5 遺棄感	4		
2-6 陪伴	3		
2-7 牽掛	3		
2-8 能力	2		

	人數	比 率	名次
CD3 面對疾病	13	81%	3
3-1 接受度	9		
3-2 態度	6		
3-3 調適	5		
3-4 認知	3		
3-5 疼痛控制	1		
CD4 面對死亡	12	75%	4
4-1 態度	11		
4-2 接受度	5		
4-3 瀕死過程	3		
4-4 準備	3		
4-5 求生意志	1		
CD5 意義價值	9	56%	6
5-1 對人生的看法	8		
5-2 人生意義	4		
5-3 肯定	4		
CD6 表達	9	56%	6
6-1 敞開心胸	7		
6-2 方式	3		
CD7 人格特質	10	63%	5
7-1 人格特質	10		
7-2 導因	4		
7-3 責任感	1		
CD8 情緒狀態	4	25%	9
CD9 自主性	3	19%	
9-1 活動性	2		
9-2 掌控權	3		
CD10 身體心象	6	38%	8
CD11 經濟狀況	2	13%	
CD12 歸屬	3	19%	
12-1 責任	2		
12-2 假象	1		
CD13 性別差異	4	25%	9
CD14 年齡	3	19%	
14-1 年齡	3		
14-2 時代背景	1		

	人數	比率	名次
CD15 其他			
15-1 介入	2	13%	
15-2 思考模式	2	13%	
15-3 靈性平安	1	6%	
15-4 靈性狀態	1	6%	
15-5 團隊支持	1	6%	
15-6 寄託	1	6%	
15-7 出院	1	6%	
15-8 口慾	1	6%	

表 4-4 為安寧護理人員對靈性概念之建構向度，16 位研究參與者中有 15 位關注宗教信仰與家庭支持系統；13 位關注疾病狀態；12 位關注死亡；10 位關注人格特質；9 位關注意義價值與表達；6 位關注身體心象改變的問題。以宗教信仰為例，其包含 8 個類別（參見附錄 6），一研究參與者之建構可能包含一或多個類別，故類別之總數大於主題之數。

表 4-5 核心建構之向度排名與人數統計

向 度	人 數	比 率	名 次
家庭支持系統	12	80%	1
宗教信仰	8	53%	2
面對死亡或瀕死狀態	6	40%	3
意義價值	4	26%	4
人格特質	3	20%	5
面對疾病	1	6%	6
經濟	1	6%	6
心靈寄託	1	6%	6
靈性正向	1	6%	6
正向思考	1	6%	6
情緒穩定	1	6%	6

表 4-5 為核心建構之向度，最高者為家庭支持系統，其餘依次是宗教信仰、面對死亡、意義價值、人格特質、面對疾病。

表 4-6 建構之重要性排名

編號	重要性 1	重要性 2	重要性 3
1	有宗教信仰的支持	正向思考	情緒穩定
2	藉由宗教信仰抒發壓力	有心靈寄託	家人支持系統強不孤單
3	祥和接受過往	肯定今生的貢獻	家人關係緊密減低焦慮
4	家庭支持系統強	宗教信仰強	個性開朗資訊接受度高
5	宗教信仰影響力大	家庭支持系統強	靈性正向
6	正向的人生價值觀	家庭支持系統強	對護理人員的付出有所回饋
7	靈性上不平安瀕死不平和	死亡過程痛苦掙扎	家庭支持系統較佳
8	平安、安詳的去世	無遺憾離世	不怕死
9	家庭支持系統較好	有伴侶支持	親人願意來照顧
10	坦然面對死亡、準備後事	家族凝聚力大	宗教虔誠
11	家庭支持系統較好	有宗教信仰	微笑中有較多感謝感恩與釋懷
12	婚姻小孩給予支持力量	小康	一般民間信仰
13	家屬照顧提供安全感	對人生有罪惡感	接納將死的事實
15	較不害怕孤單	較能接受死亡	宗教虔誠提昇對死亡的看法
16	人格特質導致照顧困難	家人關懷不夠有被遺棄感	對疾病認同但仍冀望其他治療

表 4-6 列出研究參與者認為對靈性最具重要性的建構，結果顯示其認為重要之建構為家庭支持系統、宗教信仰、瀕死狀態、意義價值、人格特質、面對疾病、人格特質、經濟、心靈寄託、靈性正向、正向思考與情緒穩定。

表 4-7 三一比較法與階梯法之向度排名比較

名 次	三 一 比 較 法	階 梯 法
1	宗教信仰、家庭支持系統	家庭支持系統
2		宗教信仰
3	面對疾病	面對死亡
4	面對死亡	意義價值
5	人格特質	人格特質
6	意義價值、表達	面對疾病

由表 4-7 結果可知，三一比較法所抽取出的一般性靈性建構中，對宗教信仰與家庭支持系統關注性最高，其餘依次為面對疾病、面對死亡、人格特質、意義價值與表達、身體心象；而階梯法追索出之核心建構，結果依次為家庭支持系統、宗教信仰、面對死亡、意義價值、人格特質、面對疾病。在一般性靈性建構中，宗教信仰與家庭支持系統並列第一；而在核心建構中，對關注宗教信仰的人數比率由 94% 降至 53%。

貳、分類架構與思考階段模式

根據建構系統的「分化性」與「統整性」，作為結構分析的向度，用以瞭解 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構思考階段。建構系統的「分化性」是指該系統允許個人從多元層面來建構事件的能力，以 Landfield (1977) 所提之「功能獨立的建構」(functionally independent constructs) 數目來表示。一個涵蓋較多數量之功能獨立建構的建構系統，表示其分化性較高 (Bieri, 1955)。

建構系統的「統整性」是指建構系統的不同層面可組織成一統整體系的程度，「統整性」係由建構的「凝聚性」和「極向一致性」來表示。一個高度統整的建構系統，意指其所有現存建構之間具有高度且正向的相關；反

之，一個低度統整的建構系統，就表示其建構之間具有較微弱且負向的相關。高「凝聚性」的建構系統，是所有建構之間的相關性較高；而高「極向一致性」的建構系統，是指因為個人對所有建構的偏好極向是一致，以使建構間呈現正向相關。

研究者以建構的「分化性」與「統整性」，作為分類架構之兩個主要向度，並將 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構置入，歸類為四種類型：類型 I 為渾沌型思考階段，是低「分化性」、低「統整性」；類型 II 聚斂型思考階段，是低「分化性」、高「統整性」；類型 III 擴散型思考階段，為高「分化性」、低「統整性」；類型 IV 聚向型思考階段，是為高「分化性」、高「統整性」。

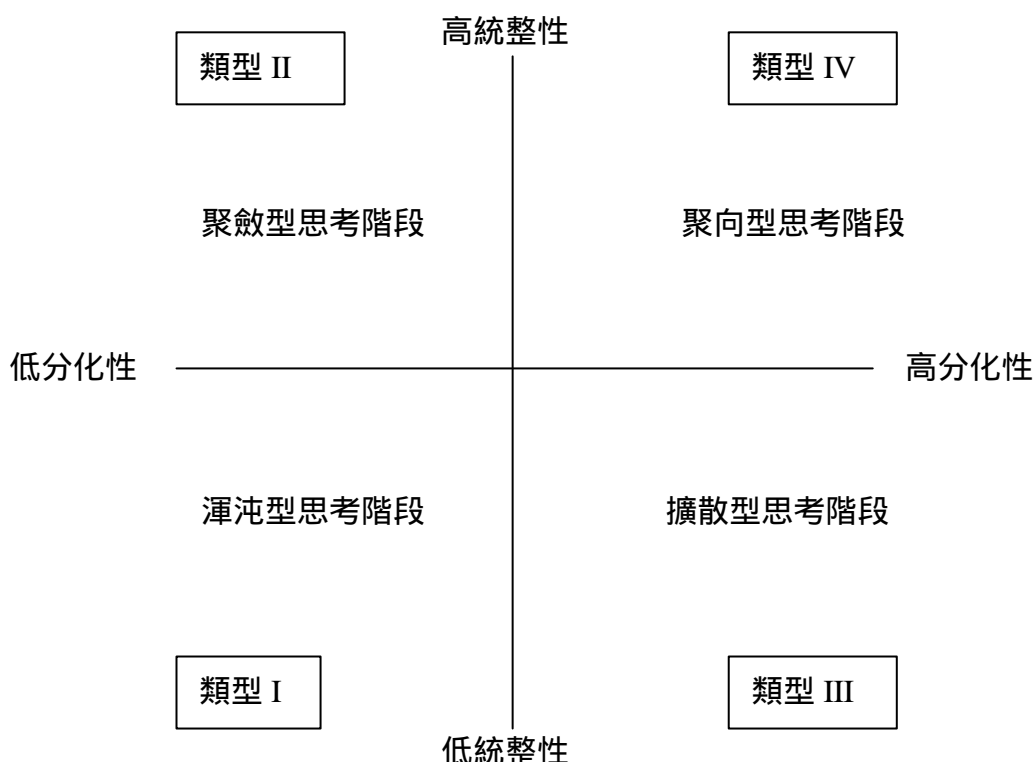


圖 4-17 靈性建構系統之分類架構

統計本研究之研究參與者，每人經由「建構詞錄方格」所萃取之建構數目，平均是 21，且功能獨立的建構數在 5 至 22 之間，以 14 為分界來區分其「分化性」，功能獨立的建構數大於或等於 14 個，即為高「分化性」；反之，功能獨立的建構數小於 14 個，即為低「分化性」。本研究之研究參與者 C03、D04、F06、G07、K11、L12、M13、P16 為具有高「分化性」建構。

「統整性」是以建構之「凝聚性」與「極向一致性」來代表，本研究之高「統整性」是為建構之「凝聚性」或「極向一致性」其中一項為高，即為具高「統整性」之建構。「凝聚性」為建構間相關性之結果，參酌建構詞錄方格分析套裝軟體 Web Grid ??，進行分析獲得之「群聚分析焦點剖面圖」(Web Grid FOCUS)；而「極向一致性」則為研究參與者之偏好一致性。在本研究中，研究參與者 A01、C03、F06、J10、M13 和 N14 具有高「凝聚性」建構，其建構間相關度高於 75%；而 A01、E05、F06、H08、K11、L12 和 O15 具有高「極向一致性」的建構，其建構的偏好極向是一致的，建構間呈現正向相關。

表 4-8 類型結果：

類型	個數 (N)	比率 (%)	編號
類型 I	2	12.5	B02 I09
類型 II	6	37.5	A01 E05 H08 J10 N14 O15
類型 III	3	19	D04 G07 P16
類型 IV	5	31	C03 F06 K11 L12 M13

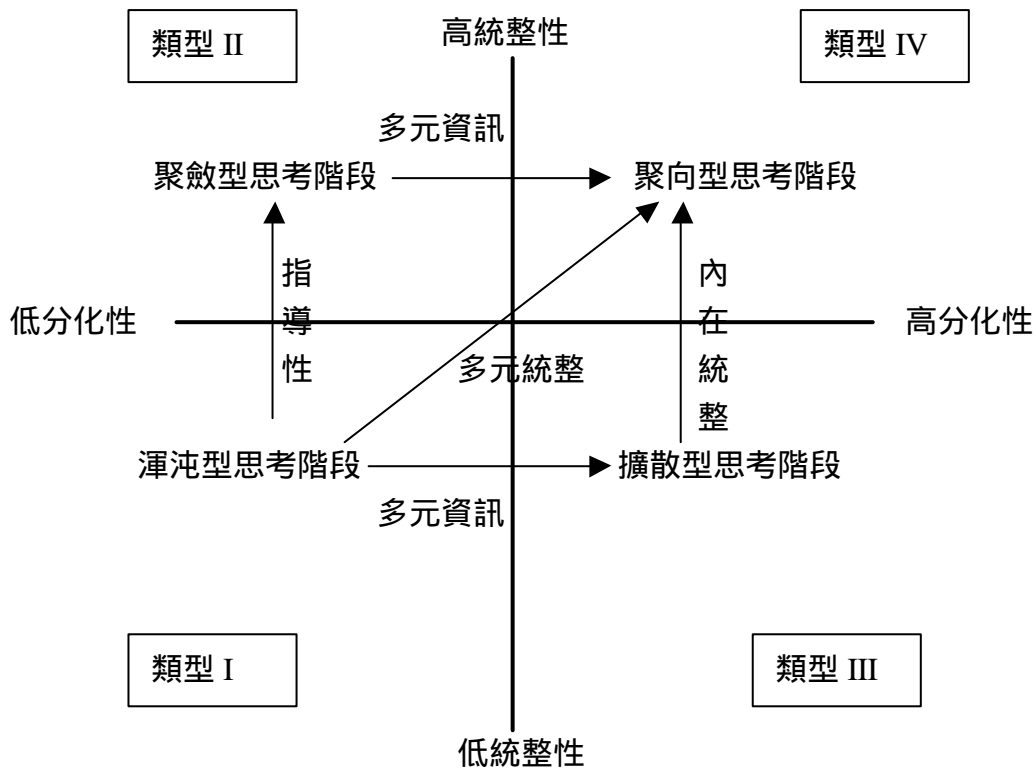


圖 4-18 靈性建構系統之思考階段模式

各類型間存在著發展性的關係，如渾沌型思考階段可經由吸收多元知識而發展成擴散型思考階段；或者經指導性建構之凝聚而發展成聚斂型思考階段；甚至經由多元資訊與內在統整同時進行而發展成聚向型思考階段。

類型特色分述如下：

類型 I：渾沌型思考階段：

表示對靈性的概念仍停留在較原始的狀態，由於包含較少的建構數目且建構間之相關度較低，其對靈性的建構較為模糊。本類型之特色是對靈性之建構呈現單一關注向度且功能獨立的建構數少於 14，B02 和 I09 為其典型，因其建構之偏好極向性不一致且建構間有「矛盾」的現象，顯示建構間存在著高度的不相容性，統整性較低。擁有此類建構系統的個體，可能是處於對

靈性概念發展的初期，對靈性的看法，尚無一主軸或核心建構，意謂著仍有許多學習與發展的空間。

類型 II：聚斂型思考階段：

當護理人員在其自我靈性成長的過程或所處的環境中，接觸到較多相關靈性概念或靈性照顧的資訊，且個體接收到的相關靈性資訊是具有指導性的，是單一向度且焦點明確的，以使得此類建構系統的個體，對靈性的概念呈現出一主軸中心卻是單一向度的建構，其靈性建構系統形成高度的統整性。本類型之特色為對靈性的建構具有高「極向一致性」，其所偏好之建構與正向的建構呈現一致的情形，A01、E05、H08 和 O15 均為高「極向一致性」。而在「凝聚性」的部分，A01、J10 和 N14 具有高度的「凝聚性」，其所有的建構之間的相關度非常高，均在 80% 以上，是此類思考階段之典型。

類型 III：擴散型思考階段：

如護理人員在其追求個人或專業的自我成長的過程中，接觸到相關靈性概念或靈性照顧的資訊過於多元且龐雜時，則會使個體的靈性建構系統呈現鬆散與混亂的狀態，使其表現出高分化性，卻缺乏統整性的思考，顯示個體正處於將經由書籍或演講所吸收的相關靈性概念之訊息，與內在靈性經驗相結合的階段。歸屬於本類型之研究參與者為 D04、G07 和 P16，共同特色為建構之偏好極向性不一致；建構間之「凝聚性」低，且功能獨立的建構數大於 14，其用以考慮靈性狀態的建構與其偏好之建構間，呈現負相關，表示其建構之間存在著高度的不相容性，個人之靈性建構系統的統整性較低，有待經由統轄性建構統整出一主軸看法。

類型 IV：聚向型思考階段：

當護理人員將相關靈性之多元分化的資訊與其生活經驗或內在靈性經

驗，經由統轄性核心建構發揮其統整的功能，而達成和諧一致時，則個體便對靈性的概念形成一個有著主軸中心且穩定的看法，能賦予靈性一個清晰明確的定義。歸屬於本類型之研究參與者為 C03、F06、K11、L12 和 M13，共同特色為功能獨立的建構數大於 14，其中 F06、K11 和 L12 之「極向一致性」甚高，其偏好的建構與其用以考慮靈性狀態之建構呈現正相關；而 C03 和 M13 則為建構間的相關度高者。

