

一位壓迫性脊椎骨折老人心靈困擾之護理經驗

賴玲吟¹ 顧雅利²

¹輔英科技大學護理系學生

²輔英科技大學護理系講師

摘要

本文是描述護理一位老人經歷壓迫性脊椎骨折的過程，透過 Gordon 11 項功能評估，發現其有心靈困擾、慢性疼痛、抉擇衝突、床上活動功能障礙等健康問題。本個案的護理過程乃以心靈困擾為中心主軸，加強個案的靈性力量，並運用其基督信仰來減輕本身慢性疼痛的問題，一旦疼痛問題減輕，個案才能夠增強床上活動的動機，此外，個案先生為因應其妻子的壓迫性脊椎骨折的不確定開刀決定而引發抉擇衝突的問題，也隨著個案和先生彼此靈性的增長而獲解決。本篇個案報告與傳統以生理為中心的護理照護過程迥然不同，其藉由老人本身靈性的力量，支撐其渡過抉擇衝突、慢性疼痛、床上活動功能障礙等健康問題，此符合 Carson(1989)所提出靈性為人的中心核心，會影響其意志決策力，及生理層面健康的理論，並依照 Wlotersdorff(1994)的建議，於他人和神間的架構設計靈性照護措施，以重新建立個案正向面對疾病的態度，期望藉由此篇個案報告能激勵護理同仁們多多運用靈性照護的措施。

一、前言

台灣老人人口比率由 1993 年的 7% 升至 2021 年的 14%，已經超過 8% 的 W.H.O. 標準，故台灣早符合為老人國定義的國家(行政院衛生署，2002)，老人的照護將成為台灣護理未來的趨勢。老人身、心、靈整體的照護模式中，傳統的護理過程都偏向生理方面的照護，很少接觸到老人靈性方面的評估及措施，殊不知很多老人的靈性健康將影響其自我調適疾病的重要因子，陳(2000)表示老人若有健全的靈性發展，將可彌補其身心的欠缺。老人的靈性需求著重在瞭解疾病所帶來受苦的意義，及不斷地感受到上帝及親友的關愛，並透過其喜好的宗教活動，來提昇其生命的境界，以安詳舒適地面對人生的死亡(陳，2000)。護理人員如何運用其專業來協助老人提昇其靈命的境界，以面對病痛過程中的模糊、不安、不確定、焦慮、孤單、痛苦等問題，期許老人能以更積極樂觀的態度來面對自己的病痛，此乃老人護理的未來挑戰。

二、文獻查證

靈性被認為是維持健康、幸福感、生活品質及調適疾病的重要因素(O' Neill, & Kenny, 1998; Ross, 1994)。國內外有許多關於臨終患者靈性照護的文獻，但很少針對特殊疾病而劃分，例如心臟病、高血壓、糖尿病、或骨折患者的靈性照護，也很少有針對年齡劃分的靈性照護文獻。Neuman (1983)表示由成長的過程來分析，靈性會隨著年齡增長而有不同的需求，出生時較重視自然的成長，到了老年則重心轉移至靈性生活(Leahy, & Kizilay, 1997)。劉淑娟(1996)曾透過質性與量性的個案研究，發現老人經歷長期生病後，其對生命與生活的看法會影響其適應的能力。陳(2000)於老人的靈性需求中曾提出其必須瞭解疾病受苦的意義和目的，他人無條件的愛，及支持其宗教信仰的活動，乃符合 Wlotersdorff(1994)所解釋人於自己、他人、和神之間需保持一個充滿饒恕、愛、及相信的和諧關係(陳，2000)；

此外，Carson(1989)也提出人的基本組成具有三個層面，最內層為靈性，第二層是心理和社會層面，包括意志、情感、智力、和道德觀點，第三層為外在身體部份，而內、中、外三個層面是會相互影響的(陳，2000)。

