

台灣臨床佛學研究協會

Taiwan Association of Clinical Buddhist Studies

會訊 第十三期 2011 年 7 月 28 日出版



發行：台灣臨床佛學研究協會 會址：臺北市 11290 北投區致遠一路一段 107 巷 4 號 4 樓 網址：www.tacbs.org.tw // www.tacbs.org
發行人：陳慶餘理事長 電話：886-2-28238791 傳真：886-2-28211678 E-mail：tacbs.service@msa.hinet.net
總編輯：秘書長宗淳法師 編輯：本刊編輯組 郵政劃撥帳戶：台灣臨床佛學研究協會 帳號：50053463

以臨床佛教宗教師為基礎的靈性照顧

◎陳慶餘

前言

本土化靈性照顧起自 1995 年台大緩和醫療病房開辦，接受蓮花基金會及一如淨舍的先後委託研究計畫，進行佛法在臨終關懷應用及本土化靈性照顧模式的探討，2000 年開始培訓臨床佛教宗教師，至 2007 年成立臨床佛學研究協會，開創臨床宗教師的服務網絡，進一步以「臨床佛教宗教師為基礎」的靈性照顧模式，在 2011 年國際佛學研究協會 (IABS) 世界會議，進行國際學術交流。

相對於西方，本土化靈性照顧有三項特點：(1) 靈性指的是每個人都具有的內在力量，屬於自力；(2) 靈性課題分為原發性及次發性；(3) 臨床宗教師的專業，在於傳授各種法門，且包括病人的死亡準備與來生期待，以及家屬預期性悲傷輔導等服務。因此，我們定義本土化靈性為：「對正法的感應、證悟與理解能力，是一種生命力，心智成熟的表現」。臨床照顧上，強調以病人為師；病人不僅是接受者，也是示現者。

培訓過程

臨床法師在發揮專業之前，需先對

緩和醫療的內涵做整體、充分的瞭解。訓練開始，學習以志工的態度，即「人對人的方式，非法師對人的方式」（同理心）和病患建立關係。從一般性的談話中觀察病人身心症狀，瞭解和評估病人的需求與問題。再以法師身份針對需求，當下把握、盡到佛法臨終關懷的初衷。整個過程比結果重要，主要在維持病患的身心平衡和較高的生活品質。有持續性照顧病人的基礎經驗之後，才能談臨床佛教宗教師本身的專業診治。

培訓的方式，安排法師跟隨護理人員學習。在病房中護理人員是第一線角色，接觸病人次數頻繁，所以新進法師開始繼志工的角色後，跟隨護理人員學習照顧病人的技巧包含身體評估 (physical assessment)，從而判斷病人的痛苦來源。例如若身體的痛苦是來自於

本期最新

- 本會 2011 會員大會暨研討會 p.12
- IABS 國際會議多篇臨床佛學論文發表
- 應用專長修行法門於臨床照顧中 p.10

便秘，只要通便，問題就解決了，不必大費周章去判斷、猜測是否因心理、靈性問題所引起的痛苦。將身體安頓好，滿足基本的生物性需求，不因為「六根」的閉塞而產生痛苦。這部分在佛法上也相當著重，不單只是學「法」而已，生物性的基本需求也需要去學習、了解的。

臨床上重視問題的評估與分析，所以佛教宗教師的培訓也以「以問題為導向的自主性學習」模式為主。不斷揣摩需要解決的是什麼問題，以及在能力範圍之內，評估問題處理的優先次序。

病人的問題，可以從病人主動告知，或從主觀、客觀以及直觀三方面觀察獲知。去了解病人的痛苦（苦）、造成痛苦的原因（集），計畫達成的目標以及應用方法來解決問題（滅、道）。處理之後須再評估，印證問題是否改善，整個過程是一個循環，是以計劃-執行-查證-改進(PDCA)的品質改善學習方式。

