

南 華 大 學

生死學研究所碩士論文

安寧護理人員靈性成長的研究

---以南部某教學醫院為例---



研 究 生：莊 乙 雄

指 導 教 授：蔡 昌 雄

中華民國九十二年六月十三日

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生 死 學 研 究 所

安寧護理人員靈性成長的研究

——以南部某教學醫院為例——

研究生：莊乙雄

經考試合格特此證明

口試委員：李燕蕙

蔡品雄

廖梅花

指導教授：蔡品雄

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國九十二年六月十三日

誌 謝

在一眨眼、一晃頭間，四年的時光已匆然而逝，回想南華時光，心中是有些感想。

首先，要感恩我的父母，因為在他們年過半百的歲月裡，非但沒有好好的享受過生活的閒樂，還得為了滿足我個人的生命夢想，不畏世俗的譏諷，持續地支持我的生活開銷而勞動辛苦，為此，對身為人子的我來說，內心真有無限的佩嘆與感激，除此之外，兩位弟弟在物質與金錢的支援，也讓我銘記在心。

再來，則是要感謝南華大學創辦人星雲大師的願行，讓我有這樣好的機緣受福於百萬人興學，能在南華清風綠林、鳥語花麗的環境中學習成長；並感謝指導教授蔡昌雄老師不辭辛勞的諄諄善誘，及所上所有師長的辛勤教授，讓我的生命視域拓展良多；而研究場域護理人員的熱情以及無私的支持，更讓我銘感於心；至於求學過程中的同儕善友，則為我的生命過程，增添了不少的歷練與光彩，在此一併言說感謝。

至於本研究論文的完成，實難讓人滿意，堪稱現醜，但這些全屬研究者個人的因素，更是身為研究者所要虛心檢討的。

莊乙雄 謹記

2003/7/4 于桃園亞源

摘 要

本論文旨在安寧護理人員靈性成長的研究，研究場域為南部某教學醫院安寧病房的八位臨床護理人員。

本研究文本的分析，是以西方學者 Ken Wilber 所提的「意識光譜」層級觀的概念為靈性成長的判準依據。在研究結果的呈現上，則是以「歷程」及「層級」兩種方式來鋪陳。「歷程」是指研究參與者在從事安寧療護時間軸上的不同階段，研究者將這些不同的階段概分為：啓程、啓蒙與逆旅三個階段；「層級」則是指研究參與者與意識層級間的關係，意識層級的分類是採 Wilber 的判準方式，分成四個層級，是為：陰影層級、自我層級、存在層級與心性層級等。

研究探討與結論，則是研究者對研究文本的探討與回應。對於這部分的提出，希望能對想從事相關瞭解或研究的人，提供一些研究的視域與建議。

關鍵詞：安寧療護、護理人員、靈性成長、意識光譜

目 次

第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究議題的設定	4
第三節 研究目的	6
第四節 名詞解釋	7
第二章 文獻探討	9
第一節 安寧療護相關文獻探討	9
一、時代的需要--安寧療護	9
二、多面向的互動與整合	12
第二節 靈性相關文獻探討	19
一、不識廬山真面目	19
二、靈性需求的面向	21
三、靈性歷程與層級	24
第三節 安寧護理人員與靈性相關探討	31
一、安寧護理人員臨床的重要性	31
二、靈性照護與安寧護理人員的關係	34
三、靈性成長與安寧護理人員的關係	35
第三章 研究方法	38
第一節 研究場域相關問題釐清	38
第二節 質性研究取向	42
第三節 研究歷程與分析	46
第四節 研究進路與價值	50

第四章 靈性歷程的開展	52
第一節 啓程	53
第二節 啓蒙	58
第三節 逆旅	78
第五章 靈性層級的躍升	88
第一節 對立與衝突---陰影的顯現	88
第二節 包容---自我的整合	94
第三節 存在---超越的自我	99
第四節 整全---一體意識	101
第五節 小結	102
第六章 討論與結論.....	104
參考文獻.....	112
附錄一.....	119

圖 次

圖 2-1：存有 (beings) 層次圖	27
圖 2-2：意識層級圖	28
圖 3-1：研究相關歷程圖	46
圖 3-2：研究相關流程圖	48
圖 3-3：文本資料分析流程	49

表 次

表 2-1：Kellehea 的靈性面向及其內容分析表	23
表 2-2：光譜觀／視域觀之比較表	28
表 2-3：安寧護理人員之面向與任務／功能表	33
表 3-1：受訪者之相關資料	41
表 4-1：階段／子題明細表	52

第一章 緒論

第一節 研究動機

「…不知怎麼開始，我孤子一身的出現在昏白的天際下，是夢？不錯！！是夢！我發現自己身陷迷宮當中…，在一個以我為中心並向四周無限延展的涯際下，和一般迷宮所不同的是，我發覺自己高出迷宮許多，這高度足夠讓我看清楚眼前迷宮的走勢，但卻見不著這無限延展迷宮的出口，對於這種茫然，我有著許多的孤寂與無助…」

-----幼年時的夢境

生為何來？死往何去？生命果真如此輕易？這是許多人對生命及意義的提問。釋慧開法師曾說過：「小孩子天生就是個哲學家，探問著生命的由來？這不是生理衛生的問題，而是個哲學性問題！」而我，從幼時的夢境開始，經過同學父親的車禍死亡、玩伴因山洪爆發被沖逝及自己的溺水事件等等，都會一次又一次的讓自己對生命的「由來」與「歸去」有著一股莫名的追問，甚至在夢境之後，幾次看著父親為了家計而騎著他的雄獅 125 出入家門，想像將來要扮演父親的角色，心中就有著暗暗的沈重與無趣，竟不知「天高地厚」的向母親大人說：「媽！我想要來死（台語）！」這時正為家事忙得不可開交的母親聽了之後，很生氣的劈頭就大聲回說：「要死去死啦（台語）！」在一陣當頭棒喝後，似乎讓我從想像中清醒了過來，所以也就「不去死啦！」

雖然沒去死，但深沈的夢境卻常繞我心，並不時督使我去追問著生命的種種。生命的出口在哪？什麼才是生命的終極意義？而我生命的出口與意義又在何處？隨著年紀的增長，我才發現，原來對生命提問的人不在少數！

思想可以產生信仰，也可以產生力量，因此，當我在疑惑他人生命活力（指精神方面）的來由時，往往發現自己思想的涵蘊是多麼的貧乏，以致於無法開發

出內在源泉活水。雖然曾在應用科學的專業領域裡，尚稱游刃有餘，但在思想氣質內蘊方面卻顯的相當不足，加上沒有發展出屬於自己一套對生命的詮釋系統，因此，形成對生命缺乏關注與意義，實屬難免。

自己的反省，加上不願自己只是個會動的機器，於是選擇了重入校園，期望為自己的生命，加添點不一樣的內涵。而這樣的期望，也在近四年的飄盪中，得到了正向的提升。

有人說：「談生論死，是件虛無飄渺的事」，但對讀生死學的人來說，事實並非全然如此。有人之所以會有這樣的疑惑，或許是因在對多數人來說，「死亡」是個禁忌的話題，過去如此，現在依然如是；且一般的談話，「談玄說虛」往往是最後的註腳。有了這一層面的注意後，在論文題目的選定上，我配合著個人的興趣，及讓這談生論死的議題，能夠落實在真實的生活當中，所以安寧療護之靈性面向的探討，就成了本研究的最後依歸處。

根據行政院衛生署（2002）公佈九十年國人十大死亡原因報告顯示，惡性腫瘤「仍舊」穩坐十大死亡原因的第一位，約佔死亡人口的 26%，並已連續蟬連十多年之久，若照目前的趨勢來看，未來「持續奪冠」的前景仍然是可預期的。這種情況並非唯獨我國如此，其他以開發、開發中的國家亦是如此。而「安寧療護」則是這股趨勢下的時代產物。

現代安寧療護為了讓人「走」的更有品質、更有尊嚴，桑德絲醫師（Dame Cicely Saunders）於一九六七年在英國的近郊發起了第一所的安寧院（許禮安，1998），並持續推展至世界各地。至於台灣，則於一九九〇在台北馬階醫院成立了全國第一家的安寧病房，全台發展至今，則將近有三十家醫療院所有安寧療護及相關服務。

在安寧療護裡，病患是被關懷的主體（趙可式，1999；楊克平等著，2000）。為了讓照護更加周全，安寧療護強調整體性的「四全」照護，「全人、全家、全隊、全程」的照護，除了病患本人的「整全」（Holistic）照護外，也讓和病患有關的人都能得到安慰、支持、陪伴與成長。

「靈性需求」是安寧療護裡的「重要議題」。雖然有人認為，「靈性需求」應該是針對「臨終者」而言（楊克平、尹祚芊，1999；楊克平，2000），但研究者卻覺得，若廣義的來說，不只是「臨終者」，其實只要是「活著的人」，都會有靈性方面的需求，所不同的是「需求者」所關注的面向不同罷了。

「靈性」這個議題，基本上屬於宗教、哲學性的析辯。但是不是一旦哲學的思辯有了共識後，「靈性」一詞的內涵就能因此拍板定案呢？答案想必是否定的！事情果真如此輕易的話，那今天也就用不著有這麼多的哲學家或思想家了（Revel & Ricard，1999）。

而目前「安寧療護」對「靈性」的探討，大多也只侷限在需求的面向，甚少談及「靈性」的本質、架構或「成長」等面向；且對病人靈性相關的研究，又較臨床護理人員來的多。

因此，研究者想藉著這個研究的機會，試著透過文獻的探討與實際的訪談收集，來看看安寧護理人員在她們實際從事安寧之後，其靈性面向的成長情況。此舉除了可以讓研究者更深入的體認靈性的內涵外，也可以提供往後相關研究、教育訓練的參考。

第二節 研究議題的設定

在一般的情境下，「靈性」給人的感覺，是既熟悉又遙遠，熟悉是因為它是我們彼此所共有的，而遙遠是因為我們對它的不了解。這種情形，對重視操作程序的護理工作來說，的確是一大挑戰，也意味了「靈性」在臨終場域所凸顯出的重要性及難以把握性。而以下則是說明為何我會選擇以「安寧護理人員」為研究的對象，及如何釐清「靈性成長」的研究取向。

一、選定安寧護理人員的原因

可分為下列兩個原因：

（一）讀書會的因素：

在一連串的誤打誤撞下，持續參與病房讀書會也將近兩年的時間了，雖然沒有多少實際從事病患照顧的經驗，但我卻能在場域氛圍的感染、讀書會成員的討論與分享中，感受到死亡議題的迫切性與嚴肅性。

人說：生命中有著無限的可能。可能中了頭彩！也有可能踩到了狗屎！但不管是怎樣的可能？總是還有著許多的不可能！然而，「死亡」這檔事，卻是每個生命體的「必然」。

如果缺少了這一連串的誤打誤撞，或許今天的我，依然會和大多數的人一樣，跟著環境與習俗的慣性走，不去碰也不去面對死亡，就能天真的以為與死亡無緣，而活在虛假不真實的幻象裡。所以，讀書會的參與，讓我有異於往常的生命經驗；而場域的生命故事，也提醒著我不要忘了死亡議題的重要性。

個人的生命是有限的，但他人的經驗與故事卻是無限的。而透過他人生命經驗的分享，來增加自己生命的寬度與廣度，一直是我的生命態度之一。加上現實研究情境的需要，並在這天時、地利、人和外加自己需要的多重利多下，選擇該場域為研究對象，實為最佳。

（二）場域的特殊性：

護理工作是一份對「人」服務的工作，除了一般的專業技巧外，更須多一分對「人性」的關懷，才是護理工作的意義所在。醫療的目的，是要讓「病人」恢復健康。但對於「安寧病房」的相關人員來說，所有的醫療專業在這裡幾乎是無法達到這個目的，而且病人的情況只會更糟，不會更好。因此，對於從事安寧療護的人來說，如何在醫療目的與現實情境兩極的落差下，接受衝擊與調適，想必是個需要學習的課題。

安寧療護重視「人」的存在，因此護理工作相對的重要。而且，在護理工作的領域裡，再也沒有像安寧療護中的護理人員一樣，有如此多面對死亡的經驗。由於「死亡」的特殊性與難解，對於這一群人來說，她們學習與成長的內涵，多少會異於其他人員。因此，試著透過對這個族群的研究，藉機讓自己對相關議題有深入的機會，並透過文字的呈現，讓自己與他人稍稍削減對死亡的誤解及對生命意義的發現。

二、靈性成長的界定

「靈性」是一個抽象的概念，所以在這具體的世界裡，很難會有一個不變、明確的具體的定義。

因此，在本研究裡，研究者將會以歷程及層級兩種方式，來看靈性。先以歷程的觀點，來看靈性現象的時間軸上的推演，然後再以 Ken Wilber 所提，為整合東、西方靈性思想而說的「意識光譜」的概念為基礎，來觀看參與研究的護理人員們，從事安寧照護工作之前、後，其在意識層級上的變化軌跡。

至於本研究是如何界定靈性的成長？研究者則是以 Ken Wilber 「意識光譜」說中的意識層級觀的概念來界定。

第三節 研究目的

安寧療護的推動是基於對生命的尊重而來的，但在「工欲善其事，必先利其器」的前提下，安寧療護的照顧者具備紮實的專業素養與深厚的心靈體會，對於臨床照護工作來說，會有著直接與間接的影響。

然「四全」的照顧理念，更是讓安寧療護的人員，不再只將重心擺放在對「疾病」的抗戰，而更周全了「全人、全家、全隊、全程」的整體關注。所以，對於身為安寧療護的一員來說，明白自己的角色定位與功能，則是不可免的自我認同。

靈性議題的會通，可以是以透過外在言語、表演的方式來傳達，也可以是藉由彼此內在的共鳴來感通。但不管是以何種的方式來呈現，過程的學習與轉折，想必是必經的共有過程。生命的價值，重點不在於「量」的多，而是在於「質」的深刻。因此，對於身處安寧療護的護理人員來說，靈性精神的體驗與發顯，則有助於自身的身心安頓及臨床的照護工作。

因此，透過這一次的研究，除了可以豐碩研究者的生命經驗，希望也可以藉著這個機會，讓自己能做到：

- (一) 發現靈性的歷程展現，以及在不同層級的變化；
- (二) 幫助護理人員更清楚的看到自己角色的定位與功能；
- (三) 對照顧者的照顧之角色扮演；
- (四) 提供生命教育或安寧教育之相關參考。

第四節 名詞解釋

- (一) **安寧療護** (Hospice care)：根據美國國家安寧組織 (National Hospice Organization, 1993) 的定義：即針對無法治癒的疾病的最後階段 (in the last phases of incurable disease) 提供支持與照護，使病患盡可能獲得充足與舒適的生活。安寧療護亦視死亡為正常生命過程中的一部份，以維護餘生之生活品質為其努力之焦點。它肯定生命的價值，故拒絕延長或加速病患的死亡。安寧療護藉適當的關懷與提供所需的照護，使病患與其家屬存在於「希望」與「信仰」中；並藉加強精神與靈性上的準備，獲得寧靜而安詳的死亡 (楊克平，2000)。
- (二) **安寧護理人員**(The nurses in Hospice care)：在本研究中是指在安寧病房裡從事護理工作的護佐、護士、護理師、護理專師等人員。
- (三) **靈性成長**(Spiritual growth)：本研究是以美國超個人心理學學者 Ken Wilber 所提的「意識光譜」(The spectrum of consciousness) 的概念為判準的基礎。也就是說，研究參與者在從事安寧照護工作後，其認知態度、心靈狀態會有不同層級的變化，而這些的變化若有朝向更高層級的方向演進發展，在本研究裡，將被視為是靈性成長。
- (四) **末期病人**(The patient of terminal illness)：是指遭受重大傷害或患重大疾病已到無法醫治並接近生命末期者，而本研究所提的末期病人則是以癌末的病

人爲主。

- (五) **意識光譜**(The spectrum of consciousness)：西方超個人心理學(Transpersonal Psychology) 學者 Ken Wilber 爲整合東西方靈性思想所提出的理論。Ken Wilber 將人的意識層級粗分成四個層次，分別爲最基礎的「.陰影層次」(the Shadow)、「.自我層次」(the Ego level)、「存在層次」(the Existential level)，以及最究竟的「心性層次」(the level of Mind)。意指人的意識可以有著不同層次的差別，較高的層次包涵著較低的層次，但較低的層次，卻無法涵攝較高的層次。

第二章 文獻探討

「安寧療護」的推動，是有著相當「人本的」理論動機，但在實際推動的過程中，現實外在的條件卻不斷的考驗著「安寧療護」理念落實的可行性。「安寧療護」談的是「科際間」(Interdisciplinary)的合作與整合，而合作、整合的對象，除了外在科層體制、醫療專業、硬體設施等等的支持外，相關照護人員內在軟性面的內化與成長，則是安寧精神是否發揮的關鍵所在。因此，為了讓本研究與基礎理論有所連結，我將在「安寧療護」的軸線下，做(一)安寧療護相關文獻的探討；(二)靈性相關文獻的探討，及(三)護理人員靈性需求等三方面的探討。

第一節 安寧療護相關文獻探討

隨著時代的轉變，體制性的設施與應用，就會隨著「人」的需要，而有不同樣態的呈現或變革，「安寧療護」觀念與機構的出現就是實例之一。因此，本節將分成兩部分來討論，第一部份是對安寧成立的背景及其相關的演變過程做個概要性的介紹；第二部分則將重點擺放在「安寧療護」的內涵與其多面向整合的介紹。

一、時代的需要-----安寧療護

「生」與「死」的課題，對有智識的人來說，真是個千古難解的大哉問。對所謂「生從何來？死往何去？」的提問，在不同詮釋系統下，所呈顯出的回應，也只能以「百家爭鳴」來表示。但不可否認的是--「生死事大，無常迅速」。「生與死」的降臨，是可能存乎於轉瞬間的。

根據行政院衛生署所公佈的資料顯示，去年國人十大死亡原因分別為：惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、事故傷害、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、腎炎

及腎徵候群與腎變性病、肺炎、自殺及高血壓性疾病等。其中惡性腫瘤是十大死亡原因的第一位，佔全部死亡總人口的 26% 之譜，也就是說四個死亡人口中，就有一個是死於惡性腫瘤（衛生署，2002）。惡性腫瘤為眾死亡原因之首的現象，是多數現代化國家普遍的事實（衛生署，2002）。如果說惡性腫瘤的發生是一種趨勢，那「安寧療護」的成立，則可說是這股趨勢下的相應措施。

「安寧療護」(Hospice) 一詞，起源於西方的中世紀，最初是指朝聖者的「休息站」，是朝聖者在朝聖中途因疾病或飢渴而得以休養補充體力的中途站。然大約從 1960 年代開始，西方歐美國家開始意識到醫界對癌症末期病患的治療太過積極，而這樣的結果，非但無法治癒疾病，反而喪失了病患的自主與尊嚴，並徒增了病患的身心痛苦。因此，在多方的輿論與反省下，強調對人平等與尊重的「安寧療護」於焉遂生（趙可式，1999）。

至於，何謂「安寧療護」(Hospice care)？根據美國國家安寧組織（National Hospice Organization，1993）的定義：「安寧療護」即針對無法治癒的疾病的最後階段（in the last phases of incurable disease）提供支持與照護，使病患盡可能獲得充足與舒適的生活。安寧療護亦視死亡為正常生命過程中的一部份，以維護餘生之生活品質為其努力之焦點。它肯定生命的價值，故拒絕延長或加速病患的死亡。安寧療護藉適當的關懷與提供所需的照護，使病患與其家屬存在於「希望」與「信仰」中；並藉加強精神與靈性上的準備，獲得寧靜而安詳的死亡（楊克平，2000）。

現代安寧療護 (Hospice) 發源於歐洲，由桑德絲醫師 (Dame Cicely Saunders) 於一九六七年發起於英國的近郊，至今全英國安寧療護約有四百家，大多以居家為主，且有住院病房約一百二十家。而美國的安寧療護也在英國的協助下，於一九七四年設立第一家安寧院所，至今已發展近兩千家安寧療護機構（許禮安，1998）。至於台灣，則從一九九〇台北馬階醫院成立安寧病房以來，至今全省約有二十四家醫院有附設安寧病房，三十家醫院有安寧居家關懷（安寧基金會，2002），共約有床位 260 多張（衛生署，2002），並陸續增加中。

緩和醫療 (palliative care) 一詞常常與「安寧療護」一詞被交換的使用著。而緩和醫療在過去的三十年間，至少有過七種的變化：(一) 原始拉丁文的意思，有「覆蓋 (cloak)」疾病與「遮掩 (mask)」症狀的意思；(二) 從緩解疼痛的理念延伸為提升生活品質；(三) 40~70 年代間，藉著進步的治癌方法，致力於生命的延長；(四) 70 年代則是為臨終者提供舒適的照護；(五) 80 年代早期則強調解除各種疾病的苦痛，且療護的對象擴及至非臨終者；(六) 80 年代的中期，病患分類系統將臨終病患與現有一般病床分開，以避免資源的浪費；(七) 緩和醫學 (palliative medicine) 正式成爲一門專門學科 (楊克平等，2000)。而這樣的演變，正顯示著安寧療護與時代脈動間的轉化。

雖然安寧療護在最早成形的過程中，蘊含著濃厚的宗教色彩，但在時代轉變、環境需要的情況下，現代的安寧療護的精神，則是著重「在尊重生命的前提下，以確保病人與其家屬最佳的生活品質」(楊克平等，2000)。

一般醫療的價值觀是以維持人的健康爲首要目地，因此，他們視「疾病」爲敵人，因爲「疾病」侵襲影響了人的健康，而「死亡」則是魔鬼的化身，因爲，它徹底瓦解了醫療對人健康所能做的貢獻 (Dethlefsen & Dahlke, 2002)。因此，「安寧療護」運動的推動，則是一種對傳統醫療觀的反思，也是一種對傳統醫療的輔助，不再視「死亡」爲敵人或魔鬼，而視其爲整體生命中的一部份，不再與「死亡」做不必要的敵對之鬥，而是接受「死亡」是完整生命的一種呈現，讓末期病人的生命能更平和有尊嚴 (大衛·凱斯，2000；趙可式，1999)。

星雲法師曾表示說：「死倒不怕，怕痛！」(林清玄，2001)。這一句話，倒也點示出一般人對於「死亡」的呆板印象。其實我們害怕的不是「死亡」本身，而是「死亡」的過程 (Nuland, 1995)。加上多數現代商業傳媒的「嗜血爲性」，莫不盡其所能的將「死亡」包裝得極爲陰森恐怖，在這種一面倒的趨勢下，實在很難讓人對「死亡」有什麼好印象 (索甲仁波切，1996)。「死亡」是生命的宿命，是無法否認的事實，只要時候到了，終會以不同的樣貌來呈現 (Osho, 1994；索甲仁波切，1996)。但「死亡」是否真的只有負面的景象與認知呢？我想答案是

否定的。且讓我們看看近年來社會大眾對生死學的興趣及坊間所出的書籍即可看出，「死亡」給人的印象，已不再只是負面喧染與情緒，而有了更正向的認知或希望（Osho，1997；達賴喇嘛，1997）。

俚語「條條道路通羅馬」，有著不管使用什麼樣的方法，都能達到目標的意思。相同的，我們的出生，即是向死的存在，所不同的，是用什麼樣的形式或態度來經歷死亡。生命的結束是「無有差別」的，並不會因為身份、地位、權勢的不同而不同，更不會因為「年輕」而離死亡更遠，「畢竟，死亡是沒有年齡之分的」，Dame Cicely 如是說（Yancey，1990）。

不同的思想或宗教，對「死亡」本質的探討，總有著不同的詮釋（Bowker，1994；達賴喇嘛，1997；Kapleau，1998）。時代在改變，人的觀念也順應著在轉變（Friedman，2000），而我們對事物的價值評量也由注重「群體普遍性」，慢慢的轉變到對「個體差異性」的尊重。「死亡」雖然是個普遍性的議題，但就個人而言，確有著極私密的「差異性」（Koestenbaum，1980）。這現象也意味著，為了多數人的需求，「安寧療護」除了必須提供一般性的醫療護理外，也需要對病人的內在心靈，有相當的注意與關懷，以提供多面向的整合與照護（楊克平等著，2000）。

二、多面向的互動與整合

人，是一種多層次、多面向的存在。因此，當死亡發生時，人所要面臨的挑戰，也是多層次、多面向的，諸如：生理層次、心理層次、靈性層次、心理面向、社會面向等等。而死亡的過程，若從整體生命的立場來看，就如同徐志摩的詩「再別康橋」所言「...輕輕的我走了，正如悄悄地我來了，揮一揮衣袖，不帶走一片雲彩...」一般。死亡，是一種正常的過程，但就當事者個人來說，卻是一種與所有一切外在關係的解離（Tolstoi，1997；石世明，2000；），且不會因為當事者的不捨而有任何的討價還價。

「我將不再是以前的我了！」是末期病人必須面對的事實。接受自己日漸虛弱的身體，讓原本可自我調理例行性的工作，都需假借他人之手；接受從親朋好友的訪視神情中，看到他們對自己的憐憫與同情；接受原先參與的活動或社會責任，必須因自己的健康因素，而一一遠離（Tolstoi，1997；Morris，1998）。

根據相關的文獻與研究顯示（蘇婉麗等，1995；Tolstoi，1997；Morris，1998；楊克平、尹祚芊，1999；石世明，2000；賴維淑，2002，郭麗馨，2002），「死亡」為人帶來的解離，概可從「生理層面」、「社會角色層面」及「價值意義層面」等三方面來論述，以下則分別述之：

（一）生理層面：住進「安寧病房」的人，大部分都已是生命末期的病人，而他們所要面對的痛苦，除了心靈層面對死亡的種種恐懼不安外，還得面對自己身體為生理與心理帶來的痛苦（蘇婉麗等，1995；）。以癌末病人來說，癌症是一種體內惡性腫瘤細胞不正常的增生狀態，並為正常細胞及生理系統帶來嚴重的破壞，末期時，常會有疼痛、細胞組織壞死變形等症狀。癌症末期的病患身體上常會伴著疼痛、疲倦、噁心、嘔吐、呼吸困難、食慾不振、失眠、水腫、便秘、腹瀉、腹脹、咳嗽、吞嚥困難等症狀，這些症狀不但會影響病患日常生活的品質，也會影響病患個人的心理平安（蘇婉麗等，1995；賴維淑，2002；）。疼痛等症狀的發生，常會導致正常生理系統的異常，而這種改變常是單向性的，告訴著病患他的身體只會越來越壞，不會越好（林明慧，1999）。

一連串的功能失調，常會帶來著身體外貌的改變，水腫、糜爛、變形扭曲、消瘦等現象，讓病患感覺到已無法正常控制他的身體，身體已經慢慢得要離開了（Morris，1998）。以前那碩壯俊美、婀娜俏麗的身軀及臉龐，也都會如過往雲煙般的，不復存在（Ken Wilber，1998）。隨著病情的加重，身體的改變與敗壞，將是不得不接受的事實（鄭逸如等，1997）。

(二) 社會角色層面：人脫離了蠻荒獨居的生活，進入團體性的社會結構，「角色」就成了人在這結構中的識別單元。當別人請問「你是誰？」或自己問著「我是誰？」時，我們很容易的會發現，自己是被一連串符號、角色與關係所建構起來的「臨時性集合」(Chodron, 2001)，且這個「臨時性的集合」會隨著所在場域的變化而有所變化，舉例來說：王小名、男性、已婚、大學畢、設計師、佛教徒、育有二女。在家庭中，扮演著人子、人夫、人父；在職場上，是個職員、廠商；在社交團體上，則是個教友、志工等等。姓名、性別、婚姻狀況、職業等，都是種社會性的符號，而家庭、職場、社交等，則為個人社會性的關係網絡。再看看今日的政治、經濟現象，多少人曾是昨日操手與富豪，但今日卻成了箭靶、階下囚，這在在都說明了社會性的角色，會隨著外在結構關係的改變而改變。

慣性的思維，常常讓我們忽視了許多東西。就像「健康」，它是生命的財富，讓我們享受著生命的活力與美好，但過度的強調健康，卻可能會為我們帶來生命的錯覺，誤認生命只有青春活力，而忽略了病老衰亡的一面。死亡是個體的消失。而社會的運作，是建立在個體與個體的互動上，所以，一旦個體發生了重大疾病而面臨死亡時，淡出或脫離原先的社會關係往往是必然的結果 (Morris, 1998)。

因此，死亡的面臨，當事者會發現自己原先的社會角色，將如昨日黃花般的枯萎凋落。因為死亡將會帶來社會性的消失，我將不再具有兒子、先生、教授、志工...等等角色了 (Kleinman, 1994; Tolstoi, 1997; Morris, 1998; Ken Wilber, 1998; 石世明, 2000)。

