

2023年11月26日「天主教醫護生死教育歷史回顧」講座轉錄稿

(文字經編輯)

何：何桂萍修女

關：關俊棠神父

謝：謝建泉醫生

林：林榮鈞博士 (主持人)

林榮鈞博士

歡迎大家今天來到紅磡聖母堂參加香港中文大學天主教研究中心舉辦、衛奕信基金贊助，「天主教醫護生死教育歷史回顧」座談會。這是一個難得的機會，和一班我的老師、也是「老友記」一起分享有關歷史。這次主題是生死教育，那麼我們也不忌諱講死亡。以前我們天主教研究中心上一任主任是夏其龍神父，他是教會歷史專家，在過去他做了很多有關香港天主教教會歷史研究。我自己不是這個專業，我是社會倫理、政治這方面的，但我接任後會繼續做這些事，因為我越來越覺得歷史很重要。我們不知道過去，就不知道今天的定位是怎樣，我們將走向哪裡？人生如是，過去的我造成今天的我。此外，做歷史研究越來越有一份催逼性，因為當我發現一件事我很有興趣想知道的時候，很多當事人已經不在了、去世了。從去年開始，中心開始了一個歷史研究「香港天主教診所與香港社會」，夏神父給我們意見，「天主教醫院的歷史已經有人做過，你有沒有聽過天主教診所？」我小時候有一點印象，但真的不知道詳細情況，所以覺得這個項目值得做。開始沒有什麼發現，後來找到了一些資料，想再問多一些，就出現剛才提到的情況：一些當時的修女、醫生都不在了，很難找到資料。我們在討論時，研究年期定在 1890 至 1990 年，即醫管局成立那一年。我們發覺七十年代開始天主教診所慢慢結束，因為有了政府和其他機構更完善的醫療服務，不需要教會繼續提供這類診所。但我們開始了另外一種服務，就是關於牧靈方面。我們過往可能重視服務人的身體健康，後來我們發覺服務對象是一個「全人」。所以在牧靈方面，當一個人患病時，如何照顧，又或者當他面對死亡，他如何準備？

生死教育在近二十年才多人討論，又或在社會服務中多了長者的生死教育。但其實早在八十年代天主教會內已有人士看到這方面的需要，從而開展服務。這群有心人今天在我們當中，就是這幾位講者：何桂萍修女，她來自瑪利亞方濟外方傳教會，八十年代開始從事醫院牧靈工作，已經很多年了。另一位是關俊棠神父，不用多介紹了，他是香港教區神父、神學家，近年從事心靈教育。八十年代開始服務醫護人員：「你要做生死教育、照顧病人，那麼你自己又如何？」醫生和護士不是已經很熟悉生死，懂得面對的嗎？不是的。那麼他們如

何準備？神父在這方面做了很多侍奉。另外一位是謝建泉醫生，他是腫瘤科醫生，成立生死教育學會其中一位推手、創始人。今天我們很高興請他們三位來，講座安排是他們每位演說約 20 分鐘，內容關於歷史回顧，之後我們再討論：歷史鑑古知今，我們體會過去這些經歷，今日我們又看到什麼需要？我們的回應又是怎樣的？昔日他們看到教會的需要、社會的需要，今日又怎樣呢？第二部份會開放給大家，大家可以給意見、提問和討論。

謝建泉醫生

用三條生死問題與大家 warm up（暖身）。

第一題是：什麼是「死得好」？有人回答「最好不用死」，但是沒有辦法，人要死亡。怎樣為之「死得好」？牽涉有很多問題的。我今天選三條問題讓大家選手回答。「死得好」其中一個元素是長命。壽數多少才算是長命、「夠本」？一百歲以上？九十多歲？八十多歲？七十多歲？（台下觀眾舉手）多少歲數才夠本是上天安排，但有時候也會有心裡想這問題。

