


南 華 大 學

生死學系碩士學位論文

關懷的功課——安寧護理人員的自我照顧



The Life Lessons of Self-Caring
for Hospice Nurses

研 究 生：蔡淑玲

指導教授：蔡昌雄 博士

中華民國九十四年六月

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

關懷的功課—安寧護理人員的自我照顧

The Life Lessons of Self-Caring for Hospice Nurses

研究生：蔡淑玲

經考試合格特此證明

口試委員：周傳美

蔡好易

蔡品雄

指導教授：蔡品雄

所 長：釋慧開

口試日期：中華民國 94 年 6 月 22 日

摘要

本研究以安寧護理人員之自我照顧為主題。透過詮釋現象學方法的引導，從病房參與觀察及十一位研究參與者的深度訪談，取得文本資料，並進行視域化的綜合分析工作。研究結果部份，分別針對安寧護理人員的臨終照顧處境、壓力及回應等次題，進行經驗構面的深描與詮釋，以此呈現安寧護理人員自我照顧經驗的具體意涵。

本研究發現安寧護理人員的自我照顧課題，可以從「做」與「在」兩種模式進行解釋。前者是透過具體作為、管道或方式，把自我和死亡焦慮來源隔絕，以便讓自我的照顧壓力緩解，但有其侷限性；後者則與特定的作為、方式或管道無關，而是涉及讓原初自我現身的存在態度調整，其中包括兩大課題：(1)與存在挫折和焦慮共處；(2)透過反思歷程，達成自我存在的超越。

整體而言，自我照顧的深化，將為護理人員帶來個人態度，以及臨終陪伴關係質變的效應。此外，本研究並建議規劃安寧護理人員的在場支持系統，強化自我照顧的在職課程訓練，以及在護理養成教育中，將自我覺察及反思能力的培養，延伸至自我照顧的部份。

關鍵詞：安寧護理人員、臨終關懷、自我照顧、死亡焦慮、存在挫折

Abstract

The thesis of this research is on the self-caring of hospice nurses. Guided by the hermeneutic-phenomenological method, the researcher collects the empirical data mainly through the field participation in the hospice ward of a local hospital and the depth-interviews on the 11 research participants therein. The result of the text-analysis is delineated and interpreted by the three aspects: (1) the situations of the caring work, (2) the nurses' pressures, and (3) their responses. The embodied experiences of self-caring of those caregivers are thus presented.

To interpret the self-caring, the researcher develops a framework of two-mode self-caring; i.e., the mode of "doing" and that of "being." The former refers to any practical efforts, ways or means adopted by the nurses that intend to separate the self from the death anxiety by the death bed, so as to reduce the caring pressures. However, such efforts have limitations. As for the latter, it does not necessarily involve specific efforts, ways or means of self-caring, but an existential attitude change of nurses in the process of facilitating the presence of the "primordial self." It includes two main subjects: (1) to come to terms with frustrations and anxieties, (2) to attain existential transcendence by way of a self-reflective process.

In general, the research finds that the deepening of the self-caring work will bring about an attitude change conducive to improving the quality of nurses' dying care. It also suggests developing an on-site support system, a self-caring curriculum for hospice nurses, and accommodating the reflective training of self-caring into the nursing school education.

Key words: hospice nurses, terminal care, self-care, death anxiety, existential frustration

目次

第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景.....	1
第二節 研究議題設立.....	3
第三節 研究目的	4
第四節 名詞界定	5
第二章 文獻探討.....	6
第一節 安寧療護與臨終照顧	6
第二節 臨終照顧中的靈性議題.....	9
第三節 臨終處境下的存在揭露.....	14
第四節 安寧護理人員的自我照顧.....	17
第三章 研究方法.....	26
第一節 研究取向與解釋觀點.....	26
第二節 研究構想與步驟.....	31
第三節 資料蒐集與分析.....	33
第四節 研究嚴謹度	36
第五節 研究倫理	37
第四章 以「做」為核心的自我照顧.....	38
第一節 安寧初體驗	38
第二節 內在知覺經驗的「病房」	49
第三節 壓力的覺察	66
第四節 壓力的回應	80
第五章 以「在」為核心的自我照顧.....	93
第一節 遮擋不住的存在衝擊	93
第二節 原初自我的「現身」	102
第三節「反思」與「超越」的嘗試.....	113
第四節 邁向自我的蛻變	129
第六章 綜合討論、結論與建議	139
第一節 綜合討論	139
第二節 結論	143
第三節 建議.....	144

參考文獻.....	147
附錄一 訪談同意書	155
附錄二 訪談大綱.....	156
附錄三 文本分析範例	157

圖目次

圖一 關懷的循環圈	19
圖二 自我反思模式	24
圖三 主題分析的概念架構—詮釋循環	29
圖四 語境理解及詮釋底景結構	29
圖五 文本詮釋現象分析四個層次	30
圖六 內在時間意識	56
圖七 三重語言世界	78

表目次

表一 研究參與者基本資料	32
--------------------	----

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景

安寧療護在台灣已有十多年之久，自 1990 年台北馬偕成立安寧病房至今，已有二十九個通過評鑑的安寧病房，以及四十個居家照顧單位（賴允亮，2004）。對於安寧療護相關的議題研究亦有諸多探討，其主要研究對象包括安寧團隊人員、臨終病患以及病患家屬等，而研究議題更從身體、心理、社會等層面的照顧，延伸到深入生命核心的靈性照顧課題。事實上，有關安寧照顧中靈性議題的探討文獻，亦不少見，近年來的本土研究亦對此掀起一股討論的熱潮，例如安寧照顧基金會的靈性工作坊、台大安寧病房的靈性研究計畫，以及花蓮慈濟心蓮病房發展的本土靈性照顧模式等皆是，可見大眾關注的程度於一斑。

也許是本土安寧照顧與研討的發展階段尚處於萌芽期，也或許是基於某種偶然因素造成研究上的忽略。目前的研究議題焦點大多關注在照顧對象及其衍生的問題上，而比較忽略從事照顧工作的主體—醫療照顧者，即使少數觸及的研究（鄭美莉、王萱萁，2003），其探討重點也比較著重照顧者工作困境問題的呈現，未特別針對照顧者該如何在臨終處境下，做好自我照顧工作的問題，進行深入和系統性的探究。這對於強調全人概念的安寧照護工作與研究，不能不說是一種缺憾，因為面臨強大死亡與臨終壓力挑戰的照顧人員，若是無法做好自我照顧的工作，則臨終照顧的品質勢必難以提升。

研究者有五年的臨床護理及四年臨床指導教師的工作經驗。在臨床護理工作部分，過去在癌症病房以及照顧愛滋病患的個人經驗中，深刻體會到護理人員於臨床工作上，總是被要求得太多，被照顧得太少。身處在死亡邊緣照顧第一線的護理人員，挫折、乏力與無助的感覺，總是伴隨左右，因為病患的死亡會引發

照顧者自身的死亡焦慮，而且會間接促使他們深入思考生命存在的課題。尤其在面臨死亡場景時，更容易引發自身的失落情緒，因此在臨終場景扮演照顧者的處境，多數時候仍覺得自己是孤獨的，自我內在的聲音是需要被傾聽、關懷和支持的。然而，許多護理人員最後選擇離職或者漠然以對，這對照顧工作的品質是很大的折損。其次，在臨床指導教師工作的部份，研究者也注意到在護理人員的養成教育上，也長期疏於教導護理學生在扮演照顧者的角色時，如何觀照自己內在的感受與需求；從教師的角度來看，照顧工作第一線的護理人員及護理實習生，依舊是被要求得太多，被照顧得太少；一般的護理人員尚且如此，更別說是天天與死亡為伍的安寧護理人員。因此，研究者希望從關懷照顧者的角度切入，探討安寧護理人員的自我照顧，希望能夠在學理、臨床實務以及護理教育訓練等方面，增進對此一課題內涵的省思與了解。

在養成教育部分，護理學校的安寧課程與臨床實習仍停留在選修的課程，許多初次踏入安寧的護理人員，在實務上缺乏臨終處境的照顧訓練，更別提自我照顧及自我關懷。安寧護理人員對臨終病人，引起自身對死亡的焦慮，產生對存在課題的挑戰，進而引發自我靈性需求、靈性照顧的課題，從照顧者的角色回歸到自我的照顧，重新省思自我在安寧照顧的角色定位，對內尋求內在的自我肯定，對外尋求團隊的支持力量，如教育訓練、成長團體。

至於在學術研究議題中，安寧護理人員的自我照顧課題，也少有相關研究探討。為提升安寧臨終照顧品質，以及強化照顧者的自我照顧，安寧護理人員於臨終照顧處境的自我照顧，實有探討之必要。因此，研究者將以詮釋現象學研究法為指引，透過田野參與觀察與深度訪談蒐集資料，進行安寧護理人員自我照顧經驗內涵之研究，期許研究結果能提供安寧護理人員，於臨終病患照顧及自我照

顧上的實質幫助，並能提供護理學校教學，以及安寧臨床護理人員在職教育之參考，以提升臨終照顧的品質。

以上有關安寧護理人員自我照顧概念的基本反思，或許可以從下列的問題面向呈現出來：安寧護理人員的自我照顧需求，究竟是在怎樣的置身處境下產生的？護理人員怎樣看待自我照顧的概念？其具體內涵又是在怎樣的照顧經驗歷程中發展出來？它跟死亡焦慮所引發的個人生命存在意義的課題，究竟有何連繫？此一自我照顧概念的探討，可以對安寧實務照顧者的心理情緒課題，提供怎樣的解讀與協助？是否能夠發展出一套，提升安寧護理人員自我照顧素養的養成方案？對目前本土安寧護理人員的訓練計劃課程，以及護理教育內容和方式，產生何種啟發？這一連串的問題，構成了本研究在探索自我照顧這個概念時的問題意識背景。

第二節 研究議題設立

目前針對安寧療護及相關議題雖有諸多研究，但觸及照顧者自我照顧主題的研究仍在起步階段。基於安寧護理人員在臨終照顧處境下，會因病患及家屬的期待或要求、缺乏照顧或專業理論準備，以及個人發展動力或人際互動技巧等因素，而產生諸多的壓力與焦慮，如歸屬焦慮、存在焦慮、深層結構的焦慮（個人在宇宙的位置）等（Lair,1996），且 Carson(1989)及 Stoter(1995)也一再提到照護者須「自我照顧」，研究者遂產生設立此一研究議題的構思。此一思考的根本核心在於臨終場景的死亡揭露，勢必會引發照顧者對存在理由與價值的思考，其中包含個人的信念、自我價值與自我反省等課題。不過根據實務經驗與文獻的了解，安寧護理人員大多坦承，當病患受苦時是他們扮演照顧者角色最困難的部分，而

爲了迴避此高度焦慮，他們多數時候會採取保持距離或冷漠的態度；不過，採取正向態度面對此臨床挑戰者當然也不乏其例，他們並因此開創出某些自我實現的價值感與高峰經驗來。

只是這其中的深刻內涵，因涉及照顧者本身在生命態度和價值信念的反省與行動力，若不能透過實證經驗的深入探討，以及採用適切的詮釋方法，將很難真正掌握其精髓，也就無法針對安寧護理人員個人的成長需求，提供適當的照顧，安寧的臨終照顧品質的提升，亦將受到極大的限制。

因此，本研究設定的議題焦點在於，探索安寧護理人員在臨終照顧的歷程中，所秉持的自我照顧概念；以及此概念在其個人生命和專業實踐經驗上的具體內涵。不過，爲了使本研究能夠聚焦，在參考過有關護理人員壓力及其因應或調適的文獻之後，研究者將以安寧護理人員臨終照顧工作中的壓力、挑戰及其回應，做爲探討臨終照顧者之自我照顧內涵的焦點，然後再從中衍生出研究者對安寧護理人員的在場支持，以及全人護理教育等相關議題的討論。

第三節 研究目的

基於以上議題設定的反思，研究者希望透過安寧病房讀書會及臨床的參與觀察，瞭解安寧護理人員對自我照顧的內涵，期許研究結果能提供安寧護理人員於自我照顧的實質建議，並達到下列目的：

- 一、瞭解安寧護理人員與病人臨終互動的置身處境。
- 二、探討安寧護理人員臨終照顧的壓力與挑戰。
- 三、釐清安寧護理人員如何回應臨終照顧的壓力與挑戰。
- 四、呈現安寧護理人員對自我照顧內涵的認識與作法。

第四節 名詞界定

一、照顧或關懷 (care) :

在本研究中照顧或關懷皆係英 care 一詞的翻譯，分別指涉兩個層面的意義。

照顧是安寧護理人員基於利他動機，對關愛對象所採取的具體作法，而關懷所指的則是安寧護理人員基於利他動機，對自我、病患及家屬於存在關係上的締結能力。

二、安寧護理人員 (hospice nursing staff) :

在安寧病房從事護理工作三個月以上的護士、護理師、專科護理師等人員。

三、自我照顧 (self-care) :

自我照顧一詞最初指的是在醫療體系的照顧之外，個人對己身健康的照顧，後來也延用至醫療專業人員的領域，泛指專業人員對自己工作壓力的因應與調適作為。本研究所採用的自我照顧有兩層意義：第一、「做」的自我照顧：於臨終照顧處境下，安寧護理人員基於回應工作壓力的挑戰，所採取的各種具體因應與調適作為，使自己不致耗竭，能夠持續助人工作；第二、「在」的自我照顧：於臨終照顧處境下，安寧護理人員與自身存在挫折及焦慮經驗共處的作為，藉此肯定自身的工作價值，並促進照顧的品質與人格的成長。

第二章 文獻探討

第一節 安寧療護與臨終照顧

壹、何謂安寧療護

「安寧療護」的英文是 Hospice，它的拉丁文是「hospitium」，源自拉丁字根「hospes」，可稱為 Host（主人），含有 Hospitality（好客、款待）與 Welcome（歡迎）之意。此外，hospice 原是中世紀收容朝聖者的旅社，是提供人們朝聖旅途中安歇、進食、休養的地方。後來引申其意，用來指涉一套組織化的醫護方案，關注臨終病人及其家屬，提供緩解性及支持性的醫療方案。國內將「Hospice」譯為「安寧照顧」或「安寧療護」，它所運用的醫療模式屬於「緩和醫療」(Palliative Medicine) 的範疇，而 Palliative 這個字是由拉丁字「pallium」而來，是遮蔽或覆蓋的意思，在牛津英文字典中「palliative」這個字是緩解無法治癒疾病症狀的意思（鍾昌宏，1997）。

世界衛生組織（W.H.O.）對「安寧療護」所下的定義為：「對治癒性治療已無反應及無利益的末期病患之整體積極的照顧。此時給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理層面、社會層面、及靈性層面之照顧。安寧療護的目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質，其照顧方式甚至在病患罹病早期也可適用，例如抗癌治療與症狀緩解治療可同時進行。」（戴秀珍等，1999）。

美國安寧照顧組織（*National Hospice-Organization of USA*）給安寧照顧的定義如下：「安寧照顧肯定生命，其使命在於支持並照顧臨終病人，使他們在這生命的最後階段，能儘可能清醒和滿足地活著。安寧照顧不加速也不延遲死亡的到來，它的理想與信念是：病人與家屬在精神與心靈上能準備好，並接受死亡的事

實。而達成這個理想的先決條件是：給予病人適當的照顧，建立充滿同情心，以及瞭解病人和家屬需要的醫護團體。」

「安寧療護」及「緩和醫療」兩辭合併使用有其特別意義：代表醫療服務對象的延伸。「安寧療護」較著重癌症末期病患及家屬的照顧，屬於緩和醫學的一部分，而「緩和醫療」則針對一般無法治癒的病患採積極及整體的照顧（Active Total Care），其目的在確保病患及家屬的最佳生活品質，其醫療的目標由治癒（cure）轉為照顧（care）。所謂「care」就是指幫助、考慮、照顧之意，在臨終照顧（terminal care）的場所中，就是緩和面臨死亡會有的痛苦，給予精神上的支持與照顧。

「安寧療護」在早期形成的過程中，雖然具有濃厚的宗教色彩，但時代的轉變、環境的需要，現代的安寧療護的精神，則是著重「在尊重生命的前提下，以確保病人與其家屬最佳的生活品質」（楊克平，1999）。然而一般的醫療價值觀，是以維持人的健康為首要目的，於是在當代科技理性的醫療主導之下，疾病均被視為醫療事件，病人的苦痛則被簡化為醫療議題來處置。這種以治癒為中心主旨的醫療，便排除了無法痊癒的慢性病人或疾病末期的臨終者，而使他們孤獨地面對身體衰敗帶來的痛苦，如此更顯露出現代醫學致命的弱點（柏木哲夫，2000）。因此，「安寧療護」運動的推動，是一種對傳統醫療觀的反思，也是一種對傳統醫療的輔助，不再視「死亡」為敵人或魔鬼，而視其為整體生命的一部份，不再與死亡做不必要的敵對之鬥，而是接受死亡是完整生命的一種呈現，讓末期病人的生命能更平和且有尊嚴（趙可式，1999）。

貳、台灣安寧照顧系統之概況

安寧療護在台灣已有十多年之久，自 1990 年台北馬偕醫院成立安寧病房至 2003 年 2 月，已有二十九個通過評鑑的安寧病房，計 418 床，及四十個居家照顧單位。三個基金會、一個協會和一個醫學會加入推廣安寧運動，台灣的安寧正如雨後春筍般的蓬勃發展。然而，目前安寧服務的收容量僅能滿足部分的需求。台灣是一個地小人稠的島國，自 1971 年以來，癌症已經躍居國人首位死因，且癌症死亡人數正年年增加。近日，安寧緩和醫療已計畫正式列入醫學院教育課程中。政府有關單位已經大力支持並規劃安寧療護，提供多項資源，安寧照顧已擴充涵蓋到非癌症的末期病人。2001 年第一批安寧緩和醫療的專科醫師誕生了，預計 2004 年應有約 200 位的專科醫師。2003 年中期，安寧專業護理人員的訓練亦著手策劃，2004 年中華民國安寧照顧基金會著手訓練 19 位護理種子教師，希望成為核心的教育人員。同時訓練的標準課程亦重新檢討修訂。台灣安寧運動的現況是相當積極且極有潛力的（賴允亮，2004）。2005 年起，國健局並於一般病房推展結合安寧照顧方式的共同照護計畫，期使安寧照顧理念能夠逐步擴展普及。

參、本土臨終照顧模式之現況

目前國內醫療界與學術界日益重視安寧照顧領域的發展。基於全人照顧的理想目標，也都注意到在臨終照顧中極為重要的宗教和靈性向度；為了深入瞭解臨終精神現象的本質，以及因應臨床照顧應用的實際需要，嘗試研發出臨終照顧團隊的照顧模式，以增進醫師、護理人員、社工師、心理師、宗教師等專業人士的整合，並提升對臨終病患及家屬的照顧品質，便成為近年來學界研究關注的焦點之一。目前臨床上運用之模式有：趙可式對生命回顧法應用在臨終照顧的提

倡，陳慶餘、釋惠敏等組成的台大醫院研究群對靈性與覺性照顧模式的研究與臨床訓練，以及余德慧、李維倫等以花蓮慈濟心蓮病房為田野，針對病患臨終精神所做的詮釋現象心理學研究，都已經對本土臨終照顧模式的開拓與應用，做出實質的貢獻與影響，非常值得持續深入探討；此外，嘉義大林慈濟的心蓮病房，正試著以「促發」(Facilitation) 這個概念，進行臨終照顧「促發模式」的了解與發展(蔡昌雄，2002)。這些臨終照顧模式的嘗試與發展，為本土安寧療護提供了廣泛而深入的研究議題。

第二節 臨終照顧中的靈性議題

在安寧病房裡，臨終者和照顧者的「人性」被恢復了，有著人情的和善與溫暖。但是臨終者的心靈依舊在飄盪。恢復靈性照顧在臨終病房應有的位置，我們才能孕育臨終照顧具有一個精神體的樣貌，這個精神體可以陪伴著病人臨終，也讓照顧者在此獲靈性的成長和實踐，這或許就是臨終病房給現代社會最大的意義(石世明，2000)。因此，我們知道，靈性議題在臨終照顧對臨終者及照顧者的重要性，研究者試著從三個面向的文獻來探討，一、臨終處境下的靈性照顧，二、靈性照顧中護理角色的省思，三、靈性照顧的護理實務。

壹、臨終處境下的靈性照顧

在緩和醫療全人護理照顧的理念下，病人的身體、心理、靈性，被認為是息息相關不可分割的，而靈性則被視為是個人做為統合內在資源的力量。Reed (1992)認為，靈性被視為整體的(holistic)人類特質，因此它打破了傳統生理、心理、社會對人的劃分，意思就是我們不再分割式地去看一個臨終者，而用整體的靈性安適(spiritual well-being)來關照臨終者。而在靈性照顧的目的，Munley

(1983) 提出三個主要目的：培養整全性、促進人際間的鍵結，以及增進個人對意義的探求。Dyson, Cobb & Forman (1997) 在靈性意義的文獻回顧中指出，本心、他人與上帝是靈性定義中的三個主要要素，其他重要的議題包括：意義、希望、與他人的締結、信仰。他認為靈性的安適在於個人能在本心、他者、上帝三者之間維持一個正確、相互和諧的關係，而此處所謂的上帝可已有很多形式，指的是個人秉持的生命最高價值。Stoter (1995) 明確的指出靈性包含了個人的生活體驗、成功與失敗、快樂與悲傷、優點與缺陷等全部所有的生活範疇。

要進入臨終處境下的靈性照顧，對一個健康的人來說是一件困難的事情。雖然廣義的來說，每個生命都朝向自己的臨終前，每個人是個臨終者。然而「生命的終點」就在眼前，這對末期病人是具體的，臨終身體的衰敗提供了進入臨終處境實質的基礎；跟入臨終處境的過程（如同水壩潰堤一般），臨終者毫無抵抗能力。相對的，健康者卻只能依靠「想像」去瞭解臨終處境。健康依舊靠著健康的身體維持他和世界的關係，他保有原先的社會性角色、時間感、空間感、行事的能力，仍能維繫著健康者的社會性功能，這使得健康者的精神仍然依賴在「活」的世界裡，而難以進入臨終的實質處境（石世明，2000）。

Cassidy (1999) 在《幽谷伴行》一書中，把安寧醫護人員視為是助產士一般，幫助垂死者重獲新生。因此，探討安寧療護的臨終照顧，首先就必須尋找醫護人員的精神立足點，而整個照顧過程也就是照顧者尋覓靈性的歷程。她坦然陳述安寧團隊所面對的溝通問題，並稱之為情人口角，意思是大家的理念與方向一致，爭議只是因為作法不同造成。儘管如此，溝通不良卻是臨終照顧者莫大的壓力之一。

貳、靈性照顧中護理角色的省思

Rosalie Shaw 醫師在安寧療護專業師資訓練時提到，有些問題是專業人員的問題，而非病人的問題。因此不要用專業人員的觀點或需求去處理病患的事情。靈性照顧是協助病患尋找心中的樂園，然而，要能設身處地的為病患著想時，我們是否也想到自己？當我們關心別人的靈時，是否也找到自己心中的樂園呢（高碧月，1990）。這個從靈性照顧過程看見照顧者自身靈性課題的觀點，確實值得我們進一步省思。

Lugton & Kindlen (2003) 在《安寧照護－護理角色》一書中，提到靈性層面的議題時說：「護理一直抱持著「你想，但不介入病人！」的態度，此態度內涵相信，照顧者不應該觸及到病人的內在主體，如果這麼做就等於擾亂了病人。這種特別的態度是直到目前為止，護理人員為何沒有認知到靈性照護有需要的原由。在有人死亡的情境下，護理人員即使他們不想也不做什麼，也將變成「介入」。Kiger (1994) 發現，這種衝突使得護理變得困難而沒有效率。護理人員有時會覺得，他們是最不適合去介入或指導靈性問題的人。這是一種誤導，靈性照護並不一定需要特別或複雜的措施。僅需傾聽病人，與其共在，並接受他這個人。護理人員所需要的只是有效應用時間的能力，以及與他人分享心情的意願。

其實靈性一直神秘的存在於護理之中，它似乎是護理中某種很重要，但又不可捉摸的層面。護理人員有時不知道或不確定，在這個部份他們能做些什麼（Lugton & Kindlen, 2003）。靈性是一種信念價值與生命體會的結晶，其影響因素包括個人、家人及生活中的社會環境。就靈性發展的過程而言，臨終者正值靈性急速成長或調適的階段，過程錯綜複雜且變幻莫測。靈性照護如同一趟旅程，護理人員需設定目的地、裝好行囊、行李及食物，準備與病患同行（Stoter,1995）。

參、靈性照顧的護理實務

護理是以關懷照顧（caring）為導向的專業，許多護理學者專家指出護理目標旨在提供富人性化的關懷照顧，以協助受照顧者促進健康、恢復健康與緩解痛苦，因此人性化的關懷成為護理界的共識與核心主張，也是護理知識發展、實務要求以及護理教育內涵的導向（胡文郁，2004）。

臨床護理的本質是以照顧為出發點，但其作為現代醫療的一環，不可避免的醫療專業化與科技化的影響，被要求的工作以生理評估及照顧為主。以目前社會拒絕承認死亡及避諱談論死亡的力量，往往使醫護人員及家屬，在臨終病患前，無可抗拒的演出正在盡力做的場景，以補償隨時可能出現的醫療挫敗（林明慧，1999），這正是現代醫療體制與價值下護理人員不得不扮演的角色寫照。

世界衛生組織對安寧療護的定義為「對於無法治癒的病人，提供積極整體性的照顧」，然而護理人員在其中扮演了非常重要的照顧者角色。所謂「積極整體性」，包括積極的癌末症狀處理；同時尚包括對病人及家屬整體需求評做與支持、靈性照顧、輔助療清的運用、悲傷期的蹤關懷等工作，護理人員必須經過階段性的訓練，以提供病人及家屬「四全」的照顧，護理人員同時亦必須在不斷面對病患死亡中，平衡個人的成長與自我照顧（王英偉，2000）。

安寧病房中護理人員扮演四種功能－積極的身心靈照顧、溝通協調安寧療護中各服務單位、繼續學習照顧病人及家屬的知識及技巧、在面對病患死亡中平衡個人的成長與自我照顧（陳盛文，2004）。

中華民國護士福音團契編著（2000）的《靈性護理的理論與實務》一書，序言中提到，在人生的每一個階段都有其靈性發展的任務，如果靈性發展遲滯，人生就像一個永遠缺了一個口的圓。雖然如此，在養成教育中並沒有關於靈性的課

程，這方面的護理書籍更是鳳毛麟角。在臨床實務中也鮮有這方面的落實做法。幾年前，護士福音團體及幾位基督徒教師，嘗試著開了「靈性護理」的課，因為他們深感有必要推展相關的概念，希望護理人員能重視這個領域。

石世明（2000）也提到靈性照顧不是一項護理「技巧」，而是處於臨終處境下的照顧者深地體會到，面對死亡我們與病人共同在靈性上的需要，人與人之間相互依靠的共命感，從人的本心所顯露出的慈悲，讓照顧者可以在病人的臨終過程中作靈性陪伴的工作。並不是「照顧者要不要涉入」，而是照顧者如何做的問題。她不知道要如何才可以幫到眼前的病人？在臨終照顧裡，慈悲並不改變什麼，而是接受什麼。慈悲不會讓病情好轉，也沒有「效用」。慈悲並不提供價值判斷，也不告訴人要怎麼作選擇，慈悲是一種安靜的陪伴。慈悲的陪伴並不帶來什麼價值，但對臨終的生命，沒有價值的陪伴也許就是一切。

護理人員將自己所做的靈性照顧和終極的意義與人生目標連接起來，因為這樣的能力是超越他自身，而朝向生命終極，朝向一種歸屬感，這也使得護理人員更加敏感、更加寬容，對於同生在世界上的靈性更加慈悲。Reed(1992)認為靈性照顧是護理的核心，也是護理本體基礎（*ontological foundation of nursing*）的一個部份，它被視為人性基本的特質，也是健康和幸福的重要成份。其次有有天命感的護理人員更加瞭解自我對他人靈性的影響。瞭解到這一點，護理人員會花時間在個人的反思和祈禱上，以確保與自我的接觸。這樣的反思將會集中在對生命真誠的態度上。由此而來的掙扎或是允諾，也就會更具有意義。其更會瞭解到在其他支持性措施的意義和重要性。於是護理變成一種「伙伴關係」（*partnership*），護理人員深刻地瞭解到這種伙伴關係的深遠意義（石世明，2000）。

靈性照顧要將臨終者和照顧者的靈性一起給含括進來，共同形成臨終病房

一種具有實質精神性的內涵。我們經常在照顧者的心理壓力上打轉，但是這並不是最核心的問題所在，照顧者靈性的壓力（spiritual distress of care giver）一直沒有被清楚地看見（石世明，2000）。

第三節 臨終處境下的存在揭露

然而所謂照顧者的靈性壓力，實際上即是照顧者在臨終處境下，因死亡焦慮臨現而開展出承擔生命存在課題的壓力。因此，本節將依循死亡焦慮呈現的意義、死亡的存在指涉，以及死亡引發的存在相關課題等三個部份進行文獻整理。

壹、死亡焦慮呈現的意義

死亡焦慮在西方的死亡心理學(psychology of death)研究中，自 1970 年代中期至 1990 年代初期達到巔峰。據統計到 1995 年為止，共有大約 1000 篇以上以死亡焦慮或有關死亡恐懼、威脅與關懷之建構為焦點的論文產生；但是實際的情況應該遠超過這個數字。在此研究趨勢大量發展出來的死亡焦慮、恐懼與威脅的量表工具背後，其實隱含著有關死亡焦慮的深刻理論問題，例如，死亡焦慮是有意識的？還是無意識的？它是單一或多層次的概念？沒有死亡焦慮的呈現，是否便意味著對死亡接受了呢？還是另有其他多元的可能解釋？在此一連串的理论省思背後，代表了 90 年代以後的死亡焦慮研究開始進入另一個研究階段，更著重於針對死亡焦慮的意義解讀重新提問 (Neimeyer & Brunt, 1995)。

對死亡的恐懼舉世皆然，而且對死亡的恐懼更是焦慮的根本來源，但是有關死亡焦慮的定義卻是錯綜複雜。根據 Yalom(2003a)的整理，歸納出下列幾位學者的觀點，柯隆(Choron)分辨出三種死亡恐懼：一、死後的情形；二、臨終的事件經過；三、生命的終結。凱森邦(Kastenbaum)則指出，前兩種是與死亡有關的恐

懼，只有第三種才是最核心的死亡恐懼。齊克果是第一位釐清恐懼和焦慮差異的人；他認為恐懼是害怕某種東西，焦慮則是害怕什麼東西都沒有，而這種焦慮是無法定位的，因此羅洛·梅(Rollo May)說：「焦慮會從每一面攻擊我們」。無法定位和了解的害怕，使人無法面對，而成爲更可怕的寂靜，會引發無助的感覺，必然產生更進一步的焦慮。於是克服焦慮的本能反應便是把它從無物變成某種東西，也就是羅洛·梅所說的「焦慮試圖變成恐懼。」這顯示焦慮與人類許多的心理情緒之間具有非常複雜的轉換關係。

這一點在死亡焦慮的臨床表現上，更爲清楚明白。Yalom(2003a)在《存在心理治療》中談到，臨床上很少見到根本或原初的死亡焦慮，它就好像臭氧分子一樣，很快便轉換成其他的狀態，其中心智所生的層層防衛機轉極爲複雜，會極力地隱藏和修補這個裂縫。因此，對於臨床工作者而言，重要的便是能夠辨識出被處理過的死亡焦慮，並從中找出諮輔或治療之到來。

貳、死亡的存在指涉

死亡焦慮意義的探索與了解，之所以困難的另一項因素是，它觸及了人類生命存在的深度，而關於此存在層次的理解，卻是一般人的思維方式難以把握的。余德慧(2003)依循海德格的存有詮釋分析路徑，針對日常生活的存有世界構成，以及在死亡臨終狀況下的世界解離，做了詳細的分析。其中透露的存在訊息，非常值得重視。此外，Wilber (1998)在其癌症陪伴經驗的敘說中，也引導出了生命存在的深層視野，並爲他的心靈整合學奠定了存在思考的基石。Lair(1996)則在臨終諮商的領域中，提出死亡的存在焦慮向度，以做爲實務工作者的應用參考。從諸多學者研究的陳述中，似乎共同指出此一存在層面的分析，乃是深入了解死亡經驗的必經道路，也是本研究在經驗文本的詮釋解讀上，努力尋求突破的方向。

參、死亡引發的存在相關課題

以上死亡焦慮的存在指涉，更進一步揭露出與死亡相關的存在議題，如自由、責任、疚責、孤獨、無意義等，以及這些議題在倫理層面上的展現。Yalom(2003a)針對由死亡引發的這些相關存在議題的基本性質、臨床表現及其可能的對應之道，提供了深入的存在心理分析觀點解讀。一般而言，這些存在課題都是人類在陷入生命困境時所顯現的掙扎，但是也是存在個體尋求意義昇華與生存解脫的必要路徑，關於這一點 Frankl 的意義治療分析，則具體地提供了現實經驗與理論層次的解讀。

處於臨終照顧處境下的安寧護理人員，經常需要在針對死亡隨時可能的臨現，承擔起做為主體的意志抉擇，在兩難的死亡危機中做出決定、採取行動，並承擔一切可能因此產生的後果；這趟存在旅程十分孤獨，也經常會在挫折與失望中，感受到無意義感的強烈侵擾，這一切的存在課題，都是自我照顧的核心層面。

安寧護理人員的愧疚感與焦慮一樣，都是不可、避免的。按照羅洛.梅的觀點要成為一個真正意義上的人，就必然會體驗到焦慮和愧疚。當我們認識到我們未能實現自己的全部潛能時，我們就會體會到一種愧疚感。因為現實生活中任何人都不能實現他全部的潛能，所以，愧疚感也就不可能避免（楊韶剛，2001）。這樣艱難的存在處境，也引發了一系列的臨中倫理難題。Zaner (1994)將此一醫病照顧的倫理關係，納入現象學的觀看視野中，稱之為「處境倫理」(situational ethics)或「具體倫理」(embodied ethics)。余德慧、石世明(2001)遵循類似的思維模式，探討臨終處境下由「面對面關係」(person-to-person relationship)的揭示，所展露的「原初倫理」(primordial ethics)處境。蔣欣欣、張碧芬、余玉眉(2001)及許樹珍(2001)則分別從不同角度，進一步將此主題延伸至護理倫理的實踐上探討。此外，

林素琴(2004)更直接以安寧病房的護理人員在臨終病患瞻望期的擬象轉換照顧模式，引導出有關安寧護理人員「回應倫理」(responsive ethics)的討論。以上皆是研究者在本研究照顧倫理的省思中所參照遵循的觀點。

第四節 安寧護理人員的自我照顧

高美玲（2000）提到有關靈性護理的議題：「當護理人員努力照顧病患時，誰來關心護理人員？」強迫自己去滿足他人的需要，並非是一種美德。如果護理人員把自己當成蠟燭燃燒，很快就會將自己燒光殆盡。文中期望護理人員像一個發電廠，有充足的電源，才能滿足別人需要。那麼護理人員如何將自己當成發電廠，來充實自己呢？本節將從以下三個層面的自我照顧文獻，來探討安寧護理人員的自我照顧內涵。

壹、助人者的自我照顧

徐臨嘉（1992）提到照顧（caring）是人本質的存有，照顧是一種受苦或全神貫注的心靈狀態。照顧他人意味著心靈的負擔，此負擔是某種焦慮、掛念、擔心的狀態，另外照顧意味著關心，如果我們關心某人，他的思想、感覺、慾望對我們而言將顯得重要，同時「照顧」也意味著關切者的安全、福祉。Skovholt(2001)在《助人工作者自助手冊》一書中引用羅洛.梅的觀點：「當我們不再關懷別人的時候，我們就失去了存在的意義，而關懷可以讓我們的存在恢復意義」而關懷（caring）則被定義為：「關懷是一種狀態，它包括接受他人並視人如己：他人的痛苦或喜悅有如自己的喜怒哀樂，且能瞭解箇中滋味，關懷也涵蓋了罪惡感、憐憫心，以及對於我們都是立在一些共同的人性基礎上，並從那些基礎衍生而來的一種自覺。」

Mckeen & Wong (2005) 在《關係花園》一書中對「照顧」與「關懷」的定義如下，照顧別人和關懷別人是不同的，照顧別人通常會忽略對方的感受，並沒有試圖幫助或梳理他們。一般而言，人較願意照顧別人，將對方嬰兒化，以試圖抒解自己的痛苦或焦慮。照顧者在心坎裡其實想得到被照顧者的重視，這種擬似父母照顧小孩的情形，常常是爲了處理照顧者心底的焦慮。真誠關懷別人時，即使會因此感到痛苦，也不會忽視對方的感受或經驗。關懷包含分享對方感受，不會企圖排除感受。關懷別人是接納自己和別人。因此在助人關係裡的自我照顧，Skovholt (2001)提出關懷的循環圈（The Caring Cycle）的概念，因爲在諮商、治療、教育與醫療的領域裡，我們經常必須以各種不同的方法，先去感受他人，然後將自己投入其中最後再抽離。先是同理心融合→積極投入→情感分離→同理心融合……。(圖一)

剛開始扮演一個新角色時—走在山路中的一道橋上，從已知且安全的過去，走向未知而缺乏的未來—我們通常會覺得沒有把握。任何助人專業的新進人員，容易呈現脆弱不完整的專業的自我。在關懷他人與照顧自己之間取得平衡，有二個要點：

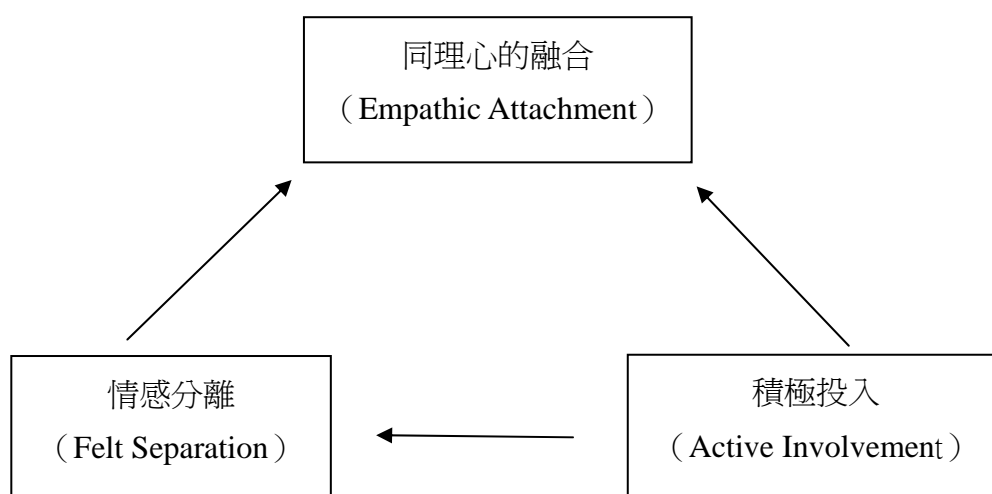
一、一種利他性自我中心的態度。

書中引述沙雷（Selye）的觀點，他認爲助人者在幫助他人的同時，也需要照顧自己的福祉。他提出「利他性自我中心」（altruistic egotism）的概念。資深心理治療師巴察那（J.Buchanan）及奈頓蓋爾（E.Nightengale）發展出類似的概念—「神聖的自私」（holy self-attentiveness），個人必須把造福自己視爲一項神聖或高貴的職責。而「專注的自我」的意思是，個人把注意力放在自我的需求上，同時又能關懷別人。

