

【原著】

台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查

黃鳳英 宗惇法師 陳慶餘 惠敏法師*

摘要

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。本研究於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現況、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。

調查結果發現：目前國內各安寧機構的靈性照顧工作仍傾向於多專業的共同照顧，僅部分教會醫院有專職的靈性照顧人員。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，89.5%有參與未來各病房聯合靈性會議的意願。在相關因素分析中，較重要的發現是增聘與轉介臨床佛教宗教師需求調查，隸屬教會醫院者滿意度較高，而增聘與轉介需求較低，具有統計學之意義。至於團隊對臨床佛教宗教師的服務內容與院方可提供宗教師的福利，問卷結果顯現的差異大，有待未來持續建立共識，健全發展臨床佛教宗教師的專業性照顧，成為本土化安寧緩和醫療照顧團隊的一環。

(*安寧療護* 2001; 6: 16-26)

關鍵詞： spiritual care, hospice, palliative medicine, clinical Buddhist chaplain

台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 國立藝術學院共同學科*

聯絡人：陳慶餘 台北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部



前言

台灣緩和醫療運動始於1990年馬偕醫院，經過十年時間，在社會需求、輿論支持、癌末病人照護需要及政府政策支持之下，台灣緩和醫療運動發展迅速，至今全國已有22家醫院設置安寧病房，提供緩和醫療照顧。

緩和醫療照顧是以團隊合作的方式，提供全人、全家、全程、全隊四全照顧。本土化的靈性照顧在整個緩和醫療可說是最弱的一環，尤其在宗教人員參與方面，目前天主教與基督教宗教人員都有從事醫療工作的課程訓練⁽¹⁾，唯獨佛教缺乏相關課程來引導佛教宗教師進入臨床工作，提供專業照顧。

台大醫院緩和醫療病房於1998年起，接受佛教蓮花基金會的委託，從事有關靈性照顧模式的研究，以及佛法在臨終關懷的應用⁽²⁻³⁾。為因應佛教宗教師參與緩和醫療照顧需要，從2000年開始，台大醫院緩和醫療病房接受佛教團體一如淨舍臨終關懷協會專案委託，從事臨床佛教宗教師的培訓工作⁽⁴⁾。第一年培訓六位臨床佛教宗教師，第二年預定培訓四位新進法師，每名法師受訓為期三個月。

為配合結訓臨床法師能夠進入緩和醫療病房從事靈性照顧工作，本問卷即針對各安寧病房臨床佛教宗教師的需求調查，以便未

來安排結訓法師順利進入臨床照顧工作，到提昇台灣本土化安寧病房照顧品質的目的。

材料與方法

調查對象和方法

本研究採用問卷調查，依據佛教蓮花臨終關懷基金會所提供全國有設置安寧緩和醫療機構的資料，發函給負責醫師及護理人員填寫作答，一個月後若未收到回函，以電話聯絡催收，並於二週後，寄發第二次問卷。

全國提供安寧緩和醫療的院所共22家，由每一家院所一至三名的人員填寫。所回收38份，涵蓋所有22家，每一家至少有一名以上的醫師或護理人員填寫。

問卷內容

一、基本資料：內容包括受訪對象姓名、受訪對象在病房負責職務、受訪對象年齡級別、受訪對象性別、參與安寧療護工作經驗、受訪對象原專屬科別、受訪病房總床數及居家照顧最大容量、受訪病房團隊會議召開情形、受訪病房團隊會議每次平均花費時間、定期參與團隊會議之人員。

二、「靈性照顧現況」：內容包括目前有無負責靈性照顧之工作人員、主要提供靈性照顧之工作人員、靈性照顧工作人員每週

平均提供服務時數、靈性照顧工作人員接觸病人的方式、靈性照顧工作人員參與病房活動情況、靈性照顧工作人員之徵募來源、靈性照顧工作人員任職前曾接受之教育訓練、院方提供靈性照顧工作人員之薪資與福利情形、病房內靈性照顧工作之滿意度。