另一條特別一點的問題：在香港因為急症死亡的佔十多個百分比。所謂急症就是有這個病症後，例如爆血管、血管嚴重栓塞，幾個小時或最長幾天就死亡。慢性疾病好像心臟病、肝病或其他癌病。因為急症病死亡或慢性病死亡，如果讓你們選擇，你們選那一種？急症病死亡的，請舉手。（選擇）慢性病死亡的，請舉手（謝醫生舉手）。不是很多人舉手啊！

第三條問題：想在睡夢中死亡的，請舉手。這條問題不單多人舉手，而且是笑着舉手，帶着口罩也看到你們笑。死得「朦朦查查」，那麼今晚睡覺時想起會死，可能你們不會睡。

這些問題只是 warm up 大家，讓大家笑一笑。但認真的是為什麼我會舉手選擇慢性病死亡？因為我希望有足夠時間準備。我做了這麼多年生死教育，不但幫助別人，也幫助自己。我自己選擇慢性疾病死亡，但這是上天安排的，可能突然因為爆血管或嚴重血管栓塞而倒下，所以要有兩手準備。今天不談兩手準備，你們自己想想。香港人百分之八十多因為慢性疾病死亡，所以有時間準備。

講述歷史很苦悶，但對於我來說是很珍貴的，因為我也是當中一份子。談到死亡，中國人或東方人很害怕死亡。我記得有一位朋友家裡門牌號是 1413，朋友說：「很慘，一個死一個生。」但有趣的是，人害怕死亡，但平日言談常常把

「死」掛在口邊：「鬼咁靚、鬼咁好食」，好像很矛盾，但我們不能避免死亡。

在香港歷史中，什麼時候開始談生死教育這件事？我們很晚才開始談論，而早期談論多涉及天主教機構和修女。

最早期的是七十年代末，瑪利諾修女在聖母醫院推行善終服務，照顧臨終病人的「身、心、社、靈」。當時這服務做得很好，但沒有人知道，直至八零年初有電視台訪問一位臨終病人。病人告訴大家：「病人臨死前如果獲得照顧，是很舒服的，有意思的，令他們最後的日子生活得很有姿彩」。訪問播出後，社會嘩然：聖母醫院這麼好，有善終服務。這些議題關注升得快、跌得快，但吸引了其他人注意這方面的服務，包括醫護、修女。

除了聖母醫院有修女外，還有一家醫院有很多修女，就是律敦治醫院。為什麼律敦治醫院會注意善終服務？因為律敦治醫院以前是肺科醫院，照顧很多肺科和其他慢性疾病病人。以前肺病很普遍，電視劇角色病死主要原因是肺病，今天是癌症。以前肺癆會致命，肺氣腫也會致命，所以律敦治醫院照顧很多末期病人。當時有兩位修女很出名，Sr. Gabriel O'Mahony（紀寶儀修女，1920-2006）和 Sr. Mary Aquinas Monahan（區貴雅修女，1919-1985），還有其他修女，她們很留心善終服務，加上凱撒克基金的支持，在 1984 年她們邀請了一位在英國醫院成功推行善終服務的醫生來香港灣仔作講座，這是香港第一個公開的善終服務講座。除了那位英國醫生，當時還邀請了聖母醫院醫生和最早期受訓和服務的護士蘇淑子小姐參加。這個公開講座吸引了香港人的注意，兩年後善終服務會正式成立，即現在的善寧會。同樣在凱撒克基金支持下，這機構其後開辦不同的公開活動，尤其是培訓醫護人員。從這個時候便開始了生死教育的歷史。

1986 年，善終服務會成立，1987 成立贖明會，專門培訓義工探病。之後陸續有不同的 NGO 出現。同一時間，因為聖母醫院善終服務的成功榜樣，律敦治醫院也跟著做，接著其他幾間醫院也照樣做：明愛醫院、基督教聯合醫院、佛教醫院。1992 年香港第一間有獨立院舍的白普理療養院中心成立。雖然這些醫院不是做生死教育，對我而言，生死教育如果純粹是講座，只是講解、知識上的，真正行動的都是這些善終服務院舍。因為在照顧病人和病者家屬時，是透過照顧的過程給予生死教育，讓他們明白生生死死是什麼。至於大學比較遲才有這方面的行動，差不多到 2000 年，香港中文大學哲學系通識教育講解墳場、墳墓設計和歷史，可能之前夏其龍神父已帶人參觀墳場。到那時候，才有一些大學談論生死教育，例如中文大學陶國璋教授的通識教育和嶺南大學，其他大學要到很後期才有課程。因為有這些院舍做善終服務，結果今天醫管局有十間

