

【原 著】

信仰認知對癌末病人與其照顧者之影響

釋宗惇 釋法成¹ 陳慶餘 釋會焜 釋天琳

摘 要

本研究根據過去的實務經驗，從宗教師提供靈性照顧的立場，對癌末病情及死亡即將到來事實所必須面對的課題，進行瞭解病人與家屬對疾病的認知程度和因應方式。調查結果顯示，經過團隊照顧後，多數的病人有宗教信仰，58.3%的臨終病人認為宗教信仰很重要或非常重要。大部分的病人對於死亡即將到來所面對的課題採同意或非常同意的態度，與靈性照顧精神、架構吻合。在針對癌末病人、家屬信仰認知的相關檢定中，“在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦”、“在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願”、“我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼”、“我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰”四個題目出現病人與家屬的一致性，顯現癌末病人臨終階段對照顧團隊的信任、心願，以及需要靈性照顧專業人員指導，從法門的修習中提升內在力量的需求。

病人與家屬的信仰認知檢定結果更能支持宗教師的專業照顧。這份調查是在病人與家屬接觸宗教師以後進行的，其結果會受到宗教師提供專業照顧的影響，因此宗教師的專業訓練非常重要，唯有經過培訓的法師才能滿足病人、家屬與團隊成員的期待。

(安寧療護 2004 ; 9 ; 2 : 124-132)

**Key Words : belief cognition terminal cancer patients caregivers
clinical Buddhist chaplain**

臺大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 ¹台北榮民總醫院大德病房
通訊作者：陳慶餘 臺北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部



前言

依據內政部業務簡介的資料顯示，臺灣地區目前登記或立案的寺廟教堂數為一萬二千九百七十座（所）。信徒人數據各宗教團體統計有一千二百九十六萬人，其中以佛教的五百多萬信徒最多⁽¹⁾。從臨床研究發現，病人雖有宗教信仰，一般人仍忌諱死亡，死亡恐懼程度與宗教信仰無關，靈性平安乃臨終照顧的主要課題。

本研究會分別針對醫療人員與臨床宗教師，調查兩種臨床專業人員對病人靈性需求與靈性照顧服務內容的認知態度，發現醫療人員認為宗教師從事靈性照顧時最重要的服務內容為宗教儀式的諮詢，其次為協助病人、家屬面對死亡⁽²⁾；實際針對專業臨床法師服務狀況調查結果則發現，法師服務內容以協助病人、家屬面對死亡最為重要，支持團隊成員的照顧次之⁽³⁾。國人對於癌末病人的靈性需求，以及專業靈性照顧者的角色認知，需有進一步的研究發展。

依據Speck 1998對於信仰與疾病預後的關係所作的研究結果顯示：參與問卷之人員中，約七成醫療人員表示他們本身有某一種心靈信仰。進一步研究心靈信仰和疾病預後，發現問卷對象中，無論有否參加宗教活動，他們的病人中79%會自成某種形式的心靈信仰；有否心靈信仰以及信仰虔誠度和住

院時的疾病嚴重度無關，但是醫療人員從病人有否心靈信仰的角度，比從臨床病情及病人自己認為疾病的影響、住院的心理狀況，更能準確預測疾病預後。有虔誠信仰的人，在往後九個月的追蹤中，與對照組相較，比較容易接受死亡⁽⁴⁾。

安寧緩和醫療針對不可治癒的末期病患提供全人、全家、全隊、全程的整體性照顧，以症狀控制為優先，提升癌末病人生活品質，達到善終為目標。善終包括身體、心理社會與靈性三個層面。愈到疾病末期，病人的靈性需求能否得到滿足、靈性境界是否提升，是影響病人善終的重要因素⁽⁵⁾。過去研究也發現，由於臨床宗教師參與，明顯地病人恐懼減少、善終指數增加，顯示宗教信仰虔誠度是影響病人往生前恐懼緩解的重要因素⁽⁶⁾。不同的宗教信仰，臨終面對死亡的靈性需求卻一致，在臨終照顧過程中，照顧者能依據病人的信念，在靈性課題上予以適切的呼應與引導，能夠協助病人緩解恐懼、達到善終。

