

癌末病人本土化靈性照顧模式

陳慶餘

台大醫學院家庭醫學科

前言

台大醫院於1995年6月成立緩和醫療病房，開始以癌末病患為主要的照顧對象，有鑑於癌末病人因器官系統衰竭，相對地在心理、社會、靈性的需求增加，尤其愈到生命末期，心願的完成、後事交代安排等靈性需求愈加殷切；此外由於台灣民間信仰不論是否為佛教徒，大多能接受佛法。為臨床照顧的需要，1998-1999年在佛教蓮花臨終關懷基金會支持下發展佛法在安寧療護/緩和醫療運用之研究，2000-2004年在一如淨舍臨終關懷協會委託下，發展臨床佛教宗教師培訓之研究。過去六年中，以佛法生命觀做為本土化靈性照顧的核心指引，並且進一步回顧文獻，從現代實證醫學的基礎研究如何結合佛學與醫學，發展本土化靈性照顧的理念架構與臨床運用。本論文綜合整理過去研究成果提出報告。

靈性定義

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，國內的緩和醫療也同意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)[1]。

從西方文獻對靈性定義可看出：1.靈性與宗教信仰密不可分；2.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；3.靈性指與至高者(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；4.轉化受苦的意義；5.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，兩個人臥在地上祭拜，供桌上放著三樣供品，非常虔誠的對虛空祈求，希望老天普降甘霖，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：對著虛空祈雨，虛空是沒有形體的，以供品做為媒介，希望虛空能降下有形的雨。靈性的概念由此發展：(1)眾生如何能與無形境界溝通，就是要「感應」、「證悟」及「理解」；(2)人需要向上天祈求，因為存有的世間有超乎人的能力無法解決的事情，所以需要透過儀式祈求人所想要的。

Title: The Spiritual Care Model for End-stage Cancer Patients in Taiwan

Author: Ching-Yu Chen, Department of Family Medicine, National Taiwan University

Key Words: palliative medicine, spiritual care, good death

換個角度來看，緩和醫療的病人面對未知的死亡，如何幫助臨終者透過一套方法努力而得到善終，是靈性照顧的整體內涵。本研究針對癌末病人的靈性照顧，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[2,3]」。以下逐一說明：

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。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。

圓覺經中「一切諸如來，從於本因地，皆以智慧覺，了達於無明」的經文，說明正法就是「了達於無明」。何謂無明？對於生命的種種問題，一般人容易因為看不見、不明白、不知道而有錯誤的見解，這就是無明。所以無明有三種意涵：

1. 看不見：世人眼見為信，只知生不知死，輪轉生死
2. 不明白：世人自以為是，執有如迷人
3. 不知道：世人顛倒是非，如夢中人

因為我們對看不見的、不明白的、不知道的東西，會以自己的意見解說，因而產生執著和分別，造成更多的誤解；例如眼見為信，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，因為有生死的差別就會輪轉生死。癌末的病人面對死亡時，無法接受死亡而一直要往治癒的方向，不接受死亡而在生死之間輪轉，一下接受一下又不接受，而這都是因為有分別心才會有輪轉，這就構成了無明。其次是不明白，因為有很多的東西不明白，所以就只執著明白的部分而不去覺知不明白的部分，對於事情的真相只說明白的部分，以為這就代表全體，如同一個迷路的人，不知道自己在整體空間上的位置，只知道要找到目標，但是已經迷失方向，所以看到有路就走，這就是自以為是。第三

是不知道，很多事我們不知道，但是我們只重視知道的部分，或許知道的部分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，不知道自己顛倒是非。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見為信、不自以為是、不顛倒是非；而積極的是要能瞭解無形的部分讓它顯現出來，設法去明白不明白的部分、去瞭解不知道的部分，換句話說，要感應到無明的存在。對於無明能夠瞭解而通達無礙，這是眾生本來就具備的基礎能力。經過對正法的感應、證悟、理解，就能了達無明。

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，高低境界間互相感應影響。譬如祈雨的儀式，我們很虔誠的祭拜，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，這是感應。針對人的能力所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表現。

