

安寧臨床佛教宗教師於臨終照 護的悲憫疲憊經驗初探

釋普安、蔡昌雄*、蔡淑玲**

中文摘要

臺灣臨床佛教宗教師對於本土安寧末期靈性照顧具有重要價值與貢獻。由於末期照顧壓力龐大，儘管佛教宗教師具有靈性關懷與調適能力，但臨床也可能出現悲憫疲憊。本研究旨在探討佛教宗教師的悲憫疲憊經驗。採用詮釋現象學為研究法，以建立臨床理解。立意取樣六位研究參與者，以半結構式深度訪談及田野參與觀察取得文本資料，然後再依「部分-整體」的詮釋循環進行分析，並確保研究嚴謹度。本研究發現佛教宗教師的確有臨床悲憫疲憊，主要經驗有四個面向：1.角色轉換的調適壓力，2.面對病患死亡的心志折磨，3.修行信念深耕的召喚，4.團隊支持的需求壓力。建議將佛教宗教師納入安寧團隊成員悲憫疲憊的調查研究及設立輔導工作坊，以緩解專業耗竭的發生。(志為護理，2020; 19:1, 67-77)

關鍵詞：臨床佛教宗教師、安寧療護、臨終照顧、悲憫疲憊

前言

臺灣安寧照顧團隊中設置臨床佛教宗教師(Clinical Buddhist Chaplain, CBC)始於2000年。根據經濟學人(The Economist)關於死亡品質指數(quality of death index)的調查研究報告，臺灣緩和照顧(palliative care)名列亞洲國家第一，在全世界八十個國家中排名第六(The

Economist Intelligence Unit, 2015)。其中安寧法規、本土靈性照顧與區域研究網絡的建立為三大優勢(Cheng, Chen & Chiu, 2016)。而本土靈性照顧指的就是臨床佛教宗教師參與安寧末期病人照顧的成果。顯見臺灣臨床佛教宗教師的重要價值與貢獻。

根據2017年的統計，臺灣已經有145人參與臨床佛教宗教師的訓練，有63位

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院暨國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院臨床佛教宗教師及南華大學人文學院生死學系兼任講師、南華大學生死學系助理教授*、長庚科技大學嘉義分部護理系副教授**

接受刊載：2019年6月14日

通訊作者地址：蔡淑玲 61363嘉義縣朴子市嘉朴路西段二號A521

電話：886-5-362-8800 #2521 電子信箱：sitsai@mail.cgust.edu.tw

宗教師完成培訓，有32位法師在 43家安寧病房服務，參與社區居家安寧服務的人數更多(陳，2017)。臺灣有關臨床佛教宗教師的研究論文有一定數量，但多數以宗教師末期照顧經驗、照顧內容與照顧模式為探討重點，對於宗教師本身因巨大臨終照顧壓力而形成的悲憫疲憊(compassion fatigue)現象則鮮少觸及。

本研究第一作者擔任安寧療護臨床佛教宗教師達11年之久。經觀察發現，宗教師不僅需要承擔病人與家屬的靈性照顧責任，也要支撐安寧照顧團隊的靈性動力與士氣，壓力頗大。當護理師已有研究探討悲憫疲憊的自我照顧課題時(楊、林、余、楊、蔡、洪，2011; Wentzel & Brysiewicz, 2017)，宗教師的相關研究則仍相對付之闕如。近年美國針對217位醫院宗教師(chaplain)的悲憫滿意(compassion satisfaction, CS)，悲憫疲憊(compassion fatigue, CF)及耗竭(burnout)等項目進行調查研究，不僅對於醫院宗教師的專業生活品質已有初步了解(Yan & Beder, 2013)，也發現造成醫院宗教師悲憫疲憊的制度性與結構性困難(De Vries, Berlinger, & Cadge, 2008)。然而這些調查研究成果，並未提供宗教師個人經驗的質性分析資料，臨床教師悲憫疲憊困境的脈絡意義並不清楚，且美國經驗與本土經驗或有一定落差。