臨床學習的重點包括有形與無形的部分。有形的部分像身體的照顧、心理社會的溝通或關懷等；無形即超越身心社會的部分，是「直觀」的，屬於靈性照顧的範疇。直觀是超越主觀和客觀的思維模式，不僅能念念分明、當下立斷，並且能洞燭機先、了解何謂趨吉避凶、離苦得樂之道。這在死亡準備的過程中，病人需面對不可知的未來特別需要。直觀有二種方式：一是感應，另一是證悟。「感應」是不同境界間（高對低）的互動，非靠言語傳達，與病人的靈性需求直接呼應，引導走向光明的境界。「證悟」是內在力量，由低往上提升到高的境界，可以加強自身專業的角色，不只幫助病人，成為共修走向成佛

之道，甚至可以回向給家屬、團隊、病房同仁以及整個安寧療護界。

學習評估

合格的臨床佛教宗教師，需接受「佛法與臨終關懷理論與實際」的完整課程，包含基礎、入門、進階和專業等臨床學習過程，分別評估：

一、瞭解緩和醫療：需瞭解緩和醫療及其團隊的運作。應具備對生命的看法以及對人文的關懷等專業素養。

二、與其他團隊成員的互動：先以志工的角色觀察學習，從病人與家屬的需求瞭解自己的專業，以及與其他專業（如社工師、心理師等）的互動。

三、具備一般照顧能力：傾聽、陪伴和瞭解病人的需求，讓病人感受到法師的關懷。掌握病人的身心狀況，瞭解不同的病人有不同的問題與需求。具備詢問的技巧，能作專業、穩健的對談，避免涉及價值判斷。須應用諮商、放鬆等技巧，才能達成學習的目標。對病人及家屬而言，法師是一位傾聽者、支持者以及新觀點的提供者。

四、專業的發展並支持團隊的運作：對團隊人員而言，法師是問題收集者、分析者、發掘者，也是有關佛法、生死等問題的分析者、匯聚因緣的成就者。協助病人及其家屬面對死亡、引導病人依持佛法而得到善終。

臨床服務

本土化靈性照顧的五階段架構，分別為病情告知、死亡準備、感應靈性，依持法門與成佛之道。以臨床診治為例，依據「四聖諦」原則，分述如下：(1)從病情發展的過程，根據「五蘊」將病人的各種苦，分為身體、心理、家庭、人際和靈性五方面，區分出靈性的

「苦」；(2)依「十二因緣法」，評估四聖諦當中「集」的部分；(3)根據「四念住」來設定照顧計畫的目標（「滅」的部分）；(4)最後將各種靈性的苦因歸類為六大靈性課題，依照病史的逐日記錄，整理分為主觀、客觀的臨床表現，來評估其靈性課題的種類，並做成照顧計畫，其中最重要的是法門傳授。法門的應用在靈性照顧上，屬於法師的專業，也是法師的應用工具。

法門執行分為念佛法門、皈依法門、禪定法門、臨終說法與助念、懺悔法門、眾善法門等，觀察並記錄法門的療效（「道」的部分）。隨著病人病情的進展，越到最後，心理靈性的介入就越重要。臨床宗教師的角色除了身心的觀察外，還要超越身心的觀照。宗教師角色與醫師角色明顯不同，病人對二者的期望也不一樣。症狀的解除是醫師的責任；宗教師的責任則是維持病人的生命力，也就是讓心性不斷學習成長，換言之，是開啟佛性、引發慈悲心、協助

放下諸緣，轉識成智。在信仰上，醫師很難去教導病人怎麼準備死亡，而由宗教師來做則很自然。臨床宗教師不但要傳法更要習法、不但要度人更要自己能得度。宗教師不只提供個人的力量，還要匯聚各方面的力量，讓因緣成熟，讓病人得到最大的利益。

結論

總之，佛法在安寧緩和醫療的運用是建立本土化靈性照顧的特色。經過培訓的臨床佛教宗教師參與安寧緩和醫療第一線照顧，解除病人靈性上的受苦，有助於靈性境界的提升與死亡恐懼的減少。病人在法門依持之下，啟發內在力量、提升生活品質而達到善終。此外，臨床宗教師對家屬提供生與死教育，化阻力為助力，減少預期性的悲傷，以及提振安寧緩和團隊成員的士氣。

（作者為本會理事長）

臨床花絮

< 上輩子做了很多壞事 >

大家都知道從事臨終關懷要能不批判，透過傾聽同理協助病人與家屬調適。有一次，在某大學「臨終關懷與生命教育」課程中，法師請同學從角色扮演體驗病人與家屬的心境。有二位同學分別扮演臨終病患的家屬與醫師。

