

# 安寧病人的社會、心理與 靈性需求提供與同理

115.4.12 ( 北部場 ) 李閏華 助理教授、普安法師

115.4.19 ( 南部場 ) 蔡惠芳 社工師

# 課程目標

1. 覺察病人與家屬隱藏的需求，並示範「同理心」的心理溝通技巧或實例。
2. 如何啟動安寧對話，提升醫療人員回應靈性與家庭需求之能力。
3. 辨識病人本身需求、家庭衝突或家庭中不同家屬意見之協調、經濟弱勢、照顧者負荷過重的警訊，醫療人員可介入的界線與回應方式。
4. 轉介社工、宗教師及社會資源的時機。
5. 減少純理論說明時間，以實例示範學員如何提供靈性關懷與溝通介入。

# 同理心的意涵

- 在安寧療護的工作中，助人關係是協助病人及其家屬最為關鍵的途徑，緊密且良好的助人關係是安寧療護成功與否的首要條件。安寧療護協助的對象，是正面對死亡處境的病人及其家屬。病人及其家屬在面對死亡時會感到孤獨與悲傷，和他們建立緊密的關係，以關懷和陪伴的態度安慰及支持他們，可以減輕其孤單和無力的感受，這是十分重要的過程。

# 尊重與接納

- 尊重的意義在於視當事者為完整的人、是有尊嚴及價值的人、有自由的意志，雖然有可能在面對死亡與喪親的困境時陷入適應的危機，但仍能發揮潛能，選擇與決定如何滿足自己的需要，邁向更好的生活。

# 尊重與接納

- 工作者的接納態度，是不用批評的角度去標籤。工作者必須具有的態度是，不批判病人及其家屬對於末期疾病的態度是接受或否認，而是盡力去了解他們在面對死亡的過程中如何看待生死、他們的心理情緒及行為反應、面對死亡威脅的態度如何牽動了身邊的人、他們又如何因應身邊的人等。

# 真誠與一致

- 工作者助人時用的是真誠的心，是有情有義的工作者，真心愛護病人及其家人。工作者在面對病人及其家屬時心中充滿愛的力量，用誠摯的關愛來愛護病人及其家屬。工作者的真心真意往往成為他們重要的助人動力，心意是最真實、最原始的，讓工作者能夠傳遞助人的力量。

# 真誠與一致

- 工作者必須覺察自己的內在及外在狀態是否一致，在助人關係中，一旦自己內在無法平衡，就不能內外一致的對待病人，自己假扮出來的一致態度會變得不一致，並消耗掉很大的助人能量。

# 同理與支持

- 支持的態度是讓病人及其家屬放心，有能力去探索自己的情緒，協助病人及其家屬體認悲傷情緒是人自然且正常的反應，當他們有機會接納自己的不同情緒，才有勇氣抒發和釋放情緒。

# 同理與支持

- 支持的態度是讓病人及其家屬放心，有能力去探索自己的情緒，協助病人及其家屬體認悲傷情緒是人自然且正常的反應，當他們有機會接納自己的不同情緒，才有勇氣抒發和釋放情緒。

# 鼓勵及肯定

- 由於病人及其家屬面對死亡和親人即將離世的孤獨和悲傷已經很沉重，還要獨自承受許多壓力與困難，內心會更無助。在此情況下，鼓勵病人及其家屬，肯定他們已做的努力，他們會愈來愈有信心繼續向前走，面對自己的未來。激勵病人及其家屬的希望感也是重要的方向之一。

# 反思

- 工作者藉著提供一個沒有威脅的環境氣氛，讓病人可以感受到全然地被工作者接納，以致病人能完成聽見自己內在資源的目標。工作者不是對病人做些什麼，而是透過建立關係，讓病人可以被鼓勵去自我發掘，並且最終能發現自己要走的路。為了協助病人可以敏察到自己、發現自己，他們需要一個環境讓他們在當下可以卸下防衛，其改變是開始於他們可以了解與接納自己在當下的所知、所感及所行（Rogers, 1989）。

# 正確的同理心運用目標

- 1.對自我的覺知有更多的現實。
- 2.更有信心及自我的方向感。
- 3.對自我有更正向的評價與價值。
- 4.比較少去壓抑個人經驗的各層面。
- 5.更成熟、更社會化，並會適當調整自己的行為。
- 6.較少被壓力打敗，並較快恢復。
- 7.以較健康的方式統整個人的人格特質。

