

論老人的傷痛照顧與心靈健康 —— 一個靈性關顧的取向

劉清虔

壹、前言

世界衛生組織（WHO）對於「健康」作出了以下的定義：健康不單僅是身體上的，舉凡身體、心理、社會適應、經濟支持都是處於最好的情形；而享有健康是每一個人的權利，不因種族、宗教、經濟、政治信仰、社會階級而有所改變。換句話說，對於健康的概念，已經從過去的生物物理（biophysical）層次，轉化到生物物理社會（biophysiosocial）的層次。從家庭醫學的眼光來看，真正的全人健康照顧必須包括身、心、靈的內在環境，以及對朋友、家庭、社會、天氣、地理的外在環境，兩方面完整配合，才是一個健康的人生。

隨著高齡化社會的來臨，老人的健康照顧愈來愈受到重視，也漸漸建構出完善的健康照顧體系。對於老人各種慢性疾病的預防、治療與照顧都已達致相當的水平；而身體健康與養生樂活的概念也漸推行到老人的社群之中。然而，有一些老人的疾病不是藥物所能治癒的，有些問題不是制度所能解決的，這些疾病與問題卻往往是老人無法擁有快樂晚年的主要原因，那就是傷害、悲傷、悲痛、傷痛所引發的心靈疾病或心靈問題。因此，在健康照顧的系統中如何兼顧老人心靈健康的環節實屬重要。

本文的目的，即是在探討如何透過對老人的傷痛照顧與悲傷輔導，來協助其走出傷痛並重新擁抱喜樂人生。從心靈健康的意義說起，隨即論及

老人傷痛的意義與歷程，接續討論傷痛照顧的必要性與實施，最後則談及宗教在傷痛照顧中的功能及真正的心靈健康的指標。

貳、心靈健康的意義：一個全人健康的觀點

在過去的醫學界，以治癒身體疾病為健康之主要概念，分工的細緻，使醫師所照顧的並不是一個「人」，而是眼睛、耳鼻喉、皮膚、牙齒、心臟、骨骼。在各個專科醫師的眼中，人是肢離破碎的，人看自身亦是破碎的，牙痛找牙科、頭痛找神經科、生孩子找婦產科、產後憂鬱症找精神科。隨著對人的身體的奧秘不斷揭露，醫學的分科便更加細密，就如以前可以統包一切的小兒科，如今也分為小兒胃腸、小兒免疫風濕等科別。我們可以如是說，在身體健康的領域裡，科學的進步與各式儀器的發明，現代社會幾乎已達致前所未有之登峰成就。然而，最近十幾年，美國的醫學界、諮商輔導界、與宗教界便致力提倡一個重要的新健康概念，即是「全人健康」（wholistic health）。共同主張「人」不應該被切割，人的身心靈是一個整體，任何一部分的失調都可被視為不健康。

然而，該如何去界定全人健康呢？希伯來文有一個特別的字可以來代表，這是猶太人在彼此請安與祝福的時候的言語，那就是Shalom，這個字所蘊涵的意義很廣，包括了「寧謐、恬靜、休息、把握、平穩、安全、和諧、康泰、圓滿、豐裕、昌盛、健壯、歡愉、社會與個人都得滿足」。（李思敬，1985:95）用一個最好的譯詞，即是「平安」，這是基督徒彼此請安時的口頭語。這並非單指一種靜態的描述，而更指向動態的感覺，即是一種舒適、暢通、沒有疼痛、喜樂的感覺。

一、全人健康的五大向度

以「平安」的概念與意義為基礎，可以將「全人健康」延伸為以下五

個不同層次：（蔡元雲，2005:12-15）

1.生理的意義（physical meaning）

這是全人健康的基礎意義，即是身體的健康。什麼是身體的健康？簡言之，就是身體器官運作正常，不致因不舒服而必須就醫。現代醫藥的發達，使人身體的許多疾病都得到了控制，也促進了身體的健康，使平均壽命不斷提昇。但仍有諸如癌症、愛滋病、或2003年出現的SARS，仍令群醫束手，使生物科技與醫藥產業仍有奮戰的指標。身體健康的照顧，如今也不僅是醫師與護理人員的專利，每一個人及其家庭、社區都與身體的健康有密切關係。

2.心理的意義（psychological meaning）

心理意義的健康直接指向情緒的安穩。所謂情緒的安穩並非意指經常性的歡笑與喜樂，而是人對其所遭遇的處境予以正常的情緒表達，像是在失去親人時會哀傷、事態不明時會焦慮等，都是正常的情緒反應。心理健康者並非不生氣，而是不會長久處在生氣的情緒之下；不是不哀傷，而是不會使自己的生活在長久被哀傷所圍繞。一個情緒易於起伏的人，或是在哀傷時過度沉穩的人，在心理健康的指標上都是負面的。

3.關係的意義（relational meaning）

關係的和諧是健康的一部分。關係的層面極為遼闊，大到天人關係、地人關係，或是人際關係、家庭關係，甚至小到自我形像、自我肯定，都在關係的範疇之中。關係可以圓融、和諧，也可能破碎、疏離，但大多數的人在成長的過程中，總是受到許多傷害，或是父母管教不當、父母離異、老師偏心、受朋友出賣，都造成關係的破壞。因此，關係意義上的健康便是努力促成關係的恢復，饒恕、包容、接納、憐憫....等，都可以修補

破裂的關係。

4. 功能的意義 (functional meaning)

功能意義的健康，關聯到一個人是否能將自我完全實現出來，或是發揮自身的潛能，或學以致用，使自身達到一個心智上、情感上的滿足。許多人一生懷才不遇、或大才小用、或千里馬遇不上伯樂、或生不逢時、或周瑜碰上諸葛亮，都造成一種功能上的不滿足，其結局往往是抑鬱以終。因此，功能上的健康是協助一個人找到他人生的舞台，可以盡情揮灑，得以享受世界，也貢獻生命，最後並完成其人生的使命，一生無怨無悔。

5. 靈性的意義 (spiritual meaning)

猶太人在講Shalom的時候，包含了一個極其重要的向度，座落在人與上帝之間。人與上帝的關係是靠著「上帝說話，而人聽話」來保障的，猶太人認為一個人如果遵行上帝的命令，就會是上帝眼中的義人，而義人必得到上帝的祝福。因此，當一個人向另一個人道Shalom時，常意謂著：希望你與上帝有良好的關係，並因此得到上帝的賜福。另一方面，當一個人與上帝的關係因「背逆」而斷裂時，生理、心理、功能、關係的健康也將同時失去。

二、老人的心靈健康處境

從「平安」的概念所導引出，在全人健康觀點下的「心靈健康」，其意義是整全的。所謂整全，便是沒有失落。因而，心靈的健康意謂其生理上是舒適的、心理上是安穩的、關係上是圓融的、功能上是實現的、靈性上是和諧的。若將之置放在老人的處境中，從事老人的健康照顧，就必須同時兼顧這五個向度的健康，而不是僅及於老人的身體健康而已。然而，在走過人生大半歲月、經歷無數風霜雪雨之後，能夠擁有真正心靈健康的

