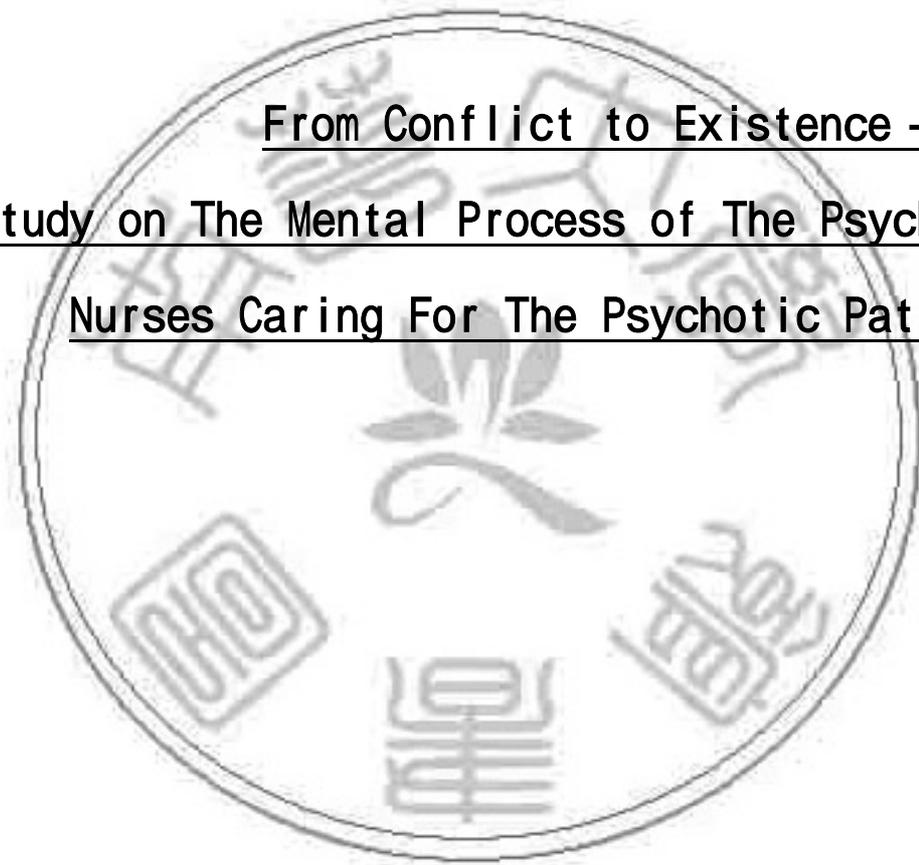


南 華 大 學
生 死 學 研 究 所 碩 士 學 位 論 文

從衝突到存在—精神科護理人員照護病患之心境探究

From Conflict to Existence -
A Study on The Mental Process of The Psychiatric
Nurses Caring For The Psychotic Patients.



研究生：陳美娜

指導教授：李燕蕙 博士

中華民國九十五年六月

南 華 大 學

生死學研究所

碩 士 學 位 論 文

從衝突到存在—精神科護理人員照護病患之心境探究

From Conflict to Existence—

A Study on The Mental Process of The Psychiatric
Nurses Caring For The Psychotic Patients.

研究生：陳美娜

經考試合格特此證明

口試委員：
李 燕 蕙
李 廷
蔡 品 雄

指導教授：李 燕 蕙

系主任(所長)：釋 慧 開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 95 年 6 月 21 日

摘 要

本研究主要從一個精神科照護者的角色出發，探討精神科病房護理人員與病患之共構處境中，如何透過自身視域去觀看精神病患之存在、及試由一種角色交換的同感理解去反思自身，並促發專業自我反省，進而能在照護病患的過程經驗中獲得體悟與自我超越。

研究對象採立意取樣，為四位具五年以上急慢性精神科工作經驗之護理人員，以高達美 Gadamer 詮釋學作為文本詮釋之分析導引，並透過半結構式深度訪談及田野觀察進行文本資料蒐集。研究結果發現：

- 一、護理人員對「精神病患」這個角色多呈現孤獨、無望之負面認知。
- 二、從角色交換反思中，護理人員對罹病時之「生命自主性喪失」、「遭受親友疏離之孤獨感」及「被烙上標籤」感到恐懼。
- 三、護理人員對自身扮演「護士」角色所呈顯之「堅強」形象，相對於「作為一個人」時所存有之「軟弱」，兩者間具內在衝突性。
- 四、「治療性人際關係」依持之倫理準則，在與病患的實際面對面關係中，護理人員面臨人性上的困惑與不一致。
- 五、「同修」的概念隱藏在傳統護病關係中，並作為護理人員靈性超越與成長之觸媒。
- 六、精神科護理人員之專業自我成長會通過：恐懼 → 衝突 → 探索 → 接納欣賞等階段歷程。

並依據研究結果提出：對「病」與「患病受苦之人」的同感理解應涵括於專業護理訓練之中，並應在護理教育中強化跟人性價值系統相關之哲學課程，更敞開地與其他學門進行對話交流，轉換另一種「希望」的概念來看待生病處境及建立同儕間彼此關照管道等建議，期能對醫護臨床工作者及專業養成訓練有所助益。

關鍵字：衝突、存在、精神科護理人員、照護

Abstract

From the perspective of a psychiatric care giver, the study, primarily focuses on how psychiatric nurses probe the existence of psychiatric clients from their territory built up by both psychiatric nurses and clients. The empathy realizes by role transmission; the professional self-awareness is evoked. Further, viewing from the life experience of clients, acknowledgement and self-transcendence are perceived.

Purposeful sampling is predominately in favor of four psychiatric nurses with more than five-year acute and chronic psychiatric working experience. Analytic interpretation is conducted upon Hans George Gadamer ' s hermeneutic theory; and data collection is completed throughout both semi-structured in-depth interviews and field observation. Outcomes of this paper reveals as followed:

1. Facing the psychotic patients, nurses tend to be engaged with negative images of loneliness and hopelessness.
2. Regarding the role transmission, profound fear is conceived while psychiatric nurses witness autonomy and consciousness depleted in ill status; shortage of supportive system and label with social stigma.
3. " Psychiatric nurses " often self delineate as a portrait of the perseverance; in correspondence to the weakness represented as human, inner confrontation is raised between these boundaries.
4. Considering ethic parameters of therapeutic relationship and " face-to-face " relation, psychiatric nurses encounter with conscience disturbance and contradiction.

5. The concept of “ Monastic practice ” in nurse-patient relationship is the key to facilitate psychiatric nurses toward self development and spiritual transcendence.
6. The professional self growth and development of psychiatric nurses will be attained through the process : fear-conflict-exploring stress-acceptance and admiration.

Recommendations are provoked based on the outcomes; the concept of empathy realization toward “ illness ” and “ persons in suffering ” should be coordinated into professional nursing curriculum; and the philosophy relating to the human value should also be enhanced in nursing education. A more comprehensive dialogue with other disciplines should be preceded and the channel for caring for each other should be established within coworkers. Hopefully, the above recommendations can benefit medical and nursing clinical practitioners and nursing education.

Key words: Conflict , Existence , Psychiatric Nurses , Caring

目 次

第一章 緒 論	1
第一節 研究動機與背景	..1
第二節 研究問題與目的	5
第三節 名詞界定	6
第二章 文獻探討	7
第一節 精神病患遭逢的存在處境	7
第二節 護理人員在照護關係中之定位	15
第三節 照護處境下的工作壓力	18
第四節 專業自我的形塑與倫理反思	21
第三章 研究方法	25
第一節 研究取向與解釋觀點	25
第二節 研究構想	32
第三節 研究步驟、程序	34
第四節 資料蒐集與分析	36
第五節 研究嚴謹度	39
第六節 研究倫理	40
第四章 共伴歷程與角色觀看	41
第一節 緣起與本心	43
第二節 護理人員共伴歷程之感受	51
第三節 護理人員對患病處境之觀看與回應	70
第四節 角色置換對護理人員之存在內觀	88

第五章 護病關係的專業自我省思	101
第一節 「保存自己」的護病關係 - 以阿辰為例	101
第二節 治療性人際關係之省思	112
第三節 在學習中超越 - 以病人為師	122
第六章 綜合討論、建議與反省	.. 132
第一節 綜合討論	132
第二節 研究建議	141
第三節 研究反省	146
參考文獻	149
附錄一 訪談同意書	158
附錄二 半結構式訪談	159
附錄三 主題歸類	160
圖目次	
圖一 研究架構流程圖	35
圖二 資料分析步驟流程圖	38
圖三 精神科護病關係共構圖	. 119
圖四 心境歷程階段圖	. 139
表目次	
表一 研究對象之基本資料	. 33
表二 受訪者對「病患自殺」之觀點一覽表	63
表三 四位受訪者的抒壓方式	69
表四 四位受訪者對病患回家與孤獨處境之看法	81
表五 四位受訪者對護病關係的看待方式與想法	118
表六 四位受訪者的重要領悟與啟發	131
表七 心境變化歷程階段之特徵	140

第一章 緒 論

第一節 研究背景與動機

選擇以精神科護理人員作為研究對象，主要考量在於筆者本身作為精神科照護工作的一員，期望能夠對所在的經驗場域有更深入的理解和關懷。在筆者多年的急慢性精神科照護經驗中，發現護理人員的專業自我與內在自我，乃是隨著與病患共在的歷程不斷地進行轉化、蛻變的，護理人員與病患之間亦非獨立無交集的經驗體，反而在看似鮮明的外在角色背後，彼此的共構關係存在極豐富、複雜的相互投射過程，而隨著時間與關係的深化，專業與內在自我立場中的分歧、衝突也孕育而生。

回溯筆者的護理生涯，這些分歧與衝突如同深埋內心，經過時間發酵後一顆顆發芽的種子，繁衍出諸多專業倫理上的困擾與人性層次悖離的奇異感，然而這些困擾與奇異感始終隱晦不明，且難以從護理教育的領域思維去獲得討論與釐清，許多實際情境甚至與護理傳統信念背道而馳，也因此觸發筆者試圖從自己經驗的問題出發，透過此研究過程以獲得精神科護理人員照護歷程中其內在感受，以及相關概念之釐清。

從機構面的特殊照護關係來看，「與病患一同老去」貼切的形容出當前精神科護理人員與病患共構的處境模式。醫療體制和商業利益改變了對精神病患的照護型態，台灣自從民國七十五年行政院衛生署大力推動精神疾病防治工作，實施「精神醫療網計劃」，繼之八十四年全民健保之開辦，開始扭轉了整個醫療生態結構，精神病患的命運方格也跟著大環境移動，精神疾病在健保制度列為「重大傷病」給付下，也為家屬撐起了一片天。政府照顧精神殘障者之措施，大大地減輕了家屬的負擔，但同時也使得精神病患大量地回流醫療機構內。

「醫院」被迫成為病患第二個家，機構式的「病院」取代了患者「家」的位置，幾乎成為永久棲留之所！對於許多慢性精神病患而言，禁錮鐵窗的歲月不再是一個月、三個月，而是一年、三年，綿綿無盡…返家之路咫尺天涯，病者總是重複在家屬的塘塞、欺騙中堆砌著那渺小易崩的希望沙堡。護理人員取而代之，成為病患常態生活中的重要一角，除了自身的照護角色外，也穿梭在病患、醫師、家屬以及整個官僚體制之間，扮演多重的橋樑角色。

另一方面，在照護內涵上，可說與病患彼此都走入一種深刻的共在，護理人員所經驗的是這特殊處遇下的一群人，因為助人角色的連結，使得自己亦被拋入其中，一同參與他們的生命故事：病發煎熬、結婚、生子、鐵窗歲月的掙扎、時間感的混沌、停滯和等待…等。然而回想起自己一路走來，從沿路摸索跌撞的新手，也逐漸成為病房中的資深老鳥，曾經被病患抓傷所遺留的疤痕還鑿刻在手背上，如同當年用新鮮的恐懼交換一種通過儀式的標記！

猶記進入精神科工作的頭兩年，每每接觸一位新進病患，或面對病患的再度發病，感覺就像歷經一次又一次的探險與挑戰，病患的瘋狂世界像是難以闖入的黑暗禁地，發病時的激躁暴力、自語自笑、脫衣狂奔的荒誕紊亂，每一次與病患的接觸交涉，正如同在進行一場餵食獅子的表演般，在經驗摸索過程承受許多難以言喻的焦慮和恐懼。當病患病情逐漸獲得控制，與發病時的模樣相比，那生病的靈魂又像重回了人類世界，那時候覺得自己身體雖離病人很近，但所在的世界卻離病人很遠。

然而時間的洗鍊下也使得照護的「技巧」與「技術」趨於純熟，這意味著可以把病患「控制」得更好、更能在自己掌握之中，從熟稔的技術流程和經驗：如病患何時需被約束、訂定行為治療的內容、以及澄清事實，加強現實感和病識感、疾病衛教等等，多半可依循自己的判斷，將自認所需的提供給病患，也因為有所依持而增加了自己的安全感。但

經歷了這個階段，卻也是面對專業及內在自我衝突的開始，曾經理所當然的每一件事現在卻一一對自己發出問號：當自己和其他同事一樣，拿著制式腳本，在衛教中振振有詞地要病人把這個病當作高血壓、糖尿病來看待、明白訂出可以出院的條件的時候，心中那把測謊的尺便高高舉起，彷彿露出一抹詭異的笑容，對自己竊語：「嘿！你自己是真的這麼想嗎？」偶爾在一旁幫忙跑龍套的我，看到別人用同樣方式，認真真誠地開導病人，也不禁對自己產生一連串的疑問：「會不會是自己活得太悲觀，太不真誠了？」「別人是什麼想法？他們帶著什麼樣的自己來到病人面前？」「是他們的問題？還是我個人的問題？」、我所提供給病患的希望，是否也能夠說服自己？或者只是自欺欺人？當病患萬分惶恐地陳述自己可怖的妄想世界，家人如何被分屍，擔心在睡夢中自己的臉也可能被換掉、被強暴而無法入睡等等，漸漸發現教科書中強調的加強病患現實感和病識感、澄清等技巧措施根本不管用，雖然不與病患爭辯（面對妄想的技巧之一），卻也無法消滅病人那無止盡的焦慮，僵持到最後，病患的不安全感和恐懼依舊，而身為護理人員的我則陷入沮喪無奈的情緒！想貼近他們的世界，想為他們做些什麼，改變些什麼，卻不得其門而入。

精神科護理人員參與了病患的日常生活，當所熟悉的病患遭受變故、死亡、被遺棄時，多數的護理同仁一樣也無可避免地出現難過不捨或憤怒的情緒，看到同事一邊罵著病患邈遏，一邊又細心地拿起剪刀幫其修剪頭髮、將家中的衣物送給較為貧苦的病患時，體認到長期共在所衍生的護病關係不再只是單純的治療性關係，而是人與人之間的相互對待關係。

反而在自以為得心應手的專業角色背後，隱藏其中的理性與非理性、現實與非現實之間的衝突感也日益茁壯，當護理人員在作為一個護士角色和作為一個人的角色間出現愈來愈大的落差時，許多困惑懷疑和茫然感隨之而至。傳統護理的思維策重如何更有效率地提供自己，卻往往忽略了照

護者本身便可能處於價值觀、專業倫理混亂的洪流中。事實上，助人者亦無法將自身的「存在」置身於外，與病患長期共處，也涉入了一種內在主體間生命光譜的相互投射、彼此生命昏暗面的相遇與照見，他們也有同樣為人的軟弱、憤怒與無助。

目前許多相關研究，鮮少從一個存在性主體照護者角色的視窗去觀看受苦的病者，甚至以回到一個人的存在為出發點（回到自身）作反思：護理人員如何以自身角色去看精神病患？病患是同伴還是顧客？在照護歷程中有何專業省思？而這樣的哲思和覺察，本應為助人專業訓練過程的重要基礎地，卻被科技、商業化思維所取代、遮蔽，或者多在感受、態度、因應策略等層面作探討。故本研究嘗試由照護者探究自身和他者存有之角度，從哲學觀點作一生命的深度反省和覺察，進一步瞭解與病者生命共震中，呈顯其意義開展之面貌，俾有助於提供當前醫療生態下的助人者角色、價值抗辯、倫理關係面向之反思與釐清。

第二節 研究問題與目的

本研究針對護理人員於精神科病房與患者在一個共伴共在的特殊生活世界中，如何透過深度自我覺察與對話，變換所在的視域，瞭解此受病生命樣態之主體感受。並在照護歷程中，如何解構自身之存在本質，對意義進行自我詮釋和看見，以作為相關助人領域之幫助，及體察當今複雜醫療體制下的護病締結關係之反思。

故本研究的主要問題如下：

- 一、探究護理人員在照護情境中，引發的情緒壓力與調適為何？
- 二、護理人員如何以自身視域觀看精神病患？
- 三、護理人員對病苦處境之回應為何？
- 四、透過角色交換之觀想，護理人員對生病處境有何感受與理解？
- 五、探究在照護關係下之專業及內在自我省思。

研究目的：

- 一、瞭解精神科護理人員與病患共伴歷程中，所遭遇之內在與專業倫理衝突。
- 二、探討精神科護理人員對病患生病處境之回應方式及對生命存在哲思之影響。
- 三、透過研究者對研究場域的前理解、研究對象之深度訪談過程，釐清護病實際照面關係中之具體倫理。
- 四、瞭解精神科護理人員照護歷程中的心境感受及轉化，作為提供護理新手進入精神科場域之幫助。

第三節 名詞界定

一、精神科護理人員 Psychiatric Nurses

指已領有護理師或護士專業執照，並於急慢性精神科病房從事臨床護理工作者。

二、精神病患者 Psychotic patients

泛指領有重大傷病卡住院之精神疾病患者。包括精神分裂症、躁鬱症、老年癡呆、智能不足、憂鬱症等。本研究中所指涉之精神病患者以在該院所住院三個月以上，且多次重複或長期住院之慢性精神分裂症患者為主。患者主要的症狀為幻聽、妄想、情緒及思考障礙、整體功能退化、自殺行為等。主要問題為缺乏病識感或現實感、與家庭成員及人際關係疏離、被拋棄感、期待回家、獨立及治癒疾病等。

三、照護 care-giving

指精神科護理人員處在與精神病患所共構的生活世界中，一種給予日常生活及醫療等面向照料之統稱。針對精神病患的疾病個別性及長期住院處境其照護重點包括症狀緩解、身體護理、心理情緒及壓力處理、教導、陪伴等。

四、衝突 conflict

指護理人員在照護歷程中，面臨專業自我與內在自我角色間所引發之各種情緒挑動，如憤怒、嫌惡、移情感受、同情、矛盾、及與專業倫理抵觸等感受，無法在角色與人性立場上取得平衡，使得自己在機構角色、與病患共構處境下所產生之情蘊關係及回歸到一個人之內在自我三者間所呈現的混亂感。

五、存在 existence

以 Yalom (2003) 之存在觀點作為註解，乃指一個人推出日常的事務，深思一個人的存在處境，無關時間構面，乃在於思考與雙腳立足之地的關係，思考人意識與周圍空間的關係，且並非著重思考人以什麼方式成為現在的樣子，而是思考人到底處在什麼情形。研究中涉及之存在議題包括：生病處境下的存在孤獨、生命意義感、疾病絕望感等，並藉由這些議題，研究對象去思考自身與他者「存在」的本質及意義，論題中之「存在」二字具有心境轉化及自我超越之意涵。

第二章 文獻探討

第一節 精神病患遭逢的存在處境

自古以來「瘋顛」一直存在於人類的歷史軌跡中，只是在不同的時空背景下，「瘋顛」也被賦予不同的概念、名詞與對待方式，早期瘋顛被象徵為一種神祕力量，代表各種意象和知識中的一切神奇，然而十八世紀以後瘋狂之人的命運卻急轉直下，成為一種病態的精神疾病，他們的生活範圍亦從社區、家庭中退出，因著人們對「瘋顛」的理解不同，直接、間接影響了瘋顛者所存在的生命處境，並且隨著時代的發展演化，他們也被動地在機構化與去機構化政策之不同照護型態兩端擺盪。因此，本節就瘋顛在時空脈絡的角色與命運，以及現代觀點中，瘋顛被冠稱為「精神病患」其個人內在、醫療與社會文化等面向面對著何種處境作探討。

壹、瘋顛在時空轉換中的角色與命運

傅柯 Foucault (1992) 指出理性與瘋癲關係，構成了西方文化起源的一個獨特面向。一開始瘋癲與非瘋癲、理性與非理性是難分難解地糾纏在一起的，他們彼相互依存，存在於交流之中，但卻也在交流之中使得它們逐漸被確立、分割，從此走向了截然不同的命運。

在十七世紀中葉以及「古典時期」以前，人們對瘋癲並非從現代理性的觀點來看待，瘋癲（不理性）和理性間的關係本身是相互扣連的，瘋癲和某人們認為可以洞悉人類處境的神聖化知識形式有關 (Barry, 1998)。雖然文藝復興使得瘋癲得以自由地呼喊，但由於宗教戰爭使得一些失業、乞丐、窮苦、瘋人人數倍增，在進入古典時代及十七世紀以後，即決定採用強制手段來重新安置社會中漂泊不定的失業者。於是 1656 至 1794 年建立了「綜合醫院」和「庇謝塔」來「解放」精神病患，將窮人、罪犯以及「心智有問題」的人隔離起來 (Barry, 1998)，禁閉 (confinement) 成為

十七世紀創造出一種制度。此時人們開始以貧困、沒有工作能力、沒有與群體融合的能力的社會角度來認識瘋癲，而瘋癲開始被列為城市問題，也改變了人們對瘋癲經驗的歷程。禁閉是家庭設法避免恥辱的一種權利，他們被藏匿起來，以避免鬧出醜聞，並維護家庭良好之聲譽、保護公眾道德。更不人道的是，瘋人成為被公開展示的娛樂，花錢觀賞瘋人塔內的瘋子，成為城關的一景 (Foucault, 1992)。參觀瘋人的現象亦出現在六七零年代的台灣，當時收容遊民與精神病患的仁愛之家，以及一些精神醫療院所也提供讓學校團體開放參觀的活動，當時患者的人權並不受到重視。

到了十八世紀，一位法國首位精神病醫師 Philippe Pinel (1745-1826)，提出了一個新制度，使精神病患受到人道照顧和治療，療養院的誕生、實踐上的轉變才使瘋子從他們的鎖鏈中解放出來，重新成為權力的對象和知識的客體。但在這種知識體系中，強調「疾病」的治療，人類肉體只是疾病得以附著的對象和空間而已。病人只是一個外在的事實，一個為疾病所盤據的空間，醫師的凝視乃針對疾病及疾病的病癥。

十九世紀中葉，出現了一位學校老師迪克斯 (Dorothea Lynde Dix)，喚起了大眾的良心，籌募數百萬美元，為精神病患在美國、加拿大及歐洲等地建立了許多醫療機構，機構設計起源於一個真誠的願望—提供病患一個類似家庭的安全環境，也使精神病患開始進入了機構化的生活。雖然後來因出現「機構化症候群」，1966年美國聯邦政府又發起「去機構化」運動，期待病患可以回歸社區照護 (李引玉, 1996)。故在不同時空條件下，精神病患也被擺放在不同空間位所，相同的是其身體的自主權與自由則大多操控在家屬和醫師手上。

而台灣地區的精神衛生工作受西方世界影響甚深，以現今的「疾病」角度來看，許多的精神疾病已被列為「重大傷病」，如大家耳熟能詳的精神分裂症、躁鬱症以及憂鬱症患者等，民國八十四年全民健保開辦，可謂大大減輕家屬之經濟負擔，機構化的慢性精神病房林立，成了許多精神病

患安身立命之所，加之一般民眾對精神病患之認知和精神醫學知識乃有差距，影響社區民眾對精病患回歸社區的接受程度。家屬亦不願讓病患較早出院，主要原因是家屬擔心出院後病情不穩、再住院則將一位難求、社區精神復健設施不足、照顧者缺乏信心等，且需直接面對病患之問題、擔心會再復發及藥物副作用，亦為照顧者一大壓力源（黃珮玲、李引玉、毛家齡，1991），患者的暴力威脅行為更是照顧上最困難的部份（張依虹，1999）。這也造成病患長年在急慢性精神科病房的旋轉門不斷迴繞，就是到不了回家的路，在這個醫療制度下，大部分病患的命運和生活世界的結構也產生了改變，醫療院所取代了家的地位，家和家人雖是病人的永遠牽掛，卻也逐漸脫離病人的生活世界，（林美伶，2001），而護理人員取而代之成了主要照護者角色。

貳、從卡夫卡 Kafka 作品「蛻變」看病患的生命圖像

「一天早晨當格萊高爾·薩姆沙從夢魘中醒來，發現躺在床上的自己竟變成了隻巨大的甲蟲。他看到圓如拱橋的褐色肚皮，身體兩側蔓生諸多的腿無助地舞動，碩大、滲流著噁心的黏液、施展不開的身體…；他的父親驚懼之餘滿腦子只有一個念頭：無論如何必須儘快把格萊高爾趕回房間，接著使勁地推了他一把，他的身上滿是血跡。隨之在他進門之後，門砰的一聲被關上了，屋子裡於又恢復了平靜…。」

這是存在主義哲學家卡夫卡的小說「蛻變」中一段生動的描述。故事中主角一夜醒來荒誕地變成一隻身體不聽使喚，令人嫌惡的大甲蟲，從此被拋入到一個不連續的世界，必需以另一種生命形貌生存下去。荒謬的故事情節，彷彿也在訴說著許多現代精神病患人生的沈默悲劇。當「精神病」在某一天，被醫師確立診斷的那一刻，也同時標註出當事人被迫要扮演的苦旦角色。被命運囚禁的身體，承載著一個驚恐、無助、喪失尊嚴、渴望自由的靈魂。即使處境如此，一方面仍擔憂著家人生活，但隨著時間推移，

病者也將逐漸查覺到自己帶給家人的嫌惡感，盼獲得家人的愛和接納，却反而日益失去家人的認同。家人疏離和言語上造成的傷害，一如故事中嚴厲的父親之所為，格萊高爾被最親愛的人以蘋果砸傷身體，蘋果卡在他身上而腐爛、感染，就像根植在病患內心，一直難以釋懷、癒合的創傷！最終格萊高爾仍被唯一願意照顧他的妹妹堅決嫌棄，甚至強烈地希望他能立刻消失—病人最後總是成為家族成員間互踢皮球的燙手山芋，不久他（格萊高爾）果然因虛弱而死亡，當家人發現他死後，整個家庭似乎又充滿著活力—一旦病人自殺或意外死亡，許多家屬反而表達他們鬆了一口氣的心情。

「蛻變」投射出多數精神病患生病歷程的故事情節！「變身為蟲」，意味著原本擁有正常功能的一個人，在發病之後，也註定要從此承受不可逆命運的一種荒謬。瘋癲狀態下所表現出的駭人形貌、失去自控的身體，病者必需面對身體形象的改變、功能敗壞，及呈顯疾病背後的一連串多重失控感，包括生活功能、自我、人際關係、自由、命運以及未來狀態等等（林美伶，2001）。在生病歷程中，病患始終期待能夠回到原來的模樣及生活軌道上，重新扛起家庭責任，但往往事與願違，反倒像戰場上節節敗退的士兵，一路退守，必須不斷地與生存現狀作妥協。在生活空間被壓縮的機構化環境，註定被判為永無止境的拘禁。斗室裡的甲蟲期待被家人及外界所接納，卻始終換來失望、鄙視與家人的對立衝突，甚至面對家人的言語諷刺和責難，有病者選擇跳樓、喝鹽酸等企圖自殺來終結苦難。諷刺地是病人的消失，對周遭親友而言也許並不是件悲慘的事，因為一切的煎熬與污名終於隨塵土覆蓋，病患以外的世界得以繼續運行…。「蛻變」中主角格萊高爾的生命故事，貼切地刻鏤出當前精神病患患病處境的生命圖像，一種對生命深沉的荒謬與疏離。

參、無事的身體—機構化處境下的生活意義

在本研究場域中所照護的精神病患，精神分裂症占了高達 80% 以上的比例，其臨床特徵根據精神疾病診斷分類系統，精神疾病診斷與統計手冊（DSM-IV）包括了：幻聽、妄想、語無倫次、整體的混亂行為等正性特徵；一旦病患進入了慢性化病程則會出現一些負性症狀，亦即情感表現平板（affective flattening）、貧語症（alogia）、或無動機（avolition），以及人際關係、或自我照顧功能障礙等（胡海國、林信男，1996）。

因此得到這個病，意味著一個人將從此面臨思考及知覺能力受到破壞，而產生意識、身體及日常生活上的多重失控。首先，注意到的是軀體的意向性也遭受到挫折，身體功能的失調必然造成具體化的意識和外部世界之間各種不同的相互作用的障礙。因此，身體作為這個世界的存在，這一真正性質發生了改變，首先也是最重要的是生病反映出能力的喪失，表明“沒有能力”以習慣的方式參與日常事務（Toombs, 2000）。

縱觀大部份病患在「移位」之後的日常生活，呈現大量的時間獨處、睡眠時數延長、社交退縮、獨自漫步、看電視、聽音樂、情感矛盾、自我照顧能力降低等負性症狀（余德慧，1998；李明濱，2000；李引玉，1996；葉莉莉，1999）。

馬帝指出許多機構化的病人都會出現「存在疾病」，這種「存在疾病」的其中一種臨床形式即「無所謂」。無所謂是指極端程度的缺乏目的，個人沈浸在嚴重的無目標感和冷漠狀態，這種狀態有廣泛的認知情感和行為表現。即無法相信任何生活努力的用處和價值；感到枯燥乏味、厭倦無聊，冷漠；不論從事什麼活動都覺得無所謂（Yalom, 2003）。Yalom（2003）認為這就是所謂的「存在挫折」，是生病之人一種常見的現象，其特徵是無聊、冷漠、空洞的主觀狀態，覺得悲觀、缺少方向，並質疑大部分活動的意義

對病患而言，無事的身體也意味著一種有限性，病患被圈在生病的處境和不自由的空間中，無法履行家庭角色和個人的生命責任、理想。生病時這些目標似乎突然間與自己不相干或超出能範圍，發現自己被束縛於此時此地，被界定在現在的時刻，未來無法再被有效地規劃(Toombs, 2000)。病患也許表現出抗議反彈的情緒，也許無奈承受，或者茫然無知，卻是呈顯出各種「無事」狀態下對生命的無助感、無意義感或是無法實現生命責任的存在內疚。

肆、生病處境的孤獨與疏離

病者乃「在病之中」的行動者，在知覺扭曲的擬象世界中，主要的形式為各種妄想、視聽幻覺、「你—我」界線泯滅的混亂狀態，精神病患者除了有一種與他者關係斷裂的疏離感，有時亦處在與自身覺知斷裂的不真實感，覺得自己不認識自己的陌生感，自己的目的、角色混淆不清，無法辨析自己與環境、他人的界限，置身於人我紊亂的恐慌感中(李明濱，2000；李引玉，1996；余德慧，1998)。

對精神病患而言，病本身造成的失真感、自我喪失感，使得病患處在心理孤獨和存在孤獨之中。且面對疾病的不可逆時，孤獨形貌將擴及影響個體自我存在之各層面，包括：時間的長度—過去、現在與未來；空間之寬度—自我、家庭、社會；人緣之深度—與家人、朋友、成長中與重要他人之關係等(胡海國，1992)。

存在孤獨和人際孤獨是密切相關的，脫離人際的結合，會把人推進存在孤獨。害怕存在孤獨是許多人際關係背後的驅力，也是情感轉移現象背後的主要動力(Yalom, 2003)。病人會在隔離處境中，更加渴望重新建立與家人的關係，因為「關係」往往是對抗存在孤獨恐懼的主要力量。

因此，臨床中孤獨所照映最鮮明之處即病患對「家」渴求，欲重拾與家人的親密關係，而不斷掙扎努力是普遍之現象。Yalom(2003)指出分

離經驗會引發焦慮，分離意味著被切開與無助。對病者而言的確如此，分離經驗是焦慮的重要來源，對家人的繫念誘發了許多絕望、憤怒與不滿的情緒，甚至採取自傷行為來引起家人的關注，對家的執著回歸，總使自己陷落在無所依歸的空虛之中，Yalom 表示當病患面對類似這種生病或死亡經驗的過程時，都會使人進入這個寂寞之谷。

伍、負面的烙印標幟

「烙印」一詞最早源於古希臘，是藉以區別一般人和其他因道德或行為上的缺陷或不尋常的人，在他們身上加上標記或火印 (Kleinman, 1997)。Goffman 在有關於討論長期病痛患者的烙印 (stigma) 中有深刻的描述：「記號被刻入在身上，以告示這個帶印記的人是個奴隸、犯人或叛徒——一個有污點的人，在習俗上受到污染，必須避開，特別是在公共場所。」(Kleinman, 1997)

在中國社會中，對精神病的印烙是如此有力的，它不只與嚴重的精神病人，還與他們的家屬相關聯。往往認為如果一個人精神有病，他的祖先無疑也染患了，他的兄弟姐妹就共同分擔了這個家族的道德污點，而他的後裔也會有得病的危險。因此傳統上媒人會將精神病患的兄弟姐妹與子孫排除在適婚男女群之外，一個被如此貼上標幟的人，便會遭受到周圍的人避開、嘲弄不認可與貶抑。(Kleinman, 1997)。

人們對精神疾病仍持有不可預測、危險的、脆弱的、愚蠢、無價值和遲鈍的烙印看法 (Heginbotham, 1998; Hillis & McClelland, 1998)。犯罪新聞中不難發現，只要報導強調嫌犯 (疑似) 為精神病患，一時間精神病患又會成為鎂光燈的焦點，充斥著片面斷定精神病患等同於犯罪的觀點。由於社會大眾採防衛態度，並且以訛傳訛的渲染不正確精神疾病的知識，故精神病患往往被冠上「瘋、狂、魔」等字眼。因此當被診斷為精神疾病或外顯精神症狀時，患者會承受來自他人的負向看法及態度，而他人

面對精神疾病時過度誇張的反應，也讓患者甚至患者家庭承受來自社區、家人、教友、同事、醫療人員及媒體對精神疾病的刻板印象 (Wahl, 1999)，也就是對患者反映出負向及拒絕的態度，認為有不可預期的危險及暴力 (Penn, Martin, 1999)，這些大眾對於精神分裂症患者根深柢固的態度，讓患者感受到自己被烙印 (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve, Kikuzawa, 1999)。

精神分裂症患者自覺之烙印處境，包括「疾病不被接受」、「他人對能力的質疑」、「本身無法接受疾病」、「多重失落」、「預期生活困境」(林美伶, 2001)。精神病患被建構為一個「非理性」的存在者，但病患在建構自我認同時，又不斷落入社會建構的烙印中 (范燕燕, 2000)。在烙印處境中，疾病與烙印所帶來之壓力影響病者之社交互動、士氣低落 (Lind, Mirotznik & Cullen, 1991)，在情緒上則顯得沮喪傷害生氣 (Wahl, 1999)，以至採取逃避態度面對人際關係，進而影響生活品質及自尊傷害 (Wright, Gronfein & Owens, 2000)。

第二節 護理人員在照護關係中之角色定位

壹、精神科護理人員的角色特殊性

護理人員在精神科工作的特殊性在於它不同於一般流動率大的內外科別，精神科患者大多是每次住院兩三個月以上的陳年老病患，以研究對象所在的醫院為例，慢性病房住院天數高達一年以上的患者占了大多數，且百分之八十以上皆為熟面孔。護理人員與病患所建立的關係，反而是一種長年的陪伴關係。與內外科相較，工作性質、目標設定和疾病類別亦截然不同：當今醫療生態下，內外科護理重視臨床路徑，以縮短住院天數，強調成本效益為主要考量，有限的護理人力配置下，多僅能從事技術性的操作，對每個「疾病」和「病情」皆有標準化流程（朱政騏，2004），故護理人員與病患多僅能在有限的形式上作短暫表淺的接觸，對大多數病患亦多只有一面之緣，出院之後即結束對病患的照護工作。

而在精神科，雖然減少了許多常規忙碌的護理技術操作，如抽血、針劑治療、量血壓體溫等活動，卻相對著重在與病患關係的建立、會談功能、精神症狀和壓力的緩解以及日常生活上的復健、照料等，並且是以病患單獨住院的形式為主，也因此，與病患互動的現場中，護理人員就必需兼具多重角色與功能，此乃與其他科別最大的歧異處。

