

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 靈性關懷能力量表的編製與信效度研究

Development and Psychometric Properties of the Spiritual Care Competency Scale

doi:10.30074/FJMH.201706_30(2).0001

中華心理衛生學刊, 30(2), 2017

Formosa Journal of Mental Health, 30(2), 2017

作者/Author：陳秉華(PING-HWA CHEN);邱仲峯(JENG-FONG CHIOU);張國豐(KUO-FENG CHANG);趙冉(JAI CHAO);范嵐欣(LAN-HSIN FAN);朱美娟(MEI-CHUAN CHU)

頁數/Page：141-167

出版日期/Publication Date：2017/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201706_30\(2\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201706_30(2).0001)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



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

研究目的：國內外過去對於安寧病人靈性照顧的相關研究很少，本研究旨在發展適用於國內照顧末期病人的靈性關懷能力量表，並且對該量表進行信效度研究。**研究方法：**本研究的起迄時間於2015年8月至2016年11月。量表根據基督宗教取向靈性照顧的基本知識、靈性照顧的態度、靈性照顧的專業知能三個向度編擬題項，初始題項設計為五點量表共85題，以財團法人基督教史懷哲宣道會過去兩年內上過靈性關懷教育課程的學員為研究樣本。**研究結果：**預試階段樣本為134人，男性23人，女性111人，經過項目分析及探索性因素分析，得到18個題項，分別命名為「靈性關懷知能(3題)」、「靈性關懷自我覺察(7題)」以及「靈性關懷照顧(8題)」三個因素，三個因素的總解釋變異量占58.34%。正式施測階段樣本為350人，男性61人，女性289人，資料分析結果各分量表的內部一致性信度係數介於.81到.88之間，全量表為.92，顯示有好的內部一致性信度係數。接著以其中175名樣本對本研究所提出的三因素假設模式進行第一次驗證性因素分析作為修正模式之用，發現假設模式的整體適配情形不甚理想，因此刪除因素負荷量低的兩個題項後提出修改模式，再以另175名研究樣本進行第二次驗證性因素分析作為驗證模式之用，發現修正模式比假設模式的適配度較理想，整體而言，修正模式之整體適配度與內在測量模式適配度大致仍符合合理適配標準的建議。**研究結論：**研究結果支持在修正模式的條件下本量表具有不錯的信度與效度。本量表所測量的安寧療護靈性照顧能力面向，建議未來相關教育訓練課程設計可涵蓋之；另建議未來研究需要加大樣本數並可擴及其他宗教信仰的樣本。

關鍵詞：末期病人、安寧療護、測量、靈性照顧

陳秉華：國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系兼任教授；美國伊利諾大學諮商心理學博士；專長領域與研究興趣為諮商歷程研究、諮商員教育訓練、靈性與心理諮商研究、華人文化與心理諮商研究、安寧療護靈性照顧。(通訊作者；E-mail: phchen@ntnu.edu.tw)

邱仲峯：臺北醫學大學醫學系教授；臺北醫學大學附設醫院放射腫瘤科暨安寧緩和療護科主任；臺北醫學大學臺北癌症中心執行副院長；國防醫學院醫學科學研究所博士；專長領域與研究興趣為放射腫瘤專科、癌症轉譯醫學、安寧緩和療護及靈性照護等。

張國豐：目前為美國愛荷華大學教育測驗與統計博士班研究生；國立臺灣師範大學教育心理與輔導學研究所碩士；專長領域與研究興趣為測驗評量、心理測量、教育統計。

趙 冉：國立臺灣大學心理學系碩士；專長領域與研究興趣為親子關係、諮商歷程。

范嵐欣：國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士；國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系研究助理；專長領域與研究興趣為諮商員教育訓練、靈性與心理諮商研究、華人文化與心理諮商研究。

朱美娟：目前為國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系博士班研究生；國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系研究助理；南澳大學社會科學碩士(諮商)；專長領域與研究興趣為多元文化諮商、靈性與心理諮商。

收稿：2016年11月22日；接受：2017年06月10日。

一、緒 論

作為末期病人與家屬的靈性照顧者，需要具備靈性照顧的能力，才可以在病人走在人生盡頭的過程中有能力協助他們走向靈性平安，然而這樣的靈性照顧能力要如何評量？是否可能發展出一個具有信度與效度的靈性照顧評量工具？這是本研究關心的主題。本研究以基督宗教安寧療護靈性照顧能力的範疇為基礎，建構出靈性照顧能力的題項，再進行信度與效度的研究，意圖發展出一個適用於基督宗教安寧療護的靈性照顧能力量表。本論文的前言包含三個部分的文獻探討，分別為基督宗教安寧療護的靈性照顧(spiritual care)、基督宗教安寧療護靈性照顧者需要具備的靈性照顧能力、以及安寧療護靈性照顧的相關量表與測量工具。

(一) 基督宗教安寧療護的靈性照顧

現代安寧療護運動的先驅—Dame Cicely Saunders，最為人所知的是她對全人的苦難的概念—人所忍受之身體、情緒、心理、靈性各層面之苦難與痛楚。因此，安寧療護不僅僅是身體的，還需要涵蓋到人的各個層面，Saunders非常強調靈性的痛苦，現今安寧療護中對於靈性照顧的重視她功不可沒(Faull, 2012)。

基督宗教的安寧療護靈性關懷者，在陪伴病人在世最後一段旅程，是帶著怎樣的態度作靈性照顧的工作？本研究作者呼應Saunders靈性照顧的概念，認為需要對病人在離世前的身體、情緒、心理、靈性各層面之苦難與痛楚提供全面性的照顧，也認為基督宗教的靈性照顧者更強調支持病人靠著信仰的力量，經歷與神的同在，並且使病人能夠與自己、與人、與上帝和好，罪得赦免，心靈有平安，有永生復活的盼望，而陪伴病人走最後一段在世的旅程，其實也是陪伴病人走出死入生(離開死亡、進入永生)的一段路(陳秉華、邱仲峯、范嵐欣、趙冉、吳森棋，2016)。

(二) 安寧療護靈性照顧能力

在西方國家，英國政府於1990年間首先開始對健康照護人員提出以能力為本位(competency based)的教育訓練，以提升對公眾健康照護的服務品質。Kelly(2012)指

airiti

出以能力為本位的訓練，可以使接受訓練者清晰的知道他們在工作的角色上需要知道的知識與具備的技能，他們也是依據實務工作者在實際工作被訓練出需要具備的能力，而發展出工作能力的信心。Becker(2007)指出以能力為本位的訓練這概念始於職業教育體系的訓練，應用在受雇者針對他們所需從事的工作發展出特定的工作能力，每種工作能力的表現也可以進一步的被客觀的測量，連帶的受訓者與受雇者的工作表現也可以被監控與改進。因此，能力本位的評估也可被應用在安寧療護的教育訓練中。

Cooper、Aherne與Pereia(2010)指出，長久以來世界衛生組織認同健康專業採取能力為本位的教育訓練。專業能力被指認為是一組認知的、情意的、與技能的功能，能力也被定義為一種全面性的、有效的職業實作表現，可涵蓋從最基礎的精熟到最高層次的卓越。世界衛生組織支持以能力導向作為健康專業人員的教育的基础，各行業的專業人員需接受怎樣的教育訓練需要以這行業所需具備的能力為基礎，而「專業能力」(professional competency)指的是「一組認知的、情意的、與技能的、能支持在日常的實務工作」(Cooper et al., 2010)。

