

# 與憤怒和恐懼共存——由個案研討 檢視社會工作中的靈性照顧力量

吳宛育

## 壹、緒論

癌症等嚴重疾病不僅對個體的生理功能造成影響，也常對其心理、社會及存在層面帶來的衝擊。個案在治療過程中，往往承受著身心壓力，其中憤怒與恐懼是常見且深刻的情緒反應。這些情緒不僅影響個案的內心狀態，也可能以較為激烈的方式表現出來，對臨床工作者形成相當的挑戰。傳統的社會工作處遇模式，在面對這類與生存焦慮、意義失落相關的複雜情緒時，靈性議題會因其評估困難而被邊緣化，但實務中個案的靈性需求卻持續浮現。近年來，靈性照顧（Spiritual Care）的理念逐漸受到重視，此一助人實務方法在協助個案面對苦難、尋找意義、獲得慰藉方面的作用與潛力，值得進一步探討。

本文以醫務社會工作場域中的個案「阿雅」為例進行研討。阿雅因癌症復發轉移，長期處於對疾病惡化與死亡的恐懼

中，並將此內在恐懼轉化為對醫療流程的持續抱怨、對醫護人員的言語指責，乃至重複的自殺威脅。個案的憤怒反應，常成為其內心孤獨、無助與恐懼的一種外在防衛表現。與此類個案工作，對社工師的專業能力、個人修養及情緒耐受力都是重要的考驗。作者身為阿雅的社工師，陪伴其超過三年，經歷了從最初的抗拒、衝突，到關係的逐步進展與深化，乃至最終陪伴平靜走完人生最後一程的完整歷程。

本研究旨在透過對阿雅個案服務歷程的敘事分析與反思，探討以下核心問題：（一）末期疾病個案的憤怒與恐懼情緒，其背後可能蘊含哪些靈性需求與困擾？（二）社工師在面對個案強烈的負面情緒與防衛行為時，如何運用靈性照顧的原則與技巧，建立並維持專業關係，並在個案生命的不同階段提供適切支持？（三）靈性照顧在此類個案服務中，可能產生何種效果？其力量與限制又為何？

本文首先進行文獻探討，梳理疾病情境中的憤怒與恐懼、靈性困擾的相關理論，以及靈性社會工作與靈性照顧的核心理念。將結合文獻與個案，分析靈性照顧在阿雅個案中的應用展現，並討論其中面臨的挑戰。期為相關實務提供參考，並促進對靈性照顧議題的討論與重視。

## 貳、文獻探討

個案在面對嚴重疾病與生命威脅時，常經歷複雜且強烈的情緒，其中憤怒與恐懼尤為普遍，深刻影響其身心及醫病互動。在跨專業的醫療團隊合作中，社工師若能重視並回應個案的靈性需求，將有助於全面地協助個案應對此類困境。

### 一、疾病情境中的憤怒與恐懼

憤怒與恐懼是人類在面對威脅、失落及無助時原始情緒反應。在嚴重疾病，特別是癌症等危及生命的診斷下，個案常感受到對身體的失控、對未來的不確定性，以及對生命受到威脅的直接恐懼。伊莉莎白·庫伯勒·羅斯（Elisabeth Kübler-Ross）在其著名的「五階段悲傷理論」中指出，當個案在初期的「否認」後，常會進入「憤怒」階段，在其著作《論死亡與臨終》（*On Death and Dying*）中，她透過臨床訪談與描述，呈現了病人情緒轉折的背景與內涵，其中憤怒的心理來源十分

複雜，包含對生命失去掌控的反應、對疾病降臨自身感到不公平的抗議，「為何是我？這不公平！」、對健康他人的嫉妒，有時亦包含對信仰或神的質問，以及將內在痛苦轉移至周遭環境，對醫護人員、家屬隨機投射憤怒。羅斯強調，助人者不應將此類憤怒個人化，而應理解其為個案面對生命終結的強烈反應與深層悲傷的表現。如同本研究個案「阿雅」，其對醫療流程的憤怒與指責，實則內含對生命困境與復發恐懼的深層吶喊。

