

臨床佛教宗教師在安寧緩和醫療中的角色

釋宗惇* 陳慶餘** 釋惠敏***

摘要

末期疾病照顧理念不同於其他治癒性疾病，安寧緩和醫療核心理念有四部分：

- 一、接受死亡：知道死亡是不可避免的，要正視及接受。
- 二、全人照顧：以症狀控制為優先，提升病人的生活品質、達到善終為目標。善終不應該只有身體的照顧，要以病人為中心考量，依據病人的不同需求，佐以心理、社會和靈性的成長。
- 三、從基本溝通做起，了解病人的身心痛苦及靈性需求，藉由溝通知病情，讓病人接受死亡，及早做死亡準備，宗教師本著人的善念去關懷、了解病人，協助他們接受而能得到善終。
- 四、團隊合作，其中包括醫師、護理師、心理師、宗教師、社工師、志工等不同領域的專業成員。

本文將「臨床佛教宗教師」定義為：經過臨床培訓，在

* 台大醫院緩和醫療病房臨床佛教宗教師

** 台大醫學院家庭醫學科教授

*** 台北藝術大學共同學科教授



安寧緩和醫療團隊中參與病人身心社會靈性照顧的法師，是緩和醫療團隊的核心成員之一。本報告就過去八年來所發表有關臨床佛教宗教師的論文，針對下列主題整理，來說明靈性定義、照顧架構、臨床照護中與病人的互動模式，進一步對專業靈性照顧中各種臨床課題的介紹以及靈性評估，並以個案報告和臨床服務成果，來彰顯臨床佛教宗教師的角色。

關鍵詞：寧緩和醫療、臨床佛教宗教師、靈性照顧、生活品質、善終



The Role of Clinical Buddhist Chaplains in the Hospice/Palliative Care

Bhikkhuni Tsung-Tueng * Chen, Ching-Yu**
Bhikkhu Huimin***

Abstract

Caring for the terminally ill patients is different from caring for patients with other illnesses. There are four core concepts behind the hospice/palliative care. The first one is to guide patients to accept death, and help them understand that death is only a natural course in life that no living beings can do anything about but face up to and accept. The next is to extend an all-encompassing caring service to patients. Symptom control is top priority so that patients' living quality can be improved and they can die peacefully at the very end. To die in a state of peace and grace does not refer to only the physical condition of patients. Issues related to other levels, be it mentally, socially, or spiritually, should all be taken into consideration so that patients' demands can be better met. The third one is to communicate with patients from the very basic level up in order to understand what physical and mental anguish

* Hospice and palliative unit, National Taiwan University Hospital

** Professor, Departments of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

*** Professor, Department of the Humanity, Taipei National University of the Art

they are suffering and what spiritual needs they might have. Through such communication sessions, patients should be informed of their illnesses and guided to accept death and be prepared for it. Out of the innate kindness of humanity, chaplains extend their loving care to patients, work hard to understand patients' needs, and then help them to die peacefully. The last one is to have a professional team consisting of doctors, nurses, psychiatrists, chaplains, social workers, volunteers, etc. to provide patient-centered family-focus total care.

This report is written based on the theses related to clinical chaplains' role in the hospice/palliative care released during the past eight years. Included in this report are such subjects as the definition of spiritual care, the framework of caring for patients, as well as the interactive care model between chaplains and patients. Through the discussion of these subjects, several other clinical issues and the evaluation of patients' spiritual condition that fall under the umbrella of professional spiritual care are also introduced. The role of clinical Buddhist chaplains is also exemplified through the introduction of case report and studies of clinical services.

Key Words: *hospice-palliative Care, clinical Buddhist chaplain, spiritual care, quality of life, good death*



臨床佛教宗教師在安寧緩和 和醫療中的角色

壹、前言

在現有的醫療體系中，醫護人員缺乏靈性照顧的相關教育訓練，也較易為忙碌的醫護工作所忽略。心理、社工、志工等則對靈性照顧的專業領域瞭解有限¹。國外雖有文獻提出醫護人員應具有靈性照顧的認識與能力，但在針對醫療體系工作人員提供靈性照顧的調查中，就照顧的能力與意願以及病人在靈性困擾相關議題的求助對象，神職人員都遠超過護

¹ 參見下列文獻：

- (1) Speck P: The meaning of spirituality in illness: *The Spiritual Challenge of Health Care* 1998: 21-33.
- (2) Mark C Vanessa R: *The Spiritual Challenge of Health Care: Edinburgh London New York Philadelphia Sydney Toronto and Tokyo* 1998: 21-33.
- (3) Vande Creek L.: Collaboration between nurses and chaplains for spiritual care giving: *Semin Oncol Nurs.* 1997 Nov; 13(4): 275-8.
- (4) Soeken KL, Carson VJ: Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care.: *Health Prog* 1986 apr; 67(3): 52-5.
- (5) Taylor EJ, Amenta M: Cancer nurses' perspectives on spiritual care: implications for pastoral care.: *J Pastoral Care* 1994 Fall; 48(3): 259-65.
- (6) 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.
- (7) Ross LA.: Teaching spiritual care to nurses: *Nurse Educ Today.* 1996 Feb; 16: 38-43.

士和社工師²。對國內各安寧病房的調查也顯示，從事靈性照顧者也以神職人員比例最高，71%的安寧機構有增聘臨床佛教宗教師的需求³，不過大部分的安寧療護機構卻缺乏有經驗的靈性照顧專職人員參與，靈性照顧在緩和醫療是最迫切也是最弱的一環。在宗教師之養成擔任專職性照顧方面，過去天主教與基督教神職人員都有從事醫療工作的課程訓練⁴，唯獨佛教法師在養成階段缺乏相關課程引導，以進入臨床提供專業的照顧。

隨著病人病情的進展，越到最後，心理、靈性的介入就

² 參見下列文獻：

- (1) Babler JE.: A comparison of spiritual care provided by hospice social workers, nurses, and spiritual care professionals: *Hosp J* 1997; 12(4): 15-27.
- (2) Dona J. Reese, Dean R. Brown: Psychosocial and spiritual care in hospice: differences between nursing, social work, and clergy: *The Hospice Journal* 1997; 11: 29-41.
- (3) Cumming A.: Spiritual care. Patients' access to hospital chaplains: *Nurs Stand.* 1993 Dec 15-1994 Jan 4; 8(13-14): 30-1
- (4) Phelan E, Simpleman R: Pastoral care's role in a reformed system. Pastoral care professionals need to promote the spiritual dimension of healing throughout the continuum of care: *Health Prog.* 1994 Jul-Aug; 75(6): 64-6.
- (5) Rodriguez JG.: Chaplains' roles expand in redesign.: *Health Prog* 1996 Sep-Oct; 77(5): 51-3.

