

靈性照顧之臨床運用

杜明勳

高雄榮民總醫院 家庭醫學部及安寧緩和醫學科

摘 要

每個人都具有靈性，靈性是每一個人與生俱來的能力，它無形中浮現於個人日常生活態度與行為中。當遇到重大挫折或喪失時，它更容易顯現。靈性的成長則是個人處於困難環境時，在調適過程中個人心靈力量的提升，找尋個人生存意義與生命的定位。它有助於個人生活態度之整合與生命意義之實踐。在臨床病患照顧中，特別是重大疾病或長期慢性疾病，除了身體機能的照顧與維持，病患心理之焦慮與憂鬱，都可能與個人生病後自我調適時所抱持的態度有關。在醫學與護理訓練過程中，我們經常提及全人照顧，但是我們最常見到的還是疾病的處置，或許加上些許心理的安撫，但真實的心靈照顧卻仍不足。其中，當然涉及靈性之定義不易，隨之而後的照顧內涵及範圍就更含糊了。因此，本文將列舉數例簡單說明靈性在個人疾病調適中的角色，並闡述靈性與靈性照顧之意涵及方法。希望本文能有助於全人醫療之推廣，並對於有志從事全人照護之醫療人員有所助益。

關鍵詞：疾病調適 (Disease adaptation)

靈性 (Spirituality)

靈性照顧 (Spiritual care)

當病人接受化學治療及放射治療後仍毫無進展，醫師就將個案轉介給牧靈人員。結果病人責怪醫師將她推給別人。經由牧靈人員與醫師的對話當中得知，醫師一定都會設法治療病人，但是到路的盡頭時，只好將她轉介。但病人卻覺得她非常信任的醫護人員放棄了她。她須要聽的是醫師真實及支持的話語，不是牧靈人員，否則她應該如何去找到誠實面對死亡的力量，一如她生前的信念。

在沒有退路的情況下，我們看到比我們原先所瞭解更強韌的人性本質；相反的，身為醫護人員的我們須要反視自己的恐懼與無力感。因為病人與我們相處的時間比牧靈人員還長，他們對於我們的信任與期待也是無可取代的穩固。

在醫療常規中，我們將自己無法處置的病人習慣性的轉介給合適的醫師與科別，但當疾病無法控制或面對病人即將發生重大喪失時，我們不曾學習與不知所措，甚至輕忽了自己也具有穩定及引導病人心靈的能力。

前言

醫療科技治癒了許多感染症及危害生命的疾病，但始終無法回答病人經常提及的問題：「疾病及死亡的意義」。然醫護專業對於病患照顧的理想除了治療病人、緩解症狀與延長生命外，增進生活品質也是我們的重點。其中，當然包含陪伴病人並回答有關醫療及護理重要問題的能力。當提到治癒與復原 (cure and heal) 時，大家對於萬能的科技逐漸產生質疑。治療應該是整體的，包含身體、心理及靈性的全人。此全人照顧除在護理計畫中經常被提到，也被預設為護理照顧之常規。在財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (醫策會) 推展一連串的一般醫學教育訓練中，也強調全人照顧的重要性。其中，身體器官與疾病的監測與治療，或連帶部份焦慮與哀傷的安撫，是我們最常見的處置；但靈性問題及靈性照顧的內涵是什麼，一直很少有人觸及。

由於「靈性」具有很強的個人化差異及隱私性，而個人主觀的態度又很難以客觀的實驗證實，如此更讓它難以推展至臨床應用。在臨床病患照顧中，若有提及靈性者，也大多集中在末期病人；但即使在安寧病房評鑑時，有些委員也會依據評鑑要求，因為醫院內沒有宗教師的設置而批評醫院醫療團隊「缺少靈性照顧」。但真實如此嗎？每個病患與生俱存的靈性，一定須要經過宗教師的「照顧與開示」才會成長，才算照顧嗎？那麼護理常規中的身心「靈」全人照顧，是否撈過界且太不知量力了，應予剔除在護理照護範疇之外？醫策會推行的全人照顧只是幻相空談？抑或這些所謂的專家本身就誤解了靈性照顧，或不認為醫護人員也具有這個能力並且可以提供靈性關懷與照顧？