Cooper等人(2010)也指出在2004至2006年間，加拿大開始安寧照護靈性關懷發展計畫，帶出有關安寧照護靈性關懷訓練需要的廣泛討論，並產生專業發展資源的聯結。經過廣泛討論，達成關於從事安寧療護靈性關懷所需要具備的能力的共識，包括靈性關懷的定義、主要工作責任、工作任務、工作者的特質、具備的知識與能力。對於關懷者的特質，Cooper等人詳細列舉出關懷者需具備的特質、知識、與能力，例如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；關懷者需要具備的知識包括：了解不同的宗教傳統與儀式、了解非西方的文化考量、生物倫理的決策觀點、哀傷的理論與實務、家庭動力理論、自我照顧的方法、衝突處理的理論與實務、服務與方案發展的模式與實務、在健康照護環境中的組織動力、了解存有、盼望、受苦、救贖等概念、適切評估靈性關懷的工具等；關懷者需具備的技能則包括：做出倫理決定的領導力、為病人的利益發聲、冥想、界限的維護、協商技巧、主動傾聽與覆述確認了解、同理的

airiti

傾聽、詢問開放性問題邀請開放性的回答以增加了解、一般性的諮商技巧、在不同的人、資源、關懷場域間的協調能力、團隊工作、有效的教學與學習策略及方法、作不同利益間的中間人、一般的危機處理能力、展現人性化的與憐憫的行為、諮詢的技巧等。Cooper等人於其文末也表示，雖然經過共識形成的有關健康照護靈性關懷的角色責任與工作任務，還有待繼續的發展與調整，但這樣的成果可以指引未來臨床訓練的發展。

Faull(2012)提到對安寧病人及家屬靈性照顧需要具備的技巧包括：評估、聆聽、反應、團隊。分述如下：評估的技巧是要能指出靈性的議題，包括：缺少生命存在的意義感、被神或人拋棄的孤寂感、憤怒無法原諒、希望與至高者有關聯、對信仰懷疑、絕望、哀傷失落、罪惡感羞恥感、原諒與和解、失去支持與孤立、宗教儀式的需要、失去信心或意義感。聆聽的技巧是指照顧者要對病人的靈性議題注意聆聽、不帶著價值判斷、開放的、帶著關懷的態度；有時候，關懷者的聆聽更可為病人或家屬創造出「神聖的空間」，進行深刻有意義的對話或互動。對病人的反應技巧是指有時候宗教師或神職人員會被病人或家屬要求迅速造訪，為病人帶來臨終前的慰藉；當宗教性的疑問被病人提出時，關懷者不要迅速提供答案，而是陪伴病人開始自我省思；當關懷師與病人有相同宗教時，可以與病人一起從事宗教儀式，但是仍然要留意不可將自己的信念與做法強加給病人；若關懷師與病人沒有相同信仰時，要記得關懷師的出現，其關懷的態度、非教條的反應仍然會是有效的，靈性關懷能超越宗派的差異。此外，還需要確認病人所關心的、病人的需要有盡可能的被回應到。團隊的技巧是指對自己的靈性有覺察，把從靈性獲得的領悟，以及對所看見的事件產生的意義，透過分享對自己與對團隊中的他人產生重要影響，使彼此獲得支持與力量(Faull, 2012)。

McKinnon與Miller(2011)指出靈性照顧者需要做的事包括：傾聽而不是給建議；不把自己的價值觀強加給病人，而是陪他去探索何者對他是重要的；對不同的價值觀與態度包容不判斷，尊重與了解病人及家屬的宗教習俗與信念；提供靈性的支持而不是想要去解決靈性的問題；在提供靈性幫助時要了解自己的限制；不要回答難回答的問題，而是以嘗試性的方式回應，讓病人有機會探索自己的情緒與需要；聆

聽與從病人處學習增長自己的靈性；聆聽與允許病人表達與合宜的宣洩憤怒。

毛新春(2012)指出靈性照護者需要有四項準備：了解人生認識死亡、認清自我的責任與使命、肯定自我生命的價值、加強靈性信心。他指出照護者需要具備的知識與技巧包括：耐心傾聽與接納，以謙卑的心情陪伴病人在靈性領域的摸索成長；完全尊重病人的感覺與隱私；與病人維持不具權威或威脅的關係；以關心的態度自然談及病人的家庭生活；了解病人的恐懼死亡、疼痛、孤獨、喪失尊嚴，給予包容與支持；協助病人與家屬參與療護的決策過程；無條件關懷照顧；協助病人傾訴壓抑的感受與發洩憤怒的情緒。靈性照護的工作可包括：專注傾聽與敏銳觀察，審慎研判病人的靈性需求；提供病人身心舒適的照顧，重建生命存有的尊嚴；強化病人體驗生命價值與存在意義，化解存在危機；引導病人發覺痛苦中的意義，更珍惜生命；尊重病人的宗教信仰與求神行為。

周長旗(2009)於臺灣安寧照顧基金會網站指出：靈性關懷是關心人的心靈問題，以了解如何面對問題，找到心靈的平安。靈性工作是屬於人的靈與靈的相互影響，自我就是工具。要有效的幫助別人，除了專業能力之外，也得具有彈性的、敏銳的、屬靈的、良好的人格特質，其特質所必須有的能力包括：敏銳的自我察知能力、有分析自己情感(情緒)的能力、具有洞察力和影響力、無條件的愛、有同理心的態度、有自我坦露的能力、有專業素養的助人能力、知道自己能力所不能時，會轉介及尊重其他專業的決定、讓自己的靈性不斷成長，藉反省、默想、和人分享、以及祈求神，幫助自己和他人有能力去扮演助人的角色。

綜觀西方Cooper等人(2010)、Faull(2012)、McKinnon與Miller(2011)，以及台灣毛春新(2012)、周長旗(2009)等人的論文，對於安寧病人靈性照顧能力都涵蓋了照顧者的關懷特質、知識、與技能，這也呼應世界衛生組織所認同的專業能力本位的概念。雖然各篇論文對於照顧者的特質、知識與照護能力的內涵不盡完全相同，例如Cooper等人與Faull所提議的照護技能比其他篇論文更多包含了與團隊工作的能力及與團隊間的彼此分享與學習，而周長旗的關懷者特質還更指出照顧者自身的靈性成長的重要。

研究者曾以能力為本位的概念，用質性研究探討安寧照護靈性關懷人員需具備

airiti

的態度、知識、技能(陳秉華等人, 2016), 研究者與財團法人基督教史懷哲宣道會(以下簡稱「史懷哲宣道會」)合作, 探究從基督宗教靈性關懷觀點, 了解對臨終病人提供靈性照顧所需具備的能力。研究參與者宗教背景以基督宗教為主, 包括對安寧病人提供靈性照顧之醫師、社工師、心理師、護理師、牧師、靈性關懷師訓練者、靈性關懷師等共18人。以焦點團體訪談法收集資料, 內容分析為資料分析的方法。研究發現靈性照顧能力包含三個主要類別, 分別為靈性照顧的基本知識、靈性照顧的態度、靈性照顧的專業知能, 三個主要類別又可分為18個次類別。靈性照顧的基本知識包括: 認識與包容不同的宗教、具備基本安寧照顧知識、提供全人/全程照顧、與其他專業配合、會尋找與使用資源。靈性照顧的態度包括: 認識自己、照顧的態度、工作價值與使命感、尊重病人、關心病人/家屬的需要、遵守工作倫理、提供有宗教敏感度的靈性照顧、重視專業進修與成長。靈性照顧的專業技能包括: 具備關係建立與溝通技巧、協助病人/家屬處理靈性議題、幫助病人/家屬獲得靈性平安、具備靈性評估的能力、提供以基督信仰為基礎的靈性照顧。

研究者以這篇對安寧病人的靈性照顧能力之質性研究發現, 與上述提及的文獻相對照, 發現在照護的知識層面多了具備基本安寧照顧的知識, 在照護態度方面則相當接近, 在照護技能方面多了要具備基督信仰的靈性照顧能力。會有這樣的差異, 一方面顯示出可能在台灣安寧靈性照顧基本認識還不夠普及, 所以安寧照顧基本知識就為需要, 而要具備基督宗教的靈性照顧能力這個研究發現與該研究主旨有關。

研究者認為此研究發現可作為進一步發展靈性照顧能力測量工具的依據。此為國內第一篇以基督宗教為基礎完成的安寧照護靈性照顧能力的實徵性研究, 研究者以此作為本研究發展靈性照顧能力量表的重要參考依據。

