

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

從照顧到陪伴 -
安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之研究

**From Caring to Sharing -
A Study on Hospice Nurses' Response to
Terminal Patients' Death Anxiety**

研 究 生：江蘭貞

指 導 教 授：蔡昌雄

中 華 民 國 九 十 四 年 六 月

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

從照顧到陪伴—

安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之研究

From Caring to Sharing—

A Study on Hospice Nurses' Response to

Terminal Patients' Death Anxiety

研究生：江蘭貞

經考試合格特此證明

口試委員：

蔡品瑜
黃利中
李淑慧

指導教授：

蔡品瑜

所 長：

釋慧開

口試日期：中華民國 94 年 6 月 21 日

謝 誌

恩寵、愛與勇氣

我的論文得以完成，感謝上天對我的恩寵，許多人給我的愛，以及與我自身的勇氣，才能夠實踐完成這本碩士論文的寫作。

首先感謝我的五位研究參與者：村生伯、歲通、寶鈺、彩樺、敏龍，謝謝你們能夠讓我陪伴你們走人生最後一段旅程跨越生死，而你們也同樣在陪伴我走這段對生死課題學習的研究之旅。村生伯：我會記得我們的約定，到阿彌陀佛的世界下棋；歲通，我會在「再別康橋」這首歌裡懷念你，謝謝你出最難的功課給我；敏龍，跟你相處的時間不多，很謝謝你給我機會能夠陪你回家一趟，完成你最後的心願，而這僅僅是我唯一能為你做的；寶鈺與彩樺，你們對生命的堅持與熱情，是如此光亮地照著我，但是到了生命結束時卻又是這麼地輕輕放手；謝謝村生伯與寶鈺捐出你們身體給我上最後的一堂課 - 病理解剖，我真真切切地感受到你們給這人世間的愛，與你們教我面對我自身存在的課題；這段相伴的旅程將永銘我心。

另外不能忘懷的是心蓮團隊的全體夥伴們對我的照顧，尤其是護理夥伴們，對我毫不保留地分享在實務工作中的安寧護理，以及照顧病人的種種的想法與心得；蘇珊、小妤、小燕鷗、紅荳四位護理師，真的很高興有機會與妳們共同照顧陪伴臨終病人，又有機會分享彼此對安寧照顧工作的心靈世界，從妳們的身上，我看見了現代南丁格爾對護理的熱忱與執著，因為有妳們的付出與投入，鼓舞著我一定要完成這本論文獻給妳們，藉由我這樣小小的研究，將安寧護理人員所累積的照顧回應病人的經驗，得以與在其他地方為安寧打拼的護理夥伴們交流，就是憑著這樣的信念，我做到了，謝謝妳們。

研究得以順利進行，特別要感謝大林慈濟醫院家醫科主任劉鎮嘉醫師、以及護理部雪莉督導與心蓮病房麗靜護理長在行政上的協助，讓我進入安寧病房的現場進行參與觀察；另外特別要謝謝高以信、陳世琦與賴育民三位醫師在繁忙之中，總是願意與我討論與交換意見；以及醫師助理美華與欣欣讓我與妳們一同查房的時候學到很多，在選擇病人作為研究參與者，給我很多的參考意見；還有社工師子芸總是對我噓寒問暖的，讓我了解安寧社工工作；以及居家護理師秀美，與妳一同兩次的出訪居家照顧，同樣讓我收穫不少，千言萬語道不盡我對心蓮每一位夥伴的感謝，讓我有家的感覺，在這裡說聲：「謝謝大家，我會永遠記在心裡的」。

謝謝風趣幽默的張利中教授與溫柔的李燕蕙教授擔任我的論文口試委員，對我的論文提供許多寶貴的建議與我未觀照到的面向，能夠讓我的論文得以更充實。

艱難的論文寫作之旅，如果沒有指導教授蔡昌雄老師在我進入田野之前，給我臨終關懷、意義與象徵、存在心理分析以及詮釋現象學嚴格的學術薰陶，我的田野經驗將難以學術化的方式呈現；猶記得研一暑假開始進行研究方法的讀書會，老師是一點一滴地為我們紮根，不斷地刺激思考與相互討論的訓練，讓我在面對龐大的田野文本，具有處理與分析文本的能力。與老師從學分班一路到研究所這兩年，老師所教我的不

只是生命的學問，同時也是學問的生命該如何具有質感與內涵才是最重要的。在論文撰寫的艱辛過程中，謝謝老師的嚴格磨練與批判，都是為了激發我的潛能，在這痛苦難熬的日子裡，我看到了人的自由，妳可以選擇放棄，也可以選擇走下去，端看妳如何決定自己當下的生命經驗；再多的感謝也道不盡我對老師的感恩，讓我這兩年研究之旅收穫滿滿。

與我共同選擇安寧療護又是詮釋現象學研究的生死夥伴 - 淑玲，相信我倆在這過程中，體會到何謂「存在的孤獨」，這一路上因為有妳的相伴與彼此之間不斷地加油打氣，我們終於手牽著手走過來了，沒有了妳，我真的不知道我是否有足夠的勇氣寫完論文，謝謝妳每一次在我遇到挫折與難過的時候，始終給我安慰與鼓勵，謝謝妳。還有另外一位夥伴，還在路上的慧娟，千萬不要覺得孤單，我和淑玲就在妳的身邊為妳加油打氣喔。

兩年的研究所學習，不能忘記的是所上老師們辛苦的灌溉：開師父繁忙的所長職務，卻不忘經常地耳提面命的叮嚀、教誨我們做研究應有的態度，努力地提升我們的英文的能力；魏書娥老師的「社會生死學」與「生死議題與醫療化專題」充實我社會學的素養，讓我有另一番視野觀看生死學；戚常卉老師在質性研究方法上的教導；李燕蕙老師對我在哲學上的啟蒙與「心理劇」的課堂上能夠讓我對自我心靈的探索；永有老師在宗教學給我在終極關懷上的啟發；歐崇敬老師在「生死哲學」這門課裡，在傳統哲學與後現代哲學的對話中，訓練我的思辯能力以及對我的肯定與鼓勵；以及哲學所的羅麗君老師與吳俊業老師在現象學與詮釋學的課程上，給了我哲學上的基礎，讓我這個哲學的門外漢能夠迷上現象學與詮釋學；宗教所蔡源林老師給我學習文獻學寫作的機會，謝謝有這麼多老師的付出，讓我生死所兩年的學習是如此的豐富與多姿。

難忘班上的同學幾位同窗好友：款子、翌植、貞文、桂榮大姊、岳玲、玉靜、雯嬋、瑞綿、萬侯、以及謝謝李彬在逐字稿的繕打上幫我找工讀生；還有沛溪，我們對選課上有著相同的興趣，尤其是對哲學方面的討論與交流，留下深刻的印象。謝謝佩蓀小學姊，如此關心我，毫不吝嗇地將研究上所需的資源提供給我，以及在我剛進研究場域時給我許多寶貴的意見以及陪我規劃進度；研一即將成為詮釋現象學「雄家族」的學妹們：美珠、佳珍、秀蘭、王浴姊、玉雲、見蔚師父，接了棒之後，我會為你們加油的，我很樂意提供我的學習經驗，如果需要我的話。

能夠讓我如此盡情享受研究所的學習，而無後顧之憂的大功臣，最要感謝的是我的靈魂伴侶 - 國仁，謝謝你這麼地支持我、陪著我，每晚總是還是要陪我討論一段，聽我胡言亂語一番，我有這麼豐碩的學習收穫都是因為有你給我一個安全的避風港，謝謝你，我永遠愛你；感謝我的父母親，謝謝你們不只照顧我，還幫我照顧王晴、王晶兩個稚女的一切生活起居，讓我快樂地做一個研究生，包容我的任性，這份家人的愛就是上天對我的恩寵；王晴、王晶兩個可愛的女兒，謝謝妳們這兩年這麼乖巧地、懂事體貼我，當媽咪的啦啦隊，為媽咪加油，我永遠愛妳們。

摘要

本研究旨在探討安寧護理人員對臨終病患死亡焦慮之回應。研究者以參與觀察及深度訪談於研究場域收集田野文本，以詮釋現象學為研究方法，進行以存在心理為主要觀點之分析。本文嘗試揭露臨終病人死亡焦慮於病身處境之種種形貌及其意義，並詮釋安寧護理人員對此從照顧到陪伴的回應模式。

安寧護理人員的回應如何做到從照顧到陪伴，主要來自於護理人員覺察其在照顧上「做」的極限困境，藉由對存在之自我反省、轉悟以及內斂的過程，將默會的存有知識轉化為一種「在」的陪伴品質。

關鍵詞：

安寧護理、臨終病人、死亡焦慮、存在心理、詮釋現象學

Abstract

This research aimed at presenting hospice nurses' response on the death anxiety of terminal patients. The author collected field text by participating observation and in-depth interview. With interpretive phenomenology as research method, the text is analyzed mainly based on existential psychology. This paper is trying to expose patients' death anxiety at various embodiment and its meaning within their own terminal context. The nurses' responses are interpreted as a process from caring to sharing.

How hospice nurses' response can accomplish the process from caring to sharing? It starts from when hospice nurses are aware of their capability limit of "doing" while caring terminal patient. Through self reflection, transformation, and internalization of their being, this tacit knowledge turned into quality sharing of their "being" .

Keywords :

Hospice Nursing, Terminal Patient, Death Anxiety, Existential Psychology, Interpretive Phenomenology

目次

第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究目的	3
第三節 名詞界定	5
第二章 文獻回顧與探討	8
第一節 臨終過程的心理質變	8
第二節 安寧護理人員之靈性課題	11
第三節 安寧護理人員之陪伴關係	13
第四節 從存在心理的角度探討死亡焦慮	16
第三章 研究方法	23
第一節 研究觀點的選擇	23
第二節 詮釋現象學方法的應用	26
第三節 研究場所及研究參與者	27
第四節 資料收集及分析步驟	30
第五節 研究倫理	33
第四章 死亡焦慮下病身處境的照顧	34
第一節 臨終病人存在根基的破碎	35
第二節 照顧「焦慮等待」的挫折	43
第三節 臨終病人身體照顧的極限	58
第四節 與在世存有分離之照顧衝擊	69
第五章 死亡焦慮下病身處境的陪伴	81
第一節 安寧護理人員在照顧困境中的轉悟	82
第二節 看見醫療技術知識的無能為力	92
第三節 面對生命苦痛經驗的反省與內化	104
第四節 存有知識的默會陪伴	115

第六章 討論與研究結論	128
第一節 討論	128
第二節 研究結論	133
第三節 研究限制與建議	134
參考文獻	138
中文部份	138
英文及譯書部份	141
網路資源	146
附錄	147
附錄一：訪談同意書	147
附錄二：護理人員訪談大綱	148
附錄三：詮釋現象學之文本分析	149

表目錄

表一 參與研究之臨終病人一覽表	29
表二 參與研究並接受訪談之安寧護理人員一覽表	29
表三 詮釋現象分析層次	31

圖目錄

圖一 存在心理之死亡焦慮概念圖	22
圖二 文本主題分析圖	32
圖三 安寧護理人員回應臨終病人疼痛層次圖	64

第一章 緒論

*我們若不能勇於捨離海岸的視野，便不能發現新的大洋。
我熱愛『護理』這個幫助他人同時自己也得到成長的志業，
轉向生死學讓我看見了一片新的大洋。*

從事護理工作十年有餘，在臨床護理實習的教學經驗裡，深刻的一個體悟：護理專業教育的養成下，護理人員除了身體的照護，不斷地進行評估、執行護理計畫與完成常規工作之外，現代的護理可否是一種陪伴的經驗？每一位白衣天使在忙碌的工作裡，可曾停下腳步，思考我為什麼會在這裡？我們在此究竟所為何來？

第一節 研究動機與背景

照顧婆婆罹患血癌的日子裡，所能給予的只有護理所學的身體照護，那時才驚覺「死亡」是如此的靠近我。過去不管是從事護理工作或是護理教學，「死亡」被當成是一個事件、是一個「他者」的死亡、是一個生物性有機體的死亡，我們有的是層層的自我保護網，禁錮了心靈對生命與死亡之認識。因著親人的生病經驗，讓我有了機會反省：我們如何看待生命與死亡？什麼才是護理？醫療的照顧人員似乎與病人是處於「專業醫療」與「身心病苦」的兩個平行的世界，醫療專業只在意的是疾病的治療以及症狀的控制，病人的病苦世界似乎被排除在外，醫療唯一的焦點就是打敗「死亡」這個敵人。

當護理遇上了生死學，尤其是臨終關懷的課程，為我打開了一片天，讓我從侷促、有限的世界，開展了一個未曾有的視域。現代的唯物醫療系統儘可能的將死亡非議題化、隔離以及邊緣化，其實

在在顯示著是為了遮蔽我們對死亡的恐懼。

護理人員不分晝夜地照顧病人，當我們守候、陪伴著臨終病人的最後一程時，我們對病患的焦慮、恐懼以及希望了解多少？當病人向我傾吐著他的痛苦、沮喪、絕望時，我可以做什麼？我該說什麼呢？我對人為何存在與受苦的意義了解多少？當病人因著病苦，顯露了自我存在根基的動搖：「人為什麼一定要死？為什麼有生就有死？」病人向我們揭示死亡焦慮時，護理人員如何承接？如何回應？在臨床護理實習的教學經驗裡，不管是自身、護理人員或是學生，照顧臨終病人時，焦點放在身體的照顧上及密切的監測生命徵象，護理人員害怕病人在自己的班內死亡，而學生不敢單獨一個人進病房，而我是臨床的護理老師，也只有鼓起勇氣不斷地帶著學生執行護理照顧，我告訴自己我絕不逃開，病患以真誠的性靈對我，而我也只有以我的靈性來回應，我只有在每一刻裡領受當下最真實的生命受的磨難所帶給我靈性的洗滌。然而，我仍然不知如何在我的教學活動裡談死亡。

護理人員肩負繁重的照顧工作、病人病情嚴重程度以及輪班制度之壓力，又得面臨家庭生活的兼顧，使得護理人員之身心承受許多壓力，蕭妤伶、盧美秀（1996）對於護理人員之組織承諾、組織留任與專業留任的研究指出：對於專業的感受包含了工作價值、工作特性與社會地位影響其專業留任；在工作特性方面，因臨床工作身繫病患生死而感到責任重大，當照顧病患人數愈多以及病況愈嚴重時，也就較無正向的感受，而導致護理人員的易於離職。

而在安寧病房中工作的護理人員，所照顧的病人不再只是促進健康的照護，因為不管如何的努力，病人終將朝向死亡一途，護理人員又何以能在此照顧瀕死的患者？劉長安（1995）探討護理人員接受死亡教育，則可以坦然的接受死亡是自然現象，克服護理人員對「死亡」害怕的心理。Lugton & Kindlen（1999）提出安寧照護的原則

是所有照護的核心，並且在安寧照顧中得到自身的學習與成長。安寧護理人員認為護理工作在此是一種善終、陪伴的護理，在安寧人性化的照顧理念之下，安寧護理人員願意在臨終照顧場域中實現照護的真諦。

陪伴垂危病人走完生命旅程的安寧護理人員，如同 Callanan & Kelley (1992)二位經年累月的照顧臨終病人的護理人員之經驗，與病人經過一段時間的相處，除了從他們身上獲得許多人生的啟示之外，在面對死亡時，更重要的是病人毫不保留地向我們表達他們的心情與感受，使我們認識死亡的意義；最重要的是，安寧病房工作使得他們擁有一顆平靜又安祥的心，對於「死亡」有了進一步的體認與了解。

在安寧實務照顧工作中，絕非是依靠著理念即可給予病人理想的照顧。石世明(1999)研究指出：安寧護理人員的專業訓練，熟悉生理問題處理，卻對病人「整體的」臨終處境不了解；關於病人社會、心理、靈性的問題，在工作上有著很想去做但卻沒有辦法去做的心理負擔。在死亡的面前，安寧護理人員應如何自處？在第一線的安寧護理人員每天面對病人身體逐漸衰敗，朝向死亡時照顧究竟當如何？而安寧護理人員應如何回應病人的需求？如何才是全人照顧的真意？

第二節 研究目的

人們自身的價值觀以及信念是撐起其生活世界的支架，然而生命到了臨終時，死亡挑戰過去所有建立的一切價值觀與信念，此時的存在必定觸及「邊界的處境」，本來生活上所有理所當然的事物以及有意義的支撐，也都面臨瓦解，臨終病人處於生命無法延續以及死亡又尚未到來的痛苦絕境，臨終病人被一種存在的孤獨所包圍，

病人有可能依舊抱著希望接受治療，也有可能無力而為任何事情，面臨死亡，人類感受到非存有最大的威脅與最孤立的經驗，因此也就產生了死亡焦慮。May(1977)形容焦慮就像蘇格拉底在臨死前：『莊重的舉起酒杯 就像病人在一場痛苦的手術即將開始前，向醫生說：「我已經準備好了」一樣。此時焦慮沒入他的靈魂，遍處蒐尋，擠出一切的有限與瑣屑，從此引導著他，直到生命凋零』。

護理人員在臨終照顧的場域裡，朝夕的照顧病人，在與病人共度生命艱難處時，除了身體的照護之外，無法視而不見病人靈性的痛苦，當病人一無所有的時候，我們承諾陪伴病人，然而，護理人員擔負繁重的身體照顧工作，在每一次的互動裡，我們可否從病人種種的行為、語言、以及身體知覺，覺察出關於死亡焦慮的形貌、在當下做出回應？以及覺察自身對此靈性課題之反省，藉此安寧護理人員與團體得以有自我靈性探索之方向以及靈性成長之契機，再回饋於實務照顧層面得以適切接應病患之靈性需求。

因此，本研究以安寧病房裡的臨終處境下，嘗試描繪與解釋病人面對死亡時所產生的焦慮之情境脈絡，以及安寧護理人員在情境中的回應，並進行深入的詮釋。綜合上述之動機與想法，本研究主要目的如下：

- 一、釐清臨終病患在朝向死亡時，呈現死亡焦慮種種行為、語言、感受與身體知覺，其死亡焦慮之形貌及其意義。
- 二、探討安寧護理人員在照護的過程中，面對病患死亡焦慮的呈現，護理人員其回應模式及其意義。
- 三、探索及瞭解安寧護理人員之面對死亡焦慮之靈性困境與靈性課題。
- 四、歸納與整理安寧護理人員在臨終照顧時面對死亡焦慮可能的回應模式，提供安寧實務工作之靈性照護上接應病人之靈性需求。

第三節 名詞界定

一、安寧療護 Hospice Care

安寧療護 (Hospice) 就是「中途休息站」的意思。針對癌症末期病患而言，安寧療護就是人生旅程的中途休息站。

本研究採取柏木哲夫 (1997) 對安寧療護的觀點：醫療團隊針對癌症末期病患各種不適的症狀進行緩和醫療；同時提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病患達到最佳的生活品質，醫療團隊成員包括醫師、護士、社工師、宗教人員以及志工，提供全人、全家、全隊、全程專業的照顧。

二、安寧護理人員 Hospice Nurse

護理是一門以實際操作為基礎的學科，以專業的關懷與病人建立治療性關係，再以複雜決策的思考模式運用於護理過程中。在安寧照顧團隊中，安寧護理人員照顧臨終病人與家屬是最基本的職責，當病人逐漸步向死亡時，此時安寧護理人員最基本的職責就是每日支持並協助病人與其家屬，如何面對這段期間生理、心理、社會與靈性方面的需求 (Lugton & Kindlen, 1999)。

本研究設定研究參與者之安寧護理人員，為安寧病房裡之合格任用之護理人員，不包括專科護理師以及護佐等角色。

三、臨終病患 Terminal Patients

大多數的癌症病患恐將面臨病症末期，且有些病人的末期病症預後相當差，積極加護治療對他們來說是無益的，尤其當疾病預期

將變化以致死亡是不可避免時，此時就該考慮轉診給安寧團隊 (hospice team)，安寧照顧對象主要是以癌症末期患者居多，照顧運動神經元疾病、慢性末期呼吸或心臟病、愛滋病等患者也都可適當轉診至緩和醫療照顧 (Maddocks,2001)。

於本研究中的研究參與者設定為癌症末期病患為主，生命不超過六個月，因研究方法限制，必須選擇病患入院時，意識清楚，可以語言、筆談方式互動；排除意識不清、病危、彌留狀態之病患。

四、死亡焦慮 Death Anxiety

本研究探討的死亡焦慮主要是以「存在心理」面向來界定；May (1977) 認為焦慮是因為某種價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值則被個人視為是他存在的根本。對死亡焦慮，哲學家的觀點：「生命的脆弱」(亞斯培)、擔心「不再存有」(齊克果)、「不可能再有進一步的可能」(海德格)，或是「本體的焦慮」(田立克)。個體會將焦慮轉變成恐懼。Yalom (1980a) 以存在心理之臨床所見，很少以原始的形式見到根本的死亡焦慮，為了避開死亡焦慮，一般以否認為基礎，經過好幾個階段，最後形成整套複雜的心智運作，把赤裸裸的死亡焦慮壓抑下來，埋藏在層層防衛機轉之中，例如置換、昇華和轉化。

在本研究因採取詮釋現象學之研究取向，所以並不企圖找出原始形式的根本死亡焦慮，或將死亡焦慮做某種型式的歸類整理，而是還原以及詮釋安寧護理人員回應臨終病人死亡焦慮下顯現病身處境經驗的完整性。

五、安寧護理人員之回應(Hospice Nurses' Response)

安寧護理人員照顧臨終病人，以專業的護理照顧技巧執行身體(生理)的照護，面對沮喪、失落的病人，在互動中安寧護理人員提供支持，並建立關係。照顧者在支持回應的角色上的基礎：尊重、連結、找到意義、保持個人所擁有的完整性；在回應上，很重要的就是能夠詢問有關潛在中害怕與危險的問題，而這些問題可能是其他人無法或者不願意去問的(Davy & Ellis,2000)。

在本研究中針對安寧護理人員之回應主要是參與觀察其在照顧現場對病人立即性照顧、陪伴上的回應，以及安寧護理人員對病人之照顧情境表達其內在想法，以及過去深刻的照顧經驗的反省。

六、照顧(Caring)

在本研究中對於「照顧」的界定是在臨終的處境下，安寧護理人員努力地在常規工作規範下，藉由努力的「做」事情的方式(doing)、忙碌、分神來回應照顧臨終病人，無法真正的與病人的死亡經驗相處，內心有許多挫敗的感受；也逃避面對自身焦慮經驗的感受，除了很努力的「做」之外，不知道自己還能為病人做什麼。

七、陪伴(Sharing)

在本研究中對於「陪伴」的界定：在於安寧護理人員面對照顧困境中，透過反省之後與自我的焦慮共處，找到自我內在的價值感、或是目標之後，將內在所產生的一種新的照顧觀點帶入照顧工作，同樣是執行常規護理工作，而顯現出不同的照顧品質，是以一種存有陪伴「在」的方式(Being)與病人在護病的關係上有所締結。

第二章 文獻回顧與探討

本研究欲探討以及還原在臨終的照顧場域裡，安寧護理人員身為臨終病人之主要照顧者，在照顧的過程中，覺察病人因死亡的迫近，可能的在言語、行為、感受以及身體知覺上所呈顯關於死亡焦慮的樣貌，安寧護理人員在其情境中之回應模式，以及護病遭逢之靈性課題。在本章之文獻探討將分為第一節臨終過程的心理質變；第二節安寧護理人員之靈性困境與靈性課題；第三節安寧護理人員之陪伴關係與靈性照顧；第四節從存在心理的角度探討死亡焦慮。

第一節臨終過程的心理質變

過去對於即將臨終的病人，醫護人員的焦點放在生理上的觀察與處置，而對於認識病人心理經驗幾乎是模糊不清的，然而面臨死亡，內心恐懼不安的心理反應怎能忽略？Kastenbaum (1976)提出臨終病人與家屬對於臨終一幕會有各式各樣的恐懼，從務實的層面，應當有機會讓人們表達對於臨終的懼怕、疑惑與憂慮。

面臨死亡，是人類最難以承受的「邊界經驗」，在如此的處境下，人看待自身以及生活方式，將會產生巨大的轉變。心理治療權威Yalom (1980a)認為肉體的死亡可以毀滅一個人，但是對於死亡的觀念卻可以拯救他；死亡是一種催化劑，可以將人從一種存有的狀態推到更高的存有狀態；人對於死亡的覺察，轉離了對瑣事的關心，轉而為生命提供了深入的人生觀點。

進入安寧病房的病人，大都是疾病已無法再做積極治療，在此之前，病人已嘗盡醫療以手術、化療等方式對身體進行抗癌戰爭，來到安寧病房，身體已經承受不住太侵入性的治療處置，而在心理、靈性上更早已是千百回的掙扎，或是絕望或是懷抱希望。人只要活

著一天，就有希望，這個希望的意義絕不只是疾病的治癒，(Kessler,1997)提出臨終病人無法拖延死亡時，便會希望自己至少能掌控死亡的方式與地點，以及死亡時有親朋好友在旁隨侍，不會孤孤單單地離去或痛苦地死去。

臨終病人到了生命最後的階段，不管是幾個月或是幾天的生命，「希望」的情感反應是直到生命終點的，因此希望是一個過程。David Kessler 指出希望不是一個樂觀要求，更不是一個治癒康復的保證；希望是自我定義的一部分，是人生的一部分，也是人類死亡的重要部份。Kubler-Ross (1969) 強調希望的「精神性的意義」，放棄了希望就等於放棄了自己，等待死亡的到來。對臨終病人所做的研究，指出病人總是依存著希望，得以面對困難。而希望的衝突原因之產生主要來自於病人還需要希望時，家人或是醫療照顧人員卻已放棄他；還有一種情況就是病人已經準備好了接受死亡，家人還懷抱著希望，如此這兩種衝突的原因，都將使得病人非常地痛苦。

對於臨終病人的心理與精神層面的認識，首推 Kubler-Ross (1969) 在「論死亡與臨終」(On Death and Dying) 針對臨終病人的精神狀態進行研究，其所提出的「五階段論」最受矚目但也引起許多爭議，然而卻是由於她的研究，使得臨終患者的心理與精神層面得以受到關注，讓我們學習與認識到臨終病人生命最後階段的憂慮、恐懼與希望。

Kubler-Ross 所提的臨終五階段論，病人的否認是一種緩衝作用，藉由否認可以緩衝內心的不安與痛苦。進入憤怒階段的病人，，是照顧者相當難以應對的，因為病人似乎可以隨時對環境或週遭的人發怒；Wilber(1991)在「恩寵與勇氣」撰寫妻子罹癌時的憤怒：「我到底做了什麼要遭受這種後果，」「為什麼是我？」「我做錯了什麼？這種事為什麼會發生在我身上？」。Doka (1993)提出憤怒不只朝向意義他人，也向著宇宙 即向著自然、天地、命運或神。此種的憤

怒也結合了罪責感或恐懼。當病人進入磋商期，他從憤怒中平靜下來，開始寄望以一種合約的方式來拖延那不可避免的遭遇。與上帝的磋商若是接受此結果，則會出現希望和認命；而若是否定磋商結果，便會出現憤怒、咎責與恐懼。

進入憂鬱期階段的病人承受著另一種痛苦，也就是準備離開人世的悲傷，病人的沮喪憂鬱通常是無聲的，已經超乎言語了；進入接受期的病人已經稍微獲得一點寧靜與接受事實了。

臨終病人隨著死亡的迫近，病人先是抱著希望自己可以活下來，是一種為生命奮鬥的階段，隨著身體的逐漸地衰弱，逐漸脫離一般的社會關係，病人意志力與意識也逐漸產生變化，病人知道自己即將死亡。余德慧、石世明、李維綸、王英偉（2002）的研究指出病人在認知的層面上用準備死事來面對死亡，符合社會期病人的心智自我的需求。病人心智自我的作用在社會期還可以獨立身體來把握世界，這個時候，病人把死亡當成對象，詢問自己要不要接受死亡，要如何準備死亡，然而，在心智上對死亡的扣問，是沒有答案的，死亡對心智來說就是最大的未知，也是最大的恐懼。社會期的後半段也就是 Kubler-Ross 提出的心理五階段論「否認 憤怒 磋商 憂鬱 接受」此五階段可被視為是心智自我逐漸朝向瓦解的過程，病人身體的衰敗，使得心智自我再也無法維持它和世界原有的關係。Kubler-Ross 所提的接受死亡，就成為社會期的尾聲。余德慧、石世明、王英偉、夏淑怡（2003）的研究指出，到了病沉期病人的身體與病況已無法再參與社會期的事物，病人將會疏離世界運作的節奏。Glaser & Strauss（1965）以社會學的觀點研究臨終病人的死亡覺知之情境，並依病人與護理人員對死亡之覺知情況加以區分為以下四種類型：封閉覺知(close awareness)，懷疑覺知(suspected awareness)，偽裝覺知(mutual pretension awareness)，開放覺知(open awareness)。依據護病之間的覺知情境不同，其對彼此互動關係之影

響至為深刻，因為人們會依據誰知道了什麼和到何種確定度而引導自己的話語與行為。這些類型會因護病雙方的覺知與互動而開展並演化至其他類型，即它是動態的互動過程。

第二節 安寧護理人員之靈性課題

安寧護理人員從病人被告知無法再施與積極治療而轉入安寧病房的那一天起，即面對了我該如何地協助病人未了的心願，當病人面臨死亡的痛苦時，我該怎麼辦？安寧護理人員在照顧的過程中，發覺病人今天沉默不語，臉上似乎有著淡淡的哀傷，那背後的意義是什麼？然而在當下卻不知該說什麼才好，這又該如何呈現於護理紀錄中？另外有時面對臨終病人因為疼痛與病況的變化，醫療及護理已無法使病人感到舒適，此時，安寧護理人員的心境是巨大的無助感，Glaser & Strauss (1965) 的研究指出：安寧護理人員為了維持平靜，傾向於盡量逃避病人，減少她的關心涉入，她會希望病人快些死亡，因為我們都幫不了他了。石世明 (1999) 提出身為照顧者，必然知道病人身體即將要脫離，她們需要在精神與心靈上與臨終者接壤 (connection)，這時遇見臨終關懷的困境，因為我們對靈魂、心靈的認識匱乏，以至照顧者不知如何在靈性上為病人與家屬做安置的工作。Bridge (2003) 長時間照顧臨終病人的經驗，觀察其臨終病人的生活世界，他們不再關心其原有的工作、社會關係、甚至是健康，而靈性與家庭反而成為生活中最重要的部分；因此，靈性照顧在照顧臨終病人上，是非常重要的。然而，杜明勳 (2003) 的研究指出對於安寧護理人員而言，靈性照顧過於理論，難以理解，在臨床上無法運用，照顧團隊的討論內容經常是圍繞著心理精神問題的表徵或宗教上的討論，無法明白表達其與靈性間的差異，或解釋為什麼討論靈性問題。石世明 (2000) 說明靈性的經驗大多保持

在未提昇至語言層次的經驗裡，身體在某個片刻感覺到它，我們無法「製造」靈性相會的時刻，對於無法以言語說明的靈性經驗，對照顧者而言是非常困擾的。安寧護理人員會因為執行複雜精細的照護工作時，靈性的意義逐漸被淡忘。在科學與靈性之間，安寧護理人員選擇前者；在實務工作中，對於靈性難以將了然於心的體悟，化為具體的行動。Lugton & Kindlen (1999)因此指出安寧護理人員有時會避免參與靈性照顧，認為牧師或宗教顧問，比她們更適合於靈性照顧。Lella (1997)引述了一位瀕死的護生描述護理人員面對靈性的不安與不知所措：「對我而言，恐懼就在今天，死亡迫近當下，你溜進又溜出我的病房，給我藥物和量血壓，我知道你感到不安，不知道要說什麼，但請相信我若你真的在乎關心我，就不會做錯什麼」。對於靈性，安寧護理人員藉由身體照顧工作上的忙碌，迴避臨終病患的靈性需求，是為了掩飾其心中的迷惘與挫折。然而靈性一直很神秘的存在護理中，它似乎是護理裡某種很重要、又不可捉摸的層面。靈性的照護應該是被提供的，但是護理人員不知道也不確定，他們真正地能做些什麼。安寧護理人員看著臨終病人受苦，內心一股強烈的無力感，不知道自己可以為病人做些什麼？莊乙雄 (2003)指出「陪伴」是護理人員常用的方式，藉以緩衝自己的無力，靈性對於護理人員是抽象的，靈性照顧無法像其他的護理技術可具體操作，因此顯現護理人員對靈性的認知不足。

臨終病人覺知自我生命的有限性，然而卻會有一些想要超越生命有限性的感受，Doka (1993)提出臨終病人的靈性需求的基礎其包含：尋求生命的意義、確保完善的死亡以及尋求超越悲傷的希望；安寧護理人員可以將這些靈性需求意義納入自身的靈性課題，因此可以視靈性護理為兩個生命體的共融，Gattuso (2003)認為靈性的啟發是鼓勵發問、鼓勵探索、聆聽自我，並且找尋自己的答案。靈性課題就在每個人的靈魂裡，每個人都能夠找到它，服膺它而生活，

藉著它賦予自己的生命更大力量，認識自己的靈性本質與上帝和眾生的關係，將會有更崇高、深邃以及圓滿的了悟。賴維淑（2002）對於晚期癌症病人所做的研究指出靈性的需求為：尋找意義和目的、寬恕與被寬恕、完成未了心願、希望、追求愛與被愛、愛與歸屬、宗教信仰與神的關係、超越、創造等。Sherwood（2000）指出意義及生命的完滿是起源於一個人的靈性需求是如何地被處理；而未被充分滿足的靈性需求讓一個人感到疏離與孤寂、被隔離，而減弱療癒之力量與對生命狀況之滿意度。Gwen D. Sherwood 的研究指出護病靈性遭逢的共通元素為，對於遭逢的描述、疾病所傳達的意義、發現到的靈性需求，以及如何應用至臨床。江蘭貞（2004）對於靈性課題的看法為：護理人員從「能夠做什麼來幫助病人」到知覺自我可以做為一個靈性的存在，感受與他人共在，去認識他人與自我在一個人生完整脈絡下的了解；與病人同在，安寧護理人員同時看到自己個人對於受苦的意義、希望與死亡的觀點。

安寧護理人員在靈性課題上的反省，我們到底該如何才能幫助病人？Ley（1993）引用「負傷的療癒者」概念在安寧照護上是很重要的，我們之所以瞭解病人是因為我們也是受創傷的，因為我們也有我們的苦痛，我們了解是因為我們正要或已經接受我們的必死命運。當我們深入挖掘自身和整合自我之破碎部分才能夠回應臨終病人的需求，即使只是不完美的回應。

第三節 安寧護理人員之陪伴關係

護理人員所受的專業教育是科學化的、確定與可重複的操作技術，以及依靠系統性與邏輯性的評估工具，然而在安寧病房所照顧的是臨終的病人，病人已經不需要太多醫療化的治療與處置，此時，護理的專業技術已退居次要，Davy & Ellis（2000）指出在安寧照顧

裡的陪伴必須意識到我們的陪伴是經由與他人建立良好的關係，而不僅僅是我們所能夠提供的東西，我們在支持與陪伴病人時，也看到了自己的脆弱、缺點與自身的需要。石世明（1999）指出在臨終的場域裡，安寧護理人員與病人是在一種共命的關係下，我們必須要有勇氣承認：「我也是無助的」，「我也承受著無法去防止發生在你身上的事以及無法為你做任何事的痛苦」。Buber(1957)精典著作「我與你」(I and Thou)，當我與「你」相遇時，我已經不再是一經驗物、應用物的主體，我不是為了滿足我的任何需要，因為「你」便是世界，便是生命，我當以我整個存在，我的生命來接近「你」，我不可拿「你」與其他存有者相比較，我不可冷靜的分析「你」，認識「你」，因為這一切都意味著我把「你」置於偶然性的操縱之下。

在臨終處境下，安寧護理人員的陪伴關係如何成為可能，郭麗馨（2002）提出當照顧者體認到掌握陪伴經驗中的整體性、主體性、個別性、精神性與文化性等面向時，將更能重視並提升對照顧對象不同情境下支持需求內涵的敏感度，做出適切妥當的回應。Cassidy（1988）在「幽谷伴行」裡談述垂死的病人知道我們不是神，他們明白我們不能止住癌症的腳步，病人唯一的要求就是不要遺棄他們，守候在他們人生的最後一程，單單就是陪伴在那兒。余德慧、石世明、王英偉、夏淑怡（2003）提出臨終陪伴的二元複合模式，照顧者以其存在基礎的在世陪伴，衍生出二元複合陪伴模式，其一是照顧者繼續保持「在世陪伴」，其二是照顧者的「存有相隨」。二元複合是指照顧者繼續立身於世，自我現實的保持是照顧者在世界的基礎；另一方面，臨終陪伴的過程中，企望與病人在存有的層面上相隨；臨終陪伴過程，對照顧者而言可視為是一種生命經驗，對於臨終陪伴的了解，才能真正引導出一個「真摯性的陪病關係」。

我們無法想像自己的死亡，我們也無法知道臨終病人所經歷與承受多少的苦痛，Ley(1993)提出我們也會感到受難、苦痛和失落，

我們無法對臨終病人提出任何的答案，只能傾聽，以一種幫助他們找到自己的答案之方式來傾聽。指出在臨終處境下的照護已經不同於一般的醫療，是『善終』的照顧，在死亡面前，我們都是一樣的。如果安寧護理人員與病患共同站在死亡的立基點上，我們已經是用靈性在貼近病患了，雖然病患仍舊痛苦，護理人員如同看著自己的死亡預演，我們與病患產生了「靈性共振」的陪伴關係（江蘭貞，2004）。

對於靈性照顧的反省，安寧護理人員必須自問什麼是受苦？受苦的經驗是獨特的，Ley（1993）指出我們之受苦是感受到自己即將失落其為人之威脅，只有人類會覺知受苦，此外，也只有人才會為他人而受苦，認知受苦才能夠幫助他人面對其苦難，這是為靈性照顧的基礎。蔡昌雄（2002）文中提到靈性照顧，臨終病人靈性的痛苦，需要照顧者促發臨終病人靈性成長與覺醒，臨終病人只有在靈性層次上照見死亡之於生命整體意義後，才能平和的善終。

安寧護理人員在靈性照顧上，為了承接與觸碰臨終病人與悲喪親屬的靈性需求，我們必須在自身的靈性經驗中，於自己的內在對於死亡的苦痛開放自我。維持自我對他人的苦痛開放，其實是對照顧者的進行性靈性成長。在我們內心對他人苦痛的接納，需要我們內在清出一個空間，在那裡曾經被我們自己的死亡焦慮和曾經歷的自我苦痛所佔據，此空間必須願意迎受他人的苦痛（Kauffman,1993）。

靈性照顧在臨終處境裡是照顧的核心，許禮安（2000）要探討靈性照顧，首先生理（身體）的症狀的處理是安寧照顧的先決條件，症狀得以控制，病人才有可能表露心理社會與靈性的問題，否則這些問題會被病人身體的痛苦所隱藏起來。王萱萁（2003）的研究指出安寧護理人員在靈性照顧的範疇為：身體照顧是靈性照顧的入門、對心理情緒的照顧、宗教上的終極關懷，以及維持與自己、他人、環境與神的關係。然而在照顧的過程中，我們依然有害怕與恐懼，莫

