

【原著】

化悲傷為祝福

釋慧岳¹ 釋德嘉 陳慶餘 釋宗惇 釋惠敏²

摘要

癌末家屬常因面對病人即將往生的困境，自然產生預期性的悲傷，若無法舒解，不僅阻礙了病人的死亡準備，也造成醫療團隊的困擾。在文獻中悲傷輔導以家屬為中心，是對於失落感產生之後的相關認知和情緒的後續處理；佛法教導我們如何去識破悲傷產生之根本原因而得解脫。病人的死亡恐懼與家屬的悲傷反應，同樣是面對死亡的靈性課題，能夠破除無明，洞悉苦空無常無我的道理才是究竟。針對家屬不忍自己所愛的親友死亡所造成的失落反應，臨床上權巧的方便方法是引導照顧者能夠不執取而放下就能解脫，亦即“愛而不取則有滅”，化悲傷為祝福，積極地協助病人善終。本研究以個案報告分析的方式，瞭解癌末家屬預期性悲傷的臨床歷程，運用十二因緣法來闡示佛法無明緣起之悲傷理論及分別方便與究竟兩種法門，臨床輔導上則是運用方便法門引導家屬化悲傷為祝福，一起與團隊為協助病人善終而努力。佛法在癌末家屬預期性悲傷之意義歸納為三：1.協助病人善終；2.生與死的教育；3.緣起法則的體會。本文亦提出臨床佛教宗教師在癌末家屬預期性悲傷的輔導角色和專業服務，以提供醫療團隊工作者的實務參考。

(*安寧療護* 2008 : 13 : 2 : 168-184)

Key Words : hospice palliative care anticipatory grief spiritual care Buddha Dharma
clinical Buddhist chaplain

台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房、¹羅東博愛醫院共同照護、²台北藝術大學共同學科

通訊作者：陳慶餘

通訊地址：台北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部

聯絡電話：(02) 23562879



前言

當家屬被告知親人為癌末病人，知道親人即將死亡，自己即將要面對喪親的失落時，常會出現預期性的悲傷。喪親者的追蹤研究中，親人突然過世，或在沒有預期的情況下過世，比那些因長期病症而過世的，在喪親期間健康狀況較差、較易生氣、情緒不容易控制，且對生活失去信心⁽¹⁾；癌末的預期死別而引發的預期性悲傷是可以催化喪親後的適應，因為有機會讓家屬在親人死亡前就進入悲傷的情境中進而面對處理，這樣對喪親後的適應是有幫助的⁽²⁾。但在我們的社會，大多數人認為只要人活著，絕不能想到死亡或提及死亡，在這樣的文化裡“預期性悲傷”的發生並不能真的幫助一個人及早處理死亡相關難題，或學習如何面對分離⁽³⁾。

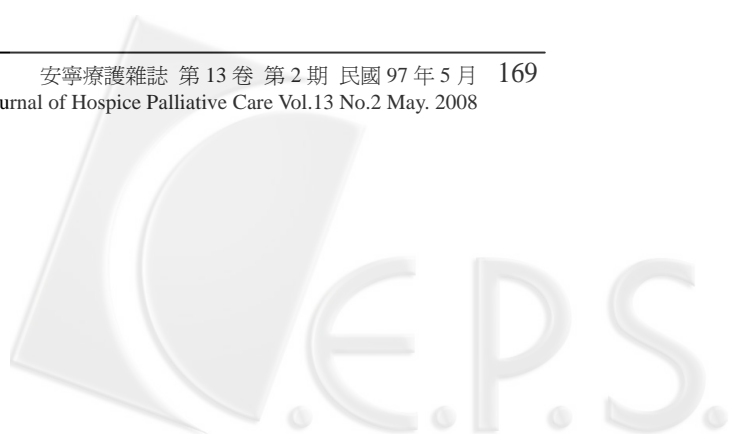
在過去的臨床經驗中，癌末家屬常因忌談死亡議題而難以獨自度過預期性的悲傷，乃至在陪病期間因悲傷的種種反應而阻礙了與病人之間正向的互動，使得病人與家屬同時陷入困境之中，阻礙了病人的死亡準備⁽⁴⁾。所以“家屬的預期性悲傷”與“病人的死亡恐懼”不斷地在臨終的場景中呈現，此困境致使病人無法善終，家屬也因親人的無法善終，之後轉成更強烈的實際喪親的悲慟。然而，西方文獻並未同時注意到此一關連。若以佛法的“十二因緣法”來檢視“死亡恐懼”與“預期性悲傷”的話，我們會發現此二煩惱皆同樣地源自於無明，無明的內容即

是無法洞悉緣起法則無常、苦、空、無我的真理。面對人生即將發生的死亡變故，在病人表現的是恐懼反應，在家屬則是悲傷反應，同樣都是安寧緩和醫療常見的靈性課題。因此若能運用佛法來改善家屬的預期性悲傷，從家屬的角度來緩解臨終場景的困境，引導家屬以協助病人善終為目標而努力，與病人產生良性的互動，化阻力為助力、化悲傷為祝福，則能幫助病人做好死亡準備而達到善終。重要的是，對家屬而言病人的善終將是其最大的安慰，能有效地緩和與預防家屬在病人死亡後實際悲傷的強度，及有效縮短實際喪親後的悲傷調適期，讓家屬能夠及早回到社會崗位工作。此外，家屬也由此無常的重大事件中學習體會到因緣法則的內涵，增強往後面臨不論是自身或他人再次重大失落事件發生時的因應能力。本文在回顧預期性悲傷輔導的文獻後，首先提出佛法的悲傷理論並用個案報告分析的方式，闡明佛法在預期性悲傷的應用。

文獻回顧

定義

悲傷(grief)是指一個人遭遇失落或被奪去心愛的人或物時，所產生的一種悲傷、憤怒、自責和罪惡的感覺。而根據親人死亡的型態依生者有心理準備或沒有心理準備而將悲傷又區分為預期性悲傷(anticipatory grief)



或非預期性悲傷。預期性悲傷發生在親人將死亡之前，如：親人罹患不治之症、年老長期臥病等；非預期性悲傷發生在親人之死亡非家屬所預期的如：親人自殺、車禍、心臟病突發、意外死亡等之後。癌末家屬在病人死亡之前所經驗到、表達出的悲傷即預期性悲傷。

Lane⁽⁵⁾的研究中提到，到目前為止發現喪親後的悲傷與預期性悲傷間的差異很小，如 Gilliland & Fleming⁽⁶⁾發現二者在“絕望、死亡焦慮、社會性隔離、否認及生理反應”方面並沒有什麼變化。但是就臨床觀察而言，癌末家屬預期性的悲傷反應與實際喪親後的悲傷反應還是有相當的不同之處，特別是在認知與行為表現方面，在認知方面大都是不接受病人即將死亡，即使接受病人將死亡也常有不知所措的無助感，在行為表現方面則是屬於退縮、逃避、反抗。癌末家屬因為病人尚未往生，尚未經驗真正的失落，會想再敗部復活、不向命運低頭，這樣的心情是與真正喪親後有不可挽回的心情是全然不同的。預期性悲傷與實際喪親後的悲傷二者在評估和處理上有所不同，若病人已往生要以家屬為中心，若病人尚未往生則應以病人之善終為中心。

