

社區精神個案的靈性關懷與 心理衛生社會工作之探討

蔡侑霖

壹、前言

在過往的社會中，精神疾病常被人們冠以各項負面以至於難以啟齒的印象，面對著家人如果患有精神疾病，第一時間往往會想到的是宗教層面的幫助與各種民俗療法等靈性的關懷，較少接觸精神醫療等較為正式的管道，但也可能與當時社會對於精神疾病的污名化較深有著高度的相關性。而隨著目前精神醫療與精神藥物的發展，人們對於精神疾病有著較為正向的認知，也能即時地尋求正確的醫療管道，但過去靈性層面的支持，也是持續伴隨著病患以及家屬的需求而存續至今。

如今隨著精神藥物的盛行之後，雖然對於精神疾病的治療有著正向改變與改善，但相對的藥物使用量也隨之巨量成長。根據健保署的數據顯示，抗憂鬱藥物使用人數近五年來不斷的增加，截至2023年的統計數量已經來到171萬人，這顯示

了國人的心理健康也出現了部分的下降。伴隨著生活、工作、人際上的壓力，國民的心理健康也成為了公共衛生的重要議題，世界衛生組織（WHO）也表示全世界有三大重要疾病是需要世界各國極力重視的：心血管疾病、憂鬱症和愛滋病。顯見隨著世界環境的高速發展之下，人民的心理健康未能跟著快速茁壯，反而在多元的壓力下引發了憂慮、焦慮、失眠等等精神上的狀況，成為了這個世代的文明病，這也讓我們不得不去重視和思考如何因應此種狀況。

而我國為了因應近年來精神個案造成的重大社會安全事件，行政院於2018年便核定了《強化社會安全網計畫》，新增了心衛社工來強化社區精神個案的服務，強調以家庭為中心、以社區為基石的服務核心，以期建立更為完善地服務網絡，降低精神個案可能引發地暴力風險。而在心衛社工的服務過程中，即以精神醫療與家庭

動力等服務項目為主軸，伴以網絡資源共同介入來重新構築個案家庭。

而在筆者擔任心衛社工的服務過程中，也發現不少案家在個案病況反復的歷程裡，不斷求助宗教等靈性層面的支持，以求填補自身心靈的耗弱與無奈，在統計自身服務過的100多位個案家庭中，超過9成的案家（包含個案或是家屬）皆有穩定的宗教信仰，也都曾嘗試過以宗教或民俗的方式來因應個案初期的精神疾病，而這些也勾起筆者的好奇，深入探索靈性關懷與心理衛生工作如何結合，也讓後續的案家服務方向與歷程有著更為妥適的規劃。

貳、靈性關懷的概念

一、靈性的基本概念

「靈性」（spirituality）這一詞根據劍橋辭典解釋為「一種包含了宗教性質的情感與信仰，而超脫於物質生活的特質」，而在國內的漢語辭典解釋裡，靈性則是代表著人的精、氣、神、又或指聰明才智、靈魂等代表著個人內在的特質。

靈性一詞在國內外的研究中也有著不同的解釋與定義，在國外較多的定義為：靈性是個人的基本特質、靈性是個人所有面向的總和、靈性是個人的內在特質經由信念或是宗教等層面來表現，以及靈性是一種由個體、文化、社會的交互連結下的產物（Canda & Furman, 2010;

Sheridan 1992, 2004）。而在國內則有趙可式（1998）整合了多位學者的觀點，將靈性定義為個人內在的意識以及體認到自我生存的意義與價值。

綜合了眾多的研究觀點，靈性所代表的意涵都是在於個體的內在層次的展現，一種融合身、心、靈的高層次狀態，不再只是關注個體的外在表現，而是更看重個體內在與環境文化的交互歷程，這讓個體有著更多的內在趨力與支持，豐富了個體的心理韌性（resilience）的需求。

二、宗教與靈性

而在我國目前的助人工作裡，最常見的就是各種政府和民間的機構組織，如各地方社福中心、社區心理衛生中心、衛生所、醫療院所、和各個社福單位，運用專業知識和媒合各項資源來幫助民眾度過困境。然而還有一股力量是民眾更常接觸也是民眾最常求助的對象—宗教。傳統文化社會中，宗教扮演著安撫民心、指引方向的心靈角色，在人們經歷恐懼、不安、擔心、徬徨時，求助宗教為自身的心靈尋求慰藉，以求度過目前的困境是民眾最普遍的選擇。