(三) 價值意義層面：

常言道：「沒有規矩，不能成方圓」。「規」與「矩」是古代畫「方圓」的工具，如果缺少了這兩種的工具，「方圓」難成。我們今天的社會，之所以能夠有規律的運作，也是因為在這運作的背後，有著許許多多有形、無

形的軌則 (rules & cultures)。

認同並追隨著既定的軌則，可以為我們帶來安全感與價值的內化，甚至形成多數人價值意義的所在。因此，若脫離了這些層面的認定，帶來的影響可能是一連串的脫序、不安及恐懼，而「死亡」即是這些層面的徹底失落。當身體健康時，我們可能擁有著人人稱羨的外表；在家中是個好父親、好母親；在工作職場的表現，是個好雇主、好員工；在社交活動上，是個好舞伴、好志工等等，不管於外、於內，我們已有了社會價值的正向意義，好還要更好，除了現在所擁有的外，我們還會繼續追求更上一層樓的表現。

「健康」是所有功成名就的基礎。但當「死亡」的陰影籠罩上原本健康的身體後，稱呼、名位、金錢、權力也會如落葉般的紛紛離去，所有先前對自己有價值意義的，也會因為「死亡」的臨現，猝然而止（李維倫，2000；余德慧，2000）。

除了與多種關係的解離外，也有個人面對死亡時的內在歷程變化，較為人熟知的就屬 Kubler-Ross (1969) 的五階段說，分別是：否認 (denial)、憤怒 (anger)、討價還價 (bargaining)、沮喪 (depression) 及接受 (acceptance) (Kubler-Ross, 1994)。

- (一) 否認 (denial)：這是一般末期病人得知自己身患絕症的第一個反應，否認事實，並認為不可能是我！
- (二) 憤怒 (anger)：怎麼可能會是我！這是病人對事實的質疑。由於衝擊著自己的生命規劃或價值，因此常伴隨著強大的情緒反應。
- (三) 討價還價 (bargaining)：病人是接受了自己得病的事實，但仍存在著一線的希望，希望這個事實仍有轉圜的餘地。
- (四) 沮喪 (depression)：知道自己的病情已經是無法挽回了，而陷入極度的迷惘與沮喪。

(五) 接受 (acceptance)：完全接受事實。但不能被視為是快樂的階段，而是接受事實的發生，不再假借種種的原因來否認，就像是痛苦已消失，掙扎已結束一般。

對於 Kubler-Ross 所提出的五階段說，雖然仍有需受檢定的地方，但就其所提出病人的心理與行為的反應等部分，則是受肯定的。因為，Kubler-Ross 是將研究的重點擺放在「人」的內在歷程，而非僅是生理性或症狀上的反應。且這樣的研究為日後的後續發展，奠定了相當的理論基礎(Hannelore & Robert, 1995)。

至於在對死亡的覺察態度上，社會學家 Glaser & Strauss(1965) (Hannelore & Robert, 1995)則有著一系列的研究。這些資料的來源，除了與病人的接觸外，也涵蓋著與護理學生的訪談。透過他們的研究分析顯示，人在面對疾病將帶來死亡時，概可分成四種覺察類型，分別為：(一) 封閉型 (closed awareness)；(二) 猜疑型 (suspected awareness)；(三) 偽裝型 (mutual pretense)；(四) 開放型 (open awareness)。

(一) 封閉型：是指病人不承認自己將要死亡的事實，以致於家人及相關的醫療團隊也會對其病情有所隱瞞。而其形成的原因或可分成五個面向：

(一) 病人本身對死亡的反感；(二) 醫師將自己對死亡的負面情緒，轉移到病人的身上；(三) 家人對病人的排斥；(四) 醫療系統為了方便管理，而將訊息封鎖；(五) 周遭的人都想隱瞞事實，使得病人找不到人傾訴。

(二) 猜疑型：病人對自己的病情有所懷疑，並想從他人的態度、行為或是醫療措施的改變中，得到些蛛絲馬跡。

(三) 偽裝型：是一般最常發生的狀況，即使大家（病人、家人及醫療團隊）都知道病人即將死亡，但彼此間仍不會去談論死亡這件事，就好像死亡是不存在一樣。

(四) 開放型：周遭的人不做任何的預設，而會透過彼此的互動來接受死亡的

事實，讓病人去完成面對死亡時，所應該完成的工作，如：關係的和解、生命的反思及心中的恐懼等等。

然其所形成的臨死軌跡（Dying Trajectories）則會因類型的不同，而隨著時間的變化而有不同的變化，如：突然急速下滑的、緩慢且穩定下滑的、緩慢然後急速下滑的、呈現上下震盪，並持續下滑的（Glaser & Strauss，1968；）。

死亡對「人」造成的衝擊是多面向的。因此，「安寧療護」除了要面對病人外在身體與內在精神的護理外，更推及至和病人有相關的人際網絡。所謂的「四全」--「全人、全家、全程、全隊」，即是對病人、家屬及照護團隊等成員的全體關懷（陳榮基，1998；楊克平等著，2000）。

所謂的「全人」照護，即是針對病人「身、心、靈」等多層面的照護；「全家」的意義則是除了病人本身外，也包含了對病患家屬的種種協助與諮商；「全程」則是指病人從入院開始，以至其往生後，這段期間的照護與陪伴，甚至可推及至病人往生之後對遺族的追蹤與關懷；「全隊」則是整個的安寧團隊，一般主要是指由醫師、護士、社工、宗教人員、志工等組成（趙可式，1999；王英偉，2000；）。

由於是多（全）方位的團隊合作，所以「安寧療護」的成員通常必須包括醫師、護理師、社工師、神職人員、物理治療師、營養師、藥師、復健師、義工、病患本人與家屬等完整的醫療照護小組，而其核心成員為醫師、護理人員、社工及病患與家屬等（引自《安寧與緩和療護學概念與實務》，P.63）。

因此，在面對生命末期的病人時，「安寧療護」能直接或間接提供的，除了病人本身症狀的控制外，尚包含了病人與家庭成員的諮商輔導及病人個人的成長，然就病人的成長來說，卻是多範疇、多面向的，整理相關研究資料顯示，計有：自我處境的接受、自我意義與價值的建構、人際網絡的重構及和解、社會關係的脫離、靈性層面的探尋等等（蘇婉麗等，1995；余德慧，1990；石世明，2000）。在在顯示著「安寧療護」的工作，是涉及多範疇、多面向的工作，若要團隊工作

推動順暢，勢必要有多元的分工與合作。

「安寧療護」運動起源於基督宗教的團體（釋惠敏，1997），因此在建構相關理論的過程中，多少會有主體文化價值認同的問題。即使「安寧療護」已是全球性的運動，但在不同的國度內，其操作的內涵，也會因為文化上的差異而有所不同（Maruyama，1999）。因此，在國內除了「安寧療護」全球化運動的跟進外，也有許多的團隊正默默做著本土化深耕的工作，並試圖去建構與整合出適合國情的照顧模式（釋惠敏，1997；石世明、余德慧，2001；蔡昌雄，2002）。

不同的照護模式，有著不同的理論背景。如：台大安寧團隊，是以佛法「覺」的觀念，帶出了「覺性照護」的模式（釋惠敏，1997；陳慶餘，2002）；而花蓮慈濟的心蓮團隊，則是以「現象學」的態度為基底，發展出所謂的「陪伴」模式（石世明、余德慧，2001；）；另外，在嘉義大林慈濟的心蓮病房，則正在試著以「促發」（Facilitation）這個概念為背景，發展所謂的「促發」模式（蔡昌雄，2002）。

「促發模式」是 George S.Lair 所提的概念，主要是對末期病人的諮商應用，期使末期病人在生命的末期仍然能夠成長，以增加面對生命中最大課題的智慧與勇氣（George，1996）。「促發模式」中所談的成長，具有著濃厚的理論預設，預設了人的意識有不同層次（level）的差別。而這理論的預設，主要是根據 Ken Wilber 所提的「意識光譜」（The spectrum of consciousness）而來。而 Wilber 之所以會提出「意識光譜」說，除了他個人在整合東、西密契傳統上的努力外，他個人實際的經驗及修行，更讓 Ken Wilber 認為「意識」是有不同層次的。「促發模式」就是在這個基礎上，試圖讓「病人」與「相關的照護人員」得到意識視野的拓展。

由於「促發模式」正處發展階段，所以目前是以護理人員理念的建構為先，並未有實際個案的完整研究。而本研究則是因「促發模式」的推動而衍生的相關研究，也是以 Wilber 的理論為基礎判準，來研究護理人員在靈性面向的成長軌跡。

第二節 靈性相關文獻的探討

…色不異空 空不異色

色即是空 空即是色…

~引自《般若波羅密多心經》

對從事「安寧療護」的人來說，「靈性」真是個難解的議題，讓多數人有著「既親又遠」的弔詭，並在內心流竄著多重的疑問？因此，本節將會把一些學者對靈性需求的研究做一概略式的呈現，並將 Ken Wilber 對靈性的判準做一介紹，末了則會說明本研究對靈性成長的定義。

一、不識廬山真面目

蘇東坡的《題西林壁》如是說：「橫看成嶺側成峰，遠近高低總不同，不識廬山真面目，只緣身在此山中」。由於「靈性」不是具體的「物」，因此從不同的文化價值觀點來看「靈性」，就會賦予「靈性」不同的內涵，對於這種現象，多少會讓人有「橫看成嶺側成峰，遠近高低總不同」的感觸。因此，對於活在追尋靈性認知的人來說，那還真是「不識廬山真面目，只緣身在此山中」。

在一般的情況下，「概念」影響「認知」，「認知」影響「態度」，「態度」則影響「行爲」。因此，由這樣的脈絡推導，則我們對「靈性」概念的認知，多少會影響我們對「靈性」的態度與行爲。「靈性」一詞概念的來源，主要是由西方分析式態度而有的，因為西方人的思考邏輯總是喜歡將東西拆成若干部分來認識，然這樣的態度所牽連的文化上的霸權（Said, 2000），及這種認識事物的方式是否恰當（Dethlefsen & Dahlke, 2002），近年來則多受批判。

靈性的平安已被公認，並有根據的顯示是影響健康的重要因素之一，但它卻是最難定義、量測及確認的（Eberst, 1984）。臨床醫療是個著重「應用性」的場

域，因此，準則的依循是最能安全及快速達到目的的方法。但是，對於「靈性」，卻讓臨床人員有著難以具體操作的困境，即使有相關量表的運用以發覺病人的靈性需求，但對病人能否得到靈性的平安 (well-being)，則沒有直接的相關 (Eberst, 1984)。

疾病帶給個人的衝擊，往往是「苦」多於「樂」。除了一般常見的生理疼痛外，精神性的「絞炸」更是多數病人主要的痛點 (Wilber, 1993; Longaker, 1997)。而整體痛 (Total pain) 的概念，即是宣說著末期病人在生理、心理、靈性等三方面的總體痛。

能夠平和 (peace) 的面對死亡，是種善終 (good death)，更是「安寧療護」所要努力的目標。但在實際的臨床上，面對末期病人「整體痛」的課題時，病人本身的態度及護理人員能否敏感性的察覺病患的需求，而適時的給予促發成長，則是能否坦然面對死亡的重心所在。「整體痛」雖然舍括了身、心、靈三個層面，但「靈性痛」往往具有較高的優位，也就是說，只要「靈性痛」能夠得到紓解，那「生理」與「心理」上的痛，也將順勢的得到合理化，以致緩解或消解。

如果了解什麼是「靈性痛」？我想必須先了解什麼是「靈性」？因為俗話說的好：「工欲善其事，必先利其器」，意思是說，要有良好成功的作為，就必須要能目標旗幟鮮明，才能利於擊畫造作。但是，對於「靈性」，得到的答案，卻讓人顯的有點挫氣！因為，我們很難為「靈性」下個具體的定義 (楊克平, 1998; Golberg, 1998)，而僅能透過從某些現象或意義等「方向性」的指標，來認識「靈性」 (Nowotny, 1989; Herth, 1990; Howden, 1992; 賴維淑, 2002)。因為「靈性」不是具體的存在，它是抽象的，非語言、非軌則，是超越語言、軌則的，但卻可透過語言、軌則來表現「靈性」 (Byrne, 2002)。

由於「靈性」不像一般物質，有個具體存在的樣貌，所以使用抽象的、形容式的表達是最常被使用的方式，如：「靈性」是我們與無窮的關係，它必須被自我整合，它是自我 (self) 的本質 (essence)，它是大我 (I)；或是「靈

性」即是我們所追尋的生命意義 (Dorothy, 1993)；或是一種對更高權力獲更深自我的認同；或是與上帝的聯繫、關係 (大衛·凱斯勒, 1997)。對於這種抽象不具體的現象，所凸顯出的，正是「靈性」讓人莫衷一是的疑難。所以「靈性」是個弔詭，說它不是什麼 (non-thing)！但卻不離什麼 (as thing) (Ken Wilber, 1993)！

即使如此，想要呈顯「靈性」的清靈、活潑，透過現象的表現、意義的詮釋仍是擺脫不了方式。這種情況就像俗諺有句話說的：「人能弘道，非道弘人」，意思是說，沒有透過人的弘顯，「道」是無法活現靈出的，相同的道理，若失掉了什麼 (thing) 的關係連結，則「靈性」亦難有發顯的機會。

二、靈性需求的面向

需求 (need)，是造就人類多樣文化資產，展現人類多面風采的動力。而且，隨著不同生命階段的展現，需求也會有著不同型態的轉換 (張春興, 1991)。如人本心理學 Maslow 所提人類的六種需求：生理需求、安全需求、歸屬與愛的需求、尊重的需求、自我實現的需求、超越性 (或靈性) 的需求 (李安德, 1994；彭運石, 2001)。因此，若缺少了需求，人的存在及其所存在的環境，也會因缺少需求的動力，而失去文化、意義與價值。就某種關係來說，需求就像是心中的夢，「有夢最美」，健康的人是如此，因疾病意外而面臨死亡的人更是如此，因為有夢，可以為生命帶來希望。

隨著年代的不同，需求也會有面向上的迥異，如 Kwebs (2001) 說，下一個十年，將不再是「科技」掛帥的年代，而是個深入了解人之所以為人的意義與靈性的年代；如果說二十世紀是外探 (Outer) 的年代，那二十一世紀將是個內省 (Inner) 的年代。因此，當我們向外開發已近飽和之際，在面對生命終極意義之際，或許真會如 Kwebs 所言，人將會轉向自問「我是誰？」「我存在的意義為何？」等問題。

面對生命的終極失落，「捨不得」、「放不下」是多數末期病人的心情寫

照。然在「捨不得」、「放不下」的背後，卻也蘊含了多層面的情愫，而這些層面可被分成生理、心理、社會、靈性等（蘇婉麗等，1995；石世明，1999；賴維淑，2002；郭麗馨，2002）。

我們很難直接的表達「靈性」是什麼？但卻可透過狀態、關係與情感交流等方式，來感受「靈性的需求」（Kellehear，2000；Byrne，2002）。靈性的需求是多面向的，但靈性和心理照護（Psychological care）不同，且靈性的概念和一般人類學中的知識、意義、道德、或溝通的方式，彼此間有著認知上的差異（Kellehear，2000）。爲了讓臨床人員便利於發現病人靈性的需求，學者多以面向需求的方式予以分類。

像以「意義」（meaning）的模式做歸結的，如 Howden（1992）將「生活得有目的及意義」歸於靈性。Frankl（1959）也認爲人最初關心的，不是爲了快樂或避免痛苦，而是爲了生命的意義。Kellehear（2000）認爲靈性是對意義的追尋及對存在本質的探尋。

以「希望」（hope）取向的，如 Nowotny(1989)及 Herth(1989，1990)的研究發現，希望（Hope）是每個人所需要的靈性需求。Ross(1994)則發現希望（hope）及願望（will）與生活下去（to live）有著相關連。而國內的相關研究（蘇婉麗等，1995；楊克平、尹祚芊，1999；石世明，1999；賴維淑，2002）也顯示，希望是病人重要的支持力量，即使病人來日不多。不管如何，許多研究都顯示出，希望是靈性需求確認的重要元素之一。

另外也有從「宗教」面向切入的，如 Ley and Corless(1988)指出，靈性是一種和神（God）、鄰人及自我內在連結的狀態。「神」的概念在靈性中常被提及，但卻有著濃厚的宗教色彩，因此，Stoll(1979)認爲「不論如何，只要一個人能在生活中創造出被認可的最高價值來，那就是他的『神』」，而這樣的定義，並不違背宗教系統中對「神」的遵從。另外，也有完全從宗教立場來看待靈性需求的相關著作，而作者大多會更進一步引申說，靈性是一種自己與他人「愛」的表現（Shelly & Fish，1988）。猶太—基督宗教是西方社會的

傳統，因此，想要清楚的將宗教與靈性做個劃分是不容易的。Burkhardt(1989)認為宗教可以提供靈性一個表達（expression）的平台，但卻不能因此而越權代創。況且，靈性不必然是宗教的教義，而可以是一個人的哲學、價值或生命的意義（Mullen & McDermott & Gold & Belcastro, 1996）。

「靈性需求」的研究可以從不同的面向切入，因此，Kellehea（2000）就將靈性需求類分為情境（situational）、道德傳統(moral and biographical)及宗教(religious)等三大面向，而不同的面向有著不同的相關內容，詳細內容如下表：

表 2-1：Kellehea 的靈性面向及其內容分析表

靈性需求面向	內容
情境面向（situational）	目的（purpose）/希望（hope）/意義及肯定（meaning and affirmation）/親密（mutuality）/連結感（connectedness）/社會價值（society presence）
道德傳統面向(moral and biographical)	平和與和解(peace and reconciliation)/與他人重聚(reunion with others)/祈求(prayer)/道德及社會性的分析(moral and social analysis)/寬恕(forgiveness)/終止(closure)
宗教面向(religious)	宗教的和解(religious reconciliation)/神的寬恕與支持(divine forgiveness and support)/宗教性的聖禮(religious rite/sacraments)/神職人員的訪視(visits by clergy)/宗教性的文學(religious literature)/討論神、來世、永恆的生命或希望(discussion about God, eschatology, or eternal life and hope)

靈性需求是個複雜的需求，也許其間有著社會性的需求、心理上的需求或是宗教上的討論，但表面上看似相同的現象卻可能有著相左的內涵（Kellehea, 2000）。因此，隨著人對自我價值的肯認，使得與靈性相關的議題獲得更多的關注，加上大環境對心靈與宗教情懷的需求，更使得現代「安寧療護」對靈性面向的探討，有更寬廣的空間及討論（蔡昌雄, 1999）。

三、靈性歷程與層級

(一) 歷程：

雖然很為靈性下個具體的定義，但就現象上來說，卻可以透過種種現象的顯現，讓人感受到靈性力量的躍動。生命是一種藉由多元現象組織而成的過程，靈性力量的顯現就跟隨其間。且隨著生命現象的不同，靈性也會有不同能量的呈現。因此，若從時間的觀點來看待生命現象與靈性的呈現，靈性將會是連串的歷程，而這種歷程，並非是線性的。

若使用深層心理學的口吻來說，那種過程就像榮格所提的「個體化的過程」(the process of individuation)，是一種隱而不顯的靈性成長過程。而這種過程，最常以「夢」的形式表達出來 (Carl G.Jung, 1964)。

榮格認為，「本我」(Self) 是我們的創造者、組織者和夢中形象的泉源，它是全部心靈的整體，而自我 (ego) 只是心靈整體中的一小部分而已。個體化的過程即是「自我」朝向「本我」演進的過程。「本我」是圓滿、平衡的，而自我則是一種偏頗、不全。因此，當「自我」在演進的過程，「本我」常會以多種不同的象徵方式來引領「自我」。

根據榮格多年的臨床經驗，他發現人的內在心靈，有多種不同的特質，因此，他結合了西方的神話故事，將內在心靈特質以更具體的方式，生動的表現出來。其重點不在於故事的精彩，而是在於故事的精神。

Murray Stein (1998) 認為榮格將人的心靈發展分成五個階段，分別為：

1. 幽冥參與 (participation mystique)：是指個人的意識對周圍的環境，有著深切的認同感，因而沒有察覺到個人是處在某種情境當中。這種情況即是當事人缺乏對自身、知覺與所面對的情境間的覺察，讓自身處於其間而不自覺。就某種程度來說，人在一生當中，大多停留在這種幽冥參與的狀態下。
2. 投射的區位化：即是人的意識在成長的過程中，它會不段的向外投射，

並越趨區位化。這種情況就像嬰兒意識成長的過程一般，隨著年紀的增長，而越形具體。

3. 投射的抽象化：即是將具體的投射對象，轉移成較抽象的象徵、原則或教義上。如將對父親的投射，轉移至對「神」的投射。
4. 投射的根除：是一種將具體及抽象的投射都拔除的階段。在這階段的心靈，會發現所有的原則，只不過是相對情況下的產物，而價值則是文化規範下的衍生品。
5. 意識與無意識的統合：即是將狹隘的自我意識，與心靈最深處、最原始的層級，相互連結統合起來的階段。

在 Campbell (1949) 的著作裡，運用神話方式所描述的英雄冒險歷程，其精神象徵，其實還蠻像是靈性成長過程。

1. 啓程：是指英雄獲得召喚，步上冒險之路。而召喚的發生可以是不同的形式過程，但總不離「自我的覺醒」。
2. 啓蒙：是英雄在冒險之路上，受到種種的考驗後，內在心靈得到超越、轉化。
3. 回歸：是英雄在獲得內在心靈的超越、轉化後，仍須面對現實世界，以整合內、外兩個世界。

(二) 層級：

安寧療護對靈性議題的探討，大多未去建構靈性的理論，而是以透過需求或例子的方式來認識靈性 (Kellehear, 2000)。因此，在本研究中，除了從歷程的觀點來看靈性的延展外，也以 Ken Wilber 對靈性層級的判準，來作為研究的主軸。

Ken Wilber 是美國超個人心理學 (transpersonal psychology) 的學者，以整合 (integrate) 東、西方密契(mystic)思想與文化著稱。為了整合兩方不同特質的文化，他提出了「意識光譜」(The spectrum of consciousness) 之說。他認為，東、

西方文化有特質上的不同，西方文化專長於外放的邏輯分析，而東方文化則偏內斂的統整體驗，因此建構出了各自不同向度的文化特色。即便如此，我們卻不能因此而論斷孰優孰劣，因為，站在整體文化的立場，那只是不同文化的差別，若有優劣，則是落入某一價值的判準，而不同文化所呈現出的現象，就像是不同光譜區段會呈現出不同光彩一樣，不能說孰優孰劣，而只能說不同的光彩會有著不同的特質（Ken Wilber，1993）。

Wilber 在其著作《Eye to eye》中提到一位西方密契哲學家 St. Bonaventure，他把一般人認知的知識分成三種向度：物質之觀（the eye of flesh）、理性之觀（the eye of reason）及靈視之觀（the eye of contemplation）。物質之觀主要是講我們對外在物質世界的認識，其知識的來源，主要是透過身體的感官系統，與外界物質接觸而有的；理性之觀，則是指透過哲學性思辯所得的知識與理解；靈視之觀，則是對於超越性境界（transcendent Being）的體察，其情境是超越物質之觀與理性之觀的（Wilber，2001）。這些不同的認知面向，可以同時存在我們的認知系統中，且不同的個體，會有著不同程度的配比或差異。

另外，Wilber 引用了「存有巨鏈」（Great chain of being）的概念，衍生出他所謂的「存有巨巢」（Great nest of Being）¹，認為這世界的存有（beings）是從較具體的物質層面到抽象的精神層面，這些層面計有物質、身體、心靈（智）、靈魂及靈性等。其彼此存在的關係就如繽紛多彩錦繡圖一樣，層層交疊互滲著，且每個較高的層次，都「環擁」或「涵養」著較它為低的層次（Ken Wilber，2000）。

而這裡所謂的較低層次，則是以具體程度來稱謂，即是說，層次越低者越是具體；反之，層次越高者，則越抽象。著名的宗教學家 Huston Smith 也以鏡子的例子來做比喻，他認為，世上的存有就像多層的單面鏡，往上看只能看到自己的反射，而無法看透上一層的情景；但往下看，則每一面鏡子都是透明的，因此，下層的風光則可一覽無遺（Friedman，2001）。

¹其實「存有巨鏈」與「存有巨巢」的內涵是一樣的，只是 Ken Wilber 認為「存有巨巢」的解釋較「存有巨鏈」來恰當。

Wilber 更進一步的闡發說：「每個較上層的向度涵養環擁著它下層的向度，這種狀態常常會被描述為『既超越又包涵』。靈性超越了心靈，卻包涵著心靈；心靈超越了身體，卻包涵了身體；身體超越了物質，卻包涵了物質」。因此，可歸納出了下面這個圖形（Ken Wilber，2000）：

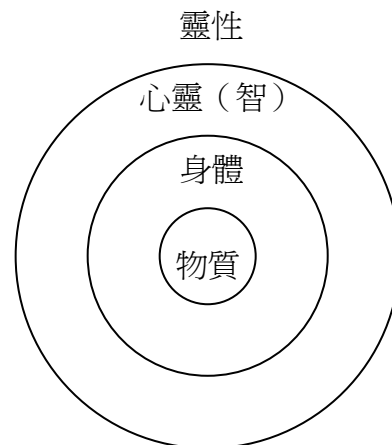


圖 2-1：存有 (beings) 層次圖

不同的智慧傳統，對生命存有的狀態或有不同的見解，但物質、身體、心靈、靈魂和靈性卻為許多傳統所認同，其間或許有著許多的變形或異名，但總不脫離身體、心靈與靈性等基本概念。

因此，以 St.Bonaventure 的分類及「存有巨鏈」（或「存有巨巢」）觀念的認同，Wilber 結合了東、西文化對意識的認知，提出了他個人的「意識光譜」觀。他將人的意識層級粗分成四個層次，分別為：1.陰影層次 (the Shadow)；2.自我層次(the Ego level)；3.存在層次(the Existential level)；4.心性層次(the level of Mind)。

「陰影層次」是指不被我們承認或不想面對的心理活動；「自我層次」則是對自我對身體與心理的整體認同；「存在層次」則是二元分別的意識層次；「心性層次」則是萬物合一，超越對立的層次。「陰影層次」與「自我層次」是我們一般生活所在的層次，小至自我內在的喜怒哀樂，大至人際之間的互動往來，而「存

在層次」與「心性層次」則涉及個人內在較細微的思維，甚至可推展至人的本質狀態。

在不同的層次下，意識會有著不一樣的展現，並有著不同的方向性。順著「心性層次」、「存在層次」、「自我層次」以至於「陰影層次」，就是一層又一層的「下降」(involution)過程，所謂「下降」，就是「具體」(concrete)的意思，而這「具體」的認定是依照我們一般的認知而定，也就是我們能夠理解認識的意思；至於從「陰影層次」反溯途經「自我層次」、「存在層次」以至「心性層次」，則是一種「上溯」(evolution)的過程，這種「上溯」會使得我們對既定的認知模式越趨「抽象」(abstract)，而這「抽象」含有「超越」(transcend)的意思(Wilber, 萬法簡史)。若以視域 (views) 的方式來表達意識的層次，則我們也可以說「下降」是一種視域的聚焦或侷限，而「上溯」則是一種視域的拓展或統整。

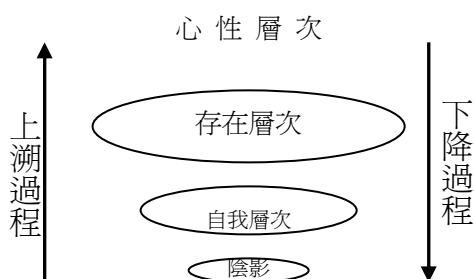


圖 2-2：意識層級圖

表 2-2：光譜觀／視域觀之比較表

上溯 (evolution)	光譜觀	抽象
	視域觀	拓展/統整
下降 (involution)	光譜觀	具體
	視域觀	聚焦/侷限

除了「上溯」、「下降」的概念外，「意識流」的概念也是一種認識意識的方式，即是將意識比喻成流水一樣，具有著流動性、柔軟性以及可變性 (Revel & Ricard, 1999)。因此，種種的譬喻解說，所傳達出的意思即是說，意識能夠在認知的過程裡，隨著所施予的種種變項，而得到不同層次的展現。