每個人在成長過程中，生老病死是既定為人就無法避免的宿命。人在身體老化的同時，智慧也在學習成長。當然，疾病的發生大部份與年紀老化有關，如果能夠瞭解老化的過程及樂觀面，那麼老化可以是具有創造力並實踐個人生命理想的。相反的，老化就只是衰老與退化的警訊，讓生活更加困頓與侷限。健康促進及發展有效自我照顧的策略是個人 (特別是老人) 感覺幸福的重

要成份。人老化的特徵就是脆弱與生病，同時恐懼著無法控制自己的身體及心靈。害怕死亡過程多於死亡本身。有些個人身體的衰退可以靈性的成長來超越其肉體所受的痛苦與限制；然而，有些人則會因為失去希望及生存意志而弱化了身體的功能。本文將沿續以往對於「靈性、心理精神與宗教之差別」¹之探討與「談靈性照顧」²之文章，嘗試藉由臨床案例說明靈性對於人類疾病調適之影響，並扼要說明臨床上靈性照顧之運用。希望本文能有助於醫療人員對於全人照顧之執行，並期待更多的迴響。

案例

案例一：七十四歲老太太，平時個性豁達，對自己身體情況始終抱持著可以早點走就早點走，不要拖累家人，及死亡沒什麼可怕的看法。她患有糖尿病且長期沒有很好的控制，也不願意接受胰島素注射治療。有一天早上醒來時，她突然感覺左側肢體反應遲鈍且無法動彈，經家人送急診後住院治療。住院初期情況尚稱穩定，神識清楚可以言語但情緒低落，沈默不愛說話。一週後，隔壁床的病人病重過世，家屬哭得很傷心。隔天早上醫護團隊交班時，就提到昨天下午小夜班護士感覺老太太不對勁，變得很愛哭。當時小夜班的護士及家屬也曾經設法問她原因，但個案始終不回答。直到交班後一連幾天，經過幾次與她最投機最談得來的同鄉護士交談後，才發現原本開朗的個案除了會擔心自己病程變化外，也開始擔心將來往生時是不是也會像隔壁床一樣有那麼多人為她難過，及家中最小的兒子已經四十歲了還沒有結婚，自己的責任未了。

案例二：王先生五十八歲，空軍少將飛官，直腸癌手術合併化學治療及放射線治療後。在疾病早期接受化療時，由於經常發生噁心、嘔吐及其他不適症狀，即曾表示人生活著已經沒有意思了。軍人要嘛死在戰場上，如今卻困在一張床上。後來他併發了肺部轉移，也曾服用了好朋友推薦治癌的五帖藏類，但病情仍毫無進展。他感到絕望，希望醫師能施予安樂死，並經常說「活著對我已經沒有意義了，為什麼不能讓我安樂死」。病人的疼痛並不明顯，疼痛指數約一到二

分，言談間神智亦很清楚，很能與醫護人員談論人生的看法。有一天，病房的宗教師前往探視個案，於言談間說到個案的業障未了，所以疾病及疼痛才會持續存在，這讓病人很生氣。

案例三：有位中風老媽媽，因為兒子不肖，於住院復健期間心情始終低落。難得有護理及志工人員給予開導安撫，心情終於稍微舒坦平靜。數日後，志工看到她兒子來訪離去，即隨口補上一句：「哎，就當作是前輩子欠他的債吧！」。以後，病人情緒又開始嚴重起伏，對兒子沒有學好始終有很深切的愧疚感。

