

南 華 大 學
生死學研究所
碩士論文

安寧療護中的靈性照顧
—安寧志工的觀點

The Spiritual Care in Hospice World
- A Hospice Volunteer's Perspective

研 究 生：馮日安

指導教授：龔卓軍博士

中華民國九十三年十二月二十七日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

安寧療護中的靈性照顧

—安寧志工的觀點

研究生：馮日安

經考試合格特此證明

口試委員：

龔卓軍

蔡品珩

李燕慧

指導教授：龔卓軍

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 九十三年 十二月 二十七日

摘 要

本研究採現象學方法從志工的觀點探討安寧療護的靈性照顧。志工在照顧有的困難：1.不知何時介入。2.不知如何評估結果。3.對靈性的覺察不足（辨識靈性困擾的能力不足）。4.時間和空間的限制。訪談安寧志工呈現照顧經驗得到四個主題：（1）靈性照顧很難做 - 病人問題隨時間因素影響照顧做不好，志工跳過時間層次階段直接照顧病人內在靈性就會很難做。（2）與病人搭建親密關係 - 親密關係需要經營，在雙向溝通交軌共同世界中層層地往病人心裡面開展。（3）在交軌上與病人命運相逢 - 單面向照顧成果有限，照顧者沒有抓到病人問題是照顧的與病人命運不相逢。（4）似有還無的靈性照顧 - 傾聽與鼓勵病人尋求可期待未來，或真實面對死亡恐懼過程對自己生命態度做出一個決斷，我們說：「病人負責地決定未完成路途，志工已完成了那似有還無的靈性照顧。」靈性照顧的時序屬性及空間方位屬性結構，是靈性照顧上不可缺性徵。志工所要做的照顧是「如果疾病已是華陀在世亦束手無策、無法治療時，瀕死已不能免，讓我們給你最好的照顧。」

Abstract

The purpose of this study was to investigate the spiritual care in the hospice world from a hospice volunteers' perspective. A phenomenological approach was used in this case study. The survey explored some difficulties that hospice volunteers' perspectives encountered in these four aspects: First, the volunteers did not know how to identify the appropriate time to care for patients. Second, the volunteers did not know how to evaluate the effectiveness of the care. Third, they lacked the awareness of demonic spirits and they did not have enough experience identifying spiritual problems. Fourth, time and space were limited.

In overview, there were four viewpoints from interviewing hospice volunteers about their caring experience: (1) It's tough to do spiritual caring -- if patients' problems didn't get proper care because of the temporality, volunteers will have problems doing spiritual care. (2) Developing close relationships with patients -- the development of close relationships needs time to cultivate, and to build two-way communication. (3) Interactive skills need to be recognized and connected with the patients' psychological problems and their fate -- the effects of physical care are limited because the volunteers did not recognize patients' needs and problems. (4) Thus far, spiritual care has not been effective in helping the patients to seek their appropriate fate when they face death. The hospice volunteers should listen to patients' words and encourage them. We might say that "The patients have to decide their way; the volunteers provide the spiritual nurturing."

Finally, it is absolutely essential to have the necessary temporality to provide proper spiritual care. When medical care system fails to heal the patients completely, the hospice volunteers provide the best spiritual care to encourage their spiritual life.

安寧療護中的靈性照顧—安寧志工的觀點

The Spiritual Care in Hospice World - A Hospice Volunteer's Perspective

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究緣起	2
第二節 安寧療護的世界	6
第三節 研究目的	8
第二章 文獻探討	10
第一節 靈性與靈性照顧	10
第二節 教育訓練中的靈性照顧	12
第三節 醫護系統下在世照顧中的靈性照顧	14
第四節 宇宙自然律的非在世照顧中的靈性照顧	19
第五節 宗教觀點的靈性怎麼說	22
第三章 研究方法	25
第一節 採現象學方法詮釋靈性照顧的意義	25
第二節 研究對象	27
第三節 研究步驟及研究工具	28
第四節 研究倫理	29
第四章 研究結果分析	30
第一節 靈性照顧：志工說靈性照顧很難做	30
第二節 靈性照顧：志工與病人搭建之親密關係	36
第三節 靈性照顧：志工在交軌上與病人的命運相逢	44
第四節 似有還無的靈性照顧	50

第五章 綜合討論	59
第一節 被照顧之靈性意義	60
第二節 靈性照顧之行為	62
第三節 有所為有所不為的靈性照顧	71
第四節 靈性生態圖	73
第六章 結論與建議	81
第一節 結論	81
第二節 建議	84
第三節 研究限制與未來方向.....	85
參考文獻	86
附錄	90

第一章 緒 論

你是重要的，因為你是你，
你一直活到最後一刻，
仍然是那麼重要，
我們會盡一切努力，
幫助你安詳逝去，
但也盡一切努力，
令你活到最後一刻。

~~~ 西西里·桑德斯 (Cecily Saunders) 醫生

如今，我虛弱且經常疼痛，  
每天需要別人照顧，但我正在學習忍耐和順從。  
我曉得，造物主對我的前程已作出妥善的安排。  
做完了我們奉命來到人間的工作，  
我們就可以脫離囚禁我們靈魂的身體，  
我就像一隻破繭而出的蝴蝶。  
時機成熟時，我們就會拋棄肉身，  
擺脫病痛恐懼和人身的一切煩惱，  
逍遙自在，  
宛如一隻飛回上帝身邊的彩蝶 .....

~~~ 伊莉莎白·庫伯勒-羅斯 (Elisabeth Kübler-Ross) 醫生

建立並推展安寧療護的重要推手西西里·桑德斯醫生與伊莉莎白·庫伯勒-羅斯醫生，她們精要的話語道出安寧緩和療護 (Hospice Palliative Care) 世界的精神。當一個人罹患不治之症，已被醫療系統認定進一步的治療有待商榷並

且生命所剩日子有限時，開創在桑德斯醫生理念下的一門新興醫療專科—安寧緩和醫療（Palliative Medicine），將病人的痛苦放在醫技可能下減至最低，並給出提升末期病患生活品質的人性照顧。病人於是將擁有自然地、有尊嚴地優雅死亡途徑的環境。庫伯勒—羅斯醫生就在這樣的治療環境下照顧臨終病人數年，瞭解了病人身、心、靈上的細心照顧後，她說了一個蝴蝶的含意：「在死亡時，一個人的心靈產生某種轉化，如同蝴蝶破蛹而出，獲得自由。我們最大的功課便是學習如何了解這種轉化，才能用一雙充滿愛意的手，協助臨終之人。」（瑪若琳，2002）

第一節 研究緣起

初始研究者為探究死亡文化而進入了安寧療護的領域，進而參與在醫院安寧病房的志工行列之中。當初醫院訓練照顧癌末病人的志工，教師這麼地教我們：「志工的角色是一個支持者，扮演傾聽、分享感受、尊重病患信仰、接納及溝通之照顧者；亦是一個提供者，付出愛心、耐心、給予各項的照顧與協助，盡力達成及滿足病患及家屬之願望。」（張，2001）由於，自己先前接觸過生死學基本問題以及臨終關懷等相關學門課程，醫院亦常輔導安寧志工相關之在職訓練，自己認為經過這學習的照顧實務經驗，應該可以勝任安寧療護上給病人一個身、心、靈上完整的全人照顧。回憶初入病房時，事實上是懵懵懂懂的在做照顧。病人多半自知已走到人生盡頭，病人最常談到他們那珍貴的生命經驗，有悲、有喜、有嘆息、有滿意。他們的話語中，你宛如突然偷翻到那文情並茂、悲歡離合之血淚斑斑精彩人生小說的最後一頁，心中有種偷窺到故事結尾而偷獵到什麼的驚喜。在那段喜孜孜的當班日子，是種沉醉享受亦是一種忘記服務的渾噩。那份新鮮感隨著在病房的日子漸久而漸消滅，因為我陷入了小說主角的不安，亦因為主角總有幾行未了的空白。在旁陪伴的我常陷在他們情節變化上的情境，如果生

病的人是我，我要如何去收尾？後續的續集又要如何編排開展？在傾聽、分享時的陷入使我開始醒覺，我竟然無法支持他們、協助陪伴他們走完這最後一程。雖然陪著他們，但是滿足不了他們完結不成自己人生終點的困惑與迷惘。記得某次值班時，忽然被呼喚前去：

「陳伯伯(代名)坐在大廳旁的走道地上，家屬勸他不聽也不起來回病房。醫生、護士的話都用過了，現在看你的了。」

當時我還算是位新進志工，看見坐在病房走道正中間地上的病人，旁邊還放著一張輪椅，真是傻了眼。家屬苦勸他這樣不合病房的規矩囉、這樣子面子難看啦等等。護理人員也說磨石地冷硬冰涼對身體不好、有什麼不滿意的話可以商量嘛。種種身、心上可以用上力的關懷都有了，可陳伯伯依然是板著臉正正地坐在地上。我心中嘀咕著，盤算這拋過來的突發狀況要運用課堂上所學過的身、心、靈照顧法子中那一招是好。

「我的看護不好,我要檢舉,我就坐著等到你們院長來了我才要起來。」

哇！陳伯伯終於振振有詞地說出了他坐在地上為的是在抗爭。由於曾經看見他的床旁桌置放一張相當帥氣的戎裝相片，知道軍人背景的他應該可以試著採行模擬軍中申訴途徑來緩解問題。於是我請他的家屬陪他一下，並請求他准許我先行離開去代為報告他的申訴意見。回身報告他時，果然如中獎般幸運地勸起了他，並送他回到自己的病床。問題解決了嗎？照顧陳伯伯的看護原本就是他自己雇用，並且這位「看護」沒有被更換，那又是為何不好？家屬答說：「不是這樣。」真叫人不懂，生那麼大的氣還要找院長來理論到底是為了什麼？當時只是沉淪在已排除了病房的問題焦點上，況且病人已平息地回到病床，這件事情就過去了。因當時自己無知而忽略存在事件底層的問題，事後也就一直無法知道，直到今天只

剩下記得陳伯伯更沉默的印象。

病房呆久，總會熟稔一些住的較久的病人。有次張伯伯（代名）私下跟我說：

「我就像是一個被遺棄的嬰孩！唉啊，我什麼都不是！你看都沒有人愛我，活著有什麼意思。唉！只想早早離開這個世界。」

張伯伯在女兒回來時他立即打住了口，不問也知道他很想要家人無時不刻地陪在身旁，想要朋友會常常來看看他，但他卻不敢說出來。不舒服的時候他會說：

「既是等死為何還要在這裡受苦？病也不會好了，實在不想繼續拖累家人？」

我說你就把心理話說給女兒或朋友聽嘛，自己不舒服也要告訴護士啊。他說：

「我越來越沒氣力，我真的不敢要求別人，我沒有資格說話，我祇能盡量配合著他們。唉！活的很無奈。」

我知道張伯伯的家人和護士都非常細心地在照顧他，他那個日益衰弱的身體不斷蝕刻著他與家人以及他人的倫理關係。顯然他被病況迫進了選擇不自主、沒有尊嚴地活著，他向著不在他的世界裡的我嘆息著，他寧可扭曲自己而不敢讓家人及醫護人員知道自己內心的話語。因著我與他的熟稔，他卻把隱埋心中的鬱悶選擇了和外人的志工去說。因為他那份遭受病痛煎熬與療癒無望的茫然，我並不知道如何去跟他共同探索要如何過日子才算有價值與有意義。在旁照顧的我有著不知所措之倉皇，找了個理由我迴避開了話題。

有些病人會在回憶自己過往歲月時，說著說著眼角掉下了淚珠。他說：

「我再也見不到媽媽了。」

病人已然是八十餘歲的長者，直覺告訴我這是混亂時局下的離散，並不覺得有什麼特別。但在志工分享經驗時，方驚訝到好幾位榮民伯伯都有著類似行為，才感覺出應該存在著一些不彰顯的內涵意義，侷限所知有限無法在當時的情境下給出合宜之關懷。還有一位張小弟說：

「我不是沒有想過要自殺，我下不了手。我害怕這樣的行為會帶來更大的業障。」

張小弟從發現癌症一直拼鬥到癌症擴散全身，藥物已不再壓得住全身的疼痛，他一刻也無法安穩。自殺是他想解決自己問題的法子，我若對他說自殺是不對的，可我也不知道那又該如何看待他的問題？

安寧志工協助病滿足病患及其家屬的各項照顧需要，尋求在醫療系統下給出一個「人性化」、「整體化」的照顧。但是，表象上的照顧已是無法滿足病人內心深層的問題。像坐在走道地上的陳伯伯，回想起來像是不會處理自己的病而發出的憤怒宣洩。又如張伯伯，雖然是很想擁有緊密親情關係，卻表現出的是自我退縮之樣貌。他們在照顧上的需要已不再限於身體上的病症緩和照顧，像那些呼吸困難、水腫、疼痛、噁心等身體的症狀治療；亦不等同心理上的紓解，如同理心、同情共感那情緒鬱悶、哀傷、生氣、焦慮等等的心理慰撫。但這樣不同的照顧需要是否它就可以歸屬到全人照顧裡不同於身、心的靈性部分？又教育訓練中所說的對靈性照顧要用信仰、愛、希望、尋找意義等話語來解決問題，在靈性的照顧需要志工清楚操作照顧是否能有效地照顧到病人？如果志工在照顧中感受到病人有靈性上需要，但是實際上做起來是模糊的且不知如何應對，將是難講述成具體的照顧對應方法。既是屬靈性，志工是不是能從超越之形上的方式來跟

病人談，抑或僅是陪伴在旁地等待病人了知自身存有困境後的覺醒？這樣的對靈性照顧取徑及認知，一般志工是無法在照顧中去辨識與落實。對安寧志工而言這模糊不清的靈性照顧，以及它在實務照顧上難以應對之困擾，讓研究者提出發問。

第二節 安寧療護的世界

探討安寧療護的靈性照顧內涵前，先對安寧志工所在的安寧療護世界做一個認識。安寧療護在 1967 年於英國倫敦郊區建立第一所「聖克利斯朵夫安寧療護醫院」(St. Christopher's Hospice)，桑德斯醫師帶著醫療團隊著手進行對癌症疼痛及止痛之研究，讓病人減低痛苦並平安尊嚴的死亡。該院醫療人員於 1967 年前往美國康州 (Connecticut) 協助美國人建立第一所安寧療護醫院 (New Haven Hospice)，從此以後安寧療護便陸續在歐美各國建立起來。我國與日本、新加坡、香港、韓國等亞洲國家，也在九〇年代開始發展這項人性化醫療服務。(趙，2003) 國內「安寧照顧基金會」對安寧療護作這樣的敘述：「安寧療護源於英文 HOSPICE 就是『中途休息站』的意思。其實，生命起結的每一階段，皆如車來車往般自然；在人生的旅程裡，特別對癌症末期病患而言，安寧療護就是他們準備前往下一段旅程的休息站。」又說：「安寧療護特別針對癌症末期各種不適症狀進行緩和醫療；從專業的疼痛控制到各項症狀處理，讓癌症病患始終維持無痛的『安寧』境界和生命品質。同時安寧療護的醫療團隊成員還包括了社工師、宗教人員、志工等，在身體症狀的緩和醫療外，給與癌末病患與家屬生活中的各項支援協助和心靈上的支持慰藉。」¹另外，世界衛生組織也對安寧緩和醫療下了一個定義：

「對醫藥上已不能有效醫治的病人，在疼痛控制、病症緩解、及心靈上社會上靈性上問題的處置是重要的。安寧照顧的目的在讓病人及其

¹安寧照顧基金會出版的海報內容，『癌症末期可以安寧』的。

家屬獲得最好的生活品質。」²

總的來說，如果疾病已是華陀在世亦束手無策時，該怎麼做呢？安寧療護（Hospice Care）的理念與做法就是「如果疾病已無法治療，瀕死已不能免，讓我們給你最好的照顧。」

安寧療護依著這樣的理念，在桑德斯醫師 1967 年所創辦之第一所克里斯多福安寧醫院後，國內也於 1988 年在馬偕醫院設立第一間安寧病房，至今已擴充到共計有二十四所醫院設置有安寧病房³。安寧病房藉由一組受過訓練的團隊工作人員，針對末期病人及其家屬提供個別性的照顧計畫，來滿足病人和家屬身、心、靈的需要。在照顧上的做法上有：

一、全人照顧：

就是對身、心、靈的整體照顧，有別於一般病房的比較重視身體上的醫治照顧。

二、全家照顧：

病人走向死亡，照顧病人的家屬也會伴隨著出現問題。所以照顧病人之外，也要照顧家屬，解決體力、心理、悲傷等問題。

三、全程照顧：

從病人接受安寧緩和醫療一直到病人死亡，還要做家屬的悲傷輔導，減輕創傷與不留後遺症之全程照顧。

四、全隊照顧：

這是一個團隊的工作，成員包括醫師、護理師、社工師、志工、營養師、心理師、宗教人員等等，透過團隊的協助合作讓病人獲得最好的照顧。

因此，靈性的照顧已是清楚的列在全人照顧範疇裡要做的項目。對靈性一詞一般

2 引自王英偉（2000）：安寧緩和醫療臨床工作指引，台北：安寧照顧基金會，p.1。原文如下：
「The active total care of patients whose disease is not responsible to curative treatment. Control of pain, of symptoms, and of psychological, social and spiritual problems, is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patient and their families.」

³統計自依據 2004 年 06 月第 53 期安寧照顧會訊各院安寧病房總攬表，pp. 61-63。

人可能存在多重的解釋，但放在臨終病人視域上的靈性則是指向著病人的內在，像是病人在生命意義上的超越、病人對有限生命的疑懼、及相關的本質性徵如生命意義中的價值觀、人際與人神關係、生死大疑問，以及病人如何自我再詮釋與超越。病人原本就是活在會有明天的生活裡，而這卻被改變為「不可能有進一步的可能性」的死亡。這改變所引發了病人回顧自己並質疑自己生命意義，害怕有不及處理及未竟事宜的不安，或急忙尋找宗教以安排自己何處去的生命延續需要⁴。這種種內在不安是靈性要照顧的對象。換句話說，靈性照顧的目標在提供臨終病人一個在偶然命運上安身立命之態度。

第三節 研究目的

置身癌末病房的現場志工們將經歷不同程度的病人心情，或許可以聞問到病人與家屬的複雜心情，但卻很少人能夠停下來好好深入探詢病人與家屬的問題。安寧志工雖然在職前訓練已有一個靈性照顧上知識的認知，但是進到病房面對病人的需要時，知識與實務亦可能模糊地不知如何具體的應對。志工在執行靈性照顧時心中並不踏實，常會有的困難如下：1.不知何時介入。2.不知如何評估結果。3.對靈性的覺察不足（辨識靈性困擾的能力不足）。4.時間和空間的限制。（Ross，1994）⁵ 志工須受過照顧訓練才得以開始參與照顧病人，照顧中像是志工要協助病人尋找生命意義項目，當病人所面對的是病人如何處理他自身無奈的等死的問題時，志工或許可以清楚個人的生命意義道理，但志工不但難以知道病人怎麼想，也難以知道病人是否和你有一樣對意義的想法。倘若志工走動觀察時不知道何時適合介入病人的需要，可能會在誤會下貿然介入病人屬於「他自己」的面對死亡問題。就像當病人在為自己身體、心理、行為上生氣時，總不能荒謬地對他安慰道：「我們一起來打敗挫折再度站起來吧！」

⁴ 摘自蓮花臨終關懷基金會 2001 年出版安寧緩和醫療關懷手冊，pp. 17-22。

⁵ 轉摘自安寧照顧會訊第 51 期（2003 年 12 月），p. 30。

當志工對辨識靈性困擾的能力不足，志工將不能憑著對靈性上的知識概念就可以準確地去完成靈性照顧。當我們說志工在照顧醜陋的毛毛蟲⁶，病人完成來到人間的工作就可以脫離囚禁靈魂的身體，但志工看不見病人破繭而出的心靈彩蝶，將無法評估自己的靈性照顧工作。因此，志工將要能分辨出這個不同於身體或心理上的靈性照顧，有必要探問這個靈性照顧本質意義是什麼，以及我們何以稱這樣做就可以是照顧病人的靈性。安寧療護中的靈性雖然起源自西方的宗教傳統觀點，但是它確實指出了病人在身體及心裡以外尚且還有一個歸屬這靈性的照顧範疇。身在東方我們，對於靈性的解釋或與西方有所不同，但就靈性上的照顧言，就如同我們的身體構造般，東西方的人相同有著同樣數量的骨頭、臟器等，也就是說我們一樣存在著身體及心裡以外需要照顧的靈性。靈性照顧初始隨著安寧療護制度自西方世界移植而入，而後經歷「做中學」的歷程，亦慢慢建構出了本土的靈性照顧模式。所建立之靈性照顧模式因著照顧者對病人靈性採不同詮釋取向，導致了照顧上自然有河水井水之不同訴求。本研究企圖透過學習新知的取徑，探討安寧志工的靈性照顧實務經驗來詮釋靈性照顧架構，並企圖在安寧療護的靈性伴顧上作為參考依憑。研究探討是採用現象學的方法，我們意向著志工照顧病人內在不安的實務經驗，來還原在安寧療護世界裡的靈性照顧意義。本研究並不企圖深入探索靈性的「真義」，亦不想給出一個靈性照顧上的「標準作業程序」，僅針對靈性照顧在志工這個部分進行反思，經由理解、明晰靈性照顧的意涵並據以詮釋這個安寧療護中的靈性照顧，這是在本論文中想探討的核心問題。希望能在安寧志工面向上可以清楚靈性照顧是什麼，並能給予病人的一個被稱作靈性的照顧作為。

⁶ 引自石世明：臨終照顧的心靈成長，p. 7。中國醫藥大學附設醫院 2004. 6. 20 研習營講義，未出版。

第二章 文獻探討

第一節 靈性與靈性照顧

醫療中的安寧照顧從最基礎的減低病人基本疼痛起始，緩解病人噁心嘔吐、食慾不振、咳嗽、水腫、便秘等等不舒適症狀，再讓病人不要陷在不舒適之沮喪哀傷、焦慮等，或是喪失尊嚴感與自我控制感而降低求生意志。庫伯勒-羅斯醫生（Kübler-Ross）在死亡與瀕死（*On Death and Dying*）書中提到病人瀕死前有震驚、否認、憤怒、憂鬱、討價還價、接受等等心理情態反應。Steele（1990）也在一項對病人及家屬的調查中發現：臨終期間，雙方均陷於罪惡感、依賴、震驚、與茫然等憂傷反應中。在雙方調適不良情況下，多以社交孤立與沉默相對。因此臨終病人的心裡不安之狀態受到安寧照顧的關注，這個關注將照顧從病人的疼痛等病灶問題擴展到情緒反應及生病引起的相關干擾。像是病人的不確定感、未消化的恩怨情節舊帳、害怕成為累贅負擔及孤獨、害怕失去自主失去自我、捨不得及尚未交代或道別等等不安心狀態。Privette（1984）指出：人們面對死亡中，無助感會導致出現痛苦與孤單。Ouwerkert（1990）主張：照顧者若能加強病患身心舒適，增加彼此間頻繁的溝通，藉由鬆弛技巧減低焦慮，以靈性護理提昇希望將有助於病患在孤寂終因應情緒困擾。因此，當病人不肯面臨死亡、質疑自己生命的價值、質疑神的保護或懷疑自己是否能被神接納、自己是否做錯什麼而遭受詛咒等等是被安寧療護觀察到的心裡狀態，是不同於身體病痛上的靈性不安的疼痛⁷。

