

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

一位資深臨床佛教宗教師的臨終關懷經驗敘說研究

A Narrative Research on the Terminal Care Experience of
a Clinical Buddhist Chaplain

張瑜芳

Yu-Fang Chang

指導教授：蔡昌雄 博士

Advisor : Chang-Hsiung Tsai, Ph.D.

中華民國 110 年 6 月

June 2021

南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

一位資深臨床佛教宗教師的臨終關懷經驗敘說研究

A Narrative Research on the Terminal Care Experience
of a Clinical Buddhist Chaplain

研究生：張瑜芳

經考試合格特此證明

口試委員：符昌雄

陳增穎

蔡明昌

指導教授：符昌雄

系主任(所長)：楊國松

口試日期：中華民國110年6月16日

謝誌

這本論文可以完成，是有很多助力給予幫忙，如果單靠我自己，絕對是無法呈現出來。回首來到南華生死所讀書也邁向第四年了，在這四年中，有很多美好的回憶在這裡，而現在也是該畫下休止的符號了。回顧自己碩一剛進生死所還是懵懵懂懂的樣子，沒想到轉眼之間就要畢業了，在這過程中，要感謝的人真的很多，也認識很多的好朋友，為我的生活中增添了豐采。

我第一個要感謝就是我的父母，他們給予我很大的空間，讓我去完成自己的夢想，也從來不干涉我的未來。再來是，我的指導教授蔡昌雄老師，我在生死所上的第一門課臨終關懷專題，就開啟我跟老師之間的緣分，也因為如此，我才能以這個這個主題做為我的論文，而昌雄老師也在論文上給予我很多的鼓勵和支持，因此我才能如期地完成它。

我也要感謝陳增穎老師以及蔡明昌老師兩位口委的協助，因為有您們我的論文才能變得更好，還有對於研究參與者，我內心充滿感恩，有您的協助我的論文才有可以有後續。接著是南華的老師們：王枝燦老師在就學期間給予我工讀的機會、何長珠老師、鄭青玫老師、李燕蕙老師...等，還有其他教導過我的老師們，因為有您們，我在諮商專業及生死我學上有更深層的體悟。而我在南華所結交的朋友們：阿建、惟文、如雯、妙玟、威達、孟龍、佳穎、育如、潘潘、健如、光祐、小囿、世芸.....實在是族繁不及備載，有你們我在南華的生活的有了支持與依靠。

最後，我要感謝我自己，曾經因為自己因為論文卡關，數度想要放棄，感謝自己努力撐下來，才可以有這本論文的完成。

張瑜芳 2021.06.20

謹致於民雄豐收

摘要

本研究想探討臨終關懷場域中的臨床佛教宗教師是如何接受培訓、提供靈性關懷時的置身處境及其挑戰以及如何因應挑戰的過程。為達研究目的，本研究透過半結構式訪談大綱，訪談一位資深臨床佛教宗教師，並以 Lieblich 所提出的「整體—內容」敘事分析方法，進行文本的分析與描寫。研究結果如下：

- 一、探詢存在的真諦：不斷存在的孤獨感促使持續的追尋、死亡帶來對人際更深的理解以及臨終場域中確認服務使命。
 - 二、臨床實踐中的磨合與挑戰：與團隊人際文化不同而難以融入、不止關懷病人也要支持與教導安寧團隊以及體會病人的苦。
 - 三、聖俗往返揭覺察：宗教師本身有其宗教修行，但在醫院中卻需要學習與團隊溝通，其中包含以出家人身分與在家人互動的關係拿捏，然後在陪伴病人的過程中，也會遭遇各種考驗，故在服務過程中需要不斷的自我覺察。
 - 四、苦行中找到天命：在陪伴病人中一面覺察自我一面回饋社會以及在奉獻中確認使命感。
- 期許本研究能擴展對臨終關懷的視野，並關注臨床宗教師的養成。最後依據研究發現及結論，提出相關建議。

。

關鍵字：臨終關懷、臨床佛教宗教師、靈性照顧

Abstract

This study examines how clinical Buddhist chaplains are trained to provide spiritual care in terminal care, their situatedness and its challenges, and how they cope with these challenges. For this study, a semi-structured interview outline was used to interview a senior clinical Buddhist chaplain. In addition, a narrative analysis method named whole-content proposed by Lieblich was used to analyze the narrative. The research findings are as follows:

- (1) Inquiry into the true meaning of existence: the constant feeling of loneliness motivates the continuous search, death brings a deeper understanding of the human world, and the recognition of the mission of service in the Hospice.
- (2) The challenges of clinical practice: the difficulty of engagement from different cultures within the team, the need to support and teach the hospice team while caring for the patient, and the need to understand the patient's suffering.
- (3) The "sacred" and "secular" transition and consciousness: religious teachers have their own religious practice, but in the hospital, they need to learn to communicate with the hospice team, trying to find balance of the interaction relationship between a monk and the secular people, also in the process of accompanying patients, they will encounter various kinds of challenges, so they need to constantly being self-awareness within the process of hospice care.
- (4) Find mission and calling during severe practices: in being with the patient, one is aware of oneself, and one is giving back to the community, and one affirms a sense of mission in giving.

It is my wish that the study will expand the vision of terminal care and focus on the formation of a clinical Buddhist chaplain. Finally, based on the findings and conclusions of the study, we propose relevant recommendations.

Keywords : Terminal Care, Clinical Buddhist Chaplain, Spiritual Care



目錄

謝誌.....	I
摘要.....	II
ABSTRACT.....	III
目錄.....	V
圖目錄	VII
表目錄	VII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	4
第三節 研究問題	4
第四節 名詞釋義	5
第二章 文獻回顧	7
第一節 安寧療護與臨終關懷	7
第二節 宗教師的相關研究探討	14
第三節 靈性關懷相關研究探討	25
第三章 研究方法	29
第一節 研究取向	29
第二節 研究參與者	34

第三節 研究工具	35
第四節 研究流程	37
第五節 資料蒐集與分析	39
第六節 研究嚴謹度與研究倫理	41
第四章 結果分析與討論	43
第一節 初入臨終關懷前的生命情境	43
第二節 行走於臨終場域的修練	48
第三節 摸索靈性關懷的奧秘	60
第四節 回首臨床宗教師的實踐	71
第五節 研究討論	83
第五章 研究結論與建議	90
第一節 研究結論	90
第二節 研究建議	91
參考文獻	92
附錄一、知情同意書	100
附錄二、訪談大綱	102

圖目錄

圖 2-1 臨終五階段	12
圖 2-2 臨終四階段示意圖	13
圖 2-3 悲憫疲憊過程	20
圖 2-4 佛教靈性照顧架構圖	27
圖 3-1 研究步驟與流程	38

表目錄

表 3-1 訪談紀錄	39
表 3-2 Liebllich 四種分析方法	39

第一章 緒論

本研究藉由一位資深臨床佛教宗教師在臨終場域的服務敘說經驗，來瞭解當面臨死亡時，身為一位助人者如何陪伴臨終病人走過最後一程。本章共分為三個章節，分述說明研究背景與動機、研究目的與問題、名詞釋義。

第一節 研究背景與動機

壹、研究背景

根據衛生福利部統計處的資料顯示：癌症（惡性腫瘤）自 1982 年起位居國人十大死因之首，其 2019 年死亡人數為 50,231 人，占總死亡人數的 28.6%，每十萬人口中因癌症死亡人數為 212.9 人，較 2018 年上升 1.8%；以國人的主要死亡原因，前十大依序為：1.癌症（惡性腫瘤）；2.心臟疾病；3.肺炎；4.腦血管疾病；5.糖尿病；6.事故傷害；7.慢性下呼吸道疾病；8.高血壓性疾病；9.腎炎及腎病症候群及腎病變；10.慢性肝病及肝硬化（衛生福利部統計處，2019），其中除了事故傷害之外，其餘大多是屬於慢性疾病，顯見當慢性疾病嚴重惡化而需要緩和醫療的人數可能逐漸攀升，而過去的傳統醫療都會想藉由醫療盡力去克服疾病和死亡，因此醫療人員接受的教育是要竭盡做一切能做的醫療措施來救治病患，但病人在面臨疾病惡化所產生的身心變化，並非單純醫療可以改變的，故如何協助病人面對因疾病而產生的心理及靈性課題也都是需要被重視的。

癌症，不只是一種病症名稱，也是一種身分的轉換。從健康轉換為生病，當事人必須遭受自我能力喪失與面對時空失序的衝擊，還要面臨許多不同層面的問題，如生理層面有病痛、治療副作用、營養失衡與外表的變化等問題；心理層面則是情緒崩潰、死亡焦慮、悲傷反應等面向；社會層面則是經濟壓力首當其衝，連帶著家庭也受到衝擊。因

此，協助末期病人因應這些變化絕不是只有醫師能處理，而是需要更多的資源介入，故在末期病人的照顧上會以團隊的方式進行，以舒緩病人的在各層面所產生的痛苦。

而此，台灣在 2000 年公布《安寧緩和醫療條例》是期望藉由安寧緩和醫療減輕或免除末期病人及其家屬，在身體、心理、靈性以及社會層面的需求，可以得到緩解性、支持性之醫療照護，以提高其生活品質（林姿妙，2006）。

再者，研究者在閱讀報章雜誌時，看見史懷哲宣道會董事長邱仲峯表示「90%病人身體的疼痛以現在的醫學技術都可以獲得一定的緩解，只有靈性的部分是現在醫學技術無法處理的（引自梁雯晶，2021）。」從這句話理解雖然末期病人身體上的不適可以藉由藥物獲得控制，但在靈性的問題是無法單純靠醫療技術來處理，這也顯示在醫療體制中靈性的資源相較於缺乏。

末期病人因疾病而身心驟變所產生的靈性問題勢必要由專業人員（基督教為靈性關懷師；佛教為臨床佛教宗教師）來協助處理，靈性照顧對於有宗教信仰的人來說，祂可能是一種宗教上的指引，引領找尋生命的價值或答案；但對於無宗教信仰的人來說，靈性可能是其內在一種更深層的生命價值，而靈性照顧就是協助病人找到屬於自己的生命意義並對此給予肯定，但兩者最終會探討的是其死後的歸處，這部分顯示了靈性在安寧場域中的終極意義是引領臨終病人面對自我將死的課題。

貳、研究動機

研究者生長於傳統家庭，祖父跟母親務農，父親是工人。在成長過程中，因父母都忙於工作且家中有重男輕女的觀念，從小時候，我常感覺自己是不被關愛的，只有身為男性的弟弟們備受呵護，故在家中得不到肯定與關愛，常會使我思索自身存在的意義，而在當時陪伴自己的寵物米克斯因誤入農藥死亡，那是我第一次接觸到死亡，那次的經驗讓我產生一個疑問「死亡之後狗狗去哪裡了？」，而這個疑問隨著時間也慢慢的沉入我心底中，接著到國高中的求學過程，因對未來的迷茫與不確定，使我對於意義的探尋

產生了急迫感，不想將自己的未來交託在別人的期望好的道路，而某一次參與輔導室舉辦的心理相關活動中，讓我對於心理學有了接觸，也增進對於自我的理解，進而對心理學產生了興趣，然而在心理學的領域，我更發現自己尤其對於存在、死亡、意義有很大的好奇，這個好奇就像是在茫茫大海中看見燈光，指引著我往這個方向做探尋，因此大學就讀了心理相關的科系。

但生命就是充滿了很多的波折，雖然就讀了自己嚮往的科系，可是對於自身意義的追尋依然找不到明確的答案，只有在與人互動過程中，我可以看見自己在別人身上的意義存在，但隨著時間也漸漸發現，我把意義的建構投射於別人的肯定中，自身內在的孤獨感與匱乏感卻依然存在，總覺得還有什麼是自己不足的，好像生命不應該只是這樣子，然而在某次機緣下接觸了《有人因你活著而幸福嗎？》這本書，跟著書中的一個死亡引導，當翻開那頁「是的。現在，你死了」，瞬間我內心有種洶湧的情緒傾洩而出，我在書桌前哭的撕心裂肺，久久不能自我，被埋在心底的疑問又跑出來「死亡之後我到底會去哪裡？」，因為這個經驗，我決定開始正視自己與生死之間的關係，而選擇南華生死學所就讀。

回想起第一次選課時，看見了「生死基本問題」、「臨終關懷」這課程，內心充滿得好奇，彷彿拿到一把鑰匙能窺探生死的奧妙。這兩門課對研究者影響相當大，不僅在學術上，亦對於生死的視野角度、對自我與家人、朋友甚至一面之緣的人，都給予不同層面的擴展，尤其在「臨終關懷」課程中，對於臨終關懷有了初步的理解，使研究者開始構思未來的研究方向想以臨終、安寧為主。

後來從閱讀相關書籍中理解到宗教師從事的靈性關懷與心理師的服務有相似部分，因自己本身是心理相關，未來要從事心理師工作，故想了解不同的領域來談者要如何給予最適切關懷與陪伴方式，而我選擇以臨床佛教宗教師做為我本研究的探尋點，其中原因因為他們是最接近死亡的人，再者，自己對佛教的生命輪迴觀也感覺較為相應。

綜上所述，自己對於生死議題與存在的意義還不斷的在探尋中，很多時候閱讀生死相關書籍，內心的觸動總不斷的迴盪著，而本研究也想瞭解臨床佛教宗教師是如何給予臨終病人靈性照顧，且又是以怎樣的視野看待死亡與自我的關係。

第二節 研究目的

本研究目的以瞭解資深臨床佛教宗教師在服務時，面對臨終病人其自身的身心靈歷程轉變是如何給予靈性關懷與引導，並以此現象主體作為經驗的描述。縱觀上述，本研究目的如下：

- 壹、瞭解資深臨床佛教宗教師投入臨終關懷志業的緣由及其專業養成過程。
- 貳、瞭解資深臨床佛教宗教師在提供靈性關懷時的置身處境與臨床挑戰。
- 參、瞭解資深臨床佛教宗教師在臨終關懷工作中因應困境與挑戰的歷程。

第三節 研究問題

根據上述研究目的，提出下列三個研究問題：

- 壹、資深臨床佛教宗教師選擇投入臨終關懷志業的緣由及其成為臨床宗教師的專業養成過程為何？
- 貳、資深臨床佛教宗教師在臨終場域提供靈性關懷時的置身處境與臨床挑戰為何？
- 參、資深臨床佛教宗教師如何面對臨終關懷場域中的困境與挑戰？

第四節 名詞釋義

壹、臨終關懷 (Terminal Care)

佛光大辭典 (2020) 對於臨終一詞界定是指生命即將終結之時，即壽、煖、識三法將捨離之際。國民健康署 (2015) 說明臨終關懷又稱「安寧療護」、「安寧緩和醫療」、「善終」，而這也是實踐人道醫療的一種方式。在醫療制度中意旨在設備完善之安寧病房，由專業醫護團隊 (醫師、護理師、社工師、宗教師或牧師、營養師、心理師及志工) 對癌末病人進行全人照顧。全人照顧提供癌末病人及其家屬生理層面、心理精神層面、社會層面及靈性關懷等需要的醫療照護，簡單說就是以病人為中心主體。

貳、臨床佛教宗教師 (Clinical Buddhist Chaplain)

「臨床佛教宗教師」即是指：完成三階段培訓 (初階課程、進階課程及實習)，取得「靈性關懷人員」證明之法師 (需出家三年以上，並完成具足戒領有受戒證書「戒牒」) 者且參與臨床培訓 (15 週/600 小時)，經甄審通過者授予「臨床佛教宗教師」證書。臨床佛教宗教師屬於安寧療護團隊的核心成員，從事第一線工作，給予病人與其家屬身心靈的關懷照顧。

參、靈性照顧 (Spiritual Care)

靈性 (spirituality) 源自拉丁文字根 *spiritus*，其意涵是指呼吸 (氣息, *breath*)、生命力或生命能量。在不同的文化及學術研究中，靈性的定義概念也眾說紛紜。在西方的文化中，靈性被定義為與神的關係、生命的最高原則、探究真理的經驗、存在的意義... 等等，而學術定義的靈性意旨人在各種關係中的和諧狀態，再者佛教則將靈性界定為佛性、覺性，也就是人能開展意識提升覺悟的可能性 (釋德嘉、釋宗惇等, 2020)。

而靈性一詞至於安寧緩和醫療就成為全人照顧的一環，佛教蓮花基金會 (2020) 定義靈性照顧意旨臨終病人在面對死亡的過程中，藉由專業的照顧方式協助病人提昇正念，

緩解身心痛苦並不受死亡恐懼的拘束，進而達到往生淨土（又稱善終）。本研究的靈性照顧意旨臨床佛教宗教師在安寧病房評估及提供末期病人的生理、心理及精神需求的關懷過程。



第二章 文獻回顧

本章分為三個部分，第一部分為安寧療護的緣起與照顧理念；第二部分為臨床佛教宗教師相關研究探討，主要針對國內外相關論文、期刊、文章等進行文獻回顧與分析；第三個部分為靈性照顧的相關研究之探討。

第一節 安寧療護與臨終關懷

壹、安寧療護的緣由

安寧療護 (Hospice) 一詞源自於拉丁字 *hospes*，意指「客人」(guest) 亦有主人招待不認識的陌生人之意 (李閏華, 2013: 01)。到了中世紀, Hospice 這個字, 用以接待長途朝聖者的休息站或驛站。

現代安寧療護發起人桑德絲博士 (Dr. Dame Cicely Saunders)，1981 年生於英國，1940 年成為護士，後轉任社工，有感於癌症病患照顧不足，於是在 1951 年攻讀醫學院，1958 年成為醫師，經多年努力之後，於英國倫敦成立聖克里斯多福安寧院 (St. Christopher's Hospice)，成為現代安寧療護的典範；其目的是希望能結合中世紀安寧療護照顧病人的熱忱與現代醫學的成就，來減輕臨終病人與家屬所遭遇的痛苦。同時照顧在十九世紀晚期，西方許多國家設立安寧療護機構專職照顧瀕死病人 (許禮安, 1998)。

貳、安寧療護在台灣的開展

世界衛生組織 (WHO) 在 2002 年針對安寧療護修訂之最新定義：「安寧緩和醫療係針對面對威脅生命及疾病病人與家屬的一種照顧模式，目標藉由早期偵測及週全評估與治療疼痛及其身、心、靈的問題，預防及減緩痛苦，以達提升生活品質的目標」(安寧照顧基金會, 2021b)。

台灣地區的安寧療護是從 1983 年的康泰醫療教育基金會先成立安寧居家療護，而在 1988 年台北馬偕紀念醫院成立安寧照顧小組，並於 1990 年設立台灣第一家安寧病房與安寧療護基金會；台北新店耕莘醫院 1994 年成立第一家安寧病房，隨後財團法人佛教蓮花臨終關懷基金會（2007 年更名為財團法人佛教蓮花基金會）也在該年度正式成立；台大醫院於 1995 年成立了安寧緩和醫療病房，並在 1998-2000 年接受佛教蓮花基金會的委託，從事本土化靈性照顧模式及佛法在臨終關懷的應用，提供癌末病人不同的醫療照顧方式，這也帶動了國內安寧緩和醫療的發展。

至今國內與安寧照顧基金會合約醫院已有 104 家及 1 家合約長照機構，安寧病房逐漸的普及化，可見癌末病人對安寧療護的接受度是逐漸增加(安寧照顧基金會, 2021a)。因此，安寧療護提供罹癌末期病人身、心、靈完整的照顧，使病人能肯定生命的意義，在人生最後旅途中沒有牽掛的離去，而不是帶著遺憾、害怕和痛苦的情緒離開。

參、安寧療護的照顧理念

安寧療護的理念是期望提供病人與家屬理想的照顧及最佳的生活品質，故醫療團隊以「四全」照顧為主軸。四全照顧分別是：全人、全家、全程及全隊，但近年來也加入了「第五全」的概念—全社區，以下分述其照顧理念：

一、全人照顧

即是以病人為中心的照顧。當疾病無法治癒，而死亡無可避免的情況下，提供病人整體性身心靈照顧，包含疼痛症狀的控制、心理及情緒上調適、找尋生命意義的需求，進而協助病人學習接受死亡。

二、全家照顧

臨終病人終將走向死亡，死亡對整個家庭甚至是整個家族來說是一件大事，而家屬在照顧的過程中也難免會遭遇到很多困擾，故醫療團隊除了照顧病人外，也會支持陪伴家屬、協助家屬悲傷緩解、病情告知與治療方向、死亡準備等相關事項。

三、全程照顧

當病人開始接受安寧療護後，無論是病況改變或是症狀控制的住院照護，亦或是病況穩定後轉介居家照顧，都會持續關懷病人到臨終。而病人往生後，給予家屬進行悲傷輔導與持續追蹤關懷，幫助家屬度過整個憂傷期。

四、全隊照顧

安寧療護是個專業醫療團隊的工作，包括醫師、護理師、社工師、靈性關懷人員（宗教師或牧師）、營養師、心理師及志工等等，醫療團隊成員會分工合作，注重團隊整合，透過討論會及各類活動，提供病人與家屬多元與整體性照顧。

五、全社區照顧

將安寧療護結合社區資源，延伸至病人家中的居家照護，也落實去機構化的照顧模式，讓大部分臨終病人能實現在家離世、落葉歸根的願望（安寧照顧基金會，2021b）。

肆、臨終病人的身體知覺

從 Maslow 的人類五大需求理論來說，生存是維持人自身的最基本需求之一，而對於臨終病人來說，身體的病痛舒緩是罹癌之後最迫切的首要目的。根據「身心一體」的概念，身體上舒適可滿足心理、社會與靈性的和諧狀態（楊克平，2006）。

安寧緩和醫療主要是透過疼痛控制，緩減身體上其他不適的症狀，減少非必要的醫療，而末期病人在臨終階段會有的生理症狀包括（衛生福利部屏東醫院，2018；台灣安寧緩和醫學會，2013）：

一、疼痛

國際疼痛研究學會 (IASP) 定義疼痛是指實質或潛在的造成組織傷害相關之一種不愉快感覺及情緒經驗，故疼痛也是一種身體防衛機轉，告知身體有異常，對此產生刺激而做出逃避性的反射；它也作為某種疾病存在之象徵，以協助醫師診察疾病部分的指標。

二、呼吸症狀

呼吸困難是病人的主觀感受，呼吸困難的程度不一定與疾病有關，有時是因病人伴有焦慮、恐慌而產生的。當病人的呼吸型態改變，會出現張口呼吸、呼吸困難、呼吸暫停等情形，而呼吸暫停的時間漸增，將是呼吸停止的前兆。

三、譫妄

當病人腦部轉移、代謝性腦病變、電解質不平衡、營養異常或敗血症等因素，可能會產生譫妄。當譫妄出現時，病人會有注意力減退、近期記憶力變差、時空感混亂、被害妄想、幻覺、躁動、語無倫次等症狀發生。

四、腸胃系統問題

末期病人雖然沒有進食，仍可能伴隨著腸胃脹、腹痛、拉肚子或便秘等症狀，而這些症狀會引起噁心嘔吐，有時候也會有因疾病惡化而產生打嗝、吞嚥困難，但當病症邁向臨終階段時，腸胃蠕動漸趨緩慢，水與食物的攝取會越來越少，最後將無法進食。

五、神經系統

病人會顯得非常倦怠，且對周遭反應能力及辨識力降低，也可能會出現躁動不安或意識混亂。當意識程度漸漸變差，病人的睡眠時間將會越來越增加且不易喚醒。

六、循環系統

病人的血壓會開始下降，脈搏次數不規則且微弱，且因血液循環變差，四肢末梢會變得冰冷，皮膚則出現發紺、濕冷、全身冒汗的情形。

七、泌尿系統

隨著病情的惡化，病人尿量會越來越少，甚至無法排尿，或是無法控制膀胱而常有失禁情形發生。

八、臨死覺知

當病人出現躁動不安，看到一些幻影或說出奇怪的話，甚至是看見已死去的親人、說出自己往生的時間點、表示要回家、要去很遠的地方或要去旅行，都表示著病人可能要往生的徵兆。

