

# 臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查

釋滿祥 釋宗惇 陳慶餘 邱泰源 黃鳳英 釋惠敏\*

## 摘要

幫助癌末病人及家屬在面對死亡的過程中學習成長，從而得到善終，讓生死兩相安，是安寧緩和醫療團隊最重要且最最終極的任務。因此，隨著病人的病情發展，越到末期，靈性照顧越顯得重要。在衛生署安寧療護品質保證計畫中，有團隊成員中需有專業的靈性照顧人員的相關規定。本研究在2001年5至8月間，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。調查結果顯示：三個月期間在台大醫院緩和醫療病房116位住院病人中，法師有接觸者共98位病人（84.5%）；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%）；往生前病患對各種法門平均接受程度為：學習階段36.6%、感應階段46.2%、新生階段10.3%、自在階段6.9%。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。本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。

（安寧療護 2001；6：1-12）

**Key words :** palliative medicine, spiritual care, clinical Buddhist chaplain, dhamma-practice, dying preparation

---

台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 國立台北藝術大學通識教育中心\*  
聯絡人：陳慶餘 台北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部

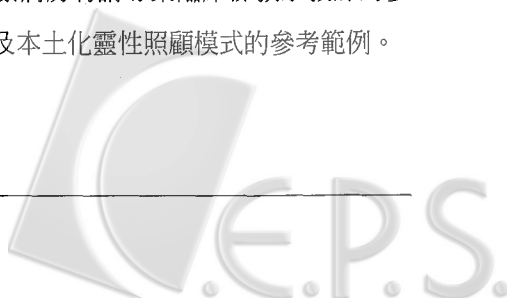
## 前 言

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保障。目前，安寧療護住院機構及居家療護單位不斷增加，已經通過評鑑者，安寧療護住院機構有18家；居家療護單位有26家。依據衛生署評鑑辦法，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亦有同樣規定。

在現有的醫療體系中，醫護人員缺乏相關的靈性照顧方面的教育訓練，也較易為忙碌的醫護工作所忽略<sup>[5-7]</sup>，社工、志工等則對靈性照顧的專業領域瞭解有限。國外雖然有文獻提出醫護人員應具有靈性照顧的認識與能力<sup>[8-19]</sup>，但在針對醫療體系工作人員提供此照顧的調查中，宗教工作人員的能力與意願，遠超過護士和社工師<sup>[20-21]</sup>。比較病人在靈性困擾相關議題的求助對象，神職人員也比社工和護士多<sup>[22]</sup>。對國內各安寧病房的調查中亦顯示，從事靈性照顧者以神職人員比例最高，依次才為護士、志工、醫師、社工和心理師<sup>[5]</sup>。

國內有關臨床法師參與緩和醫療團隊的研究報告顯示，臨床法師的參與能提昇病人的善終分數<sup>[4]</sup>，而在安寧病房臨床佛教宗教師需求調查顯示，國內非教會醫院較教會醫院對臨床佛教宗教師的需求明顯<sup>[5]</sup>，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。這兩篇研究報告，印證了臨床佛教宗教師培訓的必要性。有關臨床佛教宗教師培訓的研究，國內台大醫院至今已進行了四年，不過到目前為止，對於臨床佛教宗教師在緩和醫療的角色和服務內容，尚未有其他相關的研究報告，而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。

有鑑於國內一般民眾對於佛法的接受度高，然而臨床佛教宗教師的專業能力卻尚未得到普遍的重視與認識，因此本研究針對台大緩和醫療病房第一線照顧的專業臨床佛教宗教師在三個月期間服務的內容調查。就服務期間每個個案接受靈性照顧的情況，實際瞭解病人的靈性需求，以及臨床宗教師專業服務的內容，作有系統的整理與分析，確定臨床佛教宗教師在團隊中的專業角色，並落實佛法在臨終關懷的應用<sup>[1]</sup>。以期作為安寧緩和醫療病房聘請專業臨床佛教宗教師的參考，以及本土化靈性照顧模式的參考範例。



## 對象與方法

本研究針對調查期間，一位常駐台大醫院緩和醫療病房的法師，以每週五天照顧病人所提供服務狀況調查的回溯性研究。

### 調查對象

以2001年5月21日至2001年8月21日三個月期間，緩和醫療病房之入院病人為主要調查對象，共計有116位病人。

### 進行方式

由常駐法師全職（每週五天）提供第一線靈性照顧。其進行方式如下：病人住進病房，經病人、家屬及團隊城於的要求，法師直接或跟隨醫護查房接觸病人，建立關係，並提供專業照顧。法師並每日參與病房護士交班及例行之出入院和病房各種討論會議。在醫護人員的指導之下，查閱病歷資料，並與團隊成員交換心得，以充分瞭解病人病情進展，並根據病房設計的各種有關靈性照顧表格做成紀錄，於靈性照顧研究小組會議中報告及討論<sup>[1-2]</sup>。