癌末病人內在力量的成長即是靈性的成長，完善的緩和醫療照顧可提升病人的生命力，但需匯聚眾多資源協助，特別是家屬的支持與參與。因此本研究根據過去的實務經驗⁽⁷⁾，以宗教師提供靈性照顧的立場，對癌末病情進展以及死亡即將到來事實所必須面

對的課題，瞭解病人和家屬對病情的認知程度和因應方式。

對象與方法

調查對象與進行方式

在2003年9月至2004年5月期間，以在各大醫院緩和醫療病房住院一週以上意識清楚的病人，接受臨床宗教師照顧的病人和其主要照顧者為對象。

本研究將信仰認知歸屬於宗教師提供專業照顧臨床評估的一部份。以前瞻性、系統性的問卷輔助由專業的臨床宗教師進行調查，針對所照顧的病人與其家屬（或主要照顧者），在與臨床宗教師建立關係且願意接受訪談後，由臨床法師訪談病人，或直接將問卷交給病人、家屬填寫後完成。

調查內容

針對病人與家屬分別設計訪談的結構式問卷，包含基本資料，以及各由十個問題調查病人信仰認知情況。針對病人的問卷基本資料含姓名、性別、年齡、宗教別、宗教信仰對個人的重要性。對病人問卷的十個問題為：1.不論疾病是否能治癒或得到控制，我需要了解病情；2.即使病情每況愈下，我也有做好往後的準備；3.人難逃一死，生病需要忍耐，死亡可以結束一切痛苦；4.生死是連續的，死亡只不過是這一期生命的結束，

我相信有來生；5.在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦；6.在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願；7.回顧我的一生，對個人、家庭、社會，我已經盡了力沒有遺憾；8.生病時，即使是生死課題，我仍不斷的學習成長，有勇氣去面對；9.我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼；10.我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰。

對家屬的問卷基本資料包括兩部分：第一部份為家屬個人的背景資料，包括家屬姓名、與病患關係、照顧任務、是否請看護等項。第二部分由家屬填寫病人的基本資料，包括病人姓名、性別、年齡、宗教別、宗教對病人的重要性。問卷內容仍分為十題：1.不論疾病是否能治癒或得到控制，我認為病人需要了解病情；2.即使病情每況愈下，我認為病人也有做好往後的準備；3.我認為對病人而言，人難逃一死，生病需要忍耐，死亡可以結束一切痛苦；4.我認為對病人而言，生死是連續的，死亡只不過是這一期生命的結束，我相信有來生；5.在生病的過程中，我認為病人體會到信仰能夠幫助他解除疾病的痛苦；6.在醫療團隊的照顧下，我認為病人能完成他的心願；7.回顧病人的一生，對個人、家庭、社會，我認為病人已經盡了力沒有遺憾；8.生病時，即使是生死課

題，我認爲病人仍不斷的學習成長，有勇氣去面對；9.我認爲病人覺得他所信仰的不足以讓他面對死亡的恐懼；10.我認爲病人覺得他需要宗教師的指導，來堅定他的信仰。

問卷設計以五點評量，從非常同意到非常不同意，來了解信仰虔誠度對疾病調適的重要性。

統計分析

將調查結果資料編碼、分析及歸納後，應用SPSS11.0套裝軟體，使用frequencies、descriptive、paired t-test、chi-square test和cross tab test統計。

結果

在調查期間內，共回收125問卷，其中51份同時有病人和家屬（或主要照顧者）填寫，其中病人24份，家屬27份，家屬多出的三份爲同一家人兩人以上填寫），其他74份只有家屬填寫。本次調查採病人家屬都有填寫的問卷進行交叉分析，同一病人有兩位以上的家屬填寫問卷時，則採主要照顧者的資料，共收集24對進行分析。

表一顯示病人和主要照顧者的基本資料。24位接受訪查的病人中，男性54.2%，女性45.8%，平均年齡62.7歲，宗教信仰以佛教66.7%最多，其次爲民間信仰16.7%、道教4.2%、基督教4.2%、無宗教信仰4.2%。宗

