

臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇

陳慶餘 邱泰源 胡文郁¹ 釋宗惇 黃鳳英 釋惠敏²

摘 要

本研究針對2001年1-8月期間，緩和醫療病房187名入院病人為主要調查對象，以有否宗教師提供的直接照顧區分為照顧組與對照組，分析癌末病人善終的影響因素。調查分析對照組病人住院時與往生時的各項善終指數（包括「瞭解自己死之將近」、「心平氣和接受」、「後事交代安排」、「時間恰當性」、「去世前三天舒適性」等五項）及善終總分，除了「後事交代安排」一項外，往生時之善終指數皆較住院時之善終指數來得高，表示緩和醫療團隊照顧對病人的善終有正向的影響，但「後事交代安排」無顯著差異。進一步檢視對照組病人與照顧組病人各項善終指標之相關性，結果發現有宗教師提供直接照顧之照顧組病人的五項善終指數及善終總分均較前者高，顯見臨床宗教師的參與照顧更有助於善終的達成。為了更加瞭解臨床宗教師照顧對病人善終的影響，針對各項因素作進一步分析。在法師提供的服務方面，協助病人及家屬面對死亡及宗教儀式的諮詢，有助於善終指數的提昇；法門應用部分，皈依及念佛法門之施作有助於病人心平氣和的接受死亡；皈依及懺悔法門則有助於去世前三天的舒適性；另外，臨終說法與助念對「心平氣和接受」、「後事交代安排」、「時間恰當性」有顯著影響。當法師提供為病人作靈性評估、擬定照顧計畫及執行三項照顧，病人在「瞭解自己之將至」、「心平氣和接受」、「後事交代安排」、「時間恰當性」及「善終總分」有明顯提昇。此外，當法師協助病人完成「遺願交代」、「佛法修持」及「來生期待」三項死亡準備工作時，其善終指數亦為正向成長。由調查結果得知，臨床佛教宗教師專業照顧的參與確實對癌末病人之善終指數有更大助益，本研究再次肯定臨床佛教宗教師作為緩和醫療團隊專業的靈性照顧人員，是不可或缺的角色。

(安寧療護 2003 ; 8 : 1 : 13-27)

Key Words : palliative medicine, spiritual care, good death, Buddhist chaplain

臺大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 臺大醫學院護理學系¹ 國立臺北藝術大學共同學科²

通訊作者：陳慶餘 台北市中山南路7號 台大醫院家庭醫學部

前言

「善終」是緩和醫療的目標，然而根據行政院衛生署的統計，台灣地區一年約有三萬名民眾死於癌症，且大多數病患是在極度痛苦中辭世。爲了提昇癌症末期病患的生活品質，減輕因癌症所帶來的身體的不適、心靈的創傷、家庭的衝擊，安寧療護及緩和醫學的推展是先進國家所實施，爲世界性的趨勢⁽¹⁾。根據世界衛生組織（WHO）對緩和醫療的定義而衍生出的善終目標，需包含身體、心理、社會及靈性四方面的健全，即提供癌症末期病患及家屬身、心、社會及靈性全面性照顧，以協助病患安詳且尊嚴地離開人世。比較世界衛生組織對健康的定義，善終目標多了「靈性」一項，靈性平安是爲了解除死亡所帶來的恐懼，如何提供靈性照顧，是緩和醫療刻不容緩的重要課題⁽²⁻³⁾。

本研究繼先前〈癌症末期病人善終之初步研究〉，採用Weiseman對善終的定義⁽⁴⁾：身心痛苦減至最低程度且帶著尊嚴地辭世。善終的徵象應包括下列項目：1.瞭解死之將至、2.心平氣和接受、3.後事交代安排、4.時間恰當性，其中1、2項代表對死亡的調適和態度，第3項針對死亡在家庭、人際關係間的處理方式，第4項屬於靈性層面，意指把死亡當作完美的結束。參考Weiseman的善終的徵象，加去世前三天之舒適性，即檢測身體痛

苦是否得到解除，總和以上共五項作爲善終評估指標，藉以瞭解癌末病人的善終情形⁽⁵⁾。

緩和醫療團隊成員包括醫師、護士、心理師、社工師等成員，對身體的照顧、心理的輔導、社會的支持提供專業性的服務；即身、心、社會三方面有專業人員負責。從過去成果顯示，團隊照顧對於病人善終有具體貢獻，不過一般的安寧療護機構卻缺乏有經驗的靈性照顧專職人員參與。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，尤其越到生命末期，心願的完成、後事交代安排等靈性需求越加殷切，因此需要有專責的靈性工作人員提供照顧⁽⁶⁾。靈性照顧人員爲緩和醫療服務成員的角色和服務內容，主要是協助病人、家屬面對死亡，次爲支持團隊成員的照顧⁽⁷⁾；而法師經過培訓階段成爲專責靈性照顧的臨床佛教宗教師，針對病人不同的靈性需求，使用各種不同的方式或透過法門的設計，應用於癌末病人身上，來發揮靈性的內在力量，使其克服死亡的恐懼，解除其身、心的煎熬，提昇到善終的境界，顯現靈性照顧是緩和醫療達到善終目的所不可或缺的條件⁽⁸⁻¹¹⁾。

