

台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧

陳慶餘 邱泰源 釋宗惇 釋惠敏*

摘 要

本文從靈性的定義、照顧架構、對善終的影響，以及靈性照顧人員（臨床佛教宗教師）的培訓等角度，闡述依據佛法建立本土化靈性照顧模式之可行性，並舉實際個案照顧經驗為例，說明如何在照顧困境中突破關卡。

靈性照顧的七大要素從靈性與身心的關係、無始以來存在的條件、死後的生命、靈性的內涵、外顯，以及靈性的療效等角度說明靈性照顧的實作性及有效性，且以此建立靈性照顧的架構理論。「靈性」定義為：「對正法的感應證悟與理解能力，是一種生命力及心智成熟的表現」。正法指的是在面對死亡的過程中幫助心性成長的智慧。能夠感應正法，就能夠以學習成長的心境面對生死，產生智慧，緩解身心痛苦與死亡恐懼，得到善終。因此，照顧架構上，以學習成長的方式，將善終目標分成「病情告知」、「接受死亡」、「感應靈性存在」、「依持佛法」作為不同階段的標竿，以減少對死亡的恐懼，提早對死亡的準備，完成遺願，終至超越死亡。

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，成為病人及家屬在靈性問題上的求助對象，以維持病人的生命力，直至臨終前心性仍不斷學習成長；臨床法師的培訓需要經過分階的過程，以問題為導向的自主性學習，重視主、客觀和直觀的評估方式，從瞭解病人的身心症狀及信仰著手。學習期間以擔任第一線照顧的角色，建立關係後，透過專業且持續性照顧，對負責個案痛苦的緩解、內在力量和生命品質的提升皆有所助益。

（安寧療護 2002；7：20-32）

Key Words：spiritual care, hospice, palliative medicine, clinical Buddhist chaplain

本論文於2001年5月3日安寧療護亞太國際會議口頭發表，2002年1月20日再修正。

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

緩和醫療對臨床醫師來說是照顧模式的改變，目標是善終。善終包括身體、心理、社會和靈性四方面的照顧。癌末病人隨病情發展的過程，在有限的生命期內須完成不同階段的學習目標，每一階段有不同比重的身體、心理、社會和靈性需求，團隊中每個成員所要負擔的角色任務，也隨著病人的需要加入伴行的行列，作為主要照顧者。

越接近臨終，靈性照顧越顯得重要。癌末病人的最後一程，不只有對疾病的瞭解、減輕病苦的問題，還包括他所處的環境、世間的希望、害怕、信仰等等的問題。幽谷伴行，和病人一起分擔，可以讓病人靈性上得到平安，如果有一套更積極有效的視野與方法幫助病人進一步在心性上成長，提昇病人的內在力量，那麼在這個病苦的過程中得到成長的，就不只是病人、家屬，還包括所有參與照顧者，及對社會的生死教育。所以靈性照顧專業的建立、經驗累積與人才培訓就非常重要。

台灣居民以接受佛教信仰占大部分，以經過培訓的臨床法師從事靈性照顧，是建立本土化安寧緩和醫療照顧模式的一部份，是照顧團隊的重要成員。依據過去四年的研究成果，臨床法師透過適當的評估與問題引導方式，提昇病人的靈性境界，讓病人從束縛