人是少之又少。然若我們將心靈健康的上述尺度，用以衡量老人的實然處境，其實況大抵如下：

1. 身體的病痛

多數老人皆受慢性病所苦，舉凡心臟病、高血壓、氣喘病、消化道不適、糖尿病、帕金森氏症、阿茲海默症、關節炎、以及泌尿系統的疾病等。身體的不健康幾乎是邁向老年者的必經之路，老人的生活品質也幾乎由身體的狀況來主導。會入住護理之家、養護中心的老人，是病情較為嚴重的；而在安養中心的，則是尚有自理能力的。唯有健康的身體，老人才有可能有高品質的生活。

2. 情緒的起伏

有一個普遍存在的事實是：快樂的老人有，卻很少；可愛的老人有，並不多。前者指向自身擁有穩定而良好的心情的老人，後者指向能讓照顧者照顧得很愉悅的老人。老人因經受諸多人生的起伏，各人亦擁有不同而特殊的價值觀或癖好，再加上身體的疾病，使得他們的情緒無法經常處於平穩的狀態下。身旁的人或動輒得咎，老人或經常抱怨，都呈現不甚穩定的情緒表達。

3. 關係的失落

當一個老人的生命歷程愈長久，所造成的另一個事實就是：他必會不斷承受關係失落的打擊。老人會面臨喪偶的問題、喪友的問題、甚至是白髮送黑髮的問題，這些親密關係的失落，都需要長時間的恢復。但是，也許在恢復之際，另一個失落隨即來到。老人被迫要處在這樣一個關係失落的循環裡。失落關係可能為老人帶來後悔、帶來傷痛、帶來遺憾，以及破碎的生命。

4.功能的缺陷

有多少人在回顧人生時，能無怨無悔而志得意滿？應該少之又少。許多老人會出現「難道我就這樣過了一生？」的遺憾與哀傷，感嘆自己的一生該做而沒有做的事太多，不該做而去做的事亦不少。或感嘆：我應該功成名就，卻一事無成；我應該成為多人的祝福，卻是傷害了不少人；我應該家庭圓滿，卻搞成支離破碎。這種在生命功能上的缺陷，老人很難快樂，也很難健康。

5.靈性的缺乏

許多人終其一生，並沒有在生命中建立一套足以安身立命的信仰系統，多半是在人生遇見困境時才燒香拜拜。因此，宗教僅作為精神的寄託，或消災解厄的工具。事實上，一個完善而良好的天人關係，能安定人的靈性，進而在身體有病痛、情緒會起伏、關係常失落、功能未發揮之際，仍能安定身心、安穩腳步。靈性的健康在老人健康照顧的領域中常受到忽略，但卻是也常佔據在樞紐的位置。

參、心靈健康的缺口：傷痛

傷痛，從漢語的字詞語義來解析，所指乃是一種傷害、一種痛苦，或者說是因傷害而帶來的痛苦。傷痛會帶來身體的種種不適，也會反應在心理的失衡與認知的誤差，更會出現不自覺的、反常的行為。或者，傷痛亦會進入人生命的深處，扭曲人的價值信念或言行舉止，甚至造成生活的錯亂。總而言之，對老人的心靈健康而言，傷痛不折不扣是個缺口，健康的缺口。因此，妥善處理老人的傷痛問題，就成為老人是否能取得心靈健康的重要關鍵。而要照顧傷痛老人，就有必要先對傷痛的概念與歷程有所認識。

一、傷痛的意義

傷痛有各種表現形式，當人傷痛時，亦會出現各種反應，然而，傷痛者與照顧者都必須對傷痛有正確的認知。傷痛是很難被定義的，人人都有過這種感覺，但卻也很難說清楚。從最樸素的角度言之，傷痛可以說是一個人獨特經歷任何一種關係的失落後，所產生的自然情緒及感覺的正常過程。（Chaplain Ray Giunta & Cathy Giunta,2002:84）由此定義所延伸出的傷痛概念即含蓋以下幾項：

1. 傷痛是正常的

人永遠無法逃離傷痛，因為世事難料，想用各種方法消災解厄的企圖，都將徒勞無功。情感係內在於人性之中的，喜怒哀樂既都屬於情感，因而，傷痛的存在是正常的。傷痛也是公平的，無論什麼人，不管富有或貧窮、博士或文盲、老人或年輕人，都必會在人生的旅途中遭逢傷痛。既是如此，我們便不必將傷痛視為毒蛇猛獸，而致力將之從生命中趕逐。

2. 傷痛是自然的

傷痛是無法以人工製造的，它內在於人的心理之中，並同時在肉體裡展現出來。當人經歷失落時，就會產生悲痛，人的身體在面對突如其來的傷痛之時，身體會釋出適量的腎上腺素，來協助應付傷痛。在傷痛時食不下嚥、六神無主、思緒跳躍、語無倫次都是自然的生理反應。因此，我們不僅不必去逃避傷痛，更不需去壓抑傷痛；因為，傷痛是自然的，就當去面對它。

3. 傷痛是一個過程

傷痛是一個過程，這是無庸置疑的，只是，這過程會持續多久，沒有人知道。現代文化有一種不健康的想法，認為傷痛是可以控制的，因此，

我們當儘速復原，擺脫肉體的感覺、超越一切的悲傷，而可以即刻回復正常的生活。事實上，傷痛是一條路，有的人的路長、有的人的路短，但必須是當事人自己一步步走過去，照顧者只是陪在傷痛者身邊的人，陪他一起走過。

4. 傷痛是一種情緒的表達

情緒有其多重的面貌，歡樂的時候有笑容、悲傷的時候會哭泣，這都是情緒的合理表達。然而，傷痛的情緒是錯綜複雜的，其間的高低起伏亦是令人難以捉摸的：有人狂呼吶喊痛哭流涕，有人沉靜過人彷彿無事，有人忽而平穩忽而歇斯底里；有人對周遭環境冷漠，有人將自己圈限在黑暗的角落，有人性情大變而喜怒無常。這些都是傷痛情緒的表達，沒有對或錯。

5. 每一次的傷痛都是獨特的

傷痛的形式看似相同，但是某人甲的傷痛經歷是無法類比到某人乙身上的，即是都是失去親人。因此，對每一個個體而言，其傷痛的經驗都是獨特的，我們無法告訴傷痛者：你的痛苦，我能夠理解。因為，對於深度陷入傷痛的人而言，旁人是絕無法理解其傷痛的。另一方面，在傷痛的表現上，每個人亦是獨特的，我們亦無法要求他人展現傷痛的方式與我們相同。

6. 任何的失落都能造成傷痛

到底是什麼樣的失落才會對人造成傷痛？沒有標準答案。因為，每一個人的認知都不同，對某人甲而言的小失落，對某人乙來說卻可能是大失落。失落的大與小在乎人的認知，而失落的形式亦多元，舉凡原本擁有，後來卻失落的人、事、物，小至一把傘、大到一條命，都可以對人造成不

同程度的傷痛。傷痛可以有各種來源，照顧者千萬不可認為傷痛者的傷痛來源是件小事。

對老人而言的傷痛，經常是由於失去親人（配偶或孩子）而引起，若照顧不好，則可能波及其身體的健康與心理的失衡，且可能會持續一段極長的時間。也因為傷痛從起源到過程、到傷癒，沒有公式可套，亦無既定規則可尋。照顧傷痛者，就必須承認其間存在巨大的歧異性，而使其中充滿諸多的變數。