台大醫院緩和醫療病房自1999年始培育並引進臨床佛教宗教師，過去三年期間的角色和提供服務內容，確實讓癌末病人提昇整體的生活品質，並讓癌末病人得到心靈的成

長^(7,12-16)。本研究對臨床佛教宗教師所提供的專業服務及其影響因素分析，並進一步比較癌末病人住院時與往生前之善終指數作深入的探討。

對象與方法

本研究針對調查期間，所有在台大醫院緩和醫療病房死亡之癌末病人，收集其善終評估資料所作的回溯性研究。

調查對象

以2001年1月至8月八個月期間，緩和醫療病房之入院病人為主要調查對象，共計收案187名病人。6月至8月三個月期間，由法師負責第一線照顧之住院病人為照顧組，收集有98名，其中有65份善終評估；另取1月至8月八個月期間，未曾有專責法師提供照顧之病人作為對照組，計有89名，其中有74份善終評估。

進行方式

本研究調查期間住進緩和醫療病房之病人，經病人、家屬及團隊成員的要求，法師直接或跟隨醫護查房接觸病人，建立關係，並提供第一線專業照顧。另外，1月至5月由於法師人力不足，若病人、家屬及團隊成員未照會，法師僅作第二線的服務。

經收案病人，因住院時的意識狀態和對法師的接受度不同，依據法師接觸病人的不

同方式，觀察法師與病人互動的階段順序和變化。而法師的接觸方式，分為清醒間接、清醒直接、昏迷直接、昏迷間接四類。其運作模式在病人意識清醒時，分直接與病人接觸或因病人的宗教信仰、當時的身心狀態不適合，而透過病人家屬或親友、照顧者與其間接建立關係以瞭解需求。在病人意識昏迷時，有透過之前關係的建立，而能對法師的直接接觸有直覺的感應產生，或病人因昏迷而無法直接反應，則間接透過親友、家屬或照顧者對病人提供服務。

當病人因疾病變化而在醫院往生，團隊人員會於每週例行團隊會議，對每週去世病人分別進行「善終指標評估」，由負責照顧的醫師，依據台大醫院緩和醫療病房使用的善終評估指標分五點評量。為避免主觀，參與評估的人員包括：醫師、護士、心理師、法師、社工師、美術療育師、藝術治療師、志工等團隊成員，針對各項指標，提供專業觀察的意見，經團隊討論後，達成共識給予分數⁽¹⁴⁾。

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：內容包括病人姓名、年齡、性別、癌症原發部位、住院次數、住院

日期、住院總天數。

二、法師服務：法師接觸病人後所提供的服務與照顧，內容如下：

1. 照顧天數：指法師接觸病人後的住院天數。
2. 接觸次數與接觸總時間（分）：指病人住進緩和醫療病房後，法師接觸每一病人的總次數，及對單一病人所有接觸時間的總和。
3. 服務內容：根據〈台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查〉研究報告中醫護人員認為法師的服務內容，主要分為（1）宗教儀式的諮詢，（2）協助病人、家屬面對死亡，（3）支持團隊成員的照顧，（4）助念資源的提供，（5）醫療或行政事務的協助，和（6）其他等⁽¹⁵⁾。
4. 法門應用：
 - (1) 種類：分為皈依法門、念佛法門、懺悔法門、禪定法門、臨終說法與助念、眾善法門六類。
 - (2) 程度：依病人接受法門程度給予四級評等，分為學習階段、感應階段、新生階段、自在階段⁽⁷⁾。
5. 死亡前準備：在臨床法師的專業照顧中，病患在接受生命期有限的事實下，完成死亡前準備，依其程度差別

內容分為：遺願交代、佛法修持、來生期待。

6. 靈性照顧計畫：法師的臨床服務，依其所提供靈性照顧計畫之執行程度分為：建立關係、評估、擬訂照顧計畫、執行。

三、善終評估：包括(1)瞭解死之將至、(2)心平氣和接受、(3)後事交代安排、(4)時間恰當性和(5)去世前三天舒適性五項指標，分數由0至3分，參考醫學倫理「自主性」的原則，越尊重病人意見得分越高，滿分為15分，並分住院時與往生前兩階段評量。

統計分析

將調查結果資料編碼、分析及歸納後，應用SPSS 8.0套專軟體統計，使用Frequencies、Chi-square、T-test和one-way ANOVA進行資料分析。

結果

基本資料

調查期間，收案對象共計有187名，其中照顧組為98名（52.4%），對照組為89名（47.6%）。98名照顧組病人計男性54名（55.1%），女性44名（44.9%）；89名對照組病人計男性56名（62.9%），女性33名（37.1%）。男女性別以卡方檢定結果顯示照顧組與對照