影慰 (2003) 只有堅定的面對自己的無能為力，我們才可能在護病遭逢時刻來臨時，給出病人需要的承應，而與病人在一起，而這個照顧者的恐懼與承應之間，就是靈性照顧的空間。

靈性照顧裡最重要的照護本質要素就是共在，Taylor (2002) 指出共在的特徵包含了在當下的時刻，照顧者可以獻出自己、讓自己可以被接近，完全知覺的聆聽，並且以一種對其他人有意義的方式在場。共在是要自我之現身；共在的需要來自病人的邀請，病人的邀請是一道同行，是允許看見、共享、撫觸、聆聽他人的心碎、脆弱與苦難；護理人原藉由共在安慰他人，自身也得到了深層的內在撫慰。

第四節 從存在心理的角度探討死亡焦慮

本研究採取存在心理的研究觀點探討死亡焦慮，於本節當中的文獻探討，首先先了解一般量化、心理學研究對死亡焦慮的所做的相關研究面向做一認識，最後聚焦於存在心理的觀點對死亡焦慮之文獻整理。

在 1950 年代開始的死亡覺知運動出現後，對於死亡焦慮的研究就如雨後春筍般不斷地被探討，然而死亡焦慮之國內外相關研究上，大都是以量化研究為主。張利中、林志龍、洪栩隆，(2001)、許淳惠 (2002) 以醫學院學生為對象，以量化方式探討其死亡焦慮之相關因素；以及許永政 (2004) 整理國內外有關死亡態度之量表，量表內涵包括死亡恐懼與死亡焦慮，受測者為學生、老師、老人為主，皆是在意識層面上思考回答自身死亡問題。然而，對於健康人而言，探討死亡是將「死亡」議題化以及在意識層面上成為指涉的對象；而臨終病人因身體的失能、脫離社會的孤寂感之臨終處境下，對於死亡已經無法再對象化了，死亡就在他的身體裡，再也無法以

理性意識壓抑潛意識下的死亡焦慮。對於臨終病人之死亡焦慮之探討在國內未見其量化或質性之相關研究，故本研究嘗試以質性研究方法，並且以存在心理對死亡焦慮之觀點作為本研究之探討死亡焦慮之視框。

Kastenbaum (1976) 死亡心理學裡指出在生活當中，我們是否想到過死亡？我們對死亡的恐懼到底是什麼？有許多的研究都是將「我們如何思索死亡」，縮小為「我們對死亡焦慮的程度」；我們用各種方式緩解無助、無望感以及對死亡的恐懼，然而，所有的焦慮都根植於我們對死亡的認知，其影響之廣泛，從個人生活和文化各層面皆可發現。Neimeyer & Brunt (1995) 提出對於死亡焦慮程度的許多量測皆有種種困難或問題，其中一點是在意識層次與無意識層次中的死亡焦慮是有所不同的，因此，關於量測死亡焦慮程度的指標需要更嚴格的檢證；對於死亡焦慮減低的模式，並不適合於處理複雜的不同面對死亡的個人意義。面臨死亡臨終時，便是真正獨自面對自身的焦慮與孤獨；死亡焦慮之定義自始就是一個困擾此領域的問題，恐懼與焦慮之區分原在有無具體對象，但實際上在死亡恐懼與死亡焦慮之應用上卻未明確嚴謹區別，死亡焦慮包含諸多概念所複合而成的，包括有：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、對於死亡所將面臨情境之恐懼(如審判)，以及對非存有的焦慮。張利中、林志龍、洪栩隆(2001)所做的研究指出：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的狀態，同時也是對於人生中有許多未竟之事而帶來的遺憾狀態。

人的生與死是交織在一起的，但是人對於死亡的恐懼卻是讓我們不斷地否定它、逃避它，人之所以恐懼死亡，是因為把死亡當成對象，齊克果釐清恐懼(fear)和焦慮(anxiety)的差別，他認為恐懼是對某種東西的害怕，而焦慮卻是害怕什麼都沒有。

Yalom (1980a) 說明恐懼死亡的經驗會以許多不同的層次來表

現；可能會擔心垂死的過程、害怕痛苦、對未完成的計畫感到遺憾等，然而這些反應是都是意識中對死亡現象的反省，在潛意識原始的死亡焦慮已經被一般的防衛處理過；有兩種對抗死亡的基本防衛就是訴求個體的獨特性與終極拯救者。Neimeyer&Brunt (1995) 的研究指出：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。關於焦慮的本質為何？May (1977)解釋焦慮是一種處於擴散狀態的不安，焦慮是非特定的、模糊的和無對象的，焦慮的特性是面對危險時的不確定感與無助感。若是問說：在產生焦慮的經驗中，是什麼受到威脅？我們便能了解焦慮的本質。而死亡對我們而言，就是最大的未知。認為對於死亡的焦慮，通常處理的方式為把死亡的事實儘可能的從日常生活上剔除掉。Kastenbaum (1976) 如果我們想要在真實的情境下瞭解死亡焦慮，應深入發掘個人瞭解生活的整體方式。我們必須找出一個人的力量和價值的源頭，以及他的害怕和憂慮。

個體的存在與價值受到威脅時，他所具備的一般和原初反應形式，就是焦慮。因此焦慮是「基礎的」問題，不只因為它是回應威脅的一般和原初形式，也因為它是在人格的基礎層次上回應威脅。它是針對人格「核心」或「本質」威脅的回應，而不是針對周邊危險威脅的回應。而死亡就是對「核心與本質」最大的威脅 非存在。死亡也是生命唯一絕對的事實，由於這個事實我們給生命提供一種絕對的性質：它使得人對於存在具有焦慮的認識，因此焦慮就不僅僅是對情境的的憂慮，或某種孤立的情感反應，而且是根植於人存在的「本體論結構」(May,1977)。

從存在的觀點，人現在的存在離「不存在」(也就是死亡)有多遠？人在趨向死亡的存在過程中，人又應該採取什麼樣的存在方式？存在主義所探討的人生，是一種有限與具體的生活，它所回答

與解決的問題就是：人應該如何存在，人是獨立於週遭一切事物的「存在」，在孤獨中，又想「超越」這個孤獨的狀態，但在超越之前，時刻擔心自己的存在會被毀滅，擔心自己的死亡；然而，既然作出「選擇」要超越一切，產生一種強烈的「渴望」，在這種渴望的推動下，決定孤注一擲(高宣揚，1999)。

Yalom (1980b) 提到存在的孤獨，指的是自己和其他生命之間無法跨越的鴻溝，也就是一種更基本的孤獨——人與世界的分離。人對於自身的死亡徹底的瞭解到沒有人可以與別人同死，或是為別人而死，人因此感到存在的孤獨。被稱為存在思想之父的齊克果，認為「個人」是一個獨特的「存在者」，同時是有限與無限、時間與永恆結合。齊克果強調主觀的真理是由個人所吸收體驗的真理，一個「對我為真的真理」，我可以「為之生為之死的理念」。當人不可避免地會與空無、憂懼、絕望相遇，存在者發覺自己的自由抉擇能力以後，必須在不確定狀態中作抉擇，由於個人與無限接觸，因此他必須在無限與空無之間作抉擇。存在的個人始終有應當完成的任務，就是一種存在的態度，參與它，才能獲得實現，如此完成個人純真的存在 (項退結，1986)。

人在一生當中，可以盡一切的努力改變自己的處境，然而有一些處境是不可避免的，例如無法避免的痛苦與死亡，項退結 (1986) 所著的「現代存在思想家」裡提到雅斯培(Karl Jaspers)稱這種處境為「界限狀態」(Grenzsituationen)，處於這種「界限狀態」，人的一生就時時刻刻地面臨死亡、痛苦的威脅。Heidegger (1953)經典巨作「存在與時間」，「存在」就是人在時間上的有限性，人的未來是什麼呢？對海德格而言，人的未來就是「死亡」，所謂「此在」就是走向死亡的存在，死亡是存在的終結，因此「此在」的未來便是虛無。

Tillich (1952) 指出焦慮其實就是個體面對自身的存在與虛無的一種覺醒，我們覺察到自身實有的一部分是「虛無」，它不是一種

普遍的「暫時性」的覺醒，也不是指對他人死亡的認識，而是指我們意識到會死亡而產生焦慮的那種潛在的印象。焦慮是人類「有限性」的自覺，是從自我的「有限性」的經驗產生的。這是人類自身自然的焦慮。死亡是焦慮的主要來源，充塞個人的內在經驗，我們會以許多方式來對抗它，如果把死亡整合到生命之中，將會以更果決真誠的方式生活。Lair (1996) 也說明焦慮是一種生命力，並且以各種形式被描述出來；「失去自我」可以被視為焦慮的起因，焦慮並不會讓我們絕望，因為我們投身於這個世界，創造了「意義感」和「關係連結」，即使這些都必定是短暫的。

田立克在所著的「生之勇氣」裡說明命運有時被比喻為船帆上所吹的一股風，而人類則是掌舵的舵手，人類就在所處的環境裡，竭其所能地去決定自己的方向。人類被問到他究竟是什麼時，他必須為自身作一見證，質詢他的是他的審判者，而這個審判者卻是他自己，同時也是控告自己的人，此種情況就產生了焦慮。人類具有「有限度的自由」，透過自身的實存所作的決定，以決定他自己，人類在有限度的自由範圍內，它能自由自在，他必須成為他所應該成為的那種人。人因為既有限又自由，既受限又無限，所以是焦慮的，自由與有限並存的弔詭情境，使人生而焦慮。焦慮是無所不在的，就是因為人類察覺到人其實是隨時以及直接的面對非存在的存有，對存有之非存在的威脅——死亡，當一個人面對個體實存性面對非存在的威脅時，便會產生焦慮的反應。

May (1977)認為焦慮是可以建設性來看待，方法是把它視為一種有待釐清的挑戰和刺激，並儘可能地解決潛在的問題。焦慮指出個人內在價值系統存在的矛盾。只要有衝突，正向解決的方案都是有可能的。從這個角度出發，焦慮可說是具有發燒的預警價值：它是人格不斷在掙扎的信號，也是即將發生嚴重崩解的指標。

焦慮是個體的價值觀受到威脅所產生的不安的狀態，而這個價

值觀卻是個體視為存在的根基。威脅可能來自死亡的威脅、或是內心感到存在的無意義感，或是個人認定生命種種存在的價值，May以心理治療的觀點提出對於焦慮採取一種覺察的擴張，個人瞭解受威脅的是什麼價值，另一種則是個體可以重新安排自己的目標，做出價值的選擇，然後負責任且務實地逐步達成這些目標。

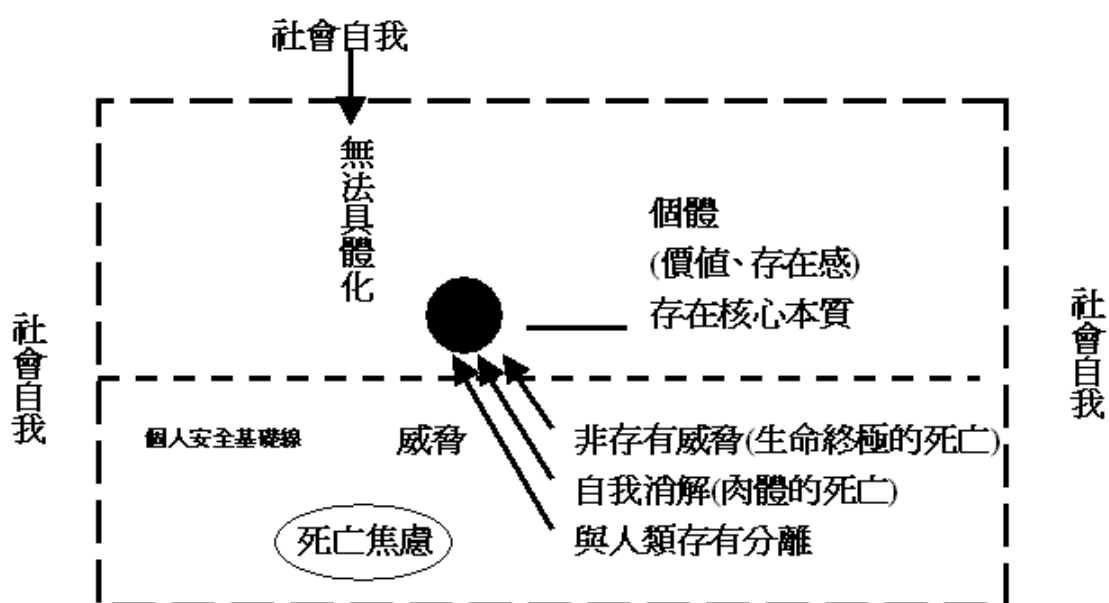
我們一般人總以為生命的目標是要降低焦慮或是達到一種沒有焦慮的狀態，其實這是自欺欺人的想法，May指出當我們處理蘊藏在死亡與個體發展所帶來的孤立威脅人類有限性的焦慮時，我們不可能期望焦慮完全消失。個體只有坦然面對產生焦慮的情境，承認自己的不安，在焦慮的情況下繼續前進，我們是要通過焦慮的經驗前進，而非繞過它或是臨陣退縮。

與焦慮相處，便是學習與焦慮共處，就像齊克果所說的，把焦慮當成老師一樣的來學習與接納人類面對死亡的宿命。以巴斯卡的一段話，引為焦慮意義貼切的詮釋：『人只是一枝蘆葦，大自然中最脆弱的蘆葦，整個宇宙為了要滅絕他而武裝起來是沒有必要的：一股蒸氣、一滴水，就足以殺死他。人類還是比宰殺他的宇宙更崇高，因為他知道自己死了，也知道宇宙對於它的優勢，關於這一點宇宙卻一無所知』。

May (1977) 在「焦慮的意義」當中解釋死亡是焦慮的原始來源，並且是一種未分化的情緒反應、個體處於一種擴散的狀態，是非特定、模糊的、說不出對象的，當面對危險時的不確定感與無助感。焦慮它攻擊個體的核心，個體的社會自我無法將它客體化，也沒有具體的步驟面對它，而是一種被綁住了以及害怕不知道是什麼的感覺；另外個體受到非存有的威脅，以及面對自我的消解；當個體面對死亡的無助、無能感，主要來自於面對自然力量、病痛、與人類存有分離之終極死亡的脆弱。

綜合以上存在心理對死亡焦慮之觀點，焦慮是指人的存在面臨

威脅時所產生痛苦的情緒經驗，社會自我是無法將焦慮具體化指認，死亡焦慮侵擾個體生命本質的核心，個體存在的核心本質是個體視為與生命同等重要的精神信念或是價值、存在感，存在的威脅來自於非存有的威脅、自我的消解、以及最終與人類存有分離的威脅，從生命底層向上侵擾個體，當個體的身心自我的安全基礎線因疾病、年老、死亡而破損時，個體將無法阻止焦慮對存在核心的攻擊，以下以圖示存在心理的觀點說明死亡焦慮對個體的威脅：



圖一 存在心理之死亡焦慮概念圖

第三章 研究方法

本研究是探究以及還原在安寧病房裡的臨終病人之死亡焦慮的呈顯，以及安寧護理人員在臨終照護處境下的回應所進行的質性研究。本研究在方法論上的觀點是採取詮釋現象學(hermeneutic phenomenology)作為研究取向，對研究文本進行分析以及詮釋。本研究立足於胡塞爾(Edmund Husserl, 1859~1938)所提「生活世界即是人類主體間交流」的基礎下，進行現象學的研究，現象學的研究就是生活經驗的研究。

Schutz (1932) 社會現象學觀點：對於他人經驗的了解如何成為可能？在此最重要的觀念就是「同步性」，也就是我們意會到他人意識流與我們自己意識流的進行，在時間上是平行的，這兩股綿延之流是在互動之中同時並且交錯在一起發生的，這就是人際關係的本質，也就是我們認識他人的基礎。

對於臨終處境的生活世界，研究者捕捉被研究者的聲音、情緒與行動，採取現象學的觀看。詮釋研究的焦點乃是深刻的生命經驗，這些經驗徹底改變或塑造個人的自我概念，以及對自身經驗所賦予的意義(Denzin,1989)。

第一節 研究觀點的選擇

本研究以安寧病房裡的臨終處境下，嘗試描繪與解釋死亡焦慮下的情境脈絡，還原經驗的完整性並進行深入的詮釋。本研究針對臨終病人之死亡焦慮及安寧護理人員之回應進行探討，採取詮釋現象學的觀點，以現象學描述性的方法論，讓事物以自身顯現原貌；「詮釋現象」即是想要對於臨終處境下死亡焦慮的經驗，進行還原與詮釋，開啟意義出來。

對於想要探究個人生活領域的主觀世界，同時研究者參與其中親身體驗並且解析人類的行為所做的研究，則必須採取質性研究之詮釋現象學的方法。余玉眉、田聖芳、蔣欣欣（1994）指出我們固然需要「量」的研究，以對整體的問題，具有鳥瞰式或巨觀層次的了解，然而「量」的資料往往必須犧牲個人層面所能代表的意義與特質，因此，本研究藉由「質」性研究，來進行一種微觀層次的研究。Maxwell（1996）提出研究的目的關乎於研究參與者的意義、事件以及涉及情境以及行動的意義，並且包含了研究參與者對於人生經驗的敘說與意義時，在質性研究中助於研究者不只是對具體事件及行為感到興趣外，並且可以聚焦於研究參與者如何理解事物，以及對於「意義」做一闡釋性的探討。

詮釋研究者研究有意義的社會行動，不只是外在的、以及可客觀觀察的人類行為，社會是人們附上主觀意義的行動，是帶有目的或意圖的活動。研究者必須將研究參與者的理由及行動的社會脈絡納入考慮。詮釋研究者並且認為人類的行為很少具有原本固有的意義，是在人群互動的過程中獲得他的意義，及哪些人共享及詮釋意義系統。因此，對於意義的陳述，顯然不是數字所能充分表達的。必然需要依賴敘述，並且通過脈絡的呈現，才能將意義展現（齊力、林本炫，2003）。

現象學的世界是以信念做為基礎的，現象學的世界(the word)本身是以主體的意向性所指的世界，並且是以信念做為基礎的。世界像是脈絡(context)、環境(setting)、背景(background)或是界域(horizon)，而事物在其中存在，在其中給與我們，也為我們所意向；世界不是所有事物之中的一個事物，世界是支持所有事物的整體，但不是所有事物的總和，它以一种獨特的同一性呈現給我們。世界是以「圍繞著所有事物」的方式給出的(Sokolowski,2000)。

生活世界其實就是我們在進入反省之前的一種當下的立即體

驗，不是一種概念化或是分類，也不是一種反思，現象學是對我們日常生活經驗的本質或意義進行了解。Manen(1997)指出現象學試圖在我們反思之前，對於如何經驗到這個世界的方式，獲得洞察性進行描述；而不將經驗世界分類、分級或抽象化，現象學是提供我們合理洞察的可能性，引領我們更直接的貼近世界。

當我們採取了現象學的態度，成為一個觀看者，觀看我們與世界以及參與其中的事物之涉入的情況。我們開始關注思考的意向性，我們將思考的內容置入括弧，也就是胡塞爾所說的存而不論(epoche)，我們只是關注它；我們應該對我們向著事物的判斷有所保留；我們應該克制我們的判斷直到證據非常清楚為止。面對存有的問題，以事物自身給出的方式來看待它們，也就是胡塞爾所說的：回到事物的自身，絕無預設，以現象學還原來了解客體其意義結構(Sokolowski,2000)。

有一個『主體』在進行反思，對於我的意識動作及經驗活動都是具有指向性(intentional)，蔡美麗(1990)指出胡塞爾把意識的指向性特性，意識指向性由意識的被動性功能變成了一種主動性與創造性的功能。意識就是對某事某物的意識，經驗也就是對某事某物的經驗，我們所擁有的覺知活動都是具有指向事物的能力。

龔卓軍(2001)指出詮釋現象學的特色是視特定生活經驗為文本，具有個人的特質；放大某種特定經驗或意象，直到視域融合；以及並沒有固定明確的分析步驟，經驗的描述需要不斷地被重寫；以及研究時注意部分與整體之間的觀照。蔡昌雄(2004)文中指出詮釋現象學就是讓「是什麼」(existentia)的顯現，才使得「如何是」(essentia)成為可能。余德慧(2001)對於「語言」的研究，則提醒我們要小心注意被語言所矇蔽，語言與詮釋都是人文學科長久以來的心智活動，而「慧見」就是反身點亮自己在語言與詮釋的活動告訴自己在做什麼。

第二節 詮釋現象學方法的應用

探究臨終病人與其主要照顧之安寧護理人員的死亡焦慮經驗，必須對於臨終處境之現象進行還原以及透過詮釋其經驗過程，開展死亡焦慮可能的形貌，並賦予意義。因此本研究不是對客觀真理的研究，因為「死亡」是個人獨特與存在課題，是個體主觀經驗的呈顯，選擇應用詮釋現象學方法，即是以生活世界為文本，進行現象還原經驗的完整性，開啟經驗意義。陳幸佳（2001）研究者參與文本中，由存在現象和詮釋對話中，發現其背後的意義。詮釋現象學包含了現象學方法論的描述，以及關注事物的顯現，並且是由事物自身說出來，因此也是一種詮釋的方法論；生活就是不斷的理解，理解就是在一種互為主體性下的相互了解過程，理解涉及我們的存在、歷史背景、社會性，在理解的過程中，不止是了解他人，在了解的過程中，更了解我們自己，以及我們所在的基礎更為了解，這些提供我們觀看的視野。Manen（1997）如果一個人承認生活經驗的（現象學的）事實(facts)，總已經是有意義的（詮釋學上）經驗，則隱含的矛盾是可能被解決的；對於生活經驗的事實(facts)則需要語言來捕捉，即不可避免的就是解釋的過程。龔卓軍（2002）對於現象學的反自反性(reflexivity)，針對自身的本質，先從種種詮釋中劃分出現象學與非現象學的本質差異，使我們不致重複於那些已有的詮釋，不自覺地捲入是非對錯的抉擇。

選擇「詮釋現象學」的研究方法，主要是因為研究者參與觀察安寧護理人員的照顧情境，因此，研究者本身即與臨終病人、家屬、安寧護理人員共在臨終處境裡，採取現象學態度以及現象學描述，尹亞蘭（2003）詮釋現象學要求不在於探究參與研究者說話的真實性，而是與參與研究者共處現象，深度描述，透過研究者的本質直觀，讓現象還原，進行詮釋現象並且賦予意義。高淑清（2001）提

醒研究者須敏感於參與研究者的生活經驗，並能覺察自己先前了解，重視生活世界的現象學是一種開放性、適應性與彈性的方法論，而詮釋學的方法也注重研究中的開放性，這也同時說明了詮釋現象學方法應用的特色。因此，詮釋現象學不僅是對生活經驗現象的描述，更為對文本詮釋理解之實現。

研究者在進行詮釋之倫理立足點來自於對文本內所描述的原話語及經驗之尊重。進行詮釋計畫中，研究者要問的是「在此刻我知道了或看見了什麼是我開始閱讀文本之前所不曾預期到或是不了解的？」，假如詮釋者自我之觀點不曾被挑戰、延伸或轉折，那麼這詮釋描述之品質便是可被質疑的，並且要考慮如此有的危險性是以習之成見來閱讀文本（Benner,1994）。

第三節 研究場所及研究參與者

研究場域為嘉義縣某區域教學醫院家醫科之安寧病房，該病房成立於民國八十九年，二十三張病床、五位家醫科主治醫師以及二位醫師助理、一位社工師、一位宗教師、二十三位護理人員與六位護佐，該病房主要照顧癌症末期之臨終病人。該病房除了安寧護理人員之「讀書會」與「自我照顧課程」外，另外定期有「個案報告」、「讀書報告」，以及每一個月一次與其他家醫院之安寧病房的「視訊會議」等在職教育活動。

研究者於九十三年七月至九十四年四月共計十個月，以研究生的身份進入該安寧病房，參與觀察安寧護理人員之每二週一次(一次兩小時)的讀書會與每個月一次(一次兩小時)的自我照顧課程，讀書會主要以安寧護理人員選擇其對生死學領域之書籍材料，先行自我閱讀，參與成員不限於安寧護理人員，照顧團隊任一成員皆可自由參加，讀書會進行的方式，主要是由南華大學生死所蔡昌雄教授引

導大家對每一次的主題進行心得分享與反思，以及對於過去或現在之照顧臨終病人的反省，大家參與其中進行討論。自我照顧課程主要是對安寧護理人員身為照顧者的關懷，引介促發安寧護理人員自我照顧概念之書籍討論為主，以及臨床個案討論。研究者於九十三年十二月至九十四年三月共計三個月進入安寧病房接觸臨終病人；以研究生的角色(具有護理臨床工作經驗以及護理臨床教學經驗、參與十四次安寧療護與生死學之相關專業研討會、生死學研究所學習經驗之背景)進入安寧病房參與觀察護理照顧過程，以立意取樣選擇經醫師診斷壽命不超過六個月的臨終病人，意識清楚，言語或文字溝通與表達清楚，與個案建立信任關係後，徵求其同意後成為參與本研究之個案，以個案為情境中心，再納入個案之主要照顧之安寧護理人員以及主要照顧之家屬或陪伴者，同樣徵求其同意後參與本研究，對於臨終病人、主要照顧之家屬或陪伴者，以及主要照顧之安寧護理人員，其所共構之臨終處境下的生活世界情境脈絡為底景，以臨終病人死亡焦慮的形貌呈顯與安寧護理人員之回應為研究之主軸，進行詮釋現象學之研究。

以下以「表」說明參與研究之臨終病人基本資料(表一)，以及參與研究並接受訪談之安寧護理人員一覽表(表二)：

參與研究之臨終病人一覽表 (表一)

代碼	化名	年齡	疾病	第一次入 安寧病房	第二次入 安寧病房	第三次入 安寧病房	第四次入 安寧病房	死亡日期
P1	村生	57	大腸癌	93.11.08~ 93.12.26	94.01.09 ~ 94.01.17	93.01.24 ~ 93.03.06		93.03.06
P2	彩樺	40	子宮體 平滑肌瘤	93.12.22 ~ 94.01.08				94.01.08
P3	敏龍	39	大腸癌	93.12.15 ~ 93.12.17	93.12.29 ~ 94.01.06	94.01.14 ~ 94.01.30		94.01.30
P4	寶鈺	36	肺癌	94.01.31 ~ 94.02.15				94.02.15
P5	崑通	42	大腸癌	93.12.20 ~ 93.12.28	94.01.06 ~ 94.01.17	94.01.24 ~ 94.02.07 (他院)	94.02.24 ~ 94.02.27 (他院)	94.02.27

表一 參與研究之臨終病人一覽表

接受訪談之安寧護理人員之基本資料 (表二):

代碼	化名	職稱	安寧年資	其他護理經驗
NA	蘇珊	護理師	五年	內科
NB	小妤	護理師	四年	婦產科
NC	小燕鷗	護理師	三年	無
ND	紅荳	護理師	二年	他院安寧病房

表二 參與研究並接受訪談之安寧護理人員一覽表

第四節 資料收集及分析步驟

自九十三年十二月至九十四年三月，每週一至五，每天八至十個小時，參與觀察安寧病房白班、小夜班、大夜班之常規工作；以研究者身分進入安寧病房進行參與觀察。Jorgensen (1989) 對研究者進行參與觀察的建議為：參與觀察首先由無焦點式的觀察再進一步焦點較為集中的觀察，另外再佐以非正式以及正式的訪談；參與觀察的資料收集方式是以「觀察」作為在研究田野中的基本策略，再由直接參與研究對象的生活世界而形成研究文本的資料來源。

研究者以護理的關懷與個案建立關係，參與個案的照顧，選擇意識清楚，可以言語或文字溝通與表達之五位臨終病人作為參與研究者，其參與觀察之範圍以臨終病人為中心，在臨終處境下，照顧個案的安寧護理人員與照顧個案的主要的家屬或陪伴者，以臨終病人與安寧護理人員為主，家屬或陪伴者為輔，其共在的生活世界作為文本收集之材料，以訪談為主，徵求同意錄音，再輔以研究者的觀察其面臨臨終的生活點滴、生活經驗，以及對其經驗的詮釋。以非結構式的訪談，瞭解個案對其生活與對生活經驗的解釋。

選取參與觀察之安寧護理人員，以照顧五位臨終病人之護理人員為主，作為研究主題之平日參與觀察之底景，再選出其中照顧頻率較高以及參與「讀書會」與「自我照顧課程」之四位護理人員，做為「深度訪談」對象，以收集護理人員對照顧工作的看法。

在一般常規照顧工作下，參與觀察安寧護理人員其照顧病患過程之情境，以田野筆記於當日紀錄所見所聞、護理紀錄作為研究之底景，再選出對於所設定的參與研究之臨終病人，其照顧頻率較多之四位護理人員徵求同意錄音深度訪談一~二次，採半結構式的訪談方式以照顧經驗出發(訪談大綱見附錄二)，回應臨終處境的整體性與臨終病人個別性的照顧，對照顧病人之感受、挫折經驗與深刻

之照顧經驗，以及對安寧護理工作之觀感與照顧個案的歷程與其困境經驗之看法，安寧護理人員另外於讀書會與自我照顧課程中，對於其照顧經驗再反思，也納入田野文本資料。在研究進行中，研究者與研究參與對象以互為主體的瞭解，才是對主觀經驗的真正瞭解。

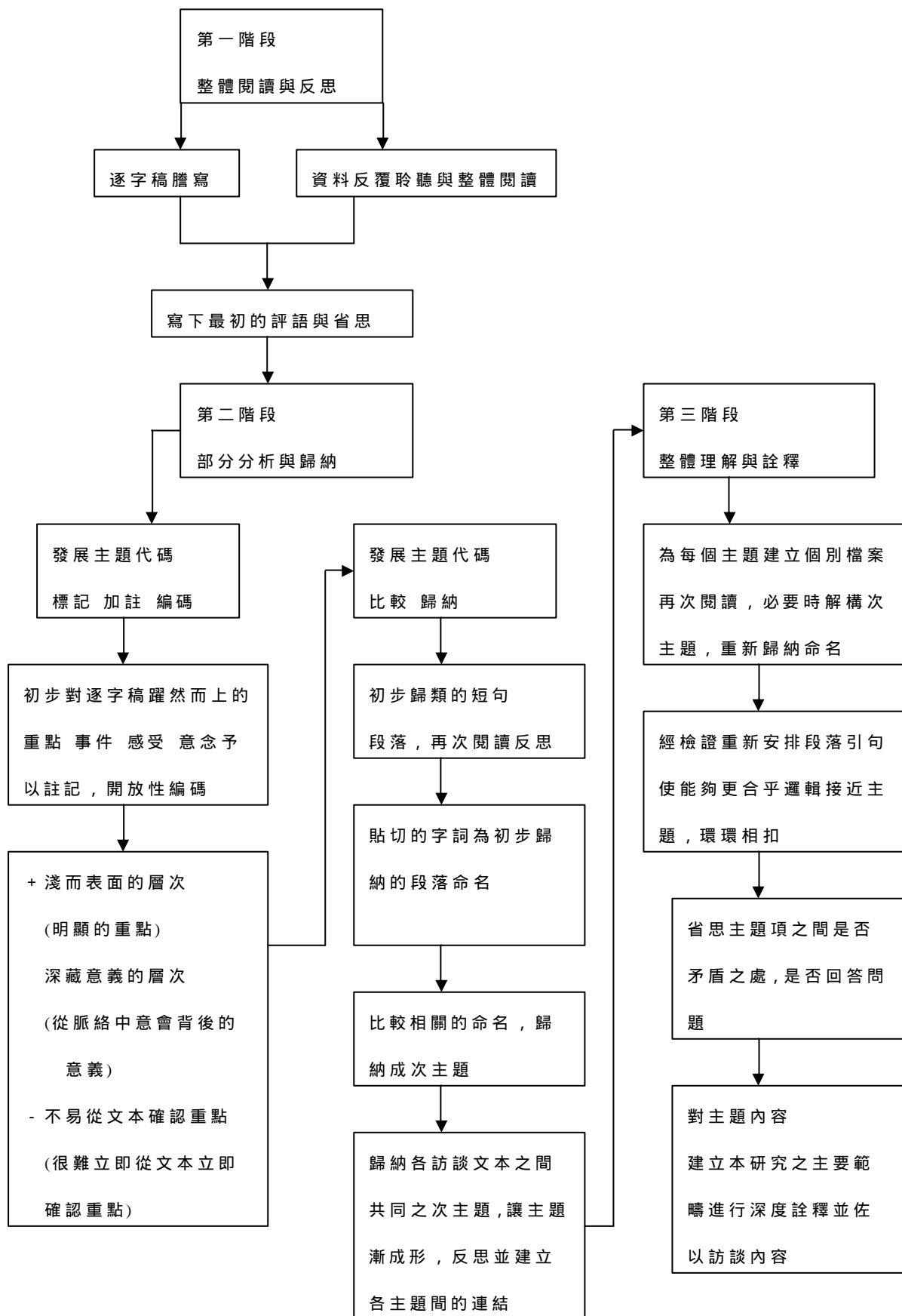
本研究分析策略採用蔡昌雄（2004）文本詮釋現象分析層次，進行文本層次分析(如表三)。第一層次為臨終病人與安寧護理人員為主，病人之照顧者或陪伴者為輔臨終處境下的生活經驗之參與觀察為田野文本，第二層次對於田野文本透過「部分與整體」來回詮釋循環與解析，使得意義單元浮現與進行分析，在進入第三層次扒梳出現象脈絡走勢，最後進入第四層次，顯現本研究所探究的面向以及呈現結構主軸。

第一層次	田野文本 參與觀察與訪談文本
第二層次	意義單元的浮現與分析
第三層次	現象脈絡走勢的梳理
第四層次	結構主軸與面向的推敲

表三 詮釋現象分析層次

本研究在資料整體歸納上，選擇開放性編碼(open coding)，在田野文本作為一個初步釐清主題項的工具，以縮減龐大的原始素材。從研究對象所提供的特殊生活世界與經驗的描述，「看見」背後可能隱藏的意義，從部分與整體之間與情境脈絡下不斷來回反省，進行理解與詮釋。接下來判斷的意向性將對於經驗的理解與詮釋進入了範疇思考；透過範疇意向的思考，賦予呈現主題之意義 (Sokolowski,2000)。

對於由田野文本分析至研究文本再到意義範疇的建立，研究者參考高淑清（2001）主題分析的流程圖，所整理本研究之文本分析過程。如圖二說明。



圖二 文本主題分析圖

第五節 研究倫理

本研究將視研究對象之隱私與權益為最高指導原則，基於質性研究之倫理考量，研究倫理應評估可能帶來的傷害、做到保密性與告知同意。本研究進行前，將取得研究場所院方的同意，在進入研究之情境中，取得該安寧病房瞭解與同意，並向病人與家屬說明研究的目的與過程，徵求其同意後，簽署接受訪談同意書之後，方進行參與觀察之照顧。在研究過程中，基於研究倫理考量，研究對象可隨時拒絕錄音、會談，或退出本研究之參與(徐南麗，1996)。

對於研究對象所提供訪談而來的田野文本、筆記、錄音，只作為本研究之材料，研究者善盡保密之責，絕不將研究對象之資料公開或用作研究外之用途。人文科學的研究所用的研究方法可能對涉及研究的主體具有影響，研究者在未來研究時，應特別留意：持續性會話式訪談可能導致新層次的自我覺察，也可能改變生活型態與生活的優先順序，也有可能導致研究對象的憤怒、討厭，挫敗、不能容忍等；研究者必須對此反身自省，在意識層面上加以留心與注意(Max van Manen,1997)。

第四章 死亡焦慮下病身處境的照顧

安寧護理人員在過去所接受的專業養成教育，在臨床實務的照顧病人的護理工作中，熟悉收集病人主觀資料與客觀資料，進行評估、為病人訂定護理計畫，再執行護理措施，重視在照顧病人後看見「成效」、「反應」、「預期結果」，所在乎的是「以目標為導向」的護理照顧理念；護理人員很自然的要抓住看得見的身體症狀下「做」些什麼。但是當在臨終照顧的場域裡，死亡本身才是核心議題，護理人員愈是在核心外努力要做些什麼，只有感到許多的挫折經驗；而不知道自己還能如何？於本章描寫與詮釋護理人員在其過去所培育的護理價值下，很難與病人的死亡經驗相處，而顯現在臨終處境裡訴求個人獨特性，所呈現其企圖控制與防衛，以求穩定其個體免於死亡在生命底層的騷動。

安寧護理人員採取這樣一種以「做」(doing)的照顧來回應臨終病人的病身處境，符合海德格對在世存有「非本真的存有模式」的觀點；當人活在忽略存有的狀態時，就是活在事物的世界之中，沉浸在生活中分散注意力的日常瑣事裡，向日常世界的事物臣服，關心事物以何種方式存在 (Yalom,1980a)。

在本章中以存在心理作為觀看的視野，透過理解，描寫與詮釋第一節臨終病人面臨死亡在即，個人的存在根基逐漸碎裂之處境；於第二、三、四節呈現安寧護理人員在照顧臨終病人時，面對病人在臨終時的焦慮情緒反應、身體症狀上照顧的挑戰；以及臨終病人面對死亡的迫近，承受非存有的威脅將與在世分離的苦痛之下的病身處境所引發之種種照顧困境，以忙碌、以及分神在常規工作中對臨終病人的照顧回應。

第一節 臨終病人存在根基的破碎

進入安寧病房的臨終病人，通常是被診斷只剩下三到六個月的生命，身體早已經被癌細胞侵蝕得千瘡百孔，病人知道他們再也承受不了化療、放射線等強勢的治療，來到安寧病房的另外一層意義，代表了從積極企圖止住癌症趨向死亡的腳步已經無力抵抗了，癌末的病人像一艘船在大海中，原先船艙只有一個地方破洞，全力的搶救，試圖把洞補起來之後，船還可以繼續航行，然而，不知何時，船艙到處都有破洞，海水從船底、船艙四處滲水進來，生命的船已經搖搖欲墜；這就是臨終病人到安寧病房裡，自我再也阻止不了存在的樑柱逐漸一根一根地倒塌，透過五位研究參與者於本節中訴說他們不同存在根基破碎的生活世界之經驗，但是卻是共同指向「人」在臨終存在經驗的同一性。

一、 用飛箭跟痛作戰

村生伯在兩年多以前罹患大腸癌，經醫師檢查發現時，已經是末期了，無法採取手術治療，選擇化療的方式來控制癌細胞的擴散，半年前，癌細胞還是轉移到了肺部，後來身體虛弱無比，副作用的痛苦讓村生伯放棄了化療，來到安寧病房做症狀控制，求得身體舒服，醫師說：「所有想到止痛的方式都試了，對他的效果都有限，最後的兩步，就是先做神經阻斷術，把右肋的神經末梢燒掉，阻斷疼痛，若再無效，就是只好試放一條導管在腦室，從露在外面的導管打 morphine」（止痛劑）（P1-3-7），他總是跟護士說：「他右肋的地方，好痛」，每一次幾乎就是像小孩子那樣很可憐說著。