### 調查內容

依病人住院時間次序，以法師實際接觸情況，勾選填寫已設計完成之表格，再予以統計分析。表格內容如下：

- 一、基本資料：內容包括病人姓名、年齡、性別、癌症原發部位、住院次數、住院日期、住院總天數。
- 二、服務方式：分別紀錄如下：
  1. 進程：因每個病人住院時的意識狀態和對法師的接受度不同，依據法師接觸病人的不同方式（即下列的清醒間接、清醒直接、昏迷直接、昏迷間接），觀察法師與病人互動的階段順序和變化。例如病人入院時神智清醒，能夠與法師直接溝通，之後隨病情惡化，意識陷入昏迷，法師透過家屬提供照顧，這種進程為先有清醒直接，後為昏迷間接兩個進程。
  2. 接觸方式：分為（1）清醒間接、（2）清醒直接、（3）昏迷直接、（4）昏迷間接四類。其運作模式在病人意識清醒時，分直接與病人接觸或因病人的宗教信仰、當時的身心狀態不適合，而透過病人家屬或親友、照顧者與其間接建立關係以瞭解需求。在病人意識昏迷時，有透過之前關係的建立，而能對法師的直接接觸有直覺的感應產生，或病人因昏迷而無法直接反應，則間接透過親友、家屬或照顧者對病人提供服務。
  3. 照顧天數：指法師接觸病人後的住院天數，依其接觸方式分別記錄。
  4. 接觸次數與接觸總時間（分）：指病人住

進緩和醫療病房後，法師接觸每一病人的總次數，及對單一病人所有接觸時間的總和。

三、〈台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查〉，由醫護人員提供法師的服務內容，主要分為宗教儀式的諮詢，協助病人、家屬面對死亡，支持團隊成員的照顧，助念資源的提供，醫療或行政事務的協助，和其他等<sup>[4]</sup>。

#### 四、法門應用：

1. 種類：分為（1）皈依法門、（2）念佛法門、（3）懺悔法門、（4）禪定法門、（5）臨終說法與助念、（6）眾善法門六類。前五種法門應用，已於《「靈性」照顧模式之研究》、《佛法在安寧療護/緩和醫療應用之研究》、《緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫報告》<sup>[1-3]</sup>中敘述說明。有關眾善法門的臨床指引為：就病人在不同階段所出現的問題給予教化，包括開示，如對身體變化的焦慮，說以五蘊皆空的根塵變化機轉；對財富名譽的不捨及對親屬的掛念，說以十二因緣法則；對死亡的恐懼、來生的未知，說以無限、無障礙（不生不滅、不增不減、不垢不淨）的無量時空觀。期許病人以當下有限的生命，做無限的心智成長。
2. 程度：依病人接受法門程度給予四級評

等，分為（1）學習階段：對法師所提供法門的文句，能聽聞清楚，並生歡喜心，願意接受法師的引導，進行學習；（2）感應階段：對法門的字句、義理皆能把握精神，專心修持而產生感覺及呼應；（3）新生階段：經過專心修持及不斷的思維後，能證明體悟佛法義理，產生內在的信願力，學習達到無我、能捨的境界，不因身體變化而苦惱；（4）自在階段：已不侷限在文句或義理上的思維，直接活在當下，萬緣放下，沒有身心變化的障礙，體悟剎那即永恆的無限時空觀。

五、死亡前準備：在臨床法師的專業照顧中，病患在接受生命期有限的事實下完成死亡前準備，依其程度差別內容分為：

1. 遺願交代：指病人的心願與後事交代，並照其意願完成。
2. 佛法修持：病人對法師所提供的法門能接受並學習。
3. 來生期待：病人對死亡的看法，認為不是結束，而是一個新的開始，並抱持充滿安詳誠摯期盼的心情接受往生。

