

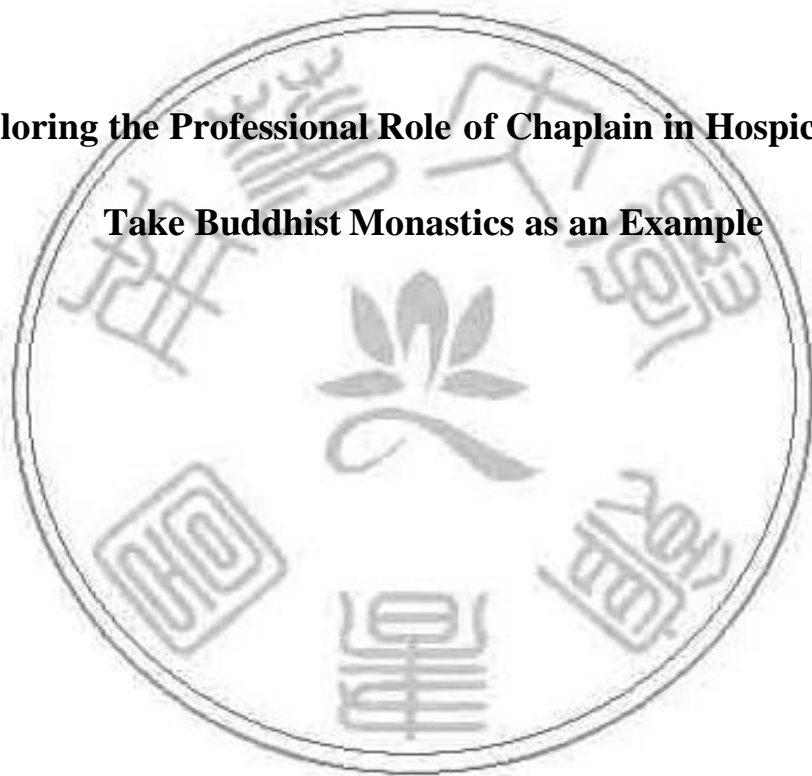
南 華 大 學
生 死 學 研 究 所 碩 士 論 文

宗 教 師 在 安 寧 療 護 中 的 專 業 化 角 色 初 探

以 佛 教 法 師 為 例

Exploring the Professional Role of Chaplain in Hospice Care:

Take Buddhist Monastics as an Example



研 究 生 : 何 婉 喬

指 導 教 授 : 蔡 昌 雄 博 士

中 華 民 國 九 十 二 年 六 月 二 十 六 日

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生死學研究所

宗教師在安寧療護中的專業化角色初探—以佛教法師為例

研究生：何婉喬

經考試合格特此證明

口試委員：蔡品雄

陳文雄

郭川雄

指導教授：蔡品雄

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 九十二年 六 月 二十六 日

誌 謝

記得要提交論文考試申請時，我的心還在猶疑擺盪著，今天終於完成論文了。這份喜悅願意和所有關心我的師長、親朋好友及家人分享。回首南華進修的日子，點滴在心頭，對於擁有多重角色的學生而言，應該感謝的人實在太多。

首先，感謝我的指導教授蔡昌雄老師，在臨終關懷、意義與象徵課程裏，對於靈性議題的啟發；論文寫作過程中對我的鼓勵與指導，讓我能做最後的衝刺，在六月鳳凰花開的季節，得以如期畢業。感謝老師在北上時到台中和我討論，讓我免於舟車往返，將永銘於心。謝謝鄒川雄老師，在口試中對研究架構、撰寫方法提供精闢建言，使我論文的質地更加厚實。感謝生死學所的老師，由於您們的學養背景不同讓我從課程上得到更多的省思，走出自己醫護為主的框架！

感謝台大醫院家醫科主任陳慶餘教授擔任口考委員，對法師培訓及靈性照顧給予更深入的指導與補充。更感謝陳教授去年暑假慨允我到緩和醫療病房見習一個月，讓我和法師一起照顧病人，這對我論文的完成有很大的助益。感謝亦師亦友的慧哲法師，從入學考試至論文口考的陪伴，台大緩和醫療病房靈性見習一個月時間，我們共同討論個案，那也是個人靈性成長豐碩的日子！感謝在生命視域中遭逢的病人，您們才是真正教導生死學的老師，在臨終的氛圍裡讓我有更多的動容與對生命的反思。

感謝我任教的學校—中台醫護技術學院給我進修的機會。感謝王乃三校長，許博厚副校長的支持與鼓勵。感謝護理系陳淑月主任在排課與工作上的包容，讓我安心進修。感謝經常關懷與協助我的好同事、好姊妹。感謝陳鳳櫻老師，在進修博士百忙中聽我談述論文、提供意見，使我加速向前。

感謝同窗好友曼妹、璧珍、亞蘭、梅子在論文寫作時的相互扶持與鼓勵，淑媛、婷娟的加油打氣。感謝曾經長時間搭載過我的福春、亞蘭。住藐姑射的日子，同學們夜遊中正大學，逛夜市吃碗公大的冰，買鳳梨的糰事，心靈舞蹈課程彼此共舞、心靈分享的時光，雖然彼此相聚時間不多，這些生活點滴足以讓人回味無窮！感恩這群可愛的同學都是我的善知識。

感謝外子信政，這一路走來他最瞭解我的辛苦與想法，如果不是他的包容、支持與陪伴，時常幫助我、呵護我，恐怕也無法完成學業。感謝我的三個兒女宜芳、旻修、旻倫的貼心懂事，讓我無後顧之憂。這樣的年齡再重回校園，家人的支持是一股穩定的力量。讓我擁抱你們，說一聲：謝謝！

這本論文的完成最要感謝的是所有研究參與者，沒有您們無私的分享，研究根本無法進行，是您們豐富了研究的內涵。尤其從事安寧照顧的八位法師，訪談中感佩您們的堅持與努力，讓臨終病人得有如此的因緣福報。由衷的感謝您們！也祝福網絡的建立使朝向專業化過程有更多的助緣。阿彌陀佛！

論文摘要

本研究關切的重點是，本土安寧靈性照顧的宗教師專業角色問題。透過在台大醫院緩和醫療病房受訓過的佛教法師為研究參與者，探討佛教宗教師在本土安寧照顧團隊中扮演的角色，以及影響法師能否妥善發揮安寧靈性照顧專業角色的相關情境脈絡。

本研究採質性研究方法進行，以紮根理論研究法進行資料分析，整理得出以下的結論：

(一)關於佛教法師在安寧療護中的角色功能：包含直接照顧病人、協助家屬和支持團隊成員，以幫助病人朝向善終。照顧病人是以「觀機逗教」₁「感應道交」給予病人靈性照顧。協助家屬部分是給予「引導方向」₁「提供安定」₁「建立依持力量」₁。在支持團隊成員部分，則以「接受轉介」₁「共同合作」來發揮他的角色功能。

(二)關於影響法師安寧專業角色扮演的情境脈絡：包含「培訓」「道場」「醫療機構」與「專業發展」₁。培訓可以幫助法師從「做中學」來「充實臨床能力」；法師要參加培訓或從事安寧照顧的工作，會受到道場的影響；法師完成培訓，到不同的醫院和與不同團隊共同照顧病人時，會受到「醫院背景」₁「團隊特性」₁「團隊成員」₁「病人住院時間的恰當性」等因素影響其發揮宗教師的安寧照顧角色；法師對其安寧團隊專業角色肯定之餘，刻正尋求建立專業的連繫網絡，以促進其未來專業發展的可能性。

本研究發現佛教宗教師在本土安寧團隊中的專業化角色雛形初具，有利於協助癌末病人達到善終。研究結果可提供安寧緩和醫療工作人員指引，以瞭解臨床佛教宗教師的專業角色功能，有利轉介工作的進行或與法師共同合作照顧病人。本研究所發現的概念性知識，亦可做為未來實質性理論的參考。

關鍵詞：宗教師，安寧療護，專業化角色，善終

Abstract

The primary concern of this study centers on the professional role of chaplain in spiritual care of local hospice teams. It explores Buddhist chaplains' role in local hospice teams, and the situational contexts that influence their performance in playing the professional role of spiritual care in hospice. A number of Buddhist monastics who have received professional training were selected as the research participants.

This study is conducted in a qualitative manner guided by the grounded theory method. And the result of the study is as follows:

1. The role and function of Buddhist monastics in hospice care: It includes playing a role in direct care of the patient, assistance of the family, and support of the team, in order to facilitate a good death. In providing the patient with spiritual care, they tailor the service to their needs in terms of their differences; they also attempt to build a rapport with the patient while communicating Buddhist teachings to him/her. They assist the family by offering them guidance and support, encouraging them to remain calm, and enabling them to build their own strengths through practicing Buddhism. The monastics also accept referrals from the other members on the team and work alongside to support them.

2. The situational contexts that influence the playing of the professional role:

The training program empowers the monastics through their actual, clinical participation. Most Buddhist monastics' temples may restrict their participation in the training or their service in hospice care. After the training is completed and certified, the monastics' clinical performance is determined by the hospital where they serve, the composition of the team, and whether the patient is checked in at a right timing. In affirming their professional role in hospice teams, the monastics are forming their professional association in attempt to facilitate the probable development of their professionalism in the future.

It is found through the study that the monastics' professional role of facilitating good death in local hospice teams is in a formative stage. Medical workers at palliative care units can learn more through this study about the professional role Buddhist monastics playing clinically in hospice care. It also helps them refer patients to adequate monastics, and work closely with them to provide care. The conceptual knowledge encompassed can serve as a reference for the development of relative substantial theories.

Key Words: chaplain, hospice care, professional role, good death

目 錄

第一章 緒論

第一節 研究背景與緣起	1
第二節 研究動機與研究目的	3

第二章 文獻探討

第一節 安寧療護的善終追尋	7
第二節 宗教與安寧療護	15
第三節 佛學與現代醫學	22
第四節 宗教人員與安寧療護	30

第三章 研究方法

第一節 紮根理論研究法簡介	37
第二節 研究對象與研究場所	39
第三節 資料收集方法及過程	40
第四節 資料分析過程	41
第五節 研究嚴謹度	47

第四章 研究結果

第一節 研究對象基本資料分析	52
第二節 宗教師在安寧療護中的角色功能	56
第三節 影響宗教師在安寧療護中角色功能的社會情境脈絡	82
第四節 宗教師專業發展的期待—臨終啟示邁向未來	104

第五章 討論

一、契理契機的宗教師角色	117
二、臨床佛教宗教師接受培訓對角色學習的重要性	120
三、法師在安寧照顧的角色功能明確是團隊依賴的對象	122
四、角色期待落差影響宗教師角色功能	125

五、出世精神入世工作朝向專業化角色認同-----	128
第六章 結論與建議	
第一節 結論-----	134
第二節 建議-----	139
第三節 研究限制-----	141
參考文獻	
中文部分-----	142
英文部分-----	145
附錄一 訪談指引-----	148
附錄二 法師基本資料表-----	149
附錄三 參與研究同意書-----	150
附錄四 開放性編碼實例（部分資料）-----	151

圖次

圖 4-1	研究結果概念圖示	-----	50
-------	----------	-------	----

表次

表 3-1	原始訪談資料示例	-----	42
表 3-2	開放性編碼示例	-----	43
表 3-3	相似原始資料及編碼歸類示例	-----	44
表 3-4	部分原始資料及主軸編碼歸類示例	-----	45
表 4-1	宗教師在安寧照顧角色功能及其影響脈絡各類組及其相關主題	-----	51
表 4-2	研究對象法師基本資料	-----	52

第一章

緒論

第一節 研究背景與緣起

台灣地區癌症死亡人數自民國七十一年起即佔死亡率第一位，根據衛生署九十一年份的統計資料，惡性腫瘤(癌症)已連續二十一年蟬聯十大死因之首(衛生署，2003)。一般而論，有關癌症總存活率的報告約只達 40%，這表示約有五分之二癌症病人拜目前發達的醫療科技之賜而得以痊癒，但是也同時顯示其餘五分之三的病人將可能死於癌症。這些未能治癒的病人在最後的病床歲月中常常飽受著各種癌症病相關症狀以及心理、心靈的折騰，其家屬也受盡失落、恐懼、焦慮等各種身心的煎熬。在近代的醫學裡，對於癌症的醫療一直強調的治癒的方法，但也往往忽略了照顧這些未能治癒卻佔一半的一群。有鑑於此，近二十年來的西方醫學強調了這部分醫學領域，而稱之為安寧療護或緩和醫療 (Hospice/Palliative)。這門科學談的是癌症病人症狀的控制(symptom control)，以及心理與心靈的整體照顧(holistic care)，目的是求得末期病人最好的生活品質 (賴允亮，民 84)。

台灣的安寧療護推動自 1990 年出現第一家緩和醫療病房開始，即受到社會、政府以及醫療界的重視，此後發展迅速，至今不過十一年，已經訂定出各種明文法令及評鑑規定，使癌末病人照顧更為周全，醫療照顧的品質更能獲得充分的保障。但在這個逐步發展的過程中發現，歐美的基督宗教文化體系運作的靈性照顧 (spiritual care) 無法全盤移植到台灣的民俗文化體系正常操作，所以如何研究發展「本土化的臨終關懷」，自行發展對應民俗文化的靈性照顧模式，以提供臨終病人及其家屬本土化的模式的臨終關懷與靈性照顧，成為國內從事安寧療護工作或安寧療護研究的專家學者責無旁貸的當務之急 (許禮安，民 89 年)。

我原本就是佛教醫事人員聯合會的成員，知道一群關心台灣安寧照顧推動情形的醫事人員為了推動佛教的臨終關懷模式，為了讓理想能實踐，成立蓮花臨終關懷基金會。

為了建立佛教的臨終關懷模式，佛教蓮花臨終關懷基金會及屏東一如淨舍臨終關懷協會支持研究經費，委託台大醫院緩和醫療病房成立研究小組，進行有關台灣臨床佛教宗教師之培訓及本土化之靈性照顧的相關研究。研究顯示（陳慶餘等，民 91 年）台灣居民已接受佛法信仰佔大部分，以經過培訓的臨床法師從事靈性照顧，是建立本土化安寧緩和醫療照顧模式的一部份，是照顧團隊的重要成員。依據過去四年的研究成果（88-90 緩和醫療佛教宗教師培訓計畫），臨床法師透過適當的評估與問題引導方式，提升病人的靈性境界，讓病人從束縛中脫困，痛苦就會減輕。研究證實佛法的慈悲喜捨，平等空慧的境界如果能由照顧者啟發，與病人間互動，感應與證悟，能幫助病人放下重擔，得到解脫。

在過去二年的時間內，研究者曾隨著一位在台大醫院接受「緩和醫療臨床佛教宗教師」訓練過的法師，於台中仁愛醫院緩和病房從事靈性照顧的工作；發現該法師經常扮演著直接而鮮明的角色，成為病人及家屬在靈性問題上的求助對象，其角色功能甚為重要。除此之外，該法師在培訓後也在佛學院開設一年「佛教生死學」的課，嘗試將安寧療護的理念融入佛學院的課程，我也參與了這個課程。我想這也是因緣吧！因為法師是我讀書會的指導老師，我是讀書會的會長，在這個參與的過程中常覺得自己的不足；也思考自己的人生規劃；所以選擇讓自己再進修。進入本所後，由於教授們的學養背景不同讓我從課程上得到更多的啟發，走出自己醫護為主的框架；讓我重新看待嚴肅的生死問題。同時也希望從以往接觸比較多的佛教臨終助念關懷模式，轉入臨終病患的照顧。九一年暑假，我參加技專院校教師赴公民營機構實務研習——我選擇了中山醫學大學安寧病房五天的研習外，並在獲得研究小組陳慶餘教授的許可下，和法師共同至台大醫院緩和醫療病房一個月的時間；法師是接受進階訓練，我是以靈性照顧見習的身份進入病房和法師一起照顧病人；並參與緩和醫療團隊的各項活動，希望這樣的學習能豐富自己的研究內涵。此外，研究者目前也會和法師定期至中國醫藥學院附設醫院美德病房參加病房團隊會議。

第二節 研究動機與研究目的

一、研究動機

佛教對於生死問題的探索方式有殊勝之處，在所有宗教之中，佛教自始自終以生死大事為其關注的首要課題，以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻，所以如何讓臨終病人能得到善終，能在下一個生命期有好的開始，是佛教所重視的。釋迦佛陀稱佛為大醫王，佛法稱為方藥，僧眾稱為看護，然而佛教法師如何進入醫療體系接受訓練？如何發揮宗教師的角色功能？臨床佛教宗教師的角色功能被如何看待？在安寧療護本土化的靈性照顧上如何發展佛法的特色？這些因緣想法，引發了研究者對本研究主題的興趣。

基於前面所述，台灣目前本土化靈性照顧存有許多課題，而研究者意欲進行本研究乃基於以下幾個理由：

（一）對於臨床佛教宗教師之關懷

近代中國佛學界大師印順法師其「人間佛教」思想在當代台灣佛教得到極大的發揚，成為當代台灣佛教界主流之一。佛教界以「人間佛教」理念從事入世發展方向，成功的轉換了大陸傳統佛教以出世性格的發展模式，發揮佛教普利現實社會的功能。安寧緩和醫療引進台灣、根植台灣已有 12 個年頭，在佛教現代化的過程中，法師能正式進入安寧緩和醫療體制成為團隊中重要的角色；發揮佛教的基本精神，是一個很重要的契機。因此，研究者本身不只參與培訓法師一起照顧病人，並且更想深入瞭解臨床佛教宗教師在服務過程中之際遇和發展，期待他們能走出專業的特性，未來能建構其專業認同。

（二）探討醫療機構對宗教師角色功能的影響

黃鳳英等於 2001 年 3-5 月間，針對全國 22 家安寧緩和醫療機構共 38 位主要負責的醫護人員進行目前各機構內靈性照顧狀況、臨床佛教宗教師的需求，以及參與各病房間聯合靈性會議的意願等調查，38 份問卷中，有相當高

的比例（71%）有增聘臨床佛教宗教師的需求，但問及醫院可提供新聘臨床佛教宗教師支薪資與福利時，以 31 份(81.6%)完全沒有預算最多（黃鳳英，2001）。安寧緩和醫療團隊面臨需要臨床佛教宗教師的服務與院方可提供宗教師的福利，其差異相當大。研究者希望能瞭解實際情形，能使醫療機構未來持續建立共識，健全發展臨床佛教宗教師的專業照顧，成為本土化安寧緩和醫療照顧團隊的一環。

（三）宗教師角色功能研究文獻資料缺乏

安寧療護要移植到國內最大困擾就是靈性照顧部分，國內統計上是佛教徒與一般民間信仰居多，在臨床上無法應用歐美的方式進行靈性照顧，如何研究發展本土化的臨終關懷，自行發展對應民俗文化的靈性照顧模式，是當務之急。然而有關安寧緩和醫療及癌症末期病人之相關論文中發現，其趨勢多以癌症末期病人及其家屬社會心理的相關研究為多，至於探討安寧緩和醫療專業人員之研究則很少，對於宗教人員專業角色功能之研究更是付之闕如。除了國內台大醫院至今已經進行四年相關的研究報告，國外有關臨床神職人員參與緩和醫療訓練的文獻亦不多見。面對此本土化靈性照顧的重要性下，以此為研究主題當有其實質的助益。

（四）採用質性研究進行瞭解法師從事靈性照顧的過程

目前已有的研究仍偏向於實證研究。佛教宗教師其角色功能可能隨著醫療環境與團隊的不同、個人實務之持續累積、生命經驗及佛法的體悟而有所不同。因此本研究採質性研究的方法，用以深入瞭解佛教宗教師之角色功能，宗教師個人對其角色內在觀點，並依此路徑進而探尋影響其角色功能之情境脈絡。

二、研究目的

綜合以上背景與動機陳述，本研究主要的目的如下：

1. 探討佛教宗教師在建立本土化靈性照顧之角色功能，以瞭解其對臨終病人善終的

影響。

2. 探討法師在現代醫療體系的培訓情形，並瞭解培訓對宗教師在安寧療護中專業化角色功能的影響。
3. 探討影響法師在安寧療護中專業化角色功能施作之情境脈絡。
4. 瞭解法師對扮演宗教師之角色期待。

第三節 名詞界定

一、宗教師 (chaplain)

從事宗教的工作人員，他(她)們有各種職稱，其職稱上有法號、法師、神父、主教、教皇、牧師、長老、傳道等不同的頭銜，但都在做宗教性的事工，帶領他人來認知其宗教的教義和宗旨。

本研究指的為秉持安寧療護的理念，以宗教立場給予癌症末期病人靈性照顧的佛教法師。

二、安寧療護 (Hospice/Palliative care)

根據世界衛生組織 (WHO) 1987 年為緩和醫學 (palliative medicine) 所下的定義：緩和醫學就是『對治癒性醫療已無反應及利益的末期病患，所施予的積極性的全人照顧 (active total care)。包括給予病人疼痛控制及其他症狀緩解的必要治療，並輔以心靈層面、社會層面及靈性層面之 (spiritual) 照顧。緩和醫療的目標是使病人及其家屬獲得最佳的生活品質 (quality of life)。』

本研究指的是佛教宗教師秉持安寧療護的理念，在安寧緩和醫療病房照顧病人，評估病人靈性需求，藉由佛法的力量，加強病人內在力量的提升，幫助臨終病人安詳往生的照顧過程。

三、專業化角色 (Professional Role)

專業化：

依「大辭典」對專業之解釋有三種涵意：1. 專門研究某種學問，或從事某種事

業；2.專精於某種學問或事業；3.專門知識才能和道德的人（三民書局大辭典編纂委員會，民74）。專業化的標準：1.具有系統的學理基礎；2.具有高度的知識構成；3.必須經由長期（通常四至五年）的訓練培養；4.擁有一套服務、客觀、公正無私的行事規範；5.有同事取向（Colleague-Oriented）的參照團體；6.擁有高度的專業自治；7.依據專業知識和標準而訂定的行規倫理。

本研究的宗教師是一個正在發展中的新興角色，擬從專業知能、訓練培養、專業組織、人格特質探討其專業化之初貌。

角色（role）：

在所處社會系統的互動情境中，具有特別身份地位者，在履行其個體所有特殊的權利義務時，被期望及實際應表現的行為模式或特質。

本研究是指法師在臨終照顧的場域中以宗教師的身份照顧癌末病人時，其個人自身認定與他人期待下的行為模式或特質。

四、善終（appropriate death）

主觀的：

Weisman(1984)認為善終的概念對每個人是不同的。個人的人格特質和價值觀念、對生命和死亡的態度都會影響其善終的內涵。

客觀的：

臺大醫院緩和醫療病房在1995年時發展出一套善終（appropriate death）評估表，將善終評估的指標分為：瞭解自己死之將至（awareness）、心平氣和接受（acceptance）、後事交代安排（propriety）、時間恰當性（timeliness）、去世前三天舒適性（comfort）等五項

本研究以淨土回向文做為法師協助病人善終的目標

若臨命終 自知時至 身無病苦 心不貪念 意不顛倒 如入禪定

第二章 文獻探討

第一節 安寧療護的善終追尋

一、對於當代醫療的反思

在二十世紀，綜合了社會價值的改變，科技的擴展及人群的擴充，改變了生死的眼光。人們對於生死的態度和行為，受到社會去宗教化的影響，科學遂在醫療的運作和人類生命的延續上展現其力量。自從 1945 年，疾病的生物醫學模式影響了醫療措施和教育，在這個模式中，疾病被定義為生理和生物化學的偏差，而身體形同破舊的機器；醫學的目標在復原身體不健全的部分。疾病處理和死亡控制的現代化，在第二次世界大戰後發展快速，導致醫院變成科技化維持生命的機構(Wass,H & Neimeyer,R. , 1984 : 120)。

根據 Nettleton (1995 : 293-4) 在健康與疾病社會學的研究與整理中，：現代西方醫學的基礎根植於「生物醫學的模式」(the biomedical model)，它主導了從十八世紀末迄今西方正式醫學照顧之發展，生物醫學解釋疾病專注於生物學上的改變，相對地忽略了社會與心理的影響因素，因此往往會忽略病人的感受與環境的影響。另一個西方醫學所承襲的特點即是根植於「客觀的科學」，它包含自啟蒙時代以來所推崇之實驗（證）的觀察與歸納方法的精神。據此，醫學宣稱其能提供有證據的反應來瞭解疾病與病痛。如此直線演化的科學進展，雖然帶來了醫學上許多的貢獻，但也產生了某個程度上的偏頗。在上述的醫學發展下，人們不管在日常生活經驗、意識型態與社會行為方面均受到醫學化的控制與影響，當代醫學任務，不似傳統醫學的工作與使命，在於協助病人善終，而是被「不問任何代價」要去維持患者生命的企圖所取代。在這樣的醫學架構下，醫院在面對已經到達最後關頭的癌症末期病人，大多仍會做些如輸血或注射副作用很強的抗癌藥劑等急救措施，設法拖延病患

的死亡時間（柏木哲夫，2000：35）。日本作家小田晉（1998：24）形容：在醫院我們時常可見到，末期癌症患者到臨死前還在進行各種延命措施，例如打點滴、戴氧氣罩、全身插滿管子等等。這樣的情景便形成為所謂的「通心粉症候群」。根據他的觀察發現：「在『通心粉』狀態下過世的人多半無法留下遺言，『不鳴而死』」（小田晉，1998：26）。

根據柏木哲夫醫師的研究，古時候的人大多是在家裡迎接死亡，但自第二次世界大戰結束後，由於醫學發達、醫院增多、醫療技術發展的結果，在醫院死亡的人數便越來越多 - 即自「在家死」轉變為「醫院死」的情況。我們藉由日本的統計數據來看：直至 1995 年，醫院死的百分比（80%）已經超過在家死（20%）的比例了，這代表在醫院死的情況愈來愈普遍（柏木哲夫，2000：26）。由於過去大多數的人都在家中迎接死亡，垂死者因為處於自己熟悉的環境下，與家人有比較多的時間享受，如分享悲傷、互相安慰與支持等情感性的互動。但若在醫院迎接死亡，根據柏木哲夫（2000：27）的看法：「種種外在因素都可能阻礙這些溝通互動」，這些因素包括陌生的環境、嚴酷的治療及工商社會親友多半以事業為重，病人最後只能孤獨地面對死亡。

瞭解現代醫學專業面對臨終者所產生的種種缺失後，我們來討論醫學應扮演什麼樣的角色來扭轉此一情境。

- （一）把死亡納入醫療之中：醫學一方面要向前走，另一方面也要同時向後走。向前走即是指：醫學不但要努力發展，及延長生命、改善醫療品質，創造更美好的生命；向後走指的是醫療照顧從一開始就應把死亡納入其中，把死亡視為無法避免的，不以破壞或扭曲死亡為代價而尋求增進生命（丹尼爾，1999：221），透過拋棄「疾病與死亡之間神話的幻想」，將死亡包括進入到醫學的範疇裡頭。
- （二）承認「能力有限的」醫學（納入人性的醫學）：當我們將「死亡」納入醫學的領域之後，在施行醫療技術時，便會考慮到醫學治療總有一天會無用武之地，屆時最重要的即是要「承認自己的有限性」而不再繼續「肆無忌憚」地

治療下去。亦即一種承認自己能力有限，一種體認無法治癒，或是必須在極高昂的經濟代價或人類代價下，才能取得治療效果的醫學(Anatole Broyard, 2000:47)。

(三) 在最後階段協助病人善終：當醫學意識到「自己的限制」，同時納入人性之關懷時，醫學在最後階段極為重要的工作便是「協助病人善終」醫師的工作由治療患者的疾病，轉成處理長期的病痛協助臨終者「善終」。最重要的工作，即是把極度重病所產生的痛苦、折磨減至最低程度。Kleinman 認為：臨終照顧的核心便在於「使醫生的個性與患者一生之關係變成治療的主要旋律。」(Kleinman.1996：166)。 除此之外，丹尼爾醫生認為我們應該提倡 - 結合醫學、社會學與人類學多方面想法之「平和死亡」。此「平和死亡」的定義：基本上是以「醫學」為主軸，使得人們能夠在醫學科技的幫助下達至舒緩而且平靜的死亡，重拾若干「溫順死亡」特性的死亡。

「尊嚴死亡運動」是由庫布勒 羅斯等人在一九七 年代初期所在美國形成之改革運動。此運動明確的表示：只要病人想要，有拒絕繼續接受醫療的權利。在生命行將結束時，醫學照顧的重心應當是把病人當作一個人，而非只是單純的搶救一些已無用的器官（丹尼爾，1999:22）。

二、安寧療護與臨終關懷

關於庫布勒 羅斯等人在美國所提倡之「尊嚴死亡運動」之改革運動，其中在實踐方面，最顯而易見的，即是現今廣為大眾熟知的「安寧療護」。這一部份我們將探討安寧療護的創始與發展、照顧模式。

(一) 安寧療護的創始與發展

臨終關懷起源於中世紀為提供旅人中途休息站，宗教界用於照顧病者的靈魂，19、20 世紀 Irish 修女開始提供臨終者之居家照顧，最終臨終關懷應用於醫療照顧上，特別是對臨終的病者（Saunders，1978）。hospital、hostel、hotel、hospice 等字都來自於拉丁字 hospitus，意為接待客人的地方，此理論

至今都普遍被醫療界所延用。如今臨終關懷不只是個地方，他是對末期病人及家屬提供止痛、症狀控制與支持的科技整合性服務，他滿足病人身、心、靈需求，提供更人性的服務、以全家為導向的理念，而達到症狀控制與促進末期病人生活品質的照護。

臨終關懷緣起於 Dame Cicely Saunders 發展當今之臨終關懷是要照顧以往被隔絕、忽略或放棄的一群人，1967 年她在倫敦創建 St.Christopher's 安寧院，提倡滿足臨終者及其家人的需求。1948 年她認識一位 40 歲癌末的逃兵叫 AvieTasma，論及應該提供更人性化、更有尊嚴的死亡場所，他死後留下 500 英鎊，Saundes 用之創立了 St.Christopher's 安寧院，開始了新的照顧模式。(Wass,H & Neimeyer,R. , 1984 : 120)

1970 年;美國之社區志工提供了家庭服務,1974 年在 NewHaven 首先發展了居家臨終關懷，自此;美國已超過 1900 個安寧機構，1975 年在加拿大以英國的臨終關懷模式開始了緩和醫療照顧。北美是以英國之臨終關懷為基礎，臨終關懷在美國將之納入健康照顧體系，主要強調居家照顧。如今，臨終關懷在世界有不同型式發展，雖然都有些微差距，但都仍以 St. Christopher's 之照顧原則為主(Wass,H & Neimeyer,R. , 1984 : 121)。

(二) 安寧療護的理念

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 對安寧緩和醫療的定義為：「當疾病已無法治癒時，積極的協助病患提供整體性照顧，疼痛與其他症狀之控制、心理、社會及靈性問題為最重要，以達到病患及家屬最好之生活品質為目標」。安寧療護的目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質。安寧療護的某些方式甚至在病患罹病的早期也可適用。例如抗癌治療與症狀緩解治療同時進行。因為安寧療護著重在病患的生活品質之提升，因此隨著疾病的惡化，其所佔的份量將愈形加重，WHO 對其所下的安寧療護的定義又作了更進一步的解釋：「安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程。人不可加速死亡，也不需無所不用其極地英雄式拖延死亡過

程。醫療團隊協助病患緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病患達到最佳生活品質，並使家屬順利渡過哀傷期。」

總之，安寧療護的理念大致可歸納以下四點（吳庶深，1988：72-78；鍾昌宏，1994：9）：（一）尊重生命的尊嚴及臨終病人的權利。（二）接納死亡的事實。（三）重視臨終病人的生活品質。（四）治療的理念以照顧為主，以病人為照顧核心，全人、全家、全隊、全程等四全為照護模式，使得生死兩相安。

（三）安寧緩和醫療的特性

泰戈爾曾說：「生似夏花之絢爛，死如秋葉之靜美。」正反應出安寧緩和醫療欲達成生命了無憾恨、生死兩相安之理念，而就安寧文獻的整理就知道其具有「全人照顧」（holistic caring）、「跨科際團隊」（interdisciplinary team）和「持續性照護」（continuing caring）等三個特性。臨終病人的痛其實是來自生理、心理、社會，和靈性等多層面的整體性痛苦（total pain）。國內學者趙可式（1997）在探討末期病人對於善終意義的體認中發現，臨終病人希望能達到身體、心理，與思想等三方面平安。所以，為了能協助病人平安、提昇其生活品質，往日醫學「頭痛醫頭，腳痛醫腳」已不實用於今日，取而代之的是以全人為取向之照顧，用以協助臨終病人保持有意義的生活品質、適應不穩定的身體情況、面對存在與靈性的課題，和計劃生者（家人）的生活。因此「整體性」的照護和「跨科際團隊」的合作型態是安寧緩和醫療其中重要的兩個特性（Christ，1993:97）。「持續性照護」可彌補傳統健康照護體系的片段與不完整，其目的在於維護醫療品質、提高醫療的成本效益與增進社區資源的可利用性等，對於病人的整體健康和照護品質尤為重要，而持續性的症狀控制亦是安寧持續性照護的一個重要焦點，其中以安寧居家緩和醫療照護為重要，可以協助病人於熟悉的社區中安享餘生（楊克平等，1999：65-67）

（四）安寧療護在台灣

安寧療護（Hospice/Palliative Care）的觀念於1980引進台灣，在1983年馬偕紀念醫院領導階層已經著眼癌末期照顧的前瞻性及重要性；此後經四年的審

慎計劃終於在 1987 年成立安寧照顧小組負責籌劃安寧照顧病房之軟、硬體各項設施。這也是第一次將 HospiceCare 譯成中文，稱之為「安寧照顧」。1990 年 2 月馬偕醫院安寧病房成立，成為台灣第一家的癌末期病患照顧病房，也是台灣正式有安寧照顧之始。同年年底財團法人馬偕紀念事業基金會更進一步成立安寧照顧基金會，從宣導教育及醫療補助等各方面推動了台灣安寧照顧的搖籃。1993 年康泰醫療教育基金會正式成立癌末期照顧中心，開始以居家護理的模式作安寧照顧。雖然在 1991 年孫逸仙醫院在其癌病居家護理中亦照顧癌症末期病人，但康泰基金會之癌症末期照顧組乃第一家純以照顧癌末病人為實的居家照護單位。台灣成為全球第 18 個有安寧緩和醫療的國家，從此而後安寧照顧單位如雨後春筍逐漸成立（賴允亮，1996）。迄今共有 24 家有住院設施的安寧病房，以及 30 家衛生署核定試辦的安寧居家護理單位（截至 2002 年 7 月止）。

三、善終的追尋

安寧療護的倡導者桑德斯醫師曾提到安寧療護的五大目標為：1.內心衝突之消除 2.人際怨懟之復合 3.特殊心願之實現 4.未竟事務的安排 5.親朋好友之道別（鍾昌宏，1995）。

在諸多善終的定義中，Kellehcar 為少數提出具體架構的學者。他所提出的「善終模式」包含下列五項要點：瞭解死之將至，社會調適，心理調適，親友心理調適及後事交代安排。由於死亡的經歷不只限於病患本身，周遭的親友及醫護人員往往也感同身受，因此 Nimocks 就善終的社會意義有更深刻的詮釋：他認為的善終『為一種周遭親友皆能接受，在情感上相互扶持，盡量減輕病人的不適與疏離感，且完成患者心願的過程』。1988 年哈佛大學精神科教授 Weisman 以其精神醫學專長的觀點，為善終做了如下定義：身心痛苦減至最低程度且帶著尊嚴辭世。他認為善終的徵象應包含下列項目：(1) 瞭解死之將至 (2) 心平氣和的接受 (3) 後事交代安排 (4) 時間恰當性。除此，他提出(1)身體照顧 (2)病人的自主性 (3)病人的情緒穩定度 (4)