中脫困，痛苦就會減輕。研究證實佛法的慈悲喜捨、平等空慧的境界如果能由照顧者啟發，與病人間互動、感應與證悟，能幫助病人放下重擔，得到解脫。

佛法與靈性照顧

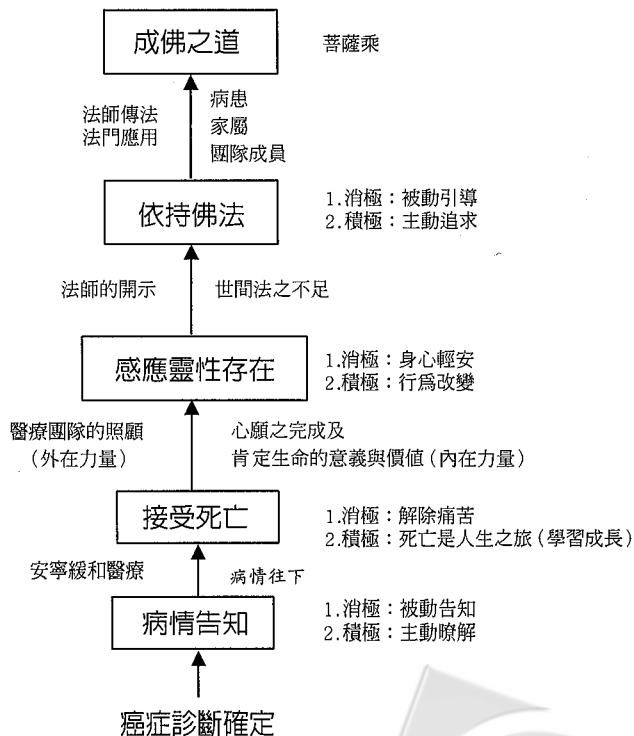
本文對「靈性」的定義為：對正法的感應證悟與理解能力，是一種生命力，心智成熟的表現。正法指的是能夠面對生死、超越生死的智慧。本文以佛法為例，探討法師對癌末病人臨終的陪伴與照顧。為了建立照顧架構的方便，依據佛法我們將靈性定義涵蓋七大要件，這七個要件分別從靈性與身心的關係、無始以來存在的條件、死後的生命、靈性的內涵、外顯，以及靈性的療效等角度定義靈性的不同層面⁽¹⁻⁴⁾。七大要素即：「不即不離」：身、心、靈是一體的，靈存在身心深處，不能離開身心談靈性，也不能認為靈性就等於身心的表現；「因緣和合」：一個人的出生，來自身心靈三方面的因緣和合；「不生不滅」：就存在性而言，靈性有超越時空之特性；「本具慈悲」：靈性的內涵來自先天本具的慈悲，「覺悟啟發」：靈性可靠後天覺悟而啟發；「靈性感應」：靈性可藉外在力量來引導啟發；「離苦得樂」：靈性的成長，可幫助病人超脫死亡的恐懼，得以善終⁽⁵⁾。

癌末病患的心理狀況有：病情未定之焦慮、希望落空之憂鬱、面對死亡之恐懼。傳統醫療照護認為死亡是失敗，病人在得知不可治癒，承受身心煎熬的狀況下，如果醫護人員再採取逃避或離棄的態度，會造成病患之二度傷害，所以安寧照顧的實踐重視陪伴的過程。西方靈性照顧兩大主題：「幽谷伴行」(Sharing the journey)與「放下」(Letting go)，幫助病人能安心、放下，目標是生死兩相安⁽⁶⁾。「幽谷伴行」與「放下」相當於佛法的行與解。《神會禪師顯宗記》中提到：「福德智慧，兩種莊嚴；行解相

應，必能建立。」⁽⁷⁾如何建立福德智慧，是要行六度法門，要有福德智慧才能建立行與解。醫學目的，消極的是解除痛苦，積極的是維持與促進正常的社會功能；而佛法的主要三個目標：解除人生的痛苦、死亡解脫以及追求圓滿快樂。所以佛法與醫學的結合將對病人有很大的助益，依循佛法，可以幫助病人提昇靈性境界。

靈性架構研究^(5,8-9)

研究架構的建立為了能夠幫助癌末病人能得善終、解脫，所以靈性研究架構等於解



圖一本研究所設計之靈性照顧架構

脫之道。爲了照顧上方便評估，本文發展「靈性架構」將靈性境界由低而高區分爲四個階段：病情告知、接受死亡、感應靈性存在和依持佛法，如圖一。

「病情告知」是病人願意住進緩和醫療病房所必須經過的歷程。病人在接受癌症的診斷治療，隨著治癒性治療的失敗，與病情的越趨嚴重，由醫護人員或家屬處直接或間接獲得疾病不可治癒的事實。法師接觸病人時，通常在其他團隊成員處理病人面對死亡即將到來課題有困難時轉介。病人在瞭解生命期有限，面對死亡恐懼，靈性需求更加顯著。在法師的指導下，進入死亡的準備。「接受死亡」有兩種可能性：一種是消極、被動的，癌末病人因遭受身心的痛苦，想求解脫，所以不得不接受死亡；另一種是主動、積極的，把死亡當成不斷的學習成長。「感應靈性存在」，有兩種情況：消極是獲取身心的輕安，積極是行爲的改變。「依持佛法」境界，是因為世間法有些障礙，過去所持的法不足以超脫死亡（力有未逮），所以在這基礎上引導他依持的「法」要法師來傳授。法師所引導法門剛開始係外在力量的介入，但後來則是病人本身的提升，主動追求內在力量。

