

临终关怀

梁晓

目录

第一部：认识临终关怀

| | | |
|-----|------------------|---|
| 第一课 | 临终关怀的内涵 | 2 |
| 第二课 | 临终关怀的意义 | 2 |
| 第三课 | 临终关怀的圣经基础 | 3 |
| 第四课 | 灵性需要的内涵 | 4 |
| 第五课 | 结合心理和灵性的关顾 | 6 |

第二部：如何关怀临终病人

| | | |
|------|--------------------|----|
| 第六课 | 探访关顾前的预备 | 7 |
| 第七课 | 关系建立与细水长流的滋养 | 8 |
| 第八课 | 洞察及处理病人的情绪经验 | 9 |
| 第九课 | 切入福音的实务技巧 | 10 |
| 第十课 | 临终辅导的相关议题（一） | 11 |
| 第十一课 | 临终辅导的相关议题（二） | 12 |
| 第十二课 | 助人工作者的自我成长 | 13 |

| | |
|------------|----|
| 参考书目 | 14 |
|------------|----|

第一课 临终关怀的内涵

一、课程目标

1. 本特辑主要服侍愿意跟重症病人、病人家属及临终病人同行的弟兄姊妹，也适合计划在教会建立老病人群关顾事工的教会领袖。
2. 本特辑从圣经真理和辅导实务的角度，讨论病人的关顾牧养议题，帮助我们从教会层面入手，为病人提供临终关怀的服侍。

二、临终关怀—概述、发展和现况

A. 临终关怀是什么？

1. 为处在严重疾病（末期癌症病人、器官衰竭等）晚期的病人提供医疗服务及情感和精神上的支持。
2. 通过早期对病情的识别、积极评估病人的生理和心理状况、疼痛治疗，以及控制其他症状，包括生理、心理、灵性和社交困扰，来预防和减轻病人身心的痛苦，从而改善临终病人及家属的生活品质。

B. 临终关怀的发展和现况

1. 临终关怀是近代医学领域中一门新兴的边缘性跨学科。在1950年代，英国护士桑德斯（Cicely Saunders, 1918-2005）在长期工作的晚期肿瘤医院中，目睹垂危病人的痛苦，决心创办一间医疗护理医院，专注减轻晚期病人在临终前几个星期甚至几个月的疾病症状，延缓他们的疾病恶化，也就是后来享誉盛名的圣克里斯托弗临终关怀机构（St. Christopher's Hospice）。
2. 这机构的目标，并不是追求延续病人的寿命，而是使垂危病人在人生旅途的最后阶段得到舒适的照顾。始于桑德斯的努力，后来世界许多国家和地区也开展了临终关怀服务实践和理论的研究。
3. 1970年代后期，临终关怀服务传入美国；1980年代首先传入台湾和香港等华人世界，1988年在天津成立了中国内地第一所临终关怀研究机构。
4. 目前中国大约有100多家临终关怀机构，几千位从事这项工作的专职人员。内地30个省、市、自治区，都纷纷因地制宜创办了临终关怀服务机构，各地的肿瘤医院、肺科医院、民族医院也附设临终关怀病房。医科院校和卫生职工医学院的医护专业、公共卫生专业等，均开设了临终关怀课程。相较台湾、香港等其他华人地区，内地的临终关怀服务发展较晚，在近十多年才逐渐发展起来，如今仍然处于起步的阶段。

三、全人关怀的涵意—身、心、社、灵

1. 身体—适应和处理身体的痛楚和饮食的困难。
2. 心理—强调病人的心灵需要获得自主感和安全感，在患难中也能维持生命的尊严。
3. 社交—包括跟社会及其他人的接触，以及来自人际支持的归属感。当中涉及具有重要意义的人际关系的维系和处理。
4. 灵性—包括寻求个人的人生意义与价值、生命的归宿等问题。

全人关怀的理念顾及道德和意义的层面，也体现在晚期健康问题的“非医疗化”思维，并明白死亡是个伦理的经验和生命自然终结的过程。

四、圣经角度—为何关心病人？

1. 可15章记载了耶稣的死亡。他被钉在十字架之时向天父呼喊：“我的神，我的神，为什么离弃我？”（可15:34）这是耶稣在他跟父神的亲密关系中发出的无奈与哀痛。其实，耶稣并非要求父神回答或是出手解决问题，而父神也没有这样做。他们之间的互动，就是一种对彼此的认同。
2. 福音书记载耶稣的一生都与病痛者同行；或者说，他必须与病痛者同行。当我们效法耶稣与病痛者同行时，才能够明白我们终有一天会跟他们一样，都是贫穷和匮乏的，需要神的拯救和恩典。这样，我们才懂得真正的谦卑。

第二课 临终关怀的意义

一、死亡及死亡观

1. 不同历史传统、文化背景、宗教信仰的群体，对生死的根本看法和态度有所不同。不同的人生观，对生死有不同的评价，从而形成不同的生死观。但是我们能够共同认识到的，是凡人皆死，在世上的生命总是有限的。人的生老病死，是谁也无法拒绝和回避的自然规律。
2. 事实上，死亡是每个人不应置身事外的人生议题，有深入面对与探索之必要。关于死亡，传道书的作者慨叹说：“生有时，死有时；栽种有时，拔出所栽种的也有时……”（传3:2）这里的“有时”，除了表达时间的概念，更暗示当生命诞生时，这生命就在无可选择中被放在一个宿命的方向上。而且人无法改变命运，如果一味执着地跟命运抗辩争斗，终究会在生命本质的探索中失去方向。

二、圣经如何看死亡？

1. 基督教信仰的死亡观认为，天地万物是神的创造，他又赐予人类宝贵的生命。在神原初的计划中，他把永恒给了他所爱的人类（创2：7）。然而，人类的始祖亚当、夏娃受到撒但的引诱，违背了神的旨意，吃了分别善恶树上的果子（创2：17）。从此，罪进入世界，人因犯罪的缘故要付上死亡的代价（罗6：23）。人人有一死，死后且有审判（来9：27）。当我们在世上的肉体消亡后，在末日审判的时候要面对第二次的死（启2：11，20：6）。
2. 神爱我们，不愿看到我们永远死在罪中。他差遣儿子耶稣道成肉身，取了人的样式，以自我受限的方式为全人类成就了救赎的计划。主耶稣为世人钉死在十字架上，为我们的罪愆舍命，用自己的死换取我们的死（罗5：18）。因此，我们能够因主耶稣基督而获得新的生命（罗6：9），在肉体的生命结束后，灵魂不用面对第二次死亡，而是进入天上的居所（林后5：1-4）。圣经告诉我们，人最终的盼望是神为我们造的新天新地（启21：3-4）。

