

回顧一位獨居長者從住院到善終的靈性照顧經驗

陳俐穎、張倪萍

壹、前言

近年來，隨著國人平均餘命增加、出生率與結婚率下降，家庭規模日益縮小，獨居已成為高齡者常見的居住型態。根據衛生福利部《111年度老人生活狀況調查報告》指出，65歲以上獨居人口占比達百分之8.97；截至2024年12月，全國已列冊之獨居長者人數達59萬61人，此數據尚未包括未列冊或無登記意願的長輩，顯示實際獨自生活的高齡者人數必定遠高於官方統計。

為回應獨居長者的需求，衛生福利部於2023年1月頒布「強化獨居長者關懷服務計畫」，以在地老化、強化社會連結為服務宗旨，促進獨居長者的心理健康。過去以來的學術研究中，指出靈性對高齡者心理健康有極高關聯性（林秀娥、趙祥和，2015；蕭雅竹等人，2009；龔玉婷、黃曉薇，2025；You et al., 2009）。

世界衛生組織早在1998年將靈性納入健康的第四面向（World Health Organization, 1998）。我國高齡社會白皮書亦明確將「提供高齡者靈性照顧」列為高齡者心理健康的具體措施。

然而，據洪榮志等人（2025）指出，儘管部分關懷據點已設立靈性課程，但這些據點的長輩普遍具有較高的社會支持。相較之下，那些尚未踏出家門、社會參與度低的獨居長者，更容易面臨社會排除風險，也更需要靈性照顧的深入介入。此現象亦凸顯出現行政策在靈性照顧推展上的盲點與未竟之處。

綜上，本文以醫務社工的服務視角為出發點，透過回顧一位獨居長者在醫院接受靈性照顧的過程，進而分析獨居長者的靈性需求該如何界定、評估、規劃及執行，並分析現行臨床緩和安寧照顧上的優勢及困境，以作為實務工作者及政策規劃之參據。

貳、文獻探討

一、醫療場域的靈性照顧

在社會工作領域中「靈性」一詞最早由Canda（1989）提出，他認為靈性是人類根本特質，涉及對生命意義的詮釋，並展現在個體與自我、他人及宇宙的關係中。多年以來國內外學者相繼詮釋靈性概念，雖然現今依舊未有明確定義，但靈性的概念意指「涉及個人對生命的價值觀，且展現於人際、環境的互動中」。普遍成為大家對靈性定義的共識。

基於靈性下的照顧，也就是基於個人對生命詮釋後的照顧模式，是一個個別化並持續關懷的過程（陳怡如，2006；曾愉芳、杜明勳，2007）。因每個人的靈性意義不同，對生命的詮釋不同，所需要的照顧自然也因人而異。在我國相關法規中，僅2000年通過的《安寧緩和醫療條例》（2000 / 2001）中提及靈性一詞，該法於第三條第一款指出：

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。

現今臨床上確實多傾向將靈性概念應用於末期病人。研究顯示末期病人容易存有失志狀態易影響其靈性安適（劉美玲、蕭雅竹，2019）。而死亡是不可避免的過程，人在瀕臨死亡時，面對不單只

有生理上的痛苦，心及靈上對死亡的未知與害怕，更需要受到重視。靈性照顧的範疇包含宗教、生命與家庭、完成任務（圓夢）、與自然連結、被愛及維持生活品質（陳怡如，2006）。靈性概念可以超脫生理層面，回應個體全面的需求，與善終的關聯密不可分。

靈性照顧的重點，包含尊重病人、協助病人度過逆境，維持病人感受到希望、愛與被愛（黃沛榆等人，2022）。鄭如芬等人（2014）則提出靈性照顧的介入措施包含了解、同理、指引及成長，其中傾聽病人需求掌握靈性照顧的關鍵原因，進而協助病人修復人與人的關係，建立與物及天的連結。但實際臨床工作上，靈性照顧卻經常遇到瓶頸。護理人員經常被期待做為評估並提供病人獲得靈性照顧的第一線，但業務繁重且時間有限的情况下，很難即時回應病人的靈性需求（曾愉芳、杜明勳，2007；黃沛榆等人，2022；鄭如芬等人，2014）。此外，醫療團隊早已習慣性把恢復病人健康作為治療目標，在不知不覺中也忽略了靈性的重要（曾愉芳等人，2007）。不論是在職教育或大學教育，醫事人員在靈性的訓練普遍不足，也是導致病人缺乏靈性照顧的因素之一（梅慧敏，2020；黃沛榆等人，2022；賴明亮等人，2009）。