靈性會影響個人的疾病調適

目前學者對於靈性的定義看法分歧，有些偏向宗教，有些則以自我成長（尋求意義及成長）之觀點給予定義³。但比較為大部份學者所接受的定義是：「個人對生命最終價值所堅持的信念或信仰」（a dimension of a person that is concerned with ultimate ends and values）⁴，就是個人看待人生的哲學觀與價值觀。此定義較為廣義，有別於傳統宗教之觀點。依此定義，靈性說明了個人生活、社會及精神之意義與目的。這種堅信的理念會影響個人處事的態度及行為表現，也會影響個人生活的調適技巧與人際關係⁵，甚至身心健康。靈性是個人內在的能力與力量的泉源，是個人的主觀經驗。它維持了個人生命的完整性，也在個人生存核心中，提供了個人生存的意義。它是源自傳統文化、宗教、教育、及個人生活經驗的學習與融合。每個人的靈性就像每個人的感動及收穫，它的內化及影響個人生活的程度都不盡相同。同樣地，一件事情會產生困擾的程度，也會因為個人信念的偏執程度而有所不同。除了日常生活中明顯可見不同信仰程度的宗教人士或政治偏執份子外，這種的差異在一般民眾或在臨床上也經常可見，例如罹患同樣的疾病，但每個人的焦慮煩惱卻各有不同。他們或是對於疾病本身的威脅、或是疾病所帶來對於個人未來的影響、或是對於家人經濟的衝擊無助、或是造成病人及家屬其他互動上的困境、或是後續子女照顧與事業的問題、或是代表病人長久某種內在罪惡感的懲罰報復等等，種種意義都可能影響病人接受治

療的意願與復健的意志力。案例一中老太太聯想到面對自己將來「往生時是不是也會有很多人為她難過」及「最小兒子還沒有結婚是自己的責任未了」，此與她目前「生病調養」的重要性，那個比較優先，比較值得憂心，可能和醫護人員或其他病人的態度都不盡相同。而案例二中，飛官感受「軍人本色」與他因「疾病而死在病床上」之價值輕重的比較，及蕨類治癌無效而絕望等等的疾病經驗，也影響他心靈上的平安。當每個人生命中發生重大負向事件時，例如重大疾病、殘廢或死亡、或破產時，此等意義的認知與價值重要性的問題就會浮現，其優先順序的重整安排是否適當，將會影響個人是否可以面對衝擊的能力，也會影響個人接受疾病與治療的態度。若處置不當則可能造成疾病調適的負面影響。這或與文天祥正氣歌裡的「時窮節乃見，丹心照汗青」有相似之處。

靈性照顧的範疇

由於靈性概括了個人理性及感性的所有內涵，當然也會影響個人思想、行為及情緒的表現，其中也包含了個人的醫病關係與就醫行為（例如接受傳統醫療的習慣、或約和華見證會信徒的拒絕輸血態度），因此也會影響個人疾病處理的方式（身體照顧）及情緒表現（心理照顧）。因此，我們依據臨床實用及習慣的考量，比照北美護理診斷，將「靈性照顧」界定為：「緩解病人心靈困擾的照顧」是恰當的⁶。如此，只保留了「貫穿個人整體、統合並超越個人生物心理社會內涵的生命原則受到干擾」的「心靈困擾」⁵為照顧的範疇。於此，「靈性照顧」的範圍較狹隘，臨床上也比較容易操作；而我們也可以恢復到大家以往習慣的認知及口號--「身心靈」的全人照顧。如此觀點與以宗教觀點及死亡探討者之「宗教照顧」是明顯不同的，它的重點在於生命原則的統合，其中包含個人（intrapersonal）、人際（interpersonal）及超自我（transpersonal）三個層面的統合⁷。

南丁格爾認為靈性是每個人本身就具有的內在，是疾病復原時深入與潛在的重要資源。而Maslow論述人類需求之最高層次的「自我實現」

中，也認為每個人都具有開發自己潛能的傾向，而靈性即是人類潛在的能力，它存在於宗教之前⁸。醫護人員從事病患靈性照顧之目的，乃藉由病患照顧中，瞭解病人的不安，參與其對「生命的意義與目的、希望的感覺、及對自己與超能力的信念」之探討，瞭解自己的傷害並探索原因，達到另一個完整及平衡。