教對個人的重要性以非常重要33.3%最多，其次爲重要25%、普通16.7%、沒意見8.3%、不重要4.2%。主要照顧者以夫妻45.8%最多，其次爲母子20.8%、母女12.5%、父女8.3%；兄弟、看護、婆媳各爲4.2%。照顧者任務以全職45.8%最多，其次爲分擔41.7%、偶而來4.2%。超過一半（54.2%）的病家沒有請看護，由家人自行照顧。照顧者認爲宗教對病人的重要性以非常重要20.8%最多，其次爲重要16.7%、普通8.7%、不重要4.2%。

表二顯示病人信仰認知比例的分佈。將五點評量的正負向認知變成-2到2之間的分數配置，分數值越高表示對問題採同意的看法，藉此瞭解病人與家屬在認知分佈上的方向。調查結果顯示，十個題目中認同度最高的爲“4.生死是連續的，死亡只不過是這一期生命的結束，我相信有來生”。但此題爲新增題目，答題問卷數較少。其次爲“1.不論疾病是否能治癒或得到控制，我需要了解病情”、“2.即使病情每況愈下，我也有做好往後的準備”、“8.生病時，即使是生死課題，我仍不斷的學習成長，有勇氣去面對”、“7.回顧我的一生，對個人、家庭、社會，我已經盡了力沒有遺憾”、“10.我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰”、“6.在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願”、“5.在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病

表一 病人和照顧者基本資料 (n=24)

項目	n	%
性別		
男	13	54.2
女	11	45.8
平均年齡	62.74±17.01	
宗教信仰		
無	1	4.2
佛教	16	66.7
道教	1	4.2
基督教	1	4.2
民間信仰	4	16.7
重要性		
沒意見	2	8.3
不重要	1	4.2
普通	4	16.7
重要	6	25.0
非常重要	8	33.3
與照顧者關係		
夫妻	11	45.8
父女	2	8.3
兄弟	1	4.2
母女	3	12.5
母子	5	20.8
看護	1	4.2
婆媳	1	4.2
照顧者任務		
全職	11	45.8
分擔	10	41.7
偶而來	1	4.2
是否請看護		
是	10	41.7
否	13	54.2
照顧者認為宗教對病人的重要性		
沒意見	0	
不重要	1	4.2
普通	2	8.7
重要	4	16.7
非常重要	5	20.8

的痛苦”、“3.人難逃一死，生病需要忍耐，死亡可以結束一切痛苦”。

問卷的十個題目中，除了第九題“我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼”平均分數呈現負數，比較多的受訪者採不同意態度，從中看到臨終病人不但有死亡準備的需求，也有不少比例的病人認為自己的信仰可以幫助他面對生死。第九題以外的其他題目，受訪者均採正向的同意態度，代表受訪者認知大部分採取相信團隊照顧、相信有來生、希望瞭解病情、需做死亡準備、需有專業的靈性引導以協助在生死問題的成長等面對生死的積極性態度。

表三檢視癌末病人與家屬在信仰認知上的一致性。問卷的十個題目中，病人與家屬呈現有意義一致性的有“5.在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦”、“6.在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願”、“9.我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼”、“10.我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰”四個題目。從家屬的觀點上亦支持病患在死亡準備上需要宗教師的輔導。

討論

先前的報告從臨床法師參與團隊照顧的情況調查服務內容，發現法師的角色以「協

表二 病人信仰認知比例分佈表 (n=24)