二、不斷觀照個人在關懷他人與照顧自我之間的平衡狀態。

「神聖的自私」並非只是態度上的問題而已，它同時包含一種觀照自我以及經常性滋養自我的職責—隨時觀察自己補充養分。

照顧自己除了維護專業的自我更需要維護個人的自我。



圖一 關懷的循環圈 (Skovholt, 2001)

貳、安寧護理人員之壓力覺察與困境

護理是一種靈對靈的照顧，除非我們自己先找到生命的意義，才能幫助病人找到痛苦及生病的意義。病人在受苦時常會有不合理的要求，我們是否能找出其背後的意義，幫助自己作情緒的調整，暫時放下自己，去了解關愛他，相信在其中就可以產生對病人的諒解，化解不合理要求的誤會。善於確認或回應病人需求的護理人員，大多具有下列五項特質：對自己的生命有覺察力、個人對意義的追尋、個人有過危機經驗、接受靈性照護是自己角色的分內事、具有獨特的覺察特質(Ross,1997)。

但是，這些對照顧者特質的要求，會對護理人員造成工作上莫大的壓力。林佑樺（2003）針對新進護理人員臨床護理工作挫折因素進行探討，發現自覺壓力與班別等兩個變向，是預測新進護理人員工作挫折的主要因素，而自覺壓力程度亦是預測新進護理人員在尋求協助的主要因素。在護理人員臨床工作面臨的壓力中，有一部份是屬於倫理的議題。辛幸珍、江秀娟、戴正德（2002）的研究顯示，護理人員在臨床工作中常面臨的倫理困擾可歸類為以下七項：難以維護病患的權利、行善助人受限、協助專業利益帶來衝突、礙難遵循公平原則、醫病關係存在隔閡、人道立場不明、醫護認知不同。

針對壓力的調適與抒解方法，蕭淑貞、陳孝範、張珏（1999）以壓力調適工作坊，對護理人員壓力症狀改善的成效進行探討，研究證實參與工作坊之護理人員其壓力自覺症狀均較課程前為低。蕭仁釗（1998）則針對安寧護理專業人員的壓力來源問題進行探討，並建議安寧護理人員，應學習自我監控，在照護的過程中看見自己與病人、家屬的互動，找出自己的壓力來源並擬定因應策略。

李佩怡（2003）詮釋照護癌末病人者的內在經驗，會對自己的「有限性」，由模糊不清到跨越與接納，並建議應重視與病人間的關係，鼓勵維繫一份真實、穩固、信任、平等、尊重、富有人性情感的關係，這對癌末病人的末期生命，意義非凡。

Davy & Ellis（2002）在《安寧諮商技巧》一書中提到，身為健康照護的專業人員，在進行安寧照護的過程中，能夠同時找到照顧自己的方法並且保留自我的完整性是很重要的，但卻不應因此而損失對病人深具意義的仔細照顧。

劉雄蘭（1997）在專業人員的培養與耗竭一文中，對專業人員的工作耗竭（Burnout）簡單定義為：工作上的需求已非工作人員的能量所能提供的時候而

產生的一些生理、心理反應。他觀察到安寧病房工作人員工作耗竭的原因如下：對安寧療護認知不足、從事安寧療護過程中挫折無處可支援、未能看到自己的能力不足、家庭問題的牽絆、工作量非自我能力可以勝任、不易與人溝通、缺乏自我對壓力的知覺與探索、對死亡認知及自我心理建設不足、對於目標設立過高，導致挫折不斷、角色不清與分工不明、醫療團隊缺乏共識、對於個案有過多的情感涉入陷入不必要的困擾。

當護理人員深感需要關懷自己、照顧自己時，如何尋求資源呢？以研究者的參與經驗為例，嘉義某醫院安寧病房的讀書會，每兩週進行一次、每次二小時，護理人員會針對個人照顧經驗加以分享，除了陳述討論個人的工作成就與失落外，也會彼此表達對同僚的支持與關懷，從而自團隊中獲得支持的力量。蔡昌雄（2002）提及「促發模式」這個概念，除了做為形構本土臨終照顧模式的理論基石，從關懷臨終照顧者的照顧處境出發，亦即歸屬於所謂「對照顧者的照顧」的研究範疇，強調對照顧者的在場支持。

臨終關懷一直想要跳脫出原本現代醫療非人性化的窠臼，但是目前的醫學訓練和醫學環境，還是讓專業人員很去把握臨終處境，生理醫療以外的心理與靈性關懷的內涵（石世明，1999）。緩和醫療工作，讓人避而遠之，最大原因不是工作負荷大，而是每天要面對死亡問題，要陪著病人或家屬哭泣，護理人員害怕自己無法勝任（吳庶深，2000）。王萱萁（2003）研究結果顯示，安寧病房中護理人員內在的困頓包括不易貼近臨終的處境、年輕閱歷不足的限制、所受之訓練不足以應付臨床的情境、個人的靈性狀態，支持的力量來自病人與家屬的肯定、親友與工作單位的支持、宗教信仰、對工作的興趣。護理人員面臨病人死亡時，往往會承受較高的焦慮，並容易出現負向情緒或行為，如罪惡感、不合實際的自

我期許或自我價值的懷疑，甚至因內心對護理工作的負面情緒而離開護理職場（簡淑慧，1999）。

陳盛文（2004）於研究結果中提出安寧護理人員面臨的內在難題，在於對死亡問題的難以瞭解，此牽動著護理人員內在主觀感受和想法，對於該如何滿足病人靈性需求及對於善終與否的評估，容易感到困惑、掙扎。在認知上，護理人員覺得靈性照顧是全人照顧的一部份，是自己應該有所回應的，但實務面上常有不知所措的狀態，因此在角色扮演上會有無力感。病人的狀態似乎也觸動了護理人員自我的某個部份，使其產生壓力。護理人員與病患接觸的機會、時間最多最長，實非其他人員所能取代，因此護理人員有責任負起大部份的靈性照護工作，以扮演病患靈性平安的促發者，而要有良好的靈性互動，護理人員本身對靈性的體認是必須被關注、包含進來的（楊克平，1998）。

石世明（1999）研究指出醫療人員在臨終照顧遇到的困境有下列二項：一、專業人員熟悉生理的處理，卻對病人「整體的」臨終處境不了解。二、醫療人員的專業訓練焦點在疾病的醫治與症狀的處理，如此的醫療技術不足以讓他們擴展以外的照顧，專業人員發現問題，想去做卻又沒有辦法去做的負擔。問題解決模式已成爲醫療人員習慣處理病人的方式，醫療人員會不由自主將許多生活世界的現象當成問題，結果導致工作負荷增加，卻是遠離臨終病人真正需求。而這也正是安寧護理人員所面對的臨終照顧困境。

參、安寧護理人員的自我照顧

劉惠瑚、陳玉敏（2004）依據概念分析法進行自我照顧的概念分析，界定了此一概念的定義特徵，提出了典型、邊緣、相關及相反案例之比較說明，確認前因與後果，並列舉出常見之實證性參考資料。

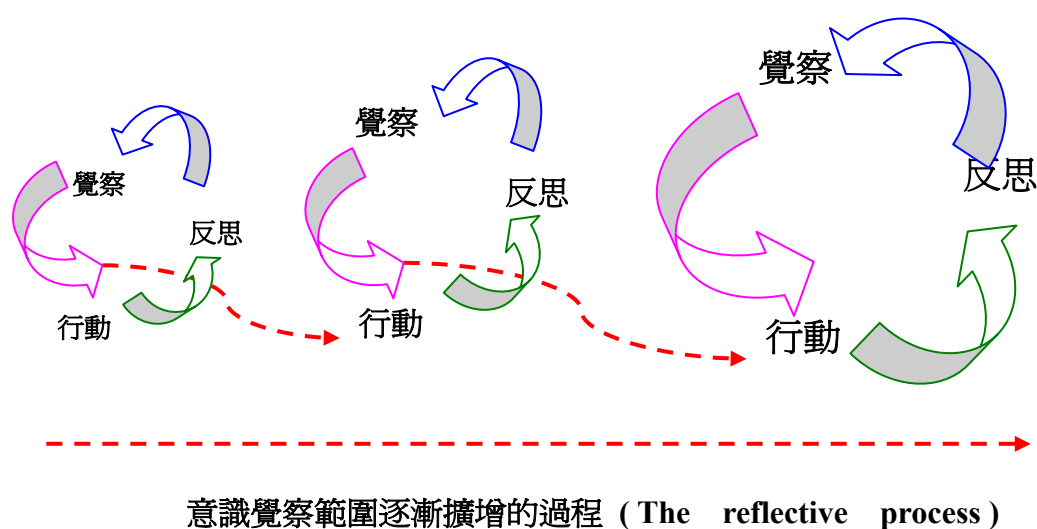
自我照顧的內涵，如同對臨終者的照顧內涵，照顧的核心議題離不開靈性的照顧，因此這照顧者自我靈性的照顧，仍是關注焦點，既然把靈性照顧的焦點放在照顧者身上，則如何協助專業照顧者調適在醫療與去醫療期待之間，可能產生的角色衝突問題，便成為接續思考的重點。臨終團隊照顧者置身於類似諮商師所處的情境，因此有助於對其靈性照顧者角色內涵的剖析。把握了這個關鍵，協助臨終照顧者發展出，對自己照顧角色的適切認知及良好的調適，才開始有了一個可能的切入點。倘若，臨終照顧者想要釐清助人角色定位，以及助人內涵與方式的動機，只有在清楚瞭解照顧目標的情況下，照顧者才得以準備自己，做出相應的調整。然而，在臨終照顧的例子，這卻不是一件容易的事。因為臨終處境下的靈性照顧，並非技巧，而是投入與態度的問題，也因此更加引發照顧者對自我內在的回應，因為這是一個自我靈性成長的契機。

Summers (1994)提出自我照顧是護理人員最大挑戰的論述，她認為護理人員或許會恐懼不被尊重、被認為是自私的，或被放棄，但是我們對自我的忽視卻放棄了自己；當我們把他人的需要擺在自己的需要之前時，耗竭便無可避免了，而自我照顧則是護理人員避免耗竭最主要的方法。

Birx (2003)針對護理人員的自我療癒之道，提出一套有助於安定身心的心靈架構。她從訪談文本整理出護理人員的自我療癒經驗：(1)在病人面前「現身」(presence)，是護理人員最重要的自我療癒之道；(2)由冥想訓練覺察心靈的深度，會為護理人員帶來能量；(3)除了知識的頭腦與技術的雙手外，慈悲心的開發會為護理人員帶來更為完整生命內涵。

Lauterbach & Becker (1996)主張，護理人員對自我的照顧，就是要成為一個具有反思能力的護理人員。而所謂自我反思的過程，就是在照顧經驗中將自我當

成注意的焦點，將原有觀看事物的視框加以調整，如此可以導致「覺察的增加」、「理解的深化與延展」及「意識的擴增」等正向的結果。針對護理人員自我照顧歷程整理出來的「自我反思模式」(a self-reflective model)，主張一個完整的自我反思照顧過程，會歷經「行動」(action)、「反思」(reflection)和「覺察」(awareness)三個階段，而且這三個階段的循環會不斷的持續下去(圖二)。



圖二 自我反思模式 (a self-reflective model) (Lauterbach & Becker, 1996)

蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲(2003)從建構照顧情境中專業自我的角度，切入自我照顧的問題，文中提出四種專業角色執行的型態，並形塑構成專業自我的概念架構，以此做為健康專業人員檢視自己的參考，使其能適時調整自己，開展合於倫理的照顧活動。

至於如何避免耗竭，劉雄蘭（1997）提出了下列幾項建議：

- 一、在醫療團隊發展同僚性質的支持。
- 二、定期安排在職進修，「做中學、學中做」是安寧療護的工作，透過在職進修可以增強能力，亦可減少專業上的挫折感。短暫離開工作環境也是自我抒解

壓力的方式。

三、培養其它生活嗜好，在工作之餘有所調適，運動或靜態方式均可。

四、不要對自我期望過高，承認自己有能力不足的時候。

五、讓自己有機會與他人分享問題所帶來的情緒困擾。

六、多方面學習溝通的技巧，提昇溝通的能力。

我們可以說臨終照顧者乃是生命道路的促發者，臨終照顧者必須徹底釋放生命的能量，因為自我實現位居高階的意識層級，所以我們不可能對生命一無所知而能夠促發生命的道路（蔡昌雄，2002）。莊乙雄（2003）則指出臨終者朝向靈性提升與意識覺醒的方向發展，即為促發(facilitation)的真正意涵，臨終照顧者即是靈性之促發者，也無可避免地，其需要學習促發自身之靈性成長與意識覺醒。

第三章 研究方法

本研究主題為安寧護理人員的自我照顧，因為屬於生活經驗中自然發生的現象，此研究乃注重本質及其內涵多元真相之發現，故採用質性研究方法；又因臨終陪伴經驗觸及生命深刻的存在經驗，故選擇以詮釋現象學為研究取向及解釋觀點，並以此做為研究構想及資料分析的理論指引。

第一節 研究取向與解釋觀點

Denzin(1999)在《解釋性互動論》一書中提及，生活世界中的每個互動者都在解釋他們的世界，研究者與研究參與者的關係處境亦然；本研究即是以此解釋互動觀點進行質化研究，目的在於直接呈現安寧護理人員的生活世界，並針對其自我照顧的主體生命經驗，進行深度的描寫與詮釋。

根據 Denzin 的觀點，此類研究描寫的重點是所謂的「主顯節」(epiphany)經驗，也就是徹底扭轉或塑造了個人，對自己及其生命意義的深刻生命經驗。在本研究中，因為研究參與者臨終陪伴的死亡焦慮經驗，對於瞭解其自我照顧的內涵具有關鍵性的影響，故成為本研究深描的重點。至於詮釋的部分，除了參考海德格、雅斯培、梅洛龐蒂等人詮釋現象學的存在分析觀點之外，也納入存在心理分析學派中羅洛.梅及亞隆等人的觀點。

以下將針對詮釋現象學的研究觀點，以及詮釋現象學的應用研究兩個部分，分別加以解釋說明。

壹、詮釋現象學的研究觀點

現象學是現象的科學，胡賽爾是現象學的創始者，他致力於描述世界如何組成並經驗有意識活動的一種科學。他強調現象學要描述經驗帶給我們的內容，而

且是那些尚未被先前的知覺或理論想法所阻礙的經驗內容 (Manen, 2004)。他企圖將現象學方法，發展成一個無任何形上學立場的哲學分析方法，以揭露「意義經驗」的內在結構。「經驗」是現象學研究的主要對象，現象學關心的是經驗和它的結構，欲揭露經驗的本質及隱藏於經驗中的理性。因此，為了掌握事物的本質，現象學的還原 (Phenomenological reduction) 或是存而不論 (*epoche*) 是其核心概念，必須將平時視為理所當然的思維方式置入括弧 (brackets) 內，且不進行任何預設及判斷，並在此種態度與方法中尋找經驗現象的本質與意義 (Pivcevic, 1997)。胡賽爾對現象心理學雖有很大的貢獻，但由於他的理論「先驗」色彩過於濃厚，很少有人完全遵照其架構發展，後來的學者反而是多半以詮釋學或存在主義來解釋胡賽爾的觀點。海德格認為現象是人的存在過程所顯現的一切，人是「在世存有」(being-in-the-world) 的，他將現象學轉變為基礎存在論，把詮釋學引入存在論領域，而所謂的詮釋學是以發現文本的意義為起點 (Joseph, 1987)。

詮釋現象學 (hermeneutic phenomenology) 是一種結合現象學與詮釋學的一種方法論。詮釋，是一種意義轉換的過程，是把已經瞭解的東西明朗化，任何詮釋都有已經理解的東西作為「先見」或「前概念」。所以，人們在進行意義轉換的過程時，個人的價值與文化脈絡不可避免的會滲入；即使對於同一個現象，人們在說明時也會因為不同的生活脈絡意義，而以不同的方式給予說明或命名。詮釋現象學認為現象是需要通過詮釋的過程才能還原，亦即必須先理解 (understanding) 生活的意義結構，才能進一步的還原現象本質。而現象學認為現象必須透過意識來加以把握，其目的在尋找經驗現象的本質與意義，但在現象學的還原過程中，不可避免的會有詮釋學的理解蘊藏在分析與詮釋之中；亦即詮

釋現象學是一種對於意識內容進行系統性的探究的研究方法。(Manen, 2004)。

貳、詮釋現象學的本土研究觀點

余德慧(2001)在《詮釋現象心理學》一書中提到，詮釋現象學是在研究文本(text)存有的現象，是以碰觸(encounter)作為互動，且詮釋現象學不談課題、內容，所談的皆為知識論，也就是說，我如何知道這個東西？強調的是研究者的「看見」，不同的研究者將有可能得到不同的研究結果，故做研究時常反覆閱讀受訪者的語詞文本，目的不在於分析句子，而是去看是什麼本事使受訪者這麼說，而這個本事我們其實不知道，我們問的是在知識內如何知道它；由於我們不曾深入任何受訪者的內心，詮釋現象學的目的不是去找相同的答案，而是去揭露及發現敘說者(受訪者)在文本上的現身，讓文本的本身轉化為敘說者。

詮釋現象學的核心問題是，人發生的事情永遠等待被解釋，在那之前發生的是在草擬空間(discursive space)裡，discursive在字典裡是散漫、草擬的、無秩序的意思，所有的問題都涉及草擬空間，發生的事情在那裡是不成形的，一旦事情形成，也只是草擬空間草擬出來的一個圖樣而已(余德慧，2001)。

龔卓軍(2003)由詮釋現象心理學出發，認為要由「現象學心理學」的研究傳統入手，分為「實徵現象學」(empirical phenomenology)和「詮釋現象學」

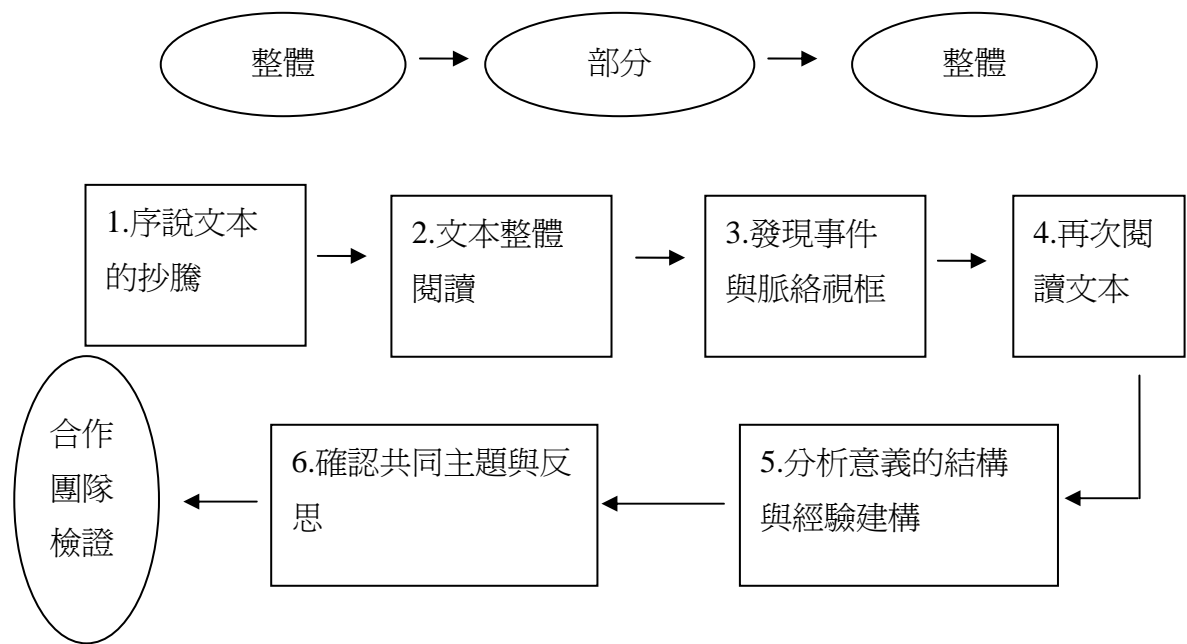
(hermeneutic phenomenology)。他指出詮釋現象心理學有四點方法特色：

- 一、視特定生活經驗為文本脈絡，經常更具有個人特質；
- 二、放大某種特定的經驗或意象，直至視域融合；
- 三、無固定明確的分析步驟，認為經驗的描述需要不斷的重寫；
- 四、研究時保持部分與整體間的平衡觀照。

此外，現象心理學方法中具有三個共同哲學原理：

- 一、以現象學的描述法直接面對生活經驗；
- 二、在描述的結果方面，突顯意向性（intentionality）的結構與個別在世存有的置身處境；
- 三、透過不斷的交互詮釋活動，讓不同語言論述與不同意向結構間得以對話，遙指出共同的生活世界。

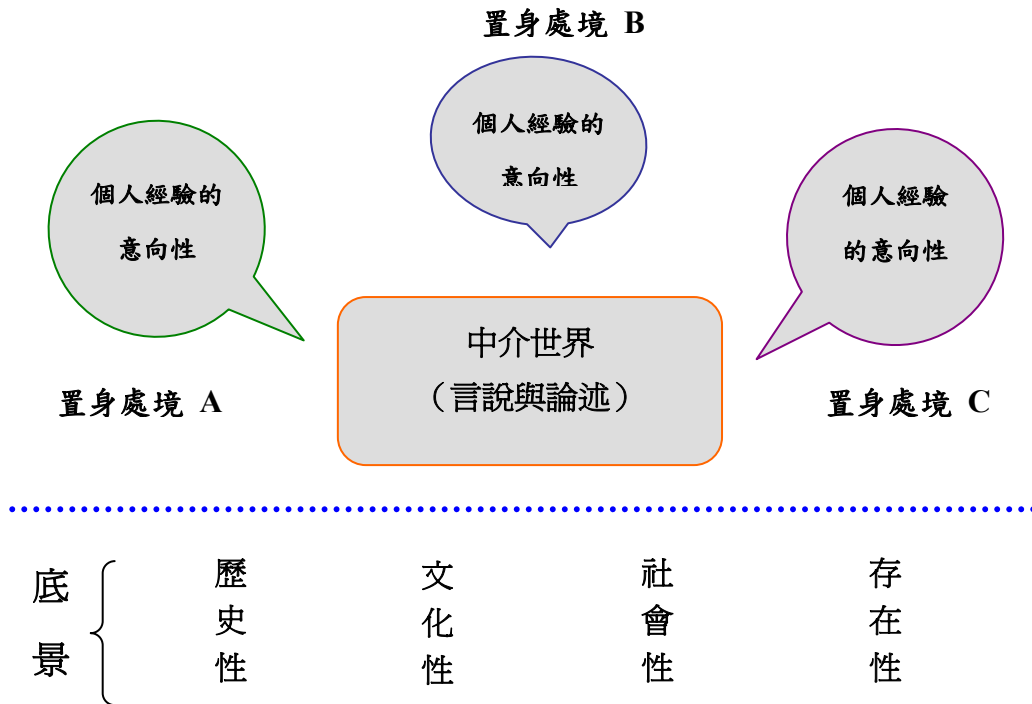
高淑清（2001）認為詮釋現象學乃是對人類的經驗，和人類所建構的意義作為一種互為主體的瞭解，尋找經驗背後意義的組型，再對此經驗進行解釋，她提出七個主題分析方法的思考架構，落實以詮釋現象學為基礎之研究操作步驟。（圖三）



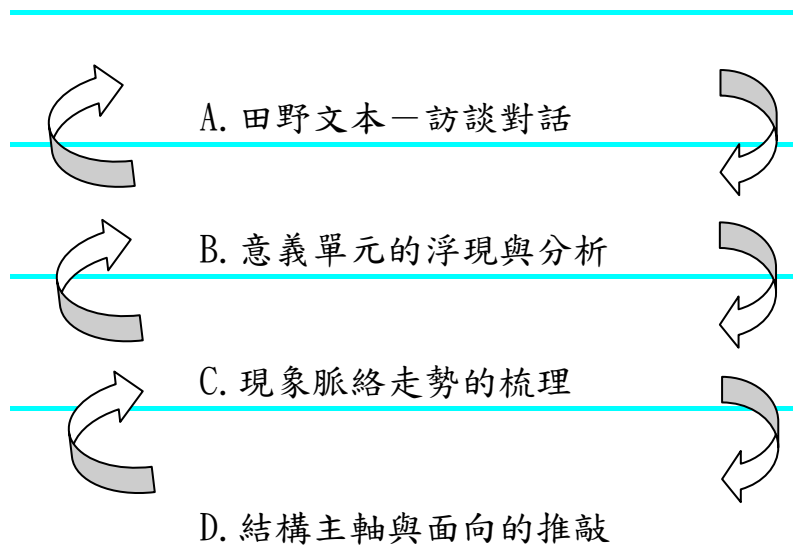
圖三 主題分析的概念架構—詮釋循環（高淑清，2001）

蔡昌雄（2004）認為詮釋現象學是語境給出理解的呈現，而其詮釋底景結構主要有社會性、文化性、存在性、歷史性四個面向（圖四）。而文本詮釋現象的

分析則可分為四個層次：一、田野文本－訪談對話，二、意義單元的浮現與分析，三、現象脈絡走勢的梳理，四、結構主軸與面向的推敲。本研究之文本分析即是採用此一方式進行。(圖五)



圖四 語境理解及詮釋底景結構 (蔡昌雄, 2004)



圖五 文本詮釋現象分析四個層次 (蔡昌雄, 2004)

第二節 研究構想與步驟

壹、研究構思與定位

本研究是現象發掘與詮釋的過程，其目的在於「開展」與「詮釋」。從臨終照顧經驗探討自我照顧歷程的本質與內涵，而自我照顧本質是無法化約成數量來處理的，所以必須採用質的研究方法來進行，以一種自然而饒富涵義的方式來揭示(uncover)。

本研究企圖瞭解安寧護理人員對自我照顧經驗的主觀意涵，也就是試圖透過研究參與者的眼睛看世界，並進入其概念世界，以瞭解其建構與解釋的方式，包括護理人員對自我照顧的本質、內涵、特點及屬性等經驗面向的認識，以展現研究主題的多元真相。

因此，研究者將以詮釋現象學為方法指引，透過參與觀察及深度訪談的方式取得研究資料，並將獲得的文本資料進行分析，以及經驗意義的描寫與詮釋，藉以了解安寧護理人員自我照顧的經驗本質及內涵。

貳、研究場域與研究參與者

本研究採立意取樣方式，以嘉義某區域教學醫院安寧病房之護理人員為研究對象，透過病房讀書會與臨床參與見習的觀察過程，研究者自行選定訪談對象，受訪者必須符合下列的收案標準：具有護士、護理師執照，且有三個月以上安寧病房工作經驗者；未滿三個月試用期之新進人員，因為還在適應工作環境與瞭解護理工作常規，所以本研究將其排除在外。

因為考量自我照顧內涵的廣泛性，及護理人員工作年資、安寧工作性質、過去工作及家庭背景，故訪談對象的安寧工作年資，從七個月至四年等，本研究

共訪談了十二位護理人員，包含安寧居家護理師一位，臨床護理師十位，專科護理師一位，採用的文本扣除預訪者一位，共有十一位，此外另有兩位不在受訪內的護理人員，其參與讀書會分享的經驗文本，也納入文本分析，故本研究採用訪談文本及田野資料共有十三位護理人員。(參考表一)

研究參與者	文本分析代號	安寧工作年資	其他工作背景
沛菊	A	八個月	內科三年
先琳	B	八個月	安寧病房一年、腫瘤科三年(他院)
向芹	D	一年	外科一年多
懷芷	E	一年一個月	安寧病房三年(他院) 內科二個月
卉參	F	二年五個月	無
圓晴	G	四年三個月	外科五年三個月
曉茵	H	三年一個月	無
夏眉	I	三年六個月	身心科、健康照護共三年
易筠	J	三年七月	嬰兒室二年
秋舫	K	四年二個月	內科一年半
梅畫	L	三年五個月	ICU 一年

表一 研究參與者基本資料

參、研究準備與步驟

研究者於研究準備上，曾修習哲學基本問題討論、質性研究、意義與象徵、存在心理分析、成人生死教育、臨終關懷等相關課程，並參與詮釋現象學研究方法讀書會為期半年，於研一下學期擬定研究題目，開始著手進行研究。

研究者先參與病房讀書會，擬定臨床參與觀察的計畫表，透過臨床見習的參與觀察過程，熟悉研究場域及安寧護理人員的工作概況後，擬定訪談大綱。然訪談大綱主要是依據助人者和護理人員壓力，及其因應之相關文獻的分析擬定，內容重點包括：(1)研究參與者對安寧照護工作的一般性態度與看法；(2)研究參與者對安寧照顧工作的壓力與挫折覺察；(3)研究參與者對安寧照顧工作的壓力與挫折回應；(4)研究參與者對自我照顧的認識，所採取的具體作法，以及效應的評估。

研究過程中與指導教授兩週一次的定期討論，並針對研究方法書籍、相關研究文獻進行閱讀與討論，繼續充實調整訪談大綱的問題內容，繼而進行預試訪談，依訪談文本及情境需要，再微調修定訪談大綱。

第三節資料蒐集與分析

壹、資料收集者

由研究者本人收集資料，研究者過去在癌症病房和 AIDS 病房五年的工作經驗，及四年臨床實習指導教師之經歷，現為護理教師，已修畢研究相關課程，故對臨終領域、護理人員的養成教育，以及其訓練背景均有相當程度的認識與瞭解。九十三年七月開始參與安寧病房的讀書會，兩週一次，目前仍持續參與中。九十四年一月至二月進入研究場域—安寧病房，以護理人員的角色，進行臨床見習的參與觀察。

貳、資料收集過程

研究者於每次參與讀書會時即進行書面記錄，並讀書會後將書面轉成電子檔反覆閱讀。臨床參與觀察涵括白班、小夜與大夜等時段，除觀察不同班別的病房運作及氛圍外，也跟隨安寧居家護理師家訪，並參與病房及護理人員各項活動，如安寧視訊會議、耶誕音樂晚會、午茶會和自我認識成長團體等。參與過程中隨時記錄觀察內容，並擬定訪談大綱，著手進行預試訪談。於訪談進行時，再依實際參與觀察情境修定或調整資料蒐集方向。

訪談內容採半結構式的深度訪談，每位受訪者訪談一至二次，每次訪談約一至二小時，配合受訪者的需要選定訪談時間、地點，並於受訪者同意後以錄音筆進行訪談錄音。研究者並於訪談過程中，隨時將當時情境與個人心得以書面記錄。

參、資料分析

研究者於訪談結束後，將錄音資料轉為文字，合併訪談時的書面記錄反覆閱讀，開始進行文本分析。分析步驟則參照下列文本分析的四個層次（蔡昌雄，2004）。

一、田野文本－訪談對話：

第一層次是訪談文本。將訪談文本、讀書會筆記以及田野觀察記錄反覆閱讀，試圖融入安寧護理人員臨終照顧場域的經驗感受。

二、意義單元的浮現與分析：

第二層次是找出每段文字中有意義詞句的「視域化」過程。逐字逐句詳細閱讀逐字稿，反覆思考文本內容，對所浮現的意義單元進行描述和理解，得到視

域的整體感，儘量不結構化，而去貼近文本之原意。在具有意義的訪談字句下方標上底線，在不同意義的內容進行文本內容分段，並給予分段文本標註編號，如 A001 即表示參與研究者 A，逐字稿第一段落之內容。在這個動態的理解過程中，隨著閱讀的深入，視域也將不斷的調整。此一層次與第三及第四層次，也保持著雙向互動的關係。

三、現象脈絡走勢的梳理：

第三層次是文本橫向的現象脈絡走勢的爬梳過程。焦點放在不同的文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本做一個橫向切面的整體觀照。但是，橫向脈絡的思考與結構面的主軸關懷，也保持著雙向互動的關係。

四、結構主軸面向的推敲

第四層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以對應文本前三層次意涵的概念，以做為文本詮釋可能的結構主軸。此一歷程也是雙向的，一方面由經驗文本中觀看，深掘現象脈絡的內蘊意涵，解釋潛在意義單元的結構，並推敲出結構主軸的面向，賦予結構主軸主題命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋思重要的概念，以做為容納前三層經驗意義的範疇或構面。

最後，研究結果的鋪陳，則是以文本四個層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程中不斷回到訪談分析文本進行反思與理解。然後再檢視建構經驗意義的脈絡性與結構面，最後描述解釋出本研究的經驗本質。

第四節 研究嚴謹度

本研究根據 Denzin(1999)的「解釋互動論」觀點，進行安寧護理人員自我照顧經驗的質化研究，目的在於直接呈現，研究參與者生活體驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界。此經驗努力捕捉研究參與者的聲音、情緒與行動，解釋的焦點乃是深刻的生命經驗，而且這些經驗徹底改變或塑造了研究參與者的自我概念，以及他們對自身經驗所賦予的意義。由於此類型的研究偏向於發掘、描寫與解釋當事人觀點及意向之經驗，並不企圖建立紮根理論(grounded theory)或找出普遍性的過程與概念(generic processes and concepts)，因此以上這些類型研究之經驗信度與效度標準的檢驗，並不完全適用於本研究的討論。

依據「解釋互動論」觀點引導進行的本研究，將以整個研究進行的脈絡呈現來進行研究嚴謹度的說明，以此取代經驗信效度標準的討論。首先，在解釋觀點的選取方面，明確地指出以詮釋現象學及存在心理分析兩大取向為宗，並進行相關的學習與訓練，具體內容已如前述；其次，為熟悉研究參與者的經驗世界，研究者進行為期十個月的讀書會及一個月的臨床參與觀察活動，使得做為質性研究工具的研究者，更具備發現與探索的能力；第三，訪談大綱是本研究的另一項重要研究工具，其具體的擬定與調整過程已如前一節所述；第四，雖然詮釋現象學方法無資料分析的標準程序，但本研究所採取的四個層次文本分析架構，也提供了一定的分析程序可供引證參考；第五，文本內容之分析除遵循在「全體—部份」之間反覆來回的原則外，文本意義亦經過與指導教授及協同研究同學討論後，方才形成共識且確定；最後，研究者清楚自己同時兼具研究者、參與者(讀書會與病房見習)及支持者(當受訪者有情緒需求時)的角色。除極力避免角色混淆外，其中涉及研究倫理問題的因應措施，將於下一節研究倫理中陳述。

第五節 研究倫理

本研究以研究參與者的利益與權利為優先考量。在進入研究場域之前，先徵得醫院及單位主管之同意，並由研究者就讀學校發文至醫院行政單位，完成核可研究之手續。

訪談前，向研究參與者說明整個研究的目的及過程，徵求參與者同意接受訪談及錄音後，在訪談之前先簽署同意書。如有需要，研究參與者可以隨時中斷訪談與錄音。此外，為顧及研究參與者的隱私，本研究論文中均以別名方式呈現。

本研究的訪談內容因觸及研究參與者的存在焦慮問題，訪談過程中容易引發當事人深層的情緒問題，研究者於訪談進行前，事先向研究參與者說明可能的狀況，並在訪談過程中充分尊重研究參與者的表達意願，並考慮照顧其情緒的需要，不讓當事人有被迫揭露個人深層情緒經驗的感受；訪談後，研究者仍持續參與病房讀書會及其他活動，與研究參與者保持密切的連繫與互動。若有因訪談引發相關情緒處理之需要，除適度表達個人的關懷與情緒支持外，必要時，也會提供研究參與者諮輔之相關資源，並針對其個人的情緒需求，尋求專業上的協助。

第四章 以「做」為核心的自我照顧

本章呈現訪談資料與田野筆記綜合分析結果的第一部份，以「做」(doing)為核心的自我照顧主題，針對安寧護理人員的臨床照顧處境及其表層自我照顧方式，進行現象脈絡的描寫與詮釋。所謂「做」的或表層的自我照顧，係相對於「在」(being)的或深層的自我照顧而言，指的是安寧護理人員在臨終照顧的壓力處境下，所採取的具體壓力因應與調適作為，這些作為固然也相當程度反映了護理人員的內在感受與反思，但是基本上是壓力情境下的立即性防衛措施，目的在於將自己與臨終處境的死亡壓力來源隔離，以便能夠暫時性的繼續照顧的工作，因此並未觸及個人存在焦慮與挫折的核心問題。

此自我照顧經驗層次的描述與詮釋，由安寧護理人員初入病房的體驗開始，帶出一般人對安寧病房的空間印象，進而描寫由安寧護理人員的主觀覺知與內在時間意識，所建構出來的病房情境空間，以此鋪陳護理人員進行自我照顧工作的立足場域或「置身處境」(situation)，導出護理人員對臨終照顧工作壓力的覺察與困擾；最後，則以護理人員在死亡臨現(presence)壓力下的表層回應方式做為結論，並點出以「做」為核心的自我照顧的限制。

第一節 安寧初體驗

猶記得第一次踏入安寧病房，是為參與病房的讀書會。懷著期待的心情，到了病房所屬的樓層，一出電梯，右轉是產房，左轉是安寧病房，非常特殊的建築配置，生死只在一線之隔；遲疑了一下，確認左邊才是自己的目的地，隨即跟隨師長的腳步前進；不久，納入眼簾的是一條幽靜明亮的長廊。左右兩邊牆上供奉著一尊尊的菩薩聖像，地上則置放著一盞盞的小燈，它們似乎在召喚著前往的過

客，褪去俗世的糾葛與繁囂，一顆煩躁的心於是逐漸沈澱下來，步伐也不由自主的放輕、放慢，彷彿只有這樣才得以走進臨終生命的心靈殿堂。

行進途中，往明淨的玻璃窗望出去，醫院為臨終病患精心設計的空中花園可以一覽無疑。前進病房途中，還可以看見一幅幅色調鮮明的病患畫作，很難想像這是一個臨終生命最後駐足的驛站。進入安寧病房，左邊是護理站，有幾位醫護人員輕聲交談，右邊則是空間寬敞開放的交誼廳，廳內擺放著一台鋼琴、幾套沙發，還有電視、音響、書籍和雜誌，就像家裡客廳的景象；病房外的走廊有家屬陪著病患緩慢的散步，沿著交誼廳的右側，則是家屬和病患使用的「餐廳」及「廚房」（93.7 讀書會田野筆記）。