預期性悲傷的輔導與評估

深入地複查文獻之後，發現雖然在 1944 年 Erich Lindemann 即已提出“預期性悲傷”

的概念，但迄今仍很少實際工作者從事幫助預期性悲傷者，原因在於很少人從事研究發展這方面的實證研究及介入的方法⁽⁵⁾⁽⁷⁾。但研究顯示出悲傷工作(grief work)應該開始於當疾病被視為末期時⁽⁸⁾。國外預期性悲傷的工作目標是與當事者討論危機事件的細節，以幫助其因應⁽⁹⁾。雖然預期的事可能不會發生，但萬全的準備卻可以減少事情發生時的傷害性。接受安寧療護的喪親家屬顯示，喪親家屬因安寧療護團隊人員的誠實告知病情，在親人未死亡前，即已經歷預期性悲傷反應，喪親家屬也從團隊人員那裡學到處理自己悲傷的方法，這些都對他們往後的悲傷調適產生正向且顯著的影響⁽¹⁰⁾。

在悲傷輔導與治療中，將預期性悲傷分成三階段來討論，一是接受病人死亡的事實，對應到預期性悲傷就是，家屬是否接受病人的死亡已經迫近的事實；二在處理悲傷的情緒，而對應到預期性悲傷，就是處理家屬的分離焦慮和被病人死亡挑起，而意識到自身死亡所產生的情緒；最後是重新適應失去病人的生活，而預期性悲傷談的就是新角色的預演⁽¹¹⁾。為能用於幫助評估末期生命照顧的品質，Roach & Welch⁽⁷⁾在諸多文獻中篩檢出 24 種具有潛力的各種量表，其中也肯定【預期性悲傷評估量表】⁽¹²⁾(Anticipatory Grief Scale, AGS)的效用。AGS 有 27 題，採 Likert 題式，每題針對「非常同意、同意、不置可否、不同意、非常不同意」的回答而給予 1、



2、3、4、5 分的計分，可以由當事者在 10-15 分鐘內完成，本表具有良好的信效度。在國內，雖由劉乃誌等人⁽¹¹⁾對 AGS 做了嚴謹的中文化的轉換翻譯，但目前在國內安寧療護系統中尚未被普遍採用。

除了運用評估量表之外，工作人員仍必須依據癌末家屬表現的悲傷反應來評估其悲傷的程度並判斷其所處階段，進行輔導。

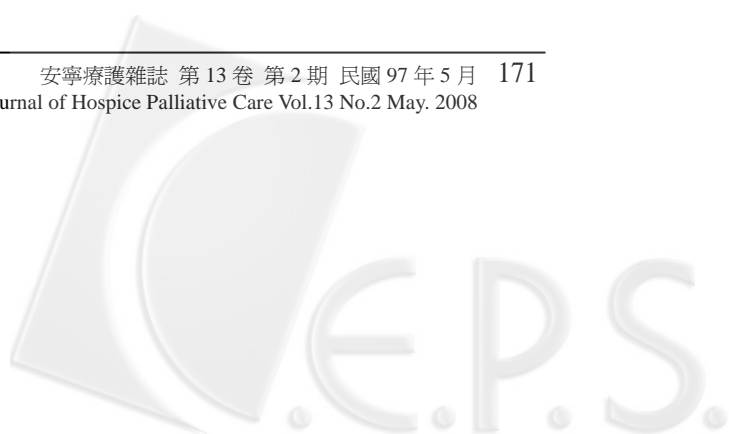
佛法悲傷理論與輔導

側隱之心人皆有之，更何況自己的親人即將往生，一般在臨床上可以看到預期性的悲傷反應皆來自與生俱來的本能反應，包括對家屬即將往生的事實，在態度上採取不相信、不忍病人即將往生、認為不幸成為孤兒或寡婦、不捨親人離去、心有不甘等，甚至認為自己不孝，覺得上天不公平等憤恨或懊悔的情緒反應，這些同理往生者無法免於死亡而自己不知如何因應死亡課題的反應，使得家屬產生一連串在協助病人死亡準備上的障礙而不自知。

《大智度論》中說：「有中生著心，著心因緣生諸煩惱，煩惱因緣往來生死，生死因緣憂悲苦惱」⁽¹³⁾，我們會在種種現象中產生執著、染著之心，此乃導致憂悲苦惱的原因。可以進一步從“十二因緣法”更詳細地了解到悲傷的如何生起與還滅：「因於無明。則有行生。因行故有識。因識故有名色。因

名色故有六入。因六入故有觸。因觸故有受。因受故有愛。因愛故有取。因取故有有。因有故有生。因生故有老死憂悲苦惱眾苦聚集。是故有果滅。無明滅則行滅。行滅則識滅。識滅則名色滅。名色滅則六入滅。六入滅則觸滅。觸滅則受滅。受滅則愛滅。愛滅則取滅。取滅則有滅。有滅則生滅。生滅則老死憂悲苦惱眾苦聚集滅盡。則大苦聚滅」⁽¹⁴⁾，佛陀說明吾人憂悲苦惱不斷重覆的根源乃在於“無明”。我們發現面對死亡，在病人來說是恐懼，在家屬來說則是悲傷，同樣都是因為“執有”才有後續失落的情緒反應。為何會有“執有”這樣的無明產生呢？因為對緣起法的無常、無我、苦、空無法了徹，而希望無常能恆常不變、堅持不實在的為實在。

相對於悲傷其無明是因為對於所愛至親的愛渴、貪欲，執愛渴、貪欲為實有的感覺，當令我們產生貪欲、愛渴的至愛死亡時，就讓我們陷入困境而引發了悲傷的反應。相反地，若能了透至親與我們的關係是因緣所生法，會變異(無常、空性)，不可能恆常不變乃是真理，如此平等、無執、無染，則不會引發強烈的悲傷。緣起法說明了萬事、萬物皆有無常、苦、空的性質，而呈顯於世間普遍的現象是“五事不可得”--「夫物應盡，欲使不盡者；夫物應滅，欲使不滅者；夫老之法，欲使不老者；病法，欲使不病者；死法，欲使不死者」⁽¹⁵⁾。



現代的失落悲傷理論，指出悲傷的產生來自於“失落感”，而佛法則是更進一步地指出若不能了透世間緣起無常的真理，因為錯誤地對至愛、親人想恆常地佔有，所以當親人死別，失落感自然隨之而生、悲傷隨之而來。死亡事件是無法避免的、中性的，而對於死亡事件認知的偏差(無明)，才是導致悲傷情緒發生的關鍵。西方的悲傷工作是對於失落感產生之後的相關情緒、認知的後續處理(治標)；在佛法的觀點，關心的是如何擁有智慧以使得悲傷產生之根本原因阻絕(治本)。並且佛法強調不只是對於意識層面認知的修正而已，而是要透過修行親自體證生命的真實相，這樣的體悟能讓憂悲苦惱永不生。如經中諸多解脫者云：「於諸世間都無所取，不取故不著，不著故自覺涅槃，我生已盡，梵行已立，所作已作，自知不受後有」⁽¹⁶⁾、「我今已離生、老、病、死、啼哭、憂感，我今已得脫一切苦」⁽¹⁷⁾。

