

南 華 大 學

生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

邊界處境下護理人員照護歷程之研究

-以中部某醫學中心感染科病房為例

**A Study on the Caring Process of Nurses' Boundary situations
in the Infectious Ward-Cases of An Infectious Ward in A
Medical Center**

研 究 生：鄭 椀 云

指 導 教 授：蔡 昌 雄 博 士

中 華 民 國 九 十 九 年 十 一 月

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

邊界處境下護理人員照護歷程之研究

-以中部某醫學中心感染科病房為例

A Study on the Caring Process of Nurses' Boundary situations in the

Infectious Ward-Cases of An Infectious Ward in A Medical Center

研究生：鄭婉云

經考試合格特此證明

口試委員：胡文郁

蔡昌航

游金麟

指導教授：蔡昌航

系主任(所長)：魏書娥

口試日期：中華民國 99 年 11 月 29 日

誌謝

從我準備考生死所時，就遇到總總阻力，關心我的人不斷質疑著我，讀生死所出來要做什麼？但是，總有一股聲音叫我一定要走這一遭，那怕是浪費2年的時間跟金錢。如果，生命是浩瀚的線面所組成，2年的時間，它只是細微甚至不可見「點」，倘若這一「點」，能對生命有不同的悸動與反思，我感謝上蒼如此巧妙的安排！

進入浩瀚的學術殿堂，我如同紅樓夢裡的劉姥姥逛大觀園，一切新奇，也讓自己僵化的思維變得更有彈性。也感謝「質性研究」的美與它奧妙、感動之處，特別是蔡昌雄老師深厚的哲學涵養，引領我進入詮釋現象學的思維，一步一步薰陶著我，讓我打破對生命總總二元對立的思維，生命不是「生、死」，事件不只「對、錯」，凡事沒有絕對的「好、壞」…等。這一段學習的歷程「苦」，確豐饒，刻在我內心深處的不是知識，而是我學會，如何貼近人們共同的苦痛經驗，這是內心的悸動，一種我向他人，他人也向我開展的經驗。

論文能順利完成，我要感謝胡文郁教授與游金溝教授的指導與匡正，釐清我的盲點。以及，研究場域的游副院長、余督導、李護理長，和十位研究參與者，不能將您們的名字公開，在此呈上我由衷的祝福及感謝，謝謝您們！再者，要謝謝大蔡老師的研究團隊們，明諦、美英、姍娟、妙鈴、幸娟，以及所上的同學，采蓁、文淑、大正、玉嬌、曉慧等，這一路上彼此的鼓勵與分享。

還有，我生命中最重要的人。我親愛的父親，雖然您只有小學肄業，過去困苦的生活，曾經把我送給別人，是您後悔又把我要回來，你曾對我說：「再苦，也要親手把自己的女兒養大。」也讓我與您們禍福與共，生命的厚度不在學識，您用您的生命經驗滋養了我。

我摯愛的母親，雖然您大字不識幾個，別人寫自己的名字是行雲流水，而您卻辛苦的一筆一劃「刻」著自己名字。雖然，您無法牽著我的手教我如何寫字，但是您卻拉著我的手，替我們擋掉了許多的苦難，我愛您！

還有，這輩子我認為最懂我、疼我的大姐，一場大病後，您的軀殼宛如進駐著被置換的靈魂，我以為我就此將失去了你。原來，你從來沒忘記我還是你最疼愛的妹妹！我的二姐，我不在家時，感謝您對這個家的照顧與奉獻，即使你出嫁了，仍然風雨無阻的守護著，謝謝你！

我摯愛的母親、父親、姊姊們，感謝您們的包容與體諒。以及，我的知己，阿雄，謝謝您一路上的支持、陪伴。您們是我生命中堅強的後盾，沒有您們，就不會有現在的我。

最後，我要呈獻我十二萬分的謝意，給予我生命中曾經相逢的每一個人！

惋云 謹誌

摘要

本研究旨在探討感染科病房護理人員之照護經驗，透過深度訪談 10 位研究參與者及田野參與觀察蒐集資料，再以詮釋現象學研究法了解護理人員在每個護理歷程中的置身處境、死亡焦慮、壓力的因應，及護病關係。

本研究發現，感染科護理人員普遍的壓力大致可分為：人際孤獨、類污名化的壓力、生疏的知識、情境空間的不確定感、如履薄冰的壓力，以及臨界經驗所造成的衝擊，其中「如履薄冰的壓力」源自於自身的死亡焦慮，其從初期「瀰漫性」的廣度往「無常」及「無形」的向度行走。經研究發現她們在死亡態度上普遍為：1. 「投到未來式去」；2. 「不願多想」；3. 「口頭表示不喜歡」；4. 「對生命建立意義」等。而其因應方式為：1. 人際關係的支持；2. 尋求家人認同；3. 學習新知；4. 從事或執行有利健康的活動；5. 藉由獨處滋養自我；6. 經驗的累積；7. 重視自我內在的觀照。

護理人員的死亡焦慮引發在場域中的薄立克現象，在實際照護的處境中，引起護理人員對自身對死亡的害怕，本研究特別將此從事高危險職業的工作人員的處境，稱之為『瀕臨邊界處境』，其存有特色呈現出一種非本真的存有狀態。雖然「臨界經驗」的遭逢開啟她們的「良知」，使存有朝本真的狀態，但死亡此濃烈的議題，又將其逆滲透到「瀕臨邊界處境」之中，故本真與非本真之間呈現一種游離的狀態。

本研究結果得出感染科病房護理人員照護歷程分別有戒慎恐懼期、融入期及跳脫期三個階段。其護理的關懷由初期「背立」的狀態，到中期的「體貼型」，乃至於到後期，展現出護理的「慈悲」。最後，本研究提出相關建議，以提供醫療院所、醫護教育、護理人員臨床反思與覺察。

關鍵字：感染科病房護理人員、邊界處境、死亡焦慮

ABSTRACT

This study aims to investigate the care experience of infectious ward nurses. Data collection was through in-depth interviews with ten research participants and field participatory observation. Then, the texts were interpreted and realized by way of hermeneutic phenomenological research method in order that the nurses' situatedness, death anxiety, pressure coping, and nursing-patient relationship in each stage of the caring course are to be understood.

This study found that general pressure of nursing staffs in the Department of Infectious Disease can be divided into "interpersonal loneliness," "class stigma," "unskillful knowledge," "sense of uncertainty owing to spatial situation," "walking on the thin ice," and "impact resulting from boundary experience," in which "the pressure of walking on the thin ice" was derived from their own death anxiety, running from the initial scope of "diffusion" to the dimension of "impermanence" and "invisible." The study also found that their death attitude generally was as follows: 1. "projecting into the future"; 2. "unwilling to think about"; 3. "oral expression of what they don't like"; 4. "establishing meaning of life", etc.. Their ways of coping were: 1. "support from interpersonal relationships"; 2. "seeking recognition from their families"; 3. "learning new things"; 4. "engaging in or conducting activities conducive to health"; 5. "self-nourishing by being alone"; 6. "accumulation of experience"; 7. "emphasizing the inner contemplation of the self."

The Bliks phenomenon in the field was caused by death anxiety of nurses, and, in the actual care situation, caused nurses' fear of death. The researcher especially called the situation of those staffs who undertook a high-risk task as "facing boundary situation", and its existential state appeared to be inauthentic. Although the encountering of "boundary situation" opened up their "conscience," and made the being towards an authentic state, death being a powerful force would have them fall back to the facing of "boundary situation," moving back and forth between authentic and inauthentic state.

The findings of this study on care course of infectious ward nurses are divided into three stages—the cautious phase, the "blending-in" phase, and the "letting-go" phase. Their nursing care was from the initial status of "turning back", to "considerate" in the middle stage, and then showing compassion of nursing toward the end. Finally, the researcher proposed suggestions to medical institutions, health care education and nurses for clinical reflections and awareness.

Keywords: infectious ward nurses, boundary situation, death anxiety

目 錄

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究議題設立	4
第三節 研究目的	5
第四節 研究問題	5
第五節 名詞界定	6

第二章 文獻探討

第一節 感染症種類與罹病患者之感受	7
第二節 傳染病的控制	11
第三節 感染科病房護理人員的壓力	14
第四節 護病關係之探討	18
第五節 護理人員的死亡焦慮	26

第三章 研究方法

第一節 研究取向與解釋觀點	35
第二節 研究計畫與施行步驟	39
第三節 資料收集與分析	41
第四節 研究嚴謹度	43
第五節 研究倫理	46

第四章 感染科病房護理人員之邊界處境

第一節 感染科病房的成立	47
第二節 感染科病房的情境空間	56
第三節 瀕臨邊界處境的現身	71
第四節 瀕臨邊界處境下臨界經驗的遭逢	108
第五節 意外事件的衝擊	124

第五章 邊界處境下之照護歷程

第一節 戒慎恐懼期	133
第二節 融入期	145
第三節 跳脫期	167

第六章 研究結論、建議與反思

第一節 研究結論	181
第二節 研究建議	184
第三節 研究反思	186

參考資料

中文部份	189
翻譯書	195
英文部份	195

附錄

附錄一：訪談大綱	198
附錄二：訪談同意書	199
附錄三：錄音訪談紀錄表	202
附錄四：田野觀察日誌	203
附錄五：文本分析範例	204

圖目錄

圖一：主題分析的概念架構—詮釋循環	38
圖二：文本詮釋現象分析四個層次	39
圖三：感染科病房空間圖	57
圖四：感染科病房存在焦慮圖 I	95
圖五：瀕臨邊界處境形成圖	99
圖六：瀕臨邊界處境之臨界經驗遭逢圖	132
圖七：感染科病房存在焦慮圖 II	144
圖八：護理照護歷程圖	176
圖九：感染科病房護理人員之處境與照護歷程彙整圖	179

表目錄

表一：研究參與者資本資料	40
--------------	----

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景

每隔一段時間便有傳染性及致死率高的病毒盛行，從肆虐人類已超過五千年的肺結核，以及 1980 年延燒至今的愛滋病，和 2003 年造成全球恐慌的 SARS，到 2009 年 H1N1 新型流感的侵襲。由於每當一種傳染病的產生，其病種、傳染途徑、藥物治療、病程演進及併發症，在沒有良好的預防及特效藥物下，容易產生全球性的恐慌。在菌種或病毒不斷的突變下，醫療體系中的護理人員尤其為感染科病房的每一位護理人員均有接觸或直接照顧的機會。因此，她們是傳染性疾病流行現象下首先面臨衝擊的健康專業人員。

過去，也曾發生多件醫護人員感染到傳染病的報告，如 2003 年四月北部某醫院發生大規模院內員工感染肺結核病，及 2005 年南部某醫學中心八名醫護人員集體感染肺結核，經衛生單位確認為群聚感染事件，以及在 2009 年分別在台北及台南某教學醫院於 H1N1 流行期間發生院內感染群聚事件（施秀，2009）。並且，在健康照護人員感染肺結核的研究中發現，主要發生的年齡為 39 歲（含），顯著低於一般國人，而健康照護人員罹患的男女比率為 1：2，不同於一般國人罹患男女比率的 2：1。同時，據統計與病患面對面接觸的第一線健康照護工作人員感染肺結核率為一般國人的 1.3 倍（張雍敏等人，2008）。再者，對於意外遭受針扎的工作人員，被 B 型肝炎的帶原者針頭扎傷因而感染 B 型肝炎的機率為 2-40%，被 C 型肝炎帶原者針頭扎傷感染率為 1.2-10%，被 HIV 針頭扎傷感染率為 0.1-0.4%（李璧伊、黃建元、王建楠，2008）。由此可知，健康照護工作人員的危險性比一般國人高。也因此，醫護人員對於照護傳染性疾病的態度一直是許多學者關注的問題及研究方向。

目前在許多研究文獻上最常討論的傳染病為愛滋病、肺結核以及 2003 年造成

全球恐慌的SARS。在愛滋病方面，感染科病房的護理人員是照顧愛滋病患的第一線專業人員其壓力就普遍高於一般病房（曾慧頻、陳雪妹、董叢音、陳登翠，2007）。照護困境包括個案本身的人格特質、防禦性高、信任關係難以建立、難以照顧、其他醫療隊拒絕的態度、被病患恐嚇的威脅等（馮明珠、陳惇杰、林秋菊、施鐘卿、柯乃熒，2009）。而且，需面臨更大的挑戰就是害怕在工作中不小心被感染和將疾病傳染家人，以及認為愛滋病是一種恥辱的問題（蘇逸玲、盛文鴛、邱蘭芳、藍馬維琴，1992；Mullins, 1996）。在 Kerr & Horrocks (1990)、Mueller, Amundon & Waldron (1992)及 kempainen, Dubbert & Mcwillian (1996)的研究中發現，護理人員不願意照顧病患主要原因為對同性戀、靜脈毒癮的負面態度。Meisenherc & LaCharite (1989)認為擴大自覺愛滋病的威脅感，主要是來自於個人內在對愛滋病的詮釋（神祕、死亡、一種懲罰、與性相關的疾病），及錯誤的訊息，而非來自實際感染愛滋病風險的評估。然而，在盛行率高的肺結核方面，羅筱芬、邱豔芬、李茹萍（1999）研究指出78.3%的胸腔科受訪護理人員照顧肺結核時擔心會被傳染，也有75.8%的護理人員擔心自身被傳染後，會將病菌帶回給家人，導致照顧上的挫折，而降低照顧意願。在SARS方面，彭逸祺、蔡哲宏、林靜蘭（2004）研究指出，病患對於護理人員服務滿意度偏中下可能也因為SARS的致死率不斷攀高，使照護人員增加了不確定及威脅感，而產生負面的情緒。由此可知，傳染病會因為傳染途徑、盛行率及死亡率而對護理人員在照護上產生恐懼與害怕。

Chao, Gow, Akintola, 與 Pauly (2010) 的研究發現對教育工作者進行改善愛滋病的相關知識，可以減低對疾病污名化的現象。這些年來，政府、衛生單位以及醫療院所也一直很重視各類傳染病的防治之宣導，目的是希望透過對傳染病知識及防治教育以減少護理人員對疾病的威脅感及恐懼，同時在照顧病患時不會因為知識不足而產生負面態度，影響其照護品質。因此，在許多探討愛滋病及肺結核的文獻中得知，相關訊息越充分、認知越高、對臨床防護措施瞭解越高者，態度越正向且照顧意願也越高（羅筱芬等人，1999）。但是，許馨如（2006）研究

指出護理人員因為職業的關係，對於愛滋病的知識較為豐富，亦表現出比非護理人員較為正面的外顯態度，但卻因為接觸愛滋病導致被感染的風險性提高，所以內隱態度較為負面，故內隱與外顯態度不一致的情況較為嚴重。因為，護理人員在面對各類感染病患，即使擁有正確及正向的態度，而提高照護病患的意願，但仍需要承受照護風險不確定性等心理壓力。

從上述研究得知，過去國內許多有關護理人員照護 SARS、肺結核、愛滋病等感染性病患的態度、知識及壓力在量性為主的相關研究中，提供許多在照護愛滋病及肺結核等感染症患者的認知、態度、行為、壓力及影響護理人員照顧感染症病患的因素探討（于博芮、羅美芳、胡文郁、陳月枝、蘇玲華，1997；黃子庭、簡瓊惠，1995；張秋麗、鄒海月、任新菊，1999；羅筱芬等人，1999），但無法了解研究對象內在心理過程。之後，開始有以焦點團體的方式探討護理人員照護愛滋病及 SARS 之質性研究（柯乃熒等人，2002；蕭淑貞、賴倩瑜、楊麗瑟，1997；顧淑芳、蔣欣欣、劉盈君、楊美紅，2002；陳淑齡、黃玉萍、蔡淑芳、陳俊一，2005），更深入的揭露了護理人員照護的心理壓力及因應行為，但由於焦點團體仍不太容易開放地討論自己的感受，而缺乏個人對整個照護之心路歷程及現象的探究。於是，馮明珠等人（2009）以現象學之研究法，探討護理人員照顧愛滋癩病患的經驗，更深入的探討及了解到護理人員的困境、感受與需求。並且，在所有研究中皆呈現出護理人員擔心感染的恐懼與害怕。但是，護理人員處於隔離處境中，暴露在具有風險的環境下，她們的死亡態度為何？以及她們是如何開展護理關懷行為，這是目前研究所缺乏探究的部分。再者，尚未有研究探討感染科護理人員的死亡焦慮，而這將如何影響隔離單位護理人員的處境，以及面對傳染病患的態度？並且，過去研究多屬特定某些傳染疾病，而感染科病房的護理人員，面對的是各式各樣的傳染病疾病，在護理人員的經驗中，會因為照顧不同屬性的患者，已有同化或類化的可能，而呈現出普遍的照護模式，因此照護經驗的感受是複雜的，已無法被細分。

因此，本研究將使用詮釋現象學研究法為指引，透過醫療田野參與觀察與深

度訪談蒐集資料，欲藉由描述感染科病房的情境空間，繼而探討護理人員的照護處境，並了解她們的死亡焦慮及在這個處境下所呈現出來的存有現象，以及在照護感染病患的每個階段歷程的因應與護病關係。期望透過了解他人共同及特殊處境，可以幫助初期處於渾頓不明狀態的護理人員了解自身所處狀態，不會因為自身狀態與他人相異而急於超越或自我挫敗產生無力感，甚至自覺不適任而提早面臨浩劫的危機，以期望更加了解及覺察自己的處境，並得知護理人員如何因應，以促進日後臨床之反思。

第二節 研究議題設立

感染科病房的護理人員所面臨的壓力將不同於其他病房，如一般內外科病房、急診、安寧病房、加護病房等特殊單位，需頻繁的面臨病患瀕死或死亡衝擊的壓力，而是擔心照顧患者過程中自身被感染的死亡恐懼、害怕將病毒散佈給親友，以及護理人員自身因道德價值信念在照護過程中產生內外在不一致的心理衝突。並且，隔離環境與護理人員的壓力將影響與患者的互動，此互動過程將會影響病患自身對疾病的看法，及護理人員對患者及照護的態度，而再度使護病關係產生質變。護理人員就在這個過程中不斷的往返、重新自我詮釋其當下的意義，繼而達到因應，乃至於超越，而成為一個有別於其他單位的照護歷程。

本研究試圖將感染科病房護理人員照護傳染疾病的經驗放在整個感染科病房的整體照護經驗去探討，期望將照護經驗藉由放置在現象脈絡下去觀看護理人員在整體處境中的感受與想法，以深入了解感染科病房護理人員照護歷程中可能會面臨階段性的壓力，及置身處境下引發之死亡焦慮與其如何影響護病關係，並探討護理人員如何回應、並轉化自身的壓力，讓存有狀態達到不同的質變，也讓關懷由自身轉向他人（病患）。

第三節 研究目的

基於上述之研究議題，研究者希望透過醫療田野觀察及深度訪談了解感染科護理人員的置身處境及其處境下之護病關係，希望藉由此研究讓感染科護理人員了解自身的因應歷程，提供日後護理人員照護感染症患者之經驗及參考以增加臨床反思。

本研究之研究目的如下：

1. 瞭解感染科護理人員之置身處境。
2. 瞭解感染科護理人員自身之死亡焦慮。
3. 瞭解感染科護理人員照顧感染症病患之壓力及其因應方式。
4. 瞭解感染科護理人員置身處境下，照護感染症病患之照護歷程。
5. 瞭解感染科護理人員照護歷程中之護病關係及關懷行爲。

第四節 研究問題

基於上述之研究目的，本研究之研究問題如下：

1. 感染科病房之情境空間設立的背後意涵為何？
2. 感染科病房護理人員之壓力為何？
3. 感染科病房護理人員其死亡焦慮為何？其死亡焦慮下之存有狀態為何？
4. 感染科病房護理人員遭逢邊界處境時，其存有狀態為何？
5. 感染科病房護理人員在此處境下其因應之階段性轉變為何？
6. 在此護理歷程中，每個階段與患者的護病關係及關懷行爲為何？

第五節 名詞界定

- 一、 感染科護理人員 (Infectious Ward nurses)：為從事感染科病房的照護工作，陸續接受及具有關各類傳染疾病教育訓練課程及證書之專業護理人員。
- 二、 死亡焦慮 (Death anxiety)：張利中、林志龍、洪栩詳 (2000) 研究指出，死亡焦慮是因著死亡及死亡狀態的預期所產生的緊張害怕狀態，同時也是對於人生中有許多未完成的事業所帶來的遺憾狀態，便容易感受到死亡焦慮。Neimeyer & Brunt (1995) 的指出：死亡焦慮包含了對於死亡本身的恐懼、對於死亡過程之可能的苦痛、無尊嚴的恐懼、對於死後所將面臨情境之恐懼 (如審判，以及非存有的焦慮。Neimeyer(1997) 認為死亡焦慮可以涵括更多的內容，對死亡的恐懼可以涵括在死亡焦慮中。因此，本研究所指的死亡焦慮採用了這樣的概念，將「死亡焦慮」定義為廣義的死亡焦慮，將死亡恐懼、死亡威脅等因死亡引起相關的焦慮情緒接納入。
- 三、 邊界處境 (limited situation)：Heidegger 所謂『邊界處境』是一種迫使人面對自己在世上存在「處境」的事件，一種急迫的經驗 (陳家映、王慶節譯，2002)。在這些急迫性的經驗中，後來雅斯培將之稱為「邊界」、「邊際」、「難以忍受」的處境。Yalom (2003) 指出死亡是人類最孤寂的經驗，同時也是一種能引發人注意存有狀態的經驗，因為死亡在一般人的觀念裡，往往代表著一種終極、不可逆轉的邊界境況，是一種令人震驚的「急迫經驗」。在本研究之邊界處境涵蓋上述觀點，亦指意外事件、病患或親友死亡所帶來難以忍受之處境經驗，引發對自身存有狀態注意。

第二章 文獻探討

我們身處在一個科技發達的時代，人類不斷的在進步，病毒及細菌似乎也趕上突變的列車，朝我們前進，而感染科護理人員是感受最深的一群。尤其經歷過 SARS 之後，讓護理人員重新思索她們的處境及因應方式。因此，本研究為探討感染科病房護理人員之處境、死亡焦慮，及其如何發展護病關係之照護歷程。以下將探討感染症種類與罹病患者之感受、傳染病的控制、護理人員在具感染性的單位普遍之壓力及因應，以及一般的護病關係和所謂關懷的定義，並針對感染科護理人員的死亡焦慮及存有狀態來探討，以利進一步探究感染科病房護理人員的處境、壓力及照護歷程。

第一節 感染症種類與罹病患者之感受

本研究之感染科病房及住院病患種類為感染症患者，在感染症中包括具傳染病的疾病，並本節將對感染症、傳染病的種類，以及針對罹患感染症患者之感受探討如下。

壹、 感染症

所謂之感染症是指侵入到體內的微生物對宿主引起機能障礙或組織傷害的病態（周振英，2002）。本研究單位常見感染疾病為上呼吸道感染、肺實質感染症、下泌尿道感染、性感染症、骨感染症、創傷感染症、菌血症、耳感染症、肌肉感染症、蜂窩性組織炎、靜脈炎、腸胃道炎等。

貳、 傳染病

傳染病是一種傳染病菌或其毒素物引起的疾病。傳染病（致病菌）可以直接由以傳染的人、動物或經由中間宿主（病媒）、汙染之牛乳或水源等無生命的環境，而傳染到易感的人（宿主）（黃經，1994）。傳染源的宿主，分為有生命體和無生命體，有生命體包括：人、動物和昆蟲；無生命體包括：水、土壤、環境物質、醫療設備（靜脈注射、尿液收集設備等）。可窩藏病原體的地方（傳染窩）極為廣泛，包括人體、動物、昆蟲、水、土壤、食物、植物和被病患汙染的東西，如棉被或床單等。病原體從這些傳染窩達到宿主體內的途徑很多，一般的傳染過程是病原體直接或間接的由已感染的人、動物或經由中間動物宿主（病媒）、汙染之牛乳或水源等無生命的環境，傳染給易感染的人（宿主）（李和惠等人，2004）。

由於已知傳染性疾病中，部分可對人類造成重度傷害，或是可能引發大流行，在相關法律下，中央主管機關依致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低分類之疾病分為五類（第 3 條），並將感染傳染病病原體之人及疑似感染傳染病之病患，均視同傳染病病患，而適用本法之規定。下列傳染病分類，業經行政院衛生署公告自 98 年 6 月 19 日生效在案（疾病管制局，2010 年 9 月 11 日）：

- 一、第一類傳染病：天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群、狂犬病、炭疽病、H5N1 流感等。
- 二、第二類傳染病：白喉、傷寒、登革熱、流行性腦脊髓膜炎、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、漢他病毒肺症候群、霍亂、德國麻疹、多重抗藥性結核病、流行性斑疹傷寒、西尼羅熱、急性力肢體麻痺、屈公病、登革熱、登格出血熱。
- 三、第三類傳染病：HIV 感染(含母子垂直感染疑似個案)、後天免疫缺乏症候群、結核病、漢生病、百日咳、破傷風、急性病毒性 B 型肝炎、急性病毒性 C 型肝炎、急性病毒性 D 型肝炎、急性病毒性 E 型肝炎、流行性腮腺炎、梅毒、淋病、侵襲性 B 型嗜血桿菌感染症、退伍軍人病、先天性德國麻疹

症候群、新生兒破傷風、腸病毒感染併發重症、日本腦炎、急性病毒性肝炎未定型等。

四、第四類傳染病：指前三款外，經由中央主管機關認有監視疫情發生或施行防治必要之已傳染病或症候群。如：肉毒桿菌中毒、庫賈氏病、鉤端螺旋體病、萊姆病、類鼻疽、貓抓病、Q熱、地方性斑疹傷寒、水痘、恙蟲病、流感併發重症、兔熱病、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、疱疹 B 病毒感染症、弓形蟲感染症、NDM-1 腸道菌感染症。

五、第五類傳染病：指前四款外，經由中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成影響，有依本法建立防治對策或準備計畫必要之興新傳染病或症候群。如：黃熱病、伊波拉病毒出血熱、拉薩熱、馬堡病毒出血熱、裂谷熱。

參、 傳染病對患者的感受及影響

疾病乃指一個人生病了或健康狀態有所偏向，而疾病的意義較病症廣泛。病症（disease）乃指一個人的生物或心理層面的改變，例如糖尿病或肝炎，導致身體某個器官或系統功能異常。病症通常是用以描述生物醫療（biomedical）的狀況，其表達方式是臨床表徵，例如體溫升高或無法移動。疾病（illness）的概念包括案主對身體的不再安寧美滿，所源生的種種的感知與反應（胡月娟等人，1997）。

胡文郁（2003）在其健康與疾病之心理與社會文化層面一文指出患者內心感受分五個層面觀點，依序為：一、生物觀點；二、心理觀點；三、社會觀點；四、文化觀點。五、靈性觀點等。而感染者有由於獨特的經濟、文化和社會因素影響，愛滋病感染者的個人經驗在 Shao et al.（2010）的研究發現有五種類別：一、家庭經濟狀況的惡化；二、傳統鄉村文化深遠的影響；三、以家庭作為生存的動力；四、一個家庭的責任意識增強；五、戲劇性的心理變化。因此，基於健康與疾病之心理與社會文化層面並結合許多特殊傳染性疾病患者的心理觀點研究中發現，當患者罹患感染症或具傳染性疾病時，會出現以下幾種情緒、行為及議題：

（一）情緒：感染症患者擔心疾病對交友、事業、身體外觀的影響，導致社交

上受拒絕、排斥、疏離；在病程上呈現生氣、無望感、焦慮、無助、害怕，面對無法揭露的壓力時，會產生隱瞞的罪惡感（賴雅惠、徐惠禎，2005），再者因疾病所造成的隔離，常讓病患感到缺乏歸屬與被遺棄的孤獨感、害怕被遺棄、焦慮（夢家如、J. J. Meng，1999），且出現希望與家屬親近卻又擔心將疾病傳染給家人的典型矛盾、自責、內疚與不安（邱飄逸、郭素娥，2001；黃月嬌、張瑛瑛、丁秀子、莊寶玉、陳美玉，2003）。

（二）行爲：感染症患者在消極的行爲上呈現拒絕任意進出及家屬陪伴、探視（彭逸祺等人，2004），溝通減少導致人際網絡缺乏而引起社會疏離（游秋生，2002），失眠、口頭表示不安（賴雅惠、徐惠禎，2005）。有潛在性的自我傷害的危機，在愛滋病患心理歷程研究中指出，病患甚至會出現自殺意圖（夢家如、J. J. Meng 1999）。在態度上選擇逃避，嘗試不想自己的疾病，及拒絕談論疾病（邱飄逸，2001），以及抱怨、否認、壓抑、不配合隔離防護措施（黃月嬌等人，2003）。

（三）面對死亡的焦慮：在 Yablonsky 文章中用「達摩克里茲的刀（the sword of Damocles）」形容愛滋病對感染者的威脅，就像是在頭上放上一把用細線釣的刀。感染者時時都在面對死亡的威脅，尤其是同為感染者的室友因病過世時，既存在焦慮，也存在著惋惜（徐森杰、蔡春美、吳就君，2003）。除了對死亡焦慮之外，對未來及疾病病程的不確定性，及無法掌控伴隨著無力感是許多感染者的感受（邱飄逸，2001；徐森杰等人，2003）。

（四）感染者深受社會烙印與歧視的影響：感染者不知如何告訴他人自己的感染者身分，所以，在得知自己感染後，多半選擇不告訴他人，尤其是家人，而成爲感染者的困境之一（徐森杰等人，2003；邱飄逸等人，2004）。

（五）面對「隔離」而造成的污名化的負面感受：隔離被認爲是有效的措施理論根據是，透過隔離可以保護病患的安全，使病患免於被傷害或傷害他人，但是隔離往往會造成病患的負面情緒。有研究發現，SARS 隔離病患與愛滋病病患被污名化過程的不同處爲：不論是否已被診斷爲疑似或可能個案，「隔離」本身已然造成因發燒而隔離看診病患被污名化的感受。而高雄醫學大學鄭夙芬教授指出，

隔離的處理已傾向罰責與污名化，也由此可瞭解社會的污名化反應在 SARS 疫情爆發期間，所造成人際間的猜忌與疏離，其已形成因罹患感染症而需隔離病患身心的雙重壓力（彭逸祺等人，2004）。

由上所述得知，傳染疾病對患者的個人生理、心理系統會帶來程度不一的衝擊，傳染途徑的種類也影響著人們看待疾病的態度。不幸受感的患者，除了要面臨自身的死亡威脅、疾病的不確定感，及疾病是否影響他人的複雜情緒外，隔離的措施無疑將病者與他人阻隔，那份疏離及被遺棄感油然而生。因此，疾病對病患的身心衝擊是無法言喻的，尤其是被社會貼上標籤的傳染病患者。而在感染科病房這個場域的護理人員，如何藉由貼近病患的心，體會患者的感受，繼而發展出關懷行爲，將是本研究欲探討之方向之一。

第二節 傳染病的控制

病患一旦被懷疑或確定爲具有傳染性之疾病，便須入院治療，入院後藉由一連串傳染病的控制及空間上的規劃以防止傳染病的散播。本節將探討傳染病的防護措施，包含不同傳染病的防護方式以及空間上的規劃。

壹、 傳染病控制

一、 隔離措施及護理注意事項

隔離的目的在預防傳染病病原體的傳播，並保護病患、醫療工作人員和訪客免於受感染，即防止病原體由已感染的人傳染到未感染的人。依感染途徑所採之隔離措施如下（李和惠等，2004；賴玫娟，2003）：（一）絕對隔離（strict isolation）：適用於傳染性強或傳染途徑不明的疾病所採取的措施。如霍亂、鼠疫等。（二）接觸隔離（contact isolation）：防止病原體經由直接接觸皮膚或黏膜而

傳染所採取的措施。如，狂犬病、疥瘡、MRSA。應注意：不同傳染性病患要分開收住，不得接觸其他人；執行必要時要穿隔離衣。(三) 呼吸道隔離 (respiratory isolation)：目的預防以短距離空氣的傳染。接近病患時要戴口罩、入住呼吸道隔離病房，病患到其他科室要戴口罩。(四) 結核病隔離 (tuberculosis isolation)：開放性肺結核菌入侵人體呼吸道的傳染病隔離方法。接近病患時應戴 N95 口罩，病患到其他科室需帶 N95，呼吸道分泌物消毒後才可到入衛生用下水道或焚毀。(五) 腸道隔離 (enteric isolation)：病原體通過污染食物、餐具、手及水源，經由糞口引起傳播的病症。(六) 引流液及分泌物的防護 (drainage and secretion precautions)：目的避免直接或間接接觸傷口分泌物及引流液而傳染。(七) 血液和體液的防護措施 (blood and fluid precautions)：適用於病原體透過血液、體液(引流物、分泌物) 等傳播出去的隔離方法。如：B、C 型肝炎、梅毒及人類後天免疫缺乏症候群。接觸病患血液、體液應戴手套。注意：注射器、針頭、侵入性導管均不回收，以防針扎。(八) 保護性隔離 (protective isolation) 又稱反向隔離，適用於抵抗力較弱的病患，將致病菌阻於病室外所採用的隔離方法。

二、標準的防護措施

其分為：標準隔離，如：洗手、手套、隔離衣、口罩、眼罩或面罩、預防針扎；空氣傳播隔離，如：口罩、負壓病房、單獨房間及易被汙染時需要手套及隔離衣；接觸隔離，如：隔離衣、單獨病房；飛沫隔離，如：負壓病房、單獨房間、近距離時需要口罩，及易被汙染時需要手套及隔離衣。

貳、空間情境的控制

控制情境，這意指控制身體或控制了空間的任何一者，亦或控制了情境本身。而所謂的控制，意味著某種體現交錯的力量促使身體與空間之間的渥持招引能遵循著所期待的狀態進行。最典型以空間控制情境的例子茲以傅寇在《規訓與懲罰：監獄的誕生》(Michel Foucault, 1992)，它是 18 世紀裡存在著一個權

力體現的典範--圓形監獄，這個監獄中，大中庭、高塔立於中庭、圍繞中庭的牢房，它們之間的空間組織關係建立了基本的控制關係，可見的空間封閉形式來控制情境。牢房內採光用的窗戶，提供充分的光線，促使被監禁者處於「可見的」狀態；另一扇窗開向高塔，由於順著光線投射的方向，監視者可以從瞭望塔觀察囚室裡被囚禁者的小人影，而被囚禁者因逆光效果的關係，無法清楚看到監視者，高塔空間的不可見性成爲一種被監禁者秩序的控制。此例展現了一種藉由空間的控制來規範或限制身體，這種封閉的、被割裂的空間，處處受到監視，每個人都被鑲在固定的位置上。對傅寇而言，圓形監獄它是一種實踐層次上趨向目的的策略，圓形監獄不指涉任何事物，它也沒有任何深層或隱藏的特殊意義。它的功能是加強控制，它所有的形式、物質性、所有的面向，一直細到最微小的細節，均在詮釋此功能，控制秩序的功能就在清理各種混亂，藉助一種無所不在、無所不知的權利，規定了每個人的位置、肉體、病情、死亡和幸福。而一切執行對個人控制的權力機構都按照雙重模式運作，都根據二元劃分論（危險/無害、正常/異常）和貼標籤的雙重模式，透過空間切割的藝術及恰當的活動控制執行個別的控制功能（黃光國，2001）。

再者，空間絕不是一個價值中立的存在或人們活動的背景，它一方面滿足人類的遮蔽、安全與舒適的需求，一方面更展現了人們在某時某地的社會文化價值與心理認同。而我們的建築空間的生產離不開背後權力運作，具體存在的空間形塑了我們的社會關係，利用空間來控制弱勢族群的活動及成長空間（畢恆達，2007）。

在一般社會認知下，傳染病經常是被視爲不名譽或被汙名化的疾病，目前已經知道它的傳染途徑，因此，可以藉由藥物及空間上的隔離來堵絕疾病的散播。但是，這些防止散播的方式（隔離）無形中將健康與疾病、正常與異常劃了一道分水嶺，而病患在醫療處境中藉由空間的規範及行動的限制，無形中便成爲「控制」疫情或方便管理的方式。所以，感染單位的空間規畫也呈現出醫療處境之下病患與感染控制體制之下特殊的關係，顯示被隔離者受到一種權力局勢所制約。

而護理人員將如何在這樣控制傳染病的隔離處境之中，展現關懷的照護行爲，以及是什麼形成了感染科病房隔離情境空間的心理基礎，這一切空間規劃背後的涵意爲何爲是過去研究傳染病照護經驗中所未涉及的部份，也將是本研究欲探究的主題之一。

第三節 感染科病房護理人員的壓力

每個科別由於專業性不同，導致護理人員所呈現出來的壓力也不盡相同，而感染科病房護理人員的壓力及因應方法爲何？本節將從壓力的定義、工作壓力，逐步探討感染科病房普遍的壓力以及因應方式。

壹、 壓力的定義

研究壓力的專家雪萊（Hans Selye）認爲所謂壓力就是當一個事件（或是外界的一種刺激）使一個人產生不同於平常的行爲反應，這時個人會覺得自己的生命似乎受到威脅，因此必須決定面對這樣的刺激（事件）的方式是要攻擊或逃跑（fight or flight），而這事件或刺激對個人帶來了一種壓力。萊斯（Rice）認爲壓力指的是因環境、情境、或個人壓力（pressure）與要求造成的一種生理、心理或情緒上的緊張狀態或負擔（蔡秀玲、楊智馨，1999）。在心理學上所研究的壓力是指，刺激與反應的交互關係：個體對環境中具有威脅性刺激，經認知其性質後所表現的反應（張春興，1991）。Ivancevich & Mattson(1980)相信壓力爲一種適應的反應，是外界的動作、情況及事件對個人產生特殊或心理的要求而造成的結果的；Smith(1993)則說壓力是使個體不能適切予以反應，或須花費很大的努力方得予以反應的一種行動或情況。

貳、 工作壓力

蘭采風（2000）指出工作壓力的來源及定義十分複雜，因為很明顯的，它是指在工作上之外，尚須加入個人特質及個人工作場所（環境）等因素，方能對職業壓力有初步的了解。某些壓力來源是直接隱藏（內含）於工作本身，有些與工作者在組織內的角色有關，有些則與生涯發展與工作人際關係及組織文化或結構有關。而黃惠惠（2002）將壓力來源之因子分為：1.自然環境的壓力，如颱風、地震、人力較無法或不易改變或掌控的；2.微生物方面的壓力因子，如細菌、病毒；3.社會文化/心理方面的壓力因子；4.日常生活煩瑣之事；5.生活事件與變動等，認為是引發壓力反應的重要因素。

參、 護理專業之照顧壓力

由上述得知工作壓力的來源因子，而在醫療場域中，醫院一向被公認為最複雜的社會組織，因此健康照顧者工作壓力的研究逐漸受到重視，許多研究護理工作壓力因子分別為：工作環境為設備老舊或不足、淺在危機環境（竇秀花、許佩蓉、李世代，2005），護理人力不足、低道德的工作環境，使護理人員產生疲憊（劉雅慧、劉偉文，2009）。在手術室中，為接觸病患血液、體液及怕被尖銳物刺傷如：針扎，以及接觸 X-Ray 輻射線（黃瑞珍等人，2001）。工作本身方面，為病患疾病的變化、工作負荷（蔡麗雲、李英芬，2003）。行政上為組織角色、與同僚之間的配合及行政管理不易。在人際關係方面是，團隊溝通、易與其他同事爭吵、責備同事或上司、陰沉、難以溝通、難以接受他人的意見等。在知識技巧上，醫療體系的快速變遷，護病關係日趨複雜及各種科技與醫療的結合，致使無法提供相關知識，滿足病患需求（顧淑芳，2002）。

肆、 感染科病房護理人員之壓力

由於台灣的醫療及公共衛生相當進步，過去大家曾經將注意力放在十大死亡原因及慢性病上，如癌症、心血管疾病，而傳染病彷彿是上世紀的事，直到 2003

年的 SARS 醫療人員陷入苦戰，護理人員折損造成史無前例的震撼。而感染科護理人員又是置身於肉搏戰的第一線，因此風險及壓力都極高（周傳姜，2004）。

綜合上述學者文獻，得知護理工作壓力，包括工作環境、工作本身、行政管理、人際關係、知識技巧。而感染科病房的護理人員除了可能擁有護理人員普遍的壓力源之外，由於他們照顧的部份是傳染疾病的患者，因此他們與其他單位護理人員照顧患者上有著特殊不同的壓力，如照顧經驗及對疾病的認知不足，在照顧特殊感染症病患經驗有限，對於瞬息萬變的臨床狀況與病患的需求，常常面臨不知如何處理的困難（柯乃熒等人，2002；顧淑芳等人，2002）。以及對感染病患溝通技巧的能力不足，如愛滋病異於其他各種疾病，不易被人所接受，病患本身及照顧的工作人員都不自在、不自然，且不知如何處理感染症病患的心理與情緒問題，及與病患溝通（蕭淑貞等人，1997），溝通上也擔心病患被傷害（顧淑芳等人，2002；羅筱芬等人，1999；郭錦暖、李碧娥、李秀現，2005；同時，要面對環境及醫療器材的不熟悉，如擔心被針扎，受到感染（蕭淑貞等人，1997），以及害怕在非預期的情況下被感染（柯乃熒等人，2002；顧淑芳等人，2002；丁至音、涂醒哲，2004），和擔憂被傳染後，會將病菌帶回家傳染給家人（黃子庭、簡瓊惠 1995；鐘鳳驕、周鳳珍，2007）。並且，由於社會並沒有給照顧感染症患者的工作人員足夠的鼓勵與支持（蘇逸玲等人，1992）。因此，護理人員需面對職業烙印的無奈，在 SARS 期間醫院工作的醫療人員被社會大眾認為是高度危險的職業，家人也因為家中有護理人員而被貼上標籤，此種護理工作的污名化是前所未有的（郭錦暖等人，2005）。在照顧感染症病患（如 AIDS）的工作人員中，有些家人得知自己的子女在照顧此類病患時，往往持反對的意見，並要求調往其他單位，甚至離職。有的被男友或女友得知，而減少彼此間的來往或分手等等的事實（羅筱芬等人，1999；顧淑芳等人，2002；郭錦暖等人，2005）。在醫療場域中，護理人員還得面對其他醫療團隊的排斥與孤立，心裡感受到萬般委屈與挫折，甚至醫療團隊成員不願意協同治療或是照顧特殊感染患者使護理人員產生無助感，以及因為照顧感染症而引起的疲乏及面臨病患對死亡的恐懼而束手無策

(蘇逸玲等人, 1992) 和面對病患自殺產生的無力感(顧淑芳等人, 2002)。同時。在具有受感風險的場域中, 護理人員自身隨時可能被隔離或殉職, 假設真的被隔離時, 受傳染的機會會相對提高, 有些護理人員會與家人討論預立遺囑(郭錦暖等人, 2005)。除此之外, 媒體的宣染會增加了人們對疾病的恐慌與壓力(黃子庭、簡瓊惠, 1995; 蕭淑貞等人, 1997)。

伍、 護理人員的壓力因應

因應行為是個體面臨威脅時所採取的措施, 用以減輕其所感受到的壓力。而因應過程是一動態的過程, 非單一的活動, 經由一再的評估、執行及修正, 而達到適應的狀態(Miller, 1983; Lazarus & Folkman, 1984)。因應的功能包含了處理問題及調節情緒兩方面, 處理問題是爲了改變處境而直接行動, 調節情緒是爲了舒解壓力而使用心理防禦機轉來使自己感到舒服, 但不能改變事實。在影響因應行為的因素包括: (一) 個人特質。(二) 環境因素。(三) 壓力源(陳淑齡、黃玉萍、蔡淑芳、陳俊一, 2005)。

由感染科護理人員的壓力文獻綜合得知, 感染科護理人員的壓力與其他單位最大的殊相爲, 擔心危及自身及家人的安危, 以及有如同於傳染病患者受污名的壓力。而他們在這樣的處境中如何因應呢? Sherman(2000)訪談在傳染性病房工作的護理人員, 其表示會利用調適壓力的策略, 如平衡個人與專業的生活、控制情感及尋求協助來因應在感染性病房工作的壓力。Bennett(1998)認爲害怕感染是個人面對壓力源時的一種因應的行為, 如與病患保持距離、過度使用防護措施、不關心他人的權利及口頭表示害怕(引自陳淑齡等人, 2005)。郭錦暖(2005)研究急診護理人員對於 SARS 期間因應行為包括: (一) 自我調適: 藉由外在行為調適內在壓力, 如注重睡眠及運動; (二) 感受家人與同事的支持; (三) 增進 SARS 的相關知識。在陳玉黛、林佩芬(2004)研究護理人員照護疑似 SARS 病嬰之因應行為爲: (一) 保持互動距離: 不僅與病嬰保持距離, 也會害怕家人受到感染, 在交談中會保持距離, 並增強健康習慣; (二) 制定照護流程: 擔心同

事如同自己初次面對時一樣不知所措，所以將自己的經驗及問題記錄下來，制定一套流程，讓其他同仁有所依循；(三) 抑制生理需求：減少喝水以降低如廁次數，藉以保持體力來調適穿戴厚重防護衣的不適；(四) 阻隔具壓力的訊息人物：避開不看媒體報導。顧淑芳等人（2002）研究照顧感染症病病患如愛滋病患時，護理人員的因應行為包括：逃避、不願多提、認份與認命、自責或責怪他人、將責任歸於他人、尋求資源與支持、面對生活上的體悟。

綜合上述文獻中得知，護理人員所承受的壓力，除擔心自身及家人安危之外，面對社會大眾及醫療團隊的排斥、孤立與傳染病患者的處境是相似的經驗。在照顧 AIDS、TB 及 SARS 的因應方式分別有增進知識、促進健康、尋求家人支持，以及靠自我在環境中的控制，如互動距離的拿捏、活動流程的規劃，乃至於負向的逃避及正面的體悟與超越等皆是護理人員在照護經驗中他們為因應壓力所發展出來的方式。在感染科病房護理人員的照護歷程中，本研究將本著現象學之概念，探討其因應背後之心理基礎，而其心理基礎將與個人經驗，以及感染科病房護理人員的護理經驗如何形成獨特的因應方式，將為本研究目的之一。

第四節 護病關係之探討

護理的核心本質是關懷，它必須透過護病關係開展出來，在感染科病房中除了感染症之外，也有諸如肺結核、疥瘡及愛滋病等具傳染性疾病的患者。而從上述感染科病房護理人員的壓力得知，害怕被感染是他們普遍的壓力。因此，在可能危害自身安全的工作環境中，以及隔離空間裡如何開展好的護病關係為本研究的主要動機之一。故本節將就護理的關懷、護病關係及陪病模式，以及何謂好的護理探討如下。

壹、 關懷的定義

愛人的意思是主動關懷他人的生活和成長；對他人的生理及心理需求有反應；會尊重他人的獨特性；看見對方的本來樣貌；爲此人著想而不是爲自己的目的。可是，如果不深入的了解別人，就不可能徹底尊重他，佛洛姆認爲只有超越自己的需要，依對方的情形來看待他人，才可能真正了解他人，人必須以傾聽和同理的感受（也就是必須熟悉別人的幽密世界），才能進入別人的生活，了解別人的意義跟經驗（Yalom, 2003）。

關懷（caring）常與照顧（care）（一詞合用，曾以名詞、動詞、形容詞或副詞解釋「關懷」一詞。中國辭典對關懷解釋爲：全心關注、掛念、愛心、關切、重視與協助等。其基本元素爲尊重(Respect)、關注(Concern)、問題解決(Problem Solving)（李選，2009）。護理作爲一種專業在「生命關懷」的意義也已全面介入護理的專業照顧之際，諸多有關護理論述的議題，對此一與專業性須與不可分離的倫理講題，實不能不細究「關懷」(caring)的深義。葉海煙（2006）指出在二十世紀九0年代 Morse 等人的一項調查研究中發現；「關懷」是至少有五種切入點，也就是五個基本的範疇：（一）關懷是一種人類特質。（二）關懷是一種道德命涵或理想。（三）關懷是一種情感。（四）關懷是一種人際關係。（五）關懷是一種治療性介入。關懷作爲一種能力乃人人生而有之，而它乃因此具有道德(morality)之屬性，由於護理專業之履踐自始至終皆在關懷者(護理專業人員)與被關懷者(急需醫治照顧之病患)之間。

Morse（1991）更將 caring 分爲熱忱（Compassion）、能力（Competence）、信心（Confidence）、良知（Conscious）、承諾（Commitment）。Nodding 認爲人存在於關係中，無法逃於關係之外，而理想的人際關係即爲關懷關係，Nodding 所重視的關懷情感與關係，主要存在於關懷者與被關懷者的關係之中，關懷是一種關係中對人全心投入關注的行動，而關懷的關係即是關懷情感實現的場域。人在關懷的關係中，才能自由的存在，也才能承擔責任（游惠瑜，2009）。

貳、 關懷照護行爲

Waston(1985)，將關懷行爲區分爲了兩大類用語言及非語言表達對病患的關心，滿足其身心需求：1.表達性活動，意旨情感性的支持；2.操作性活動，亦指實際操作的護理行爲，以協助病患增進健康或解決問題。如身體導向的活動、認知導向的活動。Swanson 女士曾以哲學、文化、護理與疾病等不同的觀點發展「關懷照顧模式」，認爲此爲一種與他人價值觀互動的照護方式，它讓個體感受到委託與責任。將關懷照護分爲五項步驟：了解、陪伴與分享、提供與執行實際服務（如舒適臥位、身體清潔，保護不受外界感染及受傷）、賦予能力（強化其自主性，度過危機，學習自我照顧的技巧）、維持信念(不因愛滋病或吸毒等而有所改變，仍尊重個案視爲「人」)既而達到關懷行爲。Roach(1984)的關懷概念，提出照護是人類生存的模式，以護理是助人的觀點而言，關懷照護在護理中就需具備有五大特性，分別是：1.悲天憫人（compassion）：擁有柔軟與愛心；2.能力（competence）：具備各種專業的能力及技巧、社會資源、溝通協調能力；3.信賴（confidence）：能夠降低防禦，有助於關懷的建立；4.良心（conscience）；5.承諾（commitment）：絕非直覺反應，代表深思熟慮過後，不會因外在環境而變卦（引自李選，2009）。

關懷照護的本質，國內學者胡月娟在分析 324 爲護理學生的描述，關懷行爲分爲（一）奉獻自我；（二）適時提供病患心理的慰藉與支持；（三）適時滿足病患的身體舒適與安全感的需求（湯美霞，2001）。海德格認爲，積極關懷別人有兩種方式。第一種是以往後看的方式，了解他與當時世界的關係，幫他把困難解決，屬於體貼型，但是這會剝奪別人本真的存在，讓他不能了解自己的存有。第二種是寬容型，我們跳到他的前面去，把存有還給他，讓他了解他自己的存有（陳榮華，2006）。

參、 護病關係的模式

護病關係，是一種具有治療性功能的專業關係，是能促進療癒並培養健康生活的溫床，如同母親的子宮孕育著胎兒的生命，夠好的母親護衛著嬰兒的成長，人在這樣的關係中，可以邁向健康的方向成長。它也是一種行為經驗，每一個關係中的成員，彼此對待的方式都是視對方為「人」而非「物」，彼此是「我-汝 (I-Thou)」的關係，真實的注視對方，真實的給予反應。對於病患的痛苦是無法視而不見的，護理人員放下醫療專業的角色，就有了接近病患的可能。病患的痛苦不只是病患的，在「關係」中，面對病患的病苦，我們已經有無法迴避的責任。莫影慰（2003）認為此種的責任已經不再是社會倫理在道德上的責任，而是一種存在性的責任，我們對於病患的責任不是要為他做些什麼，而是對於彼此已經在關係之中的「共在處境」裡加以承應。人性化照顧奠基於這種互為主體的護病關係（蔣欣欣，2008）。

Yalom（2003）存在心理分析提到「我-汝」的經驗模式就是「對話」，不論是靜默或交談的會話，「每一個參與者心中都有他人的特殊存有，轉向對方。意圖在自己與他人建立一種活生生的相互關係」。對話只是單純的將存有轉向對方。但是，當轉移他者的情形，稱為「反映」（reflexion），在反映中，不只「關心自己」，更重要的是會忘記他者的特殊存有。但是，布伯強調「我-汝」的理想是必須努力的，但只見於稀有的片刻。人基本上必須活在「我-它」的世界；僅僅活在「我-汝」世界，會使自己在「汝」的火焰中燃燒殆盡。「我-它」世界是我們必須活在其中的世界，也是我們能舒適生活的世界…「我-汝」的瞬間是奇怪的抒情。激烈的插曲。它的魅力可能很誘人，卻會把我們推向危險的極端…人無法活在純粹當下，也就是「我-汝」，它會殆盡我們…這是嚴肅的真理：沒有「我-汝」關係人類無法或下去；可是只在「我-汝」關係中的話也絕非人類。這種平衡的訴求使我們聯想到希勒爾（Rabbi-Hillel）著名的格言：「如果我不是為我自己，誰會為我呢？如果我只為我自己，那我算什麼？」布伯主張，人類沒有「我」，而是「而是中間狀態的生物」。

在一些護病關係的研究中，Morse（1991）發現有四種護病關係，包括：一、臨床性關係（A clinical relationship）—彼此間屬於較輕微、短暫的關係，病患需求不多，只需要護理人員少部分情緒介入、投資及照護，且快速、有效且具調查性，在治療期間不包含病情嚴重或有生命威脅之病患。在護理人員與病患之外的關係，第一在病患角色之內，第二視病患為有生命的個體。二、關連性關係（A connected relationship）—這種關係發生於護理人員視他是個個體且是病患時，此時病患和護理人員皆知道他們之間的關係會超越臨床性關係。三、治療性關係（A therapeutic relationship）—病患相信護理人員，這種關係並不是會發生於所有的護病關係中。護理人員必須當病患的代言者，且視病患的利益超越其家屬和其他醫療成員。他們還得保護病患遠離一些不愉快的情境與照護，這種關係常出現於安寧照護中。四、超越愛的關係（An over-involved relationship）—這種關係發生於病患他的需求超越一般常規，且護理人員選擇滿足他的需求，且視病患是個個體，不顧其承諾、制度及護理職責去治療病患。這種超越了治療性關係，而變成更加親密的人際關係，且成為問題性的治療關係。護理人員視病患為一個體，但卻又不顧及護理為一門專業。在以上四種護病關係的說明中，Morse主要是以其中的「治療性關係」做為他心目中的理想模式。

由上述得知，護理人員專業角色是由於護病關係中病患的存在而成立，兩者之間具有相互創造的互為主體關係彼此在意識與潛意識上相互作用。在蔣欣欣等人（2003）研究指出，分析自我與他者間相互滲透的關係，找出四種專業自我的存在形式：保存自己、以己度人、由人觀己、超越自身。這四種形式顯現護理人員存有的「被拋性」、「投身或沉淪」、以及「籌劃」，保存自己是過去的我在自己不能掌控之下，被拋擲於情境之中；以己度人或由人觀己是現在的我投身或沉淪於物和人的交流之中，意識到人我的處境；超越自身是未來的我憂懼自己的處境而產生一些抉擇與籌劃，發展本真屬己的立場。這樣建構的專業自我，主要出自於護病之間的動態關係，然而探討專業倫理的照顧關係中，不能忽略制度對此關係之中專業自我的影響。此外，自我成長與他者互動的經驗中，也可能影響

對專業自身與他者係的感知。

肆、 陪伴模式

根據余德慧（2006）臨終心理陪伴研究，從臨終兩斷階段，來審視臨終陪伴心理相關機制，認為病患進入死覺的存有之後，須衍生出二元複合陪伴模式，一是「在世陪伴模式」，此時照顧者還保持在自我實現狀態的陪伴，照顧者的心理情緒層面隨著病患的衰弱而衰弱，好像照顧者也經歷著跟病患一樣，對疾病的受苦和無助，這樣的處境稱為照顧者的共病性（co-morbidity）處境。另一種是「存有相隨模式」，「相隨」的意味在生命的最後時刻，照顧者就期望能在存有經驗層面上和病患保有接觸。對疾病無助的共病性和病患即將過世的哀傷，不再陷入自我實現的照顧事物處理，而進入類似宗教經驗的存有狀態（柔軟、慈悲）時，與眼前的病患深度諦結，雖然病患無法對在世者有反應，照顧者卻能跟病患有「在一起」的深層感受。第三種是「在世陪伴與存有相隨的複合」，照顧者必須維持自我實現，並不會在與病患相隨的存有層面上受到取消，尤其是病患進入到「死覺」存在模式之後，照顧者可能更需要延伸出存有相隨的陪伴模式。

而當陪伴來到病床邊時，「親近病床」是指他人來到病床前，例如親友、志工都會來親近病床，可是不見得會產生病床親近，「病床親近」是咫尺的病床間，產生一種親近的氛圍。病床邊的親近涉及到的是，照顧者能否靠近病患的存在模式，這涉及陪伴者如何進入病患的內在時間，能夠用相隨的方式，與病患相伴。當病患對世界沉默時，照顧者可能會隨著朝向「默存性的相陪」，包括照顧者對病患的記憶時光，照顧者將事情拋開，專心以慈悲觀照病患，將過去未來迴旋於當下（余德慧，2006）。

伍、 何謂好的護理

在 Cappabianca, Julliard K, Raso R, 與 Ruggiero （2009）研究發現，護理人員對於病患護理計劃往往側重於病理生理需求，而從病患的角度來看，這顯然不是