# 同理心的運用過程

- 如果工作者是影響當事者改變的人，就不能只是做一面鏡子去簡單反映出當事者投射出來的事物而已，工作者需要投入自己，透過與他這個人的連結，不論當事者在想些什麼、感受到什麼，都要讓當事者感受到可以自由的表達，可以真實的藉著助人關係而成長（ Rogers, 1989 ）。

# 工作者要正確運用同理心的過程，需有以下幾個原則概念：

- 人的核心是社會化的，而且會向前進，並邁向一個更完整、更有功能的自我。
- 人有能力了解自己的問題，以及解決問題的資源有哪些。
- 治療的目標是開啟一個安全且不受威脅的心理氛圍，讓他們卸下偽裝與防衛。
- 工作者的功能不是來自技術，而是自己的投入同在（ being ）和態度。

李閏華(2024)

# 工作者要正確運用同理心的過程，需有以下幾個原則概念：

- 有效的工作者讓自己成為助人改變的工具，並且和病人的接觸，是真誠地人對人的層次。
- 病人可以藉著協助關係，用新的方式去與外界建立關係。
- 病人可以在協助關係中，在工作者沒有詮釋、診斷、評估、指導下體驗歷程。
- 工作者與病人的協助關係是歷程的關鍵。
- 工作者的真誠、正確的同理，以及無條件的正向關懷，是有效助人的必要素質。

# 工作者要正確運用同理心的過程，需有以下幾個原則概念：

- 工作者的技術不及態度重要。
- 診斷程序與個案史並不是助人中最必要的先決要件。
- 工作者最重要的是避免評價病人的感受。
- 助人歷程中，病人需要感受到來自工作者無條件的正向關懷與接納。
- 同理病人時，工作者會讓自己的心境保持清明，不會迷失在病人的世界中。

# 工作者要正確運用同理心的過程，需有以下幾個原則概念：

- 工作者的一致或真誠，是建立關係最重要的要素之一。
- 工作者並不必然需要給予意見。
- 對病人做心理測驗也非必須。
- 如果病人感到安全，就會卸下防衛、面具、偽裝（騙人的外表）。
- 協助關係的主要引導者是工作者，而非病人。
- 情感轉移的處理，在協助關係中不是必要且重要的。

# 靈性評估

釋普安

## 案例分享：

- 黃小姐，69歲女性，從事服務業，小學程度，未婚，主要使用台語，信仰為一般民間偏佛教。主要診斷為末期大腸直腸癌，過去病史無特殊記載。
- 家庭方面，養父母多年前已亡，幼年被送養且與原生家庭斷絕聯絡，據稱童年曾遭家庭暴力，十幾歲即離家外出工作，與養父母亦無密切往來。
- 病程簡述：因腹部不適與便血就醫，確診為直腸癌末期；因經濟有限，本人曾選擇放任疾病發展，後因症狀惡化而接受治療。其侄孫女為護理人員，後續醫療決策多倚重該親屬判斷；目前已評估並採取安寧療護照顧。

## 案例分享：

- 病人為單身且經濟條件有限，生活費用與醫療耗材（如造口配件）帶來持續壓力，床位安排與可能的雙邊付費使她對後續安置感到焦慮。雖有大嫂、姪女、姪子及同事等定期探視，且與院內日間照顧中心住民有深厚情感連結，但其社會支持呈現高度依賴性：在有人陪伴時情緒改善，遇到探視中斷、他床往生或可能被調床位等情境則會引發強烈恐慌。
- 病人過去生活經驗（早年離家工作、家庭照顧角色）與目前失去常態生活功能，使她在社會角色與安全感上出現明顯喪失感。

## 案例分享：

- 病人情緒易波動，常出現沮喪、哭泣、驚恐與絕望感，並屢次口述想早日離世、回到阿彌陀佛處的渴望。這些情緒反應主要源自身體症狀的反覆發作（如疼痛、喘息、嘔吐、腫瘤破裂出血）、睡眠與食欲改變，以及對病情不可控性的強烈無力感。
- 病人同時表現出自責與存在性疑問（懷疑業力或報應），反映她在面對疾病時傾向以宗教因果來理解個人苦難，這加深了悲傷與困惑。病人將許多苦痛內化、不願讓家人過度擔心，導致情緒支持需求未必顯性表達，增加長期心理壓力。