上述研究者的觀察與感受，似乎與初入安寧病房時的護理人員相去不遠。例如易筠就說：「我覺得來這邊這個環境…這個硬體環境吸引著我，尤其這個交誼廳…，我就好喜歡、好喜歡（J005）。」還有曾經在別家醫院實習過的懷芷，也明顯注意到安寧病房不同於一般病房的硬體設備。「那時候覺得 xx 病房好漂亮，因為我們，其實在那邊實習過，都覺得普通病房沒有安寧病房那麼漂亮，有廚房、有客廳、交誼廳、又有花園，跟普通病房完全不同（E003）。」像「家」一般溫馨與寧靜的氣氛，似乎是每個初入安寧病房的人都會有的觀感。

壹、入行因由

但是，這群選擇來安寧服務的白衣天使，早先對安寧的良好印象，並不僅止於硬體空間。她們對於投入安寧照護場域，可以進一步提升自己的學習經驗，也有很深的期待。在研究參與者中，除了少數一兩位是非志願，被安排至安寧病房外，過半數都是因為對安寧病房懷抱正面的印象、認知及學習期待而入行的。「剛好那一陣子我舅舅往生，…很多人都不能接受，很難過、很難過，那我要怎麼辦？

我覺得說我應該要開始學習什麼東西…(D001)。」向芹因為親友的非預期死亡和家人的悲傷，觸碰到自己的「邊界經驗」(boundary experience)，認為自己應該做些什麼，在期待付諸行動與突破現狀的情況下，她抱著『可以學些什麼』的心態來到安寧病房，於是，這裡便成為她生命成長、學習的另一個場域。

在外科五年的圓晴，也常常碰到癌症的病患，但是面對病患臨終的那一部分，卻是她所生疏的，於是「我來走另外一個領域，來看看說這些之後一些照顧的東西(G001)。」在她的心目中，安寧病房是她護理專業中，人性關懷內涵實踐的地方。沛菊則是在念小學時，父親因肝硬化合併肝癌過世，因為媽媽曾經接觸安寧會訊，間接知道安寧的相關資訊，加上學校的養成教育，因此，埋下走入安寧照顧的種子，「二技的時候修靈性護理學，然後那時候剛好我們老師請XX安寧病房的護理師來上課，她就播他們那個YY病房的影片，他們還會分享他們的故事，然後就覺得很有感觸(A001)。」

對人生苦痛早有覺察和感觸的曉茵，加入安寧照顧的決心下得很早。她說：「去實習的時候，我覺得我看病人的那種感覺，覺得生病很苦…。看了，我就覺得很難過，我就想說…有沒有是一個很溫馨的地方？所以我後來…我就一直想要走安寧(H001)。」對她而言，安寧無疑就是心目中那個溫馨之地，也是為病患減緩苦難的場域。除此之外，「我覺得我想走安寧…就是我對死非常非常的好奇(H004)。」對死亡的好奇，也引發曉茵加入安寧的行列。

易筠加入安寧的照顧行列，則是因為求學階段受到老師的肯定，「早年在大學護理系的時候，X老師就會說希望我去…去做安寧…。她覺得我有那個人格特質。九十年有辦一個安寧療護的入門訓練…，去參加就遇到X老師，然後X老師就說：『妳很適合走安寧病房哦！』(J002)」因自己人格特質被師長肯定，強化

了易筠從事安寧療護的信心，也間接呈現出安寧病房在她心目中的正向價值。

然而，安寧護理人員在入行前，對於安寧照顧工作的前景，也並不是就沒有負面的感覺或看法。向芹的外科同事就認為，活潑的她並不適合安寧病房，「很多外科的那個小姐都…，對啊！她們都不看好哇，她們覺得說…，喔！就是因為我個性那時候很急啊！他們就覺得說，你應該不適合這個地方，然後那個地方(安寧病房)是一個很『悲傷』的地方，這麼的那個…就是感覺很 depression…(D002)。」

除了悲傷與憂鬱的印象外，安寧病房也很容易被認為是充滿晦氣的場所。沛菊剛到安寧服務時，同事並不認同，「這邊病房跟那邊病房差異最多的是死亡，因為在那邊真的很少遇到，我同事都說我來這邊一定會受不了，尤其是我會把情緒帶進去工作的人(A003)。」就連男友的姊姊也反對，男友不懂為何沛菊要選擇安寧病房？「他會覺得說，為什麼一般的單位或 ICU 你不選，你要來安寧病房，都是跟死有關，很多人覺得你在這邊跟那麼多死亡接觸，比較會帶一些不好的晦氣回來，像他大姊就比較相信宗教這一部分，她就覺得說很多人跟著我(A007)。」其次，像是到安寧之後，身體狀況有了一些變化的夏眉，在因故住院開刀加上父母親意外車禍後，也很難不與自己來到安寧病房，常常接觸死亡做聯想，「那時候也因為剛好我家裡…，也很多事情發生，包括我開刀，我爸爸媽媽車禍之類的。就很不穩定，所以我會把…我會把所有不好的，歸咎在我的工作裡面…，我會覺得說那是因為我常常接觸這些死亡的人，因為我們的傳統裡面就是…妳不可以接受…晦氣(I006)。」

就在上述這些正、負印象的夾雜，以及期待投入學習的心情之下，這群白衣天使，開始了她們在安寧照顧中的蜜月經驗。

貳、蜜月期

原先在腫瘤科病房三年工作經驗，現已有將近兩年安寧年資的先琳，這麼形容最初入行時的景象，「前三個月…妳覺得像在天堂，妳沒有那麼的忙…走路的腳步是慢的，(B003)」沛菊同意先琳的觀察，因為「會覺得說…只 care 幾個病人而已 (A002)。」卉參則認為「這裡比較有家的感覺 (F010)。」這種讓護理人員在照顧過程中感到安適自在的情形，秋舫敘述得最為貼切，「然後跟那個病人的互動，你就會覺得有足夠的時間喔，也有足夠的那種情境，還有環境。…你可以去很安心的去互動，很平靜的去互動，甚至你還可以有時間去吃飯，你到外面病房去的時候，真的連吃飯的時間都沒有，你就整個，你就覺得越來越鬆…(K002)。」

這種步調緩慢、安心適意的氛圍，自然使初入安寧病房的護理人員，對病房的工作環境抱持正向的態度，而且很願意投入學習。例如，向芹就認為安寧病房是一所學校，讓她覺得學習到許多東西，也喜歡這樣的工作環境：「來這邊之後我好像來學校上課的感覺。你可以學習到很多東西，不管是人事物或是什麼，然後又加上那個我們病房的人都很不錯，就是很願意教，然後另外我們還會獨立分小組，然後有活動辦，就很像在學校參加社團辦活動的那個感覺。上班就好像在去學校上課的感覺，我覺得這才是我想要的(D002)。」曾經在安寧病房工作三年的懷芷，也認為在安寧的工作環境有許多可以學習的，「那都是課本學不到的。就覺得其實很多，雖然是面對死亡，可是有很多新的東西是自己要去學習的 (E003)。」

不可諱言，剛開始擔任面臨死亡的陪伴工作，對護理人員是有壓力的；不過，多數的護理人員，大體上還能夠以正向的態度來面對挑戰。例如，安寧工作經驗

已三年半的卉參，當初在安寧面對伴護死亡的工作環境時，就告訴自己，臨終病患是照顧者的老師，可以從臨終者身上學習到許多東西，特別是在人最終都要面對死亡的這件事上。「一般人的看法，每天看會不會看到麻木？或是每天看到會不會害怕之類的，可是…我是我覺得…我一向的回答『我不會』，是他們在教我們很多事情，反正這條路每個人都要走到，我也會走到，他們一直在教我們很多事情，他們在告訴我這條路怎麼走，我不曉得，我自己的答案就是這樣子(F006)。」

儘管護理人員初期的感受是工作步調舒緩、個人熱衷學習，但是這種對安寧工作抱持的正向信念，畢竟仍需遭逢現實的考驗與挑戰。三個月後護理人員在安寧病房的體驗，則是截然不同的一番景象。

參、掙扎與考驗

根據先琳的敘述，入行後三個月到半年這段期間，是安寧護理人員能否抵抗壓力、克服挑戰，繼續留在病房的關鍵階段，她說：「但是妳經過三個月之後開始，可能挖到一些東西，但是妳去挖人家的東西妳又補不上去，妳會覺得很無力的時候妳會覺得很累，心理覺得開始累幾乎有三個月到半年期間很難熬啊(B003)！」「挖到一些東西」表示護理人員在深入照顧後的發現與獲得，而「挖人家的東西妳又補不上去」則顯現了安寧照顧因觸及病患心靈的深度，往往讓照顧者感到力有未逮，長久下來自然會讓入有「無力」、「很累」的感受。這種衝擊實際上是臨終陪伴過程中，面對病患死亡經驗隨時可能臨現的處境造成的。

「剛開始來這邊的時候看到這邊會死人就有點恐懼，還是會有(A009)。」一心想走安寧的沛菊，坦承初到安寧時，看到死亡還是會有恐懼。懷芷也表達了相似的觀感，「其實那時候去也是很害怕，因為要面對的就是，可能就是面對死亡(E003)。」從健康照護中心轉到安寧的居家護理師夏眉，也表達了自己在面

對死亡時的無法調適。「剛開始是蠻不適應這樣子的一個工作，就是妳天天都面對死亡，因為我之前是身心醫學科，是很快樂不會有死亡的問題。妳來這裡這裡每個人都愁眉苦臉的，然後每個人都心事重重，啊！就是就是死亡，死亡這種的…我的觀念裡，是一種很悲傷的，所以那種那種轉換太…太大了，我根本沒有辦法去適應它（I006）。」先琳在面對照顧的病人瞬間離開的處境，也「調適不過來」，她自己分析原因，可能是與「常規」期待截然不同的處境造成的，「可能是之前的…之前的就是很常規，病人的可能下次還會在回診，所以妳還是會看到他。但是妳照顧這群病人，就是一下子他就不見了，那他就會離開（B003）」一種高度不確定的狀態，始終在心中徘徊不去，這樣的處境自然會帶給照顧者極大的心理負擔，「阿！妳心理…會難過。沒有辦法調適說，他即將要離開或者是來不及作一些事情，阿就是說…妳會覺得妳的能力不夠，很像似乎妳沒有辦法…沒有辦法是說滿足他，或者是說心理層面，或者是根本沒有談什麼他就走了。那感覺…就很沉啦！就很…很…很在下坡的樣子（B003）。」一種強烈失能無用的感覺侵入骨髓，讓先琳處在一種懷疑和沉悶的狀態中，很難快樂起來。

此外，死亡也會帶給安寧護理人員另一種震撼，那就是當投入照顧已久的病人，一旦離世時，護理人員便會經驗到強烈痛苦的情緒。懷芷第一次遇見病人往生時，就非常難過，經由學姐的引導，到廁所哭泣以宣洩情緒。「那時候我覺得很驚訝，因為那時候就是…因為剛走一個病人很難過，非常難過，然後會覺得，第一次遇到這種狀況，妳會沒有辦法就是收拾自己的情緒，可是學姊好像就是走過來跟妳講說…；就是我們到廁所去，她就讓我一個人在廁所哭，然後哭完了，就是…大概的時間，然後她就說，我有沒有好一點這樣子（E002）。」雖然不是自己親自看見，但是聽到自己照顧過的病患往生，向芹也曾難過的在宿舍掉眼

淚，「我那個時候沒有照顧到他，是打電話去病房啊，然後就有人跟我說 XX 往生了，我馬上整個心情 down 下來，就在宿舍哭，我還打電話回去給我媽講，我媽覺得莫名其妙，我媽聽不懂我要表達的是什麼（D006）？」這種與病人朝夕相處後，因死亡帶來的情緒波動，的確不是旁人容易體會的情境，例如病人剛往生時，一度以為自己情緒控制下來的曉茵，後來，也因為觸景生情而一發不可收拾。「我在吃飯的時候，我就聽到一首歌叫做祈求三願，在我聽到那首歌，…我整個人…突然…好像把我所有的心都唱出來了，我的心願都唱出來了，然後，後來我飯都吃不下去，我就去廁所一直哭一直哭，我本來沒有預期到我會哭耶，我那時候就一直哭一直哭…（H007）。」

死亡，雖然在每個科別的病房都會出現，但是安寧病房出現的死亡，似乎帶給護理人員更多的人性掙扎。因為「全人照顧」理念的實踐，照顧者把臨終病患當成「人」而非「物」來對待，在伴護的過程中很自然會產生存在性的「涉入」，無法把自己完全客觀的「抽離」。依據亞隆的存在心理分析觀點，個人對生命必朽之終極處境的覺察，是造成死亡焦慮的根源 (Yalom, 2003a)。以上描述的安寧護理人員眼淚，背後的聲音也許不是三言兩語就能說清楚的，但是可以確定的是，安寧病房存在性涉入的臨終陪伴處境，必然使得護理人員對個人自身的「邊界處境」更容易有所覺察，由此基本的焦慮感而產生強烈的情緒衝擊，也是情理之內的事。

處於死亡臨現衝擊下的安寧護理人員，一旦走過理想與現實衝突掙扎的心路歷程，能夠安住下來，繼續在安寧病房的臨終伴護工作，必然要對死亡所開啓的生命功課有所肯定，這也是安寧護理人員之自我照顧工作，將會涉及的具體經驗內涵。

肆、死亡開顯生命奧秘

誠如以上所述，臨終陪伴的死亡臨現經驗，帶給安寧護理人員極大的挑戰與掙扎；但是，另一方面，死亡似乎也開顯出生命另一層次的奧秘，使得照顧者的照護工作，愈加突顯出生命意義探索的價值來。首先，因為死亡的平等性，會讓護理人員看見照顧者與病患的共在處境，一種生命在死亡面前的平等性，開始進入安寧護理人員的覺知中。曉茵對此的體會是，「其實在看他…病人，看他死，會想到自己的病跟死，也會想到親人的病跟死（H004）。」從某個病患的死亡看見自己與親人必死的命運，這本身就是一項奧秘的經驗，身為臨終陪伴者的曉茵會好奇注意或想要深入探索，是十分自然的事。「我覺得這一塊很奇妙，我覺得我會走到安寧，大部分是因為這塊的關係，我覺得很大的關係是在這個死，我對死非常非常好奇…（H004）。」

是死亡開啓了生命深度的探索，它讓曉茵開始關注生死界限的問題，並且看見生死之間的無限可能，她說話的口吻與內涵，幾乎就像是一位生命的哲學家。她說：「我想知道人這一生，在死之前每個人都不一樣，但是在死的時候都是一樣的，死這樣塊是一個很明顯的界線，生跟死這一塊都很明顯的界線。那中間…這一些可能無限、無限多，可是生這一塊，我們有時候不太容易去…，因為你生就是這樣來的嘛，跟死不一樣。我覺得死是一個很玄、很玄的地方…，就是我對死非常非常的好奇，那種好奇我說不上來(H004)。」持續的生死探索，進一步把她帶進宗教信仰的殿堂。「我覺得也就是因為有這個死的東西，讓我…宗教就這樣進來了，雖然我覺得這樣，佛教就這樣很自然的在我生命裡出現(H004)。」但是對曉茵而言，「宗教是落實在生活上面，不是空談…，宗教不是讓你遠離這個群體，而是要怎麼樣讓你的生命更好，這才是宗教（H006）。」以上的思考是

曉茵在照顧經驗中，從病人身上學習到的。表面上看，死亡帶給安寧護理人員極大的衝擊與挑戰，但是，在曉茵的例子中，我們也看到「它」打開了照顧者內心深處的真實，也開啓了她人生意義的探尋之路。

此外，死亡開顯也會為臨終伴護者帶來某種自我挑戰的機會。先琳在安寧工作遇挫後決定留下來的的心路歷程，就是安寧護理人員否決放棄與逃避的選項，及接受自我挑戰的例證。「自我挑戰，這就是妳要的所想的，會想說不是其他的原因，而是妳個人的原因，是妳個人想要逃避，然後會變的想說再試試看，給自己一年的時間，告訴自己這樣，阿是在這中間我這樣跟我們阿長講說，我說我回腫瘤科，我好像走不下去…，那時候的阿長回我一句說…因為之後換了另外一個阿長，嗯她說她也覺得我不太適合，那時候我心理有點難過說，原來我在她的心理並不是那麼的適合，只是我一廂情願來到這裡；那時候心理很難過，會想說就這樣放棄嗎…?!那就試試看，給自己一個…再多半年的時間，那還是有留下來啦！阿那個時候，也重新學習到很多東西，那時候課上的很多，幾乎現在公佈欄上的一些課我都已經上過了（B003）。」類似先琳這樣的工作抉擇，似乎是多數安寧護理人員都要經歷的過程。其中涉及到自我內在願望的反省與統整，以及整體工作環境與自己人格發展是否相契的評估。但是，因為觸及死亡照顧的處境，表面上的工作抉擇，事實上也是個人的存在抉擇。

我們從先琳的敘述中可以看出，這種迎接挑戰的自我堅持，顯然啓動了她強烈的學習與進修動機，但這一系列的思考與學習活動，最後必須要能轉換落實，成為面對病患死亡時的意義支柱，使照顧者能用另一種視匡，或是另一種態度來面對必然會來臨的死亡現象才行。向芹對於不斷到來的病患死亡，就自有一套另類的看法。「然後就有人說，這樣子ㄟ妳的病人都一直往生，妳都沒有把他救活，

妳不會覺得上班很不好受？『不會啊！』因為搞不好，他救活之後只是活個十分鐘，那就讓他沒有管子…（D002）。」她甚至在病人死亡的場景中看見某種生命的「被動性」，並從中引導出一種「順服」的生命態度來。「與其這樣，你還不如去讓它（死亡）引導，如果可以的話，可以很厲害的引導人家都放下，反正人的一生到頭…，就是看你怎麼去面對，就是…，你除了幫助病人外，其實還有他的家屬（D002）。」會說出「不如讓它引導」這句話，顯然是向芹看見更基礎的生命流動後，所產生的一種死亡陪伴態度，一切順其自然。卉參面對死亡恐懼的看法與態度，顯然也是從照顧病人的過程中學習來的。「像有某些病示現給我們看說，他是很坦然面對臨終…（F006）」。儘管「自己覺得說…不見的有那麼大的把握（F006）」，但是，漸漸地讓自己了解和接受「這條路每個人都要走到，我也會走到（F006）。」如此貼近自己生命的體認，似乎是照顧經驗中需要的。

總之，安寧病房的死亡，帶給護理人員的初體驗是交錯矛盾的。雖然有挫折、恐懼、情緒、壓力等負向的經驗，但是也有挑戰、成長、學習等正向的意義。掙扎激盪的結果，「…如果半年留不住妳就留不住，如果熬過去妳就會很喜歡，妳就沒有辦法逃脫這個圈啦（B003）！」倘若，先琳的話有一定的道理，我們不禁要問：「爲什麼熬過考驗期的安寧護理人員，會愛上臨終照顧的工作呢？」要回答這個問題，我們必須先針對護理人員，在病房深入的照顧經驗有所了解，從她們對病房的「內在覺知經驗」描述著手，包括她們對病房「情境空間」的知覺經驗，以及由「內在時間意識」所建構出來的「深度時間經驗」兩個部份，進行瞭解。

第二節 內在知覺經驗的「病房」

沈浸在安寧臨終陪伴工作久了之後，這群護理人員對病房的覺知與感受，就和初入者或外來者的觀感大異其趣了。由於她們用心陪伴，投入臨終病人的生病世界，使得她們的「意向性」不斷在日常的「在世經驗」與超常的「離世經驗」之間穿梭；於是，許多原本在常態意識下處於背景地位的「不顯現」經驗，便逐漸地以主題或特徵的方式，在她們對「病房」的內在知覺經驗中「顯現」。於是，在護理常規之外，形構了安寧護理人員之「生活世界」的具體內容。

壹、一個生氣漸消卻生機盎然的地方

當病患處於生命旅程的最後階段時，生病的身體使得他們從常態的生活中缺席。在空間上，侷限於臥房甚至於床的大小；在時間上，未來和過去的輪廓忽然不見了，病人從過去和未來之中退縮，活在受限的當下，被圈在過去和未來的事情之外。在這受限的當下，臨終病人處於沒有朝氣的存在狀態，他的病床缺少「向外的」質地，缺少了疏張、向外膨脹、向外移動的生命存在律動。對臨終病患尤其特殊的是，由「在世期」逐步往「非在世期」轉變時，他們感受到日子屈指可數，「世界」快速地飛離他們而去，整個人陷落在「寂寞」與「孤獨」的狹小視野裡 (Van den Berg, 2001)。

終日陪伴在病患身旁的安寧護理人員，很自然地、深刻地感染到這種特殊的氛圍。曾在外科有過五年多護理工作經驗的圓晴，就清楚的點出，以臨終病人為照顧主體的安寧病房之情境特徵。她說：「以前在外科都會很快樂呀，都看到病人好，然後妳就每天都跟病人嘻嘻哈哈的呀，然後祝福他呀(G003)。到這邊之後，就覺得其實挫折感也是會有啦，妳看到病人那樣有一天病況比一天差，大部

分都是臥床的病人，所以最大的差別就是…沒什麼生氣（G003）。」從「嘻嘻哈哈」轉換到病厭厭「沒生氣」和「挫折感」的環境，護理人員顯然需要一段時間的調適，而且都自覺或不自覺地把腳步放慢下來，深怕和安靜的病房氛圍格格不入。

由陪伴者步調緩慢所構築出來的「安寧」環境，讓護理人員的心逐漸沉澱下來，「就是心情上不會那麼急躁啦(B010)！」促使她們知覺經驗的意向轉移，可以開始傾聽病人真正的需要。在安寧工作三年後，曾經短暫離職至一般內科病房的懷芷，清楚地表達安寧工作步調的不同，以及內科病房欠缺的照顧品質。「整個工作步調不一樣，然後要學的東西又不太一樣，因為什麼東西都要學，就是很多檢查阿！流程，妳都要很清楚。可是我沒有辦法一下子，容納太多東西，然後…，反正，他們就是很急，什麼都很急，可是…，就是妳以前照顧四個病人嘛！然後，妳就是要把這四個病人的狀況處理好！然後讓病人覺得，覺得很舒服。可是，內科那種步調就是會讓人覺得…，我就覺得壓力好大，好急，對阿！其實這樣子工作下來，比較下來，我就會覺得，沒有辦法完全聽病人在講什麼。每天把routine做完就好了，常常不知道病人真正想要說的是什麼（E004）。」這是懷芷從安寧轉到內科病房的工作感觸，最後，他還是選擇離開內科病房，回到安寧的工作場域。

想要傾聽臨終病人真正的心聲，當然不是一蹴可幾的事。但是從步調的放緩，到心靈的沉澱、願意傾聽，一種完全不同於日常生活意識狀態的知覺經驗便展開了。在我們日常生活中經驗的構成，一般是以視覺經驗為主，其他的感官知覺經驗為輔的。從針對盲人聽覺經驗的現象學研究中(李翠鵬，2004)，我們可以了解到，由於明眼人，高度仰賴視覺經驗中的整全性和立即性等特質，所以在其

日常生活經驗中，聽覺經驗其實是被低度利用的，可待發展的知覺範圍與內涵仍然有很大的空間。除非，是在生病的狀態下，個人對環境的知覺經驗，才會開始轉而仰賴聽覺等其他感官，此時，整個世界對於當事人顯現的意義也截然不同。雖然與病人的經驗不同，安寧護理人員的身體「能動性」仍然正常運作，但是其聽覺經驗卻因陪伴病人氛圍的影響而更加敏銳。

而這種聽覺能力的敏銳感，使得安寧病房在護理人員的內在知覺經驗中，變成是一個隨時有事會發生，令人心驚膽跳的地方。在安寧工作將近兩年的先琳，上班時間因此隨時都處在備戰狀態：

「隨時都是在那種很緊張的狀態，妳連人家走路用跑的…妳就揪在一起，心驚膽跳…阿！又怎麼了？是不是有什麼突發狀況。到現在，病房也是都這樣那麼安靜，因為安寧病房步調比較慢，妳突然有人大叫或聲音比較…可能有人在洗衣服，可能太 High 了。所以太大聲，我會以為病人怎麼了，趕快跑去看結果沒有，是洗衣服的人太熱絡了這樣子，妳會…隨時處在那種…隨時會發生什麼事…（B012）。」

這樣的病房其實已經是一個生機盎然、意義豐富的場所，與早先病厭厭無生氣的感受，可說是判若兩境。事實上，這乃是知覺意向改變後自然會呈現的結果。一般習慣忙於常規照顧工作的護理人員，其思緒的注意力總是被發藥、打針、量體溫等例行工作所佔據，更被一種必須在既定、短暫的時間內，去完成工作的壓力而驅迫著，完全不可能騰出時間靜下來，「凝神」聽一聽工作環境週遭的聲音。這些「細節的」聲音在一般的知覺情況下，便被遠遠地推到「背景」之中，充耳不聞。現在，當心沉澱下來，一點點細微的小聲音，都會引起注意，而且很可能具有極其重大的意義。因此，護理人員便處在一種「隨時會發生什麼事」的覺知

狀態中。

當護理人員的知覺夠敏銳的時候，通常很難溝通的臨終病人，也就容易連結了。因為臨終病人，長期躺臥在病床上的特殊處境，使得他們無法自由地運作身體，向週遭的人事物展現他們的意向性，但是他們的聽覺卻相對地靈敏多了，陪伴人員能否了解他們真正的心意，他們很快就能「聽」得出來。先琳描述一個成功接受她冥想療法的阿嬤，就有這個能耐：「一般人的冥想，沒有辦法一次、兩次就進去，就跟…要做三至四次，但是阿嬤用第二次她就可以…可以很熟悉妳的聲音跟熟悉那個環境。她是在…她不是單人房，她是在普通…就是健保房四個人床的那種狀態之下，她也可以（B009）」從這段陳述中，我們很明顯可以看到病人覺知的開放與敏銳，不因為在四人房的複雜環境便有所干擾，而先琳能夠知道阿嬤「可以很熟悉妳的聲音跟熟悉那個環境」，也表示陪伴者的覺知，必然是與病人處在同一個層次的。對於這種與病人締結的感應體驗，亦參有更生動深入的描述：

「其實我今天就有預感，「XX」會是我送走。因為他前一陣子是有一點 drowsy！所以可能都沒有睜開眼睛，我上五天的大夜下來，他都沒有睜開眼睛，就是這樣迷迷糊糊讓人 suction，有點掙扎這樣子而已。到了第三天他開始講話了，他開始說不要抽痰，然後我就哄他，就是跟他對話這樣子，然後我今天自己就想說會不會他在等我送他，自己就會有那種的感覺…(F022)。」

護理人員從聽覺到感應層次的知覺經驗開展，也同時開啓了臨終陪伴生機盎然、意義豐富的世界。

貳、記憶長河的當下呈顯

我們在前面說過，臨終病人在時間上的感覺，是活在受限的當下。現在原本總是服務未來，或做為過去的一種結果。但是，對病人而言，昨天的計劃不再有意義，所有等待著去做的事情，變得索然無味，甚至令人生厭。那是因為身體經驗的變化，使病人清晰地察覺到身體的存在，感到身體的不對勁，一種與身體格格不入的感覺，佔據了此刻意識的全部內容。於是，病人因為身體「能動性」的受限，而完全浸泡在不連貫的當下 (Van den Berg, 2001)。

但是，臨終病人在時間的經驗上，有著另外有一個重要的向度，那就是當下「縱深時間」的體會，一種因為「內在時間」意識建構所呈現的時間品質。病人過去記憶中的時間會忽而湧入現在，佔滿經驗內容的全部，使病人有一種宛如活在過去，或記憶在當下重現的知覺感受，而且這樣的經驗有如豆皮製作的過程一般，一層一層的堆疊、擠壓，使得它的展開也需要一段歷程 (余德慧、石世明、夏淑怡，2005)。在安寧病房內，陪伴臨終病人的護理人員，雖然因為身體經驗的如常，不會有類似病人的感受；但是，病人處在不連貫的當下處境，卻會直接衝擊到她們的知覺經驗，特別是她們內在時間意識所建構的當下，也有一種類似「縱深時間」的經驗品質。

根據現象學的分析，時間結構可以被分為三個層次：(1)世界時間(world time)，(2)內在時間(internal time)，(3)內在時間意識(the consciousness of internal time)。其中，第三層的內在時間意識，指的是對內在時間的覺察或意識，是在我們的經驗中，所發生的所有的區別與認同的根源，它比內在時間「更加的內存」，形構了我們意識活動中的時間性，讓這些內在對象得到時間性的延伸與秩序。而當下(the living present)的現象學意義，指的則是我們在任一時刻對時間所有的完

整立即經驗，是任一時刻的時間整體(temporal whole)。做為一個整體的當下由三個環節組成：主要印象(primary impression)、持存(retention)與突現(protention)。這三個抽象部份，這三個環節是不可分割的(Sokolowski, 2004) (圖六)。

因為臨終病身處境的特殊性，以及臨終陪伴的共在性質，病房對安寧護理人員而言，是一個常常會觸發她們內在深刻記憶經驗的地方。懷芷就曾經在讀書會中分享，對於老人家有一份特殊的感情，「照顧的病人如果是老阿媽，我就會想起我奶奶，因為我跟奶奶的感情特別好，會覺得老人家其實很可愛…。」（讀書會田野筆記 93.07）。父親死於肝癌合併肝硬化的沛菊，也有類似的記憶湧現，並對自己過去的無知感到歉疚。「小時後不懂事，不知道喝酒會導致肝硬化，然後我爸對我很好，每次喝酒都會約我去，然後就會帶我去，然後買個五瓶的台灣啤酒，一天可能喝好幾十罐（A005）。」於是她在碰觸到相同疾病的病人，除了引發深藏心底的疚責感外，也會聯想到自己與家人的死亡，「看到類似的疾病，看到肝癌，都會想到自己，尤其是 30 幾歲那種年齡的病人，得到肝癌，又有自己的家庭還有小孩的我都會想到我自己。一開始剛來的時候有遇到一個肝癌的，看到他，我就想到我爸（A003）。」

這類回憶經驗，有時候也會從護理照顧的嗅覺情境中引發，甚至會造成強烈的情緒反應。易筠對自己的經驗描述得很生動：「照顧久的病人啊！甚至，有照顧他們那種臉頰癌，當他走了，我們經常給他用玫瑰精油。那味道哦…，就是說…他走了，當那些味道又出來，我都會一直想到那個情景、想到那個病人、想到他們家屬，然後我就會又開始哭（J005）。」除了嗅覺引發的照顧經驗記憶之外，聽覺更是常見的記憶觸媒，「尤其是剛好在換藥的時候，那個大愛台要放那個祈禱：就是…用心祈禱…。到那首音樂的時候，嗯…我竟然換藥換到一邊流眼淚一

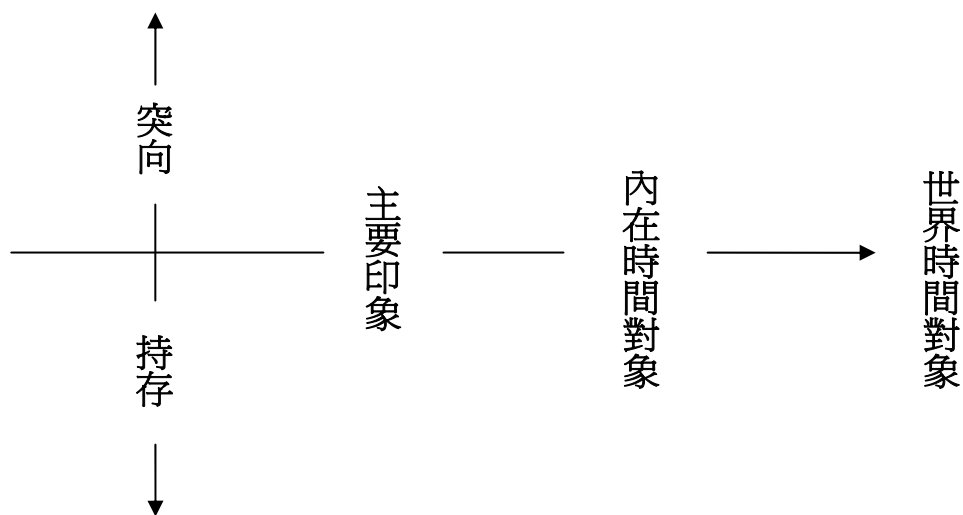
邊換，因為我就覺得說：這個病人…，好辛苦！一個太太又要帶兩個小孩，然後才四十幾歲而已，然後先生又往生了，然後她又帶兩個小孩子，然後她的婆家不支持她，然後自己的存款急需有限，然後她是一個很堅毅的一個女性這樣子！我覺得…妳知道換藥…就是說…就是當下換藥的時候，就是…那些情景都會出現，浮現他那個時候，自己的眼淚就會在眼眶打轉。當那個病人離開這邊的時候，…就會讓我想到…就是那個音樂哦！那幾天那個音樂放出來我就會想到那個病人 (J005)。」除了嗅覺，聽覺記憶也觸動了安寧護理人員的內在知覺經驗。

至於懷芷，則是對病房的空間記憶特別敏感，常常會想起住在同一個病房的病人，「覺得是病房耶！不是病房的味道，是走到某個位置，就是會讓我想起，在這個位置照顧過的哪一個病人阿！讓我的印象非常的深刻 (E012)。」

這些記憶浮現的過程，的確是安寧護理人員的照顧經驗中難以磨滅的部份，但是這些記憶的影像，絕非只是機械化的重現，而是一個涉及意義重組的全新經驗的開始。從現象學的觀點看，當我們回憶時，我們並不是召喚出影像，而是那些早先的知覺，它們被再度活化，不只是再次進入心中，而是再活過一次的活動。因為當我們記起過去的某物時，我們也同時把自己置身於過去之中。在回憶中，有一個正在回憶的我 (the remembering self)，一個被回憶帶出的我 (the remembered self)，以及以新的顯現與不顯現混合成的多重表象與同一性結構。自我正是在知覺與回憶之間的交互活動中形成，我們可以移置於過去的這項事實，對我們的心理生活提供了全新的面向。我們不只限於此時此地，過去也不只是我們指涉的方向，而是我們能夠經由回憶活入過去之中 (Sokolowski, 2004)。

陪伴記憶的當下湧現，使安寧護理人員滑入主體的深層經驗，不斷地活出對病房的全新知覺經驗來，讓臨終陪伴的「當下」經驗呈顯出截然不同的意義。此

外，這種因記憶而活化當下陪伴時間經驗的現象，將更進一步帶領我們「看見」，安寧病房對護理人員的存有歸屬意義。



圖六 內在時間意識 (Sokolowski, 2004)

參、歸于存有之「家」

率先將現象學運用於社會世界現象分析的舒茲曾指出，人們在日常生活的範圍內是被「基本焦慮感」所支配的，而所謂「基本焦慮感」指的是，我們每個人都知道自己會死，也害怕死亡的那種基本體驗 (Schutz, 1991)。但是，這種基礎的體驗卻是一般人不願面對，或設法想要遺忘的；只有那些受到死亡強烈衝擊下的個體，例如喪親者、具瀕死經驗者，或是死亡場域的助人工作者(如安寧護理人員)，才會開始把注意力轉移到這個生命存在的基本層面。

我們如果用海德格的概念來說，前者的存在模式是忽略存有的狀態，即非本真的存在，而後者的存在模式則是注意存有的狀態，即本真的存在。當人活在忽

略存有的狀態，就是活在事物的世界中，沈浸在生命中分散注意力的日常瑣事，人會「降低層次」，專注於「無益的閒聊」，迷失在「他者」之中，向日常世界俯首稱臣，關心事物以什麼方式存在。在注意存有狀態中，人關心的不是事物存在的方式，而是事物存在的事實。在這種模式中生活，意味著人會不斷覺察到存有，並保持對存有的注意，不只是注意存有的脆弱，也會注意自身存有的責任(Yalom, 2003b)。

選擇來到安寧病房服務的護理人員，在經過相當的臨終陪伴歷程之後，似乎也呈現出從第一類存有模式，往第二類存有模式轉移的跡象。換句話說，因死亡覺察而長期處於基本焦慮感下的她們，會對死亡焦慮覺察，引發的內在基本衝突特別敏感，對於某種存有安全感的尋求也有特別強烈的渴求，只是作法和層次不同罷了。例如，某些護理人員會加重自己的癌症保險、預寫遺囑，在外出旅遊的時候會預先交代後事等。但是，在深入的存有層次，「病房」對她們而言，已不再只是一個醫療工作的場所，而是一個開啓她們對生命最基本層面關注的「聖地」，也逐漸成為她們安身寄命的存有歸屬之「家」。向芹的感受很有代表性，雖然她表示並不清楚為何自己會對病房有這樣的歸屬感：

「以前不會很想去病房，因為覺得那就是工作的地方，可是現在不會喔，現在無聊或是什麼，就常常跑去病房，就那邊有伴可以聊天，然後你去摸東摸西也不知道幹嘛，反正就覺得也蠻像自己另外一個家。有時候你在寢室無聊，就會很衝動，很想…不然來病房好了，雖然不知道幹什麼，可是去那邊又有人可以聊天幹嘛幹嘛，然後講一講之後，很高興又回來，不知道自己在幹什麼… (D008)。」

如果護理人員只把病房當成是常規工作的場域，與生活世界的空間分別看待，是不太可能在工作結束後，還常常跑回病房去；並且在「不知道自己在幹什

麼」的情況下，到護理站閒晃看似閒聊，卻能「很高興又回來」滿足的回到宿舍，對病房不止於工作場域的認同，才能開展出這樣的經驗。

對一般人而言，家有別於以角色功能認定個人的社會，它是個人情感歸屬的地方，在血緣親情的基礎上建立起個人的社群感；此外，它往往也含藏著個人生命中最私密和深刻的感動，卉參的個人經驗正好可以說明這一點，而且她也為向芹說不出來的那個感覺做了註腳。卉參在來到現在服務的安寧病房之前，曾經加入某個宗教團體創立的青年社會服務團體，她在那裡經驗到生命中最深刻的感動，而有了家的歸屬感。「我覺得我第一個最有印象，就是一去的第一堂課，它是放中華汽車的廣告，好像是一對父女的…對對對…，好像那個爸爸以前會騎腳踏車載女兒上課，然後變成是開車這樣，我有點忘記反正就這樣，我看的覺得…很窩心，反正是第一堂課就讓大家哭的稀哩嘩啦這樣子！我第一印象，唯一對那營隊重頭哭到尾，呵呵呵…七天從頭哭到尾這樣子，其實它在觸發妳心理最最最…原始深刻的那一面。我覺得那一份是充滿愛的地方，所以我覺得就會讓我在XX社待下來，真的就是家的感覺（F008）。」這個最原始深刻的心理觸發，不僅讓卉參對該社團產生了家的歸屬感，同時也一路把她帶入了安寧照顧的領域，因為這段經歷「跟我來XX病房有一點異曲同工之妙（F008）。」這最初的歸屬感經驗，似乎也影響著卉參後來投入安寧的工作態度。

雖然病房之家與我們日常生活之家，在提供情感歸屬的方面有相當類似之處，但是，由於死亡臨現帶來的生命衝擊，使得搭建起這個「家」的根基，已遠遠超越世俗之家的界域，而進入存有的深淵之中。這個存有之家的搭建，事實上與依利亞德(Eliade)所謂神聖空間建構的過程有關。依利亞德認為，空間有兩種存在模式—神聖與凡俗。從凡俗的經驗來看，空間是同質的，是中性的，但對宗

