

器官捐贈者家屬的靈性 關懷服務——一個實務 案例經驗分享

許彥仔、黃佳琦、宋賢儀

壹、前言

器官捐贈是一種展現大愛、延續生命的行動，其背後卻常蘊含著親人離世的悲痛，以及家屬難以言喻的情感拉扯。對於許多器官功能喪失的病人而言，器官移植常是治療上的最後，甚至唯一的選擇。然而，是否能等到合適的器官卻充滿不確定性，等待的過程使病人及其家屬長期承受巨大的身心煎熬。

根據衛生福利部於2025年6月5日公布的即時統計（<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/>），全臺已有660,448人簽署同意器官捐贈，且人數仍在穩定增加，顯示社會大眾對器官捐贈價值的認同與支持。從數據來看，器官捐贈逐漸獲得社會肯定，甚至被賦予「遺愛人間」的意義。

然而，在這樣的善行背後，對捐贈者家屬而言，往往是一段極為複雜且深刻的情感歷程。特別是在親人因突發事件導致

腦死的情境中，他們不僅面對生命無常的衝擊與喪親的哀痛，還需在極短的時間內做出攸關他人生命的重要決定。捐贈者的身體「腦死但心跳猶存」，更容易引發家屬對生命本質、靈魂存有與死亡意義的深層省思。器官捐贈雖能延續另一個人的生命，但其前提卻是家屬摯愛的離世。

這些未被充分看見的內在歷程，正是本文所關注的焦點。本文將從靈性視角出發，透過一則實際器官捐贈個案，探討家屬在歷程中所經歷的情緒波動與靈性挑戰，包括突如其來的喪親衝擊、關係的斷裂、道別的過程、悲傷的轉化，以及對生命與死亡意義的重新思索。這些經驗往往促使家屬進入深層的靈性歷程，進而重新檢視其信念與價值觀。

在此脆弱且複雜的時刻，醫務社工師所提供的靈性敏感與文化尊重的關懷服務，對於協助家屬安頓情緒、重建意義與促進調適，扮演關鍵角色。本文亦藉由此

個案反思既有服務模式，並從靈性關照的觀點提出實務建議，以更回應家屬於生命轉折中的真實需要。

貳、器官捐贈家屬的急性哀傷

在突發事故（如車禍、自殺、災難）引致的腦死情境中，死亡通常來得突然而無預警，家屬在毫無心理準備、極度情緒震撼的情況中快速面對至親突然離世的事實，並可能需要在極短時間內做出是否進行器官捐贈的關鍵性決策。這類「急性哀傷」情境不僅帶來強烈的情緒衝擊，亦伴隨高度的創傷反應與決策壓力。研究指出，突發性死亡的遺屬較預期性死亡者更容易出現複雜性哀傷（complicated grief）與創傷後壓力症候群（PTSD）的症狀，且哀傷歷程更為延長與複雜（Krychiw et al., 2018）。

此外，Ludwikowska-Świeboda（2022）的研究顯示，配偶的突然死亡與複雜性哀傷及創傷後壓力症狀的嚴重程度有顯著關聯。這些發現凸顯了在急性哀傷情境中，遺屬面臨的心理健康風險與支持需求。然而，目前針對腦死器捐與突發事故死亡遺屬在急性哀傷階段的實務研究仍相對有限，特別是在第一線社工師介入的角色與挑戰上，缺乏系統性探討，亟需深入探討其情緒歷程與支持需求，以發展更有效的臨床介入策略，同時也彙整實務建