三、基督教信仰的生死观对临终关怀的意义

1. 基督教信仰的价值观，在临终关怀服务中可以发挥重要的教育功能。世上大多数的哲学及价值观，教导人勇敢面对死亡的事实与挑战，同时也刺激人经由自身对死亡的体验与探寻，尝试挖掘出死亡的意义与价值。基督教信仰却更进一步地解决了死亡的问题，为人类提供跨越死亡的希望。
2. 罗5：18说：“如此说来，因一次的过犯，众人都被定罪；照样，因一次的义行，众人也就被称义得生命了。”人犯罪堕落，必须接受死亡的后果，但由于神的儿子耶稣为世人在木头上承担了过犯，原本死亡所构成今生的恐惧与来世的无望，都被颠覆扭转了。对信靠神儿子的人来说，死亡就是地上劳苦的终结，天上荣耀与安息的开始。基督徒固然认同死亡带给生命限制与脆弱的普遍看法，但我们也认为主再来时施行的审判和第二次死亡带给人类的威胁，是人无法承担的。

四、圣经角度一为何关心病人？

1. 我们无法阻止死亡带给人类生命的破坏力，只能被动地握着病人的手向他道别；但另一方面，我们却能主动地引述耶稣在约11：25的话：“复活在我，生命也在我；信我的人，虽然死了，也必复活。”对临终病人而言，这不仅是安慰，也是基督徒的确信与盼望。

2. 基于救赎的恩典，我们必会在永恒中再见。身为基督的追随者，那荣美的期待就是在死亡的那一刻，可以跟生命的主面对面相见。当我们把死亡看成一个启示和团聚的时刻，便可以像保罗一样说：“死啊！你得胜的权势在哪里？死啊！你的毒钩在哪里？”（林前15：55）
3. 耶稣基督的救赎就是要战胜死亡的权势，以致我们在肉身必死的痛苦中看见希望。有句话说，“我们在生之中即在死之中”；但是，因耶稣基督的缘故，我们在死之中即在生之中。死亡被耶稣之死“杀死”了。死亡成了一个过程，让腐朽的身体可以转化成更新的生命。

第三课

临终关怀的圣经基础

一、牧养病人的圣经基础—主耶稣的榜样

1. 神的儿子耶稣在牧养上所采取的态度和立场，他如何活出牧人的样式，成为历世历代牧者的榜样，也是牧养病人的圣经基础。
2. 在约10章中，耶稣直接宣告“我是好牧人”。在福音书的记载中，每当他看见困苦流离的人群，就牧养他们。他也怜悯受苦的病人，从早到晚医治他们。
3. 他不仅医治人身体的疾病，而且触及他们的思想、情感与灵魂。耶稣行走各地，祝福受咒诅的，医治生病的，释放被掳的，赦免有罪的，为受重创的人带来平安和自由（太4：23-24；路5：12-16、18-26，17：11-19）。
4. 身为教牧，我们应像耶稣一样，重视身、心、灵全人的关顾。神的儿子耶稣是尊贵的君王，尚且来到世间，道成了肉身，怜悯社会上最边缘的人，医治老弱病残，更为他们付上生命的代价。他俯身为门徒洗脚，谦卑地服侍人，也鼓励我们彼此服侍（约13：3-5）。

二、圣经如何看待与回应苦难？

A. 苦难的起因

有人根据圣经提出以下4个苦难的成因：

1. 神是苦难的直接起因（创38：7）。
2. 撒但是导致世上患难与疾病的直接原因（路13：10-16）。
3. 结合以上两种解释，最典型的例子是圣经人物约伯。他所经受的，是撒但使他受极大的病痛折磨；但撒但的所作所为，却只能在得到神的允许后发生（伯2：4-7）。

4. 患难跟我们的罪有关。罪恶和苦难是人在自由意志下而导致的错误与失败，是人应该负责的（箴 19：15）。

B. 苦难或包含神的心意

从圣经人物约伯的生平故事，可以看到一个吊诡的观点：神允许的苦难或问题的起因，是属于神的管辖范围，包含神的心意。作为受造物及被罪玷污的人类，不能期望完全明白这背后的答案。与其苦苦地寻问苦难发生的缘由，深陷在心灵困苦的自怜与愤慨中，不如转到另外一个完全不同方向的思维——面对苦难，回应苦难！这才是我们要学习的功课。

C. 基督的苦难具有救赎性质

1. 在基督信仰的十字架神学，耶稣基督是唯一的义人，被钉在十字架上，诚然担当世上罪人的忧患，背负我们的痛苦，并为我们成为无辜的受苦者（可 10：33-34）。基督的苦难，是替代世人的罪（彼前 3：18）。
2. 十字架上的被害受苦，显出耶稣的羞辱、痛苦与被弃绝，但同时苦难亦有救赎的性质。耶稣基督是神，但他先谦卑自己，取了奴仆的样式，存心顺服，以至于死，且死在十字架上。他虽在罪上死，却在义上活，藉着极大的牺牲，承担我们能够获得永生与医治的代价（彼前 2：23）。

D. 信徒受苦

1. 耶稣基督在十字架上最终战胜死亡，所以苦难不会使基督徒与基督的爱隔绝（罗 8：37-38）。
2. 信徒虽然受苦，但在基督得胜的能力里仍有盼望，因为基督已经胜过世界（约 16：33）。
3. 苦难是必然的，跟随主的信徒必须效法他，并在受苦的经验中，与基督完全联合（可 8：34）。
4. 使徒保罗认为，在苦难中能够学习忍耐，使信徒满有喜乐，因为我们必蒙受最后的福分（帖后 1：4-7）。在罗马书和加拉太书中，保罗也强调信徒受苦是必然的。这是治死肉体的经验（罗 8：17），但患难也带来安慰（林后 1：6）。
5. 保罗以亲身经验来说明，在受苦之中既体会主够用的恩典（林后 12：9），又能够在肢体相顾中得着安慰（林后 7：5-7）。

三、苦难神学对于临终关怀的重要作用

1. 受疾病困扰的临终病人，在病中的一苦，就是寻求为何受苦的无助。然而就算给出各样苦难所带来的益处与正面积的意义，但最终生命仍归于终结与消亡，那么生命仍然是无望。
2. 然而，基督信仰能够给予的真相，就是苦难是神

介入人的经验。神早已在我们以先受苦，不仅分担了我们今生的痛苦，同时在我们受苦时赐下同在的平安（约 16：33），并给予我们永远的盼望（彼前 4：13）。我们与主一同受苦，也必与他一同得永生的福乐，在永恒的荣耀中一同作王。

3. 在苦难中挣扎的临终病人，面对着理性与情绪的夹击，唯一的出路就是以信心回应苦难。认识投靠唯一真神，不靠个人努力，完全领受恩典，“并且仰望神的应许，总没有因不信，心里起疑惑，反倒因信，心里得坚固，将荣耀归给神。且满心相信神所应许的必能作成。”（罗 4：20-21）