安寧為著照顧靈性上的不安，對靈性照顧需要有一個明確的定義認識作為執行照顧的目標。MC Wright（2002）對照顧者在靈性的本質研究裡提出：照顧者認為人是具靈性的，靈性可能是以宗教或人文表達出靈性是人的信仰及價值

⁷引自王英偉（2000）：安寧緩和醫療臨床工作指引，台北：安寧照顧基金會，P. 28。

觀，亦是人的自我、他人、及與神的關係。靈性可以超越此時、此刻的自我且具有探究及應答生死大疑問之意義的潛在能力。人們追求靈性的動機係對物質主義與科學的不滿足，並且有傾向宗教型式之思維結構。照顧者普遍認為靈性照顧是相對於個人對自我價值觀的事件，且關聯當地傳統文化與個人之知識背景。一般的照顧者是在同情共感且不評斷下給予病人愛的付出，以『陪在那裡』『傾聽』與『愛』來照顧病人。Kessler (1997) 這麼說靈性：真正的靈性不是在責怪或是挑錯，而是在探索你內心最純粹的部分，這部分與愛相連。如果你相信上帝，它便可以通達上帝這個部分，這個部分超越身體、健康或是疾病的。顯然，從靈性照顧之角度所探究的靈性本質主要是針對臨終病人在臨到生命危機時所顯現心靈不安的這部分，照顧者以這個本質提供病人安身立命的支持力量作為照顧關懷的目標。在照顧上多集中於下列主軸：1. 上帝、宗教、信仰；2. 生命意義、生命價值；3. 人間關係上的愛與關懷；4. 生活上的自我滿足（內在平安、情緒安康、有希望、能克服危機與沮喪）。雖然僅在照顧的操作要求上已是清楚照顧範圍及工作指標，MC Wright 的研究也指出照顧者反應靈性照顧是困難的。比如說不同的病人對事件會有不一的看法，因此不同病人的生命意義就很難同一詮釋。又比如基督住在每個病人心中，照顧者很難回答出為什麼祂聽不見病人的禱告。還有一些回答不出的是靈性在哲思上內容，也許是照顧者自己的疑惑等。

我們發現早先歐美的安寧療護把這靈性直接放在他們的基督教文化裡解釋，照顧上的困難變的自然之言之成理。因為靈性是上帝造人時所吹的生氣（聖經創 2：7）。因此他們認為：「上帝造人並予靈性，在靈魂的深處追尋上帝是人的本質需要。」（Judith，2000）並且生命的意義、價值、愛等均在神的指引下得以定位。但這樣過於侷限在宗教上的解釋，無法讓所有病人信服且解決他們的疑難。也因此有許多而後的安寧研究，會探討人的內在於趨向死亡時刻時之轉向自己內在旅程所追尋生命意義，所重新整理自己身、心、社會、靈性等生活事件上的真實與優先順序。（Fabio Efficace & Robert Marrone；2002）國內的靈性照顧初始也是一樣，在醫院的安寧照顧中先有如基督宗教及佛教的宗教師開始，而後又

有本土心理學的加入關懷。靈性照顧這才結合醫護、宗教及非宗教的關懷力量來協助病患、滿足病人靈性困擾問題上的需求。國內在靈性照顧的這個部分起步較晚，檢索安寧照顧基金會推動安寧療護所出版的安寧會訊雜誌內容，自 1999 年 9 月之第 34 期起至 2004 年 6 月之 53 期，期間出現完全以「靈性照顧」作為標題的文章直至 2002 年以後才有共計六篇文章。同時該基金會亦才開始在南、北分別舉辦靈性照顧的讀書會。因此從 1988 年在國內設置安寧照顧開始，至今已從成熟的身體、心裡上的照顧開始朝向靈性上的照顧努力。

第二節 教育訓練中的靈性照顧

在安寧療護裡對志工的培訓以全人、全家、全程、全隊之四全照顧開始，全人指具有身、心、靈、及社會四個面向的人，在全人的照顧中涵括對病人「靈性」照顧的項目。志工在臨終場域裡被教導去關懷、面對病人靈性的照顧，以不責怪病人在死亡過程裡的焦慮，例如害怕症狀無法控制、害怕孤立或被棄、害怕失去自主、害怕無法調適、害怕成為別人的負擔、以及生存時間不確定的擔心等等。志工要把病人這份焦慮轉向為接受愛的支持，在靈性裡給出生命的意義、與現實存在的聯結（包括個人、社會與大自然等）、承認生命與死亡的無法解釋秘密、重建可以通達上帝之神與宗教等信心。換句話說，我們在靈性上的照顧是在回答病人之質疑，為何而生、為何而死？生命是否有什麼特別的意義？是否有神的存在？人與神的關係為何？為什麼人要受苦？痛苦是不是因為做錯什麼導致的處罰等等。在康泰醫療教育基金會主辦的「2004 年安寧療護傳愛種子培訓班」會場中，趙可式博士說出臨終病人的靈性需要如下：

- 一、對生命意義的質疑及回答，每個人需要找尋他自己的答案。
- 二、對痛苦及死亡意義的質疑及回答。
- 三、對神的敬仰，與神的關係再淨化。

四、對信仰系統 (belief system) 的質疑及回答。

五、寬恕與和好：與神、與自己、與別人、與大地的寬恕與和好。

六、謝謝你 (你)、對不起、再見！

另外，南部某醫學中心則是以下列項目指導志工的靈性照顧做法：(張，2001)

一、協助病人肯定自我價值。

二、協助尋求生命意義。

三、協助完成病患經驗。

四、協助增進病患與家人的相互寬恕及關愛、尊重宗教信仰的自主性。

所以，在教育訓練中對靈性照顧是集中焦點在回答並協助病人的不安情狀，如：

一、對生命產生新的意義；以生命回顧方式重新定義生命，接受別人的愛與關懷。

二、重新建立社會人際關係；與家人、親友及社會關係懺悔、話別、感恩。

三、結束俗世間事務，如財產法律.....

四、支持以往的靈性系統。

教育訓練中的靈性照顧已是彙整照顧實務及學術上研究觀察到的病人問題做出的照顧訓練教材。這樣的訓練照顧行為可以讓志工清楚學習到操作之照顧方法，並能有效率地直接面對病人所陳述的問題。整個的照顧行為是把照顧放在一般性的醫療照顧模式上，它既符合照顧的定義也談到了標準的照顧方法。

陳、廖 (1984) 談照顧定義就是：「在醫病護理上的照顧是病人因焦慮、疼痛、知覺剝奪、無力感、喪失、敵意與憤怒、絕望、孤寂等等引發病人之壓力及張力，透過醫護的照顧調適下，將可以幫助病人解放病況之張力，尋求並保持一個新的穩定平衡。」醫病護理的照顧是健康人對病人的呼應予以幫助並予以解決其困擾。當志工完成教育訓練後協助病人時，在協助增進病患與家人的相互寬恕及關愛上；與家人、親友關係上之懺悔、話別、感恩；重新建立社會人際關係；協助結束如財產、法律等俗世間事務；或支持以往的靈性系統、

尊重宗教信仰的自主性；完成協助病患經驗等等的方面，屬於人力協助的關懷照顧是做不到，因為那是志工有能力感受並有能力跑腿幫忙的事。但是，像是協助病人肯定自我價值、協助尋求生命意義，志工面對的問題就不一定是表象呈顯的那般明確，可能會對不準病人內層問題之焦點而給出不對應關懷。因此，雖然教育訓練中對靈性照顧內涵及對病人靈性支持作為說明均是積累在可行之照顧經驗上，且安寧志工不過只是扮演在旁支持與協助的角色，可是志工當然也不能忽視若照表操課的對不準病人內層問題之誤失。當臨終病人想在生活失去平衡及憂慮不可預測未來下，尋求自我的生命不完美中超越時，照顧者未必可以逕說：「我是心靈健康的人，我有能力扶助病人你從內在不良情況中重新對生命產生新的意義及價值，給病人你再回到一個自我認知的、可控制的滿足生活。」所以，教育訓練的靈性照顧在面對處裡病人內在心靈的問題上仍有一些照顧的方法與行為需要再細加探索補強，因此必須再重新回頭到醫療系統裡，檢視安寧療護靈性照顧在轉到志工的教育訓練講述照顧作為中漏掉了什麼。

第三節 醫護系統下在世照顧中的靈性照顧

醫護系統下在世照顧是指早期在醫院中安寧照顧的模式。醫療系統在減輕病人身體上的痛苦及不適症狀後，對提升病人生活品質追求一個善終的照顧。當病人出現了無法解釋的痛或對一般有效治療方式無效之靈性痛，病人之焦慮、害怕且情緒反應常超出醫療上的預期。這種靈性痛已被注意到常在重大危機時出現，有下列問題：質疑生命的意義；人為何而生、為何而死？是否有神的存在、人與神的關係為何？為什麼人要受苦？人死了以後會怎樣？⁸顯示病人面對死亡過程的時候，人們的靈性變成了病人困擾的核心議題。趙可式博士等人（趙、陳、

⁸引自王英偉（2000）：安寧緩和醫療臨床工作指引，台北：安寧照顧基金會，p. 28。

顏，2002) 針對這議題探討台灣地區臨終病人的靈性本質，研究中得到國人在安寧住院時的靈性需要之本質可以分成四個類別模型：

一、第一個類別模型是與自己共融：有三個主題1. 自我認同—靈性就是發現真實的我，不再虛假生活。2. 完整的自我—人雖充滿矛盾但可仍不失其完整性，藉生命回顧來修補意識中破碎的自我。3. 內在平安—靈性就是通過衝突以達到自我和解，結論出他存在的價值。

二、第二個類別模型是與他人共融：有二個主題1. 愛—靈性就是與他人關懷的關係但又不致過依附。2. 和解—靈性就是對他人的寬恕與被寬恕，不讓病人的憎恨及罪惡感臨終前還咬蝕著他的心。

三、第三個類別模型是與大自然共融：有二個主題1. 從大自然而來的靈感—靈性就是對大自然珍奇的美好產生共鳴，消除長久住院之肅穆與蕭條的鬱悶心情。2. 創造力—靈性就是無限想像之創造力，用藝術、音樂等激勵病人之內在安詳。

四、第四個類別模型是與至高者共融：有三個主題1. 信仰—靈性就是完全的信賴，病人將不再受行為、工作、受苦上的困擾。2. 希望—靈性就是相信一切的可能性，永恆的希望給病人健康的觀點與維持愉悅。3. 感恩—靈性就是懷抱慈悲、時時感恩，開放自己與生命豐饒。

根據類別模型中的主題而發展本土的靈性照顧。在美國耶魯大學1986年召開的一國際性精神醫學會議中，將靈性照顧的本質解釋為：「靈性照顧領域之界定應基於病患本人，而非醫療照顧者」(楊，2000) 醫療系統的靈性照顧便在本質類型上照顧病人的中心「我」，鼓勵病人藉著「共融」的機制超越自我，去完成自我認同、自我完整、及內在平安。在超個人心理學中認為靈性是人內在上的超理性、超越性、或超個人的層次，靈性是和生理、情緒、及理性層次一樣真實、一樣的屬於人內在本質。(李，1992) 人可以從身體感覺上的生理層次向上超越，超越僅在情緒感受及理性思考的假我，邁向「成為我自己」的真我，再進一步昇華成為「更好的自己」。因此，靈性照顧是可以從超個人心理學上的脈絡協助末期病

人，對生命最後存在意義與價值、生活中人與人的關係的意義、以及人與神之間之垂直發展上，相信神（價值觀）而有從神（價值觀）來的盼望等等作一個心理機轉的照顧，昇華病人的靈魂並藉以平衡他的苦難。靈性照顧得以落實在這樣地突破病人因生病所帶來的屬世限制，進而獲致一個新的生命詮釋，並轉化了自己心靈上的困境。醫療系統常見的靈性照顧做法統整如下表一。⁹

表一：靈性照顧的做法

| | |
|------------------------|---------------------------------------|
| L listen | 傾聽病人的故事，讓病人表達他們的痛苦。 |
| E encourage | 鼓勵病人放下他們的自我形象。 |
| T tell | 告訴病人你的關懷，也讓病人敘述他的往事，減少孤獨感。 |
| G generate hope | 重新建立希望和生命的意義、價值與目的。 |
| O own your limitations | 承認我們的能力極限，但要盡量處理生理的不適和運用全體的技能和資源幫助病人。 |

醫護系統下照顧中的靈性照顧較屬經驗科學的，從病房中照顧病人問題之實務出發，實務問題經研究探討後發展的靈性照顧項目已是非常實際且清楚的，就如同有效解決身體疼痛般知道要為病人之安適而做的事。例如病人感受生命有限，遺憾不能回復健康去完成一些事情時，問：「這樣死去，我甘心嗎？」¹⁰照顧上若是能讓病人體會到自己這一生的豐盈充實，他這一生就有意義。所以安寧照顧上常用生命回顧治療法協助病人尋找意義。醫護系統下在世照顧的靈性照顧是從病人靈性需要出發，一份「安寧療護靈性需要評估及輔導計劃」¹¹表中明列評估病人靈性上的困擾十九項，如下：生命無意義無價值、痛苦無意義、恐懼死亡、無助、無希望絕望、怨天、尤人、憂鬱、罪惡感、不甘心、不放心、憤怒、麻木、

⁹ 引自王英偉（2000）：安寧緩和醫療臨床工作指引，台北：安寧照顧基金會，p. 30。

¹⁰ 參見趙可式：“臨終病人的靈性需要及照顧”，安寧照顧基金會會訊（1995，12），p. 36。

¹¹ 如附錄安寧療護靈性需要評估及輔導計劃表。

孤立隔絕、恩怨未化解、不能寬恕、自憐、自殺意圖、其他。且列有靈性上的助力十一項，如下：生命有意義與價值、痛苦有意義、死亡有意義、相信死後生命、認、安祥/平安、有希望、能寬恕及被寬恕、衝突化解與和好、接受生命的限度、其他。這麼清楚的照顧項目做起來會有困難嗎？Heiney (1990)¹²曾為癌症患者及其支持性團體設計治療計畫，其中有：1.發展病患、家屬、與醫護人員間密切的合作關係共同面對危機；2.協助病患及家屬將本身痛苦昇華，未家庭與社會貢獻最後心力，重新詮釋生存意義與價值。Geston及Benshoff (1977)¹³建議：1.了解死亡對病患產生之影響程度為何？2.運用傾聽與同理心表明自己本身的看法。兩份學者在做法上的意見，加上表一「靈性照顧的做法」中的傾聽病人的故事；讓病人表達痛苦；告訴病人你的關懷等。這些照顧的實務的做法其實都隱藏著一個時間上的問題。

實務照顧的時間問題，舉一個資深護理師Erica R. Timko的話來解釋¹⁴：「當照顧嚴重病人時，照顧者光忙著發藥、打針、調IV都做不完，靈性的議題自然不是那麼的重要。」若照顧者要先處理規定上的工作，事情沒做完也就沒有時間傾聽與同理到病人的需要。靈性照顧可以在事後在表格上勾選與評估，但靈性照顧無法像發藥一般打個勾就代表這事已做過了。志工也是會沒有足夠的時間，同時有的志工還會選擇先做自己熟悉的工作，因而擠壓那複雜且挑戰性高的靈性照顧時間，使得在世之靈性照顧內容再清楚、執行目標再清晰，時間的因素會影響靈性照顧做不好。另外在世照顧忽略了照顧者這個部分。又思想家肯恩·威爾伯(1998)¹⁵說：「科學的領域是『真相』，科學談因果亦講究邏輯，但尋找意義、追尋價值上的好不好、該不該，科學不會、也無法提供出這些東西。」在針對病人靈性照顧上講究以科學實徵的方法，將可能忽略掉照顧者自身對靈性無知的干

¹² 轉摘自李、汪、廖、蕭(1997)：“安寧護理模式於減低某綜合醫院癌症病患憂傷反應之成效”，護理研究，5 (1)，p. 8。

¹³ 同註 12。

¹⁴ 摘自 Savett (1997)：“Spirituality and practice”，Creative Nursing，Vol. 3，pp7-13

¹⁵ 參見龔卓軍：“現代理性的尊嚴與危機”，收錄於威爾伯著靈性復興：科學與宗教的整合道路書裡的譯者導言內容。

擾因素。因為病人與照顧者原本是生活在兩個世界裡的，Toombs（1993）在疾病的意義這本書中指出：疾病在病人的感覺上與在醫護人員的觀點裡是存在在兩個世界的。病人直接覺察到自己身體上的不對勁，而且這不對勁又造成生活干擾，理性上病人直接意識到這個干擾為生病。而病人的生病，醫護人員看來卻是一個與生活無關而類似細菌感染或組織壞損的發現，病人生病需要的是科學的對應與治療來處理解決。「疾病」的意義在醫護人員與病人自身感受是如此地差異，不能治癒的病就常被醫護系統漠視與隔離。同樣的「靈性」在醫護系統上的目標與病人自身的感受亦會有差異，要改善這樣兩個世界存在差異的問題，志工需要有一個跨過病人世界門檻的階段才能察覺病人靈性的真實本質意義，照顧才不會有不及或誤失之遺憾。

當病人住在安寧病房基本上自我孤寂且害怕的，他在摸索未來的日子裡會想從別人那裡多知道一些他們所不知道的事。醫療系統的在世照顧病人模式是可以看到病人的不安或靈性疼痛，並且也提供出了許多經驗上獲得之病人會想知道的解決他們問題方案。但是，當志工察覺到病人在煩憂如何在有限的日子裡過有意義生活時，在焦慮又無奈中面對自己要前往的未來時，志工需要理解病人真實的煩惱與真正想為自己下決定如何往下走。這個時候對病人「煩惱」與「決定」的理解不僅止於當時病人的話語內容，還要知道相對於病人自身成長的歷史與社會背景之前理解。因此，這就不僅是需要時間去傾聽而且還要建立病人對志工的信賴度。照顧在經過一定的時間及階段過程後，志工與病人相逢於同一世界裡看著煩憂的問題，跨入到在同一問題視域中所面對的是同一問題時，醫療系統的在世照顧病人解決問題之方案就可以應用上，如此也才可以避免只在評估表中的照顧項目上努力，而且能夠邁向並落實在世照顧的各種照顧病人目標。

第四節 宇宙自然律的非在世照顧中的靈性照顧

「大部分的安寧病房事實上沒有我心目中的靈性照顧」，「真正的靈性不是在如念經拜佛等外面的東西，這些是表層外面的東西對人的靈性毫無幫助。」

(余、石，2003) 一群沒有醫護系統前見限制的志工加入了安寧照顧團隊，在參與照顧後發出了對靈性照顧的批判。靈性是人類的本質且超越生理與物理極限，個人內在心靈的洞察能力是超越我們感官世界的經驗。人的靈性不是在引導下所賦予生出，是經超越去尋求生命的意義、真理及終極的價值並建立自我認定及價值觀。Thomas Moore (1995) 認為：「心靈是一種本質，是體驗生活和認識自我的一種層次。」他並引述 Jung 的話說：「超越自我的真我是無法把它當作一件東西去把捉、去認識的本質....它超越我們理解能力。」病人內在的心靈只能由病人自己體驗，因此非在世靈性照顧的主張是照顧者應放下急切想要作出幫忙的自我意識，不再做自以為是的照顧。(石，2004)

照顧病人的靈性，改變臨終病人心靈的力量從何而來？Moore 認為心靈的力量總是在我們經驗的缺口顯現，它不同於理性邏輯、研究分析、因果推演和正反辯論等等，它呈現的意象是迂迴的、稍縱即逝的印象，而我們卻只能熟悉它的作風。因此，病人面臨死亡過程的在時間上斷裂原有美好人生，病人感受到生活在異於往常的世界，內在心靈清楚無法再根基過去生活經驗而自由地活著，處在一個確定向著死而又不知死後的未來中過日子，病人的不安就是在這斷裂的時刻既不知且又必須為自己做些什麼的兩難。平常人對死亡這件事是只看見別人的死亡，把自己死亡的真實隱藏入陰影中，採取層層心理防衛機制包裹著自我而讓自己祇看見活著的這個層面，正常人採取遮蔽的保護使得自己知道自己是活著的。例如非自身 (Otherwise than being)；人忙著造作現在的環境並汲汲經營著自己，人因忙著而知道自己活著。又如被拋擲 (Be thrown)；人一旦進入某種環境就在那被拋擲的特別情境裡存在，活在以那個世界為主之閒談並在那裡的選擇中

過著日子。再有沉淪（或稱落身 Be fallen）；必然性的活著結構，像維生上的餓了吃、渴了喝、運動來健身等讓我們知道活著。（余、石，2003）自我擁抱著這樣的機制活在不會有死亡的日子，並確定自己該有一個可期待的未來。生命就像是一個不斷插滿美麗花朵且永續存在之花瓶，死亡的出現讓這個防衛機制失去功效。

