

南 華 大 學

生死研究所碩士論文

台灣中部地區某醫學中心護理人員對靈性護理教育需求之探討

The Educational Need of Spiritual care for Nurses —

--An Explorative Research to Nurses in a Medical Center

in Central Taiwan



研 究 生：許鳳珠

指 導 教 授：釋慧開

中 華 民 國 九 十 二 年 六 月 二 十 七 日

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生 死 研 究 所

台灣中部地區某醫學中心
護理人員對靈性護理教育需求之探討

研究生：許鳳珠

經考試合格特此證明

口試委員：陳若慧
釋慧角
蔡明昌

指導教授：釋慧開

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 九十二年 六 月 二十七日

無盡的感恩

每一個日子，都是感恩的日子，尤其是在南華五年的日子。南華的陽光是佛陀頂上的光，南華的水是觀音靜瓶的水，南華的風是極樂世界清涼的風。認真的考上生死所，悠遊在這片溫煦豐厚的學海裡，留連而忘返。但教育部規定，還是要「畢業」的。雖然無限依依，也只得收拾悠遊之心，用功的整理行囊，暫告一段落。每一次上南華，都是以朝聖的心上山，虔誠的一步一步走在校園的每一吋土地上，感恩南華給我的所有，也埋下本文的契機。

我一直在思考體會什麼是菩提心？什麼是慈悲？如何的貼近實踐佛陀平等的心？三年前，有幸參加花蓮心蓮病房余德慧教授引領的臨終病人有關「靈性」陪伴的討論會。深受啓發，期望能在所服務單位推動臨床靈性護理，得到單位支持，以研究方案執行，所以首先要謝謝余老師的鼓勵、引領，還有花蓮心蓮病房的王淑真護理長、許禮安醫師心得分享以及蔣鵬、秋香凌晨送我到車站的日子。

也感謝台中榮總的支持，讓夢想完成第一步，得以建立教學前的評鑑資料。

本文一路走來，感謝南華所有教過的老師。尤其剛開始只是個構想時，常找蔡昌雄老師討論。等概念略成形，要擬定問卷，一次又一次的請教吳慧敏老師，蔡明昌老師。從題目的逐題討論、因素分析，甚至拿著資料到老師的電腦跑統計，還有寫完文章的修改與建議，因為學生老是意見一堆，老師還得耐住其煩的解惑。學生銘記於心，待時轉諸有緣。當然最辛苦的是指導教授慧開師父，遇到一個很愛思考，自以為心得不錯，為文下筆又不知裁剪的學生，倍加費心，怎個「循循善誘」、「殷殷教誨」了得。有次學生拿著論文請益，師父見學生感冒嚴重失聲，遞過來一瓶蜂膠，說：希望這會讓你好些。師父可知道，當時在工作、久重感冒「摧殘」下快撐不住了，剎那體會到原來慈悲是這麼自然，這麼貼近人的靈性。所謂的靈性照顧、靈性護理、靈性接應、靈性…就在這裡，從而提昇超越。感冒很快好了，聲音也恢復了，當然論文要好好寫，學生知道這只是起步，繼續前行是未來的路。還有我們生死所的老師常相互支持鼓勵，分享經驗。最要感謝的是乙雄，謝謝您所有的幫忙協助與支持，祝福你。也謝謝粘惠貞小姐在統計處理上的諮詢與協助。

沒有父親與母親的支持、教誨，我是不可能毫無後顧之憂的漫遊於學術的殿堂。父親以前常說老天恩賜我們健康，讓你無後顧之憂，所以你要好好照顧那些受苦、生病的人。心想生死所畢業的時候，一定要請父親到學校來看看。有幾次，父親淡淡的跟我說，人間的一切我已經看開放下，隨時可以走了。我說：怎麼可以，我還沒準備好！父親笑笑答：你不是唸生死所嗎！真的，父親竟真的在子孫圍繞、佛號唸頌，迎著家園晨曦，瀟灑的走了。我卻因為老是不急不緩，趕不及帶著父親到南華走一趟。而今，儘以此文獻給我去年夏天往生的父親，還有勇敢的母親。感謝您們給我的一切，雖然孩兒走得不快，我會穩穩的繼續前進！

許鳳珠 謹誌於 南華

中華民國九十二年六月

中文摘要

本研究之目的旨在瞭解護理人員對靈性照顧的態度、靈性照顧能力之自我評值及其相關因素、以及了解護理人員對靈性照顧在職教育之需求。綜合研究結果，提出具體建議，做為國內同質性臨床護理人員對靈性護理教育實施之參考。本研究採結構式問卷調查法，以中部某醫學中心之臨床第一線護理人員為受訪對象。共發出 566 份問卷，回收問卷 542 份，有效問卷 532 份。

研究結果發現如下：

- 一、護理人員的背景資料顯示：受訪者的宗教的篤信度分別與靈性照顧能力、靈性成長需求有正向顯著差異。靈性覺察分別與其靈性照顧態度、靈性照顧能力、靈性成長需求有正向顯著差異。
- 二、護理人員對靈性態度的總平均值（5-1）為 3.67；就靈性意涵之認知為 4.25；而在靈性照顧行為看法為 3.67；感受（情意）為 2.74，均傾向正面態度。並與學歷、靈性覺察、參加靈性照顧課程、護理年資、本院年資、是否主動提供靈性照顧、靈性成長需求有正向顯著差異。而與年齡、宗教類別、宗教活動頻率、宗教篤信度、科別、失落與喪親經驗、照顧過臨終患者與否、提供照顧是否滿足病患需求等無顯著差異。
- 三、護理人員對自己靈性照顧能力之總平均（5-2）為 3.0，其中評估、計劃能力平均值為：3.17，介於中間傾向有能力；執行能力之平均值為 2.84，介於中間與無能力。在靈性照顧能力之自我評值之自認有能力率，評估、計劃方面平均為 35.61%，執行措施方面平均為 22.18%，有能力率的總平均為 28.60%，顯示護理人員靈性照顧能力偏低。與年齡、宗教活動頻率、宗教篤信度、靈性覺察、參加靈性照顧課程、科別、是否主動提供靈性照顧、提供照顧是否滿足病患需求、靈性成長需求有顯著相關。而與學歷、宗教類別、護理年資、本院年資、失落與喪親經驗、照顧過臨終患者與否、無顯著相關。護理人員靈性照顧態度與其靈性照顧能力呈

現正相關。

五、護理人員之靈性教育成長需求：93.5% 受訪者認為有需要。與宗教信仰類別、參加宗教活動的頻率、宗教對信仰者的影響、自我靈性覺察、參加靈性照顧相關課程、認為課程對靈性照顧能力的提昇、失落經驗、是否主動提供病患靈性照顧及其照顧頻率上等，有顯著差異；並分別與靈性照顧態度、靈性照顧能力的比較呈現顯著差異。在年齡、教育程度、護理年資科別、是否照顧過臨終病患及滿足其需求上則無顯著差異。其靈性照顧教育內容包括：靈性意涵的瞭解，對靈性照顧的內容，靈性照顧的臨床運用，對靈性自我覺察與成長。期盼的研習方式，從：專題演講，臨床案例討論，影片欣賞討論與專書閱讀分享等依序排列。

研究成果如下：

本研究，提供靈性照顧在職教育課程設計及實施方式具體的參照，而所設計之問卷表，可做為教學前、後具體有效之評值依據之一。並根據研究結果，提出具體建議。並提供後續研究者未來的研究方向。

- 一、在護理教育上：建議將靈性護理列入必修課程，並培育靈性護理教育師資，加強人文教育，落實護理哲學。
- 二、在護理人員在職教育上：列入護理人員在職教育的必修課程，成立臨床讀書會，加強培養護理人員的溝通技巧與表達關懷的能力。
- 三、在臨床護理上：將靈性護理列入常規護理評估中，注重靈性護理實務之床邊教學。
- 四、在護理專業上：定時舉辦護理研習，將靈性護理規劃為各專科護理研習主題，並整合臨床護理、學校教育、學術研究之資源整合，建構本土靈性護理參照模式。
- 五、在護理人員上：提昇護理人員的自我覺察，加強自我人文素養，主動提供病人靈性照顧與關懷，與靈性護理能力的培養。

關鍵詞：靈性、靈性照護、護理

**The Educational Need of Spiritual Care for Nurses --
--An Explorative Research to Nurses in a Medical Center
in Central Taiwan**

Abstract

Spiritual care is inseparable from nursing concern. It is an important task to elevate the ability of spiritual care for nurses.

The main purpose of this study is to explore the educational need of spiritual care for nurses. Structure questionnaires were used to investigate 566 clinical nurses and 532 effective questionnaires were returned. The research findings are as follows :

1. The subjects' depth of religious faith and self-awareness affects the spiritual care ability and spiritual growth need. The self-awareness also affected the attitude to spiritual care.
2. The average score of attitude for spiritual care is 3.67 (5-1) , which is positive. And the affecting factors are educational level, self-awareness, spiritual courses attended, clinical experience, active willingness to care for patients' spiritual need and looking for spiritual growth.
3. The average score of ability for spiritual care is 3.0 (5-2) , and the average score of accomplishment is 28.60%. The result shows that there is a lack of adequate ability for spiritual care among nurses. The affecting factors are the same as those mentioned above.

4. The educational need of spiritual care : 93.5% of the subjects consider it is necessary, The result shows that nurses want to attend courses in spiritual care training. The contents of those training courses might include : the meaning of spirituality, the contents of spiritual care, clinical practice and enhancement of self-awareness with spiritual growth. They can be consist of lectures, case conferences, and discussion after reading books or watching films.

This research provides a resource for a concrete and feasible in-service educational program and a evaluational instrument for spiritual care training.

Key words: spirituality 、 spiritual care 、 nursing

目 錄

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機·····	1
第二節 研究目的·····	2
第三節 研究問題·····	3
第四節 名詞定義·····	4
第五節 研究範圍·····	6

第二章 文獻探討

第一節 靈性的意涵與靈性的特質·····	7
第二節 靈性護理之理論與實務·····	9
第三節 護理人員靈性護理教育需求·····	19

第三章 研究設計與實施

第一節 研究架構·····	22
第二節 研究問卷編製·····	23
第三節 研究對象與調查·····	34
第四節 資料收集與處理·····	34

第四章 結果分析與討論

第一節 護理人員背景說明·····	36
第二節 護理人員對靈性照顧的態度及與影響因素之關係·····	46
第三節 護理人員對靈性照顧能力自我評值及與影響因素之關係·····	55

第四節 護理人員對靈性護理教育需求及與影響因素之關係.....	64
第五章 結論與建議	

第一節 結 論.....	72
第二節 建 議.....	75

參考文獻

一、 中文部份.....	80
二、 英文部份.....	84

附 錄：

附錄一、護理人員靈性護理教育需求問卷表.....	91
附錄二、專家效度函文.....	95
附錄三、專家效度評分量表.....	96

圖目錄

圖 3-1-1 研究架構.....	23
圖 4-1-1 護理人員的靈性覺察與宗教信仰篤信度之線性相關.....	41

表目錄

表 3-2-2 (1)	護理人員的靈性態度量表項目分析	26
表 3-2-2 (2)	護理人員的靈性態度因素分析結果摘要表 (預試)	28
表 3-2-2 (3)	護理人員的靈性態度因素分析結果摘要表 (正式)	29
表 3-2-3 (1)	護理人員的靈性照顧能力量表項目分析	30
表 3-2-3 (2)	護理人員的靈性照顧能力因素分析結果摘要表 (預試)	32
表 3-2-3 (3)	護理人員的靈性照顧能力因素分析結果摘要表 (正式)	33
表 4-1-1 (1)	護理人員基本資料	38
表 4-1-2 (1)	護理人員之宗教信仰類別與宗教篤信度之比較	39
表 4-1-3 (1)	護理人員宗教篤信度與靈性察覺的關係	40
表 4-1-3 (2)	護理人員對宗教篤信度與其對自己靈性的覺察度之比較	40
表 4-1-4 (1)	護理人員之個人經驗	43
表 4-2-1 (1)	護理人員對靈性照顧態度之統計	48
表 4-2-1 (2)	護理人員對靈性照顧之察覺與態度的認同情形	49
表 4-2-1 (3)	護理人員對靈性意義的涵蓋範圍	50
表 4-2-2 (1)	護理人員對靈性照顧態度之影響因素比較	52
表 4-3-1 (1)	護理人員對靈性照顧能力之自我評值	56
表 4-3-1 (2)	護理人員對實際靈性照顧之經驗統計	58
表 4-3-2 (1)	護理人員對靈性照顧能力的自我評值與影響因素之比較	60
表 4-3-3 (1)	護理人員對靈性態度與靈性照顧能力的相關分析	62
表 4-3-3 (2)	護理人員對靈性態度與實際照顧能力自評之相關 (r 值)	63
表 4-4-1 (1)	護理人員對自己靈性成長的需求	65
表 4-4-2 (1)	護理人員對自己靈性成長需求與基本資料之因素比較	67
表 4-4-3 (1)	護理人員對自己靈性成長需求與靈性護理態度之因素比較	69

表 4-4-4 (1) 護理人員對自己靈性成長需求與靈性照顧能力之因素比較.....	69
表 4-4-5 (1) 護理人員對自己靈性成長需求之影響因素之逐步迴歸統計 分析表.....	70

台灣中部地區某醫學中心 護理人員對靈性護理教育需求之探討

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

護理所關注的是「全人」，身、心、靈整體。所以護理的根本關懷，就是對全人的關懷，更在乎「靈性」的照顧。臨床上，雖然靈性照顧是整個醫療團隊的責任，而護理人員因其專業特質，有責任扮演促進病患自我支持、尋求心靈安適的關鍵人物（Stoter，1995）。固然護理人員可將病人的靈性需求，轉介宗教師、牧師或其他相關的領域資源，但是思考病人靈性需求仍是臨床護理人員的責任，護理專業應予正視（楊克平，1998；Byrne，2002）。所以臨床護理人員需要充實靈性照顧能力與自我覺察已是公認之趨勢與必要。Piles（1990）就指出護理人員能承當靈性照顧角色乃根植於教育的養成準備。Narayanasamy（1993）研究也發現護理人員缺乏靈性照顧教育之準備，是無法提供靈性照顧的主要原因之一。於是 Ross（1997）呼籲護理人員需要進階的靈性繼續教育並研擬教育方案。Narayanasamy（1999）提出「靈性與靈性護理教育訓練模式：Actioning Spirituality and Spiritual care Education and Training in nursing（ASSET）」，做為臨床護理人員之靈性照顧教育模式。

反觀台灣護理人員之「靈性護理教育」，雖自1998年起（Shih，2001）將之列入護理研究所課程裡，實施整學期的實驗教學，獲得顯著的成效。而多數的護理教育學校仍搭配在生死教育、臨終關懷、安寧療護等，相關的課程內容中，以單元方式講解。而每天直接照顧病人及家屬的廣大第一線的臨床護理人員之靈性護理在

職教育，則多以短期（多為 8-16 小時）的研習會方式實施之（余廣亮，2002；施富金，2002；趙可式，2002）。雖然安寧療護已將靈性照顧列入專業培育課程中，並因其照顧對象的特質，服務品質的評值要求以及獲有充分的資源與政策的配合，較能落實病患的靈性照顧。但是根據胡文郁（1999）對癌症病人靈性需求的調查，護理人員評估病人有靈性的需求只佔 9.5%，但當護理人員經過「靈性評估指引訓練」，再評估病人，發現高達 61.9% 的病人有靈性的需求。另黃鳳英（2001）對全台 22 家安寧療護機構，38 位機構負責人提出調查，統計呈現只有 34.2% 護理人員有參與靈性照顧。在標榜生理、心理、社會與靈性四個層面「全人照顧」的安靈療護機構護理人員參與都顯著偏低，更何況其他療護領域的護理人員了。而且靈性照顧能力的培養是內在涵蘊的歷程，與臨床的實踐及體驗的結合。短暫的研習固然可以得到概念的啟發，若缺乏臨床適時的引領指導，持續的諮詢，護理人員因為缺乏信心與能力，挫折、疑惑時，得不到協助與支持，病人的靈性照顧就被普遍忽略了。有鑑於此，研究者試圖從一般臨床護理人員角度著手，推動一系列有系統、持續性之靈性護理在職教育。而本研究是『護理人員靈性照顧教育成效評值』之第一階段：建立護理人員靈性照顧在職教育學前評鑑，探討護理人員對靈性照顧之在職教育需求。以做為第二階段之靈性照顧之在職教育課程內容設計與進行方式之參照，以及第三階段於在職教育實施前、後之成效評值依據之一。

第二節 研究目的

根據教學原理（張霄亭，1997），系統化的教學設計，必須要將所有影響教學的因素做統合的考量與設計。影響教學效果的因素，主要有教學內容、教學目標、學習者、評量方式及教學方法。所有以上因素，都是環環相扣。所以必須在教學設計上，做需求評估（Needs Assessment），分析問題的情境，確實瞭解教學的需求。並收集資訊，以客觀的決定該等需求是否能透過教學活動來達成，這是實際進行教學設計所做

的前置工作。需求評估概分為二大類：主觀需求與客觀需求。主觀需求是主觀認定的需求（已如動機所述），而客觀需求為客觀的現象或客觀的資訊。在以「學習者導向」的教學設計，為充分掌握所具備會影響教學方法、教學成效的特質，以便因材施教。所以要對學習者進行分析。其內容包括：一、學習者的一般背景、意願、文化背景、相關經驗；二、學習者對該項專業知識、態度、能力等；三、學習者特性，包括學習者所習慣的教學法或學習方式以及認知風格。為勉力達成「臨床護理人員靈性護理教育成效」，確實掌握客觀需求，乃根據以上之教學原理，研擬「臨床護理人員靈性護理教育需求評估」之詳細內容，此等乃為本研究的目的，如列所述：

- 一、瞭解臨床護理人員之個人背景特質以及背景特質中宗教篤信度與靈性自我覺察的相關性。
- 二、瞭解臨床護理人員對靈性照顧的態度以及是否因背景特質的不同而有所差異。
- 三、瞭解臨床護理人員對靈性照顧的能力以及是否因背景特質的不同而有所差異。
- 四、瞭解臨床護理人員對靈性照顧教育成長需求以及是否因背景特質的不同而有所差異。
- 五、瞭解護理人員的靈性照顧成長需求是否與靈性照顧態度不同而有差異
- 六、瞭解護理人員的靈性照顧成長需求是否與靈性照顧能力不同而有差異

第三節 研究問題

依照本研究的動機與目的，探討以下有關的問題：

- 一、個人背景資料中，個人之宗教篤信度與靈性自我覺察的相關性為何？
- 二、臨床護理人員對靈性照顧的態度為何？

- 三、護理人員對靈性照顧的態度，於背景因素不同者其差異性為何？
- 四、護理人員對「靈性照顧」能力為何？
- 五、護理人員對「靈性照顧」能力，於背景因素不同者其差異性為何？
- 六、護理人員對「靈性照顧」教育需求之相關內容為何？
- (一) 護理人員對靈性照顧的教育需求為何？
 - (二) 護理人員對「靈性照顧」的教育需求，於背景因素不同者其差異性為何？
 - (三) 護理人員對「靈性照顧」的教育需求與護理人員對靈性照顧態度之關係為何？
 - (四) 護理人員對「靈性照顧」的教育需求與護理人員對靈性照顧能力之關係為何？

第四節 名詞定義

1.靈性：

靈性在不同的文化背景與瞭解角度，而有不同的說法與定義，無法一言以概之。Morgan（1993）將人靈性的本質，劃分為：知識、倫理道德、超越三個層面。第一層次：靈性是一種知識，以認識論詮釋何謂「靈性」；第二層次：靈性是尋求自我善的（good）感受，適切的與人、社會和諧相處，是倫理、道德的層次；第三層次：靈性是人對宇宙與自我、生命，思索、詮釋生命的意義與宇宙的奧秘，感受到自我與超越者和為一體（龔鵬程，2001）。我們從認識論的層面來討論靈性本質，從倫理道德與超越來實踐於人生上。Mortsof（1997）列舉靈性的五個屬性即（1）意義：對生命及存在目的的探尋；（2）價值：個人生命中，認為有價值的事務信念與標準；（3）超越：超脫個人世俗經驗；（4）連結：與自己、他人、環境、超越界/神的關係（5）

歸屬感。而傅偉勳（1993）將人生命存在分爲十大層面的價值取向，到達最高層次是具有永恆與絕對性質，超越世俗的高度精神性或宗教性所形成的原本依據，能在精神上超克死亡，稱之爲「終極真實」，這是研究者認爲最能詮釋靈性意涵的說法，但必須透過經驗界的落實。綜合以上所述，本研究對靈性意涵定義爲：對超越界的信仰，道德、價值與信念，與自己、他人、神、自然之間關係的聯結，存有與生命遭遇的意義探索，希望（盼望），愛，美感經驗，終極真實。

2.靈性照顧：

靈性是貫穿身、心、靈整個系統，靈性照顧的目的是希望病人能達到靈性平安（well-belling），諸位護理前輩各從不同的護理哲學基礎提出看法，經研究者統合認爲：靈性照顧就是護理人員引導病人探索受苦、生命的意義；珍視存在的可貴、把握當下；尋求希望與內在力量的來源；澄清並正向的人生觀與價值體系；表達與領受愛與被愛，完成對自己與他人貢獻的心願；創造與體會美感的經驗；協助尋求宗教的信仰與支持；消解宗教文化與療護措施間的衝突；協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧（Neuman，1995；施富金，2002；趙可式，2002；金樹人，1995）以此做爲本研究的操作性定義。

3.靈性照顧態度：

態度是指個人對人、事、物以及周圍世界，憑其認知、好惡所表現的一種相當持久一致的行爲傾向。所以態度包含認知成分、行爲成分以及情感三個成分（張春興，1993）。在本研究中，護理人員對靈性照顧的態度，其認知的部分是指護理人員對靈性意涵的認知；行爲成分是指護理人員對靈性護理實務作業的看法；在情感的成分是指護理人員對靈性照顧感受等三部份。

4.靈性照顧能力：

根據施富金教授（2000），以「護理過程模式」指導護理人員，評估病人的靈性需求，包括：定義特徵、導因或相關因素；再確立診斷（以 NANDA，1993 修訂之靈性困擾 *Spiritual distress* 為本）；預立目標，研擬、執行措施；評值等過程。而「靈性護理成效評值」涉及深層的感受與「主」「客」雙方內在的互動、感通，在本研究中無法以單純問卷表方式呈現。所以本研究中之「靈性護理能力」定義在護理人員對病人靈性需求之評估、計劃與執行之能力。

5.靈性覺察：

靈性覺察在護理專業上的意義是護理人員對自己個人的信仰與價值做完全、深入的反省。經由自我的覺察，探索自己靈性的層面，包括：對自己的信念、價值、「愛」的泉源、希望、生命的能量、意義及目的；對他人關懷的程度，誠實的自我省思（Narayanasamy，1999）。

第五節 研究範圍

本研究之研究範圍，以台灣中部地區某醫學中心之所有從事第一線臨床住院照顧之護理人員，在該院服務滿六個月以上者為受訪對象。其服務科別，包括：內科、外科、婦兒科、腫瘤科、加護單位等。急診觀察室，因為病人停留短暫，多做緊急救治醫療措施，若需持續治療則轉送相關住院病房，以此照顧對象特質的差異，所以未將急診室的護理人員列入。也因為受訪之醫學中心尚無安寧病房設置，須要安寧照顧的病人多散落在各病房，所以沒有安寧專科病房護理人員之受訪資料作為比較。

第二章 文獻探討

本研究從瞭解護理人員對靈性照顧的態度，靈性照顧的能力，其最終的目的是探討護理人員對靈性護理教育需求，以建立護理人員靈性護理教育的學前評鑑，以及課程設計之參照內容。在靈性照顧態度內容上，包括了對靈性的意涵與靈性的特質的認知以及靈性護理之理論與實務的看法與感受。在靈性照顧能力則直接探討護理人員對靈性護理實務的能力，包括對靈性照顧的評估計劃與評值。而探討護理人員靈性護理教育需求則為本研究的目的。故而統合以上內容，分三節，第一節：靈性的意涵與特質；第二節：靈性護理之理論與實務；第三節：護理人員的靈性教育需求等，分別做文獻的探討。