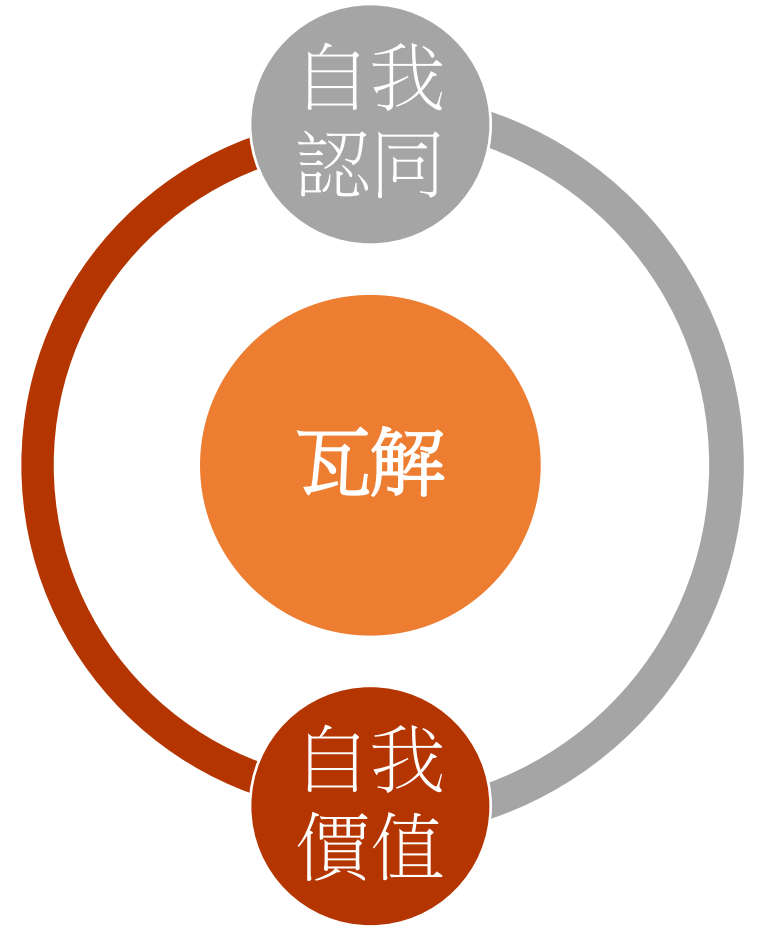
## 案例分享：

- 病人高度依賴佛教信仰作為情緒與存在性安頓的來源，常以念佛、祈求菩薩接引來面對死亡恐懼。
- 她對往生地點與業力問題有深切疑慮，並透過宗教師的陪伴與念珠練習獲得暫時安定。當宗教師或信仰儀式可及時提供時，病人感到放鬆與感恩；反之，宗教支持若中斷或其信念受到挑戰，焦慮即加劇。
- 她的靈性需求包含對來世的肯定、生命回顧的被肯定感，以及在晚期階段得到宗教陪伴與儀式支持。

