

頭頸部癌末病人之靈性照顧研究

釋宗惇 釋滿祥 陳慶餘 胡文郁¹ 邱泰源 釋惠敏²

摘要

為瞭解臨床佛教宗教師在頭頸部癌末病人靈性照顧的服務及專業角色，本研究針對2001年5月至10月期間在臺大醫院緩和醫療病房頭頸部癌末病人，有臨床宗教師提供靈性照顧為對象進行回溯性調查，共計收案23名。男性17名（73.9%）、女性6名（26.1%），平均年齡56.3歲，平均存活天數40.7天。臨床宗教師平均接觸時間為128.6分鐘，平均接觸次數為6次，善終總分平均為14.3分。在38人次照顧進程中，其照顧方式各為：清醒間接8次（21.1%），清醒直接16次（42.1%），昏迷直接6次（15.8%），昏迷間接8次（21.1%）。服務內容以「協助病人、家屬面對死亡」最多，有35次（92.1%）。法門應用則以念佛法門（63.2%）及衆善法門（47.4%）施作最高。靈性照顧問題依次為「死亡恐懼」（39.5%）、「不捨：不放心」（34.2%）、「不捨：放不下」（28.9%）、「不捨：不甘願」（18.4%）、「其他需轉介者」（15.8%）、「自我尊嚴感喪失」（13.2%）及「對正法認識不正確」（13.2%）、「心願未了」（10.5%）、「自我放棄」與「不捨：做錯了」（5.3%）。從照顧進程與法師服務內容、法門應用及靈性照顧問題的關係來看，念佛法門及衆善法門之施作與照顧方式有顯著相關性。另外，從住院時與往生前死亡恐懼程度與靈性境界之比較來看，很明顯在臨床宗教師照顧之後，死亡恐懼減少和靈性境界提升。

（安寧療護 2002；7；4：269-282）

Key Words：palliative medicine, spiritual care, clinical Buddhist chaplain, dhamma-practice, dying preparation

臺大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 臺大醫學院護理系¹ 國立臺北藝術大學通識教育中心²
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

根據衛生署統計，2001年臺灣地區主要癌症死因，屬於頭頸部癌症的口腔癌和鼻咽癌百分比分別為4.73%和2.49%，合計為7.22%；佔癌症死因第五位^[1]，較先進國家如美國、英國頭頸部癌症死亡率2%高。又頭頸部癌症病人佔國內緩和醫療病房人數的第三位^[2,3]，由此可見安寧緩和醫療照顧對頭頸部癌末病人的重要性。

早在1980年的文獻指出頭頸部癌末病人有較長的存活期和住院時間、及較多的疼痛、進食障礙、呼吸困難、視聽障礙、平衡障礙和因癌症潰爛傷口而致顏面受損等不易改善或控制的身體症狀，引起憂鬱和社會生活中斷等心理社會性問題，甚至因而產生自殺與懼死的靈性危機^[4,5,6,7]。醫療團隊人員必須針對這些臨床問題提供適切的醫療設施與照顧。過去台灣緩和醫療的發展包括在醫療環境設備的規範、引進世界衛生組織三階段疼痛治療、解除各種癌末症狀的臨床指引等都有長足的進步，因此在臨床照顧上病患身心痛苦得到大幅度的改善^[8,9]。

日本柏木哲夫曾指出：死亡過程不僅是一種肉體變化，同時也是一種心理、社會、靈性過程，上述頭頸部癌末病人的身心及社會性問題造成其整體性痛苦（total suffering）^[10]，成為緩和醫療團隊成員臨床照顧的一大

挑戰。臨終病人在身體部分會持續衰竭；心理上則會經歷否認、憤怒、討價還價的過程^[11,12]；家庭往往面對沉重壓力，個人人際關係也需重新調整；不僅要回顧生命意義、審視生命價值，更需要他人協助，完成靈性成長，以面對死亡。從社會文化角度看中國人壽終正寢的觀念，會要求去世時要