與憤怒交織或在其後浮現的，是深刻的「恐懼」。此恐懼多與死亡的威脅、疼痛的預期、身體功能的衰退及對未知的茫然緊密相連。存在心理學家歐文·亞隆（Irvin D. Yalom）在《凝視太陽：面對死亡恐懼》中提到死亡焦慮是人類經驗中一個基本且普遍的存在，即使它不常被直接意識到或表達出來，也常以各種間接的方式影響著我們的思想、情感和行為，剖析了人類對死亡的根本恐懼。阿雅反覆提到害怕「死，會不會很難受？」、擔心「一個人死去」等，均是此類恐懼的具體展現。杜明勳（2008）指出，人們害怕死亡過程甚於死亡本身。曾愉芳等人（2007）亦提及末期病人需面對未來生命的不確定性與家庭系統改變的壓力，及其相關的負面情緒。這些未被妥善處理的恐懼，可能嚴重影響個案的心理狀態與生活品質。相對於冰山底層對於死亡的焦慮，浮在冰山

上層的如薩提爾（Virginia Satir）「生存姿態」理論中的「指責型」溝通模式，也可能是個案在壓力下用以掩蓋內心脆弱與恐懼的一種外在表現，阿雅的行為便常呈現此特徵。

## 二、疾病中的靈性困擾

當個案的憤怒與恐懼根植於對生命意義、價值、目的的根本性質疑，或與其原有信念系統產生嚴重衝突時，便可能引發靈性困擾（Spiritual Distress）。美國護理診斷協會（NANDA International，簡稱NANDA-I）在其出版的*NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021–2023*中，對「靈性困擾」有明確的定義與診斷標準，其指一種痛苦的狀態，與個人無法透過與自己、他人、世界或超越存在的連結來體驗生命意義有關。此診斷下常見的特徵包含：質疑信仰、感到生命缺乏意義、表達絕望感、感受到被神遺棄，以及渴望與神聖建立聯繫卻感到困難等。

林勝義（2023）引用學者觀點指出，人們在面對身體疾病、情緒壓力或死亡威脅時，就會出現強烈的靈性需求，若長期、深刻且未能有效解決，可能導致靈性困擾，甚至衍變為靈性痛苦或靈性危機。杜明勳（2008）也認為，靈性是個人內在的能力與力量的泉源，維持個人生命的完整性，並在個人生存核心中提供生存的意

義；當生命中發生重大負向事件，意義的認知與價值重要性的問題就會浮現，若處置不當則可能造成疾病調適的負面影響。阿雅對於醫院流程的不滿，同時也吶喊著對老天爺不公的刁難，正反映了其深層的靈性掙扎與對生命公平性的質疑。這些靈性痛苦若未被識別與回應，可能加劇個案的整體痛苦感受。

## 三、靈性與靈性社會工作之意涵

「靈性」（Spirituality）定義多元。申玉微（2016）指其內涵包含：是人的本質、關於人類追尋個人意義、是生活必需且重要的面向、尋求意義的動機與情緒基礎、是一種相互關係。林勝義（2023）參考美國《社會工作辭典》的解釋，指出靈性是人們虔誠相信人類和自然的非物質部分，勝於擁有世間事物，並對於人們的宗教、道德或情緒上提供一種導引，尋求其存在的目的和意義。另外，林勝義（2023）並引述Canda與Furma則認為，靈性是一種人類尋找定義的方法、道德的架構、以及處理自己和他人關係的方法。杜明勳（2008）則將靈性定義為「個人對生命最終價值所堅持的信念或信仰」，是個人看待人生的哲學觀與價值觀，影響個人處事態度、行為表現、調適技巧、人際關係乃至身心健康。

基於對靈性的理解，靈性社會工作（Spiritual Social Work）將整合靈性維度

於實務中的取向。申玉微（2016）認為，靈性社會工作的本質包含：把靈性存在看作是絕對存在；把靈性提升看作是追尋絕對價值和意義的過程；把信念看作是靈性追尋的驅動力量；把靈性追尋內涵看作是自我超越；以及把靈性處遇看作是一種生命影響生命的過程。其核心在於生命價值和意義的追尋。