## 案例分享：

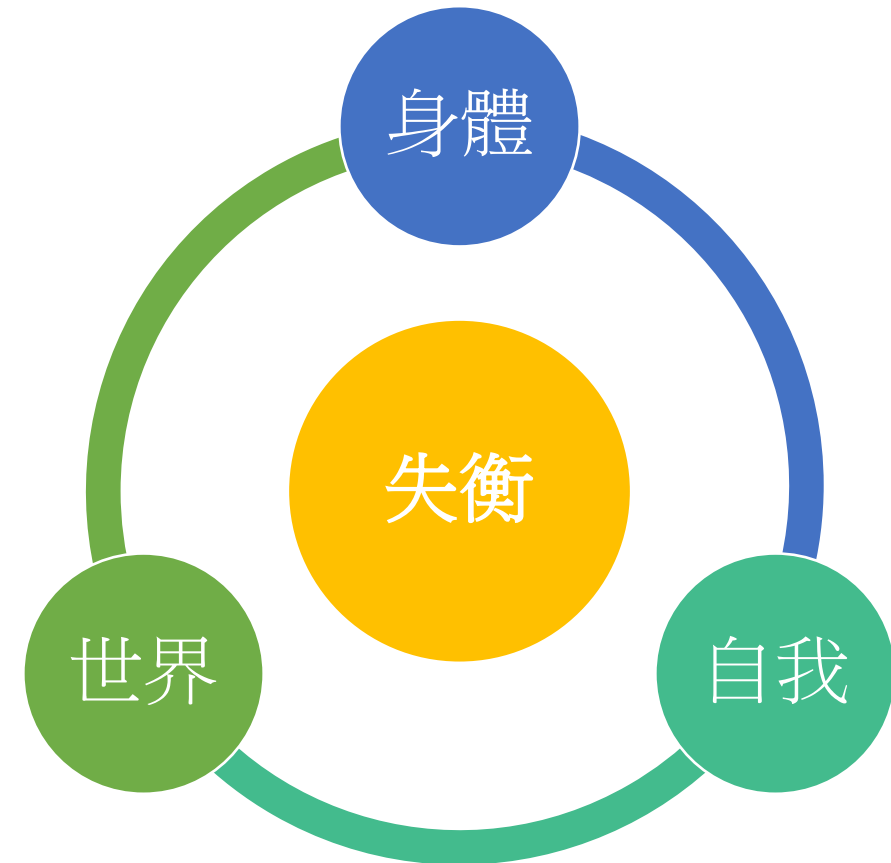
- 整體而言，病人的心理、社會與靈性問題互為因果：病情惡化與新症狀直接觸發情緒崩潰與死亡渴望；經濟不安與單身狀態削弱社會支持的穩定性，進一步放大對未來與安置的不確定感；靈性上的尋求雖提供暫時慰藉，但也可能將病痛解釋為報應，增加內疚與困惑。
- 此外，環境因素（如同病房往生、醫療人員來訪、床位變動）與藥物調整不及時，常成為情緒急性惡化的誘因。總體而言，身體症狀控制不足、經濟與安置壓力、過往生活創傷與深厚宗教思索共同構成目前主要問題的成因。