組並無顯著差異性。98名照顧組病人平均年齡為59.1 (± 1.7) 歲，平均住院天數為15.2 (± 1.2) 天；89名對照組病人平均年齡較高，為63.9 (± 1.4) 歲，平均住院天數亦較短，為6.8 (± 0.9) 天。以年齡、住院天數及善終總分三項與法師有無接觸做T檢定，結果均達統計學上之顯著差異 ($P < 0.05$, $P < 0.01$, $P < 0.001$)。而98名照顧組病人之癌症原發部位以肺癌比例最高，計24名 (24.5%)，其他及頭頸部癌症分別為18及17名 (18.4%及 17.3%)、肝癌15名 (15.3%)、胃癌6名 (6.1%)；而89名對照組病人之癌症原發佈為則以其他比例最高，計31名 (34.8%)，依序為肺癌17名 (19.1%)、肝癌13名 (14.6%)、胃癌9名 (10.1%)、子宮頸或卵巢癌7名 (7.9%)。

另外針對對照組病人住院時與往生時善終指數之比較結果顯示，在「瞭解自己死之將至」一項，住院時之善終指數為2.27 (± 0.81) 分，往生時則提高為2.59 (± 0.66) 分；在「心平氣和接受」一項，住院時之善終指數為2.27 (± 0.76) 分，往生時為2.50 (± 0.74) 分；「後事交代安排」一項，住院時之善終指數為2.42 (± 0.91) 分，往生時則增加為2.47 (± 0.88) 分；「時間恰當性」方面，住院時之善終指數為2.18 (± 1.05) 分，往生時為2.51 (± 0.88) 分；在「去世前三天

舒適性」一項，住院時之善終指數僅為1.76 (± 0.62) 分，而往生時善終指數明顯提高為2.49 (± 0.58) 分；總和住院時之善終總分為10.94 (± 3.20)，往生時之善終總分則提高至12.55 (± 2.74) 分。比較對照組病人住院時與往生時之善終指數，作配對T檢定，結果顯示，除了在「後事交代安排」一項未達統計上之差異水準外，餘皆有顯著差異 ($P < 0.001$)。

善終指數影響因素之分析

統計分析善終指標影響因素，以五項善終指標及善終總分為依變項，法師接觸、性別、年齡 (表三中自變項的N為全部善終評估份數、及依法師接觸與否分為照顧組病人及對照組病人)、法師接觸時間、法師服務 (宗教儀式的諮詢、協助病人、家屬面對死亡、支持團隊成員的照顧、助念資源的提供、其他服務，因醫療或行政事務的協助一項個數不足，所以未列入)、法門應用 (皈依法門、念佛法門、懺悔法門、禪定法門、臨終說法與助念、開示法門)、靈性照顧計畫 (建立關係、評估、擬訂計畫、執行)、死亡前準備 (遺願交代、佛法修持、來生期待) 為自變項 (表四中自變項的N為法師已接觸病人)，做二個獨立樣本的T檢定。

法師接觸一項，對照組之各項善終指標，除「去世前三天舒適性」外，其餘結果

表一、收案病人基本資料 (n=187)

	照顧組 (n=98)		對照組 (n=89)		P值
	N	%	N	%	
性別					
男	54	55.1	56	62.9	0.349
女	44	44.9	33	37.1	
癌症原發部位					
肝癌	15	15.3	13	14.6	
肺癌	24	24.5	17	19.1	
頭頸部癌症	17	17.3	4	4.5	
胃癌	6	6.1	9	10.1	
腦癌	3	3.1	0	0	
子宮頸、卵巢癌	3	3.1	7	7.9	
乳癌	4	4.1	5	5.6	
血癌	1	1.0	1	1.1	
原發部位不明	3	3.1	2	2.2	
其他	18	18.4	31	34.8	
平均年齡	59.14±1.68		63.94±1.44		0.033
平均住院天數	15.17±1.16		6.80±0.86		0.000

表二、對照組病人住院時與往生時善終指數之比較 (n=74)

指 標	住院時	往生時	P值
瞭解自己死之將至	2.27±0.81	2.59±0.66	0.000
心平氣和接受	2.27±0.76	2.50±0.74	0.000
後事交代安排	2.42±0.91	2.47±0.88	0.159
時間恰當性	2.18±1.05	2.51±0.88	0.000
去世前三天舒適性	1.76±0.62	2.49±0.58	0.000
善終總分 (滿分15分)	10.94±3.20	12.55±2.74	0.000

善終指數之提昇

均達統計上顯著差異之水準 ($P < 0.05$)。而在性別一項，男性或女性的善終指數並無顯著高低差異。另外，在年齡方面，以65歲為區隔檢測結果顯示，不論是照顧組或是對照組病人，其年齡65歲以上組與65歲以下組之