因此，本研究以質性方法探討臺灣安寧臨床佛教宗教師的悲憫疲憊經驗，以期增進對宗教師靈性處境與身心狀態具體脈絡的認識，以及宗教師臨床支持需求的了解，從而提供提昇宗教師服務品質的參考，讓本土安寧靈性照顧的研究

面向更趨完整。

文獻查證

臨床佛教宗教師是經過專職培訓的臨終照顧人員，因極大的照顧壓力可能造成專業的悲憫疲憊(compassion fatigue)，但國內迄今未見相關研究。以下針對悲憫疲憊概念的定義、宗教師照顧角色、工作內容，以及與悲憫疲憊現象關聯進行文獻查證。

根據護理學者的綜合定義，悲憫疲憊的概念具備以下特徵：(1)累積病患與家屬的苦難經驗；(2)無法有效卸除病人苦難事件所累積的壓力；(3)對身、心、靈健康造成負面影響，如：出現頭痛、易怒、與不在乎病人的需求(傅、陳，2011)。換言之，悲憫疲憊是專業助人工作者因長期持續暴露在壓力情境下，未能滿足自己的情緒需求，所造成的情感的過度耗損結果。由輕到重的程度區分，先是悲憫不適(compassion discomfort)，再者悲憫壓力(compassion stress)，進而發展到悲憫疲憊(compassion fatigue)的狀態(楊等，2011)，如果不予處理，就會導致最嚴重的耗竭(burnout)。悲憫疲憊在護理界的研究對象多以在癌症與安寧療護的護理人員為主(Wentzel & Brysiewicz 2017)，安寧臨床佛教宗教師的悲憫疲憊研究則尚未起步。

宗教師的悲憫疲憊現象與其照顧角色與工作內容息息相關。根據釋、釋、陳、邱、黃、釋(2001)的研究結果顯示，法師的服務內容以協助病人與家屬面對死亡最為重要(84.4%)，支持團隊

照顧成員次之(28.9%)，向法師尋求宗教諮詢的最少(18%)。這與美國一項緩和醫療宗教師的全國性調查研究不謀而合。該研究顯示，醫院宗教師主要的活動以關係建立(76%)最高，死亡照顧(69%)其次，協助病人面對存在議題或靈性困頓(49%)占第三位，同時過半(55%)宗教師表示，他們60%的時間是花在與病患溝通照顧目標(goal of care)上(Jeuland, Fitchett, Schulman-Green, & Kapo, 2017)。此外，臺灣本土針對臨終臨床宗教師工作情境與挑戰的研究，有關於基督教牧靈人員(鄭，2018)，也有關於佛教法師(釋，2004；余、釋、夏，2004)。

宗教師從事臨床第一線照顧工作，必須具備臨床評估的素養：1.了解緩和醫療，2.了解其他團隊成員的角色及不同專業間的互動，3.具備一般照顧能力，4.專業素養以及需要重新進行「臨床學習」及「建構角色」，以便能跟團隊進行專業的互動合作(釋、陳、釋，2007)。

De Vries, Berlinger, & Cadge (2008)指出，從社會學專業分工的角度分析，宗教師在醫療場域專業化過程中，所遭遇的結構與制度困難可歸納為13項因素，其主要見解有以下5點：醫院宗教師1.沒有明確專業歸屬與管轄；2.處理的是死亡與靈性的困難課題；3.有專業學分、卻無專業證照；4.由醫院支薪、卻對病人家屬負責；5.在宗教領域與社區宗教師的業務重疊。這些都是構成宗教師工作壓力甚至導致悲憫疲憊的可能結構性因素。另一項研究顯示，醫院宗教師的

