

住宿型長照機構對靈性 照顧政策的認知、行為 與困難之分析

劉一蓉、陳曉琪、吳昶興

壹、前言

許多研究探討了高齡者因缺乏或中斷社會接觸與連結所導致之負面結果，包括經常或強烈的孤獨感（Perissinotto et al., 2012）、生活品質下降（Hawkey et al., 2009）、身體疾病（Hawkey et al., 2006）、死亡等風險（Holt-Lunstad et al., 2015）；而孤獨感所帶來的危害，被證實與失智、焦慮、憂鬱（Zhong et al., 2017; Van Orden et al., 2010）及自殺行為存在顯著關係（Stickley et al., 2016）。

然而這些問題並沒有因遷入住宿型機構而獲得解決，反而發現孤獨和憂鬱是整個住宿型機構中最嚴重的心理健康問題（Theurer et al., 2015）。例如一項對瑞典北部和芬蘭西部養老院的研究顯示，養老院中55%的居民感到孤獨（Nyqvist et al., 2013）。在臺灣，以高雄地區護理之家與養護中心老人為對象的研究顯示，

憂鬱比例分別是61%與57.8%（謝佳蓉，2010）；侯慧明與陳玉敏（2008）對臺中七家住宿型機構的研究顯示老人住民中66%有憂鬱問題。

為何入住機構，脫離獨居生活，且能參與機構所提供的各種活動，卻仍無法有效解決孤獨感的問題（Victor, 2012），甚至參與活動對憂鬱症的影響竟是好壞參半（Cruwys et al., 2014）？有學者認為，多數機構所提供的活動包括遊戲、旅行、社交聚會等，多為娛樂性活動（Schafer, 2014），雖然增加一些樂趣，但Theurer等人（2015）發現這類娛樂性活動經常被長輩們視為幼稚的行為（Tse & Howie, 2005），長輩們只是為了避免被視為不合群或貼上孤僻、憂鬱的標籤而參與，但這些活動並無法讓他們真正投入，故仍對生活感到無意義。Nouwen與Gaffney（1976）指出，機構人員應意識到多數長輩並不想被娛樂，而更期待能維持希望感

和目標感。

由此看來，機構提供給長輩的活動「量」可能是足夠的，但能讓長輩產生或維持「有意義」、「有希望」、「有目標」、「有貢獻感」之「質」的問題，是機構須思考的議題。

貳、靈性健康對高齡者的重要性

對於高齡者而言，靈性不僅是在他們的晚年生活中令他們滿足愛、希望、平靜、克服孤獨感、失落與調適疾病與壓力的重要支持，更是許多在漫長治療過程與機構生活中，找到意義，甚至是延緩死亡與促進成功老化最重的因素之一（Tsai et al., 2022）。

雖然靈性健康不一定與宗教有關，但宗教對於老人身、心、社會健康早已有許多研究證明，例如Koenig等人（1999）發現經常參加宗教活動，尤其是公共的宗教禮拜儀式的老人，被證實有較健康的身體、心理與存活率；Maselko與Kubzansk（2006）認為宗教活動提供老人接觸社會、與外界建立聯繫的機會，減少因退休、子女離家或喪偶產生的孤立感與憂鬱問題，進而增加心理的安適狀態。

尤其在長期照顧機構中，許多研究顯示機構住民對宗教的需求及宗教對他們健康狀況的積極影響。例如，Drageset等人

（2017）對挪威長照機構住民訪談發現，「靈性的連結和親密感」是促進他們生活意義和目的的一個重要面向。Cruwys等人（2014）曾嘗試在機構中安排不同宗教的住民們組成小組，一起分享信仰及信仰在他們個人生命不同階段的幫助。研究發現，此作法不僅使長輩們從懷舊過程中得到安慰，更能建立社會認同感，而趕走孤獨與憂鬱。在波蘭的療養院，老人們透過了靈性照顧有效降低壓力並改善他們的心理健康（Heidari et al., 2019）。Gautam等人（2022）發現機構老人很期待照顧者能給予靈性照顧、滿足他們靈性需求，其中對於照顧者給予他們宗教指引或轉介宗教人士感到特別重要。Jadidi等人（2022）發現老人的屬靈需求離不開宗教，他們針對伊朗養老院17位穆斯林老人進行靈性需求的半結構式訪談，發現老人有三個宗教需求，一是對宗教信仰、進行個人與團體宗教習俗的需求；二是對生命意義、生命目的和平靜的需要；三是與上帝和與他人的溝通需求。上述各國研究說明，認知老人靈性需求對維護和促進老人健康非常重要。

