

探索健康照護者對癌症患者靈性照護的看法

顧雅利·姚靜宜*·范慧萍**·郭世明***·郭美玲****·郭景元*****

中文摘要

癌症為台灣第一死因，文獻指出大部份癌症患者有靈性的需求，然而健康照護者通常忙碌於執行臨床工作，並不熟悉癌症患者的靈性照護，因此本研究的目地乃在探索健康照護者對癌症患者靈性照護的看法。此研究調查48位南區醫學中心的健康照護者，包括9位醫師及39位護理人員。樣本年齡層範圍由22至50歲，平均31歲，81.3%為女性，過半數已婚且工作超過5年，大部份為專科及大學畢業，分別佔56.3%和41.7%，在信仰方面，33.3%佛教，20.8%道教，6.3%基督教，39.6%無神論。研究者設計的調查量表共分為三部份，第一部份為健康照護者對靈性照護的看法，第二部份為健康照護者以1至5等級同意程度評量25項心靈困擾照護措施，第三部份為健康照護者以1至5等級同意程度評量22項心靈困擾成果指標。第一部份研究結果顯示，50%的健康照護者認為自己普遍瞭解癌症患者心靈困擾症狀，35.4%普遍瞭解癌症患者心靈困擾護理措施，37.5%普遍瞭解癌症患者心靈困擾成果指標。即使如此，75%的健康照護者認為癌症患者常常出現心靈困擾症狀，52.1%甚至認為自己本身也常常有心靈困擾症狀。因此，100%健康照護者認為癌症患者需要靈性照護，98%認為自己需要有癌症患者靈性照護的訓練。第二部份研究結果顯示，19項心靈困擾護理措施經由主成份因素分析出5個主要顯著因子，此5項因子可以解釋68.4%心靈困擾的變異量。第三部份研究結果顯示，20項心靈困擾成果指標由主成份因素分析出3個主要顯著因子，此3項因子可以解釋66.3%心靈困擾的變異量。根據此研究成果，臨床癌症護理人員可運用5項顯著因子設計護理活動及3項顯著因子設計成果指標，未來研究將以此3項成果指標來評價5項靈性護理措施對癌症患者心靈困擾的改善成效。

關鍵詞：健康照護者、靈性照護措施、靈性成果指標。

前言

近十年來癌症一直高居台灣十大死因的首位，九十三年國人癌症死亡人數為36,357人，每10萬人口死亡率達160.54，死亡百分比佔27.20，仍居第一死因，且遙遙領先其他死亡原因(行政院衛生署，2004)。抗癌治療過程中患者

內心的孤寂，是一條相當複雜且艱辛的道路，大多數的癌症患者或家屬都表示抗癌過程中需要靈性照護，高(1996)研究結果顯示106位台北北區兩所區域級以上化療中心癌症患者有靈性照護的需求。胡、邱、釋、陳和陳(1999)由21位癌症末期成年患者的研究中得知，62%患者表示其有靈性的需求。陳、惠敏、姚、邱和胡(1999)

輔英科技大學護理系講師 *長庚紀念醫院高雄分院腫瘤科13A護理長 **長庚紀念醫院高雄分院腫瘤科12D護理長 ***輔英科技大學科學教育中心講師 ****長庚紀念醫院高雄分院腫瘤科督導 *****長庚紀念醫院高雄分院腫瘤科主任
受文日期：94年8月30日 修改日期：94年11月7日 接受刊載：95年3月23日
通訊作者地址：顧雅利 輔英科技大學護理系 831 高雄縣大寮鄉永芳村進學路151號 電話：(07)7811151轉313

調查30位癌症患者發現71.5%表示願意接受靈性照顧。

吳(1999)調查台北地區三所醫學中心及一所區域醫院的120位乳癌術後患者，發現其對靈性和愛需求的平均得分最高。Mueller、Plevak和Rummans (2001)回顧許多文獻發現大部份的癌症患者有靈性生命，且認為靈性健康和身體健康一樣重要；日本73位癌症患者的家屬表示，靈性為患者主要渴望的照顧 (Ogasawara, Kume, & Andou, 2003)。雖然文獻回顧發現大部份癌症患者均表示有靈性照顧的需求，然而忙碌的醫護人員常常容易忽略癌症患者的靈性照顧。此乃引發筆者想瞭解某癌症單位健康照護者對靈性照顧的看法，並探索健康照護者對筆者所設計的25項心靈困擾照顧措施及22項心靈困擾成果指標的看法，透過此研究期許能增強健康照護者對癌症患者靈性照顧的重視。