針對老人靈性照護方面的措施應加強其生命意義的探討。劉(1999)提出運用生命回顧尋找人的生命意義與目的來解決老人的心靈困擾；林與邱(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。Lackey, Gates, 及 Brown(2001)建議護理人員運用說故事法，引導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。此外，Carr 及 Morris(1996)和 Newshan (1999)為患者提出的靈性照護措施有陪伴、主動傾聽、接納、明智地自我揭露。石(2000)也提出陪伴的照護技巧，使自己和患者能夠成為一伙伴關係，並經歷到一個心靈與另一心靈的相互對話。

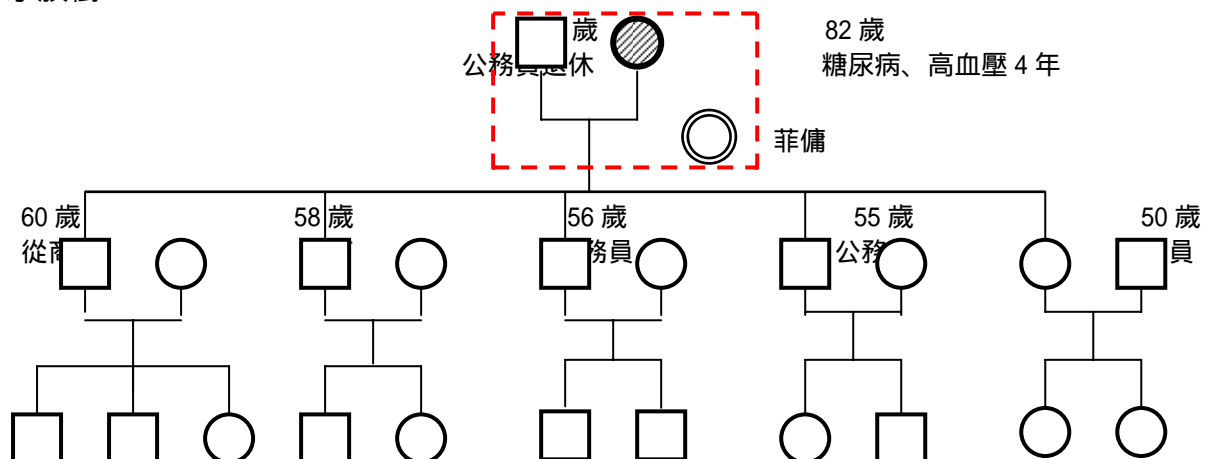
此外，一個人的靈性成長可以朝向具體的宗教信念，如早起第一件事為讀經、禱告，或在特定的日子做特殊的宗教活動。靈性困擾病人的護理可運用經文、宗教性的音樂、書刊來撫慰患者身心上的創傷 (Jamison, 1995)；林與邱(1996)表示透過誦經及祈禱的方式可以減少患者的孤獨感。Brown-Saltzman (1997)提出冥想禱告及想像指引為患者的靈性照護措施。劉(1999)建議由傾聽、禱告、及讀經的方式，來協助老人去除心中的罪惡感。林(2000)則主張採祈禱或讀經的方式與神溝通，並運用患者信仰儀式來減少其焦慮程度。除了宗教活動，Carr 及 Morris(1996)提出轉介牧師或師父，予患者的人生計畫朝向一個宗教的目標，協助其參與相關信仰的宗教儀式活動，可解決其靈性上的困擾。Wyatt 及 Friedman(1996)也提出藉由牧靈人員以團體的方式討論靈性或人生哲學觀點，可提昇患者的靈性狀態。

三、護理過程

(一)個案簡介

X 老太太為一 82 歲糖尿病及高血壓患者，國中畢業，使用國、台語，信仰基督教。共有四男一女，目前都已成家立業並未與個案同住，平時大都以電話聯絡，唯重要節日才會回來探視個案。現經濟來源主要由各子女每月給的零用錢及個案先生的月退休金，生活還算充裕。個案與其先生及剛申請的菲傭同住，在三樓洋房中，家庭周圍環境清幽。個案先生表示已在此社區住有 30 年之久，與左右鄰居相處良好，有時會到附近教會參加活動。