三、臨床佛教師需求狀況：內容包括增聘臨床佛教宗教師需求狀況、代為轉介臨床佛教宗教師之需求、希望臨床佛教宗教師平均每週提供服務時數、期待臨床佛教宗教師提供服務內容、目前病房（或醫院）對新增聘臨床佛教宗教師可提供之薪資與福利情形、未來各病房間聯合性靈性會議之參與意願。

所填寫資料若在同一機構不同人員的答覆不盡相同，經過比對決定一個答案，以與實際情況相符。

統計分析

將回函問卷資料編碼、分析及歸納後，應用SPSS8.0套裝軟體統計，使用Frequencies和one-way ANOVA比較分析。

結果

基本資料統計（表一、表二）

回收22間院所38份調查問卷當中，計公立醫院9家（40.91%）、私立醫院13家（59.09%）。醫學中心8家（36.36%）、區域醫院8家（36.36%）、社區醫院6家（27.27%）。教會醫院9家（40.91%）、非教會醫院13家（59.09%）。38名受訪對象，計男性16名（42.1%）、女性22名（57.9%）。醫師18名（47.4%）原專屬科別為腫瘤科者有7名（38.89%）、非腫瘤科者有11名（61.11%）。護理人員19名（50.0%）、牧靈人員1名（2.6%）。年齡分佈以41~50歲18名（47.4%）、31~40歲15名（39.5%）、51歲及以上3名（7.9%）、30歲及以下1名（2.6%）。參與安寧療護工作經驗平均為4年3個月，工作經驗少於三年有12名（31.6%）、超過三年有22名（57.9%）。受訪院所病房總床數少於10床有7間（31.82%）、超過有15間（68.18%）。受訪院所提供病房與居家照顧服務有12間（54.55%）、僅提供病房服務有10間（45.45%）。病房會議召開1週1~2次16間（72.73%）、不定期3間（13.64%）、1天1次2間（9.10%）。每次會議花費時間以1~1.5小時有13間（59.09%）為最多。與會人員比例最高者為醫師、護理人員（100.0%），其次為社工人員（92.1%），再其次為志工與宗教師（63.2%）。

表一、受訪院所基本資料 (n=22)

項 目	類 別	個數	百分比
醫院別	公立	9	40.91
	私立	13	59.09
醫院等級	醫學中心	8	36.36
	區域醫院	8	36.36
	社區醫院	6	27.27
醫院宗教別*	教會	9	40.91
	非教會	13	59.09
病房狀況	病房+居家	12	54.55
	病房	10	45.45
總病床數	≤10床	7	31.82
	>10床	15	68.18
目前負責靈性照顧之工作人員	1 有	21	95.45
	0 無	1	4.55

* 教會指天主教、基督教教會體系所屬醫院，其他宗教醫院不在此範圍。

表二、受訪對象基本資料 (n=38)

項 目	類 別	個數	百分比
性別	男	16	42.1
	女	22	57.9
職務 科別	醫師	18	47.4
	腫瘤科	7	8.89
	非腫瘤科	11	61.11
	護理長	19	50.0
	其它*	1	2.6
年齡	≤40歲	16	42.1
	>40歲	21	55.3
	Missing	1	2.6
工作經驗	≤3年	12	31.6
	>3年	22	57.9
	Missing	4	10.5

* 其它指代醫師作答之人員，此為牧靈人員。

靈性照顧現況 (表三)