學生甲(扮演家屬)：「我的媽媽很沒辦法接受病情」。

學生乙(扮演醫師)：「他要這樣想啊，很多人比他年輕就生病了，很多人生病的狀況比他嚴重，他要覺得很安慰了。」

學生甲(扮演家屬)：「但事實是，大部分的人比他年長沒有生病、大部分生病的人狀況都比他好」

學生乙(扮演醫師)：「那一定是他上輩子做了很多壞事」。

全班學生：「&%\$#@^%」（這是哪門子的傾聽同理呀）。

（德嘉法師提供）

第 16 屆國際佛學學會(IABS)大會記實

◎近永法師／報導

為期六天的第 16 屆國際佛學學會大會 (The 16th Congress of the International Association of Buddhist Studies) 於 6 月 20 日至 25 日在法鼓山舉行。三年一度的國際佛學學會大會，素有佛學界的奧林匹克的美譽。本屆大會吸引了三十餘國家、近六百位學者專家參與；其中以美國最多，約 130 人；其次為台灣，約 80 人；日本 60 餘人，大陸則有十餘人。

法鼓山除了常住眾上下全員動員外，更發動了數百義工支援。香積組每天除了提供三餐外，上、下午另供應可口的茶點。會場組則負責十多個會場的音響、視聽、座椅、空調等。住宿、交通等組亦忙得不可開交。可謂法鼓山的四眾弟子均卯足全勁，來辦好這次空前的國際盛會。

除 23 日下午參訪活動外，21 日至 25 日每天上、下午幾乎均有 14 場次的論文同時發表，令人有分身乏術的感覺。大會期間共發表了五百多篇論文，



◎開幕式現場座無虛席。



◎第 16 屆國際佛學會議，6 月 20～25 日在法鼓山舉行。

與佛教相關的題材幾乎無所不包。每篇論文發表及討論時間共 30 分鐘。

值得一提的是，24 日上午、The Tibetan Book of the Dead (西藏度亡經) 的名翻譯者，Robert Thurman 作了一場有關『中有(陰)』的演講。

由惠敏法師及陳慶餘教授共同主持的「臨床佛學與安寧緩和醫療」討論會於 25 日上午舉行，共有六篇論文發表：來自日本的 Jonathan Watts 研究員首先報導東西方將佛法應用於照顧末期病人及遺屬的現況。陳慶餘教授緊接著報告台灣臨床佛教宗教師對末期癌症病人的靈性照顧；多位聽眾對台灣獨步的臨床佛教宗教師之設立及其訓練課程極感興趣，可惜基於時間的限制，無法進一步的回覆。彰化師大的黃鳳英教授接著發表，病人死亡後 49 天的佛事對撫慰遺屬的功效。

休息 30 分鐘後，日本的東松教授 (Tomatsu Yoshiharu) 報告日本佛教教士

長久以來只是趕經懺，政教分離的國家政策

也不允許教士公然到公立醫院撫慰病人及家屬。建議教士們可從居家病人及遺屬的撫慰做起。接著是筆者的報告；鑑於阿彌陀佛聖號的誦念，往往被病人及家屬誤解為不吉祥，筆者提出經典裡往生極樂世界的其他法門。其中以觀音菩薩聖號的誦念最為簡單也最易為一般民眾所接受，值得推廣。最後，惠敏法師以 1952 年至 2009 年安寧療護與禪修量化的研究為題，指出目前針對安寧療護的研究論文已有近七千篇，其中以美國發表的論文數量最多，然而靜坐應用在安寧療護的文章則僅有 16 篇。因此，靜坐在安寧療護的應用值得研究發展。

大會於 25 日下午圓滿閉幕。負責承辦這次佛學會議的法鼓佛教學院校長惠敏法師在受訪時表示，籌備大會的最終目的是希望能夠賓主盡歡，在皆大歡喜的心情下，圓滿這次相聚的緣分。因此非常感謝多位學院專職及義工們的支持與付出，讓這次活動得以順利圓滿。雖然其中多少遭遇一些工作上的難題，但是這些經歷都是讓所有工作人員學習如何與人相處、服務他人，並懂得如何克服困境的最佳機會，非常難得而珍貴。