醫院提供善終服務。我在 2000 年退休後想繼續服務，有一點我覺得很特別：善終服務本來是好的服務，但有些病人和他們的家人會抗拒：「去南朗醫院？唔得呀，等死啊」。我在想他們明明已是末期，為什麼這樣抗拒？其中一點就是欠缺真真正正的生死教育。剛才提到很多機構也在做生死教育的工作，但比較零零星星。

生死教育學會在 2006 年成立，至今已十七年。成員有香港大學教授，中文大學教授、嶺南大學教授，還有神職人員、醫護人員，學會專門做生死教育。目的是透過探討死亡、反思生命、建立積極的人生觀。我們把孔子的話修改：「未知死、焉知生」。我們覺得知道死亡，才能認識自己的生命是如何，有積極的人生觀，而不是悲觀的。學會從 2006 年開始，最長壽的節目是在中央圖書館舉辦的講座，每年八、九、十、十一月，每月一堂。十七年來最受歡迎的講座是衍空法師、了因法師和關俊棠神父的講座，我主要講「好死，甚麼是好死」。上星期的講座完了，可以在中央圖書館網站收聽，是關神父和我講「優雅的老去」。之前由於颱風，10 月份的講座取消了，改在 12 月 17 日，題目是「重病者的照顧和需要」。

回顧香港歷史，生死教育好像是「麻麻地」。2002 年，斌仔寫信給董建華要求安樂死，非常震撼，引起很多討論。所以從 2003 年開始多了很多 NGO 做這些事。剛才講過曷明會、善終服務會、還有聖雅各福群會、東華三院安老服務、撒瑪利亞防止自殺會，如果有遺漏不好意思。斌仔這個案令我感到很唏噓，我記得斌仔描述自己的慘況：住在瑪麗醫院深切治療病房十年，病房內有私人物品，被照顧得「乾淨企理」，好像私家病房一樣。但張開眼睛只看到天花板，依靠呼吸機。「我要安樂死」，其實他要求的安樂死不是安樂死，而是結束不必要的治療，不想人延長他的壽命。拔除呼吸機不是安樂死，只是停止一些延長生命的機器。對他而言，生命已沒有價值。除非是傳染病，像是沙士時期，病人素來有權決定不接受治療。「我有癌症，我不想接受治療，我鍾意用氣功。」治療開始了也可以停止，接駁儀器一段時間後可以停止。斌仔這個案令人誤解了，以為是安樂死。差不多同期，教宗若望保祿二世提及天主教徒不應該安樂死，安樂死是注射藥物，死亡原因是毒針；停止接受治療，死亡原因是器官沒有功能，和安樂死沒有關連。教宗若望保祿二世說得很清楚，天主教反對安樂死，但贊成病人有權利停止或拒絕不必要的治療。2006 年開始，生死教育學會成立，不得不提在 2018 年生死學協會成立。創辦人是一位年輕人，他曾參與生死教育學會，因為學會沒有義工，只集中在教育講座，他想提升行動性，就創立了生死學協會，推廣很多服務。例如「一切從簡」、「大體老師」。

最後要提的一點是香港自從有了這些生死教育服務後，香港的 **quality of death** 「死亡質素」提升了不少。十年前香港的排名是二十多，排名第一名的英國，英國是最早期開始善終服務的國家。自從 2016 年有了「賽馬會安寧頌」計畫後，有很多培訓和教育工作。兩年前香港的排名已上升至第九位，英國仍然第一；有一個亞洲地區排名第三，就是台灣，中國人社會排名名次最高。