最重要的需求與好的護理。而所謂好的護理定義為何呢？

- 一、 好的護理的定義：好的護理就是與病患建立真誠的伙伴關係（Baines, 1998），是用心體會病患的需求，並盡已所能滿足病患的需求（Dawes, 1999）。
- 二、 好的護理新舊觀點：過去認為好的護理特質之一為「燃燒自己照亮別人」和「犧牲奉獻」，不過盧美秀（2005）認為好的護理應修正為「不必燃燒自己，也可以照亮別人」，「不必犧牲自己，也可以貢獻別人」，鼓勵護理人員要「創新知識與技能」，做對事（doing right thing）及做好事（doing things right）。
- 三、 好的護理指標：高品質是好的護理的指標，要提供高品質的護理，除了應該有良好的護理職業環境和護理職業標準之外，護理人員應該具有人文素養與倫理素養，才能透過應用護理過程，正確執行護理評估、擬訂護理計畫、執行護理措施以及評估執行成效。
- 四、 從病患觀點談好的護理：盧美秀（1989）指出病患心目中護理人員的理想特性為：具有護理專業精神、責任感和工作熱忱、良好的溝通技巧、待人謙和有禮、可信賴、尊重個人、家屬及其他工作同仁、外觀整齊、親切自然、個性愉快開朗、具專業知識與技能、人際關係良好、善於策略、具同理心能體恤他人。病患心目中重要的護理行為盧美秀、林秋芬（1992）將之歸類為八大類：認識及滿足病患的個別需求、適時的出現給予支持，增進舒適感、提供資訊、展現專業知識與技能、協助減輕疼痛與痛苦、願意花一點時間在病患身上、尊重病患的隱私和自主權及密切監測病患的變化。Rchaidia, Dierckx, Blaeser,與 Gastmans (2009)研究指出，從癌症患者角度出發，好的護理表現特徵為具體、有相互關聯的、參與人與人的關係、尊重病患的獨特性，並提供支持，這些特點在培育病患的福祉，其表現為樂觀信任、希望、支持、確認安全性和舒適性。
- 五、 從護理人員觀點看好的護理：北醫護理團隊認為好的護理就是 CARING

(劉淑娟、盧美秀、鄭綺，2004) 為：1.可溝通的 (Communicable)；2. 自主的 (Autonomous)；3.尊重的 (Respecting)；4.用心的 (Intentional)；5.助長他人的 (Nourishing)；6.真誠的 (Genuine) 並認為提供好的護理要 3E：授權賦能 (Empowerment)、專能 (Expertise)、無限開展 (Exploitation)。

由於我們關懷的對象是病患，而執行護理關懷行為為護理人員。因此，需分別從病患及護理人員的觀點來談好的護理，但是好的護理定義究竟是什麼？護理人員與病患所認為的有什麼不一樣？那一種行為適合來測量關懷行為？哪一種關懷行為是最恰當的？這一直是理論家及研究者討論的議題，護理理論家 Wastson 女士建議可採取質性的方式，例如現象學分析人際互動間呈現的關懷照護較量性研究為宜，因為若給予照顧過程制定預定假設，基本上違反人性。但也有不同學者有不同的看法而發展測量關懷行為的評估量表。但是，本研究認為，好的護理是一種發自內心的關懷，關懷行為的量表可以將關懷的抽象藉由具體的數據高低表現出來，但是質性研究更可以將之關懷本質真誠而自由的展現，不限於量表上的規範，可以發現多元不同而有利於護病之間的關懷行為及護病關係。

在安寧病房可以容易達到治療性的人際關係，但是，在傳染性的單位呢？Anoosheh, Zarkhah, Faghihzadeh, 與 Vaismoradi (2009) 研究指出，護理人員照護具傳染疾病的患者是容易造成溝通障礙的主因之一，而影響護病關係。因此，本研究將探究護理人員在隔離處境下，如何在自身與他者 (病患) 之間，能保有自我 (自身安全) 又能執行以及傳達關懷行為，為本研究主要目的之一。

第五節 護理人員的死亡焦慮

感染科病房的護理人員與其他單位不同的是，除了承受工作本身的壓力之外，還有受感染的風險。因此，本節將探討護理人員的死亡焦慮、死亡恐懼、死亡焦慮下的防衛機轉及「人人」的存有特徵，以及人面臨邊界處境時，如何使死亡像一把刀，兩面光，可以讓我們逃避存有，也可以讓我們以真誠存有狀態面對自己的存有。

壹、 焦慮

焦慮是因為某種價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值被個人視為是它存在的根本。威脅可能是針對肉體的生命（死亡的威脅）或心理的存在（失去自由、無意義感）而來。它的特性是面對危險時的不確定感與無助感，是非特定的、模糊的、和無對象的。因為焦慮攻擊的是人格的根基（核心、本質），所以個人無法置身於威脅之外，也就無法將它客體化。因此無法採取具體的步驟去面對它。我們無法和自己所不知到的事物抗爭（Rollo May，2005）。

恐懼與焦慮有何不同？Rollo May（2005）焦慮的意義指出，恐懼是針對特定危險的反應，它們的起源為，在人類初始的反射性反應之後，接著會對威脅浮現出一種處於擴散狀態和尚未分化的情緒反應—就是焦慮；最後在成熟期出現，也就是我們能分辨不同的刺激，將危險客體化，針對明確的危險做出已經分化過的情緒反應—也就是恐懼。所以，焦慮跟恐懼之間的關係是，當有機體存在與價值受到威脅時，它所具備的一般知識和原初反應形式，就是焦慮。隨後當有機體逐漸成熟，能夠在神經與心理層次分辨出具體的危險對象時，防衛的反應也才能相對變的具體；這種針對特定危險分化出來的反應，便是恐懼。因此恐懼是在這個威脅尚未抵達這個層次前，就做出了回應。個人對於許多威脅它的具體危險適切的回應，以避免它的基礎價值和安全系統的「內部堡壘」遭受威脅。克斯汀把恐

懼界定為「害怕焦慮現身」，正是此意。因此，焦慮試圖變成恐懼來克服焦慮。所以，恐懼有一個確定的對象，這個對象可以被直觀、被分析、被進攻、被忍受。人可以對之採取行動並在採取行動的過程中參與到它中間去(Paul Tillich, 1990)。

貳、 死亡焦慮

而 Paul Tillich (1990) 對焦慮的詮釋為：焦慮是一種狀態，在這種狀態中，存在物能意識到它自己可能有的非存在。這句話可以簡要表述為：焦慮是從存在的角度對非存在的認識。「存在的」不是指關於那些產生焦慮的非存在的抽象知識，而是指非存在是人自身存在的一部分的認識。那產生焦慮的，不是對於普遍短暫性的認識，甚至不是對於他人之死的體驗，而是這件事情對我們自己不得不死這一潛在意識所產生的印象。焦慮就是有限，它被體驗為人自己的有限。這是人之為人的自然焦慮，在某種意義上，也是所有生命的存在物的自然焦慮。這是對於存在的焦慮，是對作為有限的人的有限的意識。而人的有限性便是死亡的到來。

人為什麼會害怕死亡？趙可式等人(2001)研究大致分為5點，未知的恐懼、失落與分離的恐懼、死亡的形貌與死亡過程的恐懼、未了心願的遺憾及恐懼以及對人生過程的悔很。吳惠敏(2001)綜合 Robert Neimeyer 之《死亡焦慮手冊》及 Kubler-Ross 有關臨終病患及家屬的反應，歸納出人類畏懼死亡之緣由如下：一、對死亡的無奈。二、未知與不確定的恐懼。三、死亡過程的恐懼。四、空無與絕滅。五、非我的焦慮-為你。六、習得的恐懼等。

Kastenbaum (1997) 將個人對死亡恐懼態度的主要原因歸納如下：一、害怕死亡，不知道自己死時及死後會發生麼事的恐懼感。以及不能確知是否有死後生命存在和其可能發生的事。二、害怕死後的身體不知道會變成什麼樣子。三、害怕生命中所擁有的一切都消失、停止、不存在。四、害怕死亡使得自己不能再追求或完成某些生活目標。五、害怕最終的分離，完全的隔絕及孤寂。六、害怕自

已的死亡對生者的衝擊（包括心理、經濟、責任等方面）。七、害怕喪失自我支配及控制自己命運的能力。八、不同宗教信仰者害怕死後會因自己的罪受到不同的懲罰。九、害怕所愛的人死亡，自己可能受到的打擊。十、害怕他人死後的屍體、亡靈、鬼魂等可怕景象。

在許多探討護理人員死亡恐懼的相關量性研究中指出護理人員「恐懼自己瀕死的」得分最高，其次為他人瀕死的恐懼（陳玉黛、林佩芬，2004；藍育慧等，2007；陳瑞娥、吳讚美，2008），可能是護理人員工作時，觀察到瀕死病患臨終前的掙扎、痛苦與失落的過程，既不捨親愛的親友經歷同樣的歷程，也無法把握自己是否能安然的度過臨終前的種種未知。陳玉黛等（2004）研究結果指出，年齡越大者對「自己瀕死」的恐懼越強，且越逃避死亡；主要原因可能為護理人員有 1/5 的機會面對病患的瀕死或死亡，而年齡越大越接近死亡，此極可能將死亡與自己連想，而產生了瀕死恐懼與逃避死亡的態度。

參、 生活世界中的危險感

而能引發人對死亡的恐懼是當人置身險境：如戰爭、重病、兇殺、突發事故等生命受到威脅時。然而，即使我們倖免於身歷其境的威脅，生活中仍充滿死亡的信息，如飛來的橫禍、疫病會在不同的地方流行…等，我們的生活充滿死亡的焦慮。對死亡的恐懼也早已延伸到生活中與死亡相關或象徵死亡的符號：如棺材，疾馳而過的救護車、及死人用過的東西…等，這些信息、符號也許對我們的生活沒有直接影響，但它們已和死亡作連結，使人產生負面情緒和趨避行為。因此，人時時生活在死亡的陰影裡（吳惠敏，2001）。

死亡的陰影如同懸置的深淵感，也表現在日常生活裡隱晦的危險感，例如：出門會不會出車禍、搭飛機會不會得到肺結核，這些隱晦的危險感只能在某個時刻或處境暗暗地發生，但是在現實感裡又不能任其蔓延，而只能依賴眼前未來一步步走下去，直到沒事為止。這樣的危險感就是神學研究者海爾（R.M. Hare）所謂的「薄立克」（bliks）。如果想擺脫海爾使用薄立克的神學脈絡，我們將可以

視為個人瞬間感到所依賴的基礎突然消失，頓無所依，但又不能停留在危險的感覺裡，總是想辦法克服；又猶如突然臨淵一望，頓失重心，但立刻回神，趕緊避開。這種令人畏懼的薄立克在意識與無意識之間的朦朧地帶出沒，一旦衝出來在精神學上就成為妄想狂，在日常生活中就成為杞人憂天。換而言之，每個人心底有著薄立克，也不能被現實接受，一旦肆無忌憚的出現，立刻會被收到現時的管轄術所統治，梳理到某種秩序感裡頭來。在薄立克出沒的地帶佈滿了原初狀態的畏懼與欲求，但最重要的是薄立克總是處在一個隱約可以分辨的界限：往實事求是的現實走，它一再被否認，萬一真的發生，只能用無常來悲嘆，但也很快的被抹除（引自余德慧，2006）。

肆、 邊界處境

所謂『邊界處境』是一種迫使人面對自己在世上存在「處境」的事件，一種急迫的經驗」。（陳家映、王慶節譯，2002）。在這些急迫性的經驗中，後來雅斯培將之稱為「邊界」、「邊際」、「難以忍受」的處境。Yalom（2003）指出死亡是人類最孤寂的經驗，同時也是一種能引發人注意存有狀態的經驗，因為死亡在一般人的觀念裡，往往代表著一種終極、不可逆轉的邊界境況，是一種令人震驚的「急迫經驗」，會將人帶離「忽略存有」的狀態到「注意存有」的狀態之中，因而能讓人以更真誠的方式來面對生活，死亡可謂為生命的良師益友。我們日常生活中也可以有一些方式覺察死亡，如同我們都會經歷重要他人死亡，或者一些重大事件如，離家、與好友分離或者與垂死者互動。一旦，只要我們不願意接近它，那麼往往我們會把焦慮利用一些逃避的防衛機轉使之變成對某一特定事物的害怕。

伍、 死亡焦慮下的機轉

死亡焦慮是一種生命終極的害怕，那是一種害怕不知名對象的害怕。因此，由上述得知，在生活中為了克服這樣的焦慮，也就是將這種不知名的害怕，投射

到對某一些已存在的事物上面，讓這樣子的害怕得以變成有對象的狀態，如此一來，我們得害怕就可以解決。所以，那個「對象」本來就是假的，是經由轉化出來的對象，並不是真正我們害怕的對象，那真正的對象應該在我們生命裡必然存在的焦慮，對於人必會死亡的焦慮。而我們用這樣的方式來保護自己就是克服死亡焦慮下的機轉。

面臨死亡時，保護裝置會出現三種現象：1.與己無關：雖然我們都知道會死亡，也確知我們總有一天會死亡，但卻覺得死亡與我們無關。2.不可能自己會死：死亡對我是最大的不確定，甚至認為是最不可能，很少人認真的把自己的死亡當作最真摯的可能性來對待，就像現在你坐在這裡，你再怎樣都不會覺得自己會死。3.對他人死亡的漠然：對他人的臨終無法共命共感，雖然你說「親人死了我也會哭啊」，哭歸哭，擦乾眼淚，以後親人的死還是親人的死，不是我的死（余德慧，2003）。

而自身成就感的建立可以使死亡焦慮減輕，這可以證明自己有好好過。但是，不斷尋找事物填補自己的時間，是一種生命缺乏的根基，生活無法感到滿足的顯現。其實可以藉由使自己與他人建立親密的關聯，使自己與他人深入的交流來克服自身的焦慮（Yalom，2003）。吳慧敏（2001）將Adrian Tomer（1994）分析死亡焦慮的可能性表示個人會轉化以：一、自我實現理論；二、意義追尋理論；三、個人建構理論；四、多重我與自我概念差異理論；五、Erikson 社會心理理論等，使自身面對死亡時有較少的死亡焦慮。

陸、 護理人員的存有狀態

由上述得知，人們面臨死亡焦慮會發展出獨特的防衛機轉，而此種防衛機轉的形成就是人的存有特徵。用海德格的詞彙說，人可以對各種東西有本真的理解，因此他可以得到本真的存在；人也可以對各種東西有非本真的理解，故他得到非本真的存在（陳榮華，2008）。以下將本真與非本真的存在分析探討如下：

一、 非本真的存在分析

(一) 日常生活中此有的特徵

在日常生活中，我們早已了解別人，在海德格存有與時間闡釋（2006）中指出，海德格認為我們總是了解別人的所作所為，因此在日常生活當中，會以（一）差距性（*distantiality*）：人總是在意他與別人的差距，雖然他往往沒有清楚自覺到。對於人在他的存在中，這種對差距的感受和在意，當人愈是不自覺它，它愈是在暗中支配人，使他難以擺脫。（二）屈從性（*subjection*）：在與別人共存時，日常生活中的人不僅在意與別人的差距，他更根據差距來調整自己的行動。這樣，他的行動似乎不是出於自己，而是出於別人，受別人的支配。這樣根據別人來調整自己的存在，就是屈從別人了，由別人來主導他的行動，由此他的存在是屈從別人的。而「別人」我們卻無法明確指出他們在那裡。於是，海德格認為，要回答日常生活中的人是誰？就是一個中性，無特定對象的「人人」(*das Man, the they*)。（三）平均性（*averageness*）：我們之所以在意與別人的差距，其實是由於另一種存在性格，海德格稱為平均性，在日常生活中，我們總是要求「與人人一致」。「人人」認為這是有效的，我們為了與他們一致，也會認為它是有效的。不敢有獨特的意見。即使有新的想法，也會立刻將它壓下，將自己的獨特性削平。對於這種要求與別人一致的存在性格，海德格稱之為平均性。平均性似乎是一把利刃，削去個人的獨特性，剝奪一切違抗人人的可能性，讓我們對自己的存在不能再有屬於自己的見解。

「人人」是此有在日常生活存在的方式，它的特徵為「差距性」、「屈從性」、「平均性」。本真的自我是指此有了解自己的存有，主導自己的存在。但是，在「人人」的指導下，會讓人喪失本真地了解它自己。而本真存在中與真與假無關，而是指真正的自己，非本真存在是指失去真正的自己，或對自己不了解。

（二） 日常生活的存在方式及沉淪

當此有在日常世界中被「人人」支配時，它的開顯性中的言談成爲道聽塗說的閒聊（Gerede, idle talk），瞭解成爲膚淺的好奇（Neugier, curiosity）在兩個方式下瞭解的每個事務，皆有飄忽不定的意義，海德格稱之爲歧義（Zweideutigkeit, ambiguity）。在「人人」之影響下，它忘卻了自己的存有，失去其個體性，只成爲「人人」之一，其言談只成爲閒談與自我欺騙，喪失其作爲整理存有意義之作用，因而變成無法專注於自己之存有，而只成爲膚淺、盲目追逐之好奇；如此，存有對自身存有之意義與可能性亦無法明白掌握，導致陷入其中而無法自拔的沉淪模式（李德財，2008）。

二、 本真的存在分析

日常生活中的人卻往往不自知他在「人人」的支配下，他早已被「人人」誤導，相信他是自己的主人。海德格認爲，假若要擺脫「人人」，我們本身必需有一個機制，它能喚醒我們，讓我們知道「人人」正在支配我們，並且要求自己正視自己的存有。此有本真性存在之開啓主要的三個存有學環節構成（一）怖慄（Angst ; anxiety），（二）良知（Gewissen ; consciousness）之召喚。（三）決斷（Entschlossenheit ; resoluteness）。作爲此有關顯存有之存有學環節之一的怖慄不同於害怕或驚慌（Furcht ; fear）等心理現象。在日常非本真的存在中，此有逃避自己的存有而退縮至熟悉的日常世界中，正因爲它躲避自己的存有而沉淪於世界，它「害怕」世界其他存有者對自己之侵犯；但在「怖慄」中，令此有逃避退縮的卻是自己的可能性或存有（李德財，2008）。因此，存有有可能面對自己的存有邁向本真存在，也可能因著怖慄而再度逃往日常熟悉的世界中去。而讓非本真的狀態往本真的存有，海德格說這是一種「良知」的召喚。人可以在「良知」的無聲中理解它，它提供某種方向，使此有拒絕沉淪誘惑，它呼籲我們回到自己的存有去，突然觸動或提醒自己，使我們從非本真的存在中甦醒，反觀自己。進一步說，良知喚起此有對其本性覺知—此有是必有一死知有限性存在。人

的存有是要「擁有良知」的，即是說，它預備接受良知的呼喚，也願意跟隨良知的方向。然而，在他預備接受良知的呼喚時，他必需堅持開放他自己，也要決斷自己去接受良知的指導，根據良知的方向去理解自己的存有。假若他是自我封閉的，那麼，即使良知呼喚他，他仍無法聽到良知。換言之，人的存有必需有一個結構，讓他堅持開放自己，在良知的指導下完成自己本真的存在。對於這個結構，亦即海德格所說的決斷（陳榮華，2008）。決斷是我們堅持開放自己，理解自己的存有是屬於自己的，因此，決斷讓我們本真地理解自己的存有。較簡單說，決斷是我們的本真自我持續和堅持開顯自己的行動。由於決斷本真開顯人的存有，則它能本真理解自己，這是說，在決斷中，人擺脫「人人」給他的意義，得到新的意義。

從以上得知，人的存有具備本真存在和非本真存在的結構，本真存在的結構是指，人因為怖慄而引發良知，良知的指導下決斷，成為本真的存在；另一方面，人的存有具有「人人」的結構，使他總是在「人人」的誘惑中，只要他忽略良知和決斷，接受「人人」的支配而行動，則他成為非本真存在。從意義的觀點而言，非本真存在封閉在「人人」而給與的意義裡，無法突破以得到新的意義，但本真存在擺脫「人人」的支配，根據個人的獨特性去理解自己和其他事物，因此可以得到新的意義。就是說，若人接受「人人」的支配，在「差距性」、「屈從性」、「平均性」的性格下行動，則無論對他自己和事物，他的理解都是非本真的，換言之，理解就是誤解；相反的，若人接受良知的呼喚，根據良知的指導以決斷自己的行動，則他能抗拒「人人」的意見，在自己的行動中，本真理解自己和事物的存有。

從上述文獻綜合討論中得知，感染科病房護理人員的壓力及其因應方式包括負面的逃避、認命與認份，以及正向的面對生活上的體悟。從海德格的觀點來看，此為護理人員在具風險與壓力的場域中所呈現的存有特徵一之。在許多研究中，不乏量性研究各年齡層對死亡恐懼的程度，以及在質性研究中，不少研究加護病房及安寧病房的死亡焦慮。但是，死亡是基本的焦慮，護理人員經常會經由他人

(病患)的死亡覺察到生命的有限性。而從感染科病房護理人員的壓力中得知，遭受感染的恐懼是他們與其他單位護理人員中較為不同的壓力。這表示，身安危的威脅也衝擊著護理人員。過去對感染科護理人員的研究文獻中得知護理人員擔心遭受感染的恐懼，但從未涉及護理人員對死亡的態度。並且，從陳瑞娥、吳讚美(2008)的研究指出，非安寧病房護理人員死亡恐懼比安寧病房護理人員高，可能原因為非安寧病房護理人員較少接觸瀕死患者及未接觸生死及安寧緩和相關教育有關。但是，在Payne, Dean, 與 Kalus (1998)研究指出，安寧護理人員死亡焦慮較低，他們有可能會回憶與患者具有好的辛苦經驗的護理，並且，急診室的護理人員死亡焦慮高，可能為他們無法與同事進行問題討論。不過，在一份跳傘者對死亡恐懼的報告指出，有經驗者或未接觸此類跳傘活動者之間，對死亡恐懼並無明顯差異(引自Robert Kastenbaum, 1996)，這個報告是否令我們省思，如果死亡恐懼乃是源自於經驗裡的本能焦慮，若人的基本終極害怕是死亡，那將也是本研究欲探討的，感染科病房護理人員的死亡焦慮在每個階段的照護歷程中有何不同？並且，在過去研究主要為壓力及調適之因應，並未深入涉及感染科病房護理人員之存有模式及處境。基於上述觀點，本研究者將就過去對感染科病房護理人員照護經驗中所未曾涉略的死亡焦慮及護理人員的死亡態度做初步的探討，並且以詮釋現象學的方法，還原感染科護理人員之存有特色，描繪出感染科病房護理人員之置身處境為本研究之目的之一。

第三章 研究方法

本研究欲探討感染科病房護理人員之照護經驗，從護理人員主體觀念出發，細緻的探討護理人員置身處境與病患之間的種種互動，不注重概念化、也不求事情絕對性與因果性，重視生活世界中的經驗、現象與行動，透過全面性、深度的探索，了解其豐富的內涵。由於，所涉及的主要為護理人員之主體經驗，故採詮釋現象學的研究方法，並以此理論方法作為研究構想及資料分析的理論指引。以下就詮釋現象學研究法、研究設計與方法論的實踐、資料收集與分析、研究倫理及研究嚴謹度個別說明如下：

第一節 研究取向與解釋觀點

護理是人類生命科學的一門，視人為一種有生命的單位體，護理學者感受到人的複雜性及獨特性，也發現以自然科學為基礎的醫學模式已不足以解析護理現象並將之應用於護理活動之中。護理是研究與人類健康相關的生活經驗。其著重於人的整體性、互動性、轉換性，及脈絡性，旨在提供全人的關懷性的照顧（穆佩芬，1996）。現象學的目的在研究人類經驗的本質，其在護理知識的發展上及護理實務上扮演很重要的角色，現象的基本結構是無法以量化研究得之。以護理實用性而言，現象學研究結果提供了一種當事人的主觀資料，就是他們的真實世界的科學知識。現象學資料不但包容了個別性，也包含了普遍性，而這種有系統的分析相同經驗的普遍性，可尋找出事物本質，而直接運用於照顧病患上。一個詮釋學的現象學的研究方法，基本上是詮釋在本文或書面記載所展現的現象。護理知識的價值，一部分決定於它對了解人類經驗之關係和重要性。為能獲得這了解，護理需要能自由探索此經驗豐富性的研究模式。詮釋學提供了這樣的研究模

式。以這樣的詮釋策略，提供了一種經由注意語言的性質和意義，而能對這類的存在達到更深刻了解的方法（鐘玉娟等人譯，2003）。

而本研究基於上述理念，主要探討的是護理人員生活脈絡中的照護經驗，欲發掘經驗底層的內隱意義。研究對象為感染科的護理人員，其置身處境為何，及在一次次照顧歷程中如何使自身的照護經驗不斷的轉化，於是研究者想透過詮釋現象學不斷的理解及詮釋其生活經驗本質與本質背後的意義，因此本研究採詮釋現象學之研究方法。

壹、 詮釋現象學研究

現象學是現象的科學，胡賽爾是現象學的創始者，他致力於描述世界如何組成並經驗有意識活動的一種科學。胡塞爾（1970）表示現象學是哲學也是研究方法，目的是在研究人類生活經驗的本質或基本結構，即調查主體在意識層面上，主觀的描述其真實的生活經驗，藉此主體由走出自己到客體而與自己互動的過程。而胡塞爾強調凡事呈現出來的都呈現在具體經驗中，知識的根源乃是物自身也就是來自事物的本身（穆佩芬，1996）。透過描述，能屏棄先入為主的判斷，讓事實呈現它自身。而現象學描述的方法稱為還原或是「存而不論」是其核心概念，故以現象學而言，知識乃是由檢視每日的生活經驗而獲得，將平時視為理所當然的思維置入括弧內，且不進行任何預設及判斷，並以此態度與方法尋找經驗現象的本質與經驗（武金正，2002）。

詮釋學是源自於十九世紀，與一個關於意義的理論有關。此名詞來自於希臘神話中一個何米斯（Hermes）神，該神的職責是向人溝通神的慾望，在傳達言訊息的過程中，已涉及了神意的理解和註釋。故詮釋學有表達、解析、翻譯的意思。最初是用在解釋聖經的言論，進而轉變成一種了解語言的科學，解釋有關人的存有和現象（陳杏佳，2001）。

詮釋學旨在瞭解「現象學」關注的生活經驗及其解釋外，摒棄對文本先在的、客觀的意義，進而對文本存有生活與意義進行永不止息的詮釋對話。並進一層瞭

解其政治、歷史及社會文化的情境脈絡，以及這些經驗在行動、實踐等生活世界層面的表達。詮釋學告訴我們：現實的敘說建構關乎意義，而非「事實」的再現。而意義的建構必須共享的文化系統中進行，讓說者與聽者的經驗得以溝通。詮釋學並指出先前理解的必然性，在理解過程中研究者帶著自己的概念與問題進入文本的存有，理解被研究者的生活如何，雖然現象的意義受到理解的歷史情境影響，但詮釋學理解的過程往返於先前理解與理解之間，理解根基於對先前理解的反省與批判，故先前理解就是理解事物成為可能的基本條件（畢恆達，1996）。

由上所述，現象學不是推論，是直接的描述，讓此有顯示他自己，且正如他顯示自己般的去描述它，希望能說明它的存有，在由此解釋存有。對於這樣的現象學描述，海德格稱為解釋（Auslegung, interpretation）。但是在解釋此有時，這個解釋就是希臘的 hermeneuein（詮釋）。因此，在海德格，現象學就成為詮釋現象學（陳榮華，2006）。而本研究將本者海德格詮釋現象學概念，思考不做哲學上的推論，讓事物自我顯示。

貳、 詮釋現象學的觀點與運用

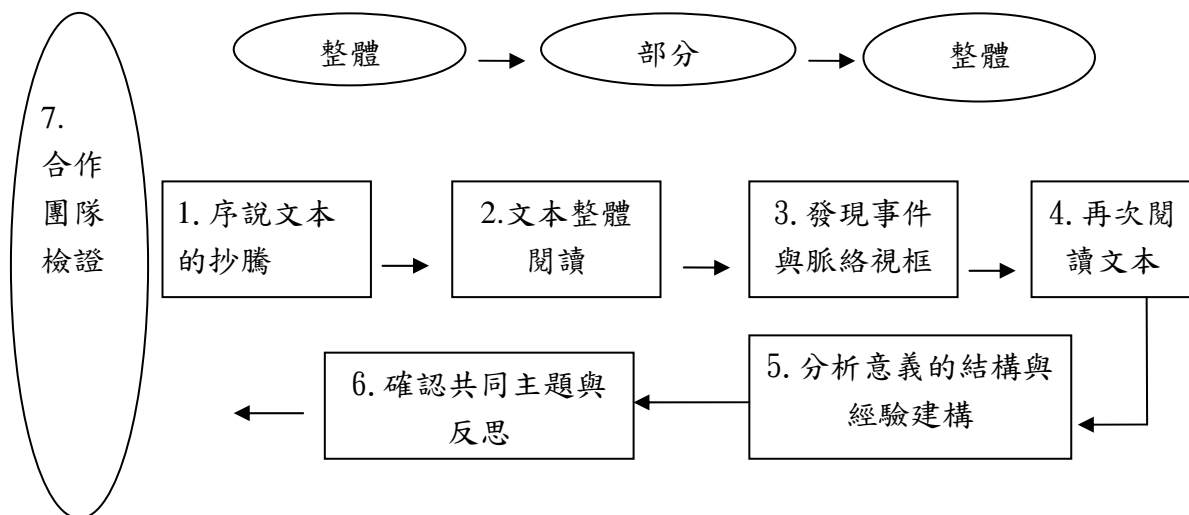
詮釋現象學是一種結合現象學與詮釋學的方法論，它目標不在於建立紮根理論，也不企圖找出普遍性的過程與概念，或尋找日常活結構中固定的行動模式，而是以特定的生活經驗為文本，目的在於直接呈現研究參與者生活經驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界（蔡昌雄，2005）。余德慧（2001）認為詮釋現象學是在研究文本（text）存有的現象，以碰觸（encounter）作為互動，且詮釋現象學不談課題內容，強調的是研究者的「看見」，也就是說，我如何知道這個東西？故做研究時反覆閱讀受訪者的語詞文本，目的不在分析句子，而是去看是什麼本事讓受訪者這麼說，而這個本事我們其實不知道，我問的是在知識內「如何」知道它？詮釋現象學的目的不是去找相同答案，而是去揭露即發現敘說者(受訪者)在文本的現身，讓文本的本身轉化為敘說者。海德格認為人是處在詮釋處境中進行理解，故其不特別強調知識方法論，他認為談話是一種顯現，而理解則在

說者與聽者對談互動所構成的陳述境遇中開顯。故所謂現象詮釋就是在不斷變動與改寫的經驗過程裡穿梭。

龔卓軍（2003）認為「詮釋現象心理學」應從「現象學心理學入門」研究入門，其方法特色約歸節四點：

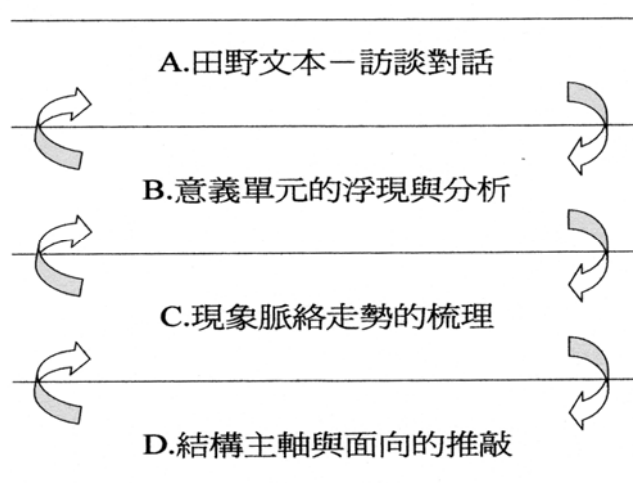
- （一）視特定生活經驗為文本脈絡，經常更換具有個人特色。
- （二）放大某種特定的經驗或意向，直到視域融合。
- （三）無固定明確的分析步驟，認為經驗的描述需要不斷的重寫。
- （四）研究時保持部分和整體間的平衡觀照。

高淑清（2001）認為詮釋現象學乃是對人類的經驗線索建構的意義作一種互為主體的了解，尋找經驗背後意義的組型，並對此經驗加以解釋，因而提出七個主題分析方法的思考架構，落實以詮釋現象學為基礎之研究操作步驟（圖一）：



圖一：主題分析的概念架構—詮釋循環（高淑清，2001）

蔡昌雄（2004）認為詮釋現象學是語境給出理解的呈現，而其詮釋底景結構主要有社會性、文化性、存在性、歷史性四個面向。並提出詮釋現象分析四個層次，進行文本層次分析。第一個層次為護理歷程參與觀察田野文本，第二層次為田野文本透過「整體與部分」來回詮釋分析，使得意義單元浮現，再進行第三層次爬梳出現象走勢，最後進入第四次層次，呈現結構主軸。落實詮釋循環文本整體閱讀、發現事件與脈絡、再次閱讀文本、分析意義的結構與經驗建構（如：圖二）。



圖二：文本詮釋現象分析四個層次（蔡昌雄，2004）

第二節 研究計畫與施行步驟

壹、 研究構思與定位

每個護理單位多少都有幾間隔離病房，而本院感染科病房的成立是因應當年的 SARS 風暴，整個病室的規劃全部都是負壓病房。所住的疾病種類屬於感染症及傳染疾病方面，在疾病及空間的規劃上，顯然異於所有護理單位。如此一來，護理人員的知覺及照護經驗將如何不同於其他單位？因此，本研究將以詮釋現象

學的方法為指引，透過參與觀察及深度訪談收集資料，對感染科病房的護理人員照護經驗進行描寫與詮釋，以了解他們的經驗本質及義涵。

貳、 研究場域與研究參與者

本研究以台中某醫學中心感染科病房之護理人員為例，研究者進入研究場域先透過參與觀察後，設定收案標準：具護理（師）執照之 20 歲以上女性、專科以上、工作年資不限之臨床護理人員。進入場域後對其護理流程及場域有一定之熟悉後約 1-2 月，採立意取樣，選定訪談對象，再取得其口頭及書面同意後，進行半結構式訪談。共訪談十位護理人員如表一：

表一：研究參與者資本資料

研究參與者化名	感染科年資	年資	過去工作經驗	代號/T 次數
智淮	8 年	15 年	院外一年半	A1T
頤菱	4 年 6 個月	4 年 6 個月	無	B1T、B2T
靈瑄	3 年 6 個月	3 年 6 個月	無	C1T
鳳芸	8 年	13 年	院外六年	D1T
書渝	5 年 8 個月	5 年 8 個月	無	E1T、E2T、E3T
筑軒	5 年 11 月	7 年 11 月	院外兩年	F1
曉鈴	5 年 4 個月	5 年 4 個月	無	G1
亭羽	5 年 11 個月	6 年 5 個月	院外 6 個月	H1
馮莞	5 年 6 個月	5 年 6 個月	無	I1
心鈴	4 年	4 年	無	J1、J2

參、 研究準備與步驟

本研究在知識建立上，曾修習質性研究、詮釋現象學、臨終關懷、存在心理分析、諮商輔導、生死學基本問題等，故於研一下學期開始著手於研究計畫，擬定訪談大綱，並預計在正式訪談前分別於 98/06/08 及 98/07/28 在中部某醫學中心一感染科病房邀請一位有近五年感染科護理工作經驗之護理師做前導性前研究之預試訪談，在 2 次正式的訪談後，透過此訪談內容修正訪談方向及訪談大綱，再請指導教授進行調整，以確定研究方向及可行性之後，於 99 年 2 月通過人體

試驗委員會（CS09166），同年 3 月進入研究場域進行參與觀察及收案。

研究過程中與指導教授為期兩到四周一次之定期討論，並針對研究方法書籍、相關研究文獻進行閱讀及討論。

第三節 資料收集與分析

壹、 資料收集者

本研究為研究者本人收集資料以確保資料的一致性，研究者本身有兩年內科加護病房及四年呼吸照護病房之工作經驗，有也曾陸續修習有關愛滋病及肺結核防治在職教育課程。在工作場域中，不乏照顧感染症及傳染病之照護經驗，所以，對於感染科有一定程度的認識與瞭解。

貳、 資料收集過程

本研究資料收集方式分為兩部分，一為研究場域參與觀察；二為對場域觀察護理人員後，以立意取樣方式進行深度訪談，說明如下：

一、 參與觀察

本研究者於 99 年 3 月至 10 月中進入場域進行參與觀察，原第一個月以白班為主，每周三到四天，第二個月則參與觀察小夜班，每周二至三天，第三個月後，則白班、小夜、大夜不定期觀察不同班別之運作，了解病房護理人員之各項護理活動。並且，期間每月定期參與病房常規之會議活動，以了解病房動態，不斷的對場域做詮釋循環之理解，並記錄所觀察到之醫療田野現象，做為醫療田野文本，此為研究文本分析之一部分。

二、深度訪談

在第二個月時，隨著參與觀察對場域中的各項事務均有一定程度之了解後，以立意取樣的方式，開始從事訪談事宜。訪談內容採半結構式的深度訪談，每位受訪者約 1 次，少數受訪者達 2-3 次，因為每位受訪次數依受訪時間及訪談開放程度而定，過程中視當時情境及個案狀況書寫訪談記錄表，並將訪談內容轉為逐字稿，成為訪談文本。

參、資料分析

本研究依據訪談文本、醫療田野文本以及訪談記錄表等書面資料進行文本分析，分析步驟依據蔡昌雄（2001）的文本分析的四個層次。

一、田野文本-訪談對話

第一個層次是訪談文本及訪談後之觀察記錄。除此之外，由於本研究有醫療田野參與觀察之部分，因此，尚有田野筆記皆納入反覆閱讀的範圍，試圖貼近及逼視護理人員之照護經驗和感受。

二、意義單元的浮現與分析

第二個層次是找出每段文字中有意義詞句的「視域化」過程。逐字逐句地詳細閱讀，反覆思考文本內容，盡量不結構化，而去貼近文本之原義。並在具有意義的訪談字句下方標上底線，在不同意義的文本內容進行分段，並給予註記標號，如 A1-0001P(R)，A1 即表示，與研究參與者 A 進行第一次訪談；0001P 代表研究參與者第一句之內容；或 0001R 表示研究者在研究參與者 A1 訪談中第一句之內容。而田野觀察記錄則是在文本後加註年月日於文後，如【99.04.20 田野觀察】。隨著反覆閱讀的深入，第二層次與第三及第四層次在進行過程中將一直保持雙向互動的關係。

三、現象脈絡走勢的梳理

第三個層次是放在文本區段與區段之間意義脈絡的發展，對於同一個文本不同段落之間，或者不同訪談者的文本段落之間，針對現象矛盾或共鳴之處進

行對話，對文本做橫切面的整體關照。

四、結構主軸面向的推敲

第四個層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以應對文本前三個層次的義涵概念，做為文本詮釋可能的結構主軸。此歷程也是雙向的，一方面發掘現象脈絡的蘊涵意涵，推敲結構主軸的面向。另一方面，從理論觀點尋思重要概念，以最為容納前三個層次經驗意義的範疇和構面。

最後，研究結果的鋪成及撰寫是以文本四個層次分析的結構主軸為依據，書寫過程中仍不斷的回到訪談文本中進行反思及理解。經由建構出的經驗意義之脈絡與結構面描述解釋出護理人員照護經驗之本質。

第四節 研究嚴謹度

質性研究結果品質的把關與信、效度有著密切關係，此外其亦著重研究中一連串的歷程品質把關，一般而言綜以「嚴謹性」稱之。為確保質性研究品質Lincoln和Guba(1999)提出可信性（trustworthiness）的四個標準來取代量化研究中的信度及效度，包括用可信賴性(credibility)來代表內在效度、用可轉換性(transferability)來取代外在效度、用可靠性(dependability)來代表研究的內在信度，並用可確認性(confirmability)來取代客觀性（高淑清，2008）。茲將此使用四項方法確保其研究之嚴謹度（信效度），預計進行方式及說明如下：

一、可信賴性（trustworthiness）

研究者須確實掌握自己的提問方向。儘管確切的問題源自確切的無知，但問題本身具備方向的意義。每個問題一經提出，即揭示了某個被問事物的存在。研究者將訪談過程中所使用的輔助工具如錄音光碟片及訪談日誌等均妥善保存，建立所謂「審查管道」以提高信賴度。

二、用可轉換性(transferability)

所謂可轉換性是指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效地轉換成文字敘述並加以進行厚實的描述，在論文結果可轉換性的策略運用上。

三、可靠性(dependability)

可靠性是指個人經驗的重要性與唯一性，從不同的角度或方式獲取文本資料，例如訪談稿、田野日誌、訪談日誌以及研究參與者文稿，併用不同的資料來源算是三角交叉檢視法的運用。

四、可確認性(confirmability)

旨在檢視研究者是否能秉持客觀中立的研究立場來確保研究結果的正確無誤。邀請與研究主題相關的資深研究者，針對研究的過程及內容做討論及分析，以其研究結果具可確認性。

本研究依據Madison(1988)為詮釋現象學研究訂定的九項檢核標準進行評估：(1)呈現連貫統整的文本(Coherence)，(2)提出反映研究參與者真實情境的解釋(Comprehensiveness)，(3)提供對核心問題的透視(Penetration)，(4)完整處理所提問題(Thoroughness)，(5)問題必須由文本產生(Appropriateness)，(6) 必須保留文本的脈絡性(Contextuality)，(7)解釋必須與文本取得一致(Agreement)，(8)可刺激未來的解釋研究(Suggestiveness)，(9)解釋具有延伸研究的潛力(Potential)。

以上兩項檢核標準，前者共通於一般的質性研究，後者則特別適用於詮釋現象學研究。在具體運作上，為回應Denzin & Lincoln的標準，本研究以訪談錄音、逐字稿、訪談對象確認訪談內容及團隊檢核等方式，來提高第一項的資料可信賴性，以諮詢指導老師及其他專家學者的方式來達成第四項的可確認性要求，採用田野觀察、深度訪談及文獻資料蒐集來達到第三項可靠性的要求。至於第二項的可轉換性因與Madison第八與第九項重疊。操作說明如下：

Madison 的九項檢核標準將依以下方式進行檢核操作：其中第一到第四項屬性相關，本研究以持續性及長期涉入醫療田野之參與觀察中，以期望增加研究者對場域的熟悉及了解的基礎，由於研究者為同時為資料收集者與資料分析者，為

避免解釋及詮釋有所偏頗，本研究除具備護理背景外，修習過存在心理分析、生死學基本問題概論對死亡焦慮議題具基本的學識，並修習諮商與輔導，以期望在營造同理及溫暖的情境，使參與者能融入其中。並在資料分析後邀請參與者共同驗證其正確性，一旦發現共同主題與其個人經驗在詮釋有所出入時，隨時修正。其品質由研究團隊及研究參與者共同把關，務必使文本與實際經驗之間儘可能保持連繫；第五到第七項的屬性相關，研究者將在研究解釋中提供文本的適切說明，依循現象還原及詮釋循環與螺旋的程序進出文本之外，在溝通及對話上更力求清晰透明，並且與相關領域之同儕及指導教授驗證研究步驟及細節。以提供研究團隊及讀者檢核之用；第八與第九項可由文本與現有文獻及理論的研究討論，研究者除經指導教授的檢證下，並希望透過同儕以及以詮釋現象學為研究方法之學術前輩，以期望對於受訪者的敘說文本的臆製、理解與詮釋，力求達到特定之水準，並附於研究結論之後的研究建議加以檢核。

第五節 研究倫理

本研究以研究參與者的利益與權利為考量。在進入研究場域之前，先通過醫療機構人體試驗委員會進行研究計畫審核，通過後使得進入研究場域，進行參與觀察及立意取樣。

因為探討感染科護理人為之歷程，其中可能涉及到內心不為人知之個人倫理與專業道德之掙扎，及引出過去或目前的創傷經驗。故本研究循著「知情後同意原則」及「不傷害原則」為指引，盡力為之。

在訪談前，以明確可理解之方式告知受試者研究內容、目的及其權利，以完全尊重受試者之自主意願下，簽署同意書並徵求同意訪談錄音。為保障期隱私為原則，本研究會以匿名的方式替代參與者姓名，並以口頭及書面強調研究參與者有選擇之自由，可隨時拒絕或退出研究之權利，經研究取得之資料不做其他研究之意圖。

由於訪談內容觸及過去或目前之創傷，以及存在焦慮等可能會引起當事人深層情緒之問題，於訪談前事先告知其可能發生狀況，並留下聯絡方式以提供日後諮詢及情緒支持，視情況提供輔導之相關資源。

第四章 感染科護理人員之邊界處境

傳染病一直是一般社會大眾所避之唯恐不及的疾病，尤其是肺結核的普遍性，以及愛滋病的污名化，還有過去 SARS 危及性命的恐慌，延燒到去年的 H1N1 造成人們對傳染病的負面觀感。而感染科病房就是當初因應 SARS 而成立的單位。成立之初，這個單位的護理人員來源分為徵兵制與募兵制，她們當初從事護理的動機大部分受性別角色影響，而她們進入感染科病房是什麼的機緣？在第一次踏入這個空間時的知覺感受為何？以及這個空間的擺設對護理人員、病患及家屬有著什麼特殊的意涵在裡頭？

不管她們基於什麼因素進入這個單位，進入後將有不同的壓力侵襲著她們。其中，「如履薄冰的壓力」暗藏死亡焦慮的滲入，使她們的處境形成一種有別於其他單位的「瀕臨邊界處境」，她們又將如何收攏焦慮？本研究透過參與觀察及深度訪談後，針對感染科病房的成立史、人員招募過程、感染科病房的情境空間、瀕臨邊界處境的現身，以及在這處境之下臨界經驗的遭逢，試圖描述她們特有的處境現象及存有狀態的特色。

第一節 感染科病房的成立

感染科病房是當年為了因應 SARS 疫情所增設的單位，於 92 年設立，專門收發燒疑似 SARS 的病患。

妍伶說：『…因此，以前醫院根本沒有感染科病房，是 SARS 之後設一個發燒病房，當時所有發燒病患都以懷疑是 SARS 的方式來處理，因此當時住在發燒病房，後來才改成感染科病房，專門收感染症，而感染症其中又包括傳染病』

【99.04.10 田野觀察】

成立初期，並不是每個來這裡的護理人員都是出於自願的，爲了正式成立病房，並有固定的照護人員，也因自願轉調的人數不足，所以部分護理人力採用各個護理單位抽籤的方式。智淮說：「…那個是抽籤的，也是說「…有病患了，然後每一個人下去抽籤，每一個單位每個人下去抽籤，看妳是排在第幾順位…（A1-0040P）」，以支援 1 年爲期招募護理人員。因此，書渝表示：「我學姐叫它叫 M9 條款，就是抽來支援嘛，成立病房要有人嘛…（E2-0278P）」。後來，便可以依照個人的適應度及是否有意願留下，做階段性的返回原單位，再陸續補足新人，以防止一時之間護理人員有短缺的狀況發生。

壹、 入行緣起

感染科病房的護理人員，她們當初想從事護理的動機是什麼？這一群護理人員，回想起當初選擇護理的初衷，彷彿還是昨天的事，雖然過程痛苦、懵懂，卻也苦盡甘來。書渝說她國中畢業時，母親開了兩個她也喜歡的科系讓她選，一個是美容美髮科，一個是護理科。她評估之後覺得「美容美髮好像不能一直念很多書，然後不能玩很多的感覺（E1-0002P）」。而且好像不用考數學，護理工作比較穩定、薪水待遇好、可以學到不少東西，以及讓人覺得比較有氣質等等。雖然跟美容美髮一樣屬於勞力工作，但是卻有一種優越感。在加上母親灌輸她護理有多好。所以，她選擇走護理。對於回顧過往時，曾表示：「對…嘿啊…就…就…一開始有被騙，但就慢慢就覺得也還不錯，所以就走進來了（E1-0010P）」。但是，「蠻痛苦的，可能因為東西真的很多（E1-0006P）」。不過，隨著時間一久及對護理有一定的了解，而且在工作過程中感受到「護理其實可以比較直接去幫到人（E1-0012P）」。因此，一直從事臨床工作而不打算轉科。

至於亭羽從事護理是因爲國中畢業的時候不知道要讀什麼，原本想從事餐飲及美容，但是後來也聽從父母的建議，她說：「…那護理的話要出社會工作比較好找…（H1-0018P）」，「她覺得不會就是沒有工作，就是讀完之後不會沒有工作

(H1-0012P)」不過，當時對護理的印象是「就打針發藥而已(笑)，對!就只有這樣子，可是不知道就是進來之後會這麼忙，對啊!也就是進來之後才知道護士做的事這麼多(H1-0014P)」。雖然亭羽當初是不排斥，甚至還覺得它是一份不錯的職業下踏入護理，後來卻發現，護理並不是她想像中的那麼輕鬆。

馮芫則與書渝及亭羽的入行狀況也有些許的不同，馮芫是因為她並沒有明確的志向讓她做抉擇。所以，在生涯抉擇時，就直接聽從家人的建議，她說：「…後來是我堂姐，她念護理，然後覺得說這塊…這塊還不錯。而且那個時候阿嬤，爸媽那個時就說要不然就念護理就好了(I1-0010P)」，並且，由於護理有穩定的收入「就是覺得它薪水比較高，穩定啊，對!然後在醫院工作待遇還不錯，然後我也覺得很OK啊…，那就念護理這樣子(I1-0012P)」。心鈴與馮芫情形相似，國中畢業的時候也沒有特別的性向，她當時「其實那個時候蠻不懂吧，就是…對護理沒什麼概念吧(J2-0024P)」。於是聽從父母的建議，「嗯…可能是薪水比較穩定吧，工作比較好找(J2-0030P)」。

筑軒則是因為地緣關係念 XX 藥專。所以，當初是護理跟藥劑兩科下去選。當時對護理的印象是幫人家打針，而且看到別人出車禍會怕。後來覺得「…就是她們要這樣顧病患什麼的…那種…還要一些態度啊…什麼的，那耐心啊什麼的，…我就覺得她們(護理人員)好辛苦喔…(F1-0024P)」。所以，原本結婚就不想工作了，但是媽媽覺得這7年就白讀了，所以叫她一定要上班。

靈瑄小時候沒志向，只想做很酷的事情，例如建築師，覺得畫畫很厲害，就想去做，但是不確定自己想要做什麼。護理是爸爸建議她來讀的，她說：「國中沒有認真讀書啊，高中沒有考到啊，然後考五專的時候，他覺得商科沒有出入啊，覺得護理比較好，他就叫我來讀(C1-0004P)」。求學的過程中原本不喜歡護理，尤其內外科，不管她怎麼讀都不見好成績，當時不知什麼原因參加了教會，於是發現好像有個信仰可以幫助她去面對不喜歡的東西，但是這些都是其次，真正喜歡護理是因為看了南丁格爾的「南丁格爾與現代護理」這本書，讓她為之震驚。過去瞧不起護理工作可能是因為不了解它，覺得這個工作沒什麼，就是照顧人的

職業。後來，看了那本書之後，覺得南丁格爾是一個很有思想、邏輯思考很強，也是一個很科學的人。因為去了教會，也由於南丁格爾也是基督徒，基於愛屋及烏的心理，所以喜歡上了護理工作。

而頤菱入行的緣起和靈瑄相似，也是因為學業成績的關係。頤菱曾經想學商，因為大家對商的印象不錯，不過終究還不是自己的興趣。選擇護理也不是出於自己的志向，而「護理喔！護理就是因為生物考太爛了啊，就不用考試（B2-0042P）」。她當時對護理的印象是「不用考數學，就是這樣而已（B1-0008P）」。由於，填自願的時候聽到有護理科系在招生，而且自己數學不好、生物考太爛，因此選擇念護理。頤菱並不是因為興趣而來讀護理，這造成她剛來這個單位的時候，剛開始有點適應上的困難，因為她到一個陌生的地方就會感到十分孤獨，因此她需要一份關係。所以，她的興趣到底在哪？其實目前為止她似乎還沒有找到自己真正的興趣，對護理工作也是抱持著「還好…就餬口飯吃（B2-0090P）」。

而鳳芸入行的緣由則是：「…以前就是考試分發，就是念護理學校啊，後來實習之後就覺得還蠻喜歡這份工作。啊…所以，就是走臨床（D1-0001P）」，對護理的印象是幫助病患趕快好起來。智淮也是因為「考上了，因為那時候對護理是朦朧懂懂的，那我護校我就從基層開始。結果我護校的時候就考職校的時候就是考上護理（A1-0006P）」，智淮就是這樣一路走上來，「所以就沒有特別的動機說熱愛啊，或者什麼…沒有（A1-0010P）」。而曉玲則是「因為可能那個時候也不知道自己以後想要去…有興趣是什麼啊，所以就想說就去念。對啊，可是自己也沒有想法啊（G1-0042P）」，當時對護理「就是沒什麼想法啊（G1-0046P）」，「就是高職畢業那時候，就是也那個時候大家都在升學啊，所以就再繼續念（G1-0054P）」。她在護理實習的時候「就覺得很可怕，那個時候看到病患都是身上都是很多條管子就會覺得…就是覺得很可怕就對了（G1-0078P）」。當時曉鈴畢業後就很不願從事護理工作，後來自己有同學先來這家 X X 醫院，她就想說，就履歷寄看看好了，而且只有消極的寄了這一家醫院，想不到就被錄取了，之後就

從事自己的專業到現在。

上述感染科病房的護理人員道出當年從事護理的緣由，大多數為家人建議、志向不明確，由於學業或日後社經地位等考量而踏入護理。這當中與「性別角色」有關，它代表著個人透過性別的形成過程，習得許多與性別有關的人格特質，所以性別角色也可以說是由文化所造成的性別差異。它透過自我效能、自我概念與成就動機、內外控信念、工作價值、興趣、學業表現，影響著女性生涯的抉擇（賴瑞芳，2008）。由於護理職業具有女性化的特質，而數學因素的學業表現也使部分護理人員傾向於選擇護理，再加上護理的穩定以及女性傳統性別角色的順從，讓她們在生涯選擇時，趨向護理工作。

而職業選擇也透露出個人在社會階層化系統中，個人的社會地位可以說部份決定個人的成就第位，一個人出生時的地位決定於當時家庭經濟狀況，稱之為先賦地位（ascribed status）；而後來個人的地位會因個人努力結果的好壞，而上升或下降，是為成就地位（achieved status）（瞿海源、王振寰，2003）。所以，護理某種程度可以展現優越的社會地位以及經濟的穩定，使人可以不畏辛苦，以及不後悔的走下去，這是她們從事護理的原因。但是，科別的選擇其實就如同生涯的抉擇一樣重大，因為她們在的單位並不是一個人人都可以接受的處境。

貳、 踏入感染科病房

從上述我們知道感染科病房成立的由來，基於 SARS 及傳染疾病在一般社會觀感不佳及它是具有風險的處境，因此，在招募護理人員上，並不如同其它單位順利，分別有徵兵制與募兵制，也就是說，自願與非自願的差別。無論是如何進入這個單位，都有屬於自己的小故事。

（一） 徵兵制

病房一開，總要有護理人員，但是，採募兵制願意來的了了無幾，於是便有 M9 條款的產生，不管自己願不願意，抽到就是要來，除非離職。鳳芸就是這個

原因下進入感染科病房。她到這家醫院快十年了，八年前來到這個單位，原本是 CCU 的護理人員，她說：「…因為成立感染科病房，是從每個病房抽人出來，我們病房是用抽籤的啊，我抽到籤 (D1-0009P)」，「我們算是開山祖師，就是這個病房剛成立第一批的人，其實來的時候醫院也怕我們會 fight，其它病房聽到說要抽來這裏就要離職。因為大家對 SARS 不知道怎麼樣去防護… (D1-0017P)」。

鳳芸，回憶起當時…「很想死啊！就覺得很…難過就對了，因為那個時候 SARS 等於說給我們負面的消息比較多，就如果在接觸到這類病患的話，可能會威脅到我的生命、危及到我的家人。所以，是抱著很難過的心情過來這邊的… (D1-0013P)」。

那個時候上班每天都在哭，而且那個時候是 SARS，就想說，死定了！【2010.03.11 田野觀察】所以，鳳芸不是出於自願，而是被迫抽來這個單位的，因此，對她的衝擊很大，而且當時她不敢告訴家人自己在這裡，只跟他們說自己在內科病房。

(二) 募兵制

第二種護理人員的來源就是募兵制，而募兵制又分為自願轉調，或者在面試的時候就知道是感染科病房而自願前來。另一種是懵懂的進入，只知道自己來到了內科病房，卻不知道是感染科。

一、自願前來

她們雖然是自願的，但是動機有相異之處。就像靈瑄是因為自己的個性使然，她一直喜歡很酷的事物，擁有一種勇於挑戰的性格。所以，她一畢業就想到急診去。不料，當時急診室並無缺額，不過，面試的護理長對她說：「…『感染科也很有挑戰性』，她那個時候其實沒有跟我明說，她倒是有跟我說是照顧愛滋跟肺結核的。我就覺得好像很酷啊… (C1-0034P)」，認為好像讓人感覺蠻厲害的樣子。而且，由於感染科病房是新成立的單位，過去她也沒有實習過，因此對它沒有什麼印象，不過「…覺得這兩個病聽起來很恐怖，好像可以學到很多