重大挑戰，乃是與其他不同臨床專業人士，在不同靈性觀點中，共構一組符合現代意義的臨床照顧概念與評估標準(Rumbold, 2013)。

Yan & Beder (2013) 針對217位醫院宗教師進行宗教師悲憫疲憊的研究。結果顯示，可能是宗教靈修的力量，使得醫院宗教師的悲憫滿意(compassion satisfaction, CS)程度高，而悲憫疲憊(compassion fatigue, CF)與耗竭(burn out, BO)程度低。儘管如此，造成宗教師悲憫疲憊與耗竭的相關因素，仍有值得注意與改善之處。根據此一調查研究，悲憫疲憊主要受到精神健康整合(mental health integration)以及行政組織支持的程度所影響。此二項因素再加上年齡因素，則對耗竭造成影響。整體而言，與醫療團隊合作程度低的醫院宗教師最可能會導致悲憫疲憊與耗竭，因此，資深宗教師支持並指導資深宗教師發展跨專業的合作(interdisciplinary collaboration)有其必要性。

工作內容也是造成臨床佛教宗教師悲憫疲憊的可能因素。研究顯示，病人在面對嚴重與致命疾病時，對於信仰、希望以及生命存在關懷會產生重大需求(Ferrell, 2017)。臨床宗教師是提供安寧靈性照顧的主力成員。對於宗教師而言，「慈悲」之意涵包括同理心、利他、思擇力以及自我覺察與調節等四個主題(黃、胡、溫、徐、釋、杜，2015)。而病患在遇到以下四大領域問題時，會被轉介給宗教師：1.疼痛/憂鬱，2.焦慮/憤怒，3.處遇問題，4.失落/死亡/意義(Galek, Flannelly, Koenig, & Fogg,

2007)。病患與家屬對於宗教師的主要期待，是情緒支持及疾病因應，這將耗掉宗教師許多情緒能量。因此，宗教師在末期照顧會出現悲憫疲憊現象在所難免。

研究方法

本研究以立意取樣(purposive sampling)，於臺灣北、中、南三家安寧病房為研究場域，通過醫院研究倫理委員會審查後，邀請6位經過培訓且服務於安寧病房的宗教師為研究參與者(表一)，進行半結構式的深度訪談(表二)，錄音存檔轉成逐字稿的研究文本。

本研究為貼近還原宗教師悲憫疲憊的經驗現象，以建立臨床情境的理解，採用兼具描述與詮釋優點的詮釋現象學研究法(hermeneutic-phenomenological method)為指引。文本分析在四個層次間進行部份及整體之間的詮釋循環，直至形成對文本的整體瞭解：一、田野文

本(訪談對話)、二、意義單元的浮現與分析、三、現象脈絡的梳理、四、結構主軸與面向的推敲(蔡，2005)。文本分析在上述四個層次進行部分與整體之間的詮釋循環(hermeneutic circle)過程，直到達成文本詮釋理解的連貫性與一致性為止。研究嚴謹度依循Guba & Lincoln (2005)的質性研究品質標準，除確保資料的真實性(authenticity)與可信性(trustworthiness)之外，並在三位研究者及研究參與者間，確立對文本理解的共識程度。

研究結果

一、角色轉換的調適壓力

臨床宗教師悲憫疲憊的首要因素，就是將傳統法師角色轉換成為醫院病房的臨床佛教宗教師的挑戰。法師們不具備醫療知識以及與醫療團隊成員溝通的背景，需要歷經身份、角色、自我意識、對外關係等方面的徹底調整，才能順利

表一 研究參與者個人資料

研究代號	性別	臨床服務年資	醫院區域	學歷
A法師	女	20	北	大學
B法師	女	12	北	高職
C法師	女	11	南	碩士
D法師	女	7	南	碩士
E法師	女	16	中	大學
F法師	女	5	中	大學

表二 訪談大綱

1.	請您敘述臨終照顧工作背景、內容、資歷及過程如何？
2.	請具體說明您臨終照顧上的重大壓力與挑戰為何？
3.	請問您在壓力與挑戰過程中感受到怎樣的悲憫疲憊經驗嗎？
4.	請問您如何因應這樣的悲憫疲憊現象？
5.	您如何看待此一悲憫疲憊現象與宗教師的專業角色與成長？