(本文作者為完成培訓之臨床佛教宗教師。特別感謝 Jonathan Watts、智慧法師協助提供照片)



◎來自日本的 Jonathan Watts 教授介紹東西方將佛法應用於照顧末期病及遺屬的現況。



◎陳慶餘教授發表台灣臨床佛教宗教師對末期癌症病人的靈性照顧現況。



◎黃鳳英教授發表佛事對撫慰遺屬的功效。



◎日本 Tomatsu Yoshiharu 教授建議教士們可從居家病人及遺屬的撫慰做起為文發表。



◎惠敏法師回顧 1952~2009 年安寧療護與禪修文獻，呈現量化研究成果。



◎近永法師以經典裡往生極樂世界的其他法門為題發表。

安詳辭世的痛苦抉擇(下)

◎鄭翠敏／譯

編按：本文摘譯自 2009 年 12 月 26 日紐約時報，作者為 Anemona Hartocollis。

灰色地帶 (The Gray Zone)

在他們發表臨終鎮靜演講的當天，Shaiova 醫師和 Correoso 醫師還在大都會中心醫院為病人提供諮商。她是五十歲的末期肺癌患者 Gloria Scott，她在六月的時候得知自己的病情。

生命末期的臨終醫療經常會遇到無法確定的模糊地帶，而 Scott 女士的案例正是如此。

在住進 Margaret Tietz 護理暨復健中心的安寧病房之後，她透過靜脈注射持續地接受 fentanyl 這種合成的類鴉片止痛藥，當經歷突破界線的劇痛時，她可以自行或經由護士或醫師按壓裝置的泵浦以釋放更多的麻藥。在右耳下方，她戴著一個 scopolamine 的貼片，用來減少分泌。Scopolamine 具有鎮靜和改變情緒的作用，並且一度結合嗎啡為分娩的婦女進行半麻醉。醫師也預立醫囑，隨時準備為 Scott 女士注射 Ativan 鎮靜劑以及控制譫妄的 Haldol，兩種都是安寧鎮靜常用的藥物。

剛開始，雖然是在痛苦中，她仍展現出活力。她用打坐的姿勢坐在床上以減輕疼痛，以像卡通人物貝蒂寶一般甜美的聲音暢談她最愛的 Motown 黑人音樂和她想要取得商學位的計畫，偶爾還

穿插幾聲頗具感染力的傻笑。

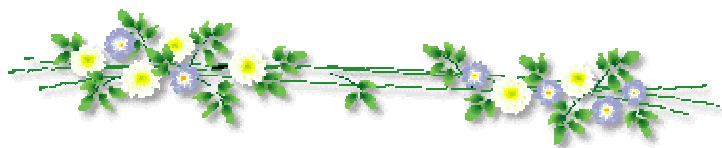
她強烈反對簽署「放棄急救」的文件，雖然她後來改變了主意。「我不知道什麼時候是我的最後一天」，她說。「我搞不好會活得比你們當中的一個更久。」

她要求安寧病房的醫師 Erik Carrasco 將她從住院以來就一直注射的 fentanyl 維持在低劑量。不然的話，她說：「你就只能坐在這裡，直點頭。我不希望變成那樣。」

兩個星期後，Scott 太太的情況出現明顯的變化。她仍然活著，不過呈現脫水的狀態，而且幾乎無法回應前來探視的人。她的伴侶 Milton Cruz 為她所處的「半夢境」狀態感到困擾卻羞於提問。

在最後那幾天，雖然護士繼續提供食物和水，她卻失去了胃口。Carrasco 醫師說，對於停止進食喝水的病人，教科書上估計的存活時間是兩個星期。但他見過有人存活得更久，像是某些「經歷過納粹對猶太人大屠殺的老年人，或是在等待某人，比如說兒子的病患。」

她在 22 天後過世。Shaiova 醫師認為 Scott 女士接受的麻藥鎮靜並非安寧或臨終鎮靜，因為那並非主治醫師的目的。她的身體已經自我麻醉作為抵抗疾病的一種防禦，Shaiova 醫師說道，Scott 女士使用 fentanyl 的時間長到她可以產生耐藥力，讓 fentanyl 不像是足以加速她死亡的原因。