六、靈性照顧計畫：法師的臨床服務，依其所提供靈性照顧計畫之執行程度分為：

1. 建立關係：指對於不同信仰與背景的病人，在意識清楚時，法師可以和他建立良好的關係，或者病患願意接受靈性照顧而和

法師有所交集。

2. 評估：法師透過身心症狀等觀察，主動評估病人的靈性需求。
3. 擬訂照顧計畫：法師根據評估的結果，或其他團隊成員（含家屬）照會過的個案，擬定解決問題的方案。
4. 執行：法師實際應用各種法門以提昇病人的靈性境界<sup>[2]</sup>。

### 統計分析

將調查結果資料編碼、分析及歸納後，應用 SPSS 8.0 套裝軟體統計，使用 Frequencies、Descriptive、T-test 和 Mann-Whitney test (2 Independent Samples)。

## 結果

### 基本資料 (表一)

法師在三個月的服務期間，住院病人共計 116 位，其中接觸者為 98 名 (84.5%)，未接觸為 18 名 (15.5%)。98 名接觸病人計男性 54 名 (55.1%)，女性 44 名 (44.9%)；18 名未接觸病人計男性 13 名 (72.2%)，女性 3 名 (27.8%)。98 名接觸病人平均年齡為 59.14 (±1.68) 歲，平均住院天數為 15.17 (±1.16) 天；18 名未接觸病人平均年齡較高，為 66.28 (±2.81) 歲，平均住院天數較短，為 6.00 (±1.89) 天。98 名接觸病人之癌症原發部位以肺癌比例最高，計 24 名 (25.0%)，頭頸部癌症及其他分別為 18、17 名 (18.4%、17.3

表一、基本資料 (n=116)

項	目	有接觸 (n=98)		未接觸 (n=18)	
		人次	百分比	人次	百分比
性別	男	54	55.1	13	72.2
	女	44	44.9	5	27.8
癌症原發部位	肝癌	15	15.3	3	16.7
	肺癌	24	24.5	6	33.3
	頭頸部癌症	17	17.3	0	0
	胃癌	6	6.1	2	11.1
	腦癌	3	3.1	0	0
	子宮頸、卵巢癌	3	3.1	0	0
	乳癌	4	4.1	2	11.1
	血癌	1	1.0	0	0
	其他	18	18.4	5	27.8
	原發部位不明	3	3.1	0	0
平均年齡		59.14 ± 1.68		66.28 ± 2.81	
平均住院天數		15.17 ± 1.16		6.00 ± 1.89	

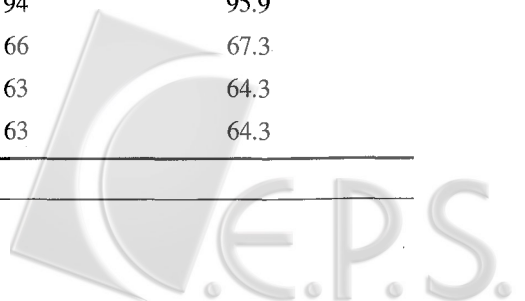
%)、肝癌15名(15.3%)、胃癌6名(6.1%)；18名未接觸病人之癌症原發部位同樣以肺癌比例最高，計6名(33.3%)，依序為其他5名(27.8%)、肝癌3名(16.7%)、胃癌及乳癌2名(11.1%)。

98名接觸病人中，共計照顧128次進程。法師臨床服務方面，每次進程法師平均照顧天數為8.11(±0.81)天，平均接觸次數為4.07(±0.34)次，平均接觸時間為61.33(±6.42)分鐘。法師與病人互動方式，以清醒直接的方式最多，計54次(42.2%)，依序為昏迷間接34次(26.6%)，昏迷直接32次

法師服務方式和內容(表二)

表二、佛教宗教師針對98位病人之服務統計

項 目	人 次	百分比	
照顧方式 (n=128)	清醒間接	8	6.3
	清醒直接	53	41.1
	昏迷直接	32	25.0
	昏迷間接	34	26.6
服務內容 (n=128)	宗教儀式的諮詢	23	18.0
	協助病人、家屬面對死亡	108	84.4
	支持團隊成員的照顧	37	28.9
	助念資源的提供	13	10.2
	醫療或行政事務的協助	0	0
	其他	17	13.3
法門應用 (n=128)	皈依法門	6	4.6
	念佛法門	70	54.6
	懺悔法門	2	1.6
	禪定法門	3	2.3
	臨終說法與助念	19	14.8
	眾善法門	45	37.0
死亡前準備 (n=128)	遺願交代	82	64.1
	佛法修持	70	54.7
	來生期待	39	30.5
靈性照顧計畫 (n=98)	建立關係	94	95.9
	評估	66	67.3
	擬訂計畫	63	64.3
	執行	63	64.3