(二)家族樹



(三)疾病史

過去病史：

個案 84 年因心臟瓣膜疾病，在北部某醫院行心臟瓣膜更換手術。87 年發現患有糖尿病、高血壓，目前一直有門診追蹤服藥控制中。90 年 7 月因站立不穩而跌倒，致使左側髕骨骨折，於高雄某醫院行 THR 手術治療，目前仍復健中。常因 UTI 發燒入院治療，並於 91 年 10 月住院期間，因為尿瀦留而放導尿管留置。

現在病史：

個案於 90 年開始有腰痛不適症狀，至醫院行骨質密度檢查結果為 Ⅱ 級，X-ray 顯示 L3 compression Fr. 故現無法自行下床活動，需靠背架協助支撐身體及長期服用止痛劑緩解疼痛，目前上肢活動尚可，下肢乏力、無法站立且因疼痛厲害，故大部分時間皆以臥床為主，ADL 評估結果為柯氏量表為 4 級、巴氏量表為 3 級、IADL 為 31 分。

(四)Gordon11 項評估

1. 健康感受-健康處理型態

個案平日健康狀況良好，少有病痛，如果有感冒或身體不適都會主動去門診求醫。於民國 84 年起陸續發現有心臟病、糖尿病、高血壓，一直都有門診追蹤及服藥治療，而且主治醫師也認為個案的糖尿病及高血壓都控制的不錯。去年因壓迫性脊椎骨折及髕骨骨折開刀治療，造成腰疼，行動不便，幾乎都採臥床休息，曾至多家醫院診斷治療，但都沒有很好的療效，只有靠止痛藥來減輕疼痛。對於腰痛是否要開刀的問題全交給個案先生及子女做決定，認為他們應該會為個案選擇最好的、最適合的治療方式。

2. 營養代謝型態

個案平日水份攝取量為 500~750ml/day，目前飲食以軟質為主，咀嚼能力尚可，口腔粘膜完整，呈現粉紅色，無潰瘍情形，因為牙齒脫落，滿口假牙，牙齦呈粉紅色，早餐以牛奶、麥片為主，中餐、晚餐以普通軟質食物如米飯、麵食為主。觀察個案皮膚呈現鬆弛、微乾燥、蒼白、缺乏彈性、無破損情形。手臂上有少許老人斑。毛髮呈白、稀疏、指甲呈乾燥、堅硬。

3. 排泄型態

個案於民國 91 年因為尿瀦留而放導尿管留置。尿量每日約 1000 1200 cc / day，尿液呈深黃色，偶有沉澱物。個案之前的排便型態為每日一次成形便，質軟呈黃褐色。目前個案都由菲傭協助在床上使用便盆，因為不習慣在床上解便，總覺得有無法完全排空的感覺，故現在每天有服用軟便劑之習慣，且家屬會準備木瓜、香蕉等水果予個案進食，以促使排便順暢。所以目前個案每日均會解一次軟便，無便秘情形。

4. 活動運動型態

個案未骨折前日常生活皆可自理，平日會與先生至住家附近散步，或到鄰居家串門子。自從生病後，因為不能久站及久坐，故幾乎都無法出門，必須臥床休息。現上肢活動力可，但下肢乏力、且無法自行翻身或移位動作、無法自行下床活動、無法做家事，所以請了一位菲傭來協助處理家事，並幫助個案翻身、移位及日常照護。現柯氏量表為 4 級、巴氏量表為 3 級、IADL 為 31 分。個案臉部皺著眉頭、說話有氣無力並且嘆氣的說：『如果我能站起來走路不知道該有多好！可是我下床會腰疼，還好請了位菲傭可以照顧我。』