參、研究背景、研究目的與研究方法

衛生福利部（2022）《因應超高齡社會對策方案（112-115年）》指出，為

強化高齡者心理健康，無論在機構、醫院或社區中皆應提升高齡者靈性照顧，並認為：

於機構端，提供服務對象個別化服務，尊重其信仰，使其有自行決定參與宗教活動的機會；同時鼓勵機構設置簡易宗教設施、成立靈性照顧團隊，並提供靈性關懷與諮詢服務，進行生命教育相關宣導。（頁18）

為了解政府靈性照顧政策在住宿型機構推動情形以及如何促進民間機構與政府的溝通與合作，完成這一項有助於強化高齡者全人健康的政策，本文以住宿型長照機構為訪談對象，深入了解他們對政府推動靈性照顧政策之認知、行為、困難以及對此項政策之建議。

本研究以質性訪談方式蒐集資料並進行訪談內容之分析。訪談時間自2023年12月～2024年3月，研究者先以立意取樣方式選取一位機構負責人作為訪談的開始，再以滾雪球方式接觸更多受訪者；訪談是面對面、半結構式方式進行。訪談主要問題包括：

- 一、目前機構對於靈性照顧的認知為何？
- 二、目前機構在提供靈性照顧方面有哪些實際做法？
- 三、對於政府在《因應超高齡社會對策方案（112-115年）》提出的

四項靈性照顧方式有何看法、執行困難以及需要哪些協助？

四、對於政府提出的靈性照顧政策有何建議？

肆、訪談結果

一、受訪者背景

本研究挑選機構之業務負責人為訪談對象，主要原因是依據法規，業務負責人必須為專任人員並綜理該機構長照業務，故此，他們不僅具有長期照顧專業知識與技能，也是對機構人力、能力、資源分配與業務發展最了解並有決定權的人。受訪者共11人，包括女性七人、男性三人，年齡介於30～75歲之間。在專業背景方面，七位受訪者有二個以上的專業學位，其中六位以護理為第一個專業學位，之後再進修長期照顧（後簡稱長照）、社會工作（後簡稱社工）、老人服務（後簡稱老服）、醫務管理（後簡稱醫管）、公共衛生（後簡稱公衛）等大學或碩士學位，有二位僅接受護理教育、一位是營養師背景；在宗教信仰方面，八位民間信仰者、二位為基督教徒、一位無宗教信仰；工作年資方面，幾乎都超過10年以上，最長30年，平均15年，其中一位僅有六個月，是所有受訪者中年資最淺，但因其一年前始畢業於長照科系，希望藉此了解學校教育對靈性照顧的重視情形（表1）。

表 1 受訪者基本資料

受訪者	性別	年齡	教育背景	宗教信仰	機構工作 年資	訪談日期
A	女	46	長照+公衛	民間信仰	6個月	112.12.06
B	女	44	護理+社工	民間信仰	20	112.12.23
C	男	30	老服+護理	民間信仰	10	113.01.08
D	女	56	護理+醫管+長照	基督教	26	113.01.23
E	男	41	保健營養	無	4	113.01.31
F	女	54	護理+醫管	民間信仰	20	113.01.31
G	男	40	護理+社工	民間信仰	10	113.02.0
H	女	75	護理	基督教	30	113.02.22
I	女	52	護理	民間信仰	10	113.03.15
J	女	52	護理+醫管+社工	民間信仰	16	113.03.21
K	女	52	護理+老服	民間信仰	19	113.03.26

資料來源：本研究彙整。

在接受靈性或靈性照顧教育方面，曾受護理教育者，少數人記憶中曾上過兩學分的安寧照顧課程，內容主要是臨終者身體照顧，但對於靈性照顧卻沒有印象；四位曾在在職教育訓練中接觸過安寧照顧課程，但認為課程中未涉及靈性或靈性照顧；一位曾於在職教育訓練中接觸過靈性

的概念；一位完全沒有接觸過靈性或安寧議題。

二、對靈性的認知

所有受訪者都從未曾接受靈性議題的教育，對於靈性的概念主要來自於全人照顧所提及的「身、心、靈、社會」；只是

進一步請受訪者解釋何謂靈性時，則傾向於搖頭，表示不清楚，少數人提到與心理或宗教有關：

靈性啊，我覺得是一種比較抽象，我覺得像一道光……會讓你有一種心理上的靜心。(C)

靈性這個東西，要看你是依哪個教，你信奉哪一個教為出發點。(G)