臨終病人的病讓那個自我永續存在的花瓶呈現剝落，並在死亡下破裂出千瘡百孔。於是病人開始在自我對於存有上之生命意義、人際與人神關係、生死大事有了不同往常的新的疑惑，這是非在世靈性照顧所正視的靈性。因此，病人雖然在臨終過程中身體不斷的衰敗，一般人會對身體的毀壞感到傷心與不捨，非在世的靈性照顧會認為照顧者不該：「視臨終過程是一條充滿悲哀、可憐、痛苦的道路，這樣的照顧病人就不容易得到平安。」¹⁶換句話說，當自我永續存在的花瓶破裂成千瘡百孔時，靈性出現且不斷的成長，靈性照顧就是陪伴病人在這樣的臨終靈性下來滿足病人的需要。這個不同前述「教育訓練中的靈性照顧」、「醫護系統下在世照顧中的靈性照顧」的提出，非在世的照顧強調病人因病局限在小小病床世界裡，失去了自由的外在活動空間，亦失去可預期的未來，病人所被迫反轉朝內觀看的自我、回顧自我、留意到自我在存在的世界改變。病人是由慣常作息的那個世界中斷裂後開展出心靈的力量來。照顧者陪伴病人開始面對垂死過程的擔心、垂死痛苦的害怕，以及個人對無能力完成的人生計劃感到遺憾、哀痛等等，甚至是在潛意識中所出現的「往何處去？」之憂慮。這些憂慮是真實生命存有的令人顫慄的憂慮，存在於語言和意向之前和之外的存有憂慮。這種喪失了使生命安全穩固基礎的失落，是為存在空虛的憂懼。人的本能會且必須在此對生命重做抉擇，重新決斷該做些什麼。歐文·亞隆（2003）引述尼采的話所說：「由於這種深淵、如此嚴重的疾病，人回復成新生兒的狀態，更能品嚐快樂的滋味，對所有的好事有更敏感的舌頭，更愉悅的感官，帶著無邪的喜悅，像小孩子般天

¹⁶ 引自石世明：臨終照顧的心靈成長，p. 7。中國醫藥大學附設醫院 2004. 6. 20 研習營講義，未出版。

真單純，看東西時比以前細膩百倍。」肯恩·威爾伯（1998）也這麼說：「想到死亡那一刻，就非常恐懼。覺察恐懼的本身就是一種無懼，一但覺察到它並且安住其中，就是讓自己去感受那份戰慄，體會那令人發抖的滋味，然後就無懼了。就可能發現喜悅和信心，喜悅和信心又是來自你發現自己竟然有一份無法被摧毀的覺察力。」

因此，「宇宙自然律的非在世照顧中的靈性照顧」是一種存有的靈性陪伴，主要以臨終過程陪伴並關懷病人自我銷滅為核心，讓病人面對死亡的過程中，自我覺察到自己的必須人生舞台上退場，不再於造作的世界中面對自己後面的真實生活，轉換自己在心靈的態度上尋找讓自己安適的真實人生。這樣的靈性照顧下的病人可以面對自己的生病後手麻腳軟的事實，更不會在身體行動已經困難時還排斥去坐上那沒有面子的輪椅，或是病人退縮的暗自沮喪並只在病床也不肯外出到中庭¹⁷去欣賞病床外的花香草綠。當病人承認死亡是人生最後的失落，接受逐漸依賴別人幫助的事實，接受臨終覺知的現象，病人開始從的破裂的自我中冒芽新長出東西，這是非在世靈性陪伴照顧者所要做的照顧。所以非在世照顧中常用毛毛蟲變蝴蝶的比喻，照顧的是醜陋的毛毛蟲身體，心靈是毛毛蟲蛻變的彩蝶。然而，誠如石世明所說¹⁸：「毛毛蟲看得見所以大家都明白，蝴蝶卻看不見。」不是每位照顧者都看得見蝴蝶，且志工缺乏非在世靈性照顧上的操作性語言，志工變成僅守著病人旁邊期待病人的蛻變。當志工所照顧的病人刻意包裝自己花瓶的完整如初時，或者病人採取不願面對自己的一生，或是病人自身不具有自我反思能力，志工非但不會急切想要作出什麼幫忙的意識，而是志工自己無所視事而陷入自己角色上的困擾的煩憂，志工難免還是會退回到去做那種自以為是的照顧。

¹⁷ 安寧病房裡讓病人共同使用的活動空間設置，內有花、草、及魚池等之景觀設計。

¹⁸ 引自石世明：臨終照顧的心靈成長，p. 7。中國醫藥大學附設醫院 2004. 6. 20 研習營講義，未出版。

第五節 宗教觀點的靈性怎麼說

靈性最常與宗教混淆，不少研究已意識到這兩者之間的分野，一般來說靈性係指人的內在超理性、超越性、或超個人的層次，和人的生理、情緒及理性一樣真實之屬人的本質。(李，1992) 宗教雖與靈性一樣的超理性、超越性、或超個人的，但宗教是結合著某種特定文化且會隨著文化而進化，我們可以說宗教是對個人的靈性層次的一種特殊的詮釋。因此，宗教觀點的靈性將不著重宗教的信仰教義的文化面，而是強調宗教的神話、儀式、神秘經驗等等有助於個人心靈的這層面。伊利亞德(2000)認為宗教裡普遍存在著許多神話，象徵在人的世界裡宗教場所開啟一個通往永恆的天窗，提供合法安全性的甬道通往永恆之宇宙整體。在生活世界裡宗教提供一個突破點，人可以透過宗教儀式進入突破點並跨越過人的限制，昇向原始的屬神世界中重生。在宗教觀點的靈性中死亡是個宗教上的神聖顯現，同時死亡將個人的時間斷裂接續到永恆而不再是個限制。

基督教裡靈性為人所本有，上帝用地上的塵土造人並將生氣吹在他鼻孔裡，它就成了有靈的活人。(聖經創2:7) Judith(2000)認為：「上帝創造了人並賦予靈性，在靈魂的深處追尋上帝是人的本質需要。」靈性來自上帝，並落實在聖經裡的神聖文字中。基督徒相信神給了所有人的生命及氣息，這父神與子民的關係須由病人自己去經驗，神已是生命的意義及目的地，神是愛及相屬與饒恕的源頭。神子耶穌會在禱告中和父神分擔自己(病人)的痛苦(太二十六39)，祂為祂所愛的人向父神請求(約十七)以及與別人與別人同心禱告的力量(太十八19-20)，禱告是和神之間親密的談話，基督徒是需要神的。另外在佛教中靈性是指：「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」。靈性涵蓋七大要素，1.不即不離；身、心、靈一體。2.因緣和合；身、心、靈因緣和合。3.不生不滅；靈性有超越時空之特性。4.本具慈悲；靈性內涵來自天生慈悲心。5.覺悟啟發；靈性可靠後天覺悟啟發。6.靈性感應；靈性可藉外力引導啟發。7.

離苦得樂；靈性成長可幫助病人超脫生死。七大要素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、靈性的療效等角度定義了靈性的不同層面。(陳；2002) 照顧上陪伴病人從病情告知到接受死亡，以感應靈性依持佛法而達成佛成道境地。

宗教經驗是宗教人在靈性上的神秘經驗中的一種形式，宗教經驗可以成就宗教人的超越，亦可以提供非宗教人藉著神話隱喻而自我超越。宗教觀點的靈性將解開「往何處去？」的難題，給人一個靈性上永恆性的神話與一種不懼面對死亡的態度。在宗教觀點上的靈性照顧，就是給予宗教信仰者重整與神的關係，而這個照顧的專屬性質讓照顧需要結合安寧團隊裡的宗教師方能照顧病人。

在研究者初加入志工照顧病人的經驗裡，覺得教育訓練可以讓生手習得靈性上的照顧技巧。然後照顧的經驗多了，自然會去聽演講、看資料來成長自己的照顧品質。像是在世照顧中的靈性疼痛說，病人靈性困擾的本質意義論點以及從務實照顧開展的照顧方法，補強了志工照顧技巧中的解決病人問題之理論基礎與方法。但是，總覺得做起來像是熱心的一股惱丟給病人價值啦、意義等，好像已預設病人會需要的靈性就是這些條目中的項次。到了非在世靈性陪伴照顧被提出後，才明瞭原來病人是在生命極限壓迫下靈性發生問題，病人的靈性是一個存有上的問題。照顧病人轉變成不該是一個真實死亡的問題，而是面對死亡之不受造作遮蔽的真實面對。上述這些照顧的模式各有其發展的背景，但目前它們也都還不能彼此對話。就純粹緩解病人心靈疼痛的照顧層面而言，照顧不該僅以所見病人的表象問題為主，或是等待與病人的心靈偶然相遇，照顧要在病人內在心靈出現困擾時能辨識並採適當之照顧。派翠西亞(1994)認為¹⁹：「由於我們重視病人

¹⁹ 參見派翠西亞：最後的禮物，p. 23。

的要求，病人就會有辦法調整自己死亡的時間和情境，直到一切要求都獲得滿足為止，不再有遺憾。」國內安寧療護已推行多年，靈性上的照顧需要多一些的對話，從在世醫護系統下開展之照顧及非在世照顧靈性陪伴訴求中找到共同的部分，讓安寧志工得以在重疊的照顧樣貌下做出最好的靈性照顧。

第三章 研究方法

靈性照顧在緩解病人心靈所感受到的困擾與照顧其所造成生活上的不安。靈性照顧的開展不會是在病人表象事件上的機械式應對，或是期待病人顯現隱藏於心理上的癥結而陪伴他轉變，而是要在病人內在心靈層次出現困擾時探尋這困擾源頭去解決問題的照顧。安寧療護在國內已推行多年，前章細述過靈性上的照顧從早先在世醫護系統下開展之照顧主張與做法，到後續出現不一樣的非在世照顧靈性陪伴訴求，若是再加上普行於宗教界多年的靈性主張，靈性照顧概念的多重樣貌必然造成照顧者（安寧志工）的困擾。因此，本研究採用現象學方法旨在探尋對病人心靈的這個照顧，明晰這行之有年的照顧經驗概念與作為。研究者訪談安寧病房志工的照顧病人實務經驗作為研究之場域，透過志工敘述照顧內容直觀照顧樣貌，同時將這個志工生活世界的事件經驗置入括弧存而不論，再以現象學還原分析及描述照顧中的靈性照顧意義脈絡，進一步去詮釋靈性照顧的本質性徵。本研究即在對安寧病房志工之「生活世界」裡的照顧運作，進行對靈性照顧上的質的研究。

第一節 採現象學方法詮釋靈性照顧的意義

索科羅斯基（2004）認為現象學是「理性在可理解對象的顯現中所獲致的自我發現。」本研究以現象學的態度詢問「這種或那種體驗是什麼樣子的」，試圖對志工在照顧世界中前反思性的體驗方式進行細膩的描述。Manen（1990）也認為以胡塞爾及海德格的現象學為基礎的研究，可以透過生活經驗的細膩描述來探索現象的意義。現象學的研究法已被廣泛的應用在健康照顧及意義追求的研究上，訪談獲致的經驗資料經過置入括弧後的還原動作，得以讓置入括弧的前假定、偏見明白清晰，呈現出經驗之特有樣態。從現象學觀點，研究就是對我們感

受世界和理解世界的方式提出疑問。由於理解世界就是以某種方式深刻地存在于這個世界，因此，研究—質疑—形成理論的行為就是使我們與世界密切聯繫的有目的的行為，可以使自己更好地成為世界的一部分，融入這世界中。研究過程中我們探索構成這個世界的奧秘，使這個世界進入我們心中。研究就是一種關注的行為。我們所關注的變化對不同的人來說可能有不同的意義，現象學的研究的特點是它總起始於生活世界。我們以自然態度面對日常生活的世界，這種態度就是胡塞爾所描述的原始的、前反思性的、前理論性的態度。我們以這種態度對所經歷事件的本質進行反思，亦即在意向著安寧病房裡靈性照顧之多重樣態中聚攏其同一性，這同一性是透過現象學的本質直觀 (eidetic intuition)²⁰讓我們掌握及顯現靈性照顧這事件的本質。本質直觀如何讓本質對我們顯現，第一是：典型；例如志工直接經驗到的「教育訓練中的靈性照顧」所說的那「被觀察到病人有種『相似』又不明晰之心靈不安」。第二是：實徵的普遍性；像是在「醫護系統下在世照顧中」及「宇宙自然律的非在世照顧」中經檢驗後獲致的靈性照顧本質與方法，那已是抵達了實徵的普遍性 (empirical universal)。第三是：想像變異。這個層次是在努力去抵達靈性照顧不可或缺的特徵，從知覺的領域移到想像的領域，從實際經驗轉到哲學思考而達成一個「本質直觀」。在本研究中對十位安寧志工採半開放性的詢問：

1. 談一些令你回憶之照顧經驗。
2. 常讓你忙碌的照顧項目是什麼。
3. 和病人聊天時，你最想勸他們什麼。
4. 病人不聽你勸時，你怎麼辦。
5. 你怎麼看安寧的身、心、靈照顧。
6. 常聽病人說又不抽煙、喝酒的還會生這個病，你都怎麼回答。
7. 有沒有這樣的經驗，跟病人談相關宗教上的事。

²⁰本質直觀 (eidetic intuition) 詳細說明參見李維倫譯的羅伯·索科羅斯基著：現象學十四講，pp. 255-265。

8. 對志工的靈性照顧有何期望。

經分析與討論後對靈性照顧提出四個主題論述：志工說靈性照顧很難做；志工與病人搭建之親密關係；志工在交軌上與病人的命運相逢；似有還無的靈性照顧。

第二節 研究對象

研究者採立意取樣，自研究者服務之醫學中心的安寧志工檢選符合下列條件作為訪談對象：

- 一、志工的服務資歷滿六個月以上。
- 二、已有的各大宗教信仰之志工至少一人。
- 三、願意參與研究接受訪談及錄音

表二：受訪志工的基本資料

| 編號 | 性別 | 志工年資 | 教育程度 | 宗教信仰 |
|-----|----|------|------|------|
| C01 | 女 | 五年 | 五專 | 無 |
| C02 | 女 | 五年 | 五專 | 佛教 |
| H01 | 男 | 四年 | 五專 | 佛教 |
| H02 | 女 | 五年 | 高中 | 佛教 |
| L01 | 女 | 四年 | 高中 | 佛教 |
| L02 | 女 | 五年 | 高中 | 佛教 |
| L03 | 女 | 六年 | 五專 | 天主教 |
| W01 | 女 | 五年 | 五專 | 基督教 |

第三節 研究步驟及研究工具

死亡是最屬己的，每個人均有其各自不一樣的臨終過程。因此志工對病人不同面向的照顧經驗亦各有不同變化。我們對所呈顯的不同面向，保持一種現象學的敏感性，同時具備對照顧病患的現象具詮釋之能力。換句話說，本研究之研究步驟是先期在靈性照顧上有文獻探討，這是對靈性照顧這個主題的先前理解。在理解的過程中擬訂出了訪談大綱，透過對安寧志工訪談進行探究在他的照顧世界中如何描述自己存在的照顧經驗。志工的照顧經驗雖然呈現的是多重的樣態內容，但亦可能存在著屬於靈性照顧這個範疇的同一性。是以，整理訪談稿資料並詮釋出最終目的，就是顯露研究者所深描之靈性照顧的普遍性意義。經驗必須被語言捕捉才能出現，才成為世界上存在之物。Steinar Kvale(1996)說：「訪談既像採礦者 (miner)，也像旅人 (traveler)。前者說明當研究對象身懷資訊時，訪問者的工作就是挖掘它。相反地，後者指訪問者就像旅人在景點間漫遊，和所邂逅的人交談，並提出問題，引導他們說出自己生活世界中的故事。」(齊，2004)因此，本研究採訪談取徑對南部某醫學中心安寧志工共十位進行訪談，經轉換成文字稿並登錄出有效資料計八份。應用質性研究資料分析電腦軟體 winMAX Pro98 (林，2004)²¹之編碼 (Coding) 功能，將輸入之文字稿框選指認出與研究相關之現象陳述，並將該現象陳述賦予主題以標籤意義。該作業整理聚攏之意向資料成為軟體中之譯碼段落 (Coded Segments) 並輸出 (Export)。分析軟體所輸出的是有取向立場的文字資料內容，提供深描原受訪者言談的意義，也就是志工與「靈性照顧」範疇相關之主題概念，並依此範疇概念的文本進行「靈性照顧」詮釋上的分析與討論。

²¹ 詳細操作細節參考林本炫老師「質性研究資料分析電腦軟體 winMAX Pro98 操作手冊內容」。南華大學教社所出版之齊力編：質性研究方法與資料分析，第十章。

第四節 研究倫理

任何研究的目的與進行均不能傷害到有關人士，包括研究參與者本人及其家人、朋友，甚至是研究參與者之服務場域族群。因研究在資料蒐集過程，往往需要深入研究參與者的工作世界與其內心感受，所以無形中也隱藏著許多道德的議題與權力運作的影響。本質性研究考量之研究倫理議題如下：

- 一、在徵詢受訪者的同意時，研究者以書面列明整個研究的目的與研究進行方式，並會當面解釋清楚。參與者決定參與研究時即簽署書面同意書。
- 二、在訪談過程中，受訪者有權利決定訪談內容選擇性的公開。同時受訪者在研究過程中可以隨時退出並終止研究。以尊重受訪者的意願，讓受訪者不受到傷害為原則。
- 三、隱私屬於私人領域中不可以被公開的資訊，保密為研究所收集的資訊謹守保密的原則。資訊處理要做到刪除任何有關可辨識訊息之「匿名」原則。
- 四、研究者對於受訪者的身分資料將嚴格保密，錄音帶與逐字稿則於整個研究結束後，由研究者銷毀或交受訪者自行處理。

第四章 研究結果分析

安寧志工在照顧臨終病人的身、心、靈時，志工的照顧沒有去區隔出那個不同於身、心的「靈性照顧」部分，也不會採行分科別、分類屬的程序法則來面對病人、照顧病人。因此，訪談過程是採取圍繞著靈性為核心的全人照顧在談論，經訪談與傾聽志工敘述自己的照顧內容，並轉換成為文字稿共計有六萬八千餘字。文字內容再經過研究者的重新整理與鋪排，並分成了幾個主題段落來說出志工做的那個靈性照顧，並分析志工眼裡的所謂安寧靈性照顧之脈絡。主題分別有：「志工說靈性照顧很難做」、「志工與病人搭建之親密關係」、「志工在心靈交軌上與病人的命運相逢」、「似有還無的靈性照顧」，論述志工觀點裡的靈性照顧作為。

第一節 靈性照顧：志工說靈性照顧很難做

志工多是帶著教育訓練裡所教導的照顧前見踏入照顧行列中，像是志工他們這樣說靈性照顧：「就是要照顧病人在心靈上的疼痛。」比如是病人對內在生命意義的焦慮、對死亡害怕之無法調適、怕孤立或被棄擔心成為別人的負擔等等。但是在問到志工：「你對靈性或靈性照顧有什麼看法？」許多已具多年照顧經驗的志工還是對靈性照顧提出疑惑，他們這樣說：²²

靈性照顧，其實說我們真的能接觸對方還是有限啦。(C02:08:14)

靈性這個方面比較宗教味道，比較涉入宗教的人比較會去談這個。

比較表象的就是說靈性是很重要，可是當你在疼痛的過程當中你可

²²本研究以斜體字書寫的均為受訪者說的話。

會不會那麼的去相信，很多病人到最後的時候他都不會相信。（L03：04：15）對我來講我也不太懂。（C01：04：14）

有幾位具虔誠宗教信仰的以及偏向宗教家情懷的志工，他們會把靈性移置到宗教的領域裡，這時的靈性照顧變成教義上自然不過的事。他們是這樣說的：

說到靈性，這個就講到以宗教來說：人人具有如來智慧相，我看到每一個人都是一尊佛。這就是靈性。（H01：03：15）你若要講究真正的靈性，在我們宗教的真正靈性是用安心問題，你一定要達入真正的清靜。（C01：06：10）

因為他們從宗教觀點看靈性，死亡是個宗教上的神聖顯現及死亡已將個人的時間斷裂接續到永恆。祇是這樣的宗教觀點照顧總覺得做起來像是對人的價值啦、意義等都已預設某種絕對上的意義，而這個預設則像是上帝造人、業障輪迴一般是不必置疑的。但是其他缺少預設前置意義想法的志工，靈性則不是那麼自然的理所當然，也因此不以宗教介入的志工說出：「我不懂、不會、不相信病人最後還談靈性。」有位志工就直接地說：

很難，這個也是一直我在思考，我們志工的腳色扮演上面有沒有辦法再進一步的提升。靈性這兩個字本來就很抽象，縱使我已經服務五年了，我到現在都還在摸索。沒有錯啦，文字書面給我們有明確的定義，什麼叫做靈性照顧。病房這邊有做的教育訓練，可是我覺得實際跟臨床上的結合真的是差距很大。包括連醫生可能，自己都很模糊，這是我的觀點。（W01：01：38）

看到志工這麼的說靈性照顧，好像先前教育訓練是說的一套，做起來卻又是另外

一回事了。然而只要稍微熟悉安寧世界的人，都不會否認國內、國外有一大堆關於靈性照顧實務的書，說明在安寧上的靈性照顧是可行且重要的。比如國內的在世照顧中不也提出了許多病人心靈上不安類型，像是：生命無意義無價值、痛苦無意義、恐懼死亡、無助、絕望、怨天、尤人、憂鬱、罪惡感、不甘心、不放心、憤怒、麻木、孤立隔絕、恩怨未化解、不能寬恕、自憐、自殺意圖等等。病人這些需要照顧的問題是很容易被照顧者看見的，像是一位照顧癌症病人的護士說：「有些病患你看就知道他一定在煩惱，就是他的表情...。」²³也不是只有醫護人員看得見問題，一位志工這樣描述：

靈性已經是他很心裡面的東西。有的人雖然表現的他都不當一回事，然後..我知道啊 就是這樣子，就是要讓自己好像表現的很勇敢，但是真的是他的想法還有他的那個也是起起伏伏。他有時候好像真的看的很開了，然後又再鑽回去牛角尖裡面。你不是第一次就可以知道他怎樣，你陪伴時間有長一點的話，每一次跟他的對話，就可以感覺到。並不是真的那麼心那麼平坦。他們的言詞上每次表現的不會一樣。(C02 ; 08 : 11)

病人的問題既然不難被察覺，訓練課程上也授予志工相關的對策，何以說照顧被說成難做？何況志工並不缺乏同理心的傾聽以及照顧上的熱忱，志工存在著什麼問題而讓他覺得難做？似乎問題真的是出在志工身上。志工是否在看到病人的困擾時並不表示志工就已然知道病人在煩惱什麼。

「你不是第一次就可以知道他怎樣，你陪伴時間有長一點的話，每一次跟他的對話就可以感覺到。」

²³ 參見蔡欣玲等：「出任癌症照護護理人員之主觀經驗與調適」，榮總護理(2002)，19(2)。P. 160。

原來時間是靈性難以照顧的第一個難題。時間問題是志工照顧病人的時間不足，像前面的章節談照顧時護理師因忙碌著發藥、打針、調 IV 而放後靈性照顧。在一項針對安寧療護服務人員服務動機及其服務現況之探討(陸, 2003) 研究中指出：安寧志工平均每月服務 4.45 次，平均每周服務時間為 3.46 小時。志工在短短照顧時間內難以明白病人內在心裡的想法。除非靈性的照顧的內容是可以像發藥、打針一樣操作，所以才會覺得時間因素影響靈性照顧難做。志工說：