與病人語言及非語言的溝通 (5)病人的生活連續性及 (6)病人的心願的達成等六項作為善終的標準。在諸多善終闡釋及定義中最为具體。而 Taylor 的研究不僅認同上述學者對善終的體認，同時肯定了緩和醫療人員在善終過程所扮演的角色。

西方社會在一九七〇至一九九〇年代中，提出數個與臨終關懷相關的名詞（趙可式，2001）；適當的死亡（appropriate death）、好死（good death）、安寧尊嚴地臨終（Dying with peace and dignity）、馴服的死亡（tame death）、健康的臨終（healthy dying）

在華人世界有幾個詞彙常使用來形容正面性的死亡過程：「善終」、「好死」、「安心瞑目」、「安詳的走了」或帶有佛教色彩的「往生極樂」、「圓寂」、「坐化」、「涅槃」等等。傅偉勳教授以哲學的觀點敘述所謂死亡的尊嚴為：「面臨死亡時刻感到此生值得，問心無愧」，且有安身立命之感，免於恐懼及絕望，死的自然，無痛苦，有親屬及好友在旁給予人間溫暖。」（傅偉勳，民 82）

國內安寧療護的先驅倡導學者趙可式針對台北市四家醫院選取住院及已出院作居家護理的癌末病患所進行的深入訪談研究（趙可式，1997）。在趙氏的研究結果中將『善終』著意義歸納成為三個類目（constitutive patterns），即身體平安、心理平安、和思想平安。在身體平安方面又有四個主題（themes）即身體的痛可以減輕至最低、臨終的過程不要太長、身體完整、清潔整齊、能活動等；在心理平安則分為：認命、放下、不孤獨、心願已了無牽掛、在喜歡的環境中享受大自然；思想平安則分為：一天過一天、不去想太多、有意義的一生、人生苦海即將上岸等。此研究可說是國內第一個針對癌末病患對善終意義體認的本土研究。

臺大醫院緩和醫療病房在 1995 年時針對四十八位在緩和醫療病房過世的癌症末期病人所做的研究結果，發展出一套善終（appropriate death）評估表，將善終評估的指標分為：瞭解自己死之將近（awareness）、心平氣和接受（acceptance）、後事交代安排（Propriety）、時間恰當性（timeliness）、去世前三天舒適性（comfort）等五項；在善終服務的評價上則分為：1.身體照護（care）包括症狀控制及病人及家屬的滿意度。2.自主性（control）指的是病人的自主能力得到尊重及病人參與照護意願得到尊重。3.情緒穩定度（composure）為焦慮緩解度和憂鬱緩解度。4.溝通

(communication) 包含語言的支持及非語言的支持。5.生活連續性 (continuity) 指過去親友的溝通聯絡及對過去生活的肯定。6.結束 (closure)則為心願的達成及家人哀慟輔導。該病房人員以此表格作為評估在安寧病房的癌末病患是否有符合『善終』的處置。

佛教的生命觀是無始無終的圓周生命觀，死亡並非毀滅，而是另一個新生命的開始，生命在輪迴中輪轉，直到達最高境界成佛進入「涅槃」。而影響輪迴時轉往「善道」或「惡道」的因素有：「隨業」、「隨習」、「隨念」，所以臨終之際，其人的「善念」與「善願」是很重要的；佛教徒期待的善終是臨終能提起正念，蒙佛接引，蓮花化生西方極樂世界（印順，民 83）。安寧療護的照顧模式，反省以往過度仰賴醫學科技的介入，在臨終時期不再無所不用其極地對於病人進行「激烈式」的治療，而是透過「醫護團隊」的合作，協助患者以及家屬達到生死兩無憾。善終是癌末病人臨終歷程最後追求的理想。透過此研究瞭解宗教師在安寧照顧中，幫助病人內在力量的提昇及靈性的轉化是否有助於病人達到善終。

第二節 宗教與安寧療護

人是「身」「心」與「靈」的整合體。靈性則是一個人內在整個資源所在，它引導著一個人的思、言與行為，深遠地影響著一個人的各個層面，如身心，社會等（Mobery, 1979）。死亡的事實凸顯了生命意義的重要性，人在臨終前大多渴望體會到此生的價值與充實感，若能找到生命之意義，則多能死而無憾。安寧緩和醫療的全人照顧是兼顧臨終病人身心靈層面的專業照顧。因此，對於身心靈不同層面的專業建立與臨床介入模式的完整發展，是在國內漸趨成熟的安寧緩和醫療照顧中不可或缺的一環。雖然諸多的文獻皆強調靈性與宗教的不同，但一些研究也顯示宗教對癌症病人的重要性。此章擬探討宗教與安寧療護的關係。

一、安寧療護與靈性照護

台灣近幾年參考西方安寧療護之醫療模式，積極推展並強調要提供癌末病人「身心靈」的全人照顧，綜合西方文獻，認為靈性是一種賦予有機體生命力以及生生不息但又不可觸摸的法則，此生命原則滲透全人（包括生理、心理情緒、社會道德與倫理層面），形成一個超越價值觀的空間，西方文化已習於使用「靈性」此名詞，並發展出一些靈性需求的指標或評估表（Georgesén J, 1996 ;: Highfield MF, 1992 ; 施富金, 民 86），但是否適用於國人呢？這還值得我們去深思與探討。

（一）靈性的定義

在截然不同的文化時代，人們都能接受與承認內在的靈性。從靈性層次的專有名詞，如拉丁文的 Spiritus 及 Anima，英文的 Soul 及 Spirit，希伯來文的 Ruah，希臘文的 Pheuma 及 Psych，梵文的 Purusha 及 Atman，以及中文的靈、精神、佛性等，雖然這些名詞內涵上有些出入，但都肯定了靈性的普通經驗及普遍信仰（李安德，1992）。此外靈性更是個人透過自我超越，體會到人生意義與價值，達到自我關係、人際關係、人神關係和諧的過程（Reed, 1992）。Banks（1980）利用質性研究法提出了「靈性」蘊含四種特徵：1、

「靈性」是人類生理、心理及社會三個層面的整合力；2、「靈性」為人類尋求人生意義的激發力；3、「靈性」是人與人溝通，彼此分享的聯結力；4、「靈性」是人類行為思想的指引。而 Michael, J. and Gina, M. (2000) 認為靈性應該包括慈悲、奉獻、同情、寬恕、希望、學習、意義及道德。

(二) 靈性照護

在緩和醫療全人護理照顧 (holistic nursing care) 理念下，病人的身體、心理和靈性，被認為是息息相關不可分割的，而靈性則被視為是個人做為統合內在資源的力量，例如 Reed(1992:352) 認為，靈性被視為整體的 (holistic) 人類特質，因此它打破了傳統心理、社會、及生理對人的劃分，意即我們不再分割式地去看一個臨終者，而用整體的靈性安適 (spiritual well-being) 來關照臨終者。這個看法，不僅被認為符合護理照護的精神，也符合了近代臨終照顧的意識型態 所謂身、心、靈全人照顧。

Dyson 等人 (1997) 在靈性意義的文獻回顧中指出：本心 (Self)、他者 (Other)、上帝 (God) 是靈性定義中的三個主要要素，其他重要的議題包括：意義、希望、與他人之締結 (connected-ness)、信仰等。他認為靈性的安適 (spiritual well-being) 在於個人能在本心、他者及上帝三者之間維持一個「正確」、相互和諧的關係，而此處所謂的上帝可以有很多形式，指的是個人所秉持的生命最高價值。Munley (1983) 提供靈性照顧的三個主要目標：培養整全性、促進人際間的鍵結、及增進個人對意義的探求。Stoter(1995) 明確的指出靈性包含了個人的生活體驗、成功與失敗、快樂與悲傷、優點與缺陷等全部所有的生活範疇。它亦包含個人的背景、文化、工作體驗、家庭與社會生活等。事實上，所有的事物均成就了一個具有獨特能力來反應生活事件及狀況的獨特個體。若依此觀點擴及至一個家庭，則一個家庭的形成會隨著一個人的思想、希望、畏懼、信仰、疑惑及期望的背景而受影響，且此個人亦會受其家庭或配偶的影響 Stoter(1995)。靈性照護正如身體上的照護，各種影響因素均應納入考慮，不能僅埋首於單純的症狀控制而已，照護所及

應包括該個體或家庭的整體狀態。

因此，吾人應接受病患的整體，並肯定每一個人的既存狀態。意即接受他們的信仰、疑惑、恐懼、及焦慮等思想言行為表達“那就是他們的本人”的一種方式，自應無條件的予以肯定。李昭輝（民 86）亦認為一個人在面臨生命的終了時，常會很嚴肅的思索與評估其此生的價值與意義何在？而護理的原則乃是無條件的肯定病患的存在價值與尊嚴，無論他/她是處於何種狀況下。無條件的接受與肯定一個人的現狀是靈性照護的入門。靈性照護可謂是一個無條件愛的贈品，是表達人類愛的一種最高形式。對某些人而言，這是對神愛的一種信仰，及接受我們每一個人就是現在的我們（Stoter,1995）。

靈性需求在每一位癌末病患的內心裏面，更是外顯它的存在，因為物質的世界漸漸地遠離，所謂千金喚不回肉體腐壞與衰敗。此時生命的價值，人生的意義與「我往何處？」「誰是我的引航？」許多非經驗的思考、不安、需求，一一的呈現了。那麼宗教在靈性需求上將成為一項寶貴的資源，提供照顧上的助力，讓面對死亡時，有尊嚴，又安寧。

二、靈性照護上的宗教層面

宗教(religion)一辭，源自拉丁字根“緊密地連結(to tie fast)”，含有依附上帝，並以取悅上帝的生活方式生活的意思。而“靈魂/精神(spirit)”乃源於拉丁文“呼吸(breath)”，引伸而言有使生命蓬勃，富有生氣的意思(Pilce,Stevens, & LaBarre,1995)。「宗教」的意義就是「實現上天以啟示等形式給予的命令。其重點放在信守或執行上天所頒下的規則和法律。現在我們可以發現，在佛教裡，「法」也是要加以信守的，信守某教義或採取某行動以建立和至高無上者之間的聯結。」。（佛使尊者，1990：4-5）著。

Stoll(1979)及 Hess(1983)為對病患的靈性關懷付出極大心力的護理人員，他們認為靈性需求(spiritual needs)是建立及維持與“上帝(God)”關係之必要條件，而所謂的“上帝”之定義應由此個人所訂定。這些與上帝建立及維持關係的條件包括原

諒、愛與希望，及生活的意義與目的。根據中央研究院民族學研究所在一九八五年所辦的調查，瞿海源教授得出如下的結論：「目前台灣地區的居民絕大多數自認為有宗教信仰的，即百分之九十一的人都自我認定信仰了某一類宗教，而只有百分之九的人自認為無任何宗教信仰。」上述的百分比也間接地顯示，絕大多數的人類肯定人類具有靈性的層次，因為宗教假定了靈性或超個人的層次存在（李安德，1992:302）。Emblen 也曾清楚的表達過這類觀點：「我認為有過宗教性覺悟的人，必然盡他所能地由自私的慾望桎梏中解脫出來，胸懷所繫的常是與超個人性有關的思想、感受及抱負。對我而言，最重要的是這超越個人內涵之力量及這個強烈的價值意義之深刻信念，不論他是否將這個意義與神之存在聯繫在一起 因此宗教人士的虔誠，顯示在他對崇高偉大的超個人對象及目標的堅信不移，這些對象及目標常無需理性的基礎，反正，理性也無法提供此類基礎，它們的存在和他本人一樣必然而真實。」(Emblen, 1992, p42)

Maslow 也有類似的宗教觀念：「我們所描述的已經自我實現者的具體象徵，在許多方面和宗教所鼓吹的理想相通，例如自我超越、真善美的融合、服務他人、智慧、誠實、自然、超越個人自私的企圖，為較高的理想而放棄低層的慾望，容易分辨目的（寧靜、莊嚴、和平）與手段（金錢、權力、地位），敵對的心態及暴力傾向愈來愈低而友善、溫柔、仁慈之心則逐一增強 」。因此近乎普遍存在的宗教現象也成了人內心超理性或靈性的存在的另一個標記（李安德，1992:302）。

臨床上，癌末病人要承受癌症以及治療所造成的痛苦與不適症狀，面對病情與生命的不確定性，常有生氣、傷心、焦慮、哭泣及憂鬱等負向心理情緒反應，加上家庭社會支持網絡的改變或不足，導致病人對人生缺乏意義及價值感，形成整體性痛苦（total suffering）。隨著死亡陰霾的逼近，病人會開始思考和尋找其悲苦人生的意義與價值，常因無法找到生命的意義而感到無力與無助，甚至有自殺的靈性危機，故瀕死病人常有尋求人間愛、希望/力量、生命意義/目的以及他人的信任與諒解等靈性需求（Taylor EJ, Highfield M, Amenta M, 1994 Highfield MF, 1992）。

由於宗教信仰的動機多是來自吾人對所處的現實世界中諸事，無法再稱心如

意，因而對超越現實的世界懷著無限的希望，其希望之目的可謂之救贖(如基督教)解脫或回歸(如佛教)等(陳潔明，民 85)。這種因信仰產生的希望，有使心靈獲得慰藉與滿足的功效，對臨終病患尤其具有意義。王敬弘(民 83)指出，宗教信仰可啟示人生的真諦，認識人的生命來自何處及往何處去。所有的宗教都相信，人在有限的生命結束後，尚有永遠的生命：而宗教正是可助人獲得永生的途徑。基於宗教信仰的這種本質，每種宗教都有其終極關懷，臨終病患靈性層面的照護自是不可或缺的一部分。

三、宗教影響癌症病人之相關研究

許多的研究發現宗教和死亡態度有關：Wright(1998)認為一般宗教信仰之所以可能會影響個人的死亡態度是因為有宗教信仰者會比較相信有來生、輪迴、生命是有恆不滅的，所以對來生是有希望也就較不會恐懼。Carr & Morris 提出轉介牧師師父予癌症患者相關信仰的宗教儀式活動，可協助其解決一些靈性上的困擾。林靜琪與邱豔芬表示透過誦經及祈禱的方式可以減少患者的孤獨感。Brown-Saltzman 提出冥想禱告及想像指引為癌症患者的靈性照護措施。林笑建議採祈禱或讀經的方式與神溝通，並運用患者的信仰儀式，以減少其焦慮程度。Chiu 深度訪談 15 位台灣癌症婦女，發現患者表示其罹病原因為其所犯之罪。Mickley, Soeken, & Belcher 於 175 位癌症患者中發現其宗教顯然地影響患者的靈性狀況。

每個人隨時都可能有靈性需求，只是需求程度不同，一個人是否傷心、煩惱或喜悅，在於其是否尋著「意義」(meaning)，宗教較容易使病人深思生命的意義及人生的問題，往往也是一個人靈性成長的契機，但醫護人員不能因此就將靈性照顧，完全托給牧師或神職人員，不去理會病人的靈性需要，反而必須更主動和其他醫療團隊或牧靈人員溝通，在醫療團隊彼此相互分享與支持下，提供瀕死病人真正所需要之靈性照顧，滿足病人之靈性需求，讓其最後的日子，充滿愛、意義、希望和滿足，而非在缺乏意義，懷著罪惡和寂寞的情況下臨終 (Halldorsdottir S, 1996)。Jacik (1989) 指出寬恕與和好，包括尋求與重要的人及神之關係的和好與

寬恕；祈禱及宗教服務，禱告能帶給人安適及助力，在臨死前神職人員的協助賜福的宗教儀式，對病患而言是很有意義的，藉由宗教協助肯定死後之歸宿；在臨終時有靈性人員、醫護人員在場，尤其是關懷他們的醫療人員能夠在場，對病患而言是無價的禮物；靈性上的平靜安詳，如：將人生視同一場賽跑，戰勝邪惡與不幸，超越障礙抵達終點為晚期癌症病患重要之靈性需要。O' Conner (1990) 研究中說明即使大多數參與研究的人 (87%) 表示宗教在他們的生活中並不是那麼的重要，但在生命即將結束時，許多人仍表示必須仰賴神。有病人曾有過「瀕死經驗」(near death experience) 如：離開肉體、通過隧道走向愛的光明地、遇到已逝之親人然後又回到人世，有過經驗之病人常害怕被人取笑而不敢將其經驗分享，需要有敏銳之醫護人員洞察到其有表達的需要，及此經驗對病人之影響為何，照顧他們的意願，有機會讓他們說出自己的經驗，不加以批評或做急躁之解釋 (Orne, 1995)。Cherny & Foley (1996) 認為病患有靈性之困擾時，則需要有人與之討論有關死亡之本質、死後世界、宗教信仰及有關哲理之討論，若有宗教信仰之問題，則希望隨時有適合之神職人員協助其信仰上之需要。

國內，黃湘惠 (1996) 對二十位癌症病人進行的研究發現宗教對病人心靈的轉化為：許多病人在得癌症後大都會有一個自省的過程，由最初探究自己為何得病的原因到後來接受，進一步改變自己的想法和面對人生的態度。宗教對病人的影響在此方面常是深刻且久遠的，病人不僅自己願意接受且希望將自己的改變推至影響其他人。

台大醫院(胡、邱、釋, 1993)針對癌末病人之靈性需求尋求對「神或宗教信仰」的支持：38% 的癌末病人相信神的存在 (有神論者)，其融合個人的信仰和制度化的信仰 (宗教)，遵從並實踐一個宗教組織系統的思想，從所相信的神，能獲得身心舒適及安寧。在罹患癌症前及癌末時，均以佛教 (阿彌陀佛) 及民間信仰 (眾多神) 者居多，占 61.9%，其中 1/5 的病人，在得之癌末後，由原來的多神論、道教及無宗教信仰，改變為信仰佛教，有 71.4% 的病人，他們認為罹患癌症「需要或非常需要」宗教信仰，其中會覺得宗教信仰對人生「有影響」且是「重要」者，由罹

患癌症前的 52.3 %，至癌末時，增加為 71.4 %。病人認為執行信仰的儀式行為或活動，對其是「有獲非常有幫助」者，由 57.2 % 增為 70.4 %，他們認為宗教信仰能幫助心靈平靜，精神能克服物質，把命或將自己的健康交給佛或神，可保佑身體恢復健康，以及被寬恕等祥和的感受。研究結果得知，癌末病人自覺有靈性需求之內涵，與北美護理診斷、施氏（民 86）及趙氏（民 84）等文獻所提之靈性需求相近，惟國人對神或宗教之概念與西方文化有些差異，大部分國人於癌末時，對宗教信仰及儀式的的需求，以信仰佛教及民間信仰為主（阿彌陀佛或觀世音），處理喪葬儀式的方式，與西方文化信仰上帝為多數的基督教儀式有所不同。

由以上的討論可瞭解癌症病人隨著病情的發展，越到末期靈性照顧越顯的重要，而從文獻知道「宗教」可為死亡提供解釋及意義，並指出宗教的確可在臨終階段提供支持的力量，而使得對死亡的恐懼降低；宗教上一些轉化心念的方法可使病人的深層意識和價值觀有所改變，而以不同的觀點看待本身的疾病。然而，目前在臨床上欠缺對於各類宗教的儀式與風俗的瞭解與研究，且提供服務的人員與內容不足，使得在面對不同宗教的病患在靈性需求上的提供相形有限，安寧療護服務提供者未來可思考與宗教的團體合作，以提昇服務品質及滿足癌症病患的需求，應是未來可以努力的方向。而本研究主題是以佛教為主，所以希望瞭解佛教儀式或法門的施作，是否提供癌末病人的靈性需求。

第三節 佛學與現代醫學

前面我們提到宗教對癌末病人臨終照顧的影響。這個部分我們將以佛教為主軸探討其與現代醫學生物 - - 心理 - - 社會醫學模式相對於佛學醫學的「根 - 識 - 塵」整體結構及人間佛教的佛陀觀看佛教團體的發展與現代化。從佛教的死亡觀，我們可以看出以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻，這與安寧療護提倡尊嚴死亡，亦即不在癌末病患臨終前仍施予急救，與佛教認為『以臨命終時，神智是最痛苦的，急救不能起死回生，只是增加無量痛苦』的觀念是一致的。最後討論佛教與安寧療護的本土化。

一、生物—心理—社會醫學模式相對於佛學醫學的「根 - 識 - 塵」整體結構

(一) 生物—心理—社會醫學模式

前面，我們曾提及生物醫學模式，由於大量科學技術物質手段滲入醫學，導致了醫學的非人格化和醫病關係的物化，醫學、醫生在病人面前變得日益冷漠。醫學的困惑使越來越多的醫學家開始突破生物醫學的框架尋找新的醫學模式。七十年代末，美國紐約羅徹斯特大學 G L 恩格爾教授終於提出了新的生物—心理—社會醫學模式，以取代舊的生物醫學模式（尹立，1999）。

當現代文明，尤其是現代醫學的發展已使人們有能力反思自己幾百年來的自大和不足，並帶著一種全新的搜尋與希冀的目光重新審視人類幾千年來的文明史時，一旦把注意力投向東方古老的佛學，就會獲得一個令自己驚訝的發現：二千五百多年前誕生的佛學，以及在它以後的發展中，早已建立了一個可與現代生物—心理—社會醫學模式相契合的古老的醫學體系。雖然它在生物技術、物理、化學檢測與治療手段方面遠遠不及現代醫學之發達，但其完整的哲學根基、獨具的認知方法和神奇而有效的治療手段，卻足以令現代醫學歎為觀止，並從中獲得有益的啟示和指導（劉正紓，1992.）。

(二) 佛學醫學的「根 - 識 - 塵」整體結構

根 - - 生物層面的佛教醫學

從人的根生入手，解除眾生疾苦，便形了生物層面的佛教醫學。根據其

特點，我們可稱為佛教傳統生物醫藥學。在三藏經典中，佛教生物醫學對人的解剖、生理、病因、病理和治療、保健等都有著豐富的論述。如《禪秘法要經》描述了人的大體解剖構造，《佛說胞胎經》對宮內胎兒發育過程的認識，與現代生物醫學的研究結果幾乎完全一致。

識 - - 心理層面的佛教醫學

佛教醫學「識」的層面，乃由人的心理、精神入手解除眾生疾苦，其對人心識、行為及心身關係的認識與改革正與心理層面的現代醫學相當，故可稱之為心理層面的佛教醫學。具體則可分為佛教心理精神醫學、佛教心身醫學和佛教行為醫學。對尤重人的心識作用的佛教醫學來說，心理層面的佛教醫學既是重點，更是精華所在，最值得今天的人們研究發掘（陳兵，1992）。

塵 - - 自然，社會層面的佛教醫學

從人的外部世界入手，以社會、自然為認識和診治對象，便形成了「塵」或「境」層面的佛教醫學，其內容正與社會層面的現代醫學相當。由於在宇宙觀和社會觀上，佛教醫學與現代醫學有著很大的不同，故佛教社會醫學和佛教生態醫學在對疾病的社會因素、生態因素及社會性疾病、生態性疾病的認知和對治方法上，頗有獨到之處。佛學號稱自己洞察宇宙、社會、人生的終極實相，抓住了緣起這一世界的根本法則，並以之分析把握人、社會、自然之間的關係（劉武順，1994）。在佛教社會醫學和佛教生態醫學看來，人、社會、自然乃是一個互相緣起，不可分割的統一整體，一損具損，一榮具榮。對待這一整體中出現的每一個問題，都要從「諸法相即」「一即一切，一切即一」的「一真法界」角度進行處理，不可一葉障目，只見局部。佛教社會醫學和佛教生態醫學提倡高瞻遠矚，全面尋找出問題本質所在，然後提出更為合理的診治方案（尹立，1999）。

由生物—心理—社會醫學模式所建構現代醫學體系，由於缺乏統一的哲學根基，僅通過系統論將三個層次捆綁在一起，因而導致各個層面的醫學在實踐中各行其是、平行發展的局面，使其進一步深化和發展受到嚴重阻礙。與之相比，佛教醫學卻有著迄今世界上極完備的哲學基礎。從根識塵三緣和合入手而建立的佛教生物—心理—社會醫學體系，並不將根（生物）、識（心理）、塵（社會、環境）三個方面視做彼此作用完全相等，而是認為三者當中以心識最為根本，「心為法本，心尊心使」引自《增一阿含經》卷五十《自

愛經》。根識塵三者緣起而成心身世界所依據的，乃是緣起心樞的法則，直至最後，三者終匯為一心，歸於「萬法唯心」的世界本體。以智慧著稱的佛學，一方面與現代生物—心理—社會醫學模式相契合，足以堪稱一門古老的現代醫學（尹立，1999）。

佛學無住涅槃的精神，具體表現為大乘佛學「利樂有情，莊嚴國土」的追求，所謂「菩薩摩訶薩不淨佛國土，不成就眾生，不能得阿耨多羅三藐三菩提」《摩訶般若經》卷二十六。此實現每一個人的完整健康，實現每一家庭、社會、國家、世界及至宇宙的健康與和諧之目標，正是釋迦佛的根本情懷。按照這種大乘佛學精神，延長人類壽命，提高人類生命質量，促進社會發展，維護生態平衡，實現人—社會—自然的整體健康，乃是菩薩義不容辭的責任。

二、四諦與醫學

四諦也稱為四聖諦，指苦、集、滅、道。《中阿含》(第八眾集經)說：「復有四法，謂四聖諦。苦聖諦、苦集聖諦、苦滅聖諦、苦出要聖諦。」(譯注：本文應出自《長阿含經》卷八又，《佛遺教經》說：「佛說苦諦真實是苦，不可令樂。集真是因，更無異因。苦若滅者即是因滅，因滅故果滅。滅苦之道實是真道，更無餘道。」

四諦與醫學

苦諦 (四苦八苦)	病症的診斷
集諦 (渴愛，煩惱)	病因的追究
滅諦 (涅槃的境地)	理想的健康體
道諦 (修行法)	治療法

四諦明白地提示，以病者為第一的治病途徑。從診斷病症進而探求病因，更進而實踐有助於獲得健康身心的治療法。此一實踐不到人類理想形象確立不停止。疾病的治療與真實的人類形象—滅諦—有關聯，也必然和佛教本身產生密切關係（許洋主譯，民 91：p3-5）。

三、人間佛教

人間佛教，為當代佛學思想家 印順導師所倡導的「人菩薩行」理念。其論提核心在於「從人而發心學菩薩行，由菩薩行而成佛」。

印順導師著作《佛在人間》《佛法概論》《學佛三要》之整理中，可得如下重點：「佛在人間」，「即人成佛」是佛教佛陀觀的原則。「佛在人間」對於可成佛對象、地點都作了說明，「諸佛皆出於人間」《增一阿含經》等見品，意即與此人間成佛的非只有釋尊一人而已，而是十方三世一切諸佛也於人間成佛，明確的對成佛地點的肯定。從「人間佛教」思想的起源與發展中可知：人間佛教是為了解決現實佛教問題的方案，也是佛教本質的探求。換言之，是契理的根本佛法，也是契機的現實適應。契理的根本佛法代表原始佛教的教義，是以人為本的；契機的現實適應代表大乘佛教的行解，是人菩薩行的菩薩道，因為佛陀的修證曾是證悟無生法忍的菩薩，煩惱習氣已經斷盡，菩薩是在現實人間，隨緣普利眾生的。

出自於佛教教義的理由（像是慈悲、福田、攝善法戒）及受到人間佛教理念的影響而推動的社會福利工作，無疑地，成為現今台灣佛教相當明顯的形象表徵。事實上，當代佛教團體在這一方面的表現 - 特別是社會救助工作，也的確獲得相當的成效與肯定。同時，就宗教行動的模式來看，現有的佛教福利服務模式也嘗試著由「傳統的慈善」階段朝向於「轉型的發展」階段，甚至於「全人的關懷」階段（尊重生命）的自我調整。（慈濟月刊第 327 期）解嚴之後的台灣佛教，為因應現實環境的發展，依據藍吉富所說出現了所謂的四大佛教勢力：（藍吉富著，1999：241）證嚴法師主持的「慈濟功德會」、星雲法師（1927~）主持的「佛光山」、聖嚴法師主持的「法鼓山」、惟覺法師主持的「中臺山」。此四大佛教團體，弘法活動遍及全臺，可說是各具特色，發展方向也不盡相同。四大團體以一處為根本道場，並陸續在全台各地設立分支別院，甚至逐漸延伸外國，透過組織在弘法活動上的運作，可做橫面與縱向的相互支援與協助。它們以「人間佛教」理念從事入世發展方向，成功的轉換了大陸傳統佛教以出世性格的發展模式，發揮佛教普利現實社會的功能，它們具有共通的特質，佛教事業的發展不僅遍及全臺，而且逐漸延伸到國際，可說是將台灣佛教觸角帶入嶄新國際現代化趨勢，為台灣佛教日後多元化、現代化、資訊化發展奠定基礎。（王順民，1994）

「人間佛教」思想在當代台灣佛教得到極大的發揚，成為當代台灣佛教界主流之一。近幾十年來，隨著經濟和科學技術的迅猛發展，人類向現代化社會邁進了一大步。與其他宗教一樣，佛教也要面臨著一個是否要現代化及如何現代化的問題。

四、佛教與安寧療護

安寧療護在台灣發展的歷史觀之，首先及主要推廣的醫院或是機構，都是具有

濃厚的宗教背景例如：馬偕（基督教）耕莘（天主教）康泰醫療基金會（天主教）台大（佛教蓮花基金會）及慈濟（佛教）等，除以醫療傳教的共同宗旨與使命外，更因宗教對於死亡的詮釋及宗教對於尊重生命的議題重視，使得宗教的豐富人文色彩與對人類終極關懷的理念二者相互謀和，造就了即使在面對醫療極限仍能創造出尊嚴死亡的安寧療護服務，也使得各醫院的安寧病房散發著令人嚮往的宗教信心（具有較好且人性化的醫療照護）。在討論宗教與靈性的部分時，曾談及宗教對癌末病人的影響；而靈性上的需求常受當地社會、文化和個人信仰的內容的影響，故靈性照護的宗教層面與個人特別的抉擇與需求有關。針對研究主題，單就佛教的部分提出討論。

（一）佛教生死觀

有關死亡的議題對人類而言，是所謂的禁忌與不吉利，然而在佛教的思想中，死亡與臨終關懷卻是其思想的重心。佛教徒面對死亡不認為是生命的危機而當成是正常事件來處理，因為他知道任何人有生必有死，衰老乃至於最後的死亡是人們這一生的生命繼續之流結束。但另一再生連結亦是又於下一個生命生起，剎那間新的生命就開始了；此即佛教所講的輪迴。這當中不是有一個主體 - 靈魂（soul）從此世界移往他世界，而是指五蘊（色：基本物質、受：六種感官活動、想：接受並統合各種感覺的意識活動、行：心理活動的統合、識：持衡的意識或未接觸對象的單純感性）。和合的身心在宇宙間移轉變化之活動過程（釋道興，1997）。待今生來完成的業力。當然也意味著這一生也許完結前世未竟之事，但也在同時可能又造作許多的新業。業力輪迴是自立創作、自作自受、每個人機會均等；這種業力的輪迴思想，組成了佛門看待生死的哲理（釋道興，1997）。佛教也認為人在業報輪迴當中，誤把生死輪迴當成唯一真實。一旦人心悟到我、法的緣起性空，自然當下即可從生死輪迴証得解脫涅槃，超克生死。所以在生死及涅槃的心性體認上，人是當下即可成就自己的尊嚴死的。

佛教對於生死問題的探索方式有殊勝之處：在所有宗教之中，佛教至始至終以生死大事為宗教應關注的首要課題，不假借天啟，而傳統之外力，完全依靠生死體驗內省功夫，智慧洞見，心性涵養等等純內在精神本領，去如實觀察（包括生死現象在內）世間一切，由是發現宗教解脫之道，構成獨特的一種智慧（傅偉勳，1993）。

在『西藏生死書』一書中指出：西藏佛教的觀點則是把生和死看成一體，死亡只是另一期生命的開始，死亡是反應生命整體意義的一面鏡子（索甲仁波切，1996）與『法集要頌經』中所曰：『積累終消散，興建終頹廢，相逢終別離，生者終必死』有著相同的意涵。從西藏佛教的觀點來看，我們可以把整個存在分成四個不斷而息息相關的實體：(1)生，(2)臨終和死亡，(3)死後，(4)轉世。它們可以稱為四種中陰：(1)此生的自然中陰，(2)臨終的痛苦中陰，(3)法性的光明中陰，(4)受生的業力中陰。對中陰教法的探索，應該從直接反省死亡的意義和無常的許多層面開始...這種反省可以讓我們在一息尚存的時刻，充分利用我們的這一生；也讓我們在死亡的那一刻，不至於悔恨或自責度過此生（西藏生死書，1995:25）。由此，我們可以看出以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻。安寧療護提倡尊嚴死亡，亦即不在癌末病患臨終前仍施予急救，與佛教認為『以臨命終時，神智是最痛苦的，急救不能起死回生，只是增加無量痛苦』的觀念是一致的。由於佛教本身不僅是已解決生死問題為出發點，也將死亡與生命意義做了密切的結合（釋道興，1997）。

（二）佛教的瞻病送終法與安寧療護

瞻病，又做看病。《梵網經》云：「八福田中，看病福田第一福田。」（大正 24，1005c）世尊亦曾開示僧眾看病之法（大正 24，862b）：（釋道興，1998）

- 1.知病人之可食不可食，可食能與。
- 2.不惡賤病人大小便唾吐。
- 3.有慈愍心，不為衣食。
- 4.經理湯藥等事。
- 5.能為病人說法，令病者歡喜。並使自己之善法亦有所增進。

與「安寧療護」之倫理觀相符之處，可整理成下列五點：

- （1）「瞻病」是僧團中之義務。其規定之意（制意）是：因為「世情流變，始終難一；健壯則親，病弱則捐捨」，所以應該發揮相助的團體精神。佛也曾以身作則親自照顧病僧，並且佛更以「若有欲供養我者，應供養病人」以鼓勵僧團重視瞻病之事。曾有二僧為伴同看佛，有一人生病，另一人捨棄而至佛所，佛種種訶責已，還令看病。
- （2）對於瞻病者之安排順序：親屬自看。若都無者，則眾僧應瞻病人。若不肯者，應依序輪流派遣。若都不看者，整個僧團得罪。

(3) 瞻病人應該具備五種德行：知可食應與。不惡賤便穢。懷慈愍，不為衣食。能經理湯藥。為病人說法，令得歡喜。詳細如【摩訶僧祇律】（大正藏 22）38 卷中所說。

(4) 病僧安置的場所：依佛陀時代的傳統，在僧院的西北角，日光沒處，是「無常院」；若有病者，安置其中。因為瀕死僧若住原來房間，可能會貪戀本有財物而難以接受死亡。瞻病者可以燒香散華，莊嚴病者，乃至若有屎尿吐唾，隨有除之。

(5) 依病僧過去所學習之專長（頭陀行、誦經、持律、法師、禪師、作事等等）而說法勸善或讚歎，使他保持正念，歡喜不憂。

從上述佛教僧團「瞻病」之種種規定與制度來看，病者在物質上、精神上、宗教上應該可以獲得僧團整體的支持與幫助，他在生命的價值可受到尊重，但也能以「人生無常」之體會而自然地接受死亡。

（三）靈性照顧與覺性照顧

台灣的佛學界有人對於「靈性照顧」(Spiritual Care) 的理念，提出「覺性照顧」(釋惠敏，1997)。如上述所述，「全人」、「全家」、「全程」、「全隊」是安寧照顧之四全。一般說到「全人照顧」時，大都是指「身、心、靈」完整的醫療照顧。於是，是產生了「靈性照顧」(Spiritual Care) 的理念與運動。但是，「身、心、靈」只是討論人的本質諸觀點之一種，是否能適應中國文化背景中，每個人的人生觀或信仰？是否會違反佛教的「緣起論」或「無我論」？如何發展漢傳佛教之安寧療護與中國文化或民俗間的互動關係？是值得關注的。