三、靈性照顧內容與方法的認知與行為

雖然受訪者們都不清楚靈性的定義，對於靈性照顧可以提供哪些內容最初也表示不清楚，但當我們運用靈性照顧研究提到宗教活動可以協助病人解決靈性困擾、促進他們靈性健康時，多數受訪者也都表示自己曾運用一些宗教方式幫助過個案，包括：依據住民或家屬要求將衣物送往廟中過火或使用符水清淨住民身體或周遭物品、與個案談論宗教信仰、安排住民到宗教場所參拜、邀請住民參加機構拜拜活動、開放宗教團體到機構辦理宗教相關活動等等。

我會帶著長輩摺金元寶……，摺好的元寶，我告訴他我會在初一、十五向土地公拜拜的時候，就把它化給土地公，我會跟土地公說這個是誰做的；我也問他要將燒元寶的功德給誰……。對於那些識字的住民，我發現給他抄經（宗教團體提

供），是安定他內心很好的方式。他就一本抄過一本，沒有間斷。

(B)

受訪者H經營護理之家已經30年，在疫情前他一直積極安排有宗教信仰的志工團體為住民辦理宗教活動。他依據志工們的信仰分為兩個宗教團體，一是基督教團體，另一是佛教團體，鼓勵他們各自運用自己的宗教來關心住民。但問及機構是否提供住民靈性照顧時，他說：

我不知道是不是要講靈性照顧比較高級，但我一直是有提供宗教給他們。像每星期四下午二點半至四點左右，（基督教）志工們會來帶住民唱歌、查聖經、有獎徵答，有獎徵答的問題就是剛剛講的聖經內容。有一位傳道很固定在我們這邊，他每次都會帶大家看聖經，然後講解，維持好多年，一直到疫情才中斷。(H)

受訪者I也提到機構會定期提供拜拜的機會，辦理住民外出旅遊時，也曾刻意挑選某些寺廟，讓住民有機會連結過去的宗教習俗：

初二、十六，醫院門口有拜拜，會詢問長輩要不要參加，若要參加，就會推著輪椅，讓他來一起參加拜拜。……疫情前我們大概一年會有兩次大的活動或郊遊，因為阿公阿嬤很多，他們都喜歡拜拜，那我們

就是有一次帶他們去岡山的壽天宮去拜拜。(I)

其實大多數受訪者都能夠說出數個常用的宗教照顧方式，或許是擔心自己所用的方式不是「科學方法」，而不敢直接告知，直到研究者向他們介紹各種宗教的方法都可以幫助病人後，他們才漸漸說出一些機構實際的做法。

此外，疫情前多數機構都會開放宗教團體前來辦理活動，只是多採被動、而非主動邀約。因此三分之一機構的住民一年最多只會接觸到宗教一兩次，有三分之一的機構可能一、兩個月會安排一兩次宗教活動；多數活動以團康為主，少數宗教團體會安排到床邊進行禱告或關懷。有兩位受訪者表示曾經為機構內一、二位住民安排宗教人士進行個別關懷，主要是住民曾經向機構詢問臨終時的宗教禮儀問題，因此藉由宗教團體到機構辦活動時，順便請宗教人士向當事人說明。由此來看，機構對於提供宗教服務多半是被動與保守。

四、靈性照顧對住民的影響

有一些受訪者對靈性照顧的具體內容與技巧並不清楚，但詢問他們就目前機構所提供之宗教活動或設施可為住民帶來哪些影響，多數有正向的看法，可區分為四個方面。

(一) 提升生存動力，翻轉受助者角色

當人們失去控制自己生活能力與權力時，可能會產生失去生存動力的反應(Mercer & Kane, 1979)。從訪談中受訪者B透過鼓勵住民運用自身的能力，為自己及家人做貢獻的方式，提升住民的不能成立團隊生存動力，他的做法包括鼓勵住民抄寫經書、折紙元寶，更重要的是告訴他們：

我會將抄寫好的經文拿去燒給土地公，……看你要迴向給誰，你就是把你的名字簽上去，我把它帶去化掉，(所以)他很樂意寫，已經寫了三、四本。另一位是折紙元寶，他也很有動力，每天在那邊摺……還會教別人摺。(B)

對於有信仰的住民來說，宗教團體的來訪讓他們更願意與人互動：

當有相同信仰的團體來帶活動時，我發現一些平時不太與人互動的住民會比較熱絡與對方互動，像去聊天或問一些問題。……還有一些拜拜的住民，有一些雖然失智了，但每到有神明生日前，他們都會忽然特別有記性，來告訴我們哪一天應該要拜哪一位神明。(I)