第一節 靈性的意涵與特質

一、靈性的意涵

靈性 (Spirituality) 的概念，在每一個文化傳統中有不同的名詞或術語來描繪它。例如：spiritus 及 anima (拉丁文)，soul 及 spirit (英文)，rush (希伯來文)，Atman (梵文)，以及中文中的靈、心靈、精神、佛性、真我等。雖然這些名相嚴格而論，內涵未必完全一致，但都肯定一個普世的經驗和普遍的信仰 (李安德，1994)。從字義上：靈性 (Spirituality)，源自於拉丁文字根『spiritus』，是『氣』、『呼吸』的意思，引申為生命力、朝氣、精神與活力。『spirit』的另一個意義是在冶金過程中，蒸餾、精煉到最後所留下的物質，將之引申為終究的本質 (WEBSTER'S UNABRIDGED DICTIONARY, 1997 P:1839)。『spirit』的動詞『spiritualize』，有淨化、純化之意，所以是使內心清靜、精神上淨化之意。其形容詞『spiritual』是精神上的、心靈上的、超世俗的、神聖的、宗教上的以及形而上的泛指 (張芳杰等，1986)，從而推論到『靈性』意涵的範疇。將『spirit』的意涵轉譯到中文的意思，為『能』、『氣』沛然流貫於

天地、宇宙之間 (Chien, 1994)。

以下的學者，分別就靈性做詮釋：

Morgan (1993) 將人靈性的本質，劃分為：知識、倫理道德、超越三個層次
第一層次：靈性是一種知識，以認識論詮釋何謂「靈性」；第二層次：靈性是尋求自我善的 (good) 感受，適切的與人、社會和諧相處，是倫理、道德的層次。李安德 (1994) 它是天生本具的『良知』本身，要求我們行善避惡的內在法律，王陽明的「致良知」亦是；第三層次：靈性是人對宇宙與自我、生命，思索、詮釋生命的意義與宇宙的奧秘，感受到自我與超越者和為一體 (龔鵬程，2001)。

心理學家 Maslow (1976) 認為靈性的需求是人類的基本需求。正式將人類的需求理論重新歸納為：從生理的、心理的愛與隸屬、受人尊重、自我實現，加上「最高需求」及超越性或靈性的需求。假若缺乏超越的與超個人的層面，我們會變得殘暴、空虛、無望或無情。Maslow 更明確的說：靈性生活是存在本質的一部份，也是人類確定性的特質，人性缺少了它，便不再是完整的人性。它是自我認同、內在核心及圓滿人生的一部份，而靈性也是可以培養的。

傅偉勳教授 (1993) 將人生命存在分為十大層面的價值取向，以瞭解生命存在的意義。生理活動與心理活動是個體生命表現的基本層面；進入群己生命的共在與深化，就是擴展至政治社會與歷史文化的行程與發展。而彰顯人類存在意義與價值取向即朝向真善美取向，從知性探索，美感經驗，人倫道德進入實存主體層面探索，肯定人格尊嚴、真實存在之本具之自由與抉擇。扣問生命終極的意義，窮究生死的智慧，就是終極的關懷與終極真實層面。所謂終極真實，具有超世俗的高度資精神性或宗教所形成的原本依據，具有永恆與絕對的性質，如：儒家的天道，佛教的諸法實相，耶教的上帝。對於終極真實的體悟，使個體在精神上超克死亡，解決生死的問題。所以從實存主體、終極關懷以契終極真實，這三層面是我們世俗生活的根本依據，而人倫

層面、美感經驗、知性探索等，就必須在這以上三最高層面為根本才能彰顯出來，這就是靈性的全整義理。

二、靈性的特質

「靈性」因它超越理性的特質，語言、文字的傳達也僅能就主體主觀的描述加以解釋。Assagioli（1974）說『靈性』就是要超越自我，就是要從追尋意義，從慈悲博愛，從大無畏的勇氣、無私的奉獻犧牲，從直觀契入美的本身、藝術創作，從真我的實現等來超越自我。

對靈性的覺察為何？因為身、心、靈是一體的，靈性存在身心的深處（陳慶餘，2002）。它因超越理性，所以常以象徵、隱喻、神話、心靈的默會等方式來呈現、溝通（Cobb, 2001）。透過宗教儀式、冥想、靈修、集中心智、意志鍛鍊..等啓發靈性（李安德，1994），或是人在遭逢生命的重大挫折、挑戰、疾病、痛苦、面臨死亡，以直觀、感應來覺察它的存在。或在臨終的過程中，當軀體不斷的敗壞，自我逐漸崩解，靈性自然逐漸開顯（余德慧，2000）。

余德慧（2000）靈性的體驗是內在的體悟，不能被推到外面看到，要「在看不見處看見」。此處的「看見」不是眼睛「視覺」之所見，而是覺察、體驗與感受到的「看見」。《圓覺經》上也說「圓覺淨性，限於身心，隨類各應」：引述佛陀說「我們眾生覺性與諸佛菩薩一樣，絕對潔淨的自性，它在哪裡呢？不要到外面去找，就在我們的身心理。又因為多生累劫以來，每一個人的習氣、業力不同，所以個性、思想長相不同，但是圓滿覺性還是相同的」，而圓滿覺性就是我們的靈性。

靈性護理專家 Narayanasamy (1999) 認為靈性覺察在護理專業上的意義是護理人員對自己個人的信仰與價值做完全、深入的反省。經由自我的覺察，探索自己靈性的層面，包括：對自己的信念、價值、「愛」的泉源、希望、生命的能量、意義及目的；對他人關懷的程度，誠實的自我省思。

第二節 靈性護理之理論與實務

一、靈性護理的理論

世界衛生組織 (The World Health Organization WHO, 1998) 宣告人類「健康」的定義為生理、心理、社會、靈性達到平安 (well-being) 的狀態。溯自護理鼻祖南丁格爾女士，即致力於將護理實踐在「全人護理」的理念上，強調「全人」不僅是照顧他的疾病，靈性與生理、心理同樣重要，甚至超過它們，患者需求時，應即時提供服務。護理理論學家，早已將靈性照顧納入護理之中。例如：Henderson (1978) 提出人類身、心、靈性三大層面之十四項基本需求理論。明確的指出：靈性護理是基本護理之一，在任何情境，護理人員應尊重病人的靈性需求並予滿足之。如果信仰在一個人健康時，就是不可或缺的一環，在生病時更是需要。Neuman (1989) 的系統護理理論中，認為人之：生理、心理、社會文化、成長過程、靈性等五個質素，相互依賴彼此影響。而靈性是基本結構中最內在的部份，不管是否被覺察，它都在影響其他的部份。所以健全的靈性會引動生命活力，使內在處於健康的狀態，外在則建立和諧的人際社會關係。而當人生病、憂傷、失落或疼痛時，這個原動力就會枯竭，於是人便產生靈性需求。而 Carson (1989) 更強調「靈性」是影響身、心、社會的核心，即靈性的完整會影響到全人的完整性。所以靈性護理本是在臨床照顧中不可或缺的一環。

(一) 靈性護理與宗教

余廣亮 (2002) 宗教：是一種文化現象：指個人或群體間相互作用或影響的系統，

透過象徵 (symbol)、神話 (myth)、儀式 (ritual) 的表達，對個人或群體之「不存在憂慮」的關懷 (如：對死亡、未知提供出路)；對基準典範及行為的確認；及對終極信念的共同分享。宗教功用：它提供情緒的支持與精神的慰藉，當人受難或遭遇無法抵擋的挫折、痛苦時；解答生命中難以明瞭的事，如：生死的問題、死亡的焦慮、死亡的歸所、死後世界...等；提供人生意義的指引與解釋的徑路；強化內在信心與激發潛力，如：生命的救贖與使命的召喚。而宗教的行為必須要放在他所處的文化脈絡中 (游宗祺，1998)。任何宗教信仰者都有他的價值觀，應加以尊重，我們應設身處地的去了解信仰者的宗教。各個宗教有它自己的獨特性，是不可以被化約的。所以要了解宗教，要以信仰者之宗教經驗本身來詮釋它。

追溯近代護理的「全人護理」、「靈性護理」的概念，毫無疑問是受到基督宗教的影響與引領。依基督教，個人 (individual) 是由身體 (body) 及靈 (spirit) 所組成，在《舊約全書》〈創世紀〉二章 7 節裡記載：上帝依其形象造人，對著造好的「人」亞當，從鼻子吹入一口氣息，給他生命，人就成了有『靈』的活人。因此『靈 spirit』就是人生命的源頭與本質。在《羅馬書》保羅 (Paul) 說：「fruit the spirit，就是以愛、喜樂與平安，讓聖靈成長了基督徒的生命。」(Romans 15：32, Corinthians 1：15)。在基督神學中，「上帝」是全知、全善、最真實、最完美的存在，永恆不變的無限者，絕對自明而不容置疑的 (奧斯丁 St. Augustine, 354-430)。人生的目的是追求幸福，現實世界的幸福是有限的，所以人追求的意志必須向無限開放 (劉仲容，1995)。於是人性需要超自然『上帝』的安慰，在『聖詠』：「我的心渴慕於您，如麋鹿之戀清泉」。奧斯丁在『懺悔錄』中說：「我們的心是為您而造的，除非安息於您，我們的心將永不安寧」。所以基督宗教中的『上帝』是人類靈性的最高需求。

在《舊約聖經》中，身體是用來與神建立一個穩固的連結。所以身體是整個人的表現，經由身體人進入各種關係。疾病的影響不是分立的軀體、心理或靈魂而是整個人。Hess (1983) 認為靈性需求建立與維持是與「上帝」關係的必要條件，其內容

包括：寬恕、愛、希望與生活的意義和目的。Shelly (1994) 說到在基督徒的信仰裡，人的被造是要人與神與自己及他人和諧相處。神貫穿整個人，透過與神的關係，我們得以尋找自己的價值與自我，也能自由的愛人與被愛。護理的目的是協助病人面對疾病時，發展出它的意義來，而給出經驗與意義的是上帝。所以在基督宗教裡，護理人員成爲神給人生命的意義、目的、愛、相屬及饒恕表達的管道。但是靈性並不等於宗教（高美玲，2000）。靈性護理的特質在於引導生命的意義，幫助病人達到自己與自己、自己與他人、自己與環境、自己與自然或超越界的和諧。所以不只是行爲而是一種態度，一種表達對生命尊重的態度。但是在多元文化傳統的精神社會潮流裡，拘囿於基督宗教的靈性護理未免將靈性護理狹化了（Bradshaw, 1994）。所以護理學者（Narayanasamy, 1993/1996）以「存在主義」對靈性的詮釋爲靈性護理之哲學基礎，來詮釋靈性護理。

（二）靈性護理與存在主義：

存在主義深深影響靈性護理的實質內涵。存在主義強調靈性是普遍現象，我們都擁有它，並且每一個人都有實現此獨特個體「存在」的潛能。存在主義是探討人的存在問題。存在主義之父祁克果首先提出：「存在先於本質」。認爲人的存在是命定的，而本質是自由的，此自由不斷的去追尋生命的目的、創造這種生命本質的價值。意即我們生下來是完全命定的，性別、家庭、社會、種族...等都已經決定了，可是在這不管是幸或不幸的命定中，你自己還是可以利用自己的自由去選擇自己存在的模式，去選擇自己的本質，思考自己在內心中如何感受到自己的存在問題（鄔昆如，1975）。循著存在主義的脈絡：

雅士培（Karl Jaspers）從他對自己體驗自身生命歷程中發現：完成自己的存在，並不一定要直接爲自己著想。認爲一個人只要肯犧牲自己去關心別人，自己的苦惱問題，自然得到消解。認爲「存在」就已指出生命的意義，而實現存在有三條徑路：1. 人與世界，認識世界與利用世界極限（如：苦難、缺陷）來認識自己，完成自己的本

質。個人唯有在奮鬥之中，才會發現自己存在的意義與創造出存在的價值；2.人與人之間互動是平等，先奉獻自己，忘卻自己的困難而想到他人，這就是人際的完成。3.人與神之間：人要反觀自心，會發現自己追求的是真理、幸福與快樂的，而這來自最終的存在-上帝（以他而言）。真理是多方面的，可以透過與先聖先賢的學習，如：孔子、老子、釋迦摩尼、康德、柏拉圖...等來指點迷津。

海德格（Martin Heidegger）認為「人是向死的存在」，每一個生命存在的時刻即是步步走向死亡的、面對死亡的時刻，依此企劃人生（的未來），充分實現生命的自由（傅偉勳，1993）。強調每一個人要對自我負責任，大家同舟共濟，共同找到自己的存在。將人類深層的憂慮、荒謬、掛念，都化爲人生的責任，在倫理規範中完成。

馬色爾（Gabriel Marcel）的『希望哲學』更指出：人的存在是整個的，不是部份的。人對現實總是存有幻想，希望以一種理想來超渡現實。在「希望」的概念中，人是旅途中的人，我們都是「過客」，世界也不是我們的「終站」，在世的一切都是幻影。我們只有透過對自己、對他人、對上帝的訂約與信實，帶著『希望』，與內心所建立起的「絕對你（上帝）」互通。人唯有『希望』才可以生活下去，如果在心中找到「絕對你（上帝）」，那就是生活下去的動力。而存在主義之否認上帝論者沙特（Satre）則認為我們存在在這荒謬、無理性的世界裡，唯有尋求更人性的信念即是與個人的存在協調，就是讓我們的生命有意義。所以存在主義也肯定無宗教信仰者，亦有靈性需要與追求。而將存在主義哲學充分的實踐到助人哲學的是佛朗克（Frankl）醫師。

佛朗克（Frankl）醫師以存在主義哲學爲理論基底，建立意義治療學派，廣泛的應用於靈性照顧與諮商輔導上。他指出生命本身並沒有意義，人必須自己去創造和發現生命的意義（金樹人，1995）。人有三個徑路去創造和發現生命的意義：1.創造性價值是個體對外在世界創造價值；2.經驗性價值是從親身體悟中來深化生命，縱然沒有任何創造性價值的地方，我們仍能保有體驗價值（傅偉勳，1993）；3.態度性價值：

佛朗克醫師引用尼采之「參透為何？才能迎向任何！」。讓人意識到自己生命的課題是別人無法取代的，他自身的存在就是無上的價值，所以要幫助一個人找到他生命的課題、任務。

對死亡的意義說到：生命之「締結性」(finality)與短暫性「temporality」不僅是人類生命的特色，也是構成生命一項有意義的實存要素(游恆山譯，1991)。所以對死亡的覺察是添增生命力與創造力的泉源。受難的意義，這是參透苦難完成的態度性價值。佛朗克在『生存的理由』(游恆山譯，1991)中指出：人必須面對負面情緒，痛苦是一項有意義的訊息。鼓舞人們面對受苦，將之轉化為生命的成就或任務的完成。藉助於歉疚，轉變自己創造更有意義的人生(Frankl, 1984)。同時體驗生死無常的有限性，當作再生的契機，採取自我責任的行動(傅偉勳，1993)。在面對自己或親人必然死亡的時候，能將苦楚轉化為有意義的人生課題，成為神聖的使命去完成它。

存在主義詮釋「靈性」，指出每一個人都有自由與責任去追求、創造屬於他的生命意義、實踐人生的使命。將靈性視為普世現象，而不是專屬於宗教信仰者(Narayanasamy, 1993)。雖然有時候，所感受到的內在的平和與清朗會和宗教某些特質相融。存在主義哲學廣泛應用於護理及健康照顧上，肯定人是完整而獨一無二的存在，不論病人或護理人員皆同，能以自主、慈悲、直覺及情感來創造、成就此獨特個體。所謂人的價值、生命的品質、自主的選擇也都扣在這個義理上。以上謹就西方靈性護理的哲學基礎做文獻的討論，但本土尚未建構，故只得從病人的靈性需求相關研究一窺究竟。

(三) 靈性照顧之本土研究

胡文郁等(1999)針對21位住院癌末病人靈性需求的研究，歸納出癌末病人靈

性的需求共四大項：1.尋求對「神與宗教的支持」，認為宗教信仰能幫助心靈平靜，將自己的命與健康交給神佛，以及被寬恕等祥和的感受；2.尋求希望和力量的來源，其支持的力量來自家人，其次神佛（宗教），自己；3.領受他人的愛與關懷；4.創造生命與生活的意義。

Chiu（2000）對台灣中部 15 位乳癌病患進行深度訪談，了解其自訴的「靈性體驗」。靈 Spirit 轉釋為「氣」、「能量」存在於宇宙自然之中，在個人「心靈--心」，而人的靈性生活是轉化在關懷我們每天都生活於倫理之中。其結果將病人靈性的體驗，整理出四大主題：1.真實的活著：面對人生的挑戰，承當責任，感恩生命、人們、所愛的一切事情；2.建立意義：有意義與目標的人生，發現生命的另一出路/重建人生的視野，進入宗教；3.締結：與自己、他人及上帝/神/神明的關係，從締結關係中得到力量；4.超越：超越苦難，解脫，看開生死，療癒的體驗。前者（胡文郁等，1999）之受訪者皆已經瀕臨生命的終點，死亡就逼在眼前，所以寬恕、和解、臣服信賴、祈求內在的平和安祥，是生命的出口與安頓。而後者 15 位為乳癌患者仍然在治療之中，飽受疾病煎熬，「意義、愛與被愛、希望-尋求生命的出口、宗教」等是共同的靈性需求。企圖從疾病的遭遇中，尋求生命的出口即把握「存在-being」，開拓生命的意義與超越苦難，此與存在主義的哲理不謀而合。這提醒臨床護理人員「靈性」的質素是同中有異的，在不同的生命遭逢、逼近死亡的階段、文化背景各有不同的特質，不得一以概之。

二、靈性照顧之臨床實務

Stoter（1995）靈性照顧乃是整個醫療團隊的責任，而護理人員因其專業特質，有責任扮演促進病患自我支持、尋求心靈安適的關鍵人物。所以護理人員應將靈性照顧視為一項對病人的責任，護理專業應予正視（楊克平，1998）。有鑑於不適切的溝通，會誤引護理人員去推測病人的靈性需求（Henven，1997），所以我們要考慮到護

理人員之如何彼此對話、溝通 (Cobb, 2001)。長年致力於推展靈性護理的施富金教授 (2000)，便運用「護理過程模式」指導護理人員，評估病人的靈性需求，包括：定義特徵、導因或相關因素；再確立診斷(以 NANDA, 1993 修訂之靈性困擾 Spiritual distress 為本)；預立目標，研擬、執行措施；評值。提供臨床護理人員面對病人思考的理路指引，而此護理診斷相關內容，施富金教授參考本土特殊之社會文化背景，多次進行內容修正，以便在臨床靈性照顧上，建立適切的溝通語言。

(一) 靈性需求評估：

陳慶餘 (2002) 強調身、心、靈是一體的，身體以客觀方式來檢驗，心 (心理、情緒、理性)，靈的部份則以直觀的方法來感應。Higginson (1993) 指出有 70% 的病人靈性的需求是透過非語言的溝通、觀察評估出來的。Shelly (1994) 則認為靈性需求的線索從病人的態度、行為、人際關係及環境中找到。或在臨終的過程中，當軀體不斷的敗壞，自我逐漸崩解，靈性自然逐漸開顯 (余德慧, 2000)。Stoter (1995) 在健康照顧上，靈性包含：原先個人的知識領域、信仰、價值體系，個人的生活體驗、成功與失敗、快樂與悲傷、優點與缺陷、等全部所有的生活範疇。它亦包含了個人的背景、文化、工作、體驗、家庭與社會生活等。

Martsof (1997) 舉出靈性包含五個屬性：(1) 意義 (meaning)：對生命及存在目的的探尋；(2) 價值 (value)：個人生命中最有價值的事物、信念及標準；(3) 超越 (transcendence)：超脫個人經驗的層面；(4) 連結 (connecting)：與自己他人及神的關係；(5) 歸屬感 (becoming)：生命之自我實現。施金富 (民 89) 認為靈性評估，剛開始要與病患或家屬建立信賴的關係，可從他生理開始護理，再進入心理、靈性的護理。一面做，一面評估，一面關懷，而逐漸的深入靈性的領域。評估的內容，除了以上所述，尚包含：個人宗教信仰或文化與醫療護理措施的衝突、關切生命或死亡意義、信仰系統的質疑等。

Taylor (1994) 評估病人靈性需求，表現在具體行為上有：害怕、焦慮、退縮、憂鬱、不安、睡不著覺、哭泣或憤怒等。Stoter (1995) 發現病人會利用方法，試探護理人員是否意識到他們焦慮的情緒，並予以自在表達內心黑暗世界的機會。在胡文郁 (1999) 的研究中，在訪談前，病人只有 9.5% 表示有靈性需求，經評估指引訪談後，有 61.9% 表示有靈性需求。病人不明確的表白，但會放出訊息。靈性有時會用近似的溝通語彙或管道，如：暗諭、神話、象徵、宗教儀式等，而音樂與美術也是靈性的溝通與呈現。所以音樂治療與藝術治療能表達主體，或與他者間靈性的交會 (Cobb, 2001; 陳慶餘, 2002)。但護理人員應避免對他人的需求及思想作假設性的判斷，或預設性的答案，這是靈性照顧非常重要的前提。

(2) 靈性的照顧計劃與措施：

Fabry (1980) 認為靈性並不是只有宗教，包括：意義的追尋、人生目標取向、創造力、想像力、直觀、信仰成長的憧憬、超越生理-心理的愛的力量、良知的力量、放下自我等。Gerard (1964) 指出『靈性』是指任何具有超越一般價值的事。包括：奉獻、博愛、創造性靈感、美的欣賞、責任感、奉獻的熱忱、與宇宙合為一體的神秘經驗。歸納到靈性護理的內容：意義、希望締結關係與信仰。信仰是一股治癒人的力量，包括：身體與心理 (Tillich P, 魯燕萍翻譯, 2000)。

Dyson (1997) 認為關係的締結，包括：自我、他人、自然、神/更高的存有。靈性照顧的目標就是要滿足病人的靈性需求。護理人員引導病人探索：受苦、生命的意義，珍視存在的可貴、把握當下，尋求希望與內在力量的來源，澄清並正向的人生觀與價值體系，表達與領受愛與被愛，完成對自己與他人貢獻的心願，創造與體會美感的經驗，必要時協助尋求宗教的信仰與支持，消解宗教文化與療護措施間的衝突，協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧 (施富金, 2000; 趙可式, 2002; 金樹人, 1995)。靈性的照顧不僅是滿足需求更重要是提供支持協助，促進個案之靈

性成長，主要的技巧有：溝通技巧即是傾聽、同理、尊重，建立個案發抒想法與感受的氣氛；進而建立衷誠互動、信任的關係；給於希望，包括：連結、照亮心靈、個人的完成即是指可以達到的目的（Narayanasamy，1999）。

Stoter（1995）則認為良好的靈性照顧，需要不時的運用同理心，親切而適當的運用沉默技巧。Byrne（2002）提醒病人的靈性照顧不能單純以「問題解決」的方式來處理。這裡頭涉及到照顧者表達對病人的關懷與奉獻悲憫，在悲憫中有支持、承諾、正直、尊重，這是呈現靈性照顧最基本的要素。也就是以「非問題解決」的方式，提供支持或協助病人調適或發展病人靈性的平安（well-being）。因為將靈性照顧全然以問題解決的方式來處理-將人物化切割，易落入表象症狀的處理，而失去內裡是人性深刻的互動與回應、感通（石世明，2002）。