二、傷痛的歷程

有了對傷痛的初步認知，一位受到傷痛而導致心靈健康出現缺口的人，到底要經過多久的時間，才能從傷痛中得到平復，回到正常而規律的生活？沒有人知道，且傷痛者的個別差異極大，很難找到一個常模可以類化或概括所有。甚至，對於傷痛期的看法，受現代文明影響，從悲傷到恢復的時間愈來愈受到壓縮：在古代華人世界裡，當父母去世，守喪期是三年，傷痛者有三年的時間去緬懷親人，進而若有激烈的情緒表達，亦會被視為正常。但是現在，在一段短暫的喪假之後，就必須被迫恢復工作，工作的恢復並不同於心靈的平復。因此，有人勢必將傷痛之情隱匿，直到老年才在生命中迸發出來。

我們必須質問：在現今的社會中，我們到底容許人有多少時間去處理、面對、解決自己的傷痛？而對於那些真正陷入深度傷痛的人，有誰能夠去照顧他們？又該如何去照顧他們？還有，就是那些已至遲暮之年，就在行將就木之際，卻遭逢連串的失落而導致重覆性傷痛的老人，對他們的心靈照顧可能遠比身體的照顧更加重要。要直接與這些問題面對面，就必須先理解一個人在面臨傷痛時的可能歷程。（梁國棟，2003）雖然，各人對傷痛的表現方式不一，然而，美國南伊利諾大學醫學院教授Glen W.

Davidson 在調查了1200位傷痛者，花了兩年的時間，追縱記錄了他們的經驗，進而統整出「傷痛的四階段理論」，藉以說明當一個人從開始進入傷痛到圓滿恢復，約需要兩年的時間，這期間傷痛者亦會出現不同的情緒反應。(Davidson,1990:93) G. W. Davidson 認為傷痛的四個階段如下：

1.前兩週：震驚麻木期 (shock and numbness)

傷痛者全身被掏空般呼吸困難、氣喘、不自主地顫抖；口乾舌燥、喉嚨哽塞、背痛、臂痛；食不知味與食不下嚥；頻頻嘆氣、偏頭痛、睡不安寧、哭泣不已或哭不出聲；全身煩悶不適、鼻塞、眼睛發癢；有時甚至過度好動、靜不下來。此時的心理表現則為反應遲鈍、對事情難下判斷、情緒起伏反覆無常。時而端坐一處，目瞪口呆，對周圍事物失卻反應能力。

2.四個月內：追憶緬懷期 (searching and yearning)

此時期的傷痛者會對外來的刺激極度敏銳，會緬懷所失去的親人，對於一切與死者有關的事物都極其敏感，例如：不准人移動死者的遺物、死者曾用過的東西也不准人丟棄。對於所愛之人的離去，傷痛者開始覺得內疚，也感覺憤怒，情緒仍會不定時起落，身心狀態仍屬虛弱，不得承受大的刺激。也有人會致力去尋索答案，追查事實真相，心神備受困擾，而在午夜夢迴，眼角掛著淚水睡去。

3.五到九個月：迷失方向期(disorientation)

因生活所遭逢的變故，使其生活的次序產生改變。傷痛者會覺得家不像家、生活不像生活，特別是身邊的親友早已恢復往日的士農工商、正常生活，忽略了當事人仍可能處在傷痛的身心狀態裡。當事人也許因感受被冷落而情緒低落，因此，抑鬱的情緒在此時期十分明顯。有人會因胃口不好而體重驟降，也有人因暴飲暴食而體重上升。容貌偶有憔悴並無精打

采，但也開始作內在整合而面對現實。

4. 十個月到兩年：重新整頓期 (reorganization)

到第四個階段，傷痛逐漸痊癒，談起逝者，傷痛者不再有激烈的情緒激盪，而能心平氣和、侃侃而談。其次，也漸適應了逝者不在身旁的日子，並已磨合出一個既定的生活步調，經由長時期的調適，生命的焦點已轉移，會為自己與身邊的人振作，重新找回自我的意識。傷痛者也漸能冷靜而不帶情緒地為自己作出決定。一種前所未有的釋放感油然而起，傷痛者不再是傷痛者。(Davidson, 1990:49-84)

G. W. Davidson 認為，一個成人傷痛者在經歷哀傷期一年半到兩年，才能看出這四階段的明顯特徵。因此，他認為傷痛者要經歷兩年，才真正算是傷癒圓滿。然而，悲傷輔導者 Lynne Martins 卻指出：每一個人和其處境乃是獨一無二的，故此，我們無必要將他們擺在任何一個僵硬的時間表和階段進程之中。(Martins, 1992:69)但是，另一方面，她也以「傷痛照顧者與傷痛者之間的互動」為基礎，提出自己的傷痛階段論，以一年為期，亦區分為四個階段：

1. 陪伴聆聽期 (the sitting and listening phase)

時間約是傷痛期三個月內。傷痛者最大的感受就是「無助感」，照顧者必須深刻明瞭傷痛者的無助，而使自己與傷痛者一起面對傷痛。照顧者在此階段最重要的任務即是陪伴，讓傷痛者知道他不是一個人孤單地面對他的困境，他是有同伴的，而他的同伴就在他的身邊。有時，身旁的陪伴是連一句話都不必說的，單單坐在身邊就夠了。

2. 遺忘遺棄期 (the forgotten phase)

時間約是三至五個月。傷痛者身邊的人都已經回到他們自己的崗位，而將當事人遺忘了；或者親人們以為當事人也已經在工作了，也回到原來的社交圈，生活應該回復正常了。然而，事實並非如此，傷痛者會經常憶起那些使他們傷痛的事實，因而，會在心中產生一種感覺，覺得他被遺棄、遺忘了。照顧者仍需經常性的與之談話、聆聽與陪伴。

3. 覆述往事期 (tell it to me again aphase)

時間約是六到八個月。L. Martins 認為，失落的情緒到了第六個月，強烈的程度異常高漲。傷痛者會完全清楚地意識到他確實已經失去了這位親人，這人將永遠在他的生命中缺席。照顧者要專注地聆聽他們一次又一次地覆述往事，而家中具紀念性的物件如相簿、光碟等，雖會睹物思人，但卻也具有治療復元的作用。

4. 結伴上路期 (onward we go together)

時間約是九到十二個月。到了故人忌日來到之時，有一項大事便是如何處理故人的遺物。將故人的遺物中最具懷念價值的妥善保存，其餘有用的或可分送親友，或捐贈出去。照顧者必須尊重傷痛者的決定。當傷痛者將故人的遺物處理好之際，也幾乎等同於他們即將整裝待發，照顧者與其共同攜手走向復原之路。) (Martins, 1992:65-77)

不管整個傷痛的歷程是一年或是兩年，所呈現出來的事實是：只要是因失落而引起的傷痛，都不是在短時間就可平復的；傷痛者需要一段時間來適應他已經改變的生活，並重建新的生活次序。此時，一個最重要的關鍵便是，傷痛者需要有照顧者的陪伴；也就是說，在傷痛者的身邊，需要有人擔負起照顧者的角色，從傷痛一開始，即一路陪伴到走出傷痛、完全恢復為止。