議以優化急性哀傷家屬的支持服務模式。

綜合Latifi等人（2025）、Bjelland與Jones（2022）及Ahmadian等人（2019）的研究發現，器官捐贈雖可帶來意義與價值，然捐贈者家屬在歷經重大失落與決策的過程中，常面臨多重壓力及強烈而複雜的情緒反應。Ahmadian等人（2019）研究探討腦死器官捐贈過程中，家屬所經歷的壓力源歸納出六大壓力源，包括面對失落威脅、衝突中的決策、痛苦的告別、不安全感、哀傷的複雜性、以及尋求慰藉。Latifi等人（2025）進行橫斷式研究，透過Grief Experience Questionnaire（GEQ-34）進行量化分析，探討器官捐贈對捐贈者家屬悲傷經驗的影響及影響悲傷程度的因素，結果顯示，約有90%的受試者經歷中度至高度的悲傷，其中以「罪惡感」為所有悲傷構面中得分最高的情緒反應，並與其他構面（如尋找解釋、身體反應、羞恥感等）呈現高度正相關。研究亦指出，家屬的悲傷程度與捐贈者年齡（年紀越輕越悲傷）、自捐贈事件發生的時間（時間越短越悲傷）具顯著負相關。此外，若捐贈者為自殺個案、或家屬失去的是子女而非配偶，則整體悲傷程度顯著較高。相對地，若家屬在器捐前已具備腦死相關知識，或捐贈者曾事前明確表達器官捐贈意願（如持有捐贈卡或口頭表達），則能明顯減緩悲傷程度。Bjelland與Jones（2022）進行系統性文獻回顧，

希望瞭解器官捐贈同意後，影響家屬悲傷經驗的因素，並探討在公共衛生、教育與醫療系統層面可行的改善策略。綜合分析後，研究歸納出四大主題：（一）醫療人員若能了解影響家屬心理因素，例如創傷後壓力症候群（PTSD）與複雜性悲傷（complicated grief），可更有效提供預防性支持；（二）有效的溝通是關鍵，包括避免使用過多的醫療術語、多採用圖像或具體說明，並理解親屬在悲傷中往往無法完全理解吸收資訊；（三）臨終照護的安排（如創造紀念物、使用安寧資源、道別儀式等）有助於建立正向的醫護關係；（四）多數家屬希望在捐贈之後的數月或數年內持續獲得支持與關懷。

研究在方法與視角上各有側重，Ahmadian等人（2019）強調這些壓力大多是可以「被理解、被預防、被協助的」，Latifi等人（2025）聚焦於悲傷症狀的量化測量與影響因子分析，而Bjelland與Jones（2022）則呈現更廣泛的結構性與系統性介入建議。然而，研究共同指出「理解腦死與器捐過程」、「清楚溝通」與「制度化的後續支持」是影響捐贈者家屬哀傷歷程的核心要素。此一致性結果也指出，未來在器官捐贈推動與家屬關懷上，應協助家屬在器官捐贈過程中獲得充分的資訊與情感支持，以減輕其心理壓力、加強醫療團隊與協調員的悲傷關懷訓練，以提升其敏感度、建立結構化心理

照顧機制，並將照護視角延伸至器捐後長期的心理陪伴與社會支持層面，以回應家屬的深層情感與倫理需求，同時需推動教育制度（如腦死知識及預立意願的討論），與標準化的心理評估與追蹤照護流程相輔相成，以協助家屬在哀傷歷程中獲得適切支持與陪伴（Latifi et al., 2025）。

參、器官捐贈歷程中的靈性需求

對多數經歷腦死器官捐贈的家屬而言，在親人尚未停止心跳但醫療團隊已判定「腦死」的狀態下，死亡並不如疾病末期病人那般漸進，而是猝不及防地來襲，家屬經常陷入「他/她真的死了嗎？」的混沌狀態。這種介於「尚未接受」與「不得不面對」之間的情緒與認知，是許多社工師於臨床服務中時常觀察到的現象。

一位病人父親曾在會談中哽咽地說：「我兒子臉色紅潤、手還是溫的，看起來就像睡著了。怎麼可能死了？怎麼能叫我現在決定要不要捐器官？」這樣的話語，透露的不只是悲傷與否認，更是對生命本質的追問。Puchalski等人（2009）指出，當人們面對重大苦難時，常會出現靈性痛苦（spiritual distress），表現為對自我價值、存在意義與信仰的質疑與動搖。

