

末期病人及家屬之 靈性需求與照顧

蔡惠芳

壹、前言

靈性通常與一個人的精神狀態、價值觀、信仰和生活目的習習相關，我們會在日常的生活感知靈性，或者追求靈性，但什麼時候我們會呼求靈性？當疾病進展到末期階段，隨著病人病情惡化、身體症狀複雜及體力的衰弱，醫療可以介入的治療空間愈來愈有限，轉而以舒適照顧為主。此時，病人及家屬逐漸開始感受到對未來的不確定性以及生命終結的恐懼。就病人及家屬而言，所要面對的不單只是生命存活期的問題，亦涉及個人及其家人如何面對死亡即將到來的現實，和隨之而來的各種壓力與負荷，同時也會思考此生的意義與價值，凡此種種都是靈性的需求的顯現。

社會工作為一個助人的專業，特別是在末期照顧的領域裡，更被視為照護團隊中不可或缺的一員。然而末期照顧所面對

的，不是案主單一的問題情境處理，而是屬於生命整體性危機，甚至需要用靈性層次的視角來詮釋。然而，在社會工作的專業裡，卻很少有對靈性照顧觀點的探討。

一般人對靈性的認知容易以宗教來解釋，因此很多時候便容易將靈性的需求簡化成宗教信仰，這也導致對於一些本身沒有宗教信仰或者不想接觸宗教的人，聽到靈性便直覺得產生排拆。事實上，靈性和宗教並不能互相同，但二者間有些本質是互通的。靈性很難與宗教脫離關係，因為宗教的「終極性」和靈性的「超越性」之間有著極深的關聯（唐婉如，2008；沈麗靚，2003）。雖然靈性不能等同於宗教，但宗教可以是視為接近靈性的一種途徑。

對末期病人而言，在承受著身體病痛的同时，還承受著面對即將而來的死亡恐懼及焦慮，而對家屬而言，在陪伴病人的同時，除了照顧的疲憊，在末期階段的

預期性哀傷中，內心陷入「放手」及「留住」的掙扎，情緒的負荷同樣的沈重。

「存在」如同呼吸般，在健康時的理所當然，在此刻卻感到缺氧，對生命存有的質問也無所不在，整體性的挑戰應運而生。此時，靈性的呼求亦隨之展現強烈的需求並渴望從中得到解答。

然而，我們也發現，因為對靈性的概念的模糊，以致臨床工作上遇到病人或家屬有靈性困擾或靈性需求時，往往期待由宗教師或靈性關懷人員來協助。導致在照顧的現場，病人及家屬的靈性需求被照顧團隊人員不自覺的忽視。

「善終」的議題在我們進入高齡化社會後得到更多的重視，也更值得我們思考及準備，而對末期病人及家屬的靈性需求及照顧，亦是達到善終必備的元素。隨著「安寧緩和醫療條例」及「病人自主權利法」的推動，凸顯經由立法的捍衛，社會大眾得以對生命末期照顧的品質得到更多的保障。值此之際，我們更希望喚起大家以「全人」——身、心、社、靈的照顧觀點，理解靈性需求在不同層面的表達，也讓各專業人員對末期病人及家屬靈性需求得以接應，並能積極的以靈性照顧回應，來提升末期病人及家屬的照顧品質。

貳、末期靈性照顧的內涵

一、靈性定義

靈性照護有許多相關理論，但始終很抽象，缺乏明確及完整的進行方法，導致臨床實務應用困難（鄭如芬等人，2014）。針對「靈性」有許多不同的描述：靈性可界定為個體在宇宙中對於世界或自身的認知及生存經驗，靈性存在於個人心智與思想的活動，是一個動態的過程，具無限變化的潛能，屬於個人內在本質（林沄萱等人，2008）。又依據O'Brien、Speck及多數學者的說法，靈性就是個人對生命最終價值所堅持的信念或信仰（dimension of a person that is concerned with ultimate ends and values）（引自杜明勳，2003）。依據唐婉如（2008）對靈性定義的綜整，歸納各學者對靈性的闡述，發現靈性大致上包含（一）追尋人生的意義和目的；（二）體認到自己與神或至高者力量之連結；（三）發覺人生的價值或信念；及（四）尋找超越肉身以外的意義等。而根據「牛津緩和醫療教科書」第六版指出2013在瑞士舉行的國際共識會議，將靈性定義為：「人性的一個動態和內在面向，人們通過它尋求終極意義、目的和超越，並體驗與自我、家庭、他人、社區、社會、自然、以及重要性或神聖性的關係。靈性通過信仰、價值觀、傳統和實踐來表達」。其中，「探索、意義和連