教人而言，空間卻具有非同質性，他會經驗到空間中存在的斷裂點(interruptions)或突破點 (breaks)。這就是宗教人所體驗到的神聖空間(真實與實存的空間)與其他空間(非神聖性的、不具結構或一致性、是無特定型態的空間)之間對立關係的經驗 (Eliade, 2000)。

我們在明顯具有宗教傾向的護理人員曉茵身上，就可以很清楚地看到安寧病房，這個存有之家對她的神聖性意義。「我就很喜歡呀，我不知道那種感覺到底是什麼，就覺得很好，就一直站著…看著地藏王菩薩那邊的東西，看著觀世音菩薩那裡。(H009)」無論是地藏王菩薩或是觀世音菩薩，都是佛教傳統內象徵體系的聖顯形象，它們被安置在病房的某個角落，以備病人或家屬需要祈禱、誦唸之用。這些聖像，對於那些不能把自己的「意向性」調整到「世界中心」的非宗教人而言，並不具有任何神聖的意義；但是對於像曉茵這樣的宗教人而言，這個朝向宇宙中心的意向歸趨，讓她體會到生命的「定向」(orientation)經驗，於是一個富含宗教意義的世界得以被建立起來。「我每天都一定會到那邊，然後很喜歡就這樣站著一直看、一直看，可能我在想，那邊會不會是因為我佈置起來的關係，然後我就會很靜很靜很靜的一直看著祂 (H009)。」佛堂成了曉茵沈思之處，「我就自己一直再去佛堂，然後慢慢看，慢慢弄，覺得缺少東西我就會去買這樣子，可能是自己弄的，有自己的一點感覺在裡面，很靜很靜，像我下班我就喜歡坐在那邊，點個香，就這樣一直看… (H010)。」我們可以從曉茵的這段敘述中看出，她的神聖世界是從病房的佛堂建立起來的，這個神聖世界中心的建立是因為「我佈置起來」的主體投入，以及「一直看著祂」的意向專注，所以帶來空間突破點的設立；此時個體的時間感變得「慢慢」的、「很靜很靜」，進入一個與常規照顧生活截然不同的存在狀態，讓當事人產生一種「喜歡坐在那邊」的歸屬感。

接著，曉茵在病房日常生活世界的經驗，也因為這個「定向」的調整而隨之改觀，病房成了可以安住身心、自己樂於出入的地方。「嗯，其實也是因為這邊這個弄起來，我覺得很舒服，比如說有時候我想織毛線就會來這邊，或是說像我放假，我都來醫院來醫院泡茶嘛，然後弄餅乾、然後養魚、然後有時候養完之後，有唸經，師父那邊會來看病，我就會來，因為陪他們全程看完這樣子，比如說如果誰要來看病，我就會來帶他們，有時候是因為我要拿花來佛堂，就會一起來，有時候到了中午我覺得很累，想要找個地方坐一下，佛堂進進出出，我就會來這邊坐（禱告室），大部分的時間都在醫院（H010）。」曉茵會願意常常待在醫院，是因為一切在病房裏面進行的活動或發生的事件，在神聖空間之中都可以找到歸屬與連結的感覺，無論是「泡茶」、「弄餅乾」、「養魚」的生活休閒活動，或是「陪師父看病」的社會活動，乃至於「唸經」的宗教活動，都可以被安置在這個俗世醫院的「病房」中，讓當事人感覺充滿意義。這是因為「病房」已被「聖化」，成為不折不扣的存有之「家」。

肆、情蘊關係的生活世界

這種「家」的歸屬感，不僅存在於護理人員的內心感動，以及個人的生活體驗中，它更具體而微地表現在護理人員對病人與家屬的互動關係上。從醫療唯物的觀點看，醫院的主要功能是治療疾病，醫護人員的意向焦點是病人的疾病狀態，因此身處醫療機構的病人，只是被客體化和抽象化的單位，使得個人整體的生活脈絡完全被忽略或退到背景中。簡單的說，在正統醫療的眼光下，是只看見「病」，而未看見「人」的。這樣的醫療態度，運用在與病人、家屬的相處互動上，就是一切以角色關係為準，於是造成了醫病之間的無法溝通。圖姆斯(S.K. Toombs)說：「在醫患關係意義方面存在著系統化的曲解。尤其是，疾病是被醫生

和患者以極為不同的方式所體驗的。結果，與其說疾病代表了他們之間一個『共有的』現實，倒不如說它實際代表了兩個截然不同的實在。」(Toombs, 2000)。

在強調全人照顧以及「去專業化」理念的安寧病房中，醫護人員和病人及家屬的互動關係，卻朝向一個截然不同的方向發展。原本處於「背景」中的「人」和「生活脈絡」，在當下浮現出來成為「前景」，「病」反而退到背景中去。這個觀點的轉變，反映在安寧病房中的護病關係上，就是以情蘊關係為互動主軸的生活世界。換句話說，護理人員在與病人和家屬互動的過程中，會產生有如家人般的親切感，而這也構成了她們對病房另一個重要的覺知面向。

在與病人互動的情蘊關係上，懷芷分享了照顧一位像自己姐姐的病人的經驗。她在接觸之初覺得壓力很大，但是接觸之後卻有很溫馨的感覺。「一開始跟她接觸，是因為她在聽那個『悲欣交集 XXX』，然後那時候在分享的時候就覺得…耶…那個畫面其實滿溫馨的，就像姐姐在跟妹妹在聊天一樣，因為可能是距離的關係吧？我覺得應該已經很久沒有這樣子跟姐姐講過話了（E011）。」那是一首懷芷在過去工作單位病房的歌，她的記憶被拉回到過去的時空裡，因此很容易就能將心情與病人分享。「…就真的好像把她當做親人，雖然我是護士啦！可是兩個人就這樣子對話起來了！那種感覺就覺得很溫暖…（E011）。」從「護士」的機構角色關係，轉變成「親人」的情蘊關係，在安寧病房的處境下似乎是極為常見的景況。

向芹在照顧一個不太理護理人員的青春少年時，也有類似的經驗發生。她常常自言自語找話題跟病人談，但是病人就是不太理會她，直到有一天向芹發現病人在聽 S.H.E.的音樂時，終於找到可以切入的話題，進入彼此共通的生活世界。後來向芹還幫病人找了一些 S.H.E.的照片和簽唱會的資料。此外，因為病人

下肢癱瘓，醫療團隊幫病人建立網路系統，讓病人可以上網與他人互動…，於是向芹與病人的互動關係漸漸有了變化。有一天又輪到向芹照顧他，向芹一進病房，病人就親切地跟她打招呼：「姐姐你來囉(D006)！」並且開始主動找向芹聊天，更讓向芹驚訝的是，病人在吃水果時對她說：「姐姐、姐姐妳趕快來」，「我說來幹嘛，然後他就跟我說快點水果，我們一人一半，只有給你喔！這樣子，我就嚇一大跳，我真的嚇一大跳，我說喔！我本來要拒絕，結果不行、不行，不能拒絕，好不容易這樣子，我就說喔！好啊，因為我其實不習慣在病人面前拿什麼東西(D006)。」病人的友善態度讓向芹非常驚訝，雖然在護理的養成教育裡，不斷被提醒應該與病人維持治療性的人際關係，但是向芹認為這是與病人互動難得的好機會，「以前所學嘛！就不喜歡跟人家…就說好啊!好啊!就拿這樣子，他說『你要吃喔，你要吃喔！我一半分給你喔！』我就嚇一大跳。其實他很像我表弟，我表弟跟他剛好那個年紀很像，個性也滿像的，我覺得我就有一點把他當成自己表弟在看待一樣(D006)。」就在專業關係規範的角色剝落之後，一種親人關係締結的影像便隨之浮現。向芹後來一直把病人當自己的表弟照顧，病人也感受到她的真心陪伴。

然而，這種常在安寧病房出現的情蘊關係，是不是可以用簡單的移情關係來說明呢？答案應該是否定的。雖然在某些案例中，護病之間的移情作用確實存在，但是應屬於少數案例的情況。就安寧臨終照顧的基本處境而言，會出現與病人或家屬有如親人般的情蘊關係，乃是在常規性倫理(normative ethics)崩解後，原初性倫理(primordial ethics)的浮現所導致的，也就是由角色關係(role relationship)轉變為面對面的關係(face-to-face relationship)，或是人對人的關係(person-to-person relationship)。具體的說，臨終者因為身體的逐漸毀敗使得原有

的社會關係轉變，漸行漸遠甚至破裂，於是世間的親情倫理不僅未必是病榻旁的支持力量，甚至有可能成為病人臨終時刻恩怨糾結的核心。反過來說，原本是以照顧者角色關係來到病床邊，進行照顧工作的護理人員，卻會因為臨終深層共在的處境，而使照顧者和病人之間發生超越社會關係的質變（余德慧、石世明，2001）。

先琳分享在陪伴臨終病患的經驗，她認為病患渴望我們把他當成一個人，而不是以他的身分地位來對待。因為在死亡面前，這些角色都會剝落，只剩下人與人之間最基本的共在感通，所以許多臨終病人在生命的最後時光中，與他們締結最深的反而不是原生家庭的親人，而是日夜陪伴在側的護理人員。先琳曾經照顧過某位醫院的院長，「我們就稱他為爺爺或是伯伯，不會說他是某某院長，那其他人來看到，就會說我要找某某院長，然後我們都直稱他，甚至於跟他勾肩搭背（B022）。」平時，身分地位會帶來他人的尊敬，但是臨終時，它卻帶來了與病人的距離感；與病人勾肩搭背，不僅代表護理人員與病患之間的距離漸漸退去，也讓護病雙方同時照見彼此在生命最根基處的相遇。「他突然覺得怎麼有一個小毛頭，小女孩，就跟他這樣…爺爺…怎樣…然後慢慢去，然後一、二次就覺得怎麼會這樣，那之後就習慣我們這樣的稱呼，然後漸漸他覺得真的是…他是真的需要我們照顧（B022）。」

事實上，雖然護理人員總是帶著關懷的心去照顧病人，但是多數時候她們是在常規的職責下與病患互動的，例如跟病患做衛教或是跟病患說明採取某些療法的利弊得失等。可是，「這時候我們發現真正對病人產生作用的，卻不是護士專業知識底下的常規性衛教內容，而是護士來到病人前關心他，所產生的全部意義。」（余德慧、石世明，2001）。因此，如果在護病互動之後，病患或家屬因為

感受到護理人員真心的關懷，而產生一種有如親情般的回應動作時，或許有可能會讓照顧的護理人員感到驚訝。例如，秋舫就曾適時關心過一位已往生病患的老媽媽，她「八十五歲。然後她就在那一邊，拿著一串已經脫落的那個佛珠，那個佛珠上面鑲著上人的像，是她女兒…就是在的時候給她的。我知道她在思念她的女兒，可是我也沒有辦法，我也沒有直接去點她這樣子，然後我就幫她綁起來，勉強戴了，她說她不要戴了，好又把它放回原來位置，那我就去找一串珠子給她，找那種水晶珠，很多顏色的。我是去那個寺廟裡拿的，然後她就很高興（K006）。」對於秋舫來說，她不過是出於人情之常的同情共感，而做了那些貼心關懷的舉動，但是「讓我嚇一跳的是，我覺得我只是…我沒有給她什麼言語，但是我就是直接去找，第二次再去送給她，就拿那串珠子給她，她讓我嚇一跳的是，她要把她所有的金飾東西都要給我。她說她沒有女兒了，她也沒有孫女，她也老了，戴不上這一些了，這些都是人家以前給的，兒子啊！誰買給她的，她年紀大了，戴這些也沒用了，送給我好了，我了解她的感覺，可是我沒有收她的東西。我就覺得說原來這樣子去關心人家，還可以有一個那個意外的那種驚喜的這樣子（K006）。」「意外的驚喜」代表著護理人員對病患不求回報的付出關懷，而病人的舉動，更代表對護理人員同情共感的肯定與回應。

易芸也分享了一個與肝癌末期病患的親情締結經驗。病患的太太二十年前因為難產生子之後過世，病患的家境很辛苦，以討海維生，讓易芸忍不住想起自己也同樣罹患肝癌的父親，「他整個型跟我的爸爸很像，所以我就很用心照顧他這樣子（J010）。」易芸把病人當成自己的父親照顧，以彌補自己無法回家照顧父親的心情，「照顧到後來啊！那個病人他自己都有感受到，然後他回家之後，就叫我說跟他一起回家（J010）。」病人希望易芸能陪他出院回家，但是她因為有

其他任務在身無法隨行，「然後當他在哭的…當病人在哭的時候，我真的就在旁邊哦！也是幫他換藥的時候，一邊換一邊哭！然後我覺得我看到他的感覺，就…就像…因為那個病人會講出他，嗯，從小那種生活的那種困苦經驗嘛！我就想到我爸爸那種感覺（J010）。」由於易芸與病人的當下共在，「所以我的淚水就跟他混在一起這樣子。然後那個病人就跟我講說，他就跟我說：『阿芸啊！我哦！我會祝福妳哦，祝福妳嫁給…嫁到一個好尢…。』這樣子（J010）。」病人真誠的回應，感動了易芸，「其實那是…我會覺得說…我…那種淚水交織那種感覺啊…。然後他旁邊那個兒子…也是哭成一團，他是很謝謝說我們這麼用心照顧他，然後他還…他還跟家人講說：『我…我若往生，我會給妳保佑，我會保佑妳嫁好尢啦！會給妳保佑啦！』（J010）。」

有些時候，護理人員與病患或家屬的情蘊關係，難免要遭受到常規體制的限制，如何拿捏個中分寸確實是個難題，但是在通常的情況下，臨終伴護工作者一旦深入照顧，要抽離與病患或家屬的原初性倫理關係，或不回應病患與家屬當下的身、心、靈、社會處境，是相當困難的。而且在此原初性的倫理關係中，有時陪伴人員的回應方式或回應程度，也會在常規性倫理的討論中引發爭議。於是，處在這兩難情境中的安寧護理人員，若是不回應，將因忽略人性共在的感應，而需要面對與自己良心的譴責，若是回應超越了常規倫理的尺度，則又要面臨團隊或機構壓力的挑戰。

照顧病人極為用心的曉茵，就曾經有過類似的經驗。已事過境遷的她，以平靜的語氣述說著這曾經讓她兩難的經驗，當時她發現病患的小孩臉上有白斑，且常常表示聽不清楚他人的話語，於是她請病房的醫師先幫忙視診，該醫師建議去看耳鼻喉科門診，「隔天我剛好有空，我就帶他去看（H017），」曉茵照顧的個

案是個單親父親，兩個孩子平日由下肢殘障行動不便的母親，幫忙照顧。由於病人的支持系統較薄弱，因此，曉茵利用空檔陪病患的小孩去門診就醫，診斷結果為兩耳聽力受損，必須安排手術治療。由於和病患的小孩已相處一段時間，彼此建立了信任感，「他當然一直希望，他說我要去他才要做，可是我沒有答應他，其實我擔心我答應他的話，我的工作太 over 造成同事壓力… (H017)。」因為不想造成同事之間的負擔，所以即便病患的小孩希望曉茵能夠陪伴在旁，但她依舊不敢輕言答應，「其實到他要開刀的前一天，我都還沒有答應他們，我會跟他們去，我是彈性啦，如果可以… (H017)。」曉茵認為一切隨順因緣，如果因緣具足此事自然成行，無須勉強。不過，雖然曉茵最後還是陪這位小家屬去開刀，但卻是在自己有空閒、不勉強自己的情況下進行的。在陪伴的部分，曉茵照顧了病患和家屬的需要，雖然是利用自己空閒的時間；曉茵也不斷提醒自己的作為不要給團隊帶來壓力，但事實上，利用下班時間陪小家屬就醫，也引來照顧團隊對曉茵作法的議論。

第三節 壓力的覺察

由護理人員的內在知覺經驗，所建構出來的安寧病房情境空間，在上一節已經做了基本的描述。事實上，這些有別於在一般病房的知覺經驗，正是因為她們在工作上的積極參與和投入導致的；但是不可諱言，在這個投入的過程中，她們必然會面臨各式各樣的壓力考驗。我們如果要探討安寧護理人員的自我照顧功課，就必須先從她們所面對的壓力問題著手。本節描述分析的重點在於：(1)護理人員在臨床照顧工作上所面臨的壓力內容，(2)她們覺察壓力的過程，(3)這些壓力對個別護理人員持續投入安寧照顧的意義，以及(4)護理人員對此壓力的初步回應。

壹、「做」與「不做」的兩難

阿龍，是一位大腸癌腹腔轉移的臨終病人，36 歲未婚，被癌細胞侵蝕的身軀似乎有些無法承載，肚子的腹水漲得像懷了雙胞胎一樣。每次一活動，就會喘得像剛剛跑完百米一般，短暫而急促地努力呼·吸·著，鼻樑上的氧氣管似乎提供不了阿龍對生命能量的渴望，也排不出他對身體病痛的無奈。因為未婚，在病床旁陪伴的是年邁的老母親。也許是對自己身體還有最後一點主控感，每次大小便，一定要求親自下床如廁。虛弱的身軀加上點滴和鼻樑上的氧氣管，總是讓年邁的母親和護理人員，又是搬氧氣筒，又是搬點滴架的大費周章一番。好不容易，大夥將大腹便便的阿龍扶上床舖之後，阿龍卻嫌床舖上的墊子不夠平（因為骨瘦如材，所以在床舖上加了像沙發墊子的海綿坐墊），大夥將他抬起調整之後，再度讓他躺下。他皺眉的表情、虛弱的語言再度告訴我們，墊子不夠正，躺起來不舒服，這樣來回了七、八次，一下子不夠正，一下子太高，一下子太低…到最後阿龍因為疼痛要求打止痛針，打完後，他卻像一隻鬥敗的公雞癱在床上，而床舖還是擺回原來的樣子。這一場「擺放」儀式終於結束，但卻讓疲於奔命的護理人員無言以對…（參與觀察田野筆記 94.01）。

因為逐漸衰敗的身軀加上疼痛，常常讓臨終病患覺得難以和病床相處，不知道要將自己的身體擺放在什麼位置，而護理人員除了配合病患要求去「做」之外，得到的大都是挫折的經驗，因為怎麼「做」病患都不會滿意。這樣的處境對安寧護理人員如同家常便飯，活潑開朗的向芹就曾遇到這樣的經驗。

將安寧病房比喻成一所學校的向芹，護理站就像自己的「家」，病患就像學校的「老師」，每天上班像是在學校上課，可以學到不一樣的東西，病房的團體活動，就如同參加學校的社團活動，非常快樂。但是，把上班比喻成上學的她，

在學習過程中也有被老師（病患）責罵的時候，甚至被老師趕出教室（病房），帶著挫折的心情回到家（護理站）大哭。向芹回憶這段深刻的照顧經驗：

「我印象很深刻…他就是超級無敵吐這樣子，然後那時候我大夜班，小夜班的學姊就已經跟我說他會吐，我說好我給他 drip 這樣子，然後結果那一次 drip 的時候，就是你藥都還沒滴進去，他就開始一直很痛，他就說你趕快幫我注這樣，我就說好那我們先 drip，然後在 drip 的時候，他就說『你們這個床很難睡，我要換我自己的床』，我就說『好』就先跟他家屬兩個在那裡半夜搬床，搬那個床墊，然後搬下來之後他就說喔，『這個太硬了，不然再加上你們的好了』，就我們的再加上他們的，我說『好』再搬；然後弄好之後還是不舒適，然後不然『我們下面鋪棉被，棉被至少不會那麼硬』這樣子，他就說『好』再給他鋪上去再鋪他自己的，他就覺得不錯，反正弄到最後，換了大概四、五次的床墊之後，他就是還是變成原來的對了，然後我就說『好，沒有關係』，就是就順著他嘛因為他不舒服（D005）。」

大半夜，爲了病患的需要，擔心吵醒其他病患，向芹和家屬小心翼翼的搬動床鋪，但是好不容易折騰半天之後，病人又有新的狀況：「弄完之後，好不容易弄完之後，他就說『怎麼辦？我好痛、好痛…』我已經在 drip 了，不可能太快，因為怕他吐，我就說『我現在已經幫你打了』這樣子，結果他就說『不行，真的來不及，很痛，我真的很痛』，他就在那邊打滾…我就想到說…再去抽一支藥來 push，結果，我 push 到一半他就吐了…（D005）。」病患果真如同交班的狀況，打止痛針很容易引起嘔吐，加上極度疼痛帶來的不適，病患在試圖對自己的身體尋回主控感，嘗試努力，卻在失敗之後，將所有不滿情緒發洩在向芹身上，一股腦兒的全爆發出來：

「吐了之後，他就開始罵我『我真不曉得你在做什麼事情，我這麼不舒服你還讓我吐，然後你這樣做對嗎？你完全…他就覺得說『我這樣很不舒服你還這樣給我亂搞，然後呢，你又讓我吐，你也知道我打止痛針會吐的，你現在到底要我怎樣』，他就一邊吐一邊罵，一邊吐一邊罵…我心理就想說，好、沒關係，就讓他罵，我就跟他說不好意思這樣，他就這樣一直講一直講…講到最後…他就說『你給我出去！』他就趕我出去，我就出去，就回 station 大哭 (D005)。」

這是向芹第一次在學校（病房）因被病患責備而哭泣的經驗。癌末病患的疼痛經驗，在夜裡顯現時，常常讓家屬和醫護人員束手無策。向芹在大夜班，為了解決病患的疼痛以及降低止痛劑的副作用，在給予止痛劑時已細心選擇慢慢滴注的方式，而且在滴注的同時，依循病患的需要，在夜裡更換床舖四～五次，但是，病患最後仍然決定要變回原來的床舖。對向芹而言，因為病患不舒服，所以順從病患的意思是應該的，即便到後來白忙一場，回到原來的樣子，向芹也壓抑著自己的情緒。直到病患要求立即性的緩解疼痛，向芹只好選擇直接注射止痛劑，讓病患快速達到止痛，但藥物的副作用卻引發病患強烈的嘔吐反應，此時病患將自己無法控制的疼痛、不滿與憤怒的情緒，全部轉移到護理人員的身上來。最後，向芹被趕出病房，回到護理站，所有在照顧過程中被擠壓的委屈和挫敗的情緒，隨著淚水一傾而出。病患因疼痛、失能和控制感失落所引發的憤怒，讓向芹在整個照顧經驗中，陷入「做」與「不做」的兩難困境。

在安寧三年多的秋舫也遭遇過類似的經驗，不同的是壓力來自於病患家屬：「有一次，我那時候一個病人發燒，可是他不是一下子就燒起來，他是從外面病房就帶燒來的。也一直降不下來的，其實檢驗很差要抽痰的，可是那個家屬就要我五分鐘就量一次體溫，然後如果沒有及時去，她就說我護理人員怎樣，臉又那

麼臭，如何。然後就會開始亂扯，然後說她娶三個媳婦，沒有任何一個媳婦像我這樣子。我那時候就回了，我說：『伯母，我量體溫跟你媳婦有什麼關係？』我就回他這樣一句話了，然後她就很生氣很生氣。我那時候我量了幾次我也覺得很煩啊！然後很煩了之後，她就說護理人員做成這樣子，怎樣怎樣…來繼續罵（K009）。」

秋舫對家屬無理的要求，五分鐘測量一次體溫，加上被莫名其妙的否定，無法壓抑自己的情緒和家屬有了言語上的衝突，「罵完了之後，我那時候我也忘記了，我怎麼…反正我除了頂她這句話之後，我就說我就跟他量體溫而已啊！我量了啊！我又給她拉回來，因為她已經扯太遠了（K009）。」在臨終照顧處境的安寧護理人員，不僅承受病人無法解決的疼痛轉移出來的情緒，更多時候得面對家屬因為不瞭解與焦慮所引發的情緒，「然後之後她可能也…她就是那種氣勢磅礴型的啊！拉不下這個氣勢啊！所以她也覺得說我很過分吧！所以她就告我。我小夜班嘛，大夜之後，她就直接哭給大夜班聽，大夜班又要處理她的情緒嘛！那這樣同事就會覺得說，幹嘛去跟她起衝突啊！類似這種情形，然後到白天的時候，她又告訴主管，主管就覺得說這態度不好怎樣啊（K009）。」無意和家屬起爭執，卻延燒到大夜與白班的同事，甚至被家屬告了一狀，導致秋舫被主管指責。

面對病患家屬的情緒，護理人員似乎只有默默的承受，雖然明明知道他們也是出於臨終病身處境下的無奈，不見得有惡意，但是卻總是讓護理人員有不知道該怎麼做才對的感覺。

安寧工作照護最需要的就是投入與用心，但是投入與用心並沒有客觀的標準，對於護理人員而言，在臨終照顧的情境中，常常需要在自己能夠付出，以及

照顧情境的需要之間衡量，甚至於掙扎「要」做還是「不做」。當時身懷六甲的夏眉，面對沈重的工作壓力，就有這樣的感慨：

「我覺得…護理人員真的很可憐，就是說，妳即便妳知道妳自己已經有問題了，可是，妳還是不能放下妳手邊的工作，然後很安然地去處理妳自己的事情。有時候又會想到說我不曉得我肚子裡面的寶寶到底是怎樣？想去檢查又沒有時間。對，然後就會很多很多的怨恨，然後什麼就是不滿都積在心裡。我記得我那時候一直跟自己講說：『我不可以這樣，因為這樣會影響到小孩子。』然後，後來是真的是很不舒服，我就想說就抽個空去，去檢查一下，確定一下到底是，有沒有在這樣子。結果竟然是沒有了(I008)。」

檢查結果證實了自己的擔憂，夏眉尚無法為失落的情緒尋到宣洩的出口，「那時候真的很難過，自己肚子裡的寶寶已經沒有心跳了，我卻還要強顏歡笑若無其事去訪視病人。(參與觀察田野筆記，94.01)」。「強顏歡笑若無其事」更道出了護理人員在工作情境上，無法自我照顧的無奈與辛酸。

貳、不知道還能再「做」什麼

曾經向應徵的醫院表達，沒有安寧病房的空缺，就放棄工作機會的沛菊，在求學階段即被安寧療護的課程深深吸引。走入臨床後印象最深刻的經驗之一，就是在常規工作做完後，不知道自己還可以做些什麼。「我把我之前工作的模式全都帶到這個病房，可能我…其他同事以前做過安寧病房，所以他們會跟病人比較深入，比如說靈性上的溝通那一種我就不知道，我可能…就是我工作做完，就做完了(A002)。」到安寧已七個月的沛菊，察覺到自己把過去的工作模式帶到安寧來，但是卻不知如何突破。她對於一起上班卻常常延遲下班的某些同事，總覺得她們對病患多做了些什麼，是加了「料」的照顧，可是卻不知道加的是什麼料，

一時之間也不知道自己可以如何改進。「我不知道我還要再做什麼，所以我欠缺的在這一部分，像先琳呀！每次跟她上班，我都不知道她在忙什麼？不知道為什麼她都這麼久才回來，像我這種都是很準時下班的…。她就都是會 delay 下班的，我都不知道她在忙什麼？可是她那個忙，就是我要學習的部分，像她在做常規，她加了很多東西進去… (A002)。」

沛菊在以上敘述中所觸及的，顯然是安寧照顧中靈性照顧的部分。靈性沒有固定的實體，它是看不到摸不著的東西，更不是我們理性思維或心理情緒所能掌握的部分，可是它卻是我們生命的「底景結構」(containment structure)，支撐著由心智自我所塑造的「操作結構」(operational structure)，也就是我們熟悉的日常生活世界(余德慧，2003)。在一般的狀況下，處於底景結構的靈性是無法被操作結構的心智所領會的，只有在受苦的經驗，如臨終照顧的處境下，靈性才比較容易湧現出來。但是，如果陪伴者仍然以心智自我的眼光來觀看，那麼就會陷入迷惘和困惑中，也就會構成當事人極大的照顧壓力，因為會覺得真的「無事」可「做」。沛菊的體會點正是在此。

因此，她總是無法找到切入安寧靈性照顧工作的那個「點」。「我始終不知道安寧是什麼？我始終都不知道要怎麼切入這個點？我一直在想說要怎樣切入這個點 (A010)。」即便有同事的照顧範例，自己也希望能達到同事那樣的照顧品質，但是「我始終不知道她在忙什麼？因為我真的很好奇 (A010)。」渴望學習靈性照顧卻不知到該如何做的處境，正是初入安寧護理工作者的壓力與困境所在。當向芹也遇到類似的學習處境時，也面臨無所適從的壓力。「他們就會跟你說，反正就是你要自己去體會，不是要用講的這樣子，然後那時候我就在想，我要怎麼體會？我要怎麼體會？我根本搞不清楚 (D003)。」這種對靈性的迷惘，

會更進一步引發護理人員，對自己照顧工作內涵的不確定感或質疑，卉參在這方面的心路歷程頗能道出箇中的滋味：「我會愈來愈發現自己的弱點，…怎麼說呢？就是說我沒有辦法去 care 到病人的…全部。我自己會覺得安寧應該…不可能只做到這樣子，可是我會覺得說，或許時間給我的壓力，就是 care 時間給我的壓力，或者是我能力不夠，我覺得我很…應該說，我沒有辦法像「XX」或者像…去跟病人聊啊，心裡的事情…（F025）。」如果護理人員長期處在這樣的自我批判情形下，所見皆是自己的弱點，壓力的遽增終將強化個人在照顧病人及自我照顧上的困難。

參、「說」與「不說」的壓力

即便是面對尚未立即死亡的病人，護理人員想「做」些什麼，也往往會陷入無所適從的地步，因為根本開不了口，不知道該說些什麼，也無法判斷行動的選擇是對還是錯。懷著可以學到些什麼，上班像到學校上課的向芹，在安寧不久就遇到一個 DDT(留一口氣回家)的病人，「然後我就嚇一大跳。好像很 trouble…這樣子。家屬在他旁邊講好多話，我就覺得好感動喔！我已經有外科經驗了，照理說不是 new nurse，可是我來我們病房，我怎麼連一句話都不會講？身、心、靈根本不知道要寫什麼，要怎麼去跟人家講話聊天，怎麼切入那個點，我那時候適應上就很困難，就一直在想，我那個選擇是對還是錯（D003）？」

「連一句話都不會講」、「要怎麼去跟人家講話聊天」的言說困境，幾乎是每一位安寧護理人員都要面對的照顧壓力。但是，安寧護理人員卻常常要面對病人關於自身死亡或病情的提問，而不得不做回應。如何說？怎麼說？要不要說？總是心頭難以卸去的壓力。陪伴者面對臨終病人不知該如何說話的現象，究竟代表了什麼樣的意義？難道陪病者與病患之間說的是不同的語言？事實上的情況

正是如此。

根據詮釋現象學的知識立場，是「論述」在說話，而不是「人」在說話；從人與世界的關係看，論述指向三重語言結構：(1) 機構的語言—為特定控制或管教目標而設的體制性論述，例如醫療機構中的專業語言；(2) 關係的語言—以血緣或情感歸屬為目標的情蘊生活論述，例如親人間的日常交談語言；(3) 主體的語言—不可分享世界的論述，例如臨終病患脫離常態世界後的言說與沈默（黃碧琴，1995）。事實上，護理人員在臨終照顧時的言說壓力，主要是來自於病患死亡臨現時，主體語言的陌生，讓僅從機構語言或關係語言來接觸病人的她們，有一種被隔離在外的感覺。因為臨終病患主體語言不可分享的特性，使得陪伴在側的護理人員將不斷面臨，不知如何言說的基本處境。所以，不是安寧護理人員不會說話，而是無法瞭解病患主體語言的處境，造成了她們的窘迫。

從外科走向安寧，已有四年安寧照顧經驗的圓晴，明顯的感受到安寧照顧模式中的言說壓力，「在外科是身體的壓力很大，因為都是勞力的工作，都一直跑然後下班回去之後就 ok 了，然後來這裡不太一樣，壓力很重，每天都要面對他，都要想說？要怎麼跟他談…（G004）。」在安寧病房的心理壓力大過於身體的疲憊，護理人員都希望能進入病患的內心世界，但是似乎尋不到入口處，特別是那些沈浸在自己病身處境中的沈默病患，更讓陪伴者焦躁不安。「我很怕遇到那種憂鬱的病人，都不知道要怎跟他溝通（G004）。」圓晴道出了自己不知如何與臨終病患溝通的困境與壓力。

卉參也有類似的說話壓力，「譬如病人跟我講一句，可能跟我講一句說『我要死了』（台語發音），那我就不知道…要怎麼接，我會覺得說那是我的弱點啦！對…我不知道怎麼接下去，怎麼接下去才對。我覺得我應該去把他 induces 出來

這樣子 (F025)。」在死亡臨現之前，安寧護理人員給了自己許多的「應該」，但卻達不到自己期待的照顧品質，因而看見了自己在照顧工作上的限制，更多時候是不知如何接應病人的死亡提問，「我覺得我不會，我不擅於這種東西，或者應該說，我也覺得我不擅於去安慰人家。…可是，這好像又是在安寧重要的一塊 (F025)。」於是「說話」便成爲安寧護理人員常常要面對的重大壓力。

另一種言說壓力就是，面對病人隨時有可能會走的情況，護理人員不知何時向病人或家屬告知死亡將至的消息，也不知道以何種方式告知才是恰當的。有時告知的時間慢些，就可能會遭到家屬的不諒解。易筠就曾經有過這方面經驗的切身體會。「其實那時候我心裡要講，可是我竟然沒有跟家屬講，我講的時候是病人往生才跟他說，病人已經走了！可是那時候家屬都不能接受！我覺得我有點…我有點自責，我為什麼不早一點跟他講 (J014)。」類似這種錯失告知時機帶來的疚責，也是造成護理人員常見的照顧壓力。

綜合以上的情境描述和臨終言說處境的詮釋現象分析，我們可以確認，除非護理人員能夠做好深度的自我照顧功課，熟悉並安住於第三層的主體語言世界，否則她們將持續在照顧處境中，面臨死亡本體世界沈默的言說壓力。

肆、情人口角

對於安寧護理人員而言，人際衝突不僅來自臨終病患與家屬，更多的時候是來自於團隊的溝通。《幽谷伴行》一書的作者提到，照顧者的另一個痛苦來源便是人際的衝突，衝突不僅造成個人的苦惱，還會影響團隊的工作。這些衝突通常不能爲團隊以外的人所察覺。當他人讚美這個團隊：『你們的氣氛真好！我進來就可以感覺的到呢！』，團隊的成員只好曖昧的笑而不答，衷心的希望緊張的嗓音不要洩漏出來，團體成員心上的疤痕也能隱藏的久一點 (Cassidy, 1999)。雖

然團隊有著共同的目標，都希望提供臨終病患最好的照顧，但是方法卻因人而異。來安寧三年多的曉茵認為，團隊成員「對病人好的方式不同，就每個人的方式不一樣（H002）」，而方法上的差異，在實際的團隊互動中，卻往往會轉變成照顧觀點的爭議，甚至演變成人際上的口角與衝突。

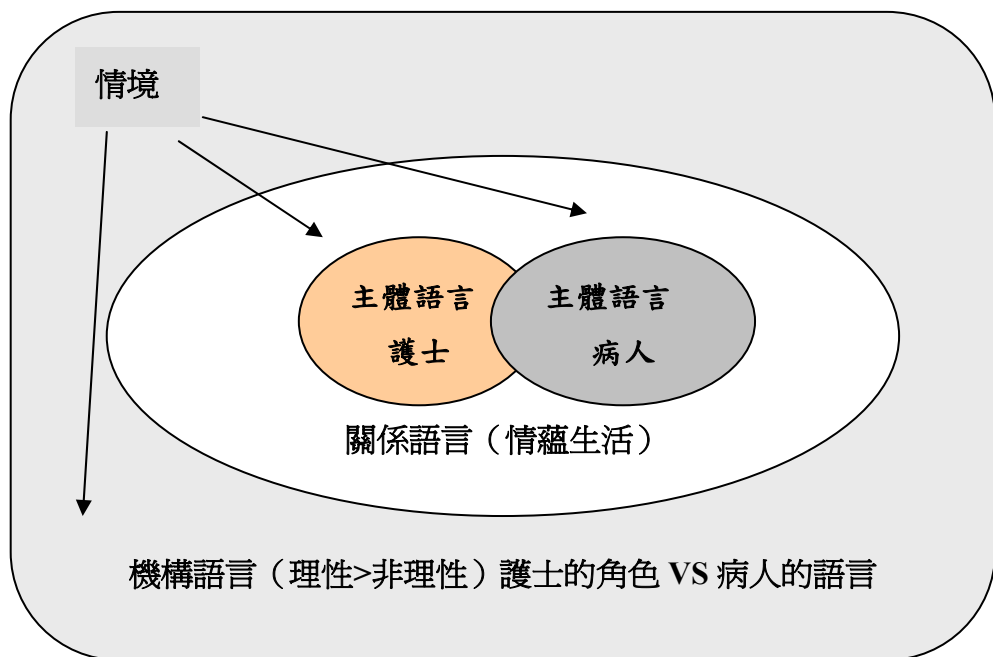
這其中涉及的因素頗為複雜，或許是因為臨終照顧場域的特殊性，使得陪伴人員長期處在焦躁不安的情境中，也或許是照顧成員的求好心切，但卻受到環境與人性因素的限制，而無法達到照顧者主觀的期待或自我要求。「我覺得我剛開始工作的前一年，那時候的調適，就覺得有點難過，就覺得我認為的團隊，不是我原本認為的團隊，因為我一直認為團隊…嗯，可能是因我純粹都在唸書，都看到很表淺的，所以我對這樣團隊的認知是太好了、太崇高了，就是一個憧憬，就是一個非常好的團體，完全就是針對病人，或是針對家屬，然後還有志工嘛，然後還有一個很好、很好的環境，所以，我的憧憬太高了（H002）。」曉茵坦承在自己進入安寧之前，內心世界對安寧團隊有一個美好的框架，當帶著這樣的願景踏入安寧時，在團隊的互動上便造成了一些適應上的困難。

除了主觀的期待落差之外，團隊溝通的困難會表現在具體的照顧情境中。譬如因為國情文化的關係，希望在入病房前清楚地解釋病情，並請病人家屬簽署同意書，往往並不是一件容易的事，尤其在民風保守的鄉下地區更是如此。解釋病情的醫護人員如果語氣有所保留，或病人家屬因主觀期待而有所誤解，都會在後續的照顧情境中形成壓力。就有家屬不瞭解安寧病房的規定，而反應說：「什麼！妳們這裡沒有在急救喔（B006）！」面對家屬病人原始情緒的護理人員，因此會甚感無力，而對同僚的告知解釋方式產生情緒，如果類似的情況經常發生，自然會影響到團隊彼此間的溝通問題。