生活的斷裂  
挫敗  
孤獨  
自我封閉  
失落  
心靈不平靜



ppt by 釋普安

參見：《陪你善終》<sup>4</sup>，p.73。



# 靈性的定義：西方文化

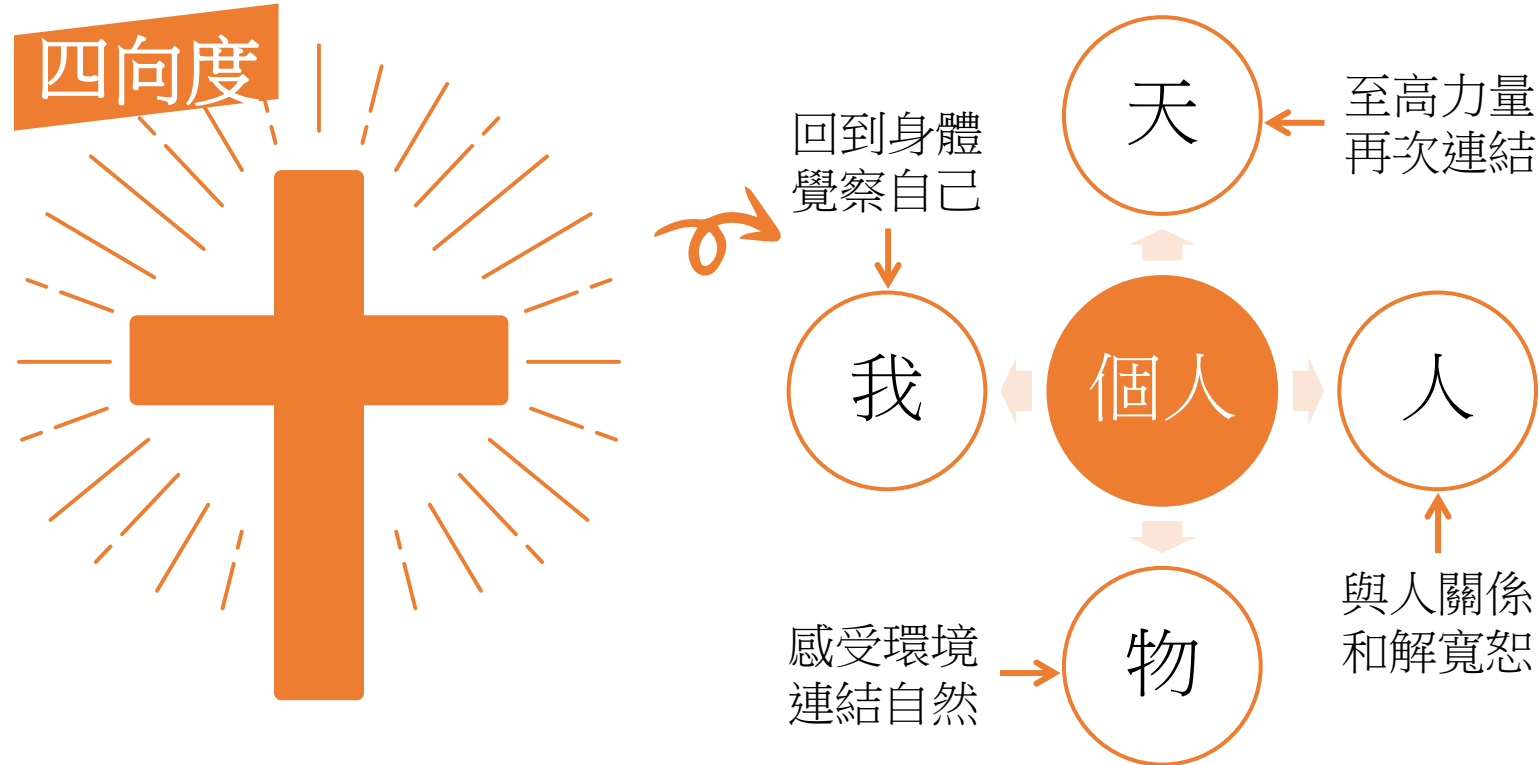
---

- 人的根本或生命原則
- 存在的意義與信念
- 人的終極意義和價值
- 究竟真理的經驗
- 和諧的狀態
- 超越的存在經驗
- 神聖的旅程
- 個人與玄天、上帝、神或宇宙的深層關係.....