除了讓住民產生動力、增加互動意願，另一位受訪者C還提到一位長輩在分享宗教與他個人的關係時，竟能翻轉自己當下的處境，讓C感覺到對方已經從受助

者轉變為助人者，他說：

曾到一位爺爺家進行長照評估，問起他家中擺設的宗教物品時，他就顯得很願意分享，當下我就感覺與他談論宗教時，他似乎忘記自己正需要別人幫助，而成了很有知識與經驗的分享者，想要將自己從宗教獲得的分享給別人，幫助我也認識這個宗教有多好的樣子。我想這就是宗教或所謂靈性的力量，讓一個人從受助者瞬間變成助人者。

(C)

(二) 安定內心

訪談過程中有受訪者問研究者，對於失智、虛弱昏睡的住民還需提供靈性照顧嗎？或許這是許多機構的疑惑，受訪者J提到處理一位失智症病人的經歷，他認為運用病人自己信仰的神明來引導他的行為，可以得到很好安定效果：

當他隨意大小便時，都會說是九府千歲要他尿在這裡，他還有很多紊亂行為，都說是九府千歲（指示的）。我請他太太買一個九府千歲畫像貼在他的房門上。當他很亂時，我就會跟她說，時間到，九府千歲叫你去睡，你有什麼問題就去跟九府千歲說，九府千歲會跟你說廁所在哪邊。後來證明，我這個理論是對。(J)

B是受訪者中最認真與規律提供住民宗教資源的機構負責人，對B而言在20年的工作中，深刻感受到這些住民「每天到土地公廟（在機構門口）前拜一拜，他就覺得會被神明保佑，很安心了」。也因此，對B來說，宗教是最容易讓人得到安慰、安全感的來源，而且也是最方便、無需太多成本的照顧方式。

(三) 改變人格特質

不只是提供安定感與安慰，受訪者H更肯定宗教有改變人的能力，她很欣慰並自信地談到機構中一位患大頭症（亞歷山大症的俗稱）、下肢癱瘓的女性，因為機構提供她宗教的信仰與關懷，最後改變了她的個性與人格：

她剛來時脾氣很暴躁、經常發飆罵人。可是很神奇，我們每次就帶他出來參加基督教的活動，傳福音給他、告訴她上帝愛她，漸漸她的脾氣轉好，會跟我們打招呼、說謝謝。(H)

我們結束訪談離開機構時也見到這位女士，她原與其他住民一起看電視，一見到我們就主動打招呼，並問H：「他們是要來帶活動的嗎？」看起來很活躍，也能主動與人互動。

(四) 增加生活樂趣並排解寂寞

多數受訪者都認為宗教團體前來辦理

宗教活動或探望住民，主要作用是多一個人來陪他們聊天，讓他們有新的刺激、排解長期住在機構中可能產生無趣或無聊的感覺。此外有三位受訪者認為宗教團體，尤其是基督教團體帶領的活動很活潑、有趣，可讓住民們感受到歡樂，有時透過唱歌或手語等肢體活動，更有放鬆身心的功能（E、G、H）。

五、對政策要求機構設置簡易宗教設施的看法

受訪者普遍認為設置簡易宗教設施最為簡單，容易達成，且多數已經完成。不過當我們參觀機構的宗教設施時，也發現多數並未設置宗教專區，只有五個機構，將基督教與佛教或民間宗教的神像與經書各有獨立空間；比較常見的是將一種或多種宗教神像與經書一起擺放在公共區域。

有三位受訪者對於政府設置簡易宗教設施的政策表示不贊成，他們的理由包括。

（一）住民缺乏活動能力，設置宗教場所對住民無益

機構內住民多數行動不便，甚至連坐上輪椅都有困難，除非家屬推他們去，他們無能力自行前往。

（D）

許多住民精神、認知、活動能力都下降，不會要求去這些地方。

（G）

（二）擔心被貼標籤

受訪者D為基督教徒，但認為：

機構應向所有人開放，如果特別設置某些宗教設施，擔心有人誤解機構有宗教色彩而不願入住機構，影響機構營運。

（三）未按宗教禮俗設置與禮敬神佛，恐對神明不敬

受訪者G認為：

機構擺設神像須有符合神明供奉的規則，比如每日要上香、要供茶或花果，但機構沒有人可以固定去做，沒有足夠人力管到這一塊。而且政府的消防要求嚴格，為了怕有火災發生，機構內是不准燒香的。那我們設置神像、神龕卻又沒有去上香，失去意義也對神明不敬。