第五章 討論

弗蘭克 (Frankl) 曾說：「存在於這個世界中的每一個人，都是獨特而唯一的」(游恆山譯，1992)，每個人都是一個意義建構的主體，用著自身的建構來看待這個世界發生的人、事與物，因此，本研究之護理人員所反映的是個人對靈性建構的獨特觀點，乃個人建構之現實，而非客觀之真實。

第一節 理論層次的探討

本節將探討 16 位參與本研究之安寧護理人員看待靈性所立基的理論，以此建構出其自身的靈性概念。16 位研究參與者中，E05 和 M13 接受全人思考的模式；F06、G07 和 N14 將 Maslow 的自我實現視為靈性的最高點；D04 則以 Carl Jung 的本我理論為其建構靈性的理論背景，認為靈性是更深層的本我；C03、J10 和 O15 由意義的角度來看待靈性；而 B02、K11 和 N14 則以信仰為根基。

一、全人思考的模式

研究參與者 E05 和 M13 認為靈性就是人跟自己、他人、環境和至高者關係的修復。人跟自己的關係是指人的價值觀或者信念；人跟神是指人生命的意義與生存的目的；人跟環境是指我們跟大自然的關係；而人跟自己就是我跟你之間的愛和互動，其中人跟他人的關係是變動的，而人與至高者的關係是可靠、永恆不變的，同時注重由自我內在對自己人生所作的評價。

而在 Carroll (2001) 以 Moustakas 的現象學為方法，針對 15 位安寧護

理人員所做之靈性本質探討的研究中顯示，安寧護理人員傾向以全人的觀點來看待靈性，認為靈性的向度滲透於身體、心理、社會與宗教向度中。採此觀點之研究參與者 E05 和 M13 為基督徒，基督教義中神的概念，使其易於接受全人的思考模式，將靈性置於人與神、自我、他人、自然之和諧的關係中來詮釋。

二、Maslow 的需求理論

研究參與者 F06、G07 和 N14 以 Maslow 的需求層次論為其建構靈性的視框，傾向將自我實現或自我超越視為靈性的最高點，並且注重與人的溝通或與週遭人的互動。

F06 以為家人的支持與照顧可以滿足人們基本的生理需求，而正向的人生價值觀可以使個體，即使身處逆境也能了悟生命的價值，最終達到自我超越的層次。而 G07 認為病人若無法進到人生的下一個階段，即是接受疾病，真實地面對餘生，則會影響個體對生命的價值觀和態度，導致無法建構出一個我，無法達到高層次的滿足，其視能否達到自我實現為靈性開展的關鍵。

三、Carl Jung 的本我

D04 認為靈性是更深層的本我，最深層的需求。因為一個人出生以後會受各種教育和環境的影響，把自己本來的本我遮蓋住，而靈性就是要得到本我方面所有需求的滿足。

四、Viktor Frankl 的意義

C03、J10 和 O15 傾向由意義與價值觀的角度去定義靈性，C03 認為靈性就是一個人生活的信念和價值觀，是個體在對週遭事物領受之後而內化的態度，對生命的看法；O15 也認為靈性是經過組織想法之後而表現出來對某

些事情的一些生活態度；而 J10 以為靈性就是一個人的生命意義。於此結果中呈現 Frankl 之表面「態度」與「意義」，不見其深化的「態度」與「意義」。

五、Paul Tillich 的終極關懷

B02、K11 和 N14 以信仰的角度定義靈性，B02 以為靈性是有形和無形的心靈寄託；K11 認為主要是宗教信仰；N14 也把靈性和宗教信仰擺在一起。信仰可以作為終極關懷的一種對象形式，本研究之參與者建構之宗教信仰是指一種心靈的依歸，一種接近靈性的方式。

第二節 靈性之一般性建構與核心建構的比較

壹、一般性建構

個人建構理論強調著人是主動的建構者，而非被動的接收者，對經驗事件的解釋或建構，表現出個人獨特的觀點型態，故本研究之 16 位參與者以不同之個人觀點建構起自身的靈性概念，A01 以思考模式為主軸建築起她的靈性地圖；B02 關注的是自主權喪失後的低自我價值；C03 和 N14 以宗教信仰為其靈性建構的主軸；而 D04、F06、I09、K11 和 P16 則以家庭支持系統為靈性建構的中心；E05 將靈性平行式的置於宗教信仰、家庭支持系統、情緒和身體心象中來考量；M13 是家庭支持系統、身體心象和能不能感謝同等重要；G07、H08 和 J10 關注死亡或瀕死狀態平和與否；L12 則以人格特質與情緒為靈性建構之主軸。由上述結果顯示，參與本研究之安寧護理人員，對靈性之建構並不止於關注宗教信仰，還有更多元寬廣的建構。

在參與本研究之安寧護理人員的一般性建構中，家庭支持系統、宗教信仰和面對疾病的態度是其最為關注的三個建構。

貳、核心建構

參與本研究之 16 位安寧護理人員自認為對靈性最重要的建構，A01、B02 和 E05 認為是宗教信仰；C03、G07、H08 和 J10 關注死亡或瀕死狀態平和與否；D04、I09、K11、L12 和 M13 則以家庭支持系統為靈性之核心建構；F06 認為是正向的價值觀；O15 關注是否害怕孤單；P16 則以人格特質為靈性之核心建構。由上述結果顯示，對靈性之核心建構，以家庭支持系統、瀕死狀態平和與否和宗教信仰為關注的重點。

在一般性的建構中，家庭支持系統包含提供經濟或照護上的實質照顧與情感上的依附，反映出中國人格外看重家人間的感情，把平安的感覺建構在家的模式裡。而在其核心建構中彰顯出，家庭支持系統是靈性的基礎或根本，核心是愛與支持。

在一般性的建構中，宗教信仰包含宗教影響、宗教功能、宗教認同、宗教支持、宗教比較、宗教包容、信仰有無和象徵物等多層面的建構。而在核心建構中，肯認宗教信仰提供一個指引、正向的力量、心靈的寄託，最重要的是提供平安的感覺。但不同的護理人員對宗教信仰有著不同的看法，如 E05 認為宗教信仰是生命的源頭，K11 則認為宗教信仰是在生活中多加一樣東西。

面對死亡的態度或瀕死的過程是安寧護理人員對靈性的另一關注點，在一般性的建構中，以為瀕死過程平順，代表著靈性的平安；而在核心建構中，則以能採祥和的態度面對死亡，能由內在肯定自己人生的價值，能接受即將面臨的死亡，真實的面對自己與餘生，是為靈性和諧的表現。

參、一般性建構與核心建構之比較

本研究由三一比較法所抽取出的二分性靈性建構，反映的是參與研究之護理人員對靈性的一般性關注面向，經內容分析與統計之結果顯示，安寧護理人員對宗教信仰與家庭支持系統關注性最高，其餘依次為面對疾病、面對死亡、人格特質、意義價值與表達、身體心象。

由階梯法追索之核心建構則是個人建構系統中具主導性地位的建構，結果依次為家庭支持系統、宗教信仰、面對死亡、意義價值、人格特質、面對疾病。

探討在一般性靈性建構中，宗教信仰與家庭支持系統並列第一；而在核心建構中，對關注宗教信仰的人數由 15 人降至 8 人之原因：

一、基於 Maslow 之需求理論：

家庭支持系統提供的是基本之生理、安全、愛與歸屬的需求，是人生存與追求更高層次之自我實現、自我超越的基礎，故家庭支持系統在核心建構中顯出其重要性。

二、基於文化層面之因素，個人主義與集體主義的差別：

如 Hsu (1971) 提出之父母、兄弟和近親都是中國人第 3 層中的永久居民；而西方文化中之父母和兄弟只是第 3 層中暫時的居住者（任鷹等譯，1990）。中國人採集體主義，社會取向強烈，親屬關係至高無上，故家庭支持系統在臨終場域中彰顯其重要性。

三、中國人的歸屬焦慮，求和諧的心理：

表現於 1 . 被遺棄感； 2 . 較多的掌控；3 . 迎合他人的期望。

第三節 靈性內涵探討

本節為個人群聚分析與呈顯面向之綜合討論，以整體性的理解參與本研究之安寧護理人員建構之靈性內涵。

壹、身體面向

在石世明《臨留之際的靈魂—臨中照顧的心理剖面》中，提出身體的毀壞提供病人接受死亡的基礎；是病人靈性展現的契機，當世界斷裂之時也是靈魂展露之際。同時一向被健康者忽略的身體，是臨終者「活著」最根本的部分，不因離死亡的時間短暫而抹滅這個基礎。

而參與本研究之安寧護理人員對身體層次的關注在於：一、喪失身體自由活動能力後，所產生對事物失去掌控感，並伴隨不安全感，導致被遺棄的感覺。二、如榮格所言：「心理的身體部分，會受到生理過程的強烈影響」（Tillich, 1957），反應在病人的身體上，當自由活動能力的喪失時，會深化了病人掌控權與安全感的需求，此時若家屬無法滿足病人的需求，病人就會情緒失控，用哭鬧的行為來表達其感受，由此可知，身體層次的變動，影響著心理與靈性層次。三、身體外觀的改變，使生病者的身體心像受到嚴重的打擊。四、活動能力低造成的影響有 1. 被遺棄感；2. 喪失主控權；3. 生命價值感低；4. 對疾病的接受度低；5. 孤獨型的人格特質；6. 與人互動的意願低。

貳、心理面向

一、死亡焦慮：

死亡焦慮可分為三種層面的焦慮，一為歸屬焦慮；二是存在焦慮；三為深層結構焦慮（Lair, 1975）。而余德慧（2003）說明當人們執取心智自我所造作的「現成物」，而無法接受臨終最後的空無，焦慮便從根本的基礎地升起，稱為「存有焦慮」。在產生存有焦慮前，有兩種焦慮會預先把臨終者跟世間的關係破壞掉，一為面皮焦慮（*persona anxiety*）；二是歸屬焦慮（*membership anxiety*），使人明白自尊和歸屬於世畢竟虛妄。

而透過參與本研究之安寧護理人員的建構，所呈現於臨終場域的歸屬焦慮有下列幾方面，1. 被遺棄感，生病者會因為感覺自己無法再對家庭有什麼貢獻，不再具有社會價值而怕被家人遺棄。2. 掌控，病人會有較深刻的不安全感，展現較多的掌控，並以自我為中心去與別人建立關係以及看待事物，而不公平、憤怒是多數生病者的感受。3. 假象，表現於三方面，一是對死亡的接受，病人對死亡會呈現矛盾的態度，未臨到死亡前，會說他一切都準備好了，但是真正面臨死亡時，又會說他不要死；二是建造一個幸福家庭的假象。三是能不能敞開心胸，談論自己內心真正的想法；或是選擇隱藏內心真正的想法，而去迎合、討好別人，只為擔心別人對他的看法。顯示本研究參與者多為關注面皮焦慮和歸屬焦慮，對於存有焦慮或深層結構焦慮則未提及。

由病人的歸屬焦慮中，可以知覺到家庭支持系統的重要性，如研究參與者提出無人照顧之病人的處境，其中一項是害怕睡得太熟，就不再醒來的焦慮，病人會提醒護理人員天亮要叫他起床。臨終者面對生命即將結束的情境，來自家人的支持是最重要的，家人的陪伴與關懷是病人坦然面對死亡的基石。

二、社會期的互動：

就余德慧、石世明等（2002）提出之臨終過程四階段：社會期、病沈期、背立轉向期和深度 IT 期，發現參與本研究之安寧護理人員關注的面向大部分都落在社會期，探討其原因為，一、其關注和病人在社會期中的互動；二、安寧護理人員本身就處在社會期中，故其關注多落於社會期的表現中。

參、宗教面向

石世明（2002）提出臨終病人對宗教的看法是以求福佑為主，讓自己可以逃脫困境，少受點苦，較少從內在對宗教產生實質的體悟。在本研究中，安寧護理人員對非基督信仰（佛教或民間信仰）之臨終病人，持著與上述相同的宗教看法，認為臨終病人會將生病歸因於以前做不好，是罪有應得，會有贖罪的心態，所以捐錢求心安，雖然念佛但仍覺得生命很苦，對病情比較悲觀，對死亡的態度則是求解脫，不明白為何受苦，找不到生命的價值何在。而對死後世界的觀念則是輪迴與宿命，認為過往是痛苦的結束

對基督教徒則持較為正向的看法，認為基督徒有上帝或信仰的支持，提供靈性和心裡面的平安感，靈性上較為開放，並且有顆感恩的心，其生命是建造在積極的活每一天，不需為過去做的事付出代價，比較樂觀、正向的接受自己的生命，對死亡的態度也較正向，認為活著的每一天都有生命意義。而對死後世界的觀念是當生命末了，會有一個新的生命，天堂有盼望，生命會傳承下來。

肆、態度面向

一、意義價值：

癌症病患通常會經歷尋求意義的危機，Frankl 稱之為存在意義的追尋，在臨終場域中則成為靈性的危機（Corroll，2001），臨終者真正的困境在於

怎麼面對自己，怎麼從原本認知的社會價值觀中脫離，放下對社會角色的堅持，反身思考與面對自己的生命意義。邱麗蓮（1999）的研究顯示罹癌婦女的創造性價值意義，多半是從人際互動或工作中取得，並認同受苦是通往心靈的要道，當對自身的受苦賦予意義時，苦難便失卻真實而提升了。同時當病人對死亡的態度一旦開放時，便有重生的經驗，人也開始變得更覺醒。

參與本研究之護理人員在 意義價值層面並不特別關注受苦的意義賦予而是：1. 護理人員自身的角色是幫助病人找出意義，並且透過肯定其生命意義來安撫病人的靈性。2. 每個病人都對自己過往的人生有著不同的詮釋，並從中肯定其生命意義。3. 病人對自己一生的評價，關涉到自身靈性的安適，持正向肯定自己貢獻的病人，最後一程會走得比較平順。

二、面對死亡：

Kastenbaum（1991）提出影響死亡過程的因素為（一）年齡、（二）性別、（三）人際關係、（四）疾病的性質、（五）信仰與宗教。在本研究中，這些影響因素都包含於研究參與者的靈性建構中，顯示 Kastenbaum 的主張在本研究中獲得支持。

伍、文化面向

Taylor（2001）認為文化會影響人們（一）對疾病的歸因、給予疾病意義和因應策略，並進而影響他們求醫的行為。如非洲罹患乳癌的婦女，因其持宿命論，將疾病歸因於上帝的旨意。（二）靈性需求，罹癌之西班牙黑種美國人比較常祈禱、冥想和做其他有助於靈性健康的活動。（三）死亡觀。（四）病情告知與決定，西方人注重個體的自主權，而有些非白種人文化是以家族為重的，癌症治療是由家屬來決定。（五）死亡引起的悲傷調適方式，如各

種文化背景有著不同形式的葬禮。文化對人的影響是廣泛而無形的，不論是對疾病的歸因、靈性的需求、死亡觀或自主權，都滲透於靈性呈顯的各面向之中。

以下呈現參與本研究之護理人員對文化面向的關注，並分為下列主題來探討：一、宗教信仰；二、個人與集體主義；三、社會對不同性別的期許；四、年齡或生長的年代；五、忌死的社會風俗；六、探病的文化。

一、宗教信仰：

依帕森斯結構功能論的觀點，宗教是文化系統的重要部份（瞿海源，1988），台灣是個文化的融爐，各個外來宗教都可以在這塊土地上生根茁壯，加上眾多的地方民間信仰，造就出台灣特殊的信仰型態。在安寧病房中，呈現宗教信仰的多元開放，本土民間信仰與外來宗教信仰在此交會，或見各宗教人彼此間兼容並蓄（N14-09 這個跟他的先生是不同宗教的，但是彼此尊重各自的宗教信仰），或見病人同時接受多種信仰（F06-07 他雖然是佛教但是他也是拜拜的），或是對以往信仰之宗教信靠不足，而改信其他宗教（D04-15 C 是半途加入的，信不會很久，有時偏向這邊，有時偏向那邊）。