結性的概念在此共識定義中占凸顯地位」(釋慧哲等人, 2023)。

二、末期靈性照顧概念

透過上述對靈性概念定義的瞭解, 帶入疾病末期階段的情境, 並試著以不同的視角來整理出末期靈性的內涵, 則可以看到末期靈性照顧的不同面向。以個體立場分析, 靈性包括六個因素: 自我、其他人、過去與未來及現實與環境(林笑, 2000)。可見末期靈性涵括的不單只針對病人, 還包括照顧者及所提供的環境。以社會心理的角度來看, 當我們將疾病末期視為是一個危機階段, 則末期的靈性照顧便是提升末期照顧品質, 以緩解病人及家屬在此階段可能出現的身心不安、死亡焦慮、自我懷疑、關係怨對與和解等困頓, 透過深度陪伴需求為主的處遇, 介人的目標在於讓病人及家屬經驗在此生命受苦階段時所帶出的意義性, 並張顯對於生命存在價值的肯定, 以達到「生者心安、死者靈安」的「善終」目的。陳慶餘等人(2002)亦以臨床佛教宗教師的觀點說明「靈性」可以是對於在面對死亡的過程中, 幫助心性成長的智慧的感應證悟與理解能力, 是一種生命力及心智成熟的表現。

三、善終與末期靈性照顧

可見靈性(spirituality)是生命整體

的一部分, 靈性照護的範疇包括照護個人與天、人、我、物之間的關係與互動(鄭如芬等人, 2014)。我們或許可以從下面這一段話來體會善終與末期靈性照顧的關聯:

要安享善終, 個人就必要有某種自我完成的感覺, 也就是能把生命看成是關聯的、完整的和動態的, 並且把臨終過程視為是廣泛人生之流中, 某種不朽力量的一部分。(喬治·賴爾, 1996/2007; Lifton, 1979)

陳慶餘(2022)也從本土化佛教宗教師的靈性照顧服務, 闡述靈性照顧的內涵: (一)靈性指的是每個人都具有的內在力量, 屬於自力。(二)臨床靈性課題來自於死亡威脅, 分為死亡迷思、生死困頓和死亡恐懼。(三)臨床佛教宗教師的專業, 在於傳授各種法門, 且包括病人的死亡準備與來生期待, 以及家屬預期性悲傷輔導等服務。

四、末期靈性照顧範疇

綜合而言, 末期的靈性照顧的對象包含病人與家屬, 在伴隨著死亡所帶出的時間推移及存在議題中, 工作團隊以提供、協助或引導的方式, 陪伴末期病人及家屬。在透過自身生命歷程的整理、昇華或連結; 一方面進行自我的歸納, 另一方面則展現對於身處情境及狀態的涵容, 並透

過靈性的探索與天、人、物、我的關係連結及互動中，展現出個人的生命價值及意義，當中所顯露出的即是末期病人對於生命價值、信念及此生所有與修為的整體性映照。

參、末期病人與家屬的靈性需求

一、生病經驗與末期界定

臨床上，「末期病人」指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者（《安寧緩和醫療條例》，2000 / 2021）。然而「末期」對於病人及家屬而言，卻是一個難以界定的概念，對他們而言，「生病」是生活經驗裡的連續事件，很難在時間上，對「進入末期階段」有明確的切分點。他們的經驗是從身體不適開始，生活逐漸的被生病的事件占領的過程。一路以來從企圖以自身熟悉的管道，尋找緩解不適的方法；到開始接觸醫療，然後進入醫療體系成為「病人」；並隨著疾病進展，生活功能減退，需要旁人的照顧；到最終全時間依賴他人的照顧及至往生。這當中不論是病情變化、症狀或治療副作用，都會經歷病況起起伏伏的過程，而這樣的經驗，也讓病人跟家屬習慣將重心放在對病況好轉的期待上，而忽略對於如何去準備或整理面對「生命末期」的來臨。