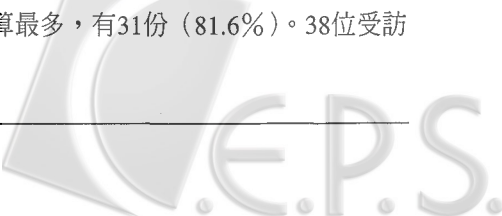
受訪院所目前有靈性照顧工作人員為21間 (95.45%)，目前尚無靈性照顧工作人員為1間 (4.55%)。從事靈性照顧工作者以牧師16份 (42.1%) 比例最高、接下來為護理人員有13份 (34.2%)、其次為法師與志工，分別有12份 (31.6%)、再其次為神父、修女有11份 (28.9%)。靈性照顧工作人員每週平均服務時數為2~3天11份 (28.9%)、42~5天10份 (26.3%)、一個工作天及以下9份 (23.7%)。靈性照顧工作人員接觸病人方式以主動接觸每一床病床比例最高，共計有26份 (68.4%)、其次為護理人員照會，有13份 (34.2%)。靈性照顧工作人員參與病房活動以出入院病例討論會有27份 (71.7%) 最多、其次為團隊查房有23份 (60.5%)。靈性照顧工作人員徵募來源主要為教會醫院隸屬牧靈成員，有16份 (42.1%)。靈性照顧工作人員任職前曾接受之教育訓練，接受安寧靈性人員培訓課程有24位 (63.2%)、接受安寧療護基礎課程有21位 (55.3%)。院方提供靈性照顧工作人員之薪資與福利呈現兩極化的情形，提供全薪與完全沒有各為14份 (36.8%)。受訪對象對病房內靈性照顧工作之滿意度感到滿意者有18位 (47.4%)、尚可10位 (26.3%)、非常滿意與不滿意者皆為4位 (10.5%)。

表三、目前各院安寧緩和醫療單位從事靈性照顧人員之調查 (n=38)

人 員	百分比
牧師	42.1
護理人員	34.2
法師	31.6
志工	31.6
神父、修女	31.6
醫師	26.3
社工人員	23.7
心理師	5.3
其他	2.6

臨床佛教宗教師需求狀況 (表四)

受訪對象認為病房增聘臨床佛教宗教師之需求，目前不需要有11位 (28.9%)、尚可4位 (10.5%)、有需要為16位 (42.1%)、非常有需要者7位 (18.4%)。受訪對象轉介宗教師之需求，目前不需要有12位 (31.6%)、尚可9位 (23.7%)、有需要者11位 (28.9%)、非常有需要者5位 (13.2%)。受訪對象希望臨床佛教宗教師每週提供服務時數以2_3天16位比例最高 (42.1%)，而希望宗教師可以提供服務內容以宗教儀式的諮詢佔多數，共有33份 (86.8%)、其次是協助面對死亡為31份 (81.6%)。而病房或醫院可提供新聘臨床佛教宗教師之薪資與福利，以完全沒有預算最多，有31份 (81.6%)。38位受訪



對象對未來各病房間聯合性靈性會議之參與意願，願意參與者有26位（68.4%）、非常願意參與者有8位（21.1%）、可有可無為3位（7.9%）、不願意參與者有1位（2.6%）。

表四、受訪對象期待臨床佛教宗教師的服務內容 (n=38)

內容	百分比
宗教儀式的諮詢	86.8
協助病人、家屬面對死亡	81.6
團隊成員的支持	55.3
助念的提供	22.6
醫療或行政事務的協助	2.6
其他	5.3

相關分析 (表五)

資料顯示38位受訪對象目前對病房靈性照顧工作感到滿意以18位（47.4%）居多，覺得尚可10位（26.3%）次之。而受訪對象在增聘需求方面，認為需要為16位（42.1%）最高，覺得不需要者11位（28.9%）次之。在轉介需求方面則以不需要12位（31.6%）為首位，有轉介需要為11位（28.9%）次之。滿意度、增聘需求與轉介需求的影響因素為受訪對象之宗教別，隸屬教會醫院者滿意度高，增聘需求與轉介需求則較低。其他因素如醫院別、性別、職務、年齡、工作資歷、病房床數、病房狀況等則與滿意度、增聘需求、轉介需求高低無差異。