這些多重角色功能包括：當護理人員為病患提供機會，使其在環境中有被接納的經驗，他便是一個治療性環境的創造者；當協助病患參與社交事項時，便負起社會化促進者角色；當病患談論困擾問題時，則擔任了諮詢者的角色；有時候護理人員是位教師，教導比較能為社會所接納的方式；在日常生活照料上，也履行了父母代理人的角色；當執行護理業務，如給藥或治療時則是大家所熟悉的技術員角色；而在特定時間與家屬或個案會談，使他們參與改善系統計劃時，則是執行治療師的角色（李引玉，1996）。因此，精神科護理人員可以說被賦予的是一種全方位角色的形象。

貳、護病關係中的倫理規範

一直以來，護病關係的互動原則乃依據 1952 年 Dr. Peplau 所提出的治療性人際關係觀點，其特色在於強調以病患為中心，著重於病患的個人需要和心理需要，護理人員對病患的互動基礎乃建立在「接納」、「不批判」以及「維持一致性」的態度上。以解決問題、達成所設定的目標為導向、在治療關係中護理人員未必尋求經過患者的贊同與認可，乃透過不斷地現狀評估，去區分出患者的真實需要和需求；兩者關係是有時限性及階段的，當關係結束的時間將屆，護理人員應該在感情上放開病患，盡量協助他邁向較合宜的關係。在整個照護過程中，與病患應有清楚的角色界限，只協助病患自我表露，不涉及個人隱私（李引玉，1996）。

養成教育中，強調維持基本的治療性人際關係乃是理所當然的，各科護理人員在臨床照護病患時必然秉持的共通模式，也是一重要的份際和倫理規範，尤其對於著重與病患建立發展階段關係（共為三階段關係，即認識階段、工作階段及結束階段）、對日常接觸頻繁的精神科護理人員而言，清楚這三層關係，在避免護病雙方不必要的情感轉移上顯得格外重要且受重視。

參、兩種關係—「我—你關係」與「我—他關係」之對話

基本上，治療性關係在人我關係上是一種利他主義，提供一個以病人為中心的全盤性照顧外，在「我—他」的關係界線下，著重以專業技巧來達到照護的目的，它也提供了保護護理人員免於陷入糾纏不清及不當情感涉入的關係中。而從另一個觀點視之，許樹珍（2001）認為這樣的「我—他」關係模式，如同海德格提醒對「物」牽掛的照料，是一種非本真之模式，將關照中之對象以物待之時，則如同在一陣機械化與商業化照顧後，雙方便互不相干，毫無感情牽掛聯繫。根據蔡淑玲（2005）在安寧照顧場域針對護理人員所做的研究，實際的照護情境中，的確也點出了治療性人際關

係在一些特殊的共構場域產生了明顯的侷限性。

Yalom (2003) 提出的存在心理治療，乃傾向將醫病關係建立在「我—你」關係上，他認為雖然在強調治療性人際關係的基本理念下，這樣的字眼會令治療者感到「侷促不安」，但其中的不一致深植於治療師和病人的「處境」當中，的確是無法否認或忽視的。

「我—你」關係有一個重要的面向，必然不同於一般的治療性關係，就是「對等的相互性」。在我—你關係下，照顧者對於病人的關照是帶著敬畏啟發性的超越和神祕的真誠（許樹珍，2001），認為在對等的概念下，治療者也可以合宜地坦露自己，如此病人在自我揭露時也比較覺得不會受到傷害。

照護者在關懷他人與自我保護之間就如同一場人性的拔河賽，總有不斷的拉鋸戰，是人性劇場中常見的一齣矛盾劇，而對從事助人工作的專業人員而言，其掙扎的程度又比一般人來得劇烈（Skovholt，2004），故如何在兩者間取得平衡點，是值得探討的問題。護理人員若能夠在這上面具有更多的自我覺察以及反思，方能促成更有深度的良善照護，同時也讓自身獲得學習與成長。

第三節 照護處境下之感受及壓力

壹、情境性壓力

精神科護理人員隨時可能要面對病患病情不穩而發生的暴力、挑釁、逃跑、自傷等突發行為，當這些行為發生之際，與病患熟識的護理人員也將因此而衍生更複雜的情緒衝突。Sullivan (1993) 針對兩家精神地區醫院精神科護理人員的研究，精神科護理人員的工作壓力，在病人照護方面，主要是照顧有潛在性暴力傾向的病人、處理病人的身體暴力事件及約束、照顧有潛在性自殺傾向的病人以及照顧必須一對一觀察的病人。

如護理人員照顧最難處理的邊緣性人格患者，常在同情及生氣中情緒起伏波動，挑戰專業涵養也挑戰人性的界線。職業壓力經常導致護理人員對病患感到失望、情感反轉移及嚴重的情緒紊亂 (馬維芬, 1997)。當遭受病患暴力攻擊時則在心理反應會出現失控感、傷心、抑鬱、羞愧、懷疑、退縮、害怕、自責；生理上會產生做惡夢、睡眠困擾、腸胃困擾、緊張疼痛感等反應；另外人際關係也會變得害怕和病患、他人互動，與親友的互動也會改變 (王郁茗, 1995)。

在照顧有自殺傾向的病患方面，McLaughlin (1999) 進行了 20 位精神科護士與 17 位自殺個案的訪談研究，兩者對於自殺照護困難的看法，其中護士認為溝通能力不佳、缺乏自殺知識與溝通技巧訓練以及本身的情緒反應 (如：生氣、挫折、缺乏同理及害怕介入自殺問題處理) 是造成護理困難的原因。

陳佳英 (1996) 的研究顯示，精神科護理人員整體最常感受到之壓力源為資源缺乏、人力及安全措施不足、排班事宜、行政組織系統一負責太多非護理工作、病人負向特性—暴力、自傷而感受到壓力；. 統計結果，約半數精神科護理人員有重度情緒耗竭，1/3 以上精神科護理人員有重度之非人性化感受，以及近 1/3 的精神科護理人員重度缺乏個人成就感；急

性群病房則比慢性群病房精神科護理人員有較高的非人性化感受。

而護理人員對壓力的回應方式可能有為自己創造喘息的空間：如看電影、出遊、運動…等等；與同儕及親友等重要他人分享感受；尋求宗教及成長團體支持；以及為自己築起防禦的堡壘，以一種不涉入情緒的態度來與病患互動，將工作與生活作明確切割等（蔡淑玲，2005）。

貳、存在性壓力

在慢性疾病患者的治療和照護工作中，醫護人員無可避免地要去面對疾病是否能夠治癒或者能夠獲得改善而達到出院目標、獨立工作的問題。在精神科，這個問題更加深了它本身的複雜性，因為它源於大多數病患以及家屬的期待，尤其在病患身上可以發現，他們固然不必面對立即死亡的威脅，但缺乏病識感及現實感的固著思考，以及無法達到成人期發展階段應擁有的獨立、貢獻任務需求（Erik Erikson 的人格發展理論），讓許多患病的病人及少部份家屬可能在歷經多年生病生涯後，仍不死心地向醫護人員提出「將病治好」的要求，或者抗議明明自己「無病」，卻被禁錮在不自由的當下。另一方面也源於醫護人員本身的使命感—控制疾病、提供病患活下去的勇氣，自信地面對問題。因此，慢性病對醫療人員而言，其面臨的深層壓力可能是更為困難而沈重的，尤其當病人、家屬的期待、醫療照護者的使命感等與實際處境相抵觸時。

Kleinman (1997) 提到為什麼長期病患的醫療會如此困難？或許就是因為從症狀令人消沈到加劇，從功能有限到無能的這個循環。當嘗試種種多重治療計畫卻得不到理想結果時的挫折，令醫生也令患者疲憊。對急性病痛醫療和長期症狀緊急加劇之那分基本的強迫性責任感，可能在長期過程中，製造長期的暴躁與令人麻木的耗竭（burn-out）。

Skovholt (2004) 提到助人工作者有關於關懷與意義耗竭的現象，當工作意義消逝，工作的存在目標瓦解，則助人者易產生所謂的意義耗竭，例如當一位從事藥癮治療的醫護人員發現病患復發的比率要比復原情況來得多的時候，他可能會感到工作缺乏價值與意義而產生「意義危機」。這也道出精神科從業人員可能出現的相關存在壓力課題，一方面必須灌注病患活下去的希望和勇氣，但在專業角色面具背後，卻對自己無力去應付病患的病痛面產生無力感和挫折感。

而面對精神病所展現的特殊自我喪失感、孤獨處境、污名化等問題，必然也會造成護理人員在照護陪伴過程中，一種生命處境的投射、牽掛，去思考他人是誰？我是誰？以及生命的意義與質量的問題，這些與病患生命相互流通而衍生的存在壓力，可能更加形成照護者一種無所依循的混沌感，及當下處境的掙扎，使照護工作中的助人者很難同時站在專業角色又同樣為人的立場兩端去思考關於護理人員面對病人存在處境應該保持何種最佳姿態？如此將使得護理人員產生內在焦慮和倫理矛盾。護理人員以什麼方式去面對照護中的處境壓力以及存在壓力，為本研究中所探討的議題之一。

第四節 專業自我的形塑與反思

壹、專業自我的存在形式

護理人員專業角色是由於護病關係中病人的存在而成立，兩者之間具有相互創造的互為主體關係(intersubjectivity)(蔣欣欣、余玉眉,2001)彼此在潛意識和意識上相互作用(Natterson & Friedman,1995)。護理人員照顧病人時，傾聽病人的訴說，在用心聆聽時，護理人員帶著自己的立場去理解對方，自己的立場包括生活中的自我與專業中的自我，兩者影響其感知的內容，同時經由當下與病人的互動，調整自身的感知(蔣欣欣、張碧芬、余玉眉,2001)。根據這種護病間所存在的相互投射關係，蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲(2003)的研究分析出四種專業自我的存在形式：保存自己、以己度人、由人觀己、超越自身。

「保存自己」指的是在專業自我發展歷程，當面臨無法恰當發展良善照顧的道德壓力時內在自責常以不同的自我保護方式呈現，包括離開護理工作、責怪護理行政措施或醫院體制、及避免與病人接觸互動(Kelly,1998)。強調技術和理論的結果可能不僅限定事物的呈現，也限定了照顧者的視域，使世界的豐富性被遮蔽，人的豐富性也被剝奪。而照顧者自我封閉，可能會使自己在無意識中變為造成他人不幸的加害者(蔣欣欣,2001)。

「以己度人」指面對困境時，以己身的經驗、信念價值、意願評斷他人的活動，乃以己身的視域去論斷他人的立場。如護理人員可能單方面怪罪家屬不願意帶病患出院，而未從家屬立場去探究病患對家屬造成的恐懼與傷害，從兩者處境去處理雙方。若照顧者停留自身立場而不思考對方處境，容易形成自我中心的照顧(蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲,2003)。

「由人觀己」乃由對方處境，觸動自身內在經驗，引發護理人員觀看內在自我。反思個體與自己、個體與他人間的關係，包括觀照對方處境及

經驗再現，如護理人員以角色置換的立場，作為對病患病情世界中種種處境的深層理解，而能產生更高層次的同理。

「超越自身」以開放的態度認識他人與自身兩方面的處境，突破原有的觀點找到他人存在的位所。此層次的觀點提醒護理人員去覺察表象行為背後的深層意義，而對事物本身有更多面向的看待，而做出真實的理解。作為一個在現場的護理人員，時常有意識或未意識地游走於不同專業自我的狀態之中，困頓中的封閉，或轉換以保存自己，進而正視在現場的身體經驗，無論是度人或觀己都是作為超越自身的基礎（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003）。

此四者雖有其層次之分，卻可能依據情境及現實，分別出現在不同的互動現場和時空位所，從一個存在性照顧的角度深切省思，其促成治療活動的相互投入關係是動態的，屬於情境式的，隨機而發、無預設立場，真理的經驗由雙方對話互動中逐漸被揭露，同時也不斷挑戰當下呈現的真理經驗，而有一種創造性，促成專業自我功能的變化。因此，護理人員乃是透過（1）投身處境（2）反觀自身（3）真誠對話（蔣欣欣，2002）引發不同觀點，探究事物真相，照護過程中也藉著對自己與他人不斷地提問，事物的奧秘就逐漸敞開（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003）。

貳、面對面關係的倫理

許多倫理議題的討論和研究多策重在倫理的種類、處理原則，而缺乏去思考支撐這些倫理議題的底景究竟是什麼？護病關係所出現的諸多倫理困境，也就在於當科技文明流入到醫療或照顧文化面時，常常落入一種形式與工具主義之中，而未去覺察及正視從照顧者及病患雙方的「此有」（Dasein）而來的牽掛（Sorge；Care）所造成之衝擊。海德格所指的「此有」乃指凡應作為存有的真理被經驗到與相應地被思維到之位所者，照護者與病患都有各自的「此有」，各自的存在「場所」；「牽掛」的對象則包

括事物、自己的病痛或死亡，以及他人的總總情事、對他人之照顧等（汪文聖，2001b）。

在護病的具體倫理中，余德慧、石世明（2001）提到這是一種互為主體性的面對面照會，談到它將不可避免地涉及到人與人之間原本存有的一種原初性倫理關係，他們提出一個基本的觀點：自我是處境裡的反身運動。它的領域來自於行動和關係給定之前，認為人與人之間彼此的真實臨現是一種無法抵擋迴避的事實，在護病共同臨現的時刻，讓「我」（the I）得以出現，也就是說在與病患互動現場的「我」，其實並不是在識先決狀態下的我，而是他人共同臨現的處境底下，讓我得以顯現。我對他人的承應不是道德上的責任，而是存在性的責任。存在性責任沒有是非對錯的判斷標準，它回應的是他人的面孔，也就是在這樣的責任中，讓具體倫理得以產生。

余德慧、石世明（2001）雖然針對臨終處境提出此原初性倫理的概念，筆者認為其觀點亦適用於長期與病患形成共構共在處境的精神科護病關係上，精神科照護工作所面臨的各種人性挑戰、存有牽掛和倫理衝擊亦不亞於面對臨終病患時的複雜感受。前者朝向死亡，後者朝向繼續存活的內涵雖有所不同，但卻也有著類似脈絡處境的交集，如承受倫常世界斷裂的困頓、無邊無際的存在孤獨等。

因此，護病交會的當下臨現並不只是單純的角色呈現，即使在醫療專業中，醫護人員必定是以專業助人者的角色定位自己，希望能應用自己在知識領域上所學到的專業技能為病人緩解痛苦，但是當醫護人員來到病人面前，他卻不只將護士這個角色帶到病人面前而已，也包括自己同樣身為一個人的角色。如同在研究中，護理人員不顧危險，將床單包覆全身赤裸的女病患身上，在這個行動背後包含了以自身作為一個父母的理解，而企圖去停損病患家屬當下所承受的難堪，源於自身一種出於仁心自然的臨現。

精神科護理人員面對病者的脆弱和受苦的時刻，即呈現出一種迎面而來的「照面關係」，在共構共在的生活世界中，融入病者在其脆弱狀態所投射出的無形召喚，而照顧者成為這種「照面」所押質的存在，一種共命的在場，雖為照顧主體，但也涉入了他者的存在，以及自己的存在（余德慧，1998）。所謂「召喚」乃是透過身體的經驗，加以描述，再進行理解——即由我自身進入他者，同時又反觀自身，產生一種對他人的感通，在彼此經驗中往復迴流（蔣欣欣、余玉眉，2001），這種忘我，卻又隨時觀察互動現場我的處境，方能夠促進自我超越，而產生一種本真的（authentic）、人本的（person-center）照顧（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003）。

第三章 研究方法

本研究主要探討精神科護理人員在與病患長期共伴共在的特殊照護場域中，如何透過自身生命經驗的視域去觀看自己所在的舞台，以及舞台上的表演者，而這個表演者包括病患與自己，並在自省、覺察的歷程中對自我專業及生命超越作深度反思。而質性研究不在驗證假設或回答問題，乃藉由研究對象本身的歷史脈絡，來探討經驗情境中的存在境象。護理人員每日不斷翻轉在對生命嚴肅的「問」與「答」之中，也投射著助人者自我存在的光譜意象，與護理的「關懷情愫」等形而上之範疇，這些議題是可以經驗的，卻非全然可驗證，故透過質性研究方法來作探索與討論。

第一節 研究取向與解釋觀點

護理照護活動本身便具有其複雜、獨特的情境、脈絡特質，涉及人與人之間的一種豐富心理狀態，而詮釋學所強調的便是在背景脈絡下，去挖掘隱含在語言背後之心理實體（徐臨嘉，1984），詮釋學之目的在於研究人類之經驗，詮釋學的知識不但包含了個別性，也包含了豐富性，可以幫助我們對人類經驗有深度與豐富多元之瞭解，進而應用在臨床實務中，基本上護理過程本質可以說就是詮釋學中所重視的詮釋循環（趙可式，2000）。

故本研究乃採取漢斯·喬治·高達美 Hans-Georg Gadamer 的詮釋學觀點作為本論文之詮釋理念，透過研究者本身對精神科照護經驗的前理解，作為幫助理解之基石，去探究護理人員在護理經驗中，所涉及自身與他者之存在本質，將照護內涵隱晦不明的意義揭露出來，並透過深度訪談取得正確的資訊及瞭解受訪對象在其照護歷程中，真實內在世界之看法、態度和感受。

壹、高達美之詮釋學理念

高達美的「哲學詮釋學」觀點強調方法並非通往真理的大道。相反地，真理躲避著堅守方法的人。他認為詮釋學的目的並不在提出「客觀有效」的理解原則，而是在於盡其可能廣泛地去審察理解本身 (Palmer, 2002)；故詮釋學並不是一種找尋正確理解和解釋的方法論，而是解釋和現象學描述在其時間性和歷史性中的人的此在，不是一種對於某個被給定的「對象」的主觀行為，而是屬於歷史效果，也就是理解是屬於被理解東西的存在。他強調對於文本的解釋，研究者不能將自己從文本的意義中分開，要瞭解所閱讀的文本永遠是一種解釋。對高達美而言，瞭解的問題牽涉解釋性的對話，包括從傳統中發現自己 (Manen, 2004)。

他提出下列幾個詮釋學的重要概念：理解、詮釋循環、視域融合、以及問與答的對話關係等，說明如下：

一、理解

理解乃詮釋學之重要方法，透過理解的過程才能還原事物的現象和本質。一個人必須進入另一個人的經驗世界中，並且「親身體驗和別人一樣或類似的經驗」，這樣的「共享經驗」乃是理解過程的核心 (Denzin, 1999)。理解本身的運作同時是在過去、現在、未來三種模式下，也是個人交互作用辯證過程的自我理解。它是歷史性的、辨證的，也是語言的，理解的運作是無所不包、無所不在的 (Palmer, 2002)。理解的過程就是一種對話的過程，也是視域融合的過程 (畢恆達, 1995)。其要件不是操縱和控制，而是參與和開放；並非知識而是經驗，並非方法論而是辨證 (Palmer, 2002)。

二、視域融合

文本與詮釋者有其歷史傳統、文化背景、社會和個人條件與視域 (horizon)。視域是從一特定的角度所看見的整個視野，也就是人可以思考及感受到的範圍和理解，即我們的「前結構」。視域是有限的，但也是開放的。高達美指出要邁向文本和歷史行為所處的意義的視域，人們是從他自己的視域出發，不斷質疑地前進。當人在作詮釋時並非將自身的視域棄之於後，而是擴大視域以便與文本或行為的視域融為一體，既不是去探索歷史行為者的意圖，也不是要在文本中去發現作者的意向，乃是歷史遺產其自身在文本中訴說 (Palmer, 2002)。故理解者和解釋者的視域不是封閉和孤立的，它是理解在時間中進行交流的場所，乃藉著視域融合來達成對他人視域的理解 (Ast, Schleiermacher, Dilthey & Heidegger, 2002)。在詮釋者與文本的互動過程中，第三個語言形成了，而他們的視域也得到融合與轉化，而變得更加豐富，如此也在這樣問與答的辯證過程中產生了視域融合 (胡幼慧, 2003)。

三、詮釋循環

理解是一種有根本關係的操作，我們所理解的東西自身就構成了系統的統一體，或由部份組成的詮釋學循環。此循環做為一個整體規定著個體的部份，部份結合又構成這個循環，因此我們理解了整體與部份。整體通過部分得以定義，相對的部分只有聯繫到整體才得以被理解。在人生命的部份與整體之間也存在著同樣的關係，整體的意義來自於各部份的一種「意涵」。一個事件或經驗能夠改變我們的生活，以致以前有意義的事物，有可能突然變得無意義。而一個表面上無意的經驗，在回顧中卻可能重新賦予新的意義 (Palmer, 2002)。

通過整體與部分間的辨證之相互作用它們就把意義互給了對方。故理解本身就是一種循環，稱之為「詮釋學循環」。詮釋學循環是一則空間比喻，它所表明的是一種共有的理解域，一種對話關係～一個說者和聽者共同擁有的共同體。而說者和聽者都須共有語言和他們談話的主題。詮釋學原則就在這談話的媒介（語言）標準和說話的材料（話題）標準上發揮作用（Palmer, 2002）。

故其任務就是「在各種同心圓中擴大所理解意義的統一」，「一切個別與整體的一致性」。所以一切交往和理解的目的就在於取得對某物的一致意見，即內容上的一致性（Ast, Schleiermacher, Dilthey & Heidegger, 2002）。詮釋循環的概念原本是狄爾泰所要避免的，但海德格則認為要避免詮釋循環是完全不可能的，反而藉由詮釋者和被研究者相互問答的過程，而使彼此的詮釋有所開展，並避免研究中的獨斷想法。

四、問與答的對話關係

高達美說，真正地去提問便是意味著去「置於開放之中」，因為在這個時候答案尚未決定，一個人必須要願意去認識才能夠提出問題，要去認識自己有所不知。當學會不假定自己只須透過方法在既有理解方式上做徹底的理解，那麼就真正明瞭提問所特有的「開放性」。提問總是包含著一種「無知」（not knowing）的知識，所有的提問都奠基於一種否定和疑問的結構且不試圖去說服他人，並一個人依照話題本身在檢測他的論斷（Palmer, 2002）。

高達美問與答對話關係的概念為接近蘇格拉底的辨證法，而非現代的操作性和技術性思維。強調真理的獲得不是經由方法，而是經由辨證；故此乃與方法對立相背的一種理念，也被視做克服方法之所以會預先建構個人視見方式的一條途徑，因為在方法下不可能揭示更新的真理，只能將早已隱涵在方法中的真理透顯出來而已。反而是透過辯證，即透過不斷地提

問來做為回應的方式去趨近所要探究的事物。一個人只能立基在他從屬的和所處的環境中做出回應。由此詮釋的境況不再是一個探究者面對著一個對象，他需要建構「方法」以便能掌握對象。相反地，探究者會突然發現他自己是被「主題」所質問的存在者。最終，辨證的目的也是一種現象學的目的：即讓遭遇到的存有者或事物開顯其自身（Palmer, 2002）。

綜觀詮釋學之特性乃在詮釋交互及人與情境之整體脈絡中，對生活經驗提出解釋並尋求意義。高達美強調理解並非我們詮釋過程中刻意建構出來的，相反地，它帶著個人先見的歷史視域，研究者本身即具有一種視域，並將自身帶到文本的理解和詮釋中，這樣的自身置入，意味著詮釋者的視域也提昇至更為廣闊的境地，透過與文本視域融合，以獲得更深入廣泛的瞭解，並藉由詮釋循環部分與整體之來回過程，使獲得之詮釋更接近真相，而研究者也透過詮釋學研究，能夠在研究過程中增加對自己之理解。

在一個與病患共構共在的世界，研究者與被研究者並非兩個相互隔絕的主體。詮釋學指出我們都在前理解的過程中帶著自己，受訪者在研究中不是一個提供資料的機器，而是面對自己在照護精神病患過程中的生命體驗，並使用語言述說此過程，使其更瞭解自己與自己所在的存在處境。使訪談本身成為生命中一件深具意義的事情，而它也牽涉了研究者的自我學習與轉變（胡幼慧，2003）。

貳、深度訪談

潘淑滿（2003）指出深度訪談是質性研究的資料收集方法之一，研究者運用口語敘述的形式，針對特定對象收集與研究有關的資料，以對研究的現象或行動有全面式的瞭解。Minichiello 等人（1996）定義之深度訪談其特點為：一、受訪者與研究者接觸碰面是重複的，即兩者要花較多的時間互動。二、訪談者和受訪者是一個平等的關係，不像結構化訪談，訪問者操控了訪談歷程的權力。三、重點不在研究者的觀點，而是在尋找受

訪者提供的說法，且高度重視其觀點。四、以中性語言瞭解他們的觀點，以重新拾回受訪者的世界。故深度訪談主要特色為「有目的的談話」、「雙向交流的過程」、「平等的互動關係」、「彈性的原則」和「積極的傾聽」。

John Johnson (2002) 則詮釋深度訪談意謂著尋求「深度」(deep) 的訊息理解。其目標在探索潛藏在表層觀點下所蘊含的意義，以理解該經驗本質，且捕捉及表達對某些活動、事件、文化的多元觀點。范麗娟(1994) 認為為了避免受訪者受到訪談者的價值和期望的影響，訪談者應儘量避免給予受訪者任何價值判斷的評語，而也不適當絕對的沈默，而是一種雙向交流的談話。陳介英(2003) 指出在整個訪談過程中，訪談者是否具有豐富的想像力，敏銳的觀察力，和高的親和力，能隨機應變，以及對受訪對象之背景與所從事事業的瞭解，是整個研究能否成功的關鍵。並透過不斷自我反省及批判，讓研究的結果和研究的詮釋是值得信賴的(潘淑滿，2003)。

參、詮釋學觀點於深度訪談之應用

訪談是一種交談行動，是受訪者與訪談者共同建構意義的過程，而訪談的分析，應理解訪談的情境以及現象的社會文化脈絡(胡幼慧，2003)。詮釋學告訴我們，現實的敘說關乎意義，而非「事實」再現，「事實」本身就是一個建構，它從解釋的情境脈絡中得到意義，它是說者與聽者協商或折衝的結果。而詮釋的過程使我們對於個人的故事與文化的情境都有進一步的理解。

應用深度訪談描述性、結構性及對比式的提問方式，並透過高達美「問與答」式的對談結構運作，研究者從自己的視域出發，在一問一答的過程中不斷來回詢問，提出質疑，研究者在詮釋中亦不斷擴大自己的視域，並追問那沒有明說出來的東西，也就是讓研究對象本身的「主題」向自己提出問題，成為自己的訴說者。

而研究者也在問與答的辨證中產生了一種視域融合，進而啟發了自己的視域並且導致自我開顯和理解，明白某些事件並非自己所料想。而研究者的問題視域建構也在與相同或不同受訪者的多次訪談中，不斷的擴大與展開。另一方面研究者本身也在一個前理解、存有的基礎上不斷進行內在對話與反思，以共同創建一個彼此都能夠理解的資料，在不斷互動的過程中創造新的意義（胡幼慧，2003）。

第二節 研究構想

本研究乃以資深精神科護理人員作為研究主體，探討長年與患者共構的特殊經驗場域中，如何從自身視域去看待精神病患，並變換所在的視域去感受精神病患生命樣態，在照護歷程中，對專業自我作一反省，解構自身之存在本質，對生活意義進行詮釋、對話。由於所探究之主題無法化約為統計數字、符號，適合採用質性方法來進行，方能挖深有關的存在意義內涵。

因此研究者以詮釋學觀點作為文本進行之指引，透過深度訪談及與受訪者同儕關係之觀察，取得研究資料，並將獲得的文本資料進行分析，意義詮釋，以瞭解受訪者在專業中對自身之省思及照護歷程之變化。

壹、研究對象

本研究因欲瞭解受訪者在與特殊生命處境的精神病患長年照護關係中，彼此生命碰撞所引發的多面向省思。故所選定之研究對象必需有一個置身其中的紮實處境為基礎，在這個基礎上進行照護者對於受苦者生命處遇的理解，及回到其自身存在、護病關係面向作深度探討，而資深護理人員是一個比較能進入研究核心的對象。故研究採立意取樣，針對臨床資歷十年以上、同時為此區域醫院，具急慢性精神科病房工作經驗五年以上的護理人員，共四位為研究對象。

表一 研究對象之基本資料

受訪者 背景 資料	心心	阿辰	秀子	小玉
年齡	35	39	42	36
性別	女	男	女	女
學歷	大學 護理系	三專 護理科	護校	大學 護管系
臨床資歷	14年	13年	18年	15年
精神科 資歷	9年	12年	10年	7年
進修興趣	無	諮商輔導	宗教	無
宗教傾向	道教	無	虔誠佛教	道教

貳、研究準備

本研究採用「半結構式深度訪談」(semistructured interviews)，亦稱為「引導式訪談」(guided interviews)。在訪談之前根據問題的目的，設計訪談大綱作為指引方針，訪談時可以依實際情況做彈性調整；對特定議題可採取較開放的態度，並使受訪者在較少受到限制之下，能以較開放的態度來反思自己的經驗，訪談中雖架構出主要結構及脈絡，但仍以訪談者為主導，非既定順序，視談話過程及內容再行補充、開展。故對談時研究者即熟稔訪談脈絡，用語儘量讓受訪者淺顯易懂。

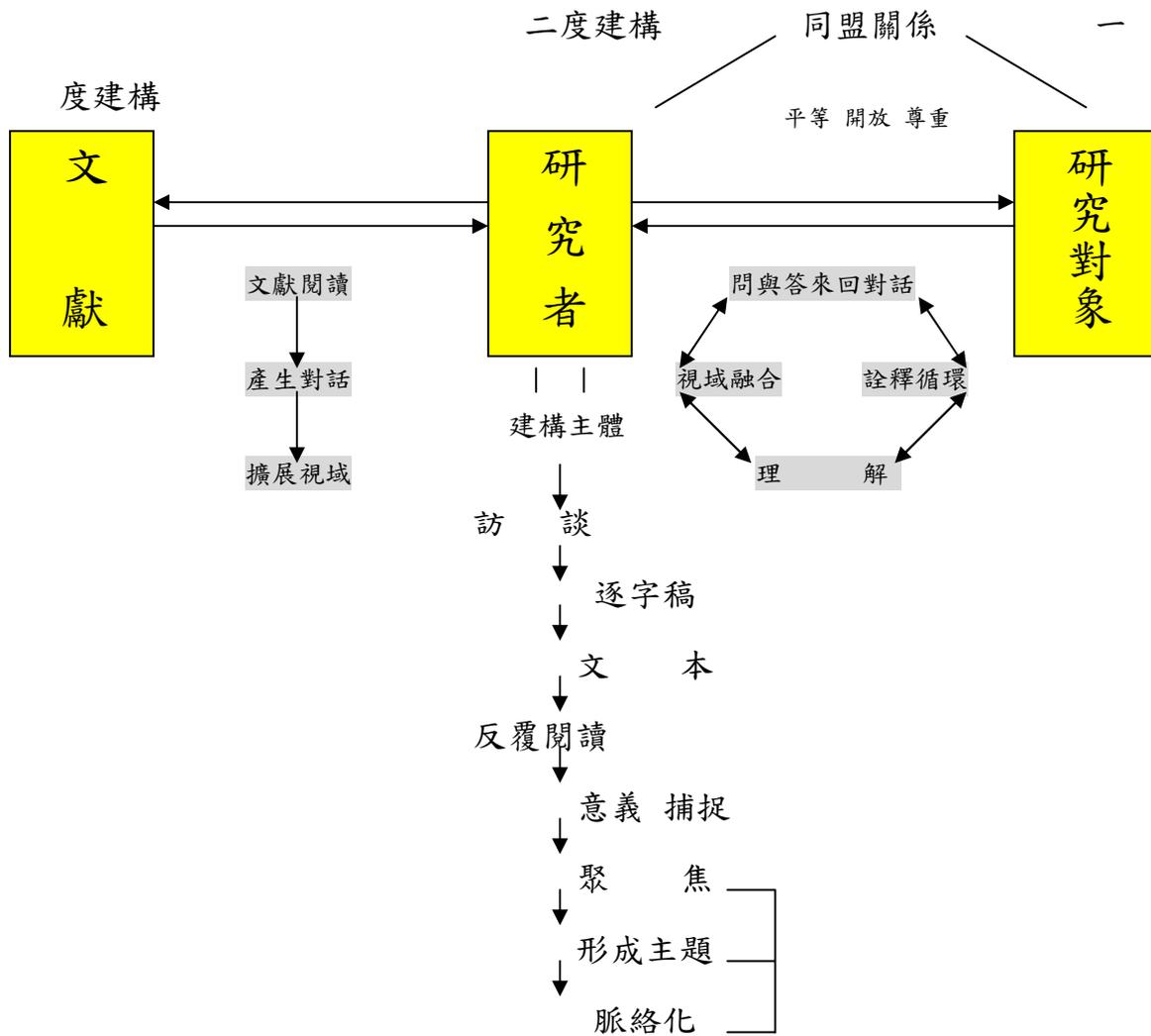
研究過程中每月與指導教授進行定期討論，並針對研究方法書籍及所收集之相關文獻進行閱讀，隨著問題意識的擴大來修訂原有的訪談大綱內容，使其更豐富、更聚焦，繼而進行預試訪談，依訪談文本及重新發現其他脈絡，再作訪談大綱之修訂。

第三節 研究步驟、程序

研究進程首先透過文獻閱讀與文獻來來回回對話，以協助研究者視域的開展，以洞見對方的問題，並逐漸地打開更廣泛的視域。故方法本質乃是一種雙向的對話，一方面跟被研究者來回對話，另一方面則藉由相關文獻之閱讀而與之產生對話，文本是在此一進程中不斷凝聚的。因為研究對象其生命現象繁，文獻範圍也可以很廣，在兩者不斷建構中逐漸形成聚焦，而訪談不斷出現的問題即聚焦之所在。在聚焦過程中研究者也在文獻中找出與其相互對應的關係線索，瞭解其生命呈現因素的意義所在。當文獻與研究對象存在處境有所衝突或無相對文獻支持、參考時，則加之提出自己的詮釋。所以研究者同時也是兩者的建構者，文獻和對象都在做結構式的建構，並從繁複的文本(逐字稿)中聚焦出主題，而研究者是兩者間的關鍵，在兩者間穿梭(鄒川雄，2003)。

此外所謂「一度建構」的理念，乃社會賦予或研究者賦予的，原來就存在的理解。即我們有一個參照的理想，能讓我們看見研究對象所看不見點。而「二度建構」即研究者自己所建構的-研究者不可能自外於其研究對象，對象不是擺於研究者之外的實體，某種程度而言對象是被建構出來的。也就是從一開始在研究對象時，研究者自身因素就一步一步地影響研究對象(鄒川雄，2003)。在不斷開展中瞭解對象所呈現出的存在面向，而拉出主題、主題和主題間形成一個脈絡關係。

參照以上具體步驟，茲將研究架構流程以圖示之：



圖一 研究架構流程圖

第四節 資料蒐集與分析

壹、研究者的角色

在質性研究中，訪談者本身就是主要的研究工具之一。本身必須具備一定的背景知識與臨場反應能力，以利於對情境的掌握。而研究者的生活背景、經驗、價值信念等都會涉入研究歷程當中。(丁雪茵，1996；范麗娟，1994)。

研究者的角色既像是採礦者(miner)，也像旅人(traveler)(Steinar Kvale, 1996 引自王仕圖、吳慧敏，2003)。說明了研究者身懷資訊時，訪談工作就是挖掘它。另一方面，研究者也像旅人在景點間漫遊，和所邂逅的人交談，和當地人相處並提出問題，引導他們說出自己生活世界中的故事。

本研究中受訪者與研究者大多具有相同之護理及訓練背景，且所置身的研究場域即本身之工作場域，對醫院之病患、硬體設備、接觸人事物背景等熟悉度高，可作充分掌握。且受訪者多為研究者曾共事或正共事之同仁，彼此連結在一個高度信任感和開放度的人際型態，對受訪者個人歷史脈絡及工作型態多能清楚瞭解，故能在關係建立及說明研究方向、動機、具體事例的理解上獲得較大優勢，但也因此在研究過程中應注意時間距離和心理距離因素。當和研究對象太過緊密連結時，容易造成看不清楚的缺點，另一個為心理距離，和對象訪談時關係是很緊密的，但也往往因涉入太深，可能反而造成界線模糊，無法拉出適當的距離作觀看。

故一旦進行研究或參與討論，此時試圖將生活世界以言語說出，則生活世界不再成為生活世界，不再被默認為理所當然，反而要成為被反思、被檢視、被批判以及被建構的對象(鄒川雄，2003)。也就是研究者的心理距離轉換時，則要把對方對象化。研究者的角色與主觀性對於研究的影響，不但是必然的且是無可避免的。研究者應努力的不是設法排除自己的

影響，而是「檢視」自己的角色與主觀性對於資料收集與詮釋的塑造（丁雪茵、鄭伯堦、任金剛，1996）。

貳、資料蒐集方式

研究者以和受訪者共同約定訪談之時間、地點，作為訪談進行之場域，訪談地點多選擇在咖啡館和研究對象家中；訪談次數每人 2-3 次，每次 60-120 分鐘，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，隨時將訪談內容作重點摘錄。另外也藉由與部分研究對象共事之機會進行與病患實際互動之觀察記錄，提問具體照護行為及特殊事件之感想，作為訪談內容之交叉釐清。