肆、傷痛照顧之必要與實施

傷痛照顧的目的，是在促進老人除了身體健康之外的心靈健康，因此，老人是需要傷痛照顧的。另一方面，老人是易於受傷的群體，他們經常在前傷未癒的情況下，又必須面對新的傷痛。老年人失去子孫的傷痛，絕對大過年輕人失去祖父母的悲傷；而老年人不僅可能失去子孫(白髮人送黑髮人)，更有可能失去老伴、失去老友。前已述及，任何形式的失落，都可能為老人帶來傷痛，而老人除了失落了至愛的親人之外，亦可能失落了身體的健康、經濟的能力、行動的自由、甚至是平日嘯寒問暖的朋友。因此，老人的傷痛照顧是絕對必要的。

如果，我們已然理解了傷痛的意義與歷程，又確信老人傷痛照顧的必要性，接下來要問的問題就是：誰應該是照顧者？而又該如何照顧？

一、誰是照顧者？

要回答這一個問題十分容易，因為，依照制式的答案，當然是：醫生、護理人員、老人的家屬、安養中心的工作者、牧師等神職人員、社工人員。這是一個團隊的工作，因為老人的需求是全方位的，因此，工作者也必須是全方位的，才能徹底滿足老人的需求。然而，吾人在此，擬用一位現代天主教靈修學大師盧雲（Henri J. M. Nouwen）曾經說過的一段話，用感性的角度來看這一個問題，他說：

當我們撫心自問：誰是我生命中最重要的人？

浮過腦際的，

斷不是那給予諸多意見的能手，

斷不是那提供解決方法的天才，

斷不是那自命醫治權威的醫師，

而是那分嘗我甘苦的友人。

那用溫柔的手肘，輕撫我傷口的同伴，

那個靜靜伴在我身旁，與我同渡每一個悲傷、失落、混亂、

無望及種種難捱歲月的同行者。

他能用真情接觸悽愴，

用心力挽著失敗的臂彎，

用忍耐緊扣對事態的無知、對劣勢的無奈、對創傷的無助。

能與我共度一無所靠、共歷一無所依的絕境的，才是那真正

懂得關顧我的朋友。（H. Nouwen，1991:40）

從盧雲的角度來看，他並不是從身份與工作性質來界定誰是照顧者，而是從被照顧者的主觀感受的層面來發言的，誰能摸著傷痛者的心，誰就是一位稱職的照顧者，不管他是醫生或是牧師。在盧雲的觀點裡，所謂照顧（care），在哥德式的語彙中，其原意“kara”是「哀慟」的意思。因此，照顧的基本意義乃是：與悲傷者同愁、與哀慟者同憂、與流淚者同泣。（H. Nouwen，1991:39）簡而言之，便是如美學中所論之「以己心體彼心、同情相感」，或如醫學所言之「視病如親」，或如社工所說的「同理心」。誰是照顧者？他本身是一位無助者而非大能者，他不必為傷痛者提供什麼高言大智的金玉良言，而只需要誠摯地說一聲：「我並不完全瞭解生與死的奧秘，亦不明白你此時此刻所感受的，但是現在，我在這裡，我和你在一起。」這就夠了。

照顧者必須先進入自身的痛苦之中，並與自己的痛苦共存，有過這樣的經歷，他們便能深刻地給予傷痛者一種具體的「同在感」，這種同在是真正的「醫治的同在」，所醫者是傷痛者的心靈。因此，失去了同在感的醫治與護理，醫護人員成了冷酷的控制者、成了冰冷的操縱者、成了無情的威權者。這種醫治與護理只在意任務的完成，而對病人的感受不耐煩，

也不願意更多聆聽病人的心聲，因此，所有治療與護理的行動，對病人來說，便成爲一種冒犯、一種限制、一種捆綁，而不是一種安慰、一種釋放、一種自由。

因此，誰是照顧者？還是那些答案，就是：醫生、護理人員、老人的家屬、安養中心的工作者、牧師等神職人員、社工人員。然而，標準答案是：具上述「照顧情懷」而能在傷痛者的內心產生「同在感」的醫生、護理人員、老人的家屬、安養中心的工作者、牧師等神職人員、社工人員。

二、照顧的處遇歷程

在全人健康的理念下，從事傷痛照顧，以促進老人心靈健康，在老人健康照顧的區塊中已不容忽視。但是，不管是醫護人員或神職人員，或社會工作者，在對傷痛者進行照顧時，仍然需要一套正確的處遇歷程，讓照顧者有軌跡可行。（林偉廉，2005:45）基本上，我們可以將照顧的歷程分爲幾個以下幾個程序：

1. 預備與訓練

首先，照顧者必須在心理上作好預備：這是一場長期的戰役。沒有人是天生的照顧者，傷痛者的家屬也許必須成爲照顧者，但是，護理或社工人員卻不一定，若定要參與照顧行列，心理的建設絕不可少，像是愛心、耐心、恆心都是必要的。其次，對於痛苦、疾病、失落、創傷必須要有基本的認知；對於生存、生活、生命的意義也要作深刻的思考。再則，亦要有聆聽、溝通、統整、同理心的訓練。這樣，使自身從心理、知識到技巧都完備，就可以啓程展開照顧之旅了。

2. 與傷痛者面對面

真心的關懷與溫暖的問候，伴隨著輕聲細語與微微的笑容，能給傷

痛者一個良好的印象。特別是，當他們體悟到他們是需要我們照顧的人，我們更應該放下身段，誠摯以待。醫師的眼睛要多看病人、少看記錄板，多溫馨的鼓勵、少無情的敷衍。護理人員在量血壓、注射、換藥時，要與傷痛者話家常，待之如同老友。家人則在行禮如儀的每日生活中，莫使傷痛者感覺受到忽略。凡此種種，面對面的意思是：照顧者的對象是「傷痛者」這個人，而不是他的痛或他的病。

3. 瞭解與回應

傷痛者雖是病痛與創傷的當事人，但在實然處境中，他們卻往往是局外人。他們對自己的病情瞭解不多，對自己的狀況極為無知，甚至不明白身邊的人對他們是多麼的擔心。他們會在傷痛後一段時間內表現得極度自我中心，照顧者必須細細地瞭解，並耐心地回應。對於他們可能發出的各種毫無章法、沒頭沒尾的問題，或所提出各種不合理與過份的要求，亦要小心回應。照顧者對於病人對病情的詢問，可依當事人當時的身心狀況予以回答，但在措辭上要小心。

4. 信任與接納

我們也許可以這麼說？唯有照顧者得到了傷痛者的接納與信任時，心靈照顧才真正開始。肉體的照顧只要按時吃飯、吃藥即可做到；心靈的照顧卻是要讓當事人對照顧者覺得放心、安心時，才有可能達到。彼此的關係在經歷一段磨合之後，到了這個階段，可以說是苦盡甘來的時候，雖然距離傷癒還有一段很長的道路要走，但雙方已能攜手。更要緊的是，照顧者在此時也有了自信心，使照顧者在得到信任與接納之餘，也擁有對自我的信心與肯定，並滿懷希望繼續向前。