「靈性」曾被解釋為：有關人的本質存在意義的尋求，神或萬物主宰，基本價值觀點，生命以外至高的權力和生命超越等的信念；是人的中心，統整人的生理，心理和社會環境，而成一個圓滿全人。靈性的本質因文化、環境、性別與種族而不同，經由各類不同的層面以正式或非正式的方式呈現。人類可經由其宗教或哲學的思想和活動呈現其靈性內在。

安寧照顧 (Hospice) 的運動起源於基督宗教團體，一般說到「全人照顧」時，也大都是指「身、心、靈」的完整醫療照顧，因而有「靈性照顧」(Spiritual Care) 的理念與工作的推行。相對於「即」身心之說，而可能引伸只重視延長生命之治癒性治療，或主張安樂死兩種癌症末期的處理

態度，它是建立於「離」身心之外，別有超越身體與思想之「靈性」存在的主張。但是，「即」身心之說或者「離」身心之外，別有恆常不變性之「靈性」「真我」之生命觀，都是與佛教之「無我論」、「緣起論」不同的，因為生命的本質是「不即不離」身心，所以，生命之真理不能說是斷滅性，亦不能說是恆常性。依據此種中道思想，不於身心之外別立「靈」，而以真理、法則、義務等「法」作為最高覺察的對象。又因「受」是「心」的導向要素，所以也特別重視「受」(苦樂生滅變化)，這與安寧照顧強調控制疼痛，解除不適症狀有呼應之處。所以，學習認識自己的身、受、心、法等四方面，使「覺性」(念，awareness)敏銳且穩定(住)。此種「覺性照顧」之練習可用於淨化臨終者的心念，也是佛教的基本修習法門(釋惠敏，1997)。

覺性照顧即是四念住的修持，不僅是導向體會真理的修習，也常用淨化臨終者的心念。

身念住：培養對呼吸、出入及長短等有關身體變化之覺察。

受念住：覺察苦樂感受之生起、變化、消失，以處理不當之情緒。

心念住：覺察各種善惡心境之生滅，以處理不當之心態。

法念住：於真理、法則、責任等方面、建立覺察的習慣，破除錯誤的見解，從生死煩惱中解脫。

由以上的討論，可以看出二千五百多年前誕生的佛學，早已建立了一個可與現代生物—心理—社會醫學模式相契合的古老的醫學體系。而生物—心理—社會醫學模式因生物醫學模式造成醫療過渡的介入後所提出的；安寧療護強調病人有權要求平安尊嚴的死亡，而醫護人員也應該幫助病人平安尊嚴地死亡的理念下因應而生。以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻，佛教對於生死問題的探索方式有殊勝之處：在所有宗教之中，佛教至始至終以生死大事為其關注的首要課題，所以如何讓臨終病人能得到善終，能在下一個生命期有好的開始，是佛教所重視的。釋迦佛陀稱佛醫王，佛法稱為方藥，僧眾稱為看護，如此佛教法師如何照顧臨終病人？而在「人間佛教」宗教實踐的理念上，法師是否需要在臨床上參與訓練？又如何在安寧療護本土化的靈性照顧上發展佛法的特色，這也是值的探討的。

第四節 宗教人員與安寧療護

「安寧療護」是從英國開展的社會運動，歐美的基督宗教文化體系運作的靈性照顧（spiritual care）無法全盤移植到台灣的民俗文化體系正常操作，所以國內安寧療護最大困擾就是靈性照顧部分。安寧療護強調以病人為中心，尊重病人的自主權，所以不論是宗教醫院或公、私立醫院，凡是設立安寧病房或安寧居家療護，應同時建立宗教服務網，讓病人與家屬找到心靈的依歸，隨時可以聯絡到病人所需要的宗教專業人員，得到靈性照顧中的宗教服務（許禮安，民 89）。在安寧緩和照顧中，透過對末期病人的病情告知，症狀控制，精神支持與靈性照顧，以達宗教平和。這種醫療照顧和宗教的精神完全吻合。安寧緩和醫療中可以透過宗教師或是宗教團體的協助以提供靈性的照顧（陳榮基，民 89）。本文將先簡單介紹角色理論中對角色與角色期待相關概念，並探討宗教師角色功能，及影響其角色功能的訓練。

一、與本研究相關的角色概念

（一）角色的意義

雖然角色已成為社會科學領域的一個重要概念，但有關角色的定義仍甚分歧。角色理論的訴求點在於社會環境對於個人的影響，此論點和社會工作強調「人在情境中」的觀點不謀而合，所以角色理論為社會工作提供了較系統化的基礎理論（Turner，1986）。角色理論討論了人們與他人如何互動，以及如何應對自己或他人的角色期望，具有解釋人類行為的功能。

所謂的角色（role）是應對地位（status）而來，「地位」乃是指在社會結構中所佔據的一個位置，其可區分為一出生便具有的地位，即所謂的「歸屬地位」（ascribed status）；另一種是指經個人努力而得到的地位，就是所謂的「成就地位」（achieved status）。臨床佛教宗教師便是屬於後者。

「角色」則是指扮演此地位的行為、規範與期望。居於此地位者通常能知道社會對該地位的角色期望，同時表現出合乎該角色期望的行為。因此地位只

是代表靜態的概念，角色則有互動的意涵，屬於動態的概念。

對於角色的定義，有相當多學者都提出看法：張春興（1992）則認為在社會心理學上，「角色」有兩種意義：1.指個人在社會團體中被賦予的身分及該身分應發揮的功能。2.指個人角色所具有的行為組型，社會上對每種角色賦予了某些期待性的行為特徵。前者指個人與團體的相對關係，後者則指社會期待下個人學到的角色行為。「角色」也常被定界為扮演某一地位的行為、規範和期望（謝高橋，1982；張華葆，1986）。

由上述的定義中，可以瞭解「角色」是代表一個社會地位擁有者應該具有的義務、規範和期望，除了是地位佔有者對自我觀念的認知之外，也包含者他人對於該角色的期待。因此「角色」具有下列幾項重要的特徵（曾華源，1980；謝高橋，1982）：

- 1.角色是一種經由文化傳承，成為人們日常生活中的一種行為模式。
- 2.角色具體的表現出社會所賦與的規範。
- 3.角色是社會結構的一部份，並非單獨存在的。
- 4.角色具有合法的權力。
- 5.角色具有義務的性質對於扮演者而言乃是必須履行的義務，是不可以不行使的。

由於角色是一組行為組型，因此相對於一個地位的出現，但往往會出現許多不同的角色，這些角色之間便形成一個「角色組」（role set）。例如：佛教法師從事安寧療護的工作，他同時是機構的工作人員、也是為臨終病人服務的專業人員、更是專業團隊中的工作伙伴，也同時可能為道場的某個職事；這些因地位所形成的角色各有其職責，也形成了一個角色組。

（二）角色期待（role expectation）

所謂的角色期待是指對於具有某一地位者，其所被期望的行為和特質，只按不同的角色給予其不同期待的社會心理現象（張華葆，1986；張春興，1992；Sarbin & Allen，1978）。Turner（1986）則將角色期待定義為：重要他人對於個人社會地位之行為表現的期許。「重要他人」在角色理論中是指與該角色有重要關係的他人。以臨床佛教宗教師為例：服務機構中病患、醫護

人員與專業團隊中的其他專業人員等都是重要的他人。在接收了重要他人對自己的角色期待後，個人可能會產生與個人認知不同的心理衝突，也可能因此內化成個人行為的準則，成為自我的期待（黃舒玲，1944）。

郭為藩（1979）提出：「角色期待的來源包含二種其一是來自於本身對該角色的期待，這是透過角色自認（role perception）的過程而產生的，稱之為自我影像（self image）；其二是來自於公眾對於某一特定角色的期待，稱之為公共形象（public image）。」因此，角色期待內涵，不僅是自己和他人期望角色據有者將表現何種行為，以及角色據有者預期他人對他行為的反應，更包括他人認為角色據有者「應該」表現出何種既定的行為，具有「應該」和「必須」的規範性意涵，也同時包括對他人行為的「期待」，是一種重要他人與個人的一種溝通過程，藉由這種過程，重要他人和個人得以互相瞭解與修正彼此的角色期待（曾華源，1980；黃舒玲，1994）。所以，角色期待具有的功能，可從下列二方面來看：1.就個人方面來說（Sarbin & Allen，1978）：可以使角色據有者明白其權利和義務；應表現何種行為、態度與特質，讓角色據有者能夠有效發揮他應有的角色功能。2.就社會方面來說（蔡文輝，1979）：可透過社會組成分子彼此之間有效的相互預期，而使社會控制力量產生，促使社會秩序穩定。

二、宗教人員在安寧照顧的之角色功能

Speck, P.W. (1988) 當前的醫療模式主要在於根除疾病而非針對個人；這種模式並不能完全解決病患的問題，因此生物—心理—社會並重的全人模式乃應運而生。談及對病患全人照顧更周全的計劃，還包含宗教人員的治療介入。宗教人員在醫療系統中必須有效地運用自己的觀點與其他醫療專業人員一起共事，成為醫療團隊的一員，並成為治療過程的一部份。宗教靈求是指一個人平時對靈性表達的實務性操作，例如上教堂、禪修、領聖禮等。好的宗教人員能轉化病患及家屬特殊宗教形式成為靈性上的分享和成長。宗教人員成為醫療團隊的一員，除了幫忙病患及家

屬之外也要成為醫療人員的情緒治療師。宗教人員要熟悉發展團體的技巧，分別為家屬及醫療團隊人員成立支持團體，提供參與者分享感受的機會。宗教人員對醫療系統的貢獻不僅依靠本身的努力，有賴醫療機構及社區內保健服務、教會組織共同努力。

臨終牧關者在安寧照顧的角色（潘美蕙，2000）：1.情緒困擾的傾聽者：藉由同理心的陪伴，讓他們蒙十架恩典的臨在，以達成心靈平安的境界。2.靈性需求的幫助者：生病正好是人覺得需要靈性指引的時候，神職人員正好處在這獨特的位置，可以提供患者及其家屬靈性上的幫助。臨終牧關者可以成為上帝給人生命的意義及目的，愛及相屬、饒恕的表達管道。3.心靈困惑的支持者：臨終患者，在生病期間心靈常受罪惡感，孤獨感的困惑，深覺自己沒有好好照顧身體才會生病，連累家人也對不起上帝。臨終牧關者要幫助患者與家人或朋友有覺得虧欠的，能坦誠的溝通，彼此認罪互相原諒，讓患者心安理得地離開。4.死亡恐懼的安慰者：臨終牧關者如何經歷宗教信仰的力量，走過死蔭的幽谷，死亡是進入永生之門，無論人對死亡那不可知的世界有多恐懼，基督教的死亡觀，將安慰患者以信心的眼光來迎接它。5.絕望之處送希望者：在面對身心靈受苦的病人，臨終牧關者幫助患者透過信仰的能力由絕望轉向希望，由沮喪變為甦醒。6.困境之時開出路者：臨終患者在面對人生最後死亡的爭戰時，以往所依靠的金錢、名聲、地位、權勢，都不管用了，臨終牧關者幫助臨終患者在人生最後階段將自己的道路交託在上帝的手中。

成大賴明亮醫師將他們在日本參觀一以佛教信仰為本的安寧療護病房對宗教人士的介紹：以“精舍”一詞取代“佛教徒安寧療護”。基本理念：精舍病房並非只針對社會某一階層而設立，亦非為了傳教，任何人只要有興趣者皆可加入。此處“使用者”包括住院病患及家屬。目的是“平靜地內省自我及被照顧”。那麼，誰來照顧？自然首先是他們的家屬，精舍病房的工作人員以及志工們。這種照顧能使病者平靜地內省自我，佛教的傳道並非目的。宗教人士中有一位專任及十位志願工作者。這些僧侶皆協助病患之日常生活，他們成為病患可以相與對談者，一塊喝茶的人，協助推輪椅及諸如此類的事。只有在被請求的狀況下，他們才會在病室誦經

或講道。每日清晨在佛堂八時半有禮佛祈禱儀式。每天有一位志工僧侶來誦經講道十五分鐘（賴明亮，2001）。

釋惠敏、釋宗惇參加「英國安寧療護研習隊」，參訪英國數家 Hospice，以了解他們進行靈性照顧的理念和方式。其中訪談過三位醫院宗教師，相關資料整理（釋惠敏、釋宗惇，2000）：

醫院宗教師（Chaplain）的角色：英國 Hospice 中的宗教師怎麼樣進行他們每天的工作。已有教堂牧師 30 年經驗，也在 Thames Valley Hospice 服務 9 年的 Derek Nuttal，他每個禮拜在 Hospice 20 小時，每天上午來 Hospice。來到 Hospice 後主要的工作內容有：1、例行性探視病人及家屬。2、應病人需要，作宗教的、靈性的、家庭生活等交談。3、參加團隊的個案討論會議。4、每週評估需要加強輔導的病患名單，並優先執行。5、主持院內宗教性的活動，如禮拜、祈禱、婚禮等。6、有時應邀主持葬禮。7、喪親悲傷輔導。Derek 說他自己是一個「Loiter intent」，每天在院中晃來晃去，「Be a loiter」（閒逛者、閒聊者），讓自己隨時可以被看見（visible），讓病患需要時，可以想到、找得（available）。和團隊之間有充分的信任關係，和病患之間更是絕對的、健康的信賴關係。用這樣的基礎，每天輕鬆的、自由的、隨機的、沒有預設立場的在 Hospice 中「閒晃」，意外的「相遇」（encounter）或讓病患主動來找，用誠實、開放的態度常常可以討論出更多東西。Derek 說九年來他的靈性照顧工作「沒有兩天是相同的！」和團隊的互動方面，Derek 是非常資深的宗教師，他在團隊中扮演了三種角色：

- 1、Chaplain（宗教師）
- 2、悲傷輔導教育者：協助社工師培訓志工團隊。
- 3、協助護士支持團隊（nursing staff supporting group）：每 6 週一次會議、針對護理人員的工作、心理瓶頸討論，相互支持，突破困境。

Derek 在團隊中的角色，對台灣正在發展中的醫院宗教師角色，可以有許多值得借鏡之處。

台大醫院安寧緩和醫療小組對臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色服務狀

況調查顯示（釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘，2001）：以一位臨床佛教宗教師每週五天在病房從事第一線的照顧為基礎，以回溯性的方式調查臨床佛教宗教師的專業角色和服務狀況。發現法師服務內容以協助病人、家屬面對死亡最為重要（84.4%），支持團隊成員的照顧次之（28.9%），而向法師尋求宗教儀式的諮詢僅佔（18.0%）；法門應用以念佛法門與眾善法門施作比例最高（各為54.6%和37.0%）。統計分析法門應用與死亡前準備之關係，結果顯示念佛法門與眾善法門皆有助於完成「死亡前準備」中的遺願交代、佛法修持、來生期待等三個項目。此研究確認安寧緩和病房臨床佛教宗教師的專業角色和服務。

三、宗教師的訓練

在基督教方面，有關於牧師在照顧臨終病人所扮演的角色，這方面的人員訓練，也是最近數十年才有的。目前培訓情況，分為幾個重心：1、學徒模式的延續。2、改善牧會關顧(CPE)教育。3、臨床教育。4、對不同類型牧師的需求。5、神學對臨終照顧的基本看法。

國外對於宗教師的研究不多，宗教師主要是面對死亡的人，同時和一群跨領域的人工作，在英國，他們組織一個協會來互相支持、學習和及壓力的抒解。宗教師不但需要對死亡有成熟的態度，也要有快速建立友誼和放下的能力，在宗教師的執照方面似乎是沒有這方面的訓練，對神學院學生而言，也有些跨領域的相關經驗學習（Murray，1998：1215）。

衛生署在八十九年安寧療護評鑑標準中，將有無宗教師的參與，正式納為評鑑項目之一。同時，據衛生署評鑑辦法，對於緩和醫療團隊各個成員的專業訓練，都有詳細規定及訓練時數，其中神職人員參與靈性照顧也有同樣規定。

黃鳳英等於2001年3-5月間，針對全國22家安寧緩和醫療機構共38位主要負責人的醫護人員進行目前各機構內靈性照顧狀況、臨床佛教宗教師的需求，以及參與各病房聯合靈性會議的意願等調查：研究顯示國內非教會醫院較教會醫院對臨床的佛教宗教師需求明顯，這代表一般的安寧療護機構缺乏有經驗的靈性照顧專職

人員共同參與以提昇癌末病患的醫療品質(黃鳳英, 2001)。

根據台大醫院針對緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告：一位臨床宗教師除需具備相當的宗教素養之外，更要累積豐富的臨終病人照顧經驗與學識，在國內尚無緩和醫療臨床佛教宗教師之具體訓練課程，並居於推動本土化靈性照顧的需求，國內有關臨床佛教宗教師培訓研究，由台大醫院接受佛教蓮花臨終關懷基金會及屏東一如精舍臨終關懷協會支持研究經會至今研究已經進行四年，研究小組也發表了數篇研究成果。

研究是以臨床宗教師的培訓為重心，由宗教師進入病房輔導病人，在接觸的過程中累積經驗，不斷驗證、修正，發展培訓宗教師的課程規劃及內容，以建立本土化佛教宗教師的臨終關懷模式。研究，以佛學與醫學的結合作為宗教師照顧模式的理論基礎。研究架構是為了解決病人的二大問題，一是死亡恐懼，另一是整體痛的解除;對病人的評估與照顧離不開身心靈三個圈變化模式的理論基礎 法師的培訓課程剛開始是與病人建立溝通管道，接著評估身心症狀、認識疾病、了解團隊運作，最後評估病人二大問題以及解決靈性需求等等。在這專業角色發揮之前一定要以佛法為基礎，而在臨床實際的運用上，要結合醫學，作為臨床照顧與佛法之間的連接。
(陳、邱、釋, 2002)

在本研究中，臨床佛教宗教師自民國八十八年才開始在台大接受培訓，是新成立的法師角色，若以角色理論的內涵來探討，新興的角色在角色期待上自然不清楚，其他角色夥伴對於角色據有者該扮演的角色也會產生不清楚的狀況，在角色期待不明確、模糊的狀況下，角色據有者的角色執行自然受到影響，也會造成其角色功能無法有效發揮。所以希望藉此研究能瞭解法師在培訓過程中的學習對其成為一位宗教師的影響。及法師自身與重要他人對其角色期待差異的研究，作為臨床佛教宗教師與其他角色夥伴溝通機制的建構基礎，透過相互溝通與瞭解，澄清彼此的角色期待，將有助於法師在安寧緩和醫療團隊中角色功能的發揮。

第三章

研究方法

第一節 紮根理論研究法簡介

紮根理論(ground theory)是質性研究的方法之一,由社會學家 Barney Glaser 及 Anselm Strauss 於 1967 年提出,用來探索存在於人們互動之間的社會心理過程或社會結構過程,以發展出紮根於社會實相和情境脈絡的理論。近來在護理上被廣泛的使用,做為發展護理的相關理論的研究方法。

紮根理論的淵源來自符號互動論(symbolic interactionism)與實用主義(pragmatism)。符號互動論關注人們如何從互動得到意義,並突顯人們語言、行動符號的「意義」結構,其基本前提有三,一為人們對事情的感受、舉止、行為表現等,是根據這些事情對他們所具有的意義而來行動的;第二是意義的產生是經由社會互動過程而來。第三是當個人要根據事情的意義來行動時,是經過一詮釋的過程(徐,1997)。至於紮根理論受實用主義的影響則表現在解決問題的方法,紮根理論解決問題的方法是不斷的分解與綜合,研究結果所形成的理論是為使人瞭解及解決困境,並一直接受挑戰與修正(徐,1997)。王(1995)指出紮根理論是一種從事有意識、有目標的行動過程,其具有積極活動的角色,且研究並不是由建立假說、資料蒐集到驗證假說的線性過程,而是一種不斷來回相互影響及比較的過程。也就是因為紮根理論是一方面收集資料,一方面檢驗的連續循環的過程,不僅著重歸納亦十分重視演繹,因此被認為是質性研究中最科學的一種方法(Hammersley, 1989)。

與其他質性研究方法如現象學(phenomenology)、民族誌(ethnography)和內容分析(content analysis)之間最大的不同在於,紮根理論以發展一個可以解釋某個特定現象的概念和理論為目的(Strauss & Corbin, 1990)。此外,紮根理論的策略是運用系統化的程序,幫助研究者思考、分析及整理資料,對此 Stern(1980)有五點描述:

1. 紮根理論的概念架構是來自研究資料而非以前相關的文獻。
2. 研究者是自社會活動領域(social scene)發現最主要的過程,而非描述所調查現

象的單元。

3. 每一個資料單位均和另一個資料相比較，而非與整體相比較。
4. 研究者依照理論的進展修正資料的收集。
5. 從開始進行資料收集時，研究者就同時進行編碼、歸類、概念化，並繕寫研究結果。

紮根理論方法上最主要的特色就是持續比較分析(constant comparison analysis)的原則，即指收集資料及分析是同時發生的，且始自搜集到的第一份資料起，每一組資料的項目是和其他資料的項目相比，研究者自其中進行比較以刺激思考，繼而能全面而扼要地抓住所研究現象的主要特質，同時描述和詮釋研究下的現象，並依序地以此種方法作資料系統性的收集和分析，找出秩序(order)和看到各現象間的關係，直至發展出理論 (Strauss & Corbin, 1990)。

因此，當研究者對未曾研究過的現象產生興趣，發覺此現象尚未有理論得以解釋，或所欲探索的現象資料還不是那麼容易量化時，紮根理論為最適當的選擇，此理論提供一個直接、中立的方式幫助研究者。探出核心的社會心理或結構過程，繼而發展衍生自或植基於實證資料的理論(Capenter, 1999)：即使是類似的問題、曾研究的現象或已熟悉的情境，也都能藉此深入研究，獲得全新的領會，幫助研究者以開創性的觀點和思維來描述(Chenitz & Swanson, 1987 ; Stern, 1980)。

本研究所要瞭解的安寧療護中宗教師的角色功能，與醫療體系的脈動息息相關，希望有一套完整、有系統的資料分析方法，有利於研究者對繁雜資料做有組織的整理與分析，且能忠實的反應社會現象。因此本研究資料分析使用紮根理論開放性編碼 (open coding) 的技術，就是把所觀察或訪問的資料逐字撰寫、分析，希望透過當事人的眼光，呈現出一個具脈絡的真實歷程及多重觀點，並利用當事人所用的概念作範疇，希望最後能對形成的主題作進一步的討論，以便探討宗教師在安寧療護的角色功能，及影響角色功能之相關情境脈絡。

第二節 研究對象與研究場所

一、研究對象

本研究採立意取樣。訪談對象主要來源是由台大臨床佛教宗教師培訓小組轉介共七位，其他來源部分有一位法師及一位安寧團隊護理長是由指導教授轉介給研究者；另外一位護理人員及病人主要照顧者，是研究者在安寧緩和醫療病房自行爭取訪談機會，以上共計訪談十一位研究參與者。

研究對象分成法師、家屬及團隊成員，總共十一位受訪者。

- (一) 法師：以曾接受台大醫院臨床佛教宗教師訓練三個月以上，目前仍在安寧緩和病房從事安寧照顧之宗教師為主要研究對象，人數七位。另有一位法師是在成大護理系安寧療護課程聽趙可式老師的課，目前服務於某醫學中心地區分院之安寧病房。
- (二) 團隊成員兩位：其中一位曾服務於北部某教學醫院安寧緩和醫療病房三年半，目前服務於中部某醫學中心負責安寧居家照顧工作。另一位服務於某醫學中心地區分院安寧緩和醫療病房護理長兩年半。
- (三) 家屬一位：主要照顧者，24 小時照顧病人，病人剛住院時是為了疼痛控制故其住院時間長，前後進出院四次；因住健保床看到法師照顧病人的情形較多。

二、研究情境

為顧及受訪者的方便，訪談時間與場所均由受訪者選擇。因為受訪者分別於北中南，均由研究者親自訪談。十一位受訪者中，有三位法師在台大醫院安寧緩和醫療病房交誼廳的一間研究室進行，訪談環境不受干擾。還有兩位法師在屏東道場訪談，道場位於安靜的鄉間。另一位法師在台中新社山上道場。一位法師安排在中市市中心的道場學苑，周圍環境較吵，但因訪談甚歡且專注，影響不大。還有一位法師在彰化自己靜修的公寓內訪談。另外，兩位團隊成員一位在病房的悲傷輔導室，另一位在自己熟悉的家中。家屬也選擇在病房的悲傷輔導室接受訪談。

第三節 資料收集方法及過程

一、資料收集方法

(一) 資料收集者：由研究者本人收集資料，研究者具有護理教育及醫院臨床經驗背景，並接受臨終關懷、質性研究及生死學相關課程。研究者經由台大緩和醫療病房主任陳慶餘教授之許可與培訓法師一起照顧病人（法師接受進階訓練，研究者以見習身份，為期一個月），此次的見習讓我瞭解法師的培訓情形及其在安寧照顧的角色功能。研究者目前仍和法師一起參與臨床照顧工作；以確保對研究問題有正確的認知。

(二) 研究工具

本研究依據法師基本資料及研究者依據研究目的、臨床參與及經由相關文獻查證所彙整而形成的半結構式訪談指引，利用前驅性訪談作結果分析，前驅性訪談的目的（1）測驗訪談指引能否收集到與研究主題相關的內容資料。（2）測驗選樣的條件及研究設計是否合適，是否能達到研究目的。（3）精鍊研究者的訪談技巧及情境控制的能力。本研究經由前驅性訪談一位受訪者後，共修訂六大主題的開放性問題作為訪談指引（附錄一），另有一份訪談法師基本資料表（附錄二）。

(三) 資料收集的方法—深度訪談

本研究以深度訪談方式進行蒐集資料，雖然有訪談指引，但訪談過程中仍會以受訪者為主，順著其思考模式和想說的經驗故事發展下來，當敘述內容模糊不清或有中斷遺漏時，隨時提出澄清。訪談過程，取得受訪者的同意後，進行現場錄音，並向受訪者說明此錄音帶僅供研究使用。

二、資料收集過程

本研究進行之初，均獲得研究參與者的同意，於訪談時填寫參與研究同意書（附錄三）及基本資料並在訪談過程中錄音，以筆記摘記重點。同時解釋錄音只是方便資料的整理與完整性。

每次訪談都詳細說明訪談的目的及訪談重點。在訪談結束後，依錄音內容逐字逐句將其完整的謄寫記錄下來。訪談的實錄內容為主要資料來源，經訪談錄音所得的實錄內容，不作任何更改或增減，完整的轉譯成訪談實錄文字稿，然後進行資料的整理分析。

第四節 資料分析過程

本研究藉由紮根理論分析資料的技術來將資料概念化，研究者藉由訪談收集實錄內容後，便著手分析資料並進行編碼，分析資料強調以編碼(coding)進行資料的概念化，也就是使資料具摘要性(summarized)及概括性(generalized)。整個資料分析過程，均運用持續比較(constant comparison)分析的原則，不斷重複比較所編碼的類組和內容。

研究者首先仔細聆聽錄音帶核對訪談實錄文字稿，這個步驟可以幫助研究者確認文字稿的正確性，同時將受訪者的語氣和當時表情加註於文字稿中及作摘記。將文字稿編入行號，行距 1.5 倍行高、右側留下版面 1/3 的寬度作編碼用。

進行編碼及命名，此初步的編碼和命名會依循著研究者研究問題作為方向。命名的選擇是以最能直接與原始資料作聯結的方式進行。摘述部份原始訪談資料及示例譯碼過程如表 3-1、3-2。經過開放性編碼分析後，所得的資料數量極多，此時研究者進一步將這些概念編碼及原始資料分類，為進行資料的縮減，將相似的資料及編碼歸類在一起，摘述部份資料及示例分析過程如表 3-3。

進行主軸編碼，主軸編碼是研究者藉一種編碼典範，把主要類組和次類組間做連結，將分散的資料以新的方式交叉重組起來的過程。

此譯碼典範是一組表示影響因素、現象、情境、干預條件、行動 / 互動策略及結果的典範模型，研究者依循此典範模型，將所有以開放性編碼的譯碼資料分開來，然後比較對照每個受訪者的資料，將之作關係的分類整理將主要類組和次類組間聯繫起來，以

此種方式數個類組資料就得以浮現，摘述部份資料及示例分析過程如表 3-4。建立故事線，並運用所發現的各類組與其彼此間的關係嘗試闡明宗教師安寧照顧的角色功能的概念架構，藉此找到核心類組。

表 3-1 原始訪談資料示例

問 A008:您剛講是說要學會看一些病歷,醫生大概他重點是帶您看病歷中的那些內容?

答 A008:他告訴我們說病歷裡面,基本資料、病史,再來就是大概會看到個人家族的情況,然後是病人自己社會、心理這方面的東西,在醫生一開始接個案的時候,大概在它們病歷上,就會先有敘述這些。瞭解病人,他們每天對病人的診斷。在台大醫院我看到醫生是非常嚴格的遵守 SOAP 的診斷方式。還有護理記錄,我們把護理記錄很多資料騰到我們的生理症狀表中,生理症狀表我們不需要每天填,比如病人那一天突然發燒,或者血壓不穩定的時候,還有止痛麻啡計量的起伏的部份,還有他嘔心、嘔吐或身體不好,這些症狀我們都記錄下去,才能去感覺到病人靈性的部份那個地方會突顯出來。

問 A009:那您現在談到是說病人靈性的部份嘛!所以就靈性的部份您感覺是怎麼樣來發現病人他靈性的需要。

答 A009:其實團隊理,像在台大的話,我覺得醫護人員是最早接觸病人的,所以他們大概就會在這個部份去跟病人去溝通、去了解,所以在病歷上我們會看得到醫生的紀錄是什麼情況,然後像家庭結構的部份,也大概可以去知道這個病人,他的困頓或心理困頓的問題在什麼地方,這些資料背景裡面,大概可以讓我們了解到他的靈性需求的方向。

這一段資料的命名為：察覺靈性需求。A 代表法師代號

表 3-2 開放性編碼示例

原始資料	編碼
他告訴我們說病歷裡面，基本資料、病史，再來就是大概會看到個人家族的情況，	學習看病歷：病人基本資料
然後是病人自己社會、心理這方面的東西	社工師或心理師的紀錄
在醫生一開始接個案的時候，大概在它們病歷上，就會先有敘述這些	先看住院摘要：瞭解此次住院主要原因
瞭解病人，他們每天對病人的診斷	每天看記錄
在台大醫院我看到醫生是非常嚴格的遵守 SOAP 的診斷方式	認識 SOAP
還有護理記錄，我們把護理記錄很多資料騰到我們的生理症狀表中，生理症狀表我們不需要每天填	使用紀錄表格
比如病人那一天突然發燒，或者血壓不穩定的時候，	病情變化
還有止痛麻啡計量的起伏的部份	疼痛控制
還有他嘔心、嘔吐或身體不好	不舒適
這些症狀我們都記錄下去，才能去感覺到病人靈性的部份那個地方會突顯出來。	確認靈性問題
其實團隊理，像在台大的話，我覺得醫護人員是最早接觸病人的，所以他們大概就會在這個部份去跟病人去溝通、去了解	觀察病人與醫護人員互動
所以在病歷上我們會看得到醫生的紀錄是什麼情況，	瞭解治療情形
然後像家庭結構的部份	家人互動情形
也大概可以去知道這個病人，他的困頓或心理困頓的問題在什麼地方，	釐清問題
這些資料背景裡面，大概可以讓我們了解到他的靈性需求的方向。	確認靈性需求


表 3-3 相似原始資料及編碼歸類示例



<p>次類組名稱：建立關係</p> <p>意涵：法師在執行安寧照顧時，會先從病歷、團隊、訪談、觀察中去認識病人；透過評估、不同接觸技巧、感應，取得病人信任。</p>	
原始資料	編碼
<p>病歷裡面，基本資料、病史，再來就是大概會看到個人家族的情況，然後是病人自己社會、心理這方面的東西，在醫生一開始接個案的時候，大概在它們病歷上，就會先有敘述這些他們每天對病人的診斷。〔A008〕</p>	<p>看病歷記錄：收集病人基本資料</p>
<p>我比較會第一次跟病人接觸的時候打打招呼，然後覺得病人假如他並不排斥而蠻客氣的、蠻友善的，那我就會問病人說，那你現在看到師父就跟師父合掌好嗎？那病人不到下一次，這一次就馬上跟師父合掌。下一次再去的時候，病人就真的自己主動的合掌。我從這裏去探討病人可不可以接受法師〔A013〕</p>	<p>評估對法師接受度 面向：接受</p>
<p>怎麼給那是技巧，那是因緣，那也是要非常快的讓病人或者家屬真正能夠信任這個宗教師，那麼信任的話，事實上您愛怎麼說，病人和家屬都沒有問題 〔A015〕</p>	<p>取得信任：接納法師所說的</p>
<p>這個病人吳先生，他只是國小畢業，他過去只是卡車司機，吃、喝、嫖、賭什麼都來，他也自己沒有再自修，也沒有再什麼〔A020〕</p>	<p>認識病人：教育程度、過去習性</p>

表 3-4 部分原始資料及主軸編碼歸類示例

主要類組名稱：觀機逗教（經由建立關係 察覺靈性需求 應機說法三個層次而達成）

意涵：法師照顧臨終病人，先收集病人基本資料，用不同的方式與病人建立信任關係，察覺病人有親情糾葛、焦慮不安恐懼、心性成長等靈性需求，並能因應病人病情變化、對佛法接受情形、根性等給予不同的的靈性照顧。

原始資料	編碼	次要類組
<p>病歷裡面，基本資料、病史，再來就是大概會看到個人家族的情況，然後是病人自己社會、心理這方面的東西，在醫生一開始接個案的時候，大概在它們病歷上，就會先有敘述這些他們每天對病人的診斷。〔A008〕</p>	<p>看病歷記錄：收集病人基本資料</p>	<p>建立關係 意涵：法師在執行安寧照顧時，會先從病歷、團隊、訪談、觀察中去認識病人；透過評估、不同接觸技巧、感應，取得病人信任。</p> 
<p>我比較會第一次跟病人接觸的時候打打招呼，然後覺得病人假如他並不排斥而蠻客氣的、蠻友善的，那我就會問病人說，那你現在看到師父就跟師父合掌好嗎？那病人不到下一次，這一次就馬上跟師父合掌。下一次再去的時候，病人就真的自己主動的合掌。我從這裏去探討病人可不可以接受法師〔A013〕</p>	<p>評估對法師接受度 面向：接受</p>	
<p>每次在談，就是跟他太太在談也是談到很淺、很膚淺的面。那先生更那個，每次就是去了，然後對我是客客氣氣，啊！師父，太太就說：啊！師父來看你了，他也不會說阿彌陀佛，他就只點個點，翻個身眼睛就閉起來了。那你就根本沒辦法跟病人聊到些什麼〔D018〕</p>	<p>評估對法師接受度 面向：不接受</p>	