在這樣的情境中，許多家屬會不斷追問：「為什麼是我們？」、「是不是我

哪裡做得不夠、不好，才會變成這種狀況？」這些發言往往隱含著尋求秩序、因果與安慰的努力。尤其在臺灣社會中，傳統宗教與民俗信仰常扮演精神支柱的角色，許多家屬會轉向宗教儀式、祈禱、問事等方式來詮釋受苦的意義。Ahmadian等人（2019）研究指出，在器官捐贈過程中，家屬會主動透過宗教信仰尋求慰藉，並希望知道器官是否成功移植，以此賦予正向的意義。此外，家屬對於身體完整性的期待，不只是對遺體尊嚴的在意，更是對親人未竟之愛的延續，這也是Neimeyer（2001）所提出的「意義重建」歷程的體現。

靈性需求不僅限於宗教範疇，也包含對希望、歸屬、愛、連結與超越的深層尋求，反映個體在面對生命重大事件時對存在意義的探索及尋求慰藉（Ahmadian et al., 2019；Bjelland & Jones, 2022）。對於器官捐贈家屬而言，這份尋求常常深藏於他們對告別方式的堅持、對捐贈是否成功的關心、對親人如何被記得的想像，以及對生命是否仍有延續的渴望。

在器官捐贈的歷程中，家屬們的需求不會直接以「我需要靈性關懷」的語言呈現，而是在他們的語句、行為與沈默之中悄然流露。這些需求會隨著失落的接受程度、家庭互動與信仰背景等因素，呈現多元且交織的面貌。以下歸納常見類型：

（一）意義建構的需求：家屬可能以

「如果能助人，至少生命不會白費」的想法，設法將失落轉化為愛的過程，讓「失去」變得有價值。Neimeyer（2001）指出，悲傷的整合往往依賴於喪親者是否能在失落中找到新意義，進而重建生命的敘事。

（二）關係延續的需求：家屬「沒來得及說再見」的遺憾，透過與病人對話、整理回憶物品、製作紀念冊或參與告別儀式延續關係。Puchalski等人（2009）認為靈性照顧的重要面向之一，是協助當事人與重要他人之間建立意義性的連結。

（三）自我修復與寬恕的需求：臨床服務中，許多家屬表達對逝去家人曾有的誤解、爭執或未竟的關心，面對遺憾與內疚，透過回憶或道歉、道愛與道謝，進行一種內在和解。這類需求往往具有強烈的靈性層次，牽涉到自我價值、愛的表達與對過往關係的整合（Mount et al., 2007）。

（四）被理解與被看見的需求：靈性需求有時只是單純渴望被理解，家屬不會說出「我需要靈性安慰」，但當家屬在說「我也不知道該怎麼辦」時，其實

發出需要陪伴的訊號。此時，穩定的傾聽與同理，就是一種最基本的靈性支持。

(五) 儀式與象徵的需求：家屬可能會要求「我想幫他穿襪子」、「讓我幫她梳好頭髮」，這些行為具有高度象徵性，幫助家屬安放情感，也讓這段歷程有個段落。

(六) 信仰與超越的需求：部分家屬會選擇向神明、祖先或命運對話或祈求，從中獲得力量與慰藉。他們可能會透過擲筊、祈禱等儀式，確認亡者是否安好，這類需求無法以醫療或科學詮釋，但能深刻影響決策與情緒整合。此時，社工師的任務，是幫助家屬找到能支援他們信念的空間與資源。

肆、臨床案例分享

一位年僅21歲的年輕男性因突發的意外事故被送至醫院急救，雖無明顯外傷，但經電腦斷層檢查後，顯示腦部嚴重損傷，在接受緊急手術後，醫療團隊評估病人受創嚴重、無復原可能。病人來自單親家庭，由父親一手撫養長大。面對兒子的重大變故，病人父親陷入難以言喻的震驚與否認，尤其是病人外表一如平時面色紅