5. 終極的關顧

到了這個階段，照顧者與傷痛者的關係已愈臻綿密，在如此關係深度的基礎下，照顧者亦能更深探索傷痛者的內在心靈。照顧者必須協助傷痛者去回顧他的失落與傷痛，並平心靜氣地去面對自己的將來，也就是對整個生命觀有一個達觀的洞見，並對自己的生死展開前瞻性的預備。生命觀與死亡觀的建立至為重要。傷痛照顧到最後必須要進到心靈的層次，也就是生命與死亡的層次，面對生命的終極實體，使人得以坦然向前走去，甚至坦然面對死亡。

三、照顧者的自我處遇

從事傷痛照顧的人，並不一定就是個完全、美好、沒有問題的人，也不是能力超凡的人。照顧者也是個平凡的人，會有情緒的起伏，也會有軟弱、憂愁、痛苦、難過的時候。然而，他們與其他人不同的地方，是他們情緒管理的能力必須高人一等，這也就是傷痛照顧並非人人皆可為之的主要原因。情緒，是一項非理性的東西，除了內在的精神、心智之外，情緒最易受外在環境的變化而起伏。照顧病人，情緒有其兩面性：成也情緒，敗也情緒。此話怎講？在照顧病人之際，溫暖、微笑的支持使病人得到安慰，不耐、責備的怒氣反使病人受到傷害。因此，照顧者的情緒管理能力良好，病人的傷癒就可能更加迅速。

正如前所述，一位照顧者在開始整個照顧歷程時，必須先有預備與訓練，在此，吾人要進一步強調，「情緒的預備及處理」是照顧者必須自我訓練的；也就是說，照顧者必須有一些清楚的自我認知。其中，有幾項更是居關鍵地位：

1. 這不是一個令我心情愉悅的處境

處境是由人與環境構成。老人、病人、傷痛之人通常不是人樂意去

接觸的，或與之接觸會令人感到壓力重重。而年老的傷痛者常常集這三者於一身，所以，必不會是一個讓人樂意與之親近之人。不管是要前往探視的居家護理人員，或是傷痛者的家屬，都必須有此共同的認知：我即將處在一個不甚令人愉悅的處境中，既無法逃避，就勇於面對。特別是對於前者，有可能因要前往一個陌生的環境，還帶著幾分的恐懼，這都是要事前就明白且克服的。

2. 這一個處境可能會牽動我過去的傷痛

每一個人多少都曾經歷過失落的傷痛，如果已作了妥善的處理與統整，自身的傷痛經歷便有可能成為照顧的動力與資產。若否，則照顧者可能會觸景傷情，而引動其潛藏於內心的傷痛。這樣，不僅無法真正安慰傷痛者，反而會使自己陷入情緒的漩渦之中。以吾人為例，吾人在十九歲時曾失去親弟弟，當時悲痛萬分，十多年過去，也自以為已傷癒，卻在自己擔任牧師並從事傷痛照顧、悲傷輔導之際，喪弟之痛自心中泛起，而必須以更多的心力去處理自身的情緒。

3. 照顧成效不彰可能會令我感到沮喪

對老人的傷痛照顧是無法立時見效的。對於肉體疾病的醫治，只要用對藥，病人的病情會有起色，至少會感覺較舒服；甚至即或是癌症或特殊慢性病，照顧者亦能預期其發生效力的強度或深度。但是，傷痛照顧卻無法預期，有可能愈陪伴而情況卻愈糟糕。照顧者會發現，他的熱血仍無法融化傷痛者冰冷的心，幾經努力之後，一種深度的無助感與沮喪感會毫不留情襲來。若照顧者事先已作好與沮喪奮戰的準備，就能視自身的沮喪為照顧歷程的一部分而不被擊垮。

4. 失敗了怎麼辦？該退出嗎？

如何界定失敗？應該是傷痛者的情況一直未有改善，而照顧者的氣力又已在崩潰（burn out）邊緣，即將油盡燈枯。我們必須認知，照顧的失敗並不代表照顧者的失敗，因為，傷痛者不一定在經歷照顧之後就必然會傷癒；且每一位病人的個別差異極大，照顧者本身的個人特質是否與傷痛者契合，也是個問題。因此，退出並非壞事，替換一位新的照顧者也並無不可。照顧者必須知道，自己不是上帝，無法解決所有的問題，因此，失敗亦是一個可能的選項。

5. 我需要一個強有力的支持系統

這經常被社會工作人員、醫護人員、神職人員所忽略。這些人被定位為幫助者，是在別人有苦難、困境之時挺身而出，協助人走出困境的人。但是，很少人想到他們也是人，也需要幫助；他們自己也很少認為自己需要幫助。於是，這些照顧者或助人者一旦出現問題，絕非小問題。照顧者自身必須要有一個強大的支持系統，可能他的家庭或親人，他的同事或朋友。支持系統是使照顧者能夠繼續燃燒下去的能量，也是在經歷軟弱無助之後再站起來的動力。

四、照顧者該做與不該做的事

在從事傷痛照顧的過程中，知識與理念的裝備是必需的，而實務的技巧卻無法事前就操練妥當，經常要在面對面、針鋒相對、幾回合的兵來將擋之中模塑而成。用「在做中學」來描述是極為恰當的。因著傷痛者的差異大，對一個人有用的方式，對另一個人不一定有用；所以，在碰壁後找彎尋路，是照顧者的必備工夫。然而，學者也已經自諸多的經驗中歸納出一些要緊的法則，可供我們參考與學習。美國學者 Delores Kusenning 在其著作“Helping People Through Grief”中於全書總結時所提出的「照顧者

該做與不該做的事」，對照顧者而言，應是十分受用的。（Kusenning，1987:359-61）吾人以此為藍本，再輔之以本國文化，增添並綜合如下——

1. 照顧者該做的事

所謂「該做的事」，包括了照顧者應有的言語、行動、表達、態度等，這些是對傷痛者有益的，也是在照顧歷程中具加分作用的。

- a. 容許哀慟者悲傷。
- b. 感同身受的表情、溫暖的擁抱、搭肩緊握一下對方的手，都能表達慰問。言語不總是必要的。
- c. 只要說：「我很難過」或「我不知道該說些什麼」或「我願分擔一些你的傷心」。
- d. 傾聽，但不要論斷傷痛者的想法和感覺。
- e. 容許傷痛者談論逝去的親人。
- f. 問開放式的問題，像是「發生了什麼事？」讓傷痛者願意多談一些。
- g. 提供實際的幫助，例如協助家務、照顧工作、日常所需等。
- h. 與傷痛者談論愉快的回憶，若認識逝者，可多說讚美逝者的話。
- i. 在令人痛苦的節日問候他們，特別是在死者離世後第一年的各種節期。
- j. 了解他們的傷痛會持續一段長的時間。
- k. 你是傷痛者支持系統中重要的一環，不要低估自己的角色。
- l. 留意親人死去七~九個月，通常是家屬最難熬的時刻。
- m. 慰問與傷痛者有關的其他的傷痛者，也許他們也在悲傷之中，卻又要去照顧傷痛者。
- n. 瞭解自己無法透過言語來停止傷痛者的痛苦。