(C1-0038P)」，於是便決定踏入感染科病房。

智淮是一位資深的護理人員，有一年半的院外內科經驗，及在目前醫院近四年的門診經驗，和四年的急診經驗。當時，她爲了獨力扶養年幼的孩子，「…因為…我是我是算家裡一個人在賺錢。對！所以，…我會怕說我有小孩子會負擔。那我那個時候在門診，那門診沒有所謂的夜班費嘛！…(A1-0024P)」，深怕日後負擔加重，於時在92年自願進入感染科病房到現在，「這其實，一方面是…一方面就是賺錢吧！哈(A1-0020P)」，「因為這邊有多津貼…(A1-0022P)」，所以，基於經濟因素，智淮選擇自願轉調來感染科病房。

馮莞的處境與智淮相似，但是她從來沒有工作經驗，彷彿印象當中好像在填寫履歷表時有提到家中經濟狀況不佳，所以面試的時候，「…阿長就會說，這邊是要照顧，照顧什麼TB啊，愛滋的啊，啊剛開始大家會想說，比較高危險性會拒絕的，可是那個時候就是，這邊有多了津貼(I1-0028P)」。她表示，由於感染科病房多了5000元的津貼，「…來之前是因為家裡的經驗狀況，其實多那些津貼一個月來說有…還是有差的(I1-0038P)」。而且她的父母能接受，所以她就來了。在這裡工作已經四年半的頤菱，她也是一畢業就來這裡，本來有要選小兒科跟外科，因爲頤菱小時候就很喜歡小孩子，也對外科印象很好是因爲實習老師的關係。縱使有去其他地方實習，如內科、骨科、婦產科，但是她就沒有興趣。雖然沒有去過ICU，但是她不喜歡重症，以及聽到一些高頻率的聲音。她那時候根本不知道感染科是什麼，她說：「可是我完全…就不熟悉，臨床上的東西我都不知道。然後她就說有加5000塊津貼喔(B1-0016P)」，而且面試的護理長表示：「一進來的病患，R/O(懷疑)肺結核就會直接住到隔離房，不像別的單位，可能住一段時間才發現，ㄟ！他可能是肺結核，或者是確定是肺結核才會轉到隔離房。所以，妳的危險，就是…會比較危險。那不如就直接在隔離房(B1-0018P)」。因此，爲頤菱打了強心針，而且又有多5000元，所以覺得還不錯。所以，她就介紹她的大學同學心玲進來，心鈴她對感染科也沒有特別地了解，「…就是以前的同學說感染科其實還不錯啦，然後沒有想像的這麼恐怖這樣子，然後剛好有缺人所

以就應徵這樣子（J1-0010P）」。而且，「就是…嗯…薪資，就是有加津貼（J1-0012P）」。

書渝則想起她進感染科時覺得：「蠻沒志氣的ㄋㄟ！（E1-0018P）」。因為她對護理工作有設定目標，希望在醫學中心或教學醫院以上的醫院，期待可以學以致用的同時，學到更多知識。並且，可以藉由到外地工作看看外面的世界，而且心中最理想的科別是小兒科。於是鎖定XX醫院就來了，當時正巧遭逢SARS到結束，那時感染科護士是徵招的，所以醫院很缺感染科護士。她過去其實並不清楚感染科到底是什麼，「因為那時候就想說休息1個月就要有工作了（E1-0020P）」經濟壓力的急迫性，加上她當時並不排斥，所以，便踏入了感染科病房。

二、懵懂的踏入

另外有些人雖然她們是自願的，但也可以說是對自己未來在什麼單位都一無所知的情況下踏入了感染科病房。筑軒就是在一畢業之後，沒有預期的狀況下，來到了感染科，當時的對科別的選擇分別為婦產科、兒科，最後一個就內科。而她最後被派到內科病房。當時，並沒有被告之內科病房的屬性，所以，筑軒一踏入這個病房就覺得：「…為什麼那個玻璃都圍起來，我說我不是來內科嗎？我覺得這裏怪怪的，後來對我解釋說這裡是感染科（F1-0034P）」，並且告訴她：「來這裏很好，她說這是負壓病房妳永遠都不用怕妳有危險，…就一直跟我講這裏很安全啊。像這裏的肺結核不是的也都住，那妳在別的單位發現通常就…，就被嚇到（F1-0040P）」。所以，她覺得還ok就進來了。

而曉玲的狀況跟筑軒相似，也是沒有臨床經驗就來這裡，當初她第一個選擇是ICU，第二個是內科，再來是外科。她說：「…那個時候我就知道有錄取的時候，…她就跟我說是9樓，…她也沒有跟我講是感染科（G1-0136P）」。後來，曉玲問她的同學9樓是什麼科別，由於內科及核醫大樓都有9樓，同學以為是核醫大樓的9樓，所以告知她是胸腔科、腎臟內科。因此，她認為這是不錯的科別。但是，當她第一天報到的時候，帶領的人並沒有帶她到核醫9樓報到，只是路過而

已，她抱著狐疑的心情，來到了這個單位，她覺得：「就是護理站這邊，變得好奇怪喔，為什麼會有塑膠的那個東西…就是有什麼問題嗎？(G1-0150P)」，而且他當時也沒有問，「…只是覺得這個地方好毛喔，就是覺得奇怪啊(G1-0152P)」，「就是覺得好奇怪的地方，就是又髒又破又舊(G1-0154P)」。直到第二天才知道這裡是感染科病房，不過聽護理長的解釋後，她也覺得可以接受就留下來了。

亭羽跟其他人就比較不同，她之前有院外半年的耳鼻喉科病房經驗，當初進來的時候是屬於放射腫瘤科的人力，由於病房還沒開，所以先由別單位的護理長帶她到感染科病房受訓。她事前並不知道會到感染科病房受訓，那個時候對感染科的印象是「…有肺結核嘛！之後什麼…什麼…就是聽完之後我覺得還好，…可是她跟我說有AIDS，…那個時候會覺得好像不是很好(H1-0126P)」，「就是如果不小心針扎耶！對啊！... (H1-0132P)」。跟她一起來的，有兩個是這個單位的人。但是，一個是因為家人反對，另一個是因為適應不良，都離職了。後來，反而不是這個單位的她留了下來。因為，她當時是抱著可以學習到更多東西的想法而留下來。

從上述得之，有人是不得不來，也有的是因為對它不了解而進來，更有不少人是因為多了5000元的津貼。但是，不管是自願、非自願或者是懵懂進來，她們獲得這些津貼，除了經濟上的考量之外，甘願讓她們留下來的另一層特殊的意義，就如筑軒表示：「…因為我覺得我冒這樣的風險，給我們是怎麼樣的(F1-0364P)」，「像誰會願意成天戴著N95這樣子？每一個下來都會想到(F1-0366P)」。書渝也表示這裡讓人樂觀的因素是「幾乎每個月有多領5000塊吧，的確是有人這樣。不知道妳有沒有發現我們care的床數跟一般的不一樣？我們床數比較少(E3-0171P)」。

何謂危險津貼，它就是派遣勞工到危險之處工作，在其正常所給付的工資之外，另行多負一些錢鈔，這是所謂的危險津貼。以形成工資制度的一部份(呂繼增，2001)。人的一生中或多或少都須要面臨有些活動性是危險的，人們選擇危

險性高的活動，也許因能從中獲得較高的報酬，或者因而能獲得較高的滿足感，有了這筆錢，人們在食衣住行上可以獲得改善，讓人在現實生活中更可以滿足一些用金錢可以滿足的慾望。在感染科病房的津貼比急重症單位的還高，照護的床數也比一般單位少。這在再證明，津貼及減少工作負擔是爲了可以平衡在危險場域中（感染科病房）與其他較不具風險的場域（重症單位）中所造成的不平等感受，某種程度可以平衡危險所造成的負面價值觀感，讓人在這樣的處境之中有一份樂觀以對的能量。當然，不願意接受此工作的人當然可以藉由放棄高報酬的薪水來避免感染的風險。

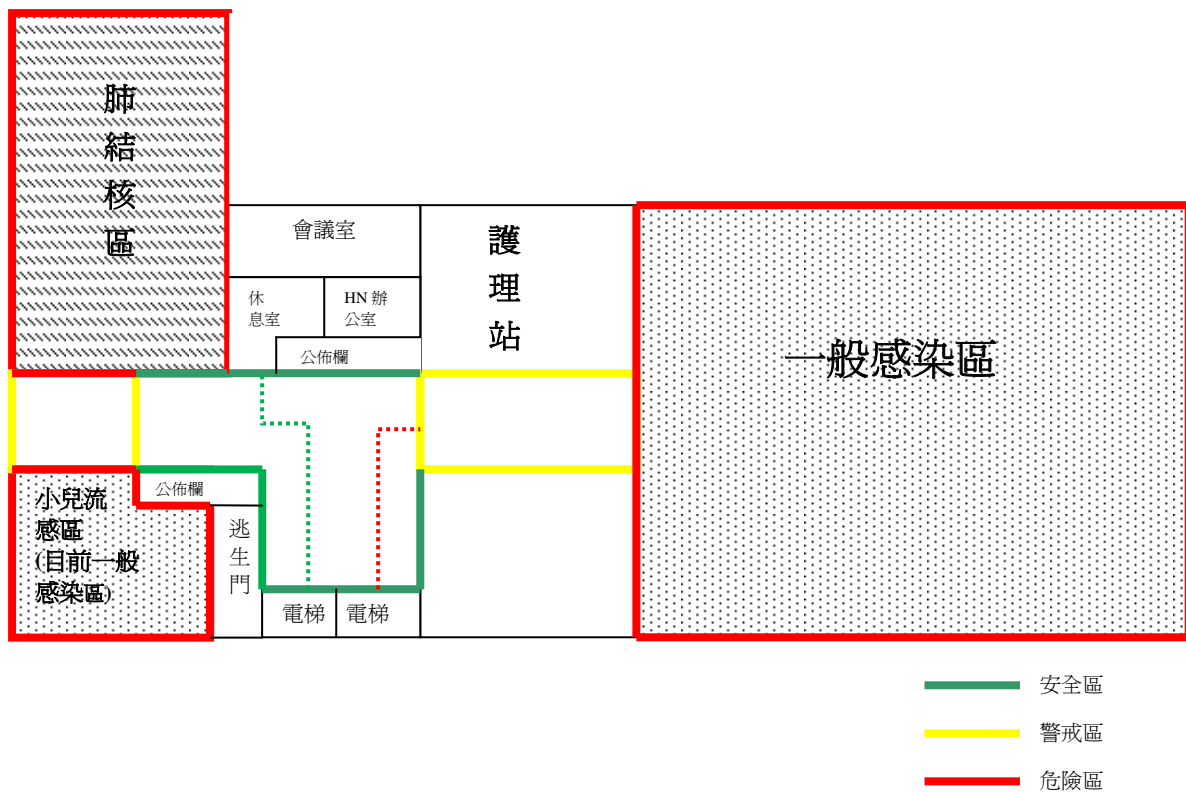
但是，無論她們當初想法是正向、負向或有目的性的，她們將會在踏入感染科病房之後，開展她們的有別於當初進來的個人的知覺經驗。

第二節 感染科病房的情境空間

感染科病房的空間設計，有別於任何內科病房及加護單位，她們的病房全部是負壓病房，爲因應傳染病所設置的。空間的規劃，也有它的演變過程，因此，這樣情境空間的形成就有特殊的涵義存在。同時，這也造成護理人員她們對環境、病患的知覺感受呈現初期的詭異及類污名化的感受。

壹、 空間及背後的意涵

加護病房的隔離空間主要將家屬隔離在外，床與床之間以圍簾的方式隔開，近似於急診室。而一般單位的病房就是一整排，視覺上展現出來的就是一覽無遺的走廊。而感染科病房就不同於加護單位、急診室以及一般病房，它的空間方位雖然與一般病房無異，但是，卻被刻意的切了好幾塊，如下圖三，每一塊的功能不一樣，病患類別也不同。



圖三：感染科病房空間圖

一打開點電梯門，公布欄的布置、公告與其他單位無異，但是整體的空間感卻被門切割成兩大塊及一小塊。若以護理站為中心，緊鄰護理站右邊為一大塊，而護理站前的走廊往左邊走，經過休息室走到底，又分別向右邊有一大塊，及向左有一小塊。雖然每一間病室的規格都一樣，但是，每一個區塊的功能卻不一樣。而每個區塊貼在門口的警示語與門口的設備稍有不同。護理長向我做了簡短的解釋，她說：「之前護理站旁那個區塊的感應門不會關，因為這一區是住一般感染症的患者，除了一般腸道、傳染病及內外科感染症之外，有時還會收一般的內科病患。之前不會關，現在會關門主要是家屬抱怨護理站的作業會吵到他們，所以關起來可以有隔音效果，因此現在進出有在關門了。這一區的病患不像肺結核一樣具強烈傳染力，所以只戴一般外科口罩就可以進入【2010.03.03 田野觀察】。

而離護理站比較遠的那兩區，是如何形成的呢？護理長又做了簡單的說明：「因為每一間病室都是負壓設備，之前肺結核的病患住進來不會特別分區。但是，一般感染症入院的病患都不喜歡跟肺結核的病患住。怕他們會傳染給自己，雖然有負壓及獨立空調，但是其他病患仍然會害怕【2010.03.03 田野觀察】」。於是，肺結核病房就被特別分到另一區，也就是離護理站較遠的那區，而因此被稱為「肺結核（TB）區」。而另一小塊在流感的時候專門收小兒流感的病患，曾經一度被稱「小兒流感區」。但是，沒有流感疫情時，也收一般病患，現在已經沒有這樣的稱號了，如果肺結核區住滿，還是會住到這一區。

「鄰避」是污染受難者傳播其受害經驗的產物，人們預期其生活型態將伴隨毒害的發生而可能產生衝擊。可以歸納造成鄰避的原因為：污染、健康威脅與預期恐懼控制能力喪失與無力感、壓力及生活型態被破壞、受難及信任喪失、能力賦予及警覺等等（李永展、何紀芳，1996）。在醫療場域中，也明顯的出現醫療處境的「鄰避效應」，由於與傳染病共處總是會有被感染的風險，這威脅到人的生命，所以會產生種種阻隔傳染病的方式，捍衛自己的生命，空間的演變就是這樣的由來。雖然設備都一樣，在一開始的時候並沒有分區，但是一般感染症跟傳染病畢竟傳染途徑不同，而病患生活習慣、遵從性也不盡相同，「…因為有些病患會比較沒有病識感，他會去把門打開，那後來就把他們放到那裡去（TB區），盡量提醒他們要關門（E2-0178P）」。以及因為其他疾病患者不喜歡與傳染病同住一區，為了方便管理傳染疾病，及防止他們因日常疏忽而傳染給其他患者，並安撫其他病患的觀感下，決定做空間上的區隔及分類管理。

在整個空間演變的安排上，就有「控制」疾病的氛圍存在，不僅可以控制其他病患的情緒，避免引起他們的不安及恐慌之外，也可以藉由空間的阻隔避免傳染給其他人。所以，鄰避形成的一種心理基礎，顯示空間絕不是一個價值中立的存在或人們活動的背景，它一方面滿足人類的遮蔽、安全與舒適的需求，一方面更展現了人們在某時某地的社會文化價值與心理認同（畢恆達，2007）。因此，感染科病房的空間規劃的演變，就因此而產生。

貳、 楚河漢界

病房空間的切割主要源自傳染病的控制及醫療鄰避的現象所形成，因此，走在病房您將會感受到整體空間呈現兩種不同的氛圍。在逛完病房一圈後，您將會發現明顯的「楚河漢界」，這條分水嶺就是病房的電梯。一出電梯門左手邊就是肺結核區，也就是離護理站較遠的那區。而一出電梯門右手邊，就是護理站以及一般感染區，這樣以電梯門為基準，將一個空間分隔成兩個世界，也造就兩樣世間情。一般內科區，也就是住一般感染症，他們的人數比傳染病病患多，可以隨意的進出，病患與病患，甚至家屬與家屬，抑或看護之間會相互聊天、串門子，所以比較熱鬧。但是，由於肺結核區有進出管制設備，「他們進出的時候該單位會給進出的感應卡給家屬，護理人員同時會問家屬誰是主要的看顧者，並進行登記。如果臨時來訪客的話，也有臨時卡是可以使用，這些用意的目的就是要監控。【2010.09.14 田野觀察】」。因此，只有該單位的醫護人員及擁有感應卡的家屬或病患才能進入此區，一般感染症患者不會有進入「肺結核區」的機會。而且，「肺結核區」與「一般感染區」從視覺能掃描到的地方就呈現出明顯的對比。肺結核區的門貼了許多衛教及警示語，如「護理人員、探病家屬進入時請戴 N95 口罩」就貼在門口中間，而它左下角又貼著「探視請帶 N95 口罩」，門口右邊也貼著教導「戴口罩的時機」的衛教表，以及最右側也不放過的張貼著教導護理人員及家屬如何保健的圖示。並且，由於醫院不免費提供家屬探視用的 N95 口罩，所以，特別在肺結核區入口處設計一個購買 N95 口罩的投幣箱，投完之後再到護理站跟工作人員拿取口罩。同時，在這一區入口處旁的牆上特別設一格格的 N95 口罩放置區，提供工作人員放置使用過的 N95 口罩。這樣琳瑯滿目的警語，這個相較於一般外科口罩放置區則放置在護理站前，方便進入感染區的患者及家屬拿取，以及門口只有貼著一張教導人們「戴口罩的時機」，相比之下，就會讓人嗅出幾分不安，也讓工作人員、病患及家屬要進入時頓時提高警覺。而且，你也很少會在走廊看到肺結核病患走動，有時候一整區甚至只住 2-3 個病患，因此，十分冷清。

從電梯門畫一道隱形的線，區分楚河漢界。但是在地板上也透露著玄機（上圖三）：

「病房有兩台電梯，右邊那一台電梯是一旦有疫情時，病患將走的動向，所以，地板上是紅色的虛線，往一般感染區。另一部電梯的動線是健康人的路線，因此綠色的虛線往醫護人員的休息室去。在電梯前公佈欄那一塊的空間屬於安全乾淨的，所以用綠色的線區分這一塊區域。而進入一般感染區或肺結核區前的那一塊，則用黃線表示，告知人員已進入警戒區。倘若跨入紅線，進入到一般感染區或肺結核區，便是危險區【2010.09.14 田野觀察】」

因此，書渝記得在 H1N1 流行的時候，她看到所有的門都關起來時並不會覺得特別不安，因為「…可是我待的環境其實很清楚啊，那是沒有問題，那是乾淨的區域…（E1-0376P）」。所以，安全感也來自於空間的掌握，透過空間組織的規劃，使護理人員、家屬及內科病患，知道自己的處境是否在「乾淨」的範圍內，也不會相互滲入。

在規訓與懲罰（1992）中，所有的權威都根據二元劃分論（危險/無害、正常/異常）和貼標籤的雙重模式，透過空間切割的藝術及恰當的活動控制執行個別的控制功能。「肺結核區」的病患在這個空間中了解自己目前處於隔離狀態，而且護理人員表示：「嗯…我們一般會建議他們不可以（外出），但是有些病患還是會出來，然後我們就是會要求他們一定要戴口罩才可以外出這樣子（J1-0212P）」，「我們都會盡量叫他在病室內，除非他真的很受不了一定要下去走。不然原則上是不能出來的，除非他下去就是選早上，一樓大廳比較沒人的時候，零星時間，或者是黃昏的時候，那時候比較沒有人（E1T-0347）」。在這個空間氛圍中，展現了傳染性與非傳染性二元對立的局面，透過強制的安排，有區別的分配（他是誰，他應該在哪裡，他應該如何被描述，他應該如何被辨認）。由於傳染病經常被視為不名譽或被汙名化的疾病，這裡的病患雖然不是犯人，但是他們卻有像犯人一樣被分類及安置，病患因疾病的屬性被分類及控制，藉由藥物及空間上的隔離來堵絕疾病的散播，透過疾病病患被有區別的安置照顧，別無選

擇的被區分。

參、 消失的交誼空間

加護病房病房外會有家屬休息室，急診及一般病房走廊也會提供座椅，在一般病房的空間上通常會看到交誼廳或茶水間，提供訪客或家屬休息及相聚的場所。但是，在感染科病房中，茶水間取而代之的是走廊盡頭上的飲水機。交誼廳並沒有在這個空間被設置，走廊上就連一張能供訪客暫時休息的椅子也沒有，只有在一般感染區的走廊上放置一張小床，及幾張輪椅，供病患做檢查換床或外出時使用。這些消失的設備意味著防止健康的人逗留，減少受感機率，以及具傳染性的患者停留過久，造成院內「交叉感染」。

書渝表示：「什麼慶生會啊！或者是慶祝會，可是因為我們家就很怕那種交叉感染，就不會有那種病患跟護理人員之間，比如說像幫病患開慶生會，或者說聖誕節啊…像有些病房就會說，邀請病患一起出來同樂之類的，我們這裡沒有辦法。對啊…（E1-0070P）」。所以，這裡不會像其他單位會定期舉辦團體衛教或替患者慶生，沒有辦法與患者同樂。一般感染區的家屬、病患還可相互往來，但是，肺結核區，就顯少有這樣的場景了。

具體存在的空間又形塑了我們的社會關係，利用空間來控制弱勢族群的活動及成長空間（畢恆達，2007）。馬丁·布伯：「關係是一切的起源」，他相信關係的渴望是「與生具有」的傾向，人不是獨立的實體存在，人是兩者之間的生物（Irvin D. Yalom，2003）。然而，這些防止散播的方式（隔離）無形中將健康與疾病、正常與異常劃了一道分水嶺，空間的規範、消失的公共設備及行動的限制，無形中便成為「控制」疫情或方便管理的方式。而這種被封閉、被割裂的空間，使傳染病的患者被迫鑲嵌在一個固定的空間（病房），造成病患與病患、病患與護理人員的疏離，這樣的氛圍變造成了一種醫療的人際疏離。

肆、 病室裡的傳聲機

現在的環境全面電腦化，使科室與科室之間交談的聯絡，如病患的傳輸、領血通知的聯繫，全由電腦傳輸系統，減少了工作人員「動口」的機會。再加上隔離單位監視器及叫人鈴的使用，雖然可以減少醫護人員暴露在病菌的機會，但卻無形中孤立了病患與工作人員，阻斷了人與人之間最基本的面對面溝通【2010.03.03 田野觀察】。

而護理關懷最基本的就是「親近病床」，走動與交談原本是身體對工作的實質參與，在一般的科別是建立在面對面的交談，實際給患者看的到，甚至摸的到的肢體接觸。但是，這裡是採集中護理，經常爲了避免護理人員往返病室的不便，如果口頭上需傳達一些訊息讓患者知道時，會以 nursing call（叫人鈴）跟病患或家屬對話，卻因此也減少了親近病床的機會。當我們用手機或電話時，是因爲空間遙遠，但是在這裡咫尺卻恍若天崖，明明就在同一個空間，但是，因爲疾病導致的空間規劃，以及醫療科技的發達，護理人員、病患分別被安置在同一個空間時，病室裡的傳聲機（叫人鈴）就是溝通管道。雖然這在 TB 區較爲常見，一般感染區大部分是因爲護理人員忙碌，爲減少來回走動用掉的時間，才會選擇用 nursing call。但是，卻反映了在 TB 區中所造成的人際疏離。

伍、 病室中的一隻眼

一般病房或特殊單位若有監視器，也只有少數幾間病室，但是，這個單位比較特殊的是，每間房間都有監視器。

在護理站裡頭，有兩台電視，剛好訂便當的時間到了，但是找不到 XX 護理人員，於是看到她們操作機器，一間一間的找她，然後用對講機對話，非常方便。原來是每一間病室都裝有監視器，不過只做監視，並沒有錄影功能，一般時間基於隱私，沒有使用的時候是用布蓋著的【2010.03.03 田野觀察】。

而這隻眼對護理人員而言，除了可以密切觀察病患的狀況之外，另一項重要的功能就是保護工作人員。

一般人在照顧愛滋病患會擔心病患末期的神經症狀，導致行為失控會傷害到護理人員，但書渝表示：「我遇到並不是因為他的神經症狀，是因為有些是藥癮的病患，啊他在打藥的時候會有就是…人有一個欲望沒有被滿足的時候，他會有一些無法控制的動作，那其實，那時候就是不要讓自己有危險，因為路還很長（E1-0304P）」。所以，她對這一類的病患警覺性要很高，並表示，如果她們覺得這個病患很怪，或者同事夜裡巡房時間過久，大於 30 分鐘。由於夜班護理人力若只有 2 人，無法離開護理站時，便會使用監視器的功能，一間一間的尋找，確保同事的安全。

從規訓與懲罰(1992)一書中得知，監獄的設計主要的目的是為了加強控制，利用高塔空間的不可見性成為被監禁者秩序的控制。而在染科病房的情境中，監視器的微小不可見性，就有這樣的功能，利用監視達到掌控情境。那為何我們那麼害怕失控呢？

因為愛滋病本身是一種威脅生命的疾病，亭羽說她對照顧愛滋的病患壓力比較大，她會覺得：「...水痘好像是會好耶，可是愛滋好像不會好啊！對啊！（H1-0256P）」，而且「...肺結核好像不會像愛滋一發病就什麼都...就當妳免疫力不好的時候妳什麼病...不好的什麼就什麼都上來，...那個病程在變化太快了（H1-0258P）」。而馮芫則認為肺核結可以服藥控制，「...可是愛滋的話可能，因為免疫力下來，就看整個後續的話，比較讓人家不能接受...（I1-0072P）」。她們的恐慌來自於疾病的不可治癒性，以及旁人的眼光。

在驚慌（fear）中，它顯示出一個可怕的東西正在接近我們、侵犯我們。我們的驚慌早已了解此物會侵犯我們的，而在遭逢它時，人是從灰暗的知識達到清晰的真理。同理地，我們不能從對一物毫無所知，然後發覺它具有侵犯性，才因此驚慌。而是，我們早已晦暗地了解它是可怕的、使人驚慌的，然後在遭逢它時，驚慌讓我們更清楚得了解它的侵犯性，於是我們更驚慌了（陳榮華，2006）。所以，亭羽及馮芫因為了解愛滋的威脅性，而造成她在照護的壓力，相同的，書渝也體會到：「...那時候就是不要讓自己有危險，因為路還很長（E1-0304P）」。

而既然無可避免的置身在這個處境，我們該如何呢？Rollo May（2005）指出既然焦慮無可避免，但卻可以降低。可以藉由焦慮的管理，將焦慮問題降低到正常的水準人們會以不同的方法以建立安全感的需要。方法便是確定自己掌控情勢，避免可能會製造焦慮的情境。所以，病室中多了一隻眼，暗藏著護理人員在這個處境中，對引發自身焦慮情境的控制，多了一隻眼掌控情境，對護理人員而言意味著多了一份安全感。

從感染病病房的情境空間描述中得知，醫療上的空間規劃暗喻著對「控制」的「控制」，也就是說，藉由控制去控制可能失控的情境。這樣的情境控制通常會導致人際疏離，也就是形成正常人與病患間互動過程中的一條的鴻溝。

陸、 隔離空間的知覺感受

從上所述，整體空間被成切割成兩大塊、一小塊，護理人員在這樣被切割的空間中，她們的感受是什麼？而感染科與別的單位不同的是：

舊的內科大樓，樓層護理站也在電梯打開的右手邊，往右手邊走，可以透過玻璃看到護理站，而且玻璃窗戶是可以活動式的，所以可以調整開起的大小，一般樓層玻璃門是全開的，但是在感染科病房護理與外界相互透視的玻璃門是緊閉，而且封死的。由於，感染科病房是後來才建立的單位，因為又是建在舊大樓。所以，設立時許多管路無法像新大樓一樣埋在天花板裡，因此從打開電梯門視野往上瞧就可以看到天花板的管線都是外露的，管線像是好幾條水管束起來，延著天花板的直角延伸到病房走廊的盡頭，妍伶說：『當年的牆壁更舊，貼著泛黃的壁紙，而且不是貼整面牆壁，只是貼特定某個地方，例如冷氣口附近。』而且地板到天花板的高度並沒有像新大樓那麼高敞，再加上或許是因為管路外露的關係，相對著覺得天花板更矮【99.05.20 田野觀察】。

經由上述及本段的描述中，再加上每個區塊的門都是關閉的，這樣便讓初來乍到的護理人員嗅到幾分詭異的味道。

靈瑄她想要挑戰，所以來到感染科病房，第一次印入眼簾的感受是「…這

是什麼地方！這是鬼屋嗎？感染科是什麼？那有這種病房？以前沒來過這麼舊的地方（C1-0042P）」，「就很暗啊，很恐怖哇（C1-0046P）」。這樣恐怖的感覺，乍現一下，很快就消匿了，「…可能之前我沒做過隔離房吧，可能就是它原來就是長這個樣子（C1-0050P）」。頤菱也有類似的感受「傻眼！怎麼這裡就很舊啊！就很破舊啊！我就想說天啊！我該不會就在這裡上班吧！（B1-0022P）」，「建築物、天花板，打開門的感覺，怎麼會這麼矮（B1-0024P）」，「就很失望，很傻眼…（B1-0028P）」。頤菱對病房的認識是很新進的，不像這裡那麼舊，由於頤菱長的比較高，相對著對病房的高度特別敏感，她覺得很矮，有壓迫的感覺，這跟她以前對病房的認知不一樣，所以很錯愕及失望。頤菱是一個在陌生環境需要關係的人，所以，她第一天來感受到非常的孤單，再加上她之前對感染科並不熟悉，所以對隔離設備沒有特殊的想法。筑軒實習的時候也覺得感染科很恐怖，剛來時「…我就想說為什麼那個玻璃都圍起來，我說我不是來內科嗎？我覺得這裏怪怪的，後來對我解釋說這裡是感染科（F1-0034P）」。曉玲的情況類似筑軒，不過「…只是覺得這個地方好毛喔，就是覺得奇怪啊（F1-0152P）」，「對！而且我們這邊可能是有玻璃，就是那個塑膠板隔起來，然後就覺得好奇怪怎麼會有這種地方…（G1-0142P）」，「…為什麼會有塑膠的那個東西…就是有什麼問題嗎（F1-0150P）」。而且，「就是好破喔，沒看過這麼破醫院耶，因為它管路什麼都外露的，很舊耶，就沒有看過醫院…在鄉下地方實習的小醫院都比這個還新啊（F1-0130P）」。所以，曉鈴覺得這是一個好奇怪的地方，就是又髒又破又舊。

亭羽有院外的工作經驗，所以「對！我來的時候就好舊喔…ㄉ~~啊來的時候就好舊喔，好爛喔，可是人很好（H1-0102P）」，「就這個環境…不知道耶，如果我是病患我都不喜歡這在這裡，對！就覺得就住起來就覺得不喜歡，就不舒服（H1-0122P）」。心鈴也對隔離的空間感受到封閉，最有印象的是「可能就是肺結核那邊的隔離吧（J2-0060P）」，而且「就是…因為我們這邊的設備是比較舊的，可能就是住起來環境沒有那麼好、沒有那麼乾淨，然後有那種沒有隱私，

因為我們都會限制他們的出入。對… (J1-0188P)」。馮莞在感受上就不會那麼強烈，「…感覺上差不多吧，沒有覺得有什麼不一樣的，就只是說，其實這邊的話就是隔板嘛，就是防護這樣子 (I1-0056P)」，看到門也會覺得比較封閉，「因為它封起來。然後就有點，好像裡面有什麼要特別被隔離這樣子 (I1-0060P)」。

她們都因為第一次來，所以整體環境的感覺帶給她們的是一種負向的知覺經驗。《知覺的現象學》一書中，指出身體以知覺開展，梅氏認為：「我的身體乃是意義的核心」。身體是我們得以存在於世，並給予世界意義的基礎或中心。「我的身體是組織構造體，所有物體進入其中而被編織，至少對於所感知的世界，身體是我『理解把握』(comprehension) 的普遍工具」。因為身體是感知的主體，感知是身體的根本習性，身體的感知能力就是我理解世界的工具，而此工具「不需要利用任何『象徵的』(symbolic)或『使具體化的功能』(objectifying function)，我的身體便能擁有它的世界，或理解它的世界」。即身體的擁有世界是自然而直接地與世界交融，我與世界乃終極地整合(引自黃怡璋，2000)。所以，她們的對這個空間的詮釋，諸如「很恐怖」、「很破舊」、「很暗」、「好毛」以及「怪怪的」等等，是她們用來理解這個陌生的地方，並為這種陌生感受進行具體的命名跟認識，例如靈瑄就覺得「可能就是他原來就是長這個樣子」。

曉玲當初雖然也覺得怪怪的，但是所見所聞改變了她一開始的觀感「…因為以前高職實習的時候肺結核的病患就是一般的病患住在一起啊，就是覺得這裡好先進喔，就是肺結核病患要自己關起來。… (F1-0184P)」而且當時的護理長都對曉鈴及筑軒表示「…負壓病房妳永遠都不用怕妳有危險，…如果妳在別的單位沒負壓，可是他突然間是肺結核啊，妳看妳會不會嚇倒，可是妳在這邊是安全啊，…像這裏的肺結核不是的也都住。那妳在別的單位發現通常就…，就被嚇到 (F1-0040P)」。所以，她們就覺得可以接受。因此，又進一步調整自己的感受對陌生的空間重新認識。但是，當她們感受到這種諸如此類的感覺時，卻有另一層意義浮現了，那就是她們的身體逐漸因為透過感受而與環境逐漸磨合，而開展出有別於先前的感受。亭羽就說：「現在習慣了，也已經開那麼久了，其實髒也

是髒啊，不乾淨也是不乾淨（H1-0120P)」。心鈴也把空間封閉的感受，轉而以體會病患感覺知覺為主，她說：「我會覺得住在裡面的病患很可憐吧，就是..因為那個空間其實還蠻封閉的，對啊，然後又很舊的建築物，我會覺得如果每天都關在裡面難怪他們會覺得心情都很不好，會很想出院的那種感覺（J2-0182P)」。靈瑄也感受到住在裡頭的病患那種孤寂的感受，「就覺得很孤單啊，很無聊啊...我是不知道他們有沒有覺得...被排擠的感覺我是不知道...我是發現他們住在裏面大部分的來，比較老的都很憂鬱啊，也不想被隔離啊（C1-0130P)」。

她們對情境空間的知覺感受因為時間跟經驗的關係是不斷的在改變跟重新賦予意義的。因為「在生活中，身體展開自己為兩個習慣，一是感知的習性（perceptual habit），一是運動的習性（motor habit），此兩者又相互交錯重疊。透過這兩個習性，身體一方面安立了其所居處的環境的存在意義，另一方面，它也不斷地解釋新出現的事況的意義；也就是說，身體存處於世的意義便在於不斷的累積經驗，不斷的豐富身體所詮釋的意義（引自黃怡璋，2000）」。

這裡雖然是一個封閉隔離的處境，一開始許多人對於這個情境空間抱以負向的知覺感受。但是，身體處於陌生的處境之中時，會自動的賦予環境意義，目的是為了抓取意義以增加對環境的掌控與了解。這對沒有感染科經驗的護理人員而言是很重要的過程，而她們在賦予意義的同時，所有身體的感觀都呈現開放的狀態，隨時等待新的資訊進來，剛開始身體與環境融合，在知覺上賦予環境意義，這時注意力還在環境上，但是當她們習慣環境之後，注意力也從客觀環境轉移到了體會病患的感受，她們一直在對這個情境做更深且不同的詮釋。

柒、「類污名化」的知覺經驗

一般傳染病患可能會受到社會異樣的眼光及被污名化的壓力，相同的，照顧傳染性疾病的護理人員她們也由於擔心受感、傳染給他人或家人的負向反應，以及在空間上給她們的感受和照護病患的經驗中，讓她們也有類似污名化的知覺經驗。

書渝覺得這裡跟其他單位最大的不同在於這裡住的疾病是具傳染性的，病患會可能認為：「他被關起來，就是生病這已經很難過，住在感染科病房戈嚕見笑（台語，丟臉）(E1-0052P)」。也就是說「奈得到這種會為人的病（台語，傳染給人）(E1-0054P)」，這種嚴重會致死，而且社會觀感差的疾病。在她的照護經驗中曾經有位癌症導致免疫力低下而合併肺結核的阿伯，身上同時得兩種社會觀感不佳的疾病，受不了打擊而有輕生的念頭，「就是，我們 xx 火車站在那裡，他就躺…臥軌就是就別的人講得比較誇張，後來之後去問他，他就是說他就是站在那裡，火車已經…柵欄噹！噹！噹！都已經下來了，他還沒有…不離開了，然後是人家硬給他拖走這樣子。對啊！後來他就覺得啊…癌症就已經很可憐了還得到這種很爛…會傳染給別人，觀感比較不好的病。對啊…(E1-0062P)」，使她對傳染病的印象更添一籌。

當她在敘述這個照護經驗時，是抱持的同情與接納的口吻，不是單純著敘述一件事，而是這件事彷彿發生在自己身上一樣，她陳述著感染科的隔離病患照顧起來如何跟其他單位的不一樣。她也從病患得病後的反應讓她更深的體會到傳染病在患者身上除了致死之外，最重要的是社會觀感跟自主性的問題。書渝將會提到：「如果是我得到了，我還在潛伏期，那那個時候我剛好又休假回去，會擔心說把細菌傳染給家人 (E1-0072P)」，「有疫情的時候不要隨便跑到別人家裡去，以免造成別人的困擾 (E1-0076P)」，以及剛開始從事這個工作的心態是不敢跟家人說自己在感染科病房，「…不然他們會很煩惱，一聽到感染他們就先驚半死啊！（台語）(E1-0046P)」，「可是父母對於感染這個概念一直沒有很清楚，那剛開始是跟他們說我是在胸腔科 (E1-0044P)」。

而鳳芸也一樣，「因為…還是歸於 SARS 啊，因為一般人聽到 SARS 就會很害怕，…啊我怕人家、一般人比較不瞭解的會說唉…又妳在那個地方上班 (D1-0025P)」。還有「…就如果在接觸到這類病患的話，可能會威脅到我的生命、危及到我的家人。所以，是抱著很難過的心情過來這邊的…(D1-0013P)」。因此，「我們沒有跟朋友講，也沒有跟家人講我們在什麼病房，都一律說在內科病房

(D1-0021P)」。鳳芸也擔心自己的安危，以及怕自己成爲威脅家人健康的「感染源」。所以，她的處境當時也視自己爲是「類感染源」，而曉玲則是對於不熟悉的人問起她在什麼單位時「對丫，就說是內科病房這樣子(G1-0216P)」，由此得知，照護者其實承受著被外界排斥的污名。

因此，書渝更能體會病患的心情，在社會觀感方面由於癌症跟肺結核都是負面觀感，在肺結核治療由於採隔離，他們必須因爲控制疾病而被安置在病室之中，失去原本行動的自由度。而書渝在現實生活中也怕傳染給家人而會自我管理自己的行爲，如果身體狀況或有疫情時不會到別人家去，也騙家人說自己在胸腔科。因此，護理人員與患者是在相似的處境中，更容易產生同情共感，更能體會患者的處境，這也似乎透露著書渝對疾病被污名化的不滿。

污名(stigma)，又譯爲標籤或羞辱感，是一種群在於人類社會的不同團體間的現象。依照社會學家的定義，它所指的是一種當違背社會正常標準時，會被貼上的記號，而此記號造成社會的排斥與污名較接近的名詞包括歧視(discrimination)、偏見(prejudice)、刻板印象(stereotype)。對於特定疾病、愛滋病、慢性傳染病會對他們的污名反應會十分明顯(楊志偉等人，2005)。因此，感染科場域的護理人員也深知疾病污名化對病患的影響。而自己也承受著擔心自己把病菌傳給家人，視自己爲感染源，以及家人受一般知識影響而擔心自己被污名不被接受的想法。所以，書渝雖然一開始就在這個單位，也沒有得過任何傳染病，但是從照顧這些傳染病的病患上有一種「類污名化」的感受，也承受著被歧視的現象。

「看到病患受苦，心裡悽悽然」，是一種人皆有之的側隱之心，關於 empathy 這個詞蔣欣欣(2008)指出，若譯爲同情共感或同感心，似乎比同理心更能傳遞出關懷照顧的深層涵義。護病之間，是否由側隱之心發展一種同情共感的關係。很明顯的，書渝從得到兩種被污名化疾病(癌症、肺結核)的阿伯身上，看見他正在受苦，而有不捨的感受。同樣承受「類污名化」的自己，更加能體會到病患的苦處，這是其他場域的護理人員所無法感受到的處境。因爲，她們照顧的是會

傳染的疾病，她們經常看到的是被汙名化的心情。那種猶如自身的同情共感，是一般單位護理人員所無法體會到的。筑軒提到之前 H1N1 時請兒科來支援，她說：「…他們一來都沒有辦法接受，我們為什麼要穿這個，然後又拿這個給我們戴。妳們怎麼會受的了什麼的，我不知道外界的看法就是這樣子，覺得我們這個很恐怖 (F1-0066P)」。

這裡的醫護人員能忍受，研究者並不完全認同是基於她們當出來的種種初衷（經濟因素），或許經濟是初步讓她們待下來的誘因。但是，長時間的相處，病患的受苦護理人員看在眼里。如果感染科的護理人員是「類感染源」，就如同病患是傳染病的帶原者，她們的自我管理，善意的謊言，以及跟病患一樣安置在隔離單位，亭羽就說：「被關在裡面，就像人家說的，我們 9 樓是被隔離的啊，妳就會..想有些 R（住院醫師）就會覺得...像外面有些事情我們根本就不知道，就是覺得 9 樓的護士，就是有些八卦啦，就是覺得妳們 9 樓就是被隔離的啊，因為有些八卦我們消息都很不靈通，他們就可能覺得我們就是被隔離在這一層，對啊 (H1-1076P)」。

所以，護理人員當然能夠了解病患的感受，在這樣的處境，某種程度是與病患共在，共同承受疾病的痛苦感受。因此，護理人員與病患之間，撇開健康與疾病來看，其實從某種情境來看是很類似的。因此，更能體會到這裡的病患與其他病患在心境上的感受如何不同，就如同書渝提到「我覺得說是病患的心情吧！病患的心情就覺得說他被關起來，就是生病這已經很難過，住在感染科病房戈嚕見笑（台語）(E1-0052P)」。

這樣的體會不是表面的，而是透過參與滲入才會知道。

第三節 瀕臨邊界處境的現身

這一群在感染科病房工作的護理人員，她們的壓力除了一般工作的壓力之外，另一層令她們恐懼的壓力為受感造成的死亡恐懼，這份恐懼與個人的死亡態度息息相關，也是成為「瀕臨邊界處境」的基石，足以影響她們接受危險處境的原因。由於，每個人心中都有欲求與畏懼，生活當中不管在何種場域，都存在著一股隱晦的危險感，而感染科病房中，那份危險感是麼？也就是她們怕的是什麼？這些畏懼真的是恐懼處於感染科病房中那微細不可見的病毒嗎？還是有更深的意涵在其中？她們又如何收攏這份焦慮？這一群感染科的護理人員她們在這個處境下如何展現自身存有狀態的特色，也將從這一節慢慢開展出來。

壹、壓力的侵襲

感染科病房的護理人員由於照護空間的設置及疾病種類的特殊，導致她們的處境也有所不同。不管有沒有工作經驗，踏入這裡或多或少都要承受壓力的侵襲，只不過每個人對壓力的類別及感受會因個人日常生活經驗而有所不同。但大致可分為人際孤獨、生疏的知識、類污名化的壓力、情境空間中的不確定感及如履薄冰的壓力。

一、 人際的孤獨

人們到一個陌生的處境，印入眼簾的除了環境設備硬體空間給出的感受之外，隨之而來的就是周遭人帶來的感受，這些經驗部份跟她們過去的生活環境及工作經驗有關。

頤菱從小的家庭生活就很熱鬧，跟爸媽的感情很好，離家工作無疑的就是失去依附系統，這三年多讓頤菱面臨最大的困境是剛來不太習慣護理的工作作息，以及在這裡沒有熟悉的人。來這裡一個禮拜之後，曾經打電話給當時的護理長說

想離職，她說：「…我覺得最主要是不熟悉吧，沒有熟悉的人。然後…我也知道這是必經過程，可是就是沒有人跟妳講話或什麼的，然後就會覺得，吭…我又這麼愛講話我怎麼可能承受的了，然後就鬧離職了…(B1-0110P)」。不過，跟護理長談完，大哭情緒抒發之後，也因為跟大家愈來愈熟悉，所以就留下來了。

曉鈴剛來的時候「因為，不曉得吧，因為我們以前工作比較忙。所以，可能那個時候就覺得…(G1-0166P)」，「就覺得，就覺得大家好像都很難相處(G1-0164P)」。曉鈴對於環境的知覺感受是毛、怪跟破舊的同時，她也嗅到人際間因為忙碌而有種疏離的感受，曉鈴的敏感度跟她的成長背景有關係，她的奶奶比較疼男生，所以，小時候關係不是很好。父母都在工作很忙，因此她對父母的印象是他們都很兇，由於從小她就是個鑰匙兒童。導致她對人際的細膩度就比較敏感，這是她過去孤寂及疏離的經驗，被環境再度帶起，讓她不太敢跟別人互動。但是，在往後的幾年跟這個環境的人相處後，讓她覺得這是一個很有意義的地方。

亭羽剛來的時候也承襲著上一份工作的影響，之前在 xx 醫院，亭羽不喜歡阿長的領導風格，她打擊到亭羽的自信，但是也激起她的鬥志，想要靠自己的能力再謀另一份工作，就毅然決然的離職。來到這裡，當時感染科護理長的臉孔，讓她回想起之前的護理長，有不愉快的記憶在，「…之後我來這裡的時候看到 XX 我覺得她看起又好兇，我就想說我可能又要第二次離職了。可是我心裡又會想說，可是我又不是妳們這個單位的人。我還是會回去我們原本的個單位，就會覺得，反正我在這邊受訓而已啊，我又不是妳們單位的人(H1-0106P)」。而且當時「…來的時候大家都認為我不是這個單位的人，所以大家都…因為他…我們來三個，所以我不是這個單…我不是屬於這個單位的人…(H1-0108P)」。所以，她當時覺得可能因為自己是過客，因此學姐的心思是在其他兩位身上，後來跟她們也熟了，就覺得這邊的人很好。

筑軒剛來的時候因為對事物不熟悉，也心生離職的念頭，但被父母勸擋下來，在懷第一胎時，因為常安胎，也想過留職停薪。但是，復職之後可能就無法

在原單位，所以，當時她十分掙扎。不過，這中間因為有一個學姐跟她比較好，幫她撐過來。她說：「…因為那個時候畢竟也剛來，對啊，那個時候就是沒有很熟，才幾個月就跟她還蠻熟的就變成好朋友這樣子，我就覺得有人陪伴妳，在這個單位就覺得還不錯。不然妳那個時候又想要離職（F1-0214P）」，「對啊，就是覺得我就是同樣一個單位要有一個跟妳很好的人，我才會覺得我想要在這裡待（F1-0216P）」。孤獨的處境再加上遇到挫折，往往會加深受苦的感覺，因此，筑軒對於這份關係是珍惜，也因為那位學姐走了而有帶有感傷的意味。

馮堯認為人際關係一直是自己潛在的問題，她從國中臉上長青春痘開始就很自卑，再加上「因為我覺得自己就不善於講話，不善於表達，就像一些…自己的反應就不會向別人講，反應都是很小的，然後跟大家…有的時候聊天的話好像跟大家…我自己覺得自己的生活圈很小，所以跟同事間聊天的話其實都…也聊不上線這樣子。就會覺得說會愈來愈覺得挫折（I1-0261P）」。而且，來這裡雖然五年了，但是專業成長一直不如同期來的同事，所以「跟大家的差距很大的時候，其實中間會產生一些隔閡，就會覺得說…怎麼可能進步的速度這麼慢，那人家就是自己可能沒有用心去學習，沒有用心去改變自己，對！讓你自己…就是看不到你的進步就對了（I1-0255P）」。因此，馮堯就更為退縮了，不過這過程中也會有同事在馮堯忙不過來的時候幫她一把，也傳授自己的臨床經驗，幫助她調適。

孤獨大致上可以分為（易之新，2003）：一、人際孤獨-一般經驗到的寂寞，意指與他人分離，如地理上的孤立、缺乏適當的社會技巧。二、心理孤獨-表示任何形式的自我分類，不相信自我的判斷能力。三、存在孤獨-人與世界分離，人常常與別人及自己的某些部分分離，可是這些分裂的背後有一種更基本和存在有關的孤獨-即使和別人有最愉快的互動，即使有圓滿的自我認識和整合，仍然存留孤獨。對抗存在孤獨主要的力量就是關係。關係無法消除孤獨，每一個人的存在都是孤獨的，可是藉著愛彌補孤獨的痛苦能分擔孤寂。布伯說：「美妙的關係可以衝破孤獨的障礙、壓制它嚴厲的規則，在自我與自我之間架起一道橋梁，跨越宇宙的恐懼深淵」。馬丁·布伯：「關係是一切的起源」。他相信關係的渴望

是「與生俱來」的傾向，「每一個人在母親的子宮裡就知道自己和宇宙有連繫，出生時卻遺忘了」。

頤菱第一天上上班所面臨的是陌生的環境，沒有一個認識的人，處在一種人際孤獨，人事關係的動物，對頤菱來說，一個陌生的環境「孤獨」才是最可怕的。因應「人…時間 (B1-0174P)」是頤菱剛來時最大的課題，所以她想要離職。而曉鈴跟亭羽孤獨處境的感受受家人、長官的相處模式影響，對場域的人有負向的感受，覺得別人看起來不好相處。筑軒則在在孤獨的處境中受挫，數次想藉由離職剝離這種負向的經驗。但是，她們有著共通的一點，美妙的人際關係總在不知不覺中已逐漸滋養著她們，支撐著她們一路走來，藉由人的相處關係上獲得正向的意義。

二、 生疏的知識

由於感染科病房是因應 SARS 而成立的單位，過去並沒有這樣的設置，所以來到這裡的護理人員不管是自願、非自願，或者有無工作經驗，她們過去完全都沒有感染科病房的經驗，因此來到這裡，怎麼防護或如何照護病患，以及照護的流程對她們初期而言是普遍存在的壓力源。

智淮在進感染科之前是門診的護理人員，她從門診的角色去適應病房的話她仍是會緊張，她說：「雖然我以前有病房經驗，也有急診經驗，可是畢竟門診夜三年多了，那個作業系統跟那個不一樣的，其實是很大的壓力… (A1-0028P)」。從硬體設備來看，不會造成她的壓力。但是「…如果說以心態上的話我會很…很緊張。很緊張的原因就是因為我剛剛說的那個原因就是沒有病房經驗，或者就是說離病房經驗太久了，一些病房該做什麼事情或 Routine 這個事情我是焦慮的 (A1-0038P)」。

至於鳳芸的壓力「就是這麼學習去照顧感染病患 (D1-0085P)」，她說：「…其實我們醫院感染科也沒有那麼強，所以可能給我們的訊息也沒有那麼完善，當然就會比較傻傻…就會覺得自己感覺沒有做到那麼好的防護就對了…

(D1-0083P)」。像當初 SARS 的時候，「對，醫院也不敢對我們保證說妳去 care 他沒有什麼問題，像 SARS 那個時候他就隨便塞給妳，啊妳就穿，啊也沒有正式教人家要怎麼穿防護衣，SARS 那個時候就亂穿哪，還好醫院收的都是疑似 negative 的。我那個時候也是有 care 到啊，暈倒了，然後反正就是大家都亂搞就對了 (D1-0169P)」，如今她回想起來「就會覺當初怎麼這麼笨 (D1-0171P)」。因此，智淮跟鳳芸的壓力是很類似的，面臨初期跨領域的焦慮跟壓力，以及不知道如何防護及照護病患。

而沒有工作經驗，或工作經驗不豐富的護理人員，她們剛來的壓力也是因為知識不足造成自信較為缺乏，而引發照護的壓力。如同亭羽雖然剛開始是放射腫瘤科的人力，她最後也留下來，其中一個原因是剛來的前兩年她想學更多與以往不同的東西。於是，她剛來的敏感度跟注意力並不是在自己是否安全，或者是怕不怕上面，而是患者的病情。她剛來的時候，有一個病患始終讓亭羽覺得「怪怪的」。但是，「我的病患，可是我又覺得我又不是很懂，我怕我判斷錯誤我叫醫生來看我會被罵，我過去對醫生的印象是覺得他們都很兇，所以我不太想叫醫生來看，所以我叫學姊去看，之後... (H1-0418P)」。雖然病患的太太表示是病患前一晚沒睡好的關係，所以才叫不醒，不過當時剛好有醫生在，確定真的叫不醒，最後就轉到 ICU 去了。亭羽也不知道自己為什麼有這個警覺性去發現，「...可是我就是說不出來哪裡怪，因為我不太敢叫別人來看，我怕說他或許本來就是這樣，是我自己大驚小怪，我不知道，我就是覺得他怪怪的，給我的感覺就是他就是怪怪的。跟一般那種沒有 clear 就是不一樣 (H1-0428P)」。她的直覺告訴她怪，但是她擔心自己的專業不足影響她的判斷能力。

心鈴回想起自己剛來感染科病房的時候知識也顯不足，「...就是對一些疾病的認識，每次在照顧病患上就是，就是在學理啊會有一些壓力，就是照護病患可能就是藥物啊，治療啊什麼的，就是會比較有壓力會去讀，要去學 (J2-0252P)」，在臨床上「會比較緊張一點啊，就是...就是要抽血幹嘛的時候會比較緊張，謹慎一點 (J2-0244P)」，「因為那個時候就是技術比較不會那麼好吧，然後就覺得很

怕如果自己不小心針扎或什麼的 (J2-0246P)」。所以，在初期的時候，心鈴的重點是補足自己的知識，克服環境及學理上的壓力，以回應臨床上的恐懼，讓自己從容以對。相同的馮堯說：「我覺得在專業這方面，我覺得有進步，但是沒有像同期的同事那麼多，我覺得我自己的學習比較慢，雖然說...就是以前的同學啊...她就說：『ㄟ...妳以功課都不錯啊』，...可是一般的話，等到你臨床上要用的話，是要用時間去讓那些知識更深刻。有時候就好像自己看過了就...看過就忘了... (I1-0244P)」。所以，雖然臨床上的知識課本都有教過，但是若要實際的運用，對馮堯而言還是需要時間的，因為臨床知識是不斷的更新，每天都有不同的狀況，所以，生疏的經驗及知識這對她而言是一直存在的壓力。

而曉鈴剛來的時候覺得每天都有很多做不完的雜事，「就是...幾乎每次都很晚才下班，就覺得...然後就事情常常就是忘東忘西這樣子...對啊!然後又不太敢跟別人講話 (G1-0542P)」，「...就就是有時候比較不敢跟病患或家屬去講話這樣，就是講一些有關疾病上的事情，就會衛教 (G1-0550P)」。所以，她擔心自己之是不足，沒有信心做好自己份內的事，也沒有足夠的能力回應病患的需求。

Dreyfus Model 是以個人所處的真實情境、經驗為基礎，來判斷一個人的精熟程度，它所指的技能是指是臨床情境的判斷與技能，而不是在課室中靠學理與原則得到的技能，其專業技能成長分為五個階段，生手、進階學習、勝任、精通及專家 (李引玉、劉向援，1994)。當有經驗的護理人員被換到一個新的、沒有經驗、對病患照顧目標與措施及所使用的工具儀器不熟悉的單位時，她們都要退到生手的狀態，重新從陌生的情境學習新的經驗。所以，不管有沒有工作經驗，她們來到這裡共通的壓力是流程及工作上的不熟悉，不知道知識正不正確，所以對自己缺乏自信，產生壓力及焦慮是她們初期共通的知覺感受。

三、 類污名化的感受

在上述「類污名化」的知覺經驗中，得知護理人員有一股「類感染源」的壓力，擔心將疾病傳染給家人，以及擔心家人、朋友一時無法接受自己暴露在許多

病毒的單位，所以曾刻意隱瞞自己的工作單位，就如同患者刻意隱瞞疾病一樣。這是護理人員對外的感受與因應，而對內呢？在醫療場域是否會有類污名化的感受出現呢？

感染科的護理人員在感染症方面是專業，但是在傳染病流行期間，需要面對不熟悉的技術，因此必須借助其他科別的協助。但是，卻因此在臨床上感受到其他科別不敢來支援的壓力，鳳芸說：「對啊，像 H1N1 不管大人小孩都往這邊塞啊，其實小孩子我們 care 會有一個壓力，因為像那種 baby 幾個月的，不知道他哪裡不舒服，然後，就很難去溝通嘛，而且 on IC 小孩子對我們來講是一個壓力。有時候他們，就是像之前可以叫支援，可是我們就是曾經遇過叫他們，他們都說他們沒空 (D1-0159P)」，雖然「有反應啊，可是他們就再去協調啊，就是一定要來幫忙。可是還是有發現說，就是還是找藉口不來啦，因為他們會害怕啊，他們會害怕所以就不想來 (D1-0161P)」。所以，她們這裡除了視自己為「類感染源」之外，處境也像疫區一樣，有疫情時別的科別不敢上來支援。