各項善終指標，亦無顯著的組間差異。

照顧組病人善終指數影響因素之分析

針對照顧組病人善終指數影響因素之分析結果顯示，「法師接觸時間」在五項善終指標與善終總分中，「心平氣和接受」及

表三、癌末病人往生前善終指數之比較

指 標		性 別				年 齡				法師接觸	
		對照組		照顧組		對照組		照顧組		對照組	照顧組
		男	女	男	女	<65歲	≥65歲	<65歲	≥65歲		
瞭解自己死之將近	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	2.66	2.48	2.90	2.72	2.67	2.53	2.80	2.88	2.59	2.83
	(S.D)	(0.64)	(0.70)	(0.30)	(0.54)	(0.63)	(0.69)	(0.46)	(0.34)	(0.62)	(0.42)
	P值(Sig.)	0.080	0.091	0.363	0.484	0.014					
心平氣和接受	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	2.57	2.37	2.85	2.60	2.47	2.53	2.76	2.75	2.50	2.75
	(S.D)	(0.65)	(0.88)	(0.43)	(0.65)	(0.74)	(0.76)	(0.54)	(0.53)	(0.74)	(0.53)
	P值(Sig.)	0.259	0.064	0.757	0.965	0.024					
後事交代安排	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	2.40	2.59	2.93	2.72	2.64	2.32	2.83	2.88	2.47	2.85
	(S.D)	(0.92)	(0.80)	(0.35)	(0.79)	(0.76)	(0.96)	(0.63)	(0.45)	(0.88)	(2.57)
	P值(Sig.)	0.379	0.157	0.115	0.735	0.004					
時間恰當性	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	2.49	2.56	2.95	2.80	2.53	2.50	2.88	2.92	2.51	2.89
	(S.D)	(0.91)	(0.85)	(0.22)	(0.58)	(0.91)	(0.86)	(0.46)	(0.28)	(0.88)	(0.40)
	P值(Sig.)	0.754	0.143	0.893	0.676	0.002					
去世前三天舒適性	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	2.47	2.52	2.70	2.52	2.42	2.55	2.61	2.67	2.49	2.63
	(S.D)	(0.62)	(0.51)	(0.46)	(0.65)	(0.55)	(0.60)	(0.59)	(0.48)	(0.58)	(0.55)
	P值(Sig.)	0.707	0.199	0.315	0.673	0.133					
善終總分	N	47	27	40	25	36	38	41	24	74	65
	平均值	12.57	12.52	14.33	13.36	12.72	12.39	13.88	14.08	12.55	13.95
	(S.D)	(3.01)	(2.23)	(1.29)	(2.50)	(2.86)	(2.64)	(2.09)	(1.53)	(2.74)	(1.89)
	P值(Sig.)	0.928	0.083	0.611	0.651	0.001					

表四、針對收案組病人善終指標影響因素之分析 (n=98)

變項名稱	瞭解自己死之將近				心平氣和接受			後事交代安排		
	N	平均值(S.D)	P值		N	平均值(S.D)	P值	N	平均值(S.D)	P值
法師接觸時間										
≤60分	42	2.79(0.47)	0.181		42	2.67(0.61)	0.031	42	2.79(0.68)	0.139
>60分	23	2.91(0.29)			23	2.91(0.29)		23	2.96(0.21)	
法師服務										
宗教儀式的諮詢	無	54	2.81(0.44)	0.396	54	2.70(0.57)	0.000	54	2.81(0.62)	0.032
	有	11	2.91(0.30)		11	3.00(0.00)		11	3.00(0.00)	
協助病人家屬面對死亡	無	7	2.43(0.79)	0.006	7	2.14(1.07)	0.001	7	2.00 (1.29)	0.000
	有	58	2.88(0.33)		58	2.83(0.38)		58	2.95(0.29)	
支持團隊成員的照顧	無	41	2.83(0.44)	0.970	41	2.68(0.61)	0.107	41	2.76(0.70)	0.031
	有	24	2.83(0.38)		24	2.88(0.34)		24	3.00(0.00)	
助念資源的提供	無	58	2.83(0.42)	0.861	58	2.74(0.55)	0.590	58	2.83(0.60)	0.450
	有	7	2.86(0.38)		7	2.86(0.38)		7	3.00(0.00)	
其他服務	無	57	2.82(0.43)	0.752	57	2.74(0.55)	0.495	57	2.82(0.60)	0.415
	有	8	2.88(0.35)		8	2.88(0.35)		8	3.00(0.00)	
法門應用										
皈依法門	無	61	2.82(0.43)	0.407	61	2.74(0.54)	0.000	61	2.84(0.58)	0.578
	有	4	3.00(0.00)		4	3.00(0.00)		4	3.00(0.00)	
念佛法門	無	25	2.64(0.57)	0.014	25	2.52(0.71)	0.017	25	2.72(0.79)	0.231
	有	40	2.95(0.22)		40	2.90(0.30)		40	2.93(0.35)	
懺悔法門	無	63	2.83(0.42)	0.564	63	2.75(0.54)	0.510	63	2.84(0.57)	0.699
	有	2	3.00(0.00)		2	3.00(0.00)		2	3.00(0.00)	
禪定法門	無	62	2.84(0.41)	0.490	62	2.76(0.53)	0.774	62	2.84(0.58)	0.633
	有	3	2.67(0.58)		3	2.67(0.58)		3	3.00(0.00)	
臨終說法與助念	無	55	2.82(0.43)	0.572	55	2.71(0.57)	0.000	55	2.82(0.61)	0.032
	有	10	2.90(0.32)		10	3.00(0.00)		10	3.00(0.00)	
眾善法門	無	39	2.79(0.47)	0.400	39	2.67(0.62)	0.070	39	2.74(0.72)	0.031
	有	26	2.88(0.33)		26	2.88(0.33)		26	3.00(0.00)	
靈性照顧計畫										
建立關係	無	1	3.00(.)	.	1	3.00(.)	.	1	3.00(.)	.
	有	64	2.83(0.42)		64	2.75(0.53)		64	2.84(0.57)	
評估	無	20	2.65(0.59)	0.000	20	2.55(0.69)	0.001	20	2.65(0.88)	0.000
	有	45	2.91(0.29)		45	2.84(0.42)		45	2.93(0.33)	
擬訂計畫	無	20	2.65(0.59)	0.000	20	2.55(0.69)	0.001	20	2.65(0.88)	0.000
	有	45	2.91(0.29)		45	2.84(0.42)		45	2.93(0.33)	
執行	無	20	2.65(0.59)	0.000	20	2.55(0.69)	0.001	20	2.65(0.88)	0.000
	有	45	2.91(0.29)		45	2.84(0.42)		45	2.93(0.33)	
死亡前準備										
遺願交代	無	12	2.42(0.67)	0.024	12	2.17(0.83)	0.013	12	2.33(1.07)	0.068
	有	53	2.92(0.27)		53	2.89(0.32)		53	2.96(0.27)	
佛法修持	無	20	2.55(0.60)	0.008	20	2.40(0.75)	0.008	20	2.65(0.88)	0.175
	有	45	2.96(0.21)		45	2.91(0.29)		45	2.93(0.33)	
來生期待	無	38	2.71(0.52)	0.001	38	2.58(0.64)	0.000	38	2.74(0.72)	0.031
	有	27	3.00(0.00)		27	3.00(0.00)		27	3.00(0.00)	

