

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 靈性健康促進之策略觀點

A Strategy for Enhancing Spiritual Health

doi:10.30074/FJMH.200912_22(4).0004

中華心理衛生學刊, 22(4), 2009

Formosa Journal of Mental Health, 22(4), 2009

作者/Author：蕭雅竹(Ya-Chu Hsiao);簡麗瑜(Li-Yu Chien);李香君(Hsiang-Chun Lee)

頁數/Page： 435-450

出版日期/Publication Date：2009/12

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.200912_22\(4\).0004](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200912_22(4).0004)



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>

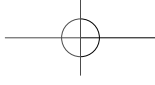
For more information,

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





靈性健康促進之策略觀點

蕭雅竹 簡麗瑜 李香君

研究目的：靈性健康是全人健康的重要組成，許多研究發現靈性健康與促進正向健康結果與減緩負向健康結果有關。然而靈性健康實驗介入性研究較為罕見，故本文目的為回顧靈性健康相關文獻，提出提升靈性健康的方法與策略，成為有心從事促進靈性健康研究者，規劃靈性健康促進方案之指引。**研究方法：**以文獻回顧方式歸納整理靈性相關研究，提出促進靈性健康可行的策略與方法。**研究結果：**以5Ws提出規劃靈性健康促進方案之建議，依序為：(1)靈性學習方案內容(What)，應著重於「增加靈性覺醒」與「學習促進靈性健康的方法」。(2)靈性引導者(Who)，必須具備自我省視、溝通、人際關係建立、給予希望等能力，利用支持態度及提問方式引導學習者探索自己人生終極關懷，協助他們建構個人生命的價值。(3)靈性健康學習者(Whom)，必須依據個別需求，考慮不同發展階段之靈性需求。(4)時機(When)，從預期性與非預期性壓力事件，掌握時機協助個案以意義化過程處理壓力。(5)實施與評價方式(How)，活用各種靈性介入策略引發個案靈性探索及有效學習靈性因應策略。在實驗介入成效評價則建議使用信效度皆佳的靈性健康評估量表，了解實驗介入對靈性健康的直接影響；若欲探討實驗介入對相關健康問題之改善成效，建議將心理社會或生理等健康變項作為成效評價之指標。**研究結論：**本文藉著5Ws提出研擬靈性健康促進計畫之建議，盼達拋磚引玉之效，希冀更多研究者投入提升靈性健康介入性實徵研究之列。

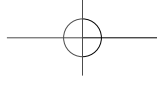
關鍵詞：靈性健康、學習方案、健康促進、靈性因應策略、全人健康

蕭雅竹：長庚技術學院護理系副教授；台灣師範大學衛生教育博士；研究專長為靈性健康、健康促進與健康行為改變、護理研究。(通訊作者；E-mail: yjshiao@gw.cgkit.edu.tw)

簡麗瑜：長庚技術學院護理系助理教授；澳洲昆士蘭科技大學哲學博士；研究專長為護理教育、行動研究。

李香君：長庚技術學院護理系講師；英國利物浦大學護理碩士；研究專長為護理教學、教學成效評值。

收稿：2008年11月06日；接受：2009年03月20日。



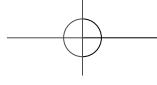
airiti

一、前言

「我是誰？我從何處來？我要做什麼？我將歸何處？」是重要的人生四問。自殺、憂鬱、壓力等耗損生命價值及生活品質之問題，已是近年來重要的公共衛生議題，希冀身心靈的安頓成為眾人共同追求的目標。

人是身心靈的生命體，其中靈性層面是內在、無形資產，促使人與人、人與神、人與環境的連結，建立信任良好的和諧關係進而獲致有意義的人生(Narayanasamy, 2004)。靈性(spirituality)源自拉丁字「spiritus」，意義是「breath、make alive」，表示活著或是生命的必要組成，因此Banks(1980)認為靈性包含幾個重要的組成：(1)個體內在統合力量：可以整合生理、精神、情緒、社會等其他健康層面，在個人的安適狀態扮演關鍵性角色。(2)生命的意義：靈性處理人們定義自己的人生意義與目的，可視為內在的驅力協助個人得到成就感。(3)與他人的締結：其可以超越個人層面，例如無私、捨己為人，是一種分享溫暖、愛、熱忱給他人的力量。(4)宗教信仰：相信超越科學能解釋的力量。靈性與宗教兩者常被相提並論，宗教(religion)源自於拉丁字「religar」，意思為「連結」(to bind together)，是將一群人的靈性經驗集整成教義與教儀，成為一套落實於生活情境的信念與系統。雖然宗教代表的意義較屬於某一種信仰組織的信念與儀式，而靈性義涵較著重於個人生命意義的探索、追求超越等個人內在主觀經驗(Bregman, 2006; Hyman & Handal, 2006; Weaver, Flannelly, & Oppenheimer, 2003)。但宗教是靈性表達方式之一，如同Narayanasamy(2004)所言靈性是一場生命之旅，宗教如同旅程的交通工具可以協助旅程的順利圓滿。因此，大多數學者認為兩者在意義與涵蓋層面有重疊之處，無須特別加以區隔較為適當(Burkhart & Solari-Twadell, 2001; Chiu, Emblen, Van Hofwegen, Sawatzky, & Meyerhoff, 2004)。簡言之，靈性包含垂直面向--與神或至高無上力量的和諧關係，水平面向--與生命目的、生活滿意度有關，從這兩個面向，可以獲知「我是誰、所為何來、將做何事、將歸何處」(Ellison, 1983)。