#### 四、靈性照顧的角色與原則

「靈性照顧」（Spiritual Care）是靈性社會工作的核心實踐。林勝義（2023）將其界定為：因應被照顧者的靈性需求，協助其解決靈性困擾，促進靈性健康的服務過程及措施。龔湘珈等人（2024）引用Moosavi等人（2019）的定義，認為精神照護意味著辨識及回應病人對自我的意義、價值、表達以及對信仰及對宗教的需求。

為更清晰地界定靈性照顧所回應的狀態，NANDA-I對「靈性困擾（Spiritual Distress）」及「有靈性困擾之風險（Risk for Spiritual Distress）」的診斷提供對應照護建議，強調傾聽、提供靈性資源並支持尋找生命意義等。申玉微（2016）亦指出生命價值和意義的追尋是靈性社會工作的核心，其研究對靈性照顧的實踐提供了本土化的系統性思考，其所建構的靈性社會工作問題界定（如生命缺乏意義感和價值感）、處遇目標（如靈性提升，認識自

己的價值、長處和美德）、特定的處遇策略及評估指標等，也豐富了社會工作對靈性照顧內涵的理解。

綜合相關論述，靈性照顧的重要實踐原則包括：

- （一）建立信任關係、同在並展現無條件關懷：此為所有照顧的基礎，透過真誠、尊重、不批判的態度建立安全連結。社工師的「同在」是全然專注於當下，與個案共同經驗其苦痛。申玉微（2016）研究亦將「陪伴」及「無條件的愛和包容」視為靈性社會工作的重要處遇策略。
- （二）積極聆聽、深度同理並評估靈性需求：不僅聽取語言，更要理解背後未言明的情感與靈性需求。NANDA-I照護建議即強調「傾聽病人信仰與價值觀」。透過會談、觀察等方式，敏感覺察並評估個案的靈性信仰、價值觀、生命意義來源、希望、恐懼及靈性困擾。曾愉芳等人（2007）建議可藉由標準化靈性評估表或訪談指引開啟靈性照護。
- （三）協助探尋生命意義、肯定價值並重塑希望：透過提問、生命回顧等方式，助個案在苦難

中尋找或建構個人化意義，並認識自身價值。此為申玉微（2016）研究中「問題界定」與「處遇目標」的核心，亦與NANDA-I建議及杜明勳（2008）強調的「意義」需求一致。希望的形式可從治癒轉向其他目標，如安適、有品質的生活、完成心願或心靈平靜。在生命末期，協助個案回顧並肯定其生命價值與貢獻。申玉微（2016）的處遇目標即包含「認識自己的價值」，其評估指標也強調個案生命是否「得到新的價值和意義」及提升「幸福感」。

（四）促進多元連結、支持靈性實踐並運用適性資源策略：協助個案重新連結內在力量、重要他人、支持社群或超越力量。申玉微（2016）指出靈性內涵之一為「相互關係」。尊重個案信仰，適時協助連結資源；對無特定宗教信仰者，則著重普世性關懷。申玉微（2016）研究提及的處遇策略如「引喻」、「有意義的巧合」、「改變感覺」、「打坐」、「面質」及協助個案「自由做自己」等，提供了多元介入思

考。NANDA-I亦建議「提供靈性資源」。

## 五、靈性照顧的實務工作模式

靈性照顧的有效實踐，需植基於清晰的倫理準則與系統性的實施框架，並考量服務對象所處的文化脈絡，進行適切的本土化調適。林勝義（2023），引用Nissen等人（2021）的觀點，指出靈性照顧實施過程可分五個動態連接階段：評估需求資源、了解特殊需求、發展照顧計畫、提供照顧服務，以及評量。此五階段論強調了照顧的個別化與系統性。

申玉微（2016）則從現象學探討中，建構了靈性社會工作結構，其問題界定為「生命缺乏意義感和價值感」；處遇目標為「靈性提升，認識自己的價值、長處和美德」；處遇策略含「無條件的愛和接納、引喻和有意義的巧合」；評估指標為「生命得到新的價值、意義和幸福感」，並強調社工自身的靈性修養與專業準備。杜明勳（2008）提出靈性照顧方法，核心是召喚受傷者「自知」（self-awareness）的療護方式，強調建立良好關係，並運用傾聽、回應等溝通技巧與自我覺察。龔湘珈等人（2024）提出的靈性照護定義性特徵則包括：提供舒適表達環境、透過同在與尊重維護尊嚴、運用生命回顧與正念等提升內在力量，及協助個案達到自我與他者間平衡。