善終指數之提昇

表四（續）、針對收案組病人善終指標影響因素之分析（n=98）

變項名稱	時間恰當性			去世前三天舒適性			善終總分			
	N	平均值(S.D)	P值	N	平均值(S.D)	P值	N	平均值(S.D)	P值	
法師接觸時間										
≤60分	42	2.86(0.47)	0.246	42	2.57(0.59)	0.204	42	13.67(2.24)	0.038	
>60分	23	2.96(0.21)		23	2.74(0.45)		23	14.48(0.79)		
法師服務										
宗教儀式的諮詢	無	54	2.87(0.44)	0.033	54	2.57(0.57)	0.009	54	13.78(2.03)	0.001
	有	11	3.00(0.00)		11	2.91(0.30)		11	14.82(0.40)	
協助病人家屬面對死亡	無	7	2.43(0.79)	0.001	7	2.43(0.79)	0.304	7	11.43(4.20)	0.000
	有	58	2.95(0.29)		58	2.66(0.51)		58	14.26(1.13)	
支持團隊成員的照顧	無	41	2.83(0.50)	0.033	41	2.63(0.58)	0.947	41	13.73(2.27)	0.135
	有	24	3.00(0.00)		24	2.63(0.49)		24	14.33(0.81)	
助念資源的提供	無	58	2.88(0.42)	0.455	58	2.60(0.56)	0.147	58	13.88(1.97)	0.097
	有	7	3.00(0.00)		7	2.86(0.38)		7	14.57(0.79)	
其他服務	無	57	2.88(0.60)	0.421	57	2.63(0.56)	0.975	57	13.89(2.00)	0.505
	有	8	3.00(0.00)		8	2.63(0.52)		8	14.38(0.74)	
法門應用										
皈依法門	無	61	2.89(0.41)	0.582	61	2.61(0.56)	0.000	61	13.89(1.93)	0.257
	有	4	3.00(0.00)		4	3.00(0.00)		4	15.00(0.00)	
念佛法門	無	25	2.84(0.47)	0.409	25	2.60(0.58)	0.723	25	13.32(2.59)	0.032
	有	40	2.93(0.35)		40	2.65(0.53)		40	14.35(1.14)	
懺悔法門	無	63	2.89(0.41)	0.702	63	2.62(0.55)	0.000	63	13.92(1.91)	0.431
	有	2	3.00(0.00)		2	3.00(0.00)		2	15.00(0.00)	
禪定法門	無	62	2.89(0.41)	0.637	62	2.65(0.55)	0.339	62	13.97(1.92)	0.790
	有	3	3.00(0.00)		3	2.33(0.58)		3	13.67(1.53)	
臨終說法與助念	無	55	2.87(0.43)	0.034	55	2.60(0.56)	0.212	55	13.82(2.02)	0.177
	有	10	3.00(0.00)		10	2.80(0.42)		10	14.70(0.48)	
眾善法門	無	39	2.82(0.51)	0.033	39	2.64(0.54)	0.855	39	13.67(2.32)	0.081
	有	26	3.00(0.00)		26	2.62(0.57)		26	14.38(0.80)	
靈性照顧計畫										
建立關係	無	1	3.00(.)	.	1	2.00(.)	.	1	14.00(.)	.
	有	64	2.89(0.40)		64	2.64(0.55)		64	13.95(1.91)	
評估	無	20	2.75(0.64)	0.000	20	2.60(0.60)	0.477	20	13.20(2.73)	0.003
	有	45	2.96(0.21)		45	2.64(0.53)		45	14.29(1.27)	
擬訂計畫	無	20	2.75(0.64)	0.000	20	2.60(0.60)	0.477	20	13.20(2.73)	0.003
	有	45	2.96(0.21)		45	2.64(0.53)		45	14.29(1.27)	
執行	無	20	2.75(0.64)	0.000	20	2.60(0.60)	0.477	20	13.20(2.73)	0.003
	有	45	2.96(0.21)		45	2.64(0.53)		45	14.29(1.27)	
死亡前準備										
遺願交代	無	12	2.58(0.67)	0.078	12	2.42(0.67)	0.134	12	11.92(3.18)	0.020
	有	53	2.96(0.27)		53	2.68(0.51)		53	14.42(1.05)	
佛法修持	無	20	2.80(0.52)	0.303	20	2.50(0.61)	0.201	20	12.90(2.75)	0.026
	有	45	2.93(0.33)		45	2.69(0.51)		45	14.42(1.10)	
來生期待	無	38	2.82(0.51)	0.033	38	2.50(0.60)	0.014	38	13.34(2.27)	0.000
	有	27	3.00(0.00)		27	2.81(0.40)		27	14.81(0.40)	