台灣也有許多學者對靈性定義提出不同的看法，例如釋惠敏(1997)以佛教覺性觀點闡述靈性概念，認為學習認識自己的身體、受(感覺)、想(知覺)、行(意志)、識(意

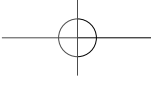


airiti

識)，讓覺性(awareness)更為敏銳及穩定，並以對「法」(真理、法則、義務等)的認識與實踐進而可以淨化心念，得到身心靈安頓。也有學者把靈性視為一種人生的哲學觀及價值觀，例如：杜明勳(2003)、曾愉芳與杜明勳(2007)認為靈性是個人對生命最終價值所堅持的信念或信仰，其可以影響個人生活態度、行為規範、人際關係，並成為調適與導引生活的圭臬，也因此靈性影響個人心理健康、人際關係建立、生活方式的選擇、就醫行為等。由此可知，靈性可被視為人性最深沉的價值系統，涵括範疇從「我要(what I want/need)及我相信(what I believe)」等較無形的思想價值層面，到「我是(what I am)及我做(what I do)」的外顯表徵與行為。「我要/我相信」受個人生活經驗影響而有差異與獨特性，也比生理、心理或社會層面需求來得穩定與恆久。當該價值系統是一致性、符合社會期待、同時足以讓個體感受個人生命的價值與意義，靈性較為健康，反之則否。

靈性健康與心理健康兩者或有重疊不易區隔之處，杜明勳(2003)曾就「心理問題」與「靈性問題」之定義與相關醫療照顧內容進行比較，其認為心理層面比較傾向重視個體受環境刺激引發的心智反應過程，精神或心理治療是解決個體在心智反應過程中紊亂現象，藉此減輕個體負向的情緒或失調偏差的行為。但對於個體道德問題、生命存在意義、宗教問題，此類因缺乏穩固的個人內在資源系統引起之心靈困頓(spiritual suffering)，則必須仰賴植基於個人生命意義的靈性照護。也因為靈性是健康的重要組成，每個人都有追尋意義、感受諒解及寬容、愛與希望的需求，不僅止於生病或面對死亡的人(杜明勳，2004)，故重視「全人健康」(holistic health)就不能忽略人性中靈性層面！

近年來靈性議題在國內外普遍受到重視，許多國外研究發現靈性健康對身體健康(Mueller, Plevak, & Rummans, 2001)、心理健康(Koenig, 2009)及健康促進行為(Reid & Smalls, 2004)均有積極正向的影響。台灣相較於西方國家，在靈性健康相關概念或研究則較屬起步階段，文獻中與靈性議題相關的研究主題以探討靈性義涵、靈性照顧的意義與內容居多，例如杜明勳(2003，2004)探討靈性意義並對靈性照顧提出一般性原則及建議；石世明與余德慧(2001)研究臨終照顧的靈性現象，揭露靈性對臨終病患的意義；陳慶餘(2004)則對癌末病人照顧提出整合醫事與宗教團隊的本土化靈性照



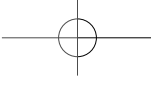
airiti

顧模式。少數研究探討靈性與健康變項間的關係，例如探討宗教與靈性健康、健康促進行為之相關性(蕭雅竹、黃松元、陳美燕，2007)。然而有關靈性健康實驗介入性之研究國內外皆較為罕見，故本文旨在分享促進靈性健康可行的方法與策略，從靈性健康的重要性、整理促進靈性健康可行的策略與方法，到提出研擬靈性健康促進方案之建議，希冀作為有意進行促進靈性健康方案研究者之參考。