二、末期病人的疾病適應

「末期」之所以不同於積極治療階段的照顧方式，當中主要的原因來自於，當疾病進展至末期，隨即而來的臨終及死亡，讓照顧的需求大幅的從疾病治療的議題，轉而為對生命經驗超越的靈性需求。對病人而言，此階段的危機來自於當醫療的有限性逐漸在病人的治療經驗中開展，連帶著也讓病人對自己這一路以來所投入的努力感到挫折、無助。隨著癌症疾病的進展到末期階段，癌症病人經常在罹癌的過程中，逐漸放下原本以追求社會成就和身體健康為目標的人生方向（林亭好等人，2017）。當意識到此生已然來到終站時，病人在此階段的生活適應，逐漸從原先社會性的關係建構，開始轉向朝自己過往的生命經驗探索；不論是對於疾病治療的經驗或生命歷程中的努力，都成為病人重新檢視且試圖尋求意義性的答案，而當病人找不到足以肯定此生的意義時，則容易產生無望感，並對生命的意義及價值產生質疑。原有的依賴崩解後，生活裡還能依靠什麼？「為什麼是我？」、「如果接下來的日子只是受苦，為什麼還要活著？」以及「我死了以後要去哪裡？」這些都是病人很容易發出的質疑。

隨著病況的變差，病人社會性功能的消退，病人的照顧議題也逐漸擴展，從疾病的治癒轉向至對生命的有限性所帶來對未竟事務的遺憾及不捨，對未來產生無望

感，以及面對死亡的恐懼，這些都促發病人開始尋求醫療之外的支持。死亡的過程就是人們在實際情況之下，不斷從自我的現實裡撤退出來（余德慧等人，2006）。於是存在的議題、對生命的質問、對現況的焦慮、對未來的無法掌握、以及對過往的懊悔等等，皆容易在末期階段以身體疼痛、心理不安、自我懷疑的形式，成為病人善終的阻礙。

這一路以來的過程，病人不斷的經驗自我功能甚至是自我概念的失落，有些病人會試圖經由宗教信仰來獲得內心的平安，但並非每個人都能經由信仰得到慰藉，此時病人便容易由無助陷入深層的孤獨。值此之際，正確的靈性支持能夠幫助病人減少焦慮、提升生命的價值感，並獲得內心的慰藉。

三、末期病人之家屬的心理負荷

對家屬而言，當疾病的進展到末期階段，頻繁因應各種接近瀕死所可能的身體症狀，讓家屬在原本照顧的疲憊下，更感壓力及無助。Mok等人發現癌末病患照顧者的情緒經驗是強烈的，充滿希望和無望、罪惡感、害怕及遺憾（曾慧嘉等人，2010）。家屬的需求包括面對病人病況惡化時，在預期性哀傷的混亂中獲得情感支持，在末期病況反覆時，面對內心在希望與無望的擺盪中試圖得到解答，以及在喪失親人後找到撫慰的依靠。

在末期照顧的現場，家屬的反應是隨著病人而變動的。照顧者與被照顧者是在一個整體之中，他們共在一個存有論處境，故共同面對壓力的開放，故是在訴求共在的存有論真理：彼此如如地顯示自身（汪文聖、王岑文，2022）。病人生活功能受限，家屬便調整自己的生活日常節奏來提供協助；病人病況改變，家屬的心情也跟著起伏；當病人逐漸失去與外界互動的社會功能時，家屬則在病人細微的表情及簡單的手勢中，代為傳達及轉譯病人的訊息；至此，家屬幾乎給出了所有屬於他們的時間及的社會性的空間，隱藏了屬於他們的個人需求。當中自我的消融，也混雜在照顧的疲憊與情緒的負荷裡，表現在照顧的現場，有些家屬會與病人形影不離，時刻守護；有些家屬來去匆匆，無法停留；有些則淡漠疏離，不願靠近。家屬與病人的互動可能受過往的情感關係影響，也可能來自家屬本身在面對病人死亡所帶來的預期性哀傷的情緒反應。畢竟，照顧末期病人與照顧一般病人是不同的，隨著病人一步步的走向死亡，對於照顧者而言，會喚起對與病人之間未竟之事的急迫感、承受著死亡近在眼前的焦慮、進而引發對生命有限的感慨、以及對生命存在意義的質問。