# 靈性健康共融模式



趙可式教授



ppt by 釋普安

參見：《陪你善終》，p.52。  
另參見：林沅萱、劉淑惠、陳清惠（2008），〈靈性護理之臨床應用〉，《靈性護理》55(3)：70-72。

# 靈性健康共融模式



趙可式教授

## 四道人生

- 家人
- 親友
- 世界



ppt by 釋普安

# 靈性的定義：本土化靈性照顧模式

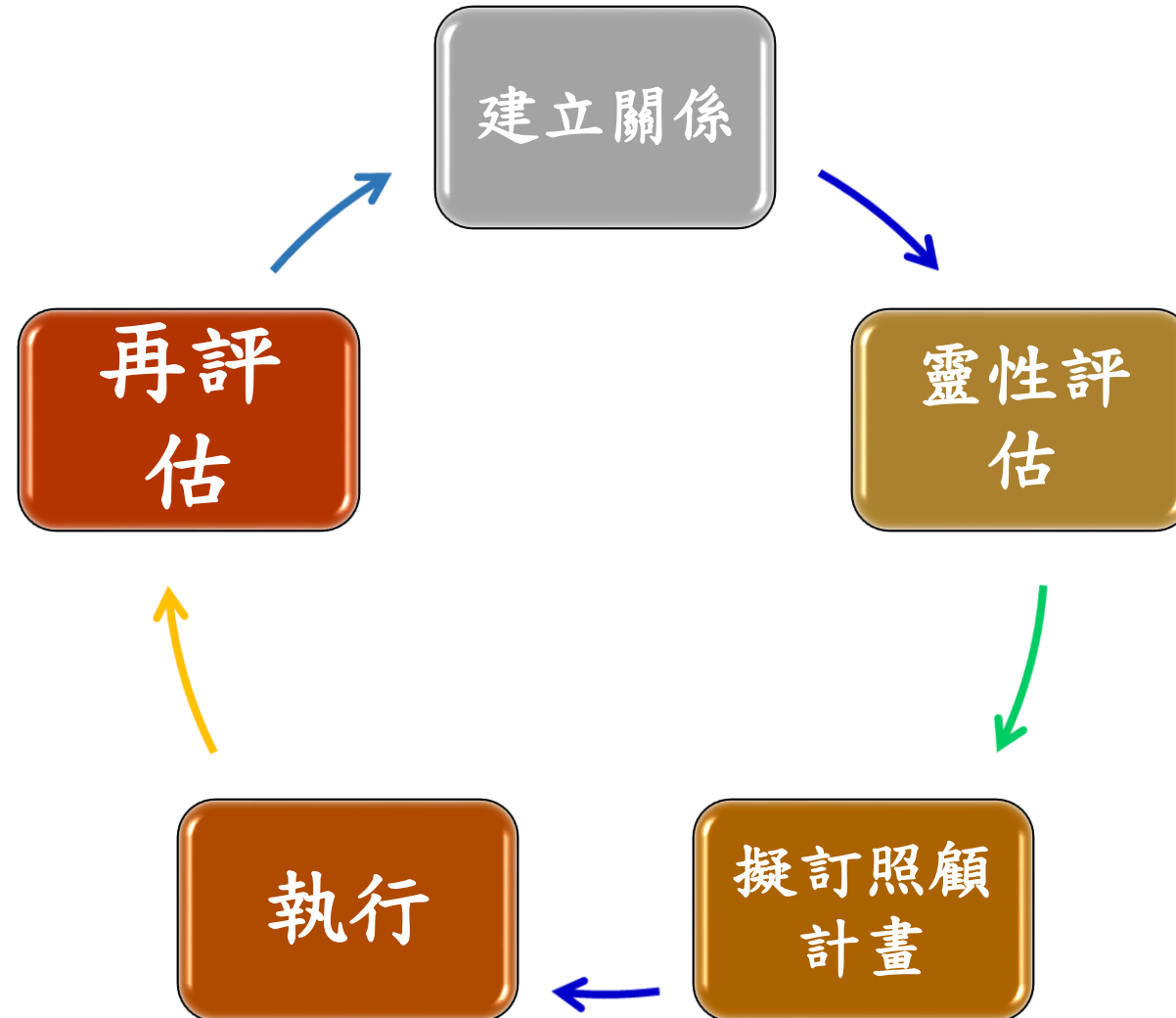
對正法的感應、證悟與理解能力，  
是一種生命力，心智成熟的表現。

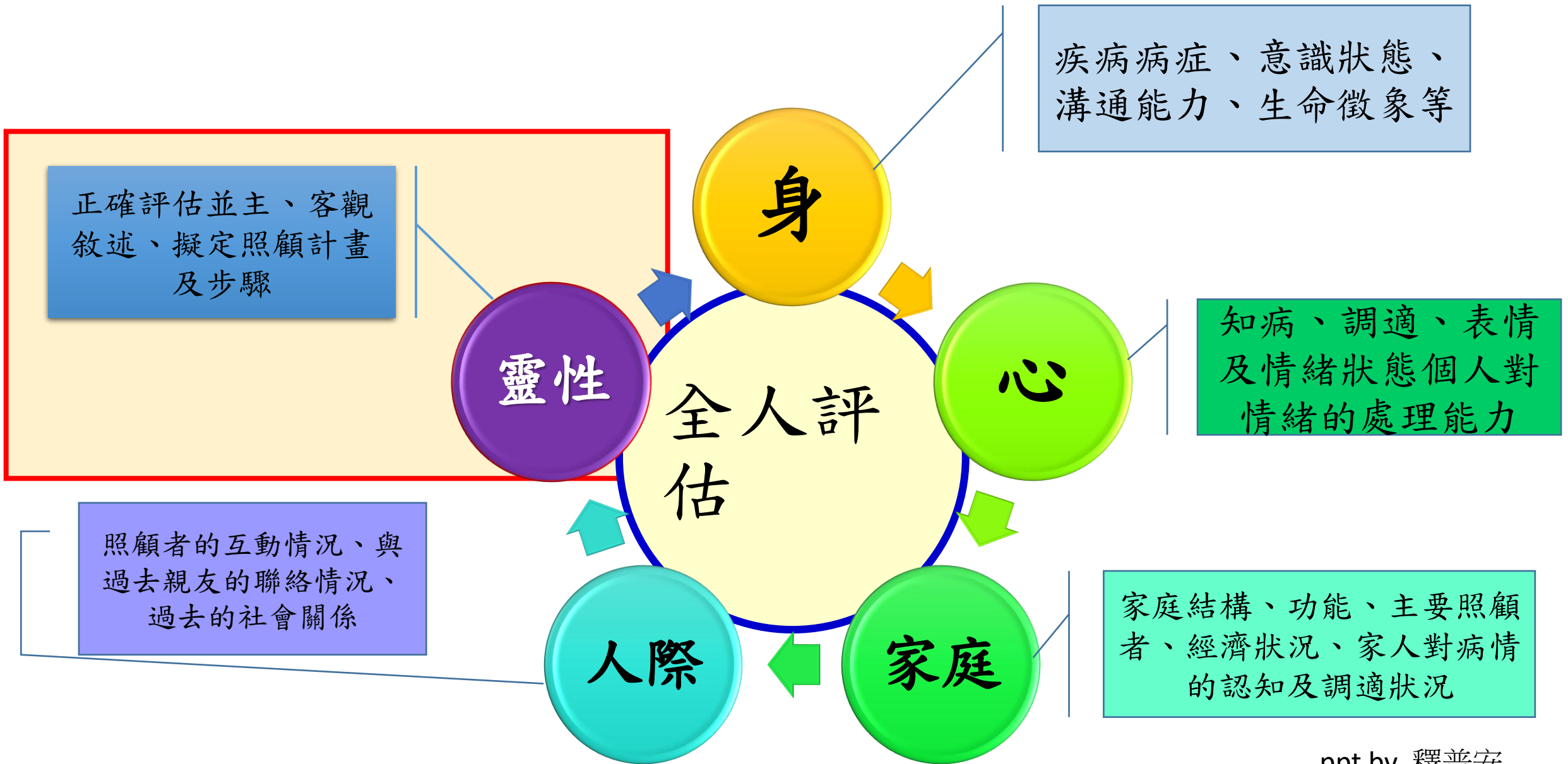
“面對生死和越超生死的智慧”