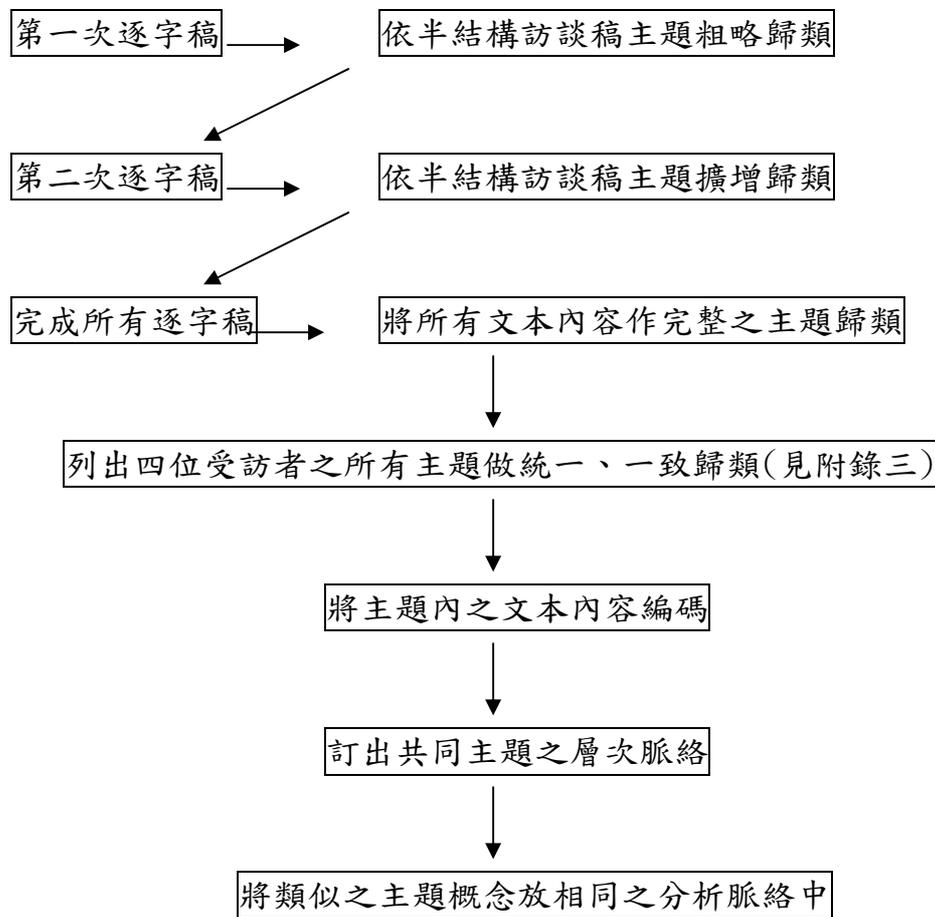
錄音可以協助訪談者專注在受訪者的話題，也可以留住笑聲、嘆息和嘲諷，使訪談更生動、更具啟發性（Padgett, 2000）。筆記本則可隨時記錄下訪談內容之重點、關鍵字眼、心情感受、突然飛來一筆的靈感、研究者的覺察反思、在場域中的觀察…等等，可提供更完整的記錄和思考。

參、資料分析

研究者依半結構式設計的訪談稿，提供一系列提綱挈領的論題，引發訪談者的情緒，使其自由地在有限的時間內探索與詢問，當主題中可能觸發受訪者更廣泛的思考面向時，可依受訪者個別有興趣或特別感受良深的主題以更開放式、挖深的方式蒐集資料，並藉由不同受訪者提供之獨特性資料擴大訪談內談的視域，以進行下一次更深入的內容探索。

於每次訪談結束後即進行將錄音資料轉為文字，合併訪談時的筆記記錄反覆閱讀，並依半結構式訪談設計之大綱脈絡進行文本之粗略歸類，於每次進行完之訪談文本再進行更精細歸類，當訪談完全結束時，即依個別受訪者之完整文本以其主題概念分類，統一分類編碼，再回到個別文本進行主題概念之逐句編碼，最後訂出共同主題之層次脈絡，再將有用之主題概念放到這層次脈絡中詮釋。

其分析步驟如下：



編碼方式：

例一：A09-01 → A (受訪者) 09 (主題歸類) -01 (第一段)

→ 小玉一對「病的絕望」之看法—有關「病的絕望」主題之第一段內容

例二：與「病患孤獨處境」相關的主題歸類有編號 14、23、24

圖二 資料分析步驟流程圖

第五節 研究嚴謹度

Manen(1997)人文科學研究的嚴謹指的是道德上和心靈層次上的「壯碩」(strong)或「強硬」(hard)。為其主張獨特性與重要性挺身而出、暢所欲言。而嚴謹的人文科學應當是「柔和的」、「靈性的」、「微妙的」和「敏感的」。Lincoln和Guba(1985)則對控制質性研究的信度與效度上，提出下列三個方法：

壹、確實性 (credibility)

乃指質性研究資料真實的程度。訪談過程中受訪者與研究者共同討論合宜的訪談地點，儘量避免干擾之情境，如病房內、或有小孩的家中，經討論後目前訪談地點皆選擇於悠靜、寬蔽的咖啡館中進行以增加彼此的專注度。且由於工作場域重疊或熟悉可隨時佐以觀察，訪談內容可與具體情境交叉比對提供研究者澄清、理解、驗證及詮釋機會的多元資料。並利用筆記立即記錄事件、心得感受。另外高達美 Gadamer (1975) 描述會話式關係的方法，即是一種「檢驗的藝術」，而這檢驗的藝術包含質問的藝術-即將會話主體「放在開放、置於開放」(to lay open, to place in the open)。故研究團隊或研討循環常是一種搜集他人對研究文本提出解釋、洞察的正式方法 (Manen, 1997)。本研究流程中藉由指導教授及研究所同學，亦定期以透過團隊合作的方式共同討論、檢證來提高嚴謹度。

貳、可轉換性 (transferability)

指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做料性的描述與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧為深厚描述 (thick description)。將訪談過程利用錄音機及筆記轉換成逐字稿並在其他欄位做 coding、感受記錄，謹慎地將資料的脈絡、意圖、意義、行動轉換成文字資料，以作為資料的分析、詮釋。

參、可靠性 (dependability)

指個人經驗的重要性與唯一性。本研究在受訪者高度信任及開放下取得可靠性資料，並透過高達美詮釋學的「問與答方式」、「理解」、「視域融合」、「詮釋循環」等概念作為對文本蒐集及詮釋的基礎。對文本之內容分析多次來回檢視，反覆閱讀，遵循詮釋循環「部分—整體」之概念，以達文本之視域融合理想，本文之意義亦經指導教授與同學多次檢視討論後，達成一致之共識。

第六節 研究倫理

在整個研究過程中恪守研究倫理，為質性研究最重要的原則之一。在本研究進行之前，研究者分別對所選取的研究對象傳達研究理念，及為何以當事者作為研究對象，並徵詢當事者同意，對研究對象詳盡告知的義務，其內容包括：研究的主題與目的、對受訪者的要求有哪些、可能會發生的風險與收穫、有中途撤銷同意權的自由、絕對的隱私與保密(使用匿名，且不對其他受訪者談論他人之訪談內容、代打逐字稿等)。最後請受訪者在「訪談同意書」(附錄一)上同意簽名，對研究對象不同意呈現之內容則應尊重當事者意見，論文中均以別名方式呈現。

第四章 共伴歷程與角色觀看

楔子

莎士比亞名言：「世界就像一個大舞台，而世間的男男女女就像走場跑台的演員；他們都有下場的時候，也有上場的時候。每個人終其一生扮演著好幾種角色…。」若想像把精神科病房當作一個小型的人間劇場，每個人都以演員之姿粉墨登場，無庸置疑，精神病患和護士會是角色裡頭連結最深的演員，穿梭其中，遍嚐劇情裡的酸甜苦辣，各自持著各自的腳本，按圖索驥浸淫其中，「角色」作為身體與靈魂的介面，成為進入自身存在的接引，也賦予不同意義的學習與功課。

本章應用此概念作鋪除，以精神科護理人員作為一個「人」的存在角色出發，在與精神病患所共構的日常生活舞台，穿起助人者一角的戲衣，躍然在台上，與「病患」成為共同劇班的演員，每日延續的對手戲，也形構了護理人員人生劇本中的重要戲碼。看真實的演出中，護理人員經由主體視域如何詮釋所扮演的角色，看待這靈與魂被破壞下的特殊生命處遇？透過角色交換的內觀與迷思，乃至深掘「內心戲」中每日翻轉上演的衝突與掙扎，此時燈光漸次昏暗，「衝突中探索存在」的字幕幡然浮現佈景上…。

帷幕升起護理人員就如同演員進入角色，護理人員與病患在日常生活的一同演出，實際涵蓋了三層關係的組成：即生活經驗中的自己、專業智能塑造的立場，以及現場互動的處境於一身（蔣欣欣、張碧芬、余玉眉，2001）。隨著時間流轉，護理人員與病者處於長年共構共在的經驗場域，不斷地交會與碰撞，猶如人與人在「關係」中的心靈深戲，深耕角色同時也進行生命底景的自我對話，以自身進入第三者的立場，進行反省實踐的功夫。護理人員藉由助人者角色的鍛鍊過程，得以披荊斬棘穿越表象，接觸到混沌的內在，進而澄清自身價值觀。金樹人在「助人工作者自助手冊」

一書推薦序對這樣的歷程做了極其生動的描述，他形容助人工作如同一次又一次的探險之旅，一趟旅程下來，有時自身能量被吸納耗盡；有時卻因心靈深度交匯而充滿能量。其過程詭譎多變，相當於「神曲」中但丁的煉獄之旅，經歷了百般煎熬之後，再回首向世人臚述百轉迴腸的閱歷。回到同樣的舞台，經過冶煉的生命，對演出本身即產生了不同意義的詮釋。

人生如戲，戲如人生，護理人員成為被拋入舞台的演員，扮演助人者一角，而相對的精神科病患成就了這個角色。因此，研究進行了幾個軸線層次的對話：身為「精神科病患照護者」對角色本身之訴說；進入現場－舞台上的對手戲；對他者演出之詮釋－從自身生命經驗所觀看的精神病患角色；角色交換－進入生病角色之觀想，以及從不同生命處境中進行生命質地之探討。

第一節 緣起與本心

一開始，每個人在踏入所選擇的行業時，可能都源於不同的初衷，有些人可能因為從小對某種行業的嚮往憧憬，因此立下長大後的志願，有些人趨於某種天性使然，而選擇了適合自己個性的職業，無論如何，它們都形構了將來投身於社會的基礎，故在本節的「前往護理之路」中探討了所受訪的四位護理人員，讓他們當初一腳跨入護理這個助人事業的主要因由；以及呈現在作為一個剛接觸精神科的新手，「站在瘋癲的舞台上」所呈顯的害怕、無助、擔心、不捨、好奇等心理狀態。

壹、前往護理之路

生命開展猶如一場神秘的朝聖之旅，常常在起程之初並沒有特定的疇劃。說起護理工作，從懵懂的少男少女到今天個個是一頭栽進護理界十年有餘的資深老鳥，四位接受研究訪談的護理人員回憶起當年入門的華路藍縷，大家笑得開懷，一如不同背景因由的旅者，搭著各樣交通工具來到共同的驛站。

一、「小甜甜」的精神感召

心心是個聰慧、細心、溫和、恬靜的女孩，一如她秀氣的外表，得宜的舉止、不喜張揚、善解人意的個性，總是吸引著樂於靠近她的人。心心的求學過程順利，從國立護校、護專到大學，成績一直保持名列前茅，畢業後在榮總、榮院等輔導會體系的醫院服務共十多年，擁有高考、內、外、精神科等資歷，學業和工作表現，可說從不需父母和長官掛心。談起當初選擇護理作為職志，她笑著說除了不用讓家人擔心外，最主要的，也是比較「傳統」的理由就是一被一部很好的卡通所感召：

「小甜甜啊，看了小甜甜卡通啊，我以前都這樣跟人家講（大笑）。就是看她這樣子到處幫人家，就想說當白衣天使也不錯啊，哈哈。B01-01」

「小甜甜」這部陪伴五六年級生長大的卡通，給了年幼的小心心許多憧憬和啟示，劇中主人翁善良、熱情的助人本心，也悄悄地為心心埋下一顆等待萌芽的種子，隨時間澆灌，不斷地滋長茁壯，期待開枝散葉，庇蔭受苦之人。

二、美好助人經驗的實踐

另一個資深護理人員小玉，一樣繞了護理教育體制最長的一段路，辛苦地從護校、護專、大學邊唸書邊工作，一路攀爬上來，十多年的工作歷程中包括了內科、急診室和精神科。當初會選擇先走內科、急診可說和她本人的個性習習相關：

「因為本來就很喜歡急救的一些味道，在很快的節奏中去處理一些事情，我本來就很喜歡那種味道，就是我來急診之後我才有那種感覺，覺得是一個很好的工作。A01-04」

和心心截然不同的小玉是個急性子的人，工作表現講求敏捷迅速，能言、反應機智，個性外放大方。最大的特色更在於她極富正義感、愛心與同情心，多年來在院區搶救了不少受傷、無依的流浪狗和貓，甚至自掏腰包帶小狗看獸醫、開刀，找人收養等，一切自己包辦。當然，這樣的情況下，救人對她而言更是義不容辭的事了！她想起小學時期印象深刻的一次，也因為在那一次同學不小心手臂被劃傷的經驗中，進一步對助人有了一次美好的實踐，而開啟了她日後的助人工作。

「我對一些急救的措施很喜歡，記得有一次班上同學被劃傷，我那時候就衛生紙幫他壓著然後手抬高，送保健室所以我那時候就覺得我對救人好像很有興趣，正好高中考不好（笑），那時候為我舅媽是X和（某專科學校）的會計人員，她就問我要不要去唸X惠（護理學校），我就說好。A01-01」

拯救他人或動物為小玉帶來許多美好的經驗，一種源於靈性層次的快樂和成就感，也成為她樂於繼續站在這個舞台上，扮演助人者角色的最大動力。

三、個人的直覺和機緣

秀子是所有受訪者中最資深的，像整個工作團隊裡的大姐姐，個性耿直、樸實，對任何事直言不諱，不婚、有堅定的宗教信仰，多年來也是慈濟功德會的義工，可稱得上是位極具耐心、愛心的護理人員。體內先天就似乎帶有宗教基因的秀子對於走向護理這條路，自覺是陰錯陽差，也認為冥冥之中有一股宿命的牽引。

「就莫名其妙的進來，哈哈！那時候有考上X光護專，也沒有想說很想讀啊，那麼遠，又沒有特別有興趣。也有考上X庫高商，閒著閒著也去註冊了，很好笑。那時候又有一個機緣，我舅舅就拿了個簡章給我「X仁護校」，就想說也去考考看，沒想到就考上了。那就問家裡的人，家裡的人也說隨便你，我自己也不知道，就莫名其妙的，好像就是要去讀X仁護校，想說那就去讀吧！好像是註定安排好的。D01-01」

秀子坦誠，對於從事護理工作並非個人「興趣」所做的選擇，而是當下一種「莫名其妙」的神來之筆，彷彿無特定目的地的旅人，隨興所至就在這路上了，一切由命運開展，自己則隨遇而安。

四、經濟考量下的選擇

至於阿辰則算是四個當中對自己未來規劃比較有「通盤考量」的，會走上護理之路他說：

「我高中畢業之後原來有幾個考量，本來要去當獸醫的，後來父母親覺得以人為單位的醫院會比較近一點，他們對動物還是不太能夠接受啦！另外就是現實經濟問題，填志願時就是填國立的學校，也就是比較接近人文的東西，因為我之前是對藝術很有興趣，可是我媽說那是乞丐行業，沒有出路，你一張畫能賣多少錢？所以我還是選擇去醫院，比較人文的東西啦！C01-01」

阿辰是護理界中少數的男性，高大健壯的體格、俊俏的外表，卻擁有一顆不下於女性的敏銳細緻心思，藝術家的情懷，熱愛藝術創作與大自然動植

物，舉凡病房的佈置設計、同事家寵物的大小問題，大夥一定想到他。但不婚的他同時也背負著男性角色與長子身份的社會期待，而衍生更多複雜現實面的顧忌。

「許多時候人生必須作某些部份的妥協，以符合他人和自己共同的期待。C01-02」

因為父母親的反對，阿辰就是在這種情況下犧牲掉與喜愛動物朝夕相處的機會，也必須為了經濟考量放棄藝術這條路，試著從另一條「自己也可以走的路」出發去發現生命實踐的寶藏，也因此踏上了護理之路。

貳、站在「瘋癲」的舞台上

因為各種因由，來到精神科病房這個真實舞台，有人是被指派來的，有的抱著姑且一試的心態想換換跑道，有人則希望能在演出中找到自己。五花八門的理由，但不管如何，這個舞台對許多「見過世面」的護理人員而言終究是陌生的，有如一場冒險探索之旅，懷著恐懼、不安、好奇的各種奇特心情，表演者終究要硬著頭皮粉墨登場！

一、生澀不安的台前演出

秀子在進入精神科之前其實已經有約十年的內、外、婦兒科臨床經驗，甚至在其他醫院擔任過護理長一職，但真要上這個舞台，卻存在著前所未有恐懼！

「我那時候要剛過來精神科本來很排斥，因為精神科那時候只是實習的時候接觸過啊，那先前的概念都已經沒什麼了啦，一般新聞或者是報紙給我們的印象就覺得精神科很恐怖，好像會有被暴力的行為。D01-04」

在「上台」之前，秀子和常人無異，難以排拒腦海中精神病患與暴力間刻板印象的連結，加之是被迫調度來精神科的，所以在不得已的情況下，把自己推上台，一邊設想各種「不利於自己」的演出條件，而造成莫大的心理壓力：

「真的很害怕你知道嗎？而已那時候年紀也滿大了，已經三十七歲快三十八歲，就在適應那個環境，緊張到後來我也 UTI（上泌尿道感染），那整個過程中就是會覺得精神科壓力很重，不知道怎麼去跟精神科病人相處，因為他們整個跟內外科是不一樣，那種 care 病人的方式完全是不同的。變成說也不曉得怎麼去拿捏，然後也沒有去受訓，所以整個精神就是繃得滿緊的。D01-05」

變換場景，秀子頓時覺得自己是「兩手空空，手無寸鐵」之人，過去所用的「武器」、「技術」現在全都派不上用場，「變成說也不曉得怎麼去拿捏，然後也沒有去受訓」從點滴、血壓計不離身的習慣，轉而手無寸鐵地與病患直直相對，一切必須再重新摸索、建構，但演出已經開始了，當下的秀子只有以全神貫注、小心翼翼的精神，來面對所處的現場。

心心在上台之初也有「害怕」的感受：

「剛開始會怕啊，因為刻板印象就覺得精神科病人就是…我是有點怕啦，可是去受了精神科訓練之後，可能要接觸個一兩個月，也是因為病人，因為病人對認識的護士比較會有親切感，啊可是你如果是新的話，剛開始你對他講的話他可能會不在意，會挑戰、操縱。B01-05」

心心道出了在精神科與病人建立關係的重要性，病人的防禦心和挑釁往往造成護理人員極大的困難與壓力，一旦慢慢有了良性的互動之後，病人接受了照護者，才得以與對方的時空接應而產生對話，因此在時間的不斷磨合中，護理人員的恐懼感方慢慢遞減。

相較於其他科別，即使曾經有過實習經驗或從書本上獲得相關知識，真正扮演起精神科護士一角，依舊和常人一般擺脫不了對「神經病」恐懼的刻板印象，甚至有過之而無不及，然而站上台前，便必須掩飾自己發抖的雙手和病患「交鋒」，是許多精神科護理人員必經的考驗。要面對病患隨時出招的各種壓力，「時間」和「訓練」成為護理人員站穩台步的良方之一。

二、悲天憫人「不捨」情懷

小玉對精神病患的初體驗是在急診室的時候，害怕、不捨以及恐怖是接觸瘋癲過程中最主要的三種感覺，交雜著緊張刺激的感受，也透露出小玉非常具有的那種同理和關懷本心，而這一切都源於對病患狂亂處境的「不捨」。

「我還沒有進精神科之前，我在急診嘛，一定會有人掛精神科急診對不對，所以那時候對精神病患也是很害怕的。我其實那時候大部分都上夜班，並沒有遇到太多的精神科病人，然後我有遇到曉惠，她在急診全身脫光，在那邊唱歌仔戲，那時候覺得很不捨，捨不得一個女孩子，啊又有很多軍人在那邊，都在那邊看，然後看著她爸爸的眼神，我好心疼喔，因為爸爸一定不希望女兒這個樣子對不對？我就趕快用一條床單把她包起來，我那個時候不知道她有沒有暴力行為，可是我那個時候還是很勇敢的用床單把她抱在懷裡，還好她那時候還沒有暴力。雖然我不知道她是不是有暴力行為，但是我還是很勇敢的把她圍住抱在我懷裡，啊還好她沒有打我，那個時候對精神科病人是第一個印象。A05-01」

在病人狂亂背後，小玉看到的不只是病人的「病」，同時也看見了身為一個「病人」和「病人家屬」對疾病這個惡魔所加諸於他們身上的羞恥、痛楚和苦難，顧不得當下的安危，「拯救之心」再度挺身而出，同理和對抗惡魔的正義感克服了她對精神病患的恐懼。

「那第二個印象是一個男的來掛急診，他那個時候非常非常躁動，躁動到打壞我們的 suction bottle，後來我們就通知精神科，那時候班長就來了，他就帶了很多個公差，印象深刻的是我們把他壓在地上，然後抽了 haldol（一種精神科常用的精神安定劑）又用了粗一點的針頭，隔著牛仔褲就打下去了，緊急到這種程度，感覺是…會很恐怖，因為從來沒有看過這麼恐怖的病人，完全就是隔著牛仔褲 haldol 就這樣打下去了，完全沒有消

毒，因為來不及（笑），這是我看過最緊急的一件事了。不過病人被送走之後最大的感覺還是不捨。 A05-02」

小玉對病人的不捨之所以多過害怕的情緒，因為她能抽離當下，轉換視焦去感受被疾病所箝制的病身其靈魂所受的折磨，而非只聚焦於疾病在病人面前耀武揚威的可怖感，悲天憫人情懷所展現出來的不捨之愛，在小玉身上就像人體的免疫系統，總能再次包裹恐懼，並吞噬它。如 Toombs (2000) 所言，當醫者對於疾病的看待，以病情為主的自然主義態度，轉向以生活世界的意義來透視病人的失控，這種焦點的轉移不僅提供了對人類病情體驗的洞察，而且能使醫者更直接地去面對病人的痛苦。

三、對生命形式的有趣探索

比較秀子和心心對精神科的恐懼，阿辰對精神病患的新鮮和好奇戰勝了未知害怕的感覺，並對挖掘病人存在的意義賦予高度的期待：

「實習去 round 台大精神科的時候，使我很 shock，因為我從來沒有接觸過一群人是這個樣子的，他們是處於一個解構的世界去找到自己的存在，我覺得他們對我來講是一個很有趣的 topic。C01-03」

這群病患的存在和他們所處的解構世界，在阿辰眼裡就如發現新大陸般，原來有一群人以另一種形式存在於這個世界！一直以為自己也以一種獨特方式存在的阿辰，首次和病人在這個舞台相遇，心中不禁湧現一股莫名的悸動。

來自於原生家庭父母間、父子間的各種衝突、早期離家出走的經驗…，思考「自己為何存在」的人生大問，自國中時期就一直在阿辰靈魂深處頻頻呼喚催促著，直到護專接觸了心理學課程之後，才漸漸開啟他自我探索之路：

「Erikson 有四個階段去探討每個人在不同成長時期的發展任務，後來又唸了發展心理學有 Freud 他更去探討潛意識的東西，我會想說我為什麼會是這樣的一個人，去探討回溯到我的原生家庭，剛出生的那時候去找答案，我覺得很有興趣。C11-03」

心理學強調一個人的生長過程，對人格形塑的重要性，阿辰試圖從書中去挖掘屬於自己的源頭，直到精神科的實習，自己的命運和精神病患的生病處境更進一步磨擦出碰觸的火花：

「在病人身上的一些刺激，去發現我自己 loss 掉的，去發現我自己的存在價值，然後被看到，應該是內在衝擊都滿大的，我每次去接近這個領域的人，或去上這些相關課程某某老師的講座等等，都會給我很大的衝擊。C11-03」

結合所學和臨床，阿辰踏上了這塊新大陸，精神病患的存在問題對阿辰產生某種鏡映作用，激發自己去探索人被拋於世所要面對最根本的「存在意義」為何？不同的生命形式，不同活著的姿態，是否僅只是宇宙中的或然率？阿辰也這樣問自己：

「覺得每人都有他們的存在價值，那時候我會從這個方向去接近他們，然後去了解他們，為什麼他們的生命會有這樣的轉折，而有現在的一個樣貌，一定發生了什麼事情，然後那時候開始我對自己也很有興趣，我為什麼自己會走到這個地步？我為什麼會是我？我為什麼會是我這個樣子？C11-01」

在這個經驗場域中護理人員與病人互動的自身，是一個複雜的「全身心的過渡」（蔣欣欣、張碧芬、余玉眉，2001）。於存在處境上產生相互投射的過程，藉由病人的演出，阿辰發現了一把探索自我之鑰，這樣的吸引力促使他留下來，在往後十多年的光陰中。

第二節 護理人員共伴歷程之感受

精神科護理人員不但身處在一個挑戰性極高的工作場域，與精神病患長年相處下，也發展出一種具有故事情節性的特殊共在共伴關係，像是一齣上演中的連續劇，護理人員和患者一同參與這日常生活經驗裡的酸甜苦辣、生老病死。在這個章節中探討了下列幾個議題：

- 壹、護病雙方雖身處在同一個時空中，卻又分別座落在兩個不連接世界的現實，和護理人員要去面對的許多非預期狀況的壓力。
- 貳、護理人員那發於真實情緒，但卻無從訴說的內在憤怒。
- 參、因為「入戲太深」和病患擦槍走火的情感流露，所衍生的掙扎情態和內省。
- 肆、當病患「演出」自殺，護理人員的想法和反應為何？
- 伍、受訪的護理人員如何抒解工作帶來的疲憊和壓力等議題。

壹、常觀世界和病情世界的不接應

「心心姐，美環她又昏倒了，她叫你趕快來救她」中午十二點多，心心和病房同事飢腸轆轆正準備坐下來用餐，長廊盡頭倏忽傳來病友尖銳的呼救聲，心心好氣又好笑的推開護理站大門走到公廁，此時五六個病人正圍著全身赤裸作態昏倒的美環，大家七嘴八舌，「護士小姐你看這次她是真的啦，你看她都沒有穿衣服，洗澡洗到一半就昏倒了喔！」美環每日總是要上演四、五回昏倒的戲碼，企圖搏取護士和病友的關愛與同情！這回不能採用忽略的處理方式，因為病人倒在「水泊」當中，眾人在心心的指揮之下將她扛回了床上，擦淨身體、穿上衣褲。此時的美環也「甦醒過來」，並對心心的搭救滿心感謝，不斷讚美護士對其之關心，心心則麻木地思忖著「下次不知又要搞什麼名堂哩！」

轉換另一個幕場景，「護士小姐，阿誠和國儀兩個剛剛在抽煙的時候打架了，麻煩你下來處理一下。」接獲戒護人員的電話，阿辰一口氣衝到樓下，由於一個慢性病房，七十多名男女病患分處在三個不同樓層，平日男性病患則搭配一位護士，和兩位戒護駐守看顧，到了夜班，全樓只剩一位護理人員固守於三樓女生病房，另兩位戒護分處一、二樓層，一旦有任何突發狀況，如男病友口角常常上演的全武行，護理人員則必需滿場跑，接應不同的危機演出。

除了不同於內外科病患在疾病上有一個較可預測的病程外，精神科無論在人力、環境配置上，都平添了照護上的多變性及挑戰性，阿辰無奈地說：

「某些狀況下你也就只能跟著走，因為當你一個人要照顧七十幾個人的時候，你要分配到給病人的東西是很有限，又要顧慮到病人的安全問題，上班的時候就會有一些不安和焦慮出來。C02-09」

加之患者的表演亦往往是即興的、沒有劇本的，護理人員必須「見招拆招」，很機動地去接應病人的演出，使上班狀態的護理人員不免常懷抱著一種無名未知的焦慮感。余德慧、石世明（2001）深刻描述這種護病之間的關係乃是一人與人之間的面對面關係，在精神科，這樣的關係屬性更貼近當下臨現的高度不確定狀態，病人所表現的高難度情節往往對著護理人員直直而來，某些時候令再資深的老鳥也總有如臨深淵、如履薄冰之感。站在舞台上，沒有劇本的即時演出，充滿張力，卻也時時挑動著護理人員內心深處的情緒火山口。

心心提到她認為最難搞的病人就是那種很「虜」的病人：

「就是你跟他解釋一件事情，然後他一直在原地打轉走不出來，然後又堅持自己的想法，像湘如你知道的每次發藥她就是會問千篇一律的問題“這是不是全世界最好的藥？然後就開始抱怨藥被其他護士調包，吃這個藥會讓她頭腦變笨、不吉利、帶衰什麼的，已經沒有辦法再跟他解釋了，那時候她

又一直在那邊跟你虜，你跟她講都沒有用的時候真的會讓你受不了，所以到最後我都只會跟她說”魔鏡魔鏡，請你跟她說這是全世界最好的藥，再也沒有比這個更好的藥了。(笑) B27-02」

在精神病患所築構的奇幻妄想世界，往往可以發現他們多沉浸於虛幻不實的病症或封閉思考之中，即便對事實的一再澄清，對時間流動的主觀感知等仍常常呈現停滯、固著的狀態，總是在自己所設下的迷宮和各種不安、想望所投射出的妄想中打轉。而護理人員對於老是耽溺其中、不斷重覆相同問題，很虜的病患總習慣不斷試著去解釋、說服對方，打斷病患的言談企圖把病人從「非現實」的迷宮中拉出，以一種投射未來的方式來回應病人的痛苦，卻往往未意識到病人所處的時空反而是與未來斷裂、停滯的狀態，彼此處在不同的存在狀態、時間流中，一味地欲把病人從另一個世界拉出來卻又不得其門而入，這往往也燃起了護理人員對病患「恨鐵不成鋼」的不解、憤怒與無力感。

秀子覺察到與病人分處在兩個不同世界的奇異感，心中一樣充滿困惑，對病人的即興演出存在著不確定的挑戰，她以「用心觀察」的方式投石問路，企圖在一連串「為什麼」的自問中找尋理解的入口。

「整個那個 care 的領域等於是你要跳脫到另外一個境界，怎樣去看得這樣子不同的一個人，同樣是人可是他是活在不同的世界。所以我發現到就必需要用心去觀察病人，要怎麼樣去應對，症狀穩或不穩他們內心呈現出來的思考邏輯跟他們的行為，以及他們的動作跟他們的表現，天馬行空講的那些話，為什麼他們那麼固執所在的一個點，為什麼他們內心沒有辦法去突破？D05-01」

時空不接應的無奈感，對小玉而言感受亦同樣鮮明和沉重，尤其對照護某些族群的病患而言，她回答的斬釘截鐵：

「MR (智能障礙)¹。你說暴力的雖然不好 care，可是只要人多就不怕，可是你說 MR 你是沒有辦法用行契約或心理治療來 care，因為他基本上就是這個樣子，你根本沒有辦法溝通，除了沒有辦法溝通你還很難教！A05-04」

一般而言，這些智能障礙病患所表現出來的行為常是我行我素，且理解力、控制力欠佳，難訓練，伴隨情緒障礙，突發的行為異常等。因此溝通困難、不按牌理出牌的特質對於護理人員而言，就像自個兒在台上唱獨角戲，病人無法理解常態世界中的人情事故，多以一種原我的本能反應來應付日常需求，黏滯在封閉意識中難以跨越，讓護理人員有一種對方根本不跟你對戲，連對話的機會都沒有的尷尬：

「我覺得他們這輩子就是這樣子了。你是無時無刻都在他旁邊的，可能稍不注意他就會挖屎、撿餒水來吃的，所以我真的就是覺得 MR 最難 care。

A05-04」

對這群病患產生的不可控制無力感，讓小玉覺得是照護上的最大難題，因為能施力的，似乎就只有等著收拾殘局的份了，這樣的情境往往讓護理人員不知所措，使不上力，並思索到自己的有限性。

貳、護理人員的內在憤怒

護理倫理太過強調南丁格爾神性的一面，而往往不太去討論護理人員作為一個人也有的人性面，就護理人員的高道德標準，必須扮演好全方位的角色似乎是台下觀眾群一致給予的要求，如此才能獲得良好的「演出評價」。然而少有研究去關懷護理人員角色表象背後的人性真實處境，真實的情緒、真實的憤怒、與病患共構生活經驗下的真實感受，這些「不符合

¹智能障礙者合併有精神疾患的比例相當高，本身的功能損傷導致常出現許多的行為異常，而對照顧者產生極大的困擾（蔡艷清、嚴嘉楓、林金定，2004）。英國研究顯示，60.4%智障者有行為異常，其中尋求他人注意(attention-seeking behavior)和發怒(temper tantrum)行為的盛行率最高，超過 35%，攻擊行為(aggression)、自傷行為(self-injurious behavior)、過動(overactivity) 和咆吼(screaming) 的比例也相當高，約在 23-29% 之間不等 (Deb et al., 2001)。針對居住地的不同，研究亦發現長期住在團體式照護的智障者，其行為異常的盛行率高達 76.5%(Mansell et al., 2002)。

期待」的經驗通常是隱晦而不談的。一旦被揭露將往往造成內心的譴責、罪惡感與批判，因為它被判定為是不對的。不幸的是，在每日的生活劇場裡它卻如實地存在著。小玉身處在狀況很多的急性病房，豐富地談起自己也有「野蠻暴力」的那一面：

「那個男病人他每次躁鬱症發作就判若兩人，記得有一次發藥我不小心掉一顆了，我就補發一顆，隔天就告我說我發錯藥，對啊，被他罵得一踏糊塗，祖宗八代，他在護理站前面走來走去，走來罵我一句，走去罵我一句的時候我真的很生氣，當時就跟病人對罵。A07-01」

小玉坦誠表示因為最討厭被誤會，且受到咒罵、人身攻擊而感到憤怒，另一方面病人的不信任反應也讓其產生挫折感。在複雜的情緒交織下，根植於人內在的自尊和是非公義價值，往往很難隱身在後，當下跳脫護士和病人的角色，以一種常人被激怒的態度去面對病人，而誘發出相對的情緒反應。

「有一次一個 MR 的病人就打了我一巴掌，我那時候也很氣，我就想是不是等一下約束的時候就叫人把他打回來，我第一個閃過的念頭真的是這樣喔，就是覺得自己真的好委曲喔！被打耳光的感覺真的很不好。A07-03」

被病人毆打是銘印在許多精神科護理人員內心深處共有的痛楚經驗，對羞辱感的試圖反擊，也反應了生物遭受攻擊的本能。

而對阿辰而言，整日糾纏在護理人員左右的病人最讓其無法忍受：

「像美環有時候就會激起我的情緒，她那個磨人精…有時候真的是受不了，通常我會把她罵一頓，然後視若無睹去做我的事不理她，再不行就是把她關在保護室，每天就是吵吵吵！C26-09」

雖然在專業上一再強調護理人員必需認知到病人是生病的狀態，應以最大的理性去阻隔憤怒的情緒，但對站在第一線與病患對應的護理人員而言，以神性的要求去要求一個人似乎並不容易！如小玉說：「人怎麼可能在被病人罵祖宗八代的時候還不覺得很生氣？（苦笑）A07-02」甚至當有病患

或其他工作人員「路見不平，拔刀相助」替自己出氣的時候，一念之間會採取視而不見的態度：

「有一次戒護不在病人又很亂的時候，你知道嗎？當抓我 breast 的病人又想來抓我的時候，小邦已經在打他了，我一離開他就打他了。A18-01」

「因為當你被抓 breast 的時候你那種難過，會有一個人幫你出氣，因為你不能動手嘛，當有一個人幫你動手的時候你明明知道這個動作是不對的，可是你還是會睜一隻眼，假裝你沒看到他打他，把他打更大力點，對，真的啊。可是這種感覺當然只有自己才知道啦！也不能去說給別人聽啊對不對？A18-04」