在所有實踐中，倫理考量至關重要，包括案主自決、知情同意、保密，避免強加個人信仰。杜明勳（2008）強調「關懷、包容、信任與尊重」為核心態度，應尊重個案自主，避免不當宗教壓力。曾愉芳等人（2007）更提醒，醫療團隊應陪伴，而非企圖「控制」其靈性品質。

儘管靈性照顧的普世原則具參考價值，在臺灣本土脈絡實踐時，仍需充分考量本地文化特性。申玉微（2016）及林勝義（2023）均指出臺灣社工界對靈性觀點連結實務與相關訓練的不足，但官方已開始重視此議題。臺灣民眾靈性表達常融合多元信仰，重視家庭，此與西方可能更側重個體自主的取向有所不同。因此，西方模式引進臺灣時，必須審慎進行本土化的調適，例如在評估上需關注家庭系統的角色；在介入上可思考如何與華人文化中慈悲、孝道等價值觀作為資源。為此，發展更貼近本土文化經驗的評估方式、溝通技巧與介入模式，均是未來推動靈性照顧實務發展時，值得持續努力的方向。

## 參、個案研討：用憤怒保護自己的阿雅

本節將詳細呈現個案阿雅（化名）的背景資料、社工師與其互動的服務歷程，以及社工師在此過程中的反思與面臨的困境。

## 一、個案背景與問題呈現

阿雅，五十三歲，單身女性未婚，在工廠做操作員，父母已過世與弟弟同住，自訴弟弟很懶，她罹癌還要幫忙家裡打掃，罹患子宮頸癌第三期，在外院醫學中心已治療兩年的放化療，阿雅因病導致腳水腫，在本院進行復健和神經痛的治療。第一次接觸阿雅，是因她抱怨夜診批價時間太久，影響她做復健的時間。她激烈抱怨並威脅：「……你們這樣為難我，讓我的病情加重，我死也不原諒你們！」、「如果我癌症復發，我就要在你們醫院跳樓！」。病人在大罵時提到，如果下週在外院治療的檢查報告復發，她就要在本院跳樓！情緒衍伸至癌症復發的自殺威脅，醫事室遂轉介社工師。社工師初步評估，阿雅積極復健顯現求生意志，但對報告的恐懼與預期性挫敗感使其情緒崩潰，此亦與其人格特質相關。

## 二、服務歷程與互動點滴

阿雅的憤怒與恐懼，交織在其漫長的治療與孤寂的生活中。社工師與其超過三年的互動，是一段充滿張力、不斷嘗試、最終在絕望中尋找微光的歷程。

### （一）第一階段：危機籠罩下的初步接觸與關係試探

面對阿雅因復健批價延誤而引發的激烈客訴與自殺威脅，社工師致電時，阿

雅的怒火猛烈，劈頭便斥責社工師聯繫過遲，將對流程的不滿直接升級為對醫院態度的控訴。社工師壓抑著內心的無奈與壓力，嘗試將話題從問題本身轉向對阿雅個人的關懷：「醫事室組長已經跟你討論過了。我打電話來，只是想關心妳這幾天還好嗎？」。突然怒吼的暫停，反映了阿雅對於關懷的訝異，但她旋即再次爆發，堅持要求醫院「不要耽誤我的治療，不要讓我的癌症復發！」。

在阿雅時而嘶吼時而哭訴的抱怨中，社工師敏銳地捕捉到其憤怒表象下的脆弱與無助：長年獨自對抗病魔的艱辛、治療副作用的痛苦、對復發轉移的深層恐懼，以及因單身在經濟與情感上都缺乏依靠的孤寂感。阿雅在哭罵中突然掛斷電話，讓社工師的情緒也瀕臨潰堤，在下班途中需大叫以宣洩壓力。然而，基於專業職責與對個案處境的擔憂，社工師在短暫平復後，選擇再次撥通電話：「嗨，還是我，你哭著掛上電話，我有點擔心……」。