(三) 安寧療護靈性照顧能力相關量表與測量工具

經過文獻回顧, 研究者發現關於國內外靈性照顧能力的測量工具非常缺乏, 國外文獻中僅有一篇van Leeuwen、Tiesinga、Middle、Post與Jochemsen(2009)根據護理靈性照顧能力的架構發展出的量表, 用來評估護理系學生提供的靈性照護, 以及評

airiti

估學生所需要接受的進一步訓練的能力。van Leeuwen等人(2009)根據van Leeuwen與Cusveller(2004)提出的護理人員靈性關懷三個領域(覺察與自我處理、護理照顧的靈性層面、品質與專業的保證)，發展出六個向度的量表，分別為靈性評估與靈性關懷履行的能力、專業性及提升靈性關懷的品質、個人的支持與對病人的諮商、轉介、對病人靈性的態度、溝通，稱之為「靈性關懷能力量表」(Competency of Spiritual Care Scale)。這六因素的靈性關懷能力量表的題項內容簡介如下：靈性評估與靈性關懷履行的能力因素題目如有能力作口語及書面的個案靈性功能、需要及處遇計畫的報告與記錄等；專業性及提升靈性關懷的品質因素題目如透過專業性提升照護品質等；個人的支持與對病人的諮商因素題目如將病人的靈性納入關懷的照護範圍等；轉介因素題目如對病人的靈性需要轉介給其他適當資源者等；對病人靈性的態度因素題目如包含對病人的靈性持開放尊重不強迫的態度等；溝通因素題目如包含專注傾聽病人生命史、接納病人的靈性等。量表設計為五點量表的形式，各因素的內部一致性信度係數分別在.56到.82之間，項目間的相關平均大於.25；且有不錯的再測信度，顯示信度是良好的；而因素分析的結果也支持這六個向度，顯示有好的構念效度。

國內有關靈性照顧量表有蔣宜倩、江惠英、李香君、韓晶彥、蕭雅竹(2014)以護理人員為對象編製的靈性照護態度量表。這個量表的編製經過兩個階段，第一階段採用深度訪談、文獻探討、專家內容效度等方法，收集腫瘤病房、安寧病房或重症加護單位服務之護理人員靈性與靈性照護的看法，作為擬定量表題項的參考，初步擬定的題目有25題；第二階段建立量表的信效度檢定，信度部分採內部一致性與項目分析，效度部分採內容效度、同時效度、以及探索性與驗證性因素分析。探索性因素分析的結果萃取出三個因素，分別命名為靈性成長、核心理念、靈性護理，共20題，總解釋變異量為71.06%。「靈性成長」因素是指從與病人生命深度溝通中得到個人靈性的成長，進而認同護理工作對個人的意義；「靈性照護核心理念」因素是指個人對靈性照護重要性的態度或認同度，信任、溝通能力、關懷與陪伴，認同靈性需要在病人病情惡化需求性更高等；「靈性護理」因素指護理人員認為應提供病人的靈性照護的措施，包括：提供個案表達靈性的想法與需要、協助病人做生

airiti

命回顧、肯定病人面對疾病所做的努力、以及對未來懷抱希望等。驗證性因素分析將此三因素模式進行6次模式配適度分析，最後刪減為15題，量表之Cronbach's α 值為.96。結果顯示，除AGFI(Adjusted Goodness Fit Index)未達0.9(0.87)，其他均達可接受之標準值。本量表以靈性健康量表進行同時效度檢定，結果呈顯著相關($r = .48, p < .001$)。顯示該靈性照護態度量表具備可接受的信度與效度，可以作為護理人員靈性照護態度的評估工具。吳秀芳與蕭雅竹(2009)的研究發現護理人員的靈性照護能力與靈性健康兩者呈正相關($r = .69, p < .01$)，顯示護理人員的靈性照顧能力是與他們的靈性健康是有關聯的，靈性照顧者除了照顧能力需要培養，他們的心理健康也需要受到重視。

受限於以上兩篇國內外靈性照護量表都是以護理人員為對象所發展的，並不一定可適用於靈性關懷師，也不一定適用於將基督宗教的精神融入於靈性照顧的靈性關懷師。因此，本研究作者參考了以上文獻，並依據研究者所完成的靈性照顧能力質性研究的結果(陳秉華等人，2016)，也就是專業能力本位的三個層面：靈性照顧基本知識(知識面)、靈性照顧的態度(情意面)、靈性照顧的專業技能(技能面)作為理論架構，編擬出涵蓋這三層面的基督教安寧療護靈性照顧能力量表的題項，然後根據項目分析的結果刪除不適當的題項，進而再根據刪除後的題項進行信度與效度分析，期望能夠發展出一個具備良好信度與效度的靈性照顧能力量表，作為日後甄選靈性關懷人員的參考工具，也可以作為靈性關懷教育課程的成效評估工具。承上，本研究的目的有二：一為編擬出靈性關懷能力量表的題項，二為對靈性關懷能力量表進行信效度的分析與研究。

二、研究方法

本研究分為預試與正式施測兩個階段，預試階段目的係利用項目分析與因素分析結果篩選「靈性關懷能力量表」題目，正式施測階段目的在於確認本研究所提出的知識、態度、技能三層面專業能力本位理論架構。

(一) 研究對象

1. 預試樣本

預試階段採立意抽樣方式，透過史懷哲宣道會的協助，聯絡過去兩年內曾參與「靈性關懷」訓練課程之學員進行網路問卷填答，共得有效樣本134人。性別：男性23人(17.16%)，女性111人(82.84%)。年齡：21到30歲6人(4.48%)、31到40歲25人(18.66%)、41到50歲42人(31.34%)、51到60歲47人(35.07%)、61歲以上14人(10.45%)。靈性關懷工作時間從沒有到22年，中位數為1年。

2. 正式樣本

正式施測階段亦採立意抽樣方式，透過史懷哲宣道會協助，聯絡過去三年內曾參與「靈性關懷」訓練課程之學員進行網路問卷以及紙本問卷填答，共得有效樣本350人。性別：男生61人(17.43%)，女性289人(82.57%)。年齡：21到30歲22人(6.29%)、31到40歲68人(19.43%)、41到50歲100人(28.57%)、51到60歲136人(38.86%)、61歲以上24人(6.86%)。靈性關懷工作時間從沒有到35年，中位數為1年。正式樣本與預試樣本無重複。

(二) 研究工具

本研究的研究工具為自編「靈性關懷能力量表」，其包括「靈性關懷知能」、「靈性關懷自我覺察」以及「靈性關懷照顧」等三大層面。此外，本量表採用Likert五點量表形式，請受試者針對個人與題項敘述之符合程度進行評定。反應選項與計分方式為從1分完全不符合到5分完全符合。

(三) 量表編製過程

1. 預試量表試題編擬

本研究依據先前的焦點團體訪談的結果(陳秉華等人，2016)以及本研究理論架構進行命題，經多次修改之後，初步擬出85題。為求審慎起見，研究者邀請6位專家(包括：一位腫瘤科醫師與資深靈性關懷課程授課教師、一位靈性關懷課程授課教

airiti

師、一位靈性關懷資深牧師與靈性關懷師督導、一位牧師與資深靈性關懷師、一位資深靈性關懷師與督導、一位測驗統計學教授)，針對量表內容的適切性提供意見，參考專家意見後，針對語意不清以及用詞不當的題目進行修改，並且刪除1題後，形成預試量表共84題(其中42題為反向題)，「靈性關懷知能」共10題，例如：「我具備死亡與臨終照顧的知識」；「靈性關懷自我覺察」共33題，例如：「我對從事靈性關懷有使命感」；「靈性關懷照顧」共41題，例如：「我能夠協助病人建立與至高者的關係」。

2. 依據項目分析與探索性因素分析結果選擇正式量表題目

研究者依據項目分析與探索性因素分析的結果篩選正式量表的試題。本研究項目分析方法參考邱皓政(2006)建議，使用以下四種方式做刪題：題目本身描述統計量、極端值比較法(CR值)、修正後試題與總分相關係數(corrected item-total correlation)以及刪除該題後之內部一致性信度係數。接著，將經項目分析後所剩下的題目進行探索性因素分析，最終保留18題作為正式量表題目。

