

第一章 緒論

「……驚恐臨到我，驅逐我的尊榮如風；我的福祿如雲過去。現在我心極其悲傷；困苦的日子將我抓住。夜間，我裡面的骨頭刺我，疼痛不止，好像齧我。」（約伯記 30:15-17）

何種苦難會使人對生命產生否定甚至詛咒？從《約伯記》之詮釋可見，極端苦難往往來自多重層面的交織，包括身體上的劇烈痛苦，以及與社群隔絕所帶來之深層孤獨感（盧俊義，2011）。¹約伯面臨突然來的驚恐——兩次天災、兩次人禍，他都可以靠著堅固信仰說出：「賞賜的是耶和華，收取的也是耶和華。耶和華的名是應當稱頌的。」但當神讓撒旦攻擊他的身體時，卻讓約伯信心崩塌，心靈飽受煎熬，可見身體巨大的痛楚對人的意志力是極大的考驗。更深刻地體現在身體受苦與孤獨隔絕之中。這顯示身體之痛不僅是生理性的，更深刻影響人的心理狀態與靈性穩定。縱然如此，約伯的禱告中說：「願那敵我者所寫的狀詞在我這裡！我必帶在肩上，又綁在頭上為冠冕。我必向他述說我腳步的數目，必如君王進到他面前。」（伯 31:36-37）知道自己有君王般的生命，即使遭遇悲慘，卻不發怨言，其乃遵行上帝的旨意，展現其王儲的身分。²（林瑜琳，2023）。

雖然聖經並沒有用現代醫學的術語來描述他的病症，但我們可以從約伯記經文中歸納出他所受的身體痛苦：滿身毒瘡（2:7）流膿（2:8）其癢無比（2:8）失去胃口（3:24）恐懼（3:24~25）全身無力（6:11）皮膚潰爛（7:5）失眠（7:4）惡夢連連（14）呼吸困難（9:18）視覺衰退（16:16）口中惡臭（19:17）瘦骨嶙峋（19:20）骨頭刺痛（30:17）皮膚脫皮變黑（30:28,30）骨頭

¹ 盧俊義，《細讀約伯記(上)》。（台北：信福出版社，2011），57。

² 林瑜琳，《天國門徒王儲的訓練》。（台北：使徒出版社，2023），20。

發熱（30:30）³極度的悲傷與心理痛苦也影響身體狀態。筆者在醫院關顧癌患的過程中，患者無論是身體的症狀，或是藥物的副作用，與約伯所受的疾病侵襲的徵狀幾乎相仿，同樣會產生心理衝擊與靈性危機，導致失去生存意志，以下將探討癌症疼痛對人的影響，有此全面性的認識，使陪伴者能有更整全的關顧行動。

在醫院癌症關懷實務中觀察發現，癌症患者無論因疾病本身或治療副作用所經歷之身體症狀，皆常伴隨焦慮、失落、孤立感與靈性危機。當患者面對疼痛、病程不確定性、治療選擇焦慮、角色改變與死亡威脅時，其生命意義與存在價值往往受到衝擊。這類身心靈交織之苦難，已超越一般醫療處置所能單獨回應的範圍。

第一節 研究背景

一、全球癌症現況

癌症已成為全球最主要死亡原因之一，對公共衛生、醫療體系與家庭照顧造成深遠影響。根據 GLOBOCAN 2020 統計，全球約有 1,930 萬新發癌症病例，並造成約 1,000 萬人死亡。預估至 2040 年，全球新發癌症病例將達 2,840 萬，較 2020 年增加 47%，顯示人口老化、生活型態改變及醫療資源不均等因素，將持續加重全球癌症負擔（Sung et al., 2021）。⁴

此外，高所得國家之癌症五年存活率持續提升，部分癌別已超過 70%⁵，主要歸因於早期篩檢、精準醫療、標靶治療、免疫治療與整合照護模式之進展

³ 馬友藻，《揭開痛苦的面紗—約伯記詮釋》。（台北：天恩出版社，2004），19。

⁴ Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.

⁵ Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3). *The Lancet*, 391(10125), 1023–1075.

（Allemani et al., 2018）。此現象說明癌症已逐漸由「絕症」轉變為需長期管理之慢性疾病，患者對身心靈整合照護之需求亦同步增加。

表 1 全球癌症趨勢（2020–2040）

指標	2020 年	2040 年（預估）	成長率
新發癌症病例	1,930 萬人	2,840 萬人	+47%
癌症死亡人數	1,000 萬人	持續增加	—

資料來源：Sung et al. (2021)

二、台灣癌症死亡現況

在台灣，癌症已連續多年位居十大死因之首。依衛生福利部 112 年死因統計結果，惡性腫瘤仍為國人死亡首位，顯示癌症防治與照護仍為國家重要健康政策議題。

其中主要癌症死亡順位依序為：

- 1.肺癌（包含氣管、支氣管癌）
- 2.肝和肝內膽管癌
- 3.結腸、直腸與肛門癌
- 4.女性乳癌
- 5.攝護腺癌
- 6.口腔癌

7.胰臟癌

8.胃癌

9.食道癌

10.卵巢癌。

此結果顯示，除高致死率癌別外，與生活型態、飲食習慣、吸菸、空污及人口老化相關癌症亦持續增加。雖然醫療科技進步提升了存活率，但患者於存活歷程中所面對之心理、社會與靈性需求亦日益增加，顯示照護模式亟需由單一生理治療轉向整全關懷。

此外，癌症患者最常見之症狀之一即為疼痛，而此種疼痛往往並非單純的身體不適，而是涵蓋生理、情緒、關係、社會與信仰層面的複合性痛苦。當前醫療體系雖能在一定程度上處理症狀控制，但在生命意義、靈性支持與深度陪伴方面仍顯不足。此一缺口凸顯志工關懷團隊在醫療場域中之重要性。

近年來，志工團隊於癌症病患及家屬之陪伴、傾聽、支持與靈性關懷上扮演愈來愈重要之角色。具備同理心、靈性敏感度與關係能力之志工，不僅能提供情緒支持，更能陪伴患者在苦難中重新詮釋生命經驗、重建盼望與連結。因此，如何建構一套具神學基礎、理論整合與實務可行性之志工培育模式，成為本研究欲回應之核心問題。

第二節 研究動機

筆者於神學研究期間，曾陪伴教會同工姐妹走過癌病歷程。當時教會對癌症關顧多以代禱與醫治期待為主要回應方式，對於全人照護之知識與方法相對缺乏。陪伴過程中，筆者逐漸意識到，癌症關懷並非單靠禱告即可回應患者與

家屬所面對之全部處境；疾病所引發者，尚包括心理困擾、靈性掙扎、關係張力與存在性危機。此一經驗成為筆者後續投入醫院癌症關懷與志工培育的重要起點。

其後，進入醫院腫瘤科與安寧照護場域服事，從社工、關懷傳道到心靈關懷團體帶領者，長期接觸癌症患者、家屬及志工團隊。多年實務經驗使筆者更加看見，在醫療與信仰之間，亟需一套既能扎根於基督教神學、又能實際應用於陪伴關懷之模式，以協助志工成為具備深度陪伴能力的服事者。

此外，筆者於服事歷程中亦深刻體會，志工若缺乏系統性培訓、團體支持與靈性反思，不僅難以長期穩定陪伴個案，也容易面臨情緒耗竭、角色混淆與服事倦怠。因此，本研究嘗試整合三一神學、全人輔導與醫療靈性關懷實務，發展「三一原型全人輔導模式」，並進一步建構志工能力評估工具，期望為癌症關懷志工培育提供較完整之理論與實務依據。

第三節 研究目的

本研究旨在探討「三一原型全人輔導模式」應用於癌症關懷志工培育之可行性與實踐意義，具體目的如下：

- 一、探討三一原型全人輔導模式作為癌症關懷志工培育架構之神學基礎與實務內涵。
- 二、分析中華民國沐光家園癌友關懷協會於醫院場域中之志工培育歷程與陪伴實踐。
- 三、建構「三一全人靈性關懷志工能力量表」，作為評估志工靈性關懷能力之工具。
- 四、檢視志工接受培訓前後在靈性關懷能力上的變化情形。
- 五、提出未來癌症關懷志工培育與靈性關懷實務發展之建議。

第四節 研究問題

依據上述研究目的，本研究提出下列問題：

- 一、三一原型靈性培育如何影響志工之靈性成長、服事認同與陪伴實踐？
- 二、志工培訓歷程如何促進深度陪伴能力的形成？
- 三、三一原型全人輔導模式在癌症患者及其家屬之靈性關懷中呈現何種作用？
- 四、「三一全人靈性關懷志工能力量表」可否作為評估志工能力之初步工具？

第五節 名詞界定

為使研究概念清楚，本研究重要名詞界定如下：

- 一、三一原型全人輔導模式：指以三一神學為核心，將聖父之接納、聖子之同理陪伴、聖靈之更新引導，轉化為志工培育與陪伴實踐之整全關懷模式。
- 二、靈性關懷：指對個體在生命意義、價值、信仰、盼望、苦難詮釋與超越關係等層面之關顧與陪伴。
- 三、癌症關懷志工：指受訓後參與癌症患者及其家屬陪伴、支持與關懷服務之志願工作者。以穩定臨在、真誠傾聽、同理理解與靈性敏感度，與受助者共同面對苦難與生命議題之關懷實踐。
- 四、三一全人靈性關懷志工能力量表：指本研究依據三一全人靈性關懷模式所建構，用以評估志工靈性關懷能力之量表工具。

第六節 研究範圍與限制

本研究以中華民國沐光家園癌友關懷協會之醫院關懷事工為主要研究場域，聚焦於癌症患者及其家屬之心靈關懷志工培訓與陪伴實踐。研究對象以參

與該協會志工培訓與服務之志工為主，並以其培訓歷程、實習經驗與反思資料為主要分析內容。

本研究限制包括：第一，研究場域集中於單一機構與特定醫院合作模式，研究結果之推論範圍有限。第二，量表建構屬初步發展階段，其信效度仍有待後續研究持續檢驗。第三，質性資料主要來自少數志工之訪談與反思紀錄，可能受研究者詮釋與場域脈絡影響。然即便如此，本研究仍可作為未來相關模式發展與志工培育研究之基礎。

第二章 文獻探討

本研究旨在探討「三一原型全人輔導模式」應用於癌症關懷志工培訓之可行性與實踐歷程。為建構本研究之理論基礎，本章將從三一神學與關係性人觀、三一原型協談與全人健康之整合、牧靈關顧、靈性與心理學整合、癌症患者全人需求、家屬關顧挑戰、志工角色與培訓等相關文獻進行整理與分析，作為本研究概念架構與模式建構之依據。

第一節 三一神學與關係性人觀

在基督教神學傳統中，三一論是理解上帝本質與救贖工作的核心教義。三一上帝形容上帝「三中有一，一中有三」，其中「三」描述度是上帝的豐富，而「一」所呈現的是上帝的一致。⁶三一神學指出，上帝是一體三位格，即聖父、聖子與聖靈彼此區分而又完全合一。此一神學理解不僅涉及上帝論，也深刻影響基督教對人、群體與關係的理解。三一神學所強調之彼此內住（perichoresis）、共享生命與愛的共同體，為人類關係與群體生活提供重要典

⁶ 林鴻信。《系統神學（上）》。（新北：校園，2017），552。

範。人並非孤立存在，而是在關係中形成身份、理解自我並經驗成長。此一關係性人觀，不僅有助於詮釋靈性關懷之本質，也為志工團體培育與陪伴實踐提供神學基礎。

從三一神學觀點而言，人至少具有三項特徵：

其一，人是關係性的存在。

其二，人是在愛與互動中成長。

其三，人需要群體以完成生命意義之建構。

故若將三一神學作為靈性關懷之原型，即可形成一種以接納、陪伴與更新為核心之整全輔導模式。

神學家 Jürgen Moltmann (1981) 指出，三一上帝並非封閉的權威結構，而是彼此開放、互相分享的愛之共同體 (community of love)⁷。在此架構中，每一位格皆保持獨特性，同時又彼此連結、互為內住。此觀點突破傳統個人主義式的人觀，指出真正的人性實現在彼此相愛、互相接納與共同參與之中。換言之，人之成熟並非透過自我孤立完成，而是在關係中被成全。

LaCugna (1991) 進一步主張，三一論並非抽象之形上學命題，而是關乎人類生命與救贖的實踐神學。上帝向人類啟示自己為三一，乃是邀請人進入上帝愛的關係之中。⁸因此，人的存在意義不在於自我封閉，而在於回應上帝之

⁷ 莫特曼 (Jürgen Moltmann) 《三一與上帝國：論上帝的教義》。周偉馳驛 (香港：道風書社。(香港：基道出版社，2007)，12。

⁸ LaCugna, Catherine Mowry. (1991). *God for Us: The Trinity and Christian Life*. San Francisco: HarperSanFrancisco.243.

愛，並在群體中活出互惠、共享與服事的生命樣式。此觀點對志工團隊之培育尤具啟發性，因志工服事本質上即是一種走向他者、回應需要之關係行動。

Grenz (2001) 提出「關係性自我」(relational self) 概念，認為人的身份認同並非由個人成就、角色功能或外在表現所決定，而是在與上帝、他人及社群互動中逐步形成。⁹此觀點對癌症患者之關懷尤為重要。當病患因疾病失去工作能力、家庭角色或身體功能時，往往產生自我價值瓦解與身份危機。然而，若從關係性人觀看，人之價值並不建立於功能，而建立於被愛、被接納與被看見的關係之中。

此外，三一神學亦提供苦難陪伴的重要基礎。聖父象徵無條件的接納與創造之愛，使受苦者在破碎中仍感受到生命尊嚴；聖子藉道成肉身進入人類苦難，彰顯同在與救贖性的陪伴；聖靈則持續施行安慰、更新與醫治，使人在絕望中仍存盼望。此三重向度使三一神學不僅是一套教義論述，更是一種可實踐於關懷現場的陪伴模式。

就志工團體發展而言，三一神學亦具有組織與群體意涵。志工團隊若僅依賴行政制度或工作分配，容易流於功能導向與形式化運作；然而若以三一關係性為核心，則團隊可發展出彼此尊重、互相扶持、共同承擔與差異共融的文化。此種群體氛圍能提升志工之歸屬感、持續投入意願與服事效能。

綜合而言，三一神學對人觀的最大貢獻，在於指出人乃關係中的存在，生命的成熟來自愛中的互動，傷痛的醫治來自真誠的同在，而存在的意義來自進入上帝與群體的共融之中。故本研究以三一神學作為理論基礎，發展「三一原型全人輔導模式」，將聖父的接納、聖子的陪伴與聖靈的更新，轉化為癌症關

⁹ Grenz, Stanley J. (2001). *The Social God and the Relational Self: A Trinitarian Theology of the Imago Dei*. Louisville, KY: Westminster John Knox Press. 168–175.

懷志工培育之核心向度，以回應當代醫療場域中對整全關懷與深度陪伴之需求。

第二節 三一原型協談與全人健康之整合

在三一原型協談（Trinitarian Archetypal Counseling）之架構中，人的靈性成長乃透過對聖父、聖子與聖靈三一位格之形像與動態樣式的分別操練而逐步形成。此一取向強調，信徒並非僅在單一面向上經歷上帝，而是在三一關係的整全互動中被塑造，進而朝向上帝的神性樣式（*imago Dei*）發展，並日益成形於基督的形像之中。¹⁰

首先，在聖父向度中，透過默想上主的慈愛與全能，建立深層的存在安全感。聖父作為萬有的源頭與起初原有者，使信徒在面對不確定與困境時，得以經驗穩固的依附關係與內在支持。此一靈性經驗不僅提供情感上的安穩，更形塑出面對環境的適應能力，使人在逆境中仍能維持信靠與盼望。¹¹

其次，在聖子向度中，信徒透過基督的救贖行動與生命榜樣，進入一種具體而可效法的生命實踐。主耶穌的受苦、犧牲與憐憫，成為信徒倫理與關係實踐的核心範式。當信徒意識到自身乃被重價買贖並歸屬於基督時，其生命方向即轉向效法基督的愛與服事，學習在苦難中尋求上帝，並在陪伴他人中活出對當代的影響力。此一過程使信徒不僅理解苦難，更在苦難中經歷轉化。

再者，在聖靈向度中，信徒發展出屬靈辨識與動態回應的能力。聖靈引導信徒以「靈性」的視角理解生活，使其超越表層現象，看見上帝在日常處境中的工作與帶領。在服事與生活中，信徒透過聖靈領受恩賜、能力與方向，進而

¹⁰ 林瑜琳（2016）。《神人之間：三一原型門訓協談之人論與靈修》。台北：使徒出版社。304.

¹¹ 林瑜琳（2016）。《神人之間》。324.

實踐其使命。此一歷程亦帶來更新性與創發性，使信徒不再受限於既有模式，而能在聖靈的引導下展開新的行動與理解。

綜合而言，三一原型協談所呈現之三位格動態，構成一個由「安全（聖父）—效法（聖子）—更新（聖靈）」所交織的靈性形成歷程。此歷程不僅促進個人靈命之成熟，也為關懷與陪伴工作提供重要的神學與實踐基礎，使信徒在三一關係中被塑造，最終成為具備深度陪伴能力之屬靈關懷者。

在當代健康與關懷研究中，「全人健康」（holistic health）已逐漸成為跨學科的重要典範。World Health Organization（WHO）於 1946 年即指出，健康不僅是沒有疾病或虛弱，而是身體、心理與社會之完全安適狀態。¹²此一觀點突破了傳統醫療僅關注生理層面的限制，奠定全人健康之基礎。

在此基礎上，Robert Banks（1980）進一步提出，健康應納入「靈性向度」，強調人之生命意義、價值系統以及與自我、他人及超越者之關係。此觀點指出，若忽略靈性層面，則所有關懷與專業培訓將流於片面，無法回應人存在的深層需求。

另一方面，Cicely Saunders 提出「整體性疼痛」（Total Pain）概念，指出病人的痛苦包含身體、心理、社會與靈性四個面向。此理論進一步印證：人之苦難經驗本質上是整合性的，需以整全觀點回應。

在神學層面，三一神學提供一種深具關係性的整合理論框架。三一上帝（聖父、聖子、聖靈）之內在關係（perichoresis）展現出愛、互動與共融的生命本質，成為理解人類整全存在的重要典範。此神學觀點與全人健康理論呈現高度對應關係：

¹² World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int>

聖父 → 創造與接納 → 對應「存在價值與身份」（心理／社會）

聖子 → 受苦與同在 → 對應「苦難經驗與關係連結」（身體／情感）

聖靈 → 更新與醫治 → 對應「靈性轉化與意義重建」（靈性）

因此，三一神學不僅提供形上學基礎，更構成一種「動態整合模型」，將全人健康之四大面向（身、心、社、靈）納入一個具有關係性與救贖性的理解架構之中。

綜合而言，WHO 之健康定義提供結構性基礎，Banks 補足靈性向度之理論深度，Saunders 則從臨床實務驗證整體性經驗，而三一神學則進一步賦予其終極意義與關係性整合，使全人健康不僅是功能性的整合，更是存在性的更新與救贖。因此，本研究所提出之「三一原型全人輔導模式」，可視為整合醫學、心理學與神學之跨領域架構，使全人健康從功能性照護，進一步提升為關係性與救贖性的整全關懷模式。

第三節 牧靈關顧、靈性關懷與全人醫治

一、靈性的定義

靈性（spirituality）一詞源自拉丁文 *spiritus*，意指氣息、生命之風或內在生命動力，¹³其字源顯示靈性與生命本質、存在方向及超越關係密切相關。¹⁴現代學術研究普遍認為，靈性並不限於宗教儀式或教義認同，而是關乎個體如何

¹³ Smith, J. K. (Ed.). (1995). *The HarperCollins Dictionary of Religion*. New York: HarperCollins.1008.

¹⁴ McGrath, A. E. (1999). *Christian Spirituality: An Introduction*. Oxford: Blackwell.2-5.

理解生命意義、建立價值體系、經驗內在整合，並與自我、他人及超越者形成連結。¹⁵

依據大不列顛百科全書所稱的靈或靈魂(soul)係指「人的非物質方面或人的本質，是個性和人性的所在，往往與心或自我同義。在神學上，靈或靈魂是人的具有神性之一部分。Witmer（1989，引自陳美琴，2009）認為靈性(Spirituality)指的是 一種對超越自我力量的信念，換句話說靈性是 一種內在生命的動力、創意和價值，也是人類 探索生命意義的終極問題，同時並親身體驗個人之間，和個人與外在世界之密切關聯的動力。¹⁶

在聖經語境中，靈魂（soul）於舊約常以希伯來文 *nephesh* 表達，意指有生命氣息的存在者；新約則常以希臘文 *psyche* 表達人的生命、自我與內在存在。由此可見，聖經中的靈魂並非脫離身體之抽象實體，而是指整全的人。因此，靈性亦不只是宗教情感，而是關乎整體生命如何被理解與活出。

關於靈性的定義，學界有多元詮釋，以下列出三位具代表性學者觀點：

表 2

學者	主要觀點	對本研究啟示
Robert Banks (1980)	靈性是健康不可分割的向度， 關乎生命意義、價值系統，以及與 自我、他人和超越者的關係。	癌症關懷不可只處 理身體疾病，亦須回應 存在焦慮與價值失落。

¹⁵ Puchalski, C. M. (2006). *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Seriously Ill*. Oxford University Press.3-14.