眼閉合、嘴闔起、身上沒有管子、洞口、膠布，表情安詳、儀容自然、身體完整才是善終。但是癌末病人來到緩和醫療病房通常已歷經滄桑，身上往往千瘡百孔，因此更彰顯靈性照顧的困難和心性成長的需要性與重要性。

本研究繼〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉之報告後^[13]，藉由收案病人的回顧整理頭頸部癌症病人臨床表現的特色，並發表本土化靈性照顧經驗。

對象與方法

本研究針對調查期間的收案對象，臨床法師所提供服務狀況的回溯性調查。

調查對象

以2001年5月至11月間入院，且接受臨床法師照顧之頭頸部癌末病患為主，共計有23位病人。

進行方式

由全職法師（每週五天）提供第一線靈

性照顧。病人住進病房後，經病人、家屬及臨床醫療團隊成員的要求，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。法師固定參與病房例行之出入院病例討論及各種討論會議。在醫護人員的指導之下，查閱病歷資料，並與醫療團隊成員交換心得，以充分瞭解病人病情進展，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^[14,15]。

調查內容

依病人住院時間次序，以法師實際接觸情況，勾選填寫已設計完成之表格，再予以統計分析。表格內容如下：

- 一、基本資料^[16]
- 二、服務方式
- 三、服務內容
- 四、善終分數

以上項目內容參閱〈臨床佛教宗教師在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查〉一文^[13]。

- 五、法門應用：依種類分為（1）皈依法門、（2）念佛法門、（3）懺悔法門、（4）禪定法門、（5）臨終說法與助念、（6）眾善法門六類^[13-17]。依病人接受法門程度分為（1）學習；（2）感應；（3）新生；（4）自在^[13]。

- 六、靈性境界評估：依據病人住院時及往生前的靈性境界評估，分為七個等級^[17]。

- 七、死亡恐懼程度：依據病人住院時及往生前三天的臨床表現，評估其死亡恐懼程度，分為五點評量。

1. 恐懼少，心情平靜，或者有時有喜悅。
2. 有恐懼，不需人陪伴，或者可自我調適。
3. 有恐懼，需人陪伴，或者可被安撫。
4. 極端恐懼，需人陪伴，無法閉眼睡覺。
5. 非常心神錯亂，失去自主能力，無法接受他人照顧。

- 八、靈性照顧問題：本研究將癌末病人的靈性問題區分為自我尊嚴感喪失、自我放棄、不捨（包含不甘願、不放心、放不下、做錯了）、死亡恐懼、心願未了、對正法認識不正確、需轉介等七大類：

- （1）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，或是有個性上的退化行為等。

- （2）自我放棄：認為死亡是不得不接受的結果，被迫性接受死亡，以消極態度忍受身心痛苦，自我封閉、不與人溝

通，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。

(3)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。不放心不是指他沒有準備，而是雖然病人及家屬已有所交代安排，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，仍放不下、不捨，所以有靈性困擾。

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

(4)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。

(5)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。

(6)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，不能體會生死是自然變化的因緣法則，不能學習正確的因應方法和態度。

(7)其他需轉介者：此類問題非法師可照顧，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

統計分析

將調查結果資料編碼、分析及歸納後，應用SPSS8.0套裝軟體，使用frequencies、descriptive、paired t-test和cross tab test統計。

結果

臺大醫院緩和醫療病房在2001年5月至

10月共計照顧224名病人，其中頭頸部癌症患者有26名（11.6%），僅次於肝癌、肺癌。本研究針對上述研究期間頭頸部癌末病人，並有臨床宗教師提供靈性照顧為對象，共計收案23名，佔所有頭頸部癌末病人的90%。