潤、表情平靜，實際上病況卻已無逆轉的可能。

病人的母親首先提出器官捐贈的想法，這個提議一度引起病人父親強烈的情緒反彈，覺得病人母親太狠心，無法理解也難以接受。然而，隨著病情未見起色，在社工師及器官勸募協調師的會談中，病人父親逐漸鬆動最初的堅持。病人父親坦言自己曾透過宗教與民俗問事方式祈求奇蹟，想求得病人復原的機會，卻意外接收到兒子希望自己「漂漂亮亮地離開」，若要進行器官捐贈，必須確保外貌的完整與美觀。

社工師與協調師在數次會談中，耐心且詳盡地說明腦死判定與器官捐贈手術的流程、配對機制與司法相關程序，強調器官捐贈是尊重家屬意願的自主決定，家屬擁有充分的彈性與選擇空間，讓病人父親在悲痛的情緒中，得以稍微釋懷、並減輕決策壓力，逐步轉念、改變思維。最終，病人父親同意病人的器官捐贈，並親自向家中長輩說明病人病況及醫療決定，讓病人在生命終點時，實現大愛。

在確認捐贈意願後，病人父親曾詢問讓家族中正在接受洗腎治療的長輩優先受贈的可能性，社工師與協調師協助釐清相關狀況及說明制度的可能性與限制，讓病人父親在「愛的選擇」與「制度規範」之間理解並取得平衡。

同時，社工師與協調師陪伴病人父親

開啟與病人的生命歷程回顧。在這段傾訴與整理的過程中，病人父親談及與病人從無話不談到關係緊張，兩人因為對於學業表現的期待與戀愛對象而發生爭執，親子互動漸行漸遠，病人父親甚至懷疑病人以身心不適為藉口而逃避現實。直到病人入院，病人父親在查看病人手機的訊息時，才開始從不同角度重新看見及認識病人，也懊悔過往對病人的理解與支持不夠，對病人的愛也未能好好表達。

在社工師的陪伴下，引領病人父親實踐「四道人生」：輕輕地在兒子耳邊道出愛意，感謝來到世界上成為他的孩子，細數兩人從小到大相處的美好時光，說出對於過往誤解與未能理解的歉意，並透過一張張照片的整理與沉澱，回顧過往美好回憶，最後向病人緩緩道別，滿溢的情緒與未解決的心結終能稍稍釋放，減少遺憾，這也是日後哀傷復原的重要基石。

在器官捐贈手術完成後，病人父親出現情緒低落、失眠等常見的哀傷反應，社工師持續透過面談、電話關懷、通訊軟體（LINE）訊息交換，維持關懷與陪伴，肯定病人父親在困境中展現的愛與堅持。在後來的日子裡，我們邀請病人父親參與器捐家屬關懷活動，透過書寫紀念專輯內容重新溫習兒子的種種美好、透過出席紀念音樂會，一次次與他人共同想念親愛的家人，深深地感受心裡的傷與愛，靜靜地見證器官捐贈如何助人，為家庭與生命的

傷痕賦予重要的意義。

捐贈者的生命短暫，卻透過器官捐贈延續大愛、拯救他人的生命，而病人的父親，在社工師的陪伴下，雖然哀傷復原的路漫長、想念從未間斷，但在病人父親的人生旅途中，已慢慢學會與哀傷共存、將心裡的疼痛轉化，讓每一份愛的記憶化為伴自己前行的力量。從個案的經驗裡，印證了文獻提及的失落威脅、高壓且倉促決定的情境、痛苦的告別、以及哀傷的複雜性等，醫療團隊試圖在資源有限及既有體制框架下，協助緩解不安、尋求慰藉與平靜。