二、個人與集體主義：

就家庭結構而言，中國人是個非常注重家庭觀念的民族，有別於西方的個人主義國家，大多數的台灣人都是非常注重家庭觀念的，而所有的研究參與者也都肯定家庭支持系統對臨終病人的重要性，因此在生命的最後一程，家人的陪伴與支持成了病患安全感的主要來源，也是與家人和解的最後機會。

就被遺棄感而言，中國人的集體意識高張，研究參與者 B02、M13、P16 提出病人怕被遺棄，就是一種歸屬焦慮，怕做得不好或無生存價值而被遺

棄。集體主義使中國人注重家族勝過自己個人和國家，所以家庭支持系統在臨終將近時，顯得愈發地重要。

三、社會對不同性別的期許：

台灣是個重男輕女的社會，在病床邊，更容易顯現出社會對女性的宰制，社會文化賦予男性和女性不同的期許，造就兩性各異的自身認同。一是研究參與者 K11 提出她在病床邊的觀察，女性伴侶通常會照顧著男性病患直至死亡，卻鮮少見到男性伴侶由始至終的陪著女性病患走完生命的最後一程。二是研究參與者 D04、G07 提出社會對男性和女性的期望不同，對男性的觀念會傾向於要求是個提供者，對家庭要付出，要保護全家，對社會要有貢獻，故很多男生在臨終前仍抱著我要好起來再報效國家的念頭。

四、年齡或生長的年代：

在三十年代和七十年代如此不同時代背景下成長的子民，其對事物的建構存在著差異。生長在三十年代的舊人類和七十年代的新新人類有著迥然而異的時代背景，三十年代的舊人類受道德的制約，而七十年代的新新人類講求「只要我喜歡，有什麼不可以」，此關乎著病患對死亡與疾病的看法。研究參與者 E05 認為年紀比較大的病人，受道德標準的約束力比較強，比較注重禮節，傾向壓抑情緒，同時因為年紀大了，比較能平靜地接受疾病和死亡。

參與本研究之安寧護理人員對年齡的關注在於年齡影響死亡態度。C03、N14 均認為年紀長者，較能看淡生命，視死亡為人生必經之過程；而年紀輕者，有很多未完成的事、比較多的抱怨、衝突和不甘心。

五、忌死的社會風俗：

生活在講求科技理性的現代社會中，死亡被粉飾不見，似乎不見到、不思考，死亡就永遠不會降臨在我們身上，同時社會結構塑造出一個「我就等

於我的消費能力」或「我的價值決定於我的消費能力」的迷思，使得現代人身陷消費慾望無法自知或自拔，甚少對內在做自我探索的功夫，習慣於對外求物質的滿足，並且在此脈絡下，將死亡視為消費能力的喪失，而傾向於否認與忽視死亡的存在。醫院中的病人在工具理性的社會中被物化、標籤化了，不再是完整的人，彷彿失去了消費能力就失去了價值，因為喪失自我價值而擔心被家人遺棄也就成了病人最深的憂慮。

由參與本研究之安寧護理人員 C03、D04、F06、H08、J10、M13、P16 的建構中發現，多數病人與家屬是不談論死亡與後事處理的，把死亡視為禁忌，對死亡存著高度的恐懼，即使到了人生的最後階段，仍抗拒著有一天終將面對死亡的事實，而研究參與者 G07 的經驗顯示，能坦然面對死亡的病人，會有比較好的靈性狀態，比較平和的死亡過程。

六、探病的文化：

中國人報喜不報憂，許多家屬為不怕病人無法接受病情，而選擇隱匿病情，以致有些病人自始至終都不知道自己的病情。病情告知是臨終場域中的一個難題，端視病人的情況而定。但無法坦然的討論病情，會使臨終者心中留下許多遺憾，無法善用最後一段時光尋到生命意義，或是與親人朋友道別。而由參與本研究之安寧護理人員 A01、B02、C03、D04、F06、G07、I09、J10、M13、P16 的建構中發現，大多數的病人都知道自己的病情，只是不願意接受自己得病的事實，而感到怨天尤人或不公平。

第四節 靈性建構之思考階段模式探討

將研究參與者之靈性建構思考階段與其基本資料進行比照，以期對類型間有更多的瞭解，結果顯示靈性建構思考階段與年資、年齡相關，屬於第一類渾沌型思考階段者，年資與年齡都較輕，而與學歷、婚姻狀態和宗教信仰等狀態則無關聯。

表 5-1 思考階段與年資 / 年齡之比照

類型	編號 (年資 / 年齡)
類型 I	B02 (0.75/24) I09 (0.18/22)
類型 II	A01 (1.33/26) E05 (1.00/34) H08 (1.58/28) J10 (1.50/26) N14 (4.00/36) O15 (3.25/28)
類型 III	D04 (1.33/26) G07 (2.18/31) P16 (1.33/26)
類型 IV	C03 (1.42/32) F06 (1.58/26) K11 (4.75/26) L12 (1.50/30) M13 (1.50/29)

將研究參與者之「功能獨立的建構」數目、「統整性」與其基本資料進行比照，結果如表 5-2，顯示基督教信仰之研究參與者，均具有高「統整性」的靈性建構，意即其個人建構系統可由不同層面組織成一統整體系的程度能力高，而民間信仰之研究參與者，其靈性建構分化數目較其他信仰者為多，意即其個人建構系統能從較多元的層面來建構靈性的概念。與年資、年齡、學歷和婚姻狀態則無差異。

探討其原因為：一、民間信仰是一種擴散性的宗教，沒有固定的教義，沒有特定的神職人員，也沒有明確的組織，容許信仰者以多元的層面來建構

事物。二、基督教有固定的教義、特定的神職人員和明確的組織，故其建構較為專一。

表 5-2 宗教信仰與建構分化數 / 統整性高低之比照

宗教信仰	編號 (分化數 / 統整性高低)
民間信仰	D04 (16/低) F06 (15/高) G07 (17/低) K11 (15/高) L12 (21/高)
基督教	C03 (22/高) E05 (11/高) H08 (5/高) M13 (17/高) N14 (6/高)
佛教	B02 (10/低) O15 (7/高) P16 (15/低)
道教、一貫道、無	A01 (13/高) I09 (12/低) J10 (10/高)

Keighley (1997) 認為我們對靈性的知覺會隨著每天的生活而改變，亦即靈性有其成長的空間，並且如建構論主張之建構歷程會隨著新經驗的加入而調整改變，因此，各類型間存在著發展性的關係，渾沌型思考階段可經由吸收多元知識而發展成擴散型思考階段；或者經指導性建構之凝聚而發展成聚斂型思考階段；甚至經由多元資訊與內在統整同時進行而發展成聚向型思考階段。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究之結論，分述如下：

壹、安寧護理人員對靈性的知覺向度與豐富性

本研究之參與者，每人經由「建構詞錄方格」所萃取之建構數目，總數為 341；平均為 21，而功能獨立的建構數在 5 至 22 之間，建構總數為 211；平均為 13，顯示其靈性建構分化性高，具有從多元層面來建構事件的能力。

一、一般性建構與核心建構

16 位研究參與者靈性之一般性建構，以關注宗教信仰與家庭支持系統為最多，15 位；其次是關注疾病狀態，13 位；以下依次是關注死亡，12 位；關注人格特質，10 位；關注意義價值與表達，9 位；關注身體心象改變的問題，6 位；關注情緒狀態與性別差異，4 位；關注自主權、歸屬與年齡，3 位；關注介入與思考模式，2 位；關注靈性平安、靈性正向、團隊支持、寄託、出院與口慾等問題各有 1 位。

研究參與者以個人不同之觀點來建構靈性，A01 以思考模式為主軸建築起她的靈性地圖；B02 關注的是自主權喪失後的低自我價值；C03 和 P16 以宗教信仰為其靈性建構的主軸；而 D04、F06、I09、K11 和 M13 則以家庭支持系統為靈性建構的中心；E05 則將靈性平列式的置於宗教信仰、家庭支持系統、情緒和身體心象中來考量；G07、H08 和 J10 關注瀕死狀態平和與否；L12 則以人格特質與情緒為靈性建構之主軸。結果顯示，參與本研究之安寧

護理人員，對靈性之建構並不止於關注宗教信仰，還有更多元寬廣的建構。

以階梯法追索出之核心建構，結果依次為家庭支持系統、宗教信仰、面對死亡或瀕死狀態、意義價值、人格特質、面對疾病。參與本研究之安寧護理人員以為家庭支持系統是靈性的基礎與根本，其本質是愛與支持。而宗教信仰則提供一個指引、正向的力量、心靈的寄託，最重要的是提供平安的感覺。並認為病人若能以祥和的態度面對死亡，能由內在肯定自己人生的價值，能接受即將面臨的死亡，真實的面對自己與餘生，則會有和諧的靈性狀態。

由三一比較法所抽取出的二分性靈性建構，反映的是參與研究之護理人員對靈性的一般性關注面向，經內容分析與統計之結果顯示，安寧護理人員對宗教信仰與家庭支持系統關注性最高，其餘依次為面對疾病、面對死亡、人格特質、意義價值與表達、身體心象。而由階梯法追索之核心建構則是個人建構系統中具主導性地位的建構，結果依次為家庭支持系統、宗教信仰、面對死亡、意義價值、人格特質、面對疾病。探討其原因為：一、基於 Maslow 之需求理論，家庭支持系統提供的是基本之生理、安全、愛與歸屬的需求；二、基於文化層面之因素，個人主義與集體主義的差別，中國人採集體主義，社會取向強烈，親屬關係至高無上；三、中國人的歸屬焦慮，求和諧的心理。

二、建構之內涵

身體面向之關注在於 1. 自主性，身體不能活動，不僅限制了病人的活動空間，更框限著病人對疾病的接受度、對事物的掌控感，認為失去活動能力也就等於失去生命的主控權與價值感。2. 身體心象，疾病的外顯，使得病人對自我的接納度比較低，容易自卑，覺得自己像怪物，因而拒絕與人互動，甚至會有強迫性行為出現，並且容易因為擔心出血等會造成外觀的重大改變，引發對死亡的恐慌，進而影響病人靈性的平安。

心理面向關注集中在 1. 家庭支持系統，家庭支持系統是個體靈性的根基，家屬的照顧提供的是一種經濟、照護與情感上的安全感。而愛是家庭支持系統的核心與本質，病人與家屬間特殊的情感依附無可取代，會把平安的感覺建構在家的模式裡，家庭支持系統強的病人，通常會有比較好的靈性狀態。2. 表達，願意敞開心胸，表達自己內心真正的想法，是護理人員與病人搭起心之橋樑的第一步，惟有透過這座橋樑，護理人員才得以進入病人的世界，瞭解其需求，進而滿足其需求。3. 人格特質，人格特質常常造成護理人員靈性照顧的困難，防禦心強的病人，護理人員難以進入他們的內心世界；不安全感重的病人，則會競爭護理人員的愛與要求過多的陪伴。4. 情緒狀態，研究參與者 E05、L12 以為靈性的問題就是情緒的問題，靈性的問題是透過情緒來反映。

宗教影響著個體對生命、死亡、價值觀、行為和自己人生的看法，信仰在病人面對苦難的時候，提供了心靈的慰藉，靈性一個歸屬地，是平安與安全感的來源，對病人產生正向的力量，保持心靈的平靜。研究參與者 B02、K11 認為靈性就是宗教信仰。本於教義的不同，各宗教有著各自的生死觀，亦即不同的宗教對生命、死亡與疾病有著不同的看法。本研究參與者普遍認同基督教徒的生死觀，視死亡為必經的過程；死亡是新生命的開始；將疾病視為上帝給的考驗，正向地面對；只要真心懺悔，不必為以前做不好付出代價；遺愛人間，並且認為他們的靈性是比較開放的。而相對地，她們認為一般民間信仰或佛教徒，相信輪迴與宿命；視死亡為苦難的結束；將疾病看作是罪有應得，抱著贖罪的心態，所以過得比較苦。而宗教在臨終場域上的功能，一是提供心靈的寄託與歸屬，保持心情平靜；二為開拓個體的視野，不會自限；三是提升個體對死亡的看法；四為紓解壓力；五是緩解身體的疼痛，透過信仰達成靈性的超越，此時疼痛感也被超越了。

文化面向關注於 1. 歸屬，中國人的集體意識高張，面子、角色、怕被遺棄都屬於歸屬的問題。在臨終場域中的歸屬焦慮出現在，一是擔心自己不再具有社會功能、不再能擔負社會角色，而被家人遺棄，二是假象，病人覺得自己要表現出好的一面，別人才會肯定他、喜歡他。2. 性別差異，社會對男生的期望是堅強、保護家庭、報效國家的強者，而對女生的期待則是個賢內助、照顧者的角色。3. 年齡，傾向於認為年紀較長者，比較能看淡生命、坦然地面對死亡，而年紀輕者，則會有比較多的不甘心、放不下。而成長的年代和社會的歷練同樣造就了面對死亡時不同的風貌。

態度面向關注 1. 面對疾病時的認知，此關涉著病人對疾病的接受度，也關係著病人能不能走入人生的下一個階段。有些人將疾病歸因於自己做得不好，產生贖罪的心態；也有覺得自己是好人，得病並不公平，因而產生怨恨的心態；或想對疾病挑戰，想再好起來，報效國家，而惟有在病人真正接受自己的疾病時，靈性的開展才有著可能。2. 面對死亡，研究參與者 J10 認為接受死亡佔靈性的一部分，G07 和 H08 則以為瀕死過程平順，代表著靈性的平安。時間、年齡、宗教信仰、家族凝聚力以及是否完成生命中該做的事，都影響著病人對死亡的接受度，而對死亡的準備度表現在勇於交代所牽掛的事、討論後世的處理以及安排自己的餘生，其中平安的感覺是平靜的面對死亡背後的推手。3. 意義價值，尋找生命意義是人內在的動力，護理人員能做的 就是提升病人找尋意義的意識，並且透過肯定其生命意義來安撫病人的靈性。病人在回首前塵時肯定自己的努力，有助於靈性的安適。

貳、安寧護理人員靈性建構之思考階段模式

本研究根據建構系統的「分化性」與「統整性」，進行結構分析的向度，用以瞭解 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構的思考階段。「分化性」是指

該系統允許個人從多元層面來建構事件的能力，以「功能獨立的建構」數目來表示。參與本研究之安寧護理人員對靈性所建構出的「功能獨立的建構」數目介於 5 至 22 之間，平均數是 13，而大於或等於 14 為高「分化性」；反之，小於 14 為低「分化性」。「統整性」指的是建構系統的不同層面可組織成一統整體系的程度，由建構的「凝聚性」和「極向一致性」來表示。高「凝聚性」指所有建構之間的相關度大於 75%，此結果參酌「群聚分析焦點剖面圖」；而「極向一致性」是指建構間的正向相關，此結果參酌建構詞錄方格之個人偏好一致性建構。

研究者以建構的「分化性」與「統整性」，作為分類架構之兩個主要向度，並將 16 位安寧護理人員對靈性概念之建構置入，歸類為四種類型：類型 I 為渾沌型思考階段，是低「分化性」、低「統整性」；類型 II 聚斂型思考階段，是低「分化性」、高「統整性」；類型 III 擴散型思考階段，為高「分化性」、低「統整性」；類型 IV 聚向型思考階段，是為高「分化性」、高「統整性」。

類型 I 渾沌型思考階段之特色是對靈性之建構停留在較原始的狀態，呈現單一關注向度、建構間之相關度較低和功能獨立的建構數少，B02 與 I09 為其典型，表示個體處於對靈性概念發展的初期，對靈性尚無一主軸建構，仍有許多學習與發展的空間。類型 II 聚斂型思考階段，特色為個體接收到的相關靈性資訊是具有指導性的，是單一向度且焦點明確的，以使得此類建構系統的個體，對靈性的建構具有高「凝聚性」，或者其所偏好之建構與正向的建構呈現一致的情形，故具高「極向一致性」，研究參與者 A01、E05、H08、J10、N14 和 O15 屬之。