他進到病房來，讓大家印象深刻，他是一位中校軍官五十七歲的退伍軍人，痛起來像孩子一樣哭著流眼淚說著好痛好痛，護理人

員都覺得怎麼一個大男人可以痛到這樣流眼淚？現在只有靠常規的嗎啡加上鎮靜劑，另外痛起來，再額外打止痛劑，村生伯說：「為什麼要受這種苦？我根本不像男子漢，像小鱉三，有什麼辦法可以讓我比較不痛（P1-57-58）村生伯有一次看著過去的軍旅照片說：「以前為國家做事，只是混口飯吃而已，現在為什麼得到這種病？軍人有誰像我現在這樣？（P1-154-155）；村生伯以軍人的個性，拿出作戰精神，企圖跟身體裡的痛作戰，他說：「你不知道，多痛！不忍耐不行，阿忍耐又要忍耐到什麼時候，要振作，用飛箭跟它打，看誰贏」（P3-200-201）。

退伍後的村生，選擇了繼續工作，想多賺一點錢，也計畫要帶太太四處走走，以前當軍人，很少與家人團聚，沒想到結束平順的職業軍旅生涯後，計畫再賺一些錢後，享受生命，在一切計畫都還沒實現前，癌症闖入了村生的世界，他說：「這痛帶給我人生一切都沒有意義」（P1-264）。

有一次村生出現了好幾天沒有解便，護士灌了腸之後，希望他不要下床，在床上使用便盆解便，他不願意，堅持要到廁所，護士與太太只好扶著虛弱的村生，村生下身包著尿布，沒有穿褲子，左右兩邊由護士和太太攙扶著，他費力的碎步慢慢地走，此時他無奈地說：「人生到現在這個樣子，沒有意義了啦，沒有意義了啦」（P1-425-428），過去一個英挺的中校軍官，現在再也沒有辦法控制自己的身體，並且無能地需要他人的攙扶才能走到廁所，面對身體力氣的失落，讓一位軍人情何以堪。從發現癌症開始積極治療到化療無效，癌細胞轉移到肺，讓他疼痛不堪，他再也無法實現想做的事，到後來看著自己的身體一點一滴的失去，企圖作戰的他，也宣告投降了。

二、我怕阿彌陀佛不來接我

彩樺是主動要求腫瘤科醫師想要轉入安寧病房來調養身體，志工們都稱呼彩樺是「最健康的病人」，因為她見到人，臉上總是掛著燦爛的笑容，做化療後剃光頭的她，頭上綁著花布的頭巾，非常地開朗、親切，她的先生說：「彩樺只要住院，你會不認識其他病人，但是你一定不會不認識她」，這也就是為什麼只要是在腫瘤科病房過來的志工，一定會去看彩樺（P2-497-498）。

四十歲的她罹患惡性的子宮體平滑肌瘤，身上有腸造瘻口，很難想像她歷經了多次的大手術以及化療好幾次的療程，與癌症作戰後的身體早已經是一片焦土。

彩樺從發病開始，為了兩個孩子、為了先生，堅強而且勇敢地配合醫師所有的治療，在一次的複診檢查，發現癌症轉移到肺，肺部發現有四顆的腫瘤，彩樺當場在門診的地方，崩潰決堤地難以接受，住進腫瘤科病房後，自覺再也沒有治療空間，選擇了安寧病房靜養身體，她依賴她身邊一個貼心的外籍看護照顧，先生與孩子在假日才能從台南過來看她，她說：「我喜歡這樣的方式，一個人在這裡養病」（P2-94），我不想他們一直打電話給我，會讓我掛念（P2-106）。

彩樺剛到安寧病房來的時候，病房裡剛好為病友與家屬舉辦歲末音樂祝福會，爵士樂團的薩斯風手對著彩樺演奏輕快的曲子，彩樺坐在輪椅上很快樂的笑著，手拿著貴賓狗的氣球隨著音樂揮舞著手，身體也搖擺著（P2-30-31）過兩天後在一次的抽腹水緩解腹脹，她開始全身軟趴趴地不想刷牙洗臉，昏睡的時間愈來愈長，也不想聽故事了，呼吸也愈來愈喘，她不敢吃東西，因為一吃東西，即使喝十幾西西的任何的流質食物，肚子就馬上像吹氣球一樣地鼓了起來，讓她非常地不舒服，她看著她的身體從別人稍微幫忙她一下，

她可以下床、可以聊天、可以自己刷牙洗臉，才一個禮拜後，昏睡時間愈來愈長，沒有力氣、不敢吃東西、呼吸愈來愈喘，她深深地體悟到她的生命時間真的不多了，隨著體力愈來愈耗盡，她想問醫師一個蠢問題：「我還有多少時間？」(P2-114); 彩樺是虔誠的佛教徒，她說：「一個人自己走這條路去菩薩那裡，快去快回，先生小孩在這裡有掛念，心裡不平靜」(P2-124-125)。

彩樺在進入深度睡眠前說了一句話，她說：「我怕阿彌陀佛不來接我」(P2-340)，當彩樺彌留的時候，她的二姊跟她說：「你要一心念佛，因緣合和時候到了，阿彌陀佛一定會帶你到西方極樂世界，你一定要乘願再來」(P2-358-359)。

三、沒有我，家裡將會四分五裂

三十九歲單身的敏龍，在九十二年因腹脹、解血便，到彰化的珣傳醫院做大腸切片檢查，確定為大腸癌，手術後作化療，放射線治療，到了 93 年 6 月做進一步追蹤，發現肝臟轉移，做硬化治療再加上化療，因肝臟轉移，呼吸困難、腹脹、劍突下疼痛，因此到安寧病房來做症狀控制。

敏龍家裡非常地窮困，父母年事已老，但都健在，每個月靠某一慈善團體的基金會八千元的補助過生活，哥哥不務正業，並且育有二女，大嫂離家出走，走時將小孩託付給敏龍，因此敏龍對這兩個姪女視如己出，另外三弟也是不工作，完全依賴敏龍，小弟遠在北部的一家食品工廠上班，很少回家。敏龍只有國中畢業，曾經做過郵差，後來因為無法忍受被同事輕視，只做了四個月，後來都是到處打零工賺錢，敏龍所賺的錢，全部奉養父母與養育兩個姪女，他說：「如果他倒下來，家裡就會四分五裂，家裡大大小小的事非常需要他，他不能倒下」(P5-101-102)。

讓敏龍最害怕的是體重由五十幾公斤變到四十幾公斤，這是因為他腸阻塞厲害，與彩樺同樣的症狀一吃東西，便腹脹難耐，然而，敏龍會非常的想吃東西，因為他想要有體力，他拿出師姊以前送他的念佛機出來聽，他說：「聽阿彌陀佛、觀世音菩薩的佛號求身體健康，希望能夠復原，還要靠自己對自己的信心，毅力與勇氣」（P3-105-106）。他舉起雙手做出戰勝的姿勢；對於自己的胸悶、吸不到氣，他認為是以前缺乏運動才會這樣，他依舊想要扛起家裡的重擔。

醫師建議敏龍在腸阻塞的部位再做一個腸造瘻口，主治醫師再一次解釋做小腸造瘻口術的必要性，敏龍說：「不做不行了，不處理就一直打針，進退兩難，做了只是怕身體承受不住這個手術的風險」（P3-163-164），敏龍說：「做了造瘻口之後，我就變成了兩個造口的男人」。

四、為了孩子，我要活下去

寶鈺剛從胸腔科病房轉到安寧病房來時，志工師姊探視時跟寶鈺說：「要想開一點」，結果寶鈺說：「愈想愈想不開」。每個人來到寶鈺的房間，寶鈺總是微笑，自我解嘲的說：「自己現在只能微笑而已，什麼也都不能做」（P4-23-25），「什麼也都不能做」的寶鈺，感受到無助感，寶鈺在罹患癌症之前，是一位高中老師，與先生從大學時代就開始交往九年後結婚，現在結婚八年，有兩個稚子，一個念小學一年級，一個才三歲大，三十六歲的寶鈺從小是在貧困、單親的家庭中靠自己奮鬥求學，婚後與先生一同在高中任教，夫妻互相扶持，彼此都完成研究所的進修，就在人生一路奮鬥辛苦後，有了穩定的工作與建立一個幸福美滿家庭的時候，肺癌侵入了寶鈺的身體。

寶鈺過去是在 VG 醫院治療，發現轉移到胰臟和腦，經師姊介紹到 TZ 醫院找胸腔科治療，醫師看了 VG 醫院醫師的病歷摘要，非常清楚該做的都已經做了，也沒有多說什麼，就說繼續做放射線治療，不要讓腦部的腫瘤擴散，住了幾天之後，跟他們建議轉安寧病房照顧，有一天，家醫科的醫生就來看他們，寶鈺的先生是認為胸腔科醫師大概是想把床留給急症的人吧，寶鈺她先生對於來安寧病房要簽「不急救同意書」，完全不了解，不過他可以接受。

先生談到在 VG 醫院做最後一次化療的時候，發現腹腔胰臟的地方，有一個五公分的腫瘤，腫瘤一直在分泌血水出來，他說：「我們已經用到肺癌的第二線用藥，我們看了書，知道沒有第三線用藥了，而且已經擴散出去了，不過我太太還是很想活下去，換個醫院會不會多一些機會，但是當我從醫師那裡得到遠處轉移的消息之後，我們其實就開始著手處理遺言和遺產的部分和後續的照顧問題，寶鈺依然對治療抱有希望，希望多活一些時間，可以跟小孩多相處一些時間，當她有這些心願的時候，我一定支持她，我也同意她也可以吃一些草藥」(P4-100-107)。

寶鈺腹水的肚子，看起來有如懷孕的 8-9 個月大，讓她呼吸非常的喘，她請求醫師要徹底解決她的問題。寶鈺在臨終的時候，她的肚子比懷雙胞胎的肚子還要大，完全頂上了胸部，腹部隆起圓滾滾的非常大非常大，肚子摸起來熱滾滾的、肚皮看起來很薄很緊，似乎就快要被撐破了，她不肯用氧氣，睡著了費力的吸著氣喘息著 (P4-205-208)。

就在寶鈺彌留前一天的下午，，她媽媽弄了一杯果汁給她喝，她非常努力的把它吸完，很快地又沉睡過去，寶鈺其實早就已經出現瀕死徵象了，但是她活著的意志力依舊那麼的堅強，睡著的寶鈺，由於胸部早已肺積水相當嚴重，水聲在喉嚨的地方都可以聽見，因此講話都聽的不是很清楚，另外喉頭的肌肉已經開始鬆弛，呼吸會

出現嘎嘎音，也因此寶鈺不得不張開嘴大力的喘息，即使如此，她的小孩來見她最後一面，她七歲的兒子畫了三幅畫送給她，已經彌留的寶鈺，寶鈺非常吃力的撐開眼睛看了一下，摸了他，笑了一下，又沉睡過去了（P4-208）。寶鈺為了孩子，努力地活到最後一分鐘。

五、做音樂的人，心事都是往心裡放

四十三歲的崑通是一位錄音師，若是沒有得大腸癌，他會在他的錄音工作室工作，繼續他二十幾年來對音樂的興趣 - 剪接、錄音、拷貝 等等，崑通的太太表示過崑通是一個難得的人才，在各項錄音技術上，他都是無師自通，他也非常地自以為傲。他的父親與大哥也是得到大腸癌過世的；崑通他對自己的病情從剛開始積極治療後，他太太聽大嫂說：「在醫院看到許多病人作化療後，到後來病人幾乎都不省人事，也不認得人」，於是共同決定停止化療，因為她不可能讓崑通走到後面不認得她。改吃朋友介紹的「抗癌營養品」來調養身體，結果崑通那陣子，身體特別好，精神也好，也胖起來了，他們好高興，認為是遇到貴人了，她說：「他高興，我高興，我們就去公證結婚了，這樣我有錯嗎？」（P5-210-214），半年後，回門診檢查發現肺部以及腦部都已經有腫瘤了，夫妻倆當時慌了也不知道該怎麼辦？腫瘤科醫師帶點責怪的口氣說：「你們在外面亂吃東西、不按時治療，現在才回來要我收尾，給你們兩條路選擇，兩天的時間考慮，一是再回來做化療，另外就是去住安寧病房」（P5-85-87）。崑通的太太覺得腫瘤科醫師講話太傷人了，所以不回去找他了，決定住安寧病房，然而，崑通卻不這麼認為，他說，腫瘤科醫師是專業的人，就像他是錄音的專業的人一樣，專業的人都希望別人聽他的話，所以，他認為那腫瘤科醫師也沒錯。

他們每個月花七萬元買「抗癌營養品」，加上生病後，夫妻倆不

能接生意做，經濟狀況已經負債兩百多萬元，但是他太太說：「他們決不放棄」。崑通在知道自己的癌症轉移後，想要把錄音技術傳給太太，太太拒絕之後，崑通從此便不再提了，他冷冷的說：「不學就算了，沒有什麼割捨不下的，愈吵架感情愈差」(P5-112-113)；崑通的沉默是苦難的語言，他曾經講過一句話：「他說做音樂的人，都是心事往心裡放的人」(P5-115)。

崑通不管是住院或是在家裡，對太太或是醫護人員都不說話，看見人進到他病房，他通常就閉上眼睛或是轉向另一側，問他任何話，他總是用一個字或兩個字回答，「好啊」、「嗯」、「不要」、「還好」，崑通因為胰臟有腫瘤，血糖控制很差，他就像糖尿病的病人一樣，有時候會大吃，有時胃口很差，另外腦部的腫瘤讓他下床站不穩很容易跌倒，他一個正值壯年期的男人，有他男性的自尊，他不願意叫他太太幫忙，總要自己下床上廁所，在家裡跌倒了好幾次，加上發燒、小便解不出來、頭痛厲害，只好來住院，尋求症狀的緩解。

當住院一個多禮拜的時候，崑通的症狀都可以控制的不錯，他會非常想出院，他說：「他覺得在這裡，悶的慌，回去還想繼續做錄音的事情，我很氣我太太，我想回家，她不讓我回家，又讓我岳母來醫院照顧我，我就是只想回家」(P5-107-109)。

當崑通第三次來住院的時候，掛急診入院，因為頭部嚴重暈眩、少尿、不吃，在急診室插導尿管，導出將近三千西西的尿，他太太在護理站詢問醫師助理病況，情緒逐漸激動起來、無助的哭泣著，當時兩三個護士趕快拿椅子給她坐，陪著她，安慰她，讓她發洩情緒，她說她無法接受崑通不能吃東西，叫他也沒有反應，好像不認識她一樣，他是不是很痛苦沒辦法說？沒有吃東西怎麼辦？是不是要插鼻胃管？他是不是在怪她停止化療？(P5-14-20)崑通的沉默不語，讓所有的問題都成了「問號」。

第二節 照顧「焦慮等待」的挫折

於本節中呈現安寧護理人員回應臨終病人的焦慮情緒經驗，透過描述以及詮釋本研究的臨終病人的情緒經驗，他們的生命最短只有兩星期到最長三個月，說明他們在面對死亡時不確定感與無助感。護理人員常流於僅處理表面所引發的情緒事件，而忽略了背後病人內心對抗死亡的深層情緒感受，因此雖然護士非常努力地滿足病人的要求與需求，卻只是種種的挫折經驗，而進不到病人的世界裡頭；為免於此困擾，也採取對抗死亡的防衛機制，以逃避或是隔離的方式來面對病人與自身的死亡焦慮（Yalom,1980a）。

石世明（2005）提出死亡所展露的是生命的實相，而自我的狀態是一個暫時的狀態，生命不是永恆，時間具有最大的「被動性」。對於癌末的病人而言，他們從積極治療到發現腫瘤轉移到身體其他器官時，像是打了敗仗一樣，身體於是開始節節敗退，社會的自我也逐漸從在世界之中而退出世界的舞台，進入了臨終階段；人為的造做和意志，終究無法抵擋生命的消亡，身體的敗壞，再也無法支撐自我的現實。死亡開始在生命的底層不斷向上騷動，臨終病人在存有世界進入面對到非存有的長廊裡，躲藏在潛意識裡的原始死亡焦慮，再也無法以自我意識去壓抑它。然而，臨床上很少見到赤裸裸的死亡焦慮，這種焦慮都已被一般的防衛處理過（Yalom,1980a）。

護理人員在照顧病人的時候，很難察覺不管是身體症狀、情緒底下死亡焦慮的騷動，在照顧上除了執行一般常規護理工作之外，在回應病人種種的焦慮、情緒經驗上顯得挫折與不知該如何面對病人。

一、不懂一個大男人為什麼哭成這樣

早上小雯護理師進入村生伯的病房做治療的時候、志工來探望他以及護佐來幫他做美足護理，村生伯經常忍不住地哭，像個孩子似的哭了(P1-23-24)；在我們的文化傳統下，男人是不輕易在他人面前流淚的，村生伯又是一位軍官，因此大家都對他印象深刻，讓來到他床邊的人，都像安慰小孩子一樣的安慰他，拿面紙幫他擦眼淚；然而我們健康的人站在臨終病人的身邊，當病人向我們說出他有多痛苦，我們到底體會到多少？村生伯的眼淚，每一滴眼淚都是如此的沉重；村生說：「哭是因為要讓別人知道我有多痛，不哭出來，別人都不知道我有多痛」(P1-158)。村生伯害怕他會被這世界所遺棄，眼淚是懇求他人「注意我」、「看著我」，他人的在場，讓村生伯知道他還是活在他人的眼中，沒有被遺忘。

當小雯護理師面對村生伯痛起來就是哭著流眼淚，當他要求幫他打止痛針，問他有幾分痛也沒意義了，反正他就是要打針(P1-105-107)，看著一個男人痛起來可以哭成這樣，護士怎能不幫他打針呢？護士只能在常規工作中做到幫他打針，滿足他的需要，除此之外，還能幫他什麼呢？蘇珊護理師說：「你就很難知道你做這樣的東西到底有沒有成效」(NA-103)。

臨終病人身體逐漸敗壞，帶動自我也將漸漸地消失，村生處在身心變化模糊的狀態，很難察覺到底哪裡不對？但是他不願意獨自承受，他哭出來，希望別人看到他的眼淚，能夠知道他受了多大的痛苦，他在乎別人知不知道他的痛苦，他說不出那種面對死亡的痛苦，只有轉向對身體的痛的注意，來處理死亡焦慮的擴散狀態，不哭出來，旁人完全不曉得他失去獨立身體自我的焦慮，過去他是一個軍官，現在的他只能躺在床上，上廁所時需要他人的攙扶，從床邊想要走到廁所，再也不能正常行走，卻是虛弱地碎步向前移動；

村生伯只有哭著喊痛、針打了沒？人生沒意義啦 (P1-101)，村生身體痛起來的時候，乞求打止痛針，不痛的時候，感嘆說著人生無意義，一切都沒有意義了。

村生伯在乎別人知不知道他有多痛，但是病人的痛對護士而言，變成了疼痛的評量上的分數，在一個疼痛的尺上，衡量病人現在痛的位置，秀秀護理師對於疼痛的評估，會問村生伯：「零分是不痛，十分是最痛，你覺得你現在的痛有幾分？」(P1-56-57)，村生伯沒有直接說他現在痛幾分，他說：「只要痛剩下兩、三分，不敢要求零分完全不痛，我都一直在想什麼樣的姿勢比較不痛」(P1-58-59)；通常病人有五分痛以下，護士會以其他方式幫忙他，轉移注意力或是按摩；五分痛以上，才會給病人打止痛針。但是村生伯只要感覺痛，除了打針，他完全聽不進護士跟他說的任何話。

護士只要交村生伯的班，總是很無奈地說：「就是常規止痛針他打了多少，另外又額外加打了多少止痛劑與鎮靜劑，他好像就是愈來愈痛，醒來就是要打針，要趕快去幫他打針，不然他會生氣喔」(P1-18-21)，護士對村生伯的痛，只能以打止痛針來回應，小燕鷗護理師給村生伯打了針，安慰村生伯說：「給你打針囉，一會兒就不痛了」(P1-47-48)，因為護士還有好幾個病人要照顧、常規工作還沒做完，隨即離開了病房。護理人員回應村生伯的痛，是拿著疼痛評量的尺以及用打針回應他的痛。Yalom (1980a) 提出人忽略存有的具體行為的展現，就是活在事物的世界之中，沉浸在生命中分散注意力的日常瑣事，人會降低層次，迷失在「他者」之中。護士藉由抓住打針這件事，儘管打了針有時有效、有時沒效，畢竟我做了，但是我也只能盡力幫他處理症狀，打止痛劑幫他緩解疼痛，如同Yalom所說的：「以一種工作狂的方式，忙於常規工作，即可以無視人類的極限」。護理人員藉由忙碌於照顧工作之中，似乎填滿了某種帶來錯覺的成就感。

二、不知如何安慰哭泣的病人

村生伯痛起來就是會哭，太太在旁都會像安慰小孩子一樣：很溫柔的說不要哭了啦，打了針睡覺（P1-76-77）；村生伯說：「人生為什麼要受這種苦？又忍不住哭著說太痛苦了。」臨終病人看著自己的生命就像即將熄滅的蠟燭，他在人世間沒有未來可言了，蕊心微弱的火光，讓病人已經知道，他的生命走向盡頭了，但是他不懂，為什麼我這支即將熄滅的蠟燭，要遭受到這麼多的痛苦，別人對我再好，也沒辦法將光與熱傳給我這支無法延續生命的蠟燭，他人生命的蠟燭這麼地光亮，如何會懂得我將熄滅的感受呢？他哭自己的孤苦無援、自己可怕的疼痛、醫療的極限、老天爺的不公平，為什麼這樣地折磨我？我又沒有做什麼壞事，為什麼要承受這樣的苦？這一切到底是為什麼？為什麼要這麼可怕地折磨我？他祈求不到答案；他透過身體意向的表達 - 「哭」，他在乎別人知不知道他的痛苦，而陪伴者與照顧者看著他的哭泣，像他的太太、志工以及護士看著他像孩子般似流眼淚，每個人都只能像安撫小孩子地疼疼他，輕輕地拍著他。「身體的痛」是村生伯具體恐懼的對象，所以知道敵人在哪裡，而想盡辦法止痛。

May（1977）在「焦慮的意義」這本書中說明當一個人處在焦慮的狀態下他根本無法與自己所不知道的事物抗爭，他覺得被綁住了；因為焦慮所威脅的乃是個人核心，而不是周邊的安全感，因此無法將焦慮客體化，看待事物的知覺作用本身，同時也被焦慮入侵了。而村生伯那眼淚的聲音像是說著：「一切到底是為什麼？」是這麼地模糊不清，找不到對象，死亡已經穿透了整個村生的主觀世界，他沒有辦法站在外面將它客體化，也沒有辦法把死亡與自我分開對待，因為他看待事物的知覺作用本身，在被焦慮入侵的情況之下，他也說不出他眼淚底下生命被死亡焦慮侵入個體存在核心的痛苦。

病房裡有一位志工，因為年紀七十幾歲，並且滿頭白髮，大家都叫她阿嬤，村生伯只要看到阿嬤來，情緒都會激動的哭到流眼淚，他的太太說：村生曾經講過「像阿嬤年紀這麼大了，還出來做志工，覺得很感動」，每一次阿嬤來看村生，就是哄村生乖喔，摸摸他的頭，握握他的手，會在他肚子上輕輕的揉一揉，村生伯每次就會感動的流淚，村生會喊：「阿嬤、阿嬤喔」(P1-336-341)；阿嬤慈愛的面容、如同母親般溫暖的手，不靠世間的話語，搭起了人與人之間的橋樑，就這麼輕輕的滑進村生伯的心裡，讓村生可以像孩子一樣依靠著媽媽哭泣，即使他知道媽媽不能代替他的痛，但是在阿嬤這支光與熱的蠟燭之下，得到撫慰與溫暖。相較於其他人，護士經常要為找到關懷的話語而發窘，小妤護理師、紅荳護理師、小燕鷗護理師，其實包括病房裡的許多的護理師以及他家人總是在語言上或行動上想著要如何安慰他(P1-388-390)；蘇珊護理師同樣面對敏龍的哭泣她的感受：「我當下其實是蠻想抱住他拍拍他什麼的。可是這個就是我的界線了，我就是沒有辦法了，我只可能抓住他的手，或者說就是贊同他的話，聽他講話一邊哭一邊講這樣子」(NA-351-353)。

Yalom(1980a)對抗死亡的基本防衛的方式，會訴求個人的一種獨特性，與個人神聖不可侵犯；每一個人都知道自己會年老、會生病、會死，然而在心理根本就希望這件事完全與我無關。護理師們不知如何安慰村生伯，只是看見病人總是經常地哭泣，但是心裡卻知道對他的安慰其實是沒有助益的；而蘇珊護理師由敏隆身上感受到他的眼淚是死亡觸動他存在的威脅，但是她為了保護自己，她真是希望「與這件事無關」。村生伯眼淚底下的聲音是說著面對生命的失能感的死亡焦慮，像是溺水的人哭喊著我的雙腳已被綁住了，我即將滅頂，你們知道嗎？而小妤、紅荳、小燕鷗、蘇珊護理師們像是岸上的人，對著溺水的人說話，「話語」卻無法形成救溺水的人所需要的一根柱子，對於回應病人的眼淚，只能把它認為是身體承

受著極度疼痛，藉由止痛藥物的作用來幫忙緩解病人身體的症狀，以及說些社會性安慰的話語、安撫激動的情緒，盡力的做到這些以外，已經不知道自己還能再給病人什麼樣的幫助。

三、治療性的「關係」無法滿足病人對「關係」的渴求

有一位二十六歲子宮頸癌的年輕女病人，他先生吸毒又對她家暴，育有稚齡的一兒一女，每天在病房裡苦苦的等著先生過來看她，她先生來了，卻是推她坐輪椅到樓下領錢給他花用；等不到先生過來的時候，就請護士幫忙連絡，小燕鷗護理師回憶當初跟她說：「妳這樣有用嗎？妳止痛藥打得太多了，人家在外面過得很好啊，聯絡她家人，她家人去釣蝦場玩、唱歌啊，很快樂的在台北玩，我是沒有把聽到的全部跟她講，她的阿嬤有告訴她，我就只有跟她點到說你這樣子有用嗎？」她說：「不要再說了」，然後就一直捶右胸說這裡「好痛、好痛、好痛啊」痛到快要暈掉一樣、痛到快要死掉了(NC-251-255)。護士以自我價值判斷，無法理解病人每天引頸期盼的卻是我們認為無情無義的人，我們看見了臨終處境下的宿緣關係，病人殷殷切切的盼著某一位親人的照顧，然而親人卻不願意想要照顧陪伴親人；對臨終病人而言，她無法用世間道德倫理批判與她宿緣關係的親人，否定了親人，就像是如同否定了自己在世間立身的關係基礎，我是在他人身上看到自己。

小好護理師也談到照顧另外一個病人的經驗，病人依賴止痛劑的時候，看見病人背後渴求的是親人的陪伴，但卻是無法在這個層面上回應病人；小好護理師說：「你去看的時候，都會發現說，如果需要，他要打止痛針的時候，是小孩不在旁邊的時候 甚至當病人他大出血的時候，家人也不願陪伴在旁邊，現在家人都還在外面看電視，他已經呈現出心裡痛；心裡痛這部分，其實最好的一個辦法

就是陪伴啦，當護理人員真的沒有空的話，可以請他的子女過去陪，他畢竟不是痛，他主要是需要人家去陪他，人家去關心他」（NB-188-201）。護士在執行常規護理工作時，是身臨其境地每個互動的當下，在照顧病人時，謹守著專業角色形式上的要求，以治療性的關係的角色來回應病人因存在的孤獨而渴求「關係」的連結，反而沒有注意到病人的眼光，處於一種自身的自由（我）與專業要求（你）之間的掙扎，以致於採用無意義的獨白，處理你我間的衝突。護士謹守著護理專業價值的規範，但是治療性的人際關係撫慰不了臨終病人的孤獨感對於關係連結的渴求（蔣欣欣、張碧芬、余玉眉，2001）。

臨終病人對關係的渴求，主要是來自於「存在的孤獨感」，隨著身體逐漸地敗壞，病人感到自己力量如此渺小與軟弱無力，病人再也不能按照自己的意願安排生活，更讓自己產生強烈的失望感與無用感。楊韶剛（2001）引用羅洛·梅存在心理的觀點，病人想要保護自己免於陷入絕望的企圖，反而使他受苦，當意識到某種危險的存在，為了逃避危險，便渴望與人尋求連結，愈是想要與別人連繫來解脫孤獨感越感到孤獨與失望，臨終病人想要藉由在感情上依附他人的關係而感到一種安全感。

臨終病人的孤獨感，依照 Yalom（1980b）存在心理對孤獨看法是屬於存在的孤獨感，臨終病人的存在孤獨所指的在極度存在痛苦的時刻中，他與世界的關係受到劇烈地搖撼，也就是自己和任何生命之間無法跨越的鴻溝，也就是更基本的孤獨 - 人與世界的分離；這種的孤單與分離感，護士在非本真以及活在事物裡的模式，很難對病人的存在處境有所察覺，護士在病人的親情倫理層面上，看見村生伯、敏隆、寶鈺與彩樺對家人的情感上依賴，或是尋求宗教關係的連結，然而在此護病的關係層面上，護士也不知如何回應病人，就像小妤護理師無奈地說：「心裡痛這部分啊，其實最好的一個辦法

就是陪伴啦」(NB-202);其實護士也知道治療性的關係的陪伴，不是病人所需要的，護士可以感受到病人的「心裡痛」，是需要安慰的，這種安慰對病人是有幫助的，可是卻不是我專業規範的治療性關係上。病人的病身被當作是醫療的對象，護士於是便是與病人在「我 - 它」的關係對待上，與病人處在兩種不同存在的層面上。

敏龍腸阻塞讓他即使不吃東西也非常痛苦難耐，以灌腸的方式、藥物都無法緩解他的症狀，身體愈來愈虛弱，他慣常用他的意志力來面對疾病的痛苦，但是他已經知道他抵擋不住了，採納了醫師的建議，在阻塞的部位上再做一個腸造瘻口；然而決定開刀，等於承認自己的病情已經走下坡；心情顯得哀傷低落，敏龍表示：「自己時日不多了，因為腫瘤兄弟一直讓他腹部愈來愈脹，身體愈來愈虛，若要開刀做另一造口，怕身體會無法承受，而離開這個世界，但若能讓腹脹改善，也願意一試」，另外，敏龍想回家看看(P3-114-117)，他要活下去，是為了還要照顧媽媽以及代大嫂撫育兩個姪女，然而，他也聽到心裡的聲音 - 「自己時日不多了」；寶鈺也面臨同樣處境，隨著腹水愈來愈嚴重，也說到：「感覺到孩子快沒有媽媽的照顧了，現在是為別人而活，為媽媽而活，非常想孩子，叫他們過來，我快撐不住了」(P4-137-139)。

而村生伯住院的心情也是渴求「關係」，他說：「住院這幾天，五味雜陳，很多，多到想不到，有好有壞，好的是有那麼多人來看我，壞的是回去孩子都不認得我，反正是老人了嘛，大家都陌生，想孫子，叫她太太打電話叫孫子過來給他看」(P1-375-377)。敏龍跟媽媽說：「回家看看，是他現在最大的心願，也可能是最後一次回家了」，敏龍的媽媽就在旁邊哭泣，敏龍向媽媽感謝養育之恩，還說：「若走了之後，會保佑母親、小弟和兩個姪女，因為他們是他最珍貴的人」，想回家是因為沒有多餘的時間可再使用了(P3-118-121)；他如願地回了家一趟。敏龍沒有辦法再吃東西，以及「沒有多餘的

時間可再使用了」，讓他的生活價值與意義無法再延伸下去，敏龍當下感受到是一種強烈的無助感；然而，他在無所求回報的「親人關係」中，撫慰他獨自面對死亡的孤獨感。回到家中，看著他生長的家，對視同己出的兩個姪女說：「人生遇到順境要謹慎，人生遇到逆境要忍耐」，以後要好好孝順奶奶，叔叔以後不在了，手機留給你們用，然後拿給她們一人一千二百元，還說不要跟別人說。姪女也跟敏龍說：「謝謝叔叔，會好好唸書，自己會照顧自己的」(P3-143-147)，敏龍聽到最想聽的話，眼眶已經泛著淚水，敏龍緊緊的抱著她們一會兒，都流下了淚水，在那當下，彼此似乎都知道這可能是最後一次的談話與擁抱；回到醫院後，很慎重的說：「我的心願已了」(P3-161)。

對於彩樺在臨終處境下對於關係的渴求，連結的是在她最徬徨、最難過的時候，發出為什麼是我的吶喊聲時，是她一位相交二十幾年的好朋友在宗教上給她精神的力量，她在臨終的時候，已經不牽掛家人了，因為她相信他們會過得很好，她誰都不想見了，問她想見誰，她只想見她這個帶髮修行一路上以終極關懷的方式陪伴她走來的好朋友；好朋友談到這朋友相伴的過程，她感謝彩樺是她生命的老師，在彩樺彌留的時候，她來到彩樺床邊錄下了一段話鼓勵彩樺：「我知道你希望阿彌陀佛能夠早日來接你，可是這是我們修行的時刻；希望你每天想念我們的時候，當你痛苦的時候，你唯一想到只有這個病苦的色身要怎樣才能夠脫離，要怎麼樣念佛、怎樣的懇切，阿彌陀佛才會聽到我的聲音？所以當你病苦的時候，你依然要心心念念的念阿彌陀佛，並且要能夠時時刻刻的做好準備，我們祝福著你，盼望著你，等我們再見面的時候，會是在西方極樂世界，聽著阿彌陀佛說法，那是多麼殊勝，多麼莊嚴的畫面啊」(P2-427-455)。彩樺臨終的時刻，擔心的是阿彌陀佛不來接她。

彩樺臨終時的關係渴求，是藉由心靈的好朋友將自己連結到死後世界，到達阿彌陀佛的淨土，神聖的宗教經驗，對於宗教淨土的皈依感（Eliade, 1957）。讓彩樺從世間倫理關係的依靠轉而對死後世界的連結，如果到達不了阿彌陀佛的世界，今世的身體即將毀壞消失，對彩樺而言，是一種存在空無的焦慮感，阿彌陀佛是彩樺在臨終時刻的關係渴求之精神依靠。

護理專業對於護病倫理關係的規範是一種治療性的關係，與病人之間的對待上是一種照顧角色與被照顧者的關係；然而當臨終病人自我面對「存在的孤獨」時，對外所渴求的是親情的撫慰，以及一種最原初的人與人倫理關係對待，而安寧護理人員帶著社會規範的倫理角色回應臨終病人對原初倫理關係的渴求，顯得其無法與病人有所締結。

余德慧、石世明（2001）提出臨終的原初具體倫理關係的呈顯，由於臨終病人的病身處境不同於一般常人健康的身體處境，導致了臨終的具體倫理與常人的常規倫理之間分道揚鑣，健康的身體可以提供與實踐在社會上常規倫理，臨終病人朝向死亡的過程被迫離開社會，逐漸失去他原先所佔有的社會角色。彩樺與寶鈺不再能夠繼續承擔母親、妻子的角色；敏龍也不再能夠撐起一家支柱的角色；而村生伯與歲通也不再能夠照顧妻小，臨終病人脫離了常人與常人之間的社會關係的鏈結，也不再與他們世間倫理關係下的任何人能夠擁有共同的未來。臨終病人與常人的倫理對待關係上的斷裂，使得不再能依附原初倫理，彩樺在安寧病房裡的日子，她已經與先生、小孩的常規倫理角色斷裂，轉而出現了她與她知心好朋友一種人與人相互照面的片刻所顯現的具體倫理。

許樹珍（2001）的研究指出護理所關注的層面依舊停留在照顧基本技術以及態度上。因此安寧護理人員在與臨終病人的倫理的對待關係，深受其個人對道德倫理經驗與護理經驗的認知所影響；護

士易陷入將專業教育所教導的理論架構或是模式視為教條，帶著治療性的關懷陪伴的視框於真實照顧病人情境中，無法與臨終病人於原初倫理關係上有所締結。

四、沉默不語的病人是高難度的照顧

在安寧病房裡面，有一種病人就是靜靜地躺在床上，別人跟他打招呼，他就冷冷地應了一聲之後，就很難再有第二句話出來，問他哪裡不舒服，又冷冷地說：「還好」，問話的人心裡想那到底是舒服？還是不舒服？病人說的「還好」到底是什麼意思？他的臉，好像告訴我，不要再煩我了好嗎？小琴護理師只好說：「好吧，我不吵你了，你好好休息，需要我的時候按紅燈，我再過來」(P5-71-73)，護士面對不語的病人，如同面對一面鏡子般，反射回來的都是自己的內心的想法，因為抓不到對方語言，護士感到焦慮，他讓人無法了解，只有護士自己心裡的揣測；結果忙了一個班，快要下班的時候寫紀錄時，才發現我除了按時發藥給他，幫他接換點滴之外，他今天好像「沒有什麼事」；其他病人許多處理不完的事情，讓我也無暇再抽身過去看看他，這樣想，緩解了心裡對病人的愧疚感。

May (1977) 指出人為了避免孤立、不安的狀態，個體放棄了獨立的自我，並成為與周遭數百萬機器人一致的另一個機器人，便不再感到孤立感與焦慮。對於安寧護理人員面對沉默的病人，完全不知該如何回應病人，在心理產生了逃避的機制來避免自己的無能感。歲通的無言讓護士很難站在他的身邊，於是藉由忙於其他病人許多護理照顧事物，以逃避面對站在沉默歲通面前的無能感。

歲通看見紅荳護理師從門口走進來，便翻個身閉上眼睛，紅荳護理師照顧沉默的病人，她的感受是：遇到那種不說話，反而你會更害怕，因為你不曉得他到底有什麼問題、他到底在想什麼，然後

你也會有壓力說，我每次去他都不要講話，那去也很尷尬但你總是必須又要去面對他，那你又有什麼力量去？就是他都不講話，在旁邊就是在要有滿大的勇氣啦（ND-635-638）；照顧不說話的病人，對小妤護理師而言，她說：「沉默不語病人，其實我覺得說這也是一種高難度的照顧」（NB-655）。

杜小真（1994）所著的「列維納斯」，說明了「沒有話的言說」，其實是我與他人相接近的過程中，一種無保留的真誠。而崑通的真誠，讓護士感到壓力與不知如何與他互動。醫師來查房的時候，他躺在床上弓著身體，眼睛看著自己的腳或是被子，他會聽你說話，但是你很難與他的目光相視。