第四课 灵性需要的内涵

一、评估病人需要的 7 个全人向度

牧养关怀学者费捷特（George Fitchett, 1948-）在他的著作中指出，帮助重症及临终病人时，至少要评估以下 7 方面。

A. 医疗层面

内外科生理上的检查，主要了解病人的患病历史、疾病对他的影响等。

B. 心理层面

采用临床心理学做病人心理方面的检测，探讨病人的认知、情绪、人格、感知等状况。

C. 心理及社交层面

了解病人跟亲人、朋友、同事的关系，以及他的成长背景和生活环境等，如何影响他对生命的态度及对自己的评价。

D. 家庭系统层面

了解病人的家族是否有遗传病史或先天性的病症，深度探讨病人与家人的关系。

E. 种族文化层面

种族习惯、禁忌或文化习俗如何影响病人对疾病及死亡的态度。

F. 社会现象层面

社交圈子中的习惯和惯例的实行，社会对疾病、贫穷、伤残等问题的态度如何影响这病人。

G. 灵性层面

病人是否有宗教信仰？他信仰的宗教有什么特征是

有可能引致病症的？除宗教性的内容以外，探讨病人对人生意义的理解如何引致其生活的取向，以及病人的生存意义及自我价值的动力来源等。

二、灵性的涵意

A. 灵性 (spirituality) 的概念

1. “灵性”最普遍的定义，就是人对意义、神及与之相关事情的追求和经验。有了灵性才有完整的人性。灵性是真我、自我认同、内在核心及圆满人生的一部份。
2. 生而为人，我们与生俱来就有一种寻求连结、人生意义和自身身分的深层和基本渴求，或是与更超越的生命建立关系的内在动力。这动力引导人寻求生命的意义及目的、个人价值、关系中的归属与连结等。

B. 如何从灵性向度评估信徒与非信徒？

1. 信念与意义的层面——有什么信仰或人生信念与哲学，使病人感到生存有意义。
2. 使命与影响的层面——了解病人对他的工作、家庭或生活有没有使命感，以及是否愿意委身其中的责任。
3. 经验与情绪的层面——了解病人过去应对与调适情绪的方式。
4. 勇气与成长——了解当新的经验挑战到旧有的信念时，对方通常如何面对。
5. 礼仪与习惯的层面——了解有什么宗教习惯为他带来心灵的慰藉。要以开放的态度，接纳异教徒或无信仰人士的宗教习惯同样能满足他心灵的需要，哪怕这只是短暂的。跟病人建立关系时要展现尊重，不硬生生地全盘否认其宗教信仰，而是谦和地跟对方同行。包容的态度是重要的。
6. 社交群体层面——了解他参与什么社交群体，使他有可能会分享自己的价值观及生命的意义。
7. 权力与引导的层面——了解当病人面临困境时，通常会向什么人寻求指引。

三、整体的痛——临终病人的困扰或创伤

1. 除了承受着生理与心理的剧痛，因疾病造成人际关系的失去或遭遇重大冲击，都构成病人灵性的困扰和创伤，使他们在灵性上同时承受极大的痛楚。
2. 灵性出现问题的征兆，往往跟病人在困苦中的心理情绪相关。例：觉得疾病造成身体限制而感到无力；表示生存没有意思并质问受苦的意义；厌恶自己的无能，也害怕造成家人的负担；感到不被了解、孤单或被遗弃；表示失去自我价值，内心没有平安，视患病为神或上天对自己的惩罚；

对疾病感到挫折，把怒气投射到别人身上；感到自责愧疚，与人隔离。即或基督徒也可能表示对神失去信心，对死亡充满恐惧害怕，担心死后家人怎么办等。

四、灵性需要的 5 个向度

牧养关顾的学者和专家利用归纳法，把这些灵性问题的症状归纳为 5 类的灵性需要。

A. 人生意义的灵性需要

病人会在病床上反省人生，把良善的道德本质、生命的意义、人生的目的连结在一起寻求整合。因此，他的内心会产生怀疑，探问自己是否活得有意义，人生的目标是否已达到，生命是否完整、不留遗憾。病人往往因为看不到自己的生命充实、圆满，所以无法安心和放手，灵性需要也得不到整合。

B. 自我形象的灵性需要

病人的身体和外貌遭受疾病的摧毁；倾全力争取而来的财富、地位或成就，在死亡面前荡然无存；厌恶自己的无能和无助，感到自卑和罪疚；自我认同感较低，也无法相信自己的余生会有价值。

C. 爱与归属的灵性需要

疾病改变人对生命的看法，需要身边的亲友给予病人情感上的支持，使他不至于绝望。死亡的事实，是整个群体一同面对的。建立病人的家庭、社会的支持系统，有助满足爱与归属的灵性需要。

D. 饶恕与接纳的灵性需要

生与死催化了病人与自己、病人与他人、病人与神之间未了心结的处理，尤其在一些爱恨冲突的关系里，死亡可能会软化过去放不下的恩怨情仇。临终病人在重要的人际关系上需要重新整理。

E. 永恒盼望

死后的生命会怎样？这是临终病人会思考的问题。对死后生命的探索也影响着病人在疾病中的生存动力。不同的宗教信仰对末世与死亡提供不同的说法和资料。有些人可能愿意尝试经由宗教来获得心灵的慰藉。基督教认为，每个人都有归信基督而得永恒生命的需要，并要明白圣经真理，与神和好，得着永恒的盼望。

第五课

结合心理和灵性的关顾

一、心理与灵性

A. 心理灵性一元论

1. 神学家贝内尔 (David G. Benner, 1947-) 在他的著作《心灵关顾—修正基督徒的培育和辅导观念》，提出“心理灵性一元论”的观点，认为人的心理与灵性是不能分割的。
2. 人的心理层面是创造性质的基本结构（情绪、认知、潜意识、意志等部份），灵性层面则是人性的方向（涉及人的价值、生命意义、爱与归属、饶恕与接纳等）。所有灵性的活动和经验，都是按照心理结构及系统运作，而所有心理结构及系统都有灵性的基础。人类的心理和灵性功能密不可分，我们透过一个心理历程和机制跟其他人建立关系，也是透过同一的心理历程和机制跟自己及跟神建立关系。灵性的需求也是心理的需求。

B. 理性地尊重心理学

心理学展现了有关心理学说与实务的功能。心理学作为神给人的“普遍启示”，可以让人局部地认识造物主的美意，从而对世界和人类有更深入的理解。基督徒可以理性地尊重心理学各种努力和客观的研究成果，依循心灵运作的地图专业地操作，因为建基在实证科学立论上的心理技巧和辅导程序，对心灵受困的病人确实能够带来治疗成效。

C. 灵性的向度

应当在实务经验中加上灵性的向度，又以圣经价值观为基石，交接心理学导向的对话。以圣经的原则作为参照来整合内心世界，以及朝向该参照点所提供的意义、目标、本位和身分的方向进发，有助于整顿心理与心灵之间的裂痕。

二、如何以灵性需要的向度去关顾？

A. 评估及了解病人在人生意义方面的灵性需要

1. “你面对过最艰难的时刻是怎样的？当时你是如何克服困难的？”
 2. “过去的人生经验里，你做过什么或参加过什么活动，让你感到生命有价值？”
 3. “你是否有想过该如何在患病中生活？”
 4. “你认为做人最重要的是什么？生命的价值和意义何在？”
 4. “生病后，你想在余下的人生完成什么事情？”
- 这些问题有助探问病人对自己身分的寻索，以及在人生意义方面的追求。