<p>那時候想說子孩子要用什麼方式來跟他互動，後來就用講故事，講一些佛教故事，拿繪本唸，那唸完了就用一些佛教的因緣啦 一些無常來讓他了解，了解這個故事的內容可以用這些理念來去了解的，後來他也很歡喜〔B039〕</p>	<p>接觸技巧</p>	
<p>怎麼給那是技巧，那是因緣，那也是要非常快的讓病人或者家屬真正能夠信任這個宗教師，那麼信任的話，事實上您愛怎麼說，病人和家屬都沒有問題〔A015〕</p>	<p>取得信任：接納法師所說的</p>	
<p>俱樂部的樂手啦！就是彈鋼琴那種樂手，所以在花紅酒綠裡頭，婚姻生活、家庭生活、跟母親的關係啦，跟家裡的關係可能都不是非常的好，因為大家都會覺得他花天酒地的啦！那種生活就是不正常的〔D022〕</p>	<p>親情糾葛：過去生活萎靡，不被親人接受</p>	<p>察覺靈性需求 意涵：法師與病人建立關係，從記錄、觀察中去察覺病人的靈性需求有親情糾葛、焦慮不安恐懼、心性成長。</p>
<p>護理人員就進來跟我講，說你趕快去看看他，，好像是肺癌就是很喘，已經沒辦法躺下來睡覺，說希望師父你去看他，因為他一直反應他不曉得該往哪裡去？〔H042〕</p>	<p>恐懼：死後世界的不確定</p>	
<p>所以我就開始每天去陪他念佛，因為他終究又不是念佛很習慣的人，而且他那時候已經算蠻末期的，常常在昏睡當中〔D 022〕</p>	<p>病情變化：昏睡 陪伴念佛</p>	<p>應機說法 意涵：法師在察覺病人靈性需求後，要能因應病人不同的情況、條件如病情變化、對佛法接受情形、根性等予不同的靈性照顧</p>
<p>不知白天或晚上不聽念佛機，那時候他的感覺就是說，好像覺得聽了阿彌陀佛就是要往生〔A016〕</p>	<p>對佛法接受情形：害怕聽念佛機</p>	

第五節 研究嚴謹度

質性研究是以嚴謹度來探討研究的信、效度，本研究依確實性（credibility）、可審查性（auditability）、可確認性（confirmability）及合適性（fittingness）四項標準來控制研究之嚴謹度

一、確實性（credibility）

代表資料的可信度及真實價值，考量是否足以了解所觀察的現象，相當於量性研究中的內在效度。

本研究在訪談過程中取得受訪法師之同意後，將全程錄音並將內容逐字轉述資料，並藉參與式觀察來記錄受訪者的動作、表情及語調，以增加資料的真實性、豐富性及對研究情境的敏感性。同時，使用個案檢視法（member check）來確保研究內容的確實性，即是指研究結果整理、回饋給 1 位受訪者，以檢視資料之確實性。同時利用摘記做確實性的檢討。

二、可審查性（auditability）

相當於量性研究的信度。代表資料在分析過程中是否有一致性或穩定性，研究是否能提供清楚的思考路徑，意即其他研究者是否可經由研究資料、情境及過程中，且在相同的觀點及條件下，獲得相同或類似的結果，可以比較而非完全相反之結論。

本研究的訪談過程全程完整錄音，再加上以參與式觀察來收集資料，將原始資料完整轉錄，並逐字逐句加以分析並使用一定的步驟分析資料，能清楚呈現研究方法、過程及步驟，以提供本研究之可審查性。

三、可確認性（confirmability）

指資料是客觀、中立的一手資料，且是可稽查的。即所有資料的來源皆保存完整，能清楚呈現原始資料衍生為理論的過程，同時可從資料本身驗證，並非研究者

主觀或客觀的態度。

本研究的資料收集，包括會談記錄、筆記、錄音帶等皆會註明時間、日期，並且在原始資料呈現清楚的編碼、歸類及形成概念的過程，而研究結果亦會回饋給個案確認是否為其所表達的意義，以提高研究之可確認性。

四、合適性 (fittingness)

代表資料的可應用性，意即是否能將研究結果應用於研究情境之外，同時亦有類似經驗之共通性，能了解相似經驗的感受與意義，相當於量性研究的外在效度。

本研究是藉由宗教師、團隊成員、主要照顧者廣泛的觀點來探討宗教師自安寧照顧的角色功能，係應用紮根理論作原始資料的分析，研究結果能反映真實的情境，故能提供安寧療護本土化靈性照顧的參考。

第四章

研究結果

本研究目的是以臨終照顧場域為主，探討宗教師在安寧療護中的角色與功能，並瞭解法師經由培訓過程轉化為宗教師角色的歷程；並依此路徑探討影響宗教師角色功能施作之社會情境脈絡。

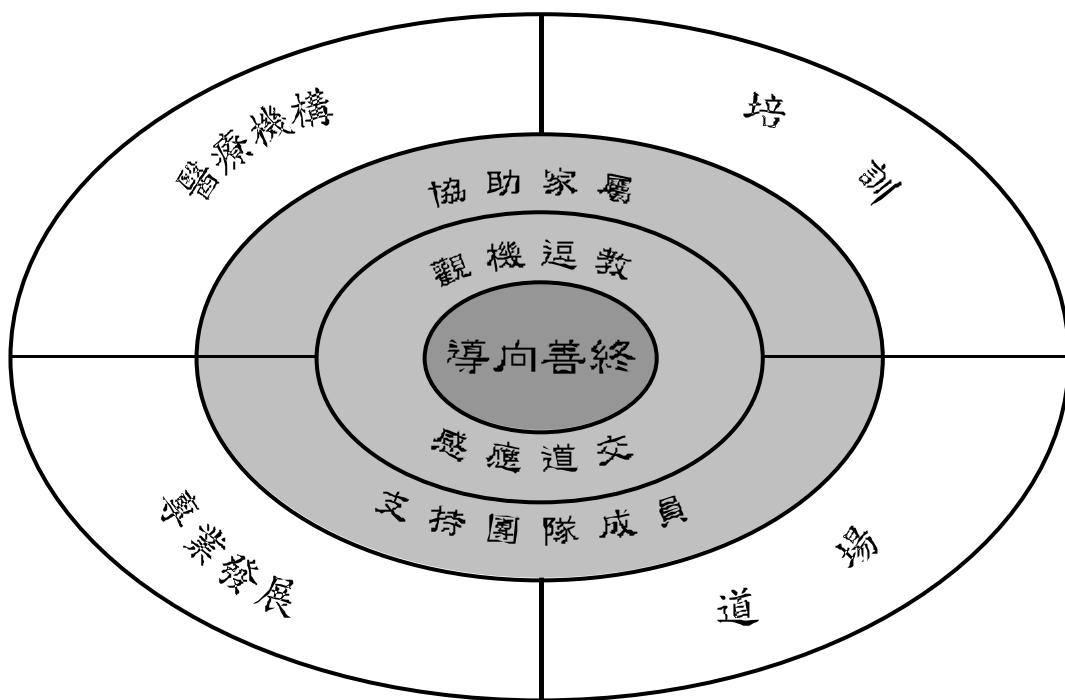
本研究資料運用紮根理論進行分析後，獲得概念架構如圖 4-1 及各個成分類組與主題彙整如表 4-1。

概念分析：

宗教師在安寧照顧的場域，是以引導病人善終為其主要目標，而法師是透過「觀機逗教」、「感應道交」兩個要素照顧病人，並協助家屬和支持團隊成員來達成善終目標。外圍包含「宗教師培訓」、「道場」、「醫療團隊」和「專業發展」都會影響其角色功能。

一般道場法師是被教育成為一個出家人，一個部分為自力自修的部分，一個部分是弘法行菩薩道的部分。法師進入醫療體系在安寧緩和醫療病房接受訓練從「做中學」來「充實臨床能力」，增加靈性評估和靈性照顧的能力，法師培訓結果是達成「建構角色」使其成為宗教師，得以發揮宗教師角色功能，而其弘法利生工作成為臨床佛教宗教師的工作，至此法師對佛法之體悟另有不同的觀照與反思，同時希望朝向「專業發展」，使宗教師的專業化角色能受到醫院和社會大眾的肯定。

每個道場有各自不同的發展，法師也需領有道場執事，道場對安寧照顧的理念與人手不足都會影響法師接受培訓與從事安寧照顧的角色功能。目前佛教臨床宗教師之訓練是由台大醫院靈性照顧研究小組主持，培訓宗教師會進入不同的醫院發展，受到「醫院背景」、「團隊特性」、「團隊成員」、「病人住院時間的恰當性」等因素也會影響其安寧照顧的角色功能。以下各節，將以此概念鋪陳研究結果：



(圖 4-1) 宗教師在安寧療護中的角色功能及影響其角色功能的情境脈絡

表 4-1 宗教師在安寧照顧角色功能及其影響脈絡各類組及其相關主題

類組	主題
觀機逗教	建立關係 察覺靈性需求 應機說法
感應道交	引導方向 提供安定 建立依持力量
協助家屬	察覺需求 引導方向 提供安定 建立依持力量
支持團隊成員	接受轉介 共同合作
臨床學習	做中學 充實臨床能力
建構角色	挑戰 調適 角色轉化
道場	道場對安寧療護的認識 道場人手不足 執事工作 服務時間
醫療機構	醫院背景 團隊特性 團隊成員 住院時間恰當性
專業發展	臨終啟示 未來期待

第一節 研究對象基本資料分析

本研究依據紮根理論研究方法，遵循理論性抽樣原則尋找研究對象，重視資料的豐富性，而非數量的多寡。本章節針對研究對象的基本資料，加以綜合分析如下。

本研究訪談對象為八位法師，二位安寧團隊人員，一位癌末患者的主要照顧者。以大寫英文字母編號，法師之基本資料依年齡、出家時間、專修法門或研究領域、有無所屬道場及兼道場執事、相關訓練、服務情況等項目分別整理如表 4-2。

表 4-2 研究對象法師基本資料 一覽表

法師代號	年齡	出家（年）	專修法門 研究領域	所屬道場	道場執事
A	57	38	淨土法門	有	住持
B	46	14	禪修	無	無
C	34	15	念佛法門	有	住持
D	51	10	淨土法門	有	協助會務
E	56	36	淨土法門	有	住持
F	40	20	佛教文學	有	無
G	37	16	地藏法門	有	總務
H	47	10	念佛法門	有	無

代號	相關訓練		服務情況		
	宗教師 培訓	相關課程	宗教師 年資	目前服務醫院 安寧病房成立 時間	病房服務 時間 (每週)
A	初階三個月進階 一個月	佛教蓮花關懷基金會 講座	三年	八個月	四個半天
B	受訓三個月	馬階醫院舉辦安寧相 關課程	七個月	五年	三天

C	受訓六個月	佛教蓮花關懷基金會 講座 趙可式老師的各 場講座	六個月	三年	四個半天
D	受訓三個月	佛教蓮花關懷基金 會、安寧基金會、一如 淨舍臨終關懷協會各 項講座	三年	一年	2~8 小時，不 定
E	受訓三個月	佛教蓮花關懷基金會 一如淨舍臨終關懷協 會各項講座	三年	一年	不定
F	五年	佛教蓮花關懷基金會 系列講座 恩主公醫院居家志工 初、進階 台大 6A 護理人員訓練 課程、專業人員英國 參訪 安寧照顧協會年 會及系列課程 台大護 理系博士班課程	87 年 11 月 迄今	約八年	五天以上
G	無	成大護理系安寧療護 課程	一年六個 月	二年	4~6 小時 視情況
H	第一次一個月第 二次一個半月	一如淨舍臨終關懷協 會各項講座	曾經於某醫學中心安寧病房服務八個 月，每週兩個半天。目前等待因緣，繼 續從事。		
I	主要照顧者，24 小時照顧病人，病人剛住院時是為了疼痛控制故其住院時間長， 前後進出院四次；因住健保床看到法師照顧病人的情形較多				
J	曾服務於北部某教學醫院安寧緩和醫療病房三年半，目前服務於中部某醫 學中心，負責安寧居家照顧工作。				
K	服務於某醫學中心地區分院安寧緩和醫療病房護理長兩年半				

訪談對象主要來源是由台大臨床佛教宗教師培訓小組轉介共七位，其他來源部分有一位法師及一位安寧團隊護理長是由指導教授轉介給研究者；另外一位護理人員及病人主要照顧者，是研究者在安寧緩和醫療病房自行爭取訪談機會，以上共計訪談十一位研

究參與者。安寧團隊人員及主要照顧者之訪談目的在於豐富研究資料及更進一步之資料比較。

訪談的法師共有八位，年齡分佈於 34-57 歲間，平均年齡 46 歲。出家前之教育背景有兩位是醫護類，其中一位覺得以前都在醫院工作過，比較能直接進入病房和病房互動；另一位覺得自己的護理背景讓他走在佛法這條路上是一個很好的樓梯，能奉獻於緩和醫療照顧上；還有一位從事教育工作的法師，就覺得醫學是他比較欠缺的，所以希望對醫療的東西能夠多一點成長。所以世學背景有可能影響法師對宗教師角色的適應。

出家的時間分佈於 10-38 年間，平均 19 年；有法師認為從事宗教師的工作本身在佛學素養及修行體驗上都應達到某種穩定度，才能使病人獲益。法師專修法門或研究領域上有五位以淨土法門為主，一位為禪修另一位為地藏法門為主；有法師覺得自己還是要有自己的一個修行法門比較不會迷失，因為畢竟還是凡夫嘛！

八位法師中有七位有所屬道場，其中三位為住持，一位領有道場執事，一位協助所屬協會相關事務，三位沒有道場執事。出家人修持和弘揚佛法皆須以常住為原則，領有執事就有他的責任；所以從事安寧照顧宗教師的工作，可能受到常住的影響，一位法師暫時離開常住，有一位到病房的時間受到限制；有一位住持在第一次聽到安寧療護理念時引起心中很大的震撼，想起過去曾目睹出家人在醫院被急救無法善終的遺憾，因此發願成立協會希望能推廣這樣的理念，更希望落實道場用這樣的理念來照顧自己的常住眾；因為他是住持影響更大，住眾有共同的理念，可以同心協力去做。

在相關訓練方面，八位法師都參加過安寧系列講座或課程，七位參加台大的臨床宗教師培訓，其中一位因為有常住執事的關係，所以無法參加這種培訓。有一位法師從安寧療護理念引進台灣後就一直參與這方面的研習，後來因為實際照顧病人的挫折，才發現只有知識是不夠的，必須有臨床的訓練；一位法師原來就在寺裡面照顧生病的法師，後來發現面對癌症病人時自己專業的不足，於是開始接觸這樣的領域。還有一位法師一直在台大安寧緩和醫療病房內，擔任研究及帶領培訓法師的職務，協助來自不同背景的法師適應臨床情況。由此看出，法師不同的動機及相關的知識和訓練可能影響臨床的養成過程和能力。

在服務情況方面：從事宗教師之年資分別為六個月至四年六個月不等。其中除一位等待台大轉介服務外，其餘都從事安寧照顧工作；三位分別服務於北部醫學中心安寧緩和醫療病房，一位服務於中部某醫學中心安寧緩和醫療病房，另一位服務於某醫學中心地區分院之安寧緩和醫療病房；最後兩位法師從事安寧緩和醫療宣導推廣工作及帶領志工在屏東某地區醫院病房協助照顧臨終病患，及提供寮房照顧癌末之法師。目前服務醫院安寧病房成立的時間：八個月至八年不等。法師在台大醫院培訓後，分別至不同的醫院服務，誠如其中一位法師所說，台大醫院由於成立時間較久又是研究單位，負責臨床佛教宗教師培訓的陳教授本身是家醫科主任，因此無論是團隊成熟度、團隊能力及資源、對宗教師的肯定及尊敬等，無庸置疑；而法師至不同的團隊後，可能會受到團隊不同的認知而影響角色功能的發揮。

法師服務的時間分別為四小時至五天。由於目前法師至醫院服務非屬編制內員工，皆由醫院與法師約定好服務時間；法師服務的時間因受到常住執事或法師本身道場情況的影響，其中一位法師每週只能到院 4-6 小時，這也可影響其角色功能的發揮。

第二節 宗教師在安寧療護中的角色功能

本節將介紹法師以「觀機逗教」和「感應道交」幫助臨終病人，朝向善終。法師除了照顧病人外也要照顧家屬，同時安寧照顧是全隊照顧，法師是團隊成員之一，也要與團隊相互支持合作一起照顧病人朝向善終。所以以下將分成照顧病人、協助家屬、支持團隊成員呈現之。

壹、照顧病人

以佛法來講，臨終的一念就是根據了重業、過去的習慣（隨習），還有當時的憶念，這三種是關係到這個病人，臨終正念的建立。那這三種眾業，大善大惡在我們一般人來講那都是極端的，比較不多，所以在中間地帶的人，在臨終之前，兩者交互應用，如憶念善行，就引發善業而感上升人天的果報；如忽而憶念生前的惡行，就引發惡業而墮落，對這種人，臨命終時的憶念，非常重要。所以當人臨終時，最好能為他說法，為他念佛，說起他生前的善行，讓他憶念善行，引發善業來感果，淨土宗的臨終助念，也就是這一道理。

在安寧照顧中，法師就是引導病人能使內在力量的提昇，幫助他的憶念，假如他的憶念是往善的方面，正向的部份的時候，那他的心應該是平靜的，佛教徒期待的善終是臨終能提起正念，蒙佛接引，蓮花化生西方極樂世界。所以這個部分，從「觀機逗教」、「感應道交」看法師如何幫助病人心理能夠平靜、安詳，而達到善終。

一、類組名稱：觀機逗教

佛陀十大弟子之一的富樓拿是一位偉大的佈教家，他知道所謂說法佈教，完全是為了眾生而非為了自己，說法是說給眾生聽的，不是說給自己聽的。高深玄妙的道理，除了少數上根的人，能透徹體悟；大眾之前，富樓拿總是說人能接受的道理。

法師在照顧臨終病人時，透過「觀機逗教」也就是指法師要能收集病人資料，和病人「建立關係」取得病人信任，同時也能經由評估「察覺病人靈性需求」，繼而對不同病情、根機與因緣的病人「應機說法」。如此下來才能讓病人和家屬對法師給的「法」有所感應。

(一) 主題名稱：建立關係

意涵：法師在執行安寧照顧時，會先從病歷、團隊、訪談、觀察中去認識病人；透過不同接觸技巧、因緣，與病人互動取得信任。

1. 收集基本資料

法師在進入病房之前通常會先看病歷，或從團隊的交班、查房中獲取病人身心靈方面基本資料作為與病人互動的基礎，有兩位法師表達這樣的作法：

【像基本資料可以在護士交班的時候、醫生查房的時候或是在病歷找一些基本資料，就是他的一些基本名稱啊，還有他的身體症狀方面的，有的醫生護士也是蠻用心的，就是身、心、靈也都會大概記錄，那我們就是從中可以得到蠻多的資訊，在病房裡面做起來互動起來的話，都會比較有題材啦】〔B004〕

【看病歷，我覺得就是非常重要，所以通常在病人入院當醫護人員建好資料的時候，我會先去看病歷裡面，基本資料、病史，再來就是大概會看到個人家族的情況，然後是病人自己社會、心理這方面的東西，大概在他們病歷上，就會先有敘述這些他們每天對病人的評估】〔A008〕

2. 評估病人接受度

法師在與病人建立關係的初期會先評估病人對他們的接受情形，因為不是每個臨終病人都是佛教徒，而且法師自認在病房也不是為了傳教；所以他們通常會先瞭解病人對法師的接受度。有兩位法師說：

【第一次跟病人接觸的時候打打招呼，然後覺得病人他並不排斥而蠻客氣的、蠻友善的，那我就會問病人說，那你現在看到師父就跟師父合掌好嗎？那病人不到下一次，這一次就馬上跟師父合掌。下一次再去的時候，病人就真的自己主動的合掌。我從這裏去探討病人可不可以接受法師】〔A013〕

【我就問他說：我今天來到你的床邊，你看到我的第一個感覺是什麼？他就說：很安、安全感的那個感覺，而且有歡喜心】。〔E011〕

法師認為有時候和病人建立關係也是一種因緣，有因緣的病人可能對法師的接受度比較高，也容易感應靈性：

【他看到我們就是一個安全感，他看到妳就是會起一個歡喜心，那表示她跟佛很有緣，所以很快很快就能夠搭上線，他也就很快的就抓到了東西】〔E013〕

【我是覺得，跟病人的緣份很重要，這種緣份也是可以感應到靈性的這個部份】〔A012〕

剛開始接觸病人時，也會發現不是每一個病人都能立即接受法師；有一位法師談到病人不想談的情形，他描述病人呈現這樣的情形：

【每次在談，就是跟他太太談也是談到很膚淺的面。那先生更那個，每次就是去了，然後對我是客客氣氣，啊！師父，太太就說：啊！師父來看你了，他也不會說阿彌陀佛，他就只點個頭，翻個身眼睛就閉起來了。那你就根本沒辦法跟病人聊到些什麼】〔D018〕

3.接觸的技巧

法師在確定病人能接受法師之後，除了繼續收集一些資料外，也會用閒聊、同理、傾聽等不同的技巧跟病人互動，而且不會千篇一律，就是可以從多重角度去切入，不要用說教的方式，多用些其他的方法抒解病人情緒，病人和家屬對法師的接受度更高。以下是法師提到的方式：

法師從閒聊中和病人家屬互動，去傾聽病人：

【我接觸病人大部份都是從閒話家常，雖然我這個形象讓人家看起來我就是一個法師，可是，我剛跟你接觸的時候，我一定閒話家常，從你家人啦、景氣、股票啦、社會，只要你肯跟我談的、我有能力，我也可以聽你、經接觸到某一個程度，要不然我都會從閒聊，閒聊，聽太太敘述說病人怎麼樣啊、他們家人怎麼樣啊這樣子】〔D016〕

法師覺得和病人關係有如朋友，與病人建立人性化關係，從關懷病人病痛開始引出他的心理問題以建立信任關係，：

【我都通常會用，就人性化的去了解他的痛苦，然後我們那種人性化的關係建立之後呢，我就會去引導慢慢去讓他把心理的話講出來，他願意講出來表示他對我有信心了，那有信心以後我再提供一些簡單而且很淺很淺的方法提供他比較舒服一點的方式，所以我跟 我跟在病房病人的關係比較像朋友，比較不像是一個師父看到一個信徒一樣，我覺得比較像朋友的關係】〔G007〕

如果是小孩子，法師會用繪本講故事的方法，讓病人接受度高一些：

【那時候想說小孩子要用什麼方式來跟他互動，後來就用講故事，講一些佛教故事，拿繪本唸，唸完了就用一些佛教的因緣啦、一些無常啦那種來跟他講讓他了解，了解這個故事的內容可以用這些理念來去了解的，他也很歡喜】〔B039〕

4 取得信任

法師與病人建立關係，最後希望取得病人的信任，病人和家屬很容易接受法師說的，法師說：

【那也是要非常快的讓病人或者家屬真正能夠信任這個宗教師，那麼信任的話，事實上您愛怎麼說，病人和家屬都沒有問題】〔A015〕

法師用不同的接觸技巧和病人互動取得病人信任後，接下來要能評估病人的靈性需求。

(二) 主題名稱：察覺靈性需求

意涵：法師於安寧照顧場域，從記錄、觀察中去察覺病人的靈性需求。

1. 察覺靈性問題

為了區分病人靈性問題，法師要能夠瞭解病人的病情，知道病人用藥情形，因為有些病人可能只要疼痛控制或症狀治療就可以了；有些病人是整體痛（total pain）法師就可以多給關懷。一位法師說：

【我們把護理記錄很多資料騰到我們的生理症狀表中，生理症狀表我們不需要每天填，比如病人那一天突然發燒，或者血壓不穩定的時候，還有止痛麻啡計量的起伏的部份，還有他嘔心、嘔吐或身體

不好，這些症狀我們都記錄下去，才能去感覺到病人靈性的部份那個地方會突顯出來。】〔A008〕

與病人建立關係後，法師除了從病歷得知病人情況外，也可以從團隊、或自己的觀察去評估病人靈性的階段，一位法師有如下的經驗：

【建立關係之後，然後跟病人的這種訪談，或者是說從病人跟家屬的互動，乃至於病人跟醫護人員、跟志工的互動當中，我們去觀察病人在什麼情況下他的靈性在什麼階段】〔A011〕

2. 靈性需求

在安寧療護全人護理照顧理念下，臨終病人的身體、心理和靈性，被認為是息息相關不可分割的，而靈性則被視為是個人做為統合內在資源的力量。當法師與病人建立信任關係，察覺病人的靈性需求有親情糾葛、焦慮不安恐懼、心性成長：

(1). 親情糾葛：包括執著不捨、親屬恩怨、不被親人接受

有一位法師察覺病人整體痛，面對死亡，病人那種不捨、執著是需要不斷的去談去處理的才能讓病人平靜：

【在臨終的時候，事實上他的情執，他的這種不捨，那種對於身外之物的執著，可能有的時候也還沒做得很好，所以在陪伴病人的時候，這些東西要不斷的去跟病人談，或者請家屬去協助，要去做，把這件事幫病人心裡能夠平靜、安詳，這有很大的空間，需要做到的】〔A052〕

臨終病人因為遭遇親屬恩怨，可能會對親人產生恨意、愧疚或罪惡感，例如法師所提到的情境：

先生的外遇讓病人即時到病情嚴重了仍然恨意難消：

【先生曾經有外遇，病人雖然不曾做過任何的表達，但是他其實是很 care 這個問題的，然後一直到死，病人沒有辦法放下這個這個心理面的恨吧】〔C023〕

生病前不顧家庭的病人，住進病房家人也不想來探望：

【他是以前那個神祖牌位都放在貨車裡面跟著走，到處以車為家的人，這個病人住院的時候，他透過社工師打電話，因為他跟他太太離婚，然後打電話要叫他太太來看他，叫他兩個兒子來看他，沒有人願意來，他太太連他的電話都不願意給，可見他過去讓人家覺得他多麼壞】〔F063〕

過去生活萎靡的病人，不被親人接受：

【俱樂部的樂手啦！就是彈鋼琴那種樂手，所以在花紅酒綠裡頭，婚姻生活、家庭生活、跟母親的關係啦，跟家裡的關係可能都不是非常的好，因為大家都會覺得他花天酒地的啦！那種生活就是不正常的】〔D022〕

(2) 焦慮不安、恐懼

臨終病人有死亡恐懼，對死後世界的不確定需要法師去看她。

下面是一位法師的經驗：

【護理人員就進來跟我講，說你趕快去看看他，好像是肺癌就是很喘，已經沒辦法躺下來睡覺，說希望師父你去看看他，因為他一直反應他不曉得該往哪裡去？】〔H042〕

護理人員交班時會特別提到病人晚上睡不著，心裏不平靜一直看電視，法師說：

【每天早上護理交班，就常常會聽到，就是病患晚上都睡不著，而且那種表現出來的就是很焦慮。自己叫私人的來裝第四台，啊每天晚上就睡不著，就看第四台，因為交班都有這種訊息，幾乎每天晚上就是不睡，有一天，我交班完出來，他太太跟我講說，他先生這兩天好奇怪，都說一直看到有什麼東西，她說：嚶講加我心攏毛毛的啦這樣子哦！】〔D018〕

身體逐漸敗壞，病情惡化害怕死亡的病人：

【回去了一段時間又再回，再回來情況就沒有那麼好了，就肺積水了，他就跟他姊姊講說他會死啊，他就哭啊】〔B039〕

(3) 心性成長

有些病人能接受身體的敗壞，面對死亡；但不知道臨終還有可以使心性成長，往生善道的機會：

【他心理很單純，沒有什麼很大的問題，他只有想說，我如何能夠平順的走完這條路。我就說，哦！那我知道了，你現有的問題就是說，你現在已經知道你的病症，情況都知道了，他說：是世。我說：那如何走、你要走完這條路，你有沒有目標？他說：什麼是目標他不知道，所以我們就有一個目標】〔E011〕

(三) 主題名稱：應機說法

意涵：法師在察覺病人靈性需求後，要能因應病人不同的情況、條件如病情變化、對佛法接受情形、根性等予不同的靈性照顧。

1.病情變化：病人的意識、存活時間、住院日數會影響法師對病人的照顧。

意識不清的病人，法師可能床旁陪伴念佛。

【所以我就開始每天去陪他念佛，因為他終究又不是念佛很習慣的人，而且他那時候已經算蠻末期的，常常在昏睡當中】〔D022〕

病人住院時間很短，關係無法建立時，法師直接給予念佛法門。

【建立關係的部分也沒有時間來不及，所以會變成就是說你關係還不是很夠的時候，其實你要教他法門他也不見得用得上ㄟ所以大概就是普通的念佛法門跟眾善法門】〔C035〕

法師依照病人存活期的長短，擬訂靈性照顧計畫，時間短的要很快切入生死問題，法師說：

【知道這個病人的存活期大概還有多少，當然我們感覺他大概還可以去比較多的工作的時候，可能就是我們的計劃大概可以比較緩一點，比較急的病人，我們通常說重病要用猛藥，所以這個時候可能生死的問題，應該很快要把他切入的】〔A015〕

2.對佛法的接受情形：病人可能是一般民間信仰或對佛法不認識甚至誤解，法師要能善巧方便。

法師依照病人對佛法瞭解程度給予開示，例如病人曉得要念阿彌陀佛，但不知道他的意義：

【你知不知道念佛的意思呀？他說，他不曉得，從小媽媽會跟他講阿彌陀佛，然後，是帶他們去廟裡拜拜，但是，他曉得要念阿彌陀佛。他只會跟著念佛機念，他從來沒有參加過佛教的任何活動】〔D024〕

一般人的觀念會以為聽到阿彌陀佛，就是要往生了，法師要給予澄清：

【不知病人白天或晚上不聽念佛機，那時候他的感覺就是說，好

像覺得聽了阿彌陀佛就是要往生】〔A016〕

3.根性

法師要能敏感於每個病人的個性、習氣以及根性不同，有一位法師察覺病人的個性，如此描述：

【一看到他就是很平靜，而且很為人家想的一個病人，他有什麼事情，他要喝個茶、要上個廁所只要他還可以，他就覺得說不要勞動媳婦，他照顧我已經很累了，我自己可以我就自己來，他是那麼會為人家著想的，看他也很平靜體貼】〔E011〕

二、類組名稱：感應道交

指眾生之所感與佛之能應相交之意。佛陀與眾生之關係如同母子之情，此既非眾生之自力，亦非教化所致，乃由於機緣成熟，佛陀之力量自然能與之相應，意即眾生之「感」與佛陀之「應」互相交融。（註：佛光大辭典，5453頁）

在佛法裏，「法」這個字應用很廣，修行的方法是法，萬事萬物也是法，成佛的法、生天的方法、做人的方法都是法，我們看得到的、摸得到的、生理的、物理的、有情的、無情，一切一切，佛法就用「法」這一個字來代表。

法師代表正法，在察覺病人靈性需求和病人各種情況後，在以善終為目標的引導下，讓病人能瞭解生命的流向，為來生做準備；在法師的協助面對死亡，放下情執；並能感應依持佛法，轉他力為自力，轉化內在力量，安詳往生。

「感應道交」連結了「引導方向」、「提供安定」、「建立依持力量」，看法師如何運用佛法相應於病人之靈性需求，給予病人靈性照顧。

（一）主題名稱：引導方向

意涵：法師協助臨終病人，在痛苦中為自己理出一個正確的方向，臨終可以著力的點，包含來生期待、建立往生西方極樂世界的信願行、

放下情執。

1. 解釋生命流向及建立西方淨土信願行

開示生命的流向：佛法講死亡是這一期生命的結束下一期生命的開始，法師讓病人建立來生期待的方向。

法師為病人開示生命流程，為下一期的生命做準備做目標：

【我這樣子的介紹讓他了解生命的流程，這個死亡不是一個終結，是一個轉捩點，是一個休息站，下一程還有，而且下一程是我們可以去設計我們可以去規劃的，這樣子整個他了解了，他有一個目標，他就緊抓著這個目標】〔E011〕

為未來生命的期待，建立信心和願力，法師鼓勵病人發願下輩子還要繼續修行：

【這輩子做不完下輩子我們繼續來做嘛，只要有願，有願必成，有願必有力我覺得我常跟病人很自然的分享這種東西，因為我對我自己的生命我有非常大的信心，所以我會把這樣的信心跟別人講說下輩子還要發願還要繼續修行】〔G007〕

法師引導病人建立對西方淨土的信願行，介紹阿彌陀佛及西方極樂世界給病人：

【我就趕快去拿那個、那個小的佛像，我就這樣拿著讓他看。這就是阿彌陀佛按暖按暖，給他介紹一下西方極樂世界，介紹阿彌陀佛。你有沒有看阿彌陀佛這隻手這樣子，這就是要接引你，會拉你呢】〔D024〕

【我都會介紹念佛法門的校長啊，阿彌陀佛啊，還有校長旁邊有兩個很好的老師啊，一個觀世音菩薩啊，一個大勢至菩薩，啊！他們開著大勺×勺×，隨時在人間走來走去啊，只要想上車的人

跟它招招手叫一下，就可以上車了，去阿彌陀佛那邊進修了】

〔G014〕

【我們就有一個目標，這個目標就是我們的淨土法門，淨土法門就是教我們怎麼做，怎麼念佛啊、念佛的意義是什麼？】〔E011〕

2.放下情執：法師引導病人放下執著及注意親情糾葛的部分，讓病人最後可以放下。

(1)放下執著

頭頸部癌症病人在乎自己形象，法師告訴病人身體的敗壞是遲早會發生的，法師說：

【但是在之前，他是時常照鏡子的，所以我先告訴他說，事實上我們的肉體，縱使不是得到口腔癌，不是頭頸部症狀的話，斷氣之後也是要壞掉的，只是我們把時間提早而已，所以這個部份，應該不要恐懼】〔A018〕

(2) 治癒關係

寬恕不意味接受對方傷害性的行為；而是放下我們受傷、憤怒和恐懼的反應，讓自己從痛苦的記憶中解脫：

【最好能夠說原諒先生，不管如果是前世你欠他或是今世他給你這個臉色的話，那不過以佛教來講的話是種子熏現行，現行熏種子嘛，就是你如果再把這個因收到你的八識田中裡面，你來世的話，又變成會報復他，這樣子就是冤冤相報】〔B006〕

法師以佛教生死觀引導病人建立來生期待及往生西方極樂世

界的信心。對於親情糾葛的病人引導病人能放下及寬恕，建立臨終善念。

(二) 主題名稱：提供安定

意涵：法師應用佛法給臨終病人減輕病痛，給病人及家屬安心、信心及希望的力量。

1. 用儀式減輕病人痛苦，得以平靜

(1) 用大悲水

病人希望法師用大悲水給他擦身體：

【我告訴他，我們有大悲水給您喝，你要不要，他非常高興，倒大悲水給他的時候，他不只是要喝，他很希望說，師父你用大悲水幫我擦擦身體，就從這樣子，病人的一種主動的動作和需求】〔A016〕

(2) 誦經

法師誦地藏經，病人感覺平靜：

【後來我就告訴他說，師父幫你誦地藏經好嗎？所以每次他都很不舒服的時候，我就幫他分三次誦地藏經，他都可以非常平靜的躺著】〔A016〕

(3) 皈依

皈依指歸敬依投於佛、法、僧三寶。依三寶之功德威力，能加持、攝導皈依者，使能止息無邊之生死輪轉，而得解脫一切之苦。

法師給病人皈依儀式後，病人很開心：

【皈依是對他在身份上的肯定，對在他善心上的肯定，根本的菩提種子在嘛，那今天他願意找法師為你這樣的證明，說你是一個佛弟子，然後他皈依之後病人都會很 很開心】

〔 G043 〕

法師覺得皈依是生命的期許，讓病人有依靠，感覺心安：

【皈依其實對他來講是一種生命的期許，他期許他這輩子在這個時候呢對自己未來做一種期許我要成為佛弟子，我生生世世下輩子要成為佛弟子】〔 G043 〕

2.生命回顧：懺悔過去所做罪業或幫助他記得他的成就，注意他的善業，可在他臨終時把平靜帶到他心中，那個廣義的懺悔就是生命回顧：

【醫生告訴他說他將來往生的時候會是大動脈噴血或者會是意識昏迷，那時候他就開始恐懼、開始害怕，開始害怕的時候，這個時候我大概就會知道到底他為什麼害怕，然後可以去幫他做生命的回顧，把他生命一些他覺得業障引起病的結果這個部份，心理不安的部份，先幫他處理】〔 A013 〕

