

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

安寧病房癌末病患

與佛教臨床宗教師的交談經驗研究

A Study on the Dialogues between

Terminal Cancer Patients and a Buddhist Chaplain in a Hospice Ward

研 究 生：釋見蔚（胡昭媚）

指 導 教 授：蔡昌雄博士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月 二 十 二 日

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

安寧病房癌末病患與佛教臨床宗教師的交談經驗研究

A Study on the Dialogues
between Terminal Cancer Patients and a Buddhist Chaplain in a Hospice Ward

研 究 生：釋見壽(胡昭媚)

經考試合格特此證明

口試委員：蔡品雄

釋見成

李燕蕙

指導教授：蔡品雄

系主任(所長)：蔡品雄

口試日期：中華民國 九十六 年 六 月 二十二 日

謝誌

這本論文的完成，要感謝眾多因緣的共同成就，尤其是香光尼僧團師長與諸位法師們的全力護持與拉拔，若沒有諸位法師的牽成，不可能有今天成果。

回憶這段論文撰寫過程是充滿著緊張刺激與巨大壓力的，但最後結果是法喜充滿、收穫豐碩做為收場。首先要感謝指導教授蔡昌雄博士從病房讀書到研究所，一路帶領我窺探深奧的學術殿堂，這段長跑過程中，老師「卯勁全力」讓我進入學術狀況，耐心地為我解說現象詮釋與脈落分析，而當我露出一臉疑惑的表情時，老師總是想盡各種方法，讓我看見「現象本質」。艱苦的學習歷程，令我難忘卻受益匪淺。修業期間，承蒙生死所老師們的指導—慧開法師；教學嚴苛又飽學的何長珠老師，在諮商理論與悲傷輔導課程上的提攜；活潑生動又富啟發教學的蔡明昌老師，那堂生死教育課程是最開心、最難忘懷的學習經驗；教學熱誠的張利中老師，帶來豐富又具份量的生死心理學資料，實在讓人又愛又害怕；美麗有氣質的魏書娥老師，教授艱澀的社會生死學讓人想忘都難；喜歡給人鼓勵的戚常卉老師，讓我們在研究方法學習到最基礎的實務功夫；生命倫理學超棒教學的李遠澤老師；以及總有許多課堂小考，生死英文名著的永有法師。謝謝老師們教導我生死學相關學理知識，及研究方法上的啟發。還有，超級熱心的玉枝姊，遇上這麼強棒的組合，除了感謝外，內心是雀悅萬分的。

這段艱辛漫長的學習經驗，是無法三言二語就道完的。感謝一路上，有許多善知識的陪伴，給我源源不絕的鼓勵和支持，許多人是我幕後的大功臣。感謝在課業常常忙著「救火」的永本法師、愍法師、岸法師、曉融師；伴我三年的英文家教蔡玉貞老師；嘉女的黃鈺珺老師；旅居美國的柯青芬夫婦；台塑王文益翻譯官。感謝你們隨時隨地配合課業進度並給予關照和協助。92級龍爸領軍的學長姐們，從未入學到入學後對我的照顧與提攜；93級錦庭班長及同窗好友的相互鼓勵；雄家族這一掛的讀書會研究生的互相激勵。還有感謝大林慈濟醫院、劉主任、雪莉督導、淑玲和麗靜護理長、欣欣、美華、心蓮病房團隊在臨床的諸多協助與支持；淑玲、蘭貞學姊對田野文本整理的心得分享與提攜；還有在最後論文撰寫

階段，淑玲的經驗分享、與季芳相互打氣；最後一刻，天降神兵的佩娟、秀琴、中正電算中心的瑋倫幫忙搞定轉檔的惱人問題，衷心地感謝你們，對我的支持、協助。

最後，感謝護持及促成這份研究的善知識：台大緩和病房的宗惇法師、滿祥法師；堂姊們與堂哥胡琮輝醫師、翠芳、蔡國清對我全力的護持；楊侯于老菩薩、楊添旺先生、蕭居士及淑娟夫婦、王居士及翠桃夫婦、葉敏煌夫婦、鄭信聲夫婦，以及賴美滿居士；貓尾巴老闆娘怡如在所辦課外活動的支持；協助我完成三十年老店作業的民雄肉包老闆娘金鳳；還有亞蘭、碧蓮、春玫、美隨、季英、美貞、阿孀家人……等等，皆致上我滿滿的謝意。

由於撰寫本論文的緣故，更能深刻體會癌末病人與癌症的相依相連性，並須要學習與癌症共處。但癌末的生命無法回頭，無法算計下一步會如何，更沒有躊躇、猶豫，再等一下的喘息空間。因為生命必須時時刻刻定下方向，義無反顧地向前走去，迎向未來。感謝六位研究參與者（簡林翠鬢、蔡陳秀桃、吳許玉秀、吳許金玉、陳茗煌、張盧素絹）及其家人（麗華、美玉、月娥、麗霞、秋燕、朴毅、佳瑛、小玉、陳太太月娥、瑋倫、靜香、吳先生、張先生等）。陪伴過程，深刻地感受到大家對宗教師的熱情、真誠護持，謝謝你們對本研究的參與和協助。這些陪伴經驗的累積，將使臨床陪伴更加的圓熟。最末，願一切病人能無有病苦、願一切病人能安詳自在。

佛教臨床宗教師的推展有必要與近代學理作一對話，以增益實務應用的思考；本研究雖對癌末病人與宗教師的交談經驗進行經驗本質的探討，但臨床交談的語境涉及靈性的深度且變化萬千，為強化佛教臨床宗教師在本土安寧專業化的角色與助人關係，建議在後續的研究中，能以此交談經驗脈絡為基礎，更進一步發展出佛教臨床宗教師養成訓練之參考手冊。諸多不足之處，也期待後續研究者繼續予以補充、修正。

釋見蔚于南華 96.6.22

摘要

本研究關切的重點是，癌末臨終病人與佛教臨床宗教師在臨終處境時的交談經驗。透過詮釋現象學方法的引導，研究者於嘉義某區域教學醫院的安寧病房進行為期七個月的田野觀察與訪談。從田野觀察記錄及三位研究參與者的深度訪談資料中，取得文本資料，並進行視域化的綜合分析工作。從中提煉出臨終病人與宗教師交談經驗的本質，並加以描寫與詮釋。

研究發現，癌末病人因應病程時間的發展而有身心靈安頓的不同需求，而佛教宗教師透過交談所欲達成的任務，即是在佛教所提供的心靈地圖上，為病人安頓身心。此交談經驗由(1)交談經驗的開展及(2)交談經驗的內涵兩個層次的描寫與詮釋構成。第一個層次依病程時間說明病床關係的締結如下：(1)研究參與者背景資料；(2)病人與宗教師初接觸的情境；(3)病況加劇後的轉渡難題；(4)臨終時刻的信仰處境及解脫方向。第二個層次則透過四個面向說明：(1)臨終原初經驗；(2)宗教皈依的神聖經驗；(3)無言的臨終交談；(4)宗教的靈性照顧。

本研究雖對癌末病人與宗教師的交談經驗進行了經驗本質的探討，但臨床交談的語境涉及靈性的深度且變化萬千，為強化佛教臨床宗教師在本土安寧專業化的角色與助人關係，建議在後續的研究中，能以此交談經驗脈絡為基礎，更進一步發展出佛教臨床宗教師養成訓練之參考手冊。

關鍵字：癌症末期病人、佛教臨床宗教師、宗教交談、安寧療護

Abstract

The main point which the study concerns the most is about the dialogue experience between terminal cancer patients and a Buddhist hospital chaplain while the patients are on their deathbeds. Under the guidance of hermeneutic phenomenology, the researcher proceed a seven-month long field observation and interviews in a hospice ward in a regional medicine teaching hospital in Chia-Yi. The text in this article is based on the information which we get from the field observation record and the depth interviews with three research participants; it then undergoes a process of synthetic analysis on various viewing horizons. Besides, we excerpt the essence of the dialogue experience between terminal cancer patients and a Buddhist hospital chaplain from the analysis, on the basis of which the description and interpretations are made.

According to the study, terminal cancer patients have different needs to comfort their bodies, minds, and spirits as the illness develops. And the goal a Buddhist hospital chaplain wants to reach through the dialogue experience is to comfort the patients by the map of the soul the Buddhism has supplied. The description and interpretation of the dialogue experience mainly involve the following two levels: (1) the development of the dialogue experience. (2) the intrinsic meanings contained in the dialogue experience.

The first level explains the connection of the sickbed relationship as the illness develops, which concludes: (1) the backgrounds of the research participants. (2) the situation of the first contact between the patients and the chaplain. (3) the transitional difficulties as the patients' condition worsens. (4) the religious situation and the

extrication of the patients while they are dying. The second level is described in the following four perspectives: (1) the primordial experience of terminal stage. (2) the sacred experience of religious conversion. (3) the “speechless talking” while dying. (4) the spiritual care of religion.

Although the study inquired into the essence of dialogue experience between terminal cancer patients and Buddhist hospital chaplain, the contextual interpretation of the dialogue relates to the depth of spirit and is ever changing. To strengthen the role as a helper of a Buddhist hospital chaplain in local hospice professionalizing, we suggest basing on the context of the dialogue experience in the subsequent studies, and developing a training manual of Buddhist hospital chaplains in the future.

key word: terminal cancer patients, Buddhist hospital chaplain, dialogue experience, hospice ward

安寧病房癌末病患與佛教臨床宗教師的交談經驗研究

目次

謝誌.....	I
摘要.....	III
Abstract	IV
目次.....	VI
第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究議題設立.....	5
第三節 研究目的.....	6
第四節 名詞界定.....	6
第二章 文獻探討.....	9
第一節 安寧療護與臨終關懷.....	9
一、安寧療護的由來.....	9
二、安寧療護的理念與特性.....	9
三、安寧療護的內涵.....	10
四、安寧療護在台灣.....	11
五、本土臨終照顧模式之現況.....	12
第二節 臨終階段相關研究探討.....	12
一、癌末患者的相關研究探討.....	12
二、陪伴者相關文獻探討.....	19
第三節 宗教師在安寧病房專業角色探討.....	20
第四節 交談經驗.....	22
一、無言是一種語言，更是開顯生命經驗.....	23

二、從象徵語言看內心世界.....	23
三、語言是思維的表達工具.....	24
四、語言與意向.....	25
第三章 研究方法.....	27
第一節 研究觀點的選擇.....	27
一、詮釋現象學緣起發展.....	28
二、詮釋現象學本土研究觀點.....	31
第二節 研究架構與步驟.....	36
一、研究構思與定位.....	36
二、研究場域與研究參與者.....	37
三、研究準備.....	38
第三節 資料蒐集與分析.....	39
一、資料收集者.....	39
二、資料收集階段.....	39
三、資料彙整階段.....	39
四、資料詮釋階段.....	40
第四節 研究嚴謹度.....	43
第五節 研究倫理.....	43
第四章 病床邊的關係締結—宗教交談的開展.....	45
第一節 當枯葉緩緩落下.....	45
一、臨終皈依的老菩薩.....	46
二、需要「一條路」的大廚.....	48
三、「信仰」落空的陽光女.....	51
第二節 當癌末病人遇上宗教師.....	52
一、初次接觸.....	54

二、當生命陷落時.....	58
三、尋找一個定點.....	63
第三節 死神的敲門聲愈來愈響聲.....	67
一、死神在敲門.....	67
二、病床邊的新功課.....	76
第四節 今生與來世的約定.....	82
一、接近臨終的交談.....	83
二、啓程前的準備.....	86
三、啓程當天的交談.....	91
第五章 臨終場域的靈性世界 —— 宗教交談的內涵.....	97
第一節 臨終的原初經驗.....	98
一、死亡帶來的「邊界處境」.....	98
二、跨越「邊界」.....	104
三、「一條路」的宗教指涉.....	107
第二節 宗教皈依的神聖經驗.....	113
一、皈依歷程.....	113
二、皈依經驗.....	118
三、皈依後的新生活.....	123
第三節 無言的臨終交談.....	132
一、一步步走向往生.....	134
二、與今生告別.....	139
三、新生命的啓程.....	144
第四節 宗教的靈性照顧.....	146
一、靈性照顧.....	148
二、宗教所指出的路.....	150

三、佛教的靈性照顧.....	152
第六章 結論與建議.....	159
第一節 研究發現.....	159
第二節 綜合討論.....	160
一、關於臨終病人與宗教師的交談經驗.....	160
二、關於詮釋現象學的運用.....	161
三、關於宗教陪伴關係.....	162
第三節 建議.....	163
一、實務方面：.....	164
二、學術方面：.....	164
後記.....	167
參考文獻.....	171
附錄一：訪談同意書.....	182
附錄二：訪談大綱.....	183
附錄三：詮釋現象之文本分析.....	184
附錄四：研究同意書.....	190

表次

表 2-1 癌末病患對臨終事件之感受.....	14
表 3-1 研究參與者基本資料.....	38

圖次

圖 3-1 主題分析的概念架構.....	34
圖 3-2 語境理解及詮釋底景結構.....	35
圖 3-3 文本詮釋現象分析四個層次.....	41
圖 5-1 宗教交談之意向圖解.....	112
圖 5-2 癌症病人的靈性模式.....	149

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

基於全人照顧的理想目標以及因應臨床照顧的實際需要，近年來國內安寧照顧的場域嘗試研發出「臨終照顧團隊」的模式，希望協助臨終者安然越渡一期生命的最後時刻。研究者於安寧病房擔任臨床宗教師的陪伴角色，深覺猶如親歷一場大型的生命馬拉松賽；隨著癌末患者的步伐，整個安寧團隊及其家屬都正緩緩地前進著，而臨床宗教師則擔負臨終心靈的陪跑工作——病人及家屬的心靈支持與照顧。在陪跑過程中，心靈陪跑員必須充分了解癌末患者的跑步速度和體能狀況，也須清楚整個癌末病程的發展，才能適當地調整陪伴速度及方法，以維持、提升整個陪跑的品質。

一九八七年進入佛教僧團修道奉獻行列，至今已近二十個年頭。初入佛門時，即展開十八般武藝的養成訓練。當時，僧團有一位罹患鞏皮症、生命漸入末期的法師需要照護，受過護理訓練的研究者，便毛遂自薦承擔這項特別任務，從那時起，僧團相關護理工作，即成為研究者學習內容之一。對受過護理訓練的研究者而言，照顧漸入洗腎階段及大小便失禁的鞏皮症末期法師之基本護理操作是沒有任何困難的。但，幾年後一樁意外發生：一位法師因工作摔落，送醫後赫然發現罹患已經骨轉移的乳癌。從陪伴、治療到往生，研究者親歷同門法師迅速進入疾病末期的過程，深覺無能無力的煎熬。無能是病情的惡化，重重擊碎曾經所學任何學識的窘態；無力是不知如何再繼續走下去。跑遍南北各大醫療院所，爲了只是希望探得末期症狀控制及安頓疼痛不堪的處置。歷經四年病痛折磨，罹患癌症的法師往生了，但卻留下臨終階段不愉快的經驗與埋藏內心的愧疚。這樣的因緣，

埋下研究者日後發願學習癌症照護及臨終陪伴功課的種籽。

之後，研究者參加成功大學趙可式老師開設安寧照護的相關課程，遂進入安寧療護場域。二〇〇二年，慈濟大林醫院成立心蓮病房，院方陳智道主任尋求鄰近寺院支援病房宗教師一職（志工），後經僧團師長的許可及眾緣成就，研究者順利成爲心蓮團隊的一員，以佛教臨床宗教師的身分參與病房陪伴工作，耕耘這塊幅員廣闊的安寧照護之田。從事陪伴癌末患者的過程，研究者發現無論是團隊主動派出或是被動受病人或家屬的邀請，常會出現尋求宗教師協助的聲音，如：「請師父跟我們生病的家人開示好嗎？」或「可以請師父為病人皈依嗎？」「我爸爸心中是不是放不下，請師父幫忙...。」「師父，我死後去哪裡呢？」諸如此類等的請求或探詢。

另一種經常發生的對話則如：「師父！我先生不知為何，每到晚上像是很害怕，整個人幾乎失控，像似換了個人一樣，可以請師父幫忙嗎？」或病人談到：「我的阿爸阿媽、阿叔最近常常來看我，我是不是快走了……。」當癌末患者發展到不再以積極治療爲目的階段，他們便進入一種類似邊界處境的狀態，開始面對未知生命的恐懼、無奈、孤獨、無力……等等身心狀態。病患阿伯說：「師父阿！最近有個人常常來我床邊看我，並跟我說該『回家（台語）』……我的心頭很不舒服。」再如，進出病房頻繁的老伯揮手示意要我坐下來，「師父阿！我問問您，人說腳踝如果可以用大拇指及中指圈起來的話，就表示快走了，您說是不是呢？我是不是真的快要死了……」。始終堅持不打嗎啡的師姊，雙肢腫脹，呼吸困難地坐在輪椅上對我說著：「師父！為什麼等死是這樣的難過？……我這樣做對不對，不要打止痛針，不然阿彌陀佛來的時候，我昏睡中怎麼往生西方呢？」

一位肝癌大哥趁太太外出時，語氣平和地說：「師父！我可以皈依嗎？您可以告訴我，人死後會去哪裡？我真的放不下心，我那麼小的孩子，怎麼辦？」說

完眉頭緊縮一起，頭也跟著低了下來。癌末患者邁向生命終點前，正處於生機難現的困境，除了面對自身的身體疼痛，心理的恐懼外，還有對親人的牽掛與不捨之情。在另一端的世界還未開啓時，他們的處境是無所依恃的，「要去向何方，要歸向何處」種種的發問，可能直到另一階段的出現才可能停歇。而寸步不離三尺六寸床旁的照顧家屬，隨著病人病情進展而忐忑不安，面對無助的處境，他們不時透過言說、行爲動作，尋求宗教師的協助與支援。研究者發現家屬除了要面對親人即將分離的焦慮外，更伴隨著親人即將面臨死亡所伴隨的恐懼及種種複雜情緒，焦慮不安的處境，一覽無疑地出現在家屬的表情、言語中。

偌大的病床躺著瘦骨嶙峋的身軀，癌末患者透過語言，肢體動作傳遞心中時而慷慨激昂，時而糾結的複雜心情；癌末患者身心的痛苦不僅來自病情的惡化，還需面對死亡的來臨。他們是處在準備踏上另一旅途的路上，行進間無法察覺速度，有人帶著堅定的意志、信心滿滿地向著原有的信仰邁進；有人帶著滿滿的願心，繼續重操此生聖執；也有人懷著恐懼、孤獨、害怕的心情走向未知的旅程。尤其黑夜來臨，顛簸的旅程，馬拉松跑者的心情更是忐忑不安，他們需要家人、醫療團隊的陪伴與支持，佛教臨床宗教師的陪伴更是提供癌末病患抒發焦慮的另一出口。

研究者發現臨床宗教師進入病房參與陪伴工作，癌末患者及其家屬除了言說及顯現的行爲動作，表情常是傳遞訊息的重要表徵。有些病患住院後，也會主動尋求宗教師的協助，談到自身處境的氛圍，道出面對死亡的恐懼，如一位肝癌末期的先生，伴著呼吸急促並情緒激動地抓著我說著：「師父，您說說看，我這個年紀，躺在這裡等死，怎麼可以在病房裡等死？你說對不對？做人就是要拼要拼，我要轉院跟它拼……」；而另一床照顧爸爸的女兒，只要看到父親躁動不安的行爲顯現，就會不斷來回請求宗教師到床邊再次看看她的父親「我的爸爸是不是擔

心什麼事情？爸爸會不會想回家？爸爸是不是擔心我們不會處理後事...等等」宗教師對他們而言，宗教師與病人（或家屬）的關係似乎有種說不出的自然親切，如同站在同一陣線上一起迎向病魔與死神的挑戰，就是那樣自然地建立起彼此的信任關係。分享彼此生命意義、靈性經驗及如何面對死亡等等的課題。往來對話變得簡單與自然，溝通平台不斷地微調，慢慢地原來自我保護的屏障消融，在研究者面前，他們自然地傾訴自己遭逢的困境。

本研究因研究者以宗教師身分切入，探討癌末患者與宗教師的交談經驗，不免有個人的宗教關懷面向，其關切的重點不外是在彼此交談中，如何藉由宗教關懷對癌末患者產生正向助益。因佛教經典裡有部分文獻說明關於疾病的思惟態度，提供臨終關懷場域深思反省。研究者在陪伴過程中，發現每位癌末患者有著不同的病程發展，隨其病程發展應有不同、多元的陪伴方式，無論透過經典詮釋、隨息念佛法門的運用等等，都可引導癌末患者從世俗的執著趨向自我心性智慧的開展，於生命體驗中達到心靈的精神撫慰，儘可能地達到生死兩安的佛教終極關懷。就研究者自身而言，由於這種陪伴也能重新省思宗教師在安寧照顧中的角色定位，尋求內在自我成長的肯定，如教理深化、專業培訓。

至於在國內學術研究議題中，少有關於在安寧療護的宗教交談經驗課題之探討。為提升與豐富宗教在安寧臨終照顧中的品質，以及宗教師如何協助癌末患者渡過生命關口，癌症患者與宗教師的交談經驗實有探討的必要。余德慧（1995）提到：病人主體世界是以不同型態的論述語言而形成的多重構世界。人並不會因為成功地被醫療解除痛苦之後，就必須生活在醫療裏頭；人依舊在可感的經驗裡，過著其主觀的生活」語言，既開顯也遮蔽著世界，所以，是人的語言建構了可以理解的實在（黃碧琴，1995）。因此，本研究藉由詮釋現象學的方法引導，針對癌末患者的需求進行的觀察、記錄，並進行病人臨終階段的病程描述及詮釋，從

臨終處境陪伴的交談經驗，探討參與者所處歷程的本質與內涵，期望藉由與癌末患者的交談經驗，透過交談經驗語言的言說方式，設法客觀地進入病人的病情世界，善聽善見患者語言表達背後的發展脈絡，使臨終處境下的陪伴關係得以締結，進而提供相應且適切的支持與陪伴照顧。

第二節 研究議題設立

目前針對安寧療護及相關議題雖有諸多研究，但觸及宗教陪伴及交談經驗的主題研究仍在起步階段。癌末患者在醫療處置已非重點的情況下，宗教成爲精神支撐力量來源之一，也因癌末患者對臨床宗教師的信任，而產生一連串的交流經驗，若能循著語言的原生性去關照，理解何種語言所由出；亦即知道我們如何看及決定我們的看到，會更清晰生活場景中交織的言說現象，把知識擺到一個正確的觀看位置（黃碧琴，1995）。宗教可以提供一條什麼樣的路？宗教可以給予什麼樣的意義與詮釋的世界？以臨終病人爲主體，所共構出的臨終世界，其交談經驗透露什麼訊息？如何幫助臨終陪伴的關係締結？臨床宗教師如何善見善聽，如何回應才能協助患者導向正向思惟，邁向理想善終？

本研究希望透過語言詮釋觀點，研究者的實際個案陪伴經驗，對癌末病人的末期世界進行闡述解析，發掘彼此共在的基礎，以期建構宗教師對臨終陪伴的方法與操作模式。以期釐清臨床宗教師的陪伴歷程，如何與病人的世界建構出有意義的互動。本研究設定的議題焦點在於——探索在安寧病房癌末病人與佛教臨床宗教師的交流經驗爲主題，設法客觀地進入癌末病患的生病世界，善聽善見癌末患者在語言表達背後的實相，使臨終處境下的陪伴關係能夠締結，進而提供相應且適切的支持與陪伴照顧，豐富宗教在安寧療護中的資訊，即如何協助臨終患者完成身心安頓，提供佛教終極關懷的一些參考面向。

研究者將透過實際田野的資料蒐集，將癌末患者及家屬面臨臨終階段的生命經驗呈現出來。交談經驗資料將循著：醫院（機構＋專業語言）、社會（家屬的關係語言）、案主（主體語言），彼此交錯穿梭發生，依此三個方向將理解的種種交談經驗，透過詮釋現象學的觀點，揭露最隱而不顯的臨終經驗原貌。

第三節 研究目的

基於以上的反思，研究者試圖透過詮釋現象學方法指引，臨終處境的參與觀察，交談經驗的描寫與詮釋，呈顯臨終處境的病人及其家屬所處的經驗狀態。期許研究結果能提供臨終處境下的陪伴經驗，補充宗教施為在安寧療護研究的豐富性。綜上所述，本研究所欲瞭解的重點，歸納如下列幾點：

- 一、透過臨終語境的顯現及其表徵的意涵，描述臨終語言經驗的本質。
- 二、從語言經驗之顯現，探討臨終病人的靈性經驗。
- 三、從佛教臨床宗教師在安寧病房的交談經驗，釐清臨床宗教師的角色功能。
- 四、增進宗教師對安寧病房之宗教施為的認識與作法。

第四節 名詞界定

一、癌末病患（terminal cancer patient）

依據「安寧緩和醫療條例」的規定，病患在經過兩位醫師診斷，認為其罹患的嚴重傷病已不可治癒，並經由該癌末病患簽署「緩和醫療願書」後，醫療人員

在尊重其意願下將不作積極性治療或急救，改而提供緩和醫療，包括減輕或免除其痛苦、不適症狀之緩解性或支持性的安寧醫療照護、免心肺復甦術等，使病患尊嚴的度過生命末期。本研究中的研究參與者設定為接受慈濟大林醫院心蓮病房之住院或居家照顧的癌症末期患者為主，或生命不超過六個月之病患。

二、安寧療護 (hospice care)

世界衛生組織 (W.H.O.) 對安寧療護定義：「對治癒性醫療已無反應及無利益的末期病患，所施予的積極性全人照顧。包括給予病人疼痛控制及其他症狀緩解的必要治療，並輔以心靈、社會、靈性層面之照顧。其目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質。」安寧療護是對傳統醫療的反思與輔助，視死亡為整體生命的一種呈現，讓末期病人的生命能更平和且尊嚴。

三、佛教臨床宗教師 (Buddhist hospital chaplain)

從事宗教的工作人員，有不同的頭銜，但都在做宗教性的事工，帶領他人來認知宗教的教義和宗旨。本研究指的是秉持安寧療護理念之佛教宗教師，於安寧緩和醫療病房照顧病人，評估病人靈性需求，藉由佛法知見、佛教禪修方法，提升病人內在力量，幫助臨終病人安詳往生。

四、交談經驗 (dialogue experience)

交談是一種人與人之間的雙向溝通，相互瞭解，以達彼此視域的融合。本研究依 Gadamer (1975) 的語言概念，強調經驗、思維和理解本身都屬於語言的特性範圍。故本研究之交談經驗並不侷限於語言表述，凡能達到瞭解研究參與者的語境皆含括在內，如肢體動作、表情、沈默無言等。

第二章 文獻探討

第一節 安寧療護與臨終關懷

一、安寧療護的由來

追溯安寧療護的起源是由英國人西西里·桑德思女士（Dame Cicely Saunders）於一九六七年在倫敦創辦聖克里斯多福安寧醫院（St. Christopher's Hospice）開始，原意是接待收容旅人之處，致力於絕症病人的臨終照顧，陪他們走完生命全程，並輔導家屬度過哀慟時期。其後安寧療護（Hospice care）逐漸在世界各地推廣，並因而產生了專門研究及從事臨終關懷的一門新醫學的分科，稱為緩和醫學（Palliative medicine）。從事這門醫學的醫生，來自各種專科的兼職或轉行，他們可能原來是腫瘤科、內科、外科、家醫科、精神科、神經科乃至婦產科、小兒科、麻醉科的醫生。透過他們的努力，以高科技加上人性化的照顧，讓大部份接受安寧療護（Hospice Care）緩和醫療（Palliative Care）的病人，雖不一定會「生似夏花之絢爛」，但均能「死如秋葉之靜美」，安詳往生或含笑而終。

二、安寧療護的理念與特性

依據世界衛生組織（WHO）的定義，安寧療護是指針對治癒性治療無反應之末期病患提供積極性及全人化的照顧。以維護病人和家屬最佳的生命品質；主要是透過疼痛控制，緩減身體上其他不適的症狀，同時並處理病患及家屬在心理、社會和心靈上的問題。安寧療護的基礎思考，是力求病人主觀改善為原則，在現代醫療技術無法為病患提供更有利的服務之際，安寧療護用尊重生命的哲學態度，陪伴病人走過人生最後旅程，並輔導家屬重新面對未來的生活。安寧緩和的

醫療特性就安寧文獻資料顯示，安寧療護是具有「全人照顧」（holistic caring）、「跨科技團隊」（interdisciplinary team）、和「持續性照護」（continuing caring）等三項特性。

三、安寧療護的內涵

從上述說明了解安寧療護具有「全人照顧」、「跨科技團隊」、「持續性照護」等特色。日本安寧療護之父—大阪大學柏木哲夫教授，用 HOSPICE 七個英文字母作字頭，引申出七組字，貼切地表現安寧療護的內涵（陳榮基，1998）。

Hospitality（親切）：以親切的態度面對病人及家屬，乃至所有的工作人員。安寧病房裡特別強調要醫護人員不慌不忙的坐在病床邊，視線儘量與病人同高，親切的交談溝通。並注意兩人之間的距離，太近了給病人壓迫感，太遠了又有疏離感。其實安寧病房中的理念，也可以在一般病房中採用。

Organized care（團隊照顧）：包括醫師、護理師（包括護士及助理）、社工師、宗教師、臨床心理師、藥師、營養師、物理及職能治療師、技術師、行政人員、藥師、營養師、物理及職能治療師、技術師、行政人員、志工（義工）等人才。醫師包括安寧病房的專責醫師及協助的腫瘤科醫師、內科、外科、精神科、神經科、麻醉科等醫師。團隊常要共同討論，提供個案最好的照顧。

Symptom control（症狀控制）：癌症末期病人最需要照顧的症狀包括疼痛、噁心、嘔吐、食欲不振、全身倦怠感、腸閉塞、便秘、腹脹、下痢、吞嚥困難、咳嗽、失眠、血尿、排尿障礙、褥瘡、焦慮、沮喪等，這些是需要工作人員全心對待，以減低病人的痛苦為首要，而不是以治癒疾病延長生命為目標。

Psychological support (精神支持)：病人及家屬的沮喪、憂鬱、失眠或憤恨、怨對，都需要團隊的協助與支持。而靈性的照顧，藉宗教的薰陶，往往更能解決病人及家屬的問題，較易度過此困境。

Individualized care (個人化照顧)：以病人為中心的照顧，不但要減少病人的痛苦，並設法完成病人的心願。譬如為病人在病房舉行其兒女的結婚典禮、或為病人辦結婚或週年慶典、舉行音樂創作或藝術發表會等等充滿人情味的活動措施。病人的希望和選擇，要受到尊重。

Communication (溝通)：醫療人員、工作人員與病人及家屬，要經常溝通，交換意見。家屬與病人更需要親密的溝通，交待後事，乃至珍重道別。

Education (教育)：透過教育推廣，讓更多的人能夠瞭解、認同與支持安寧療護的工作。整個社會要能接受安寧療護，安詳往生，及臨終時不作無意義的人工復甦急救措施的理念。

四、安寧療護在台灣

自 1971 年以來，癌症躍居台灣首位死因，癌症死亡人數年年增加中，安寧運動起源於 1983 年，台灣馬偕醫院在 1987 年首先引進安寧療護的觀念，在其腫瘤科成立了安寧照顧籌劃小組，1990 年二月在馬偕醫院開設了安寧病房。1994 年三月天主教耕莘醫院成立聖若瑟之家病房，1995 年六月台大醫院創辦緩和醫療病房，同年十月台北市立忠孝醫院設安寧病房，1996 年佛教慈濟醫院設心蓮病房，1997 年佛教菩提醫院設安寧病房，台北榮民總醫院設大德病房，省立桃園醫院設安寧病房。在各方努力及衛生署推動下，陸續創設安寧病房於綜合醫院中，提供安寧療護的服務。安寧療護的引進，期望藉由國外成功的經驗，給予癌末病患和家屬更完善的關懷照顧，以提昇其生活品質（賴允亮，2004）。

五、本土臨終照顧模式之現況

台灣醫療界與學術界日益重視安寧照顧領域的發展；也相當重視病患獲得的照顧及醫療品質（陳慶餘，2005）。目前在臨床運用有：趙可式對生命回顧法應用在臨終照顧的提倡，陳慶餘、釋惠敏等組成的臺大醫院靈性照顧模式以及佛法在臨終關懷的運用（釋宗暉，2005），以及余德慧、石世明等以花蓮慈濟心蓮病房為田野，長期在臨終病房中，從事臨終病人在臨終過程經歷的心理質性變化，以及靈性開展等等相關實徵詮釋現象心理學研究（余德慧，2005），都已經對本土臨終照顧模式的開拓與應用，做出實際的貢獻與影響。此外，嘉義大林慈濟醫院的心蓮病房，正試著以「促發」（Facilitation）概念，進行臨終照顧「促發模式」的了解與發展（蔡昌雄，2002）。這些臨終照顧模式的嘗試與發展，讓本土安寧療護這塊的未來逐漸豐富了起來。

第二節 臨終階段相關研究探討

一、癌末患者的相關研究探討

有關癌末患者病程進展的研究，分別從生理、心理、靈性相關研究作探討：

（一）生理方面

改善末期病人的照顧的迫切需求目前已經成為許多末期照顧的中心論述，然末期病人的症狀控制仍不見理想（姚建安、邱泰源、胡文郁、陳慶餘，2005）。臨終階段的癌末患者因病程進展，臨床上也逐漸呈現器官衰竭現象，外觀方面也呈現體力衰弱、意識狀態不佳，而無法正確表達其感受。有些則進入自己的意識世界，因為他們的身體機能早已不能再對外溝通。接近臨終病患常見的問題與症

狀如神經病變性疼痛、突發痛、難治性疼痛及睡眠時間愈來愈長且不易叫醒、對於人時地混淆不清、大小便失禁，尿液顏色改變或尿量減少、手腳冰冷、膚色漸變深、喉嚨嘎嘎聲、視聽力減退、看見一些幻影、疼痛、身體功能減退、對食物需求減低、口腔乾燥及吞嚥困難、出現不規律呼吸型態、以及呼吸暫停等現象（劉景萍、沈惠珊，2000；黃安年、陳多慕、梁百安、曾慶暉、儲寧璋，2003）。

（二）心理方面

癌末患者因為身體的衰敗過程，逐漸與家庭和社會關係漸漸脫離，隨著身體狀況改變，也徹底變化與世界互動的模式，活動範圍也從家庭社會逐漸縮小至病房病床周緣；儘管如此，仍無法阻止臨終階段的癌末患者膠著複雜糾葛的情緒及激昂的情緒與想法，不時地從行為和語言中出現臨命一搏的企圖心或是坐以待斃的景象，癌末患者常常如是說著：「做為人的價值與尊嚴，希望感受到安詳、和諧的人際關係」、「等死怎麼等的那樣痛苦」、「希望疼痛以及不舒服能維持至少的控制」、「希望完成未了心願」、「希望至親家人在生活、經濟能有所托付與交代」、「希望能回家」、「希望安詳、平安的死亡情境」、「往生的時候希望有人能夠協助助念」、「後事妥當安排……等等」。

針對癌末病患的研究發現，晚期病人面對臨終時，在心理上會引起諸多負面的情緒，如恐懼、悲痛、憤怒、絕望、自憐、無助、未完成的事、焦慮、躁動不安、牽掛、愧疚、罪惡感、身體心像改變等各種心理情緒問題，但焦慮、憂鬱等仍是主要的問題（王淑貞、王英偉，2002；林素琴，2004；姚建安、邱泰源、胡文郁、陳慶餘，2005）。Shneidman 認為人本質裡有種深切的一貫性，尤其在面臨威脅、壓力或失敗的情境時，其反應常與個人過去之處事態度有關，而臨終病人所產生之感受深受過人的過去所影響，Gray（1984）亦指出臨終病人會依循著他們過去的一方式經歷死亡的過程，以下為有關癌末病患對臨終事件之感受相關

文獻整理（轉自賴維淑，2002）：

表 2-1 癌末病患對臨終事件之感受

年代	作者	感受內容
1964	Engel	痛苦、罪惡感、羞愧、無望感、無助感、自責、憤怒、空虛感
	Jacques Choron	恐懼 （含死亡過程、不存在、死後世界）
1969	Kubler-Ross	震驚、憤怒、憂鬱
1977	Barton	害怕、憤怒、失控感、被拋棄感、無助感、妒羨、.....哀傷、憂鬱
	Steel	無助感、痛苦、孤獨、生氣、沮喪、罪惡感
	E. Fromm	孤獨、疏離感、無助感、無望感、 焦慮 、隔離感
	Bowlby	冷漠、退縮感、絕望、 極端焦慮
1978	Smith	孤獨感、矛盾、愛恨交加、不平、嫉妒、..... 恐懼 、縮感、孤立
1980	Yalom	焦慮、恐懼
1982	Freil	憂鬱(害怕孤獨、被隔離)、 焦慮 (擔心疾病和痛苦永無止盡)
	Eckstein	害怕、 恐懼、焦慮 、沮喪
1984	Williams-Ziegler	害怕(疼痛、孤獨、無意義感)
	Gray	恐懼 、害怕(怕死亡過程更甚於死亡本身)
1985	Hinton	恐懼 、悲痛、憤怒、絕望、自憐、無助
	Benoliel	多重性失落感
1986	Sorensen Luckmann	無助感、挫折感、生氣、憤怒、妒羨、憤恨、迷惘、 焦慮 、依賴感；害怕(孤獨面對死亡、被隔離、.....)
1991	Wonder	哀傷(因失落而產生)
1996	Despelder	哀傷(因面臨結束而產生的失落)
	Strickland	
	Cherny & Foley	憂鬱、 焦慮 、無望感、無意義;害怕;失控感
1997	Kessler	憤怒;沮喪、麻木
	趙可式	恐懼 (未知的恐懼、失落與分離的恐懼、死亡過程與死亡形貌之恐懼、未了心願之恐懼及補救的遺憾與悔恨之恐懼)
1999	Kemp	哀傷;不確定感、孤獨、 焦慮 、害怕、被隔離感、.....
1998	趙可式	不確定感、害怕(成爲家人負擔、孤獨、無意義的一生.....);害怕;被淹沒感;捨不得及放不下

綜合上述文獻，除解脫感外，大多以負面情緒居多，二十二位研究者中，談到焦慮出現在八位研究之列，即佔百分之三十，如果再加上恐懼則又增加五例，百分比則達到五十以上，可見焦慮或恐懼的情緒，在臨終是明顯易見的。

資料顯示，癌末病患面對臨終事件時，因已氣弱體衰無法再用理性來壓抑情

緒，所有情緒浮上心頭，心理感受確屬複雜且多樣，當這些情緒未獲得他人的同理與瞭解時，種種情緒波動將會持續地糾葛循環並圍攻病人及其家屬。家屬在病人患病過程中，一直陪伴經歷所有的疾病過程。在疾病的進展過程中，家屬承擔起所有非正式照護的工作、以及面對疾病本身帶來的衝擊，家屬做為主要照顧者會遭遇比病患更多的困難，也是最容易忽視的一群（姚建安，2002），因為病人出現任何狀況幾乎都會尋求醫護人員協助，但家屬的焦慮與心情往往會尋求除醫護人員之外的團隊支持。

（三）靈性方面

臨終階段的癌末患者因病程進展，也呈現體力衰弱、意識狀態模糊不佳而無法正確表達其感受，有些則進入自己的意識世界；此時癌末病患也會常常出現一些心理反應如：莫名的恐懼、失落的恐懼、分離的焦慮、死亡形貌的恐懼、死亡過程的恐懼、未了及牽掛的焦慮等等。愈是接近臨終階段，病人及其家屬愈頻繁地尋求宗教師及志工人員的協助與支持。這個階段，病人偶爾會主動提起：「已逝去的親人來了」「自己原有信仰更高層次來訪」，癌末患者也常透過簡單行為語言表達，告訴週遭熟悉的人，他即將死去消息或天數時間、看到要去的地方等等，或看到「另一世界」的景象。臨終階段的癌末患者最意外的現象就是：意識情況突然轉好或醒來，表明自己當下最想說的話、想要下床走路、想要走出去、甚至就真的站起來走了出去等等情景發生，這時，通常疼痛和不舒服感覺通常會明顯減弱或極度的情緒反應；在不久時間後，就離開人間。

Frank（1963）提出對人的基本觀念，認為人是一個身、心、靈三個向度（Dimension）的立體，人因具備了靈性的精神向度，而精神向度的能力，促使人尋求自己的生命意義。Bridge（2006）指出當人一旦面臨死亡時，會對靈性問題較感興趣，但靈性照顧並無一個既定的定義，靈性療癒大部分由病人完成，但照

顧者要提供一個支持的環境。根據 Kashiwagi (1989) 臨床研究提出，提升癌末病人優質的生活，必須在四個面向：(1) 症狀控制；(2) 好的支持系統；(3) 個體化的照顧；(4) 靈性照顧做因應的配套措施。胡文郁 (1999) 進行癌症病人靈性需求評估之研究，發現病人於癌末時，對靈性之需求常潛藏於內心，醫護人員並不易察覺，制定「靈性評估指引」應有助於提醒醫護人員，有機會深入評估癌末病人的靈性需求及提供適切性照顧，促進安寧療護全人照顧之目標。

靈性是一種智慧，具創造性，可以經驗存在及超越的感覺，知道自己活著及自己行動的意義和目的，並盡其所能地朝向其至高的價值，包括愛、意義、盼望、美及真理，而這些至高的價值會驅使一個人的生活方式朝向自我實現或天（神）人合一的目標；靈性照顧最重要的是幫助臨終者提升內在力量達到善終（趙可式，1998；轉自安寧療護靈性照顧研討會系列，2005；釋宗惇等，2007）。靈性所代表的意義不單指宗教而言，它所代表涵義是深廣的。研究發現指出，不同的宗教信仰，臨終面對死亡的靈性需求卻是一致的，臨終照顧過程中，照顧者若能依據病人的信念，在靈性課題上予以適切的呼應與引導，能夠協助病人緩解恐懼、達到善終，而臨床宗教師參與，病人明顯地恐懼減少、善終指數增加，顯示宗教信仰虔誠度可能是影響病人往生前恐懼緩解的重要因素之一（陳慶餘等，2003；釋宗惇等，2004）。

靈性意義指有關人的本質、尋求存在的意義、神或萬物的主宰、基本價值觀、生命之外的至高權力以及超越生命等的信念等。靈性可藉由祈禱、讀書、和他人討論、尋求寬容、尋求靈性指引、發現生命意義、宗教活動、分享生活中的事件及呈現相關的事物或人等，來表達或獲得靈性方面的滿足（姚建安，2002）。隨著安寧緩和醫療運動發展，不再視死亡為醫學的失敗，接受死亡是自然的過程，並進而轉變為生死一如的生活態度，認為死亡是非常個人化的，它和每個人生命

力的成長息息相關，它帶動新時代思潮進而從外在的依附轉變為內在的開發，相信有來生，並看待死亡為學習之旅，重視內在力量的成長（Walter T，1996）。

安寧病房設置目的是讓臨終病人在生命最後階段，除積極的處理癌末病人的症狀，同時應給予積極的身心靈與靈性支持，有尊嚴的走向生命盡頭，並提供疼痛控制以及安定靈性層面的服務，關切的對象甚至擴及家屬。大部分癌末患者走向癌末臨終之路，身心靈承受著病程進展的恐懼以及身心不斷調適的情緒，身心情緒狀態及需求上隨時在改變，處在身體改變而變動的置身中，大部份癌末患者會出現不等程度的身、心壓力，需要安寧療護提供緩解性及支持性照顧，減輕末期臨終病患及其家屬的身體不適或心理壓力（Lgton，1999；蔣鵬，2002；林維君，2003）。臨終階段面臨死亡即將到來，是此生的總結，更是生命中最重要階段，需求各有不同，癌末患者若其需要未被瞭解及協助滿足，癌末患者就會出現一種說不出來什麼原因讓他感到不舒服的感受，稱之為「無法敘述的整體痛」（undescrivable whole pain）或醫學稱之為 Total pain（余德慧，2006）。

依據世界衛生組織（WHO）的定義，安寧療護是「病人的疾病對治癒性的處置已無反應時，給予主動的、全面性的照護，全面性地控制疼痛、其他症狀以及心理、社會、靈性的問題。安寧療護主要目標在使病人及其家屬得到最佳可能的生活品質。台灣的緩和醫療也重視在從事臨終照顧時必須要有靈性的引導（釋宗惇等，2005；何婉喬，2003；轉自賴維淑，2002）

瀕臨死亡後的靈魂湧現，隨之而來的是，人面臨到既有社會擬象價值的破碎，個人生命經驗態度轉變。臨終病人從社會行事領域逐漸脫離，進入臨終精神領域的過程中，生命態度的轉變是臨終者朝向臨終所要形成新生命價值的源頭。當臨終者能夠形成自己的新生命價值，在他的臨終時光裡，就會明白自己現在生命本身所需要的希望是什麼，成了臨終者轉為真實的活（Authentic Living）非常重要

的關鍵。臨終病人依舊需要另外一種希望才夠活下去，這種希望對健康者來說是不易明白的，隱然從新生命價值中所呈現出來希望，完全迥異於臨終者在生病前所依靠的社會價值的希望。臨終病人是需要尋找和體現新生命價值的希望的，讓臨終者在靈性上需要「希望」被揭露出來。在靈性照顧上，照顧者要放棄助人意識。當照顧者認識到自己根本的生命處境，和病人是相同的，此時，對病人無價值的陪伴，給予他們照顧者作為一個人，本身即有的慈光。靈體相對，慈光顯露，就是靈性照顧上，最重要的出發點（石世明，1999）。