三、研究結果

以下分別呈現「靈性關懷能力量表」預試以及正式施測研究結果。預試結果包括項目分析以及探索性因素分析結果，正式施測結果包括整體受試者答題的描述性統計量、信效度分析以及不同背景變項之差異考驗。

(一)「靈性關懷能力量表」預試資料分析

1. 項目分析

研究者依據134位有效樣本的預試結果進行項目分析，本研究之項目分析包括以下四種方法：(1)題目本身的描述統計量，為計算各題項與三個分量表間的相關，當試題與其預期所屬分量表間的相關低於其他兩個分量表時則刪除該題，此外，假若該試題的平均得分高於4分或是偏態的絕對值大於1時亦刪除該題。(2)極端值比較法，取量表總分最高與最低27%進行獨立樣本 t 檢定，當 t 值小於3.0時則刪除該題。

(3)修正後試題與總分相關係數，當修正後試題與總分相關係數低於.30則刪除該題。
(4)刪除該題後之內部一致性信度係數，當刪除該題後之內部一致性信度係數有所提升則刪除該題。經上述試題項目分析後，三分量表題數：「靈性關懷知能」共6題；「靈性關懷自我覺察」共7題；「靈性關懷照顧」共9題，總題數為22題。

2. 探索性因素分析

研究者將剩下的22道試題進行探索性因素分析。分析結果發現，KMO值為.87且巴氏球型檢定卡方值達顯著($\chi^2_{(231)} = 1533.68, p < .001$)，說明該筆資料適合進行探索性因素分析。接著，本研究根據Kaiser-Guttman法則，抽取特徵值大於1的個數為原則，接著以主成份分析法萃取因素負荷量，最後再以最優斜交法(promax)進行斜交轉軸。本研究共萃取出五個特徵值大於1的因素，分別命名為「靈性關懷知能」、「靈性關懷覺察」、「靈性關懷熱誠」、「靈性關懷照顧」以及因為反向題出題形式所產生「負向作答情緒」。考量反向題出題形式所產生「負向作答情緒」並非本研究關心的因素，在刪除該因素下所屬題目後，整份量表剩下18道試題。此外，考量「靈性關懷覺察」與「靈性關懷熱誠」兩者同屬於靈性關懷態度層面，可合併之，因此，研究者將剩下的18題進行第二次探索性因素分析，並且參考本量表編製之三層面理論架構將因素數目設定為三。

第二次探索性因素分析結果發現，KMO值為.89且巴氏球型檢定卡方值達顯著($\chi^2_{(153)} = 1196.06, p < .001$)，說明該筆資料亦適合進行探索性因素分析。此外，分析結果發現，「靈性關懷覺察」與「靈性關懷熱誠」可合併為一個因素，因此，將三個因素重新命名為「靈性關懷知能」、「靈性關懷自我覺察」以及「靈性關懷照顧」，三因素共可以解釋58.34%變異量。

表一係以最優斜交法(promax)進行斜交轉軸後所得到的因素負荷量。因素一(靈性關懷知能)之因素負荷量的絕對值介於.68到.75之間；因素二(靈性關懷自我覺察)介於.41到.78之間；因素三(靈性關懷照顧)介於.61到.85之間。除Q₅因素負荷量較低外(.41)，其他題的因素負荷量皆大於.50之水準。考量Q₅的「助人動機」題為靈性關懷的重要面向，因此仍將此題保留。此外，考量少數題目(如Q₄)同時在兩個因素中均有較高的因素負荷量，在該情況下，則是選擇有最高因素負荷量的因素作為該題的

因素歸類。整體而言，各因素負荷量皆具備一定水準，因此，本研究以這18道試題作為正式施測的版本。最後，經斜交轉軸後的因素間的相關，「靈性關懷知能」與「靈性關懷自我覺察」的相關為.47；「靈性關懷知能」與「靈性關懷照顧」的相關為.51；「靈性關懷自我覺察」與「靈性關懷照顧」的相關為.49。

表一 預試樣本之平均數、標準差與探索性因素分析結果($N = 134$)

| 題號 | 平均數 | 標準差 | 轉軸後組型因素負荷量 | | | 共通性 |
|-----------------|------|------|-------------|-------------|-------------|------|
| | | | 因素一 | 因素二 | 因素三 | |
| 靈性關懷知能 | | | | | | |
| Q ₂ | 3.58 | 0.99 | 0.75 | -0.02 | 0.07 | 0.60 |
| Q ₃ | 3.13 | 0.96 | 0.74 | -0.15 | 0.19 | 0.61 |
| Q ₁ | 3.86 | 0.94 | 0.68 | 0.02 | 0.14 | 0.60 |
| 靈性關懷自我覺察 | | | | | | |
| Q ₉ | 4.07 | 0.82 | -0.33 | 0.78 | 0.25 | 0.65 |
| Q ₈ | 4.24 | 0.77 | -0.07 | 0.76 | 0.02 | 0.54 |
| Q ₁₀ | 4.10 | 0.84 | 0.06 | 0.67 | 0.12 | 0.59 |
| Q ₆ | 4.07 | 0.86 | 0.06 | 0.66 | 0.03 | 0.49 |
| Q ₄ | 3.92 | 0.70 | 0.52 | 0.55 | -0.27 | 0.63 |
| Q ₇ | 4.34 | 0.79 | 0.40 | 0.52 | -0.21 | 0.47 |
| Q ₅ | 4.33 | 0.79 | 0.30 | 0.41 | 0.02 | 0.38 |
| 靈性關懷照顧 | | | | | | |
| Q ₁₃ | 3.91 | 0.87 | -0.31 | 0.07 | 0.85 | 0.60 |
| Q ₁₄ | 3.91 | 0.85 | 0.17 | -0.28 | 0.79 | 0.61 |
| Q ₁₇ | 3.68 | 0.85 | 0.23 | 0.01 | 0.70 | 0.72 |
| Q ₁₈ | 3.73 | 0.92 | -0.03 | 0.18 | 0.68 | 0.58 |
| Q ₁₂ | 3.81 | 0.88 | 0.10 | 0.16 | 0.64 | 0.62 |
| Q ₁₆ | 3.90 | 0.91 | 0.16 | 0.10 | 0.62 | 0.59 |
| Q ₁₅ | 3.78 | 0.90 | 0.18 | 0.12 | 0.61 | 0.61 |
| Q ₁₁ | 3.58 | 0.94 | 0.27 | 0.00 | 0.61 | 0.60 |

(二)「靈性關懷能力量表」正式施測資料分析

1. 描述性統計分析

表二為350位有效正式樣本在各分量表的描述性統計資料。由表二中可發現，三個分量表題目的平均得分分別介於3.34到4.00、4.17到4.51、與3.36到3.81之間，全量表平均則為3.87。

2. 信度分析

本量表係以Cronbach's α 係數作為信度指標，結果如表三所示。從表中可發現，各分量表的內部一致性信度係數介於.81到.88之間、全量表則為.92，分析結果顯示不管是分量表或是總量表都具備有良好的內部一致性信度係數。

3. 量表間相關矩陣

各分量表之間的相關以及各分量表與總量表間的相關，如表四所示。從表四可發現，各分量表間的相關介於.58到.70之間，各分量表與總量表間的相關則介於.86到.87之間，且彼此間的相關皆達.001顯著水準(p 值小於.001)。

4. 效度分析

本研究利用驗證性因素分析結果作為效度的支持證據，並且進而了解本量表的三因素模式是否能得到實際資料的支持。本研究係利用R統計軟體之Lavaan模組來進行模式適配度分析以及參數估計，參數估計方法為使用最大概似法(Maximum likelihood, ML)。Kline(1998)指出當偏態的絕對值小於3.0以及峰度的絕對值小於10.0時，一般則可視為單變量常態分配，從表二中可發現各觀察變項之偏態及峰度的絕對值皆在範圍內，符合ML估計法假設。有關尺度(scale)設定，本研究將靈性關懷知能對「Q₁」的因素負荷量、靈性關懷自我覺察「Q₄」的因素負荷量，以及靈性關懷照顧對「Q₁₁」的因素負荷量設定為1.0。