此外，團隊溝通的衝突也有可能表現在，某些具倫理爭議的照顧事件上。例如 JJ 護理專師曾經接過一個案例，在轉入安寧病房不到半個小時，就突然出現呼吸道阻塞的缺氧狀況，而面臨是否要進行急救的抉擇。到底要在安寧病房急救還是見死不救，成了 JJ 天人交戰的課題，也在事後成為護理站各執一詞的焦點話題，這是沒有標準答案，但卻人命關天的典型倫理爭議。沒有人想要傷害他人，但是在整個過程中，不僅當事人飽受壓力衝擊，持不同意見的團隊成員之間，似乎也存在著無法跨越的溝通鴻溝。另一個類似的倫理爭議案例，則是發生在曉茵身上，也就是我們在前面提過，是否應帶臨終病患的小孩去就醫的事件。此事件，曉茵雖然思前想後、考慮再三，最後在自己有空閒的時間陪小家屬就醫，即便如此，還是引起團隊成員之間對照顧份際的爭議。

像這類發生在安寧場域的照顧倫理爭議，固然與個人的因素不無關連，但是最主要的背景因素還是安寧場域的特殊性。或許獨立的安寧醫院是例外，在醫院的安寧病房以及安寧居家照顧的領域中，都同時有兩股不同的力量在激盪拉扯，其中一股是醫療化的力量，例如醫療對疾病的觀點與作法、科層化的組織等，另一股則是去醫療化的力量，例如安寧四全照顧理念，以及由此引進的非體制力量 (Siebold, 1992；蔡昌雄，1999)。由於這兩股力量的作用，我們可以看見在團隊溝通的層次，也存在著機構語言、關係語言和主體語言同時交錯的困擾。在死亡臨現(presence)之時，人們最原初的倫理關係也因此展現出來，此時照顧者與病患之間的連結，主要是由主體語言(對病患及家屬說不出的那種共在關懷)及關係語言(對病患及家屬有如親人般的相處與交談)所主導，這就會與以控制和管理為主的機構語言(按角色規定產生的要求)產生格格不入、甚至衝突的情形，例如帶病患家屬看病，即便是出於對方事實上的需要、真心的關愛，也沒有佔用個人排班

時間，但是因為會帶給同僚被病患期待的壓力、及照顧態度的一致性，所以就產生了爭議性，而這也就是機構語言、關係語言和主體語言之間因隔閡或斷裂所產生的爭議。因為從詮釋現象學的觀點看，是論述在說話，而不是人在說話，所以它不是個人之爭，而是語言世界斷裂所造成的現象。在選擇是否急救的另一個倫理爭議案例上，團隊成員在上述三種語言之間，相互擺盪而造成不能溝通的情況，也是十分明顯的。簡言之，沒有人想要衝突或想造成衝突，但是衝突仍然不可必避免的，因為彼此寓居於不可共享的語言意義世界。(圖七：改編自黃碧琴，1995)



圖七 三重語言世界 (改編自黃碧琴，1995)

安寧病房既是安置在醫療機構中，科層組織帶來的行政工作壓力也就無可避免，而這對護理人員專注於臨終陪伴工作的步調，也往往會是一種干擾。先琳將照顧者的這種心境說得很好：

「我都很想純粹就是照顧病人，然後解決或者是陪伴病人這樣子就好，一些行政啊！或者是…這個我都我真的都不想碰，我都寧願這個都不要，讓我多點時間去沉澱自己的心，才有辦法去、去互相交流，我覺得這部分很重要。但是我下班又去想…這些又想說我什麼東西沒用，又想到我的個案報告，又想到讀書報告，然後我就覺得好多東西都進來，我就覺得快瘋了（B020）。」

的確，行政工作是屬於常規世界的運作，個體的意向焦點必須調整到一個客觀的秩序軌道，所強調的是符合規範的動作與要求的細節，但是這與照顧病人需要「沉澱自己的心」的意向焦點截然不同。在兩種工作節奏的交錯下，護理人員會有「快瘋了」的情緒表達是可以理解的。而這樣的處境是持續不斷的，因此會對照顧工作形成極大的影響。「小姐也搞得沒有辦法休息，沒有辦法休息，你就沒有辦法應對明天的力量，就層層關卡相扣的。很壓力！我覺得比照顧病人還要大的壓力（B021）。」從上述的分享，我們不難看出團隊的行政工作，並未對護理人員在照顧工作上有所助益，相反的是一種照顧力量的消解。

來到安寧經過一番調適的夏眉，對行政工作的壓力也是感受深刻。「訪視對我來說，已經不是很大的壓力源，現在就是行政的壓力了。我覺得我現在最大的壓力就是時間壓力，就是很多工作哦！妳都必須…都必須要在某一個時間點把它完成。啊！有時候就是都擠在一起。（I003）」敘述中的時間壓力，其實主要是常規工作的要求，以及兩種工作步調的衝突造成的。曉茵的講法也支持這個觀點：「大家都不會的東西，然後他又要做，然後我同事就跟我說，她真的做不下

去怎麼辦？對我來講有新的壓力…我覺得這對我來講是個難呀，我覺得這是工作上比較難的部分。我覺得另外是一種負擔，我覺得這種負擔不是只是對病人了耶 (H012)。」不論是溝通衝突造成的壓力，或是行政常規工作要求造成的壓力，一旦時間累積久了，便有可能會侵蝕護理人員對安寧病房的歸屬感，於是「就覺得說這邊只是唯一上班的地方，感覺…會漸漸感受不到…，這邊會有一股親切感覺這樣子。(J009)」

儘管人際衝突與行政壓力已成常態，但是，這畢竟只是安寧之家的情人口角，逃避並不能解決問題，那些積極投入的護理人員對團隊依然抱持著期待，「希望說大家能不能共同努力，雖然說我們下面能力有限，希望能夠大家一起進步 (F012)。」卉參的正向態度，使她對團隊溝通有「至少現在好多了 (F012)」的感覺。不論如何，團隊溝通的問題，是安寧護理人員在重大照顧壓力下，將持續面對的課題之一。

第四節 壓力的回應

在死亡臨現的臨床處境下，安寧護理人員在病人家屬的照顧情境，以及團隊成員的溝通上，都覺察到不知如何「做」與「說」的壓力。面對這些壓力的挑戰，護理人員本能地採取某些措施回應，也就是希望藉由「做」點什麼，來進行自我照顧的工作，否則臨終照顧的這條道路將很難走下去。因為當壓力無法解除時，護士將邁入力竭 (burn-out) 的階段，如同一支燃盡的蠟燭，再也無法散發它的光和熱 (盧美秀、武茂玲、蕭仔伶，1985)。這個部份的討論，雖然與護理界針對護理人員臨床工作壓力及因應的論述有關，但仍然具有安寧護理場域的特殊性；因此，本節除了將針對安寧護理人員於臨終情境下的壓力回應方式，進行深度描寫之外，更試圖釐清護理人員在此層次的自我照顧內涵及其侷限。

壹、築起「防禦」的堡壘

在安寧病房工作的護理人員，長期面對的其實是死亡臨現處境下的焦慮問題。根據 May (2004)對佛洛伊德、葛斯汀、霍妮等焦慮研究者的觀點解釋，焦慮是一種處於擴散狀態的不安，恐懼與焦慮最大的不同在於，恐懼是針對特定危險的反應，而焦慮則是非特定的、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。焦慮中的威脅未必比恐懼來得強大，但是它卻會在某個更深刻的層次攻擊我們，而這威脅必定是針對人格「核心」或「本質」內某個部分而來，例如我的自尊、我個人的經驗、我們的價值感等。因此，羅洛·梅對焦慮的定義如下：『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』（May, 2004）。

焦慮所以沒有特定的對象，是因為它敲擊的是，我們知覺經驗的心理結構基礎，而這正是我們的自我，得以與客觀世界區隔的基礎。因此，個人經驗到的不同恐懼，是根據他發展出來的安全模式而定，但是在焦慮的經驗中，是這個安全模式本身受到了威脅。於是個人會產生被絆住，或無法置身於威脅之外的感覺。然而，巴斯卡觀察人們對此基本焦慮的回應方式時，注意到人們「總是匆忙度日，不斷設法讓自己分神、逃避無聊、避免孤獨、直到困擾成爲問題本身爲止。」人們不斷設法讓自己分神、逃避無聊、避免孤獨，直到「困擾」成爲問題本身爲止。他覺得人們最需要分神的事項，就是設法不去「想到他們自己」，因爲一旦他們停下腳步自我沈思的話，他們就會感到悲憐和焦急（May, 2004）。

安寧護理人員在長期面對焦慮引發的強大壓力，而又無法清楚找出壓力來源的情況下，爲了保護自己，也會本能地築起各式各樣的「堡壘」，阻絕自己與壓力有關情境的接觸或是覺知，使得臨終照顧的工作能夠繼續下去。從臨床護理師

轉任為專科護理師的梅畫，因為自己目前對病人的照顧重點及扮演角色不同，所以能夠與死亡臨現的壓力保持一定的距離，而不需要太過涉入。換句話說，她的工作著重在醫療處置，至於病人的內心世界，能不碰就不碰，一來時間有限，二來自己已經不是第一線的照顧人員。但是，她分享了團隊護理人員回應壓力的調適方法。「我覺得護理人員比較 share 壓力的地方，可能去 shopping 啊(L010)！」這一類型就是以跟好朋友聚會、分享、出去玩，或是與他人一起做某些事的方式來因應壓力，另一種類型的護理人員則是選擇將工作與私人的生活切割開來，根本不讓自己涉入，「我覺得有些自我照顧不錯的，就是第一個——他漠不關心。他覺得這個就是這樣子。我的意思是說她們，她們只覺得…只是一份 job 這樣(L010)。」於是「自我照顧」與「漠不關心」劃上了等號，因為只有這樣「自我」才能與「世界」區隔，「這樣可能比較…沒有什麼…壓力(L010)。」，也才不會被焦慮引發的壓力所淹沒。

將工作與生活切割開來，就可以把自我生活的重心擺放在工作以外的地方，像是家跟男友都在高雄的沛菊，只要一放假就選擇回家。「我覺得我的重心可能不在這邊耶，工作對我來講不重要(A002)。」沛菊不會讓工作場域中的活動，影響她跟家人與男友的互動，「我就不可能因為一個上課而不回家，開會那種的我就覺得其次，我考績不好沒關係(A010)。」由此可見，男友和家人才是她生活的重心。一個人獨自將安寧居家工作模式建置起來，訪視量逐年上昇的夏眉也坦承，「到現在我還是對死亡…，這件事還不是說…，很能說很坦然的去面對，可是屬於工作的部分…(I004)。」曾經將自己和家人發生意外事件的因由，怪罪到自己每天接觸死亡工作，其實，到安寧居家並非她的志願，但是，又不捨將自己辛苦建立起來的成就割捨，於是，只好說服自己「這就是工作啊！它必須要

妳，這個位子沒有人，它需要妳，妳就是必須要留下來（I006）。」曾經認為工作帶來晦氣，但是基於責任感選擇繼續留在工作崗位，在面對陪伴死亡的壓力時，夏眉初期選擇的回應方式是以「這就是工作」來加以隔離，讓自己能在工作崗位繼續留下來。

貳、讓「遺憾」少一點

另一種普遍存在於護理人員之間的自我照顧方式，就是自己認定該「做」的事儘量早「做」或多「做」，以減少遺憾的發生。自認為會把許多心事放在心上的懷芷，因為在安寧每天接觸臨終病患，體認到了人生的無常，所以凡事會有一種急迫感。「有些話可能要趕快說，不然就來不及了。以前我會覺得，很多東西，我都自己忍下來。可是後來就會覺得，有些東西就是，能講的就是要趕快講，不然，等到來不及的時候，就真的來不及了（E006）！」因此，現在和爸媽、男友的互動會選擇用溝通的方式，不再採取過去的逃避方式，以減少自己的遺憾。活潑外向的向芹，認為自己最大的調整就是，選擇為自己和家人製造回憶，「什麼事情就要趕快去做，像很多事情可以留下回憶的或是什麼…（D006）。」向芹曾經向結婚二十幾年的父母親，提出全家人一起去拍結婚照的舉動，雖然被爸媽以忙碌拒絕、被弟弟認為無聊，但她依舊不氣餒的繼續努力，「像我那一陣子跟阿姨他們出去玩，然後我就硬把他們拖去照大頭貼（D006）。」向芹認為回憶必須在忙碌的生活中刻意製造，而且是和家人一起創造，以避免自己遺憾。

父親在自己讀小學即因罹患肝癌過世的沛菊，到了安寧病房之後，很擔心自己有一天也會得癌症，因此，「我來安寧病房的第一天，就把癌症險加重，因為我怕自己是下一個（A010）。」除了規劃保險外，沛菊更進一步規劃自己的後事，「因為你會想到說有死亡的時候，我有跟我媽講過，我要怎樣做後事（A011）。」

沛菊因為父親的早逝，加上安寧的工作經驗，除了寫遺囑，和媽媽更是不避諱談死亡，瞭解媽媽希望未來進行後事的形式，也表達了自己希望的醫療模式。她並且將自己的想法跟男友分享，「我會跟他講說，如果哪一天我快死亡的時候，你們都不要救我，拜託，像那種慢性的病痛，都不要救我，然後，我希望我死後我要火化，然後把骨灰放在靈骨塔就好了（A011）。」向芹則是在旅遊前會跟弟弟交代一些事，「我那時候要去沖繩，跟我媽要去的時候，然後我就跟…然後，我弟開車載我跟我媽，要去採購東西的時候吧！我就突然間跟我弟說，哎××，如果我怎麼樣，然後什麼東西會放在那一個抽屜（D006）。」向芹的事前交代，是希望讓遺憾少一點，但是，看似豁達的舉動卻引來弟弟的不悅，直叫她別說了。

以上不論是及早做事、留下回憶或是交代後事，都是個人為了消弭死亡焦慮處境下的遺憾所做的努力。但是根據 Yalom (2003a)對死亡的存在心理分析觀點，這樣的作法，其實是將根本的焦慮造成的自我裂縫加以修補，以「置換」的「處理」方式，把焦慮和真正的來源分開，把它集中到較容易處理的具體處境；所以根本的死亡焦慮只綻現了很短的時間，就轉成自我價值感、被人拒絕或輕視之類較輕微的擔心。及早做該做的事、創造回憶和規劃後事，都是心智自我可以「做」的事，但是這些做法所以能發揮某些安心，或是撫慰作用的心理動力機轉，在當事人的主觀經驗中往往難以覺察，因為它們都是存在個體在察覺到生命必死的事實時，在潛意識層次所啟動的防衛機轉。簡言之，採用這些方式「處理」死亡焦慮的個人，是以在現實中烙印下痕跡的作為，為「自我」增添價值感，於是脆弱的生命便比較可以被忍受了。這其實是訴求個人「獨特性」(specialness)以對抗死亡焦慮的防衛機轉。在這種情況下，焦慮是被「處理」了，但是卻無法連根拔除。

參、創造「喘息」的空間

除了讓自己的遺憾少一點之外，護理人員更多的自我調適方式，是選擇讓自己喘口氣。換句話說，就是把自己的意向焦點從工作場域轉移，讓自己暫時與其中的壓力隔離開來，也期待能從這段休養生息的時間裡，找到再度投入工作的能量。護理人員創造喘息空間的方式比較常見的有：(1)與「自己獨處」，如睡覺、看書報、剪報、看電視、聽音樂、玩樂器、編織等，(2)「運動」，如：爬山、跑步、跳舞、騎腳踏車，以及(3)「走入人群」，如看電影、逛夜市、出遊。

圓晴給自己喘息的空間，有時會選擇靜態的活動，如留在宿舍看看電視，「偶而會拉一拉我的胡琴。現在目前回去我都在編織呀，注意力都會在毛線上面(G012)。」不同於圓晴，懷芷因為沒有交通工具，她也選擇搭火車到市區去，「我壓力大的時候，我可能就是會待在咖啡廳啊，待上一整天。跳脫環境可以讓我看到一些東西，然後，後來又慢慢去看更多書，讓我看到更多東西(E008)。」從閱讀心靈成長叢書學習調整自己的視野，似乎懷芷選擇跟自己獨處的主因，「就是…那個…《用心去活》，慢慢去看那個張老師的書。其實那些書對自己的心理成長有很大的幫助(E008)」。有家庭的夏眉，每天回到家都覺得很疲憊，「我覺得我放鬆的方式是看電視，不然就是睡覺這樣。」有宗教信仰的秋舫需要獨處時，「我就坐下來，我可能會回去我舊有的地方，一個人靜靜的…。然後或者聽音樂這樣子。我需要一個人的時候，我會回到我自己的窩去，我不會想要參加任何活動(K012)。」而個性活潑的向芹，與自己獨處的方式則是做佳句剪貼，「像我平常會看一些書嘛，或是報紙我會抄下來或剪下來粘著，我會把它剪下來黏在一個筆記本，貼那個佳句…(D007)。」從佳句中尋找類似自己心情的話語，是她目前持續運用的調適方法。熱心參與志工活動的卉參，除了每天和男友通電話

之外，還會看些比較專業的書，「之前買了一堆很有關安寧、生死學的書。我不一定…就…我哪一種心情，去看哪一種書這樣子。反正就是床邊會放一本書，睡覺前會去看（F016）。」於是睡前看書成了卉參生活的一部份。

除了進行靜態的調適方式外，秋舫也養成運動的習慣，例如「騎腳踏車，對，我只要有空就會去，因為我排班的關係，我沒辦法都每天這樣子，前一陣子我大概會每天去（K011），」還會跟朋友一起去「爬山，我也滿喜歡旅遊的，往外的、自然的東西，輕輕鬆鬆，可以釋放…(K010)。」現在少了一起爬山的伙伴，所以偶而跑跑步，但是因為排班和天氣因素，這些活動無法持久。一放假就回家的沛菊，過去也有運動的習慣，「我是跳有氧耶（A010），」但是，因為目前的工作環境缺乏相關的資源，沛菊現在已沒有持續這項活動了。

此外，「走入人群」也是安寧護理人員將工作與生活區隔開來常用的方式。許多護理人員因為宿舍和病房距離很近，因此「下班就回宿舍阿!這樣就離不開這棟大樓了阿! 常常有時候回家來這裡上班到下次回家，才有離開這棟大樓，有時候去商店去補個貨，可能就去 7-11 買個東西這樣，偶爾禮拜一去逛逛夜市，沒了（B014）。」對於這些護理人員而言，跳脫環境、離開這個每天工作八小時的地方，似乎是讓自己有不同視野、調整心情的第一步。看電影是先琳最喜歡的休閒活動，但是因為沒有交通工具，加上上班的醫院離市區有一段距離，因此逛夜市也成了自己下班後唯一的休閒。不過，這似乎無法滿足先琳的需要，她還是終於她的最愛一看電影，「最近我找到二輪片，應該心情會好一點（B015）。」只是電影院遠在市區，必須費時搭火車前往，然而先琳卻說：「我最愛坐火車了，可以看風景，心情會卡好（B015）。」沒想到交通的不便，卻創造了可以觀賞風景的另一種喜悅。有摩托車做為交通工具的圓晴，雖然多數時候選擇靜態的調整

方式，但是有時候「我覺得要出去走一走，我的散散心都是下班之後，一個人騎摩托車晃一下，就是一圈，心情就會好一點，就到一個不是很密閉的空間，就是整個開放可以接觸大自然，外面的太陽（G012）。」工作時間三班制的護理人員，多數時候都是在密閉的空間內，如果是上夜班，下班後就回宿舍睡覺，因此，休閒時渴望看見外面的天空，雖是很自然的反應，似乎也隱含著與生活世界接軌的渴望。

以上這些喘息空間是護理人員辛勞工作後，採取的基本身心放鬆與調適方法，但是否能在這些休閒時間之後，為自己洗去工作上的壓力塵勞，或者創造再度投入工作的能量，就必須視護理人員自我照顧的內涵與深度而定了。

肆、與重要他人分享

從 Yalom (2003b)的存在心理分析觀點，儘管人是群居的動物，但是人存在的基本處境卻是孤獨的，而且這個孤獨的處境，在臨床上可以分成三種：人際孤獨、心理孤獨和存在孤獨。人際孤獨就是一般經驗到的寂寞，意指與他人的分離；心理孤獨是指人把自己分隔成許多部份的過程；存在孤獨是指自己和任何其他生命之間無法跨越的鴻溝，也是指一種更基本的孤獨——人與世界的分離。三者之間存在著密切的關聯，不能截然劃分開來。當人面對孤獨經驗時，會感到極度不安和恐懼，而此時用來對抗孤獨、恐懼的主要力量就是關係，但是關係或許可暫時減緩孤獨引發的焦慮，卻無法徹底消除孤獨。

人的存在孤獨處境在臨終階段更形明顯，終日在安寧病房從事臨終照顧工作的護理人員，會強烈地感受到病人即將離世的關係解離之苦，所以在工作上遇到困境或挫折時，就特別需要某種重要關係的支持。這種對關係的需求，基本上是由存在孤獨所引發的，但是比較會在人際層次的關係上表現出來，心理層次的孤

獨與關係需求在訪談文本的呈現中並不顯著。

多數護理人員會選擇跟重要的他人分享，如沛菊、夏眉、先琳、易筠、向芹就選擇跟家人分享，而卉參、圓晴、曉茵、秋舫、懷芷則是選擇跟同事和友人分享。她們一致認為分享很重要，並期待從分享中疏解壓力，得到重要他人的同理與支持。

沛菊點出了安寧護理人員需要分享的基本原因，她說：「雖然大家都把死亡看得很開，但是你還是有衝擊在，我覺得要抒發出來，不然會受不了（A010）。」因為男友不認同她走安寧，所以當沛菊跟男友分享工作上的心情時，男友會提醒她別把工作的情緒帶回家，於是「工作上的事我會跟我媽講（A009）。」由此可見，護理人員的分享不只是吐苦水而已，更重要的是能找到可以同理她們處境的人。先琳的情況亦相似，男友覺得她太投入了，加上男友不是醫護人員，無法理解先琳要表達的心情，「我唯一能講的，就是跟二姐講阿！回家…我二姐也是護理人員，她就懂我們在講什麼。那回去…有啦！就是唯一能夠調整，就是我們兩個互相抱怨的時間（B015）。」姊姊是她傾訴工作壓力的「唯一」，因為彼此背景相同，所以不只讓先琳有一個「可以理解」的傾訴對象，而且「互相抱怨」的感覺更形貼切。

覺得自己離不開安寧的易筠，雖然婆婆因為擔心她太累，並不支持她一邊工作一邊進修，但因為姊妹感情良好，加上妹妹也是醫護人員，彼此無話不說，所以易筠覺得，「其實我的 support system 是滿不錯的，就是我的小妹啦！我的小妹…跟我的姐姐一大姐（J014）。」下班後，喜歡到護理站聊天的向芹，有時候藉著放假回家也會選擇跟家人分享，讓他們瞭解自己的工作情境，「我覺得去…也是講話耶，就跟爸爸媽媽。就是喜歡講一些東西給他們聽，因為就是在鄉下…

因為我們那邊不大，然後我覺得，就是把一些經驗帶回來給他們知道 (D007)。」已婚的夏眉，覺得每次看到孩子，一整天的辛勞都會消失，但因為孩子由婆婆代為照顧，假日才接回來。平日下班回到家除了看電視、睡覺，多數時候夏眉有任何心情都會跟先生傾訴，「我覺得可以抒解掉，就是跟先生談。(I009)」因此，先生是夏眉下班後唯一的分享者。

懷芷如果有心事，會跟病房比較要好的同事分享。「我覺得在安寧病房會…遇到太多喜、怒、哀、樂的東西耶，所以…可是說要找到適當的人分享，這也是蠻重要的 (E009)。」懷芷也曾經試圖跟男友分享，但是男友認為好好的人，不要老是談死亡，所以顯然不是分享的適當人選，懷芷轉為跟具有相同情境背景的同事分享。圓晴也是一樣，常常在工作中遇到不愉快，回到護理站「在那個治療室或討論室，在那邊唸一唸就算了 (G009)。」護理人員在病人及家屬面前，常常要壓抑自己的情緒，因此，回到護理站（後台）找個同事發洩一下，才有能量回到病房（前台），繼續扮演自己的角色。

大多時候會選擇靜態調適方法的秋舫，也認為找到互相支持的人很重要。「你也要找到固定的懂你的人…了解你的人，你可以互相吐露，那種照顧的心聲 (k010)。」因此，有宗教信仰的她，需要有人傾聽或是給意見時，會選擇「到教會裡頭去，我需要大家的時候，我會到團契裡頭去或者找輔導，(K012)」尋求宗教團隊的支持，和秋舫一樣有宗教信仰的曉茵，也認為分享很重要，「我會看我欣賞的人 (H008)。」選擇可以分享的對象，比如自己的學習典範，「其實我很喜歡跟大愛手那個師姐，因為她磁場也很好，所以我很喜歡跟她講話，然後每次一講完就是感覺不一樣，你會把你的很多事情串起來，可能你的無解，雖然我覺得我找的人好像都有一點宗教性 (H019)。」對事情有了不一樣的看見。

就如同喘息只能為護理人員帶來休閒的時空，卻無法保證具有自我照顧的內涵與品質，人際的支持與分享固然也是重要的壓力緩解劑，但是也不可能徹底消弭因死亡而引發的存在孤獨感，因為它並不在外，而是位於照顧者的生命核心。

伍、尋求宗教與成長團體的支持

人們在對抗死亡焦慮時，常會啟動的另一種防衛機轉，便是尋求終極拯救者 (The Ultimate Rescuer) 的援助。因為個體的發生是重演種系的發生，所以個人在身體和社會方面的發展，也反映出人類的整體發展。而在人類信念中最明顯的社會特質，就是相信有一個全能解救者的存在，而這個力量或存有會永遠看顧、熱愛、保護我們。雖然它會讓我們冒險走到無盡深淵的邊緣，但終究會拯救我們。於是人們在委身於一個至高力量的信念中，得到存有安全的保障。但是整體而言，終極拯救者的防衛不如個人獨特性的信念有效。不只是因為前者比較容易破滅，也因為它的本質就會使人受到侷限。當人過於依賴拯救者的防衛時，就會導致非常侷限的生活模式 (Yalom, 2003a)。

安寧病房中具有虔誠宗教信仰的護理人員，不論是佛教徒或基督教徒，在面對臨終陪伴處境下的死亡焦慮，或是在護理照顧工作遇到挫折與瓶頸時，確實比較容易傾向在自己的信仰系統中尋求慰藉。原來就是一位虔誠基督徒的 JJ 護理專師，她相信安寧工作是神的旨意，也是對她的磨練。同是基督徒的秋舫，在心情不好的時候就會回到教堂去，「那不是自己可以承受的，我需要多一點人，就會去找輔導啊 (K012)」因此，回到信仰，不止是回到自己的信念體系中去，更重要的是，可以在與自己信仰相契合的團體中，找到支持或指引的力量。

即便是沒有正式參與宗教儀式，成為宗教信徒的護理人員，在進入安寧臨床的場域之後，也會因為死亡帶來的存在衝擊，而開始把自己的注意力轉移到宗教

的層面，以做為自己的依托或蔽護。在大學時代只參加一些宗教服務性社團的卉參，來到安寧之後才對宗教有進一步的涉入，「後來是真的是…在這個病房之後，然後會讓我有更深入說，去接觸到宗教的部份（F006）。」卉參平常「會看 XX 法師的書（F016）」還會去參加志工的活動和訓練課程，「讓我回來更有活力更有衝勁這樣子（F016）。」某次的挫折經驗，讓她非常難過，但是「想到 xx 法師說過的一句話…『做就對了』，何必去想，在乎這個付出，還要有所求…什麼呢（F018）？」於是，她得到了支持和鼓勵，能夠走出來挫折，再投入照顧的工作。

已正式皈依佛教的曉茵，從宗教團體那兒得到的支持更為明顯。「我覺得很大的轉變是在師父那裡啦，我覺得我很低落的時候，就會有宗教出現給我一些觀念讓我完全改變（H002）。」而在宗教團體接觸宗教師的過程，讓曉茵的壓力獲得了顯著的緩解，「很有緣分的感覺，然後我就去找他，本來只是覺得壓力很大，很想去看看他這樣子，然後就這樣不經意的聊，我覺得他給我的東西都很簡單，可是改變我很大（H003）。」「不經意的聊」、「東西都很簡單」意味著個人的改變主要來自某種關係的締結，並不一定與任何深奧的宗教義理領悟有關。此外，在遇到心煩意亂的時刻，宗教傳統中的修練方式，更能提供某種安定人心的力量。「很難過的時候，你根本沒辦法讀佛經，只能唸簡單的佛號念佛號，就很簡單的念佛號，或是唸咒，很有幫助（H008）。」

除了宗教力量的支持之外，參加成長團體也是護理人員疏壓的另一種方式。在這個參與的過程中，學習知能固然是重點之一，但是護理人員把「心靈成長」當成目標來投入時，會讓自己有一種崇高價值的歸屬感，從而達到某種自我照顧的目的。先琳一開始在安寧遇到困境時，會選擇去上安寧的相關課程。「就去學習啊，很努力去學，而且硬著頭皮去啊！像我們之前會…共同一起，一群人去學

啊，像病房的二、三個人一起去學一個東西，那像芳香療法啊、還有按摩精油啊，然後一起去學，但是回來之後…好像我們之後會再去教沒有上課的人啊（B005）。」我們在前面提過，先琳是因為主管「你不適合走安寧」的一句話，而讓一心想從事安寧療護的她，倍感挫折。但是，先琳以參加訓練團體、更加用心學習的方式來回應，顯然也有藉此建立某種價值感歸屬的信念。

讀書會也是一種成長團體的形式，秋舫固定參與病房的讀書會，私下也曾參加其他團體的讀書會。她不諱言，從讀書會得到的主要是眾人集思廣義的力量，也就是尋求一種團體動力的歸屬。「我們也是一起談正事，我覺得讓人家有力量。談正向的事情，讓他…讓人家有力量，然後碰到什麼困難，大家會一起幫你思考處理的。在教會裡的團契生活，我還滿喜歡那種，可是我來這邊，我就失去了那種團體生活的部份，我要去尋找其他的一直找不到（k010）。」因為病房成立了讀書會，滿足了秋舫在心靈團體方面的需求。「就剛好在那種讀書會裡頭，我覺得好像跟那種味道也是滿接近的。我覺得可以給妳那種新的那一種資訊，你會一直看新的書嘛！那種本質所呈現出來的，還有每個人的經驗啊！反應啊！我覺得我滿喜歡那種（k010）。」就像曉茵與宗教團體連結的狀況一樣，秋舫在讀書會尋求團體支持的動機，遠超過知識與資訊的學習。

上述描寫的護理人員自我照顧工作內容，基本上是試圖從訪談文本及參與觀察田野筆記，以「做」為思考核心加以整理、歸納，它們可說是護理人員在覺察到工作場域龐大壓力後的疏壓管道，這些調整工作當然有其價值和必要性，但是可能只有暫時達到緩解壓力的作用，卻無法針對壓力的根源做徹底的回應，因為在安寧場域要做好深入內在的自我照顧工作，是必須朝向與病患臨終處境共「在」的層面轉進，而這正是我們在第五章試圖描寫和探討的主題。

第五章 以「在」為核心的自我照顧

本章呈現訪談資料與田野筆記綜合分析結果的第二部份，以「在」(being)為核心的自我照顧主題，針對安寧護理人員，於臨終陪伴處境下深層自我照顧之內涵，進行現象脈絡的描寫與詮釋。所謂「在」的或深層的自我照顧，係相對於「做」的或表層的自我照顧而言，指的是安寧護理人員在臨終照顧的壓力處境下，如何與個人死亡焦慮與存在挫折相處的歷程，從而形塑出持續投入臨終照顧工作的價值與信念。在此歷程中，護理人員固然也會採取某些具體的作為因應，但重點在於，這些作為能夠深化個人與非存有(nonbeing)共處的經驗，而不是將自己與這些經驗隔離開來。

此自我照顧經驗層次的描述與詮釋，首先呈現死亡臨現的數個場景，以及它們帶給護理人員的重大存在衝擊；其次，描寫死亡臨現下護理人員原初自我的被迫「現身」，並說明「讓自我現身就是自我照顧」的主旨；接著，再解說護理人員嘗試「反思」與「超越」的現象歷程，以顯現內在深層自我照顧的途徑，最後，則以護理人員在個人態度及陪伴品質上的自我蛻變，點出與死亡焦慮共「在」的自我照顧意涵。

第一節 遮擋不住的存在衝擊

終日面對死亡臨現的工作處境，安寧護理人員承受來自病患、家屬及團隊各方面的壓力，她們本能地以種種疏解的方式來回應壓力，在照顧病患和照顧自己之間求取平衡點，以免導致力竭的後果。但是由於臨終處境下陪伴者的主要壓力來源，是死亡覺察所引發的存在性焦慮，因此所有移轉到外在的焦慮「處理」手段，從存在心理分析的觀點解讀，都只是將自己與壓力源察覺，加以隔離的防

衛機轉而已，不論當事人訴求的是個體的獨特性，或是終極的拯救者，都無法徹底消除死亡帶來的存在性焦慮(Yalom, 2003a)。

這個觸及安寧護理人員，自我照顧最核心的存在焦慮問題，在一般的照顧處境下還可以遮掩或抵擋下來，不至於到崩盤的地步。但是當死亡來得急促、不在當事人的預期之內，或臨終處置引發爭議時，安寧護理人員為保護自我核心價值，或認同所築起的防禦堡壘，就被攻陷了；於是，當事人便拋在一個無根的存有狀態中。本節針對病患大出血、非預期死亡，以及死亡處遇的疚責感等臨床經驗的描寫，試圖揭露安寧護理人員，在這些存在衝擊下的置身處境。

壹、決堤的熱血

當病患或家屬出現憤怒或不滿的情緒，並且轉嫁到護理人員身上時，護理人員還可以說服自己，病患和家屬是因為面對將臨的死亡，難免有他們難以抒解的情緒和壓力，而當團隊面對照顧理念出現意見紛歧，大家各持己見、爭論不休的情況時，護理人員雖有難以適從的感覺，但依然可以告訴自己，彼此都是為了病患好，只是作法不同罷了。然而，當病患不在自己的預期內死亡，或是突然的大出血時，對於護理人員的衝擊就再也無法遮擋了。像口腔癌臨終病患大出血的情況，就是一個令人驚心動魄的場面。圓晴回憶起半年前的一個照顧經驗時，仍然有若親臨現場一般，難掩內心的激動與悲傷…，無論是在受訪或是在一年後的讀書會分享經驗時，她激動與疚責的淚水，至今依舊令人感同身受。

面對這個無法遮掩的衝擊—病患的大出血，一直是許多安寧護理人員在照顧口腔癌臨終病患時，深藏在心底的恐懼。因為這「決堤的熱血」，就像洪水一樣，怎麼也抵擋不住，它同時也引發了護理人員的邊界經驗，挑戰了個人的存在處境。圓晴在受訪時，一邊預先準備好面紙，一邊回憶當時的情況說：「就這樣

一直流，還是一樣止不住，就整個床單呀，被子都是血，不管怎麼加壓，都止不住，流到 11 點多，就是說流血兼失血會冒冷汗，他就那樣，有沒有看過人家在殺雞？傳統市場的殺雞，就像那樣割脖子，然後就像雞一樣，他就在我面前這樣子（圓晴做出歪著脖子抖動的姿勢，試圖讓訪談者瞭解當時的情境），然後，自從那一次之後，他沒有辦法止血，我就在他面前，一直哭、一直哭，那個血就一直流、一直流，止不住呀（G007）。」

這是圓晴遇見口腔癌病患大出血，第一次沒有辦法幫忙止血的經驗。鮮紅的熱血，不斷的從病人的頸部湧出，就像潰堤的洪水，浸溼了床褥，也衝垮了圓晴的信心與勇氣。圓晴繼續哽咽的解釋病患當時的狀況：「他是口腔癌的，他傷口很大，要換藥，那個病人也是有老婆，他有三個女兒，他跟他老婆的關係不是很好，中年了大概 50 幾歲，自主力也很強，其實他人還不錯啦，就是很固執那種型的，然後他常跟老婆吵架，可以從嘴巴吃東西，他好像也有一個造瘻口可以灌食，因為他有時候會想從嘴巴、想要有那個…想要有那種味道感覺，咀嚼的感覺（G007）。」口腔癌的病患渴望咀嚼食物的感覺，冒著可能大出血的狀況，只為嚐一口食物的味道，然而這對護理人員而言，就像一顆不定時炸彈，隨時都有可能引爆。當時病患對傷口的一些反應動作，就讓身為照顧者的圓晴十分困擾。「那陣子我上小夜，他常常會出血，一出血就會堵住了，我對他的出血我很害怕，他人又很清醒的，比如說換藥的時候，拿鏡子起來看傷口啊，他傷口又很大，然後。那幾天，他的傷口就是都會出血，我就覺得很煩，我發現我對那個出血的就覺得很煩，聽說之前他就會把傷口那個紗布都扯掉，那幾天上起來，他有開始出血，其實他覺得說他心理的想法，反正都會死，不如就…（G007）。」

對於臨終病患而言，早已活在自己的死亡裡，因為此刻嚐了這一口食物，

也沒把握明天是否還能嚐得到，因此臨終病患在沒有未來的情況下，就要把握眼前的每一分、每一刻（石世明，2005）。於是，渴望「嚐一口」的感覺，早已勝過健康人認定需要付出「可能大出血」代價的意義，「那時候好像四、五點的時候，我說你那傷口在流血，你不要吃東西，因為你要吃東西，擔心會流血，因為你咀嚼的話…，因為那邊有一些血管，反正他就是在那邊說，他就是要吃，然後我就罵他，你就是要吃，等一下吃到流血怎麼辦？我跟他說，幫你換藥好不好？他說不好，要等到吃完東西再換，結果，他就吃完東西了，因為他吃東西，一直動，紗布就一定會濕掉，我就去給他換，七點多就去換（G007）。」

病患未理會圓晴的擔憂，圓晴心中雖然懷著可能會出血的恐懼，但仍順著病患的意思，讓他進食完再換藥，沒想到進行換藥時，圓晴擔心的事情真的發生了。

「換到一半，他就一直在出血，然後我止很久，止不住，然後我心裡有個想法，糟糕，止不住血，然後很多護理人員來幫我，醫師也過來幫我忙，幫忙加壓，還打了止血針，但是都沒有用，然後他還拿鏡子起來，然後我就心急，我就覺得有點後悔說，我幹嘛要幫你，幹嘛剛剛唸你，然後幫你吧傷口換下來，然後現在開始出血，然後他又拿鏡子起來，我就罵他，你鏡子拿下來，不要再看了，覺得他看到這個會很緊張…（G007）。」圓晴像是一個闖禍者，一不小心把水龍頭打開了，怎奈水龍頭的開關卻在這個時候故障了，怎麼關也關不住，病人的血液像洪水一樣湧出，任憑大家怎麼努力圍堵，血液依舊無情地往外奔流。這樣的殘局，圓晴不忍讓病患親眼目睹，於是用憤怒試圖嚇阻這一切，嚇阻病患和自己的恐懼，經過兩個多小時的努力，決堤的熱血仍舊淹沒了大家的努力。