- o. 若是基督徒，請告訴他：我會為你禱告。若是佛教徒，請告訴他：我也會為逝者助念。都能使傷痛者的心稍感寬慰。
- p. 每次前來，帶一些傷痛者喜歡吃的東西。
- q. 與傷痛者做一些他有興趣的事。
- r. 適度給予一些與照顧有關、有益於療傷的功課，下一次來的時候驗收。

2. 照顧者不該做的事

所謂「不該做的事」，就是某些言語、動作、態度、表達有可能為傷痛者帶來傷害，不僅於事無補，甚至可能使其陷入更深的悲傷之中。

- a. 因為不知道該說什麼，所以迴避傷心的人。
- b. 說「別哭」、「勇敢一點」。——這樣會讓傷痛者壓抑悲傷的情緒。
- c. 使用客套話、陳腔濫調或婉轉說法來安慰傷心的人。——避免諸如「他只是睡了而已」、「你應該高興，因為他不再有痛苦了，一切都結束了」、「時間會治好所有的創傷」之類的話。
- d. 害怕流淚。——傷痛的人很少會遺忘那些讓他們盡情哭泣的人。
- e. 輕率地說「我瞭解你的感受」。——每個人的傷痛都是獨特的，無人能完全瞭解另一個人的悲傷。
- f. 說一些會讓傷心人更加愧疚或責備他們的話。——親人過世總會留下無盡的遺憾和愧疚。
- g. 在哀傷的人談論親人時改變話題。
- h. 告訴傷心人：「生死有命、富貴在天」或「是福不是禍，是禍躲不過」或「命運天注定，半點不由人」或「人不能與天鬥」。——大多數傷痛的人會對這樣的說法感到困擾，但又會基於禮貌而予以附

和。

- i. 硬要回答「爲什麼？」的問題。——你的答案絕不會是最好的答案。
- j. 因爲傷痛的人沮喪的狀態讓你感到不安，於是鼓勵他要「克服悲傷」。
- k. 在傷痛者面前悲天憫人，一轉身便又對他人有說有笑。——傷痛者會認爲你的安慰都是虛假的。
- l. 答應爲悲傷者做某些事，卻言而無信。——這樣會破壞你的信用度。
- m. 對傷痛者說一些連自己都不相信的話。像是「如果換成我，我一定……。」
- n. 來去匆匆。——這讓傷痛者認爲你的照顧是沒有心的、是假的。
- o. 到了該建立更深關係的時候，卻仍在客套、客氣。
- p. 重覆不斷問相同的問題，或已經問過的問題。——這表示當傷痛者第一次回答的時候，你沒有專心在聆聽。

伍、從傷癒到真實的心靈健康

對老人健康照顧的目的，不一定在於疾病的消除，因爲，對身染諸多慢性疾病的老人來說，病情可以被控制已屬不易。與之相較，心靈的健康可以說更加重要。因爲，一個心靈健康的老人，也許百病纏身，仍可能平安喜樂；然而，心靈傷痛的人，也許身體健康，卻仍愁容滿面。吾人在此必須強調：並非所有身體有疾病的老人，都有心靈的傷痛；但是，任何一位有心靈傷痛的老人，他的傷痛都不能被忽略。因而，居家護理師、社工師、牧師、老人親屬都必須在自己的專業之外，擁有另一項能力，就是「協調老人情緒」的能力。

有時候，老人不聽親屬的，但是卻聽牧師的；有時候，老人對護理師不信任，只信任身邊的人。因而，若每一位可能與傷痛老人面對面、又被定位為幫助者的人，就當具備協調情緒的能力。傷痛老人的情緒穩定，將是他們邁向痊癒的第一步。

一、對處理傷痛老人情緒的建議

老人的心靈常是受盡創傷的，他們的情緒也經常是不穩定的。而心靈創傷的表現就在於情緒的起伏，當老人的情緒平穩，則代表他們的心靈已逐漸回復到平靜的狀態。對照顧者而言，要能處理好自己的情緒，已難能可貴；若要協助因傷痛而表現古怪的老人，的確不是一件易事。因此，在處理老人的情緒，以促進他們的心靈健康的事上，吾人有幾項建議可供照顧者參考：

1. 不要否定他們的希望，而要否定他們的絕望

傷痛老人的思緒有時會在「如果當時...就好了」以及「如果不是...就不會」的假言命題上打轉，如此思維的背後，是因其心靈深處存在著一個已無法翻轉的盼望。或有時口中會喃喃自語講一些「希望已逝的親人就坐在身邊」等永遠無法實現的夢想。照顧者此刻千萬不要立刻打斷他並說「不要癡心妄想了」或「不要胡思亂想」，反而點頭並附和。讓傷痛者有作夢的權利，不要猛澆冷水。另一方面，當他們的思緒總在負面、消極、悲觀的角度時，照顧者就要適時否定，並讓他們在照顧者的激勵中看見盼望。

2. 鼓勵傷痛者不要孤立自己，並多參考別人的意見

伴隨著傷痛而來的，經常是孤獨、寂寞的感覺，即使身旁仍有親人，老人也會將自己孤立，認為他們是被遺棄的，他們所愛的人已離開，身邊

的人必會討厭他們。他們的思維往往自我中心，自怨自艾，並自認是最可憐的人。此時，照顧者可以用自身的傷痛經歷，或他人傷痛卻成功轉化的經歷來與他們分享；讓他們可以從自我走向他者，從別人的經歷得幫助。照顧者也要幫助老人，去肯定身旁的人的關懷是真心的，老人可以放心去接納身邊的人的意見，接受從旁而來的幫助，使他們的問題可以得到解決。

3. 引導傷痛者從不同的角度來觀看自我

傷痛者因為專注於他們所失落的，於是，悲從衷來，久久不得平復。照顧者可以技巧地協助傷痛者的眼光從自己「失去什麼」轉而看自己「還有什麼」，並為此心存感恩。也許他失去了老伴，但是還有孝順的兒女、有知心的朋友、有不錯的環境、有那麼多關心他的人。或者去看那比他還要可憐的人，情況更慘烈的人。這種眼光的翻轉，可以使傷痛者因失落而導致的悲傷心情得以和緩，讓他們發現自己的情況還不算糟糕，而可以為自己仍然擁有的一切心存感恩。但是，請注意，這是在傷痛的中後期方可為之，不能在初期就如此引導。

4. 消除傷痛者的恐懼，給予他們穩定的安全感

傷痛者情緒不穩定的其中一個原因，就是恐懼：失落的事實讓他們恐懼、擔心失落再度發生也讓他們恐懼、對未來生活的迷惘更讓他們恐懼。恐懼甚至會一波波襲來，不斷盤繞於心，這是部分傷痛者後來成為憂鬱症患者的原因。因此，照顧者必須想辦法找出其恐懼的原因，並嘗試以正面的思想、具體的事實來消除他們的恐懼。引導他們去觸摸身旁的實況，知道至少有一位照顧者已經來到他們身邊，他們不是孤單的，有人與他們同在，以此來和緩他們的擔心。然後，以他們的思維模式，塑造一個讓他們有安全感、可以安心的環境。