多數研究皆肯定靈性照顧的重要性，但在教育面、制度面及方法上皆無具體指

標及完整規劃。要成為靈性照顧的助人者，有三個層次的俱備，第一是靈性照顧基本知識，包含接納並包容不同的靈性，以及安寧照顧基本知識。第二是靈性照顧的態度，包含助人者是否了解自我，能否有關懷的態度以及使命感，並尊重病人。第三才是靈性照顧的專業知識，包含具備關係建立與溝通技巧、協助病人及家屬處理死亡問題，並具備靈性評估能力（陳秉華等人，2016）。

二、獨居長者的照顧服務

獨居長者服務過去以來由各縣市政府因地制宜規劃，以《臺北市獨居長者關懷計畫》為例，個案管理服務係由老人服務中心及社會福利服務中心執行。臺北市在醫療服務上，明訂獨居長者入住市立醫院，醫務社工需進行住出院通報、住院期間關心及出院準備（臺北市政府社會局，2024）。近年來我國長期照顧相關政策雖蓬勃發展，長期照顧十年計畫2.0亦較側重身體照顧，無論是獨居長者的服務或長照服務，靈性在政策中皆較少被提及。

另檢視國內獨居長者相關文獻，多數聚焦在在地老化及社會參與等照顧模式的建立（劉家勇，2015）。過去研究在獨居長者住院經驗中發現，獨居長者住院期間會擔心生病無人照顧，以及出院後的照顧問題，造成獨居長者的心理壓力及負擔（李怡娟，2003；梁明玉，2017；李

彥志，2022）。顯見現今獨居長者的醫療照顧，以身體功能及自我照顧能力的恢復為主要目標，即便獨居長者在住院期間確實有產生心理壓力或擔心害怕情緒，且研究亦證實獨居長者確實有心靈上的照顧需求，但現有政策上卻無相對應的資源及處遇介入。

三、獨居長者的靈性需求及照顧

獨居長者的靈性需求在國際間亦有探討，首先南韓學者You等人（2009）發現獨居長者的憂鬱程度顯著高於與家人同住之長者，而靈性與心理健康及憂鬱症亦顯著相關，建議在進行靈性照顧要把個人的宗教納入規劃。有宗教信仰的獨居長者相較無宗教信仰的長者有較好的生活品質及較低的憂鬱程度（Moon & Kim, 2013）。

日本學者Hirakawa等人（2019）的質性研究中指出，男性獨居長者很享受獨自居住的自由跟自主性，也期待在臨終階段能擁有自主權，想充分掌握自我疾病狀況，並在臨終前完成回顧生命，也期待有女性伴侶的陪伴。而研究建議靈性照顧的具體做法包含：傾聽生命故事、提供陪伴、促進與已故親人的心靈連結，並讓病人學著理解並接受死亡。而魏美淳（2020）針對彰化地區的獨居長者靈性需求研究發現，獨居長者倘有子女較常探視者，相較關係疏離者想法樂觀，而獨居長者的靈性照顧，則需先穩定其生理及心理

需求後，並協助獨居長者參與志工活動，從志願服務中獲得靈性滿足。

參、個案分析——獨居長者於醫院中的靈性照顧過程

本研究以立意取樣，以臺北市某醫院的一位獨居長者住院期間獲得靈性照顧的過程，將筆者之社工師個案紀錄、護理紀錄及個案病歷進行分析整理，以下分別敘述個案基本資料以及住院歷程。

一、個案摘要

(一) 疾病狀況：案主為77歲女性，有高血壓病史，雙腿周邊動脈阻塞病史（約4年前有接受支架置放），2024年10月因於路邊暈倒後送至本院急診，診斷末期腎臟疾病，後固定星期一、三、五至醫院接受血液透析，每月定期回診追蹤。

(二) 家庭史：案主有兩段婚姻，第一段婚姻早年離異並育有兩子，離婚後案長子隨案前夫，案次子則隨案主生活，案主表示離婚後為生活至日本工作，案次子則交由親戚輪流撫養。案主後於日本結識案夫，並將案次子接至日本生活，案主與日本籍案夫未生養子女，案夫離世後案主則返回臺灣生活。案主表示與案前夫及兩名案子已逾四年未有聯繫。案主另有兩位案妹居日本，但與案主亦多年無聯繫。