³ 黃鳳英、宗惇法師、陳慶餘等（2001, Aug）：〈台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查〉。安寧療護；6(3)：16-26。本文就當時全國22家安寧病房調查對臨床佛教宗教師的需求情況，71%有增聘臨床法師的需求。

⁴ Derek B. Murray: Education and training of clergy. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine: Derek Doyle Geoffrey W.C Hanks and Neil MacDonald*: 2nded. USA: Oxford Medical Publications: 1998; 21(5): 1215-19.

越重要⁵。對癌末病患，法師不是一個治癒者，是以佛法面對生死的智慧為基礎，協助病人提昇內在力量、指點迷津的人⁶。法師的照顧主要在靈性層面，除了身心的觀察，還要超越身心的觀照。法師角色與醫師角色明顯不同，病人對二者的期望也不一樣。症狀的解除是醫師的責任；法師的責任則是維持病人的生命力，讓心性不斷學習成長；換言之，是開啓佛性、引發慈悲心、協助放下諸緣，轉識成智。針對病患不同的靈性需求提供專業的協助，使用各種法門協助其發揮內在力量，克服死亡恐懼達到善終。病人在靈性上有所成長，會在身、心的表現反映出療效。在醫療環境中，法師成為臨床宗教師需經過培訓以協助其發揮最大的角色功能。

本文將「臨床佛教宗教師」定義為：經過臨床培訓，在安寧緩和醫療團隊中參與病人身心社會靈性照顧的法師，是緩和醫療團隊的核心成員之一。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，從事本土化靈性照顧模式及佛法在臨終關懷應用的研究。為因應佛教宗教師參與緩和醫療照顧需要，2000年開始接受一如淨舍臨終關懷協

⁵ 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、姚建安、蔡兆勳、胡文郁（2003）：〈癌末病人死亡恐懼影響因素之分析〉。《安寧療護》，8(2)：134-142。

⁶ 參見下列文獻：

(1) 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘等（2001）。〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉。《安寧療護》，6(4)：1-12。宗教師的角色不在疾病的治療，而是如何協助病患、家屬面對疾病的調適與死亡準備。

(2) 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)：13-28。

(3) 釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、釋惠敏（2002）。〈心經在緩和醫療臨床法門應用初探〉。《安寧療護》，7(2)：89-108。本文闡述佛法的生死智慧如何應用在與臨終病人的互動中。

會專案委託，從事臨床佛教宗教師的培訓工作。本報告整理過去的研究成果，確立宗教師在安寧緩和醫療中的角色，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的一環。

貳、靈性定義與照顧架構

宗教師在安寧緩和醫療照顧中的角色被界定在靈性照顧層面，因此，需先釐清靈性定義與照顧架構。西方醫療認為在面對臨終者的照顧時，身、心、靈三者必須兼具，國內的緩和醫療也重視在從事臨終照顧時必須要有靈性的引導，於是將“spiritual care”翻譯成「靈性照顧」。一般常將臨終病人的靈性照顧定義為：神聖的旅程（a process and sacred journey）、人的根本或生命原則（the essence or life principle of a person）、究竟真理的經驗（the experience of the radical truth of things）、存在的意義與信念（a belief that relates a person to the world, giving meaning to existence）、超越的存在經驗（any personal transcendence beyond the present context of reality）、個人對於生命意義與目的的探索（a personal quest to find meaning and purpose in life）、個人與玄天、上帝、神或宇宙的關係（a relationship or sense of connection with Mystery, Higher Power, God, or Universe）⁷。

從西方文獻對靈性定義可看出：一、靈性與宗教信仰密不可分。二、靈性包涵生命的意義、目標實現的需求、對生活的期望和意願、自己的信仰和信念等層面。三、靈性指與

⁷ Burkhardt M.A.: Spirituality: An analysis of the concept.: *Holistic Nurs Pract* 1989, 3(3): 69-77.

至高者（如：上帝）的關係與其意義即生命的信仰、生存的希望和生活的關愛。四、轉化受苦的意義。五、以懺悔與祈禱來實踐生命的信仰。到目前為止，現代的醫療照顧中對「靈性」還沒有共同的定義，從事靈性照顧愈多，所知道的愈少，但是愈相信靈性照顧的重要。

中國文字中「靈」字的組成，兩個人趴在地上祭拜，供桌上放著三樣供品，虔誠的面對虛空，祈求上蒼普降甘霖，讓大地生生不息。所以靈字乃虛空祈雨之形意。深一層的涵意是：在連年乾旱中對虛空祈雨，虛空是沒有形體的，以供品做為媒介，透過人至誠恭敬的祈求虛空普降甘霖（有形的雨）。這意境可以清楚的闡釋靈性的概念：人需要向上天（虛空）祈求，因為存有的世間有超乎人的能力無法解決的事情，祈求的儀式提供靈性感應的平台，面對生命的極限，人為的方法用盡仍無法解決問題時，要跳脫到靈性的層面超越問題。能夠感應靈性，自然能感動，產生不可思議的力量。

這也就是緩和醫療靈性照顧的轉化。當科技已達極限，病人不得不面對死亡，從有形的生命轉化為無形時，如何透過一套方法努力，幫助臨終者提升內在力量達到善終，是靈性照顧的最重要內涵。因此明確的定義「靈性」很重要，關乎臨終病患的心性成長與照顧模式。本研究依據過去的照顧經驗，將靈性定義為：「對正法的感應、證悟與理解能力，是一種生命力，心智成熟的表現」⁸。「正法」指的是對生命實相的正確認識，「感應」、「證悟」與「理解」在說明靈

⁸ 本研究複查靈性照顧相關文獻，依據《心經》、《金剛經》、《圓覺經》，加上累積多年臨床個案討論經驗，將本土化靈性定義如文中所列。

性成長的途徑，這也是一種能力；「生命力」指靈性成長的效益，「心智成熟」指靈性成長後的表現。以下針對靈性定義內涵逐一說明：

一、正法

從癌末病人整體性的照顧需求來看，凡能夠幫助病人從學習面對死亡中超越生死、緩解身心痛苦的法都成為正法。由此延伸正信的宗教都有幫助癌末病人緩解痛苦、在面對死亡的過程中學習成長的正法。過去的研究中，我們以佛法做為癌末靈性照顧的基礎，因此，此處用佛法詮釋正法。