意識是我們認識世界的主體，而不同的意識層級觀，影響著個體的世界觀。「你創造了你的世界」(Jane Roberts, 2001)，即是說明了意識對個人認知態度、

生命意義及世界觀的影響。

時代性的典範 (paradigm) 加上後天環境的學習，我們會習慣性的運用理性的頭腦來思考及解決問題，但這樣的思考模式，是將事情對立、客觀化，視其為「問題」，並以「處理它、解決它」的態度來面對。並不是批判這種理性的處理模式不對，反而認為就處理外在公共面的大眾事務時，這是相當必要的一種方式，但就內在心性的開顯來說，二元的主、客對立，不但無法讓我們「明心」，卻可能適得其反，變成迷失自性的「亂源」(Dethlefsen & Dahlke, 2002)。

承認自己擁有一個能夠思考、判斷的意識，是自我肯定的第一步。如果不如此認同的話，那自我成長將不具有任何意義。以 Wilber 對意識判準的方式來看目前安寧療護對靈性的相關研究，不難發現大多數的研究，只侷限在「陰影層次」與「自我層次」等面向的檢視與探討，就算有觸及到較深的「存在層次」或「心性層次」，卻只偏重於外顯現象的紀錄與敘述，甚少涉及對內涵結構或狀態的深描。

不只面臨死亡的病人有靈性方面的需求，對照護病人的護理人員來說，更是需要靈性的觀念。病人的靈性需求是為了和死亡和解，而護理人員的靈性需求，則是為了幫助自己面對病人，及引導、促發病人對靈性的發顯。

以「存有巨鏈」的概念為背景，可以清楚的發現，意識的存有約略是在「存有巨鏈」的心靈層次，而靈性的層次則在心靈之上，這即意味了心靈層次的所有表現，都會被含容在靈性之內。因此，對於臨床研究所呈現出來的靈性需求內涵，諸如：意義、寬恕、愛、平和及與神和解等，廣義來說，都可含括在靈性的範疇內。但若細分，即使這些靈性需求有著相似的行為表徵，但就其內涵，卻會有意識層級上的不同。

所以，在本研究中，研究者的靈性概念，主要是從「存有巨鏈 (巢)」的概念而來的，也就是說，在這世上，會有著多種層次的存有，而靈性則是這些存有的終極、圓滿。

「意識」，是一種存有，充滿著變異性，並有著不同層次的展現。因此，本

研究對「靈性成長」的界定，主要是立基在靈性的大光環下，來檢視被研究者的意識在層級間的昇降變化，而且只要被研究者的意識認知有朝向更高層級的方向運作，將會被視為「靈性的成長」。

雖然 Wilber 對意識層級的描繪，仍然是以西方邏輯分析的模式進行，但其所權顯的方式，卻可以幫助已習慣於理性思維的我們，重新體驗一下固有文化的「心性整體觀」。



第三節 安寧護理人員與靈性的相關探討

在安寧療護裡，護理人員是病人照護主力的所在，相對的，她們所要扮演的角色與壓力，也會因安寧理念的期許，而愈形增加、增重。因此，本節論述的重點，將擺放在護理人員於安寧臨床的重要性及靈性議題與安寧護理人員的關係上。

一、安寧護理人員臨床的重要性

「全隊」的照顧是安寧照護所強調的基本理念之一。然之所以會強調「全隊」照顧，是因為對面臨死亡的病人來說，他們會面臨著身、心、靈與社會等多面性的衝擊（石世明，1999；賴維淑，2002），為了協助病人去面對這些課題，就必須透過多個專業領域的人士，來相互支援，以形成一個所謂「全隊」的照護團隊。即便「全隊」的概念是安寧的特色之一，但在實際推展的過程中，不難發現的，「護理人員」一直是這個照顧模式的主軸所在（蔡昌雄，2002），就連現代安寧的催生者桑德絲（Dame Cicely Saunders）也是因其先前的護理背景與照顧癌末病人的因緣，而有了想應用相關的醫療措施來幫助病人做疼痛的控制，以提升病人生命品質的觀念（安寧基金會網站，2003）。

護理人員是照護主力的所在，因此她們與病人相處的時間，除了某些特定的人員外，就屬護理人員為最多（楊克平，1998；王英偉，2000）。接觸的機會越多，所扮演的角色份量也越形重要。因此，統整相關文獻資料（Shelly & Fish，1988；蘇婉麗等，1995；Bradshaw，1997；Christine，1997；楊克平，1998；劉景萍，1999；鍾昌宏，1999；石世明，1999；王英偉，2000；陳榮基，2000；許禮安，2000；李閏華，2001；陳照訪&王璟璇，2001；賴維淑，2002；郭麗馨，2002）後分析，歸納出安寧護理人員具有以下三種面向十一種任務或功能，分述如後：

- (一) 病人面向：又可分成生理及心理面向，就生理面向來說，包含著例行性的護理工作（劉景萍，1999；陳照訪&王璟璇，2001）及其他爲了緩解病人疼痛、下肢水腫、壓力放鬆的特殊療法，如：淋巴腺按摩、足部按摩、芳香療法及藝術治療等（鍾昌宏，1999）。就心理面向來說，則有「陪伴」（只有單純的陪伴）病人，以減低他們面對死亡恐懼的功能（Bradshaw，1997；Christine，1997；石世明，1999）；扮演朋友的角色，人情互動，閒話家常（蘇婉麗等，1995；石世明，1999）；扮演諮商員的角色，提供病人克服困境、心靈提昇的機會（石世明，1999；李閏華，2001；陳照訪&王璟璇，2001）。
- (二) 家屬面向：則有扮演朋友角色的功能，並增進人情互動、閒話家常，以抒解家屬身心上的壓力（Shelly & Fish，1988；王英偉，2000）；扮演諮商的角色，提供家屬與病人相關的訊息，增加家屬對病人狀況的瞭解與溝通，或與家屬分享彼此的生命信念，以相互支持（賴維淑，2002；郭麗馨，2002）；扮演家屬的支持系統，以支持家屬因病人患病或死亡後的精神壓力（蘇婉麗等，1995）；由於場域的特殊性，誤會、衝突在所難免，所以可扮演醫生、病人、家屬間的協調者或情緒抒發的緩衝區（陳榮基，2000）。
- (三) 團隊面向：病人相關資訊的收集者，以提供「全隊」照顧的需求或參考（楊克平，1998；王英偉，2000）；或可透過團隊間照護經驗、心得的交流分享，以提昇安寧照護的品質，所以有身負安寧品質提昇的任務（楊克平，1998；許禮安，2000）；由於目前醫療體系仍以方便管理爲準則，所以許多的行政措施和安寧的精神有所衝突，因此，透過照護工作的行政反應，則具有安寧工作或照護模式改革推動者的色彩（楊克平、尹祚芊，1998；許禮安，2000）。

因此，將上述資料整理，表格化如下：

表 2-3：安寧護理人員之面向與任務／功能表

面 向	任 務 / 功 能
病人之面向	基本護理工作或其他特殊療法
	陪伴角色的扮演（只是單純的陪伴）
	朋友角色的扮演
	諮商者角色的扮演
家屬之面向	朋友角色的扮演
	諮商者角色的扮演
	支持系統的扮演
	協調者或緩衝區的扮演（病人、家屬、團隊間）
團隊之面向	病人相關資訊的收集者
	安寧照護品質的提昇者
	安寧照護改革的推動者

經由上述的相關分析，不難發現，身為現代安寧療護的護理人員真的和一般門診或其他專科病房的護理人員不一樣，她們除了自身例行性的護理工作外，還需要接觸到病人、家屬、醫療團隊，甚至與行政管理階層的互動，且照護的內涵涉及到醫學、哲學、宗教、心理學等領域，所牽連的範疇實在甚廣。王英偉（2000）則引用 Lugton 的觀念認為，安寧療護裡的護理人員，除了需要積極對癌末症狀的處理外，尚包含了對病人與家屬整體需求的評估、靈性護理、輔助療法的應用、悲傷關懷等工作，在在的凸顯了這份工作的重要性、神聖性以及多元性。

二、靈性照護與安寧護理人員的關係

靈性照護在安寧療護中，可說是最難以貼近的一環，說它難以貼近的原因是：習慣於健康世界的照顧者，不知道如何安慰被迫即將離世的臨終者。除了不易切進臨終處境外，健康世界的運作模式，不僅不易進入臨終世界照顧的核心，還經常產生干擾或起冒犯的作用（石世明，2000）。譬如運用健康世界習慣「操控」的方式來幫助臨終者靈性的開顯，卻不知道如此的作法，只會讓對臨終者靈性的幫助，越行越遠，終至無法交集。唯有健康的照顧者願意誠懇的面對臨終處境，並透過內心對生命的「臣服」，才能開始進入靈性世界的探索。

而在實際場域從事照護的工作，更讓我們瞭解到理解臨終靈性現象的困難。主要是靈性現象很難以對象化的方式來認識，它是臨終者自然開顯的過程，同樣地，我們不能夠將靈性照顧技術化，成為可操弄的照顧技術。而且大部分研究只對靈性作概念性的描述，但這樣的描述很難讓我們對靈性有進一步的瞭解，這除了讓我們瞭解到靈性現象高度抽象的性質外，也顯示了現有研究方法的限制（石世明、余德慧，2001）。因此，對臨床照護人員來說，「缺少清楚的概念」則是靈性照護在護理研究與實作中最大的障礙（Donna S.Martsof & Jacqueline R.Mickley，1998）。

所以形成在護理照護實務中，病患的靈性評估則被大多數的護理人員所忽略，甚至將問題留給神職人員，而靈性問題被忽略的原因可能是對定義的不解、誤解，或是對靈性有著太多的無解和疑問。雖然有些專業人士認為靈性照護屬於神職人員的責任，但在安寧「四全」的理念下，我們則可以清楚的瞭解到，靈性的照護其實是整個團隊的任務。且楊克平（1998）認為，護理人員與病患接觸的機會、時間，最多、最長，且涉入的程度最深、最廣，實非其他專業人員所能取代，因此，護理人員有責任負起病患大部分的靈性照護工作，以扮演病患靈性安適的促發者。此外，Roy（1984）也認為護理人員應該扮演著察覺病人靈性需求的角色。而 Waston（1985，1988）也贊同，保持對病人靈性需求的敏感度是護

理人員的責任之一。

靈性照護是一種對自我價值、信念尊重的照護模式（楊克平，1998），也是一種充分人性化的照護模式（趙可式，1998）。靈性照顧不是只有一般的醫學知識或技能，它包含了非常基礎的關懷，諸如：傾聽、陪伴（不帶任何諮商的企圖或技巧）等等。

護理人員必須關注到病人的需求，但這種關注，並不只是醫學的技術與知識，而是包含了去發現可以讓病人舒適的相關細處，它是人與人之間互動的基礎，是溫暖且開放的（Bradshaw，1997）。而所謂的全面護理（total nursing）即是提供身心的舒服與安適。

但有時候病人並不希望身旁的照顧者，使用過多悲憫或異樣的眼光來看待自己，認為自己是可憐需要被關懷的，反而徒增了過多的關注或慰問。其實有時候「無聲反而勝有聲」，身旁的人只需「陪伴」，而不用多做什麼（Christine，1997）。因此，若能運用良好的靈性護理技巧，則有助於減輕病患身心靈上的痛苦。

有研究（廖愛華&賴秋絨，1999）指出，護校學生若能在照顧病人前，即能深入的體驗做為一個人的意義等相關靈性議題的探索，則更容易從病人的角度，去瞭解病人的靈性需求，以徵靈性護理的成效。

三、靈性成長與安寧護理人員的關係

Linda Ross(1997)說：靈性需求具有多面性，所以不同類型的人，在不同的時間或情境下，會有著不同的靈性需求。雖然，有文獻（楊克平、尹祚芊，1999）認為靈性需求的界定應基於病患本人，而非醫療照護者，但是，石世明（2000）卻認為，靈性照顧要將「照顧者」的靈性給含括進來，知道如何把握和病人在靈性相遇的時刻，而不是試圖用溝通同理的技巧去接近病人，如此靈性照顧才得以開始。這種說法，已明白的顯露出，要有良好的靈性互動，護理人員本身對靈性的體認是必須被關注、包含進來的。

根據顧艷秋（2000）針對三所區域醫院 276 位護理人員的研究顯示，護理人員對瀕死病患的照護行為中，以提供身體的照護為最多，其次是家屬的照護，而心理、靈性及溝通照護則是最少的，最少的原因，則和心理、靈性與溝通照護觀念、態度不足有相關；另外，還發現，「自覺照護瀕死病患」是件重要的工作者，其照護的行為較多；而護理人員對瀕死病患越正向時，越能提供病患心理層面的照護；或護理人員越接受、瞭解瀕死病患，其靈性照護的品質越佳。至於對影響瀕死病患照護的原因，主要有兩點，分別是：「自我效能」及「與同仁分享工作心得的程度」（顧艷秋，2000）。即意味了護理人員的能力與特質，影響了照護的品質。

因此，Linda Ross（1997）在她的研究中發現，善於確認或回應病人需求的護理人員，大多具有下列五項特質中的一或多項，這五項特質分別為：對自己的生命有覺察力（靈性面向）、個人對意義的追尋、個人有過危機經驗、接受靈性照護是自己角色的分內事及具有獨特的覺察特質等等。

而 Christine（1997）也依照她個人在安寧教育多年的經驗，提出她認為在面對生死課題時，有四項工作是需要學習的，分別是：一、瞭解及轉化受苦的意義；二、建立一個療癒關係的連結，以及學會放下（letting go）；三、為死亡預作靈性的準備；四、為生命尋找意義等等。

所謂「工欲善其事，必先利其器」，若護理人員本身具有較高的靈性成長，相對的有助於對病人靈性需求上的覺察。因此，護理人員是促進病患自我支持、尋求靈性舒適及成長的靈魂人物（楊克平，1998）。

由於現階段的護理教育仍然著重在專業護理知識與技術的培養上，對死亡概念或護理人員如何面對死亡等面向的議題，缺乏足夠的教育或輔導，以致於當護理人員面臨病人的死亡時，往往會承受較高的焦慮，並容易出現負面的情緒或行為，如：罪惡感、不合實際的自我期許或自我價值的懷疑，甚至因內心對護理工作的負面情緒，而離開護理職場（簡淑慧，1999）。為了解決這樣的問題，除了相關教育訓練的推動外，王英偉（2000）則引用了 Dobratz(1990)的話指出，為

了安寧理念的推動，安寧病房的護理人員應扮演四種功能，分別為：身心靈的積極照護、協調溝通安寧療護中的服務單位、持續的學習照護病人及家屬的知識與技巧、在面對病患的死亡中平衡個人的成長與照顧。

將靈性議題整合入臨床工作中，難免會有專業上的挑戰（Dyson J.，Cobb M. & Forman D.，1997）。例如讓臨床相關人員對靈性概念的了解，及如何透過量測工具的使用與諮商技巧的運用（即使量表的應用受到批判（石世明，2000））等等，則一直是臨床人員必須持續努力學習的。

整體而言，護理人員本身的學習與成長，除了可以提升病人的照護品質外，也可以增加護理人員的滿足感，減少工作上的挫折感，並促進專業護理品質的提升（楊克平，1998）。

第三章 研究方法

第一節 研究場域相關問題釐清

一、研究場域的介紹

該「安寧病房」成立於民國八十九年，目前附屬於家醫科之下，現開床位 16 床，兩位主治醫師，護理人員（含護理長、專師、護理師、護士及護佐）有 16 位，社工及書記各一位，若配合著未來的需求，則床位可增開至 32 床。

病房的護理人員，在進入該單位服務前，大多已有過實際的臨床經驗，但就安寧療護來說，除了少數的一兩位外，其他的人員則未實際從事過安寧照護的工作。由於沒有實際的安寧經驗，所以在病房營運前及初期，相關的護理人員都需先接受安寧病房實習二至四周，並接受安寧療護課程及相關的護理訓練。

該病房的護理成員，年齡大多在三十歲左右，普遍未婚。護理工作經驗從十年至一年皆有之，但大部分集中在四至六年間。教育程度有大學（含學院）、專科（含五專、二專）、高中等，教育背景普遍都是由技職體系出線，高中、大學體系者為少數，而這種現象即意謂了專業技術的訓練多於人文基礎課程的涵養。

根據病房截至目前（2002/10）的資料顯示，「在地人」（南部地區）是病房的主要服務對象，且大多為癌症病患。住院者年齡大都集中在中、高年層，教育程度大多在國小、國中、高中間，男、女約各半。對於病人住進病房的動機，有自願的、醫師建議轉入的，甚至還有不知道自己為什麼住進病房的末期病人。

二、研究議題定位的緣起

對生命末期的病人來說，任何積極性的治療（cure），所能提供的幫助是相當有限，但是治療過程所帶來的，往往不是生命品質的提升，而是一種對生命的殘暴與尊嚴的喪失。因此，將心力放在個人生命品質的提升及靈性的成長，或許才是最佳的選擇。但是，要得到好的生命品質與靈性的成長，除了病患個人的特

質與認知外，外在種種系統的支援，則是另一項不可或缺的重要因素。然這「外在支援系統」則是一種廣義的說法，意味著「除了個人之外，一切外在有形、無形的支援」。

在積極性的治療不再介入後，除了症狀的控制與相關病情的告知需要醫師的涉入外，其他的醫療照護則大多由第一線的護理人員所承攬，因此，在一般的狀況下，與病患相處的時間，除了親朋好友外，就屬護理人員為最多。工作時間長、辛苦，加上為了職場的需求，多數的護理人員都必須參與輪班，而這樣的工作條件，容易使得參與照護工作的護理人員，沒有太多的自由度來運用自己的時間，因此，相較於擁有較大自由度的人來說，護理人員的生活範疇與面向，是有著某種程度的封閉性。而「安寧療護」所涉及的面向，除了護理專業外，更廣及宗教、哲學、教育、心理、諮商輔導、人際互動等等。除了本身的專業知識外，為了讓護理人員有更多其他領域的學習機會，運用「讀書會」的形式來幫助學習，則是個不錯的方式，不但可以達到知識的積累，更能促進人際關係的交流與個人生命態度的培養。

近年來受「生死學」之風的影響，讓社會大眾對生死議題的討論，有了較開放的態度，甚至有更進一步的認識與研究。「生死學」的探討是多元的，所涉及的面向有宗教、哲學、心理、諮商、教育、法律、管理等等，然這麼多面向議題的研究，實非是單純一字所能表達的。因此，為了拓展護理人員生死學的觸角，以增進其臨床的敏感度，在相關人員的接線下，成立了一個以該安寧團隊為主，醫院其他人員與生死所學生為輔的讀書會，並由生死所的教授主持，每兩個星期舉辦一次，每次時間約一個半至兩個鐘頭，進行方式有讀書導讀討論、幻燈片欣賞討論、影片欣賞討論等等，其內容涵蓋安寧療護、宗教哲學（西方一神教與佛教）、心理學（人本與深層心理學）、文學以及另類療法。讀書會進行期間，適逢某安寧專題研究案的通過，且其研究進程規劃與讀書會的進行有著相輔相成的關係，因此，就將讀書會與研究專題結合一併進行。

「靈性」在安寧的研究中，一直是個既重要又弔詭的課題。說它重要是因

為，它是「末期病人」(The person of terminal ill) 能否平和有意義的走完人生最後階段的重要關鍵；說它弔詭是因為，它讓多數的人有著「知其然，而不知其所以然」的困惑，感受到「靈性」的存在，但就是無法具體的對其描述與操作。是這樣的兩難與矛盾，著著實實的讓重視「操作性」的臨床護理人員有著深刻的挫折感。

而「死亡」是生命的另一面。在平時，若沒有迫切的需求，應該不會有人去碰這樣的一個課題，更何況是去研究，唯有當死亡近身或來臨時，才會激起相關的注意。有人是從「生」的面向來看生命的意義，但我們卻是一群藉由「死亡」的發生，來認識省察生命的「異類」。在專業方面，臨床的護理人員具備應有的專業水平，但對生命的探問，她們也跟一般人一樣，有許多的未知與疑問。

是「因緣」，讓我們這群人能在這「生死的交叉點」會聚，一同探討生命的死亡課題，透過彼此的學習，激發出更深刻的生命體會。受了多元文化的影響，使得生死問題的提問，有了多元性的回應，但也更彰顯了生死問題急需被整合的重要性。安寧病房也是個需要被整合的場所，除了各醫療護理間的共識與分工外，也包括了醫病關係的學習轉換及東、西方靈性觀的對話與和解。

自己的需求，加上現代整合風潮的影響，讓研究者想趁著這樣的機會，深入的了解東、西方是如何看待靈性這個議題。由於這牽涉到東、西密契文化的整合，所以本研究主要還是參考著 Ken Wilber 所提的「意識光譜」的觀念，及一般文獻對「靈性」外顯部分的現象為認識基底，以對研究個案做現象學態度的觀察、分析與詮釋。

三、研究參與者的相關資料

「相逢自是有緣」是一般耳熟能詳的語句，在病房的實際情況更是如此。病房上班的時間是採三班輪調的方式，而研究者出現在病房的時間都是集中在白天

或晚上讀書會的時段，時間上的陰錯陽差與情境的允許性，讓研究者能接觸並有機會多閒聊的護理人員實屬有限。因此，在受訪人員的選定上，不可避免的，條件的設定是研究者難以避免的選擇，熟悉感、時間差、臨時性等等，都是我在選員過程裡的關鍵因素。

在本研究中，總共有八位護理人員參與了訪談工作，其職務有護理長、專師、護理師、護佐等；其安寧年資從一年至三年不等；一位已婚，其餘七位未婚；宗教信仰有佛教及基督教；參加過讀書會的有六位；教育背景從高中、專科到大學等。以下則為接受研究訪談者的相關資料：

職 稱		安寧年資		宗教信仰		婚姻狀況		參與讀書會		教育背景	
護理長	1	一 年	2	基督教	2	已 婚	1	未參與	2	高 中	1
專 師	2	二 年	5	佛 教	6	未 婚	7	曾參與	6	專 科	4
護理師	4	三 年	1							大 學	3
護 佐	1										

表 3-1：受訪者之相關資料

第二節 質性研究取向

本研究屬「質性研究」(Qualitative methodology)的範疇，是以「現象學」(Phenomenology)的態度進行分析研究。

本研究的研究參與者，大多有參與過病房的讀書會；若沒參與過者，與研究者也都有一定程度的熟悉。接受訪談者必須經過一至三次的深度訪談，採半結構開放式的訪談，由研究者事先擬定想了解的面向，然後再由受訪者自由的陳述。採錄音訪談，資料收集整理成逐字稿後，對資料做分析，歸納出符合「意識光譜」之靈性成長的相關面向，然後再將資料做一軌跡性的描述與詮釋，以彰顯被研究者們在從事照護過程中的改變與成長。

一、質性研究的態度

質性(Qualitative)研究與量化(Quantitative)的研究，彼此間有著態度上的不同，一是以「點」的方式切入，另一則由「面」的方式進行，雖然彼此的研究方式不同，卻有著共通的目的——了解事實真相。「質性」研究著重在「單點切入」，以對被研究者做深入、多面向的發掘；而「量化」的研究，則多屬從「整體」的層面，去開顯被研究者的相關資訊。就研究方式而言，兩方有著不同的方向性，一為從「內部」來發掘建構被研究對象的意義，另一則由「外部」的統計分析來認識被研究者間的共通性事實，雖然彼此的方式不同，卻皆能以各自所專長的方式，來認識了解事情的真相。至於「質」與「量」的研究，是否能絕對的二分法，答案則是否定的。根據 Neuman(1997)的說法，「質」與「量」研究的資料是可互通的，所不同的是研究取向的不同。這也說明了「質」與「量」間的互補性(Slavin, 1992；王文科，2000)。

一般社會科學的研究，大多著重在普遍性上，試圖透過「量」的方式，取得「一以蓋之」的共通性，但這樣的研究態度及方式，卻在受「後現代」(Post-Modern)思維對「現代性」(Modern)的批判聲中，有了檢討與修正

(Smith, 2000)。因此，除了統計分析的「量化」研究外，以「質性」意義建構的方式來做研究，也是爲了讓我們能以更寬廣的視野來看待事情，讓不同類型的研究者，能夠以更適當方式來做研究，以排除獨一的場面（王文科，2000）。

「質性」研究關注的焦點，在於對研究者和被研究者的日常生活世界的意義描述與詮釋（陳伯璋，2000）。因此，「質性」所兼顧的範疇，或許沒有「量化」來的寬廣，但卻能更詳實且深入的將被研究對象的特質、內涵與意義，透過描述的方式，而有更完整具體的展現。

本研究「安寧護理人員靈性成長的研究」，是以「安寧療護」場域裡的宗教醫院的護理人員爲主，因此，對認識不同文化、特質、意義而言，本研究有著某種程度上的價值。由於這個主題的特殊性，採取「質」的研究取向似較「量」的研究來的適切。

二、現象學態度的應用

若從微觀的角度來看生命，我們會發現，生命是由許許多多的片段 (piece) 所組成的，甚至連我們所認爲的意義 (meaning)，也是在一連串關係脈絡下的衍生品。因此，意義之所以有意義，全因它符合或融入某種價值 (value) 的關係 (relation) 中，換句話說，意義的發現，其實是賴於關係的緊密連結 (connect)。

意義存在關係與關係間，而關係與關係的連結，就好比是片段與片段的連結一樣，因此，若僅僅是單一的關係（片段）而缺少了時間的流動性，則意義難成。所以，意義必須建立在時間的延續性上。

「關係」、「片段」是一種因過程的集合而生成的現象 (phenomenon)，而這些現象的連續呈現，就會形成所謂的意義來。不同的意義價值，會有著

不一樣的建構系統，相同的道理，不一樣的建構系統，則會衍生出不同內涵的意義來。「現象學」的研究，即是以對現象多面向的觀察分析，進而發現事件的內在結構，藉以透澈事件的本質。

佛家講：「因緣所生法」，即是說世間的一切事物，都是由因緣條件所組織而成的，而沒有一個堪稱不變的最後存有，即使「意義」也是如此；但柏拉圖的「洞穴論」卻如是地認為：我們在世間的所見、所聞、所感，宛如像在地下黑洞牆壁上所見的影像一般，並非是事實的真相、真理的所在，唯有脫離深處的黑洞，才能見到真理。因此，柏拉圖是認為有一恆久不變的真理存在（Durant，2000）。

對於上述的兩個例子，我們可做「同」與「異」部分的探討。就其「同」的部分，是指其對於「現象」的看法，兩種思想都認為這世間所有的顯現，都不是「真實不變」或是「真理的所在」，它們只不過是一種暫存的假象；而「異」的部分，則是兩者對於「存有」（existence）的看法不一樣的，佛家認為一切皆是「因緣和合」的，沒有所謂的「最後存有」，但柏拉圖卻認為，只要脫離事物的虛假，便可見到「最終真理」。

對於「靈性」的探討，情形就像上述「異」與「同」的討論一樣，有著「表層的雷同」和「深層的迥異」，其原因有可能是：文化背景、思維方式、立足點等不同所成的。因此，目前「安寧療護」對於「靈性」方面的研究，大多只停留在「表層」面向的需求研究，而甚少去碰觸「深層」部分的理論的建構，或許這部分的研究就是人類為何存有的關鍵所在，只要這部分的機制被解答了，也許人之所以存有的歷史秘密，也會相應而解。

因此，本研究採用現象學式的態度，很大的一部份也是為了迴避這個千年難解本質性的問題，而只是想藉由「現象學」對現象「存而不論」的態度（Pivcevic，1997；蔡錚雲，2001），幫助研究者對受訪者個人「靈性成長」過程的分析，並藉由這個過程來發顯相關的意義。雖然研究的面向侷限在認知、行為、態度上，但如前面所言的--「意義是建立在關係中的」。藉著這群

「有心人」的表述，也許可以讓旁觀者如「現象學」所講的一樣，以透過對現象的呈顯，來顯露該現象的生命意義（Giorgi，1985；郭麗馨，2001），甚至發顯生命的本質。

第三節 研究歷程與分析

本研究從醞釀到執行，其過程涵蓋了病房讀書會的開辦，與某單位專題計畫的推展。讀書會開辦的目的，是想扮演「對照護者的照護」的功能，以提供想藉由讀書會達到「學習」、「成長」、「視野拓展」、「休閒」等目的的護理人員。而專題研究的目的，則是試圖想了解由西方人 George S.Lair 提出的「促發模式」是否適合在本土場域中運用。該專題為兩年期的研究，和讀書會一同結合進行的是該專案第一年的「概念養成期」。

「讀書會」成立於 90 年 10 月，原則是兩個星期舉辦一次，每次時間為一個半至兩個小時，進行方式有：讀書導讀討論、幻燈片欣賞討論、影片欣賞討論等等；內容涵蓋安寧療護、宗教哲學（西方一神教與佛教）、心理學（人本與深層心理學）、文學以及另類療法等等。