而靈性於宗教層面的表現上，可以透過宗教讓個體產生對自我的認識，使個體與社會、他人產生連結，加深與宗教信仰的連結，進而理解而突破生命的苦難與困境，肯定自身的生存與生命的意義和價值

(陳德光, 2004; 李婉如, 2017)。這也意味著宗教和靈性有著密不可分的關係, 當我們思考如何將靈性關懷融入社會工作時, 宗教或許是我們可以選擇的一個方向。

三、靈性的需求

社會工作的發展初期即是由教會針對弱勢族群所提出的服務模式, 透過教會與各種慈善單位提供各種心靈與物質上的關懷, 進而衍生並發展出完善的社會工作的各種架構和制度。

在國外, 靈性的處遇也是個案服務中重要的處遇項目之一, 社工人員在個案服務中收集個案的宗教信仰資料並將其運用在個案的會談中, 能有效促使社會工作人員與個案服務關係建立並達到個案基本的處遇 (Sherian, 2004)。而心衛社工所服務的社區精神個案多數併有暴力議題, 針對家庭暴力的處遇部分, 也有研究顯示如果有靈性層次的處遇介入, 越能降低家庭暴力的再發生 (Freeman, 2001)。

而在我國, 民眾普遍對於宗教信仰具有一定程度的認知與支持, 也透過宗教方式來進行自身身心狀況的調適以及療癒, 而良好的靈性照顧不但能減少民眾對於自身因疾病造成的不適感, 更能促使病人擁有良好的病識感以增進自身復原的情況 (杜明勳, 2008)。

透過上述的學者研究可得知, 靈性的

需求對於個案處遇來說也是一項重要的優勢, 對於個案身心是一種有力的支持, 對於社會工作人員來說也是能拉近與個案服務距離以及穩定服務成效的重要處遇方式之一。

參、與心理衛生工作的融合

一、從靈性出發的工作項目

目前我國已有多數的宗教資源加入了社會福利的行列, 而靈性照顧也是目前可接受與高度需求的處遇方式之一 (劉珠利, 2009), 而靈性照顧又該如何應用到個案服務上呢? 參照國外的學者Koenig所提出針對高齡者常見的靈性需求, 並依據實際個案服務經驗整理歸納後提出社區精神個案的靈性需求概念如下。

- (一) 需要有良好的病識感, 了解自身疾病: 精神疾病患者因為長年的身心狀況不穩定與病情反復, 病患家屬面對長年的照顧議題, 故精神疾病病患及家屬都需要了解如何與疾病共存。
- (二) 需要有超越現況的意念: 精神疾病患者在面對發病與治療歷程中, 身心狀況、社經地位、人際關係等都會受到嚴重的衝擊與影響, 因此需發展出超越現狀的意念, 支持病患的復原。

- (三) 需要正向支持以面對個人失落：精神疾病患者以及家屬對於復原歷程感受到孤單情緒，在他人的言語、行動的正向鼓勵與關懷都能增進個人適應能力。
- (四) 需要參與宗教活動：藉由對信仰的忠誠以強化信仰的深度，進而增進個人的正向信念，以達到復原的可能。
- (五) 需要保有個人自尊與價值：在治療的歷程中可能會遭受到他人的不理解與歧視，以及自身對於復原的不確定感，精神疾病患者以及家屬都需要維持個人自尊以因應復原過程的種種困境，並強化自身的心理韌性。
- (六) 需要表達自身的負向情緒：精神疾病患者及家屬在復原歷程中偶爾會遇到挫敗與再發病的狀況，自身情緒難免會受到影響。多數的人們會採取壓抑地方式來處理自身的負面情緒，如果改由正向且合適的管道來釋放負向情緒，更有助於病情的穩定與復原。
- (七) 需要了解及服務他人：藉由對他人付出等志願性的行為，個人可在志願服務的過程中較多