四、末期病人與家屬的連動

支撐家屬對病人的照顧的是來自於

與病人的情感，也許愛恨交雜怨懟已久，在剪不斷理還亂的糾纏裡，一泯恩怨，道歉也道別；也許驀然回道，無盡感念，道愛也道謝。引發心境及情緒轉換的，不是病人的「作為」，因為此時病人已從社會性的互動裡退卻，沒有社會角色的面具，反而讓家屬的「陪伴」更為單純的呈現出與病人間「關係」的本質。就存有論的視域說明，以「照顧」作為此有的存有，打開關係的整體，反轉照顧者本位的照顧思維，在此思維脈絡下，愛是來自他者的召喚，而不是自我本位、專業本位的「我是為你好」的愛；「照顧和創造空間」的可能性在於放棄一切概念思維，專心經營於一種獨特生命態度的實踐之「思」：亦即一種對冥冥存在的感恩與念記（林淑芬，2023）。照顧的意義與目的，乃將人具開放能力的綻出性本質顯示出來（汪文聖、王岑文，2023）。而照顧者靈性的需求即在尋求關係中的超越，以不同的視角來詮釋會有的關係經驗，建構關係裡對彼此的意義。

肆、照見靈性照顧

一、整體照顧的不可切割

就末期照顧團隊而言，協助病人和家屬在面臨困境或生命末期的照顧不僅只在於身體上、心理上和情感上的支持，也涉及到其靈性需求的探索和滿足。《安寧

緩和醫療條例》（2000 / 2021）中亦將末期病人的「安寧緩和醫療」定義為：為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。可見靈性照顧是無法單獨存在，也就是它是末期整體照顧中不可忽略的一部分，甚至是影響照護品質的重要因素。

二、藉由想像切近臨終處境

然而，關於靈性照顧，對醫療照顧團隊而言是相當具挑戰性的，誠如石世明（2000）所指出，臨終者身體的衰敗提供了進入臨終處境實質的基礎；跨入臨終處境的過程（如同水霸潰堤一般），臨終者毫無抵抗能力，並且無法加以反思，相對的，健康者卻只能依靠「想像」去切近臨終處境。胡文郁等人（1999）也指出，90%的護理人員認為安寧療護中癌末病人的靈性照顧很重要，但卻不會主動也不知如何與病人談論（張利中等人，2006）。

三、靈性照顧的模式

近年來各種靈性照顧模式紛紛在醫療、護理、宗教及學術研究上有相當的成果，例如，趙可式教授提倡「靈性健康共融模式」以——「個人」與「天」、「人」、「物」、「我」四個向度的連結融合的架構，及「道謝、道歉、道愛及道別」—四道人生，以完美結束人生旅程

（釋慧哲等人，2023）。也有「關係重建與修復模式」以關係的重建與修復的概念為個體與天、人、我、物關係的連結，將靈性照護視為協助個體與四面向之間關係重建與修復的過程，成長至正向的靈性助力以達到靈性平安的目標（鄭如芬等人，2014；Ferrell et al., 2013）。此外，陳慶餘等人（2002）亦結合佛法與醫療，發展「台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧」。各種靈性照顧模式的建立，都以不同的觀點強調靈性照顧的重要性及闡述靈性照顧的目標。

四、靈性照顧的態度

然而，即便我們理解各種模式的架構及內涵，臨床上靈性照顧之所以讓醫療照顧團隊感到困難，因為靈性照顧也往往受文字及語言所限制，而無法傳達出完整的意涵。有時我們可以藉助一些媒材、活動參與及創作表達的歷程來引導、促發或回應病人及家屬的情感的表達需求及情緒的照顧，例如：繪畫、園藝等手作作品的創作表達，或者經由舞蹈、身體律動的向內連結，又或者經由儀式或宗教慰藉等的信仰力量，來促發靈性的張顯。但就靈性照顧而言，我們更需要調整的是一直以來習慣以問題解決的實用形式來因應病人及家屬的靈性需求。事實上，我們無法將靈性照顧當成是透過對病人及家屬的「給予」，而期待得到「成效」回應的一項措

施。末期癌症病人家屬的苦難並非一個需要答覆或解決的問題，而是需要專業人員敏察關注其靈性狀態，積極的陪伴與共在（being with）（楊婉萍等人，2018；楊婉萍，2011；Goldman et al., 2012）。在末期照顧的現場，真實的寫照其實是如石世明（2000）所描述的：面對臨終的迷惘、心靈的漂流，尋求不到安置，是我們（照顧者）和臨終者共同的處境。如果我們能真實且接受自己的有限，以專注、接納、真誠及同理的態度，陪伴病人及家屬在末期的困境中。在根本的覺知裡沒有「助人」與「被助」的意識存在，而是我們「相見」了，是一份緣起，所以尊重、專注和好奇地投入，並相信案主會有力量來支持自己或保有力量，活出自己的生命（吳就君，2012）