書渝說雖然她們有不斷的在演習，那大家的壓力其實都很大「譬如說想某些科的醫生我們只要說：『那個等一下有一個調查病例要來』，然後他們就死也不上來，他們就說：『那好了再叫我們上來好了』。或說：『在哪裡？我站這裡可以嗎？』不然他們就是說，盡量啦！不要上來我們這個樓層 (E1-0174P)」。其實，書渝口中也感受到同仁的壓力，她說她們自己也會擔心啊，但是，畢竟有防護措施，而且她們對護理有一份責任，病患到了 IC (靜脈留置針) 就必須 on 上，醫生就必須來查房，但是她們都不來，或需要三催四請，這無形間增加了護理人員的工作上的壓力，以及增加被排斥的感受。

四、 情境空間中的不確定感

人們即使有了基礎的知識，但是被拋置在這個情境空間，遇到危機仍不免有一種不知道該怎麼辦，以及無所適從的焦慮。即使待了一陣子，環境中的不確定感，仍帶給人隱晦不安的危險感，不知道病患下一秒會不會出事？以及剛來的時

候，連怕都不知道要怕什麼，因為根本不知道環境中會有什麼事情該擔心，到後來知道該怕什麼，但卻沒有具體的對象了。這是環境所帶給人的一種不確定感，她們知道怖慄，瀰漫在情境空間中，但是卻沒有明顯的對象，呈現的是一種瀰漫性的焦慮。

筑軒剛來曾因為什麼都不懂，有一個病患在她的班內吐血急救，她在這個過程中，除了因為經驗不足之外，最重要得是，身體感還沒在環境中建立起來，所以遇到危急的事，環境中所帶來的危機將使她不知道下一步該怎麼辦？而呈現身體在空間裡脫序演出的狀態。她表示剛來的時候正是病房人力不足之時，學姐才帶她幾天之後就去生產了，當她回想起來，這對她而言真是一段痛苦的記憶，「對啊，我不到一個月我就自己上線了。就被逼上線了，我那個時候很痛苦，每天都在哭 (F1-0072P)」。那種怕跟恐懼，是源自於對環境的不熟悉以及專業上未建立起來，對事物及空間的陌深感。偏偏那陣子又常遇到 CPR，「那個 CPR 我又不懂，叫我去拿什麼我都不懂 (F1-0074P)」，然後，「就說什麼連那個也不會。…因為我覺得我沒有人帶妳也體諒我一下，我什麼都自己來。然後一剛開始什麼機器的…不會操作的時候妳就會覺得一下子就要跑回去問啊，很累ㄟ (F1-0090P)」。她對整個 CPR 的流程都不清楚，連用具也不知道要用那些，頓時整個人在陌生的環境下「脫節」。但是，她又要努力的將自己拉回來，自己的身體在這樣的空間中就像被四分五裂一般，心理非常慌亂，這段期間對她來說，簡直是臨陣的脫序的演出。機器就像她的手腳，她卻不知道怎麼用，但是她又要學會怎麼用，這中間她來來回回的跑去問人，目的就是除了要學會操作機器之外，也在學會調適及控制空間中所帶給她每一個不確定感及陌生的事物，把脫節的心理重新再建立起來。一個月之後，當她的身體習慣在這個空間，於是就釋懷了。

而馮芄雖然已經待了一陣子了，對於知識並不陌生，環境流程也有一定的熟悉度，但是她的不確定感不像筑軒是因為危急事件的發生而給出的。而是她內心總覺得「對!就是自己那個時候會擔心病患的變化，我會覺得...那個時候是會覺得說病患雖然，當然人家說你在這如果在這幾個小時內一般病患是不會有特殊變

化，可是有些病患變話本來就很突然啊... (I1-0278P)」。所以，她執行護理的時候會特別執著於常規，「就覺得..好像...會在那個時間量的時候會覺得說，自己啊..自己會想很多...想說『尤』...如果病患這期間藥加好了，紀錄寫好了，可是病患在這個時候變化的話，會有一些什麼糾紛 (I1-0274P)」。她表示，會有這樣的想法跟過去經驗無關，而自己也沒有發生過糾紛，主要源自她對自己缺乏信心可以掌控情境。造成即使有經驗的她，在這個情境空間中的不確定感一直是她的壓力。

亭羽因為剛來的時候並不是感染科病房的人力，她說：「...外界的想法就是你把你暴露在一個較危險的環境 (H1-0180P)」，「我覺得也是啊!也是你真的把自己暴露在一個危險的環境 (H1-0184P)」。那個時候她「就傻傻的，就不懂，你根本就不知道要害怕什麼東西 (H1-0456P)」。所以，不知道害怕。但是，當她愈了解的時候，心理的害怕就有了對象，她知道自己開始怕愛滋病了，她表示：「因為我覺得就是說...環境你就是不知道。你看有許多 AIDS 的人很多人都有，對!你說你都不知道說這個人到底有沒有?這個人這樣外表看起來好，可是你不知道他到底有沒有一些傳染疾病 (H1-0160P)」。所以，她在照護病患上呈現一種無對象的瀰漫性恐懼，這是基於對疾病的前理解，而將自己的焦慮投射於環境中，但又無具體的對象 (病患)，所呈現的瀰漫性焦慮，好像每個病患都很可疑一樣。

所以，環境給筑軒的感受是無所適從的慌亂與焦慮，像在十字路口一樣，內心有目標，卻無方向，不知道該走哪條路?而馮莞跟亭羽在情境空間中所產生的焦慮，有一種共有的特色是，這個處境中帶給她們的前理解是危險的，危機是具體的，但是，卻沒有對象，也不知道未來何時會發生，她們內心都有懸念，像頸部在掛著細繩的刀鋒下，不知道何時會一刀斃命一樣。所以，這是環境中的不確定感所帶出的一種瀰漫性的焦慮。而這種瀰漫性的焦慮，亭羽與馮莞在細分之下，又有些許區別，亭羽是源自於擔心自己會受感，而馮莞則怕病患的不測，在亭羽身上，將呼應著下面會談到的，護理人員在這個處境之中，也會有擔心自己萬一受感的「如履薄冰的壓力」。

五、 如履薄冰的壓力

不管進來的時候壓力是什麼，儘管是生手的時候就會有引發的危險感，還是從生手到專家時才出現，在感染科病房的特色，也就是最終需要碰觸到的議題「如履薄冰的壓力」，我們每個人或多或少因為她人的死亡、重病或社會事件的報導，而引發個人內在的恐懼與危險感，而感染科病房的護理人員，同樣的也帶有對傳染疾病的前理解進入這個場域，使她們對日常生活所產生的一些疑似症狀，亦或是常規的健康檢查，感生一股為危險感，當她們隱晦危險感是因為接觸這個場域而緩緩升起時，這意味著，死亡焦慮已悄悄的滲入她們的內心，並透過行為外顯出來。

亭羽說，自己大概要花半年才能習慣「其實也沒有外界就想像的那麼嚴重跟那麼可怕耶（H1-0136P）」，但是，就六年以來一直會擔心「只要妳感冒就會想說妳自己是不是也是肺結核什麼的，對（H1-0150P）」。而剛來的時候比較不會怕，除了是不了解之外，另一個原因是「就已經…就覺得需要一份工作。我覺得需要工作比…大於怕！對！所以妳就會覺得其實也還好。可是沒辦法妳的經濟上就是需要這一份薪水，就需要這一份工作啊，對啊（H1-0152P）」，雖然覺得真的把自己暴露在一個危險的環境。但是，「就覺得沒辦法就是要賺錢啊（H1-0186P）」。需要一份工作遠遠超越了害怕，因為一份工作養活自己是當下求生存最重要的事情，而被感染是「萬一」，沒有立即性的危機。所以，剛來的時候她雖然會怕，但是卻沒有到排斥的地步。

至於靈瑄的害怕就具體表現在她的夢中。她說她剛來的時候不會擔心，萬一被感染的想法。不過，在大約工作後「1年吧…開始會怕，我甚至有做夢夢到沒戴口罩去肺結核 Room吧（C1-0124P）」，「就是去做治療做到一半發現沒戴口罩這樣子，然後就夢醒了，然後才發現其實我也會怕被傳染這樣子（C1-0126P）」。因為她說對肺結核愈認識「…就是他咳嗽我也會怕，就算戴N95口罩也會怕（C1-0122P）」。所以，這喚醒了靈瑄內在的危險感。

心鈴雖是頤菱介紹進來的，雖然她早有準備，且能接受這個環境，但是她還是擔心在實際上照護病患時「…像是口罩啊，就是人為上的疏失這樣。然後擔心這是說口罩沒有戴好… (J1-0120P)」，「因為很常接觸他們，就會覺得說也是有潛伏啊，這樣子 (J2-0200P)」，「就像有的時候我想說會不會其實早就有得到肺結核了，只是還沒發病這樣子 (J1-0252P)」。到最後「連我都會咳嗽，然後大家都會跟我說我會不會是肺結核這樣，然後我自己真的會想說我會不會真的得肺結核 (J1-0264P)」。

筑軒就不太一樣了，她說：「一剛開始來就有了，就一直會怕那一種，肺結核的。對啊，就是怕肺結核的。然後每一年照 X-ray 我都會擔心我會不會有啊？對每一年都一樣，每一年照 X-ray 我都會擔心我會不會怎麼樣？因為有的時候妳在咳嗽，就是咳啊，就會想到那裡，自己就會想到哪裏去，都會啊 (F1-0194P)」，因為有時候，「…我老公就會說：『妳在咳耶，妳要不要去檢查？』他覺得我在咳他也會想到那個，之前我給他灌輸的觀念吧 (F1-0196P)」。但是，由於每年出來的 X-ray 檢查都是正常的就覺得自己還好。不過「我咳嗽的時候就會擔心，自己在咳的時候，常常在咳的時候會擔心。但是也不會想說我一定要去照 x-ray，可是就是會想啊。會想而已，但是我不會去做 (F1-0340P)」。所以，筑軒的剛來的時候其實說過自己是很 OK 的，但是被先生有時刻意的提醒，讓她顯露出幾分不安，不過總是想法短暫乍現一下，並不會長久的影響到她的生活。頤菱跟筑軒相同之處在對每年的 X-ray 檢查，多多少少還是會擔心，雖然她不覺得自己暴露在風險的場域，但是頤菱說：「…就照 X-ray 的時候會擔心，就是每年都有健康檢查，不要跟我說我片子 R/O (懷疑) 肺結核，對啊，還是會擔心一下下 (B2-0578P)」。但是 data 還 ok 心就安了。那份擔心突顯了這個場域事實上的確具有風險，如果完全都不擔心就不會如此在意片子的結果。鳳芸是資深的護理人員，雖然她是非自願的，不過已經能接受自己的處境，但是「…我覺得雖然我們有防護，可是可能有漏掉還是，因為雖然我們算是肺結核 room，妳戴 N95 還不能百分之百。對啊！啊我也不想說我到時候真的被感染了 (D1-0123P)」。

智淮雖然不會擔心，但是，「其實，沒有事情是百分之百的，…那倘若說好，假設啦！這種事情發生在自己身上，當然妳一定會很…一定會很緊張，因為不知道會不會被染病，然後接下來就是追蹤，那沒事倒好，那就發現如果說自己也得了，我覺得…很難說，真的很難說到時候會怎麼樣（A1-0167P）」。所以，智淮的言談中也滲入一絲的害怕。相同的，從言談中，曉鈴的恐懼似乎比其他人還保守，但是還是嗅的到焦慮滲入的味道，「…就是反而就是怕有的空氣傳染的就是戴口罩，然後就是血液傳染的話就是戴口罩這樣子啊，就是自己會小心（G1-0192P）」。

書渝雖然不是被徵招的，而是出於自願，當然也知道自己的處境是有風險的，「…我那個時候 SARS 的時候還在學校，就覺得感染科好像蠻危險的，所以說我一來的時候就會覺得，來要小心，要更小心。雖然就是說這是最安全的地方，但是也是妳要最小心的地方（E3-0015P）」。即使她覺得這個病不會輕易傳染給自己，但是她還是會怕。雖然在這裡都是被確立診斷送進來的，相較之下，她比較擔心醫院以外的場所，「對啊…而且妳說妳在外面走來走去不會遇到 H1N1 嗎（「E1-0168P）」，「而且假設妳今天不是感染科病房，我只是一個賣飲料店的小姐，我出去…出國去玩了，會不會跟他們做同一班飛機（E1-0204P）」。出國或飲料店，以及一些比較封閉的場所，並且病毒無孔不入，轉到其他科也難保不會遇到。而且，她當初說服家人慢慢接受自己的處境之一是因為工作也兩、三年了，自己其實一直沒事，也就能漸漸待下來。

懸置的深淵感表現在日常生活裡隱晦的危險感，例如：出門會不會出車禍、搭飛機會不會得到肺結核，這些隱晦的危險感只能在某個時刻或處境暗暗地發生，但是在現實感裡又不能任其蔓延，而只能依賴眼前未來一步步走下去，直到沒事為止。這樣的危險感就是神學研究者海爾（R.M. Hare）所謂的「薄立克」（bliks）（引自余德慧，2006）。

感染科病房的護理人員與一般常人無異，她們內心同樣也存在一種薄立克，而這股薄立克是死亡焦慮下滲入的反應，因為「傳染，自己會死亡

(E2-0226P)」，「...譬如說妳被傳染了水痘好了，水痘好像是會好耶，可是愛滋好像不會好啊!對啊!(H1-0256P)」。這不管她們當初來的時候會不會怕，人類最原初的欲求與畏懼，仍會不時的跑出來，這是無法消解的，但是又不能無時無刻侵襲著我們，如果她們每個人的死亡焦慮愈強大，也就是對死亡的反應愈大，薄立克相對著也會愈強烈，倘落強大到時時出現，那她們就無法在這個場域中待下來，所以，她們如履薄冰的感受也反應著下述即將談到她們對死亡的看法。

從感染科病房壓力的侵襲壓力中得知分別有人際的孤獨、陌生的知識、類污名化的感受、情境空間中的不確定感，以及如履薄冰的壓力。本研究基於以下觀點，將它們稱為「存在焦慮」。由於焦慮是因為某種價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值被個人視為是它存在的根本。威脅可能是針對肉體的生命（死亡的威脅）或心理的存在（失去自由、無意義感）而來（Rollo May, 2005）。而存在焦慮（existential anxiety）體現為對存在受威脅的一種反應，是對人基本價值受到威脅的反應，是對死亡的恐懼，是內部衝突的反應（楊韶剛，1999）。Paul Tillich（1990）提出了存在焦慮三維度的理論，及存在焦慮可劃分為：對死亡和命運的焦慮，對無意義和空虛的焦慮，對譴責和內疚的焦慮。布根塔爾同時對存在焦慮進行系統的理論闡述，在 Paul Tillich 的三維度理論的基礎上，提出存在焦慮四維度理論，即增加了對疏離和孤獨的焦慮這一維度（車文博，2003）。存在心理學家歐文·雅洛姆提出，人類有四大終極關懷：死亡、自由、孤獨和生命的意義。人類對這四大終極關懷的焦慮就是存在焦慮（李鳴譯，2005）。

在《海德格論存有與死亡》（陳俊輝，1994）提到《存有與時間》中，海德格利用分析「死亡」現象來獲得存有的意義。因為，「死亡」為「此有」存在性徵之一，但非唯一。「死亡」為「此有」基本結構，死亡為人類的基本焦慮，但海德格雖言人是「向著死亡」，並無表示，任何焦慮皆以死亡為源頭。雖然死亡焦慮不會赤裸裸的直接呈現出來，它會以種種甚至連個體也不為所知的防衛機轉呈現。但是，這並不表示人類任何活動及思想的起源皆來自於拮抗死亡焦慮。站

在哲學邏輯上的推理，我們能將人類生活上的活動、思想往死亡焦慮收攏。但是，站在現象學的角度，恐會如同佛洛伊德一般，將所有一切歸於「性」，產生「泛性論」的批判，而在死亡議題上，可能產生「泛死亡焦慮」之危機。因此，本研究者本著現象學的態度，現象學既是讓人看見現象正如它自己顯示自己，則在了解現象時，人看現象如何顯示，他就如其所如的描述它，本研究者只是直接描述所看見的。

由上述得知，本研究者認為存在焦慮為人類面臨自身存在困境時的一種情緒狀態，它具有普遍性、根本性和瀰漫性，為人寓居於世之存在所將會面臨的種種議題與關懷，任何足以撼動自我價值的焦慮，皆可為「存在焦慮」。基於上述，因為以「焦慮」稱之太過廣泛，若稱「死亡焦慮」，除「如履薄冰的壓力」外，其他壓力從文本呈現中得知與死亡焦慮並無明顯相關，本研究者不將它們採哲學邏輯的推理，將之歸屬於死亡焦慮的範疇中，故將感染科病房護理人員焦慮所形成的壓力稱之為「存在焦慮」。

貳、如果死亡來敲門時

感染科病房有別於加護病房，又不同於安寧病房。加護病房跟安寧病房面對的是患者的死亡，那份衝擊來自於外在，而從上述得知，感染科病房那份威脅壓力源自於環境，而燃燒到內在引發每個人心中的薄立克。一般人們恐懼死亡中，趙可式等人（2001）研究大致分為 5 點，未知的恐懼、失落與分離的恐懼、死亡的形貌與死亡過程的恐懼、未了心願的遺憾及恐懼，以及對人生過程的悔很。吳慧敏（2001）整理有關臨終病患及家屬對死亡的反應，窺探出人類畏懼死亡的源由有：一、對死亡的無奈；二、未知與不確定的恐懼；三、死亡過程的恐懼；四、空無與絕滅；五、「非-我」的焦慮-為你；六、習得的恐懼。但是，感染科病房的護理人員，她們來到這裡，並不表示不怕死亡，沒想過死亡，而她們對死亡的想法又是如何呢？

鳳芸是兩個小孩子的媽，她認為死亡是「到另外一個世界去啊，只是說我

可能要…可能要放棄我…愛我的人這樣子，離開我最個熟悉的地方，我想照顧的人我可能沒辦法去照顧他這樣子。就是到另外一個世界去這樣子 (D1-0137P)」，害怕「我必須離開我…我…我愛的人 (D1-0139P)」。她的心有所繫，所以，她剛一被抽來的時候就十分悲傷、難過，因為一旦染病，自己將失去愛的人，沒有辦法照顧孩子了，而面臨失落與分離的恐懼。

靈瑄覺得「死亡像什麼…嗯…燒掉的紙張那種感覺…那個成語是什麼灰飛湮滅，就那種感覺啊 (C1-0174P)」，她沒有認真想過自己有一天死亡是怎樣的場景，「未來的生涯，能做多久就多久。然後活多久做活多久吧 (C1-0180P)」。因為死亡對她而言是「灰飛湮滅」，就是「消失」，沒有認真想過是因為消失意味著空無與絕滅的感受令人畏懼，使人無法再繼續往下想，而再將這種「灰飛湮滅」投到未來式去，至少不是那麼急迫性必須經驗的事。

書渝表示自己仍然會怕，她害怕死亡勝過感染，她覺得：「因為死亡是要去一個未知的地方 (E2-0252P)」，「不知道的地方，我覺得未知是一種很可怕的東西耶 (E2-0253P)」，「因為妳不知道接下來要幹嘛啊？以後可以幹嘛？那去那裡會怎樣啊？不知道耶，就會覺得恐怖 (E2-0256P)」。不能在自己習慣的世界享樂、跟自己喜歡的人聊天，而要面對一種未知與不確定的恐懼。但對於感染可能會死這件事「對啊…因為我覺得，好像還是會死啊，那幹嘛去想那麼多，不要去想那麼多，反正自己也不太喜歡死亡這個東西 (E2-0258P)」，也由於不喜歡死亡，所以不願多想。

智淮認為：「…但是人終有會一死的，所以其實，妳說 care 病患如果遇到家人這樣的話，我會是什麼樣的心境？當然是希望不要用這種方式。但是我可以接受當然會走這麼一遭… (A1-0165P)」。如果有一天自己染病，「現在想我會覺得說，妳就接受治療啊，…因為其實還有很多的責任跟未做的事情…但是其實我覺得應該會很難過，心情應該是很難過的。但是該做的還是得做，就是該做治療還是得… (A1-0169P)」。這是一種「非-我」的焦慮，因為她認為這不是她一個人的事，她還有家庭，必須以他們為主。

筑軒看到病患往生的話，她會去想「對!如果我家是這樣子的話我怎麼辦?因為我沒有辦法接受,我每次看到他們這樣走我也覺得…所以,我常會講一句話:『她們走了不知道爸媽會怎麼辦?』…(F1-0292P)」,她說:「我沒有想過我的,我想過我身邊的人,如果走了我要怎麼辦?我很擔心ㄟ,如果是我我沒辦法接受吧(F1-0288P)」。她沒有辦法接受心愛的人離開她,雖然她覺得可能現在沒有發生,但是常常會去想。所以,筑軒沒有辦法接受的是一種死亡所帶來的分離恐懼。

頤菱表示當她看著患者死亡時,沒有被救回來的生命讓她體會到「就生命很脆弱(B1-0208P)」、「我要好好照顧自己(B1-0214P)」、「我要做更多有意義的事情,對我來講比較有意義的事情,我要讓我自己過的比較幸福、精彩這樣子(B1-0212P)」。而自己也有朋友自殺的經驗,但是不同的是,一個是自己認識的人,一個是病患。頤菱也不喜歡安寧病房,她說:「…其實我不喜歡生老病死,病死這個部分(B2-0490P)」。記得曾經在2-3年前遇到一個病患死亡的經驗中有一個病患往生,頤菱說:「就什麼…他講台語ㄟ…反正就是要他不要丟下他一個人那種話,我不曉得怎麼面對ㄟ(B2-0510P)」。但是,在護理工作一定會面臨到啊,選擇護理是她當時不知道要做什麼的選擇。雖然不喜歡病死,但是這個場域就必須經常接觸這些。因此,當遇到悲傷的場面,也就是遇到邊界處境的時候,會讓頤菱不知所措,悲傷的氣氛讓她不喜歡安寧或重症,她會選擇視而不見。對於自己的部分,頤菱在工作之前就有想過有一天死亡會發生在自己身上,她想到:「如果自己死亡當然也蠻害怕的,就是可能出車禍啊,然後或是…反正就是會痛的那種死亡啊…我都沒辦法接受或…如果在睡夢中死亡我都可以接受(B1-0300P)」,以及「會有想過如果我怎麼了他們會不會很難過,他們應該會難過,然後之後就沒有想過什麼了,覺得的他們就會很難過吧!對!嗯(B1-0306P)」。所以,頤菱是一種死亡過程的恐懼及『非我』的焦慮。因為病死是有一種使人逐漸失去機能性與獨立性,給人的印象多是痛苦、折磨,甚至慘不忍睹,以及自己的死將帶給親人不幸與憂慮。

亭羽對死亡的看法她覺得：「我在 40 歲之前應該會害怕 (H1-0876P)」，「因為 40 歲這段期間其實還蠻年輕的啊，身體狀態都還蠻 ok 的，啊 40 歲之後就可能開始已經老了啊，...那個時候好像該做的事情已經過完了吧。對啊!妳想做的事情應該已經做完了啊... (H1-0878P)」。不過，對於病患，她就不認為 40 歲之後死亡是可以接受的，「...因為她 (病患) 畢竟她還有她的家人對她期望還是什麼的啊，對啊，我覺得不一樣，那種感覺，那種感覺看法會比較不一樣 (H1-0884P)」。所以，亭羽害怕的是一分未竟事物的遺憾。以及因為她在這裡知道一個愛滋的病患他到最後會怎麼死亡，病程會如何發展。以至在一次意外事件中，體會到「那我以後我就不用結婚啊，我也不用生小孩，我後面我也不用工作啊...在那邊就... (H1-0716P)」。因此，更體會到一種空無與絕滅的恐懼。

死亡的震撼和壓力讓日常生活的此有不敢面對它的存有，更要逃避於它。在日常生活時，我們總是看到或談論著死亡，但是這些都是別人的死亡，不是自己的死亡。它常常發生，以致於非常熟悉，更不會觸動我們。然而無論我們多麼熟悉它，人人總是在逃避它，即使人人都知道會死，但總是安慰自己說：「人人總有一天會死，但目前與我無關」。看似輕描淡寫的一句話，卻把死亡從自己的存有中，拋到遙不可及的地方 (陳榮華，2006)。書渝認為「好像還是會死啊，那幹麼去想那麼多，不要去想那麼多，反正自己也不太喜歡死亡這個東西 (E2-0258P)」。曉鈴就覺得，如果有一天自己得肺結核或愛滋「我一定是不想活了 (G1-0484P)」，「就是，我如果關在這個裡面的話，我沒有想過耶，就是... (G1-0486P)」，「...就是老了以後應該會得肺結核啊。就老了以後再說 (G1-0526P)」。馮芫表示：「其實一般因為我們自己年輕的話，被感染的話也不會發病，就覺得還好 (I1-0074P)」。頤菱則說：「...其實我不喜歡生老病死，病死這個部分 (B2-0490P)」。靈瑄她沒有認真想過自己有一天死亡是怎樣的場景，「未來的生涯，能做多久就就多久。然後活多久做活多久吧 (C1-0180P)」。可以得知，死亡的原初意義被遮蔽了，因為在我們生活中，總隱藏的隱晦的危險，姑且不論自己的職場風險比其它的高來說，就如同書渝說：「老實說沒想過耶，因

為也不知道會不會突然車禍死掉，會不會太負面（E2-0244P）」。但是，我們存在的的確確充斥著無形的風險，因為害怕死亡，更將死亡遠遠的推離自己的存有。因為死亡太令人恐懼，就如同我們不能一直直視太陽一樣，死亡雖然可以帶我們對存有有更深的覺察，但它的光芒卻如同太陽一般，在耀眼的同時，卻會刺傷我們的雙眼。有時不得不令我們暫時去逃避它，於是，我們可能會錯過因為死亡對我們存有的開展，錯失了我們認識自己的機會。所以，她們的存有暫時以非本真的狀態存在著。但是，這也是這個場域中初期的特色之一，如果我們時時刻刻本真的活著，每分每秒如履薄冰的驚恐，那我們如何在這裡待下來，我們如何承受場域中的危險感。所以，感染科的護理人員心中的薄立克大小也反應著對存有及死亡的態度。

參、死亡焦慮的安撫

感染科的護理人員也有著在常人日常世界隱晦的危險感，在踏入感染科病房中，早已不知不覺的滲入，造成「如履薄冰的壓力」，她們怕的是生命受到威脅的不安，也將這份焦慮安撫到「無形」與「無常」，收攏於理性的現實之中。

鳳芸剛來的時候最大的困境是「…那個時候剛來的時候是害怕照顧到 SARS 病患…（D1-0061P）」，以及「就想說，死定了」，因為剛開始對她而言，第一階段，就是剛來的第一年，「怕」是因為不了解，第二階段了解了變成接受它了。但是，她還是覺得的「…我這裏我不會一直待在這裏。所以，如果有覺得比較不錯的單位的話我就會再轉。因為，我覺得雖然我們有防護，可是可能有漏掉還是，因為雖然我們算是肺結核 room，妳戴 N95 還不能百分之百。對啊！啊我也不想說我到時候真的被感染了（D1-0123P）」。鳳芸初期不知道如何對待傳染病，所以剛來的時候說「我死定了」顯示出一種瀰慢性的焦慮，是一種我知到怕，但卻無從下手我該從何處防備，好像處處充滿危機。後來了解了，對病毒知道如何防護了，也就接受它了，但是，人的心中仍潛藏著一股薄立克，一種「萬一」的「無常」，這種「無常」是無法完全靠理性的意志來收攏，所以，會偶爾會跑到人的

意識層面中來。

靈瑄剛來的時候剛來的時候不會怕，但是一年之後愈了解就愈怕，尤其是空氣傳染，它是無形，不知道什麼時候會因為自己不小心而跑進來。同樣的頤菱也有相同的情形，雖然她並不認為自己是暴露在一個危險的場域之中，不過感染途徑多多少少會影響照顧者的心情，照顧疥瘡的病患她覺得：「因為他們都很癢，看他們很癢我也覺得我也癢起來。對啊！其實我們也會害怕被傳…（B1-0062P）」。在照顧愛滋的病患，覺得還好沒什麼特別的想法，但是，不同的傳染疾病對頤菱的感受卻不一樣，大概在一兩年之後，她看到愈來愈多年輕人感染，所以才會感覺的害怕。由於剛開始對感染科不清楚，而且在尋求關係中，後來一切穩定了，她才擔心「無形」，因為疥瘡蟲不知道何時會跳到自己身上，結核桿菌瀰漫在空氣中，也看不到。所以，愛滋病對她而言並不恐懼，因為愛滋病是接觸傳染，她可以控制，但是散佈在空氣中的就不是她能掌控的了。而且肺結核最容易出現在免疫力不好的病患，人不可能一直在很健康的狀態。所以，會擔心萬一自己免疫力差的時候感染的「無常」。所以，頤菱又說：「…可是，我覺得是…覺得是還好耶，我沒有特別覺得特別害怕或怎麼樣，覺得就自己做好隔離措施就好了（B1-0062P）」。這在再證明她將那份危險感收攏在防護措施當中，以及她說：「當然妳也會害怕以後我說不一定免疫力下降的時候，會播傳…就是說我也會變肺結核的病患，就是這樣子而已，可是那未來也很長（B1-0068P）」，她是依賴眼前未來一步步走下去，並說：「擔心喔！就照 X-ray 的時候會擔心，就是每年都有健康檢查，不要跟我說我片子 R/O（懷疑）肺結核，對啊，還是會擔心一下下（B2-0578P）」，但是片子沒事自己也就安心了。

心鈴回想起以前剛來第一年的時候不了解愛滋病、肺結核，曾經因為不了解而慌亂過，「就是覺得不知道口罩有沒有會漏氣啊，還是怎麼樣啊。…(J1-0060)」，「因為那個時候就是技術比較不會那麼好吧，然後就覺得很怕如果自己不小心針扎或什麼的（J2-0246P）」。也與頤菱類似，擔心的是人為上的疏失，例如，口罩沒有帶好，「然後覺得，因為我們照顧病患大部分都戴手套，

反而我覺得肺結核比 HIV 更…因為反而口罩可能會戴不好或什麼的，可能會有漏氣或什麼的會自己不自覺。可是愛滋病是比較好防護的…(J2-0228P)」。而且肺結核可能多年前就得了，只是沒發現，因此她會想過，其實自己會不會已經有了，只是還沒發病。所以，心鈴還是擔心「無形」無法具體控制性的滲入，及滲入時機的「無常」。但是，「就是還蠻緊張的，可是後來想一想之後還覺得不太可能，就是沒有什麼其他的症狀 (J1-0266P)」。所以，這一切的焦慮被她梳理到現實中來了。

筑軒所擔心的，並沒有像其他護理人員一樣，因為她比較特殊的是，她一進來就面臨帶她的學姐去生產，她被逼著馬上上線的混亂的局面，以及過了第二年的時候懷孕了，如今又懷了第二胎，所以她的感受跟其他同事不一樣。不過，相同的，筑軒雖然戴口罩帶習慣了，但是「…像妳臉小的人一定會有。像那裡空空的不然…不然哪裡也空空的。對啊因為其實這個常常換啊，因為最早的那一次是我們覺得最密的，碗公的那一個。那個是比較密的，而且它還有分小、大的 (F1-0166P)」。所以，她擔心的是病毒會從縫隙滲進去，反而她不會擔心愛滋病。因為，許都人都很怕抽愛滋的血，但是他們偏偏又很難抽，經常必須把手套拔掉，才能感受到血管的彈性。由於筑軒之前在 XX 醫院的檢驗科待過，手套已經成為她皮膚的一部分，反而沒有手套她就感受不到血管的彈性，這是她比較特別的地方。

書渝面臨的是具有風險的工作，她的原初狀態是「就覺得這應該會有很多很恐怖的事情啊，就會有很多細菌啊！病毒啊…很多…(E1-0034P)」，有臨淵而望，甚至一腳踩空的危機，但是在前輩的理念告訴她：「妳在別的病房也會有那種，他可能有一些感染症狀，可是他可能還沒發現感染性，倒不如妳在感染科病房，妳有充足的防護措施 (E1-0036P)」。頓時讓她腳下踏實的許多，不會有臨淵甚至墮入深淵的感受。但是，她初期的時候仍面臨「…壓力是不知道怎麼去…到底這樣 OK 嗎？其實一直說服自己是 OK 的，但是心理還是小聲的說這樣真的 OK 嗎？…(E1-0072P)」。到中間時，已經不是圍繞在初期家人能不能接受的問題，

而是擔心：「…真的得到了怎麼辦？… (E1-0072P)」，以及「…會擔心說把細菌傳染給家人… (E1-0072P)」。所以，如果不舒服會採自我隔離。到後期甚至開始把鄰居小孩生病內射為「…會不會關我什麼事？… (E1-0074P)」。放假收假回來接到家人告訴書渝，弟弟生病的消息，她會認為家人在暗指這場疾病跟自己有關而產生疚責感。不過依照書渝的專業經驗判斷這些疾病其實跟自己還是沒有關聯的而稍稍釋懷。但是，書渝也試著站在別人的立場來看自己的處境時，覺得還是要小心謹慎有疫情的時候不要隨便跑到別人家裡去，以免造成別人的困擾。而如果擔心的話，也會在回家之前先在單位洗澡。即使有防護措施，不知道何時會滲入，相較於體液或接觸傳染，突顯出書渝害怕的是看不見的、無法掌控的焦慮。空氣傳染的病毒，無孔不入，初期使她不由自主的懷疑自己真的是 ok 的嗎？在確定自己是 ok 之後，中期開始擔心，那萬一得到怎麼辦？擴及到家人怎麼辦？這是擔心一種世事「無常」的擔心，但是很快的又被梳理到感控的秩序裡來，就是洗澡可以預防、不出去可以控制傳播。但是，自己都做好了，安全了，開始擔心，別人的生病跟自己有關嗎？因為書渝實在不敢保證，我身上看不見的病菌會不會使自己變成傳染源帶給大家。但是，很快的這樣的擔心又被梳理到學理的理論與經驗中。

亭羽就覺得自己一直暴露在一個危險的環境，再加上她有意外事件的經驗，所以，當她在陳述的時候，感受特別的濃烈，也絲毫不隱藏這個場域所帶給她的畏懼與衝擊。一直以來都會擔心，她之前說過想要一份工作用勝過擔心，一方面她對疾病不是很了解。在初期的時候「就傻傻的，就不懂，妳根本就不知道要害怕什麼東西 (H1-0456P)」，她對肺結核在半年後因為愈了解，所以覺得還好，當然她「對!會擔心，只要妳感冒就會想說妳自己是不是也是肺結核什麼的，對 (H1-0150P)」，「…因為我們都會做比較好的防護措施，可是我覺得肺結核就是有的時候是妳現在免疫力比較好，如果妳免疫力低才會，也不是說妳馬上被感染就馬上呈現出來，這我覺得…我覺得應該年紀大了不一定也會有 (H1-0188P)」。所以，肺結核的危險感亭羽可以將她收攏在防護措施，仍然可以一步一步的走下

去。至於疥瘡「...妳也會擔心妳會被傳染，因為誰知道它會不會跳到...對啊!它會不會跳到妳的頭髮。雖然都有穿隔離衣... (H1-0960P)」，「對!每次妳照顧疥瘡會戴手套，可是妳回去就會...妳回去就會癢癢的這樣子。對啊!有的時候妳認真想會覺得妳在嚇自己，可是妳有的時候就是會有那些擔心啊(H1-0962P)」。但是，到後期對於愛滋病「...是...愈知道遇害怕啊，對啊! (H1-0458P)」，是因為愈了解愈害怕。她怕已經不是限於「無形」與「無常」，而是更深一層的東西，她將它赤裸裸的表現出來「因為我會覺得妳如果被傳染了其他疾病，譬如說妳被傳染了水痘好了，水痘好像是會好耶，可是愛滋好像不會好啊!對啊! (H1-0256P)」，「...何況肺結核好像不會像愛滋一發病就什麼都...就當妳免疫力不好的時候妳什麼病...不好的什麼就什麼都上來，對啊!我覺得那個病程在變化太快了 (H1-0258P)」。所以，她是怕「死」，死亡是一種會令人感受到「絕望」最直接的方式。而且，如果再繼續延伸下去，亭羽害怕的也是一種被汙名化的感受，而這樣想起來，她的怕，從先前的瀰漫性，不知道如何去怕，到擔心「無形」與「無常」。

懸置的深淵感表現在日常生活裡隱晦的危險感，這樣的危險感就是神學研究者海爾 (R.M. Hare) 的所謂的「薄立克」(bliks)。如果想擺脫海爾使用薄立克的神學脈絡，我們將可以視為個人瞬間感到所依賴的基礎突然消失，頓無所依，但又不能停留在危險的感覺裡，總是想辦法克服；又猶如突然臨淵一望，頓失重心，但立刻回神，趕緊避開。這種令人畏懼的薄立克在意識與無意識之間的朦朧地帶出沒，一旦衝出來在精神學上就成為妄想狂，在日常生活中就成為杞人憂天。換而言之，每個人心底有著薄立克，也不能被現實接受，一旦肆無忌憚的出現，立刻會被收到現時的管轄術所統治，梳理到某種秩序感裡頭來。在薄立克出沒的地帶佈滿了原初狀態的畏懼與欲求，但最重要的是薄立克總是處在一個隱約可以分辨的界限：往實事求是的現實走，它一再被否認，萬一真的發生，只能用無常來悲嘆，但也很快的被某除(余德慧，2006)。

如同，在感染科病房危險是那麼具體，卻又無形，有時表面上看似不需要

擔心，但是內心又有一股微妙的危險感。書渝一踏進來就覺得這是一個恐怖的地方時，亭羽認為自己暴露在危險的環境。但是，她們不能一直陷在裡頭，所以頤菱說：「覺得就自己做好隔離措施就好了 (B1-0062P)」。書渝表示：「…倒不如妳就是放寬去看啊，妳該怎麼就妳就去…該怎麼防護妳就去怎麼防護嘛！反正這裡資源這麼多 (E1-0184P)」，尤其她說：「妳做好防護措施妳還是會中啊！」更有一種中不中似乎是「命」，也由不得自己。

而薄立克的存在，就表示人們在驚慌著某種事物，驚慌 (fear) 必須回歸到基本焦慮來探討。焦慮是因為某種價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值被個人視為是它存在的根本。威脅可能是針對肉體的生命 (死亡的威脅) 而來。它的特性是面對危險時的不確定感與無助感，是非特定的、模糊的、和無對象的。因為焦慮攻擊的是人格的根基 (核心、本質)，所以個人無法置身於威脅之外，也就無法將它客體化。因此無法採取具體的步驟去面對它，因為我們無法和自己所不知到的事物抗爭 (Rollo May, 2005)。

因此，因為生命受到威脅時所引發的不安，害怕被傳染所引發的基本焦慮，它攻擊的是人格的根基 (核心、本質、生命)，焦慮試圖變成恐懼-恐懼是害怕某些事物，可以在時間和空間定位；由於可以定位，就還可以忍受，甚至得到「處理」(Yalom, 2005)。人會害怕死亡，但是會導致死亡的是病毒，所以病毒成為人們恐懼的對象。也因為焦慮轉成恐懼病毒，病毒是一個對象，不像焦慮那麼令人茫然無措。所以，病房內所有的防護措施就形成安全堡壘的防護牆，也成為控制及抵禦死亡恐懼的盾牌，就如當人感受到危險時，會梳理到現實中來。

由上得知，她們為了工作，也為了讓自己能夠安在，不得不將內心焦慮具體轉化為病毒，理性的梳理到現實生活的脈絡下去推理。而這個場域所引發的憂懼、欲求將被場域中的空間管理、慣性的護理行為、及正向信念 (最危險的地方就是最安全的地方) 及設備措施 (口罩、隔離衣) 具體的吸納，也成為「防護網」，使這種處境下的人們得以安在。

死亡是人基本的焦慮，在感染科病房中的護理人員，從如「履薄冰的壓力」

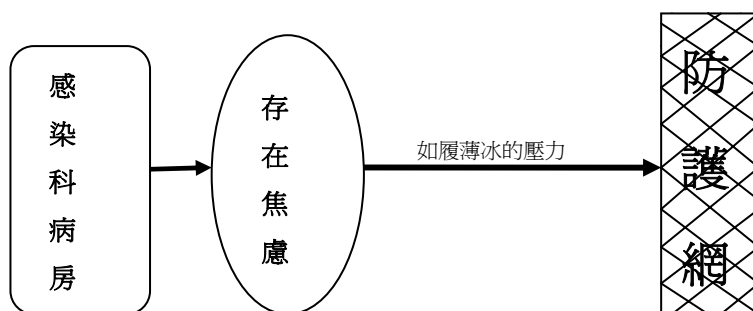
中得知她們承受著死亡焦慮的衝擊，尤其是亭羽，真誠的將她怕死的畏懼表現出來，其它護理人員也在前、後期分別呈現了不同的擔心，前期是不懂，懷疑自己的處境真的沒事嗎？以及知道怕死，但是無從對抗的瀰漫性焦慮，這是處於初期的特色。後期，擔心的是那萬一的「無常」，無常有著一旦染病的恐懼，以及傳給我的家人。還有，擔心病菌的「無形」，病菌的無形附著讓自己可能成為「類感染源」，以及可能變成「受感者」。雖然書渝的怕分為前、中、後三期，但是，「無形」與「無常」在其他護理人員裡，有交替出現的情形。不過，確定的是，人不可能讓自己一直陷在「瀰漫性的焦慮」，她們的焦慮由「瀰漫性」的廣度走向「無形」、「無常」的深度，而每一種都被梳理到可以被控制、解釋的向度。她們就利用自己的環境及所能使用的資源，承接自身的恐懼，讓她們得以在這個處境安在了。

陳瑞娥、吳讚美（2008）的研究指出，非安寧病房護理人員死亡恐懼比安寧病房護理人員高，可能原因為非安寧病房護理人員較少接觸瀕死患者及未接觸生死及安寧緩和相關教育有關。但是，在一份跳傘者對死亡恐懼的報告指出，有經驗者或未接觸此類跳傘活動者之間，對死亡恐懼並無明顯差異（引自 Robert Kastenbaum，1996）。

對感染科病房的護理人員而言，不管她們之前有沒有工作經驗，但是對於擔心自己會生病引發最深層的死亡恐懼並不是來自於較少的教育或者是照護臨終病患，而是過去對 SARS 的印象，加上自己所處的場域，而引發源初的死亡焦慮，顯示出她們的照顧壓力最原初並非來自於患者的死亡，而是自身安全。死亡焦慮表面上似乎有濃薄之分，但是，在這裡似乎要看她們收攏的程度而定，在初期瀰漫性的時候，一切狀態未明，死亡恐懼相對就高。但是，一切進入了「無形」與「無常」這個向度之後，並不是就消融了死亡恐懼，而是將她梳理到可解釋的現實裡頭，護理人員內心那份隱晦的危險感，如履薄冰的壓力，仍會在照護的時候不由自主的跑出來，驚嚇她們一下。並不會因為照護經驗多寡而消融，應該是說，死亡恐懼會因為照護經驗及應對方式而有不同的呈現方式，最原初的焦慮依

舊存在。

從上述得知，當護理人員出現死亡焦慮的時候，就如同羅洛梅所言，焦慮試圖變成恐懼才得以控制。因此，控制死亡焦慮便產生了「防護網」，網住焦慮，以避免人們一直在不安的處境之中，如下圖四。



圖四：感染科病房存在焦慮圖 I

肆、死亡恐懼的臨現

從死亡焦慮的安撫中，得知感染科病房的護理人員將壓力收攏到現實生活當中。但是，倘若完全收攏，那就表示護理人員將焦慮包裹的十分緊密，在這個處境中根本就無需要擔心，如履薄冰的壓力，就不會對她們造成任何影響。但是，為何在她們照顧的過程中還是會有薄立克的危險感呢？因為自身的身體狀況，以及經過死亡焦慮的轉化，病患或病毒已成為恐懼的對象，在進入場域後，臨場感將會帶出原初的焦慮，而這樣的焦慮產生的壓力造成了特殊的『瀕臨邊界處境』，也突顯了她們在這個場域的存有特色。

頤菱的怕就展現在她的「無形」與「無常」，在她們感受到這些不安時，死亡焦慮已悄悄滲入，從她的行為中具體表現出來。頤菱說：「因為之前的 N95 是綠色的那種碗公的那種，那種真的比較緊，現在戴的這種真的很不緊耶。可能是…不知道是習慣嗎？我覺得是一個習慣，就覺得會漏氣，進肺結核 team 的

時候我該不會要吸肺結核裡面的空氣？對 (B1-0138P)」。所以也擔心會不會被肺結核感染，而且進去病室的時候，「盡量不會站在他們的通風孔那邊那 (B1-0144P)」，會選擇安全的角落站，避免可能會製造焦慮的情境，感受風險的確直接衝擊著他們，「其實我們也會害怕被傳染… (B1-0062P)」、「當然妳也會害怕後我說不一定免疫力下降的時候，會播傳…就是說我也會變 TB 的病患，就是這樣子而已。… (B1-0068P)」。

書渝雖然沒有工作經驗，但是從過去對疾病的認識「…就覺得感染科好像蠻危險的，…就是說這是最安全的地方，但是也是妳要最小心的地方 (E3-0015P)」。

內心其實帶有不安，不過立刻被之前「最危險的地方就是最安全的地方」這樣的信念震住她的不安，以及充足的措施讓她感受到安全感。而第一天上班並不是傳染病令她緊張，而是第一次進入單位，陌生的感受令她緊張，可能是沒有工作經驗令她無從比較。但是，先前的經驗還是深深影響她的感受，也在第一次照顧病患中開始實際產生：「我只會覺得特別的麻煩，因為要穿很多防護，我覺得那個很麻煩。不穿可以嗎？可是不穿會擔心生病這件事情 (E2-0028P)」。

也體認到自己的處境與別人不同，別人是擔心患者的死亡，而自己卻擔心「對！就是他的病會傳到妳身上 (E2-0030P)」、「傳染，自己會死亡 (E2-0226P)」，以及「…想妳照顧空氣傳染的壓力就會比較大，因為它可能不知道什麼時候就會跑進來，那其實如果是那體液感染的還好 (E2-0148P)」。

但是，當她實際接觸病患及穿著繁瑣的防護工具之後，體會到照顧的臨場感，之前滲入的焦慮在當下瞬間竄起，開始擔憂懼生病及照顧空氣傳染的病患時，擔心病菌不知什麼時候會跑進來。即使有防護措施，不知道何時會滲入，相較於體液或接觸傳染，突顯出書渝害怕的是看不見的、無法掌控的焦慮。空氣傳染的病毒，無孔不入，使她不由自主的懷疑自己真的是 ok 的嗎？

剛開始的時候頤菱一直在這個單位尋求關係的建立，但是隨著照護經驗愈來愈豐富，以及看到病患沒戴口罩就到處走。而且有聽到太多，再加上覺得這裡的肺結核管制不如其他醫院嚴格，「因為有太多肺結核病患下去都沒有戴口罩然後

就走了，就到處買東西幹麼…買飯、去便利商店什麼的。…我們現在是在肺結核病房，所以去樓下我可能看到這個人是肺結核啊，可是其他人不知道哇。所以，也有可能很多是肺結核的病患我們也不知道的，所以說就覺得…吭…愈來愈可怕（B1-0188P)」。她開始感到自己所處的環境中，到底隱藏有多少隱晦的危險感，於是愈想愈可怕。具體害怕的事物就在眼前，所擔心的「無形」經常不守規矩的出現在自己面前。恐懼臨現了，比過去的薄立克，那隱晦不安的危險感更真實的來到自己面前，她的擔心也更具體了。如果有一天的得到，重視關係的她，可能會因為隔離及吃藥覺得很痛苦。

相同的，心鈴也認為「因為有時候有些病患他們會沒有戴口罩就…就是在這裡可能戴口罩，可是可能做電梯的時候什麼的就會沒戴口罩，對（J2-0202P)」，「有時候是家屬，就是家屬在裡面沒戴口罩。然後他會一起跟妳坐電梯啊，或是來跟妳講話（J2-0214P)」。雖然家屬不是患者，但畢竟跟病患長期相處，不知道身上是否沾染病毒。亭羽說：「對！可是他們都只是在我們面前，我們跟他講說要戴口罩，可是啊真的就是出現在妳面前會戴，可是下去他就把它拿掉…（H1-0196P)」。但是，即使病患有戴口罩，馮荒還是會害怕，尤其在下班的時候，她說：「…當那個 TB 的病患和他要跟人家搭同一台電梯下去的時候，當然就是會避免跟他做同一台電梯，啊不然就選擇走樓梯這樣子（I1-0116P)」。如今在病室內的還好控制，病患跑出病室，又不戴口罩，也不知道去了哪些地方。所以，她們所「恐懼」的「恐懼」已經不是她能控制的，她們對病患不守規矩的行為，以及跟她們搭同一部電梯，很不能忍受。但是，又沒有到「難以忍受」的地步。因為，這只是有可能讓她們暴露在風險的機率變大了，但是並沒有百分之百的絕對。這樣不能忍受的感受，還是可以被以其他方式收攏。

而筑軒的恐懼是自己懷孕之後，在照護的過程中一點一滴的臨現出來，她說第一次懷孕笨笨的，也不敢去提出保護自己的需求「比如說有打顯影劑的病患啊，…因為他們體內有那個(放射線)所以，不能靠近。不會去敢講啦，就算妳知道也不會去敢講這些東西（F1-0250P)」。原本一般常人不需要擔心的事物，在此

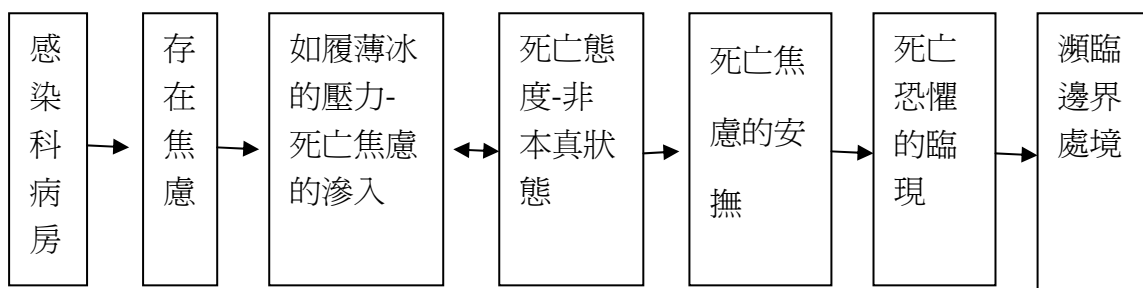
時此刻也變成筑軒恐懼的對象。對她而言，對於危險變得敏感纖細，所以，這在再表示，她害怕的是侵犯到自身的任何事物，在健康的人是病毒，在孕婦則多為藥物、放射線…等。但是，最核心的是「死亡焦慮」。因此，她當下弄一弄就會立刻出來，不敢太頻繁的接觸病患。

海德格了解，人不能靠單純的冥想、咬牙，就從忽略存有狀態進入較具啓發與不安的注意存有狀態。必須靠某些改變、無可挽回的狀況，某種令人震驚的「急迫經驗」，才能把人拉出日常的存有狀態，而進入注意存有的狀態。在這樣的急迫經驗亞斯培稱之為「邊界」、「邊際」、「難以忍受」的處境（易之新譯，2003）。邊界處境是讓人不假思索的就能直接體會自己死亡的必然性，立即引發強烈的恐懼，而使人不斷的覺察自己的存有。

而感染科護理人員的處境是一種危機的場域，感受死亡的風險的確直接衝擊著她們，「其實早就有得到肺結核了，只是還沒發病這樣子」、「就是他的病會傳到你身上」、「傳染，自己會死亡」、「當然你也會害怕後我說不一定免疫力下降的時候，會播傳…就是說我也會變 TB 的病患」，以及「我所恐懼的事物就經常赤裸裸的在眼前晃」，但是卻沒有讓她們完全墜落到無地深淵，這是一種懸置的狀態，她們沒有放棄原有的生活，因為她們還沒有完全被死亡征服，她們只是覺察到恐懼的處境，自己可能會死的意念朝著她們走來，但是似乎又不那麼急迫的壓著她們，是老了以後才會遇的到的議題，以及我有一些防護措施跟知識，讓她們感受到，這一切的種種又似乎不那麼像死亡所帶來的「邊界處境」急迫的壓著她們。所以，本研究將從事高風險的工作人員處境稱之為『瀕臨邊界處境』。在這個處境的存有狀態特色，與邊界處境相異。死亡是人基本的焦慮，但是焦慮被試圖用恐懼來控制或反擊死亡的焦慮時，人也可能因此遮蔽自身的存有，將人的存有狀態朝向非本真的狀態，就是海德格稱之為「不真誠的模式」。人以致於在其中「逃避」、「墮落」、「麻痺」、「不引人注目」例如：「覺得就自己做好隔離措施就好了（B1-0062P）」、「可是那未來也很長（B1-0068P）」等，來收攏及減輕自己的焦慮，而此便是『瀕臨邊界處境』的存有特色，也必須因為此，她們才可

以在這個處境中照護病患。

從上述研究得知，如履薄冰的壓力為感染科病房護理人員的特殊壓力，它帶出護理人員的死亡焦慮，以及反應著她們對死亡的態度。在臨床工作中，死亡焦慮很少以原始的方式見到根本的死亡焦慮，就像臭氧的分子很快轉變成其他狀態一樣。為了避開死亡焦慮，會發展出保護的機轉，經過好幾個階段，最後形成整套非常複雜的心智運作，把赤裸裸的死亡焦慮壓抑下來，埋藏在層層的防衛機轉之中，比如置換、昇華或轉化。人生偶爾會遇到某種令人震撼的經驗，撕裂防護機轉的帷幕，讓原始的死亡焦慮浮現於意識之中(Yalom, 2005)。從本研究得知，護理人員的死亡焦慮梳理至「無形」與「無常」，收攏於現實生活當中。而照護的臨床經驗帶出了被轉化的焦慮，以恐懼病患或病毒的方式臨現於她們面前，這種經由轉化焦慮而形成的「瀕臨邊界處境」，是從事高危險工作護理人員死亡焦慮的防衛機轉，如下圖五。



圖五：瀕臨邊界處境形成圖

伍、知識的局限性

課本的知識以及他人的經驗是剛進入這個場域的護理人員基礎知識的來源，因為由上述「情境空間中的不確定感」以及「如履薄冰的壓力」，我們得知在這個處境中護理人員初期的壓力呈現「瀰漫性」的狀態，主要有兩種類型，第一種是知道自己的處境是危險的，但是卻沒有具體的對象、模糊的，也是一種不

知道該怕什麼的焦慮，總體來說是源自死亡焦慮的不安。另一種是瀰漫性的焦慮，就非來自於死亡焦慮，而是來自於個人因素對處境下產生不安全感及不確定感所引發的焦慮。這兩種不安的焦慮及「生疏的知識」都可藉由他人經驗的傳授如「最為危險的地方就是最安全的地方」、具體防護措施的使用，及學理上對傳染病的知識等，收攏護理人員在這個處境的焦慮。但是，知識也有其局限性，在她們光有知識而無經驗的時候，以及有了經驗卻與學理卡不上之時，便面臨了知與行的衝突。以及知識遇到無法回應「無常」時，這突顯知識無法承接人們對死亡焦慮的不可掌控性。但是，知識的必要性除了對情境的掌控及自身安全佔有非常重要的地位之外，也顯示感染科病房的護理人員需要在「人人」中，減少差距得以安在。因此，本研究將就知與行的衝突、知識所無法承接的死亡焦慮，以及知識經驗縮短「人人」之間的差距，來描述知識的局限性及其必要性。

一、 知與行的衝突

知識在感染科病房很重要，它可以讓護理人員因為對疾病及如何防護而增加安全感，但是知識的涉入初期在某種程度上，必須跟經驗相配合，否則會有卡不上的狀況，甚至知識在豐富的經驗後，呈現的不是卡不卡的上的困境，而是適不適用的實際面問題。

書渝表示前半年都還不確定自己是不是安全的，雖然聽前輩說她們的經驗，但是，只是口頭上表示好啊！好啊！「接受度其實一直在說服啦！還是要說服自己（E2-0066P）」，有一種騙自己的感覺。不過，豐富的知識經驗讓她可以覺得自己是安全的，可以在裡面待久一點。但是，書渝還是不想跟肺結核獨處太久，「這種想法有時候偶爾還是會跑出來，可是會隨著年資跑出來的機會愈少（E2-0212P）」。在她還沒接受，不懂的情況下，會馬上跑出來。可是即使充足的經驗跟知識之後還是會有這樣的情形，因為她認為：「知識跟接受是不一樣的（E2-0216P）」、「我要落實是不一樣的（E2-0220P）」、「講跟做一定不一樣的（E2-0222P）」，而且她還是有可能傳染給我「知識跟接受為什麼會有這樣子

的差別…就…好吧就想妳看偶像劇啊，然後妳可能知道男朋友可能會變心，覺得也很正常，可是當這件事情在妳身上的時候，妳不見得可以接受，就是妳不見得可以了解說妳為什麼男朋友跑掉（E2-0218P）」，或者是知道喝飲料會產生許多疾病，但是還是會喝。