研究目的

- 一、描述健康照護者對癌症患者靈性照顧的看法。
- 二、探索健康照護者對癌症患者心靈困擾照顧措施的看法。
- 三、探索健康照護者對癌症患者心靈困擾成果指標的看法。

名詞界定

- 一、健康照護者：指南部某醫學中心2個癌症病房的醫師及護理人員。
- 二、癌症患者：指於2004年1至8月住在南部某醫學中心2個癌症病房的癌症患者。
- 三、靈性照顧：指研究者於2002至2003年間結合質性研究結果與文獻資料，整合設計的25項心靈困擾照顧措施及22項心靈困擾成果指標。

文獻查證

一、健康照護者的靈性照顧

根據American Cancer Society (1994)資料顯示74位癌症末期病患中，69%癌症患者表示沒有得到充分的靈性支持，且批評靈性很少為其照顧的重點。Greisinger、Lorimor、Aday、Winn和Baile(1997)研究發現74位癌症末期患者表示他們很少有靈性方面的照顧。於27位法國癌症患者研究中透露，幾乎所有病患均感覺其疾病為靈性特質所至，然而僅約1/3的護理人員(N=20)考慮到此問題 (Kohler, 1999)。Highfield(1992)研究中發現21位護理人員(53%, N=40)不正確地評估癌症患者的心靈健康狀況，一半以上的芬蘭護理人員(N=166)也因為自己不完備的靈性照顧技巧，故表示其不願意提供靈性照顧 (Kuuppelomaki, 2002)。由以上的文獻發現問題在於護理人員已經習慣傳統的照顧模式，缺乏評估及照顧癌症患者靈性需求的知識與技能。Byrne(2002)觀察到護理人員需要靈性照顧的指引。

McSherry(2004)指出使用護理過程以提供患者的靈性照顧，於評估階段，需評估患者12項日常生活活動，及住院前後所造成的改變，由評估資料中分析出患者對神的概念，希望及力量來源，宗教儀式，靈性與健康的關係，並由分析資料中尋找出患者的靈性問題，再針對發現的問題訂定與執行照顧目標及計劃，然而評值部份較困難，通常以患者自己所表達的字句，如內心放鬆、寧靜、和諧等來表示其靈性的安適。

二、心靈困擾照顧措施

癌症患者的靈性照顧措施可以階段性劃分，Thomas和Retsas(1999)發現19位癌症患者的三階段靈性意義分別為接受所有事實、處理它、及整合它；透過此過程，患者可以更深層

地瞭解自己，使其靈性成長而形成靈性經驗。Halstead和Hull(2001)為10位癌症患者發展三階段的靈性照護，第一階段為死亡的機率、窘困、脆弱、維持連結；第二階段為面臨死亡、詢問困難問題、及釋放其生命的主控權；第三階段為不確定感、再定義人生、確認靈性成長。

此研究也將癌症患者的靈性分為三階段發展，於癌症初期應加強其靈性支持，中期則灌注其希望，末期乃強調哀傷及臨終的照護。於癌症初期階段的靈性支持，楊(1998)主張護理人員於靈性照護上的三大方向為，維護與患者的關係，協助患者尋求生命意義，維護患者的自我價值感。於維護與患者的關係方面，Carr和Morris(1996)與Newshan(1998)為癌症患者提出靈性照護措施如陪伴、主動傾聽、接納、及自我揭露等。石(2000)提出陪伴的照護技巧，使自己和患者能夠成為伙伴關係，並經歷到一個心靈與另一心靈的相互對話。Chang、Li和Liu(2004)運用Freire式對談法充能6位癌症患者，其對談法由傾聽、開放式陳述、評估失能議題、協助批判思考、給予資源或回饋等步驟使癌症患者充能，例如患者會表示其有新的健康定義、有信心、主動、協商自己的照護計劃、及有能力幫助其他患者。

於尋求生命意義和維護自我價值感方面，Lackey、Gates和Brown(2001)建議護理人員運用說故事法，引導癌症患者說出其悲慘的經驗，並傾聽這些患者的訴說。Kohler(1999)也提出主動傾聽患者的故事及協助其進行人生回顧。林和邱(1996)及林(2000)鼓勵患者進行生命回顧，以協助患者瞭解其內心深處，並尋獲人生意義。此外，Taylor (2001)發現許多研究已經將靈性與文化結合運用在癌症患者的生活經驗中。Burhansstipanov和Hollow(2001)研究美國印地安人罹患癌症的經驗，結果建議照護者需提供融合家庭成員、靈性、和傳統印地安醫療法於西方醫療模式中；或者結合道家及孔子靈性思