轉換成臨床宗教師。但這個過程涉及僧俗之間、超越法與世俗法的異質性轉換，極不容易，所以是其最初的壓力來源。例如A法師提到：

「剛開始進入臨床、沒有信心…照顧模式不是那麼清楚，那在團隊的互動是陌生的，不曉得該怎麼辦…應該說專業的信心不夠…。」

E法師亦認可此感受，她說道：

「…人際關係的互動、專業醫學知識的陌生、對自己徹底沒有信心，有時挫折無法給病人幫助，家屬的眼淚…。」

在這個角色調整轉換的過程中，法師們對於自己照顧的核心專業—靈性照顧，開始產生懷疑，覺得虛無飄渺。F法師談到：

「靈性的照顧過程…是很虛、抓不到什麼理論…，沒有人的生命歷程是一模一樣，你該用什麼樣的方式，沒有一個特定的。」

歸根結底，這似乎與法師們的身份背景有關，造成了這些轉換過程中的壓力，也形成了法師們在臨終場域進行照顧工作時挫敗感的來源。C法師就表明：

「…有些經驗在過去寺院、在出家的僧團裡面沒有的，…出家人比較壓抑自己、遇到的困難不容易表達…。」

於是法師們在身份與場域結構性轉換的累積壓力，便形成了造成宗教師耗竭的第一個經驗面向來源。

二、面對病患死亡受苦的心志折磨

會造成臨床佛教宗教師耗竭的第二個經驗面向來源，是因為要不斷承受臨終病人的焦慮、病痛受苦的折磨，以及法

師們要面對自身存在受苦的考驗。從而進入深度存在困境，是宗教師極大的臨床壓力來源。例如有病患因為瀕死而忐忑不安，狂烈地要求宗教師為其安頓身心，帶給宗教師莫大的挑戰。這位病患質疑臨床宗教師說：「我姐姐要你幫我安心，你怎麼幫我安心？」在陷於絕境時，她又問了法師一堆問題：

「我聽到鄰床往生的時候，那個痛苦的喘息聲，怎麼辦？…佛經說人死像烏龜般的痛苦，真的那麼痛嗎？…如果處在這麼痛苦的狀態之下，唸佛可以止痛嗎？…極樂世界師父你都沒看過，你怎麼叫我相信？」

在臨終時間緊迫、病人情緒高壓的處境下，宗教師能夠做的其實非常有限。這樣的情境往往會讓宗教師對病人充滿無力感及挫折感。B法師坦承：

「我的眼淚快潰堤了，…我可以充分瞭解那個心情，可是我真的是無能為力，…我也只能說你不要亂想之類的話。但是我真的很難過，然後…其實我是落荒而逃…。」

宗教師常會面對這些因死亡焦慮而產生的疑問。感受到病患與家屬要求給予一個安心答案的壓力，讓宗教師產生強烈的焦慮感，而見到病人的受苦處境，也會喚起宗教師對自身生命傷痛課題與生死態度的覺察。B法師提到：

「我還活著這段時間，…給我滿大的警惕。在前幾年，我就去處理這輩子別人對我的傷害，我一直沒有辦法走出來的那個傷痛，去面對它。」

這一點C法師也有類似的經驗。她從病人的臨終看到生命的苦、空、無常，

引發內心深切的自我反省，開始審視自己此生仍然未解的恩怨情仇，感受到生命的苦楚與傷痛，因而造成臨床壓力。

C法師說：

「我開始去看自己的生命、未來的歷程如有病痛，我怎麼處理？有想過、規劃過，…就不會有突如其來的問題。」

三、修行信念深耕的召喚

由於臨床宗教師擔任撫慰臨終病患與家屬靈性的獨特角色，需直接面對病人的臨終情境與死亡現場。因此會反身照見自身的必朽性，以及由此衍生的修行課題。宗教師因此看見了人皆無法逃脫死亡宿命的事實。B法師說道：

「從我第一年踏進來，已經有幾千人拉著法師的手說：師父，我不要死，你救救我。可是沒有一個人可以留得下來的。」

當時她以此事實告知病人時，病人就只是哭泣。

「那時候他就靜下來，我也跟他靜下來，我們兩個人都沒有講話。幾分鐘後他就開始一直哭。」

因為貼著病人的心，所以宗教師對這樣的景況深感無奈與無助。

「對那種苦你真的是無能為力。你感覺到他把全部的希望交付在你手上的時候，你對他的苦是無能為力。」

病人面對死亡的處境，往往會對宗教師不斷需索其內在的慈悲心，以作為心靈依靠。因此宗教師會看見自身修行力量的不足，於是更強化了對佛法修行實踐的現實感與迫切感。在臨終陪伴過程中，宗教師必須加速耕耘自身心靈成長的壓力，也是形成宗教師在專業上造成