基本資料如表一結果顯示：23名收案病人中，男性17名（73.9%），女性6名（26.1%）。

表一、頭頸部癌末病人基本資料（N=23）

項 目	N	%	Mean (±S.D)
性別			
男	17	73.9	
女	6	26.1	
頭頸部癌症原發部位			
鼻咽癌	8	34.8	
舌癌	4	17.4	
下咽癌	2	8.7	
口腔癌	2	8.7	
顱底肉瘤	2	8.7	
其他	5	21.7	
平均年齡	23		56.3±15.0
平均存活天數	23		40.7±48.8
法師平均接觸時間（分）	37		128.6±252.6
法師平均接觸次數	37		6.0±5.8
善終指數			
瞭解自己死之將至	15		2.9±0.3
心平氣和接受	15		2.9±0.3
後事交代安排	15		2.9±0.5
時間恰當性	15		2.9±0.5
去世前三天舒適性	15		2.7±0.5
善終總分	15		14.3±1.0

%)；頭頸部癌症原發部位為鼻咽癌者有8名(34.8%)，舌癌4名(17.4%)，下咽癌2名(8.7%)，口腔癌2名(8.7%)，顱底肉瘤2名(8.7%)，其他部位5名(21.7%)；平均年齡56.3歲，較一般癌症患者之62.13歲年輕；平均存活天數40.7天，較一般癌症患者之17.01天長；臨床宗教師平均每次接觸時間128.6分鐘，而平均接觸次數為6次；在團隊的的照顧後，23名收案病人的善終總分在滿分15分中獲得14.3高分，幾近於15分之滿分。

表二依照照顧進程臨床宗教師共提供38人次，四項照顧方式各為：清醒間接8次(21.1%)，清醒直接16次(42.1%)，昏迷直接6次(15.8%)，昏迷間接8次(21.1%)。而臨床宗教師提供的服務內容以「協助病人、家屬面對死亡」最多，有35次(92.1%)，其次依序為「宗教儀式的說明」16次(42.1%)及「支持團隊成員的照顧」9次(23.7%)。法門應用以念佛法門(63.2%)及眾善法門(47.4%)施作頻率最高。病人呈現的靈性問題最多為「死亡恐懼」「死亡恐懼」(39.5%)、「不捨：不放心」(34.2%)次之、再其次依序為「不捨：放不下」(28.9%)、「不捨：不甘願」(18.4%)、「其他需轉介者」(15.8%)、「自我尊嚴感喪失」(13.2%)及「對正法認識不正確」(13.2%)、「心願未了」(10.5%)、「自我放棄」與「不捨：做錯了」(5.3%)。

表二、佛教宗教師對23位頭頸部癌末病人之服務統計

項 目	N	%
照顧方式		
清醒間接	8	21.1
清醒直接	16	42.1
昏迷直接	6	15.8
昏迷間接	8	21.1
服務內容		
宗教儀式的諮詢	16	42.1
協助病人、家屬面對死亡	35	92.1
支持團隊成員的照顧	9	23.7
助念資源的提供	3	7.9
醫療或行政事務的協助	0	0
其他	4	10.5
法門應用		
皈依法門	8	21.1
念佛法門	24	63.2
懺悔法門	4	10.5
禪定法門	1	2.6
臨終說法與助念	6	15.8
眾善法門	18	47.4
靈性照顧問題		
自我尊嚴感喪失	5	13.2
自我放棄	2	5.3
不捨 不甘願	7	18.4
不放心	13	34.2
放不下	11	28.9
做錯了	2	5.3
死亡恐懼	15	39.5
心願未了	4	10.5
對正法認識不正確	5	13.2
其他需轉介者	6	15.8