所以，書渝還是不喜歡待在那裏，也不喜歡穿戴防護措施。而且跟家人住也是很重要的因素，不想待太久是怕病毒沾到身上，傳給家人。所以，知識的承接不代表就能改變認知而影響行爲，在剛開始還沒接受自己在怎樣都不會感染的時候，要離開病室的念頭會馬上浮現，即使有充足的知識之後，發現落實的困難，因爲口罩悶、隔離衣厚重及擔心待太久會把病菌帶回去，及自己仍有被感染的風險，並且擔心自己處境以外的人。這樣的擔心使知識與行爲無法一致的落實於臨床，這仍然無法完全消匿內心的恐懼，畢竟這些都屬於認知上的，雖然肺結核不會容易因爲短暫的接觸立刻被傳染到，而且病患都已經在服藥了，病毒威力減少許多，但必須實際的靠外在的防護措施時才能補足及強化內心的不安全感。

在新進護理人員照顧肺結核病患知壓力與調適（鐘鳳嬌、周鳳珍，2007）的研究中指出，新進護理人員最擔心自己在不預期的情況下感染，但心理歷程隨著照護經驗累積之後，會發展自己一套保護措施。書渝在剛進來前半年，沒有經驗的累積，學姊的口頭經驗分享對她來說仍無法成爲自己的東西而有所接受，畢竟這不是自己的經驗，但是她必須強披上這個經驗的傳承，騙自己去迎合這個正向經驗，自己才能在這個處境安在。所以，知識及經驗傳承的局限性在書渝還沒發展出自身的護理經驗時，有很明顯卡不上的、用不上的情形。

而另一種銜接不上的狀態是，已經有豐富的經驗，回頭發現與過去被傳授的經驗知識有落差。筑軒回想起有一次「我忘記之前上什麼課吧？有一個老師喔，就說什麼其實我們在裡面 care 這種病患，就是他覺得就算…好了妳如果…他覺得得這個病比得慢性病還好，比如說像高血壓、糖尿病什麼什麼的…（F1-0168P）」，「因為他覺得肺結核妳只要吃藥…規則吃藥，雖然副作用比較大啦，他覺得6個月病患吃完就不用了，然後…（F1-0170P）」。但是，筑軒並

不認同這樣的說法，因為「…她說慢性是吃一輩子的事情。可這他覺得說如果您老了得這樣子的病，比得慢性病好。…可是其實這樣子我也是不認同啦，因為這個副作用其實比一般的還來的大 (F1-0172P)」。而且，「光吃那個藥妳就會覺得很大顆然後，肺結核這樣的病妳敢跟人家講嗎 (F1-0174P)」。如果這這樣的方式說服筑軒不需要去擔心被傳染這件事的話，考慮的面向對筑軒而言，太表面了，因為從她臨床及生活經驗中，這是無法如高血壓的病患一樣，我可以跟人家說我有高血壓，那些藥物的副作用也令人難受，而且高血壓、糖尿病會傳染嗎？這樣的比喻怎能拿來說服自己呢？

曉鈴也覺得知與行有時不實際，也有卡不上狀況發生。她曾經表示得到肺結核她會覺得不想活了，可是，不是規則服藥半年就可以控制嗎？她說：「不一定 (G1-0492P)」。因為有的有抗藥性，又要打針，她覺得很辛苦。她不認同把糖尿病、高血壓拿來跟肺結核比擬「會覺得，因為肺結核要一直吃藥，吃那些藥就是不舒服，又皮膚癢，有的時候又爆肝啊什麼的。對啊，有的時候，對...就是很辛苦，可能要吞那些藥 (G1-0490P)」。因為，她在臨床上看到許多病患吃了肺結核藥物爆肝，妳還叫他繼續吃，還有可能嗎？「對...就是講也是講那種.. Y.. 要用藥多久啊，什麼什麼的...對啊...就是沒有考慮到病患的... (G1-0510P)」，「嗯.. 可是我覺得就是...我覺得他們醫生有的時候講的，有時候在台上講的一些.. 就是一些醫生啊，他們講的有的時候真的很不切實際啊 (G1-0504P)」。而且「是好了，但是這個過程很辛苦。對啊! 可是就是妳得肺結核還是會怕那如果傳染給別人還是什麼的... 嗯 (G1-0522P)」。所以，從病患的經驗中，她不這麼輕鬆看待這個疾病，因為她親身照護過這類的病患，所以，她才會覺得「我一定是不想活了」。當知識與臨床相抵觸時，有時也會衝撞護理人員，而 she 會選擇自己所親身接觸到的來相信，此時知與行再度呈現銜接不上狀況。

二、 知識所無法承接的死亡焦慮

既然死亡焦慮是人最基本的焦慮來源，這樣的焦慮是無法靠知識經驗的傳遞

完全消匿，人的焦慮透過形成恐懼對象（病毒）來控制，經驗傳承能讓人「覺得」自己是安全的，但是卻無法給人肯定確切的保證。書渝曾表示：「…因為它（病毒）不知道什麼時候會跑進來…（E2-0148P）」，所以，她不可能完全不會害怕，經驗傳承可以暫時收攏恐懼，讓恐懼暫時有個地方可以安置，不會因此而亂竄使人陷入恐慌離開這個處境。但是書渝仍會害怕，「它還是有可能會傳染給我」，那個「可能」突顯了世間的無常，知識學理說的真的都沒有錯，但是它無法回答「無常」、「無形」，無法向人保證你朝著這樣做就「絕對」會沒事，只是透露，你這樣做就可以減少感染的機會。雖然，知識無法回應無常及不可掌握性，但是卻有收攏因此而引發焦慮的功能。

一般我們都認為知識的目的是在消解不明的恐懼，當人們了解它之後，就知道如何去控制它，但是，知識卻有可能讓恐懼現身。當恐懼灰暗不明，當人們還看不清事物的狀態時，就像亭羽說的「妳根本就不知道要害怕什麼東西」，而且亭羽之前在耳鼻喉科上班時，從來不知道這個社會有這麼多愛滋病患，「…是來這裡，研習會啊，上一些有關愛滋的課的時候，就會發現說原來愛滋有這麼多，要不然之前的印象是愛滋是那種很少數很少數才會有的，對！（H1-0226P）」，再加上「對！妳每次上課時就一直有人會灌輸妳說，每一年的愛滋通報的人數已經有多少，每一年都在增加妳就會覺得那是有通報的，那躲在暗處沒有被通報的人是有多…是根本不知道啊。所以，妳就會覺得知道愈多就會愈害怕（H1-0228P）」。因為她會覺得在這個環境看到許多 AIDS 後，加上並不是每個人進來都會驗血，雖然他們外表看起來好，可是不知道他到底有沒有一些傳染疾病。而且愛滋病是不會痊癒的疾病，又要承受道德批判，愈了解就愈怕。知識此時增添了她對環境的危險感，因為她知道自己在怕什麼了。但是，這並非不好，知識引發人的「良知（存的有限性）」，當良知被引發時，促使人朝向本真的存有狀態，本真的存有狀態有時不太能讓人忍受，它是怖慄的。而知識開啓對愛滋病的恐懼，亭羽被撥開的恐懼，知識卻無法回應這個課題，所以，她做治療都會戴手套或口罩，「可是我覺得這畢竟是感染科，我覺得還是人都都是自私的啊，對！即使妳看不到我

臉上的表情是...沒辦法因為我要讓妳看到我臉上的表情，我就把我暴露在一個更危險的環境下。對!我覺得人都是...在某些環境下我覺得人還是要...還是要保護自己啊(H1-0676P)」。這種因知識(死亡恐懼)而觸發，也因知識(防護措施)而收攏，這中間最核心的底蘊被抽掉了，也難怪乎，亭羽總覺得如履薄冰，因為知識所回應的只是表面上的層次。

三、 知識經驗縮短「人人」之間的差距

但是，知識經驗雖有它的侷限性，卻也充滿著「必要性」。既然瀕臨邊界處境中，死亡焦慮已根植於心，甚至屢屢臨現於前，知識經驗無法回應死亡焦慮，但卻可以收攏它。我們曾因焦慮而乍現的「良知(對自己存有的了解是朝向死亡的)」，時時觸動自己、提醒自己。但是，死亡焦慮是一個濃烈的議題，並且生活中「餬口飯吃」又是一種人人寓居於世存在的現實問題。於是，乍現的「良知」將再度因焦慮受知識的梳理沉淪於「人人」之中。因為，必須在「減少差距」、「屈從性」與「平均性」的狀態中，她們才能在這個處境下過著像其他單位中生活世界的日子。這也呼應著瀕臨邊界處境中焦慮的梳理，以及非本真的存有狀態。

書渝表示，「對啊!人家跟妳講妳就要相信嗎?(E2-0058P)」。所以，前輩在說的時候「好啊!好啊!(口頭上表示好)(E2-0064P)」，但是「接受度其實一直在說服啦!還是要說服自己(E2-0066P)」、「騙自己...(大笑)因為她們說沒事，就應該沒事吧...(E2-0072P)」。在與別人共存時，日常生活中的人不僅在意與別人的差距，她更根據差距來調整自己的行動，這就是海德格所言的「屈從性」(陳榮華，2008)，書渝的行動似乎不是出於自己，而是出於別人，受別人口頭上的支配，根據別人來調整自己的想法。而我們總在意與別人之間的差距，其實是由於另一種存在性格，海德格又稱為「平均性」，這是說我們總是要求「與人人一致」。「人人」認為有效的，我們為了與他們一致會認為它是有效的，就如書渝說：「應該沒事吧，好吧!妳們都說沒事了，妳們都活的好好的。對啊!也真的活的好好的(E2-0074P)」，即使她覺得是自己騙自己，但是這起碼證明它是有效的，

至少她們都沒事。

相同的，筑軒「一來的時候沒有很懂，對啊就想說吭…感染，對啊就 XX 就一直在跟你解釋啊，她這樣講也是沒有錯啊，這是一個安全的環境，她覺得是算蠻安全的，可是妳平常還是要注意這樣子，可是她說設備是很安全的（F1-0182P)」。她曾說她比較怕肺結核，而且並不認同將肺結核視為血壓高、糖尿病看待，畢竟它有被汙名的壓力。而且筑軒在場域中也承受著病毒「無形」的滲入的壓力，但是透過他人經驗的傳授，認知中與人人一致，又因為存在性格的「平均性」減少了她內心的危險感。

而曉鈴對感染科病房的恐懼感雖然言談中並不強烈，但似乎也有焦慮滲入的味道，「…就是反而就是怕有的空氣傳染的就是戴口罩，然後就是血液傳染的話就是戴口罩這樣子啊，就是自己會小心（G1-0192P)」。而且，她認為「應該是不會，如果得的話她們也都會（G1-0664P)」。所以，雖然我們總要求平均「人人一致」，這會讓人們即使有新的想法也會立刻將它壓下來，但是相同的道理，遇到危險感時，突顯我與人人一致，別人沒事的話，自己也不會有事。

所以，縱使我們知道自己的處境無法給絕對的安全，我們又不能一直在危險感中，雖然知識經驗有它的局限性，卻帶出人如何縮短自己跟人際之間的差距，沉淪於「人人」之中，讓人有一份安全感。即使在當中並不會去認真的反思及覺察生命的問題，而「沉淪」於日常護理的注意事項，讓自己過的比較安全。但是，本研究並非認為「人人」中的非本真狀態一定不好，應予以刪除，因為，人不可能完全客觀的理解自己、刪除別人對自己的影響，更何況屈從「人人」是瀕臨邊界處境中的護理人員不管是生手或專家，能令人安在的存在方式之一。

陸、道德批判下，護理挫折的展現

許多研究指出護理人員對這照顧傳染疾病的患者有汙名化的偏見，但是，沒有深入探究，那偏見背後的因是什麼，其實是一種「陰影」的投射，我們將自己不要或排斥的事物投射到外界，包括挫折、死亡恐懼也投射到了傳染疾病身上。

鳳芸對於感染途徑並不會造成她照護的壓力，對她而言，什麼疾病的患者她都一視同仁，但是她說：「…我比較不喜歡可能是那個吸毒的那種病患，因為他們的…怎麼講合作性會比較差(D1-0035P)」，「…他明明知道在病房不能打毒品，可是他還是會偷打，就很害怕說在妳的班的時候打的話造成他死亡啊，還有更大的危險這樣子(D1-0037P)」。這曾經有發生在她的班內，雖然沒有到危及到他生命，可是就覺得很不舒服，當時那個病患已經睡著了，但是鳳芸卻看到針還插在管路上，因為病患打毒品打到一半就睡著了。鳳芸會「把他叫起來，然後就…就是…有的是沒打完的會阻止他，可是變成那個病患還是一樣會在犯啊，…因為我們主要是怕說，他打了毒品之後，造成他死亡或者是怎樣，問題就會更大。可是我們又不能制止他說不能不打，我們會請他到外面去打，但是不要在病房裡面(D1-0049P)」。這就是她對愛滋毒癮患者印象不好的原因。因為，鳳芸曾經提到她對護理的印象是「…幫助病患趕快好起來，它的工作性質是這樣(D1-0003P)」。但是，今天幫助的是一個屢勸不聽的患者，甚至有可能因為病患的一意孤行，造成死亡，這樣鳳芸豈不背負著意外疏失的壓力，這叫一個護理人員如何承擔的起。所以，她對患者印象不好並不是疾病，而是病患的行為是直接威脅到護理人員的臨床工作，從事護理助人工作是治癒他人的疾病，但是面對遵從性差的患者會讓人產生無力感。

類似的困境也發生在書渝的身上，但是，她說感染途徑會影響她對病患的護病關係，甚至有道德批判在其中，「對！比如說像我們愛滋有些是毒癮的，他本身就非常不珍惜自己的，那就照顧他就覺得有點討厭，甚至…你去死好了，我管妳，痛死算了(E2-0156P)」。所以，她說其實感染途徑會影響她跟病患的護病關係，「…因為還是很難拋掉道德的批判(E2-0160P)」。而肺結核的傳染性強，讓書渝也有類似的感受。但是，並不是她不接受毒癮愛滋病患者，對她來說比其他愛滋病的患者相較，因為他們不珍惜生命而對照顧他們產生憤怒。但肺結核的患者是因為傳染性高，會威脅到自身的健康安全，所以會出現類似於愛滋毒癮的道德批判及憤怒情緒。但是，最終憤怒的是對生命的不可掌控性，從事護理助人

工作是治癒他人的疾病。所以，書渝跟鳳芸對於遵從性差的患者都產生一股無力感，她們都覺得護理可以幫到很多人而產生的成就感，卻因為照顧這類病患令他產生挫敗。再者對書渝而言肺結核的高傳染性危及自身的健康時，也被人當成是敵人的方式對待。價值批判某種程度是批判自己對治癒者這個角色的無能，以及高傳染力的疾病隱射著自己對自我處境不安的反應。但是，我們無法直接覺察出來或安全的表達出來，所以用道德批判可以將自己的無助及不安藉由某種處境以批判的角度安全的釋放。

但是，護理人員這樣的情緒經常會被外界，甚至醫療同儕所誤會，亭羽對於別人認為她們對傳染病患者有歧視，她就覺得很委屈。曾經有一名愛滋病患，向他的主治醫師投書護理人員對他有歧視，「...就是他的醫生就覺得說我們好像有歧視他的病患，可是我覺得那個不是歧視，是...是...就是那個病患對我們的態度，有的時候就已經很忙了，就好像有點在整我什麼的。何況在特別服侍之後，人都會有脾氣的啊，就會不高興啊...(H1-0242P)」，其實也是對於特殊病患的「態度」，但是不是特殊的疾病，「...可是我們真的都沒有那個意思啊。對啊!不知道為什麼，可能再加上外界的會覺得說...覺得說妳們會歧視愛滋這一部份。可是我們在這邊看的時候會覺得沒有什麼歧視耶，對啊!(H1-0244P)」。因為，亭羽在不知不覺中已經將愛滋病以不同方的是看待，例如如果病患的性向如果是女性，就覺得她跟自己一樣，也就是說她看到病患就如同一般人區分男女一樣，對他們是一視同仁的。她生氣的是，繁忙的護理工作外，又要「特別服侍」他，而且似乎怎麼服侍都不滿意，好像被整一樣。許多人對護理的專業角色規範為仍留在白衣天使、犧牲及服務的印象中，但是，護理人員承受病患頑固、生氣以及不願合作的態度，她也是人，也有情緒，雖然奉獻理應不求回報，但至少彼此能夠有為對方存在而做些事的成就感，但是卻病患被挑剔，這種憤怒是一種挫折的展現，而非歧視。

所以，一般文獻指出護理人員不喜歡照護傳染病患或毒癮患者，在這裡顯示出並不是病，而是病患的態度與行為，引發護理人員的恐懼、專業角色的無能及

挫折。但是，我們無法直接覺察出來或安全的表達出來，所以才會導致類似於道德批判或歧視的態度，也因此更容易被外界誤解。

第四節 瀕臨邊界處境下臨界經驗的遭逢

在瀕臨邊界處境之中，臨界經驗的遭逢，其中包括：親人的死亡、患者的死亡、異常事件及意外事件。這些衝擊涉來自於護理人員本身對死亡的感受，以及與患者長期相處的情感，這樣的邊界處境，對護理人員的照護經驗將有別於瀕臨邊界處境的存有狀態，它將開顯護理人員的「良知」，也使得隔離處境下的關懷有所轉變。

壹、「沒有辦法接受」的突發性死亡

病患無預警的在自己班內死亡，通常都會使護理人員一時之間難以接受，甚至對患者的往生抽絲剝繭，做一些內外因的因果歸因，而產生疚責感。但是，疚責感起於人對存有的關懷，也透漏著存有有著許多的無可奈何。

一、價值信念的坍塌

患者的死亡之所以難以忍受是因為它動搖了人們原初的價值信念，赤裸的揭露生命的無常與有限性。這種價值信念的坍塌就發生在亭羽的身上，大約是在去年七、八月的時候，講到這裡，她忍不住內心壓抑的悲傷，眼淚不由得從眼角滴下來，手摀著口鼻，亭羽說著：「...我覺得(語氣緩慢哽咽)會...可...不知道...不會講...(眼角開始流淚)(H1-0306P)」，試著想壓抑住悲傷的情緒，由於那份衝擊對她來說太大了。因此，一提到這，那份悲傷的情緒像是被切開的傷口，只要有一些縫隙，那膿就會潺潺流出，就像那爆發的火山，止不住的岩漿一般。她的淚

水決堤，並且哽咽的喘息著，娓娓道來那天事發的經過：當時她上小夜班，大約晚上八、九點的時候，有一個阿嬤 seizure（抽搐）過一次，當時醫生跟她立刻就過去看，並且幫她量血壓。大家都覺得她 seizure 完後的三、四分鐘似乎就無恢復正常，好像不需要大驚小怪的，於是，關心阿嬤的家屬們就紛紛離去，只留下一個智能不足的家屬在那邊照顧。可是十一點多，當她去查房時，阿嬤就已經 expired（死亡）了。她說：「我記得那一天我叫她，她真的就 expired 了，我叫她、怎麼捏她，她都不動啊！她是側躺，如果正常的會以為她在睡覺。對！可是，變成我給她弄，她就變成一攤肉這樣子。就是翻過來這樣子而已，之後摸什麼都沒有了（H1-0378P）」。後來，有通知家屬，因為是護理人員發現的，所以，家屬並沒有說什麼，而這件事情雖然並沒有任何人責備過她。但是，亭羽卻不斷的強調著：「好好的一個人ㄟ，對啊！對啊！就不知道ㄟ。她只有一次 seizure 就這樣。對啊！這中間我會覺得(持續流淚)... (H1-0324P)」，「對！對！連我自己都『沒辦法接受』家屬怎麼可能會接受?!... (H1-0330P)」，「就是那天下大夜，回去的時候就在那邊一直哭啊！對！我自己都還在想我自己『沒辦法接受』，對啊！（H1-0342P）」。這是不她第一次遇到 expired，但是卻是第一次「...一個人她就什麼都沒有了... (H1-0380P)」，可預期的死亡她可以接受，她也知道世事無常，「...因為其實妳也知道大家跟妳講的其實也會跟妳講這是一個不定時的變化妳沒有辦法，妳...這是很突然的事情啊，就是妳沒有辦法去預料的，對啊！我的難過點不是在妳要跟我講這些什麼...她的病程沒有辦法，那個時候我知道，可是(哭泣)我當下會覺得...我就是『沒有辦法接受』！對！（H1-0352P）」。這快一年的過程中，除了男朋友之外，她沒有告訴任何人這件事對她的衝擊有多大，自己獨自承受，卻沒有消化，她也怕每次一說，自己就會崩潰。

Otherwise Than Being (OTB)，中文翻成「非自身」。“Being”是我生命的存在；“otherwise”就是別種、別樣。OTB，「不再是你存有的狀況」，意思是說任何人活著，她自己的存在狀態都是被遺忘的、存而不論的，唯有如此，他才往外進行創造。OTB 的意思就是，我們透過存在的方式去創造一種非自身的造物，依

般來講就是成就；這是必要的控制機制，透過控制機制，人完成自己的造作面，使得人的存在進入一種 OTB 的狀態，進而以為自己就活在 OTB 裡，於是聞榮耀則喜，聞毀敗則憂。然而人在什麼情況下不會認 OTB？譬如日常生活突然遭受「破裂」。生死學強調的是：常人世界的本質是滴水不露的，但是「破裂」常常讓我們第一次窺知，原來我們活在 OTB 不察(余德慧，2003)。

對亭羽來說，死亡不是一件難以接受的事，但是突發性的卻是她第一次遇到，查房查了無數次，卻是第一次遇到病患沒有預警下，任何生命徵象都沒有了。這樣突發性死亡的衝擊對她來說實在太大了。阿嬤側躺的身軀，沒有發黑的情形，當時就像一攤肉般，翻過來什麼都沒有了。推著急救車來，也早已回天乏術，她心中不斷的吶喊著『沒辦法接受』！怎麼之前評估還好好的，但是後來卻發生這樣的事。這是一種她難以忍受的事實，過去她覺得死亡似乎是發生在預期性的人身上，她前後說了五次「沒辦法接受」！因為突發的死亡不在她的認知之中，生命的一切，生老病死似乎照著既定的程序來，以前預期性的至少要經過「病危」這一關，但是，現在卻跳過了。之前去查房，病患都有呼吸，怎麼過去的「常態」不在了。原本以為在「應然」中所構成的日常世界，讓她得以安穩的執行常規的世界，剎那間不是這麼一回事了，看待世界的方式被顛覆了，對病患的本質存有的核心被震動到了。突發性的死亡讓她的日常生活造成「破裂」，這個破裂讓人進入一種難以難受的「邊界處境」。她過去緊捉的泥地，賴以遵從的信念，一下子狠狠地被連根拔起。很痛！真的很痛，像身軀的及龍髓被人剎那抽掉一樣，整個人就坍方了！象徵她賴以依靠，得以舒適生存的信念崩解了，她墮入萬丈深淵，更可悲的是，這深淵深不見底，她一直在墜落，無底的恐懼盤繞著她。

直到現在，仍在恐懼的夢靨當中，無法忘懷，她說：「我會覺得我很害怕，只要... 只要... 病患怪怪的我就會很害怕! 對! (H1-0356P)」。而且，等當不忙的時候，停下腳步，經過那個傷心地，所有悲傷的記憶又再度被喚醒。在身體部署(2008)一書中指出「記憶不是過去的構成意識，而是透過當下的蘊涵重新打開時間的努力」，同時，「身體作為『採取態度』的恆常中介，建構出擬似當下，因

而是我們與時間空間建立聯繫的中介」，意思是說，透過意向性的原始運動，將身體投射世界，身體才活出了時間空間的整體，以身體感帶動了生活時間與空間的感受，我們同時會將這些感受編納入經驗之中，讓這些經驗在時空轉換後得以返回。所以，亭羽經過「傷心地」或類似情境時，經驗透過空間，又再度呈現，而身體本身又記住了這個創傷，感受到自己內心深處還有什麼在震動。所以，只要言談，創傷記憶便會湧起。這也是亭羽害怕去談的原因，只能靠不去想它，才能讓她不那麼悲傷。她沒有深入的覺察，此刻，她選擇以不真誠的模式處理死亡對她的衝擊。「死亡恐懼」，是她所排斥，無法忍受的「陰影」，在一次突發性死亡中揭開，她卻沒有去覺察。但是，這場已陰影卻無時無刻跟著她，等待另一個時機再冒出來。

二、突發性死亡的咎責

在事件發生後，沒有辦法改變死亡事實，亭羽的內心對「外」覺得家屬警覺性不夠，對「內」認為自己少做了一些事，亭羽充滿疚責，她說：「...因為前一次 seizure 的時候，...可是當下就只有沒有抽血而已。因為那個時候覺得如果有再一次再抽血，就再抽一次血，但是這一是唯一沒做的事，就是沒有再抽一次血。對 (H1-0336P)」，「...還是，之後...之後去看她，叫她們家屬留一個有 fountion 的人在這裡... (H1-0354P)」。因此，亭羽更加自責的認為「...我覺得我當下沒有努力啊。對啊!因為當下大家都覺得啊，就好好的啊，就不需要 CPR 啊，就第二次 seizure 就再處理就好了，對啊!可是我當下並沒有做什麼，事後我才努力的，對 (H1-0396P)」。

人可以逃避，隨之可以使焦慮減輕，藉此可以得到責任的減輕。雖然藉著逃避自由的方式可以減輕責任的壓力，但卻無法本真的面對生活。若要本真的面對生活，承擔責任就成為無可避免的問題。但是承擔責任無可避免的就是內疚。亞隆提到「神經質的內疚來自於反對他人、為反古今禁忌、違背父母或社會公斷時所想像的過錯。『實際』的內疚則出自不利於別人的真正過錯」。由於，對自己負

責，因此才發現存在於自身的內疚。內疚呼應著海德格所說的「良知的呼喚」，也就是存在本身所發出的聲音。

突發性死亡的衝擊，使筑軒價值信念坍塌，她『沒辦法接受』突發性死亡。她悲傷，那份無助的深淵感令她寒顫，她哭了！在深淵中，良知被喚醒，滑入了家屬那頭的心境「對！對！連我自己都『沒辦法接受』家屬怎麼可能會接受?!... (H1-0330P)」，墜入了深淵之中。筑軒表面上看起來是一種「實際」的內疚，覺得沒有馬上為她檢查、沒有覺察到家屬並沒有判斷能力，她因為當下什麼都沒做，而導致不利病患的事發生，因此她言語透露出很深…很深的疚責感。但是，而這份歉疚其實最源初的來源不並不是沒有為病患做什麼，而是存有是欠咎的，從存在的進路下，此有的「不」是指，在此有的存在中，它總是瞭解它的存有具有很多「不能」、「無能為力」、「無可奈何」、「不得不如此」等。這些都是此有的欠疚，但它不是指此有欠缺某個手前之物，也與別人的共存無關。這純粹是此有的存有性格。當此有被投擲到這裡時，它的存有就是如此。而且，正由於它的存有是欠咎的-有這許多的「不」，故它才會在關切世界中之物和關懷別人時，做成種種欠缺或虧欠。因此，欠咎的原初意義是「不」，並由於此有的「不」，才會引生種種的欠咎或虧欠（陳榮華，2006）。人生的那份「無常」，在她身上發生，她從突發性死亡中得知人之有限性的存在，不全然在於應然的常態之中，這樣良知的呼喚，源自於她對存有的關懷，這也讓她承受著極度的悔恨與疚責。

亭羽的良知被喚醒，也因為存有的責任讓她體會到存在的疚責，她霎時呈現一種「本真」的存有狀態，它是怖慄的。如同，上述的死亡衝擊一樣，但是本研究者認為死亡衝擊使亭羽怖慄，但卻也因此促使她逃到日常熟悉的世界之中。所以，人們在日常生活當中，不可能完全以「本真」的狀態生存，從突發性死亡到引發存在的疚責，我們可以看出，「本真」與「非本真」的存有狀態是來回穿梭於亭羽的存有當中，它是游移的狀態。

從瀕臨邊界處境所驚慌者是因為我們已經隱約知道所驚慌者為何物，是有手前性的，所以我們才感到驚慌，例如，病毒。即使死亡是我們所害怕的，但是早

已被轉化為恐懼。而海德格說言的不同程度的驚嚇、恐怖，皆已是焦慮的轉化，由無對象性的到有對象的。這樣經由轉化過的驚慌，已脫離原本的怖慄，因此存有被遮蔽，所以，是非本真性的。這也是從怖慄（焦慮）到驚慌（fear）為瀕臨邊界處境焦慮轉化的過程。也呼應著海德格，怖慄先於驚慌。

而海德格所言的怖慄就是羅洛梅及田立克的焦慮。而怖慄來源之一為生命的有限性，也是存有特徵之一的「死亡」，也就是臨界經驗，人人所怖慄的為存有的有限性，怖慄一種最終極的「無」。死亡是體會「無」的最基本，但不代表是一切怖慄的源頭，因為它能讓人直接體會存有中極致的虛無狀態。這種最原初存有的怖慄，自然不在世界之中，因為它沒有經過轉化成世界之物。不像驚慌轉化成對象，而這對象勢必是存在世界之中。而怖慄是驚慌存有的有限性，不是世界中的手前物。因此，怖慄自然是本真的感受。而怖慄先於驚慌，如同焦慮先於恐懼一樣。一定要先有怖慄，人體會到怖慄自然會有兩種狀態，一種是往自己的存有去，另一種是重返瀕臨瀕界處境的非本真狀態。而當人從怖慄中體會良知時，就是超越。

而本研究得出怖慄（焦慮）與驚恐（恐懼），將來回穿梭於瀕臨邊界與邊界處境之中。從死亡焦慮的轉化得知驚慌（恐懼），而從外來的臨界經驗體會怖慄（焦慮）-存有的有限，產生對存有的關懷，而照護別人的存在方式奠基在「關懷」這個存有學的結構上，因此，「關懷」，為我們存在性徵（陳榮華，2006），如同「死亡」一樣。因為「關懷」的存在性徵使存有體會到它總是有著許多「不」、「與無可奈何」而產生疚責感。也就是這樣的怖慄（焦慮）與驚慌（恐懼），以及「死亡」與「關懷」的存在性徵，將感染科病房的護理人員在初期的瀕臨邊界處境衝到臨界經驗，由於不勝怖慄，又游移回瀕臨邊界處境。

貳、 患者突發性死亡疚責感的內射

在臨床上，當患者死亡的時候，有些護理人員都會去反思，「這跟我有關係嗎？」，因為自己曾經照顧過這個病患，相隔時間又很短，經常難免會讓自己有

這樣的感受。但是，有這樣疚責感的內射並不是憑空而來的擔心，而是曾經發生在護理人員身上的異常事件，使人第一時間會有這樣的聯想。

心鈴回想起有一次上大夜病患好好的，但是隔天小夜的時候病患就突然間往生了，她當時第一個感受是，怎麼會這樣？「就很驚訝，其實我跟他，我才照顧他一天，所以沒有…就是沒有太多感情，但是還是會覺得說怎麼會..怎麼可能就很不敢相信，對啊。然後就想說會不會是自己有做錯什麼?就是會不會是照顧不夠好什麼的 (J2-0140P)」，就覺得自己是不是哪裡做不好，「每次就怕自己害病患死掉 (J2-0142P)」。但是又似乎不是每一次，而是「有些啦，也些。就會覺得說怎麼會突然不見了?那種太突然的就會讓我覺得 (J2-0144P)」。回去的時候心鈴會想自己是不是那一個步驟出錯害了他，「…就會稍微想一下這樣子，可是其實知道說是跟自己沒有關係，可是還是會去想說照顧他可能在給藥的時候什麼的 (J2-0148P)」。

這一切的疚責感就源自一場異常事件的發生，讓她開始對自己沒有自信了。這件事情心鈴回想起來也不太清楚是去年還是前年發生的，當時上午在執行醫生的口頭醫囑，由於醫生沒有 KEY 藥，她也忙的忘記了，到下午再跟醫師確認時才知道給錯了。原來病患「…要打 Tramadol (麻醉性止痛藥)。可是以前 Tramadol 是放在麻櫃，可是它已經撤掉了，那我忘記了，就是那一天一忙，後他們說打 Tramadol 的時候，我就去麻櫃裡面拿，結果拿 Dormicum (鎮靜劑) 打，可是那個時候我沒有，都沒有想到，因為太忙了，就是也沒有對藥，就是下意識的照我自己的直覺來做，對 (J2-0298P)」。不過，由於那個是藥癮的病患，所以對他來說沒有明顯的作用，「…可是就是那個時候我就覺得說是今天如果是一個老阿嬤，可能就被我害死了，對啊 (J2-0284P)」。這件事發生的時候，雖然並沒有被責備，護理長也要她學習如何處理這件事，當時她一直哭一直哭認為：「…我覺得說我怎麼會犯這種錯，就是對病患是傷害，然後覺得很對不起自己的工作，因為沒有好好對藥就給這樣子… (J2-0312P)」。心鈴說這件事情算是她從事護理工作以來算是最大的衝擊吧！而這件事情就是讓她埋下日後病

患發生事情之後，覺得是不是自己害了她的陰影。

在義務之中，無論我們做出的選擇好或不好，都必須為所做的負責任更何況是護理工作。這樣的疚責感，與亭羽面對突發性死亡的阿嬤，相較不同的是心鈴是『實際』的內疚，出自不利於別人的真正過錯（Yalom，2003）；相同的是，她們都引發了人存在自身的內疚，而且也因為這個經驗帶入某個相似的時間及空間而被喚起。不過，會讓她這樣子想的原因還是這件事對她的衝擊很大，足以動搖她的自我價值，讓她對自己失去信心，她不再像過去一樣對自己的專業那麼有自信了。這個自信的剝離，使她從過去習慣的日常生活中覺醒，讓她感受生活中的怖慄，那段時間甚至「就覺得很怕自己會再給錯或什麼的，所以就是那陣子就是會開始變得更小心，不能因為好像工作久了，就覺得習慣或什麼，就常會很下意識的去做事情這樣子，就還是要謹慎的對藥，什麼的。因為有的時候一忙就是會出錯（J2-0306P）」。因為「人人」總是有被拋性的，沉淪（投入）在日常生活之中，很容易忽略自身的存有狀態，我們常常會以為了解自己，而習慣於慣常的事物。但是，也容易因為以為對自己了解，而停止探索甚至遮蔽，才會有異常事件的發生。而異常事件乃至於日後對其他病患疚責感的內射，都讓心鈴藉由回憶及相似經驗被觸動及提醒，重新審視自己。

參、 滑入生與死的世界

護理人員在臨床上常態性的看到病患在受苦，也經常看到家屬基於某些個人因素對已經往生，或即將往生的患者，做出一些努力。當護理人員對家屬及患者因同理而產生不捨時，此時，護理人員也因此滑入生與死的世界，產生慈悲，同時也陷入倫理困境。

書渝值大夜班，在 3 點定期查房的時後，看到一位肺結核的癌症病患還有呼吸，想不到五點再去查房的時候，發現看護睡了，而「…看護也睡了，然後阿伯也睡「死」了！（苦笑）（E1-0094P）」，這對她來說衝擊很大，也造成她日後對夜班的恐懼。她開始開始回想整個過程，雖然家屬已經簽 DNR，但是他老

婆堅持要留一口氣。如果在這過程當中她再去看查一下阿伯的狀況或許就可以提早發現，而不會造成家屬的遺憾。書渝只好叫來 RT（呼吸治療師）在形式上以壓甦醒球的方式讓病患回家，但是心理知道其實病患已經往生了，甚至覺得：「…那當下其實他已經被隔離了，已經那麼可憐了，然後死掉…死掉還要被用那種機器啊…在那邊假裝還有一口氣。對…（E1-0112P）」。但是，爲了安撫家屬，書渝說了一個白色謊言，告訴他老婆病患還有一口氣，雖然不知道這樣說到底對不對。不過經過這件事後，過去只注意到病患表面徵象的她，「就是會覺得要更謹慎一點，尤其是對那種不會講話的病患，因為他切 Tr（氣切）他不會講話，沒有任何症狀，要更仔細去看，要多看他兩眼。對啊…以前可能線條比較粗啊。『會喘就好了』、『沒燒就好了』、『沒冇（台語）』就好啊（E1-0124P）」。

有時候常規的事情會讓書渝做不完，在加上夜班是 2 個小時查一下病患的狀況，雖然書渝在這整件事情上並沒有過失，但是覺得很咎責，並且由於她知道其實病患已經往生了，將心比心的體會病患感受時，發現往生的阿伯爲了家屬期待的一口氣，還要多受一些折騰，覺得很心疼，也很不捨。但又站在家屬的立場，選擇一個白色謊言來安慰家屬，病患還有一口氣。其實站在病患及家屬之間讓書渝心理很兩難。經過這件事，書渝對上夜班產生恐懼，不過她對病患的靈敏度也提高了不少。

顧豔秋（2001），指出護理人員對於照顧瀕死病患的感覺，最困擾的情緒依序爲：生氣、罪惡感、焦慮、缺乏處理病患生理及心理問題的能力、被家屬的問題淹沒、過份投入及認同感、憂鬱及悲傷、逃避及角色混淆。書渝表示「…如果、如果我可能忘記東西 3 點又再去看一次，或是說我晚一點去查房，譬如說我 4 點再去查房是不是就可以發現？…（E1-0092P）」。這雖然不是她的過失，也或許示意料中的，這突顯出書渝從事這個工作其實是承擔自身存在性的責任，但這打擊到的是她的自我價值感，她當時在談論這件事的時候，仍然帶有幾分悲傷，病患的死亡似乎告訴自己她不夠好，不夠謹慎，頓時把書渝的情緒拋入負面的知覺感受。

蔣欣欣等人（2003）在專業建構照顧情境中的專業自我-自身與他者的研究中指出，護理人員專業自我，其中「以己度人」為護理人員在自身所處時空所定位被照顧對象，亦即面對困惑的照護情境，以己身的經驗、信念、價值、意願，評斷病患的活動。這是人際之間常用於理解他人的一種方式，若停留於照顧立場而不思考對方的處境，容易形成一種自我中心的照顧，這是書渝初期的狀態，例如停留在「會喘就好了」、「會講話就好了」、「藥有吃」、「點滴有打進去」這樣表面的照護行為。但是，遇到病患的死亡衝擊，雖然一下子被拋向負面的知覺感受，但是那樣的「拋出」，卻讓她離開了原有的地面，也就是她熟悉，慣性表面的照護行為，死亡的衝擊力量猶如把她從泥表裡連根拔起，然後這讓她「滑入」病患的處境，覺得「那當下其實他已經被隔離了，已經那麼可憐了，然後死掉…死掉還要被用那種機器啊…（E1-0112P）」。自己對照護的信念、價值瞬間開展，而不是只停留在「會喘就好了」、「會講話就好了」、「藥有吃」、「點滴有打進去」，以後更加能覺察病患的不同以及了解病患的感受。這當中也同時滑入了家屬，被家屬的問題淹沒，同時也動惻隱之心，撒了白色的謊言，說病患還有一口氣。由於她一下子滑入生與死的世界，使書渝陷入倫理困境。最後她選擇安撫生者，但不管對不對，這對書渝往後的護理照護變得更加敏感，在靈性上更加慈悲。

肆、 替代性創傷

相信有許多護理人員會有相同的經驗，就是上班的時候接到家裡傳來的噩耗，懷抱著忐忑不安的心，強熬過剩下的那幾個小時，哪怕只是分秒，對她而言都是難以忍受的煎熬。同時在親人往生之後，在照顧病患的同時，也經常觸動到自己的創傷，尤其是與自己往生親人一樣，有著相似的年齡，相同的疾病，過去的回憶頓時被帶入此時此刻，雖是回憶，但卻又如此具體與深刻。

曉玲回想起大學實習的時候「…之前好像就我同學她，是有家人，阿嬤吧，是誰？還是外祖母，就是過世她還是要等到就是…家人也有通知，可是她還是要

等到下班回去這樣子(G1-0064P)」，這對她的感覺是不能看家人最後一眼。但是，這件事情為何是她實習當中最有印象的事件之一呢？因為這樣類似的事件也同樣發生在自己身上了。

曉玲從小就跟奶奶住，她們是三代同堂，由於奶奶比較疼男孫，對曉玲有差別待遇，所以一直不敢跟奶奶講話，對奶奶的負面感受也放在心中很多年了。但是，奶奶在她從高中的時候就有開始一點癡呆，到後來就覺得奶奶有一點可愛，也開始跟奶奶有一些互動。不過，她一直以來都不敢把心中的感受說出來，直到奶奶往生之後，她想對奶奶補說一句話是：「小時候因為妳比較疼男生的關係，所以跟妳的關係不是很好，一直不太敢跟妳講話這樣子，等到妳長大之後過世了...可是..心理還是會有一個距離就是不敢跟妳講話這樣子。其實..就是很愛妳(G1-0320P)」。由於，那份最真摯的親情牽動了她的傷痛卻無處敘說，因為她覺得每個人都有自己的苦痛，不想說出來造成別人的負擔。但是，當她緩緩道來奶奶往生的經過時，回憶牽動出著對奶奶在世的未竟事項，眼角同時也泛著止不住的淚水，而奶奶往生件事情就發生在去年。當時五月，家人怕曉鈴擔心，所以沒有告訴她奶奶的病況，後來「嗯...（哭泣中）那個時候在上班。上班的時候就接到我媽的電話這樣子。然後...然後之後就是...每天，就幾乎天都會白班下班之後就坐火車再去彰化...（泣不成聲）(G1-0296P)」。奶奶從五月住到六月，一直陸陸續續住加護病房，也由於曉鈴是護理人員的關係，參與了長輩間討論是否要開氣切的決策，雖然對奶奶不捨，但是開了氣切對奶奶的處境不會有太大的幫助，所以便放棄，不久後奶奶就過世了。曉鈴當時上班的時候，每次想起來都好想哭，不過還是要撐過那八個小時。在奶奶往生前，曉鈴一直都沒有向人提及此事。但是，「我還記得有一次，回家之後然後就來的時候，上班的時候，然後就有一個同事，大夜班跟我交班就有一個阿嬤，U T I，然後就轉到病房（哭泣）(G1-0394P)」，曉鈴終於在一次上班的時候在大家的面前崩潰落淚了...「然後...大家就覺得不知道怎麼回事，就...我自己也講不出來，對(G1-0398P)」。因為，這個病患跟自己的奶奶很像。

Saakvitne 和 Pearlman(1996)給替代性創傷下了一個定義:「一種助人者的內在經驗的轉變(transformation),是同理投入(empathic engagement)於案主的創傷題材所產生的結果」。曉鈴從聽取交班的過程中,由於病患痛苦的遭遇,導致她個人有所反應,而產生深度的心理效應。而這種深度的效應、內在經驗轉變,源自於「再回憶」,就是在想像中對被感知物的再回憶。在感覺內容不再被體驗到,也就是無論如何不再被同一個方式經驗的同時,從感知出發而延續的意向與新出現的想像表象的圖像認為同一,而且不僅是從對象的方面:這個「顯現」復活,被當下化。這種情況可以重複,而意向的同一性被保留在這種認同的始終並且一再重新在它們那裡引發(倪良康譯,2009)。

所以,奶奶在曉鈴的腦中,已有了經驗的圖像,當遇到與她奶奶相似的情況時,就會像奶奶又浮現在她眼前一樣,一種彷彿見到奶奶住院時的病容,與曉玲奶奶相似的病患,在曉鈴的腦中浮出。圖像連接著情境,把曉鈴帶入了當時的時空,也帶出了情緒。所以,曉鈴在聽取這個病患的遭遇時,也同時藉由這個病患,讓她再回憶一個人、一個悲傷的過程,而形成了一股替代性的創傷。

而在這件事情之後她說:「嗯,應該..就是說比較能體會家屬的那個。不捨跟...只是,就有時候比較能體會家屬的一些感受,就覺得他們很辛苦,對啊!(G1-0374P)」。Yalom(2003)指出死亡是一種能引發人注意存有狀態的經驗,因為死亡在一般人的觀念裡,往往代表著一種終極、不可逆轉的邊境境況,會將人帶離「忽略存有」的狀態到「注意存有」的狀態之中,對喪親者的生命具有不同的衝擊,亦即會引發人對生命有不同的「注意存有」的經驗,繼而對自我生命帶來不同程度的轉換。而曉鈴也因為能體會家屬的心情,在她往後的照護中,也更能貼近病患的心。

伍、 難以割捨的「愛」情

愛滋病患在一般人的感受上都是負向知覺經驗居多,但是在感染科病房中,

這位愛滋病病患卻跟護理人員有如像朋友、「姐妹」般的情誼穿梭在病室之中，她的往生，也引發來不少護理人員的悲傷衝擊。

阿貴（病患的化名），男性20多歲的愛滋病患者，她的性向為女性，同時也是同性戀者，她還有一個雙胞胎哥哥同樣為同性戀的愛滋病患者，這對雙胎都是醫院的老病患，哥哥先來住院，先走了，然後變成弟弟阿貴來住院。她們在病房內曾經一度像流氓一樣，會抽菸、打架、完牌，要不然就帶些奇怪的人到病房，讓人感覺好像不是在住院，而是在開party，並且對護理人員大小聲，是病房內的問題人物，但是後來跟護理人員很熟了之後，有一次上班的時，一位毒癮的病患突然生氣，好像拿椅子要打人，後來阿貴跟那個人講：「不可以這樣」，把他帶回去房間理去，化解危機，現露出一股江湖義氣「喬」事情的味道。阿貴雖然已經20幾歲了，但讓人感受很特別，就像一個很受保護的小孩，經常以自我為中心，偶爾不知道是不是疾病惡化，導致心情受影響，她又會跟護理人員提出無理的要求，例如到病房內幫她開電視機，或者是幫她擦藥、換床單等等，雖然護理人員知道她需要的是關心，但經常讓忙得昏天暗地的護理人員有負向的感受。之後，她因為感染，在去年的時候往生了。往生那天因為HIV的關係，會診安寧，她的姊姊，還有就是PA(專科護理師)她們都陪伴在側。

筑軒回想起阿貴之前經常會走到護理站坐在自己的旁邊，跟她一起寫紀錄，那個時候還沒有要走之前，阿貴會主動跟筑軒談論死亡，但是筑軒覺得有時候她又講得很開心，「…因為到後來她好像也看開了，那後來好像是她反覆的感染吧，所以，變得阿達答的，已經沒有辦法跟她溝通了。可是我覺得她這樣走也好，因為她什麼都不知道。沒有很清醒，如果她清醒的話還蠻捨不得的啊(F1-0122P)」。所以，筑軒「其實我會難過耶(F1-0282P)」。但是她沒有哭，對於阿貴「…是想說快走了，是沒有想到說是愛滋病，但是我們還是會陪她走完這樣子。…(F1-0284P)」。不過，至少阿貴在臨終前讓她覺得很安詳，沒有承受太多痛苦。

病患死亡引發護理人員諸多悲傷反應，護理人員不因臨床經驗而麻痺了對死亡的感受，而護理人員的悲傷特性如：悲傷來去匆匆、悲傷因關係深淺而異、悲

傷因死亡形式而異（顏素卿，2004）。由於筑軒長期跟阿貴相處，有說有笑，阿貴談論死亡時以開玩笑的方式，筑軒也以詼諧的言談回應，對於那份感傷，沒有因為臨床照護經驗麻痺是由於與跟阿貴關係。不過，筑軒的悲傷並沒有太深，來自死亡的形式，她覺得她失去意識了，應該不會太痛苦，而減低了她內心的那份悲傷。

而往生那天心鈴也在場，由於阿貴的病情惡化的太快，心鈴因為忙錄，只抽空去看一下她，又離開了，她當下的感受是「…很難去想像她會從，就是…我好像是放假前才看到她好好的一個人轉變成這樣子，就很震驚，就會不敢待在那個病房裡，會覺得很想哭，就很難受（J2-0122P）」。回想起阿貴往生前的總總的負向行爲，「…但是妳又會覺得說跟她又有一種，就是又有感情在，就是又有…感情是很矛盾的吧，對！然後就是她 expired 的時候就覺得很難過，對！就是他的變化其實很快（J2-0100P）」，那天回到家之後心情就很低落。

曉鈴是這個單位跟阿貴最親的一個護理人員，當曉玲在做治療的時候，阿貴經常會跟在她旁邊，告訴她白天發生什麼事，或者是她跟護理人員吵架等等。由於阿貴跟曉玲的情誼非常的濃厚，因為她曾經對曉玲說過，她在這個病房是最相信曉鈴，所以會跟她講許多事「她就是…她其實跟我說她其實很怕死亡，…就是在安寧的時候她跟我講她很害怕死亡，然後她覺得她爸爸、她媽媽、她姐姐她會很捨不得離開，因為她會很心疼他們這樣子（G1-0704P）」。過去曉鈴曾覺得阿貴很不懂事，聽她這麼一說之後才了解到，原來她這麼懂事。而當阿貴要往生的那天晚上，曉玲現在描述來的時候還是難掩悲傷，她覺得還是要看阿貴，但是她自己沒辦法承受，所以最後阿貴遺體推過護理站的時候看她一下。回到家的時候，她就一直哭泣，不斷的責怪起自己「就是想到她其實也是有很可愛的地方，…反正大家…大家會覺得她就是很難搞…就是常常會很不聽話啊什麼的。可是，好像自己沒有替她反駁這樣子（G1-0258P）」，「…因為我們可能想不到她就突然的變的這麼不好（G1-0260P）」。一切對曉鈴來說，阿貴走得太快，回顧過往，最了解阿貴的她，似乎少為阿貴做了什麼，那份未竟事物，讓她疚責與悲傷。

Spikes 和 Holland 指出，照顧瀕死病患之醫師可能產生的情緒壓力同樣會出現在照顧愛滋病毒感染者的醫護人員身上，特別是當他的自我形象屬於「治癒疾病者」時，在面對病患不可避免的死亡時往往有挫敗感、焦慮、憂鬱，這些情緒壓力有時亦導致某些適應不良的行為，如逃避、忽略、轉介、或錯誤的保證、不適當的積極治療等（洪健清、張上淳，2006）。簡淑慧（1998）研究指出，護理人員面對病患死亡時，會有挫折感並產生個人或專業壓力，甚至會藉以減少探視病患的時間及次數，以減少內心的壓力。Gerow et al.（2010）利用現象學方法，研究護理人員對於患者死亡的反應中發現，護理人員會創造一種窗簾式的保護，以減輕悲痛的過程，並允許自己繼續提供支持性護理。

曉鈴跟阿貴的感情很深，對悲傷的反應，當下她不敢去探視阿貴，因為像朋友之間的情誼，會讓她承受不住悲傷，對於阿貴的往生，她當下逃避、回家後哭泣、情緒上內疚。這份悲傷與反應在鳳芸身上也同樣存在著，雖然鳳芸知道她有案子在身，為了逃避坐牢，會經常抱怨身體不適，以延緩服刑。不過長期的相處下來，跟阿貴最後便成像朋友一樣。在她往生的時，鳳芸「…可能就…也不知道誰要說什麼，…不知道怎麼去開口就對了，在她旁邊的家屬大家都很…就是很悲傷啦…。反正我就是選擇逃離現場啊，因為我不知道怎麼去…開口跟她講。雖然我知道她聽還是聽的到，可是就是不知道怎麼去開口就對了（D1-0117P)」。由於死亡是悲傷的場面，偏偏阿貴又是曾經與她締結成像朋友般的情誼，而朋友就在此告別，叫鳳芸情何以堪，縱使她知道聽覺是最後喪失的感覺，阿貴一定聽得到，但是她的病情惡化的讓人一時無法調適，又怎能馬上道出永別呢？

雖然智淮曾被阿貴咆嘯過，但是，事後跟她相處下來，到了感情還不錯的時候，智淮就拿這件事來虧她，她們也建立不錯的情誼。不過，智淮回想起沒有透露出不捨與悲傷，這是有原因的，因為從自己經歷過父親的往生，她體會到「…我們在醫院裡面喔…面對生老病死那種事情都很常見的。所以其實，有時候覺得，這個疾病造成的這個結果是遲早的事情。只是，有的時候會覺得不可思議，

也不是不可思議，是…吭…就這樣子…就…就走了（A1-0161P）」，從另一方面來說「…面對生命的這種照顧很多因素是沒辦法自己掌控的嘛。我就是能夠在我照顧的階段當中去 care 她，就這樣子。沒有太多的，也不能太多的放一些情緒。就是…就是變成一個事件，不管是 Condition 變差轉 ICU，Condition 變差死亡怎樣的…（A1-0163P）」。所以，對於阿貴的驟世，智淮產生有別其他護理人員的感受，梳理到世間的「無常」之中。

在一些護病關係的研究中，Morse（1991）發現有四種護病關係中，其中第四種，超越愛的關係（An over-involved relationship）—它發生於病患他的需求超越一般常規，且護理人員選擇滿足他的需求，且視病患是個個體，不顧其承諾、制度及護理職責去治療病患，而變成更加親密的人際關係，且成為問題性的治療關係。對於阿貴的往生，心鈴跟鳳芸就覺得來的太快，心鈴感到悲傷，鳳芸道不出永別，而逃離現場。跟阿貴關係良好的曉鈴更不用說了。從她們對愛滋病患往生的不管回顧起來是正向或負面，矛盾抑或複雜，這在再證明，她們的關懷早已超越或顛覆研究中對愛滋病患者負面觀感的研究。在她們眼中，她跟一般病患沒有兩樣，甚至超乎病患的關係。也因為此，跟阿貴的關係從病患變成朋友，所以，成為問題性治療關係的原因就在那難以割捨得「愛」情，所引發的悲傷反應，在照護的過程中產生悲傷、痛苦與疚責。

但是，這份感情所帶來的邊界處境，另一層是會讓護理人員帶來不同的覺察與回憶，存在於護理人員心中因治療關係而牽動的那段「愛」情絲，在她走了，並未剪斷，她的點點滴滴都還在護理人員的心中迴盪，有人回想起來似乎餘溫尚存，透漏著一絲絲的悲傷，則有人感受到生命的驟世是世間的一部分，仍然有人還蘊藏著濃烈的悲傷，隱約帶有些許疚責，對阿貴的驟世藏著未竟事物，這種種都是她們處境中共同特殊的回憶。

第五節 意外事件的衝擊

在感染科病房中，最害怕的就是「意外」，由於對於技術或防護措施沒有正確使用引發自身可能受感的危險，例如：針扎。而在此本節將描述兩位分別被愛滋病患者血液滲入指縫及濺入眼睛黏膜的意外事件，以下將從有別於醫療場域看待意外事件是一連串個人及流程上的疏忽來探討意外事件對護理人員的衝擊，它某種程度上向護理人員開展了什麼，以及場域中面對意外事件的現象。

壹、「愛血的滲入」

一、萬一我得了愛滋

在感染病房中，最不願意發生的事，除了患者死亡之外，那就是意外事件，倘若病患又特殊傳染病，這令人一時之間難以承受。所以，亭羽說她對照顧愛滋的病患壓力比較大，因為她會覺得水痘會好，愛滋病不會好，而且免疫力不好的話病程變化就很快。

如果萬一她得病，她會封閉她自己，因為她認為除非是這個領域的人才會了解愛滋病的受感途徑是多元的，不止於性行為，「...可是妳今天跟人家講說被針扎得到的，有的時候有些人會覺得，因為愛滋等於，好像等於一些性行為，就是從事那些性行為，對(H1-0860P)」。所以，她覺得會被外界報以歧視的眼光，再加上它不可治癒性。因此，一但她染病「或許我覺得如果真得針扎對這一部分我覺得我會比較悲觀一點，我會覺得...我覺得那我會更想要結束，更快的結束我的生命(H1-0972P)」，「...我不會去自殺，我會...我的病程怎麼...怎麼不好我不會積極的想要去看醫生，就按照進展這樣子，對!(H1-0974P)」。

愛滋只能控制不會好，不會好的疾病對亭羽來說，無疑是宣判癌症一樣，對身、心都是一種折磨。對於身，一旦發病程快就走了；對於心，即便妳是被意外傳染的，除非是對這一塊比較熟悉的人才會相信，所以，萬一被傳染也必須承受

被污名的看待。因此，一般愛滋病患所承受的壓力愈大，對亭羽來說，照顧起來就壓力就愈大。這並不是會不會，或容不容易被傳染的問題，而是動搖自己生命及價值觀的問題。那種撼動愈大，照顧的壓力也就愈大。自我價值將會象徵性的死亡，除了肉體上的痛苦與難堪之外，要承受的是心理壓力。所以，萬一得到愛滋，對她而言就等於是肉體及自我價值的消逝。她對生命如果真的走到這種田地，她會任憑病程的進展，不會積極的去治療。這是她對自己生命的看法，當她愈消極，就可以看的出她愈看重自己的生命，對自我的價值就愈鞏固，如果有一天上天抽走她的自我價值，讓她成為被歧視的對象，這無疑是打擊她存在的核心價值-尊嚴，這將動搖她的核心信念。所以，從這裡我們將可以看出，如果意外出現，粉碎的不僅是肉體，更撕裂著她的心靈。

二、愛血滲入的警訊

而一般意外事件的解讀，許多文獻中只對意外做表面的因果歸因，例如，容易發生針扎意外可能為「針頭回套」，護理人員承認是「太忙」或「忘記」所導致（李璧伊、黃建元、王建楠，2008），以及必須短時間抽取大量血液，或輪班性質本身造成的危害（林鴻儒、陳俊傑、陳宜志等，2003），這些研究皆屬量性研究，尚未滲透護理人員的情境脈絡下探討。在此，本研究將還原整個意外事件的脈絡，試圖了解意外的同時，也向我們示顯著什麼？

亭羽去年就發生了「愛血滲入的意外」，而這件事是發生在阿嬤突發性死亡後沒多久，有一天上大夜，病患IC到期的時候，順便幫病患抽晨血，她記得那位女患者很怕痛，再加上那天又有許多患者要抽血。所以「...妳就會想說要做快一點，要不然會做不完... (H1-0688P)」，再加上她因為住很久了，手都被打到都瘀青，為了不讓她挨太多針，亭羽就把單隻手套就把它拆下來了，不料「...我那一天的指甲剪得很短，何況就是短到我覺得會痛，啊之後就是抽血的時候可能不小心，啊那個血可能就整個滲進去我的指甲縫裡面了... (H1-0688P)」，之後，她回護理站沖水。但是，愈想愈不安「...之後我就一直抖，心理就會覺得說如果我得

了愛滋我要怎麼辦 (H1-0698P)」。亭羽真的很擔心，也想不去想，但是，亭羽在這個場域知道愛滋病的病程發展，所以她覺得：「...那我以後我就不用結婚啊，我也不用生小孩，我後面我也不用工作啊，我就是在那邊就...我就是變成我很消極，那我就...那我不想治療啦..那我覺得後面...那我可以再繼續做這一份工作嗎?我還可以繼續再當護理人員嗎?我可能會因為我自己的不小心傳染給別人。那我會覺得，我根本什麼都...對啊!我覺得對我的家人來講應該是會是一種很大的衝擊吧 (H1-0716P)」。

亭羽她之前說過的，對感染科的印象是，「如果不小心被針扎」。想不到，這個意外真的發生了，她最關心的、最不願發生的事真的發生了。而這件事情事發生在阿嬤突發性死亡之後，對於阿嬤突發性的死亡，她『沒有辦法接受』，怎麼好好的一個人只抽搐一次就走了，這個他人死亡的議題帶來的衝擊被她擱置了，如今「愛血的滲入」，卻是真真實實的威脅到她自身的安危，更叫她情何以堪!!