何謂正法？《圓覺經》⁹云：「一切諸如來，從於本因地，皆以智慧覺，了達於無明」，說明正法是能夠「了達於無明」的智慧。智慧開展就不會有無明，沒有無明就是正法；但什麼是「無明」？對於生命的實相，一般人容易因為看不見、不明白、不知道而有錯誤的見解，以自己的意見解說，產生執著和分別，造成更多的誤解，即是無明。無明有三種意涵：

(一)看不見：世人眼見為信，只知生不知死，輪轉生死¹⁰。

眼見為信，只相信看得到的部分，不相信看不到的部分。例如在虛空中只看到雲，便說雲就是虛空，即落入無明；一般世人只看到生沒有看到死，所以就產生分別心，把死認為是不好的，因有生死的差別而輪轉生死。癌末的病人面對死亡時，因無法接受死亡一直要往治癒的方向，在生死之間輪轉，一下接受一下又不接受，這是「看不見」生命全

⁹ 《圓覺經》：《大正藏》17冊，842經。

¹⁰ 引自《圓覺經》經文：「譬如病目，見空中華，及第二月。善男子！空實無華，病者妄執。由於妄有轉輪生死，故名無明。」

貌的無明，產生分別心才会有輪轉。

(二)不明白：世人自以為是，執有如迷人¹¹。

一般人經常因為對事情的真相不明白，只執著明白的部分而不能覺知不明白的部分；只說明白的部分，以為這就代表全體，如同迷路者不知道自己在整體空間上的位置，只知道要尋找目標，但是已經迷失方向，看到有路就走，這是自以為是。

(三)不知道：世人顛倒是非，如夢中人¹²。

有時候我們不知道事情的真相，只重視知道的部分，或許這在整個真相中是錯誤的部分，如此就會顛倒是非，好像夢中人，不知道自己在作夢，與現實脫離。

無明源自於常人的我執與分別心，要了達無明消極的要能不眼見為信、不自以為是、不顛倒是非；積極的是要能了解無形的部分讓它顯現出來，設法去明白不明白的部分、了解不知道的部分；換句話說，要感應到無明的存在。對於無明能夠了解而通達無礙，是眾生本具的固有力量，經過對正法的感應、證悟、理解，就能了達無明。

二、感應

感應，指兩個境界之間的內在溝通（低境界與高境界之間的互動）。感應一定要有對象，感應由直觀而來，不能單從主觀或客觀的表現判斷。主觀客觀是一種人為的表現，講

¹¹ 引自《圓覺經》經文：「一切眾生，從無始來，種種顛倒。猶如迷人，四方易處。妄認四大為自身相。六塵緣影為自心相。」

¹² 引自《圓覺經》經文：「此無明者，非實有體。如夢中人，夢實非無，及至於醒，了無所得，如眾空華滅於虛空，不可說言有定滅處。何以故？無生處故。一切眾生，於無生中，妄見生滅。是故說名轉輪生死。」

求證據及自我意識的描述；感應是兩者之間的溝通，高低境界間互相感動呼應。感應譬如虔誠的祈雨，上天受到感動，人與虛空之間存有一種溝通、一種互動的能量。感應是針對人力無法解決的問題求助，希望上天感動我們的誠意而給予幫忙。由正法來看佛性是源自內在的，是本來就有的能力，所以靈性的感應是一種內在的力量的表現。

感應之後就會有態度行為的改變，例如能感應凡人對生死的無明就會對佛法所說的不可思議不可思量的空性起信。感應必須透過「絕觀」與「覺觀」。佛法認為心、物不可執著，主張平等性，因此「絕觀」是指超越相對性，了解主客觀之不足（不足的部分即無明），超越主客觀的條件限制。進一步對感應的對象保持「覺觀」的態度，隨時保持覺知，認清事實，不落入兩端的行為表現。

三、證悟

感應是境界低的人受到境界高的人的影響，是兩個人之間的內在溝通；證悟則是指一個人境界的提昇。癌末病人從身心的敗壞逐漸接近死亡，能感應無常有助於接受死亡，若能證悟無我，境界會更提昇。證悟無我是在看到身心變化的無常之外，還會看到身心之外有一個不變的、無形的存在，即是佛性。佛性遍布法界，不能用語言描述，若沒有證悟，無法用人為的方法證明。若能證悟到佛性的境界，過去現在及未來都是一樣的，如同我們對病人的照顧，假如能讓他的內在力量開發，能夠開悟、接受死亡、感應靈性（佛性）的存在，這境界與佛陀當年在菩提樹下歷經生死交戰而覺悟的境界一樣。靈性照顧的證悟，即在幫助病人境界的提升，領悟到無常之外不生不滅的境界。

四、理解

理解，從字面上包括真理與解脫之意。《圓覺經》中，金剛藏菩薩問佛：本來成佛爲什麼會有無明的產生？爲什麼眾生要將無明去除後才能成佛？這之間的變化是怎麼一回事？

佛陀回答：佛性是沒有始末終了了的，是本來就存在的，如果有分別就會有思維，而陷入輪迴中不能入佛道。理解就譬如用硝酸溶解礦石而得到金，硝酸本身沒有含金的成分，但要從礦石中提煉金就必須要有硝酸來溶解，提煉成金之後就不會再變回礦石。對於真理的理解也是這樣，因爲境界已經提昇，能夠覺察過去所堅持的都是「如夢幻泡影」，現在已經從夢中醒來。成佛後就已經超脫凡夫所有的執著。談論凡夫及諸佛的分別都是空華相，都是一種我執。凡夫的思維思辨，因爲有「我」的想法，所說的都是虛妄、不真實的。若能求圓覺，從凡夫的我執中解脫出來，這與礦銷金、生死變涅槃，凡夫成佛是同樣的意思。

五、能力

能力，指對正法的覺醒能力、對世俗法的識破能力與依持正法的行動力，也就是覺、識、行。一切眾生，由本貪欲，而有身心束縛；換句話說，身體會產生慾望，而執著慾望的滿足變成貪，心受到愛、喜歡的束縛，愛是一種佔有，過度的愛變爲強烈的佔有慾，在貪欲及愛渴之下，永遠只見到自己所見的，就是無明。破除無明要有覺醒能力，從「淨」化身心開始，如持戒及行八正道；「敬」而能「靜」：不顛倒是非；而能漸入佳「境」：不眼見爲信；而能大圓「鏡」智：不自以爲是；最後達到「竟」的功夫：無分別心，以至對於人相、我相、眾生相、壽者相的識破能力