悲憫疲憊的可能經驗來源之一。

四、團隊支持的需求壓力

另一個造成臨床佛教宗教師悲憫疲憊的臨床經驗面向，與支持團隊靈性照顧工作以及團隊成員的工作士氣有關。臨床人員因為照顧壓力使然，引發個人生命課題、情緒與壓力，常常將之轉向宗教師尋求紓壓解惑，但是這一面向往往為外界所忽略。

首先是支援靈性照顧上因分工或角色差異與團隊引發的問題。臨床佛教宗教師照顧的個案難度挑戰頗大，團隊也都高度倚仗宗教師。A法師提到：

「我們收的個案都是收整個團隊剛住院最困難的病人。就是大家都覺得這個病人困難得不得了，通常最困難的病人往往交給宗教師。」

其次，團隊在末期病人的靈性照顧需求上，與宗教師的配合度不夠，亦即家屬對宗教師的認知，未得到團隊的正視與支持，使得宗教師遭遇困境。E法師對此覺得：

「團隊轉介個案太慢，病人以不清醒居多，住院天數短、可關懷的不多，照顧上會有間斷的問題，長期下來導致對臨床照顧信心受挫。」

C法師亦覺得：

「與病人和家屬還沒建立關係前，或對方對佛教宗教師的錯誤認知，而團隊未正視這個問題及做解釋，導致宗教師功能無法發揮。」

第三，由於團隊成員對宗教師的主觀期望過高，而臨床狀況複雜且難以掌控，以至於對宗教師形成求全責備的壓力。F法師的感受是：

「他們也有覺得說，我症狀處理的部份我都已經處理了，那為什麼病人他還是沒辦法控制下來？」

「病人與家屬的焦慮異常時，我們就會第一個被想到支援。但是許多個案的背景我們未必充分了解。」

C法師也提到：

「團隊成員被病人或家屬惹惱，希望你代為出氣，或是說服他們要轉念，但是病人家屬堅持己見。團隊成員認為你沒有盡力。」

最後，是團隊相處的士氣問題。臨床佛教宗教師擁有出家法師身份，在團隊磨合的紛擾中，可能承擔更大的壓力與困擾。加上團隊工作角色分工模糊不清，也讓臨床佛教宗教師倍感煎熬折磨。D法師認為：

「應該是團隊大家一起來做，可是我覺得醫護人員他們太忙，那我們的時間又不是每天，所以就像我們上課一樣要複習，因為很多東西要複習複習，所以我們變成那種好像一曝十寒那樣的感覺，就是有時候會覺得說…沒有連貫。」

F法師也表示：

「比如說靈性方面他們會去找我們支持，對我們也形成壓力…我們也是要找來人來支持。」

C法師對此也感覺到壓力，並感受到在病房似乎要承擔很多額外的工作，她表示：

「病房大小事，全部都要你插手，照顧病人時間被壓縮，你必須補上更多時間才能完成工作。例如：行政人員來找你訴苦、護理人員心情不佳，找你

談、幫忙看報告、講義、家屬回來找你…。」

「當團隊事多、氣氛不穩時，我們常常被期待是那個能夠貫穿協調通的角色，但這是十分耗時、耗能的事。」

臨床佛教宗教師是安寧團隊靈性照顧的主力成員，也是其他團隊成員在靈性照顧上很重要的諮詢與仰仗的對象，但是臨床佛教宗教師常感受到與其他安寧團隊成員間合作的考驗，讓靈性照顧困難重重，而形成臨床佛教宗教師的壓力源。