伍、臨終的心理轉換

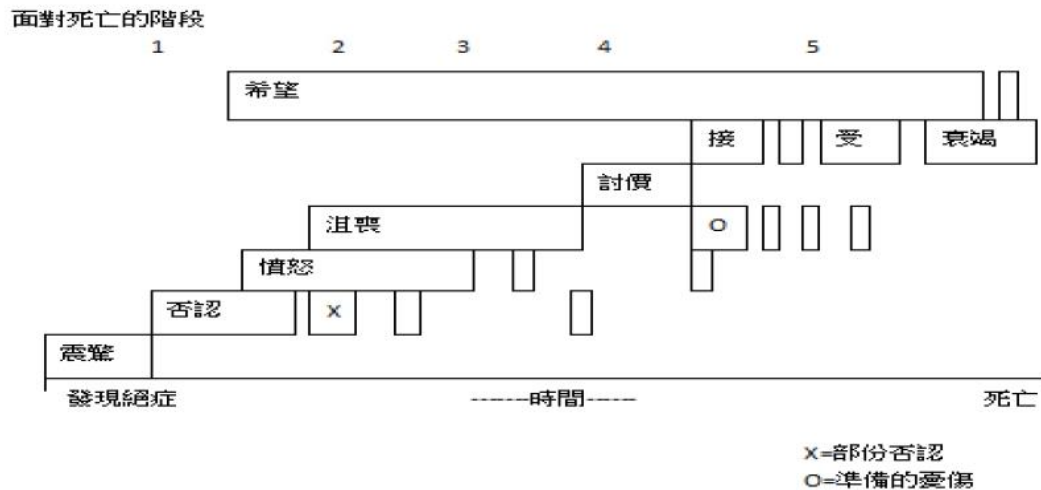
末期病人會因身體不斷的變化，其心理狀態也會隨之調整。李閏華（2001）指出病人在癌症末期之後主要會有的心理層面狀態：沮喪、焦慮、無助、絕望、憤怒、否認、逃避、孤獨及其他心理層面的需要，如安全、歸屬、接納、自信、及依賴。由於這些心理狀態會隨著疾病沉重及身體的日漸衰弱，而使病人對於疼痛的忍受能力降低，對痛覺變的更敏感（陳秋菊，1996）。

美國精神科醫生 Kübler-Ross（1969）將病人的心理變化歷程，從被告知疾病到死亡，分為五個階段：否認與隔離（Denial & Isolation）→忿怒（Anger）→討價還價（Bargaining）→沮喪（Depression）→接受（Acceptance）。

當病人被告知有絕症時，最先出現的反應是「否認」，認為自己不可能罹癌，一定是檢查出現錯誤，這個防衛機制能暫時緩衝壓力，但也容易產生隔離或孤寂。等到病人確定真的罹癌後，就會開始生氣，內心的情緒是負向且滿脹的，病人常想「為什麼是我？」對周遭的一且人事物都會感到憤怒；接著就會開始進入討價還價的階段，最常見的是「與神討價還價」，想藉由外力幫自己維持自我的存有，但當發現這種交換是行不通的，大多數病人會莫名的情緒低落、消沉、沮喪，進入了反應性憂鬱及預期性憂鬱，度過這個

憂鬱階段，病人大多能接受自己即將死亡的事實（Kubler Ross，1969/1974；柏木哲夫，1997/2000）。

在臨終五階段中，這些防衛機制轉沒有一定的順序，可能會同時兩個狀態一起出現，



但她也提出了「希望」這個概念，貫穿在五階段中，這也代表希望不是意志，而是一種精神態度，帶著希望的病人在各階段中較能面對苦痛，如圖 2-1。

圖 2-1 臨終五階段（資料來源：引自 Kubler Ross，1974）

余德慧（2006）研究臨終病人的心理質變轉化過程中，主要是採用 Le Shan（1989）的兩個階段理論，在此兩階段的臨終病人會有的心理狀態是：「知病期」(time of sickness)，意指病人在病症的末期，還希望自己可以活下來，為生命奮戰的時期；「知死期」(time of dying)，病人在病症末期知道自己將要死的時期。而後其研究結果將臨終過程分為四個階段，分別是：一、社會期；二、病沉期；三、背立／轉向期；四、深度 IT 期(inward turning)「完全內轉」。在每兩階段中間，又有不同的三個轉換階段，分別是轉落期、邊界經驗和 IP(imagery playing)擬向轉換，如圖 2-2。

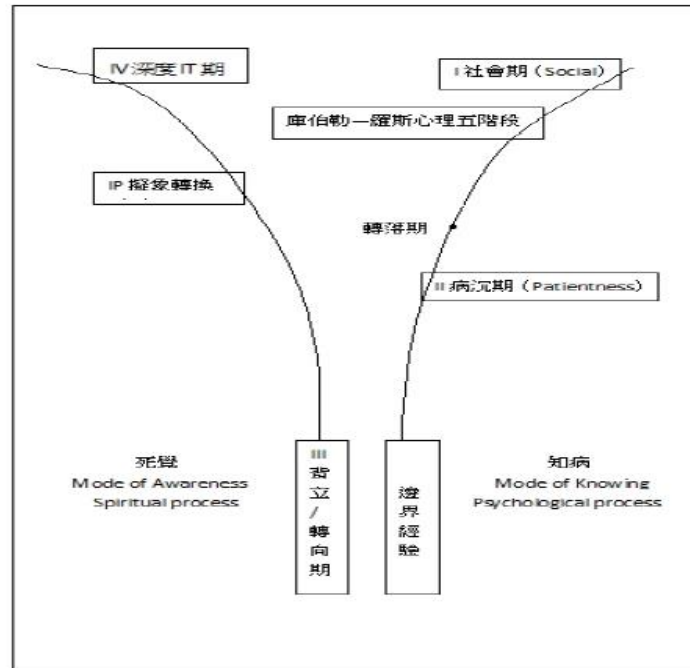


圖 2-2 臨終四階段示意圖（資料來源：引自余德慧，2006）

在知病期的狀態中，病人正經歷病症的干擾，但還能保持原有的自我，意識及心智上的運作是正常的，而到了第一階段的社會期後半就是則是依據 Kubler Ross 所提出的臨終五階段。整體而言，這是大多臨終病人都會經歷的，當病人進入接受(acceptance)時，這也代表是社會期的尾聲；第二階段病沉期：當病人因疼痛越來越虛弱時，身體的失能使病人的身心靈處於一種無所適從的階段。病人開始放棄與社會的互動，轉向以病為中心的生活；第三階段背立／轉向期：病人開始背立社會，朝內轉向，不在和外在世界產生勾連現象，也是臨終的必然生命轉換。這階段的病人所使用言語已無法用和世界連繫得很好，在溝通方面幾乎是斷層的，而經歷過背立轉向之後，。；第四階段深度 IT 期：通常已經進入生命的終點，病人完全的轉入內在的世界，無法和外界互動，這時候病人已放棄自我的執著，且對於死亡焦慮頓也雲消霧散，在這階段人可以安全的面對死亡。

綜上所述，末期病人在臨終過程時，其身心靈狀態是複雜而多變的，且對於臨終者來說，當朝向背立／轉向期時，已經沒有明顯的生死界線存在，死亡已經不是對象，可

以讓人在意志上選擇去要去接近，或者不去接近，因為死亡已進入生命當中，無法繼續視而不見（石世明，2001）。

第二節 宗教師的相關研究探討

壹、各類宗教師的培訓沿革

在安寧療護的醫療團隊中，宗教師是團隊核心成員之一，而不同的宗教給予宗教師的稱謂也不同，以下分別論述靈性關懷師及臨床佛教宗教師的培訓沿革：

一、靈性關懷師

臺北醫學大學附設醫院院長邱仲峯在 2000 年成立了財團法人基督教史懷哲宣道會，其願景為「在臺灣各地大醫院為重症病患與家屬建立一個屬靈的家」，故自 2011 年起在全國北中南東部開辦天主教與基督教靈性關懷訓練方式及課程，並以基督博愛的精神呼籲社會大眾重視靈性關懷。而成為靈性關懷師需要完成基督教史懷哲宣道會舉辦的安寧靈性關懷人員專業訓練課程（初階 14 小時、進階 14 小時）、安寧緩和團隊訓練課程（基礎課程 13 小時、共同課程 15 小時）與醫院機構臨床實習 40 小時，以上時數完成且通過考核之後會由基督教史懷哲宣道會頒發靈性關懷師證書（基督教史懷哲宣道會，2021）。

二、臨床佛教宗教師

臨床佛教宗教師的培訓緣起是早期蓮花基金會在 1988 年委託台大醫院合作「靈性照顧模式之研究」以及「佛法在安寧療護／緩和醫療應用之研究」，在此研究中確立靈性照顧模式及其重要性，之後 2000 年改由屏東「一如淨舍」繼續委託研究發展，並正式推行臨床佛教宗教師之培訓工作（蓮花基金會，2021a）。

2006 年開始蓮花基金會正式與台大醫院合作推廣本土化靈性關懷系列課程及臨床佛教宗教師之臨床實習及培訓工作，在當時培訓的機制主要是由資深臨床法師帶領新手

法師進行臨床佛教宗教師的培訓，隨著社會對安寧緩和醫療的需求與關注的逐漸提升，臨床佛教宗教師的培訓課程設計與制度也越趨完善。

現今臨床佛教宗教師課程分為初階課程、進階課程與實習，每階段經評量通過後，得參加下一階段培訓課程。完成實習者並繳交實習報告以及通過甄審（含筆試、口試），可取得「靈性關懷人員」證明。取得「靈性關懷人員」證明之法師（出家三年以上並完成具足戒領有受戒證書「戒牒」者），得以參與臨床培訓（15 週/600 小時），經甄審通過者授予「臨床佛教宗教師」證書（蓮花基金會，2021b）。

本研究主要是以臨床佛教宗教師是如何給予臨終病人靈性照顧為主題，故接下來的討論皆以臨床佛教宗教師為主。

貳、臨床佛教宗教師的在安寧療護中的角色探討

隨著台灣社會對臨終關懷的關注提升，醫院對於宗教師的需求程度也逐漸增多。而宗教師在安寧緩和醫療中的角有三大部份：直接照顧病人、協助家屬與支持醫療團隊成員（何婉喬，2003）。

對臨終病人而言，臨床佛教宗教師是個以佛法直面生死智慧的引導者，他們使用各種法門協助其提昇內在力量，克服死亡恐懼達到善終（釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏，2007）。陳世珊（2015）也提及宗教師在臨終場域的定位是在陪伴者、關懷者、支持者、指導者、讓病人心理安定者、祝福者。

何婉喬（2008）也整理出在臨終關懷的宗教人員在能提供的協助有九項：

- 一、理解末期病人在臨終階段會有的反應與恐懼，給予同理並陪伴他們。
- 二、瞭解末期病人與其家屬的信仰，並且尊重其信仰和引導其看見內在力量。
- 三、對於末期病人欲探討宗教相關問題或需求時，採取開放的態度且謙卑的心態，這有助關係的建立。

四、對死亡的恐懼感會引發病人對於宗教信仰中的終極真實與終極世界做意義探詢，這使宗教成為心靈的寄託與依附的對象，也讓人有了生命的終極意義。

五、從「未知」的惶恐而轉為「已知」的泰然。

六、宗教儀式的實施，能協助大部分的末期病人感到心靈平和。

七、對於臨終病人提供助念，因臨終的助念對臨終病人意念可以達到清淨的轉化，增長臨終者的善念，幫助安祥善終。

八、覺察病人家屬的需求，提供相關生命教育及悲傷輔導。

九、提供往生之後的喪葬相關諮詢。

釋道興（2011）依據基督教的牧靈關懷經驗，加上自身的臨床經驗，也歸納出身為一位宗教師，應具備的六項能力：

一、必須鼓舞自己有能力健康面對死亡這般嚴肅的議題。

二、發展出一套佛教教義下相當清楚的死亡理念，如果死亡的理念模糊或缺乏，表示這方面的認知有限。

三、應該具備有面對死亡或照顧臨終病人的經驗。

四、學習如何安慰臨終者及其親屬的諮商輔導學。

五、學習死亡理念、面對死亡的傳統態度、傳統習俗與喪禮的關係。

六、學習如何處理自己死亡存在帶來的情緒掙扎。

除了這六項能力，研究者也認為一位臨床佛教宗教師，也應訓練宏觀視野，且理知曉佛法中「無我」，才能不被佛教固有的僧團包袱所局限，並從更寬廣的角度來看病人的靈性問題。

再者，何婉喬（2003）的研究也發現宗教師也會遇到一些挑戰及需要調整的部分：

一、在學習臨床知識時要能「角色轉化」，以跳脫道場法師的固有框架。

二、在道場跟安寧場域的工作可能互相影響。第一，有些道場不支持宗教師到醫院提供照顧；第二，到醫院服務的時間有限，影響其照顧角色與功能的發揮。

三、醫療機構的體制文化，可能會因醫院背景、團隊特性、團隊成員、病人住院的時間性而影響宗教師從事安寧照顧角色功能。

另外，在醫院服務的宗教師也可能會經驗到：「社會世俗與臨床細節的折磨」、「遭遇手中病人死亡的震撼」、「被病人拒絕照顧的打擊」、「感受到病人病苦的無奈無助」、「與病人或家屬產生反移情、移情關係」、「與團隊溝通的挑戰」、「安寧與道場的兩難安排」等等課題（黃美玲，2012）。

最後，釋見燈（2010）研究也提到宗教師在臨床上會遇到的困難有五點：「個人信心及滿意度不足」、「體能不勝負荷」、「專業知能匱乏」、「輔導過程中的困局」及「其他團體的誤導」。這些困難及情境成為宗教師所要面對的問題，也成為個人修行上的課題。

參、臨床佛教宗教師的臨終評估

臨終評估是靈性關懷中非常關鍵的一環，而具備良好臨終評估的能力，對末期病人的靈性照顧有加乘的效果。首先臨床佛教宗教師在給予靈性照顧時，應具備有四項素養作為臨床評估的基礎（釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏，2007）：

一、了解安寧療護

了解末期病人的身心狀況與需求；了解醫療及團隊的運作模式；知道臨床照顧的方向，具備對慈悲為懷的素養。

二、了解與團隊成員的角色及不同專業間的互動

安靈療護是全隊照顧，故團隊之間不同的角色與互動方式需要知曉。可以將自身化為志工的角色去觀察，然後發展出自己的專業。

三、具備一般照顧能力

具備基本會談的技巧、傾聽、同理心、瞭解病人的需求，並適時給予關懷；知道病人的疾病與其對身心狀況的影響；理解不同病人會有不同的問題與需求。

四、專業能力

支持團隊的運作，對團隊人員而言，法師是生死與佛法相關問題的分析者，協助病人與家屬面對死亡問題。

以上是臨床佛教宗教師所需要的基本素養是，這樣也可以觀察到其實臨床宗教師需要培養多方面的專業知能來應對複雜萬變的臨終場域。

佛教經典有記載，人體是由四大元素（地水火風）構成，人在死亡過程中，身體會產生「四大分解」的現象，而佛學的四大分解跟醫學上的生物系統衰竭是互相對應的，以下分別描述（釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘、釋宏琳、釋印本、釋印適，2006；陳世珊，2015）：

一、地大分解

屬於骨骼、肌肉、神經系統的衰竭。病人的臨床表徵會有：軟弱無力、睡眠時間越來越長、嗜睡、吞嚥困難、昏迷、沒有食慾，地大分解最容易被覺察，因為會因為身體會失去力量、沒有力氣，無法握東西也不喜歡人觸碰，且開始感到沉重，因此內心會躁動，恐懼，不舒服。

二、水大在分解

醫學上屬於循環系統衰竭，臨床表現有心跳加快、弱而不規則、血壓下降、尿量減少，甚至無尿、大小便失禁，水腫漸消、鞏膜水腫，身體會感覺一下熱一下冷，想要喝水卻沒辦法喝水。且感受力越來越模糊，人會變得非常暴躁、緊張、挫敗，這表示要進入火解階段。

三、火大分解

在醫學上也屬於循環系統衰竭，由於身體代謝功能惡化，所有功能逐漸衰竭。在臨床表現上會心跳淺而快、四肢冰冷、發紫；足背較小腿冷，體內卻如火燒灼，全身冒冷汗、口鼻非常乾澀，整個人會內熱外冷，忽冷忽熱。

四、風大分解

屬於呼吸系統衰竭，因腦部功能衰竭，尤其是控制呼吸中樞的腦幹自我協調功能受損，故讓呼吸改變。其臨床表徵為呼吸急促、張口呼吸、呼吸費力、呼吸變慢、呼吸發出嘎嘎聲、男性胸式呼吸、鼻翼扇動等等。

而宗教師在病房從事臨床第一線照顧工作，陪伴病人最後一程，而在陪伴的過程中，就會牽涉到宗教師的專業—臨終評估。臨終過程是從有生命到無生命的進程，而病人在此狀態中身體會經歷四大分解，全身器官系統會逐漸衰敗，瀕死症狀也會漸漸出現，也顯示病人生命即將終結（釋德嘉、釋宗惇、釋道濟、釋印本、釋連恩，2020）。

肆、臨床佛教宗教師的悲憫疲憊

悲憫疲憊（compassion fatigue）這個名詞首次在 1992 年護理期刊發表，主要是描述護理人員每天在醫院工作所產生的疲憊不堪、情感崩解的情形（Joinson，1992）。悲憫疲憊也是一種因工作產生的壓力狀態，讓助人者再次經驗個案的創傷事件，這樣的經驗會佔據助人者心思並產生某些症狀，例如：回憶的逃避、麻木、持續有焦慮或警覺度增加情形（Figley，2002）。

而 Figley（2002）也提出悲憫疲憊的過程（如圖 2-3）來說明悲憫疲憊是會受到許多因素影響的，其中包括接觸到苦難（exposure to suffering）、同理能力（empathic ability）、關心（concern）、同理反應（empathic response）、分離（detachment）、滿足感（sense of satisfaction）、殘留悲憫壓力（residual compassionstress）、長期接觸苦難（prolonged

exposure to suffering)、創傷記憶(traumatic memories)及生活事件影響(other life demands)等等。

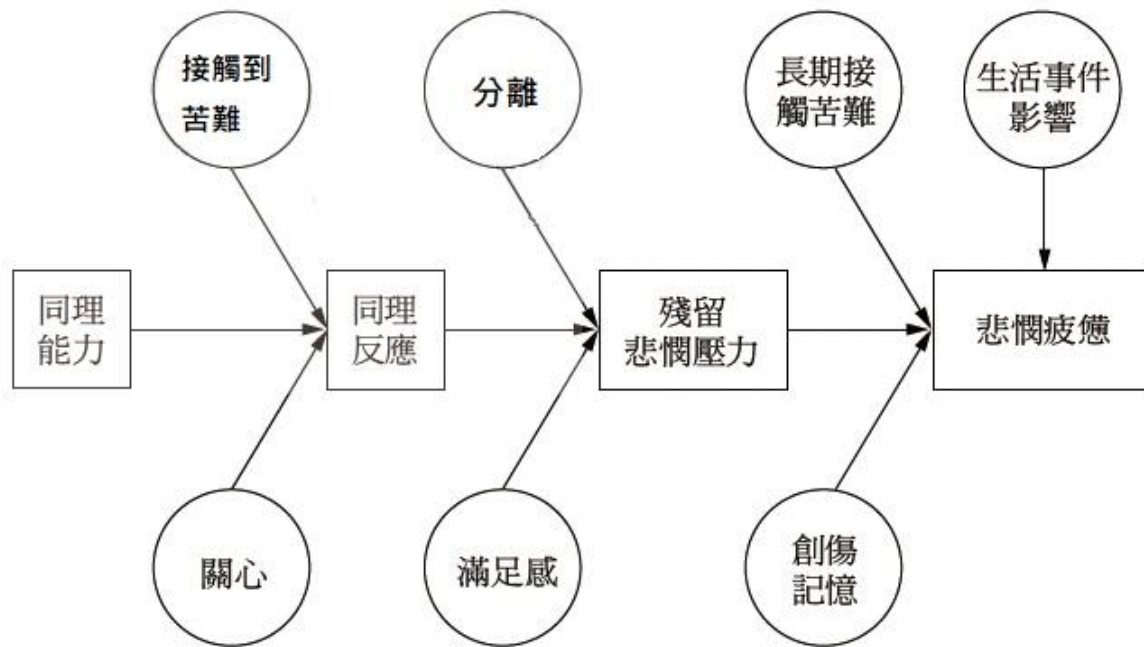


圖 2-3 悲憫疲憊過程（資料來源：引自楊琳琪等，2012）

根據圖 2-3，以下依序做說明（楊琳琪等，2012；許雅惠，2009）：

一、接觸到苦難（Exposure to Suffering）

當助人者和病人接觸時，助人者將感受到到病人的生理痛苦與情緒，會因直接與病人接觸所產生自我負向情緒，進而影響自身的整體狀態。

二、同理能力（Empathic Ability）

是一種助人技巧的態度，能設身處地地去關懷病人的苦痛，並給予與適當的協助。

三、關心（Concern）

助人者除了秉持的同理的態度之外，保持對病人的關懷的心，也是身為助人者必備的態度，但持續的給予關懷（caring）而產生能量過度耗竭，來不及恢復就會導致悲憫疲憊。

四、同理反應（Empathic Response）

助人者經由同理來理解病人痛苦經驗所產生的反應。在這個過程中，可藉由同理反應傳達給個案，以促進彼此間關係，也由於助人者理解病人苦痛知覺，體驗到病人的感覺及想法，當助人者過度投入時，就可能產生反移情或共感的狀態，引發助人者產生耗竭的可能性。

五、分離（Detachment）

助人者在照顧病人時，如能拿捏好與病人之間的界線，就可以減少反移情或是共感狀態，這可以降低悲憫壓力的方法之一。

六、滿足感（Sense of Satisfaction）

指助人者透過無私奉獻自己及使用可利用的資源去照顧病人，使其減緩痛苦，從中得到了滿足感，具有鼓舞，並充沛悲憫能量的功能。

七、殘留悲憫壓力（Residual Compassionstress）

當助人者對病人產生同理反應後，這些在照顧後所殘留下來的的的情緒，會慢慢的累積成壓力狀態。當壓力狀態一直沒有減緩，久而久之它會影響人的身心狀態，甚至是整體的生活品質。

八、長期接觸苦難（Prolonged Exposure to Suffering）

因長時間、密集與持續照護病人，使助人者長期暴露在壓力當中，卻未能滿足自己的情緒需求，這容易使助人者產生無力感與挫折，進而加速悲憫疲倦的形成。

九、創傷記憶（Traumatic Memories）

在安寧病房中，助人者常會經歷病人的死亡、哀傷的家屬、病人與家屬的情緒高張力、過去喪親的記憶，甚至病人與自己生命中的親友很相似等，如果助人沒來的及發現自己的狀態，長期下來都會成為會形成助人者創傷回憶。

十、生活事件影響（Other Life Demands）

是一種非預期、突發事件或生活習慣的改變，例如：疾病、生活風格、社會狀況或其他專業或個人任務的改變。這些生活事件的改變都會降低助人者承受壓力的能力。尤其當上述七項因素，同理能力、接觸到苦難、關心、分離、滿足感、長期接觸苦難、創傷記憶一起出現時，將促使助人者更容易有悲憫疲倦的產生。