（慧）。

六、生命力

生命力乃從痛苦中成長的能力，譬如「疾風知勁草」，受盡風霜後才知道小草生命力的強韌，人的生命力一定是經過痛苦歷練出來的。生命力包含「內力」與「願力」，是一種行動力，可以從行為表現看到；生命力也是一種自主能力，是自發性的。自主是尊嚴感的表現，內在力量其實就是自我的尊嚴。內在力量另一個面向是信仰，一個人如果沒有信仰，內在的能力就無法表現出來；生命力也是一種維繫生活品質的能力，所以靈性定義中提出「生命力」，對照《心經》所說的「行深般若波羅密多時，照見五蘊皆空，度一切苦厄」。

七、心智成熟

要超越身心模式看到無形的一面，個人的修持往自在、放下、不執著的方向走，才是穩定身心的力量。能超越世俗的有為法，依持佛法，即是心智成熟的表現。基本上，即使是一般人所推崇的自然法則也是外在、有生滅的、不完美的，只能受限於這不完美、更替的變化，自然法則就是輪迴。感應或證悟不生不滅的存在要透過無形的感應，要從內在力量開發。生物心理社會自然模式都是有形的，其間靈性是無形的，是前四個面向無法包含的部分。無形的靈性可以不斷擴大，沒有成長的極限（即指佛性），如圖1。



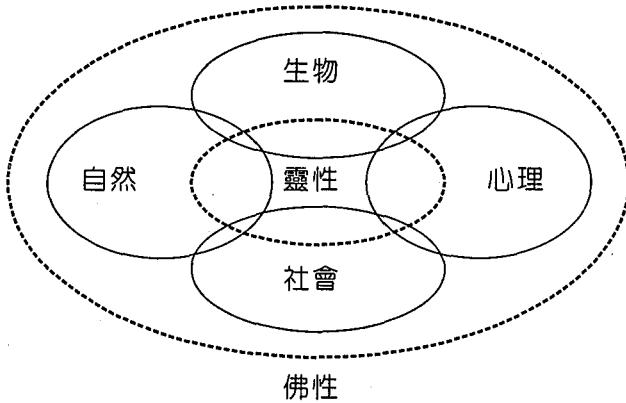


圖1 身心社會自然模式與靈性佛性之關係

根據此定義，靈性照顧消極的是幫助臨終病患消除痛苦、提升生命力，積極的是心性的成長、心智的成熟，以有限的身心做無限的心性成長，達到善終。本研究依據臨終病患不同病程階段的靈性需求，建立靈性照顧架構如圖2：

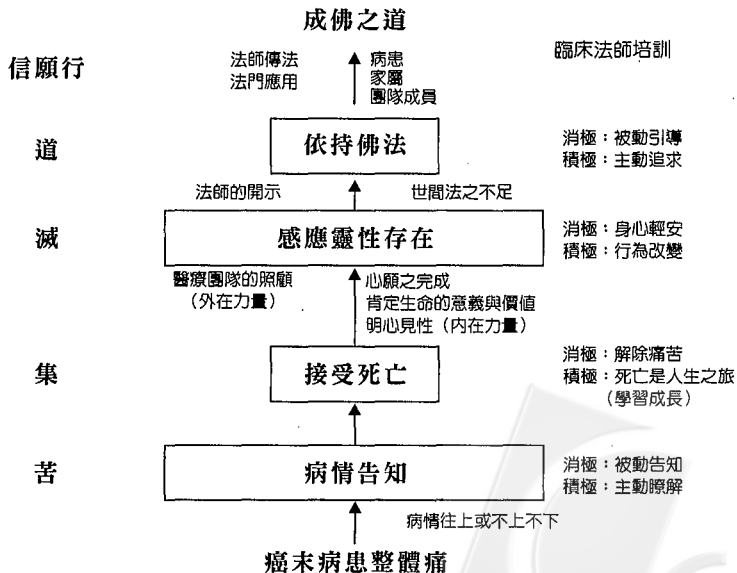


圖2 靈性照顧架構

靈性照顧是從存活到死亡、從有形到無形、從世俗生命轉向靈性成長的照顧，宗教師依著協助病人「了解病情－接受死亡－感應靈性存在－依持佛法－走向成佛之道」的照顧方向協助病人成長，照顧架構的五個階段也代表病人心性成長的五個階段。了解病情提供了認知及轉化的基礎；接受死亡也就是接受從有形世界轉變為無形世界的思維，去除我執與無明。病人對世間法的執著越深，觀念改變就越困難。當病人能夠接受從有形到無形的轉變，代表靈性的力量也能夠超越有形身心的限制，不會因為身心的清醒或昏迷障礙靈性感應。所以，即使病人處在昏迷的狀況，宗教師針對病人放不下的部分說法，仍可見到病人因此感應而放鬆，不會因色身的昏迷產生心性成長的障礙。

參、與病人互動模式

臨床上，病人能夠了解自己的問題，並且有一種法門幫助他超越死亡的情況是可遇不可求的。大部分病人有身體的障礙，也有心性成長的障礙。病人的成長也不是一步登天，一次可以解決所有的問題，而是要在每一個階段逐步超越。如果照顧者只靠著可遇不可求的機緣從事臨終照顧會很辛苦，所以照顧者要有一套訓練，了解癌末臨終病人痛苦的問題本質及要達到的目標，這裡以解決問題的四個步驟（評估）與心性成長的四個階段（處置）來說明。如圖3：



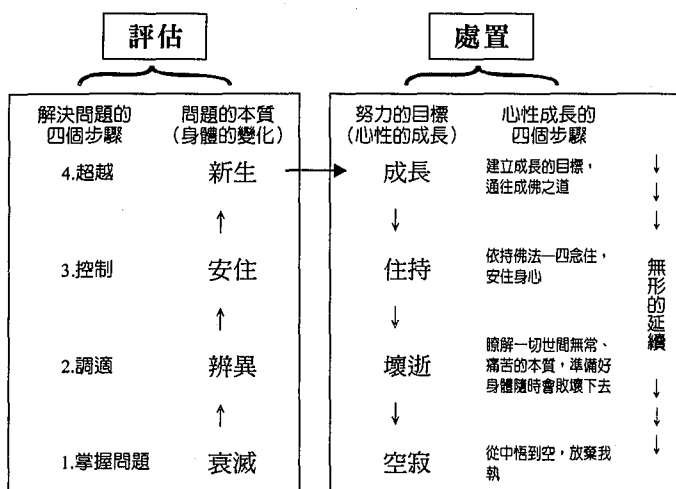


圖3 宗教師臨床評估與處置

在臨床決策上，從身體的部分做好調適，再走向心性的成長。照顧方向從「衰滅」與「掌握問題」的階段開始：

- 一、衰滅（掌握問題）：各器官系統的衰竭，是不可逆的反應，一定會步入死亡，不要爲了逃避死亡，反其道而行如尋求不當的過度治療，無益於病人的存活，反而加重痛苦。所以，身體的痛苦可以用醫護人員正確的方式處理，儘可能減輕器官衰竭的痛苦。
- 二、辨異（調適）：找出敗壞的部分，能治好的就努力治好，不能的就減輕痛苦，或減少活動來調適障礙。
- 三、安住（控制）：明瞭治療的目標是減輕痛苦，「安住」是要發揮尚有的好的功能。以肺癌的呼吸急促爲例，在穩定的身心狀況下，充分應用肺部好的部分可以代替不好的功能，或是找到還沒有完全充分利用的地方。
- 四、新生（超越）：了解敗壞的道理，且發揮好的功能，讓不好的影響降至最低，可以創造新的生命力，往心性的方向成長。