六、對政策要求機構提供個別化服務的看法

對於政府提出應提供住民個別化服務、尊重住民信仰，使其有自行決定參與宗教活動機會，受訪者有三種不同意見。

（一）尊重住民信仰，但無人力協助外出參加活動

雖然受訪者都同意應尊重住民信仰，讓他們自行決定是否參加機構內的宗教活動，但多數（A、B、C、E、F、H、I、

K) 認為機構無人力協助個別住民外出參加宗教活動，家屬需自行處理。

(二) 機構自訂規範，由家屬支付外出衍生費用

受訪者J指出：

我們有規定住民外出參加宗教活動，家屬須支付外出交通費與人員陪伴費用。

(三) 個別化服務需不同專業參與，因人力不足無法執行

兩位受訪者D與G依據個案照顧計畫經驗，認為：

個別化的靈性照顧需要納入各專業人力如醫、護、營養、社工、照服員等進行評估、處遇計畫、執行、評值等連續性過程，甚至需家屬配合，目前人力上無法執行。(D)

七、對政策要求機構成立靈性照顧團隊的看法

對於成立靈性照顧團隊，受訪者意見傾向機構人力、知識與訓練不足，不可能成立團隊，並認為：

如果需要團隊應由政府來負責訓練。(D、E、G)

至於照顧團隊成員應包括哪些專業人士，受訪者多表示不清楚。比較有共識的意見是認為應讓社工承擔主要責任，原因

是：

他們經常與病人談話，應該能夠紓解他們的心情。(A、F)

受訪者J本身就有社工背景，他認為：

在社會工作裡面，有一個很重要的任務，就是給予心理支持、資源連結，所以他們最適合。(J)

此外，有二位受訪者認為只要是長照服務人員包括醫生、護士、社工、照服員等等，都應該加入團隊，接受靈性照顧的教育訓練。

不是我特別為了這個再去搞一個比如說什麼委員會，請一些人來專門做靈性的，不需要，反而就是要讓機構內各種跨專業的人都去理解、去運作，去把SOP訂出來。(J)

甚至也有受訪者認為機構裡所有行政、會計人員都應受訓，因為：

這些人至少會接觸到家屬，家屬的靈性健康也很重要，他們才能繼續照顧生病的家人，所以行政、會計人員也應該瞭解一下。(K)

八、對政策要求機構提供靈性關懷與諮詢服務的看法

訪談過程中雖陸續向受訪者說明靈性照顧的可能方式與內容，但許多受訪者認為由宗教團體來負責關懷與諮詢較能具專業能力。只有受訪者G雖然同意宗教團

體可以到機構帶活動或提供關懷與諮詢服務，但他的疑慮是：

有些宗教團體表面上是關心，但其實只想讓他們成為教徒或要他們捐款，這樣的團體不少，也令我們很困擾，可能會讓我們被家屬質疑或責備。（G）

九、機構執行靈性照顧政策可能遭遇的困難

由於多數受訪者沒有受過靈性照顧的訓練，因此他們認為主要困難是認知與技能不足。此外，雖然B與H也表示未曾接受過靈性教育，但卻早已經開始長期提供住民宗教服務。因此，機構配合靈性照顧政策除了靈性認知與能力不足，另一個重要的困難是對靈性照顧的態度與認同，如能與B和H一樣，那麼運用宗教提供靈性照顧並不困難：

我自己是民間信仰，我就用我們客家人習慣的信仰方式去做，……都是我自己想出來怎麼做比較好，就去做了。（B）

我本身是基督徒，一直認為要傳福音給他們（住民），所以我很堅持，我就要對教會的牧師好、對志工好，也在教會作長老，這樣才能有影響力，號召他們持續來做志工。負責人本身最重要，要自己想做才行。（H）

因此，負責人對於靈性照顧的態度與認同，是機構能否推動靈性照顧的主要因素。然而，如果要永續推動這一政策，還需要：（一）工作人員對於靈性照顧的熱忱，如果工作人員願意，他們就會主動參與或積極安排宗教活動，如受訪者K機構中的社工一樣：

他都自己會主動安排很多宗教活動。有時我還會問他為何一個星期排了三次，那其他活動怎麼辦？（K）

以及（二）宗教團體的配合與支持。雖然很難期待每一個機構都像受訪者B與H一樣主動提供靈性照顧，但是他們也都需要宗教團體的支援，如此才能減少耗費機構原本短缺的人力，同時因宗教人士，尤其是宗教師或牧師可以更深入解說宗教經典或教義內容，使住民透過教義轉變負面思想或行為：