而宗教師在臨床是首當其衝的面對病人其家屬的情緒，故在極大的照顧壓力可能造成專業的悲憫疲憊。傅家芸、陳幸眉（2011）研究認為悲憫疲憊的概念具備以下特徵：

- 一、累積病人與其家屬的苦難經驗。
- 二、無法有效減緩病人在苦難事件所累積的壓力。
- 三、對身、心、靈健康造成負面影響，如：出現頭痛、易怒、與不在乎病人的需求。

釋普安、蔡昌雄、蔡淑玲（2020）指出宗教師在臨終場域造成悲憫疲憊的可能因素有：

一、角色轉換的壓力挑戰

臨床佛教宗教師悲憫疲憊的首要原因，來自於過去法師的角色轉換為醫院病房的宗教師所帶來的不適應。對於身分轉換的不適應，便會形成宗教師耗竭的首要來源。

二、面對病人死亡受苦的心志磨難

因要不斷承受臨終病人的對於病痛受苦的折磨與焦慮，這考驗著法師們對於自身存在受苦的承受度。宗教師要在臨終時間的緊迫；病人高張力的情緒處境下，做出最適切的評估與處遇，在這樣的情況下，這往往會讓宗教師產生無力感及挫折感。

三、修行信念深耕的召喚

面對病人的臨終狀態與死亡，宗教師往往需安撫臨終病人與其家屬靈性需求的兩面向工作，而這樣的情境，往往需要宗教師不斷的往內探求以提升自身的慈悲心。而當宗教師面對臨終現場而覺察自身慈悲心與修行能量不足以應對臨終現場的要求時，其必然

會對自身佛法修行與身心靈整合程度產生困惑與壓力，進而迫使宗教師尋求更深的修行實踐。

四、團隊支持的需求壓力

在臨終的現場，照護人員往往也承擔大量壓力，而引發個人生命議題、強烈的情緒與壓力，故因此也會求助於宗教師的支持與解惑。

綜上所述，暴露在臨終現場的高度壓力情境下，專業助人工作者若未能及時照顧自己、滿足自身情緒需求，就極有可能形成慈悲疲憊，即情感的過度耗竭狀態。

伍、佛教生死觀

臨終處境是人面對死亡的「極限處境」。人的理性在面對死亡時是無計可施時，但宗教彷彿給了另一個精神領域的世界，宗教的超越性讓我們在其中可以抵擋死亡的殘酷，減緩死亡所帶來的痛苦，甚至轉換死亡對我們的意義（黃美玲，2012）。而臨床宗教師在臨終場域主要是以佛法為主要法門，故在此說明佛教與臨終的關係（釋宗淳，2021；莊春江，2001；釋印順，1969）：

一、因緣法則

對凡夫而言，被煩惱所束縛，被內心執著所驅動，隨著外在環境變動也不停地體會到快樂、失望的輪迴，而執著也會讓人持續進入生死死生的輪迴。因此，若能徹底理解緣起法則，知道自己的身心與外在環境都是因緣所成，不實在、不獨存、不永恆，在這樣的理解下，聖者不再因為自己身心與外在環境的變動而生起煩惱造引生未來輪迴的業力，就是解脫煩惱與生死了。

佛陀說明三世輪迴的存在，例如佛陀曾說：「我自憶宿命」，以敘述佛陀自己過去生修行的種種，作為對佛弟子的教誡。佛陀肯定眾生生命的輪迴，同時又將指導重心放在無我，這與《奧義書》裡所主張具有「真我」的輪迴是非常不同的。

二、苦集滅道

若眾生順著因緣鎖鏈去執取，就會被苦牽制，若能覺察苦與苦的起因，並跟隨佛陀指導的滅苦之道，最終就能根本解決苦的問題。業力可透過心（意、識）的儲存，通達三世，而不必然要受限當生就業報完畢，佛陀有「如影之隨形」的譬喻。若想改變業力，應是從善、惡業彼此消長的影響下手。雖然一般人都希望自己過去已成的惡業影響力，能夠降到最低，但如何降呢？經中說，如果想只靠佛陀的祝福，就像把大石投到水池中而祈禱石頭浮起來，是辦不到的。業力的改變，需要從自身行為上的改善、向善開始。苦集滅道是廣泛應用的真理，讓人們可以從對於問題正確的理解下手，並遵行正確的解題方法，最終達到去除一切苦難的目標。

三、身受心法

佛陀指出滅苦之道，本身就提供生活實踐之具體項目。一般人習慣追逐外境與自己的變幻心念，導致苦惱輪迴不斷，在佛法四念住中教導弟子把心念安住在身體、感受、心念與內心法則，在穩定且持續的觀察中發覺隱藏在身心最深處的煩惱，進而勘破煩惱，達到身心自在無所罣礙的境界。

四、臨終關懷

佛法既然是在解決煩惱與生死問題，佛弟子也自然會把修行當作是對於生命的終極關懷，為了解決生死問題而修行。佛法最特別與珍貴處，是說明如何徹底地解決苦難的存在。而煩惱就在日常生活中，所以佛法的實踐也就在生活中，人們六根接觸六境的反應，從有佛法到現代以來，都依然不變。

釋印順（1969）也提到影響臨終的三大關鍵要素：隨重、隨習、隨憶念。隨重即個人生命中的重大善惡事件，業力異常強大不論當事人是否有意識。隨習就是沒有特別大善大惡事件，也就順著平時習慣往生了。佛經中有弟子問佛：我平常念佛不失正念，可是哪天被撞死不知道會不會墮落？佛說：不會墮落的，你平常念佛有善習，就算失去正

念而死，還是會上升的，如大樹往東邊長，砍倒也會往東邊倒。所以學佛若要把握臨終往生善道的機會，還是要從平常的習慣培養起。隨憶念是沒有重大善惡業也沒有習慣性的造業，臨終時恍恍惚惚就隨著臨終一念的善惡而往生善惡道了，此時臨終助念就顯得重要了，不過隨憶念還是容易受其他因素影響而不穩定的。

以佛教觀點來看，臨終心境非常重要，會影響臨終者下一生的去處，且臨終過程也是一個身體、心理、社會、靈性多重層面變化的過程，再者死亡是生命轉化的關鍵點，所以佛教發展出許多對臨終狀態的引導理論與方法，例如：以四大分解說明臨終身心、以淨土法門念阿彌陀佛來讓臨終者的心安住。

第三節 靈性關懷相關研究探討

壹、靈性的內涵

靈性 (spirituality) 源自拉丁文字根 *spiritus*，其意涵是指呼吸 (氣息, *breath*)、生命力或生命能量。在不同的文化及學術研究中，靈性的定義概念也眾說紛紜 (釋德嘉、釋宗惇等，2020)。

靈性意義意指人的本質、尋求存在的真義、神或萬物的主宰、基本價值觀、生命之外的更高權力以及超越生命的信念等。靈性可藉由祈禱、閱讀、與他人討論、尋求靈性指引、發現生命價值與意義、宗教相關活動、分享生活中的事件及呈現相關的事物或人等等，來表達或滿足靈性層面的需求 (姚建安，2002)

陳慶餘 (2004) 也提出西方靈性定義有：(一) 靈性與宗教信仰密不可分；(二) 靈性包含生命的意義、目標實踐的需求、對生活的期望和意願、自己的信仰和信念等層面；(三) 靈性指與至高者 (如上帝) 的關係與其意義及生命的信仰、生存的希望和生活的關愛；(四) 轉化受苦的意義；(五) 以懺悔與祈禱來實踐生命的信仰。

杜明勳（2003）也提出靈性的意涵：（一）人人皆有靈性，不是有宗教信仰者才有靈性的需要。（二）靈性是一種與自我的關係，可視為生命的主宰、內在的驅力、資源與整合的力量、自我關照與反省。（三）靈性是一種生活倫理與規範、價值觀、信念，也可以是一種心理的正向狀態，例如：希望、平靜、勇氣、隨遇而安、超越等。（四）靈性具個別性、個人主觀並與個人經驗或遭遇有關，靈性會不斷的成長與追尋。

靈性乃是人類在生命過程中自我超越能力的表現，當一個人接近死亡時，自然地渴望回顧過去生命中曾經駐留的每一件事，但事情產生困擾的程度，也會因為個人信念的偏執程度而有所不同。當一個人生命中發生重大負向事件時，靈性的認知困擾與重要性就會浮現，若處理不當則可能造成疾病調適的負面影響（杜明勳，2008）。

而 Elkins 等人（1998）對具有高度靈性的人進行研究，具有下列九種之特徵：

- 一、超越個人的層次：個人對於超越層次有親身的體驗。
- 二、生命意義、目的：體會到人的生命都具有深刻的意義，而且是存在必有目的。
- 三、使命感：使命感讓個人有高動機的行動。
- 四、生命的神聖性：生命是莊嚴、無價而且是神聖的。
- 五、以不同的角度看待物質的價值：不刻意排斥物質的享受，不將物質享受視為人生最重要的目標。
- 六、博愛：內心具有正義感及慈悲心，願意為他人服務及付出愛。
- 七、理想主義：具有願意為其高尚理想，及改善世界而獻身的衝動。
- 八、對痛苦死亡的意識：對人類痛苦與死亡有的深刻體會，且增進個人對生命的欣賞及尊重。
- 九、靈性上的成就：反映了個人與其所重視的存在價值、他人與自然的關係，靈性的成長在日常生活中展現無遺（引自洪櫻純，2009）。

從上述可得知：靈性高度發展的人具有高尚的人格和理想的情操，肯定生命意義和清楚自己生活的目標，而且親自實踐，對他人是慈悲、關懷的無私精神，為人類、社會的發展而奉獻自己，尊重這個生命的神聖性。

貳、靈性照顧

安靈療護提倡全人照顧，也關注病人的身心靈，其中靈性照顧尤為重要，因為病人在邁向死亡的過程中，也是提升靈性成長契機。臨終病人首面對的不是生或死的問題，而是他「生命的問題」，如果我們只看到求生或者求死的兩極，我們就忽略了病人要面對的其實是他生命的問題（石世明，2001）。生命的問題就是靈性的問題，而宗教師就是引領臨終病人提升內在力量提升內在力量，超越死亡恐懼。

靈性照顧是從存活到死亡，從有形到無形、從世俗生命轉向靈性成長照顧。台大陳慶餘教授早期帶領佛教宗教師培訓時，提出了本土化的佛教靈性照顧架構（如圖 2-4）：

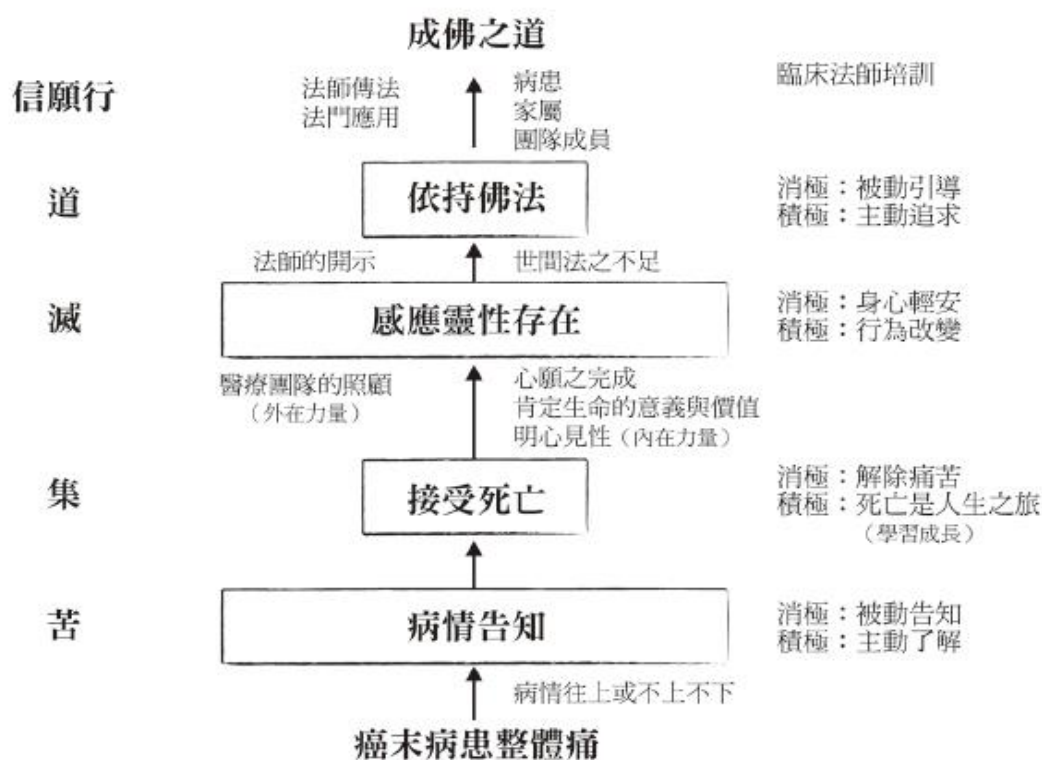


圖 2-4 佛教靈性照顧架構圖（資料來源：釋宗惇，2007）

此模式提供臨床佛教宗教師靈性照顧上的指引，並且也是培訓階段學習重點，靈性照顧強調是從存活到死亡、從有形到無形、從世俗生命轉向靈性成長的照顧過程。結合佛法觀點中修行上的增上緣，宗教師協助病人逐步由「病情告知」、「接受死亡」、「感應靈性存在」、「依持佛法」、最後到達「成佛之道」，作為不同階段的標竿，以減少對死亡的恐懼，提早對死亡的準備，完成遺願，終至超越死亡的方向來協助病人成長，這五個階段也代表病人心性成長的階段（釋宗惇，2007）。

而靈性照顧內容主要包括：生死困頓問題、瀕死前及來生準備，以達到心性成長，具體的作法是內在力量的開發，而其外在指標即慈悲喜捨的表現。臨終病人常見靈性課題有七大類：（一）自我尊嚴感受損與喪失；（二）自我放棄、（三）不捨：又可以歸納為四種：不甘願、不放心、放不下、做錯了；（四）死亡恐懼；（五）心願未了；（六）對正法認識不正確；（七）其他需轉介由團隊成員照顧（陳慶餘，2004）。

而根據研究顯示，死亡恐懼是癌末病人中最常見的靈性照顧課題，其次為「不捨」，故如何讓病人了解在受苦的身心之外還有超越身心的靈性存在，就需要宗教師來協助病人（釋恆礎、釋宗惇、陳慶餘，2005）。

最後，李慧菁（2004）也從靈性照顧經驗的研究中發現：許多末期癌症的病人，雖不知靈性為何，但在他們的身上卻會有一個共同的現象，當死亡逼近時，人們會去探尋究竟自身的存在意義為何，並且渴望追求一個心靈的歸宿與依靠。

第三章 研究方法

本章的主要目的是說明研究的方法與步驟，共分為五節：第一節是研究取向；第二節為研究參與者；第三節為研究工具；第四節為研究流程；第五節為資料蒐集與分析；第六節說明研究的嚴謹度與研究倫理。

第一節 研究取向

壹、質性方法的選擇

在社會科學的研究方法領域中，一直存有「量化」與「質性」兩大主流，然後依據量化與質性不同的哲理基礎與哲學假定，發展出迥然不同的理論建構方式與研究方法（胡佑慧，1996）。除了在資料蒐集與資料分析上的差異外，兩者對於「認識世界」的方式也不同，因此兩者對於世界的解釋與陳述也大相逕庭。

量化研究者蒐集人類行為的「事實」，在累積到一定數量後，就可以做為一個理論的驗證和闡釋，以陳述事件的原因和預測人類的行為；而質性研究者了解人性的複雜，因此主要目標不擺在追求事實的蒐集，而是透過經驗的觀察，尋求掌握人們建構其意義的歷程，描述這些意義，以對人類行為和經驗有更清楚、更深層的了解（Bogdan & Biklen，1998/2001）。

高淑清（2008）曾表示質性研究在於強調詮釋經驗文本的重要性。研究者須摒除對於研究自身的揣測，深入研究參與者在特情境脈絡下之生活世界與主觀知覺感受的解釋，以擴充我們對於人類經驗的理解。

本研究主要是資深臨床佛教宗教師在臨終場域的服務敘說經驗，以深度訪談的方式進行，研究者認為每位研究參與者對於臨終關懷各有不同的闡述，有其個別差異與特殊性，無法以一概全，或是只用統計數字作描述與解釋。因此，本研究採用質性來理解與

貼近研究參與者的主體經驗，並藉由半結構式訪談大綱去訪談所蒐集的資料，形成訪談文本，在不斷與文本的反覆對話中，去發現內容意義及主題脈絡並做深描與分析。

貳、敘事研究

一、敘事的基礎－社會建構

敘事研究是質化研究的一種，起於後現代與後結構主義的思潮觀，也承襲著社會建構論(social constructionism)的觀點。社會建構論的核心概念是儘管任何的社會現象皆是文化、語言與歷史建構出來的，但個體如何去看待自我、探知理解的世界，是基於其認知基模的覺知會與社會互動所建構出來的「建構真實」，這就不能忽略現象發展的脈絡，個體行為背後所呈現的意義，必須要在適切的社會與歷史情境脈絡中加以理解(李佳儒，2005)。

在對「語言」的看法上，社會建構論認為，我們不是藉由語言將外在客觀的現實世界與內在主觀的精神世界連結。如同 Anderson & Goolishian (1988) 所提出的，「語言並非反應自然，而是創造我們所知的自然」。語言組織了我們的世界和信念，社會也是在語言中建構其現實觀。人們唯一能認識的世界，是以語言分享的世界，而語言是一種互動的過程，而非被動接受既存的真理(Freeman & Combs, 1996; 引自楊淑涵，2002)。

二、敘事的定義

Webster's (1991) 定義敘事(narrative)為「故事、敘述，或敘述體」，其中「故事」指得是「說出發生什麼，或將發生的連貫起來，不管真實或想像，用寫的或用說的」(林美珠，2000：27)。而根據 Cochran (1990) 的觀點，敘事乃是在個人在生命故事中的經驗產生，進而形成知識，個人透過其過去與現在的經驗中去再現情節，並以序列的方式來捕捉與組織故事情節中知識的方式(李佳儒，2005)。

Connelly 和 Clandinin (2000/2003) 認為敘事的定義為「蒐集並說出關於生命的故事，且寫下經驗」，人們敘說自己的生活時，就是在說故事，且敘說的同時故事會再被確認、修改甚至創造新的部分。

Sarbin (1986) 認為敘事即是故事，說故事是歷史長久且普遍的研究人類的方法，當個人敘說時，知覺到現在從過去中浮現並朝向未來。故事有開始、中間與結束，隨著時間流逝而被詮釋，故事中也有明顯可辨認的事件以及環繞事件的困境與解決方法。

而 Crossley (2000) 認為個人的敘說即是故事。透過敘說，個人的生活經驗能被重新解構與再建構，而使個人得到新的意義，也能縫補故事間的裂痕，讓個人故事重新被連貫與得到新意義。

敘說重視人如何被語言建構出來，李燕蕙 (2007) 認為敘事精神，即是重視對「人之整體」之關懷，人既是敘事者也是對敘事之「理解、詮釋」者；人不是靜態的、被觀察的研究對象，而是在「語言、實存、詮釋」間不斷互動而動態變動的互為參與者。

三、敘事研究的特性

Todorov (1969) 提出「敘事方法學」(narratology)，敘事研究是由於實證論社會科學的有限性被反省後而被廣泛採用的研究法，蔚為「敘事思潮」(narrative turn)。廣義而言，只要是對個人敘說素材作採用與分析，就是敘事研究 (Riessman, 1993)。

在敘說研究中，以故事的方式來收集資料，例如透過訪談來得到生命故事，或人類學家以敘說方式來記錄其所觀察的對象，都能算是敘說研究。敘說研究是研究工具，也可視為研究的目的 (林美珠, 2000)。

敘說研究，一個希望去呈現生命的發展脈絡並理解生命的實踐取向方式。因此，敘說的主觀性與脈絡性，是被看重並承認的 (Clandinin & Connelly, 1999)。

使用故事來描述人類的經驗與行動的探索，即是敘事研究。人們在敘說時賦予自己的生命意義，所以在研究人們如何為生命經驗建構意義時，敘事研究是適合的取向（Polkinghorne，1995）。

敘事有其歷程，個人看待自己的方式，將會影響他敘說自身故事的方式。在敘說中，個人生命將被具有個人特色的方式所建構。在敘說研究中，圍繞研究者與研究參與者的是共構（co-construct）、解構（deconstruct）以及重新建構的歷程，並重新挖掘個人過往忽略的生命意義。敘說能深入個人的內在世界，所以是貼近個人生命經驗的適當研究方法（林美珠，2000）。

敘事研究即是對人類的行動以故事來進行描述的研究設計。故事也藉由事件與行動被情節所串連著，而事件的脈絡也藉由情節來呈現。

四、敘說研究的歷程

敘事研究中，人們透過對話、文本、互動以及詮釋，試圖去對人類的經驗加以理解。Riessman（1993）將敘事研究歷程當成經驗再呈現（representation）過程，分為五個經驗表徵的層次（Riessman,1993；吳芝儀，2003；周志建 2002）。

1. 關注經驗(attending to experience)

當我們「關注」到某些經驗時，便是意識發揮功能的作用，在關注的過程篩選了原初經驗中的部分，建構某些現象為有意義的真實，而那些不被意識注意到的經驗即被忽略了。

2. 訴說經驗(telling about experience)

經驗需要透過語言來敘說，當個人在敘說時已有某種程度的組織，在敘說的同時，也會受到所說當時情境的脈絡影響，而有不同的組織與呈現。因此聆聽者的不同，敘事的方式也有所不同。敘事者透過其想要被聽到的方式敘事，並在過程中創造一個自我。

3. 騰寫經驗(transcribing experience)：

錄音或錄影是會科學研究中最常用來做記錄的方式，但將錄音或錄影帶轉譯成文字的文本時，往往無法顧及語氣與聲調，故研究者抉擇如何登錄、哪些要保留、哪些要排除，，整個轉譯的過程研究者的價值觀與知覺已然滲入，詮釋的成分已經開始了。

4. 分析經驗(analyzing experience)

敘事分析重視受訪者意義的建構，不將資料剪成碎片，研究者面對龐大的文本資料，並從脈絡中找到其中的關連，聚合成一個整體。在此一決定如何呈現其風格、次序形式，創造後設故事（metastory）的過程中，研究者個人的價值觀與理論取向都將涉入，無可避免。

5. 閱讀經驗(reading experience)

當讀者在閱讀文本時，文本是開放的，但意義是模糊的。因為意義來自人與人之間互動的歷程（包含說者、聽者、騰錄者、分析者、讀者），即使同一個人在不同的時空對同一文本，也可能有不同的解讀，因為文本的意義都是變動的，研究者所建構的真實只對特定詮釋社群有意義，沒有一永恆的觀點。因此，研究者所呈現的只代表其個人的理解，而每一個讀者也有依照自己的方式去理解與詮釋。

第二節 研究參與者

壹、研究參與者的取樣標準

本研究目的在瞭解臨床佛教宗教師在臨終場域的服務之經驗，希望在此脈絡下，理解研究參與者生命整體之輪廓，並關注其投入臨終關懷工作中的置身處境與靈性照顧的歷程，因而研究參與者之生命經驗的豐富性為本研究之重要考量。

依據研究目的設定研究參與者之取樣標準為：

- 一、年齡滿 20 歲，為安寧病房的宗教師，且在醫院服務至少滿 10 年以上。
- 二、在言語或文字溝通上，表達能清晰及流利。
- 三、同意接受錄音訪談以及被研究分析。