二、靈性健康的重要性

靈性健康與生理健康、心理健康及健康行為皆有顯著之相關性，一項以14,456名社區民眾為對象的追蹤性流行病學研究，發現參與宗教活動與平均壽命延長有顯著相關(Bagiella, Hong, & Sloan, 2005)。Koenig等人則針對MEDLINE等大型學術資料庫之相關文獻進行系統性探討，整理分析宗教活動與慢性疾病調適之關係，其發現人在患病時較仰賴宗教信仰，常藉由參與宗教等靈性活動來減輕壓力，從中獲取控制感、維繫希望及得到生命的意義與目的(Koenig, Larson, & Larson, 2001)。研究也支持靈性健康與減輕末期病患的憂鬱症狀有關，Nelson、Rosenfeld、Breitbart與Galietta(2002)便曾以162名預期生命只剩六個月的癌症或愛滋病患者為樣本，發現靈性健康與憂鬱程度兩者間呈現顯著負相關($r = -.40, p < .001$)，意即靈性較健康的末期病人出現較少的憂鬱症狀，作者解釋靈性讓人們發現內在的能力與意義，引發病人用寬廣的角度接受疾病，在身體功能喪失之際仍能維持自我的完整性與自尊，因此減少憂鬱症狀(Nelson et al., 2002)。除此之外，靈性與多項心理社會健康、健康危險行為有關，例如Hammermeister與Peterson(2001)將462位大學生依靈性健康得分高低分為兩組進行比較，結果發現靈性健康高分組寂寞感、無望感較低，而自尊程度較高，在大麻使用與飲酒等危險性健康行為出現頻率都低於低分組。

一項探討靈性/宗教與健康行為相關性研究發現，經常參與宗教活動青少年相較於其同儕，較少出現危險行為(例如：攜帶槍械、打架、飲酒與危險駕駛)，較常出現健康促進行為(例如：攝取均衡飲食、執行規律運動、維持充足睡眠)，即使在控制社會人口學因素後其相關性仍然顯著(Wallace & Forman, 1998)。此外，靈性與性態度



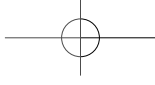
airiti

亦有關，研究發現靈性較健康者其性態度越趨保守，也不易產生放縱之性行為(Beckwith & Morrow, 2005)。由此可知，靈性健康可視為是身心社會健康的保護因子、壓力的緩衝劑、社會支持的資源，更是導引生命意義的內在驅力。從上述文獻亦得知，靈性健康之定義及測量不全然一致，從單純只測量宗教參與頻率、個人宗教性(Bagiella et al., 2005; Koenig et al., 2001; Matthews et al., 1998)到兼具宗教與生命意義、存在意義、與神與他人締結等廣義的靈性因素皆有(Hammermeister & Peterson, 2001; Mueller et al., 2001; Nelson et al., 2002; Tuck, McCain, & Elswick Jr., 2001)。因此，後續研究者針對靈性議題進行研究前，必須以更周延的角度，重新考量靈性可能包含的範疇，唯有在理論層次上釐清其定義與測量面向，才能在實徵研究上有更深入的進展。

三、促進靈性健康之策略與方案

靈性健康被視為一種動態、可以改變的過程。因此，增進靈性健康的活動，在於可以鼓勵個人追求真理、生命意義與目的，發現不同的世界觀及信念；引發自我潛能、增強與自我、他人、上天或神之間的締結，達到和諧或內心平靜(Hawks Hull, Thalman, & Richins, 1995)。其具體可行的活動包含：靜坐、冥想、禱告、團體動力、自助團體、宗教活動、瑜珈……等(Hawks et al., 1995; Kennedy, Abbott, & Rosenberg, 2002)。例如Kennedy等人(2002)以心臟病患及其家屬為對象，進行兩天半的復原計畫，透過討論與分享等方式進行運動、營養、壓力處理、溝通技巧、靈性復原等課程，再配合瑜珈、靜坐、冥想與禱告等技巧之練習。結果發現研究對象在靈性健康、生命意義、安適、處理問題等層面皆得到改善，同時減少生氣頻率。另有文獻以壓力因應之理論為基礎，說明「靈性因應」對靈性健康的影響(Baldacchino & Draper, 2001)，學者認為面對壓力事件(特別是疾病、死亡)容易引發個體思考生命價值，透過禱告與至高無上力量締結、思考壓力的意義、得到家人朋友的支持，可以協助個體的身心靈安適(Narayanasamy, 2002)。

以靈性為主題的實驗介入性研究較罕見，分析其可能原因包括：(1)靈性領域相較其他健康層面常被忽略：囿於科學化思維的影響、宗教與靈性的不易區隔、未有



airiti

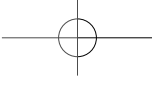
統一的靈性定義等因素，限制實驗介入研究發展。尤其，科學化思維強調數字、快速與具體顯見的生理結構/功能的改變，面對心靈提升、生命意義、宗教、神……等無形且抽象概念。可能因為不易透過適當的測量得到實徵結果，加上「假宗教之名行詐騙之實」社會事件層出不窮，讓學者專家擔心與個案(例如：病人、學生……)討論宗教、神等玄學(metaphysics)可能影響專業形象，間接限制其對靈性或宗教研究之投入。(2)靈性健康的倫理考量：雖然許多研究證實靈性與身心社會健康有關，但有學者從倫理角度提出靈性與宗教在醫療應用上的質疑，例如Sloan、Bagiella與Powell(1999)從醫學倫理角度討論靈性與宗教和醫療的關係，並指出因靈性實驗介入效果未被充份證實與健康有關，且基於病患自主及不傷害等醫學倫理準則，必須非常審慎將宗教與靈性放入醫療程序當中。由此可知，提升靈性健康實驗介入性研究不但較為欠缺，亦有多項挑戰亟待研究者們努力。