在護理措施上，唐秀治（1994）認為人性化具體的做法，應提供病患基本清潔、舒適、解除疼痛的夢靨，及尊重病患是一個有價值的個體。Newbury（1995）提醒護理人員不能任意的將自己的信仰或觀念強迫推銷給病患。而是以令人舒服的語言或非語言性的陪伴，協助病患找到心靈的安歇處。李雪菱（2000）說：靜心陪伴，自然交流彼此，「溫柔」其實是一種相當直接的語言。石世明（2000）做了最貼切的詮釋：

靈性照顧的基礎。護理

touch」

不自知（石世明，2000）。

而基督宗教則將護理人員視為神給人生命意義、目的、相屬及饒恕表達的管道 (Shelly, 1994)。護理人員運用祈禱、分享詩篇或轉介給相關同仁或宗教師等。因為理想的靈性照顧必須團隊的合作，固然護理人員能將病人的靈性需求轉介給宗教人員，因為護理人員關鍵性的角色，故而考慮病人靈性需求仍是護理人員的責任 (Byrne, 2002)。

第三節 護理人員的靈性護理教育需求

Piles (1990) 發現護理人員雖然了解靈性的重要性，但在臨床實務中，病患的靈性評估仍為大多數護理人員所忽略。統計在 176 位護理人中只有 13% 將靈性困擾納入護理診斷中，只有 11% 將靈性需求納入護理計劃中。Higginson (1993) 發現緩和病房的病人有 49.5% 病人靈性需求沒有被評估照顧。大部份護理人員認為對病人的靈性需求是有責任的，但卻只有一半的護理人員將它予以處理，包括：轉介其他相關人員等。黃鳳英等 (2001) 針對全國 22 家安寧療護機構 38 位負責人提出調查，認為護理人員有參與靈性照顧的只有 34.25%。在胡文郁 (1999) 的研究中，護理人員僅發現 9.5% 病患表示有靈性需求，再經評估指引訪談後，有 61.9% 表示有靈性需求。以上證據皆顯示：假若護理人員沒有能力或未主動參與病人的靈性照顧，病人的靈性需求是被普遍忽略的。

根據文獻查證，護理人員忽略病人靈性之因素。包括：護理人員認為靈性問題是屬於神職人員，對於靈性定義充滿許多無解的問題、疑難及認知的偏差。護理人員將靈性照顧視為宗教上的問題，意味護理人員對靈性與宗教的區別上認知混淆，以及照顧時間限制，缺乏靈性護理教育課程訓練，處理這方面缺乏能力、信心與角色之不確定、等因素 (Soeken, 1986; Ellerhorst, 1988; Stoter, 1995; Price, 1995; Kirsteller, 1999)。McSherry (1998) 將之歸納為三大層面的障礙：經濟層面為：缺乏人力、缺乏時間、

缺乏資源；教育層面：護理人員為意識到需要成長與缺乏知識；環境的因素為：缺乏隱私的環境與會談的空間，易被干擾中斷，還有護理人員的自我偏見與價值觀等。

McSherry (1998) 的研究結論是靈性護理教育是有助於移除這些憂慮與擔心的問題。而護理實務中的靈性照顧，除護理專業上的正確認知與重視，應從護理教育著手 (McSherry, 2000)。Price (1995) 護理靈性照顧教育上提出三大建議：(1) 在專業護理方面：將靈性平安 (spiritual well-being) 有明確定義；(2) 護理教育者必須示範教導學生，如何增進靈性平安及處理病人的靈性問題；(3) 護理人員應將靈性的正確認知融入護理實務中。Granstrom (1985) 認為我們要確立自己的信念、價值觀、人生的意義與目標，以幫助病人掌握靈性的問題。Twibell (1996) 指出：在適切的處理他人價值觀與信念之前，個人首先要對自己的價值觀與信念有所覺察 (awareness)。Ross (1997) 指出護理人員對於自我人生的靈性層面有所覺察並意願探求人生的意義者，比較能區辨、回應病人的靈性需求。所以如何幫助護理人員之靈性自我覺察與靈性成長應是護理人員進入靈性護理的第一課。

Narayanasamy (1999) 提出「靈性與靈性護理教育訓練模式」(a model for Actioning Spirituality and Spiritual care Education and Training in nursing)，簡稱：ASSET。她設計的課程內容，包括三大主題：(1) 自我覺察 (self-awareness)；(2) 何謂靈性 (spirituality)；(3) 靈性護理 (spiritual dimension of nursing)。作者認為此模式可以提供一個促發靈性成長的改變，增進護理人員靈性知識與了解如何參與靈性護理之有用架構。而靈性的覺察是要透過價值的澄清。McSherry (2000) 建議在實施靈性護理教育之前應先思考：(1)「靈性」是什麼？(2) 為什麼？我們必須要將靈性的層面放在臨床護理中；(3) 教學如何實施？(4) 在何時？何地？實施教學；(5) 誰來執行教學？以及如何評值等。

(Mchsherry, 2000; Bush, 1999; Brashaw, 1997) 等建議教學實施方式，要以學生為中心的參與式教學；對臨床護理人員，則以成人自我導向學習方式，由依賴學習角色朝向獨立學習，將學術的知識與臨床的經驗、實務操作相互融通，以綜合教學以及小組討論方式（10-15 人為/組）進行，並建立學前、後評值，以評值學習成效。

在台灣施富金等（2001）首度將護理靈性教育，列入護理研究所課程中。將靈性護理教育安排一學期 18 週的護理碩士課程中實施。課程內容，包括：靈性的意涵，人類靈性發展，中、西社會宗教儀式介紹及宗教殿堂實地參訪、各類患者的靈性照顧探討（急、慢性病患，老年，瀕死的成年或小孩），臨床個案靈性護理實務報告等。課程進行方式，包括：課堂講授、戶外教學、臨床實務、案例討論、期末個案報告等。其他則安排在臨終關懷或護理島論坐 2-4 小時的專題演講。Shih（2001）的靈性照顧實證研究證明：靈性照顧是能被教的，以及經由教育是可以促進護理人員對靈性照顧的態度。並建議靈性照顧教育必須結合教育學者、研究者與臨床專家的努力，促進護理專業朝向更有效率的對話，成熟的分享理念，以及靈性照顧的作業應該奠基於研究知識。

而臨床護理人員的靈性護理在職教育則多規劃為 8-16 小時的專題工作坊室研討（施富金，2002；趙可式，2002），或是安排在安寧療護訓練課程中（余廣亮，2002）。至於在職教育成效之評值闕如。而對於廣大臨床護理人員的靈性護理需求評估亦未見相關文獻之探討。

總結文獻探討：

總結以上文獻探討，對靈性意涵的認知上，靈性是包括：對上帝與超越界的信仰；道德、價值與信念；與自己、他人、神、自然之間關係的聯結；存有與生命遭遇的意義探索；希望（盼望）；愛；美感經驗；終極真實。個人「靈性」之呈現與其文

化背景密切相關聯。而「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等。「靈性」的安適（well-being）包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好與和諧。靈性安適具有多面向，隨靈性的內涵而各有不同樣貌。病人靈性的提昇，有助於身心痛苦的緩解。並不是只有宗教信仰的人才會有「靈性」的需求。對病人靈性需求的評估上：病人的靈性需求會直接提出或從身心的症狀以及以隱微方式透露出訊息。所以病人的靈性需求是存在的，只是被護理人員忽略了。而評估病人的靈性需求時，生理、心理、靈性需求是要彼此參考的。對病人靈性的關懷應是護理人員的責任，故護理人員都應具備有靈性照顧能力。

在靈性照顧計劃與措施上，因為靈性是不完全等於宗教，所以靈性照顧措施，並不一定只能由宗教人士來執行，或都必須藉助特殊儀式來完成；亦即宗教活動，並不能滿足所有病人的靈性需求。靈性照顧不僅是一項行爲，更是一種照顧的態度，最重要的是護理人員應都能表達對病人的關懷與尊重。而護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中，靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中。必要時主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求。在護理人員對靈性護理教育需求上：靈性護理是能被教的，經由教育是可以促進護理人員對靈性護理的態度與能力。而課程的內容應包括：靈性的意涵、靈性照顧的內容、靈性護理實務探討、護理人員的自我覺察...等。實施的方式：可採成人自我學習導向，有：課堂教學、小組活動、戶外教學、臨床示教、案例討論...等。綜合以上文獻，做為擬定問卷建構之理論依據。

第三章 研究設計與實施

第一節 研究架構

本研究是為：1.了解臨床護理人員對「靈性照顧態度」與「靈性照顧能力的自我評估」；2.了解以上內容與護理人員基本屬性的關係為何？尤其在「宗教的篤信度」與「靈性的自我覺察上」3.了解護理人員對靈性的教育需求與相關因素

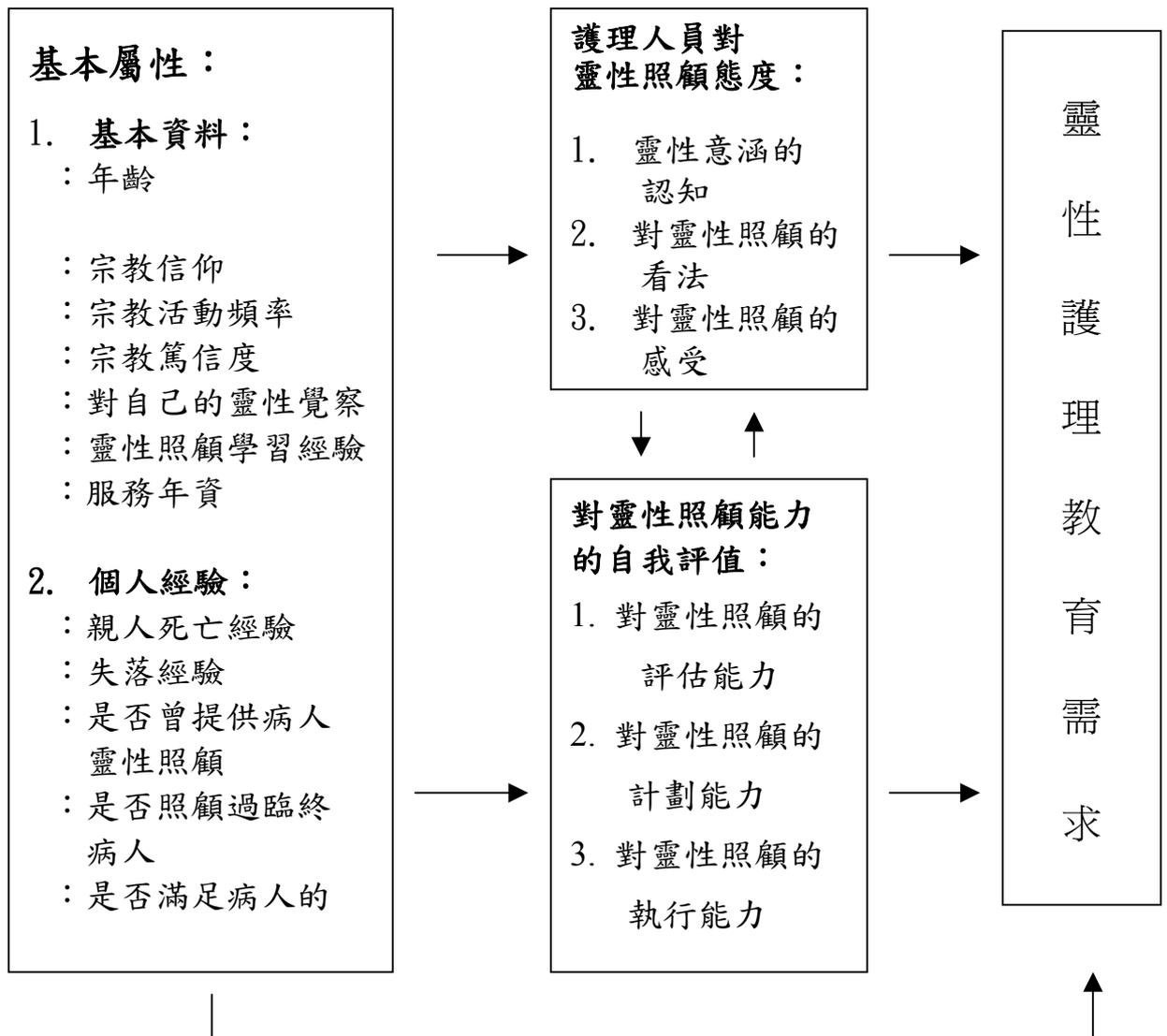


圖 3-1-1 研究架構

第二節 研究問卷編製

本研究為探索式問卷調查法，主要以結構式問卷表填選，並輔以開放式問答讓受測者能周延表達看法。本研究所用之問卷調查表，由研究者參閱相關文獻後研擬而成。設計過程包括：問卷初稿擬定，專家檢定內容校度後，預試，進行第一次問卷之內容因素分析，依結果修正問卷，再請專家校做內容校度檢定及因素分析，確認問卷之內容建構校度，並行信度檢定，成為正式使用之問卷。

(一)、問卷設計

本研究的問卷工具為研究者研讀國內外相關文獻，根據臨床經驗，參考 Mcherry (1998) : Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care 之研究設計，由研究者研擬之結構式問卷表，問卷表包括三部分：

第一部份：

- A. 個人基本資料：包括年齡、學歷、宗教信仰類別、宗教的篤信度、靈性的自我覺察、護理工作年資、工作單位、靈性照顧相關研習之經驗。
- B. 個人經驗：包括：經歷親人死亡或重大失落、提供病患靈性照顧之經驗，包括：照顧頻率、提供內容、是否滿足需求、無法提供病人靈性照顧的原因等。
- C. 護理人員靈性教育需求調查，包括：個人靈性成長需求、靈性照顧之教育需求內容、希望課程、課程研習方式，是否有意願參加靈性護理研習等。

第二部份：護理人員對靈性照顧的態度

護理人員對靈性照顧的態度包含：護理人員對於靈性意涵認知，對靈性照顧實務評估、計劃，執行的看法以及對靈性照顧主觀的感受共四項。

第三部分：護理人員在臨床實務中對自己靈性照顧能力的自我評值

護理人員在臨床實務中對自己靈性照顧能力內容包括：病人靈性之需求評估計畫與執行之照顧能力兩項之自我評值。若無經驗者，則以「無此經驗」表之。

(二)、問卷內容之效度、信度檢定

本研究之問卷由研究者根據文獻即實務經驗與專家意見研擬問卷。於初稿完成後，先請一位宗教哲學博士、一位教育心理學博士、一位教育社會學博士、一位資深安寧護理人員（安寧療護碩士畢業，從事安靈療護達 12 年）討論、修改後，經以上專家審閱後，完成初稿定案。進行預試，以隨機抽樣對 150 位臨床護理人員施測，收回有效問卷 106 份，進行問卷內容效度之分析。

第一部份：基本背景資料

問卷由專家效度審定，「很合適」4 分、「合適」3 分，不合適 2 分，很不合適 1 分。平均得分 3.58 分，落在「很合適」與「合適」之間。並更正少數錯字，讓讓題義清晰，及題目排列次序予以調整後，為正式問卷。

第二部：護理人員對靈性照顧的態度：

1.臨界值（CR 值）：

依每一個人的總分高中低之順序排列後，求高低分組之 t 考驗進行鑑別度分析，計算出每一題的臨界值，見表 3-2-2（1）CR 值小於 3.5 的予以刪除，結果發現，均大於 3.5。除 22.題，當覺察病人靈性不平安時，我有無力感，因為此題是研究者所希望瞭解護理人員的普遍現象，且此題是一種主觀感受，故予以保留。

表 3-2-2（1）、護理人員的靈性態度量表項目分析

題 目	辨別力	CR	
1.個人「靈性」之呈現與其文化背景密切相關聯	0.96	16.07	
2.「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等	1.00	18.62	
3.「靈性」的安適（well-being）包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好	1.00	17.21	
4.「靈性」的提昇有助於身心痛苦的緩解	1.01	16.98	
5.靈性安適具有多面向隨靈性的內涵而各有不同樣貌	1.03	17.69	
6.只有宗教信仰的人才會有「靈性」的需求	1.79	23.06	
7.一般而言病人不會自動提出靈性需求	0.58	6.25	
8.病人的靈性需求都會具體的表達出來	0.94	11.77	
9.一般而言病人很少有靈性需求	1.52	22.86	
10.對病人靈性的關懷不是護理人員的職責	1.45	15.18	
11.靈性照顧措施只能由宗教人士來執行	1.78	26.33	
12.所有靈性照顧措施都必須藉助特殊儀式來完成	1.35	18.21	
13.宗教活動能滿足所有病人的靈性需求	0.86	9.12	
14.生理、心理、靈性需求是完全分開的，必須單獨評估	1.46	15.67	
15.護理人員應具備有靈性照顧能力	1.16	17.18	
16.護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中	1.13	14.27	
17.靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中	1.14	14.12	
18.靈性照顧是一項技術必須遵照固定步驟執行	0.76	7.70	
19.護理人員都應表達對病人的關懷與尊重	1.15	19.57	
20.護理人員應主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求	1.27	19.83	
21.以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念	1.26	15.08	
22.當覺察病人靈性不平安時，我有無力感	0.13	1.53	
23.靈性照顧對我而言，是一件困難的事	0.36	4.43	

2. 採因素分析法抽取共同因素，以直接斜交轉抽出四個因素，見表 3-2-2 (2)：

將因素負荷量低於 0.5 之第 19 題、第 10 題、第 7 題予以刪除。於正式量表，見表 3-2-2 (3)：共 20 題單選題。命名分為四個分量表：護理人員對靈性意涵的認知；護理人員對靈性照顧實務中評估計劃的看法；護理人員對靈性照顧實務中執行的看法以及護理人員對靈性照顧感受等。四個因素累積變異量達 59.945%。

3. 專家校度：見附錄三

將預試後此更正之問卷送請一位宗教學博士、一位教育心理學博士、四位臨床資深護理專家：一位博士，三位碩士，皆從事臨床護理 15 年以上經驗，並具多次主持研究經驗者。行內容之專家效度審定，評分採四分法：包括「很合適」、「合適」、「不合適」及很「不合適」等四級。平均得分為：3.1 分，介於「很合適」、「合適」之間。並綜合專家建議，對第 1、6、21 題調整文字敘述，讓題意更清晰易解。

4. 信度分析：見表 3-2-2 (3)

對量表的四個構面進行內部一致性檢定，測得總量表之 Cronbach Alpha = .8097。

其分量表分別為：

- (1) 靈性意涵認知：Cronbach Alpha = .8999
- (2) 靈性評估計劃：Cronbach Alpha = .7853
- (3) 靈性照顧執行：Cronbach Alpha = .8688
- (4) 靈性照顧感受：Cronbach Alpha = .5547

表 3-2-2 (2)、護理人員的靈性態度因素分析結果摘要表

題 目	因 素 負 荷 量	特 徵 值	解 釋 變 異 量 %	
3.「靈性」的安適 (well-being) 包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好	0.854			
2.「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等	0.849			
5. 靈性安適具有多面向隨靈性的內涵而各有不同樣貌	0.809	3.881	16.876	
4.「靈性」的提昇有助於身心痛苦的緩解	0.802			
1. 個人「靈性」之呈現與其文化背景密切相關聯	0.798			
19.護理人員都應表達對病人的關懷與尊重	0.417			刪
12.所有靈性照顧措施都必須藉助特殊儀式來完成	0.697			
6. 只有宗教信仰的人才會有「靈性」的需求	0.659			
8. 病人的靈性需求都會具體的表達出來	0.656			
11.靈性照顧措施只能由宗教人士來執行	0.612			
13.宗教活動能滿足所有病人的靈性需求	0.601	3.464	15.059	
14.生理、心理、靈性需求是完全分開的，必須單獨評估	0.589			
9. 一般而言病人很少有靈性需求	0.578			
18.靈性照顧是一項技術必須遵照固定步驟執行	0.552			
16.護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中	0.886			
17.靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中	0.841			
15.護理人員應具備有靈性照顧能力	0.793	3.402	14.790	
20.護理人員應主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求	0.705			
10.對病人靈性的關懷不是護理人員的職責	0.334			刪
23.靈性照顧對我而言，是一件困難的事	0.795			
22.當覺察病人靈性不平安時，我有無力感	0.767			
21.以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念	0.448	1.959	8.517	
7. 一般而言病人不會自動提出靈性需求	-0.384			刪

總解釋變異量為 55.243%

Conbanch Alpha = .8225

表 3-2-2 (3)、護理人員的靈性態度因素分析結果摘要表

層面	題目	因素 負荷量	特徵值	解釋 變異量%
靈性 意涵 認知	3.「靈性」的安適 (well-being) 包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好	0.857	3.688	18.442
	2.「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等	0.852		
	5.靈性安適具有多面向隨靈性的內涵而各有不同樣貌	0.810		
	4.「靈性」的提昇有助於身心痛苦的緩解	0.803		
	1.個人「靈性」之呈現與其文化背景密切相關聯	0.798		
靈性 評估 計劃	12.所有靈性照顧措施都必須藉助特殊儀式來完成	0.715	3.397	16.986
	6.只有宗教信仰的人才會有「靈性」的需求	0.669		
	8.病人的靈性需求都會具體的表達出來	0.646		
	11.靈性照顧措施只能由宗教人士來執行	0.645		
	14.生理、心理、靈性需求是完全分開的，必須單獨評估	0.602		
	13.宗教活動能滿足所有病人的靈性需求	0.602		
	9.一般而言病人很少有靈性需求	0.591		
	18.靈性照顧是一項技術必須遵照固定步驟執行	0.543		
靈性 執行	16.護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中	0.892	3.193	15.965
	17.靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中	0.853		
	15.護理人員應具備有靈性照顧能力	0.797		
	20.護理人員應主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求	0.696		
靈性 感受	23.靈性照顧對我而言，是一件困難的事	0.843	1.170	8.551
	22.當覺察病人靈性不平安時，我有無力感	0.794		
	21.以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念	0.447		

總解釋變異量為 59.945%

Conbanch Alpha = .8097

- (1) 靈性意涵認知：Conbanch Alpha = .8999
- (2) 靈性評估計劃：Conbanch Alpha = .7853
- (3) 靈性執行：Conbanch Alpha = .8688
- (2) 靈性感受：Conbanch Alpha = .5547

第三部份：護理人員在臨床實務中對自己靈性照顧能力的自我評值

1. 臨界值 (CR 值)：

依每一個人的總分高中低之順序排列後，求高低分組之 t 考驗進行鑑別度分析，計算出每一題的臨界值，見表 3-2-3 (1) CR 值小於 3.5 的予以刪除，結果發現，均大於 3.5。

表 3-2-3 (1)、護理人員的靈性照顧自評之能力量表項目分析

題 目	辨別力	CR
1.我敏銳覺察病人靈性需求	1.31	16.95
2.我尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	1.56	20.85
3.我依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	1.38	16.25
4.我尊重病人個別的宗教信仰，引領他進入她的宗教的靈性境界	1.63	20.07
5.我運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	1.61	20.35
6.我將靈性照顧融入常規護理措施中	1.57	21.58
7.我從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	1.37	16.97
8.我傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	1.75	22.96
9.我從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	1.49	18.11
10.我覺察瀕死病人靈性的開顯過程	1.75	23.62
11.我覺察瀕死病人的情緒內涵	1.64	20.41
12.我協助病患體會、領受他人的愛與關懷	1.67	21.92
13.我體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	1.43	18.43
14.我促發病患思考他生命與受苦的意義	1.82	23.70
15.我協助病患建立正向的人生觀及價值體系	1.77	24.45
16.我促發患者尋求希望與內在力量的來源	1.78	24.52
17.我促發病患珍視存在的可貴與把握當下	1.82	25.39
18.我協助病患完成他對自己的心願	1.75	22.79
19.我協助病患完成他對他人貢獻的心願	1.84	24.50
20.我協助病患尋求對宗教的信仰與支持	1.78	23.67
21.我協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突	1.69	21.55
22.我協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧	1.79	23.95
23.我協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	1.70	20.40
24.我運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	1.78	21.54