當自尊心遭受破壞，和常人一樣，憤怒也是護病共在情境中一種非常真實的情緒感受，有時無法在行動上掩飾，但對病患憤怒的同時，護理人員不免也伴隨著專業期待的內疚。然而在工作人員彼此交談分享中，卻隱現著一種心照不宣的默契，僅止於「我真的很生氣」、「他真是不可理喻」作為粉飾及表達的界線，但不能說出「我真的很想揍他」或「我真的想叫人把他打回去」這樣的話，這種嚴重違反專業形象的表達一旦說出將會是被檢討的，往往只能作為內心的獨白。

參、擦槍走火的情感轉移

就像拍戲的演員因入戲太深，假戲真做，以至於當下時空彼此激發出另一種關係質變的火花，即便「治療性人際關係」外的情感流動在醫護倫理上可說是教條中的一大忌諱，但人畢竟不是一種經過設定的生物，無法自外於專業訓練背後所隱藏的人性挑戰。醫師之於病人、治療師之於個案，Yalom 在其所著的「當尼采哭泣」、「生命的禮物」書中，對這樣的關係特別呈現許多具體深入的刻畫和反省，不容否認每一個治療關係的建構，都有可能像走在高空綱索上探求人性和理性的支點，一不小心便有失衡之虞。

在精神科病房這個特殊的治療情境中，治療關係可以是很緊密而強烈的，病者住院前可能經歷了複雜而生動或令人堪憐的生命故事，憂鬱症也好、酒藥癮也好，來到這個安歇處彼此可以坦露許多不為人知的私密、軟弱，提出許多問題，為對方付出許多，被對方如此瞭解而感動，以致於產生愛的感覺，不只單方面出於病者，醫療人員同樣地也會滋生類似的感覺，當然許多背景因素促成了這個結果。在一次訪談過程中，小玉深吸一口氣，娓娓道出護理生涯中一次很特殊的生命經歷：

「就像小邦，那時候大家都在傳對不對？其實我坦白的跟你說，我那時候真的有那麼一點點感覺，後來是想說不可能，你知道為什麼會有這種感覺嗎？就是那時候一直在換班長（擔任戒護工作的工友），什麼林班長、張班長，啊小楊也一直在落跑對不對？對，班長不在病人又很亂的時候，你知道嗎？唯一能夠幫你的就是他。」

小邦是個酒癮患者，曾是某國立大學物理系的高材生，清秀斯文高瘦的外表，典型的白面書生模樣，然而這一年多以來他已是進出病房多次的常客，早在國中時期就和酒精這杯中物結下不解之緣，常常是父親一口、他自己一口，二十多歲一側的股骨頭已告報銷²，雖貴為家中獨子，家人考量其前途，混雜著萬般掙扎與期待，而選擇將他送入院戒酒。在住院的一段時光，小邦幾乎可以說扮演了第二個戒護的角色，尤其在戒護素質不彰的時候，替護理人員排解了不少問題，安撫病友、各類活動的集合，甚至保護護理人員等，不同於一般的精神病患者，頭腦清淅、反應敏捷自不在話下，也就是在這樣的情況下，小玉對小邦的正義感、善良和適時的相助激發出一種複雜又衝突的情愫。

「雖然我知道這樣不對，可是我會有一種被保護的感覺，你知道，其實我唯一跳脫不出來就是說，要跳脫自己很害怕可是又有人保護你的那種感

²「報銷」意味長期過量飲酒所導致之股骨頭壞死。酒精造成缺血性壞死的機轉，經科學研究證實過度飲酒時所吸收的酒精成分會增加血液中的脂肪微粒，這些脂肪微粒經血液循環到髖關節內，會阻塞供應股骨頭營養的微細血管，進而造成股骨頭壞死與塌陷，引起髖部疼痛及跛行。

覺，那個保護我的人就是他。說真的我有一陣子不是把他當病人看，因為他
真的能夠在你需要幫助的時候幫助你，你會很感激他。A18-04」

每當小玉值小夜班的時候，小邦擔當了護花使者的角色，一種強而有力的
「被保護感覺」讓小玉在當下產生可以依靠的安全感，而模糊了護病之間的
界線，也使得小玉在受保護的慾望和對待倫理間來回擺盪和掙扎。

「那陣子其實是我在精神科最痛苦的時候，因為那時候有那麼一點點感
覺了，可是你就告訴自己你一定要跳脫你一定要跳脫…，然後又被別人誤會
的時候，而且我到後都覺得自己有點更難過的地方是護理長可能也在懷疑
我，可是我真的沒有跟他怎樣。A18-03」

這種曖昧關係下，小玉同時必需承接來自於同儕異樣眼光的壓力，以及內
心的譴責，情愫正在萌芽但她努力抑制了它生長的底限，在一段路程之
後，最終她選擇往回走：

「你如果問我走精神科七年來我唯一覺得我遺憾…也不能說是遺憾
啦，我唯一跳脫不出來就是那一次，當然時間久了我就跳了。A18-02」

反思這段經歷，她承認若以專業的眼目來看待，這是「不那樣的正
確」，但在人生的學習與成長上，卻是一段深刻、不悔且影響至深的旅程。

「那個時候你看我七年來以正規的學理來看護理人員該怎麼樣該怎麼
樣的時候，我唯一承認的那段時間是我比較偏差的一段時間，但是我所謂的
偏差不是說不好的偏差而是…我一直不願意用做錯事情來形容這種感覺，但
確實是有點偏差了，但也是唯一不後悔的一段考驗。A18-07」

小玉與患者在生命的真實面中一同「現身」，意識到並承認自己在人
性困境中陷入的僵局，領受靈魂在理性與非理性兩端爭戰，面對內心的陰
暗她多次使用了「不後悔」這三個字作為這段關係的註腳：

「那時候很多人都講得很難聽，還被其他病人講成狗男女，真的覺得
很委屈也很無辜，但是我會說不後悔是因為從他身上我真的學到很多東西，
沒有他的出現，我對醫病關係不會瞭解這麼深，以前我面對酒癮病人的時

候只會想說他們就是不成材，遇到他深入瞭解後才知道，其實他們是用酒精來疏解內心的許多壓力，而且真的，你用醫療上制式的語言是沒有辦法得到什麼東西的，當你把病人當朋友，一般人去對待的時候，他們才會告訴你內心真的想法，他改變了我以後對待病人的方式。A18-08」

雖然付出了名譽遭受打擊的代價，但卻讓小玉對自己和專業態度上產生新的看見、光照。就人性，不覬覦虛假的美德，正視自己在地獄邊緣的軟弱，重新檢視、反省自己的感覺和「關係」的本質；在助人專業中，脫去制式的面具，採取倫理的坦誠而非自我設限、強調角色，才有機會真正去理解感受病患的生命處境。

對自己坦誠及反省的功夫是助人工作者重要的價值觀，而患者在受到幫助的同時，也成就了助人者，使他們獲得直覺和啟發，面對人性存在的本質，是在同一個高度上以彼此為師。護理教育往往忽略哲學思考中那根植於人性的悲劇本質，正視陰影永遠是人存在的一部份，一旦犯錯，護理人員往往產生自我定罪與焦慮情緒、孤獨地面對人性的矛盾與衝突。覺察試煉之路不可避免，如同走在鋼索上固有其危險性，卻也從中學習如何與自己的內在陰影相處共生，將負面素質轉化為內在創造力。

肆、面對病患自殺的脫序演出

病患自殺對與這群病患朝夕相處的護理人員而言，不啻是一重大打擊！猶如一場演出到一半的舞台劇，其中一位演員突然說：「我不玩了」，拍拍屁股走人！留下台上一票不知所措的演員和一臉錯愕的觀眾。許多研究顯示，這群留下來的「演員」和「觀眾」接踵而來的將會是一連串的情緒反應：交雜著悲傷、生氣、憤怒、愧疚、擔心面臨醫療糾紛…等等（許曉玲，1996；盧美秀，1996）。精神科護理人員尤其承受著病患自殺的風險，不論病患選擇在外宿、外出或在病房內結束自己的生命，時常有面臨「尷尬場面」的處境。

精神病患自殺可能的原因很多，面對冗長而無意義的人生、生病處境的多重失落、報復家屬的漠不關心…，當病患自殺，小玉坦誠自己可能第一時間會先設想到現實層面的問題：

「我是沒遇過，但是如果以護理人員的角色來看的時候，我當然不希望這種事情發生。如果這種事在我病房內發生了，我會想到第一是我會背負什麼樣的責任？A15-01」

法律責任在消費者意識高漲的今天，也成了醫療體系中，攸關助人者自身安危、財產的重要一環。

心心則有兩三次在班內遇到同一個病患自傷的經驗，促使她為自己多層面去分析可能的原因：

「就是阿榮，我因為寫他的 N3 個案報告，跟他是建立了比較深的關係，應該也是比較瞭解他，然後他又在你的班做這件事（喝鹽酸）。他有可能也是要引起你的注意啦，因為你對他可能是特別有意義的人，啊他又在你的班做這種事，想說你可以幫他怎樣的…我是覺得有點錯愕又挫折。我自己的感覺是覺得他有特地選在我的班，所以你看有的病人會說：因為是你的班我今天會很乖。不會跟你搗蛋或是什麼之類的。B15-01」

病患以這樣的方式來尋求信任的護理人員的幫助，對心心而言自然承受比一般同仁更大的壓力，有時候病患反而選擇最關心自己的護理人員來執行「不健康的託付行為」，心心無奈地表達病患以自殺作為手段那種心疼又生氣的矛盾心情：

「對他這個行為會有點生氣可是在當時你會想說怎麼會這麼傻？不過幸好不是很嚴重，如果他今天成功我就知道了。B15-02」

以心心的例子，病人要自殺的時候，也帶有其客觀情境的考量和選擇，在這樣的情況下，病人若在自己的班內自殺成功，心心認為可能會造成護理生涯中「難以承受之重」。

除了生氣，精神科護士比外人更能去透視和同理生命帶給病患的諸多苦難，小玉並不太去苛責病人的選擇，而以一种從疑問到成全的心態去看病人的自殺，並從多重角度去反思自身和他者的處境。

「我會心疼病人為什麼會以這樣的方式結束生命！但是若我們以病人的立場來看，也許他真的過得很痛苦。所以站在病人立場你又會想，他從此不再有痛苦了。A15-02」

當病人自殺，同理又自責的趨避衝突，將不住地在護理人員心中擺盪，懷疑自己是否為病人做得太少？設想得不夠周全？而使得病人走上絕路。

「你也會覺得你照顧他這麼久，他竟然以這種方式來結束自己的生命，你會懷疑自己到底哪做得不夠好？ A15-03」

另一方面也激發小玉在同樣的生命處境位置上作反省：「我是否會比病人更堅強？」

「就像我說的，如果我得了精神病我也不積極治療了，這也是一種慢性自殺嘛！（笑）也許他死前或是死的那一刻會很痛苦，但是從此不再有痛苦了。我會以這兩種心態去想。A15-03」

他人生命處境的相互投射，在護病關係中是不可閃躲的，也因為對病患處境的理解而織構出深度同理，對於受病苦折磨而無法呼吸的靈魂，小玉反而多了疼惜與憐憫之情。

篤信佛教的秀子對病患的自殺則從宗教的觀點去為生命作詮釋，內射的愧疚感則是較少的，以因果論而言，病人必須再一次來到世上去完成他未竟的功課，像被當掉的必修學分，來日還是得重修，重繞一段路耗時又費力，覺得是一件划不來的事，而為病人感到可惜。

「病人的自殺喔，這點我來看我滿平常心的。就是他自己的人生課題他沒有辦法去完成，所以他選擇抄近路的結束他這一生，可是他來世他還要再走。D15-01」

然命運的苦難是一種責任制，將會一直累計上去，亦無法由別人來消抵，這樣的信念，也使得秀子不禁苛責病人自殺實在是愚蠢的行為：

「會覺得他為什麼會那麼笨？你的功課已經那麼多了，為什麼還要增加自己的課業和課題？讓自己以後的人生多辛苦啊？來生他每到這個年齡還是會再遇到同樣的問題，啊你如果渡不過，那永遠就是在做那個動作，永遠都是處在不好的狀況，所以說很笨。D15-02」

在秀子的認知裡，多半以因果輪迴的角度出發，站在制高點看病人，覺得個人都有個人要擔負的業和功課，病人才是必需負最大責任的人。對病人作出自殺決定的短視以致於使靈魂進化之路原地踏步，感到不解與可惜。

和秀子有異曲同功之妙，阿辰以一種類似存在主義，要為自己的生命負責之理論性觀點去看待病人自殺，較少去碰觸個人感受的部份。

「(停頓 10 秒)我覺得自殺也是他表達憤怒的方式啦，他選擇這樣做…應該也是逃避吧，或是不願意負責任吧，或者是以另外一個角度來講，他是做了一個負責任的決定吧，他要完成在人世間的這趟旅行，他覺得他要終止掉。C15-01」

阿辰認為即使是病人對生命亦有絕對的主導權，而應予以尊重。相對於自身的責任、感受部份則與病患作一明確切割，避免自己「落入病人的陷阱」而造成情緒的困擾。

「其實自殺我覺得分兩個部份：一個是懲罰自己，一個是懲罰別人，跟對方宣示”我要走了”我是用這種方式來跟你 say goodbye 讓你覺得 guilty，可是我覺得有時候不要落入那種遊戲 game 的陷阱裡面，我覺得你要跳脫出來去看待這樣的事情，你要讓他學著去做負責任的人。C15-04」

另一方面，以「懲罰自己和他人」的角度去看病人自殺，也使得阿辰較不會對病人產生愧疚和同情，在理智和情緒面上都不應與病人一起跳探戈，應劃清界線，以「忘記背後，努力面前」繼續往前走的方式，在照護的層次上著力，就這次的自殺事件來作為日後照護病人的殷鑑。

「我會覺得遺憾，因為你用最激烈的方式來處理你的生命，那我就變成不會去憤怒，因為於事無補啦，我還是要去面對生命的結束這件事情，從這件事裡去看看其他的可能性，是不是可以去幫助其他的病人。C15-02」

從危機處理的面向作思考，阿辰也為自己劃了一道防火牆—那是你個人的選擇，我不會因此而憤怒。跳躍生命受苦的問題，而由另一個照護層面去作檢討，隔離了自我感受的部份。

當病人自殺，護理人員除了情緒感受面受到衝擊外，也將促使他們從病痛所帶來的苦難去思考存在的問題，如愛比克泰德所說：『如果房間裡有煙，如果只是溫和少量的煙，那麼我會待下來；而如果煙已經太濃，我就會走開。』（Pojman, 1995）。繼續留下來面對生命賦予的功課，抑尊重生命自主的選擇權，無關對錯，而是一個屬於存在問題的哲思。

而除了存在角度的哲思外，從這四位受訪者對病患自殺的看法中，可以發現四位大多從普世大眾的倫常概念去作解釋，卻少以自己身為醫療照護者的立場去思考專業上是否可能有的缺失，而導致班內病患自殺。也許在潛意識中，護理人員會採用一個較安全、合理化、保護自己免於責任欠疚的機制去回應自己一旦遭遇病患自殺的壓力情境。

表二 受訪者對「病患自殺」之觀點一覽表

項目 受訪者	情緒反應	對病患自殺行為之看法	對自殺之價值觀、態度
小玉	心疼、自責、 擔憂法律問題	同理其痛苦	也許是一種痛苦解脫
心心	錯愕、挫折、 心疼、生氣	不健康的託付 (病患會考量在自己 較依賴的護士班內執 行自殺)	
阿辰	尊重、遺憾、 情緒抽離	表達憤怒的行動 (懲罰自己和他人)、 逃避、生命主控權	尊重他人對生命的想法 和決定
秀子	愚蠢、可惜	未完成的生命功課	來世還要重修會更辛苦

伍、壓力的釋放與調節之道

精神科病房這個特殊環境，生活中的演出是困難的。陣容浩大的劇班團隊，作為護理人員一角，不但要承應來自於病患即席多變的對戲，尚需面對醫師、護理伙伴、社工、心理師、戒護人員、家屬等，共同參與其中，護理人員作為陪伴者角色的同時也背負串連起整個舞台劇中的潤滑劑和溝通橋樑角色。像一個不斷被壓縮的彈簧，如何適時釋放出壓力的能量，什麼方式才是最好的調節和保養方法？以降低彈性疲乏、避免工作耗竭的危險，亦為護理人員維護自身的重要課題。

「家」是最能被滋養能量的地方，不必然需和家人談論工作所面對的壓力，小玉說只要回到家即能帶給人一種回歸、安適、熟悉的感動。

「家人，家中的貓貓狗狗。跟貓貓狗狗講話，我覺得不會跟媽媽談上班的事，因為她沒有辦法去感受，給你 feed back，我就會去跟貓狗講話“我去上班了，我什麼時候回來喔，你要好好顧家喔！（笑）就會比較能抒壓了。A16-03」

對狗和貓非常有愛心的小玉，家裡也養了幾隻寵物，平日喜歡逗弄它們玩，把家中寵物當作傾訴對象，讓上緊發條的心情暫時卸下，回到簡單、自在的狀態，寵物就如同其家中的一份子，可以安撫主人疲憊的心。

另外同事間彼此的宣洩、支持、相互傾倒垃圾對小玉而言助益更大：

「找你或秀子講話，我比較常找就是你跟秀子而已。每次找你們倒完垃圾之後就會抒解一些壓力，我會找到一個出口，而且這個出口一定是也要有同樣經歷的人也能夠去感受的，我覺得這一方面的作用比較大。」

畢竟同科別或同病房的同事站在相同的時空位所，面對類似的情境和壓力，可以很快地引發共鳴與同理，而獲得同儕間的幫助支持，找到「處境相同」的同伴分享自己的感受，壓力也因「被瞭解」而釋放。「而且這個出口一定是也要有同樣經歷的人也能夠去感受的。」小玉認為被瞭解是重

要的關鍵，即使問題不能被有效解決。

心心也有同樣的感受：

「上班的時候會影響，回家之後就是跟家人…我也很少講。我放假的時候可能會想說可能放個假回來一切又都不一樣了。有壓力的時候會跟單位的同事講，討論這個病人為什麼會這個樣子，互相抱怨一下啊。我覺得可以得到很大的助益吧！B16-01」

「家」是可以提供休息和滋養的安歇之處，「放個假」暫時離開黏著的環境，得以呼吸一下新鮮空氣，但因為家人對工作情境的理解，與從事護理工作的當事人多半是無法感同身受的，故同事間宣洩的功能，比較起來更能獲得心靈深處的撫慰。在助人者自助手冊一書中提到「維護專業自我」的重要概念之一，即要在工作環境中創造一座專業溫室，而其中獲得同事間的社會支持力量，是建構此溫室的主要材料。因為在這份關係裡彼此的付出和回報都是平等的，且相互皆已蘊涵一種豐富關懷能量的給出，通過彼此的宣洩（venting）可以讓空氣帶走個人情緒上的壓力，好像通過排氣孔一樣（Skovholt, 2004）。

秀子對於處理來自於病患的壓力，則採用了比較「立即直接」的方式——在忍耐到達極限的時候展現出如獅子般的反撲動作，對他們「吼回去」，她認為如此有助於當下壓力的抒解。

「我現在的處理方式是我會讓他們虜兩三個小時，然後就是做我的事情，以前我也是都會回啊，啊現在就是學會自己做自己的事，想自己的事。」在照護上，剛開始秀子會對病人採取高度容忍的態度，在無法有效溝通的情況下，她用一種「病人」的角度來看待他們，對不間斷重覆之要求回以漠視的冷處理，直到忍耐極限：

「我就會跟她說：『你差不多沒？你已經吵了我兩三個小時，我講過你什麼沒有？我回過你什麼沒有？』她就回答說：『沒有』。『那沒有你就給我閉嘴，你就不要再講了，請你自制一下，不要再有這樣的行為』。（加重語

氣)馬上這樣一講完我就過去了,不會再生氣。我因為我已經發洩出來了啊
(大笑)。D16-01」

這樣的做法,對病人行為之改善並不具期望,但秀子認為可以在一個強勢的回應中,平衡自己對病人的怒氣,「吼回去」的動作不一定只是在「壓制」病人的干擾行為,同時也讓自己在承受與釋放間找到一個短暫有效的出口方式:

「你知道我在生氣我就大聲的...因為病人在暴力或者是在吵鬧的時候根本你小量聲音他聽不進去,當我大聲去壓他就等於是在發洩。可是我不會用惡語。你小聲的講病人根本聽不進去,而這樣講也沒辦法抒解你內心的那種生氣。D16-02」

在面對面關係中,並無一套固定、理想性的照護準則,與病人共構的日常經驗琢磨中,直性子的秀子也尋找、拿捏出一套因應病人與自己的互動模式及情緒抒解方式。

而阿辰的工作壓力主要來自於現行醫療體制,護理人員花許多時間在文書工作和雜事上,以及人力剝削,而有一種深沈的無力感:

「其實我的壓力和倦怠感大多來自於對體制的不滿,人力問題讓你很難再去針對個別病人去做特別治療,那些高官們只會把你推向泥沼裡面,大環境這樣壓你你也沒辦法。每個人都在窮於應付一些 QCC、N3、N4,只能說在班內平安無事就萬幸了!那些東西對專業一點幫助都沒有,很多時候只能去健身房運動發洩或找一些理念比較相投的人互相渲洩一下了,不然就是弄弄花草什麼的。C02-08」

大環境無法改變,在忙碌的時候,阿辰會習慣對同事抒發自己對體制的嫌惡感和力不從心,及無法真正將心力用在病人身上的挫折,而釋放情緒壓力方式就是利用下班或放假去從事自己有興趣的事物,或台北高雄兩頭跑地找朋友相聚。

儘管如此，小玉認為真正使工作能量不致枯竭，如活水湧出的源頭卻是來自於病人本身。護理人員真心付出後從病人身上看到疾病或心靈上的變化、進步，病人回饋的感謝和肯定，同時也是支撐著助人者願意繼續留在崗位的重要因素。

「因為你每去幫助一個病人，他的一句謝謝就可以讓我感動很久，而且看他好起來情緒穩定了，像內外科的病人看他出院了，就覺得很高興。

A03-01」

一方面好的結果，增加了助人帶來的成就感，另一方面小玉認為多去接觸病人，而非遠離病人，如同球員渴望回到球場，並聽到球迷回饋的掌聲，反而可以達到消弭疲憊、抵勵自己的士氣。小玉能從許多對周遭人、事、物的付出經驗中，體會到「施比受更有福」這個層次所獲得的快樂，因此對她而言，快樂的泉源總是回歸到自己有一顆樂於助人的心。如同 Yalom (2003) 所說：「當人給予時，會為別人的生活帶來某些東西，並回映到自己身上；在真正的給予中，必然會得到這種回映。給予也使別人成為付出者，而能共享彼此帶到生活中的樂趣。」

「當有壓力的時候，比如說身體上面的疲憊、心態上的疲憊，我會去多跟病人接觸，因為多跟病人接觸的時候他們的謝謝就多了（笑），其實我覺得我們幫他們抒解壓力，他們也幫我們抒解壓力耶，有時候你明知道他講的話不是真的，比如他說：「你好漂亮喔!」「你對我好好喔!」雖然你知道這是他們的制式語言，可是聽了之後你還是有種抒壓的感覺。A16-01」

小玉明白病人表面的口頭讚美有時並非真實，但在與病人的互動中她學會去欣賞每個病人天真、善良可愛的本質，當官僚體系帶來疲憊和壓力，與病人單純而簡單的共處時光，反倒成了小玉抒壓的方式，產生了魚幫水，水幫魚的「療效」！「其實我覺得我們幫他們抒解壓力，他們也幫我們抒解壓力耶！」她體會到幫助人的同時，受助者同時也讓助人者的心靈產生滋養和支撐。

心心同樣以放幾天假的方式來抒解壓力之後，也會有想念病人的感覺：

「我上班有時候上得很累會想放假，可是放假一段時間又會想要回來上班，精神病人其實有時候很可愛…，或許我這樣是錯的，因為有的人會說他們就是病人啊。B03-05」
「有的時候會和同事有些磨擦，對啊，就很莫名其妙啊，所以有時候就想說算了，我跟你處不好可是我從病人這邊有得到很大的成就感，這樣就可以了。B03-07」

病人隱約成了護理人員日常生活的一部份，在病人的諸多特質中，某些時候他們可能是壓力的來源，反觀護理人員若懂得從另一角度去珍視、欣賞病人，挖掘病人身上展現出的可貴屬人價值，諸如心心所說的可愛、單純，反而有助於排却工作中的疲乏與壓力，賦予了助人者繼續留下的動力。

總而言之抒解壓力的管道可以是多元且多層次的，如同蔡淑玲（2005）的研究中，將安寧病房護理人員的自我照顧區分成「做」和「在」兩個層次。外在的「做」乃偏重在心理上的自我防禦、從事身體放鬆之活動、與人分享等。而「在」的自我照顧觀點，則是將自己擺放在存在處境既有的焦慮挫折中，從中學習如何與它們相處，並從反思歷程中去調整自己的視框與態度。

精神科護理人員所採取的壓力抒解方式也包含了這兩個層次，外在的「做」，如回到溫暖熟悉的家中、與寵物玩耍、渡假，與同儕分享、相互支持等。而「在」的層次，則能進一步去欣賞工作中所帶來的樂趣，如小玉和心心並不覺得面對病患的無知、怪異行為或一再重覆的言行是件令人不耐煩的事，反而會去欣賞病人，覺得他們單純、可愛、善良，因此參與病人成長的喜悅、覺得可以成功的幫助他人、欣賞病人等，調整自己看待工作的態度和內化為個人特質，則更能達到照護的效能和品質。

表三 四位受訪者的抒壓方式

項目 受訪者	抒壓方式
小玉	與寵物對話共處 找好友同事傾訴 病患的感謝讚美 欣賞病患單純可愛的特質
心心	找同事傾訴 休假 從護病相處中發掘樂趣
阿辰	運動 園藝 找好友同事互相渲洩
秀子	對病患「吼回去」

第三節 護理人員對精神病患處境之觀看與回應

在常觀世界中精神病患往往被貼上暴力、瘋狂、危險、骯髒、可怕的負面標籤。一旦躍上了新聞版面，精神病患往往成了砍殺路人和家人的殺人魔。從社會大眾的刻板象、家屬一路走來的心路歷程，以及醫、護共伴經驗等不同的連結視域去觀看精神病患的病身世界，必然會出現截然不同的面向和層次。在這個研究中試圖從護理人員的角度切入，瞭解日常生活中如何以他們自身所建構的觀點去詮釋觀看下列問題：

- 壹、護理人員如何詮釋病患之生病因由？
- 貳、護理人員從什麼角度去感受理解病患所在之孤獨處境？
- 參、護理人員對病患孤獨處境之回應、處置方式為何？
- 肆、護理人員對「病」的絕望感之呈顯。
- 伍、護理人員以何種姿態去抵禦病所帶來的絕望？

壹、護理人員對病患生病因由之詮釋

余德慧（1998）在本土化心理學的研究中提到以中國精神病理而言，精神疾病的共同點都以沖犯作為主要的解釋，保護及關照也來自精靈世界，亦即疾病本身即包含著不可見的魂魄與靈界。排除純粹疾病的觀點，對於患者的得病，護理人員也多習慣從中國社會文化脈絡及宗教的角度去詮釋生病經驗。

「其實很多病人會得這個病就是有外靈的的關係，那這個外靈有好的跟不好的，不好的會講些他不中意聽或者是罵他、人身攻擊、做些不好的動作像打人這些。那好的就會鼓勵他，我老師說外靈是不受時間、空間控制的，有些病人是真的可以看得到的。雖然有的病患像英珠就是精神上真的是有問題的，啊有些不是真的有問題，是真的有外靈然後被人家視為是精神病的。D17-05」

篤信佛教的秀子深信在某些病人身上的確有外靈的操控，並非只是單純的生化因素，而這些外靈也控制了病人的認知、思維和功能運作，產生常人所看不見的「實體影像」，而這在存在體所產生的干擾會被視為教科書所描述的聽幻覺一般，而被當作一般的精神病處理。

秀子有一次邀她修道的老師前來病房，看到許多病患皆有「外靈附身」的狀況，配合佛教中的因果論信念，也使得她逐漸對病人的生病處境調整原本固有的視框，不再是純粹醫學的理解，而以一個因果輪迴的觀點重新看待。

「應該是這不到一年的時間我的心境才慢慢改變的，以前知道有這樣的東西，可是會以一般的方式去看待病人，然後去照顧他、接受他。現在會用這種心態去看，就是病人會這樣子就是有他的因果。」

從因果來看，病人的病乃其來有致，甚至是整個家庭成員共同糾葛的業障問題，依「情節輕重」來修習生命功課。秀子提出她的解釋：

「我們注意看有好多個住進來的病人都是類似這樣子的。啊有些病人是真的一家子結構全都是不行的。他們就是都有累世方面的問題，分輕跟重而已。因為他們就是不知道哪一世他們有這個因緣，那正好輪到這一世的時候，他們就是必須要組成這個家庭，是誰負誰多，那就是由那個人來選。

D17-21」

因果輪迴強調「欠債還債」的觀念，「業」所形成的責任和功課在前世就已註定好了，多了這一層概念的建構，也改變了秀子對病人罹病的看法和其症狀的對待方式：

「宗教上給予我的完全是讓我更深層的看到一些更廣泛的。所以現在在對待他們就比較不會像以前會有很煩啦，可憐的角度去看他們，而是想去幫忙他們。因為這是他們必需去承受和跳脫的。D17-22」

除了以一個護理人員的照顧心態去幫助病人，也納入自己的宗教思維，抱持協助病人消除業障的渡人之心來對待，因而擴增了秀子對病人的包容，

並試著應用不同的方式去幫助病人：

「像病人的幻聽，我就會用另外一種方式去跟病人談幻聽，比如說：『你聽到很多的聲音是講些什麼？』我的心態不是以一個醫學角度去看他，我會問他：『那你覺得你現在的頻率跟他接觸的情況如何？你會不會跟他很接近？啊今天跟你談的這一個你跟他談得來嗎？』那隔天還是改天我會再問，今天跟你講的這個有沒有同一個人？啊你談得怎樣？有時候病人就會講：『我不喜歡他。』D17-04」

接納其他的可能，使秀子不再只應用傳統護理對幻聽、幻視的處理方式，試圖努力去建立病人的「現實感」和「病識感」，而採以一種更開放的心態去聆聽病人的說話，進入病人的時空處遇當中去作理解，在這樣的情況下病人也較容易對護理人員卸下心防，不會和護理人員競爭，也努力去為對方建立「現實感」。秀子以站在同一陣線的方向，配合對抗幻覺的方法去討論對抗其所處世界中「真實的危險和不安全感」。

「我會跟他講，它如果給你的是好的，那你要加油往好的方向去走。如果聽到不好的，我會教導他也要應用到我們的護理，因為這也是我們的一個技巧，這一定要配合。醫學跟科學要配合去一起使用。當靈是乾淨的，沒有雜靈雜氣，外靈他就沒有辦法去跟你頻率相接，不會在你耳朵出現。D17-28」

結合自己的宗教信仰，秀子對精神病多了不同層面的觀看，技巧和概念融合下，也發展出屬於自己的照護方式，同時逐漸建立起整合自我的價值系統。

對精神病的看法，在這點上阿辰也相信宗教輪迴，雖然本身不具特定的宗教信仰，但覺得生命本身並不會無端被拋入在某處，必定帶著某種教化的功能或任務。

「我會比較採用正向來看待這群病人，或許他們是折翼的天使，或者是被錯置在靈魂的軀體內的某個個體，我覺得那可能就是一個出ㄎㄨㄛ吧，或是上帝開的一個玩笑吧！也有可能或者是說他種的什麼因，這輩子有什麼

果，那他這輩子是來還債的，都可能。C17-03」

阿辰的宗教想法其實也帶有某種對人生荒謬無解的宿命觀，就像他對生命為何而來？可能出現的各種答案，也許是「錯置」、也許是「出古入今」、或者是「上帝開的一個玩笑」和「因果輪迴的還債」而一切仍在尋覓當中…。

但不管如何，生命必定有其功課和任務，是必須去承受的。接受上帝所發的牌，並盡力打好它以成就賦予的功課，面對宿命，尋找荒謬所帶出的意義，及意義給予的答案，阿辰這麼認為：

「我不太會把它往負向的地方看待，即便你是一個智障，或一個精神病患，你來到這個世上一定有你的生命任務吧，或者你來到這邊有個警世作用，是要告訴世人你想作這樣一個示範一個教材吧，讓其他的正常人看到這樣一個現象，然後去思考去反省。我有時候會這樣想，你們家庭出了這樣一個孩子，那是你們家這一生很不容易的功課，你要怎麼讓這個孩子在你們相處中去了了這個緣，這是一個很重要的功課啦。C17-01」

無論如何，秀子和阿辰從宗教脈絡去詮釋病患的受病經驗，不太去憐憫生病本身，相信那是一種因果關係所導致的宿命處境，上天賦予的任務及生命功課，也是自己所必須償還的修練，雖然這一生被上天發了一手不太好的牌，病者「應該」轉化累世糾纏，從危機中解厄的態度，以一個正向的角度去看待，而護理人員則是扮演協助其在困頓之中達成任務的角色。

貳、護理人員對病患孤獨處境之詮釋

人必然是孤獨的。精神病患者的生命受苦，更貼切詮釋孤獨就如太陽腳下的陰影，永遠與身體連接在一起的事實。當精神病患從一個常觀世界的位置跌落，他們的自我與生活逐漸與病融接，處於現實破碎與幻滅的感覺，成為精神病人世界裡所有的背景與主題（黃章育，2002）。病患沉浸於虛幻不實的病症或自我中，長久的時間過去，他早已失去了和家人、朋

友、外在世界，甚至是和他自己的接觸，切斷與所有連接至人的時間律動，各種與世的連結關係逐漸剝落，掙扎著要回到原來位置重新讓生活運轉下去，但日常行事已變得窒礙難行。他們的生活型態在社會意義的流失中形成，病痛像海棉，從病患的世界中吸乾個人與社會涵義。病患的社會性受損，使他們的常規離開社會性的常規，而進入「孤獨關係」之中，精神病患者被迫成為被指認為拒絕「在一起」的人（余德慧，1998）。

然而從護理人員視域透視精神病患角色處境中的孤獨，可以發現仍多以病人首當其衝的人際孤獨層次去作觀看。其中病人對親情依附、無盡的牽掛和回家的恆久渴望，彰顯出「生命孤獨」最深刻、真實的一幕。

寶存婆婆是一個六十七歲輕度老年痴呆合併嚴重嫉妒妄想的病患，這一兩年來從急性病房轉到慢性病房，再從慢性病房轉回急性病房，老婆婆每天醒來最重要的事，就是把護理站前的大門當作望夫崖，癡望著先生的到來，巴著護理人員訴苦，竭盡所能把那「老不修」的先生罵得一文不值，堅信他在外面養女人，住院前甚至常跑到派出所去告先生「外遇」，但總「苦無具體事實」。打電話時間一到，便顧不了旁人的訕笑，在電話中吵鬧質問先生是不是已不再愛她，才狠心將她拋棄在醫院，屢次試圖賄賂護理人員開門讓她出去「抓姦」。好玩的是，偶爾先生來訪，自己馬上又變成了個小鳥依人的小女人模樣，拉著先生的手，安靜地在康樂室看電視，直到先生離去。但隨時間拉長，先生來探視的頻率間距也愈來愈大。

談到病人的孤獨，受訪的護理人員竟也不約而同地提到這位令大家公認足以作為代表的人物，小玉帶著憐憫的口氣說道：

「寶存阿婆喔，我還是會覺得真的是可憐，她就會一直站在護理站前期盼她老公來接她回去，可是不可能，你明明就知道不可能，然後又散發那種尿騷味的時候，你就會覺得她很可憐。A14-01」

小玉很同情婆婆對先生感情上的執著，盼望獲得先生的關愛，回到屬於自己的家，但現實狀況並不允許，病人的疑心病也不會因為出院而改善。Kleinman (1997) 提到精神病患的幻覺與妄想，是一種具有特殊心理意義的「人為病痛」，而疑心病是心理苦惱的語言，揭露人內在世界深沉的裂縫，驚駭的靈魂總是要求受苦經驗恐怖地重演。畢竟靈魂無法安歇，則何處無以為家，家只是一個看似具體卻永遠抽象的烏托邦！說明了在妄想世界中，生命無法與他人連結的孤獨感。小玉除了疼惜這無以為家的靈魂，也試著從另一個角度去同理先生「不知如何是好」的處境。