四、研擬靈性健康促進方案之挑戰與建議

透過靈性與相關健康結果之相關性研究，可以了解靈性健康的重要性，但可供參考的實驗介入研究較為欠缺，因此需要更多的研究者投入靈性健康提升的實證研究。無論是研究對象(不同疾病診斷的患者與其家屬、社區民眾、不同發展階段如青少年、成人或老人等；或是醫療服務提供者如醫師、護理人員、心理諮商人員等)、介入方式、介入內容與評價方式，都需要更多的研究結果支持。以下就研擬靈性健康促進方案時應考慮事項，依照5Ws(what, who, whom, when, how)提出建議。

(一) 靈性學習方案可涵蓋之內涵(what)

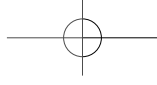
多數文獻以Lazarus與Folkman(1984)所提之「壓力因應」(stress coping)做為解釋靈性因應對壓力事件調適過程的理論基礎(如：Baldacchino & Draper, 2001; Gall, Charbonneau, Clarke, Joseph, & Shouldice, 2005)。其中Gall等人(2005)提出靈性因應概念架構，指出當個體遇到壓力先透過靈性評估，再從事相關靈性活動，包括：(1)靈性因應行為：傳統性的公開或私人性的宗教活動、非傳統性如冥想等放鬆行為；(2)



airiti

靈性締結：與大自然、家人、宗教人士、上帝等重新思考其關係。最後能對該壓力事件「賦予意義」增加個體身心靈安適。因此，靈性學習方案可以考慮以「靈性覺醒」及「促進靈性健康策略」為主要內容。其中「靈性覺醒」(spiritual awareness)是以反思與自省方式探索個人的靈性，此為促進靈性健康重要關鍵。用來引發靈性覺醒的提問包括：我的價值？我如何描述自己？我如何看待未來的自己？什麼類型的人值得我敬重？生命中影響最深，讓我學習最多的三件事？面臨死亡之際，我最值得驕傲的是…？當祈禱或祭拜活動，哪些是我最常祈求的內容？藉由這些問題，引發個人內在價值及信念的澄清與省思，逐漸發展與建立獨特的自我(Bruce & Cockreham, 2004; Scandurra, 1999)。

再者，促進靈性健康策略(spiritual coping strategies)則是協助個體被充能(empowerment)、引導個人從壓力事件(例如：疾病、死亡)中發現意義與目的、體認身心靈合一的全人感受，同時將壓力事件視為一種靈性的遭遇，藉由這種人生危機而增進個人成長(Baldacchino & Draper, 2001)。Seaward(2001)建議提升靈性健康之途徑，可以被概念化成「沉澱」(centering process)、「放空」(emptying process)、「紮根」(grounding process)與「締結」(connecting)等四個過程。其中，「沉澱」是指利用各種放鬆技巧，讓個體可以全神貫注、回歸本心，沉澱思維以洞察個人生命的問題與人生的目的；「放空」則是利用冥想或寫日記方式，擺脫阻礙靈性成長的舊思維或觀念，是一種心靈排空或洗滌的過程，讓心靈有空間容納新智慧；「紮根」則有生根重生、超越困境的義涵，在此過程，個人可以更接近內在的智慧與直覺，可透過內在的省思或是參與外在事務，例如：接近大自然、參與宗教活動、與他人討論等方式，增長個人智慧，讓內心充實與自在。最後要達到內心與外在環境的和諧，必須依賴「締結」，即所有的智慧都必須回歸及融入社會，與家人、朋友、社區及萬物達到和融共處。此循環不已的智慧增長過程，可以協助人們靈性的成長。綜合上述，筆者將促進靈性健康策略之具體內容統整如下：(1)增加社會支持的資源，特別是重視人際互動的核心價值，體認人我締結的重要性，從中得到希望、撫慰心靈繼而產生力量。從這種相互依賴互惠的人際關係層次，慢慢達到「同體大悲」與「慈悲」等利他助人與無私付出的境界。(2)開拓視野與人及萬物共融，以公共服務、工