研究者首先針對本研究所提出的三因素假設模式進行驗證性因素分析，並依據分析所得的結果修改假設模式，提出修改模式，接著再進行第二次驗證性因素分析。此外，正式樣本隨機分為A、B兩部分，其中A樣本175人為校正樣本(calibration

表二 正式樣本的「靈性關懷能力量表」之描述性統計資料(N = 350)

| | 題號 | 題目 | 平均數 | 標準差 | 偏態 | 峰度 |
|----------|-----------------|------------------------|------|------|-------|-------|
| 靈性關懷知能 | Q ₁ | 我清楚陪伴與協談的基本知能 | 4.00 | 0.78 | -0.59 | 0.20 |
| | Q ₂ | 我具備死亡與臨終照顧的知識 | 3.71 | 0.90 | -0.44 | -0.17 |
| | Q ₃ | 我熟悉醫療、社會、心理、靈性照顧的轉介資源 | 3.34 | 0.98 | -0.26 | -0.35 |
| | 分量表平均數 | | 3.68 | 0.76 | | |
| 靈性關懷自我覺察 | Q ₄ | 我對自己的特質有覺察與認識 | 4.17 | 0.64 | 0.36 | 0.26 |
| | Q ₅ | 我能反省自己助人的動機 | 4.32 | 0.63 | -0.46 | -0.33 |
| | Q ₆ | 我對從事靈性關懷有使命感 | 4.24 | 0.72 | -0.58 | -0.25 |
| | Q ₇ | 我認為靈性關懷工作要符合專業與社會的規範 | 4.51 | 0.60 | -0.92 | 0.25 |
| | Q ₈ | 我對關懷病人有熱忱 | 4.23 | 0.75 | -0.65 | -0.15 |
| | Q ₉ | 我會主動關心病人/家屬的靈性需要 | 4.17 | 0.79 | -0.81 | 0.53 |
| | Q ₁₀ | 我對自己的人生經歷有相當的了解與省思 | 4.21 | 0.70 | -0.51 | -0.08 |
| | 分量表平均數 | | 4.26 | 0.53 | | |
| 靈性關懷照顧 | Q ₁₁ | 我能夠陪伴或協助家屬走過悲傷失落 | 3.81 | 0.81 | -0.42 | 0.12 |
| | Q ₁₂ | 我能夠協助病人接納他人、與他人和好 | 3.75 | 0.85 | -0.29 | -0.36 |
| | Q ₁₃ | 協助病人體會寬恕與被寬恕的經驗對我是困難的 | 3.36 | 1.03 | -0.42 | -0.18 |
| | Q ₁₄ | 我很難引導病人開放自己，真實陳述問題 | 3.45 | 0.90 | -0.45 | 0.20 |
| | Q ₁₅ | 我能夠協助病人獲得愛與被愛的經驗 | 3.76 | 0.79 | -0.45 | 0.14 |
| | Q ₁₆ | 我能夠陪伴或協助病人/家屬共同面對核心的議題 | 3.64 | 0.83 | -0.27 | -0.30 |
| | Q ₁₇ | 我能洞察病人/家屬的靈性需要 | 3.75 | 0.79 | -0.23 | -0.16 |
| | Q ₁₈ | 我能夠協助病人建立與至高者的關係 | 3.77 | 0.83 | -0.35 | -0.03 |
| | 分量表平均數 | | 3.66 | 0.60 | | |
| 全量表 | | | 3.87 | 0.54 | | |

表三 「靈性關懷能力量表」之信度檢驗摘要表

| 分量表名稱 | Cronbach's α 係數 |
|----------|------------------------|
| 靈性關懷知能 | .81 |
| 靈性關懷自我覺察 | .88 |
| 靈性關懷照顧 | .85 |
| 全量表 | .92 |

表四 「靈性關懷能力量表」之各分量表間的相關矩陣

| 分量表名稱 | 靈性關懷知能 | 靈性關懷自我覺察 | 靈性關懷照顧 |
|----------|--------|----------|--------|
| 靈性關懷知能 | — | | |
| 靈性關懷自我覺察 | .59*** | — | |
| 靈性關懷照顧 | .58*** | .70*** | — |
| 全量表 | .87*** | .86*** | .86*** |

*** $p < .001$

sample)用來進行原始模式之驗證以及進行模式修改，B樣本175人為效度樣本(validation sample)用來交互驗證(cross-validation)，進行模式的確認。

(1)第一次驗證性因素分析

研究者使用A樣本175人(校正樣本)進行原始假設模式之驗證並針對假設模式做修改，提出修改模式，分析結果如下所示：

A. 假設模式標準化參數估計值

首先，假設模式之誤差變異皆為正值且達顯著，此外，第一次驗證性因素分析所得的假設模式標準化參數估計值結果如圖一所示(圖中數值為標準化估計值)。圖中長方形為觀察變項，代表正式量表的測量題項；橢圓形為潛在變項，代表潛在構念。三個潛在構念分別包括3、7以及8個測量題項，分別為 Q_1 到 Q_{18} ，圖中最左邊的數值為誤差變異。Hair、Black、Babin與Anderson(2010)建議，因素負荷量應介於.50到.95之間，本研究結果除了 Q_7 、 Q_{13} 與 Q_{14} 分別為.48、.22與.32外，其餘均介於.50到.95之間，此外，誤差變異介於.24到.95之間。 Q_7 、 Q_{13} 與 Q_{14} 的因素負荷量甚低，原應都刪除後再進行模式修正，但考量 Q_{13} 的「寬恕」題為靈性關懷的重要面向，因此僅刪除 Q_7 與 Q_{14} 題。

B. 整體模式適配度

根據Bagozzi與Yi(1988)以及Hair、Anderson、Tatham與Black(1998)的主張，整體模式適配度可分為絕對適配度(measures of absolute fit)、增值適配度(incremental fit measures)、精簡適配度(parsimonious fit measures)等三方面進行評估，本研究的整體模式適配度結果如表五所示。絕對適配度指標： $\chi^2/df = 2.98$ 、GFI = .80、AGFI = .72、SRMR = .07、RMSEA = .11；增量適配度指標：NFI = .81、NNFI = .84、RFI = .78、IFI = .87、CFI = .87；精簡適配度指標：PGFI = .56、PNFI = .70。綜合上述，假設模式的整體適配情形不甚理想，因此本研究刪除因素負荷量甚低的Q₇與Q₁₄後，再進行第二次驗證性因素分析。