除了讀書會的時間外，研究者仍不定時的到該病房參與「個案報告」或其他活動。藉著活動的參與，除了可以接觸到更多的人外，也可以讓自己更了解該場域的文化，避免因自己的無心而造成病房的困擾，及減低與護理人員間的陌生感。和病房結緣的時間，若從最早參與的「臨終關懷實習」算起，途經專題計畫，以至今日的讀書會，該時間已超過一年半。下圖為該研究進行的前置狀況時程表。

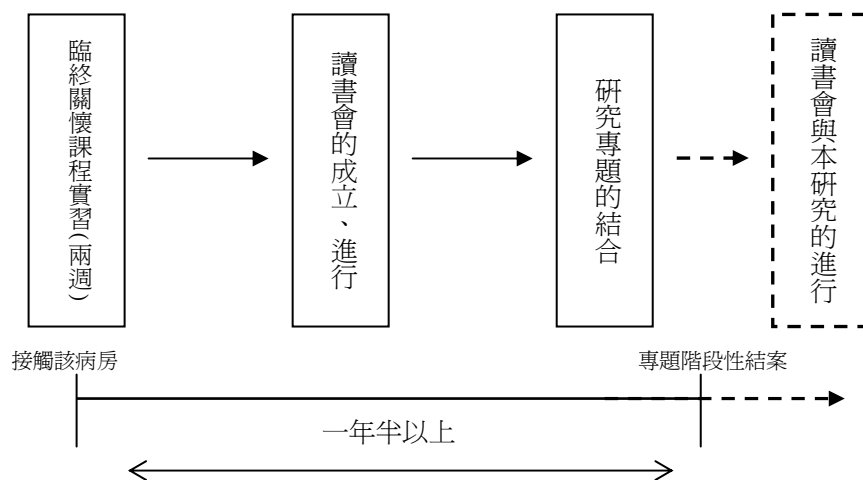


圖 3-1：研究相關歷程圖

研究步驟：

生死所與該病房合作的臨終關懷實習、病房的讀書會及專題研究等等，皆屬本研究的「前行」工作。對研究者來說，算是個相當寶貴的經驗，除了能夠親身進入場域外，更有較多的時間與機會，來認識這場域的相關人員與文化，且在近兩年的相處下，彼此的互動與成長，更可用與日俱增來形容。因此，對臨床護理人員來說，從病房開業以來的實際臨床工作經驗、人際間的互動、院內外的相關訓練、讀書會的薰習、以及個人的切身感受等等面向，對她們在「靈性」方面的體認與成長，是否有得到更寬廣的認識與內化？爲了進一步了解的需要，本研究提出的具體步驟與流程如下：

- (一) 對象約訪：本研究所訪談的護理人員，以從事安寧病房照護工作超過一年者爲主。研究焦點放在護理人員「靈性的成長」，因此並不嚴格規定被訪談者需參加過「讀書會」。
- (二) 根據研究者自身想探詢的面向，及對文獻資料的分析歸納，擬定出一套半結構式的訪談指引，包含：職業性向、安寧理念、臨床態度、團隊合作、生命態度、宗教信仰等等。
- (三) 實際訪談：喬借該病房的協談室，採一對一的方式進行一至二次的深度訪談，每次的時間爲半小時至一個半小時，並做錄音記錄。
- (四) 資料整理與分析：由於「靈性」的定義，至今仍有著許多不同的見解，因此，本研究不涉及「本質」(Essence)的探討，而著重在「現象」軌跡的觀察與描述。然而，光是一次的訪談，所得到的資料實屬有限，所以會針對需要進行第二次、第三次的訪談。至於對文本資料的分析，本研究將以 Ken Wilber 所提「意識光譜」的概念爲研究的「前理解」，然後再以現象學家 Amedeo Giorgi (1985) 的分析步驟爲背景，以做相關的分析、詮釋。。
- (五) 貫穿性的資料收集：主要是爲了讓資料的分析有更嚴謹與客觀的陳

現，因此，除了正式訪談的資料外，研究者仍然藉著讀書會及其他互動的機會，收集研究場域的相關資料，以做交叉分析及釐清問題的參考。

下圖則是資料收集、分析過程的流程圖：

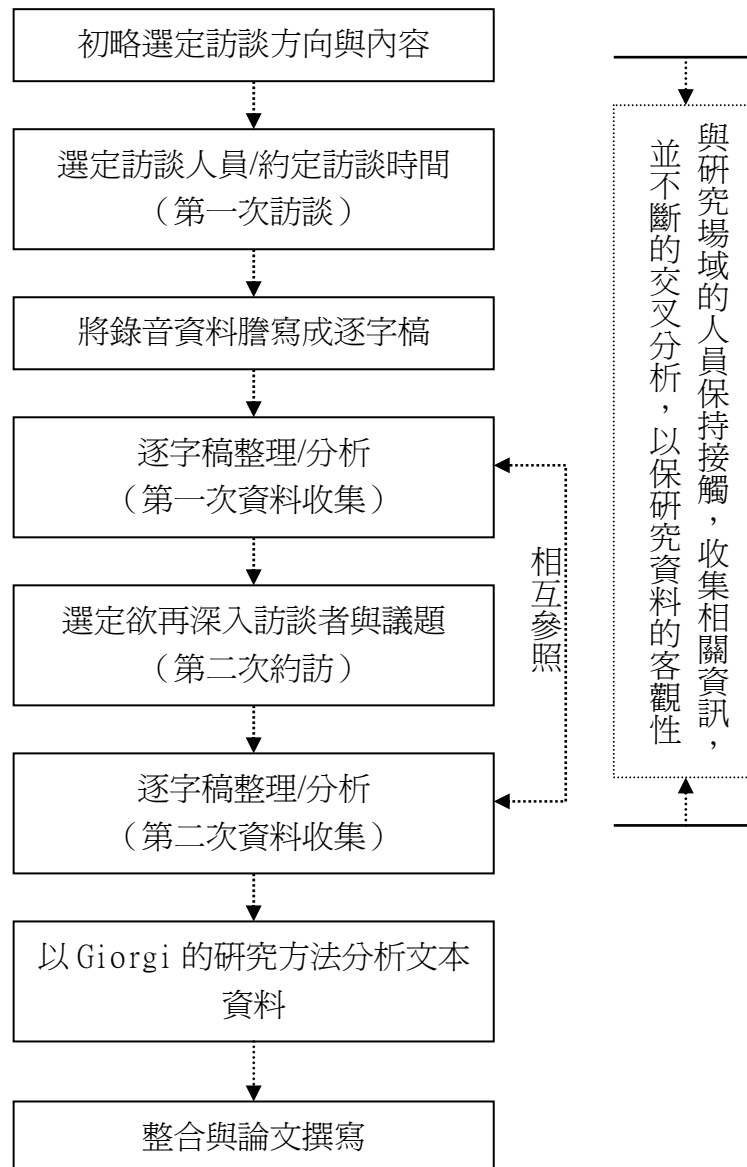


圖 3-2：研究相關流程圖

研究資料的分析：

由於本研究是以「現象學」的態度來做研究，所以在資料分析、編碼、撰寫詮釋方面，乃是以現象學家 Amedeo Giorgi (1985) 的研究分析步驟，作為對文本資料分析的主要依據，其具體分析步驟可分成四階段，分別為：

- (一) 對文本資料的初步瀏覽：主要目的是對文本資料有個初步的整體概念或認識，以利後續更深入的瞭解。
- (二) 進入文本脈絡的閱讀，以察覺其間的意義單元群 (meaning units)：藉由當事者心理過程之前後脈絡的差異變化，尋找出對當事者們有意義的單元群來，並保持「存而不論」的態度。
- (三) 在意義單元群中，形構出更明確的表示：研究者對意義單元群的不斷瀏覽閱讀，以更明確而直接的發現當事者所要傳達的訊息，並進行意義單元群的結構化。
- (四) 整合與呈現：試圖以多面向的方式，將當事者們的意義單元群，以有層次性 (a number of levels) 的方式表達呈現。

若將文本分析的步驟流程化，具體圖示如下：

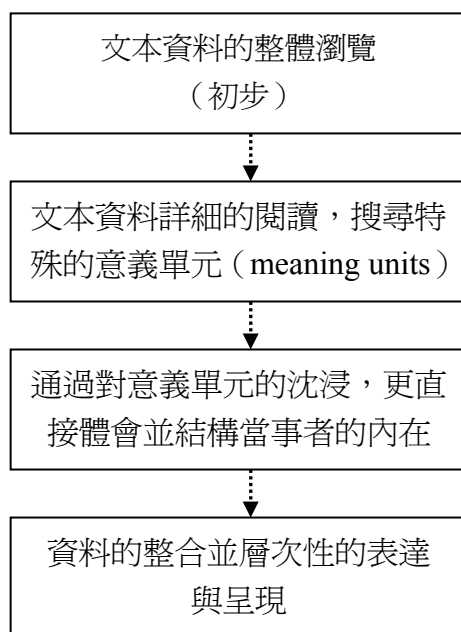


圖 3-3：文本資料分析流程

第四節 研究進路與價值

近代物理量子力學的觀念認為：「不同的量測工具，會導致出不同的結果」（Davies & Brown, 2000）。且不同的文化傳統與價值，也會形成認知上的差異（Hick, 2001）。而「靈性」議題的研究，於本質性（Essence）的討論，則多屬宗教、哲學的範疇。

對重視應用(application)層次的醫療護理來說，過多的理論討論，對臨床護理沒有太多的直接幫助，所以研究者將研究放在現象的分析與探討，是比哲學式的批判與詮釋來的容易。因此，本研究係由現象的層面切入，著重在「靈性現象」的：

- (一) 個人生命認知，即研究參與者對自己與其他生命的看法與體會；
- (二) 個人信仰、生命與工作間的關係；
- (三) 外在環境資源與其內在自我的關係。

由於著重在現象的分析與描述，主、客觀因素的侷限在所難免，如：

- (一) 議題內涵的相左（爭議性）：在正式、非正式的刊物中，靈性相關議題的討論已是多如牛毛，但就其關鍵性的內涵詮釋，卻有思想、信仰上的差異，且不乏充斥著「感情式」的表達。畢竟，「主觀」的表述，與「客觀」的事實，是方向性上的兩極，「南轅北轍」，不可混為一談。即使是外顯現象的雷同，也不能依此類推於內涵上的一同。因此，就「靈性」一詞的定義，不同的認知系統，在本質的討論上，有認知上的差異，但就外顯的現象來說，確有著相當高的雷同。
- (二) 表層式（Surface）的現象詮釋：由於議題的特殊性，加上在本質上的探討，存在著立場上差異，且多屬理論上的析辯，加上研究者在此方面「涵養」的不足，因此，無法在「本質」這面向上，有太多的探討，只能將重心放在現象軌跡的分析與呈現。

(三) 階段性的呈現：人的成長、學習，是一連續且動態的變化過程，而這變化除了平面的「橫向」變化外，也包括了層次上的「縱向」變化。然這「橫」與「縱」的成長，除了研究參與者本身的變數外，研究者自身的素養，更是研究真實呈現與否的關鍵所在。畢竟，不同的生命個體，總有著屬於個人特質的視域。

因此，本研究的「靈性成長」，實屬研究參與者階段性的呈現。就客觀嚴謹的學術立場來說，本研究所呈現的資料，有著無法避免的誤差，即使如此，就研究者的立場，雖然無法將研究參與者「靈性成長」的所有面向，一一忠實的呈現，但研究者會盡自己所能，將自己在此階段所觀察到的現象，做一最完整的陳述。

而本研究的價值有：

- (一) 發現被研究者內在的轉變與張力（靈性成長）；
- (二) 研究過程的互動，為研究雙方營造心靈互動的機會（對照顧者的照顧）；
- (三) 為建構安寧療護之靈性教育提供參考（安寧教育）。

第四章 靈性歷程的開展

自我靈性的開展，是個持續的過程，其間充滿了許多的衝擊和挑戰。對某些人來說，他們會單向性的將這些衝擊、挑戰視為是生命歷程中的絆腳石，而忽視了這些衝擊與挑戰背後的成長契機，以致於選擇逃避。

但逃避真的可以讓生命得到究竟的安逸嗎？答案想必是否定的！

逃避不是適切的生命態度，因為它無法給予生命更堅強的力量，反而只會給予生命更多的陰影、恐懼；或許，選擇面對、接受、處理、放下，才不失為泰然。

因此，為了凸顯生命歷程的活力，本章節在文本開展的撰寫鋪陳上，研究者是以時間為軸線，讓研究參與者在接觸安寧療護之前、後的靈性現象，以歷程的方式來呈現，藉以看出她們在臨床工作上的變化軌跡。

本章節的陳述歷程共可分三大階段，八個子題，詳細明細如下表：

階 段	子 題
啓 程	生命的召喚 進入安寧
啓 蒙	試煉的衝擊 認知的轉變 觀念的重構
逆 旅	障礙物 付出的肯定 未完的旅程

表 4-1：階段／子題明細表

第一節 啓程

生命的召喚

在神話世界裡，英雄旅程的開展，大多是發生在一連串的逆困、衝擊後。因此，若將安寧照護的工作也比擬成一連串的蛻變歷程，對安寧照護工作的護理人員來說，其實在接觸安寧照護工作之前，她們的生命，已經透過種種的情境，不斷地對她們衝擊，而這樣的衝擊，其實是一種生命對成長的召喚。

護理工作是有意義的，因為它為生病的人帶來了康復的機會。

即便護理工作的施行，舒適是最主要的要求，但實際的狀況卻是---多數的醫療措施，帶來的不是病痛的緩解，而是更多的刺激與痛苦。對於這種狀況，「靖靖」回憶求學時期的經驗，深刻的感覺道：「我那時候去實習的時候，我看到一些治療，其實我是很難過的。我的難過是...我覺得說是.. 為什麼要...讓他那麼痛苦？有一些治療其實是很痛苦的！」。

人是有血肉動物，擁有無限的覺受，而「靖靖」的這份感覺，其實含藏了自己的親身經驗「因為我自己以前身體不是很好！小的時候，會接受一些治療，可是我覺得那個治療好痛苦！」。因此，過往的臨床經驗，讓「靖靖」自己反省著說：「我也知道生病很難過，那我去學習的時候我會覺得：為什麼要讓他那麼痛苦？」。

類似於此的反思，其實也讓另一位護理人員「貝貝」感慨的以為「急救、CPR，我只覺得很無奈而已，人生這樣子？」。所以說，醫院是個生死交疊的所在，它提供了許多讓人反省生死的機會。

人性化的照護，是護理本質的所在，但是這樣的態度是不是僅局限於「活著的人」，對於那些因疾病或意外而死亡的人，是不是就不具備「人性化」對待的權力？在求學時期的偶然機會裡，帶實習的老師的一次機會教育，讓「貝貝」的內心有了一些疑問：「很奇怪的是，他已經死了，那時候是我跟我的老師在那個地方，我們老師竟然叫我再幫他壓，她說：你可以練習。你懂得我的意思嘛？

她說我可以練習那個感覺！」。因此，臨床的衝擊是最強烈、直接的，因為它為身歷其境的人帶來許多價值反省的契機。

「反省」可以讓人更進一步的認清事實，知道自己的「所能」及「所不能」，因此，「玲玲」感慨的說：「看到一些病人呀，就是一些東西，那…不是沒有感…而是一種很深的無力感」。然其所言的無力感，大多不是具體的外在醫療措施，而是抽象的意義與價值。

「生」與「死」是生命的兩極，也是生命的事實，但對多數的人來說，總是習慣性的認同「生」而忽視「死」，直到「我可以感覺到說你每次在病人危及，比如說在那種妳無能為力的時候，或是在整個那個…反正在某些情境之下，你就會知道…會告訴自己說，你那個會有點問題，你甚至說…你會對死亡這種東西，是非常的害怕、恐懼，但是…也不是…說很害怕，就是覺得…ㄟ…好像就是…你心理面會覺得稍微撞了一下！」。而這種心理被「撞」的感覺，其實就是生命對我們的提醒，要我們不要忘了「死亡」的存在。

「不要忘了死亡的存在」，除了可以透過臨床經驗的提醒外，有時候在學時期的課程的安排也會激發自己對生死的反省與興趣。「在學校有上過生死學，就是○○○老師上的，那時候就可能算是一個啟蒙點吧！…那時候上一上就發現對生死的課題，漸漸算是有興趣吧！」---「榕榕」回憶說。

也有可能是透過其它的經驗，引發自己對生死的興趣，如「明明」的情況是：「我本身是佛教徒！因為我本籍在台中，在台中就有…嗯..就是幫人家助念啊！那…對於臨死覺知有一些…有關生死方面，我也是蠻好奇的！」。

綜合上述的歷程，研究者發現，護理人員對臨床的反思、無力感、身邊家人的疾病，以及對生死議題的興趣等等，似乎在昭示我們說，生命不只有外在物質行為的施作，它還有包含了某些看似抽象，但確實存有的存在。這樣的存在，就好像是某種的成長機制，會隨著時間機緣的成熟，而有不同程度、樣態的啟動。因此，生命是流動，它會透過各式各樣的形式來召喚自己，讓自己成長蛻變。

進入安寧

安寧療護不是主流醫學關注的所在，因為它衝擊了主流醫學的精神，讓重「生」的主流醫學，不得不在安寧療護面前低頭，承認自己對「死亡」的無力。即便如此，現有的醫護教育，仍然是以救生的態度來進行教學，甚少提及「死亡」。

在研究者的研究領域中發現，會接觸安寧療護的護理人員，除了有因為誤打誤撞而進安寧病房服務的外，有人是因為親人得到癌症的切身感觸，而在內心深處生起對安寧療護的嚮往，如「靖靖」說：「我爺爺生病了，那時候對我的打擊很大，我一直沒有親人往生，我爺爺是第一個」「因為他是癌症嘛！」「在他生病的時候我一直想說，我其實很想…有一個安寧的..東西，但是，那時候安寧病房太少了，所以我爺爺都沒有機會去接觸安寧病房！」。因此，在經歷「爺爺」的情況與自己所學的護理專業下，讓「靖靖」如此的希望：「我就一直很想走安寧！」。

對整個醫療照護體系而言，安寧療護只是眾多照護模式中的一種，尚不屬所謂的主流醫學，所以在未正式成為安寧療護團隊的一員之前，有不少人並未聽說過安寧療護這門專科（國內的安寧療護運動始於一九九〇年），如「妍妍」說：「在接觸安寧之前，沒有接觸過相關訊息」。

即使聽過，對安寧療護的瞭解仍然有限，「貝貝」說：「我那時候看到的東西現在都還看的到，就是安寧療護的簡介，說什麼照顧理念、不要插管啦！我那時候就有感覺這個東西很好啦！」。

因此，對多數的安寧護理人員來說，在正式從事安寧療護工作之前，她們未必瞭解什麼是安寧療護。能做的，就是採取做中學的方式來瞭解安寧，如「妍妍」說：「後來我到安寧病房，我發覺我要講非常多的話！那…我講話的途中，我就慢慢的發覺安寧療護在做什麼！」

雖然安寧療護在國內發展的時間還不算太長，但其人性化的照顧模式，對初接觸這種照護模式的護理人員來說，內心泛起了不少的感觸。如「榕榕」說：

「我覺得從事安寧療護是最接近護理的本質」「像是四全的理念」「就是最接近護理的本質」「其實從事護理工作之後，我一直很想…很想發揮或者是從事的領域，之前的臨床工作的經驗都只是病人身體上的照顧，可能後續的部分都沒有，那過去會接觸到的社心靈的部分，可能都是一小段一小段，不完整的片段，我會覺得…那不算是一個…怎麼說…我會覺得那不算是一個完整的部分啦！會接觸也是覺得想去尋求一個有點完整的空間」。

照護模式的不同，就會衍生出特有的照護文化，對此，「貝貝」說：「我覺得辛苦是在於說，因為它用的東西很多都是…『心』啦！」。因為，安寧的照護模式「不是一般病房的照顧模式，像我後來會覺得呢！我來這邊（安寧病房）工作後，再去長庚照顧我媽，因為長庚是一般病房，我看著護理人員的照護模式，我會想起以前，那個就是我以前照顧病人的態度…我沒有說對她們不好，而是沒有放上『心』，妳會覺得工作只是工作，妳不會說認同妳的護理，讓妳的護理學以致用，達到更好的一個地方，那時候沒有，在這邊呢？我覺得有！」。

生離死別是安寧病房最常上演的戲碼，因為死亡是一種衝擊，會讓參與人的內心泛起種種的不捨。「靖靖」說：「我會遇到一些人，他們很不捨！」。且「大部分的人他們會想到說，我該怎麼治療我的身體，我走一步算一步！」，只要「身體舒服了，他一定想要活，他會開始想怎麼做，會讓我身體疾病好起來，或者是..怎麼做，會讓我的生命越拉越長…」。

即使病人想繼續延傳生命，但實際的狀況卻是，「明明」說：「從病人剛進來，本來狀況都還不錯，很平穩！那他們進來是疼痛的控制，然後…但是癌症它本身不像一般的感冒！…說吃藥打針它就會好了，到目前為止，它沒有特效藥可以治好！所以給病人一個觀念，他們要進來病房，他們也應該知道說本身自己的症狀應該到哪裡了？但是一進來，他們的變化都很大！…變化很大！…有時候看他們昨天還很好的，可以自己走路！過了兩天，他卻躺在床上，那個呼吸的聲音都不同了，就是..肺已經開始積水了！大概隔了一天，他就走了！從病人這樣子，一直從…還不錯的狀況，到他完全不能起來，然後..到一直只能躺著，呻吟、

掙扎，然後不安、恐懼」。

死亡是宿命，而安寧病房能提供的服務，除了病人生理疼痛的控制外，協助病人得到心靈上的安適，為生命賦予意義，則是另一項重任。所以，「媛媛」說：「我只是希望你在這一段時間內，你可以比較舒服一點，然後你可以好好想一下，你接下來要面對的是死亡？或是什麼？」。

對多數人來說，安寧病房是個禁地，因為這裡充斥了死亡的影子，讓人覺得來到這裡就像進入某種的磁力罩，渾身不對勁，而有避之唯恐不及的態勢，卻少有人會藉此機會，思索與自己有切身關係的生死問題，因此喪失了自我成長的機會。但這樣的情況，對本研究的參與者來說，情況不見得就是如此。

研究者發現，這些研究參與者，在她們正式進入安寧病房前，其實她們就對生命的議題，有過若干的發問與沈潛，有人甚至因自身的生命經驗，而積極主動的走上安寧療護之路，對這幾位研究參與者來說，她們並未排斥接觸末期病人，反而是認同並讚揚安寧療護的理念與精神。

第二節 啓蒙

試煉的衝擊

進入安寧病房工作，除了外在照護方式的調整學習外，安寧療護精神內涵的學習、整合，則是另一項課題，「榕榕」說：「之前的臨床工作的經驗都只是病人身體上的照顧，可能後續的部分都沒有，那過去會接觸到的社(會)心(理)靈(性)的部分，可能都是一小段一小段，不完整的片段」「這個部分是你會跟之前有很大的不同，很大的不同是說你跟之前接觸的領域不同」。

多數的護理工作大多如「媛媛」所說的一樣：「沒有時間陪在病人的身邊」，且「比較偏生理上的照顧！心理上的很少幾乎沒有做到！」。但是在安寧療護裡的情況卻是，護理人員協助病人心理的調適優於在生理性的關注，並有較多的時間與病人互動。因此，在安寧療護裡工作的護理人員，將不再因過大的工作量與照護性質的因素，來迴避死亡議題，相反的，更需正視死亡。

死亡常常造成我們的無力，因為我們真的不知道能為它做點什麼？「媛媛」想著自己的情況說：「我覺得對於面對死亡那一點，我還是覺得很大的無力感！因為我發覺很多家屬在面對死亡時，他們不知道他們可以做些什麼？可是我突然發現，我也不知道我可以做什麼？我常常發現說，這一些病人快臨終了！那家屬很焦慮，他不知道要做什麼？可是我也沒有辦法提供家屬說…其實你可以在旁邊跟他講些甚麼話，或做些什麼…通常我都會很害怕進去這樣的一個病床！因為去，我是看到家屬在旁邊，然後妳也不知道做什麼？那我也不知道可以幫他們做什麼？所以我覺得這是一個很無力的點！」。

因此，「陪伴」是護理人員常用的方式，藉以緩衝自己的無力，並達到照護的目的，對此，「靖靖」分享自己的經驗說：「我會遇到一些人，他們很不捨！可是沒有辦法，其實我並不會說…通常我的面對方式是我『陪』著他，因為..其實我心理知道說：你再怎麼不捨，其實這是沒有辦法的事，一定會死亡，對！所以我會陪著他。一開始我不知道我該講甚麼話，其實也沒什麼好講，因為他心

理有答案了，他也知道的，他只是在..一些情緒反映出來而已，所以我就陪伴他...」「我的幫助是..我陪伴他！那我跟他講講話...」。

「貝貝」的經驗是：「那時我們只能常常去看看她，那時候我們不會講什麼東西，我們只能陪在她身邊，就只站在她旁邊，然後，讓她覺得有安全感吧！甚至有時候一些無理的要求，也不是無理的要求啦！她真的很希望護理人員陪在她的身邊，她叫護理人員，叫個鈴，然後跟護理人員講說，『這個毛巾這樣子放，妳們覺得好不好看？』...她只是找個理由，找個事情，然後一直希望護理人員一直待在她旁邊！」。

念佛機的念佛聲，是病房最常出現的聲音之一，它時常被用來代替家屬或醫護人員來陪伴病人，以緩和病人的孤獨、恐懼、不安，但有時候卻會形成反效果，對此，「靖靖」回想著說：「他也知道他...最後要走這一條路（死亡）啊！他也知道說...他很怕！因為他不知道那個地方是怎麼樣，或者是他在睡覺的時候，或者是..他甚至晚上不敢睡，他會...一直覺得很可怕！或者是一直發抖，一直害怕...然後妳也知道他在害怕，可是...其實那時候妳的幫助，其實...我覺的啦...我的幫助是..我陪伴他！那我跟他講講話...然後拿念佛機給他...」。

但是「我覺得念佛機有時候是很可怕的東西！」「因為...當病人聽到的話，就知道自己快要死了！真的啊！...他很大的壓力耶！！我不要聽那個不行嗎？可是為什麼當我意識不清楚的時候，妳要拿那個東西一直在我耳邊放呢？...很可怕啊！其實那很可怕耶！！」。

如果「妳放一些好聽一點的就算了，妳放一點好聽一點的，有節奏性的就算了，妳放那種...一成不變的..那種...一直這樣..南..無..阿..彌..陀..佛...南..無..阿..彌..陀..佛..其實我覺得那聲音是很可怕的，有時候可能會是個壓力！！」。

初聞「靖靖」的敘述，研究者也是心有同感，但在轉念後，研究者便質疑著想，為何被視為「救贖」的宗教行爲，至此竟會變身為恐懼與壓力，其中到底是哪裡環節出了問題？是解讀的誤解嗎？還是大家只是在追求個心安，在虛晃一

招下的反撲？因此，研究者便問「靖靖」為何會如此？及如何解決？「靖靖」的回答是：「因為大家都這麼做！！那..我們其實也在摸索該怎麼做？」。

安寧療護的「四全」照護，是對病人的「全人、全家、全程、全隊」的整全照護，理念雖好，但實際推動的情況卻未必如理念般的理想。若以「全人」的照護來看，「妍妍」說：「護理人員被統括教育成她要幫助病人生理、心理跟靈性的部分，所以為什麼說...護理人員應該負擔這一部分的義務，因為護理人員被教育成這個樣子！可是..這樣的東西對護理人員來說是比較困難的地方！心理、社會層次跟靈性層次是很困難的地方，那怎麼樣去區分心靈跟靈性？那到底又是怎麼去解決？我覺得這是一個很大的問題！因為我們沒有人懂？沒有人帶的...那你只好自己去摸索！摸索的對或錯，沒有人告訴你啊！那做了也不見得別人會知道，因為那種東西是屬於...很模稜兩可的啊！譬如說，你說陪伴！傾聽！...那什麼樣的方式才是做到陪伴！那你又要怎麼樣引導病人，跟家屬、跟親人道別？」。

這種情況，不只「妍妍」如此，而是普遍存在於安寧療護裡的現象。況且「靈性的問題我覺得很抽象，有時評估時覺得是又好像不是」--「秀秀」是如此的說。

「靈性」的議題，雖然只是「全人」照護裡的一環，但是它的牽扯卻是多面向的，甚至是難以解決的，為此，「靖靖」說：「我覺得靈性的東西喔...那個東西是牽扯到...它是跟心理社會是分不開來的，有時候...他為什麼會有這樣的困擾...有時候...家屬的因素，有時候他對自己的認知，還有對那個的認知影響也很大，那個...有時候只能是有契機去點，不見得可以幫他去解決」。