(25.0%)，清醒間接8次(6.3%)。法師服務內容該項則以協助病人、家屬面對死亡最高，計有108次(84.4%)，依次為支持團隊成員的照顧37次(28.9%)，宗教儀式的諮詢23次(18.0%)。死亡前準備事項以遺願交代為最高，計有85名(66.4%)，依次為佛法修持73名(57.0%)，來生期待42名(32.8%)。在靈性照顧計畫方面，法師接觸98位病人中，與94位建立關係(95.9%)，為66位病人作評估(67.3%)，63位(64.3%)病人有擬訂計畫，而執行照顧計畫者有63位(64.3%)。

### 法門應用 (表三)

在法門應用一項，以念佛法門使用頻率

最高，共計有70人次(54.7%)，依序為眾善法門(37.0%)，臨終說法與助念(14.8%)，皈依法門(4.7%)，禪定法門(2.3%)，懺悔法門(1.6%)；而病患接受各種法門於往生前平均達成的階段：學習階段36.6%、感應階段46.2%、新生階段10.3%、自在階段6.9%。

### 臨床法門死亡前準備之相關分析 (表四)

統計分析法門應用與死亡前準備之關係，結果顯示死亡前準備之「遺願交代」及「佛法修持」二項與念佛法門、眾善法門有顯著關係；而死亡前準備之「來生期待」則與皈依法門、念佛法門、懺悔法門、臨終說法與助念、眾善法門有顯著關係。

表三、病人接受各種臨床法門施作往生前所達成之階段 (n=128)

階段	皈依法門 N (%)	念佛法門 N (%)	懺悔法門 N (%)	禪定法門 N (%)	臨終說法與助念 N (%)	眾善法門 N (%)	平均 N (%)
學習	1 (16.7)	28 (40.0)	1 (50.0)	2 (66.7)	5 (26.3)	16 (35.6)	53 (36.6)
感應	4 (66.7)	35 (50.0)	0 (0)	1 (33.3)	8 (42.1)	19 (42.2)	67 (46.2)
新生	1 (16.7)	5 (7.1)	1 (50.0)	0 (0)	2 (10.5)	6 (13.3)	15 (10.3)
自在	0 (0)	2 (2.9)	0 (0)	0 (0)	4 (21.1)	4 (8.9)	10 (6.9)
人次總計	6	70	2	3	19	45	145

表四、臨床法門影響死亡前準備項目完成之分析\*

項目	皈依法門	念佛法門	懺悔法門	禪定法門	臨終說法與助念	眾善法門
遺願交代	0.320	0.000	0.290	0.923	0.802	0.000
佛法修持	0.151	0.000	0.197	0.669	0.711	0.000
來生期待	0.004	0.000	0.031	0.912	0.010	0.000

\* 表中數據為P值 (by Mann-Whitney test)

## 討 論

本研究有系統地以法師作為緩和醫療團隊第一線照顧的專業人員，針對法師在三個月期間提供的服務調查，進一步瞭解臨床佛教宗教師的角色和服務內容。過去有關宗教師、神職人員靈性照顧的專業內容，一直沒有明確的規劃與規範，本研究嘗試提供一個範例，作為往後安寧緩和醫療靈性照顧及評鑑參考。

116位收案對象，法師接觸完成率高達94%，而未接觸病人很明顯地平均住院天數較短、年齡較大，除了宗教信仰的因素外，目前法師沒有值班制度，如果病人在下午或假期入院，因病情嚴重致使溝通困難或於入院後數小時即往生，都是未接觸的原因。從接觸完成率瞭解，透過訓練，法師可作為第一線照顧成員，積極參與照顧，而非只是透過照會服務少數病人。

法師與病人互動方式以「清醒直接」佔多數，當病人意識昏迷時，間接與直接接觸則各佔一半，這表示靈性照顧不侷限於言語溝通，當意識昏迷的病人無法透過眼睛、耳朵有所見聞時，還可經由超越主觀與客觀的直觀管道和法師互動，舉例中的確有某些病人對法師特別有感應，這是靈性照顧的特色。