若能將佛法融入臨床，則能幫助當事人不只是走過此次的悲傷事件，進一步對個人生命課題釐清，更能增強面對生命中將會再發生的任何無常事件的能力。佛經中曾提及多例喪親者在聽聞佛法後，不只憂悲之心得解脫，這樣的智慧並對於往後的苦惱事件具有免疫的作用。如經云有一女子「有六子相續命終。念子發狂。裸形被髮。隨路而走……爾時。世尊無量大眾圍繞說法……世尊為其說法……如佛常法。說法次第。乃至

信心清淨。受三自歸。聞佛所說。歡喜隨喜。作禮而去……彼婆四吒優婆夷於後時。第七子忽復命終。彼優婆夷都不啼哭憂悲惱苦」⁽¹⁸⁾。除此之外，佛法著重於平常的融入生活的體會與運用，若在平常即有緣起故無常、苦、空、無我的體認，則當無常事件發生時衝擊就會減小，也就是說若平常即有接受死亡教育，建立正確的生死觀，當面對死亡事件時悲傷就能有效緩和。在經中也有如此之例：波斯匿王由於極度敬重愛戀的祖母過世而十分悲哀，但波斯匿王說因為：「曾聞世尊所說：『一切眾生、一切虫、一切神，生者皆死，無不窮盡，無有出生而不死者』今日乃知世尊善說。」⁽¹⁹⁾，而有效舒緩了悲傷的情緒。

以上，由“十二因緣”探討預期性悲傷的理論，其輔導方法可分為方便法門與究竟法門。能夠破除無明才是究竟，但臨床上家屬不易從各種因緣糾葛中解脫出來，方便法門就是要讓家屬知道其對於病人善終的重要性，而引導家屬積極參與，亦即在十二因緣法中的“愛而不取則有滅”的道理。因此臨床預期性悲傷的運作是：先幫助當事人體認失落與情感表達；之後引導家屬知五事不可得，更重要的是要讓家屬看到悲傷無益於家屬自身也更無益於病人的善終，甚至會障礙病人的善終，引導家屬要把握時間積極地與病人互動，幫助病人善終。



臨床預期性悲傷之診斷

癌末家屬的擔心、焦慮大部份來自於想像病人的死亡事件所可能引起對於病人、家屬自身及家庭成員間的身、心、靈、家庭關係、社會關係與經濟等等各層面的變化。其預期性悲傷反應可從生理、情緒、認知、行為四方面，因人而異而有種種的表現：

1.生理感官方面：體重減輕、胃部空虛、胃痛、食慾障礙、心臟悸動、胸部緊迫、噁心、喉嚨緊收、口乾、對聲音敏感、頭腦空白、昏昏沉沉、暈眩、頭痛、呼吸急促、有窒息感、肌肉軟弱無力、精疲力竭、雙手顫抖、失眠。

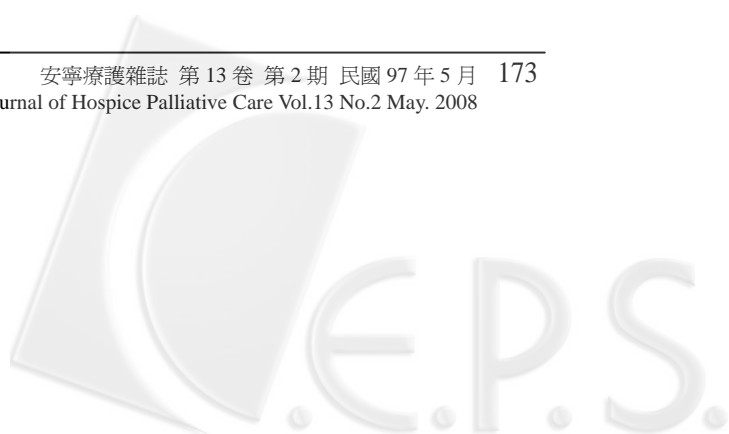
2.心理情緒方面：悲哀、憂鬱、憤怒、驚嚇、恐懼、擔心、愧疚感與自責、焦躁、孤獨感、疲倦、無助感、絕望、無奈、麻木、喪失興趣、一種人格解組的感覺。

3.認知態度方面：不相信疾病實情或醫療團隊照顧方向、看到病人將死心有不甘、子欲養而親不待內心有不甘願、不捨親人離去造成家庭關係的中斷、認為自己將成為不幸的孤兒或寡婦、甚至認為自己將無法完成孝養的責任、覺得天理不平、困惑於不知如何因應死亡課題、希望有奇蹟、希望病人不要離開又希望病人能早日解脫痛苦的矛盾想法、擔心害怕病人死亡時刻的來臨、擔心病人症狀疼痛控制不良自己要怎麼辦、擔心現階段不知如何與病人相處、擔心以後沒有病人的日子不知怎麼過(經濟問題、家庭關係改

變、社會關係改變、子女教養問題)。

4.行為表現方面：哭泣、心不在焉、心神不寧、嘆氣、坐立不安、過動、退縮、封閉自己、與外界隔絕、冷漠、麻木不仁、無法集中注意力、無法做決定、記憶力變不好、缺乏積極主動性、做白日夢回憶病人往日生活的點滴、夢到病人痊癒、頻頻向醫師詢問病情或到處尋求名醫的第二意見，希望診斷有誤、干預醫護團隊的照顧方式、擔心病人症狀變化頻頻按護士鈴、強勢地要求病人不可放棄治療要努力抗癌、避免別人詢問疾病實情、尋求偏方、要求病人進食、要求病人服用偏方、藉宗教儀式或靈媒占卜吉凶或為病人消災祈福增壽、為求病人病好或延壽而發種種願的討價還價的行為(如：吃素、行善布施、印經書、誦多少部經、減少自己的壽命換取病人的生命)、陷入沉思想像(勾勒、預演)以後沒有親人時自己的生活可能狀況等等行為。

檢討以上所述的預期性悲傷反應，家屬的障礙大致有兩大原因：1.不接受病人即將死亡。表現出積極求生、對抗死亡、過動、過份專注於病人，情緒上是焦慮不安、易怒。2.雖接受病人即將死亡，但不捨病人的獨自面對死亡，不知如何幫助病人面對死亡，是一種同理心的表現。“悲”在佛法的意思是“拔苦”，當無法為他人去除痛苦時，內心產生的難過情緒就是悲傷。家屬的行為表現是哭泣、退縮、逃避，情緒上是沮喪、憂鬱、



無助、無力感。第一種原因是家屬對於病人的強烈愛執；第二種原因是雖然愛執較淡薄，但面對死亡課題不知所措。二者同樣是對於死亡的無知，生存法則受挫所造成的種種苦，因此有生存法則的苦是最大的無明，所以家屬才會顯現出身體的苦、心理的苦、生活的苦以及各種人際關係的苦、家庭責任的苦乃至不知如何照顧病人的種種預期性悲傷反應。在癌末病人憂鬱症的靈性探討中，發現其根本源頭同樣是對於死亡的迷思⁽²⁰⁾。因此對於死亡的無明，在病人身上所展現主要的是死亡恐懼、憂鬱症，在家屬則表現出預期性的悲傷。