B. 评估及了解病人在自我形象方面的灵性需要

1. “你一生中，有什么值得自豪的事呢？”
2. “你目前是怎样生活的？你感到满足吗？”
3. “疾病会让你怀疑自己的价值吗？”
4. “你是否接纳现状？”
5. “疾病是否让你对自己失去信心？”
6. “你介意别人怎样看你吗？”

发问以上问题时，我们要进入病人的内在世界，用同理心去明白他们的挣扎和无助，更要把对话的方向，从“我能做什么”转向“我是谁”。

C. 评估及了解病人在爱与归属方面的灵性需要

1. “在你一生中，最重要的人是谁？”
2. “你目前最亲近的人是谁？”
3. “在什么情况中，你最感到被爱、被需要和被支持？”
4. “在什么情况中，你最感到不受珍惜和重视？”
5. “你需要家人、朋友怎样的支持，才会感到有归属感？”

关系的需求是人类深切的渴望。孤立的感觉是痛苦的，我们每个人都渴求跟别人建立深入而有意义的关系。这种建立关系的渴望，既是心理也是灵性的需求，因为我们是按照一位渴望跟人建立关系的神的形象被造。帮助病人跟他人建立情感的连结，以及跟世界建立关系，是工作的重点，因为渴慕建立关系是灵性的根本。

D. 评估及了解病人在饶恕与接纳方面的灵性需要

1. “你的人生有没有遗憾？”
2. “你过去有没有一些重要的关系尚未处理好？”
3. “你和父母、兄弟姐妹、配偶、儿女之间，有没有一些尚未化解的心结呢？”
4. “目前你心里有没有特别牵挂的人？”
5. “你有没有想向谁说‘谢谢’、‘对不起’、‘我原谅你’或‘我爱你’？”

要满足饶恕与接纳的灵性需要，就要陪伴临终病人化解内在有所冲突之处，释放任何关系里遗憾的地方，让他在死亡时灵魂不是带着伤痛和怨怼，而是带着宁静、安详，去到充满爱与光明的地方安息。

E. 评估及了解病人在永恒盼望方面的灵性需要

1. “你过去对死后的生命是否有任何形式的思考或想像？”
2. “你是否想过人死后会怎样？你认为生命的归宿会有怎样的可能性呢？”

我们每个人都在寻找生命最终的归宿，这正是灵性探索中最核心的部份。基督的福音告诉我们，神透过耶稣基督，把罪人从叛逆、流离、与罪恶纠

结的处境中救赎出来。藉着基督的复活，神又赐给人永生，让罪人有机会与神重修旧好（林后 5：18-20；来 2：17）。因此，当我们的内心以圣灵为依归时，我们的内在生命才能够有安身立命之所。

第六课 探访关顾前的预备

一、探访者自己对临终议题的检视

探访者自己对疾病和临终议题的检视，是重要的探访预备。不妨做以下的检视，有助我们关怀临终病人的灵性需要。假想自己在临终阶段：

A. 你会有怎样的情绪？

会否为自己感到悲伤？或害怕疾病带来的苦痛和最后的死亡？会否感到孤单无助，因为无法为自己和家人做些什么？会不会感到焦虑，因为仍然有未完成的事？写下你想到自己可能有的情绪反应及原因，有助你更理解和体会临终者的感受。

B. 有什么可以成为你生存的动力？

你会想去做什么吗？有些人渴望跟亲友好好相聚，在真情陪伴中度过余下的日子。有些人认为与神相交的关系，能够帮助自己面对苦难，所以每日坚持读经祷告的习惯。有些人透过自我生命回顾，整理出人生的意义，透过记录成文或制作相册获得安慰。还有些人点燃生命之火，去完成在世上的心愿和梦想，比如去旅游、写书、开音乐会等，为余下的生活画上美满的终局。那你呢？请列出 5 点。

C. 你会找哪 5 个人倾诉？为什么？

1. 你有没有本该可以向他倾诉的对象，但心里无法自然地分享的？原因何在？（好好地思考这个问题，可以帮助你检视人际关系中未解决的事宜，或者极待解开的心结。）
2. 你需要沉淀自己对死亡的看法。当你想像自己生命垂危时，你会如何看待自己的死亡呢？

透过以上对临终议题的自我检视，有助你理解临终病人内心的冲突和需求，也预备你经过自我临终关怀带出的思考和总结，启发你如何以自己的价值观去影响病人。

二、了解被关顾者的实际情况

探访前先要从病人家属、医护人员或相关引荐人那

里，了解病人的基本资料 and 情况。

A. 病人所患的病

首先，要了解病人所患的是什么病，例如病种、引起什么症状和影响，以及这个病的潜在危险、预期的发展等。

B. 患病经过及病情

1. 了解病人的患病经过。他如何得病？是第一次病发还是复发？得病过程经历过什么？掌握患病的时间，了解病情进程等资料，有助我们感受和理解病人的心路历程，也成为我们跟病人谈话聊天的话题。
2. 了解病史以外，也可以事先透过家属关心病人现在的症状、医生的诊断，以及对病情的展望和预测。事先的咨询准备，有助我们避免探访时彷徨失措，也能预备好说什么话。

C. 关心病人状况

1. 透过家属了解病人的心理状况：他面对疾病的心情怎样？心里对自己有什么期望？害怕什么事？
2. 当了解到病人的爱与惧，在初次见面时要避免触及忌讳和不能触碰的事。一般可以透过家人了解病人的性情、脾气、成长背景或人生际遇等。如果知道病人的爱好或喜欢的东西，可以考虑作为礼物送给他。

D. 关心至亲状况

- 有可能的话，藉这机会关心病人的至亲。可以藉着简单的问候表达关怀：
1. 病人处于这样的情况，你的心情怎样？
 2. 照顾病人真的不容易，你会感到疲劳吗？

三、制定探访计划与关怀目标

1. 建议最好每周探访一次。但如果是刚接受完大型手术的病人，或是家住外地，来本地医院就医的病人，每周一次的探访较难实现，要弹性规划。
2. 刚接受完手术的病人，由于麻药未过仍在昏睡，或者身体仍未恢复及在疼痛中，不能够应付和接待探访，请注意逗留时间要短些。最好还是手术过后几天再探访。
3. 如果计划下星期去医院探访，那么就要及早在这个星期预约，征求病人及家属的同意才探访。在约定日期的前一天，也需要再确认。
4. 一般建议探访时间为 30-40 分钟，但要保持弹性。在某些情况，时间可能延长至一小时或以上。

四、预备属灵资源和祷告

1. 针对还未认识基督信仰的病人，可以送福音类的书籍、见证小册子或圣经播放器。对于患病的信徒来说，生老病死本是沉重的话题，神的话语要比人的言语更能成为病人心底的安慰。例：诗 13 篇，23 篇，25：14-18，29：10，103：1-5、11-13，119：69-71，121：1-8；赛 1：18，53：5-6；太 6：9-13（主祷文）、25-30，11：28；罗 8：1-2；林后 1：4-6，4：16-18；腓 4：6-7；来 4：14-16；雅 5：13、16；彼前 5：7；约壹 1：9。
2. 上佳的属灵资源就是祷告，它是美好的探访预备。长远来看，跟人配搭的探访服侍是最好的。在服侍中可以彼此扶持，以祷告互相守望，作为属灵的遮盖或保护，同证神的作为。祷告事项：
 - a. 为自己和同工的身体、心灵健康祷告。
 - b. 合一事奉的心。
 - c. 为探访对象祷告。