靈性議題是抽象的，它不像操作步驟般的具體，因而容易形成護理人員對靈性認知不足的情況。對此，「榕榕」的觀察是：「我會發現其實臨床的護理人員，還是有些部分人員是不敢去接觸...不敢去碰觸這個靈性的問題。有些人就覺得...其實我覺得這是算少部分啦！少部分的人不敢去直接接觸。當接觸的時候他們也會遇到一些難題就是說，到底我應該怎麼去做會比較好？」。

種種的無力感，加上自己對臨床事務的反省，讓「靖靖」有感而發的說：「我想要去讀書，我想要去探討這個東西（生死），我想去更瞭解別的專家怎樣看這個東西」。

根據研究者的場域觀察，其實不止「靖靖」有這樣的想法，而是多數的臨床人員也想多瞭解一些東西，只是缺乏有系統、有規劃化的整合方案。

認知的轉變

在病房裡，大夥時常流傳著一句話--「事不關己則已，關己則亂」，雖然只是短短的幾句話，卻已活脫脫的點出了一般人對待事情所存有的態度。對一般事情如此，對待死亡，更是如此，並天真的認為死亡與我無關，我是不死的。

安寧病房的性質不同於一般的病房，進入到這裡的病人，就算事先不知道病房的性質，但在經過環境氛圍與病人對自己身體狀況的瞭解，不乏多日，病人就會意識到身旁有死亡的存在，相對的，這樣的意識也會促使病人去思維自身的處境。

「經一事、長一智」，病人如此，身旁的護理人員亦復如此。

由於其他病房快速、精準的性質，讓身在安寧療護中的人員，回想自己以前照護工作的步調是快速的，且與病人的關係是明顯有距離的，「靖靖」回憶說：「...忙到那種程度妳沒有辦法思考，因為光事情就做不完了」「妳原本的工作還沒忙完，那妳新病人又進來，妳根本..，妳事情都還沒做完，妳根本沒時間去思考--我該怎麼去跟病人講些甚麼話？光我要做一些事情，我可能和顏悅色講一些話，都要花一些時間！」「可是很可能的，因為妳很急的想要去做完的話，妳可能會忽略了很多東西，一些病人的感受，一些可能妳跟他的交談，也許妳一些的態度就有差」。

即使「學校裡課本都會教學習傾聽陪伴，可是時間都被壓死死的根本沒辦法傾聽」---「玲玲」如是說。

一般照護著重「救生」，安寧療護則重於「護死」，相形之下，就會衍生出兩種不同的性質，而這種的性轉變也曾讓橫跨兩界的護理人員有所調適，對此，「媛媛」分享她的經驗來說：「其實那時候抗拒性比較大一點（剛接觸安寧）！衝擊大！抗拒比較大是因為，那時我們是走內外科的嘛！所以很多病人是會本持著急救這個點！所以我們會覺得說是一條人命嘛！那突然接觸安寧這個點是，那變成是他不急救了！那這樣子的一個...變成我們不知道能夠做什麼？那個...從心理抗拒是比較大一點！」。

隨著接觸時間的加長，及對安寧精神的認識，「媛媛」的感覺有了不同向度的轉變「覺得很好，我在照顧的是一個人，我不是在照顧一個疾病！因為之前比較會注重說，我只要把你的疾病弄好，就好了嘛！那過來這邊（安寧）就會說，嗯！很好！我是照顧你一個人，你的疾病我不管，我只是希望你在這一段時間內，你可以比較舒服一點，然後你可以好好想一下，你接下來要面對的是死亡？或是什麼？那我可以在你身邊陪你，這是我覺得兩個比較大的差異啊！」。

「四全」是安寧照護的基礎理念，它讓團隊對病人的滲入更深了，對此，「貝貝」說：「就全家來講，我們要照顧整個家庭，包括病人，病人的家屬，有可能包括大人或小孩，我們希望他在這邊受照顧之後，狀況好一點之後是可以回去的，但回去之後又牽扯到照顧的問題，像癌症病人的照顧方式較一般病人的花費的心力要比較多一些，這時又會牽扯到許多問題，我們前一陣子就發現許多照顧上的問題，例如家屬是否有照顧病人的意願？意願哦！你如果沒有那個意願，妳教他任何東西，他都會有藉口，那他就覺得妳這邊好啊！...」。

因為許多的事情，並不如我們想像中的單純，而是另有隱情，身旁的照護人員能做的，就是多多觀察，如「貝貝」說：「...經濟上面的問題，他們有照顧的人，可是他們經濟上..另外再舉一個例子，他們可能比較遠，離醫院比較遠，四周交通都不方便，……像這種東西在一般病房，他就叫你出院就好了，就沒有這些問題，但是在這邊，這些問題就要幫他處理」，或是「護理人員要去了解照顧問題！」，因為「照顧能力是護理人員要去教導家屬如何去照顧他，那經濟上

就有社工可能去幫他尋找什麼資源，那求醫方面的資源可能就是我們的居家，他可能要去聯絡他周圍的醫院」。

在安寧病房裡，爲了顧及病人的身體狀況，許多的動作是很慢、很慢的，因此，病人、家屬與護理人員間的互動模式有了更密切的關係，參與彼此生命的機會也更多了。「榕榕」說：「以前在臨床上所照顧的那些比較重症，比如說急診的病人來說，我會覺得說可能我不太清楚他的過去，我覺得不可否認我覺得那個時候好像把自己當成一個工…才…機器，照顧病人嘛，然後就做、做、做、做這樣子。那可能很少去參與他的一些…嗯…就是說社心靈的部分」。

「那這邊（安寧病房）我會覺得比較大的感受是，我覺得在他之前我覺得我參與到他的時候，我可以去聽聽他過去的一些故事，那包括我現在看到的…」
「他周邊的一些人，人、事、物…我會覺得說有參與到他生命的這個部分」。

所以，模式、關係的改變，讓負責照護工作的護理人員對病人的瞭解也越多了。「那這個部分我覺得也給我的成長很大，因為過去你沒有辦法聽到他們對自己後事的看法、對自己生命的回顧或者在生命的過程中給了他什麼成就。這個在過去可能沒有辦法聽到，但是在這邊我可以聽得到也可以感受到」---「榕榕」說。

由於安寧病房的特殊性，使得病房的時間脈動感，變的又緩又慢，這種狀況，曾讓初接觸的護理人員爲之驚訝，對此，「貝貝」就舉了她剛參與安寧照護培訓的例子說：「我剛開始在轉的時候，嗯…我沒有辦法適應嘛！…我沒有辦法適應是因為這個病房太慢了，腳步太慢了，我那個時候去花蓮實習的時候，那個病房整個很慢你知道嗎？九點了耶！還在開會這樣子，還在開會喔！你知道嗎？那時候我們就要發藥了，可是護理人員還在開會這樣子，而且好像也都蠻 smooth 的，好像也不會緊張，什麼東西都慢慢來」。

「然後我去看他們在做美足護理，去做淋巴按摩，去做身體的觸摸這些，然後我在想說又要換藥，像口腔癌的病人換個藥就要換半個小時、一個小時以上，那其他的…像有時候灌個腸也要按摩！…妳要挖便啊！類似這些，它很多事

情是這樣子，那怎麼做得完呢？」。

時間感的緩慢，加上要關照的面向太多等因素，讓「貝貝」覺得「安寧病房好像是一個小型的加護病房，只是說步調沒有那麼快，沒有那麼多機器，因為加護病房很多機器，然後插了很多管子，什麼都要照顧，然後身上聽到全都是『兜、兜、兜』的聲音，這是加護病房，可是安寧病房不是，安寧病房是…嗯…每個病人好像都會接收到護理人員的照顧，然後接觸到護理人員的時間都很長，不像在一般病房，接觸到護理人員的時間都很短，都是護理人員有事的時候趕快去做一做就走了」。

所以說，「那時候我感覺非常沒有辦法適應…原來安寧還要做到這種地步，要做到這種連撕個東西都要很小心，好像要把病人當作一個易碎的玻璃來呵護著，妳要調整妳的整個的腳步，要非常的慢！」。

除此之外，同儕對病人的照護態度，也給了「貝貝」很大的震撼。「我剛剛講到『玲玲』的整個照顧…我剛開始的時候沒有辦法想像碰觸病人的任何東西喔！甚至說換個尿布不用戴手套，這是在一般病房…我從…我走病房 total 的經歷應該四年…還沒有看過真的用手去接觸病人這樣子，我們在以前的醫病關係裡面，是隔著一個距離在裡面的，用什麼東西都要戴上手套，妳要保護的是自己，然後那時候我第一次看到妍沒有戴手套，她去幫病人擦身體，因為擦身體可能會摸到一些病人的排泄物，然後甚至於她…男性病人不是會有睪丸嗎？然後她把它翻開來喔！用痲子粉幫他用好，讓他很舒服，那時候在我眼裡看來，很不可思議的！非常不可思議的！」。

然而，這些的不可思議，無非是與先前的舊有模式所對立出來的，針對這種情況，「玲玲」說：「因為大家都是從病房來的，做事還是脫不了那種病房的模式，因為人還是慣性的動物嘛！然後呢？看到這樣的東西不這樣處理…就像『妍妍』，說看到病人發燒就很難不去幫他抽個血，不給他個抗生素這樣，而且有些醫生真的就直接給他了，因為我們抗生素有分等級，那我們像現在『貝貝』都會開到比較淺的那一個，那有的醫生覺得他這個…一直細菌很強，就直接給他第三

代，那這東西就離開不了那模式就對了」。

或許說「剛去的人會覺得不習慣。我覺得…我覺得那個是過程啦！因為妳要擺脫之前的那個東西（模式），妳抓很長的內、外科的架構和經驗來做它的基礎，但是又要脫掉那個急性處理的外衣去處理那樣（安寧）的事情」。

因此，爲了讓整個團隊適應於安寧的照護模式，「榕榕」如此說：「這個問題我可能去詢問過所謂安寧的專家！我們會奇怪說，團隊遇到這樣的問題，應該怎麼樣去處理或溝通比較好？那他跟我說今天不管你是在哪裡的專業，照理說都要做不斷的成長，或是說再進修。我會覺得說有點像是繼續教育這個部分應該是都要這樣子。…其實你要不斷的去精進、去學習、去接受課程的一個…反正就是去上課，再去進修這樣子。那這個部分我覺得很重要！」。

心理學上的「同理心」、「邊緣經驗」(boundary experience) 談的是情境上的感同身受，以契入對象的內在世界，進而取得彼此生命的共在感，因此，照護模式的調適，除了表象的調整外，更涉及了心靈感受上的同情。

死亡是癌末病人的當前要務，是切身恐懼、不安的所在，更是照護工作的樞紐。所以，對身負照護重責的護理人員而言，自身對死亡的認知、態度，往往牽動著整個團隊的照護品質。

問世間「死」爲何物？真讓人一頭霧水！「霧水」的原因，是因爲死亡常常給人有著「未知、不確定」的意涵，並且出現著多元性的認知。「明明」說：「其實在這邊看到很多的生跟死，其實…生死…死是另外一個生的開始！但是有幾個人真的很確信？死就是另外一個生的開始！如果真的很確信這樣一個情況的話，那他本身就很信因跟果，所以…他對死亡就不會恐懼！因為他知道他要到另外一個地方去嘛！」。

因此「死」「只是換一個面貌，不同的面貌，那你要用什麼樣的面貌，你是不是要長的更莊嚴，要長的福報更大！就看你現在..我們現在四肢還好好的時候，我們怎麼要去做每一件事情，活在每一個當下！」。

然而，死亡的認知，除了來自臨床的經驗外，還有來自「應該是經典吧！」

就是人家告訴你，不做善事啊！不做什麼？…你會去哪裡啊！」---「妍妍」如此說。

而且透過對經典的誦讀，更會加深自己對於死後情境的印象、好奇與疑問。「我現在唸地藏王經啦！我就在想說..我死後的世界…我那時候一定要保持清明度，我到底那一刻我看到什麼？我在想說，我會看到的是什麼？我一直在想喔！我就在唸經的時候，我一直在想喔！那我死後的時候，我會看到什麼？…我在想說，我一定要把它記起來，我死後到底去哪裡？然後我看到了什麼東西？…我的意思是說，因為有人說，那是靈魂嘛！那靈魂到底是什麼東西？我那時候是處於什麼樣的形態？我一直在想這個問題！我死後之後…不管我去哪裡喔！我的型態是什麼？或者是我墮惡道，或我的型態是什麼？…看到什麼…拔舌、鐵舌、鐵狗、鐵什麼？…那人不是已經死了嗎？那死了為什麼還會有感覺呢？那為什麼還會有肉體的感覺？是心理的折磨還是只是幻象嗎？我的意思是說，我一直在想說，他到底是一個…什麼樣的東西？」

而且「明明」也說：「我很喜歡看這一類生死的書，還有我很喜歡聽師父的開示，這是關於我宗教的信仰方面」。

在安寧病房裡，即使死亡是常客，但並不因此保證相關的從業人員對死亡這玩意兒就能完全免疫，沒有任何的衝擊，相反的，它提供了較多的機會來反省自身對死亡的認知、態度及意義。如「靖靖」說：「這種環境之下，一定會刺激你去想很多東西，當然每個人會不同。但我會想到的是『我自己』跟『我家人』，我會想到我以後怎麼面對我自己的生命，包括我以後結婚之後，我要怎麼去安排我的家庭生活」。

而臨床的經驗，讓「明明」發覺：「從病人…還不錯的狀況，到他完全不能起來，然後..到一直只能躺著，呻吟、掙扎，然後不安、恐懼，在他們的身上我們都可以看的到，親眼看到！所以當下我會去反思說，…嗯..生命的意義在哪裡？因為在他們的身上，真的..你會覺得說..他們為什麼會這樣？有的他們可以走的很安然、慈祥沒有掛礙的，跟這個世間，跟他的愛人說再見；但是有的人會

很掙扎！…那後來我給自己一個答案就是：愛的越深，就越不容易走開！就越走不開！」。

因此，透過實際臨床的觀察，「明明」覺得說：「以後我最愛的人，我的父母親、兄弟姊妹也會面臨這樣的痛苦！還有我自己也會面臨這樣的痛苦！只不過說，現在我們從他身上先看到了真正的死亡是.. 死亡的過程是怎麼樣？雖然每一個人的死亡過程不一樣，但是它教我現在在生的時候應該懂得怎麼樣去放下某些不需要的芝麻小事，因為我覺得為什麼我們那麼苦？因為我們很計較那些芝麻小事」。

學習可以是一種「教學相長」，所以「從別人身上，我學會了怎樣生，然後我才知道以後我要怎麼死！因為他們有機會告訴我，因為我現在還很健康，所以我要活在每一個現在的當下，但是他們已經來不及，他們已經躺下來了，有時候我都覺得，像看到很掙扎的人，我都覺得…看到他們真的很遺憾！因為…他們沒有機會！那我反觀自己的時候，我會覺得…我何其的幸運啊！他們教我怎麼樣去做還活著應該做的事情！」。

因此，藉由情境的對比、參照，真的可以為自己帶來進一步的反思。如「貝貝」說：「我們常要面臨的是死亡，所以我會去反省自己... 對死亡!不是老是要照顧死亡的病人，妳要回歸到自己，我常常講說，我要回歸.. 我要看看我對死亡到底是怎樣的一個認識？」。

即使還沒到真正面對自身死亡的經驗，但是透過身旁熟悉的人的例子，卻可幫助自己更深刻的體會自己對死亡的感覺，以及接受的程度。對此，「靖靖」就說：「我印象比較深的…有一次我在睡覺的時候，半夜，那時候我把燈都關掉，然後有一次我朋友忽然打來（電話），我的同學打來，他跟我說：『靖靖』！他第一句話就說：你知道嗎？XXX 死掉了ㄟ！... 她很年輕，賺了很多錢，也長的不錯！！喔！天啊！！我真的嚇到！我真的嚇到！！因為我那時候燈還暗的，然後…我真的嚇到一直發抖，我嚇死了說：你怎麼.. 你幹嘛跟我講這一些東西！因為我覺得…因為我突然接到電話，第一句話就說…你知道嗎？〇〇〇死掉了

耶！！喔…『我嘎一跳！』（台語，意思：嚇一跳），我那天晚上都不敢睡，我不騙你，我把燈全部都打開，把音樂打開，廣播打開…」。

雖然「我那時候在台中（註：還未進入安寧），可是我是一個人，因為我弟他們在樓上，那我一個人住在那一層樓，我怕死了，我真的好怕！然後…我才發現，原來我那麼害怕（死亡）！」。

所以說自己不怕死亡，或許那只是一種假象，因為「在白天的時候，在很多人的時候，我們當然不會怕！平常在睡覺的時候，當晚上的時候，一個人的時候，看到死亡議題會怕！想到死亡的議題，一個人的時候會怕！但是..其實你…面對死亡其實是…很孤獨的一件事，一定是你一個人的！即使你知道旁邊有人，那又怎麼樣，過程是你自己面對的！所以..會怕啊！當然會怕！！我現在承認我會怕！因為…我曾經以為我不怕！可是我發現我會怕，因為我發現我一個人的時候，我一個人在看那些東西的時候，我會怕！！」。

即使進了安寧病房「我發現我是個『沒膽廿郎』（台語，意思：沒膽子的人），我以前都覺得我是一個…什麼都不怕的，其實..我以為..病人是不怕的，我曾經以為說，他們都覺得說：死都死了！不然怎麼辦？不然就是…還是要面對啊！不然怎麼辦？我後來才知道說，其實面對死亡，真正..的面對，當你很痛苦的時候，當你吸不到那口氣的時候，每個人都會怕的，當你難過的時候，每個人都會怕！一定會怕的！你氣都吸不到了，你會不怕？…你擔心什麼？那又怎麼樣呢？都沒有辦法！其實是很實際的，就好像電話，你說你一塊錢，斷了就斷了，我話沒講完就是斷了，就是死亡了…那是很個人的問題，就是沒有辦法，這是很現實的！」。

況且死亡「這種東西沒辦法解決，就像我說的：太個人了！」。

除了周遭的例子外，心靈活動的參與，也會引發自己與死亡的情結。像「貝貝」在一次的訓練經驗裡，「它是一個很多人的場合，然後它放著音樂，主講者開始講說，怎樣發生了什麼事情，然後就開始墜機這樣子！就在那一剎那…然後因為那個有背景音樂音效，然後妳會深入那樣的一個感覺，然後那是我第一次面

臨死亡！…」「真的很逼真！！..不是很逼真，就是那種感覺，那整個的感覺，那時候已經要死了，真的要死了喔！他教妳趕快把妳那個時候的想法，寫在一張紙條上面，根本寫不下去，我一直掉眼淚、一直掉眼淚…」。不止自己有這種反應，「我想全場的人都有那種感覺，都一片哭聲就對了！」。

有了這一次的經驗後，再反省著自己進入安寧後的歷程，會覺得「...來安寧之後妳會覺得說，妳除了生活在一些比較..俗事生活之外，妳好像去..真正的進入看到妳心理面的東西，有時候...它不是常常陪伴著妳，可是...它是會讓妳去遇到的，不像我之前在一般病房，工作的時候妳是遇到，你不會去碰觸到那個東西，妳都在它的外面，妳甚至不會去摸它！妳就不講說會進去裡面看它！」。

然而「在這邊是有的！」。

可是「...就在這個時候，我覺得人真是..要講很賤嗎？就是說要怎麼講..因為明明妳都在這裡面了，有時候我們甚至還不願意去看它！」。

而那種感覺就像「我好像只是進去了..如果它有很多..它是一個圓的話，我現在..我之前是在那個圓的裡面在繞..我現在推開了那個門進去，可是我在那個門的後面而已，我沒有進去到..我沒有走進去」。或許就是所謂的「登堂而不入室」，因為這是需要勇氣的。

臨床的情境除了可以帶來對死亡的反省，也會引發臨床人員對人際關係的感嘆，對此，「妍妍」感觸的說：「我覺得女生最可憐，女生生病了，很少有男生會來照顧！我普遍看到的！」「不管是..就是 Anyway 女病人喔！老的，或者是...少年的！尤其是少年啊！我覺得老公來照顧的，根本就很少！」。

或許是因為「工作因素！還有就是家庭的因素！那我的意思是說，我看到的很多...女性因為生病的，男生變心的...故事..比如說：外遇啊！或者什麼！什麼的！我覺得我看到比較多的是這部分，那我覺得女生在這一部份是最放不開的，不管她是不是有得病，或者是沒有得病！就算她得病了，她...我覺得她可以接受疾病，可是她沒有辦法去接受她先生..外遇這件事情！因為，她有可能覺得說，我是哪裡有缺憾？就是缺憾嘛！我現在有缺憾，我的病就是代表我的缺憾，

所以他…在外面尋找另外一個女生！」。而這樣的事件，「大部分好像都是生病之後！」。

對於這種因病而起的人病色衰的外遇事件，是讓「我比較感慨的！那我覺得…我常常在想！這是我自己想說：為什麼你不能接受呢？為什麼你不能怎麼樣？因為…我只是在想我自己啊！我在想…當我經歷的時候！我就開始反思，如果當我經歷的時候，我會不會去接受這一件事情？當有一些病人，她沒有辦法接受，她還是..還在那個時期的時候，我就會開始問自己！我會不會也是那一種？不一定我那個時候，我也會這樣的情緒出現」。

即使「我現在告訴你我能接受，不見得當…我以後能接受，我覺得我只能這樣子講，因為到時候的情緒跟事件的演變，我不知道我會處在哪一種狀態…我現在可以告訴你：我接受啦！因為它是一個事實！那…我會選擇…意思是說，如果可以開刀的話，我會選擇開刀，當不能開，也不能化療、電療的時候，我就不會做！…然後，我還沒有辦法想像我自己 Body image 的改變，我沒有辦法想像！就是說…你得到了大腸癌，然後你會有個人工肛門袋！我沒有辦法想像！！」。

死亡是很個人的，真實的情境、內涵是怎麼的一回事，其實是需要自己實際體會的，因此，不管外在、他人的如何言詮，也都僅只是他人的經驗罷了。是否真的對死亡恐懼，也許「明明」的回答就是答案：「怕不怕死！要我死的那個時候才知道！」。

觀念的重構

成長來自於對困境的反省與接受。由於臨床工作的衝擊，讓護理人員的許多認知為之改變，並有機會對自我的種種認知做一番的省思，因此「貝貝」說：「我最大的困境是自己！我覺得來自於我自己，我後來也發現一件事情，我覺得在那麼多事情之後，因為..妳沒有辦法改變..妳應該改變的是妳自己而不是環境！…我就有意識到了，在好久以前！所以我一直覺得，我最大的困境來自於自

己，我如果沒有改變自己的一些想法，跟..那個的話...因為...固體是不變的，然後只能改變自己！」。

有了這樣的省思後，自己主觀的立場也會為之鬆動，並體認到「對一件事的解讀有很多面，可是自己是所有事情的軸心，因為妳如果不去..不去..不去認識到說，人對一件事的解讀有很多面的話，妳就會覺得你是對的！」。

因此自己也會覺得，「我的彈性要夠大，然後我要去..我要去接受..就是說現在的不足！我們能力不足，所以我們需要沒有工作經驗經驗的護理人員進來我們這邊！我要去接受說，我現在要教的東西，不是只有身心靈的東西，還要最開始的就是..因為妳護理人員有經驗的剛進來，一些東西都不用教了，教的應該是從安寧的東西進階開始，妳如果說是那種沒有經驗的妳進來，對..就是妳完全沒有工作經驗，所以她會有很多狀況外的東西，我要去接受，可是妳是（一）個人啊！會有情緒反應的，在那個時候怎麼去做調適！」。

況且「很多的情緒都是來自於我自己啦！」---「貝貝」如此的覺得。

有了更進一步的反省後，以前認為理所當然的模式，也會有了更寬廣的解讀，甚至重新看待，就以病房的某些例子來說，「貝貝」反省道：「我甚至於會覺得說，今天會變成這個樣子啊！今天會變成這個樣子是..別人造成的（嗎）？是因為很多人的出走而造成的（嗎）？我覺得...還是因為我們待在這裡的人『心』的問題...那為什麼人家走了，我們會變成這個樣子？是不是妳本身有問題？那問題（是）...本身如果對安寧有心的話，妳為什麼人家走了，妳的團隊會變成這個樣子？妳不覺得有問題嗎？這不是妳自己的問題，是什麼？又不是別人的問題！我是想到這一點。所以我會覺得說，我為什麼老是要怪東怪西，怪！怪！怪怪..，就是不怪自己啊！所以我後來就開始反省...是不是要怪自己？」。

所以在經過自己的反思後，「貝貝」發覺到自己似乎在找藉口，以逃避什麼。

「那..是不是我老是覺得，甚至於我跟你講說我處在〇〇角色的時候，我不能做什麼？這是不是也是我自己給我〇〇的一個限制？〇〇就不能講什麼？不能跟...妳本身也是個護理人員...而且妳應該更有 power 的啊！因為妳看的事情會

更..不同面一點啊！妳為什麼害怕呢？是因為妳趨於現實（嗎）？」。

雖然某些「人」的問題是自己不想去碰觸的，但在經過心境的調適後，自己會期望自己說，就算「我要離職！我不要在這個地方(人的因素)！我的想法是…如果我之後想要離開這一邊（安寧），那是因為我有下一步，我知道我要做什麼？我的計畫是，我應該會去讀書！..甚至前幾天我跟『妍妍』講了一句，我說:如果我還放不下安寧的話，因為如果我去唸書的話，我應該就離開了，然後有一天我如果還放不下安寧的話，我回來的話？等於說我會回來這樣一個領域，我不是不喜歡它！」。

安寧療護的推動，是建立在人性價值的尊重上，並有著極為理想的理念，然而在現實的推動上，它卻面臨了多面向的落差。對此，「榕榕」訴說了自己的感覺：「進來之後，會發現自己好像有些在自己的能力上，這個能力不管是自己或是實際在照顧病人上，都會有一些些的落差。那些落差我以前會覺得都應該做得到，但是覺得...因為我接觸（安寧）大概一年半的時間，我自己覺得那些東西有時候是可遇不可求的，那我現在的調整是說，我可以允許一個落差的出現，那之前我會覺得會很理想化，那之前是有一些做不到的部分，那現實上我會發現...實際上我們會允許我們在能力的部份...應該可以去接受我們...應該可以去接受我們無能為力的地方！這是我覺得感覺上不同的地方！」。

因此，態度上的調適，讓自己有了更大的包容性。「整個身心靈的狀況上，以前在臨床照顧上，就是...應該可以完全處理好他那個狀況，可是現在病人就是不一定可以處理得...比如說他的一個疼痛問題，覺得 ok 就是 ok 了嗎？其實在癌症他會講一個 total pain，不是只有他身體上的疼痛，還有包括他心理上的疼痛都算在裡面。以前就是說，好，我把身體上處理好就是 ok，可是現在他就是在心理上也會出現一些狀況呀。比如說一個家庭糾紛，我覺得清官難斷家務事，家庭糾紛在他們長時間下來已經存在關係緊張的部分了，你真正介入的時候，會想說，真的要把它們關係緊張的部分消除掉嗎？我會覺得其實只要有緩解，就已經算不錯了啦！」。

即使理論與實際會有著程度上的落差，但讓兩者並行不背的「可行性是絕對有的。但是就是像我剛剛說的，可能要允許那個空間和彈性的存在」---「榕榕」如此的覺得。

當學理與現實產生落差時，往往會有著情境上的調適問題，而再進修、再學習的運用，常常會讓問題有意想不到的抒解，如「貝貝」參與讀書會的感觸：「那時候我才剛進來安寧，那時候我看不懂『生存的意義』（書名）在講什麼？根本聽不懂在講什麼！然後..後來『玲玲』跟『秀秀』經過很長一段時間，『玲玲』跟『秀秀』才跟我講說，她們去上了覺得不錯，然後我去上！但後來我覺得很奇怪，我聽懂了！這是我覺得很奇怪的地方」。

在病房裡，安寧的醫療訓練可以讓我們對安寧有更深入的瞭解，可是「讀書會不同，讀書會感覺好像是自身的事情，讓自己在專業的以外學到些東西，在專業加一些東西進去，讓自己做的更好」。而這種東西「有時候是一點力量」。

雖然在讀書會進行的過程裡「老師不見得會給答案，但是老師會跟我們講這時候是處於什麼樣的情況，然後我們就會想原來那時候不要太苛責自己，原來我們本來就不足，不足的情況下心態調整可以怎麼樣？讀書會會讓我覺得我們至少做了，還有點肯定！雖然有點不足，可是需要別人點你才不會一直窩在那邊！悶在那裡！」。