類型 III 擴散型思考階段，研究參與者 D04、G07 和 P16 屬之，共同特

色為建構之偏好極向性不一致且功能獨立的建構數大於 14，表示其用以考慮靈性狀態的建構與其偏好之建構間，呈現負相關，意即其接觸到相關靈性概念或靈性照顧的資訊過於多元且龐雜，尚無法與內在靈性經驗相結合，故其建構之間存在著高度的不相容性，個人之靈性建構系統的統整性較低，有待經由統轄性建構統整出一主軸看法。類型 IV 聚向型思考階段，歸屬於本類型之研究參與者為 C03、F06、K11、L12 和 M13，共同特色為功能獨立的建構數大於 14，能將多元分化的資訊與其生活經驗或內在靈性經驗統整成一核心建構，以使個體對靈性的概念形成一主軸且穩定的看法。

靈性建構思考階段與年資、年齡相關，屬於第一類渾沌型思考階段者，年資與年齡都較輕。與宗教信仰之關聯，基督教信仰之研究參與者，具有高「統整性」的靈性建構；而信仰民間宗教者，其靈性建構分化數目較其他信仰者為多。探究其由：民間信仰是一擴散性的宗教，沒有固定的教義，也沒有明確的組織，容許信仰者以多元的層面來建構事物；相對地，基督教有固定的教義、特定的神職人員和明確的組織，故其建構較為專一。

第二節 本研究之貢獻

一、本研究秉持建構論研究派典，假定個人以獨特的觀點建構其世界，是國內首次運用 kelly 之個人建構論為基礎，「建構詞錄方格」、「三一比較法」與「階梯法」為研究工具，探索安寧護理人員對靈性之概念建構的研究。

二、本研究一方面進行個別的建構式訪談，以深入探索個人的靈性建構系統外，另一方面整合個案資料進行跨個案分析，以瞭解安寧護理人員建構之靈性內涵。亦即本研究在個別性探究和普遍性探究間，保持平衡，既探討個體之獨特性，亦掌握共通性本質。

三、本研究以建構系統之「分化性」與「統整性」為分析向度，分類 16 位研究參與者對靈性之建構的思考階段，並據此提出靈性建構之分類架構與思考階段模式。

四、本研究透過建構式訪談，以深入地探索安寧護理人員對靈性之個人內在建構，為一兼具基礎與應用之研究，能提供靈性相關推展工作之單位及研究參考之資料來源。

第三節 研究限制

一、本研究未同步蒐集非安寧護理人員之靈性建構資料，作為比較研究，無法據此推知安寧護理人員與非安寧護理人員靈性建構之差異。

二、本研究為一橫斷面研究，未能蒐集安寧護理人員發展性之靈性成長資料，無法推斷靈性建構之思考階段模式間發展性的改變。

三、受限於研究者的知識背景與研究時間之限制，未能對各單一層面作深入探討，如文化層面。

四、本研究之研究區域為中部某一醫院，且是研究參與者主觀建構之現實而非真實。

第四節 建議

一、對未來研究上的建議：

1. 未來研究可同時立意抽樣條件相似之非安寧護理人員對靈性建構的資料，並施以本研究工具，以比較安寧護理人員與非安寧護理人員對靈性建構之差異。
2. 未來研究可蒐集同一受訪團體的長期發展性資料，以瞭解靈性建構之思考階段模式間發展性的改變。
3. 未來研究可針對靈性之理論或單一層面作深入的探討。

二、對實務工作者的建議：

安寧護理人員身處多元開放的社會，學術交流頻繁，學術著作或研討會的舉辦十分眾多，多元知識的取得十分容易，加上身處臨終場域的環境中與其特殊的照顧經驗，有助於內化而成自我靈性的成長。護理人員可以

1. 開放自己的靈性，透過與病人、同儕的互動以及經由內在的體悟，予靈性得以成長的機會。
2. 透過書籍或參與研討會，吸收多元知識，提升自身對靈性的覺知。而藉由自身對靈性的覺察與成長，期許提供較佳的照顧品質。
3. 透過靈性建構之思考階段，幫助本身更了解自己以及他人如何建構靈性，提供一個內省與自我了解的管道，作為再教育的基礎，並進一步發展良好的照顧模式。

參考文獻

一、中文部分

毛新春 (1997): 認識病人的靈性需求, 台灣醫學, 第一卷, 第五期, 653-656。

王英偉 (2000): 安寧緩和醫療—護理人員新定位, 長庚護理, 第十一卷, 第二期, 80-84。

石世明 (1998): 臨留之際的靈魂---臨終照顧的心理剖面, 國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。

石世明 (2000): 對臨終者的靈性照顧, 安寧療護雜誌, 第五卷, 第二期, 41-56。

石世明 (2002): 臨終過程心理質變論述的探討, 於第二屆現代生死學理論建構學術研討會。

石世明譯, J.H.van den Berg, M.D. 著 (2001): 病床邊的溫柔, 台北: 心靈工坊。

任鷹等譯, 馬塞勒著 (1990): 文化與自我, 台北: 遠流。

朱侃如譯, Murray Stein 著 (1999): 榮格心靈地圖, 台北: 立緒。

朱柔若譯 (2000): 社會研究方法質化與量化取向, 台北: 楊智。

余德慧 (2003): 生死學十四講, 台北: 心靈工坊。

吳芝儀 (2000): 建構論及其在教育研究上的應用, 質的研究方法, 台北: 麗文, 167-198。

吳芝儀、李奉儒譯, M.Q.Patton 著 (1995): 質的評鑑與研究, 第七章, 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。

沈清松 (1999): 質的文化指標與生活文化, 文化的生活與生活的文化, 台北: 立緒, 21。

沈莉真 (1998): 癌末病患及家屬接受安寧療護服務之分析-以佛教慈濟綜合醫院

- 為例，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 易之新譯，Russell Shorto 著（2000）：聖徒與瘋子—打破心理治療與靈性的藩籬，台北：張老師。
- 林治平（2000）：找人—全人理念與生死教育，於中原大學宗教學術研討會。
- 邱仲峰（2000）：安寧緩和療護品質的探討：比較安寧療護病房與非安寧療護病房之療護品質差異，台北醫學院醫學研究所碩士論文。
- 邱麗蓮（1999）：與乳癌共生婦女在生命意義探索上之現象學研究，護理雜誌，p119-128。
- 侯南隆（1999）：我不是壞小孩—喪親少年的生命故事與偏差行為，南華大學生死學研究所碩士論文。
- 施嘉惠（1998）：比較接受安寧療護與否之癌症末期病患的社會支持和生活品質，國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 段德智（1994）：死亡哲學，台北：紅葉。
- 洪栩隆（2000）：面對臨終病人之角色扮演練習對醫學院學生個人死亡建構與情意之影響，台北醫學院醫學研究所碩士論文。
- 胡文郁等（1999）：從醫護人員的角度探討癌末病人之靈性需求，台灣醫學雜誌，3（1），8-19。
- 胡幼慧（1996）：質性研究—理論、方法及本土女性研究實例，台北：巨流。
- 若水譯，李安德著（1992）：超個人心理學，台北：桂冠，169-175。
- 馬淑清（2001）：加護病房病患與護理人員對重要關懷行為看法之比較，高雄醫學院大學護理學研究所碩士論文。
- 高碧月（2000）：尋找心中的樂園—臨床靈性照顧的省思，安寧療護雜誌，5（2），14-17。
- 張鈿富（1991）：從方法論的省思談質的研究，教育研究雙月刊，17，22-32。
- 張翠芬（2000）：護理之家住民身心靈健康狀況與需求之評估，雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。

- 許慧玲譯，Vivien Burr & Trevor Butt 著（1997）：個人建構心裡學入門—解讀你的心靈。台北：心理。
- 許禮安（2002）：臨終關懷之我見，應用倫理研究通訊，第八期，10。
- 陳清惠（2000）：靈性的本質，姚婉宜編著，靈性護理的理論與實務，台北：校園，15-20。
- 陳榮基（2000）：醫師於安寧緩和醫療靈性關懷扮演之角色，安寧療護雜誌，5（3），48-53。
- 陳慶餘等（2001）：緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告（二），臺大醫院緩和醫療病房，103-104。
- 游恆山譯，維克多·弗蘭克著（1992）：生存的理由，台北遠流，5。
- 楊克平（1999a）：安寧與緩和醫療概念，安寧與緩和療護學，台北：偉華書局，27-34。
- 楊克平（1999b）：論緩和療護之意義及其變化史，榮總護理，16（4），357-363。
- 楊均典（2000）：住院之精神分裂症患者靈性、寂寞感及希望之相關探討，慈濟大學護理學研究所碩士論文。
- 楊國樞（1988）：中國人與自然、他人、自我的關係，於蕭新煌、文崇一編，中國人：觀念與行為，台北：巨流。
- 楊惠婷（2000）：藥物濫用青少年生涯發展歷程與生涯建構之研究，國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 楊韶剛（2001）：尋找存在的真諦—羅洛·梅的存在主義心理學，台北：城邦。
- 楊麗齡（1999）：靈性護理的介紹，長庚護理，第四卷，第一期，9-16。
- 董芳苑（1991）：就宗教觀點論之生命，台北：馬偕紀念醫院編印，25。
- 趙可式（1995）：臨終病人的靈性需要及照顧，安寧照顧會訊，台北：安寧照顧基金會，24，36-39。
- 趙可式、沈錦惠譯，Viktor E. Frankl 著（1998）：活出意義來，台北：126。
- 劉良淑、蘇茜譯（2000）：聖經的世界，台北：貓頭鷹。
- 劉慧姣（1999）：出監前犯行青少年生涯轉換歷程中之生涯關注與自我關注，國立

中正大學輔導研究所碩士論文。

蔣韜譯，Robert H.Hopcke 著（1997）：導讀榮格，台北：立緒，28-32。

賴聲川譯（1999）：僧侶與哲學家，台北：先覺，349-365。

謝玉玲（1997）：照顧一位癌末病患之護理經驗，榮總護理，14（1），24-31。

鍾秉穎（2000）：某醫學大學醫學系學生之死亡建構，台北醫學院醫學研究所碩士論文。

瞿海源（1988）：中國人的宗教信仰，於蕭新煌、文崇一編，中國人：觀念與行為，台北：巨流。

簡春安（1998）：社會工作與質性研究，社會工作研究法，台北：巨流。

顧艷秋（1999）：護理人員照護瀕死病患行為及其相關因素之研究，國立臺灣師範大學衛生教育研究所博士論文。

龔卓軍譯，Kan Wilber 著（2000）：靈性復興—科學與宗教的整合道路，台北：張老師。

二、英文部分

- Banks, R. (1980). Health and the spiritual dimensions :Relationships and implications for professional preparation programs. *Journal of School Health*, 50(4),195.
- Bieri,J. (1955) .Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior.*Journal of Abnormal Social Psychology*.51,263-268.
- Buber,M. (1958) .*I and thou*.New York:Charles Scribner' s Sons.
- Conrad, N.L. (1985). Spiritual support for the dying. *Nursing Clinics of North America*, 20(2),415-426.
- Denzin,N.K. & Lincoln, Y.S.(1994).*Handbook of qualitative research*,105-137,361-376.
- Ellerhorst-Ryan, J. M. (1988). Measuring aspects of spirituality. In M. F. Stromberg (Ed.), *Instruments for clinical nursing research*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Emblen, J.D.(1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*,8(1),41-47.
- Fabry,J. (1980) . Use of the transpersonal in logotherapy. In S.Boorstein (Eds.) ,*Transpersonal psychotherapy*.Palo Alto. Calif:Science & Behavior Books,81.
- Fabry,J.B.(1975). *The pursuit of meaning : Logotherapy applied to life*. Cork : Mercier Press.
- Fish,S. & Shelly,J.A. (1978) . *Spiritual care: The nurses role*. Madison, Inter Varsity Press.
- Frankl, V.E.(1969). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York, NY: Bantam Books.
- Golberg, B.(1998). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*,27(4),836-842.
- Hay,M.W.(1989) .Principles in building spiritual assessment tools. *American Journal of Hospice Care*, 6, 25-31.

- Highfield,M.F. & Cason,C. (1983) . Spiritual needs of patient:Are they recognized?.
Cancer Nurs,6,187-192.
- Kelly ,G A. (1955) . *The psychology of personal constructs*. Vol.1 &2. New York NY.
- Kelly ,G A. (1991) . *The psychology of personal constructs*. London:Routledge, New York NY.
- Lair,G.S. (1996) .*Counseling the terminally ill*.Washington :Taylor & Francis.
- Landfield,A.W. (1977) .*The nebraska symposium on motivation*.Lincoln:Univ.of Nebraska Press.
- Leahy, J.M., & Kizilay, P.E.(1997). *Foundations of nursing practice: A nursing process Approach*.
- Lugton,J. & Kindlen, M. (1999) *Palliative care:The nursing role*, New York :Churchill Livingstone.
- Maslow, A.H.(1970). New introduction: Religions, values, and peakexperiences.
Journal of Transpersonal Psychology, 2(2),89.
- Maslow, A.H.(1976). *The farther reaches of human nature*. New York,NY: Penguin Books, 314.
- May, R.(1985). In C.E. Moustakas, Humanistic or humanism? *Journal of Humanistic Psychology*, 25(3), 10.
- McSherry, W. (1998). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Nursing Standard*,13(4),36-40.
- Munley,A. (1983) . *The hospice alternative: A new context for death and dying*. New York: Basic Books.
- Neimeyer, R. A. (1994). The threat index and related methods. In R. A. Neimeyer, (Ed.).*Death anxiety handbook*. Washington, DC : Taylor & Francis, 61-101.
- Neuman, B. (1995) *The neuman systems model*. Connecticut: Appleton & Lange, Norwalk.

- Pope, M. L., & Keen, T. R. (1981). *Personal construct psychology and education*. London: Academic Press
- Reed,P.G.(1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349-357.
- Rogers, C.R.(1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Ross, L. (1997) The nurse's role in assessing and responding to patients' spiritual need. *International Journal of Palliative Nursing*,3(1),37-42.
- Simpson, M.A. (1980) .Studying death: problems of methodology. *Death Education*, 4,139-148.
- 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*. Oxford: Oxford University Press.
- Stoll,R.J (1990) .Guidelines for spiritual assessment.*American Journal of Nursing* ,3,1574-1577.
- Taylor,E.B. (1871) .*Primitive culture*,London:Murray,J.Vol.2,7.
- Taylor,E.J. (2001) .Spirituality,culture,and cancer. *Seminars in Oncology Nursing*,17 (3) ,97-205.
- Tillich,P. (1957) .*Dynamics of faith*. New York,N.Y.
- Tu Wei-ming (1985) .*Culture and self:Asian and western perspectives*. New York : Tavistock Publications.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring* . Colorado Associated University Press.