「當你生病，你就是生病了，其他一切都處於灰色地帶，而這正是問題所在，」Shaiova 這麼說。

Carrasco 醫師說明，雖然藥物可能引導她的昏睡，他相信她是死於自然。

「我有時候看到的是你使用嗎啡或麻醉來緩解疼痛，」他說，「即使用量極少，病人得到放鬆然後離開人世。」

語意探索 (The Semantics)

即使每個人都同意臨終鎮定是對抗頑強疼痛的人道反應，許多醫生似乎仍舊受到良心的責備。

「本來就應該會有猶豫與矛盾，」Weill Cornell 醫學院的醫學倫理主任 Joseph J. Fins 表示：「如果決定變得太容易，而你不再感到舉棋不定，那我才真要開始擔心。但是你會擔心並不意味你做錯了。」

一篇 1996 年刊登於安寧照護期刊的論文至今仍在安寧醫學領域備受討論。作者 J. Andrew Billings 博士（哈佛大學教授與麻薩諸塞州總醫院安寧照護醫師）與精神專科醫師 Susan D. Block 探討臨終鎮靜所涉及，模糊的道德觀念。他們主張時間的快慢是臨終鎮靜與安樂死的主要區別。

他們說臨終鎮靜必然會無情地導致死亡，但「不會太快」。他們更嘲笑雙重效應原則不過是一種巧妙的掩飾，用來合理化被他們稱為「慢速安樂死」的臨終鎮靜。

根據他們的說法，即使是簡單的嗎啡點滴，只要劑量精確，

或是與其他藥物合用，或是遇上受損的肝臟或腎臟，都可以讓病人陷入昏迷。

「一旦嗎啡點滴成為慢速安樂死的代名詞，」他們在論文裡寫道：「那麼外行人對於類鴉片藥物的其他用途可能會越來越存疑。」

仍在哈佛任教的 Billings 博士與 Block 醫師都婉拒接受訪問。

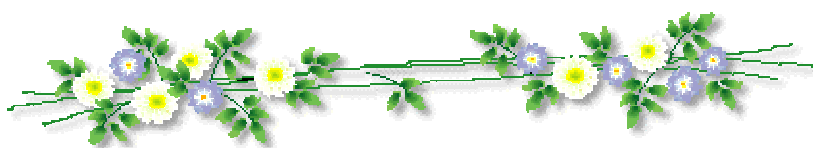
兩位作者並不贊同安樂死，但他們的論點卻被用來鼓吹大眾接受安樂死，這讓捍衛臨終鎮靜的一些醫師倍感憂心沮喪。

引用他們觀點的人說：「我們知道你們真正在做的事，就是隱密的安樂死。」Fins 醫師說：「這種爭論在病榻周圍根本沒有容身之處。」

Fins 醫師說，他有時告訴家屬臨終鎮靜是利他的，因為家屬做出這樣的決定，雖然會喪失多與親人相處溝通的一，兩天時間，卻可能因此圓滿了他們對親人的愛。

至於有人說雙重效應太過學術化了，Fins 醫師回應說：「我無法想像生命末期是一個沒有雙重效應的世界。沒有雙重效應。我們會變得非常貧乏，病人將永無止境地承受痛苦。我們確實需要這項哲學理論來支持我們成為務實的醫生和照護者。」

(作者為本會理事)



應用專長修行法門於臨床照顧中

◎慧哲法師

臨床佛教宗教師在臨床服務的使命，就是以無私、真誠的方式去關懷與陪伴病人走向人生的終點站。所謂「生死事大」，這項任務何其艱鉅！因此吾等臨床佛教宗教師均視安寧病房為修菩薩道的道場。

十年立意

安寧療護臨床佛教宗教師的遴選條件之一是「出家十年以上」，十年的立意是：雖未修成正果，但對於佛法也應有某種程度的體驗。在甄試時尚難測知，即使在三個月的培訓也未必能見真章，不過，一旦走入臨床與病人接觸，促發不忍眾生苦的悲心的同時，那平日所做的功課便會及時轉換成協助病人遠離心苦的十八般武藝了，這就是臨床佛教宗教師的專業。十八般武藝代表的是八萬四千方便法門，宗教師雖各有其專修的法門，但從臨床宗教師的靈性照顧的統計資料顯示，常用的法門不外乎是念佛、懺悔、皈依、禪定、眾善臨終說法與助念等，至於如何應用，可就是「運用之妙，在乎一心」了。