這份堅持不懈的關懷，成為關係的轉捩點。阿雅在第二通電話中，首先為自己先前的情緒失控道歉。隨後，她卸下部分心防，吐露了更深層的恐懼：一位熟識的病友近日因癌症轉移過世，而她自己的癌症也已復發，看起來也像轉移了。她顫抖地問出對死亡的直接叩問：「死，會不會很難受？」、「妳知道安寧病房嗎？」。社工師理解阿雅正處於「癌症復發轉移等

於死亡」的巨大恐懼中，於是耐心解釋了安寧緩和醫療的概念與功能，並回應了她對臨終疼痛與後事處理的實際擔憂，試圖以正確資訊驅散部分因未知而生的恐懼。

## （二）第二階段：「刺蝟外衣」下的脆弱連結與信任萌芽

首次面談前，電話中社工師已知阿雅情緒調節困難，預示了未來建立穩定關係的艱難。社工師依規定通報了自殺意念，並註明其抗拒態度。面談開始，不出所料，再次將話題拉回對批價流程的抱怨。社工師選擇專注地傾聽，阿雅在感受到被聆聽後，情緒稍緩，吐露：「我只是很生氣你們都這樣對我」。社工師敏銳地覺察到，阿雅口中的「你們」，已不僅是指醫院，更深層的是指向那讓她一再陷入絕境的「老天爺」。

當社工師溫和地探問其對看報告的害怕，並詢問「我可以怎麼幫忙妳呢？」時，阿雅的回應是「妳幫不上忙！」。面對這分無助的宣告，社工師沒有退縮，而是直視其對勇氣的需求，主動提出並給予了一個擁抱：「那妳需要一些勇氣，我可以抱抱妳，給妳一些勇氣！」。阿雅僵硬的身體雖然顯示了對肢體接觸的不習慣，但她並沒有掙脫這個擁抱，超越語言的連結，傳遞著「我知道天要塌下來的感覺」的同理。數日後，社工師得知阿雅確診癌症轉移，但她選擇了繼續治療，並未如先

前所言採取輕生行為。

### (三) 第三階段：長期拉鋸中的能量流動與微光

阿雅的憤怒與抱怨並未就此平息。在接下來的時日裡，隨著她的病情逐漸加重，她的憤怒表達也愈發直接。她將所有癌症治療轉至本院後，在長達三年多的時間裡，仍不時因醫院流程不順心而大聲投訴、自殺威脅，甚至有幾次驚動警方的紀錄。然而，在這反覆的風暴中，社工師與阿雅之間的對話品質卻悄然提升。阿雅開始會主動告知社工師她去看了身心科，這是一個重要的進展。

社工師抓住阿雅情緒較為平穩的時刻，與她一同分析其固有的情緒反應模式：「為何妳就要馬上連結人家是瞧不起妳？」、「為何這些不順總是讓妳很憤怒？」。儘管每次談話仍需耗費大量時間與心力，但阿雅的回饋——「每次談完好像又有點能量」——透露出這些充滿挑戰的對話，確實在她內心產生了些許正向的擾動，使她感受到被理解與支持後重新獲得的內在力量。即便情緒的爆發與平靜仍呈現週期性，情緒抒發完，就會又再平靜一段時間，但也會不知道又是什麼原因，再次爆炸，但這分在風雨中建立的信任，已為更深層的靈性照顧奠定了基礎。

### (四) 第四階段：衰弱中的堅持、禁忌的鬆動與平靜的道別

隨著病情的持續加重，治療也越來越辛苦，阿雅仍努力地嘗試新的治療方式，像腹部溫熱化療等。不過，她的身體日漸虛弱，與社工師的關係，也隨著她越來越沒有力氣大聲說話，談話的聲調似乎平靜許多。但更多只是聲調上的平靜，阿雅內心其實還很想力拼看看，她曾無助地對社工師說：「怎麼辦，我越來越沒有力氣了，同群組的姊妹們都走大半，我也不敢再打開那個群組了」。對於醫師詢問是否接受安寧療護，她當時表示：「但我覺得還沒有到那個階段」。與她談論安寧是她的禁忌，任何人提及都會被她溫和地轉移話題。然而，她卻也不再像過去那樣，情緒會隨著癌症指數而劇烈起伏。社工師在院訪時，便只是靜靜地陪著她，聊著她想要聊的話題。