討論

靈性照顧位居安寧療護的核心地位，安寧臨床宗教師的角色具有不可或缺的重要性(Cheng, Chen, & Chiu, 2016)。安寧療護的靈性照顧壓力極大，除了安寧護理人員有悲憫疲憊的現象外，臨床佛教宗教師也是如此。不過一般認為，宗教師是出家法師，慈悲為懷且具備佛法修為，應該能夠更具抗壓性。參與本研究的多位法師提到，在遭遇臨床困難時，會運用佛法轉念修行的方式因應，顯見具備一定的調適能力。但是臨床佛教宗教師也因為角色的特殊性、靈性照顧的特質，以及團隊整合的要求，而造成了她們的悲憫疲憊。

臨床宗教師置身於臨終場域，因會持續遭遇病人的瀕臨死亡處境而面臨角色轉換過程的困頓。陳、邱、范、趙、吳(2016)研究指出，對靈性關懷者的教育訓練應有三個類別，靈性照顧的基本知識、靈性照顧的態度以及靈性照顧的專業知能。法師投入安寧照顧，遇到最大

的挑戰是必須在極短時間內進行評估與解決問題。對長期處於神聖空間及具有崇高地位的宗教師是一種「角色轉換」的困難學習。其角色轉換困境源自於臨床宗教師的兩種挫折經驗，首先是基礎的角色轉換問題、對宗教師的錯誤迷思、佛法應用與臨床落差；其次是專業角色的轉換困境、靈性照顧內涵的理解困境，以及遇見死亡引發死亡焦慮情緒的困境經驗。

宗教師的置身生死交界的處境，需要維持一種「界線」感。但是這種邊界經驗也考驗著宗教師的佛法信念與修為。死亡不斷的誘發深層恐懼，將宗教師推向自我與人格面具「界線消融」的邊緣。宗教師幾乎都提到自身面臨死亡的恐懼，例如D法師提到：「直接的去面對死亡的這個部份…因為我覺得出家幾十年了，然後這個部份沒有去處理好的話，我覺得是很大的諷刺。」宗教師透過自我覺察與反思企圖消解死亡帶來的焦慮，然而此一過程卻充滿壓力與挑戰。

臨終是病人朝向身體敗壞的歷程，是一個動態的親身經驗狀態，人對未知的情境必然會產生無由來的焦慮情緒。Lair (1996/2007)談到臨終病患的焦慮層次，認為焦慮是人類深層心理結構引發的情緒狀態，會讓病患感受到死亡焦慮的威脅。宗教師身處臨終照顧場域，雖然秉持佛法的修持信念，盡可能地接受及面對焦慮的情緒。例如A法師提到：「把照顧臨終病人當成修行、當成自己生命的修行…自己臨終的修行。」然而病患的死亡焦慮仍然是他們照顧工作中

的重大挑戰與壓力來源。

有法師認為其困境來自「對個人信心及滿意度不足」，這便是其壓力及挫折感來源。臨床宗教師在形塑專業角色、角色轉換以及靈性照顧的困難，符合宗教師「道德傷害」(moral injury)的文獻所述。所謂「道德傷害」是指個體或組織在身份或界限遭踰越時所產生的道德信念鬆動或崩裂感，研究發現這樣的創傷會對人的靈魂(soul)造成傷害。宗教師處理的是人的道德傷害課題，自身也面臨同樣的挑戰，特別是醫療場域的宗教師，其角色身份界限不明的程度更高(Carey et al., 2016)。

本研究發現，另一個造成臨床佛教宗教師悲憫疲憊的重要壓力源來自於安寧團隊。安寧照顧是跨專業的(interdisciplinary)而非整體的(holistic)關係；是以社會心理(pscho-social)為取向的角色互動，而不是以心靈之間(intra-psyche)為取向的全人互動(Lair, 1996/2007)。因此團隊成員之間存在相互給予的壓力。Cassidy(1989/2015)就揭露了英國安寧照顧團隊本身的摩擦與壓力。宗教師因為角色身份特殊與靈性課題的本質使然，更增添僧俗之間的互動適應問題。儘管大眾對於安寧宗教師的臨終照顧重要性有共識，但是對於宗教師參與照顧的團隊過程(team process)鮮有清楚界定，造成團隊溝通動力(communication dynamics)的問題(Wittenberg-Lyles, Oliver, Demiris, Baldwin, & Regehr, 2008)。本研究所呈現的團隊壓力經驗內容與此相似，宗教師的悲憫疲憊經驗也與此息息相關。至於