提升自我價值，並能增進對他人的互動友好關係。

- (八) 需要感恩的信念：精神疾病患者部分為社會的弱勢族群，在接受政府或民間福利單位的幫助時，仍能秉持感恩的信念，增強人性中美好特質，發揮出善的本質與循環。
- (九) 需要饒恕人與被饒恕：精神疾病患者以及家屬在復原的歷程中，多少會出現爭執與不快，藉由心靈的撫慰彼此放下忿恨與不平，脫離暴力的循環。
- (十) 需要面對發病的準備：在復原的歷程中，精神疾病患者的病況總是會隨著季節、環境壓力、人際互動而有所起伏，即便是努力配合治療但還是有再發病的可能，因此精神疾病患者以及家屬都需有面對再發病的心理準備，並配合住院或其他醫療措施，協助病況重新穩定。

綜合上述的靈性需求，心理衛生的社工人員在進行社區精神個案的服務時則有以下三種可提供處遇的工作項目。

(一) 提供正向的社會支持

提供精神疾病患者以及家屬正向的社會支持，內容包括：情緒支持、提供靈性

的諮詢服務如廟宇或教會等相關資訊、陪伴或鼓勵個案和家屬參與靈性照顧的課程或活動、傾聽以及同理各種負向情緒並協助提供適當紓壓資源……等。

良好的支持資源除了可以協助精神疾病患者以及家屬度過困境之外，也能在復原的歷程中增進自我的價值，並增進復原的成效，減少再發病的可能。更有甚者也能減少家庭暴力的產生，維持家庭的良好動力結構。

（二）協助個案或家屬參與志願服務

鼓勵並陪伴精神疾病患者以及家屬參與社區的志願活動，透過自身的付出與他人互動的機會，增進自我價值。

在一般的宗教活動中，也會提供相關的福利資源，除了與他人互動的機會之外，也能獲得自身所需的資源，讓精神疾病患者以及家屬在活動中學習感恩和付出並促進善意的循環。

（三）轉介服務

目前多數的心理諮商或治療機構也會推出正念的課程與活動，一般的宗教團體與社福團體也多有推出相關的靈性照顧服務，可以收集相關的課程或活動資訊，提供予精神疾病患者以及家屬參考使用，並視情況轉介至合適的單位進行相應的靈性照顧服務項目。

綜上所述，心理衛生工作所應注重

的是在原有的專業社會工作上結合靈性的照顧服務，就如同「心理衛生」的字面意義，以個案的心理層面為介入目標去進行社會工作，而非只專注於外在的精神醫療行為，需同時關注個案身心狀況，才能有更好的服務成效，以及服務品質。

二、「身」與「心」的交互作用

目前我國對於靈性照顧運用最為廣泛的是在臨終關懷的部分，面對臨終病人對於自身健康狀況的不確定感以及對死亡的恐懼，這種種不利的生理因素下所引發的心理不安，往往是醫院內的臨床人員急需面對與看待的重要議題。

然而靈性照顧並非只有臨終病人才有如此的需求，一般疾病也是需要運用靈性照顧來關懷病人以及家屬（杜明勳，2003，2004）。依據Maslow的需求層次理論中的論述，個體的最高需求層次為「自我實現需求」，這也正是靈性照顧的核心宗旨——追求個人的內在需求與自我價值。但在實現自我需求之前，也須先逐步滿足生理上的種種需求後，才會達到此一需求層次。

杜明勳（2004）也提出疾病調適的三階段過程，從病人「身」的方面出發來探索靈性的照顧，首先需要協助病人與家屬應對急性發作時的衝擊，在此階段中，病人及家屬在初次面對疾病時都會有茫然無措的感覺；等待病況控制穩定之後才會接

著思考發病的原因以及後續的治療規劃，此時為第二個調適階段；最後透過持續的穩定治療與重新規劃生活則是落在了第三個階段內。此三個階段雖然都是以病人的「身」為服務的目標，但在服務的過程中，都需伴隨著「心」的撫慰與引導，如此身與心之間彼此交互作用之下，病人與家屬在疾病的復原歷程中才得以培養出強大的心理韌性，以支持病人復原並重新架構出新的生活模式。

綜上所述，靈性關懷在個案服務上也占有了一定的地位，心理衛生工作裡，既以「心理」作為開頭正標榜著與其他社會工作項目的不同，這是一項結合個案的生理狀況、心理層面、社會資源支持的綜融工作模式，不以單一面向來評估個案的需求，而是綜觀個案全部的身心狀況後，評估最適宜的處遇方案再行介入，務求個案的復原歷程能穩定進行，強化個案及家屬的心理韌性以因應疾病的調適。