貳、研究參與者來源

研究者最初是以安寧病房志工的陪伴經驗為研究主題，但因遭遇 COVID-19 疫情關係，安寧病房暫停志工的服務，故無法至醫院做招募相關事宜。而後與指導教授討論研究參與者招募困難，指導教授給予其他方向，故論文主軸變更為以安寧病房宗教師為主，其主因是宗教師為院內專職人員，且宗教師在安寧病房中也陪伴病人做過臨終過程。

在確定論文的主軸，研究者開始著手相關招募資料的準備，因本身學校系所有蠻多畢業學長姐及在職學生都有相關的背景且符合受訪資格，而自身與之關係建立都有其基礎，對此，研究者邀請此一臨床佛教宗教師成為研究參與者，研究者取樣的程序如下：

- 一、先以口頭聯繫徵求當事人同意，並先說明研究目的，邀請當事人成為受訪者。
- 二、會面之後詳細說明研究目的、進行方式，並再次確認參與意願。
- 三、給予研究參與者知情同意書（詳見附錄一），請其簽署同意書(一式兩份)。

參、研究參與者基本資料

本研究中將研究參與者的代號稱為慧慈。慧慈從小對自身存在意義抱有疑惑，而在 16 歲時去佛學院進修，隔年即在寺院出家。一開始在道場修行的過程中，慧慈的疑問看似找到了答案，但隨著時間的推移，內心又冒出了疑惑，然而在道場修行中遭遇母親往生的遺憾及信徒的死亡，這些事情讓慧慈生命產生了很大的震盪。

而在 36 歲那年，因父親生病而選擇告假道場，卻也因緣際會接觸到蓮花基金會舉辦佛臨床教宗教師培訓的資訊，之後就開啟了成為臨床佛教宗教師的培訓過程，培訓完之後就在醫院的安寧病房服務，目前已在安寧病房服務了 13 年。

第三節 研究工具

在質性研究中，研究者本身即是資料蒐集與資料分析的主要工具。在本研究中為參與觀察者、資料蒐集者與資料分析者的角色。具體的研究工具則包括有：知情同意書、訪談大綱、錄音設備。

壹、研究者

質性研究強調的是整體性，個人是處在其社會環境的脈絡中，而研究者自身的經驗、感受、知識、理解都影響著研究的方向脈絡，故研究者要以開放的態度，融入研究現象或研究參與者的主觀經驗中，與之產生對話並在理解的過程重新建構(潘淑滿, 2003)。

研究者本身即為研究工具，故研究者本身的所聞、所見、理解、歸納、分析等能力，是認識和了解受訪者的工具，並真實地進入研究參與者的經驗世界。而在敘事研究中更作為一個敘說的研究者，其分析與陳述的研究歷程會影響其研究結果的可信性。

研究者本身曾修習過生死學基本問題討論、臨終關懷專題、存在心理分析專題、質性研究方法、生死學英文名著、諮商專業倫理專題研究、諮商論專題研究、諮商與心理

治療技術研究、團體諮商研究、心理測驗與衡鑑專題研究、心理衛生專題研究，並另外參與敘事治療初階進階工作坊，故在學術上有一定的基礎。

蔡昌雄（2005）提及研究者在做研究時要清楚自己同時兼具多樣角色，其中包括研究者（抽離的觀看）、參與者（資料蒐集的過程）與支持者（當研究參與者需要情緒支持時）等等，故研究者在與研究參與者互動時，會提醒自己在角色上的轉換過程並遵守相關倫理，且保持開放與謙卑的聆聽態度，藉此以尊重及客觀看待其生命經驗。

貳、知情同意書

知情同意書會說明本研究的目的及訪談進行方式、進行次數、時間長度、錄音、保密原則，使研究參與者能明瞭訪談的細節。再者，資料處理的保存方式及資料銷毀的期限也會一併告知，使研究參與者能更清楚其自身權利和義務。正式訪談前會再跟研究參與者說明訪談的目的、進行方式及權益，以建立彼此之間的信任關係，研究參與者同意之後，會簽署知情同意書（一式兩份），之後才正式進入訪談。

參、訪談大綱

本研究的資料蒐集主要是透過田野觀察及半結構式訪談。訪談內容將聚焦在本研究問題：成為臨床佛教宗教師的緣由及其專業養成過程、在提供靈性照顧上的置身處境與臨床挑戰及服務所遭遇的困境與挑戰等三個面向來擬定半結構式訪談大綱。

肆、錄音設備

本研究藉由錄音筆錄製訪談內容，訪談結束後則將訪談內容騰打為逐字稿，再以逐字稿作為文本分析的材料。訪談時主要使用半結構式訪談大綱進行，以利於研究參與者能流暢表達，以收集到最豐厚的資料。

第四節 研究流程

本研究在形成問題後，先進行相關文獻的資料蒐集，再透過文獻的閱讀與反思形成訪談大綱。此外，研究者在校內修習生死基本問題專題及臨終關懷的專題課程、而資料的蒐集來自於參與觀察與深度訪談，經由資料的處理（編碼）與分析（歸納、找尋意義單元），形成文本的內容，本研究的研究流程如圖 3-1：



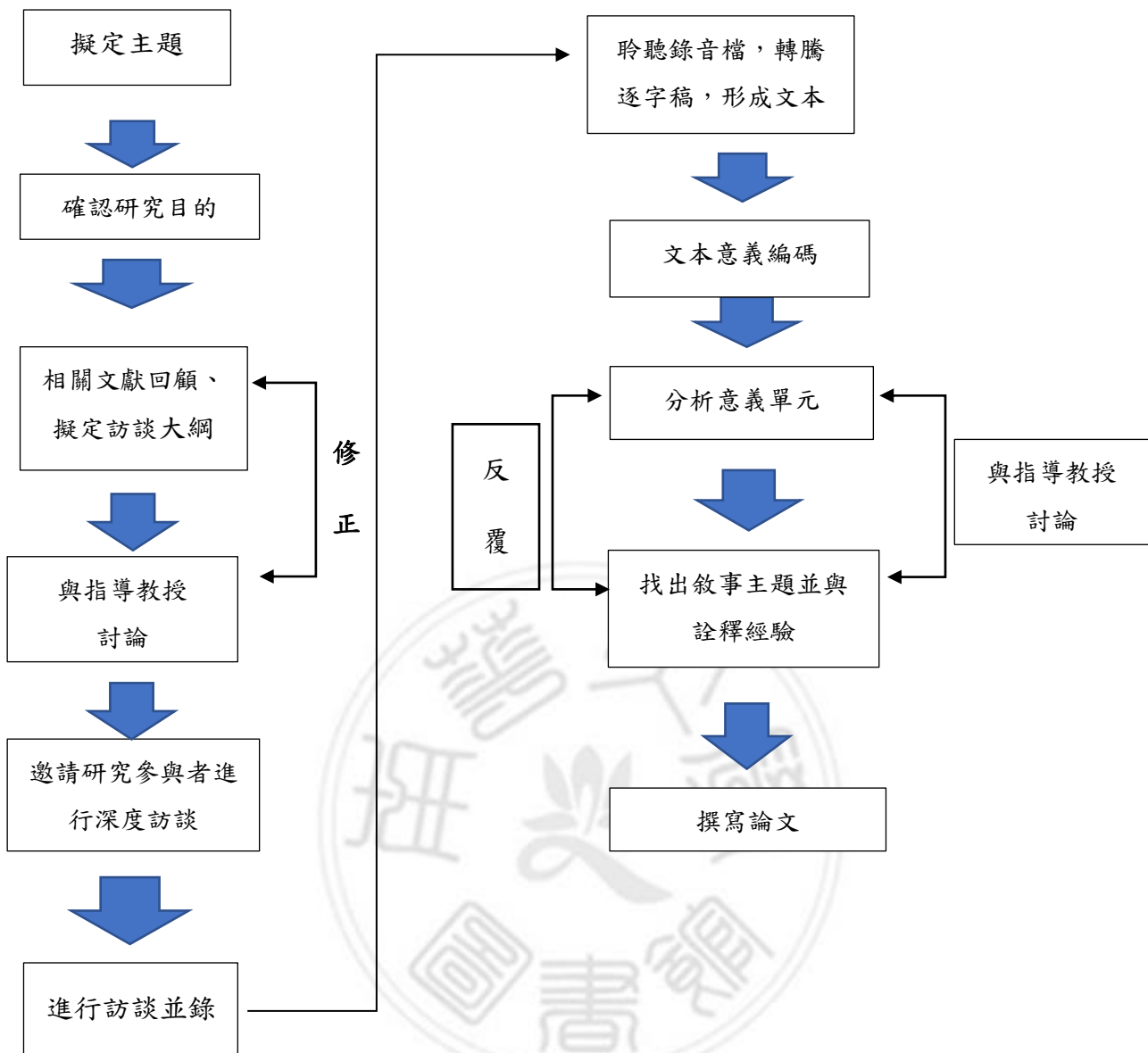


圖 3-1 研究步驟與流程

第五節 資料蒐集與分析

壹、資料蒐集

本研究性質較偏向經驗現象的述說，因此質性研究中的深度訪談是最適合的選擇，訪談內容採半結構式深度訪談。而本研究共進行二次的深度訪談，進行資料的蒐集。訪談時間分別為 120 分鐘以及 90 分鐘（如表 3-1），並在每次訪談結束後進行相關之記錄，作為後續反思與研究分析之用。

表 3-1 訪談紀錄

受訪者	訪談次數	訪談日期	訪談時間	受訪地點
慧慈	第一次	2021/03/25	120 分鐘	餐廳小包廂
慧慈	第二次	2021/05/07	90 分鐘	餐廳小包廂

貳、資料分析

Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber (1998/2008) 將有關如何閱讀、詮釋及分析生命故事或其他敘說資料的方式，區分為兩個向度，分別為：整體與類別向度 (holistic versus categorical approach) 與內容與形式向度 (content versus form approach)。而這兩個向度交互貫穿，形成四個細格的矩陣，四種分析方法，分述如下 (吳芝儀譯，2008)：

表 3-2 Lieblich 四種分析方法

整體—內容	整體—形式
類別—內容	類別—內容

1. 「整體—內容」

類似於「個案研究」，著重分析個體完整的生命故事內容，不將生命切割為細部，而是把將焦點放在個體生命故事的脈絡中，以瞭解其整體意義。

2. 「整體—形式」

著重整個故事的情節分析或故事架構，找出其中最清楚的表達。列如：故事的發展是喜或悲？是敘說現在的時刻或是過去的時光？藉由事件發生的時間順序、故事情節或結構、故事引出的情感，還有敘事風格等是描述的重點，但所指稱的是故事結構面，而不是內容面。

3. 「類別—內容」

此方法與內容分析相似，首先清楚界定研究主題的類別，或是在反覆閱讀文本中找出所浮現的主要內容類別，被摘要出來的文本被分類到不同的類別，歸類的類別可以是狹窄的，也可以是寬廣的，是較不在意故事的整體脈絡。

4. 「類別—形式」

關注故事的形式，著重在故事的特定風格與語言特徵，例如敘說者是使用的隱喻為何？是採取主動還是被動語調？敘說生命重要事件中如何呈現出感情等等。

本研究採用「整體—內容」的分析向度分析資料，描述宗教師在臨終場域的照顧經驗，進而將研究參與者陪伴經驗的內隱意義彰顯出來。

參、資料整理與編碼

研究者在每次訪談後重聽錄音檔帶，並將訪談錄音內容謄寫成逐字稿，並做編碼，以利之後故事文本的敘寫及資料的分析。資料整理的步驟如下：

- 1.將訪談的錄音內容謄打為逐字稿。
- 2.反覆聽錄音檔，補註語氣及表情的部分，並校正逐字稿的錯誤。
- 3.將研究參與者陳述的內容，按談話的順序做編碼。

訪談研究者代號為 R，訪談的編碼方式以 A-01-04 為例，第一碼「A」代表研究參與者，第二碼「01」代表訪談次數，第三碼「04」代表逐字稿文本第四句，以此類推。

第六節 研究嚴謹度與研究倫理

壹、研究嚴謹度

本研究採用質性中的敘事研究方法，以參與觀察法與深度訪談法進行資料蒐集，在資料整理和資料分析與比較的過程中，為求研究的嚴謹度，研究者依據 Lincoln & Guba 於 1995 年提出四種檢證質性研究的方法，即可信性(credibility)、可靠性(dependability)、可轉換性(transferability)和可驗證性(confirmability)來說明本研究如何達到這四項準則(胡幼慧、姚美華，1996；鈕文英，2006)。為此，本研究的嚴謹度說明如下：

一、可信性(credibility)

研究資料的可信性指的是研究資料的真實程度，在研究訪談的過程中，研究者應如實的記錄所觀察到田野現況，有不瞭解的資料皆須再與研究參與者進行確認後修正。研究者在訪談時全程錄音，且在謄打逐字稿時會將研究參與者的非語言行為、語氣、情緒紀錄起來，如有不清楚的部分與不明確的地方會再跟研究參與者進行檢核。

二、可靠性(dependability)

研究資料的可靠性是指研究者在蒐集、分析資料的過程是否具有穩定度。研究者在蒐集資料與分析方式都明確地記錄，且訪談的資料蒐集完成後，謄打成逐字稿文本之後，並反覆確認逐字稿文本的內容，甚至有邀請同儕 1 人協助做檢核，以確定訪談內容的可靠性。

三、可轉換性 (transferability)

在文本分析的過程中，研究者將研究參與者所陳述的感受與經驗，謹慎的將資料脈絡、意圖(intention)、意義、行動轉換成文字描述，在部分與整理之間不斷來回，增加對文本理解的深度。

四、可驗證性 (confirmability)

在資料的分析過程，運用編碼及歸納意義單元將所蒐集的資料進行分析，以重新比較、確立資料現象的真實性，重現研究的情境與脈絡。在研究的過程中，亦與指導教授及同儕做文本分析的討論，避免研究者因疏忽或敏感不足導致的不客觀。

貳、研究倫理

研究者在研究訪談進行前，會充分的告知研究參與者本研究的目的及研究進行的方式，並遵守鈕文英（2017）所提出的研究倫理守則，共歸納為三大項：

- 一、研究者面對研究參與者時，保持誠實態度向研究參與者以書面列明研究目的及研究進行方式，並在會談時當面逐一說明相關細項，且以不批判、不評價態度面對研究參與者在訪談過程中所描述的內容。
- 二、在研究開始之前，研究者秉持尊重個人的意願、確保個人隱私、的態度，主動告知研究參與者當研究內容提及或容易辨識研究參與者相關隱私資料時，會採用以匿名或代號方式來呈現研究參與者資料，必要時也會刪除相關資訊，讓讀者無法連結特定的研究參與者，以達到保密的目的，最後研究參與者決定參與研究時，會給予簽署研究保密同意書，以保障研究參與者及研究者。
- 三、在訪談過程中，研究參與者有權利決定訪談內容選擇性的公開，同時研究參與者在研究過程中可以隨時退出並終止研究。以尊重受研究參與者的意願，不危害研究參與者的身心為原則。

第四章 結果分析與討論

在本章節，將依研究者分析參與者之訪談文本整理，並依回應本研究之研究問題，探究與討論、「初入臨終關懷前的生命情境」、「行走於臨終場域的修練」、「摸索靈性關懷的奧秘」、「回首臨床宗教師的實踐」來進行分述。

第一節 初入臨終關懷前的生命情境

壹、出家的緣起

慧慈小時候常看著家鄉附近的大海，常常會有奇怪念頭冒出，會不禁思索著自己為何誕生於這裡？自己的存在意義又是為何？對於這些念頭的產生，自己內心也伴隨著既複雜又茫然的情緒，但也知道該與何人訴說，只能任由這個思緒不斷的蔓延...

我不知道為什麼我要來這裡？我常常看著那一片大海，然後感到心裡面非常的..感到很複雜的情緒，我不會說，可是我就習慣是要去看著大自然阿..看著大海，因為我住在海邊嘛.....然後...我小時候非常小，就常常去思考這個問題，為什麼我會在這裡呀，啊，想破頭我也不知道為什麼我會在這裡這樣，然後我自己就...很茫然。【A-01-12】

這個迷惘的狀態，也讓慧慈困擾了許久，她唯一知道的是....這是一種莫名的孤獨感，但她不知如何去紓解這個孤獨感，也找不到方式去解決這個問題，嘗試了很多的方式，但孤獨感還是一直存在著...

我從小一直不知道為什麼會有這樣的存在孤獨，我一直想要辦法去處理這個存在孤獨，可是沒有辦法，沒有任何辦法。【A-01-71】

而慧慈因對自我生命的迷惘及存在孤獨，而在 16 歲時去道場學習佛法，雖然那時還沒有出家，但在那段時間的聽經聞法，讓自己心較安定，之後又去讀了佛學院，再佛學院的學習，更是開拓了自己更多的視野，故決定出家。

其實我...十六歲的時候就到道場去了，可是...那時候還沒有出家，就是學法源的階段，我也一直沒有想要出家，然後...呃...就是去讀佛學院之後，就會發覺說，嗯...好像世界上還有很多的事情、東西存在，那個不是我想象的，我們在這道場就這樣而已，因為這樣的因素，我才會去出家。【A-01-10】

貳、修行中的自我探索

慧慈出家後，剛好遇到佛教界正處於大發展階段，很多地方都在蓋道場、翻修道場，而因自己再出家前就在幫忙家鄉道場做翻修，出家後，也因年紀較輕，故被指派去協助蓋道場，所以在那段時間除了在寺院認真學習佛法與修行外，就是幫忙蓋道場。

這 6-7 年的時間都在改道場，那我不是要去一個不要再蓋道場的地方這樣...就是去 XX 寺出家，可是沒想到去做，也面臨同樣的問題，要是再蓋道場，整修啦~【A-01-85】

之後在出家的 XX 寺待了一年，就被師長指派去北部的 OO 寺協助蓋道場，這一待就是 14 年。雖然在 XX 寺協助蓋道場對慧慈來說是較耗體力跟心神，但這也增加慧慈在辛勞中承擔責任的毅力之精神素質。

在我們山上..呃...身體的磨練沒那麼多，然後去 OO 寺比較多，因為要蓋道場，然後我們就是要幫忙做一些小工啊~什麼之類的，所以在年輕的時候，這個身體折磨的非常的...磨練的非常的...就是非常的厲害..【A-01-15】

在 OO 寺十幾年的時間，慧慈的身體及心理也越來越習慣道場的修行模式，而當自己熟悉這一切之後，自己內心理藏起來的聲音有跳了出來...「我為什麼會在這裡？」

那我後來就...呃...以為出家之後可以解決這個問題，所以我出家之後很努力啊...學習啦，然後我們聽經聞法啦...修行啦，念佛啊，但是我很努力，可是剛開始覺得好像好了，可是後來又發覺...嘖...再過十年就發覺...好像這個問題又出現了，那...到底為什麼我要在這裡... 【A-01-14】

參、離開道場修行的轉折點

一、母親的往生與道場中遭遇信徒的死亡

慧慈雖然對自我生命意義追尋又陷入的迷茫，但還是持續的在寺院修行與學習佛法。在那段時間，慧慈的母親往生，而慧慈沒來得及陪伴母親最後一程，讓他心生遺憾，接著在道場跟慧慈關係較親近的年輕信徒，在兩年內因為車禍、腦中風、不知名的肺部疾病而接連相繼過世，這接二連三的遭遇到他們的死亡，讓慧慈產生了很大的生命震盪，也促使讓她重新思索死亡的意義及出家的理由。

兩年內他們三個人離開，對我來講是一個很大的...衝擊啊，因為對我來講，這些孩子是我從小看大哦，他們跟我很熟悉，然後他們又這麼年輕....就離開，那時候我自己的生命產生很大的...因為死亡，我的生命產生很大的震盪，我想說他們 20 歲，然後就離開了，二十多歲就離開了，然後我現在三十多歲，快 40 歲了，那我現在在幹嘛，我還在糾結這些...人我是非....道場的一些....人際關係，還在糾結這些幹什麼，我生命還有多久，如果他們才 20 歲，他們就離開，那我..我不知道我什麼時候會離開，可是..因為他們三個人的離開讓我產生了一個覺悟的啊~ 【A-01-18】

二、因父親生病而離開道場

在遭遇道場年輕人死亡的期間，慧慈接獲到自己父親罹癌的消息，而父親病況也逐漸變嚴重，，慧慈回想小時候，父母對於祖父祖母的照顧盡心盡力，而自己在那個環境中耳濡目染，覺得照顧父母盡孝道是身為子女的責任，然而在母親生病時，自己卻無法陪伴母親最後一程，這使慧慈心底充滿的歉疚。這次，父親生病讓慧慈決定要好好陪伴父親，不想再抱有遺憾，故決定告別道場，回家鄉照顧父親。

我就請假回去，因為我剛講的遺憾嘛~(R:嗯嗯)我母親的時候...我沒有陪她最後一程，然後...這對我來講..是內心非常大的一個衝突，其實我們的家庭教育啊，我的父母親非常孝順..我的阿公阿嬤.....那我耳讀目染...就覺得說...父母親生病了，我...其實我的哥哥，弟弟，妹妹也都非常的....照顧我的父母親，可是我覺得孝順這件事情應該是你自己去做了，而不是出一張嘴叫別人做。【A-01-82】

肆、對於臨終關懷的初始概念

慧慈出家後，在道場作學佛修行，那時較靠近死亡的時刻的是來自於為往生者做助念，而在助念的過程中，是沒有碰觸過往生者從生到死的身體衰敗與心理的質變的經驗，而且在民國八十幾年的年代，台灣對於臨終關懷、善終及安寧療護的概念並沒有清楚的輪廓，故慧慈也對臨終關懷並不清楚。

那時候根本沒有所謂臨終關懷，在民國八十幾年的時候，這個概念還沒有這麼的....清楚，然後臺灣也還沒有安寧療護或者臨終關懷這樣的概念，所以那時候完全是沒有的，那..我就一直在道場裡面，就是..呃..道場修行，然後學習..一些東西，那時候比較常接觸到臨終關懷..是...有人往生，然後我們去做助念。【A-01-11】

助念的時候，這個人已經死掉了，....已經死了，所以我們沒有參與到前面這一塊，所以我們就會覺得死亡就是這樣的，應該只有這樣的.... (R: 嗯)，所以不太會害怕什麼，因為你看到他已經死掉了，你不需要處理他前面很多的問題，我的體驗是這樣.... 【A-01-53】

另外，道場在學習死亡、臨終關懷時，大多是以佛教經典來作修行，是較偏向理論的，而且道場的資訊封閉以及師長們不太接受外來的資訊，所以慧慈也沒機會接觸到跟宗教師相關的課程。

因為我們在這道場裡面最多會去...是從經典的角度去看死亡，看死亡是怎麼看 【A-01-54】

我們在這道場的訊息很封閉呀，師長也不喜歡我們去接觸外....呃...新的東西，..或者是一些比較新的概念的話，他們是不支持的。【A-01-19】

第二節 行走於臨終場域的修練

壹、成為臨床佛教宗教師的契機與培訓過程

慧慈告假道場回家，回去之後除了照顧父親之外，也考上家鄉附近的大學。某天家鄉道場熟識的居士提供了宗教師培訓課程的資訊，邀請慧慈趁學校還沒開學前去嘗試看看，慧慈想到過往在道場遭遇的信徒死亡與母親往生的遺憾，覺得這或許是一個思索死亡為何的機會，就報名參加培訓了。

是從生命雙月刊看到的，...我沒有看到，然後.....跟我在道場非常熟悉的一位居士，他就問我說：「你要不要去？」，他就把信息給我啊，因為我們道場很封閉，基本上不會.....讓我們知道這些訊息的，而且在那個.....民國 94 年左右，這個還不是一個非常顯學啦，多數人還是不瞭解的....【A-01-78】