為進一步理解本案例中家屬於器官捐贈歷程中展現的靈性需求，本文以FICA架構剖析社工師在臨床中的靈性照顧實務。FICA是由Puchalski博士所提出的靈性評估工具，名稱取自四個關鍵概念的英文首字母，分別為：F（Faith）信仰或核心信念，關注病人與家屬是否擁有特定宗教、精神信仰或價值觀；I（Importance）重要性，探討該信念對其生活與醫療決策的影響與意義；C（Community）社群歸屬，了解其是否與宗教團體、信仰群體或其他支持網絡連結；A（Address in care）照護中的回應，強調醫療人員如何在照護過程中回應這些靈性需求（Puchalski & Romer, 2000）。

FICA架構的設計，有助於臨床工作者開啟靈性對話，並敏銳地覺察服務

對象在重大醫療抉擇中所經歷的內在歷程與價值考量，進而回應其深層需求（Borneman et al., 2010）。以下依據FICA架構，分析本案例中社工師如何在臨床實務中理解與回應捐贈者父親的靈性表達與照護期待。

一、F (Faith)：信仰或核心信念

病人父親在面對兒子腦部重創與腦死判定的震撼下，情緒激動難以接受，並主動透過宗教與民俗問事方式祈求奇蹟，顯示其在重大失落中傾向依靠信仰系統以尋求力量與指引。而在問事過程中，他獲得「兒子希望漂漂亮亮地離開」的訊息，這段體驗也成為他逐步面對現實、思索捐贈可能性的轉折點。

二、I (Importance)：信仰的重要性與意義

從最初的拒絕到願意回應兒子「完整離開」的心願，顯示病人父親的信仰與情感交織成為他內在價值轉化的基礎。這不僅是宗教的影響，更是父子關係修復與情感補償的出口。透過靈性理解與表達，他得以將喪子的痛苦逐步轉化為捐贈的動力，也體現了信仰在哀傷歷程中的支持功能（Puchalski & Romer, 2000）。

三、C (Community)：社群連結與支持系統

儘管病人父親未明確表示所屬宗教，但其透過問事、與家族長輩討論醫療決策的過程，反映出他與文化傳統及家庭支持網絡之間的深厚連結。社工師尊重其文化脈絡與社群關係，在捐贈完成後更進一步邀請其參與器官捐贈家屬關懷活動，讓他在喪親後的哀傷歷程中，感受到來自同樣經歷者的理解與支持，強化其與社會的重新連結。

四、A (Address in care)：照護中的靈性回應

社工師與器官捐贈協調師展現高度的耐心與敏感度，細心回應病人父親對捐贈流程與制度的疑慮，協助其釐清心中的不安與疑問，使其逐步建立資訊上的安全感與對照護團隊的信任。社工師並透過「四道人生」的引導，陪伴其完成親情道別與情感整理，使靈性照顧不只停留在信仰層次，更落實於實際互動與哀傷支持中，體現整合性與以家屬為中心的靈性關懷模式。

伍、靈性照顧的意涵與實務策略

器官捐贈家屬的哀傷經驗，並非單一層面的情緒反應，而是牽涉生命意義、

家庭關係、社會支持與文化信仰等多重面向。面對毫無預警的喪親創傷，家屬往往同時經歷失落、無助等複雜情緒。靈性照顧正是在此脈絡中，成為協助家屬面對苦難、尋找意義與建立連結的一種關懷陪伴方式。

根據Puchalski等人（2009）對靈性的定義，靈性是一種「人類尋找生命的終極意義、目標與關係的動力，特別是在面對重大生命事件與苦難時」，其內涵包含與自我、他人、自然與神聖力量之間的連結（Puchalski et al., 2009）。因此，當器官捐贈發生在意外猝死、腦死等非預期性死亡情境中，家屬需在極短時間內面對親人離世與器官捐贈決定的雙重壓力，此時提供靈性照顧，能協助家屬在喪親的悲痛中，逐步整合，並連結可支持其前行的內在與外在力量。

實務服務中，醫務社工師致力於提供「以家庭為中心」的整合性服務。從啟動器官捐贈勸募到器官捐贈手術完成、從急性哀傷階段到捐贈後的喪親歷程，社工師透過陪伴、傾聽與同理，協助家屬面對失落、釐清思緒、表達信念與價值觀，讓家屬在不確定中逐步安頓心靈，重拾與逝者、與自我、與世界的連結。