一天，阿雅前來辦理住院，帶著與以往相同的行李，但身體狀況卻已無法讓她像過去一樣獨自走到住院中心。在中途的椅子上休息時，社工師看見了，便主動上前幫她拿行李。在走向住院中心的過程中，阿雅突然開口問道：「我沒有宗教信仰，死的時候會不會痛？」。社工師一路陪伴，肯定了她這幾年來在治療過程中的種種努力，同時也鼓勵她試著不要排斥安寧緩和醫療的協助。這一次，阿雅答應了，並開始接受安寧共照的服務。

然而，病情的變化迅速，她很快地越來越嗜睡了。在阿雅生命最後的時光，社工師會到她的床邊，和她的弟弟一起，輕聲地肯定阿雅：肯定她是一位好姊姊，即使在最後，也一直照顧著弟弟，不想要麻煩他；肯定她是一位好女兒，過去一直都幫忙照顧爸媽；肯定她是一個好人，雖然有時脾氣不好，但本性很見義勇為。在社工師院訪結束時，阿雅最後都會輕聲說：「謝謝你來看我！」。阿雅入住安寧病房後三天往生了，在弟弟的陪伴下，平靜圓滿了一生。

## 肆、個案分析與討論：靈性照顧於阿雅個案中的力量展現

阿雅的個案呈現了一個在疾病、孤獨與死亡陰影下，個體如何以憤怒和威脅作為生存姿態，同時也透露出其深層的靈性需求與困擾。社工師在長達三年多的陪伴歷程中，雖然充滿挑戰，但也展現了靈性陪伴的諸多核心要素及其潛在力量。

### 一、辨識阿雅的靈性需求與困擾

阿雅的言行透露出多重靈性需求與困擾：

- (一) 對死亡的恐懼與未知：她屢次叩問死亡的痛苦「死，會不會很難受？」，呼應亞隆的

「死亡焦慮」及曾愉芳等人（2007）所述末期病人的不確定感。

- (二) 意義的失落與存在的質問：阿雅反覆強調自己已非常努力配合治療、努力工作生活，卻仍面臨癌症復發轉移的困境，將醫院乃至老天爺視為刁難者，反映申玉微（2016）所述「生命缺乏意義感和價值感」，及杜明勳（2008）所提疾病衝擊下的意義認知問題。
- (三) 孤獨感與連結的斷裂：單身無人陪、病友逝去，削弱其連結感，對應申玉微（2016）的「相互關係」受損，以及龔湘珈等人（2024）指出末期病人對「愛與連結」的照顧需求。
- (四) 價值感與尊嚴的受損：疾病帶來的身體耗損與依賴感打擊其價值與尊嚴。社工師與其弟的生命肯定則回應此需求，呼應曾愉芳等人（2007）「善終」要素中的「生命完整性」及龔湘珈等人（2024）強調的「維護尊嚴」。

### 二、靈性照顧的介入策略與成效分析

社工師的行動與態度體現了靈性照顧的核心技巧：

- (一) 「不離棄」的同在與陪伴：面對阿雅初期的攻擊性，社工師仍堅持聯繫表達關心，持續的住院訪視與床邊陪伴傳達了的同在訊息，呼應杜明勳（2008）所言良好關係是治療首要目標。
- (二) 深度同理與情緒鏡映：社工師理解其憤怒下的恐懼，其回應準確反映並確認阿雅的內在感受，使其被理解。
- (三) 尋求抱怨行為背後的正向意圖：社工評估阿雅的抱怨與威脅根源於求生意志與極度恐懼，理解其「指責型」姿態下的脆弱，有助提供有效靈性照顧。
- (四) 賦予受苦經驗新的詮釋與意義：社工引導阿雅反思情緒模式，並透過肯定其生命角色與努力，賦予其生命歷程正向意義，此為申玉微（2016）所述「處遇目標：認識自己的價值」的體現。
- (五) 提供資訊與資源，並尊重個案步調：社工解釋安寧療護等概念，減少未知恐懼，協助她最終接受安寧共照，維繫其末期尊嚴與安適，回應杜明勳（2008）所述「希望的需