2.採因素分析法抽取共同因素，以直接斜交轉抽出二個因素，見表 3-2-3 (2)：

第 4 題的因素負荷量低於 0.5 (0.337) 予以刪除。正式量表共 23 題。分爲兩個分量表，命名爲護理人員對靈性照顧評估計劃之能力；護理人員對靈性照顧執行之能力。兩個因素累積變異量達 57.815%

3.專家校度：見 附錄三

將預試後之問卷送如上之專家，行內容之專家效度審定，評分採四分法：包括「很合適」、「合適」、「不合適」及很「不合適」等四級。平均得分爲：3.27 分，介於「很合適」、「合適」之間。並對第 3、5、7 題之文字加以修訂，使題義更清晰。

4.信度分析：見表 3-2-3 (3)

對量表兩個構面進行內部一致性檢定，測得總量表之 Cronbach Alpha = .9655

(1) 靈性照顧之評估計劃：Cronbach Alpha = .9275

(2) 靈性照顧之執行：Cronbach Alpha = .9539

3-2-3 (2)、護理人員對靈性照顧的能力自我評值因素分析結果摘要表

題 目	因 素 負 荷 量	特 徵 值	解 釋 變 異 量 %	
19.我協助病患完成他對他人貢獻的心願	0.843	11.631	48.461	
18.我協助病患完成他對自己的心願	0.831			
22.我協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧	0.828			
21.我協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突	0.812			
20.我協助病患尋求對宗教的信仰與支持	0.799			
16.我促發患者尋求希望與內在力量的來源	0.781			
23.我協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	0.778			
14.我促發病患思考他生命與受苦的意義	0.751			
17.我促發病患珍視存在的可貴與把握當下	0.732			
15.我協助病患建立正向的人生觀及價值體系	0.720			
24.我運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	0.673			
6.我將靈性照顧融入常規護理措施中	0.621			
7.我從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	0.779			
12.我協助病患體會、領受他人的愛與關懷	0.768			
8.我傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	0.762			
13.我體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	0.744			
3.我依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	0.741			
9.我從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	0.721			
11.我覺察瀕死病人的情緒內涵	0.696			
5.我運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	0.694			
2.我尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	0.683			
10.我覺察瀕死病人靈性的開顯過程	0.669			
1.我敏銳覺察病人靈性需求	0.636			
4.我尊重病人個別的宗教信仰，引領他進入她的宗教的靈性境界	0.337			

總解釋變異量為 55.792%

Conbanch Alpha = .9666

表 3-2-3 (3)、護理人員對靈性照顧能力的因素分析結果摘要表

層面	題目	因素 負荷量	特徵值	解釋 變異量%
執行	18.我協助病患完成他對他人貢獻的心願	0.843	11.550	50.217
	17.我協助病患完成他對自己的心願	0.829		
	21.我協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧	0.828		
	20.我協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突	0.813		
	19.我協助病患尋求對宗教的信仰與支持	0.799		
	22.我協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	0.780		
	15.我促發患者尋求希望與內在力量的來源	0.780		
	13.我促發病患思考他生命與受苦的意義	0.751		
	16.我促發病患珍視存在的可貴與把握當下	0.730		
	14.我協助病患建立正向的人生觀及價值體系	0.718		
	23.我運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	0.675		
	5.我將靈性照顧融入常規護理措施中	0.623		
計劃評估	6.我從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	0.784	1.747	7.598
	11.我協助病患體會、領受他人的愛與關懷	0.770		
	7.我傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	0.769		
	12.我體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	0.750		
	3.我依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	0.739		
	8.我從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	0.729		
	10.我覺察瀕死病人的情緒內涵	0.700		
	4.我運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	0.686		
	2.我尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	0.673		
	9.我覺察瀕死病人靈性的開顯過程	0.669		
1.我敏銳覺察病人靈性需求	0.628			

解釋變異量為 57.815%

Conbanch Alpha = .9655

(1) 靈性照顧之評估計劃：Conbanch Alpha = .9275

(2) 靈性照顧之執行：Conbanch Alpha = .9539

第三節 研究對象與調查

本研究以台灣中部某醫學中心，直接照顧病患之第一線護理人員，至少有六個月以上之經驗者為對象。經徵得醫院主管之同意，由研究者親自到各單位說明研究目的及施測方式，直接發給問卷，回答問卷請勿討論或參考相關文件，答卷後由病房行政助理代為單位內收集，研究者回收問卷。共發出 566 份，回收 542 份，回收率為 95.76 %，有效問卷 532 份。

第四節 資料收集與處理

本研究所得問卷資料，以 SPSS for Window 9.0 套裝軟體進行統計分析，以 $\alpha = .05$ 之顯著水準進行假設考驗。進行的分析如下：

一、項目分析及信度分析：

本研究量表由研究者擬定，對第二部分，第三部份進行項目測試及信度測試。

以 t 考驗求得 t 值，做為臨界比(critical ration)瞭解題目的鑑別度。以信度係數 Conbanch Alpha 來衡量量表的一致性

二、因素分析：

採因素分析法抽取共同因素，以直接斜交轉抽出四個因素，將（一）護理人員對靈性照顧態度，問卷內容，命名分為四個分量表：護理人員對靈性意涵的認知；護理人員對靈性照顧實務中評估計劃的看法；護理人員在靈性照顧實務中對執行的看法以及護理人員對靈性照顧感受等。將（二）護理人員對靈性照顧能力，命名為：護理人員在靈性照顧對於評估計劃以及執行兩個分量表。

三、資料內容分析統計：

分別用以統計人數，平均數、標準差、百分率。在相關統計則以 t-test、One way ANOVA、Scheffes'事後比較、Chi-square、pearson 線性回歸、以及多重回歸分析等統計方法執行資料的統計分析。

第四章 結果分析與討論

本研究的目的，包括：1.瞭解臨床護理人員對「靈性照顧」的態度；2.瞭解臨床護理人員對「靈性照顧」能力的自我評值；3.瞭解臨床護理人員對「靈性照顧」的教育成長需求；4.分析以上因素與個人基本背景特質之關係：包括：年齡、教育背景、宗教、自我靈性覺察、靈性照顧相關課程之學習、工作年資、服務科別、個人失落經驗、提供病人靈性照顧經驗等之差異。全章共分四節：依統計結果予以分析討論之。

第一節 護理人員背景分析與背景資料之比較

第二節 護理人員對靈性照顧的態度及與影響因素之關係

第三節 護理人員對靈性照顧能力之評值與影響因素之關係

第四節 護理人員對靈性護理教育需求及影響因素之關係

第一節 護理人員背景分析與比較

一、護理人員背景分析：

本研究以中部某醫學中心臨床護理人員為對象。見表 4-1-1 (1)：年齡以 25-29 歲 187 位 (35.2%) 居多；學歷以專科畢業 305 位 (57.3%) 佔第一位；宗教信仰以民間宗教居多，有 260 位(48.9%)，其次是佛教 114 位(21.4%)，基督宗教共 37 位(6.9%)，認為自己沒有宗教信仰的有 18.6%。180 位 (33.8%) 表示從沒參加過參加宗教活動，偶而參加的有 266 位 (50%)，每月至少一次的為 41 位 (7.7%)，每週至少一次的有 23 位 (4.3%)。換言之，表示曾經參加宗教活動的佔 66%，而有百分之五十的人只是偶而參加而已。所以自認為有宗教信仰 (81%)，但不一定會參加宗教活動 (66%)。由此可見護理人員並沒有將宗教視為個人靈性的先決條件。佛教、民間宗教固然有宗教活動，但其強調：時時反省日常念頭，行為的實踐合乎教義，只要自己承認即為教徒。而影響我們思想行為至深的儒家思想，則認為我們應善盡日常生活軌道的責任為

修身養德之要務（牟宗三，1963）。

對於宗教的篤信度（受訪者宗教信仰現況即宗教對信仰者產生的影響），認為：我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德，有 238 位（44.7%）；雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事有 71 位（13.3%）；認為我有宗教信仰，但不會讓宗教信仰影響我所有的事有 134 位（25.2%）；我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境之中有 50 位（9.4%），我常常感受到超越界的存在有 6 位（1.1%），而認為宗教信仰是我的人生基石的有 28 位（5.3%），前三項為宗教對人的外在影響（83.2%），後三項為宗教對人的內在影響（15.8%），可見宗教對大部份護理人員仍然是外在的影響，他們仍有自己的信念與價值，包括傳統的文化與哲學理念等。

表 4-1-1 (1)、護理人員基本資料 N=532

變項 / 細項	N (%)	變項 / 細項	N (%)
1. 年齡		(3).有所覺察	209 (39.3)
(1).20-24歲	47 (8.8)	(4).深度覺察	31 (5.8)
(2).25-29歲	187 (35.2)	遺漏值	1 (0.2)
(3).30-34歲	172 (32.3)	7. 參加過與靈性照顧的研習會或課程	
(4).35-40歲	89 (16.7)	(1).是	179 (33.6)
(5).>40歲	37 (7.0)	(2).否	349 (65.6)
2. 最高護理教育學歷		遺漏值	4 (0.8)
(1).職校畢	3 (0.6)	8. 有參加過靈性照顧的研習會或課程	
(2).專科畢	305 (57.3)	(1).臨終關懷	117 (65.4)
(3).大學畢	218 (41.0)	(2).死亡教育	59 (33.0)
(4).研究所畢	6 (1.1)	(3).靈性照顧	47 (26.3)
3. 宗教信仰		(4).其他相關	34 (19.0)
(1).無	99 (18.6)	9. 參加的課程對靈性照顧能力之提昇	
(2).一般民間信仰	260 (48.9)	(1).毫無幫助	2 (1.1)
(3).佛教	114 (21.4)	(2).略微幫助	22 (12.3)
(4).基督教	31 (5.8)	(3).有所幫助	90 (50.3)
(5).天主教	6 (1.1)	(4).很有幫助	46 (25.7)
(6).一貫道	18 (3.4)	遺漏值	19 (10.6)
(7).其他	4 (0.8)	10. 護理臨床服務年資	
4. 參與宗教活動		(1).<1年	16 (3.0)
(1).從未參加	180 (33.8)	(2).1-2年	38 (7.1)
(2).偶而參加/每年至少一次	266 (50.0)	(3).3-5年	101 (19.0)
(3).每月至少一次	41 (7.7)	(4).6-10年	206 (38.7)
(4).經常參加/每週至少一次	23 (4.3)	(5).11-20年	134 (25.2)
(5).其他	22 (4.1)	(6).>20年	34 (6.4)
5. 目前最符合您宗教信仰的情況		遺漏值	3 (0.6)
(1).我信什麼不重要,只要我的生活合乎道德	238 (44.7)	11. 本院臨床服務年資	
(2).雖然我信宗教,但我覺得生活中還有更重要的事	71 (13.3)	(1).<1年	28 (5.3)
(3).雖然我有宗教信仰,但我不會讓宗教影響我所有的事	134 (25.2)	(2).1-2年	96 (18.0)
(4).我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中	50 (9.4)	(3).3-5年	133 (25.0)
(5).我常常可感受到「神、超越」的存在	6 (1.1)	(4).6-10年	158 (29.7)
(6).我的宗教信仰是我人生的基石	28 (5.3)	(5).11-20年	108 (20.3)
遺漏值	5 (0.9)	(6).>20年	7 (1.3)
6. 對自己的靈性覺察		遺漏值	2 (0.4)
(1).毫無覺察	48 (9.0)	12. 目前服務科別	
(2).略微覺察	243 (45.7)	(1).內科	111 (20.9)
		(2).外科	107 (20.1)
		(3).婦兒科	86 (16.2)
		(4).腫瘤科	9 (1.7)
		(5).加護單位	144 (27.1)
		(6).其他	73 (13.7)
		遺漏值	2 (0.4)

二、護理人員之宗教信仰類別與宗教篤信度之相關：

從表 4-1-2 (1) 得知：宗教信仰類別與宗教篤信度 ($\chi^2=217.23$, $p<.001$) 均有顯著性相關。所謂宗教篤信度是指宗教信仰對個人的影響程度，前 1-3 項的敘述是對人產生的影響仍屬外在，4-6 項的敘述是宗教已經對信仰者深入宗教內在性影響。從表 4-1-2 (1) 發現：宗教對個人產生內在的影響，民間信仰共有 15 位 (15/259)，信仰佛教的有 37 位 (37/114)，信仰基督宗教有 21 位 (21/40)。基督宗教的信徒，都經過受洗儀式的教徒身分確認，而被認定為教徒；自稱是佛教信仰者，雖然部分有「皈依」之儀式與證明（皈依證），但佛教經典之普遍及教理規範等融入日常生活、傳統文化、文學、藝術...之中，任何人只要心有所契，皆可自行修行。所以自認為佛教徒就不一定要經過「宗教儀式的確認」；而民間宗教更是融入於我們生於斯、長於斯的生活內容之中，任何人只要自己認定，都可以稱是民間宗教信仰者，而其教義、經書亦極為博雜，因而在比較以上宗教信仰類別與宗教篤信度就出現顯著差異的統計結果。

表 4-1-2(1)、護理人員之宗教信仰與宗教篤信度之比較

N=527

最符合目前信仰情況	無	民間 信仰	一貫道	佛教	基督教	天主教	其他	Total
(1).我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德	80	134	4	14	4	0	2	238
(2).雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事	5	42	5	16	2	0	1	71
(3).雖然我有宗教信仰，但我不會讓宗教影響我所有的事	5	68	7	44	8	2	0	134
(4).我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中	8	13	2	18	6	2	1	50
(5).我常常可感受到「神、超越」的存在	0	0	0	4	2	0	0	6
(6).我的宗教信仰是我人生的基石	0	2	0	15	9	2	0	28
Total	98	259	18	111	31	6	4	527

$\chi^2=217.23$ $p<.001$

三、護理人員之宗教篤信度與靈性覺察之關係：

表 4-1-3(1)、護理人員宗教篤信度與其對自己靈性的察覺之統計 N=526

最符合目前信仰情況	毫無覺察	略微覺察	有所覺察	深度覺察	Total	%
(1).我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德	29	119	78	11	237	(45%)
(2).雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事	7	30	30	4	71	(14%)
(3).雖然我有宗教信仰，但我不會讓宗教影響我所有的事	9	61	60	4	134	(25%)
(4).我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中	2	24	21	3	50	(10%)
(5).我常常可感受到「神、超越」的存在	0	1	4	1	6	(1%)
(6).我的宗教信仰是我人生的基石	0	6	14	8	28	(5%)
Total	47	241	207	31	526	100%
$\chi^2=47.96$ $p<.001$						

表 4-1-3(2)、護理人員對宗教篤信度與其對自己靈性的覺察度之比較 N=526

最符合目前信仰情況	N	mean	SD
(1).我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德	237	1.30	0.74
(2).雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事	71	1.44	0.75
(3).雖然我有宗教信仰，但我不會讓宗教影響我所有的事	134	1.44	0.67
(4).我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中	50	1.50	0.68
(5).我常常可感受到「神、超越」的存在	6	2.00	0.63
(6).我的宗教信仰是我人生的基石	28	2.07	0.72
Anova: $F=7.92$ $p<.001$			

(覺察度： 深度覺察=4分，有所覺察=3分，略微覺察=2分，毫無覺察=1分)

從表 4-1-1 (1) 見受訪者中 (N=532)，對自己的靈性覺察，有 31 位 (5.8%) 認為是深度覺察，有 209 位 (39.3%) 自認有所覺察，略為覺察的有 243 (45.7%)，而毫無覺察的有 48 位 (9.0%)。絕大多數受訪護理人員對自己靈性有所覺察 (90.8%)，只是未達深度覺察而已。

由表 4-1-3 (1) 得知：護理人員對宗教篤信度與其自己靈性覺察有顯著性的相關 ($\chi^2=47.96, p<.001$)。

由表 4-1-3 (2) 結果顯示：護理人員目前對信仰的情況與其對自己靈性的覺察度之比較有顯著性差異 (Anova: $F=7.92, p<.001$)。從宗教的篤信度中認為：「我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德」，其對自己靈性的覺察度平均分數為 1.30 (1-4)，位於毫無覺察與些微覺察之間。逐遞上升至「我的宗教信仰是我的人生的基石」的平均分數 2.07。本研究發現宗教篤信愈深則對自己的靈性覺察也越高，呈顯著的線性上升趨向 (ANOVA: linearity $F=28.04, p<.001$)。見圖 4-1-1

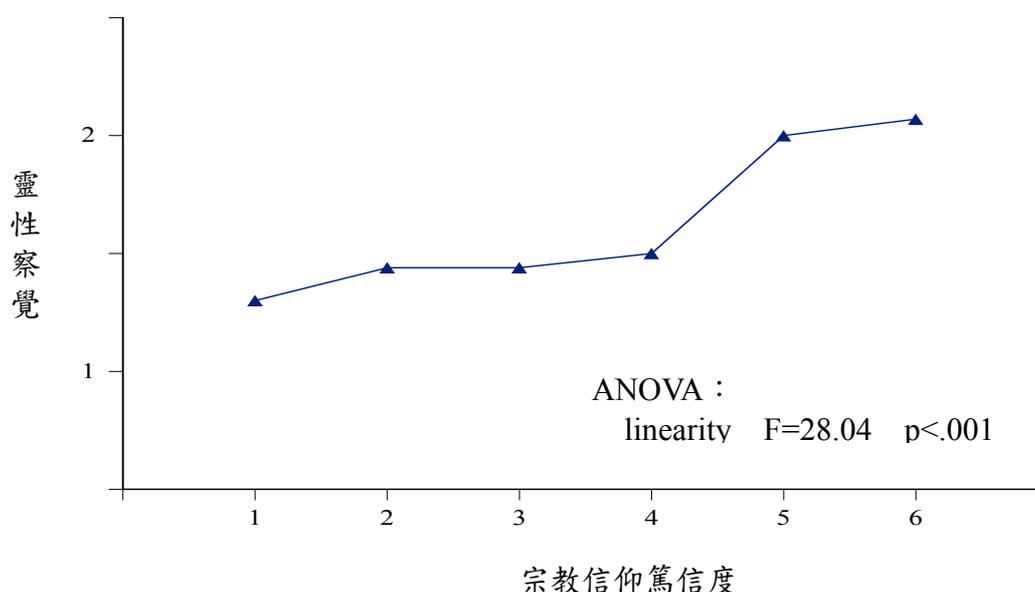


圖 4-1-1、護理人員對自己的靈性覺察與宗教信仰篤信度之線性相關

註明： 宗教篤信度：1.我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德
 2.雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事
 3.雖然我有宗教信仰，但我不會讓宗教影響我所有的事
 4.我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中
 5.我常常可感受到「神、超越」的存在
 6.我的宗教信仰是我人生的基石

靈性覺察度：深度覺察=4分，有所覺察=3分，略微覺察=2分，毫無覺察=1分

當宗教對個人影響之深入（內在）與個人對自我的覺察是有相關的。信仰是覺悟，宗教提醒人類，促使人性趨向完美，宗教以各種形式，讓生命的體會更深，包括身心的操練與實際的作為（傅佩榮，1995）。以基督宗教而言，對人內在的影響是：身子是聖靈的殿，所以要在身子上榮耀神（申雅芬，2000）。意即護理人員成為神給人生命意義、目的、愛、相屬及饒恕的管道（Shelly，1994）。從基督宗教觀點：宗教若深入人的內在，護理人員較易以傳遞所信宗教之靈性意涵，協助病人尋求宗教之靈性滿足。在佛教，則將護理人員比喻為「觀音大士」，循聲救苦，當病人痛苦或臨終時以佛教之宗教關懷方式與助念佛號，以達靈性之平安（蘇逸玲，2001）。

Narayanasamy（1999）說明：靈性覺察是護理人員對自己個人的信仰與價值做完全、深入的反省。經由自我的覺察，探索自己靈性的層面，包括對自己的信念、價值、「愛」的泉源、希望、生命的能量、意義與目的；以及對他人關懷的程度。護理人員從而發展出對靈性健康正向的態度與較能夠敏銳的發現或感知到病人靈性需求與問題。故而護理是靈對靈的照顧，除非我們找到生命的意義，才能幫助、促發病人找到痛苦及生命的意義（高美玲，2000）。

表 4-1-4 (1)、護理人員之個人經驗 N=532

變項 / 細項	N	(%)
13. 過去一年之內，您是否經歷過親人的死亡		
(0).否	356	(66.9)
(1).父母或子女	21	(3.9)
(2).祖父母或兄弟姊妹	73	(13.7)
(3).要好親友	44	(8.3)
(4).其他	35	(6.6)
(1)+(3)	1	(0.2)
(2)+(3)	1	(0.2)
遺漏值	1	(0.2)
14. 過去一年之內您是否經歷重大創傷或失落		
(1).否	453	(85.2)
(2).是	76	(14.3)
遺漏值	3	(0.6)
15. 是否曾經照顧過臨終患者		
(1).否	37	(7.0)
(2).是	495	(93.0)
16. 臨床上，您是否會主動提供病人靈性照顧？		
(1).否	243	(45.7)
(2).是	286	(53.8)
(3).不一定	1	(0.2)
遺漏值	2	(0.4)
17. 臨床上，您自認提供病人靈性照顧的頻率		
(1).從未	76	(14.3)
(2).極少 / 僅曾經提供過	253	(47.6)
(3).偶而 / 每月1-3次	148	(27.8)
(4).常常 / 每週2-6次	39	(7.3)
(5).頻繁 / 每天至少一次	13	(2.4)
遺漏值	3	(0.6)
18. 所提供靈性照顧內容，是否滿足病人需求？		
(1).否	321	(60.3)
(2).是	199	(37.4)
遺漏值	12	(2.3)
19. 無法提供病人靈性照顧的原因 (複選)		
(1).病人皆無此需求	6	(1.9)
(2).忙碌沒有時間	123	(38.3)
(3).病家拒絕	8	(2.5)
(4).缺乏資源	122	(38.0)
(5).自覺沒有能力	109	(34.0)
(6).其他原因	11	(3.4)

靈性照顧要將「照顧者」的靈性含括進來，知道如何把握與病人靈性相遇的時刻，靈性照顧才得以開始（石世明，2000）。所以護理人員要勇於審視「人」的本質，探討人深層需要及問題。因為越是靈性滿足的護理人員，越有動機給於病人靈性照顧。

參加過靈性相關課程或研習會的有 179 位（33.6%），有 349 位（65.6%）從沒參加過。在 Mcherry（1998）的調查中發現，559 位護理人員中，290 位（52.8%）亦是從沒參加過，兩者皆超過一半以上。而有 71.8% 的受訪者，表示對靈性護理教育的渴盼。覺得課程對靈性照顧能力很有幫助的有 46 位（25.7%），有所幫助的有 90 位（50.3%），略為有幫助的有 22 位（12.3%），所以只要參加過靈性照顧相關課程，將近百分之九十認為對靈性照顧能力是有提升的。根據統計：台灣的靈性相關照顧課程少數是兩天的研習會方式以外，其它都是包含在臨終關懷（65.4%）、死亡教育（33.0%）等其他相關課程中。在本研究樣本中，沒有任何一位參加 Shih（2001）之靈性護理教育課程。顯見靈性照顧教育對台灣地區之從事臨床護理的第一線人員是非常迫切需要的。

四、護理人員之個人經驗

根據表 4-1-4（1）：護理人員在過去一年之內經歷過親人死亡有 173 位（32.9%）；過去一年之內經歷過重大創傷或失落有 76 位（14.3%）；曾經照顧過臨終患者的有 495 位（93%）；認為會主動提供病人靈性照顧的有 286 位（53.8%），顯見大多數護理人員都照顧過臨終的病人。若以（余德慧，2000）所言：臨終病人事實處境，靈性自然開顯，則大半護理人員忽略了臨終病人的靈性護理。在頻率上，表示僅曾提供有 253 位（47.6%）；有 13 位（2.4%）表示每天至少一次，而有 76 位（14.3%）稱從未提供病人靈性照顧。而 Mcherry（1998）的調查在 559 位護理人員中，392 位（71.4%）表示確知病人有靈性需要，而只有 39.9% 的護理人員自認滿足了病人靈性需求。與本研究結果相若（37.7%）。假若我們將靈性照顧廣義的界定在傾聽、同感、全心接受