想，15位中國移民乳癌患者於民族誌及現象學研究中表示出6項文化主題，家人的親密、傳統中國文化價值、宗教、另類療法、藝術詩詞文學、及支持團體 (Chiu, 2001)。Wyatt和Friedman (1996)認為以團體的方式討論靈性或人生哲學觀點，可提昇癌症患者的靈性狀態。

於癌症中期階段的希望灌注，可由宗教方面來加強，Taylor和Mamier(2005)調查156位成人癌症患者，發現其參與宗教活動的頻率與接受護理靈性照護呈現顯著正相關。林(2000)建議採祈禱或讀經的方式與神溝通，並運用患者的信仰儀式，以減少其焦慮程度。林和邱(1996)也表示透過誦經及祈禱的方式可以減少患者的孤獨感。Carr和Morris(1996)提出轉介牧師或師父予癌症患者相關信仰的宗教儀式活動，可協助其解決一些靈性上的困擾。Brown-Saltzman(1997)則提出冥想禱告及想像指引為癌症患者的靈性照護措施。Schnoll、Harlow和Brower(2000)發現冥想模式最顯著地解釋83位癌症患者面對診斷及治療癌症過程的心理社會調適，其解釋能力達64%。林和邱(1996)表示透過冥想可以教導患者放鬆的技巧，使其感受到平靜祥和的感覺。van der Riet(1999)也建議運用冥想及意像喻法於癌症患者；其中意像喻法的好處乃在於結合靈性、賦予形體及記憶，使患者能充分瞭解其自己內心世界。

其次以藝術或自然層面來加強，Bailey (1997)主張癌症患者透過藝術與創作，其可表達出哀悼、憂傷、慶賀生命、充能自己以得醫治、並發現生命意義。透過創作的過程如繪畫、寫作等，可瞭解患者內心真正的感受 (呂，2000)。林與邱(1996)則表示透過音樂可穩定患者的情緒並滿足其心靈。Unruh、Smith和Scammel (2000)也提出使患者成為園丁，透過從事園藝工作的方式，看見植物生命的成長來重建其靈性。

三、心靈困擾成果指標

癌症患者的靈性照護文獻中很少提及成果指標此名稱，然而根據高(2003)NNN系統，針對心靈困擾的成果指標，有心靈安適、希望、尊嚴地死亡。除了以上高(2003)NNN系統所列出的3項心靈困擾成果指標外，Moorhead、Johnson和Maas(2000)也提出焦慮程度、壓力程度、哀傷解除、心理社會調適、生活品質、個人自主、個人安適、自我約束自殺、願意生存、舒適地死亡等10項心靈困擾成果指標。在心理社會調適方面，Chiu(2000)深度訪談15位台灣癌症婦女，發現患者表示其罹病原因為其所犯之罪。胡等人(1999)由21位癌症末期成年患者的研究中得知，71%患者覺得宗教信仰對其人生很重要。Mickley、Soeken和Belcher(1992)於175位癌症患者中發現其宗教顯著地影響患者的靈性狀況。Mueller等人(2001)回顧許多文獻發現大部份的癌症患者如有融入宗教和靈性照護，其會有較好的健康成果，例如生命長久，因應能力好，生活品質佳，較少焦慮、憂鬱、和自殺。釋、釋、陳、釋和釋(2004)也發現58.3%(N=24)癌症臨終患者認為宗教信仰對其很重要，患者表示生病中能體會信仰可以解除其痛苦，但需要宗教師來指導及堅定其信仰。

在心靈安適方面，蕭(2000)表示人對待生命的態度將影響其對待死亡的態度。Smith等人(1993)發現116位癌症患者其面對死亡的想法與靈性的認知呈負相關。Yedidia和MacGregor(2001)以民族誌學探討30位癌症患者的死前想法，發現有7個主題：爭扎、不和諧、忍耐、因應、融合、尋求、生命力。賴(2002)以詮釋學研究法探討本土化癌症患者的臨終感受，結果歸納出10個類別模型，「按天命，安於天命」、「盼機運、探命運」、「與親別，斷愁腸」、「情緒秩桎、坐困愁城」、「觀心自照、生命整合」、「人性吶喊、擺脫禁錮」、「身無病苦、慎終善終」、「淚反成累、揪人心碎」、「安寧

尊嚴、悠享自然」、「教我活、盼同感」。此外，陳等人(2003)研究發現「瞭解自己死之將近」、「心平氣和接受」、「後事交代安排」、「時間恰當性」、「去逝前三天舒適性」等五項善終指數經由宗教師的靈性照護後均明顯地進步。