與臨終病人共在，切近地瀕臨了自身的終極未來——死亡，從而使情事時間所造成的「生死絕通」得以解除，活著不再為情事所遮蔽，而死亡也不再與我們的生活隔絕開來；死亡成為生命的氛圍，使我們感到自己隨處皆瀕臨在生死邊緣，反而更明白在「當下的活」。宗教時間指出了我們置身於生命流光中的無盡深刻，以及對於生命根源的無限親近：我們碰觸生命的奧秘感，並在如此之碰觸中向宗教探問（崔國瑜，1998）。孤獨、晦暗與痛苦的癌末患者面臨病入膏肓、生機難現，病人在生命的最後階段，應使其身心靈都能獲得安適；雖然臨終關懷對病人確實有幫助，然而在提供病人全人性的照護之餘，病人不僅是被動式的照護外，更希望可以透過某些方法來引發內心對疾病承擔的力量，如宗教力量的介入，可改變個人對癌症的看法和轉化其死亡態度（黃湘惠，1996）。

當一個面臨病危的病人，醫護人員應該覺知並推薦專業的宗教人士協助及介入，因為進入病危期的病人在病危末期的時候，他會有宗教性的掙扎、生命意義的探尋、以及情緒上的壓力產生，這時可以透過專業的宗教師介入，提供病人諮商及支持的功能（Int J Psychiatry Med，2004）。現有醫療體系中，醫護人員缺乏靈性照顧的相關教育訓練，也較易為忙碌的醫護工作有所忽略。心理、社工、志工等則對靈性照顧的專業領域了解有限，但針對醫療體系工作人員提供靈性照顧

的調查中，就照顧的能力與意願，以及病人在靈性困擾相關議題的求助對象，神職人員都遠超過護士和社工師（釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏，2007）。隨著病程進展，愈進入疾病末期，病人身體開始進入臨終瀕死階段，照顧家屬的情緒也呈現高峰狀態，此時積極性的醫療處置已經不是重點，心理、靈性的需求與介入在這個時候就愈趨明顯，心理、靈性的介入就越重要（陳慶餘等，2003）。對癌末病患，法師不是一個治癒者，是以佛法面對生死的智慧為基礎，協助病人提升內在力量，宗教師在安寧緩和醫療照顧中的角色被界定在靈性照顧層面（釋滿祥等，2001；釋宗惇等，2007）。

二、陪伴者相關文獻探討

許多專家與學者不斷的致力於提昇靈性及心理治療對人們的影響，並嘗試透過各項的療效評估、發展模式、跨領域的合作，不斷找尋更貼近本土發展適用之陪伴模式。近幾年陪伴者的相關研究有夏淑怡（2004）提出「在世陪伴模式」與「存在相隨模式」說明陪伴者與病人的接應關係。釋道興（2004）從病人與宗教師的交往動力學，臨終照顧實踐面－倫理議題的開展，發現宗教師在病床邊的「在」與「不在」有多重的意義。

黃郁雯（2003）研究發現信仰觀點，安慰且轉化了生命深層的焦慮與不安，讓曾經共命相依的臨終陪伴家屬，找到了繼續走下去的力量。黃亮韶（2003）以出家僧侶助人經驗為主要的現象，透過紮根研究，了解不同於一般心理治療治療的立場，法師助人主要是體驗「協助自己」的過程，進而讓當事人的心求得安定的過程。並在佛法中提供了許多引導與訓練心的方式，可提供心理治療專業工作者之養成過程加入本土性與文化性的思考方向。張文繪（2003）藉由本研究對於道教及一般台灣民間信仰者的死亡觀，及其在「臨終過程」所展現之面貌的深入性了解。葉霜（2003）研究探討臨終陪伴對專業助人者生命經歷之回溯與開展。

李佩怡（2002）提出助人者與癌末病人的末期生命的關係本質以及提出癌末病人內在世界等詮釋概念。何婉喬（2002）研究發現佛教宗教師在本土安寧團隊中的專業化角色初具雛形，有利於協助癌末病人達到善終。蔣鵬（2002）從臨終場域的醫療、宗教與倫理三個介面，來考察臨終者與身旁照顧者的關係，探討彼此世界是怎樣的的存在模式，臨在的關係如何締結，看見臨終陪伴的可能性。石世明（1999）探討臨終處境下臨終者和照顧者的靈性，在共在的照顧處境顯現，必須把照顧者本身的靈魂一起包括進來，在臨終者和照顧者靈體相對下，一方面舒緩照顧者靈性的受苦，一方面這也是臨終病房內靈性照顧的開端。崔國瑜（1998）指出與臨終病人共在，切近地瀕臨了自身的終極未來——死亡，而使情事時間所造成的「生死絕通」得以解除，將情事時間暫時懸置，有機會看見宗教時間的存在，並在如此之碰觸中向宗教探問。黃湘惠（1997）以紮根理論法研究宗教對癌患者的影響力，歸結出宗教影響癌患者之理論。

第三節 宗教師在安寧病房專業角色探討

在台灣，Chaplain 翻譯為醫院宗教師，在台灣相當於基督宗教所開辦的醫院中的「院牧」，為病人提供宗教性的服務（釋惠敏等，2000）。Christ Bioeth. (2003) 提出臨床宗教師在臨床上的功能角色是：膚慰者、中介者、教育者、倫理學家、以及諮商顧問的角色。宗教師的角色的價值，就像家人一般，具有潛在性的支持者及陪伴功能的角色（Clark APetc，2005）。佛教臨床宗教師在本土安寧療護中的專業化角色雛形初具，其功能包含直接照顧病人、協助家屬和支持團隊成員，以幫助病人朝向善終（何婉喬，2002）。

在病床邊醫生與傳教士這兩門專業由不同人扮演，卻在某個面向上類似，兩者在不同領域中從事健康照護的工作，直接照顧到人，傳教士所獲取的專業知識，

並不是人門日常生活的那一套，傳教士和病人之間的接觸是屬於「知識性」（gnostic）接觸，是一種認知上的接觸；傳教士將死亡視為一件自然的事，從這個觀點來關照生命。醫生和傳教士在專業的向度上，都是孤獨地造訪病人，卻從來不被當成訪客對待，也從來不是以來訪的客人身分出現（石世明譯，2001）。而護理人員面對病人臨終問題複雜性及臨終與死亡問題，造成了安寧護理人員專業角色扮演上的挫折，形成個人主觀內在情緒的波動（陳盛文，2003）。

基於安寧療護「全人」照顧理念的普及，發展本土化「靈性照顧」模式，釋惠敏（2000）提出「靈性照顧模式」，整理出有關於宗教師的角色、靈性與宗教的區別、靈性需求、靈性疼痛、靈性照顧原則，對正在發展台灣醫院宗教師角色有許多重大影響。在靈性照顧方面，St. Peter's Hospice 的宗教師 Brenda Dowie 提到靈性與宗教的區別：靈性是人的意義之本質以及終極關懷方面的疑問，人的意義和價值更是自我、他人和上帝之間的深層關係。而宗教是靈性外顯的表達，也是一種有系統的信仰及靈性的描述（引自釋惠敏、釋宗惇，2000）。

對癌末病患而言，佛教臨床宗教師不是一個治癒者，而是以佛法面對生死的智慧為基礎，協助病人提昇內在力量、指點迷津的人。法師的責任是維持病人的生命力，讓心性不斷學習成長，使用各種法門協助其內在力量，克服死亡恐懼達到善終。臨床佛教宗教師不同於一般的宗教師，臨床宗教師要經過醫療臨床培訓，在安寧緩和醫療團隊中參與病人身心社會靈性照顧的法師，是緩和醫療團隊的核心成員之一（釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏，2007）。

英國 Hospice 資深宗教師 Derek，對醫院宗教師（Chaplain）角色與主要工作，提到：（1）例行性探視病人及家屬；（2）應病人需要，作宗教的、靈性的、家庭生活等交談；（3）參加團隊個案討論會；（4）每週評估需要加強輔導的病患名單，優先執行；（5）主持院內宗教性的儀式活動，如禮拜、祈禱、婚禮等；（6）

有時應邀主持葬禮、喪親悲傷輔導（釋惠敏、釋宗惇，2000）。Derek 詮釋自己是個「Loiter intent」角色，每天在院中晃來晃去，「Be a loiter」（閒逛者、閒聊者），讓自己隨時可以被看見，讓病患需要時可以想到、找得到，與團隊之間有充分的信任關係，和病患之間更是有絕對、健康的信賴關係，用這樣的基礎，每天輕鬆的、自由的、隨機的、沒有預設立場的在 Hospice 中「閒晃」，意外的「相遇」（encounter）或讓病患主動來找，用誠實、開放的態度常常可以討論出更多東西。並提到靈性照顧的宗教師在團隊中應扮演三種角色：（1）Chaplain(宗教師)；（2）悲傷輔導教育者：協助社工師培訓志工團隊；（3）協助護士支持團隊、針對護理人員的工作、心理瓶頸討論，相互支持，突破困境。吳庶深等（2005）對安寧病房宗教師之角色定位與照顧內容之研究研究結果顯示，宗教師是以「尊重醫療專業」及「融入工作與團隊」的輔助角色；而宗教定位在「尊重病人信仰」、「適時給予」等態度。

從上述文獻發現，宗教師在病房中的角色，可以是宗教事務的執行者與諮詢者，是病人及家屬的傾聽者與陪伴者，也是安寧醫療團隊的協助者與支持者。迎向時代的改變中，發現宗教師的角色也愈來愈多元。

第四節 交談經驗

在查找相關的交談文獻資料發現，目前國內在安寧療護的臨終陪伴研究裡，側重在臨終處境下，臨終者與陪伴者的靈性照顧、陪伴關係如何相隨、關係本質與生命經歷的探究以及倫理議題等的探討，而以交談經驗為主題的論述研究，迄今尚未有具體的探究，遑論以宗教師的角色切入的議題就更顯缺乏。對於「交談」，研究者試著從目前的觀點來詮釋交談。

一、無言是一種語言，更是開顯生命經驗

當內心有不同情緒時，別人可察顏觀色而知其面部表情所表達是何種情緒。就人類情緒表達觀點，情緒表達的方式是天生的，情緒表達時機與後天學習有關；人不須學習如何哭如何笑，但卻學到何時哭何時笑。不同情緒的表達，分別由面孔的不同部位來決定；最常見即是肢體動作，從而代替語言藉以達到表情達意的溝通目的。人與人之間，也常因彼此間感情的親疏不同，而不自覺地保持不同的距離。這種因感情親疏而表現的人際間距離的變化，心理學上稱為人際距離，也是一種無言的溝通。

余德慧在（2004）提到：「唯一能夠凝聚生命經驗的只有語言，但是生命經驗並不是被語言捕捉完全的。更確切地說，我們大部分的時間都是在無言之中，我們說話，是在事情當中說話，在無言之中，我們無事。……思索往往與生命經驗之間有著透明的隔閡，一種看不見的隔閡；這個隔閡就是意義—思索總是不斷地向生命經驗討去意義」（余德慧，2004）。

二、從象徵語言看內心世界

台灣安寧病房這些年來，積極在藝術創作方面增加一個非語言的自然表達及溝通的機會，提供癌末患者及家屬發聲的表達機會，藝術治療能做的甚至比傳統口語取向的心理治療更為有效(Blatner, 1992)。美國藝術治療協會 AATA 為藝術治療下了定義：透過藝術形式，運用心理治療的工具媒介，允許人們透過口語、非口語的表達及藝術創作的經驗，探索及表達個人的問題及潛能，以協助人們內心世界和外在世界間更趨一致。

三、語言是思維的表達工具

維根斯坦（Ludwig Wittgenstein）提出「語言遊戲」(language game)的觀念，說語言遊戲之研究就是語言的原始形式之研究。維根斯坦著重語言的實用功能，並且認為語言或字詞不單有一種功能，而是有種種不同的功能，這是一種工具論的語言觀。對於語言的概念，Gadamer 認為語言只是人們運用以表達思維的工具，即經驗、思維和理解本身都是語言性。言詞的形成是經驗本身所產生的，不是精神或心靈的表現，是由境遇與存有的表達，因為當一個人要表達自己時，事實上是表達他正在思考的事物，所以語言是不能與思維分開的。語言與世界的關連又是什麼？Gadamer 進一步指出，語言讓人可以理解世界，藉由語言開顯事物自身與世界的樣貌（嚴平譯，1969/1992）。

而海德格關心的是存在對人的意義，聚焦於人對這世界的關係；他對於人的第一個基本的面向是現象學的世界是我們被生到這個文化裡，它是一套有意義的關係、應用和語言。詮釋學要尋找的是發展解和釋理解，而這些是奠基於對人的關心、承諾、實際的經驗和意義來的，詮釋現象學提供多元的理解去看待人的生活世界意義的多變性與複雜性。海德格提出其觀點，世界是之前就有的東西，經過我們的文化、語言練習、歷史，世界被揭露出來，對我們而言，特別是語言，它構築世界，使我們能表達並了解事物。語言，創造感情表達與關係的可能性，在文化體系變的有意義。世界是共享的技巧與實用性，在這之上我們依靠它，我們可以找到意義與理解。如他指出語言是存有的家(Heima)、一個可供棲居的場所，語言召喚意義使事物得以駐留，語言不只是傳遞訊息的符號工具，更是存有自我開顯的根據地，而當對象如何顯示它自己，他就如何地描述（Leonard，1994）。

四、語言與意向

此外，余德慧指出語言與意向的交涉時，指出意向性是一個類屬的詞，統括了空虛與滿實的意向，也包括了對物體同一性加以意向的認取動作。語言並非是在我們的感覺之上隨意流動的；我們能夠使用語言是因為我們能行使建構出範疇對象的意向性。規範著語言的句法奠基於發生在範疇意向中部分與整體的勾劃，語言中的句法也就是表達了範疇意識中所建立的部分與整體的關係。我們可以與他人溝通、可以告訴他人什麼意向時，是因為我們有能力由知覺抵達範疇思考。並不是因為有語言，所以我們可以思考，而是因為我們思考，有能力成就範疇意向，所以我們有語言（余德慧，2004）。

綜上所述，交談的意思是涵蓋很廣的，從一般性的語言、無言、到非口語的表達（象徵語言與意向建構）都能搭起與世界溝通的橋樑。語言是先於人而存在，從人的出生就開始存在於語言世界中，懂了語言就能串起關連的生活世界，理解生活裡所發生的事件，語言成爲人與人間共同理解的中介世界。在交談行爲中，我們不是操控語言的主體，反而是語言無處不在，無言地存在於我們的思維中、出聲或無言地存在於我們的經驗與理解中。如同禪宗格言是不立文字，所談的離言真如是絕對的存在「前語言」的，禪宗的開悟是言語道斷的，無切身體驗，饒舌無益，如果一定要講出來，縱使出語百萬也會數之不窮。

從整理交談意義的內涵時，研究者深覺交談經驗於開顯生活經驗之重要性，而安寧病房癌末患者與宗教師的交談經驗之研究更顯重要，因為其中的交談，是建構彼此的共通世界，讓經驗自身說話，我們才能還原其經驗本質。

第三章 研究方法

本研究以癌末病者與佛教臨床宗教師在安寧病房發生的交談經驗，聚焦在臨終處境下的交談所進行的研究。交談經驗是屬於人類生活世界一種自然經驗發生的方式，臨終處境下的交談經驗是種真實生命經驗體驗的呈現，本研究希望透過 Heidegger「讓事物如其所是地向人開顯」的哲學思維，現象學對個人經驗態度的描寫，深入去了解交談經驗的本質、意義、真相，是故採詮釋現象學作為研究方法，並藉 Denzin 的解釋互動觀點進行質化研究，還原臨終場域整體經驗現象的完整性。

本文所謂詮釋學的觀點，主要從較為廣泛的、廣義的詮釋學觀點，並涵蓋現象學傳統、詮釋學傳統以及詮釋傾向的社會理論；實質言之，本文特指以生活世界為探究核心的詮釋理論。依 Husserl 現象學的觀點，用一種現象學還原的方式，亦即一個我們看待世界的方式；這個方式是指先不問它的內容是什麼，而是問內容如何被呈現，重點在於對象背後的生活世界的預設，而非追究生活世界預設是否是「客觀真實」；也就是說，當我們對對象進行了解時，應先把日常熟知的想法、習以為常的觀點，甚至科學中以行程的命題或論斷先抽離，「存而不論」，然後回到事物的源頭（事物本身），那源頭最終的就是「生活世界」。

第一節 研究觀點的選擇

本研究要探究臨終處境陪伴下，最隱而不顯的生命最後一程陪伴經驗過程的呈現，臨終處境屬於自然情境下透過言說、互為主體理解的交談經驗，是生活經驗中遭遇的特殊事件，希望藉由解釋互動的觀點進行質化研究；直接呈顯點點滴

滴的生命經驗交談過程，進行反思整理。

Denzin 在《解釋性互動論》提到生活世界中每個人都在為自己的世界解釋，研究進行過程的關係處境也是如此。解釋研究的焦點在於主顯節的經驗，即徹底扭轉或塑造個人對及其生命意義的生命經驗。「存在性的問題體驗將我們引領到個人生命的「主顯節」(epiphany)經驗.....個人生命中難以抹滅的互動時刻，.....有可能徹底扭轉當事人的生命。藉著紀錄這些經驗，研究者也闡明了當事人生命中的危機時刻。.....一個人在經歷了這樣的經驗之後，就不可能和以前一樣了。」(張君玫譯，1989)

本研究中研究者參與安寧病房裡臨終處境下的陪伴經驗，對臨終病人及其家屬的交談經驗進行探究，以臨終末期宗教需求為主的交談經驗，就成為本研究深描的重點。詮釋部分，除了參考 Heidegger 與 Gadamer、Merleau-Ponty、Dilthey 等詮釋現象學的分析觀點，過程中所碰觸的存在觀點則以 Rollo May 及 I.Yalom 的觀點作為參考。以下將針對詮釋現象學的主要內涵以及本土研究觀點，分別加以說明。

一、詮釋現象學緣起發展

開創現象學的 Husserl 奠定了今日我們熟悉的現象學(汪文聖，2001)。現象學是一種先驗哲學，它要擱置緣於自然態度所生的種種肯定，以便理解它們，所有的努力都為了恢復與世界的原初接觸，試圖直接描述吾人經驗之如其所然，而不考慮其心裡起源和科學家的因果解釋；要務在於描述，而非解釋或分析，在發軔階段 Husserl 視現象學為「描述的心理學」或回歸「事物自身」，其出發點是為譴責科學(龔卓軍，1997)。

現象學是一種有系統的企圖去揭露和描述生活經驗的內在意義架構，透過生活經驗中所遭遇的特殊事件或實例，一種普遍性或本質才可能被直覺或被掌握。是生活或存在的意義之研究，它在某種深度和豐富性來描寫和解釋這些意義，焦點放在意義上，闡述我們存在的世界及意義。探索生活經驗中可能的意義結構，若能進一步考慮到社會文化和歷史傳統所賦予的存在意義，便能更完整瞭解在世界上身爲一個人的意義。即試圖在反思前，經驗到這個世界的方式，獲得合理洞察的描述，引領我們更貼近世界。對已逝去的、或體驗過的生活經驗點滴進行反思、再整理。現象學對主體事件——我們的生活經驗，採取系統化、明確詳盡、自我批判、互爲主體的一種研究，運用提問、反思、聚焦、直覺等模式，透過文本的內容與形式，將隱藏在生活經驗中的意義結構，試圖描述清楚。

總言之，現象學是一種對原始經驗的思考，是反應世界的語言。生活世界是我們反省前，當下的立即體驗，不是將之概念化、分類或加以反思。其旨在對於我們日常生活經驗本質或意義，獲得更深入的了解。而研究特色是從生活世界開始（包含著日常生活的自然態度）也就是 Husserl 所描述的最原始、前反思與先前於理論的態度。將該態度所體驗到的事件本質帶入反思式覺察的過程，真正的轉化或重建自己。詮釋現象學研究能培養個人的洞察力，有助於個人的深思熟慮，對待他人時表現出機智或圓融的能力。現象學是一種描述個人對生活經驗的態度，詮釋學則描述個人如何解釋生活的文本（Robert Sokolowski，2004、高淑清譯，2004）。

Heidegger 接受 Husserl 爲現象學下的定義，但他不同意 Husserl 在遭遇「存在」問題時，卻沒有堅持現象學的方法，沒有對「存在」本身進行分析，而是把「存在」歸結爲意識的活動，因而重蹈了形上學的覆轍。Heidegger 指出應該用「解釋」的方法，來詮釋「存在」的意義，對人的生存結構進行詮釋。Heidegger 追溯

「現象學」(phenomenology)的希臘詞源為 *phainomenon* (現象)及 *logos* (邏各斯)。*Phainomenon* 意指「表現自身的東西」；而 *logos* 則表現一種「揭示或展示」，也就是讓某物顯現出來。這意味：讓事物「如其本身之所是」地呈現出來。對 Heidegger 而言，現象學的意義就是設法讓事物替自己發言，唯有不套用我們現成的狹隘概念，事物才會向我們彰顯它自己。真正「理解」的本質就在於：以事物的力量，讓事物明顯起來 (Leonard, 1994)。

所以 Heidegger 的詮釋現象學對人的觀點，基本上是強調從認識論移轉到存在論，可以從成爲一個人意謂什麼及這個世界如何成爲可理解，以及任何存在對我們的意義是什麼。並認爲應該用「解釋」的方法，來詮釋「存在」的意義，對人的生存結構進行詮釋，他主張人的存有有三個基本結構：即通過境遇感、理解和表詮，存有即獲得彰顯。詮釋現象學的意義就是設法讓事物替自己發言，唯有不套用我們現成的狹隘概念，事物才會向我們彰顯它自己，真正「理解」的本質就在於：以事物的力量，讓事物明顯起來 (Leonard, 1994；蔡錚雲, 2001；高淑清譯, 2004；中正教育研究所, 2000)。

詮釋現象學包含了描述和解釋的成分，它爲人類的經驗詮釋和發聲。現象學學者試圖提供終極的意義或透過小心的描述那經驗，以及表達人的經驗在活著在這世界的本質，努力了解經驗而不是提供因果的解釋 (Jeanne E. Van der Zalm & Vangie Bergum, 2000)。

另 Van Manen 也對詮釋現象學提出觀點：

描述性的 (現象學) 方法論，因為它想關注事情是如何顯現出來的，它也要讓事情自己說出來；因為它是解釋性的 (詮釋學的) 方法論，因為它聲稱沒有無法解釋的現象。如果依個人承認生活經驗的 (現象學的)

事實，已經是有意義地（詮釋學上）經驗，則隱含的矛盾是可能被解決的；...即使生活經驗的「事實」需要用語言（人學科學的文本）去捕捉，這不可避免的就是解釋的過程。...而我們不可能在描述裡面跳過解釋的過程（引自南華教社所，2005）。

綜合上述的討論，可以看出：詮釋現象學主要關注的是一種能對事物及本身生命的意義即存在加以解釋的方法。詮釋現象學既是現象學既是詮釋，因為沒有一種單純的描述，它必須帶有特定的觀點。

二、詮釋現象學本土研究觀點

李佩怡（2001）提出詮釋學自 Heidegger 之後，就不是一種看待文字的方法，而是關於人的存在現象的哲學思維，是重視人的生命深刻經驗；但是人的詮釋經驗要透過意義單位來串聯，而經驗的本質是時間性的，對經驗的理解必須在時間歷史的範疇思維進行的，其意義也才能凸顯，這也正是詮釋學強調「部份—整體」交互作用；所以看待現象時，不僅要看部分經驗的意義，更要看見部分在整體中的意義；經驗具有否定性與幻滅性兩種特性，在經驗辯證的狀態下，才有可能見到接近於智慧的理解。詮釋學幾乎是透過語言來進行的，語言是人與世界的中介，世界現象的呈顯要透過語言的言說方式，透過語言的中介世界，人得以與他人交流與理解；理解是詮釋的核心態度，是一種進入到說話者與其說話內容之中的領會，是一種心領神會到一個人的生命經驗的境界；Heidegger 與 Gadamer 提出「理解就是人存在的基本結構，理解使事物如其所是地被開顯出來的媒介，理解是存有的、歷史的、語言的」。Palmer 也提出對「理解」的觀點：「理解是中介，世界透過這個中介而展現在人的面前；理解是本體開顯的中介。」而當我們「理解」是個人存在的基本架構，個人依循著對世界的理解而存在，是以之前的理解來理解現在，這就是「前理解—理解」的詮釋循環過程；人與人之間和人與文本間的

關係是以「互為主體」的模式來思索，透過互為主體的模式以辯證式的提問開放自己讓文本進入，辯證目的也是極明顯的一種現象學目的，是讓遭遇到的存有者或事物開顯其自身；當融會貫通在文本的同時，這對話的詮釋過程，彼此產生共有的理解領域，便是一種「視域融合」的經驗。

余德慧（2001）提到詮釋現象學的目的不是去找相同的答案，而是去揭露及發現敘說者在文本上的現身，讓文本的本身轉化為敘說者。

詮釋學不在說明作者原來的意思，因為文本沒有暗藏真義，文本就是語言，文本就給出它自身。...真正的問題不在挖掘文本背後實際上的深義，真正的關鍵在於文本給出自身，而給出的時候完全要看它給了誰，也就是要看它現身何處。.....這是傳統詮釋學走道今天詮釋學一個重要的轉折點也是現代詮釋裡的核心概念，它去消了傳統的文本化約論和作品背後存在真義的觀點，而使得文本成為使實在存在的文本自身。

之後余氏又說明 Gadamer 的辯證式提問是什麼：

詮釋經驗中的核心是真正提問(true question)中的創造的否定性(creative negativity)。這消極性指的是本身成就本身的不可知性。...一個深刻的經驗並不是做更好的理解，而是做不同的理解。這涉及理解自身的辯證性，意即所有的理解必須碰到自己的不理解，它本身才能成為經驗。當我提問時，提問的發生來自前理解。前理解是歷史、語言和存有的綜合。.....所有詮釋的明白是來自不斷地發現、碰觸新鮮的東西(freshness)（余德慧，2001）。

而龔卓軍由詮釋現象心理學（簡稱：詮釋現象學）出發，提出要了解「詮釋現象心理學」，要從「現象學心理學」的研究傳統入手。在北美的現象學心理學

研究傳統中，可以略分為「實徵現象學」和「詮釋現象學」兩大路數。作者文中指出實徵現象心理學的特色：

- (一) 強調現象的結構面；
- (二) 透過現實話語的掌握來進行分析；
- (三) 注重對話分析操作方法的嚴格步驟；
- (四) 詮釋活動內在於研究過程。

以及詮釋現象心理學方法也有四項特色：

- (一) 視特定生活經驗為文本脈絡，經常更具有個人特質；
- (二) 放大某種特定的經驗或意象，直至視域融合；
- (三) 無固定明確的分析步驟，認為經驗的描述需要不斷重寫；
- (四) 研究時保持部分與整體間的平衡關照。

文中提出現象學心理學方法中有三項共同哲理原理：

- (一) 以現象學的描述法直接面對生活經驗；
- (二) 在描述的結果方面，突顯意象性的結構與個別在世存有的置身處境；
- (三) 透過不斷的交互詮釋活動，讓不同語言論述與不同意象結構間得以對話，
遙指出共同的生活世界。（龔卓軍，2003）

此外，高淑清（2001）提出詮釋現象學是一種解釋性的科學，並非純粹對經驗現象做本質描述，更是一種未建立文本的共同理解之詮釋學的實踐，也是一種

裏求培養了解人、事、物以及修正互為了解的能力之解釋性科學；本著對現象學方法的哲學理念與批判，且蘊含著詮釋學觀點，試圖對人類的經驗及人類所建構的意義做互為主體的瞭解，尋找經驗背後意義的組型，並對此經驗加以解釋。她提出七個分析策略步驟，落實詮釋現象學的研究操作步驟。

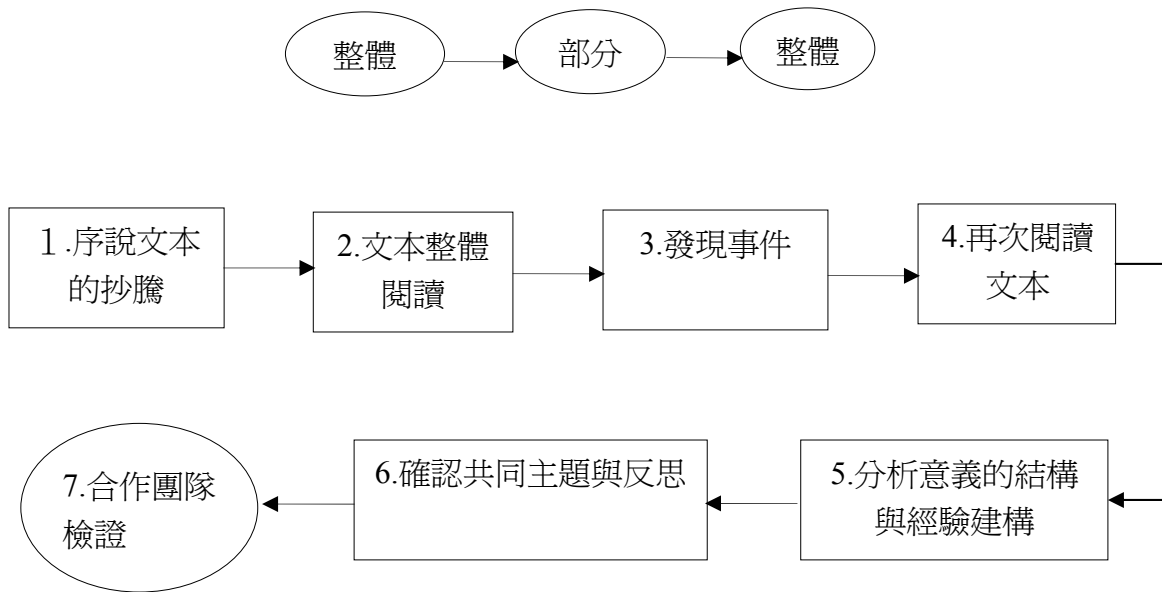


圖 3-1 主題分析的概念架構－詮釋循環(高淑清, 2001)

而關於應用詮釋現象學研究，蔡昌雄（2005）認為：第一步必須要面對的問題是如何看待生活世界中的經驗課題；並提出原初經驗環節的看見和處理，觀乎整個研究內涵是否能發現穿透性意義的關鍵所在；某種「原初」經驗或過程的被看見、把握與呈現，乃是研究能否落實於具體生活情境，或穿透深刻生命經驗的關鍵，這樣的經驗狀態往往隱身於生活世界的背景或脈絡之中，它對於行動主體的意義經驗，卻有具有決定性的型塑和影響力量。所以，詮釋現象學也被視為不斷在當下「逼視」原初經驗的意義過程的一種研究。

詮釋現象學是結合現象學與詮釋學的方法論，屬於特定類型的解釋研究，以

特定的生活經驗為文本，目的在直接呈現研究參與者的聲音、情緒、與行動，解釋焦點乃是深刻的生命經驗。這些經驗徹底改變或塑造了研究參與者的自我概念，以及他們對自身經驗所賦予的意義；應用詮釋現象學研究主要目的，就是將主體經驗的脈絡意義的部分的經驗復位，讓它們獲得應有的「看見」（描述）和「理解」（詮釋）。作者提出整套詮釋現象學方法的思維，透過下圖說明（蔡昌雄，2005）。

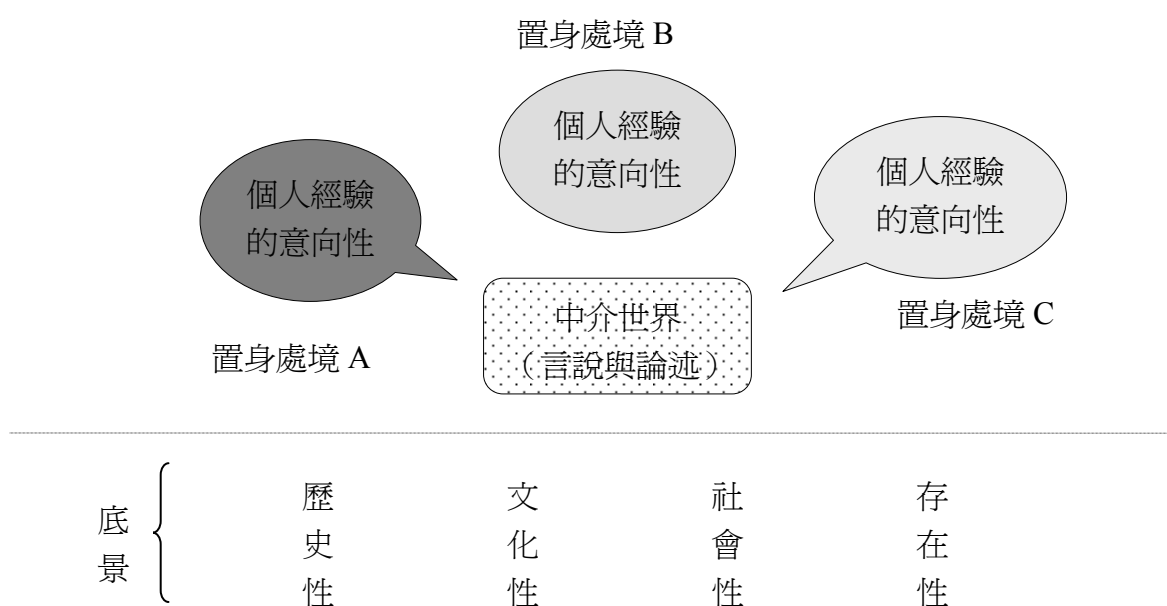


圖 3-2 語境理解及詮釋底景結構

透過詮釋現象學企圖兼容並蓄現象學與詮釋學的整體性原則，強調互為主體性的尊重與寬容，詮釋現象學探討的生活世界與經驗，充分融合了現象學與詮釋學的開放、自由、包容的精神，對現象具體的描繪，進而開放多元理解管道與詮釋多義的空間。

第二節 研究架構與步驟

一、研究構思與定位

本研究是現象還原的發掘與詮釋過程，目的在詮釋臨終處境下的陪伴關係，透過交談開展一連串的生命經驗呈現。本研究企圖瞭解臨終患者是可以有「不同的看見」。是信心，是平安，見證臨終過程中，透過陪伴人可以走的平安，透過有效的介入方法—觀息念佛，可以走得更平安，臨終過程是可以有「不同看見」。

試圖透過臨終處境陪伴的交談經驗，探討研究參與者所處的歷程的本質與內涵，呈現處於瀕臨死亡的邊界處境；生命體驗在其中，深刻且發人深省，如何趨近病人真實的經驗，又如何呈現這些生命體驗？在這思考下，研究者向存在主義哲學、現象學伸出觸角，企圖摸索對生命與死亡哲學思維裡，試著將研究者參與者如實呈現。研究者試圖透過詮釋現象學方法指引，透過參與觀察及半結構式訪談方式取得研究資料，進行文本分析，以及交談經驗的描寫與詮釋，瞭解臨終病人及其家屬所處的經驗狀態。

本文研究的研究脈絡步驟如下：

- (一) 解釋觀點的取向以詮釋現象學為主，並進行相關文獻探討。
- (二) 參考為期每個月二次，每次三小時合計四十二小時的研究生讀書會，以養具發現與探索臨床陪伴經驗的能力。
- (三) 運用蔡昌雄（2001）的文本詮釋現象分析四層次，作為分析程序供引證的參考。

(四) 依據文獻與相關理論建立初步的訪談大綱，進行與病人及其家屬的交談，而後整理交談文字內容，並作研究者的反省（思）。

(五) 撰寫過程以「詮釋循環」的理解方式，貫穿本研究的核心概念。

二、研究場域與研究參與者

研究場域為嘉義地區某教學醫院安寧病房之病患及家屬為研究對象，透過臨床宗教師平時協助參與臨終陪伴過程，並持續有需要宗教師陪伴需求個案為主，其意識清楚並可溝通（含口語、文字、肢體語言），徵求其同意後為研究之研究參與者。

由於臨終病患病程變化快速，在研究主體數量的設定上，訂為三到五位之間。其主要原因是關係歷程，著重在關係上的互動與對話經驗，是故資料的豐富性、複雜性都不在於病人數量多寡上，而是在與同一位病人互動次數多寡及深度上。研究者認為陪伴病人走人生最後一程的深度對話記錄的資料應是足夠豐富與複雜。在最後文本分析上，研究者選取三位研究參與者為主，其理由是其交談內容與互動關係等資料豐富，故決定以三位研究參與者作為詮釋現象的文本分析。三位研究參與者的基本資料如下：

表 3-1 研究參與者基本資料

研究參與者	文本代號	疾病情況	職業狀況	宗教信仰	家庭狀況	陪伴時間	癌齡	入院重要記事
翠鬢	A	肝癌末期併發骨轉移、身體虛弱無法行走	家庭主婦	佛教	與案夫、外傭同住，六女一子皆已成家	95.9.28-11.24	4	95.9 入院、皈依 95.10 接受宗教師訪談，曾出院回家 95.11 往生
茗煌	B	食道癌合併淋巴轉移、右鎖骨區凹陷腫瘤	廚師三十年	佛教	與案妻、子同住	95.11.14-12.7	4	95.6-11 進出病房 95.11 皈依 95.12 往生
素絹	C	小細胞癌合併多處及淋巴轉移、腹脹疼痛、雙腿淋巴水腫以及常常頭暈不適	保險業	佛教、道教	與案夫同住，一子一女皆在在地就業就學	95.12.14-96.1.12	12	95.11-96.1 進出病房 96.1 往生

三、研究準備

研究者於研究準備上曾修習生死學基本問題討論、生死教育、生死心理學、存在心理分析、臨終關懷、諮商理論與實務、悲傷輔導、質性研究、詮釋現象學等課程，參與為期半年的詮釋現象學研究方法讀書會，為此方法論奠定理論基礎，在研習方面參與過質性研究研討會以獲取相關研究方法的知識。本研究利用研究者身在情境的陪伴與觀察，從病房的實際陪伴經驗中觀察，熟悉研究場參與病人及其家屬的關係狀況後，擬定訪談大綱。研究過程中與指導教授討論研究進度及

方向，充實調整訪談大綱的問題內容，繼而進行預試訪談，依文本及情境需要，調修研究內容及訪談大綱。

第三節 資料蒐集與分析

一、資料收集者

高淑清（2000）認為，研究者角色應為(1)支持關係的建立者，(2)同理積極的傾聽者，(3)敏銳的觀察者，(4)意義詮釋者，(5)有效能的溝通者，故本研究由研究者本人收集以確保資料一致性，研究者本身具有護理及佛教臨床宗教師的經驗與背景，故對臨終領域、病房經驗均有一定的認識與瞭解。九十一年八月加入安寧病房陪伴工作至今，九十五年七月開始正式進入參與觀察與資料蒐集階段。

二、資料收集階段

本研究在正式開始進入資料蒐集階段是在九十五年七月，研究者進入安寧病房接觸第一位癌症末期病人，直到第六位病人往生，是在民國九十六年一月。資料蒐集階段時間長達七個月。這段期間進入安寧病房接觸病人，一週約有五至七天的時間，一旦與病人建立談話關係後即持續至病人死亡停止，關係不因研究者設定的資料蒐集的時間嘎然而止。每次與病人及其家屬交談都將錄音存檔，之後謄寫成逐字稿，並儲存電子檔，供日後反覆閱讀，隨時記錄閱讀後所觸發的觀感。

三、資料彙整階段

本研究之資料共有二個來源，分別是「田野日誌」及「對話逐字稿」的資料。

- (一) 對話逐字稿：研究者與病人及家屬談話內容的錄音檔謄成文字內容，在每次對話逐字稿註明談話日期。
- (二) 田野日誌：研究者在每次與病人及家屬談話後二十四小時內，撰寫田野日誌。其主要目的為記錄研究者與病人及家屬談話之前、過程中、之後的心情感受，當時的自我觀察與反思，及印象深刻的對話內容。

研究資料是累進增加的，隨著每次與病人的對話而增加「田野日誌」及「對話逐字稿」的資料，從資料蒐集到彙整完畢，共計八個月時間完成（蒐集資料七個月、資料謄稿及整理二個月）。資料彙整依：

- (一) 以一個個案為資料的單位，建立檔案，蒐集與該病人與家屬每次談話的錄音帶、逐字稿、田野日誌等。
- (二) 隨著研究資料蒐集的進展，持續彙整不同病人的資料於檔案中。
- (三) 蒐集資料結束後，將所有病人檔案重新檢視整理，求其完整。待資料齊備後，進入詮釋階段。
- (四) 文本來源以田野日誌為主，在資料處理上，針對三位研究參與者，分別編號為個案 A、個案 B、個案 C。文中引用田野日誌時，如個案 A，以（參與觀察田野筆記 A，950929）表示，個案 B 以（參與觀察田野筆記 B，951114）表示，個案 C 以（參與觀察田野筆記 C，951214）表示。括號內的英文字母 A，表示病人 A，後面的阿拉伯數字則表示田野觀察之日期。

四、資料詮釋階段

研究者以詮釋現象學的精神與方法，對資料進行詮釋。依據訪談後製成書面訪談稿反覆閱讀，同時進行文本分析，其分析步驟依據蔡昌雄（2001）的文本詮

釋現象分析四層次規劃進行（如圖三）：A 第一層（田野文本/訪談對話），B 第二層（意義單元的浮現與分析），C 第三層（現象脈絡走勢的梳理），D 第四層（結構主軸與面向的推敲）。

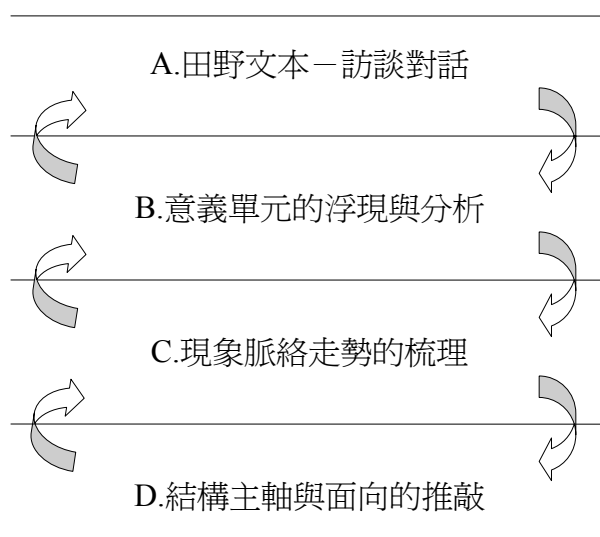


圖 3-3 文本詮釋現象分析四個層次

以上四個層次彼此間的關聯與互動，下列再具體說明：

（一）田野文本—訪談對話：

第一層次是訪談文本建立。除訪談文本外，其它田野筆記及觀察紀錄都應納入反覆閱讀範圍，試圖以此文本的初步閱讀貼近主體經驗感受，以便為視域化過程做準備。

（二）意義單元的浮現與分析：

第二層次是找出文字中有意義詞句的「視域化」過程。逐字逐句詳細反覆閱讀，思考文本內容，對所浮現的意義單元進行描述和理解，得到視域的整體感，

盡量不結構化，而去儘量貼近本文之原意。將有意義的訪談字句下方標上底線，在不同意義的內容進行分段與註記，如 A001 即表示為參與研究者 A，逐字稿第一段內容。在這個動態理解過程中，隨著閱讀的深入，視域也將不斷的調整。再進行的過程中一直保持著雙向互動的關係。

（三）現象脈絡走勢的梳理：

第三層次是文本橫向的現象脈絡走勢的爬梳過程。焦點放在不同的文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本作一橫向切面的整體觀照，但在橫向麥絡的思考與結構面的主軸關懷，也保持著雙向互動的關係。

（四）結構主軸與面向的推敲：

第四層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以對應文本前三層次意含的概念，以作為文本詮釋可能的結構主軸。此一歷程是雙向的，一方面由經驗文本中觀看，深掘現象脈絡意涵，解釋潛在意義單元結構，推敲出結構主軸面向，賦予結構主軸主題命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋思重要的概念，以做為容納前三層經驗意義的範疇或構面。

最後，研究結果鋪陳以文本四個層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程中不斷回到訪談分析文本進行反思與理解。然後再檢視建構經驗意義的脈絡性與結構面，最後描述解釋本研究的經驗本質。

第四節 研究嚴謹度

本研究根據 Denzin (1999) 提出的「解釋互動論」觀點，進行佛教臨床宗教師與癌末病人及其家屬的交談經驗之質化研究，目的在於研究參與者面臨死亡邊界處境的經驗揭露呈現，努力捕捉研究參與者及處境中的聲音、情緒與行動。解釋的焦點為病人所處的生命經驗，期使這些交談的生命經驗展現其存在的意義與價值。本研究並非呈現普遍性的過程與概念，較偏向描寫、發掘、與解釋研究參與者的觀點及意向經驗。

第五節 研究倫理

本研究遵守在健康照顧倫理中主要的倫理守則，即不傷害原則、自主原則、知情同意原則（盧美秀，1994）。在進入研究場域前，先徵得醫院及單位主管同意，完成核可手續。訪談時，先向研究參與者充分說明研究之目的，徵得同意後，簽署同意書，訪談過程隨時給予情緒上的支持與關懷，研究進行不因訪談結束而終止關係聯繫，如有需要也可隨時終止訪談錄音，且於論文上以別名方式呈現。

基於上述，依循研究倫理、嚴謹度，並於研究過程中，取得研究參與者的同意受訪、透過參與觀察以及全程錄音方式、資料來源皆完整的一手資料以確保質性研究品質。撰寫過程當中，忠實地還原當下情境的過程，盡可能從研究參與者的觀點進行分析，雖然研究關切重點是，癌末臨終病人與佛教臨床宗教師在臨終處境時的交談經驗，但研究過程中充分尊重研究參與者的表達意願，順著病程進展當下的情緒經驗感受對話，並與研究參與者保持密切的聯繫與互動、建立信任關係，必要時，也會針對研究參與者個人的需求，提供相關資源。

第四章 病床邊的關係締結—宗教交談的開展

雖然宗教師是安寧臨終照顧團隊的一員，但是因其具備宗教身份，所以與醫療團隊其他成員的屬性也有所區隔。特別是病人在死亡逼近下，產生了終極關懷的需求，會將內在複雜的感受與想法反應給宗教師以尋求救援。因此，會對宗教師的陪伴介入，卸下心理的防衛，甚至在短暫的床邊時刻，與宗教師建立起親近熟悉的關係連結，猶如熟識多年的老朋友一般。宗教師的引導，其目的就在於為病人找到自己信仰的依靠力量，揮別臨終的深淵處境，走向另一個新生的開始。

