

蓮花十載·花開蓮現—— 佛法的「靈性照顧」議題

文/許煌汶

財團法人天主教若瑟醫院主治醫師

台灣現代安寧緩和醫療的人性化照顧，自1990年馬偕醫院設立安寧病房以來，已屆十五載。「佛教蓮花臨終關懷基金會」十年來與其他宗教團體、專業人員及有心人士，共同為推動台灣安寧照顧與生命教育而努力不懈，將佛法的信願、慈悲、智慧，落實於對生命的終極關懷。今年「第五屆佛法與臨終關懷研討會」的主題是「靈性照顧」，在各主講人/主持人的精彩演說，及各工作坊的實務演練下，讓學員們可以從六根門頭聞思修，解行並進。

兩天研討會共安排四場靈性照顧的主題演說，有陳慶餘教授主講的「本土化靈性照顧模式之探討」，鄭石岩教授的「談預期性的悲傷輔導—靈性照顧」，趙可式教授的「臨終病人的靈性需要與照顧」，以及余德慧教授主講的「臨終陪伴之倫理與心理、社會層面之探討」。「安寧緩和醫療」與傳統主流醫學不同的特色之一，就是「靈性照顧」的議題，Cicely Saunders（1959）說：「大多數我們整體性疼痛（total pain）的經驗，是由心理的反應所構成。」隨後Saunders（1964）將一位病人對疼痛的描述：「似乎我整個人都不對勁！」，認為病人是在述說她的身體症

狀、心理困境、社會問題及靈性問題，而正式提出total pain的概念，也成為現代安寧緩和醫療的核心理念。

■淺談各家對「靈性照顧」的定義

靈性照顧的議題，受到各國文化背景、宗教信仰的不同而有不同的觀點。歐美的靈性照顧模式是否適合台灣本土呢？佛教、基督教、天主教、回教、道教、一貫道及台灣民俗信仰或無宗教信仰者的靈性，又該如何界定與陪伴呢？靈性照顧可以量化測量評值嗎？該由誰、何時、如何去評值？是用「靈性照顧」或是用「靈性陪伴」呢？靈性二字該如何定義呢？趙可式教授在研討會的前言，說她今天是來丟出議題的，而她在《台灣癌症末期病患對善終意義的體認》研究中，認為「思想平安」的內涵也包含了靈性的幅度。諸如此類的議題，實有待台灣各宗教與學術界的大德們共同努力，才能落實本土化的靈性照顧。

「靈性照顧」一詞是譯自英文的“spiritual care”，而spirit的拉丁字源為spiritus，意即“呼吸”。而soul（靈魂）、life（生命）的字源意味著呼吸或風，佛陀也說：「生命在呼吸間」，

如此，台灣佛教界人士是如何去看待引自國外的「靈性照顧」呢？從筆者所看到的有限資料大約可分為下面幾類的觀點：

（一）台大陳慶餘教授與惠敏法師，及一如淨舍臨終關懷協會等引用宗密禪師《華嚴原人論》的「一真靈性」所述，而認為「靈性」一詞在佛經論來源有據，並認為《原人論》將「靈性」視為「如來藏」、「佛性」，但是此一說法似乎沒有得到大多數出家眾的認同。同時台大緩和醫療病房的「善終評估指標」評量表，也有國內安寧療護界的同道不表贊同。

（二）惠敏法師基於佛教基本教義「無我論」、「緣起論」而提出身、受、心、法的「覺性照顧 (care of awareness)」一詞，但是天真法師（2000）從佛教對覺性 (awareness) 的用語及《雜阿含經》的教義來看，認為佛法的善終輔導以身、心為主，沒有別出身心之外的「靈性」、「覺性」或「本體」。同時，天真法師也認為：「假設『靈』是指『靈魂』，是延續生命的主要力量，那麼從佛教觀點來說明其相對的語詞，應是『識』而非『覺性』。」筆者個人淺見認為，這方面可從唯識學的「轉識成智」作進一步探討。

（三）有些佛教人士則認為不妨仍然引用「靈性照顧」一詞，而導入佛法「善終」的輔導實務。到底佛教界對「靈性照顧」會達成什麼共識呢？而「靈性」的抽象詞彙，該不該或該如何用本土的語言去界定，以適合台灣本土的需要呢？或是如許禮安醫師所說：「靈性一旦可以被定義，它就死了，變成了死的靈性。」呢？都是有待大家討論的議題。