個案報告與分析

個案一

67歲男性肝癌病人。有慢性B型肝炎病史在某醫院門診多年，8月底以超音波及電腦斷層掃描發現3.7x2.8cm肝腫瘤，隨即安排住院，9月12日做靜脈栓塞手術，9月16日出院，但於10月13日因為腹痛、黃疸、虛弱、右肋膜積水多種不適而入急診後轉安寧病房，入住病房7天往生。病人父親也因肝癌往生，母親則因中風往生，病人在四兄弟中排行老二，四兄弟皆是B型肝炎帶原者。病人夫妻倆育有三女一男，子女皆已婚嫁，兩人與兒子媳婦及兩位孫子共住。住院時的主要照顧者是太太。

在病房第二天上午，法師見太太從輪椅上抱病人至沙發坐時，當病人坐好時太太就順著抱的姿勢抱著病人痛哭，病人虛弱、呆滯，對太太的動作沒有反應。法師上前去安慰。下午，病人一直跟太太吵著要回去，病人見到法師來訪，眼神直盯著法師，跟法師比著“要死了”的手勢。當法師靠近床邊時，病人緊握著法師的手好久不放，即使互相在談話時也仍緊握著。法師問：「你要回去那裏？」

病人停了一下虛弱地回答：「恩主公」。法師安慰病人放輕鬆，先住幾天，等身體比較舒服時再回去。法師看病人的枕頭邊有佛像，而且太太也會勸病人念佛，念佛機也是媳婦準備的，就鼓勵病人念佛讓心情平靜，病人接受引導跟著法師念。在另一時段，法師在病房外的走道與太太談，太太說非常不捨病人的離去（哭泣）。夫妻二人感情很好，病人非常顧家與疼愛她，二人勤儉起家，一起奮鬥。法師傾聽、陪伴。最後法師提醒病人後事的準備，太太說兒子已在處理，打算要用火葬、在醫院往生。

第三天上午，醫師帶團隊巡房時病人向醫師說他是「枉死！」。病人雖虛弱而使得口音不清楚，但是是氣憤的。下午病人的大哥、大嫂來訪，法師先引大哥說出病人的平時為人，接著在場大家陸續肯定病人一生的價值、為人。法師再來針對早上醫師巡房時，病人向醫師說他是「枉死！」的話題談起。

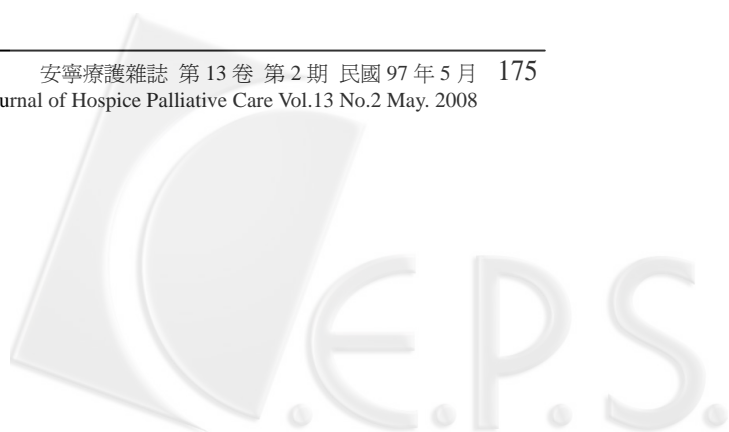


法師：「早上醫生來查房時你有說到自己是『枉死』，這樣你的心會糾結在一起、不甘願，那要怎麼辦呢？就是阿彌陀佛想要拉你，但你的怨氣太重的話，會拉不動的！」。病人的大哥聽法師如此說，從原本坐在沙發上的姿勢，馬上站到病人的床尾訓誡著病人說：「我們的父親也是肝癌，每個兄弟肝都不好，我們本身就是這種體質，不可以怪別人，與其去怪別人，不如好好念佛，才不會想東想西，心要放開！」，接著病人的太太說：「是我們生的東西長的太大了，手術前不久才 3 公分，手術時就變成 5 公分了（實際上是 9cm），太難處理了，不可以怪醫生。」，法師：「沒有一個醫師會故意跟我們過意不去的，醫師也是想要幫忙我們，若不處理是根本都沒機會，處理了，還有一點希望，醫師爲了我們是盡力了，雖然失敗了，也不是他的錯，還是要感謝他！還有不只是要感謝醫師，還有這麼多人照顧我們（醫療團隊）、太太、家人辛苦的陪伴，要感恩的實在太多了！」，法師試著將病人的怨恨、不甘願的心轉成感恩心。病人靜靜地聽大家對他講的話，沒有回話。過了一會兒，病人體貼大哥回去會太晚，希望大哥早點回去。在下午的另一時段，病人媳婦主動找法師談，擔心病人無法順利往生極樂世界，請法師幫忙病人的善終。接著述說病人待人之良善，非常不捨病人，謝謝病人以往對她們的照顧。法師請媳婦把她的擔心、不捨、謝謝去

說給病人聽，真誠的表達，感恩他的照顧。還要與病人的兒子一起去向病人具體地說明，保證會照顧病人的太太，讓病人安心（媳婦哭泣）。法師也從媳婦處得知病人最擔心的是太太及非常疼愛二個孫子，身上隨時帶著捷運卡，因爲常帶二個孫子去搭捷運。

第四天，病人虛弱不講話。上午法師先私下向太太確認病人還會怪醫生嗎？太太說不會了。接著太太說安寧病房的死亡感覺讓她焦慮不安，法師帶太太至小佛堂求取六字大明咒的保身符，讓心平安。中午法師再帶太太至小佛堂燃燈供佛、發願（油燈是媳婦買來的）。太太願病人能夠善終往生西方。法師並給與念珠、定功課，請太太將所做功德回向給病人，希望能緩和太太的焦慮不安。

第五天，上午法師聽到團隊其它成員反應病人太太會擔心病人死去，而不太敢睡覺。法師前往關心，太太隨即述說她害怕病人一口氣不來而往生。法師說：「我們不是跟佛說，希望他平靜地隨佛往生嗎？我們不是這樣希望的嗎？」，太太沉默。下午在醫院的團隊會議中，病人的主治醫師十分訝異病人太太的表現改變很大，之前在腸胃科病房時太太的情緒是十分強烈的(痛哭、哀嚎、不甘願)與病人同一陣線想告醫師的，醫師肯定安寧團隊的努力。會議完，媳婦帶金剛明沙來，希望法師爲病人施作。病人昏睡中，法師在施作過程中持續說法。說法內容重點—1.願藉佛菩薩的慈悲願力，開啓病人的智



慧，了解一切本無常 2.感恩大家的照顧。3.維護病人的自尊心，雖生病即使大、小便失控，大家也不會嫌棄病人，因為這是自然的現象。4.不要自我放棄，沮喪、討厭自己的生病。感恩身體借我們用這麼多年，做這麼多好事，完成一生的責任。5.肯定病人的一生是有意義的、盡責的，沒做壞事，所以不會墮落，若能念佛更能往生極樂。6.太太與金孫，兒子與媳婦會照顧，孩子是兒子與媳婦的，他們一定會照顧得好好的，就像病人以前也是很用心地照顧自己的孩子一樣。（病人從頭至尾都閉著眼，唯有聽到「金孫」時，張開眼直瞪了好一會兒，所以整個過程病人都沒有在聽的）。