本章以病人與佛教臨床宗教師（以下簡稱宗教師）的交談經驗及過程為核心主題，陳述訪談資料與田野筆記的綜合分析結果。主要針對宗教師在臨終處境陪伴癌末病人時，所發生的種種交談經驗，進行現象脈絡的描述與詮釋，大體上以臨終病程的時間軸為主要的描述順序，主題概略如下：首先，對各研究參與者的背景資料做一梗概的描述；其次，將敘說臨終病人最初接觸宗教師時的各種情境；第三，將陳述的焦點放在病況加劇後的轉渡難題；最後，則主要在描寫迫近臨終時刻的信仰處境及佛教宗教師所提供的解脫方向。

第一節 當枯葉緩緩落下

對進入癌症末期的病人而言，臨終這條路如何前進，與臨終的生活如何度過，面對持續變差、衰退的身體，宗教師要做些對病人有實質上幫助的其實是有限的。但透過陪伴與信任關係的建立，開啓彼此「心」的與「心」的對話空間。本節將先述說三位研究參與者，罹癌末期的生命故事，以瞭解宗教師如何走進癌末病人的生活世界，透過法的提攜與正向思惟的引導，幫助癌末病人走向生命的另一個

旅程。

一、臨終皈依的老菩薩

翠鬢，七十二歲，是位學佛多年的老菩薩。隨時進到她住的病房，總看到她一身打扮整潔舒適的模樣，偶爾也會換上兒女為她準備的漂亮衣裳。翠鬢養育一子六女，現今子女們均已成家立業。住院期間，除乖巧的外傭阿謙照顧外，難得的是每天都會有二位女兒輪流在旁陪伴。她們從大埔的山上下來時，也會順道把父親帶來看翠鬢，好讓彼此安心。

回溯翠鬢入院的經過，四年前，發現罹患肝炎，「一開始在 G 醫院治療，小妹在那兒當護士，老公是醫生，所以當然考慮 G 醫院。」治療一段期間並做完栓塞，發現骨頭擴散轉移。在醫院服務的小女兒提到：「我們應該想到我媽的信仰，應該要跟佛祖走才對…，既然不能救我媽媽，我們就要，至少讓我媽媽減輕病痛，讓她有個精神寄託，所以讓她來這裡。」四女兒述及當初的決定，那時心中有著說不出來的沉重與心痛，言及於此她放聲哭泣說著：「減輕病痛，讓她有最好的精神寄託，就這樣子；這樣的決定，我們要鼓起很大的勇氣。」之所以會來到 D 醫院另一個原因是，二女婿是個地理師，當時曾為母親卜卦「選擇適當的地點方位，才決定來中南部的 D 醫院。（參與觀察田野筆記 A，950929）」理性的大女兒也述說著當時心情：「其實當我們在 G 醫院發現已經沒有治療空間時，決定要找個對媽媽心靈上可以有幫助的地方，所以我們決定來 D 醫院安寧病房，但她不知道這是 X X 病房。我們只希望在這個時候，有宗教信仰力量可以幫助媽媽。從 G 醫院回來時，我告訴媽媽，這個病有可能會昏睡過去，所以如果你有什麼事，就跟我們先說。（參與觀察田野筆記 A，951022）」。

來到 D 醫院是子女經過商量與卜卦確定的，翠鬢因此來到中南部這所離家裡

更近的區域醫院。當時子女們只告訴翠鬢要去找一個比較好的地方靜養，而且可以常常看見佛祖，減輕病痛，能有個精神寄託。進入 D 醫院，翠鬢的病況一度陷入無法言語、無反應的狀況。與宗教師的第一次接觸，是當病房告知家屬要有臨終的心理準備，大家因此有共識地「喬」出一件事：為母親「皈依」。因子女們認為這是翠鬢未了的心願。而令人驚訝的巧合是，翠鬢經常翻山越嶺搭三個小時車程才到達的共修寺院，竟是宗教師的常住寺院。更令人覺得不可思議的是在皈依隔天後，她竟然突然清醒過來，並與宗教師談論到自己身體的改變，也不知為何，「就是覺得身體不好，覺得自己說話愈來愈無力，身體不知為什麼這麼久都一直不平安，也不知道自己為什麼會這樣。」她對自己的現況顯然充滿無力感，「唉！這回艱苦就艱苦成這樣。這次艱苦，攏無力，以前最艱苦都還可以自己走，現在都沒有法度走。」來到安寧病房，讓她察覺自己身體的變化，已不同於以往（參與觀察田野筆記 A，951001）。

中秋節過後，翠鬢的狀況起起伏伏，白天嗜睡、日夜顛倒，對話也越來越少。偶爾出現人事時地的混淆，如「現在在哪裡？這裡安全嗎？」、「準備衣服！不然屆時是要隨便穿穿就好嗎。」或喃喃自語說些大家都聽不懂的話。媳婦也說：「婆婆平常是不講國語的，但晚上對話時，整段卻都說國語。」翠鬢已呈現混淆與瞻望的狀態，但當她看見宗教師時，即刻合掌，並說：「你來了！我最近愈來愈沒有體力、很不好意思，自己的精神體力愈來愈差，眼睛常常不知不覺就合起來。」甚至有一次宗教師在假日不預期的造訪，翠鬢竟事先有所感應，端坐在病床等候，這讓照護她的護士小姐倍感驚訝。漸走向末期階段的翠鬢，開始認不出身邊的人，而僅只對二個人較有反應，一個是她唯一的兒子，另外是臨終階段常在病床邊說故事給她聽、陪伴她的宗教師（參與觀察田野筆記 A，951009）。

因不見身體狀況好轉，又有上述許多無法解釋的狀況發生，兒女們猜想可能

是媽媽想回家，於是決定帶著翠鬢回到X埔老家。但回家後出現瞻望與混亂的情況，後來因為沒有改善，所以再次入院。之後，翠鬢對話慢慢減少了，只偶爾會說：「胸口還是會艱苦，我也不曉得該怎麼辦？為什麼觀音佛祖為什麼到現在不帶我回去。（參與觀察田野筆記 A，951021）」

探望翠鬢，宗教師總是以看老朋友的心情，提醒她「咱是佛祖的學生、佛祖的仔喔！身體放輕鬆，要念佛喔！」翠鬢說：「感謝師父常常來看我，我以後也會常常來看你，感謝您。（參與觀察田野筆記 A，951028）」後來，我們的對話漸漸的只剩下：宗教師叫「老菩薩」時，翠鬢立刻回應「阿彌陀佛！」。身體虛弱的翠鬢經常呈現嗜睡狀態，反應也慢了，甚至不記得身邊的人了，不過，有一次，宗教師問坐在輪椅上的翠鬢「我是誰？」翠鬢竟說：「第一個叫我老菩薩的人。（參與觀察田野筆記 A，951105）」翠鬢的狀況已無法進食，但在家人捨不得的情況下，團隊還是配合的做了處理。宗教師在旁鼓勵肯定老菩薩此生的精進與善行「要發願喔！放輕鬆繼續念佛，因為我們都是佛祖的學生、都是伊的仔喔！（參與觀察田野筆記 A，951119）」

直至往生當天，面對無法言語的翠鬢，宗教師如同往常般給予肯定、鼓勵和祝福，並為其說明佛教徒往生西方過程的基本要義。翠鬢全程以「眨眼」示意，回應宗教師的問話。當夜凌晨翠鬢安詳往生。陪伴二個多月的時間，翠鬢平靜地離開了。她的家人原本沒有接觸佛法，但在這段期間的薰陶之下，他們試著以平靜的心、祝福的方式向母親道別。

二、需要「一條路」的大廚

茗煌，五十一歲，是位具有三十多年經驗的大廚師。宗教師在病房第一次看到他時，他總是靜靜地端坐在病房提供的多功能椅上，頭部右前傾並微微低著頭，

似乎不曾見他換過其他姿勢。這並不是他生性害羞的緣故，而是因頭部擺直會拉扯到他的右鎖骨區腫瘤傷口，而讓他疼痛不堪。追溯茗煌的發病，要回到四年前，經 G 醫院診斷為食道癌而做了重建術，但在前年七月發現肝、肺、骨及淋巴轉移，陸續又做了化療和電療。在九十五年五、六月間，原已經準備要到高雄的 K 醫學中心安排住院，後因四姐的一句話，而改變茗煌後來就醫的處所。

來到 D 醫院就診時，遇到親切的腫瘤科醫師，讓他們決定留在 D 醫院接受治療。茗煌雖然知道自己的癌症已進入末期，但他卻一直無法接受要到安寧病房的事實，直到遇到有如兄弟般情誼的 C 醫師，終於接受進入安寧病房做症狀控制。在同年六月至十一月期間曾因疼痛、傷口大量出血，而進出安寧病房，並做了症狀控制和居家照顧。

與茗煌的緣，是在皈依後開始連結的。皈依後，他非常認真地受持早晚課，並一心想要去寺裡拜佛。那時因病況持續穩定而出院，我們也約好要去寺裡的時間，但萬萬沒想到，正要出發的當天，茗煌突然傷口大出血，必須緊急送醫處理，更沒想到這次入院後，就再沒有出院了。我們的約定也成了無法圓的夢。

再次入院的茗煌，和宗教師突然變得沒有距離，像是無話不說的老朋友一般。有一次，當茗煌看到宗教師進病房時，他用真切的眼神看著宗教師說：「您指示一條路，告訴我，讓我趕快走，活得很痛苦，拜託您。」聽到這樣的話，當時的宗教師心頭一陣震驚，他繼續說著「生不如死，我活著，什麼都不能做，只能待在這張椅子上，哪都不能去。」此刻的茗煌覺得自己的身體受到傷口的束縛，有種被綁住的感覺，「對！活得很艱苦，不能躺，也不能走動，只能坐在這裡；常常吸不到氣的感覺，我想早一點去，不要再這樣拖。」因受腫瘤的壓迫，使得茗煌每天必須坐在功能椅上，對他而言要像平常人一樣輕鬆地躺在床上休息，簡直是天方夜譚（參與觀察田野筆記 B，951127）。

慢慢地，茗煌開始出現嗜睡的情況，就連醫師查房，也沒能叫醒他。往生前兩天，案妻看到宗教師出現，便主動邀宗教師進入病房，並叫醒先生。宗教師問案妻他過早餐吃了嗎？案妻表示，茗煌已經吃了早餐，而且一早五點就起來做早課。茗煌醒來注視著宗教師說：「我現在說話比較無力且沒有聲音了。（參與觀察田野筆記 B，951205）」於是宗教師分享佛教修行法門——佛隨念，要茗煌觀佛像，練到不論張眼或閉目時，都要自然浮現莊嚴的佛像，並鼓勵他繼續用功，茗煌點了點頭回應。

隔天，茗煌突然開口說要開車回家看看，但考量他的血壓和血氧都很低，脈博微弱，宗教師回應茗煌說：「等兒子來，再載你回家。（參與觀察田野筆記 B，951206）」並講述佛教故事來引導他面對生命的自然變化。直到臨終當天，茗煌都沒有醒過來，也不再喊痛。清晨，兒子看到這樣，於是抱起父親讓他平躺在病床上。案妻與兒子在身邊念著佛號，並向茗煌說要他放下。

但是兒子說了父親在臨終一刻仍然受到塵緣牽絆的情況：「姑姑來看他，她很捨不得爸，就一直搖他，結果他的手指就突然動起來。」後來「爸爸醒來」，擔心爸爸放不下的兒子對他說：「爸，您放心走。……我可以感覺到我爸爸的身體本來還會有撐著的感覺，但他漸漸地放鬆了。」太太也要他放心，並請師父來開導，因為「雖跟他說要他放心，但覺得他好像還是撐著，好像在等什麼，就想到請師父來再和他說說話。他每次看到師父都很高興的，你那天跟他說話，我發現他一直在念佛。」因此家屬請宗教師來做最後的開示。宗教師肯定茗煌的用功，並鼓勵他要發願生生世世做佛子。接著，帶著大家一起念佛。不久，茗煌用手比劃了姿勢，想移除鼻孔上的氧氣管，大家繼續念著佛號。茗煌就這樣念念分明、清清楚楚、平靜安詳地走了（參與觀察田野筆記 B，951209）！

三、「信仰」落空的陽光女

素絹，五十一歲，是位個性開朗、非常陽光的職業婦女，在病房看到她時，總顯得神采奕奕，臉上隨時掛著笑容。她是在八十四年時發現小細胞癌，轉移子宮頸癌，經開刀切除後，並做了化療，但因身體不適即告終止。案夫提到：「愈化療愈艱苦，她化療後還繼續去上班！那時她掛著尿袋，還是穿著裙子去上班。」素絹回憶著說，那時「都很好啊，也沒有感覺怎麼樣，還是照樣唱歌，什麼照樣都做，也沒有感覺在生病啊。」此時素絹比了比肚子說：「我這裡可能全部都是腫瘤。」（參與觀察田野筆記 C，951214）。

這段期間，素絹並沒有遵照醫師的囑咐繼續做化療，而參加了一些宗教活動。素絹說：「十一年前我生這個病，我妹妹幫我介紹一個佛學會，是密教的，那個師兄有幫我治療，那時就開始接觸佛教的。（參與觀察田野筆記 C，951217）」這樣的日子，平靜地過了十一年，她以為自己已逃離癌症陰影，直到九十五年四、五月間，素絹覺得肝臟的部位怪怪的，於是做了檢查，沒想到小細胞癌已經轉移肝臟。同年十一月，素絹因腹部腫脹不舒服，「覺得可能有腹水，想來抽掉，所以才來看看。（參與觀察田野筆記 C，951218）」而進入安寧病房。

看著腹部腫瘤一天天長大，漸漸堵到胸口而導致呼吸愈來愈急促，素絹失望地說：「我本來拜的是千手千眼觀音，但是因為我妹妹介紹我來這裡，我妹妹說瑤池金母要幫忙我，所以我在這邊就一直持瑤池金母讚。（參與觀察田野筆記 C，951220）」發現肝臟轉移時，「本來準備打化療，後來遇到禪師嘛，禪師就說不用，他就查一查說不用去啦，他說我跟那個千手千眼佛母有因緣啦，千手千眼佛母就是准提佛母，祂就賜五杯水給我喝啦，就是供養水。（參與觀察田野筆記 C，951225）」素絹原期望能藉宗教力量得到庇佑，可是「我一直很認真在修啊，到後來也是一直慢慢轉移到這邊來啊。（參與觀察田野筆記 C，951220）」

前後接觸三種宗教信仰，她的希望都落了個空！宗教師看到素絹如此失望、沮喪，便帶著鼓勵、肯定的語氣跟她談話：「您上輩子跟很多人結緣喔！但生命這條路不是咱可以安排的？身體治療的功課是醫生們的工作，但自己的心、怎麼去想、平常要怎麼樣受持用功，才是我們的功課。為什麼您要去扛身體治療的功課呢？您對原本的佛祖信仰、還有千手觀音、瑤池金母，大家都在幫您，您要對祂們有信心，就像現在在醫院的您，眾多醫師們和醫師助理的專師，大家也都在商量如何處理您的不舒服。……所以不用急著回高雄。」素絹回應從「嗯，對啊！」從專注聆聽轉而成歡喜的接受：「對！他們也會商量如何處理這件事情。」對話至此的氛圍是充滿歡愉的，這時素絹突然伸出雙手緊握住宗教師的手，不約而同彼此相視的目光同時落下淚來。這段話開啓了使彼此的信任關係，從此與素絹有了一連串「心」和「心」的對話（參與觀察田野筆記 C，951221）。

「師父，你講經給我聽。（參與觀察田野筆記 C，951222）」因為這句話，自此以後，宗教師的病床陪伴都以法義（禪師送給素絹的一本書《晨鐘》）作交流分享。之後，素絹開始正視自己的病情變化，引導自己正向思惟，直到此生劃下句點。宗教師回想當時在菩提居念佛的情景，讓人印象深刻的是——素絹帶著一抹微笑離開了人世。

第二節 當癌末病人遇上宗教師

前往 D 醫院的安寧病房，需穿過醫院大廳。找到電梯直上五樓，左轉個彎，經過可以鳥瞰醫院全景的長廊，就抵達了病房大門。經過走廊，左邊是醫護人員工作的護理站，右邊是諾大開放空間的交誼廳。交誼廳的陳設與佈置，讓人備感溫馨與貼心，猶如回到家裡般，尤其下午時間或年節聚會活動聯誼時，便傳來悅耳的鋼琴聲及大家的唱和聲。這裡提供病人與親屬們聚會，或看影帶以調適、休

憩以及醫病間的溝通協調的空間。交誼廳旁邊還有簡單的廚房及餐廳，讓病人及家屬可以隨時烹煮食物；餐廳旁的長廊盡頭，推開門便是綠意盎然的庭院，提供病人或家屬在那兒轉換空間、親近自然，曬曬久違的陽光。

病房環繞座落在護理站與交誼廳的外圍。病房裡，住著已經進入「無治療空間」的病人與陪伴的家屬；病房外，是一群龐大的醫療團隊。醫療團隊各司其職：親切溫暖的志工，時時關心症狀控制進展的醫生，溫柔婉約、輕聲細語的護理人員，以及定期給人心靈支持的宗教師。團隊的共識就是護送有情生命，邁向另一生命旅程，所以，病房裡裡外外的人，彼此之間都有著良善的互動。

病人與宗教師可以說是病房中最特殊的關係。在一般的情況下，病人來醫院總是希望能夠治病，所以多數是與醫療人員互動。安寧病房的臨終病人雖然比較特殊，但是住院期間仍不放棄最後奇蹟治癒的希望，會找上宗教師可說在醫治方面已到了窮途末路，轉而尋求心靈上的安頓，以及可能的死後生命出路。所以臨終病人剛開始與宗教師的關係是比較愛昧的，但是一旦陷入無助時，卻比較容易卸下心理防衛，自然地與宗教師建立良好的互動關係。彼此雖然原本是陌生的，但是一旦接觸，就猶如老朋友般的親近熟悉，也無需太多的語言，就能互通心意。

通常病人有機會見到宗教師，有時是發生在初次查房；有時是當醫生告知家屬病人已出現 *dying* 癥候，請宗教師做臨終關懷時；有時是因病人的病況突然轉危，需要宗教儀式的支持。在這些不同場合的交談內容，也因熟悉的程度而有不同。一開始會先從外圍醫療問題談起，如病程進展變化或種種不適的症狀；隨著關係的深入，談話內容走向中層交談，願意涉及自己私人的事情，如病人敘說自己的信仰經驗、瞭解後事可以如何處理，以及如何面對生病的痛苦與無奈等；當然，有時病人也會逕入深層的交流，主動開口談論死亡的議題，如可不可以喬時間、為什麼還不帶我回去、我應該快死了吧、死歸何處等問題。宗教師與病人的

交談內容，也會隨著病況的進展，隨時做調整。來到安寧病房，每個病人的時間長短不一，在這個臨終情境裏，與宗教師的交談必然觸及病人最終的生命關懷。

一、初次接觸

進入安寧病房之前，家屬已帶著癌末病人一個醫院換過一個醫院，不知歷經了多少看不見未來的天人交戰。從發病、診斷、治療，直到進入了安寧病房，在這段路途中披荆斬棘，充滿了無法形容的焦慮與掙扎，病人們迫不及待地需要一個病身可以安棲之處，家屬們更是汲汲地想為生病的家人再多做一點點什麼，只求為親人找到一絲絲的希望。病人的病程進展與家屬希望病人再拼拼看的期待，幾乎是齊頭並進的。這些渴望病人與家屬也都會與宗教師分享。

至於宗教師在安寧病房的工作流程大抵如下：通常會在清晨進入病房參與大交班，聆聽對每床病人的病況描述與討論。團隊成員也會在此時，主動說明哪床病人或家屬，需要宗教師主動給予關懷。交班完畢，緊接著例行性查房，宗教師通常會站在隊伍的最後面，觀察病人與家屬見到醫療團隊的反應。團隊成員也會主動介紹宗教師給病人認識，宗教師也藉由這個機會，了解病人的狀況，及醫病間的互動關係，以此評估是否需要介入，或選擇介入的適當時機。剛入院時，病人不約而同地跟宗教師談到他們目前最想解決的問題，這當中有身體的問題、家庭的問題，也有宗教上的疑問。

（一）希望不舒服能有所改善

看到素絹，總見她蓋著棉被躺在病床上，笑謎謎的與絡繹不絕的訪客談笑風生，但任憑團隊勸她下床走走，她總是無動於衷。宗教師內心疑惑，決定要鼓勵且陪她去空中花園走走。第一次的交談，素絹注視著宗教師，主動提起在家人鼓

勵下，她抱著一線希望來到 D 醫院緩解症狀時，身體已經讓她感到「就艱苦耶。（參與觀察田野筆記 C，951214）」一心一意只希望進入病房處理漸漸隆起的肚子，入院後，因使用嗎啡產生頭暈的副作用，讓她處在意外和不知未來會如何的狀態。

素絹說著：「現在藥物還在試驗中，肚子也愈來愈大個，我這裡（掀開涼被，指著肚子）可能全部都是腫瘤。……我現在正在體驗人生。看著這裡痛、那裡插、看人出去阿、進來啊，這樣您知道嗎？（參與觀察田野筆記 C，951214）」這一席話，令宗教師相當震驚，剛入病房的人竟會出現如此強烈的失望感。她除了要面對蓋在那件涼被下愈來愈大的肚子外，更必須面臨突如其來的頭暈症狀的以作調適，以及眼睜睜看著同病房病友一個個離開，彷彿一場場逼真的預演，不知何時下一位上場演出就會是自己（余德慧，2006）。素絹的臨床用藥，藥物針劑一種換過一種，從西醫換成中醫再換回西醫，只是想處置身體不適的症狀。針劑不斷在調整中，素絹唯一的需求，只希望針劑可以趕緊緩解身體的不舒服。素絹夫婦的心情，正處在需要被支持的狀態。

癌末病人身體逐漸變差的過程中，會出現身體統整能力變差，身體的注意力會逐漸沉入身體的知覺感受，心智對身體無以名狀的存在狀態顯得無所適從，進而會感覺到一種全面性的累，身體說不出來的累，不舒服的感覺像鉛錘一樣無法撼動，猶如身心靈無法形容沉重的整體感（余德慧，2006）。生病後才幾個月，她就從可以開車自由行走各地，逐漸轉為需要先生時時攙扶，再急遽縮小行動範圍到三尺六尺的病榻上。余德慧（2003）對受病特徵提到：當人生病後，第一個特徵會出現無法自理，進入必須依靠他人。第二個特徵是「退守到關係的底限。」第三個特徵是生病的生活模式取代常人的日常生活模式。第四個特徵是在「在邊緣遊走」（on the edge）。人一旦退出了社會舞台，開始面對即將到來的死亡，這

時候的人，猶如「望著死亡的黑洞。」病人們的生活時序，只在針劑與針劑之間的移動，時間感對病人而言，只是一種累贅，甚至是多餘的。

（二）家人希望母親身心平安

宗教師與翠鬢的相遇，是在她進住安寧病房近十多天後。病人與家屬經歷了不可治癒的失落與絕望，心情跌落到谷底。家屬們一步步承受朝向死亡臨現的衝擊，心情是戰戰兢兢、忐忑不安的。面對無情又現實的病情變化與發展速度，家屬不得不節節後退，孝順的兒女們得知母親已沒有治療空間後，便想盡辦法四處尋問哪裡是母親最適合的診療處所，並在母親不知情的狀況下，來到 D 醫院安寧病房。女兒告訴宗教師：「既然不能救我媽媽，我們就要，至少讓我媽媽減輕病痛，讓她有個精神寄託，所以讓她來這裡。（參與觀察田野筆記 A，950929）」於是子女決定以安寧緩和醫療的方式，並結合母親的信仰，而選擇 D 醫院的安寧病房，陪伴母親走完最後一段旅程。

轉入安寧病房不久，病人的病情變化呈現懸置狀況。當團隊通知家屬告 dying 時，女兒提到當時自己心中的不安：「來醫院的時間已經快七點，我媽媽就跟我說她等我很久了，講了一些有的沒有的，有點不太對，很奇怪的話，我發現我媽狀況不太對，我不放心，我就立刻請了一天假。」後來關心的事便逐漸轉移到宗教的事情上。「我發現我媽不對，我就自己去找醫師，說我媽可能有狀況，醫師過去看便說你媽是不是有什麼心願未了？我說如果有什麼心願未了，那應該就是皈依。」於是，他們決定尋求宗教師的支持（參與觀察田野筆記 A，950929）。

當時已近中午時刻，礙於翠鬢的病況，於是在病房內為她舉行簡單的皈依儀式。儀式進行時，她的意識並不十分清楚，偶爾會隨著宗教師的說明，眼睛注視佛像片刻。儀式結束後，翠鬢雖沒有睜開眼睛，但雙手卻緊緊地將皈依證與佛牌

握在胸前（參與觀察田野筆記 A，950928）。四女兒認為：「媽的眉間鬆開了，表情安詳地聽著師父開示（參與觀察田野筆記 A，950928）。」顯然皈依的儀式讓翠鬢產生了某種心靈上的變化，但是究竟這樣的變化是怎樣產生的呢？Mircea Eliade（2000）關於宗教禮儀的定向作用，以及神聖空間建構的宇宙發生意義的解釋，或許可以提供一些說明。神聖藉由各種「聖顯」顯示自身，同時也是使世界得以被建構起來，予人「定向」（orientation），使世上的所有事物、建設都可以開展及進行。宗教人希望將自己的住所定居在「世界的中心」上；而這個定點—中心—的發現與投射，就相當於世界的創造。

關於皈依儀式產生的的心理作用，威廉·詹姆士（William James，2001）也表示，當一個人皈依之後，其宗教觀念由原來處於邊緣地位，變到核心的地位，而且宗教的目的，變成其能量的習慣中心。臨終的病床邊，透過宗教儀式、宗教語言進行宗教皈依儀式時，主持儀式的宗教師的身分就成為宗教信仰的象徵物代表之一。信仰的語言即是象徵式的語言，信仰的象徵是藉由事物、事件、人物、團體、文字來傳達神聖的象徵。神聖的事物本身並不神聖，但是它們超越了本身的有限範圍，指向神聖之源，也指向終極關懷（Paul Tillich，1994）。

當病人睜開眼睛看到宗教師，在她的內心世界，即刻產生了生命的定向感。宗教師就是病人極想要抓住的依靠，宗教師已經不只是一個形體或身分而已，更是在病人當下情境的生命經驗中，占有了一個重要的位置。當定向點突破以後，病人心裡面有一個世界會出現，宗教師就是病人內心世界裡很重要的一個人。對她來講宗教師具有神聖的意義，是一個神聖的形象。她一直把宗教師定向在那邊。

（三）腫瘤是活的

宗教師與茗煌第一次交談時，他提到了自己的感覺與發現：「腫瘤是活的，

因為它一直在長大和擴散。」宗教師回應：「所以我們要做功課度它，它不知往何處去？它一直長大，也一直跟著您，它需要您的幫忙和渡化。」茗煌當下突然醒悟：除了定不定時餵腫瘤吃藥外，也可以用另一種不同的思維態度與腫瘤相處。當時宗教師另有他事，必須等到傍晚才能為他皈依，但茗煌神情非常篤定的注視著宗教師說著：「沒關係，傍晚，我等您。」（參與觀察田野筆記 B，951114）。

一般人不能接受進入安寧病房，是因為他們認為這裡是個被宣判死刑的地方，不可能再有治療空間，但經過互相信任的醫病關係，病人感受到醫療團隊成員無微不至、親切溫馨的照顧，和志工師姐如同家人般的溫暖支持；來到這裡雖無法消除身體的痛楚與煎熬折磨，卻處處有著源源不絕的溫暖支持。這「全心全力為你設想、為你付出」的情境，令病人與家屬雖處在「無治療空間」的病房，等待死神的召喚，卻是一個靈性啟發與精神重生的地方。

二、當生命陷落時

隨著在安寧病房住院天數的增加，死亡臨現亦隨之逼近，病人對身體的疼痛與對死亡的恐懼與焦慮，交互侵襲病人的身心。因此，在病房裡隨時隨地都可以嗅到生命逼近死亡臨現的焦灼心情。主動現身病房的宗教師，與病人的交談，多半是順著病房情境自然發生。當病人看見宗教師會主動交談，他們縱使身心難耐不安，總是設法或坐、或躺、或臥，讓自己可以找到注視到宗教師的好位置，訴說自己的心情，像說著：「師父！（邊搖頭、語氣停頓）很艱苦。」、「師父！請您指示我一個方法、指示一條路，如何趕快回去。」、「你告訴我，我不知道的地方，你要告訴我，我可以做些什麼」或「怎麼渡過去這段路、日子為什麼這樣的難過？」一直搖頭嘆氣，以手指比著「我要死了」。有時喊著：「師父！不要走，留下來。」處處透露著病人對自己病身處境的無奈，不知如何是好。臨終階段的癌末病人，常處於最無助、最束手無策的狀態，除了尋求醫療的協助外，

宗教力量的支持與慰藉往往是他們最後的選擇，彷彿在茫然的失望中，抓住一絲渺茫的心靈依靠。因此，病人與宗教師的交談經驗隨時都在發生。

癌末病人常因為腫瘤傷口或病痛，身體虛弱不堪，要傾聽病人完整的說明與清晰的聲音頗不容易，宗教師必須投注更多的專注力與覺察力，靜靜地陪伴在病床邊，從病患的身體語言中，去讀出一些訊息。與病人的交談方式，並不僅止於語言，有時也可能是一個動作、一個表情，或是一個彼此營造的氛圍。這一切的一切，無非是聽見病人內心真正想要說的話。進入安寧病房初期的病人與家屬，多半期待醫療能夠處置身體症狀，希望身體可以舒適一點，要求也不敢太多。

（一）面對非意料中的病況

素絹來到 D 醫院時，腹部腫瘤已經又硬又大，如同懷孕三個月，漸漸地壓迫呼吸，氣喘噓噓。她表示：「因為已經很不舒服了，這邊（手指腹部）就覺得可能有腹水，覺得因為腹水想來抽掉，所以才來看看。」但連續兩次的超音波檢查，發現使肚子漲大的並不是她所想像的腹水，而是實體的腫瘤。「他（醫生）說沒有腹水。（停頓一下，聲音哽咽）很難過，痛苦無法減輕。」「屋漏偏逢連夜雨」，素絹除了要面對不在意料中的病情，還得適應非預期狀況的出現——對止痛藥不適應，一打止痛藥就頭暈。「不舒服就打針，但打了針就暈，所以想說不要打看看，已經打最低了，沒打不暈，愈打愈暈。」（參與觀察田野筆記 C，951218）。

此外，病情急遽惡化：入院不到一個月，腹部腫瘤已經長大到如同懷有八個月的身孕，更加壓迫呼吸；並且淋巴轉移至胸腔、腋下；足部淋巴水腫等等。身體逐漸無力，坐在馬桶竟無力起身，自云：「兩腳沉重，全身使不出力氣，需人攙扶。（參與觀察田野筆記 C，951227）」腫瘤壓迫讓素絹坐臥皆不適，必須時時刻刻調整身體的姿勢；可以止痛的嗎啡，卻又因頭暈的副作用，無法使用。種

種無法改善的無情打擊，與逐漸失落的心情，像巨石投入湖水引生的漣漪般不斷擴散，啃噬素絹脆弱的心靈。

病人下一刻會發生何種狀況，不是可以預見或想像的；而任何一個病身處境，也不是透過針劑與藥物就可迎刃而解的。如素絹的案例，爲了是否打針這個問題，醫師們和醫師助理不斷地討論、研究，藥物調整又調整，卻沒有一套完全十全十美的處置方法可以完全兼顧需求。素絹只能無奈地對著宗教師說：「（指著肚子）他們已經盡力而為了。（參與觀察田野筆記 C，951220）」值此醫藥罔效的絕望心情，似乎只有憑藉宗教師的臨終關懷，引導她說出心裡的話，並正向思維與病身相處，在生命最後的階段平靜的與自己相處，提升靈性層次，將生活的重心放在來生的準備，也與家人共度最後時光。

（二）出現非醫療上的問題

當病程逐漸深化，生命整體性的問題便會隨之浮現，遠遠超出了醫療可以處理的範圍。例如，翠鬢皈依後逐漸清醒過來，就不斷的說著：「很想回家」或「不知為什麼？這麼久都不太平安？不知是為什麼？也不知道，怎麼會這樣。」這種想回家以尋求心靈安頓的想法，在臨終病人身上出現時，通常便意味著病人對於治療已經不太抱希望，也是因爲有感受到死亡的迫近。而前述一連串的「為什麼」與「不知道」，也正是病人對生死迷惑之靈性問題浮現的癥兆。這一連串的問題，當然會讓病人陷入更大的焦慮不安中。「最近不知為何整夜沒睡，不知是黑白夢？睡睡就醒過來跳跳起來。睡睡就會突然醒來，我想可能是我的慈悲心不夠。我不輕鬆。人已經不舒服又很艱苦，我的被子一直冷冷的。」（參與觀察田野筆記 A，951001）。

病人進入末期階段，外表上看起來雖然有病人的樣子，但身體還可以維持一

定的安適，同時在心智上還保有一定的認知功能，使得病人能依靠心智的能力參與世界。但當身體逐漸走向衰敗，病人薄弱的心智不得不漸漸放棄社會應對，而縮到咫尺的病床中。在這兩個不同階段之間，病人整個身心靈猶如卡住一般，想要保有原先自我的習性而進入世界，卻進不去，想要擺脫原先的自我而脫離世界卻也脫離不了，要上不上、要下不下地懸置著（余德慧，2006）。

癌末病人的身體症狀，是安寧病房首要的工作與問題，但卻出現許多非生理的症狀，叫人難以處理。像翠鬢常常說著「現在在哪裡？這裡安全嗎？（參與觀察田野筆記 A，951009）」或是說些旁人聽不懂的話，既像對話、又像喃喃自語；或是一直要看護的人趕緊為她換上乾淨漂亮的衣服；或是改變說話習慣，突然說著整段國語；或是對著牆壁說話喊著人。偏偏有時候清醒認得人可對焦談話：「我覺得胸口喘氣都喘不起來，全身都很艱苦；不知如何才能讓我輕鬆？（參與觀察田野筆記 A，951015）」……讓家人無法拿捏「是否要出院回家」。

當家人經過各種努力均都無效，而決定帶翠鬢回家時，翠鬢向宗教師表示自己的擔憂：「回大埔沒醫師怎麼辦？」又說著：「我只希望我能像我的親戚一樣，坐著，這樣來去，我只有這樣的希望！」宗教師這才若有所悟：病人內心的想法，在面對自己的身體狀況時，往往是無法如願的（參與觀察田野筆記 A，951017）。

臨終病房裡，每個時刻都可能是決定和危急的時刻。臨終陪伴歷程，沒有一套制式標準處理模式，許多決定就在交談與傾聽的互動過程中，自然水到渠成。Richard M. Zaner（2001）提醒醫護人員與病患家屬，要以人道方法協助病人在生病和治療期間所處的困境，透過真心的聆聽以及謙卑的態度，進入病患的內心，才能窺見病患及家屬們的心靈世界。也只有聽懂得，才可能體會和進入對方的世界。

（三）腫瘤和藥物的賽跑

協助茗煌換掉弄髒的病人服，宗教師突然看見，他胸前與背後有著長長兩條食道癌開刀的大疤痕。茗煌說著四年前在 G 醫院發病治療的過程，在轉入安寧病房不久後，茗煌就因食道癌併頭頸部淋巴轉移，只能一天二十四小時都端坐在病房提供的多功能椅上，頭部維持著右前傾的姿勢，除了站起來，沒有改變過其它姿勢。貼心孝順的兒子，幫喜歡聽音樂的茗煌準備了一支可以不斷重複播放流行音樂的手機，讓喜歡到樓下散步的茗煌，可以隨身攜帶，方便播放。

只稍微控制的腫瘤傷口，是使他最不舒服也最煩惱的問題。茗煌當初進入安寧病房的目的是「要做化療、要治療。」但他從血液腫瘤科與家庭醫學科醫師處，瞭解到自己的狀況是「化療比較不可能、較困難。伊就說（停頓一下）比較不樂觀，較不樂觀，擔心抵抗力比較不夠。」進入安寧病房後，對於鎖骨區淋巴腫瘤將近 6x6 凹陷的腫瘤的傷口，他說著「每天要止痛啊！一直再丟、丟、丟、和綁住、抽痛的感覺，痛的時候，只能打嗎啡，就要打針，打嗎啡呀，這樣而已。」除了藥物使用外，護理人員三班定時及非定時，為他的大傷口清理膿血等分泌物，護士小姐清理傷口時，用棉花棒想要探探傷口有多深，但傷口太深，根本觸不到底。戰戰兢兢的護士小姐，發現清理傷口可以讓茗煌感覺比較舒服，這是除了針劑之外，團隊對頭頸部腫瘤病人，所能做的最大最有限的協助了。身體的不輕鬆，讓茗煌除了聽歌以外，什麼都不想。腫瘤傷口擴散的程度，好像和藥物濃度在競賽，醫療已經進入可以做的、想得到的都做了，團隊成員用盡所有可能的辦法，共同面對一個個接踵而來的問題，緩解失控的病身處境、說不出口的死亡即將臨現的焦慮（參與觀察田野筆記 B，951118）。

病人住進病房的時間一久，會發現自己「傷口愈來愈大」、「愈住愈沒有改善」，甚至「嗎啡劑量愈打愈頻繁」，病人或是家屬對於病程進展，比醫療團隊

的任何一個成員更加瞭若指掌，發現自己明顯的改變，這時候，除醫療外，開始尋求任何可行的方法或解決途徑，不放過絲毫希望。

三、尋找一個定點

宗教師在臨床陪伴的經驗中發現：多數臨終病人與家屬不需要太多的言語與說服就會自然地親近宗教，只要有機會接觸，基本上都會接受宗教。宗教讓自己彷彿看到一條路，整個面臨死亡的過程可順著它一直走下去（余德慧等，2001）。如果病人對宗教經文與儀式過程的意義有所認同與了解，在臨終末期階段，往往能因為日常的宗教修行習慣，而使自己的身心情緒比無宗教認知者更加穩定。

（一）我想拜佛祖

茗煌，進出安寧病房已經好幾個月，突然提出「我想要拜佛祖！」，當宗教師進一步瞭解茗煌的想法時，他提到了想拜佛祖的緣由「很久之前就想拜了，只是一直找不到機會，還有我遇到醫師伊嘛是有在拜的，伊給我鼓勵很多。咱要信仰佛祖啦，但是我知道伊（x醫師）有在修。（參與觀察田野筆記 B，951118）」

皈依儀式進行前，茗煌認真專注聽著宗教師說明皈依意義、功德、日常如何受持時，突然說道：「我可不可以先不要吃素。」宗教師認真地回應他：「吃素是其次，但要開始學著受持定課，思惟佛陀告訴我們生命的真理。」茗煌立即問道：「要怎麼做？」宗教師從如何受持、內容步驟，定課的意義、如何迴向、迴向的意義……，一一詳細說明（參與觀察田野筆記 B，951114）。

在與茗煌對話的過程中，宗教師明顯感受到茗煌的認真與專注，他的身上散發出一股慈悲念力，似乎隨時蓄勢待發。因時間的衝突，宗教師當天下午必須離開病房去上課，傍晚才能回病房為他皈依，茗煌非常篤定地說著「傍晚，我等您。」

傍晚時分，在其四姊陪同之下，茗煌夫婦一同發心皈依成爲正式佛弟子。坐在輪椅上的茗煌在皈依過程中，始終合掌虔誠地隨著儀式懺悔、發願。待皈依儀式完畢，茗煌對宗教師說：「師父，請您幫我把迴向偈（願以此功德，普及於一切，我等與眾生，皆共成佛道）寫大張一點，謝謝您。」誓願與眾生同享皈依利益的決心溢於言表（參與觀察田野筆記 B，951114）。

Lewis Rambo 強調「皈依是一個動態性的變化過程」（許惠芳，1994）。它與人事、事件、意識形識、制度、期望、經驗等都有關係。皈依是身心與三寶的接觸，求受三寶，將三寶納到我們身心來，用最通俗的話說，皈依就是信仰佛教。印順導師《成佛之道》提及皈依意義：「這是深切的信順，信這的確是真歸依處，的確是能因之而得種種功德的。知道三寶有這樣的功德，就立願做一個佛弟子，信受奉行，懇求三寶威德的加持攝受。從表面看來，歸依是信賴他力的攝受加持，而從深處看，這是增上緣，而實是激發自己的身心，願其實現。」

所以我們會發現，癌末或臨終病人，在皈依前後其身心有巨大的差別，宗教的皈依儀式，好像是靈性力量的啓動鈕，皈依之後他內心潛藏的新能量就此釋放，猶如新的溪水淙淙地流入意識之川（Starbuck，1997）。皈依之後的信仰人，信仰著：世界的生命是活在兩面性的平面上，生命中既有人性的存在，同時也分享了超人性的生命，也就是宇宙或諸神的生命。人類生命不斷地在克服障礙、超越自我，其實就是不斷地在經歷死亡與復活。因此出生、死亡和重生被視爲是同一個奧秘的三個時刻，它們之間彼此相連而非間斷，正表明了入門禮的精神所在。宗教的入門禮強調超越克服死亡、從而復活、再生，猶如第二次的生命，是屬靈的再生（Mircea Eliade，2000）。

（二）我們想讓母親皈依

前面有提到，翠鬢在醫生告 dying 的情境下，家屬們臨時『喬』出一個決定：請求佛教宗教師，為母親皈依。皈依儀式進行中，病人的眼睛雖然是黑眼球在上、眼白在下，只能偶爾隨著宗教師的解釋說明，短暫睜眼注視佛像，而當皈依儀式進行圓滿，宗教師為翠鬢戴上佛牌並頒給她皈依證時，闔眼的翠鬢竟突然雙手緊握皈依證及胸前的佛牌。這舉動令現場的家屬從原本感動落淚轉為：「我覺得母親眉間鬆開，表情安詳的正在聆聽師父開示。（參與觀察田野筆記 A，950928）」

皈依這項儀式對翠鬢來講，是找到了自己在宇宙中的中心定位，透過皈依這個定向動作，她從這個定點之後，並藉之撐起了另一個神聖空間。皈依儀式定位下去後，是個定位點，也是一個突破點、中心軸。經過了它，翠鬢的心靈安頓了，從原本的懸置狀態轉為放鬆、安詳。皈依儀式的進行，在她的聖顯經驗中，她是能聽、能感受的，透過聲音、儀式，翠鬢把她自己擺進神聖空間裡。

皈依是家人對母親的靈性祝福，當病人的外觀呈現：眉間鬆開、表情安詳時，家屬於是不再激動落淚，顯然病人與家屬都因皈依儀式而進入迥然不同的世界中去。翠鬢轉向信仰的世界觀，開始與更高的神聖連結，尋找一個定點、新生命的下手處，安置自己忐忑不安的心情。奧圖（Rudolph Otto）在其《論神聖》（The Idea of the Holy）書中提到神聖的兩項功能：一是吸引人，一是敬畏感。所有宗教都具備這兩項特質，因為這是人們接觸信仰時，必然會產生的兩種反應。人類心靈渴求無限的境界，是因為有限之物視無限為其歸所（Paul Tillich，1994）。

即將步入死亡的癌末臨終病人，透過自身的各種生命跡象，漸漸意識到死亡時時刻刻都有可能來臨。但是尋求宗教儀式的安頓，本身所反應的是，病人對於生死問題開始生出一種「決斷」的心理。余德慧（2006）在提及願有決斷的良知

時說：「決斷讓人對自己的生命的投向有了確定，使得存在者『有了自己』的確信。當癌末病人這個『決斷』出現時，全身的心力導引著整個人的思維與行動力，形成由內在產生穩定自身身心的一股安定力。」有了決斷之心，生死才不會在凡塵俗世的瑣碎事物上打轉，也才能夠把自己跟超越世界的象徵意義連繫起來。

（三）菩薩在考驗我嗎？

素絹慕名從高雄來 D 醫院求診。才住院不久，宗教師就發現，她原本開朗的臉龐漸漸地垮了。原來最近病況惡化，使得素絹說：「現在是菩薩在考驗我嗎？（參與觀察田野筆記 C，951218）」這與她從先前的信仰那裡得到的訊息，似乎有滿大的落差。她對此解釋說：「他們告訴我說瑤池金母會幫我。要怎麼相信？今年四、五月時遇到禪師，我就都沒有去禪總了，我一直很認真在修啊，可是到後來也是一直慢慢慢慢轉移到這邊來啊。（參與觀察田野筆記 C，951221）」這樣的想法在臨終病房裡頗為普遍，它顯現出病人心中的恐慌與焦慮的處境，但是以世俗的努力想要換取宗教的永恆，或想要藉由宗教上的歸屬奉獻，來達成身體健康等世俗的心願，無疑都是 Elisabeth Kubler-Ross 所謂臨終階段的「討價還價」現象，通常都會要面臨最終失望的打擊。

但是身為陪伴照顧者的宗教師，要能透過對語意內容的了解，思索其真正的意義，要能聽見與看見病床邊的音聲，才能碰觸病人真正的心聲、體會他們所面臨的處境。素絹的話，顯現出她絕望的心情。她對原先宗教信仰的失望，並不一定是宗教信仰內容的問題，素絹本身此刻面臨的靈性問題，才是宗教師需要去面對解決的問題。事實上，病人的宗教信仰可以不同，但臨終面對死亡的靈性需求卻是一致的。在臨終照顧過程中，照顧者若能依據病人的信念，在靈性課題上予以適切的呼應與引導，方能夠協助病人緩解恐懼、達到善終（釋宗惇等，2004）。

第三節 死神的敲門聲愈來愈響聲

家屬與病人從各個角落抱著渺茫的希望到來安寧病房，但來到這便是處在一個「沒有積極治療空間」的調適狀態。來此不久後，隨時都會發生無法預期的狀況，例如症狀上的變化，言語無法形容的全身痛苦不適等。家屬看著病人的病情大幅度的走下坡，戰戰兢兢地掛念著死神何時會來敲門；他們愈是看見臨終階段的身體變化，愈是須要面對醫療這條路的瓶頸與有限。

一、死神在敲門

每個生命階段，死亡的陰影其實隨時隨地都在現身，與人照面打招呼。個人可以選擇面對它，也可以決定逃避它，但最終「面對自己的死亡」卻是一門個人怎樣也無法逃避的功課。但是個人對生命是否能夠因此有更深刻的瞭解，看見更寬廣的世界，接受生老病死乃是生命中的自然規律而不去抗拒它，則還得視個人這門「面對死亡的」功課做得如何而定。

（一）腫瘤在長大

素絹住院時間將近三個星期時間，身體不適、症狀未見緩解改善，她開始擔心出院問題以及症狀尚未解決的問題。這個階段的死亡陰影無所不在，素絹面臨醫師開止痛藥，但止痛藥的副作用更加劇了身體的不舒服。不斷地嘗試各種不同藥物，只希望能夠藉助止痛藥緩解身體的不舒服，但止痛藥的副作用，卻換來另一個症狀上的不舒服出現。「坐的時候，這個（淋巴水腫的腹脹）就一直堵在那邊啊。（指著肚子）他們已經很盡力而為了，…我覺得它一直上來了。（參與觀察田野筆記 C，9512120）」

才兩天時間，素絹又與宗教師說著她的新發現：「師父！您看我的眼睛都下垂了、師父！您再注意看，這裡（手比左眼眼垂）已經左右眼不太一樣了，X醫師有說可能有神經壓迫，是胸腔這邊引起的，因為X光片，胸腔有發現一些小顆的；我的腳也開始腫了。」、「而且我的兩隻大腿也脹。」身體在短短的時間內突然驟變，腫瘤在身體各處開始現身，不管是病人或家屬，都能意識到此時的病身，在醫療這條路上能做的事已經是很有有限了（參與觀察田野筆記 C，9512124）。

這時候素絹的整個對話焦點，已經轉到現實的身體症狀上去了。余德慧(2006)指出「轉落期」的病人，不僅是身體的衰落，而是從世界掉落。世界是指「人所造的居所」，即所謂的「心智自我」，當心智自我建造世界時，他的生命時間是投向於世界的。因此，他的身體會被心智自我超越過去，心智自我的時間即是「世界時間」，但當病人轉落期至病沉期之際，他會被卡在「世界時間」的進出之間，進退失據。病人發現他進不了世界，可是心智自我依舊還投向世界。身體整體性變差，被卡在身體的統整與失整之間，有著非常疲累的鉛錘感，甚至連針劑都變成沉重身體的心理撫慰工具，而非針劑本身的藥效。此時期的病人情緒超越理性，而以一种身體深層赤裸裸的表達，稱之「深度情緒」（deep emotion）。

有一次素絹在抱怨她關於使用嗎啡的醫療處置：「師父！我嗎啡停掉了，因為昨天暈一天，所以停掉嗎啡了。一點點藥都讓不舒服，整天都在暈，所以把停掉了。（參與觀察田野筆記 C，9512124）」這個時期的病人，面對自身的疾病變化，以及醫療對症狀的處置有限時，像極了赤手空拳面對勁敵的人，不斷發出焦慮的心聲。心中的恐慌可想而知。素絹的擔憂全反應在停藥後的不安上：

「嗎啡停了，可是（肚子）痛還是比較沒有辦法，而且好像比較會痛。

用之前的藥要處理肚子的痛。也可能沒有辦法。我的腳很腫，這裡都硬

硬的。這個腫我不知道要怎麼處理？是要墊高還是要走路還是要怎麼樣。（參與觀察田野筆記 C，9512125）」

素絹繼續問著：「他們現在還是有幫我用止痛的嗎？」宗教師：「對！另一種。」她又說：「那個藥加強一點可以嗎？X 醫師之前也跟我說會慢慢適應，但我一直不適應。」此時難耐不安的身體最需要的是針劑的緩解，但萬萬沒想到竟然會出現藥物不適應的問題（參與觀察田野筆記 C，9512125）。

這是一種非常難受的過程，病人的身心好像被卡住了。這段時間，在病人對針劑的需求也變得很複雜，已經沒有辦法像之前有規則可循。統整能力變差的病人，心智逐漸沉入身體的知覺感受，甚至對身體無以名之的存在狀態顯得無所適從，進而感受到一種全面性（整體）的累。整體沉重的身體感，像鉛錘一樣無法撼動只有病人對針劑的需求與作用，可以觸碰他如鉛錘般的身體，暫時舒緩無以名之的難耐不安（余德慧，2006）。

幾天後，素絹一早又說著自己的腫瘤新發現：「師父！我跟你說，我右邊的腋下昨天明顯開始腫，你摸摸看。」宗教師伸手觸碰發現這個新腫瘤後說：「好大！很腫耶，你剛剛有沒有跟 X 醫師說？」素絹則回應說：「沒有，他不知道，他的注意力在我的腳腫。」守在一旁的先生也補充說：「但這也無法處理」素絹問著：「師父！還有其他方法嗎？」素絹語氣沈重說著身體的改變：「整個身體使不出力來。很重，很重的感覺。我（摸著漲大的肚子）入院的時候是三個月，出院時已經八個月了。」素絹夫婦帶著逐漸失控的病身，無奈地出院返家（參與觀察田野筆記 C，9512127）。

轉落期的病體，因為身體整體結構的失序，隨之而來的是世界時間的混亂，原本與世界保有的秩序變得七零八落。因為日夜顛倒的作息，即使病人稍微清醒，

能夠適度配合世間來作息，但是失序、動彈不得的狀態，也無法讓病人維持在世界時間當中。當身體已經變成心智參與世界的前提。病人夠維持世界時間的感受就會慢慢消失，取而代之的是病人必須要回到身體表達的內容之中（頭暈、睡不著、累、怎樣才會舒服一點……），整體而言，病人從世界時間的存在狀態，轉變成身體時間的存在狀態，時間感則從對事情的投入逐漸回復到病體的本體感受，整個時間的具體意義必需要回到身體之上，照顧者沒有辦法使用世界時間的運作邏輯來安撫病人的不安（余德慧，2006）。

（二）常常吸不到氣的感覺

一直認真受持佛教定課的茗煌，大出血的情況漸漸較穩定。某次查房時，他突然主動向宗教師表達心中的想法：「我想去 X X 寺走走。」宗教師看見茗煌認真，很高興地回應說：「看什麼時候？您們決定好時間通知我喔，不然這兩天。」宗教師為他高興，也期待他能成行，因為出血狀況還算穩定，當天下午即刻辦好出院回家（參與觀察田野筆記 B，951122）。

隔天一早，茗煌太太回門診拿藥，親自來到護理站與宗教師說著：「我們星期日前往。」彼此互道：「星期日見喔。（參與觀察田野筆記 B，951123）」令誰都無法知道預料到的情況，出發當天，電話傳來茗煌太太的聲音：「師父我們無法去了，因為他在出血，我正要送他去急診。（參與觀察田野筆記 B，951126）」可見病身的變化起起伏伏、迅速無常，實在是人所無法操控預料的。

最後一次入院，宗教師感覺到茗煌的改變。每每上午團隊查房時間，宗教師跟隨進入病房，茗煌都會主動舉起左手與宗教師揮手致意。幾天後的一次查房，茗煌邀請宗教師坐在其左邊，（茗煌突然抬頭轉向宗教師）說著：「您指示一條路，告訴我，讓我趕快走，活得很痛苦，拜託您。」宗教師心頭震驚一下，茗煌

繼續說著：「生不如死，我活著，什麼都不能做，只能待在這張椅子上，哪都不能去；活得很艱苦，不能躺，也不能走動，只能坐在這裡；常常吸不到氣的感覺，我想早一點去，不要再這樣拖。」。靜默一旁的太太說著：「他最近很需要氧氣戴著，也比較吃不下。」宗教師同理茗煌身體受到傷口的束縛、被綁住、有一種窒息的感覺（參與觀察田野筆記 B，951130）。

清理完傷口的茗煌，由太太陪同前往交誼廳，觀看真人真事念佛事蹟錄影帶；影帶播放過程中，他邊看邊分享自己曾在大陸的經驗，偶爾會不知不覺就睡著了，約過了二十分鐘，茗煌感覺自己呼吸困難、吸不到氣的感覺，太太立即推著他返回病房將呼吸器戴上。太太陳述看完後半段影片的心得與先生分享：「一個人有心念佛！不會因為他的環境如何，當他心意堅決，一心一意的念佛是有可能的；念佛是隨時隨地下功夫的，任何環境都影響不了她，先生以為太太已經沒有在念佛了，其實是念在心裡。（參與觀察田野筆記 B，951130）」茗煌的太太除了照顧先生外，也常常扮演著先生的善知識角色，不時的鼓勵先生。

茗煌計劃到寺裡走走，腫瘤突發的大出血，除了打亂他的計畫外，再次把他送回了醫院，大出血向人迎來的死亡壓迫感，加上他發現漸漸吸不到氣的感覺愈來愈明顯，護士小姐也發現最近明顯的變化：

「這次住院進來，病人明顯發現狀況走下坡了，臉頰開始凹下去，身體扭曲愈來愈明顯，本來不需要戴上氧氣，現在氧氣幾乎戴整天，我們任何一班換傷口都是非常戰戰兢兢，傷口出血的地方愈來愈近頸動脈地方，且愈來愈深，我能不動到就盡量不去動到它，都不知何時會隨時隨地會「噴出來」（參與觀察田野筆記 B，951130）。」

扭曲變形的身子讓病人受盡痛苦，不得不對它妥協。臨床邊的信任關係，可

以適時讓病人發洩情緒，只有將心中的壓力與不舒服說出來，才有容納活水並轉念的空間。死神的臉，潛藏在每一個臨終的病身裡，任何人在它剎那的變異中就輕易地窺見。

（三）嗜睡時間愈來愈長了

翠鬢往生前二十多天，生理症狀開始出現大部分時間的嗜睡、血壓持續偏低、反應慢、可單字對焦回答、語言模糊、也不太表示身體痛或是那裡不舒服。翠鬢的主治醫師在這樣狀況下，也通知家屬要有臨終的準備。醫療在這段時間能做的，就是透過藥物讓病人的身體，維持在較舒適的狀況下，所以大部分時間翠鬢經常是在嗜睡當中。這段時間，病人如過是在親人的溫馨陪伴下，表情更是隨時呈現安詳。

時空混亂的狀況持續了幾天。大夜交班直至清晨，翠鬢血壓呈現下降、語言模糊但可以對焦說話、沒有說痛與不舒服，直至中午血壓仍然偏低。正在跟團隊查房的宗教師，發現病人神情意識不太對，半途脫隊陪著個案去佛堂。翠鬢一聽見宗教師的聲音，立即睜開眼經說著：「師父！阿彌陀佛。」宗教師陪著翠鬢進入佛堂，她不斷合掌拜佛，眼睛雖然睜不開，但雙手仍然不斷合掌拜拜狀。近中午時間，坐在多功能椅子上的她，聽見宗教師的聲音「老菩薩！」語言模糊的她仍可對焦回應：「阿彌陀佛！」。陪在媽媽身旁的兒子，不斷地搖醒母親說著：「師父來了！媽！你不要睡覺啦。」照顧的媳婦表示母親在今天上午醫師查房時，媽媽已經都沒再說話，也沒有說哪裡痛了（參與觀察田野筆記 A，951025）。

病人雖然意識狀況經常呈現著似醒未醒的狀況，但翠鬢只要外傭推她外出散步進入佛堂時，眼睛無力睜開但只要進入佛堂的她，雙手仍然似有目標的不斷雙手合掌作揖。常常來院陪伴的子女，也發現推著媽媽進入佛堂時，會有不一樣反

應，從外面推母親回來的么女主動與宗教師說著：「媽媽一進佛堂，都不會忘記要合掌耶！到戶外樓下時，媽媽要我們攙扶著她，她要起來走一走，所以我們就扶著她讓她走一走。」宗教師主動將病人注意力轉向原宗教信仰上。這段時間，宗教師每每探訪翠鬢發出「老菩薩」聲音，她會有睜眼及「師父！阿彌陀佛。」反應。對於這樣的狀況，宗教師安撫並鼓勵翠鬢「放輕鬆，多念佛喔！」持續幾天這樣的狀況，宗教師拿著大悲水探望翠鬢。她知道宗教師回寺裡開車要一段路，很不好意思說著「師父！謝謝您，路途這麼遙遠，給您麻煩，很不好意思。」（參與觀察田野筆記 A，951026）。

血壓逐漸回升的翠鬢愉悅地說著：「感謝師父常常來看我，我以後也會常常來看你，感謝你。（參與觀察田野筆記 A，951028）」隔天清晨，輪椅散步回來的她，看見宗教師出現，堅持表示要宗教師帶她去領錢「我們現在去後庄領錢。我還有存有一些現金，我要給您xx萬。這是我要給你的，他們還沒來，他也不用知道，我們先去。我也想給阿謙 1200.-或 1500.-，師父！您覺得夠不夠呢？」對來探望的朋友也會表示著：「感謝！感謝您大家來看我。（參與觀察田野筆記 A，951101）」經過一段嗜睡時間之後，再醒過來的翠鬢，宗教師發現：她一直在表達著心中「感謝」的情緒。而她似乎有著準備要離去的心情，急著對曾經陪他、照顧過她的人，表達她的謝意。

同樣這段期間，照顧的家屬，也發現擬象的狀況與日常時空交錯著出現：翠鬢整天非常忙碌，從事著她過去熟悉的事情（蒸棵、曬筍乾...等），照顧的家屬也配合著精神奕奕的她，幾乎把大家忙得人仰馬翻（參與觀察田野筆記 A，951101）。翠鬢隨著內心的思緒，似乎不斷地忙著過去熟悉的事情，蒸棵、曬筍乾等等家事。而擬象世界運作的特性，是由病人由內而外的決定事物，由腦中較早的儲存的記憶來理解他所看到的東西事物，是一種「退化轉超」的現象。且會

出現在表現或溝通有著典型「不相續」型態（余德慧，2006）。

往生前約兩星期時間，擬象轉換現象不斷出現著。仍然白天嗜睡翠鬢，直至下午時間，才會逐漸清醒。有一次傍晚時間，宗教師路過護理站，看見翠鬢與外傭在客廳坐著，她睜大眼睛一直注視著前方。當宗教師坐下來時，一下子時間，翠鬢喊著：「不要抓我！把它們抓走、把它們抓走（個案緊緊抓住宗教師的手）。」宗教師回應說著：「什麼東西？」翠鬢沒有說話。宗教師：「我們念佛，叫它們跟佛祖去。」翠鬢：「好。」翠鬢開始跟著念佛。隨即時間，她又說著：「麗霞要給您百香果，你要收下來。我覺得我的父母很艱苦，我都沒有做什麼。」宗教師問著：「您是說以前，還是住在安養院的時候？」翠鬢：「以前，所以我很艱苦。」宗教師：「您很煩惱伊們。」翠鬢：「對。」宗教師：「我們來念佛回向給父母，好不好？」翠鬢：「好，來念佛。」翠鬢跟著宗教師念佛一段時間後，小姐送藥過來，外傭餵完藥後，宗教師離去（參與觀察田野筆記 A，951108）。

「擬象轉換」的現象，隨時隨地與現實情境一直交叉出現。白天一直呈現嗜睡的翠鬢，但可以對焦簡短對話，大小便也會開口請阿謙外傭協助。但即刻又出現自言自語不斷說著說著：「回去」、「坐車」、「為什麼大埔沒火車？」（參與觀察田野筆記 A，951103）」或是出現上車、不斷洗手、一直在縫補衣服的動作。中午吃著稀飯時，炯炯有神的她，清楚與宗教師對話，但隨即又出現洗手、不斷縫補及拆衣服鈕扣動作。

假日隔天返回病房的宗教師，進入病房探望她時，四女兒說著：「我媽媽一直說師父怎麼還沒有來啊。」看著坐在輪椅上翠鬢，宗教師問著：「我是誰？」翠鬢：「第一個叫我老菩薩的人。」（參與觀察田野筆記 A，951105）。

(四) Total pain

翠鬢因身體種種不適症狀、腹瀉、服安眠藥也無法入眠而再度入院。翠鬢先生提到回家的狀況：「回去怎麼樣都不是，整天一直要出去。」醒來的翠鬢說著：「胸口還是會艱苦，我也不曉得該怎麼辦？也因為胸口艱苦，所以回家都睡不著。」宗教師問：「煩惱什麼嗎？」翠鬢即刻回答：「為什麼觀音佛祖為什麼到現在不帶我回去？」宗教師安撫著翠鬢：「咱虔誠一意念佛，專心念佛功德回向一切眾生，咱是皈依三寶弟子，攏是佛祖的學生、佛祖的孩子，咱是同學，早晚都要去佛祖那裡聽經聞法精進用功。時間到，伊就會來帶咱回去。」專注聆聽，睜大眼睛注視著宗教師，突然說著：「我現在我躺在這裡，可以怎麼用功呢？」宗教師：「我們來念佛！」翠鬢立即將雙手放在胸前說：「好。」（參與觀察田野筆記 A，951021）

前面提過，轉落期的病人會隨著身體的統整性消失，心智沒有辦法像以前一樣的控制和統合身體，而逐漸由內蘊生出一種「深度情緒」。有別於一般的社會情緒，病人的深度情緒並沒有特定原因。莫名的就會有煩、累、亂的感受，或是躁動的行為。病人的「煩」在於他沒有辦法像以前一樣投入一件事情而獲得片刻的安定；病人的「累」則在於意識本身逐漸向身體沉入，微弱的心智感受到生病身體的沉重感，心智運作逐漸靠近身體，並且跟不上界世界的運作速度；而「混亂」在於原先世界的秩序也包括身體的秩序已經消失，以前活在世界的統整感不再，取而代之的卻是失整的不穩定感。整體而言，煩、累、亂等種種，沒有辦法作什麼的沉重感，經常會讓病人想要求脫（余德慧，2006）。

另一位病人素絹二度入院也有有同樣的身體狀況，宗教師發現素絹不斷改變或移動著身體姿勢。病人已經面臨「失控」與「無力」的來臨。素絹表示對自己的身體不知如何是好，聲音更啞、眉頭皺起來的她，問著宗教師：「纏腳會比較

好一點嗎？會不會比較舒服？…身體不舒服，腫瘤壓迫頂著關係，躺著不舒服，也不知如何躺才會比較舒服。」、「身體不舒服，是身體不舒服讓我痛苦；肚子其實也不是痛，是不舒服。」轉落期的病體，病人身體無比沉重，身心整體懸置狀態下，針劑變成病人唯一的請求與度時間的方法。很不舒服的感覺，可以從素絹不斷地移動和改變身體的姿勢看出來（參與觀察田野筆記 C，960104）。

轉落期的病人處在一種身心靈一體的難受狀態，病人會覺得身體不舒服、疼痛感。但當照顧者問病人哪裡不舒服時候，病人的回答往往是「全身的不舒服，真的是沒有辦法形容的痛苦。（參與觀察田野筆記 C，960106）」病人無法指出是哪個特定部位的疼痛，甚至也說不出來什麼原因，讓他感到不舒服。這是病人逐漸發展出來一種比特定部位的疼痛還要不舒服的感受，稱之為「無法敘述的整體痛」（undescrivable whole pain，或醫學稱之的「total pain」）。因為臨終的身體統合性（integration）已經逐漸散失，而朝向一個原來心智所把握不到的狀態，自我意識已經無法明確將身體的感受加以對象化，做出不同的區別，相反的，身體的失整，會從身體不斷湧出的各種感覺，病人卻「無以名之」。無以名之的身體狀態，本身就構成一種難言的壓力—身體不斷回報那整無法表達的感受，這個時期的病人，顯得動彈不得（余德慧，2006）。

二、病床邊的新功課

（一）宗教師的現身象徵

自從翠鬢皈依與信仰連結之後，宗教的皈依定向感，讓她有了一個用功的下手處，安置了她自己忐忑不安的心情。家屬知道母親皈依後隔天逐漸甦醒，第一時間趕緊安慰母親：「昨天已經幫您辦皈依了，請媽媽務必安心。（參與觀察田野筆記 A，950929）」趕來探望的家屬，難掩心中的高興，卻也按捺不住必須面

臨即將生離死別的事實。皈依是子女們竭盡所能為母親的靈性祝福，希望虔誠信仰的母親，能夠在宗教皈依儀式後，更加有信心的進入信仰領域，進入神聖的殿堂。

翠鬢已經多日沒有說話的她，皈依隔天開始出現簡單的表達，這個情況讓家屬與醫療團隊十分意外。皈依後的說話是這麼開始皺著眉頭說：「（嗯）想、想回家。」除此之外，翠鬢就不再說什麼了，任憑大家問她有關種種身體的問題，她都狀似深思而沉默不語。等大家離去，翠鬢主動告訴宗教師：「我無法做決定！」「師父！師父！我身體愈來愈沒力了，念不出來（語調緩慢）。」不久時間，翠鬢從躺臥姿勢改採半端坐姿勢，一直喊著「師父啊！師父啊！」眼神隨著宗教師位置而移動，宗教師陪伴她在病房裡坐了下來，此時身體極度虛弱的她，多說一句話，好像都是一件相當費力的事情，靜默陪伴也是一種心靈力量的支持（參與觀察田野筆記 A，950929）。

當人身體越接近下坡狀況時、碰觸到自己的生死極限情況，「諦念」就容易冒出；「諦念」是一種比較徹底、決斷的信念，此時，人會發現世間所有情況都是「有時」，皆是無常不斷在生滅變化中。臨終之人漸漸逼近自己身體即將粉碎，準備死亡時刻，會經驗一種散掉的世界，在這個散掉的世界裡，人們不再認識我們現在所認識的世界；不會再「巴著」世界，也不要再「巴著」現在的身體狀況。因為所有這些世界裡的事情，皆知道它不是真的，準備落土返回大地（余德慧，2003）。由於以上說明的特殊臨終處境感受，從此之後，翠鬢與宗教師之間似乎因此發展出一種特殊的締結關係。宗教師每探望翠鬢，就會稱呼翠鬢「老菩薩！」，翠鬢每每聽到宗教師發出「老菩薩」聲音時，翠鬢也會立即回應「阿彌陀佛！」病床邊的「同修」關係締結，從此啟動。

許多研究顯示，安寧的臨床宗教師對於臨終病人確有極大的幫助。安寧緩和

醫療工作，除了積極的處理癌末病人的症狀，同時應給予積極的身心靈支持，宗教師不僅是被動式的照護外，宗教正向思惟可以影響癌末患者面對自身疾病的態度；希望透過宗教引導病人內心產生對疾病不同的看待態度。宗教力量介入，可改變個人對癌症的看法和轉化其死亡態度（黃湘惠，1996）。許多臨床研究也發現，臨床宗教師的參與照顧，病人明顯地恐懼減少（陳慶餘，2003）。這可以說明翠鬢此刻由宗教師處所得到的支持力量，但是所以能夠發揮正面的支持力量，主要還是與病人在死亡迫近下產生的宗教情緒有關。

德國新教神學家兼哲學家士萊馬赫(Friedrich Ernst Daniel Schleiermacher)，在宗教信仰本質上提出兩個傳統觀點：一是理論觀點，即把宗教等同於最高的知識，看作是一種思想方式、一種信仰、一種思考世界的特別方式；另一種是實踐觀點，即是把宗教視同於道德，看成是一種行動方式、一種特別的願望、一種特殊的行為和品質。宗教信仰就本初特性而言，是一種獨特的情感，即「對於某種截然不同於這個世界的力量或源泉，一種絕對的、或徹底的依賴感」（張志剛，2006）對翠鬢而言，此刻的宗教需求當然是實踐觀點的宗教，當中含藏著某種對生命力量源泉的徹底依賴，也有強烈導向具體宗教拯救行動的需求。

（二）時時刻刻為心靈灌溉法水

宗教進駐身心的茗煌，皈依之後開始行持奉行每日定課。大腫瘤傷口的不舒服不因為注意力的轉移而可以免除。這個時期的茗煌，鎖骨區淋巴轉移 6×6 且觸不到底的腫瘤傷口疼痛正處於「無法度百分之百控制著，但有稍微控制。（參與觀察田野筆記 B，951118）」的階段，除護理人員三班定時及非定時為他清理膿血等分泌物外，也只能靠著嗎啡針劑舒緩。

皈依之後，話不多且漸漸沙啞的茗煌，每每清晨查房時見到宗教師，總會主

動舉起手與宗教師揮手致意。宗教師也開始主動釋出關懷的訊息：「您有需要我幫忙的地方，就不要客氣可以找我。」茗煌回應：「沒。傷口艱苦、痛。」腫瘤傷口一直是影響著他和困擾他非常重要的因素。但宗教師不斷地提醒茗煌：「咱要度這個傷口，且太太也在幫您、醫師護士大家都在幫您喔。」茗煌點頭表示著他也知道解大家一直都在幫著他。日後的幾次陪伴，宗教師從茗煌處得知，他自己的病況處理方式必須要做調整了。「化療比較不可能、較困難」、「我就照伊（醫師）的意思給哪處理就好。（微笑）看病就是要信任醫師啊，讀書就信任老師啊，對否？」他不再有自己的想法與堅持，此時的醫病關係，茗煌的態度也完全轉向，願意聽從主治醫師的決定和處理（參與觀察田野筆記 B，951118）。

一天查房時間，茗煌沙啞但愉悅地告訴宗教師，眼睛可及之處的病床上，放置著一張 A4 紙張，上面寫著「願以此功德，普及於一切，我等與眾生，皆共成佛道」的四句偈。當宗教師注視著這張放大的紙時，茗煌說：「是我請護士小姐幫忙，寫再大張一點，更方便好看，我比較好看得到字。（參與觀察田野筆記 B，951122）」宗教師對於茗煌隨時提醒自己用功回向的認真，表示感動與肯定。雖然頭頸部腫瘤的病情變化，導致他愈來愈嗜睡，但他卻時不忘努力做功課，此時床邊的台語音樂，不知何時也已經變成佛教音樂了。

Paul Tillich（1994）在《信仰的動力》中提到：每個信仰行為都包含「認知肯定」（cognitive affirmation）的成分。「認知肯定」並非一單獨存在的現象，是一個接受與臣服的整體行為中不可或缺的一部分。信仰不是藉由「下決定相信」這個單一行動便可獲取的結果。信仰肯定了個人寄予最高期望之意志，接受與臣服信仰的決心是使信仰臻至忘形境界的要素。信仰是一種認知行為，也出於個人意志之舉；是發自整個人格的行為，它更是個人生活的動力；使一個人生命中的理性與非理性元素都得以超越昇華至更高層次的行為。茗煌此刻的心境似乎也達

到了「認知肯定」的地步，讓信仰展現出一種堅定意志的行動，成為他臨終生活的主要動力來源，在這當中我們也看見了理性與非理性因素的整合與昇華。

這樣的變化當然是與人在面對終極處境時的醒覺態度有關。張志剛（2006）引述 Paul Tillich 對宗教信仰的觀點，說明「宗教是人類精神的一個方面」以及「宗教是人類精神生活的本體、基礎和根底。」宗教信仰總是力圖觸及人類精神生活的本體或底層，使其從日常生活的塵埃和世俗活動的嘈雜中顯露出來，以使人們能夠獲得神聖的經驗，即感受到終極意義和勇氣的源泉。宗教信仰在人類精神生活裡，即在其底層重新發現自己的真正處所，並由此出發為人類精神生活的所有特殊功能提供主旨、終極關懷、判斷力和創造力。我們從茗煌表現出來的宗教獻身(commitment)行動，也可以感受到信仰帶給他的終極意義和勇氣。

（三）身心沐浴在清淨的法義中

從南部專程來 D 醫院處理肚子不舒服的素絹，團隊的醫療照顧與設備，讓她肚子微腫的身軀感覺到終於有個安置之處。「都不用多懷疑！實在很舒服、很棒。（參與觀察田野筆記 C，951218）」但隨著時間的增加，住院十多天後，肚子漸漸地腫大隆起，不時抽痛難奈，以及藥物造成頭暈等現象，都讓她感到身心坐臥皆不舒服。素絹疑惑的問著宗教師：「現在是菩薩在考驗我嗎？（參與觀察田野筆記 C，951218）」。她也知道團隊已經盡全力，但卻使不上力，心中顯現著無奈。她對宗教師說：「我想回去了，差不多也是這樣，反正也是這樣醫。」又說：「師父！他們告訴我說瑤池金母會幫我，要怎麼相信？（參與觀察田野筆記 C，951220）」宗教師解讀素絹的心情，認為她正面臨恐慌與無助的狀態。

一天清晨，高雄禪堂同修四人來訪，並送了她一本小冊子《晨鐘》。宗教師順勢趁著這個機會，提醒素絹停下腳步，注意看此時此刻的自己。宗教師首先提

醒素絹自生病以來不斷得到眾人關愛協助的事實：「從生病開始的信仰接觸，它們幫您遇到禪師、瑤池金母等；眾多的神明以及現在的醫療團隊，大家一直都在設法、想辦法幫助你，從來沒有放棄過你，解決著接踵而來的身體問題。」接著再引導她看見自己的本份，需要用功的是自己的方寸之地。對此，宗教師說：「身體治療的功課是醫生們的工作，但自己的心、怎麼去想、平常要怎麼樣受持用功，才是我們的功課。為什麼您要去扛身體治療的功課呢？」這些話似乎撞擊到素絹的心坎，時間暫停的那一刻，素絹伸出雙手握住宗教師，一切無聲勝有聲，病床邊發生了「心」與「心」的新關係（參與觀察田野筆記 C，951221）。

高雄的禪師送給素絹《晨鐘》一書，她隨時隨地放在枕邊。宗教師與素絹新關係開始的隔天，素絹看見宗教師出現，便取出《晨鐘》邀請宗教師：「師父！您講《晨鐘》內容給我聽，您說給我聽。」專注聆聽的素絹，時常會要求宗教師，繼續進行經文內容的講解：「師父！您繼續講。」她認真到專注聆聽之外還會要求「師父！您再幫我做一次剛剛的內容複習。」宗教師除了將內容做重點連貫的複習外，也會順勢讓她說說聆聽經文的想法與此時此刻的心情，並透過經文的對話提醒她：「要時時修無常觀，每做完功課要報恩、要迴向喔。」（參與觀察田野筆記 C，951222）。

宗教師發現，素絹願意再伸出雙手，接受宗教信仰，再次生起接納的神聖心情。讓「講經」與「聽經」的活動好似在進行著一件思維生命的神聖工作。透過宗教經文詮釋而開展的對話交談，素絹開始願意為自己的心靈加油，愉悅合掌對宗教師說：「阿彌陀佛，信受奉行。（參與觀察田野筆記 C，951222）」宗教師感受到素絹的法喜。

Paul Tillich（1994）認為，進入信仰領域的人，便等於進入了生命的聖殿。凡事有信仰的人，就會意識到神的存在。人們往往將他們最關心的事物尊為神聖。

如果一個人感知到某物為神聖，他同時也感知到神性的存在，感知到終極關懷的內涵。透過宗教經文詮釋的意義與力量，讓素絹的心靈又從重新動了起來，她的精神視野增加了宗教向度，打開了另一個可以生活的精神世界。余德慧（2006）也提到，於臨終階段世俗性事物的價值會快速地退落，漸漸地朝向臨終者襲來的是意義的問題。當意義能更被臨終者逐漸收攏具現時，我們隱然看見希望的萌芽。「希望」讓生命的輪軸有著繼續旋轉的律動，而不是讓生命靜靜地等待枯朽和腐敗。

第四節 今生與來世的約定

愈接近臨終階段，病人對醫療的需求逐漸減少，可能的對話聲音也變少，整個人彷彿漸漸沉入自己的世界中。在旁陪伴病人的家屬，紛擾不安的情緒浮現，因為死亡來臨前會面臨要不要回家的抉擇，因此感到焦慮與慌張。看到癌末病人身心的極苦而感到不捨，這時家屬會出現「放手」的心情轉向。雖然死亡是別離的開始，但對病人來說卻是痛苦的解脫，他們希望受苦的病人安詳地走向生命的另一端。

一次的例行查房時間，資深護理師告訴宗教師：「這床病人需要的是您，他現在所需要的，不是我們可以幫她的（參與觀察田野筆記，960328）。」面對無治癒空間時，醫護人員要以醫療處置進入病人世界便顯得困難，臨終的身體其身心需求已不是什麼病給什麼藥就能有效解決的，也因此宗教師得以運用宗教照顧進入關懷病人，並被病人與家屬接受。透過佛教法義，引導病人與家屬，透過正向思維去接受現在的狀況，運用佛教法門的用功學習與病身相處，肯定今生努力，還要對未來發好願，進而轉向積極、慈悲的態度，跨越自己生命的臨界點。

一、接近臨終的交談

(一) 將力量放在信仰上

素絹再度入院的第二天，是她往生前七天。她的身體有明顯的改變：聲音嚴重沙啞、呼吸變得很喘、很急促，素絹呻吟著且不停改變姿勢，移動著不舒服的身體（參與觀察田野筆記 C，960105）。她似乎也自覺到身體和以往不同了，「師父！我都說不出話來，不知該怎麼辦？我發現自己開始聲音沙啞、都說不出來了。」宗教師回應素絹說：「身體狀況確實明顯不同於以前了，我們做功課時，只要在心中默誦就好，不用發出聲來，要記得發願、回向。（參與觀察田野筆記 C，960106）」。

此時的她，病程進展就像呼吸一樣，死亡帶來一種壓迫感，讓人直喘不過氣來。宗教師想，應該可以開始做衝刺前的準備功夫，於是問了素絹平時受持的功課，也就是關於瑤池金母讚的內容。頓時，素絹精神奕奕從身邊的紅色皮包，拿出瑤池金母的小卡片遞給宗教師，隨即默念著瑤池金母讚：「勸眾…。」宗教師讚嘆說：「好厲害喔！這麼長您都可以背起來，平時有比較短的句子可以隨時默誦的嗎？」素絹說：「就是念『彰化東華宮瑤池金母』。」宗教師提到「當人比較虛弱、無法集中注意力時，可以在心中念較短的偈子。再加上照片的話，更好觀想用功。」（參與觀察田野筆記 C，960106）。

爲了趁乘追擊，希望趁著這個時候還意識清醒時，能建立清楚的往生目標與方向。宗教師鼓勵素絹發願往生：「您要發願當王母娘娘的孩子喔、要發願當天女喔！」素絹開心微笑回應。宗教師接著說：「您已經願意跟祂了，要發願當祂的孩子，要發願當個漂亮的天女，您一直信仰學習王母娘娘，不要忘記王母娘娘莊嚴相也是累世修來的喔，我們生生世世要做修習善法的人喔。」素絹也認爲：

「那樣是最好的。」宗教師說：「祂也是護持三寶的人，您也要追隨祂，繼續護持三寶。」呼吸喘而短促的素絹應了一聲：「嗯。」在這個階段，極度的不舒服，讓病人不得不將全身的注意力放在這個病身上。宗教師看見素絹呼吸費力而且很喘，所以用身體放鬆的觀息方法，加上稱念自己信仰的主神，鼓勵素絹說：「我們來用功，我念出聲音，您隨著我的聲音，呼吸放輕鬆，吸-呼-吸-呼……。」此時，素絹隨著宗教師的呼吸，自己默念著「瑤池-金母、瑤池-金母……。」（參與觀察田野筆記 C，960106）。

（二）功課繼續做下去

護理人員交班時，講到茗煌的狀況說：「換藥時，開始會 bleeding。二來，他想吃，但是吃不下去也吞不下去又會吐，他自己也很難過怎麼會這樣的狀況。」宗教師進入病房時間：「您最近吃東西，不是很舒服喔！」茗煌（抬頭注視宗教師）點點頭。宗教師再問說：「會餓嗎？什麼時間最明顯？或是吃什麼東西會有這種狀況？」茗煌說：「不會餓，偶爾會餓，但吃東西到喉嚨就下不去了，且會想吐。」一旁照顧的太太則說：「像兒子昨天買水餃給他吃，才吃到嘴巴，就下不去了；但後來吃蜂蜜蛋糕就又可以，喝水也可以。本來他喜歡喝魚湯，我已經加薑了，他還是覺很葷，喝不下去。下午和晚上比較嚴重，尤其是吃肉或是重味道的東西，但今天早上吃葡萄吐司、喝水又可以。我不知道是他的傷口在吃東西還是他在吃東西？」（參與觀察田野筆記 B，951204）。

當邊界經驗出現時，讓病人不假思索就能直接體會出自己死亡的必然性，立即引起強烈的恐懼。隨著身體持續的變差，在某一個時間點的時候，病人在身體上突然產生瀕臨死亡的現象。病人大多會有激烈的情緒反應，甚至陷入無法控制的恐慌（余德慧，2006）。因為吃不下，讓茗煌碰到自己的邊界經驗，意識到這樣的病身，感到難過。於是宗教師鼓勵可以吃些比較味道單純的、或是味道比較

不要那樣重的，順著自然對味的東西進食就好，當餓了再吃東西。接著說了目蓮的故事，並教茗煌吃東西前，持滅定業真言回向和用功。往生的前二天，查房時，宗教師坐下來問茗煌是否吃過早餐。太太回答說：「吃了，而且他告訴我，他一早五點就起來念佛做早課了。（參與觀察田野筆記 B，951205）」宗教師對茗煌的認真，非常讚歎「很棒喔！」聽到聲音的茗煌，睜開眼睛注視著宗教師。於是宗教師與他分享，前晚寺裡共修的開示內容，並提到十隨念的用功方法：

「這是一種隨時念佛的功夫，觀看佛像或禮拜佛像時，要將佛像看清楚，並深刻地映在自己的內心、腦海裡，觀想佛的相好光明，隨時保持在這種狀態。所以這張佛像卡片，當您睜開眼睛時，時時刻刻就看著佛像，閉眼時，佛像自然浮現在心中，喔，功德不可思議。（參與觀察田野筆記 B，951205）」

但茗煌擔心說著：「我現在說話，比較無力且沒有聲音了。」宗教師表示了解他的顧慮，就指引他說：「所以觀想佛像時，不用出聲音，在心地上下功夫。」茗煌專注眼神注視著佛像，宗教師則一旁鼓勵說：「對，就是這樣，專注地注視佛像，然後眼睛閉起來，看佛菩薩的莊嚴相會不會自然湧現，慢慢練習。」茗煌繼續專注觀看佛相。於是宗教師把佛像貼在茗煌容易看到的地方，能讓他隨時用功。不一會的功夫，茗煌又睡著了（參與觀察田野筆記 B，951205）。

這時，茗煌的太太說她出最近的觀察：「他睡覺時間愈來愈久了。且怎麼說話都沒關係，這跟以前不一樣，現在我只要說話，他會睡得更安心，他隨時都需要有人在旁邊比較安全。」而且可以「隨時叫可以叫醒」意識「都很清楚」，最近「他比較不會喊痛，如果可以，我想漸漸讓他床上去睡；……等兒子晚上下班回來，慢慢試試看。」這段陪伴過程，她說到自己真的很不捨，但看著先生的苦，也不忍心：「以前想多留他，現在想想，放他走。對於頻頻出血這件事，又不能

阻止它（腫瘤出血）。」看著至親的家人生病、身體受苦，家人的心也跟著痛苦難過（參與觀察田野筆記 B，951205）。

處在這樣不安心情下的家屬也會尋求一些宗教的作法，試圖安己安人：

「我不會擔心什麼。我會想到繼續惡化下去，很恐怖，會影響力腦部，變成不知道人。因為頭頸最怕就是它（癌細胞）會往上長。所以，有時候半夜起來，我會念佛，我睡不著，也就會睡著，我念佛都回向給他。希望幫忙他消這個業，就像他這樣疼痛，已經一年多了。（參與觀察田野筆記 B，951205）」

不論效果如何，這些都是人在臨終邊界處境下，病人與家屬把心念放在信仰上尋求力量的表現。

二、啓程前的準備

（一）身體的變調

往生前約十天，坐著在輪椅的翠鬢仍然呈現嗜睡狀態，當她看見宗教師便說：「師父！我很操煩。」但是「操煩什麼？」翠鬢說：「這個身體。」但快睡著的她又說：「我們找個時間再來說。」話不到二句她就睡過去了。照顧的外傭阿謙：「阿嬤血壓又衝上去了、又發燒，人很不舒服，有痰咳不出來，小姐用抽的，阿嬤很難過，臉都發黑了，阿嬤昨天都認不得人、不講話。」接近中午時間，翠鬢媳婦到護理站找宗教師說：「我婆婆醒了！」護理人員磨好藥粉交給家屬時，邀請宗教師一起去看翠鬢，宗教師遊說翠鬢服藥：「老菩薩！醒了喔，剛剛醫生有開藥，您血壓太高了，身體會很不舒服，他開了藥，磨好了，現在我們來把藥吃下去。」媳婦餵婆婆慢慢將藥吃下去。團隊發現表示：「最近狀況看下來，只有

師父出現她才願意將藥吃下去了。」媳婦發現：「我婆婆看見兩個人會有反應，一個是你，一個是我先生。」（參與觀察田野筆記 A，951110）。

嗜睡的翠鬢不時會出現咳咳咳的聲音，但卻無法咳出痰來。大女兒問：「我媽媽為什麼會一直睡？我很擔心我媽媽沒有吃，……給媽媽喝牛奶、吃稀飯，但是她幾乎都不進食。……我媽媽為什麼會一直咳一直咳？」宗教師解釋說：「這也是身體逐漸走下坡的一種症狀，病人與一般人的對吃的需求量是不一樣的，再來她躺的時間多分泌物也就比較多了……遇到醫生時可以再多請問瞭解原因。」大女兒敘述著自己的心情：「來醫院陪媽媽，我雖然睡在那邊，每當我起來上廁所的時候，都會去摸摸媽媽，還有沒有在呼吸。」宗教師同理大女兒的心情問說：「媽媽有沒有掛念的事、或是擔心的事？」大女兒說：「我覺得媽媽是平靜的。」（參與觀察田野筆記 A，951116）。

由此可見宗教師在翠鬢臨終時刻的地位與份量。當然，病人並不是針對某位特定宗教師才有此反應，而是在臨終時刻宗教師的角色對她所代表的意義。

（二）我們該回家嗎？

當臨終階段更近時，家屬的焦慮也明顯的湧現出來。翠鬢血壓飆高，吃東西容易噎到，還有嗜睡、不講話、認不得人時，家屬們便憂心，時間是不是快到了。護士發現家屬們的情緒，病房大交班報告說著：「昨天下午翠鬢家屬們很焦慮母親一直嗜睡，很焦慮的樣子，她們說要問師父有關幫阿嬤拜拜的事情。」而照顧的阿謙主動與宗教師說到關於回家，大家正在商量的情形：「師父！昨晚大姊來看阿嬤，阿嬤問大姊在這裡好還是回家呢？大姐說醫院醫生和護士照顧比較好，回家阿謙沒有辦法；但還是看媽媽的意思。如果阿嬤想回家，不舒服再來也好。」（參與觀察田野筆記 A，951109）。

叫一聲「老菩薩」，是宗教師每次看翠鬢時的第一句話。如果她會睜開眼睛看著宗教師，宗教師便繼續說：「您要放輕鬆，要念佛；想睡就要睡，血壓才不會衝衝衝，身體會不舒服喔。」四女兒告訴宗教師：「我最近心神常常不寧，我們老七昨天來清晨趕來看媽媽，昨天中午又立即趕回台北接小孩，她回去打電話給我說，她覺得媽媽想回家，…她要帶媽媽回家，我大姐今天下午也會過來。師父您的想法呢？」宗教師回應家屬：「每個人都會想回家，媽媽回家的事情，您們一起商量討論，試著瞭解媽媽的想法，再做處理。」（參與觀察田野筆記 A，951115）。

雖然回家也許是不可避免的路，但是取得家人間的共識也是很要緊的事。因翠鬢嗜睡無法言語，無法表達要不要出院的想法。大女兒提到決定出院的事壓力很大，尤其弟弟是家裡唯一的男生，壓力更大，她解釋說：「弟弟昨天來看媽媽，很激動，……他看到媽媽昨天整天都說不出話，他昨天都急哭了，覺得為什麼不能幫媽媽多做些什麼。……他要決定出不出院壓力很大。（參與觀察田野筆記 A，951116）」宗教師回應家屬這個回家的決定，要找大家一起來商量，尤其是要尊重弟弟和爸爸的想法。

（三）再打一支針

家屬的情緒隨著翠鬢嗜睡時間的加長，焦慮升到最高點，團隊不僅感受到家屬高度的焦慮與不安，且有焦慮被丟回到團隊來的感覺。當宗教師進入護理站，某護士就說著：「師父！家屬一直要我們要我們幫病人打點滴啦！」然後又說：「我們可以理解家屬的焦慮，但是請師父多去關心，試著再解釋看看。」某資深護理師則表示：「真的是沒有辦法了，家屬那麼多，也解釋很多遍了，同樣的問題解釋之後，還是一樣。」安寧共照護理師同時也提供她的看法：「師父！我們發現翠鬢的媳婦壓力很大，當初我們從共照那邊轉過來，就準備做 dying

prepare 就感覺到媳婦壓力很大很大，每次解釋完一次病情，她就會來護理站再次詢問，尤其病人目前狀況接近末期，更可以感受到她照顧上的壓力。」從臨床護理人員的觀察與評估，宗教師確實感覺到這家人的焦慮與壓力已經達到緊繃的狀態（參與觀察田野筆記 A，951118）。

此時，家中的女兒極度焦慮緊張及緊繃的表情說著：「師父！我們想跟醫師商量是否幫我媽媽打個營養針，我爸爸看的也很擔心，怎麼都沒有進食，知道會讓病人不舒服，但也試試看再說？師父，您說對不對？」（參與觀察田野筆記 A，951118）」宗教師則鼓勵家屬多聽醫師的想法，並將心中的疑慮與醫師討論。此時的家屬的焦急，似乎是因為他們沒有辦法為病人再做些什麼事情，而坐立難安。媳婦則與宗教師談她的想法：

「我們可以了解媽媽的目前狀態，也知道打針對她不一定是好的，但四姐還是很焦急，……我跟大姊都能了解 X 醫師為什麼不打點滴的原因，大姐有都已經跟大家說明了，但四姐的意思不然是要眼睜睜的把媽媽放著嗎？」（參與觀察田野筆記 A，951118）」

家屬雖然了解母親「目前狀態」，但感覺還是無法眼睜睜「把媽媽放著」，護士說著大家最後的決定：「一天一瓶 500cc 生理食鹽水，……醫師雖然已經解釋了，也說明病人目前狀況，血管萎縮且瘦也不適宜再做人工血管。……所以大家各退一步，做了不得已的 ORDER。」（參與觀察田野筆記 A，951118）。

隔天，宗教師主動瞭解翠鬢狀況，護士提到：「她的肚子腫起來，家屬全部都來了，病人眼睛卻一直睜著看什麼似的，這樣狀況已經三天了，打上鎮靜劑沒也什麼用，且血壓一直飆，病人看起來很撐，好像要說什麼，又說不出話來。希望師父來看看她，跟她說說話試試看。」傍晚，宗教師進入病房探望翠鬢，她睜

著眼睛。大女兒握著母親的手，陪伴在翠鬢身邊。宗教師對翠鬢說：「血壓高很不舒服，您在想一些事情喔！愈想血壓愈高，身體愈不舒服，大家愈會擔心耶！我們所想的事情、所擔心的事情，統統告訴佛祖，請伊幫忙處理，我們虔誠請求牠，幫助我們；因為咱是伊的仔、伊的學生，仔想什麼，伊會知道……，我們來念佛喔！老菩薩！您跟著我隨著呼吸慢慢念，您不用出聲音，心裡默默跟著我慢慢念……。」翠鬢漸漸闔上眼睛睡著了，大女兒輕輕地說：「我媽媽好像睡著了。」（參與觀察田野筆記 A，951119）。

對於陪伴的家屬而言，總希望再幫癌末病人多做些什麼，因為他們還沒有準備好，與家人的關係也不想就這樣「鬆開手」。所以在病房裡，家屬們面對已無法進食的癌末病人會無助地向醫療人員提出：「醫生！我媽媽一直睡，都沒有起來吃東西，是不是可以在幫咱再打些營養針？」或是「醫生！我爸爸要不要再打一些點滴，我看伊攞沒吃東西，這樣身體會不會……」或「小姐！我看著我先生攞沒有醒來，是不是營養不夠，要不要再多打些高蛋白？」從家屬反應出來的聲音，不難聽出家屬內心的焦慮。當家屬還未準備好與摯愛親人道別前，總想為病榻前的家人再做些什麼，病人「沒有進食」的反應，對家屬來說，等於是身體有可能逐漸衰弱，病人即將離他而去。雖然在理智上，大家都知道人終究會死，但一旦死亡即將發生在自己的親人身上時，看著臨終病人身體逐漸衰敗，家屬們不捨之情，便自然湧現，這是人之常情。而在此時，醫療人員對家屬作的說明並無法安頓那不安的心，所以最後多會尊重家屬的決定。如蔣鵬（2002）提出照顧者與臨終者的兩種朝向，臨終者已準備朝向死亡，而陪伴者卻啟動救援機制，這是兩者不同的朝向與極度的意向落差現象。

三、啓程當天的交談

(一) 你好我好的時間

翠鬢往生當天，上午宗教師進入病房探望時，外傭阿謙喊著：「阿嬤！師父來了！阿嬤！師父來了喔！」無法說話，但她眨了眨眼作了回應。外傭阿謙說「阿嬤血壓又很高了，180/160。」一旁的護士表示已量不到血氧濃度了。宗教師走到翠鬢旁，說：「要準備回家了喔！」翠鬢眨眼一下回應，宗教師說「我去您家喔！」翠鬢繼續眨眼一下，外傭阿謙替好客的阿嬤回答「師父來我們家，我煮東西請師父吃喔。」翠鬢又眨眼回應（參與觀察田野筆記 A，951123）。

雖然無力用言語表達，但她卻以的眼睛回應了宗教師，於是順勢對翠鬢說：

「老菩薩！您心裡一定想很多事情，只是現在無法表達（翠鬢眨眼一下），但很多事情，我們想都想不完，我們好好念佛，求佛祖幫咱做主，將咱所想的事事項項的事情，全權交給佛祖來作安排，咱是伊的學生，也是伊的仔，咱所想的，伊攏會知道，世間很多事情，就交給孩子們去全權處理，我們好好念佛，繼續到佛祖的學校去用功讀書，修行完滿，再回來，做我們想做的事情……。（參與觀察田野筆記 A，951123）」

傍晚時間，護士來電找宗教師說：「師父！翠鬢血壓正在下降，家屬要我打電話告訴您。」晚上九點半宗教師再次詢問翠鬢狀況，護士說著「血壓是回穩，醫師也跟家屬說明可能情形，但我和值班吳醫師都覺得病人狀況不是很好，手已經發痲，且血氧量不到，師父如果要跟病人說話，我建議是今天晚上來。」（參與觀察田野筆記 A，951123）。

於是宗教師十點又再次進入病房，這時，翠鬢呈現平順淺快呼吸，稍稍冒著

汗，一旁放著輕快唱和的佛號機，那是翠鬢自己買來用功的，家屬們皆在病床邊陪伴母親，宗教師再次對翠鬢開示：

「老菩薩！我是師父啦（手持病床邊的佛像卡片給翠鬢看），……你發願要讀佛祖書，要在佛祖身邊學習，佛祖會看時間來帶我們去，只要我們準備好，在心中默念佛的名號，佛祖會幫我們忙，就會來帶咱。我要跟您說：佛祖教導我們生命是生生世世不斷地要用功的，每一世就有每一世的功課要學習，這一世的功課圓滿之後，我們就要回到佛祖的學校繼續用功學習，我們稱念佛祖的名號，佛祖就會來帶咱來上學去……。」

（參與觀察田野筆記 A，951123）」

凌晨一點多，案四女來電告知宗教師說他們「現在要回家了，希望師父無論如何能為母親開示。」宗教師回應：「清晨前往。」清晨六點時間，宗教師開了二個半小時的車，抵達了翠鬢山上的家，並為她往生開示與祝福（參與觀察田野筆記 A，951124）。

（二）向大家說聲再見

案妻打電話找宗教師說著：「我先生狀況已經不好，但好像還放不下走不開，請師父過來跟他說說話。（參與觀察田野筆記 B，951207）」宗教師五分鐘後抵達病房，那時的茗煌終於離開多功能椅躺在病床上，他帶著氧氣管，呼吸費力地喘著。身旁邊的佛號機播放著阿彌陀佛佛號，案妻、案子也在他的身旁不斷地念佛，還有眾多親人、師姐們在旁陪伴念佛。

宗教師在茗煌身旁坐了下來說著：

「咱等這一天，已經準備好久了，時間快要到了，我們也發願要成為佛祖的仔、佛祖的學生，未來的路我們的方向已經確定，我們要去修學再乘願再來，……。（手持個案平時觀看的阿彌陀佛卡片）還記得我前幾天說的觀相念佛嗎？現在我們繼續來用功，也繼續您平時念佛的方式，我們放輕鬆，繼續念佛……。（參與觀察田野筆記 B，951207）」

他伸出左手過來握著佛相卡片下方，宗教師說：「您現在身體放輕鬆就好，我來拿您來看。（茗煌繼續看著佛像，眼睛漸漸闔上）很好！把佛的莊嚴相看得清清楚楚！我們繼續在心中念佛，你跟著我的聲音……。」茗煌的嘴型跟著佛號機唱韻專注地念著，不一會兒，左手比了比像要移除氧氣管，宗教師問他：「您要拿下來嗎？」茗煌點點頭，而太太也示意說：「我們幫您拿下來。」此時，茗煌開始出現呼吸暫停狀態，宗教師帶著眾人念佛（大眾整齊地大聲念佛）呼吸暫停的間隔漸漸明顯。約五分鐘，就在大家的念佛祝福下，安詳往生，眾多的志工師兄姐們為他助念直至深夜（參與觀察田野筆記 B，951207）。

（三）一個非常棒的時辰

焦急的張先生看見宗教師進入病房，他擔憂地說著：「師父早！她昨天至今一直都沒有進食了，我不知道該如何是好？從昨天晚上到現在一直出現這樣的聲音，連喝水都沒有，我已經打電話叫兒子請假過來了。」宗教師走到素絹身邊，握起她的手。張先生說著：「素絹！師父來看您了！師父在您旁邊喔。」呼吸非常費力、death rattle 聲音明顯的素絹此時點點頭回應宗教師。先生說：「素絹她知道您來了！她從昨天晚上就開始一直出現這樣的聲音了。我在想，她已經兩天沒有起來上廁所了，等一下我想請小姐幫忙塞顆藥，然後帶她去上廁所。」（參與觀察田野筆記 C，960112）。

前幾天，原本信瑤池金母的素絹卻主動用「阿彌陀佛」跟宗教師打招呼，看著呼吸費力的素絹，宗教師跟素絹說著：「我們來念佛。」素絹點點頭明顯地回應宗教師。先生說：「她知道您在她旁邊，她心裡是很高興的。」宗教師配合著素絹的呼吸節奏，順著吸氣、吐氣一次，念一個「阿」，下個吸、吐氣念「彌」、…「阿」、「彌」、「陀」、「佛」、吸氣、吸氣…，嘴型漸漸跟上，並配合宗教師的每一個佛號。先生與兒子屏氣凝神地在旁陪伴，不敢發出一點聲音。約莫半小時之後，素絹眉間放鬆，表情平靜地闔上眼，death rattle 的聲音也漸漸變小沒有了。宗教師提醒：「素絹！要繼續念佛喔！我去拿一台念得比較慢的佛號機過來。」宗教師帶了一台小佛號機回病房，兒子將佛號機放在媽媽的身旁後，便坐下來握著媽媽的手，陪她一起念佛（參與觀察田野筆記 C，960112）。

素絹先生與宗教師在病房外的客廳，談了這兩天他與素絹的對話：

「我覺得我太太好像在等師父來，我希望她走的時候，您能在旁邊，希望她能夠跟師父心電感應。我們很謝謝 D 醫院，她昨天告訴我要做 D 人、要做功德，之前她有跟我提過要加入，我昨天也跟素絹說，我們來到受到很多幫忙，我們也可以為病房做功德，她也跟我回應並嗯一聲，好像有聽到我在跟她講的話。（參與觀察田野筆記 C，960112）」

素絹先生開口說出心中的希望：「希望素絹走的時候，師父能在旁邊（。」宗教師回應：「素絹在念佛了，您也要一起念佛做功德求得一個好時間，因為助念時間有一定的時間，我希望她也能有一個好時間，是大家都能來祝福她的時間。」近中午時間，護士發現素絹的血壓、血氧都往下掉、心跳也很快、脈搏很弱。宗教師主動瞭解問著：「她爸爸媽媽等一下會來嗎？女兒呢？」張先生表示：「聯絡了，女兒正在考試，明天才會過來。」此時恰好素絹的高雄兩位同事來探望，張先生說著：「同事來看您了！」素絹點點頭回應。看著素絹的反應張先生說：

「她知道呢。」素絹生理狀況逐漸走下坡，但仍可以透過簡單的肢體語言作回應。下午時間，宗教師便收到病房發的簡訊，素絹往生了（參與觀察田野筆記 C，960112）。

不久，宗教師進入病房菩提居為素絹開示，素絹先生提到：「我覺得素絹是有等您，且希望您來，她會比較安心。……我看著她嚥下最後兩口氣，看著她嚥氣時，我的眼淚就流下來了。」宗教師對素絹的離去也有所感的說：「我出乎意料她走得這麼快。但她很會挑時間，她挑了很好的時間、很棒的時間，這個時候能有很多人過來幫忙，而剛好您跟兒子也都在她身邊。」頓時張先生的情緒潰堤：「我不能救她，如果可以（哭泣）…，最近我還是…但是（哭泣說不出話來）。」宗教師安慰說：「您一直盡全力在幫她，她知道的。……而且您們陪在她的身邊，她會很安心，並且安心地跟著大家念佛。」眾多師兄、姐們不斷排班助念，張先生也會每隔一段時間在素絹耳邊提醒她：「素絹，師父在您旁邊喔，很多人都來幫助您喔，您要跟著大家念佛喔！」晚上八點半，宗教師再次進入菩提居，為病人助念及開示，素絹的臉上掛著一抹微笑（參與觀察田野筆記 C，960112）。

隨著時間、病程進展變化，面臨臨終階段死亡的逼近，臨終病人與宗教師的交談經驗的發生，一一道出了臨終的邊界處境，臨終的癌末病人除了身安頓外，也需要心靈的支持與安頓、需要生命方向的指引。病床邊的關係締結，促成癌末病人與宗教師的連結，透過宗教教義與法門用功方式，引導臨終病人漸漸地看清楚生命的本來實相、看見信仰的願景、找出自己生命的用功下手處，信誓旦旦地走向另一個新生命的開始。

宗教師在病床邊的地位與份量，當然病人並不是針對某位特定宗教師才有此反應，而是在臨終時刻宗教師的角色對她所代表的意義。而宗教進駐病人身心之後，病人開始了每日的宗教定課的奉行受持，不舒服因宗教注意力轉移而得以安

頓，不論效果如何，這些都是人在臨終邊界處境下，病人將心念放在信仰上尋求力量的表現。宗教師也往往爲了趁乘追擊，往往趁著癌末病人意識清醒時間，積極地建立自己的來生目標與方向。

第五章 臨終場域的靈性世界

——宗教交談的內涵

臨終宗教交談的開展過程已在前一章探討過，本章描述與詮釋的焦點，將轉移到宗教交談所涉及的具體靈性內涵。從前章的陳述，我們可以了解，對於那些安寧病房中走向死亡的病人來說，自己的身心猶如航行在大海的船隻，隨著波浪而載浮載沈。他們眼睜睜地看著自己所坐的那艘生命之船，從原來出現縫隙（發現癌症）到變成裂痕（沒有治癒的希望），再到開始滲水進來（死亡逼近），處境非常危險。猶如船隻即將沒入大海，彼岸還未尋獲之際，觸碰到了「邊界處境」的礁石，掉入「前不著村，後不著店」的絕境。此時，眼前所見盡是世界的崩解，但也就在此時，個人與世界的區隔消失了，他們開始有機會接觸生命最真實的靈性世界。

在這段期間的臨終陪伴，宗教師扮演著類似神話引導的工作，好像航海要有羅盤一樣，給予病人某種靈性的方向感，指引前航。陪伴期間的一連串宗教交談，重點並不在於宗教師個人所說的佛教法義，而在於病人因死亡觸及了靈性問題，而使得佛教法義所架構的心靈地圖，讓病人有邁向「安居」之處的感受。這是一個脫離俗世的「非世界」的經驗，此一處境為安寧病房中進行的宗教交談，賦予了實質的靈性意涵，也正是本章所要探索的重點。具體討論則將以下列四個主題進行：(1)臨終原初經驗；(2)宗教皈依的神聖經驗；(3)無言的臨終交談；(4)宗教的靈性照顧。

第一節 臨終的原初經驗

一、死亡帶來的「邊界處境」

Yalom (2003) 認為，死亡如同一種催化劑，可以把人從一種存有的狀態，推動到更高的存有狀態。進入想知道事物是如何運作的狀態、本質是什麼的狀態。死亡的覺察使人遠離瑣事的關心，為生命提供深入且完全不同的觀點。因此，肉體的死亡雖然可以毀滅一個人，可是對死亡的觀念卻可以拯救他。這即是因死亡而觸碰到的生命「邊界經驗」。余德慧對此則主張，當人的肉體在面臨即將死亡，會進入死亡的恐懼之中，人們突然照見某種徹底的狀態時，看見生命最徹底的部分，看見大地萬物的生死流轉，會恐懼茫然，這是一種由「存在領會」產生的存在情緒，即「死亡的畏懼」(2003)。

某天，茗煌因腫瘤傷口突然大出血而送往急診，又再度入院。他抬起頭，無助的眼神看著宗教師，說出他心裡的痛：

「您指示我一條路，告訴我，讓我趕快走，活得很痛苦，拜託您。我生不如死，我活著，什麼都不能做，只能待在這張椅子上，哪都不能去。活得真艱苦，不能躺，也不能走動，只能坐在這裡；又常常吸不到氣的感覺，我想早一點去，不要再這樣拖。(參與觀察田野筆記 B, 951130)」

坐在多功能椅上的茗煌，主動邀請宗教師坐在他左邊的病床上，如此的位置可以讓他清楚與宗教師說話。他嚴肅專注地說出心中的聲音：「您指示我一條路…我想早一點去，不要再這樣拖了。」宗教師從此時此刻的他，看見這幾年癌症帶給他一種「失控」的處境。不僅身體機能逐漸喪失，軀體隨時有大出血的可能，生活圈也隨時離不開醫院。身體的禁錮、吸不到氣、與週遭世界的聯繫的斷裂，

讓他意識到自己與身體即將分離。這種因癌症而侷限的生活處境，使他非常想要換條人生的道路去走。

他繼續說到對身體所產生的心中無奈：「我活著什麼都不能做，只能待在這張椅子上、不能躺，也不能走動，只能坐在這裡。」宗教師發現茗煌身上腫瘤的大傷口、又加上身體不能躺、不能走動，他整個人感覺到受到傷口的束縛、好像被綁住了，這個軀體的功能已經出現了功能失調、機能障礙，導致他的生活空間發生壓縮性的變化，整個人被禁錮在那張多功能椅上，誘發了他的無奈與無助感。

「常常吸不到氣的感覺」這是一種對生命存在威脅的身體感覺。茗煌一向沒有意識到「死亡也漸漸的逼近」，現在則從身體的變化可以明確地感覺，這一向輕而易舉的呼吸動作，此時此刻已經不再可以隨意控制了，讓他體驗到自我與身體之間的離異。

在日常生活中，人常常是以非理性的或感性的方式直接體驗自己作為存在的軀體，在完成一項工作的過程中，這個軀體是被自己的意識遺忘和超越的，因為軀體被當作活生生的『主體的我的客體』來體驗的，包括我們參與世界的任何經驗，也是透過我的軀體才得以參與這世界，所以軀體的各部分可以看作是聯繫周圍世界的「有意識連線」（Toombs，2000），此時茗煌的軀體與這周圍世界的連線，顯然出現了功能性障礙而無法連結。

此時，因為死亡的逼近，他向宗教師要求的「一條路」，並不是醫療科技的那條路，而是一條不同於科學與正統醫學的路。茗煌意識到人生之路似乎要轉換跑道，才能繼續走下去，但是他又對此路感到陌生害怕，所以才要求宗教師為他指出。就這個意義而言，他需要的是宗教所指示的一條道路，一條連繫生死之間隱型的道路，而宗教師所指出的宗教之路，則是一條從佛教觀點詮釋生與死之間

如何聯繫的路。

Heidegger 從現象學觀點來看人的概念，他透過五個面向來作說明：人擁有這個世界；人之所以為人是因事物對他而言有意義與價值；人在自我詮釋中；人與軀殼的關係不是擁有而是被具體化；人是存在於時間之中的。其中，第二點人之所以為人，是因事物對他而言有意義與價值，這是因為人的行為是由關心的議題、目的和承諾所形塑成的，也因事物對他們有意義，而這意義會依脈絡而改變（Leonard，1994）。

所以，就 Heidegger 的觀點而言，「意義」是人之所以為人的指路；而佛教宗教師指出的「一條路」可以是佛教經典所示的「正道」。「道」是通行之義，佛教的道，特指通往解脫的途徑，如《俱舍論》說：「道義云何？謂涅槃路，乘此能往涅槃城故。」一切行者遵循佛陀所示的正法而修就可趣向涅槃；無論是導向聲聞的聲聞道、步向緣覺的緣覺道，或成就菩薩功德的菩薩道，都屬可修性。順道而修，就能脫離生死輪迴，達到寂滅涅槃的境界。修行的目的，是為了達到滅諦涅槃。任何人希望證得涅槃聖果，就是要精進修道。道路簡單的說就是八正道：正見、正思維、正語、正命、正精進、正念、正定、正業。

但這樣的「道」畢竟需要多生多世長時間不懈地修持，不是短時期可以達成，佛陀因此更開出一條「易行道」，藉諸佛的威神，依禮敬、稱讚、供養、懺悔、隨喜、迴向...等善法，與佛德相應，受佛的加持而提昇心力，達到不再退轉（走回頭路）的境界，再慢慢進修達到涅槃，成就等同諸佛的功德（釋印順，1980）。

易行道中最為所知的就是彌陀淨土法門，此法門之意義根據《觀無量壽佛經》，有非常清楚的緣起說明。其由來是阿闍世太子為爭奪王位，而囚禁了自己的父母，母親韋提希夫人因此厭惡世間的濁惡，於是遙向佛陀求助。世尊示現神

通來到韋提希夫人面前，親自為她宣說並教導依六種觀想而見阿彌陀佛極樂淨土的種種莊嚴。欣樂淨土的韋提希夫人就在牢獄之中專注憶念彌陀，超越痛苦得到安樂。所以這部經典連同淨土宗的其他四部經（合稱淨土五經）主要在介紹阿彌陀佛的願力與威神及其所成就之極樂淨土的依報莊嚴，任何厭娑婆欣極樂的眾生，只要受持經典來憶佛、念佛，就可與發願無條件救度眾生的阿彌陀佛相應，現前當來必定往生極樂世界親見彌陀。如果能一心不亂持名，甚至七天就能往生。

因此，人臨命終時，佛教法師會引導臨終者存心一念，專注於阿彌陀佛的聖像及內心意象，求生西方極樂世界，對臨終癌末病人，這樣的道路正契合他們的現況，正能滿足他們的需求，對他們的心靈能有實質的幫助，使他們安心能接受目前的痛苦，等待另一個世界向他們開啓而得到救贖。

這裡所謂的「見佛」之意義究竟為何？依 Jung's (1958；1999) 的觀點，阿彌陀佛的象徵代表「眾神和靈魂的世界，是我們心中的集體無意識。」阿彌陀佛象徵西方極樂世界的意向 (imago)，榮格稱之為 religio，早期的意思是個人之外的力量，或與此力量相關的感覺，即歸依、與萬物之本重新依附的意思。這種由潛意識產生的象徵，是一種存在狀態，人類心靈最深處的集體無意識，它綜合了普遍存在的模式與力量，稱之為「原型」與本能。在人們想像的實在中，認為在永恒和無限中，才能超越現有的時空氛圍，進而達到自身的安頓，而極樂世界的阿彌陀佛具有的宗教意向，帶來了「彼岸」的來世訊息，指引眾生回到接近本真的存在狀態。

此外，Eliade (2000) 也認為，神靈形相在世俗世界裡有它的作用及其必要性，人在世界上漂泊，對古代最美好的眷戀可藉神聖時間與空間，導引我們重新回歸最美好的時刻，即永恆的回歸。透過神靈形相的象徵，人可以體驗不同於日常世俗生活的神聖感，超越時空的束縛。所以，淨土法門是提供病人一個「有」

的空間，因著阿彌陀佛的象徵經歷與世俗截然不同的神聖性，藉著踏實的稱名念佛，超越時間限制，直擊存在的樣貌。

面臨死亡是任何人無法逃避的事實，它令人戰慄，不知道下一刻即將發生的，會是個什麼樣的經驗，所以面臨死亡是一種無可比擬的「邊界處境」，這種力量足以使得人在世界上的生活方式產生大規模的轉變。「邊界處境」是一種迫使人面對自己在世上存在「處境」的事件，它是一種急迫的經驗。Spinoza 說：「萬物都極力想延攬自己的生命」。當死亡無可避免，它和想要延續生命的願望，這兩者之間的想法就會形成衝突。

基本的存在概念並不複雜，因為每個人在一生中的某個時間，都會進入「沈思」，並碰觸到存在的終極關懷。真正需要的、最重要的是，鼓勵當事人向內心看，關心自己的存在處境（Yalom，2003）。所以宗教師鼓勵茗煌，換另一種角度看待自己的現況：每一個人都要自己把這輩子份內的功課作完，不能跳過的，別人也無法代替：

「您還記得我跟你說過水懺的典故嗎？這個傷口，就像我們生命中會遇到的每一件事，都是有因緣才會出現的，我們只能接受和處理它，這就是你的功課，而別人則有別人的功課。您只能坐，隔壁那個年輕的太太只能站著吃飯、站著看報紙而不能坐，即使躺下來也好受，她跟我說：站著是最舒服的；住在前面另一床的病人，只能躺，因為站起來或坐下去，下腹的腫瘤會讓她很不舒服。所以每個人的功課都不一樣。這一輩子的功課就像喝一杯茶一樣，您很喜歡喝茶，當茶太苦的時候怎麼辦呢？加點甘露法水稀釋一下，再把它喝完不是嗎？（參與觀察田野筆記 B，951127）」

茗煌點點頭，繼續問著宗教師：「我難道不能自己「喬」時間？」宗教師：「除了已經能解脫的人，自己喬時間，是違背自然法則的，這輩子的功課沒作完就換身體的話，那時新功課要寫，舊功課也要寫，很累呢！至心懇切，時間到了，這輩子的功課圓滿，因緣聚足就回家了，有些人就會來通知，四天、七天、或是看到菩薩來通知咱來去！」由此，我們可以清楚看見，病人仍然以自我意識所在的世界時間，來臆度死亡及死後「非世界」發生的時間，但是這樣的臆度因無法與實相配合，也就是無法將自我臣服於更高的阿彌陀佛真實，故不利於臨終正念的轉換。宗教師意識到這一點，所以才不憚其煩的解釋給茗煌聽，要他放下自己的「妄心」，開啓專注力向內傾聽觀看來自「極樂世界」的訊息（參與觀察田野筆記 B，951130）。

面對死亡來臨所產生的焦慮，同樣的情形有時會在家屬身上出現。由於病人的病情極差，癌症的疼痛感已經消磨掉他們絕大部分的精力，導致他們無法再多表達些什麼、或想再多談些什麼，身處外界的家屬，自然也就沒辦法得知病人內心的想法或是感受，但是臨界或邊界的處境—死亡焦慮，卻會反應在家屬身上，因此他們不得不正視死亡，並接受死亡即將到來的事實。如經常在醫院裡陪伴翠鬢的四女兒，當家裡的人都為母親後事處理問題而手足無措時，主動找宗教師談她內心的焦慮：

「師父！我覺得我們必須要面臨即將到來的事情（眼眶紅了）。因為只有我在 X 埔，我必須要負責所有準備的事情，張羅所有事情。因為，我媽媽剛剛在我來的時候，一直叫我的名字，要我帶她回去 X 埔，一直重覆；我媽媽昨天和今天出現奇怪的發燒。師父！我同事交代我，說過往的人，要請修行人尤其是師父為亡者開示，這件事很重要。我去過 X 光寺，XX 寺的師父讓我有信心……我昨天去觀音（註：佛教文物中心專賣店）

買了二台念佛機準備，請師父幫我聽聽可不可以……師父！我爸爸說回去要先換衣服，該怎麼處理？我真的希望媽媽可以多活幾年，我跟媽媽四十多年來，我跟她最熟，自從她生病後，我儘可能有空就是陪她。（參與觀察田野筆記 A，951024）」

焦慮是一種處於擴散狀態的不安，焦慮的特性是面對危險時的不確定感與無助感。羅洛梅對焦慮提出；焦慮是因為某種價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值則被個人視為是他存在的根本（May，2004）。舒茲也提到關於基本焦慮的原因，因一個人所關心的東西，取決於他所從事的工作以及在生活中作用的相關系統。而在日常生活的實際範圍內，整個關聯系統是受到名之為「基本焦慮」——我們每個人的基本體驗：我知道我會死，我害怕死亡的支配的（Toombs，1999）。

病床邊陪伴的家屬們，面臨死亡即將來臨的事實，開始轉向其它路徑，尋求還可以為病人再多作些什麼，來安頓自己焦慮的情緒。請求皈依、探望、說法、祝福是一種臨床常見的神聖連結。當預期到摯愛親人即將離去，家屬們碰觸到了自己的脆弱與無力，只求藉著更高層次的神聖力量與即將死亡的親人連結。家屬們竭盡所能，希望具足信仰習慣的病人，能夠因皈依的儀式而更深入信仰領域，安處生命的聖殿，這時候皈依也是進入臨終狀態的靈性祝福。家屬眼見自己的親人身體愈來愈衰敗，意識到親人即將往生，而產生的心中不安，也需要宗教之路的指引。

二、跨越「邊界」

原初經驗是一個非世界的經驗。我們現在活在這個世界，為什麼遇到死亡經驗會感到手足無措，拿死亡一點辦法都沒有。那是因為人們活著的時候，被世界

所建構的一套價值綁住。一旦面臨死亡，即完全否定我們現在所有（余德慧，2003）。

茗煌往生的前一週，病房在大交班時，護士提到茗煌的近況：

「幫他換藥時，傷口開始會湧泉 bleeding，他偶爾會餓想吃東西，但是吞不下去，又會吐，他自己也很難過。（參與觀察田野筆記 B，951130）」

到了癌症末期，茗煌漸漸地不太能夠進食，心裡雖想吃東西，現實上就是沒辦法吞下去，那種苦與難過折磨著茗煌。總在一旁細心照料的太太，覺得嚴格的說，他只能再進食一些口味較清淡的食物，看著先生只挑特定食物吃的現象讓她更是焦慮：

「兒子昨天買水餃給他吃，才吃到嘴巴，就下不去；但後來吃蜂蜜蛋糕就又可以，喝水也可以。本來他喜歡喝魚湯，我已經加了薑，他還是覺得很腥，喝不下去。下午和晚上比較嚴重，尤其是吃肉或是重味道的東西，但今天早上吃葡萄吐司配水又可以；我不知道是他的傷口在吃東西，還是他在吃東西。（參與觀察田野筆記 B，951204）」

吃東西對人來說，是一件平常的事。原本再自然不過的吃，對茗煌來說，竟然是一種致命的威脅。身體上突然產生瀕臨死亡的現象，讓他感到極度的恐慌，這種迫近到死亡的身體經驗，亦稱之為邊界經驗。這個經驗讓人不假思考就能體會到自己死亡的必然性，立即引來強烈的恐懼。因為可以從身體上的經驗真真確確知道死亡已經臨頭，死亡已經成爲一種身體感受。邊界經驗發生時，人們大多會有激烈的情緒反應，甚至陷入無法控制的恐慌（余德慧，2006）。

人們企圖用現在或原有的想法去看死亡時，卻是怎麼看都沒有辦法的，只會

愈挫敗、愈挫折而已。怎麼去破除我們對這世界的既定觀念？對病房的宗教師來說，就是提供病人一個神聖的空間，以取代原有的時空觀，在這個神聖空間裡，病人得以突破原有凡俗世界的限制並得到救贖。也就是將臨終場域轉換成靈性境界。如同宗教師鼓勵茗煌說：

「先做飲食習慣的調整，就順著自然對味的東西進食就好，吃些比較清爽、味道單純的東西，感覺餓時再吃東西。你記得曾跟你說過目蓮救母的故事嗎？目蓮是佛陀的弟子，並具有神通的能力。他的母親因造惡業而墮餓鬼道，食物一到口邊就被口中所吐的烈焰燒焦了，所以一直又飢又渴。一天他母親來跟他要東西吃，目蓮送食物甚至加上神通變化，但媽媽還是無法下嚥。目蓮難過地去問佛陀該如何是好。所以，我現在要教你，把吃東西當成一個用功的方式，就是在吃東西前先持地藏菩薩滅定業真言。在吃東西的時候，我們也用功加持並作回向。（參與觀察田野筆記 B，951204）」

一般情況下，當人們還健康活著的時候，是在社會的自我實相中尋找依靠；但在朝向臨終之際，則需要在靈性上尋求締結與依靠。茗煌的食道癌併發頭頸部腫瘤，使得病身扭曲，這已讓他飽受痛苦的煎熬，再加上體內的消化器官開始出現狀況、無法吃東西的事實，身體內外的糾葛與當下生命的挫折感，以及身體崩解的經驗真實地浮現出來，他察覺到自己的死亡時刻臨近了。

臨終者身體的崩解以及死亡的迫切感，提供了轉化的可能性。因為靈性的生成狀態涉及到的是生命時間的流轉，生成的關鍵則在於轉化（transformation）的可能。而臨終的靈性現象則是從自我實像破滅轉化到靈性實像（spiritual reality）顯露，這之間的一個開顯過程（余德慧，2006）。人在面對臨終時是看不到希望的，但是願意放棄自我實相卻提供轉化到另一種活的契機，使得他在靈性締結的

過程中，看見通向未來的曙光。

原有世界的崩解，促使茗煌向外發出求救訊號，他期望有某種更高層次的力量能拯救他。這時宗教師的介入，事情的發展變得水道渠成，病人與宗教師似乎不用多發一語，便能自然地連上線。對茗煌而言，宗教師所帶來的信仰及宗教力量的鼓舞，是一種支撐著他內在世界的精神力量，就在此時，靈性境界現身了。正如余德慧（2001）提到，癌症病人的宗教經驗，不僅僅是信仰，更是一種原初的生活處境、原初的宗教經驗，是希望抵達一種更深層的心理——靈性；是一種不斷進行地喚醒自我遮蔽的過程，是身心靈蛻變的宗教經驗。

面對死亡而有深刻的整體轉化，是由人、修持與靈性三個因素密切結合而成。茗煌開始透過宗教修持，將自己全然地交託給宗教，內心開始有了轉化，而超越原先自我對世界的認識，打破原來所建立的概念，回歸到一種身心靈蛻變的宗教經驗。Eliade（2001）認為，顯現出來為我們所體驗的神聖並非抽離於日常生活之外，而是具體活在我們的生活世界的每個細節裡。所以，靈性境界是個人心靈轉化所構築的一個內在神聖空間，也就是當我們的內心真誠地接受、並藉由修持而透顯出來的狀態，靈性境界並不是實際存有的一個世界，它是一種絕對自由的狀態，在裡面什麼可能性都有。

三、「一條路」的宗教指涉

Heidegger 在 1926 年探討「死亡的觀念怎樣拯救人」的問題時，有一項重要的洞識，他提到人對死亡的覺察就好比一根刺，將我們從一種存在模式轉移到更高的模式。而海德格相信世上有兩種基本存在模式：一種是忽略存有的狀態；另一種是注意存有的狀態（Yalom，2003）。

當人活在忽略存有的狀態時，就是活在事物的世界中，人會降低層次，向日常世界俯首稱臣，關心事物以什麼方式存在，卻無法察覺自己是生活和世界的創造來源。反之，當人注意存有的狀態時，人關心的是事物存在的事實，這種生活模式，意謂著不斷覺察到存有，人會保持對存有的注意，不只是注意存有的脆弱，也會注意到自身對存有的責任；在這種本體模式中，人才會碰觸到自我的創造；也只有在這種模式中，人才能掌握改變自己的力量；在這狀態中，人變得更能完全自我覺察，覺察自己是超越的自我、也是經驗的自我，而擁抱自己的可能性和極限，面對完全的自由與一無所有，並因此感到焦慮、甚至是一種震驚的急迫經驗，因為急迫經驗的出現，才能把人拉出日常忽略存有的狀態，而進入到注意存有的狀態（Yalom, 2003）。

面臨急迫經驗、邊界經驗，迫使一個人的必須面對自己、認真地看待自己整個生命經驗、反思自己曾經走過的路。「面對」經驗的態度，往往每個人不相同，臨終病房裡所出現的各種面對急迫、邊界經驗的態度，有人如中國危機一詞，危機就是轉機，有人抵死不從不願面對，有人就直接放棄。

不管是臨終病人或是照顧者，人都需要為自己找到生命存在的意義、生病的意義、生命有限的意義；在尋找意義的過程中，我們需要卸下矯飾與喬裝、卸下遮蔽赤裸、脆弱、羞恥的外衣（趙可式，1999）。這個過程，需要關係、神話，需要自己與天地之間共融，在內心深處開啓一股靈性力量。

素絹從發病，就開始接觸宗教，她希望能藉由宗教的力量得到支持，甚至期望自己的身體病況能夠好轉。她回想自己的信仰歷程：

「十一年前（民國 84 年），我生這個病，我的妹妹，幫我介紹某個佛學會，是密教的，那裡的師兄有幫我治療，從那個時候起我開始接觸佛教。

開完刀做化療時，師兄們去找我，那時我已經沒有力啊。我就開始走佛學會了。（參與觀察田野筆記 C，951218）」

對於十一年前的罹病經驗素絹說著：「之後的兩三年好了，根本就不像病人。（參與觀察田野筆記 C，951214）」碰觸到自己的邊界處境時，素絹放棄醫學上的治療，而尋求宗教的力量庇護，行為的背後是爲了要安撫那顆不安、焦躁的心。如崔默在《宗教學導論》裡提到，當人的生存，持續不斷處於憂慮、沮喪、罪惡、厭倦或其它日積月累的挫折中，會竭力尋求一種更高能量的境界來渡過難關，宗教提供了另一種的精神力量來源，使人打起精神走過去（Tremmel，2000）。

Tremmel（2000）認爲，宗教不只是把社會結構從人的形象投射到超自然界，它同時也是人類抱負的投影，不僅代表真實的情況，同時也是宗教社會的美夢與理想。宗教心理學家 William James（2001）則認爲宗教爲心理起因的現象，所有對自己與世界的知識，皆始於自己的經驗和意識。

素絹發現子宮頸癌後，經開刀切除，並作了一次的化療，難忍化療的痛苦，當時的她還掛著尿袋，繼續穿著裙子去上班。當時，她愈作化療身體愈覺得難過與不舒服，難忍化療的痛苦，於是毅然地放棄化療。那段時間，素絹開始接觸宗教，幸運地度過了十一個平安的年頭。好景不常，在民國九十五年，她發現肝臟的部位怪怪的，作了檢查，發現癌細胞已經轉移到肝臟。原本打算再開刀作化療，剛好遇到禪師指示：

「禪師查一查就說不用去啦，他說我跟千手千眼佛母有因緣，千手千眼佛母就是准提佛母，祂賜五杯水給我喝，就是供養水。嗯，那時喝完確實這邊（指著肝臟）有消掉，這裡本來是硬硬的。然後他說五天，天天去求供水喝。於是我就天天去了。（參與觀察田野筆記 C，951225）」

一天天感到身體逐漸虛弱，素絹上網查了資料，心裡想著，腹部的突起，應該是因為腹水的關係。那時她的妹妹勸素絹到 D 醫院接受治療，同時提到她將會受到東華宮瑤池金母的特別照顧，於是素絹重拾信心回到醫院。入院後，素絹一直很認真地修持，但卻看著自己的肚子一天天的大起來，那時候她還自嘲地說：「入院時三個月，自己的身體卻像懷胎八個月的孕婦，而且還壓迫到自己的呼吸。（參與觀察田野筆記 C，951227）」這一段尋靈的過程，素絹走得相當辛苦，後來甚至因病情急轉直下，而對宗教感到失望。

以素絹的例子來說，她一心希望能從信仰的神獲得救贖，而對於信仰的對象或其精神却不甚清楚，於是在宗教信仰裡游移、擺盪著，如同櫥窗購物，看到哪個對自己有益處的就往那邊靠，可惜的是她未曾深入探究或對某個教門發起深信、堅定不移的心。

此處我們有必要進一步釐清什麼是宗教，如此才能進一步去談宗教經驗能為人們帶來什麼。基本上，「宗教」一詞絕對不是某個宗教教門就能替代的。William James (2001) 說，宗教是當個體在其孤獨的狀態中，認為自身與其所認定的神聖對象有某種關係的感覺、行動經驗。Rudolf Otto 的在《論神聖》一書，指出當人們遇見一種來自外在、具超能量，並且是神秘至極的物質時，會產生一種充滿敬畏、驚奇與精神亢奮的狀態，即令人畏懼的神祕經驗（*mysterium tremendum*），既而轉化成一種較穩定而持久的狀態，不斷輕輕振盪著心靈。

Tremmel (2000) 從功能及經驗向度定義宗教並提到信仰力量：

「宗教是人類行為的一種複雜形式，藉此，個人（或團體）在理智上和情緒上能有所準備，以便處理生存中那些懾人的、具高度威脅性的，以及無法控制的事物。信仰宗教是因為相信在人的經驗，甚或在所有萬事

萬物的中心點，有一個或數個存在實體，或是一種過程（一種神聖的存在事實），個人（或團體）藉以超脫生存中一些否定生命意義的創傷，並克服那種人的力量有限的感覺。」

宗教信仰的力量不是人發明的，是得來的，是接受啓示的；信仰力量在神聖的經驗衝擊下，所產生的感覺經驗，讓人領悟到神聖的祂——同時也是完全的祂——存在。

顯然可見，素絹表相上是個十足的宗教人，其實她並沒有碰觸到宗教最深層最基本的因素，只是圍繞著宗教的表層打轉。相對的，宗教信仰能為人引發的力量，或是藉以超脫生存中生命意義的創傷，發掘突破困頓的方法與安頓自我的生命之道，這些信仰的力量在她的身上還未被顯發出來。

當死亡近在咫尺，親切地向我們招手時，親身感受到生命的威脅，一種無法控制、無法商量的狀況時，宗教的出現即應付那懾人的、具威脅性的、且無法控制的情境。這種無法改變的真實性，令人心生畏懼——如朋友亡故、摯愛辭世，還有想到自己也會死，不管是事實、或冥想，都讓人害怕，同時也會激發出宗教性的迴響（Tremmel, 2000）。

面對自己病情的不可恢復性，素絹對醫療絕望，對宗教失去信心，她不知道該把自己擺在哪兒。宗教師提醒她去瞭解自己的信仰，肯定她能來到醫院就是她之前累積的福業所成就。這時候，素絹有了很大的轉變，並重燃起對宗教的信心，開始學習去瞭解自己信仰的宗教意義及相關修持內容，並願意讓信仰的力量重新起動。

死亡即將發生的壓迫感，會令人覺得一向習慣的所有事務全都崩解了，無所

依恃、無可掌握的空虛感，正是病人最根本的焦慮。在安寧病房裡，癌末病人碰到邊界經驗，很自然地尋求宗教師的支持。此時，宗教師透過交談為其帶來信仰及宗教力量的鼓舞，並給出一個神聖的空間。在這神聖空間，病人不但可以擺脫現在凡俗世界的限制，更可以被救贖，臨終場域因此轉換為一種靈性境界的開顯。在這其間的交談，並不是因為宗教師與病人的談話內容是講些佛教法義，或是教門法語之類，而是他們的交談觸及靈性的議題，而被稱之為宗教交談。

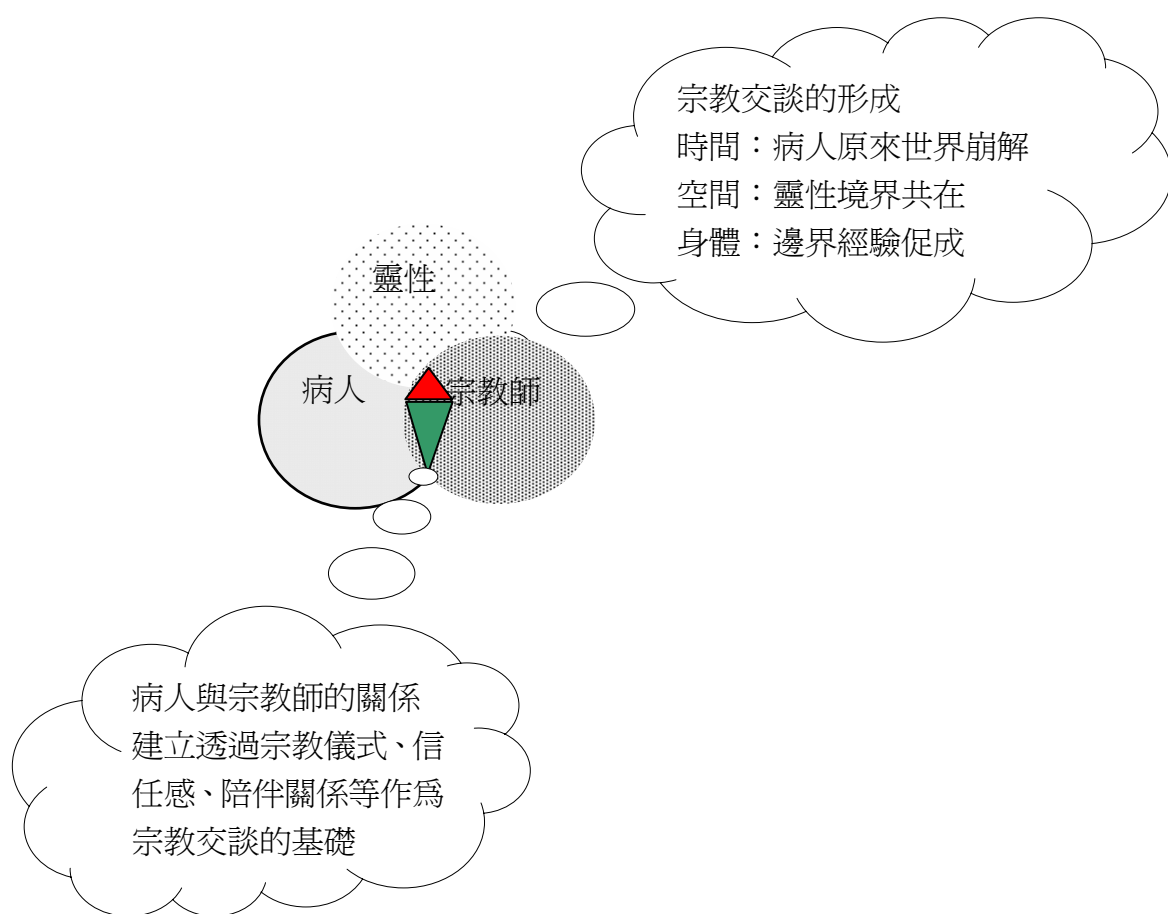


圖 5-1 宗教交談之意象圖解

第二節 宗教皈依的神聖經驗

當病人自身碰觸到切身的邊界處境，並看見生命即將斷裂、面臨無可挽回的局面時，病人經常會主動尋求宗教的連結，主動請求宗教皈依，企圖修補生命裂痕，他們無非是希望能透過宗教的世界觀，為自身找出另一個新的平衡點。誠如弗洛姆對人類的信仰宗教指出，不同文化產生的引導體系與世界觀雖然有異，然而人們所關心的卻是同樣的事——為人類提出一個有意義的架構，從中找到屬於自己的意義（Tremmel，2000）。

一、皈依歷程

（一）皈依的意義

對於皈依的定義，Eliade（2000）指出，宗教信仰透過生命的聖化過程，乃使得通向另一世界的通道成為可能。而皈依如同進入宗教世界的入門禮，是通向屬靈的生命，總需要向凡俗情境死去，而後更新生命，入門禮象徵著成長或轉變，跨越向另一層次的境界；入門的現象也相當於人跨越至靈性成熟的另一階段，是一種「重生」的象徵。此外，William James（2001）認為，由於比較穩固地堅持宗教的真實，使皈依者從一向分裂並自覺為卑劣、不快樂的自我，逐漸或突然變得統一、優越而喜悅，並相信某種神能帶來這種精神上的改變，這個過程就是皈依。

透過皈依的過程，人的內心會激發出一種源源不絕的自發性力量，這種潛在力量將朝向自我整合之路，向更高層次生活躍升。面對這樣的情境，會體驗到一種神聖的意識，能感悟到一種神聖的力量，這一種東西，就是令人敬畏的神祕

(mysterium tremendum)。對於神祕的經驗，William James (2001) 稱之為「有某物存在」，而 (Robert Elleood) 對它定義成：

「一種處於宗教情境的經驗，在當下或事後，由詮釋為以直接、非理性的方式，與終極的神聖存在事實相遇，使其在此非比尋常的經驗中，產生深刻的生命力及天人合一的感覺。」 (Tremmel, 2000)

它有如輕風徐來，使人在心中充盈著一種深深敬仰的寧靜心情，它繼而轉化為一種較為穩定與持久的心靈狀態，不斷輕輕震顫和回盪，它也可以變成那種靜寂的、戰慄的、無言的謙卑的力量，只有這種純粹肯定的東西，能在我們心中把這些感受實際引發出來 (Rudolf Otto, 1936)。

而佛教的皈依意義，印順導師在《成佛之道》書中提到是歸敬三寶，它是入門學佛的初基：

「歸敬三寶，是進入佛門的初基。發心學佛，首先要皈依三寶，皈依是深切的信順，信得這確是真歸依處，的確是能因之而得種種功德的，立願做一個佛弟子，信受奉行，懇求三寶威德的加持攝受。皈依是信仰，從表面看，歸依是信賴他力的攝受加持；從深處來看，這是增上緣，而實際上是激發自己的身心，願其實現。……皈依的深義，是歸向自己（身心，自性）：自己有佛性，自己能成佛；自己身心的當體，就是正法涅槃；自己依法修持，自身與僧伽為一體。」

表面上看，皈依「是信賴他力的攝受加持」；從深處來看其實是增上緣，是激發自己的身心，願其實現。對病人而言，皈依是有個宗教的依靠，給予修學信念，將心力從痛苦中轉到正法的力量中。之後的用功，必須是病人本身願意信受

奉行，別人是無法替代的；而稱名念佛，則是依仗三寶的威德，得到救濟，祈求佛菩薩的力量加持攝受，讓病人身心靈有個安頓的處所，甚至對於未來有個定向感。

宗教是「個體在其孤獨的狀態中，當他認為自身與其所認定的神聖對象有某種關係的感覺、行動經驗。這種與更高者（the more）的聯繫就是透過闔下意識的自我的運作而發生。」（William James，2001）而皈依是一種精神上的改變，以較穩固地堅持宗教的真實，逐漸或突然變成統一、優越且喜悅的過程。也是一個人的心智系統中，意識比較熱切投身的部分，稱之為「個人能量的習慣中心」（the habitual centre of personal energy）（William James，2001）。

對『神聖』的追求便構成信仰的動力，換言之，神聖的動力促成了信仰的動力。透過個人虔敬精神能量狀態、井然有序的宗教儀式進行、或是在宗教建築物所形成的氛圍中，都可以讓人真誠感受到敬畏（Tremendum）的宗教感中最深層、最基本的因素，對得救的信仰、對信賴的信仰、對愛的信仰，所有這些都可以從宗教感受中找到（Rudolph Otto，1989）。皈依的儀式讓人跨越此世界，開啓另一個世界，靈性獲得「重生」（Eliade，2000）。

（二）為病人皈依的因緣

1. 家屬請求皈依

翠鬢從放腫科轉入安寧病房近十天，一天上午，翠鬢四女兒來醫院探望母親發現情況不對：「我媽媽就跟我說她等我很久了，講了一些有的沒有的，有點不太對，很奇怪的話，我發現我媽狀況不太對，……醫師他問我：你媽是不是有什麼心願未了？我說如果有什麼心願未了，那應該就是皈依；那時我二姐正好打電

話來，她說她睡不著，她覺得我媽媽可能有事情，可不可以找到師父幫媽媽忙。
（參與觀察田野筆記 A，950929）」

翠鬢四女兒及姐妹們請求主治醫師協助找宗教師為母親皈依，主治醫師立即帶著家屬來到護理站轉介給宗教師。翠鬢此時已經無法言語，宗教師希望能從女兒及媳婦身上，多瞭解一些翠鬢平時的宗教行為、信仰習慣、心中有沒有讓她罣礙的心事等等；以方便在為病人皈依開示的時候，適切的說法可以讓她更能夠心開意解、加強她生命的去向。家屬說明著母親平常信仰習慣：「我媽媽平常吃早齋，初一、十五吃全素，但我不知道媽媽有沒有皈依？但她有在走廟常常去拜拜，……。（參與觀察田野筆記 A，950929）」

宗教師發現二件事情：翠鬢本來就是一位虔誠的信仰人；二來，家屬想要為虔誠信仰、且長年住在山上的母親，在這輩子生命圓滿前，完成最後的願望與祝福——佛教皈依。宗教師準備佛教歸依相關物品進入病房，站在臥床闔眼、無法言語的翠鬢左側，主動介紹自己的身分，並說明自己此時此刻出現的原因、家人們想要為母親皈依的心願、並讚歎翠鬢之前所修所為的一切善行之後，宗教師就在病房內為翠鬢舉行皈依儀式。

2. 病人請求皈依

而另外一位進出安寧病房將近半年的茗煌，負責照顧他的太太來到護理站主動尋求宗教師。提到先生的狀況，茗煌的太太點點頭說著：

「最近他佛珠都時時不離身，自從上星期六醒過來後，他提到他要開始拜佛祖。（參與觀察田野筆記 B，951113）」

宗教師主動問茗煌「想拜佛祖」是什麼意思？我可以協助嗎？茗煌說出自己

想皈依的因緣：「我很久之前就想拜了，只是一直找不到機會，後來，我遇到x醫師伊嘛是有在拜，伊給我鼓勵很多，鼓勵咱要信仰佛祖啦，而且我知道伊嘛有在修。（參與觀察田野筆記 B，951118）」

宗教皈依這一件事，其實在茗煌心裡早已萌芽，只是還沒有遇到機會可以圓滿心中的這個願，進入安寧病房認識了主治醫師，他感受到醫師對自己的照顧就像家人、親兄弟一般，經過主治醫師鼓勵，更促使他下決心皈依，來到安寧病房與醫療團隊的互動，主治醫師的悉心照顧、關懷，讓茗煌皈依的因緣成熟。

因為要皈依，宗教師才知道茗煌是一位大廚，談到大廚煮菜這話題時，茗煌主動提到當初學佛的啓蒙因緣：

「我愛煮菜、而且已經做了一些專長的菜出來。本來這醫院剛剛開幕時營養組要請我來做，我和我姊姊兩個要一起進來，那時的因緣不成熟，我沒進來，後來，就幫我姊姊一起收功德款。（參與觀察田野筆記 B，951118）」

傍晚時分宗教師準備為茗煌皈依，太太推著坐在輪椅上的茗煌前往病房佛堂，太太也提出要與茗煌同時皈依，茗煌的姊姊觀禮進行。皈依儀式在病房佛堂舉行，宗教師依次說明皈依意義、功德、受持方法，過程中，茗煌始終合掌虔誠隨著儀式進行，完畢時並謝謝法師。宗教師鼓勵茗煌：「我們皈依要做定課，一天至少一次的功課，將功德與所有的眾生結緣，我寫一張回向偈給您，您早晚念完佛號後就念一次回向偈。」茗煌說：「師父，請您幫我寫大張一點（回向偈：願以此功德，普及於一切，我等與眾生，皆共成佛道），謝謝。」宗教師返回護理站用黑筆再寫了一張，問著茗煌這樣大小，你可以看得有清楚嗎？茗煌表示感謝。宗教師發現：一股慈悲的能量，正從茗煌身上散發出來（參與觀察田野筆記

B, 951114)。

二、皈依經驗

皈依對病人來說，是一種再生，猶如一個新生命的開始。Eliade (2000) 更視皈依為奧秘的三個時刻之一——再生，它們（死亡、復活、再生）之間彼此相連而非間斷，正表明入門禮的精神所在。而宗教的入門禮強調超越死亡、從而復活、再生，猶如第二次的生命，是屬靈的再生。皈依後，信仰世界的生命是活在聖與俗的兩個平面上，在生命的過程中，既有人性的存在，同時也分享了超人性的生命，也就是宇宙或諸神的生命。人類生命不斷地克服障礙、超越自我，其實就是不斷地經歷死亡與復活。

（一）翠鬢皈依經驗

病房內為翠鬢舉行皈依，皈依儀式進行之前，告 dying 的翠鬢無法下床，無法言語，眼睛呈現黑眼球在上方、眼白在下方，儀式在家屬陪同下開始進行，家屬替代母親隨著所有儀軌誦念進行。過程中，隨著宗教師的解釋說明，翠鬢偶爾會短暫地睜眼注視佛像；皈依儀式進行圓滿，臥床的翠鬢仍然無法睜開眼睛，但臉部表情平靜安詳、雙手緊緊握著歸依證與放在胸前的佛牌。在皈依儀式的進行過程中，從病人所顯現的動作、表情、行為，大家都發現到翠鬢的改變，四女兒說著她的發現：

「我覺得母親眉間鬆開了，表情安詳的正在聆聽師父開示。（參與觀察田野筆記 A, 950928）」、「我媽看起來有些事情沒有說，我覺得應該是皈依；我感覺我媽昨天皈依完，整個眉頭間開了。我知道她有聽進去。從她的表情、她的臉突然紅潤起來。（參與觀察田野筆記 A, 950929）」

家屬們看到母親皈依後的臉部表情——「整個眉頭間開了、表情安詳、臉突然紅潤起來」，翠鬢的身體反應，讓家屬焦慮的心情似乎安了些。而這也符應翠鬢四女兒提到當初轉入安寧病房的因緣：「既然不能救我媽媽，我們就要，至少讓我媽媽減輕病痛，讓她有個精神寄託，所以讓她來到這裡。（參與觀察田野筆記 A，950929）」翠鬢從原來已近瀕死狀態，在無法言語下接受皈依，而這意想不到的轉變，不僅讓家人心靈得以安頓，也達到家屬來到安寧病房的期待，皈依開啓了翠鬢精神寄託之旅。

皈依對佛教而言，不僅是一種宣誓自己願意進入佛教大門的儀式而已，皈依者更是發願修習佛陀的慈悲與智慧，來轉化自己的生活。對於安寧病房的病人來說，這或許是一條遙遠的路，在此同時，宗教師多以佛教的方便法門為主導，即觀西方三聖、稱念阿彌陀佛聖號，期望病人能身心兩相安。雖然皈依只是一個外顯的儀式，但如 Morris Adler（1975）認為的，禮儀是宗教的語言。在這禮儀的背後，伴隨著的敘述是一種神話的引導，神話是內在自我與外在世界關係的自我詮釋，使靈魂保持活力，並為困頓而虛無的世界帶來新的意義。神話就像房子的樑，外表看不到，卻是支撐房子供人居住的重要結構（Rollo May，2003）。

在宗教除了提供皈依入門的功能外，還兼備了一種神聖（sacred）的經驗。德國 Rudolf Otto 《論神聖》書中提到一種神祕（mysterium）的力量，是一種隱匿與奧祕的東西，是那種超出概念理解的東西，這種東西是超常的、陌生的；神祕以感受的形式被反映到心靈中。可以透過我們周圍的生命中、或是個人虔敬猝然爆發與其展現的精神狀態中、或在宗教儀典井然有序的莊重肅穆中，以及在古老的宗教紀念物、建築、廟宇教堂所形成的氛圍中的感受狀態來激發人的心靈。在安寧病房裡，癌末病人常在佛教的皈依儀式後，有深切的身心感受經驗，這股力量的改變，如同按下病人身上靈性力量的啓動鈕，連病房的醫護人員都可感受

的到。如 Starbuck 所言在皈依時彷彿存在著新能量的釋放，或者說彷彿有新的溪水淙淙地流入意識之川（Starbuck，1997）。

從翠鬢皈依當下的行爲，宗教師發現，她似乎是聽得見的、且不斷努力嘗試著跟隨儀式的進行，尤其是在解釋儀式的過程，她不時睜開眼睛，注視她前方的西方三聖佛像。當皈依儀式接近結束，宗教師爲她戴上佛牌與遞上皈依證說明時，她雙手緊緊握著皈依證與佛牌，久久不放，並置於胸前。此時無法言語的她，眉間鬆開、臉部表情平靜安詳，在場的人似乎都感受到翠鬢跨過門檻，進入信仰殿堂的安然，手中久久不放的皈依證，似乎引導她進入另一個新生命的起跑點。

生病前的翠鬢，原本就是一位精進虔誠的老菩薩，臨終前的皈依，是生命最後的臨門一腳。翠鬢在家人們悉心、齊心、用心的因緣促成之下，有機會再次統整、加深自己心中的宗教信念系統，更開拓了自己信仰系統的世界觀，將自己的生命完全交託予宗教，從此生命有了歸屬，是一嶄新的宗教新生命。宗教在生命的此刻，已經是擺在自己的所有生命信念系統的最優先，是主軸、也是慣性能量的中心。

讓人更驚訝的是：翠鬢皈依隔天逐漸清醒過來。翠鬢四女兒提到皈依當天的發現說：

「9/28 皈依之後，我發現我母親身體狀況已經不對了，當晚我非常牽掛，所以我回娘家幫媽媽稍微整理家裡，準備媽媽要用到的東西，伊做阿祖了，所以我已經幫她準備七層的衣服。不知你相不相信，昨夜半夜狗叫個不停，我隱隱約約可以感受到媽媽回家且到我身邊，而且就像她平常在家裡四處巡巡看看一般，我可以感覺得到媽媽回家看過了，因為我覺得那是我媽媽所以我並不會害怕。不知道是不是因為她昨天回家巡過、

也看到我幫她準備的七層壽衣，確定我們在準備之後，我發覺我媽媽似乎放下了，她沒有再堅持回家，大家都鬆了一口氣。我發現我媽媽需要您，拜託您常常來看我媽媽，拜託您。（參與觀察田野筆記 A，950929）」

翠鬢的么女也提到母親皈依後自己的心情：

「感謝師父！母親皈依後的情況有所改變，但全家仍然戰戰兢兢，……母親的狀況，讓大家覺得選擇來 D 醫院是對的（眼眶泛淚），我們都感謝法師為媽媽皈依。（參與觀察田野筆記 A，951002）」

時常來醫院陪伴的大女兒也提到自己已較為釋懷：

「常常來看媽媽我也比較釋懷了；希望我的母親能夠順順、身體沒有艱苦，睡著睡著就走，我們只希望在這個時候，有宗教信仰力量可以幫助媽媽。（參與觀察田野筆記 A，951022）」

宗教信仰鼓舞人們從心靈深處發出源源不絕的精神力量，撫慰著疾苦的身心，使人們透過宗教自我對話以及對生命不同觀點的詮釋，不斷與自己的生命對話。在黃天中（1988）《臨終關懷死亡態度之研究》中，他發現到：他們相信人死後會去生前他所信仰的神的國度，此超自然的國度離現實的土地很遠，他們希望在那裡得到由現實人生所延想出來的快樂生活。

（二）茗煌皈依經驗

茗煌的「我想拜佛祖」一句話，將自己帶入宗教信仰的殿堂、信仰的早晚日課融入日常生活中。末期階段的生病經驗，讓茗煌最煩惱的就是腫瘤的止痛與傷口隨時可能大出血的問題，他也從主治醫師的口中瞭解到自己身上的腫瘤狀況

要化療已經是「比較不可能、較困難，且比較不樂觀，較不樂觀了。（參與觀察田野筆記 B，951118）」。

宗教師看見茗煌手上戴著一條螢光綠上人送的手珠，遂鼓勵茗煌可以善用手珠開始學習做早晚定課，早上念觀世音菩薩七圈、晚上念阿彌陀佛七圈，可以用心念，不一定要出聲音，就是記得做完功課要回向。茗煌問著：「迴向是什麼？」宗教師繼續解釋：「做功課祝福受苦、認識不認識的眾生。您覺得這腫瘤是活的還是死的？」茗煌直截說著：「活的，因為它一直再長大和擴散。」宗教師說著：「就是因為它們不知要往何處去？所以我們要做功課度它，它跟著我們吃、跟著一直長大，也一直跟著你，所以它需要你的幫忙和度化。」茗煌看著宗教師說出：「真的。」（參與觀察田野筆記 B，951114）。

弗洛姆對「信仰宗教」提出其詮釋觀點，信仰是建立一種「引導與獻身投入」的架構；人必須努力在其存在的各個領域，求得合一的經驗，如此就會找到新的平衡。任何一個令人滿意的引導系統，必須包含理智、感官知覺的質素。而引導體系與世界觀，都是為人類提出一個有意義的架構，從中找到屬於自己的意義、對世界的再詮釋，而各種神學理論之所以會形成，也是為了要緩和甚或抗拒生命中可怕的事（Tremmel，2000）。

安寧病房的醫療團隊每天與茗煌身上的腫瘤有著止痛與清洗的醫療功課，皈依之後的茗煌，每天也開始透過早晚定課回向與腫瘤做對話的神聖功課。皈依儀式啟發了茗煌由全然不同於以往的角度詮釋自己與腫瘤的關係，緩和了自己生命中的厄難。

三、皈依後的新生活

(一) 茗煌的神聖空間

查房時，茗煌像往常一樣主動揮手向宗教師致意，但不同的是，他為自己製造了一個神聖空間。茗煌比著病床正中央的一張 A4 紙，上面寫著斗大的四行字：「願以此功德，普及於一切，我等與眾生，皆共成佛道。」這張回向偈擺放的位置，恰好是他坐在多功能椅子上眼睛可以直視的地方。他微笑著對宗教師說：

「我請護士小姐幫我再寫大一點，這樣的話，我比較容易隨時就看到它……如果您的時間可以的話，我很想去XX寺走走。（參與觀察田野筆記 B，951122）」

這一個病床邊的神聖空間：二十四小時坐在多功能椅子上的茗煌，A4 斗大回向偈紙張平放病床上，再加上他內心時時發出的願力與念力「我隨時隨地都可以看得到」，是茗煌自己創造出來的。茗煌敘述著他現在是如何用功的，查房的團隊也分享著，他的法喜就像小小湧泉慢慢地冒出來。

皈依是希望能夠回應生命中的困頓問題，嘗試挽救生命的陷落，並尋求另一種力量的安頓。信仰的力量鼓舞了茗煌，激發出他心中潛藏的另一種慈悲的精神動力，茗煌透過自發式的念力、時時刻刻回向一切眾生。茗煌從來沒有提過，他一天做了多少早晚課，但是他的行為卻開顯出另一種不同的新局面：從此開始，我要時時刻刻回向一切眾生，我要與眾生共同趣向佛道，我提醒自己隨時要用功，當下安頓了自己困頓的身心。信仰的動力，驅使一個人生命中的理性與非理性元素都得以超越昇華至更高層次，是發自整個人格的行為，是個人生活的動力，一種有意識的行為，也是人類心靈最專注的一種活動（Paul Tillich，1994）。

宗教源於人類挫折的出現，它要駁回焦慮與無意義，以具有支撐力量的道德勇氣來架構生命；它在最高的道德要求、抱負，與實踐之中，達到頂點；任何對深刻的宗教經驗敏感的人，都不願意就此罷休，因為對信仰者、敬拜者來說是最神秘、最珍貴，並且是決定性的特徵（Tremmel，2000）。

看見茗煌展現的新生命，如同看見一股新力量的湧出。余德慧（1995）提出對「神性」詮釋是一種新感覺、判斷之念，會對生命產生不同理解，一種參與生命的根源態度，心中中心主宰的精神力量，當人轉以另一種類似「神性」的方式，重新培育自己的生命，會出現自我的新秩序，雖同一世界但又重新看到生命的神髓精神再現。

（二）翠鬢的神聖連結

Rollo May（2003）在神話的概念寫道，在人類漫長歷史中有著兩種交流方式。一種是理性的語言，它是一種明確而且有經驗實證的邏輯語言，這種交流中，說話者和說話內容的真假並不相干。第二種便是神話，透過特殊的故事人物，引導人們認識真實。而神話指涉人類經驗的精隨，是人類生命的意義與重要性。是我們對內在自我與外在世界關係的自我詮釋，整合我們社會的敘事，使靈魂保持活力，並為困頓而虛無的世界帶來新的意義。

自從翠鬢皈依之後醒來，宗教師稱呼她老人家「老菩薩」後。這個對話的聲音，一直從皈依開始直至生命終了，繚繞在翠鬢的病床邊，雖然對話簡單，卻是一種無形的生命定向提醒力。從身體最不舒服的時候開始，直到生理狀況好轉一些後，甚至當翠鬢什麼話都無法表達時，她只要聽見「老菩薩！」三個字，她就會立刻回應「阿彌陀佛！」即使當她無法認人的時候，「老菩薩！」這個聲音，一在她耳邊響起，她會即刻回應「阿彌陀佛！」

宗教師發現翠鬢皈依後，會對「老菩薩」這個聲音，出現回應以明顯的表情及發出「阿彌陀佛」的聲音，如同每次要進入宗教世界前的簡易通關密語。這段時間，宗教師常常利用病人清醒時段，肯定、讚歎病人的善行與善願、強調念佛法門信願行的修持方法，並提醒病人，憶念彌陀，並養成自然的隨著呼吸稱名念佛的習慣。

將近二十多天之後，院方再次告知家屬要有 Dying 的準備，家屬非常焦急地做相關準備。血壓仍然呈顯偏低的情況下，翠鬢突然醒來一直找著「我的皈依證呢？（參與觀察田野筆記 A，951025）」，一旁的兒子趕緊帶著母親的手碰觸別在衣領上的皈依證，翠鬢雖仍閉著眼睛但顯得比較安心了。

（三）素絹的轉換歷程

皈依本是轉變、轉換的意思，也就是由一個狀態轉到另一個狀態的過程。對皈依的研究中，Lewis Rambo 提到皈依分為五種形式：「一、從沒有信仰到接受信仰；二、一個人同一宗派信仰內，信仰程度加深；三、在同一信仰宗派內改變歸屬的門派；四改變信仰宗派；五、放棄信仰。」（轉自許惠芳，1994）。

在安寧照顧的臨床工作上，宗教師除了為病人及家屬提供種種的宗教諮詢及宗教儀式外，宗教陪伴與靈性力量支持，也是宗教師的重要工作。素絹雖然沒有接受佛教的皈依儀式，宗教師尊重病人自身的信仰，在陪伴的過程，閱讀搜集病人用功的法門及信仰內容，藉此幫助素絹釐清自己的信仰，因此，從對信仰的失望，過渡到更加地堅定，如同 Rambo 所說「一個人同一宗派信仰內，信仰程度加深。」亦是皈依的形式之一。素絹的宗教陪伴是一種另類的皈依，即宗教師並不強制改變其宗教信仰，反而協助她在自己的宗派信仰內加深信仰程度。

宗教師透過臨床的交談發現，病人因為病程變化伴隨著出現一些負面語言，從負面語言呈顯問題之所在，某一部分是信仰的不穩固，於是，宗教師透過交談讓病人看見自己的問題，並一步一步地推動病人深入自己原信仰的世界。

接近臨終階段，那些用來延緩死亡靠近病身的物質方法幾乎失效，甚至連控制疼痛的醫療手段，都只能在一旁加油助陣，絲毫進不了臨終者的主體，這時如果病人連信仰的力量都看不到的話，人會發出聲音，呈現另一種處境的焦慮（余德慧，2004）。

Paul Tillich 在《生存的勇氣》道出人類生存的三大威脅：命運與死亡、空虛與人生無意義、罪惡與譴責。而這生存的三大威脅，都是人無法控制的情況，沒有任何技術可以改變它們。而宗教是唯一的道路，宗教能接納我們生命中最糟糕的情況，也是勇氣的立足點，在不存在的威脅來臨之前，宗教帶給人生存的勇氣（Tremmel，2000）。

1. 對信仰絕望

罹患小細胞癌十多年的素絹，在她的生活中，一直抱持著「我也不知道什麼小細胞癌，就是傻傻地活著。（參與觀察田野筆記 C，951214）」的態度。素絹提到自己在八十四年，由於發現小細胞癌開刀化療的因緣，而開始參加宗教活動。那是十一年前，「我生這個病，我妹妹幫我介紹一個佛學會，是密教的，那個師兄有幫我治療，是那時就開始接觸佛教的。（參與觀察田野筆記 C，951218）」平靜的日子過了十一年。直到九十五年四、五月間，又發現肝轉移，這次接觸禪師，宗教信仰力量加上她個人虔誠奉行，讓她體驗到宗教信仰所帶來不可思議的神祕經驗：她認為原本要開刀了，但（她指指肝臟的地方）「確實這邊有消掉，本來硬硬的。（參與觀察田野筆記 C，951225）」可惜不久，情況還是惡化了。

同年十一月再次發現肝轉移，家人建議來到 D 醫院安寧病房做緩和治療，看著腹部腫瘤一天天的長大，漸漸地堵到胸口導致呼吸愈來愈困難。住院近半個月之後，篤信宗教的素絹，感受到肚子腫瘤漸漸隆起以及處理頭暈症狀愈來愈失控，迎面而來失望、挫折感，素絹滿懷疑惑問著宗教師：「這是菩薩在考驗我嗎？（參與觀察田野筆記 C，951218）」。

雖對宗教抱持希望，然而在此之後，素絹陷入一個理不清的、既複雜又矛盾的情緒中，有一天，當宗教師陪著素絹到病房外的空中花園晒太陽時，她述說著內心的沮喪：

「他們告訴我說瑤池金母會幫我，要我怎麼相信？我本來拜的是千手千眼觀音，但是因為我妹妹介紹我來這裡，我妹妹說瑤池金母要幫忙我，所以我在這邊就一直持瑤池金母讚。（參與觀察田野筆記 C，951220）」

素絹相信菩薩會幫忙她，但住進醫院才三個星期不到，腹部腫瘤仍然明顯地一天天長大，對嗎啡藥物又有不適應的副作用，……看著自己身體的巨大變化，讓她對信仰感到懷疑。在這段陪伴的時間裡，宗教師發現素絹的說話時常出現：「瑤池金母會幫我，要我怎麼相信」、「瑤池金母要幫忙我」等一連串對信仰的負面語言。

另外一次是一群從高雄來探訪她的朋友，他們帶著禪師交待的《晨鐘》來給她。當朋友離去時，素絹對宗教師說明這些人的來歷，那是她以前信仰的禪師那邊，一起同修的道侶，她回憶那段經歷：

「那時我正準備在榮總開完刀準備做化療看看，想說，化療現在可能已經比較進步了，因為也沒有遇到什麼人，就自己這樣想，那一天恰巧就

剛好遇到禪師啊，他就跟我說不用去了，就在這裡修。在道場那邊，早晚去上香靜坐，就這樣。祂跟我指示，我一直很認真在修啊，可是到後來也是一直慢慢慢慢的轉移到這邊來啊。（參與觀察田野筆記 C，951221）」

因為禪師的一句「不用去了，就在這裡修。」改變素絹的治療方式，「祂跟我指示，我一直很認真在修。」因為如此，她虔誠地遵循禪師的指示而行禮如儀，對於禪師交待什麼時候上香、上供水、喝供水、打坐每個環節都切實地做了，而且一個時間都沒耽誤到。持續精進地修持，換來的卻是「慢慢慢慢的轉移到這裡來」，她不禁懷疑事情怎麼會這樣，原本期待能得到宗教力量的庇佑，然而，在接觸三種宗教的信仰後（密宗－禪師－瑤池金母），希望卻都落了空。

2. 加深信仰

信仰的絕望讓素絹感到無比的沮喪、挫折。眼見她就要對宗教失去信心了，宗教師頓時發現，其實素絹之接觸宗教，雖然信仰虔誠而且認真實踐，然而在信仰的深度上，就差「深入經藏」這一點，因為不夠了解而未能生起深切的信心，信心薄弱，一遇挑戰就搖搖欲墜，一點兒也沒有辦法在身心上使出些許力量來。

看著信心即將喪失的素絹興起出院回家的念頭，宗教師先肯定她過去的認真與努力，並鼓勵素絹說：

「您上輩子跟很多人結緣喔！但生命這條路不是咱可以安排的？身體治療的功課是醫生們的工作，但自己的的心、怎麼去想、平常要怎麼樣受持用功，才是我們的功課。為什麼您要去扛身體治療的功課呢？您對原本的佛祖信仰、還有千手觀音、瑤池金母，大家都在幫您，您要對祂們

有信心，就像現在在醫院的您，眾多醫師們和醫師助理的專師，大家也都在商量如何處理您的不舒服。……所以不用急著回高雄。（參與觀察田野筆記 C，951221）」

宗教師告訴素絹「原本信仰的佛祖、還有千手觀音、瑤池金母，大家都在幫你」，不就是眾神明都在幫忙嗎，而身體的問題是醫生的功課，但真正的重點在於「我們的心怎麼去想，要怎麼樣用功，是我們的功課。」她專注聆聽著宗教師的話，也點了點頭回應著「嗯，對啊！」從此她轉換為喜悅的心情，並說「對！他們也會商量如何處理這件事情。（參與觀察田野筆記 C，951221）」這段對話的過程，充滿愉悅的氣氛，就在此時素絹突然伸出雙手緊握住宗教師的手，四目交會時，彼此不約而同地落下淚來。

這段對話建立了素絹與宗教師彼此信任的關係，從此素絹的心打開了，與宗教師開啓「心」與「心」（真誠地坦開彼此內心）的談話。隨即素絹邀請宗教師，每天到床邊為她開示禪師送來的《晨鐘》一書。素絹就這樣一步一步地貼近她自己的信仰世界。

在換藥時，素絹看見宗教師出現，主動取出枕邊的《晨鐘》一書，邀請宗教師：「師父！您講內容給我聽，因為字實在太小了，請您說給我聽。」宗教師翻著書中內容「要報五恩，父母恩、天地恩，修行基礎……」素絹專注地聽著，並說「師父！請您繼續講。」此時的她，似乎感到法喜充滿。那天講完《晨鐘》後，宗教師發現素絹改變了，以前她常會把某部位不舒服掛在嘴邊，現在的素絹不再抱怨身體的不適，也不再和醫師談身體的問題，信仰的動力再次啟動，這股前所未見的新力量，將她整個人的注意力導往信仰世界的深處（參與觀察田野筆記 C，951222）。

當信任關係建立後，素絹對宗教師的態度，不再被動。當宗教師出現在病房時，素絹會主動與宗教師討論她目前的狀況，有一次素絹看見宗教師出現，甚至握著宗教師的手，向她的訪客介紹宗教師：「這一位是醫院的師父，……（參與觀察田野筆記 C，951222）」當來訪的親戚、朋友來看她時，總試著用話安慰她——「您現在看起來比較有肉」、「氣色比較好喔」、「比之前好很多哩」，素絹卻坦然地在大家面前正視自己的病情，一點不粉飾。不管大家怎麼說她的病情，她總是將對話拉回自己當下的病況：

「比較差吧！師父！您看我的眼睛都下垂了！師父您再注意看，這裡（手比著左眼眼瞼）已經左右眼不太一樣了，陳醫師有說可能有神經壓迫，是胸腔這邊引起的。因為從 X 光片，發現胸腔有一些小顆的（腫瘤），而我的腳也開始腫了。（參與觀察田野筆記 C，951222）」

3. 重拾信心

正向語言開始出現，在每日講經時間，素絹除了專注聆聽，還常會在宗教師講述過程中適時提出自己的正向思維「大家都對我非常好」、「到哪邊都可以修。（參與觀察田野筆記 C，951225）」。

素絹準備出院當天，她特別準備一張卡片要寫給宗教師，感謝宗教師這段期間的陪伴與照顧。素絹說著：「師父！我正想留一張紙條給你哩。（拿一張卡片給宗教師看）」宗教師對素絹說：「她（心意）已經收下了，這一張我們來寫感謝卡，謝謝這段期間照顧我們的所有醫護人員，好不好？」當時，素絹和先生謝謝宗教師的提醒：真的是要謝謝他們。正當素絹的先生寫著感謝卡時，宗教師比比素絹先生，問著素絹說：「他這一陣子照顧你，你要給他打幾分？」素絹回答著：「一百分。因為他平常是個工作狂，下班後就只會看書、讀書，從不會做家

事。這一陣子，他為了照顧我，真的已經很認真、也很努力了。」案夫走過來說：「我要給她打一百零一分。因為她很堅強、很勇敢。」此時素絹夫婦倆人，含著淚微笑地，看了看對方，互道感謝（參與觀察田野筆記 C，951227）。

雖然身體失控「不舒服」，素絹仍然持續著她的定課——瑤池金母讚；再度入院，她開心地與宗教師分享她的高興：「我今天來門診時，遇見上人、又領到紅包、住進來又同一張病床，我相信這一切應該是瑤池金母在安排吧。」兩天後，素絹主動說著瑤池金母加持佛水「東華宮xx師姐叫我這樣做，祂說要我去請佛水，一杯是喝的，一杯是塗腳的，我相信這是瑤池金母在幫忙……。」正當素絹身體最難過最不舒服時，不可思議的瑤池金母的「加持水」，膚慰著末期階段的素絹病身，她相信「祂（瑤池金母）天天在那邊為她加持。」並充滿著感恩（參與觀察田野筆記 C，960104）。

往生前一週，素絹嚴肅又自然地與宗教師說著自己的心情「其實我到這裡，看到慈濟、看到您們、…我覺得我自己服務做得太少，看到志工，我覺得自己很渺小，我爸爸天天抄經，我不懂得修，這輩子一直玩，如果好起來，願意跟你做一輩子的朋友。」宗教師鼓勵素絹「要發願做生生世世一起修行助人的同學喔！」素絹開心的說出「好！」（參與觀察田野筆記 C，960104）。

宗教師在臨床病榻邊，會因應病人的不同需求，而透過宗教儀式、闡述經典教義以及修行法門等等方式，幫助病人身心安頓。因為宗教本身即是神話系統，如 Rollo May（2003）所言，人對神話有著普遍的需求，甚至對神話的哭喊渴求。而透過儀式或神話，為困惑的世界提供一個穩固的支點，它指涉人類生命的意義與重要性，協助內在自我與外在世界關係的整合，這是一種擴延的、一種新視野的生活方式。其中，臨終病患所使用的宗教器物，包括教義、經典、讚美詩、佛號、佛像、宗教語言等象徵物，具有「超越層次」的需求，因為面臨人生困境，

尤其是死亡時，人類的求生本能引動，會去探求「靈性」，宗教象徵物即成爲與「神聖締結」關聯的最佳「媒介物」（尹亞蘭，2003）。所以，透過參與宗教儀式、經典的闡述讓人們了解其超越個人自我的特質，讓神聖與人的關係透過象徵物產生更緊密的締結，而這種締結關係便「打開更寬廣的意義系統」。

第三節 無言的臨終交談

死亡是個體生命的終結，是每個人生命歷程必經的大事。臨終時期固然有許多的言說呈現，一如前面所述，但愈是迫近死亡，病人的身體愈是衰敗，其「不在世」的特徵就愈益明顯，病人與週遭人交談的可能性也愈少，但是病人與此世的溝通連繫並未因此全然斷裂。靠著肢體語言、儀式行爲及無言的沉默，他們的靈性存在依然讓臨終陪伴的時刻充滿意義。范杰納（Van Gennep）在《過渡儀式》（The Rites of Passage）中，提到死亡是生命關鍵期之一，在文化生活極具重要性：

「人的一生是從一連串有著相似終點與起點階段所組成，在人類這些過渡或所謂生命的關鍵期，即出生、成年、結婚和死亡，都是舉行隆重儀式的時刻。這些生命的過渡儀式是文化生活中極重要的部份，且這些所有的過渡儀式普遍具有相似的基本形式，其根本目的在於離開一個確定的位置而轉入另一種確定的位置（Brian Morris，1996）。」

「離開一個確定的位置而轉入另一種確定的位置」，正如宗教師所扮演的角色，試圖在臨終病人朝向死亡之際，爲他指出一條路，引導他從病苦的身心世界，順利地過渡到另一種狀態的世界。

而經過皈依儀式後，宗教提供了一張隱形的心靈地圖，臨終病人就像是正在等待轉機的人，準備從這個世界過渡到下個世界時，能更順利地抵達一個明確的目的地，即「往」另一個新「生」命，而且是往一個良「善」的「趣」向走去。所以，在臨終階段的宗教交談，宗教師藉著介紹淨土思想及念佛法門，為病人描繪新國度的景觀，以及教導修行次第。宗教師肯定病人今生的努力，在皈依後能更堅定自己的信仰，對未來世界信心不疑，接著鼓勵他們起善念、發善願，發願在死亡到來之時，隨阿彌陀佛到西方極樂世界修行，如《華嚴經·普賢行願品》卷四十所云：

「臨命終時，最後剎那，一切諸根悉皆散壞，一切親屬悉皆捨離，一切威勢悉皆退失。輔相大臣、宮城內外象馬車乘、珍寶伏藏，如是一切無復相隨。唯此願王不相捨離，於一切時，引導其前，一剎那中，即得往生極樂世界，到已即見阿彌陀佛（《大正藏》冊 10，頁 846 下欄）。」

期望病人在面對臨終時，能正念相續，而這一切的努力，無非是為往生極樂世界做好一切準備工作，如此則得以如《佛說阿彌陀經》卷一所說，願生而得生彼國：

「眾生聞者應當發願，願生彼國。……不可以少善根福德因緣得生彼國。舍利弗，若有善男子、善女人，聞說阿彌陀佛，執持名號，若一日、若二日、若三日、若四日、若五日、若六日、若七日，一心不亂，其人臨命終時，阿彌陀佛與諸聖眾現在其前，是人終時心不顛倒，即得往生阿彌陀佛極樂國土（《大正藏》冊 12，頁 347 中欄）。」

這就是宗教師依據佛教經典，對病人所描繪的心靈地圖，期望癌末病人在宗教引導下，能得善終。

一、一步步走向往生

癌末病人在往生之前，他的身體會出現一些變化，譬如：針劑需求降低、食物需求減少、呼吸困難、嗜睡時間變長、生理時鐘日夜顛倒（白天睡覺，晚上活動）等狀況。特別明顯的是，他們常常會在晚上出現一些無法解釋的舉動，甚至對人時地的混淆，認不得陪伴他的親人或照顧他的醫護人員，也忘了自己曾經說過的話或做過的事情。在往生前二、三天，他們的對話會愈來愈少，更不用提吃東西了，身體的姿勢也不太會改變，當然也就沒有再下床。病人的喉嚨裡，會開始發出 death rattle 的聲音，通常這個現象出現時，正表示他們快要離開這個世間了（劉景萍、沈惠珊，2000）。

（一）簡單的交談

在這身體逐漸朝向衰亡的過程中，宗教師與病人的交談，會以更簡潔扼要的方式——提醒病人當下如何用功。因為在這個時候，病人的心理大多已很難透過言語瞭解，只可以從他們的臉部表情或肢體動作看出他們的想法。一直喜歡聽宗教師說佛教故事的茗煌，隨著病程的進展，照顧的太太也發現茗煌嗜睡時間愈來愈長，偶爾才清醒一下，宗教師總會趁著茗煌清醒的時候，透過佛教的修行故事肯定並鼓勵茗煌的精進用功。

1. 精進用功—觀相念佛

往生前二天的上午，在茗煌清醒的一段時間裡，當他聽完故事後，帶著擔心的表情對宗教師說：「我現在說話比較無力且沒有聲音了。」而宗教師安慰並鼓勵茗煌說：「這時候的用功，不一定要像以前一樣出聲音，只要在心裡默念就好，醒過來的時候，你就繼續觀看這尊佛像，觀佛像用功不必出聲音，就在心裡下功

夫。」這個觀相念佛的方法是之前就教過茗煌的，這時因為茗煌擔心無力念佛，宗教師便鼓勵他繼續觀相念佛用功，茗煌便安下心來，並點頭回應宗教師（參與觀察田野筆記 B，951205）。

隨即，茗煌又再次進入嗜睡狀態，一旁照顧的太太說著：

「他睡覺時間愈來愈長了，而且不管我怎麼說話都沒關係，他還是照樣繼續睡，而我說話，他更好睡，他隨時都需要有人在旁邊比較安全。但他隨時可以叫醒，而且很清楚，最近比較不會喊痛，如果可以，我想漸漸讓他床上去睡，等兒子晚上來，……慢慢試試看。（參與觀察田野筆記 B，951205）」

「睡覺時間愈來愈長，而我說話，他更好睡，需要有人在旁邊比較安全」，嗜睡時間變長的茗煌，在太太的陪伴下，似乎感到很安全，而睡得很安穩。而太太也會適時地提醒他用功，像是「他昨天跟我說：『愈來愈不能講話、身體愈來愈沒力了，怎麼辦？』我就跟他說，這是自然的現象，您更要時時念佛，佛祖會讓您的身體比較自在、輕鬆。（參與觀察田野筆記 B，951205）」

在往生前一天，護士幫茗煌例行性的換藥時，發現腫瘤傷口外觀呈現灰紅色，分泌物減少了，也沒有出血的情況。護士私下暗示宗教師，這是茗煌 dying 的前兆，傷口開始「收起來」，不會繼續出血也沒有分泌物，加上血壓低、嗜睡等等症狀，「如果師父想要多提醒他，可能要儘快。（參與觀察田野筆記 B，951206）」

2. 嗜睡但意不顛倒

當天晚上宗教師拿慈經的 CD 片，再次進到病房探望茗煌。那時他正聽著觀世音菩薩的聖號，宗教師走進病房問茗煌吃晚餐沒？茗煌搖著頭回答說：「最近

都吃不太下去，也不會餓了。（參與觀察田野筆記 B，951206）」於是宗教師解釋《慈經》的意義：

「《慈經》的內容是……有點像是功德回向。在我們每天睡前，將一天的點點滴滴修行功德，回向給一切眾生，也祝福他們。睡覺前你就放慈經，白天繼續念佛號喔。（參與觀察田野筆記 B，951206）」

茗煌認真地看著《慈經》，並點頭示意。宗教師跟茗煌說著「我現在要回去寺裡參加晚上共修了，明天再來說故事給你聽。」一向內斂、情感保守的茗煌，在這個時候竟舉起那唯一靈活的左手，以單手合掌向宗教師示意，並揮揮手說再見（參與觀察田野筆記 B，951206）。

當天晚上，茗煌終於平躺了下來，他的太太回憶「那天晚上他很好睡，半夜都沒醒過來，因為他狀況不好，我會擔心，怕他會不會就這樣走了，我都一直起來看他的狀況。結果一直到早上六點多，護士來量血壓（59/28），他也都沒醒過來也沒喊痛，所以我們就想讓他回床上。而且他的傷口前一天就沒有在痛了。（參與觀察田野筆記 B，951209）」。

（二）無言的臨終狀態

在臨終階段，病人大多無法再透過語言交談了。宗教師於是改變姿態，主動鼓勵病人要更加肯定信仰這條路，發願追隨佛祖修行用功，透過這樣的引導，使病人對自己的修持與累積的善行、善念，升起信心和歡喜心。

1. 家屬的焦慮四處流竄

家屬看見翠鬢的病情急轉直下，無法言語、無法進食可能就會走了，因死亡

即將到來的焦慮與離別的不捨，讓家屬決意要再做些處理動作。當時，護士看著翠鬢的情況，知道任何處理對她是沒有幫助的，於是百般不願地說跟宗教師提及：「家屬一直要我們幫病人打點滴啦！」而資深護理師也不知該如何再解釋才能讓家屬釋懷理解，共照護理師也說道：「師父！我們發現他們的壓力很大。」這個時候，醫護人員對翠鬢的處理，已經進入死亡準備，即不再進行積極性的醫療處置。面對家屬的要求，他們雖知道怎麼做對病人最好，但是無法抵擋家屬的情緒與決定，而陷入相當為難的處境，他們希望宗教師能居中協調（參與觀察田野筆記 A，951118）。

呈現極度焦慮的女兒，臉部緊繃，在病房外面不斷地來回走著，當她看到宗教師出現即說：「X 醫師還沒來，我們想跟他商量是否幫我媽媽打個營養針。我爸爸看了也很擔心，怎麼都沒有進食，知道這樣會讓病人不舒服，但也要試試看再說。（參與觀察田野筆記 A，951118）」其實，女兒理知上知道她這樣的想法，會讓母親更不舒服，但情感的不捨讓她想要試試看。那時，大女兒的看法，讓宗教師比較了解整個的實際狀況：

「師父！我了解媽媽目前的狀況，其實再多打針，媽媽已經無法像以前一樣站起來走動了。二十多天前和這兩天，我自己問過X醫師和小姐，小姐也告訴我，媽媽尿量減少了，打針之後不一定可以排得出去，……這兩天我陪媽媽過夜，陪了媽媽之後，我只希望讓媽媽沒有痛苦，平平順順就好了，就像睡著一樣，我也跟他們解釋了，我可以瞭解我爸爸和妹妹的不捨，希望師父多幫忙，也請X醫師再跟他們說明。（參與觀察田野筆記 A，951118）」

宗教師強烈地感受到，面對翠鬢的即將死亡，家人的情緒極度緊繃，必須先安頓家屬，對病人的引導才能夠使上力。在這個情境中，宗教師的交談只有一個

目標，希望家屬把焦慮心情釋放出來、攤在桌面上，並做出共識的決定。最後，在家屬的要求下，還是幫翠鬢打了點滴。

這樣過了五天，直到往生前一天，女兒提到了回家的決定：「我們大家決定星期六帶媽媽回家，老七昨天回來跟媽媽說完，回去跟爸爸說好以後，……我們預定星期六（後天）上午回家。（參與觀察田野筆記 A，951123）」在濃厚的親情下，任誰也不願擔負帶母親回家的責任，因為大家都心知肚明，回家就是要有心理準備：死亡即將來到，所以原本誰都不願意做出這樣的決定，這時的「回家時間」則是家屬的共識決定的。宗教師聽到家屬終於有回家的準備，表示他們開始慢慢接受母親即將告別人世這項事實了，這個時候，宗教師所關懷的：翠鬢也應該做好回家的準備，也才能專心地進行。

2. 為翠鬢指路準備啟程

到臨終階段，翠鬢已經無法透過言語表達心意。宗教師最關心的重點是：她對來生的目標是不是清楚、是不是做好準備啟程的工作了。於是宗教師總是趁著翠鬢每一次清醒時，再三地提醒她，要看清楚那張隱形的心靈地圖，為自己的來生做準備，時時刻刻做好出發的準備工作。

往生前五天，護士說著：「師父！翠鬢家屬全部都來了，病人眼睛卻一直睜著眼睛看，已經三天了，打上鎮靜劑也沒什麼用，且血壓一直飆，病人看起來很撐，好像要說什麼，又說不出來。希望師父來看看她，跟她說說話試試看。（參與觀察田野筆記 A，951119）」宗教師進入病房時，看到翠鬢睜開眼睛，神情似乎顯得有些不安，這時大女兒坐在媽媽身邊緊握著母親的手，宗教師坐下來對著翠鬢說著：

「血壓高很不舒服，您在想一些事情喔！愈想血壓愈高，身體愈不舒服，大家愈會擔心耶！我們所想的事情、所擔心的事情，統統告訴佛祖，我們虔誠請求祂幫助我們。因為咱是伊的仔、伊的學生，咱想什麼，伊都會知道……，咱來念佛喔！老菩薩！您跟我念佛，隨著呼吸慢慢念，您不用出聲，在心裡默默跟著我慢慢念……。（參與觀察田野筆記 A，951119）」

於是翠鬢跟著念佛，漸漸闔上眼睛睡著了。大女兒輕聲說著：「我媽媽好像睡著了」宗教師點點頭。由於翠鬢之前就常去寺院裡共修，念佛的方法，對她而言是親切熟悉的。在臨終的念佛更使得翠鬢的內心安定下來，於是宗教師在翠鬢清醒時，會陪著她念佛，就連平時的主要照顧者外傭阿謙，看到阿嬤有任何的狀況也都會主動放著念佛機，跟著（翠鬢）阿嬤一起念佛。

從陪伴的經驗發現，佛教許多修持法門在臨床的運用，確實可以協助癌末病患克服死亡恐懼，以及為來生作好準備，即從死亡恐懼到準備進入臨終階段的身心調適。念佛法門不僅可為生命現象提供解釋及意義，更提供肉體生命死亡之後，靈性生命的去處，透過信願行三資糧的累積，藉著心念的正向思惟，使信仰者得到支持及安頓力量。

二、與今生告別

在臨終往生前，宗教師與病人的交談常會變成一種臨終的開示。希望藉由宗教信仰的力量，提供給病人新的生命觀、世界觀，也引導病人順利地踏「往」另一條新「生」命的路。臨終這件事，對於已皈依的病人來說，是一個非常重要的過程。皈依儀式是學佛之路的開始，臨終則是皈依功課的檢定，如果平時病人能養成念佛的習慣，往生前要繼續修持，就會比較自然、比較容易些。這些努力就

是要為即將來臨的下一個生命作準備，也就是自己為來世做好前準備。

就一般人的理解，念佛就是稱念阿彌陀佛的聖號。依字源原義來看，在東漢許慎的《說文解字》中，提到念的意思是：「念，常思也。從心，今聲。」而念佛的梵語原意有記憶、想起來或集中注意等意思，因而譯為「念」。所以，念佛要常思，不僅要能口上稱念佛名，更要將心繫念在佛號上，而心中憶念佛的功德、相好。

（一）清楚地說聲再見

茗煌的兒子記得：

「之前陪爸時，晚上都要二個小時換一次紗布，但是往生那天傷口很好，沒有濕，都不用換。晚上他一直睡到早上，後來我們看他都沒有喊痛，沒有醒來，我們想爸會不會就這樣走了，所以，我就抱我爸爸回床上。抱爸回床上，他還是沒有醒來。……我們都想說，爸爸應該會慢慢離開了。但是姑姑來看他，她很捨不得爸，就一直搖他，結果他的手指就突然動起來。」如果不是姑姑一直叫他，我們想爸爸應該就會慢慢離開了。（參與觀察田野筆記 B，951209）」

茗煌的兒子看到父親醒來，立即跳到床上讓父親有個依靠，並說：

「爸，您放心走。您擔心的事情，我都會去處理，您想的事情，我也會去辦，請您要放心，安心的走。」我可以感覺到我爸爸的身體本來還會有撐著的感覺，但他漸漸地放鬆了，我爸還問我時間，我跟他講時間不重要，我雙手抱著爸，他靠在我的身上，於是爸就把戴在我手上的錶轉過來，看了時間。（參與觀察田野筆記 B，951209）」

這時太太發現茗煌好像在等什麼「直到下午，我們雖然跟他說話，要他放心，但覺得他好像還是撐著，好像在等什麼。後來，我想到師父答應要來，所以，就請師父來再和他說說話。他每次看到師父都很高興，那天你跟他說話，我發現他一直都在念佛。（參與觀察田野筆記 B，951209）」

皈依後，茗煌對宗教師所教的行門功課，非常認真受持，就連往生前也是一樣。那天下午，照顧茗煌的太太打電話找宗教師：「我先生狀況已經不好，但好像還放不下、走不開，請師父過來跟他說說話。（參與觀察田野筆記 B，951207）」宗教師抵達病房時，茗煌已經躺在病床上帶著氧氣管子，費力地呼吸著，旁邊佛號機播放著阿彌陀佛的聖號。茗煌太太與兒子握著茗煌的手並不斷撥著念珠念著佛。宗教師在茗煌的另一側坐了下來，手裡拿著茗煌平時觀相念佛的阿彌陀佛像說著：

「咱為這一天，已經準備好久了，時間也好像快要到了，咱皈依做功課也一直發願要成為佛祖的仔、佛祖的學生，所以，未來的路，咱的方向也已經確定，我們要去修學、乘願再來……還記得我前幾天說的觀相念佛嗎？阿彌陀佛是一個清靜莊嚴的修行人，祂發願蓋了一座讓大家用功的學校，任何想用功的人都可以到這個學校來，阿彌陀佛旁邊有兩位菩薩，隨時開著車，帶著想要用功修行的人去上學。等車子來的這段時間，咱要專注、全心念佛，家裡這邊的事，大家都會處理。你用功，我們也一起用功，時間到，車子來，咱就上車。放輕鬆，在心中跟著默念就好，繼續跟著我們的佛號念佛，闔眼閉眼繼續念佛用功……。（參與觀察田野筆記 B，951207）」

此時，茗煌伸出左手握著阿彌陀佛相，宗教師要茗煌身體放輕鬆並繼續觀著佛像，慢慢地他的眼睛漸漸闔上。宗教師提醒茗煌「很好。繼續，繼續將佛像觀

到我們心中，我們來念佛，您也放輕鬆，心中跟著我們念就好。」這時，茗煌表情專注，他的嘴形似乎正跟著念佛機唱著。不一會兒，他以左手示意想要移除鼻孔前的氧氣管，宗教師問：「您要拿下來嗎？」茗煌點了點頭，於是案妻幫他取了下來，茗煌還是繼續跟著念佛，幾分鐘後他用力吸了最後一口氣，在家屬及一群親朋好友的念佛聲中，安詳往生（參與觀察田野筆記 B，951207）。

（二）等一個好時間

宗教師進入病房探望素絹時，照顧她的先生喊著「素絹！師父來看你了！師父在你旁邊喔。」素絹點點頭表示她知道宗教師就在她身邊。「她昨天到現在一直都沒有進食，我不知道該怎麼辦？而且從昨天晚上到現在一直出現這樣的聲音，我在想，她已經兩天沒有起來上廁所了，等一下我想請小姐幫忙塞顆藥，然後帶她去上廁所。」發現素絹 death rattle 而且呼吸急促，宗教師告訴素絹「我們繼續來隨息念佛喔。」她點頭示意，在宗教師帶著她隨著呼吸的呼與吐之間念佛，於是原本費力的呼吸漸漸放鬆，嘴角跟著宗教師念著「阿」、「彌」、「陀」、「佛」，death rattle 的聲音就沒有了。由於宗教師之前曾教過素絹觀息放鬆，此時，順著這個方式來引導素絹觀息，讓身體放輕鬆（參與觀察田野筆記 C，960112）。

當呼吸速度漸漸地緩下來，急促的呼吸聲音也愈來愈小，一旁的先生及兒子，屏氣凝神在旁陪伴，不敢發出一丁點兒聲音。約莫半小時後，素絹眉頭放開了，也闔上眼睛，臉上的表情安詳平靜。宗教師拿了個小念佛機，放在素絹身旁，希望她能跟著佛號繼續用功。兒子握著母親的手，陪著一起念佛用功。下午一點多，素絹在家人念佛的陪伴下，安詳往生。

素絹的先生曾詢問過在病房往生的助念事宜，宗教師告訴他，往生的時間是

可遇不可求的，但是我們可以做功課求一個好時間離開，而那個時間是能受到大家祝福的。素絹在病房時發願要成為慈濟人，真的為自己挑了一個很棒的時間，在眾多志工師兄姐與親人的念佛聲中，帶著一抹微笑與世告別。

3. 受到祝福的別離

一早，翠鬢的血氧濃度已測量不到，她雖然無法再用言語交談，但從她的臉部表情，可看到她想表達些什麼。當宗教師進入病房，陪伴翠鬢的外傭阿謙喊著：「阿嬤！師父來了喔！」翠鬢雖然無法表達說話，但眼睛立即睜開，並眨了一下，似乎說我知道您來了。宗教師走到翠鬢身旁，說著：「想回大埔喔！」她又眨了眨眼，接著宗教師又說「那麼，這樣好了，我去你家看你喔！」翠鬢又眨眼一下，看到照顧的阿嬤有反應，阿謙高興地說「師父您來我們家，我煮飯請師父吃喔。」這時的阿嬤再次眨眼。翠鬢就靠著眨眼動作，對宗教師的話給予了回應（參與觀察田野筆記 A，951123）。

於是宗教師鼓勵並肯定翠鬢說：

「老菩薩！您心理一定想很多事情，只是現在無法表達（翠鬢又眨眼一下），但很多事情，我們想都想不完，我們好好念佛，求佛祖幫咱做主，將咱所想的事事項項全權交給佛祖來作安排，咱是伊的學生，也是伊的仔，咱所想的，伊攏會知道；世間很多事情，就交給孩子們去全權處理，我們好好念佛繼續到佛祖的學校去用功讀書，修行完滿，再回來，做我們想做的事情……。（參與觀察田野筆記 A，951123）」

聽完宗教師的一番話後，翠鬢表情安詳，同時以眨眼的動作回應宗教師。當天晚上，宗教師來到病床邊探望時，她已進入彌留狀態。宗教師繼續提醒著翠鬢

要秉持往常的念佛習慣，並且時時發願，而後帶著她念佛，臉部表情平靜安詳的翠鬢，先是眨眼回應，嘴角、呼吸也隨著佛號而起伏，她的家人們也虔誠平靜地在一旁為母親祝禱著。就在家屬的念佛聲的陪伴下，一個多小時後，翠鬢安詳往生。

人的信仰世界，少不了對神話的需求，透過接納神話世界，作為一種思想的引導，提升自己的生命層次，拓展自己的視野；人們向宗教靠攏，也是渴求神話的指標，神話可以是一種擴延，是一種嘗試活出新生活架構的方式，或是重建當事人殘破生活的急切冒險（Rollo May，2003）。

病人在身心極度危脆時，若能隨著呼吸持名念佛，對提起當下的正念是很有助益的。病人平時若曾修練念佛方法，當身處彌留狀態，或意識漸漸失去時，就容易以稱念佛號將注意力放在佛號上，如此則所面臨的痛苦也會隨著改變(如呼吸急速的情況改善)。從宗教師所接觸的三個個案的臨終現象顯現，他們告別人世時的面容是如此地安詳，可以驗證佛教經典所說的「欲生我國，志心信樂，乃至十念……」非虞，這使得宗教師在協助病人時，對念佛法門的信心指數攀升，念佛法門在臨床的應用的確能利益病人，因此亦能安頓家屬更讓家屬生起對佛法的信心，也就是生亡兩相安。

三、新生命的啓程

（一）返家之旅

凌晨一點多，生病離家後的翠鬢這次真的圓了回家的夢。四女兒在護理站留言，希望宗教師能上山一趟，為她們的母親開示。在病房陪伴的這段時間，宗教師似乎成了病人和家屬多年的老朋友，因為邊界經驗的處境，讓他們向宗教師求

助，而在關係建立後，開啓深度的心靈對談。

近六點時刻，宗教師顧不得自己開的是「兩光」的老爺車、可能會在山間拋錨，一心只想著要上山送翠鬢最後一程。就這樣開了近二個多鐘頭的山路抵達翠鬢的家。進入大廳時，家人圍在她的身旁助念，翠鬢的表情相當安詳，而且也換好莊嚴的七層壽衣。宗教師隨即加入助念的行列，過了一段時間，宗教師為翠鬢開示並為她祝福，說完後才一回頭，只見翠鬢的兒女們都跪了下來，雙手合十，似乎是代替母親向宗教師致謝，宗教師提出以後有任何事情需要幫忙或不清楚的，仍然可以找宗教師。過幾天，女兒打電話給宗教師說「您那天來了，媽媽知道而且很高興」同時謝謝宗教師在病房這段期間的照顧，而宗教師則鼓勵兒女在母親往生四十九天中，繼續做功課，將功德回向給母親，祝福母親往生善趣。

（二）圓了心中的願

在八小時助念後的隔天，茗煌的太太打電話給宗教師：「師父！我兒子說他一直想去xx寺拜拜，但助念堂的趙先生說我們正在辦喪事，不可以隨便去某些地方，像是寺廟，但兒子他一直很想去xx寺，可以嗎？」宗教師說明「佛教是沒有這項禁忌，如果你們想現在去，那半小時後，十二點醫院門口見。」（參與觀察田野筆記 B，951209）。

想回寺裡拜拜一直是茗煌在皈依後的未了心願，由於當時的因緣不具足，就這樣一直擱著。茗煌的兒子在父親往生隔天，就想要到寺裡去禮佛，一方面想圓父親的心願，另一則是想進一步問宗教師關於父親後事的相關事宜，要怎麼處理比較好。抵達xx寺時，茗煌兒子一直覺得「爸爸一直跟著我們。（參與觀察田野筆記 B，951209）」，而且事後茗煌的太太在靈前擲杯時，說：「師父！我跟你說喔，我先生昨天有跟我去xx寺喔，是我今早問他的，他允杯都不用猶豫，很果

決，且表示跟著去了xx寺，心情很高興。（參與觀察田野筆記 B，951210）」。

茗煌的兒子跟宗教師提到，在為父親助念時，家人（他、媽、未婚妻）都聞到一股濃郁的香味，此外還看到茗煌是那麼安詳的離開人世，家人都像吃了定心丸，雖捨不得茗煌的離開，但認為他已不再受病痛的折磨，對茗煌來說，往生是痛苦的結束，家人不捨他再受苦了。

死亡是人生大事之一，宗教師發現，臨終病人是否能安詳往生與病人的信仰深度絕對相關，信仰愈深入往生時就愈安詳。因為宗教對他們從生過渡到死的幫助更大。當然，家人的陪伴、臨終處置是否有共識，如翠鬢的家人討論到什麼時間、要不要回家等的問題，也是往生的增上緣。此外，臨終病人也必須做好準備工作，例如在往生前，宗教師關懷的是「隨時做好往生的準備」（要不要回家不是問題），所以宗教師每每探望病人時，總再三地提醒翠鬢要念佛、要發願；而茗煌相當認真地準備自己的功課，直到最後一刻仍能意識清悉地觀相念佛；至於素絹，雖然她與宗教師的信仰不同，但往生前幾天，她主動願意念佛，並挑選了好時間啓程了。

這三位受苦的個案，都在眾人的佛號聲中，安詳往生。他們雖然都已往另一個新的生命走去，却也為這世間啟動了新的生命——因為他們都同時為家人播下學佛的種籽，另一個（宗教）新生命即將開始。

第四節 宗教的靈性照顧

當人必須面對生命的有限時，會透過方法、意識、想像力等，對生命做出宗教性的反應。在現代安寧臨終照顧的脈絡中，傳統的宗教引導被賦予了靈性照顧

的內涵。事實上，廣義而言，臨終照顧的團隊成員，無論是醫、護、社工、心理師或志工，都負有靈性照顧的責任，但是宗教師的靈性照顧內涵，畢竟與其他的團隊成員有所區隔。其中最重要的差異，若用一般的日常用語形容就是，當其他團隊成員盡力照顧病人的「生前」之事時，宗教師還需照顧到病人的「死後」之事。當然，宗教師並非要做出任何超越現實的神通靈感之事，但他確實要面對處理病人的對「死後」的關懷，也就是生命的「去路」問題。

如茗煌提出的「您指示我一條路，告訴我，讓我趕快走，活得很痛苦，拜託您。（參與觀察田野筆記 B，951130）」；翠鬢則說：「為什麼觀音佛祖到現在不帶我回去？我不求什麼，只希望像這樣平平順順，沒有艱苦來回去。（參與觀察田野筆記 B，951021）」臨終的身體因病症而衰弱，恐懼擔心而精神沮喪焦慮；身體急速的掉落過程，臨終的人手足無措抓不到可以攀扶的著力點、看不見前方的路而焦急情緒升起、只看見了依附已久的身體，醫療對它的處置卻愈來愈束手無策，當這個原本可依附的身體漸漸衰弱，變成無法依附、無法抓取時，人會透過各種方式想要再嘗試，還有沒有其它的路可以走。

「宗教帶給人們有超脫的希望，導向一種昇華的心靈超越挫折、超越絕望的層面。……宗教觀讓人在活著的境界中，讓人產生一種新的感悟和態度，使人產生一種無限感激之情—感激之大，足以平衡生命中所有可怕的事。（Tremmel，2000）」

宗教指出一條路，要人看清楚這個身體依舊會敗壞，但人的心靈要學習看到另一條隱形的路，在這之間，宗教指出這條路，協助臨終病人跨過那道看不見的生死分界的門檻。宗教藉由超脫的希望，引領著臨終人的心靈在自我意識或潛意識中，走向一種新的內在轉變力量，超脫自我，跨越生命的處境。

一、靈性照顧

(一) 何謂靈性照顧

李佩怡（2005）從緩和醫療的靈性需求來談的，應包含三個面向，即情境的需求、道德和傳記的需求，以及宗教的需求。此即 Kellehear（2000）所提出的靈性需求模式，其基本概念是基於人類有一種渴望要超越困境與苦難。換句話說，人們需要去追求和尋找超越他們目前受苦的意義感，進而對該處境感到有意義。這個超越可經由追尋情境、道德或傳記、或選擇宗教信念等三種方式來達成（轉自陳慶餘，2005）。

靈性照護是協助患者尋找他們的價值，接納他們對事情的觀點與人生態度，在疾病與接近死亡的過程中，找到生命與受苦的意義，以達和諧的統整感（引自沈麗靚，2004；Penson & Fisher，1991）。石世明（1999）認為，照顧者與病人間的「靈體相對」和「慈光展露」是靈性照顧的出發點，一種人與人的靈魂對話，自然的體恤，沒有摻入任何的價值、期求回報，而安置靈性則是靈性照顧重要的關鍵。

如上所述，類似渴望去超越困境與苦難、追求和尋找超越目前受苦的意義，那麼或許可以說這麼說，靈性是一種追求向上提升、超越的內在力量，而這種力量不一定來自宗教，也就是說靈性照顧可能來自宗教，宗教照顧可以是靈性照顧，但靈性照顧不必然是宗教照顧，只要能幫助靈性力量的提升，對病人當時的困境有所突破，為自己找到受苦的意義，那便是一種靈性照顧。

(二) 一種共融的關係

Bridge（2006）提到，靈性並無一個既定的定義，但是有一些有用的模式。如

趙可式提出靈性照護的模式，她認為靈性是表現在人與自己、與他人、與天(神)、與自然、環境的共融關係中，一種具創造性的智慧，可經驗存在及超越的感覺。知道自己活著及自己行動的意義和目的，並盡其所能地朝向至高的價值，包括愛、意義、盼望、美及真理，而至高的價值會驅使一個人的生活方式朝向自我實現或天(神)人合一的目標，如下圖所示：

A model of spirituality in terminally ill patients

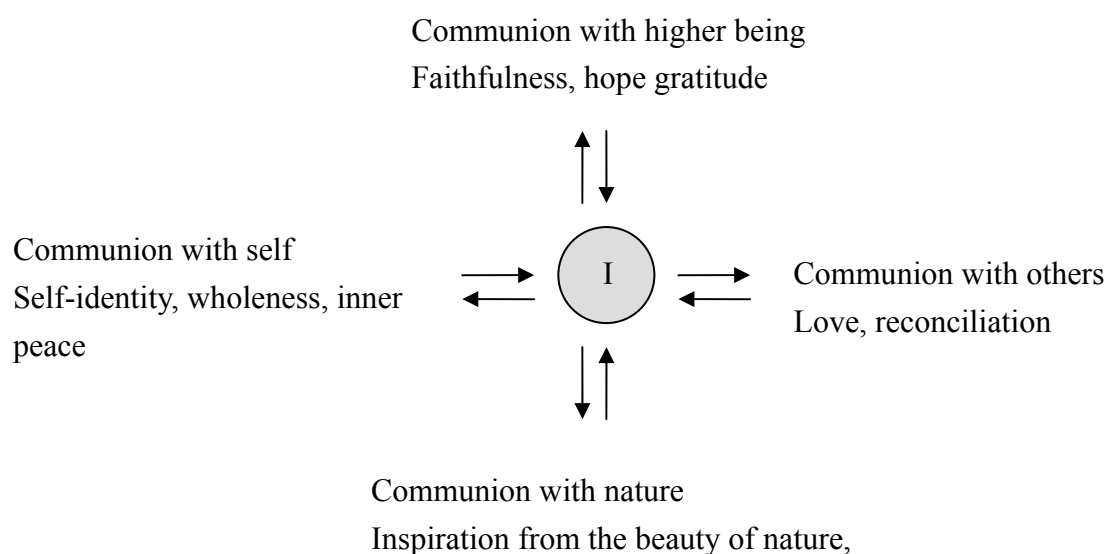


圖 5-2 癌末病人的靈性模式

當人與自己、家人、他人、與神之間達到共融的狀態，能與自己和解、身心平安、家人間的連結穩固時，人就會自然地、安心地離開這個世間往生 (Bridge, 2005)。如同茗煌走到生命最後一天時，他的兒子回憶：「我可以感覺到我爸爸，他漸漸地放鬆了，安心的走。我可以感覺到我爸爸的身體本來還會有撐著的感覺，但他漸漸地放鬆了。(參與觀察田野筆記 B, 951209)」

（三）整合的概念

生與死的概念，隨著國家及文化的不同而有異，但相同的是，一個人在臨終前，如果沒有先處理好情緒上的恐懼與衝突，所謂的「人格整合和諧圓滿」過程沒有事先整合的話，就會造成臨終階段的躁動不安。避免臨終不安的方法之一，就是先處理病人對苦難經驗的整合。因為「臨終極痛」是一種磨難的心態，與長久未解決的情緒、人際衝突或埋藏已久的罹病痛苦的記憶有關，這些問題成爲心中的膿瘍，當身體日漸衰弱、無法控制，這些潛藏的部分就會跑出來（Bridge，2006）。

靈性是人之所以爲人的價值所在，它孕育了人的潛能，激發人們探詢生命的意義與目的，意識到神或至高者的存在，並且包括愛、意識、盼望、美與真理等朝向至高者的價值。對於靈性的重視，間接緊密地聯結了宗教與醫療的關係，也肯定宗教的依附在臨終場域中佔有極爲重要的地位。信仰是一種終極關懷（ultimate concern）的態度，信仰的動力也就是終極關懷的動力。人類和所有的生物一樣，會特別關注與生存休戚相關的事物；特別是人，更會關心高度迫切性、甚至迫在眉睫的生存問題。作爲終極關懷的信仰，是一種牽涉整個人格的行爲。是個人生活的動力，也是個人的生活中心。信仰是人類心靈最專注的一種活動，其力量可以超越了生活各部分的個別影響及其總和，且對生活每一部分產生決定性的影響（Paul Tillich，1994）。

二、宗教所指出的路

宗教之所以會在人類歷史和個人生命中出現，是源於應付懾人、具威脅性、無法控制的事情。雖然死亡與人生無意義的毀滅性，確實會威脅生命，但宗教力量是支持內在精神的更深層力量（Tremmel，2000）。宗教本身就是一個神話系統，

人對神話有著普遍的需求，甚至對神話的哭喊渴求。神話提供給人某種可以掌握的東西。神話形式各個不同，儀式是神話的具體表現，神話是敘事，儀式則以身體動作來表達神話。儀式與神話為困惑的世界，提供了穩固的支點。因此，宗教指涉了人類生命的意義與重要性，這是人類經驗的精髓；協助內在自我與外在世界關係的整合，使靈魂保持活力，是一種擴延的，一種新視野的生活方式（Rollo May, 2003）。

十九、二十世紀初，繆勒與泰勒兩位學者發現，宗教確實始於人類歷史之初，當時成就了更精緻的宗教所賴以形成的神話。然而，宗教對神的概念與活動型態的蛻變過程，從一開始的原始宗教，由許多種類的靈與魂組成，且是局部性有特定的能力和地點，進入到成爲一種圓滿宗教，宇宙觀已經完成的宗教，它的上帝不再固定於特定的地點或者只有有限的力量。而圓滿宗教強調的，已經是從超自然技術轉移到相遇和感激，也就是從企圖利用諸神來達到世俗的目的，轉移到企圖與上帝（梵、道、耶和華、基督、安拉）和諧地共同生活、追求與神靈相遇、追求精神上的健康、道德無缺、生命的完整，並以語言文字和態度、以儀式和虔誠，對不勞而獲的贈予，表達出心中的喜樂（Tremmel, 2000）。

宗教提供了一條趨向超越、解脫的道路。Eliade（2000）對「存有」亦有其深入的探討，並意識到對透過現代智識詮釋宗教的重要性，他結合宗教史、東方思想、人種學及其他學科努力實現，他曾說：

「對神話、秘思性的思想、原始意象的正確分析，尤其是浮現在東方及原始文化的宗教創造，是開啟西方人心靈、導引至新的、全球性人文主義的唯一方法。」

臨床宗教師在臨床上的交談重點，其實就在傳遞一種執行宗教解脫思惟的生活方式，讓宗教生命在現代人的生活中神聖化、內在化（Eliade, 2000）。

宗教師聽到素絹生病之後，接觸宗教的經驗過程，是從十一年前開始的「走佛學會」而「根本就不像病人。（參與觀察田野筆記 C，951214）」到面對身體逐漸衰退而懷疑著「要怎麼相信？（參與觀察田野筆記 C，951220）」、「我一直很認真在修啊，可是到後來也是一直慢慢慢慢轉移到這邊來啊！（參與觀察田野筆記 C，951221）」，這時原始宗教或特定能力的宗教，已經不足以安頓她的身心，漸漸失控且無法再依附的身體，不再聽話可以使喚了，這時需要的是心靈的超越與提昇、與神靈相遇和感激，任何一個圓滿宗教的出現，對於虔誠的她，都可指引她邁向神聖之路。

我們自己對神話的定位，自然地呈現在我們的生活方式中。生命的死亡，臨終的邊界處境，提供了一個碰觸生命真相的機會，讓人必須去省思死亡與生命的關係。神話具有兩項功能，也是療癒的力量，神話的退轉（regressive）功能，將人被壓抑的、無意識的、原始的驅力、渴望、恐懼，以及其他的心靈素材帶入我們的覺知之中；另一種前進（progressive）的功能，則從更高的整合層次來解決問題，為我們開啓新的目標、新的倫理見解和可能性；神話不僅具有原始、退轉的一面，同時具有整合、規範與前進的一面（Rollo May，2003）。所以宗教的內涵、宗教的法、宗教的啓示，也可以是靈性照顧的促進方法之一。

三、佛教的靈性照顧

與茗煌第一次交談時，他提到了自己對腫瘤的感覺與發現：「腫瘤是活的，因為它一直在長大和擴散。」宗教師回應：「它就住在我們的身體裡面，它不知往何處去？所以我們要做功課度它，它一直長大，也一直跟著您，它需要您的幫忙和渡化。」茗煌當下突然醒悟：除了定不定時餵腫瘤吃藥外，也可以用另一種不同的思惟方式與自己的腫瘤相處。

靈性興起於宗教脈絡，但無論有沒有宗教信仰，病人們同樣都有著對愛、意義、寬恕和超越的需求（Bridge，2006）。而一個人思惟模式更是影響著看待生命處境的相處態度。李慧菁（2004）對於宗教與靈性關係，提出了二點論述，其中之一是：信仰是人們對「永恆的生命意義與價值」的一種特殊詮釋，宗教信仰若僅止於儀式型態，就無法深入人們對生命意義與價值之信念，就無法促進人們的靈性發展。

超越、開悟或是得救的態度，並不是要改變身體以外的物質，而是調整自己的思惟、心念，朝向心靈轉化的過程，是一種內在心靈態度的昇華、心靈深度結構的大轉變，企圖超越以往的心理反應，養成另一種勇敢面對、正視生命的態度，是一種意識、存在狀態、超心理狀態、全盤的轉型、整個本質改變的經驗，心靈系統之深度結構的大翻新，使人在自我意識或潛意識中，獲得新的精神鼓勵，在這過程中，全新的一個人再次被創造出來，到達全心奉獻的境界，並克服人的有限性，這樣的奉獻是走向神聖的力量（Tremme，12000）。

宗教經驗引導人對自己的生命提出一個有意義的架構，從中找到屬於自己的生命意義、詮釋世界的理論。吳庶深等（2005）提到，宗教肩負著終極關懷及提升人性尊嚴之使命，所以當人處於危機之時，常會尋求靈性指引，大部分的人會去依附神或上帝。

「生命這條路不是咱可以安排的？身體治療的功課是醫生們的工作，但自己的的心、怎麼去想、平常要怎麼樣受持用功，才是我們的功課。為什麼您要去扛身體治療的功課呢？（參與觀察田野筆記 C，951221）」

佛教體系提供一個看待宇宙人生事實的思惟模式，就佛教徒來說，覺知「無常」、了知生命真相、接受死亡是生命過程的一部分，才可能驅策一個人對有限的生命

做出積極的回應，才能安然、自在。因此，佛教修行方式，可以說是修煉心行的功夫，一種追求心靈提升的過程。

佛教徒認為人生存於世間，有很多普遍而不滅的規範—「法」（dharma）在運作。「法」在語源上意指「任持」，是人生於世間的指導，通常被認為與佛陀的教法意義相同，但「法」並非實際的教條，反而不如說是「道路」，可視為人類普遍性的規範。無論在天上人間，佛陀極為肯定「法」或真理才是達到幸福的唯一道路。佛陀根據普遍性理法的思想，而倡說救度一切眾生；「無論如來出世否，此理法永遠存在。」對人生命存在的根本理法，佛教徒的闡釋是「甚深」且「不可思議」。所以在佛教裡，體證到理法的人稱為覺者，喻人從迷妄中覺醒（中村元，2003）。

佛教對修行的理解與觀點，一切目標的至高點，就是為了幫助廣大眾生成佛，從生命的逐漸改善中可以達到解脫，依此最終可以達到證悟。但佛教徒必須將觀點擴大到包含未來世，經由全然了解自己痛苦的情景，然後將觀點從這一世深入，包含到生生世世的痛苦循環，也就是被稱為輪迴或娑婆的世界。最後將這種了解延伸到他人，也就是經由慈悲的願望，希望一切眾生都能從痛苦和造成痛苦的原因中解脫出來。這份慈悲，驅使我們渴望成佛，渴望超脫（達賴喇嘛，2003）。而佛教的輪迴觀認為，現世生命只不過是廣大的宇宙中，以種種的型態呈顯，同時流轉於悠久生命長河中的一個區段而已（中村元，2003）。佛法的開示，於是宗教師透過臨終階段的交談方式，引導臨終病人及家屬在心念上的轉化，覺知生命的有限性、無常性，覺知到只要轉化當下的心念的功夫，自己本身就是快樂與痛苦的創造者。

而念佛就是轉化心念的最佳方法，因為念佛需要一種迫切的心、求依怙的心，這種心情正好是臨終病人在邊界處境下自然擁有的，當用功時專注，不但攝心力

強，而且也能在身口意三業的統一中，產生與諸佛菩薩感應道交的宗教情操，這股由念佛而產生的強大能量，可以說是一種強力的道心。因此當茗煌要宗教師「指示一條路，讓我趕快走」時，宗教師回應以「（就念一句阿彌陀佛）至心懇切，時間到，功課圓滿，因緣具足就回家了。」（參與觀察田野筆記 B，951130）

佛教強調成佛的特質，除了對佛陀教法的信仰外，在日常生活中時時正憶念佛陀是很重要的，而稱揚佛陀的傾向中最高度的表現，在於阿彌陀佛的淨土思想與對其誓願的信受，尤其淨土思想特別強調對阿彌陀佛的信仰（中村元，2003）。

如果是求生西方淨土者，念佛—念阿彌陀佛是必要的條件。它就是一種信心、願力，由信願力引導我們往生極樂淨土。對發願修人間菩薩行的行者，念佛則是提醒自己正念的好方法、容易的方法。尤其是在不斷的煩惱、業、苦的攪和當中，念佛能令自己很快的保持正念，而從種種的困惑、雜染中走出來。

彌陀淨土是阿彌陀佛在修學過程中，發願若自己得到圓滿的成就，凡是有意願到自己所成就的清靜國土中修學者，透過信心、願力並專注稱念名號，就一定能往生彌陀淨土。不只是彌陀淨土，藥師淨土或是其它佛國淨土，都是已圓滿成就的佛陀，爲了要引導我們修學比較容易成就而建立的地方。念佛是佛佛道同（殊途同歸）的，阿彌陀佛佛號有這個功德、藥師佛號也有這個功德，乃至於觀世音菩薩的聖號、地藏菩薩聖號、文殊菩薩聖號，十方三世一切佛菩薩的聖號，都有這樣的功德。只是目前以中國佛教的環境來講，阿彌陀佛的淨土是更普及的，普及力強是修學的一個增上善緣。

念佛是繫心思惟的一種修持方式，釋印順（1949）提到：

「念佛，《阿含經》中本來就有了。據經律中說：佛弟子在病苦時，或於曠野孤獨無伴時，或親愛離別時，或遭受恐怖威脅時，在這種情形下，

佛即開念佛（念法、念僧）法門。佛有無量功德，相好莊嚴，大慈大悲，於念佛時，即會覺得有偉大的力量來覆護他；病苦、恐怖、憂慮等痛苦，即能因而消除。觀光明圓滿自在莊嚴的佛，在人憂悲苦惱時，確是能得到安慰的。」

記得素絹往生那天，宗教師跟素絹說著：「我們來念佛。」素絹點點頭明顯地回應宗教師。宗教師隨著素絹的呼吸節奏，順著吸氣、吐氣一次，念一個「阿」，下個吸、吐氣念「彌」、…「阿」、「彌」、「陀」、「佛」、吸氣、吸氣...，嘴型漸漸跟上，並配合宗教師的每一個佛號。約莫半小時之後，素絹眉間漸漸地放鬆，表情平靜地闔上眼，death rattle 的聲音也漸漸變小沒有了。（參與觀察田野筆記 C，960112）。

淨土法門之所以稱之為易行道，是因為它屬於較容易隨時隨地可以修持的用功方法，只要能夠相應於淨土法門、相應於彌陀的願力，就能夠往生到西方極樂世界，到了極樂世界以後，繼續修行、直到開悟，乃至成佛。

在臨終階段，病人身體狀況太多已讓他們無法再多說些什麼了。但因為之前宗教師已和病人建立相當的信任關係，這時的宗教交談，宗教師不會以聆聽為主而主動給病人支持與鼓勵，且更加肯定信仰這條路——要發願追隨佛祖修行用功。如同宗教師提醒翠鬢「……你發願要讀佛祖書，要在佛祖身邊學習，佛祖會看時間來帶我們去，只要我們準備好，在心中默念佛的名號，佛祖會幫我們忙，就會來帶咱。佛祖教導我們生命是生生世世不斷地要用功的，每一世就有每一世的功課要學習，這一世的功課圓滿之後，我們就要回到佛祖的學校繼續用功學習，我們稱念佛祖的名號，佛祖就會來帶咱來上學去……。」（參與觀察田野筆記 A，951123）

茗煌往生前，宗教師說著「咱是佛祖國的同學喔，也是已經辦過註冊的學生，所以我們要發願生生世世跟著佛祖修行，做佛祖的學生。佛祖走到哪兒，我們就要跟到哪兒。佛祖怎麼修，咱就跟著怎麼修。」、「咱等這一天，已經準備好久了，時間快要到了，我們也發願要成為佛祖的仔、佛祖的學生，未來的路我們的方向已經確定，我們要去修學再乘願再來……（參與觀察田野筆記 B，951207）」透過這樣的引導，讓病人覺得他是和宗教師同一陣線，都是佛祖國的學生。也因如此使得病人對自己的修持與累積的善行、善念，升起信心和歡喜心，提醒臨終病人隨時發願。

宗教師的交談，其內容是屬於一種宗教思惟的引導，藉著交談讓臨終者在一定時間內，透過宗教生起面對生命的正念與態度，而在極有限的生命中，修持、逐漸內化，邁向神聖經驗之路。又從以上三個個案的臨終階段發現，宗教師抉擇宗教願景和用功方法，尤其是淨土法門的信心、單純性與三根普被的特殊性，容易靠自己的力量來莊嚴淨土，恰好切合臨終病人身心狀況的迫切需要，透過念佛法門引導臨終病人渡過生死門檻最為單純恰當。

在病房陪伴的這段時間，宗教師似乎成了病人和家屬多年的老朋友，因為邊界經驗的處境，讓他們向宗教師求助，而在關係建立後，開啓深度的心靈對談。更從陪伴的經驗發現，佛教許多修持法門在臨床的運用，確實可以協助癌末病患克服死亡恐懼，以及為來生作好準備，即從死亡恐懼到準備進入臨終階段的身心調適。念佛法門不僅可為生命現象提供解釋及意義，更提供肉體生命死亡之後，靈性生命的去處，透過信願行三資糧的累積，藉著心念的正向思惟，使信仰者得到支持及安頓力量。

在臨終往生前，宗教師與病人的交談常會變成一種臨終的開示。希望藉由宗教信仰的力量，提供給病人新的生命觀、世界觀，也引導病人順利地踏「往」另

一條新「生」命的路。臨終這件事，對於已皈依的病人來說，是一個非常重要的過程。皈依儀式是學佛之路的開始，臨終則是皈依功課的檢定，如果平時病人能養成念佛的習慣，往生前要繼續修持，就會比較自然、比較容易些。這些努力就是要為即將來臨的下一個生命作準備，也就是自己為來世做好前準備。

死亡是人生大事之一，宗教師發現，臨終病人是否能安詳往生與病人的信仰深度絕對相關，信仰愈深入往生時就愈安詳。因為宗教對他們從生過渡到死的幫助更大。當然，家人的陪伴、臨終處置是否有共識，什麼時間回家等的問題，也是往生的增上緣。此外，臨終病人也必須做好準備工作，例如在往生前，宗教師關懷的是「隨時做好往生的準備」，所以宗教師每每探望病人時，總再三地提醒臨終病人要念佛、要發願、認真地準備自己生命的功課，直到最後一刻。

第六章 結論與建議

本章根據前面呈現的研究結果分析，依序從本論文的研究發現，以及從臨終病人與宗教師的交談經驗、詮釋現象學研究的方法、宗教陪伴關係等三個面向進行綜合討論與提出建議、研究反思，以作為未來研究之參考。

第一節 研究發現

本研究在詮釋現象學的引導下，對三位安寧病房之癌末病人與宗教師的交談經驗進行研究，綜合田野觀察與訪談文本的分析，得到以下結論：

一、癌末病人因應病程的發展而有身心靈安頓的不同需求，而佛教宗教師透過交談所欲達成的任務，即是在佛教所提供的心靈地圖上，為病人安頓身心。（對宗教師來講，他最重要的經驗是：在臨終病人未來的（死後）向度上要為他做好安頓的工作。）

二、病人與宗教師的交談經驗透過(1)交談經驗的開展及(2)交談經驗的內涵兩個層次的描寫與詮釋構成。第一個層次依病程時間說明病床關係的締結過程；第二層次是真誠地面對原初經驗，調整自己的生命態度，為啓程作好準備。

三、癌末病人因死亡的逼近，碰觸到臨終之原初經驗，於是向外發出求救訊號，尋求一個生命的新定點、需要的出路。因而期待宗教師指出一條路，這條路非關醫療、科學，而是連繫生死之間的隱形道路，此時，宗教師的現身，為病人指出的宗教之路，正是一條以佛教觀點詮釋生與死之間如何聯繫的路。

四、交談經驗的發生，是由於臨終病人碰觸到自身的原初經驗，一個非世界的經驗，乃由於面臨了自身身體的極度毀壞、衰敗而帶來存有意義上的挑戰，即碰觸到所謂根基（Foundation）問題，人的存在根基被動搖。原初經驗的顯現，其實就是在世存有的根基被撼動所致，而在這個過程誘發臨終病人身、心與情緒的困惑與巨大轉變。

第二節 綜合討論

一、關於臨終病人與宗教師的交談經驗

本研究關切的重點是，癌末臨終病人與佛教臨床宗教師在臨終處境時的交談經驗，針對宗教師在臨終處境陪伴癌末病人時，所發生的種種交談經驗而進行現象脈絡的描寫與詮釋。從訪談文本中發現，對於已被宣判無治療空間的癌末病人而言，他們的身體一步步地走向衰敗，看著自己原有世界的崩解，碰觸自身的邊界處境，當病人走到這個階段時，進入一個所謂的非世界經驗，原初經驗的顯現，產生種種身心上的情緒，其實就是在世的存有根基（Foundation）撼動所產生的經驗，此時佛教宗教師的出現，因其身份而產生特殊的關係締結，促使病人主動願意談起自身的生死課題。

死亡即將發生的壓迫感，會所有一向習慣的事務全都崩解了，無所依恃、無可掌握的空虛感，正是病人最根本的焦慮。在安寧病房裡，癌末病人碰到邊界經驗，很自然地尋求宗教師的支持。此時，宗教師透過交談為其帶來信仰及宗教力量的鼓舞，並給出一個神聖的空間。在這神聖空間，病人不但可以擺脫現在凡俗世界的限制，更可以被救贖。臨終場域因此轉換為一種靈性境界的開顯。在這其間之交談，並不是因為宗教師與病人的談話內容是講些佛教法義，或是教門法語

之類，而是他們的交談觸及靈性的議題，而被稱之為宗教交談。宗教提供了一條趨向超越、解脫的道路，而臨床宗教師在臨床上的交談重點，其實就在傳遞一種宗教解脫思惟的生活方式，讓宗教生命在癌末病人的生活中神聖化、內在化（Eliade, 2000）。

二、關於詮釋現象學的運用

海德格的詮釋現象學提供多元的理解去看待人的生活世界意義的多變性與複雜性，現象學意指表現自身的東西，即「如其本身之所是」地呈現出來。而詮釋學最初的知識來源即是每天的日常活動，其目標是找出意義達到理解，詮釋學的研究從不單只是去描述現象，它總會關心人類事物上的某些分析方式。因而，對於評估詮釋學的敘述是否充分、適當，它最高、最終極的標準就是它達成分析的程度到哪裡；是否還有開展新的可能性（Leonard, 1994）。

詮釋現象學強調對生活世界經驗文本進行深描與詮釋，揭露語言背後的存在脈絡與文化底景，事物的意義將呈現在我們的面前。我們的生活世界跟我們是密合的，在這個生活世界有很多的經驗是屬於我們的前反思經驗，所以要瞭解人的行為及表達方式，必須透過脈絡去研究，了解前因後果的情形，才能讓可能被遮蔽的事物彰顯它自己，去發現並呈現意義來，才能真正理解經驗的本質。而本論文所觸及的佛教宗教師在陪伴臨終病人面對邊界經驗、死亡焦慮等問題，有其人性經驗探討的深度，因此藉用詮釋現象學的研究觀點與資料分析方式，期望對本研究的探討能有更深刻的理解；而在方法的運用上，本研究結果的描寫與詮釋，可與量化研究的宗教照顧進行兩者間的對比與參照，並與應用現象學方法的臨床照顧研究文獻進行對話。

在方法應用過程中，研究者提出以下幾點的省思與改進。首先，研究者參與

進行為期七個月的田野觀察，以及病人及其家屬的訪談，儘可能搜集多元資料，然而基於研究時間的限制、參與觀察時間的有限，因此所能掌握的觀察與訪談的生活情境甚為有限。而研究者本身既是研究參與者又是研究觀察者，在工作場域的體驗深度與客觀性，也顯不足。此外，在資料分析方面，因詮釋現象學的文本分析強調部分與整體的來回、詮釋循環過程、及文本的整體視域的一致性，但在實際分析時，對於意義單元、現象脈絡與結構主軸三個層次的轉換與融合，實感困難，讓研究者深深體會自身學識涵養、相關知識背景與生命經驗的不足，致使在運用詮釋學以揭露生活經驗的本質時，使研究者面臨相當大的挑戰與考驗。

三、關於宗教陪伴關係

近年來，臨床宗教師的研究文獻有成長的趨勢，然而多運用於量化研究，也投注大量心力從事於善終指數的提升與評估、或澄清宗教師的角色功能、陪伴關係等探討的研究。而促發研究者撰寫本研究之起因，緣於研究者過去五年於安寧病房的服務經驗，研究者期望能從多元的角度切入宗教師與病人的關係，運用不同的研究取向使臨床宗教師的相關研究更加豐富與完整。研究所的學習，受到存在主義及詮釋現象學等相關課程的啟蒙，及研究者置身於安寧病房的田野觀察，使得研究者開始關注病人與臨床宗教師交談經驗的本質，整個研究過程，將焦點放在病人與宗教師的交談經驗，以開放性的態度，去聆聽臨終病人所處的情境。

本研究焦點基本是在病人，病人是主體，讓病人現象經驗的呈現，甚至在當下的情境，宗教師如何去回應生命課題，進而從交談經驗裡找出一些經驗上的特徵，理解其宗教交談的現象脈絡。從研究文本的呈現，可看出癌末病人隨著病程進展而有不同的交談，因此，病人與宗教師的交談會因病程進展而有不同的內容重點。

也從交談的經驗發現，宗教皈依儀式對癌末病人而言，不僅是一種宣誓自己願意進入佛教大門的儀式而已，皈依者更是發願修習佛陀的慈悲與智慧，來轉化自己的生活。對於安寧病房的病人來說，這或許是一條遙遠的路，在此同時，宗教師多以佛教的方便法門為主導，期望病人能身心兩相安。雖然皈依只是一個外顯的儀式，但如 Morris Adler (1975) 認為的，禮儀是宗教的語言。在這禮儀的背後，伴隨著的敘述是一種神話的引導，神話是內在自我與外在世界關係的自我詮釋，使靈魂保持活力，並為困頓而虛無的世界帶來新的意義。神話就像房子的樑，外表看不到，卻是支撐房子供人居住的重要結構 (Rollo May, 2003)。

而宗教許多修持法門在臨床的運用，確實可以協助癌末病患克服死亡恐懼，以及為來生作好準備，即從死亡恐懼到準備進入臨終階段的身心調適。其中佛教的淨土念佛法門不僅可為生命現象提供解釋及意義，更提供肉體生命死亡之後，靈性生命的去處，透過信願行三資糧的累積，藉著心念的正向思惟，使信仰者得到支持及安頓力量。

第三節 建議

研究者在參與此研究的過程中，再次經驗自己之前照顧癌末同門師兄的角色，由於當時的照護經驗，當投入臨床陪伴時，對癌末病人及其家屬的擔憂有深刻的體會。在這短暫研究歷程，研究者對自身的生命旅程與宗教體驗，也重新作了檢視與反省。研究期間，研究者歷經不同身份角色（宗教師、臨床宗教師、安寧團隊成員、病人及家屬的支持者、研究生）的轉換與心情調適，過程中，提醒自己對義理與法門的修持要更深化與內化，才能在臨床陪伴中，因應眾生的多元需求給出適當的協助。根據前述的結論，研究者針對相關的研究與實務領域，提出下列建議，以提供其他研究者與臨床宗教師參考之用：

一、實務方面：

(一) 本研究雖對癌末病人與宗教師的交談經驗進行了經驗本質的探討，但臨床交談的語境涉及靈性的深度且變化萬千，為強化佛教臨床宗教師在本土安寧專業化的角色與助人關係，建議在後續的研究中，能以此交談經驗脈絡為基礎，更進一步發展出佛教臨床宗教師養成訓練之參考手冊。

(二) 臨床宗教師投入安寧病房的工作前，須深入與內化自己的教門使達到一定基礎後，經過安寧療護相關課程的養成教育，接受臨床宗教師的臨床培訓，以期建構完整的安寧理念與共識，如此在投入實務經驗時，才能與安寧團隊共事合作，在良好的互動關係下，提供病人及其家屬適時、適切的協助。

(三) 除了參與臨床宗教師的培訓課程，充實安寧領域的相關資訊外，並定期與相關經驗的宗教師有經驗分享與交流。

(四) 此外，國內的住院安寧療護設置基準條例第五條：「.....得視需要設置臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教靈性等人員。前項人員應受過相關之訓練，並定期接受在職訓練。」但就臨床宗教師而言，在後援的支持上（如經費、制度），未見政府相關單位或醫療單位之安寧病房有明確規範，若能設置相關配套措施，才能強化宗教師所需的專業資源。

二、學術方面：

(一) 本研究重點是：癌末臨終病人與佛教臨床宗教師在臨終處境時的交談經驗。研究發現交談因病程發展而有不同的重點，而交談所涉及的具體靈性內涵，透過臨終原初經驗、宗教皈依的神聖經驗、無言的臨終交談、宗教的靈性照顧四個向度呈現。然而，這是研究者依所採用的研究方法，看見不同的意義脈絡而作

出的概念分析。因此，研究者建議未來相關研究，能採用不同的研究取向，豐富臨床宗教師在安寧療護之研究並加入更多元的議題探討。

（二）本研究發現，癌末病人與宗教師之交談經驗，與病人的原初經驗與邊界處境息息相關。因此建議未來的研究，可以在這個基礎上繼續發展，從交談內涵、語境變化做多元的深入研究與探討。

（三）由於本研究僅提出此部分的情境描寫，並從宗教象徵、存在心理分析的觀點來作詮釋，並未對臨終處境的焦慮經驗進行了解與對話；也沒有深入地探討相關宗教師的臨床陪伴經驗，因此建議未來相關研究，可針對此兩個部分再行深化研究。

後記

二十年的僧團領執經驗，已習慣叢林道場生活的宗教師，萬萬也沒想到一向害怕讀書的人，竟然會再回到學校讀書。因為投入病房的陪伴，發現自己在臨終領域的背景不足，在陪伴時，總有使不上力的感覺，遂而勇敢地報考南華大學生死學研究所。幸運地進入這學術殿堂，並於二年完成修業的學分，然而面對最後一科，也最難熬的「論文」，因背負著向僧團請假二年的進修壓力，於是預計在半年內完成收案工作，緊接著半年進行文本分析、詮釋，及論文撰寫工作。

在過去的五年當中，每週固定到病房對癌末病人進行宗教關懷與陪伴，這對宗教師個人經驗來說，是件單純且輕鬆的工作。然而到了研究階段，宗教師必須轉換成研究者的角色再次進入病房，這個學習過程對宗教師而言，有許多新的發現與不同的體會。為期半年的密集陪伴過程，宗教師兼具多重身份——既是歸屬團隊一員的臨床佛教宗教師，也是研究者和研究參與者，在這樣的陪伴關係下，原本對病人一個簡單的回應，但因研究緣故，宗教師必須學習更敏銳、更細膩地觀察，並記錄當下所發生的情境、對話，以及個人反思等等。同時還要兼顧到佛教臨床宗教師的工作，因為宗教師與病人的關係，不能因為是研究者的身份而忘卻對病人的陪伴與照顧，這些學習對個性原本好簡的宗教師而言，是項艱巨的挑戰。

研究成果受到口試委員的高度肯定，要感謝曾陪伴過的許多心蓮病友，以及研究參與者：翠鬢、茗煌、素絹、秀桃、玉秀、金玉等的協助。因為他們用最後的生命，提供給本研究豐富的文本資料，假若沒有他們的參與，並在訪談間對宗教師全然的開放，促使宗教師得以走入病人的世界，這本論文不可能如此地順利

完成。現在研究雖然暫告一個段落，回溯這段走過的來時路，宗教師是收穫豐碩的，對未來的陪伴經驗也奠基更穩固的資糧與基石。

研究過程中，或許因為多重身份的複雜性，讓宗教師暫時忘卻當下的情感，只能將重心擺放在觀察及回應病人的交談與對話上。當回到宿舍，將語音檔騰成逐字稿時，宗教師才有個人獨處思惟的時間，這時才發現，宗教師與病人的關係如同多年老友般，對於他們的病情發展總是牽腸掛肚，總是想著下一步該如何幫他。喇叭聲傳出已逝病人與家屬的對話錄音，宗教師常潸然淚下，感動的是父母親對孩子深情的親情對話，回想著子女在病床邊孝順陪伴的情景……。

在陪伴過程，宗教師的心情難免會隨著病人的狀況而起伏，但因身負著引領病人善終的重要任務，必須將不忍、不捨之情，隱忍下來，甚至不讓淚水在病床前流下來。撰寫論文時，為符應學術嚴謹的格式要求，宗教師依循「交談經驗」為主軸，進行文本詮釋分析，所以在本研究的字裡行間顯少觸及宗教師個人情感。對於研究參與者及其家屬，宗教師有些未來得及說出的話。

近三個月的陪伴，發現翠鬢對於信仰與往生信念相當地篤定，她的身旁總有家人陪伴在側。在她的身上，可以看見老夫妻的鸞鴦情深、子女孝順且無微不至的照料，一個親情濃郁、氣氛合諧的大家庭。因為無論再怎麼忙，兒女總會撥出時間，輪流來陪伴母親。不論是深夜或一清早，總看到他們的身影；有時南來北往的女兒們，也常抽空探視母親。他們看著母親身體逐漸衰敗，於是出現各種有聲、無聲的行爲，無非是為了表達他們對母親的不捨。而翠鬢縱使在極度虛弱下，也會做出對子女關懷的回應，即使那只是個不經易地眨眼。翠鬢平時的用功，在往生當天意識清楚的離去，宗教師為她感到高興，也祝福翠鬢，希望褪去此生病苦之身，重生佛國淨土修學去，假以時日學成後，乘願再來還度娑婆有情。雖翠鬢已離開人世，但因她的虔誠用功，也為她的子女們播下菩提種子。

茗煌是位善根深厚且虔誠認真的大廚，在臨終階段接觸了佛教，開啓他念佛用功之路。陳太太是茗煌的主要照顧者，而每日下班後或是例假日，茗煌的兒子則會靜靜地陪在他身旁，一家三口緊緊相繫著。茗煌只要病情穩定便會出院返家休養，兒子特別架設了攝影機，如此能透過電腦螢幕，隨時觀看父親在家的情況，惟恐有任何緊急狀況發生，孝順的他，頓時間成爲母親的依靠並分擔照顧父親的工作。在茗煌皈依後，每到定課時間，他們夫婦倆會一起到佛堂做功課，這段陪伴過程，陳太太不僅無微不至地照顧茗煌生活所需，並時常引導茗煌提起正念，專心念佛用功。正因爲如此，每當宗教師進入病房時，茗煌常常是正在用功的，有時他也會聽著佛經或隨著佛號唱和著。在臨終之際，茗煌的意識相當的清楚，雖然他已無力說出太多的話，但肢體動作卻回應我們的對談，茗煌在大家的念佛祝福聲中，安詳地離去。當時，宗教師認爲：茗煌的用功與醫院結下的好緣，相信茗煌一定會乘願再來，圓他心裡想做但還未完成的事。

素絹住院期間，陪伴在她身邊的是張先生。由於兒子還在上班，而女兒還在念書，所以無法長時間在醫院裡陪伴母親。因此，張先生辦理提早退休，全心全意地扛下照顧素絹的責任。在病房裡，很少聽見張先生的聲音，但在他的行爲中，無不顯露出他對素絹無微不至的用心照顧與體貼。當時的素絹爲辛苦照顧她的先生打了一百分，而張先生爲素絹勇敢面對病魔打了一百零二分，他們的對談，看出夫婦倆的情深，面對艱苦的病程進展，他倆不離不棄，始終相互支持，彼此疼惜。素絹的宗教信仰雖然一波多折，但最後她的用功與發願，挑了個很棒的時間，安詳且意識清楚地告別人世。宗教師相信素絹種下的善根，結下的好緣，素絹已在另一個國土裡，與諸上善人聚會一處，繼續精進地用功。

對於翠鬢、茗煌、素絹的家屬，宗教師想要說的是：謝謝你們！感謝你們提供這麼好的生命故事與我分享，在這段歷程留下許多互動情景，令宗教師爲之動

容，感動不已，這提醒了宗教師要在法上更加精進用功，讓病床的陪伴經驗朝向更加深化、完滿。此時，雖然摯愛的家人已離開人世，但當我們想念家人的時候，可以一起來做功課，用祝福的心，願他們生生世世都在菩薩道上精進地修行，而在未來的日子裡，我們也將成爲一起修學的法侶。因爲有緣能相聚，有願才能永遠相互提攜，願我們在正法的路上相遇。

參考文獻

[中文]

- 中正大學教育研究所主編（2000）。**質的研究方法**。高雄：麗文文化。
- 尹亞蘭（2002）。**住院臨終病患使用宗教象徵物意義之詮釋現象學研究**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 方俊凱（2003）。**癌症末期併憂鬱症病患之心理治療：存在一認知模式初步建構**。未發表的碩士論文，國立台北護理學院與生死教育與輔導研究所，台北市。
- 王淑貞、王英偉（2002）。**癌末病患病危出院對喪親家屬之衝擊**。**安寧療護**，7（3），185-196。
- 王萱萁（2003）。**靈性照顧認知與經驗之探討**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 石世明（1999）。**臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面**。國立東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。
- 石世明（2000）。**對臨終者的靈性照顧**。**安寧療護雜誌**，5(2)，41-56。
- 石世明（2001）。**伴你最後一程**。台北市：天下遠見。
- 何婉喬（2003）。**宗教師在安寧療護中的專業化角色初探—以佛教法師為例**。南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 余玉眉、田聖芳、蔣欣欣主編（1991）。**質性研究：田野研究法於護理學之應用**。台北市：巨流。
- 余德慧（2001）。**詮釋現象心理學**。台北市：心靈工坊。
- 余德慧（2003）。**生死學十四講**。台北市：心靈工坊。
- 余德慧（2003）。**生命史學**。台北市：心靈工坊。
- 余德慧（2004）。**生死無盡**。台北市：心靈工坊。

- 余德慧（2006）。**臨終心裡與陪伴研究：心靈工坊**。
- 吳庶深、沈麗靚、張利中（2005）。三位安寧病房宗教師之角色定位與照顧內容之質性研究。**安寧療護雜誌**，**10**(4)，334-344。
- 李佩怡（2003）。**助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究**。師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，台北市。
- 李佩怡（，2005）。癌症末期病人靈性照顧之詮釋——以一次臨床會談的經驗為例。**諮商與輔導**，**245**，32-43。
- 李佩珊（2003）。「臨終病患生活品質照護概念架構」之論析。**安寧療護**，**8**（3），299-308。
- 李慧菁（2004）。**癌症病人之重要他人喪失摯愛的靈性衝擊**。未發表的碩士論文，成功大學護理學系研究所，台南市。
- 李翠鵬（2004）。**跨越視覺世界的藩籬—盲人知覺現象學**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 杜明勳（2004）。談靈性照顧。**護理雜誌**，**51**（5），78-83。
- 沈麗靚（2004）。**安寧護理人員靈性概念之建構研究**。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 汪文聖（2001）。**現象學與科學哲學**。台北：五南。
- 林本炫，周平編（2005）。**質性研究方法與議題創新**。高雄市：復文。
- 林宜靜（2001）。**臨終病人面對死亡之心理調適歷程**。未發表的碩士論文，彰化師範大學輔導與諮商系，彰化縣。
- 林素琴（2004）。以善終的方式照顧一位癌末患者之護理經驗。**慈濟護理雜誌**，**3**（4），67-76。
- 林素琴（2004）。**癌末病患臨終階段照顧之現象探討—從躁動不安到擬象轉換**。南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 林維君（2003）。**安寧病房中家屬照顧者資訊需求之探討**。未發表的碩士論文，

國立成功大學醫學院行為醫學研究所，台南市。

林靜琪、邱艷芬（1997）。癌症末期住院病人自述需要的探討。**慈濟醫學雜誌**，**9**（4），295-305。

邱泰源、胡文郁、鄧錦惠、鄭逸如、莊榮彬、陳慶餘（2002）。癌末期病人之照護體系：台灣安寧和緩和醫療文獻之回顧。**台灣醫學**，**6**（3），332-339。

姚建安（2002）。緩和醫療住院癌末病人主要家屬照顧者的需求重要性與滿意度的初探性研究。未發表的碩士論文，台灣大學公共衛生學院預防醫學研究所，台北市。

姚建安、邱泰源、胡文郁、陳慶餘（2005）。安寧緩和醫療的知識、態度和臨床技能的探討。**安寧療護**，**10**（2），139-145。

胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝（1999）。從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。**台灣醫學**，**3**（1）。

胡幼慧編著（1997）。**質性研究：理論、方法與本土女性研究實例**。台北：巨流。

夏淑怡（2005）。**臨終病床陪伴者的療癒經驗**。國立東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。

高淑清（2001）。在美華人留學生太太的生活世界。**本土心理學研究**，**16**，225-285。

尉遲淦主編（2003）。**生死學概論**。台北市：五南。

崔國瑜（1997）。**生死學初探：一個臨終照顧的現象學考察**。台灣大學心理學研究所，台北市。

張志剛（2006）。**走向神聖—現代宗教學的問題與方法**。台北縣：世界宗教博物館基金會

莫影慰（2003）**兩個世界的交接—臨終病人與照顧者的關係移動**。未發表的碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。

許惠芳（1994）。**皈依的過程：理論與個案分析**。臺北縣：輔大。

陳亮恭、蔡世滋、林明慧、吳彬源、陳振文、黃信彰（2001）。**瀕死病患的喘**。

安寧療護，6（4），34-40。

陳珮蒨（2005）。生命支柱的傾圮——脊髓損傷者疼痛知覺與調適經驗之研究。

未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。

陳榮基（1998）。臨終關懷與安寧療護。**應用倫理研究通訊**，8。

陳慶餘（2005）。94年度本土化靈性關懷進階課程（一）。蓮花臨終關懷基金會。

陳慶餘、邱泰源、胡文郁、釋宗惇、黃鳳英、釋慧敏（2003）。臨床宗教師照顧

對癌末病人善終指數之提昇。**安寧療護雜誌**，8（1），13-27頁。

陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏（2002）。台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性

照顧。**安寧療護雜誌**，7（1），20-32。

陳慶餘、釋惠敏、姚建安、邱泰源、胡文郁（1999）。癌末病人靈性照顧模式之

研究—以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。**台灣家庭醫學雜誌**，9(1)，
20-30。

傅偉勳（1993）。生命的尊嚴與死亡的尊嚴。台北：正中書局。

馮日安（2004）。安寧療護中的靈性照顧—安寧志工的觀點。未發表的碩士論文，

南華大學生死學研究所，嘉義縣。

黃安年、陳多慕、梁百安、曾慶暉、儲寧瑋（2003）。瀕死病患之疼痛治療。**安**

寧療護，8（3），283-298。

黃郁雯（2004）。臨終處境的信仰與希望—以一貫道道親臨終陪伴經驗為例。未

發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。

黃湘惠（1996）。宗教對癌症患者之影響。未發表的碩士論文，國立政治大學社

會學研究所，台北縣。

黃碧琴（1995）。寓居於世的受苦生命—現象學取向的心理病理研究。未發表的

碩士論文，台灣大學社會學研究所，台北市。

黃鳳英、釋宗惇、陳慶餘（2001）。台灣安寧病房臨床佛教宗教師需求調查。**安**

寧療護雜誌，6（3），16-26。

- 劉景萍、沈惠珊（2000）。接受居家照護之癌末病患瀕死症狀之照顧。**安寧療護雜誌**，5（1），69-72。
- 鄒川雄（2004）。經典詮釋與身心狀態：本土化質性研究的另類觀點。**質性研究方法及其超越**（林本炫、何明修編）123-156。嘉義縣：南華大學教社所。
- 鄒川雄（2005）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。**質性研究方法與資料分析**（齊力、林本炫編）。21-56。嘉義縣：南華大學教社所。
- 鄒川雄（2005）。問題意識之建構及其在研究過程中的方法意義。**質性研究方法與議題創新**。（林本炫、周平編）。21-58。嘉義縣：南華大學教社所。
- 趙可式（1998）。精神衛生護理與靈性照護。**護理雜誌**，45（1），16-20。
- 蔣鵬（2002）。世界的斷裂與相隨——探討照顧者與臨終者的陪伴關係。未發表的碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。
- 蔡昌雄（1999）。科技理性 VS.精神靈性：試析當代臨終關懷運動的內在難題。**應用倫理研究通訊**，9，33-36。
- 蔡昌雄（2002）。促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例。**第二屆生死學理論建構研討會**，嘉義縣：南華大學。
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。**質性研究方法與議題創新**。（林本炫、周平編）。259-286。嘉義縣：南華大學教社所。
- 蔡淑玲（2005）。關懷的功課——安寧護理人員之自我照顧。南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 蔡錚雲著（2001）。**從現象學到後現代**。台北：五南。
- 賴允亮（2004）。台灣之安寧緩和醫療。**安寧療護雜誌**，9（1），21-27。
- 賴維淑（2002）。晚期癌症病患對臨終事件之感受身、心、社會及靈性之需求。未發表的碩士論文，成功大學護理學系研究所，台南市。
- 賴鵬舉（2004）。佛法對「臨終正念」的定義及其在生命轉換時的運作。**佛教醫學**，1，93-120。

- 釋印順（1980）。**初期大乘佛教的起源與開展**。台北市：正聞。
- 釋印順（1960）。**成佛之道**。台北市：正聞。
- 釋印順（1921）。**淨土與禪**。台北市：正聞。
- 釋印順（1949）。**佛法概論**。台北市：正聞。
- 釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏（2007）。臨床佛教宗教師在安寧緩和醫療中的角色。
生死學研究，4，65-97。
- 釋宗惇、釋法成、陳慶餘、釋會焜、釋天琳（2004）。信仰認知對癌末病人與其
照顧者之影響。**安寧療護雜誌**，9（2），124-132。
- 釋宗惇、釋滿祥、陳慶餘、胡文郁、邱泰源、釋惠敏（2002）。頭頸部癌末病人
之靈性照顧研究。**安寧療護雜誌**，7（4），269-282。
- 釋惠敏（1998）。安寧療護的佛教用語與模式。**中華佛學學報**，11，9-48。
- 釋道興（2004）。「此時我在」—臨終病床宗教師的陪伴過程探微。未發表的碩
士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。
- 釋道興（2004）。善逝世間解—臨終場域裡宗教師與善終現象之探討。**第四屆生
死學理論建構學術研討會**，嘉義縣：南華大學。
- 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘、邱泰源、黃鳳英、釋慧敏（2001）。臨床佛教宗教師
在緩和醫療病房的角色和服務狀況調查。**安寧療護雜誌**，6（4），1-12。
- 顧竟春、施永興（2004）。臨終關懷的研究和發展現狀。**世界腫瘤雜誌**，3（2），
207-210。
- 龔卓軍（2003）。生病詮釋現象學—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。
生死學研究創刊號，57-75。
- 龔卓軍主編（1997）。**台灣現象學：性·身體·現象學**。台北：梅洛龐帝讀書會
出版：正港總經銷。

[譯著]

- Brian, Morris (1996)。宗教人類學導讀 (Anthropological studies of religion: an introductory text) (張惠端譯)。台北市：國立編譯館。
- Cassidy, S. (1999)。幽谷伴行 (Sharing the darkness: the spirituality of caring) (趙可式譯)。台北：光啓社。(原書於1988年出版)
- Denzin, N.K. (1999)。解釋性互動論 (Interpretive Interactionism) (張君玫譯)。台北市：弘智文化。
- Eliade, M. (2000)。宇宙與歷史—永恆回歸的神話 (Le mythe de l'éternel retour : archetypes et repetition) (楊儒賓譯)。台北市：聯經。
- Eliade, M. (2000)。聖與俗：宗教的本質 (The sacred & the nature) (楊素娥譯)。台北市：桂冠。(原書於1957年出版)
- Frankl, V. E. (1963)。活出意義來 (Man's search for meaning) (趙可式、沈錦惠譯)。台北：光啓。
- Frankl, V. E. (1965)。生存的理由-與心靈對話的意義治療學 (The Doctor and the Soul) (游恆山譯)。台北市：遠流。
- Frankl, V. E. (2002)。意義的呼喚 (Was nicht in meinen buchern steht. lebenserinnerungen) (鄭納無譯)。台北市：心靈工坊。
- Gadamer, H.G. (1975; 1993)。真理與方法 (Truth and Method) (洪漢鼎譯)。台北市：時報。
- Hennezel, L. M. (2000)。因為，你聽見了我 (La Mort Intime) (吳美慧譯)。台北市：張老師文化。(原書於1995年出版)
- James W.(2002)。宗教經驗之種種 (The varieties of religious experience) (蔡怡佳、劉宏信合譯)。台北市：立緒。
- James, W. (2001)。宗教經驗之種種 (The varieties of religious) (劉宏信、蔡怡佳譯)。台北縣：立緒。

- Kastenbaum R. (1996)。死亡心理學 (The psychology of death) (劉震鐘、鄧博仁 譯)。台北市：五南。
- Kleiman A. (1994)。談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道 (The illness narrative: suffering, healing, and the human condition) (陳新綠譯)。台北市：桂冠。
(原書於 1988 年出版)
- Kubler-Ross, E (1974)。最後一程 (On death and dying) (王伍惠亞譯)。香港：基督教文藝。
- Manen, M. V. (2004)。探究生活經驗 (Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy.) (高淑清、連雅慧、林月琴譯)。嘉義市：濤石文化。(原書於 1997 年出版)
- May, R. (2004)。焦慮的意義 (The meaning of anxiety) (朱侃如譯)。台北市：立緒。(原書於 1950 年出版，1977 年修訂版)
- May, Rollo (2003)。哭喊神話 (The cry for myth) (朱侃如譯)。台北縣：立緒。
- Merleau-Ponty, M. (2001)。知覺現象學 (Phenomenology of perception) (姜志輝 譯)。北京：商務。(原書於 1968 年出版)
- Murray Stein (1999)。心靈地圖 (Jung's map of the soul : an introduction) (朱侃如譯) 台北市：立緒。
- Otto, R. (1923)。論“神聖” (The Idea of the Holy) (成窮、周邦實譯)。四川：人民出版社。
- Padgett, D. K. (1998)。質化研究與社會工作 (Qualitative Methods in Social Work Research: Challenges and Rewards. Sage) 。台北：洪葉。
- Palmer, R. E. (1992)。詮釋學 (Hermeneutics) (嚴平譯)。台北市：桂冠。
- Schmidt J. (1992)。梅洛龐蒂：現象學與結構主義之間 (Maurice merleau-ponty: between phenomenology and structuralism) (尙新建、杜麗燕合譯)。台北市：桂冠。

- Smith, J. A. (2006)。質性心理學(Qualitative psychology: a practical guide to research methods) (丁興祥、張慈宜、曾寶瑩譯)。台北市：遠流。
- Sokolowski R. (2004)。現象學十四講 (Introduction to phenomenology) (李維倫譯)。台北市：心靈工坊。
- Starbuck, E.D. (1997)。宗教心理學 (The psychology of religion) (楊宜音譯)。台北市：桂冠。
- Strauss, A. & Corbin J. (1997)。質性研究概論 (Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques) (徐宗國譯)。台北市：巨流。
- Tillich, Paul (1994)。信仰的動力 (Dynamics of Faith) (魯燕萍譯)。台北市：桂冠。
- Tolstoi, L.N. (1997)。伊凡·伊里奇之死 (The death of ivan ilich in the ontological view) (許海燕譯)。台北市：志文。
- Toombs, S.K. (2000)。病患的意義—醫生和病人不同觀點的現象學探討 (The meaning of illness : a phenomenology account of different perspectives of physician and patient) (邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯)。青島；青島出版社。
- Tremmel, W. C. (2000)。宗教學導論 (Religion: what is it?) (賴妙淨譯)。台北市：桂冠。
- Van den Berg, J.H. (2001)。病床邊的溫柔 (Psychology of the sickbed) (石世明譯)。台北市：心靈工坊。
- Yalom, I. D. (2000)。當尼采哭泣 (When nietzsche wept : a novel of obsession) (侯維之譯)。台北市：張老師文化。
- Yalom, I. D. (2003)。存在心理治療 (上、下冊) (Existential pspchotherapy) (易之新譯)。台北市：張老師文化。(原書於 1980 年出版)
- Zaner, R. M. (1994)。醫院裡的哲學家 (Troubled Voices: stories of ethics & illness) (譚家瑜譯)。台北市：心靈工坊。

中村元（2003）。從比較觀點看佛教（比較思想から見た仏教）（香光書鄉編譯組譯）。嘉義市：香光書鄉。

水野弘元（2002）。佛教的真髓（香光書鄉編譯組譯）。嘉義市：香光書鄉。

〔西文〕

Benner, P. (1994). The Tradition and Skill of Interpretive Phenomenology in Studying Health Illness, and Caring Practices, collected in *Interpretive Phenomenology*, edited by Patricia Banner, 99-127.

Bordewich, F. M. (1988). Education: Mortal fears. *The Atlantic*, vol. 216, 30-34.

Bull, M. A. (1997). Structure and Stresses: When a Family Member is Dying. In J. D. Morgan(ed.), *Readings in thanatology* (pp. 167-180). New York: Baywood Publishing Company.

Chao C. S. (2002). The essence of spirituality of terminally ill patients. *The Journal of Nursing Research*, 10(4), 237-245.

Jeanne E. Van der Zalm&Vangie Bergum (2000) Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 211-218.

Kashiwagi, T. (1989). The quality of life of the terminally ill cancer patient—from hospice experience. *Gan to kagaku ryoho*, 16(4), 1038-43

Kubler-Ross, E. (1991). *On Life After Death*. Berkeley, Calif. :Celestial Arts.

Lella, J. W. (1997). Death Walks the Wards: Dying in the Hospital. In J. D. Morgan(ed.), *Readings in thanatology* (pp. 117-140). New York: Baywood Publishing Company.

Leonard, V. W. (1994). A Heideggerian Phenomenological Perspective on the Concept of Person, collected in *Interpretive Phenomenology*, edited by Patricia Banner, 43-64.

- Mellon, B.F. (2003). Faith-to-faith at the bedside: theological and ethical issues in ecumenical clinical chaplaincy. *Christian bioethics*, 9(1), 57-67.
- Morgan, J. D. (1997). Death education in the context of general education. In J. D. Morgan(ed.), *Readings in thanatology* (pp. 1-9). New York: Baywood Publishing Company.
- Neimeyer, R. A., & Braunt, D.V. (1955). Death Anxiety. In Wass, H. & Neimeyer, R.A. *Dying: Facing The Facts*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Robertson-Malt, S. (1988). Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 290-297.
- Sadala, M., & Adorno, R. (2002). Phenomenology as a method to investigate the experience lived: a perspective from Husserl and Merleau Ponty's thought. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 282-293.
- Warren, W. G. (1989). *Death education and research: Critical perspectives*. New York: The Haworth Press.
- Wass, H. (2004). A perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28(4), 289-308.
- Williams, M. L., Wright, M., Cobb, M., & Shiels, C. (2004). A prospective study of the roles, responsibilities and stresses of chaplains working within a hospice. *Journal of palliative medicine*, 18(7), 638-645.
- Wros, P. L. (1994). The Ethical Context of Nursing Care of Dying Patients in Critical Care collected in *Interpretive Phenomenology*, edited by Patricia Banner, 255-277.
- Yegdich, T. (1999). On the phenomenology of empathy in nursing: empathy or sympathy? *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 83-93.

附錄一：訪談同意書

親愛的受訪者您好！非常感謝您願意參與本研究及接受訪談。

我是南華大學生死學研究所碩士班學生—釋見蔚，目前為心蓮病房兼職臨床佛教宗教師，同時也在嘉義市安慧學苑文教基金會擔任佛學研讀班授課法師。個人於民國九十二年至今在慈濟大林心蓮病房（安寧病房）陪伴和您情況類似的病人及家屬，深感癌症對我們個人生命與家庭成員生活的影響。

本研究的主題為「佛教臨床宗教師在安寧病房與癌末病患及其家屬的交談經驗」，目的乃希望透過佛教臨床宗教師與癌末病人及其家屬的交談與互動的過程，能夠更深入瞭解病人及家屬們在癌症末期這段路程的心聲和生命經驗，由此讓更多社會中的關懷者可以瞭解罹患癌症對個人及家庭成員的影響，以及什麼樣的協助方式和內涵，才能滿足病人的真正需要，更進一步期許研究的結果能提供安寧本土照顧經驗及進一步研究的參考。

在此，誠懇地邀請您參與這個研究，若獲首肯，在未來持續的談話過程中，每次談話過程都會錄音，訪談次數則視需要適時增減。錄音的目的乃為了詳實紀錄我們之間的對話內容，我將會摘要某些錄音的片段，加以轉譯成文字，這些文字會作為研究內容分析的資料，部分呈現在論文敘述中，以增加論文之信實。為了尊重您的隱私權，研究者會匿名處理您的姓名及其他個人基本資料。期待您不吝分享自我生命經驗，在訪談過程中您可以選擇隨時中斷或退出本研究，研究者必會尊重您的決定，並感激您的參與。所有訪談資料僅供研究者本人分析及與指導教授討論，您所提供的訊息，將尊重您個人的隱私，未經您的同意，不會對外公開。在此，誠摯感激您對本研究的支持及真誠的分享，您的協助將有助於安寧照護工作的發展。

本人同意接受訪談

本人不同意接受訪談

受訪者：_____

研究者：釋見蔚

中 華 民 國 九 十 五 年 八 月

附錄二：訪談大綱

一、病人身體資訊

1. 剛進病房時，最困擾或最關心（嚴重）的問題是什麼？
2. 這些問題怎麼處理？
3. 曾與醫療團隊談過嗎？（如醫生、護士……）
4. 這些問題是否改善？
5. 進病房之後，您遇到最困擾及最關心的問題是什麼？
6. 這些問題找誰解決？有沒有尋求支援？
7. 您曾與誰談過這些問題？結果如何？
8. 病人現在的身體情況，您覺得如何？

二、個人社會心理

1. 病人與您的關係是什麼？
2. 談談有關病人之前的生活型態？工作狀況？人際關係互動如何？家庭關係？
3. 目前病人的心理狀態如何？病人（及您）目前最擔心或最困擾的是什麼？（如工作、家庭）
4. 曾找過專業人員、社工或志工（慈濟師兄姐）談過嗎？
5. 病人迫切關心的問題是否有改善？目前情況如何處理？結果？

三、生命的終極關懷

1. 您的宗教信仰是？什麼因緣或原因，使您想找宗教師談話？
2. 這些問題曾與誰討論過？（其他的醫療團隊或是……）
3. 病人對於未來的路（面對死亡即將到來）有什麼想法？抱持什麼態度？或最擔心、煩惱的是什麼？
4. 病人曾與您直接或間接談過關於「死亡」這一類的談話？或暗示？（作夢或看到什麼）
5. 您希望宗教師能提供什麼的幫忙與協助？
6. 與宗教師談完後，病人最困擾的問題是否有改善？目前情況如何？

附錄三：詮釋現象之文本分析

A 個案詮釋現象的文本分析

時間：950928 段落：A001

醫師：帶著家屬案四女及案媳來到護理站，請求宗教師為（告 dying 的）病人皈依。

宗教師：（近十一點時間）主動了解案四女及案媳對母親平時信仰習慣說明。

中午時間，病房內為病人舉行皈依。

個案：（儀式進行），病人眼睛呈現黑眼球在眼睛上方，眼白在眼睛下方，偶爾可以配合法師的佛像解釋說明，眼睛又可以注視佛像一下時間，簡化的皈依儀式完畢，病人沒睜開眼，但雙手卻緊緊將歸依證與佛牌握在胸前。

案四女：我覺得我媽眉間鬆開了，表情安詳地聽著師父開示。

案媳：戴著口罩，隨著皈依過程的進行，激動落淚。皈依完畢，表示要為媽媽謝謝師父。我可以擁抱你一下嗎？

宗教師：敞開雙手。

案媳：泣不成聲。

宗教師：拍拍案媳肩膀。

【意義單元】

家屬積極尋求宗教為 dying 病人舉行皈依、臨終病人皈依完畢雙手緊握皈依證與佛牌在胸前、覺得母親眉間鬆開、表情安詳。

【現象脈絡】

翠鬢在醫生告知 dying 的情境下，家屬們臨時『喬』出一個決定：請求佛教

宗教師，為母親皈依。皈依儀式進行中，病人的眼睛雖然是黑眼球在上、眼白在下，只能偶爾隨著宗教師的解釋說明，短暫睜眼注視佛像，而當皈依儀式進行圓滿，宗教師為翠鬢戴上佛牌並頒給她皈依證時，闔眼的翠鬢竟突然雙手緊握皈依證及胸前的佛牌。這舉動令現場的家屬從原本感動落淚轉為：「我覺得母親眉間鬆開，表情安詳的正在聆聽師父開示。（AFF，950928）」

預期到摯愛親人的離去，失去了重要他人，使得兒女們碰觸了自己的脆弱與無力，只求諸更高層次的神聖力量與即將離去的家人做連結，而請求宗教師為病人皈依、探望、說法、祝福，這是一種臨床常見的神聖連結。

【結構主軸】

皈依這項儀式對翠鬢來講，是找到了自己在宇宙中的中心定位，透過皈依這個定向動作，她從這個定點之後，並藉之撐起了另一個神聖空間。皈依儀式定位下去後，是個定位點，也是一個突破點、中心軸。經過了它，翠鬢的心靈安頓了，從原本的懸置狀態轉為放鬆、安詳。皈依儀式的進行，在她的聖顯經驗中，她是能聽、能感受的，透過聲音、儀式，翠鬢把她自己擺進神聖空間裡（Eliade，2000）。

皈依是家人對母親的靈性祝福，當病人的外觀呈現：眉間鬆開、表情安詳時，家屬於是不再激動落淚，顯然病人與家屬都因皈依儀式而進入迥然不同的世界中去。翠鬢轉向信仰的世界觀，開始與更高的神聖連結，尋找一個定點、新生命的下手處，安置自己忐忑不安的心情。奧圖（Rudolph Otto）在其《論神聖》（The Idea of the Holy）書中提到神聖的兩項功能：一是吸引人，一是敬畏感。所有宗教都具備這兩項特質，因為這是人們接觸信仰時，必然會產生的兩種反應。人類心靈渴求無限的境界，是因為有限之物視無限為其歸所（Paul Tillich，1994）。

面對死亡臨現造成的邊界處境（存在心裡治療）非預期死亡的存在衝擊至此

有轉化的提昇，由雅斯培所謂的「存在挫折」邁入到「超越」階段，家屬從原本的治療態度轉向臨終準備的態度調整轉向，接納「無常」與「變化」便是此一態度具體的展現，這個轉化涉及臨終陪伴之「原初倫理」的「存在反思」歷程。

儀式的功能在《聖與俗》說道，從凡俗空間過渡到神聖空間不同質、不連貫的問題。宗教儀式的功能讓凡俗世界和神聖世界的兩個世界通道得以相連。也具體地顯示出凡俗空間和神聖空間彼此不同質、不連貫的問題，因而儀式的功能具有極為重要的宗教意義，除了象徵意義外，更是從一個空間通網另一空間的通道媒介（Eliade，2000）。藉著宗教入門禮儀的儀式行爲，透過宗教入門禮儀的象徵意義，是除了生理的、物理性的生命之外，更是包含了知識上、精神上、信仰上層面的再生，也是可能通向另一個世界的通道，使得天、人、地相通，進而提昇屬靈的靈性境界，與之合而唯一。

B 個案詮釋現象的文本分析

時間：951130 段落：B015

宗教師：走進病房。

個案：主動邀請宗教師坐下來。你坐這邊（左邊），這樣我聲音聽得比較清楚。

宗教師：好。

個案：（抬頭轉向宗教師）您指示依條路，告訴我，讓我趕快走，活得很痛苦，拜託您。

案妻：靜默。

宗教師：（心頭震驚一下！，怎麼這樣直接？）爲什麼？

個案：生不如死，我活著，什麼都不能做，只能待在這張椅子上，哪都不能去。

宗教師：您覺得身體受到傷口的束縛？被綁住的感覺？

個案：對！活得很艱苦，不能躺，也不能走動，只能坐在這裡；常常吸不到氣
的感覺，我想早一點去，不要再這樣拖。

案妻：他最近很需要氧氣戴著，也比較吃不下。

宗教師：您還記得我跟您說過水懺的故事嗎？這個傷口，就像我們生命中會遇到
的一件事，都是有因緣來出現的，它需要我們來面對和處理。只是每個
人的功課都不一樣。您不能躺，隔壁的那個年輕的太太只能站著吃飯、
站著看報紙，或躺下來，躺著也不舒服，她告訴我：站著是最舒服的；
住在前面的病人，只能躺，因為站起來和坐下去，下腹的腫瘤讓她很不
舒服。

案妻：我知道那位太太，還蠻年輕，兒子和看護輪流照顧她。

宗教師：對。每個人的功課不一樣。

個案：（看著宗教師）真的嗎？

宗教師：這一輩子的功課就像一杯茶一樣，您喜歡喝茶，當茶太苦的時候怎麼辦
呢？稀釋一下，加一點甘露水、法水，再慢慢把它喝下去。

個案：點頭，就唸一句阿彌陀佛？

宗教師：對！至心懇切，時間到，功課圓滿，因緣聚足就回家了，且伊有些人會
通知，就像四天、七天、或看到觀世音菩薩來通知！

個案：專注（一臉狐疑），我不能自己「喬」時間？

宗教師：自己喬時間，那就違背自然法則了，這輩子的功課沒寫完，換個身體新
功課要寫，舊功課也要寫，很累呢！有一片念佛的婦人往生的真人故事，
我們來看看，她是一位原本賣菜的太太，後來先生要她跟他一起去屠宰
場天天殺豬，這位太太發願要遠離這樣的生活，至誠懇切的念佛，後來
就……。

個案：好，等一下去看。

宗教師：那等換完藥，再去。

個案：好。

宗教師：一天換幾次要藥？

個案：兩次。

護士：正在進來換藥。傷口下方靠近頸動脈地方微微出血著。

宗教師：換完藥，一同與個案和案妻看影片。

【意義單元】

「您指示依條路，讓我趕快走」、「生不如死」、「我活著，什麼都不能做，只能待在這張椅子上，哪都不能去。活得很艱苦，不能躺，也不能走動，只能坐在這裡；」、「常常吸不到氣的感覺」「我想早一點去，不要再這樣拖。」、「我能不能自己「喬」時間？」、最近很需要氧氣戴著，比較吃不下。

【現象脈絡】

坐在多功能椅上的茗煌，主動邀請宗教師坐在他左邊的病床上，如此的位置可以讓他清楚與宗教師說話，嚴肅地說出他心中的聲音「您指示我一條路…我想早一點去，不要再這樣拖了」扭曲變形的身子讓病人受盡痛苦，不得不對它妥協。臨床邊的信任關係，可以適時讓病人發洩情緒，只有將心中的壓力與不舒服說出來，才有容納活水並轉念的空間。死神的臉，潛藏在每一個臨終的病身裡，任何人在它剎那的變異中就輕易地窺見。

宗教師讀到此時此刻的他，從這幾年癌症帶給的身體機能逐漸喪失、軀體隨時有大出血的變化，生活圈隨時離不開醫院，身體的禁錮、身體吸不到氣、身體與週遭世界的聯繫的那條線突然失去控制，讓他意識到自己與身體間即將分離，因癌症而讓人侷限在限定性的生活處境，他很想換個環境，換條路走。這心中的苦，他向宗教師要一條路，不是醫療科技的那條路，一條不同於科學、不同於傳統醫學的路，茗煌意識到此生的路必須要轉換跑道，才能繼續走下去，他需要的

是宗教指示的一條道路，一條連繫生死之間隱型的道路。宗教師指出一條宗教的路，是一條詮釋生與死之間如何聯繫的路。

【結構主軸】

身體的驟變、沉重的鉛錘感加上難耐不安的身體、想要求取解脫。死亡是一種「邊界處境」（Yalom, 2003），是一種迫使人面對自己在世上存在「處境」的事件，一種急迫的經驗。面對個人的死亡是無可比擬的邊界處境，其力量足以使人在世上的生活方式產生大規模的轉變。

面對急迫經驗、邊界經驗，迫使一個人手無寸鐵的必須面對自己、認真地看待自己整個生命經驗、反思自己曾經走過的路，「面對」的經驗態度，每個人往往不相同，臨終病房裡出現各種面對急迫、變界經驗的態度。不管是臨終病人或是照顧者，人都需要為自己找到生命存在的意義、探索生病的意義、生命有限的意義；在尋找意義的過程中，需要卸下矯飾與喬裝、卸下遮蔽赤裸、脆弱、羞恥的外衣（趙可式，1999）這個過程，需要關係、神話、需要自己與天地之間共融，在心深處一股靈性力量的開啓。

附錄四：研究同意書

正本

財團法人佛教慈濟綜合醫院大林分院 函

機關地址：62247嘉義縣大林鎮民生路2號

傳 真：(05)2648999

承 辦 人：賴金英

聯絡電話：(05)2648000轉5259

受文者：南華大學人文學院

速別：普通件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國95年8月8日

發文字號：慈醫大林文字第0950001280號

附件：隨文發訖

裝

主旨：有關 貴院生死學系碩士班釋見蔚研究生擬赴本院病房進行碩士論文相關之質性研究訪談乙案，敬請 查照。

說明：

- 一、復 貴院民國95年7月5日南華人文字第950700001號函。
- 二、本院同意協助該研究進行。
- 三、為利計畫順利進行，敬請 貴院回擲本院協助學術研究申請表與同意書各一份。

訂

正本：南華大學人文學院

副本：本院護理部、本院人體試驗委員會、本院院長室教研行政組

院長林俊龍

線