臨終照顧的方向是往生極樂世界或祈求來世好的開始。基本上，是從目前到未來、從生病到往生、從有形到無形的一段照顧。為病人開示時，要從目前有礙的有形世界，看到無形的靈性成長，從病重的當下開始，修習法門，領悟世間無常的本質，放下執著，走到「空」、「滅」的階段，這是心智的開發。

- 五、成長：目標不是只有病的解除，還要發揮好的功能、超越身體的限制。讓活動力、進取心回復到未生病以前，甚至比以前更好，往心性的方向成長，了解身體衰滅的階段同時有新的力量在增長，找到未來的希望。
- 六、住持：知道還有好的地方，並學習安住在好的地方。具體的方法是四念住——觀照「身受心法」，體會安定的心性能產生力量之後，繼續學習安定心性的方法，如數息、念佛、誦經等。
- 七、壞逝：了解無常的道理，勿讓身體的「變異」、「壞逝」影響心性的安適，準備好身體隨時會敗壞下去。
- 八、空寂：最後了解「衰滅」、「空寂」的是什麼，從中悟到無我，放棄我執。

如此，癌末病人的靈性成長會形成一種良性循環的狀態，圖3箭頭所示往上走的循環是症狀的解除，往下的部分是靈性的成長，重點在幫助病人理解病程的必然趨勢，並且心開意解，放下執著，建立新的生命重心。

肆、靈性課題

臨床法師的服務包括靈性照顧課題（生死困頓問題）的解決、瀕死前的準備（法門的學習）及來生準備（即心性的成長）。臨終者達到心性成長具體的作法是內在力量的開發，

而其外在指標即慈悲喜捨的表現。)三大部分¹³。臨終病患常見靈性課題有七大類¹⁴：

- 一、自我尊嚴感受損與喪失：因為疾病所造成的挫敗或形象上的毀損，病人認為自己的疾病是上天的懲罰，或者與家人價值觀之衝突甚至擔心被家人遺棄，自覺不平與無用；或者像早期由於疼痛的恐懼，不惜犧牲尊嚴，跪著向醫師求藥；或者由於對疾病、死亡的害怕恐懼，造成自我封閉、退縮，不與人互動，或是有個性表現上的退化行為等。
- 二、自我放棄：認為死亡是不得不接受的結果，被動性接受死亡，以消極態度忍受身心病苦，不尋求問題之解決，認為早點死亡是解脫的最好方式，對醫療團隊採取不合作態度，難與醫療團隊成員建立關係。臨床上出現典型的憂鬱症狀，甚至有自殺傾向的意志消沈症候群。
- 三、不捨：癌末病人的控制能力越來越低，容易有不捨的心態。人活著一輩子都在「愛、取、有」奪取資源的生存法則中，面對死亡若沒有改變生存法則即產生不捨，以臨床照顧經驗歸納區分為四種：

(一)不甘願：在治療的過程中心有不甘，認為還沒有盡全

¹³ 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等(2004, May)。《九十二年度緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫，頁25-39。

¹⁴ 參見下列文獻：

(1) 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等(2003, May)。《九十一年度緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫，頁90-115。

(2) 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等(2004, May)。《九十二年度緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫，頁102-123。

力、還沒有到疾病的最末期，將最後的時間及大量的金錢耗費在尋找偏方上。

(二)不放心：對家人未來的生活不放心。不放心不是指沒有死亡的準備，而是雖然病人及家屬已有交代安排，但因家人能力、條件上的不足，病人仍有掛礙，甚至造成照顧上的困擾，就需專業人員介入。

(三)放不下：病人能甘願接受病情，也能對家人放心，但因病人自己的牽掛（包括身體、財物、眷屬、名譽等）產生之靈性課題。

(四)做錯了：因為對過去生命的懊悔，或者是在治療的過程中錯誤的決定，導致無可彌補的結果，病人產生懊悔的心態。

四、死亡恐懼：越接近臨終，死亡的恐懼感變得越真實。病人可能會擔心死後會不會下地獄、死後的世界如何、會不會痛苦等問題，如果沒有心理準備，就會有恐懼。

五、心願未了：指與善終有關的未竟事宜。心願未了極可能會讓病人到最後一刻仍死不瞑目。可包括兩個部分：

(一)與未完成的心願有關，如看到子女完婚、皈依等，透過事件的完成，可幫助病人沒有遺憾。

(二)與生命意義的再詮釋、病人情感的抒解有關的，例如：如何將對年幼子女的愧疚感化為祝福、未懺悔的罪惡感得到懺悔、找到生命依歸等。

六、對正法認識不正確：與死亡恐懼一樣，這也是靈性照顧的重要問題，指病人仍依循世間法或過去的生存法則面對死亡問題，採取與醫囑相違的行為，試圖逃避死亡，不能學習正確的因應方法和態度。

七、其他需轉介者：此類問題需由其他團隊成員照顧，法師

主要做安撫或轉介的工作，例如：

(一)失智或重大精神疾病：沒有學習能力或學習能力較差

(二)需轉介至醫療、護理、心理社會或其他專業處理問題

依據過去統計，癌末病患的靈性課題以「死亡恐懼」最高，其次為「不捨」（不放心、放不下、不甘願等）。臨床法師的照顧，依循照顧方向解決造成生死困頓的靈性課題，從生命意義的肯定、心願的完成協助病人接受死亡，從法門的學習感應靈性存在，讓病人了解在受苦的身心之外還有超越的靈性的存在，需要在有限的生存期中，追求無限的心智成長。