「可是你聽她先生抱怨的時候你會覺得她先生也有他的難處，我也不會去責怪她先生，如果她先生說的都是真的話。可是啊第一個反應就是可憐。A14-01」

也許寶存阿婆她先生的孤獨和無奈並不會比病人來得少，小玉不去對兩者作是非判斷，而是站在兩者的立場對人生產生感同身受的疼惜。

心心則試圖貼進這難以安歇的靈魂，去理解那種「人為病痛」所造成無法順暢呼吸的憂懼感。

「我想這個都是因為她的病的關係，所以會把她先生的一些行為區隔為對她不忠，可是感覺有點很可憐啦，就是她的想法，我想每個年紀階段她想要的重要東西不一樣，像她這個年紀她覺得先生的關愛對她是非常重要的。相對我們這種年紀我們就覺得朋友是比較重要的。而她是在乎在先生對她的愛方面，加上她又年紀大了，所以她會特別覺得老公對她是很重要的，她會害怕自己無依無靠所以才會有這種想法。對她的行為啦，對她先生過度依戀的那個想法沒辦跳脫。B14-02」

她認為人本來就具有親密關係的需求，何況要去面對年紀大了一個人「無依無靠」的命運，孤獨的感受將更令人害怕去面對，疾病造成她失去自由和對先生的依附，一種無法掌控的不安和失落，其實是值得同情的。

參、護理人員對病患孤獨處境之回應方式

從病者的家和社會角度來看，病人應該是「不存在」的，甚至已被視為外來的入侵者、干擾者。病人回家後才是諸多問題的開始，因為原來的共構關係已質變，彼此處在不同時間流裡，住院多年的病人早已被認為是「退出來的人」，然而護理人員還是習慣以自己所處的時空去推衍一種「普世現象」，在可能的情況下極力想幫助病人回到他們的「家」，認為「適時的回家」應該就可以改善病人孤獨無依的淒涼處境。

病患君君，為了取爭回家的權力，在醫護人員合力協助下的某一天，終於「革命」成功，由先生辦理了出院手續，但很不幸地，病人的滿心期待卻換來命運更深沉的墜落…兩個月後她又被送回了「鐵窗」。小玉無奈地回憶道：

「會心疼當初我們鼓勵他帶回去的決定是對還是錯？因為聽說她回去的時候她小兒子對她反抗很大，不認她這個媽，因為他從小就被他這個爸爸洗腦了，但是因為感情基礎也不夠，可是後來又想想今天她如果沒有走回去這一遭，她怎麼會知道出去也並不是多好，後來就覺得這些也許是我們和病人都該經歷的過程（苦笑）。A11-03」

是否要幫助病人回家？常是許多護理人員矛盾和困惑的，心裡明白回家是每個病人共同的心願，病人總以為就不再有孤獨和被拋棄感，但大部份的經驗，病人住在家裡的時日是「撐」不了多久的，做與不做常處於兩難。致使護理人員會疑惑，在情感上病人是應該回家的，但事實上往往也要冒險和病人一起背負「更深沉打擊」的後果。

如同心心站在病人立場：

「可憐？會啊，因為他們大都沒有辦法回去，我會覺得回家很重要啊。就是家屬的關注力比較多的時候對他會比較有幫助，不是說丟了就不管了，

應該會比較好。B13-01」

心心的想法是一般護理人員依循的模式，未意識到兩者已處在斷裂的時空中，精神病患家屬以繼續存活於世間的心思來對待病人，而病人卻以無法自主、受病所困的存在情態展現在家屬面前。兩者如同一個事實兩種實在的方式，擦肩而過，卻完全不對頭。

護理人員也為使不上力而感挫折，對於家屬的冷漠，心心無奈說道：

「我們也是無力啊，家人不想讓他出去，我們只能安撫他的情緒而已啊，他們就是被家屬遺棄的一群人，大部份都是被疏離被遺棄，對家屬來說就是一種累贅，他們當然不會想要把她帶出去啊。B13-06」

一方面覺得回家很重要，但對大多數的病人這只是單方面的想望，護理人員只能扮演夾心餅乾和潤滑劑的角色。另一個因素則是健保開辦以來，精神病患被列為重大傷病，精神院所如雨春筍設立，病患有了安置之處，家人獲得喘息，醫療院所則成了病患流放的旋轉門，重覆進出各大醫院，就是回不了家：

「因為有些家屬就是說，我就是不讓你回來了嘛，你叫我出院我就是把你轉到別的地方去，而不是回家。可是病人住往還沒有認清這個事實。B13-07」

在護理人員眼中，病者的居「家」其實是最孤獨的家，一心嚮往的「家」往往成了病人對迎面襲來的存在孤獨感，最無力、諷刺的控訴。護理人員習慣從自身的生命經驗，倫常處境去設想病患「理應」重回家庭，共享天倫，試圖藉由病者與家屬間「關係」的重建來解決病人的孤獨，故當發現事實上病人與家屬彼此已難以再融入共在時空中一起生活，對照護理人員對家的功能期待，也會為病人回不了家的處境感到無奈嘆息。而存在孤獨和人際孤獨是密切相關的，脫離人際的結合會把人推進存在孤獨

(Yalom, 2003)，病人帶病之身所特有的「執著意念」形同又附加了一套被「孤獨」緊密箝制的手鐐腳銬。

阿辰則覺得孤獨是生命必經過程，就像人從出生走向死亡、由繁華走向孤寂一樣，必須學著去適應和承受，而命運的輪盤轉動也迫使家人改變對病人原有形貌的對待。

「通常疏離都是在發病之後有一段時間以後，疏離感才會產生，在發病之前或當病人生下來那一剎那，每個父母都是滿心期待的去愛這個孩子的，我們不能否定他還是有期待，對孩子還是有愛的，只是說在長期發病的折磨下，一點一滴就被拖磨掉了，這種折磨慢慢就讓這個孩子跟這個家庭慢慢就產生疏離感。我覺得那都是一種無可奈何，走到這個地步大家都是不願意的。C24-01」

阿辰認為人沒有永遠不變的關係，關係的轉變亦非一朝一夕，而是一個歷程的轉折，就如同卡夫卡（2002）在「蛻變」一書中的主人翁格萊高爾一樣，當他從一個人，從一個家庭的重要角色—大家希望所繫之對象，幻化成一隻大甲蟲那一刻，也正是他從雲端跌落，必須逐漸從原生家庭退場的開始。孤獨與疏離對病人而言有一種宿命的荒謬，卻也是一件無可奈何的事！

在阿辰的想法中，病患面對孤獨處境應像推著巨石上山，永無止息的薛西弗斯，學著去接受並與命運妥協，體認到自己的存在處境。

「我會告訴他們這樣一個無奈，出院當然是一件值得高興的事，可是當沒有這樣的可能性的時候，你可能要試著去跟這個殘酷的事實去做朋友，以你習慣的方法去面對這樣的事實。C09-03」

在認清現實後，與其去對抗，不如試著「跟這個殘酷的事實去做朋友」，使其成為自己存在的一部份是最可行的方式。

「他們的病程本來就是一直在走下坡，所以有些我會試著去讓病人瞭解說你的病是不可逆性的，而且是會每況愈下的。C23-01」

透過理性的分析，讓病人瞭解現實狀況，降低對病的期待。

「然後我會讓他瞭解到你不是 only one，你不是其中唯一的一個，你看這麼多人其實都是跟你一樣的。C23-01」

也使病患意識到其實很多人和自己一樣的處境，彼此是同病相憐的，這是教導病人透過與他人「融合」的方式來擺脫孤獨的自我感，「和別人一樣」會使人脫離自我的孤獨感。但 Yalom (2003) 也提到這樣的說法可以短暫處理病人的孤獨感，但病人最底層的存在孤獨卻是難以撼動的，雖然阿辰覺得相互取暖是可行的。

阿辰強化病人並非孤單的個體，以陪伴者的角色和「生命必有其存在價值」的信念來激勵病人：

「我會讓他瞭解到說在他這樣的發病過程中是有很多人會陪伴在你身旁的啦，你並不是被拋棄掉，你還是有你的存在價值，縱使說你到生命盡頭的時候你所發生的一切都是有意義有價值的。C23-01」

這也是阿辰自己看待生命的態度，最重要的是從本身過程中去發現意義才是最重要的。

「我通常不用同情的角度去看待病人，我始終相信他們是有能力的，就算有孤獨就算他終將會面對一個很不一樣的人生，我覺得他終究還是有他的韌性在，他可以去承擔。C28-03」

相信病人有韌性能以自己獨特的存活姿態與孤獨共在，這樣的想法緊扣阿辰本身的價值信念，他喜歡以「生命應該為自己負責這樣的態度」去勇於面對孤獨本身，並以這樣的概念去架構病人。

秀子因為有強烈的宗教信仰，所以她以一種跳躍的高度去看病人的生命處境，承受病苦生命的同時，也消除了累世而來的因果，對病人反而是一件好事，因此秀子並不會以同情、憐憫的眼光去思考病人的孤獨：

「如果相信有輪迴，想想看他這個因果、他這個課題，你沒有辦法去把它完成，或者是把它消除掉它的因果，那他是不是累世都在做這個？他是不是永遠都無望的？那你要怎麼去同情他？你要怎麼可憐他？我覺得不需要，就像一般人講的你要教他如何釣魚，不是拿魚給他吃。D09-02」

秀子認為倘若沒有藉由這個受病過程來消因果，那麼原來存在的「業」將永遠無法消弭，人將一而再，再而三地在輪迴中重覆這樣的課題難以超脫。面對苦難，對靈魂的成熟反倒是一件好事，護理人員的介入應是「教他如何釣魚，不是拿魚給他吃」，病所帶來的一切必需由病患親自去經歷，無可取代，雖然秀子也能體會到病人的艱困，但長遠來看則賦予受苦正面的意義，而自身則是扮演陪伴、引導的角色。

「我目前的心態就是幫忙他們，然後就是自己必需要強調自己的一些內在的東西，自己的身體狀況和靈修的東西基礎一定要打穩，然後再來就是只能夠內心希望他們能夠去突破這一生所面對的一些課題。自己一定要有意志力和很強的一個突破的心態。D10-01」

秀子的成長和阿辰有些類似，本身都經驗了與原生家庭疏離的孤獨，相對塑造了要堅強自主的性格，這也投射到他們對病人的期待。在孤獨的對待上，阿辰強化病人要去意識到精神病患生命處境上所呈顯的真實面貌，並且藉由融合、相互取暖的方式來對抗孤獨，誠如 Yalom (2003) 所言「孤獨是存在的一部份，我們都是黝黑大海上的孤獨之船，我們看見其它船上的燈火，雖然無法碰觸這些船，可是它們的存在和相似的處境，卻能提供莫大的慰藉。」並且看重生命被拋於世本身所賦予的意義和責任，護理人員則陪伴並協助他們找到方向。秀子也不去看病人對孤獨的主體感受，有一種躍昇的概念，而從因果輪迴、宗教制高點的角度去幫助、教導病人。「承受孤獨」與「受病本身帶來的苦難」，其實就已經是在消解業障、擺脫輪迴的歷程之中了，沒必要去逃避它或同情憐憫，而應以祝福的心態去看待，認為護理人員除了陪伴，終極解決之道即藉由宗教進路來擺脫原

來黏著僵固的意念，才能真正在靈性層面離苦得生。

表四 四位受訪者對病患回家與孤獨處境之看法

項目 受訪者	看法與回應
小玉	在能力範圍內，幫助病患達成回家願望 有時對回家的協助產生矛盾情結
心心	可以回家對病人排除其孤獨感而言很重要 病患無法回家會有無力感、挫折
阿辰	人沒有永遠不變的關係 接受回不了家的殘酷事實 讓病患瞭解他並不孤單 扮演陪伴者角色 相信病人有韌性、可以承擔命運 不同情病患，每個人都有存在價值
秀子	承受病苦也等於消除累世而來的因果 扮演陪伴、引導的角色 沒必要去逃避它或同情憐憫

肆、護理人員對「病」的絕望感

「精神疾患」和根植、依附在人類身上許多疾病代名詞一樣，它不單指涉「病痛」本身，在「病痛」的背後，它揭開了在「病情世界」中主客、體所存在不同層次之意義建構和多面向的觀看。精神病患、病患家屬、醫護人員從各自角度的哈哈鏡去透視「病」和「罹病中的生活世界」，處在不同時空位所，也將產生截然不同的意象、意義詮釋和關注焦點。

「請你放我出去，我不屬於這裡，我以前當過國小代課老師，也去過日本自助旅行，你們為什麼不讓我出去工作？」、「我可以去幫人家洗車，自己賺錢自己花，不用靠我哥哥，你要叫我一輩子待在這裡喔？」、「我為什麼不能打110報警？我叫警察來救我啊，我要告你們妨礙自由」渴望獨立與自由的抗議吶喊，是病人每日上演的熟悉劇情，就許多精神病患而言，病苦所帶給他們的掣肘，也許就像一個人陷在邊境，在一個所知不多的邊界地帶，慌亂地流浪，急切地等待重返他們的故鄉，彷彿被絆在一個

讓自己不解、變得痛恨與恐懼的深淵，終日昂首企盼「希望之翼」帶領他們逃離痛苦並重獲新生，雖然身處絕境，卻永不放棄。而長期與他們共伴的護理人員，每日生活中最重要的工作，莫過於來來回回克盡已職地去安撫這群不安的靈魂，和他們一同品嚐「病」所褒煮出來的「希望」與「絕望」，同樣的味道，對護理人員而言是否感覺更為苦澀？回頭站在病患之前卻必須武裝自己，微笑面對？

從護理人員所站的位置去看「慢性病」這三個字所代表的意義，醫學認知上它是一種不可逆的狀態，維持現狀或隨時間的線性發展而逐漸功能衰敗。比較起在一般內外科住院的病患，阿辰對「精神疾病」的解讀是：

「我在精神科待這麼久我覺得這種病是一個很拖磨的一個病，不像內外科那樣它終有過去的一天，而且內外科也不會像精神科那麼巔簸，起伏那麼大，所以我相信一件事情就是這個病不是大家那麼樂於去接受的。C06-02」

病的反覆、起伏是精神疾患的主要特色之一，在發病之初的幾年中，病患與家屬可能都歷經了遍尋名醫、錢財散盡的艱苦歲月，並習慣地依從家屬自身的文化和宗教背景摸索病因—卡到陰、被附身等。故除了接受正統醫學治療外，多半合併民俗療法，雙管齊下全力「搶救」病人，直到筋疲力竭…。當然還得承受來自於病人本身病情的循環起伏、病人發病狀態的變形、不斷進出醫療院所等等，對家屬及病患而言，正像一艘迎著暴風雨奮進的船隻，命運迷亂了方向，航向未來的身影載浮載沉。多年下來，醫護人員如一個個生命故事記錄片的觀察者，同時也成了捲入其中的參與者，清楚看見這個「病」帶給病者及家庭的「巔簸」和「拖磨」。

跟病人站在同一個位置，從鐵窗望向天際，心心能夠理解「病」所帶來的絕望：

「無望喔…對，感覺比較沒有未來。我覺得他們根本就是沒有未來的人，而且生病大部份被家屬遺棄，感覺就是被疏離，沒有被關心照顧。對大部份的病人來說感覺就像被判了無期徒刑吧。B09-02」

「無期徒刑」訴說著病的不可逆，也代表被長期囚禁、失去自由的身體。在這個重病的開端，對生命而言都是一個句點—常態生活抵達了終點，另一段完全不可控、被冠上「精神病人」面貌生活的啟程。精神病患漫漫的鐵窗生涯，使得他們不得不從常態生活中缺席，諸多的「未來的計劃」成了無意義、椽木求魚的事，亦幾乎沒有真實的價值可言。過去和未來的輪廓不見了，病人只能選擇活在受限、不連貫的當下，被圈在過去和未來的事情之外。對這群生病的人來說，失去對身體的掌控能力和自由，想獨立自主、工作賺錢卻「有志難伸」，生命似乎活得茫然虛幻，只是日復一日的忍受與世隔絕。而生病，除了和自己發生衝突，更讓人苦惱的是「與周遭一切的扞格不入」。他的世界曾經擁有位置，但現已經被人取代。被遺棄、疏離對許多人病人而言，是無可奈何的宿命。

所以對於從事精神病患照護工作，阿辰就「病」來講他感慨道：

「精神科本來就是一個成就感很低的地方，你比較不容易去找到即時的快樂，因為他不像內外科病人，他們一段時間就會好，精神科不是，它是一條漫漫長路，你要跟它長期抗戰。C09-01」

「病」已是病人身體的一部份，無法切割、痊癒，只能和它共在。「漫漫長路」上陪伴病人走過多重失控、孤獨的生命處境，倘若「病癒」才是希望的出口，那麼站在背後，護理人員始終比病人明白，自己是無法帶領病人殺出重圍，只能在幽暗的山谷中徘徊。病人的無法痊癒、一再復發、被排拒在外的晦暗境遇，在在使得護理人員必須面對來自於病人和自己內心深處的無力感和挫折，如同小玉所作的註解：

「希望啊？有一點感傷吧！對，應該用感傷來形容，因為雖然你會去鼓勵病人什麼的，但是你明知道事實是什麼。A06-02」

護理人員對精神病患所衍生的絕望感，大多仍源於傳統將「疾病的治癒」視為最終醫療目標的概念。Toombs(2000)則強調這種治療上不可避免的失敗將導致失望、挫折和無助感——一種經常使他們從死亡和絕症前退縮的感覺一樣。也因此在這潛藏意識下，護理人員面對疾病的攻城略地，不斷捲土重來的特性，專業能力自尊受到猛烈的攻擊，造成低成就感，且只能被迫選擇「長期抗戰」的方式。

而護理人員意識到「病」的背後所必須承受的代價，雖然「明知道事實是什麼」，但在感傷同時，身為照顧者必須「去鼓勵病人」、帶給病人希望。在臨床觀察中，研究者發現護理人員對病患的回應多半會說些：「只要規則服藥，你的病才會獲得控制，這樣家人放心了，你也比較有機會出院。」之類的制式話語來安慰病人，如此一來，大部份的患者學習也表現得像個長期病患，護理人員則學習保持表面積極的觀點來對待患者。共謀去建築一道防止絕望的牆，把複雜的意義放在簡單、單一面向的角色中，好像這就是他們原本的樣子，這也似乎是護理人員唯一能做到的。

伍、「堅強」作為護理人員抵禦絕望的盔甲

就護理人員的觀點來看，「精神病患」與幾個負面字眼緊扣在一起：「巔簸」、「拖磨」、「無期徒刑」、「感傷」以及「長期抗戰」等。在這些文字背後，也訴說著照顧者的有限、挫折和無力感。但是鼓勵病人彷彿是護理人員的天職，站在台前、病人面前，小玉擺出另一種「專業演出」的姿態：

「我會比較往好的方面、往正向的方面去想，雖然我們明明知道現實在哪裡？這個社會對待精神病人的難處在哪裡？是有一點心虛的感覺，可是在我對病人衛教的時候我會打心底告訴我自己：“只有你自己維持正向的時候，你才能給病人正向的感覺”。所以我會告訴自己不要那麼悲觀，只

有我自己堅強才能夠讓他們也跟我一樣堅強。A10-01」

為了讓病人「往好的方面」、「正向的方面」去想，護理人員和家屬甚至醫生，彼此會發展出一種有默契、不約而同的共謀演出，為回家之路提供希望，替疾病修飾，扮演疾病的化妝師，而最重要的，必須去武裝自己，找出樂觀的理由，如同小玉相信唯有自己夠堅強，也才能夠賦予病患信心和繼續存在的勇氣，而這個勇氣便是「提供各種希望」，並掩藏希望背景後的幽暗。

同樣地，在這個助人的專業領域中，阿辰將之比喻為長期抗戰，而自己就像帶領軍隊與敵人纏鬥的將軍，和小玉有著相似的信念和期許：

「你進入這個領域的時候，你就要有這樣的準備，因為當你都對自己沒信心的時候，你要如何給病人支撐力？我始終都是有一個比較正向的想法或生命態度吧，會把這個東西慢慢轉化給我的病人，因為當我對你的病情都覺得絕望或無可救藥的時候，我怎麼再給病人希望？C09-05」

在這個共構的戰場中，阿辰也認為自己必須站在山脊上成為病患的標竿，堅強挺立，唯如此才能使病患重拾戰鬥的信心，因此轉化對「精神疾患」的詮釋方式，可以保護自己和病患避免碰觸到走進生命深處的絕望，共同去形構一個安全的共在處境。

在『談病說痛』一書中 Kleinman (1997) 對此現象有類似的深刻描述，指出醫療人員標榜的專業主義，在某種程度上是一種面具，在專業主義之最佳形式中，戴面具的醫生永遠知道他們正載著它。他們可能用顫抖的手拿著它，但他們知道它是必要的。在最恐怖的危機時刻…以鼓舞的自信面對問題。戴上面具在阿辰看來也是需要的，作為阻隔絕望入侵的防線，採取和病患一致的期盼去鼓勵他們，相信「希望」乃病人的重要支撐：

「我心裡寧願不要這樣想，我把它當作一個安置的過渡的一個場所，偶而病人還是可以出院的，基本上我不會先往負面的方向想，我會去找到讓它發生的可能性，因為我有這樣的態度我才可以去影響我的病人…我覺

得希望很重要啦。C09-08」

於研究者所觀察的田野場域中，許多醫護人員也和阿辰、小玉一樣，採「心裡寧願不要這樣想」並強調希望的重要性，以正向、鼓勵的方式協助病患，也協助自己去對待病患所在的生命處境。面對大多數無法出院、被家屬遺棄的病患，精神科護士也和那些每日照護癌末、臨終、重大疾患的醫療照護者一樣，背負類似難以回答的困境：「我的病會不會好？」、「什麼時候可以回家？」對多數的病患和醫護人員而言都是個棘手、矛盾的問題！而「帶給病患希望」，成了這個一再重演的捉迷藏遊戲中，被一致公認最理直氣壯，也是最安全的回應。

護理人員所受的教育往往也濡染了醫學教育以「治癒疾病」作為最終價值和目標的概念，當慣性地以病患軀體「完整性」被破壞，而非以個體「存在方式」被破壞來審視、於是致力去恢復病患作為一個身心建構完整的人作為目標來理解的話，那麼不可避免地，將造就護理人員以一種悲觀絕望的態度來看待對於許多不可逆的慢性病或重大疾病患者的生命處境。

雖然如此，護理人員同時卻必須武裝自己，因為很重要地，精神科護理教科書中塑造並強調，護理人員有其重要使命，應扮演照顧者、父母代理人、朋友、老師、治療師、醫療技術員...等多重角色（李引玉，1996）。這意味著在病患面前，應展現出一種強者的姿態，可以為病患所倚靠，是一種施予庇護的上對下關係。但是，夜闌人靜，卸下專業面具，強烈的矛盾、無望感將一一浮現，如同 Kleinman (1997) 在其書中對這種感覺的沉重獨白：「這對那些把他們自己的人性隱藏在專業與制度柵欄內，不能對付人類病痛面的人，它是可怕的，沒有人可以為此替你做好準備，這打擊你存在之感—比起對我們專業能力之有限自我疑問，這是個更惱人和難以抖開的感覺。」書中一位受訪者坦誠地表示：「我不確定，我找不到答案，我就是無法想像當我處那個死巷有什麼感覺。殘障如何產生意義？這個問題在我的經驗中引起回響，威脅到我努力計劃要向長期病人保證的意義。」

使命和角色的制約一旦在真實的面對面關係中產生碰撞的火花，護理人員被迫捫心自問：「我和病人會真正去相信絕望背後的希望嗎？或者只是一種有默契的表相遊戲？自己還成了遊戲的主要設計者！」繼而護理人員也必須回答自己一個生命大問：「醫學所關心的是使人繼續活下去的問題，但嚴重的病苦對你所提出的這個問題是：生命的目的是什麼？」能夠試著回答自己這個問題，也才能運用「更具威力」的武器，從「意義」的角度提供新思維，轉化病苦所帶來的殺傷力，從絕望創造出活在處境中新的希望形式，而不會與病患一同陷落在薄弱、單一的意識中，執行敷衍自己與病患的遊戲，更真誠地和病患同在。

第四節 角色置換對護理人員之存在內觀

壹、如果我也得到精神病

透過舒爾茨所提出，醫病間要建立一個意義共享世界的可能性，可經由他稱之為「交互視角的一般命題」中兩個典型化的結構來完成：即一、立場的相互轉化的觀念化—乃兩者相互調換位置，將病人的“此處”變成了我的“此處”，我就會設身處地以同樣的典型化來看待對象，如此他範圍中的事物也就會落在我的範圍之中。第二、在相同的生活經驗上，相關系統的耦合性觀念化—對共同客體以及它們的特徵作瞭解。若日常世界通過上述方式得到理解，即有可能使得交流者在描述性和解釋性系統中，存在一種理所當然的一致（共有的典型化），使得直接體驗的私人世界得以迸入一個與其他人共享的共有世界之中。而要達到此一病情世界意義的理解共享並不容易，必須經由治療者透過自身「人性視界」的立場去觀看體會（Toombs, 2000）。

成為治療者及照顧者的一大特權便是得以進入患者的生活世界，聆聽他們的受苦和生命經驗（Yalom, 2002）。大多數護理人員肩負著「給予」的使命感，但在忙碌地「給予」中是否思考過位置交換的遊戲？應用立場交換可變性的概念，想像一旦自己站在受苦的位置，護理人員展現什麼樣的生命態度？是否和給予病患的一致？或者突顯出分處兩個世界的衝突性？思考這個問題是重要的，它能激發護理人員的深度自我對話與同理。如同蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲（2003）存在照護的研究分析中，所提出四種專業自我之第三層次「由人觀己」之練習。Yalom（2002）也對治療者提出這樣的建議：「要從別人的窗戶往外看，試著去看病人所看到的世界。為了讓我們能更正確地同理對方，從人性的基礎與病人產生連結。」

小玉真切地思考過這個問題：

「你是說如果有一天我也得到精神病的話？其實我真的有想過吔！因為我每次看到病人有那種症狀的時候你就會想說，今天如果我得了精神病，我會不會有 insight 啊？A04-01」

反之阿辰則恍然大悟地表示自己竟然從沒去思考過這樣的問題，所思索的多半是如何應用更多學理上的技巧去幫助病患之類的問題，在這一方面阿辰是有心的，所以長年以來一直有訂購「諮商與輔導」月刊閱讀的習慣，也樂於和同事分享其心得，甚至常自費參加各種心理治療團體，但是去想像自己得到精神病這件事，卻從未有過這樣的經驗！「沒思考過得病」這個問題，在訪談中阿辰彷彿也被自己嚇了一跳，掠過一絲訝異的表情，不明白對病患發病歷史這麼有興趣的自己，為何沒想過這個問題？也許潛意識中，這亦為屬於其內在擁有的一種存在壓力，害怕失去自我、擔心自己也會「瘋掉」，而阻絕自己不去思考這個棘手的問題，反而成為其自我保護機轉之一。

然試著讓受訪者去想像這個問題，護理人員能夠將病連於自己的生活經驗去作思考，說出面具底下心中的真實感受。

一、無病識感的憂懼

如果得到精神病，小玉表達了她最害怕的一件事：

「跟他們一樣的時候喔？不能不能，我會覺得很恐怖，我會很害怕自己得了精神病。對對對，因為我就是怕我沒有 insight 的時候我不知道我自己在幹什麼，我會覺得自己一點生活品質都沒有。你看到病人那麼多的症狀，你會想到有一天你會跟他一樣，那是一件恐怖的事情，那時候我會想到我的父母、我的人生…A06-08」

沒有病識感，是許多精神病患者的寫照，從發病到入院，精神病患者本身如同在真實世界上演一連串被「追殺」、「拘捕」、「囚禁」的惡夢，而自己

可能在住院多年之後都還覺得莫名其妙，不知道自己「到底犯了什麼錯？」要遭受這種不公平的待遇！從病人的窗戶向外看，小玉也領略了沒有病識感背後所有呈顯出來的諸多恐懼：身體與自己之間的斷裂、自己與世界的斷裂、人生不再具有未來、家人的痛苦…等多重失控生命樣態，一種失去質地的混亂恐懼。一旦自己站上了苦難的位置，便發覺原來理所當然的「給予」角色，出現一定的矛盾反差：

「其實你剛才講那句話也很對，講到我心坎裡了，我們在跟病人衛教時候你會覺得沒有，你就是把他當慢性病人來看，我會給他們正向的鼓勵：你看你只要規則服藥，你只要什麼…你看我們都會給家屬希望：你只要好好服藥，配合治療，他們都可以回歸社會。但是萬一這個疾病如果發生在我身上的時候我還是寧可選擇得 DM（糖尿病）、HYPERTENTION（高血壓）啊對不對？因為我還是很清楚的病識感，我有很清楚的自理能力，我可以照顧我自己，萬一我得了精神病，我可能會沒有辦法照顧我自己。（大笑）。A06-08」

衛教時的坦然自若，並不包括當疾病光臨自身的時候，一種生命不可自控的憂懼隱身在專業面具底下。同樣面對不可逆的慢性病，小玉試著說服自己和病患去相信，這和高血壓、糖尿病沒什麼不同，但「寧可選擇得 DM（糖尿病）、HYPERTENTION（高血壓）」卻說明了一旦在精神病患病處境中，發生清明的意識、身體可控性的障礙，是最令人害怕失去的。

心心則用另一種說法詮釋病識感對患病的意義：

「那要要看我嚴不嚴重，我如果很嚴重到沒辦法查覺自己的病，每天還是過得很快樂，像 11 床的正成那樣。但是如果我有病識感我就會覺得很難過，感覺對未來是沒有什麼希望的。B04-02」

心心所謂的「快樂」反而是一種「存在」神經麻痺的生命放棄狀態，在表層觀看中，沒有知覺也代表著沒有憂慮。會思考，反倒讓自己看到無望的痛苦深淵，直視痛苦。

二、失去家人關懷的孤寂無望感

與家人漸行漸遠是許多住院精神病的宿命，對於與家庭成員關係緊密的小玉而言，將是令人難以忍受的痛，甚至可能摧毀她的求生意志：

「我覺得支持系統很重要啊，如果我的 support system 不好，沒有家人在身邊陪我，加上疾病又控制不好的話…我看得到任何不治之症我都會去 suicide。就是安樂死，但是你說叫我積極的去殺死自己，上吊啦，吃安眠藥…我不會，我會不治療就是 by nature，就是看我有多少日子好過，就這樣子過了。A04-03」

小玉想像一旦必需面對家人的疏離，自己可能會採取慢性自殺的方式來渡過餘生。與原生家庭關係愈密切，內在的衝擊將愈大，孤獨的感受也愈強烈！相對的，當提及病患是否也有和自己相同權利的時候？小玉思索著：

「(停頓)我覺得病人也有這樣的權利，但是我不會鼓勵。當我穿上那身白色的制服我就沒有權利去鼓勵這個東西。因為我們的養成教育就是教我們要給病人正向的思考、要鼓勵、要什麼的。可是後來真的想想：他家人都不理他了，那他那麼積極治療幹什麼？有時候有，我的腦中會閃過這樣一絲的念頭。因為就我一個人了，我也不需要過太久的生活了，哈哈!A13-01」

如前面所言，當專業角色中護理人員總是披上堅強的盔甲，呈顯出的可能是一種「我—他」的對待關係，而卸下盔甲，裸露的是另一種更趨近真實的「我—你」關係，故當小玉將病與自己所處的家庭支持系統作投射時，更能去同理病帶來的苦痛，感受到家人的冷漠與疏離足以擊毀一個人的鬥志。然而會發現到在許多與病患面對面的場景中，護理人員總會同時存在著這兩種矛盾的思維，將自己自動區隔為臺前、臺後。但當更瞭解疾病帶來的折磨時，是否比病人更為恐懼？更難以忍受這樣的困境？如果是，那麼應該站在什麼位置才能更貼近病患的世界？是助人工作需思考的問題。

三、害怕被貼標籤

和一般的病患與家屬一樣，護理人員同樣害怕被貼上精神病患的標籤。心心表示：

「我一定會很沮喪，就像剛剛講的，你整個人就是會被貶低啊，被社會所貶低，感覺就是不受到尊重。B04-01」

疾病所帶來烙印在社會文化中仍然是根深蒂固的，加之報章雜誌、媒體的大肆渲染，將精神病患妖魔化，更難以去消弭外界嫌惡鄙視的眼光，即便對精神病患知之甚深的護理人員也難以抵擋，害怕去承受。比起其他慢性病，別人投射而來的異樣眼光更彰顯身為精神病患所面對的諸多窘境，小玉認為：

「如果和一般慢性病比較下，我還是會覺得精神病還是會比較可憐，因為別人異樣的眼光並不像糖尿病、高血壓那麼容易地被人接受，那是我覺得比較恐懼的。A06-05」

Kleinman (1997) 從文化觀點對此現象所做的剖析指出：「疾病本身所隱藏的涵義，把患者單一個看得見、有強烈特殊意義的甲殼中，這甲殼是加上文化印記的病症甲殼，一個具有控制性的社會象徵，一旦加在某人身上就會徹底破壞這個人的身分，而且不易消除。往往致使這個家庭文化的成員，往往寧可把病人留在醫療機構中，或與家人分開居住。而這些意義對患者家屬和醫護所呈現的問題，每一小節都和病本身一樣困難。」

綜觀小玉和心心對自身患病處境的想像描繪，可以看到在患病處境中，最關懷也最擔憂的議題分別是無病識感狀態下的多重失控和混亂，導致「自我」主體性的喪失、擔心遭受家人的疏離冷漠以及害怕被貼上污名標籤。「病」所呈顯出來的幻聽、幻視、怪異行為等症狀，並未明顯地出現在小玉和心心的擔心之中。這與原本「當自己是護理人員」時所關心：如何致力改善疾病的現實感和病識感的護理目標有矛盾之感，反而是疾病

背後牽引出一連串生活意義、價值系統，一個作為「完整性的人」所面臨的打擊和衝突，才是真正令人憂懼之處。一旦如此，護理人員可能比病患更為害怕，因為上天為精神病患所寫的人生劇本，他們每日都在閱讀，並且參與其中，比病患更熟悉命運的安排，且因為更為瞭解反而更為退卻。在「談病說痛—人類的受苦經驗與痊癒之道」一書中，一位醫生的獨白為這處境作了最佳詮釋：

作為醫生，我知道對無助、受傷的人移情會如此疲憊與恐懼。當一個人付出的精力完全無法對抗命運之流時，我知道保持同情有多困難…作為患者，我感到更孤單、更無助、更恐懼，而且比現在我認為我必須表現的更為憤怒—Judith Alexander Brice (1987) 摘自 (Kleinman, 1997)。

然而這樣的深刻坦露一直是被隱藏的，隱藏在潛意識深處和專業面具底下。醫護教育以奉獻、科學化概念來作為訓練，使得醫護人員習慣站在較高的位階去作思考、處理病人，忽略了同樣作為一個血肉之人的覺察與省思，也往往導致了「立場交換可變性」的失敗，並無法真正從對方病情世界的體驗中，去建立一個意義共享的世界，只能流於浮面的人性化照護與同理，一旦與病患存在處境的盾牌針鋒相對，通常選擇迴避投射回內在世界那刺眼、難以處理的焦慮與矛盾，因為護理人員較難從「意義」的角度提供病患和自己一個答案，只能回到「病」的角度去鼓勵病患。如同小玉以「病癒出院」作為自己對病患最大的期許和希望，因為她也認為這是病患最期待的結果：

「我覺得疾病控制是最重要的，所以我會告訴病人，你不要有那些奇奇怪怪的症狀的時候才能夠有希望回到家裡，而且人家才不會排斥你。我覺得雖然困難度很高，但是我還是這麼希望。A09-01」

因此除了閃過一絲不安，醫護依舊跳脫不出策重於「病」，而未看到個別的「人」。醫師致力於正性症狀的改善，護理人員亦根據護理診斷，將整體的人作身心靈症狀上的分類切割，彷彿永遠有一套有系統的標準流

程，對於病患最關心的：我的病會不會好？什麼時候可以回家等問題，家屬、醫護人員們總是有默契地相互推諉搪塞。至於回答自殺、我為什麼要活著的問題，總令醫護人員惶惶不安！只好在病人面前說著連自己也不相信的安慰話，因為一面對這些問題，醫護人員比病人更害怕…習慣被制約地披著「治療者」及「教導者」的外衣，也習慣地被賦予「希望使者」的任務，卻也無可逃避地在日常生活經驗中，碰撞到堅強的專業面具下，內在深處的軟弱與矛盾。

貳、探討生命的質與量

精神病患到底是命好還是不好？在這個共構的生活經驗中，精神病患的生命樣態同時也為護理人員帶來極具價值的生命教育和省思。「病」讓人學習思索生命的長度與深度等問題，人類對於生命質量的企求，往往因不同文化背景、社會條件而有所分歧，有人在乎生命的質地，有人只求能夠活著就好。