第六天上午，太太說法師之前給的念珠，因為病人也要，她給了病人，希望法師再給她一條。法師在另一時段與病人二女兒談，二女兒說她能接受病人的病情，希望病人在最後的這個階段能住得舒服一點，也說了為何病人認為是醫師栓塞手術失敗才導致他一倒不起的原因。因為之前在其他病房時，探病的友人對病人說，若不要手術去動到癌細胞，也不致於讓癌細胞擴散開，讓病情急速惡化，說不定還可以活久一點。病人認同了友人的說法。下午，法師肯定病人一生的好心、善行不會墮落，接著為病人解說瀕死現象、四大分解，說明信願行具足的念佛。四大分解的過程就像佛在考驗我們是不是真心的要到極樂世界，所以要經得起考驗

虔誠念佛。期間，法師曾確認病人有在聽嗎？病人輕微點頭回應。

第七天，病人在上午往生。法師今天未到醫院，據值班醫師說，病人在家人全員到齊之後安詳往生，家人表現平靜，唯有太太哭泣。

個案一分析

病人在入住安寧病房時已知病知末，最主要的靈性課題有：不甘願，認為自己是枉死、不捨太太及孫子、死亡恐懼。在家屬預期性悲傷的部份，病人太太與媳婦比較明顯，尤其是太太。在法師與媳婦互動的部份，法師先傾聽以讓她發洩並經歷預期會失落的悲傷情緒，再引導她為病人善終可以積極付諸行動的內容。在太太方面，法師不斷地陪伴、傾聽其傷心痛苦的心情，並引導太太知道會障礙病人善終的重要問題將是“不甘願枉死”，太太也就忍住自己的悲傷而加入開導打開病人心結的行列。並從宗教信仰引導太太加強為病人善終而付出更多(將念佛功德回向給病人善終)，以此間接加強太太接受病人將死亡的事實。當病人漸漸接受面對死亡時，太太擔心、焦慮的則是病人死亡那一刻的來臨，法師則指出太太內在深沉的矛盾心結，幫助太太接受病人平靜的死亡才是我們原本所祈求的，也就是不斷地幫助太太接受病人將死亡的事實。在病人臨終時媳婦的表現是平靜的，太太雖仍有哭泣不捨的表現也



屬正常、預料中的反應。太太從在肝膽腸胃科病房時的激烈反應(痛哭、哀嚎、不甘願)，到病人入安寧病房的初期的天天哭泣，到後來表現的是強烈焦慮不安病人一口氣不來的死亡情境，所以到最後的有哭泣的反應已是相當不錯的改善，可以發現到太太與媳婦的預期性悲傷在法師的陪伴後有相當程度的緩和效果。

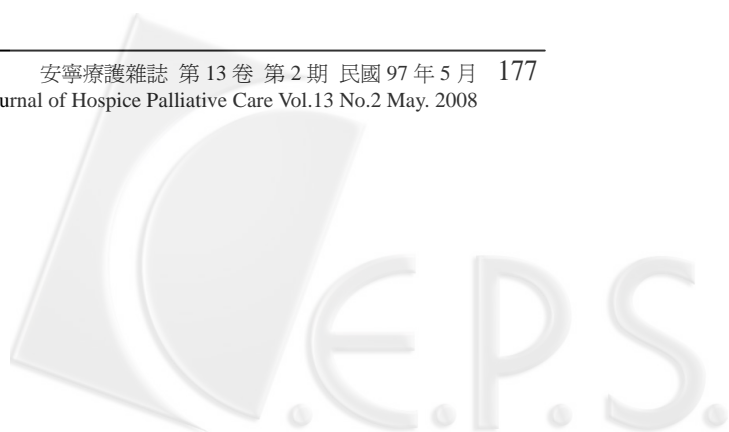
個案二

72 歲女性大腸癌併有肝、骨、肺轉移的病人。病人在診斷出大腸癌時隨即做過手術治療，在 1 年 5 個月後發現復發及癌末，入安寧病房二次，最後一次接受安寧緩和照顧 38 天後回南部老家往生。住院時主要症狀有腹脹、盜汗、黃膽、呼吸困難、口乾、全身疼痛、雙足背水腫等。病人與先生育有二子三女皆已成家，病人屬傳統女性，照顧先生、家庭無微不至，因此會不捨先生及子女，尤其在病人住院期間，先生亦因直腸癌在某醫院手術，此是病人心中沈重的因素之一。相對地，先生及子女、媳婦亦不捨病人的即將往生。

家人直到病人入住安寧仍未向病人告知病情，而病人只知是腸子的病且不易治癒，然而病人也自覺體力日漸衰弱，且對鄰床病人陸續的往生有明顯的死亡恐懼出現，例如，盜汗、當天整晚輾轉難眠，並在隔天肯定地回答法師所問她對於鄰床的死亡會害

怕。

關於病情告知的部份，法師與家屬溝通，希望能早日讓病人了解病情，以利死亡準備的進行，家屬同意。法師藉由請病人協助完成填寫「信仰認知調查表」的方式，讓病人了解病情。法師詢問第一個問題：「不論病情是否能治癒，或得到控制，我需要了解病情？」病人馬上回答說知道病情（有明顯的緊張情緒並迴避問題，就像病人告訴醫師：我的病情妳不用告訴我，妳告訴我兒子就好）法師故意詢問病人：妳真的了解病情嗎？除了原有腸子的問題外，妳的右肩後面疼痛應該是癌細胞轉移至骨頭了；另妳肚子脹、皮膚黃這些症狀可能是轉移到肝膽的現象，這些妳真的都清楚嗎？法師刻意提醒了兩三次。病人聽到這些病情的訊息時眼睛是緊閉的，當時法師心中祈求佛菩薩加被，讓她能有勇氣面對接受自己的病情，也唯有病人能面對死之將至的事實，她才能有意願準備面對自己的生死。接下來的問題病人幾乎是無意識的回答著。至第七個問題：「回顧我的一生，對個人、家庭…我已盡力沒有遺憾」時，病人告訴法師，很不好意思，她非常累想要休息了。法師回答：「沒有關係，我知道妳已經盡了最大的努力來幫我完成這份問卷，謝謝你的布施喔！」，離開病房，法師告訴媳婦已告知婆婆病情並請媳婦接續鼓勵婆婆面對事實，及願意接受學習佛法，讓自己有一個依止，找到力量。法師再與媳



婦溝通：「經之前的協談，得知你們家庭的重責幾乎是由你們婆媳兩人共同來承擔，如今婆婆重病，妳在家裡便居主導位子，以往就你們婆媳互相互倚，現在是否在照顧婆婆的態度上能多加上一些以前所沒有的溫柔？讓婆婆更加感受到你的孝心？」，只要能幫助病人的，媳婦答應願意試試看。