我覺得最重要的是還要有志工團隊，沒有志工真的沒法作；以前我們教會牧師很支持，他會鼓勵信徒過來幫忙，他也會來帶查經，解釋聖經，不只是只讀一讀。（H）

十、機構對政府靈性照顧政策之建議

雖然機構提出許多提供靈性照顧的困難，但多數受訪者仍表示願意配合政策，並向政府提出一些建議包括。

(一) 政府應提供經費補助人力

受訪者A、D、H、K都認為提供靈性照顧雖然很重要，但為提供靈性照顧，業者需增加人力才能負荷，如受訪者A所說：

政府推這幾項工作，像成立靈性照顧團隊、提供靈性諮詢輔導都很重要，但機構力量是不夠的，這種靈性輔導照顧，也不是說一個人就可以做完所有的事，也需要有專業的人，像社工師就專門負責對外連結、社會關係，所以政府應在經費上面支持我們聘請靈性照顧專業人員和培訓機構內人員。

(二) 將靈性照顧納入機構與人員之評鑑，強制機構執行

受訪者E、F、G不僅贊成政府推動靈性照顧政策，為了保證政策推行順利，他們建議：

將靈性照顧工作納入機構評鑑。

再者可以透過政府要求醫事人員接受繼續教育課程及積分的規定，讓醫事人員接受靈性照顧教育，如受訪者F建議：

將靈性課程的積分納入中央換證，那他們就是自己花錢也會去上課。

(三) 政府應成立靈性照顧師資團隊並提供教育訓練課程

政府要提供完整的靈性照顧教育訓

練課程，成立靈性照顧師資團隊，提供在職教育並進場指導，才能落實這個政策。(C、K)

(四) 提供靈性照顧評鑑內容並建立示範機構

受訪者中，C是最積極表達支持政策的一位，他說：

我很支持靈性照顧這件事，我希望大家一起來做，我覺得政府要制定一個評鑑規範，評鑑手冊中要規定怎麼做；再找一個大單位、有品牌的機構願意出來先做示範，到有成效，有一些價值，這樣比較小的機構才願意跟進。

伍、結論與建議

本研究透過面對面、半結構訪談11位住宿型長照機構業務負責人，研究發現大多數機構負責人對靈性、靈性照顧的意義、方法都缺乏知識與執行的能力；除將靈性與心理視為同等，認為靈性照顧就是關心個案心理與情緒問題或直接表達不知道，也有許多受訪者雖長期提供宗教方面的靈性照顧，但因未曾接受正式的靈性照顧教育與技能訓練，而不敢確認自己所提供的照顧方式是否為靈性照顧。

缺乏靈性照顧知識與技能的問題也存在於許多國家的長照服務人員中，

Morland等人（2022）對護理之家註冊護士、職能治療師等進行一對一與焦點團體訪談發現，多數受訪者認為靈性照顧是一個不明確的概念、對其瞭解有限，甚至有一些人員完全沒有聽說過靈性照顧，並且在照顧老年人的日常工作中，也沒有意識到靈性照顧的需求。因此，政府應更積極、更廣泛鼓勵各種可能參與長照服務的專業人員，無論在校或在職都接受靈性照顧教育訓練，才能落實政策。

雖有受訪者以經費與人力不足為由，認為靈性照顧政策不可行，但訪談中有兩位機構負責人認為他們在提供靈性照顧過程中，並不需要額外花費，更不需要政府補助或要求內部工作人員額外付出時間即可達成。因為在他們來看，最重要的是照顧人員對靈性重要性的看法，只要認為這件事很重要，就能運用自身宗教知識，在日常工作中提供符合住民宗教信仰習俗的活動，並能主動結合宗教團體的資源，召集宗教團體人士擔任志工，為住民辦理宗教活動，將宗教中的信念傳遞給住民、關懷住民。就此而論，缺乏足夠的靈性照顧知識與技能是機構無法提供靈性照顧的主要原因，但是在第一線從事照顧工作人員對宗教或靈性重要性的看法、態度與投入意願，可能更為關鍵。

再者，多數受訪機構的宗教活動由基督教與佛教團體提供，其中又以基督教團體為主，他們通常以歌唱、故事傳講及話

劇表演，帶來熱鬧的氣氛、激起住民愉悅的情緒，因此機構負責人很樂意接受這類型宗教活動。然而這些活動頻率不高、無規律性，內容輕鬆，因此娛樂效果可能更大於靈性上的幫助。如此一來，前言中提到機構活動重「量」不重「質」的問題很可能重複出現。

最後，針對衛福部推動靈性照顧政策方面的重要發現如下：

一、在設置簡易宗教設施方面：為因應政府的評鑑要求，機構普遍設置了十分簡易的宗教場所，僅有四家機構為不同宗教設置獨立空間，供住民進行宗教活動或儀式，其他機構僅提供少許桌面或空間將各種宗教象徵物如：佛像或十字架及宗教刊物或經書散置檯面。其中有受訪者以空間不足為由、有因為擔心被誤解有某宗教傾向而影響入住人數、也有認為在民間習俗中，安置神像需要天天有人負責上香、供奉茶水等物品，不僅耗費人力，同時如果開放所有住民都可以上香，也擔心消防安全的問題。因此，雖然設置簡易宗教設施這項規定存在已久，但未有標準化規範，在執行上彈性很大；遵守規範的機構中，有兩家是負責人本身認同與重視宗教/靈性的功能；另一家則因機構附設於醫院，原本就已有宗教空間之設置；另一家因與政府合作，故配合政策要求。