(三) 社會資源：案主獨自租屋於

國宅，為臺北市列冊獨居長者，另領有中低老人生活津貼，由老人福利服務中心定期關懷。另案主洗腎後使用長照居家服務（CMS=3），包含陪同就醫、陪同外出及送餐服務。

二、疾病歷程

(一) 常規門診檢查：案主於回診時檢測發現白血球增多和CRP（C-reactive protein，C反應蛋白）升高，醫師建議住院詳細檢查，但病人拒絕，經討論後主治醫師開立口服抗生素並於一週後回診。

(二) 回診追蹤後住院：回診時病人表示近期胸悶且走路時會喘，經理學檢查後發現白血球及CRP仍高，經醫師評估收入院治療。

(三) 住院期間社工介入：社工接獲獨居長者入院通報，至病房會談予社會心理評估，案主表示對於病況擔心，且有感身體不適。社工予情緒支持，會談過程中獲知案主與案子們關係疏離，案主主動提及希望社工可協尋案子。

(四) 發現腎臟腫瘤：案主經電腦斷層掃描後發現腎臟腫瘤，醫療團隊積極安排進一步切片檢查，社工聯繫上案長子盼其到院探視，惟案長子未明確回復是否前來探視。

(五) 生命價值討論：案主對診斷結果感到擔心，且精神狀況明顯較上週虛弱且嗜睡，社工會談與案主討論自我生命價

值觀，案主表示不希望受太多苦，故社工給予安寧緩和資訊，案主當下完成簽署，並由兩位志工完成見證，後案長子來訪，表示尊重案主決定。

（六）持續釐清案主親屬關係之期待：案主表示希望能見到案次子，惟因案長子與案次子關係疏離，故無法協助聯繫，社工透過老人福利服務中心及轄區員警尋獲案次子聯繫方式，多次電話聯絡後案次子回電，獲知案次子居住中部地區，案次子表示過去受案主傷害很深，目前經商失敗負債又健康不佳，生活上皆倚靠案次媳生活，無力處理案主事務。社工告知案主病況不樂觀，表達案主期望可再見到案次子，案次子表達對於與案主見面情緒複雜，未承諾會前來探視。

（七）確定診斷罹患癌症：主治醫師告知案主確定診斷腎臟癌合併肝臟轉移，且疑似肺部及骨頭皆有轉移。案主心情明顯沮喪，社工予心理支持，陪同案主釐清對生命的期待，案主明確決定不插管、不急救，但還是想了解有哪些治療選擇。

（八）靈性照顧介入：（1）多方協調病後支持：將案主對於治療之選擇向主治醫師溝通，主治醫師表示案主病況已為末期，社工同步告知家屬及社區中有服務案主的單位，並邀請網絡服務人員及案子至病房探視，關懷案主未盡之事，及對於醫療抉擇與照護之期待；（2）心願釐清：醫療團隊與社工持續關心案主有哪

些未完成之心願，案主表示家中有一貓，過去為案次子所飼養，但因案次子負債後經濟困頓無法照顧，後將案貓委託案主。案貓已陪伴案主多年，案主盼能再與案貓見面，也擔心自己過世後案貓無人照顧；

（3）心願達成：為協助案主完成心願，社工向長期服務案主的居家服務單位瞭解案貓的性格及案主住院後生活情況，獲知案主住院期間居服員皆有協助餵食案貓。社工致電案次子，向其說明案主住院期間案貓照顧現況，另轉述案主欲送養案貓之想法，案次子表示現在依舊無能力飼養案貓，亦支持安排送養，後由醫療團隊協助案貓與案主見面，並討論送養事宜；

（4）關係重建與修復：案主後期因感染發燒，虛弱致言談聲量微弱，但仍就努力表達對醫療團隊的感謝，案主住院期間多次表達盼可見案次子，案次子多次回應對於與案主見面之複雜情緒，回顧彼此關係衝突及緊張之往事，社工予以同理並指引處理後事過程中可重新整理親子關係，案次子回饋已能寬恕並放下曾經的埋怨，會盡快北上。（5）善終的陪伴與期待：案主希望自己離世後案貓可受到良好照顧，在院方協助下將案貓送養，後案主洗腎過程中休克，返回病房，經會診安寧共同照護團隊，符合末期病人，並啟動安寧治療，個案於病房安詳往生。案次子在社工陪同下與案主告別，並辦理案主後事。