除此之外，讀書會對自己的認識是「絕對會（有的）！因為如果不來上這些課程就不會想到一些很深入的東西，甚至於說在聽不懂的時候，那時會想到一些東西，甚至於老師講的不是我想的，就會被挑起去連結另外一個地方，所以我覺得會想來參加的原因不見得是聽的懂老師的，至少會促發我很多東西」。

即使老師所講的東西，一時難以契入，甚至覺得「不見得老師這個是對的！為什麼？我要這樣講是因為我比較..真的是很無力的！就是說我們在實際運作上面，老師講的是這樣子沒有錯！但有時候我會覺的，老師是不是沒有實際的站在我們的角度上來看，真正的去做？所以你會覺得說，在那樣的一個情境之下，你可以做什麼？做什麼？」。

但還是會覺得可以「就是讓我們去思考！去提點！然後..上了之後會覺得，在回來面對安寧的時候，我們會比較客觀一點！比較帶有...自己的情緒會有，可是會說..不要太悲傷的...等於說會比較正向一點」。

不再像「我剛開始...這個病房剛開的時候，有一段時間看病人這樣進進出出，有一個念頭就是我要回去一般病房，甚至於我想要去婦產科嬰兒房也好，看看生命的誕生，不要再這樣子，可是後來久了之後，...現在還是有點想要回一般病房，可是那個態度就不一樣了，我那個要回去一般病房是因為那個專業能力，無關乎安寧的，而是我的內科能力」。

所以，讀書會「一定有幫助的啦！只是說...每個人的感受不一樣！」。

而「榕榕」參與讀書會感想則是：「我那時候其實不太期待說讀書會到底是在臨床上到底會是怎麼樣的用法。當初真的是很單純的想法，我覺得大概不會有。但是我會覺得說個人方面應該會有一個很...應該是說在個人我覺得一個成長，我覺得這中間應該會有」。

但事實上，讀書會與臨床工作「其實應該是會連帶啦！因為人在從事 care 人的部分，因為如果說你不瞭解自己，你怎麼去照顧病人？我覺得我（有）一個單純的想法（是），我很期待護理人員能夠來參與，或者說..甚至我們工作人員可以來參與。參與之後可以從自己的內心去看...看你所 care 的人或者是你週遭的一些同事們或朋友」。

而且參與讀書會能讓你「認識你自己，那是一個內...我不知道是不是叫內化...心理學上怎麼講？可是我會覺得是一種往內...以佛教來講就是往內修的感覺。那所以我會覺得感覺上，這一年來這個東西是讓我成長最多的，不管我聽得懂或聽不懂的部分」。

並且為臨床工作帶來「我覺得為什麼我會那麼大的改變，因為不可否認我是一個完美主義者，然後我自我要求也很高，可是我後來覺得在這個過程之中，我覺得我學會了那個彈性，還有我也學會了我能力沒有辦法達到的那個部分」。

而這種改變「我覺得我不是妥協，或許有一點點接納的成分，那還有就是

一個我接受我自己一個能力不足的地方，因為我其實再怎麼完美主義的人或再怎麼自我要求那麼高的人的時候，他還是有他不足的地方，我覺得我會去接納我真的沒有辦法達到的部分，還有我接受不完美的地方」。

而「玲玲」則說：「讀書會就是很大的幫助啊！因為我覺得最大的困擾是在於自己，因為我覺得在照顧病人的時候，你必須要理清楚這是你自己的情感、焦慮？還是病人的問題？還是家屬的焦慮？」。

因為「有時候會有些困擾，參加讀書會可以重新再去想，或者是澄清一些問題，或者說你再回頭看就是上課時聯想到一些問題時，會覺得就比較好像…還好這樣子，我們是覺得不錯啊！」。

即使「實務上的幫助是不敢說啦！因為我覺得東西…理論要應用到病人身上要有適當的契機跟相當的條件」。

但「我覺得自己在工作上要提昇 care 的品質的話，必須先提昇自己的一些東西，所以我覺得讀書會，有些東西是自己的，是可以去提昇的，因為我覺得說，我也曾經像靈這樣子，只是沒有這麼激進這樣子，甚至說也有…但是我覺得都是一個歷程，我覺得有時候說上課…像『病床邊的溫柔』好了，『病床邊的溫柔』，因為它裡面介紹那個病人的感覺，很詳細、很巨細靡遺，然後就是很確切的去形容病人的感覺，然後當我們去 care 病人的時候，我們比較會稍微修飾我們對他的態度，跟我們對他的一些講話方式。它是一本從病人角度去看事情的（書），那通常我們健康的人可能沒有辦法想這麼多，我們只能從外面去猜想」。

因此「我覺得上讀書會，它幫我開了一扇門，然後告訴你說…有這條路可以走」也「可以幫忙自省，幫忙看清一些問題，可是覺得說…在工作上的時候，可能採用的是促發…。這個觀念，可能講起來的時候容易，可是應用的時候…可能不是那麼的容易啦！因為你還是習慣去解決、去幫助這樣子，但這個東西是可以提醒我們（的）」。

除了團體性的進修學習模式外，經由私下的閱讀、臨床的經驗與自身的覺察，也可以為自己的認知系統帶來相當程度的釐清，進而重新修整相關的態度，

如「明明」說：「其實，之前我會覺得出家真的很棒！可是…現在我也會覺得，有機會出家真的很棒！但是我現在會…跟以前所不同的是…我比較會在『心』上用功，因為出家有很多種！有三種，心出家，身不出家；心出家身也出家；第三種是兩個都不出家。那我覺的…心是大家都看不到的，他（的）心是不是心存善念，每一個時刻喔！你是不是很用功，這就要看每一個人下的功夫，平常他有沒有練功，有沒有下功夫，這就很重要！不見得出家，他才能在心上用功，或者在心上練功！那今天，他們出家，是有出家的功課！那我們在家，也有在家的修持方式，有時候…我現在有時候給他想一下，我現在要是現出家相，可能我跟病人接觸的，就沒有那麼頻繁了！」。

所以「現在我會反觀說，有時候外在的東西，當然…至於說出家人他們在臨終的時候，每一個是不是能夠很灑脫，其實我覺得…在家人，是不是每一個人要走的時候，也可以很灑脫？也可以有很多罣礙的？不見得在家人他們要走的時候就是…走的很不好啊！走的好的人也很多啊！走的瀟灑的人也很多啊！那…同樣的意思，出家也是這樣！」。

而且「在病房裡面，會看到很多沒有出家的人，他們依然可以走得很坦然，但是出家的人，不見得每一個都能夠走得很坦然」。

因此，在「我心裡會想啊！但是…在病房裡面看了很多，而且之前在台中也走過一些道場，那我覺得…我現在著重在心上的功夫！」。

因此，許多的觀念「不同了！突破了！妳會突破那個框框，而且現在一般人的框框可能也被我突破了！…..就像以前，因為我有受戒嘛！戒律，我會覺得守戒很重要！…你會覺得戒律很重要，但是現在你會覺得說，戒！是在戒我們的心！如果今天你做那一件事情是為了別人的話，我想那個戒已經不算是戒了！」。

若舉個例子來說，「就像如果我不擦口紅的話，我會覺得說，好像看起來沒什麼氣色，那病房本身就沒有生氣了，妳擦口紅是為了別人，而不是為了美麗自己！…也不是為了去交男朋友的話，我想，這個戒已經不在妳身上受戒了！對妳已經不是種束縛了，因為妳已經突破了那個障礙！為什麼佛陀當初要制訂那個

戒？為什麼他說不要睡高廣大床？那是因為妳貪睡啊！可是當妳不貪睡的時候，這一條戒已經對妳不是戒，妳去睡那個高床，對妳也不影響，妳每天四點就是起床，十點就是睡覺，妳也不會因為睡了比較舒服的床，妳就睡到七點或者十點，妳一樣是四點起床，那你說這條戒對妳有沒有影響？不影響！因為妳已經突破那個戒了！」。

在研究訪談的過程裡，研究者發現，研究參與者們從事護理工作的因素或有不同，但隨著臨床工作的經驗、身邊親屬的示現以及自身對生命苦樂的體驗等等，迫使她們原有單向式，或稱一相情願式的認知模式，因臨床真實情境的交通，而有不同程度的動搖，「生命已不再是自己想像中的樣子了」是其中明顯的發現，也是啓蒙階段給予護理人員最深刻的啓示。

從能量的觀點來看生命，我們會發現，生命的能量必須流動，如果它不流動而拘限於一地，那生命的光輝勢必會隨著時間的推移而終告陷滅，因此生命裡的衝擊，或可被視為是一種生命力的流動。接續上述的觀念，護理人員在臨床上經歷的事件，雖然使得舊有的認知模式產生了動搖，但這些過程所引發的影響，卻可以讓自己更真切地貼近真實的生命，讓生命的圖像愈趨完整，而非僅是課本或口頭上片段式的斷裂言說而已。

所以，臨床上的種種事件，除了為護理人員帶來認知上的衝擊與反省外，也為她們帶來了突破困境的動力，與視域方面的拓展；換個角度來說，安寧病房的經驗，帶予研究參與者們在認知、態度上的改變，一種異於往常的改變。

第三節 逆旅

障礙物

透過病人、家屬及同事間的互動交流，除了可以讓自己清楚的發現自己的不足之處，也可以讓自己看到組織團體的困境所在，即使病房的表現已深獲多方的肯定，但這對自我要求甚高的團員來說，「貝貝」就覺得：「(在)全人(方面)我們照顧他的身心靈，似乎也照顧的不是那麼好！」。

何以如此認為呢？「貝貝」說：「我剛開始進來這個安寧病房時，我剛開始覺得我是蠻驕傲的，為什麼呢？因為我覺得我跟一般的護理人員做的事情是不一樣的，至少我的態度，我對病人的照顧是比較正向的！」，而且「大家真的很用心…再加上我們所有的人，我們那六個人，大家都很積極，讀書，上課，討論，甚至於出去吃飯啊！都是圍繞在病房的整個照顧，就一頭熱就對了，那時就會把所有學到的東西運用在病人身上，現在幾乎沒有了..現在幾乎沒有了…」。

或許是因為人員流動的因素，讓團隊的風氣改變了，但也有可能是「是不是我要求太高了？我要求我們的護理人員，要求我自己身心靈都要做到！」。

此外，在病人施藥方面「為什麼其他的安寧病房藥物那麼少？點滴那麼少？為什麼我們的病人藥那麼多？點滴那麼多？每天都在那邊趕藥，掛點滴就好！我們這個團隊有比較 weak 的地方，是那個溝通的橋樑不見了，我們以前會直接跟醫生說，我覺得這個藥很多呢！為什麼要有那麼多藥呢？點滴那麼多，可不可以停個幾瓶？我會反問為什麼？我們就會跟他一起討論，可是現在這個東西不見了」。

而「榕榕」也覺得說：「我會覺得現在很可惜的是，我會用一個很符合我現在的心態的來說，其實在我們身心靈社四個圈圈應該是互相交集的地方，那我一直到後來…最近又感覺更明顯有些東西在我們團隊來講…感覺上是有一點點被分開的感覺…」。「感覺到又分的太明顯了一點，那我會覺得這其實本來是環環相扣，為什麼又分裂了這樣子」。「例如身體我們是以醫師、護理人員為主；那心理

社會可能會以社工師為主；那靈性的部分可能是宗教師或其他的人員這樣子。那其實這種事情應該都是環環相扣，譬如說有交集的部分，但是現在我會覺得有一段一段被切割喔！」。

雖然這個現象對團隊默契「絕對會有影響啦！但是我們這樣子其實不到兩年的時間，能做到這樣子我覺得…在我的認知裡面我覺得已經是做的還不錯了，不管有沒有有一些人員的共同參與，我覺得以現實狀況我們真的很用心為這些病患」。

因此，「玲玲」感覺說：「這個是一個團隊要成為一個比較成熟的團隊的一個過程！因為我覺得大家都在成長！包括他們醫生啊！醫生並沒有說他是醫生就成長的比較快！那還有就是我們的小姐！還有包括志工啊！什麼的！其實大家都還是在一個成長的階段！」。

客觀而論，不同的團隊總會有著不同的問題需要克服，然目前病房最迫切的需求則是：「缺乏一個帶領的 leader」，「榕榕」與「玲玲」如此表示。

另外，行政科層間的管理也是另一個難題，如「玲玲」說：「醫院的制度就是這麼死啊！很難去有一個彈性！…團隊在一開始可能也是需要這樣一個…就是『格子』嘛！但是成熟之後，應該把『格子』去掉，讓它『格子』稍微大一點，彈性大一點！」。

然而，人是習慣性的動物，很容易受限於先前習慣的牽制。「…還有之前的一個想法…因為之前已經被綁的死死的了嘛！…如果它如果有彈性的話，我們還會覺得很奇怪呢！所以現在有彈性的空間還是有限啊！」。

如果「單單只是 care 病人的話，我覺得是還好！但是如果說是 care 病人外的話，限制上是蠻多的…當然有些東西是一個醫院成長過程中必需的，因為現在要求蠻高的。有時候限制太多的話，反而會妨礙一些..空間！」。

成長來自於對衝擊的反省，所以同儕間的護理態度，也能引發自身對照護工作的思考與反省，進而影響整個安寧的品質，對此，「貝貝」回憶了一段事例說：「這樣做也沒什麼！『玲玲』就覺得她這樣做..因為她是 icu 出來的，她是

加護病房出來的，加護病房就是這樣，從第一床洗到最後一床，從第一床換到第二床..然後最後一床這樣…所以他們覺得很習慣了，可是我不習慣，甚至於不是我而已，(我們)是正常的，『玲玲』是不正常的！為什麼…那之後會有些問題，因為之後病房有些問題，是這個態度的問題！我後來覺得我那個心態是正常的，為什麼呢？因為我後來跟我同學聊起，她說：我工作了大概四年，我從來沒有幫病人挖過大便，那是正常的…」。

這種態度，對絕大多數的護理工作者而言，是很正常的，因為現有護理教育所傳達的是，「…那個病人的東西是髒的！」。所以，「貝貝」可以很同理的瞭解到，一般護理與安寧病房在態度上的不同。「在所有的護理模式就是這樣子，因為你要保護你自己」。

但在安寧病房裡，有時候的情況並非如此，因為我們可能會「直接用手去翻啊！然後再洗個手就好了，我們現在的態度變成這個樣子！」。為何會有如此大的改變？「貝貝」想著說：「我想是因為我們接觸了安寧療護，我們的想法才會變成這樣子」。

付出的肯定

在初面對不熟悉的照護工作時，內、外在的調適是必然的過程，對此，「貝貝」回憶著說：「我在轉任專師之後的心理調適，也是要有，因為我從一個算是跟大家平起平坐的護理人員，等於說不得不…我轉任專師嘛，我可能從一個接受 order 的人，到現在我要下 order…然後以前跟我平起平坐的那些人要聽我的 order 去做，然後他們服不服氣呢？…這個階段我有經歷過，然後他們認不認同呢？這些我都經歷過，我也調適過」。

或許「剛開始的時候，你會很挫折，你會看到人家的眼神，你還不是一樣藉著醫生的口來跟我們下 order 的，以前我對專師的認知是這樣子的，我覺得你專師你踐什麼，我一直覺得專師都很兇，你如果去一般病房你都可以看得到，我

以前在當護理人員的時候，我面對專師，你兇什麼兇！你還不是護理人員，而且你下的那些 order 啊，還不是醫師下給你你再下給我們，因為那個時候我有經歷了！所以我不覺得你能力有好多少，而且我都會想再怎麼樣你是個護理人員，你不是個醫生，所以那個我其實很排斥，其實我不想當專師，然後我後來在這邊我想當專師的原因是因為，我覺得好像在這邊的專師可以處理很多事情」。

當自己的職位有所轉換，自己的立場與觀點也會有所不同。「後來其實我發現啊，好像我對專師的一些觀念是錯誤的，我是做了專師才知道原來我對專師的觀念是錯誤的，然後後來我剛開始做了嘛！這件事反而我沒想到，反而是我們阿長提醒我你有沒有去想到其他 member 的心態？我說什麼心態？我完全沒有考慮是她跟我提點的！」。

而後藉由同儕的反應，自己觀察到一些不一樣氣氛，「…這種感覺沒有很明顯，不是很多人有這種反應，可是還是多多少少有一兩個這樣子，因為是…如果說能力跟我差不多的，可能就會有這種反應，然後如果能力比我差的他可能就比較甘願接受我的 order。那能力剛開始的時候都差不多，他可能會覺得說…我的感覺啦！…我感覺我在下 order 的時候，他是那種他早就知道我要下這個 order 的感覺…然後那種眼神跟態度不見得是…他回答的那種聲音跟語調可以讓你覺得不舒服，所謂的不舒服是可以讓你感受到說他的不甘願，他不甘願屈於你的 order 之下，就好像我以前當護理人員的時候，不甘心於專師的 order 之下」。

而這樣的氣氛，是發生在病房「剛開始的時候！」。雖然「…我面臨到這個問題，…再加上醫生給我的壓力這樣子…可是我是甘之如飴啦！雖然說很辛苦，但那是我喜歡的」。

隨著對工作的適應，「後來我也發現，當我能力真的在增加的時候，護理人員也看的到！」，而且在工作上，「我都有能力去說服他們，就是說會讓他們瞭解我為什麼要做這些事情，而且我會跟他們溝通，然後..基本上護理人員跟我講的一些建議啊！我覺得可以的，我其實不會一下子反對他們的，我都會讓他們去 try」。

除了醫療方面的處置，得到同儕們的肯認外，在與病人的互動上，亦有著正向的回應。「我還有一個很大的轉變就是我覺得我的心比較軟了一點，沒有那麼硬，雖然說好像…所謂的硬是說，很多事情我還是有他的原則在，有的時候我還是有堅持在！可是有時候我遇到一些事情好像會放下一些身段了」。

舉個實例來說：「我記得我有一個病人啊！他…他去做放射線治療，然後…在下面（檢查室）遭受了人家的搬移，移動嘛，然後他們…就這中間…反正是那邊的人員沒有去體會到一個癌症病人的痛苦，然後病人是哀嚎著回來的，可是這中間裡面喔！他有帶著麻醉藥，然而完全沒有（打）進去到他的身體裡，然後我就很生氣，我就打電話去問，他們的醫師就說，反正才兩三分鐘而已啊！他的意思是說反正很短，搬個那個東西很短，反正他也沒有叫啊！他說剛開始的時候因為那個藥沒有斷所以沒有叫，等到那個（藥）斷，他在那邊叫他也不處理，然後那個搬回來的中間，不是都會有那個凸起來的東西那個什麼？所以那個床就會『摳、摳、摳』的，我生氣到你不知道嗎？我去跟那個病人…我去跟那個病人…說抱歉！然後我在他面前掉眼淚！」。

對於這種狀況，「貝貝」覺得相當的自責，因為「我會覺得說是我們的不對！」。

至於對負責檢查的操作人員，「貝貝」的內心就有點戲謔的「…我那時候就不得不詛咒說，你（負責檢查者）就不要得 cancer，而且不要得這個 cancer，而且不要轉移到骨頭，也來嚐嚐看所謂的癌症的痛！我在護理站那邊開罵在那邊罵，然後罵完之後去跟病人道歉，然後在他面前掉眼淚，我才講抱歉沒幾個字，然後就開始掉淚！」。

對於自己這種突然的反應，「那個病人以為說我受到上面的一些苛責、醫院的苛責…後來我跟他講說，我是因為我是真的生氣，我氣到…我說我覺得他們沒有辦法去體會你的感受，可是那個時候我覺得這個…反而好像拉近了病人跟我之間的那個（距離）…他好像可以瞭解到說，原來他的痛，人家能夠去理解，他雖然是哀嚎著回來的，可是他那個時候的心情丕..好像可以…可以因為我這個情緒

的那個…他好像覺得說…不是沒有人知道他的痛，是有人知道他的痛，所以他整個情緒…他就…他反而安慰我，安慰我說沒有關係，下一次做好就好了」。

但似乎是造化弄人，「隔天又來一次！氣死我了！我生氣的…真的很生氣，可是那個時候我也沒有辦法，我那個時候就心情穩定下來，然後…我還是跟他講說…對不起！可是這一次我就 ok，他也 ok，可是他認為我有在處理事情」。

經過這件事情之後，「我後來發現有很多事情…我只要去…我後來發現一件事情就是說..我如果去面對事情的本身，真的有去面對的話，事情它會很好解決，就不會…有一些衝突在」，而且「家屬的情緒也可以很快就被安撫下來」。

除了某些特殊的案例讓臨床人員哭笑不得外，另外一個一直是安寧病房頭痛的問題，即是對病人靈性的照顧，因為靈性照顧它不是一個具體的目標，而是一個令人難以洞悉的所在。

所以，對身處照護工作的護理人員來說，「做中學」是共有的默契，對此，「明明」分享著她的經驗說：「其實剛剛我們有談到各自來自不同的團體跟環境或家庭！所以你要達到一個全人、全隊，然後都做的很棒喔，我覺得那個團體的默契要很夠！認知度要很夠！而不是某些事情落在某些人的身上，我剛剛有提到啊！就是大家一起來完成，雖然來自不同的地方，但是一起很多的事…我覺得，目前來講，我們這個單位來講，我覺得蠻…應該算很滿意啊！因為大家才相處快兩年，但是整個一個氣氛，都算很好，而且大家都能夠很互相！」。

剛開始的時候，由於大家都還在學習，所以共識、默契的培養不是很好。「那跟剛開始真的差很多，因為剛開始，（以）我的身份，我做的事情就是那些事，那當我在跟病人談這些事（生死）的時候，都是私底下幫病人談這些事的時候，可能他們會覺得說，那個不是我的工作啊！那是由志工…社工她們做的事，怎麼會我在做這些事？可是慢慢…，其實很多事情，你相信人跟人的緣分，還有你在 care 病人的時候，家屬他們看在眼裡，妳每一個動作，他也許會由於妳這個人特別的…不同的印象，或者他們會更想去了解一些東西，他會問妳一些東西，當這個時候，妳不能說妳不懂，或者妳不要！妳明明妳懂，為什麼妳說妳不懂？所

以在這個時候，妳可能會…妳也不會去計較說，這到底是不是我的工作！妳只知道把好的東西介紹給對方！」。

藉著共事時間的加長，自己的作法慢慢的也得到了認同。「所以..當這樣的情形產生後，剛開始半年的時候，有一些…人家對我的一些誤解吧！可是現在…真的很棒！…她們都會了解我在做什麼，甚至於有的病人…比較不好走（死），她們會要我過去跟他們講話！」。

而且自己與病人的互動模式，也得到了其他同事的接受。「或者現在…有幾位是基督教徒，那她們有的現在也會試著請家屬拿念佛機給他們聽，讓他們比較安定，或者請他們聽師父的錄音帶，因為我們那邊有一些居士提供了一些錄音帶，然後讓他們…有一些比較安定的情形！」。

因此，「明明」覺得，對病人靈性的關懷，不在於為病人做多麼大的服務，而是在於平時間的滴滴涓流。「其實我覺得，你要跟家屬，跟病人培養感情…還有信任，是從你最微小的關懷，就是握他的手！還有你問候他！還有你幫他刮鬍子！還有你幫他換尿片！那個很細小、很微小的動作裡面，讓他們自己去感受到你對他們的愛！那是一種很真誠，而不求回報的愛！他們自己真的感受的到喔！那你如果只是因為工作而去做這些事，我想…他們不會感受到你的愛！…那種是完全不同的，這是從一些細小的動作裡面去…產生互相的…認知，還有信任度！」。

至於與同事間的互動，「明明」的態度是：「我很尊重每一個人他的工作的情形，還有對事情的認知度。因為我覺得，我們來自於不同的家庭跟不同的環境，一定會不同的思考模式，而且他們年紀都比我輕。那我覺得，如果只要是對病人好，對團隊有利！我們就可以把那件事情拿出來討論，關起門來，甚麼話都可以講，但是大家就是一起去完成那一件事情，沒有爭執，即使有爭執，也是為了大眾！也是為了這個團體！也是為了病人！」。

未完的旅程

在一次的訪談過程裡，「靖靖」分享了兩則因頸椎受傷而造成全身癱瘓的例子後，有感而發的說：「相對於突然間的意外，我覺得癌症其實是一種恩惠，它有很多部分是恩惠的…。其實一個疾病的來臨都是非常很可怕的，可是如果一個疾病它是慢慢來，它是不是一種很大的恩惠呢？」。

因為「他還有很多時間去面臨他的疾病，還有家裡對這一件事的接受！…所以我覺得，如果生病能夠慢一點來、慢一點來，其實是很好的！我覺得比較難的，是疾病突然來臨的那一種..全身癱瘓，從一個完全不會思考到你有很多的未來、前景、前途、漂亮，還有很多生命的東西期待你的時候，你突然失去了一切，我覺得那是很可怕的！那種東西，你怎樣去尋找他存在的東西呢？也許他會帶給周遭的人很多意義喔！可是對那個人而言呢？比如說，他給我們是：開車一定要小心喔！也許我去證明了，疾病慢慢來是辛苦的，包括癌症也是，它給我很多意義，但是對那個人而言呢？」。

也許答案是因人而異、不一而足的，但對「死亡是生命的宿命」這一件事，則是不臻的事實，更是多數人難以接受的一件事實，對此，「靖靖」有屬於她個人不一樣的想法，她說：「我覺得很多人會把一個人的死掉，當作是一種挫折，因為他覺得沒有辦法救他，可是我覺得它不是一種挫折」。

因為，若「我所 care 的病人，如果他往生了或要往生，或我覺得有些事情是我沒有辦法幫他的，我就點一個蠟燭，跟菩薩說：希望能幫助他！我不知道能幫他什麼？但是我希望，不管什麼東西，我希望他幫助他！」。

或許藉助點蠟燭祈禱的方式，只是一種個人信仰上的儀式，但「靖靖」不隱藏的說，透過這樣的行為，真的可以緩解自己對生命的「無力感」。

所謂「天下本無事，庸人自擾之」，「靖靖」反省著自己，並且發現在現實情境下的許多難題，其實都是自己杜撰、想像出來的，因為「我以為我沒有辦法面對這一切事情，可是我後來發現不會！我後來覺得我的工作很好，因為我一直

以為我沒有辦法去面對這些東西，可是我後來覺得，很多東西是自己想像出來的。就是你以為的怕，其實不會啊！去面對之後，你會有更多的啟示」。

生命的學習是無止境的，為此「我相信每個人都是好的…可是…很無助的是，有些事情就是不圓滿！希望這件事情能夠好一點！但實際上真正在解決一些問題的時候，我覺得這件事情可以先放下！可是如果我還在思考，我就去問人家。…我一定會問我爸媽，因為我要讓他們去想，我想讓他們去想，想生命這個東西，我想聽他們講，把我的東西跟他們講，因為我想以這種漸進式的方式讓他們去思考這東西！…如果別人跟他想的不一樣的時候，哇！又開啟了另一面窗這樣！如果是正向的，那更好；如果是負向的，原來人家這麼想！因為每個人都有他的弱點，今天我之所以很願意在這邊做，是因為我覺得這些東西可以幫助我在面對我人生當中未來的、以後的落陷階段！」。

當自己越是深入生命課題的探討，越會發覺自己的不足，為此「我想去讀書，因為我覺得我想把現在我體會的東西，讓它更能夠…落實吧！落實在一些學理的東西上。因為我覺得我以前的讀書是很空泛的，我不瞭解它是什麼，但是我以為我瞭解了。也許我以後的體會就是這樣子，我以為我瞭解，其實是不瞭解！」。

所以「我覺得真的是要『動中學』，不是『靜中學』，尤其是生命的東西」。

生命有苦有樂，樂是受歡迎的，而苦是被排斥的，但「貝貝」的看法卻是：「我們會把所有的事情…順利的時候，我們感謝！在逆境的時候，我們要感謝！因為我常常在想，如果妳沒這東西的話，妳不會覺得人生很無趣嗎？那都是好的！（讀書會）老師之前有講過嘛！我非常認同！如果人生都是好的，實在是很無趣！」。

因此，進安寧之後「我一直覺得我很滿足！然後我變的愛惜自己了，能夠滿足於現在..物質的！我覺得現在我在物質上面，自己非常的幸福！可是我不滿足..在精神上的東西」。

所以「有時候我覺得說，我為什麼要去想那麼多的事情？那…可是又想一

想..不去想呢?…我一直都不覺得無知是幸福的!!我一直都不覺得,可是我知道那只是一個假像,我會覺得說,你看他都不去想啊!就這樣子走了不是很好嗎?」。

「可是我會想說我要這樣子嗎?我會這樣子無知嗎?我會去選擇他那樣子的一個作法嗎?我的答案是否定的,那我就知道無知原來不是幸福的!」。

綜合這一小節的結果來看,共識的不足以及理念的不透徹乃是團隊合作最主要的障礙,這樣的結果對一個剛成立不久的安寧病房而言,實屬正常,因為我們的醫療教育一直是以積極的救生為主,甚少傳授護死的生命哲學,也難怪會形成在建構照護模式過程的跌跌撞撞,並意思於安寧教育仍有很大的成長空間。