依持佛法有三個階段，分成七個層次。由高而低依次爲：第一個階段1.接受死亡，

相信「靈性」存在，主動追求「靈性」提昇。2.接受死亡，相信「靈性」存在，須靠被動引導來提昇「靈性」。第二個階段3.接受死亡，相信「靈性」存在。4.接受死亡，對「靈性」持中性態度或另有看法。5.接受死亡，對「靈性」存疑，或只求現狀滿足，或沒有死亡準備。第三個階段6.不接受或避談死亡，只求現狀滿足。7.害怕死亡，增加身心痛苦的煎熬。

境界再往上提昇是「成佛之道」。「靈性」不是靜態的，是動態的——內在與外在的互動——包括自己和周邊人員之間，在所依持的佛法下，不斷地相互影響。內在是過去、現在、未來個人的學習成長，外在是指醫護、家屬等照顧人員提供的引導。不只病人、家屬、照顧的團隊成員可以得到成長，法師也一起跟著成長，以有限生命的作爲，邁向無窮止境的成佛之道。

靈性照顧與善終

陪伴的最終極目的在幫助病人行解相應，著重在引導者有積極性目標，善盡引導者的功能。爲了稽核陪伴與照顧的品質，台大醫院緩和醫療病房在每位病人往生之後，會以「善終評估表」檢討團隊照顧的過程。團隊成員評量病人在住院時和往生前三天能

夠達成下列包括身體、心理、社會和靈性目標的程度：了解自己死之將近(awareness)、心平氣和接受(acceptance)、後事交代安排(propriety)、時間恰當性(timeliness)、住院/往生時舒適性(comfort)。以問卷方式實施，製成五題，每題採0-3分四點評量，總分為15分。

早期研究資料顯示，住院時評估以不接受死亡者最多。往生前的靈性境界評估以第一階段最多，在靈性照顧的介入之下，病人的靈性境界有大幅度的提升⁽¹⁰⁾。善終指標總分數的影響因素有三項，即後事準備，靈性需求，往生前靈性境界。善終分數隨著靈性需求的嚴重程度而降低。靈性境界越高，其善終指數也越高。其他因素如性別、不同年齡層、教育程度、存活期長短、有無宗教信仰、對病情瞭解度、對靈性問題認知深淺等則與善終分數高低無差異⁽¹⁰⁾。在緩和醫療照顧之下一般上靈性境界可以得到提昇，但在接受法師的引導之下，靈性的提昇更加明顯⁽⁹⁾。

臨床法師的專業服務與培訓

隨著病人病情的進展，越到最後，心理、靈性的介入就越重要。法師的角色除了身心的觀察外，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，也就是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。醫師很難去教導病人怎麼準備死亡，而由法師來做則很自然。臨床法師要依據自己對生死的體悟與學習幫助病人，照顧病人的同時不但要傳法更要習法、不但要度人更要自己能得度。團隊照顧中，法師的角色不只提供個人的力量，還要匯聚各方面的力量，幫助病人在往生前成熟善因緣，讓病人得到最大的利益。

本研究曾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：緩和醫療病房住院病人中，法師有接觸者占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%；法師應用法門幫助病人學習，以念佛法門與眾善法門施作比例最高(各為54.6%和37.0%)；隨著各種法門不同的學習程度，病人在「死亡前準備」中的遺願交代、佛法修持、來生期待等三個項目的完成度也會有不同表現⁽¹¹⁾。



臨床法師有四個學習階段：一、瞭解緩和醫療：需瞭解緩和醫療及其團隊的運作。應具備對生命的看法以及對人的關懷等知識的素養。二、瞭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作觀察，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）的瞭解。三、具備一般照顧能力：傾聽、瞭解病人的需求，讓病人感受到法師的關懷。掌握病人的疾病怎樣影響其身心狀況，瞭解不同的病人有不同的問題與需求。應有詢問的技巧，能作專業、穩健的對談，避免涉及價值判斷。須應用諮商、放鬆等技巧，才容易達成所要的目標。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、專業的支持：支持團隊的運作，對團隊人員而言，法師是問題收集者、分析者、發掘者，也是有關佛法、生死等問題的分析者、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。