我覺得住進來的病人生命期嚴格講起來都很短暫，我們不是像護理人員幾乎可以是二十四小時至少也有三班制會接觸病人，我們志工沒有這樣，可能一個禮拜來三小時，甚至可能我下個禮拜來病人就不一樣了，靈性照顧這種東西沒有辦法短期建立。對我而言我覺得靈性照顧在病人的身上很難。我覺得是這樣，第一個：病人的時間跟我們接觸時間很短，然後你要從接觸他到他信任我們，願意跟你談到更深層更深層的問題，其實那個是需要相當的時間。而且變成可能一次兩次三次，真的是需要時間去幫助 可能靈性這兩個字的那個，病人用不到，使不上力啦，應該是這樣說。(W01 ; 02 : 07)

志工是在說你不能每個禮拜只來陪陪他、安慰他一下，除非你跟他當上朋友才能讓病人安心。另外，病人己身發現時間和平常人不一樣，病人在乎去生活在心裡意義的時間刻度中：

像 老師，他到後來他說：「搞不好明天我就聽不到了，就喪失我的聽覺，這是你們沒有辦法幫助我的。」甚至後來包括治療對他來講是多餘的，因為他沒有辦法去期待醫生給他的治療會讓他的病情改善。他反而覺得說治療完我明天就失明了，治療完我明天又怎麼了，

就是一個器官功能喪失，他後來是比較消極。他本身是一個很虔誠的佛教徒，到後來醫生查房我就進去，他說我現在很堅定我的信仰，可是我不知道越到後面我的病情會不會影響我去質疑的信仰，就是說可能他心有餘可是力不足，或是他沒有辦法去持受到最後一刻。

（研究者）問：還記不記得你在的時候，當時誰在回答他的話

其實幾乎大家都一片沉默，對呀他講的也沒有錯啊！當一個人脆弱的時候你是沒有辦法用什麼道理啦，去（W01；02：14）

平常人有明天，可是病人可能就沒了。病人的時間不再是物理時間刻度上所表現的出來的，病人比較在乎當下的「意義時間」。病人要的是如何活在當下的安心過程上。這個想法是和有明天、可以重新來過的平常人不同，或許導致了照顧上有不知如何做的沉默。

志工說靈性照顧很難做，除了時間的因素外還有病人的心靈困擾是「很心裡面的東西。」志工說病人內心裡面起起伏伏的、言語反反覆覆的不安是病人心裡面層次的問題。這個問題不若教育訓練裡被條列在課本的清楚文字，看的見且清晰內容在說什麼。病人心裡面層次的問題，是志工面對病人時常捉摸不到之不安的感受。這個困擾讓志工在照顧上成了知易行難的做不到：

在我們上課就是說訓練有講到全人、全家、全程啦，全人就是身、心、靈，對靈性照顧其實說我們真的能接觸對方還是有限啦，靈性就已經是他很心裡面的東西。（C02；08：12）我覺得到末期以後人會覺得非常徬徨，他不曉得說到時候會跑到哪裡去，會不會下地獄，會不會怎麼樣呢？這個靈魂。（L01；03：19）像那個年輕的，不要講什麼光孩子他真的就放不下。不過是說因為你的陪伴關心，讓他感覺溫暖這樣子而已，他的問題還是沒有辦法解決的。（C02；09：03）

病人的內在心裡一方面是複雜的，另一方面是病人恐怕自己也不清楚自己的問題在哪裡。病人看事情的想法與常人之志工不同，對照顧來說會形成困難。例如，病人通常在臨將死亡前時刻會吃的較少、睡的較長、及厭世，死前的二至四個月飲食習慣會改變²⁴，這不吃不喝的現象是死亡過程的一部分。因此照顧上說：「不吃也不打緊。」最令家屬或照顧者難以理解的是，因為病人的不吃是常人挨餓的意義，況且家屬本來就是以食物來表達愛與關心的意義看待。舉另一個病人丹的例子²⁵：丹在事業剛起步，妻、兒感情甚篤時發病，無法下床失去工作且夜不成眠。丹常莫名其妙地大發雷霆，一次他對照顧的護士咆哮：「你說對了，老子就是沒睡飽，你要怎樣？」才過幾秒他竟嘆口氣，對著護士旁邊嚇的說不出話的妻子說：「我不是要嚇你，你不是我，你怎麼知道晚上常在睡夢中痛醒，心情有多壞。」但是護士知道丹的生氣是出於覺得一無用處以及內心的無助才轉為抱怨，護士刻意放任讓丹生氣且讓丹壓抑很久的情感洩湧而出，藉機讓丹脫離孤立感而得與家人、照顧者坦誠溝通。病人這個心裡面層次的複雜，志工是需要時間去了解清楚的。

所以說，志工如果進入病房且跳過志工及病人這個時間的層次階段，直接照顧起病人的內在靈性問題就會發生說靈性照顧很難做。志工似乎不能暫作停留地祇陪伴著病人，細心察覺病人的時間意義，照顧起病人將會出現「幾乎大家都一片沉默」的結果。志工照顧病人的時候，病人正在注意著他自己的複雜煩惱而不安，這個不安如果志工傾聽不到，或是無法分辨是病人內在出現的不安，這樣也是會讓志工自己處在了一個自身的不安。志工將可能會東忙西忙的在為自己的不安掩飾，或者是就拿著自己詮釋的認知往照顧上套，那靈性照顧可就真的是很難做了。

²⁴ 參見瑪若琳·韋伯原著（2002）：天堂的階梯，p. 245。

²⁵ 參見派翠西亞·克莉（1994）：最後的禮物，p. 76。

第二節 靈性照顧：志工與病人搭建之親密關係

志工說靈性照顧很難做，除非你跟病人當上朋友才能讓病人安心。說明志工的照顧是從當上朋友前之陌生關係開始的，志工也必須讓照顧自然隨機下開展與病人之關係。這種關係的建立與醫護人員照顧病人不同，他們的關係是制度的必然，醫護人員不只是連續與病人接觸的情境下照料病人，而且病人本就會向醫護人員尋求解決不舒適的需求，病人與醫護人員之間存在著必然的互動關係。而志工與病人的關係可不會是這樣地自然且必然，許多新住進病房的病人常會誤認志工們不過是宗教或社會慈善團體的成員，是一種點頭、寒暄、或感恩之類的可有可無鬆散關係。換句話說，在志工走進病房初與病人接觸時，雙方是處在志工單方向的朝向病人且間斷出現的關係狀態。而且病人進進出出病房，與志工的關係常常產生變化：

一個禮拜，一個禮拜我們裡面（研究者註：指病房）所看的人都不一樣，一看的話就有人往生了。上次大家已經談的蠻貼切的，跟他談的蠻接近的，第二次來就變的（L01；01：08）

因著末期病人的病況變化很快，志工與病人經常地處在屬於陌生的情境下。當志工照顧病人的靈性上需要傾聽時，如果志工與病人的關係僅是在點頭寒暄的表淺關係，我們不能寄望病人會主動告訴別人內心裡的事。照顧病人靈性是解決病人內在心裡面的問題，病人不跟你用言語說出問題的世界容貌，確實會在照顧的開始就形成困難，因此志工需要想辦法尋求消滅那道隔堵在志工與病人之間的屏障。像是志工說他會用身體的觸碰接觸，像按摩等來拉近彼此的關係：

像那個他們乳癌的話，他們的淋巴都會很酸啦，不舒服綁的緊緊的我們就會跟他按摩。邊按摩的時候他就放下他心裡面的那種..保護的那種心態，就比較親近比較肯告訴你一些事情。從一些按摩或活動活動一下，就可以打開他的心結。(L01；03：03)我有些時候會跟他們按摩、按摩，跟他們有實際比較深的接觸的話，他們會講的比較多一點。大部分抱怨的話，就是會說他沒做什麼壞事他怎麼會生這個病，有很多人會講這種話，就像我們安寧病房剛講的，有的情緒不穩，剛進來一定不能接受這個事實。(L01；02：22)

雖然志工的照顧可能在不清楚病人初始狀態，但是發覺因著彼此身體的接觸，貼切的身體按摩無形中拉近了志工與病人間的距離，雙方也就在自然的氣氛下拉開那層無形的陌生隔離幃幕。當然貼切的按摩會需要學習按摩的技巧，然而與病人身體的觸碰僅只需要適度傳達一份真誠的關懷即可。能夠讓病人知道有人在旁全力支持他，適度的幫忙他活動肢體就足夠完成關係的建立，有位志工說著他的經驗：

病人翻個身都要三四個人，這樣子慢、慢、慢，一翻他就會叫說會痛。覺得他很纖細像個玻璃體一樣，我們志工都不敢進去。我跟他先生進去的時候看她的腳蠻腫的，我說想要幫他..我還沒開口喔，他很敏感摸到他被子，「不要動很痛很痛」，「我沒有要動你，只是要把你的腳擺好」，「不要動會痛、會痛」。有次社工師在開家庭會議（研究者註：病房的社工師約病人家屬會談）。她在睡覺，睡了醒起來看不到人會擔心，她在睡時我就坐在旁邊陪她。看她會熱，旁邊擺了許多學生送的卡片，我就拿一張卡片幫她扇，她嫌我扇的太用力了，風太大了。她說：「風太大了。」我說：「好。」我就慢慢扇，他就這樣子也發覺說我也蠻貼心的。我就跟他講：「老師..我幫你輕輕的

撫一撫好不好？」她沒有講話。他沒有像上次馬上拒絕，我就試著摸他的腳輕輕的撫他。他鼠蹊那邊有淋巴結，我說：「老師這邊有淋巴結。」「對啊」他就問我很奇怪的問題「我這個淋巴結什麼時候有的？」我說：「不知道耶要問醫護人員。」「喔，這樣子是不是你來多久這淋巴結就來多久。」他就這樣子講，我說：「我今天第一次照顧你，這個淋巴結不是今天來的，我不知道什麼時候？」所以說有時候這個病人很難纏，你只要說有耐心，她還是會接受你的。我是從在那邊慢慢守著他，他一睜開眼睛看到我坐在那邊，他也沒有講話啊。他嫌我扇的太用力啦，我就慢慢扇他他也覺得很舒服啊，就這樣子接近他。從不讓我去摸他，他居然願意讓我去弄他，他覺得還蠻好的感覺。（C01；06：23）

病人感受到志工的關懷，經由幫病人撫觸的過程志工與病人開始搭起互動的對話關係，志工也終於跨過陌生而邁入照顧的路途上，靈性照顧的種子總算可以停落在生根的泥土裡，並得以發芽成長。照顧上關係的建立與親密會讓病人說出自己的感覺，但志工若有時間上的緊迫與跳躍，一方面因病人的病況急速變化，或是志工自己的服務時間上的限制，這些存在的限制是會讓志工們無法感覺到被病人信任，連帶也就不易與病人去建立關係及談談更深一層次上的問題。志工常說：「如果時間夠長話、談話次數夠多的話，更深一層次的東西、或是心裡面的東西就會談出來。」

基本上他跟你是陌生人，陪他聊天我會先看看病人的需要是怎麼樣，然後我會先給他讚美。對，比方說我看你很和藹可親啦，讓我很想跟你聊聊天啦。先給他建立一個好關係，那或許慢慢的他也覺得我不錯，心裡有什麼話會想要告訴我。比方說他會覺得說他現在先生怎麼樣啦，或者是對太太怎麼樣啦，對小孩怎麼樣，慢慢的他

會把心裡面的，或許他會給每個志工都去講不一定啦。(L03；01：27)

志工的做法在建立關係並希望把與病人的關係往親密上推，但是也有些志工並不在意這親密關係的建立，似乎認為依憑著照顧上的典範或是自我詮釋之認定觀點就足以進入照顧場域。這種照顧類型難免會與病人在領悟理解這個世界上的事務南轅北轍，甚至會發生一些不好的結果。看看志工怎麼在說這類的照顧，志工說：

我向來就不干涉人家的宗教啦，談的來大家再來深入談下去啦。談不合，等一下因為意見的問題來起摩擦，我們這裡常發生這種事。有的都會向我進讒，真的啊！說聽到『阿彌陀佛』心情上就是『快要死了、快要死了』，有好幾位病人都跟我講過這個問題(研究者註：志工是一位法師，病人跟他反應說別人要他要唸『阿彌陀佛』)。所以說為何要這樣？啊念其他的不可以嗎？可以啊，為什麼不可以。(H02；02：36)

即便一句簡單的『阿彌陀佛』，本意是人人皆知的無量光、無量壽的祝福語，但病人卻會有另一種其他的解讀，病人還說聽到這句話好像就快要往生了，祝福語卻變成了詛咒。換句話說，照顧的親密關係若沒先建立起來，志工就貿然地往病人心裡面闖，不但不能寬解病人之煩憂，反而會在對事情詮釋不一中出錯，出錯是因著志工的單面向照顧輸出。還有如果志工那份單向之善意付出被病人利用，志工的照顧是會變成一件很奇怪的事情。

曾經有個阿婆，利用志工的善心。你知道她多利害嘛？她上計程車可以叫計程車免費把她載回家。她上計程車開始就講她兒子很可憐、多可憐，講計程車司機覺得她很可憐就送她回去。來病房會讓

志工掏腰包拿錢出來，後來這件事情被發現了，護理人員也發現了，我們志工就留言，以後不可拿錢給她，她的經濟環境不是像她自己講的那麼可憐。(W01; 10: 07)

這類志工的單面向輸出如果又恰好是那種積極的、具使命感的服務熱忱，特別是又帶上宗教上那種不必置疑的預設觀點時，照顧的層次常被認為不需要在關係上講究，不採取朝親密層次逐漸發展而一躍就到照顧結果的層次中。這種類型的照顧最容易出錯，因為當志工忽視病人這部分且在雙方誤解又沒時間讓病人理解與質疑時，就會發生嚴重的問題。我們來看志工所說這個類型的照顧：

上禮拜就發生一次這樣的事，然後就變成家屬整個亂掉啊，不知道怎麼辦。社工師趕快衝出去處理這件事。那個志工他就是跟..，一個家屬是住在國外的，另外一個是住在國內照顧這個媽媽。他們很多家屬，我們的志工就去跟國外回來這個女兒講說：「我跟你說啊，媽媽快要過世的時候，你們要讓他很安靜的環境，包括他如果往生，已經就是呈現彌留的時候，你連掀他的棉被他都會很痛苦。」他女兒在國外受西方的文化久了就突然愣住了，因為我覺得人在面臨自己親人的生死問題的時候通常比較容易動搖。面臨自己親人這樣大事，你講這個樣子那我要不要相信啊？如果不相信，對啊，好像聽說佛教是這樣不能去動他。如果媽媽過世的時候我沒有這樣做，因為中國人講說寧可信其有不可信其無，他們就開始會疑惑他們本來想做的事情。因為這件事情就好像在他們家庭中就有三個版本的聲音，他們本來希望把媽媽帶回家，就是媽媽想要回家往生，可是因為是不是講到移動的過程，他們就開始不知道怎麼辦。是不是要來我們的往生室呢？（研究者註：安寧病房裡的往生室）還是要尊重媽媽回家留下一口氣？就會產生這種情形。如果那個，我是這樣想

啦。如果那個志工是站在他自己的宗教去講這件事，也許他是出於好意，可是我覺得他反而是弄巧成拙。(W01 ; 04 : 39)

因此，關係的建立代表志工與病人或病人家屬是要共在於共同的世界中。志工需要慢慢地領悟並與病人交軌在共同世界裡以避免誤會的發生。或許資深的照顧者不一定需要逐漸地去進入親密關係，因為他們累積之照顧經驗或人生閱歷讓他具備縮短與被照顧者間關係隔閡的能力：

我們講話都是要看表情啦、談話內容啊、接受的那種能量，就好像我們教學生一樣，他們會聽你的話，聽的目瞪口呆，表示他聽你的話很有興趣啊。他會和你很有契合，因為我們是老師，教過很多學生，所以這個你教學的好，人家能接受不能接受，那種默契很有經驗。有沒有聽進去，有的人是表面上是、是、是，其實他心裡面還是不能接受，我們也清楚啊！(L02 ; 06 : 28)

一般照顧者應該注意照顧的層次發展，也就是說先建立與病人的關係是必要的。比較偏向直著於典範型的照顧模式往往會跳過它，照顧者對在世照顧的做法需要注意這建立並跨過親密關係之重要性。

其實志工在關係的建立時也會碰上困難的，因為有的是病人正在身體非常不適、難過的無法與你互動，有的是你也不知道何以關懷會被拒絕。志工除了在照顧上面臨病人的冷漠，有許多病人的漠然還是不知其所以然的，而這些總總當然是會讓志工覺得不知所措。

他那種..怎麼講..像是他自己對他的病絕望吧。他也不會不理，就是好像冷淡，我感覺到他很冷淡。我還是會跟他講說能陪陪你嗎？有的會說，搖頭，不需要。有的看那個樣子還是很冷淡，他就會點點

頭。點點頭你就坐下來，坐下來不見得要跟他講話，我覺得是這樣子。(C02; 03: 03) 病人有一些問題我沒有辦法回答，有一些需要安慰的我沒有辦法解決安慰他。好比像之前老師、將軍還有那個法官，他就是完全排拒志工。那時候就會覺得你為什麼要排拒我？那是要尊重人家的選擇，可是我就會想是不是我們的志工造成人家的困擾？比如說，像有的他就會直接的告訴你，「你們志工跟我傳教，我不要志工。」那我就知道喔原來是這樣，那就比較無所謂。那我很怕的是你莫名其妙的被人家拒絕，可是又不知道原因。(W01; 14: 27)

儘管有困難存在，但是為避免雙方因誤會導致的嚴重問題發生，建立關係這個過程是不可跳過的。

建立親密關係還有一個好方法，就是在接觸病人之前做好準備的動作。在志工的辦公室裡，都有已經準備好的病人之病史、家系譜以及其他安寧團隊成員對病人的照顧紀錄。所以志工要理解病人可以從這個資料開始先看清楚，每次來都先看一看病人背景資料，志工說一再的看並不一定每一個都要看到是很重要的。志工認為有了對病人的歷史理解，談起話來才容易有共同話題，較容易在他旁邊朝更深的第二層次關係建立。靈性照顧需要的該是那份對病人的歷史之親近，像是志工這麼做：

我覺得不要勉強要隨緣，有的一見面就感覺很投緣，就跟你分享一些事情，我就是純粹讓他知道說關心他，肯幫他服務。但是重點是這個資料要先看清楚，我每次來看了一定都還要再看，一定每一個都要看到。先看背景資料然，後再到他旁邊去看能夠做什麼。有些志工好像有習慣不看本子(研究者註：指病人的記載資料本)，這樣子好像不太好。因為你不看他的資料你對他完全陌生啊，然後你這

個禮拜來跟下個禮拜來，這中間都有些什麼事情你根本都不知道，你要看了稍微有些概念說他需要什麼，或者我們那一方面可以幫助他，然後知道他一些背景。除非說你馬上已經跟他有交談，然後知道一些，然後你印象很深，像這樣子的話我就不會刻意再去看的很清楚，我就封面稍微看一下，那如果沒有的話，還是很習慣從前面看下來。(C02 ; 07 : 34)

志工在照顧上多半會接觸到很多陌生的病人，看清楚病人的背景資料或是志工不在這段時間的病人狀況記載，是從陌生往親密關係邁進的好辦法。

當志工有一個不知道何時介入靈性照顧的困難時，跟病人建立起親密的照顧關係就是介入靈性照顧的奠基起步。因為，病人在這個基礎上才會開始對你講述他內在心裡的問題。保守的病人不意欲主動探討他自己的問題時，親密關係上的互動還可以提供照顧者切入病人問題的契機。在世照顧類型的志工是總希望能夠為病人做些什麼，這個希望就可以藉著互動之親密關係，把自己的關懷確實理解病人的情況下送達對方。親密的照顧中志工可以努力的去撞擊對方的心裡，如同在世照顧中的「共融」機制，或投以信仰上的力量、或是用肢體觸碰來拉攏近靠彼此雙方的關懷距離。志工採行的行動宛如木馬屠城記，積極的企圖從身、心、靈之角度潛入病人的內在心裡，與病人搭建互動之親密關係。非在世類型的照顧比較注重病人存有意義上的探討，就關係的開展上會忽略掉有些病人的問題需要照顧者用言語去撞擊它。

我覺得應該是這樣講吧。信任感建立了以後，會去談到很多心裡話對不對。當他談到一個階段，比如說他突然談到一個地方他卡住了，那我就知道這個地方有問題，那是他不願意談呢，還是說是他不想讓我知道，我會停一下，我會稍微等一下，我不會馬上硬要繼續進攻。(W01 ; 07 : 14)

志工與病人搭建親密關係，就是說照顧時何以可能知道病人的心裡想法，志工與病人交流作雙向的溝通，這是一個與病人建立起親密的關係的交軌在共同世界中。志工可以逐層往親密推進，並在不同之關係層次中照顧病人的不同問題。一位曾經伴過一千多人走完生命旅程的蘿瑞塔修女說²⁶：「在協助人往生的過程中，親密與撫觸具有重大意義，即使這麼作會讓我們的情緒赤裸裸的呈現在他人眼前。在最後，愛最重要—心與心的交流如此真實，沒有一個人會怯於探索未解決的情感問題，或怯於分享心靈與孤獨的感覺。分享那種經驗是一種需要，給予那種經驗則是一種技巧，而主流醫療機構尚未充分承認這種需要與技巧之必要。」志工與病人搭建親密關係是重要的，為的是達成安寧照顧的目標：「活著，一直到死，都很重要。我們的目標就是，盡最大的力量，讓你活的開心，走的平靜。」

第三節 靈性照顧：志工在交軌上與病人的命運相逢

當照顧病人的志工與病人建立起親密的關係後，將遭逢病人在訴說他的靈性痛感受，例如病人說他是無奈的在等死、說他不再覺得自己有價值、自己沒有用、生命祇殘存封閉在僅對抗病痛的空轉上。假若病人是這樣沉陷在不能超脫之困苦中會期盼早日往生，志工是要扮演在旁支持與協助病人轉化的角色，因為志工與病人已跨越陌生關係而建立有親密的關係，需要在旁去照顧病人的靈性。常見寬慰病人的話語說：「啊！你不要這樣想啦。」或是「想開一點。」志工說如果你要病人不要這樣想，那表示志工其實可能還可能並不知道病人在生命意義上是怎樣想？又若志工要病人想開一點的話，志工同樣是面臨病人的問題：「那想開一點的說法，其動力何在？」如果志工面臨的是生命大限已屆之病人，彼此雙