之後慧慈就接受蓮花基金會委託台大醫院辦理的宗教師培訓課程，培訓課程分為初階、進階級專業實習，直到現在也還是維持這個形式，但慧慈早期接受的培訓課程是依據佛教的經典為原則，故都較偏向學理性質。

我民國九十五年開始接受蓮花的訓練，然後.....訓練課程還是跟現在的狀況一樣，就是要上入門、初階，然後專業再來實習，....再來是三個月的訓練，所以我是走這一套流程。【A-01-05】

早期都..蠻偏佛教的概念。如果你去搜尋它的文獻，你就會發覺他很多都是用佛教經典，去解釋臨床的這種東西...【A-01-35】。

而在臨床實習過程中，並沒有所謂的法師帶教，都是由實習法師直接將跟病人的互動狀況及臨床觀察直接紀錄下來，再跟帶領法師討論，並沒有從臨床現象或是病人的生命經驗去了解整個脈絡。

我們較少有帶教，通常都是老師會寫好..哪一床病人，然後下面我們的名字，那我們就知道說我今天要去看哪幾床的病人，比較少剛開始是老師帶你到病床裡面示範..怎麼跟病人互動什麼.....我們早期的訓練是沒這個，可是我覺得這個也是一個很大的問題阿~【A-02-52】

因早期的宗教師培訓制度尚未有較完整的規劃，比較偏向是師徒制的帶領與學習，故慧慈實際去醫院服務時，遭遇許多的挫折。

我們以前沒有(臨終評估)，所以我們也不知道那是什麼，因為有時候會很挫折阿，然後以前...我們跟老師討論的通常....不是說看到一個現象來討論，主要是我們照顧這個病人，然後我們寫記錄，然後跟老師說....我們去跟他們談的什麼，那他的狀況是什麼，啊~我們記錄就這樣，比較少...會去談到個人的...像生命經驗啊，過去的背景阿~【A-02-55】

貳、在病房中的受挫經驗

一、培訓所學理論與實務上的落差

慧慈完成培訓後，就開始在某醫院擔任臨床宗教師一職，在提供服務的過程中就遇到難題，首先碰到的就是南北信仰的不同，南部的信仰大多是民間信仰，這個慧慈本身的佛教信仰就有落差，而且病人都常不喜歡用傳教或說理的方式互動，再者自己也意識到培訓所學的知識，在臨床現場上的運用是有困難的，這也使慧慈不知該如何是好，備感困頓。

因為那時候我自己也沒有什麼....知識背景啊，我的知識背景來得很淺薄，因為我們..呃....初階進階實習，說實在話就是我們在運用上...是有困難的，因為它講的是一個道理，可是這道理不是適用所有的....所有地方，包括南北部差異性就很大。【A-01-26】

我到南部來之後就發覺很.....痛苦啊，因為.....南北差異性很高，就是中南部偏一般民間信仰....就太...傳教或較理論的說法，他們通常不太能夠去..理解，所以我們一開始挫折也是這個的，老師就這麼教，我們就這麼做，結果就發覺病人...跟家屬不太開心，這樣就在這在剛開始的時候啊，所以那時候就會很挫折說.....老師這麼教...這樣用不對嗎?在台大為什麼用得好，為什麼這邊不行用。

【A-01-39】

然而，剛成為新手宗教師的慧慈，在面對臨床狀況常會有力不從心的狀態，尤其在無法適切的照顧到病人及家屬的需求，這使慧慈對自我感到生氣、挫折，而且因專業知識的不足以及自己也不知該如何找相關督導資源，故在照顧病人時，都是先做了再說，如果哪邊出錯，自己就再做調整，從不短嘗試的經驗去學習臨終照顧方式。

培訓出來之後，到底怎麼照顧病人才能把病人照顧好，以前都很...生氣呀，就想說為什麼...我...病人都照顧不好這樣，然後覺得很挫折，(R: 嗯)，然後也會覺得為什麼....我沒有辦法去照顧這個病人或這個家屬啊，就很多的....挫折啊，然後那時候比較...沒有什麼資源可以請教誰來告訴我....要怎麼做比較好【A-01-24】

我之前講剛開始的時候很痛苦，就是....你也不理解..到底為什麼會這樣，然後你又沒有知識的來源，告訴你為什麼是這樣，那只能瞎....就瞎貓碰死耗子的概念歐別攞(台語)【A-01-111】

二、與團隊相處的磨合

慧慈在台大接受宗教師的培訓過程是類似醫師的訓練，是學習如何獨立處理病人的狀況，所以跟醫療團隊一起工作時，就遭遇一些相處上的磨合問題，包含：醫護人員對

宗教師職務的不瞭解、人際上的溝通、病歷的書寫...等等，而且自己是新手宗教師，在專業上與臨床經驗都略顯不足，這也導致慧慈對自己的能力感到自卑。

團隊都不知道你會做什麼，所以也不知道你的能力在哪裡啊，因為.....之前那位....宗教師並不是經過這個體制的，所以模式就不太一樣，然後因為我們在台大是被當成像醫師這樣的訓練，所以我們腦子裡方向就會...往那邊去發展，所以初期我的困難就是.....跟團隊磨合的問題，再來就是說...因為自己的知識理論經驗不夠，臨床經驗也不夠，所以導致於在臨床服務過程裡面也很挫折，對很多事情都不瞭解，那時候是很菜鳥嘛，很生手，那....也不知道要該找誰來進行討論了。【A-01-197】

慧慈就想起自己在跟同事做交班時，同事對於自己寫得服務病例有諸多不滿，不斷的向慧慈抱怨，直接將對慧慈不滿的情緒表露出來，甚至在開會的時候，會直接質疑慧慈的臨床照顧方式，這些事情都讓慧慈感到很痛苦，因為跟在台大接受培訓時的同事相處完全不同，也讓慧慈有些難以適應。

可是那時候就會很挫折，還包括說我記得我寫得病歷啊....在交班的時候，而同事還指著說：「這什麼這什麼，這個有什麼用嗎?這個真的有用嗎?這到底在寫什麼.....看都看不懂?」，然後開會的時候還被人家電說：「你講這個有什麼理論根據嗎?你...照顧這個病人，你為什麼這麼做，你的理論在哪裡呢?」所以一開始來 OO 很痛苦....這什麼地方啊，怎麼跟台大（培訓的場所）都不一樣【A-01-112】

我跟團隊在磨合過程...剛講到病歷一樣，然後.....我就發覺...我那時候經驗不足，就會很鉅細靡遺把過程都交代....就浪...費他們太多時間，所以人家也就沒有給我好臉色，她因為跟我又沒有很熟，他們年輕啊...有情緒，就會...在臉上...你就看到他的不愉快啊~【A-01-204】

三、角色轉換壓力與專業信心的不足

慧慈除了在與團隊磨合上有遭遇困難之外，自己在角色的轉換上也花了很長的一段時間去適應及調整，因為自己從道場法師轉變為醫院宗教師，且場域的轉換讓慧慈需要重新適應人際上的互動。慧慈因自身性格較內向，在道場時都是著重於個人的佛法修行，所以不用特意去跟人互動，且信徒面對法師都是持尊敬的態度，所以彼此間是禮尚往來的關係，而來到醫療場域，自己跟身旁同事不在是法師與信徒之間的上下關係，而是平起平坐的同事關係。因此，慧慈在與同事們互動時，就發覺自己在溝通技巧有遇到瓶頸，因自己不太會關注世俗所發生的一些事情，所以同事們在聊天時，自己會插不上話，或是不知該如何回應，故使慧慈早期在醫院工作時，時常感到孤單。

再來就是...我覺得有一個更辛苦，那時候適應很久啊，就是從一個道場的法師要轉變成臨床宗教師有很多....走不太過去的，比如說..我不會跟我的同事哈拉...不會跟他們嘻嘻哈哈這樣，可是你知道在一般社會...醫院它就是一個一般社會嘛，就是一個比較世俗的場域，我常常...不知道該怎麼接話，也常常不知道怎麼樣的回應是好的、是適合的，然後常常也覺得好像也都沒有辦法融入他們的對話 【A-01-198】

我沒有辦法去像別人一樣，就是別的法師這樣就行，....可以跟他們的對話是對的上的，就是要講一些比較世俗的話，我也不會講，然後就一直...覺得早期很孤單.... 【A-01-202】

而在醫院除了醫療人員之外，還有志工的進駐，在安寧團隊中服務的志工是有接受過相關的訓練，有些志工甚至在醫院服務超過 10 年。而慧慈剛進入醫院做臨終關懷時，這些資深志工也會在病房中觀看她怎麼做，因為這樣慧慈也常感受焦慮，擔心自己會不

會哪邊做不好，而且自己身邊也沒有互相支持的同儕或資源，這也使慧慈萌生是否還要繼續待下去.....

挫折來源不是只有醫療人員，非醫療人員....包括志工啊，很多志工一直常常會在病房，他們就會一直看你在做什麼，然後你又剛來嘛.....他們志工是被訓練的...(略)....都很資深，所以他們會...在觀望你啊，所以.....醫院這個場域也很孤單...(略)....沒有人可以處理，幫你處理那些問題，而你不知道該問誰，所以就...很阿雜，然後又很焦慮，然後又覺得...到底走的下去，走不下去這樣...

【A-01-207】

因場域的轉換，慧慈在適應上遭遇了不同的狀況，使自己花了很長的時間去調整，包括自身性格的調整、世俗溝通的難題以及專業自信心的不足，也因為這樣，慧慈早期對於擔任宗教師常感到矛盾不知是否還要繼續走下去，內心也形影相吊。

四、醫院體制的適應

因慧慈接受的臨床宗教師培訓並非來自於醫療體制內的訓練，所以進入醫院服務後，發現自己在醫療專業術語有許多需要學習的部分，像是護理師會直接說 O₂ 如何，如果在外面講 O₂，一般可能會認為是在說氧氣的化學式，但在醫院則是血氧濃度的簡稱，在醫療機構很多病症為了簡化其中文名稱，就會用一些術語來替代，尤其是醫療相關文件的格式書寫更是如此，故慧慈在這部分也是花了很多時間是理解專業術語的應用。

我們早期在訓練這一塊，沒有...太被著墨說....要跟團隊合作，所以我們也不太跟團隊合作.....(略)... 在台大訓練，因為一到五都在那邊嘛，所以問題...我們可以看到，自己可以追蹤，而我們到其他醫院就不一樣，病人怎麼樣，因為你不是每天在這裡，所以你....寫清楚，你要評估清楚，然後跟團隊成員去

follow 後續，他們就會接著 follow 後面的問題，所以你的書寫的能力是需要被養成的。【A-01-123】

比如說你要知道癌症的名稱啊，比如說 Lung cancer 就是肺癌嘛，brain tumor 的就是腦部有腫瘤嘛...然後他在講述 O₂，今天早上的 O₂ 是 98%，你就要知道 O₂ 是什麼..就是....血氧濃度，這跟他呼吸幾下、他的血氧怎麼樣啊~這例行一定會交班的東西，我就希望....聽得懂 O₂ 是蝦米毀啊，血氧濃度...O₂ 的血氧濃度啊~然後什麼東西...什麼東西就稍微要一點點理解，如果你連那些都聽不懂，聽不懂....沒..沒關係，病例上有，你可以去看病例，所以我也..也會教他們怎麼樣看病例啊【A-01-186】

參、臨床宗教師的工作實踐與挑戰

一、醫院工作的置身處境

在醫院服務的慧慈，一週主要到班三個半天，而首要工作就是照顧病人及陪伴其家屬，再來是支持團隊，除了支持安寧醫療團隊的護理人員，還有醫院其他部門的護理人員與行政人員也都會找慧慈傾訴，甚至還要幫醫院跟團隊做一些上一些相關的課程，這些事情要壓縮在三個半天完成幾乎是有難度的，故慧慈還是會安排自己額外的時間來做這些事情。

我負責的事情可多了....，第一個一定是照顧病人....跟家屬，這是我主要的工作，第二個我必須要支持團隊...，就是...到安寧病房的護理師，有些很年輕，（R:對），然後有些人有他個人的生命經驗，在臨床碰到的那些困難障礙，...就是要為他們分憂解擾這樣...然後要幫忙他們.....聽他們說話，然後不只有我們的護理人員，還包括我們院內的一些行政人員啊、護理人員啊~...(略)...我也必須要幫..醫院上課，幫團隊上課，這也是一個...【A-01-149】

我目前...只有三個半天，其實...不需要做到那麼多事情，因為你只來三個半天，可是.....後來因為做這麼多事情，你會發覺三個半天還是不夠，變成好像是來三天這樣.....【A-01-152】

然而，除了上述工作之外，慧慈為了得到醫療團隊的認可，會配合醫院的需求撰寫相關研究報告。

我知道.....要在一個地方被認可的話，一定要有一些能力嘛，比說你會...寫paper，這件事情很重要，因為....這幾年來我們一直嘗試做一些研究啊，然後有一些成果，那醫院也需要這樣的成果，所以就需去寫一些研究...(略)..因為寫論文真的是一個比較大的工程啊，可是寫海報，這個對我來講比較簡單，所以我固定..大概一年都會有一兩篇海報的產出，有時候是個案報告，有時候是學術的報告....【A-01-151~156】

接著，慧慈在被指派到協助帶領宗教師培訓之前，她也曾為家屬做悲傷關懷，雖然這部分是被歸類在安寧社工所屬職責，但因與病人及家屬有建立了信任的關係，故慧慈會主動關心家屬、陪伴家屬度過這個哀傷的階段，也常在下班後跟著護理長一起東奔西跑到各地的往生的家庭。

我那時候常做一件事情，就是....悲傷關懷...的部分。在安寧來講，它是...社工那一部分..都歸在他們做啦，可是我們在安寧病房跟病人家屬....有一種革命情感，所以家屬非常信任我，當他們現在離開的時候，我都會去看看他，看看家屬，然後去上個香，跟他們聊一聊，所以我從早上出門就晚上...才回家，因為我們用下午下班的時間才去，.....有時候跑到臺南，有時候跑到臺中啊~.....看他們住哪裡呀，好幾年的時間是在下班之後做這件事情，可是我覺得很開心啊，因為我們來這邊的目的不是為了賺錢，是真的陪伴...在陪伴這些受苦...的人，然後這些病人善終的離開了，可是家屬....還在痛苦，那我們去關心她...(略)...

我去追蹤一下他們的悲傷的狀況，然後一段時間 OK 了，我就會放手【A-01-160】

二、協助帶領宗教師培訓的挑戰

慧慈擔任臨床宗教師一段時間後，自己的工作也比較上手了，後來被蓮花基金會邀請去協助帶領培訓宗教師的工作，因為接觸培訓的業務，慧慈開始構思帶領方式後，發現自己早期受訓的模式在臨床現場的實務操作是不足以應對的，因早期培訓較偏師徒體制，沒有明顯的系統架構，所以慧慈到醫院服務之後，還花了很多時間適應與調整，為了讓之後培訓完宗教師減少走這一段路，慧慈除了參照自己早期受訓的模式，也增加自己在臨床實務的經驗，作為之後帶領宗教師的課程架構規劃。

後來問了之後，也沒有人可以告訴我他們三個月是怎麼訓練的，就比較像是臨床帶教（R: 嗯，臨床帶教是指？）是……資深的宗教師會帶我們…(略)..臨床碰到什麼問題回來請教他，讓他告訴我們說…可以怎麼做，可是沒有一個系統性，那我就去想…後來就找不到一個具體的東西，我也回想那時候…在臺大訓練的時候，我有被訓練什麼課程、訓練的每天行程表是什麼，回想那個過程…然後把它寫出來，再用現在自己的經驗來看，這個過程裡面我覺得需要加入什麼東西、我需要補充什麼東西、之前訓練的時候比較欠缺的是什麼，我在這個時候就把它補上來。【A-01-28】

因為有自己走過的經驗累積，慧慈在帶領受訓法師的時候，會先示範再觀察受訓法師怎麼操作，在有架構的帶領之下，慧慈一步一步讓受訓法師去理解何謂臨終評估，兩年下來覺培訓出素質不錯的宗教師。

我發覺這樣系統性的去規劃課程出來，然後再搭配臨床帶教啊，我嚴格執行臨床帶教，不是他們自己去看，而是我跟他們去看，一開始是我示範給他們

看，一段時間後就 chang 換他們去跟病人互動交談，然後我在旁邊陪他們，當然如果要講不下去的時候，我就會幫忙把話題拉起來...這樣，那我覺得這樣的一個訓練與課程，兩年來訓練出五位的宗教師...素質都不錯。【A-01-31】

在臨終場域會碰觸很多的狀況，而初學者可能都不知該如何應對，像是病情的告知技巧、病人在四大分解的該如何幫助緩減、病人與家屬之間的情感糾葛、家屬的悲傷情緒的安撫等等。而在慧慈較有結構的帶領方式，也讓受訓法師慢慢的聚焦出問題的所在，學習給病人提供適切的照顧。

我們講臨終場域是一個...心靈提升的過程，所以會碰到很多的問題，可是一般初學者沒有能力去知道這些東西，也不知道那叫什麼，所以需要我們去帶他去看，看了之後回來要跟他討論你剛剛看到什麼，然後...呃...我就開始上課，說臨終評估裡面它有什麼樣的事項，看到什麼是屬於什麼，你要能夠評估跟判斷出來，後來就發覺這樣的方式是一個比較好的教法，因為學生們比較聚焦，然後比較瞭解...看到這個真相，就開始會去注意。【A-02-53】

而慧慈在帶領培訓時，也會遭遇一些困難及發現需要關注的部分，像是某一年帶領的受訓法師因照顧的方式太過教條式，且自我主見太強，導致在陪伴病人時，無法貼近病人的感受。從受訓法師的照顧模式，也讓慧慈更確認在陪伴病人時，太過於艱澀的佛法辭彙事需要把它簡單化的。

我們在訓練宗教師會碰到一個困難，像 O 年的某男眾法師，他...覺得要跟他們（病人）傳道...講法，所以...他面對病人的時候，沒辦法進入病人的心，因為病人大多一般民間信仰，基本上不太會了解這個是什麼，萬一講太多名相，他也搞不清楚在講什麼，然後你講那..東西跟他不貼切，他也覺得不知道你在講什麼，所以我在臨床...會盡量把佛法簡單化。【A-02-78】

慧慈也不難理解受訓法師在所遭遇的情況，因為這跟道場法師的角色有關係，因為在道場中，法師作為佛法的傳道者，在講法時，有些法師會偏重於在學理上，且信徒大多都是尊敬法師，但來到安寧病房遇見的是面臨死亡的病人，他們身心靈的痛苦是直接顯現出來，所以法師無法再把道場中的角色姿態拿來病房中使用，勢必需要在角色定位上做調整。

你在外面佛教團體跟人家可能把你捧的很高，可是在這裡你必須要謙卑，必須要歸零，你帶...太多自我的成見、自我的想法到臨床去，是沒有辦法貼近病人的心，所以我就會要求我的學生到進入病房之前要歸零，可是對...初學的人來講是困難的。【A-02-66】

另外，在帶領受訓法師的過程中，也發覺對受訓法師的過往經驗的理解也是重要的，因為受訓法師可能會在臨床中遭遇到過去生命議題的浮現，如果能理解受訓法師過往生命經驗及成長背景，是有助於受訓法師梳理在培訓過程中遭遇的困頓。在宗教師的培訓過程中，它是一個心靈提升的過程，也是一個無法逃避而須面對自身靈性的考驗，甚至會強迫個人不得不從內在層面去改變。

那時候我很苦惱，就是因為他們過去這個經驗沒有處理，所以他來到臨床之後，可能看到類似的情境，他..就陷進去了，然後陷入了就有很多問題，他也沒有辦法照顧好病人，也沒有辦法照顧好他自己，所以我...我還要回到源頭來，先把他的問題處理了，沒有你想象那麼簡單，一個課程讓它 run 完就好了，但..不是啊，因為你今天不是在訓練一個...醫護人員，你在訓練一個靈性關懷人員，靈性關懷人員跟靈性有相接觸的，表示他個人本身也必須要去做出一些改變嘛，也不能用你...原來以前的你來做這件事情，所以就相對會讓我們在訓練過程裡面這個難度增加。【A-02-67】

但要理解受訓法師的生命經驗也不是一件容易的事情，因為不是每個人都願意揭露自己的過去，硬要受訓法師去接露，彼此之間就容易產生衝突。

如果帶一個人，有一個部分就是...要去探討他個人的生命經驗，可是我覺得這件事情....對我來講是一個很痛苦的經驗，因為....要了解他的生命經驗，要碰觸他...有一些人願意就願意，不願意的就跟你 fighting 半天啊~然後還生你的氣...【A-02-58】

慢慢的，慧慈從帶領培訓的過程中，滾動式調整課程，將課程能更符合宗教師的專業養成，這樣也讓慧慈明白規劃有架構的帶領方式是如此的重要，因培訓本身就是一種教育，而教育不是將課程上完就好，還需要因材施教，因此慧慈更切身理解到教育真的

我非常認可...我歸納出來這些一系列的課程。【A-01-130】

教育就應該是要有架構，有架構在先，後面才依著...法師的特性...適時因材施教，真正的教育應該是這個樣子。【A-01-172】

最後，在帶領課程中慧慈感到滿意的是受訓法師的回饋，因為自己成為培訓法師後，不斷的思考怎麼做才是最適合受訓法師的，所以在這一部分自己也花了很多精神與時間，而受訓法師回饋生命態度與信念的轉變，也讓慧慈對一切的辛勞與付出感到有價值。

他們也因為來受過訓練之後，他的生命態度轉變了，他對一些事情的看法...改變了，然後他自己本身也有一個大的反轉...【A-01-131】

他們覺得這個過程改變很多...學習到很多，然後覺得自己好像剝開換過一樣，因為這樣他們才會忍受那個痛苦，因為走過這一遭，他們的信念....跟那個向心力阿，還有學習的部分就會比一般的法師高非常的多，他們變得比較積極。【A-02-70】

第三節 摸索靈性關懷的奧秘

壹、從無到有的摸索

在民國八十幾年的時候，台灣對於安寧療護及臨終關懷都處於剛萌芽的階段，故尚未有清楚的輪廓，而靈性關懷更是如此，在當時醫院對於靈性關懷的不瞭解，造成其態度為可有可無，主要是不理解靈性到底是什麼，這又要怎麼提供照顧，因此慧慈也只能自行摸索。

這...涉及到一個發展的問題，因為早期靈性在...臨床宗教師的訓練並沒有這麼的被重視，雖然有開課，可是醫院是可有可無，有的話更好，沒有也還好，所以自然不會去理解品質的問題，...因為沒有人太在意了，...導致於...做這樣也可以，沒有做也可以，記錄...只要你有寫字在上面也可以~!!【A-01-120】

剛開始慧慈對於靈性照顧的方式停留在概念上，不知該如何評估，且在早期服務時也無法理解病人身上的苦痛跟靈性之間的關係，後來才慢慢理解靈性照顧也需要關注病人的身體病痛、心理狀態、社會人際關係。

早期我根本..不是很在意這個病人的痛苦是什麼，我...也評估不出來，這個病人的身體的痛苦跟...靈性照顧有什麼關係，後來我知道他息息相關。【A-01-176】

因病人的靈性苦痛跟其過往生活經驗息息相關，而靈性照顧不只是關注其精神層面，身體因疾病造成的苦痛或是社會脈絡下產生的情感糾葛都是靈性照顧的範疇之一。

我們在談社會心理靈性嘛...，社心靈...包括身體的痛苦，心裡的痛苦，社會痛苦跟靈性的痛苦，可是靈性的範疇裡面都需要去了解社會背景...心理背景，還有現在身體正在遭受什麼樣的痛苦，所以我們不只有評估靈性阿~應該講...