凡付出的,總會受到肯定的。透過文本內容的呈現,也讓我們發現護理人員對病人及家屬的照護,並不僅只於外在的生理照護,更重要的是發自內心的愛與關懷。

現代的醫療,相當重視效率、管理與成本,但這些卻和以人為本的安寧療護有某種程度的衝突,所以在這樣的前提下,安寧療護算是一種醫療的革命。然而,這份革命性事業要走的路還很長,其間衝擊、困難在所難免,因此,抱持學習的態度並從做中學,或許可以讓這條路走的更長、更健全。

第五章 靈性層級的躍升

本章是對文本內容的發現，與 Ken Wilber 的意識光譜層級說做一相互對應的呈現，藉以具體觀看出安寧護理人員在靈性範疇下，其意識態度在不同層級上的變化與成長，至於 Ken Wilber 的意識光譜層級說的層級圖，則如圖 2-2 (P.27) 所示，粗分為陰影層次、自我層次、存在層次以及心性層次等。

爲了清楚的看出研究參與者們的變化與成長，本節資料的陳顯方式，將不採取個案間的交互比對，而是將研究參與者們當作成一整體，藉以看出該整體在不同層級間的變化及成長。

第一節 對立與衝突---陰影的顯現

在 Ken Wilber 意識層級的分野中，陰影層次是整個意識層級中最基礎的一環，也是自我成長的第一個關卡，因爲在這層級裡，只要是自我不認可的「陰影」，都會被自我以「投射」的方式，顯現於與外界事物的互動上。排斥、否認等強烈的二元對立，則是這個層級最顯明的特徵。

因此，在這一小節裡，研究者將呈現文本資料裡，關於恐懼、不安、衝突、對立等「陰影」面的訊息：

(一) 因疾病而起的恐懼：

癌末的病人，常常伴隨著身體圖像的變形，並衍生著其他的家庭事件，對此，「妍妍」的看法，正也凸顯了多數女性內在的不安處：「我覺得女生最可憐，女生生病了，很少有男生會來照顧！」而且「不管是..就是 anyway 女病人喔！老的，或者是...少年的！尤其是少年啊！我覺得老公來照顧的，根本就很少！」其原因或許「有工作因素！還有就是家庭的因素！那我的意思是說，我看到的很多...女性因為生病的，男生變心的...故事..比如說：外遇啊！或者什麼！什麼的！我覺得我看到比較多的是這部

分，那我覺得女生在這一部分是最放不開的，不管她是不是有得病，或者是沒有得病！就算她得病了，她…我覺得她可以接受疾病，可是她沒有辦法去接受她先生..外遇這件事情！因為，他有可能覺得說，我是哪裡有缺憾？就是缺憾嘛！我現在有缺憾，我的病就是代表我的缺憾，所以他…在外面尋找另外一個女生！」。

除了因身體的改變而起的失落外，對未來生命規劃的失望，也是另一番的衝擊。因此，「靖靖」在身旁有人因頸椎受傷，導致全身癱瘓後，感觸的說：「我覺得比較難的，是疾病突然來臨的那一種..全身癱瘓，從一個完全不會思考到你有很多的未來、前景、前途、漂亮，還有很多生命的東西期待你的時候，你突然失去了一切，我覺得那是很可怕的！」。所以，即使罹患不治之症，多數的人仍會在「身體舒服了，他一定想要活，他會開始想怎麼做，會讓我身體疾病好起來，或者是..怎麼做，會讓我的生命越拉越長」。

而痛苦也常常伴隨著疾病發生。「靖靖」回憶著說：「因為我自己以前身體不是很好！小的時候，會接受一些治療，可是我覺得那個治療好痛苦！所以我也知道生病很難過！」。

（二）對死亡的恐懼：

雖然周遭的死亡事件頻繁，但並不因此就代表對死亡免疫，相反的，死亡事件提供了更多的機會讓身為安寧照護的護理人員，有更多的機會來照見自己對死亡的感受。

其中，「莫名的恐懼」--或許是許多人對死亡的直接反應。對此，「靖靖」想著一段回憶說：「我印象比較深，有一次我在睡覺的時候，半夜，那時候我把燈都關掉，然後有一次我朋友（同學）忽然打來（電話），他跟我說：『靖靖』！他第一句話就說：你知道嗎？○○○死掉了ㄟ！...他很年輕，賺了很多錢，也長的不錯！！喔！天啊！！我真的嚇到！我真

的嚇到！！因為我那時候燈還暗的，然後…我真的嚇到一直發抖，我嚇死了說：你怎麼..你幹嘛跟我講這一些東西！因為我覺得…因為我突然接到電話，第一句話就說…你知道嗎？〇〇〇死掉了耶！！喔…「我嘎一跳」（台語），我那天晚上都不敢睡，我不騙你，我把燈全部都打開，把音樂打開，廣播打開…」。

除了「莫名的恐懼」外，「莫名的不捨」也在其間。「貝貝」回憶著多年前的一個課程說：「我有去受過那個就是..它是一個很多人的場合，然後它放著音樂，主講者開始講說，怎樣發生了什麼事情，然後就開始墜機這樣子！就在那一剎那…然後因為那個有背景音樂音效，然後妳會深入那樣的一個感覺，然後那是我第一次面臨死亡！」「那整個的感覺，那時候已經要死了，真的要死了喔！他教妳趕快把妳那個時候的想法，寫在一張紙條上面，根本寫不下去，我一直掉眼淚、一直掉眼淚，就…我想全場的人都有那種感覺，都一片哭聲就對了！」。

而在另外一次的夢境裡，也有類似的感覺：「我連續夢見了兩次夢！我夢見我媽媽跟我妹妹死掉…可是呢！在夢裡面呢！..我哭的很傷心…可是實際上的我呢？實際上的我，我覺得在面對家人的死，我可以去..很快的…會去接受！還是怎麼樣？我說至少沒有像夢裡那麼傷心！不曉得她們都是意外死的？還是怎麼樣？…是不是病死的我就可以接受，是意外死的我就不能接受，可是都是死了！…那種態度很奇怪！」。

除了「莫名的恐懼」與「莫名的不捨」外，對死後的認知模式也會影響護理人員對待自己生命的態度。如「妍妍」透過宗教經典的閱讀而說：「如果我墮入惡道，我會害怕！不是我不害怕…」。而「靖靖」的宗教觀更讓她認為「我怕我自己心靜不下來！！…好好去看一些事情吧！」，且宗教的戒律，也讓自己覺得「很大的束縛！！我覺是…會警惕我自己..會警惕我自..會警惕我自己…有時候我覺得束縛..有時候我會覺得…可是又有罪惡感，覺得…如果要受(戒)！就不要再有那些東西(不好的習慣)！」。

可是難免還是會有！可是那種束縛有時候會好一點，就是因為有時候我脾氣不是很好！」。

（三）對死亡的準備：

所謂「生死事大，無常迅速」，對於死亡何時來到，誰都沒辦法說個準的！因此，我們將死亡具體化，視其為一場不可避免的戰役而心存戒意，並覺得需要有某種程度的準備，以面對死亡這一關卡。如「妍妍」就假想的認為，萬一自己不幸罹患重病並面臨死亡時，她的態度會是：「它已經是這樣的事實，那我接受了它，那未來我要怎麼去做？…那我之後的下一步，我要怎麼去做？我是會去做規劃的那一種，我不是說…啊！認了就…等死！！…不是等到那個時候才再思考！就是每一個步驟，每一個步驟我都會把它想出來這樣子！」。

如果是有宗教信仰的護理人員，則會加強某些宗教信念，或持續性的做某些儀式性的練習，來幫助自己面對死亡這個課題。如「靖靖」說：「我如果知道我要死了，我就會先跟每個人說：我很感謝他！跟每個人都講，跟我想到的人都講！然後講完之後，就開始念佛！…可是不見得那麼容易，因為我發現念佛不是簡單的事！為什麼你知道嗎？因為妳有可能在念佛的時候，妳一個念頭就起來了，妳可能想到！唉呀！我還沒有感謝誰！或者是，我想到我對不起誰！我要跟他講對不起！可是我覺得…心不容易控制！因為，你…其實念頭很…很…『雜』，不見得說你要讓它靜下就可以了，除非很長一段時間說..所以為什麼人家說要修行！都要一段時間馴服自己的心，你才有辦法寧靜的念佛，然後…面對你的死亡！所以…我就告訴自己，我一定要專心念佛！一直念..一直念..一直念..一直念…一直到死亡來了！！」。

況且，對於死亡「你只能修你自己！問你自己對生命的態度。當然這種東西，你不確定在面臨死亡那一刻是不是真的有幫助，你只能說…修你

自己啊！」。

「心如猿馬」，時時刻刻都不得閒，因此，當「明明」被問到恐不恐懼死亡，以及如何克服時，她說：「如果你看我一個人在走的時候，我都是在持佛號！我都是一邊走，一般持佛號。經行，就是在經行！所以我已經習慣這種動作了，我已經養成這樣的習慣了，所以…如果沒有人在跟我聊天，或我沒有在做事，我就是在持佛號！」。

而且「真正的了脫生死是內觀，當我們的習氣來的時候，那個念頭來的時候，您怎麼去斷這個習氣…你才能夠了脫生死啊！它不在外，是在內！」。

（四）對照護工作的無力感：

在現代化的社會裡，我們重視工具理性，並習慣於對情境狀況的掌握，所以，一旦有我們無法掌控或跟隨的情事發生，我們就很容易陷入不安、無助的氛圍裡。而死亡，即是工具理性的瓦解，是科學應用所無法掌控的事實，也是現代醫療最無力、最不願意的面對。

因此，「媛媛」分享著她的心聲說：「我覺的對於面對死亡那一點，我還是覺得很大的無力感！因為我發覺很多家屬在面對死亡時，他們不知道他們可以做些什麼？可是我突然發現，我也不知道我可以做什麼？我常常發現說，這一些病人快臨終了！那家屬很焦慮，他不知道要做什麼？可是我也沒有辦法提供家屬說…其實你可以在旁邊跟他講些甚麼話，或做些什麼…通常我都會很害怕進去這樣的一個病床！因為去，我是看到家屬在旁邊，然後妳也不知道做什麼？那我也不知道可以幫他們做什麼？所以我覺的這是一個很無力的點！」。

至於「全人」照護中的「靈性」照護，由於欠缺有力的依據和具體的操作程序，因而成了多位護理人員心中的「陰影」。如「妍妍」認為：「這樣的東西對護理人員來說是比較困難的地方！心理、社會層次跟靈性層次

是很困難的地方，那怎麼樣去區分心靈跟靈性？那到底又是怎麼去解決？我覺的這是一個很大的問題！因為我們沒有人懂？沒有人帶的…那你只好自己去摸索！摸索的對或錯，沒有人告訴你啊！那做了也不見得別人會知道，因為那種東西是屬於…很模稜兩可的啊！」。

也許是因為難以掌握，所以可能形成逃避的現象，對此，「榕榕」說：「我會發現其實臨床的護理人員，還是有些部分人員是不敢去接觸…不敢去碰觸這個靈性的問題，可能他們有發現到，可是之後下去就沒有了…有些人就覺得…其實我覺得這是算少部分啦！少部分的人不敢去直接接觸！」。

因此，「陪伴」成了最常被使用的照護模式。「貝貝」分享說：「…我們只能常常去看看她，那時候我們不會講什麼東西，我們只能陪在她身邊，就只站在她旁邊，然後，讓她覺得有安全感吧！」；而「靖靖」說：「通常我的面對方式是我『陪』著他，因為..其實我心理知道說：你再怎麼不捨，其實這是沒有辦法的事，一定會死亡，對！所以我會陪著他」。「…我的幫助是..我陪伴他！」。

（五）團隊默契的失衡：

除了靈性照護工作上的無力感外，團隊間的默契問題，也會擾動護理人員內在的情緒，而形成另一個需要去面對的課題。

就以安寧所強調的「全隊」照護來說，所謂的「全隊」照護，即是不同的醫護專業，彼此間相互的合作，以對病人提供「全人」的整體照護。然而這樣的理念，對現實臨床來說，似乎還有段需要學習的路要走。「榕榕」說：「那『全隊』方面，我會覺得現在很可惜的是，我會用一個很符合我現在的心態的來說，其實在我們身心靈社四個圈圈應該是互相交集的地方，那我一直到後來反而是最近又感覺更明顯有些東西在我們團隊來講感覺上是有一點點被分開的感覺…」。「其實這種事情應該都是環環相扣，

譬如說有交集的部分，但是現在我會覺得有一段一段被切割喔…」。

第二節 包容---自我的整合

「拒絕、排斥、否認、對立」等等是「陰影」層次的特色。在這一層次上，雖然有著許多的衝擊與對立，但這種的現象卻是促成「自我」朝更寬廣、不對立的情境前進的重要動力。所以，在這一節次當中，研究者將呈顯文本資料裡的「自我層次」，其包容、整合的特質；

（一）對死亡的反省：

死亡的現象大多是不可愛的，這對安寧護理人員而言更是感受深刻。但這樣的事實，並不是說你不想它就不會來到，相反的，它卻可能會像「妍妍」所說的：「你越不去想，它越可能會！」因此，不避談死亡，甚至模擬死亡，則是這群護理人員共有的基本態度。如「妍妍」在看到臨床病人的情境後，會「我就開始反思，如果當我經歷的時候，我會不會去接受這一件事情？當有一些病人，她沒有辦法接受，她還是..還在那個時期的時候，我就會開始問自己！我會不會也是那一種？不一定我那個時候，我也會這樣的情緒出現」。

就算「我現在告訴你我能接受，不見得當...我以後能接受，我覺得我只能這樣子講，因為到時候的情緒跟事件的演變，我不知道我會處在哪一種狀態...我現在可以告訴你：我接受啦！因為它是一個事實！」。

所以，「來到這邊會讓我去跟我先生談...我...死後怎麼樣？或我得癌症我要怎麼樣？我不要那麼痛苦，我不要怎麼樣？怎麼樣？怎麼樣？我會去跟他說這一件事情，那以前你可能不會了解這個東西是你...迫切，你會經歷到的東西！你覺得這個遙遙無期，可是來到這邊我會覺得，那不再是遙遙無期，而是你可能會發生的事情，有可能會發生的事情！所以..我每

次，我都會跟他講說：如果我死掉了以後要怎麼樣？如果我沒有死掉，我得癌症的時候我要怎麼樣？」。

死亡已不再只是別人的問題而已，因為它終將降臨到自己的身上。「明明」說：「我會覺得說，以後我最愛的人，我的父母親、兄弟姊妹也會面臨這樣的痛苦！還有我自己也會面臨這樣的痛苦！只不過說，現在我們從他（病人）身上先看到了真正的死亡是..死亡的過程是怎麼樣？」「...從別人身上，我學會了怎樣生，然後我才知道以後我要怎麼死！因為他們有機會告訴我，因為我現在還很健康，所以我要活在每一個現在的當下...那我反觀自己的時候，我會覺的...我何其的幸運啊！他們教我怎麼樣去做還活著應該做的事情！」。

（二）同儕的激盪：

人的認知是狹隘的，因為我們常常只認同我們所見、所聞，以及所體會過的事物，而對那些未被經歷過的事物，則多抱持著觀望，甚至存疑的態度。

在研究者訪談的過程中發現，這一群來自不同照護背景的護理人員們，在聚會於安寧照護的激盪學習後，觀念、態度上的改變是清楚明顯的，真有所謂「生命質量的提升，在於不斷的學習與反省」。

因此，同儕的工作態度和價值觀，讓「貝貝」這樣的說：「剛開病房的時候，我們討論了許多東西，因為大家都是新手，新手上路都有許多問題！『玲玲』是那種半夜會幫病人翻身、幫病人拍痰、幫病人看尿布，看看有沒有大小便，一般小姐是不會的，即使是在安寧病房的小姐也是不會，這是很現實的，可是『玲玲』不會，所以就是有她...其實我是蠻感謝上帝的，一直讓我遇到蠻不錯的人，再加上『玲玲』的室友，她室友就是那..因為她是從加拿大回來，有一段空窗期，她也沒有接觸，所以接觸護理之後，他就一直在讀書、讀書，她覺得不夠這樣子！那我就覺得說，怎

麼都有這種人？怎麼以前我都遇不到的這種人！現在都在我旁邊這樣子！以前我都遇不到，不是叫我出去玩啦！叫我下了班去唱 KTV 啊！叫我下了班就去看夜景…他不是針對在工作上面…是哪種你不要管它，工作就是工作，工作完了之後就好了，可是他們不是！」。

除此之外，專業技術外的學習，也能激發自我靈性的拓展，而有更多、更深刻的成長，並為自身的價值與臨床工作帶來不同的見地。如體制外的讀書會的進行便是一例。對此，「貝貝」說：「...讀書會感覺好像是自身的事情，讓自己在專業的以外學到些東西，在專業加一些東西進去讓自己做的更好」「...有時候是一點力量，讀書會老師不見得會給答案，但是老師會跟我們講這時候是處於什麼樣的情況，然後我們就會想原來那時候不要太苛責自己，原來我們本來就不足，不足的情況下心態調整可以怎麼樣！讀書會會讓我覺得我們至少做了，還有點肯定雖然有點不足，可是需要別人點你才不會一直窩在那邊！悶在那裡！」。

所以，「如果不來上這些課程就不會想到一些很深入的東西，甚至於說，在聽不懂的時候，那時會想到一些東西，甚至於老師講的不是我想的，就會被挑起去連結另外一個地方，所以我覺得會想來參加的原因不見得是聽得懂老師的...至少會促發我很多東西，甚至於有時候我們私底下，我們要講的很明白得說，不見得老師這個是對的！為什麼？我要這樣講是因為我比較..真的是很無力的！就是說我們在實際運作上面，老師講的是這樣子沒有錯！有時候我會覺的，老師是不是沒有實際的站在我們的角度上來看，真正的去做！所以你會覺得說，在那的一個情境之下，你可以做什麼？做什麼？可以很清楚的以第三者的那個（角度）...可以在那個時候，還很清楚的！很理解的！來判斷這整個事情！」。

「榕榕」也認為讀書會對自己和臨床工作有著正向的幫助，她說：「其實應該是會連帶啦，因為人在從事 care 人的部分，因為如果說你不瞭解自己，你怎麼去照顧病人？我覺得我一個單純的想法，我是覺得會很期待

護理人員能夠來參與或者說…甚至我們工作人員可以來參與，參與之後可以從自己的內心去看…看你所 care 的人或者是你週遭的一些同事們或朋友…」。

「玲玲」也認為：「我覺得上讀書會，我覺得它只是幫我開了一扇門就對了，然後告訴你說，「有這條路可以走，其實你用這樣的角度看事情一樣可以做這樣子。所以我覺得說，包括朋友，也是很有幫助呀。」對此，「貝貝」同感的認為：「一定有幫助的啦！只是說…每個人的感受不一樣！」。

（三）落差的包容：

「接受、包容」態度的出現，即是一種自我邁向整合的現象，是自我已在認可原先不贊同，甚至排斥的對立面，而這樣的整合現象，也是自我朝向更高層級的必經過程。

在研究者的文本裡，研究者發現這樣的整合現象，可以是個人的價值態度、團隊的互動應對或是行政管理理解等。

如「榕榕」就認為臨床工作的衝擊讓自己更有彈性，她說：「我覺得為什麼我會那麼大的改變，因為不可否認我是一個完美主義者，然後我自我要求也很高，可是我後來覺得在這個過程之中，我覺得我學會了那個彈性，還有我也學會了我能力沒有辦法達到的那個部分」「...我覺得我不是妥協，或許有一點點接納的成分，那還有就是一個我接受我自己一個能力不足的地方，因為我其實再怎麼完美主義的人或再怎麼自我要求那麼高的人的時候，他還是有他不足的地方，我覺得我會去接納我真的就是沒有辦法達到的部分，還有就是我接受不完美的地方」。

「明明」則認為團隊間的互動，不管過程如何，理應朝向整體的成長，她說：「我想我很尊重每一個人他的工作的情形，還有對事情的認知度。因為我覺的，我們來自於不同的家庭跟不同的環境，一定會不同的思考模

式，而且他們年紀都比我輕。那我覺的，如果只要是對病人好，對團隊有利！我們就可以把那件事情拿出來討論，關起門來，甚麼話都可以講，但是大家就是一起去完成那一件事情，沒有爭執，即使有爭執，也是為了大眾！也是為了這個團體！也是為了病人！」。

至於在行政管理方面，就某種程度來說，雖然它違反了人性的隨意性，為生命的流暢性帶來了不同程度的規範，但卻頗能受到某種程度的諒解。如「玲玲」就說：「...因為醫院的制度就是這麼死啊！很難去有一個彈性！...團隊在一開始可能也是需要這樣一個...就是『格子』嘛！但是成熟之後，應該把『格子』去掉，讓它『格子』稍微大一點，彈性大一點！可是這個彈性呢？在於護理部的制度，在一個領導人，還有之前的一個想法...因為之前已經被綁的死死的了嘛！.....如果它如果有彈性的話，我們還會覺得很奇怪呢！所以現在有彈性的空間還是有限啊！」「因為現在醫療糾紛這麼多，消費者意識抬頭嘛！...那本身護理部，比較大一點的醫院會有所謂的一個要求，品質管制，這是一定要的。那你在護理工作之外，所謂 extra 的工作就會增加，不只是之外的工作，而且是很多很多...那預防錯誤嘛！希望我們可以做的更好！本意是不錯，可是..往往有時候...當然護理部要管那麼多小姐當然不太容易，它就變的制度化的，那制度化就變的缺乏彈性，而且這東西就會變的說...你很難有伸展空間」。

（四）心眼的開啓：

俗話說：「天下無難事，只怕有心人」；佛典亦有語言：「心如工畫師，能布諸彩色」。「心」真是個神奇的東西，它能让自我產生許多難以想像的不可能。

對於這一點，「貝貝」有感而發，她說：「...我最大的困境是自己！我覺得來自於我自己，我後來也發現一件事情，我覺得在那麼多事情之後，因為..就像老師所講的..妳沒有辦法改變..妳應該改變的是妳自己而不

是環境！那時候我就覺得…你在講那個東西的時候，我就有意識到了，在好久以前！所以我一直覺得，我最大的困境來自於自己，我如果沒有改變自己的一些想法，跟..那個的話…因為…固體是不變的，然後只能改變自己這樣子！」因為「對一件事的解讀有很多面，可是自己是所有事情的軸心，因為妳如果不去..不去..不去認識到說，人對一件事的解讀有很多面的話！妳就會覺得你是對的！」況且「很多的情緒都是來自於我自己啦！」。

第三節 存在---超越的自我

相對於前述的「陰影層次」、「自我層次」，「存有層次」的表述方式則較為抽象，因為它是超人格的心境狀態。所謂超人格心境，Ken Wilber 認為，那是一種不再執著於個人的身、心、思、慮的寬闊胸襟（Ken Wilber，1991）。

「存有層次」是超人格的，所以若以人格層次的「陰影層次」或「自我層次」看「存有層次」，那「存有層次」就會是一連串的神秘、未知。世間的存有，不只是「自我」所認識的那樣，而是包含著「自我」所難以理解的層次，關於這點，西方的「長青哲學」²(perennial philosophy)則多有探討。

若以研究者目前的程度，來探討「超個人」層次的問題，真有其不足之處。因此，對於此小節的鋪陳方式，研究者是依據「長青哲學」與 Ken Wilber 的說法，認為「超個人」層次是存在的，只因為「自我」太過認同二元對立性的思維模式，才會難以對「超個人」層次產生體認，徒留一連串的未知與神秘。

由於難以「體受」受訪者對未知、神秘或他者的感受內涵，以致於無法對其情境有更貼切的詮釋，所以以下的分析內容，則放在受訪者對未知、神秘、他者觀感或態度。

² 長青哲學：是人類對真理（Reality）內涵研究的共識，認為真理是可以貫穿歷史與文化，並不會為各式各樣的外在變化所扭曲或改變的。

(一) 對他力的寄情：

「靖靖」說：「這種東西（生死）沒辦法解決，它，太個人了！沒辦法解決！」。身為安寧照護的護理人員，她們參與著病人的生來死去，對生命在一晃眼間就「不見了」的情形，內心也會有著因人而異的衝擊。這是生命的現實，也是自我世界所難以面對與接受的事實。

因此，寄情於自我之外的「他力」，相信在自我之外有個「大有能」的存在，透過對「祂」的祈求，可以讓無能為力的「自我」，得到安慰。如「靖靖」說：「對我所 care 的病人，如果他往生了或要往生，或我覺得有些事情是我沒有辦法幫他的，我就點一根蠟燭，跟菩薩說：希望能幫助他！我不知道能幫他什麼？但是我希望，不管什麼東西，我希望他能幫助他！」或是「如果有什麼事情是我不能面對、不能解決的，我就會點蠟燭，跟菩薩講」。

(二) 邁向超越的自我：

因為「人」種是活在狹隘的二元性自我當中，所以充滿了諸多的對立、不完滿。對此，「明明」自感的說：「雖然每一個人的死亡過程不一樣，但是它教我現在在生的時候應該懂得怎麼樣去放下某些不需要的芝麻小事，因為我覺的為什麼我們那麼苦？因為我們很計較那些芝麻小事，其實為什麼菩薩他們是菩薩？他們不會為了那些芝麻小事在計較」「...我覺的最近有一次我..記得我下完班四點多我就會去騎腳踏車，我覺的我一個人坐在...一個大虛空之中，我覺的我很渺小，但是我突然之間想到『上人』，我覺得說，『上人』一樣是個女子，那她為什麼可以做到國際性，是她的心胸..很大，我覺的佛也是這樣，菩薩也是這樣！我們一直在學佛跟菩薩的精神，就是不斷的去擴大自己微小的心，一直的把它擴大到...慢慢跟虛空能夠融合在一起！」。

在從事臨床工作多年後，除了發現自我的渺小外，也讓自己突破了某

些的框架，她說：「不同了！突破了！妳會突破那個框框，而且現在一般人的框框可能也被我突破了！…..就像以前，因為我有受戒嘛！戒律，我會覺的守戒很重要！…你覺得戒律很重要，但是現在你會覺得說，戒！是在戒我們的心！」。

而這樣的突破，帶給自己的，則是更大的包容與平安，「…很多事情也沒辦法去理解，也不知道怎麼回事？..有時候在拜佛、在禮佛當中，它就很奇怪，讓妳以前不通的地方，就通了！..以前妳看的書，看不懂的..經書，不懂，突然間它就讓妳懂了！」「…其實很多觀念，我只能說在拜佛當中，它可以冥冥當中，給妳東西！我不知道…可能跟人家講有時候人家會覺的蠻怪的，可是實質上是這樣的…」。

第四節 整全---一體意識

Ken Wilber 認為，不同於前三個層級的「二元」特質，「心性層級」---一體意識，是一整全、非對立的狀態。它是萬物的基礎、生命本質的所在。若以 Ken Wilber 的論點來看「一體意識」，它即是佛家所謂的「空性、佛性」，道家的「道」，以及基督宗教裡的「神性」。「心性」層級是生命的基調、源泉，它的特質是超越「對立」與「存有」的，不似「陰影」、「自我」、「存在」層級般的狹隘，而是一種完全的開放。

「一體意識」不是局部的境界，它像一面明鏡，無所不包，且無法將它與其他意識層級分開，它就是所有層級的基礎，或稱為真正的本質，若舉例來說，種種的意識層級就像是海面上的浪花，彼此互異，近海岸邊的因為有礁岩的衝擊，所以激盪出的浪花會花俏於遠離海岸邊的，因此，「一體意識」不是某個浪花，而是海水本身（Ken Wilber，1991）。

由於海水就在波浪之間，所以其間並沒有區分的界線，但如果想更進一步

的找出其間的區別，無異是由這一個波浪跳到另一個波浪，無濟於事。同樣的道理，若以追求的意識去追尋「一體意識」，其結果也就如前述的情況一般，由這一個波浪，跳到另一個波浪。

所以說「一體意識」它不屬於相互對立的某種特殊經驗，而是當前每個特殊經驗的真相，也就是說，它就在眼前，哪裡需要任何方法和途徑？因此，自古而今的得道者³都一致強調，「一體意識」是無徑可至、無法可得的（Ken Wilber，1991）。