因應悲憫疲憊的方式，多數宗教師訴求於個人修行的提升，少數言及希望團隊減少給予的壓力。這是未來需要繼續深入探究的課題。

結論

臺灣安寧臨床佛教宗教師確有臨床悲憫疲憊的經驗。儘管她們具有佛法修為的靈性關懷力及調適力，但是仍然出現角色定位模糊、靈性照顧壓力反噬、無法深入以及承擔過重團隊壓力等導致悲憫疲憊的狀況。本論文對宗教師悲憫疲憊的研究雖屬初探性質，但研究發現對於未來相關研究具有可轉換性(transference)的參考價值。建議未來可仿效歐美國家，將臨床佛教宗教師納入調查對象，定期針對安寧團隊成員的悲憫疲憊狀態進行研究，以增進對團隊成員的整體了解。輔導工作坊的設立，有助於緩解臨床佛教宗教師的壓力，避免專業耗竭的發生，也值得臨床單位思考。

參考文獻

- 余德慧、釋道興、夏淑儀 (2004) · 道在肉身—信徒於臨終前對其信仰之追求探微 · *新世紀宗教研究*, 2(4), 119-146。
- 陳秉華、邱仲峯、范嵐欣、趙冉、吳森棋 (2016) · 基督宗教靈性關懷者對臨終病人靈性照顧能力之質性研究 · *安寧療護*, 21(2), 166 - 179。doi:10.6537/TJHPC.2016.21(2).4。
- 簡榮基 (2017) · 推廣臨床宗教師制度，協助病人安詳往生 · 取自https://www.health-world.com.tw/main/home/tw/thishealth_edit.php?id=887。
- 黃舒鈴、胡文郁、溫宗堃、徐鳴謙、釋惠敏、杜正民 (2015) · 「慈悲」意涵之初探-某佛教學系學生之觀點 · *安寧療護*, 20(3), 231-243。doi: 10.6537/TJHPC.2015.20(3).2
- 傅家芸、陳幸眉 (2011) · 悲憫疲憊之概念分析 · *護理雜誌*, 58(2), 98-103。doi:10.6224/JN.58.2.98
- 楊琳琪、林采蓉、余月里、楊禮謙、蔡素華、洪志秀 (2011) · 醫院護理人員的悲憫疲憊及其因應策略 · *護理雜誌*, 59(3), 93-99。doi:10.6224/JN.59.3.93
- 蔡昌雄 (2005) · *醫療田野的詮釋現象學研究應用* · 於林本炫、周平編。質性研究方法與議題創新，南華大學教社所，259-286。
- 鄭明智 (2018) · *教牧在臨終關懷的壓力、耗竭與自我照顧之研究—以台灣基督長老教會的教牧為例* · (未出版之碩士論文) · 長榮大學神學系，台南市。
- 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*, 5, 65 - 97。doi:10.29844/JLDS.200701.0003
- 釋道興 (2004) · 「此時我在？」—臨終病床宗教師的陪伴過程探微 · (未出版之碩士論文) · 慈濟大學宗教與文化研究所，花蓮縣。
- 釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘、邱泰源、黃鳳英、釋惠敏 (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*, 6(4), 1-12。doi:10.6537/TJHPC.2001.6(4).1
- Cassidy, S. (2015) · *幽谷伴行* · (趙可式譯) · 台北: 光啟文化。(原著出版年: 1989)
- Lair, G. (2007) · *臨終諮商的藝術* · (蔡昌雄譯) · 台北市: 心靈工坊。(原著出版年: 1996)
- Carey, L., Hodgson, T., Krikheli, L., Soh, R., Armour, A., Singh, T., & Impiombato, C. (2016). Moral injury, spiritual care and the role of chaplains: An exploratory scoping review of literature and resources. *Journal of Religion & Health*, 55(4), 1218-1245.