感應之後就會有態度行為的改變，例如能感應無明就會對佛法起信。感應必需透過「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，瞭解主客觀之不足(不足的部分就是無明)，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，「覺觀」是表現的行為。

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，能接受無常有助於接受死亡，若能證悟無常，境界會更提昇。證悟無常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。佛性遍佈法界，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、感應到靈性(佛性)的存在，這種感應證悟與佛陀當年歷經生死交戰而在菩提樹下覺悟的境界一樣。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。

理解

理解從字面上包括真理與解脫之意。圓覺經裡面，金剛藏菩薩問佛：本來成佛為什麼會有無明的產生？為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，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，因為境界已經提昇，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一種我執。用凡夫的思維思辨，所說的都是虛妄不真實的。若能從凡夫的我執中解脫出來，然後求圓覺，這與礦銷金，生死變涅槃，凡夫成佛是同樣的意思。

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--身體會產生慾望，而執著慾望的滿足變成貪，心則受到愛、喜歡的束縛，愛是一種佔有，過度的愛變為強烈的佔有慾，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」：不眼見為信而能大圓「鏡」智：不自以為是最後達到究「竟」的功夫：即無分別心，以至對於人

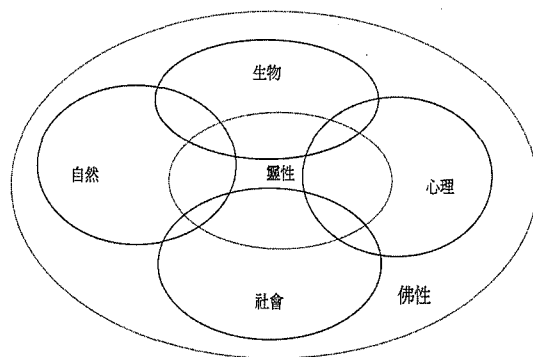
相、我相、眾生相、壽者相的識破能力。

生命力

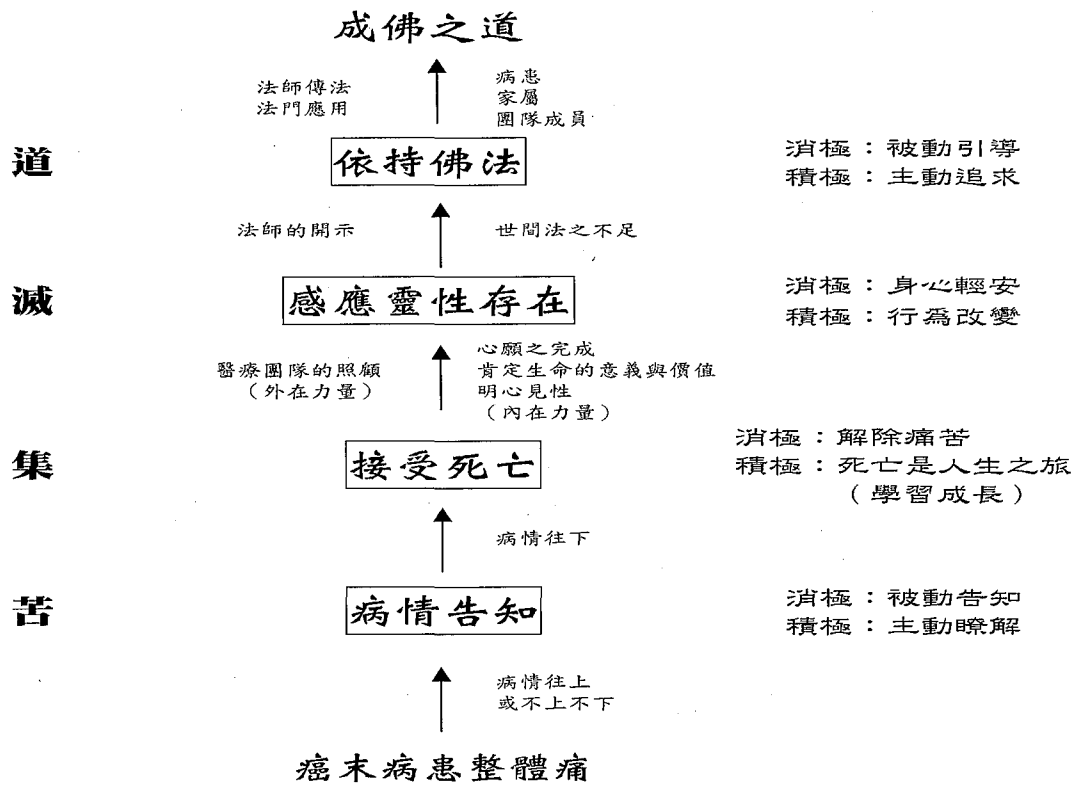
生命力乃從痛苦中成長的能力，譬如“疾風知勁草”，受盡風霜後才知道小草生命力的強韌，一個人的生命力一定是經過痛苦歷練出來的。生命力包含「內力」與「願力」，是一種行動力，可以從行為表現看到；生命力也是一種自主能力，是自發性的。自主是尊嚴感的表現，內在力量其實就是自我的尊嚴。內在力量另一個面向是信仰，一個人如果沒有信仰，內在的能力就無法表現出來；生命力也是一種維繫生活品質的能力，所以靈性的定義中要把維繫生活品質及生命力提出來，這些在心經中闡述得相當透徹。