肆、社區精神個案的靈性關懷模式

一、跨領域的合作模式

在提倡全人照顧為基礎的現在，我們都在思考著如何能增進我們的服務成效以達到並滿足個案服務的目標。然而社區精神個案因為長年受到疾病影響導致社會排除，這對於社區精神個案與家屬來說更是

嚴重打擊了復原的可能，而在面對社區精神個案的服務上，我們又該如何規劃處遇服務，以達到全人照顧的期待目標呢？

我國目前的社區精神個案過往係由衛生所的公衛護理師以及社區關懷訪視員進行關懷，近期則是在2018年推出《強化社會安全網計畫》之後，新增了心衛社工進行高風險的個案服務，將社區精神個案依風險進行分流，分散由心衛社工、社區關懷訪視員以及公衛護理師進行關懷與照護。然而僅靠上述三類人員的服務肯定是無法全面照顧到社區精神個案及家屬的需求，勢必還要聯合其他網絡資源進行跨專業的合作，滿足各方面的多元需求。

社區精神個案屬於慢性的精神病人，在照護上除了原本該有的藥物治療之外，還需加入職能復健、社區生活適應、經濟補助、家庭與關係重塑等等項目（黃志中、潘昭穎，2024）。而上述的服務項目裡就包含了醫師、護理師、諮商與臨床心理師、職能治療師、社會工作人員、以及鄰里支持與資源。然而靈性照顧又如何結合到這些領域中呢？以下分三個方向進行論述。

（一）醫療的靈性照顧

在醫療方面，如同前文所述疾病的調適是一種循序漸進的歷程，而個案與家屬在治療的過程中皆仰賴穩定有序的治療計畫。在此治療計畫內，除了確認藥物對於

個案病況的控制之外，也須時時關懷個案與家屬的心理需求，正向的情緒支持、病友支持團體、照顧者支持團體等心理層面的增強也是促進個案與家屬邁向正向復原的一大助力。

而職能治療也能夠幫助個案重新學習或是掌握過往的工作技能，在經歷疾病治療後重新返回社區與職場，個案須付出更多的心力與精神來重新適應。在此學習的過程，可以提供正向鼓勵以及設定獎賞制度以建立個案的自信心與自我價值感，突破現有的困境狀況，以達到良好適應社區與工作的狀態。

（二）心理照顧服務

心理師原本就是心理層面的專業，透過諮商的方式讓個案與家屬重新探索自我的價值與意義。現在也有很多正念的課程與活動來協助個案及家屬運用正念的方式來療癒自身的心理，進而反饋到生理的復原。

而現階段也有諸多正念紓壓的活動，例如頌鉢、銅鑼浴、肢體舒展等等透過外在環境、肢體和自我心理的交互探尋，以達到靈性照顧的需求。

（三）社區的靈性照顧資源

在筆者的個案服務經驗中，曾有一位個案的服務經歷讓我感受到靈性照顧所帶來的重要影響。該個案是一名社區精神個

案，在接觸初期個案及家屬都非常抗拒社工的介入關懷，認為對案家的實際幫助不大，也擔心社工的介入後引起社區民眾的反感而被排擠、歧視。在服務接連碰壁了幾個月後，突然有了一線轉機，家屬自行聯繫社工願意接受關懷服務。在與家屬聯繫約好面訪之後，原本還擔心是不是因為個案的病情有了變化造成家屬的照顧困難才有了此次的主動求助，但在與家屬面訪會談之後才知道，個案與家屬篤信媽祖，在某一次個案與家屬到宮廟拜拜問事時，廟內的乩童告訴個案及家屬說社工就是媽祖派來要幫助案家的貴人，也因此有了家屬願意主動聯繫的契機。也藉著這次的機會，社工得以進入到案家服務，也成功建立與案家的服務關係和信任，後續個案的狀況也得以穩定治療並重新回到職場。在這段服務經歷中，宗教或許只是起到了轉變的作用，卻也讓社工和案家有了可以連結的機會，有了可以進入到案家的重要契機，搭配著宗教撫慰人心的作用下，順利展開後續的處遇。

在社區有著眾多的靈性照顧資源可以協助社區精神個案及家屬，在正式資源裡，有著社區福利中心、長照、身障、勞工等等多元的資源可以協助個案在社區內生活以及適應所需，家屬也能透過上述資源獲得照顧上的支持與喘息。而非正式資源就更為豐富，舉凡民間的慈善基金會、社區的守望相助隊、鄰里的互助會、以及