「善終總分」兩項達統計上之顯著差異水準 ($P < 0.05$)，表示法師接觸病人時間越長，越能心平氣和接受死亡，善終分數也越高。在法師服務方面，「宗教儀式的諮詢」除第一項「瞭解自己死之將近」未達統計上顯著差異水準外，餘皆達到統計上之顯著差異水準；而「協助病人、家屬面對死亡」的服務，則是在「去世前三天舒適性」一項未有顯著差異，其餘也都達到統計上之顯著差異水準；「支持團隊成員的照顧」一項，包括「後事交代安排」、「時間恰當性」($P < 0.05$)都呈現出顯著差異；「助念資源的提供」與「其他服務」則皆未達到統計上之顯著差異。法師服務與善終指標的獨立T檢定結果顯示，當法師提供「宗教儀式的諮詢」、「協助病人、家屬面對死亡」、及「支持團隊成員的照顧」三項服務時，病人的善終指標較高。

法門應用部分，「皈依法門」於「心平氣和接受」及「去世前三天舒適性」兩項指標，達到統計上之顯著差異水準 ($P < 0.001$)；「念佛法門」除了「後事交代安排」、「時間恰當性」與「去世前三天舒適性」外，餘皆達到統計上之顯著差異水準 ($P < 0.05$)；「懺悔法門」在「去世前三天舒適性」一項達到顯著差異 ($P < 0.001$)；「臨終說法與助念」在「瞭解自己死之將近」、「去世前三天舒適性」和「善終總分」三項指

標未達到統計上之顯著差異水準；「眾善法門」則是在「後事交代安排」及「時間恰當性」兩項均達到統計上之顯著差異水準；而「禪定法門」與善終指標的相關性獨立T檢定都沒有達到統計上之顯著差異水準。

靈性照顧計畫中，第一階段的「建立關係」由於變項個數不足，未達T檢定之標準，無法做量性分析；之後的「評估」、「擬定計畫」及「執行靈性照顧計畫」三項，除了在「去世前三天舒適性」一項未達統計上之顯著差異水準，餘皆有顯著差異 ($P < 0.01$, $P < 0.001$)。亦即法師若提供病人靈性照顧計畫，病人的善終指標較高。

在死亡前準備方面，「遺願交代」與「佛法修持」在「後事交代安排」、「時間恰當性」及「去世前三天舒適性」三項未達到統計上顯著差異之水準；而「來生期待」則全部都達到統計上顯著差異水準 ($P < 0.05$, $P < 0.01$, $P < 0.001$)。顯示病人若完成死亡前準備工作，其善終指標較未完成者來得高。

討 論

緩和醫療照顧提供癌末病人高品質的專業服務，若病人生前有好的生活品質可以提昇善終指標，換句話說，「善終」表示生命品質的提昇。臨床佛教宗教師介入是台大醫院緩和醫療病房之特色⁽¹⁶⁾，專業的靈性照顧