²⁶參見瑪若琳·韋伯原著（2002）：天堂的階梯，p. 228。

方再不能細心留意到病人真正要的是什麼，或是不能理解到如何調整或決定如何安在現在的生活狀況的決斷，病人的靈性困擾不會、也沒有理由要改變。換句話說，病人不管是因為什麼理由，當他若是自己作一個當下愁苦現況的心境改變或是具希望的迎向未來心態，病人才算是想開了。不然病人可能會客客氣氣的與照顧的志工寒暄，志工在交軌上依舊沒能與病人的命運相逢。直覺上志工已是在排解病人的鬱悶，而病人說不定就是這樣客套的回應：

我覺得病人他們很客套，他們會跟你講說：你們當志工好好喔，以後我好了我也要來當志工。然後就會跟你講說：謝謝你這樣子來看我，來關心我。跟你講的是很客套很表淺的東西.. (W01 ; 09 : 35)

就照顧而言，那是一種失落會讓志工與病人在照顧上均不安寧。

志工坐下來陪伴病人，並能和病人合得來講上幾句話，已呈顯出志工與病人對世界的感受有些相同點。大家就像海德格在存在與時間所講的大家是在閒談²⁷中。雖然病人有著不同身世的背景且各自具不同的自我形象，可是志工與病人是一樣地來自相同被拋擲的社會，很容易碰上相同生活背景的病人，志工理解病人的言談已包含著在閒談之前個人所領悟到的世界。這個理解讓志工與病人在交軌關係並建立開展是否能夠在閒談中體悟到令病人困擾的關鍵因素。有位志工說出她的經驗：

其實我很多事完全是因緣啦。那個中醫師他自己講，我自己是中醫師我自己會把脈，但是他原本是台大法律系畢業，原本做過書記官。現在生病正好是在寫博士論文，所以他自己內心很沮喪。我是正在做醫生的人，他說我會轉入醫學界是因為他覺得司法很黑暗，所以

²⁷ 海德格 (2002)：存在與時間，第三十五節，閒談作為術語意味著一種現象，這現象組建著日常此在進行領會和解釋的存在樣式。

轉入也是完全很投入，也是很行的。在寫論文時病倒了，你看病發了就無法...。很沒辦法的談論中我也是再三的鼓勵，我說在我們佛教因緣本來就是生生世世，你這一世你感到啊到這邊中斷了，我說你只要有信心，生死不斷，你一直繼續往下，今天你的病沒有辦法突破，來..你裡面腦海中八識田中你都裝下這些意識後，這些意識你會往這一方面繼續研究下去，所以不要失去信心不要沮喪，將當下這些快快樂樂。

所以我故意去跟他談過去的事情，因為大家年齡相仿。反正大家差不多都是三、四十年次，所以大家說起過去怎樣怎樣。所以他好像說：「師父，你會不會做布子啊？師父²⁸，你會不會做那？」因為我們是鄉下小孩啊，所以他所說的我說會啊，哪天我好了以後我帶一百斤的布子啊來給你做，大家這樣趣談嘛，其實我們是故意去談過去歡樂的事。小時後我們到溪邊抓蝦子、摸蛤蠣都有啊，所以我故意要跟他談這個，大家都很高興。他是中醫，他用一種什麼..艾草吧，摘一堆艾草在那邊說要薰、要浸腳、浸手啦。我說：「艾草以前在鄉下，要摘芒果時艾草就出來。」「喔，摘芒果時艾草就出來了。」那時也不知道那是艾草還是什麼草咧，在我小時因為鄉下在比較山裡面，都擔芒果出來，我們新化嘛，擔出來賣啊。阿那旁邊都是摘那個草來舖，舖底比較不會滑跤，所以那個味就很香，回味無窮。所以說小時候芒果要是出來，聞起來..就談的大家互相都很快樂。他自己說的，起先他誤認安寧病房是等死的，所以他說這報章雜誌宣導不夠，而且有時候是負面的，所以他有提出這個問題，所以大家錯誤了進來不是這樣，所以他有寫一些資料，我有留下他的資料，事後我有投到蓮花基金會。(H02; 02: 01)

²⁸ 照顧病人的志工是位佛教法師。

志工說他故意與病人談一些兒時快樂的事，大家談的很高興。志工在照顧時，與病人共同回憶到兒時的快樂時光。儘管志工與病人是在那般客套與表淺對話中間談著。志工說：「小時後溪邊抓蝦子、摸蛤蠣。」那是鄉下快樂生活日子的經歷，病人與志工有共同的及言說出來的快樂兒時世界，病人接續說要回鄉下去拿破布子來送給志工，在大家回憶著破布子的世界時發覺世界並不全是黑暗的鬱悶。

病人與志工在照顧場域中有了交軌關係。而後志工在病人薰著艾草時談到鄉下會長艾草的季節，轉到中醫師說他原本是讀法律的並還當過書記官，現在正在寫博士論文的時刻生病。在志工敘說著照顧這個病人的回憶，我們可以推測他們是一次次的從日常點點滴滴再進入而到病人說出正在讀博士而未及完成的遺憾，大家已相逢到命運上來。此刻志工勸病人不要沮喪，我會認為病人受用的。因為他們已是在之前的交軌上以志工話語開啟另一個新的對談開端，是在做共同接續在生病後的未來規劃。志工把病人心裡面對未完成學業的鬱卒引領出來，且成功的讓病人接受把這個未完成的遺憾安放進「*你裡面腦海中八識田中*」，然後病人就又重新啟開自己的關懷心。因為病人除了煩自己的病，志工還說病人決定把他起先對安寧病房『誤以為』是等死的誤傳寫下來，決定要『更正報章雜誌的宣導不夠且是負面的報導』，病人有一個新的關心且在這個關心下病人尋回自我的存在意義。志工在事後也已把病人留下的書寫資料投稿到蓮花基金會。在這樣的一個照顧過程裡，志工先是在客套的閒談起始，再一層層的邁入病人的心裡面。每一層次中志工都參與到病人相同的世界，感受且交軌到病人言說理解的世界，我們可以說志工已能照顧到病人心裡面的沮喪。

當然，我們難免要說：「一定是要與病人一起在鄉下長大才能照顧這位中醫師嗎？」其實，志工在照顧需要的是對病人的歷史親近以及自身對意義的探索，當兩者交軌時便會有命運上的相逢。因此，從這個觀點上看在世的

靈性照顧，他們就常常採用生命的回顧治療法來回憶病人自身的生命，並從中刻意去發現生命意義。

志工雖然不是專業的照顧者，但是志工在同理病人內心世界時卻有一個醫護人員不及之處，志工有自己獨特的人生經驗、或社會多元歷練，志工用這樣的人生經驗來與病人互動，作一個與病人交軌上的試探。相同人生經歷似乎可以比較容易跨過與病人陌生的阻隔，從而建立起與病人間的交軌橋樑。比如說，像是有的病人在知到死亡逐漸逼近時，自己會有些非常怪異的「臨死覺知」²⁹現象。他們會在跟身邊的人講話時又好像出現在另一個地方，讓人覺得他好像身在兩地之間的某地。有的醫生會這樣告訴病人家屬說：「病人腦部已受到癌細胞擴散。」病人的家屬因而便把臨死覺知之正常現象誤認為「神智不清，所言不足信」，常忽略了其中還有病人想傳達的生命訊息。因此，這種臨死覺知難題常常不被認同是個困擾問題，因為病人所說的話無法可以被知識領域的科學所了解。但是志工自己的人生經驗就可以把問題處理好。看一位志工說她的照顧：

有一些的人，他到了後面這段時間會跟家人處的並不是很好..會罵人啊。因為他很痛苦啊，他講的你們又不相信，你們又說他亂講話，其實不是亂講，他其實是有人在干擾。(研究者註：指病人的躁動)
(L02; 08:26) 就是那種有的沒的看不到的東西，可能我比較鐵齒吧，向來不怕這個。喔！病人說，那是常常聽到病人在講，那我是相信。連我自己的親人到後面也是這樣，這個我相信。我還以為是我們志工，那志工講的我就不當一回事，也不容許喔。那是病人真的看到啊，以佛教來講就是冤親債主。(研究者)問：那怎麼照顧他，這種？看到就看到，那又怎麼照顧。那我告訴他那是正常的，就是

²⁹ 參見派翠西亞·克莉(1994)：最後的禮物，p. 25。

會這樣。不管他有沒有宗教信仰我會跟他說這是正常的。(C02;04:31)

志工不一定會學習到病人有臨死覺知的現象，可是志工確有過自己親人往生的臨死覺知經驗，那個經驗使得志工不致認為照顧的病人生病的心智異常。

在志工與病人都可以熟悉對方後，並不盡然每位志工都能善盡到靈性上的照顧，在志工的經驗敘說裡，亦可以發覺到有些志工雖與病人交軌但並沒有在照顧的命運上相逢。下面是一個例子：

之前我遇到一個病人跟我很投緣，晚上巴著我不放跟我滔滔不絕。他那天就是跟我人在那瞬間，他跟我相見的時候就有那種相見恨晚的感覺。我們談啊談啊就很投契，他太太說：是不是累了，要不要休息一下。他只跟他太太講這麼一句話，他說：我今天不講的話，我明天是不是有辦法講我不知道。我留下來一直講到一個段落才離開，那天晚上我就處於一個所謂的一個傾聽者的立場。在這裡做志工，只要病人一句話就把我們堵死了，病人說你又不是我你怎麼知道我身上痛。一般人都會說：哎啊，痛沒關係啦，你忍耐一下念個佛，或是誦個玫瑰經、禱告一下。其實我覺得靈性應該不只限於這方面。應該可以更深層，用生活化的方式去契入讓他能夠接受這才是最重要的。有沒有聽不懂的。其實，應該是不會。(H01;03:24)

病人或許剛好與 H 志工對上話題並談的相當投機，也可能是與志工剛好契合在同一宗教領域中分享，雙方共同感受到投緣的愉悅。我們固然可以說那是一種靈性上的照顧。但這個靈性照顧是經由志工自我詮釋其合法性，那靈性將會淪為照顧者單面向之主觀認定了。更何況建立在投緣上的隨機照顧，是無法對靈性照顧

的探討有什麼幫助。那是個命運上的問題。

是以，從「非在世的靈性照顧」觀點來看，他們將心靈視為一種本質且是體驗生活和認識自我的一種層次。病人的不安情狀是因面臨死亡在時間上斷裂掉原有美好的人生經驗，由慣常作息的那個世界中斷裂後開展出的心靈。所以照顧者把病人心裡的困擾視為病人面對垂死過程的擔心、垂死痛苦的害怕，以及個人對無能力完成的人生計劃感到遺憾、哀痛等等。所以，命運將讓照顧處在志工「覺得不要勉強要隨緣」，因此志工才可以安住在「我覺得不要去勉強，我就是純粹讓他知道說關心他，肯幫他服務」，志工這樣的幫忙態度往往是開啟命運的大門。

第四節 似有還無的靈性照顧

病人面對死亡所造成的改變，引發病人害怕有來不及處理的不安或是未竟事宜的遺憾，或是需要在宗教上尋找該往何處去延續生命之期望需要³⁰，這些不安、遺憾及需要都是病人死亡前自己要整理的。志工與病人在操煩這些事的時候偶然地相逢是命運，但志工亦努力的在激起病人進入交軌上的命運相逢。像是病人要自己決定放下過去人生那段歷史性的罪責，或是必須決定對未知的未來有所準備。這些叫人操心的事需要有一個釋懷的決斷來面對自己的焦慮，要有一個當下的決心後心裡才會踏實，日子才得以安穩。志工在靈性上的照顧就是要了知病人在操心自己心裡面的問題，並如何與病人一起去產生一個「想開」的決定。以「在世的靈性照顧」上就是如此的說：「對生命意義的質疑及回答、產生新的意義；接受別人的愛與關懷與神、與自己、與別人、與大地的寬恕與和好；找尋他自己對痛苦及死亡意義的質疑及答案；對信仰系統（belief system）的質疑及回答。當病人決定了對人寬恕、對事承認、對自我釋懷方能在決斷下安和的說出謝謝你（你）、對不起、再見！」另一邊以「非在世的靈性照顧」上卻說：「不主張

³⁰ 摘自蓮花臨終關懷基金會 2001 年出版安寧緩和醫療關懷手冊，pp. 17-22。

過多的照顧技巧，在真誠的愛之陪伴中讓病人靈性在身體衰敗中綻放，當病人不在迴避否認死亡過程的這個事實，病人其實對生死大事、生命意義、人際關係等會有一個不同往常的真實決定。所以照顧靈性不要以憐憫的態度下付出愛的陪伴，而是讓病人在不捨、沉痛、鬱卒中知道旁邊有人是全力支持陪伴著，直到毛毛蟲的病人蛻變成蝴蝶。」在世與非在世都有志工依循的在做靈性上的照顧，我們可以說那個在世的努力照顧就是「似有」的靈性照顧，而另一種非在世的愛的陪伴就是「還無」的靈性照顧。這就是安寧志工會在不同的照顧方法中做出「似有」「還無」的靈性照顧。看看志工們怎麼說：

他住院他的離婚先生沒來看過他完全靠他的妹妹照顧，跟大姐、大哥這邊有一些為了父母財產的問題糾葛，所以他很希望能再看到他大哥，因為他大哥跟大姐因為家產的關係就翻臉了，大哥跟大嫂曾對他蠻照顧的，後來因為家產的問題搞的兄弟姊妹就不往來了，大哥在那裡就不知道。（問：「他怎樣敘述的呢，是你問他的嗎？」）就好像很自然這樣子聊，就講到這些事情，當然這也是陪伴了一段時間，陪了有幾天的時間這樣子，啊我有空就過來幫忙照顧，講到這些事情。我去幫他把他大哥大嫂找出來，那他告訴我在台南，我就自己去台南，去那個區公所他們就幫我找，結果我已經都忘了什麼區的，拜託那個戶政務員然後找出來，就是說很單純只是幫助病人去完成他的心願。他有一個老二的姪子，他告訴我說他父母親現在家在那裡，他答應我說他晚上會去找他媽媽，隔天會把他媽媽帶來來去看這個姑姑，完成他的心願。他說你怎麼那麼利害，可以把他們找出來，我就笑一笑，就這樣子找出來了。我找的過程沒有告訴他們，來了就很高興就好了，就見面了。後來大姐也來了。他就是等於跟他們和解了，就不計較以前那些事情。

志工在病人臥床時斷斷續續的陪伴過一段時間，彼此的親密關係已能夠交談到個人私密上的事情。志工與病人在交軌中知道病人其實還在意著能否再與她的大哥、大嫂見面，病人心中對這個過往與大哥翻臉的遺憾決定和解，並經由志工代為奔走尋找他的大哥、大嫂，而且終於完成了和解的結局。志工先是由非在世的陪伴中進到在世照顧的付出，病人的高興快樂呈顯出那「似有」「還無」的靈性照顧。

像昨天第五床的老伯伯，昨天他身體有點噁心他想吐啊，他的兒子跟媳婦很孝順，幾乎二十四小時都在這邊，所以我們也常常跟他們之間都有互動。昨天佛光山師父來了，就進去裡面唸唸大悲咒啦，教他念佛，他就很高興，唸完以他就開玩笑講說大概差不多了，他自己這樣講啦。他不是很悲觀的講喔，就是好像很釋懷的那種感覺，就講應該差不多了。我就跟他講說：阿伯，阿伯，沒有關係啦，反正那厝我們都要回去的啊，是誰先回去誰較晚回去，阿你較早回去較早佔一個較好的位子，他就笑的很高興。我常常會跟這些病人講啊，因為有的病人他會放不開，跟他講他就覺得好一點。

我們之前還有一個伯伯，他太太是個山地人，榮民伯伯他很老了，一直放心不下他走了以後他的太太怎麼辦。我也是常常在那邊聊聊，有一次他太太過生日，他太太生日的時候我們知道，我們就去買了蛋糕幫他太太慶生，伯伯一邊吃蛋糕眼淚一直掉一直掉，就是擔心他老婆不知道怎麼辦，他走了以後誰照顧他老婆。後來也是跟他聊了很多啊，因為我不是宗教人士，我對宗教也沒有什麼涉及啊。我自己也很茫然，我真的也是要有師父引導我，真的。我說老伯伯，沒有關係啦，你只是早一點去，找一個好位置順便，幫老媽媽留個好位置等老媽媽去啊，你去那邊把它弄的很好，將來老媽媽去的時候，就不用擔心還要去找，他聽我這樣子講就釋懷，也就笑

出來，我不知道這樣子說對不對，我就是每一次這樣子跟他們講，我覺得他們還是蠻能接受的。(C01; 04: 21)

志工C常常與第五床的伯伯及他的家屬間互動，他們已然建立有一個照顧上的親密關係。志工因此可以在佛光山師父來為病人誦經念佛時，用一個輕鬆的口吻趣說病人那個生命大限的事情。志工已理解病人對往生後的看法與抉擇，所以並不像常人般避諱在病人前面言說死後的世界，並給出一個志工自己對未來世界的看法及建議。病人笑的很開心，顯然同意志工的意見並在命運上與志工相逢。再回看志工照顧的第二個案例，同樣內容的話語出現在為病人切生日蛋糕的時候，此刻病人觸景生情，勾出病人對自己往生後的煩惱，病人在焦慮自己往生後不知如何安頓現有的一切。同樣的一句話本是言說同一件事務，但志工同樣的話語在為不同的病人解憂。志工關心到當時病人那煩憂指向，這是一個命運上的相逢。照顧不能在命運上相逢時，照顧只能存在於志工自身的一個分離的狀態。志工對老伯伯說：「先好走，並記得到那裡要安頓好招呼後到的老媽媽。」志工其實在協助病人填實對死後空無未來的惶恐與憂慮，讓病人在生命有限的真實中決定自己如何的投射未來，以安頓這不安的心靈。其實，靈性照顧已在協助病人關懷牽掛著自己當下真實的存在，志工在照顧的是病人隱藏於心靈深處的憂心。

一般正常人的憂心多半是擁抱理想、計算未來地過著日子，很少人會去想說：「我明天會在那裡？」常人的明天就像太陽般理所當然的一定會升起，只有少數的人會憂慮自己看不到明天的太陽會在這裡。可病房裡的病人就是那些少數人。於是交軌的志工想跟他們一起找找，尋找那個可以期待的太陽。

講靈性最後還是會講到宗教，是不是。我是這樣子認為。我是一個蠻尊重反正你接觸什麼就是什麼這樣，我是不曉得像醫院是基督宗教系列的，到時候會不會說讓病人反個方向，改信什麼的。你認為改過來好嗎？我不認為。所以我會覺得我是不是宗教上的敗類

(大笑)³¹。我是會這樣子想，因為有的人會想說自己信的是最好的。
(L03 ; 04 : 16) 一般平常的病人對往後的看法要怎麼跟病人提，
我會先與這個病人比較熟了，關係先建立起來了，在沒有障礙的情
況下我會問她。我會跟他們講說：「不好意思我必須先問你一個問
題，因為這個是大家終究會碰到的問題，如果這個問題早先你準備
好的話，對家裡的人或許對你都會好一點。但是會很不好意思，你
會覺得我很唐突，我還是要問一下。」我會跟病人這麼講。他會告
訴我說：「到時候在說。」有的時候他會跟我講他已經準備好了。他
會講到時候在說的，我會跟他引導說：其實大家也都希望到時候再
說，但是這種事情很難講，阿你有先準備的話那家裡的人會比較好。
也是有口氣會不好。我是說對不起，因為我是覺得先了解一下，其
實你還沒有準備好也沒關係。但是問題已經引誘出來了，我想他自
己會去思考。(L03 ; 02 : 28)

未來對病人來說真的是個問題，或許病人會把他隱藏起來不去碰它，就像
像俄國大文豪列夫·托爾斯泰（Lev Nikolaevich Tolstoi, 1826-1910）寫的伊凡·
伊里奇之死中病人不肯承認死亡的複雜心態。

伊凡·伊里奇看到自己快要死了，經常處在絕望之中。在內心深處，
伊凡知道要死了，但它對這一點不僅不習慣，而且簡直不理解，無
論如何也不能理解。他在基澤韋特的邏輯學中學過三段論法的例
子：卡伊是人，人都是要死的，所以卡伊也要死。這個例子他畢生
都認為是對的，但他僅僅適用於卡伊，而絕不適用於他。那是指卡
一這個人，一般的人，那是完全正確的。對於我伊凡·伊里奇就是

³¹志工L自己是位信仰虔誠的教徒，就他的宗教背景本該說自己信的是最好的，所以他會自嘲的
說自己是不是宗教上的敗類。

另一回事了。

伊凡可以碰死亡這件事，但死亡是不可以發生在自己身上的。因此，照顧病人的志工必須讓病人面對真實的死亡，在真實的承認下才能無障礙及無遮蔽下去憂煩當下現在的事情，並且還要能在這憂來憂去之間做出某些對未來負責任的決定，如此病人之生命態度才會轉變。病人將不再聽從他人的閒談來決定自己的未來，病人才算是真實的在面對自己。

有一個是我看所有裡面最好的一個，她是女生，進來的時候還會在這裡走走。她說：「師父，我也沒做好、也沒做壞，我沒有宗教。」她就說我也沒做好、也沒做壞啊，所以不知道要如何？她生性相當快樂的人。有一天我說你這樣活潑你心情這麼好，我帶你去看一個人。因為那個時候有一個師姐，她的心情放不開，她一直沒辦法，嚇..嚇的發抖。我就故意..『因為病人和病人講話有時候較好契入』。因為一般我們講，她說：「你也沒生病啊，你也沒經過我這種痛苦啊，我要死的感受啊，你怎麼會知道我的心情。」對不對，所以我會去安排比較好的病人去談天，互相的交流你聽的懂不懂。

所以..ㄟ，她跟這個老師講：「我跟我先生說，若是我死了要多燒一些紙錢給我，其他不必怎樣。」因為她沒有宗教信仰嘛，照一般的風俗燒錢、燒厝給我。這個老師一直哭說：「我不要去，我不要去那邊。」噢，一直哭一直哭，她覺得莫名其妙說這人怎麼哭、哭、哭成這樣，所以那時候我就解釋說佛教徒不愛進地獄啦，是愛進西方啦，地獄才會有燒銀紙，西方沒有在燒銀紙啦。喔！還有西方喔，這位沒有信仰的說還有西方喔。所以她才會一直找我要談一些問題，和她先生啦，談談說嘔..有西方啊西方要怎麼去？然後再問一些人死後要拜藥懺、要拜什麼等等問題。他們聽聽了以後說：你的理