何桂萍修女

謝醫生服務在生死教育方面，而我是在牧靈方面。多年前香港沒有醫院牧靈這方面的服務，首先開始服務的是聖母醫院。當時祈愛蘭修女（**Sr. Kenny Helen Marie, MM, 1932-2020**）很有大志，亦很有愛心，她看到護士很忙碌，雖然他們很想和病人傾談，但是太忙碌，有時候晚上可能有一點時間和病人傾談。那時候她下定決心訓練兩個人，派她們去菲律賓受訓，其中一個就是我。那時候是 1978 年，已是四十多年前的事，可惜兩個人回來後，只剩下一個人繼續做牧靈工作。

初期醫院牧靈很坎坷，為什麼呢？因為那時沒有這方面的服務，醫院限制探病時間，如果不是探病時間，哪怕你穿了修女袍，護士也會提你「修女，唔該你……」。哪怕院長寫了 **Memo**（備忘通知）告訴他們：「何修女會探望病人」，他們也好像看不到。你猜猜我當時用什麼方法去探望病人？我為病人「睇掌」。女士比較「八卦」，想知道自己的掌怎麼樣，就會找我：「修女，你幫我看看」。從那時開始，人們慢慢接納在醫院裡有一位牧靈工作者。直到今天，在香港差不多每一間醫院都有牧靈工作者，這也歸功於一位太太，黃太，她做了很多功夫。單靠一個人工作是不成的，所以開始有醫院牧靈訓練。初期訓練工作很艱巨。為什麼呢？因為香港社會要工作、要掙錢、要養家，醫院牧靈課程為期十個星期，又要 **full time**（全日），哪怕是 **part-time**（兼職）也未必有時間，期間 **no pay**（沒有薪水）。初時這個訓練無名無實，去哪裡找經費？所以進展緩慢。直至 1984 年善終服務開始，祈修女看到除了醫院牧靈，還有善終服務的需要。她派我到英國學習，亦去美國其他醫院看看人家的做法。那時候，外國用嗎啡很普遍，但在香港普遍認為使用嗎啡會使人上癮，所以「唔用得」。我將相關的文章夾在醫生汽車水撥，又或知道他們的辦公室在哪裡時，便靜靜地把相關資料放在他們的辦公室。因為他們覺得給兩粒止痛藥，一日三四次已很足夠。但係不行，我進入病房看見病人手拿着鐘，「嘖、嘖、嘖」在打鐘。當時止痛方式很不足夠，不是因為醫生無心，而是他們的教育方式沒有 **pain control**（疼痛控制），所以他們不敢給病人使用效力強的止痛劑。我讓他們看看我在外國學習時別人是怎樣做，把資料塞給他們。我亦去律敦治醫院和其他醫院給護士研討會，讓他們慢慢知道這服務是很需要的。

生命的長短不代表質素，最緊要是活得開心一點，如果痛起來，你真的想死！我最近有一個經驗，差不多死過翻生。上個月我昏迷了四天，醒來的時候一聽見儀器高音的嘟嘟聲響，就覺得腦袋將要爆開，我巴不得跳下病床走出病房。這些儀器聲響我已受不住，心想那些有痛症的病人如何忍受？這給我一個很大的經驗：你不在那個情況，你不會體驗當事人的辛苦。我出院後聽到嘟嘟聲響，頭腦仍然覺得隆隆作響，需要兩個星期後才恢復過來。這個體驗讓我明白如何把自己放在病人處境，讓他舒服。醫院牧靈對治病做不到什麼事情，我們主要是聽病人心聲。有些牧靈工作者不理會狀況，病人睡着了也去弄醒他；有些人很好的，站在一旁默默觀察病人，當病人張開眼時，對着病人笑笑，和病人傾談。我在醫院的經驗讓我看到，有些人一來到，放下單張就走了；驗血糖，驗完就走；有些來到身邊，喊一聲「桂萍，看見你今天好啲喎」；這樣效果很不同。他喊一聲「桂萍」，很親切的，跟叫一聲「何修女」，是兩回事。「桂萍，你今日比昨日精神咗」，這句話讓你有信心。「比昨日精神咗」代表病人過了一關，這些鼓勵說話已經很足夠。