表五 靈性照顧滿意度與對臨床佛教宗教師需求之各影響因素比較

項目	分類	滿意度	增聘需求	轉介需求	聯合意願
性別	男	3.63	3.31	3.00	3.88
	女	3.60	3.64	3.43	4.28
	P	0.93	0.38	0.23	0.09
年齡	≤40歲	3.67	3.38	3.27	4.25
	>40歲	3.65	3.52	3.19	3.95
	P	0.95	0.68	0.83	0.16
職務	醫師	3.67	3.56	3.17	3.89
	護理長	3.53	3.53	3.39	4.26
	P	0.80	0.40	0.41	0.19
工作資歷	≤3年	3.70	3.25	3.00	4.33
	>3年	3.59	3.59	3.36	4.05
	P	0.72	0.39	0.37	0.15

科別	腫瘤科	3.45	3.36	3.45	4.09
	非腫瘤科	3.70	3.60	3.20	4.08
	P	0.40	0.56	0.51	0.96
病房總床數	≤10床	3.71	3.67	3.00	4.11
	>10床	3.57	3.43	3.29	4.04
	p	0.69	0.58	0.51	0.75
病房狀況	僅有病房	3.80	3.19	2.88	3.88
	病房+居家	3.45	3.71	3.50	4.19
	p	0.23	0.16	0.08	0.12
醫院別	公立	3.50	3.76	3.53	4.00
	私立	3.70	3.26	3.00	4.14
	p	0.49	0.19	0.13	0.50
醫院等級	教學中心	3.41	3.65	3.59	3.94
	區域醫院	3.80	3.36	2.90	4.09
	社區醫院	3.78	3.40	3.00	4.30
	p	0.41	0.77	0.19	0.37
宗教別	教會	4.13	2.87	2.80	4.13
	非教會	3.24	3.91	3.55	4.04
	p	**0.001	*0.003	*0.035	0.67

*p≤0.05 ** p≤0.001

討 論

靈性照顧有關文獻複查，大部分報告認為健康定義包含靈性層面⁽⁵⁻⁷⁾，在緩和醫療方面較多的文獻，較多的文獻僅在呈現醫護等團隊成員需要認知病患靈性需求⁽⁸⁻¹²⁾，少數的報告注意到宗教師的角色，及有關教導團隊成員認知靈性與宗教差別、哀慟過程與靈性成長等專業課題⁽¹³⁾。

在本土有關「『靈性』照顧模式之研究」

初步成果顯示，在靈性照顧的介入之下，病人的靈性境界有大幅度的提升。在緩和醫療照顧之下，一般病人靈性境界都可以提昇，但在專業臨床法師的引導之下，靈性的提昇更加明顯⁽²⁾，因此臨床宗教師在緩和醫療照顧上是不可或缺的一環。

根據臨床佛教宗教師需求問卷調查結果，顯示台灣安寧病房對臨床佛教宗教師需求量大，但提供靈性照顧工作人員缺乏相關

培訓課程，主要原因有1.沒有主要負責單位，2.沒有代表性宗教師。針對教會與非教會醫院的比較結果顯示，教會醫院有牧靈人員，能長期提供照顧，與醫療團隊間已發展固定的互動與照顧模式，醫療團隊對靈性人員的照顧品質滿意度高，相對的增聘及轉介需求低。非教會醫院因為沒有適當的提供管道，問卷結果顯示對靈性照顧人員的需求量大、增聘需求也很高。在台灣，無論教會醫院或非教會醫院，佛教徒（包含民間信仰）的比例很高，所以法師參與臨床上專業的照顧更顯重要。

問卷結果顯示，目前全國22家安寧緩和醫療病房分別由各種不同成員包括宗教人員、護士、志工、醫師、社工人員及心理師提供靈性照顧（表三），醫療團隊核心成員對臨床佛教宗教師的服務內容以宗教儀式的諮詢（86.8%）最高，其次是協助病人、家屬面對死亡（81.6%）、團隊成員的支持（55.3%）、助念的提供（22.6%）、醫療或行政事務的協助（2.6%）、其他（5.3%）。