人員可以補足團隊成員缺乏的服務，以協助病人面對死亡。本研究再次肯定臨床佛教宗教師作為團隊成員對癌末病人生活和生命品質確有貢獻。

187位收案對象中，依法師接觸與否分為照顧組與對照組。對照組病人很明顯地平均住院天數較短、年齡較大，除了宗教信仰的因素外，年齡越大越缺乏病識感，這或許與社會為人子女及醫師普遍採取「善意的謊言」態度有關，亦即故意隱瞞病情，不願法師與病人接觸，以免影響病人情緒；而在法師人力分配及目前沒有法師值班制度的限制下，如果病人於下午或假期入院，或者病人病情嚴重致使溝通困難而在入院後數小時即往生，均為法師未收案的原因。在性別及與法師接觸與否的卡方檢定顯示，男女性別此變項並未達到統計上之顯著差異水準，這代表法師並未將性別作為收案選擇標準；即選擇上並無偏差。另外，從比較照顧組與對照組之善終總分T檢定結果瞭解，當法師作為第一線照顧成員與病人接觸，確實可以提昇病人之善終指數。

為了更加瞭解臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數的影響，再進一步檢視對照組病人住院時與往生時善終指數。從表二結果發現，對照組病人在住院期間，醫護團隊人員善用溝通技巧，以病人能夠瞭解的溝通方

式，使其認知生命有限的事實，因此往生時善終指標之「瞭解自己死之將至」一項，從 $2.27 (\pm 0.76)$ 提昇為 $2.59 (\pm 0.74)$ ，P值更有明顯相關性 ($P < 0.001$)。而醫療團隊中的臨床心理師可根據病人的心理狀態給予個別輔導，使病人能夠坦然地接受病情，因此住院時與往生時善終指標之「心平氣和接受」，也顯現出明顯差異 ($P < 0.001$)。「後事交代安排」包括了心願的達成，雖有社工人員協助，但在臨床宗教師沒有參與照顧的情況下，住院時與往生時之善終指數沒有呈現相關性。「時間恰當性」一項較不受人為的因素控制，但對於無意義延長生命的醫療措施，諸如輸血、中心靜脈營養注射等，皆是醫護團隊與病人慎重討論下執行；至於病人的舒適性，更是醫護團隊全力以赴的首要目標，因此往生時的善終分數明顯較住院時提高許多。從表二對照組病人住院時與往生時之平均善終總分 (10.94 ± 3.20 、 12.55 ± 2.74)，及表三照顧組病人善終總分 (13.95 ± 1.89) 比較瞭解，對照組病人在團隊照顧下，善終指數明顯提高，然而臨床宗教師提供靈性照顧之照顧組病人，其往生時善終指數又較對照組高，顯見臨床宗教師之參與更有助於善終的達成。

針對性別、年齡及法師接觸與否和各項善終指數作進一步的分析檢定，結果顯示在

「性別」一項，雖無統計上之顯著差異，但從平均值看出男性之善終指數普遍較女性高。善終指數來自身心社會靈性安適狀況的評估，女性較男性分數低，其原因可能是女性成長過程中，所扮演的角色較男性多樣，所面對的身心問題壓力亦較男性高，這也代表女性病患在靈性照顧上需要更多的關注；此部分議題，尚須日後作更深入的探討研究。另外，不論是收案組或是未收案組病人，65歲以上與65歲以下組比較，年齡與善終指數均無統計上之關連，這表示宗教師收案的考量，不包括性別及年齡等因素。檢視法師接觸與否與五項善終指數之相關性，再次證明法師接觸對病人善終指數確有助益。

表四為針對收案組病人探討影響善終指數之因素。善終指數與有無接受法師服務的對比十分明顯，其中又以法師直接、主動照顧：「協助病人、家屬面對死亡」最為明顯。當法師提供此項服務時，病人本身不僅能更坦然面對死亡，對家屬亦能產生正面效益；即家屬情緒平靜，連帶影響病人情緒，亦有好的哀傷輔導，由此得知病人在面對死亡時，有法師的服務照顧更可以得到善終。而其它屬於被動性的服務，像是「宗教儀式的諮詢」、「支持團隊成員的照顧」，對提高病人的善終指數也是正向的。從表中瞭解宗教師的照顧以病人為中心，但亦照顧著家屬

及整個團隊。

此外，法門應用一項，當病人接受皈依法門，正式成為佛弟子後，心中有所依歸，可以改善因疾病帶來的焦慮，亦能緩解身體疾病的痛苦而感到舒適性。在過去對法門的研究中瞭解，隨著佛法的瞭解及對佛法的接受性，念佛法門適用於根性不同的每位病人；藉由念佛，讓病人集中心力於佛號、佛像上，使其瞭解生命有限之事實，得以接受死亡，往生西方極樂世界。懺悔法門與禪定法門因為需要具有相當程度的動機、信仰層次較高的病人才會施行，因此臨床應用較少，但在法師帶領下，病人誠心懺悔過去的罪業，在「去世前三天舒適性」一項具有相當好的療效。病人臨終前法師予以說法及助念，可以改善其面對死亡的恐懼，較能安然往生，家屬見到病人安詳往生，哀慟也會降低。法師直接對病人的開示引導，可讓病人積極準備死亡，交代後事事宜，當後事交代安排完成，往生時間不會影響病人之善終，從表四的指數顯示，眾善法門之施作在「時間恰當性」一項獲得滿分。

另外，因大部份病人皆與法師建立關係，因此善終分數差異性不大，不過，若法師能完成提供評估、擬定計畫、進而執行的工作，除了「去世前三天舒適性」外，其餘四項善終指數皆明顯提高，再次證實臨床佛