我們醫院牧靈工作者要學習如何說話。有些神父只是送聖體、唸天主經、最後降福離開。因為他們沒有學醫院牧靈，不知道病人哪些話能接受，哪些接受不了。這一點很重要，你要知道病人的心態是怎樣的。我在醫院的時候，也有牧靈工作人員探望我，一看就知道他們沒有學過。這是一個漫長歲月，到今時今日 2023 年，醫院牧靈已有四十多年歷史，從無到有。中國人某方面比較保守，也可以說是謹慎，當發展一種服務是需要很長時間，慢慢才能接納。即使是好的，也不是一下子就接受，就好像善終服務。好像清朝的人全都扎辮，你要他們剪掉辮子也需要一個很長的過程。又好像一些人一聽見你需要接受輔導，就會說「你有什麼問題」。中國人比較保守穩健的方式，我希望我們可以慢慢開眼。

我在英國接受 hospice（臨終關懷）訓練，記得有一天我要把一個病人安放在輪椅上，我用了半個小時嘗試不同位置，才找到一個恰當、讓他舒服的位置來安頓他。我心想，怎樣將這經驗帶回香港，半個小時！在香港時間很寶貴，不夠人手，但在英國那邊他們可以做到。擺放位置差一點點病人整天會不舒服。我們工作人員的半個小時為病人帶來整天的舒適，我們用這個角度來思考，這半個小時很值得。好像我在年初跌傷腳，護士為我換墊腳的枕頭時，動作很大，使我痛得很厲害。她換枕頭是為我好，因為痛楚是自然反應，我另一隻腳立刻蹬了一下。姑娘喊說：「你打人！」我解釋我不是打人，換枕頭要慢慢放，現在是一下子太痛的反應。因為護士要快，這是我們的文化：「快」，我們沒有把自己放在別人的處境，這就是醫院牧靈要學習的地方：將自己放在別人處境，心中有他人是很重要的。如果你心中有他人，你不會這樣做。

關俊棠神父

謝醫生和何桂萍修女經驗豐富和老到，他們花了很多時間、很用心在香港拓展關顧服務，跟他們比較我只是一個初學生。在醫療關顧方面，除了作為神父探訪病人外，我不像他們兩位做得那麼多，那麼長時間。不過，比較難得的是，在這一段不長的服務時間裡，我多數和謝醫生拍檔。我未受過何修女教導，但我在修院作院長時，我鼓勵未升神父的修士跟隨何修女學習。因為作為神職人員，你要面對很多人的生老病死，特別是教的。很多東西在修院是學不到的，讀神學也沒有教的，你面對一個具體的人，你的兄弟姐妹，他很辛苦時，他患病時，你「點吖」？叫他信賴天主，這是對的，但怎樣信賴？「我真的很辛苦，我如何面對這辛苦？」這方面真的感謝他們兩位這麼多年的努力，幫助教會、幫助香港慢慢關心病苦，不單是純粹醫療上即時的治療，而是一種身心靈的幫助。

我在醫療關顧方面的歷史很短，有幾個階段。我和謝醫生有幾年在威爾斯醫院有一些定期課程，如果主題關於靈性，他會找我和法師一起主持講座。為我是一個很有趣、很有幫助的經驗。我也有和謝醫生在醫院為醫生做了兩三次工作坊。沙士期間在醫管局危機處理中心為護士醫生作支援講座、工作坊。那時大家都很驚慌，不知道該怎樣做，我和謝醫生從不同角度幫助護士和醫生。還有一些經驗是個別的，為醫護人員作講座。這些是我的經驗，對我作為一個神父也有很大的幫助。我想和大家分享，這些服務過程中我把持的是什麼信念？在同行過程中，我和醫護分享什麼？我向醫護提供什麼可能做得到的？