肆、討論與反思

一、獨居長者靈性照顧，超脫人與人的連結

本研究發現，獨居長者住院期間表達的需求包含醫療決策的討論、陪伴與自主性，家屬關係的修復等，皆與過往針對末期病人的研究發現相符（陳怡如，2006；曾愉芳等人，2007；鄭如芬等人，2014）。過去研究更多強調宗教與往生親屬的連結，皆是靈性照顧重點，而本文案主的圓夢內容係為與寵物見面並完成其照顧安排。對於獨居長者而言，飼養寵物確實可以提升其心理健康並降低孤寂感（Mari-Klose et al., 2024）。本研究亦證實了靈性的照顧不單單只有個人及家屬，寵物與宗教皆是強化靈性照顧的重要因素，也是執行靈性照顧行為的媒介。

二、獨居長者家庭支持薄弱，更需要社區網絡介入以強化靈性照顧

本研究亦發現，案主因案子們關係疏離，較難從家屬端獲得案主對靈性需求的想法，本案入院時因案主意識尚清楚，在社工引導下可表達，且案主於社區中有老人服務中心及居家服務單位介入，醫務社工可從社會網絡單位獲得資訊。倘獨居長者入院時已接近末期致無法表達，或未經社區發現並提供服務，則可能增加靈性需求評估難度，後續也難以執行靈性照顧。

另外，本研究發現第一次門診時，案主不願接受入院檢查與治療。魏美淳（2020）亦指出獨居長者較容易有拒絕就醫或服務的情形，原因可能包含認為接受服務就代表弱勢，此外沒有家人的督促與鼓勵也降低獨居長者的求助意願。

伍、結語

本文回顧一名獨居長者自住院至善終的靈性照顧歷程，說明醫務社工透過社會心理評估，釐清案主需求，與醫療團隊充分溝通，進而連結社會資源並擬定個別化的處遇計畫。安寧照護團隊則依循案主的意願，提供緩和性的醫療措施，使其在生命末期得以實踐以安寧善終為核心的照護理念。此案例顯示，我國醫療體系具備實踐病人自主精神的潛力與可行性。

本文亦指出，獨居長者在靈性照顧層面所呈現的需求——如心願的安排與家庭關係的修復——皆超出傳統生理照護的範疇。在現行醫療體系中，僅有安寧療護團隊較具備靈性照護觀念。若能於急性醫療階段即導入靈性照顧的視角，特別針對癌症病人，將有助於深化以尊嚴與自主為核心的照護理念，並落實「以人為本」的照顧模式。

此外，因多數獨居長者與家屬關係疏離，醫療團隊及醫務社工更需要花時間傾聽案主期待，並向社區單位蒐集相關資

訊，社區單位與醫療單位需相互合作，才能落實獨居長者的靈性照顧。我國家庭人口逐年簡單化，未來獨居長者的人數只增不減，檢視現有我國獨居長者服務，確實缺少靈性照顧的指引方向。

靈性照顧不僅止於末期病人，應於長者健康時期及早介入，多數研究建議以生命回顧作為靈性照顧的方法，但就我國醫療現況，醫務社工在短時間內需與獨居長者建立關係，釐清案主治療期待，協助與醫療團隊溝通。對外又需與網絡單位溝通，以評估案主在社區的狀況，並聯繫或協尋家屬。住院期間要完成生命回顧實屬

困難，建議社區單位應及早為獨居長者規劃生命回顧課程，未來亦可作為靈性照顧之依據，由社區專業人員與醫務社工合作，才能規劃出個別化的靈性照顧計畫。針對靈性需求評估，建議發展獨居長者之靈性評估指引量表，使臨床工作者有評估工具以確實掌握獨居者之靈性需求。