伍、社會工作價值與靈性照顧

一、社會工作價值

「社會工作」是屬於助人的專業，經常以同理接納的態度陪伴並協助個體和家庭，並在面臨困境時結合各項資源及支持提供危機介入。李明政（2022）亦指出最新的社會工作專業的全球定義（IFSW大會和IASSW大會於2014年7月批准），社會工作的首要原則是尊重人的內在價值和尊嚴、不造成傷害、尊重多樣性以及維護人權和社會正義（Hermans & Roets, 2020）。

末期病人及家屬的需求不單只在社會心理層次的互動及適應議題上需要協助，亦包含病人自我尊嚴感的喪失及個人內在價值的崩解，例如：在生命受威脅時所產生對原有公平及正義信念的衝擊、對受苦意義的懷疑及對死後歸屬的茫然。社會工作關注人類的問題，探討人類的共同（或基本）需要（Common Human Needs）、社會功能（Social Functioning）和人權（Human Rights）的滿足或實現課題（李明政，2022）。因此，社會工作對「人」的尊嚴價值的重視，在生命末期階段，不單只是在個案問題解決的工作裡，而是應深化為對生命整體的思考。

二、社會工作的危機介入

末期階段對病人及家屬而言，可視為是一個危機的階段，而危機亦是轉機，透過適當的支持與介入，將危機經驗轉化為個人生命涵容的契機，提升為更高的靈性層次。正如George S. Lair所說如果我們把身體視為是可獨立於全人之外的一部分，因此把重點放在使身體保持舒適上，心理與靈性問題則等到我們有時間和資源才處理的話，那我們或許就扼殺了把臨終危機轉變為成長機會的可能（蔡昌雄，2007）。

三、靈性照顧與社會工作專業關係

臨床上靈性照護其實就是醫護人員

每天執行病人照顧工作的其中一部分，是一個持續進行的動態過程（鄭如芬等人，2014）。這與社會工作實務的助人觀點及價值不謀而合，在過程中，強調專注的傾聽、開放尊重的態度、接納及同理的陪伴，並透過建立互信、互重的專業關係；在末期病人及家屬的陪伴上，跟隨著他們的生命回顧，見證病人及家屬彼此生命經驗裡曾有的相互依存，並將過往的經驗轉化成對此生的意義與詮釋，當下的同在與共感，就是靈性照顧最直接的映照。

四、社會工作者的同步靈性開展

值得一提的，靈性照顧也同時帶來社會工作者自身的靈性開展，在與末期病人及家屬的互動中，在感受他們因受苦而彰顯的靈性力量的同時，社會工作者成為末期病人與家屬受苦的見證；藉由那樣的見證，一方面帶出了病人及家屬對過去經驗的轉化，同時也帶動了社會工作者與他們的關係連結。而就在彼此的共融裡，最終，見證的角色逐漸退卻，轉成投入病人與家屬的敘事脈絡中，並從敘說中體會當中的苦及難；但同時卻仍保持著工作者自身一如風來疏竹而不留聲、雁渡寒潭而不留影，故君子事來則心始現，事過而心隨空的清明。

陸、結語

善終，是生命最後的禮物。在生命的末期階段，如何讓告別不再只是感傷，而是一份來自生者心安、死者靈安的衷心安慰。末期病人及家屬在照見死亡即將帶走一切卻無力去阻擋，眼見病情逐漸惡化，而對生命最終帶出的無意義與虛無的孤獨與無助，所能依靠的是走向死亡終點前，從那些帶著慈悲的專業協助中，所得到的深刻感知與陪伴。而帶著慈悲與關懷的照顧方式，也正是所有助人工作專業最根本的價值所在。

曾經聽過這樣的說法：「如果這個世界上有靈性，那麼，我們一定可以在生活中發現」。它道出了靈性本質依附於生活裡的隱晦與幽微。靈性照顧的不易具體界定及陳述，也讓末期病人與家屬的靈性需求容易被簡化或忽視。然而，生病，向人們顯露著生命的實情，讓人回歸到生命的根本之處——其實，生命要的並不多；人和人之間的在一起，用本心的方式相依相伴，這就是一切，也是人根本的依靠（范丹伯，1952 / 2001）。當我們透過對靈性照顧內涵的探究與體會，也讓我們得以對末期病人及家屬的靈性需求有更細微及深刻的提醒，幫助我們更能體認靈性照顧在末期階段的重要。