病人次日整天拒絕任何人的接觸，法師探視，病人以閉目休息拒絕與法師溝通。法師握著病人的手，不管她有否善意的回應，法師告訴她：「妳不用回應，告訴我什麼，不管你怎麼想，我只是想讓妳知道，我所有的關心都是善意的，妳就像我的母親一樣，我是真誠的想讓妳在面對生死困頓時認識佛法，感受溫暖。我們的身雖受苦，但我們的心依然能有快樂的權力，我們的精神也是可以喜悅而安詳的。既然妳念佛念的可以心安，我相信你一定有很好的學佛的潛力！（病人在之前鄰床往生時會害怕，法師曾引導念佛，病人安心入睡）」，病人點頭回應。隔天媳婦很高興的告訴法師：「婆婆答應要跟師父一起學習念佛了。」。病人也在病情告知後的第四天主動交代後事。法師也曾在病人先生來探視時引導先生與病人共同做生命的回顧與肯定。法師見到阿公，便對阿公說：「你那天開刀，阿媽非常擔心，在病床上跟我一起念了好久的佛號回向給你，那天阿媽是菩薩，現在阿媽身體已經如此虛弱，是不是該換阿公當菩薩，給阿媽溫暖，幫阿媽加

加油、打打氣了？」阿公非常靦腆的說：「就已經有說了，還要說什麼？」法師說：「說『溫柔的好話啊』，好話講千次萬次都不嫌多。」法師並轉身向病人說：「阿媽，阿公有話要跟你說喔」病人回答：「我在等」（可見病人是期待的）法師鼓勵阿公：「你就當我是孩子，把你對阿媽的愛，對她的感謝親口向阿媽說。」阿公在法師引導下，握著病人的手，感謝病人這一輩子為他生兒育女、操持家務的辛勞。法師接著又引導阿公：「這一輩子相處的時間中也偶有不快樂的時候，你是否藉今天這麼好的機會向阿媽說道歉」，阿公說：「我又沒有做壞事」，法師鼓勵：「人與人相處本來就會因為意見不同而多少有些摩擦，現在正是讓我們盡釋前嫌的機會，阿公你要把握！只要能給病人快樂，菩薩都會快樂的」，阿公就握著病人的手向阿媽說：「過去有什麼不愉快的事，希望你能原諒我」，由於此時畫面相當感人，法師提出幫忙照相的建議，病人高興的答應了。照相後，恰好病人兒子與媳婦用完餐回來，法師便也引導兒子對病人說感謝的話，並向病人承諾會好好照顧父親，請病人安心。法師也引導大眾做相約極樂世界的約定。此時病人主動要求照相，大家可以感受到病人神情是相當喜悅祥和的。這是病人往生前 11 天的事。之後病人身體日益衰弱，與法師仍有互動，法師全心加強病人對於念佛法門信願行的增上。最後在團隊的努力之



下，病人圓滿了想回老家往生的心願，在回到南部老家的當天下午，在家人的念佛聲中安詳地往生。

個案二分析

病人住院時雖未被直接告知病情，但自己也隱約對於死亡有所感覺但又逃避，對於鄰床的死亡有強烈的恐懼反應；家屬則因不知如何、也不敢告知病人病情，而使得病人的靈性課題(不捨先生、子女與強烈的死亡恐懼)與家屬的預期性悲傷(先生、子女、媳婦的不捨病人的離去)同時陷入困境，無法能有交集。而媳婦、大兒子不知如何幫助病人面對死亡及不知如何因應臨終處境的種種問題，也擔心病人承受不住實情，所以一直未告知病人病情，即是不忍心告知、不知如何告知、不知如何因應的預期性悲傷的反應。法師先與家屬溝通“病情告知”對於病人善終的重要並取得共識，接著引導家屬可以如何做以幫助病人善終。家人認同法師，在告知病情及幫助病人善終上做了最佳的配合與努力，媳婦在照顧病人的態度上也更加盡心，使得婆媳關係更好，病人得到的家庭支持更充足。

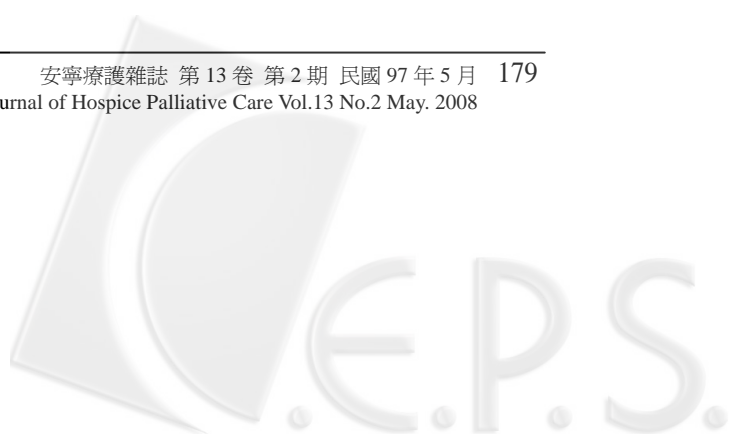
因此此個案在“本土化靈性照顧架構”⁽²¹⁾之下逐步進展著。病人在法師的“病情告知”之後，內心經歷了難以接受的“接受死亡”之後，有了很大的轉變，接著法師加強病人與家屬雙方的互動、表白、肯定病人一生的付出，舒解病人不捨先生、家人的課題，

病人也就能安心於念佛法門的學習，在死亡前完成了相當程度的死亡準備。在家屬預期性悲傷部份，病人的先生與大兒子對病人不捨，法師引導「死亡為每個人必經的路程，應將對病人的情執轉為祝福」，並引導先生、兒子對病人告白，感恩病人這輩子的辛勞付出，說出內心的感恩與歉意，大家相約彌陀國再見，並將不捨之情轉化為虔誠的祝福，家人都能接受法師引導，共同為病人善終而努力，尤其病人臨終時是在家人的念佛聲中安詳地往生。

臨床佛教宗教師的角色

現行台灣安寧緩和醫療團隊成員中，法師在家屬陪伴與悲傷輔導的專業，有其特色。家屬的障礙大致有二類型：1.不accept病人即將死亡 2.接受病人即將死亡但不知如何幫助病人面對死亡的無力感，所以家屬的障礙與病人同樣地是屬於死亡的靈性課題。法師的角色即是幫助病人與家屬一起來面對死亡的靈性課題，同時幫助改善家屬的預期性悲傷與病人的死亡恐懼；而對團隊而言，法師的角色可以彌補心理師、社工師在預期性悲傷工作不足的部份；更重要的是減少病人往生後對於家屬悲傷輔導的工作量。

在臨床照顧模式上亦有不同。Worden 提出的預期性悲傷三任務：對於實務工作者而言，工作內容仍不夠明確。Worden 將病人的



靈性課題與家屬的預期性悲傷分開成二個問題來看，因為事實上二者互相牽動、互相影響，必須將其整個脈流導向“以病人為中心”、“以病人的善終為目標”。對於家屬而言雖有重新適應新生活的重點在，但在病人尚未死亡前，家屬焦慮、關注的焦點會在病人疾病本身所帶來的症狀困擾及死亡情境的無法因應乃至其它現階段現實層面的問題，因此第三任務的“新角色的預演”就顯得不是首要。相對於 Worden 的“以家屬為中心”的輔導方式，臨床佛教宗教師的照顧方式是“以病人為中心”。