法師引導家屬與病人作生命回顧，肯定病人對家庭的付出

【那我先去跟病人講一些話後就引導先生去肯定病人，其實等於說去引導他去做生命回顧，做生命回顧那先生就講說他其實蠻感謝病人從年輕跟他一起從南部上來然後白手起家，從什麼都沒有然後跟他一起打拼在板橋買下了一棟透天的，那一個家庭住一樓，就整棟都是他們家的這樣子，然後他就說其實都是她跟著他一起奮鬥下來，其實他也蠻蠻感激他的】〔 C023 〕

3.發願迴向

迴向是以自己所修之善行功德，迴轉給眾生，並使自己趣入菩提涅槃。法師告訴病人發願心，願意承擔病房內所有病人的病苦集我一身，以這樣的功德迴轉給眾生，並發願使自己臨終無障礙，能安詳往

生，法師說：

【你發願要承擔癌症病房所有病人的痛苦集我一身，我願意替他們承擔這個痛苦，你能夠發這樣的願的時候，等於將來往生的時候，真的動脈沒出血，也沒有意識昏迷的話，那你可以做為一個念佛能夠安詳往生的一個見證人。在病房裏面這樣影響力是非常大的，功德是很大的】〔A018〕

發願是發起誓願之意，往生淨土者發遣自己修善，發願往生之心。

法師教導病人每天念佛後，要發願往生西方淨土，臨終阿彌陀佛來接引，法師說：

【每天發願，發願就是跟阿彌陀佛表明我念佛的心願，以後我就是這樣子做，每天我就是跟阿彌陀佛有溝通，每天有發自我內心的心願，這樣子到最後的時候，就是阿彌陀佛來接引我們】

〔E011〕

4.啟發善心

法師讓病人發慈悲心、感恩心、維持善念，心念得以轉化平靜。

【我告訴他慈悲心要出來，感恩心要出來，所以他住健保床，左右的病人他都能夠去關懷，因為他還能夠走路，右邊的病人往生時他也去幫他助念，左邊的病人皈依，他也跟著一起皈依】〔A018〕

【就說你在這邊 你生病在這邊啊都是這醫生照顧你哦，我們要跟他感謝，那他馬上手就 他很累很喘哦 他手就伸出來，跟他致謝這樣子】〔B039〕

5.念佛

淨土法門是最常用的法門，法師會給病人佛像和念珠，教他們如

何念佛，觀佛，憶佛，病人在法師引領念佛下，內心平靜，減低死亡恐懼。

【那念佛法門的話，還是會輔助啦，畢竟還是要有一個法門給他依持，這樣的話他的心才比較能夠平靜，能夠定下來，一般人對佛菩薩就會自然而然會升起一份的恭敬心】〔B007〕

【我說，這個到最後的一刻都還用得上，但是這個必須要先練，他就很高興。所以我就很快就這樣子跟他搭上淨土法門的線。我那一天這樣子跟他講了，他就很安心了】〔E011〕

法師運用儀式、生命回顧、發願回向、啟發善心、念佛等法門，讓病人心有所依靠，遠離散亂、恐懼不安，而得到安住。

（三）主題名稱：建立依持力量

意涵：病人在法師引導下得到內心的平靜，病人有所感應，靈性提升，轉化為內在力量。

1. 建立正念：法師繼續建立病人的信心，及臨終善念；同時能與佛感應。

為了增強病人往生的信心，法師告訴病人，佛祖與眾生如母子情，要有信心：

【我就跟他說你要跟佛祖走哦，佛祖是我們的媽媽哦，伊世牽仔伊會牽你慢慢走，你要把他牽好哦；他回答我：有好】
〔G008〕

建立臨終正念，法師告訴病人，身體雖敗壞心還能作主，維持心念往善的方向：

【去告訴他身體不能做主，心還能做，就是說去加強他心力的提昇、內在力量的提昇，這是一個幫助他的憶念，假如他的憶念是往善的方面，正向的部份的時候，那他的心應該是平靜

的，所以就等於說他的正念，就應該是相輔相成】〔A052〕

皈依後就是三寶弟子，法師要常常幫助病人提起正念：

【皈依就像一個註冊，註冊了你就是一個正式三寶弟子，因為你是三寶弟子你自己就可以常常去這個 自己皈依後就可以常常提起正念】〔B039〕

法師告訴病人要有信心，依靠自己的力量與佛有感而應，開啟自己內在的力量：

【我還是跟他強調這是種心靈的感應，你相信你就有感應，你不相信，我念再多的佛，誦再多的經也沒有用，但是這種感應必須不只是依靠我，那你試看從你自己心裏面去表示，培養你自己的一種力量，看能不能自己自我感應。】〔A016〕

2.精進用功：病人能從法師的引導轉化為自身力量，也就是他力轉自力。

病人自己自動自發，用功念佛，法師說：

【這個就是內在力量、自動自發，他自己會要。回家做居家照顧，我也跟居家護理師去過兩次。他兒子跟我講：師父，我媽媽只要沒有在睡覺，他都在念佛，這個就是內在力量】〔E011〕

【自從念佛以後，他每天早晨去佛堂拜佛，每天下午都到空中花園那個迴廊去，跟太太一起念佛，下午時間洗好澡以後，他們夫婦就會到迴廊念佛】。〔A018〕

3.心性的轉化

法師能察覺病人內心平靜，放下情執，精進用功，可以看到

心性的轉化：

病人不再對外追求，轉為內心的修行：

【過去本來法師去看他，他是把法師當作聽眾之一，永遠都是高朋滿座的聽他講話，可是他在臨終前有一天護士去看他，幫他換藥，他跟護士說：不要吵我，我在修行；他可以做到這樣的地步】〔F063〕

法師說：原來罹患口腔癌，常常拿鏡子照的病人，轉為時常看佛像，後來還夢到去找阿彌陀佛：

【從這裡我倒覺得這是一個很大的轉折點。所以病人從此就把佛像放在袋子裡面，時常拿來看，這是一個轉折點。他又另外一個轉折點，就是他心裡上已經一直覺得，他要去找阿彌陀佛，所以他有說夢到師父帶我去找阿彌陀佛】〔A018〕

人生意義的體認：法師說原來不被親情接受的病人，往生前有不同的體悟：

【然後他往生前自己就寫字，人生五大信念「感恩、知足、惜福」一共有五項，我桌子上還有放著這一張，他後來這樣子的變化非常好】〔F063〕

貳、協助家屬

法師在安寧照顧中，對家屬的部分也是要和家屬建立良好關係，繼而「察覺家屬的需求」、「引導方向」、「提供安定」、「建立依持力量」，協助家屬同時幫助病人達到善終。

一、察覺家屬的需求

家屬希望完成病人安詳往生願望，生死兩無憾

法師察覺病人太太已經幫病人皈依，同時希望病人在臨終階段能夠接受佛

法，：

【他的太太，非常希望真的能夠讓病人，過去的事情已經過去了，希望他最後的生命，對做人這樣的一件事還有意義，所以他的家屬和太太非常努力的要協助他先生達到這樣一個目標】〔A018〕

二、引導方向

（一）提起病人正念

有的家屬不知道還能為病人做什麼？而感到焦慮不安：

【就是他們不知道說他們還能夠為病人做些什麼？往往都覺得病人這樣子，他們很想為病人做一些事情可是不曉得要做一些什麼？】〔B010〕

遇到這種家屬，法師覺得要幫他們先建立一個正確的觀念，不要隱瞞病情或安慰病人，那反而是病人的阻力，法師可以引導家屬一個方向，叫家屬看病人有什麼心願或放不下，最重要的是可以幫助病人依著所持的法門，如陪同念佛，法師說：

【你安心在這邊，身體症狀最起碼都能夠控制的很好，然後盡量了解病人還有什麼需求什麼心願，還有什麼放不下的或是有什麼事情我們家屬都可以幫忙，那最重要的就是隨時都可以提起病人的正念，依著病人所修持的法門，如念佛法門阿彌陀佛的那種 那種慈悲智慧啊】〔B010〕

（二）依照不同病情給予不同的引導

在症狀控制穩定期，病人跟家屬會比較多的期待，希望有奇蹟，能夠好轉可以繼續治療，因為現在身體狀況比較好，這時要做病情告知，給家屬無常觀、生死觀，法師說：

【重要的要做的是病情告知，跟家屬的話要協助家屬了解這是一

個有限性的時間，他雖然好，但時間不會一直持續下去他會有一個有效的期限，你要開始準備病人即將要離開，一直在讓他了解這些東西，所以有一些生死觀的東西啊、生命無常的教育啊就可以進來】。

〔 F079 〕

到了彌留狀況，家屬是病人最大的助力，可以和病人一起學法門，在旁陪伴，幫助病人提起正念：

【家屬是最大的助力，家屬在這一部份的關係做的好，認同度做得好的話，他很容易進入情況，他怎麼學法門啊！怎麼帶病人啊！提起正念的部份，方法的用功，跟他一起做的部份，然後到最後的往生前三天，就是已經到最後彌留的階段，他要陪他就會更順 】【 F079 〕

（三）引導懺悔及告別

法師也會引導家屬向病人懺悔，讓病人放下，有一位法師說：

【他就講到他外遇的事情，那他也有一些陳情跟解釋，然後也請他原諒這樣子，先生講到哭，然後講完後來護士進來，護士進來就說他的 BP 開始 down，那先生講完沒多久病人就走了】〔 C023 〕

法師引導家屬做告別，病情往下掉，鼓勵家屬做告別；允諾會照顧親人，讓病人放下：

【我會覺得當我們看血壓一直在掉的時候，我們會帶領家屬來跟病人告別，那時候我們會稍微瞭解他們之間的關係，甚至有一些不曉得要講什麼，我們會教他，跟媽媽講放心我們會照顧爸爸，提醒他一下。他們這樣講，會覺得有很大的感應啦】〔 D024 〕

三、提供安定

法師教導家屬先安定自己，病人也才會感應到安定的力量。有一位家屬提到法師教導他們要在病人身旁坐下來，自己要安定，親人才能安定，他覺得很受用，家屬說：

【有時候我們會覺得很累的時候，師父會告訴我們自己心裏要先靜下來，你如果自己先沈澱下來的時候，病患他會感受到你的安定，你如果安定的話，他就會自然的比較安定，雖然這是一個很平凡的話，但是好像我們要先告訴自己，我們要先鎮定，對我們來講還是真的很受用。】〔I024〕

病人病情惡化，家屬慌亂，法師引導家屬念佛，讓家屬安定，法師說：

【他媳婦都很緊張，因為他媳婦沒有看過人往生，第一次面對他婆婆，我就安撫他們，我說：你不要緊張，你要安定，你不要讓婆婆感覺到你比他更緊張我就叫他的女兒、女婿、兒子、媳婦全部來了，我就說：你們就在這個床邊輕聲的幫他念佛，媽媽的氣息愈來愈弱了。他們都在那邊幫他念】〔E011〕

病人病情往下掉，家屬內心也是不捨、傷心，法師也可以安撫家屬，法師說：

【這個時候家屬也處在一種比較不安定、比較悲傷的狀態他需要法師幫忙，所以我們可能要對家屬做一些悲傷的心理輔導】〔F079〕

四、建立依持力量

法師提供懺悔法門，同時引導家屬陪同病人佛堂懺悔：

【我們要能夠勇敢的去面對我過去的錯誤，所以應該是要懺悔，所以

太太每天都會帶他到十樓的佛堂去】〔A019〕

參、支持團隊成員

法師在安寧照顧中是要與團隊互動和合作的，病人的問題也是透過不同的專業角色給予協助；我們可以看到法師與團隊是透過「接受轉介」、「共同合作」，幫助病人朝向善終的目標。

一、接受轉介

（一）協助有靈性需求和生死困頓問題的病人。

有一位安寧團隊護理人員談到，因為他們比較年輕，有些病人可能不會將心理或靈性的問題向他們提，所以護理人員在評估病人有靈性需求時會轉介給法師；然後法師又會將病人情形轉告醫護人員，如一位護理人員說：

【畢竟我覺得在病房來說醫護人員，有時候心理或靈性上面問題，可能礙於說年紀啦，就是跟經歷經驗有關，所以他們比較不會把一些心理的話或有一些困擾來跟我們提。變成可能是要靠我們的一個敏感度去知道他們有這樣的一個疑惑，那這時候我們就可以 有點類似就是轉介給師父，那師父就會去協助這一個部份，然後師父有時候處理完了或是處理告一段落，就會告訴我們 Feed back 是怎麼樣，就變成會彼此這樣子去做一個互動，我覺得最大的差別應該是在這一個部份。】〔k012〕

有一位法師說當護理人員發現病人有靈性需求時會知會法師，其中以死亡恐懼的問題最多：

【護理人員比如說他發現這個病人或這個家屬心理靈性的問題蠻大的，或者是很多是他們沒有辦法處理的，那他們也會知會你，沒有辦法處理的其實在醫院裡面比較多的就是死亡恐懼的

問題】〔C025〕

（二）醫療的極限，尋找協助

藥物已經使用很高劑量，醫療到了極限使不上力時，法師提供另一種方法：

【我常常會遇到是，他們醫療 就是藥物也下了，下到“進碰（極限）”了，好像已經打了 譬如嗎啡那一個早上每半個鐘頭打一次，那打 打到最後他們覺得已經打到手軟了，或是那個病人的劑量實在太高了，那他們發現醫療跟護理方面已經 已經有點叫做能用的都已經用完了（步數用完了），然後家屬也有一點束手無策，他們通常就會想說師父這時候還有沒有方法可以用，然後把我找來】〔G 006〕

法師談到有一位病人，病情往下掉的時候非常痛苦，好像他的下腹部的腸子、肛門什麼都堵塞了，等於他的糞便都從臀部的那些毛細孔出來，非常疼痛，這時候醫生都說，我還能為他做什麼嗎？病歷上寫著，請找法師：

【以我的經驗來說，到了醫院去呢！我覺得好像有些醫生會覺得他很棘手的問題，他會很快的要宗教師來，他覺得他可以鬆一口氣，所以也就是突顯了說這種團隊當中，醫療總是有它的極限，因為靈性的部份，它就是無窮 無盡嘛！所以就像佛法一樣，它非常深奧，你怎麼鑽研進去都有的鑽的】〔A030〕

（三）學佛背景的病人

【如果真正評估到這個病人 尤其是他知道這個病人是真正有學佛的又更會去跟法師照會這樣子，（會主動照會）主動會跟法師說這個病人好像有學佛還是有皈依，他們家屬也希望法師去關懷，他會來告訴我們一下】〔B015〕

(四) 喪葬諮詢

法師比醫護人員適合提供喪葬儀式等相關事情

【因為一個宗教師的立場來談死亡或者是說死亡，就是說比如說一些儀式的詢問，這些後事的安排，其實間接也是相關到死亡。所以我覺得切入點比較不會像護理人員那麼尷尬。】〔J021〕

二、共同合作

法師可以和團隊討論釐清病人問題；如一位護理人員說：

【另外就是對團隊或者是專業人員的部份，我覺得也是幫忙很大，因為我們在照顧病人的時候也是會遇到問題，或是自己可能遇到一個情境繞不出來的時候，和師父談比較可以理出頭緒來】〔J018〕

法師和團隊共同處理自殺病人，如法師說：

【上次在處理那個自殺病人的時候，也是團隊找我嘛，我們是共同處理，那個陳醫師啊，還有幾位護理人員還有社工、師姐跟我，在處理那個自殺病人，後來我們也是處理好幾天哦】〔G005〕

法師與團隊共同探訪居家照護病人，如一位護理人員說：

【其實我覺得居家關懷就是單槍匹馬，雖然說回來都會討論問題，但是因為其他的人都沒有去看過病人，你在講都是虛虛的，然後也比較沒有辦法 catch 到那個問題在哪裡，如果你能帶一個人出去一起看，你會感覺兩個人可以有互相討論的空間，那我感覺遇到問題的時候壓力比較沒有那麼大】〔J047〕

肆、導向善終的靈性照顧

病人在經由法師「觀機逗教」、「感應道交」的過程，感受心理平靜或靈性提升，同時法師也協助家屬面對親人死亡；並接受團隊轉介與團隊共同合作照顧病人。最後，我們可以看到有些病人能夠放下情執，心存感恩，內心平靜，完成心願能面對死亡，安詳往生，達到善終，以下是臨床上看到的現象：

自知時至，依照遺願，安詳往生：病人能按照生前的發願，沒有大出血，意識清楚，念佛往生，法師說：

【你放心，你現在要聽師父的話，快點上床，選個好的姿式，來認真念佛了！在聽完，他真的就依他的師兄幫他扶上床。他就選擇了右側臥，用他的左手的大拇指一直念阿彌陀佛，我們大概是 6 點半的時候離開，好像是一個鐘頭以後，他就念著佛號往生了。沒有大動脈出血，也沒有意識不清楚，是很清楚的念著佛號往生的】〔A019〕

病人在法師臨終開示下，安詳往生：

【做一段時間，做完了，我就跟他講：你看你的蓮花已經完成了，下一次等你要回到阿彌陀佛身邊的時候，阿彌陀佛會把這朵蓮花帶過來，那你坐上去就跟阿彌陀佛去極樂世界哦，他就點點頭很平靜，到八點多就往生了】

〔B039〕

內在力量的提升，嚮往佛的接引

【他就一直氣喘的說：「哦！你加看阿彌陀佛那咧面啦，那麼慈悲啦、那麼慈祥啦！我嘸知有福氣給他拉去啦？」反反覆覆按那唸呢 因為，他這樣子過後、以後，他就大概陷入昏迷，第三天還是幾天後他就往生了】

〔D024〕

四、得到親人寬恕與接納

【他兒子回來辦死亡診斷書的時候講了一句話，他說：我父親過去雖然不顧家，對這個家庭有所虧欠，可是到最後生命的這個階段，他讓我看到他是一

個勇者，我想心性的成長，這應該是一個很典型的例子】〔F063〕

善終是一個過程，絕不是一個點，或是僅指最後的幾個小時、最後的幾天，所謂的善終是從事安寧療護的人員，讓病人最後臨終過程慎重地妥善準備死亡。在臨終場域，可以看到法師所發揮的角色功能，也是引導病人能夠安詳往生。

第三節

影響宗教師在安寧療護中角色功能的社會情境脈絡

從訪談實錄中，整理出影響宗教師安寧療護中角色功能的影響，可分成四個脈絡包括「宗教師培訓」、「道場」、「醫療機構」、「專業發展」。本節將從三個脈絡來探討對宗教師安寧照顧角色功能的影響。

壹、宗教師培訓—開顯宗教師角色功能

基於推動本土化靈性照顧的需求，國內有關臨床佛教宗教師培訓研究，由台大醫院緩和醫療病房接受佛教蓮花臨終關懷基金會兩年的研究計畫，為了讓研究能持續下去，同時有感於安寧病房一直陸續的在各地方成立，宗教師的需求更多，於是繼續由屏東一如淨社臨終關懷協會支持研究經費至今，研究小組也發表了數篇研究成果。

這個部分是探討法師至台大醫院緩和醫療病房接受宗教師訓練的歷程及對從事安寧照顧角色功能的影響。對法師來講以往都在道場，面對的是信徒，如今走入病房，必須做第一線的服務，是一個新的挑戰，從培訓法師的訪談資料中分析發現，培訓者的成長包含二個部分：「臨床學習」、「建構角色」，法師從「做中學來」來「充實臨床能力」，進而轉變為宗教師的角色能照顧臨終病人。

一、類組名稱：臨床學習

法師的專業能力獲得，主要透過「做中學」當中「充實臨床能力」。

(一) 主題名稱：做中學

意涵：是指法師從臨床照顧病人當中去學習，問題的評估是學習的重點。

培訓是直接照顧病人，而不是一個非常明確的教學目標擺在那兒學習，是以問題為導向的自主性學習。通常法師做第一線臨床的照顧，發現問題然後回到研究小組來一起解決這些問題，由下面的談話，可以瞭解教授非常的重視這個部分：

【他非常的強調問題的掌握和分析診斷的部份，這個是在培訓裡面很獨特的一個部份，那這幾年來他從來沒有鬆手過，對任何一個人的訓練都是在這一個部份，他進行的方式就是像你過去了解的就是用每一次提報告的方式，那在這個時候就非常重視法師的主動性，還有他自己學習方向整理的這一部份的問題】〔F012〕

法師第一天就開始照顧病人，第三天學看病歷，記醫學名詞，一位培訓法師說：

【第一天就開始接觸病人，馬上就看表格，學習表格，並開始記錄，然後第三天就由醫師教我看病歷，記錄是怎麼看的，然後要記一些病歷上、醫學上的名詞，做一些對照表，您必須從那些資料中，我們才有辦法去做記錄，也才能了解病人的身體症狀】〔A005〕

除此之外，有一位帶領的法師也會給他們做示範，和他們一起討論病人的問題，法師說：

【她就是帶了我去繞了幾次病房，甚至就是每一個動作帶我做個幾次，比如說跟亡者做做臨終的開示，或者是帶著我一起去幫病人做皈依，然後先帶我繞一次病房，就是跟病人做介紹，大概做了幾次後，那大部份就由我自己去】〔C012〕

(二) 主題名稱：充實臨床能力

意涵：是指法師在培訓過程中，能評估及察覺病人的靈性需求，給予適當的處置，同時學習和團隊互動。

1. 會使用各種的評估表格，以問題為導向的方式

法師在受訓當中要學會做病房記錄，運用各種表格評估病人的靈性需求，主客觀問題是什麼、病人的靈性階段，確立靈性問題，擬定照顧計畫並給予處置和評估。培訓法師如此描述：

【我們一開始，我們所要做的，每天一定要做的病房的記錄，就是很老實的跟病人談什麼，它當時的場景是什麼，一五一十的把它寫下來，第二個是身心症狀表(註 1)，對著我們的病房記錄表去察看，看了以後才去看療效身受心法(註 2)，他的痛苦減少了沒有，他的心理問題在那裏，他的生命的意義他了解了多少，他的身心的困頓在什麼地方，用這兩個東西來去找出他這個點，然後根據身受心法表和病房記錄再去做他的 SOAP(註 3)，就是病人主觀的部份的問題是什麼，病人客觀的問題是什麼，然後再從這裏去評估病人的靈性是在什麼階段，研究小組不是有把研究靈性的定義(註 4)，然後靈性的七個階段(註 5)嗎？就是根據這些裏面去評估他的靈性在那裏，然後再做下一次，我們是一個禮拜做一次評估。】〔A024〕

註：見 94 頁

2. 做個案報告，增加評估覺察能力

法師都要做個案報告，訪談的法師說：平均大概兩個禮拜要報一次，兩個禮拜到三個禮拜，不固定！有時候作個案報告有時候是讀書報告，大家輪流報告。法師覺得做個案報告可以增加評估和覺察能力：

【所以我第一個禮拜就開始報個案，那我發現到從報個案當中，才知道那些東西是漏掉的，那些東西是要整理的】〔A005〕

法師覺得個案報告增加了他的評估和覺察能力，因為一旦要作個案就必須從頭開始，收集資料的方向要很正確，能確認病人靈性部分：

【培訓的時候可以訓練，因為你不斷的要作個案報告，你的個案報告當中，就是靈性的轉折點在那裏，你自己要去覺察，假如你不去注意到這個部份，其實你一篇的個案報告出來，可能只是一個陪伴而已，而靈性的部份，病人有沒有提升就不清楚了】〔A023〕

3. 參與研究小組

培訓的目的之一是用現代醫學觀點研讀佛法的核心知識，可以學習將經典的理論在臨床照顧上實踐出來，有一位法師說：

【在小組會議的話尤其是有教授在指導，持續有新的東西可以學，雖然說以前有一些佛法啦，可能以前名相是名相，可是不是很深入的融入生活中，教授他畢竟在醫療的領域上是很有研究的人，還有他以他的智慧往往有一些名相他用在臨床上那種解釋，感覺很受用】〔B036〕

法師要做個案報告，經由討論可以分享個人經驗，以提升照顧品質，法師說：

【還有自己在照顧的個案當中如果提出來報告，因為這個靈性教學都是各醫院法師回來參與的，每個人就可以自己照顧的經驗提出來分享，那在這個經驗分享當中，我們照顧的個案經過討論後，我們回去對這個病人重新做一些評估，讓病人能夠得到更好的照顧】〔B036〕

4. 認識團隊成員角色功能

除了瞭解病人身心靈的需求及協助病人和家屬面對死亡外；安寧療護也重視團隊的合作，所以培訓中法師也要學習認識團隊的每一個專業角色功能，以達到共識合作，法師說：

【就一個法師從來沒有接觸過臨床的這樣的一個背景，從他要進入一個專業團隊的時候，他用什麼樣的方式去參與，怎麼樣的談話方式會讓團隊覺的這樣子的介入或者是溝通是比較有效的】〔F012〕

【適應團隊，然後清楚每一個專業的角色功能，然後等到他接觸到病人的問題的時候，他會比較清楚這個問題要找誰一起來幫忙，應該找來一個適當的人來溝通】〔F012〕

二、類組名稱：建構角色

這個部分是指法師在培訓過程中，從事安寧照顧角色轉換為臨床宗教師的過程。從訪談內容整理分成「挑戰」、「調適」、「角色轉化」。

（一）主題名稱：挑戰

意涵：是指法師在培訓中照顧臨終病人所面對的壓力。

訪談中有一位法師是醫護背景，他覺得以前也在醫院工作過，

所以比較能直接跟病房互動；而大部分的法師一開始都覺得非常惶恐，惶恐的是那個領域是非常陌生。

1.來自病人

癌症病情及症狀，傷口的味道，讓法師不能適應，法師說剛接觸病人的感覺是：

【這個病人因為不能講話，不能溝通，而且他的傷口頭頸部的症狀有些惡臭味，這些種種我覺得說是比較辛苦的】〔A004〕

法師以前看到的癌症病人比較不是末期的狀況，現在面對臨終情境癌末患者的變化是完全不同的：

【雖然看過癌末的病人，但是，其實我們看到他的時候畢竟她還是都狀況不錯，不像真正面臨臨終的狀況，其實真的有很多不同的狀況，各種不同的癌症反應完全不同】〔C010〕

2.和病人建立關係的惶恐

和病人直接接觸及建立關係是不同於以往在常住接觸信眾的情況，可以說是沒有經驗的，怎麼樣去跟病人建立關係是一種挑戰：

【因為我們出家眾一般來講，除了你是在常住裡面，就是跟信徒接觸以外，大概很少會去接觸到病人；我們大概幾乎碰到一個同樣的問題，我怎麼樣去跟他去建立關係？我怎麼樣去取得病人的信賴？我怎麼樣讓他接受我的東西？這是一個很大很大的挑戰】〔H005〕

法師說在病房是實際照顧病人，不是聽演講當聽眾，也不是只有探望信徒而已；而是長時間的接觸和照顧病人：

【我們聽聽演講跟進病房其實差很多哪，就像我們去照顧病人，陪伴一些親屬或是信徒，頂多去個 5-10 分鐘就離開了，所以跟你長時間的陪伴病人其實是完全不同的】〔C010〕

法師在接觸病人時，覺得肢體的接觸會讓自己內心是蠻掙扎的，因為這有一部份是跟所受的傳統的教育方法如法師威儀、規矩各方面會有一點點的差別性。如法師的感覺：

【然後看到**法師坐到他的床邊就握他的手，然後跟他話家常，那時候我真的就真的完全愣住了。因為可能習慣問題吧，出家十幾年來不曾做過這種動作，就會覺得蠻訝異的】〔C011〕

3. 法師不能用以往的模式勸導臨終病人

一般法師碰到臨終病人的時候，都會說：啊你要放下，要多念佛啊，可是現在不一樣了。法師面對病人情緒，無法自處，不知如何引導病人，走出深淵，在培訓早期剛進入病房的時候，法師會遇到這樣的情形：

【法師們一剛進來，他常第一個先碰到的問題是，很怕病人哭，就是說病人一直講說，哦 怎麼辦我就要死了，在那個比較谷底的狀況下，他不知道要怎麼樣去把他帶出來】〔F016〕

4. 作業和報告的壓力

法師覺得自己以往的學習經驗就是組織能力差，無法掌握病人問題，法師說：

【就是一些作業，作業上覺得有壓力，因為以前比較是沒有組織能力，所以可能比較不會抓重點】〔B003〕，

法師又要學電腦又要用表格，又是 SOAP 搞得實在是暈頭轉向，比進病房壓力還大：

【第一年的時候，我是被那些表格搞得實在是暈頭轉向，因為我們年紀也很大，雖然已經都開始學電腦了，但是對電腦打字實在是慢啦！尤其第一年的表格重覆的很多，現在比較簡化了，那會覺得，哦！真是壓力非常大，嗯！什麼 SOAP 啊，根本還搞不清楚狀況，我覺得表格的壓力，反而比到病房的壓力要大。】〔D009〕

5.嚴重的挫折感

一位法師感覺培訓的前一個月大概覺得很大的挫折感，挫折感是因為平常還認為自己還算蠻能跟人家溝通的，不管是面對信徒還是面對一般人，認為應該是沒有困難，但是在面對病人的狀況下，就不一樣了，覺得不曉得要講什麼，完全使不上力：

【最大的挫折就是你身為一個宗教師，主任也常常講就是傳法，傳法的的部分，自己會覺得說言所必言，但在面對病人的那個剎那，其實腦筋會變得一片空白，然後所有的佛法全部變得不見了，在面對病人的那一剎那，真的你不曉得要跟牠講什麼？然後會陷在那一種很沮喪的裡面，因為其實我會覺得我讀那麼多的書，然後完全使不上力，所以會有蠻大的挫折】〔C011〕

(二) 主題名稱：調適

意涵：法師在面對挑戰後，逐漸發現培訓中增加醫學知識、表格的必要性和參與團隊的意義，認定培訓的需要。

1. 增加醫學知識

培訓可以讓法師直接進入臨床照顧病人，增加醫學知識；幫助正確的評估病人的靈性需求

【我覺得宗教師終究比較在協助病人的心理、佛法的部份，可能像教授講的，你如果稍微了解生理的部份，他可能是用藥物就可以解決的問題，你弄了半天去周旋他。像疼痛說不定真的是先藥物試試看，也許藥物就控制了，不需要佛法來控制，對治他的疼痛，除非那個病人，我們發現那個藥物對他好像沒什麼作用】

〔A056〕

2. 使用表格的需要性

表格是在法師培訓過程中逐漸發展出來的工具，作為協助法師臨床評估之用。可以幫助提供了一些角度，讓法師去跟病人互動的時候可以掌握，如觀察病人的身體變化、心理感受是怎麼樣？法師認為：

【非常大的幫忙，因為他可以幫我釐清問題，一個釐清，第二個歸納，我才能真正掌握到問題，所以我這次回去我的收穫就很大，因為他們現在把問題分類的更清楚了，那我更能掌握到病人要什麼！】〔H012〕

3.參與團隊的重要性

培訓可以使法師更能掌握病人的問題，因為參與團隊，可以更清楚病人的情況，而且全隊共識共同合作，能掌握病人問題：

【我覺得基本上有接受過訓練的話他會比較知道這個病人 因為參與團隊的時候，第一個先去了解病人目前的狀況，有一些症狀是因為他的藥物使用讓他有一些的副作用出來，所以就先篩檢過，知道這是應該會有的，還有這疾病到底可好不可好】〔G004〕

【假如我們一開始沒有培訓，就進入到病房的那個階段的話呢？我會覺得，那可能會不知道病人需要什麼，可能跟醫療團隊及醫護的部份，那個關係也比較沒辦法那麼快建立起來】〔A026〕

（三）主題名稱：角色轉化

意涵：是指在經過培訓之後，法師會感覺自己和剛進入病房時有更多的成長，並且能以專業的角色服務臨終病人。

1. 建立關係方式的改變

培訓之後可以接納不同病情的病人，縱使是意識不清的病人，也還可以陪伴他而且可以用不同的方式去接近病人；比較敢去和病人建立關係，有一位法師說：

【我覺得接觸病人就有蠻大的不同，過去我們接觸病人的狀態來講，光是跟病人的溝通就會有蠻大的不同，因為現在我們可能不管是意識清楚或意識不清楚的我們會去陪伴照顧她們】〔C020〕

法師能用不同方式親近病人、幫助病人，法師說：

【我可以對一個臨終的病人來開示，或者會去用一些同理心的方式，或是用一些諮商的方法去幫助病人，但是在過去的話，我們去看病人的方式可能就是有一點距離，可能就是離的比較遠，因為不知道怎麼去跟他談】〔C020〕

2.專業能力提升

好幾位法師提到培訓後，他們不會像培訓前或一般法師一樣去安慰或規勸病人而已，而會秉持安寧療護的理念運用專業的評估以及處置去協助病人。

有一位法師提到在病房裡，他們以安寧理念照顧病人，協助病人面對死亡，這和有些法師來看臨終病人時，還在鼓勵病人要有信心求生甚至於介紹偏方，是完全不同的：

【就算現在來講有培訓過的跟沒有培訓過的法師在病房裡面同樣去探視病人還是有很大的差別，一般沒有培訓過的法師，去啊！還比較是傾向於就是鼓勵她們，比如說在台大就遇到一些大法師來看病人，她們還是鼓勵他就是求生，鼓勵他求生然後甚至會介紹一些偏方啦等等這些動作，然後明知道他快expire了，他還是跟他講說你要有信心啊 你會好丫，怎麼樣怎麼樣，就是其實跟我們的理念就完全背道而馳，那那我覺得這是一般的做法】〔C021〕

宗教師要以專業的評估來對待臨終病人的需求；一般法師可能還是只有鼓勵病人念佛，不知道病人放不下的是什麼？病人真正的

需求是什麼？有一位法師說：

【大部份會跟他們講說：啊你緊放下啦！啊你愛緊念佛，不要想那麼多啦！大部份都是會這樣子。就是會把你認為的想法直接去告訴病人，而不會要先去了解，病人他現在的心態想的是什麼，他想要的是什麼，他掛礙的是什麼，比較不會從這個角度去看】〔E014〕

有一位法師認為自己在培訓三個月後，照顧技巧改變，知道如何收集資料與病人互動；而且能運用不同的方法讓病人提起正念；跳脫傳統說教勸導的方式：

【經過三個月的培訓後，自己也感覺到跟外面法師的照顧方式就不同了，好像說要去看病人，不管認識不認識就很自然，大概就知道去看一個病人的時候要從那邊先收集一些資料，然後跟病人是怎麼去互動，而且不會千篇一律，就是可以從多重角度去切入，最終目標當然不忘是提起他的正念】〔B006〕

3.重新詮釋經典

佛法與醫學的結合也是培訓的重點。有一位法師說：經由教授指導後重新看經典，就有不一樣的收穫，而且真正可用到臨床上：

【當然他的觀點跟我們的觀點有一點是不太相同，但是我們可以借重他這一部份；怎麼把經典那一部份弄到臨床上去，而不是互相套用，我們不是說名相大結合，而是說真的把這經典的東西跟臨床運用上去】〔H016〕

培訓的過程讓法師直接進入臨床做第一線服務，學習與團隊互動；同時在專業的部分讓法師學習評估處置能力，用佛法去幫助病人和家屬。培訓的目的要達成法師能認識他在安寧照顧的角色與功能。