5. 睡眠休息型態

個案睡眠時間一天大約是九小時，午休時間約 1~2 小時，有時會因腰痛而自睡眠中醒來，需服用止痛藥後才能再度入睡。

6. 認知感受型態

個案學歷為國中畢業，意識清楚，對問題回答方面均能對答如流。個案有輕度老花眼，但無配戴眼鏡，自覺年事已高，記憶力大不如前，常常會忘記很多事情，且一件事要想很久才想得起來。腰痛已經有一年多，最近腰痛症狀較明顯，因此常有情緒低落、生氣、不說話、睡眠中斷等現象。此外，個案常常於使用便盆排泄後，因翻身及抬高臀部的動作使得其腰部感到更疼痛，觀察個案於排便後其面容憔悴且呈痛苦狀，臉部皺眉、情緒顯得低落，說話時聲音有氣無力，顯得非常疲倦，不太喜歡與人交談，個案常常因為覺得腰疼痛厲害，故需要服用醫師所開立的止痛藥，但不是每次疼痛皆服用止痛藥，有時候一點疼痛還是可以忍耐的，個案先生表示當個案疼痛時經常會對人發脾氣、大聲說話且不喜歡進食，此時希望大家都不要去吵他，讓他能獨自安靜休息。目前只要痛的受不了，就服用止痛藥來緩解疼痛的情形，但不是每次都有成效，其疼痛指數於量表呈現約 7-8 分。個案表示曾考慮過開刀治療腰痛，但是醫生又不能保證這樣一定可以好，讓個案很害怕會因此而失去生命，或情況變得更糟糕，覺得現在只能靠止痛藥活著了。

7. 自我感受-自我概念型態

個案年輕時即與先生來台定居，舉目無親，一切都得靠自己，所以養成了個案獨立自主的個性，除非不得已，甚少麻煩別人，平日遇到身體不適、或有小病痛時，都咬著牙，忍忍就過了。個案子女數較多，年輕時經濟壓力不小，日子過得很刻苦，但是小孩子都沒有因此而變壞，讓個案覺得很欣慰。個案如今因為生病躺在床上，哪兒都不能去，凡事都要依賴他人幫忙，覺得很懊惱，便有人老不中用的感覺。尤其個案常常因疼痛而自言自語說：『這樣活著有甚麼意思。』『我到底做錯什麼？必須受這種折磨、痛苦。是上帝在處罰我嗎？』『有時候真覺得日子過的生不如死，不如早點死，早解脫，我先生也不用因為我而過度勞累，他年紀也老了，還要擔心我...。』『我也擔心，萬一那一天我走了，那先生怎麼辦？孩子又不在身邊.....。』

8. 角色關係型態

個案和案夫、兒女們保持非常好的關係，目前和案夫及菲傭住在一起，彼此關係良好，相處融洽。兒女皆已成家在外，所以個案日常生活一切事務皆由案夫安排處理，個案常說兒女們雖然很忙，但都很孝順，只要我要什麼，他們會買給我，讓我什麼都不用愁，物質上很滿足我。

9. 性生殖型態

個案 21 歲結婚，22 歲生第一胎，育有 4 男 1 女，從未避孕過，個案表示以前的人很少懂得避孕方法，所以才會生那麼多個孩子。還好先生對她還不錯，會幫忙照顧小孩，雖然現在年紀大了，先生還是對她很好，自己常常會腰痛厲害，先生都會幫她按摩，緩解她的疼痛。

10. 因應-壓力耐受型態

對於自己的病痛，雖然經過許多醫師的診療，仍然無法確定能否完全改善，所以個案由原本對病情充滿希望，到現在只能躺在床上，靠著吃止痛藥來緩解疼痛的情形，感到萬般的無奈與失望。個案自出院返家後，大部分時間均臥床休息，目前上肢肌力正常、雙手可自由活動，但無法於床上翻身、使用便盆及因背部疼痛厲害而無法坐起及站立，日常生活穿衣、沐浴、如廁、下床等活動皆須由個案先生或菲傭來協助執行完成。

個案因為日常生活皆由先生和菲傭全然負責照顧，故其腰部開刀之事也由其夫來決定。個案先生對於個案腰痛情況是否進一步治療或處理表示很難決定：『關於此問題我和子女都討論考慮過，雖然每位醫生都建議我們用開刀方式解決腰痛情形，但醫生又不能給我們保證如此一定可以好。聽到這樣的結果，我們家屬也很為難。而且想到太太已經 82 歲了，說明白點，再活也不過幾年。萬一手術失敗，那怎麼辦？現在靠止痛劑來控制疼痛，雖然她過的不是很舒服自在，但畢竟我還可以看的到、摸的到她，如此總比做無謂冒險好吧！』此時個案與其先生面容沉重且無奈的說：『可是若決定讓他去開刀，又害怕結果失敗。不去開刀治療，那好像是我們強迫她生活在痛苦日子裡，所以到現在還沒做最後的決定，真是左右為難，不知該如何是好？』