法師在發揮專業之前，需先對緩和醫療的內涵做整體、充分的瞭解。訓練過程是先以志工的態度——人對人的方式，非法師對人的方式——和病患建立關係開始，從一般性的談話中去觀察病人身心症狀，瞭解和評估病人的需求與問題。再針對他的需求，當

下把握、盡本份做。整個過程比結果重要，主要在維持病患的身心平衡和較高的生活品質。有持續性照顧病人的基礎經驗之後，才能談法師本身的專業。

培訓的方式，安排新進法師跟隨護理人員學習。在病房中護理人員是第一線角色，接觸病人次數頻繁，所以新進法師開始先以志工的角色跟隨護理人員學習照顧病人的技巧，從而判斷病人的痛苦來源。例如身體痛苦問題是來自於便秘，只要便通，問題就解決了，不必大費周章去判斷、猜測是否是心理、靈性問題所引起的痛苦。將身體安頓好，滿足基本的生物性需求，不因爲「六根」的閉塞而產生痛苦。這部分在佛法上也相當著重，不單只是學「法」而已，生物性的基本需求也需要去學習、了解的。

臨床上重視問題的評估與分析，所以法師的培訓也以「以問題爲導向的自主性學習」模式爲主。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觀察獲知。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，是以

問題為導向的學習方式。

臨床法師學習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，屬於靈性照顧的範疇。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（高對低）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，由低往上提升到高的境界，可以加強法師專業的角色，不只對個人有幫助，讓病人有死亡的尊嚴，甚至可以回向給病房以及整個安寧療護界。

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。針對全國安寧緩和醫療病房調查，有相當高的比例（71%）有增聘臨床佛教宗教師的需求⁽¹²⁾。

臨床法門運用之實例

法門的應用在靈性照顧上，屬於法師的專業，也是法師的應用工具。臨床上五個最常用的法門為念佛、禪定、臨終說法與助

念、懺悔以及皈依。除了法師專業執行的法門及開示說法（目前屬眾善法門）外，其他如感恩、惜福、布施等等都歸入「眾善」法門，這不一定要由法師執行，也可由其他團隊成員執行。以下舉一位住院病人接受法師照顧的實例來說明法門的應用。

個案藍先生為44歲男性口腔癌病人，小學畢業，已婚，有兩個女兒，是二十多年的卡車司機，家境小康。過去因嗜食檳榔致病，住院時意識清楚，可以自行活動，因氣切只能用筆談溝通，住院期間由太太全程照顧。

病人頸部有一近二十公分的傷口，住院前曾經因痛不欲生而萌自殺念頭，初來到緩和醫療病房時仍有自卑、怨恨、不甘、厭世的心情，每當太太和團隊成員多說話就會懷疑太太說他的壞話，脾氣顯得暴躁。在團隊將近兩個月的照顧與法師的引導下，突破面對死亡的層層障礙之後，病人最後以堅定的毅力、平靜的心情、慈悲的胸懷和大家道別。

以下是病人住院後的心理社會及靈性層面變化記實：

住院第一天：太太表示，先生知道病情，但曾覺得痛苦不想活，目前只想不要再受苦就好了。當日生氣地糾正太太不該說的地方，對家屬換藥不如他意也會生氣。對自我形象注意。

住院第五天：法師探視，太太對法師敘述她自己知道病人罹患癌症，將不久人世，內心恐懼病人死後不知要如何自處，而開始接觸佛教，學習誦經、念佛、看佛書，以求寄託，同時影響病人學佛。

住院第六天：法師探視時病人正在念佛，常照鏡子（重視形象）。法師予肯定、鼓勵虔誠用心念佛，將來會和阿彌陀佛一樣莊嚴。

住院第七天：法師探視時病人正在念佛，法師請病人辨認西方三聖中的阿彌陀佛像，引導病人觀想，並以老牧羊人每天念佛觀佛和佛菩薩對話，最後往生極樂世界的故事，讓病人瞭解：念佛的心就是要像這樣，自然、親切而相應；往生極樂世界的因緣，要靠現在在病中一點一滴的發願、累積。

住院第八天：法師探視時教病人合掌的禮儀。稍後病人突然傷口痛，拿起鏡子來照。法師引導病人觀痛點，體驗「身痛是自然變化的現象，但是心可以不痛」，試著思維用什麼方法可以達到心不痛的境界。病人的太太問回向的問題，法師因此機緣引導病人懺悔過去因無知多吃檳榔而致今日病苦，因此要勇於接受及面對此時的病痛，藉此病痛培養智慧，為未來鋪光明之路。病人合掌點頭示意。當日也引導病人每次照鏡子時配合念佛法門觀想及發願，減低其對傷口執著、