一個人生命的經驗，透過護理活動將靈性關懷透入（石世明，2002；李雪菱，2000），則靈性照顧對第一線護理人員應該是都會發生的事。

而所提供的靈性照顧有 199 位（37.4%）護理人員認為滿足了病人的靈性需求。針對無法提供病人靈性照顧的原因：認為病人無此需求的有 6 位（1.9%），遭到病家拒絕的有 8 位（2.5%），忙碌沒有時間的有 123 位（38.3%），缺乏資源 122 位（38%），自覺沒有能力有 109 位（34%）。後三項因素均超過三分之一以上之受訪護理人員數，與 Kirssler（1999）的研究結果相近。而 Mcherry（1998）將之歸納為三大層面的障礙：經濟層面為：缺乏人力、缺乏時間、缺乏資源；教育層面：護理人員未意識到需要成長與缺乏相關知識；環境的因素為：缺乏隱私的環境與會談的空間，容易被干擾中斷，還有護理人員的自我偏見與價值觀等，在「環境的因素」，本研究未列入選項，亦無人提出，可能都被大家忽略了。深入個別的靈性照顧技巧或宗教儀式等活動是需要時間，需要守候陪伴的。在今日以急症照顧、講求效率為導向，確實是臨床護理人員的兩難，如何結合支持系統，運用資源，是臨床實務上必須思考的。

第二節 護理人員對靈性照顧的態度及與影響因素之關係

由表 4-2-1 (1) 得知：護理人員對靈性態度 (1-20 題) 的總平均值 (5-1) 為 3.67；就靈性意涵之認知 (1-5 題) 為 4.25；而在靈性照顧行為看法 (6-17 題) 為 3.67；感受 (情意) 為 2.74。對靈性意涵之認知，均達 80% 以上 (介於 83.6% - 88%)。而在靈性照顧實務看法上，認為「只有宗教信仰的人才會有靈性需求的」只有 13.6% 同意；認為「靈性照顧措施只能由宗教人士來執行」有 70.2%；有 76.2% 受訪者認為所有的靈性照顧措施必須藉諸特殊儀式來完成；認為宗教活動能滿足病人所有靈性需求的有 45.0%。綜合以上統計顯示：護理人員雖然知道病人的靈性需求並不等於宗教需求，但是卻不認為靈性照顧是自己的責任，所以應該由宗教人員來完成。於是護理人員就順理成章的置身於病人的靈性照顧之外。臨床病人的靈性照顧也就被有意無意的忽略了 (Ryan, 1988; Piles, 1990; Stoter, 1995; Price, et al, 1995)。

認為護理人員應具備靈性照顧能力佔 58.1%；認為應將靈性照顧列入護理計劃的有 46.3%，而認為應將靈性照顧實踐自然的融入常規的護理活動之中的有 47.5%。這都是護理人員對於靈性照顧的看法有待釐清之處。因為護理學校教育中缺乏靈性護理的課程。再加上今日的療護環境盤繞在「科技機械」的氛圍裡，強調從具象症狀的舉證，計量數據為所有照顧的依據與「績效評值」，缺乏對個別人性的關注 (Chiu, 2001)。所以靈性照顧就更被理所當然的忽略，排除在常規的護理之外了。

護理人員認為靈性照顧是一項技術，必須遵照固定步驟執行的有 61.1%。然而每一位病人的疾病與哀傷都是獨特的經驗，所以靈性照顧的技巧是無法標準化的 (Price, et al, 1995)。靈性意涵的多面向，提醒靈性照顧教育的困難度，以及教學者切勿為了便於傳遞教學內容，而將靈性照顧僵化了。

在感受上：以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念的有 21.9

%，所以大部份護理人員還是同意與病人分享他的宗教與信念的。在宗教的靈性照顧實務中，常提到護理人員與病人共同分享宗教，如禱告、閱讀詩篇（聖經）、頌念佛號...（韓吳旗敏，2001；蘇逸玲，2001）。受訪者中認為當發現病人有靈性不安時，會有無力感，以及認為靈性照顧對我而言是一件困難的事，分別佔 52.2% 與 49.2%，這與護理人員認為「護理人員認為靈性成長需要」是一致的。

表 4-2-1 (1)、護理人員對靈性照顧之察覺與態度 N=532

(題號) 內容	N	Mean	SD	同意率
(1) 個人「靈性」之呈現與其文化背景密切相關聯	532	4.24	0.75	83.6%
(2) 「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等	532	4.33	0.70	88.0%
(3) 「靈性」的安適 (well-being) 包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好	532	4.24	0.74	85.3%
(4) 「靈性」的提昇有助於身心痛苦的緩解	532	4.25	0.76	84.4%
(5) 靈性安適具有多面向隨靈性的內涵而各有不同樣貌	529	4.21	0.77	86.0%
#(6) 只有宗教信仰的人才會有「靈性」的需求	530	3.96	1.12	13.6%
#(7) 病人的靈性需求都會具體的表達出來	531	3.49	0.89	55.2%
#(8) 一般而言病人很少有靈性需求	528	3.86	0.95	71.8%
#(9) 靈性照顧措施只能由宗教人士來執行	530	3.88	0.94	70.2%
#(10) 所有靈性照顧措施都必須藉助特殊儀式來完成	530	3.93	0.89	76.2%
#(11) 宗教活動能滿足所有病人的靈性需求	531	3.29	1.02	45.0%
#(12) 生理、心理、靈性需求是完全分開的，必須單獨評估	530	3.57	1.13	58.7%
(13) 護理人員應具備有靈性照顧能力	532	3.70	0.83	58.1%
(14) 護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中	531	3.41	0.96	46.3%
(15) 靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中	531	3.40	0.98	47.5%
#(16) 靈性照顧是一項技術必須遵照固定步驟執行	530	3.57	1.06	61.1%
(17) 護理人員應主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求	531	3.92	1.28	68.0%
#(18) 以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念	530	3.19	1.02	21.9%
#(19) 當覺察病人靈性不平安時，我有無力感	531	2.49	0.86	52.1%
#(20) 靈性照顧對我而言，是一件困難的事	530	2.53	0.88	49.3%

#：為反向題。上表中 mean 之計算，反向題均已逆向計分。

Mean 平均：1-20 題 =3.67 ；1-5 題 =4.25 ；6-17 題 =3.67 ；18-20 題 =2.74

表 4-2-1 (2)、護理人員對靈性照顧之察覺與態度的認同情形 N=532

題號	答題人數	非常同意	同意	中立	不同意	
1.	532	223 (41.9%)	222 (41.7%)	82 (15.4%)	4 (0.8%)	1 (0.2%)
2.	532	241 (45.3%)	227 (42.7%)	62 (11.7%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
3.	532	215 (40.4%)	239 (44.9%)	70 (13.2%)	7 (1.3%)	1 (0.2%)
4.	532	227 (42.7%)	222 (41.7%)	75 (14.1%)	7 (1.3%)	1 (0.2%)
5.	529	201 (38.0%)	254 (48.0%)	61 (11.5%)	8 (1.5%)	5 (0.9%)
6.	530	212 (40.0%)	176 (33.2%)	70 (13.2%)	53 (10.0%)	19 (3.6%)
7.	531	16 (3.0%)	48 (9.0%)	174 (32.8%)	244 (46.0%)	49 (9.2%)
8.	528	9 (1.7%)	42 (8.0%)	98 (18.6%)	242 (45.8%)	137 (25.9%)
9.	530	10 (1.9%)	32 (6.0%)	116 (21.9%)	227 (42.8%)	145 (27.4%)
10.	530	8 (1.5%)	31 (5.8%)	87 (16.4%)	267 (50.4%)	137 (25.8%)
11.	531	20 (3.8%)	104 (19.6%)	168 (31.6%)	181 (34.1%)	58 (10.9%)
12.	530	22 (4.2%)	88 (16.6%)	109 (20.6%)	190 (35.8%)	121 (22.8%)
13.	532	93 (17.5%)	216 (40.6%)	196 (36.8%)	23 (4.3%)	4 (0.8%)
14.	531	68 (12.8%)	178 (33.5%)	207 (39.0%)	60 (11.3%)	18 (3.4%)
15.	531	66 (12.4%)	186 (35.0%)	192 (36.2%)	67 (12.6%)	20 (3.8%)
16.	530	26 (4.9%)	63 (11.9%)	117 (22.1%)	231 (43.6%)	93 (17.5%)
17.	531	132 (24.9%)	229 (43.1%)	141 (26.6%)	25 (4.7%)	4 (0.8%)
18.	530	33 (6.2%)	83 (15.7%)	220 (41.5%)	140 (26.4%)	54 (10.2%)
19.	531	58 (10.9%)	219 (41.2%)	197 (37.1%)	50 (9.4%)	7 (1.3%)
20.	530	57 (10.8%)	204 (38.5%)	207 (39.1%)	53 (10.0%)	9 (1.7%)

根據表 4-2-1 (2)，分析態度表達中立（未顯示同意或不同意傾向）的統計，表達中立（從 1-5，在「3」的位置），人數超過 1/3 的題目有：一般而言，病人不會自動提出靈性需求 32.8%；護理人員應具備靈性照顧能力 36.8%；應將靈性照顧列入護理計劃 39%；應將靈性照顧實踐自然的融入常規的護理活動之中 36.2%；以一個護理人員而言，我不會像病人分享我的宗教與信念 41.5%；當發現病人有靈性不安時，會有無力感 39.1%；靈性照顧對我而言是一件困難的事 37.1% 等。這是否意味著護理人

員因為臨床較少接觸，根本未參與靈性照顧或由其他因素，所以無法表示明確的看法，實有待進一步的了解。

表 4-2-1 (3)、護理人員對靈性意義的涵蓋範圍 N=530

靈性意涵(複選)	N	(%)
A. 對上帝與超越界的信仰	175	(32.9%)
B. 道德、價值與信念	404	(75.9%)
C. 與自己、他人、自然之間關係的聯結	444	(83.5%)
D. 存有與生命遭遇的意義	426	(80.1%)
E. 希望(盼望)	434	(81.6%)
F. 愛	410	(77.1%)
G. 美感經驗	230	(43.2%)
H. 終極真實	230	(43.2%)
遺漏值	2	(0.4%)

由表 4-2-1 (3) 得知：護理人員對靈性意涵的(複選)，以認為應包括「與自己、他人、自然之間關係的聯結」有 444 位(83.5%)為最多，其次依序為：「希望(盼望)」有 434 位(81.6%)、「存有與生命遭遇的意義」有 426 位(80.1%)、「愛」有 410 位(77.1%)、「道德價值與信念」有 404 位(75.9%)、認為「美感經驗」或「終極真實」均各有 230 位(43.2%)，認為是「對上帝與超越藉信仰」的有 175 位(32.9%)。

以上五項在靈性照顧相關的課程常被提到(趙可式, 2002; 施富金, 2002; 陳清惠, 2002; Mortsolf, 1997)。認為含「美感經驗」、「終極真實」各有 230 位(43.2%)，認為是「對上帝與超越界信仰」的有 175 位(32.9%)。而此三項則因其形而上的特質，其呈現常藉由宗教儀式行為、隱喻、象徵、默會...，將其抽象的意涵轉化為具體形式呈現出來，或經由人之默會、非直接語言形式、藝術...等直覺來傳遞訊息，故而較難為護理人員所了解與把握。也提示我們：靈性護理雖可藉由學術教育的形式進入其殿堂，若要真正體會其精神，護理人員就必須有深度的靈性覺察與體悟。更重要的是它是一種涵蘊化育的歷程，而不是「護理標準技術」的操作訓練。

二、護理人員之靈性照顧態度與各影響因素之比較：

由 4-2-2 (1) 得知，護理人員對靈性照顧態度與各影響因素之比較結果發現：年齡、宗教信仰類別、宗教篤信度、宗教活動頻率、服務科別、一年內之失落經驗、是否照顧過臨終患者、所提供照顧是否滿足病人的需求等均無顯著差異。而在學歷、自我的靈性察覺、是否參加靈性照顧相關課程、服務年資、臨床是否主動提供病人靈性照顧等因素有顯著的差異。

由上可見：靈性的自我覺察，是真正影響護理人員對靈性照顧的「態度」，而宗教的類別與參加宗教活動的頻率就無顯著差異了。石世明（2000）強調：照顧者必須將自己締結到照顧的意義上，Lane（1987）認為護理人員必須將「護理」認為是「使命、職志」，而不是一項職業而已。如此才能將「照顧」締結到內在的資源，更能深刻的體驗到人的受苦，而展露出慈悲。因而更加了解自我與他人靈性的影響，更容易體會到病人心靈深層的掙扎與呼求。

表 4-2-2 (1)、護理人員對靈性照顧態度之影響因素比較

變項	項目	Total 靈性照顧態度				
		N	Mean	SD	F值或T值	p值
個人基本屬性						
年齡層	(1) 20-24歲	47	3.61	0.41	2.02	.090
	(2) 25-29歲	187	3.62	0.42		
	(3) 30-34歲	172	3.68	0.45		
	(4) 35-40歲	89	3.72	0.42		
	(5) >40歲	37	3.80	0.40		
最高教育學歷	(1) 專科畢	305	3.62	0.41	-3.01	.003**
	(2) 大學畢	218	3.73	0.44		
宗教信仰	(1) 無	99	3.67	0.46	0.88	.451
	(2) 民間信仰	260	3.66	0.41		
	(3) 佛教	114	3.65	0.45		
	(4) 基督天主	37	3.78	0.43		
宗教活動	(1) 從未參加	180	3.62	0.44	2.34	.054
	(2) 偶而參加	266	3.68	0.41		
	(3) 每月至少1次	41	3.69	0.40		
	(4) 經常參加	23	3.89	0.43		
	(5) 其他	22	3.69	0.53		
目前信仰情況					1.50	.188
	(1) 生活合乎道德	238	3.69	0.43		
	(2) 生活中還有更重要的事	71	3.64	0.44		
	(3) 不會讓宗教影響我所有的事	134	3.66	0.39		
	(4) 嘗試讓宗教存在生活各情境中	50	3.57	0.42		
	(5) 常可感到「神、超越」的存在	6	3.79	0.65		
	(6) 宗教信仰是人生的基石	28	3.80	0.44		
靈性察覺	(1) 毫無覺察	48	3.41	0.41	13.07	.000***
	(2) 略微覺察	243	3.63	0.38		
	(3) 有所覺察	209	3.74	0.44		
	(4) 深度覺察	31	3.93	0.50		
參加靈性照顧 相關課程	(1) 是	179	3.82	0.42	6.04	.000***
	(2) 否	349	3.60	0.41		
臨終關懷	(1) 無	62	3.87	0.42	0.96	.339
	(2) 有	117	3.80	0.42		
死亡教育	(1) 無	121	3.79	0.43	-1.43	.154
	(2) 有	58	3.89	0.40		
靈性照顧	(1) 無	132	3.77	0.41	-2.82	.005**
	(2) 有	47	3.97	0.40		
其他相關	(1) 無	146	3.80	0.42	-1.39	.166
	(2) 有	33	3.92	0.42		
參加課程對靈 性照顧的提昇 信仰	(1) 略微/無幫助	24	3.57	0.39	8.82	.000***
	(2) 有所幫助	90	3.81	0.42		
	(3) 很有幫助	46	3.99	0.38		

護理臨床年資	(1) <1年	16	3.79	0.44	3.73	.003**	
	(2) 1-2年	38	3.67	0.34			
	(3) 3-5年	101	3.53	0.42			
	(4) 6-10年	206	3.68	0.44			
	(5) 11-20年	134	3.71	0.41			
	(6) >20年	34	3.83	0.40			
本院臨床年資	(1) <1年	28	3.74	0.43	3.59	.003**	
	(2) 1-2年	96	3.59	0.40			
	(3) 3-5年	133	3.58	0.43			
	(4) 6-10年	158	3.72	0.43			
	(5) 11-20年	108	3.74	0.42			
	(6) >20年	7	3.91	0.42			
目前服務科別	(1) 內科	111	3.62	0.41	1.51	.186	
	(2) 外科	107	3.63	0.40			
	(3) 婦兒科	85	3.76	0.43			
	(4) 腫瘤科	9	3.83	0.35			
	(5) 加護單位	144	3.69	0.43			
	(6) 其他	74	3.66	0.48			
個人經驗							
過去一年之內 經歷過親人的 死亡	(1) 否	356	3.67	0.43	-0.38	.706	
	(2) 是	173	3.68	0.42			
過去一年之內 經歷重大創傷 或失落	(1) 否	453	3.66	0.42	-1.24	.217	
	(2) 是	76	3.73	0.45			
過去一年有重 大經歷	(1) 否	315	3.65	0.43	-1.20	.230	
	(2) 是	211	3.70	0.42			
是否曾經照顧 過臨終患者	(1) 否	37	3.68	0.38	0.08	.934	
	(2) 是	495	3.67	0.43			
臨床上會主動 提供病人靈性 照顧？	(1) 否	243	3.53	0.39	-7.16	.000***	
	(2) 是	286	3.79	0.42			
臨床上，您自 認提供病人靈 性照顧的頻率	(1) 從未	76	3.48	0.42	14.05	.000***	
	(2) 極少	253	3.61	0.38			
	(3) 偶而	148	3.81	0.40			
	(4) 常常	39	3.93	0.56			
	(5) 頻繁	13	3.75	0.46			
所提供靈性照 顧內容滿足病 人需求？	(1) 否	321	3.66	0.40	-0.98	.325	
	(2) 是	199	3.70	0.46			

目前服務科別	(1) 內科	111	3.72	0.38	1.00	0.419
	(2) 外科	107	3.73	0.40		
	(3) 婦兒科	85	3.80	0.41		
	(4) 腫瘤科	9	3.91	0.46		
	(5) 加護單位	144	3.78	0.38		
	(6) 其他	74	3.72	0.42		
個人經驗						
過去一年之內 經歷過親人的 死亡	(1) 否	356	3.75	0.40	-0.32	0.746
	(2) 是	173	3.76	0.39		
過去一年之內 經歷重大創傷 或失落	(1) 否	453	3.74	0.40	-1.09	0.275
	(2) 是	76	3.80	0.37		
過去一年有重 大經歷	(1) 否	315	3.74	0.40	-1.18	0.239
	(2) 是	211	3.78	0.38		
是否曾經照顧 過臨終患者	(1) 否	37	3.74	0.35	-0.27	0.784
	(2) 是	495	3.75	0.40		
臨床上會主動 提供病人靈性 照顧?	(1) 否	243	3.67	0.40	-4.80	0.000***
	(2) 是	286	3.83	0.38		
臨床上，您自 認提供病人靈 性照顧的頻率	(1) 頻繁	13	3.75	0.38	7.61	0.000***
	(2) 常常	39	3.93	0.43		#(2)(3)>(5)
	(3) 偶而	148	3.84	0.39		
	(4) 極少	253	3.73	0.37		
	(5) 從未	76	3.59	0.41		
所提供靈性照 顧內容滿足病 人需求?	(1) 否	321	3.77	0.38	0.96	0.340
	(2) 是	199	3.74	0.41		
靈性需求						
對自己靈性成 長需求	(1) 非常需要	132	3.98	0.34	25.87	0.000
	(2) 需要	305	3.70	0.38		#(1)>(2)(3)(4)
	(3) 些微/不需要	69	3.64	0.37		#(2)>(4)
	(4) 從沒想過	22	3.45	0.32		

第三節 護理人員對靈性照顧的能力及與影響因素的關係

一、 護理人員對靈性照顧能力

根據表 4-3-1 (1)：護理人員對自己靈性照顧能力的評值 (5-2) 之總平均 (1-23 題) 為 3.0，其中評估、計劃能力，從 1-12 題 (除第 5 題外) 平均值為：3.17，介於中間傾向有能力；執行能力從 13-23 題 (加上第 5 題) 之平均值為 2.84，介於中間與無能力。在靈性照顧能力之自我評值之自認有能力率，評估、計劃方面平均為 35.61%，執行措施方面平均為 22.18%，有能力率的總平均為 28.60%，顯示護理人員靈性照顧能力偏低。其有能力率達百分之四十以上有：依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介 (47.5%)；體會同感病患受苦的感受 (49.6%)。只有：從各種護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷 (54.4%)，從各從生理、心理的徵候，區辨死亡的過程 (43.8%)。除以上照顧主題外，其餘均在百分之四十以下。分析前三項皆屬於護理照顧的基本「態度」，而第四項則顯示在生理、心理層次，臨床上較易從所顯現的徵象來辨別或習得相關的知識。

能力統計偏低的部份計有：從「敏銳的覺察病人的靈性需求」有能力率為 15.2%；將靈性融入常規護理活動中有 18.3%；覺察瀕死病人靈性的開顯過程有 18.6%；促發病患思考他生命與受苦的意義有 20.4%；協助病患完成他對自己的心願有 19.9%；協助病患完成他對他人貢獻的心願有 19.9%；協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突有 20.5%；協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧有 16.5%；協助病患創造與體會美感經驗，如：美術、音樂...等有 18.3%。而運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求的有能力率為 22.8%。以上所有照顧主題內容，皆為靈性照顧的專業措施。顯然護理人員普遍嚴重缺乏評估病人靈性需求及靈性的照顧能力。靈性照顧固然是醫療團隊的共同責任，而護理人員的專業特質，縱然將病人的靈性轉介他人，思考病人靈性需求仍是護理人員的責任 (Byrne, 2002)。所以加強護理人員靈性護理之評估、計劃與執行能力是必要且刻不容緩的事。

表 4-3-1 (1)、護理人員對靈性照顧能力之自我評值 N=532

(題號) 實際靈性照顧項目	N	Mean	SD	有能力率
(1) 敏銳覺察病人靈性需求	466	2.74	0.82	15.2%
(2) 尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	457	3.15	0.92	33.9%
(3) 依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	469	3.42	0.94	47.5%
(4) 運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	466	3.01	0.90	28.1%
(5) 將靈性照顧融入常規護理措施中	442	2.72	0.89	18.3%
(6) 從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	502	3.56	0.85	54.4%
(7) 傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	484	3.29	0.93	39.7%
(8) 從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	489	3.34	0.89	43.8%
(9) 覺察瀕死病人靈性的開顯過程	415	2.78	0.93	18.6%
(10) 覺察瀕死病人的情緒內涵	455	2.96	0.94	26.6%
(11) 協助病患體會、領受他人的愛與關懷	486	3.17	0.88	34.4%
(12) 體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	498	3.47	0.82	49.6%
(13) 促發病患思考他生命與受苦的意義	456	2.82	0.94	20.4%
(14) 協助病患建立正向的人生觀及價值體系	469	3.02	0.91	27.9%
(15) 促發患者尋求希望與內在力量的來源	458	2.88	0.91	22.3%
(16) 促發病患珍視存在的可貴與把握當下	471	3.08	0.94	32.5%
(17) 協助病患完成他對自己的心願	428	2.78	0.95	19.9%
(18) 協助病患完成他對他人貢獻的心願	412	2.75	0.96	19.9%
(19) 協助病患尋求對宗教的信仰與支持	450	2.94	0.93	26.9%
(20) 協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突	419	2.76	0.93	20.5%
(21) 協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧	401	2.68	0.93	16.5%
(22) 協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	404	2.74	0.94	18.3%
(23) 運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	421	2.93	0.93	22.8%

Mean 之平均值 (1-23 題) : 3.0 ; 1-12 題 (除第 5 題外) : 3.17 ; 13-23 (加上第 5 題) : 2.84

有能力率之總平均值 (1-23 題) : 28.60% ; 1-12 題 (除第 5 題外) : 35.61% ;

13-23 (加上第 5 題) : 22.18%

根據表 4-3-1 (2)：護理人員對靈性照顧之經驗之統計，顯示：在沒有靈性照顧經驗項目中，人數超過 100 位以上的項目為：覺察病人靈性的開顯過程 (113 位)；協助病人完成他對他人的貢獻的心願 (115 位)；協助病患消解宗教對自身、他人、神以及大的和好與和諧 (126 位)；協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂。以上之靈性照顧項目，皆需要有這方面靈性照顧的專業素養與訓練者，如宗教師、藝術治療師...等，也顯示在這方面之靈性照顧專業人才的需求是非常殷切的。