臨床佛教宗教師預期性悲傷的輔導工作，首先確認家屬是否知道病人不久即將死亡。家屬在被告知病人病情之後通常會有否認、懷疑的反應，隨著病人疾病的進展，再來則是接受病人即將死亡的事實，而接受死亡可區分為正向的接受與負向的接受（也可以將否認歸類為負向接受死亡，因為病人尚未往生，家屬表現出以積極求生的方式來對抗死亡），正向的接受指的是家屬接受病人將死亡並積極地幫助病人善終，負向的接受指的是家屬雖然接受病人即將死亡但不知如何面對病人的死亡、不知如何幫助病人、不知如何與病人互動，與病人形成隔閡。法師在整個照顧過程持續地對家屬做“生與死的教育”⁽²¹⁾，以引導家屬能正向地接受死亡，朝協助病人善終的方向而努力。

從以上個案來看法師對於家屬預期性悲

傷的輔導方法，法師首先是同理家屬的預期性悲傷反應，讓家屬認知到悲傷反應無助於病人善終，並引導家屬去看到、重視病人的需求及他們可以努力的地方，在法師的照顧下協助病人做死亡準備，以病人的善終為共同的目標，一起學習成長化阻力為助力，化悲傷為祝福。個案一的家屬從原本以淚洗面及個案二的坐困愁城中，轉變為積極投入幫助病人善終的行為表現，可以看到由於法師的介入，其預期性悲傷的緩和效果十分明顯。

討 論

家屬由於對於死亡的無知，致使生存法則受挫而造成種種苦，所以才會顯現出身體的苦、心理的苦、生活的苦以及各種人際關係的苦、家庭責任的苦乃至不知如何照顧病人的種種預期性悲傷反應，由生法苦而有身苦、心苦、生苦、法苦⁽²²⁾。

應用十二因緣法來做預期性悲傷輔導，依生死悲苦源自無明的悲傷理論，能夠破除無明才是究竟，但臨床上家屬需從各種因緣糾葛中解脫出來，不易做到。最方便的方法，針對不忍自己所愛的親友死亡所造成的失落反應，能夠不執取而放下就能解脫，亦即“愛而不取則有滅”，這就是佛法在預期性悲傷可應用的方便法門。因此佛法在預期性悲傷之應用歸納如下：



協助病人善終

從癌末個案的臨終場域中，可以發現到病人的靈性課題與家屬的預期性悲傷是互相牽動、互相影響的，不可以將二者分成二個問題來看待，並且二者互動的脈流必需被導引往達到病人善終的方向而努力。如前“佛法的悲傷理論與輔導”一節中所討論過，病人的死亡恐懼與家屬的悲傷反應其煩惱生起的道理是一樣的對於緣起法的無常、苦、空、無我不能了徹，二者同樣是對於死亡迷惑的靈性課題。在臨床上，法師針對家屬的預期性悲傷的輔導，引導家屬回歸到協助病人善終而積極努力，這樣的引導可以讓家屬從自我為中心的束縛中，轉向考慮到他人(病人)的需求，而這樣的引導在家屬內心深層重要的轉變是接受病人死亡、接受無常，也是家屬對於病人真愛、慈悲的表現，也是一種心性的成長、提升。家屬也就因為“愛而不取、不佔有”，在十二因緣中悲傷反應的煩惱鏈因此斷裂，讓心性回歸清淨，展現出來的也就是化悲傷為祝福的表現。

化悲傷為祝福並非只是內心的一種感受、一種心念而已，祝福必須有積極的行動表現—協助病人善終。家屬為了協助病人善終，就會全心投入於病人身、心、靈種種的需求而努力滿足之。

對家屬進行「生與死的教育」

法師如何引導家屬由沉浸在自我的悲傷

中，回歸到努力協助病人善終的方向？法師配合病人病情的發展，對家屬做三階段的「生與死的教育」⁽²¹⁾：

症狀控制期的生命教育

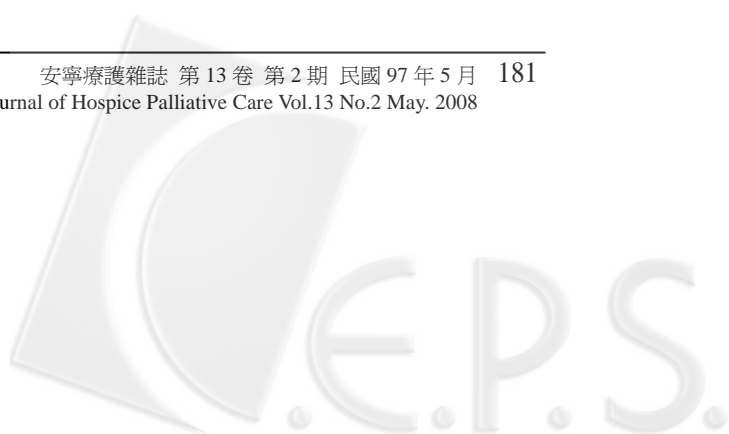
為初住院 1~2 週身體症狀獲得控制的階段。這個階段病人常見的靈性課題有病情告知、心願未了、放不下、不放心、不甘願、做錯了、對安寧緩和的照顧方式、理念認識不正確等問題。法師的努力方向為：病情告知與告知同意、與家屬一起做病人過去的生命回顧，及幫助家屬瞭解，病人不只有身體變化的問題，未來也會進入多重器官衰竭的病情變化，還包括心理、社會、靈性反應；協助家屬瞭解病人在經臨終的每個階段，家屬所能給予的協助。

多重器官系統衰竭期的生死教育

主要為症狀控制及死亡準備。如果病人死亡接受有困難，會因生死困頓而有各種身心調適、死亡恐懼等情緒表現。常出現的臨床課題有：不捨、尋求各種偏方、疾病預期與現實狀況不符、人際關係的修復、生死問題、心願完成、生命意義的肯定等。法師照顧方向為幫助家屬對多重症狀及瀕死症狀的解釋、與家屬共同協助病人肯定生命意義、關係的修復與心願完成、家屬能協助病人接受死亡並且在法門的修習上用功。

生命現象終止期的死亡教育

病人進入不可逆的臨終階段，重心在往生者的照顧和遺族悲慟輔導。內容包括：對



病人及家屬解說最後四十八小時現象（四大分解的解說）、引導家屬病人互相臨終道別及祝福、法師對病人臨終開示說法、法師引導家屬臨終陪伴的方法、後事儀式諮商等。目標在協助病人降低死亡恐懼、提升內在力量克服臨終障礙及預防家屬的強烈悲傷。

緣起法則之體會

法師在與病人、家屬的互動過程中，在適當的時機會引導其體會緣起法則中無常、苦、空、無我的解脫道理，尤其在對病人臨終開示說法時，其中根本重要內容就是說明緣起法則中無常、苦、空、無我的解脫道理，所以連在場的家屬亦同時能藉由此病人生病過程及死亡的重大無常事件而學習與成長。然而這樣的體會仍只屬於表淺認知層面的層次而已，對於生命真實相的體悟是需要透過實際佛法的修行，由聞、思、修、證的次第及戒、定、慧的內容修學佛法，親自作證方能得到徹底的解脫。如本文中提到的多則佛經中的個案在經過佛陀或阿羅漢尊者的悲傷輔導後，緩和了悲傷的情緒，感應到佛法能滅苦的喜悅，最後是經由實修、實證而徹底解脫了一切憂悲苦惱。