如果身體代表意識的再現，可以由此來了解意識，所有的過程和變化都是在意識中進行的。也就是，症狀出現在人的意識之中(易之新譯，2002)。意外是亭羽內在害怕死亡陰影所浮現出來的象徵，這是一連串亭羽需要去覺察的「陰影」-死亡恐懼，從一開始她怕愛滋的開始，是因為萬一被得病之後會被汙名的對待，這是一種自我價值死亡。後來阿嬤突發性的死亡，讓她無法接受的是生命的「無常」，這生命不是按照既定的規則在走，看著眼前活生生的人，什麼都沒有了，充滿規則不是人訂的無助感。突發性死亡的陰影才過沒多久，她說：『妳就會想說要做快一點，要不然會做不完』，她的步調一直在趕，一直再往前追，表面上在趕具體的事物，其實內心是一份被死亡焦慮侵襲下，一種「未竟事物」無法完成的恐懼。就如她說的，如果 40 歲之後死掉她就不會那麼怕，因為該做的都做完了。所以，亭羽追趕的是一份未竟事物，怕時間流逝來不及完成，所以，她在跟時間賽跑，因為生命太有限了，要完成的是太多了。這一場場看似無關的事件，在意外中爆發，背後讓亭羽真正抗拒的是「死亡」的陰影，真正不能面對的是「沒有我的狀態」，包括人的價值跟生命，從這兩起衝擊，突顯「死亡」是她必須面

對的人生課題。

「愛血的滲入」，可以讓一個人回顧整個意外的來龍去脈，從整個脈絡下來看，真真正正釋放出一個，亭羽正被死亡恐懼所包圍，未竟事物是她害怕的主因，死亡恐懼是她所不喜歡的，她的潛意識她要「快」，追趕著時間，因為完成一件事可以消融她的焦慮。她的死亡恐懼深植於內心，遇到突發性死亡的「邊界經驗」，動搖她的價值，她「沒有辦法接受」，使她將死亡的陰影強行壓抑，但是又在次在意外中短暫的開顯這讓她難以忍受的狀態。這讓她認清這個工作無法做長久，在針扎之後亭羽說：「之前或許比較不會，不會這樣想。...可是現在可能會想說，妳可能到幾年之後可能就是...妳不要再去...要去幫病患打針啊，...盡量就是不會傳染，就是沒有傳染疾病的，就是當一下掛號小姐之類的就好了（H1-0934P)」，想要找一份安全的工作，但是真的如此表面嗎？她還是沒有與陰影相會，但是，畢竟死亡是一個濃烈的議題，要深入覺察並不是一件容易的事。

貳、 阻塞的管路

同樣的意外發生在臨床工作五年半的馮芫身上，巧合的是，她與亭羽才相隔幾天，亭羽在前，馮芫在後，而且感染源都是同一位女性愛滋病患者。但是，相同的意外卻分別為她們開顯出不同的意義。

馮芫對自己一直都很不滿意，自從國中臉上開始長青春痘起，她對自己的外觀就很自悲。到臨床工作已經快六年了，回想起來，她還是覺得自己一直在充滿挫折的處境當中度過。剛來的時候，她曾想過要離職，但是家裡負債，所以再難過也要撐下來，之後有想過要換單位。但是，這裡的人很好，換到下一站不見得會更好。所以離職及換單位的念頭不在她的選擇之列。不過，雖然已經快6年了，但是在工作覺得自己跟不上同期進來的同事，而且臨床上經常出錯。在臨床上，她一直按照標準流程在做，她說：「對！就是自己那個時候會擔心病患的變化，我會覺得...那個時候是會覺得說病患雖然，當然人家說你在這如果在這幾個小時內一般病患是不會有特殊變化，可是有些病患變話本來就很突然啊（I1-0274P）」。

但是，由於她太執著於某種常規，很多事情會做不完，所以她又更挫折。過去自卑感一直存在於馮莞的內心，在臨床上的做事態度，引發的負面效應讓她更加自悲。她擔心表示自己很想做好一件事，但是擔心自己做不好，所以愈焦慮，而愈焦慮她就愈做不好。因此，她就一直在挫敗當中循環。

馮莞的護理生涯其實是一直跌跌撞撞的，不是太慢，就是忘了那個，但是，總還是小意外。不過，這次發生的意外就不容馮莞輕視了。馮莞被一位愛滋病患者輸液管的液體見到眼睛，雖然當時她有戴眼鏡，不過還是認為：「...因為我自己的技術也不恰當，直接拿針頭去...因為那個病患是HIV的病患，啊我直接拿針頭去從她的那個地方push，其實它push的時候有阻力，可是我還是照這樣push，造成這樣的壓力，然後針頭跟針孔的地方就噴出來，啊其實是有，我覺得是有噴到眼睛，我那天是覺得有戴眼鏡，但是覺得有噴到眼睛（I1-0142P）」。事後，馮莞覺得：「自己怎麼那麼不小心。對！自己怎麼那麼不小心，然後...嗯...怎麼...怎麼辦...因為那個時候她點滴不順我過去沖，我為什麼不去放棄，我怎麼還是push它這樣子（I1-0228P）」。

這場意外所開顯的意義，卻有別於亭羽「愛血的滲入」，想藉由「快」克服時間不斷流逝的壓力，隱含著對生命有限的焦慮。馮莞的意外所開顯的是她一直以來「自悲」的陰影。在疾病的希望中對交通意外的詮釋為：他們沒有體認到改變路線的必要，因為人通常會以過去的效用來護衛自己的常規。他們試圖根據過去很正當的方式來追求正路，卻壓抑了捐棄常規、改變路徑、脫離慣例的挑戰。換句話說，潛意識認為當前的路不再合適，卻缺乏勇氣去質疑它、拋棄它（易之新譯，2002）。馮莞表示，當下不順的時候，為什麼不放棄，還要繼續push。因為這是她最熟悉的處理方式，換個方式對不見得會更好。就如她不適應工作，但是覺得換環境也不見得比這個單位好。當然，也源自於她內心的自卑感，因為經常做錯，所以慣性的以一種安逸的方式處理事情，至少這種方式在以往是行的通的。

而「管路的阻塞」某種程度是意味著馮堯人生道路的「阻塞」，阻塞在管路的血塊，就是她人生道路的絆腳石，而自卑就是這塊道路的大石頭。她慣常的拿針頭推擠阻塞的管路一樣，直到管路承受不住壓力而彈開。就如同臨床上，用一貫的方式面對問題，雖然讓她可以「慢慢」的處理完，但是卻導致一些負面的影響，如事情做不完、慌亂、被病患投書…等，臨床工作遇到挫折，她經常會硬撐，也曾想過自殺的念頭。這個意外，對馮堯的意義是，意外事件開展她內在「自悲」的陰影，她經常用一些安逸的方式躲過，但是，當石頭擋在前面，卻硬衝的時候，「意外」就會發生了。

參、斷裂的安慰

意外發生的當下，人人都需要被撫慰，她們需要什麼？以及安慰「意外」的意義，某種程度又透露些什麼訊息？

亭羽的學姐當下對她說：「啊妳人那麼好！妳不會的，妳不會的。不會因為這樣子而得到什麼愛滋... 怎樣... 怎樣。她之前也有針扎啊，也沒有啊... (H1-0672P)」。後來她去拿職災單的時候，感控學姐跟她說：「...她們那麼多 case 裡面，針扎... 因為針扎被感染的.. 其實也有愛滋，但是被感染到的幾乎是沒有...」。但是，這使她認為別人在安慰自己，過去真的有人被愛滋病患者的針頭扎到，而且整根插入，都沒有被感染，她只是血液滲入自己的指縫，就十分的擔心，會不會是自己想太多。不過，她當下的需求並不是這些安撫，「很多人都會跟我講說安慰我，可是我覺得那當下我覺得那些安慰其實... 妳們跟我講的那些我都知道，而且我自己又是在醫療機構工作都會知道，可是我覺得我需要的不是那種安慰耶 (H1-0754P)」。她要的是：「...我覺得應該有人會可以理解我的難過是什麼，因為有些人就會覺得就機率很小啊，可是小，妳會不會是那個機率... 它還是有那個機率在，對! 對! 啊大家都覺得那個機率很小啊。可是我都沒有聽進去，因為我覺得那些都不是當下我想要的安慰 (H1-0756P)」。

在余德慧（2003）臨終心理與陪伴研究中指出，陪伴者的兩種陪伴狀態，一種是常態模式陪伴，另一種是親密共在的陪伴。所謂在常態陪伴那裡，我們透過照顧者的親屬發現尚活之人的自我內斂運動，我們稱之為「陪伴者的自我化」，亦即陪伴者對眼下發生的各種事物一概進行所謂與其自我「同一」（the same）的收斂運動，以自己意識所圈圍的理解而出現有限意義為主要的考量。陪伴者本人對某個系統相當熟悉或理所當然，並以此系統作為已身往外觀看事物的「觀視器」（框架），試圖將眼前病患所出現的現象收攏到這個系統，而陪病者之所以能夠「理解病患」，都是因為病患的現象可以納入他的系統框架。無論這框架是多麼理性或不理性、機敏或魯鈍，陪伴者都顯示出明顯的「以自己意識的知見」來因應生病的處境，如：「要樂觀」。

亭羽發生事情的時候，滲入的是「一無所有的絕望」，猶如宣判癌症一樣，當時她選擇告訴學姐，而學姐跟她說：「啊妳人那麼好！妳不會的，妳不會的。... 怎樣... 怎樣。他之前也有針扎啊，也沒有啊（H1-0672P）」，感控學姐跟她說：「... 她們那麼多CAES裡面，針扎... 因為針扎被感染的.. 其實也有愛滋，但是被感染到的幾乎是沒有。是沒有人被感染到的」。她們採用的是一種「陪伴者的自我化」，試圖以自身的經驗，框架亭羽的感受，「以自己意識的知見」來因應這個突發性的意外。但是她說：「可是我都沒有聽進去，因為我覺得那些都不是當下我想要的安慰（H1-0756P）」。她說過：「對！而且我會很想知道答案，可是沒有人可以幫我（H1-0794P）」，這是所有人都無法給出的，她們的安慰來自於貼心，但是對亭羽來說，愈是安慰，就愈讓她難受，她說：「可能是那件事情（意外）我講的話我覺得好像不會有人懂我的心，所以我就選擇那就不要講，因為我講了之後妳會覺得我又去想那件事，我會很難過，可是別人的回饋那並不是我想要的，那我乾脆不要講（H1-1090P）」。所以，沒有人能懂她的心，沒有人能給她答案，更沒有人能看到她陷入「一無所有的絕望」中。這場意外的處境使她陷入孤寂，她與所有安慰她的人，就像健康的人安慰生病的一樣，表面上接受，但是內心深處墮入深淵之中，任何安慰都將呈現「斷裂」的狀態，她覺得沒有人了解她的感受，任

何人跟她說的一切，突然與她銜接不上。

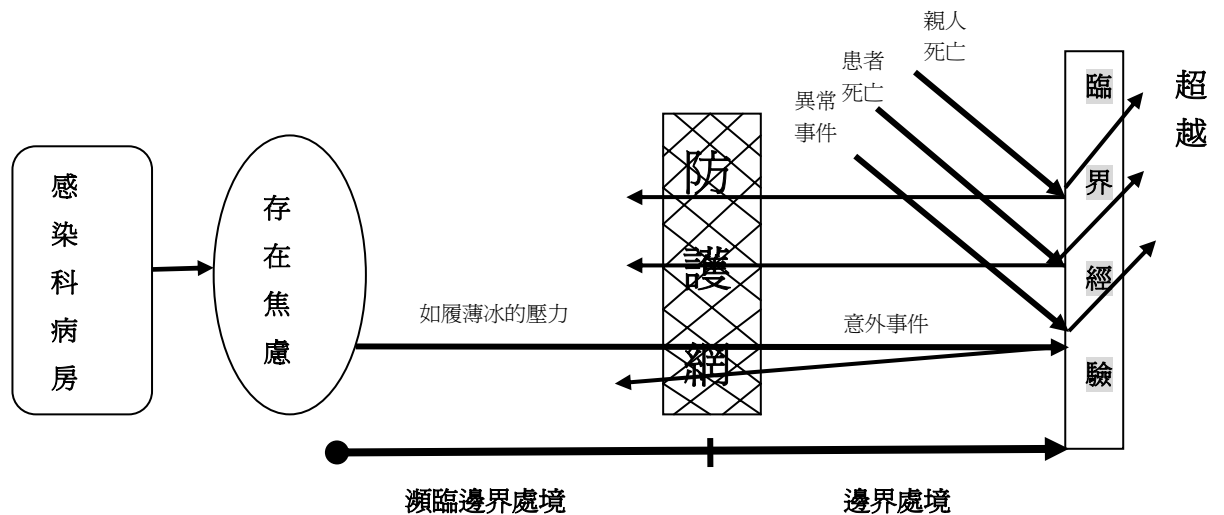
一場意外事件往往在眾人的安慰中帶過。但是，這似乎透露著一絲詭異，當然人們愈極力平復他人的死亡恐懼時，不知不覺中也被當成自己的陰影回避了，亭羽沒有被安慰到的重點就在這裡，因為，每個人都在「人人」當中閃躲陰影。意外發生的當下，整個場域的人試圖以壓抑的方式因應，因為人必須安穩的活下去，所以，又被人的理性、非理性包裹起來，再次遮蔽自身的存有。

本節探討醫療場域中的意外事件，並不是提供一個解決的參考架構。一般醫療場域的意外發生，經常會不斷的檢討疏失，然後再研發一個制度或典範去控制意外。這就如同，頭痛醫頭，腳痛醫腳一樣。執行流程的是「人」，對人的覺察也一樣重要。本研究想利用有別於一般場域中，看待意外事件是一連串流程上的疏忽，或個人偶發的疏忽所造成的現象，而忽視掉意外在這個事件中，對當事人另一層意義為何，做深入的探討。當然，每一場意外的意義對每一個人一定會不一樣，這樣的詮釋並不代表能套用在其它相同的意外事件。不過，可能讓我們將視域拉廣，加深，利用有別於慣用的角度去看待意外。因為，當某個特定的症狀指出自己還缺乏什麼才能達到自由時，就是我學習看到的錯誤或缺乏的機會，並將之納到意識的認同之中。詮釋的目的是讓我們看見自己還忽略掉什麼，一旦看見，需要做的就是不要再度失去這個識見，要更仔細的看清楚。

從上述研究得知，感染科病房護理人員在瀕臨邊界處境的中如履薄冰的壓力時，仍可以藉由知識、防護措施、隔離情境空間的演變等，網住人基本的焦慮-死亡，將一切收攏於防護網中。但是，「意外」之所以為意外是因為它發生的快速，以及常為護理人員「應然」之外的事件，故名而「意外」。因此，如履薄冰壓力背後潛在性的死亡焦慮，將因意外事件的發生滲入過防護網，使人陷入一無所有絕望，進入難以忍受的臨界經驗。另外，親人、患者的死亡，以及異常事件的發生引發人對他人死亡及生命有限的覺察，產生了怖慄，生命消逝不可逆性的照護經驗，令護理人員感受到疚責與驚恐，甚至無助與無力也同樣使人滑入邊界

處境，如下圖六。

但是，進入臨界經驗的護理人員，並非一直處於邊界處境的狀態，這視死亡及意外事件對個人衝擊的大小以及過去經驗而定，如同智淮從面臨過父親往生的衝擊，以及患者死亡的頻率導致再次遭逢病患死亡時，她立刻收攏到現實「無常」的生活脈絡中來，反射回防護網中，滲透入「瀕臨邊界處境」使自己進入非本真的存有狀態。相同的，亭羽遇到患者死亡及意外事件時，這種怖慄的力道太過強大，足以動搖她的核心價值，持續在驚恐之中她將無法自處，所以碰到「邊界」時，立刻反彈回防護網，又再度逆滲透到「瀕臨邊界處境」。以及在「難以割捨的『愛』情」中，得知許多人面臨悲傷時，也有迴轉到「瀕臨邊界處境」的狀態。不過，並非每個人都會因為太過怖慄而有迴轉的情況，像書渝及曉鈴都因為死亡而變得更慈悲，心鈴從異常事件中感到疚責，但獲得日後自我覺察的能力，她們遭逢臨界時沒有遁逃，反而呈現不同的蛻變，達到超越原本的状态。



圖六：瀕臨邊界處境之臨界經驗遭逢圖

第五章 邊界處境下之照護歷程

從感染科病房成立的由來，空間的演變以及護理人員在瀕臨邊界處境中臨界經驗的遭逢，除了有與其他護理單位普遍的經驗之外，也帶出在感染科病房在邊界處境中特殊的照護歷程，分別有戒慎恐懼期、融入期與跳脫期，這三期的關懷行為並非不可逆性的。在前述本研究者得出，原初的死亡焦慮依舊存在，它只會以不同的方式被收攏及表現，而非被消融。所以，當遇到特殊事件（懷孕）時，照護歷程也可能會出現停滯或內縮的可能性。

第一節 戒慎恐懼期

她們剛來這個環境，初期都是摸索與適應的狀態，身體與環境融合，知覺上不斷的透過前理解而賦予環境新的意義。在這個階段中，她們有著共通的特色，就是焦慮，擔心自己的安危、知識不足、害怕孤獨、對環境的陌生等。這些都讓她們在這一期中戰戰兢兢，也努力地藉由不同的方式克服，儲備能量，才能往下一階段發展。護病關係的重點是護理人員自身看出去的世界，這個世界是為她所構建起來的。所以，護病關係也是護理人員所主導。在上一章感染科的情境空間中，我們知道醫療隔離處境往往是護病關係的障礙，她們初期的適應中護理關懷活動展現為何，將是本節所欲探討的主題。

壹、 戒慎恐懼期

戒慎恐懼期也呼應著護理人員剛到這個處境，不管是生手或專家，都會面臨到的壓力的侵襲，這一期護理人員所經歷的時間普遍為 1-2 年。這些壓力都會使

護理人員將自己武裝起來。

如同，書渝初期是在戒慎恐懼當中，重點是「看會不會得到肺結核，會擔心（E3-0031P）」。書渝花了半年的時間在「了解」，「反正知道我 OK 啊，我安全（E2-0046P）」，而且了解是以說「服自己，騙自己…(大笑)因為她們說沒事，就應該沒事吧…（E2-0072P）」，「應該沒事吧，好吧!妳們都說沒事了，妳們都活的好好的。對啊!也真的活的好好的（E2-0074P）」。雖然當初書渝在不排斥的情況下來，但是還處於了解，表示：「只是接受沒辦法…還沒有辦法」。書渝真的能接受是半年之後，「接受」「就是了解，意義就是說，其實妳再怎麼樣妳都不會被感染（E2-0040P）」。書渝前半年的處境尚不穩定，只是用合理化的方式說服自己是安全的，不想暴露在病室中太久，這段期間也就是初期尚在說服自己及給家人洗腦，所以有壓力並不會告訴家人。而真正接受自己再怎樣都不會被傳染是在半年後，也在確定自己安全在安全的處境下會視情況跟傳染性的病患待久一點。

蔣欣欣等人（2003）在專業建構照顧情境中的專業自我-自身與他者的研究中指出，護理人員專業自我分為四種樣態。書渝目前正面臨初期的戒慎恐懼期，面臨困境時，受限於所屬的時空，以封閉或改變內在或外在世界的接軌。有時不自覺地專注於例行的照顧技術，封閉自己。書渝表示：「我想不起來怎麼辦？不記得了…（E3-0033P）」初期跟病患的互動，這是可以理解的。因為，書於正處於「保存自我」的階段，在這個階段中面對恐懼的事物，隨時以要逃跑的狀態警戒，就像書渝曾說過：「我會覺得趕快做完趕快走。對，就覺得不想多逗留…（E2-0034P）」，大部分的能量都放置在處理自己身上，專注於自己的恐懼情緒，此時情緒的處理在這個階段是主題，而病患的狀態及與病患的互動就成了背景，不被書渝所注意。所以，對中、後期的記憶鮮明，但卻對初期記憶模糊，除了年代久遠之外，最重要的是她當時正處於恐懼，因為恐懼將注意力放在自身，而書渝說了兩次想不起來就正是此意。

非常重視關係的頤菱，人生地不熟比擔心被感染來的可怕。所以，她恐懼的是一種在陌生環境中孤獨的感受，她擔心被感染也是因為染病後還有人會跟自己做朋友嗎？這會讓人陷入孤獨的處境。關係一直是頤菱的主題，而且她對護理沒有興趣，她剛來不太會去在意會不會感染這件事情，而是關係的建立上。對她而言，一時之間到一個不熟悉的地方，很難適應，所以想要離職。而筑軒剛來的時候人生地不熟，加上被趕鴨子上架，偏偏又常遇到急救，使她的壓力很大。

心鈴回想起自己剛來感染科病房的時候知識不足，所以，在初期的時候，心鈴的重點是補足自己的知識，克服環境及學理上的壓力，以回應臨床上的恐懼，讓自己從容以對。亭羽也是一樣，對自己的判斷沒有信心，又怕判斷錯誤，叫醫生來會被罵，所以吃午餐的時候一直不斷的去探視病患，處於焦慮的狀態。缺乏自信的馮莞在第一年的時候「以心情上來說，第一年可能剛進來的時候會...覺得會遇到很多挫折，因為其實自己，自己的速度..速度是自己以來不斷在...然後再來是...是說吸收知識，然後技術的問題。那剛開始可能..剛開是就是...比較挫折，有時候..就是說跟...會覺得說跟大家比較，剛開始就會覺得說好像還不能接受護理工作，就覺得很挫折，就覺得說是不是該放棄了(I1-0254P)」。至於靈瑄，剛來的時候「當然很緊張啦，然後每天都過著提心吊膽的日子，大概前半年吧(C1-0114P)」。而智淮跟鳳芸雖然有工作經驗，但是她們也在學習病房常規及防護措施，這些陌生的情境也讓她們退到像新進人員一樣的處境。曉鈴則是覺得每天都有很多做不完的雜事，又經常忘東忘西，也不太敢跟其他人或家屬談論一些有關疾病上的事情。所以，她覺得這個階段好像跟病患沒有什麼互動，因為自己沒有信心做好份內的事，也沒有足夠的能力回應病患的需求。

貳、 戒慎恐懼下的護病關係

在被恐懼所包圍的情緒中，又處在隔離封閉的環境裡，護理人員跟病患之間的護病關係是疏離的，甚至護理人員會有不被病患信任的感受。

書渝在前半年因為處在初期，任何事都在摸索，都還搞不清楚是怎麼一回

事。所以，只能看到自己的處境，做好事情及保護好自己最重要，而且處於尚未接受的情形下表示：「我會覺得趕快做完趕快走。對，就覺得不想多逗留…E2-0034P」。因為，前半年一直處在不確定的狀態中，她還被恐懼包圍，所以還無法拆開圍簾去正視病患的一切需求，也就是「…不要被學姊盯，我交班要順利，然後不會被傳染，我管你病患怎麼樣，你不要抱怨我就好了。那個時候沒有辦法觀察到對病患的互動到底好或不好（E2-0094P）」。因此，她跟病患的關係是疏離的。直到書渝真的能接受是半年之後，她開始開始覺得：「…病患就是要照顧啊。其實，我自己有提過啊，最危險的地方就是最安全的，啊妳什麼東西都戴好了怕它幹嘛！（E2-0036P）」，「他們還滿可憐的，如果可以多留一點，就是不會空氣傳染那一種的話（E2-0034P）」。

書渝處於戒慎恐懼中，不管是對疾病或人、事、物，她將所有的心力放在擔心及不斷的確證自己是否安全。所以，她跟病患的護病關係是屬於 Morse（1991）指出的臨床性關係（A clinical relationship），前半年跟病患的關係是，短暫的、表面的、例常的、以醫治導向的，在半年後接受了自己在怎樣都不會被傳染的意義後，開始展開專業的投入，覺得病患就是要照顧，但仍僅以一般病患的身分視之。

馬丁·布伯：「關係是一切的起源」。有兩種基本關係「我-汝」，以及「我-它」。「我-它」是一種人跟器具之間的關係，是功能性的，主體和對象之間完全沒有相互性的關係。書渝也由於不熟悉及害怕，所以初期的根本不會去注意病患與自己的，只關心自己事情有沒有完成，以及保護自己，是屬「功能性」的護理，護病關係在「我-它」中互動。這是一種初期的保存自己，處於此種時空狀態，人會失去真誠存在為人的立場，而被視為物的存在。使護理人員大部分都關注於病患的身體症狀，很少交代病患生活及情緒上的需求（蔣欣欣等人，2003）。書渝在這樣的處境中，還是呈現背立病患的狀態，背立是因為她還沒有把自己安置好，準備轉向去看到患者的內心。

在護病關係初期中最重要的是建立信任感，感染科病房的護理人員經常要衛教病患服藥事項及預防傳染的方法。但是，心鈴初期因為要克服內心對學理不足的壓力，當病患問她問題的時候，她就覺得不知道怎麼去回答他們。她說：「…怎麼的妳就不太了解說到底要不要這樣子…對… (J1-0062P)」，「就是會比較沒有自信，然後我很怕他們問我很多問題 (J1-0068P)」，她認為這樣會造成護病關係互動會比較少一點，也比較不被病患信任。

而智淮雖然是資深護理人員，但是剛來這個環境也有相同的壓力，讓她覺得自己像 new nurse，她說：「對！那只是剛開始，病患型態當時是沒有去那麼顧慮啦，沒顧慮那麼多，反倒是比較會讓我焦慮的就是病房的作業的那些程序 (A1-0042P)」。所以，這個階段她還是以自己為主，自己要先調整好，準備融入這個環境，讓自己比較有自信，這樣才能去看到病患。

亭羽雖然剛開始是放射腫瘤科的人力，她最後也留下來，其中一個原因是剛來的前兩年她想學更多與以往不同的東西。於是，她的敏感度跟注意力並不是在自己是否安全，或者是怕不怕上面，而是患者的病情。不過，雖然亭羽在初期已經有去看到病患，但是對於互動，她說：「其實就還好ㄟ…沒有什麼印象深刻的 (H1-0452P)」。因為，初期的重點是學「東西」，她的警覺放在病患身上的「病」，而不是整個人，互動關係此時也不是主體，而只是不被注意的背景，所以，她與病患在「我-它」中，臨床性關係的層次上。

頤菱剛來的時候難以忍受的是人跟時間，但是到兩個月後，就覺得差不多了。對於照護病患方面，她說：「照顧病患方面喔…我沒什麼印象耶…好像我沒有很在乎，就沒有很在乎上班的事…就在乎上班的人..同事而已，病患好像還好ㄟ…不高興念一念就回來了，對啊！就下班念一念！就久了就忘記了，對！ (B2-0228P)」。頤菱目前正面臨初期的孤獨期，面臨困境時，受限於所屬的陌生情境，大部分的能量都放置在尋求穩定關係上，跟病患互動是功能性的，與病患之間完全沒有相互性的關係。屬於保存自己的階段，必須到自我關係安適了之後，才會去看到病患。但是，她對待病患的態度也不會因為病患的種類或病患的

受感途徑而帶有特殊的眼光，她說：「應該不會有人覺得怎樣吧，即使知道他是因為嫖妓得來的，也不會覺得怎樣啊，就只是個『病患』而已啊 (B2-0628P)」。

不過，她表示：「...我們最討厭聽到的是很囂張的病患，就是...明明就好手好腳的為什麼要幫你倒水啊，...可以自己倒水啊，你就是一副把護理人員當作佣人... (B2-0632P)」。

這才是她真的討厭的地方，並不是因為疾病種類。

以齊格蒙·包曼 (1997) 的話來說「關係要成為可能，必須是接觸的雙方都『為』彼此 (being-for-each other) 存在而存在，而不是單純的『同在一起』 (being-with)」。唯有在他人持續需要我的情況下，我持續存活才有意義-人們需要我喚起我對他們生活的關心，令我感到對他們的生存富有責任。這些招喚與責任令我們變的特別，成無可取代」(引自余德慧，2006)。但是，關係要成為可能，也必須建立在彼此看見彼此的存有狀態下，在這種情況下『為』彼此，才會形成良好的關係。頤菱認為病患好有好腳的，卻不願意自己倒水，這讓護理人員感受不到她付出的急迫性，導致病患需要護理人員，但是護理人員覺得這種小事不構成被需要的意義，使彼此的關係無法成為可能，反而造成護理人員的負面觀感。但是，這樣的起因最終來自於護病之間無法相互了解。

所以，我們從上述得知，此期的特色普遍是「背立」病患的，護理人員關懷的是自身。但是，這卻是邁入下一期的基石，這也與前面所提到隔離空間的知覺感受有關，在陌生的情境下，身體的感官都會呈現開放的狀態，雖然表面上看似封閉，但是卻在集中注意力吸取資訊，雖是戒慎恐懼期，卻是預備往下衝的能量補給期。

參、 戒慎恐懼期之因應

職場上或多或少都有壓力，因為科別的不同，護理人員所承受的壓力及因應方式也就不盡相同。由上一章得知，瀕臨邊界處境的五大壓力：人際孤獨、類污名化的壓力、生疏的知識、情境空間的不確定感、如履薄冰的壓力等，這些都是感染科病房護理人員初期共通的特色。她們在這一期中戰戰兢兢，並且分別藉由

人際關係的支持、尋求家人的認同、學習新知、從事或執行有利的健康活動，努力地藉由不同的方式克服，編織存在焦慮的防護網，同時儲備能量，才能往下一階段發展。

一、 人際關係的支持

同儕的支持在護理生涯的初期，能產生重大的影響力，如同頤菱、馮莞跟筑軒，剛來的時候對於人及環境不熟悉，而萌生退意。而曉鈴則認為自己頂多只能做三個月，但是，美妙的關係就在通常就發生在長期職涯的開始階段，這段時期在專業各方面經常被認為挑戰性極強，卻非無法承受。亭羽就說：「我覺得上班雖然忙，可是你在忙的過程中你還是會...你還是可以開玩笑的忙啊。可是開玩笑的忙不是那種很煩，很躁的忙。對啊，你就是...就是...是...開玩笑的至少不會就是要時候忙起來，就會整個人就會覺的很躁啊(H1-1060P)」，使她在工作的時候，即使忙碌，也忙的很快樂。

還有，筑軒很感謝在她剛進來的時候遇到一個學姐，她人又好笑又很 Local，像傻大姐這樣，就跟其他同事很好。不過，到別的單位支援了，那個時候學姐走了之後，筑軒就覺得又想離職了，「因為就是說我都私底下跟她出去啊，會跟她聯絡啊甚麼的，就是自從她走了之就不會再跟同事通電話什麼的... (F1-0214P)」。而後來會讓她留下來是認識了頤菱，跟頤菱成了無所不談的情誼，筑軒說雖然這裡大家都很好，「可是，還是有兩個兩個是一對的，就是還蠻明顯的。就這兩個比較好，這兩個比較好。可是事後這四個也會湊在一起，就是這種感覺比較好這樣子，我啦。可是我不知道她們是怎麼樣 (F1-0220P)」。

在馮莞跟筑軒到有幾分雷同之處，她們都曾在適應不良的時候動了離職的念頭，有想過要換單位，但是又覺得這裡的同事真的不錯，反而覺得問題出是在自己，可能自己的步調跟單位的步調沒有同步，「...就是覺得說那個...有的時候會有隔閡這樣子，可是一定要告訴自己要好好做這樣子，她們也很幫忙這樣子。就是常常會遇到一些同事其實都蠻幫我的，然後幫助我說去了解到自己的問題是出

在哪裡。對! (I1-0262P)」。而且，「…同期來的朋友現在還是會鼓勵你啊，要...要...要加油啊。然後要..要..不要放棄啊... (I1-0255P)」。所以，從人際的支持上，她們幫助馮莞看清自己的盲點。

而智淮自覺在人際關係上跟同事有些隔閡，雖然從同事的回饋中並不像自己想的那麼不好。但是，她仍然不斷的在調整自己的人際關係「…我覺得在一個群體裡面，每一個人個性不一樣，…自己其實也很努力，但是人際關係可能…我覺得我個人覺得我人際關係可能不是那麼的…不是那麼的好。…最近才改變一些，我以前比較嚴肅一些，所以比較不會跟大家打鬧在一起。所以我就覺得自己有時候會不自覺得孤立的 (A1-0187P)」。因為，孤立的感受讓智淮有人際的壓力，總覺得自己跟年輕一輩的格格不入。所以，她也曾試著邀請自己進入她們的團體。

除此之外，現今聯繫情感的方式，也因為科技的進步，已經超越時空的限制了，在感染科病房裡，她們大部分的護理人員都有屬於自己的部落格，在部落格中都會放上自己的生活照片，以及書寫自己的生活故事，抒發情緒。就像亭羽在意外事件後，她在部落格寫下自己的心情，她說：「就..我沒有很清楚的去寫說我是因為什麼過程，而是我只是去描述一個我是可能被一個血液傳染病的人給傳染了...可是..我可就打我剛剛的心情吧... (H1-0792P)」。而靈瑄也表示，當阿貴往生的時候，大家其實感觸很深，「她們有寫在網誌上然後去看 (C1-0274P)」，「寫在他的，他就寫他很難過啊這樣子。所以，我忘了這些。蠻多的就只是會難過 (C1-0276P)」。而心鈴也用心的在經營著自己的網誌，她一有時間她都會去更新。至於曉鈴、頤菱也有屬於她們自己的部落格，因此，部落格就成為了她們下班之後彼此聯繫的無形網絡及支持系統。

二、 尋求家人的認同

傳染病因為會傳染在社會觀感上一般國人對它總是負面印象居多，一方面擔心受感，一方面照顧者其實也是潛在病毒散播的媒介，某種程度也是感染源。過去踏入感染科病房的新人，初期就離開的，除了適應不良之外，最大的原因就是

家人反對。所以，可能許多護理人員敏感的覺察到這一些，她們會用循序漸進的方式讓家人知道工作單位的真實性質，希望能慢慢的卸下家人的擔心，甚至期待家人能接受她的單位背後也透露著她們的處境也是需要被支持的。就如同書渝她說：「…然後我回去的時候要怎麼跟…到底樣怎麼跟他們（家人）慢慢洗腦。可是…我剛剛前面講得好像很輕鬆，可是其實那個是在洗腦的過程中還是有費一點心力的。譬如說就是要看新聞的時候啊其實怎麼樣…怎麼樣…啊（E1-0072P）」。所以，她才會小心翼翼的洗腦，以避免陷入被否定的處境，因為書渝不排斥這個工作的最重要因素之一為，她也需要這份工作來實現她的專業價值。

靈瑄來到感染科想實現她挑戰護理的夢想，不料被父親阻止，她說：「…我爸爸只覺得這裏不好，風險很高啊什麼什麼的，然後我就跟他說『最危險的地方就是最安全的地方』。他其實一直阻止我，可是，有一次我就跟他去爬山，遇到我們以前中部的老師，然後老師就說：『歐！感染科好哇！最危險的地方就是最安全的地方』。然後我爸爸就被說服了（C1-0052P）」。「最危險的地方就是最安全的地方」從靈瑄口中說出並沒有說服力，但是從護理老師嘴裡講出，前後大約一個禮拜左右，靈瑄的父親就答應讓她待下來。而亭羽當初來是抱著很想學到更多東西的心態，但是她的母親跟靈瑄的父親也有相似的想法，媽媽擔心「危險啊！像是顧什麼愛滋病的啊。外界的想法就是你把你暴露在一個較危險的環境（H1-0180P）」。因此，反對她到這個單位，由於亭羽說服母親自己只是受訓暫時待在這裡，認為不是長久的，後來，「…因為那個時候 xx（護理長）一直叫我留下來，我就覺得就還 OK，就說我想要留在這邊。之後我媽就會覺得說，你在這裡，要不然你留一段時間之後如果說其他地方有缺的話，就如果說可以短暫留，但是不要長期留下來（H1-0168P）」。想不到亭羽一留就六年多，不過，雖然在一場「愛血滲入」的意外中，得到家人的支持安慰，姊姊為她茹素祈福，也因此她對生命更加謹慎。

而心鈴的母親知道她在這裡時，「她本來是還蠻反對的，怕危險。可是我跟她說頭菱在這邊做這樣子，她跟我講說其實有些防護措施什麼的她就可以接受這

樣，對啊（J2-0072P）」。所以，心鈴很快的得到家人的認同。而鳳芸當初很怕家人不了解而暫時隱瞞自己的單位，如今，她藉由她對感染科病房的熟悉後，先生已經知道了她的單位，而鳳芸也不像剛來的時候那麼恐慌，覺得自己死定了，只不過就希望鳳芸小心一點。筑軒說她的父母對這一塊並不了解所以不反對，而頤菱的家人很民主，尊重她的決定。相同的，馮芫的母親雖然知道她工作的屬性，但也接受。至於智淮的母親雖則是採不干涉且支持的態度，但是她們共通的叮嚀是「小心點」。

所以，從上述中可以得知，能留下來的不外乎能對這個場域去污名化的家人，或者並不了解這個區塊的護理性質，以及尊重兒女選擇的父母。

三、 學習新知

感染科病房的護理人員從踏進病房的第一天，她們對新的經驗都保持著開放的態度主動學習，並不斷的修正。鳳芸就透過醫院的訓練課程對疾病有了新的了解，也從恐慌到去污名化；曉鈴則在下班後不斷的補充學理，克服不熟悉的恐懼感；馮芫也表示：「還有一般的寫一寫作業，像一開始會覺得說，就是為什麼要交一些作業這樣子？可是，其實去深入的時候，就會覺得說…往上的主管，就是那一些，會期望我們去寫這些報告也是…我們一定會去很少去讀額外的書，可是我們會去在寫報告的時候會去翻 PAPER，會知道一些新的知識這樣子，也是能幫助在臨床上照顧病患（I1-0019P）」。心鈴則由於家屬缺乏衛教間接導致病患獨自一人在寒冬凍死，而認為教導病患自我照顧及衛教家屬是關懷重要的一環；而亭羽雖然剛開始對自己的判斷沒有自信，但是也在不確定中學習知識，直到她現在已經很少遇到自己不會做的事了，這種學習的狀態是她們初期克服陌生環境的因應方式之一。

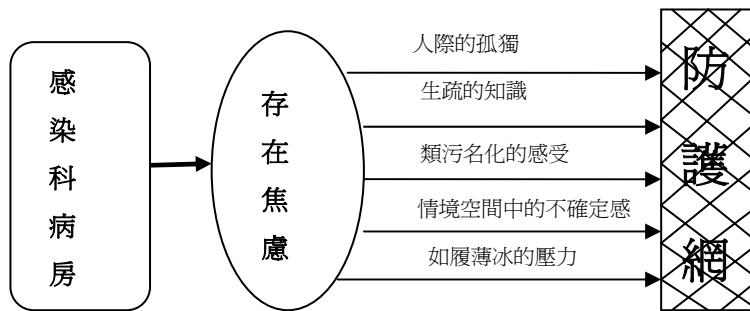
四、 從事或執行有利的健康活動

因為感染科病房是一個特殊的單位，跟安寧或急重症不同，她們的處境所帶來的壓力也跟就不盡相同。上述提到「如履薄冰的壓力」是感染科病房的特色，因此，在因應上最直接有效的就是執行防護措施，以及增強免疫力預防感染。

感染科的護理人員由於病毒的「無形」與它們滲入的「無常」。所以，許多護理人員，在執行護理活動時，頤菱就覺得：「口罩我覺得一定要戴，手套我覺得一定要戴，隔離衣倒覺得也還好。我還是習慣要穿著。對… (B1-0150P)」，在不知不覺中戴口罩跟手套已經成為她們的習慣，這是一份「安全感吧 (B1-0160P)！」所以，在這裡的護理人員透過執行這些例行的防護措施來保護安全之外，下班前，尤其是有家庭的鳳芸跟智淮她們說：「…像我同事有時候 care 幾天之後的才發現那個病患有疥瘡，可是她們都沒有習慣洗完澡再回家。我都會洗完澡再回家，如果我今天 care 到那個病患沒有特別防護，但是我至少就洗完澡再回家，至少有先去…去要一次的那個… (D1-0125P)」。避免無形的病菌透過工作服無意間沾染到自己而傳給家人。而她們也會害怕「以後我說不一定免疫力下降的時候，會播傳」，所以，維持良好的健康狀態也是她們自我照護的基礎。因此，像亭羽就會盡量抽空運動來增強自己的抵抗力，以及其他護理人員的家人們都會叮嚀她們的女兒要吃好一點。

她們也藉由玩來紓解臨床上的壓力，幫助她們重新與工作外的他人產生連結，頤菱「下班後，看電影啊，找朋友看電影，吃飯啊，不然放假就有朋友可以約出去玩，就出去走一走 (B1-0270P)」，而她也曾經學過三個月的鋼琴。而亭羽從小就有學琴，所以她會在上小夜的時候，利用白天彈琴，紓解壓力。曉鈴就偶爾會跟朋友出去玩，靈瑄也會在煩悶的時候找教友或朋友聊天。她們從事或執行有利健康的活動可以幫助自己更加適應工作環境，調適好自身，自然有利於護理關懷的行為。

由於本研究將感染科病房護理人員焦慮所形成的壓力稱之為「存在焦慮」，意旨人存在於世將會面臨到的議題及關懷。從感染科病房初期侵襲壓力中得知，除「如履薄冰的壓力」外，其他壓力從文本呈現中得知與死亡焦慮並無明顯相關。而當人們出現焦慮的時候，就如同羅洛梅所言，焦慮試圖變成恐懼才得以控制。因此，控制存在焦慮便產生了「防護網」，網住焦慮，初期的護理人員藉由人際支持、尋求家人認同、學習新知及從事或執行健康行為以避免人們一直在不安的處境之中，如下圖七。



圖七：感染科病房存在焦慮圖 II

第二節 融入期

此期護理人員的身體已然融入整個環境當中，逐漸剝離恐懼的感受，如同剝洋蔥般，當往核心裡剝時，也是用心看到病患的時刻了。此時關懷不是自身，不再是背立的狀態，而轉向病患，同時從病患的回饋中，重新認識自己，護病關係也呈現雙相向的滋養。

壹、 融入期

在融入期中，一切的不安與混亂將會一一的被梳理。書渝就分享著她的經驗，她表示：過去學會去了解自己是安全的要花半年，但是開始了解病患卻要一年，是因為自己不喜歡混亂的感覺，要確定「真的光了，而且我可以安頓好一個新的，混亂的感覺。因為我不喜歡混亂的感覺，因為被丟到一個新環境，要顧好自己，又要顧外面的反應大概要一年的時間，所以我不太喜歡換工作的原就在這裡（E2-0104P）」。書渝認為真的把該學的東西學完了，一切都可以安頓好，才可以顧到外面的反應，也因此才能進入第二個階段-她稱呼它為「融入期」。開始融入整個流向，掌握整個狀況。而筑瑄剛來遇到很混亂的感覺很想離職，以及懷第一胎的時候想留職停薪，但是一想到「…我不要去別的單位因為我覺得這裡很熟悉了，對。然後對這裡所有的東西我都很 OK 了。現在都是可以接受，中間這邊我都可以接受我什麼都會了這樣子，對啊，可是我在別的單位我又不熟的話，可能我又會再被罵一次，我就想說吭…又要在不同的環境，我怕又會再重演我一剛開始那種感覺啦，對啊那就不要這樣子。到最後…最後又留下來了這樣子（F1-0204P）」，她們都同時學習掌控自己及外在的事物。病患的心思就必須等內在自我建立及與外在環境有概括性的了解與整合後，梳理前面的混沌感，知識讓她從不懂的瀰漫性恐懼轉到「無常」，她更確定自己處境是安全的後，才能將注意力由自身轉向了解及關懷他人，而不是只停留在表面。

貳、 打破藩籬

融入期為何可以融入其中，一方面也是因為藩籬的打破，讓我們有從新認識這個場域的機會。筑軒說：「…之前我們也會覺得很恐怖，以前當護生的時候也是會覺得感染科很恐怖，對啊，但是進來我覺得還好ㄟ，就一般的病患而已啊…對… (F1-0066P)」，跟別的單位來這個病房一樣，也覺得很可怕，「有時候別的單位，隔離衣也沒穿還 OK，然後他們來我們家就覺得我們這裡很恐怖，蠻多小姐來都覺得很可怕，然後也會覺得說妳們怎麼會待在這種病房 (F1-0064P)」，剛來的時候會怕，但這樣的怕不全然是真實世界所具體給出，可能是過去經驗的轉移。

靈瑄當初覺得這裡好像可以學到很多東西，不過她對肺結核也因為不了解所以沒有感覺，但是在一次作夢中，發現原來自己也會怕，「然後可能好了，可是如果我另外一半知道說我得肺結核不敢跟我在一起怎麼辦？雖然好了可是我覺的外面的人還是會怕啊 (C1-0220P)」。但是，這還因為照護經驗帶給她的感受，引發最原初的焦慮，不過後來她也習慣了，習慣了帶口罩，她認為她可以接受自己的處境，甚至她的感受是「…我怕他覺得我們怪啊。他們一定會覺得說小姐搞成這個樣子，一定要讓那麼恐怖嗎？當後就是講話比較吃力而已啊。其他是還好。有一個病患就覺得有必要搞成這麼嚴重嗎？他很疑惑啊 C1-0100P」。所以，後來靈瑄覺得自己的處境也不想像中那麼令人畏懼。心鈴也有相似的況狀，「感染科病房喔…嗯…其實那時候沒有對感染科有特別的了解，可是，是有同事說…就是以前的同學說感染科其實還不錯啦，然後沒有想像的這麼恐怖這樣子… (J1-0010P)」。

雖然身體感帶出過去的恐懼經驗，在薄立克防護網下，手套、口罩、隔離衣，以及護長對她的解釋，知識強化改變她的認知，就覺得不會那麼害怕了。所以，筑軒跟靈瑄以前的時候也會很害怕，但是，護理長跟她做了解釋，使她的心能夠安下來。不過，這樣使她們有繼續認識這個環境的機會，在逐漸適應後，她覺得這跟一般病房沒有兩樣而長期待下來。因為，她們藉由種種防護網收攏焦慮的同

時，『知覺的優越性』意味著知覺的經驗能夠在我們建構事物、真理、價值時呈現出來，知覺乃是一種『原道』（nascent logos），它促使我們遠離獨斷而保有自身的真實客觀性，它召喚我們去理解與行動」。知覺使我們將人與世界之間的隔閡打破，是知覺打破身體與世界之間的鴻溝，使得身體可以與世界溝通聯繫，並共同形構出身體在世存有的整體。我與外在世界共構出一整體的結構，而在知覺的瞬間，真實的客觀性意義或真理已然揭示出來（引自黃怡璋，2000）。所以，她們在打破隔閡，融入環境後，自己的直覺給出的意義是，她是安全的，於是就沒有那麼害怕了。我們不斷的與環境重組與建構，不斷的在這個空間與他人互動中重塑經驗及意義。過去的恐懼仍在，但是我們因為更能掌握情境，而融入其中與病患的互動更為真誠。

參、 象徵性的防護剝落

人在不安的情境中，注意力在自身，容易因此看不到病患。書渝在戒慎恐懼期由於不了解，容易不自覺得築起高牆，但是，在接受後逐漸的能看到病患時，就有一股象徵性防護剝落的狀態。她覺得印象最深的是從偶然沒戴手套時病患對她說：「妳有戴手套跟沒戴手套我就知道妳有沒有在怕我（E2-0106P）」，原來她的養成教育是要帶手套沒錯，但是戴手套的時機對不對對病患來說這麼重要。所謂的「社會距離」在概念上所指稱的是個體與他人遠離的程度，社會距離可區分成空間、心理與團體（引自黎士鳴、翁嘉英，2004）。從疾病特性中可以發現，感染性的疾病會拉大照顧者與病患之間的關係（Fife, 2000）。在感染科病房，被切割的空間顯示出這個空間中具有高度的社會距離，而護理人員穿著防護措施，從書渝轉述病患的話「妳有戴手套跟沒戴手套我就知道妳有沒有在怕我」。以及這是一種「別人攏驚我」的感受，表示防護措施造成病患與護理人員心理上的社會距離高。雖然只有薄薄的 0.05 公分，但是心理距離卻是天邊之遙。書渝認為如果只是量 vital sign 沒有接觸的體液是不需要戴的，但是，是換點滴會碰到一點點，那她「忘記」戴手套了，病患會提醒她：「ㄟ…妳沒戴ㄟ!妳要戴喔」其

實病患比自己更在意傳染給別人這回事。所以，書渝說：「其實有的時候他們其實很想保護妳的，但是妳也不要過度的保護妳自己而讓他們有那種被拒絕的那種不好感受。所以，我這段用台語就是『別人攏驚我』那種感受會不好(E2-0108P)」。

但是走到這一步必須經過前面的了解、接受、然後才能掌控全場去看到病患這微細的心思，書渝表示：如果沒有接受「互動其實比較不會那麼密切，就是妳會很明顯看到說有些小姐就是特別有餅乾可以吃，有些人就特別有吃不完的糖果。妳沒有打開，就是妳都一直注意在妳自己的話會看不到他們(E2-0122P)」。

梅洛龐帝(M. Merleau-Ponty)所提倡的己身(*corps propre*)，換而言之就是每個人自己的身體，或所謂的肉身(*chair*)正是人的慾望的存在模態。慾望是存在於身體之中，並且透過身體的運動獲致表達。拉岡(J. Lacan)說：「無意識的結構猶如語言」，我的身體做為慾望實現的場域而言，透過姿態、聲音等各種形式表達，使人身體的運動所展現的慾望的意義企劃，變成為可理解的；慾望作為吾人無意識的動力，都傾向於透過表象來自我表白，藉以建構意義(沉清松, 1997)。

書渝說：「…一次是我要幫他換湯，就是點滴要換，那會碰到一點點，那我『忘記』戴手套了…(E2-0106P)」。

而且還是病患提醒她要戴，或許是說懶，懶的脫掉或懶得再戴。這種「忘記」或「懶」，跟戒慎恐懼期的處處謹慎防護下，具有不同的意義，也從這些微細的舉動呈現出來。如果說我們的身體展現了我們的慾望，那慾望便是求生、求安的慾望，在初期的時候透過外加的防護設備透過身體來表達。但是，我「忘記」或「懶」並不是說原始求生、求安的慾望不存在了，而是它往更高層及發展，就是「接受」，接受自己是安全的處境，不再是了解跟說服。這種「忘記」不是意識層面的刻意，而是無意識的狀態，這樣的無意義所展現的肢體語言，就是「接受」-接受自己是安全的處境、「接納」-接納病患是這個環境的一部分，也是融入期中最重要的意義「融入病患」。「忘記」展現出接受與接納，透過身體沒有戴手套展現出來。這種無意識的白表，在書渝身上是接納病患的意義；在患者身上，是一種被接納的象徵，她們在彼此的世界中分別建構出相當的意義。蔣欣欣等人(2003)在專業建構照顧情境中的專業自我，

書渝目前處於由人關己，她能夠藉由第二期融入病患之後，反而從中，觀看自己與病患的關係。因為，患者的回饋讓她從潛意識不被自己覺察的狀態帶到意識層面來反思。

書渝在初期沉浸在戒慎恐懼當中，而且整個空間被切割，在空間護理人員跟病患是疏遠的，在心理還沒有準備好接受，護理活動大部分都採集中性護理，趕快做完趕快走，也沒有去看到病患。融入這個空間，在卸下防護後偶然的機會中發現病患纖細的心思，更加能體會戴手套的時機對病患而言是象徵接納。書渝在其中顯示出防護的彈性與適度，這並不容易，因為每個人對危險處境的閾值不同。但是並不表示選擇戴手套的時機就是接納或關懷病患的展現，因為每個人都有自己防護界線剝離的方式。

肆、 知識的飽和

在生手時，會讓人產生恐懼，尤其是對疾病的前理解是負面的時候，但是，在充實學理努力的達到「知識的飽和」，也就是病房的常規、疾病的防禦該會的都學會了之後，也會類似於防護界線剝落的狀態。鳳芸表示 92 年病房剛開，最大困境是害怕照顧到 SARS 病患，但是，後來「…其實後來就不會說覺得說害怕或怎樣，因為其實病患就是大家都一樣嘛，只是生不同的病而已，而我們只要知道他的感染途徑或者怎樣去照顧他們的話，心理就不會說很害怕這樣子。啊後來再來的就是去年的 H1N1，對！其實就怎麼就覺得，就沒有像 SARS 那麼害怕 (D1-0061P)」。

而且，「就是對感染科的病患更瞭解，像愛滋的病患我們也覺得沒什麼啊，就是在可能做治療的時候，有血液方面的那個要小心防護啊，這樣子。可是外面一般其他病房的人，他們就會很害怕，…啊其實就沒什麼 (D1-0105P)」。

所以，鳳芸到了融入期之後，能克服之前對傳染病的恐懼，她掌握情境是靠實際經驗從中學習獲得的，不像是剛來的時候憑空的想像自己可能的危險感，顯示出她對整體環境及病患的領會與了解。

曉鈴剛來的時候很排斥，認為自己不會做超過三個月，她大概前一年所要適應的是人還有工作，剛來的時候什麼都不懂，經常會受家屬指揮，所以她表示「...其實剛來，就是剛來的一兩年吧，每天會在看書什麼的。對啊!就是原來遇到什麼東西不會，然後回去就會翻書什麼的，對啊(G1-0546P)」。甚至還害怕上班，後來「就是...可能工作比較上手了，就是比較不會害怕要來上班，就是覺得自己比較有信心，之後那個時候工作就只要做好妳自己份內的事，然後還有能力去幫助別人這樣子..對啊(G1-0568P)」。所以，知識的增強讓她增加自信，從自我防衛中走出去。

而心鈴初期的壓力也是因為缺乏自信的原故，但是，在第二年進入了融入期，她說她比較有自信回答病患的問題，在照顧傳染疾病的病患也比較鎮靜，「嗯...可能就是把他們當作一般的人，就是一般的疾病在照顧照樣子，像以前就會想說不知道什麼話題可以聊，什麼話題不可以聊，但是現在就會覺得，...可能是就是怎麼自己去照顧自己是比較重要的(J2-0238P)」，再加上，心鈴過去的照顧經驗中，曾經發生過病患家屬由於對肺結核知識上的不足，病患出院之後，缺乏家屬的照護，於嚴冬中獨自一人在鐵皮屋凍死了，心鈴「就覺得還蠻驚訝的!就覺得怎麼會這樣?然後...也覺得說可能就因為我們跟家屬很少遇到，就無法給他們這方面的這種知識(J1-0082P)」。所以，她感受到衛教家屬是很重要的，進入融入期，心鈴看到的不再是病患的疾病表象，而會去看到更深層的東西，例如病患的後續照護，也由於信任感的建立，「...就是...病患比較會主動講他目前的狀況跟妳講這樣子，然後，妳也會，就是我也會想說我也可以給他什麼建議這樣子(J1-0130P)」。中國辭典對關懷解釋為：全心關注、掛念、愛心、關切、重視與協助等。其基本元素為尊重(Respect)、關注(Concern)、問題解決(Problem Solving)(李選，2009)。她的關懷重點是放在自己能給出什麼，讓病患及家屬獲得充足的照護及知識，她也能夠看到病患與世界之間的關係，知道病患缺乏什麼，顯然已經進入到「體貼型」的關懷行爲。