靈性照顧的內涵

若要說全人照顧，那麼靈性照顧就是它的基石⁹。病人照顧的基本精神包含了同理心、敏感性、及包容，這些也是提升心靈平安的重要工具。一如Maslow闡述人類具有五種的基本需求，依學者探討，人類靈性也有四種需求¹⁰：一、是追尋「意義」的需求：病人可以經由回顧與省思以往經驗來發現其意義，他們嘗試找到與他人的共通性；過程中經常會碰到的問題是：「我白活了嗎？」、「為什麼是我生了這個病？」、「我的家人朋友是怎麼想我這個人的？」。醫護人員要讓病人知道他們是值得的，不是因為他們的成就，而是他們存在的本身。除了認可及肯定病人的價值，醫護人員可以設法協助產生讓病人「思索自己生活意義」的環境，例如以生命回顧方式，或在隨機且合適的場合情境，瞭解病人因為目前的疾病及處境下，在職場或家庭中，是否產生了新的角色轉變與新的意義之思考。二、是感受到諒解和寬容的需求：尋找生命意義過程中，難免會遇到罪惡感及彌補的機會，醫護人員須要認識病人罪惡感的來源並協助去原諒或得到諒解，因為引導開悟的工作本來就需要原諒過去、接受個人並彼此分享。三、是愛的需求：病人在被照顧中可以感受到被接受的感覺，並且認清自我價值與獲得自信，而醫護人員必須學習如何經由同理心及尊重個人內在價值的方式，認知並對其情感有所反應，同時進入他們的生活經驗中。四、是希望的需求：希望是人類生存的特色，它被認為是生命的內在元素，是人的第二生命。它提供個人生活的理由，活得很好的感覺，是預防「絕望的痛苦」的工具。因此絕望的人會放棄生命是很合理的。醫護人員不是要去提供一個假的希望，但在事實面前，可鼓勵病人積極地以自己

的信念或宗教去維持希望，因為「在浩劫的無望中，人不會因為受到苦難而減弱，但生活缺少意義與希望卻會讓人衰弱」¹¹。

靈性照顧的方法

整體而言，靈性照顧的核心是召喚受傷者自知 (self-awareness) 的療護方式¹²。而醫護人員靈性照顧的治療力量來自於與病人的連結，同時分享自己的受傷及照顧經驗，自己的恐懼與無力感，喪失與成長。這些連結分享過程中，傾聽、回應、澄清及讓病人擁抱希望都須要溝通技巧，例如主動傾聽、誠懇、坦誠及瞭解病人症狀及經歷等等。在照顧過程中，不只是病人及家屬在苦難中得以成長，照顧者也從中認識自己並重新檢視以往遺忘的傷痕。

每個人在照顧他人時，必須先瞭解自己的「傷害及痛」並訓練自己如何自我體現，其中包括醫護人員本身很多可見的傷害與無力感，並先探討瞭解自己的傷口。由於受傷與復原 (wounding and healing) 本是一體的，是相對的也是彼此互動平衡的。醫護人員極度的無力感會造成對同事或病人隱藏性的暴力，而過度著重於此傷害則會造成麻木無望及沒有生命意義的感受。治療的方式就是藉由曾經受傷害的醫護同仁給予幫助，並將受傷的傷痕可見化同時加以評估。醫療人員必須經過自我認識及成長學習，才有能力與病人連結及分享。

以下作者就臨床經驗與文獻報告中，將如何與病人連結及分享之重點摘要如下：

一、與病人建立良好關係是治療的第一個目標，其次才是問題的解決。因為有良好的關係才可以發揮治療的效果。

二、照顧時，應該明白病人是否瞭解疾病可能帶來的重要影響，例如殘障、死亡、家庭經濟、小孩照顧、自己須要他人照顧等等；如果病人仍處於逃避及不願面對或尚未接受的否認期，應協助病人度過並進入調適。

三、靈性存在於生活中每件事情，即使是最小的事。它不一定屬於宗教的範疇，也不是末期病人才特有。病人房間的佈置，宗教飾品或家屬間溝通的對話，參與或抗拒宗教活動，都是提供

靈性照顧的話題與媒介。

四、誰才適合擔任靈性照顧者呢？病人喜歡與有相似背景及人生追尋的人共同探索問題，尋求意義，即使是對神的共同懷疑。因此，他的照顧者可以是醫療團隊成員中的任何人，例如醫護、志工、社工或宗教人員，或與病人或家屬投緣且支持他們的其他人，如朋友、家人、或崇拜的人。團隊人員應予尊重，讓病人有自主選擇的機會（如案例一與老太太同鄉且投緣的護士比其他人員更適合分享她心靈的困擾）。病房裡，護理人員比宗教人士更適合提供靈性照顧，因為病人有需要時，護理人員總是在第一線且隨時可以提供協助，而宗教人士則可能有特定時間的限制或專業能力的問題（請參考案例二，癌症病人關注的是軍人生命意義的問題與身體依賴的困擾，然宗教師卻以個人專業的習慣解釋病人的病痛乃業障使然）。