衛生福利部國民健康署在《安寧療護靈性關懷指引手冊》（2019）中將評估列為首項指引，並舉例若干辨別靈性困擾的問題，如「請問您的信仰是甚麼？這個信

仰對您有多重要？您認為這個信仰對您的幫助如何？」，指引中提及可以使用標準化的靈性評估工具。依筆者臨床實務的經驗，係將各類標準化工具內化做為評估架構，引導會談進行，幫助理解家屬的信仰背景、支持來源與內在渴望。在器官捐贈者家屬的服務脈絡中，筆者因不確定標準化工具對於急性哀傷家屬的適用性，故較少直接作為評估工具，而多以開放式對話與關係建立作為評估方法，將評估過程本身視為支持與陪伴的開端，交織延展評估與處遇的服務歷程。

在捐贈手術完成後，靈性關懷以個案服務與團體模式雙軌推展，實踐照顧中的「被看見」與「被接住」，實際服務的策略包含以下幾點：

- （一）個案服務：社工師提供一對一的深度陪伴與靈性對話，透過個別會談、電話關懷與家庭訪視等方式，提供家屬靈性支持，回應其喪親後的情緒反應、信仰動搖或家庭衝突。一對一關懷有助於家屬表達難以言說的悲傷與自責，逐步整理內在經驗並尋得生活意義與穩定的情緒支點。依據國民健康署（2019）的實務指引，靈性關懷須辨別出病人對生命意義與價值等困擾、認知並尊重病人及家屬的文化差異以及擬訂

個別化的計畫，而個案工作的形式正是落實這些原則的重要實踐場域。

- (二) 創作與表達：回憶書寫、卡片拼貼等活動，提供家屬以具象的創作方式訴說對逝者的思念與未竟之言，藉由此過程，逐步觸及情感核心的修復歷程，同時透過團體成員之間的共鳴，重拾自我照顧與生命整合的能力（Neimeyer, 2001）。
- (三) 藝術與儀式：舉辦紀念音樂會，結合藝術演出、生命故事與紀念儀式，提供哀悼場域，以美與回憶交織生命的追思，回應靈性照顧中對「美感經驗」與「存在價值」的需求（Mount et al., 2007）。藉由紀念專輯的播放、捐贈者家屬與受贈者的分享，使家屬看見愛的流動與捐贈的價值，達到靈性層面的慰藉與昇華，促進集體療癒與社會認同。
- (四) 數位關懷：因應新冠肺炎，社工師積極發展數位化的靈性關懷模式，運用網路的普及，建立數位平臺（FB粉絲專頁及Line官方社群），持續提供陪伴與支持，以確保服務不中斷，同時使服務得以突破實

體限制，實現「無距離的陪伴」。此外，舉辦線上團體，即使在虛擬空間，仍可開展穩定情緒與沉澱心靈的歷程。此作法不僅提升靈性照顧的彈性與包容性，也讓家屬能在生活中持續建立內在的安定與支持。

- (五) 場域轉換：透過非醫療性的戶外活動，讓家屬在大自然中放鬆身心，重建與世界的連結。這些經驗促進社會支持網絡的重整，讓家屬在非言語的互動中，重新感受到自身的生命力與人際依附的可能（Anderson et al., 2018）。
- (六) 不同形式的靈性關懷策略—無論是個案陪伴、藝術創作、音樂會、數位服務或戶外聯誼——皆來自一個共同核心：陪伴家屬在哀傷中尋找意義、重建希望與連結愛。靈性關懷在器官捐贈服務中，不只是附加角色，更是支持家屬穿越創傷、整合經驗與轉化生命故事的重要資源。正如Puchalski所強調，當照顧專業者願意與當事人一同面對靈性掙扎時，我們不僅是提供照顧，更是在同行一段意義與療癒的旅程。