- doi:10.1007/s10943-016-0231-x
- Cheng, S. Y., Chen, C. Y., & Chiu, T. Y. (2016). Advances of hospice palliative care in Taiwan. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(4), 292-295.
- De Vries, R., Berlinger, N., & Cadge, W. (2008). Lost in translation: The chaplain's role in health care. *Hastings Center Report*, 38(6), 23-27.
- Ferrell, B. R. (2017). Spiritual care in hospice and palliative care. *Korean Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(4), 215-220. doi:10.14475/kjhpc.2017.20.4.215
- Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G., & Fogg, S. L. (2007). Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(4), 363-377. doi:10.1080/13674670600757064
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and confluences, In Denzin & Lincoln (2005) *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications: Thousand Oaks
- Jeuland, J., Fitchett, G., Schulman-Green, D., & Kapo, J. (2017). Chaplains working in palliative care: Who they are and what they do. *Journal of Palliative Medicine*, 20(5), 502-508. doi:10.1089/jpm.2016.0308
- The Economist Intelligence Unit. (2015). The 2015 Quality of death index ranking palliative care across the world . Retrieved from <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>
- Rumbold, B. (2013). Spiritual assessment and health care chaplaincy. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 19(3), 251-269.
- Wentzel, D. & Brysiewicz, P. (2017). Integrative review of facility interventions to manage compassion fatigue in oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), 124. doi:10.1188/17.ONF.E124-E140
- Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D. P., Demiris, G., Baldwin, P., & Regehr, K. (2008). Communication dynamics in hospice teams: Understanding the role of the chaplain in interdisciplinary team collaboration. *Journal of Palliative Medicine*, 11(10), 1330-1335. doi:10.1089/jpm.2008.0165
- Yan, G. W., & Beder, J. (2013). Professional quality of life and associated factors among VHA chaplains. *Military Medicine*, 178(6), 638-645. doi:10.7205/MILMED-D-13-00021.

Exploratory Study of the Experience of Compassion Fatigue of Clinical Buddhist Chaplains in Hospice Terminal Care

Pu-Ann Bhikkhuni, Chang-Hsiung Tsai, Shu-Ling Tsai

ABSTRACT

Taiwanese clinical Buddhist chaplains make great contributions to the spiritual care of terminal patients in hospices. However, because of the tremendous pressure of end-of-life care, they may develop compassion fatigue in clinical settings irrespective of their strength of spiritual care and adaptation. The current study explored Buddhist chaplains' compassion fatigue experience. A hermeneutic-phenomenological method was adopted to establish a clinical understanding of the subject. Through purposive sampling, six hospice Buddhist chaplains were recruited as participants. Data were collected through semistructured in-depth interviews as well as field observation and participation. Data analysis was then implemented in light of the hermeneutic circle between the parts and the whole, and rigor was assured. This study found that the Buddhist chaplains indeed experienced compassion fatigue. Four main experiential aspects were involved: (1) role-shifting pressure; (2) torture of the mind when facing patients' deaths; (3) the calling to deepen Buddhist cultivation; and (4) the pressure of supporting the hospice team. To avoid professional burnout, this study suggested that Buddhist chaplains be included in compassion fatigue surveys of hospice team members, and that guidance workshops be held. (*Tzu Chi Nursing Journal*, 2020; 19:1, 67-77)

Keywords: clinical Buddhist chaplain, compassion fatigue, hospice, terminal care

Clinical Buddhist chaplain, Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medicine Foundation and National Taiwan University Hospital Yunlin Branch & Adjunct Lecture, College of Humanities, Department of Life-and-Death Studies, Nanhua University; Assistant Professor, Department of Life-and-Death Studies, Nanhua University*; Associate Professor, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, Chiayi Campus**

Accepted: June 14, 2019

Address correspondence to: Shu-Ling Tsai A521 No. 2 West. sec. Chia-Pu Rd. Puzi, Chiayi City 61363

Tel: 886-5-362-8800 #2521; E-mail: sltsai@mail.cgu.edu.tw