自卑、恐懼死亡之問題。（當日護理記錄：家屬昨天帶病人到十樓佛堂懺悔，共兩次）

住院第九天：今日法師兩次探視。上午探視時病人見法師即端坐合掌，法師帶領念佛及懺悔發願求智慧。下午探視時病人夫婦提到擔憂臨終時會大出血，法師引導兩位發願和迴向（發願文：「願我臨終無障礙，阿彌陀佛來相迎」）。事後，家屬告訴法師：「感覺得到病人心裡歡喜接觸佛法，心中是平靜的。」

住院第十三天：病人夫婦開始在法師的指導下每日念佛做功課。

住院第十六天：病人向家屬表示將來（下輩子）要出家修行當和尚，傍晚法師離去前探視，病人表示要將念佛功德回向法界眾生。

住院第十九天：病人頸部傷口出現感染，在醫護人員積極處理之後，法師也教病人用慈悲心和細菌共處。下午法師帶領念佛後，問病人有沒有掛礙的事。病人表示：只有太太，希望將來師父引導她一起學佛、修行。

住院第廿～廿一天：法師協助病人面對臉部重度紅腫，病情惡化的事實，要更堅定迎接未來新生的心念。

住院第廿二天：為確實瞭解病人念佛、常常照鏡子的想法，法師針對病人目前自覺

的身體痛苦痛苦、心理困擾、照鏡子的動機及每天如何學習，如何準備面對未來等問題設計問卷，請病人填寫。結果很正向，病人不會因為頸部傷口喪失自我尊嚴感，且積極念佛是為了要通過病痛及死亡的關卡，所以自我堅定努力念佛的意志力。法師製作佛偈卡片貼在病人床前，激勵病人能更上層樓。

住院第廿三天：鄰床病友將往生，病人透過太太告訴鄰床家屬，要能體貼病友之痛苦呻吟。（慈悲心引發，能夠關心別人的痛苦。）

住院第廿七天：太太述昨晚病人夢到太太幫他穿壽衣。

住院第廿八天：病人因為自己過去的罪業，向法師請教第七、第八識（業力與深層意識的問題），並問當身體不適時應如何繼續念佛，保持正念的問題。

住院第三十一天：病人開始盜汗現象；夢到法師帶他去見阿彌陀佛、醒來後祝福護士小姐長命百歲，懺悔自己年輕時不懂事，業障深重。

住院第三十三天：病人表示希望早點往生，法師勉勵病人順其自然，認真念佛得善終作為緩和病房病人的典範，以推廣安寧療護的理念和功能，造福癌末病人。

住院第三十五天：坐輪椅參加慶生會，

當病友唱歌時，病人手打拍子，並在節目結束都給予鼓掌，流露快樂之情。

住院第三十六天：法師藉說明「八識」的義理幫助病人更瞭解如何念佛調心。晚上，病人幫病友助念，也因目睹全程，心生恐慌。

住院第三十七天：法師針對病人的恐懼說法，勉勵病人：「要回到自性中做自己的功課」。

住院第四十天：（護理記錄）病人訴夢見太太給他喝大悲水，以及用不知名的工具將他的傷口縫合了。睡醒後病人表示不會害怕或亂想，將自己的勇氣和毅力歸於佛力加被，病人平日不能言語今晚念佛卻有聲音。

住院第四十二～四十七天：病人開始用大拇指念佛，時而小聲念佛，時而全家人一起念佛。病人開始察覺自己即將往生，法師助其釐清念佛法門的修持方法。

住院第四十八天：鄰床病友皈依，病人隨喜參加，雖無法言語，仍跟隨法師念皈文，發出抑揚頓挫之聲波，虔誠禮佛（問訊），病人體弱卻全程站立約三十分鐘，虔誠而法喜。

住院第四十九天：病人死亡徵象明顯，嚴重盜汗，一週來常微笑，別人問他為什麼時，就拿出口袋中的阿彌陀佛像，表示他看

見了。今日再一次向法師表示昨晚又夢見阿彌陀佛。下午身體不適，病人不願吃藥打針，於下午六點多，在法師的引導下躺回病床平靜念佛，不久安詳往生。事後太太回來表示對這樣的過程覺得感動、不可思議。

