

# 安寧療護社會工作者的靈性素養

李閔華

## 壹、前言

當病人面對治癒性治療無反應，而且該治療會導致他們更大傷害時，應緩解病人疼痛控制及其他症狀，並提供病人及其家人心理、社會及靈性的照護。安寧療護肯定生命的意義，關乎病人的身、社、心、靈四大面向需求滿足，死亡為自然過程，不加速死亡，亦不需無所不用其極地延遲瀕死過程，支持與照顧末期病人生理、社會、心理及靈性所需，為重要的目標（World Health Organization, 2020）。為呼應醫療的目的除了治療疾病、延長生命外，還有人們之非醫療的照護需求，關注疾病與心理、社會、靈性所產生的互動脈絡，力求全人的健康福祉，安寧療護社會工作孕育而生（Monroe, 1998）。

臺灣自1996年衛生署於安寧療護設置基準明列規範：安寧療護單位必須聘用一位以上的社會工作者，提供病人與家

人完整與適當的非醫療服務，至2018年病人自主權利法實施，推廣預立醫療諮商團隊中須有一位社會工作師或心理師參與提供病家諮商。在制度規範上納入社會工作專業，且臨床系統設置社會工作人力提供服務，顯示出安寧療護社會工作日漸重要。然而，安寧療護的社會工作者多數為專責安寧療護領域之外，多少需要負擔其他病房工作或行政，甚或在預立醫療諮商團隊中擔任行政執行，包括簽署文件檢核與上傳健保系統（徐臣奕，2022）。社會工作者以任務完成為優先事務的考量，然而，過高的工作量形成了困境（葉翎，2020）。相對在心理及靈性支持的服務內容上著墨減少，使得社會工作者提供心靈支持的工作內涵及所需素養被忽略。

安寧療護社會工作者自發展開始，其特色之一就是從心理及社會層面協助服務對象，與病人與其家人建立良好而緊密的關係，使病人與其家人能獲得充分且適

當的協助，透過提供足夠的支持與支援，以能幫助他們面對死亡所引起的痛苦、挫折、壓力等（林育陞，2019）。工作者悲憫和同理心的素養極為重要，也是生命影響生命的最佳寫照，更是人和人之間最美的靈性連結。雖然安寧療護團隊中可能有其他專業人員提供靈性照護，病人和其家人卻不一定會對特定的人員才提出靈性照護的需要。當社會工作者與末期病人和其家人一起工作時，不免觸及死亡或失落的靈性主題。社會工作者遇到病人與其家人發出靈性需要的訊號，當即時掌握並回應，此時便考驗著社會工作者的靈性素養，如何透過助人關係的過程，協助病人及其家人的靈性安適。這個過程特別關係到社會工作者能夠理解病人與其家人的靈性狀態，適切地和病人及其家人互動。

靈性素養對安寧療護社會工作者的重要性，並非在於安寧療護社會工作者自身缺乏靈性素養，而是安寧療護社會工作者可以更重視靈性是工作內涵一部分。安寧療護的靈性照顧是團隊中的人人可以提供，因此，社會工作者提供服務時，需要敏感靈性的存在，並且善用自我，以心靈的力量支持服務對象。

## 貳、安寧療護社會工作者自我運用

末期病人和其家人正處於生死關卡，

社會工作者人性關懷、溫暖對待往往是撫慰他們孤單心靈的重要態度，而社會工作者自身對人生價值和生命意義的豐富體認或經驗，是引領病人及其家人感受疾病苦難之餘仍有出路的特性之一。社會工作者個人素質影響了社會工作者與案主建立關係時的表現，同時影響案主如何回應社會工作者（張振成，2001）。工作者全心投入、深入理解病人的身體狀態、內在情感、信念和靈性經驗，並專注於體會病人身心靈不同層面的需求，會使末期病人在助人關係中感覺到親密和信任，面對人生終了保有人性尊嚴和價值（李佩怡，2003）。這顯示了安寧療護社會工作者的素養與自我運用是助人關係的關鍵。