他太太說他以前講起事情來滔滔不絕，都會很興奮的一直說，根本無法想像眼前的崑通在過去是他太太形容的這樣的一個人；崑通第三次住院的時候，跟村生伯住同一間病房，紅荳護理師談到有一次她上小夜班的時候，跟村生伯的太太坐在一起講話，意外地，崑通加入話題中，她描述當時的情況：崑通他怎麼坐起來了，他說：「我知道醫師有來啊，我也知道他在問我什麼啊，但是他問的我都沒什麼興趣」，我就問說什麼叫沒什麼興趣？因為他是做音樂的他就說：「他就問我那個音樂啊，薩斯風要怎麼做啊？要怎麼去分好的音樂跟壞的音樂啊 醫師一直問我這種這麼專業的問題，要怎麼跟他講？應該要問我藥吃的怎麼樣阿，你不跟我談醫療卻跟我談音響」，當時也沒人問他這個，崑通就在那邊自己講（ND-732-742）。醫師到崑通家裡做居家照顧的諮詢，崑通一點都不理會居家護理師和醫生，崑通看見醫師來看他，完全沒有任何的表情，或是打聲招呼，結果翻個身，以手肘當枕，蜷縮另一側，背對著醫師，任由醫師說話，醫師很客氣的說：「不好意思喔，你說回到家裡，要睡覺睡到自然醒，我們來打擾你，你不是說要請我喝汽水？」結果崑通也只是「嗯」了一聲（P5-159-162）。

歲通他沉默底下的世界，我們該如何一點一滴的拼湊來，沒有語言的表達，沉默的臨終病人的生命經驗為何呢？住院的時候，他的症狀控制到讓他身體舒服些，他便想要回去，他說：「住院太悶了，回去還想繼續做錄音的事情」(P5-107)。歲通有一次，心情難得顯得愉快，有天早上萱萱護理師看他精神狀況還不錯，似乎顯得無聊，想到玩音樂二十幾年的人，待在醫院裡，身邊沒有音樂，是多麼無聊的事，於是拿了手提音響到床邊給歲通聽個音樂，而且找到的一片陪伴五年級生長大的民歌 CD 給他聽，歲通是五年二班，太太是五年四班，護士是五年八班，我們是同一屆的喔，他很高興的聽著，也跟著音樂哼歌。每週三的下午，有一位演奏揚琴的志工師姊都會到安寧病房來，在客廳裡演奏給大家聽，身體狀況好的病人就會到客廳欣賞，如果無法出來，其實在病房裡也聽得到音樂，有一次，歲通身體狀況也還好，就出來客廳聽志工師姊演奏揚琴，歲通他都能聽出這首曲子，說出歌名，只要師姊奏出任何歌曲、小調、名謠，歲通都講得出來(P5-37-46)；萱萱護理師想到歲通的錄音師工作，而在護理常規工作中意外地找到「音樂」的方式與歲通進行人際的互動；在音樂的世界裡，歲通似乎悠游自在，他在那樣的「音樂」的時間流裡，似乎暫時地脫離了病苦。

其實了解沉默的歲通，就從讀他的眼神開始，不是站在一個平面上的了解，而是嘗試站到他生命處境的位置上，發現他不是用語言，而是用眼神透露出他為何不語，他的生命處境說著他：一個正值人生的高峰壯年期，擁有的卻是一軀病弱的身體與癌症的痛苦，他必須看著它，什麼事都不能做的看著它，與它每一分每一秒的相處，生病後，經濟上負債，自己家裡這邊完全沒有任何家人、親戚、朋友來關心過，兄嫂完全未給予任何的協助與照顧，這時候應該是他擔負起照顧家裡的責任，庇護他的妻子、孝順他的岳母，然而現在的他，身體一步一步的虛弱，無法下床了、無法自己小便了，肢

體愈來愈無力了，吃飯時，要靠太太從背後把身體拉起來，自身已經完全沒有支撐力了，生命力就這樣一點一滴的流失，只有自己一個人孤獨的走向死亡，當他身體痛苦的時候，他都是痛苦的皺眉，啊的叫一聲！很痛苦的慢慢翻個身，然後用手扯衣服（P5-254-255），他不斷地踢被子，他岳母就又幫他蓋上，一會兒又踢掉，身邊環境的有些吵雜，電視機播著新聞，病友的家屬們就應著新聞話題談論著，歲通的臉上透著像是絕望的表情，周遭的聲音的吵雜與歲通沉默不語，並且身體正在承受著痛苦形成強烈的對比，是如此地格格不入；他太太在外面辦事情打電話過來，問歲通事情，岳母拿著手機在歲通耳邊，歲通微弱的聲音回答：「好啦，好啦」；他的身邊只有太太與岳母輪流照顧。

歲通的太太有恐慌症，經常訴說她照顧的壓力、恐懼與辛苦，她說：「她不放棄，她想可能是吃「抗癌食品」的速度追不上癌症，所以她就加量再給歲通吃（膠囊 4 顆加到 8 顆 還另外泡的有一種很濃稠的液體喝），他們還是抱著希望繼續吃，後來依舊是腦部和肺部的轉移腫瘤只有擴大的跡象，一點都沒有好轉，她最擔心的就是歲通會不會怪她吃「抗癌食品」而沒有繼續做化療」（P5-224-228）；有一天，在家裡她弄給歲通吃，她說以前歲通從來不曾拒絕過，那天把杯子拿到他嘴邊，他皺了一下眉頭，搖頭說：不要吃了，她覺得太浪費了，她就把它喝下去，才知道這麼難喝，因為是濃縮的，那腥味讓人想吐，她想歲通以前怎麼這麼勇敢呀，他太太說：「他不吃了，我就不會再勉強他吃了，所以就停了」。

歲通要如何用語言表達這無法說也說不清楚的生命處境與感受呢？他的沉默、他的不語，照顧者多麼想自欺欺人的說：「因為腦部轉移的腫瘤導致他逐漸的失去語言的表達」，但當你看著他的眼睛會說話，有反應，那雙眼睛的生命在訴說著他的種種感受，你突然之間聽見了「無語之語」，在無聲處聽到了驚雷，然而我們卻是要求病

人用我們平常最常使用的「語言」來跟我們溝通，卻不是以病人「沉默」的方式來跟他相處。崑通的沉默是苦難的語言，他曾經講過一句話：「他說做音樂的人，都是心事往心裡放的人」(P5-115)。崑通在知道自己的癌症轉移後，想要把錄音技術傳給太太，太太拒絕之後，崑通從此便不再提了，他冷冷的說：「不學就算了，沒有什麼割捨不下的，愈吵架感情愈差」(P5-112-113)。崑通在他太太面前像個聽話的小孩子，順從太太打理他的生活起居以及照顧，問起他是否會不捨、擔心他太太，他說：「不會，順其自然，我死掉她就自由了，也可以改嫁」(P5-65)。

楊韶剛 (2001) 整理羅洛 梅的存在心理學的觀點指出：價值感和尊嚴感都屬於自我感的核心範疇，因此價值感的喪失使人產生焦慮。崑通在音樂世界裡找到了自我價值感，人是價值性的動物，這些價值面臨到威脅，便引起焦慮；崑通他一生的所累積的經驗，就在他太太拒絕他之後，他的存在價值將隨著死亡灰飛煙滅，價值感可被視為其自我存在的基礎；死亡帶給崑通的是他價值感的心理生命受到威脅，他並不在乎實質的生命，所以他說：「看得很開，生命不在於長短」(P5-3)「生命不在乎長短，活過就好了」(P5-114) 他想延續的是擁有「音樂技術」的生命。

蔡昌雄 (2002) 的研究指出：在現有的臨終照顧模式比較是採取醫療合作的照顧模式，以角色取向並且採取的是一種人際互動回應臨終病人。護士來到沉默崑通的床邊，執行常規的護理工作，對於臨終照顧模式，護理人員習慣採取一種社會性的、治療性的「人際互動」方式與病人相處，然而，病人偏偏不在社會人際層面上與護士互動，護士在照顧工作不知如何、也很難與病人採取「心靈互動」方式交流，愈是想要以介入的方式來觸碰沉默的病人，病人的心門關得愈緊。

第三節 臨終病人身體照顧的極限

死亡其實就在生命裡，但是我們一般都將它潛抑在意識底下，否則死亡焦慮不斷地從生命的深層竄出，將會造成生活上的困擾；但是當焦慮依附在具體的對象或是處境時，總是可以得到改善，因此，焦慮試圖要變成恐懼。癌末病人從社會自我退出社會，是隨著身體的敗壞而逐漸朝向臨終，病人關注身體的症狀並試圖去理解它，這些症狀就變成客體的症狀，活生生、未經反思的疼痛是肉體，但一旦加以反思，疼痛就變成了個人直接主觀的心理客體，也就是生病的感受；於是病人對於身體各種的難以緩解的疼痛、喘、腫瘤傷口是活生生的體驗，不僅是作為症狀上的痛、喘、腫瘤傷口，而是作為「痛、喘、腫瘤傷口」被我所感受（Toombs,1999）。

病人的「身體」成為意識上的焦點與身體為己也為他人存在的同時，暫且可以舒緩死亡焦慮對存在核心的攻擊；然而，隨著身體支柱的逐一崩解，肉體死亡的含意是自我存在的精神意義的失落。本節呈現不同臨終病人的身體支柱崩解的過程中，顯露其個別存在之精神意義的失落。

May（1969a）認為科技已經使得個人與個人經驗的較深向度之間形成隔閡，工具與技術原本是人類意識的延伸，但是卻容易變質為人類避開意識之保護網，而工具成為防衛的機制。安寧護理人員將臨終照顧的焦點置於身體症狀上的緩解，將病人視為一種疾病狀態，並且是因為癌細胞所造成的組織損傷的問題，這也就是 Toombs 在「病患的意義」中所指出，病人的直接經驗已被醫學完全納入自然科學解釋的因果範疇之中，當護士以自然科學的態度看待病人身體功能的紊亂，對科技的執著、相信與依賴的防衛作用，所針對的就是對非理性的恐懼；與病人因著肉體的痛苦的症狀所隱含身體支柱崩解底下的死亡焦慮上，顯現其在身體照顧極限下的挫折經驗。

一、護理照顧解不開被蜘蛛網纏繞的「痛」

在一個小夜班的夜裡，接近午夜的時候，村生伯喊痛的受不了，小夜班這個時候，整個病房在此時格外的安靜，大部分的病人和家屬都睡了，村生伯喊著痛，驚醒了旁邊的太太，太太在晚上的時候很怕吵到別床的病人與家屬，於是趕緊衝到護理站找護士，護士則抽了止痛劑和鎮靜劑，立刻到了病房，跟村生伯說：幫你打個針，小敏護理師打完針後，沒有再說什麼，就離開病房了，村生伯逐漸的睡去，太太又放心的躺回陪病床休息，那間病房又恢復了靜悄悄。

(P1-43-47)。而蘇珊護理師面對夜裡病人因身體症狀而無法入睡，面臨同樣的處境時，她在心裡的声音是：有時候如果在四人的健保病房裡，心裡會蠻掙扎的，你是要說為了其他病人把這個病人打昏呢？還是說你要讓他這樣子 (NA-556-557)？在過年期間有一天，村生伯又叫痛了，當時的兩位護理人員商量的結果，想要試試看不立即處理，再觀察看看，就沒有過去看他，結果村生伯非常的生氣，太太看不對勁了，趕緊叫護士抽藥過來，小曼護理師過來了，村生伯說：「你們都不知道病人的痛苦」，護士立刻陪不是，解釋說：我已經在抽藥了，太太也幫忙護士講話，村生伯也跟小曼護理師說：「對不起啦，實在是因為太痛了」(P1-457-462)。

紅荳護理師照顧村生伯的感受：「他醒來就馬上要打針再睡覺啊，小姐你給我一針阿，那現階段只求不痛、打個針，其實他後面的末期疼痛加劇，那我們可以給他什麼呢？再談一些靈性嗎？他已經沒有辦法了，痛都已經來不及了還講些什麼靈性，他會覺得你們都不懂我」(ND-180-184)。

村生伯說：「為什麼要受這種苦？我根本不像男子漢，像小鱉三，有什麼辦法可以讓我比較不痛」(P1-57-58)；「這個痛像蜘蛛網一層層的包住，有沒有辦法把肋骨剪掉一段？讓它鬆一點，忍耐又

要忍耐到什麼時候，要振作，用飛箭跟它打，看誰贏，它又躲在裡面，找又找不到，痛得太厲害了啦，看以後有沒有辦法把它拉一點點起來，不要那麼緊，這樣就不會那麼痛」(P1-168-170,198-206)，村生伯被蜘蛛網般細密、無間層層包圍著的痛困住，痛躲在他身體裡面，在自我的內在時間意識裡，他對抗疼痛，以他軍人的思維，想要用飛箭作戰的方式消滅他的痛，他找不到，痛讓他困在當下出不去，困的那麼緊，讓他如此的痛，在痛的存在處境下，他不知該如何跟自己相處，他說：「現在痛，只有自己的」(P1-139)；「裡面熱得不得了，痛在裡面太熱了，熱到六七十度，熱到受不了，因為這是癌症腫瘤而熱出來」(P1-629-631)。「痛」是村生伯明顯的恐懼對象。他的身體的「痛」，同時也是作為具有特定的預兆和意義的痛苦，也就是癌症關聯的就是死亡，因此村生伯是以死亡為痛苦的方式體驗他的「痛」。而受苦與死亡焦慮來自於生命的疆域不再永恆，不再能夠安穩地免於侵擾與改變 (Lair,1996)。

「痛」把村生伯的生命時空縮限在病床上，他知道健康的世界回不去了，痛在當下，找不到未來的出路，他的存在根基面臨強烈的震動，他對抗痛，他說不出綿密的痛連結背後的是他癌症腫瘤所代表死亡非存有的威脅，他慣以過去二元對立的方式想要將肋骨剪掉一段，生死相連的問題，村生伯企圖以分割來處理身體的痛，緩解死亡迫近的焦慮。蘇珊護理師說：「我就有跟他稍微聊過，然後他其實也同意我跟他講說其實他要在沒有痛的時候其實也是很焦慮很痛苦然後等待他的痛」(NA-11-12)。

安寧護理人員對村生伯說他蜘蛛網纏住的「痛」，對應成為癌症病理損傷的客體，通過生理學、病理學的學習過程，已經將疼痛轉譯成疼痛指數的量化數據，通過醫學的範疇與概念化來界定「痛」。護理人員在面對病人的疼痛時，在醫學（問題解決）的思維下，回應病人的疼痛，一定是採取疼痛評估，給予病人注射止痛劑，除此

之外，也不知還能如何幫助病人。小好護理師面對常規工作下，處理病人疼痛時，只能很無奈地對病人說：「我在幫他打之前，我就會問他說，你是真的很痛嗎？你如果真的很痛，我才幫你打，不然如果你不痛又叫我幫你打，這樣我們整個疼痛評估都會亂掉了」（NB-159-161）。

Toombs (1999) 在生病當中，我們的軀體，尤其是疼痛的某個方面，就成了我們意向的對象，而其他的一切則成了背景，生病使得軀體被體驗的方式發生了根本的改變。村生對「痛」的感覺體驗使得肉體成為意識的重點，並且是全神貫注於身體功能紊亂下發現其意義所在，而說出了「就像蜘蛛網纏繞一層又一層綿密的痛」、「裡面熱到六七十度」，這樣的「痛」、這樣的「熱」，薇薇護理師對村生伯說：「我們試試這力量，我們用腦袋的意志力量壓下去，冰塊敷在上面，村生說：「沒有用啦，裡面熱得不得了」護士說：「我們在冰山旁邊、吹電風扇、喝冰茶」，村生說：「也沒有用，都也沒有用啦，太熱了」(P1-628-630)。護士在自身的護理科學主義的態度下，是沒有辦法可以理解與處理村生伯所說的「痛」與「熱」，因為找不到專業知識上可以對應強度的位置來回應村生伯感受如此強烈的痛；護士心理的聲音：「蜘蛛網纏繞一層又一層綿密的痛」是幾分的痛呢？「六七十度的熱」是怎樣的熱呢？護病之間存在如此之大的一種認知上斷裂的層次。

二、止痛針止不了的「痛」

每個人的身體，一定都曾經經歷過疼痛，但是對於健康人而言，我們都知道疼痛是暫時的，它只是暫時阻擾身體的能動性，它可以被任何的方式所緩解，不管是打針、吃藥、休息，它不會造成心理的不安，在一定的時間內，疼痛就離開身體了。但是對於癌末的村

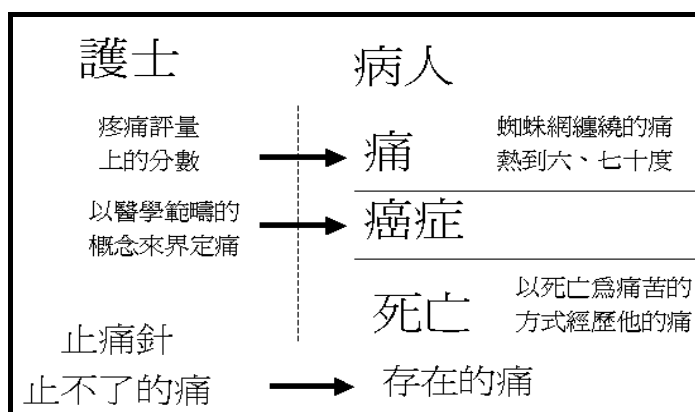
生伯而言，「疼痛」就是他，他就是「疼痛」，村生伯說：「癌症為什麼要這麼痛？痛起來，真的沒有意義，人生為什麼要受這種苦？」（P1-34-35）在住院期間村生伯痛起來，就是要求要打針，沒有痛的時候，也會在話語中不斷地說：「太痛了，人生太苦了」；第二次出院返家休養，在家中看到過去軍旅的照片，透露：「以前為國家做事，只是混口飯吃而已，現在為什麼得到這種病？軍人有誰像我現在這樣？痛成這樣？我唸阿彌陀佛、觀世音菩薩佛號，希望解除我的疼痛，流星帶走我的痛，只要沒有痛就好了，以後要做彌勒佛，笑口常開，人生太苦了」（P1-154-158）；村生的「痛」、「人生的苦」讓他覺得生了這場病，躺在這裡，人生沒有意義了，痛以外，什麼都沒有意義，除了不痛以外，其他都是有意義，如果說，我不痛的話，我可以做一百件事情，痛起來，什麼都不能做，對不對，真是氣死人了（P1-265-266）；生病之前，退伍後還找工作做，希望能夠再賺一點錢，沒想到卻生了這場自己從來沒想過的病，「早知道就不要工作了，車子開著，台灣到處走一走，本來是計畫這一年，可是天不從人願啦」，那時候想能賺錢就多賺一點，才會馬上找工作做，人生有這個機會賺錢，難得呀，這時候不工作，那要什麼時候工作？等到賺錢賺到一半，差不多了，發現了，這都是命，講來講去，都是命」（P1-209-214）。疾病與疼痛闖進了村生生命的舞台，他感嘆自己的無能，因為隨著身體逐漸地崩解，象徵著對生命的權能感的喪失；他過去的生活計畫不能再投向未來，這是他始料未及的劇碼，在不能拒絕的情況下，被迫穿上癌症病人疼痛的戲服，掙扎狂亂的想要逃離，拒絕悲劇角色。

村生伯自認一生奉獻國家，沒有做壞事情，現在為什麼得到這種病？軍人有誰像他現在這樣？他覺得不公平，「可是我還是不服輸，我將來還要到閻羅王那裡打報告，我要告他，像我這種病苦的人，還要讓我受這種苦，第一個我不抽煙不喝酒，為什麼是我，不

公平啊，我殺人放火做壞事我沒話說，唉喲，世界上，找不到幾個好人啦，你這樣給我折磨，我服氣嗎？我不服氣，那我只有忍耐，阿忍耐又要忍耐到什麼時候？」(P1-215-218)。癌症闖入村生伯平順的生活，沒有生病前，生活與未來都在計畫當中，這個不速之客，讓生命的規劃從此破碎，讓人生的棋盤大亂，因此，不斷地問為什麼？為什麼？為什麼？我一生做好人好事，為何遭受命運如此的對待？村生伯罹患了癌症以及現在身體的「痛」，叫他該如何忍耐，「存在的痛」告訴他，他好不了了，同時也被恐懼所攫獲，他完全沒有客觀時間的座標，每一分每一秒都是煎熬；本來生命裡的一切都是在期待、計算、掌控當中，朝著被計畫的方向來過生活，現在的他，對過去充滿了懊悔；在死亡的處境下，「存在的痛」讓村生處在不斷的疼痛中，面對死亡或是變成廢人般地感到恐懼而沮喪，那個操控一切的「自我」再也無法保有過去賴以存在的根基，越掙扎，似乎讓自己有如在泥淖中，才發覺到生命是如此活得不夠透澈，整個人掉進了深淵。

小妤護理師走進病房看見村生伯皺著眉頭，想著他一定又再痛了，護士問：「你現在痛有幾分，村生伯說一二分，那那眉頭為什麼皺那麼緊？村生伯說，癌症為什麼要這麼痛？」(P1-33-34)。而小燕鷗護理師面對病人打完了止痛針，沒多久又喊痛，她說：「止痛劑繼續打，打到不行、打到昏，然後醒過來之後，他又痛了，繼續打，就這樣子一直打下去」(NC-184-185)。

小妤護理師聽到村生伯問：「癌症為什麼要這麼痛」，護士心裡也知道這是病人在問靈性的問題，可是也沒辦法對他說什麼，村生伯他「存在的痛」，對照到護士的疼痛評量尺上的分數是一~二分，然而這卻是護士手上的止痛針如何也止不了的「痛」。以下以圖示說明護理人員在安寧照顧工作中回應臨終病人的疼痛層次圖(圖三)。



圖三 安寧護理人員回應臨終病人疼痛層次圖

三、無法忍受面對病人「痛苦的身體」

敏龍因為腹水以及嚴重的腸阻塞無法進食而住進安寧病房來，由於吃了東西，腸絞痛和腹脹厲害，就不敢吃東西了，腹水的問題一天比一天嚴重，有一天下午二點鐘，敏龍又腹脹、絞痛得厲害，小青護理師來到了病床邊，看著敏龍說，「很像難產對不對」，敏龍比個手勢，很想把肚子剖開來，整個臉全皺在一起了，臉頰整個消瘦下去，又是雙手握拳、咬著牙，志工師姊進到敏龍的房間，坐下來說：「你現在才知道，媽媽生孩子有多痛苦，你懷的是聖子，才會這麼痛」(P3-28-31)。護理人員照顧病人腸阻塞的問題，除了執行醫囑給予藥物的緩解、灌腸，以及使用精油按摩腹部之外，對敏龍在症狀上的緩解，也盡力做到如此；對於大腸癌所引起腸阻塞的合併症，護理人員認為敏龍需要醫療上的根本處置會大於護理給他的協助。

一天的下午，他的主治醫師來為他照個超音波，決定要抽腹水，結果水都在腸子裡，不在細胞外，抽到的都是一些糞水，根本無法緩解腹脹的問題，敏龍的肚子就像個又硬又圓的皮球，在一個四十

幾公斤的男人身上，讓他痛苦難耐，他現在腸阻塞的位置在腸造瘻口的上面，因此灌腸根本無法緩解，敏龍又不願意長期靠藥物的協助，所以醫師建議敏龍在現在小腸阻塞的部位上再做一個造瘻口，在當下他沒有立即做決定，近日來他幾乎沒有進食，如果選擇了再做一個造瘻口，他說：「我就是兩個造口的男人」；沒有吃東西，感覺頭暈的厲害（P3-160-161）。

這一次住院，照會中醫師來看他，並且幫他腿部針灸，似乎帶給他一些關懷大於實質的效用，而他的主治醫師鼓勵他：跟疾病相處，接受它，跟它講話，愈想對付它，它就用它的方式搗亂，他說：「我現在就是要學習跟它相處」（P3-79-81）。主治醫師再一次解釋做小腸造瘻口術的必要性，敏龍說：「不做不行了，不處理就一直打針，進退兩難，做了只是怕身體承受不住這個手術的風險」，主治醫師對敏龍說：「外科醫師是這方面的專家，大家都會盡力幫你解決問題，醫師也是會評估你的狀況可以做才會做」（P3-163-166）。

Toombs（1999）提到「身體」在本質上是「屬己的存在」，它體現了我，我的軀體與我是一種最親密的關係，但卻又是「為他人存在」。可以從寶鈺的身上看見她的身體既是「屬己的存在」，同時也是「為他人存在」：主治醫師查房，寶鈺問主治醫師她現在腹水那麼嚴重，到底要怎麼辦哪？醫師說：「一種是抽腹水的方式，另一種是用打針的方式，不會感覺到脹，打白蛋白消腫，慢慢消」，寶鈺說：「慢慢消，有多慢？」寶鈺說：「要徹底解決，要徹底解決這個問題」，醫師說：「要怎麼解決？」寶鈺說：「因為我覺得這個問題還是要解決，我也常告訴它要跟它和平共處，可是它讓我很不舒服」，醫師說：「你不舒服，還是要靠打針啦，肚子脹得難過要跟小姐講，打個針，不要讓它糾纏你」（P4-142-148），這個看起來有如懷孕般的「大肚子」，讓寶鈺和醫師都想要用科學的方式解決它。軀體為「為他人存在」，這樣的體驗是一種異樣的體驗，我通過他人的眼睛看到自己，

並且意識到我的外表，當醫師視察我的身體，我自己也體驗到我的身體為一客體，活生生的軀體變成了我主觀外的一個事物，軀體是屬於我自己的，同時對於他人而言，它又是客體，我的身體是表態的，也是被表態的。

對於敏龍而言，除了感受到異己的身體之外，更令他擔憂的是感受到體重一路下滑的警示，他說：「現在體重由五十幾公斤變到四十幾公斤，這才是令人最害怕的」(P3-20)，敏龍的注意力聚焦在「體重下降」上，這個賦予客體的突顯，成為了敏龍生命最大的威脅感，體重下降代表了生命力逐漸地一點一滴流失，敏龍擔負照顧家庭的重責以及經濟來源，照顧年老的母親，以及受到大嫂托付照顧兩個姪女，生命力的流失，讓他的存在價值，已經受到強烈的威脅，這樣的威脅是肉體生命面臨毀壞，而感到不安與焦慮，為了要消除內在這種意義經驗被阻斷的感受，他寄託於如果病好了，要做志工，「因為自己這樣親身經歷過，才懂得安慰人，病好了，想賣一切有關佛的東西」(P3-21-22)。

Moran (1999) 指出焦慮會讓我們揭下日常於世的熟悉的面具，焦慮讓一切變得無意義，甚至失落自身存在的意義，焦慮也讓我們意識到某種虛無的感受，以及存在的無根；沙特曾經對焦慮描述過：「焦慮帶給我們一種暈眩，讓我們簡直無法站立」。敏龍嚴重的腸阻塞讓他不能繼續成為家庭的支柱，以及寶鈺的肚子使她不能再繼續為人母的角色，症狀成為臨終病人關注在身體上的焦點，寄託症狀如果被緩解，代表了生命相對的又被延長了，此時的寶鈺與敏龍依舊以社會心智自我的意志力，企圖不讓生命底層的死亡焦慮往上竄升。

敏龍說：「不做造口不行了，以後要寫一本書，叫『兩個造口的男人的希望』」(P5-173-174)；他覺得即使痛苦也要活著，曾經問小青護理師，「有什麼藥是可以吃體力好一點？」，小青回答說：「也要

醫師開藥，我們才能給你呀」(P5-177-178)。敏龍希望獲得體力活下去，然而護理人員卻認為病人需要「體力」，沒察覺這是病人的死亡焦慮，故認為這只有醫師開藥給他，而護理人員也只能以執行醫囑的方式才能幫他。

陳佩蓀(2005)所作的脊髓損傷者疼痛知覺與調適經驗的研究指出：身體在日常生活世界之中總是處於背景底圖，平時我們的意向專注於與世界建構關係與締結意義，身體是以一種隱而不顯的方式作為支撐趨力，發生受傷或是疾病，身體才從底景跳出來。護理人員看著敏龍的肚子，注視著他的身體，對敏龍而言，肚子變成了一個客體化的對象，敏龍到了癌症末期，嚴重的腹水，使得平時我們從來不會注意的肚子，躍上了意識上的主角，成為「異己的身體」，他一直懇切的拜託主治醫師，希望醫師能夠把他的症狀處理好，不然，他會胡思亂想，會不想活了(P3-78-79)。敏龍關注在身體症狀上消除，其實是壓抑潛意識下的死亡焦慮，讓死亡焦慮綁住在意識層面上對症狀的恐懼，他非常渴望想繼續活下去，然而死亡否認其實並不能遮蔽深層的潛意識的死亡焦慮。

敏龍與村生伯相反，村生伯痛起來就像小孩子希望護士幫他打止痛針止痛，而敏龍卻是一直忍耐，他會跟護士說他很不舒服，肚子裡很難過，但是他很少要求打針，而小青護理師卻勸他不要忍痛，打一隻止痛針讓自己舒服些(P3-33-36)。護士不可能看著病人痛苦成這樣全身緊繃著忍痛，而不幫他止痛，到底是病人無法忍受「身體的痛苦」？還是護士沒有辦法忍受面對「痛苦的身體」？反而會勸說病人不要忍痛，打個止痛針和鎮靜劑，緩解疼痛與睡眠之後，恢復一些精神與體力；然而敏龍卻說：「我只要打止痛針，不要打鎮靜劑，我要醒著，想很多事情」(P3-40)最後護理人員在忙碌之餘，也未深思病人「要醒著，想很多事情」背後所代表的意義，而是採取護病倫理的觀念，尊重病人的意願，不給予注射止痛劑。

護士以生物醫學的模式來理解敏龍腸阻塞所導致肚子的脹痛。癌症末期的症狀，不只是一組用來界定某種特定的疾病狀態與症狀的集合，而是一種整體的失調感，敏龍正是呈現這樣的失調感的方式存在；突顯在護士面前敏龍的腸阻塞的痛苦、寶鈺嚴重腹水的問題，護士理性上以專業分類化約為一個事物，情感想像上覺得敏龍的疼痛難耐像是「難產的痛苦」與寶鈺那大的像快生的「大肚子」，而裡面卻不是一個生命，病人成為一個病身的物體，而非是一個主體。護理人員嘗試在照顧上藉由醫療照顧可以採取的控制層面，來逃避其自身的恐懼與限制感，潛意識下想要控制死亡焦慮的動機，運用自身可以操作醫療技術幫病人做醫療上的處置，得以逃避內在的死亡恐懼。

第四節 與在世存有分離之照顧衝擊

由存在心理的觀點出發試圖理解臨終病人，當自我意識與人為的造作最終抵擋不住身體支柱的崩解，生命的存在已經被死亡焦慮所威脅，而感受到痛苦經驗；人總是希望自己是無限的，但又同時意識到人的存在受到死亡的威脅因而是有限的，焦慮便由然而生；焦慮從嬰兒一出生與母親的分離便開始，直到我們死亡的時候終將獨自一人與人類的存在分離。當一個人如果注意到自己面對自己的某個處境可能會產生焦慮，那麼他已經體驗到了焦慮，他必然要採取步驟來面對這樣的處境，才不至於讓自己被吞沒（May,1977）。

在本節裡，描寫與詮釋臨終病人自覺終將面臨生命的消亡，他們各自面對與世間分離的臨終處境。安寧護理人員照顧臨終病人因著死亡迫近，死亡焦慮被置換或是變形為外顯的種種表象，在負擔照顧身體的極限照顧壓力之下，更無從理解起臨終病人生命末期之死亡焦慮引發的防衛形貌，更顯現其臨終照顧之衝擊與困境。護理人員面對病人的病身愈來愈朝向與在世存有分離，而呈現出如同Yalom(1980a)存在心理分析個體面對死亡時出現對抗死亡的防衛：訴求個體的獨特性與終極拯救者。本節中顯現護理人員於其照顧的無能為力，面對病人的臨終處境，呈顯個人之獨特性來防衛自我的死亡焦慮，以處理病人「片段」的事物來回應病人整體生命受死亡焦慮的威脅處境。

一、「處理」病人能否回家的問題

村生伯在第二次住院將近一個月的時候，吵著要回家，但是他太太認為村生疼痛控制的打針時間並不是很規律，如果回家她不知該如何照顧，可是村生仍一直求他太太讓他回去。小妤護理師便在

交班的時候，特別提出：「村生住院快一個月了，應該要做出院準備了，但是他的疼痛控制似乎不是很好，他回家最大的問題誰幫他打止痛針，還有打的時間又不固定的問題，而且他們家超過我們醫院居家照顧的範圍，或許可以考慮建議他們可以尋求他們家附近醫院的安寧居家照顧」(P1-78-81)。後來出院準備止痛劑和鎮靜劑，以及教他太太如何注射，最後讓村生伯如願回家。護理人員回應病人「回家」的問題，明顯地抓住護理居家照顧的問題，以及有效地採取行動教導家屬居家照顧注意事項，但是卻未提出討論「想回家」背後對於村生伯的意義為何。

出院前，村生伯喃喃自語地說著：「祖先保平安，要去祖墳拜拜，祖先保平安，要去祖墳拜拜，爸爸媽媽保佑，爸爸媽媽保佑」(P1-67-68)。回家的原因，原來他是想要看看存款簿、印章、證件，回家每天可以看見外孫圍繞在身邊，親情與家庭的溫暖，其他時間就是打止痛針和鎮靜劑，返家一個星期後，又吵著要住院，他說：「痛得沒有辦法啦，要來住院，回去是為了處理一些事情，房子、財產 回去在家都沒有吃，除了躺在床上，起來就是痛，」(P1-166-167)，再度入院的時候已經接近過年，村生伯說：「這星期來住院，然後回家過年，不過能不能回家過年也不知道？」(P1-179)；村生伯只有在入院的頭兩天看到許多人來關心問候他，心情開朗些，第三天之後，村生伯又被「存在的痛」攫獲，醒著的時候，總是說：「好痛哦，唉喲、好痛哦、啊、甘苦喔，我怎麼這樣痛 住院還是一樣痛」(P1-344-345)。

農曆年的前三四天，一個多年老鄰居來醫院看他，村生說：我要死了，聽到他這麼說，馬上說：「亂說，快要過年了」，村生說：「我時間到了」，鄰居又說：「還沒啦，誰跟你說？」村生說：「阿彌陀佛說的」，鄰居又說：「快過年了，你怎麼隨便亂說」，鄰居說：「不要

亂說，你有什麼事？」村生說：「沒事」(P1-425-428)。過年的時候，家人，兩個女兒、小孫子和兒子和村生的哥哥來醫院陪他。在新年的時候，嘉嘉護理師向村生祝新年快樂，村生也希望護士大家都快樂，卻說自己並不快樂，因為身體疼痛 (P1-433-434)。張利中、林志龍、洪栩龍 (2001) 在醫護學生自我概念落差與死亡焦慮之關係的研究指出：醫護人員被認定在未來的醫療團隊中，被要求「應該」要重視醫病關係，以及要具備關懷體恤的能力。因此當護理人員帶著這樣的觀念來到臨終照顧的場域裡，在中國人最重視的一家團圓的新年裡，帶著祝福的心向病人說：「新年快樂」，然而，這在一般健康的人如此容易說出互道新年快樂溫暖人心的話語，對面對死亡的村生而言，反而拉遠了與他的距離，而這又是護理人員以自我認定的方式，在那樣一個濃濃氣氛的節日裡，應該要向病人說出祝福的話，卻不知這樣的話反而不能帶給病人安慰，安寧護理人員在面對照顧臨終處境下的病人，正是由活生生的情境經驗挑戰到原有過去許多認定的「應該我」該如何如何的做。

村生與其他人有著無法跨越的鴻溝，這指向了村生處在一種更深層的孤獨感 - 人與世界的分離，村生伯認識到「我的死亡」，讓他了解到沒有人可以與他一起死，或是為別人而死，死亡是人類最孤疾的經驗 (Yalom,1980a)。

當村生伯在問「為什麼會這麼痛」的時候，沒有人可以回答他；Crumbaugh (1987) 詮釋弗蘭克曾經說過：「絕望是起因於一個人把自己所有的能力、價值的蛋都放在同一個意義的籃子裡，一旦籃子有所震動，則將所有的蛋都打碎，陷入不知所措，與找不到人生的目的到底為何而活」。村生伯曾經談過他從來不曾想過自己會生病，而且是得癌症，更沒想到他不到六十歲就躺在病床上，他過去認為人生應該活到七十幾歲，沒有痛苦的離開世界，村生伯現在的處境完全顛覆了他過去看待自我生命的看法，他始料未及地無法接受扮

演人生苦痛悲劇的角色。Pascal(1657) 的沉思錄中在第二篇中提到「人的不相稱」, 這不只可以詮釋村生伯的受苦, 也是描寫了人類共通的命運: 我們每一個人如同一舟孤帆, 航行於寬闊無際的大海中; 波濤洶湧、風浪翻騰, 孤舟隨著風浪、隨著波濤, 或左或右、或前或後漂浮不定。正當我們以為即將抵達彼岸時, 無情的海浪, 卻捲走了我們的希望。村生伯辛苦奮鬥一生, 以為未來的生命可以身體健康、活到七八十歲、享受生活, 癌症如同無情的海浪卻捲走了村生伯一切的希望; 沒有依靠、沒有實在可言。對我們來說, 人生沒有靜止的時候, 這才是最真實的處境, 它與我們內心的傾向正好相反; 我們心中熱求一塊平穩的地方、最終的基礎, 從那兒建立一座上通「無限」的高塔; 然而, 我們整個基石破裂、大地則呈現出無數個深壑。

臨終病人因著身體的衰敗, 逐漸地與外在事物脫鉤, 進入了自我存在的孤獨感, 當人在世界中所有的事物意義逐漸剝除之後, 就會面對世界的孤寂、無情和虛無而感到焦慮; 然而, 護士依然依附在世界之中, 攀附在許多事物上; 臨終病人整體生命的經歷, 每一個經歷都如同「環節」般相扣著, 是無法脫離整體而獨自存在的, 而護理人員很容易把病人「想回家」的心願當成「片段」, 作為可以獨立的一件事看待及處理, 而遠離了病人的生命的整體經驗 (Sokolowski,2000)。

在照顧工作中, 護理人員將自己交托於繁忙當中, 如同 May (1977) 所說: 「人們不斷地讓自己分神、逃避無聊、避免孤獨的方式裡, 可以不必想到自己」。因此護士完全只能在社會的層面上、醫病關係的角色下與病人互動, 病人更覺得只有自己在孤島上, 逃離不了, 而護士除了身體照顧之外, 護士非本真的存在是貼近不了病人在本真存有的處境。

二、大家都在幫你「加油」，你不可以放棄

敏龍看到主治醫師來查房，總是懇切的拜託醫師幫他把症狀處理好，不然他會胡思亂想，會不想活了，醫師鼓勵他要跟疾病相處，接受它，跟它講話，愈想對付它，它就用它的方式搗亂(P3-79-80)，敏龍也說：「我現在就是要學習跟它相處」，他決定接受手術，再做一個小腸造瘻口，媽媽也舟車勞頓的從彰化搭車過來陪他，敏龍一見到媽媽來，就向主治醫師介紹這是我媽媽，很關心的問媽媽，有沒有穿暖一點？他說：「他不能倒下去」，讓媽媽在這陪他二天，不能讓媽媽太累，寧願大哥累，也不要媽媽累(P3-102-103)。