貳、陪伴者的煎熬

這個熱血決堤的臨終情境，是許多安寧護理人員都有過的照顧經驗，而且也是她們難以釋懷，甚至對她們之後的臨終照顧工作，會產生重大影響的事件。圓晴在回憶那一段病患大出血的經歷時，就有如目睹一場從生到死的變化，「從意識清楚，到不清楚到走，會讓你覺得很難過，一個活生生的病人，就在我手上，就在這樣的過程走，因為妳會看到他冒冷汗，然後脈搏越來越弱，然後 BP 一直掉，血一直流 (G008)。」但是她對此卻無能為力，只能眼睜睜地看著死亡上演，「然後你就是看到一個人活生生的人，就在你面前漸漸流血流到死掉 (G007)。」身為陪伴的護理人員，儘管圓晴多麼不願觀看死亡的演出，但是卻也無法從死亡的現場逃離，因此陪伴的過程就成為內心強烈衝突的煎熬旅程。

沛菊也曾有過參與幫忙止血的經驗，至今仍舊印象深刻。「家屬來這邊的大部分都可以接受，只是看到那一幕，然後我在旁邊這樣子看，我就這樣走過去看，問她 (同事) 有沒有需要幫忙什麼？可是我覺得…我每次看病人這樣掙扎，然後慢慢的走掉，到現在我腦海都還有這個印象… (A007)。」雖然病患不是自己照顧的病人，但是，目睹病患漸漸失去生命的跡象，依然帶給沛菊生命脆弱的強烈震撼，「看到病人像一根蠟燭慢慢、慢慢的熄掉，我覺得生命好憔悴唷，很脆弱，你看他…很痛苦、很痛苦在掙扎，慢慢的不掙扎了，就走了… (A007)。」而先琳在自己目睹病患大出血的經驗時，不僅看見了生命的脆弱，同時也徹底體會到了自己的無能為力。「真的是壓著她的動脈，她真的是 Artery Bleeding，妳壓著他…妳真的可以感覺到他的脈動，很熱的…手套壓著都是他熱的血阿!然後，妳就是看著他慢慢地昏睡，止不住…全身都是血，就這樣死掉 (B012)。」縱使心理再清楚病患會走，但是面對大出血病患「就這樣死掉」，似乎永遠不是安寧護

理人員能夠接受的結果，因為這是人在面對他人死亡時，仍想有所作為的心智自我最徹底的挫敗。

決堤的熱血，帶走了病患的生命，也侵蝕了醫護人員救人的信心。在面對臨終病患死亡的場景，雖然安寧病房屬於緩和醫療的單位，以症狀的控制與緩解為工作重點，但是護理人員仍然無法允許自己只是一位旁觀者，總希望自己還能做點什麼？這樣的反應，在強調全人照顧理念的安寧病房，毋寧是可以理解的現象，因為護理人員試圖貼近病患的內心世界，參與處境共在的陪伴，所以很難不在情感上有所涉入。有如家人一般的情蘊關係，一旦面對突發的死亡情況，就很難不會「感情用事」了。於是，在病患大出血的情況下，要以常規世界的護理工作角色進行抽離的觀看，便成為極困難的一件事。因為此時陪伴的護理人員和病患皆已成為 Cassidy (1999)口中「兩手空空的人」，彼此以最赤裸的方式相見，任何器具、技術或知識皆已無用，它們再也遮擋不住陪伴者與病患之間，最原初的生命共在連結，也因此顯露了陪伴者在此處境下的脆弱與悲傷。

但是，護理人員在面對死亡的非存有(nonbeing)挑戰時，不可能讓自己無所作為，因為健康的心智自我世界，必須要有某種秩序軌則才能運作，所以在遇到死亡挑戰的危機時刻，往往會有某種控制感的強烈需要浮現。在圓晴的案例中，這種控制感的需要，就表現在不斷出現於內心的深刻疚責聲音，「我就想說，我覺得…我很對不起他，為什麼我沒有辦法幫他止血？沒有幫你把血止住（圓晴忍不住再度哭泣）。他在我面前沒有辦法止血，然後，他還走的這樣很不舒服，要嘛，你就很快很快，不然就止血（G007）。」於是，圓晴開始責怪自己，如果不要幫病人換藥，是不是病人就不會大出血，就不會死亡？在臨終照顧工作中持續背負著這樣的疚責感，是一件令人十分煎熬不安的事。但是，由此引發的內在自

我檢討的對話聲音，卻不會因為自己想為往生病患多做點什麼而消失，反而正因為護理人員想要有所作為，而事實上卻無法抗拒病患必死的命運，才造成了護理人員強烈的存在顫慄。

如果護理人員能夠隨意用冷漠的防衛方式，去隔離這樣的存在性衝擊就好了。但是類似血崩場景帶來的衝擊，卻不是以全人態度，涉入臨終陪伴工作的護理人員，能夠長期迴避的課題。由臨床護理轉至行政工作的 Lily，原本在面對大出血病患能夠處理得很好，在一次的讀書會，分享了這樣的經驗：「我以前在照顧病人的時候碰到病人大出血，都可以冷靜的面對處理，學妹還常常很佩服我，說我很穩、處理得很好。」但是後來轉任行政工作後再遇到類似的情境，體驗卻大不相同。「接行政之後，有一次同事的病人大出血，我去幫忙…不知道為什麼，那一次看著病人，就這樣在你面前出血，就覺得很難過，我說不上來那種感覺，就是很難過，不知道為什麼以前不會，反而現在會。(讀書會田野筆記 94.05)」Lily 不瞭解臨床經驗豐富的自己，為什麼現在再看見病患大出血時，會那麼難過？這是典型的存在困惑，也是安寧護理人員深入自我照顧工作後，必然要面對的核心問題。

參、天人交戰的倫理掙扎

另外一種常見的臨終陪伴衝擊形式，是病患死亡前的醫療或護理處遇，引發了事件過後強烈的倫理爭議。它一樣會引起伴護者的存在責任問題，會對當事人帶來長期而重大的心理負擔。

JJ 是安寧病房護理人員轉任的專科護理師，在一次的讀書會，分享了自己在安寧病房面對病患猝死的經驗，「病人是一位罹患子宮頸癌的癌症末期病患，坐著輪椅入院，精神狀況還不錯，當時醫師只開了一些基本的驗血單，沒想到進病

房十分鐘後，開始不明原因抽筋、出現缺氧的狀況，我剛好在旁邊問診，我就本能的做一些簡單的急救措施，如抽痰、壓 Ambu-bag、給氧氣…；但是，當這些動作在進行時，我又忍不住問自己，我究竟在做什麼？在安寧病房急救？內心是衝突、掙扎的，但是因為過去的臨床經驗告訴我，也許病人只是一口痰哽住，說不定插個氣管內管（接上呼吸器）也許病人還有希望，因為以病人的病情，不至於讓死亡這麼快到來，應該只是呼吸道一時被堵住，但是，另一個自己又出來對話了，如果把她救回來，她又得面對癌症的病痛折磨…；於是，壓 Ambu-bag 的手漸漸鬆緩下來，不再那麼使力，結果，病人在短短的三十鐘往生…。（讀書會田野筆記 93.07）」JJ 一邊分享、一邊流下疚責的眼淚，這個經驗在 JJ 心中留下一個深刻的烙印。面對病患不預期的死亡，在天天上演死亡場景的安寧病房，似乎更加令人無法接受，好像在這兒，死亡不應該以此面貌出現？但是，有誰知道死亡何時到來？何時臨現？

事實上，臨終者與照顧者的關係，存在著一種原初性的倫理關係，它的領域來自於行動和關係給定之前，他人在我面前的臨現，其面容向我迎面而來，在沒有進入心智思考之前，我對迎面而來的他人無可抵擋，我必須對他人的承應，無論是為他所擄獲，這個臨現前的承應我無法迴避，因之成為具體倫理顯現的源頭。在他人與我的面對面當下，更無法使用關係中的倫理規範擬定彼此的互動行為。原初倫理把人跟人開放到一個未決定的狀態，彼此的共同臨現（co-presence）讓我（the I）得以出現；換句話說，我並不是在意識先決狀態下的我，而是我和他人共同臨現的處境底下，讓我得以顯現，他人臨現構成我的部分，我也成為他人的部分，而互不可分，我對他人的承應，不是道德上的責任，而是存在的責任。存在的責任沒有事非、對錯的判斷標準（余德慧、石世明，2001）。

德國哲學家雅斯培也有類似的觀點。死亡引發個人的邊界經驗，痛苦也是一樣，只有我們把別人的痛苦當作自己的痛苦來分擔，與別人共同承受痛苦時，這樣的痛苦會喚醒我們的「存在」走向超越，只是在超越之前，我們會感到困惑與絕望（黃藹，1992）。甚至因為自己的所作所為感到疚責，懊惱自己沒有多「做」一點。當我做某種決斷時，由於意識到行動後果會達到未知的領域，我在那兒遭遇到作為我的界線處境的責任，將此責任承擔起來，便是靠「存在情懷」（黃藹，1992）。如同 JJ 的經驗，JJ 之所以會疚責，乃因她將責任及個人存在的理由，承擔了起來，但是這樣的承擔卻是她當下最深沉的痛苦。

有時候因為原初倫理與常規倫理糾葛所導致的衝擊，也會表現在護理人員與家屬的關係上。雖然安寧有全家照顧的理念，但是由臨終病患衍生出來的家庭問題，卻常常是照顧倫理上的兩難，做與不做？如何做？都是護理人員非常困擾的處境，例如，研究者在參與觀察時，就發現一個團隊出現的照顧倫理困境。臨終病患的小孩習慣性拿取他人的東西，包括鄰床病患、家屬的日常用品、治療車上的物品、交誼廳的公用物品。這對護理人員在病房管理上是一大問題，對於病患小孩的行為，也牽扯到倫理道德與是非判斷的價值。此時護理人員是不是還能一秉初衷的照顧病患？或是因為病患無力管教、縱容孩子，而開始對病患的管教方式有所批判？或是因為病患已在生命末期，頭頸部的腫瘤有吞嚥和語言表達的困難，而無法與病患進一步的互動？

理智上，繼續縱容孩子的不適當行為，以護理人員多元角色中的教導者而言，是不被允許的；但是在情感上，病患已至生命末期，家庭經濟清寒，而且孩子因為從小缺少母愛（父母離異、母親已改嫁），唯一依靠的父親又即將離他而去，不管這是長期的家庭問題，或是孩子缺乏愛的心理問題，所導致的偏差行為，

對護理人員而言，總是有不捨的心情，因此照顧上的倫理困境便由然而生。對這個家庭投入相當多心力的曉茵，就表達了自己對這種情境的無奈：「那是他們的怪癖，我沒有辦法，我說的是我的情緒…我對這種很負面的行為，我的情緒還是有…（H014）。」因為貼近病患的生活世界，進而體認自己的無能為力，進與退都不是的兩難倫理困境，造成護理人員的挫敗情緒，「我剛開始跟他們一樣很痛苦，我是想到說你看他這樣辛苦，他家裡的情形是這樣子，然後他又養成這樣的壞習慣，以後他長大了，他會對很多事情、很多東西，他會很負面，會造就以後他更苦…（H014）。」

這一類臨終照顧的倫理爭議事件，也許比不上大出血或臨終急救的衝擊來得強烈，但是它卻讓照顧者感到揮之不去的「沾黏」，而且天人交戰的程度並不亞於前者。在臨終場域從事陪伴工作的護理人員，對於深刻的個人自我認同課題，至此再無閃躲迴避的空間。換句話說，她們必須認真地回應，在臨終處境下「我是誰」的問題。

第二節 原初自我的「現身」

我們在第四章提過，由於臨終伴護工作的特殊性（亦即原初性倫理關係的場域），使得用心投入的安寧護理人員，往往會陷入在醫療常規世界的機構語言，與病患有如家人般的情蘊關係語言，以及病患不可分享的主體語言之間來回穿梭的情境。這是個人陪伴經驗無法被一套既定論述「安置」的處境，也是護理人員在回應個人自我認同問題時的困境，因為當事人正經歷一個舊自我剝落、新自我卻尚未形成的「原初過程」（*primordial process*），有一種進退不得和被卡住的感覺。於是處在原初倫理關係下形塑的自我，我們便稱之為「原初自我」。此時個

人最大的煎熬就在於，自我無法安頓於上述三套語言系統中，而被強烈的焦慮感折磨，並因此產生存在的挫折感與疚責感。

本節除了針對原初自我現身帶來的焦慮感、存在挫折感與疚責感等三個重要層面，進行描寫與詮釋之外，也將進一步指出在臨終陪伴的處境中，讓原初自我得以「現身」(presence)，而此經驗本質，即是護理人員深度自我照顧的主要內涵。

壹、滲入生命核心的死亡焦慮

May (2004)認為，焦慮之所以無所不在，是因為我們覺察到人類是隨時需要直接面對非存有的存有；因此，他將焦慮定義為存有肯認自己以對抗非存有的經驗。此外，他也曾把焦慮視為因某種價值受威脅引發的不安，而這價值則被個人認定是他存在的根本。於是焦慮的作用像是身體發燒一樣，它代表著有機體面對威脅時的掙扎與戰鬥，對個人具有免於威脅危險的保護作用，亦即保護我們的存在以及所認同的價值。除非我們以冷漠或麻痺自己的感性與想像力為代價，否則這種生命中的正常焦慮是無法避免的。

從事安寧工作的護理人員，對於焦慮滲入生命核心和無所不在的現象，體會尤其深刻，特別是在前一節中提到的大出血、非預期死亡，以及醫療處置伴隨死亡現象發生等情況下，護理人員與臨終病患之間的關係，進入一種「原初的」狀態；此時，自我認同感的強烈需求，便成為陪伴人員焦慮經驗的核心問題。因為在死亡臨現下，生命底景的無根狀態被徹底揭露，護理人員會飽受「我究竟是誰」的問題困擾。

這種困擾的性質並非抽象的哲思困惑，而是與自己的生命處境，緊緊綁在一起的感覺。例如，從安寧臨床照顧工作轉為行政工作的 Lily，在某次讀書會中

分享了以前一位同事的死亡焦慮經驗：「以前一起上班的學姐，幾乎天天送走病人，曾經有連續三次大夜班，送走三位病人的經驗。於是，當她在接下來的早晨醒來時，竟然會不由自主地去摸一摸睡在身旁先生的脈搏，看看是不是還在跳？（讀書會田野筆記 94.05）」。這個非自主量脈搏的舉動，看起來很突兀，但其實是人在邊界處境下極為正常的反應。這個時候孰真孰假已經有點無法辨別，可見個人知覺經驗的心理結構基礎被動搖了，於是個人在這樣的處境下變得極度不安。

卉參也有經驗過類似的衝擊，兩個小時內就送走了三個病患，無預警的死亡發生，讓她陷入徹底質疑自己照顧能力的情境。她細說當時的情景：「我曾經…，那時候我才剛來，剛來不到半年吧！就是兩個小時，大夜班快白班的時候，兩個小時內送了三個病人。然後我真的…，就是交完班，忙、忙、忙趕快忙，忙完之後趕快進去交班，記錄還沒寫，然後交完班護理長…，我忘記護理長跟我說什麼怎樣，我就哭了，那時候…那個時候不曉得，可能是受到衝擊太大了。真的是讓我覺得說，怎麼會一下子走了三個這樣子。而且也都是無預警的這樣(F021)。」無預警的在大夜班連續走了三個自己照顧的病患，死亡的急遽湧現讓自身體會到，照顧者在病患的死亡之前，是徹底無能無力的。一種被迫接受死亡臨現撞擊的宿命感被揭示出來，突顯了身為照顧者的卉參自身存在的脆弱性。她感到困惑、自責和自我懷疑，她認同的價值受到了挑戰；更具體的說，是她的自我認同受到了威脅。

在以下的照顧情境中，我們可以看到死亡焦慮的作祟，已經被護理人員轉移到認知中，比較可以接受的脈絡，這適足以說明死亡焦慮的無所不在，以及它不容易被當事人覺察或接受的特性。當病患的社經地位與知識背景較高，而護理

人員又必須向他們解釋病情時，往往會讓她們感受到壓力。懷芷就曾經有過這樣的經驗。因為病患的媽媽不瞭解安寧療護，覺得到安寧病房就是放棄病患，也無法接受病患即將面臨死亡的事實，再加上病患和家屬都是教師，雖然懷芷清楚安寧療護的照顧目標，但是在照顧之前還是感受到很大的壓力，認為自己無法應付。她解釋說：「還沒有照顧她的時候，聽完交班就覺得蠻有壓力的，因為媽媽覺得她沒有辦法，她會覺得，竟然女兒都這樣子了，為什麼不救下去？怎麼可以放棄呢？然後一方面是他們的職業，也會讓我覺得有一點點壓力，因為他們都是老師，都是高知識份子，他們不知道會不會有很多疑問？會覺得自己沒有辦法應付（E001）。」

表面上，這是一個關於病患家屬社經背景，而使得病情告知困難的案例，但是事實上，與病情告知的困難度真正相關的因素，只在於病患與家屬對病情的期待落差，與其他的因素並沒有直接的關聯。若護理人員覺得告知困難，其實是因為需要進入病患與家屬的內心世界，去探索了解他們的主觀期待是什麼造成的。在這個相互了解的過程中，勢必要觸及死亡的禁忌課題，也反過來會觸碰到照顧者的死亡焦慮，造成護理人員的壓力。因此，困境其實是來自於自我面對死亡情境的回應，是情境迫使生命深層的存在自我要現身，因而擔心「自己沒有辦法應付」。這樣的擔心或許與個人的能力問題也有些關係，但是重點在於，它與病患背景無關，而是照顧者如何面對死亡情境帶來的焦慮挑戰。

觸及病患死亡處境與議題的情況愈多，護理人員個人生活世界中的死亡擔憂也就愈深。換句話說，聯想到自己與親人死亡的念頭便會經常浮現。「這邊最多看到太太照顧先生，偶爾看到先生照顧太太，然後…看到先生這樣，我覺得好偉大唷，因為太太照顧先生好像是天經地義的事情…（A010）」沛菊看見這樣的

照顧關係，感動之餘不禁聯想到自己。雖然男友不支持她在安寧的場域工作，但是，她還是忍不住跟男友分享，看見展現在病床邊患難夫妻的鸞鶴情深；於是進而跟男友討論，如果有一天病榻上病患，不幸換成自己，男友是不是也能這樣不離不棄的陪伴？但是男友卻說：「妳不能生病，你要把自己照顧好，尤其你在這邊（A010）。」在沛菊詢問原因後，男友回應說：「因為你生病的時候，我不知道怎麼照顧你？可是我生病的時候，你知道要怎樣照顧我…（A010）。」懷芷也有過類似的經驗，「我有時候看到那種…夫妻啊！就是感情很好，就會讓我印象很深刻…（E009）」，於是懷芷也聯想到自己，「如果我跟我男朋友以後結婚啊！如果真的有一方這樣子了，那要怎麼辦？其實我有跟他談過這方面的東西，他可能還沒有辦法接受，因為連我剛提到這個東西的時候，他都會覺得，幹麼要講這個…（E009）？」由此可見，照顧者的存在處境受到陪伴經驗的影響，而開始進入一個調整的歷程，但是不了解護理人員置身處境的親友，通常不太願意進入她們所開啓的這個「原初過程」，因為他們會覺得「幹麼要講這個」。

長期處在這樣焦慮不安的處境下，會對身為照顧者的護理人員，造成極大的身心困頓。照顧病患相當投入的先琳，在訪談中就表達了這陣子失眠的心情：「前一陣子我的心情很不好，會覺得沒有伴耶…以前都還好，妳好像還有一個可以溝通的東西，可是前一陣子可能跟朋友吵架等等，就是有額外，除了工作之外、心情的變化，還有再加上心情算是積太久了。從來這個病房到現在，積太久的壓力，妳沒有辦法…妳沒有辦法釋懷。變成是說有幾天會失眠，我是從來都不會失眠的人，居然失眠（B013）。」

此外，外在環境造成的壓力似乎也會反映在自己內心持續擔憂的狀態上，「而且妳腦…滿…腦子都是在擔心、害怕妳…等一下上班之後病人會發生什麼事

情?然後，會很害怕，妳就是妳會想要…抱、抱住一個東西，那…是一種很孤獨、害怕，然後…嗯!甚至有一點歇斯底里，妳在情緒上…可能一個點，妳就會想要去大叫的感覺，那真的蠻嚴重的，自己都有察覺到說…長期下來的壓力…(B013)。」

這是一段非常真切寫實的自白，我們可以看見處於憂懼狀態下的照顧者自我，是如何地受到打擊。「孤獨」、「害怕」、「想要抱住一個東西」、「想要去大叫」等形容詞，充分顯示在焦慮侵擾下，原初自我是極度脆弱的；一股非存有的浪潮席捲而來，讓先琳陷溺在孤獨、害怕的深淵裡，她似乎在渴望某種實存意義或價值信念的救生圈，能將她救起。陷溺在這樣處境的她，究竟需要的是外力抑或是她自己的力量，才可以從孤獨與害怕的深淵爬起出來？這是基本焦慮處境一旦呈現後，臨終照顧者無從迴避的自我照顧課題。

貳、存在挫折的隱蔽與開顯

飽受焦慮不安侵擾的安寧護理人員，正在歷經一個新舊自我調整的原初過程。由於在這個調整的過程中，舊有的自我剝落了，無法再成為當事人可以倚靠的中心，而新的自我卻又尚未浮現，無法提供任何發展方向的指引。此時由於自我認同感的不確定(不知道自己是誰的感覺)，所以她們經驗到的幾乎是一種生命「無主」的狀態，也是一種極度挫折的存在經驗。

根據雅斯培的觀點，存在性的挫折與一般意義下的挫折不同，因為它是基於邊界處境和二元對立的矛盾所引發的挫折，是一種生命基本處境的挫折(黃藹，1992)。齊克果在解釋亞當神話時，也提出類似的看法，並為這存在性的挫折提供了更具體的分析。他認為這個神話事件其實是內在經驗的外顯，它代表個人內在自我意識的覺醒，於是人開始可以有意識的選擇，但是卻必須承擔一切都可能

的不確定性，以及抉擇後果的責任。這個內在衝突因為是結構性的，所以挫折也就無可避免 (May, 2004)。

前述提到病房的大出血處境正是如此，護理人員即使竭盡一切所能，去阻擋鮮血湧出，也無能為力，更改變不了病患必死的命運。但是，護理人員的意識自我，會不斷地想要有所作為，可是又無法改變這樣的結果，因此挫折是必然的，而且是持續不斷的。當然當事人也可以選擇逃避或忽略這樣的處境，像是沛菊在面對病患大出血時，就選擇尋求支援協助，並且暫時離開現場，以便減輕巨大的壓力。「我會說『你可不可以先幫我接』，因為我覺得我不適合待在那裡，對，就暫時先離開，在離開之前就會先看有沒有沒可利用的資源，然後再離開，就把自己的情緒調整好後再回來。對呀，因為當我快要受不了，眼淚快要飆出來的時候，我就會先離開 (A007)。」但是，身體的離開無法抹煞存在挫敗的事實，因為自我的掙扎就在陪伴者的內在反思，與難過的情緒中表露無遺。面對類似處境的曉茵就說：「我覺得我會很難過的，是我做不到了，我知道他快走了，我已經幫不上忙，他又那麼痛苦沒辦法幫他的，那我會很難過，很想哭 (H007)。」

其次，面對倫理上的兩難困境，曉茵表達了另一個照顧經驗的感觸：「我難過…你知道嗎？我幫不上…我覺得我給予…我可以給予的東西，他們其實已經改了很多，可是在我們正常的眼光來看，這個家庭還是不夠… (H014)。」面對臨終病患年幼的孩子，出現社會道德無法接受的偷竊行為，挑戰了護理人員的極限，「這樣的小朋友，我已經想破頭我要怎麼帶他了，可是有的時候…還是有那麼不足的地方 (H015)」，曉茵的「想破頭」正是看見了個人存在的限制，對於這樣的情境除了難過、擔憂，已經不知道自己還能做些什麼了。「其實，我覺得有時候的難過，是替他們擔心，是擔心他們…不是真的對他們很絕望，你看他爸

爸要走了，其實他爸爸最擔心的是他們兩個小孩…剩下阿嬤，阿嬤又能做什麼？我曾經想過這兩個小孩，以後我是不是有能力可以幫助他們？可是我自己…（H015）。」除了面對個人的無能為力，在這樣的照顧倫理困境，讓一心一意想要幫助這個家庭的曉茵，還得面對團隊不認同的聲音，「大家會覺得有壓力，大家覺得我這樣是在寵壞他們，對他們是沒有幫助，助長他們的竊…（H014）。」面對自己無能為力加上團隊的不認同，曉茵心中於是產生極大的困惑，「我不知道我到底哪裡怎麼了…（H017）。」她既不知道是「哪裡」出了問題，也不知道問題出在哪裡（「怎麼了」）。事實上，是我們存在的「基底」（生命立足的基礎）出了問題，因為它已超過心智自我了解的範圍，所以才會讓當事人產生如此的困惑。

我們從存在挫折的角度，可以對團隊溝通的問題提供另一種看見。沛菊初到安寧跟著資深護理人員一起去照顧病患時，曾經引發一段照顧上的爭議。當時「病人情況不好，然後家屬希望病人洗完澡之後，乾乾淨淨的回家這樣子，可是護佐覺得病人的情況不好，不適合到洗澡間洗澡，帶我的護理人員是覺得既然家屬希望病人，可以乾乾淨淨的回家，他有這樣的需求，既然護佐不做我們去做，我們就帶病人去洗澡間（A007）。」表面上這只是團隊成員對照顧方式的意見不同而已，但是後來卻因為觸及病患死亡課題，故而引發爭議，並造成相關當事人極大的挫折。「可是還沒到洗澡間的時候，病人已經發紺了，然後他就這樣死亡了，然後這件事情，帶我的護士就跟護佐大吵，因為護佐覺得，為什麼你們都不會聽我們的意見？那時候我剛來，是XX帶我，我就問她說像他們這樣跟護佐有衝突的時候要怎麼處理，可是我覺得這件事情到現在還是會有（A007）。」

這樣的困境「到現在還是會有」表示，團隊溝通的情人口角在安寧是一個

常態的現象。但是究竟該如何回應這樣的處境，似乎沒有標準答案；當時的沛菊雖然認為大家各持己見，但是她也聽見了各持己見背後的聲音，「我覺得這是護佐的工作經驗，但是 XX 是覺得說，你還是要去完成家屬的心願…可是護佐是覺得病人的狀況都不好，為什麼還要去幫他洗澡？那這個後果誰要來負責？…

(A007)」一邊在意的是「家屬的心願」，一邊看見的是「病人的狀況不好」以及可能的嚴重「後果」，各有關懷的對象與焦點，不能簡單的說誰是誰非，但是接續發生病患死亡的後果，卻讓先前兩位護理人員的抉擇，面對了挫折處境的挑戰，讓彼此都無法輕易釋懷。換句話說，不論先前的抉擇為何，死亡的後果一旦發生，就必然會反映出意識自我在抉擇上的限制(沒有人可以預見後果，所以選擇都是片面的)，也因此造成了個體無論怎樣都挫折的感覺。

因此，當面對死亡引發的基本存在處境時，團隊溝通的挫敗並不只是單純言語溝通的挫敗，而是雅斯培所謂「存在溝通」的挫敗(黃藹，1992)。它是在超越個人層次上引發的經驗。存在的挫敗感因為是生命的基本處境，一旦被引發會滲入個體生活的每個角落，讓人無所遁逃，有如癱瘓一般。先琳在持續面對照顧的瓶頸後，就有以下這樣的感覺：「下班就是真的頭腦好累，而且…我都…我都覺得，我的眼睛好像壞掉了、手也壞掉了、然後頭也壞掉了，就是這樣…(B014)。」

「眼睛好像壞掉了、手也壞掉了、然後頭也壞掉了」代表著照顧者力量給不出去、也收不進來的困境。這顯然是助人工作者的耗竭徵兆，但根本的原因卻是來自死亡臨現的存在挫折。這個挫折狀態若是不能得到適當的照顧，那麼安寧護理人員便會像先琳一樣有「力量沒有了…使不上來」，或是「空了、乾了」的感覺，用先琳自己的話說就是「很壓力！我覺得比照顧病人還要大的壓力。」如果這樣耗損的狀態持續下去，先琳擔心「我連照顧病人那種，新的想法 idea 啊！的那種…

都沒有了。所有新的創造力就沒有了，你就被人侷限住了啊！（B014）。」

有相同處境的安寧護理人員，此時極需要適當的自我照顧。但是這份自我照顧的工作，卻絕非容易的事。先琳試圖參加成長團體，但似乎無濟於事，「我前一陣子也很低潮，去參加過一些課程，但是往往好像那個力量進不來…。我覺得好像自己是封閉起來，沒有辦法讓這樣的自己，那種去展露頭角，去吸收能量的力量。是嘴巴被堵起來的感覺，眼睛被矇起來了的感覺（B020）。」這樣的困境可以找出解決之道來嗎？「怎麼突破，我都一直想不到要怎麼突破，你可以想到任何方式怎麼突破（B021）？」答案似乎仍然飄盪在遙遠的風中。

參、自我的形塑與疚責

從一般的觀點看，處在焦慮與挫折中的安寧護理人員，她們的自我，正經歷一個變動的原初過程，所以是自我不確定感造成的問題，但是從齊克果的觀點看，此時個人才經驗到真正的自我，他主張我們無法具體定義個人存在的自我，因為自我即是自由。而自由又端視個人在每個存在的瞬間，如何對待自己，也就是要依個人對自己負責和自主的程度而定。但是覺察到這個無限可能的原初自我，卻會為個人帶來責任與疚責的問題。而且創造性愈高的人，潛在的焦慮與疚責就愈強(May, 2004)。

我們前面提過，圓晴在面對大出血病患之後，以及 JJ 護理專師在病房急救無效的倫理爭議事件中，都懷有強烈的疚責心理，且為她們的照顧工作信念帶來重大的衝擊。但深一層探討，她們其實都是非常用心，投入臨終照顧工作的護理人員，例如圓晴就沒有選擇離開現場，JJ 在過程中雖然有掙扎，但還是稟持著救人的護理天職，進行基本的急救措施，這表示她們都非常具有自我認同價值，及有責任感的照顧者。只是伴隨著死亡結果的臨現，她們也「覺察到」了在原初過

程中，自我無限可能的處境。因此，即便當下做出了抉擇(留在現場止血與進行急救)，仍然會有自我被否定、無所適從的感覺。其問題在於，因為原初處境的臨現，使得她們自我覺察的範圍擴大了，但是這個覺察的動作卻破壞了既有的自我安全模式，而在新的自我(面對處境的新態度)，尚未形塑完成之前，當事人便會陷入自我覺知引發的內在衝突，而飽受疚責感的折磨。

常處邊界經驗、飽受疚責之苦的安寧護理人員，若是無法妥善回應此一壓力，甚至會因此在平日的工作與生活中，造成不斷懷疑自己的後果。卉參對此就有一段刻骨銘心的經驗：

「我忘記那情況是怎麼發生，幾次是讓我很遺憾的，我覺得就是大概維持有半年的時間吧！忘記是不是有那麼長的時間，反正我印象當中很常的，我常常…就是至少有兩三次讓我會覺得說，我是不是經驗不夠，然後自己是不是做的不夠，做的不好才會導致，是不是因為沒有內外科的經驗，才會導致什麼樣的情況我沒有發現…(F021)。」

易筠的疚責感則是來自死亡告知。因為家屬無法接受病患的死亡臨現，而帶來強大的悲傷情緒，於是參與其中的護理人員，便會深受「說不說」或「早說晚說」的選擇困擾。「我的一個敏感度，我就察覺說病人不對的時候，我的當下就要跟家屬說妳要有心理準備！其實那時候我心裡要講，可是我竟然沒有跟家屬講，我講的時候是病人往生才跟他說，病人已經走了(F021)！」於是不能接受的家屬，就開始陷入一段歇斯底里的情緒爆發過程，「家屬都沒有那種…，對一個那種臨終沒有心理準備，然後嚎啕大哭，然後就說，『你不要…不要死啦！你要…還得要走下去…本來是兩家的哭聲…，之後陸陸續續來了，因為…病人才四十幾歲嘛！所以上有老母，還有那些兄弟姐妹啊！來後就哭成一團…哭成一團

(J014)。」在家屬潰決的情緒之下，護理人員很難讓自己置身事外，便開始責怪自己。「我覺得我有點…我有點『自責』，我為什麼不早一點跟他講 (J014)。」

我們從以上的情境描寫中可以了解，疚責感其實是自我形塑必須付出的代價。根據 May (2004)的存在心理分析觀點，每當我們面對並經歷新的可能性時，自我覺察的擴大会產生，此時無限可能的原初自我浮現，但是自由需要承擔責任，除了「做自己」之外，也要對別人負責。這個責任的反面便是疚責感。個人只要拒絕把握新的可能，拒絕從熟悉的領域擴展到不熟悉的領域；並藉此避免焦慮、責任與疚責感，他們便犧牲了自己的自由，進一步壓縮了自己的自主性與自覺。用齊克果的話說：「冒險造成焦慮，不冒險卻失去自己。」疚責的功課，確實是安寧護理人員，深層自我照顧工作的核心課題，但是關鍵在於是否能夠讓原初的自我現身，因為只有當原初自我現身之後，護理人員反思與超越的深層自我照顧歷程，才能真正展開。

第三節「反思」與「超越」的嘗試

護理人員關於原初自我的照顧工作，因為涉及個人存在態度的全盤調整，它其實已經超越單純「做」的層次；此時，照顧者必須進入並安住「在」此原初經驗中，與焦慮、挫折和疚責的感覺共處才行。這個深層自我照顧的功課，實際上是要透過不斷「反思」照顧經驗，以及承擔存在責任的實踐過程，才能形塑出照顧者新的自我認同與態度，以「超越」原有的困境。

Lauterbach & Becker (1996)主張，護理人員對自我的照顧，就是要成爲一個具有反思能力的護理人員。而所謂自我反思的過程，就是在照顧經驗中將自我當成注意的焦點，將原有觀看事物的視框加以調整，如此可以導致「覺察的增加」、

「理解的深化與延展」及「意識的擴增」等正向的結果。傳統的護理訓練，雖然也強調反思的重要，但是著重於執行醫囑或護理照顧技術的運用上，比較沒有和護理人員自我照顧的課題一起討論。由於安寧照顧場域的全人關懷性質，於護理人員自我照顧的功課上，強調自我反思的重要性，應該是十分有意義的思考。

從現象學的觀點看，自我具有兩個對等卻非常不同的狀態，也就是經驗的自我（the empirical ego）：簡單的把自我當作世上種種事物之一，以及超越的自我（the transcendental ego）：它不再只是世界一部份，自我是站在與世界相對的地位，它是世界與其中種種事物對之展現的中心。它是真理的行使者，是判斷和檢證的責任者，在知覺上和認知上對世界的擁有者。經驗的自我和超越的自我不是兩個東西，它們是一個存在物的兩個不同面向，自我與世界是彼此相聯的環節（Sokolowski, 2004）。凡是深入反思其照顧經驗的安寧護理人員，必然會需要常在經驗的自我與超越的自我之間穿梭。

事實上，安住「在」原初自我的經驗過程，主要就是一個跟自己相處的反思過程。此時護理人員不會只沉浸在自己的照顧經驗中，跟著慣常的情緒習性起舞，而會開始有機會藉由「看見」自己在經驗中運用的視框，而在另一個更高的層次看見自己。例如，經常參加病房讀書會的曉茵就認為，讀書會帶給她反思和不同看見的機會。「你知道，為什麼後來我一直要來嗎？因為我覺得，其實你看我們這樣互動，有時候引領我去看不同的角度，我覺得這個就很夠了。因為我覺得一個人的觀念、想法會被過去的想法框住你，透過另外一個人給你不同的視野（H022）。」安寧護理人員如果要安住在，怎麼做都有挫折的照顧經驗中，似乎只有透過不斷的反思，才能重新找回自己的定位點，也才能做好真正深入的自我照顧工作。

壹 與挫折和焦慮共處

許多護理人員，面臨疚責經驗時，常常會覺得當初如果「做」些什麼或「不做」些什麼，會不會病患就不會走了？會不會事情就改變了？例如圓晴遇見病人大出血的經驗，她就認為當初如果不要幫病人換藥，是不是病人就不會大出血？或者會問「為什麼我沒有辦法幫他止血？沒有幫你把血止住（G007）？」然而，再多的疚責也喚不回病患的生命。另一種情況則是，因為沒有能夠及早「做」些什麼，等到病患往生後，才感到懊悔自責。雖然，護理人員可以在下一次的陪伴經驗中，提醒自己要及早「做」，但是千金難買早知道，病患朝向死亡發展的軌跡往往是不確定的。因此，在面對死亡臨現造成的邊界處境，護理人員的自我照顧之道，應該是要學習雅斯培所謂的「躍昇」（Sprung）或是超越，若是不能躍昇，便必然會感到困惑與絕望（黃藹，1992）。

所謂躍昇或超越，簡單的說，就是跳出既有的限制，而在極限處境下最需要跳出的限制，就是自己的觀點、看法或視框，然後發展出一套自己的新思維。受到大出血事件強烈衝擊的圓晴，本來想的是「為什麼那時候要幫他換？」，但是經過後來的一番反思，就慢慢調整出一個新的態度，「後來就想說不管他早換晚換，他都還是一樣會流血（G007）。」於是圓晴在心理上更進一步說服自己，「出血這種東西本來就沒有辦法控制，本來那種 oral ca 的病人，還是說那種肝癌出血那種病人，本來就會出血會走（G008）。」圓晴的反思確實替她帶來某種觀念的調整，但是她依然無法突破「為何這類病人會在我的班上走？（讀書會田野筆記 94.05）」的陰影，所以，現在依舊很害怕照顧口腔癌的病患。

也曾面對類似問題困擾的卉參，現在已經可以用一種新的觀點來應對。「安寧有一種講法，他（她）喜歡妳，才會在妳的班上走（F022）。」這並不是卉參人云

亦云的說法，或只把它當成是個防衛的盾牌，它其實是經過一番長期省思調整後才有的結果。「那個工作態度，或許那是一直在提醒我自己說，工作態度應該要更謹慎，另一方面也真的是那樣子的我，為什麼現在我就不會有那種覺得說…我…自己的能力錯誤造成，真的愈來愈體會到無常，病人的變化大（F021）。」這段談話的重點是卉參對於「病人變化大」和「無常」的極限處境，已經愈來愈有「體會」，不會再把類似的情形歸罪於「自己的能力錯誤造成」，這就是齊克果所說的「質的跳躍」（May, 2004），此跳躍，正是圓晴在未來的照顧經驗中，可以繼續努力反思的課題。

根據 Lauterbach & Becker (1996)針對護理人員自我照顧歷程，整理出來的「自我反思模式」（a self-reflective model），一個完整的自我反思照顧過程，會歷經「行動」（action）、「反思」（reflection）和「覺察」（awareness）三個階段，而且這三個階段的循環會不斷的持續下去。以上所學卉參的案例，正好可以說明這個歷程：她因為在「行動」上，有調整工作態度的需要，然後透過「反思」的歷程，而「覺察」到無常，於是導向新的「行動」，使得工作態度真的有所調整。