在希望方面，Mickley等人(1992)從175位癌症患者中發現其靈性狀況顯著地影響患者的希望感受。Post-White等人(1996)發現32位癌症患者的靈性信仰和其希望呈顯著地相關。Rustoen和Hanestad(1998)發現針對癌症患者的靈性信念和價值觀之措施會加強其希望。胡等人(1999)由21位癌症末期成年患者的研究中得知其希望主要來源為家人和信仰。Appelin和Bertero(2004)以現象學探討6位瑞典癌症患者居家緩和照護的生命經驗，結果發現4個主題為安全、無力感、生命改變、希望及相信未來。

研究方法

一、研究設計

此研究設計採調查法，針對50位南部某醫學中心2個癌症病房的醫師及護理人員進行2份問卷調查，此研究乃通過醫院倫理委員會的審核，同意於2003年8月至2004年8月，於2個癌症病房進行收案。

二、研究對象

此研究採立意取樣，癌症醫護工作人員需符合以下收案條件：至少於癌症病房工作一年以上及願意參與此研究者，符合收案條件為50位癌症醫護工作人員，針對樣本進行靈性照護看法及心靈困擾照護措施及成果指標的調查。

三、研究工具

本研究工具包含三份問卷：醫護人員基本

資料、心靈困擾護理措施、心靈困擾成果指標，此三部份問卷的內容效度由生死、安寧、靈性及癌症等四位專家建立，分別說明如下：

(一) 醫護人員基本資料：研究者自行設計此量表，包括年齡、性別、婚姻、教育程度、宗教、癌症病房工作年資；以不瞭解至非常瞭解四等級調查醫護人員對心靈困擾症狀、護理措施、成果指標的認知程度；再調查醫護人員認為癌症患者及自己出現心靈困擾的頻率，醫護人員對癌症患者靈性照護的需求，及自己對靈性照護訓練的看法。

(二) 心靈困擾護理措施：此量表由研究者於2002至2003年間結合質性研究結果與文獻資料，整合設計成25項心靈困擾照護措施。

(三) 心靈困擾成果準則：本量表由研究者於2002至2003年間結合質性研究結果與文獻資料，整合設計成22項心靈困擾成果指標。

四、資料收集

資料由南部某醫院中心2個癌症病房的護理長及主任醫師於2004年2至4月間，發給每位癌症護理人員及醫師填寫，於2星期內將問卷繳回護理長辦公室，2個癌症病房的護理長及主任醫師於單位會議中宣導此研究的目的及問卷填寫方式，但是護理人員及醫師可以憑自由意志決定是否填寫此問卷。

五、統計方法

本研究以SPSS/WIN 10.0套裝軟體進行建檔及統計分析，統計方法包括百分比、主成份因素分析、採最大變異量、1.2特徵值。

研究結果

本研究共發放50份問卷予護理人員及醫師，回收48份有效問卷，包括9位醫師及39位護理人員，故回收率達96%。資料分析結果以三

表一 個案基本資料 (N=48)

變數名稱	變數	人數	百分比
年齡	範圍	22-50歲	
	Mean	31歲	
	SD	6.9	
性別	男	9	18.7
	女	39	81.3
婚姻	未婚	23	47.9
	已婚	25	52.1
工作年資	1-5年	27	57.4
	6-10年	10	21.3
	10年以上	10	21.3
教育程度	專科	27	56.3
	大學	20	41.7
	研究所	1	2
宗教信仰	佛教	16	33.3
	道教	10	20.8
	基督教	3	6.3
	無神論	19	39.6
心靈困擾症狀認知	不瞭解	2	4.2
	稍微瞭解	20	41.6
	普遍瞭解	24	50.0
	非常瞭解	2	4.2
心靈困擾護理措施認知	不瞭解	6	12.5
	稍微瞭解	24	50.0
	普遍瞭解	17	35.4
	非常瞭解	1	2.1
心靈困擾成果指標認知	不瞭解	15	31.3
	稍微瞭解	14	29.2
	普遍瞭解	18	37.5
	非常瞭解	1	2
癌症患者心靈困擾的頻率	不會	1	2.1
	偶爾	11	22.9
	經常	36	75
醫護人員心靈困擾的頻率	不會	1	2.1
	偶爾	22	45.8
	經常	25	52.1
癌症患者心靈困擾照護需求	不需要	0	0
	需要	22	45.8
	非常需要	26	54.2
醫護人員心靈困擾的照護訓練	不需要	1	2
	需要	26	54.2
	非常需要	21	43.8