11. 價值信念型態

個案自幼信奉基督教，為虔誠的基督徒，對於假日能上教會做禮拜，參與平日的教會活動，自己覺得非常地有意義。與家人的關係甚為親密，遇到快樂或挫折的事，常以禱告的方式來尋求心靈的感恩及支持。且個案平日與教友往來頻繁，自覺能藉由參與教會活動，而與上帝親密的接觸，並關心自己與上帝間的關係是否保持良好。個案自從臥病在床，無法參與教會的活動後，讓個案覺得很挫折、沮喪，個性變得較退縮及消極，個案認為把一切交給主，就可以解決所有的問題，也可以減輕身體上的痛苦。

個案無奈的表示『以前身體好的時候，我常參與教會活動，現在“動”都有問題了，坐也不能坐太久，所以現在已經好久沒去教會了，如果能去教會不知道該有多好，因為我覺得上帝最了解我，我相信把自己交給“主”，“主”一定可以幫忙我解決所有問題，

祂也可以減輕我身體的痛苦，我也很想念教會的姊妹們，希望能看看她們，和她們唱唱詩歌、說說話，但是我目前的情況說這些也是多餘的、唉。』有時候在談論教會的事情時，個案眼眶常是紅紅濕濕的，且會掉眼淚，而且一再強調她很想有姊妹們來家裡聚會、唱詩歌，這是個案她內心的盼求。

(五) 個案的健康問題

經由以上 Gordon 11 項健康功能評估的內容，發現個案以下的臨床表徵分別符合心靈困擾、慢性疼痛、抉擇衝突、床上活動功能障礙四項健康問題的定義性特徵(高，2004)，故確立個案有心靈困擾、慢性疼痛、抉擇衝突、床上活動功能障礙等四項健康問題。參考高(2004)將各項健康問題的臨床表徵、定義性特徵、及相關因素列於下表：

	臨床表徵/定義性特徵	相關因素
心靈困擾	個案疼痛時經常會對人發脾氣、大聲說話，此時希望大家都不要去吵他，讓他能獨自一人安靜的休息 /行為或情緒改變 有時候真覺得日子過的生不如死，不如早點死，早解脫，先生也不用因為我而過度勞累，他年紀也老了，還要擔心我/深覺歉疚、羞恥或罪惡感 常常自言自語表示這樣活著有甚麼意思 /質疑個人存在之意義 我到底做錯什麼？必須受這種折磨痛苦 /質疑受苦的意義 我到底做錯什麼？必須受這種折磨痛苦，是上帝在處罰我嗎？/懷疑所罹患的疾病是神的旨意 上帝最了解我，相信把自己交給主，主是可以幫忙我解決一切問題的，他也可以減輕我身體的痛苦 /尋求心靈的協助 很想念教會的姐妹們，希望能看看她們，和她們說說話、唱詩歌/尋求教友支持 現在如果能去教會最好了，有很多話想對上帝說，但是目前的情況說這些也是多餘的/無法參與平常宗教儀式	缺乏清楚堅定而具彈性的人生意義、目的與目標 缺乏來自他人(教友)的愛 缺乏原先對個人有意義之宗教儀式
慢性疼痛	腰痛有一年多，常因腰痛自睡眠中醒來，要靠止痛藥來緩解疼痛情形/口頭表示疼痛 個案面容呈現憔悴痛苦狀，臉部皺眉/疼痛的面部表情 經常會對人發脾氣、大聲說話/易怒 說話時聲音有氣無力，顯得非常疲倦/疲憊 情緒顯得低落，常常自言自語『這樣活著有甚麼意思』，有時候真覺得日子生不如死，不如早死早解脫/憂鬱	慢性身體殘疾- 骨質疏鬆導致壓迫性脊椎骨折