論較好。所以來我們當然就進一步說明。(H02 ; 05 : 09)

病人原先持著一般人的想法與做法，會想要燒些紙錢當路費及生活費用，並燒個紙屋好棲身。他知道的是民俗上的紙錢與紙屋的內涵，是與眾人一樣的想法。在病房中，這個事情演變成為自己真實面對的事情時，過去的認知變的不真切起來，因為問題的真實性讓他原本持有之大家都這麼認為的想法開始動搖了。志工並沒有在與病人初建立關係時即逕自給她對未來世界的說教，志工讓病人因著病友的擔心害怕而聯想到自己的質疑，志工與病人此時才在交軌中共同地就這未來的世界探究，不但病人對問題有了新的選擇且志工也給他屬於志工自己的想法，那個對未來的抉擇將是病人先行的決斷，是海德格所說的命運，志工給了病人一個靈性上的照顧。

我曾經遇過一個他是剛受洗的，是進來的時候受洗沒多久，我有看到紀錄嘛，我就去跟他聊了一下，也不是刻意啦。我就發現他的看護在唱詩歌、唱聖歌，我就很自然的過去，說「我也是姊妹，(研究者註：這位志工是基督徒)我就跟他表明身分。喔真的嗎？然後我們就聊。後來我就跟他禱告，他也是抱怨他的家庭環境導致於他現在怎樣怎樣，然後他的病痛怎樣怎樣，因為他跟他的先生是離異，他的小孩子好像自從他生病以後就一直不願意來，我不知道孩子是不忍心看到媽媽這樣子，還是說他根本就是逃避，還是說他本來就跟他的媽媽不親，這個我們來不及去了解，可是我就發現說他在一些過程當中他一直很感嘆他的家庭給他的支持力很低，包括他就有擔心，比如說他如果過世以後連他的喪事他都會擔心說，他的父母親是用佛教的儀式，他是基督徒，他就有跟我講到這個部分，我唯一做的一件事情就跟他說：「我知道這個很難，真的很難，短時間之內你沒辦法解決，我唯一能做的事情我就是替你禱告。」我就是很

直接這樣的對他講，我就說我會唱一首詩歌，我唱給你聽好不好，我就唱我們教會歌，唱一唱他就覺得很高興，然後我就說我們一起來禱告好不好，然後跟著看護那我三個人就一起禱告，那個情境是很自然，所以我們就融進去。(W01; 04: 09)

病人操煩的事件是那麼的多樣化，抱怨先生離開、小孩不來、自己身體又疼痛，連將來的告別式都不順心。志工讓病人吐露出內在最深層的東西，那個被病人言說的深層內在就是病人『尚活著』。志工與病人一起禱告，在這個靈性位置上志工在病人旁邊或聆聽、或對答，志工做的照顧是給病人一個尚活著的世界。

他講他在這段時間，藥物的治療畢竟是有時間性，而當他疼痛起來他怎麼去控制他，其實我覺得他運用的蠻好的。他跟它和平相處。所謂和平相處是怎麼樣，就是我不去排擠它、抵制它，這個癌細胞我跟它和平相處。該疼痛的時候，他用所謂的冥想跟觀想的方式去念佛，念佛。他痛起來的時候滿身大汗，他靠著冥想念佛痛到睡著了，痛醒了再念。這種在宗教論點來講是非常精進的一個人。我本身是佛教徒，他把佛法運用在他生活裡面，佛法來講這個叫做念佛三昧。所謂念佛三昧就是已經把其他一些煩惱雜事拋開，一心意義祇觀想著念佛，都沒有其他意念參雜在裡面，所以說他有辦法說從痛、一直非常痛，然後一直念佛到睡著了，睡著之後再痛醒了再念。說到他往生，我那個晚上有值班，他是隔天的凌晨走的。我值班的時候他已經算彌留，我就牽著他。我去握他的手，跟他講一句話說：師兄，你已經沒有什麼罣礙了，你現在就是全心全意念佛這樣就對了。如果你有到達西方極樂世界，你要答應我，你必須要回來再渡你周遭的眷屬，包括我在內的法親眷屬。一起渡化我們往生極樂。

他那個時候，我只知道他費盡了全身力氣給我一句，我在聽類似好的一句話。但是不是很清楚，像是『呃』的一聲給我答覆，像是對話的『沒問題』。因為他已經彌留了，費盡力氣給我這樣的一聲回應，在我覺得他給我的感覺、他往生極樂世界沒問題。(H01; 02: 12)

雖然，每個人不見得都是在擁抱理想及抱負地在過著日子，但是很少有人會去想說：「我明天會在那裡？」明天就像太陽一樣被清楚知道一定會升起，只有安寧病房裡的病人不會去管那個明天，他們只問今天是不是可以舒適些。志工在翻越過那堵與病人陌生的障礙後，雖然志工與病人建立有親密的關係並互動著，並在同一軌道上為憂煩尋找出路，但臨命終病人依然得孤獨的離去。不過，由於之前志工與病人在宗教上的信仰再淨化，志工給了病人靈性上的助力。

小結：

靈性的照顧在病人生命花瓶破裂後翹首望著星星時，照顧上需要經過一段人為的階段操作程序。志工踏進病房與陌生的病人接觸開始，志工就要開放自己那常人的思維，細心留意病人的意義時間及病人心裡層面的困擾。不對身體異常的病人做出憐憫似的關懷，亦不迴避與忌諱談死亡議題，在寒暄中、按摩中逐漸層層地與病人建立無障礙之親密關係，如此與病人交軌在共在世界中，志工與被照顧者同在操煩著當下的命運，或在世的傾聽與鼓勵病人尋求給出一個可期待的未來，或是非在世的真實面對死亡的恐懼過程。當病人對自己的生命態度做出一個決斷時，我們將可以說：「病人已對自負責地決定了未完成的路途，而志工也已完成了那似有還無的靈性照顧。」

第五章 綜合討論

靈性照顧有它自身在安寧醫護上之發展背景，從「聖克利斯朵夫安寧療護醫院」醫療團隊著手進行的止痛起始，到後來在醫療基礎上提出的對末期病人有限生命的疑懼與孤獨、生命意義中的價值觀、存在之人際與人神關係以及相關生死的大疑問等之問題照顧。照顧這些病人靈性視域上內在的指向，到了國內又延續出在世及非在世照顧的不同照顧法。就安寧療護團隊裡的志工將如何去說：「志工照顧了什麼？」或是說：「基於在世或非在世的靈性照顧做法，志工可以說做到了什麼？」舉一個照顧經驗裡的問題來說：「*到末期的人覺得非常徬徨，他會不曉得說到時候會跑到哪裡去，會不會下地獄，會不會怎麼樣呢？這個靈魂。*」在世的照顧者會說：「我將末期病人這個不確定自己靈魂將會怎樣的害怕，視為靈性上對信仰的質疑，鼓勵病人尋求與神關係的再淨化並與神共融。」而非在世的照顧者則會說：「那是病人生命的功課，而不是真正的問題。病人需要的是你在旁慈悲與良善的陪伴，鼓勵病人承認這是死亡的失落，接受這臨死覺知的現象並期待病人的蛻變。」病人的靈性困擾在照顧上是有「在世」與「非在世」的兩個迥然不同之照顧對待。但是在本研究中志工的觀點裡卻看不見這兩種鮮明的差異做法，所看到的照顧是著重於進入照顧歷程上的交軌，像是從「靈性照顧很難做」至「志工與病人搭建之親密關係」，到了照顧後期才在「交軌上與病人的命運相逢」，並於「似有還無的靈性照顧」中給出類同於在世與非在世的靈性照顧。

在世照顧或非在世的照顧者的做法雖然不同，但是他們也都同樣地察覺到病人靈性上的困擾，只因他們所依持的理論基礎不同而生後續歧異的做法，也難怪只管照顧實務工作的志工會說靈性照顧的理論很難懂，而不會去強調那個不懂的部分。不論兩種照顧方法何者為優，本文裡所看到的是志工在意那兩者都有的，即所共同留意到之病人心裡上的不安，即病人在煩憂什麼？以及病人需要在這煩憂的困擾上有一個處理上的決定，就是病人靈性因而得以定心且平安之態

度。這是安寧志工要做亦可以做的照顧，亦即努力去交軌上與病人的命運相逢。雖然，在照顧上「在世照顧」是經由了解病人靈性問題後提出解決問題的辦法，「非在世照顧」則陪伴病人自我面對問題學習認識知道那是自然律而決定承受它。但是，本研究得到之安寧志工觀點所看見之安寧療護的靈性照顧，並不專注於究竟是什麼來怎樣照顧病人，反倒是比較注重在照顧實務上如何與病人共在，並於命運相逢時做好那些被「在世」與「非在世」所定義過的靈性照顧。研究結果中呈現病人有內在心靈困擾時，照顧的志工必須要先歷經與病人間一定的互動階段程序後，然後才能與病人並肩的面對困擾問題。階段程序是指志工與陌生病人需要時間並從各種接觸開始互動，志工開放自己並留意到病人在困擾問題上的時間意義。閒談中逐漸、逐層地與病人建立起無障礙親密關係，病人才會開始信賴地對志工言說出自己內心的困擾世界。志工除了不對病人身體的異常衰敗做出憐憫似的關懷外，亦不迴避或忌諱與病人談論死亡相關議題，如此與病人將交軌在共在世界中。志工與病人共同在操煩著當下的命運，或以在世的傾聽與鼓勵給病人自己去尋求出一個意義的未來，或是以非在世陪伴其真實的面對死亡恐懼過程。當病人對自己的生命態度做出一個決斷時，我們可以說：「病人已對自負責地決定了未完成的路途，而志工也已完成了那似有還無的靈性照顧。」

第一節 被照顧之靈性意義

在本論文裡不斷提到的內在靈性內容，亦即是志工作照顧時要面對的問題對象，為何病人會在末期過程時刻發生疑懼困擾或發聲疑問？因為，當人在凝視曾經過去了的一段完整自我時，免不了會對那段時日中不滿意部分說：「早知道...或是想當初就該...。」比如我們在回憶學生時刻的歡樂時，難免會說早知道多用功一點就可以...之類的話語，這是人的歷史罪責感。末期病人已然是看到自己的人生終點，生命那個完結點給出病人一個完整的時間段落，病人因此而發出

問題。比如說病人以前未消化的恩怨舊帳、質疑自己活過的生命價值等等。病人覺得應該對這恩怨、質疑、價值等的不滿，在生命未了結前做出處裡。這是病人靈性上的問題，也是被安寧照顧者所看到會影響病人情緒及醫病上困擾的問題，因此靈性照顧成了安寧療護尋求給病人一個善終所必須正視的照顧。

由於末期病人在安寧下不再採取過度治療即延長死亡的過程，而是對病人的疼痛或令人喪失尊嚴之症狀做控制。因此病人能否美好臨終，所需努力的是在能否如己之願決定臨終方式，及情緒能否獲得抒發和滿足。志工如何來跟病人談生命意義、價值等呢？先從普通人決定生活價值、意義是什麼來看。日常凡人會計算這個、想想那個，多數人的生活意義多放在我年輕、我老、我漂亮，或是在我有錢、有權、我是支柱、有責任與義務及社會關係連結上。日常的生活之中就是充滿著許許多多的事情，常人因而停留在這熟悉之許許多多現有生活狀態中。這些忙碌的生活妨礙了人們把死亡當作自然轉換的旋轉門，因而不肯轉換去到另一浩瀚之空間。當這個轉換成為病人真實要面對的事時，病人已不再能忙忙碌碌而是被拋擲在面對人生這不可逃開的向死，這叫醒了只屬於病人的害怕及向著死亡的虛無。死亡的虛無同時反向的把目前所擁有的這個部分給突顯了。病人問出：「我真實地擁有了什麼嗎？」病人已在追問人生的價值與意義。因此，讓病人給出意義就是指病人對世界採取的態度。當病人問你：「到底我的生命的意義是什麼呢？」活出意義來³²的作者弗蘭克說：「我們並無法用一個總括性的措辭來回答這個問題，生命意義的問題應該顛倒過來，只有能夠自由的負責用自己的生命才能回答此問題。」總的來說，靈性照顧就是要讓病人面對並說出他的困擾來，那是需要經過親密關係建立過程下，可以讓病人信賴後才有的照顧行為。

³² 弗蘭克 (1995)：活出意義來-從集中營說到存在主義，p. 134。

第二節 靈性照顧之行為

已然看到人生終點的臨終病人，在回憶過往時刻追問人生價值與意義，病人問：「到底我的生命的意義是什麼呢？」我們如何知道病人會改變對世界的態度，並給出自己的意義來。像是病人去說寬恕以前未消化的恩怨舊帳，不再質疑自己活過的生命價值等。病人真的自己會說出來嗎？一位癌症末期病患這麼說：

「我需要我的醫生愉悅的跟我解釋，分享他的經驗以及導引我，不僅只是在診治處理我的病且也與我談在情緒上的感受。我需要我的醫生和我討論死亡的可能性，以及那些對我而言是無知的選擇，因為沒有他我甚至不知道在哪裡尋找他們。我也喜歡自由無拘束地和他談關於嚐試不同的選擇的處理但不致於會讓他忿恨或者輕視我，因為那將會毀壞我的希望和熱情或者損壞我們的關係。³³」

其實病人在安寧病房的世界裡，他們是孤單的且迫切的會想從別人那裡知道一些他們所不知道的事。病人是在煩憂與籌畫有限日子裡的病房生活，也是在焦慮且無奈地獨自地面對自己的未來。病人這「需要醫生和我討論死亡的可能性，以及那些對我而言是無知的選擇」的呼應，對志工來說是當病人在對靈性困擾的無知時，一樣的會呼應別人予以協助解決，透過靈性的照顧來幫助病人解放焦慮張力並保持一個新的情緒穩定。

³³ 王英偉(2000)：安寧緩和醫療臨床工作指引，台北：安寧照顧基金會，p. 4。原文如下：

「I need my doctor to explain to me, to be cheerful, to share his experience and guide me, not only in the treatment but with feeling as well. I need my doctor to discuss the possibility of death, and to find options that are unknown to me, because without him, I don't even know where to look for them. I would also like to feel free to talk to him about trying alternative treatment, without fear of his resentment or contempt that would destroy my hope and enthusiasm, or spoil the relationship.」(Kfir N, Slevin M. *Challenging Cancer : From Chaos to Control*)

志工如何呼應並協助臨終病人從不良情況中回到一個認知的、可控制的現況秩序中生活？從前一章分析中得到安寧志工在照顧病人時，第一個就是要在照顧中建立與病人的關係。因為當死亡截斷了病人可以無限延續自己生命的假象時，那從出生至死亡的整個人生段落從掩蔽在隱藏中現身而出，病人回顧自己的過去並站在距離外凝視自己人生段落，像是看著別人死亡般的為自己蓋棺論定。如果病人此時覺得自己過去做錯了，等於先給自己斷下一個下地獄的判決。這時後便需要將這段「不滿足的人生」去作彌補改變，經靈性上超越轉化這罪惡感來改善不安。也就是說當病人需要有這樣的了悟時，前提是志工與病人的關係是否足夠以讓病人對志工言說。病人以言說呈現出病人煩憂的世界，而志工已是被病人所信賴時，志工方得以與病人在超越的公共區域中交流這病人的怨咎，而且這會是靈性照顧發生的起跑線。

讓病人開啟對志工的言說他所煩憂的世界，志工是要先跨過與病人的關係的陌生障礙。我們在前面分析訪談中已看到，志工起跑時最大的困難就是時間。時間的問題可以分別從兩個方面來看：「志工的時間」、「病人的時間」。

一、志工的時間：

志工的時間指志工照顧病人的物理時間，前面談在世的照顧時提過護理師因忙碌發藥、打針、調IV而放後了對靈性上照顧的議題，常規事情沒做完也就沒有時間傾聽與同理到病人的需要。志工一樣是沒有足夠的時間，在一項針對安寧療護服務人員服務動機及其服務現況之探討（陸，2003）研究中指出：安寧志工平均每月服務4.45次，平均每周服務時間為3.46小時。志工在這麼短的時間內做完自己先選擇的熟悉照顧工作後，然後要在被擠壓的短短照顧時間內去與病人做思緒的交流，明白掌握病人內在心裡的想法會是困難的。更遑論可以告訴病人你的關懷，傾聽病人敘述他的往事，減少病人孤獨感而鼓勵他們重新建立希望和生命的意義、價值與目的。除非靈性的照顧的內容是可以像發藥、打針一樣清楚的逕予執行，時間的因素將影響靈性照顧做不好。

二、病人的時間：

病人的時間則是指病人在生病的現況中對生命時光的提問，活著是什麼意思。正常人運用心智與理性在社會之常規、常理中經營著自我的世界，常人花大部分時間依憑過去經驗在盤算、掌控著『現在』及計算如何『投向』未來，換句話說常人的『當下』是『過去』的經驗不斷的迎向現在且在籌畫思量著未來，眼光是投向無限的未來。生死的極限讓病人不再可以投向無限，在身體的逐漸衰敗下，又使得病人自己失去盤算、掌控現在的能力，病人放棄了時鐘上的刻度存在之時間感，病人在乎的是面對必死斷裂下、時針的意義僅是尚活著的『希望感』，他們所關心的不再需要常人般的常理，他們僅是抓住能和過去串起來的生活而知道是尚活著，在時間的當下裡可以讓生命不致失序而成碎片。在恩寵與勇氣（威爾伯著，1998）這本書中肯恩照顧著病人崔雅，別人懷疑崔亞是不是不能面對現實，難道她不擔憂死亡、不會煩躁或不快樂嗎？病人崔雅已經實際面對可能會死的這個事實，而用愛默森的話來形容她活在當下，清醒的與死亡生活在一起：

這些開在我窗下的玫瑰，和以往的玫瑰或其他更美的玫瑰一律無關；它們長什麼樣就是什麼樣；它們與今日的上帝同在。他們沒有時間的概念，只是單純的玫瑰，存在的每一刻都是最完美的。然而人類不是延續便是回憶；他們不活在當下，回顧的眼睛總是悲嘆過去，輕忽週遭種種的富饒，她總是踮起腳尖望向未來。除非它能超越時間活在當下的自然中，否則他不可能快樂、堅強。

這是崔雅目前所做的事。平常人今天沒做的事情，沒關係還有明天，可是病人的明天可能就沒了。病人的時間不再是物理時間刻度上所表現的出來的，病人焦慮的是吃藥能否下嚥而非藥性及功能等，病人在乎的是當下的「意義時間」。

在志工的照顧實務中時間是個重要的起步條件。因此，非在世的靈性照顧模式會放下急切想要幫忙做照顧，也先讓病人在時間上斷裂意義中感受異於往常的生活。當然，病人心裡面的感受也不是那麼清楚，病人內在的複雜需要志工細

心的去分辨，這主要還在彼此對問題的理解這個層次上。所以說志工不注重這個時間的層次階段，照顧起病人的靈性問題就會說靈性照顧難做。志工照顧病人的時候，病人正在注意著他自己的複雜煩惱而不安，這個不安如果志工傾聽不到，或是無法分辨是病人內在出現的不安，這樣無法詮釋認知到病人的問題，那靈性照顧就如同許多訪談得到的結論，真的是難做。

基本上病人會用語言去論述自己的內心世界，志工的照顧亦是論述給出。在詮釋學上說：我們進入理解時，總是不自覺地有前理解（pre-understanding）的狀態³⁴，當下的了解是發生在經驗的第二次之後，「回首來看」這是理解的歷史性。志工與病人在理解問題上，非在世照顧以停下來重視病人的活在當下，陪伴病人讓照顧者得以進入病人的世界，注意到病人的當下問題之意義內容而不急於照顧，這部分是在世照顧中注重照顧務實技巧中較為欠缺的。在世照顧是透過請聽病人言說來理解病人那個裡面層次的內心世界。在溝通雙方的詮釋中通過自我認同、愛、與人和解等迫近病人內在的問題。對病人生命最後存在意義與價值、生活中人與人的關係的意義、以及人與神之間之垂直發展上，相信神（價值觀）而有從神（價值觀）來的盼望等提供病人一個心理詮釋的轉機照顧，昇華病人的靈魂並藉以平衡他的苦難。一般的志工是與病人建立起親密關係來尋求理解。

「親密的照顧關係」需要志工去經營建立。因為志工與病人搭建親密關係就是說照顧時得以理解病人的心裡想法。我們已看到許多志工以自身多元背景進入病房與病人寒暄與閒談，或協助病人肢體活動、按摩、及撫觸病人等，傳達照顧的愛心。

「按摩的時候他就放下他心裡面的那種保護心態，比較親近比較肯告訴你一些事情。從按摩或活動就可以打開他的心結。有實際比較深的接觸的話，他們會講的比較多一點。」

³⁴ 參見余德慧（2001）：詮釋現象心理學，p. 105。

病人用言說即文字或聲音來符示外現其所感受與了解的世界，志工開始與病人在層層交換著感受領悟的世界，彼此藉著言說逐次地往困擾問題上交軌。因此，

「病人的時間跟我們接觸時間很短，然後你要從接觸他到他信任我們，願意跟你談到更深層更深層的問題，其實那個是需要相當的時間。」

「靈性照顧這種東西沒有辦法短期建立的。」

親密關係尚未被建立起來，靈性照顧不但會很難做而且會做錯，因為病人的內心世界是複雜的。靈性照顧在醫院病房是以常態的模式做照顧，醫護人員與病人在制度下本然存在著一種被動式的依賴關係，也就是說他們的關係並不需要刻意經營便已然存在，何況病人的靈性疼痛也已被醫護系統格式化並標籤清楚。靈性照顧之親密關係門檻因而常常被忽略掉，照顧若是抄著標籤上別人的靈性照顧模式行為，就算是照顧方法與目標條列的再清楚，照顧病人的問題依然會對不上焦點。像那位會利用別人愛心的例子，我們看到的是表象上阿婆的可憐，盡力照顧的結果成了很奇怪的下場。又如，簡單頌讚一句『阿彌陀佛』卻被解讀成聽到這句話就像快要往生了。所以，照顧要的親密關係並不在求做事方便，主要是讓照顧建立在對事情的詮釋不要出錯，出錯的原因往往是不具關係下之照顧者單面向的照顧輸出。如果照顧都依著處方簽的型式在做，單面向的在世照顧成果就會相當有限。因此，在世照顧中一定要「停」下、「看」顧陪伴、「聽」清楚問題，後續的發展就容易交軌並與病人靈性之需要相逢。