以臨床宗教師觀點，臨終照顧是一種高度的藝術，協助病人與家屬在生命的最後以歡喜心、感恩心莊嚴的道別，劃下完整的句點，也幫助病人在生命遞嬗的過程中學習心性的成長。因此，靈性照顧應可區分為一般性與專業性的照顧。所有團隊成員隨時都可

以把握第一時間進行一般性的靈性照顧，但是對於病人特殊的靈性需求如信仰的確立（例：皈依儀式）、懺悔的需求、臨終的說法與祝福如果能由專業的宗教師引導執行，對病人內在力量的提升必然更有加成的效果。目前國內的靈性照顧領域還沒有專業角色，雖然每位團隊成員都可提供靈性照顧，但專業的部分仍宜由宗教師來提供，而且要看時機，法師不是只有消極的幽谷伴行，應該比任何成員更能體會如何讓往生者在各方面都很安詳，所以是要更積極的創造因緣，幫助病人和家屬福慧雙修，成就智慧。

對癌末病人，法師不是一個治癒者，是協助他提昇內在力量、指點迷津的人，法師多一些靈性照顧，會在身、心的反映上顯出其療效。所以本研究認為，專業的臨床佛教宗教師參與團隊的角色任務也應以協助病人、家屬在面對死亡的過程中學習成長為最優先，其次是團隊成員的支持、對社會大眾的生死教育。至於宗教儀式的諮詢、助念的提供可屬一般性的照顧，團隊任何成員都可提供相關的協助。

台大醫院緩和醫療病房之佛教宗教師的培訓，至今已進行三年，培訓內容包括：臨床訓練，包括病人身心症狀的觀察、個案紀錄、表格使用、照顧計畫的擬定與討論；熟悉病房團隊運作方式；熟習過去相關研究成

果及靈性照顧理論架構；研讀核心知識；個案討論；專家座談及其他相關課程訓練。在照顧的成果上，根據歷年研究論文結果顯示，法師協助病人、家屬學習，在面對死亡的過程中緩解恐懼與痛苦，提昇內在力量，莊嚴的與家人道別，提昇心性的成長部分都有很大的貢獻。佛教宗教師確實可協助病人達到善終，因此佛教宗教師專業的訓練需要進一步推廣。

此外，提供佛教宗教師能在病房中安心照顧病人的環境也是非常重要的。以目前38份回函狀況，有71%認為有增聘臨床佛教宗教師需求。希望臨床佛教宗教師每週提供服務時數以2~3天16位比例最高（42.1%），2~3天以上（含全職）22位（57.9%），即半數以上的回函希望法師可以有更長的時間在病房中服務。而病房或醫院可提供新聘臨床佛教宗教師之薪資與福利，以31份（81.6%）完全沒有預算最多。就醫療院所期望法師能提供持續性、專業性的照顧模式來說，如何建立一個可以讓法師發揮專業，持續照顧癌末病人的環境是目前不可或缺的考量。

台灣緩和醫療照顧包括提供病房與居家照顧的服務，針對不同病人與不同的照顧，而有轉診的需求。為了使靈性照顧有其持續性，各病房間的臨床宗教師必須建立一服務網絡，定期召開聯合性靈性會議，除了達到

轉介的需求，網絡的功能也可如校友會支持已在各病房服務法師的在職進修，以及擔任靈性照顧理念的服務處或推廣處，藉由個案討論交流彼此的照顧經驗。這有待「緩和醫療臨床宗教師網絡」的建立，甚至配合居家照顧的需要，更進一步要發展到「臨床家庭宗教師」制度的建立，結合社區道場法師，以提供更完善的靈性照顧。

台大醫院自89年培訓臨床佛教宗教師以來，預定於90年底完成十位法師的培訓。其中有北部兩位、中部五位、高雄一位、屏東兩位，未來希望每位法師能就近認養一個醫院做臨床的癌末照顧工作。