雖說照顧者需以整體觀的方式來看待靈性，但是在醫療的臨床實務中卻是很

難做到這一點，我們還是熟悉用切割的方式，來認識應該被恢復為整體的病人（石世明，2000）。因此，對末期病人與家屬的靈性照顧上，應提醒避免以問題解決「給予一成效」的項目式及目標期待的介入處遇，而是回歸到在各項照顧提供時的互動本質，也就是在照顧的現場，透過自身覺察與自我連結，社會工作者投入與病人及家屬的照顧中。「對一錯」、「得一失」、「成一敗」、「有效一無效」、「喜歡一害怕」、「期待一落空」……等二元對立的念頭會覺察而放下（吳就君，2012）。真實且接受自己的有限，以專注、接納、真誠及同理的態度，陪伴病人及家屬在末期的困境中，便是靈性照顧的展現。

（本文作者為三軍總醫院社會服務室社工師）

關鍵詞：善終、末期病人與家屬、靈性照顧、社會工作

📖 參考文獻

- 安寧緩和醫療條例》（2000 / 2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
- 石世明（2000）。〈對臨終者的靈性照顧〉。《安寧療護雜誌》，5（2），41-56。
- 余德慧（2006）。《臨終心理與陪伴研究》。心靈工坊。
- 吳就君（2012）。《沙灘上的療癒者：一個家族治療師的蛻變與轉化》。心靈工坊。
- 李明政（2022）。〈社會工作典範與社會工作倫理〉。《社區發展季刊》，180，65-80。
- 杜明勳（2003）。〈談靈性〉。《護理雜誌》，50（1），81-85。
- 汪文聖、王岑文（2022年9月3-4日）。〈「讓出空間」作為照顧的存有論基礎〉（會議論文）。余德慧教授紀念研討會—人文臨床的傳承與照顧哲學的出發，臺北市，中華民國（臺灣）。
- 汪文聖、王岑文（2023）。〈「讓出空間」作為照顧的存有論基礎〉。《哲學與文化》，50（3），27-45。
- 林芸萱、劉淑惠、陳清惠（2008）。〈靈性護理之臨床應用〉。《護理雜誌》，55（3），69-74。
- 林亭妤、鄭逸如、張琦郁、楊于婷、張安華等（2017）。〈為什麼我這麼努力，癌症還是復發？癌末病人的目標調適靈性護理之臨床應用〉。《安寧療護雜誌》，22（1），97-107。
- 林笑（2000）。〈靈性照護與人性關懷〉。《榮總護理》，17（2），153-158。
- 林淑芬（2023）。〈存有論視域下的照顧——哲學與生態人類學的對話〉。《哲學與文化》，50（3），47-63。
- 范丹伯（J. H. van den Berg, M. D.）（2001）。《病床邊的溫柔》（石世明譯）。心靈工坊。（原著出版年：1952）
- 唐婉如（2008）。〈癌症病人之靈性評估與照護〉。《腫瘤護理雜誌》，8（1），13-23。
- 張利中、王萱萁、陳郁分（2006）。〈安寧護理人員的靈性照顧認知——以中部某醫學中心安寧病房為例之研究〉。《醫學教育》，10（1），62-69。
- 陳慶餘（2022）。《臨床佛學與安寧療護：佛教宗教師的靈性照顧》。洪葉。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏（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。
- 喬治·賴爾（George S. Lair）（2007）。《臨終諮商的藝術》（蔡昌雄譯）。心靈工坊。（原著出版年：1996）
- 楊婉萍、劉芊葳、宋聖芬（2018）。〈在死亡與苦難前相濡以沫—癌末病人家屬的靈性照顧〉。《護理雜誌》，65（3），22-27。

鄭如芬、林雅卿、黃百后、韋至信、孫嘉玲（2014）。〈癌症末期病人靈性照護模式〉。《護理雜誌》，61（6），93-97。

釋慧哲、釋普安、釋宏琳、釋慈廣、釋法成、釋照量、釋見溟、釋演皓、釋純寬、釋恆礎、釋印融（2023）。《陪你善終：跟隨臨床宗教師走入靈性困擾與靈性照顧之旅》。三應。