對於宗教師在靈性照顧的服務內容，國

內各安寧病房的受訪者認為，宗教師的服務內容以「宗教儀式的諮詢」為最需要，其次才是「協助病人、家屬面對死亡」<sup>[5]</sup>，與本研究結果法師所提供的服務主要是「協助病人、家屬面對死亡」（84.4%），而「宗教儀式的諮詢」僅佔18%有差異，可見醫護人員對病人靈性照顧與法師實際臨床服務有很大差距，顯示團隊成員對於有關臨床宗教師的角色認識有待提昇。在服務內容方面，法師如何協助病人、家屬面對死亡的專業角色與國外對宗教師服務內容調查，其結果以「生命意義」、「受苦意義」、「未完成心願」、「寬恕自己與他人」、「心靈力量提昇」、「與神的關係」之靈性問題為主，與本研究的結果一致<sup>[22]</sup>。

法門使用的部分，從過去的研究中瞭解，隨著病人對佛法的理解及接受程度，念佛法門仍可適用於根性不同的每位病人。藉由念佛，讓病人集中心力於佛號、佛像上，使其得以接受死亡，往生西方極樂世界。眾善法門是法師針對病患當下的困惑，給予立即而直接的說法，旨在透過法師的開導，撫慰病人不安的情緒，把握有限的時間完成心願並掌握新生的契機。臨終說法與助念使用比例較前二者少，主要是因為病房有助念團參與，以及病人往生時不一定有法師在場。

臨床專用法門可分成二部份，一是指需



要外力引導後提升力量的法門，如念佛法門、臨終說法與助念、眾善法門；一是指自發性內在力量提昇的法門，如皈依法門、禪定法門、懺悔法門，兩者各有其優點。以皈依法門而言（表三），本研究發現有三分之二比例的病人可從皈依過程中感應到佛法的慈悲、寬容，而身心解脫。採用外力法門作為修持法門的病人，表現（學習成效）較穩定，大部份都能抱持學習的態度，進而到感應階段。六種法門中，以禪定法門、懺悔法門使用機會較少，可能是此二者屬於自發性法門，需具有相當程度的動機，必須信仰層次較高的病人才有能力施行。也可能由於病人身心衰弱的限制，而使此兩種法門在應用上有困難，實際原因有待未來進一步的探討。

本研究將病人應用法門的情況與內在力量提昇的程度，分為四個階段（學習、感應、新生、自在）。從表三得知，大部份病人在施作法門後都能感受到修持佛法對身心的好處，不過要進一步領悟到生命的意義，瞭解「死就像一把刀，將壞的部分去除」，而有另一種重生的感覺，乃至到放下身心的各種牽絆，只有少數病人可以從死亡痛苦中解脫出來。

統計結果也可顯示法師照顧與病人死亡前準備的關係。藉由「遺願交代」，可肯定病人生存的意義與價值；透過「佛法修持」，感

應到靈性存在，病人會瞭解所依持的世間法不足以面對死亡，轉而接受法師開示，修持佛法。從表四中可看出，修持念佛法門和眾善法門的病人，更能完成死亡前的準備工作。而只要內在力量提昇，修持皈依法門、懺悔法門的病人，死亡前的準備就更能進展到有「來生期待」。從統計結果可看出，有三分之一的病人能對來生產生期待，相信此生結束是另一生的開始。

靈性照顧是癌末臨終照顧非常關鍵的一環，專業而完整的靈性照顧對癌末病人的身心照顧有加成的效果。但是臨床靈性照顧專業人員的養成，需要結合不同專業領域的專長、共識與長期努力，非一朝一夕可成。以臨床佛教宗教師的專業而言，它需要以佛法面對生死的智慧為基礎，以個案研究方式結合醫學臨床照顧的理念，發展可實作、有效的方法，依病人的需要應用並觀察療效。本研究印證臨床佛教宗教師的專業照顧對病人、家屬及本土化安寧緩和醫療發展有很大的助益。