附錄 1

訪談同意書

我是 _____，研究人員已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及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： _____

訪談者簽名： _____

中華民國九十一年 月 日

附錄 2 訪談進程序：

謝謝您願意抽空接受此次的訪談，此次訪談主要目的是為瞭解您如何看待病人的靈性狀態。以下是我們的進程序：我們會先請您舉出在您從事安寧照顧的過程中，令您記憶深刻的五位“靈性”較有特色的病人，並標示於五張卡片上，再請您依病人靈性狀態的差異，將其中三位分成二組，並說明理由，最後針對每一個病人給予分數，預計需 60 分鐘。

- 一、請您舉出在您從事安寧照顧的過程中，令您記憶深刻的五位“靈性”較有特色的病人（將五位病人分別標示於五張卡片上）。
- 二、將五張卡片編號，排列於一張 A4 紙上。
- 三、請依病人靈性狀態的差異將三張卡片分成二組，並說明理由。
- 四、同樣的分組中還有第二個理由嗎？
- 五、同樣的三個病人，可以再分一次看看嗎？可能有新的分組方式嗎？
- 六、如果有新的分組方式，請說明理由。
- 七、請針對每一個病人，依其建構給予 1-5 分的評量分數，（1）表示「非常接近於相異點」；（5）表示「非常接近於相似點」。

註：卡片排列：

	A	B	C	D	E
1.	A	B	C		
2.	A	B	D		
3.	A	B	E		
4.	A	C	D		
5.	A	C	E		
6.	A	D	E		
7.	B	C	D		
8.	B	C	E		
9.	B	D	E		
10.	C	D	E		

附錄 3 病人基本資料卡

001—A 病人基本資料：

病人稱謂	
性別	男 女
年齡	約 歲
疾病診斷	
婚姻狀態	已婚 未婚 分居 鰥寡
主要照顧者	是誰：
住院前工作	有： 無
宗教信仰	有： 無
靈性狀態	

附錄 4

建構詞錄方格 (Repertory Grid)

		A	B	C	D	E		
	編號： 相異點 1 2						日期： 相似點 4 5	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

附錄 5

階梯法 (Laddering) — 核心建構抽取

編號：

凸顯點	相對點
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

附錄 6-1 A01 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教認同	這一個 <u>虔誠的宗教信仰</u> ，這兩位會比較會游 疑不定。	A01-02
		他本身沒有宗教，他們 <u>對自己本身的宗教蠻 清楚的</u>	A01-19
	信仰有無 宗教影響	他們兩位有 <u>一定的宗教信仰</u> ，他沒有。	A01-10
		他們沒有宗教信仰，對人生的看法也不一 定，那他有自己的宗教， <u>對一些事情的看 法，都持一定的看法。</u>	A01-15
家庭支持 系統	支持系統	許伯伯的 <u>支持系統比較好</u> ，這兩位的支持系 統是不好的。	A01-04
		他家裡不理他，他也都完全沒有人可以來照 顧他，他的 <u>支持系統很強。</u>	A01-08
意義價值	生命意義	他對自己的 <u>生活的目標還有意義</u> ，他比較不 知道生存下來的意義在哪裡？	A01-07
		他對自己的 <u>生命意義都很清楚</u> ，他不清楚。	A01-11
		他們對自己的家庭，對自己的人生有一定的 努力付出，他們 <u>很認真的在過他們的每一分 鐘</u> ，他不需要去想那麼多，不需要去在意下 一分鐘做什麼	A01-20
	對人生的 看法	他們不是很正向的，是很負向的，他們會說 有 <u>想要結束他們生命的念頭</u>	A01-21
		他會 <u>想要放棄生命</u> ，這兩位不會。	A01-12
		他們對自己沒有很大的肯定跟自信，也不會 很清楚自己要的是什麼	A01-18
面對疾病	認知	他不接受病不好， <u>他一直抱持著我一定會好 起來。</u>	A01-11-1
		他們兩位正向的接受自己的疾病，明白可以 <u>控制穩定就算不錯。</u>	A01-11-2
	態度	對他們的病是不接受的， <u>會想說自己為什麼 會得到這個病</u> ，他對人那麼好為什麼會這樣 子，所以對他們的疾病會怨恨這樣子；他接 受自己的疾病，不會去游移不定	A01-21
		他們 <u>比較理智</u> ，他比較不理智。他都拒絕我 們有的一些醫療措施，他們會 <u>想要對自己的 疾病去做挑戰。</u>	A01-13

人格特質	人格特質	他會想要做怎樣子的 <u>回饋</u>	A01-05
	回饋/自我	他的 <u>重點都在自己本身</u>	A01-06
		他們很在意別人的看法，但又覺得他的想法都是對的。	A01-14
情緒狀態	情緒狀態	他則會當作是一種參考	A01-14-1
		他們情緒起伏比較大一點，而他不會。	A01-03
		他情緒起伏不大，給人家很紳士的感覺，另外兩位情緒的起伏會蠻大的。	A01-16
其他	團隊支持	<u>團隊的一個給他們的協助</u> ，另一個是從頭就不需要。	A01-09
	思考模式	一個是比較正向的；一個是負向的。	A01-01
		對事情看法，屬於負向的思考模式。	A01-01-1
		他原本負向的想法也變成正向的	A01-05
		他一直都是比較負向的思考	A01-06
		這兩個人的思考模式都是“我”比較重要，	A01-07
		是從比較負面的思考，另外一位是比較正面的。	
他的一些想法會變的比較侷限，侷限在自己本身或是對某一個人的看法。	A01-18		

附錄 6-2 B02 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教功能	他們兩個都可以藉由宗教來抒發壓力，那他比較沒有宗教信仰。	B02-11
家庭支持系統	遺棄感	家人常常來看他們，讓他們不會覺得很孤單，那這個病人，家屬請外傭來 care，怕被遺棄。	B02-16
意義價值	對人生的看法	感覺對自己比較沒有希望。	B02-06
		對自己存有希望。	B02-06-1
		在他們身上可能還看得到一些希望，還有生命的意義；在他身上看不到一點希望。	B02-14
	生命意義	他們兩個還比較有希望一點。	B02-15
		他們兩個比較沒有生命意義，但是至少說他可以找出他生命意義的地方。	B02-08
面對疾病	接受度	他比較害怕，無法接受自己的疾病，這個就比較樂天派。	B02-02
人格特質	人格特質 消極/積極	這兩個都是比較消極，這個比較積極。	B02-01
		這兩個比較消極，這個比較積極，比較樂天。	B02-07
		個性上的特色，他們兩個是比較傳統的；這個就比較 open。	B02-03
表達	敞開心胸	他們比較沉默寡言，這個 B 的話，有時候是會表達自己的意見。	B02-05
自主性	掌控權	他們比較沉默寡言，他可以對他的醫療決策有很多的掌控權。	B02-10
		他對某一些東西還有掌控的權利，B 的話他會害怕家人遺棄，D 的話很弱勢。	B02-12
		他們兩個比較有掌控的權利，D 的話就整個放棄掉了。	B02-13
	活動性	他完全不能接受他不能走，喪失對很多事情的掌控權，常常情緒失控，很 care 家屬對他的感覺。	B02-16
其他	寄託	他們好像就是有找到一個可以寄託的對象。	B02-09

附錄 6-3 C03 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教比較	有人傳福音給他，讓他覺得以前真的做不好，可以重新來過，他的生命建造在他能積極的活每一天，每一天都是新的，不用說為以前過去的不好去付什麼代價	C03-01
		基督教是生命接近末了時，他有一個新的生命、在天堂有盼望，你的生命可以傳承下來；一般宗教和佛教，就是比較輪迴、宿命	C03-09
	宗教認知	那我覺得他的靈性是比較開放性的，不用說像其他宗教都要捐錢，或者很苦	C03-02
		他們都是對基督教有一些接觸，所以他們覺得上帝會保守，過往是他們新生命的盼望；那這個就說過往是痛苦的結束	C03-34
		他們對基督教有接觸，比較平和，放心的去禱告；那這個啊嬤覺得在信仰裡頭他好像會每一分、每一秒去抓住它。	C03-35
	宗教影響	他想要趕快解脫死掉，可是至少他們比較稍微有一個正面的態度。	C03-11
		這兩個是基督徒，他們感受信仰提供靈性的平安，可以直接表達出來。這阿姨的價值觀就停留在把看的到的地方做的完美就好了。	C03-25
		這兩個是基督徒，有神的愛護、生命值得去珍惜，對外人的態度有一些正向的影響；這個阿姨一直在自己的那個領域裡面	C03-33
		他們接受活著就是有一個生命的意義；他是一般宗教，找不到生命的價值	C03-37
		這兩個基督徒，比較快活，雖然在生病裡面受苦，還是可以替家人禱告；這個啊嬤常念佛，還是比較抑鬱，對自己生命價值感低	C03-43
		信仰對他們價值觀蠻大的影響，內在的價值很穩固；這個他是一定要外來的提醒。	C03-44
		兩個都是基督徒，還有信仰可以幫他們，比較有感恩的心吶；那這個啊嬤雖然每天念佛，都愁眉苦臉的，覺得活著每天都很苦	C03-11
	宗教支持	他比較注重和家人一起得到靈性上的滿足	C03-23
		這兩個幾乎沒有朋友、家人來看他，而且他們的宗教信仰都是不一樣的	

		他的家人給他的 <u>一致性支持</u> 比較大，他們靈性上的支持都有一個基督徒的 <u>價值觀</u> 比較相近，這個家裡都沒有特別提到信仰	C03-27
		他們會 <u>主動要求</u> 有一些宗教人士來看他們	C03-14
		這個阿嬤沒有，他都自己念佛經，不需要	C03-14-1
		他會一直 <u>主動要求</u> 牧師來看他，要從外面的人來增強他的 <u>安全感</u> ；那這兩位是不會要求	C03-29
	宗教功能	只要他覺得有 <u>信仰</u> 抓住他就比較平安，只要在信仰裡面， <u>神都是愛你的</u> ；這兩位就一直要求自己很完美，才能獲得心靈上的平安。	C03-15
	象徵物	他會主動跟牧師要求 <u>基督教象徵的十字架</u>	C03-16
		只要握握他就覺得很平安；他們就不會要求一個象徵，一個確實的象徵的意義去抓著	
家庭支持系統	情感依附	他們靈性和心理狀態都蠻 <u>依賴家屬的</u> ， <u>情感上的依賴</u> ，覺得家裡和睦就會蠻平安的，他們是建構在比較家的模式裡面。那另外這一位因為家庭不幸福，他是比較孤獨的人	C03-13
		他的家庭是比較親密的，有家裡的支持，讓他可以滿足、得到欣慰；那這兩個常常在一個不穩定的狀態，家人也比較少來。	C03-32
	不安全感	他也是要求週遭的人，希望說他的家人常來看他， <u>比較沒有安全感</u> 。	C03-08
		家人相處的模式，這個阿姨家裡人來的很少，阿嬤家人來的次數倒是蠻頻繁的	C03-20
意義價值	生命意義	他們對於生命活到什麼時候、 <u>生命意義</u> ，不是要釐清的那麼清楚，只求平安的過去	C03-12-2
	肯定	這個伯伯的過往蠻平和的，他們都認同伯伯在這一生之中 <u>對家裡貢獻的價值</u> ；那這兩位沒有人去肯定他的價值是如何	C03-24
		他的家庭狀況讓他覺得說他是個有 <u>價值的</u>	C03-42
		只要他家屬來，他就覺得比較快樂，在家裡面至少有一些地位的	
	對人生的看法	<u>比較樂觀、正向的去接受自己的生命</u> ，然後他覺得這個生病讓他更珍惜每一天的活著	C03-03
面對疾病	態度	這個的話，他常常有唸佛經，但是他還是很悲觀的去面對這個病情，有點贖罪的作用	C03-08
		他年輕就得到癌症，有點覺得自己是 <u>罪有應得</u> ，這個阿嬤年紀老，他希望就這樣離開	C03-12
		他一直怨說他自己為什麼會得這個病	C03-07

	接受度	這個他比較樂觀去接受它, 那他一開始蠻 <u>否認</u> 、 <u>沮喪</u> , <u>否認</u> 他自己, <u>不太願意接受這病</u>	C03-07
面對死亡	態度	他還沒有盡到完全的責任; 這兩個因為孩子都大了, 覺得說責任已經盡到某個程度, 比較容易去面對死亡是生命的一個過程	C03-19
		這個啊伯對他的病情比較可以 <u>坦然面對</u> , 他覺得說 <u>過往就是一個生命的階段</u> , 那這兩位覺得說他活著, 為什麼要這樣子受苦。	C03-28
	接受度	因為他們家裡都是基督教徒, 覺得說已經達到他生命中應該做的事, 所以比較 <u>祥和的接受他的過往</u> ; 這兩位家屬還蠻捨不得病人	C03-36
身體心象	身體心象	他對自己的接納度就很低, 那其實我們發現他心裡其實蠻 <u>不平安</u> 的	C03-05
自主性	掌控權	他們可以走動, 還有機動性、自主性, 讓他們不會那麼悲觀, 生命活著還有一點點的 <u>主控權</u> 。這個啊嬭幾乎都躺在床上, 所以他的靈性色彩就是要抓住信仰, 生活才過的下去	C03-21
		他可以走, 有自主性、 <u>主控權</u> ; 這兩個臥床對生命的主控權少, <u>價值感</u> 也相對的減低	C03-31
		這個可以下床活動, 這兩個是活動力比較差	C03-40
		他有 <u>活動力</u> , 只要別人跟他談他就會覺得他今天過的很快樂; 那這兩個臥床, 活動空間限制他去接受他的病情, 比較孤獨型人格	03-39
人格特質	人格特質 和善/防禦	這兩個人格特質比較 <u>完美型的</u> , 他希望凡事都做的很好滿分的話, 心裡就覺得很平安、舒適	C03-04
		這兩個很平和、 <u>和善</u> , 只要花時間去陪他, 就可以進入他的心靈狀態; 他 <u>防禦心</u> 很強	C03-18
		他們比較好親近, 那他 <u>防禦心</u> 比較重	C03-26
		這兩個是比較好接近的, 這個 <u>防禦心</u> 比較強	C03-41
表達	敞開心胸	<u>主動表達</u> 需要別人來關心他, 從中得到回饋	C03-30-1
年齡	年齡	我覺得 <u>年紀</u> 真的會影響一個人的靈性狀態	C03-17
		他還年輕, 靈性狀態是比較稍微沒有安全感; 這兩個因為年紀大, 就覺得說該來的還是會來, 在信仰裡面靠著神可以保守他們	
性別差異	性別差異	女性的話會影響他的 <u>耐受度</u> , 比較 <u>宿命</u>	C03-10-1
		這個啊伯是男性, 比較 <u>堅強</u> , 至少他不會特別表達他的軟弱; 這啊嬭, 比較 <u>宿命型</u>	C03-36

附錄 6-4 D04 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教比較	信基督教有一個中心信仰，遇到一些問題是上帝賜給他的一些考驗，會正面去面對	D04-02-1
		這位男的是一般宗教民俗信仰	D04-02-2
	宗教功能	讓他感覺上帝會接納、包容他，他年輕時犯的錯誤，都可以被原諒，沒有人會跟他計較	D04-02-1
		基督教對他有一定的影響，讓他的靈性有一定的歸屬，不會讓他驚慌失措	D04-02-2
		這個個案家庭系統真的太薄弱了，最後是用宗教的力量，讓他回到上帝的懷抱	D04-11-1
	宗教影響	他信基督教，相信過往時會回到上帝身邊，對疾病跟死亡，能夠用正向的方式來面對它	D04-04-4
	宗教支持	這二個是基督教的	D04-10
		宗教可以給他一些支持，但這一個都沒有	D04-10-1
		這二個是基督教，宗教給他的支持，會有一致性，想法雷同，這一個是一般宗教信仰	D04-15
		他的宗教對他的身心靈協助都很大，生理上教友募捐當他的醫療基金；心理方面，教友們會給他支持，一起為他禱告，唱詩歌	D04-19-2
		這二個都是自己照顧自己的，沒有任何的照顧者，還有就是他們兩個都是離婚的	D04-01
	家庭支持系統	支持系統	他家庭的支持系統比前兩個都好
這二個都是有人照顧的，這一個要靠自己			D04-14
二個照顧者都是看護，二個跟家裡的互動表面上還好，其實探討起來關係都不怎麼深			D04-04
情感依附		他們不接受他回到家族的懷抱，所以他的歸屬感算是蠻薄弱的	D04-06
		他就會發展成依賴感很重，需求愛跟關懷	D04-03-1
		很需要專業人員的陪伴	D04-12-1
面對死亡	態度	他家庭系統支持不錯，有問題才找護理人員	D04-12-2
		很多的病人都會提醒你天亮要叫他起床，他怕一睡就不會再醒，有這樣焦慮	D04-18-1
面對疾病	接受度	他對他疾病的接受度還蠻高的，也不會出現情緒特別抗拒，只是比較不捨得小孩	D04-04-3
		病人接受度不錯，家屬的接受度也都還好	D04-12-2
		會覺得蠻不能接受的；那這個對病情的接受度，是很擔心大出血的問題	D04-12-4