第七课

关系建立与细水长流的滋养

一、建立关系—打开话匣子

A. 建立关系的重要

当拉撒路快要不行时，马大和马利亚打发人去把消息告诉耶稣，约 11：3 记载那人这样说：“主啊，你所爱的人病了。”他不是说“那个爱你的人病了”，而是“你所爱的人病了”。我们人生的每个阶段，神并未缺席，或患难或困苦，他都在。我们生命的每一步都有他的指引与同在，每个苦楚、疾病，他都知道。每一个经历身心痛苦的人，都是主所爱的，他必看顾到底。而我们也要效法基督，把盼望带给疾病缠身的人。

B. 如何打开话匣子？

可以朝一个很简单的方向，就是从关心生活开始。例：询问病人“你吃的好不好？”“你睡的好不好？”

二、同理心—安慰的根本

同理心的意思是与哀哭的人同哀哭。贴心的安慰者是以同理的态度，敏锐病人的情绪反应，以开放和接纳的心聆听他的心思意念，不以自己过去的经验或价值观来分析、判断及要求对方接受。同时，着意地关注对方提出的问题，尽己所能地给予回应，以表达尊重和关注。但也要留意，我们的立时反

应是否过于集中在解决问题上，而不是针对病人本身。

三、情感支持—非语言的沟通

A. 以文字、绘画和非语言沟通

1. 我们可以通过文字、绘画和非语言的方式，跟病人沟通。沟通不仅靠口，也可以预备笔，给病人写字和作画。尤其对儿童和青少年病人，可以鼓励他们透过绘画来表达感情。
2. 帮助失去语言能力的临终儿童时，可以让他们把今天的心情画出来，或者为绘画命题，邀请孩子画出来，例：疾病、死亡、我的童年、我的家人、我的朋友等。
3. 绘画重点不在于作品如何，而是在作画过程和完成后，针对孩子在作画的表现及作品的特质来发问。例：
 - a. 如果孩子画画时常用橡皮擦，可以停下来温柔地问：“你是不是感到有点烦恼？”
 - b. 孩子以死亡为题的画作，如果用上昏暗的颜色、混乱的线条，可以问他：“这里你用黑色，让我感到好奇，很想知道这是怎样的心情？”然后可以拿出情绪卡片（一套专门帮助儿童情绪管理的卡片），上面有各种各样描述情绪类别的图文，帮助不能说话的孩子标明自己的感受，让他的情绪得以抒发。这个方法同样适用于成人。

B. 以眼神和动作沟通

1. 建立规则，利用眼神和动作跟病者沟通。帮助年老的临终病人决志时，可以设计一些对话的规则，例：“如果你听得懂我的意思，请点点头”；“如果你愿意接受主耶稣，可以眨一下眼睛”。针对植物人的福音工作，可以尝试在耳边传福音，以手指头动一动作作为同意的讯号。
2. 非语言的沟通还包括大家熟悉的肢体接触，例：拥抱、拍肩、抚摸额头。这些都可以给予病人莫大的安慰。如果可以，帮他们抹脸、按摩，以实际的服侍行动传递爱与关怀。
3. 为病人作有声或无声的祷告，是基督徒助人者的责任。针对不能说话的病人，尤其是已经完全昏迷的垂危者、植物人，你的真心是有可能让他们感受到的。人死亡前最后消失的是听觉和触觉，所以在病人昏迷时，不要放弃在耳边轻声和他谈话，继续带给他安慰和关怀。

四、如何为病人祷告？

1. 为临终病人施洗、在病榻前为他按手祝福、为死者举行安息礼拜、为病人及家属祷告，都是牧养关顾的重要一环，具有重要的宗教意义和实质的

功能。祷告是有治疗效果的礼仪。即使不从信仰角度而单从心理学看，祷告礼仪中的自我表露及探索意义的部份，也能够促进心灵的整合。

2. 诗 139:1-3: “耶和华啊，你已经监察我，认识我。我坐下，我起来，你都晓得。你从远处知道我的意念；我行路，我躺卧，你都细察，你也深知我一切所行的。”我们不用祷告，神也认识我们的内心。
3. 就算病人在剧痛中的祷告不蒙应允，但要知道我们的祈祷不是一个人在自说自话，也不是个人对神的独白，而是一个双轨的交流。神的轨道仍然在高速地运作，他在向你发声！有时候我们认为神好像是沉寂了，但当你不再绕过自己内心真实的感受与需要时，神便会在静默中向我们显现他自己。

第八课

洞察及处理病人的情绪经验

一、临终关怀的困难情境—宣告疾病噩耗

A. 人面临死亡的 5 个哀伤阶段

1. 国际知名的生死学大师库伯勒·罗斯 (Elisabeth Kübler-Ross, 1926-2004) 在学术上对死亡过程的观察作出了重要的贡献。简单来说，她把人面临死亡的过程分为以下 5 个哀伤阶段：
 - a. 否认—这是人在悲剧中正常的自我保护机制。病人不愿意接受事实，更不愿离开世界。
 - b. 愤怒—这是从否认到接受的必经阶段。在这个阶段中，病人时常会质问和探索：为什么是我？为什么要死？
 - c. 讨价还价—此阶段开始逐步接受死亡的事实，但同时心里仍渴望自己能痊愈，或活久一点。
 - d. 沮丧—此阶段较多的情绪反应，是为着死亡带来的损失和分离而感到烦闷、哀伤。
 - e. 接纳—接受死亡的事实，也因着接受而逐渐迈向平静的阶段。
2. 这 5 个阶段并非单向线性进行的，却往往是循环、反复的。要帮助病人接纳事实，最初是以宣告疾病噩耗作为开始。

B. 向病人宣告疾病噩耗

1. 香港医院院牧事工联会曾经针对癌症病人进行调查，发现 88.23% 的病人有极强意愿要得悉病情的诊断结果及医学预测。他们想更明白病情的进展和疾病能否治愈，透过了解未来的治疗计划，知道如何照顾自己的需要。更重要的，是他们想知道自己大概能活多久，以便好好计划将来。

2. 及早宣告噩耗胜于延迟。我们可以选择一个较舒适及安静的会面地点，透过发问，先探索病人知道多少或想知道多少。很多时候，即或我们不明确宣告，病人心里还是有感觉的。病人可能已经猜到自己疾病的严重性，或是感觉到自己快不行了。

二、临终辅导—处理病人的情绪经验

A. 临终病人的心理情绪

病人比较显著的心理情绪大致可以分为 3 类。

1. 愤怒、埋怨—病人觉得委屈、不公平，问为什么得病的是我，为什么要承受痛苦，为什么神/老天爷要这样对我等等。
2. 哀伤、沮丧—病人看起来很难过，觉得自己好可怜、委屈，对未来感到恐惧。
3. 无助、绝望—病人久病的哀伤如果不处理，容易导致自我封闭、不愿说话、在人际关系上退缩，并把自己隔绝到自我的世界中。