你要先知道他的痛苦在哪裡，很多都是身體引起的，醫療怎麼幫忙，接下來他身體好一點了，心理，社會、靈性有什麼樣的困難，有什麼樣的困擾，我們可以怎麼幫忙？【A-01-175】

慧慈就慢慢的從觀察病人需求來調整其關懷的方式，其一是純粹的關心病人，不帶任何意圖，這的純粹可以化解病人的防衛心態，之後依病人的需求的不同，如：恐懼、喘，會給予不同的照顧方式。

這兩年我的學生說老師為什麼我去的時候他都不理我，然後你去他就理.....我也不知道，不過我去...我就是關心他而已，然後我也告訴.....有一些防備心比較強（的病人），我說我沒有要做什麼，我只是來看看你好不好....就這樣而已，反而這樣子多數人都可以接受的，【A-01-217】

再來，慧慈評估出病人的靈性困擾後，會提供不同方式減緩病人的困擾，像是生命回顧、數息法及宗教等等皈依。

我們評估出靈性的問題困擾之後，我們可能會用一些方法來幫忙他，有時候生命回顧是一個方法，不如說如果他有死亡恐懼，教他唸佛是很好的，讓他有一個具象的東西，那如果說這個病人喘，可能會教他數息，讓他減輕那個焦慮，然後這個病人如果想要皈依，我們也會幫忙他在病房皈依。【A-02-75】

而遇到已經無法口語溝通，慧慈藉由非語言的方式與去理解病人家庭動力來找出病人的需求，然後適時的給予關懷或是結合醫療資源，降低病人的痛苦，在這邊也顯示出慧慈的專業程度與貼近病人的程度有踏實的提升了。

這就比較突破醫學的盲點，我們都認為溝通一定需要意識清楚，可是在臨終這個階段很特別的，有些人....他內在的靈性力量比較強，有一些.....他不能溝

通，可是我們還是會藉由一些非語言的，比如說去摸他的手，會跟他講話，他沒有回應沒有關係.... 【A-02-29】

此外，慧慈業漸漸能從病人的臨床表現觀察出目前病人的狀態是如何，進而知曉其靈性困擾，並給予協助。

有一些人...身體不行，可是他的意識...會煩躁...不安，他可能有一些臨床表現，那我們會...知道這一次有沒有效果，會從他後續的臨床反應來看。比如...需要大量疼痛控制的病人...有一些是心理因素，只要心理因素這個部分擺平了，基本上他就比較能忍受身體上的痛苦，藥物的使用量也會減少很多...所以在醫療上的靈性照顧...它有很實際可以分辨出來..我們會去觀察臨床的現象。【A-02-32】

對於慧慈來說，評估臨終真相是身為宗教師的專業領域，也是靈性照顧中非常重要的一環，而團隊中的醫療成員再給病人做評估時，是用醫療的數據（血氧濃度、血壓、心跳速率等等），這些與宗教師評估的重點不同，且宗教師會依據臨終評估，給予不同的處遇方式，因此這也顯示出宗教師的專業價值。

我們宗教師比較強的...一個項目..就是評估他臨終...真相這部分。（R:是那一個四大分解嗎？）嗯，我覺得這是宗教師特別厲害的地方，因為團隊成員..他們雖然是醫療人員，可是他們不太瞭解佛教評估死亡，他們是從數據來判斷，從生理的症狀，比如他的血氧.....含量、血壓、心跳、脈搏..這些來判斷，可是佛教在臨終評估，除了參考那個，還有一些細項的評估，...那個評估會幫助我們更確定病人...他的存活期還有多久啊~不同時間我們就會做不同的事情【A-02-38】

慧慈在評估臨終真相時，會以佛學的四大分解為主要依據，因為四大分解跟醫學上的生物系統衰竭是相互對應的，而且也是從這個面向去瞭解及推測病人目前的生命狀態。

比如說..他會有一些臨終的臨床現象的..表現，然後這個表現是出自於在哪一個地方，比如說他開始不吃不喝了，我們就知道他的腸胃系統已經開始要當機，... (略) ..第二個他開始應該會中樞神經會比較癱瘓，就是會比較嗜睡，然後叫了又不太理，在來...就是他的....中央心肺系統，血壓，脈搏，心跳慢慢的就下降了，我們就評估這個病人...他的生命期不長【A-02-40】

貳、靈性關懷的挑戰

慧慈在病房中接觸病人並給予關懷時，也不全然每位病人都歡迎慧慈的到來，尤其是某些家屬看到慧慈，就覺得像看到死神，他們對於法師的印象是在往生後提供助念才會出現的人，所以在病房中出現，是不是來告知可能病人可能快死了，故也害怕慧慈的接近，因此慧慈都會好好跟家屬說明來意，降低家屬的擔心。

這個蠻常....發生的，有時候是病人，有時候是家屬，比較多是家屬，因為一般民間信仰，他們對法師的概念，就是說...呃..我爸爸還沒要死，你來這邊做什麼(台語)，我說沒啦沒啦(台語)，我來...不是跟你談爸爸死亡的問題，我現在希望關心你爸爸安好嗎?會不會很痛苦，有沒有遇到什麼問題，我們可以商量看看，看如何做對爸爸比較好(台語)【A-02-60】

而在給予病人靈性照顧的過程中，某些家屬會把宗教師當成假想敵，也是慧慈要想辦法去克服的。

我覺得臨床很困難，就是你會碰到那個.....要去檢視他們家庭的動力的時候，有時候他們就會把你當成假想敵。【A-02-61】

慧慈憶起某次陪伴病人的過程中，病人（以下稱A父）已經在臨終階段了，A父有兩個兒子一個女兒，其中A兄在工作的成就非常好，A父非常以他為榮，可是後來因家庭問題，導致A兄跟A姊產生很大的衝突，A弟希望哥哥跟姊姊可以在爸爸面前和解，所以來尋求慧慈的協助，慧慈也瞭解這是A父的一個心願，所以答應幫忙。但當A兄知道弟弟拜託宗教師談和解的事情後，就把宗教師當成假想敵，覺得宗教師靠近自己是不還好意的，故慧慈邀請談話時，就對慧慈設限說：「我還剩下 20 分鐘，你有什麼話要說...趕快說..20 分鐘我就離開。【A-02-62】」慧慈覺得 20 分鐘時間是可行的，就對 A 兄問了一個問題：

你覺得我怎麼照顧你爸爸比較（好）...你比較瞭解你爸爸，我不瞭解你爸爸，你爸爸現在這裡，我要怎麼照顧他比較好，因為你沒時間來這裡，我是比較多的時間在這裡，你只要告訴我這件事情就好，他很訝異看著我說你怎麼問這個問題(台語) 我說對阿...因為對我來講這是最重要的問題，我其他都不在意，而是我在意你爸爸...好不好，然後他可能愣住了，他說..哦...我爸就是怎樣怎樣，然後我說...哦...好謝謝你。【A-02-63】

對於 A 兄的態度轉化，慧慈又再問了一個問題：

你覺得...你爸現在會比較擔心什麼問題啊？他又沒想到..我會這樣問他...接著說：「我弟沒跟你講嗎？」我說哪一件事....，他說：「他沒跟你講說我跟我姐關係不好嗎？」，..嗯....那是他的看法...(略)...每個人有每個人的立場，那你怎麼想這件事啊，你爸爸會不會很擔心這件事，那你要不要講看看？【A-02-64】

在這一來一往的過程，談話時間早已超過 A 兄原先設定的 20 分鐘，而慧慈提醒 A 兄後，A 兄表示自己的時間還夠，希望還可以繼續跟慧慈談下去，就這樣談了

將近 40-50 分鐘，因 A 父的主治醫師巡房才結束了這段對話。後來 A 兄跟 A 姊就因慧慈的居中協調願意在 A 父面前做和解。

慧慈藉由與 A 兄對話的過程中，協助 A 兄換位思考並理解爸爸的擔心，進而願意跟 A 姊和解，讓爸爸放下擔憂，在這之中理解到自己與病人及其家屬的互動中用謙卑的心以及不帶成見的態度，才能真正貼近病人的心。

參、陪伴善終的過程

一、念佛虔誠的善明

善明是一位虔誠的佛教徒，在罹病之前他跟著懺公老和尚一起修行，所以當他罹病被醫師告知病情不樂觀之後，他就閉關不出門，也開始斷食不吃飯，身旁的人對於善明的行為都不理解，也擔心善明是否有憂鬱傾向，故叫善明趕快看身心科，但這些並沒有打消善明閉關的行為，後來善明來到安寧病房遇到慧慈...

後來轉到我們地方來，那我跟他了解之後，我發覺如果他.....是在早十年前來，其實我覺得.....我一定沒有能力去陪伴他，可是現在陪伴他...就是恰恰好處，他講的我完全理解，然後我完全支持他，然後善明不擔心他跟我講什麼，因為我說...我理解你這個過程，你是不是要跟懺公師父一樣，就是我們佛教徒要往生的時候，都要斷食，讓身體乾淨，善明說：「對」，然後讓你的身體障礙比較少。【A-01-59】

慧慈因瞭解善明過往的生命經驗，且同身為修行者，對於佛法也有相同的共識，所以慧慈在陪伴過程中能理解善明的閉關行為。然後善明在臨終之前也有三次的瀕死經驗，第一次的時候是在急診，那時候善明很喘很喘，喘到三四十下，醫生告訴他說需要打止喘針，但善明拒絕，他想說用數息念佛的方式想控制呼吸速度，但他在跟醫生對話的過程中，突然之間...

善明突然有一..那個.....靈魂離體...的經驗，他在上面突然意識到他自己怎麼跑出來，他說：「我嚇一跳，我怎麼會在外面，然後看著下面的自己跟醫生在對話啊，我是死了!?我是不是死了!?',不對啊，死了我為什麼還會看到自己在講話這樣....啊~我不是死了...這樣」，他第一個反應是這樣，就這樣...我不是死了這樣的意念，就突然他又回到身體裡面【A-01-61】

當善明意識到自己靈魂出體是那麼的慌張時，他擔心無法去彌陀佛那邊，所以她趕快找慧慈討論這件事，後來又有第二次的瀕死經驗，是在病房某一天早上起來量血壓的時，護理師詢問善明名字，善明回答之後，他又突然的靈魂出體...

善明說：「好...奇特，我...我上次急診有這樣的經驗，我知道如果這樣就真的要死了...我要趕快念阿彌陀佛，把心靜下來」，當他這麼一想的時候，他突然感受到....在那個空間裡面，突然整個他的身心非常的輕安，有點像我們在禪坐經驗到某種程度，他突然感覺到...誼...死亡不可怕，死亡原來是這麼充滿..輕安，這麼法喜...如果這死亡是這樣的話，我很欣喜的接受死亡的來臨。【A-01-62】

因為有這個發現，善明又迫不及待要趕快告訴慧慈這個經驗，在這時也知道善明時間也不多了，因為靈魂離體的經驗通常不會超過三次，果不其然善明在跟慧慈談完之後，隔天早上就離開的了。

當善明要臨終時，他跟慧慈說：「師父我覺得我是有福報的，因為我在最後.....這一段時間遇到你，你瞭解我，而且你一直告訴我要做....怎麼做，然後你一直支持我，不管我說什麼，你都不會覺得我像瘋子一樣。【A-01-67】」因為慧慈對善明的支持，在陪伴他走最後一程時，善明可以很安心的放下那些恐懼，甚至肯定慧慈的理解。對於慧慈說這是令人印象深刻的景象，因為她第一次從病人口中聽到死亡美好的。

我..印象..非常深刻，到現在已經一年多快兩年，可是我.....這輩子不會忘記這樣的....景象，我第一次聽到病人跟我說死亡是這麼美好的...經驗。多數都會跟我講說，..怎麼這麼可怕啊(台語)，那黑嘛嘛(台語)，身體怎麼這麼痛苦(台語)

【A-01-65】

陪伴善明往生的過程，慧慈體會到當病人有著堅定的信仰時，那麼在往生的過程中，面對苦痛能夠以清明態度去看待，也較能接受死亡的來臨。這也讓慧慈理解信仰品質的高低將會決定我們面對死亡的心境，對死亡也產生的新的體悟。

二、遭受身體障礙的阿輝

慧慈在臨終場域待久了，會看見很多病人臨終時的狀態，而影響一個人善不善終的很大原因就是來自於身體的障礙，身體在臨終階段會產生很多的苦痛，因而使病人無法忍耐住，甚至希望能趕快解脫，就不用再受苦了。

我們很多病人都說：「我甘願這樣(台語)，好好的去，我不要醒著吸不到氣，然後身體痛苦到不行，生不如死，....我寧願就這樣讓我不醒人事，我可以接受，如果這樣就離開了，沒關係，...這是我的決定。」【A-01-225】

而阿輝就是其中一位受到身體障礙的癌症病人，他因為癌症末期而轉來安寧病房。在某一次慧慈去關懷阿輝的過程中，阿輝告訴慧慈都沒人要聽他說話，大家都聽他太太的話，阿輝說他的身體很喘、很痛苦，因為這樣已經失眠將近一個禮拜了，但都沒有人要理解他的苦痛.....

阿輝說：「沒人要聽我的話，大家都聽我太太講，我太太只要講說我沒有痛苦，大家說我沒有痛苦，大家都說我沒有喘，可是我很喘，我已經一個禮拜沒有睡覺，我很希望可不可以讓我睡一覺」【A-01-226】

慧慈聽到阿輝這麼痛苦的跟自己訴說的狀態，慧慈內心很難過，尤其聽到阿輝說：「可不可以讓我睡一覺。」慧慈一邊哭一邊跟團隊講阿輝的狀態，希望團隊可以在評估一下阿輝的狀態，讓他可以好好睡上一覺。

之後經過團隊的再評估，也確實如阿輝所說，醫生也給予藥劑輔助睡眠，後來慧慈又再關懷阿輝對於死後的想法？因為對於病人的死亡準備也是臨終關懷很重要的一個環節。

阿輝說：「說遇到師父你就很好啊」，我說...嗯啊捏....不然我幫你介紹...以後要去哪裡，以後你來阿彌陀佛相見(台語)阿輝說好，然後我就拿一串念珠給他，然後他就一直笑，一直笑，我想說為什麼他一直笑，是不是我講錯了？後來阿輝才跟我講說：「師父，我兩天前做一個夢，夢裡面有一個人跟我講，說幾天後會有一個人....，他會拿一串念珠給你，你就聽他的話就好了。」【A-01-227】

慧慈以為阿輝是嫌棄念珠不好，但沒想到是有人託夢告訴他，要他好好聽慧慈的話，在慧慈知道的那一刻，她心理的衝擊非常的大。也因為這件事情，她理解到自己跟病人的相遇都是一種宿世因緣。

我..跟這些病人宿世以來的因緣，他們從各地來到這個地方，在我手上，我送走他了，因為這個使命感我才走到現在.....，我終於理解到原來...我跟這些病人宿世...就約好了，這個時候他們要我送他們最後一程，我接受這個設定，然後....就會很用心的去陪他們最後一程。【A-01-228】

慧慈陪伴阿輝的過程中，意識到靈性照顧的核心，以及自己為何在這裡，在這裡她找到了使命感，也感謝這些因緣的出現，讓她理解為何會成為宗教師，在這邊陪伴他們走最後一程。

我覺得靈性照顧很特別的地方，真的是...如果說一個人在離開的時候心裡得到滿足，身體沒有疼痛，然後.....可以依靠他自己的方向去...去走他該走的路，啊~這個是很有福報的【A-01-229】

肆、靈性關懷的啟示

在早期服務的時候，慧慈常會卡在與同事關係上跨不過去，因慧慈想在工作場域中跟每個人都維持一個良好關係，但在場域中每個人的習性本來就不同，所以一定會形成不同的朋友圈，而要維持跟所有朋友圈都是良好關係，這勢必會有難度，後來因為病人的一席話，給慧慈一記當頭棒喝，點醒了她對人際關係的執著，也讓慧慈再次意識到人終將一死的事實。

我很在意工作的.....氣氛，可是有一天，照顧到一位病人時，那個病人跟我說：「師父，我不可以死，我不想死，你救救我...」她都快走了，她還是跟我說：「你救救我，我孩子還小，先生這麼愛我，我不可以離開，我離開了他們怎麼辦？我三個小孩怎麼辦？」因為她這一席話打醒了我，她想活下來都活不下來，她不想離開都得離開的時候，我...突然想到我自己，她不想走都得走，她不想放下都得放下，那我有什麼好不能放下的，那就是緣分的問題(台語)。我就放下這件事情，她轉變我.....很多，包括說我對死亡的看法【A-01-224】

之後，慧慈在安寧病房待得越久，看的生離死別也多，漸漸地她有種感受浮現，她覺得我不來臨終場域服務，那我這輩子是來做什麼，在病房中陪伴病人走最後一程，也看著病人往生，在這種種的體悟下，慧慈終於知道自己為什麼在這裡了。而這在過程中，對佛法體悟也加深了，因為這些體悟，自己在個性也慢慢做調整，對事情的包容性也提高。

在安寧的臨終關懷跟照護這個部分，.....我學習很多啊~因為在臨床的關係，我的個性改變很多，對死亡的態度也改變了很多。【A-01-223】

這種過程，我對佛法的體悟...很深..也很多，因為這樣的體悟，所以...某種層面他....矯正了我以前...比較不成熟的部分，對事情的包容性變得...比較強一點，我在臨床看太多的生離死別，看到太多家庭的悲歡離合，看到太多人性層面的東西，有時候我會被困住，可是...我能夠突破的主要原因還是來自於臨床這個照護，這些病人...都給我很多很深的...回饋，讓我可以比較有力量再走下去，再挑戰自己。【A-01-230】

慧慈在臨終場域提供靈性照顧，但這部分不只是只有引導病人，個人的靈性修養也是重要的，因為提升自己的靈性層面，才可以看透更多事情，也不會被世俗問題所牽絆住，才能夠用不同角度去協助病人。

在靈性修養裡面有一個部分是..你要能夠去了解自己發生什麼事情，能夠控制自己的情緒，能夠看得透很多事情，（如果）做不到這一些，你怎麼幫忙病人啊，因為你看不到啊，所以你沒辦法幫，你要看到才能幫啊~【A-02-95】

靈性是很深沉的東西，有一個層面是你自己要能夠去做出改變，你要能夠自己做出一些調整，要能夠覺察【A-02-96】

在這一路走來，慧慈從不理解靈性到找到自己的天命，甚至在此過程中也調整自己的狀態，知曉生命的有限性，轉化自己對死亡的看法，這些都是在陪伴病人及家屬的過程中發現的寶物。

第四節 回首臨床宗教師的實踐

壹、回顧自我的轉變

慧慈從小就開始思索生命的意義，但想破頭還是不知所以然，甚至也常會有孤獨感產生。慧慈對內在困頓而產生的疑惑，她找不到方向，因而想藉由學佛尋求對於生命的解答，在這個過程中，慧慈對自我定位是處於朦朧不清的狀態，想依靠法源來幫助自己尋找我是誰，因此決定在 16 歲離家去道場修行。

我小時候，就常常去思考這個問題，為什麼我我會在這裡啊？【A-01-12】

我從小不知道為什麼會有這樣的存在孤獨，我一直想辦法去處理這個存在孤獨，可是沒有辦法，沒有任何辦法。【A-01-71】

剛開始在道場的生活，慧慈很努力修行，因為修行讓慧慈對生命的意義探求有了答案，但過一段時間後，身心都是適應道場的修行模式後，這個問題又跑出來了，好像在告訴她必須要再面對它。

我出家之後很努力...學習啊，聽經聞法...修行，念佛啊，我很努力，剛開始覺得好像好了，再過十年就發覺...好像這個問題又出現了，那...到底為什麼我要在這裡...【A-01-14】

後來在母親往生的那一年，又接連遭逢道場關係較好的年輕信徒們的死亡，這對自己產生極大的衝擊，這之後也得知父親罹癌的消息，因此讓慧慈決定告假回家陪伴父親。在陪伴父親的過程中，因緣接觸到宗教師培訓的消息，當時慧慈想到母親與信徒的死亡所產生體悟，就報名參加培訓了。

他們才 20 歲，他們就離開，我..我不知道我什麼時候會離開，可是..因為他們三人的離開讓我產生了一個覺悟的啊~【A-01-18】

培訓結束後，慧慈來到醫院服務，才發現臨床宗教師的工作不如自己所想那麼順利，初期就遇到南北信仰差距、專業能力不足及與團隊磨合....等等狀況。

團隊不知道你會做什麼，所以也不知道你的能力在哪裡啊，所以初期我的困難就是.....跟團隊磨合的問題，....再來就是，因為自己的知識理論經驗不夠，臨床經驗也不夠，導致於在臨床服務過程很挫折，對很多事情都不瞭解，那時候是很菜鳥嘛，很生手，....也不知道要該找誰來進行討論了【A-01-197】

在跟道場完全不同場域的醫院，慧慈本身個性較內向，因而也面臨到與人共事的難題，也不知該像何人傾訴，所以慧慈在早期在醫院服務常感到孤單。

比如說我不會跟我的同事哈拉，就是...不會跟他們嘻嘻哈哈這樣；我常常..不知道該怎麼接話，也常常不知道怎麼樣的回應是好的，是適合的，然後常常也覺得好像都沒有辦法融入他們的對話【A-01-198】

隨著時間的推移，慧慈也慢慢的從實務的碰撞中累積出一些經驗，漸漸地也在病人的照顧上及與團隊的關係都開始有一些改變。

真的整體有一個.....比較大的改變是因為.....漸漸克服前面的那些問題了，再就是經驗部分比較....夠，...還有就是在臨床的熟悉度....變得比較好，的確在照顧病人.....的時候，團隊也看到經過你照顧的病人他變得不一樣，你就開始會慢慢有信心，誒...這個好像還可以，那下次我這樣試試看，然後下次我再試試看什麼，...病人跟家屬的認可，增加團隊對我的信心了【A-01-209】

再者，慧慈就算跟同事間的關係有轉變了，但她也還是謹守著法師的身分，從中拿捏修行者與在家人之間的互動關係，並且將醫院視為另一個修行的場所。

我是一個出家（人），可是我到一個世俗的社會醫院...這個體制來...經歷這一些，可是我出家有我出家該遵守的規範，那些規範....我到現在還是...非常的遵守【A-01-210】，

因為我把它（醫院）定位在...這是一個修行的道場，所以當我碰到任何的問題跟困難的時候，我就會去想說..依我一個師父的立場..我該怎麼去做【A-01-211】

慧慈除了院內的照顧之外，也開始協助喪親家屬的部分，也會跟著護理長一起探視往生者家屬，因而慢慢的累積了家屬對於宗教師的信任，而且也因這一來一往的互動，慧慈也跟不少往生者家屬成為朋友。

現在就偶爾....他們什過年啊，什麼特別節日，他們傳個圖了告訴我說，....
端午節快樂、中秋節快樂、新年快樂這樣，然後大家會關心一下【A-01-160】

接著慧慈被蓮花邀請協助帶領培訓課程時，才意識到自己早期的受訓方式已是不適用於現在，因而慧慈用徒法煉鋼的方式設計課程去帶領受訓的法師，在這過程中也會跟著滾動式調整，因此理解教育真的是件不容易的事情，要考量的事情很多，且要因學習者的特質不同而因材施教。

回想我...在臺大訓練的時候，我有被訓練的什麼課程，我就回想那個過程，然後把他先寫出來，再用現在自己的經驗來看，這個過程裡面需要加入什麼東西，然後我要補充什麼，...之前訓練比較欠缺的，我在這個時候就把它補上來【A-01-28】

不是說之前訓練不好，而是它畢竟是一個教育，教育就應該是要有架構，有架構在先，你後面才依著....法師的特性不同...適時因材施教，真正的教育應該是這個樣子【A-01-172】