社區中的宮廟、教會等等都是就近可得的靈性照顧資源。透過這些在社區裡的資源協助下，社區精神個案及家屬能更好的適應疾病帶來的衝擊，並重新規劃出未來的生活模式，學習與疾病共存。更有甚者可以擔任志工，透過志願服務來重新適應人際互動，學習付出和感恩來完備善意的循環。也有著像筆者的服務案例一樣，藉由宗教來穩定個案和家屬的內心，可以突破原本的限制，有了不一樣的改變機會。

綜上所述，各領域間都有著各自專業的靈性照顧模式與資源，而心理衛生工作的社工人員則是依照個案及家屬的需求

進行評估，並轉介連結到適合的資源中，或是利用相關的資源來進行案家的關懷服務。這樣的合作模式下，除了可以減輕社工人員的工作負荷之外，更能以服務的觸角打開更廣的資源視野，對於現有的個案以及未來的個案服務上有著更好的資源基礎，打造一個更符合全人照顧的處遇模式。

二、靈性照顧的運作歷程

前文討論了靈性照顧該有的概念項目、服務方式、以及各領域間的資源合作模式，這些都是為了滿足社區精神個案及

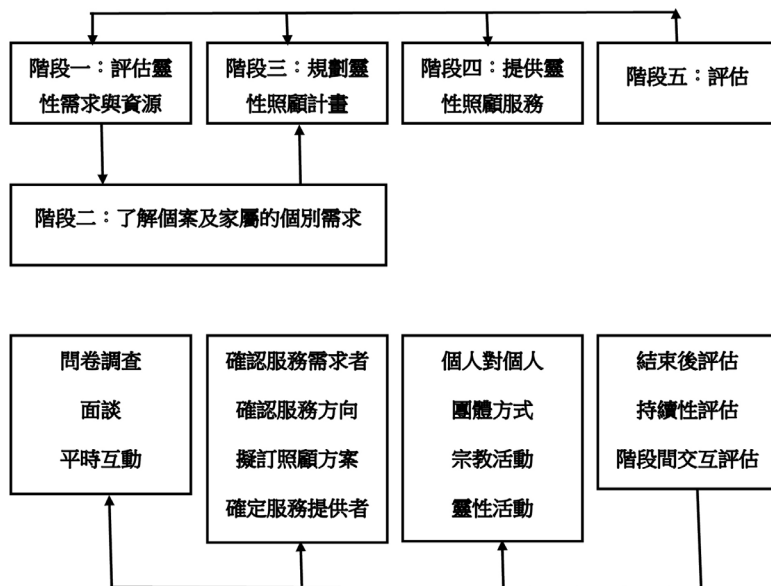


圖 1 靈性照顧的運作階段

資料來源：Nissen 等人 (2021)。

家屬在服務上的靈性照顧需求，但在眾多的需求中也存在了因為環境、文化的不同而產生的個別差異，也因此提供靈性照顧需求時，也需要敏銳的感知到個案的差異，並評估其所適合的靈性照顧模式以及處遇措施。

Nissen等人（2021）就靈性照顧的過程提出了五個連續的階段（圖1）。在Nissen的五個階段裡，對於社區精神個案及家屬如何運用靈性照顧服務，分別論述如下。

（一）評估靈性需求與資源

在第一階段裡，我們主要把焦點放在靈性需求與資源的評估，透過評估階段，我們可以藉由問卷調查、會談和互動等方式去了解個案及家屬對於靈性的認知以及需求。

（二）了解個案及家屬的個別需求

第二階段中，我們需要深入了解個案及家屬的歷史文化，以及所處的環境脈絡，進而確認其靈性需求的類型，以及後續可連結相關資源的適切性，即便是宗教性的資源，也可能因為信仰的不同而須尋找符合相同信仰的宗教資源，這也就是透過了解個別差異之後，進而盤點其合適資源的重要性。

（三）規劃靈性照顧計畫

階段三裡，將前兩階段的評估內容進行統整之後，進而擬訂靈性照顧的服務計畫。而一份計畫中，我們需確定服務的使用者、服務的提供者、以及服務方向之後，再著手擬訂出符合且適切的靈性照顧計畫。