敏龍在手術前向護士表示自己的時日不多了，堅持地要返家一趟，返家後見到他那兩個視如己出的姪女，像是交代遺言般與她們告別，回到醫院後說：「這是他最大的心願，已經達成了，這次可能是最後一次回家了」(P3-119-122)；敏龍他一方面對症狀治療的手術方式，抱有一絲絲的希望，想要繼續活下去，為了母親也為了家人，但是他心裡也感受到他目前的生命處境隨時就會有斷裂的可能，「回家」讓他對世間的親人做了告別，回到醫院，懷抱著「兩個造口男人的希望」繼續採取死亡否認的方式來壓抑生命底層不斷攻擊他的死亡焦慮。

敏龍一路堅持下來的意志力，在與死神奮鬥的過程中，一會兒有那麼一點希望，一會兒狂風暴雨向他襲來，身心的痛苦讓他幾乎瀕臨崩潰的想以死解脫。May(1977)提出「生的意志」與「死的意志」看起來似乎是一種衝突的概念，這個衝突不僅是在焦慮中所產生的，它本身就是焦慮的產物。

敏龍強烈地求生，但身心的痛苦也讓他強烈地想死，死亡焦慮瘋狂地撕扯著他；敏龍他始終以假裝「要活下去的意志」來驅除心中的鬼魅，成為他穿戴堅強主體的唯一任務，過去對死亡的逃避閃

躲，在這死期急速壓縮至當下，恍若鬼魅，在他看著自己身上再多一個造瘻口的身心痛苦時，這些鬼魅就在身邊大肆的喧囂(余德慧，2005)。

敏龍他在死亡的前三天，要求要吃東西，小腸造瘻口開始出血，主動要求要輸血，他非常地擔心，不知道是不是沖洗造瘻口的關係？還是腫瘤在出血？白天他非常地緊張，造瘻口只要鼓起氣來或是糞血水出來，護士就幫他將糞血水清理乾淨，讓他看了安心，但是因為出血，護士也跟他解釋，手術才剛做完，不要太常去刺激傷口，臨終的前一天還表示要繼續奮鬥。他到死之前生命已經如此地蕭瑟脆弱。他如同在 Buscaglia (1982) 所著的「一片葉子落下來」這本書裡，描寫有些葉子在掉落前和風掙扎撕打，而有些葉子只是把手一放，靜靜飄落。敏龍用盡生命的力氣來對抗死亡，在對抗的死亡的過程，「輕輕的放手」與「堅持活下去」中，他選擇了後者直到他生命的最後。

敏龍手術當天早上，前一晚照顧他的蘇珊護理師交班：敏龍非常地緊張，幫他從鼻腔放置了一條鼻胃管引流，他感到非常不習慣鼻胃管在他的臉上然後再接一段引流管接到引流瓶上，引流管讓他非常的痛苦，敏龍又擔心解尿解不乾淨，凌晨三點鐘的時候，睡不著，抓著蘇珊護理師的手說：「只有你最了解我」，他感覺腹痛脹有七分，整個晚上打了 morphine (止痛劑) 五支，非常地不安、緊張，影響著整間病房的病人、家屬都沒辦法睡，他很怕自己無法承受這次手術，請蘇珊護理師離開，與媽媽、三弟四弟抱在一起哭；一早要送進開刀房，蘇珊跟敏龍說：「希望你凱旋回來」(P3-176-184)。

護理人員在面對敏龍生死交關的手術前一晚照顧他，其實了解到他的無助與恐懼感，但是仍然只能以疼痛評估的七分，一個夜裡打了五支的止痛針來作為回應他的焦慮；當病人對護理人員說出「只有你最了解我」時候，反而讓蘇珊感到困惑，蘇珊護理師對敏龍的

回應感受：「我會覺得說對於這樣子的一個那種需求愛越來越多的
人，我會覺得，對我來說會覺得很害怕。當到一個尺度的時候，
我會很害怕，因為我不知道說，我那個什麼給你多少這樣子。其
實我覺得他有時候蠻想一個想要很多糖的小孩這樣子」
(NA-145-149、160)。護理人員為了要隔絕病人侵擾自我的安全界
限範圍，只能抓住「打止痛針」這件事，企圖壓制下來病人的死亡
焦慮侵擾自身，並且為了自我保護，心中的採取的防衛認為：「看情
境吧！因為基本上我覺得這個是病人的課題不是我的課題那我們
也只是處理我們可以處理的事情而已阿！所以我們在做什麼我也是
覺得蠻困惑的？那只能盡量去做」(NA-762、817-818)。

手術的前一晚對敏龍而言，是多麼的漫長以及如此的痛苦難
熬，敏龍他所擁有的生命存在基礎幾乎就是破裂了，然而為家人活
下去的意義，讓面臨對他而言幾乎是死亡邊緣的手術，忍受著如此
巨大生與死的痛苦。歷經三個多小時的時間，麻醉恢復室通知要送
敏龍回病房了，敏龍一推回到病房，見到小青護理師說：「我不想活
了，有沒有針，給我打一針讓我死吧」，小青跟敏龍說：「醫生還有
我們大家都盡力的在幫你，大家都在幫你加油，你不可以說這種話」
(P3-190-192)。敏龍在痛苦的生死掙扎當中，護士在「生」的這一
邊，幫敏龍喊加油，但是加油聲卻讓敏龍抓不到任何的浮木，她是
以啦啦隊加油打氣的方式來回應敏龍當下生不如死的痛苦，如此顯
現出蘇珊護理師與小青護理師皆是在自我的安全範圍內，很努力的
做到自認為應當給予病人應有的照顧與支持，但是回應臨終病人的
死亡威脅下孤獨的存在層面上，而顯現其斷層。

三、我也不知道你還有多少「時間」

彩樺剛從腫瘤科病房轉來安寧病房的時候，有一天宗教師來看彩樺，談到如果身體調養比較好，在這裡做幾天緩和性治療之後，身體狀況允許，還是可以再回腫瘤科，彩樺說：想一想還是不要身體負荷不了了，該做的都做了，像現在緩和治療，讓身體舒服一點就好了，這裡如果已經調適得非常好，身體自在，如果又回去再打化療，不要說細胞死光光了，連力氣都沒了，又要重新開始（P2-41-44），家人、哥哥、姊姊、先生，他們都以彩樺的意見為意見，都支持她來這裡做緩和治療，彩樺來到安寧病房最大的心願就是只要身體舒服，她說：「身體舒服後，就可以說做自己想做的事，這是我所渴求的」（P2-67-68）。

彩樺到了安寧病房來，其實已經不再規避自己的死期，她知道她除了依靠自我存在的本身之外，再也無法向外尋求依靠了，她說：「她早上起來很像恍神公主，早餐不敢吃，只想保持現狀，吃了反而很難過，吃東西，肚子馬上很明顯脹大起來」她跟護士說：「看到牛奶，又期待又怕受傷害，昨天喝了 50cc，肚子馬上又脹起來，然後就打針，不敢吃了，順著身體需要，想吃就吃，不想吃就不要吃，醒來講講話，累了就休息」（P2-82-86）。余德慧、石佳儀（2003）提出臨終病人的身體已經毀壞到令他產生「願有決斷」的意願，雖然人還沒有真正進入決斷，但「願有決斷」可使人慢慢迎接決斷的到來；而絕症讓人「往下沉」，並且跌落之處是既深又黑的，在那個地方，人無法靠曾經有過的自尊自傲來拯救自己，如果要拯救自己渡過絕症，只能碎掉自尊、自傲。而臨終的身體毀壞到令彩樺產生了「願有決斷」的意願，雖然彩樺還沒有真正進入決斷，但是「願有決斷」使她準備迎接決斷的到來。

彩樺在一天夜裡醒來，她說：感覺「時候到了」，一直在想，半

夜醒來，是應該要留下一些什麼 (P2-104-105)，但她卻不會感到害怕，她覺得心裡很平和，也沒有什麼放不下，她不想先生和小孩一直打電話給她，讓她掛念。隨著愈來愈沒有體力，她感覺全身軟趴趴沒有力氣了，體力愈來愈耗盡，她說：「她想問醫師一個蠢問題『我還有多少時間？』」(P2-114)。死亡對我們一般健康人而言，是屬於「他者的死亡」，然而，對於臨終病人，死亡是「屬己的死亡」，彩樺已經不再逃避死亡這個絕對的事實，使她對存在具有「內在時間」的感受，她希望醫師能夠給她一個「客觀時間」的參考座標，來面對「成為虛無的恐懼」(楊韶剛，2001)。

進入病沉的彩樺，她說：「身體的感覺好像全身一直在旋轉，意識一直無法集中，很不舒服」，看護阿雅說：「姊姊現在都不要人家動她，她會覺得很不舒服」，問她希望誰陪在她身邊，她說：「她只想要自己一個人」(P2-317-319)。她的一位好友從彩樺生病開始便以佛法、宗教的力量，陪著彩樺一路走過來，彩樺在離世的前一天，已經意識不是很清楚，但說了：「我要走了」、「我不想要見任何人，我很生氣、我想打人」、「我覺得我要去阿彌陀佛那裡了」、「我怕阿彌陀佛不來接我」 她說：「沒有看見阿彌陀佛，」，然後把手臂向上張開像是擁抱阿彌陀佛的樣子。她的好友也來到床邊錄下了一段話鼓勵彩樺，告訴彩樺一定堅定心力，等阿彌陀佛來接引到西方極樂世界去 (P2-360、383-384、390)。

彩樺的這位帶髮修行好友，在陪伴彩樺的過程中，與她一同在痛苦中尋找到當面對與這世界分離時，將自我的靈性提升找到臨終的著力點，堅定信念的往生西方極樂世界期待，今世痛苦的結束是來生的開始，也因此，彩樺知道只有自己走這條路，所以她說：「一個人自己走這條路去菩薩那裡，快去快回」(P2-124)，然後她以身示法，她的好友說：「我是勸她不要把自己當病人啦，醫生講很多人才會發生一個的機率，所以百萬分之一的機會，就是發生在她身

上，就像師父講的，你是菩薩，妳要來面對這件事情，讓這件事情突顯出來，有很多人透過你的因緣，才能對這個病，有更深入的了解，那因為你配合醫生的治療，或許也給醫生給以後治療這種疾病機會、契機，我說，其實妳的角色很重要」(P4-605-610)，就是這樣的鼓勵支撐彩樺面對疾病與死亡的痛苦，寄託於死後世界的淨土。

彩樺進入彌留的狀態時，呼吸非常地喘，不斷地囁語，白班照顧她的小倩護理師在測量完生命徵象後，發現血氧濃度開始下降，心跳很快每分鐘 100~120 下，這是心臟代償的反應，很快就會衰竭，呼吸非常地喘每分鐘 30~40 下，體溫也開始上升，發燒至 38 度，小倩立刻忙進忙出的處理這些身體症狀，趕緊以支氣管過張劑藥物加到蒸氣吸入器中，以噴霧的方式給彩樺吸入、處理發燒、調高氧氣濃度 (P2-522-526)。小倩護理師完全讓自己忙碌專注於這些護理行為當中，雖然她知道在安寧病房就是照顧病人的生命終將會在這個地方結束，但是在當下面對病人生命危及時刻裡，把自己交托給忙碌的護理工作當中，可以讓自己抓住一些東西分神、逃避直接面對死亡，她完全沒有給自己跟病人死亡經驗相處的機會，對這樣的經驗開放，牢牢的抓住自己熟悉的護理照顧工作來回應病人即將死亡的時刻。

四、不曾想過的邀約 - 到阿彌陀佛世界下棋

村生伯罹患癌症的痛苦，讓他一點男人的尊嚴都沒有，像小孩子一樣可憐的求人打針，生命過得好好的、工作與家庭一輩子平平順順的，就如他所說的：「等到賺錢賺到一半，差不多了，發現了，這都是命，講來講去，都是命」(P1-214)，死亡對村生伯而言，已經不再是一個具體認定的事實，而是它引發的意義衝擊到村生伯的

人生價值感，當他的價值感被剝奪，感受到非存有的威脅，但他還是以社會自我的心智、軍人的個性不服輸，他覺得為什麼是我，不公平，如果殺人放火做壞事他沒話說，在這世界上，找不到幾個好人，他卻被這樣折磨，他說：「我將來還要到閻羅王那裡打報告，我要告他，像我這種病苦的人，還要讓我受這種苦」。這一世得不到的答案，村生伯寄託超越界來回答他為何受苦的意義。

不管是佛教所說的西方極樂世界或是基督教所說的天國，宗教的淨土讓臨終病人面對非存有的威脅，舒緩心中那巨大的恐懼，村生伯知道他的疾病不可能復原，在宗教上，他找到他未來的路，讓習慣計畫未來的村生，為這世的斷滅找到延續，村生伯說：「已經走到盡頭，你一定要念阿彌陀佛，要虔誠啦，我心裡就是阿彌陀佛，要把他放在心裡面 不會去閻羅王那裡啦 我現在要跟阿彌陀佛打交道，已經太苦了」(P1-222-225)。

村生伯說：「等走了再過四五十年，你們一個人差不多再多活五十年，一個一個來接，一個人差不多八十幾歲就夠了，一個人沒有痛苦最好，因為我的親戚朋友差不多都七十幾歲走的，七十歲這個年齡剛好，這時候來接差不多可以，七十幾歲全部接到天上去，然後可以組成一個團，有的下棋，有的聽音樂，有的享受，下棋的時候還可以吃花生、高山烏龍茶、開心果、蘋果，這樣多好，在人間認識之後，再到極樂世界，在阿彌陀佛那裡下棋，在天上，這個是李村生，這個是姜小蘭，你們什麼時候認識的，這樣多好」(P1-226-232)。

在阿彌陀佛的世界裡，村生伯找到他的位置，並且並不孤單，在另外一個世界裡大家又共聚一堂。人沒有辦法直接面對虛無的不安，死亡焦慮在臨終病人的身上並沒有明確的對象，對虛無的不安，那是沒有對象的，但是人無法讓自己處在不知所措的處境下，自然地在個人的生命經驗中企圖找到讓自己身心安頓的方式，他等待著

的是痛苦終將離他而去，進入佛陀安適的淨土世界。

在村生伯死亡的前一週，意識開始出現混亂的情形，宗教的念佛做功課，暫時得讓村生的情緒緩和下來，病房的宗教師給村生皈依，鼓勵他念阿彌陀佛是一個發好願，要往生西方極樂世界，念阿彌陀佛是「敲門音」，菩薩聽到了才會開門迎接你，皈依後，就像多了爸爸、媽媽一樣，佛陀、觀世音菩薩來牽我們的手回家一樣；在生命最後的幾天，村生伯過去的人生經歷在此時有如放電影般的重現：吵著下床，下了床就在床邊原地踏步，吵著要去上班，也惶恐的說著他覺得他快要死了。

病房裡的護理人員，不管是小燕鷗、小好、蘇珊、紅荳護理師以及其他的護理師，大家對這階段躁動不安的村生的回應，都是認為他的病情在走下坡，疼痛加劇，似乎很難再為他做什麼了，就如同紅荳護理師所說的：「對他最好就是 因為他醒來就是要再睡覺啊、不安啊，不然就是求小姐你讓我睡啊，給我一針啊，那現階段只求 不痛，打個針 其實他後面的末期疼痛加劇，那我們可以給他什麼呢？再談一些靈性嗎？他已經沒有辦法了，痛都已經來不及了還講些什麼靈性，他會覺得你們都不懂我」(ND-180-184)。

因此，護理人員回應這階段把大家弄得人仰馬翻的村生，他既是寄託死後到阿彌陀佛的世界裡下棋，同時又是非常地躁動不安的處境，只有想要迅速地將這失控的場面控制下來，應家屬的要求，就是不停地打針讓他睡，幫他打了止痛針與鎮靜劑讓他安靜地睡上一~二個小時，如此看起來似乎是為了讓病人得以平靜，但卻是護理人員自己沒有辦法讓自身面對自己無法掌控的局面；藉由打針，護士強烈地將自己交付在醫療執行者的角色中，對待時間的方式就像是即將面臨死亡一樣，匆忙地想盡可能完成多一點事情，來壓制死亡焦慮不斷地從潛意識向上騷動她。

第五章 死亡焦慮下病身處境的陪伴

安寧的照顧工作與一般其他急重症、慢性病的照顧工作最大的不同在於護理人員面對的是臨終病人的健康世界回不去了、未來的一扇窗又還沒打開，被困在當下的一種死亡焦慮之病身處境；在照顧的現場，考驗著護理人員在當下對其做出回應。本章將首先探討護理人員如何回應病人潛藏在底下的死亡焦慮變形為病身處境，護理人員由採取自我保護的方式回應病人之後，並不能讓自身在死亡面前置身事外，並且以護理傳統解決問題、目標導向的思維模式，在臨終病人的身邊，顯得格格不入，與病人有著一道鴻溝，努力地照顧與付出仍不能與病人產生締結，而顯得其挫折。

Van den Berg (1952) 對病人現象學的觀察：病人在健康時填滿事情的日子，突然落到「無事」的狀態，所謂的「無事」所指的是社會價值中「不具有意義的事」，反而發現生活中以前所沒有注意到「小東西」，竟如此盎然生趣，病人的心思變得細膩，開始對身邊的小東西獲得全新的感受，生病的人可以從生病的經驗由陰暗面轉向光明面。對於安寧護理人員而言，在照顧病人的過程中，不斷遇到挫折與無能為力，讓安寧護理人員的意向性開始有了轉變，開始在一些經驗裡找到了轉悟的契機。

安寧護理人員在照顧困境中，逐漸褪去醫療思維模式之後，轉向開始對病人之間相處細微的點滴產生了某種敏感度；便是透過轉悟的過程形成一種新生成的感覺經驗或是現象上的變化，透過某種默會致知的焦點轉移，對安寧照顧有了新的體悟：從做的「照顧」困境中，進入了一種與病人存在性的「陪伴」；在這樣的過程裡，讓自身不斷地開放給經驗，與焦慮的經驗相處後，而得到默會的知識（蔡昌雄，2005）。

護理人員透過反省、內斂、轉悟後，看見了技術知識的回應對

於病身處境的無能為力；護理人員從他人與自身的生命苦痛經驗，透過反省與內化，轉化形成自我的存有知識來成為默會陪伴病人的基礎，讓臨終「照顧」轉向「陪伴」的可能，使得護病之「關係」得以建立，而為彼此帶來療癒的力量。本章第一、二節描寫與詮釋安寧護理人員對病身照顧挫折經驗的反省；第三、四節描寫與詮釋安寧護理人員於存在層面上回應臨終病人，存在的關係為彼此帶來療癒。

第一節 安寧護理人員在照顧困境中的轉悟

進入安寧病房，就走入了靜默，在靜默的病房裡，護士來到病人的床邊，病人的沉默如水，瞬間映照出無語的窒息；而病人一旦開口，追問「為什麼是我？」、「這樣的人生有何意義？」、「人生為什麼要這麼苦？」，護士調整意向性，決定靠近病人，專注地與病人共處，護士已經開始由感官知覺移動到了理解，從僅僅是知覺到一個初步的瞭解；由單線的知覺意向性進入了多線的判斷意向性。不再企圖防衛與逃避，雖然這是非常不好受的，但是將自己開放給這樣的經驗與處境，看它會為我們帶來什麼（Sokolowski,2000）。

一、無語的病人促發存在的對話

安寧病房裡的一位白班護士照顧四個病人，早上病歷團隊會議結束後，緊接著聽大夜班護士交班，等交完班後，即開始進入護理常規工作，來到了病床邊，病人無語的看著護士，護士只好自說自話：「你知道現在幾點了嗎？你知不知道你現在在哪裡呀？」，社會性的告訴他今天是幾月幾號，我現在要幫你做什麼。在護理的養成訓練下，不管病人今天要不要跟我講話，我也要跟他講說你現在在哪

裡，告訴他：「我要幫你做什麼」，不管他回不回答我，護士總是在沉默中，企圖蒐尋社會性的話語來敲打臨終病人的心門，然而卻發現終究不得其門而入。

對於小妤護理師而言，她說：「沉默不語的病人，其實我覺得說這也是一種高難度的照顧」(NB-655)，當她面對屬於比較沉悶不語的病人，她嘗試著找出一些非治療性的話語，以家常便飯的聊天話題對病人開口，在病床邊只有一方護士單向說話的處境，希望病人是否也能開口說話。此時剛好主治醫師來查房，主治醫師問了些問題，病人也被動式的跟醫師回應了幾句，就又陷入了沉默的狀態。

護士心裡想著病人也許不想說話，但是病人心裡到底在想什麼呢？試試看筆談好了，結果還是失敗，病人不願意寫，小妤護理師覺得很無力並且無奈的表示：「在安寧照顧這種沉默不語的病人其實挑戰性相當高，通常現實環境上都沒有辦法，我們要了解沉默不語的病人的內心，需要花蠻多時間」(NB-674-676)；相較於其他病人的疼痛問題、癌症傷口的出血的換藥、以及病人喘的問題，都有待護士立即性的照顧；在照顧的現場中，沉默的病人通常沒有壓叫人鈴，也沒有喊痛，他很容易成為被護士放到處理完其他病人的問題之後，才會想到去關懷的人。無語的病人經常是被忽略的，不管是護士或是志工，在病人的旁邊不知如何做到陪伴。而護士的焦點主要還是以身體的照顧為主，對於病人「不講話的訊號」已被淹沒在其他病人所出現明顯的身體症狀之下。

歲通在住院期間，護士很難跟他互動，但是他完全像個「好病人」，配合各項的治療，他的無語在護士繁忙的工作中，反倒是舒緩了不少突發的狀況，但是一旦要站在他的面前卻是需要勇氣的，紅荳護理師的照顧經驗讓她覺得：「遇到那種不說話，反而你會更害怕，每次去他都不要講話，很尷尬的！但你必須又要去面對他，那你又有什麼力量去，就是他都不講話，在旁邊就是在要有滿大的

勇氣啦」(ND-635-638); 紅荳護理師她的自我反省認為：「病人不講話是因為沒有接到球」(ND-750)。我們只是丟出「社會性問話的球」給病人，打不到病人的心，所以他們就也不想接這顆球；而病人拋出的「心靈苦難的球」，護士也不知道那沉默的球是什麼，努力地嘗試用語言、筆談來接，但是卻接不到，於是這顆球就成了彼此的「躲避球」。

有時護士在照顧病人的時候，其實也察覺到病人除了肉體的痛苦之外，病人心裡的苦與難過，看見或感受到病人的難過。小燕鷗護理師說：「那種難過你完全打不進去他的心坎裡面」(NC-1441)，她之前照顧一位年紀很大的女病人，她覺得她也貼近不了病人的心，有一個阿嬤她其實她是蠻開心的人，她很高興跟我說她要出院了，她什麼都很 OK，情緒就很 smooth，哎呀她這次住院實在是有夠難過、憂鬱的，我問她：「阿嬤你之前還蠻開朗的，你現在怎麼這樣，你是不是很難過」，她就點頭，可是她也不說，那我們都不知道要如何幫她 (NC-1444-1447)。身體的病痛，非常具體的呈現在護士的面前，護理教育專業訓練就在此發揮，並且是具體的工作職責。然而，見到病人沉默不說話、憂傷的神情、難過，護士面對病人的「沉默的靈魂」裡。在無語的對待中，遇到了存在的邊際，跨不進病人的世界，病人身體裡有某個部份，對護士而言，像是把手伸進黑暗中，說不出、摸不到的感覺。對小燕鷗護理師而言：「沉默的病人對護理人員來講沒有壓力」(NC-1468)，護士知道病人的沉默不語，也許是心裡難過，但是在常規的護理工作之下，是非常困難與病人建立關係的，就像其他護士所感受到的：面對沉默的病人需要花蠻多的時間，以及站在沉默的病人旁邊蠻需要勇氣的。

臨終病人的生命處境，透過「沉默」的方式表達，對小燕鷗護理師而言，病人「什麼都不說」的到他生命結束時，這就是病人所選擇的方式。病人也許是帶著憤怒的情緒離世，或者是帶著遺憾、

或是不解，能做的就只是陪病人走到完而已(NC-1481-1484) 然而，病人是真的「什麼都不說」嗎？余德慧(2001) 在一般的日常生活裡，我們總是用眼睛看事物，卻不見得會給出語言。沉默的病人他不想給出語言，但是照顧者在照顧的現場卻幾乎都必須依賴依靠語言，沒有語言也就沒有理解的可能。當沒有語言的這條路可走，與病人締結的可能性在哪裡？護士透過反省，願意站在沉默的病人旁邊，病人沒有語言，反而將他帶到光亮之處，就像紅荳護理師對照顧沉默病人的反省；讓她了解彼此之間原來是在打「躲避球」。

Sokolowski(2000)事物的本身在某種光亮中將自己呈現出來，我們才可以把它依此而帶向前而成為可見之物。護士轉向專注的焦點於病人的沉默，把沉默帶到了光亮之處，聽「沉默」說話。

二、面對「意義」，護理人員對於「收線」的覺醒

臨終病人走到生命的最後階段，他們知道自己的時日不多了，在夜深人靜的時候、或在某一個時刻裡回顧過往的一生，常常不免有「為什麼是我？」、「我是不是做了不好的事情才會生病？」、「為什麼我得這種病？」這些心裡的声音。或許在一發現是癌症時，就已經對天呼喊「是對我的懲罰嗎？」，然而，活下去是人的本能，從為家人而活、為自己而活、積極治療的想要戰勝癌症，一路走來到最後掀牌了，生命只剩下數週到三個月，「為什麼是我？」的聲音就像是按也按不下去的鬧鐘，在心裡狂響著，當病人將這個問「神」要回答的問題，在有一天突然對正在身邊毫無準備的護士說：「為什麼是我得到這種病啊？為什麼？我又沒做壞事情，或是說我是不是做了什麼事情，才會得這種病懲罰我？」，當這種情境發生時，蘇珊護理師認為：「覺得病人也有承擔自己的責任，為什麼病人要把它丟出來呢？」(NA-125)，但是她嘗試在心裡問自己這樣的問題：病人

將他的未知與擔心轉嫁出來，像敏龍將他的家庭問題與他自己的課題丟出來的時候，蘇珊護理師反省護理人員照顧的尺度在哪裡？他們可能害怕被遺棄，但是護士察覺到病人的焦慮與情緒，自身在這樣的處境上回應的困難。小妤護理師無奈地說出護士的無能為力，她說：「我們也只能在他的旁邊做陪伴動作而已，因為其實病人所要呈現的，真正意義不是說他很歹命，可能就是說他這是冰山浮上來的一角嘛」(NB-464-466)。對護士而言，她覺得病人可能有很多內心的苦，他無法說出來，也不曉得如何說，剛好見到一位護理人員，他就在當下說出他內心的一個感受，或許病人傳達的是他正在受苦，因此小妤護理師的反省：「那護士就是扮演聽眾，傾聽病人的心聲，更深一層，了解病人話底下內心真正的涵義，只能做到在旁邊陪他，而不盡然要在語言上回答病人」(NB-468-469)。

對紅荳護理師而言，她認為：「病人不會突然在剛住進病房的前幾天，突然問護士：「小姐我怎麼，我為什麼會這麼苦？」是在護病之間建立了某種程度的默契與信任感，並且他也覺得是我說出這個話是安全的」(ND-395-397)。紅荳護理師覺得病人是他心裡準備好了以及對你這位護理人員信任感夠了，他才願意會拋出這個問題；其實病人提出來，在他們心中早就已經有個答案了，病人想要更知道那個上帝才知道的「答案」就是病人如同他自己所想的是那樣；Sokolowski(2000)我們許多的經驗都牽涉到他人的心靈，某一個意義總是要與他人分享，也希望透過他人的對照來定義。紅荳護理師說：「那往往當病人提出來，反而護理人員退卻了，要怎麼辦呢？他問我他為什麼受苦，我不會回答，那怎麼辦 反而是護士自己收線了」(ND-372-374)；當遇到護士退卻的時候，通常是護理人員沒有準備好，反而是病人準備好了，當病人這麼真誠向我們表露，其實護士更應該更勇敢直接去問，思索他背後真正的意義，這些意義必須要我們用語言把它表達出來，即使說錯了也沒關係 是不是你

覺得，你可能之前做了很多不好的事情，導致你現在可能說要承受這個苦」，嘗試揣摩他的想法（ND-380-383）。在互動的過程中，紅荳護理師察覺到護理人員面對自己對病人不熟悉的處境，反而是護理人員自己「收線」的反省，進而讓她更勇敢的站在病人身邊，不怕說錯話的跟病人相處；而試著想要能夠貼近到病人的意境，讓護病關係必須建立在信任感的基礎上，病人並不是要我們給他答案，而是他感覺到他被了解了，而讓對話繼續開放下去（Davy & Ellis,2000）。

三、病人的「問題」是護理人員的「課題」

護理人員承接了病人二十四小時的照顧，有可能在今天的班照顧這一段的病人，遇到了身體症狀非常難照顧的，像是病人可能在班內大出血、或是腫瘤的大傷口、以及有的病人不停的壓紅燈找你過去、再加上有一床病人彌留的狀態，隨時都可能離世，以及家屬的情緒，如此可想而知，護士就會像無頭蒼蠅一樣了，護士的承受壓力已經到達一種像弦繃得非常緊的狀態，她在繁重的照顧工作下，她如何再承載下去病人深似海的、摸不著的情緒，以及家屬的緊張焦慮，對於臨終的課題，護士在自我龐大的工作壓力之下認為病人與家屬，不是應該在心裡早就有準備了嗎？為什麼不能自己去面對呢？為什麼他們對團隊所做的努力，是採取一種「選擇性的接納」，在當下，護士的心裡大喊：「誰來幫幫我」，小好護理師說：「那時候就會覺得很想趕快跑開，很想逃脫 盡量做，到了最後 希望下班的時間趕快到來，讓自己喘一口氣（NB-732-733）而蘇珊護理師認為「我們也只能處理我們可以處理的事情而已」（NA-121），當到一個尺度的時候，那個尺度讓蘇珊會感到很害怕與困惑，她思索著「給與不給」、「給多少」，如果在其他病房她認為就是給，是一件

很容易的事，不需要想太多，然而在這裡，似乎要跨越一個尺度；因為她不知道能給病人多少，雖然病人的讚美是一種鼓勵，但是對於病人的一再的要求，卻是覺得超過自己的界線，但是專業人員跟病人之間的界限又好像是模糊不清的，「那人還是會有種本能性的畫出個界限來，就是要保護自己這樣子 你是不是要去跨越這個界線，那在跨越那個界線，你要多少才是最恰當的」(NA-312-314)。

當許多事情超出了醫療跟自己的某種範圍，護士覺得非常難做，因為不像內外科那麼簡單，疾病很容易被控制下來，當她在夜裡看見敏龍哭泣時，心裡想著蠻想抱住他拍拍他，然而，她看到了自己的界線了，她沒有如此做。Bishop & Schudder (1990) 護理人員會說他們沒時間與病人建立人與人的對待關係，因為這種關係是被接受為可以缺少的，是一種附加的需要，在專業護理責任當中，分割病人的處境。小好護理師認為：「護理真的很難照顧病人各個面向，病人他應該在某一次他應該必須要承擔他自己的生命」(NB-932) 這也就是將我與病人的關係視為單方向、片面的、效用取向的，我只能做到身體的照顧，或是儘可能地安慰你，但是超過個人所能承受的範圍，如生命到底有何意義？或是為何受苦？為什麼是我？為什麼會得這種病？護士不願意讓病人侵犯到自我存在安全範圍的界線裡，蘇珊護理師她認為：「這個好像是病人的課題不是我的課題」(NA-759)；但是病人的課題不也就是我的課題嗎，卸下防衛，當護士開始覺察自己負面的感受，她就是再經歷一次病人帶給她的靈性課題。Yalom (1980b) 每一件經驗的事情都不存在，除非你經驗了它，有生命的人經驗的每一件事都是那個人獨特的創造，他才是經驗的唯一來源。

護士體驗病人帶給她的課題，可以察覺在工作的當下，自己憤怒、不安的情緒，護士為她自己經驗的創造者。Doka (1993) 提出臨終病人的靈性需求包含：尋求生命的意義、確保完善的死亡以及

尋求超越悲傷的希望。當安寧護理人員將病人這些靈性需求意義納入自身的靈性課題，便是落實靈性護理為兩個生命體的共融時刻。

四、面對病人死亡那一刻的到來

傳統文化的觀念下對於親人的離世，一般依舊保有要「留一口氣」回家，才算是善終，因此在安寧病房裡的病人當生命徵象開始改變，在之前病人就可能出現頻死症狀，例如：喉頭出現嘎嘎音（death rattle），因為喉嚨的肌肉開始鬆弛，逐漸失去吞嚥的能力，隨著呼吸而出現嘎嘎音，這時候抽吸是抽不到痰液的，四肢冰冷，沉睡的時間愈來愈長，到了血壓與血氧濃度逐漸下降時，此時護士知道接下來病人很快就要離開世間了，她必須告知家屬「這一刻」已經到來了，她必須穩定住自己的情緒，如果面對照顧的是非常的痛苦、忍受著無法緩解的痛或是大出血的病人，死亡「這一刻」的到來，護士反而覺得病人終於解脫痛苦了。Glaser & Strauss（1965）認為護士無法再讓病人感到舒適，心境是巨大的無助感，逐漸地會希望病人快些死亡，因為我們無法舒緩他的疼痛與受苦，我們每個人都幫不了他了，他的死亡讓他不再痛苦，同時為了神、也為所有其他人。紅荳護理師她說：「面對老人家快要走的時候的心情是祝福的，但是遇到年齡跟我接近的年輕病人，快要走的時候，心裡會覺得非常的捨不得和難過」（ND-1153-1155），在當下，她卻必須暫時隔離護士角色底下作為「人」遇到死亡對自身的衝擊，以醫療專業者的身分不徐不緩鎮靜地告訴家屬他的親人很快就要離開人世了。

對任何一位護士首次要面臨告知家屬時，最大的難題就是「不曉得該如何說」，但自己可以有所依附在專業的角色中，但是家屬一旦潰堤，我又該怎麼辦？時間一分一秒的過去，總是要面對「這一刻」。只能娓娓的從生命徵象開始變化來向家屬透露出死亡的訊息；

不管是病人的心願或是家屬的意願，準備「留一口氣」回去，需要立即著手處理所有的相關的事情，護士委身在忙碌的處理瀕死的身體照顧工作與聯絡事情當中，這似乎成為護士手中的盾牌，暫時抵擋了龐然巨大的死神站在護士的眼前，但是科學的判斷血壓、呼吸、脈搏種種跡象卻不是全然精準的，渺小的人如何做上帝做的事 - 告知死亡的那一刻，蘇珊護理師說到尤其是「夜間遇到病人死亡和留一口氣回去，對她而言是很大的壓力」(NA-679)，因為兼顧醫師的角色決定判斷什麼時候讓他留一口氣回去，那個責任是必須在「時間點」上要達到家屬的要求，在南部地域性的關係，大部份的老人回去之後，家人都希望到家之後就斷氣，因此考驗著你獨立判斷帶多少的止痛劑與鎮靜劑給家屬帶回去，然而有可能回去之後，過了一天多病人還沒離世，接下來就會接到家屬質疑的電話，同時也面對工作同仁觀看你專業的判斷。

面臨同樣挑戰的小好護理師，採取的方式只好跟家屬說：「我們不太跟你保證說那一口氣回家之後就會什麼時候往生，我們不敢跟你做這樣不實的保證」(NB-802-804)，最讓護士感到不安的是要去親自告知家屬他的親人即將離世的消息，接下來又要面臨專業判斷受到質疑的可能，護士只得求得自身踩在穩固的地基上，強烈地自我保護，才不至於讓自己陷身於一種無能為力之困境，藉由掌控事情，雖不盡圓滿，但讓自身的存在得以依附在醫療事物上，在一個位置上站穩自己，而不讓巨大的死亡的力量撲向自己。

護士在臨終場域照顧病人，「遺憾」是一種永遠無法彌補的挫折經驗，張利中、林志龍、洪栩龍（2001）所做的醫護學生的死亡焦慮研究，在更深一層的看待「遺憾」是一種她認定的目標與期望沒有達成的罪惡感與懊悔之情緒狀態，更是過去的「應該我」受到現今處境的挑戰，而逐漸想要形成新的「理想我」。

面對病人的死亡，護士在「護理人員自我照顧課程」中的反省：

這是學習「失去的功課」，「雖然面對照顧的病人走了，心裡非常的不捨，但是在照顧的過程中，我們也是在分享他的生命，我們在病人生命的最後，與他一起畫下句點。」(93.11.24 自我照顧課程筆記)。Kubler-Ross & Kessler (2000) 提到有一護士在癌症病房裡她在一個星期之內看著六個病人死亡，她覺得她快受不了了，她不能眼睜睜地看著生命一個個消逝在我眼前，彷彿永遠沒有止境，不知道是哪一天才會停止；Kessler 於是請這位護士陪他走一段路，轉了一個彎之後，他們走到嬰兒室的玻璃窗前，護士用心的凝視每一個新生命，Kessler 跟這位護士說：「你應該常來這裡，提醒自己生命不只有失去」。

第二節 看見醫療技術知識的無能為力

臨終病人的今天比昨天更接近死亡，身體的症狀是一天比一天嚴重，也許病人上次住院的疼痛控制，效果還不錯，但這次住院，止痛劑的劑量逐漸增加、為腫瘤傷口換藥的時間愈來愈長，深怕就在這一次再也止不住血了，另外看著病人呼吸喘到給氧已經快要到百分之百的氧氣了，能給的藥全給了；在此臨終照顧的場域，醫療技術知識遇見了生命實相如此血淋淋真實顯露，護士帶著關懷照顧病人，如果只是將自己的角色限於醫療角色，完成賦予角色的職責，在臨終照顧上必然遇見醫療技術知識的無能為力。當承認無能為力之後，醫療技術知識的無能為力於是從一個事態變成一個判斷，其所發生的變化是安寧護理人員採取了一個新的態度，這個態度被稱為「反思」，一個樣態呈現的改變，是當護理人員改變焦點時，它才出現的，以現象學的觀點來看這個新的樣態，絕非是護士還未查覺與認識到醫療技術知識的有限性，而它早就在那裡等著被發現，而是當護士改變了焦點，醫療技術知識的無能為力才顯現在護理人員的面前（Sokolowski,2000）。

一、從隱身於常規工作中現身

安寧病房的小夜班九點以後，志工組離開了病房，只剩下三位護理人員與一位護佐照顧二十幾個病人，病房裡有的病人非常的喘，也有大傷口出血隨時需要換藥的病人。如果晚上有瀕死的病人，護士幾乎隨侍在旁，身體的護理、生命徵象的觀察紀錄、家屬的陪伴支持、協助家屬連絡後事的準備，家屬們對親人即將死亡的事實，即使在之前，醫療團隊已做了各種的溝通說明以及準備，然而在夜裡的情況，沒有其他人的協助，護士必須獨自面對家屬各種的詢問、

家屬之間各種相左的意見與要求：在醫院裡斷氣、或是留一口氣回家、是否需要在往生室助念、家屬之間對宗教儀式上不同的認知與作法，護士都必須耐心的一一說明、有時遇到家屬的嚎啕大哭，也都需要護士的支持陪伴；此時的護士往往壓抑自身種種的情緒、以理性堅強的外表，幫助病人在斷氣前後做到最好的護理，以及安撫家屬的傷慟。