工作者良好的自我運用主要透過統整自身的人性哲學、生命與死亡觀點，敏感於末期病人的靈性經歷等方能達到。自我運用的形式之一是真實的運用自我，著重於人性的真實面如情感、價值觀、信念的涉入，工作者於關係中是直覺、自發的坦露自我。自我運用還看重工作者的靈性、精神依靠或人生哲理等，關注超越人性之上的狀態，體會心靈之中所產生特別或靈光乍現的感受、想法或經驗，也專注於這些經驗所帶來的靈感，透過靈感來反映或同理，工作者和服務對象的精神與靈性層面得以交融，令服務對象對其靈性亦有領會（Rowan & Jacobs, 2002）。自我運用的重要性提醒了第一線服務末期病人的社

會工作者，需注意其靈性的體會與領悟。

## 參、安寧療護社會工作者靈性的重要性

靈性英文為“spirituality”，“spirit”即是精神或精力，也是生命力。靈性在科學研究中不易被單一內涵定義且能用真相證明的。社會工作中的靈性通常被視為個人精神層面對意義、連結和超越性的追求（Nelson-Becker, 2013）。靈性中神聖、悲天憫人、超越宗教力量、或是人對精神安適的追求、對人生的詮釋與對死亡的看法，也是靈性的一部分。李素慶與王篤強（2023）將靈性譯成：人類生活中與人們的個人與社區經驗、表達或尋求意義、相關想望和超越的方式，以及與人們當下、自我、他人、自然、具有特殊重要性

或神聖敬畏相聯繫的動態面向。Baldwin（2025）提出社會工作者介入服務所納入的靈性主題，不能僅將之視為宗教化或解決需求的途徑。也可以說，在安寧療護中靈性的範疇不僅針對宗教信仰，還涉及價值觀、信仰體系、文化背景等層面（申玉微等人，2025）。安寧療護社會工作者基於這些內涵，需要朝著末期病人的善終目標而發揮已身的能力，在工作中展現出自我運用與融合，蘊涵著靈性的助人力量。

以下圖1依社會工作者可能自我運用的靈性層面：個人我與專業我，個人我包括個人信念、信仰、人生哲學等，專業我則包含工具的知識與技巧、真實的情感與真誠、超我的心靈與精神等，形成安寧療護社會工作者的靈性素養概念圖像，彰顯工作者靈性素養的重要性。

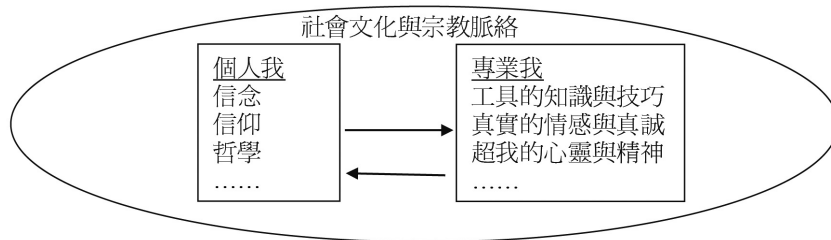


圖 1 安寧療護社會工作者靈性素養概念圖

資料來源：作者自行整理。

## 一、病人的善終目標與工作者靈性力量

由於安寧療護社會工作者不免會聽到病人與其家人提及：「我的生命為何這樣」、「那麼死了要去哪」、「為何偏偏是我遇到疾病」、「我是不是在等死」等問題，似乎不能忽略這些病人的聲音，社會工作者勢必需要回應。社會工作者靈性素質的內涵，不僅包括專業學養、知識、技巧，亦包括運用這些知識和技巧時個人背景經驗。工作者專業和個人層面相互配搭和統整，發揮的助人功效最大（Corey, 2013）。個人素養的來源則基於個人價值和信念、世界觀、人生哲理、個人性向、能力、特質，以及環境或文化中與他人交互下的價值觀、信念、感受等（Rothman, 1999）。

安寧療護社會工作者協助的病人正面對人生的失落與哀傷，是生死交界的領域，其運用自我有特定的靈性力量。一是個人的參考架構（frame of reference），係指社會工作者對世界的觀點和對心靈的意識，這些觀點和意識加上個人經驗的解釋整合成為個人參考架構，也是形成他們知覺自我、外在世界、人際關係和經驗的基礎；另一個是自我能力（self capacities）指的是自我經驗中內在平衡的能力，包括愛和關心他人的能力，負荷強烈情緒的能力，活力等（Pearlman & Saakvitne, 1995）。這些屬於安寧療護社會工作者的靈性力量亦有個人經驗的獨特