五、溝通技巧：應以敏感的心注意病人情緒的反應（罪惡感、焦慮、生氣、敵意、冷漠。如案例一變得愛哭）及社會心理問題（含病人、他人與環境的關係），或其他身體化抱怨。這些事件的背後經常潛在著靈性的困擾（即靈性痛。請參考案例三，病人內心對兒子未學好有深沈的愧疚感，造成病人的不安；而志工的無知及善意的安慰反而造成了傷害）。病人對「生命、存在、受苦、死亡及信仰的質疑」即是其心靈困擾的直接表達。傾聽與溝通的實務，就是「伴陪」與「分享」。「伴陪」可以減少個案被家屬、朋友、或神遺棄的感覺，而「分享」是將自我與他人及世界連結為一體。「分享」就等同「伴陪」及「做病人的朋友」，也就是靈性照顧¹²。經由過程中，互相瞭解、合作、尊重及表示關懷的能力，如此就可以產生生命力復原的力量，這就是靈性的力量。

六、照顧者應抱持的態度與倫理：「關懷、包容、信任與尊重」是靈性照顧的核心。提供照顧時我們應該以包容的心接受病人，尊重每個人都具有的差異性及自主權，在關愛照顧及陪伴下，鞏固病人的信心並擁抱希望及有意義的感覺，以達到心境平和喜樂的目的。如此以顧客為中心，尊重病人的需要，少點自我導向的指引，

減少說服病人的企圖，避免偏導宗教的壓力（如案例二及案例三）。有時候，不須要為病人說什麼或做什麼，在伴陪過程中，病人就可以找到自己的道路。對於沒有辦法逃避的事實，「認命與接受」是調適必經的過程。

七、方式與工具：生命回顧、音樂治療、舞蹈或繪畫治療、芳香治療等等都是靈性照顧或促進溝通瞭解病人很好的工具。也可以善加運用超越形體的方式，例如祈禱、冥想、靈性指引、深層智慧、及信仰儀式或符號等等。照顧過程中，我們可以藉由幾個問題瞭解個案原有靈性的內涵，例如「生命中曾經有過重要的人和事」、病人「重要分享及諮詢人生意義的對象」、「是否想過生命意義及價值」、和「宗教對他生命的重要性」。但很多時候，醫護人員只要單純的陪伴就足以幫助病人得到心靈的寧靜。另外，對個人及家庭的瞭解、給予鼓勵及見證、分享困擾及喜悅、或帶引信仰的存在、或妥善運用病人祈禱祝福的習慣或特別宗教儀式等等，都有助於個人心靈的平安。

八、對一般疾病而言，除身體病痛外，明白生病對病人人生是否帶來新的意義，也是瞭解個案疾病調適及信仰價值的方法。

九、個人的價值及態度是動態的。在疾病不同的時期或不同的嚴重度下，其需求及體會也會隨著改變，因此心靈關懷的連結應該是持續的。

十、無法處理時：對於自我保護很強、不願分享內心的病人、或照顧者發生反移情反應而感到不舒服及無法處理自己的靈性問題時，醫護人員應該曉得有那些可以轉介的專業，並給予適當的轉介。

就本文第一個案例而言，其期待「往生時也能受到眾多親友的懷念」及「兒子能早點結婚」兩者價值的重要性及真實性，與她目前「生病調養」優先性之比較，除了須要本著上述原則來瞭解她的認知及態度外，醫師也有責任告知其目前疾病是否如隔壁床那麼嚴重，是否過慮了，及將來預防及健康促進的方式。案例二中，飛官目前因為「疾病困在病床」的痛苦及嚴類「治癌無效」的絕望而要求安樂死，此與其軍人教育對其生命的價值及態度（靈性）影響有關。其照顧重點除

了瞭解其與環境親友的連結，並由其生命經驗中肯定其個人價值並瞭解其他希望外，醫護人員可以再設法增加其自我照顧能力及價值感。但對於該名宗教人員，則應接受相關照顧之訓練。