痛	<p>以前身體好的時候很熱衷參與教會活動，現在因為腰痛而不能久站及久坐，故幾乎都無法出門，必須臥床休息，甚至無法自行翻身或移位動作，及無法自行下床活動/無法繼續從事以往之活動</p> <p>不太喜歡與人交談，希望大家不要去吵他，能獨自一人安靜休息/與人之互動減少</p>	
抉 擇 衝 突	<p>醫生都建議我們用開刀方式解決腰痛，但又不能保證我們如此一定可以治好，聽到這樣的結果，我們家屬真是左右為難，不知該如何是好？/口頭表達不知如何抉擇</p> <p>萬一手術失敗，那怎麼辦？雖然她過的不是很舒服自在，但畢竟我還可以看到、摸到她，如此總比做無謂冒險好吧！/口頭表達出已考慮到選擇之不良效果</p> <p>個案先生面容沉重且無奈的說：『若決定讓他去開刀，又害怕結果失敗。可是若不去開刀治療，那好像是我們強迫她生活在痛苦日子裡，真是左右為難，不知該如何是好？』/在試圖做決定時，口頭表達有困擾；在二種選擇間猶豫不決</p> <p>個案由開始疼痛到現在還沒做最後的決定/延遲下決定</p>	個人價值體系面臨威脅
床 上 活 動 功 能 障 礙	<p>因背部疼痛厲害而無法坐起/平躺到坐姿的移動障礙</p> <p>無法於床上翻身/平躺到俯臥或由俯臥到平躺的移動障礙、翻身能力障礙</p> <p>個案完全依賴他人的協助，包括床上翻身、移位、穿衣、沐浴、如廁等活動/在床上移動或變換姿勢能力障礙</p>	慢性身體殘疾- 骨質疏鬆導致壓迫性脊椎骨折

針對個案以上四個健康問題討論發現，個案由於骨質密度檢查結果為第三級，L-spine x-ray 顯示 L3 compression Fr.，因骨質疏鬆嚴重，壓迫神經而導致個案長期的腰背疼痛，需長期服用止痛劑來緩解疼痛。根據周(2002)指出疼痛是一種感官上及情緒上不愉快的經驗，是因現存或潛在性的組織損壞所引起的感覺；高(2004)將慢性疼痛定義為疼痛時間超過六個月。因個案自民國 90 年間發現有骨質疏鬆後即有疼痛問題產生，個案的疼痛問題已經超過六個月，故確立個案為慢性疼痛之健康問題。因個案的骨質疏鬆症導致腰背酸痛厲害及下肢乏力，致使個案無法下床活動，甚至連床上最基本的翻身、移動，都需要看護協助才能完成，故個案有床上活動功能障礙之健康問題。個案在面臨壓迫性脊椎骨折所造成的慢性疼痛健康問題時，因未得到醫師的確切保證，個案先生認為在無 100 % 成功率的情況下，並不願意貿然嘗試以開刀的方式來解決個案疼痛問題，雖然經由醫師的詳細解釋及建議，但與其

家屬的價值觀不符合，故仍無法做出開刀的決定，致使個案家庭一直困擾於是否開刀的疑慮，故有抉擇衝突之健康問題。

個案雖為虔誠的基督教徒，平日熱衷於教會活動，已將信仰成為其重要的心靈寄託，遇到挫折時常以此信仰尋求心靈的支持。然而個案自從臥病在床，即無法參與教會的活動，造成個案很挫折、沮喪，個性變得較退縮及消極，促使其人生意義、目的與目標的混亂，再加上缺乏來自教友的愛，和缺乏原先對個案有意義之宗教儀式，使其有心靈困擾的問題。依照 Carson(1989)所提出靈性為人的中心核心，會影響其意志決策力，及生理層面健康的理論，個案心靈的力量會影響其慢性疼痛和床上活動功能等生理問題，及先生決定讓個案手術的意願，故將心靈困擾視為個案主要的健康問題，並依照 Wlotersdorff(1994)的建議，於他人和神間的架構設計靈性照護措施，以重新建立個案正向面對疾病的態度。