初住院時這是一個溝通有困難、身體受苦厲害、與家人互動不好、生命回顧與生命意義肯定不好，能夠善終條件較差的病人。在適當的引導下，照顧團隊幫助病人突破種種關卡：接受病苦、改善與家人互動、放下對身體形象破壞的執著、懺悔過去的不懂事、感恩心及慈悲心的啟發、信仰的增長、學習以念佛面對死亡、恐懼的消除等等，最後病人中能懷著信心、感恩心、發願回向心，平靜的往生。

這個病人的經驗告訴我們：透過專業且持續性的照顧，能夠方向正確、介入的方法得宜（從瞭解病人的想法及內在經驗著手照顧），靈性照顧對臨終病人痛苦的緩解、內在力量的提升有非常大的助益。在台灣，由臨床佛教宗教師從事癌末病人的靈性照顧，提供了直接、鮮明而正向的形象，對癌末病人面對死亡的學習有莫大的幫助，對整個社會也有生死教育的功能。

誌 謝

本研究期間感謝佛教蓮花臨終關懷基金會及屏東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邱泰源醫師、姚建安醫師、胡文郁助理教授、王浴護理長、惠光法師、鄭逸如心理師、郭育誠、莫淑蘭美術治療師及全體醫護同仁和社工、志工的共同參與；研究助理林雪華、蔡宜欣小姐整理；曾靖雅小姐翻譯英文摘要，在此致上最深的謝意與無限的祝福。並獻給歷年來參與培訓之法師：會焜法師、會正法師、慧哲法師、傳願法師、滿祥法師、法成法師、忠定法師。

參考文獻

1. 《圓覺經》：大正藏17冊842經。
2. 《金剛經》：大正藏8冊235經。
3. 《心經》：大正藏8冊251經。
4. 《阿彌陀經》：大正藏12冊366經。
5. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：「靈性」照顧模式之研究：1999。
6. Speck P.: Spiritual issues in palliative care. In: Doyle D Hanks G and MacDonald N ed. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd edition. London: Oxford Medical Publications.1998:517-25.
7. 荷澤神會禪師：顯宗記：大正藏51冊2076

經：458。

8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。安寧療護雜誌2001Nov；6(4):1-12
12. 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):16-26



The Indigenous Culture of Spiritual Care in Taiwan

Ching-Yu Chen, Tai-Yuan Chiu, Tsung-Tueng Bhikkhuni, Hui-Ming Bhikkhu*

ABSTRACT

Palliative care is a modification of the traditional medical paradigm for doctors; its goal is to help terminal cancer patients walking through the last journey of life and obtaining peace. To achieve this goal, hospice palliative care is mainly focus on four directions of care -- physical, mental, social, and spiritual aspects. These four aspects of care are emphasized in the different stages of medical treatment process. The responsibility and the mission of palliative team member are depended on patients' need. They would be the primary care person while patients accept them to join on the last journey of life.

As the death is approaching, the spiritual care appears more important. We think "sharing the journey" and "letting go" are key issues on the spiritual care. The last journey for cancer patients is not only to understand the conditions of the illness and the reduction of pain, they should also understand the situation that they are dealing with and the problems such as fear, hope, belief, and etc. To be with patients on their last journey and sharing their sufferings would possibly give the patients spiritual peace. If there is an effective method to help patients acquiring the spiritual nurture and to help patients developing their inner power, then, it would not only encourage the patients and their family, but the hospice workers and the life-and-death educators would also learn and promote during the terminal care process. Therefore, the establishment in the profession of spiritual care, the accumulation of experiences and training of the allied personnel in this profession are very important.

Most people in Taiwan believe in Buddhism. Thus, the clinical-experienced Buddhist chaplains in the profession of spiritual care are playing an important role of establishing the indige-

Palliative Care Unit, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

*National Taipei University of the Arts

nous culture of hospice care. In the past four years, many Buddhist chaplains had accepted the clinical-oriented training program of spiritual care. They go through a proper analysis and the problem inductions to develop patients' spiritual state, to liberate their restraint, and to reduce their pain. The research had proved that if the hospice member could inspired patients the four limitless minds (i.e. kindness, compassion, joy, and giving) as well as equality, emptiness and wisdom state of the Buddha's teaching during the limited life course, the interaction with patients and the enlightenment of their spiritual state would assist them to let go the suffering and obtain the liberation.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2002 ; 7 : 20-32)