性，個人經驗展現助人素養當下需要謹慎以對，並了解經驗所帶來的影響力。

## 二、社會工作者個人經驗之助力與阻力

個人經驗會對其靈性素質產生可能是正面的支持，也有可能是負面的壓力（Corey & Corey, 2011）。例如，社會工作者其自身有著面對死亡或失落的經驗，特別能夠理解服務對象的情感、想法或行為，並且能夠深入同理他們的處境，讓面對死亡的人獲得接納與關懷、減少孤單和恐懼（李佩怡，2003）。有安寧療護的社會工作者表示，因為正在經驗自己父親生病、疾病復發，使她更能體會病人和家人心境，更將心比心地了解悲傷和面對死亡的心情，此刻助人關係也變得更緊密（王心聖，2002）。然而，工作者個人面對死亡或重大失落事件沒有經過適當的處理，有時將自己的需要投射於案主身上，忽略服務對象的需要，或避免面對這些負面情緒而抗拒接觸案主，使案主無法得到應有的服務（Worden, 2018）。又例如，工作者兒童時期經驗到失落與喪親，成年後有可能仍將自己未達成的心願潛藏於心中，若工作者將未完結的遺憾投射於案主身上，想要為案主做些彌補（Wosket, 2016）。青少年期自我認同是青少年特別重要的主題，可說發展成熟死亡觀之重要關鍵，思考死亡似乎相當平常，此時失去他人或喪失與他人緊密的聯結，便可能打

擊正蓬勃發展的自我，產生挫折與衝擊（Balk & Corr, 1996）。一方面工作者可能難以面對病人死亡的場景，另一方面則可能過度保護他們避開談論有關病情或生死的議題。

換言之，社會工作者個人經驗中面對親友的死亡影響著助人工作，可能會增加對案主同理的深度，並為助人增添助力。但當他們未能充份面對或解決自己生活中的失落，工作中面對末期病人或家人時就好像喚起自己的經驗，早期經驗轉移到了病人或家人的身上，加重彼此愁苦，讓互動時更顯無力（Worden, 2018）。綜上所述，工作者曾經歷到親人或朋友的死亡事件，可能會影響到其工作時的情感投入、價值觀和對生死的看法，工作者需關注己身的靈性，需要善用且避免誤用，方能適當回應病人與其家人所需。

此外，工作者的信仰、宗教、人生哲學都可以被包含在廣義的靈性素養中（Ramanathan, et al., 2025）。但是，信仰、宗教、人生哲學的價值觀衝突有時出現於工作者運用自我時，使用個人的價值觀看待服務對象的價值觀（Parada, 2022）。然而，這有可能會讓助人的關係產生變化。工作者介入提供靈性支持時，知道需要並秉持社會工作專業價值中個別化、中立、尊重等信念，方能反思個人價值觀涉入工作的挑戰。

## 肆、社會工作者靈性素養的文化宗教脈絡

論及社會工作者靈性素養，除了專業與個人經驗的融合，文化與宗教中的內涵牽引著他們，而令他們產生用以面對生死或生活的智慧。環境脈絡中文化和宗教之生死意涵，需要敏感與關注其影響力，方能協助他們在助人關係中有著寬廣的理解與詮釋。

### 一、文化

文化和人生哲學、人的價值、關懷、慈善、苦難、自由意義等的體認關係密切，人在社會脈絡中生活、待人處事等基本信念與價值，甚至人的行為和面對困難時的解決之道，都和社會文化脈絡互為影響。社會工作者雖然身為一個專業工作者，同時是社會一分子，脫離不了來自文化內涵的感染力。鑑於文化對於人的靈性多有互動性，儒道思想和臺灣歷史發展中可窺見可能的脈絡，以下舉例說明社會工作者所處環境脈絡，增加靈性素養中詮釋生死議題的可能視角。

儒家的人生精神重心在「生」，「未知生，焉知死！」生前的事尚且不知，怎麼知道死後。華人看重家庭關係，家庭是「生」養的地方，精神（親情）或肉體（血源）和家庭密不可分，正如香火傳承，形成生命延續，而孝道使生命延續更

具永恆價值（王邦雄，1999）。祭祀祖先的文化來自「孝」道，以回報養育恩情，守喪到先人慎終追遠是孝的實踐（謝幼偉，1969）。「生死有命、富貴在天」，說明了大限來臨時一切就交給老天爺的人生哲理，今日人們仍常用，既然生死不在掌握之中，惟有將擔憂卸下才是解脫煩惱之道，這也衍生出了宿命之說（謝冰瑩等人，1967）。儒家文化重視家庭和孝道，人在世時需盡心盡力。