有趣的是，當今的精神病患雖羅列為慢性病家族的一員，卻代表了另一種新興的人生風貌。更完善的醫療制度，在全民健保庇翼之下，精神病患脫離了十七、十八世紀傅柯筆下所闡述與罪犯、遊民、行為放蕩墮落之人一同被監禁、隔離的命運（Foucault, 1992），也不再像民國六七零年代台灣的仁愛之家、私人醫療院所等安置機構，將瘋癲之人如動物般單獨拘禁一室，牢籠一隅堆放杯盤狼籍的食物和散發惡臭的排泄物，供學生、機關團體登記參觀等景象。反而許多精神院所成立，現代化、家庭化的設計空間，冬暖夏涼的「賣點」成為部份病患和家屬「波段性」住院的原因。人性化管理讓病患在食衣住行育樂等方面不虞匱乏，事實上，生活條件比起病患原生家庭可能有過之而無不及。另一方面以研究對象所在的精神病房，病患年齡多界於 20-50 歲之間，較少為其他疾病所苦，除了「想家」、「自由受限」始終困擾著病患外，排却知覺混亂、靈性受苦，住院反而成

了另一種「委身的安定」！「活得好」或「活得長」，看盡病痛之苦，發現所受訪的護理人員多思考過類似的問題，也同樣觸碰著護理人員那關於「存在」的知覺神經，藉由與病患的共處經驗，也回答自己對生命質量的洞見。

不同於常人早起就為了在車水馬龍的都市叢林中衝鋒陷陣，趕著上班上學。對精神病患而言，每天醒來最重要的兩件事，就是購物和抽煙。在這個層面上，小玉羨慕地表示：

「對，我看他們這樣子買東西啊，買啊吃啊，我有兩種感覺：啊他們這樣花到底是命好還是命不好？命好是你根本不知道賺錢的辛苦。第二個感覺是你看他們得糖尿病哦，汽水、洋芋片照吃，精神病人韌性很強，血糖都高到兩三百了還不會出問題，就算是 hypertension（高血壓）了、CVA（俗稱中風）他們都不擔心，就這樣子亂吃，可是也沒什麼大病產生，所以我每次看精神病人我就會有這兩種感覺（大笑）真的！對啊，你會當下作這樣子的比較，可是有什麼道理可言嗎？沒有！A06-03」

在小玉眼中，精神病患似乎的確有著傅柯（1992）所形容的，擁有一種上天恩賜的超強免疫力和「訓練有素」的體質，很少因為吃了不乾淨、不營養的食物而生病的。「可是有什麼道理可言嗎？沒有！」這兩點令一向有高血壓家族史的小玉感觸特別深。

雖然如此，羨慕之餘小玉還是斬釘截鐵地作出自己的選擇：

「我當然寧可選擇精神病以外的其他內外科的疾病啊，因為我可能會沒有 insight（病識感）我可能會不知道自己在過什麼樣的日子，如果我有幻聽干擾的時候，我可能能會完全沒有生活品質可言，我甚至會忘記我是個 nurse 吧，我在猜，哈哈！A06-06」

沒有病識感 insight，一直是小玉強調在乎的，因為那意味著對意識和身體失去駕馭能力的擔憂，護理人員比任何人都還清楚那自我失真的景象，「失去自己原來的樣子」、「活在幻象的恐懼」是從病患身上看到的可怕經

驗，即便衣食無缺，小玉還是說：

「那我還是寧可選擇得癌症耶，可能很快就會走了…你覺得我有矛盾嗎？（笑）A0906」

短暫但清楚地活著對小玉而言還是比較值得的。心心也認為人如果活在幻象的恐懼中，分不清楚什麼是真實，什麼是虛幻中的世界是最可怕的事，第一個想到的是妄想型精神分裂症的病患：

「像心凌那樣的吧，她會隨時隨地覺得有人要害她、每個人都在講她壞話啊，食物有毒啊，我覺得這樣子最可憐，因為她覺得非常沒有安全感。而且她就是把妄想的世界已經變成現實了，你跟她講的時候她會接受，可是常常過一陣子她又發作了。B06-01」

現在的心凌已經是年近四十的資深病患了，超強的口慾，八十公斤的體重摧毀了她的美貌，堅實的妄想世界，使得靈魂的騷動不安始終像陀螺般旋轉不停，生命時間彷彿永遠靜止在她大學畢業那年，每天打電話時間一到，即慣性地翻開那泛黃的電話簿，找尋昔日男友，請其前來搭救，期待再續前緣。被害妄想世界對她而言，更是永無止盡的折磨，科技、藥物、醫療團隊也無力救她脫離另一個世界。說著心凌的故事，心心燃起無限惋惜之心，從另一角度也投射了自己的想法：

「這就是我說有沒有察覺到自己的病的嚴重，如果說像心凌本身根本不覺得自己有病，那就沒關係了啊，如果自己有覺察的話那就會想很多，搞不好就會 depression（憂鬱）到想自殺了。B06-04」

「自覺無病」對病患而言也許是一種自體保護機制，永遠對未來賦予期待希望，一旦清楚自己的處境，心心不諱言若存在的知覺仍甦醒，面對狂亂與失控的人生時，也會讓自己有結束生命的衝動，不願去想像自己過著失去質地的人生。綜合小玉和心心的觀點，一旦生命無法自行主宰掌控，將是令人畏懼的，若想像以衣食無缺、長壽來換取無意義的人生，在這點上，護理人員似乎並不領情，阿辰的說法也為小玉和心心作了共同的

結論：

「這就是現實與混亂之間…很難講啊！要活得清清楚楚的？還是混混沌沌的？也是求得一生快樂。我啊，我寧願清清楚楚的，怎麼來怎麼走還是寧願清楚的知道，就算會比較痛苦，還是要去承擔吧！這樣才像在過生活吧！C06-05」

「活得清清楚楚」意味著覺知到自己的存在，並作為一個完整的個體，具有自由選擇和自主權的重要性。有量無質、失去掌控的存在樣態是護理人員害怕且所不願去承受的。

秀子舉出自己對癌症和精神病二者的看法：

「一般人都不會去想到這一方面，只想到說啊你就是得到這個病，就是這樣就好了啊，你就知足就好不要去想太多。啊你看人家癌症那麼痛苦，你這個還沒什麼痛苦。其實錯了不是這樣，不能拿癌症和這個病相比，他們那個是肉體上的，可是這個病是靈魂上而且有知覺的，都一樣，都一樣痛苦。D06-01」

秀子將病區分成精神和肉體兩部份來看，認為癌症雖然必須承受肉體上劇烈的痛苦，在表面看來似乎再也沒有什麼比這個更痛的了，但是對許多精神病患而言，其後半生可能都得和自己錯亂的知覺系統對抗，承受永無止盡的不安、操煩和憂懼。對秀子而言兩種不同的生命受苦形式，兩者皆代表著痛苦的極端，性質不同但在程度上是無分軒至的。

「而且癌症，它有期限的，可能一年、兩年就走了。那他們的苦比癌症更痛苦，癌症還可以用嗎啡去止痛。而且至少他們有知覺啊，他們是清醒的。D06-01」

精神病患多在年輕時即發病，可能往後四五十年歲月都得在病的折磨中渡過，冗長而無望，更可怕的是他們的「不清醒」！而活在「不明不白」、「混混沌沌」的當下，失去自主掌控的能力和自由選擇的權利。

小玉也有類似的想法：

「如果是癌症我還可以好好珍惜剩下的時間，做自己想要做的事。內外科病人就是這樣啦，可能有一段時間不是更好或是更差可能就沒了，精神科病人可能很少會更好，啊就是會慢慢變差，可是又不是說很快的又會變差，感覺就是他們有點可憐啦，我是這樣覺得。B06-02」

承受痛苦時間的長短，也影響著小玉對生命品質的態度，尤其在生命時間冗長，又「無事可做」的情況下，似乎只能被動地等待自我日漸衰敗的命運，坐以待斃的感覺。而癌症至少還有機會利用不多的時日，去達成自己的願望，成就生命的價值和意義。

參、擴展生命的質地

從秀子和小玉的觀點，有質地的生命彰顯在能「自我掌控性」，及「對未來有意義的疇劃」兩者，另一方面也是使人存著希望活下去的動力。心心也感慨的道出了精神病患值得憐憫之處，就在於他們面對生命的「無可作為」：

「像宜儒這樣子就很可惜，每天在病房裡面晃來晃去又那麼年輕，就是家人不讓她出去，我是覺得要給她一些機會。如果又再加上醫生也不積極 push 他們出院，所以醫生也很重要啦。B09-06」

心心認為醫療團隊有其義務去幫病患尋找出創造意義的途徑，而非僅有將病患收容安置的功能，工作訓練普遍認為是可以讓病患成為「有用之人」的良方之一，也讓他們對未來重燃希望，可惜理想與現實之間仍有一段落差：

「我覺得是大環境的關係，讓他們得不到一個很好的工作機會，像在南部像玉里那樣的養護所就很少，就是有專門的一套，讓想去工作智力不差的病人，還是有機會在一個機構裡面做一些事情，依照他們的個別性，又可以同時兼顧服藥，但是這方面我們做得並不好。B09-05」

心心覺得目前醫療環境可以努力的空間仍多。另一方面若就自己的觀點推衍病患的心態，她思索分析著表示：

「其實如果想到跟疾病共存的方法，你就會去妥協，去配合吃藥這樣，有覺察還是有希望，可是沒有覺察就是 death 那樣子。有覺察就是兩極嘛，一個就是走上不歸路啊，也不想治療了，想了斷。那另一個就是你已經跟這個病找到共存的方法，你已經接受它了，你知道吃藥控制還是可以把日子過得很好，可以把病控制穩定，那我就不會想自殺。B09-07」

「生命會自己尋找出路」，心心雖然想像自己若得到「對未來無望」的精神病，也可能同時抱持了斷自己的想法，但人終究具有求生的趨力，轉念與疾病和解，接受疾病成為自己的一部份會是一個可行的方法，當藉由規則服藥，使身體從病的手中奪回自己大部分的掌控權時，那麼自殺的想法將可因此消弭。

「其實剛開始怎麼可能會看得開？你也是要 try 了幾次以後你才會知道說其實再回家的可行性已經不高了，我的家人原來已經不愛我了，不關心我了，對啊，你還是要 try。應該是要經歷一樣的過程吧！B09-09」

同理病患在生病歷程中所受的各種煎熬，包括來自於疾病本身及周遭環境不可逆變化的傷害，心心看到當事人同樣也必須經歷憤怒、否認、憂鬱、接受等過渡階段才能置之死地而後生，也才有機會去和疾病作和解妥協。

「就算家人疏離，一旦長久下來你已經知道命運的答案了嘛，就是被家人疏離，遺棄，那時候你自己的心理建設也應該到一個程度了吧！B09-11」

接受不僅代表妥協，也意味著轉念，在轉念的當下對人生將會有一個新的疇劃和希望，學習自己當命運的主人。心心也提出如果自己成為病患的願望：

「我希望是有一個開放式的住院空間，就是我們還是有花園、有運動的地方，可以很像一個小的開放性社區，那時候的人際關係也都是你在這個社區裡要重新設立的，雖然是夢想啦，但是如果環境品質好的話，那就不一定要走向自殺的路了。B09-11」

一個人性化的開放式環境，可以讓自己貼近家的感覺，令人有歸屬感，並開拓更自由的生活空間，將有助於減少孤獨感，稀釋對自由渴求的窘迫。另一方面建立新的人際關係，其背後意義在於重新建立生命的側肢循環，轉換希望，幫助自己擺脫焦著的過去，讓內在時間也能繼續前進，即使失去了家人的關愛，也能在一條同舟共濟的船上去發現另一種溫暖的新關係。

也許事實很難如心心的這些想像般順利，無論是在病患個人病程或醫療行政主事者的考量上，但在這個投射的想像中可以理解到學習轉念的可貴。人期待可以有「意識主宰權」，放下執著的過去而重新建構新生活。「身體控制感」、「自由度」、「生活環境」三個向度可讓自己在作為一個完整的人中展現希望，同時也帶來安頓。這也是護理人員在比較過後的照護經驗中，仍共同持有的期待和信念，重要的是藉由感同深受的同理，能夠應用在病患身上，護病兩者都能共同去意識並體認到生活創造的過程即具有意義，護理人員在病患身上也能有一新的看見，同時增加所參與工作的自我價值感。

第五章 護病關係的專業自我省思

第一節 「保存自己」的護病關係—以阿辰為例

四位受訪者中，阿辰是一個具有特殊性，在專業自我形式中值得討論的案例，平日他的專業風格總會引來其他護理同仁的許多看法，也帶給大家許多照護上的反思，而在真誠的訪談過程中，阿辰也能敞開內心世界侃侃而談，並且透過對話，也對阿辰所扮演的精神科護士這個角色之專業自我和內在自我，有許多值得反思之處，因此特別提出分析。

壹、阿辰之內心深戲獨白

阿辰一頭栽進這一行，轉眼間也邁入十多個年頭了，在精神科病房與病患為伍的日子，成為他青春歲月，護理生涯中的重要劇碼。同事眼中，阿辰對專業要求有獨樹一格的想法：喜歡瞭解他人，極具耐性地與病患會談，對於喜歡的事物全力以覆，如參與團體、心理治療等課程，諮商輔導技巧之精進，這方面的進修一直抱以主動積極的態度。相反地，對於「無聊的」行政作業，醫院評鑑，各類競賽等要求則多半採被動式的逃避抗拒（田野觀察）。官僚體制之下，阿辰開玩笑地自詡並非是個乖乖牌的人物，這麼多年來能夠讓自己專注在精神科工作最大的動力，其實歸因基於自己對人的探索慾：

「我對臨床的不滿並不是來自於病人，都是體制的關係在干擾，我這一路走來之所以還有這樣的熱情和動力，都是因為還有這群病人在。我覺得面對他們是我比較愉快的時候，因為我喜歡觀察病人。C03-02」

對於當前不友善的工作環境，阿辰顯得很無奈，護理人力的剝削加重了每位護理人員的工作負擔，執行一大堆與照護本身不相干的行政文書工作，相對剝奪了與病患相處的時間，常令阿辰覺得本末倒置，不知所為何來！能夠真正吸引他，找到工作上樂趣的，還是這群相處多年的病患。

一、病患作為有趣的觀察對象

和小玉、心心一樣，對阿辰而言工作熱忱的動力亦來自於病人，但和前面兩者不同之處在於，小玉從病患的感謝和病情獲得改善中得到工作回報和滿足，心心則能夠從欣賞病患可貴的一面中找尋工作樂趣，而阿辰的樂趣在於他總是將病患當作一個「可以觀察的對象」，這點讓喜歡探究新鮮事物，對人類行為充滿好奇的他興意盎然。

「我覺得這是互相激盪出來的，有他們的激盪才有這個動力去找到我自己，他們讓我看到一些生命中很寶貴的東西。探討人的方面我會把人當作一幅畫，去欣賞每一個人，對他們的不同樣貌，同樣也是我對人的興趣去延伸出來的吧！我通常把人也是當成動物啦，我從小就喜歡觀察生態，覺得這是一個很有趣的部份。C03-01」

「異常之人」在阿辰眼中可以被看作是一幅潑墨畫，或者可以發揮想像空間的抽象畫，他們也是動態的，如同實驗室中被觀察的生物，只不過阿辰不習慣站在人群之內，進入人群，而是把自己擺在一個抽離、安全的位置，去欣賞和記錄，從行為觀察的詮釋，也期待能替自己的生命提出解答。

從病患身上，他也玩味出一種「詮釋的樂趣」。一幅畫、一件藝術品可以從許多不同的面向去觀看詮釋，從作者背景、文化時代脈絡、圖像意義，以及內心的投射等多重角度作解讀，之於人亦如是：

「人生喔？我把它當作有趣吧！你可以不用那麼刻板化，人有許多可能性，一個素材的東西不只僅有一個面向，它可以表達千百萬種的表情。你可以把素材轉化成你的心情，表現你的內斂、奔放或狂野都有可能。C07-01」

同樣在人這幅動態風景上，在行為表現的背後，阿辰也從病患的生長歷程、家庭動力、重大災難與挫折等多面角度來詮釋，同時藉由詮釋和投射的過程來覺察自身，故站在圍線之外，以第三者的角色來看「一件作品」

除了訴說作品中主人翁的生命故事外，它也為觀看的人帶來探索的樂趣。

二、寵物籠子之外的人性疏離

談到對病患的照護，阿辰很自然地把自己豢養寵物的豐富經驗做連結，從小到大阿辰養過的的寵物不勝枚舉，諸如小狗、鳥兒、魚兒、變色龍、蜘蛛、蛇、老鼠…等等樂此不疲，至今亦未曾間斷過。同時也是同事們的寵物醫生，阿辰付諸許多心力去瞭解它們、觀察它們，如同他花了許多精力去學習各種心理諮商理論和技巧來瞭解探索病患，應用在病患身上一樣。但是在這個「盡心」和「專業」形象的背後，阿辰自己卻把持著一個重要的原則，即一不涉入：

「因為我很喜歡觀察，我覺得這是個很有趣的事情，對我來講就好像他們在籠子裡面的一些 behavior，不管是語言或者是非語言，我比較用以前養寵物那種互動方式來看待他們。就像在籠子外面靜靜的去看待這一切發生的事情。對，我給它水、給它食物、給他照潮的材料，給它我應該供給的，但是我還是在外面這樣子，我可以在水族箱旁待一個小時都不會覺得厭倦，這就是我可以在精神科待那麼久，而且都可以不跟別人發生連結的原因。

C24-07」

雖然實際行動上阿辰投注許多心力在所喜愛的事物，但情感上卻有一道無形的牆，為自己劃下一道安全防線，永遠維持著一種站在門外的姿態。在訪談中他突然覺察到自己對動物和人都有一自動「isolation」的抗體：

「我會突發奇想想到寵物，就是我對人的那種 isolation，這個 push 我去聯想到我之前養寵物的經驗。以前我是沒有特別去 insight 到這部份耶。

C24-02」

這個發現令阿辰眼睛為之一亮，他為自己的客觀理性做了分析：

「我很喜歡去觀察像小鳥生蛋啊，怎麼去組織一個家庭？這隻鳥為什麼會這麼暴力？等等啊這些行為，也讓我養成很有耐心的去觀察每一個人的動作，可以印証在我之前在學理上所看到的。對於病人我也不會覺得他們可憐或討厭，把他們當成一個怪物，我覺得他們是一個可以觀察的個體。C24-08」

熱衷觀察和印證的工作，除了是與生俱來的興趣外，彷彿也可以為自己尋找生命答案的蛛絲馬跡。而在情感上必須「把持得住」，對阿辰而言是重要的，認為情感的涉入將造成自我困擾，工作即難以再進行下去，同樣的觀點也應用在病人身上，戴上觀察的透視鏡，站在門外，對他而言是一個合宜的方式：

「通常有分離焦慮的人他們是不適合養寵物的，因為他們沒有辦法去忍受寵物的走失、死亡、有任何的差池。所以我是用一種觀察、研究的心態在養寵物的。C24-02」

阿辰自認為自己是個沒什麼分離焦慮的人，因為不去投注感情在人事物身上，就較能忍受離別時刻的情感收放，但就反面來說，也隱約說明了阿辰處理自己分離焦慮的模式。從不同觀點為自己特質作評價，阿辰認為好壞參半：

「我想可能是我的養成吧，造成我這樣子的一個…是有好有壞啦，好的話就是說情感轉移這方面可以拿捏得很適當，不好的方面可能就是我不很多的同情心或是利他的舉動。C24-03」

情感部份的抽離可以讓自己免於受傷之苦，如 Skovholt (2004) 以龜殼所作的比喻，使用的是堅硬的一面，但也因此無法跟別人產生融合。事實上，阿辰對寵物或病人都有類似融合困難的問題，也是人採取保護自我的一種方式。

三、技術性操作的照護

對於這群長年住院的病患，護理人員可能從不同的角度和層面來詮釋精神病，在這方面，阿辰還是多從醫學的角度來理解這個病：

「其實我還是多把病人看作一般正常的人，只是說他們就是在腦子裡出了一些問題，他們腦子裡生了病，然後來做治療，以比較醫學客觀的態度來看他們，從醫學這個面向的話我也會這樣認為啦！C05-03」

照護病患上，阿辰會參照「病」的形式和診斷作為採用何種方式來和病患互動的判斷，而與病患會談應該秉持治療性會談的原則，在這點是他所強調的，不僅於對新進護理人員的教導上，多年來自己也是奉行不悖的。

「同樣是人可是他是活在不同的世界。所以我發現到就必需要用心去觀察病人，要怎麼樣去應對，症狀穩或不穩他們內心呈現出來的思考邏輯跟他們的行為，以及他們的動作跟他們的表現，天馬行空講的那些話，為什麼他們那麼固執所在的一個點？為什麼他們內心沒有辦法去突破？D22-01」

對於病患的會談，阿辰努力將重點放在尋求病因，及病情症狀分析上，喜歡作心理層面的解構和探究。在病患照護原則上，阿辰是比較方法取向的，在病患行為的普遍性當中，找出一套合宜的方法來應對：

「我會合理化他們對我的咆哮啦，讓他們一再 repeat, repeat 讓他們講出那個點的時候，我去…見招拆招。ok 你是病人，他當下的症狀是如此而已，我會想到說你有怎樣的動作我就做怎樣的處置，就變得比較不會再去多想其他的。你 ok 我 ok 就是你不要出事情，不要再被約束打針或者做其他的處置。C07-03」

對於病患的激怒或咆哮，阿辰反而比較不會在這時候去考慮病患情緒感受，或情緒背後可能之需求，會以一種比較操作性的方式去「見招拆招」，以維護病患和他人本身的安全為第一原則，有時會採取較為壓制性的手段：

「我會分兩個面向，如果我當下處理過後你還是這個樣子，那我會收起我的和顏悅色，用制約的方式來面對。因為你既然不吃軟，我就用比較 limit 的手段來處理這個病人。C14-01」

在處理病患所發出的行為方面，雖然針對的是個別的人，阿辰還是會將病患去做歸類分析，找到使病患穩定的有效方法，並延伸到其他病患的應用上：

「另一個面向就是說我還是會去尋找一個好的處置方式去面對這些病人，因為還是會再遇到同樣的問題嘛，我會去找一個又快速又能解決的方法。C14-02」、「這個病人經驗我會借鏡到別的病人經驗，你們這種差不多 pattern 的病人我大概可以用怎樣的方式可以跟你相處，使護理工作會比較 easy 一點。就是從做中去學，從學習中去轉換調整自己的步調。C20-03」

雖然阿辰對於相關理論分析和問題探索上是有能力的，但在病患面前反而是採取一種比較利己的照護行為，著重「把事情處理好」，「使護理工作會比較 easy 一點」的模式，當下的取捨間，以解決問題為主，不太去同理病患的生命處境。

如同前面提到的寶存阿婆，一個頑固、脾氣差，對護理人員來說是一個典型很「虜」的病患，不同特質的護理人員，就會展現出不同的照護方式。阿辰較不以同情取向，覺得病患應為自己所造就的命運負大部份的責任：

「我一直沒有企圖去從她的原生家庭裡頭去看她，她現在表現出來的態度，我只能著去接受她的這樣情緒發洩，我不會覺得她可憐，我會去問她“你這樣的行為，你是個可愛的人嗎？”我覺得你要當一個可愛的人，你要試著對你的生命負責任，你就不會在這裡每天抱怨給我聽，你應該試著去想辦法去跟你先生做一個比較好的溝通。C14-03」

對於這樣的病患，阿辰刻意忽略其生命背景、性格、疾病因素及內在恐懼不安的部份，習慣使用當頭棒喝的方式提醒病人，要求病患去澄清事實、

如同對待所有寵物一般，阿辰也強調自己的「一致性」和「公平性」原則，不去涉入情感，期將人事物都能掌控在一個理性的範圍內：

「我是對每一個病人都一視同仁，我不會特別覺得哪一個病人我要多花時間去…或是有什麼特別的要求 C05-03」

拒絕融入，阿辰為自己與病患間築起一道防線，在幫助他人的同時，也劃出一定的距離，免於自己身陷其中而產生心靈困擾：

「為什麼會這樣？…我覺得我都是對病人這樣在看待耶，我不要去涉入，可是我可以給他幫助。我不會有太多的分離焦慮，我從小就覺得那是理所當然的。我不知道耶，我就是這樣的個性。C24-02」

保持距離，清楚自身扮演角色，將自己和病人作區隔，即便是值得關心或好相處的病患，以一種「不黏著」的姿態展現，是阿辰一直秉持的，而儘量不去沾黏的原因就在於：

「我還是始終會跟他們講醫病關係的這種…就是不會去把他們當作朋友之類的。我覺得他們就是比較好的病人這樣子。因為我很清楚的知道這種精神方面的疾病是一輩子長長久久的，我會很清楚…我怕找麻煩。C20-06」

擔心角色之外不必要的沾黏，致力於諮商輔導技巧的學習，冀望能夠幫助自己和別人，卻也有更害怕被淹沒的恐懼，阿辰呈現了助人角色中，必須在趨避衝突兩端相互拔河的一面，「不涉入」是他保護自我的重要方式。所以在其眼中，病人永遠是病人的角色：

「對對對。Transference 的東西我會儘量去把它 close 掉。因為即便我對這個病人的印象再好，我也會覺得說這個病人她是個像媽媽的病人、他是個像大哥哥的病人、他是個像小朋友的病人。基本上他們都是病人。C20-14」

對於這點，阿辰是「有 insight 的」，警覺來自於病患造成的困擾，想辦法讓自己抽離現場，並以對「事物」危機處理之方式來看待：

「我會很快讓它過去，我自己心裡面都有一道防禦的防線，會把它 isolation 起來，告訴自己說這個重大事件已經發生了，再來要怎麼去面對它，不會把自己陷入那種憤怒或者是悲傷情緒太久。C16-02」

為自己找到渲洩的出口，是另一種保護自己的方式，「回家」、「找朋友聊聊」，同樣可以使自我得到喘息與滋養。在十多年的照護經驗中，阿辰能體悟到自己的能力有其限制：

「其實你愈來愈瞭解這個疾病跟這些病人的時候你就會發現自己的能力其實是很渺小的，你就會退到一個比較理性的角度吧，來看待這所發生的一切。C26-03」

對於病患的反覆住院，永遠深陷擬象世界的冥頑不靈，護理人員也會有沮喪和憤怒的情緒，彷彿一切努力又要付諸流水，因此除了轉換思維，重新看待病患的生命意義，在一連串挫敗之後，也學著去調整自己的期待，以一種理性的角度來看待病者與自己，產生合理化的自我安慰，舒緩來自於助人使命的疲責感。

貳、對阿辰之分析

綜觀在阿辰的專業照顧情境中，病患是以一種「可觀察的對象」在其面前現身，對病患採取一「給予」卻「不涉入」的態度以維護自身，為逃避共構處境下可能的情感沾黏，而以對「物」的方式，來給予病患身心面的餵養和觀照，在此情況下，阿辰與病患可能呈現較多的單面向流通，對病患的疏離態度，阿辰自覺：

「在我的 insight 裡面，病人對我來說好像沒有那麼大的影響力啦！可能跟我自己的養成教育、成長環境還有以前我的師長給我的一些訓練有關係吧！C20-13」

熟悉應用精神科理論的阿辰，卻也利用某些學理作為擋箭牌，將病患以「物」視之，但相對的，對病患的感受就會落入「處理完一件事」的態度

之中。因此常常將病患的照護，當作問題處理模式來看待，無法去深入感受每個病患的個別處境，而做出比較符合人性的處置。探索病患的生命軌跡，多半源於自己單方面的需求，而非為了同感於對方行為背後的生命處境。

阿辰的自我保護機制雖然可以使自己免於面對人性的困擾，卻也阻滯了彼此生命交流之路。蔣欣欣、張碧芬、余玉眉（2001）也提出護理人員若僅處於一種自身的自由（我），與專業要求（你）之間的掙扎，但未注意到病人的眼光（他），如此將流於以無意義的獨白，來處理你我間的衝突，以致於無法超越原有的立場，進入與病人互動的現場。這正好也和阿辰自己一向對護理標準化流程的排斥，兩者產生一種矛盾情懷。

另一方面可從其生長背景、人格特質的影響去探究融入困難所導致的人性疏離，致使其一直習慣以自己的龜殼（引自 Thomas Skovholt 之比喻）去碰觸病患的原因。例如當被問到一旦面對寵物死亡的分離會不會造成某種程度上的失落呢？阿辰表示：

「死掉是會心疼啦，就想說養那麼久了，但是不會哭啦。我會換一隻或是換別的物種。這就是我人格特質裡面的一部份啦…對。而且我每次都是養大量的寵物，不只 one by one。我都是一次養十幾隻鳥，十幾隻魚，我都是這群動物死掉一隻就想說這個品種不錯，然後再買一隻。我只會考量到說物種要 balance 這樣子。C24-08」

因此，不單獨養單一寵物、立即取代，反而是阿辰逃避分離焦慮的一種方法。根據阿辰所做的對待經驗分享，可以回溯其童年的早期生命經驗，和父母的關係等因素，這些經驗激發他開啟自我探索之路；

「今天病人會造成這麼難堪的境遇，他背後的一些家庭因素，我會去看他背後的一些家庭動力，然後去避免掉這樣的東西，我會反射到自己家庭結構的困境，尤其是我跟我爸爸之間的關係。對，我會從病人的生命史或者說借鏡來看自己 C24-09。」

Skovholt (2004) 提到許多助人的實務工作者選擇入行的部份原因，是為了滿足自己個人的需求，以阿辰來說，不諱言當初走入精神科的目的主要源於其自我探索的渴望，所以在助人工作中，其實也不斷地藉由與病患間的療癒關係，幫助自己進行生命歷程的檢視與覺察，因此在寵物和病患所表現的行為和生命背景中，阿辰也不免投射自己的人生處境，使兩者相互對話，這也可以理解他始終能對病患保持興趣的原因。

另外，如 Skovholt (2004) 所分析：如果助人者在童年或青少年時期，開始跟別人建立融合關係時，卻遭到強烈的壓力，如跟父母產生非常緊張的關係，那麼長大後要持續地跟個案們建立理想專業關係是很困難的。同樣在成長過程中，阿辰道出他和父母、國中時候的同儕在關係發展上有著許多困擾的難題，故在專業修為上，阿辰給人努力的印象，但隱藏在專業形象背後，卻始終有一道自己和他人不容易跨越的堅實玻璃帷幕。

而某種程度上的不涉入，阿辰也坦誠自己對病人是較缺乏同理心的，比較不易從病人身上得到一種專業成就感，使其容易在自己需求獲得滿足時，工作的意義便會減退，也較容易放大對現狀及制度的不滿而產生專業耗竭的現象：

「我現在不把它叫做熱情，而是叫做應該盡的義務吧！就是在職場上把自己的工作完成。會覺得很無力感，可是你又不得不去作一個調整。在這樣的一個大環境下我能做的實在是有限，而且我又不是為病人活著而已，我還必需面對我生命中其他應該去面對的事情，工作只能說是一小部分而已。我對這個團體可以說是滿失望的啦！C02-03」、「我目前的狀況是…在職場上病人給我的一些好的 feedback，大概都不會影響我要不要留下來或走的意願啦，我比較考量的是我未來的生涯規劃。C02-04」

與病患關係的壁壘分明，沒有太多連結，雖然使得表面上阿辰對專業倫理的衝突與困擾沒有其他受訪者來得多，但相對的，阿辰在言談間及田野觀察所透露出的職業倦怠感卻是四位受訪者中最明顯的，「工作只能說是一

小部分而已」，加上對制度的不滿也強化了他的抽離態度，繼續留在這個工作中，經濟考量則占了極重要的因素。

第二節 治療性人際關係之省思

良善、負責、無私、奉獻是所有的護理養成教育中所秉持的基本信念，也是護理形象中的重要特質。同樣地，精神科護理學的教科書也傳輸護士與患者的關係，除了必須建立在「治療性人際關係」的架構上之外，護理人員也被教導去扮演一個全方位功能的角色。長久以來，護理人員朝著這樣的目標以作為一套完整訓練內容，諸多覺察與自省的練習、增加自知的能力等，最終乃為了要使自己成為更完美的治療工具，希望藉著瞭解自己去瞭解他人，並成為自己能力所及的每一種角色。

也就是說這樣的訓練中，在助人的專業領域裡，有一個很重要的職業特點是所謂的「觀點取替」(perspective taking)，助人者被訓練從他人的觀點去看生命，然而這樣的養成訓練，卻也使他們想在他人跟自身的需求間尋求一個平衡點，變成一件困難的事，助人者很容易就忽略自身的需求，正好像理所當然不需要對所有需求做反應的需求一樣 (Skovholt, 2004)。如此卻往往忽略了另一個重要的面向，即魯中興 (2004) 在助人工作者自助手冊一書推薦序中，以助人工作者和海所做之比喻，認為助人工作者多少都學了一些泳技，但很少人會被告知大海的險惡，在帶給人希望的同時，自己也有可能身陷惡浪，在其中載浮載沉，有人因此逃避或只求自保，有人會累死甚至溺死。

事實上護理人員與病人互動的自身並非單面向的施與得，護理人員的專業自我融合了角色、關係與自己，展現出多重風貌；它像泳者與大海的間關係，隱藏暗礁與漩渦危險的同時，也為生命帶來豐富、刺激與成長；它以多種形式存在著，它可以是多樣化的選擇：自我超越、交託轉移或苟且逃避；它在科技制度下，在歷史經驗中，也在與病人共構關係的召喚之

中（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003）

在照護情境中，與病患維持一種「治療性人際關係」，一直是護理人員在從事臨床護理工作所堅定被教導的倫理準則和概念。阿辰一直以來，對待病患皆掌握此原則：

「我決不會談到我個人的事情。我會以他的方式，以他內心要的東西去講他的東西，讓他去達到心理上層面的那種治療方式。D26-01」

單向以病患為中心，護理人員則扮演「給予」和「教導」的角色，以達到治療的目的。在這樣關係建構之下，病患與護士是兩個相對的角色，而護士彷彿成為可以讓病患投射其內在困擾的空白螢幕，並純粹以螢幕上呈顯的問題去作回應，在這樣的認知下，阿辰也自覺碰觸到個人隱私的問題和情感涉入在專業領域中是不合宜的：

「對，我不會去同情，我之前在 X 督導那邊上課，她說同理和同情兩者要分清楚。同情就是你可能把它轉化成父執輩或是晚輩的投射對象在看待，這樣可能會讓自己心情好過一點吧，但是相對的會帶來一定的困擾。C20-12」

護理人員情感的給出被劃定在「同理」的範圍內，正好也促成了阿辰「情感不涉入」的正當性，若出於同情，站在人性面，可能會因此讓自己在病患面前現身的時候「心情好過一點」，但在倫理規範中卻被認為是不適當的。

對於專業制度的倫理規範，同樣有十多年臨床經驗的心心則認為在實際操作面上其實並沒有那麼地「死板」：

「我覺得臨床上老師所教的那個定義是比較嚴謹啦，好像沒有什麼模糊地帶，病人跟護士的關係很清楚。可是你如果把她超越…我還是想說你如果把他（她）當成朋友或是你一個親戚的小孩什麼的，這樣的態度來對待她的話，你那個寬容心和包容力會多一點啦。B08-03」

心心體認到護病之間其實是一種面對面且無法置身事外的照顧，存在著互為主體的關係。護理人員往往在臨現的當下，由對方的處境，觸動自身內在的經驗，而引發護理人員觀看內在自我，去反思個體與自己，個體與他人之間的關係，亦即專業自我形式中的「由人觀己」（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003）。也類似所謂「視病猶親」的態度，一旦把病患設想成自己正在受苦的朋友或家人，而非無關緊要的他者，則自然地能更柔軟、寬容地對待長期與自己共構處境中的病患。

然而，將病患角色多重化的這種理念態度，對心心而言，其實一直保有來自於專業規範和人性面的矛盾情緒和困惑，適度開放自己的同時，也承受著另一種無形道德倫理約束的不安感和掙扎：

「精神病人其實有時候很可愛…，可是或許我這樣做是錯的，因為有的人會說他們就是病人啊，你怎麼可以用一般的方式？（笑）B03-05」

「將病患視為朋友」般對待，通常會被同儕認為逾越了「治療性人際關係」，進而形變成所謂的「社會性人際關係」，可說犯了大忌！但事實上，這樣令人困惑的情境卻在護理人員實際的照護經驗中屢見不鮮。汪文聖（2001a）亦在精神病患照護之處境倫理觀中，揭示了存在的另一種根本樣態，指出護理人員與病患間的照顧關係，往往也因病患特殊的生命樣態而經歷了更深一層的轉化，彼此之間自然地發生超越社會關係的質變，也跳脫了原有傳統倫理的觀點。