表二 心靈困擾照護措施 (N=48)

照護措施	因子	因素負荷	變異數%	累積%
心靈支持	1		12.617	12.617
3.傾聽及接納個案的自我揭露		.892		
10.鼓勵醫護人員和親友多加陪伴及關愛個案		.705		
2.引導個案生命回顧正向的經驗		.699		
17.鼓勵個案多與其信仰相同伙伴連結		.531		
心靈成長的增進	2		15.041	27.658
5.安排個案閱讀勵志叢書		.842		
6.引導個案說出一則感人的故事		.643		
13.安排相關牧靈人員探訪個案		.629		
4.藉由繪畫表達個案的內心世界		.553		
希望灌輸	3		13.985	41.643
15.播放個案喜好的宗教音樂		.775		
9.類似個案經驗分享		.721		
16.贈送個案喜好的宗教飾品		.680		
7.鼓勵個案栽種生命旺盛的植物		.622		
14.為個案閱讀靈性書刊		.578		
哀傷緩解	4		13.636	55.279
18.引導個案表達自己失落/哀傷的情緒		.894		
19.引導個案述說自己對生死的看法		.874		
20.引導個案述說自己未完成的心願		.744		
靈終照護	5		13.117	68.396
23.鼓勵個案書寫自己的遺囑		.824		
21.引導個案述說自己希望的死前場景		.800		
22.引導個案述說自己希望的死亡儀式		.699		

部份呈現：基本資料、心靈困擾照護措施、心靈困擾成果指標。

一、基本資料

樣本年齡層範圍由22至50歲，平均31歲，過半數已婚且工作超過5年，大部份為專科及大學畢業，分別佔56.3%和41.7%，在信仰方面，33.3%佛教，20.8%道教，6.3%基督教，39.6%無神論。50%的健康照護者認為自己普遍瞭解癌症患者心靈困擾症狀，35.4%普遍瞭解癌症患者心靈困擾護理措施，37.5%普遍瞭解癌症患者心靈困擾成果指標。即使如此，75%的健康照護者認為癌症患者常常出現心靈困擾症狀，52.1%甚至認為自己本身也常常有心靈困擾症狀。因此，100%健康照護者認為癌症患者需要靈性

照護，98%認為自己需要有癌症患者靈性照護的訓練。研究個案的基本資料以百分比方式呈現於表一。

二、心靈困擾照護措施

第二部份研究結果顯示25項心靈困擾護理措施，刪除4個不恰當的護理措施後，經由因素分析出5個主要顯著因子，研究者依照高(2003)NNN系統，分別將此5個主要顯著因子命名為心靈支持、心靈成長的增進、希望灌輸、哀傷緩解、靈終照護，而此5項因子可以解釋68.4%心靈困擾的變異量，其中以心靈成長的增進解釋最高的變異量達15.04%，其次依序為希望灌輸(13.98%)、哀傷緩解(13.64%)、靈終照護(13.12%)、心靈支持(12.62%)。

表三 心靈困擾成果指標 (N=48)

照護措施	因子	因素負荷	變異數%	累積%
心理社會調適	1		23.150	23.150
13.與他人互動良好		.753		
10.接受他人關懷		.744		
12.參與社交活動		.738		
11.關懷他人		.719		
3.情緒平穩		.697		
2.心結解除		.674		
18.內心平安		.637		
9.原諒他人		.557		
心靈安適	2		19.010	42.160
21.參與宗教活動		.905		
17.罪(業障)被赦免得釋放		.787		
16.重建與神之間的關係		.773		
20.與信仰伙伴互動		.679		
19.與牧靈人員互動		.675		
希望			24.152	66.312
8.生命有意義		.812		
14.信任醫護人員		.780		
7.肯定自我價值		.766		
15.順從醫護人員的指導		.732		
6.更愛自己		.701		
5.積極樂觀		.697		
22.瞭解及接受死亡		.676		

三、心靈困擾成果指標

第三部份研究結果顯示22項心靈困擾成果指標，刪除2個不恰當的成果指標，由因素分析出3個主要顯著因子，研究者依照高(2003)NNN系統，分別將此3個主要顯著因子命名為心理社會調適、心靈安適、希望，而此3項因子可以解釋66.31%心靈困擾的變異量，其中以希望解釋最高的變異量達24.15%，其次依序為心理社會調適(23.15%)、心靈安適(19.01%)。