(六) 護理目標、方案及措施

短期目標 1：個案能於一週內口頭表示感受到他人的關愛

方案 1：協助個案獲得他人的關懷

- 1-1 提醒案夫在口語及肢體行為上常常表達對個案的關愛意念。
- 1-2 教導案夫在個案疼痛時給予肢體上的撫觸，例如握住雙手或擁住肩。
- 1-3 協助個案接受案夫的關愛，並給予案夫適當的回應。
- 1-4 鼓勵個案的重要親友及鄰居主動陪伴個案，經常與個案談話並表達對個案的關心與支持。
- 1-5 建議個案對牧師或教會姐妹們說出心中的焦慮、害怕、擔憂及痛苦。
- 1-6 安排與個案類似經驗患者探視個案，並與其分享患病的經歷及因應的方式。

中期目標 2：個案能於二週內表現出因其信仰而帶來的平安及喜樂的表情

方案 2：協助個案與神建立並維持堅定良好的關係

- 2-1 引導個案說出自己的基督信仰及其對疾病的影響，以瞭解個案與上帝間的關係。
- 2-2 與個案共同討論並規劃一個适合自己固定的禱告時間、方式及環境。
- 2-3 規劃案夫與個案一同讀聖經或由案夫閱讀有關基督信仰的書刊。
- 2-4 於個案疼痛時，鼓勵案夫陪伴並與其共同禱告。
- 2-5 鼓勵個案的親友或教會的姊妹們及牧師能於探訪時與個案一同禱告。
- 2-6 建議個案於禱告時向上帝述說自己對決定疾病治療方式的焦慮及害怕，以增加個案與上帝親近的機會，並增進上帝陪伴個案的感受。
- 2-7 提供個案有關基督信仰的詩歌，以撫慰及穩定其不安或害怕的情緒。

長期目標 3：個案能於三週內表現出正向面對疾病的態度

方案 3：協助個案重新建立正向面對疾病的態度

- 3-1 引導個案進行人生回顧，並主動傾聽其述說的過程。
- 3-2 與個案及案夫討論各自對疾病的想法，以引導其表達對選擇疾病治療方式的焦慮。
- 3-3 提供個案及案夫疾病與治療方式的相關訊息，並列出所有可能選擇的治療方式，以增加個案及案夫的現實感，減少其面對選擇治療疾病方式的無助感及提昇其控制能力。
- 3-4 藉由個案及案夫的基督信仰，灌輸其希望與樂觀的意念，使其能夠接納及面對不確定的