臨床照顧四步驟

宗教師在病房的臨床服務模式有四個步驟：1.建立關係 2.蒐集資料 3.靈性評估 4.照顧計畫與執行。其間順序不必井然區隔，何者優先端視臨床因緣情境而定。本文依此四個步驟，僅就個人臨床經驗說明法門的應用。

一、建立關係：對於素昧平生的病人和家屬，我常用問候、聊天的方式拉

近彼此的關係，從病人的家庭、事業、專長切入話題。這些方法來自學校的行政經驗，當年接待各行各業的學生家長，總是要寒暄一番才進入討論孩子的話題，而寒暄的內容可以是請教家長的事業專長，或社會的人際關係，只要問題對焦，家長多半會侃侃而談，此時只要傾聽便可學到很多知識或常識。同理，在與病人和家屬聊天時，一樣可以讀取他們的人生哲學。而內心稟持的信念是：「天生我才必有用」、「三人行必有我師焉」、「聞道有先後、術業有專工」、「一切眾生皆有佛性」、「病人是我們的老師」。

二、蒐集資料：在聊天的過程中蒐集資料，最常用的是生命回顧法，舉凡家庭親子互動的人倫關係、職場成就、社交領域，以及觀察病床四周環境，如念珠、護身符、乃至照顧的家屬等等都可以成為聊天的話題，進而列為評估的參考資料。

三、靈性評估：與病人建立關係，進而蒐集資料，目的就是要了解病人的心理靈性問題，因此對資料的評估便是很重要的關鍵。在大學時代修過理則學，曾經很認真地、大量地做三段論證的練習題目，學到一些簡易的推理技巧，同時運用緣起法分析資料，釐清病人身心困頓在四聖諦的苦集二諦中的因果關係。

四、照顧計畫與執行：若說評估是診斷，照顧計畫便是予藥，應病與藥實為臨床服務的重點。於佛法而言，就是

貫穿四聖諦的脈絡，從苦象返推煩惱緣由，並訂定「解脫痛苦、身心自在」的目標，然後在自己熟悉的法門中搜尋適宜病人的部分，轉換成簡單、平易又不失真的方式，最後依天時、地利、人和的因緣給予引導。

身苦心不苦

從臨床服務的經驗中，發現自己是依循菩薩道「布施、愛語、利行、同事」的四攝法做為照顧病人的行為模式；在深入病人的靈性境界方面，則運用緣起法解讀，以金剛經、圓覺經的四相釐清病人的靈性困擾所在；然後學習阿含經裡佛陀如何引導眾生建立正念，令彼等歡喜信受；進一步以阿含經佛陀開示「身雖苦而心可以不苦」引導病人不斷地與自己對話，裨以建立新的信念，病人因而提昇內在的力量，獲得新生；接著就得趁勝追擊、因勢利導，鼓勵病人悲智雙修，以充實生命的內涵。

此外，陪伴經驗中又發現到，法門的應用不是單軌施作即能生效，往往是階段性地交互融合成為一個完整的照顧計畫。觀想引導則是筆者伴隨念佛法門或眾善法門的施作方式之一，雖是隨機引導，但累積一些個案的經驗下來，已然看到病人獲得身心平靜的療效。本文就以觀想引導做為實例簡介。

回顧臨床觀想引導施作，純粹是結合個人的文學興趣、教學經驗及內修體驗，在臨床自然地融入病人心靈世界。

觀想可以以朗讀、音聲影像方式進行。例如鐘聲、海濤、潮音、森林蟲鳴

鳥叫音聲、梵唱……都是很好的媒介；朗讀則是以幽雅悅耳的音聲朗讀範本，引導病人聞聲觀想意境。過去筆者曾以臨終病人的靈性六大問題為主軸，加入佛法對治的義涵，以具像、導覽、漫遊、敘事方式書寫觀想文本，希冀達到懺悔、放鬆、放下、安心、感恩、無我、慈悲利他乃至發願成佛的療效。