身體心象	身體心象	AE 都是頭頸部癌，患處會有出血的狀況，造成他們對死亡的恐慌	D04-05
		他是大腸癌比較沒有外面身體心像的問題	D04-05-1
		這二個都蠻愛漂亮的，所以他臉上開始長腫瘤起來，有點變形，他比較沒辦法接受	D04-12-4
		這二個因為都是頭頸部癌，所以他們身體心像會受傷是一樣的	D04-16
		這二個是頭頸部癌，身體心像受傷是一樣的	D04-19
人格特質	不安全感	不安全感蠻高的甚至依賴性很重，出現爭寵的情況，會對護理人員作出很過分的要求；	D04-01
		這一個個性蠻開朗的，性情就跟他們不一樣	D04-01-1
		他們兩個都是沒有安全感都不想回家	D04-04-2
		他基督教，相信過往會回到上帝身邊，家庭支持蠻好的，他不安全感不會很大	D04-04-4
		他們基本上不安全感都很重，以自己為最主要的中心點	D04-04
		這二個情感上有不安全感	D04-08
		B 的個性就蠻開朗風趣的，抗壓性蠻夠的	D04-09
		這二個都是很難照顧的病人，依賴感很重	D04-12
		這二個的個性是他們認為都是別人的錯，堅持自己是對的；這一個他比較會反省	D04-17
表達	方式	他用比較平順的方式溝通，這二個不是，一個用命令式的，一個用耍賴的方式	D04-04-3
	敞開心胸	他們都沒辦法 open mind 去談論他的家庭	D04-19
		這一個算是蠻健談的	D04-19-1
經濟能力	經濟能力	這一個經濟壓力算沒有，這兩個有經濟上的壓力，比較擔心自己的後事	D04-07
性別差異	性別差異	我們對男的社會定義是你是一個提供者，你要保護全家	D04-03-1
其他	出院	這二個比較好出院，這一個會比較難出院	D04-13

附錄 6-5 E05 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教影響	我覺得信仰，他是 <u>基督徒</u> ，家裡支持系統很好，對死亡的感覺和疾病都比較 <u>平靜接受</u>	E05-04
家庭支持系統	信仰有無	他們都是民間宗教；他宗教信仰是 <u>基督徒</u>	E05-11
	支持系統	他家庭支持系統比較好，所以相對的靈性狀態也比較好；這兩個都是 <u>沒有人照顧的</u> 這兩個的 <u>支持系統是還不錯</u> ；這個就真的很不好，靈性是呈現不能接受、焦慮不安	E05-01-1 E05-15
	婚姻狀態	婚姻狀態，他們都是分居支持系統比較薄弱 他們的婚姻狀態都是分居，沒有主要照顧者	E05-07 E05-10
	面對死亡 態度	他的靈性狀態是比較平靜、溫和、可接受的 <u>接受他的過世和疾病，沒有恐懼</u> ；他們表現出來的靈性狀態就是比較不安、生氣、焦慮	E05-01 E05-01-1
身體心象	身體心象	他們都是口腔癌和鼻咽癌，外觀很明顯，所以他們 <u>身體心象的改變</u> ，也讓他們比較容易憤怒，那這個病人是肺癌，是在裡面	E05-06
		他們都是外顯的癌症， <u>身體心象的問題</u> ；這一個是肺癌。	E05-11
年齡	年齡	他們 <u>三、四十歲</u> ，都在中、壯年時期，他們表現出來就是不安、憤怒、衝動	E05-05
		<u>年紀影響他們對癌症的接受和靈性狀態</u> ，就是比較憤怒，這個是比較沉默、拒絕	E05-07
情緒狀態	時代背景	他五十歲，他的 <u>時代背景</u> 讓他比較壓抑。	E05-03
	情緒	他表現他的 <u>情緒是很直接的</u> ，表現出來的靈性就很吵鬧、很憤怒，把他的情緒外顯出來	E05-07
表達	方式	這個比較 <u>壓抑型</u> ；他們都是比較直接表達的，憤怒不安就是直接表達	E05-14
		其實他很憤怒但是他表現出來的外顯的行為是 <u>沉默的</u> ；然後這兩個表現出來的外顯的行為就是吵鬧、焦慮、比較容易衝動。	E05-02
		他比較壓抑一些不會把 <u>情緒表現的很明顯</u> 還有道德標準在他的身上；這兩個外顯行為比較明顯，不會去在乎禮節	E05-02-1
其他	靈性狀態	這個 <u>靈性狀態比較正向</u> 是因為他的歲數比較大，他接受死亡和疾病的程度比較高，支持系統、靈性狀態也是比較好，還有他的宗教，他是個基督徒，本身是肺癌	E05-08

一個是很負向的靈性；一個是很正向的靈性 E05-12

負向的靈性就是容易生氣，這個比較平靜

這兩個是吵鬧、焦慮、憤怒、不安、依賴； E05-13

這個是溫和、平靜、可以接受、沒有恐懼

附錄 6-6 F06 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教比較	基督教徒看待死亡都蠻正向的，就是說這本來就是人生必經的；佛教徒有辦法像基督教徒一樣，坦然面對，著重死後要歸於哪裡	F06-08
		像他對死亡觀是理所當然的，要怎麼回饋給大家，遺愛人間；他是佛教徒只會想說我要回歸佛祖那邊，脫離人生的苦難	F06-21-1
家庭支持系統	支持系統	支持系統非常薄弱，根本就是接近零；他們兩個支持系統超棒的	F06-07
		這兩個支持系統都很 OK	F06-12-1
		他們兩個家人的一些支持系統是很好的	F06-19
	愛與關懷	連他最親密的女兒，都很少看到來看媽媽	F06-19-1
		他們兩個在生病到死亡都有家屬陪伴在旁有家屬照顧；相對 B 沒辦法，請居家看護	F06-17
有意義價值	生命意義	有時候很哭鬧，其實蠻需要人家關懷的，故意做些挑釁的動作來引起你的注意力，就是要引起你的關心，可以陪他	F06-12
面對死亡	對人生的看法	他們人生的價值觀，還有活著的意義的看法是有很大的不一樣。	F06-01
		他都給你正向的東西，他是讓自己很有價值，生活很有意義的一個個案	F06-05-1
	他是十九歲就把人生看得很體悟	F06-06-2	
	他們比較懂得體會人生價值的意義，珍惜他們所擁有的；他根本就不會體悟到	F06-11	
面對死亡	態度	他對整個死亡，到臨終前的整個過程都是很平靜、想的很開	F06-01-1
	準備度	他不能坦然面對他會有那一刻的來臨	F06-01-3
		他們家屬都願意講生病的預後，整個過世後的處理，雖然很不捨；這兩個不跟你講到這種東西，他們還是隱藏了很多東西在內心裡	F06-14
面對疾病	調適	他 <u>不是</u> 走的很好、很平順，沒有得到心靈上這兩個死的就是很好，遺容好漂亮喔	F06-16
		這個剛開始對這種需求是很否認，不敢談	F06-16-2
		對一些疾病的治療、看法什麼的，他其實都不能夠接受，完全不能接受	F06-02 F06-02-1

人格特質	人格特質	他是一個很體貼、關心週遭所有的人，不時	F06-01-1
	體貼/計較	把愛付出給大家，最困難的事往自己身上扛	
		B 是一個很會計較的，指使別人要怎麼做	F06-10
		過多的要求，你很多的支持，他不能接受；	
		這兩個不會有過多的要求，會給你回饋	
	導因	他到死之前就是有人格的改變，因為疾病的	F06-01-1
		演變導致一些看法、觀念、想法完全不一樣	
		生長背景、生長環境導致個案個人的問題	F06-04
		個人的家庭有關係，喜歡指使別人怎麼做	
情緒狀態	情緒	他們有的情緒的變化是蠻大的	F06-03-1
		BD 可能就是情緒上的問題	F06-13
		他們潛在的東西很多，或許本身有很多埋怨	F06-13-1
表達	敞開心胸	他比較不願意表露他的問題給家裡，不會坦	F06-07
		然面對，就是會隱瞞	
	方式	你可以很清楚的知道說他需要的是什麼，他	F06-15-1
		會清楚的表達；他們又是這樣，又不是那樣	
其他	介入	特質和靈性的介入要花很多很多時間	F06-03
		C 可以很平順、順利就可以解決病人的問	F06-15
		題；這兩個設很多目標，是全然否決	
		AC 對於事情看法很平穩；D 對於事情看法	F06-20
		起伏變化很大，讓人難以捉摸他需要是什麼	

附錄 6-7 G07 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教支持	這個是本來就足夠，這個是 <u>宗教介入</u> 。	G07-08-4
		這兩個本來就有宗教上的信仰，那我們就是看到他的不平安之後，在宗教上再 <u>強化</u> 它	G07-12
		他本來就很好	G07-12-1
		這個就是一一直在宗教上我們沒有再介入，原本宗教已經可以了，這兩個由我們再加強。	G07-19
	宗教功能	他們在遇到重大的問題的時候，還是會往宗教上去	G07-16
		這個他好像一直都在宗教沒有特別的需求	G07-16-2
		這兩個很喜歡人家幫他祝福、禱告	G07-20-1
	宗教認同	拒絕去談論他心裡面比較個人的問題。	G07-20-2
		這個啊嬾他中途有對宗教信仰有懷疑，這兩個他們一直都蠻 <u>虔誠</u> 的。	G07-17-1
	宗教影響	<u>宗教介入</u> 之後，就很明顯的一個態度上的轉變，那他們就是本來是很掙扎，感覺很 <u>不平安</u> ，後來一個皈依；一個慢慢去提醒他，感受到神很愛你後，會覺得他蠻 <u>平安</u> 的。	G07-05
	家庭支持系統	能力	這樣的分法是他們的支持系統夠不夠
家屬的照顧並不是不關心，而是在 <u>技巧上或能力上</u> 比較受限，那這邊就是他先生 <u>知識水準</u> 較高，收集很多的資料，做最好的選擇。			G07-02-2
支持系統		這個支持系統完全沒有、是很 <u>薄弱</u> 的；那邊的 <u>支持系統</u> 是比較好一點	G07-06
情感依附		雖然有人照顧，但是 <u>親密度</u> 不夠；那這個是根本都 <u>沒有支持系統</u> ；她有先生照顧的很好	G07-07-1
		這邊 <u>支持系統</u> 比較薄弱，人際之間關係比較差。	G07-11
		這邊 <u>支持系統</u> 還不錯，那邊就比較冷漠。	G07-18
婚姻狀態		<u>婚姻狀態</u> 影響他的靈性。	G07-09-1
		這邊是離異；這邊是老公一直對病人很好。	G07-09
	這邊是支持系統夠的，婚姻狀態夠的，經濟強的。	G07-22-1	
面對死亡	瀕死過程	他 <u>靈性上</u> 是不平安，就是瀕死的過程很不好，那他們能夠去接受、坦然面對死亡。	G07-01-1
		他們兩個死亡的過程是很平順的	G07-13
		他整個死亡過程是痛苦的、是掙扎的。	G07-14

	態度	這邊是勇敢的面對死亡。	G07-10
		這邊是恐懼、害怕、退縮、拒絕。	G07-10-2
	接受度	他們兩個原本就坦然面對即將臨到的死亡。	G07-21
		他是很長的時間陪伴、傾聽跟禱告之後才比較好一點。	G07-21-1
面對疾病	態度	男生他有很多想法是他要再好起來，要再報效國家，會有很多很多的期待、不甘心。	G07-15
	調適	這兩個在這過程當中他們會去嘗試很多的中藥	G07-16
	接受度	雖然他們都很年輕就得到癌症，但是他們都欣然的接受他們的疾病	G07-17
		這個啊嬤沒有	
		能夠面對他的疾病、即將過往、要跟他的親人分開的問題，一直來來回回；這兩個引導之後都有改善	G07-20-1
		他是可以接受，他是後來可以接受，可以接受疾病、死亡，那這個是不能接受的。	G07-23
歸屬	責任	像這邊年紀比較輕，對小孩或家庭責任，比較放不下。	G07-03-1
		男生很難去跨越一些社會責任，女生比較沒有看到說他們對小孩的責任。	G07-15
其他	靈性平安	靈性上平安，就會對身體的症狀不再抱怨。	G07-01-1
		如果在靈性超越的時候，他就不再抱怨痛，但是我們的藥物依然沒增加，就是他那個念頭或者是想法改變之後，他不再覺得痛	G07-04-1

附錄 6-8 H08 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編碼
宗教信仰	信仰有無	他是 <u>基督徒</u> ，另外這兩個是 <u>一般的宗教信仰</u> 。	H08-02
	宗教影響	這個她是 <u>基督徒</u> ，能夠依照她自己的心願，沒有什麼遺憾的離開人間；阿嬤那一口氣撐很久都沒有斷，覺得她好像心願未了。	H08-12
面對死亡	瀕死過程	這個是 <u>很平安、很安詳的走</u> ，另外這兩個好像有什麼心願未了的樣子。	H08-02
		這兩個是 <u>平安、安詳的去世</u> ，很快就可以過世，這個阿嬤感覺是 <u>有心願未了</u> 。	H08-04
		這個死前比較 <u>躁動不安</u> ；這兩個走的比較 <u>平安、安詳</u> 。	H08-09
		這兩個在快要死前都會 <u>躁動不安</u> 的情形；這個在昏迷狀態當中，睡著就過世了。	H08-10
	接受度	這二個害怕死亡，心裡和口裡不一，這個過世前是 <u>很平安、安詳的</u> ，睡著了這樣過世。	H08-11
		這兩個的行為很像，表面上說他對死亡心裡有準備，可以接受死亡來臨，但是表現出來的行為就是 <u>很害怕</u> ；這個阿嬤是心願未了。	H08-05
		這兩個嘴巴上說不怕死，但事實上 <u>行為表現上是很怕死</u> 。另外一個是不怕死。	H08-03
		這個就是表裡不一， <u>行為上很怕死</u> ，都說不怕死；這兩個在死前都是不怕死，很平安很安詳的走。	H08-06
		這個表現出來 <u>怕死、有鬼、怕鬼來纏他</u> ，想要趨鬼；這兩個是 <u>很平安的</u> 。	H08-07
		這個感覺比較 <u>不平安</u> ，這兩個對死亡比較 <u>平安、不懼怕</u> 。	H08-01
態度	這兩個就是 <u>很怕死</u> ，嘴上說不怕死，這個就是 <u>很平安、很安詳的</u> 。	H08-08	

附錄 6-9 I09 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教影響	他們沒有宗教信仰，這個啊嬭有宗教信仰，如果跟他談到他的神的話，他就整個人變的很興奮，然後心情也會變比較好一點。	I09-11
	宗教支持	他沒有宗教信仰；他宗教信仰需求不是那麼大；啊嬭對他的宗教信仰需求與支持很大。	I09-17
家庭支持系統	信仰有無	他們沒有宗教信仰；啊嬭有宗教信仰。	I09-14
	支持系統	他們的家庭關係比較複雜，家庭互動不是那麼好。這個阿嬭有一個很正常的家庭，家庭支持系統是比較好一點的。	I09-02
		他的整個家庭支持系統比較好一點的，他們的話，就支持系統沒那麼好。	I09-06
		這兩個家庭支持系統比較好，那這個他太太一直希望他走掉，小孩也沒那麼關心。	I09-09
		他們的支持系統比較好，這個阿姨他的老公對他不錯，兒子、女兒也會陪在他旁邊。	I09-15
	情感依附	他們的親人都願意來照顧他，可是這個啊伯就沒有親人願意照顧他，沒有得到親情。	I09-13
	伴侶支持	他有伴侶支持，那這個啊嬭是喪偶，那他和他妻子離婚，他們就是缺少伴侶的支持。	I09-10
		他太太就是會陪著他一起做治療，他是已經喪偶；他是和他太太離婚，很怨恨他。	I09-12
	能力	他們的小孩都比較大了，都有照顧自己的能力，那他的小孩子都還很小。	I09-16
面對死亡	態度	他們怕死亡是因為心願沒有完成；他擔心是比較偏重他自己怕死。	I09-01-1
		可能小孩還沒有生出來他就已經過世了，或者生出來可是他沒辦法參加他的成長過程。無法參與孩子的成長過程，會覺得很遺憾。	I09-05 I09-16-1
	求生意志	他們的求生意志比較強，這個啊嬭他就比較沒有那種求生意志。	I09-08
	面對疾病	接受度	他們年紀比較輕，沒有辦法接受自己的病情。這個病人是比較接受自己的病情。
如果說他因疾病走的話，他比較沒有辦法接受，而且對他太太造成的影響會比較大吧			I09-04