亭羽之前是抱著學東西的態度，在兩年之後也覺得「...好像每天做的事情好像都是這樣，對！應該比較少會遇到妳不會做的，應該是會忘記了，忘記怎麼做，但是不是妳不會做的。對！啊之後就會覺得啊...就是這樣（H1-0412P）」。應該會的都差不多了，也很少遇到自己不懂的東西，在護病關係上，也不會只注意到「病」，而是整個人，她不會用害怕的感受去接觸病患。也就是，飽足知識後，她看待病患有了質變，她會用病患特色來調整自己的角度，不會視愛滋病患是有「愛滋」的人，而是像一般人區別性別一樣，「其實應該是這麼說，他的性向吧。他如果今天是同性戀的話，他扮演的是女生的話，妳就是會..ㄟ..妳這種是女生，...妳就會覺得..ㄟ...他好像是跟我們是一樣的，對啊！（H1-0238P）」他/她是男人或女人，脫離了用疾病來辨識病患的角度，甚至跟病患聊天時「就是...就是也都聊很一般耶，ㄟ..妳在做什麼工作啊，還是..還是什麼...我都看他的工作，就像我們有一個愛滋的病患，她是扮演比較女生的，可是他還是很懂的一些美容資訊啊，對！就會跟他聊那個（H1-0670P）」。回到最原初人與人相互辨識的初步特徵，也為她與病患護病關係也因此前進一大步。

在初期，學習新知是她們克服陌生環境的因應方式之一。進入了融入期，因為知識的飽和，而達到一種類似防護界線剝離的狀態，這樣的狀態將會使護病關係更進一步，而達到雙向的流動。

伍、 護病關係雙向的流動

一般護理工作總是被認為是單向關懷的給予，不管病患的回饋如何，都盡量不要影響護病關係。然而，治療性的關係，也是人際關係的一種。不管是施與授者，其實雙方面都是藉由關係相互滋養。

當書渝的患者跟她正向的回饋，表示喜歡跟她聊天是因為她不會時時戴著手套時，書渝說：「第一個反應是…ㄝㄛ／…我只是懶惰不戴而已。然後第二反應是說，ㄝㄛ／…其實他們也是很細心的在敏感，就是在感受我們每一個動作（E1-0152P）」。也曾有一個阿婆回饋書渝單純會心的微笑，書渝當時並沒有特別

的意圖，但是從中體會到患者真的很希望看到護理人員的微笑，「不管真不真誠，妳要做這個妳臉部的肌肉一定會動，而且聲音是有表情的…(E1-0160P)」。書渝一如往常的做護理、跟患者聊天，卻意外發現原來不戴手套帶給病患的感受是接納與包容，而口罩下的微笑對他們而言竟然如此重要。這兩件事雖然都是不是刻意，但是卻是開始讓她體會到病患是敏感的在觀察護理人員，讓她開始從自己轉向去看到患者的時刻了。

龔卓軍(2006) 身體部屬-梅洛龐帝與現象學之後指出，身體本身即是一個存在的基本表達現象，可見的身體表徵了基本上不可見的意向活動。這個基本的表達現象不僅是我們與他者共存的基礎，也是我們通向他者意象的根本中介。

口罩下的微笑，表徵了包容與接納。我們經常用常人的心態去看待病患的感受，病患生病的時候身體被安置在病房，尤其愛滋病經常會有懷疑、無助感、混亂、騷動、焦慮、憂鬱，且將注意力放在因應自我認同和自尊的衝擊上(引自邱飄逸、郭素娥，2001)。無論是有意或無意，那份微笑以及視情況不戴手套的動作，對患者而言就是一份對他們的認同感，一種尊重。一旦這種共識的非語言(口罩下的微笑、脫去手套)產生，它將是護理人員流入病患世界的中介物。護理的關懷如何能夠真正流入病患，在一般病房中，沒有高的社會距離，沒有偏見與歧視，展現關懷並非難事。但是一份關懷在感染科病房中，挑戰著每一個護理人員，尤其是新進或沒有感染科經驗的護士。如何表達那份關懷呢？之前護理人員是不斷的鞏固自己的安全堡壘，為了收攏焦慮，不管內在(調適信念)及外在(防護措施、空間)上，都耗了不少心力，猶如高築的城牆，高而穩卻看不到病患。而一句『妳等一下我去戴手套』，表示護理人員先看到病，而不是看到「人」如今，進入融入期，就是象徵性防護剝落，人性關懷是護理工作的本質，在內心防護罩剝落後，Good Nursing 將會開始開展。書渝口罩下的微笑及視情況卸下手套象徵防護的剝落，這是一種無意的舉動，雖然在層層的防護下，疏離感似乎會影響護病關係，但是有一種無意的微笑及肢體口語的關懷可以不受空間的限制傳遞到患者的心理，「我-汝」護病的互動在默會之間無形開展。它最重要的不是時間的長

短，而是當下處境下那剎那的感受，關懷建築在人心，利用在每一次與病患相逢的時機開展。

頤菱由於她工作三年多，照護歷程分兩個階段，前 2-3 個月跟護理人員維繫很好的關係。到後期，開始由於照護許多肺結核病患，一到兩年後體會到怕，在從事護理工作兩年多之後，也跟一位愛滋病患維持很好的護病關係。就是從一次 ON IC 的經驗，由於她戴手套觸感不好，所以把手套脫掉，病患對她說：「…ㄟ！妳這樣子不行喔，妳這樣子沒有辦法好好保護自己，妳應該要帶手套吧…（B1-0118P）」，然後注意到她沒戴手套後，跑去跟學姊說她沒戴手套這樣不行。她反思覺得自己是應該戴手套的。不過，從這次手套事件之後，她發現：「…他這樣講也對耶，我是應該要帶手套的，然後就覺得這病患還會顧慮到我們。對他還蠻…他對我們其實蠻好的…（B1-0118P）」，開始覺得病患原來會關心自己，從這裡體會到病患不只是病患那麼單純的關係，其實彼此之間是相互的關懷。頤菱曾經說過，疾病的種類並不會影響他對病患的照護態度，她不喜歡囂張，把護理人員當傭人的病患。可見護病關係是雙向的，不是一昧的對病患好，而是護理人員也會在病患的回饋中得到負向的感受或享受病患的貼心。因為，頤菱很重視護病關係是雙向的，所以，從手套事件之後，感受到其實自己也有被病患照顧及關心的感受，讓她印象特別深刻。

頤菱在護理初期的護病關係是功能性的。而到了後期，患者會向頤菱訴說他們的生命故事，頤菱聽著他的故事說：「感覺是什麼喔，他的生命故事..就覺得『很妙』啊…對啦！『沒有什麼特別感覺』。我就覺得那是他的故事那就聽他講（B1-0126P）」。這是當下的一種「我-汝」關係的呈現，沒有自我詮釋，已完全專注於眼前的經驗，徹底涉入其中。因為如果又回到對病患故事的詮釋及自我反思，這無疑又會將「我-汝」拉回「我-它」關係。馬丁說：人不是以獨立的實體存在，「人是兩者之間的生物」，「我」會受到「汝」的關係深遠的影響。在每個「汝」，每個關係的片刻，都會重新創造「我」。「我-汝」的經驗模式就是「對話」，不論是靜默或交談的會話，「每一個參與者心中都有他人的特殊存有，轉向

對方。意圖在自己與他人建立一種活生生的相互關係」。對話只是單純的將存有轉向對方。但是，當轉移他者的情形，稱為「反映」(reflexion)，在反映中，不只「關心自己」，更重要的是會忘記他者的特殊存有，這就是為什麼，如果又回到對病患故事的詮釋及自我反思，無疑又會將「我-汝」拉回「我-它」關係的原因。「我-它」世界是我們必須活在其中的世界，也是我們能舒適生活的世界…，就像頤菱說：「…好…好像…他這樣講也對耶，我是應該要帶手套的，然後就覺得這病患還會顧慮到我們。對他還蠻…。他對我們其實蠻好的… (B1-0118P)」，經反思之後有一股被關注的舒適感，而「我-汝」的瞬間是奇怪的抒情，就是一種頤菱說的「很妙」的感覺。在隔離病房處境之中，將會赫然發現，關懷是建立在當下，「我-汝」關係是建立在每次相逢的瞬間感受，也必需不斷得透過病患的回饋來反思。

心鈴對一個長期反覆住院的老病患印象最深刻，做治療雖然只有五到十分鐘，但是卻讓她感受到被重視與溫暖。她說：「因為他們就是還蠻親切，也就會記得我們的名字，會跟我們聊天什麼的，然後就是覺得大家氣氛很好，不會就是好像我們要去服務他什麼的那種感覺，就覺得就是像朋友這樣子 (J2-0086P)」。平時的時候也都聊他女兒，或者會關心心鈴上班的近況，心鈴當下的感受覺得很「舒服」、「輕鬆」，這樣的感受類似於頤菱的經驗。而一般「給」東西，是護理人員經常會去做的，她們只會擔心自己給不出什麼，就像心鈴初期擔心給不了好的衛教一樣。但是，一旦護病進入「我-汝」關係時，便是脫離了「給」，而沉浸於「當下」，使病患感受到妳願意給他時間聽他分享，而護理人員當下是不會有「付出」的感受，因為她們的世界在此時此刻彼此「共融」了。不過，一旦我們一直想要給什麼的時候，其實就是一種「我-它」關係，我們會把對方視為有「不完整」的事物，護理是在補他們的不足，所以我們必需不斷的給出。一般護理一直強調「我-汝」關係的重要性，但應該更正確的說，護病是「我-汝」與「我-它」來回穿梭，護病關係不是單方，而是彼此共塑而成。

隔離處境下，不比一般開放的空間，她們在空間上被安置與限制，在照護時

間上被濃縮，護理人員的關懷，就經常建立在那瞬間，卻是永恆的當下。

陸、 融入期的危機

倘若我們工作永遠通暢無阻，我們則不會清楚的了解自己的周遭世界。那麼，我們永遠在工作中，不會在意外界及自我內在的變化。在融入期中，護理人員因為與環境融為一體時，是最容易產生安逸而忽略自我的覺察。而我們在什麼時候才會再度看到自己呢？那就是工作呈現永無止境的死寂導致「極限」，或遇到困難與挫折時。在感染科病房中，有薛西佛斯症候群、認知上的枯燥以及專業責任的壓力，它們是危機，也是轉機。

一、 薛西佛斯症候群

人的存在總是會一直投向無限，我們總是抱著「同質地對未來無限投射」這是生死學的一大障礙，因為終有一天人會碰到「極限」，當遇到極限時，會產生「無限迴轉」，就是回過頭來，看到許多世界裡的事情，本來很多事情可以做，但是現在卻沒辦法做。當人的身體不好時，諦念才會上來，人的身體好，就沒有諦念。而「諦念」是一種比較徹底、決斷的信念，而這個信念不會用「同質地對未來無限投射」的方式來看世界。反之，人會發現「有時」，你有時候快樂，有時不會。極限往往會觸發諦念，而諦念會遏止「同質地對未來無限投射」的發酵，使我們找到回路（余德慧，2003）。這樣的「無限迴轉」並不需要等到死亡來臨才能開展，在感染科病房中，護理人員有著相似的狀況，唯一不同的是，讓她們「無限迴轉」的「極限」不是因為身體敗壞讓我「不能再做什麼」，而是我「還能做什麼」。當無限的周而復始，人的心就會枯竭類似於「死寂」的狀態，呈現出工作疲乏，猶如「薛西佛斯症候群」，這想法恰恰捕捉到薛西佛斯神話中那種缺乏情緒「乏味的苦幹」（吳佳綺譯，2009），有一股這樣下去，我還能做什麼？有什麼意義？

在融入期中，護理人員基於對環境、疾病及自身安全的掌控性佳，所以相對著戒慎恐懼期的壓力就會因此而消解，對於環境專業的掌控力佳及感受到環境變異性低時，就容易走到極限。但是如果自身覺察力不足，週而復始的把工作當成工作，就容易產生「乏味的苦幹」，這是融入期的危機。但是，這樣類似於「無限迴轉」，對護理人員而言，危機就是轉機，因為「乏味的苦幹」會產生一股宛如因極限所產生的諦念，使人暫停「同質地對未來無限投射」的發酵，讓人享受當下的意義。

護理工作初期是畏懼的狀態，當人進入一片混沌，而努力撥雲見日之後，會心生一股喜悅，但是到了第三年「就是...可能工作比較上手了，就是比較不會害怕要來上班，就是覺得自己比較有信心，之後那個時候工作就只要做好妳自己份內的事，然後還有能力去幫助別人這樣子..對啊 (G1-0568P)」。但是，「泡」太久了，曉鈴說：「就變得很懶散，就不想來上班啊 (G1-0588P)」，也說不上來是職業倦怠，「...就是覺得好像自己工作久了，然後每天都是這樣子的生活 (G1-0594P)」。到了現在已經快六年了，「因為覺得說一直在這個地方，然後不知道耶...就覺得好像不能一直待在同一個地方 (G1-0458P)」。不過，「...我是覺得這個工作很累，是這個工作很累，但是...是很有意義的地方... (G1-0460P)」。尤其是在經歷奶奶往生之後，讓她覺得這裡是一個遺憾比較少的地方，因為病患的治癒率比 ICU 高，而且「這裡有的是家屬通常是有準備好的 (G1-0468P)」。這對曉玲很有意義的，因為家人及病患過世的臨界經驗，那份「未境事項」總是令人悲傷及遺憾，她對奶奶、對阿貴都有一分相似的悲傷。所以，當她陷入周而復始的枯燥之後，卻讓她反思工作的意義跟與人相處的過程，這些年來「最大的收穫就是...就是..嗯...有些事情是妳不用親自去經歷，就是妳其實可以看到...就是從病患啊，別人的身上體會到，對! (G1-0738P)」，「...就是覺得生命很可貴啊，就是家人啊，很重要...就是可以從別人的身上看到。就是很多事情妳不用親自去體會，就是自己去承受那些痛苦，可是妳就可以... (G1-0740P)」，「嗯!就以前說 care 會有同理心就覺得她生病。可現在話就是

會，看到家屬會覺得，可能會對家屬多一分的關心（G1-0744P）」，而自己的想法也變得比較成熟了。這就是類似於「無限迴轉」，而讓人暫停「同質地對未來無限投射」，沉浸於「有時」與片刻的喜悅，感受到人生的意義。

護理人員經常會一直往前衝，就像「薛西佛斯症候群」一樣，容易迷失在自己的工作中，這似乎是護理人員職業生涯中許多人一定會面對到的困境，但是，曉鈴在臨界經驗中體會護理的收穫，不是長久投射於未來，也享受著片刻的意義。我們面對這樣的浩劫，總有著許許多多的文獻教導我們如何逃過、如何回應，但是，並沒有固定的答案，這是教不來，也無須逃，因為護理困境與自身生命故事永遠是彼此交融的，意義就在其中，不斷的被詮釋著，而且，沒有極限人如何有翻轉的可能性，如何能看到意義與美妙就像打開潘朵拉的盒子一樣，沒有人知道「希望」會在最後才出來，而我們往往僅看到前面的邪惡與黑暗。

二、 認知上的枯燥

當人失去當初的戰鬥力或喪失一份警覺心時，思緒將呈現枯燥，行為上展現原初的自我，不會在意病患，是一種活出「陰影」的狀態。

靈瑄說，當她到第二階段時，「我也不知道可能自然而然，反正也好像我都會了，好像也可以上手可是就覺得沒有心啦，我不知道怎麼講（C1-0138P）」，什麼東西都會了，這跟向來喜歡酷，來這裡想挑戰的靈瑄而言，似乎沒有當初來的那股稀引力了，失去了覺察。靈瑄記得有一次上小夜班，要接新病患，再加上只有兩個人上班，交班時聽到某位病患態度不好，剛好那位病患點滴滴完，學姐幫她移除之後，跟靈瑄轉述患者的抱怨，靈瑄聽完後：「…我就更有情緒了，然後我進到病房去。因為他按鈴，他就說他點滴滴完了，我就什麼話都沒講，可能那個時候我心情不好了，然後我什麼話都沒講，然後我就把點的拔掉就走了，他只記得我態度不好，然後按鈴進去又劈哩啪啦罵（C1-0078P）」。結果病患就向夜班護理長投書，發生這件事情對靈瑄而言，是她從事護理面臨最大的困境，「這進入職業倦怠，就開始很容易…易怒吧…覺得不耐煩然後就被病患投訴，然後投

訴了以後整個就覺得很糟糕啊…然後又好了。反正想一想以後又好啦（C1-0136P）」。

這個工作的掌握性造成了她對環境的平凡與安逸，在融入期中，她跟環境是一體的，從就戒慎恐懼的怕與擔心，注意力在自身身上，到因融入而涉入情境之中，自然的情緒展現在護病關係中裡，對病患的情緒某種程度其實是一種過度的涉入，沒有界線的越界關注，關注自己所關注的事物，而不管關心的是正向還是負面的事情，這都牽動著靈瑄去感受她，沒有防衛的表態出靈瑄的「自我」。在從事助人實務工作的危險性中，當關係愈來愈穩定之後，可能會把過去的經驗帶到目前的關係裡，有時候他們會把負面情緒投射到我們身上（劉小菁，2001）。但是，護理人員對病患也相同的會有類似的情況發生，在融入期中，缺乏在戒慎恐懼的謹慎，更活出「陰影」中的自己，「最平凡的生活也是最恐怖的生活」，她也因為平淡中陰影的展現，讓她的自我破裂了，體會到我不再是過去的我，我必須有別過去，她說：「以前的個性…我不知道這麼講，可能以前比較自我吧，妳不會去想 care 別人或者什麼。可是，我覺得在這裏除了病患同事…我覺得護理工作是不能有自己在裏面的，有自己的話妳可能做不下去。對！可是我覺得這個工作是，妳不能有妳自己在裏面的，所以，會…會可能會覺得有那麼厲害嗎？把自己抽離看那個小事情的時候。我不知道啦！可能吧（C1-0230P）」。

但是，過去跟隨著自我那麼久，豈會如此快速的剝離。所以，她的跳脫，某種程度是對過度涉入的阻斷，甚至隔離。過去對因熟悉缺乏自我覺察而將觸角任意延伸到這個情境空間，如今破裂的自我，表面上她的觸角回收。

靈瑄經過這次被投書的事件後，她對護理的認知又重新編排，可以看得出她的言語之間還有一股自我尚未完全消融的部分。因為無法消融，所以暫時隔離，把衣服當作是情緒防護衣，「不是當您換上衣服的時候，妳就知道這是工作我，不是自己。因為這個工作，然後妳知道他們需要妳微笑，他們需要妳關心妳就關心，就這樣。好像變成一個很機械式的活動，我的感覺是這樣（C1-0234P）」，自己的制服也時時刻刻提醒她，病患是需要自己對她好的。但是，這似乎某種程

度停留在認知層面告訴自己要這麼做，因為這個困境，已經讓靈瑄動搖她慣常固著的日常世界。

三、 專業責任的壓力

在融入期的另一個考驗就是專業責任的壓力，這讓人會到環境的危機，對未來產生怖慄。亭羽在意外事件之後，同時也體會到一股融入期的危機，「...因為我覺得護理工作如果妳沒有那種體力妳沒有辦法做，何況還有妳腦筋要夠...就是妳不可能沒有帶心在上班，因為妳可能沒有帶心，沒有帶腦的話，妳可就一下子就出錯了，所以我覺得就是妳來上班就是要很...就是要顧到很多，可能一件事情，一件事情妳就要想到很多可能會發生的事情。對! (H1-0930P)」。讓她體會到護理工作她無法辦法一直待下去，在這一期，什麼東西都會了，任何事都讓人有一股信手拈來的感覺。但是，這樣的感受在一個有風險的場域就是一種危機。雖然亭羽現在年輕腦袋瓜還蠻清楚，可是她怕可能幾年之後就會忘東忘西。而且待愈久還常常這樣，別人會用另外一種角度來看妳自己，臨床工作這麼久了，怎麼會沒有想到做這些背後應該注意的事。例如，今天第幾床要開刀，可是醫生沒有驗血，如果今天很資深的護理人員，沒有想到這件事情，就把病患推去開刀，當下人家不會說醫生怎麼沒有開驗血單，而是怪護理人員怎麼沒有這樣的警覺性。就如她所言：「我覺得是這個工作，我覺得可怕，而況它也有責任在。如果妳要很仔細想的話，我覺得有它的責任，可是也還蠻...當然妳不是 by order 做事，可是我覺得妳真的有一定的責任在 (H1-0948P)」。亭羽知道自己臨床工作是有風險的地方，臨床上不能再有什麼疏忽，也從別人的經驗中，覺察到自身有一股存在責任，雖然曾經跟自己說，換下制服就是自己的生活，「...可是妳怎麼知道當妳制服換下，電話就來了。ㄟ! 醫院打電話給妳的，...妳就會覺得那種感覺就是妳沒有把事情交代完這樣子，對 (H1-0956P)」。雖然，「我覺得當然是正面大於負面啊，對啊! 可是我會覺得很累 (H1-1084P)」。亭羽只怕自己做久會疏忽，而且做愈久讓她融入整個環境，她的浩劫是怕她承受不住下一次類似意外的打

擊，因為「...我覺得病患不會每天都一樣，不會有的時候都這樣子而已，不會，中間就一定還會有什麼問題，不可能每天都是這樣啊，對啊(H1-1088P)」。但是，這更引發她對護理那份責任的沉重，所以，承受一種專業的責任，也是進入融入期的考驗之一。

四、 隔科如隔山

在融入整個環境之後，對於疾病或環境的掌控，讓她們對於照護的品質超越了初期，雖然怎麼照護病患以及保護自己不再是她們的壓力，反倒是病情的變化就成為這一期最大的壓力源。

智淮身上，雖然她有豐富的臨床經驗，但是，在這個處境中對她最大的困境是照顧重症病患，例如使用呼吸器或生命徵象很不穩定的患者，她表示：「...我雖然工作這麼久，可是我一樣很緊張(A1-0105P)」，「害怕就是緊急的事情產生的那種害怕，我是不是怕病患會怎樣，因為病患就已經是這樣了，因為就是接下來很多事情然後再加上說如果妳不太熟悉，那種急救沒有常急救妳不太熟悉...。流程上不太熟悉或者是治療上不太熟悉的時候，這個就會產生焦慮，這個是焦慮，但有的時候是有點害怕這樣子(A1-0109P)」。因為急重症不是她們的專業，她們的感染科病房屬於一般內科，在不熟悉流程的急救流程之下，令智淮陷入猶如 new nurse 窘境，在最熟悉的環境中，反而迷路了。

由於書渝也並沒有重症單位的經驗，所以當她回憶起照顧一位傳染症同時又是重症的病患時，也有類似於智淮的處境。她記得有一次照顧一位具傳染性又插管治療的重症患者，她說：「...那個時候上到後來都不覺得自己已經有下班，由於那個時候覺得奇怪，因為他 on Endo 擺在病房，...可是那個時候就是能力還沒有那麼夠，就要照顧一個有傳染性而且還蠻重症的病患。然後那個時候跟學姐說，搞不清楚自己在那個病房，是在加護病房嗎？(大笑)還是在病房?因為那個時候我會覺得應該要在加護病房才会有這種東西，...可是因為他多一台呼吸器... (E1-0082P)」。所以，照顧這類的病患跟 HIV 的顯然需要不同的專業知識

使她倍感壓力，而心生：「…10 個肺結核病患給我也不要這一個…(E1-0082P)」。

還有小朋友的隔離以及 HIV 的媽媽要來接生等，讓書渝感到：「…壓力點不在於傳染病耶…(E1-0088P)」，因為她認為各科都有專業性在，書渝覺得：「從小就在感染科長大，我可能沒有去過婦產科，那就可能是 4-5 年前習的經驗，妳要再拿回來運用其實有壓力啊…(E1-0090P)」。

而自己的專業是在照顧傳染病患，對於其他病患的照護方式很陌生，如重症、產科病患使她執行護理過程中倍感壓力，甚至擔心疏忽而造成院內感染，禍及到別的病患。而傳染病跟感染症對她們而言並沒有不同，因為這是她們的專科，對疾病的掌控度比其他陌生的科別掌控性更佳。所以她說：「我覺得就是科別性的關係。其實什麼科住什麼病房是很重要的(E1-0272P)」。

「身體感」不僅對應著與外對象時產生的動覺、觸覺、痛覺等知覺活動經驗，也涉及了身體在運行這些知覺活動時從身體內部產生的自體知覺迴路；從時間角度來看，「身體感」不僅來自過去經驗的積澱，它也帶領我們感知動作，指向對於未來情境的投射、理解與行動。它既與過去所積澱的身體習慣有關，又涉及身體透過當下感知模式的調整轉換技術，展開另一種時空序列、另一種實在感受向度。它也不只是一種原初的「運作意向性」的發用，有可能透過某種社會文化傳統下的身體概念、技術和語言，規定、塑造了身體與其生活經驗。譬如：操作物件時的手感、居家工作空間中的坐臥的行止間的舒適感（龔卓軍，2006）。

她們一來就在感染科病房，這段期間已經身體已經融入整個環境，所以，將中期稱之為「融入期」，其意義也在此。因為她們已經能掌控整個環境以及傳染病的照護流程，透過照護經驗時間的累積，「身體感」更能與環境、情境及周遭行動有共同的意向性，她們的身體與情境共融，一切似乎都在書渝的掌控之中。這樣透過技術和語言，規定、塑造了身體與其照護經驗，這種身體感也涉及了身體在運行這些知覺活動時從身體內部產生的自體知覺迴路，這也就是感染科病房的所謂的「專業性」。而這樣的「身體感」也就是身體感所形塑的專業性卻容易被不同科別所打亂。書渝習慣的空間多了一台機器，如果環境與自身共融的話，

那多了一台機器就像身上多了一隻手或一隻腳，對這台呼吸器書渝表示：「...調呼吸器的 mode 啊…」，她不會啊！就像多了一個肢體的身體，一時之間我不知道怎麼去控制它一樣。「身體感」在這個空間的陌生機器中被打亂了。甚至她說：「搞不清楚自己在那個病房，是在加護病房嗎？（大笑）還是在病房？」這樣熟悉的空間，卻陌生的處境身體在此時「迷路」了，不知道下一刻該往哪裡走，我這樣走對嗎？此時自己的身體與這個空間、時間有錯位的感覺。這樣的感受令書渝產生不安，而智淮也同樣因為對重正流程的不熟悉，行為及認知在這個空間也迷了路，不知道該怎麼辦時，而產生焦慮。所以，「其實什麼科住什麼病房是很重要的」意義在此。

柒、 懷孕在融入期中的轉變

因為護理人員普遍為女性，女性懷孕對婦女而言是非常不同的生命歷程，但是又在具有風險的職場上，懷孕經常會帶來護理人員本身的不便，也影響著護理人員的工作壓力。並且，對護理關懷行為的開展將會有內縮的情形。

懷孕象徵一個新生命的到來，母愛的光輝也因而展現在職場當中，但這也帶出工作場域對懷孕的威脅。筑軒懷了第二胎了，她的第一胎是在剛進來的第一到兩年的時候，她回起第一次懷孕的時候覺得自己笨笨的，什麼都不知道，那個時候即使懷孕也要下去照顧傳染病患，她說：「比如說有打顯影劑的病患啊，就是他們不會特別去跟妳說這個妳不能顧這樣子，這是不行的，因為他們體內有那個（放射線）所以，不能靠近。不會去敢講啦，就算妳知道也不會去敢講這些東西（F1-0250P）」。所以對病患就是：「...弄一弄就趕快出來這樣子，就不會耗很久，不多講什麼，那可能次數也不會太頻繁...（F1-0254P）」。而且她第一次懷孕的時候，因為經常宮縮，所以工作經常就斷斷續續，工作回來就去安胎，然後又回來又去安胎，一直來來回回...來來回回。那個時候因為要調班，她覺得很內疚。因此，在跟病患的互動上，她說：「...因為妳懷著小孩子吧！然後我是怕小朋友會怎麼樣，因為每次去安胎就打什麼藥，我那個時候只想到說打那個什麼藥，不知道

說會不會怎麼樣?在顧病患這些其實都是其次啦。對啊!就只想到小孩子健康上的問題，對啊!對啊!(F1-0244P)」。

懷孕因為胎動使她的內在觸感增加，使孕婦對胎兒有一種親密的感覺，這種胎動的運動感和觸感，使媽媽感受到胎兒在她腹中的確真實存在著，這促使母子感情連結，並且給予胎兒產生依戀感，覺得自己有責任保護胎兒的安全，肯為胎兒奉獻自己。高危險妊娠產婦就無法預期接下來的變化，由於懷孕的繼續進行及胎兒的完好受到威脅，她們往往感到相當的焦慮與挫折（龔卓軍，1997）。

所以，那個時候筑軒除了要保護孩子，不要受輻射線的影響之外，她還面臨經常宮縮及服用藥物，不知道對胎兒會不會有不良影響，因此對一個做母親而言的她，壓力是很大的，這些都是屬於她內在的壓力。在於外在，她擔心調班的問題，自己影響到人力的調度，心裡很愧疚。因此，懷孕所帶來的影響對筑軒來說是充滿內外在此的壓力源，她的心被胎兒的健康及外在排班壓力雙重擠壓，所有的注意力都從病患身上轉移到自己的身上，以及自內心對同事配合的咎責感。在懷孕期間，對筑軒而言，她的身體及對周遭事物在這個場域就成為她的主題，而照護病患上就暫時退回成背景，不為她所在意。

捌、 融入期之因應

從上述得知，融入期的壓力迥然不同於戒慎恐懼期-瀕臨邊界處境的壓力，在這一期中將會面臨到邊界經驗的衝擊，遇到病患、親人死亡與意外事件的衝擊，她們分別藉由獨處滋養自我、經驗的累積、重視自我內在的觀照因應這期的衝擊。

一、藉由獨處滋養自我

護理人員長期投入於專業照護之中，我們知道「我-汝」關係是關懷的核心，過度會失去了自我意識，導致浩劫；「我-它」關係則是護理人員自我照護的根本，過多則會僵化護理，看不到病患。所以，護理如何做到不失關懷，同時又不失去

自我？書渝就有一套維持平衡的方式，她說：「去旅行，去陌生的地方旅行（E2-0086P）」，「對！流浪旅行，還蠻好玩的，沒有過夜，我可能會做火車到沒有去過得地方（E2-0276P）」，就沿途看風景放空，什麼都不要想了。但是，這跟躺在床上放空不一樣，「…因為你要跳脫那個場域，因為你回家還是一樣會有那個感受啊！（E2-0280P）」，「就是現在此時此刻我不想看到跟這個有相關的東西（E2-0282P）」。人的情緒經常與場域相連，熟悉的場域即使是家裡或醫院，都會喚起書渝不愉快的記憶。所以，書渝會到陌生的地方，陌生的環境沒有不愉快的記憶殘存及負向的感受，能夠讓她吸取正向的能量。

書渝是藉由到陌生的地方獨處補充能量，但是亭羽雖然也是透過獨處來達到自我療癒，不過，她的獨處不是去看風景，而是到百貨公司看來來往往的人潮。她說：「應該是我想要看...應該我要..或許是我去看人應該或覺得說好像可以轉移一些注意力之類的...（H1-0768P）」。此時，她想隔離的是不了解她被愛血滲入的那些人，因為她們的安慰都不是亭羽所想要的，而自己當下又找不到一份安定的力量，所以她選擇看自己一個人獨處看人潮來轉移悲傷的情緒。

需要關係的頤菱她曾說過，自己是一個報喜不報憂的，喜歡讓人看見自己是開心的，所以，有時當她遇到煩惱的時候，她說：「不知道ㄟ...就是有時候會覺得我今天不想講話，我今天就是想一直轉著電視可是也沒有在看內容，就是想要很安靜，不要有人來跟我講話，也不要有人有電話然後什麼都不要有，我也想要就是逛街想要一個人，吃東西我也想要一個人，可是這樣很少ㄟ（B1-0282P）」。不過，這可以讓她沈澱自己的思緒，因為一直以來她都有朋友陪伴著她，她是這表示她也需要獨處的空間修復自己的思緒。

二、經驗的累積

隨著時間的流逝，自身的生命故事及臨床上的臨界經驗，護理人員對於病患的苦難有了更深的同理及了解。經驗的累積豐富了她的生命，曉鈴就覺得：「體會到就是很多的...很多的感情吧，就是覺得生命很可貴啊，就是家人啊，很重要...

就是可以從別人的身上看到。就是很多事情你不用親自去體會，就是自己去承受那些痛苦，可是你就可以... (G1-0740P)」，「嗯！就以前說 care 會有同理心就覺得她生病。可現在話就是會，看到家屬會覺得，可能會對家屬多一分的關心 (G1-0744P)」。這樣的經驗讓她對生命有更深的感觸，也擴大了她的護理關懷圈。

隨著經驗的累積，她們的想法不再局限於課堂上的知識、理論，而有自己的想法出現，當將理論與經驗相呼應時，表示她們將注意力放在環境及病患身上，且也更加的同理。如同筑軒不認同得肺結核比得慢性病好，因為她照顧過一個三十幾歲的女性肺結核患者，巧合得是這名病患是她社區的鄰居，她說：「...可是她之後看到我都覺得的有點不好意思這樣，因為可能讓我知道他是肺結核吧，對啦！... (F1-0176P)」。但是，筑軒並沒有懷抱特殊的眼光，反而擔心「...可是我怕她的感受啊。對，如果讓同一個社區的人知道她是這樣的病患，因為她其實她不會去跟人家講話這樣子 (F1-0178P)」，從經驗的累積之後，她的專業技能轉而同理患者的感受。

除此之外，護理場域中死亡是經常會遇到的衝擊，有人難以忍受，但是智淮就認為「...我們在醫院裡面喔...面對生老病死那種事情都很常見的。所以其實，有時候覺得，這個疾病造成的這個結果是遲早的事情。只是，有的時候會覺得不可思議...就這樣子...就...就走了 (A1-0161P)」。智淮認為死亡分離的過程是一種自然的現象，尤其是經過父親往生的衝擊，她認為人終有會一死的，但是她可以接受當然會走這麼一遭，這也讓她遇到如朋友般情誼的阿貴或突發性死亡的患者時，她不會有太多悲傷的情緒，但是並不是沒有感受。而是既然死亡自然的現象，無從扭轉，她說：「我會覺得家人其實很辛苦，我會覺得面對這種家人需要這樣的一個 care 的時候，我會順道帶來就是說：『你們很辛苦！』這樣。也就是說，護理人員很辛苦，家屬是更辛苦 (A1-0165P)」。用支持來替代悲傷的情緒。

三、重視自我內在的觀照

在護理照護歷程的過程中，她們經歷過不同且程度不等的壓力後，對整體的照護感受，有了不同的內在意識。她們在不同的臨界經驗及挫折後，能夠敞開心胸，加強內省及自我檢討的功能，這種了解自我的意願也是一種自我關懷的方式，這對她們在未來的照護中，具有正面的影響力。

筑軒基於自身對死亡的看法，引發醫生對病患「保證」的省思。她說：「...我每次聽到醫生啦，跟病患講說：好很多了，今天精神很好了什麼的，然後跟他保證會好啊，我都覺得吭...你都這樣保證。因為我覺得他爸媽在旁邊聽，啊...你保證了到最後怎麼了，他爸媽能接受嗎 (F1-0302P)」，她在照護上就不斷的在與自我對話「對！如果我家是這樣子的話我怎麼辦？因為我沒有辦法接受，我每次看到他們這樣走我也覺得...所以，我常會講一句話：她們走了不知道爸媽會怎麼辦？要怎麼去接受它... (F1-0292P)」。她經常看到往生情境時，會不由自主的想起發生在自己身上的話怎麼辦？所以，她從外在的情境中反觀自己的處境，在與護理情境對話，也反應出她對死亡的態度。

而不斷的自我觀照中，也呈現一種道德責任，亭羽在融入期的專業道德壓力，就是自我觀照後的省思「...因為我覺得護理工作如果你沒有那種體力你沒有辦法做，何況還有你腦筋要夠...沒有帶腦的話，你可就一下子就出錯了，所以我覺得就是你來上班就是要很...就是要顧到很多，可能一件事情，一件事情你就要想到很多可能會發生的事情。對 (H1-0930P)」。而自我觀照也是一種覺察壓力的方式，透過覺察，亭羽能夠更清楚自己的專業跟責任。

雖然護理工作辛苦，但是心鈴回首時認為：「就是有的時候看病患啊，看很多東西有的時候讓自己就是心態比較..是成熟嗎?...我覺得當護士的抗壓力好像比較大吧。就是比起其他的行業，就是跟一些同年紀的比的話 (J2-0268P)」。面對外界害怕的傳染病「...抗壓力會比較大。然後就不會想說...因為剛好在這個單位，就是會看到一些，就像人家很害怕說 H1N1，還有那個愛滋病的時候，以就會覺得自己鎮靜的去看，不會慌，對 (J2-0270P)」。

在感染科病房完成碩士學歷的智淮表示：「最大的收穫是，我覺得我還蠻有韌性的（A1-0331P)」。因為她認為自己在人際關係上，從升等的事件中發現自己跟主管的相處出現了問題，「…其實有幾次被約談之後，就會覺得很沮喪，那所以就…就會有想要離開的念頭這樣子。可是去哪裡？不知道，因為每個單位都差不多，而且別的單位不見得更好。那我覺得一次一次，一事件過後調適完了就又繼續嘛，繼續的磨，繼續 care，所以我覺得自己忍耐度其實蠻夠的，蠻有韌性的（A1-0335P)」。

在融入期中，護理人員「打破藩籬」，透過知覺的優越性，讓新經驗與舊經驗有重新融合與修正的機會，打破過去僵化的思維，重新對疾病、環境與人際的認識與掌握，再透過臨界經驗的衝擊與因應後，有的護理人員將進入到跳脫期，護理的關懷歷程邁入新的層次。

第三節 跳脫期

當護理人員進入到跳脫期之後，即將進入更深一層的關懷，不再是融入期的「體貼」，而是跳脫到看到病患的存有，達到一種「寬容」型的關懷模式。護理人員不再侷限在當下的護理行為，也對自己進入更深一層的反思，為未來做籌劃。

壹、 跳脫期

第三期的跳脫必須經過漫長的第二期的洗禮，書渝表示：…「從健康檢查中以及真正了解到病患的感受之後，妳就是變成可以去體驗病患的心情，雖然保護自己是對的，但是過度的保護自己對病患是一種傷害…（E3-0038P)」，看到口罩下的微笑及體認到手套對患者的意義後，從這個照護經驗類推到其他病患的感

受，書渝進入跳脫期。顯示出書渝的覺察力不僅大大的擴展到患者身上，更加能藉由覺察跳脫出自己原來對患者的想法，並且為第三個階段建立根基，而當覺察力擴展及加深後，卻開使面臨另一層有別於過去的壓力，如果沒有前二期，是進不了慈悲的開顯。

書渝的跳脫就是超越，跳脫原有的自身價值觀，感受病患，並貼近他們。之前是融入病患及環境，但並不表示完全懂他們的感受，之前只是打破自己設的疆界去跟他們相處，而如今是跳到他們周遭的世界去體會他們的感受，去看到病患的存有。

貳、 慈悲的開顯

面對臨終的病患，雖然我們不再能為他做什麼，但那份祈求多賜與患者幾天的生命當中，就透露了護理的慈悲。

書渝在照顧愛滋病患的會話中發現：「…其實他講得那些是妳除了給藥以外是妳沒有辦法做的 (E1-0210P)」，「然後妳就只能看到他慢慢…慢慢…慢慢…的不見…只是會覺得說，除了給他抗生素以外，他的靈性方面我還能給多少？ (E1-0212P)」。她如今選擇性的忘記患者跟她說過什麼，只記得病患問她：「…我會不會死啊！我覺得問到一點是：『我的死亡診斷書會不會寫上我的病名？』對…還有就是他的孩子那些要照顧。對…那其實這些都已經超過我們護理工作的範圍了… (E1-0214P)」，這些問題讓書渝覺得這已經超過她的護理工作範圍。書渝聽著她的擔心，只能告訴她一切都規劃好了，然後出現暴瘦及被病毒伺機性侵襲、乾癬等外觀令人不舒服的症狀中，知道這是不可恢復性的慢慢走下坡，卻無能處理。這令書渝感到：「就很無力啊！這妳可不可以在多活 2 天？！就妳多活 2 天之後讓妳的家人不會這麼難過。去面…那麼快就要去面對這些他將死亡的這件事情 (E1-0224P)」。這樣的場景令他感到悲傷，一時無法負荷，很怕拔不掉而陷入悲傷之中，所以書渝選擇暫時抽離，用衛教師、指導者的角色把自己包裹起來。但是事後會覺得，如果她當初可以再融入一點，或許可以幫助他在臨終時釋

放更多的情感，陪他好好走完全程。

Spikes 和 Holland 指出，照顧瀕死病患之醫師可能產生的情緒壓力同樣會出現在照顧愛滋病毒感染者的醫護人員身上，特別是當他的自我形象屬於「治癒疾病者」時，在面對病患不可避免的死亡時往往有挫敗感、焦慮、憂鬱，這些情緒壓力有時亦導致某些適應不良的行為，如逃避、忽略、轉介或錯誤的保證、不適當的積極治療等（洪健清、張上淳，2006）。

書渝跟病患一樣，其實都在面對自身的死亡而痛苦，病患的死亡某種程度讓她看到生命的有限性在眼前示現了。她過去曾說過：「因為死亡是要去一個未知的地方（E2-0252P）」，「不知道的地方，我覺得未知是一種很可怕的東西耶（E2-0253P）」，「因為妳不知道接下來要幹嘛啊？以後可以幹嘛？那去那裡會怎樣啊？不知道耶，就會覺得恐怖（E2-0256P）」。所以，在死亡這條路上，書渝跟病患一樣無助，一樣不知所措。照顧者在心理情緒層面隨著病患的衰弱而衰弱，好像照顧者也同樣經歷著和病患一樣，對疾病的受苦和無助，我們把這樣的照顧處境稱為照顧者的共病性（co-morbidity）處境（余德慧，2006）。書渝只能眼見他逐漸消融而束手無策，面臨病患常常會問的問題：「我會不會死啊」、「我的死亡診斷書會不會寫上我的病名」、「他的孩子那些要照顧」。她說：「就是說他的家人有幫他規劃好了，就你講啊…他還有一個姊姊，姊姊都幫你弄好了，你擔心的事姊姊都已經。就跟他說：『家人都已經幫他處理好了，不要擔心』。可是你就是聽著他在講他的擔心，沒有辦法處理。對…那然後就啊：『你在這裡乖乖吃藥』，但你明知道他病的是不可回覆的，他就是一直會往下走，就是會被病毒一直侵犯（E1-0216P）」。此時，在陪伴當中，書渝還是保持自我實現的狀態在陪伴，稱作「在世陪伴」模式（余德慧，2006）。病患拋出來的問題早已超出她的能力範圍，她掏不出來什麼，也給不了什麼，更不知道如何處理病患的情緒，同時自己也陷入無力感當中。這整個陪伴過程可以說是一種倫理的行動，但是，書渝在看著他慢慢的往下，陪伴的倫理行動就進入了另一個層面思考。書渝轉而祈求：「這你可不可以在多活 2 天？！就你多活 2 天之後讓你的家人不會這麼難過

(E1-0224P)」。這時，她不渴望能在護理照顧上給他什麼，這是一種暫時解除心智自我，逐漸由內而外的孕生出慈悲的存在經驗，雖然病患已經沒有反應，但是書渝此時卻跟病患有一起感受，她感受到，如果他多活一天，是否「至少他的家人不會…會這麼難過！去面…那麼快就要去面對這些他將死亡的這件事情 (E1-0226P)」。此時她與病患在一起去感受那種感覺。書渝仍舊希望在存有層面上保持接觸，此時陪伴倫理走進存有相隨模式（余德慧，2006）。但是，患者的死亡並不代表著只是他人的死如此單純，這是一種死亡衝擊的經驗，不管對他人還是自己，從書渝說：「我選擇性的忘記了！」表示死亡這件事對她來說是害怕的。最後她還是選擇以抽離的方式，以一個衛教師或指導者的角色然後把自己包起來，因為未來的路還很長，不能浩劫，所以她只能以保存自己的方式暫時退出。但是，事後書渝又說：「…其實有的時候妳回家在想的時候會覺得，其實當初我如果可以更融入一點，妳可以讓他更 OK…更…更…是放出一點壓力或讓他心理負擔能夠少一點 (E1-0236P)」，她期待自己又能實際的為病患做些什麼，這又將她拉回自我實現的狀態。

書渝面對愛滋病患在一個被隔離，被壓縮的時間中，好的護理在臨終陪伴中充分的展現，了解、陪伴、情感性的支持、提供與執行實際服務、維持信念(不因愛滋病或吸毒等而有所改變，仍尊重個案視為「人」，既而達到關懷行為。這並不容易，必須有先前的基石，才能在層層內、外防護下展開所謂的護理關懷。

書渝與病患的對話以及為他人的存有祈求，流露出慈悲，這是一種「我-汝」關係的展現，但是這樣的悲傷情緒讓書渝無法負荷，如果再下去她可能無法承受，所以又以衛教師的身分來互動，這是一種抽離出對方的存而，而轉向自身的「我-它」狀態。所以，正如布伯所言，「我-汝」是片刻的，不可能一直存在，否則人將會浩劫。因此，護理人員的「我」與護病關係，是一種中間游離的狀態，不可能固著，否則護理人員將無法在場域中持續下去。

參、 護理的寬容

好的護理是什麼？一般為所謂「好的護理」所定義出來的規範或範疇，為護理人員提供了一個指標性，讓人在生手時有遵循的依歸。但是「好」的「精隨」是照護經驗體驗後的產物。在這裡，好的護理除了「體貼」、「慈悲」之外，還包含「寬容」，不再汲汲營營為病患做任何事，而是往前看到病患的存有狀態，把病患的存有還給他自己。

書渝表示，這裡的病患都不太會插管，例如在愛滋病患 CD4 降到一定的數目，在半年前就會跟他她們談論及準備關於死亡的事。如果家屬想談這方面的事，也會幫她們會安寧。書渝在照顧愛滋病患臨終的經驗中曾經有一位患者告訴她：「妳在我就覺得安心 (E2-0246P)」。不過，她到現在還沒辦法體會，因為她認為：「當下我真的沒有做什麼東西，我就是做在他旁邊看看 (E2-0248P)」。後來靜靜的看他「慢慢..慢慢黑掉」，雖然準備了一年，但是護理人員是到後來的 2-3 個月才開始準備，書渝覺得以她來看，時間是不夠的。不過，這段期間看著病患慢慢的黑掉，她內心的感受卻是：「...我會覺得說，好好喔！他終於要死亡了 (E2-0238P)」，以及「終於要走了，你終於可以不必為這些事情，為了你的家人、為了你的病、為了你找不到好的感情歸宿，在那邊一而再在而三的做一些傷害你自己也傷害家人的事情 (E2-0260P)」。這是她的感受，但是下班時間到了，她決定先離開，不然會浩劫。

死亡這件事，護理人員會在病患狀況差到一定程度時候會診安寧，協助病患及家屬準備及談論。由於這裡的病患很多因為反覆入院，都跟護理人員有著深厚的情感，一旦患者往生，對他們而言就像失去一位朋友一樣。在一路上看著病患受苦的護理人員在臨終的時刻為病患終於可以結束操煩的生活，而顯露出解脫的喜悅。這有別於上一位病患問過書渝「自己會不會死」，可見其求生的欲望，所以，書渝祈求讓她多活 2 天。但是，這一位病患卻一直為世間所苦，一直做傷害自己的事，反而覺得他走了是一件好事。因為，書渝已經能感受到病患的感受。

海德格認為，積極關懷別人有兩種方式。第一種是以往後看的方式，了解他

與當時世界的關係，幫他把困難解決，屬於體貼型，但是這會剝奪別人本真的存在，讓他不能了解自己的存有。第二種是寬容型，我們跳到他的前面去，把存在還給他，讓他了解他自己的存有（陳榮華，2006）。

面對這一位愛滋病患，書渝一樣有著深刻的感受，在病患臨終時她卻反而有一種解脫的感覺，如果以余德慧（2006）所說的「共病共苦」來看，這並不訝異。因為她說：「…我們病患很多都會反覆進來…這樣有一點比較不理性的想法，就是有點比較像朋友了…（E2-0240P）」。照顧者不一定是病患平時最親近的人，而是在病患反覆進人的過程中，對他身體最熟悉的護理人員，那句「…好好喔！他終於要死了（E2-0238P）」，是一種「共命共苦」的展現，在書渝走入病患的心、走入家屬心境後的感受。一種做為家屬被病患傷害的情形，以及做為病患找不到歸宿的失落，書渝同時滑入了病患與家屬的世界。走到第三期「跳脫期」，護理人員已然可以感受病患的心境，病患的苦她非但能覺察，甚至看著他受苦，自己也不好受。

病床親近是指在咫尺的病床間，產生一種親近的氛圍（余德慧，2006），書渝當下什麼都沒有做，「…大概一個早上，中間有回來接個電話（E2-0252P）」，只是靜靜的坐在旁邊看看，她停止使用她的心智，在靜靜陪伴的同時，回憶著病患過去為歸宿煩惱，以及種種他們家人被他傷害的事。臨終病患可能會不由自主的生命回顧，但是在書渝病床親近的同時，也在進行「照護回顧」，她沒有去回應病患，什麼也沒說，這是一種「默存性的相陪」，涉及內在時間的含蘊問題，包括照顧者對病患的記憶時光，照顧者將事情拋開，專心以慈悲觀照顧病患，將過去與未來迴旋在當下（余德慧，2006）。事後，書渝表示病患對她說：「妳在我就覺得安心（E2-0246P）」。她到現在都還沒有辦法體會，因為臨終的陪伴是關懷的展現，書渝「默存性的相陪」，其實對患者來說，就是最大的幸福感，她在這 5-6 年的照顧過程中，早已不將護理視是為工作，護理關懷已經由想為病患做些什麼的體貼，轉而於當下與病患存有共存的寬容，書渝說：「有過一次病患快死了還會講話的時候啦，我進去的時候他也沒有跟我說什麼，他說他不要插管，

我就說好啊！不插管（E2-0264P）」，不再汲汲營營操煩該爲他做什麼，其實什麼都沒做就是「做」了最大的「寬容」。好的護理並不是一直做，而是往前看到病患的存有，而不是一直往後看，否則會一直停留在想要爲病患做一些事情上面。

肆、 懷孕在跳脫期中的轉變

從上述中得知懷孕在融入期中，筑軒的身體的變化成爲她主題，而照護病患上就暫時退回成背景。相同的，雖然進入到跳脫期中，擁有寬容與慈悲，但是新生命的到來也帶出場域對懷孕的威脅，那份威脅感並不限定在那一期，將也會影響護理關懷的行爲。

書渝在跳脫期時也懷孕了，她表示：「之前是妳只有一個人，現在多一個人，他沒有能力，妳要保護他，妳對他(BABY)是有責任的【4-22 田野文本】」。如今做什麼事都會謹慎，會去爲另一個生命著想爲前提，如今，「不一樣了，之前我可能要去 bedside 我就會去，但是現在我能不去就不去。而且之前肺結核病患要抽血我不會多想一下就會馬上去抽，但是現在我不會去抽。能不抽就不抽，或者是一定會戴口罩出門【4-22 田野文本】」。所以，她現在能不血就不抽，做完事會趕快回來，減少暴露在病菌的環境中。雖然，書渝剛來的時候耗了很大的心血，她表示，自己從了解的戒慎恐懼期，融入到跳脫，這一路走來並不容易。這中間的死亡焦慮在不同種類的「怕」中貫穿。關懷透過時間的淬鍊慢慢的展現出來。如今自己懷孕了，感受危險的閾值也隨之降低，是爲了要加強自己的防線，保護的孩子。

懷孕現象會讓之前的關懷行爲有內縮的可能性，但並不意謂的關懷不再，而是行爲內縮罷了，因爲多了一個小生命，是脆弱的象徵。懷孕開展兩個現象，一個是「怕」，至始至終都沒有消融過，只是視收攏程度而有不同的看法，懷孕將「無形」及「無常」的怕藉由護理關懷行爲的內縮外顯出來。另一個現象是迥然不同於一路歷程中由內而外的開展，懷孕象徵一個新的脆弱生命的到來，她將會暫時將注意力由外移向內，關懷的「行爲」可能會有暫時停滯或退流的情形，但

是這是基於保護一個新生命，並不代表關懷消失了。

感染科病房護理人員在存在焦慮下照護歷程，了解了護理人員如何在具有風險的處境執行護理關懷，而關懷行為將因個人因素，如懷孕將關懷行為內縮到近似原初戒慎恐懼期的焦慮，但僅會有「如履薄冰的壓力」會進入初期的狀態，其他壓力四種壓力不受影響。

伍、 超越自身

護理關懷外除了「體貼」、「慈悲」與「寬容」之外，對內要有「超越自身」的可能性，跳脫出融入期的狀態，用不同的視野與態度面對自己的未來，發展屬於自我的本真，這是屬於護理人員深度的「自我關懷」。一般護理關懷所指的是對外，也就是他人（病患），而對內其實應納入護理人員的自我照護。所以，「超越自身」就是對「內在」的護理關懷，也與對他人的護理關懷行為等同重要。因為，唯有不斷的反思與進階，人才會有無限的可能，給予他人無限的關懷。

靈瑄是一個喜歡挑戰的護理人員，在融入期中「易怒」，進到跳脫期裡「反思」這也同時敲醒了她對護理關懷的初衷。她說當初雖然覺得這個工作是不能有情緒的，但是「…因為其實我發現，這是他不舒服，然後他抱怨是對的，到他來醫院的那就是要好哇，不應該對他那麼兇，所以我又改變我的心態就是，不管他怎樣的都值得我對她好。這是不管他多怎樣多機車就是值得我對她好，因為他生病了(C1-0086P)」。她不再固著於自己的感受，也會去看到病患與世界之間的關聯性「他生病了」，會去尊重病患的存有。

而這一期跟融入期最大的不同在於，靈瑄會把自己從病患及環境中抽離出來反思了，她說：「我不確定到底這是不是我想要的，可能我覺得我…醫院工作會讓我覺得很厭煩吧，我也不知道這麼講。因為每天都做同樣的事情(C1-0338P)」。不過，當她心情不好的時候，從教會那裡感受到「…我是覺得護理是這樣子…是上帝給南丁格爾的工作，我會有這種感覺我會覺得護理還不錯這樣子(C1-0316P)」。她開始重新找尋護理的定位，她的認知不再停留於枯燥而往前邁

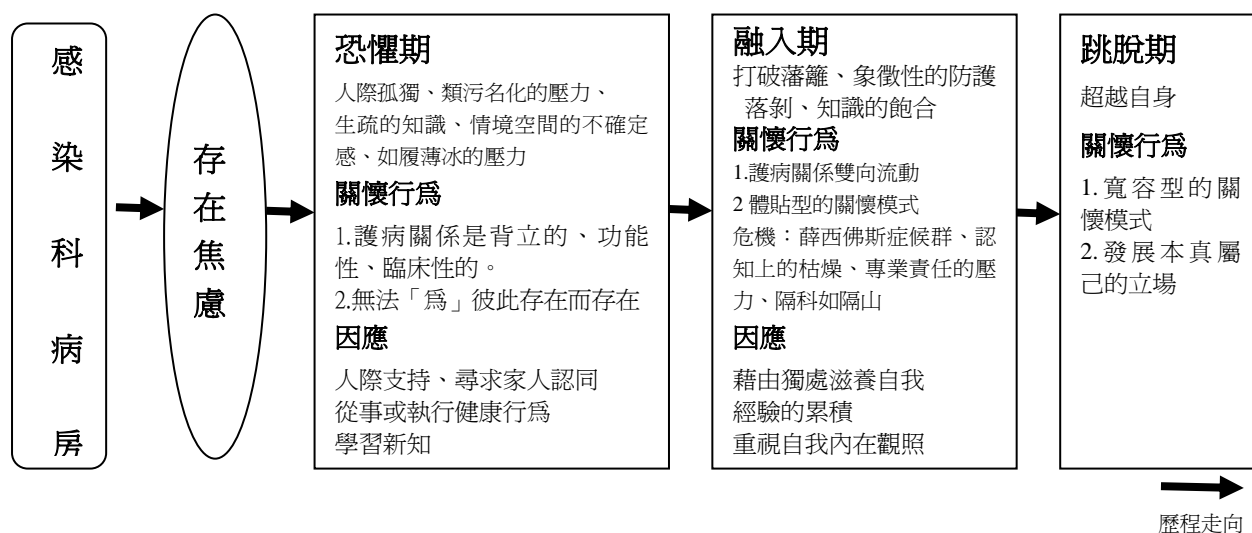
進甚至覺得自己像「半個被隔離的人，像吧，可是哪個工作不是這個樣子，大部分的工作都是在自己的專業裏面也算是被隔離的（C1-0340P)」。所以，她除了以包容的態度看待病患之外，更體會自身的處境，甚至透過不斷的自我反思，再度對自己進行重新的籌畫。這喚起當初在孟加拉從事義診的關懷，她說她還想從事災區醫療，所以決定離職，「…我不確定看我想看我能不能出國這5個月幫助我去確定這到底是不是我想要的（C1-0326P)」。靈瑄的反思層面除了對病患的態度外，更出現因憂懼自己未來的處境，而產生抉擇與籌畫。