非在世的照顧上就沒有親密關係上的問題，因為照顧者已注意到癌症末期的病人不似一般病人是會好起來的，不是在朝向健康的世界中恢復。所以臨終者的功課就是要學習如何放下，如何好好地離開這個世界。因此，非在世照顧裡所的主張，志工可以運用在建立親密關係過程中。「陪伴病人不在於花多少時間陪他，或幫忙作多少事、講多少有道理的話。在臨終陪伴中，志工不要忙著幫病人

解除問題，志工真正的腳色是給予病人『接納』『愛』和『關懷』。」非在世的照顧裡已然存有親密的關係。如果志工不知道何時介入靈性照顧時，這個跟病人建立起親密關係的照顧就是介入靈性照顧的奠基起步。

當我們已經與病人建立親密關係並已能夠做雙向溝通，我們與病人是交軌在共同的世界中的關係。不論志工與病人是流俗的在閒談或是做身體的按摩，志工是逐層次的與病人層層地往心裡面開展。藉著逐層次的開展將理解有些病人會說出「早知就應該如何如何的遺憾」，或是說「現在的我，沒道理還要面子、名位等非真實的生命態度」。志工如果得知病人已體悟當下的真實存在，便可嚐試與病人一起用在世照顧共融機制來面對靈性問題。或是說將在世靈性照顧觀點裡提出的生命意義或價值等內容，志工可以在某個親密關係層次中與病人討論給出。一位曾經伴過一千多人走完生命旅程的蘿瑞塔修女說³⁵：「在協助人往生的過程中，親密與撫觸具有重大意義，即使這麼作會讓我們的情緒赤裸裸的呈現在他人眼前。在最後，愛最重要——心與心的交流如此真實，沒有一個人會怯於探索未解決的情感問題，或怯於分享心靈與孤獨的感覺。分享那種經驗是一種需要，給予那種經驗則是一種技巧，而主流醫療機構尚未充分承認這種需要與技巧之必要。」所以，志工與病人搭建親密關係是重要的，為的是達成安寧照顧的目標：「活著，一直到死，都很重要。我們的目標就是，盡最大的力量，讓你活的開心，走的平靜。」

志工在照顧病人並與病人建立起親密的關係，在前章中提到志工將遭逢病人訴說靈性上困擾問題。但病人的內在心裡是複雜的，即便是彼此已在親密關係上的志工亦未必能與病人在問題上相逢。舉一個例子來說明這從親密關係中如何不能與病人在「**交軌上命運相逢**」？在恩寵與勇氣（威爾伯，1998）這本書裡，罹患癌症的病人崔雅這樣地描述她自己惡夢般的感受：

³⁵參見瑪若琳·韋伯原著（2002）：天堂的階梯，p. 228。

我得了乳癌，幾個小時前一個堅硬的腫瘤才從我的胸部除去。這件事真的在我身上發生了，肯恩躺在我身邊，我可以感覺他的溫暖和堅強，可是我突然覺得非常孤單。

如果我早上起來覺得有點頭痛或喉嚨痛，我可能聳聳肩就去忙別的了。但癌症病患如果有這些症狀，便意味著她可能擴散有腦癌、骨癌或喉癌。即使一點痙攣或疼痛，都會讓人聯想到不詳的惡兆。記得發現自己罹患乳癌時，心中的想法是，既然要死了，就死吧！反正遲早要發生的。我對死亡的本身並不十分恐懼，但趨向死亡的過程卻是很恐怖的。

喉嚨痛原本就是很平常且不會常常放在心上的小事，崔雅感覺到痛時卻有立即的驚懼，她驚疑、擔心、害怕癌症是否又開始蔓延了。崔亞煩憂她的問題時，她先生威爾伯尚在睡夢中。我們不在責問威爾伯的不知，而是在例說病人內在複雜的煩憂，即便是親密關係的照顧者亦不容易能夠抓到病人的問題，這就是靈性照顧上的**與病人的命運不相逢**。病人對他自己的病灶擴大、延伸，以及身體功能的快速衰敗，他是束手無策的孤寂與失望、無奈的在等死。假若當身體的疼痛大到麻醉劑都鎮壓不住時，病人將不再覺得自己有價值，並祇感受生活是殘存在封閉對抗病痛的空轉上，這複雜的心理並不容易被同理的感受到。因此有些病人會把生病這件事直接歸到上帝的懲罰或輪迴業報等之災難之命運。

「抱怨的話就是會說他沒做什麼壞事他怎麼會生這個病，有很多人會講這種話，有的情緒不穩一定不能接受這個事實。」

病人抱怨說他沒做什麼壞事他怎麼會生這個病？這種形構在文化上所賦予疾病的批判、恐懼、神話等等之各種意義上的「心病」，讓病人不安且讓照顧者志工不易體會了解。換句話說照顧者未必能在這個問題上具備與病人有相同的文

化背景去理解。雖然與病人有著不同的文化背景，但志工來自多元的社會，是比較容易碰上相同生活背景的，因此有機會進入病人的言談世界這是一個命運上的相逢。這個相逢讓志工可以與病人交軌並開展照顧病人困擾的機會。

「她開始喪失她肢體、器官的一些功能，她拒絕訪客。她說：『你們都不知道我的恐懼是什麼？你們就是每天來關心我，來照顧我，我要面臨的是我現在在睡覺當我醒來的那一刻，我不知我會不會喪失我的視覺。』到後面是壓迫視神經、聽力、甚至會流口水。那你想她平常在學校是非常的優秀，是非常有顏面的人，她開始喪失她的肢體功能的時候，可能她不希望人家看到她那個」

志工其實是抓到了她那原本是優秀老師的背景與現在會流口水的對比，志工說出這是讓病人轉向陷入沉默與孤立的原因，志工與病人有了一個命運上的相逢。與病人在「交軌上命運相逢」成了靈性照顧上的關鍵因素。

在這個命運相逢點上，志工其實可以引用非在世的照顧來陪伴病人，讓病人真實的面對死亡過程中去覺察不再生活於造作的世界中，想到死亡的恐懼覺察，是讓病人承認自己生命的有限性，自己去感受那份恐懼本身的戰慄，體會那令人發抖的滋味，然後就無懼了。病人轉換自己在心靈的態度上尋找讓自己安適的真實人生，這種的陪伴照顧會比在世的努力勸說要真實。姑不論這樣的靈性照顧是否得當，至少它是意向著病人的內在，這點是非常重要的。

當病人在轉換自己在心靈的態度時，志工是如何去與之相逢？先說一般常人在做態度決定這件事。常人是被拋擲到那個處在的世界上，並在那裡感受、了解與言說，在被拋的那裡與周遭的人、事、物發生關係。「自我」通常會與眾人閒談彼此都有些什麼，同時對身外人、事、物的變動好奇並決定沉淪在與大家有相同的論點上生活。那是最通常普遍存在的，人都在熟悉且能維持著人、事、物關係均衡的日子裡活著。這種的日子中，人是在還有明天的憂這、憂那、憂人、

憂事並擺盪於真實與非真實的人生之間在決定事情。病房裡的病人與常人一樣，祇不過病人的世界在病房，那病房並不同於眾人的是暫時在院停留，治好病就可以返回家的。住進安寧病房就不同了，病人住院是不作醫療治病而是作緩和性治療，並且尚不知明天會在那裡？即使醫院還沒有對病人完成病情的告知，病房中的左鄰右床病友的病況變化在在都潛藏著暗示：「日子不多了。」當病人漸漸清楚這是個與自己經驗不同的新環境時，病人所憂心的將是在這個斷裂世界下所要開展的自身世界，也就是說病人住進安寧病房所關切、憂心的將會不同於自己從前所憂心的，是生病住院之後所開顯衍生出的問題，我們志工要照顧的也就是病人此刻世界要的作出一個要如何繼續活著的決斷。

病人住進安寧病房此刻的世界，在世的靈性照顧已發現了很多困擾上的問題，這些問題亦是經過許多照顧前輩們的努力，也傳下不少寶貴的照顧經驗。志工可以傳承到這些經驗後再回到照顧現場，與病人在他的靈性需要問題上閒談言說。在世照顧的優點是以實務為基礎，只是在世照顧常在鑑別問題上忽略「時間」因素而易出問題。有的照顧者迫近問題真實性上的「時間」不足，照顧容易變質成了為照顧目的而照顧。亦有的對病人的「意義時間」理解不夠，照顧會與病人無法在命運上交軌。非在世照顧是從在世照顧中有所反思，認為病人的不安是被死亡之有限性所顯露，也只能真實面對這真實的必死才可能真實的過活，而這被逼迫出來的不安往往無法在理性或心智範疇裡求得撫慰。因此對在世照顧上的那種助人意識有所質疑，並發現醫療訓練下讓照顧者習慣於從問題出發，因果論說問題一定有其存在原因的，依此尋找解決問題方案的這種心態往往會使照顧者無法真正靠近病人。常見病人大聲說：「不要再問我問題了。」病人臨終的活著，不需要用問題去打擾他，只要真心陪伴，慈悲、溫柔、與良善就是靈性的開顯。在世照顧的優點反倒成了非在世照顧急欲避免的。然而，非在世照顧的毛蟲變蝴蝶的蛻變，以及本真的承認死亡面對死亡的照顧方法，也非一般不具存有學哲思基礎的志工做得到的。總的來說，靈性照顧應該是回歸到建立與病人親密關係的根本，往後在依著照顧者及被照顧者的命運交軌，讓照顧者在「似有還無」下去

發展完成靈性的照顧。」

第三節 有所為有所不為的靈性照顧

靈性照顧是意向著病人的內在，這點是非常重要的。而意向著病人的端點——安寧志工，何以會被呼喚到靈性照顧的情境中？有人從功利的角度出發，說：「照顧他人是對我也有益的較大社會合約的一部分。」照顧者已假設在會有等值報酬之酬勞，照顧是行使類似禮尚往來或積善福報等的行為。亦有人持義務論觀點，說：「照顧是一個照顧者所提供素樸、不自私的無償照顧。」義務的照顧不會因「病人」的影響而僅只是自己所感受道德等壓力所驅使的行為。兩者在出發點上雖各有偏向，但同樣是在為病人服務且是相當的積極、主動的。然而在靈性照顧的場域中，這樣主動與積極很容易讓志工朝往單面向的去照顧病人，而這正是靈性照顧要避免的照顧行為。

照顧上如果是把病人視為弱者，志工對著虛弱的病人所賦予主動積極的關懷照顧，不但志工在關懷病人會有心理上是健康的、有能力的優位者心態，病人也將在身體功能衰敗下連同心理上也放棄地落入依賴之中，病人而失去他自身還存在的性徵。就優位之心態而言，不可能有人說他具有死亡過的經驗，死亡過程中病人所面對的困擾問題志工同等無知。面對死亡的心靈變化志工其實根本不熟悉，儘管醫技能奇蹟般地拯救生命也不過是使死亡的過程延後，安祥死去的意義仍必須由病人自己來詮釋。也就是說在靈性照顧上志工不該亦不會有較高的優位。所以照顧需要不偏倚在照顧者的支配及被照顧者的依賴上，即放在彼此的關係上且在超越共同之公共區域中。像是病人有價值意義上的困擾時，它將不只是病人在對意義之詮釋與超越，志工同樣要對病人意向的意義有所討論，志工與病人才能在照顧中交軌相逢。

照顧是源於作為人類的存有上的基本結構，照顧病人是志工呈現其自身存

在意義的一種決心，也是一種倫理的召喚。病人自身的存在是在投射他自己的關懷牽掛之情，當病人處在一個真實的向死存在，病人喃喃話出：「來這裡就是等死。」聽到這樣的話，如果我們依然採憐憫的勸病人寬心，似乎我們自己並不與病人同在情境裡。因此，關懷病人的靈性就是要根植在病人共同的所有牽掛上，讓照顧並非僅志工自己在操煩的煩忙，而是設法回到病人身上、讓病人不依賴的清楚他所牽掛的死亡過程。

列維納斯認為這關懷病人是一種倫理的召喚（杜，1994），是作為病人的他人向志工發出邀請的命令。這個「他人」為叫作我所不是的的相異性，他的面貌（Visage）是一種外在的無限。我與他人的關係並非作為主、客體般的對他人的認識，面貌把我引向外在並促使我與自己存在決裂，他人的主顯引導我的超越才能結束懷疑我自身的我思的迷亂。於是我與他人是具有倫理意義的關係，這種倫理承認意味主體與他人面貌的相鄰、接近，表現對他人義不容辭的責任，並且不期待他人對等的承認。列維納斯認為由於他人向我呈現面貌所以與我有意義，也就是說我可以在忽視眼前桌椅存在的情境下坐著，我不會感到它們妨礙我、打擾我，但是在我面對面注視他人時，他人的面貌不是被眼睛所看見，是突然出現不同於我與桌椅間的關係，他是不預知的在我的「內部」出現，面貌的主顯一旦發生，我與面貌的關係就具有了倫理的意義。我因他的赤裸裸無遮而把他看成窮人、孤兒、無產者，我願意並能夠為他做一切事情，我應該幫助他，我對他負有一切責任。我在他人的面貌中讀出了主顯的命令，我向他人面貌的接近意味著一種自我的升高。是以當志工看到了病人呈顯出來的痛苦、不安，或是健康的我所不是的面貌，我確實在他的面貌中找到了我應該回應召喚的源泉。那以不再是僅屬於病人的事，也是看見病人的志工的事。志工與病人因此而兩者在命運交軌中相逢。在照顧的場域中，我們必須接受被照顧者插入存在的主顯事實，他人總是已經在那裡，先於我的入世，我對病人的照顧責任是先於我的自由，因為病人的面貌已對我發出命令。於是，志工在與病人交軌於共在的世界裡，靈性照顧便是倫理的顯現。志工自身在靈性的敏銳度上捕捉到病人丟出的靈性，聽得懂病人在

言說著心靈上的話語，病人心靈上疑惑的問題亦在與志工的應答對談上，做了自己對面對生命之態度的抉擇，或是承認自己那被拋擲的命運事實，或是給出有了一個生命的新的意義，抑或可能在宗教上找到平安，總之病人在自己意志上的決定便是志工完成了靈性照顧。

第四節 靈性生態圖

從安寧志工的觀點看靈性照顧行為，因著志工說不出靈性之概念意義，況且該概念意義也始終並不存在一個被廣泛同意的靈性意義敘述，同時學者亦強調直接定義靈性及將靈性予以科學之分類闡明定義是有困難的，就是因為靈性在概念上的模糊、被質疑、及混淆不清，我們也看到志工的照顧作為上會說很難做的現象。於是志工陪伴照顧臨終病人時，會在靈性照顧這個部分訴求在與病人有一個命運的交軌，志工找到一個契機與場域使得病人決定將自己做生命態度的轉換。因此，當照顧的行為在有心的「照顧者」及願意接受被助的「被照顧者」，「照顧者」及「被照顧者」彼此經過一個互動之**時序結構**階段，雙方歷經彼此在命運交軌、憂煩與交流。當病人受苦而退縮到放棄自我的情境，在旁陪伴之照顧者亦有責任伺機呼喚病人對自身之反省，或以言語撞擊他來面對並徹底解決那存在心底的不安困境。因此，在這樣的志工照顧實務裡，可以歸納建構出靈性照顧具備有一個不可或缺之時序屬性及性徵，並在這個屬性結構上引用既有之在世與非在世等靈性指向上做出合適之靈性照顧。

一、靈性照顧之時序屬性

在分析與討論中可以見到志工的靈性照顧實際上必須落實在逐層漸進的務實做法上，志工就是簡簡單單地從陪陪病人閒談家常、談論海闊天空，來開啟與所照顧病人生病意義等議題的大門。

「陪他聊天他跟你是陌生人，我會先看病人的需要。對，比方說我很想跟你聊聊天啦，比方說他現在先生怎麼樣啦，對太太怎麼樣啦，對小孩怎麼樣，慢慢的他會把心裡面的，給志工去講不一定啦。」

照顧的初始，病人不盡然在接觸中就會告訴你他對自己生病後續所不明白部分的疑惑。像是病人會：

「他那種..怎麼講..像是他自己對他的病絕望吧。我感覺到他很冷淡。跟他講說能陪陪你嗎？有的會說，搖頭，不需要。有的就會點點頭。你就坐下來跟他講說我就坐這理陪陪你。」

所以照顧的志工需要陪伴病人的時間，在床旁獨坐或是在照顧不上的時候在病房到處走動。志工環繞著病人走走或許可以做些什麼，或是在辦公室閱覽病人的基本資料，主要是在與病人尚在陌生的隔阻下企圖切入並建立一個與病人視域上融合的親密關係。

「這個資料要先看清楚，我每次來看了一定都還要再看，一定每一個都要看到。然後再到他旁邊去看能夠做什麼。」

要與病人有一個親密的關係是為了要與病人共築一個共在的世界，大家才能理解對方言談所說出的世界觀點。當病人說：

「覺得他這輩子沒什麼價值，覺得他一輩子都很勞苦，好不容易稍微輕鬆一點了，他得了這個病覺得沒什麼價值。」

病人回憶自己這輩子覺得都沒有做什麼具有價值的事，或者他是因為現況的不是很好所以放大了自我的不滿足感覺而認定沒什麼價值。然後志工：

「只能在旁邊陪他，讓他繼續講」，也讓病人在抒發他的情緒，「比方說他會覺得說他現在先生怎麼樣啦，或者是對太太怎麼樣啦，對小孩怎麼樣，慢慢的他會把心裡面的，會給志工去講啦」。

當病人開始講給志工聽，表示雙方已能在照顧的初始中，從這個共在的世界裡去尋找雙方心靈的內在世界。志工跨過與病人陌生的阻隔，建立起與病人互動之親密關係。親密關係不一定是建立在同情共感的交流上，亦可以從共同的宗教信仰領域或對身體舒適的按摩來貼近病人。與病人的親密關係會是病人對志工的信任，

「信任感建立了以後，會去談到很多心裡話對不對。當他談到一個階段，比如說他突然談到一個地方他卡住了，那我就知道這個地方有問題，那是他不願意談呢，還是說是他不想讓我知道，我會停一下，我會稍微等一下」。

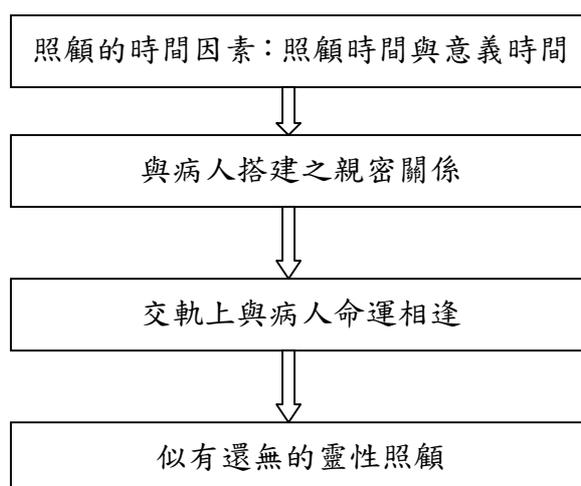
志工在等什麼？因為病人在他言說自己的時候突然停住，病人卡在他那因生病而重新在思索從前的觀點，卻在言說那個過去的時候並未將思索重新整理好，病人因他的突然面對自己的真實而沉默。志工發現病人陷入問題，有些病人會說出且接受你而願意和你一起深談這過去，在生命回顧中整理出來並面對它。有的病人就排斥，

「有的講的後來就能夠接受，不排斥。有的很排斥，因為每種人不同啊。」

正是這個不同，代表著不一定病人會去轉換心靈來處理他的自我。志工在邁向心靈交軌的照顧中只能『有所為且又有所不為地照顧』，那已是進入到一個命運上的交軌問題。當志工『與病人在交軌中相逢時』，可以有所為的將注意到病人的害怕疼痛、恐懼孤獨、害怕無意義感，恐懼死後會發生什麼事情（例如永恆的懲罰），害怕終止（例如存在與生命的失落）等，跟著病人在交軌中把它安放在照顧範疇中的適當位置，並與病人共同在害怕、恐懼中重新尋找意義的出路。如果志工與病人不同軌而是在平行線上奔馳，志工的付出將會與病人內在的方向脫軌，彼此已不會在共同世界中對話。病人說：

「我們這裡常發生這種事。真的啊！說聽到『阿彌陀佛』心情上就是『快要死了、快要死了』，有好幾位都跟我講過這個問題。所以說為何要這樣？啊念其他的不可以嗎？可以啊，為什麼不可以。」

志工與病人需要交軌在親密的關係上方不致發生誤解而脫軌。有些時候志工的照顧卻只能做到陪伴，那是有所不為地照顧著病人。『時間序』的結構指出了靈性照顧在整個照顧行為中，要有層次的漸進階段。病人的身、心已適度的照顧處理之後，並歷經時序上的階段過程方得以讓志工站在真實照顧行為上。這個時間序的結構圖如后，在照顧上時間序說明那個不可跳越的門檻性質，研究的分析結果已告訴我們：貿然的跨越時間序是會做出不得當的靈性照顧。



圖一、靈性之時序結構圖

二、靈性指向之方位屬性：

「靈性指向之方位屬性」係指靈性照顧中的那個靈性，在志工的照顧裡如何結合那些已經被說明且定義之內涵？Toombs 在疾病的意義中認為：「在疾病繼續惡化中的病人，他的自我一次又一次的在面對完整性的挑戰，每一次的喪失都威脅著已經取得的安寧的消失。」病人是隨著病況的變化衍生不一樣之靈性困擾，且志工對不同的病人亦各有獨特之憂煩困厄需照顧，志工需要結合已經存在的靈性定義，才能與當下照顧的病人共軌在他的靈性視域指向去看他所憂煩之問題。志工需要有一個靈性對應圖式來形構病人靈性需要的類型結構。換句話說，即是志工在照顧上要先要認識例如在世、非在世、超心理、或宗教等等之靈性觀點來把握病人靈性需要的指向，才足以在交軌相逢時有能力提供病人安心之建議。就目前已提出發表在文獻上的靈性主張類型有：

- (一) 在世照顧視域上的靈性。醫護人員主張從緩解病人的痛苦基調上去尋找令病人不安的原因。有效的解決疼痛、增加病人的安適，讓病人的自我保持著尊嚴死去，才是人道。藉著「共融」機制來超越自我，突破人與人、人與事、人與神等關係上的一個新的生命意義詮釋。照顧病人的靈性採取：