	認知	他們知道自己的病情，他們知道自己得什麼病，而這個阿嬤是不知道的，	I09-03
		他們知道病情；啊嬤不知道病情	I09-14
表達	敞開心胸	他們是比較願意談，他是插管的，可以用筆談，那這病人就不想跟你談有關家庭的事。	I09-07

附錄 6-10 J10 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編碼
宗教信仰	信仰有無	一個有宗教信仰、一個沒有宗教信仰	J10-06
	宗教功能	宗教信仰就是在心靈上有寄託，可以去達成心靈上、心情上平靜一點；沒有宗教信仰就得自己去承受這個病痛。	J10-06
家庭支持系統	情感依附	一個有觀世音；一個有他的神可以去祈求他們心靈上的平靜，心靈上有個慰藉。陳先生對宗教信仰比較不信，所以他只能信自己	J10-14
		可能他的家族的凝聚力也有關係	J10-01-2
面對死亡	牽掛	A 比較牽掛的是兩個小孩子，這兩位都是比較牽掛他自己的部份，就是事業上面的成就	J10-11
	態度	這兩個是比較不平靜一點，那這個伯伯是屬於比較平靜一點的，就是很坦然、很平靜的去接受他的即將面臨的一切。	J10-01
接受度	接受度	許伯伯讓我們看來是最平靜的一個，感覺不出來他有任何的去排拒面對死亡；他們兩個是屬於無可奈何的接受。	J10-05
		靈性上就是都比較無可奈何，比較少談論	J10-08
		他就是真的是低（B）中（A）高（C），三級一、二、三，就是接受死亡的程度。	J10-02-1
		她對死亡的接受度比較差一點，一直在排拒，這兩個接受死亡的程度是比 B 好一點。	J10-10
		這兩位是選擇平靜的去面對，房小姐他雖然會害怕可是他就是沒辦法接受	J10-12
		年齡、宗教信仰虔不虔誠、家族的凝聚力也有關係。	J10-01-2
		B 跟 D 至少他們還願意去說，像 B 會主動去說，D 需要我們社工或牧師去引導。	J10-03
		E 來講的話，他是從頭到尾都不談	J10-03-1
		這兩位至少還會去談論，講死亡，那李先生他就是不談論的。	J10-09
		B 因為他會擔心害怕即將面對死亡，就比較容易有哭泣。像 D 和 E 就是比較無可奈何的接受，比較不會情緒上有什麼起伏	J10-04
準備	這兩個對死亡的準備度比房小姐來得差，因為房小姐會去交代，對他所牽掛的事情	J10-13	

面對疾病	態度	她心裡還是有很多的不願，他會跟他的神說 為什麼還是這樣子，我還是一樣的不舒服； 許伯伯他就是很坦然的去接受他的疾病	J10-01
	調適	疾病影響情緒上的，C 和 D 情緒上是比較 沒有顯露出來， B 主要是顯露在外面的。	J10-07
人格特質	人格特質	他們比較能尊重阿伯的選擇	J10-01-3
		就是比較堅持己見，‘自我’的部份比較大	J10-01-4

附錄 6-11 K11 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	信仰有無	他們的宗教信仰好像沒有特別有什麼依靠採自己的方式，他有信仰；他沒信仰	K11-08
	宗教功能	他去基督教會回來，病痛就比較不會呻吟，去以後就比較好	K11-08-1
		我看到他有快樂的一面，最主要是他有宗教信仰；他們都沒有特別怎樣的宗教信仰，因為宗教信仰，比較不會一直放在自己身上	K11-16
家庭支持	支持系統	他是屬於那種支持系統比較好的，個性上也比較樂觀；這組支持系統差	K11-01
		有家庭支持系統	K11-09
		這個病人有女兒、兒子在照顧，這邊沒有	K11-02
	情感依附	他們都是一個人，自己照顧自己，沒有家人很需要愛的人；他是最幸福的，笑容掛嘴邊	K11-03
		愛的支持系統	K11-05-1
	婚姻狀態	兩個都是離過婚的	K11-06
		支持系統會很差	K11-06-1
		這個離婚的；這個已婚的	K11-15
		他們兩個都一個人，沒有人照顧他們	K11-11
		非常缺乏愛，缺少他家裡人的愛	K11-12-1
愛與關懷 陪伴	家裡的人都有人來看，這是有人陪伴的；這是沒有人陪伴的	K11-14	
意義價值	對人生的看法	他們兩個的 smile 好像有比較多的感謝、感恩，像還包含一種釋懷	K11-10
表達	敞開心胸	他們都蠻會表達意見的，需要人家去傾聽	K11-04
		他們都需要傾聽，這邊需要非常之多	K11-05-1
		他們都比較不講過去	K11-06-1
		沒有發現有像他們有那麼多不該講的	K11-07
身體心象	身體心象	他不會 care 自己的身體形象	K11-12-2
人格特質	人格特質	性格上比較自我，自我中心	K11-11-2
		個性，這邊是成熟的，這邊就是需要撒嬌的、缺乏愛、小孩子脾氣、不夠成熟。	K11-14-1
		這邊比較配合我們的醫療措施，這邊比較有自主性，他的堅持性更強。	K11-02
		這邊是一有措施，他們都有自己的見解，他們有他們的意見	K11-13

	導因	他和其他人的交際關係也是很好；B 的 <u>互動</u> 比 A 還差	K11-01
		D 可以跟別人 <u>互動</u> ，B 比較不夠，就在病房裡，他幾乎快沒有辦法跟周圍的人互動	K11-04
		遇到事情，他試著慢慢適應，不會像別人適應太久；他們是一直在繞圈圈	K11-01
經濟能力	經濟能力	這個有錢；這個沒錢	K11-15
性別差異	性別差異	<u>女生躺在床上好像很少有男生在旁邊照顧</u> 男生如果躺在床上都是太太照顧的比較多	K11-17
其他	口慾	像他最後不能 intake (攝食)，不能吞，他就是去聞它，他有那麼重的 <u>口慾</u>	K11-12-2

附錄 6-12 L12 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	信仰有無	一個是 <u>基督徒</u> ，兩個是一般民間信仰	L12-06
	宗教影響	他信基督教，會 <u>懺悔</u> ，然後去 <u>感謝</u> 他父母， 透過宗教引導，給他一個 <u>行為規範</u>	L12-06-1
家庭支持系統	支持系統	這床 <u>看護</u> 照顧，這床 <u>沒人</u> 照顧，這床 <u>先生</u> 照顧，所以安全感是有差。	L12-04-3
		他們一樣都沒有親人在旁邊照顧	L12-19
		他們的表現是很沒安全感	L12-20-2
	婚姻狀態	這兩個 <u>結婚</u> ，這一個還沒有結婚	L12-13
		像這個結婚的重點都在他的小孩	L12-13-1
		這兩個先生都一直陪伴	L12-22
		他沒有結婚啊，是有 <u>憧憬</u>	L12-22-1
		這兩床跟她先生相處的模式感覺比較好， <u>互動</u> 蠻好的；她跟她先生就比較有距離	L12-32
	陪伴	他的行為就是表面比較小孩子氣，就是需要 <u>陪伴</u> ，要引我們過去	L12-04-5
	愛與關懷	他們兩個懂得怎樣去愛他們親近的人；他是很希望他是 <u>被愛</u> ，希望大家來關心他	L12-30
	牽掛	他們 <u>心中有最重要的人</u> 的份量，可以給他支持的力量；而這一床他沒有，關係很薄弱	L12-16-1
自己的小孩子給自己是一個 <u>很大的力量</u>		L12-22-2	
當媽媽的牽掛的都是 <u>小孩子</u> ；這個弟弟牽掛父親		L12-29	
面對疾病	調適	這個病人是很勇敢，坦然面對疾病，他都自己抽痰，很自主， <u>調適</u> 的很好	L12-01
		這兩個 <u>調適</u> 比較不好，這是調適比較好的	L12-04-2
	接受度	他們兩個疾病比較久，跟他比起來 時間真的可以減少自己的一些傷痛	L12-23 L12-23-1
面對死亡	態度	這一個沒安全感；這一個表現的很 <u>坦然</u> ，他對他自己臨死覺知，都不會害怕	L12-09-4
		這兩個都非常的 <u>坦然</u> 面對死亡，對他們的疾病也不會怨天尤人	L12-12
身體心象	身體心象	這個病人是鼻咽癌轉移，頭部有個傷口，不敢踏出來外面給別人看到；像 A 主要不在臉部，在氣切；這個在臉部會一直摳他眼睛	L12-33

自主性	掌控權	他原本是可以活動的，後來漸漸變不行，對自己 <u>身體沒辦法掌控</u> 的感覺，會變的比較鬱卒、無助	L12-34	
人格特質	人格特質 自主/疑心	他很 <u>自主</u> ，還會把自己的經驗去安慰別人	L12-01	
		他是很沒安全感，很疑心病	L12-02	
		他們兩個 <u>獨立</u> 的，這一床很小孩子氣退化的	L12-14	
			她講話比較不婉轉；他很客氣，蠻 <u>自主</u> 的	L12-21-1
			他們這兩床會懂得，人家對他好他可以感受，會體諒他人立場；這一床不會。	L12-15
			他們會 <u>安慰</u> 隔壁床，經驗分享，這床不會	L12-28
			他們讓人家覺得和善比較好親近，像這一床可能相對沒安全感型的，剛開始不理人	L12-26
	責任感	A 很成熟，可能是他的婚姻比較健全；那 C 是離婚又再婚，比較沒有 <u>責任感</u>	L12-03-1	
		這一個他就不喜歡他的女兒來醫院，覺得醫院不是很乾淨，就會保護他的子女，很有媽媽特質保護小孩；這個能就比較沒 <u>責任感</u>	L12-05	
情緒狀態	情緒	他主要是 <u>情緒</u> 的問題，常常是因為沒安全感引發很多情緒	L12-10	
		這床比較沒有什麼靈性問題，他可以處理的蠻好的，這兩床比較有靈性問題。	L12-18	
		靈性問題就是 <u>情緒</u> ！	L12-18-1	
性別差異	性別差異	大部分男生都比較 <u>內射</u> ，比較不會表現出來；女生比較會講出來，比較 <u>健談</u>	L12-07-1	
		女生比較不會 <u>隱藏</u> 自己的一些想法，會主動的跟我們講；這個弟弟剛開來都靜靜不說話	L12-25	
年齡	年齡	他算是 <u>年紀</u> 比較輕，這兩個年紀算是中年人	L12-09	
	社會歷練	他們兩個比較有 <u>社會歷練</u> ，想的比較多；這個弟弟比較單純，想的事情就很簡單	L12-31	
表達	方式	這兩個可以說話，這一個用寫的表達	L12-24	
		他比較會 <u>深思熟慮</u> ，他有留下他的筆跡來	L12-24-1	
經濟能力	經濟能力	這兩床是 <u>小康</u> 過得去，這一床是社會資源	L12-27	
其他	思考模式	這兩個是中規中矩，可能就是 <u>思考模式</u> ，像這一個就比較沒模式，蠻無厘頭就對了	L12-17	

附錄 6-13 M13 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼	
家庭支持系統	情感依附	這一組很 <u>缺乏愛</u> ，非常渴望愛，渴望被愛；他那個部分被滿足了	M13-01	
	支持系統	這兩個會很期待說旁邊的人多給他很多很多很多的愛；這個比較不會表現出那樣行為	M13-15	
		這兩個是有家屬照顧的，這個沒有家屬照顧他們的家屬照顧他們的時候，怨言頗多；這個的家屬是比較出於 <u>心甘情願</u> 的照顧病患	M13-11 M13-14	
	遺棄感	他們家裡支持比較不一樣，比較缺乏 <u>安全感</u> 比如經濟、照護上；他是比較相對沒有缺乏這兩個都有家屬在照顧，他沒有任何家屬在照顧，有家屬照顧上是比較有 <u>安全感的</u>	M13-15 M13-18	
		他會覺得身邊的親人是不愛我的，我是 <u>被遺棄</u> 的，這兩個是比較不會有這樣的想法	M13-21	
	牽掛	他們會對家庭有點牽掛，對他們的子女有點牽掛，這一組就比較沒有牽掛。	M13-23	
	愛與關懷	別人對他的愛，他可以感受；這個是沒辦法感受，比較沒辦法感受別人對他是關心的	M13-09	
		他們是比較沒有辦法跟別人 <u>感謝</u> 的，這個病患他會感謝他的家人這樣的照顧	M13-14	
		這個不能感謝，這個可以 <u>感謝</u> 。	M13-19	
		這兩個不能感謝，他能夠表達對別人的 <u>感謝</u>	M13-20	
	意義價值	對人生的看法	這兩個過去的人生，傾向屬於比較容易有 <u>罪惡感</u> ，對生病這件事情，比較能夠接受；這個一直是中規中舉，生病是個很 <u>不公平</u> 待遇	M13-02
			這組有 <u>罪惡感</u> ，這個沒有。	M13-06
他們會覺得他們今天會這樣是 <u>其來有自</u> ；這邊覺得我是個好人，為什麼會生病？			M13-06-1	
肯定		這個覺得說他生病是一件很 <u>不公平</u> 的事情	M13-26	
		這兩個都有 <u>罪惡感</u> ，對於自己過去的人生他內心有很多的罪惡感，是 <u>不完美 很糟糕</u> 的人；他們兩個覺得說他們是 <u>不錯的人</u>	M13-08	
		他比較會扮演弱者，他自己是個 <u>可憐的人</u> ，這邊這組覺得是 <u>倒楣的人</u> ，倒楣生病的人	M13-22	
面對疾病	接受度	他比較能 <u>接受疾病</u> ；這邊沒辦法接受疾病	M13-08	
		他們兩個都是比較 <u>沒有辦法接受</u> 自己的疾病；這個是比較能夠接受。	M13-12	

		這組比較無法接受自己是生病的，那這個是比較能接受的	M13-21
	態度	他們覺得不公平，他不會覺得生病是不公平	M13-08
	認知	他認知他自己的疾病；這病人是比較無法認	M13-24
面對死亡	態度	知自己的疾病，他們知道不健康是無法回復這兩個會在口頭言語表達上面，他們會一直問說，他們真的會死嗎？這個就比較不會問	M13-17
身體心象	身體心象	他覺得自己躺在床上不能動是一種怪物，對外觀比較關注；他的疾病一般人是看不出來	M13-04
		這兩個比較容易因自己的外觀而自卑，因為病況比較容易被發現；這個外觀看不出來	M13-10
人格特質	不安全感	這兩個人極力想要引起醫護人員的注意，會爭寵，制約工作人員；這個病人比較不會	M13-03
		這二個會去競爭說護士小姐對我比較好；這個比較不會去競爭別人對他的注意力	M13-15
		他們會互相競爭工作人員的注意力，跟誰得到的愛比較多；這個是比較不會去競爭的	M13-26
		他們會用一些方法去制約工作人員；這個是比較沒有那個部分。	M13-15
		他們兩個是屬於比較有操縱行為的病人；那	M13-26
		這個病人比較不會	
		這兩個會直接表現出很像小孩子那一面，撒嬌、耍賴；這個病人比較不會	M13-16
表達	敞開心胸	他很多事情都放在心裡面，需要去討好或迎合別人對他的想法，比較沒辦法做自己，他們兩個是比較敢去表達自己內心的想法	M13-07-2
		他們比較願意去談自己內心真正的想法，那他比較隱藏的，會迎合別人對我的想法	M13-12
		他們主動會告訴別人，比較能夠敞開心胸，這個是比較沒辦法，要建立關係，才願意說	M13-25
情緒狀態	情緒狀態	他們的情緒表達是很明顯、強烈的，喜怒哀樂，這個病人他是一個很溫和的	M13-25
歸屬	責任	他對自己社會責任的期待他覺得可以；這邊是覺得還有很多未完成的社會責任	M13-13
其他	介入	這個經過護理措施介入後，行為沒有改變，這兩個看的出來行為有些改變	M13-07
		死是大自然的律動；感謝	