在夜裡人手不足的情況下，一位護士照顧八~九個病人，當下只要有一個病人呼吸喘，另外一個病人出血，護士就恨不得自己有四隻手兩雙腿，如果還要再面對病人的疼痛以及家屬的要求打針，護士只好不得不選擇了執行醫囑使用針劑的注射，讓疼痛的病人緩解下來入睡，小好護理師面對這樣情境無奈的談到：「問題是如果真的其他病人又剛好很 trouble 的話，我其實我要忙其他病人，我有時候真的是無法面面俱到去 care 每個病人的感受」(NB-80-81)。林治國(2004)「論疼痛」的研究指出：對於癌末病患而言，塵埃將落，棋局已殘，何苦再去承受這樣沉重的疼痛大禮？如果不想醒來，鬧鐘響個不停，就是折磨；癌末的疼痛有如兵臨城下由不得置之不理。護士面對癌末的病人，心理想著病人來到安寧病房已經算是生命走到夕陽落日盡頭了，又何苦再去承受如此沉重的疼痛，如果不想醒來，鬧鐘響個不停，就是折磨；護士與家屬沒有辦法面對病人的痛苦。

現代醫學拜止痛劑與鎮靜劑所賜，盡可能的讓臨終者保持安靜與休息，似乎是為了保護活著的人，面對病人的吼叫，我們能做什麼呢？藉由藥物阻止病人壓抑不住叫嚷的聲音：「我很害怕、我覺得我快要死了、我非常的痛苦」。而護理人員立即為病人打止痛劑，等於是為病人按下鬧鐘，讓病人、家屬及自身都得以「安寧」(Hennezel,1995)。

護士面對病人疼痛時，醫療專業訓練的思維下，第一優先採取

的回應方式就是疼痛評估然後給予針劑，我在幫他打之前，我就會問他說，你是真的很痛嗎？你如果真的很痛，我才幫你打，不然如果你不痛又叫我幫你打，這樣我們整個疼痛評估都會亂掉了（NB-159-161）；護士很難看著病人疼痛，而不以止痛針緩解病人立即的痛苦；然而，護士也看見藥物的有限以及感受到專業的無能為力。雖然無法不這麼做，也只有盡力的做，卻也感受到對病人並沒有太大幫忙，打止痛劑根本沒用，那種感覺打到我感覺就像打水一樣，那種藥水的效果就很有限（NC-61-63）；我自己打針的時候都會覺得懷疑我自己手上的針真的是 morphine（止痛劑）？因為你打了針根本都沒有效阿！你會覺得說怎麼會這樣子？就覺得說怎麼會沒有效？你會覺得說你打的真的是 dormicum（鎮靜劑）嗎？為什麼都完全沒有效果？我是不是抽錯藥了？沒有啊！當然不會抽錯藥啊！是不是我拿錯了？而且你剛剛打的明明就是它的位置為什麼都沒有效果呢？就是那種落差的感覺（NA-464-471）；村生他讓我的感覺有時候會讓我蠻傷心的啦！可是我所謂的傷心是說，因為其實我不知道怎麼去回應他的疼痛（NA-8-9）；痛的問題，有時候我覺得止痛劑很有限，護理人員就有那種失落的感受（NC-48-50）。

在照顧的現場，當下打了止痛針，看著病人卻疼痛依舊，止痛劑繼續打，打到不行、打到昏，然後醒過來之後，他又痛了，繼續打，就這樣子一直打下去（NC-184-185）；然而心理出現了：「怎麼會這樣？」、「怎麼會沒效？」、「為什麼都沒效？」的聲音，甚至對自己的專業也產生了疑惑，怎麼會「像打水一樣」，是真的針嗎？我是不是拿錯了？我是不是打錯了？然而在現場必須以專業角色照顧回應病人的疼痛，如同小燕鷗護理師所講的：「我不這麼做會覺得更奇怪，空空的，可能我會覺得沒有做到該做的事，更難過」（NC-95-96）。但是面對這種落差的感覺，讓護士感到失落與沮喪感，最終認知到藥物是有限的以及專業的無能為力；「像村生的痛，

還有軒齊的痛，我覺得那種痛，不應該是只有這樣子處理」（NC-121-122），護士為照顧的角色在臨終照顧除了給予針劑以外，難道與病人就沒有另一種相處的可能嗎；有一天村生伯醒來，馬上顯得焦躁不安，他說：「我覺得我要死了」（P1-791），在前兩天，病房的宗教師幫他皈依，小倩護理師看著村生伯吵著要打止痛針，小倩幫忙他取下手上的佛珠，一起跟他轉動著佛珠念「阿彌陀佛」，然後跟他說：「我們今天有做功課，又有念佛，我們今天少打一隻針好不好，我們自己慢慢睡好不好？」，村生伯說：「好」，如此從十點鐘睡了一個多小時（P1-692-694）。另外有一次，村生伯又喊痛了，小倩護理師拿西方三聖圖給他握著，跟他說：你痛，你跟佛說，你有多痛，把心裡的話說出來，你的手來握著佛珠，握著我的手，把痛傳給我們，他似乎雙手用力的握著佛珠和護士的手，想要把痛傳給護士（P1-932-935）。

余德慧、石世明（2001）提出臨終的原初倫理的顯現。護士來到村生伯的床邊，她不止是帶著護士的角色來到病人的面前，它的領域來自於行動和關係給定之前，人與人之間的面對面關係，病人在護士面前的臨現，病人的面容向護士迎面而來，在沒有進入心智思考之前，護士在還沒有想到幫村生伯打針之前，對村生伯迎面而來的面容無可抵擋，護士必須對他回應，這個臨現的回應護士無法迴避，因之成為具體倫理顯現的源頭；護士對病人的回應，不是道德上的責任，而是存在的責任，護士回應的是病人的臉孔，不再是他的病體，也就是在這樣的責任中，讓具體倫理得以產生。

二、對於身體照顧極限經驗的覺察

病人的腹水如同「懷孕般的肚子」，或是肺部積水喘到呼吸聲有如「水聲般」吸不到氣、下肢水腫腫脹到有如「大象般的腿」，病人

看著危及生命的症狀突顯成為異己的身體，而護士也看見的是作為「客體」的身體，「客體」的身體強烈的成為病人與護士的焦點，作為優先照顧的「對象」。當小好護理師看見病人的水腫：他就是因為那個水腫，淋巴水腫，還有陰囊那個水腫，導致他覺得自己會覺得說，自己的病情正在轉壞。有的人水腫剛好是在陰囊的部分，其實那是很隱私的，那男病人他意識清醒的時候啊，他也會看是誰幫他做陰囊水腫的淋巴按摩，因為不是每個人都可以介入這部分，就像是在洗按摩浴一樣，因為有的男病人啊，他會覺得說，他不喜歡護理人員幫他做這方面 touch (NB-350-360)。「物化」、「異化」的身體一旦被他人照顧處理時，尤其是極為隱私的身體部位，身體又成為我的主體身體，病人的身體變成不願意成為他人處置的對象。

安寧全人的身、心、靈照顧，是每一位護理人員的理想目標，然而，臨床的照顧工作，「身體」成為安寧護士巨大的焦點，護士首當其衝就是面臨處理「客體」身體的挑戰，「喘」、「痛」、「腫瘤的大出血」、「形體的毀壞」，安寧護理的工作每一刻都在面對「客體」身體的挑戰。紅荳護理師的感受是：病人末期疼痛加劇，那我們可以給他什麼呢？再談一些靈性嗎？他已經沒有辦法了，痛都已經來不及了還講些什麼靈性，他會覺得你們都不懂我 (ND-182-184)。

癌症末期的身體，是不可逆的逐漸毀壞，護士對病人的身體護理，一定是挫敗的護理照顧經驗，非同一般其他病房的照顧，在於促進身體健康，疾病預期可以復原，護士很明顯的看見所做的護理措施，例如：「下肢水腫」抬高雙腿、給予按摩，都可見明顯的效果，或是呼吸喘，可以教導病人呼吸的方法以及抬高床頭、半坐臥，都可以見到改善；然而，癌症的身體，做了各種護理措施之後，護士與病人都知道效果有限，身體只有逐漸走下坡，只會愈來愈喘，看著病人用盡全身的力氣吸一口氣；愈來愈痛，痛苦到希望安樂死；腫瘤的大出血，小好護理師談到她的經驗：腫瘤傷口會出血，我們

幫他換藥的時候，因為有時候這種會大出血的傷口，你在幫他拆他的紗布的時候，動作要很輕很柔，不能太大，最好有人幫你準備加壓止血的那種藥水，像 bosmin 那種，或是旁邊有人幫你準備止血棉什麼的啊，就是說你在拆的時候，旁邊有一個助手，你會覺得比較得心應手，換藥是一個很大的學問，是一個技術也是一種藝術，可能在上一班出血，血黏在上面然後你就慢慢慢慢把他清掉，藝術就是，我們幫別人傷口都清好之後啊，然後要把它 cover 上去那個紗布，你怎麼貼平整，讓病人感覺就是說比較舒緩 (NB-391-403)，腫瘤傷口的出血帶給每一位護士極大的壓力，有可能在你某一次的換藥，病人就流血不止，小燕鷗護理師的經驗：我知道病人已經不行了，我會很難過，我知道我已經幫不上他了，比如說我看到他一直在喘，我看病人裡面在出血，transamine(止血劑)我也打了、dormicom(鎮靜劑)我也打了，然後還是一直在噴血 血壓開始在降，然後你也止不住血，你又壓不到，因為在裡面，你只能這樣看著他，然後我就泡一杯 transamine(止血劑)漱口水，他就一直在吐，味道又很濃，當那種時候你真的就只能看著他，你真的就只能看著他，一直就是這樣 (NC-38-46)。

臨終病人痛苦的身體朝向我，護理的責任在於回應，我只有盡力的去做，面對這種瀕臨死亡的身體，護士感受到這個身體的脆弱，病人的生命，在當下似乎就在護士的手上，以戰戰兢兢的心，很輕很柔的動作來對待這個身體，這讓護士感到難過以及自身強烈的需要有人在旁幫忙。在安寧病房裡的癌末症狀控制存在著醫療的極限。石世明(2001)認為護士的受苦在於認為自己的專業技術可以給病人很多的幫助。當安寧護理人員看著病人一路下滑的身體症狀，自身專業角色從過去被賦予的照護性功能，只能無力的做，同時也面對家屬對醫療照護的期待，幫助的心卻是在此如何也幫不了病人了。由如何也幫助不了病人的困境中，護士反而將眼光轉向自

身的存在，護士只有處於畏懼、焦慮、照顧脆弱的病體之下，才真正體會到自己的存在，並會以此內在的體驗為起點從新去看待與評價其他事情的意義，原來面對臨終病人照顧極限，反而是發現了自己的存在。

三、嘗試與躁動不安的靈魂接壤

臨終病人在生命最後的這一段旅程，一生裡記憶深處的事件、人、畫面，不時地從生命底層湧現出來，是如此的真實，他看到、他感覺到，就像我們在自己的夢裡，一切是這麼的真，直到夢醒，又是另一個真實的世界，但是家屬卻常常認為病人胡言亂語、隨便說說，然而這是他生命底下支撐他的生活意義原料，照顧陪伴者面對既熟悉又陌生的親人，說著無法理解的話，常以「哄」病人的方式，接了他的話，以安撫的方式，要病人順從；而護士見到病人的躁動不安認為是病情開始走下坡。腫瘤侵犯身體的各個組織與器官，器官功能逐漸衰退導致各項電解質不平衡，以生物醫學模式解釋其臨終處境下的「躁動不安」與「混亂」(林素琴，2004)。

彩樺先生在彩樺離世的前一天，循問醫師助理有關彩樺出現一些躁動與身體症狀的情形，醫師助理解釋彩樺三分之二白白的肺都是腫瘤轉移的癌細胞，她吸到的氧氣到肺部裡去是有限的，現在她的血氧下降到 79%，我們一般人是 99 到 100%，而且血壓也開始降，配合血氧這麼低，然後人又是不清醒的，就是不正常的，會因為這個呼吸很喘，讓她這樣躁動不舒服，如果她真的晚上很不舒服，我們可以打安眠的針劑讓她睡覺，在白天，躁動的狀況是可以被接受的，有時還要配合止痛劑的使用，不過有時候有些臨終的病人打不下來的，每一個病人的狀況不一樣 (P2-493-496)。

在白天的時候，病人出現躁動不安的情形，家屬或是還有志工

的協助幫忙，大家還能盡力的嘗試的配合病人的需要，想要下床，可以有二~三個人大費周章的把病人移至到輪椅上或是多功能椅（是一種較寬大座位、可調整椅背、可坐可臥的活動式座椅），或是他說什麼，看到什麼，如果可以辦得到的，就盡力的滿足他；但是到了晚上夜深人靜或是凌晨的時候，是病房人力最少的時候，同時也是家屬與其他床病人與家屬休息的時間，病人突然醒來，對他而言就像真實的事情發生一樣，例如：有一天凌晨四點鐘，村生伯醒來說：「快，要上班了」，文文護理師在一旁說：「今天是星期天，不用上班」，村生伯打了一下文文的手說：「你怎麼這樣？」（P1-548-549）臨終病人看見如夢幻現實般的東西，或是進入一種情境，真實的想要與其互動，村生伯將近有一週的時間，開始出現很像過去很多生活經驗的事件，每一天會說要去上班、坐車、要到台南東門去找朋友、要去加油站參加活動、夢到老家，小時候的自己與早已逝去的爸爸 病人對這樣擬象經驗感受是非常真實的，病人一旦進入此種的存在模式，在常人世界的我們變得難以理解他們，無法進入他生命裡頭的故事，若只是在語言的表面上去迴避、或是敷衍、哄騙，病人是知道的。每一個病人的擬象轉換經驗都是非常獨特的，護士也是非常努力地嘗試締結其生命經驗，但是在夜裡的時候，蘇珊護理師認為她非常的兩難：「到了晚上是你有時候蠻掙扎，因為有時候我覺得病人大喊大叫阿、或喃喃自語都有意義的」（NA-558）。

對臨終病人而言，許多栩栩如生的、真實的生命史的呈現，對護士而言卻是非常困難領悟及體會，尤其是語言的支離破碎或是肢體混亂的行為，當村生伯出現了幾次對家人口出惡言的時候，醫療團隊看著他太太傷心難過，在一次的病歷討論會議中，主治醫師提出考慮將鎮靜劑加到點滴裡持續滴注，讓村生伯睡，讓最後的這一段時間病人和家屬不要承受這麼大的痛苦；「痛苦」到底是病人沒有

辦法面對，還是我們照顧者沒有辦法面對？石世明（2005）面對死亡就是面對生命，提醒照顧者不要採取「可憐病人」的態度來看待病人的處境，以及不要輕易地以為可以幫病人什麼忙。對於病人與家屬的生命功課，我們是陪著他們，而不是為病人承擔受苦。護士如果想要與躁動不安的臨終病人在生命史上締結，關注病人的生活體驗就顯得極為重要。在村生伯將近一星期的躁動不安的身心狀況，小貞護理師以對村生伯生活史的了解，護士每天見到村生伯，進入他的話語情境，有時陪村生伯演出「警察抓壞人」的戲碼，有時跟他說我是菩薩派來的護士、跟他敬禮，說長官好，推著輪椅去找朋友（P1-925-929）。

Schutz（1932）當他人與我共享一個時間與空間的共同體，他人即位於我直接經驗的範疇裡；當他人以個體呈現出來，而我也覺察到他的個體及他的身體，就如同他內在意識的表現領域，當他人的經驗與我的經驗亦步亦趨時，他人就和共享一個時間的共同體；在「面對面」的情境中預設了兩股分開的意識流間具有實際的同步性。護理人員的知覺意向掌握了村生伯的生病體驗，真正的了解他人是具體的事情，它是一種知覺，但它並非指我們能直接觀察到他人的主觀經驗，而是指意向性掌握那些經驗，因為我們已經假定他人的表情與姿態都是他內心生活的「表達領域」，當護士意會到病人的意識流與自己的意識流的進行是一種同步性，在時間上是平行的，這兩股綿延之流在互動中同時發生，並交錯在一起，這是人與人關係的本質，同時也是我們認識他人的基礎。護士當村生伯的菩薩護士、當他的小兵，並由此建立一個與病人共享意義世界的方式，村生伯他一輩子的軍旅生涯、規律嚴謹的生活方式，到了臨終的躁動不安的病情可以被理解為顯示某些典型特徵的一種特殊存在的方式，而成為護士成功回應他的線索。

四、面對死亡，從束手無策到放手

小燕鷗護理師來到安寧病房三年多，她說：「從她讀護理開始，就非常的堅定告訴自己將來要做安寧照顧，想去了解死亡、宗教，以及宗教對死亡的幫助，病人的痛苦一直到在死亡的時候會是如何？如何才能幫助一個快要死亡的病人？」(NC-10-13)；從過去照顧臨終病人的實習經驗到如今實務的安寧臨床工作中，她照護臨終的病人，看著病人經歷著逐漸失去身體的痛苦，身為一位護理人員對於週遭的一切再也不能夠控制，沒有辦法再去幫助即將死亡的病人，她深刻的感受到：沒有辦法去幫助一個真的快要往生的人，完全束手無策 (NC-22)。

在某一天的上午，一位罹患頭頸部癌症的病人，病人的意識是清楚的，他太太才剛從鼻胃管灌食完牛奶，不一會兒，病人咳嗽從氣切口噴出痰液混合著些許剛剛灌的牛奶，太太趕緊幫他抽痰，緊接著在痰液後面隨即湧出鮮血出來，太太急忙的呼叫大家趕快過來幫她，於是乎，二~三位的護士趕緊過去幫病人止血、拿冰塊冰敷頸部、輕柔的抽吸湧出的血痰液、再用止血劑加入蒸氣噴霧器對著氣切口止血，有的人隨時更換血跡的紗布及舖上綠色的治療巾在病人的胸前，太太含著淚帶著孫女在床尾處看著大家的努力，沒有人知道是否止得住血？病人痛苦的比著他頸部的腫瘤的地方，然後看著護士彎下食指比「死翹翹」，站在床頭最靠近病人的護士，很鎮靜的跟病人說：「我們大家都在你旁邊，不要怕，你太太和孫女都在這裡陪你，也已經去打電話給你兒子了，你盡量放輕鬆」，大伙兒心裡都不知道在這些措施後，病人的狀況會如何？似乎靜默的等待結果。護士努力的讓病人在臨終過程盡量舒適，因此在緩和症狀上以介入技術，仍是以護理角色所受的醫療訓練的思維模式，我們如何不要

讓病人受苦，病人死亡的時候是平靜的接受死亡，然而，這卻是從我們活著的人的觀點的所出發，很難放下自己來控制病人生命的需求（蔡昌雄，2002）。

對小燕鷗護理師而言，面對生死交關的當下，她說：「我覺得我沒有辦法用話語來回應這個病人。我覺得我接不到他，當然我也可以說我陪在你旁邊啊，其實我覺得我這話是說給家屬聽的，我如果要講，我覺得是講給旁邊的人聽，我覺得病人已經真的好遠好遠了講那種話也已經不重要了」（NC-436-441）。面對無能為力的處境，小好護理師在當下會出現很想逃脫的想法，但是只能告訴自己：「盡量做盡量做，要是如果說真的是到了最後，無法去改變現狀的話，希望趕快下班時間趕快到來，至少可以讓自己喘一口氣，只能告訴我自己，盡量把我能夠處理的狀況盡量處理」（NB-733-736）。護士對於照顧的病人，病人經過一段時日之後，病情逐漸走下坡，對紅荳護理師而言，內心感到衝突與壓力；護士所受的專業訓練過程，便是被教導盡力的照顧病人、促進健康，在健康不能恢復的情形之下，也要讓病人如何跟疾病共處，如此形成了一種根深蒂固的直覺反應，但是卻不知如何面對自己照顧的病人走向死亡，Cassidy(1988)在幽谷伴行這本書中提到醫療人員至始至終的觀念就是要與疾病奮戰，拯救生命的，病人好轉了，我們感到欣慰，有信心與成就感，面對病人死亡，感到沮喪與自責，甚至會覺得失敗。所以紅荳護理師去見瀕死的病人前，心裡想著：「你預設一些立場，你會怕再看到她，再見到她不是你之前看到她那個很完美的樣子，是她變虛弱然後沒有辦法跟你對答，是已經真的離你越來越遠，然後你會不知道如何再繼續去跟她做後面這個互動」（ND-499-502）。小好、小燕鷗、紅荳三位護理師在臨終場域照顧瀕死的病人即將死亡時，內心充滿了無能為力，也只能在其自身的護理角色中，在當下努力做自己能夠做到的事，轉向讓自己繁忙於技術事務，但是忙完一場，內

心裡卻是傷感、不捨、無能為力的挫敗感。

紅荳護理師在一次的心靈成長團體中，她學會了放手，她說：「寫一封信可能是可以公開朗讀，朗讀之後你真的去燒掉這個信，送給你來不及道別的病人。或是藉由角色扮演的過程中，去問說那觀世音菩薩，那我的好朋友在你那邊過的好不好，因為在這個角色模擬的狀態之下，然後觀世音菩薩其實不會回答你正面的話，祂不會說他過的很好，並不會，但是其實那個答案你心裡已經有了，藉由這樣子的揣摩練習，你自己得到一個答案說他過的很好，只是你自己沒有把那個界線劃清好，然後你也可以藉由菩薩的化身，然後直接對著菩薩說要祝福他，希望菩薩傳達什麼訊息給你這個朋友，菩薩也會正面回應你說他過的很好，在祂的保佑之下，在祂的世界裡面。所以等於是去宣洩心中的壓力跟來不及說的話，來不及對這個病人所說的話，」(ND-438-466)。

護士在臨終照顧裡從極限的身體照顧經驗一直到死亡的那一刻不捨病人。許樹珍(2001)護士當感受到自身的憂懼，也就是感受到自身強烈存在時刻，可以視為一種契機，個體轉向內產生一股動力與毅力。就像紅荳護理師她從照顧過去的病人得到照顧下一個病人的力量，突破原本自我的有限能力，達到更進一步自我認識與超越，轉化原本照顧的境界和能力。護理人員面對死亡害怕的是得重新面對自我，面對自己的生命，安寧護理人員並不照料死亡，而是生命，死亡就像鏡子，我們看見的影像，就是死亡的生命。

第三節 面對生命苦痛經驗的反省與內化

安寧護理人員日復一日的照顧垂死的病人，當嘗試所有的照顧方式用盡之時，感受到自己的無能為力，如何有勇氣讓自己可以站在病人的床邊，然而，安寧護理人員卻又是何其的有幸，在生死的現場中，比其他人更貼近地見到人世間無法遮掩的真實生命處境，目睹每一場的人生大戲，在此，護士本身的靈性也得以洗滌。本節探討以及詮釋安寧護理人員面對生命中的苦痛經驗，自身在其中透過反省、以一個學習者的角色面對他人的生命與自身的生命，開展不同的視域，重新面對安寧照顧中的護理工作。當護士度過焦慮的經驗後，更擴大了自我覺察以及責任；護士如果拒絕把握新的可能、拒絕從熟悉的領域擴展到不熟悉的領域，並藉此避免焦慮、責任與咎責感，便是犧牲了自己的自由，並且是壓縮自己的自主性與自覺；齊克果說：「冒險造成焦慮、不冒險卻失去自己」，安寧護理人員面對焦慮、與焦慮共處，接受其中的責任與咎責感，更增進了自覺、自由以及創造性（May,1977）。

一、找尋「受苦意義」的答案

面對不語的病人，病人並不要求我們以語言來表達對他的關心，當護士改變慣常的方式，在病人的身邊沉默地守著他們，不刻意說什麼、也不刻意做什麼，逐漸地，當焦點不在語言上之後，反而逐漸「聽見」病人內心的聲音。

這樣的轉折開始於護士還是想要透過「話語」來了解沉默不語的歲通，就在問了他心裡對生命的看法到底是什麼？「是順其自然呢？很想活下去？還是想早點結束這痛苦？」，從他的眼神可以看出來，他完全不想理會這個話題，這些問題是護士自己心裡的問題？

還是病人的問題？護士終於知道歲通用耳朵聽、用眼神說話，病人就是在用他的方式教我們如何與沉默的人相處，護士反省過去是在一個平面上對他的了解，然而，當你站到他的生命處境的位置上去感受，便突然體悟到他為何不語，一個正值人生壯年期四十二歲的人，自身卻是一軀病弱的身體與癌症的痛苦，他必須看著它，什麼事都不能做的看著它，每一分每一秒的折磨他，他再也不能回到自己喜愛的工作室，只有自己一個人孤獨的走向死亡，身邊只有太太與岳母輪流照顧，太太的恐慌症又再犯，不斷的訴說她照顧的壓力、恐懼與辛苦，你要他一個「心事都是往心裡放的」音樂人，如何用語言表達他一個男人對這說不出口也說不清楚的生命處境與感受呢？Kunz（2002）在臉的現象學中談到個案是如何向治療者請求；如同歲通那沉默的臉對我們說著：「這就是我，我在這裡，你不是看到一個在痛苦的病人，而是你看到是我在痛苦，我裸露我的受苦，我比你還要脆弱，你是安全的，而我卻是脆弱的」。當護理人員看著歲通羸弱的身軀，終於明白「話語」不足以表白歲通的脆弱與苦痛的生命經驗，護士的在場要讓歲通知道我不只和你在一起（be here with you），我會為你在這裡（be here for you）。

紅荳護理師過去曾經照顧一位也是不說話的病人，她到了病床邊也不知道要對病人說什麼，常常就只是問他：「你吃飽了嗎？你吃什麼？怎麼啦？」，然而，病人完全不理會護士的問候，有一天病人突然開口說：「小姐，你們講的話都是無關重要的事情，感覺你們都在演戲」（ND-658-660），讓紅荳護理師覺得當頭棒喝，「病人怎麼會覺得我們在演戲，好像沒有進入到他們的世界，就是在演我們自己，他會覺得說我們就是社會化的去問候」（ND-660-662）。原來護士自認為是關心病人的話語，對病人噓寒問暖：他吃了沒、睡得好不好，反而是病人的壓力，紅荳護理師的反省認為：「有時候不講話甚至於勝過於你一直問他的好，可能你一直坐在他旁邊或是沒有講話然後

說我幫你按摩，就這樣很簡單，他會覺得你就是在陪他，社會化的問候他，反而讓他覺得不是那麼的真誠」(ND-661-663)。

小燕鷗護理師在病人身上看見肉體不斷受癌細胞侵蝕的變化，作為一個護理人員她當然也關心病人身體檢查的數據，以及這些數據在體內的變化，但是她感覺到每個病人身體裡有不同於肉體的力量，在身體很深很深的裡面，她從病人身上感受到：「當人在臨終的時候那種力量一直往上，他在過程中已經找到一種不同的東西了，那東西超越了身體、超越了肉體，一直往上走，所以他願意去承受身體的不舒服，我相信有那個東西在」(NC-461-464)。

當病人問護士：「我還可以活多久」，病人其實已經進入內在的靈性領域；而作為每天在病人身邊照護的白衣天使，是否也曾問過自己這樣的問題？小燕鷗護理師在每天的理性護理工作中察覺到病人靈性層面的顯露，而她也一直努力地朝這方面努力。石世明(2005)指出照顧者唯有在本身體驗內在心靈的質變之後，在靈性層面上與病人締結的關係才有了可能性。小燕鷗護理師將病人問她的問題：「我一生做好事情，為什麼要讓我得這種病？」一直放在心上，她同樣地也問了自己好久，也問她的父親、問她的朋友(NC-509-510)，有一天，她見到證嚴上人對一位認為沒做壞事卻得到癌症病人開示之後，她非常的感動，她學習想要將這體悟轉換成她的語言回應病人：「我同理你的苦，但是我也不知道你為什麼受苦，我也為你受苦」(ND-534) 護士與病人共在是護理人員感受到病人的無助而仍然站在病人身邊，而不必焦慮一定要說什麼或是做什麼「正確的事」，而只要聚焦在完全地與病人共在(Taylor,2002)。

Sokolowski(2000)知覺經驗直接將事物呈現給我們，被呈顯的事物是由顯現與不顯現混合的方式給出，如果我們覺察到某物的顯現，此物之不顯現面的可能性則構成了支持這顯現的襯底視域，顯

現是以消除不顯現的方式給予的；某一事物並不是被搜尋的也不是被等待著的，而是沒有預期地突然出現；它使我們吃了一驚。護理人員的眼睛見到一個沉默不語、不想理人或是憂傷的病人，但是這是病人所顯現的一面，而他們不顯現的一面其實是同時存在的，當護士的意向性沒有改變，她只意向到病人沉默一面的顯現，而他們受苦則在不顯現的狀態，沉默遮蔽隱藏了受苦，表面隱藏了裡面，當護士意向到病人的受苦，則是把不顯現面帶到顯現之中，但相對地，顯現的沉默卻進入了不顯現，經由顯現與不顯現的混合、不同樣態的呈現，臨終病人的生命處境不斷地向護士呈現出來。

二、回答自己的死亡問題

安寧護理人員每天照顧臨終病人，想到自己有一天也有可能成為那張病床上的主人，每一個人其實都是走向以死亡為終點的旅程，護士照顧陪伴病人的同時，是否也把握其機會學習看待自己的死亡，由此便體驗到生命的虛無感，生命似乎是一種偶然的被拋擲到這個世界，病人的痛苦與死亡以及我自身的生死，在臨終照顧中體會察覺到人的存在困境及存在的有限性與孤獨感；當人置身在這不可理解的虛無世界之中，人必然對其存在產生了一種根本性的焦慮，這種根本的焦慮便是人到底從何而來，又要到何處去的一種茫然失措的不安（解志熙，1997）。

當護士自身體驗到存在的孤獨感時，便開始在存在的層面上貼近臨終病人的孤單與無助，護士由外在的專業角色轉向內在的體驗，作為了解與臨終病人同樣為人的存在基礎上共同經歷生命的功課。小妤護理師覺得如果自己的死亡到了，她說：「我會希望說旁邊真的有自己的親人在旁邊陪伴 跟自己比較有緣的護理人員在一

起，面對死亡，自己會比較有勇氣去走這段路」(NB-67-68)。她的勇氣在於她會勇敢的面對人生最後的日子，在身體的痛苦中，也要在心靈上要讓自己的生命有所價值，想要把生病的心得與想法留給世間，她希望「後面這段日子要過的更有意義，讓自己的生命有價值，然後發光發熱 我覺得我如果還能夠寫，話還能夠說，我會盡量說給很多人聽，或是錄音，或是嘗試寫寫作，把自己那種生病啊，一些那種心得啊、想法啊或是付諸於文字」(NB-76-79)。如此的想法反應在她照顧病人的過程中，她看見病人雖然身體承受病痛的折磨，但是安寧病房裡有許多人在這裡給出了陪伴與關心，與病人共同珍惜每一天的到來，陪伴病人完成想要做到的事情，讓病人的心中沒有留下遺憾，這是小好護理師在護理侷限的角色中，帶入護理角色下作為一個人對生命的看法：「對生命雖然無常，但是可以無憾的關懷來到臨終病人的床邊陪伴病人走完人生的最後一段路」。

當安寧護理人員將自己置換於臨終病人的位置上，她們會期望別人如何來幫助自己？對於將來有一天也有可能成為癌症病人，紅荳護理師她一定會選擇安寧照顧，但是面對同樣受過安寧訓練的護士對自己是病人的時候能有多少的幫助呢，當自身是護士照顧別人的時候，盡力做到照顧的責任，但是自己成為那床上的病人的時候，卻請求別人不要再為我做什麼了，就讓自己的生命在最短的時間內結束，紅荳護理師希望：「自己在最快的時間內趕快就往生，希望自己很舒適，趕快的結束」(ND-16-17)，但是對死亡時是什麼感覺？人死後到哪裡去？在心中仍然是一個大問號。或許在另一個世界，我們都會再見到我們曾經照顧的病人，因此，對紅荳護理師而言，跟病人說再見，是這一世的告別，將來我們還會再見，她說：「再見真的是生命的延長，就是可能你往生了，靈跟靈的見面就是再見，在那個時候再相見 心裡真的準備好 say good-bye、再見的時候心裡可能會比較 OK，下次我們還可以再相見」(ND-539-544)。護士與

病人同樣為人，都無法直接面對生命的斷滅，斷滅是對人的必死性的一種自覺，護士想要獲得充實的生命與真實的存在，必然需要與他人「共在」才能獲得實踐，當她默默地承擔自身的生死的同時，對病人的關懷是同為生命存在的人一種生命之愛；護士與臨終病人所建立的護病情感，已經試圖以生命存在空間上的延伸來超越生命存在在時間上的有限性。

三、培養力量的來源

小燕鷗護理師曾經談到對於病人快要離世的時候，感到沒有辦法再為病人做什麼了，完全的束手無策，只能在照顧的工作中盡力的做，如果沒有做到盡力，會感到遺憾，她認為她照顧病人一點都不累，她說：「如果我我不這麼做會覺得更奇怪，空空的，可能我會覺得沒有做到該做的的事，更難過」(NC-95-96)；面對病人的疼痛，打止痛劑對病人的效果有限，在醫療的極限的瓶頸之下，她相信並且尋找幫助病人不痛的路，所以小燕鷗學大愛手¹，在止痛劑以外的另一種方式以大愛手的力量讓自己可以為病人做些什麼，在大夜班的時候，「有病人他們痛不能睡，我會幫他們做大愛手，幫助他們睡覺，其實最嚴重的有一個是我幫他做大愛手，他就會睡著，睡不久，大概二十分鐘」(NC-419-420)。她一直相信大愛手的所散發出來的大愛光的能量可以調理病人的身心。她說：「一個人往外的力量有多大，那往自我內在的修練就應該有多深，就像大樹一樣，樹長得多高、多茂盛，它的根就有多深...臨終的病人為什麼會這麼的痛苦，主要是因為肉體與靈性分歧，藉由靈性的提升，在臨終的時候，

1 做大愛手是蘊含身心靈整合的力量，通常從背部開始，感覺上有點像在撫摸，或是按摩、指壓、推拿的感覺，病人只需放鬆享受。

人終將讓自身的肉體與靈魂整合」(NC-1052-1056); 小燕鷗護理師覺察到內在的靈性之後，追求靈性的提升，帶著這樣的轉悟以自我的靈性與病人的靈性相會。

安寧病房白班的常規工作也如同其他病房一樣，所有醫療相關的工作人員都在白班裡出現，看起來整個病房人進人出，顯得有些混亂，但是各職責的人又是在非常有秩序的常規工作中各盡其職。白班對於紅荳護理師而言，她覺得吵雜，以及感受到許多的干擾，在整個白班工作場景上，有聲音的干擾、臨時的醫囑、新病人住院，另外再遇上照顧的病人死亡，剛送走了病人，可能又要再接新病人，如此忙碌下來，很對不起另外兩床的病人，「在流動率上面太快速，導致你沒有辦法真的安下心來，好好去為 就是住院中的病人去做些什麼，會覺得這一天蠻對不起另外的二床病人，你好像沒有去照顧到他 這一天就這樣過去了」(ND-205-208)。

對於紅荳而言，充實心靈的能量來源，她渴望下班後沉澱自己的心靈，「我以前會看書， 我覺得電影是很好的東西， 電影會讓我吸收很多詞句，就像“ 這句好有深度 趕快記下來 ”，然後你無意間就會用出來，這部片感動的東西會影響你，如果心情很不好可以在那邊充電， 我又很喜歡一個人，我都一個人去看電影，一個人哭啊，就看到很感動的，在心裡有去互動，我把垃圾倒給電影院，這是我選擇的一個方式」(ND-988-996); 這形成紅荳護理師在與病人互動的時候，這些曾經滋養她靈魂的靈性養分，讓她有勇氣站在病人的床邊把陪伴帶入護理，她並不會感到任何的局促不安，她願意開放自己給未知的情境，也不會想要去掌控些什麼，她說：「有時忍耐一下、厚臉皮一點，要待在那裡接收他們的訊息」，「我每次都是這樣，會硬著頭皮在那邊待五分鐘 因為他們會伸出觸角然後我沒有辦法言語形容，就是你可以感覺到需要你嗎， 那觸角伸出來，然後就去接收」(ND-858-861)。

紅荳護理師在照顧病人時，其實她就是在那當下獻出自己，提供自己給病人感受到一種護士的可近性，並且是用心聆聽，同時開展心靈的知覺接收病人非語言以及心裡的声音，紅荳談到過去曾經扮演病人：「我們以前有實際體驗躺在床上，看著別人站在床邊，很有壓力，要感同身受，就是要去當病人，還有以前的病人教我什麼就很像乩童灌頂，知道那個人在想什麼 我可以拿出什麼來一直給予，一直給」(ND-934-938)。Sokolowski (2000) 提出「內在時間意識」，是一種對時間性的覺察 (awareness) 或意識 (consciousness)；在現象學裡，內在時間意識是在我們經驗中所發生的所有區別與認同的根源，也是一種難以被描述言說的層次。紅荳護理師在照顧病人時，她的力量來源在於她具有「內在時間意識」，她讓過去的經驗、過去的病人如乩童灌頂在她身上，當下就是一種知覺、想像、回憶與其他感受經驗的時間性，讓過去的經驗、病人教她的東西在她當下照顧病人時，透過內在時間意識感得到延伸與秩序；因此在一個立即的經驗裡，紅荳她不僅擁有現下的片刻，在她最根本的經驗裡，過去與未來的感受都一同給出了。她是以一種對病人有意義的方式在場，更是顯現護理人員對病人的關注，以自我的現身作為一種呈獻方式照護病人，就是一種共在。

Schutz (1932) 說明「我群關係」(We-relationship) 是一種面對面情境所形成的相互性，不只可以掌握話語的客觀意義，還能聽其聲調、觀其姿勢，以及其他的身體動作，注視著對方的眼睛，並探詢對方的意思。當紅荳在照顧病人時，她將過去經驗內斂為她的力量來源，並且轉換過去的「應該我」之治療性角色關係的對待，變成新的「應該我」來與病人建立一種「面對面」的關係；她已經將護士對病人的「觀察」轉變成「關係」。

四、學習與病人告別

在安寧病房裡，其實這裡是護理人員與臨終的病人準備說再見的地方，死亡到來的前一刻，病人努力地活到最後一分鐘，而護士也在陪伴病人最後生命的時光裡，在醫療的角色功能裡或是基於人類的同情共感裡努力地照顧病人。病人死亡的到來，對護士而言，在理性層面上，認知病人終將有一天會是生命器官衰竭，生物的生命抵擋不了癌細胞的攻擊，最後病人與癌細胞同歸於盡；然而，在情感面上，與其說是護士在照顧病人，另一層面的含意，病人就像護士的老師，每天教授的是生命的功課，到底是護士給病人比較多呢，還是病人用他們的生命在教護士？如果曾經在照顧的過程中，護士真心領會病人生命經歷所帶給自身的啟示，不難想像，護士面對病人的離世充滿了不捨，因為在照顧病人的過程中，彼此都豐盈了對方的靈性，告別的那一刻，不是看著一軀生物體的死亡，而是曾經一路相伴的人要離開了我們。