誌謝

本文研究期間感謝一如淨舍臨終關懷協會支持研究經費、負責全國各安寧緩和醫療病房醫師、護理長撥冗詳答問卷；十位參與培訓法師來院期間不計一切全力投入病人照顧的感人精神；志工周淑美女士多次聯繫，寄發、叮催問卷；研究助理蔡宜欣小姐整理問卷及統計結果，安寧照顧基金會李嘉莉、王伊君小姐、佛教蓮花臨終關懷基金會鄭文瑛小姐提供訓練課程及病房資訊，李宜暄小姐翻譯英文摘要，在此致上最深的謝意與無限的祝福。

參考文獻

1. Derek 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
2. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：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。中華家醫誌 1999 ; 9 : 20-30。
3. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：佛法在安寧療護/緩和醫療應用之研究報告：2000。
4. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫報告：2001。
5. Thomsen RJ. : Spirituality in medical practice. : Arch Dermatol 1998 Nov;134(11):1443-6
6. Turbott J. : Religion, spirituality and psychiatry : conceptual, cultural and personal challenges. : Aust NZJ Psychiatry 1996 Dec;30(6):720-7;discussion 728-30
7. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM : Review of spiritual health : definition, role, and intervention strategies in health promotion. : Am J Health Promot 1995 May-Jun;9(5):371-8
8. Narayanasamy A. : A model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. : Nurse Educ Today 1999 May;19(4):274-85
9. Shih FJ, Gau ML, Mao HC, Chen CH : Taiwanese Nurses' appraisal of a lecture on spiritual care for patients in critical care units. : Intensive Crit Care Nurs 1999 Apr;15(2):83-94
10. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B : Addressing spiritual concerns of patients:family physicians' attitudes and practices. : J Fam Pract. 1999 Jul;48(7):501-3
11. O'Connell LJ. : Changing the culture of dying. A new awakening of spirituality in America heightens sensitivity to needs of dying persons. : Health Prog 1996 Nov-Dec;77(6):16-20
12. Soeken KL, carson VJ. : Responding to the spiritual needs of the chronically ill. : Nurs Clin North Am 1987 Sep;22(3):603-11
13. Rodriguez JG. : Chaplains' roles expand in redesign. : Health Prog 1996 Sep-Oct;77(5):51-3

Survey of the Need of Clinical Buddhist Chaplain in Taiwan Hospice Care Wards

Feng-Ying Huang, Tsung-Tueng Bhikkhuni, Ching-Yu Chen, Hui-Ming Bhikkhu*

ABSTRACT

Hospice palliative medicine is the total and the professional care of terminal patients in the physical, mental and spiritual aspects. Therefore, to establish the professions based on different stage of physical, mental and spiritual and to develop perfect clinical intervention model has become necessary part of indigenous hospice palliative medical care. This research was done from March to May, 2001. According to questionnaires done by 38 head of medical staffs from 22 hospice palliative care units, the following information was collected, for example: the status of spiritual care, the need of clinical Buddhist chaplain and intentions to attend the combined inter-hospital spiritual care conference etc.

The result showed the spiritual care work in most of the hospice units were shared by many other professions. Only some church hospitals had full time professional spiritual care workers. In the 38 questionnaires, the ratio for the need of clinical Buddhist chaplains (71%) and (89.5%) for the combined inter-hospital spiritual care conference in the near future were pretty high. In the analysis of the related factors from the questionnaires, staffs of church hospitals were more satisfied with their spiritual care and the need of recruiting and introducing clinical Buddhist chaplain was relatively low in comparison with non-church staffs ($p < 0.05$). The result also revealed that large differences in the expectations of the services provided by clinical Buddhist chaplains and staff welfare of the religions workers provided by hospitals. It remains continuous efforts to reach consensus in the future so that the professional cares of clinical Buddhist chaplains can develop fully and become a vital part of the indigenous hospice palliative medical team.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2001 ; 6 : 16-26)

*Departments of Family Medicine, National Taiwan University Hospital.
Department of Humanity, National Institute of the Arts**