祈請菩薩打開我的心

常用的觀想文有(1)《海洋的一部分》它的義涵是提示「生命的本質不生不滅，生滅的是色身的無常變化。」適用於有死亡恐懼的病人。(2)《你停止了嗎?》涵義指的是「心念的生滅，也就是思想朝正向變化便是新生。」適用於認為自己業障深重或做錯了的病人。(3)《祈請觀世音菩薩打開我們的心》藉由觀想佛菩薩的福慧功德，幫助我們向慈悲開放，就像在肥沃的土地上播種一樣。適用於已能接受靈性存在的大眾。

臨床施作之同時亦發現，宗教師的特質與背景的主客價值觀會影響引導的內容與施作氛圍，再者瞭解病人的心性、興趣、習慣，也會成為引導療效的變數因子。因此，筆者常以「緩和醫療，人間道場；習法傳法，己度度人。」做為反思以策勵自己。

(本文作者為中國醫藥大學美德病房臨床佛教宗教師)



人生電影院之生命回顧

◎李寶瑞

五月份的讀書會裡，法師帶領大家從「永遠之法」影片欣賞探討生命。

影片從覺察科學文明的危機意識開始。科學文明使大部份人類走向唯物論，只相信自己看到的東西，忽視靈性的存在。

有三個高校生，受到愛因斯坦的啟發，成功發明「靈界通訊機」，開啟一趟意外的靈界之旅，重新認識被人們遺忘已久的靈性世界。

依據影片觀點，靈性世界有許多不同層次，影片從四次元說起。

四次元世界是怎樣的世界？

永遠之法描述它是和心境相對應的世界。歡喜心，會對應到歡樂的世界。忌妒、抱怨、貪婪……等雜亂時，則會對應到泥淖的世界。當內心充滿著感恩的心，看到的世界，充滿著友善；若見到不順眼的人事物，生起了批評的心念。是內心有這些是非因子，而產生的念頭。

若我們的內心保持清淨心，我們的世界就是佛國淨土。維摩經佛國品第一「心常安住，無礙解脫，念定總持，辯才不斷。」「功德智慧，以修其心，相好嚴身，色像第一，捨諸世間，所有飾好」。

每個人都希望自己當好人，更希望別人把我們當成好人。但在外在環境影響使心智雜亂時，只會考慮到自己的利益。所以人心易受業力驅使。故維摩經教導我們「心常安住，心不隨境轉」。甚至瞭解諸法空相的人，更可以進一步「境隨心轉」，而達到

心淨國土淨的境界。

聽過朋友瀕死又回來的故事，部份印證永遠之法影片中的描述。當事人述敘臨終前會產生很多人生回憶的畫面，就像一部剪輯好的人生紀錄片電影。時間像暫停了，仔細回顧。

永遠之法，用更有趣的方式來表達。在第四次元的世界，那有一個電影院，剛死亡到達第四次元的人，會和他的親友一起觀看這一部紀錄片。若這一生表現很差，親友們會舉 X 的牌子，他就會被帶去另一個世界(地獄)準備重修。若他這一生過得很精彩，感動所有親友，贏得全場喝彩。他會被迎接到美麗的世界，天堂。

來到娑婆世界，**我們是來學習永遠之法的**。非常感恩佛陀世尊，告訴佛法的真理。更告訴我們許多偉大的修行者、諸佛菩薩修得般若、有大成就的方法。依循這些成就大菩薩的方法提升自己的品質，很快就可以有所成就。不需再懵懵懂懂，繞了遠路還找不到目標。

當我們生命結束，回顧這一部人生紀錄片時，是要讓所有人感動流下熱淚，還是氣憤填膺？我們自己就是導演。可以學習觀世音菩薩聞聲救苦的精神；可以學習地藏王菩薩地獄不空誓不成佛的大悲心；也可以學習耶穌愛世人的典範，幫助我們導演好這一部紀錄片。

讓我們一起在人生的最後，獲得法界眾生的掌聲。🙏

(作者為臨床佛學讀書會成員)