心鈴跟靈瑄一樣，有著屬於自己的夢想，雖然她從事護理是家人的建議，進入感染科病房是同學的介紹，也沒有遇到融入期的危機。但是，去年的一場給錯藥異常事件讓她的衝擊也不小。異常事件是發生在她進入融入期的時候，也是因為太熟悉自己的處境而大意的疏忽。「泡」太久了，讓她認為「…工作也到一個階段了，就覺得就算沒有出國，也該換個環境就是…就是學一些，看一些不同的東西或是什麼的（J2-0254P)」，她說：「其實我都一直在想，但都覺得自己不可能去做到，就是會怕吧，就是出國這些好像很難，是到今年的時候因為也覺得該換環境什麼的時候，才會認真去想覺得好像應該去做一下，對啊，就是出國這樣子（J2-0258P)」。心鈴覺得應該要讓自己不斷的旋轉，跟靈瑄一樣，選擇出國打工遊學。而每個人讓自己滾動的方式不盡相同，不一定要選擇離開場域，或許有人會選擇在職進修，但這全憑個人喜好。但是，她們都有一個類似的特色，就是「再充電」，為自己的未來籌畫，這也是跳脫期的特色一。

所以，從本研究得知，戒慎恐懼期中護理人員吸取新知是為能夠在場域內安在，目的是為了與環境病患相融。而在跳脫期也呈現吸取知識的狀態，但動機卻不同以往，主要是與自己相融了，以不同於融入期投入及沉淪的狀態存在著，發展本真屬己的立場，達到內在自我的關懷。

所以，護理過程就是一個鍊金術的歷程，每一期有其發展的重點與調適方式，如下圖八。從壓力的侵襲到種種內外因應的策略，最後引發內在自我意識的覺察。每一期的護病關係也因為臨床壓力的因應及個人照護經驗有所不同，而展

現出感染科病房護理人員特殊的照護歷程。



圖八：護理照護歷程調適圖

綜合整體研究我們知道隔離處境下勢必會造成人際的疏離，形成疏離的原因，從皆從情境控制的心理基礎而來。在這個處境下，護理人員如何發展以關懷為本的護理照護呢？這便是本研究構思的主要由來。感染科護理人員的特殊處境為『瀕臨邊界處境』，由於「臨界經驗」的遭逢，豐富了這個處境的現象，也形成的感染科病房獨特的照護歷程如下圖九 (P179)。而此歷程分別有戒慎恐懼期、融入期及跳脫期三個階段，每一期的壓力、因應、護病關係及護理關懷特色的轉變如下：

一、 戒慎恐懼期

- (一) 由於人際孤獨、生疏的知識、情境空間的不確定感，以及如履薄冰的壓力，使初期呈現摸索與適應的狀態，身體與環境融合，知覺上不斷的透過前理解而賦予環境新的意義。

- (二) 護理人員大部分的能量都放置在處理自己，專注於恐懼情緒。護病關係是背立的狀態、尚未轉向病患、是功能性的、臨床性的，目的在保存自己。也因此無法「為」彼此存在而存在，護病之間是單向的。
- (三) 因應方式為：1.人際關係的支持；2.尋求家人認同；3.學習新知；4.從事或執行有利健康的活動。

二、 融入期

- (一) 在感染科病房中與其它照護單位所研究出來的照護歷程迥異於，在它的第二期是感染科病房關懷由內而外的特殊轉淚歷程。本研究發現，進入此期最重要的是以「知覺的優越性」打破藩籬，以及「知識的飽合」，達到象徵性內心防護界限的剝離。梳理前面的混沌感，將焦慮由「瀰漫性」轉到「無常」，確定自己處境是安全的後，才能將注意力由自身轉向了解及關懷病患。
- (二) 而護病關係呈現的不再是單向，而是雙向的流動，來回於「我-它」及「我-汝」的感受。因為她們的世界在此時此刻彼此「共融」了，並且在「我-汝」關係時，脫離了「給」，而沉浸於「當下」。她們也會注意到病患的需求，此期的關懷屬於海德格所言「體貼型」。即使護理人員無法突破因現實下所形成情境空間的限制，但是，護理人員與患者一股瞬間的「我-汝」，早已超越空間的藩籬，她們的關懷是建築在每次與病房相逢的時機。而且，護理人員的關懷行為，即使達到了融入期，也並非一直是「我-汝」狀態，本研究者必須強調，護理的確需從「我-它」進入「我-汝」才能相互滋養，但是，「我-汝」與「我-它」是流動的狀態。進入融入期之後，乃至於跳脫期，都可見「我-汝」與「我-它」皆非固定狀態。許多護病關係強調「我-汝」的重要性，但卻缺乏闡述「我-汝」與「我-它」的流動狀態更為重要，否則護理人員將無法在場域中持續下去。
- (三) 融入期的危機有別於戒慎恐懼所帶來的壓力，分別有薛西佛斯症候群、

認知上的枯燥、專業責任的壓力，以及隔科如隔山所造成不同專業上的照護壓力。

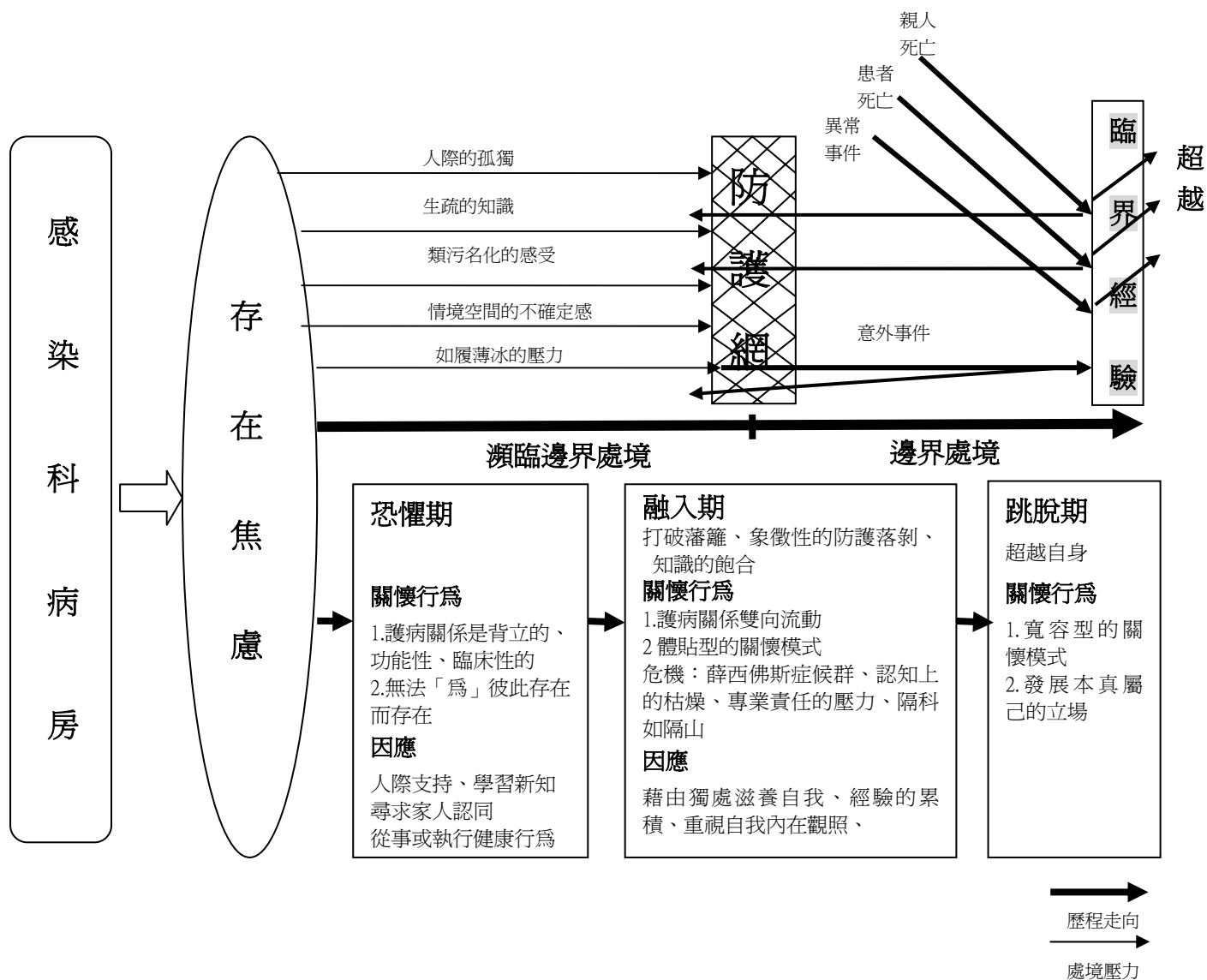
(四) 因應方式為：1.藉由獨處滋養自我；2.經驗的累積；3.重視自我內在的觀照。

三、 跳脫期

(一) 跳脫就是超越，跳脫原有的自身價值觀，跳到他們周遭的世界去體會他們的感受，去看到病患的存有。

(二) 其關懷行為除了涵蓋融入期的「體貼型」之外，更是超越了它(融入期)，有著「慈悲」與「寬容」，往前看到病患的存有，將存有還給病患，讓病患用最原初的狀態展現。所以，此期的關懷行為屬於「寬容型」。

(三) 護理關懷對他人(病患)是「體貼」、「慈悲」與「寬容」，在跳脫期中的關懷尚包含「超越自身」的自我關懷，發展本真屬己的立場，為自我關懷投身籌劃。



圖九：感染科病房護理人員之處境與照護歷程彙整圖



第六章 研究結論、建議與反思

本章將就前兩章之研究分析歸結出本研究結論，並透過研究過程中的反省提出實務面向之建議，以期作為未來相關研究之參考。

第一節 研究結論

本研究在詮釋現象學之觀點引導下，對感染科病房十位護理人員進行深度訪談及醫療田野參與觀察，依據訪談文本及醫療田野觀察文本，針對本研究之研究目的，歸納出以下幾點結論：

壹、 空間隔離意涵著對恐懼的控制

感染科病房的情境空間隔離的主要目的與急診、加護等特殊單位迥異，它隔離的不是家屬與病患，而是隔離危險與無害。醫療體系中醫療場域「鄰避效應」的形成，反映了人們對疾病汙名化的前理解；空間上楚河漢界的無形界限，區隔了正常與異常；消失的交誼空間透露著近似於在疫情蔓延時，人們必須藉由減少相互走動來減低相互傳播的危險性，進而形成一種人際的疏離；病室中的一隻眼(攝影機)透露著護理人員對照顧失控病患的不安；病室裡的傳聲機(病患的叫鈴)也呈現出理應「親近病床」的照護，在隔離處境中被減少了，更透露出咫尺卻恍若天涯的疏離。

所有的設備、空間的規劃，在表面上，是控制病患、控制疾病，事實上更深一層是控制擔心失控的「心理恐懼」。所以，隔離單位情境空間的意義，最重要的目的是，控制「恐懼」。這更突顯，這些隔離病房情境空間的演變，絕不是偶然的成立，是人們最基本的焦慮---死亡，因為傳染病衝擊的是一個人的安全，所

以種種的空間隔離，皆因恐懼死亡而來。

貳、 感染科病房護理人員照護歷程之壓力及因應

感染科護理人員從生手到專家普遍的壓力大致可分為：人際孤獨、類污名化的壓力、生疏的知識、情境空間的不確定感，及如履薄冰的壓力，以及臨界經驗所造成的衝擊。其因應方式為：1.人際關係的支持；2.尋求家人認同；3.學習新知；4.從事或執行有利健康的活動；5.藉由獨處滋養自我；6.經驗的累積；7.重視自我內在的觀照。

參、 感染科病房護理人員之死亡焦慮由初期「瀰漫性」的廣度往「無常」及「無形」的向度行走

感染科護理人員「如履薄冰的壓力」源自於自身的死亡焦慮，此死亡恐懼從初期「瀰漫性」的廣度往「無常」及「無形」的向度行走。其死亡恐懼包括：死亡過程的恐懼、失落與分離的恐懼、空無與絕滅、未知與不確定的恐懼、『非我』的焦慮、未竟事物的遺憾。感染科護理人員死亡態度為：1.「投到未來式去」；2.「不願多想」；3.「口頭表示不喜歡」；4.「對生命建立意義」等。

肆、 感染科病房護理人員的存有狀態為『瀕臨邊界處境』

死亡焦慮引發護理人員在場域中的薄立克現象，在實際照護的處境中，藉由死亡恐懼的臨現，引發護理人員對自身對死亡的害怕，本研究經研究結果發現，特別將從事高危險職業的工作人員處境，稱之為『瀕臨邊界處境』。此『瀕臨邊界處境』所呈現的是，這是一種懸置的狀態，她們沒有放棄原有的生活，還沒有完全被死亡征服，只是覺察到恐懼的處境，但是似乎又不那麼急迫的壓著她們。在這個處境的存有狀態特色，與邊界處境相異。它將人的存有狀態朝向非本真的狀態，以「不真誠的模式」，如「逃避」、「麻痺」、「不引人注目」來收攏及減輕自己的焦慮，而此便是『瀕臨邊界處境』的存有特色，也必須因為此，她們

才可以在這個處境中照護病人。

伍、 當『瀕臨邊界處境』遭逢臨界經驗時可以使護理的關懷由自身轉向他人

研究場域護理人員的特殊之處在於，她們的在初期的處境為『瀕臨邊界處境』，在這裡的存有狀態是非本真存有模式為主，其目的是安在於環境之中。雖遭逢死亡的「臨界經驗」開啓她們的「良知」，但許多護理人員因承受不了濃烈的死亡議題使他們的存有狀態逆滲透到「瀕臨邊界處境」之中，再度使存有轉向非本真的狀態。所以，本真與非本真是一種游離的狀態，但是每次的覺察都將對生命的關懷有不同的開顯，對於臨床照護的深度與廣度有其意義及幫助。本研究得知，死亡焦慮會因為照護經驗及應對方式而有不同的呈現方式，但是，最原初的恐懼依舊存在，「臨界經驗」的遭逢可以使護理的關懷由自身轉向他人。

陸、 感染科病房護理人員之照護歷程分別為戒慎恐懼期、融入期及跳脫期

感染科病房護理人員之照護理歷程分別為：1.戒慎恐懼期：在這個階段中，她們有著共通的特色，就是焦慮，擔心自己的安危、知識不足、害怕孤獨、對環境的陌生等。這些都讓她們在這一期中戰戰兢兢，所以也努力地藉由不同的方式克服，儲備能量，才能往下一階段發展。2.融入期：在融入期中，一切的不安與混亂將會一一的被梳理。3.跳脫期：跳脫原有的自身價值觀及跳到患者周遭的世界去體會他們的感受，看到病人的存有。

柒、 感染科病房護理人員在各照護歷程中之護病關係有所不同，在恐懼期為功能性護病關係，融入期為「體貼型」的護病關係，跳脫期為「寬容型」的護病關係

感染科病房之護病關係在各階段的照護歷程中呈現不同的護病關係為：恐懼期時護病關係是背立的狀態、尚未轉向病人、是功能性的、臨床性的，目的在保存自己，此時無法「為」彼此存在而存在，護病之間是單向的。在融入期護病關

係不再是單向，而是雙向的流動，來回於「我-它」及「我-汝」的感受；她們的世界在此時此刻彼此「共融」了，並且在「我-汝」關係時，脫離了「給」，而沉浸於「當下」，此期的關懷屬於海德格所言「體貼型」；在跳脫期中其護理關懷展現「慈悲」，此期的護理人員已往前看到病人的存有，屬於「寬容型」關懷行爲。

第二節 研究建議

根據上述的研究結論，本研究透過臨床場域的觀察、反思及相關研究，分別對於學校教育、臨床工作、臨床悲傷實務督導以及未來研究方向上提出建議如下：

壹、 學校教育方面

本研究中得出存在焦慮的底蘊，突顯防疫底下護理人員焦慮的核心。故本研究建議，在學校教育過程中，便應正視這些被遮蔽的焦慮背後的意義，宜加強生死教育或增加生死療癒等課程，培養學生自我覺察之敏感度，以及促進自我成長。

貳、 臨床工作方面

死亡是一個濃烈的議題，在病患及親人往生、意外事件中，展現出護理人員對於死亡衝擊、悲傷輔導和臨終關懷方面，從研究顯示出，需要更多的支援。以及在護理照護歷程之「融入期」中亦有照護危機的出現。因此，建議：1.護理人員在職教育再多增設生死、悲傷輔導專題言講及病房設立生死議題相關之讀書會；2.適時進行護理人員對往生患者死亡之個人輔導或團體討論；3.由於「融入

期」認知上的枯燥和專業責任壓力的覺察導致護理的危機，若按照專業能力進階時機來看，它容易出現於 N2 到 N3 之間。因此，在進階的在職教育中，除專業上，建議設立專屬此期相關的自我探索之學習課程，最好是以「團體工作坊」之小班制方式，夠深入護理人員之內心世界，使輔導專業人員或講師與護理人員做深入的溝通，幫助護理人員之覺察。

參、 護理人員臨床悲傷實務督導上

雖然不乏悲傷輔導及臨終關懷等基礎教育，但是，知識與自身經驗、知與行是迥異的，本論文中，仍突顯護理人員有悲傷調適困難之狀況發生。故本研究建議醫療醫院設立一間醫療人員情緒抒發室（設置內涵例如：繪畫、遊戲、音樂欣賞、沙包…提供情緒紓解媒材之設立），及有專屬獨立於醫療行政體系之外的輔導專家做為專業的支持系統，必要時提供醫療轉介，讓護理人員有更多元的抒發管道，以避免臨床工作人員與直屬長官因雙重關係而有礙於經驗的開放度，影響悲傷歷程之調適。

肆、 未來研究方向上之建議

本研究將針對本研究之研究結論及研究過程之限制，歸納出以下未來研究方向之建議：

1. 本研究主要為探究臨床上具有高傳染性、高風險之護理人員的處境現象，並將之命名為『瀕臨邊界處境』。雖然無法類推到其它處境，但是，可以提供護理工作以外任何從事危險工作職業，如礦工、高空洗窗工等，一些具有風險職業處境探究的基石。

2. 本研究期待未來能夠將此研究所未涉，但卻相關的部份，如傳染病患者住在隔離病房的知覺感受及自覺被關懷的照護經驗開展，因為目前只有一篇以現象學研究染煞護理人員的住院經驗。但是，尚未有研究一般肺結核在隔離處境下的知覺感受，以及雖然愛滋病無須隔離，也欠缺愛滋病患住院對醫療環境的知

覺感受，期待護理人員對傳染病的照護經驗及傳染症患者之知覺經驗相互對話，更能還原出整個感染科病房的情境。

3. 本研究者對感染科病房護理人員在此處境下之因應做初步的研究，但是，因應的底蘊是否蘊含著更深一層存在信念之議題，為本研究者尚未探討之部份，故此議題亦為日後尚可深入探究之部份。

第三節 研究反思

本研究將就研究方法上以及個人經驗層面上對研究過程進行反思如下：

壹、 研究方法上

本研究者發現有下列幾點值得進一步省思改進。雖然本研究者觀察三班之護理人員，但是，礙於研究倫理，需有護理人員陪同下才能接觸病患。所以，場域皆以病室外居多，缺乏在病室與患者相處的時間。再者，基於關係的建立難易、深淺不一。本研究基於研究倫理，非自願進入感染科病房有三人，而願意接受訪談者只有一人。所以，來自非自願的經驗文本資料上有不足之處。而且，參與觀察時間有限，無法每日且連續性的觀察，在資料的深度，如護病關係的深描部分，以及身體在空間中的知覺資料不足；廣度方面，缺乏病患的文本描述。

由於詮釋現象學無固定的文本分析步驟，故在資料分析方面，須依靠田野觀察記錄及體驗相容於訪談文本之中，不斷的穿梭於「整體」及「部分」，並且透過觀察，及反覆閱讀文本後，不斷的改寫現象脈絡與結構主軸。但是，經驗是要靠不斷的詮釋，由於時間的限制及個人生命經驗的學養內涵，對於文本的分析尚有激盪與挑戰的空間。

貳、 個人經驗層面上的反思

護理關懷，經常在「做」的層面上被討論，病患的位置經常被移到「授」的角度去批判「做」的程度。護理人員如何「做」才能更好？患者「授」時的感受被納入「做」後的評值。於是，施與授之間有了絕對的位置，但是，照護經驗是雙向的流動，護病之間的關係是平等的，是沒有強弱、優劣之別。若把患者視為弱勢族群，我們將會陷入不斷的給，永無止盡的掏空自己；若患者視自己為弱者，則會不停的要，宛如填不滿的黑洞。但是，我們絕對沒有辦法完全站在對方的角度去思索如何做才是最好的？有許多事物，我們給不了，例如：回天乏術的生命，或者無法替代對方的苦痛。殊不知，看見他們的苦痛，我們痛與不捨，在靈性上與她們產生了共振。此時，溫暖的手、一雙我懂您苦痛的雙眼，傳遞了無限的關愛，更勝那外在的行為與物資，不要小看自己的那份心，那剎那微不足道的眼神，這就是「療癒」！療癒穿透了護病的界線，同時滋養了雙方，在那裡，沒有施與授、強與弱。在彼此短暫交會的生命中，我們經常藉由看到別人的苦，流自己的淚，而對方也因為我們的關愛得到了滋養，對研究者而言，這就是 Caring，它穿透了護病關係，如果彼此在其中觸動與反思，Caring 更深層的意涵，就是「療癒」，而療癒了誰？只要在這個場域中，任何人與之彼此靈性共振時，就已開展了。

護理技術熟能生巧，而生命的厚度卻在反思中堆砌，患者生命中的結，身體上的病痛我們能協助他們解開、舒緩。但是，在這裡的同時，患者對生命的態度與韌性，卻療癒了護理人員內心最深處的創傷。所以，生命教育專家到底是誰？其實，就是每天與我們朝夕相處的病患啊！

參考資料

中文部分

- 丁至音、涂醒哲（2004）。傳染病照護的選擇性歧視-醫師及牙醫師的愛滋病專業倫理觀與照護意願。 *台灣衛誌*，23（1），45-58。
- 于博芮、羅美芳、胡文郁、陳月枝、蘇玲華（1997）。某醫院感染科護理人員對愛滋病認知之初探。 *慈濟醫學*，9（2），131-137。
- 行政院衛生署疾病管制局（2010）。傳染病統計資料查詢系統。線上檢索日期 201 年 9 月 11 日。網址：<http://nidss.cdc.gov.tw/>
- 李引玉、劉向援（1994）。護理專業的成長-從生手到臨床專家。 *護理雜誌*，41（2），72-76。
- 李永展、何紀芳（1996）。台北地方生活圈都是服務設施之鄰避效果。 *都市與計畫*，32，2-10。
- 李和惠、黃玉琪、吳碧雲、林貴滿、林靜琪、杜玲、陳秀勤、蔡麗絲、羅夢伶、陳夏蓮、葉明珍、黃鈺雯、林麗秋、林素蓉、方妙君、蔡秀敏、陳麗華、陳敏麗、林笑、吳翠娥、陳學凌、陳雪、羅筱芬（2004）。當代內外科護理。台北：華杏。
- 李德財（2008）。海德格《存有與時間》與生命教育之哲學基礎課程初探。 *止善*，4，145-173。
- 李璧伊、黃建元、王建楠（2008）。南部某醫學中心尖銳物品扎傷發生率及其相關因素之探討。 *中華職業醫學雜誌*，15（1），43-53。
- 李選（2009）。關懷與溝通。台北市：華杏。
- 車文博（2003）。人本主義心理學。杭州：浙江教育出版社。
- 沉清松（1997）。復全之道-意義、溝通與生命實踐。 *哲學與文化*，24（8），725-737。
- 呂繼增（2001）。論危險津貼。 *工業安全衛生月刊*，8-9。
- 余德慧（2003）。生死學十四講。台北：心靈工坊。
- 余德慧（2003）。臨終心理與陪伴研究。台北：心靈工坊。

- 余德慧 (2001)。詮釋現象心理學。台北:心靈工坊。
- 余德慧 (2006)。台灣巫宗教的心靈療遇。台北:心靈工坊。
- 吳慧敏 (2001)。死亡焦慮初探。《生死學研究通訊》，4，9-7。
- 武金正 (2002)。宗教現象學-基礎性的探討。《哲學與文化》，29 (6)，481-500。
- 邱飄逸、郭素娥 (2001)。愛滋病患診斷期之心理歷程及因應行爲。《長庚護理》，12 (3)，198-199。
- 邱飄逸、孫惠玲 (2004)。愛滋對愛滋病患/HIV 感染者「性」性的衝擊與護理。《馬偕學報》，4，1-55。
- 周傳姜、陳彩鳳、鄧映君、周守民、王玉雪 (2004)。傳染病疫情期間臨床護生臨床實習之探討。《護理雜誌》，51 (4)，60-65。
- 周振英 (2002)。感染症學。台北:合記。
- 柯乃熒、潘純媚、馮明珠、張瑞玲、馬先芝、劉長安 (2002)。以焦點團體探討台灣南部護理人員照顧愛滋病患者的經驗。《護理雜誌》，49 (3)，37-43。
- 胡文郁 (2003)。成人內外科護理，台北:偉華。
- 林鴻儒、陳俊傑、陳宣志、郭周彩濃、曹世民、李孟智、顏啓華 (2003)。台灣一醫學中心之針扎分析。《中山醫學雜誌》，14 (4)，505-511。
- 洪健清、張上淳 (2006)。愛滋病學。台北市:健康文化。
- 徐森杰、蔡春美、吳就君 (2003)。愛滋病感染者的心理劇。《中華團體心理治療》，9 (2)，13-23。
- 高淑清 (2001)。在美華人留學生太太的生活世界。《本土心理學研究》，16，225-258。
- 高淑清 (2008)。質性研究的 18 堂課。高雄市:麗文文化。
- 莫影慰 (2003)。兩個世界的交接-臨終病與照顧者的關係移動。未出版之碩士論文，國立東華大學族群關係與文化研究所，花蓮。
- 郭錦暖、李碧娥、李秀現 (2005)。急診護理人員於 SARS 期間的工作壓力與因應行爲。《長庚護理》，16 (2)，139-515。
- 陳俊輝 (1994)。海德格論存有與死亡。台北市:台灣學生書局。

- 陳杏佳 (2001)。詮釋學理論與運用。《護理雜誌》，48 (1)，89-94。
- 陳玉黛、林佩芬 (2004)。影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討。《慈濟護理護理雜誌》，3 (4)，49-59。
- 陳淑齡、黃玉萍、蔡淑芳、陳俊一 (2005)。以焦點團體探討疑似 SARS 病嬰護理人員的經驗與因應行爲。《長庚護理》，13 (3)，275-287。
- 陳榮華 (2006)。海德格存有與時間闡釋。國立台灣大學出版中心。
- 陳榮華 (2008)。海德格《時間與存有》的本真 (Authentic) 與非本真存在 (Inauthentic Existence)。《哲學與文化》，35 (1)，57-69。
- 陳瑞娥、吳讚美 (2008)。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。《安寧療護雜誌》，13 (2)，15-27。
- 畢恆達 (1996)。詮釋學與質性研究。台北市: 巨流。
- 畢恆達 (2007)。空間就是權力。台北縣: 心靈工坊。
- 郭錦暖、李碧娥、李秀現 (2005)。急診護理人員於 SARS 期間的工作壓力與因應行爲。《長庚護理》，16 (2)，139-515。
- 張春興 (1991)。現代心理學。台北: 正大。
- 黃子庭、簡瓊惠 (1995)。台北市某醫學中心傳染科病房護理人員對 HIV 感染關之知識、態度、採取保護措施行爲與其相關因素之探討。《護理研究》，3 (1)，27-40。
- 黃經 (1997)。實用內外科護理(下)。台北: 華杏。
- 黃怡璋 (2000)。建築空間本質的探討—從梅洛龐蒂的身體現象學出發。未出版之碩士論文。台中: 東海大學。
- 黃光國 (2001)。社會科學的理路。台北: 心理出版社。
- 黃瑞珍、黃珊、林麗滿、孫愛德 (2001) 手術室護理人員工作壓力情形及其相關因素之探討。《長庚護理》，12 (1)，1-11。
- 黃惠惠 (2002)。情緒與壓力管理。台北: 張老師文化。
- 黃月嬌、張瑛瑛、丁秀子、莊寶玉、陳美玉 (2003)。由醫院臨床的觀點談 SARS

- 的防治-以某醫學中心為例，*護理雜誌*，50(3)，11-17。
- 湯美霞(2001)。醫療關懷。台北：啓應文化事業有限公司。
- 鈕則誠、趙可式、胡文郁(2001)。空中大學教科書:生死教育。台北：國立空中大學。
- 游秋生(2002)。探討台北市肺結核個案社會支持及自我效能對遵從服藥治療之影響。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 游惠瑜(2009)。關懷取向的專業倫理教育。*哲學與文化*，36(3)，103-115。
- 葉海煙(2006)。護理關懷的哲學反思及其意義向度。*護理雜誌*，53(3)，27-32。
- 彭逸祺、蔡哲宏、林靜蘭(2004)。急診病患接受 SARS 防疫隔離看診的心理衝擊與照護滿意度。*J Taiwan Emerg Med*，6(3)，313-342。
- 曾慧頻、陳雪妹、董叢音、陳登翠(2007)。愛滋病房護理士工作壓力和應對方式的調查與分析。*右江民族醫學院學報*，29(5)，810-811。
- 馮明珠、陳惇杰、林秋菊、施鐘卿、柯乃熒(2009)。護理人員照顧愛滋藥癮病患的經驗。*護理雜誌*，56(4)，28-36。
- 楊韶剛(1999)。尋找存在的真諦。武漢：湖北教育出版社。
- 楊智偉、陳泰瑞、彭文瑋、曾定強、張雅雯(2005)。常見污名化之影響。*台灣醫學*，9(6)，814-818。
- 夢家如、J. J. Meng(1999)。照顧一位孤寂之愛滋病個案的護理經驗。*護理雜誌*，46(4)。
- 穆佩芬(1996)。現象學研究法。*護理研究*，4(2)，195-202。
- 張秋麗、鄒海月、任新菊(1999)。護理人員之愛滋病患照護知識、態度及行爲趨向之探討。*護理研究*，7(2)，104-118。
- 張利中、林志龍、洪栩詳(2000)。醫學系學生與護理系學生自我概念落差與死亡焦慮之關係。*醫學教育*，5(1)，40-51。
- 張雍敏、劉美玲、胡雅容、邱展賢、楊世仰、張尚淳(2008)。台灣健康照護工作人員罹患肺結核之流行病學調查研究。*感染控制雜誌*，18(2)，69-80。

- 衛生署疾病管制局（2009）。醫院感染控制實務核心課程（施秀）。線上檢索日期：2010年10月30日。網址：<http://www.tjcha.org.tw/Public/HotNew/6.群聚感染處理.pdf>
- 蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲（2003）。專業建構照顧情境中的專業自我-自身與他者。*本土心理學研究*，19，201-226。
- 蔣欣欣（2008）。情緒與護病關係。*護理雜誌*，55（1），20-23。
- 蔡秀玲、楊智馨（1999）。情緒管理。台北：揚智文化。
- 蔡麗雲、李英芬（2003）。安寧緩和護理人員的壓力源、壓力反應與調適策略之探討。*安寧療護雜誌*，8（2），147-154。
- 蔡昌雄（2004）。田野經驗與詮釋現象學。南華大學第三屆「社會科學研究法：質性研究及其超越研習會」會議手冊。嘉義：南華大學。
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野經驗的詮釋現象學研究運用。南華大學第四屆「社會科學研究法：質性研究方法與議題創新研討會」會議手冊。嘉義：南華大學。
- 黎士鳴、翁嘉英（2004）。照顧者知覺患者疾病特性對其社會距離與照顧行為的影響。*中華心理衛生學刊*，17（3），57-74。
- 盧美秀（1989）。護理人員理想特性的探討。*中華民國助產學會雜誌*，39-59。
- 盧美秀、林秋芬（1992）重要護理行為的探討：*比較護士與病患的看法*。*護理雜誌*，39（3），107-118。
- 盧美秀（2005）。醫護倫理。台北：五南。
- 劉淑娟、盧美秀、鄭綺（2004）。好的護理對護理人員的意義。*新台北護理期刊*，6（1），1-10。
- 賴玫娟（2003）。感染管制實務。台北縣：藝軒。
- 賴雅惠、徐惠禎（2005）。照顧一位肺結核患者呼吸道隔離之護理經驗。*慈濟護理雜誌*，4（4），88-96。
- 賴瑞芳（2008）。性別角色影響女性生涯抉擇之因素探討以生涯困擾個案為例。*諮商輔導*，272，38-41。

- 劉雅慧、劉偉文（2009）。護理人員情緒勞務、工作壓力與因應行為之相關性研究。《醫護科技期刊》，11（2），98-115。
- 蕭淑貞、賴倩瑜、楊麗瑟（1997）。愛滋病房護理人員壓力之調適。《台灣醫學》，1（3），373-378。
- 簡淑慧（1998）。癌症病患死亡對護理人員之衝擊及護理人員之因應策略。《長庚護理》，10（2），36-41。
- 瞿海源、王振寰（2003）。社會學與台灣社會。台北:巨流。
- 顏素卿（2004）。專業照顧者的悲傷剝奪經驗初探—以加護病房護理人員為例。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 羅筱芬、邱豔芬、李茹萍（1999）。胸腔科護理人員對肺結核病患的照顧意願及其影響因素之探討。《慈濟醫學》，11（1），61-68。
- 藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美（2007）。非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討。《安寧療護雜誌》，12（2），156-171。
- 蘇逸玲、盛文騫、邱蘭芳、藍馬維琴（1992）。某教學醫院護理人員對愛滋病的知識與態度探討。《榮總護理》，9（4），429-440。
- 竇秀花、許佩蓉、李世代（2005）。從護理之家談護理員角色與工作壓力。《長期照護雜誌》，9（2），144-151。
- 鐘鳳嬌、周鳳珍（2007）。新進護理人員照顧肺結核病患知壓力與調適。《美和技術學院學報》，26（1），55-72。
- 蘭采風（2000）。壓力與適應。台北：幼獅。
- 顧豔秋（2001）。護理人員的死亡態度。《安寧療護雜誌》，6（2），32-39。
- 顧淑芳、蔣欣欣、劉盈君、楊美紅（2002）。照顧愛滋病患護理人員工作壓力與因應行為之初探。《中華職業醫學雜誌》，9（1），11-20。
- 龔卓軍（2006）。台灣現象學。台北市：梅洛龐帝讀書會。
- 龔卓軍（2006）。身體部屬-梅洛龐帝與現象學之後。台北市：心靈工坊文化。

翻譯書

- 李鳴譯 (2005)。團體心理治療：理論與實踐。北京：中國輕工業出版社。(歐文·雅洛姆)
- 易之新譯(2002)。疾病的希望。台北：心靈工坊文化。(Thorwald Dethlefsen & Rudiber Dahlke)
- 成顯聰、王作虹譯 (1990)。存在的勇氣。台北：遠流。(Paul Tillich)
- 朱侃如譯 (2004)。焦慮的意義。台北：立緒文化。(Rollo May)
- 吳佳綺譯 (2009)。超越身體的療癒。台北：心靈工坊文化。(Larry Dossey M. D.)
- 易之新譯 (2003)。存在心理分析。台北：張老師中心。(Irvin D. Yalom)
- 胡月娟等人譯 (1997)。現代內外科護理學。台北市：華杏。(Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L., Mishler, M. A)
- 倪良康譯 (2009)。內時間意識現象學。北京：商務印書館。(胡塞爾)
- 陳家映、王慶節譯 (2002)。存在與時間。台北：桂冠圖書。(Heidegger, M)
- 劉北成、陽遠嬰譯 (1992)。規訓與懲罰。台北：桂冠。(Michel Foucault)
- 劉震鐘、鄧博仁譯 (1996)。死亡心理學。台北市：五南。(Robert Kastenbaum)
- 劉小菁譯 (2001)。助人工作者自助手冊—活力充沛的秘訣。台北：張老師文化。(Thomas Skovholt)
- 鐘玉娟、李智峰、張莉琴 (譯) (2003)。護理質性研究促進人道主義的權威。台北：五南。(Helen J. Streubert & Dona R. Carpenter)

英文部份

- Anoosheh, M., Zarkhah, S., Faghihzadeh, S., & Vaismoradi, M. (2009). Nurse-patient communication barriers in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 56(2), 243-249.
- Baines, L. (1998). Good nursing means true partnerships. *Nursing Standard*, 12(31), 10, 22-28.
- Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 24-32.

- Cappabianca, A., Julliard, K., Raso, R. & Ruggiero, J. (2009). Strengthening the nurse - patient relationship: "what is the most important thing I can do for you today?". *Creative Nursing, 15*(3), 151-156.
- Chao, L., Gow, J., Akintola, G., & Pauly, M. (2010). HIV/AIDS stigma attitudes among educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of School Health, 80*(11), 561-569.
- Dawes, B. G. (1999). Perspectives on priorities, time management, and patient care. *AORN Journal, 70*(3), 374-377.
- Fife, B. L. & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of person with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 50-76.
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 122-129.
- Ivancevich, J. M. et al. (1980). Occupational Stress, Type A Behavior, and Physical Well Being. *Academy of Management Journal, 25*(2), 373-391.
- kemppainen, J. K., Dubbert, P. M., & Mcwillian, P. (1996). Effects of group discussion and guided patient care experience on nurse' s attitudes towards care of patients with AIDS. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 296-302.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Miller, J. F. (1983). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Madison, G. B. (1988). *The hermeneutics of postmodernity*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Meisenhelder, J. B., & LaCharite, C.L. (1989). Fear of contagion: A stress response to acquired immunodeficiency syndrome. *Advances in Nursing Science, 11*(2), 29-38.

- Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 455-468.
- Mullins, I. L. (1996). Nurse caring behavior for persons with acquired immunodeficiency virus. *Applied Nursing Research, 9*(1), 18-23.
- Neimeyer, R. A. & Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In R. A. Neimeyer & H. Wass (Eds.). *Dying : Facing the Facts*.(3rd ed.)(chap.3). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A. (1997). Death anxiety research : The state of the art. *Omega, 37*(2), 97-120.
- Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing, 28*(4), 700-706.
- Rchaidia, L., Casterle, B., Blaeser, L., & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. *Nursing Ethics, 16* (5), 528-542.
- Smith, S. M. (1993). Applying research to practice on a nursing. *Pediatric Nursing. 19*(5), 511-514.
- Shao-ru, Z., Hong, Y., Xiao-hong, L., Jian-ping, P., Wan-xia, Y., Hua, Z., & Sha-sha, L. (2010). The personal experiences of HIV/AIDS patients in rural areas of western China. *AIDS Patient Care & STDs , 24*(7), 447-453.

【附錄一】訪談大綱

一、 感染科護理人員的壓力及其調適為何？

1. 是什麼原因讓您投入護理工作？
2. 您進感染科病房多久了？之前有沒有其他單位的工作經驗？
3. 是什麼想法讓您投入感染科病房的工作？
4. 您對感染科病房的印象是什麼？
5. 您第一天踏進這個單位的印象是？
6. 您進來這單位時，您的家人或其他朋友的想法是？
7. 您覺得照顧感染病患和其他病患有何不同？
8. 感染病患者個別感染途徑是否對您產生壓力？
9. 您在照顧上最常見的困境是什麼？
10. 當遇到困境時您會怎麼辦？

二、 感染科護理人員與病患之互動關係為何？

1. 您照顧感染病患經驗中，令您印象最深的是什麼？
2. 當這事件發生後，對您護理工作有什麼樣的影響？
3. 您每次您穿戴隔離衣物與病患接觸時，您的感覺是…？

三、 感染科護理人員照護病患者之階段性歷程為何？

1. 在照護歷程中，如果把它分成數個階段，您覺得您會經歷幾個階段？
2. 每個階段您的照護重點是什麼？與病患的互動有哪些不同的階段性差異？
3. 在照護過程如果有收穫，您的收穫或成長是什麼？

四、 感染科護理人員之死亡恐懼為何？

1. 您有跟病患談論死亡的經驗嗎？那是什麼？
2. 當您看著病患病情逐漸走下坡時，您對病患死亡的感受及想法是？
3. 病患的死亡會讓您想到自己的死亡嗎？您覺得死亡像什麼？
4. 您萬一被感染的話，您會怎樣…？是什麼原因讓您有這樣的想法？

【附錄二】訪談同意書

計畫執行單位：南華大學生死所

敬啟者：

為增進醫學新知及提高醫療技術，進而服務社會，邀請您同意接受（法定代理人同意）為本試驗計畫之主要受試對象，這是一項問卷訪問研究，只有同意參加者才需要接受訪問，請花一點時間看完下列說明再決定是否參加。若您對本試驗進行的方法及步驟仍有疑問，我們願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。

研究的描述：

本研究為探討「隔離病房護理人員照護病患之歷程研究」，希望藉由此研究讓感染科護理人員了解自身處境及調適歷程，提供日後護理人員照護感染病患者之經驗及參考及增加臨床反思。此研究對您進行半結構式深度訪談，訪談的次數依資料收集情況而決定，原則上約 2-3 次，每次約 1-2 小時，訪談內容將可能涉及個人隱私、照護經驗及過去不愉快之經驗，若訪談對您造成任何心理及情緒困擾，務必與研究者聯繫，本研究者將會提供適當之諮商輔導資源。在訪談過程中可對訪談問題提問或拒絕回答，過程中若您感受到任何不適時，隨時可以中斷受訪或退出此研究，本研究絕對尊重及保障受訪者的權利，並將之前之訪談資料全數銷毀。

問卷說明：

為能確實紀錄您的訪談內容，在徵求您的同意後，將會全程錄音、作筆記。訪談過程中，您有權決定是否回答我的問題，以及所欲回答之深度。此外，若引發情緒，您可以隨時終止訪談活動，或視個人狀況退出此研究。錄音帶會轉為逐字稿，且逐字稿內容會再與您確定無誤之後進行分析，所有內容將遵守保密原則。至於研究成果的呈現，會把一切可能辨認出身分及醫院名稱的資料加以隱匿，務必做到保護您的目的。並且我會秉持研究倫理，而此研究結果僅供此學術用途，不做其他非學術的用途。錄音及逐字稿僅供主持人和研究相關人員，或接受審查委員的審查，且除本研究者之外，其他研究相關人員將不會知道研究參與者及逐

字搞文本的真實姓名，以保護您的個人隱私。如有任何問題，您隨時(24 小時)都可以與我們連絡

受試者之權益及保護：

- (一) 試驗所獲得資料之使用或發表，將對受試者之隱私（例如：姓名、醫院名稱、得以辨識受試者身分之照片等資料）絕對保密，資料一律匿名方式處理。
- (二) 您提供的原始資料，僅限在計劃主持人資料庫中保管使用，不會連結到其他單位或提供醫院參考。您的文本僅供學術使用，若此研究之相關人員，應學術及研究方向指導之需要要參閱文本時，此文本在轉成文字檔時就會以匿名方式呈現，除本研究者之外，不會有其他研究人員知道您的資本資料。之後如果別的單位或與社會大眾福祉有關的其它研究計劃需要使用您的資料，我們會再次徵詢您的同意，否則我們絕不會提供給他們。您的個人資料及隱私，會依我國相關法令獲得保障。
- (三) 您參加這項研究完全是出自願，您有充裕的時間來決定是否願意參加。任何時候只要您不想繼續參加，都可自由決定退出，不必提供理由。退出本研究，不影響個人與院方的關係，除本研究者之外，其他研究人員不會知道退出此研究參與者的基本資料，若您在研究過程中涉及到情緒波動及傷害，在退出後仍會對您做持續的關懷、追蹤並提供適當地輔導管道，計劃主持人_____願意提供適當與必要之協助。
- (四) 本研究者在與您互動過程中知曉您的隱私，這些隱私不管是訪談文本、錄音資料及參與者之書信往來，有關任何一切之隱私資料，在研究結束後將立即銷毀。且本研究者會務必恪守倫理守則，對您的任何一切隱私，絕不洩漏。
- (五) 本研究者將配合您的時間、地點進行訪談。若訪談時間、地點有異動，請您以電話或MAIL事先告知即可。
- (六) 如果您同意參加本研究，任何時候您感到不愉快或有進一步的問題時，都可以打電話 _____ 24小時專線：
- (七) 若您對於參與本臨床試驗的相關權益有所疑問，您可與本院人體試驗

委員會之承辦人聯絡，聯絡電話：_____轉_____小姐， 傳真：
_____ E-mail：_____

受試者姓名： 性別： 年齡：

通訊地址： 電話：

醫療法第七十九條規定：受試者為無行為能力或限制行為能力人，應得其法定代理人之同意。(法定代理人資料及簽章：_____)

【附錄三】錄音訪談紀錄表

研究參與者代號：_____

訪談日期：_____年_____月_____日

訪談時間：_____分鐘（_____—_____）

訪談地點：_____

內容：

與研究參與者聯繫情形：

訪談過程中研究參與者的狀況（非語言之表現）：

研究者對現象覺醒及反思：

結構面推敲：

預於下次代答問題：

【附錄五】文本分析範例

文本分析編號：E

第二次訪談紀錄

【文本】

E2-0099R：那您開始會去觀察妳跟病患之間的互動式什麼時候開始？

E2-0100P：就是打從那天開始接受之後，大概比較久一點點，大概一年。

E2-0105R：那您一年之後觀察到病患的反應，對病患的互動印象最深是？

E2-0106P：印象最深是有時候像..像 HIV 病患好了，因為我對病患比較有印象。

就是有時候妳去量血壓，他們會去在意妳就是說妳有沒有戴手套這件事，那其實

我有時候或覺得說，我只是量 vital sign 而已，沒什麼體液上的接觸就會不戴

手套就去幫他量，他就會說：「XX 妳知道全部的大夜班只有妳沒有戴手套來幫

我量血壓」。我說：「真的喔！這樣比較好」。他說：「妳有戴手套跟沒戴手套

我就知道妳有沒有在怕我」。然後，還有一次是我要幫他換湯，就是點滴要換，

那會碰到一點點，那我忘記戴手套了，他說：「ㄟ…妳沒戴ㄟ！妳要戴喔」。

那我就發現說他其實對手套這件事情其實他很也…很細微喔！有時候平時其實是一

個偷懶，或是說懶的脫掉因為從第一床這樣戴，被訓練到摸病患就是要戴手

套。也許是被訓練到這樣子一定要戴，或是說，我那一天就是很偷懶我不想戴啊。

E2-0107R：那個時候病患這樣跟妳說妳的感覺是…

E2-0108P：其實有的時候他們其實很想保護妳的，但是妳也不要過度的保護妳自

己而讓他們有那種被拒絕的那種不好感受。所以，我這段用台語就是「別人攏驚

我」那種感受會不好。

E2-0109R：所以，您要走到這一步的時候妳要先經過前面妳才可以，瞭解然後接

受，然後當妳能夠掌控全場之後妳才可以去體驗感受，這是妳一路走來的歷程？

E2-0110P：對！對！到現在就比較能去看他們心裡頭的感受，那是要花一點時間

啦！且要願意啦，妳沒有打開，就是妳都一直注意在妳自己的話會看不到他們。

E2-0111R：那您覺得說能夠看得到他們最重要得就是要打開妳的心嘛！那如何才

能快速的打開自己的心？

E2-0112P：快速的打開自己的心喔…

E2-0113R：還是要經過這一段？

E2-0114P：我不知道別人怎樣子，我是一定要這樣子走過來。就是也許別人可以，我不清楚。

E2-0115R：那妳就妳目前對單位的了解，有沒有護理人員還在了解或者是..

E2-0116P：為了工作而工作…

E2-0117R：對…

E2-0118P：還是有啊…

E2-0119R：那他們能接受嗎？妳覺得呢？

E2-0120P：有可以接…還是有人不能接受，他單純只是為了工作。

E2-0121R：那他們不能接受的話他們對病患的關係…？

E2-0122P：互動其實比較不會那麼密切，就是妳會很明顯看到說有些小姐就是特別有餅乾可以吃，有些人就特別有吃不完的糖果。

E2-0123R：那妳一定是那個吃不完糖果的人。

E2-0179R：那妳們額外的時間會跟病患聊天之類？

E2-0180P：看妳的時間，看護理人員，我如果覺得他很可愛對啊！就會跟他多聊一下，或者是很可憐。

E2-0181R：嗯…

E2-0182P：啊..如果很討厭的就不會了。其實有些病患也要能夠跟妳談啦，如果他不願意妳也沒也…可是有些他做完他就要回去休息了，這就是相反。

【意義單元】

在接受後逐漸的能看到病患，書渝覺得印象最深的是從偶然沒戴手套時病患對她說：「妳有戴手套跟沒戴手套我就知道妳有沒有在怕我（E2-0106P）」。原來她的養成教育是要帶手套沒錯，但是戴手套的時機對不對對病患來說這麼重要。如果只是量 vital sign 沒有接觸的體液是不需要戴的，但是，是換點滴會碰到

一點點，那她「忘記」戴手套了，病患會提醒她：「…ㄟ…妳沒戴ㄟ！妳要戴喔…（E2-0106P）」。其實病患比自己更在意傳染給別人這回事，所以，書渝說：「其實有的時候他們其實很想保護妳的，但是妳也不要過度的保護妳自己而讓他們有那種被拒絕的那種不好感受。所以，我這段用台語就是「別人攏驚我」那種感受會不好（E2-0108P）」。但是走到這一步必須經過前面的了解、接受、然後才能掌控全場去看到病患這微細的心思，書渝表示：如果沒有接受「互動其實比較不會那麼密切，就是妳會很明顯看到說有些小姐就是特別有餅乾可以吃，有些人就特別有吃不完的糖果。妳沒有打開，就是妳都一直注意在妳自己的話會看不到他們（E2-0122P）」。

【現象脈絡】

書渝在初期沉浸在戒慎恐懼當中，而且整個空間被切割，在空間護理人員跟病患是疏遠的，在心理還沒有準備好接受，護理活動大部分都採集中性護理，趕快做完趕快走，書渝也沒有去看到病患。融入這個空間，接受自己在怎樣都不會感染的意義之後，對於最基本的防護不會那麼堅持了，因為她知道什麼時候自己是危險的。當卸下防護後偶然的機會中發現病患纖細的心思，更加能體會戴手套的時機對病患而言是象徵接納。其實病患都知道傳染途徑，但是高規格的防護並沒有錯，但是無形中阻隔了病患的與護理人員之間的護病關係，最重要得是防護的彈性與適度，這並不容易，因為每個人對危險處境的閾值不同。

【結構主軸】

表象性和語言性的意義建構

所謂的「社會距離」在概念上所指稱的是個體與他人遠離的程度，社會距離可區分成空間、心理與團體(引自黎士鳴、翁嘉英，2004)。從疾病特性中可以發現，感染性的疾病會拉大照顧者與病患之間的關係(Fife, 2000)。在感染科空房，被切割的空間，顯示出這個空間中具有高度的社會距離，而護理人員穿著防護措施，從書渝轉述病患的話「妳有戴手套跟沒戴手套我就知道妳有沒有在怕我」。以及這是一種「別人攏驚我」的感受，表示防護措施造成病患與護理人員心理上

的社會距離高。雖然只有薄薄的 0.05 公分，但是心理距離卻是天邊之遙。

梅洛龐帝 (M. Merleau-Ponty) 所提倡的己身 (corps propre)，換而言之就是每個人自己的身體，或所謂的肉身 (chair) 正是人的慾望的存在模態。慾望是存在於身體之中，並且透過身體的運動獲致表達。拉岡(J. Lacan)說：「無意識的結構猶如語言」，我的身體做為慾望實現的場域而言，透過姿態、聲音等各種形式表達，使人身體的運動所展現的慾望的意義企劃，變成為可理解的；慾望作為無人無意識的動力，都傾向於透過表象來自我表白，藉以建構意義 (沉清松，1997)。

書渝說：「…一次是我要幫他換湯，就是點滴要換，那會碰到一點點，那我『忘記』戴手套了… (E2-0106P)」。而且還是病患提醒她要戴，或者是說懶，懶的脫掉或懶得再戴。這種「忘記」或「懶」，以及之前提到的戴外科口罩 TB 病房，跟戒慎恐懼期的處處謹慎防護下，具有不同的意義，也從這些微細的舉動呈現出來。如果說我們的身體展現了我們的慾望，那慾望便是求生，求安的慾望，在初期的時候透過外加的防護設備從透過身體來表達。但是，我「忘記」或「懶」並不是說原始求生、求安的慾望不存在了，而是它往更高層及發展，就是「接受」，接受自己是安全的處境，不再是了解跟說服。這種「忘記」，不是意識層面的刻意，而是無意識的狀態，這樣的無意義所展現的肢體語言，就是「接受」-接受自己是安全的處境、「接納」-接納病患是這個環境的一部分，也是融入期中最重要的意義「融入病患」。「忘記」展現出接受與接納，透過身體沒有戴手套展現出來。這種無意識的白表，在書渝身上是接納病患的意義；在患者身上，是一種被接納的象徵，她們在彼此的世界中分別建構出相當的意義。蔣欣欣等人 (2003) 在專業建構照顧情境中的專業自我-自身與他者的研究中指出，護理人員專業自我分為四種樣態：保存自己、以己度人、由人關己、超越自身。而書渝目前處於由人關己，他能夠藉由第二期融入病患之後，反而從中，觀看自己、與病患的關係。因為，患者的回饋讓她從潛意識不被自己覺察的狀態帶到意識層面來反思，這對書渝而言，是非常重要的邁入下一期的轉捩點。

文本分析編號：H

第一次訪談紀錄

【文本】

H1-0957R：那風險是？

H1-0958P：風險就是，像針扎啊，還是...也不一定是針扎。疥瘡啊！

H1-0959R：妳有這個經驗嗎？

H1-0960P：我是沒有被傳染，可是妳會覺得疥瘡其實，也是妳要做好就是...妳也會擔心妳會被傳染，因為誰知道他會不會跳到...對啊！他會不會跳到妳的頭髮。雖然都有穿隔離衣...

H1-0961R：發癢？

H1-0962P：對！每是妳照顧疥瘡會戴手套，可是妳回去就會...妳回去就會癢癢得這樣子。對啊！有的時候妳認真想會覺得妳在嚇自己。可是妳有的時候就是會有那些擔心啊。

H1-0963R：那妳這個擔心妳要怎麼辦呢？

H1-0964P：可是擔心 ...妳忙的時候妳又忘記了啊，對啊。當然不可能一直持續都在擔心，可能就是忙的時候妳就忘記了。

H1-0965R：如果妳一直擔心就沒有辦法從事這個工作？

H1-0966P：對！

H1-0967R：所以，就想說妳有戴口罩，手套，以及我不會那麼衰？

H1-0968P：我是不會想說我不會那麼衰。我是覺得如果到時候真的有那種真的...就這樣啊。就看要怎麼辦啊，等有的時候再說好了。

【意義單元】

亭羽覺得在這裡的風險是針扎，還有疥瘡，雖然有隔離衣，但是不知道會不會跳到自己身上，可是有的時候又會擔心，對於這樣的意外她說：「我是不會想說我不會那麼衰。我是覺得如果到時候真的有那種真的...就這樣啊。就看要怎麼辦啊，等有的時候再說好了（H1-0968P）」。

【現象脈絡】

亭羽也會害怕，但是她從來都不會覺得自己不會那麼衰，她只能一步步的走下去，直到發生事情為止，但是，這是沒有一個人希望遇到的。

【結構主軸】

懸置的深淵感表現在日常生活裡隱晦的危險感，例如：出門會不會出車禍、搭飛機會不會得到 TB，這些隱晦的危險感只能在某個時刻或處境暗暗地發生，但是在現實感裡又不能任其蔓延，而只能依賴眼前未來一步步走下去，直到沒事為止。這樣的危險感就是神學研究者海爾(R.M. Hare)的所謂的「薄立克」(blik)。在薄立克出沒的地帶佈滿了原初狀態的畏懼與欲求，但最重要的是薄立克總是處在一個隱約可以分辨的界限：往實事求是的現實走，它一再被否認，萬一真的發生，只能用無常來悲嘆，但也很快的被某除(余德慧，2006)。

面臨死亡時，保護裝置會出現三種現象：1.與己無關：雖然我們都知道會死亡，也確知我們總有一天會死亡，但卻覺得死亡與我們無關。2.不可能自己會死：死亡對我是最大的不確定，甚至認為是最不可能，很少人認真的把自己的死亡當作最真摯的可能性來對待，就像現在妳坐在這裡，妳再怎樣都不會覺得自己會死。3.對他人死亡的漠然：對他人的臨終無法共命共感，雖然妳說「親人死了我也會哭啊」，哭歸哭，擦乾眼淚，以後親人的死還是親人的死，不是我的死(余德慧，2003)。

亭羽的處境也感受到那份隱晦的不安，她跟其他護理人員不一樣，她所感受的危險感比一般人濃烈，尤其是當她說，她愈知道愛滋，就覺得愈可怕，她也表明了，自己暴露在危險的地方，是一個不能久留之地，只是因為經濟，所以她沒有預設離開的時間。這樣隱晦的危險感以一種若隱若現的方式展現，所以，亭羽的存有不容易去覺察她的焦慮，因為自己的處境是有可能危及自身的生命健康，但是，這份焦慮經常會以猶如面臨死亡時，個體出現的保護裝置來收攏內心的不安。亭羽說：「我是不會想說我不會那麼衰。我是覺得如果到時候真的有那種真的...就這樣啊。就看要怎麼辦啊，等有的時候再說好了(H1-0968P)」。這是一種

「與己無關的狀態」，但是，她並不會覺得自己不會，但是他也不會一直想著那個「萬一」，因為一直想太可怕了，只能往後推，一直往後推...等時候到了再說，它暫時與我無關，她是以一種不真誠的狀態回應遮蔽著它的存有。