表三就以上「照顧方式」與「服務內容」、「法門應用」、「靈性照顧問題」四項內容再進行分析統計，發現不論病人清醒或

表三、頭頸部癌末病人照顧方式與法師服務內容、法門應用及靈性照顧問題之分析 N=38

項 目	清醒		昏迷		P 值
	間接	直接	間接	直接	
法師服務					
宗教儀式的諮詢	4	6	2	4	0.452
協助病人、家屬面對死亡	7	15	7	6	0.812
支持團隊成員的照顧	1	6	1	1	0.424
助念資源的提供	0	1	0	2	0.080
其他服務	0	3	0	1	0.376
法門應用					
皈依法門	1	6	0	1	0.244
念佛法門*	3	15	3	3	0.005
懺悔法門	0	4	0	0	0.189
禪定法門	0	1	0	0	0.728
臨終說法與助念	0	2	2	2	0.219
眾善法門*	0	9	4	5	0.034
靈性照顧問題					
自我尊嚴感喪失	0	3	0	2	0.182
自我放棄	0	1	0	1	0.506
不捨					
不甘願	2	4	0	1	0.502
不放心	2	8	2	1	0.387
放不下	2	7	2	0	0.250
做錯了	1	1	0	0	0.675
死亡恐懼	3	9	2	1	0.291
心願未了	0	3	1	0	0.446
對正法認識不正確	1	4	0	0	0.270
其他需轉介者	1	3	0	2	0.408

*P<0.05

表四、頭頸部癌末病人死亡恐懼程度與靈性境界評估

項 目	住院時		往生前	
	N	%	N	%
死亡恐懼程度*				
1恐懼少，心情平靜，或者有時有喜悅	0	0	4	19.0
2有恐懼，不需人陪伴，或者可自我調適	0	0	10	47.6
3有恐懼，需人陪伴，或者可被安撫	7	63.6	7	33.3
4極端恐懼，需人陪伴，無法閉眼睡覺	4	36.4	0	0
5非常心神錯亂，失去自主能力，無法接受他人照顧	0	0	0	0
靈性境界評估*				
1接受死亡，相信靈性存在，主動追求靈性提升	0	0	8	38.1
2接受死亡，相信靈性存在，需靠被動引導來提升靈性	1	9.1	5	23.8
3接受死亡，相信靈性存在	3	27.3	4	19.0
4接受死亡，對靈性持中性態度或另有看法	4	36.4	3	14.3
5接受死亡，對靈性存疑，或只求現狀滿足，或沒有死亡準備	3	27.3	0	0
6不接受或避談死亡，只求現狀滿足	0	0	1	4.8
7害怕死亡，增加身心痛苦的煎熬	0	0	0	0

*P<0.001

昏迷，宗教師皆可從事靈性照顧，唯一有差別的只在不同法門的操作。尤其念佛法門和眾善法門的操作。因為念佛法門可以心念、憶念、觀想的方式進行，眾善法門則多是佛法的開示。受到靈性照顧的病人，比較其住院和往生時的死亡恐懼程度，有明顯的減少，靈性境界的提昇也有顯著的成長。另外，從照顧進程與法師服務內容、法門應用、靈性照顧問題的關係來看，念佛法門及眾善法門之施作與照顧進程有達統計學上之顯著相關性，其他變項則無顯著相關。

表四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（多在“3 有恐懼”到“4 極端恐懼”之間）、靈性境界較低（多在“3 接受死亡，相信靈性”到“5 接受死亡，對靈性存疑，或只求現狀滿足，或沒有死亡準備”之間），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（多在“1 恐懼少，心情平靜，或者有時有喜悅”到“3 有恐懼，可被安撫”之間），且靈性境界大幅提昇（病人多在“1 接受死亡，相信靈性存在，主動追求靈性提升”到“3 接受死亡，相信靈性存在”之間）。

討 論

本研究首次報告頭頸部癌末病患靈性照顧課題，在團隊成員中臨床佛教宗教師提供的專業照顧對病患死亡恐懼之減輕以及善終指數之提昇有實質之助益。

相較於其他癌症患者，頭頸部癌末病人「靈性照顧」的問題，與病人年輕、意識清楚、活動能力佳、單一器官系統衰竭而非多重器官系統衰竭有關。頭頸部器官系統的衰竭使病人無法進食與溝通，身體其他部位仍維持良好功能與需求。常出現的症狀有：外表的傷口明顯、語言溝通障礙、進食及吞嚥困難、可見的動脈出血、高度神經性疼痛、血鈣升高導致躁動或膽妄，因此死亡恐懼的表現較明顯。傷口潰爛、惡臭、明顯外觀改變，容易導致頭頸部癌症患者自形慚穢；語言溝通障礙、與人互動困難則影響人際關係，所以自我尊嚴感喪失的問題普遍存在。頭頸部癌末病人的平均存活天數為40.7天，較一般的17.1天為長^[13]，需團隊其他專業協助的問題較多，如：出院困難、經濟困難、居家照護家庭關係和支持能力等。比較平均年齡，頭頸部癌末病人為56.3歲，較其他癌末病人的62.1歲年輕^[13]，對罹病看法不甘願的情緒強。又由於病人的平均年齡屬於中年期，在人類發展學中，正處Erikson所謂的「貢獻對停滯」階段；在家庭角色中，既要奉