¹⁶陳美琴，〈靈性與心理治療—談自我意識的擴展〉，《諮商與輔導》286期（2009年10月）：10。

學者	主要觀點	對本研究啟示
Kenneth I. Pargament (1997)	靈性是人尋求神聖（search for the sacred）的歷程，人在危機中透過信仰資源尋找力量、方向與盼望。	癌症患者面對苦難時，靈性可成為重要的因應資源。
Christina M. Puchalski (2009)	靈性是個體尋求生命意義、目的與連結的方式，可能透過宗教、自然、藝術、人際關係或價值信念表達。	靈性關懷不限宗教人士，適用於不同背景患者與家屬。

Banks（1980）強調，若健康照護忽略靈性面向，則整體照護將流於片面。Pargament（1997）則從心理學角度指出，人在危機、創傷與疾病中，常會透過禱告、信仰社群、宗教詮釋與超越信念來面對困境。Puchalski（2009）進一步將靈性帶入醫療實務，認為靈性是每個人都具有的普遍向度，並不侷限於宗教信仰。

綜合上述觀點，靈性至少包含四個核心面向：

1. **意義向度**：對生命目的與價值的追尋。
2. **關係向度**：與自我、他人、世界及超越者的連結。
3. **超越向度**：對永恆、信仰、神聖或終極關懷的回應。
4. **整合向度**：在苦難中尋求內在平安與生命整全。

對癌症患者而言，疾病常使其面對死亡意識、角色失落與未來不確定，因此靈性問題往往比生理問題更深層。當患者能在陪伴中重新找到意義、被理解與被接納時，即可能產生超越疾病限制的內在醫治。故本研究將靈性視為癌症關懷志工培訓之核心能力之一，並透過三一神學架構，發展接納、陪伴與更新的全人關懷模式。

二、牧靈關顧（Pastoral Care）乃基督教傳統中重要之服事形式，其目的在於透過靈性陪伴、信仰支持與關係同行，協助人面對生命中的痛苦、失落、罪疚、疾病與危機。早期牧靈關顧多由教會牧者執行，主要功能包括安慰、勸勉、悔改與和好。近代以來，牧靈關顧逐步整合神學、心理學與社會科學，使其由單一信仰勸勉轉向更全面之照護實踐。Howard Clinebell 指出，牧靈關顧具有醫治（healing）、支持（sustaining）、引導（guiding）、和解（reconciling）與培育（nurturing）等功能，顯示其不僅處理危機，更促進生命成長。¹⁷

David G. Benner 進一步強調，真正的牧靈關顧乃是「心靈關顧」（care of souls），其核心不在快速解決問題，而在幫助人重新連結上帝、自我與他人，恢復生命整全性。¹⁸Carrie Doehring 則從敘事與創傷照護角度指出，牧靈關顧需重視個人的生命故事與受苦經驗，透過傾聽與詮釋，使受助者在破碎經驗中重新建構意義。¹⁹

教牧關顧又稱靈魂的關顧（Care of Souls），包含助人的行動，由基督徒的代表（含教牧人員或具基督教會／機構所認可的牧養同工）去執行；把遭遇困難的人，透過醫治、扶持、引導、和好等四項主要的功能，導向終極意義的關懷事工。²⁰

三、靈性關懷重視人在苦難中的意義尋求、價值重建與超越關係之恢復。對癌症患者與家屬而言，當疾病使既有生活結構、角色功能與未來想像受到破壞

¹⁷ Clinebell, Howard J. (1984). *Basic Types of Pastoral Care and Counseling: Resources for the Ministry of Healing and Growth*. Nashville: Abingdon Press. 44-48.

¹⁸ Benner, David G. (2001／中譯本)《心靈關顧》（Care of Souls: Revisioning Christian Nurture and Counsel）台北：校園書房出版社。13.

¹⁹ Doehring, C. (2015). *The practice of pastoral care: A postmodern approach* (Rev. ed.). Louisville, KY: Westminster John Knox Press. 3-8, 95-110

²⁰ 李清珠：教牧關顧與輔導初探 No. 36 2013. 129.

時，常伴隨失控感、死亡焦慮、家庭壓力與信仰疑惑。此時，靈性關懷能協助其重新理解苦難、面對有限，並在陪伴中經驗盼望與支持。

Nouwen (1972) 在《The Wounded Healer》中提出「負傷的醫治者」概念，指出真正的陪伴者並非毫無創傷的人，而是願意在自身破碎經驗中與他人同行者。²¹此觀點強調，醫治並非來自距離或專業權威，而是在共享脆弱與真誠臨在中發生。此觀點對癌症志工培訓尤具啟示：志工的價值不在於完美答案，而在於真誠臨在與同理陪伴。

四、全人醫治觀 (holistic healing) 指出，人的健康不應僅理解為沒有疾病，而應包括身體、心理、社會關係與靈性之整體和諧。此一觀點與聖經中的平安觀高度契合。聖經中的 *shalom* 不僅指沒有衝突或戰爭，而是指人在與上帝、他人、自我及受造世界之間所建立的整全和諧關係，呈現出生命的豐盛與完整 (布魯格曼, 2001; 賴特, 2011)。²²因此，醫治 (healing) 不完全等同治癒 (cure)；即使疾病未完全消失，人仍可能在關係修復、內在平安與生命整合中經歷醫治。

Robert Banks (1980) 指出，健康是一種整全性的概念，不僅包含生理與心理層面，更涵蓋靈性向度。靈性關乎個體對生命意義、價值與目的的理解，以及其與自我、他人及超越者之關係。²³若專業培訓忽略此一面向，將導致照護

²¹ Henri J. M. Nouwen, *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society* (New York: Doubleday, 1972), 82–94。

²² 布魯格曼 (Brueggemann, W.) (2001)。《舊約神學》(卷一)。台北：校園書房。賴特 (Wright, C. J. H.) (2011)。《認識舊約神學》。台北：校園書房。布魯格曼 736–742；賴特，90–110。

²³ Banks, R. (1980). Health and the spiritual dimension: Relationships and implications for professional preparation programs. *Journal of School Health*, 50(4), 195–202.

的不完整。因此，助人專業人員應具備靈性覺察與回應能力，以提供更整全的關懷服務。

在醫療照護領域中，Christina M. Puchalski 指出，靈性關懷乃病人中心照護的重要部分，尤其在重病、慢性病與臨終階段，患者常提出「我是誰？為何受苦？生命還有何意義？」等問題。這些問題無法單靠藥物或手術回答，而需透過關係性陪伴與靈性支持來回應。²⁴

另外，陳清惠（2000）在全人健康照護模式中以「Worldview as a Model」世界觀的形成過程來探討「人」，認為人的生活是持續不斷的，且有六個關係相互影響：

a. 終極目標（Ultimate Reality）——是指人生最終的追尋目標或終極的實踐。b. 環境（Environment）——人文、社區或文化等方面的互動。c. 自己對自己的互動（Self）——例如：思考、情緒；因自己也會由外在刺激來評估自己。d. 過去（Past）——過去所有的人生經驗反應。e. 未來（Future）——是由過去到未來：「過去」可成為人生經驗而對人產生影響；「未來」是對終極目標的看法，甚至對死亡的認知。f. 周遭的人（Others）一如：朋友、同事……等。在此六個關係中，都有可能產生正向或負向的影響，不同因素會使這互動的關係產生不同的改變；就如疾病即可能由許多因素而造成。²⁵

綜合而言，牧靈關顧提供信仰傳統中的陪伴資源，靈性關懷提供跨專業之實務方法，而全人醫治則指出照護的終極目標在於人的整體恢復。因此，本研究提出之「三一原型全人輔導模式」，即嘗試整合聖父的接納、聖子的同在

²⁴ Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.

²⁵ 陳清惠，（靈性的本質），《靈性護理的理論與實務》，姚婉宜編輯，中華民國護士福音團契編著，（台北：校園，2000），15。

與聖靈的更新，使癌症關懷志工不僅提供服務功能，更能成為促進生命醫治、意義重建與盼望恢復的同行者。

第四節 癌症患者之整體性疼痛與全人需求

癌症患者之疼痛常為多因素交織之複合性經驗，並不僅限於身體層面。疼痛，是一種不愉快的主觀經驗，包括生理、感覺、情感、認知、行為、環境及社會文化各層面之交互作用，當病患主訴疼痛時，即表明其疼痛為真實存在。²⁶

Saunders (1967) 提出「整體性疼痛」(Total Pain) 概念，指出病人所承受之痛苦包含身體、心理、社會與靈性四大向度。²⁷此一觀點突破傳統醫療僅關注生理症狀之限制，強調疼痛乃整體存在經驗。若僅以藥物或醫療處置處理生理疼痛，而忽略焦慮、關係破裂、經濟壓力與信仰危機等因素，則病人的痛苦仍然存在，甚至可能持續惡化 (Saunders, 1978)。²⁸

在醫療實務中，世界衛生組織 (World Health Organization [WHO], 1986) 指出，透過適當的疼痛控制策略，約 20% 至 100% 的癌症疼痛可獲得有效緩解。然而，此一數據亦顯示，單靠醫療介入並不足以回應患者整體苦難經驗。²⁹國際疼痛研究協會 (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020) 進一步指出，疼痛是一種結合感覺與情緒之主觀經驗，涉及生理、心理與社會文化因素之交互作用，顯示疼痛本質上具有多面向特性。

癌症患者在全人需求上，涵蓋多重層面。首先，在身體層面，患者面臨疼痛、疲憊、噁心、失眠與治療副作用等問題；其次，在心理層面，常出現焦慮、憂鬱、悲傷與死亡恐懼等情緒反應。Holland (1998) 指出，約 30% 至 50%

²⁶ 癌症護理學 *Oncology nursing* /陳敏銓等編著，臺北市：華杏，2017，440。

²⁷ Saunders, C. (1967). *The management of terminal disease*. London: Edward Arnold.37-50.

²⁸ Saunders, C. (1978). *Hospice and palliative care*. London: Edward Arnold.29-45.

²⁹ World Health Organization. (1986). *Cancer pain relief*. Geneva: WHO.9-15.

的癌症患者會出現顯著心理困擾，顯示心理支持在癌症照護中的重要性。³⁰第三，在社會層面，患者可能經歷社會孤立、角色功能改變與支持網絡減弱等困境；第四，在靈性層面，則涉及生命意義、信仰疑問、盼望、罪疚與終極關懷等深層議題。

進一步而言，Doyle、Hanks 與 MacDonald（1998）在《Oxford Textbook of Palliative Medicine》中指出，全人照護應涵蓋身體、心理、社會與靈性四大面向，以回應患者整體需求。³¹此一觀點與 Saunders 之整體性疼痛理論相互呼應，強調人之苦難經驗具有整合性，需以跨專業與整體性方式回應。

在靈性層面，Puchalski（2002）指出，靈性關懷乃病人中心照護的重要部分，特別是在重病與臨終階段，患者常提出「我是誰？為何受苦？生命有何意義？」等存在性問題。³²此類問題無法單靠醫療技術解決，而需透過關係性陪伴與靈性支持加以回應（Puchalski et al., 2009.）。³³

綜合而言，癌症照護若欲真正回應患者需要，必須從整全人的觀點出發，不僅關注疾病本身，更需關注人在苦難中的存在經驗。整體性疼痛理論提供理解苦難的基礎架構，而全人照護模式則進一步指出，唯有整合醫療、心理、社會與靈性關懷，方能促進患者之整體福祉與生命意義之重建。

第五節 疼痛的神學詮釋與基督教人觀

從神學觀點而言，疼痛不僅是神經傳導或組織受損之結果，更是一種深層存在經驗。基督教神學指出，苦難與死亡乃源於受造秩序之破碎（創 3 章），

³⁰ Holland, J. C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.10-25.

³¹ Doyle, D., Hanks, G., & MacDonald, N. (1998). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press.3-12.

³² Puchalski, C. M. (2002). Spirituality and health: The development of a field. *Academic Medicine*, 77(10), 971-973.

³³ Puchalski, C. M., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904.

呈現出墮落對人類存在的全面影響。³⁴然而，聖經並未將所有苦難簡化為個人罪的直接報應，而是保留苦難的奧秘性與存在性意義。因此，疼痛需從創造、墮落、救贖與終末盼望的整體神學框架加以理解。³⁵

在舊約傳統中，詩篇的哀歌（lament psalms）展現出人在痛苦中向上帝呼求的信仰實踐。Brueggemann（1984）指出，哀歌並非信心的缺乏，反而是一種深層信仰行動，使人得以在混亂與破碎中仍與上帝保持關係。³⁶此觀點顯示，疼痛並不必然導致與上帝的疏離，反而可能成為關係深化的契機。

新約神學則將疼痛的理解推向基督論的高峰。Moltmann（1974）在《被釘十字架的上帝》中指出，十字架顯示上帝並非遠離苦難，而是親自進入人類的痛苦與被棄絕之中。基督不僅承擔身體上的痛苦，更經歷與父神隔絕的靈性痛苦（太 27:46），使上帝的同在在苦難中得以重新被理解。³⁷此一神學視角指出，疼痛不再只是需要逃避的現象，而成為經驗上帝同在與救贖的重要場域。

從基督教人觀而言，人乃身、心、靈整合之存在，同時也是關係性與意義尋求的存在。Grenz（2001）提出「關係性自我」概念，指出人的身份乃在與上帝、他人及群體的互動中形成。當痛苦使人原有的意義結構崩解時，若缺乏新的詮釋框架，個體容易陷入虛無與絕望；然而，當苦難能在信仰中被重新理解，則可能轉化為成長與更新的契機。³⁸

³⁴ Plantinga, C. (1995). *Not the way it's supposed to be: A breviary of sin*. Grand Rapids, MI: Eerdmans. 49–63.

³⁵ Wright, N. T. (2006). *Evil and the justice of God*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press. 35–48.

³⁶ Brueggemann, W. (1984). *The message of the Psalms*. Minneapolis: Augsburg. 51–58.

³⁷ Moltmann, J. (1974). *The Crucified God*. London: SCM Press. 204–222.

³⁸ Stanley J. Grenz, *The Social God and the Relational Self: A Trinitarian Theology of the Imago Dei* (Louisville, KY: Westminster John Knox Press, 2001), 172–180, 268–275.

此外，Frankl（1985）從存在心理學角度指出，人即使在極端苦難中，仍可透過意義建構維持內在自由與生命價值。³⁹此一觀點與基督教神學相互呼應，顯示痛苦之關鍵不僅在於其本身，而在於其是否被賦予意義。

綜合而言，疼痛應被理解為一種整合性的存在經驗，需置於人與上帝、他人及自我之關係網絡中加以詮釋。神學不僅回應「為何受苦」的問題，更指出在苦難中仍可能經驗上帝同在、生命更新與終末盼望。是故，疼痛不僅是需要消除的對象，也可能成為轉化與救贖的契機。

第六節 癌症患者家屬之挑戰與支持需求

癌症不僅影響患者本人，也深刻衝擊其家庭系統。從家庭系統理論（family systems theory）觀點而言，疾病會改變家庭內部的互動模式與角色分工，使整體系統進入壓力與重組狀態（Bowen, 1978）。因此，癌症可被視為一種「家庭性危機」（family crisis），其影響遠超個體層面。⁴⁰

研究指出，癌症患者家屬常面對多重壓力來源，包括情緒壓力、經濟負擔、照護責任與角色衝突。⁴¹當家屬得知親人罹癌時，往往經歷震驚、焦慮、悲傷與無助等情緒反應，此歷程與創傷壓力反應（traumatic stress response）相似（Stenberg et al., 2010）。⁴²隨著病情惡化或治療副作用加劇，照顧負荷（caregiver burden）亦會顯著增加。

³⁹ Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press. 104–115.

⁴⁰ Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson. 306–310.

⁴¹ Laurel L. Northouse et al., “Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials,” *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 62, no. 5 (2012): 317–339.

⁴² Stenberg, U., Ruland, C. M., & Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013–1025.

在身心健康層面，長期照護者常出現疲憊、失眠、免疫力下降及慢性壓力反應（Given et al., 2004）。⁴³同時，照顧者亦可能面臨職涯中斷、經濟收入減少與家庭角色重整等問題，使其社會功能受到影響（Kim & Schulz, 2008）。⁴⁴研究顯示，部分癌症照顧者的憂鬱與焦慮程度甚至高於患者本身（Pitceathly & Maguire, 2003）。⁴⁵

在靈性層面，家屬亦會面臨信仰動搖、存在焦慮與生命意義危機（Puchalski et al., 2009）。當疾病挑戰既有的世界觀與價值系統時，家屬可能出現「靈性痛苦」（spiritual distress），表現在對上帝的質疑、罪疚感或失去盼望。然而，若能獲得適當的靈性支持與關係陪伴，亦可能促進其信仰深化與意義重建。⁴⁶

因此，當代癌症照護逐漸強調「以家庭為中心」（family-centered care）之理念，主張將家屬納入整體照護體系之中（Hudson et al., 2010）。⁴⁷此一模式不僅關注患者之身心靈需求，也重視照顧者之支持、教育與心理調適。具體而言，支持策略可包括情緒支持、照護技巧訓練、喘息服務（respite care）、支持團體及靈性關懷等。

綜合而言，癌症家屬在照護歷程中承受高度且持續性的多重壓力，其需求涵蓋身體、心理、社會與靈性四大面向。若忽略家屬之處境，不僅影響其自身

⁴³ Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. (2004). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 20(4), 263–272.

⁴⁴ Kim, Y., & Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains: Comparative analysis. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483–503.

⁴⁵ Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 469–475.

⁴⁶ Puchalski, C. M., Ferrell, B., Virani, R., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.

⁴⁷ Hudson, P., Remedios, C., & Thomas, K. (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family caregivers. *Palliative Medicine*, 24(6), 620–631.

健康，也可能間接降低患者之照護品質。因此，建構整全性的支持系統，並將家屬視為關懷對象之一，乃癌症全人照護不可或缺之重要環節。

第七節 志工在癌友及其家屬關懷中的角色

在醫療與社區照護體系中，志工為癌症患者與家屬提供重要之補充性支持，並逐漸成為全人照護模式中不可或缺的一環。根據整合性照護（integrated care）觀點，非專業人力如志工可在醫療體系之外，提供關係性與情感性支持，彌補正式醫療照護在時間與人力上的限制（Claxton-Oldfield et al., 2010）。

48

志工在癌症關懷中的核心角色，主要體現在「臨在與陪伴」（presence）之實踐。與醫療人員以診斷與治療為導向不同，志工更著重於傾聽、同理與關係建立，使患者在疾病歷程中經驗被理解與接納（Puchalski et al., 2009）。研究指出，這種非醫療化的支持，有助於降低病患孤立感、焦慮與憂鬱程度，並提升其整體生活品質（Candy et al., 2015）。⁴⁹

探究關懷者的特質、知識、與能力（陳秉華 邱仲峯 張國豐 趙 冉 范嵐欣 朱美娟）之研究提到從 Cooper 等人列舉關懷者需具備的特質包括：敏感、憐憫、不判斷、能反思、忍受模糊的能力、能夠涵容哀傷、有勇氣進入受苦者、謙卑的一起尋求意義而不是很快給答案、信任在受苦與混亂中仍有意義。⁵⁰

⁴⁸ Claxton-Oldfield, S., Gosselin, N., Schmidt-Chamberlain, K., et al. (2010). A survey of hospice palliative care volunteers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(6), 439–444.

⁴⁹ Candy, B., France, R., Low, J., & Sampson, E. L. (2015). Does involving volunteers in palliative care improve outcomes? *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 3–13.

⁵⁰ 靈性關懷能力量表的編製與信效度研究（陳秉華 邱仲峯 張國豐 趙 冉 范嵐欣 朱美娟）
心理衛生學刊 第三十卷(2017) 第二期 143。

對癌症患者而言，志工能提供穩定的情感支持與陪伴，使其在面對病痛、治療不確定性與死亡議題時，不致陷入孤立與絕望。對家屬而言，志工則成為情緒抒發與支持的重要對象，特別是在長期照護壓力下，志工的陪伴有助於減輕照顧者負荷。此外，志工亦可透過資源轉介、團體連結與資訊提供，協助患者與家屬建立支持網絡。

然而，志工若欲提供深度且穩定的陪伴，仍需接受系統性培訓。文獻指出，有效的志工培訓應涵蓋溝通技巧、情緒管理、界線建立、倫理敏感度與靈性關懷能力（Claxton-Oldfield & Claxton-Oldfield, 2008）。⁵¹其中，「靈性敏感度」尤為關鍵，因癌症患者常涉及生命意義、信仰與死亡等深層議題，志工需具備覺察與回應此類需求之能力（Puchalski et al., 2009）。⁵²

此外，自我覺察與反思能力亦為志工培育之核心。根據助人專業理論，陪伴者若未能理解自身情緒與限制，容易在服務過程中產生情緒耗竭（burnout）或同理疲勞（compassion fatigue）（Figley, 2002）。⁵³在臨床實務中，若缺乏適當督導與支持系統，志工亦可能出現界線模糊、過度投入或角色混淆等問題。

因此，當代志工培育模式逐漸由一次性訓練轉向「持續性培育」（ongoing formation），強調透過群體歷程、反思實踐與靈性塑造，使服事者在內在生命、品格與關係能力上持續成長。正如 Benner（1998）所指出，真正的關懷能力源於服事者內在生命的成熟與整合，而非僅來自技術性的訓練。⁵⁴此一培育歷程，使志工不僅成為服務提供者，更成為具備深度陪伴能力之關懷者。

⁵¹ Claxton-Oldfield, S., & Claxton-Oldfield, J. (2008). Some common problems faced by hospice palliative care volunteers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(2), 121–126.

⁵² Puchalski, C. M., Ferrell, B., Virani, R., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904.

⁵³ Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441.