（本文作者：陳俐穎為臺北市立聯合醫院仁愛院區社會工作師；張倪萍為臺北市立聯合醫院和平院區社會工作師）

關鍵詞：靈性照顧、獨居長者、末期病人、安寧緩和

📖 參考文獻

- 《安寧緩和條例》（2000 / 2021修訂）。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020066>
- 李怡娟、葉若分、張麗春（2003）。〈建構賦權式以社區為基礎的獨居老人照護模式〉。《護理雜誌》，50（3），49-55。
- 李彥志、游琵良、林雅慧、張靜芬（2022）。〈一位接受雙側全膝關節置換術的獨居長者之護理經驗〉。《秀傳醫學雜誌》，21（2），81-90。
- 林秀娥、趙祥和（2015）。〈獨居老年長者之心理需求探究〉。《臺灣老人保健學刊》，11（2），80-100。
- 洪榮志、呂妍庭、李念庭（2025年4月6日）。〈憂鬱傾向獨老，淪靈性照顧盲區〉。《中國時報》。<https://www.chinatimes.com/newspapers/20250406000345-260114?chdtv>
- 梁明玉、柯莉珊、鄭慧娟、林麗華（2017）。〈照護一位獨居頻跌且無望感榮民之經驗〉。《榮總護理》，34（2），196-206。
- 梅慧敏（2020）。〈加護病房如何運用靈性照顧——實現病人願望走向心靈安適〉。《彰化護理》，27（2），11-13。

- 陳怡如（2006）。〈末期病人的靈性需求與靈性照顧〉。《慈濟醫學雜誌》，18（4），61-66。
- 陳秉華、邱仲峯、范嵐欣、趙冉、森棋（2016）。〈基督宗教靈性關懷者對臨終病人靈性照顧能力之質性研究〉。《安寧療護雜誌》，21（2），166-179。
- 曾愉芳、杜明勳（2007）。〈老年人的靈性照顧〉。《長期照護雜誌》，11（2），109-115。
- 曾愉芳、杜明勳、陳如意（2007）。〈末期病人的靈性照顧與善終〉。《基層醫學》，22（2），52-55。
- 黃沛榆、謝嘉琪、沈郁惠、黃心樹（2022）。〈內科病房護理人員的靈性健康狀態與靈性照顧行為〉。《秀傳醫學雜誌》，21（1），1-8。
- 臺北市府社會局（2024年3月27日）。《臺北市府獨居長者關懷計畫》。<https://dosw.gov.taipei/cp.aspx?n=e15926774d45d8a6&s=5EAFD8C22BBE834F>
- 劉美玲、蕭雅竹（2019）。〈末期病人失志對靈性安適之影響〉。《護理雜誌》，66（1），48-59。
- 劉家勇（2015）。〈社區獨居老人社會照顧模式之研究:以台灣及日本在宅服務方案為例〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，5（2），49-99。
- 衛生福利部（2024年6月7日）。《111年老人狀況調查報告》。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5095-113.html>
- 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。
- 蕭雅竹、簡麗瑜、李香君（2009）。〈靈性健康促進之策略觀點〉。《中華心理衛生學》，22（4），435-450。
- 賴明亮、李佩怡、方俊凱、林明慧、陳興星、陳昭榮（2009）。〈醫學院學生之靈性照顧的教育需求〉。《Journal of Medical Education》，13（1），4-14。
- 魏美淳（2020）。《獨居老人靈性照顧需求探討——以彰化市為例》（碩士論文，國立彰化師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gswweb.cgi/ccd=750IDX/record?r1=1&h1=0>
- 龔玉婷、黃曉薇（2025）。〈靈性課程對高齡者心理健康之影響〉。《社會發展研究學刊》，（5），194-220。
- Canda, E. R. (1989). Religious content in social work education: A comparative approach. *Journal of Social Work Education*, 25(1), 36-45.
- Hirakawa, Y., Chiang, C., Yasuda, K., Iwaki, Y., Andoh, H., & Aoyama, A. (2019). Spirituality in older men living alone near the end-of-life. *Nagoya Journal of Medical Science*, 81(4), 557. <https://doi.org/10.18999/nagjms.81.4.557>

- Mari-Klose, M., Mari-Klose, P., Gallo, P., Escapa, S., & Julià, A. (2024). Loneliness and pet ownership among dependent older adults in a Southern European urban context. *Aging & Mental Health, 29*(5), 779-787.
- Moon, Y. S., & Kim, D. H. (2013). Association between religiosity/spirituality and quality of life or depression among living-alone elderly in a South Korean city. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*(4), 293-300.
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*.
- You, K. S., Lee, H.-O., Fitzpatrick, J. J., Kim, S., Marui, E., Lee, J. S., & Cook, P. (2009). Spirituality, depression, living alone, and perceived health among Korean older adults in the community. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(4), 309-322.