「面對生死不需要強求」的講法，和道家「不執著」相當接近。人如果汲汲營營於名利，到頭來還是要面對生死關卡，何苦來哉。無所為的修養欲超脫生死境界，人不患得患失，不執著痴迷，在死亡時便無負擔（尉遲淦，1998）。道家出世觀中認為人有靈魂，死後轉化為其他生物，是臺灣社會中普遍信念，人常說死亡是回家，回歸天地與四季同行。當形體死亡後，形體不在、心靈卻在，轉化形式繼續成萬物中一員，好像羽化成蝶一樣。

「道」家主張勿驚擾即將死亡的人，因瀕死的人正從此形體轉到另一形體的途中（王邦雄，1999）。以上道家所言，人有靈魂會轉化為其他形體、生死可以超脫、希望修煉到達無所求等說法，在臺灣普遍流傳。

近代臺灣發展有著文化差異與認同的特殊議題，多與生存和自由剝奪有關，牽動人面對生死。自1624年開始，荷蘭人與

西班牙人占據部份地區，明朝號召漢族來臺耕種，在鄭成功來臺驅逐荷蘭人後，臺灣被漢民族治理。清朝墾殖禁令放鬆而移民日增，甲午戰爭割讓日本，兩百年間臺灣居民反清、反英、反法、反日，幾乎每幾年就有一次民變，當時社會結構特色是「番（歐洲人或原住民）、漢、官、匪」互爭與共生（黃文雄，1993）。日本人視臺灣為日本一部分，建設朝長遠規劃，政經逐漸完整。1945年臺灣經歷政權轉移、人民融合，往後七十年政治邁向民主，經濟科技快速發展，形成臺灣的社會現況。

臺灣還有原住民文化，大部分是南島民族的活動史，大約在六千年前分家後來臺。原住民文化與生死議題相關者不少見，當中包括：與大自然共融的靈性意識及自我認同、宇宙生生不息的世界觀、活在當下的存在意識等。例如：泰雅族人相信死後會去另一個世界，經過神靈之橋與天地相連，橋頭由生前良善的人擔任神靈守著以審判經過的人（胡有鳴、馬欣來，2001）。各原住民所發展出的與神靈有關的儀式皆不同，相當豐富而複雜。

綜合以上說明，文化和人解釋或詮釋生命和死亡經驗有很大的關係，而這些文化特性似乎同樣對安寧療護社會工作者也產生作用，其必需能對所在的環境文化脈絡加以認識，也能敏感到末期病人與其家人的靈性需要。

## 二、宗教

除了文化，宗教也和人的靈性與精神層面素質有關，人面對生死問題時，往往產生靈性的需要或精神層面的渴求，希望藉由靈性、信仰的追尋得到心理的慰藉或滿足；人於日常生活中，也會依循著這些信仰或信念，與自己及他人相處。對於安寧療護社會工作者而言，信仰不但可能和個人生活與工作的情感、信念、或行為有關，亦可能和他們面對末期病人或其家人之生死大事時，用以支持他人和自己的信念。雖然靈性議題的範圍廣闊，不過其中又以宗教較為實際，同時直接為生命與死亡提供解釋和答案，宗教信仰是安寧療護社會工作者靈性素質重要元素之一（李閏華，2024）。

佛教影響臺灣人們生活系統極深，佛教認為世界的生成是「因緣生起」，許多人說「緣分」由此而來。佛教因緣觀的另一重點是三世（過去、現在、未來）因果、緣定三生，未來世的果是由現世之因起。人與人之間的關係是互相之間因果報應的因緣，緣起與緣滅，出生與死亡在三世二重輪迴中不斷輪轉。佛教認為人生是病苦組成，造成苦果源自於人的執著產生貪慾，導致顛倒的思想和行為（業），不同業招致不同果，人在生死苦海中輪迴。因果業報之說，要每一個人擔負自己的因果，承受自己的業報，求來生善果、善報，今世種善因、種善業。佛教徒悟

「空」除了認為死亡代表著因緣的散滅或輪迴外，更重要的是了結生死、擺脫輪迴，達到涅槃境界（劉修全，1998）。佛教是臺灣社會許多人信奉的宗教，它也為面對生死或喪慟經驗的人們帶來支持和慰藉。