教宗教師服務的專業照顧，可提昇病人醫療品質，而達到善終。當法師協助病人完成心願及後事交代，病人除了更加瞭解自己死之將近外，心態上亦更能接受死亡這事實；而病人願意接受法師所提供的法門，進而產生學習動力，亦可減少面對死亡所帶來的恐懼，提昇善終指數；當病人對死亡的看法，已進展到認為死亡不是結束，而是一個新的開始時，病人將抱持充滿安詳誠摯期盼的心情而接受往生，達到善終。顯示臨床佛教宗教師幫助病人完成死亡前的準備工作，即「遺願交代」、「佛法修持」及「來生期待」三項，對提高善終指數有很大助益。

本研究以法師作為緩和醫療團隊專業的靈性照顧人員，在確定臨床佛教宗教師的角色和服務內容後，進一步瞭解臨床宗教師的服務與癌末病人善終指數的相關性，以印證專業的靈性照顧人員的服務，可提昇癌末病人的生活品質，並作為往後臨床佛教宗教師培訓的參考。

誌謝

本研究期間承蒙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全體工作同仁，尤其是惠光法師、滿祥法師、法成法師的協助，郭育誠、莫淑蘭美術療育

師、王浴護理長、鄭逸如心理師，及全體醫護人員和社工、志工的共同參與；研究助理蔡宜欣小姐整理統計結果及文書處理；邱姿綺小姐翻譯英文摘要，在此致上最深的謝意與無限的祝福。

參考文獻

1. Doyle D : The provision of palliative care. in Doyle D. : Hanks G, Macdonald N(eds) : Oxford Textbook of Palliative Medicine : Oxford University Press 1994 : pp41-54
2. McNamara B, Waddell C, Colvin M : The institutionalization of the good death : Sci Med 1994;39:1501-8
3. Saclier AL : Good death: responsible choice in a changing society : Aust NZ J Psychiat 1976;10(3):3
4. Weisman DS : Appropriate death and the hospice program : Hosp J. 1988;4:65-77
5. 程劭儀、邱泰源、胡文郁等：癌症末期病人善終之初步研究。中華家醫誌 1996;6(2)83-91
6. 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
7. 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 Dec;
8. Millison MB, Dudley JR. : The importance of spirituality in hospice work: a study of hospice professionals : Hosp J. 1990;6(3):63-78
9. Cumming A. : Spiritual care. Patients' access to hospital chaplains : Nurs Stand. 1993 Dec 15-1994 Jan 4;8(13-14):30-1
10. Phelan E, Simpleman R : Pastoral care's role in a reformed system. Pastoral care professionals need to promote the spiritual dimension of healing throughout the continuum of care : Health Prog. 1994 Jul-Aug;75(6):64-6
11. Perrino T. : Developing a large ,volunteer hospice chaplain network : Hosp J. 1996;11(3):95-101
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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 Aug;6(3)
16. 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」。



Clinical Buddhist Chaplain's Care Enhanced the Good Death Index of Terminal Cancer Patients

Ching-Yu Chen, Tai-Yuan Chiu, Wen-Yu Hu¹, Tsung-Tueng Bhikkhuni, Feng-Ying Huang, Hui-Ming Bhikkhu²

Abstract

The study intended to evaluate the spiritual services provided by clinical Buddhist chaplains. We investigated 187 patients who admitted to palliative care ward at a medical center from Jan. to Aug. 2001. The good death index was assessed after patient death by team members using Linkert 4 points. There were five indicators with a total score of 15 points consisting of awareness, acceptance propriety, timeliness and comfort. It indicated that the palliative care team with chaplain service further improved all good death indicators and total score. Various professional services provided by clinical Buddhist chaplain associated with good death index were examined. The results were shown as follows. In the respect of Buddhist chaplain service provided, helping the patients and relatives to face death and consultation of religion ceremony aided the elevation of acceptance indicator. In the respect of the Buddhist means being applied, taking refuge to Buddha and the recitation of Buddha's name helped patients to calmly accept death. In the respect of taking refuge and confession techniques, it helped the improved comfort three days prior to death. Besides, the explanation of Buddha dharma at the time of dying and the recitation of Buddha's name at the time of dying had significant impact on indicators of acceptance, propriety and timeliness. As Buddhist chaplains did the spiritual evaluation, purpose caring projects and carried out the projects, patients in knowing of forthcoming death, the three indicators (acceptance, propriety and timeliness) and total score of good death showed distinct progress. Furthermore, when Buddhist chaplains helped patients to complete the will, Buddhist practice and expectation for next life, the above three indicators of good death before death preparations also had a substantial growth. In conclusion, participation of clinical Buddhist chaplain's professional care surely is the best advantage of good death for terminal cancer patients.

(*Taiwan J Hosp Palliat Care* 2003 ; 8 : 1 : 13-27)

關鍵詞：緩和醫療、靈性照顧、善終、佛教宗教師

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

¹Department of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University.

²Taipei National University of the Art