⁵⁴ Benner, D. G. (1998). *Care of souls: Revisioning Christian nurture and counsel*. Grand Rapids, MI: Baker Books. 49–68

綜合而言，志工在癌症關懷中扮演橋接醫療與人性關係之重要角色，其價值不僅在於服務功能，更在於提供一種「與人同在」的關係性臨在。然而，此一角色之發揮，有賴於系統性培訓、持續督導與靈性生命之建造。是故，本研究主張，志工培訓應從技能導向進一步提升為「整全生命培育」，以培養其在全人關懷中的深度陪伴能力。

第八節 志工團隊的建構歷程

根據內政部（2019）統計，臺灣人民團體數量持續成長，顯示公民社會與志願服務之發展日益成熟。此一趨勢反映志工參與已成為社會支持系統的重要一環，亦為醫療與關懷服務提供重要人力資源。⁵⁵

筆者認為每一位加入癌症心靈關懷的志工都是上帝的呼召與揀選，大都是癌友與癌友家屬。從三一原型的視角觀之，每一個人的生命皆可被理解為一種獨特的「雕塑歷程」，其形塑並非偶然，而是源於上主在永恆中的揀選與旨意。⁵⁶正如《以弗所書》所指出：「神從創立世界以前，在基督裡揀選了我們」（弗 1:4），此一宣告揭示人之存在具有先於時間的神聖根源與目的性。因此，人的生命不僅是歷史中的發展，更是回應上主預定之愛與呼召的過程。

進一步而言，上主的呼召並非臨時性的介入，而是伴隨著完整的預備與塑造。正如《以弗所書》亦提到：「我們原是他的工作，在基督耶穌裡造成的，為要叫我們行善，就是神所預備叫我們行的」（弗 2:10）。此處所強調的「預備」，顯示上主在呼召人之前，已在其生命歷程中安排相應的塑造與裝備，使其能承接所託付的使命。

⁵⁵ 內政部（Ministry of the Interior）。(2019)。108 年第 44 週內政統計通報：人民團體概況。取自 <https://www.moi.gov.tw/cp.aspx?n=5590>

⁵⁶ 林瑜琳（2016）。《上主與家庭》。台北：使徒出版社。46.

因此，在癌症關懷志工之培育歷程中，協助志工辨識自身生命的「天命雕塑」，乃成為重要的靈性培育核心。透過自我覺察、關係反思與靈性分辨，志工不僅學習陪伴他人，亦在過程中逐步承接上主在其生命中所預備之呼召，進而成為具備深度陪伴能力之關懷者。

一、志工招募與參與背景

本研究之志工主要來自教會、癌友、癌友家屬、醫療相關背景人士及對癌症關懷有負擔之社會人士。參與動機大致可歸納為三類：第一，曾有個人或家庭罹癌經驗，因而對陪伴癌症患者產生深刻使命感；第二，出於基督信仰之服事呼召，盼望透過陪伴實踐愛與關懷；第三，期望在志願服務中尋找生命價值與服事定位。

研究發現，多數志工在加入團隊之前，對癌症患者之靈性需求、陪伴技巧與自我情緒管理之認識仍屬有限，顯示系統性培訓對志工進入醫療關懷場域具有必要性。

二、團隊培訓與形成過程

志工培訓內容涵蓋三一神學基礎、癌症患者與家屬需求、陪伴技巧、靈性關懷概念、團體分享與反思操練等面向。培訓過程中，志工不僅學習知識，更透過彼此分享、祈禱、默想與服務反思，逐步形成共同語言與服事文化。

研究顯示，團隊形成歷程中最重要元素包括：共同使命、穩定主日或團契聚會、彼此支持與持續督導。此一團體氛圍不僅增進志工之歸屬感，也為其進入苦難陪伴奠定心理與靈性基礎。

三、團隊支持與靈性培育功能

資料顯示，志工普遍認為團體不僅是訓練場所，更是彼此承接與更新的屬靈群體。在定期聚會與分享中，志工得以整理自身情緒、辨識服事中的困難，並於彼此代禱與回應中重新獲得力量。

由此可見，志工團隊之功能不僅在於提升技巧，更在於建構支持性關係網絡，進而降低服事中的孤立感與耗竭風險。

第九節 三一原型全人輔導模式之理論整合與概念架構

綜合前述文獻，本研究提出「三一原型全人輔導模式」作為癌症關懷志工培訓與陪伴實踐之整合理論架構。此模式以三一神學為根基，將聖父、聖子與聖靈轉化為三個核心關懷向度。

聖父原型象徵接納、肯定與生命尊重，強調志工學習在關係中無條件接納受助者。聖子原型象徵同理、同行與救贖性的陪伴，強調志工在他人苦難中實踐真誠臨在。聖靈原型象徵更新、能力與靈性辨識，強調志工於服事歷程中不斷被更新，並學習辨識受助者之靈性需要。

在此基礎上，本研究進一步提出志工靈性培育歷程，透過團體分享、靈性反思、實務陪伴與督導支持，培養志工之自我覺察、同理陪伴、靈性敏感度、關係建立與靈性成熟等能力。此一培育歷程最終導向深度陪伴能力之形成，並促進受助者之全人靈性關懷、生命意義重建與盼望恢復。

一、三一原型與關懷向度對應

（一）聖父原型（Father Archetype）：接納與存在肯定
聖父象徵創造與無條件的愛，對應於志工在陪伴中展現之「接納能力」（acceptance）。此向度強調對個體生命價值之肯定，並提供安全、無評價之關

係空間，使受助者得以在被接納中重新確認自我價值（Moltmann, 1981；LaCugna, 1991）。對應需求：心理／社會支持、身份認同

（二）聖子原型（Son Archetype）：同理與同行臨在
聖子象徵道成肉身與受苦同在，對應於志工之「同理陪伴能力」（empathetic presence）。此向度強調在苦難中與人同行，透過傾聽與同理，使受助者在痛苦中經驗被理解與支持（Nouwen, 1972）。對應需求：身體／情感支持（total pain 中的情緒與關係面向）

（三）聖靈原型（Spirit Archetype）：更新與靈性轉化
聖靈象徵更新、能力與引導，對應於志工之「靈性敏感度與引導能力」（spiritual discernment）。此向度強調在陪伴中辨識靈性需要，促進生命意義重建與盼望恢復（Puchalski et al., 2009）。對應需求：靈性層面（意義、盼望、信仰整合

二、志工靈性培育歷程（Formation Process）

本研究進一步提出志工之培育歷程為一動態發展過程，包含以下四個核心歷程：

1. 團體建構（Community Formation）

透過三一團體（Trinitarian community）建立支持性關係，促進彼此信任與分享。

2. 靈性反思（Spiritual Reflection）

透過書寫、默想與信仰反思，提升自我覺察與內在整合（Benner, 1998）。

3. 實務陪伴（Practical Engagement）

進入臨床或關懷現場，將理論轉化為陪伴行動。

4. 督導與回饋 (Supervision & Integration)

透過持續性的督導與團體回饋歷程，關懷者得以反思其實務經驗並進行調整，從而深化專業學習與自我覺察，同時降低同理疲勞 (compassion fatigue) 與角色失衡的風險 (Figley, 2002,)。⁵⁷

三、能力發展與結果變項 (Outcome Variables)

在上述培育歷程中，志工逐步發展出五項核心能力：

- 自我覺察能力 (self-awareness)
- 同理陪伴能力 (empathic care)
- 靈性敏感度 (spiritual sensitivity)
- 關係建立能力 (relational competence)
- 靈性成熟度 (spiritual maturity)

此五項能力最終整合為「深度陪伴能力」 (deep companionship capacity)，並進一步影響受助者之結果變項，包括：

- 全人靈性關懷經驗
- 生命意義重建
- 盼望感提升
- 情緒穩定與支持感

四、理論整合模型之特性

本研究所建構之模型具有以下三項特性：

⁵⁷ Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue. 1–20.

1. 關係性 (Relational)

以三一神學為基礎，強調人存在於關係之中 (Grenz, 2001)。

2. 動態性 (Dynamic)

志工培育為持續歷程，而非一次性訓練。(Benner, 1998; Figley, 2002)。

3. 轉化性 (Transformational)

不僅回應需求，更促進生命意義與靈性之轉化。(Puchalski, 2006)。

第三章 研究方法

本研究旨在探討「三一原型全人輔導模式」應用於癌症關懷志工培訓之成效與實踐歷程，因此採用混合研究法，結合量化與質性兩種研究取向。量化研究部分以「三一全人靈性關懷志工能力量表」進行施測，以檢驗培訓對志工能力之影響。質性研究部分則透過深度訪談、參與觀察與反思紀錄，了解志工於培訓與陪伴歷程中的靈性成長與實務經驗。

研究流程包括：培訓前測、三一靈性關懷培訓課程、醫院陪伴實習、培訓後測、深度訪談與資料分析。

第一節 研究場域與研究對象

本研究以中華民國沐光家園癌友關懷協會之醫院關懷事工為研究場域。研究對象以參與該協會志工培訓並實際投入癌症患者及家屬關懷服務之志工為主。量化研究之樣本為參與培訓之志工，質性研究則選取其中具有代表性之志工進行半結構式訪談，以蒐集其培訓、陪伴與靈性成長經驗。

第二節 研究工具

一、三一全人靈性關懷志工能力量表 (參附件表 B)

本研究依據三一全人靈性關懷模式建構「三一全人靈性關懷志工能力量表」，英文名稱為 Trinitarian Holistic Spiritual Care Volunteer Scale (THSCV-S)。本量表以三一神學與實務陪伴能力為基礎，共規劃六個向度，總題數三十題，採 Likert 五點量表計分。

第一，聖父向度：接納與生命尊重能力。

第二，聖子向度：同理陪伴能力。

第三，聖靈向度：靈性敏感度。

第四，自我覺察能力。

第五，關係建立能力。

第六，靈性成熟度。

本量表可作為志工培訓前能力評估、招募培訓後成效評估，以及後續靈性關懷研究工具之基礎。

本研究為確保「三一全人靈性關懷志工能力量表 (THSCV-S)」之測量品質，採用內容效度指標 (Content Validity Index, CVI) 進行專家效度檢驗。邀請四位神學與靈性關懷領域之學者 (李信毅老師、林烽銓院長、林瑜琳老師、張傳琳老師) 及一位癌症醫學教授 (蔡若婷醫師) 進行題項評估 (參附件表 A)，計算各題之 I-CVI (Item-level Content Validity Index) 及整體量表之 S-CVI (Scale-level Content Validity Index)。

二、半結構式訪談

為了解志工在靈性關懷中的實際經驗，本研究採用半結構式訪談。訪談內容主要包括四個面向：參與培訓的經驗、醫院陪伴經驗、靈性成長與生命反思、志工角色認知與自我評估。

三、志工服務反思紀錄

志工於每次關懷服務後填寫反思紀錄，以作為質性資料來源。反思內容包括：陪伴經驗、個案需要、自身感受、學習收穫與對上帝工作的覺察。

四、研究實施流程

本研究未來之實施流程如下：首先，於培訓開始前進行量表前測，以了解志工初始能力狀況。其次，進行三一靈性關懷培訓課程，內容包括神學反思、團體分享、陪伴技巧與靈性成長操練。第三，安排志工進入醫院場域進行陪伴實習，並同步撰寫反思紀錄。第四，於培訓結束後進行後測。第五，選取志工進行深度訪談。最後，整合量化與質性資料進行分析與討論。

此次研究為第一次針對醫院癌症關懷志工進行全面性施測，其中志工陸續接受本機構開辦之培訓。並無前後測之資料比對。

五、資料分析方法

量化資料分析部分，使用統計軟體進行描述性統計、配對樣本 t 檢定與信度分析。描述性統計用以呈現各向度平均數與標準差；配對樣本 t 檢定用以比較前測與後測之差異；信度分析則以 Cronbach's α 檢驗量表內部一致性。

質性資料分析部分，採主題分析法。分析流程包括：逐字稿整理、初步編碼、形成主題、主題歸納與理論詮釋，以呈現志工在培訓與陪伴歷程中的經驗與轉化。

六、研究倫理

本研究遵守研究倫理原則。研究對象於參與前均獲知研究目的與使用方式，並簽署知情同意書。所有訪談與量表資料均採匿名處理，並妥善保管，以

保障參與者之隱私與權益。研究過程中亦避免對受訪者造成不必要之壓力或傷害。

第四章 研究結果與分析

本章旨在呈現「三一原型全人輔導模式」應用於癌症關懷志工培訓之研究結果，並就量化與質性資料進行整合分析。量化部分主要透過「三一全人靈性關懷志工能力量表」之施測結果，檢視志工於培訓前後在各能力向度上的變化；質性部分則透過深度訪談、參與觀察與反思紀錄，分析志工在靈性培育、陪伴實踐與生命轉化歷程中的具體經驗。藉由兩類資料之交互參照，本章進一步說明三一原型全人輔導模式對志工培育與癌症關懷實務之影響。

第一節 量化研究結果分析

一、專家效度量表統計分析說明（附件 Excel 資料）

本研究分別邀請 5 位具醫療、神學與教牧實務背景之專家進行評估，針對各題項之「適切性」進行四點量表評分（1 = 不適當，4 = 非常適當），並將評分為 3 或 4 者視為「具內容效度」，據此計算題項層級內容效度（I-CVI）與量表整體內容效度（S-CVI）。

題項內容效度（I-CVI）分析結果顯示：

- 本量表 30 題之 I-CVI 介於 0.80–1.00
- 全數題項均達可接受標準（I-CVI $\geq$ 0.78）
- 無低於標準之題項（0%需刪除）

其中：

- I-CVI = 1.00 題項：18 題（60%）
- I-CVI = 0.80 題項：12 題（40%）

結果顯示，多數題項獲得專家完全一致認同（I-CVI = 1.00），其餘題項亦達可接受標準（I-CVI = 0.80），顯示量表整體題項具有良好之內容代表性與適切性。

量表整體內容效度（S-CVI）

本量表整體內容效度指標為： S-CVI = 0.92

依據 Polit & Beck（2006）建議： $\geq 0.90 \rightarrow$ 屬於「高度內容效度」

本研究量表之 S-CVI 為 0.92，顯示專家對整體題項設計具有高度一致性，支持量表具備優良之內容效度。

表 3

向度	題數	I-CVI 表現	評估
聖父（接納能力）	5	全數 1.00	極佳
聖子（同理陪伴）	5	0.80–1.00	良好
聖靈（靈性敏感度）	5	0.80–1.00	良好
自我覺察能力	5	多數 1.00	極佳
關係建立能力	5	多數 1.00	極佳
靈性成熟度	5	0.80–1.00	良好

一、志工能力量表分析

（一）樣本基本資料分析

本研究共蒐集 36 位志工有效樣本。其基本特徵如下：

- 年齡分布：32–80 歲，平均約落在 60 歲以上（高齡志工為主）
- 身分背景
 - 癌友：約 1/3
 - 癌症家屬：約 1/3
 - 皆非：約 1/3

顯示樣本具有「多元生命經驗」，有助於靈性關懷之深度

- 服務年資
 - 3 個月至 20 年不等
 - 多數集中在 3–13 年，屬於「中高經驗志工群」

（二）樣本概況

量表共 30 題，採 5 點量表計分，理論總分範圍為 30–150 分，實際總分介於 99–149 分。

（三）整體描述統計

整體量表結果如下：

- 平均總分 = 129.69
- 標準差 = 13.24
- 最低分 = 99
- 最高分 = 149
- 每題平均 = 4.32
- 整體 Cronbach's α = 0.943

統計解讀

表示整體志工樣本在「三一全人靈性關懷能力量表」上的表現偏高，平均每題落在 4 分以上，顯示受試志工普遍具備良好的靈性關懷能力。另一方面，整體量表的 Cronbach's $\alpha = 0.943$ ，屬於極佳的內部一致性，表示本量表整體信度良好，適合作為後續研究與實務評估工具。

（四）六大向度描述統計

表 4

向度	題數	每題 平均	向度總分 平均	標準 差	Cronbach's α
接納能力（聖父向度）	5	4.483	22.417	2.655	0.844
同理陪伴能力 （聖子向度）	5	4.322	21.611	2.861	0.792
靈性敏感度 （聖靈向度）	5	3.978	19.889	2.605	0.790
自我覺察能力	5	4.356	21.778	2.809	0.831
關係建立能力	5	4.339	21.694	2.713	0.809
靈性成熟度	5	4.472	22.361	2.543	0.785

（五）六大向度結果分析

1. 接納能力（聖父向度）

接納能力平均最高之一，每題平均 4.483，顯示多數志工人能尊重生命價值、接納不同背景個案，並願意傾聽其生命故事。此結果反映志工在陪伴關係的起點上，已具有穩定的接納態度與生命尊重觀。

2. 同理陪伴能力（聖子向度）

同理陪伴能力每題平均 4.322，亦屬高分。表示志工整體上具有傾聽、耐心、溫柔與陪伴苦難的能力。不過其標準差在六向度中相對較高，意味著不同志工間仍存在個別差異，特別是在沉默陪伴與深層同理方面，能力並不完全一致。

3. 靈性敏感度（聖靈向度）

靈性敏感度為六個向度中平均最低者，每題平均 3.978。雖仍接近「同意」程度，但相較其他向度明顯偏低。這顯示志工在辨識個案靈性需要、理解生命意義議題與適時引導靈性對話方面，仍有較大的培育空間。

4. 自我覺察能力

自我覺察能力每題平均 4.356，顯示志工普遍具備反思自己情緒、信仰經驗與服務限制的能力，並願意持續反思生命。此結果說明樣本在內在覺察與自我修正方面具一定成熟度。

5. 關係建立能力

關係建立能力每題平均 4.339，顯示志工整體能營造安全對話空間、尊重隱私並維持團隊合作。不過在「與個案建立信任關係」部分，分數相對較低，表示真正進入深度關係仍需要實務歷練與督導支持。

6. 靈性成熟度

靈性成熟度每題平均 4.472，僅次於接納能力，顯示多數志工具具有穩定服事動機，並相信信仰能幫助自己面對困難。然而，此向度內部也可見某些題項落差，尤其在個人靈修或禱告生活的穩定性上，仍有差異。

（六）題項分析

平均最高的五題

- 1.題 1 我能尊重每個人的生命價值。平均 = 4.722
- 2.題 5 我能尊重病人或家屬的生命故事。平均 = 4.722
- 3.題 24 我能尊重個案的隱私與保密原則。平均 = 4.694
- 4.題 27 我的信仰幫助我面對生命的困難。平均 = 4.694
- 5.題 28 我願意以愛心服事他人。平均 = 4.639

平均最低的五題

- 1.題 13 我能適時引導靈性對話。平均 = 3.500
- 2.題 11 我能察覺個案的靈性需要。平均 = 3.833
- 3.題 26 我有穩定的靈修或禱告生活。平均 = 3.917
- 4.題 21 我能與個案建立信任關係。平均 = 3.917
- 5.題 12 我能理解個案對生命意義的思考。平均 = 4.056

（七）重點發現

本研究量化結果呈現三個重要趨勢：

第一，志工整體表現偏高。無論總分、各向度平均或信度指標，皆顯示本量表具有良好測量品質，且受試志工具備相當程度的靈性關懷能力。

第二，外顯關懷能力高於深層靈性辨識能力。接納、關係、服事意願與生命尊重等面向得分較高；相較之下，靈性敏感度、靈性對話引導與個案生命意義理解的分數偏低。這顯示志工在「陪伴」與「善意」方面已具基礎，但在更深層的靈性辨識與介入能力上仍待培育。

第三，靈修生活與靈性引導是後續培訓重點。題 13 與題 26 為最低分題項，表示志工不一定缺乏服務熱誠，但在靈性整合、靈修穩定度及帶領靈性對話方面，仍需更系統性的培訓與督導。

量化研究分析結果

本研究以 36 名志工為樣本，針對「三一全人靈性關懷能力量表」進行描述統計分析。結果顯示，量表總分平均為 129.69 分，標準差為 13.24 分，最低分 99 分，最高分 149 分；每題平均為 4.32 分，顯示受試志工整體能力表現偏高。整體量表之 Cronbach's α 值為 0.943，顯示本量表具有極佳之內部一致性。

在六大向度中，以「接納能力（聖父向度）」平均最高（ $M = 4.483$ ），其次為「靈性成熟度」（ $M = 4.472$ ）與「自我覺察能力」（ $M = 4.356$ ）；相對而言，「靈性敏感度（聖靈向度）」平均最低（ $M = 3.978$ ）。題項分析顯示，得分最高之題項集中於生命尊重、保密原則、服事意願與信仰支持等面向；得分較低之題項則集中於靈性需要察覺、靈性對話引導、信任關係建立及穩定靈修生活。此結果說明，志工在基本接納、陪伴與服事態度上已具優勢，但在深層靈性辨識與引導能力方面，仍有進一步培育之必要。

第二節 質性研究結果分析

一、研究對象與資料分析方法

本研究以目的性取樣方式，邀請五位具有不同服務年資之靈性關懷志工為研究對象，透過半結構式深度訪談蒐集資料。每位受訪者訪談時間約為 60 至 80 分鐘，內容涵蓋參與動機、培訓經驗、陪伴歷程、靈性成長與志工角色反思等面向。

資料分析採主題分析法（Thematic Analysis），依據逐字稿進行開放編碼（open coding）、主軸編碼（axial coding）與選擇性編碼（selective coding），反覆比對與歸納後，形成具一致性之主題架構。分析過程著重於受訪者經驗之共通性與差異性，並結合理論脈絡進行詮釋，以提升研究之信度與厚實性。

半結構式訪談題綱設計如下

表 5

主題		訪談問題	研究目的
一、參與 培訓經驗	1	您為何願意參與靈性關懷志工服務？	探討參與動機與召 命意識
	2	您對三一原型基礎工作坊及失落與 死亡焦慮工作坊培訓最大的收穫是 什麼？	瞭解培訓影響與學 習成果
	3	三一原型靈性團體對您的影響是什 麼？	探討團體對靈性建 造之影響
二、陪伴 經驗	4	在醫院陪伴過程中，最深刻的經驗 是什麼？	探討陪伴歷程與關 鍵事件
	5	您如何面對病人的痛苦或死亡？	瞭解志工面對苦難 之回應方式

	6	在陪伴中，您如何理解「靈性關懷」？	探討靈性關懷之實務詮釋
三、靈性成長	7	這段服務經驗是否影響您的信仰？	分析信仰轉化歷程
	8	您是否有新的生命體會？	探討生命意義之重建
	9	您如何看待苦難與生命意義？	分析神學詮釋與意義建構
四、志工角色反思	10	您認為一位好的靈性關懷志工需要什麼特質？	建構志工核心能力
	11	您覺得自己在哪些方面仍需要成長？	探討自我覺察與成長需求