討 論

在健康照護者對癌症患者靈性照護的看法方面，此研究結果顯示3/4的健康照護者認為癌症患者常常出現心靈困擾症狀，此乃高於Kohler

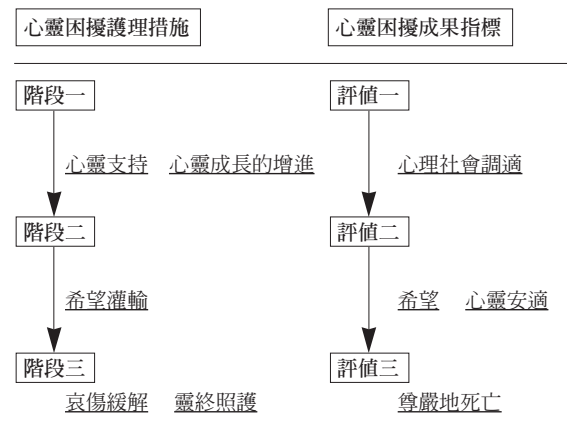
(1999)的發現，僅1/3的法國護理人員(N=20)考慮到癌症患者的靈性問題；不但如此，本研究中52.1%健康照護甚至認為自己本身也常常有心靈困擾症狀。此外，不同於一半以上的芬蘭護理人員，表示自己的靈性照護技巧不完備，故不願意提供靈性照護 (Kuuppelomaki, 2002)；此研究中50%的健康照護者認為自己普遍瞭解癌症患者心靈困擾症狀，即使如此，98%仍認為自己需要癌症患者的靈性照護訓練，尤其表示對於癌症患者心靈困擾的護理措施和成果指標不是很瞭解。

在健康照護者對癌症患者心靈困擾照護措施的看法方面，本研究所發現的心靈支持、心靈成長的增進、希望灌輸等護理措施，與文獻中所提維護與患者的關係和自我價值感，協助患者尋求生命意義，宗教、文化、哲學、藝術

或自然等層面的措施大同小異，唯獨較缺乏哀傷緩解和靈終照護措施的文獻。在健康照護者對癌症患者心靈困擾成果指標的看法方面，本研究的心靈社會調適成果指標較偏向人我關係互動及個人內心世界狀態，而文獻則偏向宗教信仰的重要性及其對心理及情緒的緩解等成果指標。在心靈安適成果指標方面，本研究偏向宗教信仰及活動的指標，而文獻則強調如何面對生死的態度。在希望成果指標方面，文獻中僅提及希望與靈性的關係，而非本研究提自我價值及生命意義，信任及順從健康照護者，愛自己並積極樂觀。此外，本研究未有如文獻所提臨終想法和善終指數的成果指標。

結 論

本研究發現台灣南部某癌症單位的健康照護者100%認為癌症患者需要靈性照護，98%表示自己需要有關癌症患者靈性照護的訓練，此重視靈性照護的程度遠超過歐美的癌症護理人員；然而這些健康照護者表示其對心靈困擾的護理措施和成果指標不甚瞭解。於主成份因素分析後，發現研究者所設計的19項心靈困擾護理措施中出現5個主要顯著因子的護理措施：心靈支持、心靈成長的增進、希望灌輸、哀傷緩解、靈終照護。此外，研究者所設計的20項心靈困擾成果指標中出現3個主要的顯著因子：心理社會調適、心靈安適、希望。鑑於研究發現哀傷緩解及靈終照護的措施，故建議增加尊嚴地死亡成果指標。經由探索分析癌症單位健康照護者對心靈困擾護理措施及成果指標資料後，研究者發展出一個癌症患者心靈困擾的照護模式(如圖一)，此照護模式共分為3個階段的護理措施及評值，第一階段著重於心理社會調適，此階段措施強調心靈支持、心靈成長的增進；第二階段著重於希望及心靈安適，此階段措施強調希望灌輸；第三階段著重於尊嚴地死



圖一 癌症患者心靈困擾的照護模式

亡，此階段措施強調哀傷緩解及靈終照護。

研究限制與建議

本靈性照護研究僅對台灣南部某醫學中心癌症單位的健康照護者進行調查，研究結果無法推論至其他癌症單位的健康照護者。靈性照護文獻仍偏向癌症患者靈性需求及照護措施的探討，較少針對癌症健康照護者的調查。此研究以統計及文獻為實證基礎所設計的癌症患者心靈困擾的照護模式，建議未來研究以此3項成果指標來評價5項靈性護理措施對癌症患者心靈困擾的改善成效，此可達成實證護理運用於癌症患者靈性照護的目標，實證加上靈性將有助於提昇癌症護理科學與藝術層面的價值。