但也因自己將課程有架構的規劃出來並施行，讓訓練出來的宗教師臨床能力是穩定性高的。

這樣訓練下來的狀況...還不錯，在法師的部分，他們的臨床適用性比較高一點，然後在整體的照顧能力部分也...提高非常多，就是訓練出來品質的穩定性比較夠【A-02-17】。

慧慈認為宗教師最主要的工作是給予病人提供靈性關懷，而慧慈在剛始對於靈性照顧只停留在概念上，不知道身體以及心理跟靈性的關係，也不知如何該評估，是在陪伴過程慢慢瞭解之間的關係，很多時候病人的痛苦都來自於身體，所以減緩身體病痛所帶來的障礙是最先要解決的。

我...也評估..不出來，病人的身體的痛苦跟我心理...靈性照顧有什麼關係【A-01-176】

靈性的範疇裡面很多都需要去了解他的社會背景，他的心理背景，還有他現在身體正在遭受什麼樣的痛苦，所以我們不是只有評估靈性阿~【A-01-175】

如果說這個病人喘，你可能會教他數息，讓他減輕那個焦慮【A-02-75】

如果遇到病人已經意識迷茫無法溝通的狀態，也會用非語言的方式陪伴，當然宗教師的專長就是臨終真相的評估，在這陪伴的過程中，慧慈的更掌握靈性照顧核心，且對身為宗教師專業也更認同。

我們還是會藉由一些非語言的，比如說會去摸他的手，會跟他講話，他沒有回應你沒有關係【A-02-29】

我們宗教師就比較強的...一個項目..就是是評估臨終真相，臨終評估...除了參考那個（醫療數據），另外它還有一些細項的評估，那...個評估會幫助我們更去確定這個病人...他的存活期還有多久【A-02-38】」

而慧慈在陪伴的過程中也會遇到一些挑戰，像是病人及家屬的防衛心態或是把宗教師當成假想敵，甚至拒絕慧慈的關懷或展現不好的態度等等，這些考驗都讓慧慈意識到學習謙卑、抱持歸零心態的重要性，才能真正貼近病人與家屬

我覺得臨床很困難，...你要去涉入....一個家庭的動力的時候，有時候他們就會把你當成假想敵啊，就是...家屬會把你當成假想敵【A-02-63】

在臨床學習到一點，就是要學會謙卑，在外面佛教團體跟人家可能把你捧的很高，可是在這裡你必須要謙卑，而且必須要歸零，你...你帶的太多自我的成見，自我的想法到臨床去，....是沒有辦法貼近病人的心了【A-02-66】」。

再者，慧慈也從病人的善終過程體悟到死亡也可以是充滿法喜的，還有病人對慧慈的肯定與回饋，讓慧慈更確認自己的使命感，理解到這一切可能都來自宿世的因緣，也讓慧慈對人生意義的追尋也有了答案，瞭解自己用一輩子去尋找的生命的意義，其實就是正在做的事，人生的意義從來不關於外在的一切，而是關於你是如何去看待和面對，如何去感受和理自己的內心，慧慈終於在安寧中找到屬於自己的定位。

我第一次聽到病人跟我說死亡是這麼美好的...經驗。多數都會跟我講說，..怎麼這麼可怕啊(台語)，那黑嘛嘛(台語)，身體怎麼這麼痛苦(台語)【A-01-65】」

我終於理解到原來....我跟這些病人宿世...就約好了，他們要我送他們最後一程，我接受這個設定，然後....就會很用心的去陪他們最後一程。【A-01-227】

在後面越照顧越多病人的時候，我就覺得...我不來這個地方，那我這輩子來幹什麼嘛？我在安寧病房看到別人的死亡的時候，我...終於知道我為什麼要在這裡。【A-01-72】

最後，慧慈回顧自己擔任宗教師一職並不是一開始就決定好的，而是在很多的因緣之下走到了這裡，但成為宗教師的過程遇到的困難也不少，就是秉持著純粹去做的理念，全心全意地付出且一關一關的克服問題。

這也都不是我安排出來的，而是在時間的累計裡，它自然而然就變成這樣的一種狀況，...有人說：「你是不是十年前就開始要當帶領法師？」，我說我從來沒想過這件事，...我從來也沒想....我的生命裡，從來不是我想好要怎麼做，可是我的理念.....就是...全心全意的去付出，然後安排這件事情，因緣不成熟就不成熟嘛，這不是能夠勉強的事情，那如果是因緣成熟了，要做這件事情，我知道會碰到很多困難，可是我還是會...一個一個去面對，一個一個去解決【A-01-221】」。

貳、死亡是根本問題

早期在道場修行的慧慈，是從助念開始認識死亡，但助念的往生者已經死亡，所以不會經歷他生前遭遇的狀況，且因自己各種對死亡的不理解，因而面對死亡就是一種淡然的態度，也不會想說要害怕死亡，反而是在病房服務時，隨著實務經驗的累積，對死亡認識才開展出來，感觸也越多。

早期剛開始的時候，我們在這道場不太會直接面臨死亡，因為接到電話，都會說已經往生在哪一個殯儀館，然後我們去助念，所以我不會看到要往生的人生命即將離開之前的狀況，我的重點不會去害怕死亡是因為自己還一無所知。【A-01-50】

你有太多不瞭解，然後經驗不足，知識不足，專業能力也不足，所以還沒有能力去思考到死亡這件事情，可是..後來就隨經驗越來越多的時候啊，有一些感觸上...就會蠻不一樣的【A-02-117】

然後在陪伴病人的過程中，也漸漸理解如果要協助病人在邁向臨終的過程中能更順利，就要回顧自己對死亡的理解，如果自己不面對或是逃避死亡的議題，就無法真正幫助病人，因此慧慈會藉由自己本身宗教修行來學習面對自己的死亡。

要陪伴一個臨終病人，自己要走到...什麼樣的深度，你的病人才會走到深處，我現在完全理解.....那根本問題，就要面對死亡。【A-01-40】

宗教師本來在道場就有屬於自己的宗教修行，這個宗教修行會讓他們在面臨死亡的時候，可以比較去面對他的死亡，甚至於讓他知道說他以後要去哪裡。

【A-02-78】

然而，慧慈遇到同樣身為是宗教的修行者，要向他們推廣安寧照護理念時，就算是同為法師身分，也不一定願意碰觸死亡。某次慧慈有嘗試想過要把安寧的概念推廣到民間道場，但當道場住持聽到「安寧」就很倉皇的逃避這個部分，這讓慧慈意識到場域的不同，每個人對於死亡的見解也不同。

有一次我去 OO 宮，有一個大型法會，那時候..就想說推廣（安寧照護理念）到道場啊，那些都是住持嘛，我就想到這樣剛好，去談或許我們比較有機會可以做一些事情，沒想到那些住持們一聽到...我在安寧病房，大家都跟我說阿彌陀佛，這意思在講...他沒有像我那麼勇敢....能夠去面對死亡或者是陪伴這些臨終的病人，師父們的反應就非常激烈，阿彌陀佛，我給你讚歎這樣，我一聽就知道了，雖然他自己也是..師父，可是對死亡，我們每個人都在準備，他沒有在這..場域裡面，他有...思維死亡的方式。【A-01-44~46】

而擔任宗教師的慧慈在安寧病房常會遭遇病人的往生，這也衝擊到自己對於死亡的看法。死亡並非線性，而是在臨終過程，死亡會先藉由身體的四大分解開始，之後慢慢轉向到內，但在這個過程中所造成的身體苦痛，反而會遮蔽病人面對死亡的過程，尤其是對於佛教徒更要好好說明死亡的過程，不然病人可能會認為是自己的修行不足所造成的。

死亡是很實際的事情，跟我們想象的不一樣，.....最大的問題都出在身體的困難，包括身體要身心解離過程、四大分解的狀況【A-02-118】。

你的身體會障礙你，但要先了解身體會障礙你什麼，這是一個身體的困擾，我們儘量讓它不要太困擾你，可是心裡要清楚，要做（好）準備，很多佛教徒我都需要這麼講，因為他們覺得跟他想的不一樣，不是（像）電視上啊一下子就死掉了，他不會啊，你身體是一個機器呀，要慢慢讓它關機啊，它關機需要一點時間，死亡是一個過程，它不是一個結果，它是個過程。【A-02-121】

慧慈在安寧病房看過太多的生離死別，所以更能感受生命的有限性以及面對死亡的苦痛，也因為生命的這些無常變化，看似也不斷地提醒著慧慈要專注當下。

經歷一些生命的苦啦，所以你更能夠體會說眾生苦是怎麼一回事啊，以前不會感受...那麼深刻，後來在安寧真的看到太多生離死別，看到很多不得不....要接受，縱然他不接受他還是要接受，...碰到生命的無常啊，無奈，會讓你對自己的生命有很多的提醒啊。【A-02-82】

慧慈因自身個性的關係，以前在思考都較持堅持的態度，導致在與人共事上會有一些磨合與情緒產生，但隨著在實務經驗的累積，接觸了各種的生離死別，也讓自己某些想法開始鬆動，進而在遭遇困難時，也學習做轉念，讓自己不在被問題困住。

以前會...我很死腦筋的，很多東西轉不太過來，現在比較會...轉的過來，然後會覺得沒有必要用別人的錯誤來懲罰自己，以前都會被這些卡關啊，然後難過很久很久很久，現在不會了，現在很快就會過去了，想說人生難得...沒有必要讓別人的情緒來影響你【A-02-83】

參、耗竭是歸零的啟示

慧慈截至今在醫院服務已滿 13 年了，在這段歷程中，也度過了很多困難、辛酸與挑戰，偶雖然爾也會閃過離開醫院的想法，但慧慈秉持著自己的信念、團隊的支持以及在宗教的自身修行去轉化這部分，但還是有撐不下去的時候，這是在前幾年發生的事，在當時慧慈經歷了一段極度耗竭的狀態，她甚至想放棄待在臨終場域。

在當時，慧慈協助帶領宗教師培訓的實習，因受訓法師無法照顧病人情緒，慧慈就幫忙接手，協助一位臨終病人的家屬因孩子要離開而產生的混亂，慧慈協助媽媽做換位思考引導，結果被丈夫投訴與控告，導致慧慈在那段時間不斷遭受家屬的高情緒張力，且當時團隊成員的不理解，也讓慧慈感到受傷。

幾年前剛開始帶教的時候，（我）非常的用力帶學生，然後學生因個人的因素，他排斥這關係這個層面，然後那一次我的確很受傷，甚至於我覺得說團隊成員沒有去理解我做（了）什麼，他只在乎病人感覺好不好，家屬感覺好不好，可是他沒有去理解，我為他們做非常多的事情，甚至反過來要求我（說）你不可以做（協助）換位思考。【A-02-99】

在當時媽媽處於在一個極度的壓迫的狀態，因為孩子要離開了，媽媽意識到孩子真的要走了，而媽媽身為一個虔誠的佛教，她知道應該要放下，但她做不到，而她又擔心丈夫知道這個想法，所以慧慈協助她處理內在的矛盾，引導她做換位思考，但因媽媽最

後來還是無法接受孩子要離開的事實，所以她產生解離症狀，因為這樣丈夫就控告慧慈，覺得是慧慈害妻子變成這樣，然後不斷地跟醫療團隊投訴，也跟我的學生做投訴。

當團隊接到丈夫來投訴時，他們就會跟慧慈告知這件事，同事每天都會跑來跟我講，因為他跟我們團隊所有人一直在抱怨這件事情，雖然同事是出於關心而跟慧慈做告知，慧慈也覺得可以忍受，但還是某些同事會因為丈夫的不斷抱怨，反而來責怪慧慈，而且原本負責這床病人的學生也不願意來跟自己做溝通，久而久之在這樣的連續狀態，慧慈也感到身心疲憊，她開始認真思考還要繼續...走下去嗎？

當時我覺得最基本的信任關係沒有了，這個以後要怎麼合作，沒辦法合作，那..是我最大的，就是在在臨床最大的一次危機，當然我另外一個部分生氣的是我的學生，因為我告訴他們說，臨床上不管你跟病人家屬講到任何事情，你都應該讓我清楚的知道你們講了什麼事情，但他選擇沒有跟我講，都一直是旁邊的人來跟我講，我一聽十幾個來跟我講，他還是不跟我講，後來我問他說，嗯，你照顧這個病人，你有沒有什麼想跟我說的，對於他太太這個狀況你怎麼說，她丈夫這樣（的）狀況，你覺得呢？他也是敷衍過去，我一方面在氣他..生氣他。【A-02-103】

那段時間的某天，慧慈因當時某些同事的話語，而整個情緒崩解，她因無法調適自己的情緒，選擇離開醫院現場去冷靜，就開著車子到外面，然後不斷的思考自己到底怎麼了？甚至會想是不是該換環境，還是修行不到位，慧慈不斷地喃喃自語...

我就說...我需要冷靜，我就請我同事幫我把包包拿出來，我需要出去冷靜一下，然後我就車子開出去之後，我突然很迷茫，我到底要去哪裡，我要去哪裡冷靜一下，...然後繞一繞之後就在一個...小公園，然後我就把車子停在那個小公園裡面，我自己在思考...為什麼會這樣，為什麼他那樣啊，我這次為什麼...什麼...我在意什麼的，為什麼我怎樣，我就開始在那邊講，然後我同事很擔心，

我出去不知道要做什麼(台語)，問我說你在哪裡，你要回來了嗎....，我都沒有回答，因為我真的很認真在思考，我為什麼會在這裡，為什麼要做這樣的事情，為什麼我覺得我被打擊到，我是不是該...停下來？我在乎的到底是什麼？【A-02-104】

而在那個過程中，剛好遭遇變天，天空開始下雨，結果準備離開公園發動車子時，車子突然發不動，慧慈就撐著雨傘在馬路上往修理廠的方向走，結果走了一段時間，才突然想起車子裡有修理廠的電話，內心充滿了無奈，但也因這些小插曲，讓慧慈思緒可以慢下來，讓自己重新思考到底發生什麼事？自己有為何這樣？

你知道人在很倒楣的時候就會更倒楣，我車子停在那裡要發(動)，我整理好了，然後想說..可以回去了，我就要..發動，結果發不動，我就想怎麼回事，就發不動....電池沒電(台語)..【A-02-105】

我就想說....我到底怎麼了，為什麼今天這個樣子...很難過啊，然後就拿著雨傘(走路)，一兩百公尺那裡有一個...修理廠，(我)請他們來幫我充個電好了，然後走了十公尺，又回頭說，我為什麼要去那裡，我車上不就是有貼的...保養廠的電話嗎？我直接打電話去，我幹嘛要下雨...我都已經...夠慘了，不要再那麼慘，然後修車廠，很快就來幫我把車子開回去換電瓶。【A-02-107】

之後，慧慈內心平靜下來，她也明白自己到底怎麼了，也漸漸地理出事情的脈絡，慧慈思考自己怎麼會有這麼大的情緒，因為事件維持的時間太久了，從病人轉到安寧病房之後，一開始由受訓法師照顧這個家庭，但他們家庭的互動是不溝通的，而且病人家屬又習慣將情緒外射給別人，導致從病人進來到往生，甚至是病人的告別式，病人的家屬不斷的丟信息給我們的團隊，團隊都會來告訴我，而這個時間維持了三個多月，三個

月不斷的轟炸，也讓慧慈情緒不斷的被堆積，再堆積，最後慧慈產生 burn out 現象，在這件事告一段落之後，重新回憶當時的事情所帶來體悟跟覺察。

那天的車子發不動，我覺得很好，就是在那個過程..轉移了，你去放慢你的步調，你知道生命當中不會都是如你的意，我....那時候我也想了想，我自己是不是太自滿了，或許菩薩要叫我謙卑一點，再謙卑，我覺得這是一個很痛的體悟吧【A-02-112】

現在在回想的那一件事情，我覺得很慶幸，那時候沒有當場跟團隊翻臉啊，就還是自己去解決這個情緒，然後去去沉澱下來去思考，然後覺得說是不是哪裡有什麼問題...自己沒有發覺，所以在臨床的覺察力一定要非常的夠，覺察力不夠，很容易被那麼境所轉啊，看不清楚真實的...，這是我...近幾年來發生...對我來講是很嚴重的職業上的那種...困頓【A-02-113】

第五節 研究討論

壹、探詢存在的真諦

我們在面對的生死課題中，辜琮瑜（2011）表示有些課題是屬於經驗的範疇，可以透過自我經驗的覺察來做驗證，但某些卻永遠屬於假設性且無法證實的範疇，而這當中有三個問題必然會衝擊到生活，但卻被屬於假設性的討論，第一個是「生從何來」，第二個是「死往何去」，第三個則是「應做何事」。然而，我們對三者好像都有一些常識性的理解，可是對於真正的情形它可以多變化的。

慧慈從小時候就開始思索生從何來？「我小時候，就常常去思考這個問題，為什麼我我會在這裡啊【A-01-12】」。這個「生」就像似存在中的根本問題：孤獨，而在此根本的存在處境下，她嘗試著用各種方式去尋找答案，但並沒有一個滿意的答案，「我從小一直不知道為什麼會有這樣的存在孤獨，我一直想要辦法去處理這個存在孤獨，可是沒有辦法，沒有任何辦法。【A-01-71】」，最後藉由出家做為最靠近的答案，這也類似佛陀當初離開皇宮去出家的過程。

而在道場出家十年後，習慣了的道場修行的模式的慧慈又開始思考這似乎不是自己想要的，就像是又回到了「生從何來」這個的範疇中，「那我..以為出家之後可以解決這個問題，所以我出家之後很努力...學習啊，剛開始覺得好像好了，可是後來...再過十年就發覺...好像這個問題又出現了，.到底為什麼我要在這裡...【A-01-14】」，這也代表存在孤獨的處境再次湧現。

Yalom（2003/2015）的定義中，存在孤獨意指：「人常會感受到別人與自己的某部分分離，即使跟別人有最愉快的互動，有圓滿的自我認識與整合，仍然延續的孤獨，最基本的孤獨——人與世界的分離。」在不斷面對到個人自身的孤獨感時，也間接顯示了死亡是最孤寂的個人經驗，也在慧慈出家後，母親的逝去的遺憾、三位關係良好的信徒突

然的往生，都讓慧慈產生「他們才 20 歲，他們就離開，我..不知道我什麼時候會離開，..因為他們三人的離開讓我產生了一個覺悟的啊~【A-01-18】」。這個覺悟讓慧慈重新思考對死亡意義，而父親的罹癌消息，是慧慈離開道場的推手，在這之後投入了臨終關懷場域中，也常因與同事的互動不順而產生心理糾結，但因病人臨終時的一席話而有了醒悟「師父，我不可以死，我不想死，你救救我...，我孩子還小，先生這麼愛我，我不可以離開，我離開了他們怎麼辦？我三個小孩怎麼辦？【A-01-224】」。慧慈理解到當病人不的不放下時，自己又有什麼好不能放下的呢？因此也鬆動了自己在人際關係的執著，甚至對死亡的看法有新的體會。

慧慈藉由關懷他人的死亡，也省思自己的死亡「每個人終究都要走上這條路的」，真正深思、面對到個人的死亡時，也為慧慈帶來了改變，讓慧慈意識到自己過往會在意很多事情，而發現其實自己不用一直糾結人際上的困擾，更珍惜當下有的這個難得的人身，去做更有意義的事情，而不在人際糾結導致的情緒或他人的攻擊性言語影響太久，能夠適時放下它。

佛經也有說過，人身難得，在生命的進行中，學習 Yalom (2003/2015) 所提的「數算你的祝福」與斯多噶學派說的「若想學會如何生活，就要沉思死亡」，似乎也「去除對人際渴望的認同」，讓自己活得更自在，這也肯定了存在心理治療根本的道理：個人對死亡的覺察可以催化自我改變的過程，不只適用於臨終病人，也適用於提供臨床服務的宗教師。

最後，慧慈不斷尋求的「生從何來」答案，也在臨終場域找到「我終於理解到原來....我跟這些病人宿世...就約好了，他們要我送他們最後一程，我接受這個設定，然後....會很用心的去陪他們最後一程。【A-01-227】」、「後面越照顧越多病人的時候，我就覺得...我不來這個地方，那我這輩子來幹什麼嘛？我在安寧病房看到別人的死亡的時候，我...終於知道我為什麼要在這裡。【A-01-72】」，因此慧慈不再汲汲營營的向外尋求答

案，而是回歸自己本心，透過自身的宗教修行與陪伴病人最後一程來貫徹自己的生存之道。

貳、佛教宗教師的臨床實踐

隨著大眾對安寧療護的需求逐漸提高，也漸漸知道安寧臨床佛教宗教師的重要性，但實踐上還是有許多細節需要注意(蔡昌雄，2016)。慧慈在剛開始進入醫院做服務時，就遇到病人宗教信仰的不同、所學理論與應用的落差、跟醫療團隊的人事磨合及醫院體制的文化適應不良等等狀況，這些都是宗教師常在臨終場域會遇到的實踐挑戰。

而慧慈在醫院主要的工作有三個面向「第一個一定是照顧病人跟家屬，這是我主要的工作，第二個我必須要支持團隊，安寧病房的護理師，有些很年輕，然後在臨床碰到的那些困難障礙，...就要為他們分憂解擾...要幫忙他們..聽他們說話，然後不只有我們的護理人員，還包括我們院內的一些行政人員啊、護理人員啊~...，我也必須要幫..醫院上課，幫團隊上課，這也是一個...【A-01-149】，何婉喬(2003)也提出宗教師負責工作有直接照顧病人、協助家屬與支持醫療團隊成員，這之中沒有提及幫醫院上課一事，但臨終關懷的實踐應是以整個安寧團隊為主，因安寧療護的理念是期望提供病人與家屬理想的照顧，在實務場域中，宗教師並不是隨時都在病房中，反而是護理人員會 24 小時的陪伴病人，故宗教師能教導醫療團隊簡單的靈性照顧方式，對於末期病人就能先緩解他的靈性困擾所帶來的不適。

此外，由於護理人員會將宗教師當成另一種心靈依靠的角色，所以宗教師關懷對象不只限於病人及其家屬，甚至在整個安寧團隊遇到生死議題的挫折時，宗教師也是安寧團隊的引路人與指導者(吳庶深、沈麗靚、張利中，2005)。

然而，黃美玲(2012)表示在醫院服務的宗教師也可能會經驗到的七個課題，這之中，慧慈就有經驗到其中五項考驗，其一是：「社會世俗與臨床細節的折磨」，這對應到慧慈在醫院服務時「從一個道場的法師要轉變成臨床宗教師有很多....走不太過去的，

比如說..我不會跟我的同事哈拉...不會跟他們嘻嘻哈哈這樣，可是你知道在一般社會...醫院它就是一個一般社會嘛，就是一個比較世俗的場域，我常常...不知道該怎麼接話，也常常不知道怎麼樣的回應是好的、是適合的，然後常常也覺得好像也都沒有辦法融入他們的對話【A-01-198】」；其二是「遭遇手中病人死亡的震撼」，在臨終場域中死亡從不止息，而宗教師在這個過程陪伴病人走最後一程，但不斷的送走病人的經驗中，其內心多少會有些感受，這個也提醒宗教師的自身修行的重要性「宗教師本來在道場就有屬於自己的宗教修行，這個宗教修行會讓他們在面臨死亡的時候，可以比較去面對他的死亡，甚至於讓他知道說他以後要去哪裡。【A-02-78】」；其三是「被病人拒絕照顧的打擊」，宗教師在置身於病房時，是不同於道場的，道場來的大多是信徒為主，法師在道場是被動性由信徒主動靠近；而病房中有些人會把宗教師認為是壞消息的傳遞者，因為大多數人是民間信仰，對法師的既定印象都是因需要助念才會出現的角色，尤其在家屬更是如此「有時候是病人，有時候是家屬，比較多是家屬，因為一般民間信仰，他們對法師的概念，就是說...呃..我爸爸還沒要死，你來這邊做什麼(台語)【A-02-60】」；其四為「感受到病人病苦的無奈無助」，病人常會因身體上的病痛而產生求死的想法，慧慈在陪伴病人時遇到因身體障礙而痛苦不已的阿輝「沒人要聽我的話，大家都聽我太太講，我太太只要講說我沒有痛苦，大家說我沒有痛苦，大家都說我沒有喘，可是我很喘，我已經一個禮拜沒有睡覺，我很希望可不可以讓我睡一覺【A-01-226】」在這個狀態下，慧慈內心很難過，尤其聽到阿輝央求只想好好睡一覺，可是會慈當下無法立即處理，只能改快跟團隊說病人的狀況，尋求團隊的協助，最後是「與團隊溝通的挑戰」，慧慈剛進醫院不久因為病例撰寫的問題，而跟同事產生磨合「我跟團隊在磨合過程...剛講到病歷一樣，然後...我就發覺...我那時候經驗不足，就會很鉅細靡遺把過程都交代....就浪費他們太多時間，所以人家也就沒有給我好臉色，她因為跟我又沒有很熟，他們年輕啊...