5. 帶領傷痛者走向新世界，擁抱新事物

把傷痛者帶出自己的臥房，而走向大自然，對於舒緩傷痛壓力，調節起伏情緒，是極具效力的。所謂走向新世界，不單指郊遊散心，亦可指進入人群；所謂擁抱新事物，是與傷痛者去做一些他們從未做過的事、或是他們一直想做卻都沒有去做的事。曾有一位失去妻子的老人，久久未得傷癒，然而，這位日語流利卻一生從未去過日本的老先生，就在一趟日本之旅中，走向了新世界、擁抱了新事物，也使他封閉的心，重新開放；他的心得到前所未有的感動，而生命似乎也找到一個新的方向。

一旦老人的情緒恢復穩定，可以正常地生活、思考，可以更樂觀地看待身邊的事物，就已踏上了復原之路。這絕非短時間便可達致的境界，需要長時間的陪伴、協助，不厭其煩的照顧、護理。這也絕非一、兩人便可完成，是家屬、護理人員、神職與社工人員通力合作的結果。然而，在老人的復原之路上，還有一個重要的因素是不能被忽略的，那就是宗教的力量。

二、宗教與老人的心靈健康

既說是「心靈健康」，自然是超越肉體的，也不是任何醫藥可以促進的。因為，醫療與護理的範圍都只在肉體的層次，而心靈的向度則必須依賴宗教。一個擁有虔誠宗教信仰的老人，在經歷傷痛之後，會比較容易且快速地復原。虔誠的信仰可以幫助人認識自己的侷限，但不會使人對處境感到絕望。研究顯示，當人生病時，都會極度依賴宗教信仰或靈性修持來解除壓力，維持自我的控制、保有希望、並維繫生命的意義和目的。而透過心靈的健康，再擴及並統攝生命的其他層面。

美國紐約的牛津大學出版社在2000年的時候出版了一本《宗教與健康

手冊》(Handbook of Religion and Health)，該書檢視了一千六百多篇探討宗教活動與情感、社教、身體健康之間關係的研究報告與論文時發現：絕大多數的研究都證明，病患的宗教信仰在對抗疾病和病後康復方面，都有臨床的效益。(Koenig, McCullough, and Larson, 2000)；Walt Larimore在其著作《God's Design for the Highly Healthy Person》中就列舉了該手冊中的實證，證實有宗教信仰的老人比起沒有宗教信仰的老人，在某些方面：(Larimore, 2003:215-216)

1. 壽命較長

1987年到1995年之間，針對美國全國21,000位成人的研究發現，每週參與宗教儀式一次以上者，比從不參加者，預期壽命多了七年。

2. 血壓較低

1989年杜克大學研究喬治亞州401位男性發現，承認宗教極為重要的人，以及經常上教會的人，其血壓較低，而且高血壓者較少。

3. 術後結果較佳

1995年達特茅斯大學研究員發表的報告指出，開心手術過後六個月內，重視信仰者的存活率是不重視信仰者的三倍以上。

4. 住院期較短

1998年杜克大學的研究員發現，與不常上教會的人相比，每個禮拜上教堂者，不僅較少住院，即使住院，停留期也較短。

5. 心理較健康

1997年杜克大學針對四千多位六十歲以上的老人所作的研究顯示，經

常參加宗教儀式者，憂鬱與焦慮的比例大幅降低。

6. 整體較幸福

流行病學家Jeff Levin在1994年的研究顯示：六十歲以上的老人且自認為信仰虔誠者，健康問題比無宗教者來得少，而且對自己身心狀況的評價比較高。

《宗教與健康手冊》的作者下結論說：「有虔誠宗教信仰的人，比較不會酗酒嗑藥，較少有高血壓、心臟病、中風、癌症和殘障；而且比較長壽。由於身心密切相關，身體比較健康必然會感覺比較幸福。」

（Koenig, McCullough, and Larson, 2000:99）可見心靈的健康與宗教信仰密切相關，因此，在老人傷痛照顧的過程中，若能加入宗教信仰的要素，會使得老人在傷痛恢復的路上走得更加順暢。為什麼呢？對一位身處創傷處境的人來講，宗教所展現的功能必不同於一般健康照顧所涉及的層面。大抵說來，有以下幾點（劉清虔，2006）：

- a. **解釋**：當一個人遭遇患難，各種物理、化學、數學的解釋是完全沒有效用的；此時，只以宗教的解釋可以讓人略為理解為什麼會有災難發生？例如：基督教認為災禍的發生來自上帝，其間隱藏著上帝的旨意；佛教就認為災難是因果業報的作用；民間信仰可能提出犯太歲、沖神煞的解釋。不管所提的理由能否被接受，對當事者而言，在其信仰體系中存在著對其苦難的解釋；如果宗教無法為其提供合理而令其滿意的解答，在受創之後改換宗教者亦所在多有。
- b. **安慰**：宗教在人遭逢災禍之際，能為人帶來安慰。宗教的教義、信念，能為災難或苦難本身作出意義的解讀，而匯整至受創者的身上，結論總是：這是好的。也許對死亡的親屬來說是好的（解脫了世上的苦惱），對受創的家屬來說也是好的（讓一個人更堅強、孩

子將更獨立懂事……等)。宗教的安慰當然還包括了教會團體或神職人員在整個過程中的陪伴與扶持，這是最直接而有效的安慰。

- c. **力量**：宗教常是人向外尋求超越他者，藉以其超越的力量，使受創者得以順利走過悲痛期。祈禱，是基督信仰裡取得超越力量的方式。祈禱是向上帝述說自身的苦境，祈求上帝賜下安慰與力量，並期待能迅速自苦難中脫離。如同一位落入海中積極呼救的人，他需要一塊浮板協助他不致沉入海中，然後靜待救援；宗教就是這一塊浮板，為他帶來繼續活下去、走下去的力量。
- d. **盼望**：人因希望而活、因成就而樂，這是人性之必然。對災難中的受創者而言，最讓人擔心的便是他們因傷害而沮喪、消沉，甚至失去活下去的勇氣。但是，人如果在災難中看見盼望，哪怕是遭摧毀的住宅終將重建、或是喪偶者在孩子的身上看見未來，就不致於走上絕路或繼續消沉。宗教常能在此時提供一個盼望，對基督教而言，已逝之人有「永生」的盼望、活著之人有「淬煉生命」的盼望。

透過宗教的力量，可以使時到風燭之年，又疾病纏身，甚至深受傷痛的老人得到慰藉。因此，照顧者若適時引導傷痛者朝向宗教的方向去思考，或提振他們原有的宗教意識與情操，或鼓勵他們加入適當的宗教團體，都是傷痛照顧的重要一環。因為，宗教本直指心靈，對恢復心靈健康的功效，常超乎我們所能想像。吾人身為一名基督教牧師，想起一首在教會之中經常吟唱的詩歌，這首詩歌安慰了許多正面臨傷痛打擊的人，詩名為"When Peace Like a River" 漢語譯詞為：

1. 有時咱經過美麗清靜河壩，樹木真青翠的路邊，
有時咱遇到大憂悶流眼淚，如經過大風浪的苦海。

免煩惱，心平安，倚靠主免煩惱，心平安。

2. 有時咱遇到歸群兇惡對敵，包圍咱四邊欲攻擊，
有時咱遇到大試煉真艱苦，致到咱心失望看無路。
免煩惱，心平安，倚靠主免煩惱，心平安。
3. 敢採此世間萬物變換的時，地上未受贖眾子兒，
心肝真驚惶大擘腹無可靠，主所贖的百姓免煩惱。
免煩惱，心平安，倚靠主免煩惱，心平安。