另一個和臺灣人民生死信念相關的便是道教。雖然道教生命哲學源於道家，相信萬物皆有靈，不過現今道教與傳統道家思想不同，道教更明確信鬼神。道教認為宇宙由仙、陽與陰界組成，長生不老的神仙居仙界，鬼魂留陰界，人存在陽界。道教不直稱死亡，改以「駕鶴西歸」、「乘鸞昇天」。人死後是種回歸，返回祖先界域，而有「起靈」、「過橋」、「做七」、「牽亡魂」等儀式。道教相信人、神與鬼之間可互通，有著各種祭祀、法術等神秘色彩，人死後對活著的親人或後代保持維繫，重視埋葬「風水」以祈求對子孫庇佑。但有時採「敬而遠之」的避諱態度，希望人鬼有所維繫之餘還能保持距離，民間宗教深受此影響（劉修全，1998）。

臺灣民間信仰傳統又充滿生命力，帶有濃厚地方色彩，活躍在日常生活之中。臺灣民間信仰長期累積民俗生活文化，崇拜對象相當廣泛，舉凡如宇宙、大自然、山川、生物、人鬼甚至器物等，加上傳統生活民俗、禁忌、歲時節儀與豐富的神話、故事傳說等，形成龐大信仰綜合體，

人、神、靈三界相通（內政部，2024）。一般人相信人在死後靈魂尚存，對於人間禍福具影響力，死後靈體有：祖先、聖賢的神明、飄蕩的孤魂等。許多風俗遵循追求神仙思想、敬拜鬼魂嬰靈、避免煞到，以克服驚恐死亡。儘管社會的急遽變遷，傳統民間信仰展現強盛的生命力，充滿著社會、文化與歷史意含。

主張發展安寧療護是由基督教開始，社會工作專業也是。臺灣信奉基督教人口沒有其他宗教多，但基督教對生死議題和社會工作均有影響力，例如慈愛守信的美德在服務提供時經常被提及到。生命有限必朽，上帝永生。基督教認為人有靈性，帶著屬靈形體而不朽，心裡有「聖靈」，便可能在永恆屬靈國度中活著（Badham, 1997）。蒙主寵召死亡時會經歷審判，上帝賞善罰惡，申張公義。守律、相信、謙卑、感恩和交托心靈的重擔給上帝是重要的信念。有研究提到基督教安寧療護社會工作者表示，宗教信仰令他們有信心，也能肯定自己有能力帶領末期病人朝著有希望的永恆終極方向（王心聖，2002）。

## 伍、社會工作者靈性滋養的方法

似乎可以想見在這個領域工作的人時常被淚水充滿，許多工作者擔憂過多死亡恐懼與悲傷可能會使人耗盡心力，而讓自

己的靈性滋養方式僵化失去彈性。靈性滋養可以令工作者有源源不絕的生命力，在面對病人死亡情境中仍然有所領悟。陪伴病人和家人可能帶給他們更加珍惜與欽佩生命，有些社會工作者可能經歷人生裡深刻的互動，並且從中獲得意義和信心。

工作者不斷自我覺察，會較為接納自己因工作而產生的困惑，並且可以讓工作者面對病人死亡及喪親者悲傷時有更順應的人生領悟。Saunders與Valente（1994）建議工作者需要時常和他人分享一些問題，包括：當病人死亡帶來最大的壓力是什麼？工作者如何表達自己的意念與情感？請同事或督導回饋自己面對死亡與悲傷時的反應和想法有些什麼特性？如何面對自己有一天會死亡的感覺與想法為何？工作者本身也是一個完整的人，如能多一些時間和空間去思考自己怎麼了及接下來會如何面對這個挑戰，繼而調整靈性思考，或讓自己有靜默的空間、學習令自己放鬆技巧，會讓工作者增加靈性覺察的能力。

此外，工作者還可以藉著澄清自我靈性的狀態，了解自己面對事情可能的反應，繼而增進面對工作情境的能力。亦即工作者可以經過自我認識、自我探索、自我發展，接納自我的各面向，並了解自我也會造成危險因素，避免自我成為阻礙服務的絆腳石（Edwards & Bess, 1998）。同時，工作者於陪伴末期病人和其家人，