多年來我自己相信在世界上有幾個行業相似：醫護人員、社工、消防員、神職人員、和所有做寧養服務的人。你當這些是工作也好、職業也好，義工也好。為什麼這幾類行業那麼相似？因為這幾個行業本身不只是工作、一個 **job**；這幾個行業也不只是一個 **profession** 專業，不止這樣。這幾類工作基本上是召命 **vocation**，一個 **calling**。為什麼稱它們是 **calling**？因為這幾個行業面對的是人在最無助、最驚慌、最低潮、不知怎樣才好，和非常痛苦的時候，這些行業服務人員就出現在他們面前。所以，這些工作是一種在生命、肉體上、精神上、靈性上最脆弱的時候，我們同行的一種 **calling**，一種召叫、一種職志。我覺得在這個世界上這幾種行業很重要，各位也有機會參與，值得感恩。

我很喜歡有一次我和謝醫生一起做工作坊時，提及「四同」。四同是：

1) 同心：心是醫者父母心。為一個醫務人員，作為一個醫療上支援工作的人，必須有作為父母的心，病人好像你的子女。如果你的子女有事，你會很緊張。

近來我住過兩晚公立醫院，嚐過在公立醫院急症病房是怎麼一回事。那兩天體會到很多員工是很好的，非常用心、細心，護士、學護、醫生不斷巡查病況。但是他們沒有空間、沒有時間，他們很努力，但是病人太多，非常忙碌，想和病人說幾句也沒有時間。私家醫院情況好不了多少，那些剛畢業的護士可能還不錯，那些工作很久、高級的，可能太習慣了。「痛，所有人都是這樣的。你不開心，沒辦法啦。」那次工作坊我們對醫生這樣說：醫者父母心是很重要的。

2) 同感：感同身受、感同親受，好像剛才所說，如果病者好像是你的親人，你的感覺不一樣，態度也不一樣。從我們基督信仰來看，每個人都是我的兄弟姊妹，真的是我的親人，因為我們是同一天父的子女。如果我作為一位公教護士、公教醫生、公教醫療照顧者，如果我們記得大家一起唸「我們的天父」，我們都是兄弟姊妹，在我面前不單是一個病人，更是一個有病的親人，那麼我想心態會很不一樣。你這個親人可能很「腌尖」（挑剔）、囉嗦，但他是你的親人。

3) 同步：每個人對痛苦的感受和接納程度不一樣。有些人比較可以忍受痛，有些人比較「怕痛」。同步的意思是，你作為醫護人員，你習慣看見別人的痛，看得多可能自己變得不敏銳，不覺得是一回事。在這些病人面前，最忌諱是講大道理，或者不以為然。說大道理每個人都懂，面對痛楚的是痛者本身。你是醫護人員，你有經驗，覺得有些事不用怕，但是病人怕。你有沒有用同步的心去理解他呢？

4) 最後是同行：陪伴，沒有什麼可做，但好像剛才何修女所說，多問候幾句已經不一樣。一個醫生或護士來到病人前，說一句「醒目咗」，病人會「醒D」。如果見病人沒什麼問題，「就掂行掂過」，病人感覺很不同。每個人希望自己的存在被看見，但在醫院裡，除非按鐘，很多人好像不被看見。

每次我們做工作坊談及「四同」，為我作為一位神父是一個很大的提醒。我們作為神父，一樣需要同心、同感、同步、同行。所以大家都是做牧養的工作。接下來要分享的，無論在沙士期間或與謝醫生合作講座時，在同行中能夠為醫者提供甚麼具體支援。

1) 在沙士期間我們經常提一件事：融通感 **sense of coherence**。這概念來自一位美國猶太人，他是一位醫學社會學家。他做了一個長期的研究，研究那些猶太集中營倖存者。對象分為兩批，一批是「正常」的。所謂「正常」是指他們受過這麼多痛苦之後，在政府的幫助下他們結婚、組織家庭，生活條件不俗，但他們「唔係好掂」（不理想）。我們想，他們的狀況不理想是正常的。因為