有 106 位護理人員，在運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求的，表示沒有經驗。可見受訪之護理人員雖然皆從事住院病人之照顧，卻沒有轉介病人靈性照顧之經驗，到底是護理人員自己認為已經完成了這些靈性照顧內容；或是失於評估，根本忽略了病人的靈性需求，更遑論靈性照顧資源之轉介，實有須進一步的檢討。「從各種護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷」是靈性照顧項目之一，則 94.4% (502/528) 有此經驗，而表示此項有能力的為 54.4%。有此可知，此項既為護理照顧專業的基本態度，護理人員普遍也有此經驗機會，但其照顧能力之普遍性是不足、需要加強的。

表 4-3-1 (2)、護理人員對實際靈性照顧之經驗統計 N=532

(題號) 實際靈性照顧項目	有照顧經驗	無照顧經驗	遺漏未填
(1) 敏銳覺察病人靈性需求	466 (87.6%)	62 (11.7%)	4 (0.8%)
(2) 尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	457 (85.9%)	69 (13.0%)	6 (1.1%)
(3) 依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	469 (88.2%)	55 (10.3%)	8 (1.5%)
(4) 運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	466 (87.6%)	60 (11.3%)	6 (1.1%)
(5) 將靈性照顧融入常規護理措施中	442 (83.1%)	82 (15.4%)	8 (1.5%)
(6) 從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	502 (94.4%)	26 (4.9%)	4 (0.8%)
(7) 傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	484 (91.0%)	44 (8.3%)	4 (0.8%)
(8) 從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	489 (91.9%)	39 (7.3%)	4 (0.8%)
(9) 覺察瀕死病人靈性的開顯過程	415 (78.0%)	113 (21.2%)	4 (0.8%)
(10) 覺察瀕死病人的情緒內涵	455 (85.5%)	72 (13.5%)	5 (0.9%)
(11) 協助病患體會、領受他人的愛與關懷	486 (91.4%)	41 (7.7%)	5 (0.9%)
(12) 體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	498 (93.6%)	29 (5.5%)	5 (0.9%)
(13) 促發病患思考他生命與受苦的意義	456 (85.7%)	72 (13.5%)	4 (0.8%)
(14) 協助病患建立正向的人生觀及價值體系	469 (88.2%)	58 (10.9%)	5 (0.9%)
(15) 促發患者尋求希望與內在力量的來源	458 (86.1%)	70 (13.2%)	4 (0.8%)
(16) 促發病患珍視存在的可貴與把握當下	471 (88.5%)	57 (10.7%)	4 (0.8%)
(17) 協助病患完成他對自己的心願	428 (80.5%)	98 (18.4%)	6 (1.1%)
(18) 協助病患完成他對他人貢獻的心願	412 (77.4%)	115 (21.6%)	5 (0.9%)
(19) 協助病患尋求對宗教的信仰與支持	450 (84.6%)	78 (14.7%)	4 (0.8%)
(20) 協助病患消解宗教、文化與醫護措施間的衝突	419 (78.8%)	109 (20.5%)	4 (0.8%)
(21) 協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的和好與和諧	401 (75.4%)	126 (23.7%)	5 (0.9%)
(22) 協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	404 (75.9%)	124 (23.3%)	4 (0.8%)
(23) 運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	421 (79.1%)	106 (19.9%)	5 (0.9%)

二、護理人員對自己靈性照顧能力的評值的影響因素之比較：

根據：表 4-3-2 (1)：靈性照顧能力的評值與影響因素比較，發現：靈性照顧能力與學歷、宗教信仰類別、護理工作年資、失落經驗、曾經照顧過臨終患者與否等無顯著差異。而有顯著差異的因素，包括：年齡（年齡 > 40 歲最高為 3.26，隨年齡下降而遞減，20-24 歲為 2.88）；宗教活動頻率（隨參加宗教活動頻率之次數而遞增，經常參加者顯著大於其他群組）；宗教篤信度（宗教對人產生內在影響者，均大於外在影響者）；自我靈性覺察（對自己覺察深者高於其他群組）；是否參加靈性照顧相關課程（有參加者：3.14 高於未參加者：2.92）；服務科別（腫瘤科最高，高於其他科別）、臨床上是否主動提供病人靈性照顧（主動提供者：3.16，高於未提供者：2.79）；提供病人靈性照顧的頻率，經常提供照顧者顯著高於偶而提供者；所提供靈性照顧是否滿足病人需求（滿足病人需求者：3.17，高於未滿足病人需求：2.88）；以及對自己靈性成長之需求程度（隨需要程度而遞增，成長需求非常需要者：3.17 高於其他群組）。

根據以上統計資料分析，比較護理人員的服務科別發現與靈性照顧的態度無顯著差異，而在腫瘤科服務者較高能力並有顯著差異，顯示腫瘤科護理人員在臨床上，較多機會觸及這一照顧內容並從臨床實務中獲取經驗與能力，或是參加較多的教育訓練所致，須進一步分析。但不可否認臨床靈性照顧經驗對增進靈性照顧能力是有幫助的。

綜合以上分析，描繪出一位朝向具有高靈性照顧能力之護理人員的形象：有高度的學習動機，常參加靈性照顧相關課程，從中得到學習。常常主動評估病人靈性需求，並提供照顧滿足了病人的需求。與個人之宗教信仰類別無關，常常參加宗教活動，讓宗教對她產生了內在影響，對自己有深度的覺察，如此隨著年齡的增長，自然成爲一位有能力的靈性照顧者。

表 4-3-2 (1)、護理人員對靈性照顧能力的自我評值與影響因素比較

變項	項目	Total 靈性照顧自評能力				
		N	Mean	SD	F值或T值	P值
個人基本屬性						
年齡層	(1) 20-24歲	38	2.88	0.46	2.76	.027*
	(2) 25-29歲	169	2.91	0.64		
	(3) 30-34歲	155	3.05	0.70		
	(4) 35-40歲	82	3.05	0.67		
	(5) >40歲	33	3.26	0.68		
最高教育學歷	(1) 專科畢	268	2.98	0.66	-0.71	.479
	(2) 大學畢	200	3.02	0.65		
宗教信仰	(1) 無	91	2.95	0.75	2.18	.089
	(2) 民間信仰	221	2.95	0.61		
	(3) 佛教	109	3.13	0.66		
	(4) 基督天主	34	3.06	0.67		
宗教活動	(1) 從未參加	157	2.92	0.66	3.54	.007**
	(2) 偶而參加	246	2.99	0.61		
	(3) 每月至少1次	33	3.12	0.71		
	(4) 經常參加	22	3.46	0.68		
	(5) 其他	19	3.03	0.91		
目前信仰情況					3.61	.003**
	(1)生活合乎道德	205	2.95	0.66		#(1)(3)<(6)
	(2)生活中還有更重要的事	67	2.99	0.67		
	(3)不會讓宗教影響我所有的事	120	2.96	0.63		
	(4)嘗試讓宗教存在生活各情境中	49	3.05	0.62		
	(5)常可感到「神、超越」的存在	6	3.50	0.80		
	(6)宗教信仰是人生的基石	25	3.46	0.66		
靈性察覺	(1) 毫無覺察	37	2.51	0.57	21.04	.000***
	(2) 略微覺察	212	2.88	0.60		
	(3) 有所覺察	197	3.14	0.62		
	(4) 深度覺察	31	3.51	0.83		
參加靈性照顧 相關課程	(1) 是	166	3.14	0.65	3.450	.001**
	(2) 否	308	2.92	0.65		
臨終關懷	(1) 無	59	3.08	0.67	-0.82	.414
	(2) 有	107	3.17	0.63		
死亡教育	(1) 無	110	3.15	0.66	0.32	.748
	(2) 有	56	3.12	0.62		
靈性照顧	(1) 無	121	3.10	0.63	-1.26	.211
	(2) 有	45	3.24	0.68		
其他相關	(1) 無	134	3.12	0.66	-0.65	.514
	(2) 有	32	3.21	0.60		
參加課程對靈 性照顧的提昇 信仰	(1) 略微/無幫助	21	2.71	0.48	8.89	.000***
	(2) 有所幫助	85	3.09	0.61		
	(3) 很有幫助	43	3.37	0.64		

護理臨床年資	(1) <1年	11	2.93	0.65	1.87	.098
	(2) 1-2年	36	2.87	0.50		
	(3) 3-5年	88	2.95	0.65		
	(4) 6-10年	187	2.98	0.67		
	(5) 11-20年	122	3.03	0.65		
	(6) >20年	31	3.31	0.72		
本院臨床年資	(1) <1年	21	2.84	0.61	1.89	.095
	(2) 1-2年	85	3.01	0.69		
	(3) 3-5年	121	2.96	0.57		
	(4) 6-10年	145	2.96	0.67		
	(5) 11-20年	96	3.11	0.72		
	(6) >20年	7	3.53	0.43		
目前服務科別	(1) 內科	99	2.90	0.60	2.90	.014*
	(2) 外科	95	2.88	0.64		
	(3) 婦兒科	76	3.16	0.62		
	(4) 腫瘤科	9	3.41	0.57		
	(5) 加護單位	129	3.01	0.70		
	(6) 其他	67	3.07	0.68		
個人經驗						
過去一年之內 經歷過親人的 死亡	(1) 否	318	2.99	0.66	-0.76	.450
	(2) 是	156	3.04	0.66		
過去一年之內 經歷重大創傷 或失落	(1) 否	407	2.98	0.64	-1.19	.236
	(2) 是	67	3.09	0.77		
過去一年有重 大經歷	(1) 否	282	2.97	0.64	-1.24	.216
	(2) 是	189	3.05	0.69		
是否曾經照顧 過臨終患者	(1) 否	27	2.88	0.70	-1.01	.312
	(2) 是	450	3.01	0.65		
臨床上會主動 提供病人靈性 照顧？	(1) 否	202	2.79	0.59	-6.41	.000***
	(2) 是	272	3.16	0.66		
臨床上，您自 認提供病人靈 性照顧的頻率	(1) 從未	55	2.77	0.65	17.71	.000*** #(1)(2)<(3)(4)(5) #(3)<(4)
	(2) 極少	227	2.87	0.59		
	(3) 偶而	140	3.09	0.59		
	(4) 常常	39	3.65	0.80		
	(5) 頻繁	13	3.44	0.67		
所提供靈性照 顧內容滿足病 人需求？	(1) 否	280	2.88	0.60	-4.56	.000***
	(2) 是	190	3.17	0.71		

三、護理人員對靈性照顧態度與靈性照顧能力之相關分析：

由表 4-3-3 (1) 得知：護理人員對靈性照顧態度與靈性照顧能力自我評估呈顯著正相關 ($r=.232, p<.001$)。靈性的態度內容，包括：對靈性意涵的認知、對靈性照顧實務的看法、對靈性照顧感受。若將主觀的感受，不列入比較， $r=.178, p<.001$ 。在認知與看法得分越高，則表示受訪者對靈性意涵及相關靈性照顧知識行為愈正確。靈性照顧能力，包含：對靈性照顧的評估、計劃、執行能力的自我評估，得分愈高則表示愈有能力。所以提昇護理人員對靈性內涵的認知，靈性照顧相關知識、行為，對提昇護理人員的靈性照顧能力是有正相關的。根據表 4-3-3 (2) 發現態度與能力顯著差異主題的分析，發現：除了協助病人完成自己的心願、完成對他人貢獻、消解宗教文化與醫療措施之間的衝突、協助對臨終病人對自己他人神以及大地的合好與和諧、協助病人創造與體會美感經驗是無顯著相關，其餘主題皆有顯著相關。分析以上主題內容皆為需要靈性照顧專業人才及運用資源才可實現的，以目前的照顧環境，大概只有在安寧病房才有如此豐厚的資源與人力去執行。而研究對象機構目前尚無專屬照顧之安寧病房，所以在受訪護理人員中，顯示不出靈性照顧態度與靈性照顧能力的相關性。而其他顯示出具有相關性主題之內容，除了提示我們一個有能力的護理靈性照顧護理人員，必須注意以上之照顧要領。也可提供研擬護理人員靈性護理教育課程設計內容的依據。

表 4-3-3 (1)、護理人員對靈性態度與靈性照顧能力的相關分析 (r 值)

靈性態度	靈性照顧能力		
	(I)計劃評估層面	(II)執行層面	整體
(I). 意涵認知層面	.241***	.128**	.190***
(II) 評估計劃層面	.039	-.126**	-.050
(III) 執行層面	.361***	.300***	.349***
(IV) 感受層面	.253***	.262***	.276***
(II,III)護理實務看法	.210***	.044	.130**
(I,II,III)客觀看法	.262***	.085	.178***
整體靈性態度	.305***	.142**	.232***

* : $p<.05$ ** : $p<.01$ *** : $p<.001$

表 4-3-3 (2)、護理人員對靈性態度與實際照顧能力自評之相關 (r 值) N=532

靈性照顧能力的自我評		對「靈性」及「靈性照顧」之態度				
		I.意涵	II.評估計劃	III.執行	IV.感受	整體
計 劃 評 估	1.我敏 覺察病人靈性需求	0.1231**	-0.0264	0.3109***	0.2423***	0.1984** *
	2.我尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	0.2021***	-0.0485	0.3324***	0.1491**	0.2002** *
	3.我依照病人個別的信念價 值，避免強加宗教的 推介	0.2236***	0.0905	0.2882***	0.1567***	0.2798** *
	4.我運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	0.1514**	0.0071	0.2988***	0.2146***	0.2182** *
	6.我從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與 關懷	0.2418***	0.1435**	0.2926***	0.1911***	0.3278** *
	7.我傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	0.2049***	0.0448	0.2985***	0.2321***	0.2662** *
	8.我從生理、心理的 候，區辨死亡的進展過程	0.2509***	0.0960	0.2363***	0.1938***	0.2821** *
	9.我覺察瀕死病人靈性的開顯過程	0.1474**	-0.1026*	0.2890***	0.2063***	0.1428**
	10.我覺察瀕死病人的情緒 涵	0.1499**	-0.0361	0.2777***	0.1760***	0.1750** *
	11.我協助病患體會、領受他人的愛與關懷	0.1256**	-0.0116	0.2485***	0.2194***	0.1806** *
	12.我體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	0.2317***	0.1014*	0.2543***	0.1726***	0.2803** *
	執 行	5.我將靈性照顧融入常規護理措施中	0.0740	-0.0938*	0.3359***	0.2368**
13.我促發病患思考他生命與受苦的意義		0.1055*	-0.1072*	0.2448***	0.2408***	0.1195*
14.我協助病患建立正向的人生觀及價 值體系		0.1304**	-0.0660	0.2781***	0.2564***	0.1710** *
15.我促發患者尋求希望與 在力量的來源		0.0896	-0.0826	0.2427***	0.2353***	0.1268**
16.我促發病患珍視存在的可貴與把握當下		0.1448**	-0.0345	0.2673***	0.2179***	0.1808** *
17.我協助病患完成他對自己的心願		0.1103*	-0.1240*	0.2228***	0.1853***	0.0915
18.我協助病患完成他對他人貢獻的心願		0.0901	-0.1628***	0.2111***	0.1671***	0.0521
19.我協助病患尋求對宗教的信仰與支持		0.1494**	-0.0769	0.2729***	0.2253***	0.1611** *
20.我協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的 衝突		0.1307**	-0.1337***	0.2149***	0.1735***	0.0867
21.我協助臨終病人對自身、他人、神以及大地的 和好與和諧		0.1158*	-0.1978***	0.2128***	0.1956***	0.0472
22.我協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、 音樂		0.0754	-0.1155*	0.2324***	0.1530**	0.0788
23.我運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	0.0910	-0.0272	0.2221***	0.1257**	0.1269**	

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001

第四節 護理人員對靈性護理教育需求及影響因素之比較

一、靈性護理教育需求

根據表 4-4-1 (1)：護理人員對自己的靈性成長需求，認為非常需要的有 132 位 (24.8%)，需要的有 305 位 (57.3%)，些微需要的有 66 位，佔 12.4%，所以共佔 93.5% 認為需要，認為完全不需要的只有 3 位 (0.6%)。而有 272 (52%) 位護理人員登記參加「靈性護理讀書會」，可見護理人員對靈性護理成長需求之踴躍。

靈性成長是一個人能漸漸了解生命的目的、價值、意義的過程 (高美玲, 2000)。靈性成長需要環境與時間及促成因素來共同激盪而達成。對於自己在「靈性照顧」上需要的成長與準備，以對靈性意涵的瞭解佔第一位，依次是對靈性照顧的內容，靈性照顧的臨床運用，對靈性自我覺察與成長。對「靈性照顧教育」，必須包含的課程：以對靈性意涵的瞭解佔第一位，依次是對靈性照顧的內容，靈性照顧的臨床運用，對靈性自我覺察與成長，這與文獻上所述是一致的 (Narayanasamy, 1999)。而期盼的研習方式，從：專題演講，臨床案例討論，影片欣賞討論與專書閱讀分享等依序排列。

而靈性照顧的課程因所參加的護理人員，將近百分之九十認為是有幫助的，所以在靈性的態度上也見顯著的差異。前者運用於教育課程的設計上，必須加強如何導引有宗教信仰的護理人員善用對宗教的歷程領悟，廣泛的運用在臨床靈性的照顧上而不固著於其個人之宗教類別或知見上；宗教是固然提供靈性覺察徑路，但並非唯一的路，從傳統文化與信念的深入反省，才更能契入今日社會多元文化下人們的心靈。所以在教育的課程中如何協助、導引護理人員進入靈性的自我覺察。

表 4-4-1 (1)、護理人員對自己靈性成長的需求 N=528

變項 / 細項	N	(%)			
21. 對自己靈性成長需求					
(1).從沒想過	22	(4.1)			
(2).完全不需要	3	(0.6)			
(3).些微需要	66	(12.4)			
(4).需要	305	(57.3)			
(5).非常需要	132	(24.8)			
遺漏值	4	(0.8)			
需求 / 項目	排序一	排序二	排序三	排序四	排序得分
22. 認為自己在『靈性照顧』上，需要哪些成長與準備？					
(1).對靈性意涵的了解	252	55	42	37	1294
(2).對「靈性照顧」內容的了解	100	239	72	19	1280
(3).對「靈性照顧」的臨床運用	96	90	189	100	1132
(4).對靈性自我覺知與成長	70	96	91	179	929
23. 「靈性照顧教育」必須包涵哪些課程？					
(1).對靈性意涵的了解	304	69	41	34	1539
(2).對「靈性照顧」內容的了解	83	308	72	17	1417
(3).對「靈性照顧」的臨床運用	78	68	262	100	1140
(4).對靈性自我覺知與成長	60	56	79	258	824
24. 參加「靈性照顧」研習，您期盼的研習方式					
(1).專題演講	272	57	58	41	1416
(2).專書閱讀分享	33	98	65	100	656
(3).影片欣賞討論	121	148	117	25	1187
(4).臨床案例討論	93	170	114	89	1199
25. 登記參加靈性護理讀書會				總計	272
					(52%)

二、護理人員對自己靈性成長需求影響因素之比較

根據表 4-4-2 (1) 發現：護理人員對自己靈性成長的需求在：宗教信仰類別、參加宗教活動的頻率、宗教對信仰者的影響、自我靈性覺察、參加靈性照顧相關課程、認為課程對靈性照顧能力的提昇、是否主動提供病患靈性照顧及其照顧頻率上等，有顯著差異。在年齡、教育程度、護理年資、科別、失落經驗、是否照顧過臨終病患及滿足其需求無顯著差異。再根據表 4-4-5 (1)，將所有顯著差異變項以回歸分析結果發現，對靈性成長需求相關，其排序：第一位是對自己靈性的覺察度，其次是參加靈性護理相關課程，宗教活動頻次，接著為提供病人靈性照顧的頻次。由此顯示：對自己靈性的覺察越深，越體會到靈性的成長需要的殷切，而參加教育課程與提供病人的照顧越體會到靈性的存在與成長需要。在此靈性護理教育無異提供進入靈性成長一道門，更見其在臨床護理在職教育的重要與務實性。

從分析差異中發現：沒有宗教信仰者；從未參加宗教活動者；認為信仰上對個人是信什麼不重要，只要生活合乎道德者；對自己靈性毫無覺察者；沒有參加靈性照顧相關課程或認為課程毫無幫助者；沒有創傷經驗者；不會主動提供靈性照顧及從未提供靈性照顧者等，其靈性成長需求均列居該組之末。因為她們在生活上或生命的經驗中尚未主動或沒有機會接觸、接收靈性的啟發與引領，相對的對靈性陌生與忽略，更遑論靈性成長需求的追尋，但並不是表示靈性就不存在。因為 Maslow (1976) 說：靈性自我認同、內在核心及圓滿人生的一部份。 Gerard (1964) 而每一個人對靈性的渴望和性驅力及攻擊力一樣的基本而且重要，而靈性也是可以培養的；所有的生命都要尋求出口，對靈性成長的渴盼是人性基本的需求，而同組其他受訪者因為在生活或生命中「靈性」已經有所引領與啟發，更體會到靈性成長需求之殷切企盼。

表 4-4-2(2)、護理人員對自己靈性成長需求之影響因素比較(基本資料) N=532

變項	項目	對自己靈性成長需求				
		N	Mean	SD	F值或T值	p值
個人基本屬性						
年齡層	(1) 20-24歲	47	2.89	0.91	0.78	.536
	(2) 25-29歲	186	2.96	0.88		
	(3) 30-34歲	170	2.96	0.86		
	(4) 35-40歲	89	3.09	0.87		
	(5) >40歲	36	3.14	0.96		
最高教育學歷	(1) 專科畢	301	2.94	0.94	1.33	.185
	(2) 大學畢	218	3.04	0.79		
宗教信仰	(1) 無	97	2.85	0.97	4.58	.004**
	(2) 民間信仰	259	2.91	0.89		
	(3) 佛教	113	3.11	0.79		
	(4) 基督天主	37	3.38	0.79		
宗教活動	(1) 從未參加	178	2.83	0.98	6.08	.000***
	(2) 偶而參加	265	3.00	0.80		
	(3) 每月至少1次	40	3.33	0.62		
	(4) 經常參加	23	3.61	0.58		
	(5) 其他	22	2.95	1.17		
目前信仰情況					4.26	.001**
	(1)生活合乎道德	236	2.86	0.98		#(1)<(6)
	(2)生活中還有更重要的事	70	3.04	0.89		
	(3)不會讓宗教影響我所有的事	134	3.01	0.76		
	(4)嘗試讓宗教存在生活各情境中	49	3.16	0.55		
	(5)常可感到「神、超越」的存在	6	3.67	0.52		
	(6)宗教信仰是人生的基石	28	3.50	0.51		
靈性察覺	(1) 毫無覺察	48	2.15	1.32	27.02	.000***
	(2) 略微覺察	240	2.91	0.82		
	(3) 有所覺察	208	3.19	0.70		
	(4) 深度覺察	31	3.58	0.56		
參加靈性照顧 相關課程	(1) 是	178	3.28	0.67	-5.68	.000***
	(2) 否	346	2.83	0.94		
臨終關懷	(1) 無	62	3.21	0.75	1.03	.303
	(2) 有	116	3.32	0.63		
死亡教育	(1) 無	120	3.27	0.60	0.37	.713
	(2) 有	58	3.31	0.80		
靈性照顧	(1) 無	131	3.24	0.68	1.22	.226
	(2) 有	47	3.38	0.64		
其他相關	(1) 無	145	3.28	0.65	0.19	.852
	(2) 有	33	3.30	0.77		
參加課程對靈 性照顧的提昇	(1) 略微/無幫助	24	3.00	0.93	6.24	.002**
	(2) 有所幫助	89	3.24	0.58		