在此階段中，我們會需要與其他領域的工作者討論，共同研擬出合適的方案，並將方案推行到案家中去執行，過程中也須和其他領域的工作者保持密切的聯繫，以確認處遇內容的細節與方向是否合適且正確，以期達到該方案原有的成效。

（四）提供靈性照顧服務

在上個階段擬訂好的靈性照顧服務方案後，緊接著就是執行方案了。目前依照靈性照顧服務方案的執行方式裡，可分為個人對個人、團體方式、宗教活動、以及靈性活動等方式，以上方式僅是大略的分類並提供參考，實際的執行上也會需要因應個案的差異性以及環境、資源的提供者差異進行調整，而非有固定或單一性的執行方式。

（五）評估

最後則是需要再評估，評估的部分包括了靈性照顧服務計畫以及後續執行的部分，最常見的就是在整個方案結束之後去評估執行的成效是否達成原來設定的預

期效果；又或者是方案持續執行時，需再評估方案內容是否可再進行，抑或是需要調整其內容。在此階段中，評估也可以是各階段間的交互評估，即時掌握執行的情況，進而隨時改進服務方案的內容。

綜上所述，靈性照顧的運作過程是從評估和收集資訊開始，進而擬訂方案、執行方案，最後再評估方案的執行成效。這個運作過程是一種動態歷程，階段間可隨時因應案家的需求和狀況進行調整，因此各階段雖然看似各自獨立，但實際上都是彼此相連的動態關係。

伍、結語

在日益注重心理健康的時代裡，社區精神個案也是社會工作的服務重點之一，除了關注其精神醫療的妥善之外，心理衛生社工人員運用靈性關懷的照顧模式進行個案服務也是一項可運用的處遇方式。

在此篇文章裡，我們從靈性的概念開始介紹，透過國內外學者的研究了解靈性

關懷的基礎工作項目，進而探討心理衛生社會工作如何融合靈性關懷的照顧模式，並在最後提供了靈性照顧的運作階段，讓有意參考的人有了一個基本的執行架構，進而發展出可執行的靈性關懷方案。

然而靈性關懷的執行還是須滿足個別差異、環境與文化脈絡、心理適應等等面向，在實際執行上有著眾多的因素需要去討論和考量，而這也是靈性關懷的重要目的，透過不斷地了解與合作，進而強化社區精神個案及家屬地心理韌性，以更好地幫助他們邁向復原，更期許社區精神個案可以更加穩定地在社區裡適應和生活，減少過往對於精神疾病的歧視和排擠，真正的落實精神疾病去汙名化以及全人照顧的宏大目標。

（本文作者為臺南市政府衛生局心衛社工）

關鍵詞：靈性照顧、心理衛生社會工作、社區精神個案

📖 參考文獻

- 李婉如（2017）。《從療效因子看音樂治療對後天免疫缺乏症候群患者靈性之助益——以基督宗教音樂活動為素材》（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/w6974j>
- 杜明勳（2003）。〈談靈性〉。《護理雜誌》，50（1），81-85。

- 杜明勳（2004）。〈談靈性照顧〉。《護理雜誌》，51（5），78-83。
- 杜明勳（2008）。〈靈性照顧之臨床運用〉。《內科學誌》，19，318-324。
- 陳德光（2004）。〈靈性生命激發：生命教育的一個重點〉。《輔仁宗教研究》，9，103-127。
- 黃志中、潘紹穎（2024）。〈慢性精神病人的衛生福利需求——龍發堂現象及其照護實踐〉。《社區發展季刊》，185，204-214。
- 趙可式（1998）。〈精神衛生護理與靈性照護〉。《護理雜誌》，45（1），16-20。
- 劉珠利（2009）。〈由多元文化主義探討靈性照顧社會工作在台灣的可行模式〉。《社區發展季刊》，127，172-185。
- Canda, E. R., & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Freeman, D. R. (2001). The relationship between spiritual development and ethnicity in violent men. *Social Thought*, 20(1-2), 95-107.
- Koenig, H. G. (1994). *Aging and god: Spiritual pathways to mental health in midlife and later years*. Routledge.
- Nissen, R. D., Viftrup, D. T., & Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-11.
- Sheridan, M. (2004). Predicting the use of spiritually-derived interventions in social work practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 23, 5-25.
- Sheridan, M. J. (1992). Practitioners' personal and professional attitudes and behaviors toward religion and spirituality: Issues for education and practice. *Journal of Social Work Education*, 28(2), 190-204.