心智成熟

要達到靈性的心智成熟，要超越身心模式看到無形的一面，才是穩定身心的力量，往個人的修持，覺得自在、放下、不執著的方向走，這已超越一般世俗的有為法。基本上，即使是一般人所推崇的自然法則也是外在的、有生滅的，完全追求不到完美，只能受限於不完美、有變化，自然就是輪迴。無形部份可以感應或證悟到沒有生滅的存在，要從內在力量去開發。生物心理社會自然模式都是有形的，其間還有一個無形的部分，是前四個面向所無法包含的，這個無形的部分就是靈性，無形的靈性可以不斷的擴大，沒有成長的極限(即指佛性)，如圖一。



圖一：身心社會自然模式與靈性佛性之關係



圖二：靈性照顧架構一覽表

靈性照顧

末期疾病照顧理念不同於其他疾病，其核心理念在文獻中提及主要四個成分：第一為接受死亡，要知道死亡是不可避免的，要正視及接受死亡；第二為全人照顧，死亡準備，不應該只有身體的照顧，要以病人為中心來考量，依據每個人不同的需求佐以心理、社會和靈性方面的成長；第三是從基本溝通做起，瞭解病人身心的痛苦及靈性的需求，藉由溝通告知病情，讓病人接受死亡，及早做死亡的準備。本著人的善念去關懷瞭解病人，讓病人接受死亡而能夠得到善終；第四需要團隊合作，包括安寧緩和醫療相關專業人員。

過去在台大醫院緩和醫療病房將佛法應用在臨終病人的靈性照顧上，以善終為目標。消極的是要達到痛苦的消除、生命力的提升，積極的部分是心性的成長、心智的成熟。從這樣的目標衍生靈性照顧架構，如圖二。

臨床法師的服務包括靈性照顧課題的解決(生死困頓問題)、瀕死前的準備(法門的學習)及來生準備(慈悲喜捨的表現源自內在力量的開發)三大部分。常見靈性課題有七大類：

- 一. 自我尊嚴感喪失：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，或者擔心被家人遺棄，自覺無用；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痛苦，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。可區分為四種：

1. 不甘願：在治療的過程中心有不甘，認為還沒有盡全力、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。
2. 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。
3. 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。
4. 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：

1. 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。
2. 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：

1. 失智或重大精神疾病：沒有學習能力或學習能力較差。
2. 其他需轉介之問題，如醫療、護理、心理或家庭社會、需要悲傷輔導等問題。

癌末病人的靈性照顧問題以「死亡恐懼」最高，其次為「不捨」(不放心、放不下、不甘願)[4]等。臨床法師的照顧，依循照顧方向協助病人接受死亡，解決造成生死困頓的靈性問題，並從生命的肯定、心願的完成、法門的學習等感應靈性存在，讓病人瞭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。