（一）受訪志工在接受三一原型協談（Trinitarian Archetypal Counseling）前後的生命改變。

一位志工過去看人比較是外在行為導向，透過課程中的馬車圖中對「靈魂體」的辨識，漸能回到靈性真我的整全眼光，看懂魂的部分是由靈來管理，減少擔憂與論斷。另一位志工在聖經及禱告上乃屬強項，上課後發現仍有「後原型屬靈」及「後原型成就」的傾向，存在著善惡果眼光，產生梁木之主觀，培訓後漸能脫去樹葉模式及善惡果，回到生命的本質看自己與他人。

有一位志工原生命中有創傷失落經驗，在上課中的伊甸園保護氛圍中，能勇敢面對自己的傷，享受了活出原型的快樂，更加喜樂。在團體關係中的分享更加自然。另一位志工原對於『我是誰？』的存在價值較不確定，也會受到傳統價值制約，在三一原型尋見真我的過程，更加深了自我形像來自於對神的認識，更能活出基督受苦到榮耀有盼望的生命。另外有志工原來的眼光是容易替

他人貼標籤，不確定自己活著的意義，與人的界線較模糊，課程訓練後眼光改變，放下論斷，能勇敢的表達，肯定自己所服事的本質而更寬容與喜樂。

（二）深度訪談內容

深度訪談 1：小珍（化名）

這段文字紀錄了一位擁有 22 年資歷的醫院志工小珍，分享她在靈性關懷領域的實踐經驗與生命體悟。她透過參與相關工作坊與培訓，深化了對病患身心靈需求的洞察力，並強調以禱告與全然接納的態度來陪伴受苦者。文中詳述了她與不同病友互動的深刻故事，包含如何在疼痛管理中學習身體界限，以及如何引導病患轉移注意力以肯定生命意義。面對苦難與關係衝突，她展現出強大的使命感，並將服務過程視為與上帝連結、深化個人信仰的修煉場所。最後，她提出專業志工應具備的特質，包含深度傾聽、守住界限以及在沉默中陪伴的素養。

其重要的使命感來源可以歸納為以下幾個核心面向：

1. 基督信仰與分享愛的動機：小珍從小在教會長大，她參與靈性關懷志工的起心動念，是希望能運用多餘的時間，去接觸教會以外的人，並將這份關懷帶進醫院。她認為這份服務是上帝量給她去做的，目的是去付出與祝福他人。
2. 幫助受苦者的強烈心願：她在訪談中提到，自己從一開始就擁有一種「強烈的使命感」，想要來幫助病人這一群人。這種使命感讓她在 22 年的過程中，從未想過要退縮。
3. 靈魂陪伴者的定位：她對自己志工角色的期許是做一個「靈魂的陪伴者」。透過深度的傾聽、接納與同在，她希望讓病人在痛苦中感覺到自己不是孤單地面對，並在適當的時機分享信仰，帶出生命的盼望。

4.從服務對象身上獲得的感召：小珍曾深受一位同樣具有使命感的病人（一位基督徒媽媽）所感動；這位媽媽即便自己身患重病、疼痛難耐，仍會主動關心並為病友禱告。這讓小珍看見超越人本、靠著上帝力量所展現的生命力，進而加深了她對這份使命的體會。

小珍的使命感源於她的信仰基石，並轉化為對病患具體的陪伴與服務，這份知覺「自己要做什麼」的使命感，正是支撐她持續堅持多年不間斷的主要動力。

小珍分享了她透過「三一原型基礎工作坊」與「失落教育工作坊」的培訓，如何提升對病人的靈性覺察。這兩門課程從基礎的自我認識到對痛苦與死亡的深度理解，為志工提供了重要的靈性陪伴工具。

以下是透過這些課程提升靈性覺察的具體方式：

1. 透過「三一原型」課程建立覺察基礎

(1)深化自我認識與對方的身心靈狀態：她認為三一原型基礎工作坊是「根本」，幫助志工「更多認識及增強內在的人」，進而能「更多理解對方」的身心靈狀態。透過這種覺察，志工能更敏銳地捕捉病人的反應。

(2)辨識關係中的動力與情緒：課程教導如何觀察病人與家屬、他人之間的「關係密度」與「疏離感」。小珍發現，不同的關係狀態會帶出不同的情緒與結果，覺察到這些關係的差異，有助於調整關懷的方向。

(3)建立「生命平等」的眼光：三一原型課程幫助志工在靈性層面上，不再去做「高低比比較」或判斷誰比較「屬靈」，而是回到上帝創造生命的原點，看見每個獨特個體的生命價值。

(4)發展靈性的直覺：在探望病人前透過禱告預備自己，配合課程所學的覺察力，提到這能讓她在與病人眼神對接或開口問候時，產生一種「靈裡相通」的直覺，進而觸動對方的靈性需求。

2. 透過「失落與死亡教育」課程深化對苦難的理解

(1)辨識病人的心理與靈性階段：失落教育課程讓志工了解病人在面對死亡與失落時，可能會存在的不同階段。這有助於志工在面對病人的痛苦、焦慮或負面情緒時，能有更深層的同理。

(2)處理生命中的「失落與悲傷」：小珍分享了一個案例，一位 57 歲的病患因交往多年的男友過世而產生強烈的失落感，甚至想放棄治療隨之而去。失落教育的訓練讓志工能辨識出這種由「失落」引發的靈性困境，並提供適當的傾聽與陪伴。

(3)學習「同在」與「沉默」的藝術：在面對病人的痛苦或接近死亡的時刻，失落教育體現於「靈魂陪伴者」的角色。志工學習不急於用語言安慰或說教，而是透過「安靜陪伴」與「深度傾聽」，讓病人在痛苦中感覺到自己不孤單。

3. 提升靈性覺察的具體實踐

(1)尊重多元信仰：靈性覺察不限於單一宗教。佩珍學會尊重病人的原有信仰（如佛教、法師等），從病人的床邊擺飾察覺其靈性依靠，幫助他們越過當下的肉體痛苦。

(2)引導生命意義的肯定：透過覺察病人的興趣或過往成就，引導他們談論有意義的事物，能幫助病人轉移病痛，達成生命價值的肯定，避免留下遺憾。

(3)建立專業界限：在靈性關懷中，覺察力也包含了對「界限」的認知，這能保護志工與病人雙方，讓關懷過程更為健康且持續。

總結來說，三一原型課程提供了認識生命結構與關係動力的架構，而失落與死亡教育則提供了進入病人痛苦與失落現場的鑰匙。兩者結合，使志工能從「看病痛」轉向「看見靈魂」，達成深度的靈性覺察與關懷

*在面對病患的痛苦與死亡時，志工如何轉化自身的信仰與生命意義？

小珍在面對病患的痛苦與死亡時，透過長期的陪伴服務，將這些經歷轉化為對自身信仰的深化、生命使命的確立，以及對苦難意義的重新詮釋。

志工轉化自身信仰與生命意義的具體方式：

1. 信仰的深化：從「靠自己」轉向「與上帝連結」

提到在服務過程中看見許多人面對病痛與失望，這讓她反思自己的信仰。她意識到，當人走到生命盡頭或經歷極大痛苦時，單靠人的意志力是無法承受的，這反而加深了她與上帝之間的連結。

(1)體認人的有限性：她體會到如果離開上帝，人很容易陷入「為什麼是我」的抱怨與不平中。

(2)預備自己面對未來：透過看見病人的經歷，她學會在自己尚未經歷痛苦前，就先建立與上帝緊密的關係，這成為她生命中寶貴的功課。

2. 生命意義的重塑：將服務視為「上帝的量給」與「使命」

確立使命感：她認為「知道自己要做什麼」是支持她長期堅持、不退縮的動力來源。

視服務為付出的機會：她將每次的服務視為上帝量給她的時間，去付出、去祝福他人。在進入病房前，她會透過禱告預備自己，將病人的醫治、醫生的用藥都交託給上帝，這使她的生命與他人的苦難產生了神聖的連結。

3. 苦難意義的轉化：將痛苦視為「生命磨練」與「成長機會」

在面對自己的生活困難（如家庭關係的衝突）時，小珍會借用醫院觀察到的生命韌性來激勵自己：

(1)磨練與承擔：她會問上帝是否在「磨練」她，並求上帝賜予夠用的力量去承擔，而非僅是免除痛苦。

(2)超越人本的眼光：她曾深受一位自身患重病卻仍為病友禱告的「媽媽」所感動，這讓她看見一種「超越人本」的力量，意識到人是可以靠著上帝的愛與恩典，在苦難中展現出支持他人的生命力。

4. 實踐層面的轉化：從「解決問題」轉向「靈魂陪伴」

在面對病患接近死亡的痛苦時，志工學會了生命中最重要的一課：同在與交託。

(1)學習沉默與接納：她體會到在極大的痛苦面前，言語往往是無力的。志工不再急著用道理去「教導」或「安慰」，而是透過「安靜陪伴」讓病人感覺到不孤單。

(2)建立健康的界限：為了避免在關懷中產生過度的「內耗」，她學會建立界限，並將無法改變的情況交託給上帝，轉而專注於「更重要的事」，讓生命能持續活出價值。

面對病患的痛苦與死亡，志工小珍不再只是將其看作悲劇，而是將其轉化為激發自身生命韌性、信仰忠誠度以及無私奉獻的養分。

志工生涯中，小珍雖然表示自己從未想過要「打退場鼓」，因為她擁有一種強烈的使命感來支持她，但在服務過程中，她依然會遇到專業上的失誤或情感上的挑戰。她處理這些挫折與困難的方式如下：

1. 將失誤轉化為寶貴的提醒

小珍分享一個令她深感內疚的經驗：她曾因不了解病人的疼痛程度，輕輕觸碰了一位患病的姐妹（媽媽），結果造成對方極大的疼痛。

(1)處理方式：她當下立刻向對方道歉，並將這件事視為「好大的提醒」。

(2)具體改變：從那之後，她在服務時會特別小心，除非確定病人的感受，否則絕不輕易觸碰病人，並以此經驗提醒新進志工。

2. 透過禱告尋求力量與交託

在面對服務中的未知與困難時，小珍非常依賴信仰的支撐。

(1)預備與交託：每次進入醫院前，她一定會先為自己和夥伴禱告，將病人的狀況、醫生的用藥以及當天的對話都交託給上帝。

(2)尋求承擔的力量：當遇到不順心或像是在「磨練」她的苦難時，她會祈求上帝賜予「夠用的力量」去承擔，並求主讓她能帶著「甘心」去忍耐，而非僅是靠自己硬撐。

3. 建立健康的「界限」以避免內耗

小珍提到在關懷過程中（包括家庭關係與志工服務），有時會因為對方的負面情緒或不願改變而感到挫折與不適。

(1)建立界限：她學會不去做過分的承擔，並與對方建立適當的「界限」來保護自己。

(2)轉移焦點：當她感覺到自己快要陷入對方的負面情緒中（產生內耗）時，她會選擇「轉眼」看向上帝，提醒自己還有更重要的事情要做，將時間花在上帝量給她的使命上，而不是停留在無謂的情緒糾結中。

4. 學習「同在」與「接納」的藝術

當面對病人極大的痛苦、焦慮，甚至是自殺傾向等挫折情境時，她不再急於解決問題。

(1)沈默與陪伴：她學會不急著用道理去教導或安慰，而是選擇安靜地陪伴，讓病人在沉默中感覺到自己並不孤單。

(2)全然的接納：她要求自己放下先入為主的觀念，全心地傾聽與接納病人當下的現況，即便對方的內容充滿負面情緒，她也會透過堅定的眼神與內心的禱告來支持對方。

小珍特別提到的「多走一里路」連結服務，是一種超越常規志工時數、更為主動且具備資源串聯功能的關懷方式，其具體做法與幫助如下：

- 1.運用額外時間進行二次探訪：分享她有時會在下班後或額外時間，主動去進行「第二次看望」，給予病患更深度的關心，而非僅止於排定的班表服務。
- 2.針對特定需求進行「資源串聯」：當看見病患處於極大痛苦（例如大腸癌病患）時，志工會主動思考誰能提供更有力的幫助。小珍曾主動聯絡具有相似生命經驗的友人（如曾走過抗癌路的人），並邀請其一同前往病房分享與陪伴。
- 3.引介「生命見證人」帶來盼望：透過這種連結，讓同樣經歷過病痛的人對病患說：「不是不痛，但是我們就是來走另外一條路試試看。」這種同儕的力量能讓病患感到驚訝與鼓舞，甚至讓病患在驚訝之餘看見生命的其他可能。
- 4.建立「跨越時空」的支持系統：志工在服務中「很用心」地觀察，並在需要的時刻將合適的人選「串聯」在一起。這種連結不僅解決了當下的情緒困境，更讓病患感受到自己是被重視且被細心守護的。

總結來說，「多走一里路」的核心在於志工不計較額外付出的時間，並積極扮演「連接者」的角色，將上帝量給她的資源與人脈，精準地對接到病患最脆弱、最需要的時刻，讓關懷產生超越個人的影響力

小珍在處理與病人間的「靈性直覺」時，主要透過事前預備禱告、靈裡相通的感應以及服務中的內心禱告這三個層次來運作：

1.事前的預備與交託：小珍強調在進入醫院探望病人之前，她一定會先與夥伴一起禱告，目的是為了「預備自己」。她會為當天要探望的人禱告，並求上帝醫治病人、賜給醫生合適的藥物，這份預備讓她在進入病房前就與上帝建立連結。

2.引發靈裡的直覺與對接：透過禱告後的預備心，佩珍在探望時會產生一種「直覺」。這種直覺往往發生在眼神對接或說出問候的話語（如「平安」或「感謝主」）時，若對方也有相同的信仰背景，就會產生「靈就相通」的感覺，讓她能更順利地帶領後續的關懷與互動。

3.在服務當下的內心禱告：當面對狀況極差或充滿負面情緒的病人（例如有自殺傾向的病患）時，佩珍會一邊堅定地看著對方、專心傾聽，一邊在心裡默默禱告。這份內心的禱告能幫助她保持專注，不因對方的負面能量而眼神閃爍，並在心中尋求如何應對這類具挑戰性的靈性關懷需求。

4.時機的拿捏與祝福：她透過禱告來尋求「恰當合適的時機」，去觀察病人的心靈是否敞開。當直覺引導她感受到合適的氛圍時，她會進一步介紹自己的信仰，並為病人進行禱告與祝福。

小珍將禱告視為一種靈性雷達的校準，透過事前、事中不斷的禱告，讓她能敏銳捕捉到病人的靈性需求，並在適當的時刻給予最貼切的陪伴與關懷。

分享了她在面對具有自殺傾向病患時的關懷經驗與挑戰，特別是針對一位 57 歲、因失落感而想放棄治療的病患。以下是她處理這類高難度關懷挑戰的具體做法與態度：

- 1.展現專注且堅定的陪伴：當病患眼神「無神」且不斷訴說負面想法時，並強調眼神不能閃爍。她認為如果志工在此時眼神迴避，對病患是不利的；因此，她會一邊堅定地看著對方，一邊透過點頭讓病患感覺到「有一個可以聽的人」。
- 2.運用內心的禱告尋求支持：在傾聽病患排山倒海的負面情緒時，小珍會在心裡默默禱告。這份內在的信仰支持能幫助她在面對極度沉重的對話時，仍能維持安定的力量去接納對方。
- 3.全然的接納與深度傾聽：小珍認為靈性志工必須放下先入為主的教導意圖，全然接納病患的現況。即使病患談論的是不想治病、想隨過世男友而去的念頭，志工仍應耐心地讓對方「一直講、一直講」，透過深度的傾聽來紓解對方的孤獨感。
- 4.覺察病患痛苦背後的「失落」根源：透過關懷，小珍發現該病患的自殺意念並非單純因為病情，而是源於 29 年前男友過世帶來的深層失落。她透過「失落教育」的覺察力，辨識出病患正處於嚴重的悲傷階段，這種理解有助於志工提供更到位的靈性陪伴。
- 5.建立專業與靈性的「界限」：在處理這類高風險個案時，小珍提到覺察力與界限非常重要。志工需要保護自己不被對方的負面情緒過度影響（內耗），並在適當的時候將無法處理的部分交託給上帝，這對雙方都是一種保護。
- 6.不急於填補沉默或進行說教：在陪伴痛苦的病患時，小珍學習不要急於填補沉默或跳出來「講道理」或「安慰」。她選擇與病患一起在沉默中等候，這種「靈魂的陪伴」比起急著解問題更能觸動對方的靈性。

總結來說，小珍處理自殺傾向病患的關鍵在於「穩定的同在」與「不帶批判的接納」，並結合內在的禱告與專業的失落覺察，讓病患在極端痛苦中感受到被理解。

小珍對全人關懷中靈性與身心關係的看法，主要建立在「相互連結」與「靈性超越」的基礎上。她透過專業培訓與實務經驗，展現了對這三者關係的深刻了解：

- 1.身心靈狀態的整體辨識：透過「三一原型」課程的訓練，學習去理解並辨識病人身、心、靈的整體狀態。她認為這是一種「根本」的認識，讓志工不只是看到病人的病痛，更能察覺其內在靈魂的需要。
- 2.靈性具有超越肉體痛苦的力量：小珍觀察到，靈性關懷能幫助病人「越過」或「解開」當下的肉體痛苦。當病人的靈性得到觸摸或提升時，可以產生內心的平安與喜悅，這種靈裡的滿足能讓病人暫時轉移對病痛的注意力。
- 3.尋找「治病以外」的深層需求：她認為全人關懷不應只停留在醫療層面。在與病人互動時，除了關注其身體的恢復與醫藥治療，她會敏銳地覺察病人是否還有「治病以外」的其他需求，例如關係的修復、生命意義的肯定或信仰的支撐。
- 4.生命價值對抗身體衰殘：當身體治療達到極限或不可逆時（如末期病患），小珍強調透過靈性引導，讓病人肯定自我的生命價值與成就，能幫助他們彌補遺憾，並在面臨死亡的威脅時，仍能活得更有尊嚴。
- 5.靈性平安帶動心靈安定：她看見人到了生命終點時，內心的「安與不安」往往源自於靈性層面。透過靈魂的陪伴與同在，即便身體在受苦，只要靈裡得到支持，就能減輕病人的孤獨感與焦慮。

總結來說，小珍認為靈性是全人關懷的核心指標。雖然身體的病痛是現實的，但透過靈性的覺察與照顧，可以讓病人在身心受限的情況下，依然能連結到生命的盼望與上帝的愛，達成真正意義上的「全人」安適。

*建立「專業與靈性界限」如何防止志工內耗？

小珍透過 22 年的服事經驗，分享了界限如何具體發揮保護作用：

1. 避免「過分承擔」他人的生命結果

小珍提到，在關懷過程中（不論是家屬或病患），有時會因為對方不願改變或處於負面狀態而感到不舒服。她學習到不需要去「過分承擔」對方的責任或生命選擇。她會清楚表達自己的立場與方式，但不強求對方立刻改好，也不將對方的改變視為自己的成就指標，這能有效減少因過度投入卻看不見成效所帶來的挫敗與內耗。

2. 透過「轉向」與「交託」來止損

當志工發現自己陷在某個個案的情緒中、一直想著對方的問題時，生命會受到「虧損」且「一事無成」，這就是所謂的內耗。佩珍的策略是：

(1)轉向更高層次的使命：她會提醒自己「上帝還有更重要的事情要我做」，將注意力從糾結的關係中移開，轉向神量給她的其他使命。

(2)交託結果：她雖然付出關懷，但將最終的結果交還給上帝與當事人，這讓她能在付出的同時，心理上仍能「退到後面」，保持內在的平靜。

3. 提供「雙向的保護」

建立界限不僅是為了保護志工，也是為了保護病患。

(1)保持穩定的陪伴力：專業界限能讓志工在面對極具挑戰的個案（如自殺傾向病患）時，即便內心也在為對方擔憂禱告，眼神仍能保持堅定而不閃爍。

(2)防止情緒共伴效應：界限能防止志工被病患排山倒海的負面情緒（如對已逝男友的極度思念與失落感）完全淹沒，讓志工能維持一個「可傾聽的角色」，而不至於一同陷入絕望。

4. 運用「覺察力」辨識限制

透過「三一原型」與「失落教育」的培訓，小珍提升了覺察力。這種覺察力讓她能及早發現哪些是自己可以陪伴的，哪些是超乎自己能力或職責範圍的。「知道自己要做什麼」以及「知道自己不能做什麼」，這份清晰的角色定位是支撐的重要力量。

專業與靈性的界限就像是一道防護牆，讓志工能在付出的同時，不至於失去自我的生命重心，確保服務能因著「甘心與忍耐」而持續長久。

在協助病患在生命末端肯定自我價值並減少遺憾，志工表示可以透過以下幾個核心策略來進行：

(1)引導肯定生命意義與成就：協助病患發掘其內在仍具備的能力與價值感，讓他們感受到自己並非「什麼都不能做」，而是能去完成某些心願或表達自我。當病患談論過往的成就或感興趣的事物時，志工的傾聽能讓他們暫時轉移病痛的注意力，進而肯定生命的價值，避免感到遺憾。

(2)促進關係的連結與和解：在生命末端，引導病患檢視人際關係（特別是與家人的關係）是減少遺憾的關鍵。志工可以適時引導病患對特定的人表達感恩與道謝，或是詢問病患：「若還有機會，你最想做的是什麼？」藉此協助他們在生命終點前，盡量填補內心的缺失或遺憾。

(3)維護生命的尊嚴：當醫療達到極限或處於不可逆的階段時，提供緩和式的靈性關懷，能讓病人在最後的階段過得更有尊嚴。這種尊嚴感來自於感受到自己被當作一個獨特的個體被接納，而非只是一個病人。