二、在提供個別化服務，尊重其信仰，使其有自行決定參與宗教活動機會的

政策方面：有二位受訪者認為個別化服務是指提供每一個住民一個個別的靈性照顧計畫，因自認機構不只對靈性照顧知識不足，也需耗費龐大人力，故認為不可行；其他受訪者將「提供個別化服務」的重點放在尊重個案信仰，不強迫、讓個案自由參加或不參加宗教團體至機構舉辦的活動，因此認為完全可以達成。至於有個案需要外出參與宗教活動時，機構認為基於人力與經費考量，機構不會單獨安排住民外出參與宗教活動，須由家屬自行負責；也有機構已規定如家屬願意支付外出的交通與陪伴人員費用，機構可協助安排。

三、在成立靈性照顧團隊方面：這一點幾乎所有機構都表示有困難，首要原因是受訪者不清楚靈性照顧團隊應該執行哪些工作、扮演什麼角色、發揮哪些功能，因此無從判斷如何組織團隊及挑選團隊人員；其次，半數受訪者認為機構沒有人力讓現有人員接受培訓，更不可能專為靈性照顧組織團隊。因此如果政府期望成功推動此政策，必須先規劃靈性照顧的內容與執行方式、靈性照顧團隊扮演的角色與功能，再透過教育訓練進行推廣。

四、提供靈性關懷與諮詢服務方面：受訪者多數認為自己缺乏宗教/靈性相關知識，不可能提供關懷或諮詢服務，僅能轉介宗教團體。但許多機構並未主動與宗教團體建立關係，宗教團體是否及何時前來機構辦活動或關心個案，機構都是採被

動態度，因此對於個案的靈性關懷或提供諮詢多數是被忽視的。

綜合受訪機構負責人對於政府靈性照顧政策的認知、行為、困難與意見，本文提出以下建議。

一、教育方面

(一) 學校教育，由於多數受訪者對靈性、靈性與宗教之關聯及靈性與宗教照顧之知識與技能缺乏，因此，政府應鼓勵大專院校教師研發理論與實務兼備的靈性與宗教照顧專業課程，並由教育部規範所有可能從事長照服務之醫、護、社工、老服、長照、心理等科系之學生，都有機會獲得至少3~4學分的靈性與宗教照顧課程，建立他們正確的靈性與宗教知識與運用各種宗教要素設計靈性照顧內容的能力，以預備在長照職場中提供長輩靈性照顧服務。

此外，應透過教育部，鼓勵大學宗教系、所與宗教研修學院開設長照與靈性照顧課程，讓宗教專業人才成為長照機構跨專業服務的成員，除可規劃宗教活動並鏈結宗教團體資源，更可負責組織靈性照顧團隊、提供靈性諮詢與服務。

(二) 在職教育，政府應透過負責長照服務的各類型專業人員每年繼續教育機會，將靈性照顧議題置入，讓照顧者對靈性困擾徵象具有敏感度與判斷力；此外，可要求機構主管，接受靈性照顧進階

課程，或鼓勵企業辦理教育訓練中納入靈性照顧課程，以期個案出現靈性困擾徵象時，照顧者可給予符合其宗教與靈性觀點的協助。

二、民間機構方面

(一) 長照機構提供靈性照顧之評鑑與獎勵固然重要，但靈性照顧內容與執行方式、靈性照顧團隊角色與功能的教育訓練最為重要，主管機關可先組織師資團隊並規劃靈性照顧具體內容，以利機構學習與配合。

(二) 透過政府跨部會合作，規劃獎勵與補助宗教團體訓練宗教人士成為靈性關懷志工、長期投入靈性照顧工作，並成為長照團隊一員。

最後需要提出思考的是，機構中許多重度失智失能、終日臥床、意識模糊的病患，他們還需要靈性照顧嗎？其實有關失智症患者靈性照顧的研究早已證實，靈性

照顧提供者和信仰社群對於有宗教信仰的病人而言十分重要，因為他們提供了病人持續與其信仰的神明及社群的聯繫，並提供他們希望及對他們身分、尊嚴和價值的肯定 (Swinton, 2012)。因此，提供照顧者教育訓練與整合宗教專業人士及宗教機構資源，都是政府推動高齡靈性健康最重要的工作。