B. 同理心技巧的运用

1. 要成为好的聆听者，首先要学习进入对方的情感世界，不要禁止也不要惧怕对方流露情绪和感受。站在对方的角度和立场，体会他的感受并用你自己的话反映出来，就是我们常说的辅导技巧—同理心。我们不单要运用同理心技巧，体会并反映病者所遭遇的事情本身、他口中提供的资料、他可能遭遇的困难和悲伤，更要反映病人的感受，以及帮助他探索自己的价值观。
2. 跟病人交谈时，可以思考和问自己这些问题：
 - a. 在病人的谈话里，有什么是他还没讲完的？（有时候，我们在病人的倾诉中被深深触动，或者很想给建议，于是就打断对方或阻挠他把话讲完。然而，聆听不是单单听取对方提供的资料和内容；更重要的，是听到话语背后的感觉和情绪。）
 - b. 在话语的背后，他在暗示什么？从他的反应中，你能听到他曾受过什么伤害吗？（疾病带给人的，不仅是肉体的伤害，心灵也会受伤。提醒自己：每次探病时，都要把病人当人看待。）
3. 聆听者要以同理心技巧，引导病人去倾吐他怎样理解自己的病因，让他明白自己的理解是否正确、有没有经过思考和验证等。另外，也要以同理心技巧来发问，帮助病人更清晰理解和判断自己的现状，引导他思考自己的负面情绪是否来自一些可能受忽略的、重要的现实，又或是自己在逃避责任。
4. 这样的发问和对谈，不带有对病人任何的指责和批评，而是引导他自己去自我发现。聆听者需要运用同理心技巧，让病人发现不能单单看自己的

遭遇，而是看见自己有内在的能力，可以从遭遇中挖掘价值。引导病人把焦点从事件本身，转到他对事件的回应上。

第九课 切入福音的实务技巧

一、向病人传福音的原则

A. 关怀服侍与口传福音的平衡

1. 传福音固然重要，因为只有耶稣基督才能真正拯救生命，帮助人真切面对生死问题；但是我们传福音给病人，不单是关心他的灵魂，也要尊重他的人格和感受，并了解他此时未能接受耶稣的困难。
2. 要践行这个观念，就必须愿意跟临终病人建立关系，让他感受到你对他的关心，以及跟你相处和谈话是安全的。信任和安全的关系，是有效传递福音信息的基础。建立了良好的关系，自然有机会向对方讲述自己的见证。如果你愿意花时间了解病人的过去、患病的经验和心路历程，走进他的生活和人生，跟他建立友谊，不强迫他接受你的价值观，却用他想要和能够接受的方式关怀他，并且不执着于自己认定的方式，那么你就是能效法耶稣，把神的爱向他显明。
3. 我们不仅要口传福音，也要把充满着爱和关怀的美好信息，透过实际的关怀行动展现出来。每次探访前好好祷告，求问神病人的需要是什么，仰望神的带领，把病人交给神。记得要以真正关切的心去面对病人，因为细水长流的关怀，能够让病人明白到神对他不改变的爱。

B. 福音信息的切入点

1. 当我们跟病人的关系建立得足够安全后，迟早能够引导病人思考生命的问题。有时病人会分享过去的人生曾经犯下的错误，或是因着一己私利而做了一些让他感到愧疚或羞耻的事，这时就是一个可以切入福音信息的好时机。
2. 我们一边帮助对方整理事件带给他内心的情绪经验；另一边就让他认识到人的罪恶，需要转向神寻求赦免和平安。
3. 重症及临终病人对疾病和死亡的恐惧，不仅不能避讳，反而是需要谈论的。谈论死亡也是一个好的福音切入点。

二、临终辅导—如何跟病人谈论死亡？

A. 谈论死亡的重要与困难

死亡是不可避免的，这的确是病人内心最痛和最难独自面对的部份。我们去碰触死亡议题的最大目的，就是要让这个压力得以纾解。

B. 开口谈死亡

1. 有时候病人会提起生活中挂虑的事或放不下的人，那就可以先用同理心技巧，表达明白病人的心情，然后直接以问题转向他对死亡的看法。先跟病人确认，你以同理心技巧反映他的情绪，是否表达得准确；得到确认后，再帮助他整理情绪经验，例如问他：“可以多告诉我那种害怕的感觉吗？”
2. 当他细致地表达完自己的心路历程后，就可以进一步以同理心技巧，帮助他进入对死亡的探索：“了解到生命无法掌控在自己手中而有忧虑，是正常不过的；但你有没有想过，虽然我们每个人终究会面对死亡，但是结局可以有不一样的选择？”

C. 处理死亡议题的方法

1. 无论病人对死亡的观念如何，但凡他愿意跟你分享对死亡的一点忧虑、担心或害怕，都必须尝试展示你对他在痛苦里挣扎的理解和怜惜，尤其是情绪层面的。
2. 迅速整理你对病人的正面看法，并分享之。肯定他在痛苦里的坚持及没有放弃；还有面对疾病的摧残和治疗的辛苦，却为至亲着想，不想成为他们负担的那份善意。
3. 留意要迅速！即使你可能只接触他三五分钟，但通常病人在疾病中的忍耐和坚持是共通的正面之处。另外，人格里的美善、对所爱之人的善意、人性中的勇气、良善等，都可以成为肯定他的地方。即或对方抗拒谈论死亡的议题，仍然可以用同理心来了解他的困难和抗拒的原因。

三、临终关怀的困难情境—辅导久病厌世的人

1. 面对有自杀倾向或曾经自杀的重症及临终病人，原则上仍然是怜惜他的痛苦，同时评估他对死亡的观念和态度，然后灌输圣经的生死观作为他的希望。
2. 辅导久病厌世的危重病人，还要增强防范自杀的工作：
 - a. 其中一个方向，是弹性地和他讨论各种可能性，把自杀视为临终病人面对死亡的挑战时一个解决的方法。我会把病人因久病厌世而自杀的行为，视为他并非故意伤害家人，而是病人实在很痛

苦，自杀是他唯一想到的停止痛苦的方法。所以，我们要帮助他自杀这个选项缩到最小。当他被疼痛折磨，自觉无能，活下去也没有意义，疑惑是否还有其他可能性的时候，我们要让他逐渐接受自己仍然需要经历一段走向死亡的过程，而把自杀的选项排到最末，或是排在所有其他方法的后面。

- b. 另一个重要的工作方向，是要真诚地表达你对生命的看法和立场，传递你对生命的重视。

第十课 临终辅导的相关议题（一）

一、帮助临终病人做决定的原则

1. 耶稣降世为人，来到每个病人的床前，告诉他们，天父也曾使他服从物理定律和受到地上的限制。天父的独生爱子降世，进入人类的历史，经历和明白他们现在所受的一切痛苦。而我们也要学效耶稣，以温暖和宽容的心来到病人面前。
2. 在协助病人及家属做重大决定时，能够陪伴他们、跟他们分析不同选项的利弊是很好的。但请注意，我们要尽量客观和中立，必须把决定权交给他们。