*對於實踐「靈魂陪伴者」的角色：

1.深度傾聽與全然接納：放下先入為主的評斷，全然接納病患當下的情緒與現況，透過專注的眼神與傾聽，解除病患的孤獨感。

2.學習沈默的藝術：在面對病患的痛苦或沈默時，志工不急於填補空白或說教，而是透過「同在」讓病患感覺到有人支持，在沈默中共享這份靈性的力量。

如何透過信仰的力量來支持並安慰長期照顧者的身心壓力？其訪談來源資料，透過信仰力量支持並安慰長期照顧者（及其身心壓力）的方式，可以從以下幾個層面來探討：

1. 提供同理心的禱告與情緒宣洩

當照顧者面臨極大的心理壓力或安全威脅時，信仰者可以透過直接的禱告來提供即時的安慰。來源中提到，當志工遇到一位因照顧具自殺傾向家人而感到不安與恐懼的家屬（大嫂）時，志工主動提出：「我是基督徒，我為你禱告好不好？」這讓照顧者在流淚中感受到被理解與支持，並體會到有人在陪伴她承擔這份辛苦。

2. 尋求神給予智慧與適當的時機

長期照顧中常有溝通困境，信仰可以幫助照顧者在心中尋求引導。志工在面對有自殺念頭的病人時，內心會不斷禱告，請求上帝讓自己在適當的時機說出適當的話，或者判斷何時該結束對話，以避免觸發病人負面情緒，這也能減輕照顧者在溝通上的焦慮。

3. 建立穩定的「靈性生命」作為後盾

來源強調，照顧者或陪伴者的靈性成長至關重要。若能穩定在「基督耶穌裡」，擁有正確且穩定的生命觀念，才能在面對各種困難個案時，提供正

確且正向的影響力。這種靈性的穩定能幫助照顧者在面對危急情況（如病人拿刀）時，保持冷靜並有勇氣去處理後續問題。

4. 轉化壓力為「使命感」與「謙卑陪伴」

信仰能改變照顧者對自身角色的看法。透過信仰，照顧者可以意識到自己的服務並非因為自己「行」或「比較好」，而是出於一種使命感與願做的心。這種謙卑的態度有助於維持良好的照顧界限，讓自己定位在「陪伴者」的角色，避免因過度承擔而崩潰。

5. 信仰與專業協助的結合

信仰的力量並非僅止於心靈慰藉，也包含實際的危機處理。志工在禱告獲取力量後，會立刻聯絡社工進行專業的危機干預。這種「心靈依靠上帝，行動尋求專業」的模式，能有效降低長期照顧者的實質壓力與風險。

總結來說，信仰透過即時的禱告安慰、內在的靈性成長以及使命感的轉化，為長期照顧者提供了情緒的出口與持續面對困境的動力

*一位合宜的靈性關懷志工需要什麼特質？

根據訪談紀錄，她認為靈性關懷志工需要具備以下特質為：

1. 穩定的靈性生命與持續成長

強調志工自身的生命狀態至關重要。志工必須在「基督耶穌裡」有正確且穩定的信仰基礎，因為志工的生命品質會直接影響被照顧者所接收到的訊息。她認為靈性照顧者需要不斷在靈性部分追求成長，才能提供正向的影響力。

2. 謙卑的態度與使命感

一位好的志工不應抱持「我比別人行」或「我比較好」的優越感。小珍指出，服務應出自於一種使命感與願做的心，並願意以謙卑的姿態來陪伴與提升他人。

3. 明確的角色界限與尊重

志工需要清楚定位自己是「陪伴者」，並能準確拿捏界限，不隨意越位。此外，在傳遞信仰時應保持尊重，不強迫、不急著催促對方信主，而是以「合宜」的方式進行關懷。

4. 高度的覺察力與靈裡敏銳度

小珍認為高度的覺察力是非常重要的特質，這需要持續的練習與成長。這包括：

- 靈裡的敏銳：能感應環境中的不安或危險。
- 掌握時機：能透過禱告尋求智慧，判斷何時該聆聽、何時該適時結束對話，以避免對個案造成負面影響。

5. 勇氣與危機處理能力

由於志工可能會遇到具有自殺傾向或暴力風險（如持刀）的個案，小珍提到這需要非常勇敢的人才能勝任。除了心理上的勇氣，好的志工也要具備危機意識，在發現異常情況時（如病人情緒不穩、照顧者極度不安），能及時聯絡專業體系（如社工或醫護人員）進行協助。

小珍對於自我成長方面：在訪談中提到三一全人靈性量表之自我評量時，雖然她在許多項目都給自己高分，但對於「靈性對話」與引導的部分較缺乏，是她認為可以更客觀、嚴謹地去檢視並加強的環節。她認為志工必須持續在靈性部分追求成長，確保自己穩定在「基督耶穌裡」並擁有正確的生命觀念；若志工本身的生命不穩定，被照顧者接收到的訊息也會受到負面影響。

深度訪談 2：名華（化名）

這段訪談紀錄描述了名華姐妹投身靈性關懷志工的心路歷程，最初是因 14 歲腦癌女兒住院期間受到醫療團隊照顧，使她決定以回饋之心投入服務。她在參與三一原型全人輔導與死亡教育培訓後，對生命意義有了更深刻的見解，並運用「馬車圖」的架構來理解內在的靈與外在行為的平衡。名華姊強調死亡並非年長

者的專利，而是隨時存在的生命課題，因此平時就應學會如何安放身心。透過志工培訓與團隊支持，她體會到與他人彼此陪伴的重要性，這不僅豐富了自身的生命，也開闊了看待世界的眼界。這份資料呈現了志工如何將個人的喪親傷痛轉化為助人動力，並在團體中獲得持續成長的靈性力量。

1.初始動機：回饋與生命體悟 淑華姐最初投入志工服務的契機，是因為女兒曾在馬偕醫院住院並接受過醫院的關懷。在女兒過世後，她深刻感受到生命在面臨病痛與死亡時，非常需要關心與心靈的依賴，因此決定在民國 84 年開始擔任志工，以回饋的心參與服務。

2.轉折點：從服務志工轉向靈性關懷 名華姐的志工生涯分為兩個階段。從民國 84 年到 95 年（），她主要擔任的是醫院服務志工。然而，在服務過程中，她觀察到病房裡的病人在面臨重病時，有許多靈性關懷的需要。這個發現促使她在民國 95 年後轉向專門的關懷志工領域，並先後在馬偕醫院與萬芳醫院服務。

3.訓練與內化：對生命意義的重塑 在轉向靈性關懷的過程中，她參與了「三一原型協談工作坊」等培訓。其中「馬車圖」的概念對她影響深遠，讓她明白人的「靈」必須是健康的，才能駕馭生命這輛馬車。這些訓練也讓她對死亡有了新的看法，體會到死亡並非老人家的專利，而是隨時存在於生活周遭，進而學習在苦難中如何應對並安頓自己。

4.持續服務的核心：彼此陪伴 名華姐現在認為，在世上服務的精髓在於「彼此陪伴」。她覺得生命在陪伴他人與被陪伴的過程中會變得更加豐足，並能藉此照亮彼此在生命旅途上的道路。

醫療陪伴中的心路歷程，強調其基督信仰如何成為支持他人與面對苦難的力量。分享在讀書會中藉由前輩的經驗與聖經詩篇，強化內在靈性以應對服事中的軟弱。在與臨終者互動時，她認為「陪伴」是核心價值，透過深入理解對方的焦

慮與情緒，提供最適切的心理支持。對於不同背景的病患，她主張先尊重其宗教信仰，並以同理心引導對方表達痛苦。面對死亡，她展現出因信仰而生的平安，將離別視為未來再次相遇的暫時過程。這段對話深刻呈現了靈性關懷在專業服事與個人生命韌性中的關鍵角色。

在陪伴臨終病患時，透過理解其信仰背景來減輕焦慮是一個核心的關懷策略。根據來源文件，這可以從以下幾個層面達成：

- 1.依據病患的信仰現況進行對話： 關懷者應主動了解病患「信什麼」，並根據其具體的信仰狀況來與其交談，而非強加自己的信仰觀點。這種量身打造的對話方式能讓病患在熟悉的精神框架下感到被理解。
- 2.引導病患表達焦慮： 透過理解背景，關懷者可以進一步讓病患講出他內心真正焦慮的事情。當病患能夠在符合其價值觀的語境下釋放恐懼，焦慮感往往能得到緩解。
- 3.優先處理感受與情緒，而非宗教教義： 在面對非同信仰的病患時，不應馬上使用宗教術語或聖經內容。理解病患正在經歷的「心痛」或痛苦感受是首要任務；從對方的感受與情緒出發，建立更深層的信任連結，進而減輕其面對未知(死亡)焦慮。

*當病友拒絕宗教話題時，關懷工作並不會因此停止。其觀點為：

- 1.將信仰化為「愛與行動」：提到，關懷者心中強大的信仰核心可以轉化為「愛與陪伴」的動力。這意味著關懷者不一定要口頭傳教，而是透過具體的關懷行動，在病友的痛苦中陪伴他，以無聲的愛來落實關懷。

2.展現靈性的韌性：就像最近教會小組讀書會中討論到德蕾莎修女在面對黑暗與軟弱時，是靠著內在的力量。關懷者可以展現出這種穩定的力量與幽默感，透過自身的生命狀態來感染病友，而非透過言語說教。

3.接納服侍中的軟弱與真實：德蕾莎修女的經驗讓服侍者明白，即使是像她這樣偉大的奉獻者，也會經歷內心的「黑夜」與軟弱。這啟發服侍者不需要強求自己隨時都要處於快樂或高昂的狀態，因為服侍並不總是充滿喜樂，也會有個人感到匱乏與需要的時刻。

總結來說，減輕焦慮的關鍵在於「先理解、後對話」，從情緒切入並尊重病患的信仰主體性，以長期的陪伴作為支持的基礎

從靈性團體讀書會中，從德蕾莎修女的「黑夜」經驗對於服事者的靈性成長具有深刻的啟發，主要體現在志工團體分享中之面向：

1.運用團體的支持系統：透過參與讀書會或團體，與其他志工夥伴彼此扶持與幫助。在團體中分享被拒絕的經驗，並藉由共讀（如閱讀德蕾莎修女的經驗）來強化自己的靈性，發現自己並不孤單。這種集體的反思與分享，能有效地強化個人的靈性，讓服侍者看見如何在困境中持續成長。

2.回歸「陪伴」的初衷：來源強調「陪伴」本身就是最重要的事。即使話題被拒絕，或是無法立即帶給對方信仰上的觸動，您依然可以選擇安靜地守候，將重心放在理解對方的「心痛」與焦慮上，而非急著達成某種溝通目標，若沒有這種神聖的支撐，人很難獨自承擔長久且艱辛的服侍工作。

德蕾莎修女的經驗啟發服事者：靈性成長並非追求完美的喜樂，而是在黑暗與軟弱中，體驗被神扶持並與夥伴同行，進而產生持續服務的韌性。

*在醫院陪伴過程中，有哪些令人深刻的關鍵事件？

- 1.病患生命態度的轉變：最常發生的觸動事件是，原本不認識神的病患，在陪伴與禱告的過程中，慢慢開始認識並接近神。
- 2.面對拒絕的經驗：在服事過程中，並非總是順利，也存在著被病患或家屬拒絕的經驗。
- 3.個人喪親經驗的轉化：名華姐分享了自己女兒過世的深刻經歷。當時透過聖經《詩篇》獲極大幫助，這讓她在面對其他病患的死亡時，能帶著「不久後會再相見」的盼望，將這份信仰力量化為陪伴的動力。
- 4.深入理解病患的「喪慟」：關鍵的互動往往發生在陪伴者引導病患講出內心的焦慮時。透過理解病患正在經歷的失落與焦慮情緒，而非急著用宗教教義回答，這種深層的情緒連結是陪伴過程中的重要時刻。

這些深刻事件涵蓋了病患的信仰啟蒙、陪伴者自身的生命淬鍊，以及在痛苦中建立的真實情感連結。

*名華姐如何透過「詩篇」的力量來獲得喪親後的安慰？根據來源中的分享，可以從以下幾個層面來理解與實踐：

- 1.建立「再相見」的盼望：來源中的分享者提到，在面對女兒過世的極大痛苦時，詩篇給予了她極大的力量。這種安慰的核心在於讓人深信死亡並非終點，而是「不久後會再相見」的暫時分離，這種盼望能讓喪親者在面對死亡的恐懼與悲傷時，擁有一種超越當下痛苦的視野。
- 2.體驗被「接住」的力量：在經歷喪親的靈魂「黑夜」時，人往往感到軟弱無力。來源指出，信仰（神）能在這種時刻「接住」人，讓喪親者不至於崩潰，並能有

力量繼續往前走。詩篇的經文往往能成為這種神聖支撐的來源，幫助人在黑暗中站穩。

3.轉化哀慟為陪伴的動力：透過詩篇獲得安慰後，這份力量可以轉化為一種核心信仰，使人更有能力去愛與陪伴其他正在受苦的人。這種從受助者轉變為助人者的過程，本身也是一種深層的靈性醫治。

4.在群體中強化靈性支持：透過像讀書會這樣的團體，與他人一同分享對經文的體悟，可以達到彼此扶持與幫助的效果。這種集體性的支持能強化個人的靈性，讓安慰的力量更加持久。

*當病患與家屬宗教立場不同，關懷者應如何拿捏？

提到在醫院關懷的實務中，若病患與家屬的宗教立場不一致，關懷者的角色並非調解教義分歧，而是回歸到「以人為本」的陪伴。整理可以從以下幾個原則來拿捏：

1.以病患的主體信仰為優先：關懷者應優先了解病患本人「信什麼」，並依據病患個人的信仰現況來與其對話。這意味著關懷者需要展現靈活度，尊重病患個人的精神託付。

2.優先處理情感而非教義：當面對複雜的信仰背景或立場衝突時，不應馬上使用宗教術語或聖經內容來回答。關懷者應將焦點放在病患與家屬正在經歷的感受上。處理這層共同的人性痛苦，往往能超越宗教立場的差異。

3.引導病患表達個人焦慮：無論家屬的信仰為何，關懷者應創造空間讓病患講出他內心真正焦慮的事情。這能確保病患的心理需求得到重視，而不會在家族的宗教立場中被忽視。

4.將「陪伴」作為跨越分歧的橋樑：在立場不同時，關懷者不需急於在言語上達成共識，而是透過無聲的守候，在病患痛苦時與他同在，以「愛與陪伴」的行動來落實關懷。

5.內化信仰，外化關懷：關懷者可以擁有自己強大的核心信仰（例如基督信仰中「天家再相見」的盼望），但這份信仰應轉化為內在的穩定力量與對人的愛，而非對外施加的教條。當關懷者能被神的力量「拖住」而保持情緒穩定與幽默感時，自然能成為病患與家屬之間的安撫力量。

拿捏的關鍵在於「淡化宗教標籤，強化情緒陪伴」。透過理解病患的感受、傾聽其焦慮，並以穩定的同在感來服務，就能在不同信仰立場的夾縫中提供最實質的支持。

*在面對生命末期時，靈性關懷如何幫助病患與家屬尋得內心的平安？

志工分享其女兒透過基督信仰克服對死亡的恐懼，並說明這種關懷經驗如何轉化她對苦難與生命意義的看法。她強調從原本試圖「靠自己」掌控局面，轉向交託信仰後，生命才得以獲得真正的放鬆與解脫。此外，這段對話也提到靈性服務能深化個人信仰，並讓人體會到活在當下及減少遺憾的重要性。最後，她認為一名優秀的靈性關懷志工應具備愛心、溫柔與持續性，而非僅是專業能力的堆疊。這份文本深刻描繪了在病痛磨難中，如何藉由靈性引導將苦難轉化為生命的祝福與成長。

*在靈性關懷中如何引導臨終病人面對未知的恐懼？

臨終病人常因不知死後會去哪裡而感到極度不安與恐懼，甚至導致失眠。以自己的女兒為例，看到女兒常在半夜喊著「媽媽！媽媽！」的心痛。為了消除女

兒的不安，請教醫院的院牧，就開始讀「詩篇」及聖經金句給女兒聽，並加深其信仰。（女兒在疾病終於醫院受洗歸主，當時名華姐並未信主）

1. 透過信仰建立「未知的確定感」

(1)確認信仰核心： 關懷者可以詢問病人的信仰。例如，在來源的案例中，關懷師詢問病人「相信什麼」，並針對基督徒病人引用聖經話語（如：耶穌是道路、真理、生命），說明耶穌已為其預備了地方，並會來接引他。

(2)消除去向的焦慮： 當病人明確知道自己「以後要去哪裡」並相信會回到神的身邊時，內心就能得到極大的平安與放鬆。

2. 引導「交出主權」與心靈釋放：面對無法掌控的生命終點，引導病人放下「靠自己解決問題」的執著至關重要。

(1)學習交託： 許多人習慣靠自己努力去尋找各種方法，但當發現無能為力時，若能學習「交出主權」，將生命交託給神，後續的人生會感到輕鬆許多。

(2)眼光的轉化： 透過這樣的歷程，病人能從原本拒絕或疑惑苦難，轉變為順服與接受，從而打開新的生命眼光。

3. 鼓勵「活在當下」以減少遺憾：轉移病人對未知的焦慮，讓其將注意力放回當前的生命價值。

(1)把握現在： 引導病人每天都要過得快樂，並活在當下。

(2)實現願望： 鼓勵病人去做想做的事、實現未竟的願望，盡量減少生命中的遺憾。

4. 重新詮釋苦難的意義：引導病人看見苦難背後的正面價值，可以幫助其轉化恐懼。讓病人理解，雖然世界充滿苦難，但每個苦難都可能帶來不一樣的生命祝福與學習，是生命成長的必經過程。

5. 關懷者應具備的特質

在引導過程中，關懷者的陪伴方式本身就是一種安慰。

(1)愛與溫柔：一個好的靈性關懷者不需要具備非常高超的能力，但必須擁有愛心、溫柔以及持之以恆的陪伴。

(2)彼此關心：讓病人感受到人與人之間深切的幫助與關懷，能緩解其在面對未知時的孤單感。

*若病人沒有特定信仰該如何引導？

根據其分享，雖然許多引導方式涉及特定信仰，但其核心理念與關懷方式仍可轉化為針對無特定信仰病人的引導方向：

1.引導「活在當下」並減少遺憾：無論是否有信仰，靈性關懷的核心在於幫助病人尋找生命的意義。來源建議引導病人學習「活在當下」，並鼓勵他們及時去做想做的事、實現心裡的願望，目標是盡可能減少生命中的遺憾。

2.重新詮釋「苦難」與「成長」：可以協助病人看見困境中的正面價值。指出，生命往往需要經過苦難才能成長，每個苦難都可能帶來「不一樣生命的祝福」與學習。引導病人將焦點從痛苦轉移到這段歷程對自己或家人的生命意義，有助於他們從拒絕轉向順服與接受。

3.學習「放下執著」與「交出主權」：提到，許多人習慣「靠自己」尋求每一種方法來解決問題，這會導致極大的壓力和疲憊。關懷者可以引導病人覺察到生命

中有些事是人力無法掌控的，學習「交出主權」（即使不代表交給神，也可以是心理上對命運或自然律的交託），這能讓病人後續的心理壓力感到輕鬆許多。

4.建立「彼此關懷」的連結感：對於沒有信仰支持的人，人與人之間的相互支持與關心就是最強大的平安來源。關懷者應具備愛、溫柔與持續性的陪伴，這些特質本身比專業能力更重要。透過這種深層的連結，可以緩解病人在面對未知時的焦慮與不安。

5.處理「未知」帶來的不安：來源觀察到病人常因不知「死後要去哪裡」而感到極度不安，甚至引發失眠。針對無信仰者，雖然無法引用教義，但仍可藉由精神層面的關懷，協助其整理生命觀，尋找一個能讓其內心感到「放心」的解釋或心理歸宿。即使病人沒有特定信仰，關懷者仍可透過提供溫柔的陪伴、引導病人放下控制欲、鼓勵實現願望，以及賦予苦難正面的生命意義來穩定病人的靈性狀態。

陪伴者的「交託主」狀態是一個需要耐心與覺察的過程。明華分享以透過以下幾個步驟來引導：

1. 溫柔地協助病人「覺察」本性

指出，人往往會「本性難移」，在遇到問題時反射性地認為「自己都行」，並急著想用自己的方法去處理。

引導方式：關懷者可以用愛與溫柔的態度，幫助病人覺察到自己正處於「試圖靠自己解決一切」的緊繃狀態。不需要責備這種反應，而是將其視為一種自然的心理慣性。

2. 重新檢視「掌控」帶來的負荷：當病人陷入掌控的循環時，往往會感到疲憊。

引導方式：讓病人回想之前願意「交出主權」後的感受。來源提到，當一個人不再堅持每樣事都要自己做時，「後面的人生才輕鬆」。透過對比「掌控的沉重」與「交託的輕鬆」，引導病人重新選擇放手。

3. 承認「人的有限」並尋求幫助

引導方式：鼓勵病人承認目前的無力感，這並非失敗，而是轉向更高力量（如：上帝或信仰）尋求幫助的契機。對於有信仰者，可以再次引用如「耶穌已預備好地方」等話語來建立放心的確定感。

4. 透過反覆練習來「克服自己」：「交託」並非一蹴而就，而是一個反覆磨練的歷程。

引導方式：告訴病人，這種反覆是正常的。來源強調，經歷越多這類事情，就會越知道「怎麼克服自己」。每一次的再次掌控，其實都是一次學習如何更深交託的機會。

5. 關懷者提供「持續性的陪伴」：在病人掙扎於掌控與交託之間時，關懷者的角色至關重要。

引導方式：靈性關懷志工應具備「持續性」的特質。即便病人反覆試圖掌控，關懷者仍應以持之以恆的陪伴，給予病人足夠的安全感，讓他們在感到安全時，願意再次放下主權，接受生命中「特別的祝福」。