※致謝 大愛長照體系負責人邱秋華女士、博正居家長照機構負責人林岳澤先生

(本文作者：劉一蓉為輔英科技大學高齡及長期照顧事業系暨碩士班副教授；陳曉琪為輔英科技大學高齡及長期照顧事業系碩士班研究生；吳昶興為中原大學宗教研究所副教授)

關鍵詞：住宿型長照機構、靈性照顧、高齡、政策

📖 參考文獻

- 侯慧明、陳玉敏 (2008)。〈長期照護機構老人孤寂感及其相關因素探討〉。《實證護理》，4 (3)，212-221。https://doi.org/10.6225/JEBN.4.3.212
- 衛生福利部 (2022)。《因應超高齡社會對策方案 (112-115年)》。file:///C:/Users/mxhun/Downloads/File_183544.pdf
- 謝佳蓉 (2010)。《探討影響高雄市接受機構式長期照護服務老年住民憂鬱相關因素》(碩士論文，美和科技大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/b2dsr9

- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Jetten, J., Hornsey, M. J., Chong, E. D., & Oei, T. P. (2014). Feeling connected again: Interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of affective disorders, 159*, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.019>
- Drageset, J., Haugan, Gø., & Tranvåg, O. (2017). Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatrics, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0650-x>
- Gautam, S., Montayre, J., & Neville, S. (2022). Seeking and maintaining connections: A grounded theory study of maintaining spirituality in residential aged care facilities. *International Journal of Older People Nursing, 17*(3), 1-12. <https://doi.org/10.1111/opn.12228>
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology, 28*(3), 354-363. <https://doi.org/10.1037/a0014400>
- Hawkey, L. C., Masi, C. M., & Berry, J. D. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging, 21*(1), 152-164. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.152>
- Heidari, M., Borujeni, M. G., Abyaneh, S. K., & Rezaei, P. (2019). The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. *Journal of Religion and Health, 58*(4), 1328-1339. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00782-1>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Jadidi, A., Sadeghian, E., Khodaveisi, M., & Fallahi-Khoshknab, M. (2022). Spiritual needs of the muslim elderly living in nursing homes: A qualitative study. *Journal of Religion and Health, 61*, 1514-1528. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01263-0>
- Koenig, H. G., Hays, J. C., & Larson, D. B. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 54*(7), M370-M377. <https://doi.org/10.1093/gerona/54.7.m370>
- Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine, 62*(11), 2848-2860. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.008>
- Mercer, S., & Kane, R. A. (1979). Helplessness and hopelessness among the institutionalized aged: An experiment. *Health and Social Work, 4*(1), 91-116. <https://doi.org/10.1093/hsw/4.1.90>

- Morland, M., McSherry, W., & Rykkje, L. (2022). Understanding spiritual care: Perspectives from healthcare professionals in a Norwegian nursing home. *Religions, 13*(3), 239. <https://doi.org/10.3390/rel13030239>
- Nouwen, H. J. M., & Gaffney, W. J. (1976). *Aging: The fulfillment of life*. Doubleday.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A. K., & Gustafson, Y. (2013). Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: A comparative study. *Journal of Aging and Health, 25*(6), 1013-1035. <https://doi.org/10.1177/0898264313497508>
- Perissinotto, C. M., StijacicCenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 172*(14), 1078-1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016) Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders, 197*, 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.054>
- Schafer, M. H. (2014). On the locality of asymmetric close relations: Spatial proximity and health differences in a senior community. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 70*(1), 100-110. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu043>
- Swinton, J. (2012). *Dementia: Living in the memories of God*. W. B. Eerdmans.
- Theurer, K., Mortensonb, W. B., Stonec, R., Sutod, M., Timonene, V., & Rozanova, J. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies, 35*, 201-210. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.011>
- Tsai, K., Chang, P. J., Mathew, A. J., Richard, C., Davidson, H. A., & Hersch, G. I. (2022). Exploring spirituality of elders relocating into long-term care facilities. *The Open Journal of Occupational Therapy, 10*(2), 1-11. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1959>
- Tse, T., & Howie, L. (2005). Adult day groups: Addressing older people's needs for activity and companionship. *Australasian Journal on Ageing, 24*(3), 134-140. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00117.x>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Cukrowicz, K. C. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Victor, C. R. (2012). Loneliness in care homes: A neglected area of research? *Aging Health, 8*(6), 637-649. <https://doi.org/10.2217/AHE.12.65>
- Zhong, B. L., Chen, S. L., & Tu, X. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The Journals of Gerontology: Series B, 72*(1), 120-128. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw037>