小燕鷗護理師曾經照顧一位女病人，她說她在認知上知道病人快死了，但是要去接受事實是蠻困難的，就是不太能去想到她快死了，「我知道我已經幫不上她了，那種無力，我覺得當你真的幫不上了 我們能撐多久？我們只是坐她旁邊，我們能撐多久？能看她在我們眼前消失嗎？我們能撐多久？」(NC-1198-1201)；在告別的那一刻，也就是小燕鷗覺得一切都幫不上忙了，她就只能在心裡一直念阿彌陀佛迴向給病人，她認為：「咒的東西靈才聽的到、才聽的懂，我們聽不懂，所以說我們為什麼會有時候持咒會感覺很舒服，比如說你有些感應，因為靈祂感應、感受的到」(NC-1217-1219)；小燕鷗以她內心虔誠的信仰帶給她力量，與病人告別的那一刻，已經在護理的層面上無法再為病人的身體做什麼了，然而，她從心裡念佛迴向給病人、深深的祝福病人，只求希望病人的靈魂到最後能夠得

以安適。

與病人告別對紅荳護理師卻是一番天人交戰的刻骨銘心的經驗，在她曾經照顧過的一位女病人，放了假期回來之後照顧另外一段的病人，但是心還是懸念著她，但是卻不敢去看她，紅荳護理師說：「你心還是繫在於她，她過的好不好，她現在狀況怎樣，你會怕看到她那一剎那的面孔是你不熟悉的，你也覺得她已經快離你而去了，那個距離、時間是已經迫在眉梢了」(ND-507-510)，紅荳真實的表達她面對病人快要離世了，她逃避面對與病人的分離，她說她感到害怕病人快離開了，反而是自己放不下病人，沒有辦法與病人好好地道別，紅荳談到當時的情況：「我在當下選擇不要看著她離開，我不想親眼看著她在我的面前斷氣 所以我就離開回到宿舍 那其實整個心還是繫在她身上，那之後沒有說再見 我好像心裡還沒有準備好要再去跟她 say good-bye 的這些事情」(ND-524-530)；沒有畫下句點，與病人的關係似乎就不會結束，病人雖然已經下站了，然而，護士的情感仍不願意說再見，希望病人能夠陪她久一點，所以到最後一刻，還是不願意放手說再見；然而如果準備好了與病人說了再見，對紅荳而言，她認為在以後或許在主的世界、或許在佛陀的世界還會再相遇，說了「再見」，像是說好了：以後真的會再見面，雖然對目前而言，「再見」是一個句點，但是卻是一種象徵著生命的延續，以後就是靈跟靈在另外的一個世界裡見面。紅荳在最後仍捨不下病人，不願就此說再見，然而，沒有互相道別就像沒有許下承諾未來我們再相見，卻是心中永遠的遺憾。

Taylor (2002) 引用了 Nouwven 這位神學家所提出的「負傷的療癒者」。紅荳真實的面對自己照顧陪伴病人的傷痛經驗，安寧護理人員若是要要在靈性層面與病人相遇，護理人員在照顧病人在某種方式上也是受傷的，但是真實面對這些苦惱、受創痛、破碎、內心的傷痛或是種種不安的照顧經驗，讓負傷的護士對於自身受創的覺

察，而得到促進療癒的能力。Corneau (2000) 以一個隱喻來說明療癒：如果我們的掌心有傷口，為了不讓傷口受到感染而握緊拳頭；然而，這個動作卻讓傷口癒合結疤所需的氧氣無法進入掌心，因此傷口大有可能受到感染，我們可以大力張開拳頭，也可以小心翼翼地作這個動作，當嘗試張開拳頭的同時，同時也在探索自己。就像紅荳護理師即使在病人已經離開人世一年，不斷地在從過去照顧經驗裡探索，因此了解傷口的歷史，開始對自我心存憐憫，打開拳頭時會驚喜地發現手心的傷口已經消失。

第四節 存有知識的默會陪伴

安寧護理人員的醫療專業照顧的角色，使得在臨終照顧的現場即使是自我保護的防衛方式，都難以讓自己可以安全無虞的與死亡面對面，再以技術知識的照顧來回應病人的病身處境，企圖延緩生命終將朝向死亡這個不變的事實，更顯現挫折與無能為力，當護理人員調整自身觀看生命的角度與投入；其實焦慮可以被建設性地來看待，護士的意向性轉向對自我靈性覺察的擴張，並且重新安排自己的目標，做出價值的選擇（May,1977）。

蔡昌雄（2005）指出臨終陪伴的默會哲學，在安寧療護理所揭示的照顧宗旨之下，照顧者回應臨終病人的主體需求，企圖實踐全人照顧，照顧者基於存有共在的本質，與他人死亡共處的經驗，將直接回指照顧者個人生命靈性經驗的深度；對於臨終照顧背後意義的攝悟，必須透過身體的默會致知之轉悟與內斂。當安寧護理人員看待臨終的照顧與陪伴是一種與死亡共處的經驗之後；照顧者唯有不斷地與他人死亡共處的經驗轉化成為生命靈性的深度，默會地成為一種存有知識，護理人員在人的存在層面上與臨終病人靈性相會始成為可能。本節描寫及詮釋安寧護理人員回應病人的病身處境，融入自身的存在，即使在醫療的無能為力之下，開展身體其他知覺的能力，落實在具體內涵的陪伴經驗裡，當以默會的存有知識來陪伴病人，與病人建立存在的關係，此關係為護病帶來療癒。

一、無能為力下仍有為

臨終病人到生命末期，不管是原發性的肺癌，或是轉移至肺的腫瘤，肺泡都已被癌細胞所佔據，另外瀕死症狀的出現，都會讓病人呼吸非常地喘，「喘」讓病人非常的恐懼，再多的氧氣進到肺裡也

是有限的，病人非常害怕吸不到氣，而家屬在一旁見到自己的親人如此的痛苦，也非常惶恐病人是否下一分鐘喘不過氣來，人就走了；即使再多的藥物、再高的氧氣換成面罩式的給予，護士見到病人與家屬都處在一種焦慮不安的狀況下，醫療技術在此耗竭已盡。小妤護理師不願意在病人沒有要求之下，輕易地給病人注射鎮靜劑，她說她會坐在病人旁邊，握著他的手，請他深呼吸，深深的吸一口氣，然後慢慢吐氣，我在旁邊陪伴你，你不要焦慮，如果他是佛教徒的話，我會請他吸一口氣的時候你就唸阿彌，然後吐口氣的時你就唸陀佛，然後在吸氣的時候吸氣要比較長，吐氣要比較短，其實病人心安下來了，家屬看了也比較不會那麼恐慌（NB-30-35），小妤護理師用她的手握著病人的手，說出她對病人的關愛、慈悲，藉由撫觸，一同關注在一呼一吸之間，護士已不再視病人為專業類化的醫療對象，而是視病人為一個有病的完整的人，病人召喚著我對於病人的責任。

小燕鷗護理師談到寶鈺死亡的前二天還是在農曆年假當中，她上小夜班，寶鈺說：「太痛苦了想要安樂死」，她請求小燕鷗幫她，小燕鷗護理師心裡想：「最難的問題來了」，小燕鷗坐下來，她跟寶鈺說：「不止你想死，很多人自殺、有人債務過不了也想死、很多年輕人情關過不了也想死，可是你回頭想一想，旁邊有這麼多愛你的人，雖然現在身體太痛苦了，可是我們大家願意在旁邊陪著你渡過這些時刻，人生有許多課題，雖然有些課題是很難做的，但是我們可以一起把這些課題做完，雖然你的身體很痛苦，可是是你在陪你的先生和小孩，還有你的媽媽，讓他們慢慢地對你放手，這是多麼慈悲的事，如果你今天突然地離開，對他們的打擊是多麼的大，其實他們已經開始在學習慢慢的對你放手，而你也是在陪他們渡過這段最艱苦的時間」，寶鈺聽了小燕鷗這番話，心情逐漸地平復下來。寶鈺那熱滾滾的肚子讓她熱的難過，寶鈺是不喜歡打止痛劑的病

人，小燕鷗就對這位是高中老師的寶鈺說：「那你就專心的熱，如果你很不舒服，又不希望我們打止痛針，那你專心的不舒服」，後來，寶鈺想念佛，小燕鷗就陪著她念佛，渡過了那一晚（摘自 94.02.15 病房讀書會筆記）。

小燕鷗陪伴寶鈺的這段經驗，與寶鈺一同面對死亡的挑戰之靈性課題，小燕鷗是以心靈互動的方式促發寶鈺由身心極大的痛苦油然而生安樂死的念頭，促發寶鈺的精神轉換，不在於問題解決的取向上，而是問題的消解，不再依靠醫療藥物協助緩解症狀，而是讓寶鈺「專心體驗症狀」的精神成長，小燕鷗護理師適時地在當下獻出了自己，與病人共在地一起面對生死課題。

紅荳護理師面對止痛劑無法緩解病人疼痛的醫療困境中，她感到無能為力，卻還是不放棄，她談到有一個病人，不管給他打任何的止痛針，病人都說沒效，紅荳護理師嘗試讓病人心理產生內生性的嗎啡作用，她把原來一西西的止痛針稀釋成十西西的大針筒，她跟病人說：「這是特效藥、這是最好的藥，然後你要相信這是很有效的，然後講完的時候再給他注射，真的就是有效果出來 後來病人說「喔！小姐你昨天注的那個很有效ㄟ。」那其實是相同的劑量，用不同的方式給予 讓病人產生心理方面的就是有一個東西出來就是要相信這個東西才會有用」(ND-58-64)。過去對止痛劑的認知是每隔四小時注射一次，如果時間還沒到，護理人員的處理方式不外乎告訴病人，時間還沒到她不能執行醫囑，此時病人只能疼痛難耐絕望地過每一分每一秒，直到時間到；另外一種狀況，病人吵著就是要打止痛劑，如何也安撫不下來，護士只好給病人打安慰劑，打安慰劑形同欺騙病人，告訴病人這是止痛劑；在安寧照顧裡的全人理念之下，如果給病人打安慰劑，就如同駝鳥把頭埋在土裡，遠離了病人的心。紅荳護理師談到對安慰劑的看法：「臨終病人來到安

寧病房之前，過去都有多次的住院經驗，病人後來都會算時間，知道四個小時以外的針都是假的，病人在心中早已留下過去被人欺騙的陰影，到了安寧病房裡，病人他的「痛」是需要被了解、被接納的」(ND-97-100)。

村生伯的痛，帶給護士照顧上極大的壓力，在同時有其他病人也要照顧之下，只能不停地打止痛針，再痛起來，再混合止痛劑與鎮靜劑注射，有一次村生伯打完止痛劑三十分鐘之後，又央求紅荳再幫他打一針，村生伯也不聽護士的安慰，後來紅荳問村生伯說：「那我們來打涼涼（生理食鹽水）的好了」，村生伯覺得涼涼的也是針，那好吧，來一針吧，紅荳就跟村生伯說：「好，你等我」(ND-117-118)，打完針之後，緩解了村生伯焦躁不安的心。紅荳護理師說：「我並沒有說這是止痛針，我說這是涼涼的，要讓病人相信你，你是打了針，是真的在打針，而不是打所謂的安慰劑，對病人而言，這是信任感很重要的一個依據，而且要讓他很正向強烈的意念告訴自己，這隻針是有效的，可以加強說你針打下去的效果」(ND-121-124)。

村生伯受苦的面容召喚著紅荳，當紅荳護理師進入了召喚的入口處，依賴著一種神聖的信賴感與持續的悲憫不忍之心來回應村生伯的疼痛。Lashley (1994) 召喚需要護士負起責任，對於自身內在的智慧、創造、敏感以及關愛的的能力，能夠用它們做出些什麼，護士所擁有天生的這些能力都是在於她所學的知識下被引導出來，並且是隱含在護士對於陪伴病人人生旅程的關心感受上。紅荳護理師用她的智慧、敏感的心，創造出「相信的藥」以及給病人注射「涼涼的針」，這都是她身體默會陪伴知識的實踐；只有實際的真正的參與病人才能產生締結，並且發生了解作用，紅荳對於意向性的掌握，使得護士與病人為同步的意向性，彼此共構經驗，而產生了締結。

二、力量的交換

護理人員在常規的工作中，為了要有效率的完成份內的護理照顧工作，她視病人只是一個身體，帶著溫柔專業的面部表情，散發出一種專業的尊嚴與效率，快速地工作，在病人能夠說什麼的時候，快速地「逃離」現場。紅荳護理師對從事安寧護理常規工作的反省，她說：「當我們幫病人身體洗澡的時候，雖然是必須完成的一項工作，我是不是很快速的完成它，然而病人的心靈我有沒有洗滌到，我幫病人做美足護理時，只是消腫而已嗎，在按的時候是不是也有按到心呢」(ND-284-286)。當紅荳帶著這樣的自省時，她在幫病人按摩時，她說：「其實在按摩過程可以了解很多的心靈上面的溝通可以從藉由這樣子的一個方法，在互相心靈上面去了解，去 talking」(ND-226-228) 護士並非需要刻意放下手中的工作，坐在病人的旁邊陪伴他，只需要將陪伴融入在常規的工作中；紅荳護理師開展了她的觸覺經驗，就在她每天自然地幫病人護理時，護病彼此之間可以不談話，但是卻是一種心靈的溝通，她說：「在過程中，慢慢去讓他感覺到我此時此刻是在這裡陪伴你的，你可以很放心、你也可以不講話，其實從手你就可以去感覺到他的內心的消息，這是不用言語的 護理人員你只要能夠真的靜下心來，然後你的心是準備好的，去跟病人對話，這個對話不是語言的對話 只要一下手去從他的腳去摸到他，你可以很深深的感覺到他的心裡是有話的 對方知道你在透過手在跟他談話，但對方可能不知道你要講的是什麼，沒有語言可以表達，但是那是一種默契、一種內心深處的溝通」(ND-234-243)。

就在如此平常的一般性的美足護理當中，紅荳透過按摩雙腳的觸覺，一點一滴去感受病人的內心世界，護病之間不是透過語言在

交流，而是用心地在當下體驗病人傳達出來的訊息，她形容這沒有語言的波動像是：「鯨魚群中彼此發出一種聲波在互相傳達，彼此的內心之間是會有震撼的。」幫病人按摩完後，即使只有短短的三十分鐘或是一小時病人沒有皺眉很平靜的睡著...看到那種舒坦、他們舒坦的那一面，短短的睡一下就覺得好棒喔，我也可以從中間有點收穫是這個部分（ND240-244、318-319）。

李翠鵬（2004）在人體的感官知覺中，觸覺是最真實存在的一種知覺，縱使小小的輕觸都可能傳達著不同的信息，觸覺它不存在任何一種器官中，而是存在我們身體的每一部分裡，無論白天或黑夜都是處在一種隨時啟動的知覺狀態。紅荳護理師透過她那雙按摩的手，傳達她的力量給病人，也接收病人給她的訊息紅荳護理師與病人在沒有語言的溝通裡，藉由觸覺經驗傳達「力量的交換」，反而是一種心與心的溝通，她可以接收病人由身體傳達了安祥平靜的心，而她也確信病人有收到她的關心。

觸覺經驗對護士來說並不陌生，每一位護理人員在學習「身體評估」這門課裡所教的視診、聽診、觸診、扣診中，護理技巧的身體評估對病人的觸診，是一種有目的為了蒐集病人身體的資料，學習的是以一雙技術性的手去觸碰病人，病人並不會感覺到那雙手是溫暖的；但是紅荳護理師的手傳達她對這個病人的關心與愛，也用手來一點一滴的接收病人的訊息，她便是現身在病人面前，以她的存在來回應病人。同樣是護士的觸摸，但是紅荳護理師她在病人的身邊讓自己的心沉澱下來，將自己開放給病人，她的意向不再是完成常規的工作，而是要與病人進行相互的交流，因此她可以感應到病人要傳達給她的感覺；她與病人的關係經驗也因為如此而改變了。

在小夜班九點過後，大部份的病人與家屬都準備入睡了，紅荳會發現有些病人睡不著，翻來覆去的，她很自然地走到床邊，一派

輕鬆的跟病人說：「無聊喔，睡不著，那來唸個故事好了...我一般就是會坐下來阿，特意去讀這個繪本，那其實可以很自然的脫下鞋子就跟病人躺在一起，然後就像姊姊妹妹的那種情感，然後就會共同的去讀這個故事書」(ND-297-299)，有時她會跟病人說：「你不需要看字，她會指書中裡很溫馨的插畫給病人看」，她用她的聲音與身體跟病人互動，在讀完童繪本之後，或許病人什麼話也都不想说，她覺得唸完書，就像是跟病人說睡前的晚安一樣，並且她深深地相信：「病人透過視覺上看到繪本裡的圖像，以及這個小故事都是讓病人化蛹成蝶的力量」(ND-311)，紅荳護理師她一直相信這樣的動力存在，並且病人是可以從繪本的故事裡得到一些力量的；紅荳開展了她與病人一種新的知覺經驗：「像姊妹般地一同躺在床上閱讀繪本」，其實她已經改變並且創造當下的病床，如同在家裡的床上睡前的情境空間，在那樣所營造的空間裡，不需要太多的語言，但是卻是一種藉由繪本裡的故事讓彼此的心靈互動，而這同樣與病人進行「力量的交換」一樣，落實存在性陪伴在具體的情境之中。

Ackerman(1990)對於視覺的描寫：我們的眼睛有分離的結構，能收集光線，挑出重要或新奇的影像，準確地對出焦點，並追隨打轉。童繪本裡圖片啟動了紅荳與病人的視覺感官，再透過紅荳語言的描述，讓彼此都可以透過聲音而產生了視覺意象，他們同時也是在用心眼觀看，就好像可以見到內心想像的事物般；童繪本的色彩，在暗色的色彩裡，我們感到悲傷的情緒，在明色中，可以感受到快樂，透過繪本的圖刺激了視覺感官經驗。在「一片葉子落下來」的繪本裡，最後的樹葉終於都掉落了，但它們先變色，讓我們都驚攝其美麗，從春天見到葉子的嫩芽，到夏天為人們遮蔭的綠葉、到了秋天轉變成為火紅的葉子，寒冷冬天的來到，葉子枯裂到掉落，隨著看著葉子的生命到凋落，紅荳與病人在繪本裡也一同看見與回顧了自己的生命。

紅荳護理師發展了她自身的觸角哲學，她說：「在病人身邊的二三十分鐘，紅荳伸出她內心的觸角，去搜尋這病人內心到底是怎麼了，就算他不講話你也可以去伸出你的觸角，去接觸到他的觸角是不是伸出來了」，令她印象深刻的一次陪伴經驗：她覺得當觸角接通之後，病人說出了她從來不願意說的話，紅荳幫一個非常瘦弱的女病人洗澡，病人連站起來的力氣都沒有，「就在洗澡間有著水聲的地方，就是在一個他覺得很安全的情境之下有水聲 病人她知道此時此刻他是安全的 當她脫光衣服袒裡相見的時候，病人突然狂哭，說出他先生是有外遇的」(ND-272-276)。

紅荳護理師她是如何做到讓病人如此的信任以及將自己托付給她？蔡昌雄（2005）指出臨終陪伴的默會主要於照顧者在病人的臨終處境下，所展現的情緒、對語境的掌握、以及對當下心靈的意向有多少的默契而定。紅荳護理師她是用心地透過不斷的參與、內斂，以及轉悟過去照顧病人給她的意義，所以紅荳她說她的信念就是：「想到就去做，不能退，你覺得尷尬你還是要站在那裡」(ND-819)，她喜歡一個人去看電影，一個人可以盡情的流淚，把垃圾倒給電影院，從電影中找到讓她感動的地方，她說電影是可以讓她得到充電的力量；Corneau（2000）對於自我心靈療癒的建議是「創造內在空間」，這個空間能讓我們接納內在的任何感受。在紅荳護理師的心裡她也有一個「內在空間」，這個「內在空間」讓她接納了照顧病人的種種感受，面對照顧病人的困境、挑戰，這些感受絕不是中立的，一切都在她心中融化，而暫時的混亂是讓過去的回憶和現今的印象交融，恐懼混合著悲傷，紅荳她面對自身的「原料」，讓她繼續自我改造工程。另外她還學習團隊中每個人的特質，把過去照顧病人身上所學到病人教她的東西，都內化成為她臨終陪伴的默會知識。

三、觀世音菩薩查房

在安寧病房裡有一間佛堂，裡面供奉著觀世音菩薩與地藏王菩薩，進到佛堂裡就可以感受到祥和的氛圍，似乎菩薩就在那裡看著人世間種種的苦難，佛堂給了病人與家屬們一個空間，在那裡祈求菩薩的保佑，在那裡尋求心靈的力量；而佛堂對小燕鷗護理師也是尋求精神力量來源的地方，有一次，小燕鷗看見志工師兄師姊到佛堂裡，是如此虔誠地跪拜在地上，在當下她發現佛堂的地板有些髒，她覺得非常的不好意思，於是就從那時候，她維護佛堂的環境，利用自己的下班的時間擦佛堂的地，簡單素雅的佈置佛堂的環境，讓任何人到了那樣一個被小燕鷗用心維護的佛堂，心中充滿了感動。在那樣一個神聖空間裡，讓人心靈沉澱，讓自己跟自己對話，真實的生命為何要面對這麼多的苦痛？身為一位護理人員，我又到底能為病人做什麼，在菩薩面前，人是多麼地渺小，醫療已經不能再為病人做什麼了，小燕鷗護理師也在佛堂裡為病人祈福，每天拿病房病人的住院名單到觀世音菩薩面前，祈求慈悲的觀世音菩薩查房，當我們人為的能力已經到達極限了，小燕鷗以另外一種尋求終極拯救者的力量來幫助臨終病人，在她幫病人換藥的時候，她在心裡面會念「藥師如來心咒」，以及病人快要離世時念「往生咒」迴向給病人，她相信病人的「靈」可以聽見。這一股精神的信仰肉眼看不見卻是這麼的有力量，臨終病人與家屬一點也不孤單，有小燕鷗虔誠地祈福與觀世音菩薩的庇祐，一起走過這人生的風雨，總會有雨過天晴的時候，如果坎坷躲不過，大家所祈求的不是消除痛苦，而是在信仰中找到力量走過這段生命的苦痛。

小燕鷗護理師曾經照顧過一位基督教徒，病人彌留的時候，小燕鷗已經幫病人一切都打理好了，病人很快地就要離世了，她跟上

天祈求：「上天你聽的到我給你的祈求嗎？她是基督教的，觀世音菩薩不是說因你什麼身，我就現什麼身來迎接，那你可不可以化身成小天使來接她，她已經快要走了 我把這個病人都準備好了，就等你來迎接，那你有沒有接到她？你有沒有順利的接到她？到她想去的 地方 」（ND-967-970）。

小燕鷗護理師已經將照護臨終病人的身體知覺經驗層面，拓展到一起與病人探索對於病苦與死亡的信仰，尋求一種超越悲傷的希望。Yalom(1980a)在人類的信念中希望有一個全能解救者的存在，也就是「終極拯救者」，這個力量或是存有，可以永遠地看顧、熱愛、保護著我們，雖然它會讓我們冒險走到無盡深淵的邊緣，但是終究會拯救我們。當小燕鷗護理師找到崇高的領導者，交託給菩薩時，她便可以讓自己安住下來，讓自己可以與病人臨終與死亡相處。當護理人員想要碰觸臨終病人的靈性，必須也要在自身的靈性經驗中，自己內在對死亡的苦痛開放自己，而對臨終病人苦痛的開放性也是艱難的靈性旅程，隨著對陪伴他人死亡經驗深化與成熟，護理人員的靈性也開始成熟的可以包容死亡的痛苦，當護理人員在心裡清出一個空間，在這樣的空間裡或許是藉由「終極拯救者」來安定內在的心靈，雖然這可能是她一種對抗死亡的方式，但是在這樣建構一個安全的氛圍裡，她願意迎受病人的生命的苦痛對自我靈性成長的契機。

四、存在性關係帶來療癒

護士來到臨終病人的床邊，看著病人忍受著身心的煎熬，常常為了病人受苦而感到難過，當企圖以醫療專業的技術知識來回應病人時，卻發現是如此的無能為力，當護士將自己的本心藏身於那一

身白色制服底下，在陪伴病人臨終的生命現場，所得到的是許多的無助感，當護士不再嚴格地區分照顧者與病人的角色關係，不再試圖與死神拉扯，我與病人是一樣的。而護理之成就感的滿足是來自於護理的道德感受，藉由與病人間的「人的關係」而確認。在護病關係中，病人的感受是藉由護理人員表現出對其病人做為一個特定人與人間的關係對待。

紅荳護理師在每一次為病人挑選精油按摩時，她非常全神貫注用堅定的信念告訴自己：「它是有效的，這可以消腹脹、這可以放鬆，這個藥很神奇 我在做的過程是靜下心來，想像從你的頭腦感官去輸送你的力量 現在我用我的手借由精油的力量，然後傳送到你的身體，我是很誠心誠意去做力量的互動」(ND-67-70)。她願意用她身上的氣去換病人一點點的舒服、一個晚上的好眠，這就是對紅荳最大的回饋。對於小好護理師而言，對於給病人做美足護理，她的焦點在於現身於病人的身邊，讓病人與家屬感受到她這個二十分鐘是彼此交會談心的時刻，而不只是完成她的工作而已。而小燕鷗護理師學習大愛手陪伴夜裡睡不著的病人，她相信透過做大愛手傳達靈性的力量，讓病人放鬆入眠，即使是短短的二三十分鐘。她們這三位護理師已經將真正的陪伴帶入護理的照顧，在過程中，早已不是在進行護理的常規，解決問題的方式回應病人的苦痛，而是在內心裡同時與病人進行靈性之旅；護理人員將專業的自我與個人的自我連結起來，其實見到受苦的病人，也感受到自己內心的情感反應，變得更樂於傾聽、與病人分享彼此內在的自我(江蘭貞，2004)。

有一位家屬非常擔心他的先生離世的時候是在晚上，她非常希望她先生真的走的時候是在白天，白天會有許多的志工師兄姊給病人助念八小時，但是在晚上，病房裡就沒有多餘的人可以幫忙家屬助念，然而，這件事是家屬最不能掌控卻又是最大心願，小好護理

師知道後，告訴家屬如果病人是在晚上離世的話，她願意過來幫忙助念，同時她也徵詢了好幾位護理人員，大家都願意幫忙這位家屬，把名單交給了家屬，如果需要她的話，晚上可以打電話給她。紅荳護理師下了班之後，想到今天忙碌了一個班，可能忽略了哪一個病人，她把病人的痛、病人的苦，藉由佛珠念阿彌陀佛，不斷地念迴向給病人，祈求病人明天可以舒服一點，如此做，似乎也舒緩心中的無能為力感，她說：「在我的宿舍就唸珠阿，就小顆的一直唸，迴向給某某阿，不要再那麼痛啊，真的很對不起阿，在唸珠的時候心裡想：我今天沒有多陪他 還是今天心情不好還是沒有照顧到什麼人，然後就藉由念珠的方式祝福他們明天會更好」(ND-1089-1093)。

Schutz (1932) 如果我們彼此都覺察到對方，也就是我們彼此對另一方都具有汝 - 取向，在這樣相互的方式下，汝 - 取向便構成了面對面的關係(直接經驗的社會關係)，在這樣的關係中，可以覺察到彼此，並具體化、實際化地參與彼此的生活，對此稱之為「純粹的我群關係」。紅荳與病人的關係就有如所謂的在「我們關係」中，是在一個共同的世界裡，分享著一個中介的空間與時間，在此關係中，一起共享一個世界，即使他們是以不完全相同的方式經驗這個世界。Kunz (2002) 提出「什麼讓治療產生治療性？」中說明治療者並不是要去承擔經歷或是承擔個案的受苦，在情感面上，雖然無法與病人一起受苦，但是卻可以為病人受苦。紅荳護理師對病人付出無私的關注，而不帶有任何需要回饋的利益，紅荳體驗到自己為病人付出關愛以及感受到她們無法承擔病人受苦的經驗，讓紅荳感到受苦，病人並不是要求護士經歷她所受的痛苦，病人請求護士為他受苦，而產生了療癒。

臨終照顧的經驗讓紅荳護理師深刻的感受到病人的生命是非常短暫的，在其他科病房今天沒有做到，明天還可以補做，然而，在

安寧病房裡，可能放一個假回來，隔一天回來病人明天就走了，過去陪伴病人的生命教導了紅荳，珍惜當下與病人在一起的時刻，並且感受到前一個病人給她力量教她如何照顧下一個病人，與前一個病人做了告別，劃清界限之後，繼續的照顧下一個病人，紅荳她說：「他的例子跟經驗，我再去照顧下一個病人會藉由他給我的力量在去照顧下一個，所以等你要劃清界線之後，你才有力量在繼續往前走 他的火車已經下站了，你不能一直依附著他看他有沒有下一站，那你下一個病人已經上站了，那你不能一直還在不捨他」（ND-474-477）。

當護士與臨終病人只有在人與人的原初倫理相待時，才為彼此帶來療癒；Buber（1957）所提的「我-汝關係」，依據馬丁·布伯的說明，「你」充滿了蒼穹，其他事物都存活在它的光亮之下，這個強烈的人的對待關係對比了非人的對待關係「我-它」。護士如果視彼此關係是在「我-它關係」中，病人則是被視為眾多事物中的一個事物、是專業分類化約的一個事物，如同布伯所形容的像是「在此世界時空格子中的一個小點」。紅荳護理師視她自己與病人的關係不再是醫療對待的關係，而是人與人的關係，在關係中學習成長，病人雖然不在了，而留給紅荳在照顧他的照顧陪伴經驗，為紅荳帶來了療癒，給了她照顧下一個病人的力量。在臨終的醫療照顧者，必須承認若要在精神上引領臨終病人，是一件相當困難的事，但是可以透過專業知識給予身體實質的協助，並且包含了「愛」與「關懷」，竭盡所能的給予協助、學習傾聽、學習靜靜地接受，放棄醫療想要掌控事情的心態來靠近病人時，就會在某一個特殊時刻裡，臨終病人的心也打開來，看見「愛」與「承擔」，「特殊的時刻」，就是靈性相會的時刻，而人的受苦，便是在愛和承擔裡得到撫慰與療癒（陳世琦，1999）（石世明，2005）。

第六章 討論與研究結論

在本章中，以安寧護理人員對死亡焦慮下病身處境的回應從照顧到陪伴，針對研究結果作一綜觀的討論以及結論，在此進行與既有的文獻對話；並且提出研究限制與建議。

第一節 討論

本節的討論選擇存在心理的研究取向與詮釋現象學研究方法上，針對研究內容提出三點討論：

一、安寧護理人員的回應 - 從照顧到陪伴

本研究並不是區隔「照顧」與「陪伴」的兩種回應模式，因為在實際的經驗裡，不可能區分何種情境為「照顧」或是「陪伴」的經驗，而是藉由本研究呈現護理人員若是放棄了對死亡經驗的開放，只讓自己在照顧工作上努力，所呈現在「做」的層面上，是一種陪伴內涵的欠缺；但是護理人員願意與自我的存有焦慮相處，不斷地反思與超越，看起來同樣是在做照顧工作中，但是內涵卻改變了，而落實在陪伴的具體情境。

安寧護理人員初入臨終照顧的場域，帶著傳統醫療專業訓練的背景，以及護理工作是以目標為導向，解決問題的思維模式來照顧臨終病人，首先面臨最大的挑戰就是：過去不管是學生時期時或是非安寧的經驗，就是在臨終照顧場域裡看見了醫療技術知識的無能為力。但是護理的天職，依舊是在照顧的層面上努力，盡力的做、努力的做來回應病人的病身處境，以存在心裡的觀點是對抗死亡防衛的方式訴求個人的獨特性；護理人員在安寧的照顧工作上訴諸常

規工作的忙碌，以醫療的針劑、藥物、種種的護理措施來在臨終病人的身體焦點上努力，企圖抓住些什麼，得以讓自己免於死亡對自身的衝擊。

護理人員藉由不斷地照顧病人，照料病人身體症狀的控制，讓自己被常規工作所綁住，如此便可以不必面對自我，然而，不是「照顧」本身出了問題，而是企圖藉由「做」的照顧模式在臨終場域裡受到挑戰，突破不了照顧的極限。護理人員想要以防衛的方式來避開死亡焦慮，反而也妨礙了成長，符合 Yalom 所說的：防衛也正是掩飾個人的內在，核心的衝突本質被潛抑或是以其他減少不安的方法所隱藏。就研究者於參與觀察發現，護理人員不管是在早晨的病歷團隊會議、常規護理工作到交班，都傾向選擇病人具體的事項做處理，例如身體的傷口、管路、飲食..，病人生氣不想打點滴情緒上的安撫、協助與家人的關係改善等、評估可否出院返家等，在常規工作可以做得到的，因此，護士便是被這些表相的事物層層包住，以「非本真」忽略存有的方式分神、忙碌（Doing）來面對病人與自己；也無法與病人產生締結。

安寧護理人員當不斷地以自我意識的防衛與控制來遮蔽衝突，在死亡的處境下遇上了極限，在挫折經驗裡，逃不出、也躲不掉之後，透過對照顧經驗的反省、轉悟、內斂的過程，逐漸形成身體化的默會存有知識，在本研究中看到了安寧護理人員在照顧困境裡對受苦意義的反省、回答自身的死亡問題、培養力量的來源以及學習與病人告別。透過這些經驗的累積，轉悟與內斂過去照顧的病人帶給她們知識，進而形成後來對照顧的病人雖然依舊感到無能為力，但是還是仍有為、以及幫病人按摩的時候與病人進行力量的交換，還發展出獨特的「觸角哲學」，這些默會的知識就是形成安寧護理人員回應病人存在性陪伴的靈性相待的主要知識。

以現象學來詮釋護理人員的回應是如何從照顧到陪伴，主要是

由於護理人員的意向性轉變而帶動焦點的轉變，護士開始向自己未知的領域開放、探索，卸下防衛以自我本真存在的方式（Being）來回應病人，而呈現出不同的護病之關係品質。

護理人員從照顧到陪伴，從一種「做」的模式改變進入一種「在」的模式陪伴病人。就像田立克所說的：「存在的態度是一種參與的態度」，與超然於外的態度形成鮮明的對比。要認識自我，我們必須參與到自我之中，但我們的參與又改變了自我；要認識他人，就要參與到他的自我之中，從存在的方面進入他的存在的核心，才能在對他的滲入中認識他（王岷，2000）。

二、死亡焦慮 - 存在心理觀點與其他死亡焦慮研究之比較

死亡焦慮是有意識的或無意識的？它是單一整體的恐懼或是一個多面向的概念？反應在對非存在的恐懼、對永恆懲罰的恐懼、以及經歷自我或他人死亡之痛苦的恐懼。如果不存在死亡焦慮是否就是接納死亡；在國內外相關死亡焦慮的研究，大部份將死亡焦慮一同與死亡恐懼、死亡否認、死亡威脅歸納為死亡態度，以量表作為評估工具；死亡焦慮是概念上多層次的現象而需要多層次的評量，大部份死亡焦慮的指標的作者都假定或隱含死亡焦慮如同死亡恐懼都是意識的經驗，基於此假設，多數研究者都使用直接的方法以量測死亡態度，其範疇包含面談、以及各式的問卷方式（Neimeyer & Braunt, 1995）。

國內外相關死亡焦慮的量化研究的研究貢獻在於得到普遍性的推論，許永政（2004）整理國內外相關研究量表：Nardt（1975）的四因素死亡焦慮量表（包括逃避死亡、恐懼死亡、放任死亡、願意與瀕死者溝通）、Durlak & Kass（1982）死亡態度量表之內涵（對死亡的負面評價、願意與瀕死者溝通、對痛苦的負面情緒、對死亡訊

息的反應)。以及許淳惠(2002)、張利中、林志龍、洪栩龍(2001)在國內針對醫學院學生做死亡焦慮相關之研究；從量表研究分析上得到死亡焦慮相關的構面、正負向的情感感受、以及態度的強弱度；這些研究都顯示出死亡焦慮之豐富性與複雜性，顯現其內涵多層面且多變化；具有廣度之研究價值。

在一般針對死亡焦慮所做的研究，對個體做出死亡焦慮相關的構面、正負向的情感感受、以及態度的強弱度；以現象學來看，比較是屬於「經驗的自我」在世界中與其他事物有因果的互動，也同其他有機生物有反應；這樣的「我」是一個物質性、有機性以及心理性的東西，如果我們只是簡單地把自我當作世上種種的事物之一，就是「經驗的自我」。而本研究以存在心理觀點作為研究取向，針對臨終病人的死亡焦慮以及護理人員對其回應，除了看見死亡焦慮下病身處境的病人與護理人員他們「經驗的自我」之外，經驗的自我也可以站在世界相對的地位，可以在知覺上與認知上對世界的擁有者，當從現象學的面向來看死亡焦慮下的這個「自我」，它不再只是世界的一部份；它就是所謂的「超越的自我」(Sokolowski,2000)。

超越的自我便可以使自己不再只是被原始的死亡焦慮所支配，而是可以自由的選擇如何自處，漠視它、逃避它、還是擁抱它；意志便是聆聽，由內而發的意願，是參與的，而非對抗的意願；存在心理看死亡焦慮，幫助我們看見生命存在下，生物本能性求生的驅力來對抗死亡，但又指向個體存在核心的意義(May,1969b)。

以存在心理的觀點看死亡焦慮，並不認為「焦慮」是不好的，必須要去降低它或是消除它，焦慮正是可以帶給人類經驗價值的意義，焦慮它具有毀滅性，但也有建設性的部份；若是逃避焦慮的代價便是放棄了自我的自主性，而使得思考與感知的能力變得貧乏。存在心理對焦慮最主要的觀點便是挑戰了一般人對於「精神健康就

是沒有焦慮」的看法；齊克果反而是將「焦慮」視為良師，愈有創造力的人，在成長的過程中，也就愈容易置身於焦慮的處境之下，而願意承受「冒險雖然焦慮，但是不冒險失去自己」的壓力之下，與焦慮共處。

三、詮釋現象學研究方法的應用過程

當研究者對此研究主題方向確定時，對其研究結果之期待，則希望呈現臨終處境下的一種經驗性的完整，不是為了獲得某種的概念或是抽象的研究成果，或是對所要探討的研究主題「回應死亡焦慮」做一內容的歸類整理；而是採取詮釋現象學的內涵：對還原臨終照顧場域裡安寧護理人員回應臨終病人死亡焦慮完整原初動態的經驗。