這首詩的作詞者是 Haratio Gates Spafford，1828年出生於紐約，後遷居於芝加哥，擔任律師。正當他的事業蒸蒸日上，名聲如日中天之際，正遇上了史上有名的「芝加哥大火」，他的家產被焚燒殆盡，成爲一文不名的窮人。其夫人於是帶著四位子女欲前往英國投靠親戚，然而，她們所乘坐的船卻在途中與另艘船相撞而沉沒，四名子女均罹難而只有夫人獲救。十日後，Spafford接到夫人從倫敦打來的電報，寫著「僅我一人獲救」，他的心悲痛逾恆，於是立即出發前往英國要接夫人回家。就在船上，他的心因信仰的緣故，得到了安慰與盼望，寫下了這首詩。當他抵達英國，當時著名的佈道家慕迪先生前往安慰他；遇見他們夫婦，Spafford對慕迪說：「倚靠主免煩惱，心平安。」（台灣基督長老教會總會教會音樂委員會，1981:410）這正是依靠信仰的力量走出傷痛陰影的最佳寫照，而Spafford所寫的詩也爲後世許多遭遇患難的人帶來安慰。

在健康照顧的區塊裡，學界與業界長久以來都忽略宗教信仰對人的重要性，或者認爲這不在健康照顧的領域裡。但若今日所欲尋求者爲全人健康，則必無從規避，因而，若照顧者擁有虔誠的宗教信仰，或當事者亦有虔誠的信仰，則必能順利走完傷痛的歷程，而進入下一個人生的里程。若兩者的信仰相同，則更有相加相乘之功效。

三、真實的心靈健康

當我們期待傷痛老人可以走出悲傷的陰霾，而擁有真實的心靈健康，自然會問：對這些老人而言，什麼才是真實的心靈健康？是否有指標可參考。吾人提出幾個可供對照的指標：

1. 醫療向度：身體的健康已明顯改善

醫療向度的健康指標所涉及的自然是在身體狀況上的改善，包括血壓是否正常、心肺功能、肝膽功能、消化道....等老人相關慢性疾病上的改善。因為，身體的健康通常是全人健康的基礎。

2. 心理向度：情緒的管理已趨於和緩

心理向度的健康指標所關聯的即是傷痛者的情緒是否已獲得控制，突發性或急性的情緒失控已減少到幾乎不再發生。然後，當事者也不再從悲觀與負面的角度觀看周遭事物。

3. 家庭向度：家庭的關係已更加和諧

家庭關係的和諧更是一個重要的指標。也許家庭成員減少了，造成了永無法彌補的缺口；但是，接受了事實的當事者也更懂得去珍惜仍在身邊的親人，並力求家庭關係的圓融。

4. 社交向度：社團的活動已恢復參與

社交關係的恢復是一項要緊的指標，因為，傷痛者的經常性作為就是斷絕與外在世界的接觸。然而，當傷痛漸癒，可以再度走進人群，恢復往日的人際交往，此時，照顧者才算真正放心。

5. 靈性向度：生命的意義已更加明瞭

經過了一段傷痛人生路，傷痛者應該對人生有更多的體悟，不管所領略的道理是什麼，成功轉化的傷痛應該會使人對生命的意義作更深的思索，並決定自己未來生命的取向，而得以從現世向永恆跨越。

傷痛是可以痊癒的，心靈健康的取得是可能的。對老人的健康照顧系統，其目的並不是要產出一大堆身體健康卻不快樂的老人，或者是僅有生物機能在維持，而心靈卻痛苦或失覺的老人。也許，當老人的身體健康不再能恢復到往日年少的雄健，但卻能在心理上知足，在心靈上得平安與喜樂。這將是真正的心靈健康。

陸、結論

經由一連串漫長的探討之後，我們認為若將老人的照顧系統僅及於身體健康的層次，是不夠的；應該走向心靈的健康，更構築一個全人的健康。在此前提下，老人的傷痛不能被忽略，特別是老人的傷痛經常是重覆的、深層的，需要照顧者更悉心的照顧，才得以使其徹底從傷痛的心情與處境中得到釋放。因為，心靈的健康才是真正的健康，心靈的自由才是真正的自由。

參考書目

1. 李思敬（1985）。《和平的福音》。香港學生福音團契。
2. 林偉廉（2005）。《醫院探訪職事》。收錄於羅杰才主編，院牧服務與全人醫治文集。香港醫院院牧事工聯會。頁45-47。
3. 梁國棟（2003）。《生離死別的牧養關顧》。香港基督徒學會。

4. 劉清虔 (2006)。宗教關懷在創傷社會工作中的運用——以個案工作為向度。收錄於美和技術學院《2006年社區與人文對話國際學術與實務研討會論文集》。
5. 蔡元雲 (2005)。《邁向全人健康》。收錄於羅杰才主編，院牧服務與全人醫治文集。香港醫院院牧事工聯會。頁12-16。
6. 盧雲 (H.Nouwen) (1991)。《始於寧謐處——默想基督徒生命》*Out of Solitude: Three Meditation on the Christian Life*。洪麗婷譯。香港：基道書樓。
7. 台灣基督長老教會總會教會音樂委員會(1981)。聖詩史源考。台灣基督長老教會總會教會音樂委員會出版。
8. Davidson,G.W.(1990). *Understanding Mourning*. Minneapolis:Augsburg.
9. Giunta,Chaplain Ray & Giunta,Cathy.(2002). *Grief Recovery Workbook*. Brentwood:Intergrity Publishers.
10. Kastenbaum,Robert.J.(1991). *Death,Society,and Human Experience*.(4 ed.).New York:MaCmillan Publishing Company.
11. Koenig,Harold G.,McCullough,Michael E. and Larson,David B.(2000). *Handbook of Religion and Health*. New York:Oxford University Press.
12. Kusenning,Delores(1987). *Helping People Through Grief*. Minneapolis: Bethany House Publishers.
13. Larimore,Walt.(2003). *God's Design for the Highly Healthy Person*. Grand Rapid:Permission of Zondervan. (漢譯本於2006年由宇宙光出版，譯名為《活得久，活得好》，譯者為蕭寧馨)
14. Margolis,Otto S.;Howard C.Raether.;Austin H.Klagsbrun.;Eric,Marcus (1985). *Loss,Grief,and Bereavement—A Guide For Counseling*. Praeger Special Studies.New York.

15. Martins, Lynne. (1992). "The Church: A Model for Adjustment for the Dying and Bereaved." in Gerry R. Cox and Ronald J. Fundis ed., *Spiritual, Ethical and Pastoral Aspects of Death and Bereavement*. New York: Baywood.
16. Sanders, Catherine M. (1989). *Grief: The Mourning After Dealing With Adult Bereavement*. A Wiley-Interscience Publication. New York: Chichester.

(本文曾發表於美和技術學院「2007年全國銀髮日間照顧服務研討會」2007.10.8.~2007.10.9.並感謝鄭善明教授對本文的精譬評論)

作者簡介：劉清虔，美和技術學院老人服務事業管理系專任助理教授，社會工作系與長期照護學位學程合聘助理教授，台灣基督長老教會牧師。