對夏眉而言，這個反思、覺察與調整的自我照顧歷程，幾乎可以說是她進入安寧居家護理領域以後的生活寫照。因為人力上的不足，加上缺乏安寧的居家經驗，工作初期常常到很晚才下班的夏眉，經過一次流產事件，讓她逐步反思調整的方法，「以前我去，是都因為病人家屬打電話過來，我就是出去，會很少拒絕別人。可是我現在會先評估他的狀況，有沒有立即…需要處理（I009）。」流產之前，不管時間允不允許，只要家屬有需要，夏眉一定滿足家屬的需求。但是，經過流產事件，夏眉體認到要照顧他人，必須先照顧好自己，因此，「現在比較會想到，評估到自己的能力啦！就是說我今天我答應她，我這麼晚回來，我可能

很晚回來，我可以接受嗎？我先問自己說，我可以接受這樣子的流程嗎？如果說不行，以前就是去然後很晚回來，家屬會覺得是理所當然的，那我現在會先評估我的能力，有沒有真的是，我如果說出去，那我高興嗎？我會願意接受嗎？(I009)。」

除了學會照顧自己的感受，夏眉更進一步認清自己在工作上的限制，「知道我的人力，我一個人力是不可能的，所以我必須要有其他的人來幫，那我要用什麼方式，讓人家來參與或是怎樣的進行，或是怎樣進行去說服其他的人(I009)。」除了認清自己的限制，更一步發現自己可以運用的資源、解決問題的方式，「不會像之前說，覺得自己一個人就可以搞定的，可以做好的。做好是可以，可能達到目的，可是妳真的也不行了(I009)。」也因為流產的切身之痛造成的挫折經驗，迫使夏眉調整了自己的視框，更進一步學會照顧自己，「我會更注意我的身體狀況。那現在不會了，現在工作就是出去，訪視壓力都沒有那麼大了(I009)。」

不過許多時候，儘管護理人員也盡力去反思照顧經驗，但是短時間內仍然難有突破，這時如何與當下的挫折與焦慮經驗共處，便成為自我照顧的重點。根據May (2004)的存在心理分析觀點，對人類生命限制的覺察會引發焦慮情境，但這卻也是我們必須坦然接受的人類生命中不可避免的侷限。就這個意義而言，與焦慮相處的建設性方法便是學習與之共處，或是借用齊克果的話來說，要以焦慮為「師」來接納它，以便學習面對人類的宿命。這絕非消極的作為，而是具有建設性意義的態度。凡是能坦然面對焦慮情境，承認自己的不安，在焦慮情況下繼續前行的個人，其人格必然朝向完整健全的方向成長。換言之，不是沒有恐懼和焦慮才是勇敢，而是即使害怕卻依然前行。

前面提過，向芹被病患要求更換床墊的照顧案例，當時病患將憤怒的情緒轉

移到她身上，甚至把她趕出病房，於是她難過得跑回護理站狂哭。「那時候就覺得好委屈喔！我這麼幫你，你居然這樣對待我這樣子。(D005)」但是事件過後、流完淚水，向芹回想整個過程，她在心理說服自己，病人也不是故意的，可能是真的很不舒服，「那時候才上半夜而已，還是要繼續做，等一下還是要面對，然後…然後，還是一樣，就會覺得說，我就想說，我就跟他說你可能真的很不舒服，可是我不了解，我也是會盡量想辦法幫你做，然後…(D005)。」向芹經過自我對話之後，再度回到病房內；因為她知道之後還是要面對病人，勇敢的向病患坦承自己的限制與不瞭解，雖然自己非常想幫忙，但似乎幫不上的困境。這樣的自我照顧方式，似乎還沒有能觸及對病患因失能而憤怒的接納，只是坦承自己的無能為力，接受就是會有這樣的事發生的事實，「這種事就是…常常會發生，有時候會遇到啊(D005)！」可見在面對極限處境時，護理人員需要自我照顧的重點，就在於與挫折的情緒相處。

秋舫在被病患家屬責罵後的反思，也呈現類似的特質。秋舫覺得「好不好與否，覺得都無所謂啦(K009)！」家屬要怎麼說隨他去，她覺得自己不想和家屬一般見識，可是「我是覺得說，我後來省察一下，因為他…，病人的病情起伏伏嘛！家屬也跟著心情起伏不定，她也可能在那個死亡焦慮上，可是我沒辦法容…容得了她這樣子的指責我，我自己也崩出來了(K009)。」事後的反思讓秋舫的視框有所調整，看見家屬憤怒與不滿情緒背後的死亡焦慮，也讓她看見自己的情緒失控，但是「當時我沒覺察到，沒感受到這個部份，就覺得很生氣(K009)。」顯然秋舫的自我照顧功課，是學習如何與自己受挫後的憤怒情緒相處。

至於試著學習與自己情緒共處的曉茵，則發現自己真的改變了，「我處理每一個事情，還是有情緒，可是我覺得那個情緒，已經不會影響到我做事情，不會影響到這個部分…所以我可以把，雖然我知道我有情緒，可是我可以把每件事情都安排好（H009）。」坦承自己還是有情緒，但是已經不會讓情緒來影響，這明顯是深入自我反思照顧後的超越。

貳、愛與意志的凝煉

在安寧照顧工作龐大的身心壓力下，如果護理人員想要長久在病房待下來，並且不斷深化自己的照顧品質的話，那麼她們就必須回到自己初入安寧的原點上，省思自己投入臨終伴護工作的動機，以便讓自己在安寧對病人及家屬付出的愛與關懷，是持久、深入而有力量，而這也是她們深入自我照顧工作後，要面對的課題之一。

我們前面提過先琳的講法，護理人員進入安寧三個月後，會開始面臨無法深入的困難，「妳去挖人家的東西，妳又補不上去，妳會覺得很無力的時候，妳會覺得很累（B003）。」安寧照顧強調全人和全家的理念，但是在實際的照顧經驗中，護理人員一旦面對「難纏」的病人或家屬，以及由病人衍生出的家庭問題時，想解決卻無力，偶爾就會出現「病人要是走了，就可以鬆口氣」的念頭，這也是人之常情，「因為護理人員的壓力跟情緒沒有辦法出來啊（B013）！」先琳就曾遇到類似的情況，那時「我是自己會…我會…去思考跟反省，我是不是有這樣的想法!?那…實際上…有時候會…（B013）。」主要的原因是面對了極限情境，也就是先琳口中的「瓶頸」，於是付出的心力看不到成果，久而久之護理人員就會「失去愛心跟耐心」，這樣的情況一旦發生，關懷的動力便不再，安寧照顧這條路要走下去就很困難了。所以先琳說：「這是讓我很害怕的地方（B013）。」

喜歡臨床的易筠，覺得自己走上了安寧的不歸路。當照顧工作面臨困境時，被病人與家屬需要的感覺，似乎是支撐著她堅持下去的力量，「我在護理站感受不到，可是我覺得…當我走到病房的時候，我會覺得病人需要我、家屬需要我（J011）。」於是，「我會覺得說我離不開臨床（J011）。」易筠顯然知道什麼才是自己真正在乎的，因此她從不輕言離職，「會想要那種離職的念頭，除非在…就是自己很難過，才会有那種念頭出現（J011）。」但是每當她走進病房，走進病人的生活世界，「照顧病人的那種動機、意願又來了這樣子（J011）。」在遇到工作瓶頸、想離開臨床時，易筠常常會省思自己想從事安寧護理工作的初發心，於是又說服自己留了下來。

這種回到原點思考以尋求工作動力的方式，實際上就是在釐清自己真正的感受為何，也是在工作中學習反省自己的人生價值與信念。懷芷曾經面臨是否因父母反對而放棄現在男友的抉擇，但是她深入反思後，「會覺得很快就想要放棄啦！可是…就…可是看多了，就是覺得到底是什麼問題，讓我想放棄？就是慢慢會去思考這個問題，可是就會覺得，其實自己要放棄的，只是自己很氣而已，並不是真的有那個想法（E006）。」就決定堅持到底。此外，她也曾經在工作壓力下考慮是否離職進修，但是「那時候我覺得去讀書是逃避…(E006)」不過總覺得應該再去學點什麼的懷芷，最後還是選擇到內科去，「可是後來想一想…就覺得，這真的是自己想到的東西嗎？對啊…就這樣反問我自己，對阿…這真的是自己想要的環境嗎？自己想要工作的地方嗎？（E010）」經過一番反思、掙扎、沉澱與釐清之後，懷芷確定自己還是喜愛安寧的工作，也決心貫徹自己的意願回到病房來。「對啊…所以最後就決定回來這邊。就覺得…還是…嗯…比較適合這邊（E010）。」

投入安寧照顧的許多護理人員，最初對病患與家屬都是滿懷愛心的，但是在受到一連串的挫折挑戰後，愛的關懷便失去了力量，自我的定位也模糊了，因為愛的給出缺少意志的支撐。然而意志的凝煉，又需要個人針對願望進行省思。May (2001)在《愛與意志》一書中提到，我們的願望在意志之前，少了先前的願望，就沒有具有意義的行動。意志不只是力量和決心，也是與未來緊密結合的可能性。我們透過意志把自己投向未來，願望則是這個過程的起點。願望就是：「允許我們想要未來成為某某情形；使我們深入內心的能力，一心渴望改變未來。」書中更進一步提到，愛與意志都是經驗的連結，敘述一個人將自己投向他物時的狀態，另一方面渴望影響他（她）或它，同時又開放自己，希望為對象所影響。愛與意志，都是個人對世界鑄造和發生連繫的方法，透過我們渴求他人的關心和愛，期望能從外在的世界引出反應。因此，愛與意志可以說是個人發射力量影響他人並受影響的人際經驗。

安寧護理人員，無論是因為哪一種照顧情境的衝擊，而造成使得自己愛的付出能力受損，都脫離不了「願望」→「意志」→「抉擇」→「愛的付出」→「承擔責任」的循環過程(May,2001 & Yalom, 2003b)。在照顧經驗中，當某個環節出問題時，其他環節的經驗內容，便需要當事人加以反省和確認。例如，當「愛的付出」感到無力時，當事人會開始懷疑自己的「抉擇」，於是開始考慮新的「抉擇」可能，但是要做到這點，個人需要凝煉自己的「意志」，可是「意志」不是空泛沒有內涵的東西，它必須以個人深切的「願望」為基底，重新肯定自己的價值感，然後未來才有可能開始形塑，由「意志」、「抉擇」而到「愛的付出」。經過這番反省與凝煉的過程，當事人不僅可以再度找到關懷付出的力量，同時還會「願意」承擔後續一切可能的「責任」。

以上這段循環圈，我們可以用曉茵對一段照顧經驗的反思過程來說明。曉茵在病人過世後，因為病人是虔誠的基督徒，她希望她的佛教師父可以化身為小天使來接引病人，但是師父沒有回應她，渴望被支持的曉茵感到非常挫折，於是她就自己誦起經來，祈求佛菩薩慈恩加被，但是心靈深處卻毫無音訊。

「那天下班的時候我很難過，然後我又去佛堂唸普門品，因為祂(菩薩)沒有回應嘛，它(佛經)不是說在黑夜裡面，反正就是惡鬼呀！什麼、什麼你只要唸觀世音菩薩，祂(菩薩)就會出現來幫助你，我就想說，祂(菩薩)講這個…怎麼這麼吝嗇呀，這麼困難都出現了，為什麼我這麼簡單的祈求祂，一點回應都沒有(H007)？」

於是曉茵的情緒跌到谷底，對佛經的信念也喪失大半，「我邊想…我邊唸邊哭呀，我傷心、我心裡就想祂(佛經)根本就是騙人的嘛，可是我還是把它(佛經)唸完了，然後我就回去，可是我當時很失望…(H007)。」事後，師父告訴曉茵，她「自己」就可以跟觀世音菩薩祈願。曉茵經過反思後認為，「他(師父)想要幫助我跟祂們(菩薩)的連結…我知道我把他(師父)擬人化(H007)。」

當曉茵在愛的付出過程中遇到邊界處境，看見自己與病人死後溝通的無能為力時，她最初的反應是尋求師父的幫助，但是她把師父神格化(「擬人化」)了；換言之，她把師父放大到不是他(師父)應有的程度，相對也把「自己」可以擔負的「責任」轉交出去。即使是後來的唸經求菩薩，也是類似的過程，因此曉茵才會感受到，至高的終極拯救者沒能顯現神蹟。但後來經過反思的曉茵，似乎了解到，師父的不回應是爲了「我」跟祂們連結，此時「自我」在邊界經驗中應該擔負的存在「責任」，才浮現在曉茵的視框中。雖然看見不等於做到，但是看見卻是做的開始。

參、留心語言背後的沈默底景

我們前面提過，安寧護理人員在臨終照顧的過程中，另外一項明顯的壓力來自於沈默底景下的言說，在死亡臨現的場景中，她們往往有不知道該說不該說，說些什麼，或是來不及說的困擾。於是，要在這個挫折層面做好自我照顧的工作，就是要透過反思學習的過程，看見言說背後的沈默底景，其實不是恐怖的死寂，而是潛藏生命力量的泉源，蘊含著豐富的意義內涵。同理，Merleau-Ponty (2001) 也認為，自我週遭環繞著沈默，自我的發現就是從這個沈默世界中浮現出來的。Lauterbach & Becker (1996)把沈默的現象帶入護理的世界觀察，她們認為護理人員的教育與臨床經驗往往是鼓勵沈默的，許多護理人員的工作職場並不鼓勵她們分享彼此的心聲。因此，安寧護理人員言說困境的突破，一方面跟學習聽見言說背後更廣泛的存在脈絡(沈默)有關，另一方面也和反思及表述自我週遭更廣泛的存在脈絡(沈默)有關。

先琳在幫一個病患洗澡的過程中，不經意地聽見了言說世界背後原本沈默的聲音。「我就在那邊幫她洗啊!然後也沒有特別療程，就是放音樂，就是幫她…就是泡澡…然後按摩浴缸就這樣…波…波…這樣的聲音。啊妳只是幫她搓搓揉揉阿!然後幫她按摩頭啊!怎樣…然後她就突然大哭起來 (B010)。」只是「搓搓揉揉」和「幫她按摩頭」的肢體接觸，沒有任何企圖挖掘病人內心世界真相的言語交談，病人的情緒就透過淚水的奔流而釋放出來了。除了情緒以外，還聽見了病人原本說不出的生活世界脈絡與訊息。「然後才知道她其實都一直不敢講…不敢…不敢跟其他人講說…她先生外遇又不合…然後才知道，原來我們看到表面的笑不是真正的笑 (B010)。」於是，在這個與病患互動的過程中，原本沈默的世界現身說話了。如同《因為，你聽見了我》書中提到，水能夠觸摸、相遇，這經常是令人

愉悅的，病患的身體在剎那間重新成為有感情和愉快的聖地，所有不再被觸摸的病人，享受這沐浴，形同是最後的自我重建和最後的感激（Hennezel, 2000）。

根據 Merleau-Ponty (2001) 《知覺現象學》中的身體觀點，「身體主體」(body-subject)的空間並非只是物理的空間，而是情境的空間，它又是由「身體圖式」(body-schema)為底景的運作而經驗到的，換句話說，我們的身體並非在空間中並列的各個器官的組合，而是在一種共有中擁有我們的整個身體。梅洛龐蒂對「身體圖式」的定義是「我的身體對目前的或可能的某項任務時所採取的姿態」，所以身體是與姿態、空間、情境不可分割的一種行為圖式；身體圖式是一種意識無法控制的動態運作意向性、空間情境的投射基礎，能自發透過身體的感應而與環境氛圍進行對話。此外，身體本身的體驗亦揭示了一種「原始空間」以及「存在空間」，得以向外開展出生活世界中的意義網絡。

因此，雖然先琳說：「妳…只是在旁邊陪她，啊我們也不是在幫她注意什麼…也沒有任何言語的跟她…特別跟她談什麼因為身體上的接觸就這樣就聊起來了（B010）。」但是，護病之間彼此「身體上的接觸」，已經在知覺經驗中構築了存在世界的意義交流網絡，讓彼此得以心領神會。這個體驗對於先琳後來的照顧經驗影響極大，她透過觸覺與病人身體的情境空間溝通，看見了生命存在的底景脈絡，也從原本沉默的病人世界中，聽見了他們情緒的心聲。她說：

「因為這樣學到一個…一個想法跟觀點。我常常不用什麼語言，就是按摩。對啊！最常做的就是這樣，然後…就是真的去…想要去關心她。因為病人我都覺得語言上已經沒有辦法去讓她們去瞭解妳想陪她的動機。有時候，妳太多的言語，她會覺得很累…因為她們身體已經很累，沒有辦法再跟妳講些什麼！那…就算她…在中間接觸的過程，妳肌膚的接觸就是最好的溝通的一個管道（B010）。」

這樣一個反思體驗的轉折過程，讓先琳體會到概念語言的侷限，但是，卻也開啓了一個意義豐富的身體語言世界，讓她逐漸能夠與臨終處境下的言說焦慮及挫折共處了。

安寧護理人員的深層自我照顧功課，一方面需要揭露病患與家屬背後的存在脈絡外，另一方面也要朝向照顧者，自我浮現的生活世界及背景脈絡發掘意義。懷芷是一位積極學習成長的護理人員，利用時間在外參加安寧相關課程及成長團體，如藝術治療和悲傷探索等，以能走進病患與家屬的世界，並將所學運用到臨床照顧工作上，真正照顧到病患及家屬的需要。她曾經有過被誤解的經驗，當時病患因為睡不著要求打針，結果針打了還是睡不著，吵得家屬也睡不著，抱怨連連，並且把怒氣轉移到懷芷身上，到處去批評，使她覺得很委屈。但是「我後來想一想，更辛苦的其實是家屬，因為他們必須在這邊顧病人 24 小時，對啊！那種心理壓力可能比我們還大，對啊！因為我們上班 8 個小時啊，那種壓力，可能下班後就解放了！對啊！就是，後來我就是想說，幹麼那麼氣啊！後來就是會反過來去想，那個阿媽的立場(E007)。」懷芷透過反思的過程，看到家屬憤怒背後的需求，所以變得能夠同理病患家屬的立場，也使自己得以釋懷。

除了安寧療護的訓練課程外，懷芷還會自己參加成長團體，從中體會反思自己在生活上與家人互動的關係。「老師講了一句話，就是讓我很深刻，就是說，我們常常在工作上只傾聽病人在講什麼，我們有沒有傾聽過家屬？有沒有傾聽過自己的親人？或自己身邊的朋友真正在講什麼？就覺得自己應該試著去做做看(E007)。」因為注意到悲傷經驗的同理探索，懷芷也開始傾聽自己的家人與病患家屬的聲音，而且就是因為有了這樣的省思，增進了她與男友的互動關係。

肆、情人角角的反思

初來安寧，接觸到的團隊與自己理想中的安寧團隊，有很大差距的曉茵坦承，一開始發現問題的時候，「很難過，真的很難過，很失望，很挫折（H002）。」不知道該如何調適自己？當時巧遇 SARS 期間，其他單位需要大量外援的護理人力，有些心灰意冷的曉茵，填了出去支援的志願，「我就決定我去了，我也不想回來了（H002）。」選擇離開是多數護理人員，遇到困境無法調適時的決定。「那時候我壓力很大，因為那時候我一直想走，然後在我團隊裡面，我沒有一個支持點，沒有著力點，互相支持的一個東西（H002）。」於是曉茵開始尋求外部的資源，經常去找師父聊天，曉茵的思維因此有了一些轉變，「就這樣不經意的聊，我覺得他給我的東西，都很簡單，可是改變我很大，因為那一塊是剛好我沒想到，所以我覺得唸頭就是這樣，只要一轉，你的方向你的念頭就會不同了（H003）。」與師父聊天，就像一個觸媒，開啓了曉茵另一片思維的天地，「回來之後，我整個人就很大的改變，我就想到『和』啦，就這個『和』這樣子（H003）。」從決定離開，到跟人「和」，而這個「和」也表示曉茵看待團隊的視框有所調整，對團隊的看法因此有很大的轉變。「其實我覺得有時候，同事之間的相處還滿容易的，你不用去做太多事就可以了，因為有時候那種…可能每個人的想法不太一樣，然後我就會想說『和』就好了啦，所以我後來…大家找到一個平衡點，我只要跟每一個工作人員，有一個平衡點這樣就好了，然後我會把心思就放在病人身上，建造一個環境上，我覺得好的方式啦（H002）。」經過視框的調整，曉茵看見一個更寬廣的視域，認為跟大家「和」，比做事更重要。

卉參在遇到團隊溝通問題時，和曉茵一樣有挫折的情緒，「會覺得滿難過的（F012）」可是卉參選擇做自己，「我自己先以身作則做好，看能不能別的同事看

妳是怎麼做，人家是怎麼做，能夠互相影響 (F012)。」卉參期待大家共同努力，讓團隊更上一層樓，而不是消極的選擇離開，「我一直告訴自己說…我不希望說因為覺得這有問題而離開 (F012)。」曉茵和卉參選擇改變自己的思維方式不同，但是內涵卻大同小異，都是先從自己做起，試圖調整自己的視框，而非一味的去改變他人的作為。

有過安寧經驗的懷芷坦承，「剛來的時候，我就是覺得落差很多 (E013)」，自己忍不住會拿現在和過去作比較，但是又不忘提醒自己不該比較，「我覺得自己不應該這樣子比，因為畢竟這邊跟 xx 醫院起步不太一樣，因為這邊畢竟，才成立才 3 年多，我們要人家符合醫學中心的標準，那樣實在是太難了。而且那邊的病房已經有 5~6 年的經驗了，這邊也才 3 年多，雖然說他們是進步的比較慢…可是，還是可以期待的 (E013)。」懷芷試圖調整自己的視框，認為團隊需要的是時間，對於自己所屬的團隊還有進步和改善的空間。和懷芷一樣，曾經有過其他安寧照顧經驗的先琳，則似乎還困在自己與團隊溝通的挫折經驗裡，「或許我…想太多，或許這裡是一個很好的地方…可是我都一直…我覺得我在調適，還沒有調適過來 (B012)。」雖然試圖改變自己想法，但是，先琳似乎還找不到真正可以說服自己的理由，反倒是，她看見自己被困住的點，「就是一直在局限，在…一直沒有察覺它的好；一直察覺它的不好 (B012)」，先琳知道自己的觀點偏頗，但似乎還無法說服自己，改變自己的視框。

需要團隊的支持力量，是安寧護理人員共同的感受，然而當需求無法滿足時，除了試圖改變自己的思考框架，有些人則選擇做自己、有人選擇融入團隊，在這樣自我調適的轉折過程中，如同先琳的經驗，困在自己的思維窠臼裡，該如何找尋自己可以依循的方向，在安寧照顧的領域繼續前進，則是安寧護理人員自

我照顧的要點。

卉參在安寧照顧的領域，遇到壓力和挫折的人生哲學則是「做就對了」。不同於易筠的病房歸屬感經驗，卉參的轉念「覺得不是回到病房那時候（F017）」，而是在參與志工訓練課程時有所體悟，「在上那些課的時候，就會想到病房一些事情（F017）」，卉參回憶自己的挫折經驗，「那一次我真的很失落，那種失去的感覺（F017）」，因為身為活動組的成員，幫忙辦一個志工與病房同仁的聯誼會，因為大家興趣缺缺，加上對聯誼會有許多不同的意見，參與的人並不熟絡，讓卉參非常失落。「回家之後很難過，自己就一直哭、一直哭（F017）」平日有任何情緒都會跟男友分享的卉參，這回選擇自己獨處，「自己在那邊哭，最後一直哭，就想到一句話，想到 XX 法師說過的一句話…做就對了。何必去想，在乎這個付出還要有所求什麼呢？那一次就真的體會到什麼叫做就對了（F017）」。卉參在大家不熱衷參與活動的情況下，雖然感到挫折難過，但是也在這個過程中，有機會與自己的內在價值對話，從而堅定了自己在安寧照顧走下去的信念。

安寧團隊的溝通問題，對用心投入臨終伴護工作的護理人員，確實是個負擔沉重而難以超越的挑戰。Cassidy(1999)在《幽谷伴行》一書中，便非常坦誠的揭露了這個人際衝突面向的存在，但是卻不去敘述這些衝突的原因，因為他認為陪伴人員最重要的願望，是能夠解除這龐大的壓力和負擔。但是事實上 Cassidy 對於安寧團隊的問題，還是提供了她的親身體驗與卓見。她認為人的精力有限，在投入非常耗神的臨終照顧工作之餘，能夠剩下的能量已經沒有多少。工作成員之間的磨擦時常發生，派系、小圈圈、嫉妒、爭執也時有所聞，但是後來為改善情況而設立的支持團體，卻對現實有損無益，因為大家挖掘出更多的團隊問題，卻無法公開談論。所以接受安寧以外支援系統的協助，成為後來的解決之道，因為

當團隊成員，在外來公正人士面前卸下憤怒與沮喪後，就不需再將情緒的包袱，不適當地加諸同僚身上了。

以上 Cassidy 對安寧團隊問題處理方式的提醒，當然有其價值，不過從護理人員的角度而言，如何在面對團隊溝通的極限處境下，與壓力共處；並在自我反思的過程中，重新調整自己的視框，才是自我照顧工作的重點。

第四節 邁向自我的蛻變

安寧護理人員於死亡的臨現下，承受存在壓力的衝擊，其深層的自我照顧之道，在歷經「讓原初自我現身」、「反思」、「與挫折和焦慮共處」等階段後，便會開始進入新生自我逐漸成形的階段。換句話說，當事人會有某種自我蛻變的經驗。當然，存在壓力的挑戰是不會間斷的，深層自我的照顧工作也需持續下去。因此，本節所要描寫和詮釋的自我蛻變，是經過反思歷程後，表現在護理人員個人與照顧經驗某些面向的品質，這並不表示當事人能力已經完美，而是其意識逐步擴增、人格日趨完整的表現。

根據以上基本觀點的說明，本節將先描寫護理人員於「做」的自我照顧方式中，如何融入「在」的品質，其次再敘述因「在」的自我照顧，帶來個人觀念與態度上的質變。接著要闡明的是，由深層自我照顧所導出的臨終關係質變，最後則以呈現「在」的臨終陪伴品質，突顯安寧護理人員自我照顧工作，在增進陪伴工作品質方面的可能效應。

壹、自我照顧的深化

我們在第四章中，曾描寫詮釋過「做」的自我照顧方式或管道，如築起防禦保壘、避免遺憾、讓自己喘口氣、與人分享、參與宗教和成長團體等。這些安寧

護理人員所採取的自我照顧方式，對於立即性的照顧壓力緩解，有一定程度的作用，但是對於造成照顧壓力來源的存在挫折與焦慮，是無法根本因應的。從「在」的自我照顧觀點，並非上述這些管道或方式是無用的，而是當事人必須要將「在」的品質，融入這些照顧作為中才行。換言之，當事人不是這些照顧方式，當成是隔離存在焦慮或挫折的手段，而是要透過這些管道，讓自己與存在的焦慮或挫折相處；並從反思歷程中，重新調整自己的視框及態度，如此，才能是「在」的自我照顧方式。

從這個角度加以討論，任何築起防禦堡壘的照顧方式，無論表面上如何冠冕堂皇，其實都與「在」的自我照顧無關。至於其他的照顧方式，有可能是「做」的照顧，也有可能是「在」的照顧，端視其具體的意義內涵而定。以減少遺憾這個自我照顧的方式為例。多數的護理人員在進行這個照顧方式時，是把原始的死亡焦慮，轉換為比較可以處理的具體作法，如及早做事、創造回憶或是交待後事等，以增進自己的價值感，以及發揮安心與撫慰的作用。但是，讓自己遺憾少一點的作法，也可以是具有「在」的品質的自我照顧之道。

例如，下班時間常常延遲的先琳，她對病患的照顧被沛菊形容為加了「料」，可見其照顧品質於一斑。她一樣有及早替病患做點事的想法：「像我現在想替病人洗頭，我就會馬上去做，因為我怕沒有明天了。這是我以前學的經驗，我之前會很像，我可能跟這個病人說，我明天幫你去洗澡，但是病人那天不舒服啊！啊可能你很忙，忙到啊！不好意思沒有洗到你，隔天往生了…(B018)。」先琳的「馬上去做」，並不只是為了避免自己可能的愧疚而已，更重要的是，這種活在當下、立即回應的作為，已經成為她個人內化的照顧品質了。Yalom (2003a)提過，專注於當下活著，乃是一項死亡覺察帶來的個人品質轉變。這種品質表現在先琳

對病患承諾的慎重態度上，「那種東西你就放著在心裡說，不能先講，雖然有這樣想，但是不能允諾病人。然後我允諾了之後，我就是當下做完(B018)。」能與病身處境同在，她為病患所做的任何一件事，就不是「多」做的，也不是「為」病患而做的，而是一種出於內心的自發，「所以就…其實我對 delay 下班這件事情，我不會很在意，也不會因為這樣子，讓我覺得很累，不會(B018)。」這就是一種具有「在」的品質的自我照顧。

其次，以與重要他人分享自我照顧方式為例。多數時候，護理人員分享的需要是在於壓力的宣洩，和希望得到同理、支持。通常第一個層次比較容易滿足，但是第二個層次就未必能做到了，因為護理人員分享的親密友人或家人，一來未必熟悉其護理專業領域，一來多數有接觸死亡的禁忌，不願聽聞她們的分享，「幹嘛要說這個」是最慣常會遇到的反應，懷芷、先琳、沛菊等人都有過類似經驗。但是，如果護理人員能在分享的過程中，做到雙向交流，有真正建設性的關係發展出來，並且幫助她們反思、釐清壓力事件的原由，這樣的自我照顧便有「在」的品質。曉茵對於與分享對象之間的建設性關係，有以下細膩的描述：

「我覺得這個分享的講，就是一種負面情緒的釋放，因為有時候負面情緒他是複雜的，你沒有統整它就亂了。然後你會在講的過程當中，慢慢把這個東西串起來，然後串起來之後他就會有一個邏輯。然後為什麼有時候會覺得講很重要，因為其實那個對象，他也有一個磁場，那個磁場，其實會幫助你統整這個部分。對，慢慢釐清，透過他一兩句話，因為我覺得講話其實很有趣，因為你知道我是這樣講，可是無形中他會有另外一個角度。可是有些人，他就會領會到那個角度，有時候他可能就會往另外一個方向引領，有時候你只要方向一轉，你的所有思緒和你看事情的角度，又會有另外一片天(H009)。」

可見從語言的交流中，可與「負面情緒」共處，進行思緒「邏輯」的反思整理以及「方向感」的確立，更重要的是，可以經驗到關係營造出來的生活「磁場」。視框的調整加上超越自我的逐步浮現，這是具有「在」的品質的自我照顧了。

至於參加學習及成長團體的自我照顧方式，一樣也有兩種不同的品質。在第四章中提到易筠、卉參和秋舫的例子，她們參與讀書會和成長團體，雖然也有觀點交換和反思的收穫，但比較突出的部份，則是團體歸屬感帶來的照顧關係。易筠對參加院外安寧成長團體經驗的描述，就很有代表性。她說：「成長團體嘛！…所以每個人都會講出自己的心路歷程啦！然後甚至大家在那邊都被支持到，而且有被照顧到！我覺得那個…那種感覺真的是很不錯！對啊！我會覺得說其實成長團體…。會覺得說護理人員的那種情緒部份，應該要被照顧到啦！（J008）」透過團體的接納，讓自己的情緒開放和受到照顧，是易筠最大的收穫。

先琳參加成長團體的學習內涵卻大不相同，她把握機會「學習」在臨終照顧上，可以運用的知識與技術，讓原本使自己獲益的東西，也可以讓病患受惠。她說：「我比較賊啦！我去上課的時候，有時候，故意要放鬆，老師就是讓我們放鬆。但是，我並沒有很放鬆啊！我一直去強記老師現在的語言，去硬記老師現在話帶到哪裡了，然後會馬上記進來，然後回家再趕快練習（B010）。」觀看的學習，永遠是他人的經驗。先琳認為唯有透過練習，才能內化，「我就說…對啊，要練習…就是那個練習的過程啊！妳也會想辦法讓老師的東西，變成自己的東西啊！然後妳再加自己的東西，就變成妳要練，就像操作技術一樣啊，東西給妳，妳還是要自己去練習，妳才會用出來，而且最主要妳要敢用出來（B005）。」學習的要點在勇於嘗試，並於課後勤加練習，才會有成長的經驗。「再去分享的時候啊，那一起去的人，就會覺得…為什麼一起去，回來東西會收穫不同啊！然後我就問

她說，妳有練習嗎？她就說啊，下課還要練習喔（B005）！」可見先琳在參與的過程中，表現出最重要的特質，其實是「用心」，也就是有「在」的品質融入，所以學習和成長團體就名符其實了。

貳、個人態度的質變

May (2004)在焦慮意義的存在心理分析中指出，面對和回應焦慮可以擴增個體的意識覺察範圍，同時促進人格的發展及自我實現。他同時引述葛斯汀的說法，認為焦慮的建設性用途就像是，「健康的孩子雖然在成長的過程中會跌跤、受傷，但他還是學會了走路。」人類因應焦慮的心理機轉是，在極端處境下面對非存有的威脅和挑戰時，個人要有「意願」，並找到「理由」或「價值」去面對危險，因為負面的情感如恐懼和焦慮，最終只有藉著強有力的建設性情感，才能加以克服，也就是雖有焦慮依然前行的能力。具體的說，個人要能面對焦慮就必須形成「方向與奉獻的架構」、「終極關懷」或「虔誠」等價值系統才行。

同理，安寧護理人員深層自我照顧的目標，也就在形塑適當的價值系統，導出正向情緒的力量，以對抗由死亡處境引發照顧者的個人焦慮。換句話說，若是這個層次的自我照顧工作可以落實，個人在面對邊界處境與挫折的態度和能力，就會產生質變。Yalom (2003a)在存在心理治療的分析中便提到，死亡覺察可以為個人帶來「精神官能症的治癒」、「活在當下的態度」、「珍惜現有幸福」及「去個人中心」等改變。歷經深層自我照顧的安寧護理人員，則有以下的個人改變。

因為安寧的照顧工作讓懷芷學會不計較，真正的為自己而活。「之前我會覺得，好像人都是為了工作，為了別人，為了別人活吧，可是現在會覺得，就是慢慢這樣子工作過來阿！也會從…就是看書當中，學到一些東西，就會覺得，其實有很多東西，是不需要這麼計較的…應該說看的更開（E006）。」懷芷所謂的「為

自己活」、「看的更開」似乎隱含著舊自我的剝落，以及新自我的慢慢成形。「我覺得…有時候要對自己好一點，我會覺得我愛自己的方式，就是不要勉強自己；不喜歡或者是不想去做的事情。以前會覺得拒絕別人，好像會傷到對方的心（E009）。」常常在宗教領域反思的曉茵，她的轉變則是在觀念與方向上的調整。「因為那一塊是剛好我沒想到，所以我覺得念頭就是這樣，只要一轉，你的方向你的念頭就會不同了，然後我想他剛好就轉到我這一個部分，這樣一轉，我就覺得對、對、對、我的受用很大，回來之後我整個人，就很大的改變（H003）。」

一邊工作一邊進修的易筠，婆婆希望她能「放掉一邊」，因為擔心她太辛苦。但是，因為易筠喜歡臨床、不想離開安寧，而且覺得自己是個「要求很高」的人，凡事要做到百分百，事事求完美。不過結婚後，她開始告訴自己「盡力」就好，不可能做到完美。遇到挫折，易筠也曾想過離職，但是每當想到病患、家屬的需要，她就覺得要繼續堅持自己的價值和信念，繼續在安寧服務。「我覺得…我現在就是說，我要比較自我主張，想做自己。我不想當…當什麼、什麼人的影子。其實人家跟我說，不用這麼的辛苦！可是我會覺得說哦！我都跟…跟人家講，踏上安寧的不歸路了，我已經不能回頭這樣子（J014）。」透過反思，易芸清楚的知道自己要成為什麼樣的人，「做自己」猶如新自我的誕生，而「不歸路」似乎也代表了肯定自己的選擇，對安寧這個工作場域的歸屬與認同。

卉參在深切「體會到無常」之後，工作態度反而放鬆許多，她同時也接受男友的看法，認定自己在安寧工作「是有福報的人」，這個價值系統形塑的自我認同，正是卉參在安寧成長的主要內涵，她注意到自己認同的價值觀，有很大的改變。「在這個病房之後，然後會讓我有更深入說，去接觸到宗教的部份對我有幫忙，我覺得自己成長很多（F006）。」成長的原因是心靈層次的開啓，自己變得

「不會那麼的物質化，就譬如說：像我講我不會去聽流行音樂，可是我在大學的時候還會喔，但是…然後、然後…就是等於說好多東西，就好像那已經是不必要的（F007）。」這就是卉參在安寧的自我蛻變。

圓晴最顯著的改變是對「關係」的珍惜，也比較會自我反省。

「對待關係，對於父母親會比較會珍惜。以前我的個性很直，跟我爸爸講話都很直，現在比較不會了，都會想一下。或許說以前你有什麼過錯我會直接講出來，但現在我會想說他是長輩，有些妳沒有辦法改變的東西，妳再怎麼講也沒有辦法，反正我覺得我已經講過了，如果說是我自己不對，我自己也會反省（G009）。」

曉茵在關係對待的個人修養上，也有類似的醒悟與轉變。

「我改了很多，就是直，有時候我話這樣一出來，就欠一丫就傷到人家，我媽媽比較會有感覺。可是我現在不會，我現在就是，就像我說的是和啦，我會順這樣，然後，我也不會跟我媽去怎麼樣這樣，因為我覺得人生命太短了，我覺得應該珍惜的部分很多（H004）。」

參、關係質變下的陪伴

安寧護理人員的自我照顧課題，之所以重要，是因為臨終照顧關係的死亡臨現，往往會為護理人員帶來強大的存在衝擊。因此，「能夠照顧好自己，才能照顧好病患」的主題才會浮現。但是，由於個人與關係是一體的兩面，特別是臨終的照護，更是人類存有共在關係揭露的場域，所以深層的自我照顧工作，必然要回到臨終護病共在關係議題的反思上。方志華(2004)在《關懷倫理學與教育》一書中，引用女性主義者 Noddings 的關懷倫理學，就在闡述「關係是存在基礎，關懷是道德基礎」的原理。她發現人對潛在責任的覺知和關懷，以及由此呈現無可逃於天地之間的关系，才是自由感更深層的存在基礎。由此衍生出來的關懷關

係包括兩個面向：即關懷者的接納和受關懷者的接受。前者是去接受對象，讓對象能自由地開展自己，關懷者就在此自我的開放與接納中，顯現他的獨立自主；後者是在接受關懷中，自由地表現自己、成就自己。而受關懷者的自由開展，便是關懷關係的完成與成就。