(2)第二次驗證性因素分析

研究者使用B樣本175人(效度樣本)進行修改模式的交互驗證，分析結果如下所示：

A. 修改模式標準化參數估計值

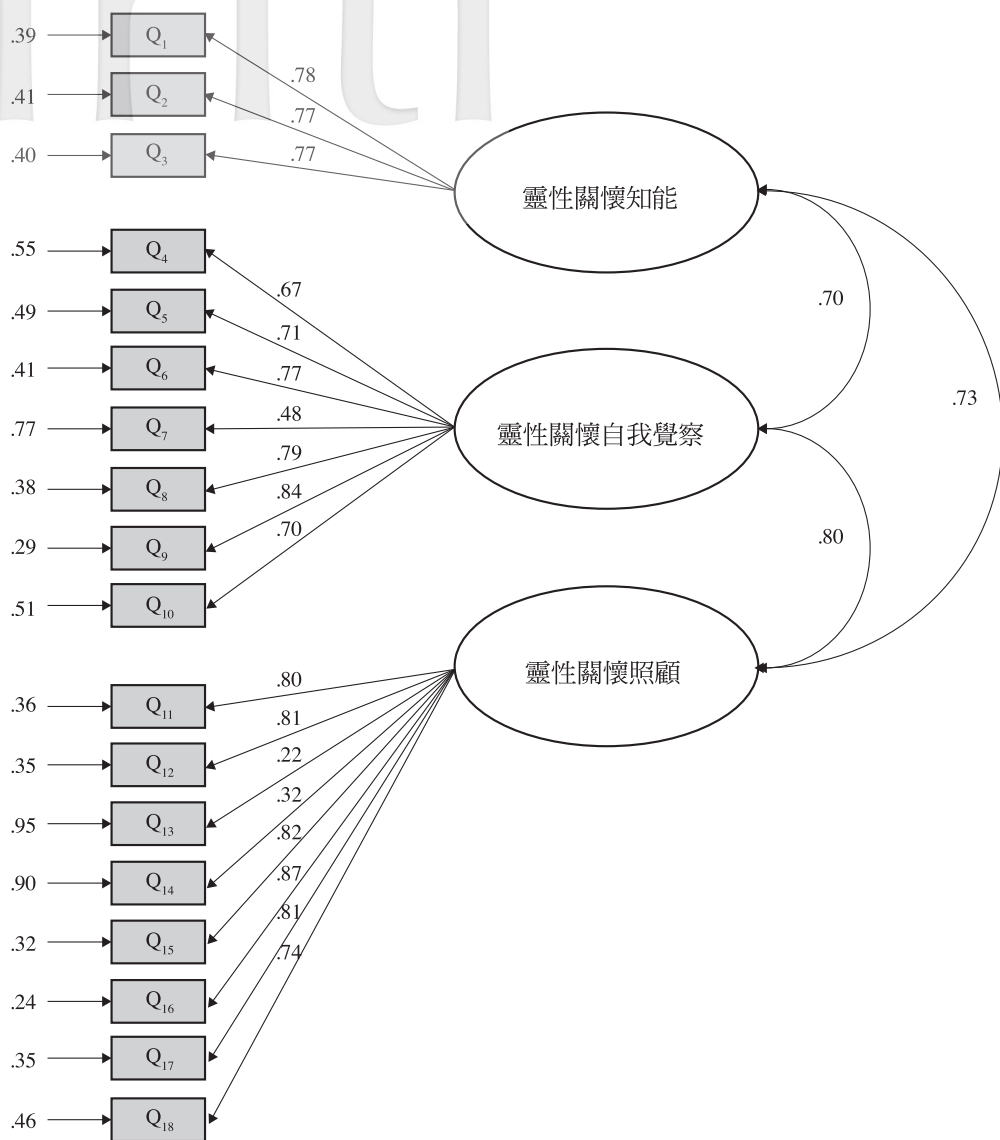
首先，修正後模式之誤差變異皆為正值且達顯著，此外，第二次驗證性因素分析所得之模式標準化參數估計值結果如圖二所示(圖中數值為標準化估計值)，三個潛在構念分別包括3、6、7個測量題項，圖中最左邊的數值為誤差變異。整體因素負荷量介於.17到.77之間，除Q₁₃為.17較低外，其餘均介於.50到.95之間(Hair et al., 2010)。此外，誤差變異介於.29到.97之間。整體而言，修改模式的標準化參數估計值大致良好。

B. 整體模式適配度

修改模式整體模式適配度結果如表五所示。絕對適配度指標： $\chi^2/df = 1.85$ 、GFI = .88、AGFI = .83、SRMR = .05、RMSEA = .07；增量適配度指標：NFI = .89、NNFI = .94、RFI = .87、IFI = .95、CFI = .95；精簡適配度指標：PGFI = .59、PNFI = .75。整體而言，修正模式的整體適配度大致仍符合合理適配標準建議。

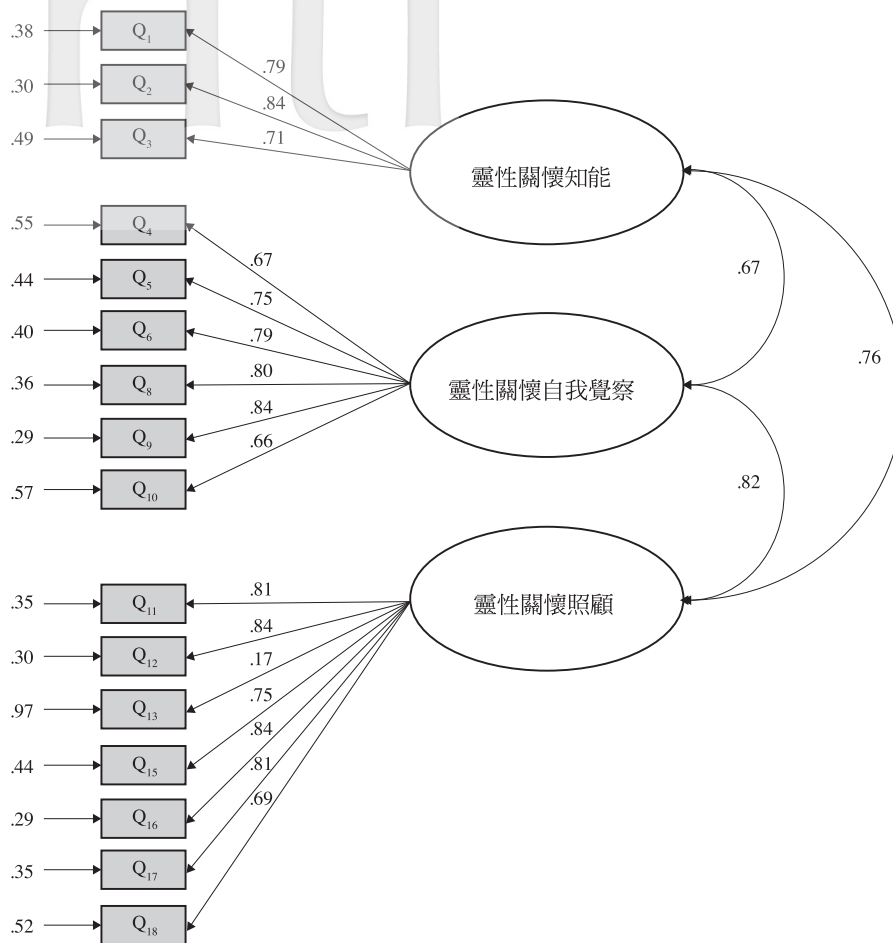
C. 內在結構適配度

模式的內在結構適配度方面，Hair等人(1998)主張，應包括測量模式適配度(measurement model fit)以及結構模式適配度(structural model fit)等兩方面評鑑。但



圖一 假設模式驗證性因素分析所得的三因素模式結果

因為本模式只有單純的測量模式，而沒有結構模式，因此只討論測量模式的結果。研究者以組合信度(composite reliability)與平均變異抽取量(average variance extracted, AVE)來檢驗模式的內在結構適配度。所謂組合信度是指測量指標所能解釋的變異占



圖二 修正模式驗證性因素分析所得的三因素模式結果

所有變異之比；AVE是指該構念之因素負荷量平方和的平均值，代表測量指標對該潛在變項的解釋變異量。

本研究測量模式適配度結果，個別觀察變項的信度，除Q₄、Q₁₀、Q₁₃、Q₁₈分別為.45、.43、.03以及.48外，其餘均符合.50以上標準。潛在變項的平均變異抽取量介於.54至.61之間，均符合.50以上標準。潛在變項組合信度介於.82至.89之間，符合.60以上標準(黃芳銘，2007；Bagozzi & Yi, 1988)。綜合上述結果可發現，修正模式比假設模式的適配度更理想。

表五 「靈性關懷能力量表」整體模式適配度摘要表

| 統計檢定量 | 評估項目 | 合理適配 標準建議 | 假設模式 | 修改模式 |
|--------|-------------|--------------|------|------|
| 絕對適配指標 | χ^2/df | < 3 | 2.98 | 1.85 |
| | GFI | > .90 | .80 | .88 |
| | AGFI | > .90 | .72 | .83 |
| | SRMR | < .08 | .07 | .05 |
| | RMSEA | < .08 | .11 | .07 |
| 增量適配指標 | NFI | > .90 | .81 | .89 |
| | NNFI | > .90 | .84 | .94 |
| | RFI | > .90 | .78 | .87 |
| | IFI | > .90 | .87 | .95 |
| | CFI | > .90 | .87 | .95 |
| 精簡適配指標 | PGFI | > .50 | .56 | .59 |
| | PNFI | > .50 | .70 | .75 |