所以採取詮釋現象學研究方法，研究方法提供的是一種看事物的途徑，所以不應有好壞之分，事物也沒有所謂的客觀真理與標準答案等著被發現，而是透過研究方法而獲得意義的解讀方式。本研究的焦點，鎖定為臨終處境下的生活經驗，進入田野以參與觀察與訪談形成文本資料，但是在參與觀察中與未來的研究分析，是一種對生活經驗的「參與」與「觀看」；因此在研究的過程中，嘗試還原經驗的完整性、還原原初的動態內涵；因此現象學的訓練即是提醒我經驗這個世界的方式，為了要獲得洞察性的描述，儘可能的不將世界分類、分級、或是概念化的方式認識世界。現象學以仔細地解明不同的多重表象與同一性，幫助我們把握住現實以及其中的區別；也因為它指出了每一種存在的適當狀態，包括其獨立的存在性，也幫助我們避免了化約主義。當描述經驗時必然牽涉詮釋，而詮釋就是對經驗不斷地理解，與研究參與者是一種互為主體性的了解過程，而非是研究者與被研究者一種資訊不對等的對待下來進行理解

與詮釋。在理解他人的過程中，同時也對自己所在的基礎更為了解，並且正是在這樣的基礎上作為觀看的視野（Sokolowski,2000）。

對於詮釋現象學作為研究的觀點，最主要與其他質性研究方法上的差異點，是一種對經驗整體性的掌握，不強調企圖解釋特定現象的概念，或是形成理論為目的，也不是一種探索性的研究，更不是發掘總體或深層社會文化結構，而是比較傾向於生活經驗意義的詮釋（齊力、林本炫，2003）。

第二節 研究結論

本文的研究旨在安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之處境下經驗的呈現。在安寧病房的臨終病人，以存在心理的觀點，死亡焦慮不會以原始的面貌顯現出來，在本研究中的臨終場域裡，死亡焦慮被置換成為一種病身處境所呈顯，共同性是個體存在根基的破碎、臨終病人個別面對死亡之心理、情緒的反應及其掙扎、死亡焦慮轉換為對身體支柱崩解的恐懼、以及臨終病人將與在世存有分離之處境；這些的處境都是因為「原始的死亡焦慮」與「根基的動搖」所引發出來，但卻是以置換、變形表現出來。

安寧的護理人員在與臨終病人的照顧關係之下，對於病人的種種照顧情境同樣地引發護理人員的焦慮。許樹珍（2001）在現有的護理教育對於護病關係的倫理規範在於治療性的人際關係；不建議有情緒的涉入，主張以同感心而非同情心的方式對待病人，對感情的議題多採取冷靜、避而不談的態度。因此安寧護理人員在面對焦慮的處境之下，採取抓往常規工作、忙碌於護理照顧很努力的做，但卻感到相當大的挫折經驗，同時也進不去病人的世界裡；如此是以防衛性、分神、忙碌的方式來回應照顧關係。

護理人員形成從照顧到陪伴的回應模式，是從當安寧護理人員

覺察到臨終照顧的極限經驗，護理人員反身將意向性從照顧的困境回到自身的存在，與焦慮共處，不斷地對病人與自我生命與死亡、意義與受苦的問題、學習與病人告別這些靈性課題，透過反省覺察、轉悟、內斂的過程，而形成無能為力下仍有為、力量的交換、找到以信仰來超越悲傷的力量、以及與病人建立存在性的關係來療癒自我；安寧護理人員找到靈性陪伴的默會知識來回應臨終病人。就如同 May(1977)所說的：「焦慮是知識的陰影，也是產生創意的環境」。在本研究中看見了安寧護理人員對焦慮敏感的特性，以及創造性的能力，覺察出期望與真實的落差正是來自人類所獨具的能力。

第三節 研究限制與建議

在本節中，提出在研究過程中及撰寫論文過程中之研究限制，以及研究後續的建議。

一、關於田野經驗與選取研究參與者

對於田野經驗的獲得，學者專家一般的建議至少六個月至二年的時間，研究者在本研究關於安寧護理人員從「讀書會」、「自我照顧課程」參與觀察從九十三年七月至九十四年四月共計十個月；參與觀察臨終病人與護理人員的臨床實務照顧田野經驗是從九十三年十二月至九十四年三月共計三個月，相較學理有一段的落差，但是由於研究者本身即是護理背景，其護理臨床工作與擔任臨床實習指導老師的教學經驗皆是在醫院裡，進入田野並非是進入一種陌生異文化領域，對於研究場域的環境、工作常規、工作人員、所照顧的病人並非是全新的經驗，因此雖在田野時間上顯得不足，但在三個月的時間，是全心的投入參與研究參與者病人與護理人員白天、小

夜、大夜的日常生活世界，並對研究情境的外來干擾或入侵程度減到最低，以參與者的角色在田野中，儘可能的是以謙遜觀察的態度；並且再以訪談的方式，以及將田野的觀察由醫院在擴展到研究參與者的家中與病人在其他醫院的住院經驗，儘可能的縮小田野經驗時間上的不足對研究的影響（Jorgensen,1989）。

在選取研究參與者，對於選擇臨終病人作為研究參與者，因詮釋現象學的研究取向，在一開始便是選擇意識上是清楚的並且可以在語言上溝通，但是在當時的田野裡，研究者放棄了一些頭頸部腫瘤的臨終病人，排除的原因主要是因為必須採取筆談，耗時並且病人的體力與情緒，在臨終階段藉由文字顯得其片段、不清楚，並且因病人的複雜之家庭背景因素，為避免研究的過程中，研究之文本不足而有可能使得研究者個人過度詮釋之問題，故決定捨棄之。

選取人員訪談的過程為：本研究是在安寧病房先選取臨終病人之後，在參與觀察照顧其被選取的臨終病人之護理人員的照顧回應，其被選取的四位護理人員其照顧的頻率多於其他護理人員，並且也參與病房之讀書會與護理人員自我照顧課程，再接受訪談後，呈顯照顧面向背後個人對其照顧經驗之反省，而未被選取訪談之護理人員，則是成為在參與觀察之中呈現臨終照顧之研究底景。研究者在有限的時間無法訪談所有的護理人員，因此必然失去許多寶貴的照顧經驗分享；在此必有遺珠之憾。

二、存在心理作為研究觀點的選擇

在國內對於臨終關懷之相關研究，以存在心理作為研究之觀點之研究尚不多見或是應用，故本研究嘗試以存在的取向來揭露臨終處境下臨終病人與其照顧者之存在的面向。如同 Yalom, I.D 所說：「實證取向無法幫助人學習各個心理結構對人的意義為何，我們永遠無

法從組成部份的研究得到意義，因為意義並不是什麼原因造成的，而是由掌管所有部份的這個人所創造出來的」。

研究者的專業訓練的背景是受醫護科學實證的薰陶，對於人文素養以及心理學的涵養皆是相當微薄，對於存在心理之學術引用主要來自 May, R.與 Yalom, I.D.兩位學者，對於國內外其他學者之存在心理研究觀點，並未多加搜羅，若在此能夠增加在 May, R.與 Yalom, I.D.之後其他學者之相關研究，必然增加本論文之豐富性。

三、未來後續的研究建議

護理人員在照顧病人時，在繁忙的常規工作中，最主要是依賴視覺經驗，視覺的知覺經驗很容易帶給我們見到一個宏觀的視野，而誤以為掌握了全面的了解，就像我們看見一個大樓近在眼前，但是想要靠近它，才發現距離是如此的遙遠。因此視覺經驗雖然很容易提供護理人員作為看顧病人的知覺取向，但是在病人尤其是臨終病人的照顧上，如果想要靠近他、接近他，只有視覺的經驗卻是最遠的距離。在本研究中，呈現了陪伴的照顧品質，有一很重要的因素是護理人員開展了觸覺的知覺經驗，以及營造病床邊的情境空間，與病人像姊妹般的在床上讀童繪本。觸覺是最真實的一點一滴的接觸，以構築彼此靈性的交流。在傳統護理教育中，有最基礎的視診、聽診、觸診、扣診的護理技術，除了在身體評估外，當陪伴病人共在時，其互動回應應當能夠更多方開展我們的知覺經驗。在電影「美麗境界」中的一幕，數學家的妻子執起他的手觸碰她的心跳說：「讓我告訴你什麼是真實」，頗值得玩味深思。

對於後續的研究建議，則是以本研究對於護理人員開展知覺經驗之面向回應臨終病人不足之處，希望可以針對護理人員的知覺經驗做一深入的相關研究，在護理技術的課程中，有視診、聽診、觸

診、扣診之對病人進行身體評估，未來的研究期許護理人員如何在一般的常規身體評估中對存在性身體知覺經驗的開發。於本研究中只有呈現護理人員存在性的身體觸覺經驗，未來希望開啟護理人員更多的身體知覺經驗面向之相關研究，以提供護理人員在臨終照顧的實務工作中，有一具體實質上的照顧陪伴技巧，提升護理照顧品質與內涵。

參考文獻

中文部份：

王岷(2000)。田立克。台北市：揚智文化。

王萱萁(2003)。靈性照顧認知與經驗之探討 - 以中部某醫院安寧病房護士為例。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。

尹亞蘭(2003)。住院臨終病患使用宗教象徵物意義之詮釋現象學研究。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。

石世明(1999)。臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面。未出版之碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮。

石世明(2000)。對臨終者的靈性照顧。安寧療護雜誌，5(2)，41-56。

石世明(2001)。伴你最後一程：臨終關懷的愛與慈悲。台北：天下文化。

石世明(2005)。用愛和慈悲相伴。與心靈共舞 - 臨終靈性陪伴研習會。台南市：新樓醫院。

江蘭貞(2004)。臨終處境下護病之靈性遭逢。安寧療護雜誌，9(1)，91-98。

余德慧(2001)。詮釋現象心理學。台北市：心靈工坊。

余德慧、石世明(2001)。臨終處境所顯現的具體倫理現象。哲學雜誌，37，60-86。

余德慧、石世明、李維綸、王英偉(2002)。臨終過程心理質變論述的探討。南華大學生死學系編，第二屆現代生死學理論建構學術研討會(頁 1-36)。嘉義市：南華大學。

余德慧、石世明、王英偉、夏淑怡(2003)。病床陪伴的心理機制：一個二元複合模式之探討。南華大學生死學系編，第三屆現代生死學理論建構學術研討會(頁 1-25)。嘉義市：南華大學。

- 余德慧、石家儀(2003)。 生死學十四講。台北市：心靈工坊。
- 余德慧(2005)。 縱深時間與沉默皺摺。 生死學臨床學術研討會會議手冊。花蓮市：慈濟大學。
- 余玉眉、田聖芳、蔣欣欣(1994)。 質性研究。台北市：巨流。
- 杜明勳(2003)。談靈性。 護理雜誌 50(1)，81-85。
- 杜小真(1994)。 勒維納斯。台北市：遠流。
- 李翠鵑(2004)。 跨越視覺世界的藩籬 - 盲人的知覺現象學。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 林治國(2004)。 論疼痛 - 以沙特《存在與虛無》之身體存有學為線索。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 林素琴(2004)。 癌末病患臨終階段照顧之現象學探討 - 從躁動不安到擬象轉換。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 高宣揚(1999)。 存在主義。台北市：遠流。
- 高淑清(2001)。在美華人留學太太的生活世界：詮釋與反思。 本土心理學研究，12月，225-285。
- 莫影慰(2003)。 兩個世界的交接 臨終病人與照顧者的關係移動。未出版之碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮。
- 柏木哲夫(2000)。 用最好的方式向生命揮別：臨終照顧與安寧療護。(曹玉人譯)。台北市：方智。(原作1997年出版)
- 張利中、林志龍、洪栩龍(2001)。醫學系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)，40-50。
- 徐南麗、王如華、黃璉華、劉雪娥、陳品玲、徐曼瑩等(1996)。 護理研究導論。台北市：匯華。
- 許禮安(2000)。靈性照顧之我見。 安寧療護雜誌，5(2)，11-13。
- 許樹珍(2001)。護理專業與觀照倫理現象之探討。 哲學雜誌，37，104-135。

- 許淳惠(2002)。 不同依附型態之醫學院學生與非醫學院學生在死亡焦慮及害怕個人死亡歸因上之差異。未出版之碩士論文，成功大學行為醫學研究所，台南。
- 許永政(2004)。 成人學習者死亡態度之轉換學習歷程研究 - 以桃園縣社區大學為例。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 解志熙(1997)。 生的執著。北京：人民文學出版社。
- 陳世琦(1999)。 臨終機構的終極關懷。未發表。
- 陳杏佳(2001)。 詮釋學理論與護理應用。 護理雜誌 48(1)，89-94。
- 陳佩蓀(2005)。 生命支柱的傾圮 - 脊髓損傷者疼痛知覺與調適經驗之研究。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 郭麗馨(2002)。 生病陪伴歷程的體驗 - 一位兒癌母親的自述。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 莊乙雄(2003)。 安寧護理人員靈性成長的研究 - 以南部某教學醫院為例。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 項退結(1986)。 現代存在思想家。台北市：東大。
- 楊韶剛(2001)。 尋找存在的真諦 - 羅洛梅的存在主義心理學。台北市：貓頭鷹。
- 齊力、林本炫(2003)。 質性研究方法與資料分析。嘉義縣：南華大學教育社會學研究所。
- 蔣欣欣、張碧芬、余玉眉(2001)。 從護理人員角色的創造探討護理倫理的實踐。 哲學雜誌，37，88-103。
- 蔡昌雄(2002)。 促發模式及其在臨終照顧應用的探討：以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例。南華大學生死學系編， 第二屆現代生死學理論建構學術研討會(頁 1-14)。嘉義市：南華大學。
- 蔡昌雄(2004)。 田野經驗與詮釋現象學。 南華大學第三屆「社會科學研究方法：質性研究方法及其超越研習會」會議手冊。嘉義

市：南華大學。

蔡昌雄(2005)。臨終陪伴的默會哲學 - 靈性相伴的知識論詮解。生死學臨床學術研討會會議手冊。花蓮市：慈濟大學。

蔡美麗(1990)。胡塞爾。台北市：東大。

蕭妤伶、盧美秀(1996)。臨床護理人員之組織承諾、組織留任與專業留任的相關性研究。護理研究，4(2)，137-150。

劉長安(1995)。談安寧照護—護理人員應有的認識。護理雜誌 42(4)，91-95。

賴維淑(2002)。晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會、靈性之需求。未發表之碩士論文，國立成功大學護理研究所，台南。

龔卓軍(2001)。生病詮釋現象學 從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。南華大學生死學系編，現代生死學理論建構學術研討會。嘉義市：南華大學。

龔卓軍(2002)。現象學論死亡：議題的提出。在南華大學生死學系所編，第二屆現代生死學理論建構學術研討會論文集。(頁 1-20) 嘉義縣：南華大學。

英文及譯書部份：

Ackerman,D. (1993)。感官之旅(A Natrual History of the Ssnses)(莊安祺譯)。台北市：時報文化。(原作 1990 年出版)

Benner, P.(1994).Interpretive Phenomenology: Embodiment, caring, and Ethics in Health and Illness. Thousand Oaks: Sage Publications.

Bishop, A.H. & Schudder, J.R. (1990). The Practical, Moral, and Personal Sense of Nursing – A Phenomenological Philosophy of Practice. New York: State University of New York Press.

- Bridge, D. (2003). Ethical Issues in Palliative Care。 九十二年度安寧療護專業人員倫理與靈性工作坊學員手冊。台北市：財團法人中華民國安寧照顧基金會
- Buber, M. (1989)。 我與你 (I and Thou) (陳維剛譯)。台北市：久大。
(原作 1957 年出版)
- Buscaglia, L. (2002) 。 一片葉子落下來 (The Fall of Freddie the Leaf: a Story of Life for All Ages) (張秀琪、白森譯)。台北市：經典傳訊。(原作 1982 年出版)
- Callanan, M. & Kelley, P. (1997)。 最後的禮物 (Final Gifts) (王明波譯)。台北市：正中。(原作 1992 年出版)
- Cassidy, S. (1999)。 幽谷伴行 (Sharing the Darkness the spirituality of caring) (趙可式譯)。台北市：光啟。(原作 1988 年出版)
- Crumbaugh, J.C. (1987) 。 生命的主題 - 如何從意義分析中獲得自我實現 (Everything to Gain: A Guide to Self-Fulfilment Through Logoanalysis) (游恆山編譯)。台北市：書泉。(原作 1973 年出版)
- Corneau, G. (2004)。 你有沒有看見我的馬？：心靈療癒的意義 (LA GUERISON DU COEUR) (張穎綺譯)。台北市：張老師。(原作 2000 年出版)
- Davy, J. & Ellis, S. (2002)。 安寧照護的諮商技巧 (Counselling Skills in Palliative Care) (張景然、郭柏秀、許馨仁譯)。台北市：弘智。
(原作 2000 年出版)
- Denzin, N.K. (1999)。 解釋性互動論 (Interpretive Interactionism) (張君玫譯)。台北市：弘智。(原作 1989 年出版)
- Doka, K.J. (1993). The Spiritual Needs of the Dying. In K.J. Doka, J.D. Morgan, Death and Spirituality (pp. 143-150). New York: Baywood.

- Eliade, M. (2001) 。 聖與俗 - 宗教的本質(The Sacred and The Profane: The Nature of Religion)(楊素娥譯)。台北市：桂冠。(原作 1957 年出版)
- Gattuso,J.(2003)。 關於靈性的 12 堂課(A course in life : the twelve univereal principles for achieving a beyond your dreams)(張定綺譯)。台北市：經典傳訊。(原作 2003 年出版)
- Glaser,B.G & Strauss,A.L.(1965).Awareness of Dying.New York: Aldire.
- Heidegger,M.(2002)。 存在與時間(SEIN UND ZEIT)(王慶節、陳嘉映譯)。台北市：張老師文化。(原作 1953 年出版)
- Hennezel,M. D.(2002)。 因為你聽見了我(La Mort Intime)。(吳美慧譯)。台北市：久大。(原作 1995 年出版)
- Jorgensen,D.L. (1999)。 參與觀察法 (Participant Observation)。(王昭正、朱瑞淵譯)。台北市：弘智文化。(原作 1989 年出版)
- Kastenbaum,R(2002)。 死亡心理學(The Psychology of Death)(Sencod Edition)(劉震鐘、鄧博仁譯)。台北市：五南。(原作 1976 年出版)
- Kauffman, J. (1993). Spiritual Perspectives on Suffering the Pain of Death. In K.J. Doka, J.D. Morgan, Death and Spirituality (pp.165-170). New York: Baywood.
- Kessler,D(1998)。 臨終者的權益(The Rights of the Dying : A Companion for Life ' s Final Moments)(陳貞吟譯)。台北市：疾天。(原作 1997 年出版)
- Kubler-Ross, E.(1969).On Death and Dying.New York:Touchstone.
- Kubler-Ross, E., Kessler, D.(2002)。 用心去活 - 生命的十五堂必修課 (Life Lessons)(張美惠譯)。台北市：張老師。(原作 2000 年出版)
- Lair, G.S. (1996). Counseling the Terminally Ill: Sharing the Journey.

- Washington: Taylor & Francis.
- Lashley, M.E. (1994). Being Called to Care. Albany: State University of New York Press.
- Lella, J. W. (1997). Death Walks the Wards : Dying in the Hospital. In Morgan, J. D. (Ed.), Readings in Thanatology (pp.117-140). New York: Baywood.
- Ley,D. C.H.L. (1993). Spiritual Care in Hospice. In K.J. Doka, J.D. Morgan,Death and Spirituality(pp.171-179).New York: Baywood.
- Lugton, J. & Kindlen, M.(2003)。 安寧照護 - 護理角色(Palliative Care - The Nursing Role)(陳玉婷、陳施妮、陳瑞貞、楊翠雲、賴才雅譯)。台北市：五南。(原作 1999 年出版)
- Maddocks, I.(2003)。 緩和醫療照顧手冊(Palliative Care : A Guide for General Practitioners)(蘇富雄、張宏哲譯)。台北市：五南。(原作 2001 年出版)
- Manen, M. V. (1999) 。 探究生活經驗:建立敏思行動教育學的人文科學(Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy)(高淑清、連雅慧、林月琴譯)。台北市：濤石。(原作 1997 年出版)
- Maxwell,J.A.(2001) 。 質化研究設計 一種互動取向的方法(Qualitative Research Design An Interactive Approach)(高薰芳、林盈助、王向葵譯)。台北市：心理。(原作 1996 年出版)
- May,R.(2001)。 創造的勇氣(The Courage to Create)(傅佩榮譯)。台北市：立緒。(原作 1969a 年出版)
- May,R.(2001)。 愛與意志(Love and Will)(彭仁郁譯)。台北市：立緒。(原作 1969b 年出版)

- May,R.(2004)。 焦慮的意義(The Meaning of Anxiety)(朱侃如譯)。
台北市：立緒。(原作 1977 年出版)
- Moran, D. (2005) 。 現象學導論(Introduction to Phenomenology)(蔡
錚雲譯)。台北市：桂冠。(原作 1999 年出版)
- Neimeyer, R.A., Braunt, D.V. (1995). Death Anxiety. In H. Wass, R.A.
Neimeyer, Dying: Facing the Facts (3rd ed., pp.49-88). Washington,
D.C.: Taylor & Francis.
- Pascal, B.(1987)。 沉思錄(Pensees)(孟祥森譯)。台北市：水牛。(原作
1657 年出版)
- Pettigrew, J. (1990). Intensive Nursing Care: The Ministry of Presence
Critical care Nursing Clinics of North America, 2, 503-508
- Schutz, A. (1991) 。 社會世界的現象學(The Phenomenology of Social
World)(盧嵐蘭譯)。台北市：桂冠。(原作 1932 年出版)
- Sherwood,G. D.(2000). The Power of Nurse-Client Encounters.Journal
of Holistic Nursing, 18(2), 159-175.
- Sokolowski,R.(2004)。 現象學十四講(Introduction to henomenology)
(李維倫譯)。台北市：心靈工坊。(原作 2000 年出版)
- Taylor,E.J.(2002).Spiritual Care : Nursing Theory, Research, and
Practice.New Jersey : Prentice Hall.
- Tillich,P.(1990) 。 生之勇氣(The Courage to Be)(胡生譯)。台北市：
遠流。(原作 1952 年出版)
- Toombs,S.K.(2000) 。 病患的意義 - 醫生和病人不同觀點的現象學探
討(The Meaning of Illness)(邱鴻鍾、陳蓉霞、李劍譯)。青島市：
青島出版社。(原作 1999 年出版)
- van den Berg, J.H. (2002)。 病床邊的溫柔(Psychology of the Sickbed)
(石世民譯)。台北市：心靈工坊。(原作 1952 年出版)
- Wilber,K.(2002)。 恩寵與勇氣(Grace and Grit)(胡茵夢、劉清彥譯)。

台北市：張老師。(原作 1991 年出版)

Yalom, I.D.(2003)。 存在心理治療(上)死亡(Existential Psychotherapy) Death(易之新譯)。台北市：張老師。(原作 1980a 年出版)

Yalom, I.D.(2003)。 存在心理治療(下)自由、孤獨、無意義(Existential Psychotherapy) Freedom, Isolation, Meaninglessness(易之新譯)。台北市：張老師。(原作 1980b 年出版)

網路資源：

Kunz, G.(2002)。 What Makes Therapy Therapeutic. Retrieved May, 26th, 2005, from http://www.meaning.ca/meaning_therapy/presentations

附錄

附錄一：訪談同意書

訪談同意書

親愛的 先生(女士)您好：

謝謝你願意接受訪談，為確保您在研究中的權益，請詳閱以下內容後，如果您願意接受江蘭貞研究生之訪談，請簽下同意書。

- 一、 研究者明確告知研究目的與價值。
- 二、 我願意將我的生命經驗接受訪談與錄音，並同意研究生以化的方式呈現於學術研究之用途。
- 三、 我有自主選擇與拒絕的權利。
- 四、 對研究過程有任何相關疑問，可要求研究者做進一步的說明。
- 五、 我願意成為研究參與者，願意參與研究訪談。

謝謝您的參與，您的寶貴經驗將提供安寧團隊在未來的照顧工作上得以省思與成長。

祝福您！

受訪者簽名：

南華大學生死所研究生：江蘭貞敬上

附錄二：護理人員訪談大綱

護理人員訪談大綱

- 1.當妳看著病人痛、喘、絕望的表情，是否會讓妳想到自己的死亡會是如何？或者妳是否曾經想過自己的死亡該是如何？
- 2.在安寧病房每天接觸止痛劑和鎮靜劑，對於這些藥物和針劑的使用，妳有些什麼經驗和想法？
- 3.以妳的經驗上白班、小夜、和大夜班，在病人的情況和自己上班的情境上面，有一些什麼樣不同的經驗和看法？
- 4.妳有沒有碰過那種病人開口問妳：「為什麼是我」、「我又沒做壞事，老天爺為什麼要讓我得這種病」？這種情形妳都怎麼回應？
- 5.對於曾經照顧一段時間的病人，當妳要去休假前、在休假之中、和休假回來時候的心情是怎麼樣？
- 6.妳有沒有碰過那種病人把妳當浮木一樣緊抓不放的？在什麼時候你會讓病人這樣子依靠你？你的反應和想法是怎麼樣？
- 7.遇到那種沉默不語的病人，你的照顧陪伴經驗和心情是怎麼樣？
- 8.妳對每個人交班內容的選擇性差異有什麼看法？
- 9.談談妳印象最深刻的病人和對妳最有心得的照顧陪伴經驗。
- 10.從妳以前到現在，妳覺得照顧上有碰過什麼困境？
- 11.目前你有照顧到的這幾個病人(敏龍、威通、村生、彩樺、寶鈺)，談談妳對他們的照顧經驗。
- 12.在這裡的主護護理模式，當你們換段去照顧新病人時候，對原來照顧的那段病人是怎麼樣呢？
- 13.當妳上到剛好一個班內有很多病人情況都很 critical (痛、脹、喘、快要走的、一直壓紅燈的)，那種情境妳都怎麼辦？在你心裡又有什麼想法？

附錄三：詮釋現象之文本分析

P1 文本詮釋現象之分析

L.7-9 12/16

他跟護理人員說他右肋的地方，好痛，幾乎就是像小孩子那樣很可憐說著，我第一次，看到一個這樣五六十歲男人，像小孩子一樣流淚，他是一個中校退伍的軍官。

L.76 1/13

村生伯痛起來就是會哭，太太在旁都會像安慰小孩子一樣說：很溫柔的說不要哭了啦，打了針睡覺。

L.85 1/17

今天村生伯就沒有再多說什麼，臉部偶而扭曲、吸氣皺眉，似乎是一直再對疼痛做對抗，當再也無法忍受時，就會像小孩子一樣的哭泣起來，

L.101

村生伯只有喊痛、針打了沒？人生沒意義、哭泣、曾經表達想要安樂死

L.158-159 1/21

村生說：「哭」是因為要讓別人知道我有多痛，不哭出來，別人都不知道我有多痛。

【意義單元的浮現與分析】

村生是一位中校退伍軍官，57歲的大男人，總是「像小孩子一樣地哭」，他藉由哭泣來表達身體強烈的受苦，他的痛像蜘蛛網網住一樣拉扯著他，讓護理人員、志工與家屬對他都像對小孩般的不捨與疼惜，哭是要讓別人知道，道出他無法忍受的是別人都不知道我有多痛。太太與護理人員見到並都是非常心疼病人如此疼痛，像安撫小孩子般安慰他以及幫他輕揉身體，想把他說緊的感覺給揉開。

【現象脈絡走勢的梳理】

村生罹患大腸癌末期多處轉移，並未開刀，疾病早期以化療方式治療，因無法再承受積極治療，轉至安寧病房做症狀控制，右肋處「疼痛」，為最主要症狀，所有想到止痛的方式都試了，對他的效果都有限，最後的兩步，就是先做神經阻斷術，把右肋的神經末梢燒掉，阻斷疼痛，若再無效，就是只好試放一條導管在腦室，從露在外面的

導管打 morphine。疼痛是非常個人主觀經驗感受，村生所有的注意力全放在疼痛的感覺上，如果不表達出來，只有他一人默默的承受，藉由哭泣，得以有親人的照顧撫慰，以及住院時，得到醫護人員與志工的疼惜，除了承受疼痛之外，在他人的關心與不捨之下，而非孤單獨自承受面對疼痛與死亡的威脅。

【結構主軸與面向的推敲】存在的孤獨

臨終病人朝向死亡的過程中，承受病痛的煎熬，被迫面對死亡即將到來的事實，當進入到安寧病房，似乎感受到離死亡愈來愈近，與世界愈來愈遠，在無法或不知如何表達面對死亡的孤獨感，摘自『伊凡 伊里奇之死』p.119：他再也按耐不住了，像個孩子似的哭了起來。他哭自己的孤苦無援、自己可怕的孤獨、人們的殘酷、老天爺的不公平，為什麼這樣的折磨他？他又沒有做什麼壞事，為什麼要他承受這樣的苦？這一切到底是為什麼？為什麼要這麼地可怕折磨我？他祈求不到答案，因為沒有回答，又痛起來了動彈不得，要如何不痛苦的活下去？他藉由無法忍受疼痛的哭泣，尋求關係的連結，因為死亡是人類最孤寂的經驗。

L.12 12/16

村生伯形容那痛的地方，像是網子網住一樣，拉扯著他。

P.168-170 1/24/05

村生說這個痛像蜘蛛網一層層的包住，有沒有辦法把肋骨剪掉一段？讓它鬆一點，有沒有比較好的醫生，還是國外的醫生是不是研究出來了？

L.198-206 1/25/05

阿伯說：「就像蜘蛛網網住一樣，好可惡，知道嗎，要是可以，自己來開刀」，很痛，你不知道，多痛！不忍耐不行，阿忍耐又要忍耐到什麼時候，要振作，用飛箭跟它打，看誰贏，它又躲在裡面，找又找不到，痛的太厲害了啦，看以後有沒有辦法把它拉一點點起來，不要那麼緊，這樣就不會那麼痛，伯母說，你跟蘭貞講話都不痛，阿伯說：痛阿，只是我沒說而已啊，還是痛阿，說不痛，是騙人的啦。

L.267-272

像那個孫運璿，阿伯說：「他人不錯，可是他好啊，他這個比較好，他不痛」，我說：

「可是他想講話，不能講不是更痛苦」阿伯說：「他不講話不痛苦啊，他不痛阿，痛

比較難受」, 那我說:「那大小便失禁, 那不是痛苦」, 阿伯說:「這個就比較不好了, 」
唉喲, 痛成這樣, 痛到流汗, 我要起來喝點茶, 痛的好難過, 唉喲, 我痛成這樣, 唉
喲 好難受喔, 你不知道, 唉喲, 唉, 唉喲

L.275-278

唉喲 唉喲 唉喲, 好痛, 太痛了, 我要躺著睡覺了, 我協助他躺下, 感恩啦, 唉喲
唉 唉喲 , 阿伯痛到直冒汗, 唉喲 唉 唉喲 啊, 啊, 這藥好像不太好, 它是抽
痛, 一陣一陣的痛, 滿頭冒汗唉喲 啊,

L.471-472 2/15

我跟村生說: 你昨天都不理我, 村生很委屈的說:「我生病啊, 又想到痛, 又喊痛,
要打針。

L.626-631 2/21

他有點像是抓癢的樣子, 抓自己的右肋右腹的地方, 說裡面好熱, 我幫他用薄荷精油
給你輕輕按摩, 他說:「沒有用」, 是裡面在燒, 那我說我們想像用冰水澆下去, 他還
是說:「沒有用」, 我們試試這力量, 我們用腦袋的意志力量壓下去, 冰塊敷在上面,
「沒有用啦, 裡面熱得不得了」我說:「我們在冰山旁邊」, 太太也說: 吹電風扇、冰
茶,「也沒有用, 那也沒有用, 太熱了, 熱到六七十度, 熱到受不了, 因為這是癌症
腫瘤而熱出來。

L.23-24 12/16

歲末音樂祝福晚會前, 村生有坐輪椅在護理站前, 也不想看魚缸裡的魚, 也不願推到
長廊逛逛, 一會兒就要進病房裡躺了, 對活動一點興趣都沒有。

L.49 1/11

村生伯的疼痛好像又比昨天更痛了, 眉頭永遠都是皺的, 但每次都是很客氣的謝謝工
作人員, 注意力完全放在疼痛上,

L.317-318 1/28

病房今天邀請書法大師來寫春聯, 村生伯今天完全對外在發生的事提不起興趣, 一直
在喊痛啊, 我還是寫了一個「春」字和「福」字送給他, 問他說我寫的好不好? 他說:
「寫的不錯, 他說你有種福田嗎?」我說你在這裡(他最痛的右肋處)也種福田好不

好，以後都不痛了囉，

【意義單元的浮現與分析】

村生都放在感受疼痛，可以用各種的形容詞形容、描述疼痛，像蜘蛛網一層層的包住，躲在裡面，找又找不到、裡面在燒，太熱了、熱到六七十度，陪伴者想要他藉由冥想冰水、冰塊緩解熱的感受，他一概拒絕，注意力完全放在疼痛上，眉頭永遠是皺的，坐輪椅到護理站，一點也不想欣賞魚缸，對病房舉辦的活動一點興趣都沒有。

【現象脈絡走勢的梳理】

村生過去是職業軍人，一生的軍旅生涯，單純規律的家庭生活，退伍後，還到私人公司上班，想多賺些錢，當開始想要不再工作，享受生命時，卻得到癌症，如何也沒想到這種事會發生在自己的身上，好端端的生命，57歲的生命，應該是還可以再多活幾年，為什麼要給我這種痛苦？把痛消除吧，讓我舒服。他看著它、正視著它，什麼事都沒做地看著它，他將疼痛客體化，與它對立，想盡方法想要消滅它，不斷地向他人重複、形容他的痛，藉由藥物短暫的緩解外，嘗試冥想的方式，對他完全不起作用。

【結構主軸與面向的推敲】「疼痛」侵蝕生命

『痛的世界』，痛似乎已經侵蝕掉生命，否定了生命有意義的過往。當我們身體健康時，「身體」是被我們所遺忘的，當我們生病，尤其是具有疼痛的疾病時，它完全成為我們意識中的主題，所有其他的東西，早已退為背景，「疼痛」對村生的生命造成紊亂與破壞，生命不再是自我可以控制了，對抗疼痛，試圖拿回生命的主控權。

面對痛苦的方式何其多，尤其是內心的痛苦，一個人可以暫時漠視痛苦的存在，挨到痛苦難當，非正視不可時，他自然的發現到，自己已經長時間的忽略、隱藏或漠視病徵的存在，村生伯似乎自身無法承擔如此巨大的痛楚，他哭出來要讓別人知道他有多痛苦，他需要靠旁人來分擔這種莫名的痛苦；不知如何處理解決，比起可以明白解釋的痛苦，帶給人更深沉的痛楚。VS 崑通，他卻是獨自一人承擔，漠然地沉默。

ND 文本詮釋現象之分析

研究者：在安寧裡，面對病人無法緩解痛跟喘或是有限的幫助，以及傷口，在面對病人的那種處境，你的照顧心境？還有是否想過自己的死亡？先看病人的然後再跟自己有沒有做過連結，這樣子。

紅荳：跟自己不會，就是跟家人或者是跟朋友，我是曾經想過因為我朋友比較胖，然後又有抽煙，然後我每次就會心裡想就是在想說，如果是我朋友，他以後是我先生，那..那我該如何面對，但是這個問題其實我跟我朋友有講過，其實有一陣子不是很順的時候，我有問過他如果我有一天，像 我的情境像病人，你會願意為我把屎把尿等等，那他的想法，我反過來想，就是我去想說如果有一天，他是頭頸部的然後一樣面對什麼大出血阿、呼吸困難阿，我能不能這樣坦然照顧，當然之後我想了，是說 我還是會轉一個、換一個思考的方式說，我學這個的，可能他讓我、可能是他需要我，所以他才會跟我在一起，然後我也是所學的運用在他身上，所以我跟他回答說，如果以後你生病還是怎樣了，我還是願意也為你這樣子做，那如果是自己的害怕點，反而會不同，我會變成說，自己在最快的時間內趕快就往生。

研究者：就希望自己很舒適，趕快的結束

紅荳：對！趕快、趕快的就結束，因為家裡面或者是你愛的人，就是能不能像我這樣照顧他，是不同的，因為我們受的訓練跟教育是不同的，而且我們是學這個，然後我會，等於是說先生照顧我，或者是爸爸媽媽照顧我，或是姊姊照顧我等等，一定是不一樣的，因為所受的東西是不一樣的，那 那我會覺得我是在拖累家裡面的人，那會不會選擇安寧，就是像之前同事就問互相會想說，如果是自己癌症，末期或許會選擇安寧病房嗎？然後在選擇化療電療嗎？那 其實我們的答案都是說，一定會走到這一步，因為之前很多人從腫瘤科過來，那看到病人這樣子，他自己會選擇真的去用 port-A(人工血管)，然後去做化療電療嗎？很多人的答案，包括我，直接就 就這樣子去接受，就 不再做了。

紅荳：到時候的想法是不同的，但是現階段的我們都會選擇不做，不做化療、不做電療，然後會接受安寧照顧，那 開始就懷疑說，會開始挑剔別人怎麼照顧我們，那我

們以後生病老了，真的會很 OK 嗎？很 OK 說別人也是安寧訓練出來照顧同樣是受過安寧訓練的我們，很 OK 嗎？那有同事就說「千萬不要幫我翻身，因為很痛，就讓我這樣子躺、躺、躺、躺、躺到破皮了也沒關係，就是不要在翻我了。」那我就說「那你很自私唷，你每天都在翻病人喔。」如果面對自己的死亡，如果是自己會很想要趕快結束，就結束吧！然後會害怕阿，會阿，會很害怕死亡是什麼感覺，就像剛第一個問題，問號，到哪裡去？也是個問號。

【意義單元的浮現與分析】

照顧臨終病人不會跟自己的死亡做連結，但是有想過家人和朋友，發生大出血和呼吸困難，能否坦然面對？但是願意將所學的用出來，如果是自己，希望自己在最快的時間內往生、趕快、趕快就結束。自己得到癌症，一定會走到這一步的選擇安寧病房，但是不做 port-A(人工血管)和化療電療，去接受，不再做了。這是目前單身的想法，以後會怎樣不確定，現階段選擇不做。但是以後可能會挑剔同樣是安寧訓練的人是否會照顧好我們，不要再替我翻身了，躺到破皮也沒關係，但是現在卻會幫病人翻身。面對自己的死亡，只希望趕快結束，很害怕死亡是什麼感覺，是一個問號，到哪裡去，也是問號。

【現象脈絡走勢的梳理】

照顧病人時，並未與自己做連結，但是面對家人，懷疑自己能不能坦然面對？罹患癌症，一定會選擇安寧照顧，但是不做人工血管、化療、放射線治療，受安寧訓練的人是否能照顧好我？然而當自己置換成病人的位置時只希望在最快的時間內往生，趕快結束，別人不要再為我做什麼了，然而自己是照顧者時，又會去為病人做什麼。自己對於死亡與死後到哪裡去，卻是問號。對死亡是充滿著疑問，然而在臨床上卻得回答病人的問題，自己是病人的時候，不希望別人不要再動我了，然而身為照顧者卻一定要去做什麼，例如幫病人翻身。

【結構主軸與面向的推敲】自我的移置（現象學十四講 P.115）

死亡對於健康人是一種可以指涉與反思對象，照顧病人與自身的處境透過移置的形式結構，想像與預期