伍、靈性評估

問題評估是臨床照顧不可或缺的一環，照顧者必須有足夠的專業訓練才足以勝任。臨床宗教師作為安寧緩和醫療團隊的一名成員，必須具備下列的素養作為臨床評估的基礎¹⁵：

一、了解緩和醫療：了解癌末病人的身心狀況與需求，了解緩和醫療及其團隊的運作，知道照顧的方向與目標，具備對生命的積極態度以及關懷人的素養。

¹⁵ 參見下列文獻：

- (1) 陳慶餘、釋惠敏等（1999）。〈佛法在安寧療護／緩和醫療應用之研究〉。《蓮花基金會委託計畫研究報告》，頁36-42。本報告結合佛法與安寧理念，就臨床照顧的需求，以問題為導向的方式詳述臨床法師培訓精神。整理臨床法師所需的素養。
- (2) 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等（2001）。《緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫報告》。八十九年度一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫。

二、了解其他團隊成員的角色及不同專業間的互動。先以志工的角色而非專業的方式觀察，在一定時間內發展出自己的專業，以及對其他專業如社工師、心理師等的了解。

三、具備一般照顧能力：傾聽、了解病人的需求，讓病人感受到法師的關懷。掌握病人的疾病對其身心狀況的影響，了解不同的病人有不同的問題與需求。具有詢問的技巧，能作專業、穩健的對談，避免涉及價值判斷。應用諮商、放鬆等技巧協助達成照顧目標。對病人及家屬而言，法師是一位傾聽者、支持者以及新觀點的提供者。

四、專業素養：支持團隊的運作，對團隊人員而言，法師是生死及佛法相關問題的分析者、匯聚因緣的成就者。協助病人及其家屬面對死亡、依持佛法而得到善終。

病人住進病房，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。參與病房例行之出入院等各種討論會議，在醫護人員的指導之下查閱病歷，並與團隊成員交換心得，充分了解病情進展，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。

評核表格是爲了建立宗教師的臨床專業而發展的工具，包括：入院病人資料表、信仰認知調查問卷、宗教行爲或器物使用狀況調查表、身心症狀評估表、個案感應觀察表、家屬感應觀察表、身受心法紀錄表、靈性照顧進行歷摘要、皈依病患觀察表、法門療效觀察表、靈性照顧出院病歷摘要、靈性照顧往生病歷摘要、善終評估表、臨床服務狀況調查¹⁶。

¹⁶ 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等（2004, May）。《九十二年度緩和醫療臨床佛教教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫。

在臨床專業表現上重視問題的評估與分析，不斷揣摩需要解決的是什麼問題，以及在能力範圍之內評估問題處理的優先次序。病人的問題，可以從病人主動告知，或從主觀、客觀以及直觀三方面獲知。去了解病人的痛苦（苦）、造成痛苦的原因（集），計畫達成的目標以及應用方法來解決問題（滅、道），處理之後須再評估，印證問題是否改善，整個過程是一個循環。

在靈性照顧上的重點包括有形與無形的部分。有形的部分像身體的照顧、心理的輔導或治療等；無形的部分是「直觀」的。直觀是超越主觀和客觀的思維模式，不僅能念念分明、當下立斷，並且能洞燭機先、趨吉避凶。尤其在死亡準備的過程中，面對未知的往生特別需要。直觀有二種方式：一是感應，另一是證悟。感應是不同境界間的互動，非靠言語傳達，是法師與病人的靈性需求直接呼應，靠法師的外顯力量引導走向光明的境界。證悟是內在力量由低往上提升到高境界的精進表現，不只對個人面對死亡有幫助，提升生活品質，甚至有慈悲喜捨的外在表現。

陸、個案報告

以一位27歲男性肝癌病患為例，病人原於英國留學，因肝腫瘤破裂返台治療；身體上，病人有腫瘤破裂、吐血、腹脹等不適；心理上有面對疾病的憤怒、沮喪及連續治療失敗的挫折，長時間的努力無效之後，轉為憂鬱的情緒。

病人雙親都是虔誠的佛教徒。初入院時，病人母親雖一再向團隊說明她能接受病人即將死亡，用心引導病人發願求

生淨土，但病人始終排斥念佛，消極的自我封閉，死亡恐懼、不捨、不甘願、憂鬱等表現明顯，有時雖然配合母親念佛發願往生淨土，卻對信仰的提出各種質疑，病人消極封閉自我，不接受相關專業人員的介入照顧，團隊照顧一度陷入瓶頸。病人母親由於不捨表現出來的強勢如：一定要住院、不許看電影、一定要念佛等，也讓病人壓力很大，生活上多所衝突，採取迴避、自我封閉的方式，即使父母親是虔誠的佛教徒也幫不上忙。

全家人無法因應，陷入不同照顧意見的爭執中，導致病情惡化時，病人的不捨與求生意志反而增強。父母無法接受愛兒進入多重器官衰竭期的無常，積極求神問卜，尋求超能力的幫忙，換來的是一次又一次的失望，病人八十歲的老父親甚至說：「如果兒子往生，我就要自殺」。

法師接手照顧之後，從建立關係開始分別進行病人與家屬輔導。病人早期表面上雖坦然接受病情，聽從母親教導發願往生極樂世界，交談中法師發現病人並不了解念佛的意義，對極樂世界也很陌生，夜晚常夢到被人追殺，有很強的死亡恐懼。法師向病人說明色身乃四大假有、生老病死是世間的常態，無人可倖免，應老實面對生死問題，甚至如能因此精進受持法門，在生死課題上體悟究竟的生命智慧，是報答親恩最好的方式。病人接受法師的建議後開始學習法門，從練習數息、禪行中體悟到「萬事萬物隨時在遷流變化（無常是常）」的無常的道理，法師從這個基礎引導病人：身體（身）雖然不斷變化、心念（心）雖然念念生滅，但感受（受）可以不必隨著外來的變化起舞，若持續不斷安住在不變的法則、信念（法）中就能夠超越身心的苦，這就是阿彌陀佛的極樂世界。往後數日，法師三次為病人講解阿彌陀經，每講一次，病人的面容越加安詳、眼神越加安定，求生

淨土的心願越篤定。

早先病人缺乏定的功夫，也不了解「戒」的重要，例如還要追求飲食及視聽的快樂，身體無法消受而造成更多的困擾，也因此無法感受佛法可以提供的協助。母親的強勢來自於極度的不捨，但是母親也有自己的無明，例如認為黃疸要曬太陽，也不了解病人病情的嚴重性，沒有了解病人內在的衝突與束手無策。母親權威的角色明顯的阻礙病人面對死亡的學習，要突破這些衝突，需針對母親的阻力化解，提昇母親的認知而不是讓病人更加聽話。