除了言語上的引導與勸慰，增加病人安全感的方式還包括以下幾個非語言的層面：

1. 展現特定的關懷人格特質

強調，關懷者的能力不需要很多，但其人格特質對於建立病人的安全感至關重要：

(1)愛與溫柔： 帶著「愛」並以「溫柔」的態度陪伴病人。這種溫暖的態度能讓處於不安與恐懼中的病人感受到被接納，進而放鬆身心。

(2)持續性的陪伴： 「持續性」是靈性志工極為重要的特質。不間斷、穩定的陪伴能建立深厚的信任感，讓病人知道自己不會在面對死亡的過程中被遺棄。

2. 建立「彼此關懷」的連結感

在苦難的生命歷程中，人與人之間的實質連結能產生強大的安全感。提到，世界充滿苦難，因此每個人都非常需要「彼此的幫助」與「關心」。這種人際間的溫情支持，能成為病人對抗未知恐懼的力量。

3. 協助病人實踐願望以「減少遺憾」

安全感有時來自於對生命掌握感的轉化。透過具體的行動協助病人：

(1)實現願望： 鼓勵並協助病人去實現心裡的願望、去做想做的事。

(2)減少遺憾： 當病人能盡量減少生命中的遺憾時，心靈會趨於平靜，對死亡的恐懼也會隨之降低。

4. 營造「活在當下」的生命體驗，引導病人將焦點從恐懼的未來拉回到現在：

協助病人過好每一天，讓他們學習「活在當下」。這種專注於目前的生命態度，能有效緩解對未來「要去哪裡」的不安，體會當下的快樂。

5. 協助減輕「掌控一切」的心理負擔，引導病人體驗到放手後的輕鬆：

幫助病人意識到不需要「每一樣都一定要自己去做」。當病人學會不再靠自己苦撐，而是願意接受幫助或交出主權時，其內心會感到顯著的「輕鬆」，這種心理上的釋壓也是安全感的來源之一。

靈性關懷志工應具備的核心素養，強調同理心、耐心與長期陪伴的堅持。受訪者指出，除了基礎的傾聽能力，志工還需具備敏銳的覺察力，以便與被照顧者建立深厚的信任關係。在自我反思的部分，受訪者認為自己在對話引導上仍有進步空間，希望能學習更精確的詞彙來協助對方表達內心需求。面對溝通困境時，如何透過有效的言語技巧提供心靈支持，是志工持續成長的重要課題。這份資料簡潔地勾勒出專業關懷者在實務中所需具備的人格特質與專業技能。

對於志工而言，如何加強話語的引導能力、在對話中適切地引出對方的需求，往往是需要持續成長與加強的專業面向。

*在與癌患對話時常會遇到哪些引導困境？

- 1.用詞的精準度與委婉度：在引導過程中，志工常面臨如何選擇適切的詞彙，既能精確地引導對話，又不會顯得過於直接或唐突，這需要高度的語言技巧。
- 2.話語引導能力的不足：志工可能會感到自己的「話語力量」不夠，難以透過對話有效地發揮引導作用。
- 3.難以引發對方說出真實需求：最核心的挑戰在於如何運用適當的引導方式，讓被照顧者願意並能夠主動說出內心深處的真正需求。

這些困境反映出靈性關懷志工在具備了愛心與陪伴特質後，仍需在專業對話技巧上持續學習與成長。

深度訪談3：慧英（化名）

這段訪談紀錄了慧英擔任靈性關懷志工的心路歷程，詳述她如何從物理治療的專業背景退休後轉向投入安寧病房的陪伴服務。她分享了親友離世的經驗如何促使她加入志工行列，並在醫院服務超過十年，致力於緩解病患對死亡的焦慮。

透過多次參與三一原型基礎工作坊與失落與死亡教育培訓，她體會到生命修復與「清創」的醫治過程，使她從單純的同情者轉變為傳遞上帝愛的「導管」。慧英也強調了團體支持的重要性，認為在分享彼此受傷與復原的故事中，能重新找回生命的原型快樂與永恆盼望。這份服務不僅是她對他人的付出，更是在彼此關懷的關係中獲得深層的自我療癒與生命建造。

*靈性關懷志工在陪伴臨終病患時，如何處理對方的恐懼與焦慮？

根據訪談內容，靈性關懷志工在面對臨終病患的恐懼與焦慮時，主要透過以下幾個方式來陪伴與處理：

- 1.提供傾聽與高品質的陪伴：病患在生命最後的階段，往往有許多的需要，而最核心的需求之一就是「需要有一個人能夠聽他們說話」。志工透過建立彼此的關係，進行「愛的交流」，讓病患感受到被照顧。
- 2.創造被接納的環境：志工接受的訓練，如三一原型靈性團體，強調在一個「很被接納的環境」中，溫柔地打開生命的故事。這種被接納的感覺能讓病患在面對死亡的巨大焦慮時，感受到平靜與安穩。
- 3.靈性的「清創」與更新：來源中提到一個深刻的比喻，志工的陪伴就像是為燒燙傷病人進行「清創」，將生命中受傷或死去的組織（心理或靈性的創傷）清除，讓新的組織、新的生命能夠重新生長。這種過程雖然辛苦，但能帶來復原的力量。
- 4.成為傳遞平安的「管道」：志工在陪伴時，不只是依靠自己的同理心，而是將自己定位為一個「導管」。當志工自身的生命先被醫治、被神觸摸後，就能更自然地將這份愛與平安流向病患。

5.分享「永恆的盼望」：對於對死亡有極大焦慮的病患，志工雖然不一定是在傳福音，但會希望能分享一種「永恆的盼望」。透過看見神在病患軟弱處的動工，幫助他們在愛中平靜地回到天家，化解對未知的恐懼。

志工並非單純運用技巧，而是透過深度的傾聽、生命的連結以及靈性的支撐，幫助臨終者在焦慮中找到安身立命的力量。

志工提到的「三一原型靈性關懷」具體包含哪些內容？以下幾個核心內容與特質：

1.視角：從「神人之間」看見需要：這套照顧模式的核心是從神與人之間的關係出發，去察覺並看見人的真實需要。

2.過程：溫柔的生命「清創」：志工將此過程比喻為燒燙傷病人的「清創」工作，即清除生命中死去的組織(心理或靈性的創傷)，讓新的生命組織能夠重新生長。這並非粗暴的挖掘，而是在一個「很被接納的環境」中，溫柔地打開生命故事。

3.起點：自我認識

治療與醫治是從「認識被造的形像樣式」以及「原型快樂」開始的。這意味著幫助人回到神起初創造人的原始樣貌，從中找回純粹的喜樂與盼望。

4.實踐：受傷者的彼此團體分享：參與者體認到彼此都是「受傷的人」，透過在團體中分享神如何醫治與復原自己的生命故事，達到彼此鼓勵與聽審的效果。志工本身也需先經歷被醫治的過程，從單純的同理心轉變為一個傳遞愛與平安的「導管」。

三一原型靈性陪伴不只是一套技巧，更是一種透過接納、清創、認識受造原型與團體分享，引導生命走向復原與更新的靈性工程。

*在「三一原型靈性團體」中分享生命故事有什麼具體影響？

- 1.看見生命復原的可能性：在團體中，成員們體認到大家都是「受傷的人」，建立「受傷者」的共感與認同，表示團體成員體認到在這個年紀，若能認傷，當帶著這份共同的軟弱相聚時，就形成了一個沒有審判、彼此平等的基礎，讓分享變得自然且安全。透過分享神如何「復原」（restore）每個人的生命，參與者能從中看見新的生命組織如何重新生長。
- 2.獲得彼此的鼓勵與得著：當聽見其他夥伴分享各自的困難以及神在其中的工作時，參與者會感到被鼓勵，並從中有所得著。
- 3.經歷「被傾聽」的療癒感：分享的過程也是一個被傾聽的過程，這滿足了人內心深處渴望被理解的需要。
- 4.從同理心轉化為傳遞平安的「管道」：透過分享與醫治，志工發現自己不再只是依靠個人的同理心，而是能讓自己成為一個「導管」，將從神而來的愛與平安傳遞給他人。

在醫院陪伴病患的心路歷程與自我成長。受訪者分享了如何透過傾聽與身體接觸為臨終或受苦者提供心理支持，並強調建立信任關係是關懷工作的核心。他在服務中體悟到放下自我的重要性，從憑藉個人能力轉變為全然信靠神的帶領，學會活在當下並珍惜每次相遇。亦反思志工應具備敏銳的覺察力與勇氣，在有限的時間內傳遞愛與信仰的平安。最終，他表達了對提升表達能力的期待，渴望更精準地引導病患修復生命關係並獲得靈性療癒。

透過安靜聆聽來接住病患的情緒，是一項核心的靈性關懷工作。這不僅僅是「不說話」，而是一種深層的陪伴與同在。以下是透過聆聽接住情緒的具體方式：

1.建立安全感與空間：志工需成為一位「願意的聆聽者」，具備「能聽的耳朵」。透過細心聆聽，讓病患感到安全，從而願意將心中的話說出來。這種聆聽能讓受苦者感到安心，無論他們表達的是正面或負面的情緒。

2.創造親近的「同在感」：聆聽時，適當的肢體語言能強化情緒的連結。例如，透過坐下來與病患靠近、肢體接觸（如握手、擁抱），來傳達一種「同在」的訊息。這種「同在」能讓病患在分享悲慘故事或表達痛苦時，感受到被愛與支持。

3.以病患為中心，減少自我的表現：聆聽的關鍵在於減少自己的話語，「少說話」並以病患為中心。這意味著放下自己的血氣、經驗或預設目標，純粹地讓對方的生命故事流淌。

4.活在當下並具備包容心：聆聽者應練習活在當下（此時此刻），對周遭的人保持好奇心與包容心。當志工能完全接納病患的狀態，不急於教導或改變對方，就能更敏銳地捕捉到病患的情緒轉折點。此時，慧英姐沈默流淚，筆者跟著沈默後，問及『此刻的眼淚在對你說什麼？』慧英姐激動著說：『我心中充滿感恩，這是感恩的淚水！』

5.靈性準備與交託：在聆聽之前透過禱告來預備自己，將自己縮小、讓神掌權，能使聆聽過程更自然地展現出信仰的生命力，幫助病患在痛苦中找到盼望。

慧英姐表示透過這種細心的聆聽與陪伴，病患有時甚至會因為專注於分享與交流，而暫時忘記生理上的不適（如喘不過氣），並在生命交流中獲得療癒。

*如何透過肢體接觸傳遞同在感？透過肢體接觸（如握手、擁抱）傳遞「同在感」，是靈性關懷中將抽象的愛轉化為具體行動的重要方式。

1.將愛轉化為具體行動：當面對病患的痛苦或死亡時，志工透過握住對方的手或擁抱，將心中小小的愛轉化為行動。這種肢體接觸被視為一種「同在的表達」，能讓病患在痛苦中感受到支持。

2.縮短空間距離以建立連結：透過親近的姿態能引發病患的信任，讓他們願意分享內心深處的故事，有時甚至能讓病患因專注於交流而暫時忘記身體的不適（如喘不過氣）。

3.提供安全感與「托住」的力量：透過肢體與心靈的互動，志工能帶給病患安全感，並產生一種將對方「穩住」的力量，讓病患覺得自己被接納，進而願意把心裡的話說出來。

4.結合靈性的陪伴：在肢體接觸的同時，常會配合溫柔的話語，例如邀請病患一起「跟天上的爸爸（神）說一說」。這種方式將人的同在與神的同在連結在一起，為病患提供更深層的靈性安慰。

5.建立信任的默契：對於某些不願言語的病患，長期的探視、問候與適時的肢體互動（如點頭、微笑）能建立起一種默契，讓病患在沉默中也能感受到被關懷與同在的喜悅。

握手或擁抱不僅是動作，更是一種無聲的語言，在病患最脆弱、最痛苦的時刻，傳達出「我就在這裡陪著你」的深刻訊息。

*在聆聽時如何覺察病患靈性或魂的狀態？

在聆聽過程中覺察病患「靈」或「魂」的狀態，是一項需要高度敏銳度與靈性預備的挑戰。根據來源，以下是幾種具體的覺察方式與觀點：

- 1.區分體、魂、靈的層次： 志工提到，相對於身體（體）的痛苦，魂與靈的狀態較為深層且不易立即辨識。覺察這兩者的狀態需要一種深度的「覺察力」，需透過持續的學習與實踐，練習去分辨哪些訊息屬於情緒、思想層面（魂），哪些屬於生命意義與神性連結層面（靈）。
- 2.關注關係與生命遺憾： 覺察靈性狀態的核心在於觀察病患的「關係」。靈性關懷涉及關係的修復、愛的表達、或是對過往遺憾的釋懷。透過聆聽，覺察病患是否在談話中流露出對某人的遺憾，或是否有渴望與自己、他人甚至與神和好的需求。
- 3.敏銳捕捉情緒與身體的連結： 病患的身體徵狀有時反映了魂的狀態。例如，一位病患原本因焦慮而感到極度呼吸困難（喘），但在專注於分享心裡的故事十幾分鐘後，呼吸變得平順。這種從生理不適到情緒平穩的轉變，是覺察病患魂（心理/情緒）狀態被接住的重要指標。
- 4.透過「默契」與「微小反應」覺察： 對於不願或無法言語的病患，覺察力來自於長期的陪伴所建立的「默契」。觀察病患的笑容、點頭或眼神，能反映出他們靈魂深處是否感受到喜悅或被安慰。
- 5.抓住「當下」的敏銳度： 在當下，才能對周遭的人產生好奇心與包容心。只有當關懷者不急於未來、不沈溺過去時，才能更精準地「抓到那個點」，捕捉到病患在談話中閃過的靈性需求。
- 6.靈性直覺與勇敢的嘗試： 覺察也需要一種「勇敏」——在機會出現時敏銳且勇敢地回應。有時這種覺察來自於靈裡的互動，關懷者透過先前的禱告，「祂必興旺，我必衰微」讓自己微小，讓神掌權，從而在互動中自然地感知到病患靈魂的渴求，並適時給予引導或一同禱告。

*如何邀請病患一起向神禱告以尋求平安？

邀請病患透過禱告尋求平安，是將靈性關懷轉化為具體行動的重要方式。志工分享邀請與引導病患禱告的具體步驟與建議：

- 1.關懷者的靈性預備：在進入病房前，志工會先透過禱告預備自己，祈求神帶領，並求神給予一個能與病患進行靈性或靈魂互動的機會。
- 2.建立「同在感」與信任：在邀請禱告前，先透過肢體接觸與專注的聆聽來建立連結。當志工表達出這種「同在」時，能讓病患感到安全，進而願意敞開心門。
- 3.自然且溫馨的邀請口吻：邀請時不需要使用深奧的術語。
- 4.引導病患認識禱告對象：在開始禱告前，可以簡單介紹神。例如，告訴病患我們是向那位「創造天地萬物、創造你我也什麼都知道的神」來禱告。
- 5.敏銳捕捉「唯一的機會」：由於在醫院中每一次見面都可能是最後一次，特別是安寧病房，志工強調要具備敏銳度與勇氣，當感受到病患有意靈性需求時，不猶豫地發出與至高者連結的邀請。
- 6.專注於當下的連結：禱告不僅是說話，更是引導病患活在當下。例如，引導病患感受周圍的美好（如窗外的樹木、空氣），讓他們在當下經利神所賜的盼望與平安。
- 7.交託與放下預設：志工建議放下「一定要教導對方什麼」的壓力，而是將自己所依靠的上帝自然地分享出去。即便病患不完全理解宗教術語，這種生命的交流與交託本身就具備強大的療癒力。

透過這種自然且充滿愛的邀請，病患能感受到被理解與支持，進而從中獲得心靈的平安。

*除了禱告，還有哪些方式能協助病患修復生命關係？

除了禱告之外，根據來源，協助病患修復生命關係（包含與他人、與自己以及與神）的核心具體的方式：

1.鼓勵愛的表達與遺憾的處理：靈性關懷的重要部分是處理「關係」。這包括鼓勵病患進行愛的表達，或是去面對生命中的遺憾。透過對話，協助病患思考如何與他人、甚至與自己進行關係的癒合與修復。

2.以病患為中心的陪伴：放下自己的血氣與預設目標，純粹地讓病患成為中心。在這種不具壓力、自然的生命交流中，病患能更自在地處理內在的關係衝突。

3.建立長期的「默契」：透過一次又一次的問安與陪伴，與病患建立一種信任的默契。即使病患不願言語，簡單的點頭或微笑也能傳達關懷，讓病患感受到在關係中是被看重與被喜悅的。

總結來說，修復生命關係不一定要透過言語教導，更多是透過深度的聆聽、溫暖的觸摸以及引導病患活在當下，讓愛在關係中重新流動。

對於不願說話的病患，建立長期陪伴的默契需要時間與耐心的累積，並將重點從「言語溝通」轉向「心靈與行為的連結」。其具體的做法：

1.「一次又一次」的持續探視：建立關係與默契的基礎在於頻率與堅持。志工分享，即便病患因為虛弱或心情不佳而不願說話，透過「一次一次一次」的問安與陪伴，就能逐漸建立起一種特殊的默契。

2.重視非語言的互動：在長期陪伴中，默契往往體現在微小的動作上。例如，病患雖然不說話，但會透過「點頭」來回應志工的問候，或是在見面時展露「笑容」。這些正向的反應，本身就是生命交流中令人感動的喜悅。

3.營造安全感與「穩定」的力量： 志工需成為一位「願意的聆聽者」，具備「能聽的耳朵」。對於沈默的病患，這種陪伴能提供一種安全感，這比說很多話更能讓對方感到安心。

4.「有關係，就沒關係」： 志工強調，靈性關懷中「關係的建立」最為重要。當長期的陪伴轉化為深厚的信任關係時，即使處於無聲的狀態，病患也能感受到被接納與包容，這種心靈上的連結即是默契的最高境界。

總結來說，對待不願說話的病患，建立默契的關鍵不在於如何「打開對方的話匣子」，而是透過持續且高品質的安靜陪伴，讓病患在沈默中也能感受到被愛與尊重。

*一位好的靈性關懷志工需要什麼特質？

1.具備「能聽的耳朵」與願意的心：擁有一雙能仔細聽進對方心聲的耳朵，並有一顆願意付出、陪伴在側的心。

2.「穩住」情緒的包容力： 求神賜下恩典，讓志工能夠「接住」病患或家屬的情緒，無論那些情緒是正面的還是負面的。這需要透過聆聽建立安全感，讓對方感到被「拖住」，進而願意分享內心的話。

3.建立關係的耐心與堅持： 靈性關懷極度重視「關係的建立」，這需要透過「一次又一次」的探視、問候與陪伴來達成。建立了深厚的信任關係後，關懷工作才能更深入。

4.「主增我減」的謙卑態度： 志工體會到應實踐「我要減少，主要增加」的原則。這意味著放下憑藉自身經驗或「血氣」做事的習慣，縮小自我，將病患當作中心，並學會放手交託給神。

5.活在當下的覺察力：好的志工應練習「活在現在（此時此刻）」，不匆忙完成任務，而是去體現當下的陪伴。這種狀態能讓人產生更多的包容與接納感。

6.具備辨識「靈、魂、體」的敏銳度：志工認為需要具備一種「覺察力」，去分辨病患目前的狀態是屬於身體的（體）、情緒思想的（魂），還是生命意義連結的（靈）層次。

7.把握機會的「勇敏」：由於臨床現場常面臨「唯一的機會」，志工必須勇敢且敏銳，在適當的時機「不要怕」，該說的話（如邀請禱告）就勇敢說出口。

8.良好的表達與引導能力：雖然志工自認這方面仍需成長，但她認為能敏銳地「抓到要點」並進行生命引導（如像牧師一樣），是提供高品質靈性關懷的重要能力。

深度訪談 4：碧月（化名）

這份訪談紀錄描述了一位擁有 13 年經驗的靈性關懷志工，分享她投身病患陪伴與心靈支持的心路歷程。受訪者最初因女兒住院時受到陌生人幫助而深受感動，決定以信仰與上帝的愛為動力，回饋社會並陪伴身處病痛黑暗中的人。透過專業的三一原型培訓與心理神學進修，她學會如何運用「甚好的眼光」觀察病患，從認識靈的五大功能藉由音樂、傾聽與生命故事的分享，幫助患者在痛苦中重新發現生命力量。她深刻體認到，苦難不僅是生命的淬鍊與轉機，更讓她對死亡消除了恐懼。雖然已具備豐富經驗，她仍謙卑地表示需持續精進深度同理與自我覺察的能力，以更敏銳地感知他人需求。這段服務經歷不僅讓她看見聖靈的動工，也讓她的自我生命與信仰在陪伴他人的過程中獲得了雙向的成長與祝福。

根據訪談內容，「三一原型」培訓在靈性關懷中強化了志工內在的靈之深度，涵蓋自我成長、苦難認知的轉化以及實際陪伴技巧的提升：

- 1.深化自我認識與自信： 志工提到透過培訓，能重新認識到「上帝眼中的我」是什麼樣子，這對於提升志工的自信心有很大幫助，並讓志工願意重新檢視自己。
- 2.轉化對苦難與死亡的認知： 培訓幫助志工重新理解苦難。苦難不再只是恐懼的來源，而被視為一個轉機或契機，引領生命進入更高層次的認知，並讓志工能跨越對死亡的恐懼。志工學會看見苦難背後的意義，將其視為與主連結的歷練。
- 3.培養「甚好」的觀察眼光： 培訓教導志工用「甚好」的眼光去看待病人。這有助於志工在陪伴過程中進行「重新架框」（Reframing），在病患的痛苦中發覺喜樂、祝福或恩典。
- 4.提升靈性敏銳度與覺察能力： 透過培訓中關於「後原型」等教導，志工學習如何分辨與覺察對方的狀況，這能加強志工的靈性敏銳度，使其能更精準地感知病患的需要。
- 5.實際的陪伴技巧： 志工學會不將對話重心一直放在病情上，而是學會轉移目標或話題，引導病患談論過去的成功、興趣或生命故事。此外，培訓也提到透過詩歌或談論病患感興趣的事物，可以喚起病患活潑的靈性，讓他們暫時忘卻身體的痛苦。
- 6.團體中的生命影響： 在靈性團體的課程中，志工透過彼此分享生命故事，在聖靈的帶領下達成「生命影響生命」的效果。這種互動幫助志工更了解原生家庭對自身的影響，並看見生命的突破與成長。