有情緒，就會...在臉上...你就看到他的不愉快啊~【A-01-204】」，因為這樣慧慈調整自己做事方式，慢慢的去改善跟同事的關係。

參、由俗悟聖的體驗

黃美玲（2012）的論文研究整理出臨床佛教宗教師在臨終關懷的修行中會不斷的在「世俗」與「神聖」兩個層面往返，其中修行經驗就是「俗到聖」的過程，而「聖返俗」則是在臨終場域的經驗下而產生的。慧慈從在家學佛到成為出家法師是一個由「俗到聖」的過程，之後又從道場法師轉變為臨床宗教師的角色，因場域的轉換，慧慈從修行者再進入世俗場域的醫院，而這個過程慧慈也花了一段時間「團隊不知道你會做什麼，所以也不知道你的能力在哪裡啊，所以初期我的困難就是...跟團隊磨合的問題，...再來就是，因為自己的知識理論經驗不夠，臨床經驗也不夠，導致於在臨床服務過程很挫折，對很多事情都不瞭解，那時候是很菜鳥嘛，很生手，...也不知道要該找誰來進行討論了【A-01-197】」，早期安寧緩和醫療剛起步不久，慧慈剛完成宗教師培訓後就來到醫院服務，她不熟悉場域、不知如何尋找相關資源以及因為新手而對自我的專業信心不足，而醫療團隊也不理解宗教師的角色功能，以至於在當時的慧慈是一人孤軍的面對臨終場域的變化，在這個由「俗到聖」的歷程，慧慈花了很多時間去適應及調整。

然而，進入臨終關懷的第一線後，慧慈從服務臨終病人的過程中，又再次經歷另一種轉換過程，這個過程如蔡昌雄（2016）所說，進入一種「由俗悟聖」的過程，在陪伴病人的過程中，善明在往生前肯定慧慈說：「師父我覺得我是有福報的，因為我在最後.....這一段時間遇到你，你瞭解我，而且你一直告訴我要做....怎麼做，然後你一直支持我，不管我說什麼，你都不會覺得我像瘋子一樣。【A-01-67】」，而慧慈也回應說：「是善明你修行走得比較前面啦，這是一條我們將來都要走的路。」反而讓待在世俗的醫院讓慧慈領悟到什麼叫做善終，對比以前只在神聖場域的道場，許多道場法師整天只會協助往生者去助念阿彌陀佛，完全沒有臨終場域的知識，甚至有些法師覺得去面對臨終場域

是很可怕的，只能用稱讚慧慈發大心，來表示逃避自己面對死亡的根本問題，故慧慈是在世「俗」的病房中，體會到臨終善終宗教經驗的「聖」。

因為這樣慧慈也重新看待自己在醫院的角色地位，現在的慧慈對於醫療有新的體悟「因為我把它（醫院）定位在...這是一個修行的道場，所以當我碰到任何的問題跟困難的時候，我就會去想說..依我一個師父的立場..我該怎麼去做【A-01-211】」，甚至在與同事的關係中，也從中拿捏修行者與在家人之間的平衡。

肆、從苦行中找到天命

釋悟因（1995）對出家提出了八項的深刻意義，其中這些包括：

- 一、出世俗的家：出家，不只是走出父母親情、婚姻結縈的家，更走出在習俗中被認定的「枷」。
- 二、寧做佛家奴：出家為修道，為利眾生。
- 三、出家修苦行：首先要學習放捨，以前的身段全都要放下來，必須對身心有很大的放捨。「苦」是人生的真相，而在於出家所追求的方向要明確，才能面對人生苦的挑戰。
- 四、出家不離人群：出家人並沒有離開社會、人群，而是用不同的方式來奉獻人類與社會。
- 五、出家為報恩：報恩的對象非常的多，總有四重恩即：國家恩、父母恩、眾生恩、三寶恩等。
- 六、出家功德殊勝。
- 七、出家是傳燈：一個認真的修行人是世間的珍寶，要踐行佛陀的教法，以戒法莊嚴身口意。
- 八、求盡心盡力：持戒生活，學僧團中事，行僧團中事。

慧慈決定出家是為了要解決「生從何來」的問題，而慧慈為了探尋解答，她決定「洗盡鉛華」，放下名利及欲樂的追逐，轉而偏向圓頂、方袍、芒鞋的僧寶法幢相，並藉由清茶淡飯的生活方式來表達心中對於生命意義追尋堅定，這就有如走出習俗中的「枷」，再者，因佛法的而開拓了視野，讓慧慈決定為利眾生「不作人間富翁，寧作佛家奴」，故出家修苦行學習放捨，並接受「苦」的磨練。

之後，來到安寧病房的慧慈，更是在陪伴病人的過程中，慧慈一方面將覺察自我的修行提升，另一方面也學習放下自己的身段，以一種不同的方式來回饋社會，這也在慧慈的臨床服務中得到驗證。出家後在臨終場域服務。讓慧慈真正的經驗到，在出家的修行中，能夠利益眾生的使命感，原來是在陪伴臨終病人的正面回饋得到了驗證。這對比釋悟因（1995）提到出家的使命感，要藉由奉獻的過程中才能確認，跟慧慈是在世俗場域中進行奉獻，覺悟了使命感不謀而合。

第五章 研究結論與建議

第一節 研究結論

壹、觀照生死見本心

每位宗教師都有自己獨特的出家經歷與生命課題，往往這也在臨終場域中死亡的開顯中，照見病人與宗教師彼此的本心，一種去除社會規範而當下面對宗教需求的真心情境，雖說由宗教師引導病人對死亡做準備，但死亡的問題也在提醒宗教師這是一條共同的道路，也讓宗教師回首去觀照自己當初出家以及做服務的初心，也將使命實地實踐於臨床場域中。

貳、臨床中的耗竭重生

宗教師在陪伴病人的過程中並不是一帆風順的，如何在短時間內照顧病人的身、心、靈性層面往往是一門挑戰。在臨終場域中，可能也會與醫療團隊產生磨合，甚至病人及家屬的情緒挑戰，這也容易造成宗教師的慈悲疲憊，故如何預防宗教師耗竭，也是臨床服務者的挑戰。

參、聖俗往返揭覺察

雖然宗教師本身有其宗教修行，但在實踐中卻需要學習在臨終場域與團隊溝通，這兩方面都需要覺察力的訓練，一方面要覺知醫療團隊人際互動模式，另一方面也需要瞭解自己的對宗教師的戒律持守的界線在哪。在此聖與俗的往返過程中，宗教師要更知道自己如何在此世俗中立定腳跟，當然自我覺察的訓練是永無止歇的。

第二節 研究建議

壹、督導機制的落實

在文本中發現慧慈提及宗教師遇到慈悲疲憊時，大多回首於自身的宗教修行。雖然現行培訓機制有督導，但因早期培訓體制的不同，導致現行督導體制中的人力出現斷層，故若能引入同儕督導機制、支持團體或是用讀書會的方式，讓宗教師可以有不同管道紓解在臨床遭遇的挑戰與困境。

貳、醫療專業術語納入培訓

因宗教師的養成並非來自醫療體系的訓練，故宗教師一開始進入臨終場域常會遇到不懂專業術語的窘境，如能將醫療體制中常用的專業術語匯集成冊，將使宗教師能更快熟悉臨終場域，也能減少與團隊磨合的時間。

參考文獻

一、中文部分

- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K (2001)。質性教育研究：理論與方法（譯者：黃光雄、李奉儒、高淑清、鄭瑞隆、林麗菊、吳芝儀、洪志成、蔡清田）。濤石。（原著作出版年：1998）
- Clandinin, D.J. & Connelly, F.M. (2003)。敘說探究—質性研究中的經驗與故事（譯者：蔡敏玲、余曉雯）。心理。（原著出版年：2000）
- Kubler Ross (1974)。最後一程（譯者：王伍惠亞），基督教文藝出版社。（原著出版年：1969）。
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Ziber, T. (2008)。敘事研究—閱讀、分析與詮釋（譯者：吳芝儀）。濤石。（原著出版年：1998）
- Irvin D. Yalom (2015)。存在心理治療（上）（譯者：易之新）。張老師。（原著作出版年：2003）
- Irvin D. Yalom (2015)。存在心理治療（下）（譯者：易之新）。張老師。（原著作出版年：2003）
- Riessman, C. K. (2003)。敘說分析（譯者：王勇智、鄧明宇）。五南。（原著出版年：1993）
- 台灣安寧緩和醫學會（2013）。安寧緩和醫療—理論與實務。合記。
- 石世明（2000）。臨終者的靈性照顧。安寧療護雜誌，5（2），41-56。
- 石世明（2001）。伴你最後一程。天下雜誌。
- 石世明、張譯心、夏淑怡 & 余德慧（2005）。陪病伴行：癌末病房志工的良心照路。安寧療護雜誌，10（4），395-411。

安寧照顧基金會（2021a）。現有合約醫院。造訪日期：2021年04月15日，取自：

<https://www.hospice.org.tw/content/918>

安寧照顧基金會（2021b）。什麼是安寧療護？。造訪日期：2021年04月15日，取自：

<https://www.hospice.org.tw/care>

江蘭貞（2004）。臨終處境下護病之靈性遭逢。《安寧療護雜誌》，9（1），91-98。

何婉喬（2003）。宗教師在安寧療護中的專業化角色初探—以佛教法師為例。南華大

學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。取自 <https://hdl.handle.net/11296/9h3tu5>

何婉喬（2008）。宗教與臨終關懷。收錄於生命及宗教書面教材，65-85，「生命與宗

教」課程教師研習營，中臺科技大學。

余德慧（2006）。臨終心理與陪伴研究。心靈工坊。

佛光大辭典（2020）。臨終。造訪日期2020年12月01日，取自：

https://www.fgs.org.tw/fgs_book/fgs_drser.aspx

吳庶深、沈麗靚、張利中（2005）。三位安寧病房宗教師之角色定位與照顧內容之質

性研究。《安寧療護雜誌》，10（4），334-344。

李佳儒（2005）。小樹之歌~諮商學習者在專業實習中心路歷程之敘說研究。國立台北

師範學院教育心理與輔導學系碩士班碩士論文，台北市。取自

<https://hdl.handle.net/11296/9gp2h7>

李慧菁（2004）。癌症病人之重要他人喪失摯愛的靈性衝擊。國立成功大學護理學系碩

博士班碩士論文，台南市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/zvrfc4>

李閏華（1998）。安寧療護義務工作人員訓練方案計劃。《安寧療護雜誌》，3，28-35。

李閏華（2001）。癌末病患常見心理狀態與照顧。《社區發展季刊》，69，160-165。

李閏華（2013）。安寧療護社會工作。洪葉。

- 李燕蕙（2007）。紮根—詮釋現象學—敘事之對話。南華大學生死學研究所第七屆「現代生死學理論建構」學術研討會。
- 杜明勳（2003）。談靈性。《護理雜誌》，**50**（1），81-85。
- 杜明勳（2008）。靈性照顧之臨床運用。《內科學誌》，**19**（4），318-324。
- 周志建（2002）。敘事治療的理解與實踐—以一個諮商個案為例之敘說研究。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，台北市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/k6huwd>
- 林姿妙（2006）。臺灣地區安寧緩和療護志工角色·教育訓練及支持網絡之研究。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。取自<https://hdl.handle.net/11296/fsu3r3>
- 林美珠（2000）。敘事研究：從生命故事出發。《輔導季刊》，**36**，27-34。
- 姚建安（2002）。緩和醫療住院癌末病人主要家屬照顧者的需求重要性與滿意度的初探性研究。國立臺灣大學預防醫學研究所碩士論文，台北市。取自
<https://hdl.handle.net/11296/m7tcky>
- 柏木哲夫（譯）（2000）。用最好的方式向生命揮別—臨終照護與安寧療護（譯者：曹玉人）。方智。（原著出版年：1997）。
- 洪櫻純（2009）。老人靈性健康之開展與模式探詢。國立臺灣師範大學社會教育學系博士論文，台北市。取自 <https://hdl.handle.net/11296/mtu4n5>
- 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。《台灣醫學》，**3**（1），8-19。
- 胡幼慧、姚美華（1996）。一些質性方法上的思考。載於胡幼慧主編，質性研究：理論、方法及本土女性研究實例（第 141-158 頁）。巨流。
- 秦燕（2003）。心理社會層面。載於楊克平主編，安寧與緩和療護學-概念與實務（第 375-414 頁）。華杏。

- 高淑清（2008）。**質性研究的 18 堂課：首航初探之旅**。麗文文化。
- 國民健康署（2015）。享有安寧療護為基本人權。造訪日期：2021年04月01日，取自：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1128&pid=1950>
- 基督教史懷哲宣道會（2021）。靈性關懷師養成流程。造訪日期：2021年06月15日，取自：<http://godhope.formossoft.com/p/whatmore>
- 梁雯晶（2021）。靈性關懷 承接生命重量的指引。造訪日期：2021年06月15日，取自：<https://www.hospice.org.tw/content/1473>
- 莊春江（2001）。**學佛的基本認識**。莊春江。
- 許雅惠（2009）。醫院病房護理人員慈悲疲倦、慈悲滿足與靈性健康間的關係探討。輔仁大學臨床心理學系碩士班碩士論文，新北市。取自：<https://hdl.handle.net/11296/2389f7>
- 許禮安（1998）。**心蓮心語花蓮**。慈濟文化志業。
- 陳世珊（2015）。佛教臨床宗教師的養成與服務。玄奘大學宗教學系碩士在職專班碩士論文，新竹市。取自：<https://hdl.handle.net/11296/9cr997>
- 陳秋菊（1996）。臨終病人基本身體需要及照顧。**安寧療護雜誌**，**2**，1-7。
- 陳慶餘（2004）。癌末病人本土化靈性照顧模式。**台灣醫學**，**8**，64-71。
- 傅家芸、陳幸眉（2011）。悲憫疲憊之概念分析。**護理雜誌**，**58**（2），98-103。
- 辜琮瑜（2011）。**生死學中學生死**。法鼓文化。
- 鈕文英（2017）。**質性研究方法與論文寫作二版**。雙葉。
- 黃美玲（2012）。以臨終關懷為宗教修行—臨床佛教宗教師為例。南華大學生死學系碩士論文，嘉義縣。取自：<https://hdl.handle.net/11296/h9r6wt>
- 楊克平（2006）。自「臨終病患對療護的期望」論關懷倫理。**哲學與文化**，**33**（4），17-32。

- 楊克平（2007）。**安寧與緩和療護學—概念與實務**。華杏。
- 楊淑涵（2002）。**選擇非傳統學習領域之四技女生生涯決定歷程之敘說研究**。國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，台北市。 取自
<https://hdl.handle.net/11296/9pk82q>
- 楊琳琪、林采蓉、余月里、楊禮謙、蔡素華、洪志秀（2012）。醫院護理人員的悲憫疲憊及其因應策略。**護理雜誌**，**59**(3)，93-99。
- 潘淑滿（2003）。**質性研究：理論與應用**。心理
- 蓮花基金會（2021 a）。臨床佛教宗教師。造訪日期：2021年03月01日，取自：
<https://www.lotus.org.tw/service/buddhist>
- 蓮花基金會（2021 b）。安寧緩和靈性關懷培訓課程。造訪日期 2021年03月01日，
取自：<https://www.lotus.org.tw/civicrm/event/info?reset=1&id=34>
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。載於林本炫、周平主編，**質性研究方法與議題創新**（頁 259-286）。南華大學教育社會學研究所。
- 蔡昌雄（2016）。人間佛教的示現—台灣安寧療護佛教宗教師的臨終關懷之道。**人間佛教學報藝文**，**5**，154-173。
- 衛生福利部屏東醫院（2018）。臨終關懷衛教手冊。造訪日期：2021年05月30日，取自：<https://tinyurl.com/wpt95twj>
- 衛生福利部統計處（2019）。108年度死因統計。造訪日期：2021年03月01日，取自：
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3960-113.html>
- 釋印順（1960）。**成佛之道** 中編五（妙雲集 12）。正聞出版社。
- 釋見燈（2010）。**臨床佛教宗教師參與臨終關懷經驗之探討**。嘉義香光尼眾佛學院畢業論文，香光尼眾佛學院，嘉義。

釋宗惇（2021）。佛教之臨床靈性照顧。造訪日期：2021年05月30日，取自：

<https://www.hospice.org.tw/content/1583>

釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏（2007）。臨床佛教宗教師在安寧緩和醫療中的角色。**生死學研究**，5，65-97。

釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘、釋宏琳、釋印本、釋印適（2006）。安寧緩和醫療之死亡準備。**安寧療護雜誌**，11（2），117-136。

釋恆礎、釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏（2005）。普門品在死亡恐懼之臨床應用，**安寧療護**，10（2），97-109。

釋悟因（1995）。**點石集 2**。香光書鄉。

釋惠敏、釋宗惇（2000）。宗教師角色與靈性照顧，造訪日期：2021年05月30日，取自：<http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-MAG/mag227453.htm>。

釋惠敏、釋宗惇（2000）。宗教師角色與靈性照顧，造訪日期：2021年05月30日，取自：<http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-MAG/mag227453.htm>。

釋普安、蔡昌雄、蔡淑玲（2020）。安寧臨床佛教宗教師於臨終照護的悲憫疲憊經驗初探。**志為護理-慈濟護理雜誌**，19（1），67-77。

釋道興（2021）。談出家僧眾的訓練與管理—由臨終關懷宗教師問題探討起。造訪日期：2021年05月30日，取自：<http://hongshi.org.tw/forumview.aspx?nono=9>

釋德嘉、釋宗惇、釋道濟、釋印本、釋連恩（2020）。**生死奧秘：十六個生命的靈性對話與臨終學習**。三應。

二、英文部分

Bickman,L.,&Rog,D.J.(1998).*Handbook of applied social research methods thousand oaks*.Sage.

Clandinin,D.J.,& Connelly, F. M.(1999). *Narrative Inquiry: experience and story inQualitative*

Research. Jossey-Bass Publishers.

Craig, M. (1994). Volunteer services. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 11(2), 33-35.

Crossley, M. L. (2000). Narrative Psychology, Trauma and the Study of Self/Identity. *Theory & Psychology*, 10(4), 527-546.

Doka, K. R. (1995). *Living with life-threatening illness : A guide for patient, their families, and caregivers*. Lexington Books.

Elkins, D. N., Hedstrom L. J., Hughes I. I., Leaf J. A. & Saunders C. (1998). Toward a humanistic phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 5-18.

Figley, C. R. (2004). Compassion Fatigue: An Introduction. Gift from Within. Retrieved May 30, 2021, from <http://www.giftfromwithin.org/html/cmpfatig.html>

Freeman, J., Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. W.W. Norton

Joinson, C. (1992). Coping with compassion Fatigue. *Nursing*, 22, 116-122.

Kavanagh, E. (1983). Volunteers in hospice. In C.A. Corr & D.M. Corr (Eds.) *Hospice care: Principles and practice* (chap. 16, pp. 209-222) .Springer.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. The Macmillan Company.

Polkinghorne, D.E. (1995). Narrative Configuration in qualitative analysis. In J.A. Hatch and R. Wisniewski (Eds). *Life history and narrative*. The Falmer press. Packer, D.E.

Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis* .Sage.

Sarbin, J. R. (1986). *Narrative psychology: The stories nature of human conduct*. NY: Paeger.

Saunders,D.C.(2004). Foreword. In D.Doyle, G. Hanks, N. Gherny & K. Calman (Eds.),*Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed.). Oxford University Press Inc.

Taylor,E.J.(2002). *Spiritual Care : Nursing Theory, Research, andPractice*.Prentice Hall.



附錄一、知情同意書

知 情 同 意 書

研究主題：『一位資深臨床佛教宗教師的臨終關懷經驗敘說研究』

○○○您好，

我是研究生張瑜芳，目前就讀於南華大學生死學系碩士班，由本所的蔡昌雄教授指導，正在進行碩士論文的研究。本研究旨在瞭解資深臨床佛教宗教師在臨終場域的服務經驗其意涵。希望邀請您作為分享者，分享擔任臨床佛教宗教師提供靈性關懷之服務經驗。

本研究將以一對一進行訪談，地點可選在您方便的地點，時間約為 60 分鐘到 90 分鐘左右，大約會進行 1-2 次。為正確的記錄資料，訪談過程會錄音，如果錄音過程中不適、不願某段發言錄音，或中途想停止，請隨時提出。

錄音資料彙整為逐字稿後會再請您確認，我會負起保密責任，未來研究成果不會呈現您的真實姓名，亦會盡力避免他人從研究發表辨識出您，且會將可辨識出個人身分之記錄部分給予匿名/刪除/去脈絡化。錄音檔案與逐字稿及相關研究資料將妥善保存在設有密碼的硬碟或電腦裡，且於本研究結束後 3 年(預計是民國 113 年 06 月)刪除銷毀，而其研究資料只使用在本研究或後續的文章發表。若您有興趣瞭解研究結果，可提供您成果報告摘要。

過程中，若您感到不舒服，想要暫停或退出研究，我完全尊重您的意願，不用覺得不好意思，而先前已蒐集的資料會先徵詢您的意見，給予銷毀或保留。即便研究結束，有任何問題，都歡迎聯絡我。

研究參與者：

錄音：同意 不同意

成果回饋：無 需研究完成請提供報告，寄至電子信箱或郵寄地址

簽名：_____ 日期： 年 月 日

研究者簽署欄：

本同意書一式兩份，將由雙方各自留存，以利日後聯繫

研究人員簽名：_____ 日期： 年 月 日

中華民國_____年_____月_____日

◎過程中如您有任何疑慮，歡迎隨時與我聯繫。南華大學生死學所研究生：張瑜芳。

聯絡方式：09**-***-*** ； e-mail：1065XXXX @nhu.edu.tw



附錄二、訪談大綱

訪談大綱

1. 請您談談為何在出家修行後會選擇投入臨終關懷的工作？
2. 請您回顧您成為臨床佛教宗教師的專業培訓過程？
3. 請您說明您在安寧療護團隊中提供哪些臨終服務？
4. 請您說明您在照顧工作上主要面對的困境為何？
5. 請您說明您是如何陪伴臨終病人朝向善終的？
6. 請您說明您心目中理想的臨終靈性關懷的內涵與作法為何？
7. 請您說明您如何面對照顧工作的困難挑戰？
8. 請您說明您如何面對照顧工作的挫折調適？
9. 請您回顧並反思評價自己在臨終關懷工作上的學習與收穫？