求」。

- (六) 微小但持續的正向改變與關係的深化：阿雅從指責到道歉、面談，乃至終能叩問死亡、接受安寧並道謝，均顯示治療關係深化及靈性照顧的影響，那分「有點能量」的感受轉為臨終平靜，印證申玉微（2016）所提，靈性處遇是「生命影響生命的過程」。

### 三、靈性照顧的挑戰與限制

阿雅的個案也突顯了在實務中推行靈性照顧時，可能面臨的多重挑戰與固有限制：

- (一) 個案特質與改變的長期挑戰：阿雅情緒調節困難，建立信任關係困難；對長期人格特質，改變緩慢有限，如其對安寧的態度亦在病情惡化及長期信任後才鬆動，社工需抱持現實期待並尊重個案步調。
- (二) 憤怒情緒的循環反覆與社工師的耗竭風險：阿雅的憤怒與抱怨長期反覆，社工師承受巨大情緒勞動，自身經歷「耳朵、腦袋、情緒都到快爆炸的狀態」，凸顯自我照顧與督導支持的重要性。
- (三) 平衡專業界線與持續關懷的兩

難：面對阿雅的強烈情緒與要求，如何在關懷陪伴同時維持界線，避免耗竭，是極大考驗。

總體而言，在阿雅的個案中展示了「不倒翁」精神的社工師，透過持續同在、同理與人性化連結，依然能在個案厚重的憤怒與恐懼之牆上，鑿開微光，注入溫暖，陪伴其相對平靜走完人生。這正是靈性照顧在絕望中展現的價值。

## 伍、結論

本文透過個案阿雅的服務歷程，探討末期病患的靈性照顧。個案表面憤怒與恐懼的行為，實為深層死亡焦慮、意義失落與孤立感的靈性吶喊。社工師以持續、同理且不批判的「同在」建立信任，透過聆聽、肯定與提供資訊，最終協助個案接受安寧療護並平靜離世。

本研究發現，靈性照顧的核心在於

「同在」於苦難中，協助個案在混亂中尋找連結與意義，而非僅是問題解決。此歷程呼應申玉微（2016）視生命意義追尋為靈性社會工作核心的觀點。然而，個案特質與情緒強度均是實務挑戰，因此社工自身的靈性修養、界線維護、專業督導及自我照顧，是確保服務品質的關鍵。

基於此，反思臺灣社會工作實務，建議如下：應致力提升社工師對靈性需求的評估與處遇知能；機構與督導體系需提供支持，並重視工作者的自我關照以預防耗竭；同時應推動跨專業合作，發展本土化的靈性照顧模式。靈性照顧不僅是專業技巧，更是社會工作核心價值的體現，能為受苦生命帶來慰藉，並為專業發展注入豐沛的人文底蘊。

（本文作者為佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院社工師）

**關鍵詞：**靈性社會工作、靈性照顧、末期疾病、靈性困擾、個案研討

## 📖 參考文獻

- Kübler-Ross, E. (2003)。《論死亡與臨終》（謝東紫，譯）。商周。
- 申玉微（2016）。《靈性社會工作：一個現象學的探討》（未出版之博士論文）。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系。
- 杜明勳（2008）。〈靈性照顧之臨床運用〉。《內科學誌》，19（4），318-324。
- 亞隆（Yalom, I. D.）（2017）。《凝視太陽：面對死亡恐懼》（廖婉如、陳耿雄，譯）。心靈

工坊。(原著出版年:2008)。

林怡嘉、吳宛育、蔡靜宜、郭哲延、賴佩妤、劉佳宜、許秀瑜(2019)。《慈悲善終:社工師的臨床陪伴日誌》。博思智庫。

林勝義(2023)。〈運用志工提供高齡者靈性照顧之策略——兼述青銀人力互助方案之規劃及執行〉。《社區發展季刊》，182，354-368。

國際北美護理診斷協會(2024)。《NANDA International護理診斷:定義與分類2024~2026》(第10版;莊琬筌,譯)。華杏。

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。

龔湘珈、鍾佩婷、粘雅淨、賴威廷、陳柏翰、蘇聖玉、蘇以青、吳麗敏(2024)。〈靈性照護之概念分析〉。《馬偕護理雜誌》，18(2)，1-9。