如果清楚自己的靈性及限制，保有平衡沉靜的心靈，有利於示範出病人和家人極需要的安定感、穩定感（Corey，2013）。簡言之，社會工作者的生命力和靈性健康，影響著助人歷程與結果，而藉由不斷地自我覺察或省思促進專業和自我成長，得以發揮靈性素養。

結構化的培訓計畫是工作者培養靈性意識、靈性知識和靈性態度的管道，有助於提高其靈性智慧、謙卑，以及對個人和專業靈性的體驗進行批判性反思，未來研究可以開發相關訓練工具，以檢視靈性之特定能力，包括知識、技能、態度和行為（Costeira et al, 2024）。由於通常安寧療護社會工作者已經受過相當的基礎訓練，因此可以擴展他們的專業知識，包括複雜靈性案例討論，更進一步發展靈性照護能力，訓練涵概靈性的定義和概念、評估、管理，積極傾聽、有效溝通、諮詢和同理心等（Meeprasertsagool et al., 2025）。目前臺灣正進行的「健康照護者的靈性照顧專業能力：建構指標與內涵、發展混成式學習之教學模組與分析成效」（張家臻，2024），也積極規劃相關指標及訓練，展望工作者未來能有靈性素養培育與學習的架構。

## 陸、結論

在社會工作眾多專業領域中，臨床社

會工作直接提供服務對象協助，促進及維護個人、家庭、和團體的社會心理功能，並且預防或治療個人、家庭、團體出現的功能不良和損傷。這種方式必須透過社會工作者和服務對象接觸，不但重視助人歷程，並且強調社會工作者和服務對象必須建立良好的助人關係。社會工作者本身是極重要的媒介，社會工作者素質和助人歷程和結果有著緊密關係。

安寧療護社會工作者靈性素質之所以重要，即在於他們會帶著這些素質背景，提供末期病人及其家人所需要的服務。安寧療護社會工作者對人生哲學或死亡有不同的理解、對自己的經驗也有著不同詮釋，其本身素質也會有所差異，因而影響著理論與知識的選取、關係的建立、介入的風格、或是助人歷程與結果。社會工作者帶著個人經驗，亦同時經驗面對病人的死亡和其家人悲傷，兩個經驗互為影響。社會工作者如能探索或整理自我未完成的事、易受傷的情感或內心的衝突，調整自己對人面臨苦難的期望，繼而透過靈性覺察與整合，將有助於臨終關懷的進行和善終目標的達成。基於此，安寧療護社會工作者能夠統整自己經驗裡的各種狀態，便較能將個人與工作經驗相結合，使得其所提供的服務更趨於圓熟。

靈性素養在安寧療護社會工作者個人和專業層面交織下，成為幫助末期病人與其家人的工具，特別需將文化、宗教、

人生與死亡哲理融會，才能面對死亡和悲傷處境，而產生希望與幸福。社會工作者更需看重敏感文化脈絡厚度，拓展宗教信仰視野。總結來說，安寧療護社會工作者主要是用「自己」來協助病人及家人面對死亡和悲傷，與他們一起面對其生命和死亡的艱難時期。安寧療護社會工作者對病人或家人而言，無疑是一個具有正向示範的人，也是具有療癒且真實而有靈性的

「人」。社會工作者理當具備相當的靈性素養，將社會工作對人性、人生、死亡的哲學實踐於安寧療護中，為末期病人或其家人靈性福祉增添助力。

（本文作者為輔仁大學社會工作學系助理教授）

**關鍵詞：**安寧療護、社會工作、靈性、社會工作者

## 📖 參考文獻

- 內政部（2024年3月29日）。〈台灣的民間信仰〉。2025年5月30日檢索自<https://www.ey.gov.tw/state/D00B53C98CD4F08F/ebdc93b1-e9df-4bf4-8bfe-c6374a0f811f>
- 王心聖（2002）。《資深安寧社會工作專業認同發展歷程之敘說性研究》（碩士論文，輔仁大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/69hw37>
- 王邦雄（1999）。《21世紀的儒道：儒道兩家思想的現代出路》。立緒。
- 申玉微、張家臻、吳佳霓、董貞吟、杜侑倫、蔡兆勳（2025）。〈靈性關懷在醫療體系之專業發展回顧與展望〉。《臺灣公共衛生雜誌》，44（1），32-45。[http://doi.org/10.6288/TJPH.202502\\_44\(1\).113038](http://doi.org/10.6288/TJPH.202502_44(1).113038)
- 李佩怡（2003）。《助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究》（博士論文，國立臺灣師範大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/3h6w3t>
- 李素慶、王篤強（2023）。〈華人文化下癌症患者的靈性需求：從概念界定到對靈性社會工作的意涵〉。《當代社會工作學刊》，12，122-162。
- 李閔華（2024）。《安寧療護社會工作》（第二版）。洪葉。
- 林育陞（2019）。〈臨終關懷之工作者角色探討——以社會工作師為例〉。《諮商與輔導》，402，26-29。
- 胡友鳴、馬欣來（2001）。《臺灣文化》。洪葉。
- 徐臣奕（2022）。〈高雄市醫療機構預立醫療諮商照護團隊運作現況與社會工作實踐經驗之初探〉。《臺灣社會工作學刊》，25，51-94。