5. 不同接觸靈性關懷工作時間之背景變項差異考驗

本研究利用修正模式所得的分量分數(意即排除題項Q₇與Q₁₄後的量表分數)，針對不同工作時間的靈性關懷者在「靈性關懷能力量表」的得分進行單因子多變量檢定。

不同靈性工作時間的多變量檢定結果如表六所示。研究結果顯示，不同工作時間的靈性關懷者在本量表上有顯著差異(Wilks' $\lambda_{(6, 690)} = .92, p < .001, \eta^2 = .04$)，一到五年工作時間以及五年以上工作時間均顯著高於一年以下工作時間者；此外，一到五年工作時間與五年以上工作時間則沒有顯著差異。

表六 不同工作時間靈性關懷者在「靈性關懷能力量表」得分差異分析摘要表

| 各量表 | 工作時間 | 人數 | 平均數 | 標準差 | Wilks' Lambda | 單變量 F考驗 | 附註 |
|----------|-------------------|-----|-------|------|---------------|----------|-----------------------|
| 靈性關懷知能 | 一年以下 ^a | 172 | 10.56 | 2.35 | 0.92*** | 8.94*** | c > a*** |
| | 一到五年 ^b | 84 | 11.30 | 2.17 | | | b > a* |
| | 五年以上 ^c | 94 | 11.72 | 2.02 | | | c > b ^{n.s.} |
| 靈性關懷自我覺察 | 一年以下 ^a | 172 | 24.51 | 3.53 | | 10.83*** | c > a*** |
| | 一到五年 ^b | 84 | 25.77 | 3.13 | | | b > a* |
| | 五年以上 ^c | 94 | 26.47 | 2.88 | | | c > b ^{n.s.} |
| 靈性關懷照顧 | 一年以下 ^a | 172 | 24.67 | 4.48 | | 14.31*** | c > a*** |
| | 一到五年 ^b | 84 | 26.49 | 4.05 | | | b > a** |
| | 五年以上 ^c | 94 | 27.47 | 4.00 | | | c > b ^{n.s.} |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, n.s. = 未達到顯著水準

四、討論與結論

(一) 討論

根據本研究結果，作出以下的討論及對未來研究及實務使用的建議：

1. 「寬恕」及「靈性關懷自我覺察」相關題目在靈性關懷能力是非常重要的，所以雖然因素負荷量較低但仍予以保留

第一次驗證性因素分析結果，發現 Q_{13} 「協助病人體會寬恕與被寬恕的經驗對我

是困難的」因素負荷量偏低，研究團隊經過數度討論以及參考相關文獻後認為「寬恕」乃屬於靈性關懷的重要面向，因此決定仍舊保留此題。文獻指出「寬恕」是對臨終之靈性關懷重要面向，例如Hansen、Enright、Baskin與Klatt(2009)在提供老年臨終病人為期四週的寬恕治療後，發現病人們的心理健康狀態明顯提升，因此建議寬恕治療應被納入治療計畫中。Kellehear(2000)在回顧安寧療護文獻之後，提出了一個三面向的靈性需求模式，而寬恕在其中的兩個面向都出現，可見寬恕是屬於重要的臨終病人靈性需求。美國曾結合安寧療護領域各專家學者的力量，致力於提供高品

質的臨終關懷之探討，執行安寧照護品質的國家共識專案(National Consensus Project for Quality Palliative Care, NCP)，在2009年舉辦的共識會議(Consensus Conference)中，針對臨終病人靈性、宗教和存在面向的關懷，在評估和介入計劃方面都納入寬恕與被寬恕的部份(Puchalski et al., 2009)，這些都肯定了寬恕在臨終病人靈性需求的重要性，因此需要放入靈性關懷的能力。

2. 本量表對具有一年以上和一年以下的靈性關懷工作經驗者最具有區分性

從不同工作時間靈性關懷者在「靈性關懷能力量表」得分差異分析結果中可發現，各分量表中，一年以上工作時間者的分數均顯著高於一年以下工作時間者，由此可知，本量表對於靈性關懷年資較低的工作者具備良好的區辨效度，然而對於年資較高的工作者，本量表則無法作區辨，其可能原因為本量表的題目設計所測量的靈性關懷能力係屬於基本能力，並沒有針對靈性關懷更深入或更專業的工作能力作設計，因此無法區辨年資較高靈性關懷工作者間的差異。

3. 在未來研究樣本人數需要再多一些

本研究主要係採用結構方程模式(Structural Equation Modeling, SEM)作為統計分析方法，由於其處理的變項數較多且變項間彼此關係較為複雜，因此較適用於大樣本分析。過去學者建議，若要追求穩定的SEM分析結果，則樣本數至少要大於200(邱皓政，2006)。雖然本研究正式樣本數為350人，但因為做二次驗證性因素分析緣故，350人又分為校正樣本175人以及效度樣本175人，較不符合學者對樣本數的要求。但是由於基督徒靈性關懷者之研究樣本取得不易，因此研究者最後僅獲得350人作為本研究之正式樣本。

4. 對未來研究的建議

建議未來研究者需要獲得更足夠的受試樣本，以確保穩定的SEM分析結果。此外，未來研究者也可依據本量表各能力發展更為具體細緻的能力指標，例如第15題「我能夠協助病人獲得愛與被愛的經驗」這樣的描述顯得籠統，未來可以再擬定更細項之能力行為指標的題目，將能提供靈性關懷者、訓練課程的教育者或是靈性關懷的臨床督導者有更具操作性定義的行為評量工具。

5. 本量表在教育訓練與專業成長上的應用

本量表可以提供未來安寧療護靈性關懷教育訓練機構設計訓練課程之用，根據本量表涵蓋的三個因素各題項設計課程內容，作為規畫教育訓練的參考依據。本量表也可作為安寧療護靈性關懷學習者或工作者在靈性關懷能力自我評量的工具，靈性關懷者可以在各個題目上進行反思並給予自己評量分數；資深靈性關懷者或是督導也可以使用這個量表，作為對於靈性關懷工作學習者的評定，綜合以上這些評估資訊，可以提供學習者在安寧療護靈性關懷工作的個人專業進修參考之用。本量表也可以結合一些其他主觀或客觀評量工具，作為評估靈性關懷教育訓練課程成效的工具。

然而，研究者並不建議此量表作為甄選靈性關懷師的評量工具，因為此量表屬於自陳量表，若評量結果將作為甄選依據時，填答者就可能出現社會期許而影響作答結果，或在利益的考量下給予自己較高或不實的評分。

(二) 結論

1. 這是一個具有不錯信效度的量表，可作為未來有興趣的研究者使用

本研究的目的是在於發展國內靈性關懷師適用的靈性關懷能力量表，並進行量表的信效度檢驗。在信度分析方面，靈性關懷知能、靈性關懷自我覺察以及靈性關懷照顧三個分量表的內部一致性信度係數分別為.81、.88以及.85，顯示本量表具有良好信度。此外，修正模式的三個分量表的組合信度分別為.82、.89以及.87，指標均大於.60，顯示具備良好組合信度。在效度分析方面，研究結果顯示本研究的假設模式經修正後，其基本模式適配度、整體模式適配度以及內在結構適配度，除少數幾個指標略低於評鑑標準值外，整體適配情況大致良好，由此可知，本量表具備不錯的構念效度，能作為未來有興趣的研究者使用。