「一體意識」的內涵是超越言權意表的，因此我們很難透過狹隘有限的言詮系統來做超越性的表達，所能做的就是透過有形的現象觀察，來觀看目前的現象發展是否有此趨勢。

根據研究者主觀性的觀察，本研究的研究參與者在臨床上的表現，似乎還未能跳躍自我層級的框限，而企入更高層級的存在層級，若有跳躍性的感受，也只是感受到自我的渺小、不足，以及對超越、神秘界的好奇與嚮往，至於在「一體意識」這方面的現象表現，研究者並未有任何具體的發現。

第五節 小結

Ken Wilber 認為，人的靈性成長，乃是一個不斷向上提升、整合與超越的過程，它是一種意識的成長，而非意識的退化⁴，因此他認為一旦人的靈性開始成長，層層關卡的考驗，是必然的過程。

意識層級的內涵是抽象的，它不似臨床事件般的具體，因此透過研究參與者對具體事件的認知及反應，再和 Wilber 的層級觀做一對照，就成了研究者對研究參與者意識層級的判準方式。

而透過這種刻意將某些事件抽離的研究方式，真的也讓研究者看到了不同

³ 得道者：指已體驗到「一體意識」者。

⁴ Ken Wilber 認為靈性成長是一種不斷整合與超越的過程，而不是退化至胎兒在洋水中的狀態。

意識狀態表現，如：「陰影層級」在事件上的反應是恐懼、排斥、不安、焦慮等
等等等；「自我層級」則是自我對種種事件有整合性的反省與造作；「存有層級」
則是自我已意識到自我的渺小，而欲尋求更深刻的存在認同；至於「心性層級」，
本研究的研究參與者，則未能有具體的表現。

「意識光譜」之說乃是 Ken Wilber 運用西方科學的態度，整合東西方不同
靈性傳統的詮釋系統而有的另一套詮釋系統，至此，它是否就能替代所有的詮釋
而就於完整圓滿呢？研究者認為，這是不太可能的，因為人的視域見解，肯定會
隨著時代的演進而有不同的轉變，Wilber 的說法之所以能夠幫助許多人更容易理
解靈性，「抓住時代脈動，應用時代共通的表達模式」，即是他成功引人共鳴的要
素之一。Wilber 的說法，雖然能夠符應於現代人對靈性探求的需要，但它仍然只
是眾多視域中的一種而已，這是研究者想要交代的。

第六章 討論及結論

本章將分成兩部分，第一部份是對研究的綜合討論；第二部分則是研究的結論與建議。

第一節 研究討論

綜合整個研究的過程與結果，研究者提出幾點討論：

（一）走出生命的框限，成就更寬廣的大愛：

許多醫護背景的人會認為，安寧療護是一門賠錢又沒成就感的專科，因為病房裡的許多醫療行為是既沒效率也不符合管理邏輯的，且進來的病人已是藥石無效，更別談康復這回事。

透過文本的分析，我們可以清楚的看到，多數的研究參與者在正式進入安寧療護之初，其實有著許多的不適應，諸如：安寧理念、團隊共識、醫病關係等等，而這些現象所凸顯的問題，並非只是單位性的，而是涉及更源頭的教育問題。或許是我們的教育太偏重於對「生」的處理，忽視了對「死」的應對，因而形塑出某種僵化認知態度。

我們不能將安寧療護的推動，視為是對主流醫學的挑戰，而是對主流醫學的另類承接，而另類承接這個字眼所傳達出的意涵，則是醫療行為的承接，與另類觀念的轉換，因為對告別生命這回事，已經不是對生的讚揚所能容攝的。因此，走出單向式的生命觀，而就雙向式的生死觀，才有機會成就出更寬廣、有意義的照護工作。

（二）陰影是自我靈性成長的契機：

生命的真相是什麼？我們不得而知！但 Ken Wilber 認為，生命本來是沒有分別、界限，只因為我們太過認同我們的自我（ego），任由

自我座大，因而泛起了種種界限、對立。「自我」可說是個好戰份子，它將這個世界二元分化了。

就理論上而言，被自我所認同的經驗，會成為「角色」扮演的元素；而被自我所否認的，就成了內心所壓抑的「陰影」。也就是說，自我越認同某種角色的功能，那它就會越排斥相對應的陰影，所造成的衝擊也會越明顯。

從整體生命的觀點來看，「角色」與「陰影」都是生命的一部份，因此，「陰影」與「角色」間的衝擊，對生命來說，未必是件壞事，因為：「陰影」是促進自我認識與整合的第一步---Ken Wilber 如是認為。

在本研究裡，透過對研究文本的分析，研究者發現了研究參與者的某些「陰影」，如：對疾病與死亡的恐懼、無力感以及失序等等。而這些陰影的出現，對自我來說，則是一種的拓展，因為它發現了被壓抑的另一部分。所以，「陰影」可說是自我的危機，也是轉機。說是危機，是因為自我處在衝突對立間；轉機，則是自我更進一步整合提升的契機。

生命會為自己找出口。在研究文本中，研究者發現，因「陰影」而起的衝擊、困境，為護理人員帶來了更大的成長空間。因為，透過這些過程，她們發現了更多以往自己所沒看到、想到的心靈向度。

（三）自我整合是圓滿照護工作的基礎：

社會型態的演變，是一種動態的變化過程。因此，所謂的圓滿的照護工作，也只不過是個因人、因時、因地、因物而不斷演進的過程，並會因情境的變化而變化；換句話說，所謂的圓滿的照顧工作，並不是一個「不變的標準」，而一個因情境而有的「適當形式」。

在安寧「四全」運動的推動下，安寧照護工作的護理人員們，

相較於其它的照護工作，她們工作的性質是多元、複雜的，被賦予的期望也較多。因此，清楚自己的工作性質，釐清自己的角色定位，則是團隊默契與完善照護工作的重要基礎。然而，甜美的收成，是要付出辛勞的。

在本研究中，研究者發現，要達到團隊的默契與照護工作的完善，護理人員必須經過許多情境衝擊的，而這些的衝擊，除了是來自於外在的期望外，也有來源於自我內在的調適。然而，外在的期望，是可以透過自我的整合而予以調適的。所以說，「最大的困境是自己！」。

「讓自己以多面向的觀點看事情，可以讓自己更肯認自己的角色扮演」，是研究者在研究中的發現。因為多面向的觀點，除了讓自己不再只站在自我的角度看待事情外，也可以使自己在多面向的觀照裡，更清楚自己的角色定位，與整個團隊的價值方向。

但是，多面向觀點的培養，除了照護工作者的個人特質外，根據研究者的觀察，同儕的切磋、個人的社交、團隊的風氣與多元性的在職進修等等，都是影響的因素。其間，同儕、社交與團隊間的互動，可以培養出多面向的視角，與開闊的胸襟；而多元性的在職進修，除了可以精進自己的專業知識外，也可以讓自己有不同的價值與視域的拓展。

對強調團隊合作的安寧療護來說，將自己放置在任務導向的脈絡下，自己將會發現所計較的，將不再只是個人的得失，而是整個團隊的利益與目標。所以，想要達到這樣的情境，Ken Wilber 所說的自我的整合，是為重要。

整合的工作必須是持續的，因為理念的達成與共識的培養並不是一蹴即成的。加上每個人的特質，與環境不斷變化等等因素，在在都顯示著，唯有透過自我內在與外界的雙重整合，才可能營造培

養出合宜的照護環境與團隊默契，以圓滿照護工作。

(四) 超個人內涵的開發可以膚慰生死的難題：

心理學將人的意識認知，分成前個人、個人、超個人等三個面向。「前個人」是意識尚未分化的階段；「個人」是意識分化的階段；「超個人」則是超越「個人」階段，但非「前個人」階段的狀態。何以說「超個人」狀態與「前個人」階段是不一樣的呢？根據 Ken Wilber 的說法是，「前個人」是種未分化的狀態，而「超個人」狀態則是一種「個人」階段整合後的超越。因此，Ken Wilber 並不認同「超個人」狀態即是「退化」或「回歸」到「胎兒羊水」狀態的說法。

人們常問，什麼是生死的意義？答案或許會有千千萬萬種！但若以 Ken Wilber 對意識層級的判準來論，「生死的意義」這個問題的生成，是屬於在「陰影層次」與「自我層次」間的探問，而「排斥、對立、二元」則是這兩個層級的特色。

所以，二元對立的思維結構，會有見識上的限制，因為生命並非「不是正，即是反的」的二元。更何況有些事情只是「人」的問題而已，而非生命的問題。

生命是不是一定要有答案？這個問題的提問，或許只對「陰影」、「自我」兩個層級的意識模式有意義，對超個人的「存在」、「心性」層級而言，就不具任何意義了，因為這兩個層級是超越「個人」的，是「非二元對立」的世界。

以目前的情況來看，若只是想在「陰影」、「自我」兩個層級間，結構出生死的答案，研究者認為，那是不太可能的！因為，這種二元對立的循環式思考，正是生命難題困擾的根源所在，它只會讓人落入不斷的對立循環，沒完沒了。而且我們習慣性的思維方式，已

經限制了我們對問題的超越性，況且有些問題的發問，其實只是「個人」階段所形構出來的，並不擴及整體的生命。

因此，跳脫二元性的思維模式，投入超個人狀態的情境體驗，或許可為生死的難境，提供不解而解的解答。因為，這是一種「跳躍」的狀態，讓自己對事物的認識，不再只是二元性的，而是另一種超越二元性的情境體驗。

根據研究者對本研究的文本分析發現，大多數的護理人員其實都蠻在意自己的靈性成長，並依循著多元性的管道，讓自己有更多的學習與成長。

若以有宗教信仰者來說，則會藉由不斷的研讀、觀察，甚至是規律性的宗教行為，讓自己有機會接觸到超個人層次的體驗，如：「.. 有時候在拜佛、在禮佛當中，它就很奇怪，讓妳以前不通的地方，就通了！.. 以前妳看的書，看不懂的.. 經書，不懂，突然間它就讓妳懂了！」。然而這樣的體驗與經驗，帶給當事人的，不再只是二元性對與錯、是與非的認識，而是更深刻非二元性的體驗與統整。

所以「超個人」層次的開發，可以為許多難解的生死課題尋求出口。因為它可以將我們的視域帶離狹隘二元性的思維模式，而就非二元性的超越。

雖然「超個人」層次的開發可以為生死課題帶來一線曙光，但 Ken Wilber 也很坦白的認為，要讓這個理想落實，其間還有許多尚待克服及整合的地方。

第二節 結論與建議

本論文是對安寧護理人員靈性成長的研究，是以 Ken Wilber 意識光譜層級觀的概念為靈性成長的判準依據。

雖然 Ken Wilber 將人的意識層級概分成，充滿對立的「陰影層級」、二元整合的「自我層級」、超個人層次「存有層級」，以及一體意識的「心性層級」等四種層級。但本研究分析，研究者只著重在前三種層級的探討，而未提及「心性層級」的探討。

其原因有二：一、本議題之所以會有意義，全因我們所在的層級使然，若離開了這些層級，此議題也將不再是個問題！而絕大多數的人是活在「陰影」、「自我」、「存有」等三個層級當中，真正活在「心性層級」中的人實在不多；二、則是在研究文本裡，研究者並未發現任何具體的現象供分析，以及研究者沒有能力去探討該層級的內涵，很自然的，研究者就沒有立場來研析參與者是否身在這個情境之中。

在研究者參與病房讀書會與實際研究期間發現，這一群負責照護癌末病人的年輕護理人員們，在校期間的專業訓練，大多著重在醫療的「救生」上，而欠缺對「護死」觀念的養成。因而形成她們在從事安寧照護工作的時候，病房的醫療目標、照護模式等等的改變，都為她們帶來了內、外在，多面向、多層次的挑戰。

隨著參與照護工作時間的增加，與見識層面的漸廣，她們自我的靈性，有朝向整合、提升的方向發展。這裡所謂的「整合、提升」，並非是以外在文化的價值觀點來評斷，而是相較於她們個人的自我狀態。

透過本研究的施作，研究者發現，接受訪談的這幾位護理人員，她們的靈性是有朝向更高層次整合的現象。但這些整合變化的軌跡，並非是單純的線性變化，而是複雜的非線性變化。

所謂「複雜」，主要有二，一、其成長軌跡，並非達到某種層級後，就不

會下降，而是在不同的層級間跳躍變化；二、成長軌跡的變化，並非只來自於正向的肯定，而是包含了負向的衝擊。

生命的過程是一連串的學習。而自我靈性的成長，則是需要重重的試煉，焉能轉化出一股既不離現有情境，卻又能超越現有情境的心靈。

透過這個研究，研究者發覺，或許可以從兩個面向上的努力，來達到個人在靈性上的成長；

一、內在個人部分：

（一）培養對生命意義探詢的動力：

根據相關的研究發現（石世明，1999；賴維淑，2002），部分的安寧病房的病人，會有著意義方面的疑惑，並以此來質疑他們的生命意義。而這種現象，對於傳統價值文化漸失的現代人來說，將會隨著社會的高度現代化，而愈趨頻繁。

因此，培養自身對生命意義探詢的動力，除了有助於自己對自己生命意義的追尋、創造外，這股對生命踏實的動力，也將會是臨床工作的支持力。

（二）多元知識的涉獵：

人在面臨死亡時，所衍生出的問題是多元、多層次的，絕非區區醫學科學所能照料得及的。因此，多涉獵一些跨專業、多元性的知識，除了可以豐富自己的生命內涵外，也可以讓自己對生命有更寬廣的認識與解讀。

（三）持續性內在心靈的訓練：

雖然對生命探詢的動力及對生命多元知識的學習可以豐碩生命的內涵，但不可否認的，若缺乏了持之以恆內在力量，則生命的風采，就會如折翼的飛鳥一般，難以持遠。

因此，持續性的心靈訓練，除了有助於心靈力量的厚實外，也助於對臨床工作的耐壓性。

二、外在環境部分：

（一）多元性在職進修管道的開發：

因為場域的特殊性，使得護理人員所要面對的問題，不再只是單純的醫療施為，而是更多元的橫跨與整合。因此，需要增加安寧團隊多元性的進修，尤其是在人文、宗教、哲學方面的薰陶。

然而這些的活動，除了需要團隊的共識外，更需要行政管理階層的認同與相關支持。

（二）團隊共識默契的培養：

因為共識、默契的建立，可以增加團隊對病人照護的品質，以及團隊間支持系統的統立，如：低潮陪伴、工作協調、福利爭取、制度訂定等等。

參考書籍

中文部分：

網站資料：

行政院衛生署：《衛生統計資訊網》

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

安寧基金會，網站：<http://www.hospice.org.tw/index.asp>

書籍：

大衛·凱斯勒（1997）：臨終關懷。陳貞吟譯，台北：商流。

王英偉（2000）：安寧緩和醫療—護理人員的新定位。長庚護理：11(2)，P80-84。

王文科（2000）：質的研究的問題與趨勢。質的研究方法（中正大學教育研究所），高雄：麗文。

石世明（1999）：臨留之際的靈魂—臨終照顧的心理剖面。東華大學。

石世明（2000）：對臨終者的靈性照顧。安寧療護雜誌：5(2)，P41-56。

石世明、余德慧（2001）：對臨終照顧的靈性考察。中華心理衛生期刊，14(1)：P.1~36。

李安德（1994）：超個人心理學。台北：桂冠。

李閏華（2001）：癌末病患常見心理狀態與照顧。社區發展季刊，第96卷，P160-165。

林清玄（2001）：浩瀚星雲。台北：圓神。

林明慧（1999）：癌末病患臨終期之安寧照護。臨床醫療，43(2)。

余德慧（2000）：臨終病人的事實處境。安寧療護雜誌，5(2)。

- 沈清松 (1992): 解除世界的魔咒。台北: 時報文化。
- 索甲仁波切 (1996): 西藏生死書。鄭振煌譯, 台北: 張老師。
- 陳伯璋 (2000): 質性研究方法的理論基礎。質的研究方法 (中正大學教育研究所), 高雄: 麗文。
- 陳亮恭等 (2001): 瀕死病患的喘。安寧療護雜誌: 6(4)。
- 陳照訪 & 王璟璇 (2001): 一位瀕死病患之居家安寧護理經驗。護理雜誌: 48(1)。
- 陳榮基 (1998): 臨終關懷與安寧療護。應用倫理研究通訊, 第八期。
- 陳榮基 (2000): 醫師於安寧緩和醫療靈性關懷扮演之角色。安寧療護雜誌, 5(3)。
- 陳慶餘 (2002): 從臨床談靈性。安寧照顧會訊, 第 44 期。
- 許禮安 (1998): 心蓮心語。台北: 慈濟道侶。
- 許禮安 (2000): 安寧療護碩士論文試評兼論安寧療護論文之品質與價值。安寧療護雜誌: 5(2)。
- 楊克平 (1998): 護理實務中之靈性照護。護理雜誌: 45(3), P77-83。
- 楊克平 (1999): 論緩和醫療之意義及其變化史。榮總護理: 16(4)。
- 楊克平等著 (2000): 安寧與緩和療護學概念與實務。台北: 偉華。
- 楊克平、尹祚芊 (1998): 台灣地區長期照護病患之身心社會功能與其影響因素之探討。護理研究: 7(1)。
- 楊克平、尹祚芊 (1999): 癌末病患健康相關生活品質內涵之確認。護理研究: 7(2), P129-144。
- 蔡昌雄 (1999): 試析當代臨終關懷運動的內在難題。應用倫理研究通訊, 第

七期。

蔡昌雄 (2002)：促發模式在臨終照護中運用的探討---以佛教慈濟大林醫院心蓮病房為例。國科會專題研究計畫：NSC90-2411-H-343-004。

蔡友月 (1998)：最後一段旅程---剖析癌症病人在醫院的垂死歷程。中華心理衛生學刊：11(3)。

蔡錚雲 (2001)：從現象學到後現代。台北：五南。

張春興 (1991)：現代心理學。台北：東華。

郭麗馨 (2002)：生病陪伴歷程的體驗——一位兒癌母親的自述。南華大學。

賴維淑 (2002)：晚期癌症病患面對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性的需求。成功大學。

趙可式 (1999)：安寧療護的起源與發展。厚生：第八期。

趙可式 (1998)：精神衛生護理與靈性照護。護理雜誌，45(1)。

簡淑慧 (1999)，癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略。長庚護理：10 (2)。

劉景萍 (1999)：一位口腔癌症病患合併腫瘤潰瘍之護理經驗。安寧療護：13，P47-60。

鍾昌宏 (1999)：安寧療護與芳香治療。安寧療護：13，P27-29。

蘇婉麗等 (1995)：陪伴一位癌症末期病人走完人生旅程。護理雜誌，42(4)。

詹錕銘：安寧療護在台灣。台北市醫師公會會刊，44(8)。

顧艷秋 (2000)：護理人員照護瀕死病患行為極其相關因素之研究。公共衛生：27 (3)，P199-211。

聖嚴法師 (2000)：歡喜看生死。台北：天下雜誌。

- 釋惠敏（1997）：靈性照顧與覺性照顧之異同。安寧療護：第五期。
- 達賴喇嘛（1997）：生命之不可思議。江支地譯，台北：立緒。
- 達賴喇嘛（1998）：藏傳佛教世界。陳琴富譯，台北：立緒。
- Arthur Kleinman(1994)：談病說痛—人類的受苦經驗與痊癒之道。陳新綠譯。
台北：桂冠。
- C.G.Jung（1993）：東洋冥想心理學—從易經到禪。楊儒賓譯。台北：商鼎。
- Edo Pivcevic（1997）：胡塞爾與現象學。廖仁義譯。台北：桂冠。
- Edward W.Said（2000）：東方主義。王志弘等譯。台北：立緒。
- Elisabeth Kubler-Ross(1994)：最後一程。王伍惠亞譯。台北：基督教文藝出版社。
- Huston Smith（2000）：超越後現代心靈。梁永安譯。台北：立緒。
- Herbert Marcuse（2001）：單向度的人。劉繼譯。台北：桂冠。
- Thomas L.Friedman（2000）：了解全球化。蔡繼光等譯。台北：聯經。
- Jane Roberts（2001）：個人實相的本質。王季慶譯。台北：方智。
- Jean-Francois Revel & Mattieu Ricard（1999）：僧侶與哲學家。賴聲川譯。台北：先覺。
- Joseph Campbell(1949)：千面英雄。朱侃如譯。台北：立緒。
- John Hick（2001）：第五向度。鄧元尉譯。台北：商周。
- Jonh Bowker（1994）：死亡的意義。喬戈令譯。台北：正中。
- Judith Allen Shelly & Sharon Fish（1988）：靈性照顧—護理人員的角色。江其蕙譯。台北（1994）：中華民國護士福音團契。

- Loius P.Pojman (1997) : 生死一瞬間—戰爭與飢荒。陳瑞麟等譯。台北：桂冠。
- Ken Wilber(1991) : 事事本無礙。若水譯。台北：光啓社。
- Ken Wilber(1993) : 恩寵與勇氣。胡茵夢等譯。台北：張老師。
- Ken Wilber(2000) : 靈性復興。龔卓軍譯。台北：張老師。
- Murray Stein(1998) : 榮格心靈地圖。朱侃如譯。台北：立緒。
- Norman Friedman (2001) : 心靈與科學的橋。周明辰等譯。台北：方智。
- Osho (1997) : 死亡的幻象。謙達那譯。台北：奧修。
- Peter Koestenbaum (1980) : 死亡的答案。葉頌壽譯。台北：杏文。
- Pema Chodron (2001) : 當生命陷落時。胡茵夢等譯。台北：心靈工坊。
- P. C. W Davies & J. R Brown (2000) : 原子中的幽靈。史領空譯。台北：貓頭鷹。
- Philip Kapleau (1998) : 生命的智慧。杜默譯。台北：雙月。
- Schwartz. Morris S.(1998) : 莫瑞的最後一課。閻蕙群譯。台北：雙月。
- Sherwin B. Nuland (1995) : 死亡的臉。楊慕華譯。台北：時報文化。
- Tolstoi (1997) : 伊凡·伊里奇之死。許海燕譯。台北：志文。
- Thorwald Dethlefsen & Rudiger Dahlke (2002) : 疾病的希望。易之新譯。台北：心靈工坊。
- Victor E.Frankl (1967) : 活出意義來—從集中營說到存在主義。趙可式、沈錦惠合譯。台北：光啓。
- W.Lawrence Neuman (2000) : 社會研究方法。朱柔若譯。台北：揚智。
- Will Durant (2000) : 哲學的故事。張恆正譯。台北：鼎達。

Whitehead (2000) : 科學與現代世界。傅佩榮譯。台北：立緒。

英文部分：

Allan Kellehear(2000). Spirituality and palliative care : a model of needs. Palliative Medicine.14,149-155.

Amedeo Giorgi(1985). Phenomenology and psychological research. Duquesne University.

Bernice Golberg(1998). Connection : an exploration of spirituality in nursing care. Journal of advanced nursing. 27,836-842.

Bradshaw Ann(1997). Teaching spiritual care to nurses : An alternative approach. International journal of palliative nursing. 3 (1) .

Christine Longaker(1997). Facing death and finding hope. London : Main street books.

George S.Lair (1996) . Counseling the terminal ill : sharing the journey. Washington : Taylor & Francis.

Hannelore Wass & Robert A.Neimeyer(1995). Dying : Facing the Facts. Washington : Taylor & Francis.

Linda Ross(1997). The nurse's role in assessing and responding to patients' spiritual needs. International journal of palliative nursing. 3 (1) ,37-42.

Ken Wilber(1993). The spectrum of consciousness. Quest Books.

Ken Wilber(2001). Eye to eye. Boston : Shambhala.

Kathleen Krebs(2001). The spiritual aspect of caring—An integral part of health and healing. Nurse Admin Q. 25(3),55-60.

Kenneth J.Doka & John D.Morgan (1993) . Death and Spirituality. New York :

Baywood.

Marjory Byrne(2002). Spirituality in palliative care : What language do you need ? .
International journal of palliative nursing. 8 (2) ,67-74.

Saphir, Ann(1999). The third way. Modern Healthcare. 29(15).

Slavin,R.E.(1992). Research methods of education(2nd). Boston : Allyn & Bacon.

Teresa Chikako Maruyama(1999). Hospice care and culture : a comparison of the hospice movement in the West and Japan. Vermont : Ashgate.

Philip Yancey(1990). Angel to the dying. Christianity Today.

被訪談者：明明

代碼：C

日期：2002/9/12

地點：病房協談室

時間：PM：5：30

第一次分析	第二次分析	類項
CA003：對生死的好奇	CA003：自我的需求	1：CA003：感觸-對生死好奇
CA005：1.生命的無常、迅速 2.看到生命對死亡的恐懼 3.自己對意義的探問 4.對生命現象的註解	CA005：場域讓自己反思	1：CA005：感觸-對生死好奇 2：CA007：感觸-病房情景 2：CA009：感觸-助人動力 2：CA013：態度-幫助病人尋找意義
CA007：1.實際的觀察 2.人際間愛的流動(病房) 3.對事件的感受（如人飲水冷暖自知）		3：CA019：反省-為死亡做準備 3：CA023：態度-因人而異 3：CA027：態度-對死亡
CA009：1.進病房後的改變 2.內外薰修帶來改變 3.技巧的運用 4.為意義找出口（病人）	CA009：1.自我動力的改變 2.助人的動力	3：CA033：態度-對死亡 3：CA037：態度-對死亡 3：CA039：情境-技巧的應用 3：CA041：情境-為自己帶來成長
CA013：幫助病人尋求意義		3：CA043：情境-無行動力-內化
CA015：善巧方便的引導	CA015：讓病人的意識流動（有目的性）	3：CA045：態度-生命不空過 3：CA047：態度-生命不空過
CA017：方便引導、善巧應用、給人信心		2：CA048：情境-場域給的反省
CA019：1.菩薩精神 2.以此為借鏡 3.為死亡作準備！反省死亡！ 4.克服對死亡的恐懼	CA019：1.情境的反思形成動力 2.對生命的反省 3.自我的提醒	2：CA050：情境-讓自己更成熟 3：CA055：情境-方法的應用 3：CA057：情境-方法的應用
CA023：1.因人而異 2.臨死覺知（預知時至）	CA023：因人而異	6：CA065：態度-死了方知 6：CA069：情境-克服恐懼-隨時止念
CA025：預知時至		1：CA093：參加助唸團的原因
CA027：1.對生死的看法與感覺！ 2.對死亡的態度	CA027：對死的態度	2：CA097：態度-對生命 3：CA103：感觸-對家屬與團隊的感覺
CA033：1.死是另一生的開始 2.當前對生的態度	CA033：生死的態度	3：CA105：感觸-從小處做起

文本架構類別總表

代碼項目：A~G（研究參與者之代碼）

類別項目：1.入安寧的肇因

3.安寧工作形成的挑戰

5.未來式

2.入安寧後的感覺

4.在職進修／讀書會形成的影響

6.其他

位碼說明： 1：AA040：（1：為類別項目。AA：第一個 A 為研究參與者 A；第二個 A 為第一次訪談。040：為訪談稿之第 40 句）

1：AA040：認知-安寧觀念-未接觸
 1：BA037：反省-醫療科技
 1：BA039：反省-死亡態度-親人、病人
 1：BA045：反省-侵入性醫療-安寧
 1：BA047：個人特質
 1：BA049：個人特質
 1：CA003：感觸-對生死好奇
 1：CA005：感觸-對生死好奇
 1：CA093：參加助唸團的原因
 1：DA109：反省-現代醫療
 1：DA111：反省-現代醫療
 1：EA034：感觸-喜歡人
 1：FA043：感觸-開啓生死學
 1：GA058：反省-對死亡的疑惑
 1：GA076：態度-試了才知道
 1：GA080：情境-不服輸-能力提升
 1：GA084：態度-喜歡做
 1：GA088：感觸-肯定是動力
 1：GA102：反省-面對死亡
 1：GA108：反省-死亡態度

2：AA048：認知-觀念改變-安寧
 2：BA065：情境-助人復出-生命力
 2：BA067：態度-死亡-正向
 2：BA070：態度-宗教信念-生命的出路
 2：BA073：認知-保持希望-病人
 2：BA077：態度-生理療癒-病人
 2：BB002：1.反省-為疾病尋找意義
 2：BB002：2.感觸-工作有意義
 2：BC002：態度-動中學
 2：CA007：感觸-病房情景
 2：CA009：感觸-助人動力
 2：CA013：態度-幫助病人尋找意義
 2：CA048：情境-場域給的反省
 2：CA050：情境-讓自己更成熟
 2：CA097：態度-對生命
 2：DA117：感觸-安寧-需要用心
 2：DA121：感觸-發揮護理精神
 2：DA123：情境-看到護理精神
 2：EA044：感觸-安寧與現實的衝擊
 2：EA048：反省-人事衝擊
 2：FA040：感觸-安寧是護理本質
 2：FA052：感觸-安寧是護理本質