陸、結語

器官捐贈者家屬在經歷未及準備的喪親事件時，往往陷入急性哀傷的情緒漩渦中，於此同時，還需面對器官捐贈的重大抉擇，不僅心理層面需要支持，內在的靈性需求與調適歷程，同樣值得細心關照。靈性照顧正是在這樣的生命轉折中，陪伴家屬找到意義、重新建立與逝者的連結及回應存在的價值（Puchalski et al., 2009；衛福部國健署，2019）。在器官捐贈的抉擇與悲傷歷程中，家屬的靈性需求以多元且細緻的方式呈現，包含對身體完整的堅持、對愛的延續的期待、對失落經驗的意義重構，以及藉由告別儀式表達情感與心意。這些需求悄然流露於言語、情緒與行動之間，需由具有敏感度的陪伴者細心察覺與回應。因此，重視器官捐贈家屬的靈性照顧，應是家屬關懷服務中不可或缺的一環，也是協助家屬哀傷調適的重要基礎。

在這段充滿哀傷與壓力的歷程中，醫務社工師是陪伴家屬的重要支持者，同時擔任資源整合與靈性照顧的角色。協助家屬釐清價值觀、陪伴家屬面對道別，視家屬需求連結宗教與社會資源。在捐贈完成後，持續透過個別關懷、紀念活動或以數位方式，陪伴家屬面對哀傷與思念，讓家屬在困難時刻中感到被理解與支持，體

現出醫務社工師在器官捐贈歷程中「連結」、「整合」、「陪伴」與「照顧」的實務價值。

器官捐贈展現出延續他人生命的光明面，同時承載著捐贈者家屬面對突如其來死亡與失落的哀傷。靈性照顧的實踐，讓喪親歷程不再只是失去，而能轉化為意義與愛的延續。未來的實務推展中，期盼靈性觀點能更深植於器官捐贈服務之中，讓每一段道別與悲傷，都能被理解、被接住、被溫柔安放。

（本文作者：許鈺仔為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室社工師；黃佳琦為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室社工師；宋賢儀為國立臺灣大學醫學院附設醫院社會工作室主任）

關鍵詞：靈性關懷、急性哀傷、器官捐贈、醫務社工、腦死、家屬經驗

📖 參考文獻

- 衛生福利部國民健康署 (2019)。《安寧療護靈性關懷指引手冊》。衛生福利部。<https://health99.hpa.gov.tw/theme/tab/1297/1303>
- Ahmadian, S., Khaghanizadeh, M., Khaleghi, E., Zarghami, M. H., & Ebadi, A. (2019). Stressors experienced by the family members of brain-dead people during the process of organ donation: A qualitative study. *Death Studies, 43*(5), 306-315. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1609137>
- Anderson, N. D., et al. (2018). The effect of natural environments on grief and psychological wellbeing. *Health & Place, 52*, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.05.001>
- Bjelland, S., & Jones, K. (2022). A systematic review on improving the family experience after consent for deceased organ donation. *Progress in Transplantation, 32*(2), 152-166. <https://doi.org/10.1177/15269248221087429>
- Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(2), 163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>
- Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., & Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: Multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in Psychology, 6*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>
- Krychiw, J. K., et al. (2018). Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 76*(4), 317-339. <https://doi.org/10.1177/0030222817725183>
- Latifi, M., Pourhosein, E., Talebian, M. T., Seyhoun, I., Alibeigi, E., Seyed Nasser, M., & Dehghani, S. (2025). Impact of organ donation on grief symptoms in donor families. *BMC Psychology, 13*(555). <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02896-6>
- Ludwikowska-Świeboda, K. (2022). A sudden and unexpected death of a spouse and the severity of symptoms of complicated grief and post-traumatic stress disorder. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 85*(1), 180-197. <https://doi.org/10.1177/0030222820921436>
- Mount, B., Boston, P., & Cohen, S. R. (2007). Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*(4), 372-388. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.014>
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-000>
- Puchalski, C. M., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand

patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-137. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2009). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>