本量表與van Leeuwen等人(2009)編製的護理人員靈性關懷量表以及國內蔣宜倩等人(2014)發展的護理人員靈性照護量表內涵相較，發現本量表的靈性關懷知能因素(即基本知識)，是在van Leeuwen等人編製的量表及蔣宜倩等人編製的量表中都沒有出現的向度與測量題項，研究者認為這樣的差異來自於本研究量表是為關懷師設計

airiti

的，他們多數原是宗教師、教牧人員、法師等背景，在進入安寧病房為病人與家屬提供靈性關懷之前，需要接受一定的安寧照護基礎教育訓練，才能夠擔任安寧病人與家屬的靈性關懷的工作，而護理人員本已具備了安寧照顧的基本知識，所以護理人員的靈性照顧能力就不需要再涵蓋安寧照顧的基本知識，這是本量表與先前國內外研究為護理人員編製的靈性照顧能力量表最大的不同之處。

2. 這是一個超越基督宗教的量表，可以被不同宗教或無宗教背景者使用

本量表編製的初衷雖為編製一個適用於基督宗教的靈性關懷能力量表，初擬的85個題項中有一些是特屬於基督宗教的題目(例如：我能夠協助有意願的病人／家屬靠上帝的力量獲得靈性的平安、我能夠協助有意願的病人／家屬與神和好)，但是經過項目分析刪題之後留下18題，以及後續的第一次驗證性因素分析刪除7題及第14題，留下來的16個題項幾乎都已經不再具有基督宗教的特定色彩，除了第18題的「至高者」一詞可能不一定適用於某些宗教之外，其他15個題項皆不帶有特定宗教背景，是可適用於其他宗教或靈性背景之靈性關懷工作者使用。

謝 詞

1. 本研究經費來源自科技部補助(計畫編號：MOST 104-2410- H-003-023 -MY3)。
2. 感謝量表編製過程中國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系兼任副教授林世華提供寶貴的指導。

參考文獻

- 毛新春(2012)：〈末期瀕死病患的靈性需求與照顧〉。輔仁大學主辦「第三屆基督宗教諮商輔導研討會：死亡焦慮的諮商輔導」(新北市)宣讀之論文。
- 吳秀芳、蕭雅竹(2009)：〈護理人員靈性健康與靈性照護能力之相關性研究〉。《護理暨健康照護研究》，5卷1期，68-78。

周長旗(2009)：〈靈性關懷人員在安寧緩和醫療照顧中的角色〉。2016年10月4日，
取自<http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/20080401-6.php>。

邱皓政(2006)：《量化研究與統計分析》。臺北：五南。

陳秉華、邱仲峯、范嵐欣、趙冉、吳森棋(2016)：〈基督宗教靈性關懷者對臨終病人
靈性照顧能力之質性研究〉。《安寧療護雜誌》，21卷2期，166-179。

黃芳銘(2007)：《結構方程模式》。臺北：五南。

蔣宜倩、江惠英、李香君、韓晶彥、蕭雅竹(2014)：〈靈性照護態度量表建構與信效
度檢定〉。《護理暨健康照護研究》，10卷2期，102-112。

Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.

Becker, R. (2007). The use of competencies in palliative care education. In L. Foyle & J. Hostad (Eds.), *Innovations in cancer and palliative care education* (pp. 13-23). New York: Radcliffe Publishing.

Cooper, D., Aherne, M., & Pereira, J. (2010). The competencies required by professional hospice palliative care spiritual care providers. *Journal of Palliative Medicine*, 13(7), 869-875.

Faull, C. (2012). The context and principles of palliative care. In C. Faull, S. de Caestecker, A. Nicholson, & F. Black (Eds.), *Handbook of palliative care* (3rd ed.) (pp. 1-14). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Hair, J. F. Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Hansen, M. J., Enright, R. D., Baskin, T. W., & Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 51-60.

- Kellehear, A. (2000). Spirituality and palliative care: A model of needs. *Palliative Medicine*, 14(2), 149-155.
- Kelly, E. (2012). Competences in spiritual care education and training. In M. Cobb, C. M. Puchalski, & B. Rumbold (Eds.), *Oxford textbook of spirituality in healthcare* (pp. 435-441). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- McKinnon, S. E., & Miller, B. (2011). Psychosocial and spiritual concerns at the end of life. In B. M. Kinzbrunner & J. S. Policzer (Eds.), *End-of-life care: A practical guide* (2nd ed.) (pp. 349-375). New York: McGraw Hill Companies.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., et al. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904.
- van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advance Nurse*, 48(3), 234-246.
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L., Middle, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857-2869.

Development and Psychometric Properties of the Spiritual Care Competency Scale

PING-HWA CHEN, JENG-FONG CHIOU, KUO-FENG CHANG, JAN CHAO,

LAN-HSIN FAN, MEI-CHUAN CHU

Purpose: Spiritual care is an essential part of providing palliative care services to patients. However, no studies have identified the abilities required for a palliative spiritual care provider in Taiwan. To understand what makes a good caregiver for terminally ill patients, we developed the Spiritual Care Competency Scale (SCCS) and examined its psychometric properties. **Methods:** We developed the initial 85 5-point Likert items of the SCCS based on our previous qualitative study of Christian-based competencies for hospice spiritual palliative care. That study identified 3 dimensions of spiritual care: basic knowledge, attitude, and professional knowledge about spiritual care. We developed the SCCS in two stages. All participants had completed a spiritual care education course at the Schweitzer Christian Mission Foundation in Taiwan. **Results:** A total of 134 participants (23 male, 111 female) completed the initial measure. Following the item analysis and exploratory factor analysis, we selected 18 items comprising 3 factors for the final measure: Spiritual Care Knowledge (3 items), Spiritual Care Self Awareness (7 items), and Spiritual Care Practice (8 items). These 3 factors accounted for 58.34% of the total variance. In stage 2, 350 participants (61 males, 289 females) completed the 18-item measure. Analysis showed acceptable internal consistency coefficients for the three subscales (.81 to .88) and for the total scale (.92). The first 175 of the 350 participants were used to test the hypothesized 3-factor model using the confirmatory factor analysis (CFA). The results indicated that the overall goodness of fit of the proposed model was unsatisfactory. Subsequently, two items with a low factor loading were deleted from the SCCS, and the revised model was tested. The data from the remaining 175 participants of the original 350 were used for the second

CFA to validate the revised model. The overall goodness of fit of the model and the internal structure of the measurement model fit were favorable. The revised model was more optimal than the originally hypothesized model. **Conclusions:** The results of the analysis of the revised model lend reasonable support to the validity and reliability of the SCCS. This scale highlights the important aspect of competency in spiritual palliative care, thus future education and training programs should consider including this aspect.

Key words: measure, palliative care, spiritual care, terminal illness

Ping-Hwa Chen: Adjunct Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Ph.D. from the Department of Educational Psychology, University of Illinois, Urbana-Champaign. Specialized in counseling process research, counselor education, spirituality and counseling, Chinese culture and counseling, palliative care, and spiritual care. (Corresponding Author, e-mail: phchen@ntnu.edu.tw)

Jeng-Fong Chiou: Professor, School and College of Medicine, Taipei Medical University. Director, Department of Radiation Oncology, Taipei Medical University Hospital. Director, Hospice and Palliative Care, Taipei Medical University Hospital. Executive Vice Superintendent, Taipei Cancer Center, Taipei Medical University. Ph.D. from the Graduate Institute of Medical Sciences, National Defense Medical Center, Taipei. Specialized in cancer prevention, diagnosis, treatment and consultancy, cancer translational medicine, hospice palliative care, and spiritual care.

Kuo-Feng Chang: Doctoral student in the Educational Measurement and Statistics Department of Psychological and Quantitative Foundations, University of Iowa. Master's degree from the Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Specialized in testing and assessment, psychometrics, and educational statistics.

Jan Chao: Master's degree from the Department of Psychology, National Taiwan University. Specialized in parental relationships and counseling processes.

Lan-Hsin Fan: Master's degree from the Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Research assistant for the Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Specialized in counselor education, spirituality of counseling, and Chinese culture and counseling.

Mei-Chuan Chu: Doctoral student in Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Research assistant for the Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University. Master of Social Science (Counseling), University of South Australia. Specialized in multicultural counseling, and spiritually-integrated counseling.