參考資料

行政院衛生署(2004)·台灣地區人口組成·台灣衛生網路·摘自<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/生命統計/91/02.XLS>。
石世明(2000)·對臨終者的靈性照顧·*安寧療護雜誌*，5(2)，41-56。
吳文綺(1999)·乳癌術後化學治療中婦女之健康

- 照顧需求及其相關因素探討·未發表的碩士論文，台北：國防醫學院。
- 呂素貞(2000)·藝術治療與靈性照顧·*安寧療護雜誌*，5(2)，62-65。
- 林笑(2000)·靈性照護與人性關懷·*榮總護理*，17(2)，153-158。
- 林靜琪、邱豔芬(1996)·談癌症末期病人靈性照顧·*護理新象*，6(2)，49-56。
- 胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝(1999)·從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。*Formosan Journal of Medicine*，3(1)，8-19。
- 胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、釋惠敏、陳月枝(2003)·從台灣文化脈絡下剖析與建構癌末病人健康相關生活品質內涵之研究·*安寧療護雜誌*，8(2)，113-133。
- 高月梅(1996)·居家癌病患者之照護需要探討·未發表的碩士論文，台北：國立陽明大學。
- 高紀惠(2003)·護理診斷、護理成果、護理措施之連結應用·台中：滄海書局
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁(1999)·癌末病人靈性照顧模式之研究-以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討·*中華家醫雜誌*，9(1)，20-30。
- 陳慶餘、邱泰源、胡文郁、釋宗淳、黃鳳英、釋惠敏(2003)·臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇·*安寧療護雜誌*，8(1)，13-27。
- 楊克平(1998)·護理實務中之靈性照護·*護理雜誌*，45(3)，77-83。
- 賴維淑(2002)·晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性需求·未發表的碩士論文，台南：國立成功大學。
- 蕭宏恩(2000)·護理照護的根本關懷·*護理雜誌*，47(5)，71-76。
- 釋宗淳、釋法成、陳慶餘、釋會焜、釋天琳(2004)·信仰認知對癌末病人與其照顧者之影響·*安寧療護雜誌*，9(2)，124-132。
- American Cancer Society (1994). *Cancer facts and figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
- Appelin, G., & Bertero, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing*, 27(1), 65-70.
- Bailey, S. S. (1997). The arts in spiritual care. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 242-247.
- Brown-Saltzman, K. (1997). Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 255-259.
- Burhansstipanov, L., & Hollow, W. (2001). Native American cultural aspects of oncology nursing care. *Seminars in Oncology Nursing*, 17(3), 206-219.
- Byrne, M. (2002). Spirituality in palliative care: what language do we need? *International Journal of Palliative Care*, 8(2), 67-70.
- Carr, E. W., & Morris, T. (1996). Spirituality and patients with advanced cancer: a social work response. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14(1), 71-81.
- Chang, L. C., Li, I. C., & Liu, C. H. (2004). A study of the empowerment process for cancer patients using Freire's dialogical interviewing. *Journal of Nursing Research*, 12(1), 41-50.
- Chiu, L.(2000). Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer... including commentary by Clark MB and Daroszewski EB with author response. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 29-53.
- Chiu, L. (2001). Spiritual resources of Chinese

- immigrants with breast cancer in the USA. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 175-184.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., & Ly, J. (1996). "Bone tired": the experience of fatigue and its impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 23(10), 1539-1547.
- Greisinger, A. J., Lorimor, R. J., Aday, L. A., Winn, R. J., & Baile, W. F. (1997). Terminally ill cancer patients: their most important concerns. *Cancer Practice: A Multidisciplinary Journal of Cancer Care*, 5(3), 147-154.
- Halstead, M. T., & Hull, M. (2001). Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(10), 1534-1544.
- Highfield, M. F. (1992). Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*, 15(1), 1-8.
- Kohler, C. (1999). Nursing diagnosis of "spiritual distress": a necessary reevaluation. *Recherche en Soins Infirmiers*, 56, 12-72.
- Kuuppelomaki, M. (2002). Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing*, 25(3), 209-218.
- Lackey, N. R., Gates, M. F., & Brown, G. (2001). African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis, and treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 519-527.
- McSherry, W. (2004). *Spirituality in nursing practice*. Elsevier Science, Singapore.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image-the Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2000). *Nursing outcomes classification*. St. Louis, MI: Mosby.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.
- Newshan, G. (1998). Transcending the physical spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1236-1241.
- Ogasawara, C., Kume, Y., & Andou, M. (2003). Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 100-105.
- Post-White, J., Ceronsky, C., Kreitzer, M. J., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K. W., Koopmeiners, L., & Gutknecht, S. (1996). Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(10), 1571-1579.
- Riley, B. B., Perna, R., Tate, D. G., Forchheimer, M., Anderson, C., & Luera, G. (1998). Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(3), 258-264.
- Rustoen, T., & Hanestad, B. R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 19-27.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2000). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice*, 8(6), 298-304.
- Smith, E. D., Stefanek, M. E., Joseph, M. V.,