培訓也受到參與法師的肯定，剛開始雖受到一些挫折，但經此過程他們學到針對不同病人的靈性需求，能使用各種不同的方式或透過不同的法門，應用於癌末病人身上使其克服死亡的恐懼，發揮靈性的內在力量而達到善終境界。同時法師的培訓配合研究發展，使得宗教師的角色功能越來越明確，可以清楚的知道自己在團隊的角色。

(註 1)身心症狀評估表:依據詢問病患的情況和護理資料，記錄各種常見的癌末症狀，並給予評分。

(註 2)身受心法表：病患自覺身體症狀、感受與情緒、善惡心念、生命回顧、對病情的看法與信念、生死困頓等。

(註 3)SOAP：S 是病人主觀的靈性狀態，O 是病人客觀的表現部分，A 是針對 S、O 來「評估」靈性問題，P 是針對 A 指為未來的照顧方向擬訂「計畫」。

(註 4)靈性的定義：所謂靈性是指對正法的感應證悟與理解能力，是一種生命力及心智成熟的表現。正法指的是能夠面對生死、超越生死的智慧。「感應」指的是內在的溝通，是境界低的人受到境界高的人的影響。「證悟」是指一個人境界的提昇。「生命力」指的是「生活品質」，也是一種持久能力。

(註 5)靈性的七個階段： 1.接受死亡，相信「靈性」存在，主動追求「靈性」提昇。 2.接受死亡，相信「靈性」存在，須靠被動引導來提昇「靈性」。 3.接受死亡，相信「靈性」存在。 4.接受死亡，對「靈性」持中性態度或另有看法。 5.接受死亡，對「靈性」存疑，或只求現狀滿足，或沒有死亡準備。 6.不接受或逃避死亡，只求現狀滿足。 7.害怕死亡，增加身心痛苦的煎熬。

貳、從道場脈絡看對法師從事安寧療護角色功能的影響

在受訪的八位法師中有七位有所屬道場，其中三位為住持，一位領有道場執事，一位協助所屬協會相關事務，三位沒有道場執事（見表 4-2）。就訪談資料整理，分成兩方面陳述之。

一、道場對法師想從事安寧照顧的影響

（一）道場對安寧療護的認識

1. 道場不瞭解法師在安寧療護中的角色功能

一般道場對安寧療護的瞭解還不是很普遍，不知道法師在安寧病房服務的內容是什麼，目前能專心投入而且可以安排人員參加培訓的不多。有法師談到，道場對安寧療護不瞭解，要談認同還太早：

【目前來講，我覺得在佛教界裡面，事實上在僧團裡面還沒有很普及的了解，縱有知道那個法師在安寧病房，可是他們也不知道在安寧病房做些什麼，可能實質上服務內容是什麼，他們也不太清楚，所以要問對於這樣的一個工作認同與否，我都覺得還嫌太早】〔A037〕

2. 道場對安寧療護的理念影響法師參與受訓

道場或住持沒有共通的理念，很難安排法師參加訓練或從事這樣的工作；縱使住持同意因為道場本身也有執事分配要法師去做。有一位法師認為：

【如果寺廟不是有共通的理念的話，住持他雖然同意你來參加這個團體，來從事這個工作，可是你還有其他的師兄弟，

其他的住眾啊，若每個人要求要怎麼樣都可以，可能住持要維持一個寺廟的運作也沒辦法】〔B020〕

道場和住持都有共同的理念才有可能讓法師全時的參加訓練，有一位法師說：

【一般有道場的人比較不可能讓你出來，除非這個道場的執事人員，這個道場的住持或者是說這個道場本身他有安寧照顧的理念，他很贊同很支持這樣的工作，他還願意放你出來一受訓就是三個月】〔C054〕

（二）道場人手不足

現在大部分的常住就是人不多，每個道場又有他的目標和活動，如果道場出家眾不是很多的話，要讓法師出去從事安寧照顧的工作是有困難的，法師本身的看法是這樣的：

【那基本上每個道場，不管大道場小道場，其實在人力上面大家都非常的捉襟見肘，何況要把一個人放出去，那放出去又不是做自己家裡面的事情又是做外面的事情的話，我覺得可能大家都會再三評估吧！】〔G 050〕

受訓法師通常都是比較年輕的，而道場又是人手不足，如果受訓一次三個月，道場很難放人，法師說：

【因為現在的道場，其實大部分常住就是人很少，道場很大人很少，其實一個人都當好幾個人用，他哪有可能丟你一個，尤其大概要進來受訓大都要是年輕人，大概四、五十歲的年輕人，他哪有可能放著一個年輕人，然後出去個兩三個月，所以很難、不大有可能】

〔 C054 〕

道場願意贊助這樣的活動，也不願意放人，法師說，：

【道場他也很讚嘆這樣的工作，他也願意出錢來贊助這樣子的活動，但是你叫他放人，impossible，就是說他讚同這個理念是一回事，但是他會告訴你我人手不夠，或者是說可能常住要放的人，不見得他敢進來啦！】〔 C054 〕

二、道場對已從事安寧照顧法師的影響

（一）執事工作的影響

一般傳統的法師，尤其是住在寺廟的法師要來做這一份工作的話，比較不容易，在寺廟有他的執事就有他的限制。

有一位領有執事的法師，認為從事安寧照顧的工作會影響寺裡面的工作，他說：

【我目前還是有寺裡面的工作，寺裡面的工作當然也要照顧到，他認為那是權利與義務的平衡，一個人如果離開自己的道場去做另外一件事情的時候，相對的他自己原來寺裡面的工作他就沒有辦法分擔，那在一個義務和責任方面他就沒有辦法平衡嘛！】〔 G 026 〕

有一位法師有常住的事要管，又有照顧病人交作業的壓力，就覺得很累，他說：

【其實有時候會覺得蠻累的，因為其實壓力很大，然後不但要面對醫院的壓力還要面對自己交功課的壓力，有時候會常常睡眠不足，有時候常住又有事，我變成不是兩頭跑而已我是三頭跑，所以覺得有時候會比較累】〔 C052 〕

(二) 影響服務時間

因為領有執事影響服務時間，有一位法師敘述自己的情況：

【我覺得我的時間太短了，但是我想目前就是因為這樣的條件嘛跟這樣的時間所以我也覺得我盡力，如果時間會多出來的話我也願意呀，但是目前的狀況大概是這樣】〔G 024〕

這一位法師他的道場比較簡單，投入照顧病人的時間就比較多：

【因為我道場算是比較簡單，所以我可以有比較多一點時間投入，當然一般傳統的道場上來講的話可能就沒辦法，除非常住的人能夠讚同你這樣一個做法跟理念，能夠讓你譬如一個禮拜撥出幾天來做這個工作，那是要道場的配合】〔H023〕

有一位法師說，要時間比較能彈性運用的情況下，可能是法師的道場較小或者向常住請長假的：

【比較自由的法師，他也許是在比較小的道場，或者自己有跟師父請長假的，這樣子出來，所以他的時間的靈活度很高】A045〕

參、從醫療機構脈絡看對法師在安寧療護中角色功能的影響

受訪法師中，除一位在台大醫院外，有兩位分別服務於北部某醫學中心安寧緩和醫療病房，一位服務於中部某醫學中心安寧緩和醫療病房，另一位服務於某醫學中心地區分院之安寧病房；有兩位法師從事安寧緩和醫療宣導推廣工作及帶領志工在屏東某地區醫院病房協助照顧臨終病患，及提供寮房照顧癌末之法師。目前服務安寧病房成立的時間：八個月至八年不等（見表 4-2）。法師至不同的團隊後，可能會受到團隊不同的認

知而影響角色功能的發揮。以下就「醫院背景」、「團隊特性」、「團隊成員」、「病人住院時間的恰當性」對法師從事安寧照顧角色功能之影響陳述之。

一、醫院背景

醫院宗教背景、主事者的宗教信仰和領導地位影響對法師的接受度；繼而影響其角色功能的發揮。

(一) 主事者

主事者居於領導地位，對法師重視、尊重所以法師的角色功能很清楚，一位法師說：

【我想主持人，因為他正好是這個團隊的最高領導者，然後他對整個團隊的動向非常清楚，所以我們角色功能就很清楚的被定位，這是一個條件】〔F044〕

相比較下，另一個醫院對法師的看法就不同了，法師說：

【台大是有主任的推動，然後這邊法師也比較多，所以對於法師的重要性會來的比 * * 醫院大一些】〔B015〕

主事者是佛教徒，對於法師尊重，瞭解法師角色；清楚尋求法師協助

【我只接觸到我們這裡的 * * 病房，可是 * * 病房的院長、副院長都是很虔誠的佛教徒。所以剛開始，甚至於我們變成我們是志工的立場，我的志工是坐在陪伴的角色或怎樣怎樣，所以，他們對我們法師也是蠻尊重的，也曉得我們法師的角色在哪裡，】〔D029〕

(二) 醫院宗教背景

在佛教醫院病人看到法師會很接受法師的開示，對法師接受度也很高，法師說：

【不知道是不是 * * 醫院他是一個佛教醫院，所以我的形象出現的時候，在這個醫院大家就非常的磁場一致啊！嗯 所以他們幾乎看到法師，然後在講解佛法上的說明或是教理或是方法上的說明他們並不會排斥，而且接受度很高】。〔 G 018 〕

二、團隊特性

(一) 團隊成熟度

團隊運作流暢成熟，專業角色清楚，就不會像有些醫院把一些屬於心理師或社工師要處理的事情都給了法師，造成法師角色混淆，一位法師說：

【我想在這個地方有一個原因是團隊運作流暢成熟，然後專業完整，大家很清楚怎麼樣的問題該找什麼人 因為在其他的醫院他可能有一些心理的問題、家庭的問題，他沒有人可以解決，所以他就只好把法師當做萬靈丹，拜託法師去解決這樣的問題，這是我們常常碰到的問題】

〔 F044 〕

團隊成員彼此之間的向心力還不是很強，對於理念上的認同還待加強時，會影響宗教師的角色功能不明確，法師說：

【我真的在做的時候，有時候回來檢討，我們的角色是介於社工，有時候也介於志工，有時候嘛又是宗教師，有時候又會覺得好像我們做的不止這些，包括心理師我們都兼】〔 H059 〕

(二) 團隊合作

強調團隊的共識，互相討論個案，會讓法師覺得在醫院中勝任愉快，一位法師說：

【比較覺得很順的就是，我們去處理任何一個案子都是經過大家共同討論，那共同討論之後，我們常常也採共同去處理，或是分批

去處理，處理完畢以後我們又會互相去討論，我覺得這個地方，我覺得在 * * 醫院讓我覺得在那邊合作的非常開心，幾位護理工作人員或是跟師姐們師兄們覺得共事非常開心】〔 G 004 〕

三、團隊成員

（一）對宗教師角色功能的認識

病房成立比較久，瞭解法師在安寧照顧的團隊成員，會比較肯定法師的角色功能，一位法師說：

【台大因為有那麼多年了，而且法師也都是第一線，還有在法師的一些處理護士也都看得很清楚，不管是在對團隊的幫助、對病人的幫助都還蠻明顯的嘛】〔 B015 〕

病房以前沒有專職的法師，團隊成員看到只有一些傳統式宗教儀式，所以不知道宗教師的專業角色功能，法師說：

【 * * 醫院是這半年才開始有法師，那以前的宗教師是基督教，那基督教跟團隊又沒有很大的互動，那他們來就是跟他禱告 到每一個病床去禱告，去唱詩歌，然後有的天主教徒沒有受洗的幫他受洗就這樣，比較沒有針對他身心社會家庭來評估，然後再找出問題來解決，比較算是傳統式的傳教方式】〔 B016 〕

（二）對靈性照顧的認識

醫護人員不是很清楚法師在靈性照顧的角色功能，以為法師只做開示、助念或喪葬諮詢，法師說：

【其實他們對靈性的照顧他們是質疑的，他們不知道什麼叫靈性照顧；

然後再來就是據我的瞭解他們對於法師在病房比較傾向於就是助念或者就是說在那整個往生前後的諮詢，就是對家屬的部份，或者是對病人開示，那其他的部分他們其實不是很清楚】

有一位法師在他和醫生談話中，發現大部分的醫師對法師的角色，靈性照護的內容不瞭解；甚或以為助念就是靈性照顧，法師說：

【我和醫生談的經驗很多，談下來會發現大部分的醫生對宗教師的照顧，真的非常陌生。過去醫師對法師的角色靈性照護的內容不了解，這一部份他們會提出一些迷惑的問題，譬如說：他們可能會覺得助念就是一種靈性照護，可能很多參加助念的人他並不知道助念是什麼意思】〔F073〕

（三）對法師的看法

醫護人員本身的生死觀是否正確也會影響他們對法師的看法，看到法師就是快死了，就會排斥，法師說：

【因為一般人看到法師不管是醫護人員或者是一般的在家人，看到法師尤其在病房，第一個反應可能就是可能他快死了所以法師才會出現，所以不管有沒有學佛的病人，看到法師第一個反應就是排斥，因為他們還不願意也不能夠接受死亡】〔C042〕

但是如果相信生死這回事的醫護人員，會適時的請法師幫忙，法師說：

【那有一些醫護人員非常好，可以相信生死這一回事，所以那個理念很通，他就可以很適度的請法師去幫忙，那有一些不見得是，我想這一部份的溝通是一個問題啦】〔F015〕

四、 病人住院時間的恰當性

一般安寧病房健保給付是兩個星期，但是醫生會很難拿捏，造成病人住院時間太短影響法師的角色功能，有一位法師說：

【那你很難講什麼時候才是剩下兩個禮拜的生命期，就是說當你要建議他進來的時候不見得他要進來，等到他決定要進來的時候可能只剩下一兩天了，所以變成這個拿捏點真的很難】〔C032〕

住院時間的恰當性不只影響法師也影響整各團隊照顧的品質，病人或家屬也感受不到安寧四全照顧的意義：

【時間點其實不只是影響到宗教師啦！其實我覺得對整個團隊都有重大的影響，因為你早一點進來其實有很多的團隊的成員可以介入，那你越到後期進來其實我覺得進安寧病房的意義並不是那麼大，因為所謂的四全照顧我們顧到病人身心靈，顧到病人的全家全人全隊全程，但是你真正進來其實只有兩三天，一方面他們感受不到安寧病房跟其他地方有什麼差別】〔C034〕

法師在安寧照顧的角色功能之一為支持團隊成員，以「提供轉介」、「共同合作」為主。不同團隊特性會影響法師角色功能明確或混淆。團隊成員對法師在安寧照顧的角色功能如果不清楚又如何轉介病人，就像有一位護理長為了向病人家屬介紹法師，請法師寫一張法師在病房可以做的事情貼在公告欄上。所以法師在不同的團隊要如何彰顯其角色功能，得到團隊的信任肯定，彼此合作愉快，是法師要審思的。

第四節

宗教師專業發展的期待—臨終啟示邁向未來

法師進入培訓機構，也就是由台大醫院靈性照顧研究小組訓練帶領入門，學習宗教師專業角色能力，從事安寧照顧的工作。有些培訓的宗教師也到其他醫院發展。在訪談中，八位法師都提到照顧臨終病人，讓他們隨時觀照自己修行的方法，受益很多；也影響宗教師的角色功能。

完成訓練後的老法師離開原來的訓練機構到其他醫院服務，他們覺得彼此之間的交流、聯誼支持的必要性；所以由九十一年度以前完成培訓的八位法師經過四次的網絡會議，成立「臨床佛教宗教師網絡發展組」，作為臨床法師的支持團體，附屬於一如淨舍臨終關懷協會下的組織。

本節藉由宗教師對專業角色的自我觀照為出發點，進一步瞭解臨床佛教宗教師對未來專業發展的期許。

壹、臨終啟示—觀照自己更加精進

訪談中有一位法師認為，安寧緩和醫療病房本身就是一個很現實的一個道場，他說你在社會上乃至於你在道場裡頭，你看到的都是光明面，尤其法師主要還是以道場為主，但是你在病房裡頭你看到是各種角色都有，然後什麼樣的背景都有，法師說：

【最近病房常常收到的個案就是背景很複雜，然後他們就開玩笑說其實在病房裡面就不需要去看什麼『台灣阿誠』，去看那些連續劇，這裡的連續劇比他們還精采，其實相對的就修行上來講也是一樣，因為很直接看到的他就是要面對的】〔C046〕

從以上這段訪談中，可以看出法師在從事安寧照顧的工作時，因為接觸病人有別於一般道場的信徒，他們有更多的體驗與自我反思。以下研究結果就「臨終啟示」類組，分別為「自我觀照」、「驗證佛法」、「精進實修」陳述之。

類組名稱：臨終啟示

(一) 主題名稱：自我觀照

意涵：指法師在照顧病人時，對自己心念的察覺及自我警惕。

1. 察覺心念

有法師認為照顧臨終病人，自己應該不斷地去檢視自己的心念，假如他今天對病人這樣講了，而自己卻做不到的時候，可能是一個很大的諷刺。

法師說：我自己對病人講，西方有個極樂世界，我們念佛要虔誠，然後我們就能往生西方極樂世界，我問自己發願了嗎？法師認為應該觀照自己「信願行」：

【我的想法是，我今天會跟病人講西方有個極樂世界，我們念佛虔誠，然後我們就能往生西方極樂世界，我今天要說出這句話，我就要來反觀我自己到底我信了多少，我自己相信嗎？然後我相信了我自己有做嗎？我的願發了嗎？我想這個就是對自己心念很重要的覺察】〔A036〕

法師在告訴病人不用害怕死亡，痛是無常的時候；去想將來有朝一日我自己也是生病了，也是面臨了一些恐懼的時候，自己真的

可以做到這樣嗎？

【我今天告訴病人說，死亡不用害怕，因為佛法講三世，所以我們的生命流是不斷往前流的，
，痛是無常的，那是我們在身體都很健康的時候，我們講這句話都容易，所以我就會時常的問自己，我這句話講得很容易，將來有朝一日我自己也是生病了，也是面臨了一些恐懼的時候，我真的可以做到這樣嗎？】〔A036〕

2.自我警惕

法師面對臨終病人，時時警惕自己要用功修行，面對病苦自己是否像病人一樣的灑脫放下。法師說：

【不用功的話，因為病人的層次都超越我們很多，那靈性部分有時候反省一下我們到最後真得面對逆境的時候能不能像他那麼灑脫，這麼放下，那是一般健康人說的話啊，要親身體驗的人能夠真正做到，那才是真正受用的。】〔B024〕

法師看到病人比自己用功會覺得心虛，安寧病房是一個現實的道場，隨時檢視法師的修行及能力夠不夠。有兩位法師提到自己的看法：

【那我個人會常常在這裡嗯！會覺得心虛，因為有時候你會看到其實病人比我們還要用功，那這個時候你就會覺得你不用功都不行，所以我會覺得這邊就是一個很現實的一個道場】〔C046〕

每個人有他不同的價值觀、環境背景及家庭支持系統，面對生死問題是人生最大的瓶頸；有幾位受訪法師也提到，反思自己提供給病人的法門是否真能幫助病人時？他們覺得臨終照顧還是回歸自我修行的原點。

法師發現病人呈現的問題很廣，相對應的看自己的修行的不足，法師說：

【我深深感覺到每一個病人的家庭背景、教育、環境、所有的都不同，讓我們學習的對象太多，我們學習的範圍變成很廣、很多，那回過頭來，看一看自己的修行，覺得會去看到自己有很多要去做，要去完成的東西】〔E010〕

法師在照顧臨終病人，覺得病人給他們很大的那種震撼教育，人生無常要把握時間修行，不能放逸。他說：

【我覺得真得是生命時間的長短他沒有給我們商量的餘地，所以我覺得病人告訴我真的是生命無常，那我自己的修行也很無常，我能夠把握的時間就是現在；所以我現在此時此刻沒有努力的話，我並沒有下一輩子的希望，所以我覺得對我自己的修行來說那是一種警惕】〔G009〕

(二)主題名稱：驗證佛法

意涵：法師從照顧病人當中，更體悟佛陀教義。

1.無常

有一位法師說：每天雖課誦，無常只在嘴邊而已，但是到病房後，卻帶來很大的震撼，看到臨終病人隨時面對死亡；自己出家十幾年，

才感知無常：

【我就看到無常，我們出家人其實一天到晚早午晚課就是無常掛在嘴邊，那也許我的生活背景就很順，那無常對我，其實離我很遠，可是去那裡，我就真的眼睜睜就看到、就感受到，那種內心的衝擊就是在你眼前，就是這麼一剎那，或幾天的時間，從怎麼樣一個、就馬上變到，那種感覺真的很大、很震撼，那個真的出家幾十年都很難去那麼震撼體會他】〔D012〕

2.光明與希望

法師說：在眾生生死流轉中，佛法給病人帶來生命的希望和光明；讓臨終病人感受不是一生病就沒有了希望：

【我喜歡為病人帶來光明而且是生命的光明，而且是帶來那種生命的希望，那希望不是現在一生病就沒了，希望是我們可以不斷不斷的在創造，那光明跟希望就是佛法裡面的無量光無量壽啊，只是我講的人間比較淺白一點，所以我覺得我很喜歡做這樣的事情。】〔G008〕

3.因緣法則

法師在病房中所看的現象，都可用因緣法則解釋，而不是只有「名相」的認識，法師說：

【我們以前講因緣都是太模糊，太一個名相化了，可是我們都沒有把他實際應用在一個日常的生活當中，當那個時候發生時，我重新回過神，重新再思考過這個問題的時候我覺得因緣法，這個就是因緣法】〔H010〕

4. 眾生皆有佛性

佛法認為人人本具佛性、眾生平等。法師所照顧的病人背景個別差異很大，以眾生皆有佛性為出發點，法師可以接納各種的病人，法師說：

【我發現到，不管老人家、不管小孩子、不管學歷的高低都一樣，我覺得佛性是平等的，我也從這樣的出發點，所以我覺得我接觸的對象，不管任何的對象、他的背景是什麼，我都願意去接觸，從這個個案，讓我覺得好像是得到一種求証一樣，更証實我原來的一些想法】〔A020〕

5. 施比受有福

法師在照顧臨終病人中，體會施比受有福，充滿歡喜心。法師說：

【真正的體會到，助人為快樂之本，佛陀常常講施與受，真的能夠施是很有福報的，反而不是說你受才是，你有東西給人家，你看到人家歡喜那種回應是打從心裡的那種 那種歡喜心】〔B005〕

6. 佛法無邊

法師覺得閱讀經典的體悟，沒有像在病房中感受到佛法無邊的震撼，法師說：

【佛法經典是死的，真的在嘴皮子上，說的天花亂醉還是在這張嘴上，我是大概程度很淺啦！所以，我一直沒有感覺到有很深的佛法到我的內心，讓我很震撼，但是我在病房給到這樣子的震撼，而且我會感覺到真的是佛法無邊的那種感覺】〔D042〕

(三) 主題名稱：精進實修

意涵：法師在經由自我觀照、驗證佛法後更加認真修行。

從事臨終照顧工作，法師更提醒自己要認真修行，有幾位法師談到他們的看法：

1. 練習死亡

法師覺得做死亡練習，對修行幫助更大，法師說：

【比較勇敢的就去 噯說的比較神聖一點，就是為那個人生去做死亡的練習啦，假使我這一刻就是死亡的話，我覺得在自己修行的這一部份幫忙很大】〔F054〕

2. 專一法門：

有一位法師認為給臨終病人說法都是善巧方便，本身要有專一修行法門，讓自己的修行能不斷精進，紮根更深，他說：

【還有在基礎佛學能夠紮根紮很深，如果你有一個修行法門的話你在外面比較不容易迷失自己，噯 因為在病房裡面也會使用到很多方便法門，如果自己的基礎打的很穩的話，不管怎麼方便還是會把他拉回到原點】〔B024〕

3. 止觀下功夫

法師認為照顧病人，就是給病人安定的力量，所以要從止觀下功夫，有一位法師說：

【我是覺得一定要從自己的，把自己安定下來最重要，我們講止觀，這也是我自己對我自己的一個期許，止觀一定要下的功

夫，你才能真的把心靜下來聽聽別人怎麼講】〔H036〕

4.加倍努力

法師認為從事安寧照顧工作，修行著力要更深，否則無法受到病人和家屬的肯定，法師說：

【 做為一個出家的宗教師呢！自己要用功，因為人家這樣認定你了，你自己假如不用功的話，當然是沒東西可以去做這個工作了，這也是回歸到，當你在從事這樣的安寧療護工作的時候，其實相對的自己要自我用功，自我修行的部份要更加強】〔A035〕

在訪談中，法師們覺得這樣的服務是和修行是結合的，而且適合法師服務的管道。同時，親自體驗助人的歡喜與感動，那種感動是來自於身與意的覺察這種感覺是在道場體會不到的。這樣的覺察可視為專業化角色的開創人格。所以，我們可以發現法師在從事安寧照顧的角色功能與自身的修行是相輔相成的。

貳、 宗教師未來專業發展的期待

宗教師在從事安寧照顧中，發現這樣的工作除了和修行結合一起外，進了病房以後發現可以發揮的角色功能，比他們原先所想像的還要豐富；這些的體驗讓他們想更進一步做一些事。在訪談的過程中發現法師們對未來充滿了期待，目前他們成立一個網絡，積極的想推動一些事情。以下是從訪談實錄中整理出來的，針對網絡以及推廣安寧療護理念相關的事情。

一、成立網絡的原因

希望積極連繫培訓法師，結合共同理念，發揮一個臨床宗教師真正的角色功效，而這樣一個角色是被醫學界或被社會大眾所肯定，也為將來出家法師開一條社會入世工作的路徑。

【我非常積極的希望我們受過培訓的幾位法師，一定要連繫，一定要大家能夠有同樣的步調、同樣的理念、一樣的作法，讓這樣子的功能，在我們所服務的醫院裏面，發揮一個臨床宗教師真正的功效出來，角色、定位能夠得到肯定，祈待著將來有更多的法師，看到這個臨床佛教宗教師，這樣一個角色是被醫學界或被社會大眾所肯定，也為將來出家法師開一條社會入世工作的路徑】〔A034〕

二、六大功能目標

1. 設立網站，提供安寧療護相關資訊。
2. 提供臨床佛教宗教師之培訓及在職教育
3. 建立經紀人制度，作為安寧療護臨床佛教宗教師之推介，及與各安寧病房聯繫之橋樑。
4. 發展安寧療護覺性照顧之推廣教育。
5. 協助安寧療護臨床佛教宗教師之身心照顧。
6. 經費籌募。 (摘自：一如會訊，10期，92年6月)

法師說：目前還在籌畫階段因為每個人目前手邊都有工作，大家有餘力才會想要去完成這些。所以這是一條很長遠的路，不急於一時。只是希望現在目前受訓過的每一個人，腳步都把它踏實紮穩，紮穩以後呢！事實上佛法講因

緣，因緣的部份是有的時候是主動的出擊，有的時候也許是一個社會大眾來反觀。【A034】

三、師資

真正有一些非常優秀的法師，能發展成專業師資，將來繼續帶後學的部份。

【他們很祈願師資的培訓，因為你有了這個課程到佛學院，你必須要有這個專業的師資。所以，教授他們會很期望，就是比較前面的宗教師，臨床的經歷夠的時候，在那個領域上、理念上也都很資深的時候，可以去講課。】【A032】

四、課程

專業理論的建構，隨著團隊的理想去走把教材建構起來，有一位法師說：

【大概就是跟著團隊的理想去走，把教材建構起來，把專業的理论體系建構起來，然後真得有一批非常優秀非常不錯的宗教師在全國各醫院這樣子服務，這樣子的做法會影響社會層面非常深遠】【F051】

五、推廣教育

有法師認為安寧的宣導不夠，投入的人太少，理念不一致 沒有標準化的作法，甚至有人是做佛事的也標榜做安寧，法師說：

【一方面我覺得安寧的宣導雖然這一兩年有比較起步的比較快，但我覺得還不是很夠，再來就是我覺得真正投入的人真的太少太少，那在投入的人當中就是說同樣在做安寧，不管是法師或者是有一些宗教人士，其實對安寧有沒有一致的理念，做法上有沒有一個標準或者就是理念上他們覺得安寧是什麼，有沒有像有些人他們覺得做助念就是在做安寧照護，因為我覺得一開始的那種分隔點沒有分的很清楚】【C043】

(一) 對象

1. 一般社會人士：可以打破死亡禁忌

【對社會大眾的教育我想至少是以前的人，他不談死亡，忌諱，現在已經大家 你看像元亨寺的那一場蓮花辦的活動標題叫做『死亡你準備好了嗎？』報名的人有一千六百多人，所以這個忌諱被打開，然後對死亡的準備跟學習變多了，我想這一部份的學習跟佛法的精神是不謀而合的；它很重要】〔F052〕

2. 推廣至道場，生病的癌症末期的住眾可以得到妥善的照顧，不要施以急救。

【我的意願就是：常住的人有癌症末期的，我們要懂得去評估，接受安寧的理念，真正醫生認為他已經是存活期不久了，我們就是要幫助他靈性這方面，鼓勵他這一方面，不要一直再往求生的方向，應該順其自然的接受，希望這樣子的理念，去照顧道場裡面的人，這樣子就不會受很多的折磨】〔E005〕

3. 推廣佛學院

師資和課程架構都有了，就可以在佛學院開設臨終關懷的課程，醫院提供實習場所，對僧伽素質的提升也會有很大的幫忙：

【假使有這樣一批人之後，各個佛學院它可以成立開設臨終關懷的課程，那將來這些法師在醫院，無形中接受臨終關懷課程的法師他可以有實習的場所，所以整個佛學教育的普遍及這裡也提供了非常好的助力，因為已經不是在那邊說說 光說不練的階段，而是真槍實彈，你就必需要走進去，我想這對僧伽的素質的提升

也會有很大的幫忙】〔 F051 〕

4. 對醫學生做生死教育工作

【由宗教人員去對這些未來社會的精英，做生死教育的工作，那因為這一些人將來出去影響的人非常寬，所以這是對社會教育做紮根的工作；因為他可以影響的層面太寬太寬】〔 F051 〕

六、朝向專業化

嚴格培訓：有專屬單位，受過嚴格的培訓的

佛學專業：自己在法門上的專業

醫學部分：接受醫學這部份，醫學與佛法的專業

希望有一個專業的組織，然後建立宗教師證照制度，成為安寧團隊的一環。

【我們很希望，我們真正有這樣的一個團體，有這樣的專業組織，而且這個專業組織絕對是要非常的中立，非常的客觀，而不是屬於某一個教會或某一個團體的，因為它是比較普及性的專業組織，才能夠被大眾肯定的，我們希望將來衛生署能夠建立一個證照制度，就是宗教師的角色在安寧療護團隊中，變成不可缺的一環。這是我們在培訓當中會去想到的問題】〔 A034 〕

七、培訓

法師說：外界質疑培訓門檻太高，以致於受訓員額太少供不應求，但也要維持宗教師水平，有法師說：

【臨床宗教師的培訓門檻要界定在那裏？那這跟來源就有關係了！就像現在台大它的門檻也是蠻高的，當然有它的好處，也有它的現實的問題，一個是門檻很高的時候，培訓出來以後，他的水平應該可以維持某種程

度，變成寧缺勿濫，那這樣子的話就說，宗教師的培訓成長很緩慢】〔 A034 〕

法師希望受訓後還可以繼續參與研究小組會議，持續有新的東西可以學習，有人指導持續學習，有一位法師說：

【如果沒有回來參與的話，畢竟這是研究機構，而且都是一些優秀人才聚合處，如果我們是在南部在中部的話可能都用自己的模式，用久的話可能自己模式都不見了，可能以後用到變成什麼模式都唔宰樣了，那回來會常常一直提醒一直提醒，就腳步會比較同步；這是在北部就是好處】〔 B036 〕

由上述結果可以看出，在多元化、世俗化的僧團組織和醫療體系結構下，宗教師的修行弘法路線可以讓世俗社會的歷練與出家修行生活互補，同時對社會也有貢獻。所以如何結合醫學領域與修行弘法，同時發揮兩者的優點，並能廣被社會大眾肯定，對臨床佛教宗教師在安寧療護中的專業發展顯得格外重要；目前從事安寧照顧的法師成立宗教師網絡也有其階段性的意義。

第五章

討論

一、契理契機的宗教師角色

根據世界衛生組織(WHO)對緩和醫療的定義而衍生的善終目標,需包含身體、心理、社會及靈性四方面的健全,亦即提供癌末病患身、心、社會及靈性全面性照顧。過去,緩和醫療團隊成員包括醫師、護士、心理師、社工師等成員,對病人身體的照顧、心理的輔導、社會的支持提供專業性的服務;即身、心、社會三方面有專業人員負責,但卻缺乏有經驗的靈性照顧專職人員參與。為了照顧臨終病人的需要,提升生命的品質達成善終的照顧目標,台大醫院緩和醫療病房接受法師到病房接受訓練,使其成為專責靈性照顧的臨床佛教宗教師,針對病人不同的靈性需求,使用各種不同的方式或透過法門的設計,應用於癌末病人身上,來發揮靈性的內在力量,使其克服死亡的恐懼,解除身、心的煎熬。從本研究結果可以看出法師在靈性照顧上發揮的角色功能,在訪談家屬時也可以看出法師對病人、家屬及團隊的幫忙:

【有些患者他到了這個節骨眼其實是很厭世的,像那個阿桑她就一直要安樂死啊,家屬跟她講也沒有用,醫生跟她說也沒有用,然後一般人接近她,她也許會把眼睛閉著,你寫什麼給她看,她也不想看,在這個時候就很無助啊,不管是家屬、護理人員,第一個尋求的就是師父,第一個想的就是指師父,是不是有幫助?那真的是有幫助。也許師父輕輕的手這樣子給她握一下,她都感覺的到那個溫暖,那家屬如果看到她這樣子安定了以後,她心裏會釋懷,也許她會崩潰、她會哭,她認為說看到師父就好像看到親人一樣那種感覺,會有那樣子的感覺】。〔1025〕

「安寧療護」的創設及照顧模式，是反省以往過度仰賴醫學科技的介入，在臨終時期不再無所不用其極地對於病人進行「激烈式」的治療，而是透過「醫護團隊」的合作，協助患者以及家屬達到生死兩無憾，善終是癌末病人臨終歷程最後追求的理想，由此可見安寧療護也是「善終照顧」。

在佛教的思想中，死亡與臨終關懷是其思想的重心，以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻。安寧療護提倡尊嚴死亡，亦即不在癌末病患臨終前仍施予急救，與佛教認為「以臨命終時，神智是最痛苦的，急救不能起死回生，只是增加無量痛苦」的觀念是一致的。由於佛教本身不僅是以解決生死問題為出發點，也將死亡與生命意義做了密切的結合。

許禮安醫師更是指出「安寧療護」的過程及精神，與「淨土發願文」相通之處：
（許禮安著，心蓮心語 1998 頁 44）

淨土發願文	安寧療護 (Hospice care)
若臨命終	癌症末期 (Terminal cancer p` t)
自知時至	告知病情 (Tell the truth)
身無病苦	症狀控制 (Symptom control)
心不貪念	精神支持 (Psychological support)
意不顛倒	靈性照顧 (Spiritual care)
如入禪定	宗教平和 (Religious peace)

台大醫院針對緩和醫療病房 187 名入院病人為研究對象，發現有宗教師提供直接照顧之照顧組病人的五項善終指數及善終總分比對照組高。當法師提供為病人做靈性評估、擬定照顧計畫及執行三項照顧，病人在「瞭解自己死之將至」、「心平氣和接受」、「後事交代安排」、「時間恰當性」及「善終總分」有明顯提昇。當法師協助病人完成「遺願交代」、「佛法修持」及「來生期待」三項死亡準備工作時，其善終指數亦為正向成長。此研究顯示臨床佛教宗教師專業照顧的參與確實對癌末病人之善終指數有更大助益。（陳、邱、胡等，2003）