■佛教如何看器官捐贈、大體解剖


在第二天綜合討論時，有學員問：「淨土宗在人死後助念八小時不要移動亡者身體的依據？」以及「死後器官捐贈或大體解剖，會不會造成亡者苦痛的感受？」筆者在參與助念的十多年實務中，曾就「八小時不要動亡者身體」的主張去稍微查閱佛教經論，大都就「壽、煖、識三者」去討論。印光大師於〈臨終舟楫〉文中，曾就「壽、煖、識，三者常不相離」的經教，開示說：「至人死氣斷之後，彼（識）不即去，必待至通身冷透，無一點煖氣，彼識方去。識去則此身毫無知覺矣。若有一處稍煖，彼識尚未曾去，動著觸著，仍知痛苦，此時切忌穿衣、盤腿、搬動等事。」又說「待至通身冷透，則神識已去，再遲二時，方可洗浴、穿衣。」而弘一大師在〈人生之最後〉一文中才明確說：「既已命終，最切要者，不可急忙移動。雖身染便穢，亦勿即為洗滌。必須經過八小時後，乃能浴身更衣，常人皆不注意此事，而最要緊。」

印順長老、昭慧法師、洪啓嵩等大德，都有就經教法義提出看法。印順長老在〈中國佛教瑣談〉說：「如病到六識不起（等於一般所說的『腦死』），身體部份變冷，那時雖有微細意界——唯識學稱為末那識與阿賴耶識，但都是捨受，不會有苦痛的感受。移動身體或分割器官，都不會引起苦痛或厭惡的反應。所以，如醫生確定為腦死，接近死亡，那末移動身體分割器官，對病（近）死者是沒有不良後果

的。」「腦死」是否就是究竟死亡？不在本文討論範圍之內。不過從印光大師、印順長老兩位佛學通家依唯識學教理的開示來看，似乎仍有些微不同的見地。筆者認為佛教徒在生前學習菩薩行爲，簽立器官捐贈同意書時，應先清楚明白菩薩捨身爲人的精神。同時可要求在「腦死」要割取器官時，先作全身麻醉進入類似悶絕（五位無心之一）的狀態，就不會有身體痛感的問題，而超脫死後八小時不動與神識中陰的問題。至於遺體捐贈作爲醫學生解剖課使用者，則可以要求至少助念八小時後，才將遺體送到醫學院去注入防腐劑。

研討會中，鄭石岩老師舉例一位心肺衰竭的醫師告白：「平常行善，何以遭致此種不幸的果報？」老師答：「眾生有病，所以菩薩有病。」勸導病人轉化心念，將住加護病房視爲閉關修行，把病人預期性的悲傷轉化爲希望與對生命意義的仰望。成爲趙可式教授心靈治療師的「小伶」故事，石世明個案報告所播放的「小朋友幫爺爺助念」等錄影帶，以及滿祥法師個案報告的「秀秀」，都讓筆者覺得如醍醐灌頂。如此真、善、美的生命教材，每位如人中芬陀利華的病人與照顧者，是多麼的令人敬佩，真的是「安寧有情，人間有愛」。

佛陀出現於世是爲令眾生開、示、悟、入佛的知見，佛法在世間，不離世間覺。主辦單位不遺餘力在推廣安寧緩和醫療之同時，將佛法融入對生命關懷的理念與實務中，一路走來，已屆十載。筆者衷心祝

福祈願大家在生命關懷與安寧療護的未來，能華開蓮現乃至華落蓮成。

【參考資料】

1. 弘一大師：人生之最後在弘一文集。台北：文殊出版社，1988：107-108。
2. 印光大師：臨終舟楫在印光大師全集冊三。台北：佛教出版社，1967：1538-1541。
3. 印順法師：中國佛教瑣談在華雨集（四）。台北：正聞出版社，1993：116-118。
4. 洪啓嵩：器官捐贈與佛教的生命關懷在佛教與社會關懷學術研討會論文集。台南：財團法人中華佛教百科文獻基金會，1996：159-177。
5. 陳慶餘、惠敏法師、姚建安、邱泰源、胡文郁：癌末病人靈性照顧模式之研究—以某醫學中心緩和病房的經驗探討。中華民國家庭醫學雜誌1999：9：20-30。
6. 許禮安：蓮心安在—在安寧病房的故事4。台北市：海鴿文化，2004：83-94。
7. 趙可式：台灣癌症末期病患對善終意義的體認。安寧療護雜誌1997：5：51-61。
8. 釋天真：從雜阿含第1013經經群看「善終輔導」。中華佛學研究2000：4：1-33。
9. 釋惠敏：靈性照顧與覺性照顧之異同—身、心、靈VS.身、心、受、法。安寧療護雜誌1997：5：35-40。
10. Saunders C: Care of the dying-3: control of pain in terminal cancer. Nursing Times 1959 October 23.1031-1032.
11. Saunder C: The symptomatic treatment of incurable malignant disease. Prescribers' Journal 1964: 4 (4): 68-73.