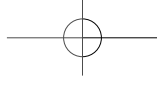
airiti

作投入、藝術欣賞與親近大自然等方式增廣見聞開闊胸襟。(3)重新省視信仰的價值，從認識教義教儀、禱告、默念箴言等宗教性活動，得到寄託與希望。(4)學習放鬆技巧，例如靜坐、瑜珈、冥想等(Baldacchino & Draper, 2001; Bormann et al., 2006; Callaghan, 2005; Callister, Bond, Matsumura, & Mangum, 2004; Gall et al., 2005; Hammermeister & Peterson, 2001; Kennedy et al., 2002; Kern et al., 2001)。

(二)靈性引導者的考量(who)

靈性引導者是指提供或協助靈性成長的人(assistor/provider)，例如靈性導師(spiritual mentor)。靈性導師能以支持態度及提問方式引導學習者探索自己人生終極關懷(ultimate concern)，促使其逐步建構個人生命的價值得到靈性成長(Cannister, 1999; Holmes, Roedder, & Flowers, 2004)。因此，靈性導師在態度上應保持尊重、包容、不批判等開放態度，在技巧上可以重視團體動力、多引導少說教、考慮參與者的發展階段與任務、利用價值澄清與批判性思考，進而協助學習者提升面對壓力處理問題的能力(Bruce & Cockreham, 2004; Brummelen, Koole, & Franklin, 2004; Callaghan, 2005; McSherry, 2000)。因此，靈性引導者須具備之能力包含：能解釋宗教/靈性/信仰之異同、了解宗教與靈性在不同文化呈現的方式、能探索自我的宗教/靈性信念，以增加對他人靈性的敏感度及接受性、了解不同生命週期的階段其靈性與宗教的發展、熟悉宗教與靈性的轉介資源等(Smith, 2004)。

靈性導師是協助提升個體靈性健康的重要關鍵人物，因此引導者必須有足夠的自我準備與訓練以扮演催化者角色，其可以透過下列方式增加自我的準備度，例如：(1)探索自我：了解自身的價值觀、態度、信念、感覺、特質，甚至是對某些事物的偏見；(2)學習溝通技巧：願意傾聽、避免主觀評斷、真誠與無條件接受對方，並營造出可以自在分享靈性經驗的情境；(3)建立信任關係：從給予關心、支持，提供必要的協助，以增加信任關懷關係之建立。(4)給予希望：能分享自己與他人的靈性經驗，學習以鼓勵與幽默的方式，讓個案對未來充滿希望，足以展現其最大的潛能與價值感。(5)成立專業團體，以讀書會、案例分享等方式，讓相關的靈性專業人員有機會分享彼此經驗提升個人輔導協助之能力(Narayanasamy, 2004)。

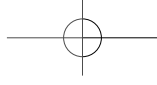


airiti

(三) 誰需要增進靈性健康(whom)

在基本的生活條件獲得滿足後，人們會傾向於愛及所屬、自尊、自我實現等較高層次的基本需要。Maslow在晚年發表所謂的「Z理論」(Theory Z)，指出「人有一更高及超越的本性……」、「靈性生活是存在本質的一部分，也是人性的界定特質，人性缺少了它，便不再是完整的人性，它是真我、自我認同、內在核心、特殊品類及圓滿人生的一部分」(引自劉秋固，1998)，可見每一個人都有靈性增長的需要，而且靈性可以視為人類的最高需求，滿足此需求人生才得以圓滿。尤其在危機中，靈性是動態、整合與創造性的力量，足以賦予個體希望與動機去改變與因應(Baldacchino & Draper, 2001; Golberg, 1998)。

每個人都有靈性成長的需求，在設計靈性增長方案時可以考慮實施對象的社會心理發展階段，增加靈性增長學習成效。例如Aden(1976)融合Erikson社會心理發展階段，提出橫跨全人生的信仰發展階段(faith and development)，包括嬰兒期的「信仰是信任」(faith as trust)、幼兒期的「信仰是鼓勵」(faith as courage)、學齡前期「信仰是服從」(faith as obedience)、學齡期的「信仰是同意」(faith as assent)、青春期的「信仰是認同」(faith as identity)、青年期「信仰是捨己從人」(faith as self-surrender)、中年期「信仰是無條件的關愛」(faith as unconditional caring)到成熟期的「信仰是無條件的接受」(faith as unconditional acceptance)。筆者認為Aden的理論提供研究者規劃靈性學習方案時，能配合研究對象的心理社會發展階段所建構的學習方案，不論在內容與進行方式都較能滿足研究對象的需求，以青春期的為例，青少年處於自我認同與自我混淆的發展關鍵，除了來自家人、朋友、自我認知了解「我是誰」，若能感受被神(或至高無上力量)等信仰給予的關愛、接受、寬恕，這種「終極認同」(ultimate identity)提供深沉且穩固的歸屬感，有助於青少年解答生命困惑，肯定自我價值(Aden, 1976)。研究指出青春期的時期是人格養成重要時期，其特徵包括生理急劇變化與認知能力改變、受同儕影響大、容易出現偏差行為、需要更多的接受與肯定。因此，靈性學習方案內容可透過參與宗教活動協助探索生命意義增加對自我的了解，藉由宗教/靈性等信仰的教義與教儀，對青少年產生社會控制與角色模範功能，有助於減少青少年發生偏差行為的機率；最後以鼓勵方式，帶領與協助青少年投入助人等利他活動，都有助於建立青少年自信增加自我價值(Benson, 2004; King & Boyatzis, 2004)。



airiti

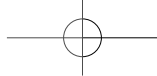
(四) 把握時機提供學習方案(when)