同樣地，在護病關係中，心心也不認同醫院把病患當作顧客，以顧客為尊這樣的商業觀念，尤其是與自己長年相處的病患：

「我會把病人當成朋友看，我是覺得…不需要當成顧客吧，像我們在慢性病房 care 久了，和他們幾乎是每天生活在一起八個小時，我們工作伙伴也是這樣啊，搞不好連自己家人朋友都還沒時間相處那麼久咧，就把他當成說你每天會碰到的人啊，朋友這樣了啦！我好像是這樣啦。B05-05」

在精神科的住院病患對護理人員而言，並非門診病患拿了藥就離開，或者開了刀就出院的一般民眾，恰巧相反的是，資深護士反而成為眾多病患生命歷程中頗具份量的參與者，每日相處時間可能更甚家人，也和病患一同承受他們的喜怒憂懼，所以心心覺得在這樣的關係結構下要把病患當作顧客的概念是很奇怪的，跟實際共在經驗扞格不入。

「基本上他們就是很缺乏家人的關心啊，有時候你把他當成有點像朋友一樣，他們就還是會感覺到啦。B05-03」

看見病患行為背後所展現的焦慮和憂懼多來自於缺乏家人的關心，心心認為他們也有能力可以感受得到他人的關心。

因此，對於某些被公認學理很強的同事，卻反而常常對病患作出情緒化、缺乏人性化考量的決策時，也誘發心心內在的矛盾和反思：

「我是交接班的時候會覺得…因為交接班完了你發現他就是整天不管病人，然後…不知道啊他就是把病人關到保護室去沒他有把放出來，就讓他繼續在那裡面，我覺得一個護理人員就算學理很強，但是也有比較 soft 那一面吧，對啊他們沒有把那一面用出來，用的是比較硬的那一面，因為我們不是說要有溫和、patient 的那一面嗎？可是沒有啊，有時候會看不到這樣的情況啊。B21-01」

汪文聖（2001a）提到有關精神病患之照顧倫理面向中，護理人員若落入科技宰制的思維，將原先欲對精神病患解除其個人痛苦與干擾功能的癥狀之動機，演變成為僅在避免社會受到精神病患個別舉止負荷的結果，將產生不重視個人尊嚴的機械主義，而將本應負責任的主體帶向一個被操縱的行為體系中。從他人的照護方式中，心心對為何有些同事展現的老是龜殼而非龜腹的一面感到不解，也難以認同，心心認為同事並沒有站在「為他」的立場去為病患作考量，隔離病患只是為了減少整個病房的干擾，或因自己無法忍受而採取的壓制手段，這樣的作法違背了病患作為一個人的尊嚴，也違背了護理的良善本質。當部分護理人員採取這樣的方式來對待病

患，也將為其他護理人員帶來靈性面的衝擊與痛苦。

小玉也認為單純將病患視作「生病的個體」，和把病患想像成「自己的親友」，雖然前者好像比較具有正當性，但可能因此使護理人員產生截然兩種不同層次的同理和對待方式，她難掩一次很不愉快上班經驗，表達出對同事的不滿和憤怒：

「你知道嗎？那個學妹是怎麼對待病人的嗎？她嚴格到被她約束的病人只要稍為變換一下姿勢，她就馬上想辦法重新約束到讓他很難動為止！你說病人在床上怎麼可能不去動一動，長期同一個姿勢誰受得了？她甚至把病人銬在走廊上，又不給他椅子坐，很難看吧！她都沒有想過今天如果被約束的是她自己的家人，她作何感想？ A08-03」

小玉覺得同事一意在乎立即的壓制和懲戒效果，卻忽略她自己也是一個人，也是別人的兒女或親友，當同事將病患純粹以「病體」對待，自然也就不會有什麼處境難堪的感覺，也不會去在意病患作為一個人的完整尊嚴。當小玉在事件的當下將這個病患擺放到家人的位置去設想的時候，一股心疼和憤怒感便在內心燃燒。

秀子也提出自己對護病關係的看待觀點：

「我會把病人當作一個人，我是人，他也是人，你會以朋友的方式來對待他。對病人來說我們是同等地位的，只是今天我們角色不一樣，你生病了，我是護士，我來照顧你而已。D07-05」

秀子所詮釋的「朋友」，實則強調護病之間一種同樣為人，眾生平等的立場，沒有貴賤之分，只是所扮演的角色和執行的生命功課不同罷了。這個概念如同 Yalom (2002) 喜歡把自己和病人看作為生命旅程中的同伴，試圖打破「他們」（受痛苦折磨的人）和「我們」（提供療癒的人）之間的藩籬，Yalom 強調每一個人都是人，沒有高下之分，而是在同一個時空位所中共同成就彼此。

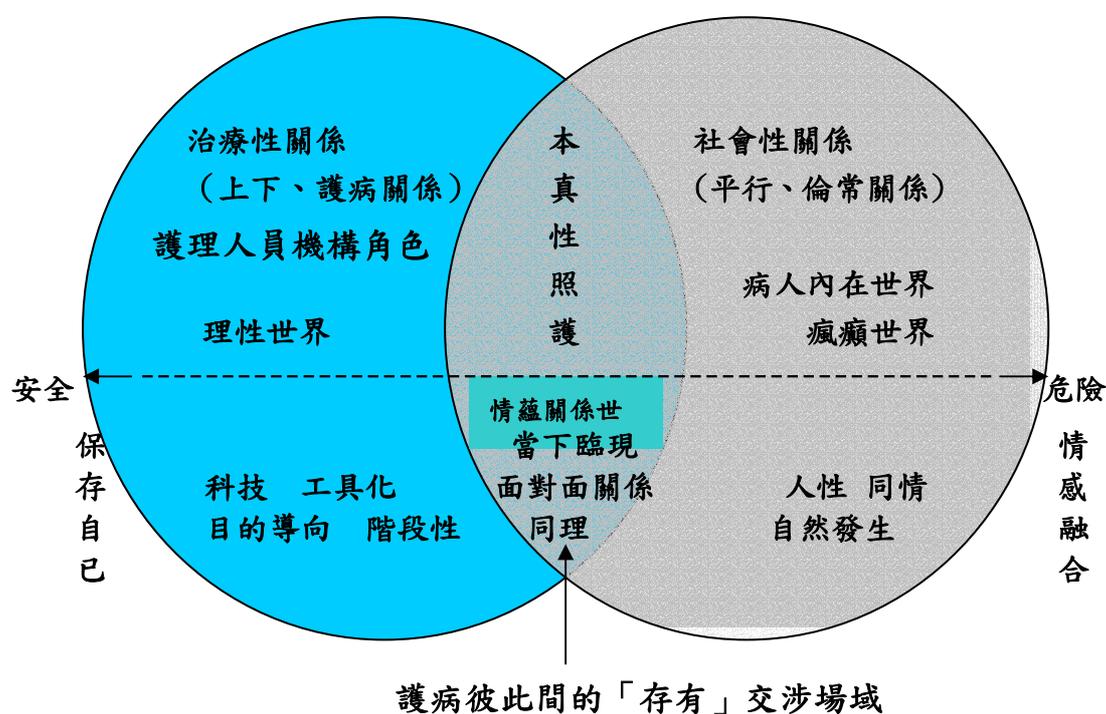
余德慧、石世明（2001）從後現代倫理觀提出「沒有最終倫理」的觀點，認為人在處境下的「內心掙扎」應該構成實質倫理的內容，是當下處境支撐著倫理的顯現，而不是因為對整體倫理的設想，才讓個人產生倫理的行動。雖然治療性人際關係的基本原則同樣強調對病患要有接納、關心、一致、真誠的態度，但在關係的界定、構築上和病患所做的理想性切割，也讓實際在臨床中和病患互動的護理人員產生某些人性面的掙扎衝突，治療性人際關係在一般護理人員所持守的概念上，被三位受訪者認為是較缺乏彈性的倫理原則，因為真誠對待關係若不涉及雙方人性考量，而單純只看到病患這個角色，和一套教條性的原則，似乎是不可能的任務，因而也造成護理人員產生倫理上的困惑。

余德慧、石世明（2001）指出一般承襲已久的護理訓練，「臨現直接性」往往被忽略或者被視為「不良反應」或「不適反應」而遭驅逐、壓制或改變，但對第一現場的護理人員來說，這種直接性的衝擊最大，也顯露出這種直接性恰好與倫理法則是呈二律背反的緊張。因此，可以發現在這種情況下，資深的護理人員會透過衝突、迷惑、內觀的歷程，自行重塑屬於自己風格的照護理念和方式，另一方面，帶著與傳統規範悖離的矛盾感同時存在。這個現象值得在護病倫理討論中進一步去釐清、對話。

表五 四位受訪者對護病關係的看待方式與想法

項目 受訪者	護病對待方式	想 法
小玉	* 把病患想像成自己的親友	* 親友若遭受不仁道待遇，自己一定也會心疼和憤怒
心心	* 將病患視為朋友或家人而非無關緊要的他者 * 平等關係 * 長期相處的伙伴關係 * 不認同醫院把病患當作顧客	* 寬容心和包容力會多一點 * 病患較易接納建議 * 擁有共同的生活經驗，不可能當作毫無意義的他人。 * 滿足合理人性需求勝於遵守制度標準 * 同理病患缺乏家人關心 * 不認同以問題解決方式對待病人
阿辰	* 護病界線明確，不涉及隱私和情感問題 * 強調同理和同情要分清楚	* 倫理準則 * 怕會有麻煩
秀子	* 病人是一個尊重個體 * 護病同等地位	* 角色的意義只是為了成就生命功課

從以上分析來看，一方面護理教育強調了秉持傳統護理人性化、無私、奉獻的倫理觀，而精神科護理人員亦如實地扮演著病患日常生活中涉入極深的全方位照護角色，在這樣共構共在的時空位所中，必然會滋長出照面關係下自然的存有牽掛情懷，而此存有牽掛情懷的確是符合所強調的「人性化」，但另一面與支撐護病清楚界限的「治療性人際關係」，卻又存在著衝突矛盾處，產生另一種倫理困境，探究原因，研究者嘗試將此結果發現作一具像化分析：



圖三 精神科護病關係共構圖

「治療性關係」和「社會性關係」是兩個清楚的人際關係概念架構：

左邊的圈所代表的意義是護理人員所在的世界，一種機構中的角色，強調清楚的護病治療性關係，而此治療性關係是具有階段性進程（認識期、工作期及結束期）、目的導向（應用護理診斷擬定要解決的問題、護理目標及措施）、科技化及將護理人員本身視為一種治療工具。代表護理人員在理性世界中的操作，有清楚的界限和依循模式，情感分離—與病患交流不涉及護理人員個人的情感，這樣的導向愈往左，則愈不容易與病患

的存有產生碰撞，護理人員將愈容易處在心理受到保護的安全狀態。

相反地右邊的圈代表的意義為病患所在的世界（瘋癲世界），也代表與治療性關係相對立的社會性關係。「社會性關係」並沒有一定的依持標準，是一種出於人性，自然發展的狀態，當護理人員愈是貼進病患的瘋癲世界，在情感上投入融合愈深，則愈容易進入右邊箭頭的危險極端，造成對病患所在的處境情感投注過深，以致難以抽離。

而本研究提出「本真性照護」所處的位置，它是兩個圈圈的交疊處，涉及護病共構處境下所發展出一種情蘊關係世界。從研究中可以發現，大多數的時候，護理人員是處在「治療關係」形構成的理性世界，和橫跨瘋癲世界兩者之間的情蘊關係世界來回進出，當護病雙方跨入這個重疊處的灰色地帶時，則會呈現出一種脫去彼此角色的狀態，從真實的人與人面對關係中，看見原初性倫理的衝突。

如前面提到，當小玉進入了小邦的內在世界中，而小邦也跳脫病人角色以一個保護者的姿態出現的時候，一種情感轉移、角色混淆的掙扎：「我有一陣子不是把他當病人看，因為他真的能夠在你需要幫助的時候幫助你，你會很感激他，因為當你被抓 breast 的時候你種難過，會有一個人幫你出氣，因為你不能動手嘛，當有一個人幫你動手的時候你明明知道這個動作是不對的，可是你還是會睜一隻眼…那個時候除了安全感之外我會覺得有一種疼惜的感覺，你真的很想把他拉起來，而且雖然我用的方法不對，不該把私人的感情放進去，可是真的就是想拉他一把的那種感覺。」

面對面關係的情境是對著當事人直直而來，無可依循也無可迴避，在當下必需面臨角色、理智和內在情感間的衝擊，護理人員自然會產生不安、困惑、非理性、有危險的衝突感。但在強烈的衝撞後，小玉雖回到自己的理性世界，然而透過經驗和反思後的生命內涵已有所不同，這一段經驗也成為她生命及專業歷程中重要的主顯節。從此改變了小玉看待病患的態度，不再只是從「疾病」的觀點去看病患，而會去體悟每個病背後生

活意義，並且也從事件中自我反思，產生新的價值觀。

進入這個重疊處護理人員才有機會築構對病情世界與回到自身觀看的平台，是開啟理解病患病情世界大門顛匙的基礎地。其實處在長期陪伴關係下的精神科護理人員，早已不可避免地進入其中，產生各種同情、失落、生氣等情感沾黏的情緒，卻往往對此現狀混沌不明，一旦陷入隨時出現的困擾時，難以以一種凌空清明的姿態來作理解，而有被傳統倫理制約的不安和愧疚。在這個存有交涉的場域內，護理人員才可能真正達到對病患生命處境的深度同理，並在病患處境的感同深受中，反照自身的存在情態，由人觀己並超越自身，護理人員亦不斷在此處進行蛻變、擺脫，而能發展出屬於自己專業風格的本真性照護，並且在其中獲得啟發與成長。

第三節 在學習中超越—以病人為師

護理人員習慣被訓練成促進病患身、心、靈三方面健康的提供者，教導如何成為一位良善的守護者，總是強調扮演「施予者」、「指導者」促發他人生命更健康、更成熟的角色，因此護理人員亦習於將自己擺在高標準的框架中檢視，如書中提及，於自身專業領域，必須具有不斷內省的能力是極為重要的，但實際上所內省的內容方向，仍舊環繞在如何從錯誤和經驗中去改善自己的照護行為，使病者得到更完善的觀照，卻鮮少反過來思考護理人員在此共構處境中，內在生命的轉化為何？

實務工作者的角色讓專業人員產生一種自我認同感的同時，往往忽略了去探討助人工作提供的許多精神收入報酬。如同 Yalom (2002) 所說，治療師的工作往往附帶許多收穫，常常在暗中從治療中獲益，有時所得到的治療一目了然，即使病人並沒有想要療癒治療者的動機，但病患卻能在許多生命議題上提供護理人員諸多的示範作用。護理人員並非只是單方面將病患所投射的問題直接折射回去的哈哈鏡，經驗多年對精神病患的陪伴照護歷程，受訪者亦能從角色中的專業自我頓悟出對生命的深層洞見和轉化。

壹、看見生命力之美

和疾病纏鬥多年，精神科病房無疑地成為許多病患的第二個家，看著反覆進出的老病患，辛苦地帶病適存的樣態，阿辰忍不住表達自己對病患致敬之意：

「看到病人那麼一路走來，經歷了那麼多風風雨雨，也被關過幾家醫院，在這樣一個機構化的環境去活著，看過許多醫生，即便精神科病人已到了這個地步，我必須先肯定他的生命力，讓我看到還是會感動的。C19-01」病患選擇活著，即必須不斷承受週期性發病的身體，和意識與身體可能逐漸脫勾退化的殘酷事實，且在醫院和家之間的旋轉門中，去適應不同病友、

醫護團隊（尤其每次住院可能由不同醫師接手）、大環境限制，倘若護理人員對待方式出現較大的不一致，病患本身更須忍受不同型態的挫折和重新尋找「適合自己生存」的叢林法則，這一切阿辰認為病患能在如此「艱難」的處境中，仍展現出強韌的生命力，是令人敬佩的。

貳、作為借鏡之反思

進入精神科，阿辰最大的目的即在於希望能夠回答自己對生命的諸多疑問，觀察到許多患者的家庭結構和互動模式，其實和自己有許多雷同之處，從病人身上也看見自己曾經有過的衝突和混亂。由人觀己，藉由病患和其家庭的真實演出，也間接反射到自己的生命處境，進而產生鏡映作用，警惕自己勿重蹈覆轍，或者隨時調整心態及行為表現，這也是阿辰之所以喜歡精神科的原因，雖然出於利己的角度，卻也在這許多不同的生命故事中，提供了自我覺察的觸媒：

「因為看過太多太多像強迫症，那麼多的病人的一些情況，回到自己家的時候我就會把這種感覺就丟出來。我這樣對你到底對不對？會不會太over?或是某些地方太淡漠了，我會自己再作調整，然後重新再去面對這個小孩，或是我姐姐的家庭，尤其是我跟我爸爸之間的關係。對，我會從病人的生命史或者說借鏡來看自己。C19-08」

從病患身上攫取經驗而成為自己的幫助，阿辰能夠重新反省自己的態度，調整對家人、父親的視焦，衍生一套較佳的對待模式，也為自己所面臨的困境尋得解套的方法。體會到每個行為表現的背後，皆有其背景因素，因果關係，故阿辰也學會讓自己在人事物的對待上，不要拘泥在表相去作判斷：

「比較不用第一眼的印象就去判斷一個人啦，給自己一個廣角鏡吧，不要太先入為主，因為之前的養成教育都是非好即壞、非黑即是，都是媽媽灌輸的，比較 series 。 C19-09」

自認受母親教導之影響，易落入二元對立的思維作價值判斷，從具有許多背景成因的病患身上，阿辰也擴大了自己看待事物的視框，訓練自己可以從不同角度對人、事、物作觀看和詮釋的能力。

參、感恩惜福

秀子認為，從病患身上讓護理人員有許多機會去體會人與人之間關係和因緣結合，所形構出的多樣生命情態：

「看到很多人生百態，夫妻之間的互動、家庭方面的，病人跟家裡的，有很多種狀況嘛，就是在精神科可以看到人生很多很多不同的形態，在我們周圍。D19-04」

也慶幸自己的好運氣，未沈淪在病患所被拋的這個世界中，且有權能夠參與病患的人生，得以透過清晰的眼目來看世界，對生命的苦難有更多理解：

「因為運氣好，我們都是在一個正常的環境，那在我們的環境上永遠就是看不大到這些，再講一句『人生真是苦啊！』哈哈。D19-05」

深探病患的生活世界，看見他們所受的折磨，秀子能深切感受到病患們所受的苦，乃非常人所能想像的，而發出真誠的同理。

心心也覺察病患所企求的許多關照與事物，在自己看來生活周遭俯拾即是，甚至是理所當然的，但對受限於自由的他們，卻是一種難得的奢求：

「像對湘蘭來說，能夠出院、可以自由就是幸福；對桂英而言，老公來看她是一種幸福，出不出院反而不重要了；而對清水或其他無家可歸的病人而言，他們的幸福或許就是三餐溫飽不用露宿街頭向人乞討吧！很多很多在我們眼中為不足道的事情，在他們想法裡都很珍貴。B19-03」

常態世界中，回家對每個人而言是生活中的常規，但對一些症狀紊亂的病患而言，「家」便是咫尺天涯。而家人、另一半的偶爾探訪，即便只有短短三十分鐘，也可以讓病人高興好幾天；對原本就無家可歸的遊民而言，不愁三餐，夏天還有冷氣可吹，生活就可算十分優渥了，因此相較之下，

這些常人眼中理應擁有的，對受病痛箝制的病患來說，都成了生活中難得的驚喜！覺察到這巨大的反差，使心心能跳脫自我中心之思維，轉化為內在價值的反省：

「人常常要求太多，了解太少，往往也忽視身旁的幸福，去追逐一些遙不可及的夢想。照顧精神病患以後發現，原來這些病人眼中的幸福對於我都是如此垂手可得的東西。B19-03」

病患具體而簡單幸福感，反而照見自己總是處在被太多慾望捆綁的不切實際中，這樣的體悟也讓心心更能知恩惜福，懂得知足。常常反思病患的生命處境，猶如在為個人面對的生命難題時，施打一劑強心針。

肆、坦誠、有勇氣的生命態度

阿辰欣賞病患單純直接，可愛的一面，總是以直接表達的方式來呈現心中感受，不似常態世界，四處充滿爾虞我詐，笑裡藏刀的表相，人與人相處充斥著功利和複雜性，應對之間有不可預測的危險。反觀病患，喜怒哀樂皆在表情動作上表露無遺，喜好與厭惡皆能以最本真的態度反應，阿辰覺得這反而是一種容易無負擔的相處模式：

「我覺得不管是好的原慾或壞的原慾，與精神病患溝通比一般人容易多了，他們單純直接，不會用一種迂迴或矯柔造作的方式。C19-04」

這樣的態度也影響了原本謹慎小心的阿辰，不用戴著面具去探測他人的想法，或者很衛道地與人相處，應學習病患以最自然坦誠的本我呈現，其實才是最舒服的姿態：

「這個是可以反射到現實生活人際關係的一種令人覺得很玩味的地方，我之前是一個很 super ego（超我）的人，後來我會覺得可以適度的解放，雖然不用到像病人那樣的 pattern，至少我在病人身上看到，就說他可以訓練你很直接表達內心的感受。C19-04」

病患以最真實的一面來面對每一個人，對阿辰也起了示範作用，覺得人與人之間不用如此耗能量的相處，尤其對自己的家人、朋友，不用拐彎抹角的溝通：

「在適當時機在對人，你的親人、你的朋友，不用再那麼被道德約束，而不去表達你真實的感受，因為人跟人相處的時間是有限的。C19-04」

珍惜與人相處的緣份，想到人生的有限性，使得阿辰共構關係中，應該更加開放自己，不需使用那麼多的保護色來作掩護，病患的「勇敢坦誠」其實是他所羨慕和樂於追求的。

而對小玉而言，可說影響最深的病患一小邦，看見他勇於表態、不畏人言的勇氣，也激勵了小玉對自己性格上弱點的反省：

「真的這段經歷收獲很多，如果沒有這段經歷我還是會很在乎別人對我的看法，很唯唯諾諾的去在乎別人對我的看法。A18-14」

覺察到自己的完美主義，總習慣以威權體制、外控系統的價值判斷來給自己打分數，常使得自己的心情易隨外在的壓力起伏，在小邦身上她學會試著去「做自己」。

伍、付出使生命更具意義

對助人行業裡的專業人員來說，工作會帶他們許多的喜悅、回報與贈禮。它們可以以特殊的形態結合在一起，然後出現在專業人員生命中不同的時段裡(Thomas, 2004)。重要的是工作付出所獲得的回饋，相輔相成地，也使得助人者對自己存在的價值找到一種正面詮釋和意義。小玉覺得自己工作的動力多來自於病患，無論是疾病改善或小小的一句口頭感謝，都能使自己的辛苦獲得滋養與安慰：

「付出一定會有收獲，不是實質上的收獲，是精神上的收獲。就像我剛剛跟你講的，病人的一句謝謝我就會很快樂。」

一句感謝，使小玉領略到助人的快樂，也意味著病患看見了她為他們所做的一切，而這種無形的收穫成為支撐她繼續工作的動力。辛苦的護理工作，常易使護理人員身陷自怨自憐的情境中，但小玉卻由於病患的一句話，如暮鼓晨鐘般敲醒自己，繼而跳脫出原有的消極思維，以一種超越的心態來看待自己的護理工作：

「就是一個叫什麼蓉的病人告訴我，她說：「我很羨慕你們護士，可以一方面幫助別人，一方面賺錢」。我一聽到的時候突然覺得對耶，我的職業是這麼的好的耶！就加深了我覺得沒有走錯路的感覺，雖然覺得護理的路是很辛苦，可是還是覺得這一路走來並不後悔走入這個職場。A19-02」

病人提醒了自己所從事的原來是一件助人又利己的工作，有這樣難得的福份，反而是大家所羨慕的，不但實踐了從小以助人為志的願望，又能賺取金錢報酬，是一件兩全其美的事，這樣思維的轉換，協助小玉對自己的職業有一截然不同的體悟，也因此加深小玉對這份助人工作之認同感。

這樣的安住當下，珍惜自己所扮演的角色，也促發小玉對生命有了更深一層的頓悟，病人也好，護士也好，不管自己扮演什麼角色，相信對生命本身而言，同樣具有特殊意義：

「會啦，以前會想說我是不是做錯了什麼事情，或是犯了什麼沖，所以老天爺才會給我們懲罰，叫我當辛苦的護士，叫他們當可憐的病人，可是過了一會我就會轉念變成說是這是我該承受的挫折，那就勇敢的去面對，我就是用這樣的態度去面對，我不會勸病人說你一定要向善，去做善事你才能夠去排除這輩子的因，我會跟他們說：「你們就是好好的照顧自己，當作是老天爺給你的歷練」。A17-03」

小玉意識到角色並無絕對的好與壞，應將對生命的怨懟轉換為對生命的接納，且視為上天所安排的磨練。從病患身上學來的領悟，經過一番內化與反芻，成為自己的價值信念系統，更能夠反身將粹煉出的智慧再傳輸應用到病患身上。小玉並未多想到來世因果的問題，認為不論對病患或自己，

經歷挫折與勇於承擔的生命過程，本身即具有意義。

陸、自己的意義建構不等同他人的意義

護士與病患雖身處在共構的日常生活中，卻是兩種截然不同的生命情態，實際上並無法以各自的主體意識真正去跨越彼此的生活世界，因此，當護理人員投射自身價值判斷到病患身上時，內心也會興起許多不同層次的重重問號：

「所以如果站在病人的立場，搞不好我得這個病我也不覺得我自己可憐啊，會不會？說真的，他們真的也不覺得自己可憐，也許就這樣過就好啦，你看我自己睡一整天，可是到後來你會覺得我的人生到底在幹什麼？都在睡覺嗎？我不想這樣過！那你看病人，他躺在床上的時候我會覺得你都在睡覺，那你會不會覺得你的人生沒有什麼樂趣可言？我曾這樣問過病人，他就說：「不會啊，啊就沒什麼事情只有睡啊！」（大笑）A12-01」

因為兩者對生命意義的看待是在不同的層次上，當自己看病患覺得他們可憐時，對病患而言，可能覺得自己正處在一個安適自在，隨心所欲沒有壓力的環境。撇開敦促病患增加活動量的護理行為，從病患不以為意的回答中，也讓小玉從自身與他者的立場去作此問題的彈性思考，將自己的價值觀硬套在他人的生命結構上，對當事者而言不一定是正確合宜的。

以病人擺脫不掉的幻聽、妄想為例，有人苦不堪言，甚至企圖以傷害自己的方式來對付幻聽，有些人則樂在其中，享受幻聽、妄想帶給他誇大卻愉悅的奇幻世界：

「因為有的人是很痛苦的幻聽，它一直在嘲笑嘛，就像景力說：「幻聽說我不好看，它就叫我去死」。那時候應該就很痛苦吧，我在猜！啊像那個文儀「他們都在說笑話給我笑吶！」像這種幻聽就很快樂啊！啊你說這種幻聽不好嗎？好啊，他很開心啊！哈哈。所以我覺得精神科病人你真的說他好命那也不見得，有的人是很痛苦的，所以要看你是什麼樣的症狀才決

定你是不是好命吧！A12-04」

對護理人員而言，幻聽世界中的「真實」卻一直是無法去親身體驗和感受的，醫護人員總是企圖以藥物將病患的幻聽世界消滅，或不斷地加強其現實感，希望他們能夠重返常態世界，小玉意識到這是基於理性世界的作為，但終究誰也無法去回答結果會讓病患變得更快樂或更痛苦！誰又有權決定他們的命好與命不好呢？

心心也同樣對自己提出疑問，病人的世界即便在常人看來是如此貧乏，但誰能以自己所建構的意義系統去為他們作價值判斷呢？

「他們心靈的生活或許等於零，時間很多卻無法運用，對未來可能沒有什麼想法，有些病人常飽受症狀干擾之苦而終日心神不寧，缺乏安全感。不過也許這樣的想法只是我單方面的認知，說不定很多病人在這樣的環境型態下生活，反而讓他們覺得很安全。B11-03」

生命的形式並無標準，但透過設身處地的思索過程，也讓小玉和心心更寬容地去觀看病患的生命樣態，自己永遠無法主觀地去詮釋他人生命的價值意義，這樣的覺察使護理人員能夠拋開既有的框架，去欣賞尊重不同生命所展現出的形貌。

柒、放下我執

精神病患的主要特質之一就是僵固的思考。根據許樹珍、游淙祺、林湫雯以及魯思翁等（2003）對精神病患生活世界之時間現象研究顯示，精神病患大多傾向將時間的焦點放在過去，他們習慣地表達過去對他們的牽絆和傷害，使得他們的時間性往往滯礙難行。不論過去與家人、親友、另一半共組的美好時光或挫折事件，常常呈現一種凝滯的狀態，然而除了病患本身外，生命周遭人的時間流動卻是迎向未來的，使得兩者間的內在時光距離愈拉愈遠，但這卻是病患所無法去理解的。因此臨床上常見病患總是沈溺在過去所建構關係中，以這樣的方式保存自己的地位，作為存在的

支托。秀子述說著固執的躁鬱症老病患莉美的狀況：

「像莉美，她要跟她先生離婚，還是要去找那個王先生，那個初戀情人！變成說她以前跟他初戀，可是事情已經過了這麼久，時間已經改變了一切，她的人生跟他的人生完全不一樣，她那個王先生已經當校長了，她現在變成病人（苦笑）。D19-06」

莉美原本是個小學老師，後因躁鬱症頻繁復發而被迫辭去教職，雖然已婚，但每次發病莉美便思念起昔日的初戀男友，甚至衝動想與其重修舊好，老是跑到對方任職的學校守候不去，而引發先生及對方之困擾。這樣的情節多次在被收住院時發生，「其實我執害人不淺」！秀子很感慨病人好像永遠「打不醒」，不論自己如何曉以大義，她仍舊執著在這份已逝的情感漩渦中無法超脫，也害苦了家人、對方和自己。秀子體悟出世事多變的道理，事物並無絕對恆常性，不需太執著，一味地停留在過去的時空中。應該在斷裂處重建側肢循環，重新開展新的支持系統與人際網絡。放下執念，生命才能繼續前進。

對於病患情感上的執著，小玉也遇見不少，覺得若是彼此關係已名存實亡，不如就放手，成全自己也成全對方，可是病人總是看不開，心存冀望，卻一再為自己帶來失望：

「夫妻因為這個病而決裂的很多，你看淑君她一直在執著為什麼她的先生要這樣對她的時候，你會覺得「放手」不是路更寬嗎？看到那麼多夫妻因為某一方得到這個疾病而承受那種壓力的時候，我會覺得如果你一直心結在你先生為什麼要那樣對你、太太為什麼要那樣對你的時候，你就放了吧！A19-03」

站在家屬的角度思考，病患病了那麼多年，早已在他們的生活世界缺席，要每個先生或妻子無怨無悔的守著對方，似乎也是強人所難，所以轉換不同立場，小玉並不會特別去責難想分手的那一方，看著病患上演的生命故事，使其領略當人與人的關係不再，「放手」也許才是迫使自己生命時間

繼續往前的動力。

從病患身上，心心也體悟到並沒有永遠不變的關係，所有的情況可能會因為自己的生病而發生不可逆的轉變，這就是現實人生，在這樣的情況下，最好的方式就是接受並主動轉換心境：

「因為看到他們，一旦自己經歷這樣的狀況你可能就不會去要求自己的家人或是朋友啊，他們一定要一直關心你或是怎麼樣，自己會看破想開，我是這麼覺得。人可能不要去要求別人太多，要求自己就好…這樣好像對人性又有點失望喔？(笑)久病床前無孝子，這個道理大家都知道。B19-05」

看破想開，從他人的生命經驗，心心也比較能去接受人性的陰暗面，雖然自己和家人的凝聚力很好，但也可能在生病之後和大部份病患一樣，面臨「久病床前無孝子」的命運，病患的處境有可能也是自己將來生病景況的預演，唯有想開一點，回歸自我照顧，而非一味期待他人，靠他人左右自己的喜怒，才能如實地活著。

表六 四位受訪者的重要領悟與啟發

項目 受訪者	重 要 啟 發
阿辰	<ul style="list-style-type: none"> *學習病患強韌的生命力。 *作為自己生命處境之借鏡。 *真誠的生命態度，不需使用那麼多的保護色來作掩護。
秀子	<ul style="list-style-type: none"> *感恩惜福 *不要太執著，學習放下。
心心	<ul style="list-style-type: none"> *感恩惜福 *自己的意義建構不等同他人的意義。 *不要太執著，學習放下。
小玉	<ul style="list-style-type: none"> *真誠勇敢地做自己。 *感恩惜福 *助人工作的付出使生命更有意義。 *角色無好與壞之分，都是上天給的磨練。 *自己的意義建構不等同他人的意義。 *不要太執著，學習放下。

在照護與陪伴的過程，護病之間彼此的生命經驗在這個共構關係下，無法排卻意識或潛意識中自然地相互投射、流通與學習，如同亞隆所強調的同修概念：「治療師和病人是一起在改變的，除非不重視病人，否則和一群人在一起那麼久不可能不受他們影響。」也就是說護病關係存在著來自於自身與他者間的一種召喚，護理人員凝視病者的苦難，同時也召喚出對他人生命處境的覺知和同感能力，同時藉由反省他人對自己的影響，在自我清明之後，便能超越原有觀看的眼光，欣賞病人，產生一種當下的自由解放與頓悟而超越自身，進而達到專業自我的轉化，以及個人生命的成長。

第六章 綜合討論、建議與反省

第一節 綜合討論

壹、入門情態

四位受訪者進入護理工作的原因各有不同，心心因受到卡通「小甜甜」的影響，嚮往成為白衣天使，小玉則因有過美好之助人經驗，秀子無特別感受，仍基於自己無端的直覺機緣，阿辰則受到經濟現實的考量而來到這個照護場域。對初登場的新手而言，一般所表現的情緒反應為不安、害怕、無助等，而小玉洞見病患背後的生活意義時，則出現更多對病患及家屬的不捨情懷。

貳、照護情緒感受之體驗

本研究於與病患對戲的諸多腳本中，分別以「常觀世界和病情世界的不接應」、「護理人員的內在憤怒」、「擦槍走火的情感轉移」以及「病患自殺的脫序演出」等四個方向來作討論，並探討了護理人員「壓力的釋放與調節之道」。

「常觀世界和病情世界的不接應」中可以看到護理人員與病患分處在兩個不同的世界，但「加強現實感與病識感」的教導，促使受訪者一味地欲把病人從另一個世界拉出來卻又不得其門而入，這往往也燃起了護理人員對病患「冥頑不靈」的不解、憤怒與無力感。

對精神病患的挑釁，「內在憤怒」是日常情境中一種非常真實的情緒感受，一方面神性的高道德倫理標準壓抑下，使對病人憤怒的同時，護理人員不免也伴隨著專業期待造成的內疚。護理人員隱現著一種心照不宣的默契，不能說出「我真的很想揍他」或「我真的想叫人把他打回去」這樣的話，以符合專業期待，因此發於人性本能的報復情緒，往往只能作為內心獨白。

與病患處於一長期共伴的環境，「擦槍走火的情感轉移」激發出關係質變的火花，如小玉因病患的正義感、善良和適時的相助而出現一種複雜又衝突的情愫，模糊了護病之間的界線。但最終她能夠正視自己的人性陰影，重新檢視、反省自己，而獲得成長，在助人專業中，這是一項艱難的陶鑄功課，而用以陶鑄的重要元素便是對自己坦誠。

當「病患自殺的脫序演出」時，這四位受訪者對病患自殺的看法大多從普世大眾的倫常概念去作解釋，如「是一種痛苦解脫」、「逃避、生命主控權」、「來世還要重修會更辛苦」等，卻未以醫療照護者的立場去思考個人照顧層面是否缺失的問題，而導致班內病患自殺。也許在潛意識中，護理人員會採用一個較安全、合理化、保護自己免於責任欠疚的機制去回應自己一旦遭遇病患自殺的壓力情境。

參、對病患處境的觀看與回應

在病患生病因由之詮釋方面，秀子與阿辰多傾向以宗教觀點作解釋，其中秀子因受本身信仰影響，認為部分精神病患是有受到前世因果及外靈干擾而發病之可能；而阿辰則認為任何可能都有：也許是「錯置」、也許是「出古入今」、或者是「上帝開的一個玩笑」，多了一種被拋於世的荒謬感。但兩人都相信這是上天賦予的任務及生命功課，秀子認為若是因果關係則必須靠自己消解，才能轉化累世糾纏，從危機中解厄，兩人都以一個正向的角度去看待。