面對生死和越超生死的智慧  
協助心性成長，得以面對生死的方法  
解除臨終病人的生死困頓，引導善終

ppt by 釋普安

# 完整靈性評估與照顧模式





ppt by 釋普安

# 陪你善終

1 關於靈性與靈性照顧

2 自我尊嚴感受損與喪失

3 自我放棄

4 不捨

5 不能原諒（寬恕）

6 心願未了

7 死亡恐懼

8 對正法認識不正確

9 瀕死現象評估

10 家屬的悲傷現象

靈性困擾

# 末期病人的靈性需求

- 生命的意義與價值
- 希望
- 寬恕與被寬恕
- 愛與被愛
- 與至高者的關係

參見：《陪你善終》，p.55。  
ppt by 釋普安

# 靈性困擾：1. 自我尊嚴感喪失

- 疾病造成挫敗或形象上的毀損
- 上天的懲罰
- 與家人價值衝突
- 擔心被家人遺棄
- 自覺不平與無用
- 不惜犧牲尊嚴懇求醫師給藥
- 自我封閉、退縮，不與人互動

詳見：《陪你善終》，pp. 73–79。

ppt by 釋普安

# 靈性困擾：2. 自我放棄

- 被動性接受死亡
  - 以消極態度忍受身心病苦
  - 不尋求問題之解決
  - 認為早點死亡是解脫的最好方式
- 對醫療採取不合作態度
- 出現典型的憂鬱症狀
- 自殺傾向的意志消沉症候群

詳見：《陪你善終》，pp. 108–117。

ppt by 釋普安

# 靈性困擾：3. 不捨(1)

不願放棄擁有的人、事、物、社會、名譽、地位的心態

## 3-1. 不甘願

- 為什麼是我？
- 認為還沒有盡全力
- 還沒有到疾病的最末期
- 尋找偏方
- 求癒的奇蹟
- 付出與得到不成比例

參見：台灣安寧緩和醫學學會（2017，pp.342–343）。

詳見：《陪你善終》，pp. 151–152。

# 靈性困擾：3. 不捨(2)

## 3-2. 放不下：因病人自己的牽掛無法放下

- 牽掛：身體、財務、名譽、眷屬

## 3-3. 不放心：病人對家人未來的生活不放心

- 家人：兒女、父母、夫妻

詳見：《陪你善終》，pp. 153–157。

# 靈性困擾：4. 不能原諒(1)

不能停止或改變會傷害自己和他人的情緒

**4-1. 不能原諒別人：**把自己的困境焦點都放在「別人的錯」上

- 親子間的糾葛心結、夫妻之間的愛恨情仇
- 手足之間的爭產、親密好友的背離

**4-2. 他人不能原諒自己：**造成他人的傷害或損害，渴望得到原諒

# 靈性困擾：5. 心願未了

- 與未完成的心願有關
  - 看到子女完婚、皈依等
- 與生命意義的再詮釋、病人情感的抒解有關
  - 如何將對年幼子女的愧疚感化為祝福
  - 如何將未懺悔的罪惡感得到懺悔
  - 如何找到生命依歸