危機往往也是轉機，靈性健康強調壓力事件對個人的正面意義，把壓力事件調適當成靈性成長的機會，從壓力事件中超越與成長(Bruce & Cockreham, 2004)。研究指出震撼性的經驗(powerful experiences)是協助個人成長、改變個人的價值觀、目標或人生方向重要的因素(Kern et al., 2001)，「人生不如意，十之八九」，壓力事件可以是預期性與非預期性。預期性壓力包括配合人生發展階段的發展危機，例如：青春期的認同危機、擇偶交友困惑與抉擇、中老年的健康退化等；非預期性危機例如：升學落榜、意外事故、失業……等，則常對人們造成較大的衝擊。危機提供靈性成長機會，不論壓力事件是預期或非預期，健康專業人員應把握機會鼓勵與協助個體將事件「意義化」，並提供必要的陪伴、情緒支持或宗教的撫慰。因此，提供宗教團體的諮詢與建立個人的靈性導師，機動性地協助個體處理生命中壓力事件，將有效的提升個人的靈性健康(Cannister, 1999; Holmes et al., 2004)。

(五) 進行方式(how)

靈性增長方案的進行方式可分為「如何做」(how to do)與「如何評價成效」(how to evaluate)。在如何做方面，研究者可藉由上課、說故事、分享、討論、諮詢、參觀、訪問、個案研討等方式進行，例如：靈性與宗教授課與疑問的澄清與討論、個人經驗分享或社會勵志人士的演講與對談、宗教靈修機構的參訪、靜坐、冥想、角色扮演等皆可以協助對個人靈性探索與靈性因應策略的認識與練習。無論哪一種進行方式，教師或靈性引導者應引導個案進行「反思性思考與討論」(reflective thinking and discussion)讓靈性成長活動有疑義澄清與討論分享的機會(Pimple, Schmidt, & Tidwell, 2003)。

在如何評價成效方面，筆者建議運用具有實徵基礎的評價工具，以作為實驗介入成效的實徵依據，如Paloutzian與Ellison (1982)發展之「靈性安適量表」(Spiritual Well-Being Scale)、蕭雅竹與黃松元(2005)之「靈性健康量表」等，該類量表建構是以靈性涵蓋的義涵，例如存在目的、宗教寄託、人際締結、超越逆境、生命意義等，用以表示靈性健康狀態。此類量表適用於研究群體對自身靈性狀態的探索，故



airiti

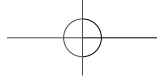
研究者可藉此評量工具，檢視實驗介入對研究對象靈性健康改變的影響。再者，許多相關性研究都支持靈性與健康結果有關，因此，研究者可利用靈性健康介入方案，探討其對某一族群健康問題改善之影響。例如：疾病發生率、平均餘命、血壓、身體活動功能、憂鬱、焦慮、壓力、健康行為、抽菸等物質濫用之健康危險性行為，驗證靈性成長方案對健康結果改善之成效。

五、結 論

靈性如同一座巨山，唯有透過不同領域學者持續開掘不同抵達山頂之路，才有機會登上靈性之巔，窺見生命的心靈地圖，享受真善美的人生。雖然本文從既有文獻整理靈性健康重要性及促進靈性健康之策略與方案，並以5Ws提出研擬靈性健康促進計畫之建議，希冀從「知道靈性健康是什麼」(know-what)、「靈性健康為何重要」(know-why)到「如何促進靈性健康方案」(know-how)，提供有興趣者進行靈性健康促進相關研究之參考。但本文仍有諸多限制，在此加以說明並作為未來研究之參考。未來研究可朝兩大面向加以探究：首先是意義與範疇的釐清與比較，因本文多數引用西方的研究成果，而且即使是引用的西方研究文獻，對靈性仍有諸多的定義，涵蓋宗教因素(宗教參與頻率、宗教虔誠程度、宗教性)與靈性因素(生命意義與目的、存在的價值、人與神的締結)甚至兩者兼具。加上東西方宗教信仰系統及文化不同，彼此在靈性義涵、實務應用是否存在差異？這些差異的現象與程度何在，非常值得進行跨文化研究加以詮釋。其次則是可選擇小而美的研究設計，勇敢投入靈性健康促進實驗性研究。因為國內外介入性的實證研究皆相對罕見，多僅止於介入性建議或個案報告方式呈現，雖然實驗性研究仍同時受研究目的、對象、實驗介入內容等多重因素影響，且在實驗設計及執行過程上之嚴謹與辛苦程度，易讓研究者心生卻步，但驗證靈性對健康的影響與重要性，實驗性介入研究將是最直接有效的途徑。