臨床研究

目前為止台大醫院緩和醫療病房靈性研究小組的成果報告或在安寧療護雜誌發表相關主題的論文，其題目有：〈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〉、〈台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查〉、〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉、〈台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧〉、〈心經在緩和醫療臨床法門應用初探〉、〈頭頸部癌末病人之靈性照顧〉、〈臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇〉、〈癌末病人死亡恐懼影響因素之分析〉等。重要結果摘要如下：

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(43.3%)，其次為輕度與重度[5]。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[5,6]。往生前靈性境界越高，其善終分數也越高[5,6]。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[5]。

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

[7]。有沒有宗教師的接觸與死亡恐懼的關係，往生前 2 天有接觸的恐懼是沒有接觸的一半[7]。往生前 2 天有法師接觸 15 分鐘以上就有效[7]，可以說是對死亡恐懼對症下藥。佛法在末期醫療的運用，是從有形到無形是連續性的，協助病患從身體的束縛中解脫，走向心性的成長。

從過去統計分析法門應用與死亡前準備之關係[8]，結果顯示法門應用以念佛法門(63.2%)及眾善法門(47.4%)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。

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[8]。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之後，在往生前死亡恐懼程度減輕，且靈性境界大幅提昇[4,8]。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。

為瞭解臨床佛教宗教師的服務及專業角色，2001 年 5 月至 8 月期間，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，進行臨床宗教師提供癌末病人靈性照顧情況的回溯性調查[8]。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%)。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%。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%。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。

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[9]。

生與死的教育

安寧緩和醫療照顧的對象不僅是病人尚包括家屬，從臨床經驗了解，為避免家屬在病人死亡後過度的哀傷，必須及早在病人往生前預防，如果家屬在死亡準備期間能夠參與，尤其是協助病患在病情告知和接受死亡二個階段，主動或被動的參與配合，隨著病患在心性方面的成長，接受佛法，能夠莊嚴平靜的面對死亡，家屬也會在這過程裡面得到學習成長。臨床上法師配合病人病情發展，將病人照顧與家屬的生與死教育分成三大階段實施。

- 一、症狀控制期的生命教育：為初住院 1-2 週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、作錯了、對正法的認識不正確等問題，照顧者努力的方向為：病情告知與告知同意、與家屬一起作病人過去的生命回顧、幫助家屬瞭解：病人不只有身體變化，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歷臨終的每個階段中，家屬所能給予的協助。
- 二、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。如果死亡接受有困難，病人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。照顧方向為幫助家屬對多重症狀表現及瀕死症狀的瞭解、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。

- 三. 生命現象終止期的死亡教育：進入不可逆反應的臨終階段，重心在往生者的照顧和遺族悲傷輔導。內容包括：善終、最後四十八小時(四大分解)、臨終道別、臨終開示說法、後事儀式諮詢等課題。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家屬預防性的悲傷輔導等。

一般民眾的死亡恐懼因其死亡概念與死亡態度而有不同的表現。臨床上依據過去針對癌末病人的調查，發現在生命最後關頭，死亡恐懼與年齡、性別與虔誠度等影響因素有關。隨著死亡的逼近，民眾的認知、態度與行為表現越不一致。有死亡恐懼的表現不見得不好，但是過度的恐懼會造成更大的身心痛苦，影響善終。要緩解生命受到威脅或臨終前的死亡恐懼，唯有提早在平日積極推動生與死的教育，破解民眾的死亡迷思，改變盲從、人云亦云的死亡態度，才能阻斷生命現象受到威脅時的惡性死亡恐懼循環，提升生活品質。

本研究曾依據死亡恐懼的議題設計問卷，調查 101 位受訪者在 921 大地震前後死亡概念與死亡態度的改變情況[10]。死亡概念針對「情緒」、「意義」、「期望」三個層面調查，顯示民眾視死亡是人生最大之苦痛；地震將死亡恐懼變成具體的生活經驗，死亡概念變得比較真實；震災後出現比過去更積極的死亡準備概念。死亡態度中，地震後民眾知命型的死亡態度增加，盲從型減少，也可見死亡經驗對心性的成長有正面的意義。