對自我生命意義與價值、人與人的關係以及人與神之發展，以我為中心的關係上去完成與自己共融（自我認同、自我完整、內在平安）；開展自我與他人共融（愛、和解）；進而與大自然共融（從大自然而來的靈感、創造力）與至高者共融（信仰、希望、感恩）等。在世的照顧就是疼痛就必須寬解，焦躁就必須鎮定，沮喪就必須舒解。因此，只要能夠緩解痛苦，在所不惜。

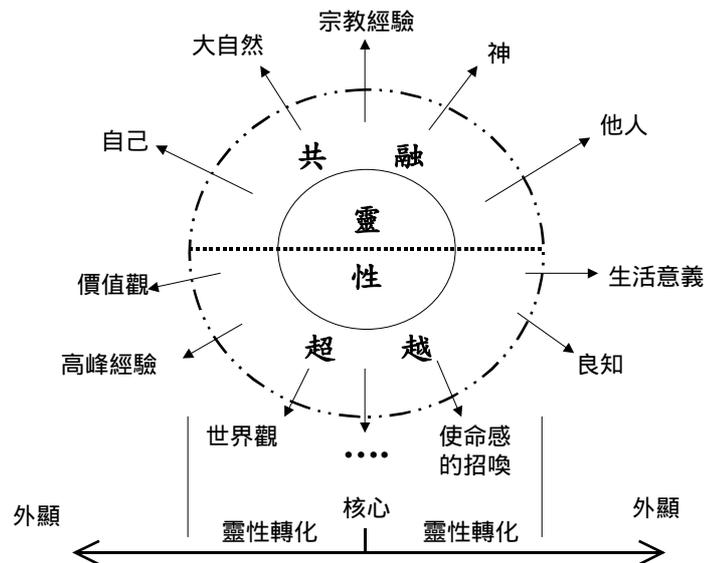
（二）非在世照顧視域上的靈性。不從醫療照顧上看見的需要出發，強調病人由慣常作息的那個世界中斷裂後開展出來的靈性。主張死亡是生命織錦的部分，病人喪失使生命安全穩固基礎時，人本能會且必須在此對生命重做抉擇，重新決斷該做些什麼。在照顧病人的靈性主張陪伴病人真實面對死亡，覺察恐懼的本身並讓自己去感受那份戰慄，然後才能無懼。靈性讓自我不隨舞台上的掌聲的造作面為生活重點，轉換自己安適地置身沒有台上、台下的存有整體中。對死亡前的疼痛並非全然視為壞事，病人可能因疼痛而焦躁、絕望與求死，但只要通過這關卡，心智轉化到更接近原初宇宙的意識，臨終本身將是至福。

（三）宗教視域上的靈性。以宗教裡的神話象徵讓病人得以透過宗教儀式進入突破並跨越人的限制，昇向原始的屬神世界中重生。（伊利亞德，2000）宗教觀點的靈性中死亡是個神聖顯現，死亡不是個人時間的斷裂而是接續的永恆。宗教裡可以成就宗教人的靈性上超越，亦可提供非宗教人藉著神話隱喻而自我超越。是以主張宗教的靈性照顧，是給臨終病人解開「往何處去？」的難題，且給予病人一個靈性上不懼面對死亡的態度。

（四）常人之屬心理學上的本質靈性。常人的靈性指的是超個人心理學中的一些靈性指標記號，（李，1992）如高峰經驗。「所有的需求都會激發相對的驅力去滿足」，而我們的「最高需求」就是靈性層次。Maslow 說：「人有一更高級超越的天性。」（摘自李，1992）人可以從身體感覺的生理層次向上超越，超越僅在情緒感受及理性思考的假我，邁向「成為我自己」的真我，再進一步昇華成為「更好的自己」。因此，不論病人是多麼的不完美、脆弱、

充滿缺陷與過錯，在核心處感到自己基本上仍是好的、有自尊、有被接受、及被尊重的基本需求，這一核心就是真我、超我、靈性的自我。

靈性照顧的目標既在協助臨終病人從現況憂煩困擾中轉化超越，志工須在指向方位上與病人相逢而給出符應於病人靈性需要之適當回應。是以，臨終場域裡的志工在做靈性照顧有責任清楚地探究靈性之指向之方位屬性結構，這是志工在自身的靈性需要自我成長的。在臨終場域裡病人靈性上的需求指向將是值得志工注意並照顧的。靈性之指向之方位屬性結構如靈性生態圖。



圖一、靈性生態圖

生態圖的中心位置為病人的內在靈性，穿過機制顯露其靈性態度改變之樣貌指向是病人外顯出需要的靈性照顧各種指標。當臨終病人與志工在言說一個具體事實的事件描述時，並不會像圖上外顯指標之清晰表達，志工是否能在命運相逢時適時適地的站立在外圈指標位向捕捉靈性，將決定志工能否從病人的話語言說中理解他內在心裡的問題之關鍵。當志工在時序上達到交軌位置，臨終病人的

靈性核心穿越千滄百孔的靈性膜而外顯，靈性的遭逢將會是心靈上神秘的浮現。在這個遭逢的時刻，照顧者和臨終者彼此碰到，他們被抬離開自己原來的腳色，將彼此關聯到作為人所共同參與的領域。志工須捕捉到這動態靈性指向的外顯，彼此才能在靈性生態圖知此方位上共同投射的關懷當下自己的「動態」存在。



第六章 結論與建議

第一節 結論

安寧照顧從英國第一所「聖克利斯朵夫安寧療護醫院」(St. Christopher's Hospice) 起始，安寧療護之團隊即著手進行對癌症疼痛及止痛之研究，讓病人減低痛苦並平安尊嚴的死亡。安寧照顧者在尋求減低病人疼痛之同時，注意到病人會陷在沮喪哀傷及死亡焦慮中，或是因病喪失尊嚴感與自我控制感而降低求生之意志。這個關注病人在死亡過程所呈現的震驚、否認、憤怒、憂鬱、討價還價、接受等之情緒反應，轉而發展對病人的靈性照顧。比如像是對不確定感、未消化的恩怨情節舊帳、害怕成為累贅負擔及孤獨、害怕失去自主失去自我、捨不得及尚未交代或道別等問題，安寧療護開始照顧這些內在心裡上的靈性不安狀態。當病人在面對死亡過程的時候，靈性問題變成了困擾病人的核心議題，安寧療護的做法就是給你最好的靈性照顧。

今天因為社會的變化，現在的病人在死亡過程和以前大不同。以往人們多是在家中接受家屬的照顧直至往生，現在則是在醫院裡往生為多。一般人們往往認為既然生病住院了，不好意思不聞不問但只要多買幾次東西，多跑幾趟醫院就是心意到了。或是有的家屬也沒有足夠的時間來陪伴病人。至於找誰來照顧病人？好辦，這年頭有錢好辦事，不愁找不到好的醫生和護士，亦不愁請不到看護。於是病人就交給醫護人員或是看護。所以在病房中原本素不相識的安寧照顧團隊成員因為和病人相處的非常融洽，有的甚至可能取代親友在病人心中的地位。安寧志工處在這樣的社會環境下，是有責任與義務做好職務教育訓練教導的靈性照顧。

志工在病房執行靈性照顧時，常有的困難：1.不知何時介入。2.不知如何評估結果。3.對靈性的覺察不足(辨識靈性困擾的能力不足)。4.時間和空間的限制。

不僅只是照顧的志工有介入上等等之困難，連照顧的模式亦有多種的做法。像是在醫護系統下之在世照顧，主張是從緩解病人的痛苦基調上去尋找令病人不安的原因。講求有效的解決疼痛、增加病人的安適，讓病人的自我保持著尊嚴死去，是為人道。在世照顧所解決病人的問題也很實際，但較欠缺建立親密關係上之時間因素，以及鑑別清楚所要處理問題的特殊獨特性。後續發展的非在世照顧則主張陪伴病人不是花多少時間陪他，或幫忙作多少事、講多少道理的話。而是陪病人注意身體的變化並承認死亡的真實。臨終者的功課就是要學習如何放下，如何好好地離開這個世界。非在世照顧陪伴病人時沒能有具體解決病人問題的實際辦法，照顧起病人來會有不知道真的做到照顧否的疑惑。

從安寧志工的觀點來看靈性照顧，志工並不專注靈性的真義是什麼以及該如何定義，反倒是比較注重照顧的發生以及在那被定義過的靈性上去做好照顧。因此，在靈性照顧上志工會與病人歷經一定的時序階段過程後，與病人在靈性的指向方位上共同面對困擾問題。志工與病人共同在操煩著當下的命運，在陪伴病人面對死亡過程中，讓病人對自己的生命負責地決定如何走向未完成的路途。

資深護士瑪姬·克拉蘭及派翠西亞·克莉認為³⁶「垂危者是可以按自己的意思，調整死亡時間、安排死亡情境，我們不認為死亡完全是被動的。而且，也更明白即使是奄奄一息的垂危者，還是有辦法處理和自己有關的事務，而給死亡一個新的詮釋！」病人一直到臨終前都還在努力決定自己的事，志工也應當時時努力與病人在命運上交軌相逢。之前雖然病人的病況的變化令人緊張，但病人自己還可以妥協退讓及安排自己。當病人開始對自己的生命發出問題了，亦即被屬己的死亡喚醒而孤獨在真實面對就在眼前的死亡時，那原本的自我生活經驗就不足安穩地對付自己的死亡。志工與病人一旦在時序上臨到了那個相逢之照顧點，靈性照顧才能著陸。此時安寧志工交軌共在的與病人一起尋找暗夜裡的生命意義等之星星，同時與病人去言說那個星星的世界會是什麼。

³⁶ 參見派翠西亞·克莉 (1994)：《最後的禮物》，p. 378。

病人自己所看到的星星呈現是什麼樣態，將是病人在踏實並負責地選擇自己要走的路。國內各醫院對於往生的死亡文化尚處在啟蒙時期，志工在對臨終病人的靈性照顧亦是有相當的模糊以及需要努力的地方。靈性照顧的目標是病人在死亡前的人生思索，病人思索自我而有的態度改變，當需要充滿愛的和解、共融時志工可以協助配合，思索對自我命運的承受而不陷於命運乖舛時，志工可以聆聽。思索對未來終極的希望、期待星星，志工可以肯定他。因為志工已是和病人在心靈上交軌，共處在細膩的一起面向死亡之答問。志工的照顧讓死亡對病人不再是不安及粗暴的罪罰，或是遺憾、無知、失敗等等，只要是面對它就可以讓死亡的過程更好。雖然我們志工根本不熟悉死亡，亦不曾有過死亡的經驗。與其說心靈交軌不如說讓我們謙虛的接受臨終病人在交軌中所給我們的恩寵，志工的照顧也就是將這份恩寵再傳交出去，給予其他病人認真思索真實自我以及轉化自己態度的契機。

安寧療護在尋求給病人有一個善終的目標，病人不安適中有不同於身、心上之問題需要照顧。但病人的靈性很難定義並且很難做，靈性就是病人面對死亡之有限性所逼顯那種自己的內在呼喚。內在心裡有的不安往往無法在理性或心智範疇裡求得撫慰，但從實務照顧經驗中用愛的和解與放下的解脫可以支持病人想清楚凝視自己的命運，承認那個生病的真實存在，並能在心靈上有所態度轉換。病人內在的心靈需要病人自己憂心與決心。志工與病人交軌在靈性的共同世界裡且在詮釋中與病人雙向溝通以**靈性照顧之時序屬性與靈性指向之方位屬性**在整個照顧行為有次地的趨近命運之交軌。當志工與病人在交軌共在中親密相逢，志工依著靈性樣態去捕捉到病人在哪方面的不安，並在靈性生態圖上站對了照顧指向方位位置。志工須在自身的靈性與自我成長，因為病人靈性上的支持需要志工站對位置。志工該提醒病人自己並不是不完美、脆弱與缺陷，不需要在錯誤的認同下否定自己的存在。讓病人從虛幻不實的中承認自己是邁向生命終點之事實。志工所要做的照顧不過就是扣發病人心靈轉換上之板機。

第二節 建 議

安寧志工的靈性照顧行為，涉及照顧對象—臨終病患及其家屬對「有一個充滿希望或意義以及尊嚴地與平靜地結束」的態度轉化，無論志工是否清晰的明白病人對靈性的定義或抉擇，志工都需要持著一個開放的態度去陪伴。因為，「死亡只給一次的選擇」，支持給病人一個清楚的可選擇能力是必要的，並該讓他們知道志工隨時都在他們旁邊陪著一起去選擇轉變自己的真實人生道路。現行志工在靈性照顧上要達到照顧行為不可或缺的屬性，仍存在許多可行的努力。建議：

一、交軌的前置能力。

需要讓志工定期更新了解所屬安寧團隊中的醫護人員作為。末期病人的生命品質往往緊密的連結在生理症狀的處置上，病人逐漸惡化的病症出現會改變病人的身體功能，甚至是喪失了功能，對家屬也會帶來衝擊。醫師與護理師對症狀的控制是讓病人減少疼痛、呼吸困難、噁心的程度，或甚而尿失禁、失去行走、難以清晰思考等等的能力。這些會對病人形成情緒衝擊的症狀，志工應知道最新的醫護人員如何的在積極控制，以避免病人感覺志工不能體會其困苦，而讓雙方之間的接觸膠著在病症而造成接觸困難無法交軌。

二、交軌的實務成長。

志工應多做經驗之分享交流，讓個人的經驗得以傳達移置成為每個志工自己的經驗累積。像資深志工很快就能完成時序性階段進入靈性上之交軌，新進志工難免悟入平行之無效照顧。因此，經驗的交流是得以加強志工的與病人親密相逢能力。

三、志工靈性的自我成長。

安排心理學、宗教、哲學等心靈課程，或是成立讀書會來培養志工的自我靈性成長，養成志工具備靈性上具之全方位面向之能量。

第三節 研究限制與未來方向

一、研究限制

- (一) 研究資料係以訪談資料為主，受訪對象安寧志工在其敘述照顧經驗上可能隨志工的回憶中，有所重組而導致偏頗。
- (二) 我們只能在理性可理解的對象上去顯露所能觸及之靈性照顧，也就是病人尚還在得以開展自己的社會時期之靈性問題。當病人的病情惡化進入背立轉向其時，其靈性上的照顧問題不在本研究內探究，此為一大限制。
- (三) 研究者自身與受訪者同在一所醫學中心安寧病房服務，選樣過程雖為立意取樣但仍受到研究者關係，選樣可能偏頗及訪談資料亦受到關係上之牽引影響。

二、研究未來方向

- (一) 研究均以醫院安寧病房理發生的事件為主要研究對象，事實上國內的安寧療護已經走出醫院的安寧病房，除了有居家照顧外還有向一般病房推廣拓展安寧照顧的趨勢，未來的靈性照顧更需要涵括這些範圍。
- (二) 研究以一般醫學中心的照顧為主，對宗教在靈性上的影響是利益的迴避。在完成本研究之對一般性靈性照顧的探究後，未來的研究亦可拓展至宗教層面並做本質比對，使得靈性照顧更為周全。

參 考 文 獻

一、中文部分：

- 王英偉編輯(2000)。安寧緩和醫療臨床工作指引。台北：安寧照顧基金會。
- 石世明(2004)。臨終陪伴的基本概念。安寧照顧會訊，53，17。
- 余德慧(2001)。詮釋現象心理學。台北：心靈工坊。
- 余德慧、石佳儀(2003)。生死學十四講。台北：心靈工坊。
- 汪文聖(2001)。現象學與科學哲學。台北：五南。
- 張素玉(2001)。志工角色、任務與面臨的問題。高雄榮總崇德病房志工訓練學員手冊。
- 杜小真(1994)。勒維納斯。台北：遠流。
- 楊克平(2000)。安寧緩和療護學-概念與實務。台北：偉華。
- 蔡美麗(1990)。胡塞爾。台北：東大。
- 項退結(1989)。海德格。台北：東大。
- 許樹珍(2001)。護理專業與關照倫理現象之探討。哲學雜誌，37，104-135。
- 陳鼓應編(1992)。存在主義。台北：商務。
- 陳姿瑤、廖會瓊譯(1984)人類行為概念與護理。台北：合記。
- 陳慶餘(2002)。從臨床談靈性。安寧照顧會訊，44，20-22。
- 陳明麗(2002)。靈性之範疇。安寧照顧會訊，44，18-19。
- 黃惠惠(1991)。助人歷程與技巧。台北：張老師。
- 趙可式、陳清惠、顏妙芬(2002)。末期病患靈性之本質。J. Nursing Research，
Vol. 10， No. 4。
- 陸金竹(2003)。安寧療護服務人員服務動機及其服務現況之探討。南華大學
碩士論文。
- 林麗雲(1996)。安寧照顧的文化之舞——以台大緩和醫療病房為述說情境。國
立清華大學碩士論文。

- 黃湘惠（1998）。宗教對癌症患者之研究。國立政治大學碩士論文。
- 楊勝任（2003）。醫院志願服務對志工生命價值觀的影響研究。國立高雄師範大學碩士論文。
- 蔡佳螢（2001）。安寧療護志願服務人員參與動機和工作滿足之研究。東海大學碩士論文。
- 賴維淑（2002）。晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性之需求。國立成功大學碩士論文。
- 齊力、林本炫編。質性研究方法與資料分析。嘉義：南華大學教社所。
- 劉翔平（2001）。尋找生命的意義—佛蘭克的意義治療學說。台北：貓頭鷹出版。
- 蘇秋雲（2002）。安寧照顧志工照護經驗及其生命意義之探討。慈濟大學碩士論文。
- 李安德原著，若水譯（1992）。超個人心理學。台北：桂冠。
- 海德格原著，王慶節陳嘉映合譯（2002）。存在與時間。台北：桂冠。
- 弗蘭克原著，趙可式、沈錦惠合譯（1995）。活出意義來-從集中營說到存在主義。台北：光啟。
- 派翠西亞·克莉原著。王明波譯（1994）。最後的禮物。台北：正中。
- 伊利亞德原著，楊素娥譯（2000）。聖與俗：宗教的本質。台北：桂冠。
- 裘蒂·夏倫、雪倫。費希合著（1988），江其惠譯。靈性需要的研究。靈性照顧—護理人員的角色，中華民國護士福音團契，pp165-189。
- 威爾伯原著，龔卓軍譯（1998）。靈性復興：科學與宗教的整合道路。台北：張老師。
- 威爾伯原著，胡因夢、劉清彥合譯（1998）。恩寵與勇氣。台北：張老師。
- 瑪若琳·韋伯原著，項慧齡譯（2002）。天堂的階梯。台北：天下。
- 羅伯·索科羅斯基原著，李維倫譯（2004）。現象學十四講。台北：心靈工坊。
- 歐文·亞隆原著，易之新譯（2003）。存在心理治療。台北：張老師。

Kessler 原著。陳真吟譯（1997）。臨終者的權益。台北：寂天文化。

Thomas A. Harris 原著，洪志美譯（1991）。我好，你也好：人際溝通的分析。

台北：遠流。

Thomas Moore 原著，李永平譯（1995）。隨心所欲：探尋幽深聖潔的心靈境界。

台北：智庫文化。

一、西文部分：

- Barbara Carroll(2001)◦A phenomenological exploration of the nature of spirituality care ◦ Mortality, 6(1),81-98 ◦
- Fabio Efficace & Robert Marrone (2002) ◦ Spiritual Issues and Quality of Life Assessment in Cancer Care ◦ Death Studies, 26, 743-756 ◦
- Greasley Peter, Chiu Lai Fong, Farland Reverend Michael (2001) ◦ The concept of Spiritual care in mental health nursing ◦ Journal of Advanced Nursing,33(5),629-638 ◦
- Hannelore Wass & Robert A. Neimeyer (1995) ◦ DYING : Facing the Facts. Washington, D.C. : Taylor & Francis.
- Judith Allen Shelly (2000) ◦ Spiritual Car ◦ Downers Grove, Illinois : InterVarsity Press ◦
- Jos V.M. Welie (1998) ◦ IN THE FACE OF SUFFERING ◦ New York : Fordham University Press ◦
- MC Wright (2002) ◦ The essence of spiritual care : a phenomenological enquiry ◦ Palliative Medicine, 16,125-132 ◦
- Max van Manen(1990)◦Researching Lived Experience◦Ontario Canada: Althouse Press ◦
- Robert Sokolowski(2000) ◦ Introduction to Phenomenology ◦ Cambridge : Cambridge University Press.
- S. Kay Toombs (1993) ◦ The Meaning of Illness ; THE Netherlands : Kluwer Academic Publishers.
- Savett Laurence (1997) ◦ Spirituality and practice ◦ Creative Nursing, 3(4),7-13 ◦

附錄：

表格七(1)

安寧療護靈性需要評估及輔導計畫

| 姓名：_____ | 初次記錄日期：____年____月____日 | | | | |
|------------------------|--|--|--|-------|----------|
| 床號：_____ | 記錄者：_____ | | | | |
| 病歷號：_____ | | | | | |
| 一、般 資 料 | | | | | |
| | 病人 | 主要照顧者 | 其他家人 | | |
| 信仰/教派/宗派 | | | | | |
| 常去的教堂/廟宇 | | | | | |
| 熟悉的神父/牧師/師父之姓名 | | | | | |
| 電話 | | | | | |
| 是否希望有靈性關懷人員探訪 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 是否希望轉介靈性關懷人員 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 宗教對他的重要性①極重要②重要③不重要④不知 | | | | | |
| 是否祈禱/念禱/默想①常常②不常③從不 | | | | | |
| 是否需要宗教禮儀 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 是否需要宗教音樂及書籍 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 靈性上的助力(Strength) | | 靈性上的困擾(Distress) | | | |
| 編號 | 日期/開始 | 說明 | 編號 | 日期/結束 | 說明 |
| | | 生命有意義與價值 | | | 生命無意義無價值 |
| | | 痛苦有意義 | | | 痛苦無意義 |
| | | 死亡有意義 | | | 恐懼死亡 |
| | | 相信死後生命 | | | 無助 |
| | | 認 | | | 無希望、絕望 |
| | | 安祥/平安 | | | 怨天 |
| | | 有希望 | | | 無人 |
| | | 能寬恕及被寬恕 | | | 憂鬱 |
| | | 衝突化解與和好 | | | 罪惡感 |
| | | 接受生命的限度 | | | 不甘心 |
| | | 其他 | | | 不甘心 |
| | | | | | 憤怒 |
| | | | | | 麻木 |
| | | | | | 孤立隔絕 |
| | | | | | 恩怨未化解 |
| | | | | | 不能寬恕 |
| | | | | | 自憐 |
| | | | | | 自殺意圖 |
| | | | | | 其他 |