- Verdieck, M. J., Zabora, J. R., & Fetting, J. H. (1993). Spiritual awareness, personal perspective on death, and psychosocial distress among cancer patients: an initial investigation. *Journal of Psychosocial Oncology, 11*(3), 89-103.
- Taylor, E. J. (2001). Spirituality, culture, and cancer care. *Seminars in Oncology Nursing, 17*(3), 197-205.
- Taylor, E. J., & Mamier, I. (2005). Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 260-267.
- Thomas, J., & Retsas, A. (1999). Transacting self-preservation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies, 36*(3), 191-201.
- Unruh, A. M., Smith, N., & Scammel, C. (2000). The occupation of gardening in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67*(1), 70-77.
- van der Riet, P. (1999). Ethereal embodiment of cancer patients. *Australian Journal of Holistic Nursing, 6*(2), 20-27.
- Wyatt, G., & Friedman, L. L. (1996). Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications. *Cancer Nursing, 19*(1), 1-7.
- Yedidia, M. J., & MacGregor, B. (2001). Confronting the prospect of dying: reports of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 22*(4), 807-819.

Exploration of Health Care Professionals' Perception of Spiritual Care for Cancer Patients

Ya-Lie Ku · Ching-Yi Yao* · Hui-Ping Fan** · Shih-Ming Kuo***
Mei-Ling Kuo**** · Ching-Yuan Kuo*****

ABSTRACT

Cancer is the leading cause of mortality in Taiwan. A literature review indicated that the majority of cancer patients expressed the spiritual needs. Health care professionals are often busy with performing clinical tasks, and not familiar with cancer patients' spiritual care. Therefore, the purpose of this study was to explore health care professionals' perception of spiritual care for cancer patients. This study interviewed 48 health care professionals, including 9 doctors and 39 nurses. The subjects' ages ranged from 22 to 50 (Average 31), more than half were married and had more than five years of working experiences, majority were junior college (56.3%) and college (41.7%) graduates. About one-third of them were Buddhist, 20.8% were Taoist, 6.3% were Christian, and 39.6% were atheists. The survey scales included three parts: general opinions about spiritual care, 1-5 point scale for ranking agreement of 25 spiritual nursing interventions, and 22 outcomes indicators for cancer patients. In part one, 50% of health care professionals perceived themselves as generally understanding of spiritual distress symptoms for cancer patients, 35.4% for spiritual nursing interventions, and 37.5% for outcomes criteria. Nevertheless, 75% of health care professionals perceived that patients often have spiritual distress and 52.1% of them perceived themselves as having frequent spiritual distress. Therefore, 100% of health care professionals thought cancer patients need spiritual care and 98% considered their need the training of spiritual care for cancer patients. In part two, 19 items of nursing interventions have been analysed by principal component factor analyses, which identified 5 major factors that can explain the 68.4% of variance of spiritual distress. In part three, 20 items of outcomes indicators have been analysed by principal component factor analyses, which identified 3 major factors that can explain the 66.3% of variance of spiritual distress significantly. Clinical cancer nurses can design nursing interventions based on the 5 major factors as well as outcomes indicators based on the 3 major factors. Future studies can evaluate the effectiveness of 5 nursing interventions for alleviating the spiritual distress of cancer patients by following the 3 outcomes indicators.

Key words: *health care professionals, spiritual care interventions, spiritual outcomes indicators.*

Instructor, School of Nursing, Fooyin University, *Head Nurse of 13A Cancer Unit Chung Gang Memorial Hospital, Kaohsiung, **Head Nurse of 12D Cancer Unit, Chung Gang Memorial Hospital, Kaohsiung, ***Instructor of Science Education, Fooyin University, ****Supervisor of Cancer Unit, Chung Gang Memorial Hospital, Kaohsiung, *****Dean of Cancer Unit, Chung Gang Memorial Hospital, Kaohsiung.

Received: August 30, 2005 Revised: November 7, 2005 Accepted: March 23, 2006

Address correspondence to : Ya-Lie Ku, School of Nursing, Fooyin University, No. 151 Chin-Hsueh Road, Ta-Liao Hsiang, Kaohsiung, Taiwan 831, R.O.C. Tel.: 886-7-7811151 ext. 313