爲了化解母親因不捨產生的阻力，因病人與姊姊感情最好，法師帶著母親與姊姊一起爲病人做生命回顧，針對實際現象指出母親不捨與執著的部分，協助母親了解自己的不捨已阻礙了病人生命力的提升與死亡準備，也協助母親調適病情惡化的事實，調整努力方向。肯定病人在彼此生命過程中的價值與意義，並允諾將好好照顧自己，要病人也盡最大孝道，往生淨土，將來約定極樂國相見。

在母親轉變的同時，法師持續爲病人開示，在平易的互動中讓病人了解生老病死的自然變化與死亡的可超越性、接受「面對死亡是學習的過程」觀點。整個照顧過程中，最後病人能夠越來越信任法師，內在力量提升的關鍵點有三：

- 一、母親角色的改變：緩解照顧過程中的衝突與壓力，真正成爲助力的角色。
- 二、面對死亡觀點的改變：在內心的需求被看到、被了解之後，從消極接受轉變到積極學習成長，也找到依持的方法且願意學習，將死亡視爲新生。
- 三、在法門的學習中對「靈性」有所證悟、有所理解。從練習數息、禪修中所體悟到的「無常」、「無我」的道理，幫助病人擺脫因執著現世所產生的痛苦，希求阿彌

陀佛的西方極樂世界。

在以上的努力之後（住院一個多月期間），病人完全接受病情，在家屬的協助下更信任法師的引導，依持禪修（數息法門）及念佛法門實地用功。在病程末期不依賴氧氣也能保持平穩的呼吸，隨時保持正念，告訴法師：「要嘛就希望身體好起來，去利益眾生；要不然就去西方極樂世界依止阿彌陀佛學習佛法，除此之外哪裡都不去。」往生前一晚回到家中，許多蓮友來幫忙助念。往生當日清晨，病人表示希望沐浴、更衣之後，要求右脇而臥，五分鐘後，在眾人的念佛聲中安詳往生，給家屬很大的安慰。

病人往生後，父親由於虔誠誦持地藏經，有一天來電告訴法師：「在恭敬虔誠的誦經過程中我看到了菩薩的光圈，地藏菩薩的右手抱著新生的兒子，將兒子交給阿彌陀佛。兒子得到了新生，我也應該更有信心，要活得更好。」

臨終階段病人能得到最好的照顧，能達到善終對家屬往往是最好的悲傷輔導。安寧療護的「全家」照顧，對於病人及對於家屬的角度不同。對病人是身心靈的全人照顧，特別在靈性層次的引導，是病人達到善終的關鍵因素，這也是臨床宗教師獨特的專業角色。對於家屬是生與死的教育，讓家屬看到靈性成長對病人的重要性，並且扮演助力而非阻力的角色。過程中，臨床宗教師由於在生死修習上的專業，往往變成團隊中最適當的溝通者、協調者，幫助臨終病患及家屬匯聚善因緣，讓生死兩相安，在臨終過程中學習與成長。

柒、臨床服務

本土化靈性照顧模式以研究及服務為導向，結合靈性照顧理論架構，從臨床的實務照顧中發現問題，評估與解決，

並將累積的經驗做成臨床指引，其最後目標在建立臨床佛教宗教師的專業角色。重要成果摘要如下：

從癌末病人的身心症狀和靈性境界來評估靈性需求，發現病人的靈性需求以中度最多，其次為輕度與重度¹⁷。接受安寧緩和醫療，病人在往生前靈性境界明顯提升；其中在接受法師的引導下，靈性的提昇更加明顯¹⁸。往生前靈性境界越高，其善終分數也越高¹⁹。癌末病人善終分數的影響因素有：有無後事準備、靈性需求與往生前的靈性境界²⁰。

為了解臨床佛教宗教師的服務及專業角色，本研究曾調查一位臨床法師每週五天在病房從事第一線的照顧的情況²¹。調查結果顯示：三個月期間在某醫學中心緩和醫療病房116位住院病人中，法師有接觸者共98位病人（84.5%）。98名接觸病人中，共計照顧128次進程，每次進程平均照顧天數為8.1天，平均接觸次數為4.1次，平均接觸時間為61.3分鐘。法師與病人互動以清醒直接的方式最多，其次為昏迷直接、清醒間接。法師服務內容以協助病人、家屬面對死亡最

¹⁷ 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁（1999）。〈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〉。《台灣家庭醫學雜誌》，9(2)：頁25。

¹⁸ 參見下列文獻：

(1)陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁（1999）。〈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〉。《台灣家庭醫學雜誌》，9(2)：頁25-26。

(2)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(2)：13-28。

¹⁹ 同註17。

²⁰ 同上。

²¹ 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘等（2001）。〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉。《安寧療護》，6(4)：1-12。

為重要（84.4%），支持團隊成員的照顧次之，而向法師尋求宗教儀式的諮詢僅佔18.0%。在靈性照顧計畫方面，98位病人中，建立關係95.9%，完成靈性評估67.3%，擬訂照顧計畫64.3%，執行64.3%。法門應用以念佛法門與眾善法門施作比例最高；病患往生前對宗教師教導依持法門的境界分為學習、感應、新生與自在四階段；結果呈現：學習階段36.6%、感應階段46.2%、新生階段10.3%、自在階段6.9%。

在照顧方式上，不論病人清醒或昏迷，宗教師皆可從事靈性照顧²²。從住院時與往生前死亡恐懼程度與靈性境界之比較來看，大部分病人在住院時死亡恐懼程度高、靈性境界較低，住院後經團隊整體性照顧，在往生前死亡恐懼程度減輕，且靈性境界大幅提昇²³。

死亡恐懼與靈性需求有密切的關係，在往生前2天死亡恐懼最明顯，而靈性的需求也最高。有沒有宗教師的接觸與死亡恐懼的關係，往生前2天有接觸的恐懼程度是沒有接觸的一

²² 參見下列文獻：

- (1)同註21。本文統計呈現三個月期間法師照顧病人的進程，法師的照顧並不因為病人進入昏迷階段而終止與病人的直接互動。
- (2)釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、胡文郁、邱泰源、釋惠敏（2002）。〈頭頸部癌末病人之靈性照顧〉。《安寧療護》，7(4)：269-282。本文呈現臨床法師針對23位頭頸部癌症病人的照顧方式，即使病人進入昏迷階段，法師都能延續過去的照顧基礎互動，很多時候也看到病人明顯、有意義的反應。

²³ 參見下列文獻：

- (1)陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、姚建安、蔡兆勳、胡文郁（2003）。〈癌末病人死亡恐懼影響因素之分析〉。《安寧療護》，8(2)：134-142。
- (2)釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、胡文郁、邱泰源、釋惠敏（2002）。〈頭頸部癌末病人之靈性照顧〉。《安寧療護》7(4)：頁276。頭頸部癌症病人照顧的困難度較高，但從其住院時與往生前的靈性境界、死亡恐懼程度比較，可看到病人的成長。