養年老的雙親，又要撫養成長中、或輔導將進入社會的兒女；在婚姻關係裡則需再調整，工作和事業處於成功或再評價時期^[18,19]；因此不放心和放不下的問題居多。又其活動能力較一般癌症患者佳，且存活期較長，接受死亡的態度隨病情變化起伏大，可觀察到需要較多情緒照顧課題^[20]。

由於存活時間及住院時間較一般病人為長，身心症狀及心靈受苦的程度較劇，加上溝通不易，法師與病人平均接觸時間、次數都較一般病人為長。受到自我尊嚴感喪失的影響，及語言溝通的限制，照顧方式中「清醒間接」的比例為21.1%，較一般病人的6.3%高出很多^[13]，顯示出法師在建立關係的早期，往往必須先與家屬溝通照顧方向，透過家屬對病人做靈性照顧。一旦建立穩固的信任關係，雖是以法師單向為病人說法的溝通方式，都能與一般無溝通障礙的病人一樣，針對病人的問題做直接的溝通與照顧；又因為頭頸部癌末病人住院初期呈現的整體性問題較繁複團隊需要花較多的人力、時間處理病人和家屬呈現多樣性的問題，而在問題一一得到解決之後，其中包括自我努力成長的方向，一旦進入昏迷階段所需的介入相對的較一般癌末病人少，而善終指數仍可達到14.3的高分（總分為15分）。

服務內容的部分，頭頸部癌末病人在

「宗教儀式的諮詢」一項（42.1%）較其他病患（18%）高出很多^[13]，與病人較年輕、受苦程度較劇，及照顧初期「清醒間接」的照顧方式有關。由於年輕、對於治療不放棄希望、不能接受死亡、不甘願，住院初期病人多不能接受法師直接的照顧。相較於其他病人，頭頸部癌末病人的家屬更瞭解病人有限的存活時間，且有較大的照顧壓力（擔心大出血、傷口變化等的問題），比較容易在死亡準備問題上尋求專業的協助，且往往從宗教儀式的諮詢、祈求庇佑的力量開始。與法師建立關係之後，求助的問題也會慢慢轉向照顧壓力的調適、面對死亡的學習調適等問題，所以在「協助病人、家屬面對死亡」一項的服務比例，頭頸部癌末病人（92.1%）也較一般病人（84.4%）高^[13]。

法門應用上，頭頸部癌末病人在皈依法門的應用（21.1%）較其他病人（4.6%）高出很多^[13]。「皈依14 15」對癌末病患是一個很重要的轉折點，帶領病患從過去求治癒、積極治療的態度轉向擁有好的生活品質及未來生命的考量。皈依是一種「確認」的儀式與過程，確認病患相信靈性成長的力量，也確認病患自己有成長的潛能，透過往生前的努力（如念佛、禪定、懺悔）開發此潛能，就可以發揮靈性的療效。

臨床經驗中，病人皈依後會覺得心安，

是因為轉移了追求的目標，過去覺得很重要的東西，現在看起來已不見得重要，這是對「無常」有所感應，是一種價值觀的改變，證悟到佛法的無上。在生命的最後階段，隨時要面對死亡，體會到內心的變化「無常」，體會到沒有「我執」的世界就是極樂世界，體會到西方極樂世界等於「涅槃」。只要能體會到「無常」、「無我」、「涅槃寂靜」這三項的話，就可以面對死亡。所以法師在幫助病人除了從外表、行為觀察以外，還要跟他談內心的想法、意義，以及對人生的看法等，讓他體會這三項意義，而不在於形式上的傳授或教導。因此，「念佛法門」（從念佛中培養安定力，學習觀察心念，體會無常無我）、「眾善法門」（討論內心的想法、意義等，有助於關切點的「轉向」）與「懺悔法門」（排除障礙自我肯定的心理因素，有助於體悟與成長）對頭頸部癌末患者的施作有其特殊的需要^[13]。