進一步調查災後民眾死亡概念認知與死亡態度的影響因素，發現死亡概念認知的異質性很高，每一種概念普遍受到性別、年齡、教育、居住地(災後區域受損程度)、宗教信仰及虔誠度，以及個人在震災中的受損程度影響[11]。

從以上結果瞭解，面對重大的生命威脅情

境，每個人所產生的死亡恐懼機轉、反應以及學習成長都不同。唯有正視死亡才能緩解死亡恐懼，採取適當的因應態度與方法。

生與死的教育需解決身心社會文化層面對生死的困頓所延伸的各種負向的態度或行為，最核心的部分應在於建立正確的死亡概念和培養正確的死亡態度，超越身心模式，從更寬廣的身心靈的層面體會生命。把生死大事當成健康人生的一部份，建立「生死一如」的生命觀[12]。面對不同的年齡、族群背景的對象，生與死的教育應有不同的作法。

最後是對死亡的覺悟，過去常說死亡是一個大終結，但如果使用的方法對的話，就是一種大安息；這輩子有機會成為一個人，能在生命結束前得到成長，擺脫身體的痛苦與無明，可以說是一個大獎賞、大報酬；死亡不是分離，總有一天會團聚，因為每個人都會往西方極樂世界走，只是早走晚走時間的問題；這一輩子有一個目標、走向好的方向，是這一期人生最大的成就，所以死亡是人生最大佈施、最深沉的學習。總而言之能證悟到死亡帶給我們的啟示，就可以瞭解末期病人照顧的真諦，及醫護人員所要努力的目標[12]。

結語

隨著癌末病情進行惡化，身體器官衰竭越加嚴重。症狀能夠得到控制，除藥物治療和身體照護之外，需要佐以心理、社會和靈性方面的成長。醫學必須結合傳統哲學思想，發展臨床末期醫療模式。身心社會照顧模式下產生的障礙，有二種處理方式，消極是身心社會自然模式，積極的是身心社會靈性模式。死亡的恐懼來自生存法則的挫敗與未來方向的不確定，是潛在的靈性照顧的最大課題。佛法在安寧緩和醫療的運用是建立本土化靈性照顧的特色。末期醫療照顧的核心專業成員，包括：緩和醫療專科醫師、護理師、臨床心理師、社工師和臨床宗教師，隨著病情的進行，各有其角色和功能缺一不可。臨床佛教宗教師對末期病人提供專業的靈性照顧，減少死亡恐懼、提升生活品質和達到善終，以及家屬的生

與死教育皆有實質的貢獻。

誌謝

本論文的完成，須感謝過去六年來，佛教蓮花基金會和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，最重要的是實際從事靈性照顧的諸位法師。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。

推薦讀物

1. Burkbardt MA: Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic Nurs Pract* 1989;3: 69-77.
2. 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏：台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧。安寧療護 2002;7:20-32。
3. 陳慶餘、釋惠敏：靈性安寧照顧模式。2003.1.20 發表於法鼓山人文社會獎助學術基金會主辦、中國心理學會協辦的「宗教信仰於災難後復健歷程中的功能學術研討會」。
4. 釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、胡文郁、邱泰源、釋惠敏：頭頸部癌末病人之靈性照顧。安寧療護 2002;7:269-82。
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;9:20-30。
6. 陳慶餘、邱泰源、胡文郁、釋宗惇、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;8:13-28。
7. 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;8:134-42。
8. 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;6:1-12。
9. 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 2001;6:16-26。
10. 陳慶餘等：921 大地震對民眾死亡概念與態度之改變。安寧療護 2003;8:353-63。
11. 釋宗惇、釋傳願、陳慶餘：九二一震災後民眾對死亡概念與態度之調查。安寧療護 2003;8:245-58。
12. 陳慶餘、惠敏法師、邱泰源等：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，2003;5。