他們受過這麼大的苦難，家人都死了，不知道自己生命何時了結，生命受到扭曲，所以結果不理想是正常的。這位社會學家發現另一批對象很正常，他們很積極，可以放下對德國納粹的憤怒。受過這麼多痛苦，如何可能？這位學者追蹤研究，訪問了很多人，最後出了一本書。他發覺這些正常、健康的倖存者都有一種氣質，這種氣質就是融通感 **sense of coherence**。融通感包括以下三種特質：

1. 通達理解 **Comprehensibility**：一個人受苦之後，不是集中在自己的痛苦上，「為什麼是我？為什麼這些不幸的事發生在我身上」，而是擴闊視野看痛苦，「為什麼我這個民族要受這些苦？為什麼世界上有一些人可以這樣殘忍地對待其他人？」他們拓闊思索領域，不停留在此刻的痛苦上，所以這些人能夠倖存。

2. 他們有處理能力 **manageability**：懂得處理自己的痛苦，不會被自己的痛苦拖着自己走。因為在集中營很可怕的，很孤立的，哪怕你在群體當中。我如何能在這樣一個無望、不知道明天還會否存在的環境中，管理自己，不讓自己失望、絕望？這一點十分重要。研究指出這些人有辦法，用玩公仔紙、在泥地上畫圖案等不同的方法，令自己生存。

3. 意義感 **Meaningfulness**：有些人認為家人在等待他，他不能死。有些人認為他一定要活下去，有一天能夠離開集中營時，要向世人公布在這世界上有人可以這樣殘忍地對待其他人。有些人從宗教出發，認為這是神給他們民族一個很大的試煉，所以他不能死。

因為有這三種特質，他們倖存下來。沙士期間我們和醫護分享，強調這觀念。通達理解，香港發生這樣史無前例的事，告訴我們什麼？不要太快跳到結論：危險。危險，我們如何面對？如何跨越？有什麼方法呢？為什麼這樣危險、這樣辛苦，我還要投身走下去？這些護士和醫生撐下去，十分堅毅。

B) 我教他們靜觀。每天上班不知道自己何時「中招」，如何保持自己心靈安穩？靜觀是一個很大的幫助。我教他們觀呼吸，噴氣呼氣，讓自己安頓下來。還有導引默想，這是從一行禪師那兒學回來的。對有宗教信仰的護士或醫生，我會介紹透過呼吸如何祈禱，寓祈禱於呼吸。忙不過來的時候，根本沒有時間祈禱，但仍然需要祈禱。透過一吸一呼祈禱，好像吸氣時唸「耶」，呼氣時唸「穌」，「耶穌、耶穌」或「主耶穌我信賴你」。這些即時可以使用的方法可以幫助他們。

C) 我常常強調每天能夠醒來，第一時間要做的是感恩、交托和祝福。地球上每一個早上有五六千人不能醒過來，他們不是絕症病人。所以人能夠張開眼睛，看自己身邊所愛的人，有氣力起床，看見窗外的景物，能夠做到你想做的事，能夠有全新二十四小時使用，快些感謝。感謝生命、也感謝賜生命的主。多謝其他人，多謝你的同事，多謝病人，他們讓你們照顧，多謝自己家人的支持。接著是交托，瀏覽當天的工作，去什麼地方，需要照顧什麼人，有什麼地方你不安心，將它交托給主，交托給上天。祝福，祝福自己，祝福你的同事，祝福你的病人，祝福你的家人。

我覺得這樣的模式可以幫助醫護人員。這些不需要很長時間進行，有時候只是一念，有時間可以做長一點。如果每個人可以這樣開始每一天，他整天都會在這個氛圍中做他的醫務工作，做他的培育工作。

我也很感恩，在這些時刻自己可以參與陪伴醫護人員，與這醫生一起做講座、工作坊。