信仰	(3) 很有幫助	46	3.54	0.59		
護理臨床年資	(1) <1年	16	3.19	0.54	1.10	.360
	(2) 1-2年	38	3.05	0.90		
	(3) 3-5年	100	2.83	0.85		
	(4) 6-10年	205	2.97	0.87		
	(5) 11-20年	133	3.05	0.95		
	(6) >20年	33	3.09	0.80		
本院臨床年資	(1) <1年	28	3.14	0.59	2.71	.020*
	(2) 1-2年	96	3.09	0.71		
	(3) 3-5年	132	2.75	1.03		
	(4) 6-10年	157	3.04	0.83		
	(5) 11-20年	106	3.07	0.93		
	(6) >20年	7	3.00	0.82		
目前服務科別	(1) 內科	111	2.91	0.86	1.63	.150
	(2) 外科	106	3.07	0.71		
	(3) 婦兒科	83	3.07	0.89		
	(4) 腫瘤科	9	3.44	0.53		
	(5) 加護單位	143	2.87	1.06		
	(6) 其他	74	3.08	0.74		
個人經驗						
過去一年之內 經歷過親人的 死亡	(1) 否	352	2.97	0.93	0.84	.402
	(2) 是	173	3.03	0.78		
過去一年之內 經歷重大創傷 或失落	(1) 否	449	2.95	0.90	2.38	.018*
	(2) 是	76	3.21	0.70		
過去一年有重 大經歷	(1) 否	311	2.94	0.95	1.66	.098
	(2) 是	211	3.07	0.77		
是否曾經照顧 過臨終患者	(1) 否	36	3.06	0.83	-0.47	.637
	(2) 是	492	2.98	0.88		
臨床上會主動 提供病人靈性 照顧？	(1) 否	242	2.80	1.02	4.55	.000***
	(2) 是	283	3.15	0.70		
臨床上，您自 認提供病人靈 性照顧的頻率	(1) 從未	75	2.52	1.14	10.06	.000***
	(2) 極少	250	2.94	0.89		#(1)<(2)(3)(4)(5)
	(3) 偶而	148	3.20	0.58		
	(4) 常常	39	3.26	0.82		
	(5) 頻繁	13	3.46	0.78		
所提供靈性照 顧內容滿足病 人需求？	(1) 否	319	2.95	0.91	1.29	.199
	(2) 是	197	3.06	0.84		

三、護理人員對靈性成長需求與靈性護理照顧態度之比較

根據表 4-4-3 (1) 發現：護理人員靈性成長需求與靈性照顧態度之比較。受訪者對於靈性照顧態度越正向(5-1)者，其靈性成長之需求越覺需要。分別從認為非常需要(靈性態度 3.91) 逐次下降，至「從沒有想過」要有靈性成長需求的 3.24 (3.91—>3.63—>3.55—>3.91)，並有顯著差異。可見護理人員對靈性照顧得分越高者，對靈性成長需求也越高。

表 4-4-3 (1)、護理人員對自己靈性成長需求與靈性態度之比較 N=532

變項	項目	N	態度	SD	F值	p值
對自己靈性成長需求	(1) 從沒想過	22	3.24	0.30	27.74	.000*** #(1)<(2)(3)<(4)
	(2) 些微/不需要	69	3.55	0.38		
	(3) 需要	305	3.63	0.41		
	(4) 非常需要	132	3.91	0.39		

四、護理人員對自己靈性成長需求與靈性照顧能力自評之比較

根據 4-4-4 (1)，靈性照顧能力自評 (2-5) 越高者，其靈性成長需求也表示越需要。從受訪者中表示成長需求「非常需要」，其靈性照顧能力之平均值 3.19，(3.19—>2.97—>2.90—>2.46)。從沒有想過需要靈性成長者，其能力自評為 2.46，並有顯著性差異。綜合以上分析，護理人員靈性照顧能力愈高，就有越強的靈性成長需求。

表 4-4-4(1)、護理人員對自己靈性成長需求與靈性照顧能力自評之比較 N=532

變項	項目	N	能力 Mean		F值	p值
對自己靈性成長需求	(1) 從沒想過	18	2.46	0.71	8.48	.000*** #(1)<(3)(4) #(2)(3)<(4)
	(2) 些微/不需要	56	2.90	0.59		
	(3) 需要	279	2.97	0.60		
	(4) 非常需要	121	3.19	0.74		

表 4-4-5 (1)、護理人員對靈性成長需求的影響相關因素之逐步迴歸統計分析摘要

Model							Collinearity Statistics	
Step	Enter Variable	B	S.E.	Beta	T	Sig.	R ²	VIF
1	對自己靈性覺察度	0.2.87	0.053	0.244	5.395	.000***	0.124	1.217
2	是否參加過與靈性照顧的研習會或課程	0.311	0.077	0.171	4.032	.000***	0.159	1.064
3	宗教活動（參加頻次）	0.133	0.048	0.118	2.765	.000***	0.174	1.083
4	臨床上，您自認提供病人靈性照顧的頻率	0.115	0.042	0.120	2.713	.006**	0.187	1.160
	(Constant)	1.785	0.135		13.202	.007**		
		ANOVA: F=27.724		P= .000***				

計分方式：

- 對自己靈性成長需求： 0=從沒想過 1=完全不需要 2=些微需要 3=需要 4=非常需要
- 對自己靈性察覺度： 1=毫無覺察 2=略無覺察 3=有所覺察 4=深度覺察
- 是否參加過與靈性照顧的研習會或課程： 1=是 0=否
- 宗教活動： 1=從未參加 2=偶而參加 3=每月至少1次 4=經常參加（選“其他”不予計算）
- 自認提供病人靈性照顧頻率： 0=從未 1=極少 2=偶而 3=常常 4=經常 5=頻繁

摘述統計分析結果：

一、護理人員的背景資料顯示：受訪者的宗教的篤信度、靈性覺察分別與其靈性照顧態度、靈性照顧能力、靈性成長需求有正相關。

二、護理人員對靈性態度（1-20題）的總平均值（5-1）為 3.67；就靈性意涵之認知（1-5題）為 4.25；而在靈性照顧行為看法（6-17題）為 3.67；感受（情意）為 2.74。其影響因素在學歷、靈性覺察、參加靈性照顧課程、護理年資、本院年資、是否主動提供靈性照顧、及所提供照顧的頻率、靈性成長需求有顯著差異。而在

年齡、宗教篤信度、宗教類別、宗教活動頻率、科別、失落與喪親經驗、照顧過臨終患者與否、提供照顧是否滿足病患需求無顯著差異。

三、護理人員對自己靈性照顧能力的評值（5-2）之總平均（1-23 題）為 3.0，其中評估、計劃能力，從 1-12 題（除第 5 題外）平均值為：3.17，介於中間傾向有能力；執行能力從 13-23 題（加上第 5 題）之平均值為 2.84，介於中間與無能力。在靈性照顧能力之自我評值之自認有能力率，評估、計劃方面平均為 35.6%，執行措施方面平均為 22.18%，有能力率的總平均為 28.60%。在影響因素的分析上，與年齡、宗教活動頻率、宗教篤信度、靈性覺察、參加靈性照顧課程、服務科別、是否主動提供靈性照顧、提供照顧是否滿足病患需求、靈性成長需求等有顯著差異。而與學歷、宗教類別、護理年資、本院年資、失落與喪親經驗、照顧過臨終患者與否等因素上顯著差異。而護理人員靈性照顧態度與其靈性照顧能力呈現正相關。

四、護理人員之靈性教育成長需求，93.5% 受訪者認為有需要。與宗教信仰類別、參加宗教活動的頻率、宗教對信仰者的影響、自我靈性覺察、參加靈性照顧相關課程、認為課程對靈性照顧能力的提昇、失落經驗、是否主動提供病患靈性照顧及其照顧頻率上等，有顯著差異；並分別與靈性照顧態度、靈性照顧能力的比較呈現顯著差異。在年齡、教育程度、護理年資科別、是否照顧過臨終病患及滿足其需求上則無顯著差異。其靈性照顧教育內容包括：靈性意涵的瞭解佔，對靈性照顧的內容，靈性照顧的臨床運用，對靈性自我覺察與成長。期盼的研習方式，從：專題演講，臨床案例討論，影片欣賞討論與專書閱讀分享等依序排列。

第五章、結論與建議

第一節 結論

一、從基本背景資料分析上：提昇護理人員的靈性覺察與信仰的內化對靈性護理教育是重要而意義的。

本研究以中部某醫學中心 542 位臨床護理人員為對象。發現受訪者的宗教的篤信度、靈性覺察兩者之間，且分別與其靈性照顧態度、靈性照顧能力、靈性成長需求有正相關，而宗教的類別與宗教活動頻率則無顯著影響。研究也發現：護理人員並沒有將宗教視為個靈性的先決條件。而宗教對大部份護理人員仍然是外在的影響，受訪者仍有自己的信念與價值，包括傳統的文化與哲學理念的影響。當「宗教影響內在」，在本研究的意義是指信仰的內化，靈性的覺察深入。大部份人對自己靈性有所覺察，只是未達深度覺察而已，因為越是靈性滿足的護理人員越有動機給於病人靈性照顧。而靈性護理教育不可或缺也是最基本的就是引領護理人員靈性覺察的深入與信仰的內化。

二、從靈性照顧態度上：護理人員靈性照顧態度雖傾向正向，但臨床缺乏落實性，必須引領對「靈性」、「靈性護理」概念的了解與實踐。

超過一半以上的護理人員並不認為：護理人員會將靈性照顧放在每日的護理活動中；護理人員應具備靈性照顧能力；應將靈性照顧列入護理計劃；以及應將靈性照顧實踐自然的融入常規的護理活動之中。又因為護理人員對於靈性照顧觀念過於狹隘，認為靈性照顧是一項技術，必須遵照固定步驟執行。同時有七成受訪者，認為靈性照顧措施只能由宗教人士來執行，所有靈性照顧措施都必須藉助特殊儀式來完成。這些都是護理人員的迷思，必須跳脫此靈性照顧的狹隘看法，充實對靈性內涵的體認，才可能更有信心面對病人的靈性照顧問題。

在靈性照顧相關的課程常被提到的靈性意涵：道德價值與信念；與自己、他人、自然之間關係的聯結，存有與生命遭遇的意義，希望（盼望），愛等，較易為護理人員所認同。而對形而上或抽象特質者，如「美感經驗」、「終極真實」、「對上帝與超越界信仰」，則較陌生與難把握。故必須藉由合宜的教育課程設計與合臨床之實務，指導護理人員進入靈性護理的殿堂。

三、在靈性照顧能力上：護理人員對自己靈性照顧能力普遍缺乏信心與能力。提昇臨床護理人員之靈性照顧之教育，應緊扣護理實務來著手。

在 100 受訪者中，只有 28 位認為自己對靈性照顧是有能力的，顯然偏低。雖然多數護理人員都表示能從各種護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷，依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介。這是護理的基本精神，但病患是否感受到關懷，或是護理人員對所有病患皆如此？因為從研究中也發現：覺察病患的靈性需求及將靈性護理融入常規護理中，不及五分之一。因為覺察病人的靈性是靈性護理的鑰匙，而靈性護理就應該是在常規的護理活動中展現。因此也才有能力、信心運用資源及轉介，契合病人的靈性需求。從護理人員對自己靈性照顧（評估、計劃與執行）的能力評值與影響因素比較，發現：其靈性照顧能力得分年齡大，學歷高，宗教活動頻率高，佛教徒，宗教產生內在影響，對自己深度覺察，有參加靈性照顧服務於腫瘤科，臨床上主動提供病人靈性照顧，並滿足病人需求，對自己靈性成長之需求高者，以上群組其能力均顯著高於其他群組等並呈現顯著差異。靈性照顧能力自我評值與靈性態度是有顯著正相關。所以提昇護理人員的靈性照顧能力，除了對靈性內涵的認知，靈性照顧實務的正確看法，更是必須落實在臨床的實踐與體悟上。

四、在靈性護理教育與靈性成長上：靈性護理教育與靈性成長是今日護理人員迫切的渴盼與專業要求。而靈性照顧教育是「涵蘊」的歷程而不只是在知識或技巧的傳授。

將近九成五的護理人員表示對自己的靈性成長需求。將所有與靈性成長需求有顯著差異變項，以回歸分析結果發現，對靈性成長需求相關，有四主要變項，其排列依序：對自己靈性的覺察度，參加靈性護理相關課程，宗教活動頻次，提供病人靈性照顧的頻次等。由此顯示：對自己靈性的覺察越深，對靈性的成長越殷切，而參加教育課程與提供病人的照顧越體會到靈性的存在與成長需。而靈性的成長需求又分別在護理人員之靈性照顧態度、靈照顧能力上有顯著差異。所以靈性護理教育無異提供進入靈性成長一道門，引領護理人員深化靈性的自我覺察，更顯示出在臨床護理在職教育的重要性與務實性。其內容包括：靈性意涵，靈性照顧的內容，靈性照顧的臨床運用，對靈性自我覺察與成長。而期盼的研習方式，從：專題演講，臨床案例討論，影片欣賞討論與專書閱讀分享等依序排列。

分析以上的研究結果，及本問卷之設計內容，對臨床護理人員靈性教育實施，提供具體可行的教育實施的方案，從課程設計、教學方法，及學前、中、後之評值參照。

第二節 建議

針對本研究結論，分別從：護理教育、在職教育、臨床護理、護理專業、護理人員、後續研究等六方面，提出以下建議：

一、護理教育：

(一) 將靈性護理列入必修課程：在所有的護理教育學制中，依照學生心智的成熟度及臨床經驗，研擬適當的課程內容及實施方式。例如：專科護生年紀輕、無臨床經驗者，依其瞭解的語言、方式，啟發與導引對護理、靈性、靈性照顧之概念建立與參與的動機，奠定對靈性照顧的基本能力與關注；對護理研究生、或多有臨床經驗者，建議要以學生為中心的參與式教學，以成人自我導向學習方式，由依賴角色朝向獨立學習，將學術的知識與臨床的經驗、實務操作相互融通，以綜合教學以及小組討論方式（10-15 人為組）進行，並建立學前、後評值表，以評值學習成效。此時教師是一位促發者（*facilitator*），建構學習的藍圖、提供資訊、挑戰、傾聽、支持學習者之獨特性、整合概念、拓深學生思考與視野，營造學習環境，讓整個學習團體充滿活力、有效學習氣氛。在課程內容：促發學生靈性自我覺察、澄清信念與價值系統；了解靈性意涵、護理哲學與靈性、靈性照顧等皆是不可或缺的主題，再依需要、特質加上相關課程或活動，靈活實施教學。

(二) 培育靈性護理教育師資：護理學校教育奠定了靈性護理的基礎，所以合宜勝任的師資培訓是必要的。尤其是老師們除了教學技巧、書本知識外，更需要豐厚人文的素養與對病人誠摯的關懷與親切接近的心，由角色模範隨時「薰染」學

生，校方要鼓勵、提供有此特質的老師進修與成長的資訊與機會。

- (三) 加強人文教育，落實護理哲學：在護理學校的課程設計、學習活動中，應讓學生有機會並鼓勵接觸人文的課程或相關的資訊。不論是本身課程主題的安排或提供訊息，鼓勵到其他系所選修並承認其學習評值。其它如：專書閱讀、電影、藝術欣賞...等。打開學生廣闊的視野，避免學生拘囿在錯誤的「狹隘、僵化的護理空間」，學習體會人「存在」的廣袤與意涵，才能夠了解真正的護理是什麼，而轉化為臨床隨機貼切的照顧。

二、在職教育：

- (一) 列入護理人員在職教育必修課程：護理部可安排在每年的固定在職教課程中，或是在 N1、N2 培訓課程中。如此，已經在職的護理人員至少必須接受靈性照顧的相關知識，自然會與臨床案例或曾有的經驗做連結思考。提供機會重新反省，引發興趣與關懷。由文獻及實務中發現：護理人員不是都故意忽略靈性照顧，常因為缺乏相關知識的啟發與遇到情境時，屢屢挫折與無力感，而逐漸失去了信心與敏覺。在職教育的實施正可以提供「精煉 (refine)」的契機與支持。
- (二) 成立讀書會，培育臨床靈性照顧引導員：靈性的照顧學習，必須建基從實際的接觸 (contact) 中體悟，得到有系統、持續性的啟發與指導是需要的。可以集合志同道合 (動機與特質) 以讀書會的方式進行。有規劃的實施，包括：依同參加研習會、專題演講、專書閱讀、影片欣賞、小組討論、心得分享、臨床經驗呈現...等。定期聚會，有專家指導，漸漸深入，使成員能逐步進入自我覺察，因為真正靈性成長是涵蘊的歷程而非一蹴可及的技術傳授。而他們成為臨床種子教師，隨時應機展示與影響其他護理同仁，進而營造護理照顧中有「靈性」的氣氛。

(三) 溝通技巧與表達關懷能力的培養：靈性照顧必涉入人與人心靈的接觸，如何有效溝通、建立信任的關係與給予或促發合宜的希望。所以溝通的技巧與表達關懷是進入的介面，同理心、陪伴、非語言的溝通...都應該列入在職教育之中。

三、臨床護理：

(一) 將靈性護理列入常規護理評估，並建立在電腦護理計劃系統中。提供護理人員評估、計劃、執行的具體指引。也讓護理人員在靈性照顧有「共同了解」的溝通語言。體會如何將靈性照顧融入日常護理活動中，護理人員才更有機會熟能生巧，進而把握靈性照顧的真髓，而護理計劃的提供是學習過程中過渡的方法。

(二) 案例示教，床邊教學：靈性概念，涉及實際靈性照顧就必須從實務案例中著手。它是動的狀態與過程，有能力的指導者即時應機而教，並可持續的觀察與評值、提供感受的分享與支持，是最有效的學習。

四、護理專業：

(一) 定時舉辦靈性護理研習：因為靈性護理其基礎學理，涉及多方領域，尤其是宗教、哲學、文化、深層心理學...等。護理相關專業團體應善運用組織的資源，邀請相關專業人才，做深入淺出的介紹，打開護理人員一條正確、扎實的探索之徑路。再加上護理學者與臨床專家共同參與，讓靈性照顧呈現較完整的風貌，而同時也提供了廣大護理人員的學習與氣氛的營造，事半功倍。

(二) 將靈性護理規劃為各專科護理研習之內容主題之一：靈性護理並非侷限在臨終關懷，不論男女老幼、疾病類別皆可有的。若將此主題皆列入整以照顧的必然內容，則直接提醒、提供所有護理人員瞭解此等患者靈性照顧的特質，進而舉一反三推而廣之。

(三) 整合臨床護理、學校教育、學術研究等領域的專家，拓深靈性護理與有效推展。
例如：教學資源的整合，跨領域靈性相關護理研究的合作，經驗與知識（包括：智慧結晶）的分享。進而建構本土靈性照顧參照模式，讓所有的相關照顧者建立共識與心領神會的溝通語言。

五、護理人員：

- (一) 護理人員自我覺察的訓練：護理人員自己應養成自我反省的習慣，探問自己的價值觀生命的意義，經驗的啓示...等。也可應個人之特質及情境方便，比如：藉由同儕相互支持與討論、書籍的閱讀、正信的宗教，甚至冥想、禪坐...皆可。朝向心性的澄瀟與靈性的提昇。
- (二) 加強自我的人文素養：護理人員理應熟習相關科學之照顧技術與知識，正確的執行外，應該去體會在「針下」的這一個「人」。所以就必須要我們從文化、社會、宗教、藝術...甚至哲學等領域勇敢的伸出觸鬚，包括：學校進修、自我研讀、活動參與...等。以開放的心胸、謙虛的態度、好奇的學習才會有驚喜的領受。
- (三) 加強溝通能力及關懷的表達：溝通的能力，包括溝通技巧的訓練與自我心性的陶養。關懷的表達是如何讓自己隨時都有一科柔軟的心，讓溫柔成爲最直接的語言。「看到」就是敏銳的覺察病人的靈性的樣態，即時的承接與陪伴。留守身旁，是陪伴之一，更重要是讓如何她/他感受到「有所同在」，不孤單不害怕。
- (四) 培養主動提供靈性照顧的信心，身體而力行營造靈性照顧的氣氛，整合照顧團隊與落實靈性照顧的內容：護理人員應對自己的照顧角色適切認知，尊重、關

懷傳遞、靈性需求評估是必然的責任。熟悉可以運用的諮詢與資源，若涉及特殊專業或領域，則以我為轉介或運用資源，如：宗教師、牧師、諮商師、社工或社會資源等，讓各方長才，發揮所用，共同支持病人之靈性需求與提昇精神內涵的成長。

六、對後續研究之建議

- (一) 根據此研究結果之學前評鑑，進行臨床護理人員之靈性護理在職教育之實證研究，含過程與學後評值。
- (二) 以本研究之設計，實施於不同背景之醫療院所的護理人員，比較其結果。
- (三) 以現象學研究，探索護理人員對靈性護理的詮釋及互動者之回應
- (四) 靈性護理與生命品質相關之研究
- (五) 結合護理學校教育，追蹤評值護生與臨床護理人員實施靈性在職教育成效之比較，從質性與量性兩方面著手。

七、研究限制

鑑於本研究設計是以中部某醫學中心為本（有安寧居家護理及照會小組，但尚無安寧病房），研究的目的也是為了建立本院臨床護理人員靈性照顧在職教育之學前評鑑。而所有的受訪者皆以照顧住院之第一線護理人員為對象，不包括：精神科、急診及門診、供應中心之護理人員等。故所得之研究結論與建議中之「臨床護理」部份適用於本院及同質性背景之護理人員參考。

參考資料：中文部份

- 石世明(2000). 對臨終者的靈性照顧. 安寧療護雜誌, (5) 2, 41-55。
- 石世明(2001). 朝向臨終的希望. 安寧療護雜誌, (6) 3, 52-57。
- 石世明(2002). 第二屆現代生死學理論建構學術討論會論文集。南華大學生死研究所：嘉義。
- 申雅芬(2000). 靈的居所. 靈性護理的理論與實務, 護福：台北, 頁：149。
- 牟宗三(1963). 作為宗教的儒教. 中國哲學的特質. 學生書局：台北, 頁：97。
- 李安德著, 若水譯(1994).《超個人心理學--心理學的新典範》, 台北：桂冠, 頁 259-307。
- 余德慧(2000). 臨終病人的事實處境：臨終的開顯. 安寧療護雜誌, (5) 2：29-32。
- 李雪菱(2000). 面對「縫隙」：一個陪伴者的反省與想像. 安寧療護雜誌, (5) 2：74-79。
- 余廣亮(2000). 靈性照顧的意義時機與方向. 安寧療護專業人員研修計劃, 安寧照顧基金會：台北。
- 金樹人(1995). 存在主義諮商法. 諮商理論與技術, 空大：台北, 頁：151-166
- 胡文郁、邱泰源(1999). 從護理人員角度探討癌末病人靈性需求. 台灣醫學 (3), 頁：8-19。

施富金(2000). 靈性困擾病人的護理. 靈性護理的理論與實務，護福：台北，頁：85-96。

施富金(2002). 靈性困擾病人的護理. 靈性關懷之理論與實務應用研討會：中華民國心臟護理學會，頁 2-11。

唐秀治(1994). 讓清晨的日光照亮納黑暗死印的人：人性化的護理在臨終照顧中的落實. 護理雜誌，41（5），24-28。

高美玲(2000). 護理人員的靈性成長. 靈性護理的理論與實務，護福：台北，頁：48-55。

陳清惠(2002). 靈性困擾病人的護理. 靈性關懷之理論與實務應用研討會：中華民國心臟護理學會，頁：18-19。

陳慶餘、邱泰源等(2002). 台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧. 安寧療護雜誌，7（1）：20-32。

張芳杰等(1986). 牛津高級英英、英漢雙解辭典. 台北：東華，頁：1132。

張春興(1993). 社會行爲. 現代心理學. 台北：東華，頁：608

張霄亭(1997). 教學設計理念. 教學原理，空中大學：台北，頁：79-88

鄔昆如(1975). 存在主義真相，幼獅文化：台北

傅佩榮(1995). Huston Smith 著，劉安雲譯.宗教的最佳面貌.人的宗教，台北：立緒，頁：30-31。

傅偉勳(1993). 儒家思想的長期反思.學問的生命與生命的學問，正中：台北，頁：178-179。

傅偉勳(1993). 生命十大層次與價值取向. 學問的生命與生命的學問，台北：正中，頁：260-276。

傅偉勳(1993). 傅朗克「意義治療學」的理論啓示.生命的尊嚴與死亡的尊嚴，正中：台北，頁：187-206，

游宗祺(1998). 宗教現象學：其源起、發展與困境. 哲學雜誌，第二十六期，頁：30。

《圓覺經》：佛陀多羅譯，大正藏 17 冊 914 頁下欄第八行。新文豐：台北。

黃鳳英、宗淳法師、陳慶餘等(2001). 台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查. 安寧療護雜誌，6 (3)，16-26。

韓吳期敏(2001). 靈性護理的在思與資源. 靈性護理的理論與實務，護福：台北，頁：134-140。

楊克平(1998). 護理實務中的靈性照顧. 護理雜誌，45 (3)，頁：77-83。

趙可式(2002).安寧療護靈性照顧.安寧療護專業人員研修計劃，安寧照顧基金會：台北。

劉仲容、柯天河編著(1995). 基督宗教. 宗教哲學，空大：台北，頁：302。

蘇逸玲(2001). 從佛教觀點論助念. 榮總護理，18 (4)，397-400。

龔鵬程(2001). Hick J.著，鄧元尉翻譯. 序文. 第五項度--靈性世界的探索，商周：台北，頁：XXV。

Frankl V. E.著，游恆山譯(1991). 死亡的意義. 生存的理由，遠流：台北，頁 84。

Shelly(1994).著，江其蕙譯. 靈性需要是什麼.靈性照顧護理人員的角色，護福：台北，頁：43。

Tillich P. (1994). 魯燕萍 翻譯(2000). 信仰是什麼. 信仰的動力，桂冠：台北，頁：90。

WILBER, k.著，龔卓軍譯(2000). 後現代世界中的宗教與科學.靈性復興，頁：288-308。

參考資料：英文部份

Assagioli, R. (1974) The Act of Will. New York, NY: Penguin Book. P106, 111,12

Bradshaw, A. (1994) Lighting the lamp: The Spiritual Dimension of Nursing Care.
Scutari Press, London

Bradshaw, A. (1997) Teaching spiritual care to nurse: An alternative approach.