本研究的結果，同樣發現病人在經由法師「觀機逗教」、「感應道交」的過程，法師察覺病人的靈性需求並依病人不同情況「應機說法」，法師「引導方向」讓病人知道佛教對生命流向的說法，建立往生西方淨土的信願行；「提供安定」法師給予佛法如念佛、懺悔、發願及「建立依持力量」讓病人能自動自發修持佛法並且提起臨終正念，最後導向善終。例如一位法師照顧的口腔癌病人能依照遺願，傷口沒有大出血，意識清楚，念佛往生：

【他就選擇了右側臥，用他的左手的大拇指一直念阿彌陀佛，我們大概是 6 點半的時候離開，好像是一個鐘頭以後，他就念著佛號往生了。沒有大動脈出血，也沒有意識不清楚，是很清楚的念著佛往生的】〔A019〕

由文獻探討中發現，佛教的發展中，早已建立了一個可與現代「生物—心理—社會醫學模式」相契合的古老佛學醫學的「根—識—塵整體結構」。佛法雖然在生物技術、物理、化學檢測與治療手段方面遠遠不及現代醫學之發達，但其完整的哲學根基、獨具的認知方法和神奇而有效的治療手段，卻足以令現代醫學歎為觀止，並從中獲得有益的啟示和指導（尹立，1999）。台大醫院靈性研究小組發現從過去五年來的研究，醫學結合佛法以佛法生命觀為核心，佛法可以彌生物—心理—社會醫學模式的不足；因此結合佛法，逐漸發展出本土化安寧療護全人醫療的模式（91 年培訓報告）。

由以上的討論可以瞭解從佛學與醫學的契合之處,以及安寧療護的過程及精神與佛教徒善終的願望是相通的,所以法師從事安寧照顧工作是契於佛陀教法的。而安寧療護從西方國家引進台灣後,歐美的基督宗教文化體系運作的靈性照顧無法全盤移植到台灣的民俗文化體系正常操作,所以要發展本土化模式的臨終關懷與靈性照顧,因此法師能進入醫療體系培訓,從事安寧照顧工作是契於現代醫療需求的,是契機的。

基於臨床佛教宗教師從事安寧照顧的工作是契理契機的,法師在其照顧臨終病人的角色功能中,能學習佛學與臨床醫學的結合,在建構本土化佛教安寧照顧模式中,更彰顯宗教師角色功能的意義。

二、臨床佛教宗教師接受培訓對角色學習的重要性

在國外,臨床神職教育對宗教師是必修的課,因為宗教師不但需要對死亡有成熟的態度,也要能處理面對死亡的人的困難和特殊需求(Murray, 1998)。

在台灣,大多數人的信仰傾向佛教的看法,所以台大醫院緩和醫療病房選擇以法師作為靈性照顧模式裏的宗教師。由於法師在進入臨床工作前不像牧師或神父接受相關的訓練,而且佛法專業的部分是否適用於癌末病人,必須經過評估,因此讓臨床法師比照其他專業人員加以培訓。由研究結果,可以發現法師接受培訓後能以專業評估的方法察覺病人的靈性需求並給予適當的法門,讓病人得以善終(台大臨床佛教宗教師培訓報告, 2001)。

在訪談兩位安寧病房的護理人員,他們認為從事安寧照顧的法師應給予訓練。其中一位護理人員在做居家照顧的時候,宗教師也都有跟出去,但是因為那宗教師是比較年輕,也沒有受過完整的訓練,法師給病人的幫助不大,病人甚至於告訴法師要多用功,護士說:

【病人是一個老兵，其實他以前也有讀過很多的佛書，那個伯伯常常跟他講，你回去要多看書（大笑）。．我印象很深刻，因為師父也跟我去好幾次，每次他講的話也繞在那些圈子裡面，病人可能也覺得沒有給他幫助很大，所以他講一講、講一講之後，就回答說，你回去要多看書】〔J023〕

另一位團隊的護理人員，對受訓法師的看法如下：

【法師非常清楚說在臨終的關懷上他能夠做到什麼，所以他能夠很快的就知道他可以用什麼樣的方式來去切入】〔K036〕

另外她也指出有一位法師，一直堅持病人一定要皈依，才不會下地獄，造成家屬很大的反彈，後來法師自己察覺後，就沒有來了，這位護理人員說：

【記得我們第一次請的那個師父，他可能比較在於要皈依這個儀式，他覺得要成為三寶弟子之後往生會比較善終，變成他重點是著重在這裡，可是因為這樣一個因素，病人跟家屬會有一點點反彈，因為不見得每個病人在臨終的時候真的是皈依三寶成了三寶弟子之後我就可以不下地獄，他們就變成一個比較混淆的一個想法】〔K034〕

未經培訓的法師，在安寧病房中，如前面所提到的法師以自己的觀點要求病人皈依，忽略病人與家屬不同時空的因緣條件，在沒有善巧方便的前提下，「說法」極容易成為「說教」，引發反感，甚至於造成醫療團隊的困擾。從兩位團隊護理人員的訪談中更可以瞭解在安寧照顧中，法師未受訓不只影響角色功能的發揮，有時候甚至造成病人家屬或團隊的困擾。

西方宗教人員的養成訓練中，原來就有較多因應不同社會服務或是對於"牧靈"與病人照顧的相關接觸與課程訓練。反觀，出家法師的養成教育，以講經說法為主要的方向，佛教經論中，雖然對於生死問題具有透徹、詳實的論述，但是要用在病人身上，就如訪談的法師所說遭遇【腦筋變得一片空白，然後所有的佛法全部變得不見】的挫折；所以法師除了本身的佛學素養外，經由培訓能與病人建立關係，

提升安寧照顧的能力，發揮專業角色功能。除此，對佛法與醫學的結合有更深的體認。所以培訓是法師轉變為宗教師角色學習的重要途徑。

三、宗教師在安寧照顧的角色功能明確是團隊依賴的對象

從研究結果顯示，法師在安寧照顧的主要角色功能是協助病人及家屬面對死亡，以及支持團隊成員共同合作幫助病人朝向善終的靈性照顧。因研究者本身是護理教師，擬從團隊訪談中探討護理人員對法師靈性照顧的看法

(一) 法師形象鮮明無法取代

法師的形象，就是出家相；有他的威儀。護理人員形容在病房的法師像彌勒菩薩一樣笑容滿面慈祥，也像觀音菩薩一樣慈悲聞聲救苦。

【坐在病人的旁邊給人的感覺是真的像個彌勒菩薩一樣，那個臉是亮亮的，而且那個笑容是很飽滿的】

【觀音菩薩嘛，聞聲救苦我們講觀音菩薩聞聲救苦，怎麼樣聞到他的聲】

護理人員覺得要和病人談死亡，自己的角色不具說服力：

【可能礙於我們的一個角色啊，就算我們懂，可是有時候從我們這邊這樣子去跟他們談，畢竟那種 我覺得那種感覺那種力量是不夠的】

〔K012〕

(二) 法師以提供靈性照顧為主，護理人員以生理照顧為主

在學校緩和醫療護理課程中，靈性照顧的部分是最不容易說清楚的，因為靈性層面很廣，而且與從事者本身在屬「靈」的部分的體驗也有關。在臨床上，的確有許多護理人員面臨對病患提供靈性照顧的困難，Pilce(1990)的研究發現護理人員雖然瞭解靈性照顧的重要性及其功能，但在 176 位護理人員中，將靈性困擾納入護理診斷中的只佔 13 %，而亦只有 11 % 的護理人員將靈性需求、照顧、及訂為目標納入護理計畫中。靈性照顧非但在我們日復

一日的臨床實務中感困惑與困難，在關懷瀕死患者的研究中亦很難找到闡釋靈性照護本質的相關資料。

護理人員在協助病人面對死亡的時候，確實有他的困難，在訪談護理人員的時候，他們也有這樣的感受，他們覺得護理人員還是以生理護理居多：
【其實我覺得師父最大的方面就是，如果我們以身心靈的部份來分的話，我覺得心理跟靈性的這個部份師父可能佔了蠻多的功能在裡面，那像醫護人員的這個部份當然就是以生理居多】〔K012〕

面對死亡議題時，護士雖然上了很多相關的課程，還是覺得運用上有困難；尤其在臨終階段法師就能和病人或家屬溝通，讓他們安心，一位護理人員說：

【我覺得困難還是有啦 因為包括像我覺得自己本身好像上這樣的專業課程也是蠻多的，可是有時候在運用上，還是會發現有很大的困難點 】【K013〕

法師能和病人更能談死亡相關的議題，而且讓家屬安心：

【比如說即將面臨往生這一段啊，其實很多部分，醫護人員可能也有善終準備，但是，那個切入點，說服力我覺得還是和師父有一段距離，師父用他這樣子講的話，家屬都會比較安心，或者說怎麼和病人溝通，甚至說整個後事方面啊！都請教師父他們，就有一個很強的安定感】〔J012〕

（三）法師是護理人員依靠的對象

1. 期待法師協助

護理人員覺得法師給他們的幫忙很大，會期待法師趕快來，可以協助他們一起解決問題，護士說：

【比如說，師父來的天數就是通常二、三、四嘛！也許這個病人是禮拜五或禮拜一來，然後，發現師父在這方面或這家庭可以幫忙特別多的時候，我們就會期待，師父趕快來、師父趕快來】〔J016〕

2. 支持團隊成員

工作人員遇到棘手問題時，會期待法師幫忙解決，法師是靠山：

【我覺得甚至對我們工作人員都是一個很大的幫助，因為有時候我們自己也真的不知道能夠怎麼辦，然後就是感覺上我就是把問題都丟給師父這樣子，然後師父就是我們的靠山的那種感覺，所以我覺得蠻有那種價值跟意義在的】。〔K055〕

3. 熏習

法師的專業能力，例如與病人家屬建立關係的方法，病人靈性需求的評估也是護理人員可以學習的。

佛法的部分也受到熏息，兩位護理人員都曉得建立病人臨終善念的重要性，法師不在的時候，也會幫著引導病人，例如一位護士聽過法師給病人的開示，病人躁動時他可以幫助，護士說：

【那我知道師父之前有跟他去做一些開示，我看到他雙手合十然後就一直在那裡拜，我就去跟那個阿公講：阿公你是不是看到菩薩來了？他就跟我點頭，對 那我說：那你可以跟菩薩走，因為其實師父那時候也有跟他講過這一個部份，然後他就一直點點頭】〔J021〕

4. 護理人員請益的對象

訪談時，護士表示自己在照顧病人上遇到了一些問題時，會跟師父談，或者自己遇到一個挫折或是理不清是靈性或心理問題的時候，會找法師討論。或人生意義的諮詢：

【有時候可能會問一些人生 人生的一些追求的什麼意義生命的意義在哪裡啊，也會問】〔K059〕

Newbury(1995)在護理臨終病患時，對牧師、道士、或其他神職人員的到訪應表示歡迎，有時這些人員會帶給病患及其家屬內心的舒適與自在，他建議護理人員宜尊重這些人，但不能任由他們將自己的信仰或觀點強迫推銷給病患。他們僅能以令人舒坦的言語或非語言性的陪伴，及令人安心的協助病患找到心靈的平靜處。

受訪的護理人員都非常肯定法師在安寧照顧的角色功能，尤其是靈性照顧的層面。他們覺得有法師是病人、家屬和團隊的福報，也希望這樣的照顧模式能傳承下去。所以法師能否以專業的能力取得醫護人員的信任，將是很大的考驗。

四、角色期待落差影響宗教師角色功能

Tumer (1986) 則將角色期待定義為：重要他人對於個人社會地位之行為表現的期許。「重要他人」在角色理論中是指與該角色有重要關係的他人。以臨床佛教宗教師為例：服務機構中病患、道場、醫護人員與專業團隊中的其他專業人員等都是重要的他人。

法師在經由培訓從事安寧照顧工作，達成認識宗教師專業角色功能目標。學成後的法師，轉往其他醫療機構服務，因為不同的醫療團隊成員就有不同的角色期待落差；另有些法師在培訓時，是全部時間投入，但回到道場還有道場執事工作，影響照顧病人的時間，甚至於影響法師無法從事宗教師工作。以下就道場與醫療機構對宗教師角色功能影響討論之。

(一) 法師從事安寧照顧影響他與道場的關係

從研究結果可以發現道場對安寧療護的理念及人手不足會影響法師無法參加密集訓練從事安寧照顧的工作。縱使可以參與這樣的照顧工作也會因為領有執事而影響了他的服務時間；進而影響法師安寧照顧的角色功能。在

此，研究者要討論的是執事工作會影響法師對從事安寧照顧的取捨：

（Sarbin & Allen, 1978）角色期待的功能：可以使角色據有者明白其權利和義務；應表現何種行為、態度與特質，讓角色據有者能夠有效發揮他應有的角色功能。

聖嚴法師在其著作《法鼓晨音》（聖嚴著，2000）為他的出家弟子開示中以「神聖的僧中執事」談僧團執事，他說：僧團中每個人都領有一份執事，方丈亦不例外。何以要有執事？因為在任何一個團體中要想有權益就必須盡義務，盡義務的工作就是一份職務。所以只要有僧團的存在，僧眾都必須擔當執事。僧執，是為服務常住、奉獻三寶而設的，個人所負之責任或有輕重，然所負之職務並無尊卑、大小、高低之分。為了增加對所領執事的榮譽感和責任感，還舉行請執儀式，期使上下齊心協力，共同完成師父或僧團所交辦的事物。由此可見，僧中執事是方丈代表常住付與的，對法師是非常重要的。

執事既然代表了權利義務，所以如果要法師離開道場，專心投入安寧照顧工作，可能是很多法師需要深思熟慮的。有一位被訪談的法師談到有的法師在道場已經很久，雖然喜歡安寧照顧的工作，但是要以道場為主，因為他還需要依靠常住，法師說：

【我有想但是我現實情況就是不允許啊，那如果去了我就完蛋了，我就斷了我的後路了，不是沒有後路啦 就是基本上我不想跟常住脫離關係啊，我非常感謝常住對我這我這十幾年來的照顧，而且我還需要常住對我的養成教育，所以我不想跟常住脫離關係，但是我也喜歡這個工作，所以跟我一樣的人不知道有多少。】〔G 029〕

也因為道場對法師有這樣的角色期待，所以有的法師就選擇離開道場，專心從事安寧照顧的工作，有一位法師離開常住，就是想有比較多時間可以投入，比較沒掛礙：

【 其實不想說，嗯 固定在一個道場也是因為你固定在一個道場你

就有道場的那種罣礙啦，那種牽制】〔B 030〕

但是離開道場從事安寧照顧工作的法師，可能會有經濟壓力：有一位法師提出這樣的看法：

【因為他沒有依附在道場的生活，所以他必須一定要有他自己生活的機能，這種生活所需的部份】〔A045〕

由以上的陳述，可以發現法師從事安寧照顧工作，因為與道場彼此對角色期待的落差會影響他與道場的關係，間接影響法師安寧照顧的角色功能。

（二）醫療機構不重視宗教師

從研究結果得知醫院背景和不同的團隊會影響法師在安寧照顧的角色功能，但在此要討論的是醫院對法師的看法，在訪談兩位團隊護理人員中，可以發現醫院不知道宗教師的重要性，一位護理人員提到：【我不曉得院方到底知不知道，但是我有跟他們去提到法師這一個角色，這樣的一個功能，但是院方到底知不知道他的意義性必要性在哪裡，這部份我就不是那麼清楚】〔K040〕

護理人員也提到，醫院不注重法師的福利，法師卻盡心盡力的負起自己的專業責任。有一位護士提到醫院經費是由管理中心控制，他們只注重成本，不會管宗教師的重要性。他說：

【管中嘛，什麼都用數字來看一切，他可能也搞不清楚原來宗教師在這個角色地位這麼重要】〔J032〕

護理人員覺得法師是志願性的付出，醫院給法師的福利很少：

【師父他是一個自願付出，就是自己的時間投入的，而且，有時候常常又是 overtime 有時候處理病人的問題，就是常常 delay 時間這樣子，他看不到這個部份，然後，當然社工有跟他申請基本的車馬費啦！】〔J032〕。另一位訪談中的法師服務的醫院只有給午餐和停車優待。

台大研究小組曾經做過調查，針對台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查，調查結果 71%認為有增聘臨床佛教師需求；81.6%認為醫院沒有提供新聘臨床佛教師支薪資與福利(黃鳳英 釋宗惇 陳慶餘 惠敏法師，2000)。

醫院都希望有宗教師，可是講到經費的時候，醫院都不願意支付這個部分。這樣的情況下有些醫院可能將宗教師視同志工的角色而已，醫院如果以志工角色看待法師，對法師發展專業組織的期待可能受到影響。同時，有些法師如果離開道場從事臨終照顧工作，就目前醫院對法師的待遇沒有編列常規預算的話；法師可能要選擇留在道場，否則生活無法安定。未來，佛教宗教師能否像一般教會醫院大都編制有神職人員，也是有待觀察。

由此可見法師要從事安寧照顧的工作，道場與醫療機構對其角色期待也是複雜性的交互影響著，在道場和醫院間會陷入兩難的情形。如果想全心投入安寧照顧的宗教師，他在醫院沒有其他的收入，這樣子維繫他的生計是有點困難。法師選擇留在道場，由於領有執事沒有機會參加密集性的培訓；縱使有機會參加培訓，其服務的時間也很少，影響法師安寧照顧的角色功能。

道場和醫療機構的相互影響因素，是否使要投入安寧照顧的工作法師變得躊躇不決，有待觀察。但就目前已從事安寧照顧工作的法師來講，有些還要擔心道場的事情，還有自己修行用功的時間，其角色的複雜性，也是值得關切的。

五、出世精神入世工作朝向專業化角色認同

雖然我們討論到法師從事安寧照顧角色期待的複雜性，在訪談過程中最讓研究者感動的是，這些法師們謹守自己從安寧照顧場域提供病人靈性照顧對修行深切的體驗所獲得的意義，這樣的意義察覺和感動讓他們凝聚力量，成立網絡，希望在安寧療護團隊的專業角色能受到大家的重視與認同。

（一）具備專業化角色雛形

依「大辭典」對專業之解釋有三種涵意：(1).專門研究某種學問，或從事某種事業；(2).專精於某種學問或事業；(3).專門知識才能和道德的人。以下就本研究結果，探討尚在起步的宗教師角色專業化：

1.就專業知能

在招訓宗教師簡介中，要求出家五年或學佛十年以上的僧眾。學歷要大學或佛學院畢業；參加過安寧療護基礎課程六十小時以上。所以基本上要具備佛學的養成和安寧療護的理念。

法師覺得從事安寧照顧本身要有基本的佛學素養，以及對修行的信心；才能提供病人適當的法門，讓病人受用。

【如果願意到臨床上來奉獻的法師，可能就是基本的佛法教理上要有基本的了解，然後在自己的修道方面，有基本的修道信心，那有自己的修道信心當然在受持方面就非常堅固了嘛，當這樣子要去影響病人或是給病人提供法門的時候他也會很開心，而且信誓旦旦的告訴別人，這方法可以是怎麼用怎麼用的】〔G012〕

法師認為培訓是直接進入病房照顧病人，如果沒有基本的安寧療護理念，對一個初學者所受到的壓力會更大，法師說：

【你要有相當的相當的緩和醫療的瞭解，所以為什麼要要求六十小時的就是說上過這類似的課程，因為其實需要有一些基本常識，才不會真的是雞同鴨講，然後因為我們這邊好像是考進來就直接臨床了，不像一般的培訓就是說是來上課的，當然這也算是上課但是是另外一種方式的上課，那對於一個初學者來講其實太刺激了，太刺激了因為你又完全沒有任何背景的話，那你真的會傻在那邊，所以我會建議就是說需要有一些基本的常識】〔C049〕

2.就培養訓練

台大醫院緩和醫療病房靈性研究小組，針對法師的養成培訓初步發展成四個階段的宗教師培訓架構。培訓方式是以個案為中心的學習方式，同時進行核心知識的研讀與發展如過去曾研讀的心經 等，希望可以為法師建立臨床自主性及專業性，並結合在各種法門中應用。

法師的培訓是一個新的領域，一切從頭開始，剛開始沒有固定的模式架構，一切建立在臨床經驗上；慢慢的由研究去發展照顧模式。法師對此有以下的看法：

【先前的教育架構沒有人做過，你們是最早做的人，所以現在除了在臨床上的照顧，在研究本身的義理架構發展之外，這一個地方也同時在開發，同時在進行】〔F037〕

3.就專業組織

法師由培訓入門到專業到執業的模式是一個角色專業化的過程，如果支持宗教師培訓計畫的單位越來越多，力量便會越強，完成培訓到其他醫療院所的法師就好像種子，在其他醫院便可生根發展。為了讓更多的人能瞭解臨床佛教宗教師的角色，及推廣安寧療護的理念，所以由九十一年度以前在台大醫院完成培訓的八位法師經過四次的網絡會議，成立「臨床佛教宗教師網絡發展組」，作為臨床法師的支持團體，附屬於一如淨舍臨終關懷協會下的組織。

4.就人格特質

通常一個專業都有他的專業倫理或專業規範。目前宗教師並沒有明文的規範，招訓簡介中的人格特質為：熱忱、溝通與組織能力強、能夠傾聽、有團隊合作的素養、對照顧人的工作有興趣。從訪談中可以看出大家蠻重視培訓法師的人格特質。

有好幾位法師提到主導性太強的人，可能不適合擔任這樣的工作：

【還有就是人格特質的部份，有的人主導性太強的話他反而比較不適合，也許他的言談各部份非常優秀，可是主導性太強，有時候可能因為自己的主導性，你聽不到病人真正的聲音，所以這一部份反而是不適合的，動機跟人格特質的考量比較重要】〔F023〕

【若太固執了或是太自以為是或是太認為自己太高高在上的話往往都是在臨床上也許在醫院來講都是蠻大的障礙，最重要是隨緣嘛、慈悲，就是還有比較讓人感到不會說讓人感到很有距離啦】。〔B025〕

法師個性要開朗，要有包容心，有一位法師說：

【個性要比較開朗，然後比較開放的吧！因為會在這邊面對不只是佛教徒，各個宗教都有那如果你的個性是一個一板一眼中規中矩的人你進來可能馬上你就會受到很大的考驗】〔C050〕

從以上四個部分，我們可以看出宗教師在安寧療護的專業化角色，已具雛形，誠如法師們自己的看法，未來的路還很遠，還待努力。

（二）獨特的專業性角色

癌末病人隨著病情的發展，越到最後，心理，靈性的介入就越重要。法師的角色除了身心的觀察外，還要超越身心的觀照，進入身心靈模式。由於佛法對生命的看待是超越現實社會的觀點，幫助病人看到前世—今生—來世彼此之間的連續性及相互之間的影响力，並且知道臨終對未來的重要性；生命的意義能兼顧有形的身心及無形的靈性感應，法師以佛法照顧病人靈性的部分，也就是本研究中的法師「觀機逗教」、「感應道交」。

法師角色與醫護人員、心理師、社工師不同。症狀的解除是醫師的責任；心理師採取認知、情緒、行為治療；社工師的照顧重視人際關係的調整，社會資源的整合。法師的責任則是維持病人的生命力，也就是讓心性不斷學習成長，換言之，是開啟佛性，引發慈悲心，協助放下諸緣，轉識成智。安寧團隊成員中教導病人怎麼準備死亡，由法師來做是很自然，而且法師形象鮮明無法取代。法師的角色不只提供個人力量，還要匯聚各方面的力量，幫助病人在往生前成熟善因緣，讓病人得到最大的利益。（緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告）

有一位護理人員談到，法師給病人適當的法門，病人和家屬猶如服藥產生療效，這樣的結果是別人無法取代的，他說：

【我覺得師父很難得是，他那個佛學的理念很強，然後適當的時機就可以用適當的法門，那個就是適當的，我們說藥方好了，就給那個家屬，然後家屬服了，就，嗯！很好很好！感覺很有效這樣子，這一點，我覺得是我們一般沒有宗教背景的人很難做到的，宗教師這一點的特色，我覺得是一般人沒有辦法取代】〔J049〕

（三）出世精神入世工作

台灣佛教六0年代以後，受到印順導師「人間佛教」思想的影響，人間佛教是為了解決現實佛教問題的方案，也是佛教本質的探求。出自於佛教教義的理由（像是慈悲、福田、攝善法戒）而推動的社會福利工作，無疑地，成為現今台灣佛教相當明顯的形象表徵。事實上，當代佛教團體在這一方面的表現 - 特別是社會救助工作，也的確獲得相當的成效與肯定。同時，就宗教行動的模式來看，現有的佛教福利服務模式也嘗試著由「傳統的慈善」階段朝向於「轉型的發展」階段，甚至於「全人的關懷」階段（尊重生命）的自我調整（廖淑珍，民91）。

安寧療護引進台灣已有十幾年了，在安寧緩和照顧中，透過對末期病人的病情告知，症狀控制，精神支持與靈性照顧，以達宗教平和，這種醫療照顧和宗教的精神完全吻合；安寧緩和醫療中可以透過宗教師或是宗教團體的協助以提供靈性的照顧（陳榮基，民 89）。宗教團體應注意整個社會發展的脈絡，安寧療護在國內快速成長，相對地也引發了對臨床佛教宗教師的大量需求，如何因應現代民眾的需要，並加速與臨床工作的聯繫及建立佛教宗教師課程架構，該是教內團體不可忽視的課題！

在「人間佛教」思潮為背景脈絡下，臨床佛教宗教師是一個新興的角色，也是自利利他的工作，是法師以出世精神從事入世工作的管道，其專業角色功能的認同發展應該獲得教內團體的支持與重視；對目前正在安寧病房從事安寧照顧的法師，為奠定專業角色形象及成立網絡的創始維艱精神，應給予高度的肯定與鼓勵。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究的目的是以在安寧緩和醫療病房從事安寧照顧的法師為對象，探討其在安寧照顧的角色功能，以及從培訓、醫療機構、道場和專業發展四個脈絡探討其對宗教師角色功能的影響。經過質性研究的紮根理論研究法進行資料收集與開放編碼抽取概念分析後，初步獲得屬於宗教師安寧療護中角色功能的概念架構，茲將所獲得的結果簡述如下：

一、宗教師在安寧療護中的角色功能

包含三個部分：照顧病人、協助家屬及支持團隊成員。宗教師在臨終場域直接照顧病人，協助家屬和支持團隊成員下，共同幫助病人朝向善終。

（一）照顧病人

宗教師照顧臨終病人是以「觀機逗教」、「感應道交」發揮他的角色功能。

「觀機逗教」是指宗教師說法佈教，完全是為了病人而非為了傳教，說法是說給病人聽的，完全以病人為中心，宗教師首先要做的是「建立關係」透過看病歷、訪談、觀察與不同的接觸技巧取得病人的信任，進而能「察覺靈性需求」，靈性需求是指障礙病人朝向善終的因素如親情糾葛、面對死亡的焦慮不安、恐懼，或幫助病人心性成長達到善終。而「應機說法」是指法師在察覺病人靈性需求後，要能因應病人不同的情況、條件如病情變化、對佛法接受情形、根性等給予不同的靈性照顧。

「感應道交」是指病人之「感」與宗教師之「應」互相交融，機緣成熟如同母子之情，相互感應。宗教師為臨終病人「引導方向」，方向是指病人的著力點如發願往生西方淨土、處理親情糾葛放下情執；病人有了方向後，宗教師「提供安定」也就是應用佛法給臨終病人減輕病痛，讓他安心、信心及希望的力量；當病人內心平靜能面對死亡後，宗教師幫助病人「建立依持

力量」也就是建立正念，同時鼓勵病人精進用功化他力為自力，宗教師能察覺病人心性的成長，至此佛之力量自然能與病人相應。最後臨床上我們可以看到病人能夠放下情執，心存感恩，內心平靜，完成心願能面對死亡，安詳往生，達到善終。

在實際照顧上，「觀機逗教」、「感應道交」是無法切割成兩個層面的，而「應機說法」就如同兩者之介面，宗教師必須敏銳於病人的各種變化，才能發揮最好的角色功能。

（二）協助家屬

宗教師在安寧照顧中，對家屬的部分也以「察覺家屬的需求」、「引導方向」、「提供安定」、「建立依持力量」，同時幫助病人達到善終，來發揮宗教師的角色功能。

臨終病人的家屬面對親人死亡，內心也是有很多的不捨，通常希望還能為病人做些事，讓他們能安詳往生。宗教師要能「察覺家屬的需求」，對不同病情病人的家屬「引導方向」，如病情穩定時引導家屬完成病人心願或引導家屬向病人懺悔修復親情關係，讓病人放下情執；進入彌留階段法師引導家屬陪伴或向親人告別。「提供安定」家屬若出現哀傷、焦慮不安時，宗教師要給予安撫，同時讓家屬知道他們心安定了，病人才會感應到安定的力量。家屬是病人最好的助力，「建立依持力量」就是教導家屬依著病人所持的法門如陪伴念佛，提起正念。

（三）支持團隊成員

安寧療護的理念強調「全隊」照顧，宗教師是團隊成員之一，所以在支持團隊成員部分，宗教師以「接受轉介」、「共同合作」來發揮他的角色功能。

「接受轉介」是指團隊成員希望宗教師協助的病人如有靈性需求的病人、醫療到了極限已使不上力時，希望法師能提供另一種方法，學佛背景的病人或需要喪葬諮詢的家屬。

「共同合作」是指宗教師能和團隊建立和諧關係，共同討論病人問題，

共同照顧病人朝向善終。

二、影響宗教師角色功能的社會情境脈絡

(一) 從「宗教師培訓」脈絡

法師至台大醫院緩和醫療病房接受宗教師訓練的歷程及對從事安寧照顧角色功能的影響中，可以發現法師以往都在道場，面對的是信徒，如今走入病房，必須做第一線的服務，是一個新的挑戰，法師的培訓成長包含二個部分：「臨床學習」、「建構角色」。

「臨床學習」是指法師從「做中學」來「充實臨床能力」；法師剛進入病房時要面對各種「挑戰」，經歷「調適」階段，逐漸發現培訓中增加醫學知識、使用表格的需要性和透過個案報告增加評估與處置能力，學習參與團隊，同時認定培訓的必要性；培訓結果達到「角色轉化」，也就是在安寧病房法師能秉持安寧療護理念，與病人建立良好關係，提供靈性照顧，建立病人臨終正念，跳脫以往道場法師的框架，發揮安寧療護中宗教師專業角色功能。

(二) 從「道場」脈絡

一般法師都有所屬道場，在道場法師都領有執事，所以法師要參加培訓或從事安寧照顧的工作會受到道場的影響。從研究結果可以分成兩方面來看：

「道場對法師想從事臨終照顧的影響」：由於道場不瞭解法師在安寧照顧的角色功能，或者道場和住持沒有共通的理念，再加上道場人手不足；在這種情況下要讓道場主動送法師去培訓，然後讓他們在醫院從事安寧照顧的工作是有困難的。

「道場對已從事臨終照顧法師的影響」：由於在道場的法師有他的執事就有他的限制，使得在病房服務的時間受限，影響宗教師安寧照顧角色與功能的發揮，甚至有些法師可能因此而需要離開道場。

（三）從「醫療機構」脈絡

法師完成培訓，得以發揮臨床宗教師的角色功能後，有機會到不同的醫院和不同的團隊共同照顧病人時，受到「醫院背景」、「團隊特性」、「團隊成員」、「病人住院時間的恰當性」影響宗教師從事安寧照顧角色功能。

「團隊特性」是指如果團隊成立比較久，運作流暢成熟，各專業角色清楚，就不會像有些醫院把一些屬於心理師或社工師，甚至志工要處理的事情都給了法師，造成宗教師角色不明確。「團隊成員」是指安寧團隊成員，如果對宗教師的專業角色功能不清楚，就會影響到宗教師安寧照顧中支持團隊的功能，也就是無法發揮「接受轉介」、「共同合作」的功能。「病人住院時間的恰當性」是指有些病人住進安寧病房時間很短，影響宗教師的角色功能發揮，病人和家屬感受不到安寧療護的品質。。

（四）從「專業發展」脈絡

法師在從事安寧照顧工作中，自覺病房就是道場，病人示現種種苦難，讓他們比在道場弘法利生的工作體驗更多。「臨終啟示」是指宗教師從事安寧照顧工作，面對臨終病人有更多的啟示，包含「自我觀照」、「驗證佛法」、「精進實修」。

「自我觀照」是指宗教師從照顧病人中，對自己心念的察覺及自我警惕，檢視自己的修行。「驗證佛法」是指臨終病人示現無常，宗教師深感震撼，對佛法中的眾生皆有佛性、因緣法則、佛法無邊及其光明帶給病人的希望盡是讚嘆。「精進實修」指宗教師在經由自我觀照、驗證佛法後更加認真修行。宗教師在體認臨終照顧是跟修行是沒有脫離是結合在一起時，更加努力用功進而使其臨終照顧的角色功能更加發揮。

宗教師在從事安寧照顧中，發現這樣的工作除了和修行結合一起外，他們的心中有更多的感動，這樣的感動來自於身與意的察覺，進了病房以後發現可以發揮的角色功能，比他們原先所想像的還要豐富；這些的體驗讓他們想更進一步做一些事。

完成訓練後的法師離開原來的訓練機構到其他醫院服務，他們覺得彼此之間的交流、聯誼支持的必要性；所以由九十一年度以前完成培訓的八位法師經過四次的網絡會議，成立「臨床佛教宗教師網絡發展組」。目前有八位受過培訓的法師成立一個網絡，希望宗教師能夠有同樣的步調、同樣的理念，在所服務的醫院裏面，發揮一個臨床宗教師真正的功效，這樣一個角色是被醫學界或被社會大眾所肯定，也為出家法師開一條入世工作的路徑。

三、研究發現

- (一) 佛教宗教師在安寧療護團隊中具有鮮明的形象，透過佛法的運用，發揮獨具的靈性照顧療效，協助癌末病人達到善終。
- (二) 法師經由培訓之後，其靈性評估、擬定照顧計畫及執行的能力增加，跳脫以往道場講經說法的方式轉而以專業的角色照顧臨終病人；所以培訓是法師取得宗教師角色必須的過程，而且會影響安寧照顧功能的發揮。
- (三) 臨床醫學目的，消極的是解除痛苦，積極的是維持與促進正常的社會功能；而佛法的主要目標在於解除人生的痛苦、死亡解脫以及追求圓滿快樂。所以佛法與醫學的結合將對病人有很大的助益，依循佛法，可以幫助病人提昇靈性境界。
- (四) 本研究雖為初探性研究，但針對佛教宗教師在安寧療護中的角色功能概念，可提供從事安寧緩和醫療工作的人員做為指引，以瞭解臨床佛教宗教師的專業角色功能，能轉介病人給宗教師；同時能和法師共同合作協助病人善終。本研究亦能提供道場對宗教師角色功能的認識及道場對想從事或正在從事臨終照顧工作法師的影響。本研究所發展出的概念性知識亦可做為未來實質性理論的參考架構。

第二節 建議

本研究過程的經驗與結果對佛教宗教師在安寧療護中的角色功能，提供了概念性知識，據此安寧緩和醫療人員可做為指引，使對佛教宗教師角色功能有更明確的認知，以便共同合作，幫助病人得到善終。本研究也從宗教師培訓、道場、醫療機構、專業發展、四個脈絡探討對宗教師角色功能的影響。由研究結果及討論所做建議如下：