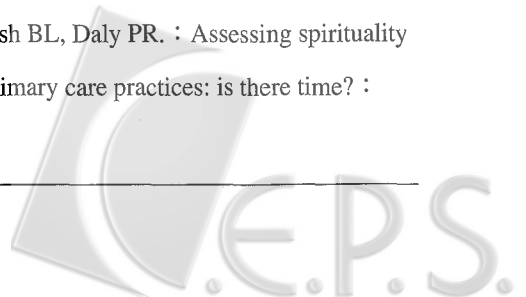
## 誌 謝

本研究期間感謝一如淨舍臨終關懷協會支持研究經費；台大安寧緩和醫療病房王浴護理長，郭育誠、莫淑蘭美術治療師，鄭逸如心理師，全體醫護同仁和社工、志工的共

同參與；研究助理蔡宜欣小姐整理統計結果；邱姿綺小姐翻譯英文摘要；安寧照顧基金會李嘉莉小姐提供國內安寧療護單位資訊，在此致上最深的謝意與無限的祝福。

### 參考文獻

1. 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：2000。
2. 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。
3. 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
4. 黃鳳英、宗惇法師、陳慶餘等：台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查。安寧療護雜誌2001Aug；6(3)
5. Narayanasamy A, Owens J：A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients：J Adv Nurs. 2001 Feb;33(4):446-55
6. Taylor EJ, Highfield M, Amenta M：Attitudes and beliefs regarding spiritual care. A survey of cancer nurses.：Cancer Nurs. 1994 Dec;17(6):479-87
7. Soeken KL, Carson VJ：Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care.：Health Prog 1986 apr;67(3):52-5
8. Bill Kenny：Religious Needs of the Dying Patient：Palliative care for people with cancer 1991;Edward Arnold:198-206
9. Narayanasamy A.：A model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing.：Nurse Educ Today 1999 May;19(4):274-85
10. 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
11. 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
12. 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
13. Soeken KL, Carson VJ.：Responding to the spiritual needs of the chronically ill.：Nurs Clin North Am 1987 Sep;22(3):603-11
14. Brush BL, Daly PR.：Assessing spirituality in primary care practices: is there time?：



- Clin Excell Nurse Pract. 2000 Mar;4(23):67-71
15. Taylor EJ, Highfield M, Amenta M : Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. : Appl Nurs Res. 1999 Feb;12(1):30-7
16. Golberg B. : Connection: an exploration of spirituality in nursing care : J Adv Nurs. 1998 Apr;27(4):836-42
17. Vande Creek L. : Collaboration between nurses and chaplains for spiritual care giving : Semin Oncol Nurs. 1997 Nov;13(4):275-8
18. Emmer R., Browne P. : Program helps nurses develop spiritual care skills : Hosp Prog. 1984 Feb;65(2):64-6
19. Ross LA. : Teaching spiritual care to nurses : Nurse Educ Today. 1996 Feb;16(1):38-43
20. Babler JE. : A comparison of spiritual care provided by hospice social workers, nurses, and spiritual care professionals : Hosp J 1997;12(4):15-27
21. Taylor EJ, Amenta M : Cancer nurses' perspectives on spiritual care: implications for pastoral care. : J Pastoral Care 1994 Fall;48(3):259-65
22. Dona J. Reese, Dean R. Brown : Psychosocial and spiritual care in hospice: differences between nursing , social work , and clergy : The Hospice Journal 1997;11(1):29-41

## Investigation of the Role and Service of Clinical Buddhist Chaplains in a Palliative Care Unit

Man-Shyang Bhikkhuni, Tsung-Tueng Bhikkhuni, Ching-Yu Chen,  
Tai-Yuan Chiu, Feng-Ying Huang, Hui-Ming Bhikkhu\*

### ABSTRACT

Assisting cancer terminal patients and their families to learn how to grow up in the process of facing death in order to gain eternity and relief for both the living and dead is the most important and ultimate mission for hospice palliative care medical team. Therefore, along with the seriousness of the sickness of the patient and towards the death, the importance of spiritual care is gradually shown. According to Hospice Quality Guarantee Plan of Department of Health, there are some relevant rules of the necessity of having spiritual care professionals in the team.

This retrospective study has been conducted to investigate the professional role and service by a Buddhist chaplain in the palliative care ward of National Taiwan University Hospital from May to Aug, 2001. The results were summarized as follows. Among 116 hospitalized patients, the Buddhist chaplain had contacts with totally 98 patients (84.5%). The most important service was to assist the patients and their relatives to face the death (84.4%), to support the team members (28.9%) and to provide religious ceremony consultation to the patients and the relatives (18%). Among all the Buddhist practice, the ratios of applying the recitation of Buddha's name practice (54.6%) and giving the good dharma (37.0%) are the highest. The average rates of evaluating stage in patients to learn different methodologies were: learning stage (36.6%), perceiving stage (46.2%), new born stage (10.3%), and comfort stage (6.9%). Using statistic analysis to study the relationship between the dhamma practice being applied and the preparation of death, it showed that the practice of reciting Buddha's name and giving dhamma talks were very helpful in accomplishing the patients' wills, Buddhist practice and aspiration for the next life prior to their death. This study confirmed the unique role and professional services of clinical Buddhist chaplains in Hospice Palliative Care.

*(Taiwan J Hosp Palliat Care 2001 ; 6 : 1-12)*

---

Departments of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

\*National Taipei University of the Arts