「三一原型」培訓不僅是專業知識的傳遞，更是一種生命素質的操練，幫助志工從神學與心理學整合的角度，成為一個能承接神愛並陪伴他人的器皿。

當志工面對無法言語或溝通困難的重症病患時，陪伴的核心在於「臨在」與「等候」。根據來源內容，志工在這種情況下主要採取以下幾種方式進行靈性關懷：

- 1.靜默的等候與陪伴： 當病患因病情或治療（如治療部位限制）而無法說話，且家屬情緒激動時，志工認為不需要強行切入對話。此時最重要的做法是「在旁邊陪伴」與「等候」，即便不能說什麼，單純的臨在就能讓家屬或病患感受到支持。
- 2.運用靈性敏銳度去感知： 志工強調「靈性敏銳度」在陪伴重症者時至關重要。志工常常會「蹲下來」去感受病患現在的狀態，透過觀察與覺察（而非言語溝通）來感知對方的需要，並判斷當下的狀況是否適合進行更深層的互動。
- 3.透過非語言媒介（如詩歌）觸動靈性： 志工提到靈性的興起不一定依賴對話。透過「為病患唱歌」或「播放詩歌」，可以觸動病患內在的靈性力量。即使病患身體痛苦或無法言語，音樂與詩歌仍能帶給他們安慰，甚至讓他們展現出活潑的靈性反應。
- 4.對家屬的同步關懷： 在病患無法溝通時，志工也會將關懷延伸至身旁的家屬。透過接納家屬的情緒，建立信任關係，等到合適的時機，家屬會主動開口分享心聲，這也是陪伴重症病患的重要環節。
- 5.依靠內在靈性的穩定： 陪伴重症病患對志工而言是高度挑戰，志工需要具備強健的靈性與成熟度，才不會被對方的負面情緒或病苦帶入低潮。透過與上帝的連結，志工人能以謙卑、愛與憐憫的心態持續守候在病患身邊。
- 6.建立穩固的內在連結： 深度同理的智慧也源於志工與上帝的關係。透過禱告與神的話語，志工人能獲得超越人為能力的靈敏度，並以無條件的愛與謙卑去接納被拒絕或負面的情緒，這份內在的穩定是深度同理的基礎。

面對無法溝通的病患，陪伴並非追求「說了什麼」，而是透過敏銳的感知、安靜的守候以及靈性的觸動。

在醫院陪伴的過程中，志工最深刻的經驗首推其服務初期的第一個案例「阿好姐」（化名）。這段經驗對志工而言極為深刻，主要體現在以下幾個面向：

1.靈性的觸動與轉化：當時志工剛開始服事，運用培訓中所學的「甚好」眼光去陪伴，驚訝地發現即便不需刻意做什麼，病患竟展現出極高的意願接納福音與關懷。透過為病患唱歌或談論她感興趣的話題（如家庭與孩子），病患原本因脊椎腫瘤而劇烈疼痛、無法坐臥的身體，竟然產生了力量，讓她能坐起來與志工一起唱詩歌，暫時忘卻身體的苦楚。

2.生命的韌性與平安：志工見證了病患在信仰中獲得的信心，讓她後來能康復到前往大陸探親。即便隨後病情轉移復發，志工在後續的居家訪視中，看見病患臉上依然掛著喜樂的表情，完全沒有面對死亡的恐懼，這讓志工深刻感受到上帝的恩典與憐憫。

3.對個人有限性的覺察：另一種深刻的經驗來自於對「無力感」的體認。志工提到有時會意識到自己無法單憑一己之力幫助患者跳脫痛苦，只能單純地在旁傾聽與陪伴，看著對方仍陷在問題中。這種經驗讓志工學會謙卑，並更加體會到深度同理與靈性敏銳度的重要性。

這些深刻的互動與生命故事，不僅讓志工看見了上帝在病房中的帶領，也加深了她對上帝的依靠與敬畏，並將這些經歷視為生命中珍貴的記號。

志工表示在陪伴過程中面臨無法幫助患者跳脫痛苦的無力感時，可以透過以下幾個面向來調適自我：

1.接納個人能力的有限性： 志工坦言有時會自覺「我不行」或「沒辦法幫助患者跳出他的痛苦」。在這種時刻，調適的第一步是承認自己無法單憑一己之力解決問題，並將角色轉向純粹的「聽眾」，在旁邊聽其訴說，即便對方仍陷在問題中也給予接納。

2.從「做什麼」轉向「臨在與等候」： 當病患處於極度痛苦或無法溝通的狀態，而志工自覺「沒辦法做什麼」時，最好的調適方式就是「等候陪伴」。不需要強行切入對話，而是靜靜地守候在旁，觀察適合談話的時機。

3.強化個人的靈性與內在力量： 志工強調，若自身的靈性不夠強健，情緒很容易被病患的負面狀態「帶下去」。因此，調適之道在於依靠上帝的力量與愛，去感病患的狀態，而不是孤軍奮戰。

4.回歸初衷並保持謙卑： 志工提醒自己參與服務並非因為自己多偉大或多能愛人，而是單純回應上帝的愛。這種謙卑的態度能減輕「必須治癒他人」的壓力，將自己定位為一個承接恩典的器皿。

5.持續的自我覺察與反省： 當陪伴的過程不如預期（例如說了不少不切實的話），志工會透過自我反省來調整心態。透過不斷地檢視自己的回應與心境，並在靈性團體中分享生命經驗，能幫助志工在無力感中看見成長的契機。

總而言之，面對無力感的調適核心在於「放手」與「信靠」，將焦點從自己的無能轉向對病患靈性的敏銳感知，並在靜默陪伴中等待聖靈的工作。

深度訪談 5：淑敏（化名）

這份訪談記錄描述了一位乳癌康復者投入靈性關懷志工的心路歷程，詳述她如何透過專業培訓轉化自身的病痛經驗來幫助他人。她分享了在培訓課程中的學習，使她能從生命根源尋找安穩的力量，並學會以同理心與聆聽取代過早的判斷，

進而成為病患與家屬間的溝通橋樑。文中強調了信仰與禱告在陪伴過程中的重要性，這些支持系統不僅消解了她對死亡的恐懼，也賦予其生命全新的意義。最後，她反思志工需具備情緒穩定性與心理邊界感，並展現出持續學習積極聆聽與自我覺察的成長動能。

靈性關懷志工透過自身的抗癌經驗，能以獨特的視角與病友建立深層的連結，並從多個面向提供鼓勵與支持：

1.作為「康復的榜樣」建立信心： 志工分享自己也曾是癌症病人，並在同一地點接受治療，且現在已恢復健康。這種「同為病人」的身分能讓病友產生強烈的信任感，讓他們相信自己也能像志工一樣順利完成治療並重獲健康。這種真實的見證能有效減輕病友對治療過程的恐懼、惶恐與不安。

2.運用深刻的同理心與「感同身受」： 志工深知治療過程中的痛苦（如「生不如死」的感覺），這是沒有經歷過的人難以體會的。當病友處於極大痛苦時，志工不會只說空洞的安慰話（如「我知道」），而是透過「默默地聽」並適時告知自己也曾經歷過，讓病友感受到被理解，而不是感到孤單。

3.以「聆聽」與「陪伴」取代過多言語： 志工從培訓中體會到，病友及其家屬來自不同的背景，每個人面對病痛的感受都不同。因此，志工會學習放下先入為主的判斷，減少發表過多個人意見，而是專注於「聆聽」，用同理心去體諒對方的處境。

4.充當病友與家屬間的溝通橋樑： 志工觀察到病友常因病痛脾氣不佳，而照顧者也因長期勞累而身心俱疲，導致關係緊張。志工會運用自身經驗以較緩和的語氣介入，協助化解緊張氣氛，引導雙方看見彼此的愛與付出，讓關係重新連結。

5.分享正向的生命態度與靈性平安： 志工將生病視為一個學習珍惜的過程，主張要「活得精彩、有尊嚴、有意義」，不留下遺憾。此外，志工也可能分享自己如

何透過信仰（如禱告）獲得內心的平靜與安全感，這份平穩的情緒也能進一步安定被關懷者的心靈。

總結來說，抗癌志工的核心力量在於「生命的分享」。他們不只是提供服務，更是將自己走過苦難的歷程轉化為力量，透過真實的陪伴讓病友看見希望。

志工參與的「三一原型」基礎工作坊及死亡焦慮與失落工作坊等，具體包含以下內容：

- 1.探索失落與死亡的根源：課程引導參與者去了解「為什麼會失落」，以及「死亡的焦慮」是來自於什麼樣的不安心。透過尋找到不安與失落感的根源，讓內心能更平靜地去面對這些議題。
- 2.原生家庭的溯源與分析：培訓中練習畫家族圖，強調從原生家庭的根源去找出問題。參與者學習去了解並分析自己內心的想法與看法，深入體會問題的根源在哪裡，進而從中得到釋放並尋找解決方法。
- 3.團體分享與多元背景的理解：透過「三一原型靈性團體」成員間的分享，志工能聽到來自不同環境、不同心境以及受過不同傷害的夥伴經歷。這有助於志工了解每個人的成長背景（如破碎或辛苦的過去）各不相同，進而學會站在對方的立場思考。
- 4.同理心與聆聽的實踐：培訓教導志工不要過快下決定或發表個人意見，而是學習用聆聽和同理心來體諒對方。這包括理解每個人在成長過程中可能受過的傷害，以及他們在面對困難時的限制。

5.建立專業的「邊界感」：課程中也強調了界限的重要性。志工學習在關懷時拿捏分寸，避免一味地將自己認為好的東西塞給對方，以防止彼此在關懷過程中受到傷害。

6.扮演關係的溝通橋樑：志工會運用培訓中習得的緩和語氣介入緊張的氣氛中。例如，當家屬因病友不願進食而爭吵時，志工能協助雙方看見彼此行為背後其實都是出於「關心與愛」，只是表達方式不佳，藉此引導家屬看見病友的付出，也讓病友感受到家屬的愛，重新建立關係的連結。

透過這些培訓內容，志工能更深刻地了解自己，並在陪伴病友時具備更平穩的心態與更專業的溝通能力。

信仰與禱告在志工面對死亡恐懼的轉化過程中，扮演了安定心靈與重塑生命意義的關鍵角色：

1.藉由禱告獲得內心的平靜與安全感：志工提到，透過禱告能讓心情變得更加平靜與安穩，減少原本的慌張、不安與恐懼。她感受到一種深層的安全感，相信上帝（神）會默默地看顧並幫助她，即使當下沒有立刻回應，她仍深信上帝會記住並在適當時機給予回應。

2.消除孤獨感並分享痛苦：在面對苦難與痛楚時，志工透過禱告將心中的痛苦「分享」給神，這讓她的靈魂不再感到孤獨與懼怕。她深信**「神與我同在」**，這份同在感成為她面對生命終點時最強大的支柱。

3.指引生命方向並減少對未知的恐懼：信仰讓志工覺得事情不再那麼困難，因為她相信主會引導、指引她走該走的路。這種對神的信任讓她能勇於行動，不再恐懼自己的決定是多餘或錯誤的，只需依照指引前行。

4.轉化生命價值以減少遺憾： 志工認為生命的價值不在於長短，而在於是否活得「精彩、有意義」。信仰讓她學會珍惜當下，盡力完成想做的事、不留遺憾。當一個人預備好自己並完成生命目標時，死亡便不再顯得那麼可怕。

5.賦予生命服務他人的新意義： 信仰讓志工感受到生命即便在生病後仍有其意義，可以透過服事去幫助更多有需要的人。這種從被照顧者轉向關懷者的過程，讓她獲得了強烈的意義感，進而能更坦然地看待生死。

總結來說，信仰與禱告將死亡從一個「充滿焦慮與不安的未知」，轉化為一個「在神引導下、無遺憾地完成生命任務」的平靜過程。

*一位好的靈性關懷志工需要具備以下關鍵特質與能力，及需要成長之處：

1.具備熱忱與平穩的心態： 志工除了要有一顆熱忱的心，更重要的是自身的心情要能維持平穩與安靜。如果志工的情緒起伏太大，將會直接影響到被關懷者的感受。

2.擁有良好的「界限」： 這是志工保護自己與對方的關鍵。志工必須拿捏好分寸，不要一味地將自己認為好的觀念或東西塞給對方。若缺乏界限，當對方的反應不如預期時，志工容易感到受傷，最終可能導致雙方都在這段關係中受到傷害。

3.實踐「快地聽，慢慢地說」： 好的志工應具備卓越的聆聽與等待能力。這意味著要耐心地等對方把話說完，而不是因為擔心忘記或想表達意見就急著插話。說話前應先經過思考，避免不經腦袋的「直覺反射」式回應，以免在無意中傷害到他人。

4.深刻的同理心與不輕易評判： 志工需學習放下先入為主的判斷，理解每個人都不同的原生家庭與成長背景。這份同理心能讓志工站在對方的立場思考，理解他人的限制與痛苦，而不會產生「為什麼我可以，你卻不行」的批判心理。

5.重視「陪伴」而非過多言語： 志工需體認到，對於處於極度痛苦（如生不如死的感覺）的病友，言語有時是多餘甚至無力的。一位好的志工懂得運用默默的聆聽與陪伴來傳遞支持，而不是強加過多的道理或安慰。

6.具備覺察力與成長意願： 志工需要不斷地分析與了解自己內心的想法，尋找自身不安或失落的根源。透過這種自我覺察，志工能更客觀地看待事物，並在陪伴他人的過程中持續修正自己的行為與溝通方式。

7.分享真實生命的勇氣： 作為一名抗癌志工，能以「過來人」的身分誠實地分享自己的經歷，這能成為病友的榜樣，幫助他們建立戰勝病魔的信心與勇氣。

二、主題分析結果

經資料整理與編碼分析後，本研究歸納出七大核心主題，分別為：

（一）參與動機與召命意識、（二）培訓與靈性建造影響、（三）陪伴實務經驗、（四）面對苦難與死亡之詮釋、（五）志工角色與核心能力、（六）界限建立與自我保護、（七）靈性成長與生命轉化。以下分述之。

主題（一）參與動機與召命意識

受訪志工普遍呈現出以信仰為核心之參與動機。多數志工提及其投入服務源於基督信仰的感召，將關懷行動視為回應上帝之愛與使命。例如，有受訪者表示其服務乃「上帝量給的工作」，顯示其行動不僅為自發性參與，更具有神學意義上的召命（calling）。

此外，部分志工之動機亦與個人生命經驗密切相關，特別是曾經歷親人罹癌或離世者，往往將自身苦難轉化為助人動力。此類經驗促使其對病患之處境產生深刻同理，並形成長期投入之內在驅力。

整體而言，志工之參與動機可歸納為三類：信仰驅動、回饋經驗與苦難轉化，而「使命感」則成為支撐其持續服務之核心力量。

主題（二）培訓與靈性建造之影響

研究顯示，「三一原型全人輔導」及「失落與死亡教育」等培訓課程，對志工之靈性覺察與關懷能力具有顯著影響。多數志工認為三一原型培育歷程使其重新理解自己與上帝、自己與他人之關係。透過「聖父的接納」、「聖子的陪伴」與「聖靈的更新」三個原型，志工不僅學習如何關懷他人，也開始面對自身的傷痕、限制與信仰歷程。

首先，在自我層面，培訓促進志工對自身情緒、信仰與生命歷程之理解，進而提升其自我覺察能力。其次，在關係層面，志工學會辨識病人與家屬之互動關係與情緒動力，能更敏銳地掌握關懷時機與方式。此外，失落教育課程亦協助志工理解哀傷歷程，使其能以更具同理心的態度面對病患之情緒反應。

在靈性層面，志工普遍提及透過禱告與內在預備，發展出某種「靈性直覺」或敏銳度，使其在關懷過程中能更貼近受助者之深層需求。

因此，培訓不僅提供知識與技巧，更促進志工在身、心、靈整合上的成熟，成為其實踐深度陪伴的重要基礎。

主題（三）陪伴實務經驗

在實務陪伴歷程中，「傾聽」與「同在」被視為最核心之關懷方式。多數受訪者指出，面對病患之痛苦時，不急於提供解答或建議，而是透過耐心傾聽，使對方能自由表達內心情緒。

此外，「沉默」亦被視為一種重要的陪伴方式。在極度痛苦或臨終情境中，言語往往顯得有限，志工透過安靜的臨在，使病患感受到不孤單，進而產生安全感與被接納的經驗。非語言溝通亦具有關鍵作用，包括眼神接觸、握手或陪伴等，皆能傳遞關懷與支持。此外，部分志工會進一步進行資源連結，如邀請具有類似經驗者進行分享，形成更具支持性的關懷網絡。整體而言，陪伴實務呈現出由「解決問題」轉向「存在性陪伴」的轉變。

主題（四）面對苦難與死亡之詮釋

研究發現，志工在長期陪伴病患的過程中，其對苦難與死亡之理解亦產生轉化。多數受訪者表示，信仰使其從「靠自己」轉向「交託上帝」，並在無法掌控的情境中找到內在的穩定。

在苦難詮釋上，志工傾向將痛苦視為生命的磨練與成長契機，而非單純的負面經驗。此種意義建構有助於其在面對患者痛苦時，仍能保持盼望與支持能力。此外，對死亡的看法亦由恐懼轉向平安，特別是透過信仰建立「靈魂去向的確定感」，使志工能以較為安穩的態度陪伴臨終者。

主題（五）志工角色與核心能力

研究顯示，靈性關懷志工需具備多面向能力。首先為情感層面之同理心與耐心，能夠理解並承接病患之情緒。其次為認知層面之覺察能力，包括辨識身、心、靈狀態之差異。

在人際互動上，志工需具備建立信任關係之能力，並透過適切的對話引導，使受助者能表達內在需求。此外，在面對高風險個案（如自殺傾向）時，亦需具備基本的危機處理能力與轉介意識。然而，部分志工亦反映其在「對話引導」與「語言表達」方面仍有成長空間，顯示專業能力需持續培養與精進。

主題（六）界限建立與自我保護

在長期陪伴過程中，界限的建立被視為避免志工內耗之關鍵機制。受訪者指出，若過度承擔病患之情緒或生命結果，容易導致心理耗竭與挫折。因此，志工學習在關懷中保持適當距離，明確區分「可陪伴」與「不可掌控」之部分，並透過信仰進行交託。此外，當情緒受到影響時，亦會透過轉移焦點或靈性操練，維持內在穩定。界限的建立不僅保護志工本身，也有助於維持關懷關係之健康與持續性。

主題（七）靈性成長與生命轉化

研究顯示，志工在服務歷程中不僅提供關懷，同時也經歷個人生命之轉化。多數受訪者表示，其信仰在服務過程中得以深化，並重新建構生命意義。此外，志工亦在陪伴中經歷某種「雙向醫治」，即在關懷他人的同時，自身亦獲得療癒與成長。此種經驗使其更能接納自身限制，並以更成熟的態度面對生命挑戰。最終，志工普遍展現出更強的存在感、意義感與盼望，並將服務視為持續的生命實踐。

綜合上述主題結果，本研究發現靈性關懷志工之經驗呈現一動態歷程：由信仰召命出發，經由培訓建立覺察能力，進入陪伴實務，在面對苦難中經歷信仰轉化，並透過界限維持自我穩定，最終形成靈性成熟與深度陪伴能力。

此歷程顯示，靈性關懷不僅是一種服務行動，更是一種整全人轉化之過程，亦為後續理論建構與模式發展提供重要實證基礎。

四、三一原型協談（Trinitarian Archetypal Counseling）架構對志工靈命建造影響

本研究之質性訪談結果顯示，志工在培訓與陪伴歷程中所經驗之轉化，並非僅止於技巧或角色功能之提升，而是呈現出一種整全性靈命建造之歷程。此一發現可進一步透過「三一原型協談」觀點加以深化理解。該觀點強調，其內在之關係性與行動模式，構成所有關懷與諮商實踐之終極典範。

從神學人觀而言，人乃按上帝形像（*imago Dei*）被造，並在三一上帝之整體性中，分別承載聖父、聖子與聖靈之形像。因此，人之靈性成長與心理整合，乃在於逐步恢復並活出此三一形像之豐富性。具體而言，此三一形像可區分為：聖父之「慈愛給予者」、聖子之「犧牲得勝者」、以及聖靈之「隨時幫助者」。此三重向度不僅構成人之靈性本質，也形塑出三一原型架構，使談話不再僅為技術性介入，而是一種引導個體回歸上帝形像之歷程。⁵⁸

（一）聖父原型：接納、安慰與身分重建

訪談結果中「被接納經驗與自我價值重建」之主題，清楚反映出聖父原型之運作。受訪志工在培訓與團體互動中，以甚好的眼光逐漸從自我懷疑與不安全感中被釋放，建立穩定之自我認同。此一歷程對應於聖父作為「安慰的源頭」與「差遣者」之角色，其本質乃無條件的接納與愛的賜予。

在三一原型協談（Trinitarian Archetypal Counseling）中，聖父不僅象徵創造與權柄，更是提供心理與靈性安全感的根基，使個案能在被接納中重建破碎之

⁵⁸ 林瑜琳，《神人之間：三一原型教牧諮商知人論應用》。（台北：台灣基督教長老會聖經書院，2011），313。

自我形象。志工之經驗顯示，當其先經歷此種被接納之關係，方能進一步成為他人之接納者，形成關懷能力之基礎。

(二) 聖子原型：中保性陪伴與苦難轉化

訪談中「苦難理解與同理能力提升」以及「由功能導向轉為存在導向」兩項主題，顯示志工逐步進入聖子原型之實踐。聖子耶穌基督作為「中保」(παράκλητος)，乃「被召在旁的幫助者」，其核心在於進入人類苦難並與之同在，進而帶來救贖性的轉化。