無論病人在清醒或昏迷的狀態中，宗教師都可從事靈性照顧。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【瞭解病情-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成長的五個階段^[21]。瞭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，觀念必須改變。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（說明生死如大自然變化的看法、生死一如的概念），仍可見到病人因此感應而放鬆，不會因色身的昏迷產生互動的障礙。

「感應靈性存在」是病人能否以積極、學習成長的態度面對死亡的重要關鍵。能夠感應靈性存在，體會無形的靈性境界（或佛性境界）的和諧、清淨、光明，可以消彌對有形的失落——死亡的恐懼，產生強而有力的內在力量。比起一般人，癌末病人有更強烈的靈性需求，若能透過適當的引導與練習，病人有很大的潛能感應靈性存在。從表三念佛法門與善終指數呈顯著相關，可見臨床經驗中，宗教師以念佛法門的施作幫助病人安定心念、保持專注，祈請佛菩薩的加持，可發揮感應靈性的療效。這種療效的延續，從表四中可清楚看到，在臨床宗教師照顧之後，死亡恐懼減少，且靈性境界提升。靈性的成長需要經過病人對法門的依持、實踐（行解並重）之後感應靈性，最後可以幫助病人擺脫身心的桎梏，從困頓及恐懼中脫

困、破繭而出。

整體性來說，過去對頭頸部癌末醫療以解除病人身心痛苦的方式來協助病人。而安寧緩和醫療則在緩解身心痛苦的基礎上，進一步從積極面幫助病人解除死亡恐懼和靈性提昇。當病人病情往下，認清死亡是不可避免的事實時，要解除其痛苦，必需透過心願完成、肯定生命意義與價值，幫助病人感應到靈性的存在。病人過去所依持的「法」往往不足以超脫死亡，所以要有靈性照顧者的引導，啟發他內在的力量，依持正法，在心智方面成長，以正視死亡，甚至把死亡當作是寶貴的學習，產生歡喜。在這當中，宗教師的專業角色非常重要。宗教人士自然的心靈導師的角色，很容易鼓舞臨終者虔敬皈依的心境，放下對身心的執著，達到善終。家屬、照顧團隊，也能跟病人一起，以有限生命的作為，邁向無止境、圓滿的成佛之道。

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；臺大安寧緩和醫療病房全體醫護同仁、研究期間共同照顧的會焜法師、法成法師、心理師、社工師、志工團隊的共同參與；研究助理蔡宜欣小姐整理統計結果，在此致上最深的謝意與無限的祝福。