誌謝

本研究期間感謝蓮花基金會支持研究經費，台大醫院緩和醫療病房同仁和實際從事

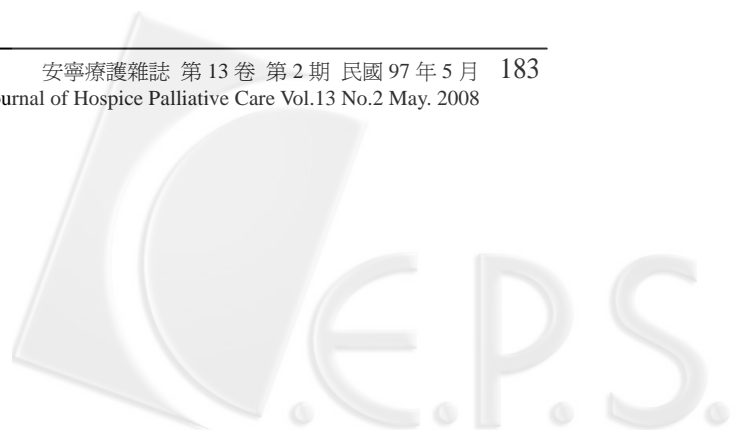
靈性照顧法師的共同照顧，以及許淑蕙小姐協助翻譯英文摘要，在此致上最深的感謝與祝福。

參考文獻

1. Sanders, C. M. : Comparison of Younger and Older Spouses in Bereavement Outcome. *Omega: Journal of Death and Dying* 1981 : 11 : 217-32.
2. Bright, B. : Grief and Powerlessness: Helping People Regain Control of Their Lives. London : Jessica Kingsley Publishers 1996.
Huber, R., & Gibson, J. : New evidence for anticipatory grief. *The Hospice Journal* 1990 : 6 (1) : 49-67.
Lindemann, E. : Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 1944/1994 : 151 (6) : 155-60.
Norris, F., & Murrell, S. : Older adult family stress and adaptation before and after bereavement. *Journal of Gerontology* 1987 : 42 (6) : 606-12.
Speck, P. : Loss and Grief in Medicine. London, England:Bailliere Tindall 1978.
3. 蘇絢慧：瞭解「預期性悲傷」。張老師月刊，2005：336。
4. 釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘、釋宏琳、釋印本、釋印適、釋德依、釋慧岳、釋惠敏等：安寧緩和醫療之死亡準備。安寧療護



- 2006 : 11(2) : 117-136。
5. Lane, B.N. : Understanding anticipatory grief : Relationship to coping style, Attachment style, Caregiver strain, Gender role identification, and Spirituality. Unpublished doctoral dissertation, Texas A&M University 2005.
 6. Gilliland, G., & Fleming, S. : A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies* 1998 : 22 : 541-69.
 7. Roach, J.M. & Welch, C.L.(9/1/2000) : "Grief and Bereavement." Retrieved from <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Griefa.htm>
 8. Huber, R., & Gibson, J. : New evidence for anticipatory grief. *The Hospice Journal* 1990 : 6(1) : 49-67.
Norris, F., & Murrell, S. : Older adult family stress and adaptation before and after bereavement. *Journal of Gerontology* 1987 : 42 (6) : 606-12.
 9. McHale, H.(2008) : Module Eight :Grief and Bereavement Perspectives. Retrieved April 1, 2008, from http://www.minurses.org/apn/pallcare_1_03/PC_Mod8.pdf
 10. 黃鳳英：喪親家屬之悲傷與悲傷輔導。安寧療護 1999 : 10 : 69-83
 11. 劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮等：安寧療護與預期性悲傷。安寧療護 2005 : 10(3) : 286-96。
 12. Theut, S.K., Jordan, L., Ross, L.A. and Deutsch, S.I. : Caregiver's Anticipatory Grief in Dementia: A Pilot Study. *International Journal of Aging and Human Development* 1991 : 33(2) : 113-8.
 13. 大正藏 25 冊 1509 經，《大智度論》釋遍學品第七十四：664b。
 14. 大正藏 2 冊 100 經，《別譯雜阿含經》卷第十：444c。
 15. 大正藏 2 冊《增阿含經》〈善聚品第 32〉第 7 經：679a-680b。
 16. 大正藏 2 冊《雜阿含經》第 125 經：40c。
 17. 大正藏 1 冊《中阿含經》第 8 經：429b。
大正藏 1 冊《中阿含經》第 155 經：677a。
大正藏 1 冊《中阿含經》第 160 經：684b。
 18. 大正藏 2 冊《雜阿含經》第 1178 經：317b-18b。
 19. 大正藏 2 冊《雜阿含經》第 1227 經：335b-c。
 20. 釋慧岳、釋宗惇、陳慶餘等：癌末病人憂鬱症之靈性照顧。安寧療護 2007 : 12(3) : 273-86。
 21. 陳慶餘：癌末病人本土化靈性照顧模式。台灣醫學 2004 : 8(5) : 664-71。
 22. 釋宗惇、釋慧岳、陳慶餘、釋德嘉、釋惠敏等：癌末病人受苦的意義與靈性照顧。安寧療護 2007 : 12(1) : 13-29。



【Original Articles】

Ameliorating Grief with Gratefulness

Hwei-Yue Bhikkhuni¹ Der-Chia Bhikkhuni Ching-Yu Chen
Tsung-Tueng Bhikkhuni Huimin Bhikkhu²

ABSTRACT

In hospice palliative care, family's anticipated grief for the coming death of terminal cancer patients always hindered the patient from preparation of good death but also interrupted clinical care by palliative team members. We need to break the blindness (無明) and approach on the uncertainty (無常). Usually in literature about taking care of emotional reaction from foreseeable loved loss, the counseling subject of this anticipated care was focused on the family. While with Buddha Dharma practice(佛法), we turn the family focus into patient centered. Obviously patient's fear of death and family's anticipatory grief become two important spiritual issues. The best way to release patient's family from entanglement is to alternate and transfer their grief into the power of blessings and support the patient for good death. In this study, we used case reports to highlight the important role of clinical Buddhist chaplains to take care of the terminal patients and demonstrate how to ameliorate the family's anticipatory grief. We apply the twelve links in the chain of existence “十二因緣法” of Buddha Dharma to clarify family's sufferings using expedient” and supreme approaches (“方便法門”and “究竟法門”). For clinical guidance of the family, we take advantage of expedient path in order to ameliorate their grief into blessings and empower them to prepare good death for patients. We have concluded the anticipatory grief care into three clinical tasks: to support the patient for good death; to extend life education to the family and to implement the Buddha Dharma in daily practice.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2008 : 13 : 2 : 168-184)

關鍵詞：安寧緩和醫療 預期性悲傷 靈性照顧 佛法 臨床佛教宗教師

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

¹Lo-Tung Pohai Hospital Department of the Humanity

²Taipei National University of the Art