在臨終照護的場域上，安寧護理人員於自我照顧歷程中，觸及到最關鍵的關係課題，就是由「我一它」(I-It)關係的照顧，蛻變至「我一汝」或「我一祢」(I-Thou)關係的陪伴。此過程是以自我心智為中心，把對象當成物的對待關係，轉換成以存有覺知為中心，把對象當成目的的對待關係(許樹珍，2001)。通過原初自我現身洗禮的安寧護理人員，都會一定程度，經驗到新的自我認同，在護病的「我一祢」關係中，逐漸形塑自我的發展。在這樣的關係體驗導出的新自我，表現在臨終照顧上，就是融入了一種「在」的品質。

當護理人員在臨終陪伴場域，開放給自我的原初過程時，處在「我一祢」關係的關懷循環中，就很可能會經驗到，護病之間的存有連繫與感通，用先琳的話轉述，就是有一種「能量的互換」存在於彼此之間。「病人很…妳做過什麼東西，可能按摩阿!還是怎樣…她就是很…妳在陪伴的過程阿!她就會有一些 feedback 阿!還是有一些真情流露的部分，妳會覺得今天真的過的很好，很充實、很有東西。實際上，不是我們能給她什麼，因為她…能量是互換的，我給她，她也給我是互換的(B011)。」曉茵則把類似的經驗形容成「給的快樂」，讓陪伴者觸及生命源頭活水，充滿了一種取之不盡、用之不竭的喜悅。「我覺得給很奇怪，在給的裡面，好快樂唷!那種快樂好難講…就是好快樂!好快樂，不知道可能比許願還多，我不知道那一塊從哪裡來的，就是好快樂，就是沉靜在那種歡喜，很幸福、很快樂(H021)。」曉茵「不知道那一塊從哪裡來」的敘述，所指涉的正是融入

「我一祢」關係後，心智自我消融的效應。

先琳認為，這樣的陪伴關係讓病人更堅強。「照顧病人…我覺得…要再談深一點，可能妳要讓病人信任妳，這是很重要的。就是可能妳承諾他的話，妳一定要做到。就是說…妳讓他有信心…信心不是說他生命延長，而是說有妳的陪伴，他會更堅強（B005）。」因為護病關係的本真締結，可以讓病患感受到存在的意義與價值感。有時這樣的陪伴關係，也可以讓病人的症狀緩解、情緒放鬆，例如先琳照顧過的一位肺癌阿媽，「經過這樣子，她的呼吸跟喘也有比較緩和，對！可能就是心情上不會那麼急躁啦！」而更重要的訊息是，在「我一祢」關係中，施者與受者的角色模糊了，施者往往無法設定給出的回收為何，而且可以從受者身上得到許多意想不到的受用。「Lung Ca 阿媽，反而會帶著妳去經過那一段…妳在冥想過程的內容。有時候是妳會預想阿媽…可能就會收集一些資料，那喜歡什麼阿？或者是常常去哪裡？阿！妳實際在進去的時候，反而阿媽會講出很多東西，是妳意想不到的，是在那個中間有趣的過程的那一個部分（B009）。」

當伴護者沉浸於「我一祢」關係的交融時，往往可以使她在死亡臨現的場景中，產生強大的正向情緒，無懼地堅守自己的崗位，繼續付出愛的關懷，直到最後一刻。曉茵就曾經有過這樣深刻的伴護體驗，一位臨終病患即將去世的時刻：

「我看他的時候他已經快走了，本能的，我覺得我要給他，有點像說我要給他我全部的愛，我那時候沒有怕，沒有關係都很 ok，你即使吐了，吐在我身上也沒有關係，我知道你快走了，我就一直唸阿彌陀佛，…然後我一直抱著、一直抱著…後來就真的往生了，然後一直到我同事來這樣子，我就慢慢、慢慢把他弄到床上去，然後他媽媽知道他走了，就…一直哭（H006）。」

然而，「我一祢」關係下臨終陪伴品質的展現，不見得一定是如此驚心動魄

的經驗，它可以是再平淡不過的尋常畫面。曾經因為病人躁動、家屬要求打針而被責怪過的懷芷，後來「遇到另外一個阿媽，她就是早上…，然後阿媽可能前一天晚上也是，可能都沒有睡吧？就很躁動啊，可是打了止痛針，也是打了睡覺針，可是也都沒有辦法睡（E007）。」於是類似的處境，再度展現在懷芷眼前，這次怎麼辦？她說：「好吧！小姐，妳休息，我推阿媽出去就好了（E007）。」不是打針而是以關係陪伴，結果是：「那個小姐也睡了一覺，阿媽也在輪椅上睡了一覺，這樣就很好了…對啊！這樣何樂不為（E007）？」沒錯，在死亡臨現下，是關係帶來了最終的療癒，但也只有經歷過原初自我，現身洗禮的臨終伴護者，才能舉重若輕地做到這簡僕的人性回歸，而這似乎也就是安寧護理人員，自我照顧目標實現的最佳寫照。

第六章 綜合討論、結論與建議

本章根據前面呈現的研究結果分析，對照現有的研究文獻內容，以及詮釋現象研究的方法，將針對四個主題，進行研究反省的綜合性討論，並在簡要歸結出本論文的研究結論後，提出理論與實務兩個層面的建議，以做為未來研究與護理教育的參考。

第一節 綜合討論

壹、關於兩種自我照顧模式

在本研究進行之初，研究者參考了有關助人者自我照顧的文獻，發現許多護理相關研究，大都以助人者的壓力及其因應，來說明助人者的自我照顧課題。因此，在訪談大綱上列了有關壓力及其因應的問題，期待能由此線索找出安寧護理人員的自我照顧之道。進入研究場域之後，在田野參與觀察、研究訪談過程，以及閱讀存在心理分析理論之後，發現臨終照顧的存在焦慮，才是護理人員真正的壓力來源。於是將訪談文本及參與觀察的資料分析，以兩種壓力因應模式，來加以描寫和詮釋，藉此，理解安寧護理人員自我照顧模式的基礎。因此，在論文中呈現的是「做」的自我照顧模式，以及「在」的自我照顧模式。

需要說明的是，這兩個模式彼此間並不互斥，相反的還有不少重疊的地方。基本上，「做」的照顧模式比較外顯，而「在」的照顧模式比較內隱，但是實務上，我們很難說，那一位護理人員只有「做」的自我照顧，而全然沒有「在」的自我照顧；我們也不能說，「在」的自我照顧者就不需要「做」，或是照顧者就不會掉入，以「做」來轉移或隔離焦慮的照顧模式中。此兩種照顧模式，是研究者針對經驗文本、現象本質的詮釋焦點選擇，目的在於經驗類型的歸納區分，以及

提出它們可能的意義解釋。換言之，歸納為「做」和「在」兩種模式，不是截然二分兩種經驗，而是在詮釋安寧護理人員自我照顧經驗時，試圖從內外兩種角度去觀看其內涵與歷程，並藉此瞭解不同的自我照顧模式，對護理人員臨終照顧品質產生的影響。

若以本研究提出的這兩個模式，與現有的文獻對話，一般有關助人者「壓力—回應」的模式，與本研究中「做」的模式相似，但無法充分解讀因死亡引起之存在壓力與因應；Lauterbach & Becker (1996)提出的「自我反思」模式，相當程度說明了，本研究「在」的模式照顧內涵的特徵之一；而研究者由羅洛·梅(May)與亞隆(Yalom)的存在心理分析觀點，歸納出來的「與焦慮共處」模式，則是此自我照顧模式內涵的另一項特徵。此外，有關護理人員壓力源的探討，也可以與本研究護理人員覺察壓力之經驗內涵，做進一步的對照。

貳、關於詮釋現象學方法的應用

詮釋現象學，強調對生活世界經驗文本進行深描與詮釋，對於揭露語言背後，所立基之存在脈絡與文化脈絡底景，有其洞見。本論文主題因觸及安寧護理人員，在臨終照顧場域回應死亡焦慮的問題，有其人性經驗探討的深度，故詮釋現象學的研究觀點與資料分析方式，對本研究主題的探討有其優勢存在。就方法的應用而言，本研究結果的描寫與詮釋方式，也可以與應用現象學方法的護理研究文獻，進一步對話。

在方法應用的過程中，研究者發現本研究有下列幾點，值得進一步省思與改進。首先，研究者雖然在深度訪談之外，另有病房讀書會(兩週一次)參與觀察十個月，以及病房田野見習(參與觀察)三週的安排，已儘可能求取多元資料的取得；但是，基於研究時間的限制，參與觀察時間有限，所以觀察範圍僅及於護理

人員的工作場域，工作之餘的生活情境掌握甚為有限，即便是工作場域活動之體驗深度，也有不足之處。

其次，在資料分析方面，由於詮釋現象學無固定的文本分析步驟，強調在「部份」與「全體」之間來回穿梭，及研究者對經驗文本的整體視域化工作；因此，比起質性研究的概念編碼分析方法，不確定性也比較高。研究者雖然參照了，高淑清老師與指導教授的兩套分析架構，但在實際進行分析時，意義單元、現象脈絡與結構主軸這三個層次的轉換與融合，依然困難重重，形同進入生命浩瀚的大海。因此研究者體會到，詮釋現象學應用的困難，不在於方法本身，而在於它欲掌握立即動態生活經驗的企圖，故在應用的過程中，研究者的生命與學養內涵，也不斷受到激盪與挑戰。

最後，因為研究者對詮釋現象學研究法，在方法的應用仍在學習階段。故當初在設計訪談大綱時，以及訪談過程中，對於研究參與者的身體知覺經驗(相對於空間性、時間性與關係性) 資料取得較不足，以至於最後，在做結果分析的描寫與詮釋時，此部份的資料呈現比較薄弱，有待進一步充實改進。

參、關於理想的護理助人關係

近年來護理研究領域，以現象學研究觀點探討護病關係的論文，不論在質與量方面，均有相當幅度的成長，本研究從蘊釀到形成，也曾受到這股研究趨勢的啟發。研究者過去的護理教育與實務經驗，對於護病關係的體認，比較偏重於以治療關係為主導的模式。但是，在研究所的學習，因為受到關懷倫理學及相關課程的啟蒙，以及置身於本研究安寧病房的田野觀察，使得研究者，對於護病關係的經驗本質，開始朝向人本關係的面向關注。在整個研究的過程中，護病之間的治療關係與人本關係，究竟孰輕孰重的問題，以及如何平衡？不斷在研究者的內

心激盪著。

以安寧照顧的場域加以論述，人本關係的強調顯然是優於治療關係的。不過從訪談研究文本的呈現上，我們也可以看出，與病患在人本關係上的連結，雖然是護理人員所期待和肯定的部份，但卻常常也是帶給護理人員適應不良，極大挑戰的課題；反之，治療性關係是護理人員在養成教育，應該謹守的護病關係，但是，此關係的侷限性，在安寧照顧場域，以及其他慢性病患的照顧經驗，可以說是非常明顯的。究竟，安寧護理人員的護病關係，該如何在兩者之間來回、平衡，也正是需要研究加以探討的。

本研究，設定在護理人員的自我照顧問題，因此，護理人員如何調處上述兩種關係的緊張，便是研究者關注的部分。有關助人者的研究文獻中，以「關懷循環圈」的概念，傳達了治療關係與人本或社會關係，不可能截然切割的事實，端看醫療場域的特殊性，決定二者關係的比例與適用時機。把病患視為物件或視病猶親，可能都是較為極端的作為，前者的非人性化走向，是絕對令人難以接受的，而後者對護理人員不切實際的要求，在執行面上是有困難的，也是需要加以調整的；因為護理的本質不在於口號，而在於實際的照顧行動上。

肆、關於安寧護理的全人教育

由於研究者目前是護理教師的身份，使得在本研究進行的過程中，也不斷思考安寧全人照顧理念與臨床實務上的挑戰，帶給護理教育哪些省思？

安寧四全照顧理念的實踐，突顯出護理全人照顧的宗旨，目前國健局推動的共同照護方案，就是朝一般病房及醫療人員，吸納安寧照顧理念與作法的發展，因此，護病之間的人本關係正是強調的重點。然而從本研究的呈現中可以看出，護理人員在這方面的素養與教育支持都明顯不足。因此，從本研究中，可以直接

導出護理教育的討論議題為，如何強化安寧護理人員的在場支持，也就是如何對照顧者進行照顧的課題。一旦這個課題得到應有的重視，那麼，目前安寧訓練課程的內容，也就應該在技術層次外，更加重視護理人員之自我照顧素養的養成。但是，這個層面的課題，已觸及到安寧護理訓練的邊界地帶，究竟這些護理人員需要什麼樣的照顧與在場支持？值得思考的是，現有的安寧訓練課程，是否足以提供這群護理人員所需的支持與引導？

此外，影響更為深遠、屬於紮根基礎的護理養成教育部份，整體而言，強調覺察反思能力的培養，比較侷限在執行醫囑與護理技術的運用方面，在因應安寧全人照顧的臨床護理上，特別是應用在自我照顧的部份，顯然是不足的。此教育面向的調整，絕不是一件容易的工作，因為，不只是把生死學或安寧療護學科，列為必修的課程，或強化安寧臨床實習訓練，就可以減少理論與實務層次上的落差。因為就現實面而言，課程的設計、安排有其限度。此處引出的問題，其實是護理的養成教育，如何看待情意教育的重要性、師資的培養，以及如何將人文素養，融入現有的護理教育中，才是解決現有問題的核心。此議題，必然牽動到護理師資訓練與護理養成教育的全面性省思。

第二節 結論

本研究在詮釋現象學觀點的引導下，針對十一位安寧病房之護理人員，其自我照顧的經驗進行研究，綜合田野記錄與訪談文本的分析，得到以下四點結論：一、安寧護理人員的自我照顧課題，就其經驗本質，可以從「做」與「在」兩種模式進行了解。前者是透過具體作為、管道或方式，試圖把自我和焦慮來源隔離，以便讓個人感受的壓力緩解；後者則與特定的作為、方式或管道無必然關聯，而是涉及與挫折共處和自我存在態度的調整，唯有如此，個人才能因應因死亡引發

的存在壓力與焦慮。

二、從「做」的自我照顧模式中，常見的壓力回應方式包括：「築起防禦堡壘」、「讓遺憾少一點」、「創造喘息空間」、「與重要他人分享」及「尋求宗教與成長團體支持」等。

三、而「在」的自我照顧模式中，壓力的回應包括兩大課題：(1)與存在挫折和焦慮共處；(2)透過反思歷程，達到自我存在的超越，付諸新的行動。

四、安寧護理人員自我照顧的真正意涵，就是讓原初的自我現身；而自我照顧的深化，則將為護理人員帶來個人態度及臨終陪伴關係質變的效應。

第三節建議

除了上述呈現的研究結果，研究者參與此研究的過程，不論是再次經驗自己曾經是位臨終者家屬的心境，或是臨床護理人員的照顧角色，除了對臨終病患及家屬的擔憂，更能感同身受外，也不吝分享自身的生命經驗。短暫卻深刻的研究歷程，對研究者本人的生命旅程，再次激起擁抱生命的熱情火花。研究者在研究期間，經驗不同角色（臨床見習者、讀書會的會員、護理人員的支持者）的心情以及在轉換過程中對自我的學習與照顧，除了提醒自己好好自我照顧外，更看見自己在護理教學上的責任與義務。

根據前述的綜合討論與結論，研究者針對相關的研究與實務領域，提出以下六點建議，以提供其他研究者、臨床實務人員，以及護理教師參考之用：

一、本研究因觸及死亡場域，助人者的存在壓力課題，故以「做」與「在」兩種模式，呈現安寧護理人員的自我照顧內涵。事實上，「做」與「在」只是概念上的分殊，以便讓我們看見現象學意義下的兩種意向活動，但更重要的是，這兩種意向活動的整全，才是安寧照顧全人理念的實踐。由於其他領域之護理人員，以

及安寧照顧團隊之其他專業成員，也都會觸及類似的存在壓力課題，只是其情境條件各自不同，因此建議可以將此自我照顧之解讀方式，延伸至這些專業人員，進行自我照顧內涵之探討。

二、根據本研究發現，安寧護理人員深度自我照顧的關鍵因素，與她們和焦慮共處及自我反思的能力息息相關。但是，本研究僅提供此部份的情境描寫，以及存在心理分析觀點的詮釋，並未將臨終照顧處境下的焦慮經驗，和其他取向的死亡焦慮了解進行對話；也沒有進一步針對臨終照顧的反思經驗，與護理教育反思的內涵，進行經驗層次的探討。因此建議未來的相關研究，可針對這兩項因素再行深化研究。

三、基於本研究對安寧護理人員存在壓力之瞭解，建議安寧照顧相關單位，規劃成立在場支持系統，以及強化自我照顧之教育訓練。由於目前安寧基金會與照顧協會等機構的訓練課程，比較屬於一般入門訓練，或針對特定課題成立工作坊，雖然有其不可磨滅之貢獻，但是卻無法提供有效的在場支持。建議相關主管單位如衛生署可以提撥經費，提供設有安寧病房之醫院申請，以強化醫護人員自我照顧所需的專業資源，使得在場支持不再只是流於形式的宣說。

四、建議護理養成教育，強化護理學生自我覺察及反思能力的培養，特別是運用在自我照顧層面。對有志投入安寧照顧行列的護理學生，應考慮強化其生死學、臨終照顧及安寧臨床實習之訓練，以減少理論與實務的落差。依據研究者在護理教育的實務經驗，現有課程架構偏重於護理專業理念及技能訓練的規劃。因此，建議應全面檢討不同學制的課程架構，以及省思情意教育與人文素養的內涵，如何可以融入現有的護理教育中。

五、建議醫院與學術單位合作，如在醫院開設相關自我照顧課程的學分班，除了

提供護理人員就近學習的機會，也讓學校教育人員，有機會分享臨床護理人員的實務經驗，讓護理的學術與實務有機會進一步的互動交流，而非單向的學習與努力。

六、欲將情意教育與人文素養在現有的護理教育落實，並非開設新的課程可以解決，有感於當前莘莘學子的學習環境，他們需要的恐怕不只是知識與技能的培養，而是可以提供他們更多的學習角色模範。所以，真正應該考量的是，師資能力與教學涵養的提升，建議護理師資人文及情意教學進修管道的多元化，以增進護理專業和其他學科對話的視野與能力，並提升教師將人文素養納入護理教學的意願與熱忱。此外，由於安寧照顧場域的特殊性，建議護理教師應定期至醫院或臨床參與教學，與臨床護理人員互相交流學習，讓護理教學更貼近臨床照顧的實務需要。

參考文獻

中文部分

- 中華民國護士福音團契 (2000)。靈性護理的理論與實務。台北市：護士福音團契。
- 方志華 (2004)。關懷倫理學與教育。台北市：洪葉。
- 王英偉 (2000)。安寧緩和醫療-護理人員的新定位。長庚護理，11(2)，80-84。
- 王萱萁 (2003)。靈性照顧認知與經驗之探討。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 石世明 (1999)。臨留之際的靈魂-臨終照顧的心裡剖面。未發表的碩士論文，東華大學族群關係與文化研究所，花蓮縣。
- 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 (2005)。臨終心理諮商的反思—如何與病人見面。生死學臨床學術研討會，花蓮市：慈濟大學。
- 石世明、余德慧 (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 (2001)。詮釋現象心理學。台北市：心靈工坊。
- 余德慧 (2003)。生死學十四講。台北市：心靈工坊。
- 余德慧、石世明、夏淑怡 (2005，4月)。縱身時間與沈默纏摺。生死學臨床學術研討會，花蓮市：慈濟大學。
- 吳庶深 (2000)。醫療人員的生死教育-當死亡迫近時。醫望雜誌，31，36-40。
- 李佩怡 (2003)。助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究。未發表的博士論文，師範大學教育心理與輔導研究所，台北市。
- 李翠鵬 (2004)。跨越視覺世界的藩籬—盲人知覺現象學。未發表的碩士論文，

- 南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 辛幸珍、江秀娟、戴正德（2002）。護理人員臨床工作中所面臨之倫理議題。**醫學教育**，6(3)，314-321。
- 林佑樺（2003）。新進護理人員感受臨床護理工作挫折之探討。**慈濟護理雜誌**，2(4)，83-92。
- 林明慧（1999）。癌末病患臨終期之安寧照護。**臨床醫學**，43(2)，120-128。
- 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。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 胡文郁（2004）。護理系學生接受安寧緩和醫療臨床實習教育介入之成效。**安寧療護**，9(1)，1-20。
- 徐臨嘉（1992）。悲怨的詮釋現象學研究—以一個離婚的中國婦女為例。未發表的碩士論文，台灣大學心理學研究所，台北市。
- 高美玲（2000）。護理人員的靈性成長。在中華民國護士福音團契編著，**靈性護理的理論與實務**（48-55）。台北市：護士福音團契。
- 高淑清（2001）。在美華人留學生太太的生活世界。**本土心理學研究**，16，225-285。
- 高碧月（1990）。尋找心中的樂園—靈性照顧的省思。**安寧療護雜誌**，5(2)，14-16。
- 莊乙雄（2003）。安寧護理人員靈性成長的研究。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 許樹珍（2001）。護理專業與關照倫理現象之探討。**哲學雜誌**，37，104-135。
- 陳盛文（2004）。安寧護理人員的專業角色調適。未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 黃碧琴（1995）。寓居於世的受苦生命—現象學取向的心理病理研究。未發表的

- 碩士論文，台灣大學社會學研究所，台北市。
- 黃藹（1992）。**雅斯培**。台北市：東大。
- 楊克平（1999）。論緩和療護之意義及其變化史。**榮總護理**，16(4)，357-363。
- 楊克平（1999）。**安寧與緩和療護學—概念與實務**。台北市：偉華。
- 楊韶剛（2001）。**尋找存在的真諦**。台北市：貓頭鷹。
- 趙可式（1999）。安寧療護的起源與發展。**厚生雜誌**，8，8-11。
- 劉惠瑚、陳玉敏（2004）。自我照顧的概念分析。**慈濟護理雜誌**。3(1)，8-11。
- 劉雄蘭（1997）。專業人員之培養與耗竭。**安寧療護**，3，44-49。
- 蔣欣欣、張碧芬、余玉眉（2001）。從護理人員角色創造探討護理倫理的實踐。
哲學雜誌，37，88-103。
- 蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲（2003）。建構照顧情境中的專業自我—自身與他者之間。**本土心理學研究**，19，201-226。
- 蔡昌雄（1999）。科技理性 VS.精神靈性：試析當代臨終關懷運動的內在難題。**應用倫理研究通訊**，9，33-36。
- 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。**第二屆生死學理論建構研討會**，嘉義縣：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**，嘉義縣：南華大學。
- 鄭美莉（2003）。**台灣地區安寧病房護理人員宗教信仰與死亡因應之關聯初探**。
未發表的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。
- 盧美秀、武茂玲、蕭仔伶編著（1985）。**壓力與調適—護士的自我成長**。台北市：杏文。

- 蕭仁釗 (1998)。安寧療護專業人員之壓力問題。 **安寧療護**，10，21-26。
- 蕭淑貞、陳孝範、張珏 (1999)。探討壓力調適工作坊：改善護理人員壓力症狀之成效。 **護理研究**，7 (1)，90-96。
- 賴允亮 (2004)。打造台灣安寧照顧系統。 **安寧療護**，9 (1)，21-27。
- 戴秀珍等編著 (1999)。 **安寧護理**。桃園縣：私立長庚護理專科學校。
- 簡淑慧 (1999)。癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略。 **長庚護理**，10(2)，36-41。
- 鐘昌宏編著 (1995)。 **安寧療護暨緩和醫學：簡要理論與實踐**。台北市：安寧照顧基金會。
- 龔卓軍 (2003)。生病詮釋現象—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。 **生死學研究創刊號**，57-75。

中文部分(譯書)

- Cassidy S. (1999)。 **幽谷伴行 (Sharing the darkness : the spirituality of caring)** (趙可式 譯)。台北市：光啓。(原書於 1988 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：弘智文化。(原書於 2000 年出版)
- Denzin, N. k. (1999)。 **解釋性互動論 (Interpretive Interactionism)** (張君玫譯)。台北市：宏智文化。(原書於 1989 年出版)
- Eliade, M. (2000)。 **聖與俗 (The sacred & The Nature)** (楊素娥 譯)。台北市：桂冠。(原書於 1957 年出版)

- Hennezel, L. M. (2000)。因為，你聽見了我 (La Mort Intime) (吳美慧 譯)。台北市：張老師文化。(原書於 1995 年出版)
- 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。(原書於 1999 年出版)
- Manen, M. V. (2004)。探究生活經驗 (Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy , 2nd ed.) (高淑清、連雅慧、林月琴 譯)。台北市：濤石文化。(原書於 1997 年出版)
- May, R. (2001)。愛與意志 (Love and will) (彭仁郁 譯)。台北市：立緒。(原書於 1969 年出版)
- May, R. (2004)。焦慮的意義 (The Meaning of Anxiety) (朱侃如 譯)。台北市：立緒。(原書於 1950 年出版，1977 年修訂版)
- Mckeen, J. & Wong, B. (2005)。關係花園 (The Relationship Garden) (易之新 譯)。台北市：心靈工坊。(原書於 1996 年出版)
- Merleau- Ponty, M. (2001)。知覺現象學 (Phenomenology of Perception) (姜志輝 譯)。北京：商務。(原書於 1968 年出版)
- Pivcevic, E. (1997)。胡賽爾與現象學 (Husserl and Phenomenology) (廖仁義 譯)。台北市：桂冠。
- Schutz A. (1991)。社會世界的現象學 (The Phenomenology of Social Word) (盧嵐蘭 譯)。台北市：久大、桂冠。(原書於 1932 年出版)
- Skovholt, T. (2001)。助人者工作自助手冊－充滿活力的秘訣 (The resilient practitioner: burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists,

- teachers, and health professional) (劉小菁 譯)。台北市：張老師文化。(原書於 2001 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: A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient) (邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍 譯)。青島：青島出版社。
- Van den Berg, J. H.(2001)。病床邊的溫柔 (Psychology of the Sickbed) (石世明 譯)。台北市：心靈工坊。
- Wilber, K. (1998)。恩寵與勇氣 (Grace and Grit: Spirituality and Healing in the Life and Death of Treya) (胡因夢、劉清彥 譯)。台北市：張老師。(原書於 1992 年出版)
- Yalom, I. D. (2003)。存在心理治療 (上、下兩冊) (Existential psychotherapy) (易之新 譯)。台北市：張老師。(原書於 1980 年出版)
- Zaner, R. M. (1994)。醫院裡的哲學家 (Troubled Voices: stories of ethics & illness) (譚家瑜 譯)。台北市：心靈工坊。
- 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。(曹玉仁 譯)。台北市：方智。(原書於 1997 年出版)

英文部分

- Birx, E. (2003). Nurse, heal thyself. *Journal of Community RN January 66*, (1), 46-48.
- Burnard, P. (1993). Giving spiritual care. *Journal of Community Nursing January 6*, 16-18.
- Carson , V. B. (1989) .*Spiritual dimensions of nursing practice*. W. B. Saunders

- Company.
- Dyson, J. Cobb, M. ,& Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 118-8.
- Joseph, J. K.(ED.). (1987). *Phenomenological psychology*. Netherlands: Martinus Nijhoff Publication.
- Kiger, A. M. (1994).Student nurse's involvement with death:the image and the experience. *Journal of Advanced Nursing*,20, 679-686
- Lair, G. S. (1996). *Counselling the Terminally Ill: sharing the Journey*. Washington:Taylor & Francis.
- Lauterbach, S. S & Becker, P. H. (1996). Caring for self : Becoming a self-reflective nurse.*Holistic Nursing Practice*,10(2), 57-68.
- Munley, A. (1983). *The hospice alternative: A new context for death and dying*. New York: Basic Books
- Neimeyer, R. A.& Braunt, D.V.(1955). Death Anxiety. In Wass, H.& Neimeyer, R.A. *Dying: Facing The Facts*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing& Health*, 15,349-357.
- Ross, L. (1997).The nurse's role in assessing and responding to patient's spiritual needs. *International journal of palliative nursing*,3(1),37-42.
- Siebold, C. (1992).*The Hospice Movment: Easing Death's Pains*. New York: Twayne Publishers.
- Stoter, D. J. (1995). *Palliative care for people with cancer* (J. Penson& R. Fisher).

London: Arnold.

Summer, C. (1994). Self-care: The Greatest Challenge for Nurses. *Journal of Nurse Empowerment* . Fall, 1994.

附錄一 訪談同意書

親愛的受訪者您好，非常感謝您願意參與本研究及接受深度訪談。本研究的主題為：關懷的功課—護理人員的自我照顧，本研究的目的：瞭解安寧護理人員對自我照顧的內涵，期許研究結果能提供安寧護理人員於自我照顧工作的參考。

訪談過程將需全程錄音作為資料分析之依據，訪談次數則依需要適時增減。期待您不吝分享自我照顧的寶貴經驗；在訪談的過程中您可以選擇隨時中斷或退出本研究，研究者必尊重您的決定，並感激您的參與。

您所提供的訊息，研究者將尊重您個人的隱私，未經您的同意，不會對外公開，訪談資料僅供研究者本人分析及與指導教授討論。

最後，感激您熱情的參與及真誠的分享，研究結果將提供安寧病房照顧工作者之參考。

本人同意接受訪談。

本人不同意接受訪談。

受訪者： (簽名)

研究者： (簽名)

中華民國九十四年二月

附錄二 訪談大綱

1. 您進入安寧病房多久了？有無其他單位的臨床工作經驗？
2. 您當初為何選擇安寧工作？
3. 您認為安寧病房臨床護理工作與一般病房的主要差異有哪些？您如何看待這些差異？
4. 您認為思考與判斷對安寧臨床護理工作的重要性為何？
5. 您認為從事安寧照顧工作，對妳的意義為何？最大的成就感為何？
6. 您從事安寧照顧工作常見的壓力或阻力有哪些？
7. 您如何回應這些壓力？
8. 您從事安寧照顧工作遇過的重大挫折有哪些？
9. 您如何因應這些挫折？
10. 您認為安寧護理人員需要自我照顧的面向有哪些？
11. 您自己進行了哪些自我照顧的工作？
12. 您進行的自我照顧工作，對於臨床護理工作的壓力與挫折調適，有何助益？

附錄三 文本分析範例

編號：F

段落：F020

B：呵呵呵…

A：我們聊了那麼多，因為剛剛聽到，我感覺妳好像在照顧病人上，不會遇到太多困難和挫折，反而是團隊，譬如就像一個團隊裡的氣氛，工作上的態度感覺上會帶給妳一些挫折，那妳可不可以回想這三年半來，照顧哪一個病人有深刻的經驗讓妳印象很深刻的，或者看到一些情況就會想到他這樣子的病人。

B：有其實，恩…其實有幾次，應該分成兩類，一類是很正向的，一個是對我自己衝擊很大的，對我自己衝擊很大的其實我會覺得跟我的經驗很有關係，就是那個時候來了，我也忘記我來了多久快一年了吧，我真的忘記，其實那一個衝擊不是在一個病人身上發生過，而是好幾個病人…

A：喔！真的喔！

B：其實那時候就會覺得說，其實我自己的經驗不夠，導致那種事情發生。

A：妳可以舉例說明。

B：就是說有可能我們的病人變化很快。

A：對對對

B：然後我會自己覺得說如果前五分鐘早一點去看他，或者我可以先放著我的紀錄表不寫，因為可能我在提醒我自己該去看他而還沒去看他，就在這個當下

A：她就出狀況。

B：對對對…我那時候覺得很自責，曾經有好幾次自己陷入那種自責的狀況當中，然後我會覺得說，或許那時候我該怎麼做，他的家屬就不會那麼難過了，那我就

可以早點發現他們怎麼樣。

A：妳可以舉的比較具體的例子，譬如哪一個病人哪一個情況之下。

B：曾經有一兩次我真的忘了，我只覺得那是帶給我的感覺就是遺憾。

A：是不是妳回來寫紀錄的時候，妳有想過該去看看他，妳還來不及去，可是病人就往生是這樣嗎？還是…

B：我說的很遺憾的那種感覺，那個我已經忘了，然後我比較印象深刻就是有一個，那個病人其實真的就是在 dying，然後他們家住嘉義市，然後他們要 DDT 留一口氣回去了，只是覺得還不會那麼快，然後…那是一個「伯母」，兒女都很孝順，就是在抓 timing 的時間，那時候是中午了，她的小女兒和一群人去吃飯，然後她的兒子跑過來跟我講說，她母親怎麼變的不一樣了，然後我就跟他說，我那時候我也沒有，那時候想說就是 air hunger，對阿呼吸都會這樣子，就是跟他解釋說瀕死的症狀是這樣子，然後也沒有意識到是不是又有變化了，結果過不到十分鐘她就沒了。

A：真的？就變成要 DDT 沒有辦法了，也沒有辦法。

B：然後那一群出去吃飯的家屬也沒有看到她最後一面，就是等於在她們出去吃飯的時候往生的。然後我就覺得說，那時候如果他跟我說，他好像呼吸型態變的不一樣，我早一點去看他，而我就去看他而不是做我所謂自認為的專業的解釋，是不是情況會變的不同，因為講真的他們那家屬回來之後，為什麼媽媽會會我們顧她那麼久等那麼久，我們出去吃飯的時候就發生了，然後真的就有一個女孩，懷孕喔！然後就是痛哭，對阿然後…我就會覺得自己說，我自己如果不是那樣的作為的話，行為出現的話而是過來看他，那是不是情況會不一樣，我也不曉得是不是真的會不一樣就會真的不一樣。

意義單元

對於臨床重大經驗事件的「忘記」表述，重複在卉參的案例說明過程中，究竟這只是正常的遺忘現象？或是對不愉快經驗的潛意識刻意遺忘？其他臨床護理人員是否有相類似的狀況？病人病情變化迅速，來不及反應，導致死亡，而家屬無法道別陪伴的經驗，讓卉參覺得衝擊很大、自責、遺憾，有好幾個案例，清楚記得的是一位要求 DDT 留一口氣回家的病人，卉參有要是「不做自認為的專業解釋，而早點去看他是否會不同」的疑問，但是更有「也不曉得是不是真的會不一樣」的疑問。

現象脈絡

病患非預期死亡的經驗，引發卉參諸多負向的情緒，她似乎經驗到一種失控的處境，原有的專業判斷與病患死亡實際的軌跡產生落差，從而引發家屬的情緒，以及她身為照顧者的徬徨、遺憾、自責和疑惑。這是由特殊的死亡揭露形式所產生的一種存在困惑，值得在後續的文本脈絡中關注。卉參在死亡臨現的此刻，感受到死亡的不可捉摸，以及平日護理專業訓練所提供的某種可掌控的世界感為之崩解。

結構主軸

非預期死亡造成的存在衝擊，涉及四大存在課題的分析與討論：「死亡 Vs. 生存」、「關係 Vs. 孤獨」、「自由 Vs. 依賴」、「意義 Vs. 無意義」。另由此衍生出助人者的問題，亦值得與「關懷循環圈」的概念進行深入的討論。

.....

F021

A：那這樣的一個經驗，我的意思是說一定會有類似這樣的經驗發生，譬如會不會後來的幾次，譬如像家屬來跟你講病人呼吸狀況不一樣，妳會更敏感。

B：恩…我覺得多少會。

A：多少都會。

B：可是我想到說，我忘記那情況是怎麼發生，幾次是讓我很遺憾的，我覺得就是大概維持有半年的時間吧！忘記是不是有那麼長的時間，反正我印象當中很常的我常常，就是至少有兩三次讓我會覺得說，我是不是經驗不夠，然後自己是不是做的不夠，做的不好才會導致，是不是因為沒有內外科的經驗，才會導致什麼樣的情況我沒有發現…

A：嗯嗯嗯…

B：對…然後…就是，還有一點是說，我曾經，那時候我才剛來，剛來不到半年吧！就是兩個小時，大夜班快白班的時候，兩個小時內送了三個人。

A：真的喔！哇…

B：然後我真的，就是交完班，忙忙忙趕快忙，忙完之後趕快進去交班，記錄還沒寫，然後交完班護理長，我忘記護理長跟我說什麼怎樣，我就哭了，那時候…

A：恩…

B：那個時候不曉得，可能是受到衝擊太大了。

A：妳會哭的原因是一下病人走了三個，還是忙不過來？還是對那死亡的衝擊？

B：我覺得應該不是忙不過來。

A：嗯嗯嗯…

B：應該真的是讓我覺得說怎麼會一下子走了三個這樣子。

A：喔…

B：對…而且也都是無預警的這樣。

A：就因這樣而懷疑，懷疑自己的能力，會不會覺得自己哪裡疏忽掉，可以做的更好。

B：會…有時候我會，會這麼覺得。

A：那妳現在這樣子，我的意思經過這一段時間再回來看這一個情形，妳會怎麼樣對妳那當時的心理再給他一個，或這會不會有不同態度去看待這樣的經驗，妳現在還是會覺得是因為妳靈敏度不夠嗎？還是有沒有其他的看法？

B：其實我覺得說，真的真的那個工作態度，或許那是一直在提醒我自己說，工作態度應該要更謹慎，另一方面也真的是那樣子的我，為什麼現在我就不會有那種覺得說…我…自己的能力錯誤造成，真的愈來愈體會到無常，病人的變化大。

A：沒錯，而不是自己的問題。

B：對…

意義單元

病人的驟逝，讓卉參開始懷疑自己的能力、經驗、努力與判斷，某次大夜班連續走掉三個病人的衝擊，讓她再交班時便哭了，再度陷入「怎麼會一下子就走了三個」的困惑，而且她認為那是全然「無預警的」。沈澱後的卉參現在覺得，是「工作態度」決定了當遇到類似事件時的當下反應，以往她會因為覺得是自己的能力有問題，所以便愈發謹慎，但是現在她已經不認為是自己的能力或錯誤造成的，因為她體會到「無常」與「變化」。

現象脈絡

這個案例再度把卉參推向臨床陪伴經驗反思的高峰，無預警的在大夜連續走了三個自己照顧的病人，死亡的急遽湧現，讓自身體會到，照顧者在病患死亡之前徹底「無能無力」的存在處境，一種靈性經驗中的「被動性」(passivity) 被揭示出來。而這樣的死亡臨現撞擊，更徹底揭露身為照顧者的卉參自身存在的脆弱性，困惑、自責、自我懷疑、變得謹慎等反應，其實正是她原初死亡焦慮的轉移。她後來不再認為是自己的能力有問題或作法錯誤，是因為體會到無常與變化，「工作態度」有了改變，其實，卉參改變的更是一種存有的態度，她對存在的必朽已經接納、認同，亦即徹底的接納自己在死亡面前的無能為力，如此才能與病人有真正的共在陪伴。

結構主軸

非預期死亡的存在衝擊至此有所轉化提升，由雅斯培所謂的「存在挫折」邁入到「超越」階段；卉參個人工作態度的調整，其實是一種存有態度的轉化，接納「無常」與「變化」便是此一態度具體而微的展現。這個轉化涉及臨終陪伴之「原初倫理」的「存在反思」歷程，將經過 Lauterbach & Becker (1996) 所謂「覺察」、「反思」與「行動」等意識擴增的階段。