疾病治療過程。

3-5 提醒個案及案夫不斷地為個案不確定的疾病治療過程祈求禱告，體會與上帝同行的經歷。

(七) 成果指標與評值

1-1 個案於一週內能主動向案夫、牧師、教友、或鄰居訴說其疼痛感受

1-2 個案透過案夫的按摩，其疼痛指數於一週內能由 7-8 分降至 4-5 分

1-3 個案於一週內能與類似患者分享其罹病疼痛經驗

評值

個案表示其會主動地表達自己的需要與案夫瞭解，例如個案於疼痛時會要求先生幫其按摩，且個案的疼痛也會隨案夫的按摩而減緩。

教會姐妹們及牧師會主動地打電話詢問個案的狀況，計畫拜訪個案。社區鄰居也常陪伴個案。

2-1 個案於二週內能建立每天固定與案夫一起讀經和禱告的時間和方式

2-2 個案於二週內能建立每天固定聽詩歌的習慣

評值

個案表示用餐前及睡前會和案夫一起禱告，且案夫也會放基督信仰詩歌給個案聽，使個案的內心比以前平靜，較少發怒，且臉部較多笑容。

3-1 個案於三週內能建立每天固定說一件人生中積極正向的事

3-2 個案於三週內能主動地表示對脊椎疼痛的治療方式充滿信心

評值

個案面對疾病疼痛時較少有負面的話語，且表示想再尋求更好的治療方法，甚至考慮開刀治療疾病

四、結論

台灣已經成為老人化的國家，在面臨全人護理的時代，如何運用靈性照護於老人族群中，是值得深思的議題。此個案因壓迫性脊椎骨折而造成慢性疼痛及床上活動功能障礙等生理性的健康問題，且因醫師所建議的開刀治療與其先生的價值觀不符，故促使其對開刀的決定猶豫不決，抉擇衝突的問題使個案脊椎慢性疼痛的現象無法緩解，個案的疼痛又會影響其不願意於床上活動；唯一能支持個案的是其基督教的信仰，且 Carson(1989)提出靈性會影響人的意志決策力及生理的健康，故將心靈困擾視為個案主要的健康問題，筆者並依照 Wlotersdorff(1994)的架構，於他人和神間，運用文獻所建議的生命回顧、陪伴、傾聽、禱告、讀經、聽詩歌等靈性照護措施來提昇個案與他人和上帝的關係，並藉由其靈性層次的增強，促使個案與先生面對抉擇衝突的問題，仍充滿信心與上帝一起做決定，由神代領其渡過罹病的過程，並減輕其疼痛的程度。此篇個案報告乃透過解決患者的心靈困擾問題，進而減緩其他的問題如慢性疼痛、床上活動功能障礙、和抉擇衝突。期許此篇個案報告與護理人員分享靈性照護的成果，及其對老人身、心、社會方面的影響，以加強護理人員對靈性照護的重視。

五、限制及致謝

本篇個案報告於個案成果評值部份大都為其主觀描述，欠缺客觀指標，此乃靈性照護成果指標訂定之困難點。此個案報告能夠完成，要特別感謝教會的牧師及姐妹們熱心地參與個案的靈性照護活動，仍要感謝蘇琬淑、鍾佳芳、王齡玄、鄒理芳、王麗蘭等二技同學的協助，在此一併致謝。

六、參考資料

- 石世明(2000) 對臨終者的靈性照顧 安寧療護雜誌，5(2)，41-56。
- 行政院衛生署(2002) 中華民國公共衛生概況。
- 周幸生(2002) 新臨床護理診斷 台北：華杏。
- 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。
- 高紀惠(2004) 護理診斷 台北：華杏。
- 陳清惠(2000) 老年人的靈性護理 於姚婉宜編著，靈性護理的理論與實務(pp.41-47) 台北：校園書房。
- 陳清惠(2000) 靈性的本質 於姚婉宜編著，靈性護理的理論與實務(pp.15-21) 台北：校園書房。
- 劉淑娟(1996) 老年人生命態度之探討，行政院國家科學委員會補助專案研究計劃。
- 劉淑娟(1999) 罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討，護理研究，7(4)，294-305。
- Brown-Saltzman, K. (1997). Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. Seminars in Oncology Nursing, 13(4), 255-259.
- Carr, E. W., & Morris, T. (1996). Spirituality and patients with advanced cancer: a social work response. Journal of Psychosocial Oncology, 14(1), 71-81.
- Jamison, J. E. (1995). Spirituality and medical ethics. American Journal of Hospice & Palliative Care, 12(3), 41-45.
- Kohler, C. (1999). Nursing diagnosis of “spiritual distress”: a necessary reevaluation. Recherche en Soins Infirmiers, 56, 12-72.
- 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.
- Leahy, J. M., & Kizilay, P. Z. (1997). Foundations of Nursing Practice: A Nursing Process Approach. Sage publication.
- Newshan, G. (1999). Transcending the physical: spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or cancer. Journal of Advanced Nursing, 28(6), 1236-1241.
- O’Neill, D. P., & Kenny, E. K. K. (1998). Spirituality and chronic illness. Image-The Journal of Nursing Scholarship, 30(3), 275-580.
- Ross, L. (1994a). Spiritual aspects of nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 439-447.
- Wyatt, G., & Friedman, L. L. (1996). Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications. Cancer Nursing, 19(1), 1-7.