- 尉遲滄 (1998)。〈從道家觀點看臨終關懷的問題〉。《應用倫理研究通訊》，8，55-57。
- 張家臻 (2024)。《健康照護者的靈性照顧專業能力：建構指標與內涵、發展混成式學習之教學模組與分析成效》。國家科學及技術委員會。https://wsts.nstc.gov.tw/STSWeb/Award/AwardDialog3.aspx?no=113WFA0310299
- 張振成 (2001)。《台灣臨床社會工作建立助人關係經驗之敘說分析》(博士論文，香港中文大學)。
- 黃文雄 (1993)。《台灣人的價值觀》。前衛。
- 葉翎 (2020)。《安寧療護社會工作者的悲憫經驗與因應》。(碩士論文，臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/x4x4w7
- 劉修全 (1998)。〈宗教的死亡觀與臨終輔導〉。《學生輔導通訊》，54，52-61。
- 謝幼偉 (1969)。《中西哲學論文集》。香港新亞研究所。
- 謝冰瑩、李鑾、劉正浩、邱燮友 (1967)。《新譯四書讀本》。三民。
- Badham, P. (1997). Religious and near-death experience in relation to belief in a future life. *Mortality*, 2(1), 7-21. https://doi.org/10.1080/713685847
- Baldwin, C. (2025, April 4). Spirituality and social work a view from the borderlands. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work Social Thought*, 1-13. https://doi.org/10.1080/15426432.2025.2483486
- Balk, D. E., & Corr, C. A. (1996). Adolescents, developmental tasks, and encounters with death and bereavement. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 3-24). Springer.
- Corey, G. (2013) *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th ed.). Brooks.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2011). *Becoming a helper* (6th ed.). Brooks.
- Costeira, C., Querido, A., Ventura, F., Loureiro, H., Coelho, J., Benito, E., Nabal, M., Dones, M., Specos, M., & Laranjeira, C. (2024). Spiritual care[givers] competence in palliative care: A scoping review. *Healthcare*, 12(11), 1059. https://doi.org/10.3390/healthcare12111059
- Edwards, J. K., & Bess, J. M. (1998). Developing effectiveness in the therapeutic use of self. *Clinical Social Work Journal*, 26(1), 89-105. https://doi.org/10.1080/10.1023/a:1022801713242
- Meeprasertsagool, N., Anuraktham, P., Chaithanasarn, A., & Wongprom, I. (2025). Future directions of spiritual care where spiritual care providers do not exist: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 24, 19. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01658-w
- Monroe, B. (1998). Social work in palliative care. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 867-882). Oxford University.
- Nelson-Becker, H. (2013). Spirituality in end-of-Life and palliative care: What matters? *Journal of*

- Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, 9, 112-116. <https://doi.org/10.1080/15524256.2013.794000>
- Parada, M. L. (2022). Integrating religion spirituality into professional social work practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 41(4), 351-368. <https://doi.org/10.1080/15426432.2022.2102102>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. Norton.
- Ramanathan, C. S., Juvva, S., Stephens, N., Scheyett, A., & Dutta, S. (2025). Spirituality, social work practice, and sustainable development. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 44(2), 154-174. <https://doi.org/10.1080/15426432.2025.2475900>
- Rothman, J. C. (1999). *The self-awareness workbook for social workers*. Allyn and Bacon.
- Rowan, J., & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. Open University Press.
- Saunders, J. M., & Valente, S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nursing*, 17(4), 318-325.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer.
- World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative care*. Retrieved May 30, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wosket, V. (2016). *The therapeutic use of self: Counselling practice, research, and supervision* (2nd ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203772263>