二、好好说再见—引导家人跟垂危者告别

1. 家属跟病人作临终告别时，要谨记以下3方面：
 - a. 过去—肯定病人过去曾付出的一切、他的价值，还有他为家庭和社会所作的贡献。
 - b. 现在—虽然我们即将天人永别，但我愿意信守我们之间的承诺，守护我们之间的关系。
 - c. 未来—向病人承诺在他离世后自己会如何做，作出帮助病人可以安心离开的承诺。
2. 病人也要学习如何完成道别的过程，可能要越过在关系上难以跨越的心结，或是放下过去的恩怨情仇，饶恕和接纳伤害过自己的人，又或是低首下心，向曾经伤害过的人寻求原谅，表达爱意。又或者把世上所有的眷恋舍下，为所爱的人做最后的祝福，好好地说再见。

三、病榻服侍工具包—该说的与不该说的话

A. 不要说这类以为可以减轻他们痛苦的话

1. “你不应该有这种感觉，因为神爱你。”
2. “也许这样是最好的。”
3. “你很坚强，再过一阵子你就不会这么痛苦了。”
4. “你知道，神掌管一切。”

B. 适宜说的话

1. 我们可以用简单明了的句子表达关心，例：

- a. “在这个困难的时候，我常常想到你。”
- b. “这对你实在是很难的事。”
- c. “我可以感受到你的难过。”

上面的话可以让对方感受到你了解他的处境，而他的任何负面反应也是正常的。

2. 你可以表达你的难过，以传递你对他的疼惜，例：

- a. “我听你这么讲，感到非常难过，我知道他对你有多重要。”
- b. “我真希望能够帮你一点忙，但不知道可以怎样做。任何时候，你有需要都可以告诉我。”
- c. “我一直为你祷告。告诉我，有没有特别的事是我可以为你祷告的？”

C. 设身处地，具体直接地表达关心

想像自己如果在同样的处境，你需要什么样的帮忙。尝试这样问：

1. “我今天正好要去市场，需要我顺便帮你买什么东西吗？”
2. “要不要让你的孩子到我家里来玩，你和太太有机会单独聊聊？”

D. 切忌看似属灵的答案

不应在没有真正体会对方的感受前，回答任何有关他“为什么”的问题。简单回应“我不知道为什么，我也很想知道为什么”，也比立即给出属灵的答案要好。更不要说他在经过这些事之后会变得更坚强。这些看似有道理的回答，只反映我们在无力安慰中勉强挤出话来，无疑会使对方更感混淆。可以这样说：“发生在你身上的事，让你感到不公平，对吗？”

E. 避免提出恢复时间表与“应该”

1. 面对丧亲者，我们不该给出恢复时间表，譬如说：“一年后，你就会在失落中完全好起来。”少一些用“应该”或“假如当初……”等字眼，例：
 - a. “你应该快点回去工作，忘掉过去。”
 - b. “面对死亡，你应该要有更大的信心。”
 - c. “假如当初你多关心他一点，可能他的病就早点发现。”
2. 我们该做的，是陪对方在所需要的时间里，一起走过丧亲哀痛的每个层面和阶段。在引用经文去安慰病人及家属时，需要仔细思考这段经文在这个情况会给对方安慰，还是带给他们定罪的感觉，又或者是忽略了他们此时此刻的感受。如果真的不懂如何开口安慰，最好诚实和真诚地说：
 - a. “我没有这样的经验，但是我希望你知道我关心

你，会尽力陪伴你走过这段困难的日子。”

- b. “我觉得很惭愧，因为不知道要说什么，也不知道你的需要或者该如何帮助你。但我很想让你感受到你不是自己一个人，所以如果你有什么需要，随时可以找我。”

三、病榻服侍工具包—生命回顾（叙事治疗）于临终关怀的实务应用

1. “生命回顾”由美国老人学先驱巴特勒（R. N. Butler, 1927-2010）提出，是个具有结构和目标导向的治疗法，背后的理论是人人都有自己的生命故事。
2. 治疗方针着力于老人或病人过去的回忆和生命的回想，包括他们深入和完全的自传性描述。
3. 在聆听当事人分享个人故事的时候，要留意不光是听他述说事件和内容，也要留意他在其中是如何生存的。除此之外，也要看他有什么内在资源（智慧、能力等），是促成故事中美好剧情的。留意他怎样为自己奋斗。

第十一课

临终辅导的相关议题（二）

一、从罗 8：31-39 看保罗面对苦难与生死

“因为我深信无论是死，是生，是天使，是掌权的，是有能的，是现在的事，是将来的事，是高大的，是低处的，是别的受造之物，都不能叫我们与神的爱隔绝；这爱是在我们的主基督耶稣里的。”（罗 8：38-39）使徒保罗曾因信仰的缘故经历贫苦和匮乏，遭到迫害，更在肉体和精神上遭受危险和折磨。然而，他深深相信，人落入心灵的困顿，感到无助绝望时，神仍然同在。于是，他向所有人发出他内心的坚信—没有任何势力、遭遇或患难，能叫我们与神的爱隔绝。

二、病榻服侍工具包—安慰家属的话

保罗的团队在患难中经历神的安慰，这便成了弟兄姊妹的安慰，使他们将来在面对不同的患难时，可以较有把握得到神的安慰。更重要的，是藉着众多围绕我们的见证人的故事，知道神会为我们开出路。我们要学习说出造就和安慰人的话语，以下是一些很好的例子：

1. “我感受到你内心的哀恸，也很心疼你所承受的一切。”
2. “心里或许很难接受所发生的事，不用强迫自己，请给自己多些时间和空间。”

3. “看见你所承担和承受的痛苦与哀伤，知道是很不容易的。如果可以，请让自己有些休息，给自己更多的时间。”
4. “如果有什么我可以协助或帮忙的，请让我知道，我就在这里。”
5. “别给自己太多压力，也别迫自己应该要如何，允许自己可以哀伤，也给自己一段时间沉淀和整理最近的遭遇。”
6. “我相信还有许多不能明白的疑惑，也会有缠绕不去的念头或情绪，请给自己多一些空间，容许自己摸索和了解。如果摸索的过程需要陪伴，我就在这里。”
7. “我知道会有一段日子你会不太好，也知道你的人生将会重整。如果需要我为你做些什么，请让我知道。”
8. “关于逝去的人，我们都会难舍，也会思念。如果你想要有人和你一同想念，请让我知道。”
9. “我知道他在你心中有特别的位置，是不可取代、也不需抹灭的。我们会悲伤，是因为我们真心爱过和付出。”

三、生死教育的实行

面对临终病人及家属，要帮助他们知道我们所信靠的主，比世上的一切都大，连死亡都无法把我们与神分开。虽然肉体的生命短暂，生老病死也往往让人无法捉摸，生活中也有软弱、考验，但神已经成就了救恩。不要单看自己所没有或失去的，而是为自己所拥有的感恩，并且定睛在天上的事。不论命途如何，遇福遇祸，或喜或忧，相信死亡及人生一切的患难，都不能把我们与神的爱隔绝。这就是基督教的生死观。如果我们按照圣经的价值观提供临终关怀，对于病人及病人家属而言，便是实行生死教育了。