題 目	非常不同意	不同意	沒意見	同意	非常同意	平均分數
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	Mean(S.D)
1.不論疾病是否能治癒或得到控制， 我需要了解病情				16(66.7)	8(33.3)	1.33(0.48)
2.即使病情每況愈下，我也有做好往 後的準備			1(4.2)	16(66.7)	7(29.2)	1.25(0.53)
3.人難逃一死，生病需要忍耐，死亡 可以結束一切痛苦		3(12.5)	2(8.3)	16(66.7)	3(12.5)	0.79(0.83)
4.生死是連續的，死亡只不過是這一 期生命的結束，我相信有來生*				2(8.3)	2(8.3)	1.5(0.58)
5.在生病的過程中，我體會到信仰能 夠幫助我解除疾病的痛苦		2(8.3)	2(8.3)	17(70.8)	3(12.5)	0.88(0.74)
6.在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願			4(16.7)	17(70.8)	2(8.3)	0.91(0.52)
7.回顧我的一生，對個人、家庭、社會， 我已經盡了力沒有遺憾		1(4.2)	2(8.3)	15(62.5)	6(25)	1.08(0.72)
8.生病時，即使是生死課題，我仍不斷的 學習成長，有勇氣去面對			3(12.5)	14(58.3)	7(29.2)	1.17(0.64)
9.我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼**	2(8.3)	9(37.5)	4(16.7)	7(29.2)	2(8.3)	0.08(1.18)
10.我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰		1(4.2)	4(16.7)	13(54.2)	6(25)	1.00(0.78)

*問卷中第四題為新增題目填寫人數較少。

**負向問題調整為平均分數(SD)為0.08(1.18)。

表三 癌末病人與家屬對信仰認知之相關檢定

信 仰 認 知	病人/家屬一致性
1.不論疾病是否能治癒或得到控制，我需要了解病情。	—
2.即使病情每況愈下，我也有做好往後的準備。	—
3.人難逃一死，生病需要忍耐，死亡可以結束一切痛苦。	—
4.生死是連續的，死亡只不過是這一期生命的結束，我相信有來生。	X
5.在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦。	*
6.在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願。	*
7.回顧我的一生，對個人、家庭、社會，我已經盡了力沒有遺憾。	—
8.生病時，即使是生死課題，我仍不斷的學習成長，有勇氣去面對。	—
9.我覺得我所信仰的不足以讓我面對死亡的恐懼。	*
10.我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰。	*

*p<0.05 X：資料不足

助病人、家屬面對死亡」最為重要⁽³⁾，本研究再度從病人與家屬的角度來看臨床佛教宗教師在團隊中所扮演的角色。問卷的十個題目包含了：瞭解病情、接受死亡、死亡準備、死亡認知、死亡態度、來生期待、死亡恐懼、心願完成、生命回顧、學習成長、宗教師引導等概念。其目的在瞭解臨終病人及家屬在接受臨床宗教師的照顧之後，期待宗教師可以提供的服務調查。

結果呈現大部分的病人和家屬對於安寧療護的照顧理念採同意、支持的態度，尤其病人與家屬在「在生病的過程中，我體會到信仰能夠幫助我解除疾病的痛苦」、「在醫療團隊的照顧下，我能完成我的心願」、「我需要宗教師的指導，來堅定我的信仰」表達出的一致性；其中第九題為負向問題，應解釋為病人並不認為其信仰不足以面對死亡，仍保持其信仰的可塑性。從平均分數的高低亦可看出病患對病情的瞭解與接受，其中低分部分皆屬死亡準備的部分。病人在接受宗教師的照顧後，表現在信願行上是一致的。信的方面，病人體會到信仰可以幫助解除疾病的痛苦。願是指，在團隊的照顧下，病人能完成善終的心願。行是指：面對死亡所帶來的焦慮，單憑個人信仰不足以應付，需要宗教師的指導。臨床佛教宗教師參與緩和醫療團隊是本土化靈性照顧的特色。

從事安寧緩和醫療工作和在道場修行不同在於臨床法師做為緩和醫療的核心成員，對病人的身心社會靈性要有充份的了解和判斷，臨床法師的專業發展與現代科學、醫學發展密不可分。其所關心的是如何減輕病人痛苦，把病人當作一面鏡子，反應出一個人在这期生命裡面，所呈現的各種問題，這些問題不是用傳統出家人的修行方式來解決，而是要強調怎樣把佛法運用在病人身上。我們相信病人所呈現的身心調適障礙都可以用佛法智慧破解。本研究調查是在病人與家屬接觸宗教師以後進行的，其結果會受到宗教師提供專業照顧的影響，因此從事安寧緩和醫療的宗教師必須經過培訓課程，也唯有培訓過的法師才能滿足病人、家屬與團隊成員的期待和肯定⁽⁶⁾。