結語

對於每個人成長的過程，生命是完整的或是絕望終點的議題，始終與人類老化過程中找尋生命意義的路徑是一致的。個人和信念（或神）一致的感覺，及與他人的和諧可以帶來個人圓融完滿的感覺。每個人在遇到重大挫折（例如重病或殘廢）或老化過程，都可能面對生命意義的危機，此危機也是轉機；當不得不面對嚴重喪失如死亡時，若要繼續前進，就必須學會認命與「放下」（let go）及具有與自然同化的智慧。

提供心靈照顧是一件具有挑戰性的工作，同時也是一件有回報的工作。有時候會成功，有時候可能失敗；但它可以滿足個人的實踐，不論是工作上或社會層面。生命的意義經常不是很清楚的，但就像德國哲學家尼采所說的：「對生命有懷疑的人可以承受任何的疑問」。在找尋自己的靈性之前，各位可以先嘗試回答以下這個問題：「就一個醫療或護理照顧者而言，我是誰？」

一如個體的茁壯與衰老，靈性的成長是一輩子的事。我們有幸在病人生命中疾病苦難的時刻，給予病症的緩解與治療外，同時還有參與其心靈成長的機會。在競爭激烈講求成效的醫療商場中，由於生存的壓力，我們汲汲營營於製造績效，或許我們疏忽了病「人」太久了。當此醫療界與護理界正熱衷於全人照顧的此時，正是加強靈性照顧的重要時機，希望本文對於有志於人性化照顧的醫護人員能有所助益。

參考文獻

1. 杜明勳。談靈性。護理雜誌 2003; 50: 81-5.
2. 杜明勳：談靈性照顧。護理雜誌 2004; 51: 78-83.
3. Wink P, Dillion M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Aging* 2003; 18: 916-24.
4. Speck P. Spiritual issue in palliative care. In: D. Doyle GWC ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1998: 805-14.
5. Tu MS. Illness: an opportunity for spiritual growth. *J Altern Complement Med* 2006; 12: 1029-33.
6. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002*. Philadelphia: NANDA, 2001: 175-7.
7. Reed PG. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health* 1992; 15: 349-57.
8. Bambery JK. Spirituality as a healing force. In: S. Ronaldson ed. *Spirituality: The Heart of Nursing*. Melbourne: Ausmed 2000; 60-77.
9. Parran L. Spiritual care is elemental and fundamental to the heart. *ONS News* 2003; 18: 4-5.
10. Schoenbeck SL. Called to care: Addressing the spiritual needs of patients. *J Pract Nurs* 1994; 44: 19-23.
11. Bush T. Spirituality in care. In: S. Ronaldson ed. *Spirituality: The Heart of Nursing*. Melbourne: Ausmed 2000; 78-97.
12. Ronaldson ed. *Spirituality: The Heart of Nursing*. Melbourne: Ausmed 2000; 4-21.

Clinical Application of Spiritual Care

Ming-Shium Tu

*Department of Family Medicine, Palliative and Hospice Care,
Kaohsiung Veterans General Hospital, Kaohsiung, Taiwan*

Spirituality is an innate part of human. It will emerge out of people's attitude and behavior during individual's daily activity, especially when in confronting with a significant distress or loss. Spiritual growth is the promoting of one's spiritual strength through both the process of adaptation to the sufferings and the searching for the meaning of life. It helps people integrate their attitude of life and accomplish their meaning of life. In the practice of patient care, especially in front of severe or chronic disabling disease, patient's illness care plan, emotional anxiety and depression are all related to individual's attitude during the course of disease adaptation. In the process of medical or nursing education, we have been frequently mentioning the holism, but we are still accustomed to the disease management and, sometimes, psychological pacification. The spiritual care is yet insufficient. This may be due to the ambiguity of the definition of spirituality and the uncertainty of the scope of spiritual care. This article demonstrates the significance of spirituality during one's trajectory of disease adaptation, and illustrates the contents and method of spiritual care. This article will be helpful to both the promotion of holistic care in medicine and the physicians and nurses devoted to a humanistic care. (J Intern Med Taiwan 2008; 19: 318-324)