一、從事安寧照顧的宗教師

- (一) 從訪談中可以發現宗教師是病人、家屬乃至於團隊成員安定的力量，故法師在修行上朝此目標努力；照顧病人機緣成熟，自然能與之相應。
- (二) 除了成立網絡外，宗教師本身主動的尋找機會，讓同參道友、醫療人員、社會大眾瞭解法師在醫院有提供這樣的服務管道。
- (三) 念佛法門是法師在臨終照顧中可以「引導方向」、「提供安定」、「建立依持力量」最完整的法門，法師可以依病人病情善巧方便給予。

二、道場方面

- (一) 想從事臨終照顧的法師，對自己的個性特質要非常地瞭解，有的人比較像知客型的，是能夠接引信眾的；有些人是做學術型的，有些人可能是文書專長，所以要瞭解自己適不適合這樣子的工作，不是只有發心就夠了。
- (二) 鼓勵住眾踴躍參加安寧療護的宣導活動，安寧療護的理念和修行相契合的，尤其專持淨土法門的法師每日所發的願不就是善終的意義。
- (三) 重視道場對法師從事安寧照顧工作的影響，道場能夠提供更多的支持與鼓勵；讓他們可以不用離開道場，專心投入這麼有意義的工作。

三、醫療機構方面

- (一) 機構主事者能主動瞭解安寧緩和醫療病房佛教宗教師的需求及其專業角色功

能的重要性。

- (二) 佛教宗教師是一個安寧團隊中的專業角色之一，不能以志工看待；應給予專業的肯定，以免影響宗教師未來的發展。
- (三) 醫院應編列聘用宗教師的預算，而且有專人負責申請提報，以尊重宗教師的權益。
- (四) 辦理有關靈性照護的講座，聘請佛教宗教師授課，讓醫護人員更加認識靈性照護中宗教師的角色與功能，避免不同的醫療機構造成宗教師專業角色混淆的困境。

四、宗教師培訓

- (一) 醫療機構能提供臨床學習環境，主事者對法師之指導與重視影響團隊成員對宗教師專業角色之肯定；培訓法師對主事者之尊敬流露於訪談中，此良好互動模式是其他醫療機構足以學習的。
- (二) 法師要從事安寧照顧的工作一定要接受相關的訓練，台大醫院對臨床宗教師的訓練與研究的結合是其他相關訓練可以參考的模式。
- (三) 培訓宗教師分別於北中南三區服務，目前除了北部宗教師繼續參與研究小組會議外，其餘宗教師對研究小組持續發展的成果，是否能掌握最新的資料；或者因不同醫療機構的影響而落入自己的照顧模式中，是值得觀察的。

五、護理教育方面

- (一) 醫護教育內涵仍然以照顧病人生理為主，屬於靈性照護的層面較少，以護理教育來看只有緩和醫療護理中談到靈性照顧層面但又涉及不深，以致於護理人員在臨床無法運用，故學校教育應加強學生本身對靈性的體認。
- (二) 護理教育方面，可在「緩和醫療護理」或「生死學」課程中，邀請宗教師就靈性照顧中宗教的層面來做分享與探討，使學生能認識宗教師在安寧療護中的角色與功能。

六、未來研究方向

(一) 本研究為一初探性研究，希望能以此經驗為基礎，能發展成相關理論。

(二) 本研究中影響宗教師角色功能的四個脈絡，皆可成為獨立研究的主題，如果能夠更深入去探討，會有更周延的研究成果。

第三節 研究限制

本研究雖發現宗教師在安寧療護中的角色功能及探討影響其角色功能的四個脈絡，並做出建議。但研究過程仍有未盡詳善之處，茲說明如下以做為未來研究的參考：

一、佛法部分：每位法師均有很深的佛學素養，但為了隨順病人的根基，都用很淺顯的說法，研究者本身也只從訪談資料中做整理，恐怕無法傳達甚深法意。

二、宗教師們均有豐富的臨床經驗，在訪談中常被他們描述的個案所感動，但這樣的感動在資料分析中無法完全傳達，如果能佐以田野研究法，會使文本更為生動。

三、本研究之研究對象以台大醫院培訓之臨床佛教宗教師為主，對於其他宗教的傳教人的角色功能，無法比較或推論。

四、由於人力、時間的限制，本研究只能以紮根理論研究法開放編碼，形成概念與主要範疇加以討論，至於理論的形成，可做為未來研究的方向。

參考文獻

中文部分：

- Kleinman 原著 陳新綠譯 (1996) 談病說痛 台北：桂冠出版社。
- 小田 晉著 蕭志強譯 (1998) 生與死的深層心理 台北：方智出版社。
- 川田洋一著 許洋主譯 (民 91) 佛法與醫學 東大書局 p3-5。
- 丹尼爾 漢卡拉著，章至璋譯 (1999) 生命中的懸夢 台北：中正書局。
- 尹立 (1999) 佛學與現代醫學—佛教醫學引論 四川大學宗教學碩士論文
- 王心聖 (2001) 資深安寧社會工作者專業認同發展歷程之敘說性研究 輔仁大學社會工作研究所碩士論文。
- 王秋絨 (1982) 角色壓力的意義及其研究模式 社區發展季刊, 18, 69-76。
- 王敏順 (1995) 紮根理論研究法之評述 規劃學報, 22, 27-44。
- 王順民 (1994) 當代臺灣佛教變遷之考察 中華佛學學報, 頁 315-343。
- 王敬弘 (民 83) 靈性照顧之一 安寧照顧會訊, 14, 8 - 9。
- 印順 (1992) 佛在人間 台北：正聞出版社。
- 印順 (1994) 成佛之道 (增注本) 台北：正聞出版社, 74-77。
- 佛使尊者著 鄭振煌譯 (1992) 何來宗教 台北市慧炬出版社 P4-5。
- 佛光大辭典 第七冊 佛光出版社 P 6570
- 佛光大辭典 第四冊 佛光出版社 P3784
- 佛光大辭典 第六冊 佛光出版社 P5165
- 吳庶深 (1988) 對臨終病人及家屬提供善終服務之探討 東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 李安德 (1992) 超個人心理學 台北：桂冠。
- 李昭輝 (民 86) 安寧療護意義治療 安寧療護, 3, 19-24。
- 林美玲、毛新春 (1996) 心靈困擾及其護理 醫學繼續教育, 6 (4), 360-6。
- 林笑 (2000) 靈性照顧與人性關懷 榮總護理, 17(2), 153-58。
- 林清江 (民 86), 教育社會學 (修訂六板) 台北：國立編譯館。
- 林靜琪、邱豔芬 (1996) 談癌症末期病人靈性照顧 護理新象, 6 (2), 49-56。
- 施富金 (1997) 靈性困擾病人的護理 護福 (7月), 15-21。
- 柏木哲夫著，曹玉人譯 (2000) 用最好的方式向生命揮別 台北：方智出版社。
- 胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝 (1993) 從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求 台灣醫學 3(1)。
- 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 Formosan Journal of Medicine 1999, 3(1), 8-19。
- 胡浚青 (1984) 角色理論的一個實證研究——以基督教台北真實教會神醫角色為例 台灣大學社會學研究所
- 徐宗國 (1997) 質性研究概論 台北：巨流出版社。

- 索甲仁波切著 鄭振煌譯 (1996) 西藏生死書 台北：張老師文化出版。
- 高夫曼著 徐江敏等譯 (2001) 日常生活中的自我表演 台北：桂冠圖書。
- 張秀玉 (2001) 社會工作者與行政主管對早期療育服務社會工作者角色期待之研究 東海大學社會工作研究所。
- 張春興 (1992) 張氏心理學辭典 台北：上英印刷有限公司。
- 張華葆 (1986) 社會心理學理論 台北：三民。
- 許禮安 (2000) 靈性照顧之我見 安寧療護雜誌, 5 (2), 11-13。
- 郭為藩 (1979) 自我心理學。台北：開山書局。
- 郭為藩 (民 60) 角色理論在教育上的意義 國立台灣師範大學教育研究所集刊。
- 陳兵著 (1992) 佛教禪學與東方文明 上海：人民出版社 (八月版)。
- 陳兵編著 (1994) 新編佛教詞典 世界語出版社 (十一月版)。
- 陳榮基 (2000) 身心靈醫治：醫師於安靈緩和醫療靈性關懷扮演之角色 安寧療護雜誌, 5 (3), 48~53。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏 (2002) 台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧 安寧療護雜誌, 7 (1)。
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等 (2001) 緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告 (二) 90 年度一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫。
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁 癌末病人靈性照顧模式之研究 - 以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。
- 陳慶餘 邱泰源 胡文郁 釋宗惇 黃鳳英 釋惠敏 (2003) 臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇 安寧療護: 8(1), 13-27。
- 陳慶餘、釋惠敏等 (1999) 佛法在安寧療護/緩和醫療應用之研究 88 年蓮花基金會委託計畫研究報告。
- 陳慶餘、釋惠敏等 (2000) 緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫案 89 年一如淨舍臨終關懷協會委託計畫研究報告。
- 陳慶餘 (1997) 緩和醫療的原則 台灣醫學, 1, 186-92。
- 陳慶餘 (2002) 從臨床談靈性 安寧療護 (3), 20-22。
- 陳潔明 (1996) 人與宗教 於張永雋、伍至學等人, 人生哲學 (二版) 台北：匯華圖書。
- 傅偉勳 (1993) 生命的尊嚴與死亡的尊嚴 台北 正中書局。
- 曾華源 (1980) 台灣地區社會工作人員在社區工作中角色期望之研究 台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 程劭儀 (1996) 癌症末期病人善終之初步研究 臺大醫院緩和病房一週年紀念。
- 黃湘惠 (1996) 宗教對癌症患者之影響 國立政治大學社會學研究所碩士論文。
- 黃舒玲 (1994) 助人協談志願服務人員角色壓力與離職傾向之相關因素研究 東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 黃鳳英、釋宗惇、陳慶餘(2001) 台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查 安寧療護雜誌, 6 (3), 16-26。

- 楊永全 (民 75) 國民小學資優班教師角色期望與角色踐行之研究 國立台灣師範大學教育研究所碩士論文。
- 楊克平 (1998) 護理實務中之靈性照顧 護理雜誌 , 45 (3) , 77-83。
- 楊克平 (1999) 靈性層面之照護 於楊克平主編 安寧與緩和療護學概念與實務 台北：偉華。
- 楊玲芳 (2000) 發展遲緩兒童早期療育服務 - 個案管理執行工作內涵與困境相關因素之研究 東海大學社會工作研究所碩士論文。
- 董芳苑 (2001) 宗教信仰與安寧療護 台北：長青文化事業股份有限公司。
- 廖淑珍 (2001) 當代台灣佛教的佛陀觀及其宗教實踐 玄奘人文社會學院宗教學研究所。
- 趙可式 (1997) 台灣癌症末期病患對善終意義的體認 護理雜誌 , 44(1) , 48-55。
- 趙可式 (1997) 解讀善終 安寧照顧會訊 , 24 , 12-28。
- 趙可式 (1999) 安寧療護的起源與發展 厚生 , 八 , 8-11。
- 趙可式、胡文郁編著 (2001) 生死學第七章臨終關懷 空中大學教科書 , 119-184
- 趙可式 臨終病人的靈性需要及照顧 中華民國安寧照顧基金會會訊民 84 年 12 月 , 36-39。
- 劉正紓主編 (1992) 醫學哲學概論 中國醫藥科技出版社。
- 劉武順主編 (1994) 當代醫學發展啟示錄 中國醫藥科技出版社 (六月版) 。
- 潘美蕙 (2000) 基督信仰對臨終患者及其家屬的影響 安寧照顧會訊 , 37 , 31-36。
- 蔡文輝 (1979) 社會學理論 台北：三民書局。
- 賴允亮 (1995) 癌症末期病人的安寧照顧在醫學中心的意義 護理新象 , 5 (4) , 184。
- 賴允亮 (1996) 台灣安寧療護的現況與展望 應用倫理研究通訊 第八期 17-25。
- 賴明亮 (2001) 精舍病房緩和照顧之宗教觀 安寧療護雜誌 8(4) 41-49。
- 謝高橋 (1982) 社會學 台北：巨流。
- 鍾昌宏 (1995) 癌症末期安寧照顧 - 簡要理論與實踐 中華民國安寧照顧基金會。
- 鍾昌宏 (1999) 安寧療護暨緩和醫學：簡要理論與實踐 台北：中華民國安寧照顧基金會。
- 藍吉富著 (1999) 台灣佛教之歷史發展的宏觀式考察 中華佛學學報 , 12 , 241。
- 釋天真 (2000) 從《雜阿含》第 1013 經經群看「善終輔導」 中華佛學院 , 4 , 1-33。
- 釋惠敏 (1997) 靈性照顧與覺性照顧之異同 安寧療護雜誌 , 5 , 35-9。
- 釋惠敏、釋宗淳共著 (2000) 宗教師角色與靈性照顧 蓮花會刊 (7 月) , 台北：蓮花基金會。
- 釋道興 (1997) 佛教生死觀 安寧療護雜誌 , 5 , 8-10。
- 釋道興 (1998) 從佛教瞻病送終法談臨終關懷 第 7 屆佛教青年論文集 慈仁文教基金會 元亨妙林出版社 , p473-474。
- 釋滿祥 釋宗淳 陳慶餘 邱泰源 黃鳳英 釋惠敏 (2001) 臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色服務狀況調查 安寧療護雜誌 , 6 (4) 。

英文部分：

- Banks, R. (1980). Health and the spiritual dimensions: Relationships and implications for professional Preparation programs. *Journal of School Health*, 50(4), 195.
- Biddle, B. J. (1969). *Role Theory: Expectations Identities, and Behaviors*. N.Y.: Academic Press, Inc.
- Brown-Saltzman, K.: Replenishing the spirit by meditative prayer and guided imagery. *Seminars in Oncology Nursing* 1997; 13(4): 255-59.
- Carr, E. W., & Morris, T.: Spirituality and patients with advanced cancer: a social work response. *Journal of Psychosocial Oncology* 1996; 14(1): 71-81.
- Carson VB: Spirituality and nursing process. In: Carson VB ed. *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: Saunders 1989; 151-79.
- Chao CS: *The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally Ill Cancer Patients in Taiwan: USA: Case Western Reserve University, 1993.*
- Cherny, N. I., & Foley, K. M. (1996). Guidelines in the care of the dying cancer patient. *Oncology Clinics of North America*, 10(1), 261-287.
- Chiu, L.: Lived experience of spirituality in Taiwanese women with breast cancer including commentary by Clark MB and Daroszewski EB with author response. *Western Journal of Nursing Research* 2000; 22(1): 29-53.
- Christ, G. H. (1993). Psychosocial Tasks throughout the Cancer Experience. In Stearns, N.M., Lauria, M. M., Hermann, J. F., & Fogelberg, P. R. (Eds.). *Oncology Social Work: A Clinicians's Guide* (pp79-99). US: The American Cancer Society.
- Derk B. Murray: Education and training of clergy. In: *Oxford textbook of Palliative Medicine: Derek Doyle Geoffrey W.C Hanks and Neil MacDonald: 2nded. ,U.S.A: Oxford Medical Publications: 1998; 21(5): 1215-19.*
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1183-8.
- Emblen JD: Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *J Prof Nurs* 1992; 8(1)(January-February): 41-7.
- Georgeson J, Dungan JM: Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. *Cancer Nurs* 1996; 19(5): 376-83.
- Haase JE, Britt T, Coward DD, et al: Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and selftranscendence; *nurse* 1992; 24(2): 141-7.
- Halldorsdottir S, Hamrin E; Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nurs* 1996; 19(1): 29-36.
- Hess, J. S. (1983). spiritual needs survey. In S. Fish, & J. A. Shelly (Eds.), *spiritual care: The nurses role*, Downers Grove, IL: Interscience Press.
- Highfield MF: Spiritual health of oncology patients. *Cancer Nurs* 1992; 15(1): 1-8.

- Jacik, M.(1989). Spiritual care of the dying adult. In V.B.Carson(Ed.), Spiritual dimensions of nursing practice (pp.254-288) .Philadelphia : Saunders.
- Kellehear A: Dying of Cancer: the Final Year of Life. Melbourne: Harwood Academic,1990
- Kellehear, S. A. (1986). Good death : The social life of the dying person. Doctoral dissertation. University of New South Wales, Australia.
- Kubler-Ross,E. (1969) .On Death and Dying. New York : Macmillan.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. : Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. Image-the Journal of Nursing Scholarship1992 ; 24(2) : 267-72.
- Moberg,D.O.(1979),Development of social indicators of spiritual Well-being :Sociological perspectives (p.1) .Washington,DC : University Press of American.
- Munley, A.(1983). The hospice alternative: A new context for death and dying. New York: Basic Books.
- Musuck, M. A., Koenig, H. G., Hays, J. C., & Cohen, H. J. : Religious activity and depression among community-welling elderly persons with cancer : the moderating effect of race. Psychological Sciences & Social Sciencess1998 ; 53B(4) : S218-27.
- Nettleton(1995),”Modern Death : Taboo or not Taboo?”,in Sociology Vol.25,No.2,1995.p.293-310.
- Nimocks NJA. Webb L. Connell JR: Communication and the terminally ill: a theoretical model. Death Stud 1987: 11: 323.
- O’ connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. (1990). Cancer Nursing, 13(3), 167-175.
- Orne, R. M. (1995) The meaning of survival: The early aftermath of a near death experience. Research in Nursing and Health, 18, 239-247.
- Pilce, J. L., Stevens, H. O., & LaBarre,M. C. (1995). spiritual caregiving in Nursing practice.Journal of Psychsocial Nursing,3 (12) ,5 - 9.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Research in Nursing & Health , 15,349-357.
- Sarbin,T.R.&Allen,V.L.(1978).Role Theory. In Lindzey, G.& Aronson,E(Eds.). The Handbbook of Social Psychology. Massachuestts:Addison Wesley Publishing Company.
- Sarbin,T.R.&Jones,P.S.(1995).An experimental analysis of role behavior, Journal of Abnormal and Psychology.
- Saunders, C. M. (1978). The management of terminal disease. London: Edward Arnold.
- Speck, P. (1998) . Spiritual issues in palliative care. In D.Doyle, G.W.C.Hanks, & N.MacDolonald (Eds.) ,Oxford Textbook of Palliative Medicine (2nded.,pp.805-814) .New York : Oxford University Press.
- Stoll,R.I.(1989).The essence of Spirituality. In V.B.Carson(Ed.), Spiritual Dimensions of Nursing Practice (pp.4-23) .Philadelphia : Saunders.

- Stoter,D. J. (1995) . spiritua care. In J.Penson &R. Fisher (Eds.) ,Palliative care for people with cancer (2nd ed.) .London : Arnold.
- Taylor EJ, Highfield M, Amenta M: Attitudes and beliefs regarding spiritual care. *Cancer Nurs* 1994; 17(6): 479-87.Theoretical model. *Death Stud* 1987; 11: 323.
- Tumer, F. J. (1986) . *Social Work Treatment*.New York: Free Press.U S A : Oxford Medical Publications : 1998;21(5):1215-19.
- Wass,H & Neimeyer,R.(1984). *Dying : Facing the Facts*. Washington: Taylor & Francis. pp71-73 .
- Weisman DS: Appropriate death and the hospice program. *Hospice J* 1988: 4: 65-77.
- Wringht, K.B. (1998) .Professional,ethical,and legal implication for spiritual care in nursing. *image : Journal of Nursing Scholarship*,30 (1) ,81-83.

(附錄一)

訪談指引 (修正)

從事臨終照顧的原因

1. 選擇從事臨終照顧的原因
2. 在這之前聽過安寧緩和病房嗎

訓練與養成 (培訓的過程)

1. 會至台大受訓的原因
2. 受訓多久? 受訓的內容? 受訓最大的收穫是什麼?
3. 受訓過程中讓你印象最深刻的事? 最大的困難?
4. 對評估表及進行歷的使用在臨床上最大的幫忙是什麼?
5. 對佛學與醫學的結合有什麼看法?
6. 參與病房各項會議或活動中, 有哪些的成長或收穫?

角色的轉變

1. 臨床宗教師在安寧緩和醫療團隊扮演怎樣的角色
2. 團隊對宗教師有什麼樣的期待
3. 對自己扮演的角色有什麼樣的期許
4. 從一般法師的角色轉變成宗教師的角色有什麼不同? 這樣的轉變代表了什麼樣的意義?

對病人及家屬的服務

1. 以一個照顧的個案說明: 印象最深刻的事
2. 如何協助家屬及病人接受死亡事實的到來
3. 在法門的應用上, 有什麼特別的心得
4. 如何幫助病人善終

受訓後從事的情況

1. 在實際從事臨終照顧之後, 與原先的認知關係如何?
2. 和台大醫院相比有不同嗎?
3. 目前工作中, 覺得自己面對的最大困境是什麼? 來自於哪裡? 通常如何解決? 最需要的幫助為何?
4. 您個人最大的收穫或感觸?

未來的展望

個人如何讓自己專業成長? 對這個專業有什麼期許?

其他

1. 從事安寧照顧對自己的修行有助益嗎?
2. 如何讓更多的法師有從事臨終照顧的能力?

(附錄二)

訪談大綱

師編號：_____

一、基本資料	
出生日期： 年 月 日	受具足戒日期： 年 月
剃度日期： 年 月	出家幾年： 年
世學最高學歷 (畢業學校與與科系所):	
佛學最高學歷：	研究領域或專修法門：
請列舉您的興趣、專長	
目前常住 (名稱):	常住擔任執事的狀況：
您有接受台大的受訓 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受訓多久：
其他：曾參加過安寧療護等相關訓練課程	
您目前服務的醫院是：	該院成立緩和醫療病房的時間有： 年 個月
病房床數： 床	平均佔床率
您平均一星期在病房的時間有： 天 或 小時	您從事臨床宗教師的年資： 年 個月

您覺得目前宗教師在醫療團隊的地位如何？如果以五點量表來看，最高是 5 分，最低是 1 分，你認為在哪一點？為什麼？

您期望法師在臨終照顧中有哪些專業表現？

要提高法師的專業地位，您認為哪些機構要配合？請依序排列 (1.2.3--)

醫療單位： 佛教團體： 道場： 民間團體： 成立推動團體：

其他：

(附錄三)

參與研究同意書

您好：

我是南華大學生死學研究所的學生，目前正著手論文研究；在過去的經驗中，深深的體會法師在臨終的場域常是病人及家屬在靈性問題上求助的對象。衛生署在八十九年安寧療護評鑑標準中，將有無宗教師的參與，正式納為評鑑項目之一。根據統計台灣居民信奉佛教者居多，以佛教徒來講「臨終和死亡」是重要的時刻；所以在安寧病房能夠透過法師的引領和協助，在重要的生命關卡上安渡死亡的幽谷，得以善終是臨終病人最大的福祉。因此，本研究想進一步探討「宗教師在臨終照顧的角色與功能」，以彰顯佛教法師在臨終照顧中，對病人、家屬及照顧團隊的重要性，且符合現代醫學與佛學契理契機的發展潮流。更期盼藉此對這些法師的培訓、服務及未來的認同發展能得到更多的關懷與重視。

若您願意參與此研究，將要接受 1-2 次的會談，每次時間是依您所願談的內容多寡而定，訪談的內容是依法師、家屬、團隊而有不同。訪談內容僅供學術研究用，會絕對保密。

為了完整而真實的紀錄訪談內容，訪談過程中將會採取錄音的方式輔助，研究或訪談中若您不想繼續，可以隨時終止或退出本研究，絕不勉強，亦不會有任何的影響。非常謝謝您的協助與支持。

為尊重您的意願，若願意協助研究，請先填具同意書。謝謝！並祝平安

南華大學生死學研究所研究生 何婉喬謹致

聯絡電話：(04)22443022

同意書

茲同意接受南華大學生死學研究所學生何婉喬的訪談，我已瞭解整個研究目的及過程，知道此資料僅供學術研究用，且可隨時終止，對本人絕無任何影響。

同意人：

中華民國 ____年 ____月 ____日

附錄四

保密資料

法師編號：A 開放性編碼實例（部分資料）

過程實錄	譯碼分析
<p>問 001：今天很謝謝您接受我這樣的訪談，我想說先來談談為什麼會從事這樣的安寧照顧的工作。</p> <p>答 001：會從事參與這個臨終照顧的工作呢？主要是因為我自己<u>個人在這個生命的歷程當中對死亡的部份從小都會有一種比較恐懼的心</u>，再來就是在修行的過程當中佛法最重要的就是要我們面對生死的問題，所以在<u>這樣的工作中，可以<u>反射到自己修行的功夫是否落實</u></u>，然後第三是<u>覺得自己在親人的生病到往生的路程當中，照顧的過程感覺到非常的負擔與人力的薄弱</u>，所以會感受到<u>這樣子能夠在陪伴，病人和家屬之間，讓病人跟家屬一些精神上的一些安慰。</u></p> <p>問 002：您當初要從事這樣的工作，是先有這樣的想法還是說知道台大醫院他們有在做這樣培訓的工作，然後就喚起您這樣的想法？</p> <p>答 002：一開始應該是先去參加<u>蓮花基金會的學術討論會</u>，那時候才知道台灣的安寧療護的理念正在非常<u>熱烈的推動</u>，然後慢慢的從這些因緣當中，像<u>*老師啦！*老師啦！</u>都了解這方面的一些訊息所以我們時常在<u>討論這些問題</u>，後來是剛好是我的學弟一如精舍的住持**法師，因為他們提供了研究小組的一些研究經</p>	<p>個人對死亡的恐懼</p> <p>檢視自己修行</p> <p>照顧親人的經驗：感覺</p> <p>陪伴的重要</p> <p>同理家屬</p> <p>參加培訓的原由：</p> <p>資訊刺激</p> <p>受到鼓勵</p>

<p><u>費，然後他們也非常鼓勵我參加。</u></p>	
<p>問 003：所以您就去報名參加，那報名之後呢？</p>	
<p>答 003：報名之後還沒考試之前，我覺得那個時候的想法還是<u>搖擺不定</u>，因為我自己做事的方法<u>比較說既然決定就要勇往直前，就一定要去做</u>，所以報名之後，在還沒有考試之前，<u>我還在搖擺</u>，一直在檢討自己說，<u>是不是要真的付諸行動，我未來的生活方式能不能很認真的去做這件事情</u>，所以報名離考試還有一段時間嘛！所以<u>不斷的再想這個問題</u>，然後一旦去考試的時候，<u>到台大病房去看了以後也發現了蠻感動的</u>，這個時候有出家的法師真的開始從事這方面的工作，這點是我<u>過去覺得說我們佛教出家的法師在這個社會服務工作的部份，好像是比較沒有那麼熱烈的參與的部份，尤其是在病苦的部分比較少看到能夠有直接的因緣到醫院，到病房去服務</u>，現在眼前的是說在<u>安寧療護團隊當中須要一個很明確宗教師的角色</u>，我覺得這是一個機會，可<u>為出家的法師開創一條可以直接到醫院結合醫師的服務管道，看到以後我就決心要去做。</u></p>	<p>付諸行動前的搖擺不定 猶疑 惶恐</p> <p>擔心：考慮未來從事的可能性</p> <p>堅定的看法:受到實際的感動</p> <p>道場法師很少直接到病房服務</p> <p>直接照顧病人的角色</p> <p>宗教師角色明確</p> <p>另外一條入世服務的管道</p>
<p>問 004：那剛開始到台大受訓的時候，是怎麼樣的一個情形，聽說您第一次受訓是三個月，剛開始去的時候，心理上有什麼困難？</p>	
<p>答 004：剛開始去受訓是在 89 年 4 月份，88 年 9 月是 <u>921 大地震</u>，因為<u>東林學苑也受損</u>，經過大概半年多的整修到 4 月，受訓前的一個禮拜可以說是告一個段落，經過 921 這樣的災難，雖然不是很嚴重的傷害，但是</p>	<p>重大事件的影響：無常</p>

<p>東林學苑至少也真的是天搖地動，所以感覺上其他的災區這麼多的災害當中，東林還能夠生存的，<u>我感覺是說應該可以為社會做一點事情，所以我覺得東林可以給自己一個安身的地方，但是辦道不一定執著在東林，所以我就去參加這個受訓，抱著這樣心情去受訓，一開始我覺得非常<u>惶恐的</u>，<u>惶恐的是那個領域是非常陌生。還加上原先說過的那種心態，因為在安寧病房裡，病人天天可能看到病人最後往生的現象，所以一開始要去調適一下心情，因為在自己的生活當中，主要看到青少年那種蓬勃發展，看他們意氣風發這種的現象，現在走到這個領域，看到的是日落西山的這種現象，我覺得跟學校教育是截然不同的領域，所以我覺得那是要有心理要調適的。</u></u></p> <p>然後第一天**法師他介紹我一個病人，<u>這個病人因為不能講話，不能溝通，而且他的傷口頸部的症狀有些惡臭味，這些種種我覺得說是比較辛苦的。但是我當下是傻傻的不知道那是比較困難陪伴的病人，不過也還好，因為以我自己過去在學校帶學生當導師的時候，也是從最困難最難帶的班級開始帶起，會覺得說給自己成長比較快，所以在一開始的時候要先去適應，然後在開始時，在病房裡我覺得是陳教授給我的一種方式就是做中學?他不是先給我們方向、不是給我們目標，因為在學校從事教育工作，可能把過去的習性帶過來，一直覺得說教學目標是明確的話，那我可能就很快就可以上路、上道。可是開始一個禮拜一</u></p>	<p>災後的省思</p> <p>更希望為社會服務</p> <p>辦道不一定在道場</p> <p>初入病房：惶恐</p> <p>環境陌生</p> <p>挑戰：面對死亡恐懼</p> <p>調適：與過去接觸對象不同</p> <p>角色的轉變：截然不同</p> <p>得服務對象</p> <p>頭頸部癌症：不能發聲</p> <p>不習慣：傷口異味</p> <p>以往的經驗影響：從困難做起</p> <p>做中學</p> <p>察覺過去經驗對自己的影響：要有教學目標</p>
--	--

<p><u>直期待，期待到底我的目標在哪裡？我的方向在什麼地方？可是沒有人告訴我，只告訴我就去做，過了一天兩天三天我才想到我不能這樣期待，我要從每天在病房裡面當中自己去發現他的方向，他的目標在那裡，所以我也覺得一開始應該在這個部分曾經有過比較模糊的地方，也曾經有過心理調適的部分。</u></p>	<p>感覺：茫然</p> <p>調適：做中去找尋學習方向</p> <p>心理調適</p>
<p>問 005：那聽起來就說受訓一開始就直接接觸病人？</p>	
<p>答 005：對！<u>第一天就開始接觸病人，馬上就看表格，學習表格，並開始記錄，然後第三天就請姚醫師教我看病歷，記錄是怎麼看的，然後要記一些病歷上、醫學上的名詞，做一些對照表，把自己過去沒有的東西，您必須從那些資料中，我們才有辦法去做記錄，也能了解病人的身體症狀。</u></p>	<p>臨床學習：</p> <p>醫師指導看病歷</p> <p>學習醫學名詞</p> <p>看病人記錄</p> <p>從病歷瞭解病人身體狀況</p>
<p>問 006：所以聽起來，就是沒有說您是來三個月，第一個禮拜可能安排您做什麼，第二個禮拜安排您做什麼，聽起來是沒有那麼明確就對了。</p>	
<p>答 006：我覺得<u>其實他們訓練應該是有</u>，只是他們沒告訴我！比如說使用表格、病歷，<u>其實第一個星期，我星期一一開始到星期三，法師就問我說要不要報告個案？</u></p>	<p>有受訓計畫，沒明確被告知</p> <p>開始報告個案</p>
<p>問 007：第一個禮拜就開始要不要報個案？</p>	
<p>答 007：我就想說，反正來就是要學習，<u>所以我第一個禮拜就開始報個案，那我發現到從報個案當中，才知道那些東西是漏掉的，那些東西是要整理的，所以我覺得說，三個月不長，能抓住的機會就要快點，早點學習早點那個，後面修補的時間就比較夠。</u></p>	<p>個案報告：揣摩學習</p> <p>幫助發現問題</p> <p>把握時間學習；積極主動學習</p>

<p>問 008：您剛講是說要學會看一些病歷，醫生大概他重點是帶您看病歷中的那些內容？</p>	
<p>答 008：他告訴我們說病歷裡面，<u>基本資料、病史</u>，再來就是大概會看到<u>個人家族的情況</u>，然後是<u>病人自己社會、心理</u>這方面的東西，在醫生一開始接個案的時候，大概在它們病歷上，就會先有敘述這些他們<u>每天對病人的診斷</u>。在台大醫院我看到醫生是非常嚴格的遵守，<u>SOAP</u> 的診斷方式。還有<u>護理記錄</u>，我們把<u>護理記錄</u>很多資料騰到我們的生理症狀表中，生理症狀表我們不需要每天填，<u>比如病人那一天突然發燒，或者血壓不穩定的時候</u>，還有止痛麻啡計量的起伏的部份，還有他<u>嘔心、嘔吐或身體不好</u>，這些症狀我們都記錄下去，<u>才能去感覺到病人靈性的部份</u>那個地方會突顯出來。</p>	<p>臨床學習模式： 瞭解病人身心社會家庭狀況 (全人 全家) 看記錄 SOAP 團隊人員的紀錄：瞭解病人生理症狀 用藥狀況 確認病人靈性問題</p>
<p>問 009：那您現在談到是說病人靈性的部份嘛！所以您感覺是說在臨終病人的照顧上，在團隊裡面，是怎麼樣來發現病人靈性的需要。</p>	
<p>答 009：其實團隊理，像在台大的話，<u>我覺得醫護人員是最早接觸病人的</u>，所以他們大概就會在這個部份去跟病人去溝通、去了解，所以在病歷上我們會看得到醫生的紀錄是什麼情況，然後像<u>家庭結構的部份</u>，也大概可以去知道這個病人，他的<u>困頓或心理困頓的問題</u>在什麼地方，<u>這些資料背景</u>裡面，大概可以讓我們了解到他的靈性需求的方向。</p>	<p>醫護人員先做評估紀錄 從家屬：溝通 瞭解身心困頓問題 確認靈性需求</p>
<p>問 010：就是說醫生、護理人員他們也都有做這方面的評</p>	

<p>估，有去做探討，這樣子那您覺得是從他們那邊可以得到，也稍微了解病人在靈性方面的需求。</p>	
<p>答 010：<u>我覺得那是做個參考。</u></p>	<p>醫護人員記錄只供參考</p>
<p>問 011：做個參考！</p>	<p>考</p>
<p>答 011：我們<u>主要還是會比較從自己去跟病人建立關係，建立關係之後，然後跟病人的這種訪談，或者是說從病人跟家屬的互動，乃至於病人跟醫護人員、跟志工的互動當中，我們去觀察病人在什麼情況下他的靈性在什麼階段。</u></p>	<p>與病人建立良好關係 訪談 觀察 評估靈性階段</p>
<p>問 012：那像這個部份，您覺得是在培訓當中，有沒有讓您越來越容易去察覺？</p>	
<p>答 012：<u>應該有。至少我覺得說跟病人去建立關係，跟他去談論一些問題的時候，比較知道切入點，怎麼樣的切入，或者是說，比較會去評估病人在什麼狀態下靈性的需求比較強，然後什麼狀態下，不需要去 push 太多東西了，也許他就到某種狀態下，他就可以持續的陪伴就好了。</u>在病房裡面我會覺得從<u>醫護人員或團隊的會議當中，大概可以得這樣的訊息參考，然後我覺得，跟病人的緣份很重要，這種緣份也是可以感應到靈性的這個部份。</u></p>	<p>建立良好關係 察覺能力 掌握靈性需求強度 不能強迫 陪伴 參與團隊會議：瞭解病情 法師與病人投緣：容易有感應</p>
<p>問 013：就是說您在跟病人接觸的過程裡面，你會發現這個病人是比較能夠讓您引導到靈性的部份，那您能不能就您在培訓過程中的經驗，怎麼樣去感覺到病人靈性的轉化。</p>	