志工在實際陪伴癌症患者之歷程中，從原先試圖解決問題或提供建議，轉向單純的同在與傾聽，此一轉變正是聖子原型之具體展現。此亦顯示教牧諮商之核心，不在於「做了什麼」，而在於「如何同在」，即透過關係性的連結，使個案在苦難中經驗被理解與被承接。

此外，聖子作為中保之角色，也象徵連結個案與聖父之橋樑。志工在陪伴中，實際參與此一「連結性工作」，使患者得以重新面對生命、關係與信仰，展現出教牧諮商之救贖性意涵。

(三) 聖靈原型：臨在引導與即時幫助

訪談中「靈性敏感度提升」與「自我覺察與內在轉化」之主題，則可從聖靈原型加以理解。聖靈作為「保惠師」(παράκλητος)，意指「被召在旁的幫助者」，其功能包括引導、安慰、提醒與更新。

志工在培訓歷程中，逐漸發展出對他人與自身內在狀態之敏銳覺察，並能在適當時機回應患者之深層需要，顯示其已進入一種受聖靈引導之關懷狀態。此外，志工在反思過程中面對自身限制與情緒，並經歷內在更新，亦可視為聖靈持續工作的結果。此一發現指出，教牧諮商之能力並非僅來自訓練技巧，更

與靈性生命之成熟密切相關。當志工與聖靈保持連結，其陪伴行動便具有更高之敏感度與適切性。

(四) 三一整合：從自我修復到呼召實現

綜合訪談之「關係建立」、「生命意義重建」等主題，可見志工最終進入一種三一整合之狀態。此一歷程包括：在聖父中建立身份，在聖子道成肉身中學習同在，在聖靈中經歷更新，並最終整合為一種具有使命感之生命樣式。

三一原型協談（Trinitarian Archetypal Counseling）強調，個體需透過「矯正偏光眼鏡」之歷程，修正其對自我、他人與上帝之扭曲認知，並在「捨己」的過程中，逐步恢復上帝形像。訪談結果顯示，志工確實經歷此一歷程：由自我中心轉向他者關懷，由不確定轉向呼召確立，由功能導向轉向關係導向。

當志工以上主的眼光與旨意來看自己、改變自我概念 於原型獨特有得勝的感覺，並操練實踐其任務的行動，尋求主自己的內在醫治。不時地使用其「種子取型」、「伊甸園原型」鼓勵、安排，並幫助經歷成功經驗，擁有「成長模式」之架框、天命並行動能持續穩定，⁵⁹成為靈性強健的陪伴者。

最終，志工不僅成為關懷的提供者，更成為一位在三一關係中被建造、並持續被差遣之服事者。此一結果印證，其目的不僅在於問題解決，更在於引導個體進入上帝形像之恢復與生命呼召之實現。

整體而言，量化與質性結果彼此呼應。量化結果顯示志工能力整體提升，質性資料則進一步說明此一提升不僅體現在技巧層面，更體現在志工內在生命之更新、服事動機之轉化與陪伴理解之深化。

⁵⁹ 林瑜琳，《從聖經中尋見真我》，（台北：使徒，2016），159。

本研究顯示，「三一原型全人輔導模式」可作為一種兼具神學深度與實務操作性的培育架構，使志工在三一神學的關係性典範下，發展接納、同理、辨識與靈性成熟等能力，並在醫療場域中提供更具整全性的心靈關懷。

第五章 討論、結論與建議

第一節 討論

一、三一神學作為靈性關懷培育基礎之意義

本研究顯示，三一神學不僅是抽象教義，更可作為靈性關懷與志工培育之實踐基礎。聖父、聖子與聖靈所象徵之接納、陪伴與更新，為陪伴者提供了具體且可操作的服事典範。此一發現回應了過往神學與助人工作脫節之問題，說明三一論在醫療靈性關懷領域具有實踐轉化之可能。

二、三一原型全人輔導模式與全人關懷之對話

本研究所提出之模式與全人關懷理念高度契合。癌症患者與家屬所面對者，不僅為症狀或情緒問題，更涉及關係斷裂、身份危機與生命意義失落。三一原型全人輔導模式透過接納、同行與更新之歷程，使陪伴工作不再停留於問題處理，而進入整全性的生命關顧。

三、深度陪伴能力之形成機制

研究發現，深度陪伴能力並非單由知識或技巧所構成，而是來自靈性生命、團體培育與實務反思的整合。志工之所以能在苦難場域中保持穩定臨在，關鍵在於其是否先經歷被接納、被陪伴與被更新。換言之，志工自身的靈性形成，是其能否成為深度陪伴者的重要前提。

四、志工能力量表之研究意義

本研究所建構之「三一全人靈性關懷志工能力量表」，在理論與實務上具有重要意義：

（一）作為培訓評估工具

可用於檢視志工在不同向度（接納、同理、靈性敏感等）之成長情形，提升培訓之系統性與可評估性。

（二）作為研究工具

提供靈性關懷領域初步量化指標，使原本偏向質性之主題具備實證研究基礎。

（三）作為實務發展基礎

有助於志工招募、分級培訓與持續教育之制度化發展。

雖然本量表仍需進一步進行信效度驗證與跨樣本檢測，但其初步結果已顯示具良好潛力與應用價值。

第二節 研究結論

根據研究結果與分析，本研究提出以下結論：

- 一、三一原型全人輔導模式可作為癌症關懷志工培育之神學與實務整合架構。
- 二、此模式有助於促進志工之靈性成長、自我覺察、同理陪伴與靈性敏感度。
- 三、透過團體培育、實務陪伴與反思整合，志工得以逐步形成深度陪伴能力。
- 四、志工於癌症患者及家屬陪伴中，能有效提供情緒支持、靈性關顧與生命意義重建之協助。
- 五、本研究所建構之志工能力量表，具初步評估功能，有助於志工培訓之制度化與專業化發展。

六、志工在實務中仍面臨情緒耗竭、界線拿捏與靈性張力等挑戰，顯示督導與支持系統之必要性。

第三節 實務建議

依據本研究結果，提出以下實務建議：

- 一、癌症關懷志工培育應納入系統性神學反思、靈性形成與陪伴技巧訓練。
- 二、志工團隊宜建立定期團體聚會、案例討論與屬靈督導機制，以支持志工長期服事。
- 三、醫院、教會與非營利組織可建立合作平台，共同推動癌症患者及家屬之全人靈性關懷。
- 四、志工訓練不宜僅著重服務內容，亦應重視情緒照顧、界線教育與自我照護能力。
- 五、可持續修訂並應用本研究之能力量表，作為招募、培育與評估之參考依據。

第四節 未來研究建議

本研究屬初步探索，後續研究可從以下方向繼續發展：

- 一、擴大研究樣本與研究場域，以提升研究結果之代表性。
- 二、將本模式應用於其他醫療、安寧、教會或社區機構陪伴場域，以比較不同情境之成效。
- 三、進一步探討三一神學於其他助人專業模式中的轉化與應用可能。

第五節 總結

本研究以三一神學為理論核心，整合全人健康、牧靈關顧與癌症關懷實務，建構「三一原型全人輔導模式」，並發展志工能力量表作為評估工具。

研究結果顯示，此模式不僅促進志工之靈性成熟與內在轉化，更使其在醫療場域中能提供具深度與整全性的陪伴。面對當代癌症照護中日益凸顯之靈性需求，本研究提供一條兼具神學深度與實務可行性的培育路徑。

本研究亦指出，靈性關懷並非附屬於醫療之次要功能，而是回應人類存在性需求之核心關懷方式。未來若能持續深化理論整合與實證研究，將有助於推動靈性關懷在醫療與社會服務領域之專業化發展。

表 A

三一全人靈性關懷志工能力量表(THSCV-S)

一、量表設計理念

本研究依據「三一全人靈性關懷模式」(Trinitarian Holistic Spiritual Care Model)，建構志工靈性關懷能力評估工具。該模式以三一神學為基礎，強調在關懷陪伴中展現：

- 聖父的接納 (Acceptance)
- 聖子的同理 (Compassion)
- 聖靈的引導 (Discernment)

並整合志工實務服務所需的關係能力、自我覺察與靈性成熟度。

因此，本量表共包含 六個向度：

1. 接納能力
2. 同理陪伴能力
3. 靈性敏感度
4. 自我覺察能力
5. 關係建立能力
6. 靈性成熟度

全量表共 30 題。

二、填答方式

請依據您的實際情況，選擇最符合您的答案。

目的：計算內容效度。

分數	說明
1	不適當
2	需要大幅修改才適當
3	適當
4	非常適當

三、量表題目

（一）接納能力（Acceptance）

（聖父向度）

1. 我能尊重每個人的生命價值。□
2. 面對不同信仰背景的人，我仍能保持接納。□
3. 當個案表達負面情緒時，我能耐心傾聽。□
4. 我不會急於評價或批判個案的選擇。□
5. 我能尊重病人或家屬的生命故事。□

（二）同理陪伴能力（Compassionate Presence）

（聖子向度）

6. 我能專心傾聽他人的分享。□
7. 當個案痛苦時，我能表達同理與關懷。□
8. 我願意陪伴個案經歷悲傷與不安。□

9. 我能在陪伴中保持耐心與溫柔。□

10. 即使沉默，我也能與個案同在。□

（三）靈性敏感度（Spiritual Discernment）

（聖靈向度）

11. 我能察覺個案的靈性需要。□

12. 我能理解個案對生命意義的思考。□

13. 我能適時引導靈性對話。□

14. 我能尊重個案的宗教或信仰選擇。□

15. 在陪伴中，我能敏感於內心的靈性感動。□

（四）自我覺察能力（Self-awareness）

16. 我能覺察自己的情緒反應。□

17. 我能反思自己的信仰經驗。□

18. 當陪伴讓我感到壓力時，我能調整自己。□

19. 我了解自己在關懷服務中的限制。□

20. 我願意持續反思自己的生命。□

（五）關係建立能力（Relational Competence）

21. 我能與個案建立信任關係。□

22. 我能營造安全與尊重的對話空間。□

23. 我能保持陪伴關係的適當界線。□

24. 我能尊重個案的隱私與保密原則。□

25. 我能與團隊合作完成關懷服務。□

(六) 靈性成熟度 (Spiritual Maturity)

- 26. 我有穩定的靈修或禱告生活。□
 - 27. 我的信仰幫助我面對生命的困難。□
 - 28. 我願意以愛心服事他人。□
 - 29. 在陪伴中，我能保持謙卑的態度。□
 - 30. 我相信關懷陪伴具有靈性的意義。□
-

信度與效度檢驗

本研究為建立「三一全人靈性關懷志工能力量表 (THSCV-S)」，依據量表發展程序進行信效度檢驗。首先透過牧靈關懷與三一神學文獻建構量表理論架構，並邀請牧靈關懷、神學與志工培訓領域專家進行內容效度審查。其後以志工樣本進行探索性因素分析，以檢驗量表之建構效度。最後透過 Cronbach's α 係數檢驗內部一致性信度，並以重測信度與區辨效度進一步確認量表之穩定性與效度。

表 B

志工姓名： 年齡： 服務年資： 填寫日期：

三一全人靈性關懷志工能力量表(THSCV-S)

一、量表設計理念

本研究依據「三一全人靈性關懷模式」(Trinitarian Holistic Spiritual Care Model)，建構志工靈性關懷能力評估工具。該模式以三一神學為基礎，強調在關懷陪伴中展現：

- 聖父的接納 (Acceptance)
- 聖子的同理 (Compassion)
- 聖靈的引導 (Discernment)

並整合志工實務服務所需的關係能力、自我覺察與靈性成熟度。

因此，本量表共包含 六個向度：

1. 接納能力
2. 同理陪伴能力
3. 靈性敏感度
4. 自我覺察能力
5. 關係建立能力
6. 靈性成熟度

全量表共 30 題。

二、填答方式

請依據您的實際情況，選擇最符合您的答案。

分數	說明
1	非常不同意
2	不同意
3	普通
4	同意
5	非常同意

三、量表題目

（一）接納能力（Acceptance）

（聖父向度）

1. 我能尊重每個人的生命價值。□
2. 面對不同信仰背景的人，我仍能保持接納。□
3. 當個案表達負面情緒時，我能耐心傾聽。□
4. 我不會急於評價或批判個案的選擇。□
5. 我能尊重病人或家屬的生命故事。□

分數：

（二）同理陪伴能力（Compassionate Presence）

（聖子向度）

6. 我能專心傾聽他人的分享。□
7. 當個案痛苦時，我能表達同理與關懷。□

- 8. 我願意陪伴個案經歷悲傷與不安。□
- 9. 我能在陪伴中保持耐心與溫柔。□
- 10. 即使沉默，我也能與個案同在。□

分數：

（三）靈性敏感度（Spiritual Discernment）

（聖靈向度）

- 11. 我能察覺個案的靈性需要。□
- 12. 我能理解個案對生命意義的思考。□
- 13. 我能適時引導靈性對話。□
- 14. 我能尊重個案的宗教或信仰選擇。□
- 15. 在陪伴中，我能敏感於內心的靈性感動。□

分數：

（四）自我覺察能力（Self-awareness）

- 16. 我能覺察自己的情緒反應。□
- 17. 我能反思自己的信仰經驗。□
- 18. 當陪伴讓我感到壓力時，我能調整自己。□
- 19. 我了解自己在關懷服務中的限制。□
- 20. 我願意持續反思自己的生命。

分數：

（五）關係建立能力（Relational Competence）

- 21. 我能與個案建立信任關係。□
- 22. 我能營造安全與尊重的對話空間。□
- 23. 我能保持陪伴關係的適當界線。□
- 24. 我能尊重個案的隱私與保密原則。□
- 25. 我能與團隊合作完成關懷服務。□

分數：

(六) 靈性成熟度 (Spiritual Maturity)

- 26. 我有穩定的靈修或禱告生活。□
- 27. 我的信仰幫助我面對生命的困難。□
- 28. 我願意以愛心服事他人。□
- 29. 在陪伴中，我能保持謙卑的態度。□
- 30. 我相信關懷陪伴具有靈性的意義。□

分數：

總分：

參考書目

中文部分

一、專書

林鴻信。《系統神學（上）》。新北：校園，2017。

林瑜琳。《從聖經中尋見真我》。台北：使徒，2016。

林瑜琳。《上主與家庭》。台北：使徒，2016。

林瑜琳。《神人之間：三一原型門訓協談之人論與靈修》。台北：使徒，
2016。

林瑜琳。《天國門徒王儲的訓練》。台北：使徒，2023。

馬友澡。《揭開痛苦的面紗－約伯記詮釋》。台北：天恩，2004。

陳清惠。《靈性護理的理論與實務，姚婉宜編輯，中華民國護士福音團契編著，
台北：校園，2000。

陳敏銓等，《癌症護理學 Oncology nursing》。臺北市：華杏，2017。

盧俊義。《細讀約伯記(上)》。台北：信福出版社。2011

二、譯著

Aldredge-Clanton, Jann. *Counseling People with Cancer*. 羅燕明譯。香港：基道，
2004。

Benner, David G. *Care of Souls: Revisioning Christian Nurture and Counsel*.

Translated by 尹妙珍譯。台北：校園書房，2001。

Brueggemann, Walter. *舊約神學（卷一）*。台北：校園書房，2001。

DeLamater, John D., Daniel J. Myers, and Jessica L. Collett. *社會心理學*. 陳增穎譯。新北市：心理，2019。

Moltmann, Jürgen. *三一與上帝國：論上帝的教義*. Translated by 周偉馳。香港：道風書社，2007。

Wright, Christopher J. H. *認識舊約神學*. 台北：校園書房，2011。

三、期刊

李清珠。〈教牧關顧與輔導初探〉。《No. 36》2013 年：129。

邱仲峯、張國豐、趙冉、范嵐欣、朱美娟、陳秉華。〈靈性關懷能力量表的編製與信效度研究〉。《心理衛生學刊》第三十卷，第二期（2017 年）：143。

陳美琴。〈靈性與心理治療——談自我意識的擴展〉。《諮商與輔導》第 286 期（2009 年 10 月）。

四、網路資料

內政部（Ministry of the Interior）。(2019)。108 年第 44 週內政統計通報：人民團體概況。取自 <https://www.moi.gov.tw/cp.aspx?n=5590>

英文部分

一、專書

Benner, David G. *Care of Souls: Revisioning Christian Nurture and Counsel*. Grand Rapids, MI: Baker Books, 1998.

Bowen, Murray. *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson, 1978.

- Brueggemann, Walter. *The Message of the Psalms*. Minneapolis: Augsburg, 1984.
- Clinebell, Howard J. *Basic Types of Pastoral Care and Counseling: Resources for the Ministry of Healing and Growth*. Nashville: Abingdon Press, 1984.
- Doehring, Carrie. *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*. Rev. ed. Louisville, KY: Westminster John Knox Press, 2015.
- Doyle, Derek, Geoffrey Hanks, and Neil MacDonald. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Frankl, Viktor E. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press, 1985.
- Grenz, Stanley J. *The Social God and the Relational Self: A Trinitarian Theology of the Imago Dei*. Louisville, KY: Westminster John Knox Press, 2001.
- Holland, Jimmie C. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- LaCugna, Catherine Mowry. *God for Us: The Trinity and Christian Life*. San Francisco: HarperSanFrancisco, 1991.
- Nouwen, Henri J. M.** *The Wounded Healer: Ministry in Contemporary Society*. New York: Doubleday, 1972.
- McGrath, Alister E. *Christian Spirituality: An Introduction*. Oxford: Blackwell, 1999.
- Moltmann, Jürgen. *The Crucified God*. London: SCM Press, 1974.
- Moltmann, Jürgen. *The Trinity and the Kingdom: The Doctrine of God*. London: SCM Press, 1981.

Plantinga, Cornelius. *Not the Way It's Supposed to Be: A Breviary of Sin*. Grand Rapids, MI: Eerdmans, 1995.

Puchalski, Christina M. *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Seriously Ill*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

Saunders, Cicely. *The Management of Terminal Disease*. London: Edward Arnold, 1967.

Saunders, Cicely. *Hospice and Palliative Care*. London: Edward Arnold, 1978.

Smith, Jonathan K., ed. *The HarperCollins Dictionary of Religion*. New York: HarperCollins, 1995.

World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO, 1986.

Wright, N. T. *Evil and the Justice of God*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press, 2006.

二、期刊

Allemani, Claudia, Tomotaka Matsuda, Valerio Di Carlo, et al.

“Global Surveillance of Trends in Cancer Survival 2000–14 (CONCORD-3).”

The Lancet 391, no. 10125 (2018): 1023–1075.

Banks, Robert.

“Health and the Spiritual Dimension: Relationships and Implications for Professional Preparation Programs.”

Journal of School Health 50, no. 4 (1980): 195–202.

Candy, Bridget, Ruth France, Jacqueline Low, and Elizabeth L. Sampson.

“Does Involving Volunteers in Palliative Care Improve Outcomes?”

Journal of Pain and Symptom Management 50, no. 1 (2015): 3–13.

Claxton-Oldfield, Susan, Nancy Gosselin, and Karen Schmidt-Chamberlain, et al.

“A Survey of Hospice Palliative Care Volunteers.”

American Journal of Hospice and Palliative Medicine 27, no. 6 (2010): 439–444.

Claxton-Oldfield, Susan, and James Claxton-Oldfield.

“Some Common Problems Faced by Hospice Palliative Care Volunteers.”

American Journal of Hospice and Palliative Medicine 25, no. 2 (2008): 121–126.

Figley, Charles R.

“Compassion Fatigue: Psychotherapists’ Chronic Lack of Self-Care.”

Journal of Clinical Psychology 58, no. 11 (2002): 1433–1441.

Given, Barbara A., Charles W. Given, and Paula Sherwood.

“The Challenge of Quality Cancer Care for Family Caregivers.”

Seminars in Oncology Nursing 20, no. 4 (2004): 263–272.

Hudson, Peter, C. Remedios, and K. Thomas.

“A Systematic Review of Psychosocial Interventions for Family Caregivers.”

Palliative Medicine 24, no. 6 (2010): 620–631.

Ketty, G.

“Multidisciplinary Approach to Cancer Pain Management.”

Ulster Medical Journal 92, no. 1 (2023): 55–58.

Kim, Youngmee, and Richard Schulz.

“Family Caregivers’ Strains: Comparative Analysis.”

Journal of Aging and Health 20, no. 5 (2008): 483–503.

Northouse, Laurel L., Maria C. Katapodi, Lixin Song, Li Zhang, and Deborah W.

Mood. “Interventions with Family Caregivers of Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Trials.” *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 62, no. 5 (2012): 317–339.

Pitceathly, Caroline, and Peter Maguire.

“The Psychological Impact of Cancer on Patients’ Partners.”

Journal of Psychosomatic Research 55, no. 6 (2003): 469–475.

Puchalski, Christina M.

“Spirituality and Health: The Development of a Field.”

Academic Medicine 77, no. 10 (2002): 971–973.

Puchalski, Christina M., Betty Ferrell, Rose Virani, et al.

“Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care.”

Journal of Palliative Medicine 12, no. 10 (2009): 885–904.

Stenberg, Una, Cecilie M. Ruland, and Christine Miaskowski.

“Review of the Literature on the Effects of Caring for a Patient with Cancer.”

Psycho-Oncology 19, no. 10 (2010): 1013–1025.

Sung, Hyuna, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle

Soerjomataram, Ahmedin Jemal, and Freddie Bray.

“Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.”

CA: A Cancer Journal for Clinicians 71, no. 3 (2021): 209–249.

<https://doi.org/10.3322/caac.21660>

四、網路資料

World Health Organization. (1946).

Preamble to the Constitution of the World Health Organization.

Adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

American Cancer Society. (2022).

Psychological support for cancer patients.

<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/emotional-mood-changes.html>

American Cancer Society. (n.d.).

Emotional, mental health, and mood changes.

Retrieved April 21, 2026, from

<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/emotional-mood-changes.html>