四、病榻服侍工具包—预设医疗指示

预设医疗指示是临终关怀服务中一个很好用的工具包，可以帮助医护人员、家属及关心病人的人了解病人对医疗处置的意愿，也尽可能把治疗疾病的自主权交还病人。病人要和家属交流协商，然后签订协议。

1. 文字协议如下：

我授权与 _____（姓名、关系）成为我的照顾代理人，了解有关我对临终时照顾的期望。当我失去自决能力时，我希望医生可以和他/她商量有关我的任何医疗决定。当我的病情到了末期时：

- 我希望医生或家人向我如实告知病情
 不需要医生或家人向我如实告知病情

2. 协议里也会让病人勾选，当病人不能把个人意愿表达出来时，让他的意愿仍然得到尊重和执行：

| 病情 | 是 | 非 | 备注 |
|--|---|---|----|
| 1. 我仍希望用各种医疗及抢救方法尝试延续我的生命。 | | | |
| 2. 除了基本护理和纾缓治疗，我选择不接受任何维持生命治疗，让生命自然结束。 | | | |
| 3. 由家人代我决定何种治疗。 | | | |
| 4. 由医生代我决定何种治疗。 | | | |
| 5. 如果情况许可，我选择留在家中。 | | | |
| 6. 不要施行心肺复苏术（DNR）。 | | | |
| 7. 不要用任何的人工方法使我苟延残喘。 | | | |
| 8. 不想忍受无望的痛苦，使我丧失尊严。 | | | |
| 9. 不要做任何静脉注射或插胃喉。 | | | |
| 10. 不要接驳呼吸仪器。 | | | |
| 11. 不要用任何方法拖延我的死亡。 | | | |
| 12. 给我必要的药物，以减少痛苦，即使会加速我的死亡。 | | | |

（香港大学行为健康教研中心）

第十二课 助人工作者的自我成长

一、病榻服侍工具包—遗愿清单

- 当我们来到临终病人的床前，要协助病人及家属商量身后事时（例：计划遗产安排和遗物的分配、器官捐赠、殡葬安排、葬礼形式等），可以根据以下的问题去探问病人及家属的意见：
 - 是否想举办惜别会，在尚未离开以前，跟亲友一一道别，一起回顾过去的美好时光。
 - 举办葬礼，是为了让留下来的人透过纪念性的活动追忆与缅怀。你是否愿意以基督教仪式举办葬礼，也就是安息礼拜？在流程、内容的设计、灵堂布置、参与人员的安排各方面，你的想法是怎样的？
 - 你希望葬礼上穿什么样的衣服，放什么东西陪葬？
 - 你离世后，对自己遗体的处理有什么想法吗？土葬、火葬、海葬、花园葬，还是其他？
 - 你愿意捐赠器官或遗体吗？
- 可以邀请临终病人写下或录下心声及祝福，留给遗属和亲友。制作卡片或录影，邀请病人思想以下问题，向个别人物发出——我想向_____（人物）说：
 - “谢谢……”

- “请原谅我……”
- “我已原谅你……”
- “我爱你……”
- “再见……”

在这个过程中，临终病人仍然会有各式各样的情绪反应。在这个时候，我们能给他们最好的礼物，就是聆听和陪伴。

二、助人者的自我照顾

A. 认识自己的能力和限制

- 作为临终关怀的照顾者，不是每个人都能适当地处理所有类别的临终病人。我们要了解自己的限制和心理状态，知道何时需要转介。
- 有时，我们可能还没有准备好，心里没有足够的空间，也没有足够的力量来承受悲痛情绪，因此必须了解自己能做到的和不能做到的。
- 如果一心要做到完美和完全，却丝毫不理会自己的承受能力与限制，总有一天会精疲力竭，觉得无力和难过。当我们决定为对方提供持续的帮助时，要知道哀伤的疗愈过程并不容易，也不可能预测所需的时间。

B. 整理自己的意识、感受与情绪

- 每次和当事人会谈后，可以用下列问题来整理和沉淀自己的情绪：
 - 我是否害怕接触对方的痛苦和哀伤？
 - 当我陪伴他时，是否有所期待？那是什么期待？
 - 有关我的能力与限制，哪些方面是可以突破和改变的？哪些方面不可以？
- 清楚知道自己的状态，就较不会把自己的意识和感受，跟哀伤者的意识和感受混为一谈，分不清什么是属于哀伤者的，什么是属于自己的。
- 如果助人者过度投入哀伤者的遭遇和处境，并联想到自己曾有的哀伤经验，因而感到沮丧，陷落在自己未处理的哀伤议题中，心中被庞大的情绪占据，就很难挪出空间承接他人的情绪。
- 可以藉着主动表达哀伤来帮助自己处理哀伤。去参加所辅导病人的丧礼，允许自己去经验痛苦。
- 如果提供临终关怀的成员能够定期举办工作会议和祷告会，鼓励和讨论因照顾临终病人和家属所带来的问题及自己的感受，有助于预防过度的压力，又能抒发因为失落造成的哀伤感受。

三、圣经角度的临终关怀与生命意义

- 耶稣应许：“我留下平安给你们，我将我的平安赐给你们。”（约 14：27）他又吩咐我们心里不要忧愁，因为住在基督里的人，就好像室外虽然狂风暴雨，或有野兽吼叫，但因为住在基督里而

内心有平安。

2. 当我们面临生命的终点，要探问自己对人生是否满意、一生的遭遇是否有意义时，我们就可以说，因为神同在，我们拥有宝贵而又独特的生命经验。同样，我们也要以尊重每个独特生命的眼光，看待每个临终病人。无论今天死去的是孩子、青少年人、中壮年人，或是老年人，都要相信一点，即使他们的人生不长、不完全，而且有遗憾，也无损他们生命的价值与意义。因为，他们在自己的人生旅途中所学到和领悟到的一切，不能够以短浅的今生来评价或论断；他们所获得的，会追随他们的灵魂而去。

参考书目

1. 贝内尔著。尹妙珍译。《心灵关顾—修正基督徒的培育和辅导观念》。香港：基道，2002。
2. 布里斯特著。蔡志强、陈秀慧译。《教会中的牧养关顾》。台北：华神，2004。
3. 刘明德、王心慈编著。《生死教育—生命总会找到出路》。台北：扬智文化，2003。
4. 伊莉莎白·库伯勒·罗斯、大卫·凯思乐著。张美惠译。《当绿叶缓缓落下一生死学大师的最后对话》。成都：四川大学，2008。
5. 罗杰才编。《院牧服务与全人医治文集》。香港：香港医院院牧事工联会，2005。
6. 唐佑之。《苦难神学》。第三版增修版。香港：卓越，1993。
7. 龚立人。《眼泪并未擦干》。海口：海南，2010。
8. 曾立华。《教牧学导论》。香港：建道神学院，2011。
9. 黎宝华。《教牧辅导—善终服务与哀伤辅导》。
10. 辅仁大学宗教学系编著。《宗教的生命观》。台北：五南，2010。