換言之緩和醫療不是以疾病問題而是以善終目標為導向。面對死亡的學習成長，佛法不同於其他宗教之處在於重視內在力量的提升。法師的照顧中，目標導向到最後是要能夠放下，接受死亡。如果要病人念佛、持佛、觀佛，是為身心平安，只是在解決問題，沒有達到法門要證悟佛性、了生脫死的目的。用這樣的差別檢討照顧者是否達到以病人為中心的目標導向，不同於道場之修行，所以臨床法師需要透過培訓學習、發揮宗教師的角色⁽³⁾。

病人面對即將死亡，家屬的角色非常重要。家屬由於不捨、不知等調適上的困難，不能理解緩和醫療照顧方向，容易成為團隊照顧上的阻力⁽⁸⁾。從對家屬的調查也可以看出來，在宗教師專業照顧下，家屬在協助病人接受佛法的信願行與病人是同步成長。

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；研究期間所有協助填寫、討論問卷的對象，包括：台大醫院緩和醫療病房、台北榮總大德病房、三總寧靜病房等受訪的病人及家屬；傳願法師、滿祥法師、衣息喇嘛、信慧法師、恆礎法師、海慧法師等從事第一線照顧並協助訪談問卷；研究助理羅玉玲小姐、吳治勳心理師整理問卷及統計結果，甯素青小姐翻譯英文摘要，在此一併致上最深的謝意與無限的祝福。

參考文獻

1. <http://www.moi.gov.tw/introduce/doc/日文920515.DOC>
2. 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2001Aug；6(3)：16-26
3. 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘等：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2001；6(4):1-12
4. Speck P：The meaning of spirituality in illness：The Spiritual Challenge of Health Care1998：21-33
5. 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。台灣家庭醫學雜誌1999；9(1): 20-30
6. 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、姚建安、蔡兆勳、胡文郁：癌末病人死亡恐懼影響因素之分析。安寧療護2003；8(2)：134-42
7. 陳慶餘：本土化靈性照顧模式之研究。93.2.7發表於東華大學。
8. 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等：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。

The Impact of Belief Cognition on End-stage Cancer Patients and Their Caregivers

Tsung-Tueng Bhikkuni Far-Chen Bhikkuni¹ Ching-Yu Chen

Hui-Kun Bhikkuni Tien-Lin Bhikkuni

Abstract

The survey of belief cognition was conducted in order to gain a better understanding of how the end-stage cancer patients and their family members face the prognosis of a terminal illness as well as the inevitable death of the patients. The result of the survey revealed that most patients became religious after getting in touch with relevant information provided by the palliative medical team. About 58.3 percent of the terminal patients surveyed think that belief cognition were "important" or "very important." Most patients surveyed "agree" or "strongly agree" that terminal patients should face up to issues related to death, which conformed to the spirit and ideal of spiritual care provided by professionals. There are four among 10 questions in the survey form related to the religious beliefs. The first was that "After I become sick, I realize that a religious belief can help to relieve the pain brought about by the illness." The second question was that "With the assistance of the palliative medical team, I am able to fulfill my wishes." The third one was that "I feel that my religious belief is not able to allay my fear of death." The fourth was that "I need the guidance of religious chaplains to strengthen my religious belief for me." The result of these four questions revealed that patients and their caregivers have the same positive answers on these issues, showing the confidence and faith that the end-stage cancer patients have for the palliative medical team as well as their need of the counseling and guidance of professional spiritual caregivers to give them more strength to face death. The impact of belief cognition on patients and their caregivers further confirm the importance and necessity of the professional care provided by religious chaplains. This survey was conducted on patients and their caregivers only after they have contacted a chaplain. Therefore, the result of the survey was greatly affected by the professional spiritual care offered by the chaplains, which shows that the professional training for chaplains is indeed very important.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2004 ; 9 ; 2 : 124-132)

關鍵字：信仰認知 癌末病人 照顧者 臨床佛教宗教師

Departments of Family Medicine, National Taiwan University Hospital.
Hospice and Palliative Care Unit, VGH-Taipei.¹