「宗教經驗與臨床療癒」國際研討會

本會發表〈懺悔法門在癌末病人靈性照顧的應用〉

◎慧岳法師／報導

民國 100 年 5 月 25-27 日由政治大學宗教研究所等五單位主辦了「宗教經驗與臨床療癒：人文、科學的百年相遇與對話」國際研討會。此次大會議題計有：1.宗教傳統與療癒，2.精神醫學的靈性面向，3.宗教傳統與臨床場域的對話，4.受苦與療癒之跨領域研究等。

本次會議語言以英文為主，中文翻譯為輔，有多國學者參與，共有 18 篇論文發表及二場專題演講。研討會每日最後一場為圓桌會議，提供與會學者更多交流機會。

本會由陳慶餘理事長帶領靈性照顧研究小組經過將近一年的研討，完成〈懺悔法門在癌末病人靈性照顧的應用〉一文，5 月 25 日當天，由理事長陳慶餘教授與筆者，以英文發表台灣臨床佛學的研究成果，讓台灣臨床佛教宗教師的專業更走向國際化。

論文中特別提到，懺悔法門自古以來為各宗教、文化所重視，佛教認為罪業會影響心性的光明，透過懺悔承認自己的不是而獲得寬恕，能恢復內心的平安。

佛教談懺悔有二種層次：一、事懺；二、理懺。「事懺」指在固定儀軌中時時懺除自己所做種種不善業。「理懺」是發現罪業原因在於貪、瞋、癡，其根源則在於「我執」的存在，因此進一步在個人相應法門的修行上，從誦經、拜佛啟發智慧的實修中，應證五蘊的「苦」、

「空」、「無常」、「無我」，而得究竟解脫。

懺悔法門在臨床之所以重要，因為從經驗發現，若病人心中有掛礙，就無法與慈悲喜捨、苦、空、無常、無我相應，所以懺悔法門是提升病人內在力量的方法。臨終病人由於身體的衰敗，越來越無法溝通，早期施作懺悔法門可以提升病人生活品質。反之，若病人心中有事卻沒有機會發露懺悔，內心的不安，會在後面多重器官衰竭階段中常有的“譫妄”中表現出來，影響善終的品質。

文中且以三個個案分享懺悔法門應用經驗，從中看到懺悔法門需由臨床法師帶領施作，益見佛教宗教師在臨終照顧扮演的重要角色。

(作者為羅東博愛醫院臨床佛教宗教師)



◎ 本會理事長陳慶餘教授與慧岳法師，於「宗教經驗與臨床療癒」國際研討會中，以英文發表懺悔法門的臨床應用，並介紹臨床佛教宗教師專業。

台灣臨床佛學研究協會

2011 會員大會暨佛教宗教師在安寧研討會

一、日期：100 年 9 月 24 日（星期六）

二、地點：國立台灣大學公共衛生學院 201 講堂(台北市徐州路 17 號)

三、活動流程：

時 間	活動內容	講師	主持人
08：30～09：00	報到		
09：00～09：20	理事長致歡迎詞		
09：20～10：10	佛教宗教師在安寧	慧哲法師	陳慶餘理事長
10：10～11：00	家屬座談與分享	邀請來賓	王浴護理長
11：00～11：05	大合照		
11：05～11：20	休息		
11：20～12：20	第三屆第一次會員大會		

◎ 報名方式：1. E-mail 報名：tacbs.service@msa.hinet.net

2. 傳真報名：(02)2821-1678。

◎ 報名日期：即日起至 100 年 9 月 17 日(四)止。請儘早報名，不克出席之會員，請填寫委託書由受委託人代理出席。

◎ 尚未繳會費的會員可利用郵局劃撥(郵政劃撥戶名：台灣臨床佛學研究協會，郵政劃撥帳號：50053463)，亦可於年會當天繳交。

◎ 聯絡人：台灣臨床佛學研究協會助理藍嘉妍小姐。聯絡電話(02)2823-8791

2011 會員大會暨臨床佛教宗教師在安寧研討會出席回函

姓名/法號		會員證號	
服務機關		單位/職稱	
職業/身分	☐ 法師 ☐ 宗教師 ☐ 醫師 ☐ 護理師 ☐ 心理師 ☐ 社工師 ☐ 安寧志工 ☐ 軍 ☐ 公 ☐ 教 ☐ 工 ☐ 商 ☐ 服務業 ☐ 其他：_____		
電話	(0) () (H) () (手機)		
地址			