International Journal of Palliative Nursing, 3 (1) , 51-57

Bush, T. (1999) Journalling and the teaching of spirituality. Nurse Education Today,19,
20-28

Byren, M. (2002) Spirituality in Palliative care: What language do we need?,

International Journal of Palliative Nursing, (8) 2,67-74

Carson, V. B. (1989) The essence of spirituality. Spiritual Dimension of Nursing
Practice, W.B. Saunders Company, St.Louis, p4-23

Chien (1994) The Characteristics of Chinese culture. Asian Culture Quarterly, 22,
1-36

Chiu, L. (2000) Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast
cancer. Western Journal of Nursing Research, 22 (1) , 29-53

Chiu, L. F. (2001) The concept of spiritual care in mental health nursing. Journal of
Advancing Nursing, 33 (5) ,629-637

Cobb, M. (2001) The Dying Soul: Spiritual at the End of Life. Oxford University Press, Buckingham

Dyson, J., Cobb, M. & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. Journal of Advanced Nursing 26, 1183-1188

Fabry, J. (1980) Use the transpersonal in logotherapy. In S. Boorstein (Ed.) , Transpersonal psychotherapy. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, p.81

Frankl, V. E. (1984) Man's Search for Meaning. Washington Square: USA, p.11-12, 67

Gerard, R. (1964) Psychosynthesis: A psychotherapy for the whole man. New York, NY: Psychosynthesis Research Foundation. p.4-5 .

Granstrom, S. L. (1985) Spiritual nursing care for oncology patients. Topical in Clinical Nursing , 7, 39-45

Harrison, J. (1993) Spiritual an nursing practice. Journal of Clinical Nursing 2, 211-217.

Heaven, C.M. & Maguire, P.(1997) Disclosure of the concerns by hospice patients and their identification by nurses. Palliative Medicine 11 (4) : 283-29

Henderson, V. & Nite, G. (1978) Principle and Practice of Nursing . Sixth edition Macmillian, London.

Hess, J. S.(1983)Spiritual needs survey. In S. Fish & J. A. Shelly (Eds)), Spiritual care: The nurses role. Downers Grove, IL : Intersivity Press.

Higginson I., Wade A, & McCarthy, M. (1993) Validity of the support team Schedule : a staff ratings reflect those made by patients and their families ? Palliative Medicine, 7 : 219-228

Kirsteller, J.L., Sheey Z.C., & Shilling, R.F. (1999) I would if I could : how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients . Psychoncology , 8, 451-458

Kohlberg, L.(1984). The psychology of moral development. New York, NY : Harper & Row. p248-250

Lane, J. (1987) The care of human spirit. Journal of Professional Nursing, 3,332-337

Martsof, D. S. (1997) Culture aspects of spirituality in cancer care. Seminars in Oncology Nursing, 13(4), 36-41

Maslow, A. H. (1976) Religions, values, and peak--experiences. New York, NY : Penguin Book, p.xiv

Maslow, A. H. (1976) The farther researches of human nature. New York, NY: Penguin Book, p.314.

McSherry, W.&Draper P. (1997) The spiritual dimension: why absent within nursing curricula? Nursing Education Today ,17, 413-417.

McSherry, W. (1998) Nursing perceptions of spirituality and spiritual care. Nursing Standard ,13, 36-40

McSherry, W. (2000) Education issues surrounding the teaching of spirituality . Nursing Standard , 5 (14) ,40-43

Morgan (1999). Existential quest for meaning. Death and Spirituality , p : 3-8

Narayanasamy, A. (1993) Nurses Awareness and preparedness in meeting their patient's spiritual needs, Nurse Education Today,13: 196-201

Narayanasamy, A (1996) Spiritual care of chronic ill patient. British Journal of Nursing, 5 (7) : 411-416

Narayanasamy, A. (1999) ASSET: A model for teaching spirituality and spiritual care education and training in nursing. Nursing Education Today , 19, 274-285

Neuman, B. (1995)The Neuman Systems Model. Appleton & Lange, Norwalk, CT.

Newbury, A. (1995) The care of the patient near the end of life. In J. Pensond & R

Fisher (Eds.) . Palliative care for people with cancer, London: Arnold.

North American Nursing Diagnosis Association. (1994). NANDA nursing diagnosis : Definitions and Classification 1994-1995. Philadelphia: Author.

Piles, C. L. (1990). Providing spiritual care. Nursing Educator, 15 (1) ,31-41

Price, J. L., Stevens, H. O., & LaBarre, M. C. (1995) Spiritual care giving in nursing practice. Journal of Psychosocial Nursing, 3 (12) , 5-9

Ross, L.(1997). The nurses' role in assessing and responding to patients' spiritual needs. International Journal of Palliative Nursing, 3, 37-42.

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

Shih, F. J., Gau, M. L., & Chen C. H., (2001) Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan, Journal of Advanced of Nursing, 36 (3) , 333-346

Shih, F. J., Gau, M. L., & Chen, C. H., (1999) Taiwanese nurse's appraisal about a lecture on spiritual care for in critical care units. Intensive and Critical Care Nursing, 15, 83-94

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

Stoter, D. J. (1995) Spiritual Aspects of health. St. Louis : Mosby.

Taylor, E., Highfield, M. & Amenta, M.(1994)Attitude regarding spiritual Care: a survey of cancer nurses. Cancer Nursing, 13, 314-320

Twibell, R. S., Wieseke, A. W., Marine, M. & Schoger J. (1996) Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnoses. Dimension of Critical Care Nursing, 15, 245-253.

World Health Organization (WHO) (1998) Executive Board Meeting Document 101, Geneva. January 1927, 1998.

附 錄

附錄一、靈 性 照 顧 問 卷 表

附錄二、專家效度函文

附錄三、專家效度評分表



靈性照顧問卷表

問卷編號：_____

您好！

謝謝您的填答！這是一份靈性照顧問卷表，其目的在了解一般臨床護理人員對靈性之內涵、靈性照顧之覺察與態度及對自己之靈性照顧能力的預估與評值之了解。統整同仁教育需求之結果，以提供臨床人員靈性照顧培育之參照。本問卷不記名填答，所有資料僅提供學術使用，請放心作答。當您填答每一問卷時請先詳看說明，完整填答。由於您的協助，讓我們研究更具意義與價值。再次謝謝您！

南華大學生死所 許鳳珠 敬上 04-23592525-6051

本問卷表 共分三部份：

第一部份：A.基本資料，B.個人經驗，C.需求調查，請勾選您認為合適的答案

A.基本資料：

1. () 您的年齡：_____歲
2. () 您的最高護理教育學歷：(1) 職校畢 (2) 專科畢 (3) 大學畢 (4) 研究所畢
3. () 您的宗教信仰：(1) 一般民間信仰 (2) 佛教 (3) 基督教 (4) 天主教 (5) 一貫道 (6) 無 (7) 其他(請說明) _____
4. () 您宗教活動：如聚會、禱告、膜拜：(1) 從未參加 (2) 偶而參加/每年至少一次 (3) 每月至少一次 (4) 經常參加/每週至少一次 (5) 其他(請說明) _____
5. () 關於宗教信仰以下敘述何者最符合您目前情況 (1) 我信什麼不重要，只要我的生活合乎道德 (2) 雖然我信宗教，但我覺得生活中還有更重要的事 (3) 雖然我有宗教信仰，但我不會讓宗教影響我所有的事 (4) 我會嘗試讓宗教存在我生活的各式情境中 (5) 我常常可感受到「神、超越」的存在 (6) 我的宗教信仰是我人生的基石
6. () 您對自己的靈性覺察：(1) 深度覺察 (2) 有所覺察 (3) 略微覺察 (4) 毫無覺察
7. () 您是否參加過以下的研習會或課程：□是：續答第 8.9 題，□否：跳第 10 題
8. () 您所參加過與靈性照顧相關的研習會或課程：
 - ：(1) 臨終關懷：_____，時數_____小時或_____學分，舉辦單位_____
 - ：(2) 死亡教育：_____，時數_____小時或_____學分，舉辦單位_____
 - ：(3) 靈性照顧：_____，時數_____小時或_____學分，舉辦單位_____
 - ：(4) 其他相關者：_____，時數_____小時或_____學分，舉辦單位_____
9. 您對所參加的課程，對您靈性照顧能力提昇是否有幫助：(1) 很有幫助 (2) 有所幫助 (3) 略微幫助 (4) 毫無幫助

10. () 您從事護理臨床服務年資：_____年 _____月
11. () 您在本院的臨床服務年資：_____年 _____月
12. () 您目前服務科別：(1) 內科 (2) 外科 (3) 婦兒科 (4) 腫瘤科 (5) 加護單位 (6) 急診室 (7) 精神科 (8) 其他 (請說明) _____

B.個人經驗：

13. () 過去一年之內，您是否經歷過親人的死亡：(1) 否 (2) 父母或子女 (3) 祖父母或兄弟姊妹 (4) 要好親友 (5) 其他 (請說明) _____
14. () 過去一年之內您是否經歷重大創傷或失落 (如：疾病、車禍..)：(1) 否 (2) 是：請說明_____
15. () 您是否曾經照顧過臨終患者：(1) 否 (2) 是
16. () 臨床上，您是否會主動提供病人靈性照顧？：(1) 否 (2) 是
17. () 臨床上，您自認提供病人靈性照顧的頻率 (1) 頻繁/每天至少一次 (2) 常常/每週 2-6 次 (3) 偶而/每月 1-3 次 (4) 極少/僅只曾經提供過 (5) 從未提供內容：_____
18. () 您認為所提供靈性照顧內容，是否滿足病人需求？(1) 否：續答 19 題 (2) 是：跳答 20 題
19. () 您認為無法提供病人靈性照顧的原因：(1) 病人皆無此需求 (2) 忙碌沒有時間 (3) 病家拒絕 (4) 缺乏資源 (5) 自覺沒有能力 (6) 其他原因_____
20. 您認為所提供靈性照顧，滿足了病人需求，內容為 (可複選，依頻率順序填寫)：

生命的回顧 B.受苦/受難的意義,C.宗教的仰賴、探索,D.希望的探尋與完成。
其他 (請說明) _____

C.需求調查：(請勾選您認為適合的答案)

21. 您對自己靈性成長需求認為：1.非常需要2.需要3.些微需要4.完全不需要5.從沒想過
22. 您認為自己在『靈性照顧』上，需要哪些成長與準備？(可複選，依優先順序填寫_____) A.對靈性意涵的了解，B.對「靈性照顧」內容的了解 C.對「靈性照顧」的臨床運用 D.對靈性自我覺知與成長。其他 (請說明) _____
23. 您認為「靈性照顧教育」必須包涵哪些課程？(可複選，依優先順序填寫_____) A.對靈性意涵的了解 B.對「靈性照顧」內容的了解 C.對「靈性照顧」的臨床運用 D.對靈性自我覺知與成長。其他 (請說明) _____
24. 若您參加「靈性照顧」研習，您期盼的研習方式 (可複選，依優先順序填寫_____) A.專題演講 B.專書閱讀分享 C.影片欣賞討論 D.臨床案例討論。其他 _____
25. 若舉辦「靈性照顧」讀書會，您是否報名參加：1 否 2 是：
請寫職員證卡號_____以便聯繫

第二部份：以下是有關「靈性」與「靈性照顧」的陳述，請勾選（1-24題單選）您的看法（5-1分），5分表示非常同意，1分表示非常不同意。第25題可複勾選。

	非常		非常		
	同意		不同意		
	5	4	3	2	1
1. 我認爲個人「靈性」之呈現與其文化背景密切相關聯	<input type="checkbox"/>				
2. 我認爲「靈性」的溝通方式，包括：語言、文字、象徵、隱喻、神話與心靈的默會等	<input type="checkbox"/>				
3. 我認爲「靈性」的安適（well-being）包含著對自己、他人、環境、自然及神與超越界關係的和好	<input type="checkbox"/>				
4. 我認爲「靈性」的提昇，有助於身心痛苦的緩解	<input type="checkbox"/>				
5. 我認爲靈性安適具多面向，隨靈性的內涵而各有不同樣貌	<input type="checkbox"/>				
6. 我認爲只有宗教信仰的人，才會有「靈性」的需求	<input type="checkbox"/>				
7. 我認爲病人的靈性需求，都會具體的表達出來	<input type="checkbox"/>				
8. 我認爲一般而言，病人很少有靈性需求	<input type="checkbox"/>				
9. 我認爲靈性照顧措施，只能由宗教人士來執行	<input type="checkbox"/>				
10. 我認爲所有靈性照顧措施，都必須藉助特殊儀式來完成	<input type="checkbox"/>				
11. 我認爲宗教活動，能滿足所有病人的靈性需求	<input type="checkbox"/>				
12. 我認爲生理、心理、靈性需求是完全分開，必須單獨評估	<input type="checkbox"/>				
13. 我認爲護理人員應具備有靈性照顧能力	<input type="checkbox"/>				
14. 我認爲護理人員應將靈性照顧列入護理計劃之中	<input type="checkbox"/>				
15. 我認爲靈性照顧實踐應自然的融入常規的護理活動中	<input type="checkbox"/>				
16. 我認爲靈性照顧是一項技術，必須遵照固定步驟執行	<input type="checkbox"/>				
17. 我認爲護理人員應主動尋求資源，以滿足病人的靈性需求	<input type="checkbox"/>				
18. 以一個護理人員而言，我不會向病人分享我的宗教與信念	<input type="checkbox"/>				
19. 當覺察病人靈性不平安時，我有無力感	<input type="checkbox"/>				
20. 靈性照顧對我而言，是一件困難的事	<input type="checkbox"/>				
21. 我認爲靈性意涵，包括（可複勾選）： <input type="checkbox"/> A.對上帝與超越界的信仰， <input type="checkbox"/> B.道德、價值與信念， <input type="checkbox"/> C.與自己、他人、自然之間關係的聯結， <input type="checkbox"/> D.存有與生命遭遇的意義探索， <input type="checkbox"/> E.希望（盼望） <input type="checkbox"/> F.愛， <input type="checkbox"/> G.美感經驗， <input type="checkbox"/> H.終極真實					

***若您對「靈性」有更多的體會與描述 敬請說明：**

第三部份：是有關：您針對自己靈性照顧之實際經驗能力評值（5-2 分），共 23 題，請勾選出您對自己實際靈性照顧能力的評值，若無照顧經驗者，請勾「無此經驗」

	非常 有能力	非常 沒能力	無此 經驗		
	5	4	3	2	1
1.我敏銳覺察病人靈性需求	<input type="checkbox"/>				
2.我尊重病人的個別信念，引發他對靈性的覺察	<input type="checkbox"/>				
3.我依照病人個別的信念價值，避免強加宗教的推介	<input type="checkbox"/>				
4.我運用語言、非語言溝通，察覺病人靈性需求	<input type="checkbox"/>				
5.我將靈性照顧融入常規護理措施中	<input type="checkbox"/>				
6.我從各種的護理活動中，傳達對病人的尊重與關懷	<input type="checkbox"/>				
7.我傾聽，陪伴和病人一起凝視生命的自然流程	<input type="checkbox"/>				
8.我從生理、心理的徵候，區辨死亡的進展過程	<input type="checkbox"/>				
9.我覺察瀕死病人靈性的開顯過程	<input type="checkbox"/>				
10.我覺察瀕死病人的情緒內涵	<input type="checkbox"/>				
11.我協助病患體會、領受他人的愛與關懷	<input type="checkbox"/>				
12.我體會、同感病患的受苦、疼痛的感受	<input type="checkbox"/>				
13.我促發病患思考他生命與受苦的意義	<input type="checkbox"/>				
14.我協助病患建立正向的人生觀及價值體系	<input type="checkbox"/>				
15.我促發患者尋求希望與內在力量的來源	<input type="checkbox"/>				
16.我促發病患珍視存在的可貴與把握當下	<input type="checkbox"/>				
17.我協助病患完成他對自己的心願	<input type="checkbox"/>				
18.我協助病患完成他對他人貢獻的心願	<input type="checkbox"/>				
19.我協助病患尋求對宗教的信仰與支持	<input type="checkbox"/>				
20.我協助病患消解宗教、文化與醫護措施之間的衝突	<input type="checkbox"/>				
21.我協助臨終病人對自身、他人、神以及 大地的和好與和諧	<input type="checkbox"/>				
22.我協助病人創造與體會美感經驗，如：美術、音樂	<input type="checkbox"/>				
23.我運用資源之轉介，提供病人靈性照顧需求	<input type="checkbox"/>				

* 您對自己實際靈性照顧能力的評值，是否還有其他敘述，敬請說明之：

專家效度函文

：您好！

末學素仰您對靈性及護理研究方面的學養，幸蒙慨允提供問卷調查表之專家效度審定，無盡感激。 南華大學 生死研究所 許鳳珠 敬上 910930

研究題目：

護理人員對靈性、靈性照顧之覺察與態度及其相關因素之研究

臨床護理人員需要充實靈性照顧能力與自我覺察已是公認之趨勢與必要。Piles (1986) 指出護理人員能承當靈性照顧角色乃根植於教育的養成準備。Clifford (1987) 即提出護理人員應對自己靈性價值與態度的自我檢視。Narayanasamy (1993) 研究發現護理人員缺乏靈性照顧教育之準備，是無法提供靈性照顧的主要原因之一。Ross (1996) 呼籲護理人員需要進階的靈性繼續教育並研擬教育方案。Narayanasamy A (2000) 也提出 ASSET Model。做為臨床護理人員之靈性教育模式。反觀台灣護理人員之「靈性照顧教育」雖自 1998 年起(施富金, 2001)陸續列入護理研究所課程裡，實施整學期的教學。而廣大的臨床護理人員在職教育，多以短期(多為 8-16 小時)的研習會方式實施之。然而靈性、靈性照顧應是內在涵蘊的歷程。所以試圖從臨床護理人員角度著手，嘗試探索臨床護理人的靈性教育之實施。而本研究正是『護理人員靈性照顧教育成效評估』之第一階段：從探討『護理人員對靈性照顧教育需求』，以建立教學前評鑑，此研究目的為：(1) 了解護理人員對靈性照顧之態度；(2) 了解護理人員對自己靈性照顧能力之自我評值；(3) 了解護理人員對靈性照顧之在職教育需求；(4) 瞭解以上主題與背景因素之關係。做為第二、三階段之靈性照顧之在職教育培育內容設計與進行方式之依據，並為在職教育實施前、後成效評值工具之一。

問卷分三大部分：

第一部份： A.基本資料，B.個人經驗，C.需求調查

第二部分：對靈性意涵的認知及臨床靈性照顧之看法與感受

第三部分：護理人員在臨床實務裡對自己靈性照顧實施能力的自我評值

以下之專家效度評審，敬請針對每一題目內容的重要性、正確性及措詞的合宜性予以評定。評分的方式採四分法，包括「很合適」、「合適」、「不合適」及「很不合適」等四級。敬請不吝說明指正。謝謝您！

專家效度評分表

附錄 三

第一部份評分表： A.基本資料，B.個人經驗，C.需求調查
 共計 26 題：很合適 4 分，合適 3 分，不合適 2 分，很不合適 1 分

題 號	專 家 效 度 審 定				平均分數
	很合適	合適	不合適	很不合適	
1	***	**	*		3.3
2	****	**			3.7
3	****	**			3.7
4	****	**			3.7
5	****	**			3.7
6	****	**			3.7
7	***	**	*		3.3
8	**	***	*		3.1
9	****	**			3.7
10	****	**			3.7
11	****	**			3.7
12	****	**			3.7
13	***	**	*		3.3
14	***	**	*		3.3
15	****	**			3.7
16	****	**			3.7
17	****	**			3.7
18	****	**			3.7
19	***	**	*		3.3
20	**	***	*		3.1
21	****	**			3.7
22	****	**			3.7
23	****	**			3.7
24	****	**			3.7
25	****	**			3.7
26	****	**			3.7
總平均					3.58

專家效度評分表

第二部份評分表：對靈性照顧之態度問卷表

共計 21 題：很合適 4 分，合適 3 分，不合適 2 分，很不合適 1 分

題 號	專 家 效 度 審 定				平均分數
	很合適	合適	不合適	很不合適	
1	*	****	*		3.0
2	**	****			3.3
3	**	****			3.3
4	**	****			3.3
5	**	****			3.3
6	*	****	*		3.0
7	**	****			3.3
8	**	****			3.3
9	**	****			3.3
10	**	****			3.3
11	**	****			3.3
12	**	****			3.3
13	**	****			3.3
14	**	****			3.3
15	**	****			3.3
16	**	****			3.3
17	**	****			3.3
18	**	****			3.3
19	**	****			3.3
20	**	****			3.3
21	*	****	*		3.0
總平均					3.1

專家效度評分表

第三部份：護理人員在臨床實務裡，對自己靈性照顧實施能力的自我評值

共計 23 題：很合適 4 分，合適 3 分，不合適 2 分，很不合適 1 分

題 號	專 家 效 度 審 定				平均分數
	很合適	合適	不合適	很不合適	
1	**	****			3.3
2	**	****			3.3
3	**	***	*		3.1
4	**	****			3.3
5	**	***	*		3.1
6	**	****			3.3
7	**	***	*		3.1
8	**	****			3.3
9	**	****			3.3
10	**	****			3.3
11	**	****			3.3
12	**	****			3.3
13	**	****			3.3
14	**	****			3.3
15	**	****			3.3
16	**	****			3.3
17	**	****			3.3
18	**	****			3.3
19	**	****			3.3
20	**	****			3.3
21	**	****			3.3
22	**	****			3.3
23	**	****			3.3
總平均					3.27