半。往生前2天有法師接觸15分鐘以上就有效²⁴。

從過去統計分析法門應用與死亡前準備之關係，結果顯示法門應用以念佛法門及眾善法門施作最高，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。也就是說，適當的法門學習，對於病人在「遺願交代」、「佛法修持」及「來生期待」的死亡準備上，都有正向、直接的幫忙²⁵。

捌、結論

隨著病情惡化，面對死亡的來臨，宗教師對癌末病患所提供的靈性照顧對生命品質的提昇是緩和醫療照顧不可或缺的一環。臨床上，受過訓練的佛教宗教師參與緩和醫療團隊照顧，經常扮演著直接而鮮明的角色，成為病患及家屬在靈性問題上求助的對象。臨床宗教師參與靈性照顧的成效顯示，宗教師協助病患、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，提昇生活品質以達到善終之目標有很大的貢獻。發展安寧緩和醫療臨床佛教宗教師的支持

²⁴ 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、姚建安、蔡兆勳、胡文郁（2003）。〈癌末病人死亡恐懼影響因素之分析〉。《安寧療護》，8(2)：頁138。常態的照顧下，往生前死亡恐懼表現會更明顯。以臨床法師在持續性的照顧中，能針對此階段的變化引導，對病人有非常大的安定效果。

²⁵ 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘等（2001）。〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉。《安寧療護》，6(4)：頁7。從臨床法門影響死亡前準備項目完成之分析看到，念佛法門與眾善法門對於病人在「遺願交代」、「佛法修持」及「來生期待」的死亡準備上有直接而有力的影響。

團體，發揮專業角色，提升照顧專業及自我修行能力成爲未來台灣本土化靈性照顧的重要發展方向。



後記——致謝

本論文的完成，感謝過去九年來佛教蓮花臨終關懷基金會與一如淨舍臨終關懷協會的資助，台大醫院緩和醫療病房同仁的共同照顧，甯素青小姐翻譯英文摘要，最重要的是實際從事靈性照顧的諸位法師及培訓研究小組從實務照顧中累積經驗的努力，在此致上最深的感謝與祝福。最後期望本研究成果對國內剛起步的臨床佛教宗教師培訓和服務能夠獲得各界的重視，使更多的末期病人能夠得到善終，病患家屬得到靈性上的平安，社會大眾同享佛法的生死智慧。



◆ 參考文獻 ◆

- 黃鳳英、宗悫法師、陳慶餘等 (2001, Aug)。〈台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查〉。《安寧療護》，6(3)：16-26。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗悫、姚建安、蔡兆勳、胡文郁 (2003)。〈癌末病人死亡恐懼影響因素之分析〉。《安寧療護》，8(2)：134-142。
- 釋滿祥、釋宗悫、陳慶餘等 (2001)。〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉。《安寧療護》，6(4)：1-12。
- 陳慶餘、邱泰源、胡文郁、釋宗悫、黃鳳英、釋惠敏：臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇。《安寧療護》(2003)；8(1)：13-28。
- 釋宗悫、釋滿祥、陳慶餘、釋惠敏 (2002)。〈心經在緩和醫療臨床法門應用初探〉，《安寧療護》，7(2)：89-108。
- 陳慶餘、釋惠敏等 (1998)。〈「靈性」照顧模式之研究〉。《蓮花基金會委託計畫研究報告》。
- 陳慶餘、釋惠敏等 (1999)。〈佛法在安寧療護／緩和醫療應用之研究〉。《蓮花基金會委託計畫研究報告》。
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等 (2001)。《緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫報告》。八十九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、姚建安等 (2002, Mar)。《緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。九十年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、邱泰源等 (2003, May)。《九十一年度緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫。
- 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等 (2004, May)。《九十二年度緩和醫療臨床佛教宗教師培訓報告》。一如淨舍臨終關懷協會委託研究計畫。
- 《圓覺經》：《大正藏》17冊，842經。
- 《般若波羅密多心經》：大正藏8冊，251經。
- 釋宗悫、釋滿祥、陳慶餘、胡文郁、邱泰源、釋惠敏 (2002)。〈頭頸部癌末病人之靈性照顧〉。《安寧療護》，7(4)：269-282。
- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁 (1999)。〈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〉。《台灣家庭醫學雜誌》，9(1)：20-30。
- Speck P: The meaning of spirituality in illness: *The Spiritual Challenge of Health Care* 1998: 21-33.
- Mark C Vanessa R: *The Spiritual Challenge of Health Care: Edinburgh London New York Philadelphia Sydney Toronto and Tokyo* 1998: 21-33.

- Vande Creek L.: Collaboration between nurses and chaplains for spiritual care giving; *Semin Oncol Nurs*. 1997 Nov; 13(4); 275-8.
- Soeken KL, Carson VJ: Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care.: *Health Prog* 1986 apr; 67(3): 52-5.
- Taylor EJ, Amenta M: Cancer nurses' perspectives on spiritual care: implications for pastoral care.: *J Pastoral Care* 1994 Fall; 48(3): 259-65.
- 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.
- Ross LA.: Teaching spiritual care to nurses: *Nurse Educ Today*. 1996 Feb; 16(1): 38-43.
- Taylor EJ, Amenta M: Cancer nurses' perspectives on spiritual care: implications for pastoral care.: *J Pastoral Care* 1994 Fall; 48(3): 259-65.
- Babler JE.: A comparison of spiritual care provided by hospice social workers, nurses, and spiritual care professionals: *Hosp J* 1997; 12(4): 15-27.
- 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.
- Cumming A.: Spiritual care. Patients' access to hospital chaplains: *Nurs Stand*. 1993 Dec. 15-1994 Jan. 4; 8(13-14): 30-1.
- Phelan E, Simpleman R: Pastoral care's role in a reformed system. Pastoral care professionals need to promote the spiritual dimension of healing throughout the continuum of care: *Health Prog*. 1994 Jul-Aug; 75(6): 64-6.
- Rodriguez JG.: Chaplains' roles expand in redesign.: *Health Prog* 1996 Sep-Oct; 77(5): 51-3.
- Derek B. Murray: Education and training of clergy. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine: Derek Doyle Geoffrey W.C Hanks and Neil MacDonald: 2nd ed.* USA: Oxford Medical Publications: 1998; 21(5): 1215-19.
- Burkhardt M.A.: Spirituality: An analysis of the concept.: *Holistic Nurs Pract* 1989, 3(3): 69-77.