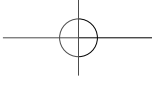
誌 謝

感謝國科會之經費補助，獎助編號NSC-95-2314-B-255-004。



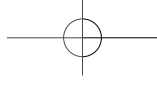
參考文獻

- 石世明、余德慧(2001)：〈對臨終照顧的靈性現象考察〉。《中華心理衛生學刊》，14卷1期，1-36。
- 杜明勳(2003)：〈談靈性〉。《護理雜誌》，50卷1期，81-85。
- 杜明勳(2004)：〈談靈性照顧〉。《護理雜誌》，51卷5期，78-83。
- 陳慶餘(2004)：〈癌末病人本土化靈性照顧模式〉。《臺灣醫學》，8卷1期，664-671。
- 曾愉芳、杜明勳(2007)：〈老年人的靈性照顧〉。《長期照護雜誌》，11卷2期，109-115。
- 劉秋固(1998)：〈從超個人心理學看瀕死經驗及其靈性、佛性對臨終者的宗教心理輔導〉。《動態與研究》，3/4期，58-68。
- 蕭雅竹、黃松元(2005)：〈靈性健康量表之建構及信效度考驗—以護理學生為題〉。《實證護理》，1卷3期，218-227。
- 蕭雅竹、黃松元、陳美燕(2007)：〈宗教與靈性健康、健康促進行為之相關性研究〉。《實證護理》，3卷4期，271-279。
- 釋惠敏(1997)：〈靈性照護與覺性照護之異同〉。《安寧療護》，5期，35-40。
- Aden, L. (1976). Faith and the development cycle. *Pastoral Psychology*, 24(3), 215-230.
- Bagiella, E., Hong, V., & Sloan, R. P. (2005). Religious attendance as a predictor of survival in the EPESE cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 443-451.
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833-841.
- Banks, R. (1980). Health and the spiritual dimension: Relationships and implications for professional preparation programs. *The Journal of School Health*, 50(4), 195-202.
- Beckwith, H. D., & Morrow, J. A. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal*, 39(2), 357-366.
- Benson, P. L. (2004). Emerging themes in research on adolescent spiritual and religious development. *Applied Developmental Science*, 8(1), 47-50.
- Bormann, J. E., Becker, S., Gershwin, M., Kelly, A., Pada, L., Smith, T. L., & Gifford, A. L.



airiti

- (2006). Relationship of frequent mantram repetition to emotional and spiritual well-being in healthcare workers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(5), 218-224.
- Bregman, L. (2006). Spirituality: A glowing and useful term search of a meaning. *Omega*, 53(1-2), 5-26.
- Bruce, M. A., & Cockreham, D. (2004). Enhancing the spiritual development of adolescent girls. *Professional School Counseling*, 7(5), 334-342.
- Brummelen, H. V., Koole, R., & Franklin, K. (2004). Transcending the commonplace: Spirituality in the curriculum. *The Journal of Educational Thought*, 38(3), 237-254.
- Burkhart, L., & Solari-Twadell, A. (2001). Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *Nursing Diagnosis*, 12(2), 45-54.
- Callaghan, D. M. (2005). The influence of spiritual growth on adolescents' initiative and responsibility for self-care. *Pediatric Nursing*, 31(2), 91-95.
- Callister, L. C., Bond, A. E., Matsumura, G., & Mangum, S. (2004). Threading spirituality throughout nursing education. *Holistic Nursing Practice*, 18(3), 160-166.
- Cannister, M. W. (1999). Mentoring and the spiritual well-being of late adolescents. *Adolescence*, 34(136), 769-779.
- Chiu, L., Emblen, J. D., Van Hofwegen, L., Sawatzky, R., & Meyerhoff, H. (2004). An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *Western Journal of Nursing Research*, 26(4), 405-428.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology & Theology*, 11(4), 330-340.
- Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Joseph, K., & Shouldice, L. (2005). Understanding the nature and spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian Psychology*, 46(2), 88-104.
- Golberg, B. (1998). Connection: An exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 836-842.
- Hammermeister, J., & Peterson, M. (2001). Does spirituality make a difference? Psycho-social and health-related characteristics of spiritual well-being. *American Journal of*



airiti

Health Education, 32(5), 293-297.

Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: Definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378.