參考文獻

1. 行政院衛生署網頁資料：臺灣地區主要癌症死亡原因。http://www.doh.gov.tw/statistic/data
2. 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘：頭頸部癌末病人之靈性照顧研究。台灣安寧照顧協會九十一年度聯合年會暨安寧緩和學術研討會會議摘要：pp31-32
3. 劉景平：頭頸部癌症患者的傷口護理。台灣安寧照顧協會九十一年度聯合年會暨安寧緩和學術研討會會議摘要：pp15-20
4. Pashmey NRT : Practical palliative care for the patient with terminal head and neck cancer. : The Journal of Otolaryngology 1980 ; 9(5) : 405-11
5. Ewards D : Head and neck cancer services:views of patients,their families and professionals. : British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : 1998 ; 36 : 99-102
6. Lovel T : Palliative care and head and neck cancer : British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : 2000 ; 38 : 253-54
7. Maher EJ, Jefferis AF : Decision making in advanced cancer of the head and neck : variation in the views of medical specialists. : Journal of the Royal Society of Medicine 1990 ; 83(6) : 356-9
8. Talmi YP, Roth Y, Waller A, et al : Care of the terminal head and neck cancer patient in the hospice setting. : Hospice Care. 1995 ; 105 : 31-18
9. MacDougall RH, Munro AJ, Wilson JA : Palliation in head and neck cancer : Oxford Textbook of Palliative Medicine : Derek Doyle Geoffrey W.C Hanks and Neil MacDonald : 2nded. U S A : Oxford Medical Publications : 1998;21(5):1215-19
10. 陳慶餘：緩和醫療的原則。臺灣醫學 1997 ; 1 : 186-92
11. Sherman AC, Simonton S, Adams DC, et al: Coping with head and neck cancer during different phases of treatment : Head&Neck 2000 ; Dec:787-93
12. Pruyn JF, de Jong PC, Bosman LJ, et al : Psychosocial aspects of head and neck cancer-a review of the literature : Clinical Otolaryngology & Allied Sciences 1986 ; 11(6) : 469-74.
13. 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘：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
14. 陳慶餘、釋惠敏等：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，1999年。

15. 陳慶餘、釋惠敏等：緩和醫療臨床佛教宗教師之培訓計畫案。一如淨舍臨終關懷協會委託計畫研究報告，2001年。
16. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等：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：2002Mar。
17. 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
18. 蔡欣玲等：當代人類發展學。臺北：匯華圖書出版，2002年5月。
19. 阮玉梅、黃秋滿、武茂玲：公共衛生護理學。臺北：啓英，1999年。
20. Herzon FS, Boshier M：Head and neck cancer-emotional management: Head&Neck Surgery 1979；Nov/Dec: 112-18
21. 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇等：台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧。安寧療護2002；2：20-32

Spiritual Care for Terminal Patients with Head and Neck Cancer

Tsung-Tueng Bhikkhuni, Man-Shyang Bhikkhuni, Ching-Yu Chen, Wen-Yu Hu¹,
Tai-Yuan Chiu, Hui-Ming Bhikkhu²

Abstract

To investigate the service and professional role of clinical Buddhist chaplains as a team member in taking care of terminal patients with head and neck cancer, this study recruited 23 patients from May to October 2003 at palliative care ward of National Taiwan University Hospital. There were 17 male (73.9%) and 6 female (26.1%). The mean age was 56.3 years and mean survival time was 40.7 days. The mean contact time and frequency by clinical chaplains were 128.6 minutes and 6 times during admission. The total good death score was 14.3 points. Among 38 times of caring processes: 8 times the patients were awake and the spiritual care was indirect (21.1%); 16 times the patients were awake and the spiritual care was direct (42.1%); 6 times the patients were unconscious and the spiritual care was direct (15.8%); and 8 times the patients were unconscious and the spiritual care was indirect (21.1%). In regard to service contents, 35 out of 38 times the clinical Buddhist chaplains were helping the patient and the relatives to face death with the proper attitude (92.1%). Most widely employed methods by the patients were to recite Buddhas' name (63.2%) and to give charity (47.4%). Spiritual care issues raised by patients were: fear of death (39.5%); not willing to pass away due to concern of one's family (34.2%); not willing to pass away due to one's unfinished concern (28.9%); not willing to pass away due to against one's will (18.4%); concerned about being transferred to another hospital (15.8%); losing one's self-respect (13.2%); having misunderstanding about the Truth (13.2%); having unfulfilled wishes (10.5%); abandoning oneself and not willing to pass away due to one's past mistakes (5.3%). To analyze the spiritual care processes with services by the clinical Buddhist chaplains, the methods employed and the concerns of the patients, only the methods of reciting Buddhas' name and giving charity showed significant differences. Moreover, in comparison of relationship between fear of death and spiritual strength on admission and before death, the former was reducing and the latter was increasing significantly along with spiritual care sessions provided by the clinical Buddhist chaplains.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2002 ; 7 : 4 : 269-282)

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital. ¹Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University. ²National Taipei University of the Art