參見：台灣安寧緩和醫學學會（2017，pp.342-343）。

詳見：《陪你善終》，pp. 212-215。

ppt by 釋普安

# 靈性困擾：6. 死亡恐懼

- 與摯愛家人分開
- 潛藏死亡恐懼的夢
- 失去身外之物
- 擔心死後會不會下地獄
- 擔心死後的世界如何
- 擔心會不會痛苦

參見：台灣安寧緩和醫學學會（2017，pp.342–343）。

參見：《陪你善終》，pp. 240–255。

# 靈性困擾：7. 對正法認識不正確

- 依循世間法或過去的生存法則面對死亡問題
- 採取與醫囑相違的行為
- 不能學習正確的因應方法和態度
- 不能體會生死是宇宙自然變化的因緣法則

參見：《陪你善終》，pp. 276–285。

# 靈性困擾：7. 對正法認識不正確

## 7-2. 做錯了

- 對過去生命的懊悔
- 在治療的過程中錯誤的決定

參見：《陪你善終》，pp. 285–286。

# 提供靈性照護的態度

---

- 靈性困擾非問題解決

- 不是一個需要被解決的問題，避免以問題取向觀點看待。

- 靈性照護非立即見效

- 不像生理症狀，給予措施後，可以立即產生預期的效果。

- 靈性照護是陪伴探索

- 不是提供對方正確的答案、解釋或定論，而是陪著對方探索靈性議題。

- 尊重病人自主性

- 不強迫病人探討與處理靈性議題，尊重病人的選擇。

ppt by 釋普安

# 靈性照顧

是臨終者對生命遭逢痛苦時的希望

# 慈悲的實踐

- 外在
  - 語言、非語言的觀察
- 內在
  - 信仰、信念的內在覺察
- 無私的慈悲

# 臨終陪伴者的慈悲

內心細膩、安靜

對信仰的堅定與深化

# 討論案例：（改編案例）

- 案主63歲，無業、離婚30多年，無子女，與原生家庭亦失聯；生病前打零工過生活、平日住貨櫃屋，戶籍在區公所、原本無健保也沒有任何福利身份。
- 3年前罹癌，皮瓣手術後出現吵鬧、不配合醫囑、生活無法自理及醫療費用無法負擔、出院困難等問題。經社工協助，後續取得低收入戶身份，且自行租屋生活。
- 接受治療期間，體力好時偶爾打零工，因平日傷口照護，清潔消耗品用量大，故即便有低收生活津貼，亦常需要透過申請急難救助等，方能維持生活開銷。

# 討論案例：（改編案例）

- 案主3年前診斷為口腔癌，經皮瓣手術後氣切，故無法言語，因識字有限，故僅能以手勢及鼻音發聲，故社交功能差，又因外表影響，而致社會孤立。
- 近期案主因疼痛入院進行藥物調整，因病情進展，故照會安寧共照團隊介入，案主在醫療團隊建議下，開始思考末期醫療決策。他向團隊表示，希望病情在末期階段，亦要接受積極插管及CPR治療，即便團隊說明在末期時的醫療介入可能是無效醫療且增加痛苦，但案主依然堅持選擇積極求治。

# 討論案例：（改編案例）

- 案主居護所的護理師跟團隊表示，案主似乎很孤單，會在房間擺滿了玩偶娃娃；近期亦曾向護理師表示，想要去找住在安養院的妹妹，妹妹是慢性精神病患，10多年前被安置，是他在世上唯一的親人，不知現在是否還在世...。居護向社工表示，案主請她協尋案妹的安置機構，表示如果能去探視案妹，自己也算有盡到身為家屬的責任了。然而，這樣的心願，卻也讓居護擔心案主有自殺意念...。

# 分組討論：

- 一. 透過哪些線索可辨識出案主面臨的社、心、靈議題？
- 二. 承上，這些社、心、靈的議題中，分別隱藏了案主的什麼需求？
- 三. 面對個案，如何透過同理的溝通啟動安寧對話，有何策略？
- 四. 小組對於如何案例中，案主有低收補助、有定期居護訪視、也有申請急難救助，住院期間也啟動安寧共照，除此之外，還有什麼資源可以協助案主的嗎？

小組分享與提問 ~ 講師回饋

謝謝大家的參與～