Holmes, S. L., Roedder, B. S., & Flowers, L. A. (2004). Applying student development theory to college students' spiritual beliefs. *College Student Affairs Journal*, 23(2), 130-145.

Hyman, C., & Handal, P. J. (2006). Definitions and evaluation of religion and spirituality items by religious professionals: A pilot Study. *Journal of Religion & Health*, 45(2), 264-282.

Kennedy, J. E., Abbott, R. A., & Rosenberg, B. S. (2002). Changes in spirituality and well-being in retreat program for cardiac patients. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 8(4), 64-73.

Kern, D. E., Wright, S. W., Carrese, J. A., Lipkin Jr., M., Simmons, J. M., Novack, D. H., Kalet, A., & Frankel, R. (2001). Personal growth in medical faculty: A qualitative study. *The Western Journal of Medicine*, 175(2), 92-98.

King, P. E., & Boyatzis, C. J. (2004). Exploring adolescent spiritual and religious development: Current and future theoretical and empirical perspectives. *Applied Developmental Science*, 8(1), 2-6.

Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.

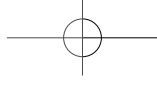
Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352-359.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Matthews, D. A., McCullough, M. E., Larson, D. B., Koenig, H. G., Swyers, J. P., & Milano, M. G. (1998). Religious commitment and health status: A review of the research and implications for family medicine. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 118-124.

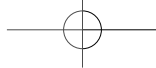
McSherry, W. (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nursing Standard*, 14(42), 40-43.

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.



airiti

- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 11(22), 1461-1470.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: A guide to practical assessment. *British Journal of Nursing*, 13(19), 1140-1144.
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galletta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Pimple, C., Schmidt, L., & Tidwell, S. (2003). Achieving excellence in end-of-life care. *Nurse Educator*, 28(1), 40-43.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley.
- Reid, T. L. B., & Smalls, C. (2004). Stress, spirituality and health promoting behaviors among African American college students. *Western Journal of Black Studies*, 28(1), 283-291.
- Scandurra, A. J. (1999). Everyday spirituality: A core unit in health education and lifetime wellness. *Journal of Health Education*, 30(2), 104-109.
- Seaward, B. L. (2001). *Health of the human spirit: Spiritual dimensions for personal health*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353(9153), 664-667.
- Smith, C. (2004). Incorporating faith, spirituality, and religion into college counseling and student affairs graduate programs. *College Student Affairs Journal*, 23(2), 208-212.
- Tuck, I., McCain, N. L., & Elswick Jr., R. K. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 776-783.
- Wallace, J. M. J., & Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education & Behavior*, 25(6), 721-741.
- Weaver, A. J., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2003). Religion, spirituality, and chaplains in the biomedical literature: 1965-2000. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(2), 155-161.



airiti

A Strategy for Enhancing Spiritual Health

YA-CHU HSIAO, LI-YU CHIEN, HSIANG-CHUN LEE

Purpose: Spiritual health is a vital component of holistic health. Numerous studies have demonstrated an association between spiritual health and the consequences of positive health promotion and negative health moderation. However, few studies have examined the assumptions underlying spiritual health enhancement. The purpose of this study is to analyze the literature on spiritual health-enhancement strategies and to propose a model for spiritual health promotion program design. **Methods:** The literature on spiritual health was reviewed and feasible spiritual health enhancement strategies were analyzed. **Results:** Through our review we found that we were able to apply the “5 W’s”, a schema common in the disciplines of epidemiology and public health, to the design spiritual health-promoting programs: (1) **What:** The content should focus on enhancing spiritual self-awareness and methods of spiritual health promotion. (2) **Who:** The mentor should have the ability to self-reflect, communicate, build relationships with, and inspire others. Using a series of questions with a supportive attitude enables the exploration of one’s ultimate concern and the construction of life values. (3) **For Whom:** Individual demands of participants need to be considered according to their faith development stage. (4) **When:** The timing of stressful events can assist individuals in dealing with their stress through a meaningful process. (5) **How:** Spiritual health enhancement strategies should be applied with flexibility so that individuals are able to explore their own spirituality and learn more effective spiritual coping methods. We recommend that experimental interventions be evaluated with the spiritual health scale (because of its high reliability and validity) to assess their direct impact. We also found that variables such as psychosocial and physical health should be used as evaluation indices to evaluate intervention outcomes for health improvement; they can also be applied to examine the effect of experimental intervention. **Conclusions:** Health professionals should consider the “5W’s” when designing spiritual health promoting programs.

Key words: spiritual health, learning program, health promotion, spiritual coping strategy, holistic health

Ya-Chu Hsiao: Associate Professor, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology. (Corresponding Author, E-mail: yjshiao@gw.cgit.edu.tw)

Li-Yu Chien: Assistant Professor, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology.

Hsiang-Chun Lee: Lecturer, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology.