

釋惠敏(2005)。《臨終關懷與實務》第 6 章。國立空中大學

電視教學教材

第 6 章 靈性照顧

學習目標：

- 一、 知道安寧療護(Hospice Care)與靈性照顧(Spiritual Care)的緣起。
- 二、 了解癌末病人的靈性需求 (spiritual needs) 與靈性困擾 (spiritual distress)。
- 三、 了解靈性照顧的實務。
- 四、 更寬廣的解釋「全人照顧」之「身、心、靈」觀點。
- 五、 探討靈性照顧與覺性照顧的異同。

摘要

1967 年，英國聖克里斯多福安寧醫院 (St. Christopher's Hospice)，以醫療團隊合作方式，全程照顧癌症末期病人，並輔導家屬度過喪親(bereavement)時期。如今，Hospice 的名稱引用於現代的醫療機構，作為照顧癌症末期病人設施的通稱，在世界各地發展。此種起源於基督宗教文化為背景之安寧療護 (Hospice Care) 運動，傳到東方宗教文化圈時，東方國家除了接受、引進其理念與方法之外，同時由於本土化的需求，也會發展出適合該國文化背景的用語與模式。

例如，日本佛教界則以古印度梵語 Vihāra (休養所、僧坊) 來取代淵源於基督宗教的 Hospice (安寧院) 的用語，並揭示如下「體會無常、尊重意願與生命」三項理念表達佛教臨終關懷 (Terminal Care) 的特色。

此外，「全人」、「全家」、「全程」、「全隊」是安寧照顧之「四全」。一般說到「全人照顧」時，大都是指「身、心、靈」完整的醫療照顧大都是指「身、心、靈」完整的醫療照顧，於是，產生了「靈性照顧」(Spiritual Care) 的理念與運動，重視對於病人的「靈性需求」(spiritual needs) 的評估，積極了解其「靈性困擾」(spiritual distress) 的問題。起源於基督宗教「身、心、靈」全人觀點是主張：於「離」身、心之外，另有超越身體與思想之「靈性」存在。

對此，若配合佛教教義，我們可提出「覺性照顧」(Care of Awareness) 之「四念住」可作為佛教臨終關懷的參考模式。因為，「即」身心之斷滅說，或者「離」身心之「靈性」說，都是與佛教「不即不離」身心之「無我論」、「緣起論」不同

的。依據此種「不常不斷」中道思想，使臨終者的學習認識自己的「身、受、心、法」等四方面，使「覺性」(念，awareness) 敏銳且穩定(住)。

關鍵詞

安寧緩和醫療、全人照顧、靈性照顧、靈性需求、靈性困擾、生死觀、體外離脫、瀕死經驗、覺性照顧、四念住

第一節 癌末病人的靈性需求與照顧

一、安寧療護(Hospice Care)與靈性照顧(Spiritual Care)

歐洲中世紀時代(5世紀～15世紀)，基督教修道院所附設的安寧院(Hospice，源於拉丁語"招待所"之意)，是用來作為接待長途跋涉之朝聖者或旅行者的中途休息、重新補足體力的驛站，或為了照顧受傷與垂死之患者所設立的院舍。

1902年前後，有幾位天主教的修女在倫敦附近開設 St. Joseph's Hospice，照顧臨終的貧民。

1967年，英國倫敦的護士出身的醫生，西西里·桑德絲女士 (Dame Cicely Saunders)，創辦了全世界第一家對癌症末期病人有特殊服務方案的聖克里斯多福安寧醫院 (St. Christopher's Hospice)，以醫療團隊合作方式照顧癌症末期病人，陪他們走完生命全程，並輔導家屬度過哀慟時期。之後，由於得到英國女王的大力資助，Saint Christopher's Hospice 成為教育示範中心，接著擴散到全英國。

八年以後，Saint Christ Hospice 的一組人員到美國，幫美國建立了第一個 Hospice。1990 年淡水馬偕醫院建立了全台灣第一家的安寧病房。如今，Hospice 的名稱引用於現代的醫療機構，作為照顧癌症末期病人設施的通稱，在世界各地如雨後春筍地發展。

「安寧療護」(Hospice Care)¹ 之照顧癌症末期病人的方案，有下列所謂「四全照顧」之特色，故成為文明社會與人道醫療的指標。

- 一、 全人照顧——身、心、靈完整醫治照顧。
- 二、 全家照顧——不只關心病患，也關心照顧家屬。

¹ Hospice Care 目前在台灣的衛生署以「安寧療護」作為正式譯語。其它地區之用語如下：臨終關懷(中國大陸、台灣佛教界)、善終服務(香港、台灣天主教)、寧養服務(香港)、緩和照顧、緩解照顧、姑息照顧 (Palliative Care)、緩和照顧病房(中心)(Palliative Care Unit，簡稱 PCU)、緩和醫學 (Palliative Medicine)、支持照顧 (Supportive Care)、癌病延續性照顧 (Continuing care of cancer treatment)、完整性症狀治療 (Comprehensive symptom control)。參考鍾昌宏醫師編著《癌病末期安寧照顧——簡要理論與實踐》。安寧照顧基金會出版。出版年月未明。

- 三、 全程照顧——對臨終者照顧到臨終，也幫助家屬度過整個憂傷期。
- 四、 全隊照顧——結合醫、護、宗教、社工、營養、心理及義工等人員，共同照顧臨終者及家屬。

以「靈性需求」(spiritual needs) 之評量與「靈性困擾」(spiritual distress) 之處理，此種以基督宗教文化為背景的安寧療護 (Hospice Care)，傳到東方宗教文化圈時，東方國家除了接受、引進其理念與方法之外，同時由於本土化的需求，也會發展出適合該國文化背景的用語與模式。

例如，安寧療護運動於 1981 年傳到日本，日本佛教界則以古印度梵語 *Vihāra* (休養所、僧坊) 來取代淵源於基督宗教的 *Hospice* (安寧院) 的用語，並揭示如下三項理念表達佛教臨終關懷 (Terminal Care) 的特色：²

- 一、使得知生命有限、短暫的人，平靜地觀照自己與被看護的場所。
- 二、以當事者本人的心願為主而採取醫療措施的場所。因此，充分的醫療行為必須與可能的醫療機構直接聯繫。
- 三、尊重生命的人集合成以佛教為基礎的小團體 (但是，當事者本人或其家屬有信仰之自由)

在台灣的佛學界則有人對於「靈性照顧」(Spiritual Care)的理念，提出「覺性照顧」(Care of Awareness)。³如上所述，「全人」、「全家」、「全程」、「全隊」是安寧照顧 (Hospice, 或譯為安寧療護) 之「四全」。一般說到「全人照顧」時，大都是指「身、心、靈」完整的醫療照顧，於是，產生了「靈性照顧」(Spiritual Care) 的理念與運動，重視對於病人的「靈性需求」的評估，積極了解其「靈性困擾」的問題。

二、靈性需求 (spiritual needs)

1960 年代後期，心理學開始注意「靈性」(spirituality)的研究，Maslow 將人類需求由低到高歸納為：

- X 理論 (生理及安全需求) ，
- Y 理論 (愛及歸屬感、受尊重及自我實現的需求) ，

² 參見田宮仁<佛教理念 — — >。《佛教》季刊，No.6 1989。 pp.171-17 關於塔寺 (vihara) 的語義，《十住毘婆沙論》<解頭陀品>卷 16 (大 26, 112 頁上)：「比丘雖受盡形阿練若法，有因緣事至則入塔寺，佛法有通有塞，非如外道阿練若，名常樂空閑靜處，於一切法不捨空想，以一切法體究竟皆空故。問曰，有何因緣故，來至塔寺？答曰：一、供給病人，二、為病求醫藥具，三、為病者求看病人，四、為病者說法，五、為餘比丘說法，六、聽法教化，七、為供養恭敬大德者，八、為供給聖眾，九、為讀誦深經，十、教他令讀深經，有如是等諸因來至塔寺。」是說平時遊住森林 (阿練若) 的頭陀行者若有療病、聽法、讀經、教化等因緣，即可利用塔寺 (vihara)，可知養病只是 vihara 的功能之一，並非唯一之用途。

³ 釋惠敏「靈性照顧與覺性照顧之異同」(《安寧療護》5：35-40。1997。台北：中華安寧照顧協會出版)。

Z理論（靈性需求）等三個層次理論。

他認為靈性(spirituality)需求不僅如同生理及心理的需求一樣重要，而且是人類最高之需求。靈性生活是存在本質的一部份，也是人性的界定特質，有了靈性才有完整的人性，而且它是真我、自我認同、內在核心及圓滿人生的一部份(Maslow, 1969; 1976; 劉秋固, 1998)。

此外，也有學者(Carson, 1989)將人的組成由外到內分為如下三層面：
最外層：生理、外在身體部分。

第二層：心理、社會層面。包含意志(Will)、情感(Emotion)、智力(Intellect)和道德觀念(Moral sense)四個部分。

第三層(最內層)：靈性層面，此層面連接著小我、大我及超我，使人們能瞭解自己的生命意義及價值，而靈性層面會影響社會、心理甚至生理層面。若此三層面達到完整，則成為一個全人。

具體而言，人類之靈性需求究竟有那些項目？Ross(1994a; 1997)則認為病人的靈性需求為：尋求生命的意義、自我實現、希望與創造、信念與信任、平靜與舒適、祈禱、獲得支持、愛與寬恕等。

但是，靈性需求也會受到個人之文化、信仰及社會背景之影響(楊克平, 民88)。在台灣，胡文郁、邱泰源(民88)以結構式問卷及開放式訪談，從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求為：尋求神或宗教信仰的支持、尋求希望與力量的來源、領受他人的愛與關懷。趙可式(2000a)從敘述文獻中得知臨終病患之靈性需求是：對生命意義的質疑與回答、對痛苦及死亡意義的質疑與回答、對神的信仰、與神的關係再淨化、對信仰系統的質疑與回答、寬恕與和好：與神、自己、別人、大自然、能說出謝謝你、再見及對不起、希望。

三、靈性困擾(spiritual distress)

日本安寧照顧的先驅者柏木哲夫教授說道：

「死亡確定是軀體變性的一種結果。然而在死亡過程則不僅是一種肉體的變化，如血壓下降、尿量減少；它也是一種心理歷程如焦慮、憤怒、憂鬱和孤獨；它也是一種社會過程，如不能再工作、必須向家人告別；最後它也是一種靈性過程。瀕死病人有許多靈性上的痛苦需要接受適當的照顧」。

癌症的病人有各種不同的痛苦，我們必須照顧全人、全部過程所遭受全部的痛苦(total pain)。臨終照顧的模式類似心身醫學是一種身體-心理-社會-靈性模式，用為照顧來自身體、心理、社會和靈性的四種痛苦。⁴

其中，因面對死亡而所產生的靈性方面的痛苦(spiritual pain)，可擴大到靈性困擾(spiritual distress)的問題。例如：

O'Brien(1982)認為它可包括靈性痛(spiritual pain)、靈性疏離(spiritual

⁴ Kashiwagi T: Psychrological and spiritual issures in terminal care. Psychiatry and Clinical Neurosciences 1995; 49:s123-7.

alienation)、靈性焦慮 (spiritual anxiety)、靈性罪惡感 (spiritual guilt)、靈性憤怒 (spiritual anger)、靈性失落 (spiritual loss) 及靈性絕望 (spiritual despair) 等組成因素。

Carpenito (1993) 定義為：個體經歷到生存原則被破壞的一種憂慮，將經歷生命力量、希望、意義來源之信念或價值體系受到干擾的狀態。

Burnard (1987) 則認為靈性困擾是指個體感受到生命不再有意義。另外，也有人將之譯為精神窘迫，其定義為：遍及個人整個生命，統合其生理、心理、社會本質的生命原則遭到破壞 (毛、馮、王，民 82)。

研究也指出：不只是癌症病人或末期病人有此困擾，長期住院患者、已有固定宗教信仰的住院患者、缺乏支持系統者、價值體系與醫療、護理措施衝突者 (NANDA, 1994) 也可能出現靈性困擾。

有關靈性困擾的導因，NANDA (1995) 認為：

- (1) 與不能執行宗教儀式有關；
- (2) 與宗教或精神信仰與醫師指示的健康療法間有衝突；
- (3) 與疾病、受痛苦、死亡的危機有關。

林美玲、毛新春 (1996) 及施富金 (2000) 也提出導致靈性困擾的原因：

- (1) 缺乏滿意的人生觀與價值信念體系；
- (2) 缺乏健康的人間愛；
- (3) 缺乏個人與神 (個人所定) 的堅定關係；
- (4) 罷患其宗教信仰或文化所不能接受之疾病；
- (5) 須接受其宗教信仰或文化所不能接受之醫療護理措施；
- (6) 個人所預期之死亡意義與其信仰或文化衝突。

台大醫院緩和醫療病房臨床佛教宗教師培訓小組計畫 (民 89~92) 主持人陳慶餘教授的報告則指出：當癌症末期病人從病情惡化乃至接受死亡的過程中，因靈性困擾所產生的問題，可分為七大類：

自我尊嚴感喪失、自我放棄、不捨 (包含不甘願、不放心、放不下、做錯了)、死亡恐懼、心願未了、錯誤的見解、需要轉介等。

宗教師可就病人的臨床表現的評估，依上述項目，擬定靈性照顧計畫，以協助癌末病人提升內在力量。

四、靈性照顧 (Spiritual Care) 的實務

(一) 精性照顧的目標與步驟

Munley (1983) 提供靈性照顧的三個主要目標是：培養整全性、促進人際間的鍵結、及增進個人對生命意義的探尋。而靈性照顧仍須依循下列步驟進行：

- (1) 評估 (assessment)：評估病患靈性狀態及需求；
- (2) 計畫 (planning)：擬定符合病患靈性需求的措施；
- (3) 執行 (implementation)：提供病患靈性照顧措施；
- (4) 評值 (evaluation)：過程中不斷評值靈性照顧成效，並加以修正 (Carson,

1989；Greenstreet, 1999)。

(二) 護理人員與靈性照顧

另外，Stoter(1995)提出了護理人員在靈性照顧中應有的認知和具備的技巧：(1)要認知靈性照顧中有很多無解的問題；(2)與病患關係的建立過程中，需敏銳地覺察，並非每位病患都願意有專業人員涉入其內心的世界；(3)在收集病史時，勿單刀直入的問及一些私人問題；(4)要使病患感受到照顧者的談話是出於人性化的關心；(5)應真正了解病患內心的恐懼、焦慮等情緒；(6)將病患及其家屬視為醫療環境中的一份子；(7)盡量避免讓病患產生孤離感；(8)應了解病患在靈性方面，需要有自我控制感；(9)讓病患有發洩憤怒情緒的機會。

(三) 癌末病患自覺所需要的靈性照顧

胡文郁、邱泰源(民88)在其研究中發現癌末病患自覺所需要的靈性照顧(依頻率高低)：協助體驗生命的價值和意義、提供音樂治療、協助獲得他人的愛和關懷、協助做好死亡準備、協助自己面對死亡、協助宗教信仰的建立與執行、提供藝術治療及消除對信仰或神的憤怒與不滿等。

(四) 瞭性照顧所用記錄和評量表

根據台大醫院緩和醫療病房陳慶餘教授等人之「佛法在安寧療護／緩和醫療應用之研究報告」(民88)，佛教宗教師為了評估病人的身心症狀、靈性認知與意願，以及經過靈性照顧後的療效，運用下列各種記錄和評量表：

1. 「入院病人資料表」：

綜合現行的醫療護理紀錄製成表格。內容包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻、經濟狀況、家庭成員、照顧者及其互動關係；癌症診斷、轉移、入院/出院/居家日期、活動能力、溝通能力、意識狀態、心理狀況初評；病情認知初評、後事交代安排、病史等。

2. 「身心症狀評估表」：

依據詢問病患的情況和護理資料，紀錄各種常見的癌末症狀，並給予評分。對每一症狀的嚴重度或器官系統衰竭、引發人際關係的變化對於照顧者的接受度以及每一主觀症狀與臨床治療的關聯性，依 Linkert 的五點評量計分。在情緒反應方面，對每一症狀所帶來的主觀感受區分為平靜、焦慮、憂鬱、和憤怒四種記錄。

3. 「靈性的認知與照顧意願調查」：

針對「靈性」的定義製作成七題問卷，並詢問病人接受靈性照顧的意願，選擇希望接受靈性照顧的方法，接受錄音、錄影和呈現作品的意願。

4. 「靈性境界評估表」：

將靈性的境界由高而低分為七等，合併為三階段：

(一)喜的階段——接受死亡，靈性提昇。可再分為二類：

- (1)接受死亡，相信「靈性」存在，主動追求「靈性」提昇。
 - (2)接受死亡，相信「靈性」存在，須靠被動引導來提昇「靈性」。
- (二)覺的階段 —— 接受死亡，能夠體認及觀察靈性的存在。可再分為三類：
- (1)接受死亡，相信「靈性」存在
 - (2)接受死亡，對「靈性」持中性態度或另有看法
 - (3)接受死亡，對「靈性」存疑/只求現狀滿足；
- (三)樂的階段 —— 只求解除痛苦。可再分為二類：
- (1)避談死亡，只求現狀滿足
 - (2)害怕死亡，增加身心痛苦的煎熬。

5. 「身受心法紀錄表」：

藉此瞭解病人對其疾病、死亡、生活理念、人生意義、追求目標等的看法與因應態度。包括病人自覺其身體症狀、情緒感受、善惡心念（正向、中性或負向）、生命回顧、對目前和未來病情的看法與信念，以及對他所持世間法的評估，包括生之慾、死之忌諱、生死困頓。「生之慾」指的是病患一輩子所追求符合期望的生活目標，包括對身體健康（含欲樂享受）、財富、名譽（或身份、地位、權勢）、眷屬（家人、親友）、見解（如命運、風水）等的執著；「死之忌諱」是因為對死亡無知所造成的種種忌諱（如認為死亡是不自然的、不吉祥、倒楣的等等）；「生死困頓」是由生轉變成死之間的困頓，或者對生死調適不良，對未來失去方向等。

6. 「宗教行為或器物使用狀況調查表」：

對於最常使用的器物，包括佛像/聖像、念珠/十字架等、經書、與宗教相關的錄音帶（包括念佛機）/錄影帶/電視節目、檀香/香柱等、大悲咒水/聖水/平安符、吃素等項目，調查病人的宗教行為以及對宗教器具的認知與修持看法。

內容分：得到因緣（自己買、他人介紹、家人/親友/宗教師贈送、外面贈送品等）、用途（代表意義）（避邪/保佑、安定/平靜、修行、健康、多一些體會、裝飾/美觀、沒有特殊意義）、使用時機（平常就用、生病時、遭遇事情時、隨興等）、使用頻率（一天至少一次、每週至少一次、初一十五/每月至少一次、半年至少一次、一年至少一次等大約平均值）、對本身的影響程度（非常有影響、有影響、有點影響、毫無影響、沒意見）以及影響狀況。

7. 「死亡恐懼程度」的評估：

在臨牀上為了評估佛法在臨終照顧對病人內在力量的提昇，克服對死亡的恐懼，將死亡恐懼的程度分為五等：

- A. 恐懼少，心情平靜，或者有時有喜悅。
- B. 有恐懼，不需人陪伴，或者可自我調適。
- C. 有恐懼，需人陪伴，或者可被安撫。
- D. 極端恐懼，需人陪伴，無法閉眼睡覺。

E. 非常心神錯亂，失去自主能力，無法接受他人照顧。

8. 「靈性照顧計畫（SOAP）」：

歸納病人各種主觀（Subjective）的身心症狀、收集對於正法依持的客觀（Objective）資料，作為評估（Assessment）病人當下的困擾，條列成各種靈性照顧的問題，以作為進一步靈性照顧計畫（Plan）的依據並追蹤觀察療效。

主觀資料所參考的表格：如「身心症狀表」等。客觀資料所參考的表格：如「宗教行為或器物使用狀況調查表」等。靈性評估所參考的表格：如「靈性認知與照顧意願調查表」、「身受心法紀錄表」等。靈性照顧計畫所參考的表格：如病人以及家屬的「靈性療效觀察表」等。

9. 「靈性療效觀察表」：

病人方面：由病人的痛苦減少、藥量減少、內在溝通、表情安詳（或有期待眼神）、言語內容不避談死亡（或不消極）、身體語言有正面回應（如舉起大拇指、微笑等）、心理情緒平靜、行為表現（行善、接納、信佛、皈依、懺悔等）、接受大限將至（有交代後事等）、對來生期待共十項來觀察病人靈性提昇的療效，並給予四點評分。

家屬方面：由家屬是否接受病人（即將）往生、心情保持平靜、相信對病患的引導、隨時保持病人的正念、協助完成病患心願、行為表現（行善、接納、皈依等）共六項來觀察家屬靈性提昇的療效，並給予四點評分；另外也觀察家屬對於病人往生後的哀慟表現。

10. 「善終評估表」：

依據臺大醫院緩和醫療病房使用的善終評估指標（程邵儀等、邱泰源、胡文郁等，民 85）分四點評量，包括了解死之將至、心平氣和接受、後事交代安排、時間恰當性和去世前 3 天舒適性。

（五）結論

總之，靈性照顧是提供病患身體、心理、社會、靈性的整體性照顧，運用傾聽、觸摸、溝通、同理心、社會支持等措施以增進彼此的信任關係，並依照評估、計畫、執行及評值等步驟，為了評估病人的身心症狀、靈性認知與意願，以及經過靈性照顧後的療效，運用各種記錄和評量表格，協助使其和自己、他人、其信仰對象及環境間維繫和諧的關係，並鼓勵病人探尋生命意義與價值、痛苦的意義，培養信心、希望、愛、歸屬感、接納、寬恕、慈悲等人性的光明面，使其內心感到安祥平和，並擁有面對生死問題的智慧與勇氣。

第二節 靈性照顧與覺性照顧的異同：

身、心、靈 vs. 身、受、心、法

一、所謂「全人照顧」的觀點

「全人」、「全家」、「全程」、「全隊」是安寧照顧（Hospice，或譯為安寧療護）之「四全照顧」。一般說到「全人照顧」時，大都是指「身、心、靈」完整的醫療照顧。於是，產生了「靈性照顧」（spiritual care）的理念與運動。但是，「身、心、靈」只是討論人的本質諸觀點之一種，是否能完全適應每一個人的人生觀或信仰？是否需要更寬廣的解釋或其他的選擇？讓我們可以依病人不同的情境，或用靈性照顧，或用覺性照顧，或用其他的說法，這是本文的討論的用意。

人的本質為何？是哲學的根本問題之一。雖然眾說紛紜，但是我們可以整理、評價其中比較重要的觀點為下列五種：⁵

- (1) **身體觀點** (physical aspect)：人是具有肉體和大腦 (body and brain) 的動物。死亡只是物理、化學、生理等自然法則的現象之一，談論精神、靈魂等，反而會增加問題的複雜性。這種觀點一般為物理學家、自然科學家，以及某種程度上為社會學家所支持，而且是難以駁倒和否認的。但是，這難道就是人的本質的全部內容？
- (2) **心智觀點** (mental aspect)：人是具有思想 (mind) 的理性存在，思想非常不同於大腦和肉體。此種主張開始於古希臘羅馬文明時期，在文藝復興和啟蒙運動時代再次興起，後來發展成為唯心主義。它似乎在向普通感覺和科學研究挑戰，並且這思想在那裏 (where) 以及它如何發揮作用的問題是很難說明的。此外，理性真的是人本質的唯一成分？
- (3) **感情觀點** (emotional aspect)：人是情感 (feelings) 的存在。如浪漫主義之對於理性主義的反動，或者存在主義者對於情感和信念的強調。但它是難以定義，無法精確地分析，並且在日常生活中我們始終試圖以理性來抑制、管制感情。
- (4) **靈性觀點** (spiritual aspect)：人的本質是非物質和超自然的靈魂或靈性 (soul or spirit)。如西方宗教主張：存在一個超自然的人格或人格實體，它將一種神聖的活力 (靈魂) 灌輸給每一個人。雖然它提供給人類物質方面、理性方面和情感方面所不具有的特殊意義，但它仍然是難以證實的。靈魂存在的證據是什麼？它在那裏？誰能經驗到靈魂？

⁵ .Thiroux, Jacques P. PHILOSOPHY : Theory and Practice. (New York : Macmillan, 1985), pp.67-79.

(5)自我觀點 (self aspect)：由於身體、思想、感情無時無刻都變化不一，但擁有這些經驗的「我」(或稱為人格、個性)則是持續和統一的。若將自己定義為超越性、無限性、恒常性之「真我」則與上述的「靈性」觀點類似。但自我(或真我)位於何處？是什麼樣子？是否如經驗主義者休謨 (David Hume, 1711-1776) 所主張：所謂「自我」僅僅是一束感覺經驗或感覺經驗的集合？從生到死，這些經驗都是在時間的連續序列中發生，此種感覺的恒常連續被混同作為「自我」持續性和統一性的證據，因而誤認為有自我存在。

其實以上五種觀點都應該受到重視，不應該只把某方面作為唯一正確的觀點而排斥其他觀點。特別是當一個人即將面瀕死亡之時，個人的觀點與信念更應該受到尊重與了解。但為了方便討論，我們或許可以將上述討論人之本質的五種觀點歸納、綜合為三大類：

(一)「即」身心之說：

只就身心作用與現象討論人的本質，如(1)身體觀點、(2)心智觀點、(3)感情觀點、(4)自我觀點之類。

(二)「離」(超越)身心之「靈性真我說」：

離開變化不一的身心現象之外，討論別有恒常不變的絕對實體(靈魂、真我或大我)作為人的本質，如(4)靈性觀點、(5)真我觀點之類。

(三)「不即不離」身心之中道說：

認為所謂「靈性」、「自我」不即是身體、心智、感情等現象，但不能離開身體、心智、感情等身心作用而討論人的本質。

二、「體外離脫」之瀕死經驗的三種解釋：「即」、「離」、「不即不離」

由於現代醫學之驚異進步，許多瀕死病人可有更多起死回生的機會，也引起科學界想要對這些從「陰陽界」歸來者的瀕死經驗作研究的興趣。近年來，從大量的問卷調查與研究中，學者們將瀕死經驗約略整理出如下的過程：首先，瀕死者感覺自己離開身體，浮遊於上，看著自己與別人(一般稱為「體外離脫」)，但無法與別人溝通。然後通過隧道，見到光、河川、花園、山，與某人(可能是親友或某信仰對象)相會，聽到呼叫自己的聲音或音樂。各個步驟出現狀況因人而異，不一定每個人都會經歷同樣全部的過程，而且有些會因文化背景、宗教信仰、種族社會而有所不同的描述與解釋。⁶

⁶ 根據日本學者立花隆的調查(46個案例)：「(1)體外離脫(7件)。(2)通過隧道(4件)，(3)見到光(2件)，(4)見到河川(17件)。(5)見到花園(19件)，(6)見到山(3件)，(7)與某人相會(16件)。(8)聽到呼叫自己的聲音(12件)。(9)聽到音樂(2件)。但是，印度方面的調查則是至閻魔王(死神)前接受審判的案例比較多。」

但其中仍然有許多相同的經驗，特別是「體外離脫」之現象。對於此種瀕死經驗，也可整理出與上節討論人本質之三類說法互相呼應的三種解釋：

（一）「即」身心之說：

有些人以為「體外離脫」的現象完全可以用瀕死時的感官經驗（如聽覺）或回憶等身心作用來解釋，此種奇妙現象都可歸結為肉體與大腦的物理、化學、生物的活動，不需要假用「靈性」來說明，它「即」是身心作用而已，談論靈魂等反而會增加人們面對死亡問題時的複雜性。

所以，此種說法可以讓人們重視現實的身心，不需別求任何神秘經驗或外在的神祕力量，而將死亡問題單純化。對某些人來說，更容易順應死亡是自然法則而接受死亡的事實。

但此種信念若運用不善，有時可能會成為面對癌症末期兩種極端的態度：（1）一般醫院癌症末期的照顧，只重視延長生命之治癒性治療，甚至癌症末期仍住加護病房。（2）主張安樂死，認為「一死百了」（斷滅性的生命觀），強調延長生命只是增加痛苦。這兩種癌症末期的處理態度都不是「安寧照顧」的主張。⁷

（二）「離」（超越）身心之「靈性真我說」：

一般人比較容易將此奇妙的「體外離脫」瀕死經驗，當作「離」身心之外，別有超越身體與思想之「靈魂」（真我）存在的證據。東西方的宗教體驗中，常將「行過死蔭的幽谷」（《聖經》詩篇 23:4）的說法類比於「體外離脫」後之「通過隧道」的經驗；神聖之光的宗教理念與體驗亦常比對於見光的瀕死經驗。所以「身、心、靈」之「靈性照顧」的理念也因而容易理解。

此外，相對於心理學化約論 (Reductionism) 的兩種典範 (paradigm)：佛洛伊德的心理分析學派、華特森 (Watson) 的行為主義學派，1950 年代興起了第三勢力：強調「自我」的「人本心理學」(Humanistic Psychology)。到了 60 年代的後期，更發展出第四勢力：超越人本或個人「超個人心理學」(Transpersonal Psychology)。它著眼於超越性經驗與價值的研究，因此不止於探究以人為中心的自我實現的需求，更以宇宙為中心的超越性或靈性需求作為理論體系 (Z 理論)。⁸

（三）「不即不離」身心之中道說：

也有些人認為「體外離脫」現象不完全只是（不即）身心作用而已，因為無法完全解釋。但也不完全離開（不離）「身心」來討論，例如：瀕死經驗時所見到的景色、人物，所聽到的聲音、音樂等等現象，似乎與大腦側頭葉的刺激有關。因為，一般人進行頭顱手術時，若對大腦側頭葉給予電流刺激，有時也會有見到神、聽到天樂，與死去的親友相會等等的描述。

所以，有人便提出「人的大腦側頭葉中有瀕死經驗的程式設定」的假說，人瀕死時，某種因素（或許是靈性層次）啟動程式，而引發瀕死經驗之過程發展。

⁷ 鍾昌宏編著《癌症末期安寧照顧——簡要理念與實踐》（台北市：中華民國安寧照顧基金會），p.16。

⁸ 李安德著，若水譯《超個人心理學》（台北市：桂冠，1992），pp. 169-175。

三、靈性照顧（spiritual care）的理論架構：身、心、靈

如前所論，一般宗教或超個人心理學的立場是主張：「離」身心之外，別有超越身體與思想之「靈性」存在。尤其安寧照顧（Hospice）運動是起源於基督宗教團體，因此教徒們容易順應「身、心、靈」的教義與生命觀。於此，將簡介李安德神父所著《超個人心理學》（若水譯）第九章「人的靈性層次」的看法。首先，提出人具有四種層次：

（1）生理層次，（2）情緒層次，（3）理性層次，（4）靈性層次（超理性或超越性），並認為如此模式才能忠實地反映出人類的普遍經驗，而且符合人性（p.263）。

不應該如早期心理學家為使心理學成為科學，採用物理學的典範作為研究的出發點，因而不僅廢棄「靈魂」一詞，也整個否定靈性層次（p.263-5）。

但是靈性的探究逐漸為心理學家重視，例如曾是佛洛伊德門下的 Roberto Assagioli 說：靈性層次的表現和制約反應一樣地真實重要，因此也應受到科學的研究處理。靈性的聖力和性驅力及攻擊力一樣真實與根本，它們不該貶視為性驅力及攻擊力因昇華或病態所扭曲而成的現象。

他在論及「高層自我」時說「對所有宗教人士，我們可以說這中性的心理學名詞可用來指稱靈魂，對不可知論者，我們可沿用他們的說法，假定人內存有較高層的核心……」（p.267）。

其次，該書也介紹 Assagioli 的「非認同及自我認同」的尋找「真我」練習（p.232-6）：

集中心力體會「我有一個身體，但我卻不是這個身體」，同樣地依次體會「我有感覺、情緒、欲望、思想、理性等，但我卻不是它們」。我是純粹自我意識的中樞，和意識內所含的各種東西（如身體、知覺、情緒等）有所不同，但不否認它們仍是屬於我的。

意識內容雖然不停的變化（流動性），可是覺察到此現象的卻始終是同一個我（恒常不變性）。如此自我超越的過程（p.253-4）是超越「我有」（What I have），而邁向「我是」（What I am）。因為分辨「存有」（being）及擁有（having）之不同，是發覺「真我」的關鍵（p.248）。

此外，心理學家描述「靈性人士」有九種特質，其中第八「對痛苦的意識」是：他可以很深地感受到人類的痛苦與死亡，可是這種體會並不削減他對生命的欣賞及重視（p.275）。

此種特質對安寧照顧應該有正面的意義。

四、覺性照顧（care of awareness）理論架構：身、受、心、法

佛教基本教義是「無我論」，⁹ 因為若將五類身心組合之類（五蘊）：(1) 色（身體），(2) 受（感覺，sensations），(3) 想（知覺，recognition），(4) 行（意志，mental formations），(5) 識（consciousness）等分析審察，不能發現另有可以稱為「自我」的恆常不變的實質。¹⁰

又，根據《中論》（闡釋「不即不異」、「不斷不常」等「中道」思想的佛教論典）第 18 品〈觀法品〉二第 1 頌：

如假設「自我」即是五蘊，則「自我」也如同五蘊一樣是生滅變化的。若「自我」不是五蘊，超越五蘊分離獨在，則「自我」不能以「五蘊」的特徵描述，那它究竟是什麼？¹¹

其第 6 頌：有時，佛教容許說有「自我」，除了是不排除相對性的「自我」（假名我）外，也是為恐懼斷滅的人們，使他們肯定因果關係。有時，亦容許說「無我」以對治「我」、「我所有」的執著、貪、瞋、痴等煩惱。其實，真理是不能一定說是有我或無我。¹²

「無我論」是從「緣起論」的推論而得的，¹³ 生命的每一部分或階段是由眾多條件（緣）和合而生（conditioned），同時也是構成其他部分或階段之生起條件（conditioning）。因此，《中論》第 18 品〈觀法品〉第 10 頌：

若生命的法則是依緣起論，則生死之結果不能說即是眾多條件（五蘊），但是亦不能說與眾多條件（五蘊）絕對不同。所以，生命之真理不能說是斷滅性，亦不能說是恆常性。¹⁴

以上這些「不即不異」、「不斷不常」等「中道」思想，或許與前述「不即不離」身心之綜合說有類似之處。

配合色身、感受、想、行、識等五類身心組合之類（五蘊）分析覺察，佛教之修習法是「四念住」：學習認識自己的身、受、心（包含五蘊之後三類：想、行、識）、法等四方面，使「覺察性」（念，awareness, mindfulness，略稱為「覺性」）敏銳且穩定（住，setting-up, establishment）。此法門不僅是可以導向體會真理（法）的修習，也常用於淨化臨終者的心念，可以稱為「覺性照顧」。

⁹ Rahula,Walpola What the Buddha Taught 1958. Chapter VI "THE DOCTRINE OF NO-SOUL : ANATTAM"（中譯本：顧法嚴譯《佛陀的啟示》台北市：慧炬,1983。第六章「無我」。

¹⁰ Rahula 1985. pp.20-27; 52-53（中譯本：pp.36-45; 94）。

¹¹ 「若我是五陰，我即為生滅。若我異五陰，則非五陰相」。大正藏（台北：新文豐出版公司影印自「大正新修大藏經」）30 冊，23c。印順（1952）《中觀論頌講記》，台北：正聞出版，p.318

¹² 「諸佛或說我，或說於無我，諸法實相中，無我無非我」。大正藏 30 冊，24a。同前，p.333。

¹³ Rahula 1985 , pp.52-54（中譯本：pp.94-96）。

¹⁴ 若法從緣生，不即不異因，是故名實相，不斷亦不常」。大正藏 30 冊，24a。印順（1952，p.343）。

其修習要點是：

第一「身念住」是先以培養對呼吸之出入、長短等有關身體性變化的「覺性」，以訓練覺察力之集中。

第二「受念住」是覺察身心的感受、苦樂變化之生起、變化、消失，練習區別「我的感覺」(my feeling) 與「一種感覺 (a feeling)」的不同，以處理不當的情緒。

第三「心念住」是覺察各種善惡心境的生滅，同樣地，練習區別「我的」與「一種」的不同，以處理不當的心態。

第四「法念住」是於真理、法則、義務等方面，建立起覺察的習慣，破除錯誤見解，從生死煩惱中解脫。¹⁵

五、靈性照顧與覺性照顧之異同：身、心、靈 vs. 身、受、心、法

(一) 靈性照顧

安寧照顧 (Hospice) 的運動起源於基督教團體，一般說到「全人照顧」時，也大都是指「身、心、靈」的完整醫療照顧，因而有「靈性照顧」(spiritual care) 的理念與工作的推行。相對於「即」身心之說，而可能引伸只重視延長生命之治癒性治療，或主張安樂死之兩種癌症末期的處理態度，它是建立於「離」身心之外，別有超越身體與思想之「靈性」存在的主張。

(二) 覺性照顧

但是，「即」身心之說或者「離」身心之外，別有恒常不變性之「靈性」「真我」之生命觀，都是與佛教之「無我論」、「緣起論」不同的，因為生命的本質是「不即不離」身心，所以，生命之真理不能說是斷滅性，亦不能說是恒常性。依據此種中道思想，不於身心之外別立「靈」，而以真理、法則、義務等「法」作為最高的覺察對象。又因「受」是「心」的導向要素，所以也特別重視「受」(苦樂生滅變化)，這與安寧照顧強調控制疼痛，解除不適症狀有呼應之處。所以，學習認識自己的身、受、心、法等四方面，使「覺性」(念，awareness) 敏銳且穩定(住)。此種「覺性照顧」之練習可用於淨化臨終者的心念，也是佛教的基本修習法門。

(三) 靈性照顧與「覺性照顧」有何異同？

在西方安寧療護運動時，為了避免一般人對宗教的抗拒，或避免妨害信教自由之嫌，故採用「靈性照顧」模式，此與「覺性照顧」有何異同？

「覺性照顧」之身、受、心、法(真理、義務)的模式，除了不需要任何宗教信仰的條件也可施作的特點之外，並且是依現實的身心經驗為觀察對象，比較不會為體驗「離」身心之「靈性」而追求「通靈經驗」，為「靈媒」所惑，受制於人，有時會遭遇騙財騙色之危險。

¹⁵ Rahula 1985, pp.68-75 (中譯本：pp. 126-136)

例如：「靈性照顧」(Spiritual Care)的先驅者、被尊為生死學大師伊莉莎白・庫伯勒一羅斯(Elisabeth Kübler-Ross; 1926--)醫師在她的自傳 *The Wheel of Life : A Memoir of Living and Dying* (《天使走過人間》，天下文化出版) 中提到：

她中年時期(約 1976 年時)，聖地牙哥一對自創天靈教會(Church of Divinity)的夫婦傑伊與馬莎(Jay and Martha B.)，連絡庫伯勒一羅斯醫師，宣稱可以引介精靈(Spiritual entities)，為她回答生死問題。

她也因此召喚到她所謂的靈魂伴侶薩林(Salem)、守護靈馬里奧(Mario)、皮德羅(Pedro)等，並且成立醫療中心，每月一次以為期一週研討會的方式，幫助醫學院和護理學院的學生，絕症病人和家屬，面對生死問題，請傑伊與馬莎夫婦協助，馬莎負責心理戲劇課程，傑伊以通靈術，在暗室的精靈召喚，為此醫療中心最叫座的活動 (pp. 249-259)。

但是，在 1978 年，幾位經常參加通靈會的朋友發現傑伊和他召喚的精靈教導信眾的那一套東西在勒納・辛紹(Lerner Hinshaw)所撰寫的《偉大潛能》(The Magnificent Potential)中都可找到，而且女信眾也指控傑伊在暗室通靈時，提出要調理她們的性潛能的要求。接著，地方檢察官因許多性騷擾的指控，也對傑伊展開調查。到最後，庫伯勒一羅斯醫師只好開除傑伊夫婦，但是她也付出了慘痛的代價(pp. 283-300)。

此案例或許可作為從事靈性照顧者的前車之鑑。

參考資料

一、中文部分

- 毛家齡、馮容芬、王桂芸編譯 (民 82)。**北美護理診斷**。台北：匯華書局。
- 林美玲、毛新春(民 85)。心靈困擾及其護理。**醫學繼續教育**，6(4)，360-366。
- 李安德著、若水譯 (民 81)。超個人心理學。台北：桂冠出版社。
- 胡文郁、邱太源 (民 88)。從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。**台灣醫學雜誌**，3 (1)，8-19。
- 施富金 (民 89)。靈性困擾病人的護理。**靈性護理的理論與實務**，台北：校園書房。
- 索甲仁波切 (民 85)。**西藏生死書**。台北：張老師文化。
- 陳慶餘、釋惠敏、姚建安、邱泰源、胡文郁(民 88)。癌末病人靈性照顧模式之研究---以某醫學中心緩和醫療病房的經驗探討。**中華家醫誌**，9(1)，20-30。
- 陳慶餘 (民 91)。從臨床談靈性。**安寧照顧會訊**，44，20-22。
- 程邵儀等、邱泰源、胡文郁等 (民 85)：癌症末期病人善終之初步研究。**中華家醫誌** 1996；6：83-92。
- 楊克平 (民 88)。靈性層面之照護。於楊克平主編，**安寧與緩和療護學概念與實務** (pp. 507-532)，台北：偉華。

- 楊雅文（民 92）北部某醫學中心護理人員提供靈性照護之態度、意向及其教育需求探討。台北：國立台灣大學護理學研究所碩士論文計畫書。
- 趙可式（民 87）。**康泰安寧療護手冊**。台北：康泰醫療教育基金會。
- 趙可式（民 90）。**安寧療護中之靈性照顧**。於中華民國安寧照顧基金會主辦，2001 年亞洲及太平洋地區安寧療護會議講義・台北：國際會議中心。
- 鄭曉江（民 83）。**中國人死亡智慧**。台北：東大。
- 鍾昌宏編著（民？）。癌症末期安寧照顧——簡要理念與實踐。台北：中華民國安寧照顧基金會。
- 劉秋固（民 87）。超個人心理學與宗教心理學對靈性問題之研究。**宗教哲學**，4 (3), 173-188。
- 顧艷秋（民 89）。護理人員照護瀕死病患行為及其相關因素之研究。**公共衛生**，27 (3), 199-210。
- 釋惠敏（民 86）。靈性照顧與覺性照顧之異同--身、心、靈 VS 身、受、心、法。**安寧療護**，5，35-40。
- 劉秋固（民 87）。超個人心理學與宗教心理學對靈性問題之研究。**宗教哲學**，4 (3), 173-188。

二、英文部分

- Burnard P. (1987) . Spiritual distress and the nursing response : theoretical consideration and counseling skills. *Advanced Nursing*, 12(1), 377-382.
- Burnard P. (1993) . Giving spiritual care. *Journal of Community Nursing*, 7(1), 16-18.
- Carpenito, L. J. (1993). *Nursing diagnosis, application to clinical practice (5 th ed.)*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carson, V. (1989). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: Saunders Company.
- Greenstreet, M. W. (1999).Teaching spirituality in nursing: A literature review. *Nurse Education Today*, 19, 649-658.
- Masolw, A. H. (1969). Theory. *Transpersonal Psychology*, 1 (2) , 31-47.
- Maslow, A. H. (1976).*The further researches of human nature*. N. Y.: Penguin Books.
- Munley , A. (1983). *The hospice alternative: A new context for death and dying*. New York : Basic Books.
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).(1994-1995). *nursing diagnosis : Definition and classification 1994-1995*. Philadelphia : Author.
- Ross, L. A. (1994a). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447.

- Ross, L. A. (1997). Elderly patient' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 710-715
- Stoter, R. J.(1995). *Spiritual aspects of health*. St. Louis: Mosby.

自我評量題目

1. 簡述安寧療護(Hospice Care)與靈性照顧(Spiritual Care)的緣起。
2. 何謂癌末病人的靈性需求 (spiritual needs) ？
3. 癌末病人有那些靈性困擾 (spiritual distress) ？
4. 靈性照顧的目標與步驟為何？
5. 可供運用那些靈性照顧方面的記錄和評量表？
6. 如何更寬廣的解釋「全人照顧」之「身、心、靈」觀點？
7. 如何解釋「體外離脫」之瀕死經驗？
8. 靈性照顧與覺性照顧有何的異同？