附錄 6-14 N14 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教認同	他們有 <u>很虔誠、很紮實的信仰</u>	N14-03
		不是說不夠虔誠，是他們表現 <u>非常虔誠</u>	N14-03-1
	宗教包容	他跟他的信仰，上帝有很好的溝通，他們家裡全都是基督徒；這個跟他的先生是不同宗教的，但是 <u>彼此尊重各自的宗教信仰</u> 。	N14-09
家庭支持系統	支持系統	他家庭組合是高教育知識份子；這一個孩子受到的教育比較普通，但是都很 <u>孝順</u> 。	N14-08
意義價值	對人生的看法	年紀大，生命歷程會有比較多的 <u>頓悟、反省、經驗</u> 去看他的生病；年輕人血氣方剛，有很多的 <u>抱怨、生氣、衝突</u> 。	N14-02
		他對生命的看法是 <u>生命即空</u> ，看的很淡，對他的生命是平平靜靜的，但是他有一種 <u>想要再跟自己的疾病搏鬥一次</u> 的感覺	N14-07
		這邊是 <u>愉快、充滿微笑、喜歡幫助人的老人</u> 安靜、對什麼事物都沒興趣的青壯年	N14-05
			N14-05-1
面對疾病	態度	他是 <u>滿足、愉快的</u> ，這二個比較是 <u>無奈中去接受</u> ，甚至是 <u>憤怒的</u>	N14-06-3
年齡	年齡	<u>年紀大</u> ，生命歷程會有比較多的 <u>頓悟、反省</u> ； <u>年輕人</u> 血氣方剛，有很多的 <u>抱怨、生氣</u> 。	N14-02

附錄 6-15 O15 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教認同	宗教是個因素，宗教的 <u>虔誠度</u> 是會受影響	O15-02
	宗教功能	他會藉由看書，甚至跟他宗教相關性的一些活動來 <u>提昇自己對死亡的看法</u> ，然後覺得說死亡祇是人生的一個過程而已，我覺得宗教的 <u>虔誠度</u> 應該差很多。	O15-02-2
家庭支持系統	情感依附	他比較 <u>不會害怕孤單</u> ，這兩個都會，然後都 <u>期望有人來陪伴他</u> 。	O15-04
		他們比較害怕孤單，比較 <u>期望有人陪</u>	O15-07
		C 跟 D 都很害怕一個人， <u>害怕孤獨</u> ，然後 A 的話，他還好，他知道都有人在旁邊吧。	O15-09
意義價值	對人生的看法	這邊 <u>期望早點死亡</u> ，這邊 <u>對疾病還有期望</u>	O15-03
面對死亡	準備	他對自己之後怎麼 <u>安排後事</u> 、生活，他是蠻有規劃性的，蠻能主控自己的感覺。	O15-01
		一個是期望早日解脫，可能 <u>對自己的死亡準備還不夠</u>	O15-01-1
		<u>對自己的死亡不會有準備</u> 的感覺，然後 B 就還好。	O15-10
		接受度	A 跟 D <u>對死亡的接受度都不高</u> 。 B 就比較能接受
面對疾病	接受度	他對自己的疾病比較能接受	O15-01
		他對自己的疾病是 <u>無法接受</u>	O15-01-1
		這兩個就是對自己的 <u>疾病沒辦法接受</u>	O15-02
		這邊對疾病比較 <u>沒辦法接受</u>	O15-05-1
		他是完全 <u>沒有辦法對疾病去接受</u> ；他是去接受了，但是 <u>期望會好</u> 。	O15-08-1
		對疾病的 <u>接受度</u> ，一個是無法接受；一個是期望會好嘛，接受度不一樣	O15-10

附錄 6-16 P16 建構類別與向度

向度	建構類別	摘 述	編 碼
宗教信仰	宗教認同	施啊嬭很少提到他個人宗教的需求，陳阿姨曾經怨恨上帝沒有聽到他的需求，覺得上帝沒有照顧到他，神對他不好，所以就恨神他一方面怨上帝，沒有如他的意去做，一方面又很渴求；這個婆婆雖然信奉基督教，不會說看到牧師來就很高興；他是無宗教論。	P16-09 P16-25-1
	宗教功能	宗教上的力量可以緩和他們的不舒服，那這一個除非藥物真的發揮作用，不然他就是專注於他的疼痛和一些不好的心智表現出來	P16-19
	信仰有無	這兩個是信奉同一宗教的，這一個是沒有什麼宗教信仰，比較專注於在自我的感覺上	P16-17
家庭支持系統	被遺棄感	這兩個病人都是覺得說家人對他的關懷都不夠，感覺都有遺棄感的感覺	P16-01
		這兩個看護或外傭照顧，這個是家屬照顧就是說家人完全遺棄他們	P16-02 P16-02-1
		這二個都有感覺被遺棄的	P16-26
		陳阿姨跟王阿姨他們都有被遺棄感；伯伯是妻子兒子照顧，不會有被遺棄的感覺	P16-29
	支持系統	這兩個是家屬照顧，這個是看護照顧	P16-05
		這兩個都有家屬在照顧，這個非家屬照顧	P16-20
	愛與關懷	施啊嬭比較依賴看護，不舒服有人哄哄就好了，陳阿姨的不舒服要靠比較強的藥物控制了	P16-08
意義價值	肯定	這一個是家人照顧，這二個是看護在照顧，施啊嬭他沒有辦法從他們來看她中得到那種存在感，還是重視感。	P16-12
		伯伯負債蠻多的，他感覺自己在家中的地位，遽然減低很多，其他人沒有這樣的問題	P16-31
面對死亡	態度	這兩個都有恐懼死亡的靈性需求；E 是人格特質導致我們在醫護照顧上的困難	P16-04
		他們都是肺癌的病人，會有胸悶、吸好像被梗住，喘不過氣來，這會造成很大的恐慌，生命好像隨時會走。	P16-26
		王阿姨他對死亡是蠻恐懼的；伯伯的表現是前後矛盾；陳阿姨也會恐懼死亡，但經由正向的去幫他回饋，不那麼會想到這一方面	P16-28

	接受度	這兩個是懼談死亡的	P16-16
		他對死亡是很矛盾的	P16-16-1
面對疾病	接受度	這兩個雖然都知道自己的疾病，可是 <u>接受度</u> 比較沒有那麼高	P16-16
	調適	他們對疾病是認知的，但是卻不能去接受疾病的演變，會導致他們最不願接受的事實	P16-22
	疼痛控制	施阿嬤藥物使用上要求比較簡單；這兩個對於疼痛控制，呈現不斷的去索取	P16-14
		這兩個不舒服的時候，會氣憤或敲打床欄，甚至哭天喊地，那這個伯伯還蠻能忍痛的	16-15
		阿嬤是屬於比較嗜睡的病人，藥物可以穩定疼痛控制；他們都很在意他們的疼痛控制	P16-27
人格特質	導因	這兩個是同疾病，導致人格特質不太一樣	P16-03
	人格特質	這兩個自我非常的重，不會去體諒別人的感受；這個阿嬤是靜靜的，變得很冷漠	P16-06
	自我/冷漠	他自己決定要怎麼做就怎麼做，自主性太強	P16-07
		這兩個是有點自傷情形的，會去傷害到自己的，這個阿姨是呈現很獨立，但太自我了	P16-13
		這兩個都是比較自我的；他會比較能適度的表現對或錯	P16-21
		這二個依賴家屬或看護的心態很重；這個伯伯他會自己下床，不會很介意沒有看到家屬	P16-24
歸屬	假象	這個病人之前都說他都可以接受病情、死亡	P16-01-1
		最近他意識比較混淆，就跟牧師說他不要死，我們發現後面這個才是他真實的自我，之前那個都是給別人的假象而已。	
		他在看護的照顧下是想給別人一種假象，一種好像是家庭很美滿幸福，有點自欺欺人	P16-05-1

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：C03

凸顯點	相對點
1 * 祥和接受過往	掙扎
2 接受自己、接受被創造、生老病死	不能接受
3 用有意義的方式看待生命、週遭事物	無法有意義的看待生命
4 和諧關係 (自我、他人、創造者)	不和諧
5 安詳、沒有掙扎、祥和的態度	掙扎
6 * 肯定今生的貢獻	無法肯定今生的貢獻
7 找到意義，發展自我認定	沒有意義，無法自我認定
8 找到定位，自我內在價值	找不到自我定位
9 走下去的方向和力量，不會茫然無從	茫然無從
10 自尊、自我實現，不枉此生	虛晃一遭
11 和諧關係，靈性滿足、正向	靈性無法滿足
12 * 家人關係緊密	家人關係疏離
13 注重家庭，正向去認定自我角色	自我中心
14 提供做人處世的基礎，影響靈性和諧	不和諧
15 自我評斷，接受自己，坦然面對逆境	不能接受自己
16 認定自己是個主體，正向和諧關係	不健康的態度
17 社會支持、自我看重，靈性正向看法	負向

附錄 7-2 E05 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：E05

凸顯點	相對點
1 * 宗教信仰影響力大	宗教信仰影響力小
2 源頭	枝微末節
3 有宗教信仰是一個比較完整的靈性	不完整
4 正向價值的人生觀	負向的人生觀
5 關係是可靠、永恆不變、可掌握的	變動
6 心理上平安的感覺猶如靠山	不平安
7 困境中走出來的力量	困於處境中
8 真實、穩定的感覺，不因外物而改變	變動
9 * 家庭支持系統強	家庭支持系統薄弱
10 基本，愛的來源，具體依靠	缺乏愛
11 潛移默化對人、生命、生活的態度	保持原狀
12 家人帶領走入信仰，最終信仰取代	只有家庭
13 塑造個體的個性、與人互動的方式	與人較不易互動
14 * 靈性正向	靈性負向
15 正向層面影響負向，拉据	負向多於正向
16 影響整個人生、對生命的態度	負向態度
17 心境上平安、穩定的感覺	不平安、不穩定

附錄 7-3 F06 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：F06

凸顯點	相對點
1 * 正向的人生價值觀	負向的人生價值觀
2 是一指引，對事物的看法正向	缺少指引
3 即使面對疾病，能透徹看清人生價值	不清楚人生的價值
4 容易放開一切	放不開
5 達到最高點-自我實現	不能提升
6 看得開	看不開
7 * 家庭支持系統強	家庭支持系統薄弱
8 親密關係滿足靈性上的需求	需求無法滿足
9 對求生意志有正向的力量	求生意志較薄弱
10 無法割捨和家人的情愛	割捨
11 滿足基本（生理）需求	基本需求無法滿足
12 追求心理、社會需求	無法滿足
13 自我實現	無法達到
14 * 對護理人員的付出有所回饋	沒有回饋
15 透過言語或行為得知病人靈性狀態	沒有交流
16 透徹看清楚人生的意義	無法看清楚人生的意義
17 靈性需求是滿足和豐富的	靈性需求無法滿足
18 自我實現	無法達到

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：G07

凸顯點	相對點
1 * 接受死亡，坦然面對疾病	不接受死亡，無法面對疾病
2 沒有痛苦和情緒問題	痛苦，有情緒問題
3 平安	不平安，焦慮
4 任務已完成	人生在世的任務沒有完成
5 自我實現	自我實現沒有滿足
6 自我滿意度高	自我滿意度低
7 平安的感覺	死亡時會有不平安的氛圍
8 信仰堅定	對信仰動搖
9 對人生滿意	有情緒，對人生不滿意
11 順利的進入人生的下一個階段	無法進到人生的下一個階段
12 沒有遺憾	造成遺憾
13 正向生命的價值觀和態度	負向生命的價值觀和態度
14 建構出一個我	無法建構出一個我
15 高層次的滿足，自我實現	無法自我實現
16 * 家庭支持系統好	家庭支持系統薄弱
17 充滿愛的氛圍，家人的地位無可取代	缺乏愛
18 有動力	沒有動力
19 不孤單，有勇氣接受死亡，平和告別	孤單，不平和
20 感覺有人陪伴、心疼、理解他的苦	沒有人陪伴
21 * 死亡過程平順	死亡過程猙獰
22 平和告別	怒目、慌張
23 對周圍的人影響是正向的	負向影響
24 歸因於民俗、宗教的因素（修行）	沒有修行、放不下
25 影響週遭人價值觀與生命意義的詮釋	沒有生命意義
26 目標、期望、盼望	沒有目標
27 自我實現，創造，自我滿意	無法自我實現
28 人生圓滿	缺憾的人生

附錄 7-5 I09 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：I09

凸顯點	相對點
1 * 家庭支持系統好	家庭支持系統薄弱
2 提供照顧、親情陪伴	缺乏親情
3 人生有意義	人生沒有意義
4 這輩子活著有意義	白活
5 * 有伴侶支持	無伴侶支持
6 生活重心	沒有重心
7 關係較為親密	疏離
8 愛的層次不同	缺乏愛
9 * 家人願意來照顧	缺少親情
10 活著有意義	沒有人理會
11 心理上的支持力量	沒有支持
12 求生意志強	求生意志薄弱
13 活著有希望	沒有希望
14 快樂，心情好	沮喪，心情不好

附錄 7-6 K11 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：K11

凸顯點	相對點
1 * 家庭支持系統好	家庭支持系統薄弱
2 溝通良好，比較多的愛與支持	少的愛與支持
3 釋放自己的想法，才不會有負面思考	負面思考
4 放開的方式	躲到自己的世界，自卑，感覺沒人愛
5 * 有宗教信仰	無宗教信仰
6 與自己內在神明對話，找到正向力量	負向
7 心靈寄託	無心靈寄託
8 生活中多加一樣東西	自限
9 有路可以走，不會躲在角落	沒有路走，躲在角落
10 不斷創新，多采多姿	自限
11 建立快樂的心情，不會自憐	自憐
12 互動好，生活順遂	互動差
13 接受新事物	躲在角落
14 * 微笑中有比較多感謝、感恩與釋懷	放不開
15 心情佳，快樂、感恩、不會斤斤計較	不快樂、斤斤計較
16 靈性是快樂的，沒有牽掛、煩惱	不快樂
17 看得開，需求已滿足	看不開
18 精神上知足常樂	不快樂
19 反省，放開心胸	自限
20 察覺的能力，改善關係	關係不善
21 溝通，取得平衡點	無法溝通

附錄 7-7 M13 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：M13

凸顯點	相對點
1 * 對人生有罪惡感	對人生感到滿意
2 回顧過去，對自己人生的看法正向	負向
3 責任、義務已完成	未完責任
4 無愧於天地、父母	有愧
5 盡本份	沒有盡到本分
6 自我評量、自我判斷	由別人來評斷
7 * 家屬照顧提供安全感	沒有安全感
8 愛與關懷，提供溫暖	缺乏愛
9 感覺被愛是靈性一個重要的成分	沒有被愛的感覺
10 必要條件	枝微末節
11 * 接納將死亡的事實	無法接納死亡
12 處理內在衝突和疑問	沒有察覺或內在有衝突
13 已做好準備比較平靜	混亂
14 不會被衝突所困擾，生活品質好	困擾於‘為什麼’的框架中
15 身、心、靈整體不會感到混亂	混亂
16 靈性狀態的和諧影響其他層面	不和諧
17 調適危機，保持平衡狀態	失去平衡
18 不會停留在原點	瓦解

附錄 7-8 O15 階梯法—核心建構抽取

階梯法 (Laddering) —核心建構抽取

編號：O15

凸顯點	相對點
1 * 宗教虔誠提升對死亡的看法	受信仰影響小
2 正向的面對死亡降低焦慮不害怕	害怕死亡
3 對死亡的態度視死亡為必經的過程	逃避面對死亡
4 提供一合理化的理由	沒有藉口
5 消除罪惡感	罪惡感
6 平安	不安
7 * 比較不害怕孤單	害怕孤單
8 安全感	沒有安全感
9 死亡準備度高	死亡準備度差
10 內在支持力量	外在支持力量
11 * 能夠接受死亡	對死亡接受度差
12 提前作準備保握有限的時間	沒有準備
13 少了擔心和牽掛	掛心
14 接受死亡	死亡過程不平靜
15 靈性平安	不安