受訪者透視精神病患角色處境中的孤獨，仍多以病人首當其衝的人際孤獨層次去作觀看，其中病人對親情依附、無盡的牽掛和回家的恆久渴望，是最明顯之孤獨樣貌。因此，在可能的情況下極力想幫助病人回到他們的「家」，乃是護理人員普遍的想法，認為「適時的回家」應該就可以改善病人孤獨無依的淒涼處境。

但小玉對此想法其實是有趨避衝突的，因為根據經驗，某些很想回家的病患，雖然終於達成願望，但往往與家人產生更多的磨擦而黯然返院，也讓小玉對幫助病患回家作為目標，有不知是好還是不好之感。阿辰則教導病人透過與他人「融合」的方式來擺脫孤獨的自我感。

對精神病這個病的真實面貌，受訪者普遍認為「病」帶給病者及家庭的是無盡的「巔簸」和「拖磨」，一個「無期徒刑」。護理人員對精神病患所衍生的絕望感，大多仍受將「疾病的治癒」視為最終醫療目標概念之影響，護理人員意識到「病」中的漫漫長夜，雖然「明知道事實是什麼」，護理人員感受到的是照護處境中對病的無望感和生命孤獨所產生之存在性壓力，但感傷同時，也被制約在傳統「希望使者」的信念中，必須「去鼓勵病人」、帶給病人希望。因此，不管事實如何，護理人員說：「只有我自己堅強才能夠讓他們也跟我一樣堅強」、「當我對病情都覺得絕望或無可救藥的時候，我怎麼再給病人希望？」選擇以「堅強」作為盔甲，可以保護自己和病患避免碰觸到生命深處的絕望，共同去形構一個安全的共在處境，也是大部分受訪所表現出來的姿態。

肆、角色切換的反思

研究設計試著讓受訪者去想像如果今天自己也是精神病患，最大的憂懼為何？其結果分別有三大點即：「無病識感的憂懼」、「失去家人關懷的孤寂無望感」、「害怕被貼標籤」。無病識感意味著失去清明的意識、和身體的自控性，如小玉所擔心的：「不知道自己是誰」，也「沒有辦法照顧自己」；而生病後與家人產生的孤獨、疏離感也會讓小玉產生消極地活著的想法，擔心失去情感依附的對象；害怕被貼標籤顯示護理人員也體認到精神病患面對的社會烙印是深刻的。

而有量無質的生命內涵是護理人員所不願意過的生活，寧願生命有限但「活得清清楚楚」。有質地的生命彰顯在能「自我掌控性」，及「對未來有意義的疇劃」兩者，而此二要素也使人保有活下去的動力。心心認為「身體控制感」、「自由度」、「生活環境」三個向度的改善，可讓自己在作為一個完整的人中展現出活著的品質，同時也帶來生命的安頓。「身體控制感」首重在規則服藥，這能使身體從病的手中奪回自己大部分的掌控權；工作訓練普遍認為是可以讓病患成為「有用之人」的良方之一，也能讓他們對未來重燃希望。最後，轉念與疾病和解，接受疾病成為自己的一部份，才能學習自己當命運的主人。

伍、護病關係之省思

「治療性人際關係」的討論在這個研究中，是一個值得去探討的議題。原本它是護理教育中不容質疑的基礎概念，也作為護病關係中互動過程的準則，清楚規範護理人員所應處的角色、位置和界線，具有目標導向、以病患為中心，強調對病患的同理而非同情心，不涉入個人情感、隱私，是一種單行關係的建構，同時也保護護病關係免於陷入混雜曖昧。

從訪談中發現，一方面護理人員很自然地帶著這樣的概念進入與病患互動的現場，然而在實際的共構處境中，一旦理論與真實的共在經驗碰撞，護理人員卻往往產生許多與自己所信仰的倫理規範相衝突的困惑，一幕幕的日常生活畫面，無時無刻在護病關係所形構的場景中上演著，也如實地牽動護理人員在生命底層的悸動。對實境中所發出的自然共鳴，護理人員心中總是存有兩種不同聲音，無法明確地去劃分釐清，護理人員雖清楚自己的角色份際，但屬於人性層次的情感涉入卻是無可避免的。

其實「同情」與「同理」兩個概念也在兩個重疊處(見圖三)的灰色地帶來回操作，助人者甚至往往跨過重疊處，進入社會關係的領域，透過對病患處境的同情共感，方能進一步滋長出深度的同理心，看見行為表象

背後的意義及病患、家人所面對的苦難。這個圖式也符應許樹珍（2001）所指出：傳統護病關係期望專業人員透過同感心，以無私寬容的態度將對融入自我的世界，並收納對方為自己所關懷的對象，其較不建議有情緒的涉及，主張以同感心而非同情心的方式對待病人，對感情的議題多採冷靜、避而不談的態度。不過當今的專業療照顧關係，已漸漸擺脫以往的僵化定義及態度，在要求醫護人員設身處地去瞭解病人痛苦的同時，也不絕然反對有感情的介入的意識。因此，重新思考同情心不應與同理心混淆這個深植人心的概念，當站在面對他人苦難所興發的深度同情共感，更有助於讓助人者進入更敏銳的同理去思索他人的生命處境時，對「同情」與「同理」的界線即會有不同的詮釋。

研究者認為重疊處的操作是一種本真性照顧的思維，可以化解長久以來一直盤根於護理人員存在底層的人性衝突和倫理困惑，在權衡治療性人際關係的原則外，護理人員能覺察到彼此為人的複雜性，而從中尋求一種更完整、更精細以及更深層的了解，並且發展出獨特運用這種了解的能力。

陸、同修概念下的自我超越

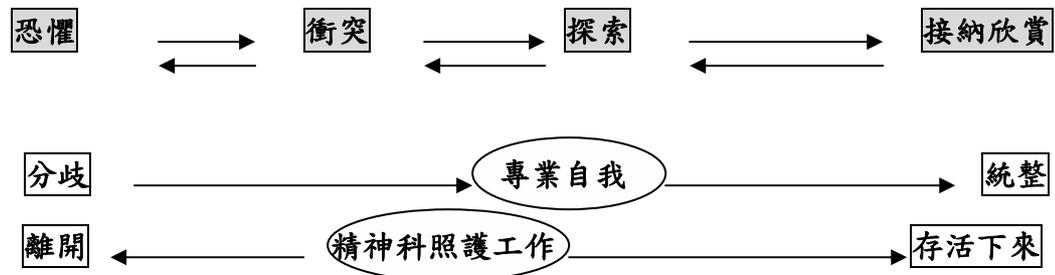
在精神科這個共構舞台中，護病彼此流露出的生命同修概念一直隱現在文本中，如同 Yalom（2002）將治療師和病患稱做「旅程中的同伴」，也就是同修，在共伴歷程中一同前進，一起受影響，也一起改變，每一個人都一樣，無法免除存在的悲劇本質，強調了醫病關係是一種平行的關係。如秀子從與病患多年的共伴關係中亦體認到，其實以同樣為人的角度來看，病患和自己應該是處在平等的地位上，只是對方的角色是病人，而自己則扮演了護士一角，不同的角色各有要去面對的功課與生命難題，但以自己所篤信的宗教思維而言，都是一種共修的機緣。小玉也曾因病人的一句話：「我很羨慕你們護士，可以一方面幫助別人，一方面賺錢。」而恍然大悟，跳脫原來自怨自憐的眼目，改用正向惜福的態度來看待自己的工

作，某些時候小玉覺得自己在幫他們抒解壓力，他們也在幫自己抒解壓力，彼此生命經驗的流通是雙向的。

更進一步來說，因為病人這個角色的存在，也促發護理人員對「生命」的存在有更深一層的自我覺察，看見孤獨的本相，也看見自己的有限性。同時在潛移默化中產生鏡映作用，藉由病患生命處境之啟發，護理人員有機會學習，進而澄清自我價值而磨亮自身，綜觀四位受訪者從病患身上獲得的重要生命啟發分別為：看見生命力之美、秉持真誠的生命態度、感恩惜福、放下我執、不以自己的意義建構他人的意義、助人工作的付出使生命更有意義、生命的磨練是功課等。

柒、精神科護理人員照護病患之心境歷程

從研究中可以尋找到精神科護理人員進入精神病患之照護場域，其心境變化歷程之脈絡，筆者將其分為「恐懼」、「衝突」、「探索」及「接納欣賞」等四個階段。並說明如下：



圖四 心境歷程階段圖

- 一、護理人員所面對的恐懼到接納欣賞歷程是一種來來回回的可逆性過程（如箭頭表示），可能在面對某些事件所引起的情緒或存在性壓力時，護理人員會重新退回到一熟悉的恐懼、衝突或內在探索的位置接受試煉。
- 二、但如箭頭所標示，不同階段箭頭的距離也會逐漸拉長，代表當壓力事件襲擊時，愈處在右邊階段者，將會運用更成熟的方式，更敏銳的自我覺察去處理問題，並且愈容易以超越的態度去看待問題，如此則愈不容易回到上一個階段去。
- 三、此四階段除了代表護理人員的心境變化歷程外，同時也說明了護理人員亦歷經了個人「分歧」到「統整」的專業自我成長。
- 四、也就是說在個人「專業自我」的發展部份，則是呈現一種線性前進的狀態，會隨時間及學習經驗的累積、覺察而逐漸從分歧趨於統整。
- 五、研究發現此四階段之變化歷程並無特定的時間表，端視個人特質、生命經驗、教育訓練、環境因素等而有所差異。
- 六、在「精神科照護工作」所標示之離心箭頭表示護理人員可能因為無法適應前面幾個階段而選擇離開這個領域，而通過這個幾個階段的自我統整後，則能繼續促成留在這個領域的動力。

表七 心境變化歷程階段之特徵

四階段	行為及思考特徵
恐懼	焦慮、害怕、不安、生澀感 摸索新的病患及環境 學習領域相關的疾病、表現症狀 學習機構式語言 自我保護
衝突	理性世界的思維 嫻熟的技術性操作 習慣以自己的標準或教科書上的標準評量病人 如：病人怎麼會收集那麼髒的東西？ 病人真是不可理喻，說什麼都聽不懂 他們的想法總是那麼固執，令人生氣 拒絕、保持距離的態度 界線清楚的護病關係 對工作感到厭煩
探索	面對存在性壓力，逃避對病的無望感、無力感 害怕自己也會得病 情感涉入 思索具體倫理中的衝突 如：我幫助病人回家，到底是好還是不好？ 我覺得病人很可愛，有人會說這是不對的，他們是病人，可是… 我知道感情的涉入是不對的，可是從他身上我也覺到許多… 我是否相信自己所灌輸給病人的那種希望？ 病情世界的理解與探究 重新審視專業倫理
接納欣賞	欣賞病人的存在 如：他的世界不一定比我糟，搞不好比我好 我在幫他抒壓，其實他也在幫我們抒壓 有些誇大妄想或幻聽搞不好讓病人每天都過得很快樂咧 我雕塑病人，而非將病人雕塑成我要的樣子 病人也有其生存意義與價值 以病人為師 同修的概念 創造專業風格

第二節 研究建議

比較起六七零年代，當前的醫療生態著實複雜許多，健保制度、科技導向以及商業利益掛帥等多種因素纏錯，在在衝擊著整個醫療體制。傳統價值、照護型態與醫病、護病關係不斷地演化下，護理人員在扮演照護角色與自己之間，也呈顯出更多的混亂與衝突，本研究試圖回歸到「個人」的存在性面向去作探討，從角色反省中，促發護理人員更深度的自我覺察，及對本真性照護的反思。並根據研究結果，提出下列建議作為研究者、醫護相關領域工作者及醫護情意、倫理教育之參考：

壹、培養對他者「同感理解」之敏銳度

在本研究第四章的第三、四節中，主要著墨於探討護理人員對「病」及「病情世界中病患生存處境」的同感理解。這樣的同感理解引領護理人員去領略生病困境中「身體」、「自我」與「世界」之間的關係，患病處境中的身體限制（異己感、多重不可控性）對一個作為「完整我」的意義為何？瞭解到患病的痛苦不僅與軀體的功能破壞有關，而且與身體，自我和外部世界的整個交互作用關係網的完整性喪失有關，並能意識到個人完整性總是受到這些內部衝突的威脅（包括獨立自主的渴求、自尊喪失、支持系統缺落的孤獨感等），護理人員一旦能在這面對面的治療關係上，有此同感理解的思維與訓練，則更能夠從立體的面向去觀看病人的處境，跳脫以「治癒」、「出院」作為里程碑的框架來檢視病人生活世界中的意義，而護理人員也可以在生命態度和實現自身上面獲得滋養。

護理人員可以透過觀察自己、家人和周遭親友的生命過程，通過對日常生活的體驗，學會傾聽生病之人生活世界的聲音，與病人活生生的病情體驗來理解；另一方面也藉由涉獵關於病情的文學作品描述（如自傳、話劇、小說、短篇小說），如此能有助於深刻洞察病情所帶來的生存困境——生病會是什麼樣子？當生命的期望值被裂解會是什麼樣的感受？通過視

域的交換，會啟發他們對於病患處境有更深入的理解，有助於在護病之間達到貼近病情世界意義共享之可能。

貳、建立同儕間的關照管道

助人工作如囚游大海的救生員，除了平日的「保健」以維持最佳體力外，彼此的互助網絡，相互關懷亦能避免自己在茫然大海中孤立枯竭，如何為彼此創造一座提供陽光、雨水和新鮮空氣的溫室是重要的。

建立同儕間的支持性團體，它可以是封閉式的高度信任團體，如三五人的讀書會，或者是定期的聚會，可以是多樣形式結合的同儕團體，透過真誠的分享和自我坦露，傾倒壓力與垃圾。Thomas（2004）提到工作環境中擁有不斷且豐富的同儕關係時，能促進同儕間對自我意識的深入探討，啟發自我的內觀與自省力量。因此支持性團體所具有的療癒功能，可以為彼此在專業上及生活上注入新的能量，開展相互扶持的功能。

參、擴展護理教育範疇

許樹珍（2001）指出當今護理倫理困境主要在於所寄存的醫療學科之治療技術性思考所遮蔽、工作角色和權力不彰。致使其推理方式偏向醫療倫理和法律性，而缺乏社會人文倫理學術思想之交流；因此護理專業倫理不應為一固定的內涵及教條模式在傳衍，學科本身需有一種醒覺，要把研究工作著眼於新視野上，重新省思關照根本概念所及之人和倫理的關係。

表面上，護理人員對病患的關照料理雖是在一個平面的共在場域，但無可否認「人」在關係建構中不同於其他生物之處，在於具有非常豐富的心理世界，然而當前的護理教育卻缺乏以「人」作為「存在」面向之哲思，護理人員也習慣被制約在一套制式規範中，缺乏獨立思考之訓練，因此在助人工作上便容易不斷地衍生人性上及內在自我之衝突，而無所適從。

許多醫護相關論文在研究結論時，亦會提出應於養成教育中，增闢人文教育課程，但較缺乏具體內容之建議，因此，研究者認為哲學乃探討人

「存在」的問題，也是一切學問之基礎，其中「存在主義哲學」尤應納入人本教育，作為基本的哲學討論，原因在於它並非傳統哲學給人抽象、空洞的理論印象，反而更貼近人與宇宙連結的本質，探討人被拋於世其生命處境下的存在情態，如對生命荒謬、疏離、孤獨、空無焦慮、自由、死亡以及意義等之哲思，可以廣泛應用在人類對生死議題上的觀看。當標榜醫療領域的助人者本身就是一個重要治療工具來看，存在主義的內涵對於擴展生命視域，提供了重要的基礎啟發。

另外，從研究中可以看見，精神科護理人員除了扮演「給予」、「教導」的角色外，自身存在底層也蘊含了豐富的情感流動，並且不斷地進行相互投射、吸納、反芻、模成的工作，照護歷程與心理成長歷程是與時共進的，因此護理教育中，「自我認識」與「自我探索」的課程應受到重視，將有助於助人者在混亂的價值系統中，建立與自己存在和他人存在間的深度對話，而自然發展出一種本真性的照護，清明的價值、意義系統。

肆、轉換「希望」的概念

「提供希望」對護理人員而言，是一理所當然的職業使命感，也普遍被認為是打擊病患絕望的必備武器。研究中的受訪者常以「回家」和「病癒」作為激勵病患的希望誘餌，站在病患面前，護理人員總以堅強的姿態現身，但是，在堅強的盔甲背後，「絕望」卻像「希望」的鸞生兄弟般如影隨行，因為「明知道事實是什麼」，比病患更瞭解病本身的護理人員，往往隱藏比病患更深的軟弱。「希望」往往作為病患自我療癒以及醫護人員投予心理治療時的常規用藥，長久以來，也是雙方極有默契的一種「共謀」，將事實與矛盾隱匿在專業和人性背後，說服彼此共同相信，卻也突顯了護理人員源於存在底層的內在衝突，並暴露出自己同樣無解的焦慮。

Yalom (2000)「當尼采哭泣」一書所闡述的「希望」是以另一種形貌現身的：「希望是最終的災禍，當潘朵拉的盒子被打開的時候，那裡面依然保留了最後一個災禍：希望。自從那時候起，希望就被人類錯誤地當成幸運的寶庫。希望是災禍中最糟的一個，因為它延長了折磨。」護理人員並未意識到當不斷為病患提供希望的同時，卻也為彼此製造了更多說不出的絕望：對於那些無法治癒、每況愈下、被家人推出日常生活之外的病患而言，「希望」何嘗不是無盡的折磨？對於自欺欺人的護理人員而言，「希望」常是一只心虛又無力的盾牌！

從存在主義角度，提供了關於對抗痛苦不同層次的思考：「希望」未必是最佳良方，而病痛總是有意義的，當病痛不造成自我破壞時，病痛經驗就可以成為一種成長機會，一個轉向更深更好的起點，一個好的模型。

卡繆筆下的主人翁薛西弗斯，日復一復不斷地把一塊巨石滾上山頂，巨石又從山頂上滾落的故事，如同訴說著許多生命處境的荒謬，但在苦難來回之中，他勝過了命運。因為「認命」使沉重的真像化為烏有，「認命」意味著學習接受上天所規劃的生命藍圖，領會所受的磨難，不去詛咒黑暗，而能從自由的意志中去超越生命的苦難，強調生命對抗荒謬的過程即具有它的意義，並且能從過程中尋找出屬於自己的獨特意義。

因此護理人員若能跳脫原本的視域，轉化另一層次對生命的看見，領略生命的每一種形式、正面與負面、每一個當下都可以具有不同的意義詮釋，學習安住在生命的意義裡，而非生命的希望裡，並將這樣的概念帶給病患，使他們能夠有機會重新調整自己，不再一味追逐天邊彩虹而使靈魂騷動不安，如此護理人員也能敞開自己，從不一致的內在衝突中解套。

伍、對未來研究者之建議

本研究場域之層級屬區域型醫院，受訪對象照護之病患 85%以上診斷為精神分裂症患者，對於護理人員在職訓練及臨床指導上與教學醫院相較可能有所差異；病患性質、比例及不同之住院生態等，在個人專業經驗成長及視域上之影響，也許有不同的面向觀看及體悟，期待未來相關研究領域之研究者能夠在這方面作更進一步之探討，使醫護領域工作者促發更廣泛之存在性哲思，並且在治療關係的實踐與倫理上能有更多的討論。另外本研究對象中有一位男性護理人員，研究結果也呈顯出男女兩性對照顧觀點及行為表現上有較多分歧，可能的影響面向亦值得更進一步探討。

第三節 研究反省

讀過高夫曼 Erving Goffman 「日常生活中的自我表演」一書，書裡所形構的人生劇場畫面，成就了我在論文背景鋪陳時的諸多靈感，雖然書中所強調探討的是每一個人在其生活世界範圍內的連結，世界就像個大舞台劇，「人」以各種角色形態安插在不同的劇班之中，在這個小劇班他（她）可能是別人的兒子、女兒，但是換到另一團劇班，他（她）則成了負責照顧病患的醫生或護士，在外在形式中，人被迫冠上各種角色，並期待在各個劇班中，不論自己扮演什麼角色都能「避免出糗」而有合宜的演出。

但此書並未提及扮演諸多角色的這個「人」，其內在心理反思的多層次構面。在實際狀況中，人反而有可能極想擺脫這個外在角色的面具，抗拒它的不真實，或者擔心自己在演出護理人員這個角色時，會不會因為入戲太深，而與演出的病患產生太多人性的連結？「忘記」自己的「助人」角色，這也隱藏著另一種失去角色的憂心。甚至擔心自己有一天也會瘋掉，而產生角色的潛在壓力。

在精神科臨床許多年，有時候還真覺得這個工作像極了一齣每日上演的連續劇！想當然爾，自己也是整個劇班成員的一角，置身角色之中，也看到了自己與他人的表演、別人和自己的幕前幕後，饒富趣味，又發人省思。

探索「演出的表裡不一」，是當初形構論題時一直埋藏在專業自我深處的一顆靈感種子，隨著研究的開展，原本的混沌不明，逐漸有了清澄的答案。「護理是一門藝術」可說是每一位護理人員耳熟能詳的一句話，然而當我們在執行護理工作時，卻往往又習慣落入僵固的操作宰制中；「護理標榜人性化」，但是卻不去正視「人性」穿梭在醫療關係之中所呈顯的波洶洶湧！因此，這個共構場域中，身為助人者的護理人員也同樣出現了台前、台後心境上的諸多困惑和落差。

在實際的照護關係中，內在自我與專業自我這兩種角色其實是合於一身、無法切割的，每一位護理人員都帶著歷史中的自我（亦即個人生命經驗中的自我），以及專業助人者角色中的自我在病人面前現身，他（她）本身是個表演者又是他（她）自己。原來每一個助人者都帶著兩者與他人的真實生命碰撞，除了專業知識，也帶著不同的生命洞見和個人對病痛經驗的詮釋來照料病人。當兩種角色出現嚴重分歧時，則助人者將無可避免地要去面對自己對生命存在理解的困惑。

因此，研究過程護理人員透過覺察與自省，也傳達出護病間存在的另一種「同修關係」，發於自己真誠的態度，當照護者從為人的存在性角度去理解觀看病患的時候，上下位階的關係自然地消失了，和病患置身在彼此生命經驗的流動中，看到自己在照護角色中的有限性，以及照映出作為一個人，同樣也有的軟弱。降卑自己，在一個平等的連結上，將更能夠進入對方的病情世界，對生命本質產生立體的觀照層次，進而從角色中體認到病患的處境，也在這個角色的投射中更加認識自我。「護病同修」的哲思，涵蓋在治療性關係中，即可回答為何人性碰撞下產生的昏暗和困惑感，這是一個自然的探索過程，也是促發助人者成長的契機。

Skovholt (2004) 說：「當助人者手上只有一把鐵鎚的時候，那麼他就會把所有問題都看作是釘子。」有感於當前的醫學護理教育偏重在科技、實證訓練的養成，卻在人文、生命哲學這一塊缺落了，醫護人員逃避有關於生死問題和人性上的衝突，他們害怕也無從回應這個問題（因為卸下堅強做成的面具，還有什麼可以抵擋存在所召喚出的絕望呢？）。一旦疾病跳出了醫療科技可以治癒的層次時，習慣用「希望」出招的醫護人員頓時顯得黔驢技窮，在具體倫理上便會衍生許多問題，這也是自己和許多具醫護背景的同學，在生死所修習所獲得的極大感觸：我們每天忙碌地應付生死，但對真正的生死卻視而不見！很遺憾醫護人員應該在年輕的時候就該和尼采、海德格、卡繆、亞隆…等等這些大師們相遇、對話，用心聆

聽自己生命底層所發出的聲音，才能在現今琳瑯滿目的醫療商品型錄中，聽見病苦所發出的呼喚，護理人員有能力去思考什麼是本真性照護時，在險惡的醫療環境中才不致於澆熄助人者的生命熱忱。

在此研究中，研究對象皆為研究者多年共事之同事，自己亦身為精神科護理人員一職，對所在的研究場域之人、事、物涉入甚深，同質性高，雖然較能精確掌握研究對象所表達之內涵，並在田野觀察中來回作檢証與釐清，但也可能使受訪對象因同儕關係，在訪談內容上有所保留；另一方面研究者本身的背景因素，不免難以跳脫所在視域之框架，在文本詮釋上產生過於聚焦之缺點，是本研究之限制。

參考文獻

中文部分

- 丁雪茵、鄭伯璦、任金剛 (1996)。質性研究中研究者的角色與主觀性。
載於楊國樞 (主編)，**本土心理學研究**，6 (354)，354-376。
- 孔繁鐘、孔繁錦編譯：DSM-IV 精神疾病的診斷準則手冊。台北市：合記，
1998。
- 王仕圖、吳慧敏 (2003)。深度訪談與案例演練。**質性研究方法與資料分析**，95-113。
- 王郁茗 (1995)。**精神科護理人員遭受病患攻擊行為之身心反應**。中山醫學院醫學研究所碩士論文。
- 王美嬋 (2001)。**急診護理人員對精神病患的態度及處理自信**。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 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。
- 朱政騏 (2004)。**假面天使：護理人員的認同政治**。世新大學社會發展研究所碩士論文。
- 余德慧 (1998)。生活受苦經驗的心理病理：本土文化的探索。**本土心理學研究**，10，69-115。
- 李明濱 (2000)。**實用精神醫學**。國立台灣大學醫學院。
- 李引玉 (1996)。**實用精神科護理**。台北：華杏。
- 汪文聖 (2001a)。精神病患之照顧存在性的現象學探討-理論的呼應與疏通。**國立政治大學哲學學報**：台北，7，269-306。
- 汪文聖 (2001b)。醫護倫理之存有論基礎初探：從海德格走向優納斯。**哲學雜誌**：台北，37，4-35。

- 胡海國、林信男編譯 (1996)。ICD-10 精神與行為障礙之分類。台北：中華民國精神醫學會。
- 胡幼慧 (2003)。轉型中的質性研究：演變、批判和女性主義研究觀點。載於胡幼慧 (主編)，質性研究：理論方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 胡月娟 (1994)。關懷照護行為內涵探討。護理雜誌, 41 (1), 34-39。
- 胡海國 (1992)。演進模式之精神病理研究：以精神分裂症為例。中央研究院民族學研究所集刊, 73, 52-109。
- 胡海國、吳君就 (2000)。精神分裂病患者主要照顧者之負擔。台灣精神醫學, 14 (3), 205-217。
- 林美伶 (2001)。精神分裂病患在烙印之生活經驗。國立台灣大學醫學院護理研究所碩士論文。
- 范燕燕 (2000)。精神病患者生活經驗與主體性之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 范麗娟 (1994)。深度訪談簡介。戶外遊憩研究, 7 (2)。
- 馬維芬 (1994)。精神科護理人員照顧具邊緣性人格特質住院患者之主觀經驗：感受, 對不滿意經驗之因應行為, 經驗對其個人的影響。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 徐臨嘉 (1984)。悲怨的詮釋學研究：以一個離婚的中國婦女為例。國立台灣大學心理學研究所。
- 張秀桃 (2004)。精神分裂病患者主要照顧者照顧負荷之探討：以某醫學中心復健及門診個案為例。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
- 張依虹 (1999)。家屬面對精神病患暴力行為因應之研究。東吳大學社會工作研究所論文
- 黃珮玲、李引玉、毛家舫 (1991)。探討出院精神分裂病患者家屬在居家照顧期間之負荷經驗及其影響因素。護理雜誌, 38 (4), 77-87。

- 黃章育 (2002)。天使在人間—慢性精神病患相伴行路。東華族群關係研究所碩士論文。
- 曾莖挺 (2003)。護理人員工作壓力與心理健康效應之調查。國立成功大學環境醫學研究所碩士論文。
- 曾瀨瑤 (2003)。醫學中心護理人員工作壓力與身心健康之相關探討。國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 許曉玲(1996)。精神科急性病房護理人員個人特徵、工作壓力及其與職業疲潰關係之探討。國立台灣大學護理研究所碩士論文。
- 許麗齡(2001)。護理行為之原動力—護理理念。護理雜誌, 48(5), 69-73。
- 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。
- 許敏桃 (2002)。當代精神衛生護理照護之理路—在典範翻轉的世代中找尋定位。護理雜誌。49 (4) 14-19。
- 許秋芬 (2003)。精神科護理人員照護層面自我效能與關懷行為相關性之研究。臺北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 陳佳英 (1996)。精神科護理人員壓力感受, 因應行為與職業倦怠之相關研究。中山醫學院醫學研究所碩士論文。
- 陳介英 (2003)。深度訪談在經驗研究地位的反思: 詮釋學觀點的質性研究。質性研究方法與資料分析, 115-125。
- 葉莉莉 (1999)。出院規劃—建立持續照護之機制。台灣醫學, 3 (4), 474-479。
- 畢恆達 (1995)。生活經驗研究的反省: 詮釋學的觀點。本土心理學研究, 4, 224-259。
- 楊勤熒、盧美秀 (1998)。人性關懷教育訓練對護理人員人性關懷知識、態度、行為影響的探討。護理雜誌, 6 (3), 206-217。
- 趙可式 (2000)。詮釋學。質性護理研究方法, 87-130。台北: 護望。
- 鄒川雄 (2003)。生活世界與默會知識: 詮釋學觀點的質性研究。質性研究

方法與資料分析，19-53。

蔡淑玲 (2005)。關懷的功課—安寧護理人員之自我照顧。南華大學生死所碩士論文。

蔡艷清、嚴嘉楓、林金定 (2004)。精神疾病與智能障礙：流行病學與醫療照護需求分析。身心障礙研究，2 (2)，95-108。

劉智民 (1999)。精神分裂症。於李明濱主編，實用精神醫學，129-138。台北：台大醫學院。

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。

蔣欣欣、余玉眉 (2001)。護病間的互為主體性。國立政治大學哲學學報：台北，49，20-24。

蔣欣欣、張碧芬、余玉眉 (2001)。從護理人員角色的創造探討護理倫理的實踐。哲學雜誌：台北，37，88-103。

蔣欣欣 (2001)。由性加害者的照顧反思護理倫理議題。護理雜誌，49，33-36。

潘淑滿 (2003)。質性研究理論與應用。台北：心理出版社。

潘德榮 (1992)。當代詮釋學的發展及其特徵。鵝湖學誌，9，132-162。

穆佩芬 (1996)。現象學研究法。護理研究，4 (2)，195-202。

盧美秀 (1996)。病人自殺的法律問題。護理與法律。台北：華杏，216-220

蕭宏恩 (2000)。專業內的倫理導師—以護理教育為例。哲學與文化，27(4)，372-381。

中文譯書部分

- Ast, G. A. F, Schleiermacher, F. D. E, Dilthey, W., & Heidegger, M. (2002)。 **詮釋學經典文學（上）**。(洪漢鼎譯)。台北:桂冠。(原書於2001年出版)
- Smart, B. (2003)。 **傅柯**。(蔡采秀譯)。台北:巨流。(原書於1985年出版)
- Cecelia Monat Taylor (1996)。(李引玉編譯)。**實用精神科護理**。台北:華杏。
- Camus, A. (1976)。**西齊弗神話**。(傅佩榮譯)。台北:先知。(原書於1941年出版)
- Camus, A. (2001)。**薛西弗斯的神話**。(張漢良譯)。台北:志文。(原書於1942年出版)
- Denzin, N. K. (1999)。**解釋性互動論**。(張政君譯)。台北:弘智文化。(原書於1998年出版)
- Foucault, M. (1992)。**瘋癲與文明**。(劉北成、楊遠嬰譯)。台北:桂冠。(原書於1961年出版)
- Frankle, V. E. (1967)。**活出意義來—從集中營說到存在主義**。(趙可式、沈錦惠譯)。台北:光啟。(原書於1967年出版)
- Kafka, F. (2002)。**蛻變**。(張燕珍譯)。台北:華成。(原書於1915年出版)
- Kleinman, A. (1997)。**談病說痛—人類的受苦經驗與痊癒之道**。(陳新綠譯)。台北:桂冠。(原書於1988年出版)
- Manen, M. V. (2004)。**探究生活經驗—建立敏思行動教育學的人文科學**。(高淑清、連雅慧、林月琴譯)。嘉義:濤石。(原書於1997年出版)
- May, R. (2003)。**哭喊神話**。(朱侃如譯)。台北:立緒。(原書於1991年出版)
- Padgett, D. K. (2000)。**質化研究與社會工作**。(李婉萍譯)。台北:洪葉。(原書於1998年出版)

- Pojman, L. P. (1995)。生與死—現代道德困境的挑戰。(江麗美譯)。台北：桂冠。(原書於1992年出版)
- Palmer, R. E. (2002)。詮釋學。(嚴平譯)。台北：桂冠。(原書於1969年出版)
- Skovholt, T. (2004)。助人工作者自助手冊。(劉小菁譯)。台北：張老師文化。(原書於2001年出版)
- Toombs, S. K. (2000)。病患的意義。(邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯)。青島：青島出版社。
- Yalom, I. D. (2000)。當尼采哭泣。(侯維之譯)。台北：心靈工坊。(原書於2000年出版)
- Yalom, I. D. (2002)。生命的禮物。(易之新譯)。台北：心靈工坊。(原書於2002年出版)
- Yalom, I. D. (2003)。存在心理治療。(易之新譯)。台北：張老師文化。(原書於1980年出版)

英文部分

- Berg, B. L. (1998) . *Qualitative Research Methods for the Social Science*. Boston:Allyn & Bacon.
- Deb S., Thomas M. & Bright C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16-64 years. **Journal of Intellectual Disability Research**. 45, 506-514.
- Heginbotham, C. (1998). UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. **The Lancet**, 352, 1052.
- Hillis, G., & McClelland, N. (1998). Cycle of alienation ... the knock-on effects of negative attitudes towards mentally ill patients. **Nursing Times**, 94(39), 29-31.
- Johnson, J. M. (2002) . In-depth Interviewing. In Jaber F. Gubrium & James A. Holstein (eds) :**Handbook of Interview Research:Context and Method**, 103-119.
- Kelly ,B. (1998) . Preserving moral integrity:A follow-up study with new graduate nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 28, 1134-1145.
- Kutter, P. (2001) . *Direct and indirect mirror phenomena in group supervision*. **Group Analysis**, 26, 177-181.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). **Naturalistic inquiry**. Newbury park:Sage.
- Lind, B. G. , Mirotznick, J. , & Cullen, F. T. (1991) . The effectiveness of stigma coping orientations:Can engative consequence of mental illness labeling be avoided?*Journal of Health Society Behavior*. 3 (3) , 302-320.

- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jakson, H. J. (1996). An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305–326.
- Merleau-ponty. (1962). *Phenomenology of perception*. London : Routledge & Kegan Paul.
- Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (1992). " Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map." in Crabtree & Miller (eds.) , **Doing Qualitative Research**. Newbury Park CA: Sage. , 3–28.
- Minichiello V., Aroni, R., Timewell, E., & Alexander, L. (1996). **In Depth Interviewing** (2nd ed.) South Melbourne: Addison Wesley Longman Australia Pty Limited.
- McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patient. **Journal of Advanced Nursing**, 29 (5) , 1111–1118.
- Mansell J., Ashman B., Macdonald S. & Beadle-Brown J. (2002). Residential care in the community for adults with intellectual disability: needs, characteristics and services. **Journal of Intellectual Disability Research**, 46, 625–33.
- Natterson, J. M., & Friedman, R. J. (1995). *A primer of clinical intersubjectivity*. New Jersey: Jason Aronson.
- Oshima I. (2003). Institutionalization and schizophrenia in Japan : social Environments and negative symptoms , national survey of in-patients, *British Journal of Psychiatry*. 183:50–56.

- Penn D. L., Martin J. (1999) . The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. **Psychiatr Q** . 69, 235-247.
- Pescosolido B. A., Monahan J., Link B. G., Stueve A., Kikuzawa S. (1999) .The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. **Am J Public Health** . 89, 1339-1445.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patient : A critical review and future research direction .*Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 67-76.
- Sullivan, P. J., (1993) ° Occupational stress in psychiatric nursing. **Journal of Advanced Nursing**. (18) 591-601 °
- Whal, O. F. (1999) .Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 25 (3) , 467-478.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, (2000) .Deinstitutionalization ,social Rejection ,and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.

附錄一 訪談同意書

親愛的 您好：

首先，非常感激您能夠同意參與美娜的碩士論文「存在與瘋狂——」之研究。由於當前許多與精神科醫護相關的研究面向中，多以社會學角度及情感關懷層次作剖析探討，對於人性中最基底的「存在」本質，卻顯少作一挖深與覺察，此研究的目的是在於透過助人者長期與精神科病患共在的照護經驗中，瞭解身為一個人及護理照護者角色、歷程下的自我覺察和反思。論文之完成將有助於呈顯助人者的困境所在、在生命存在層面作多向度的深層探究，並獲得新的啟發、視野和能量。亦能作為其他助人專業理解貢獻上之幫助。

當然，重點是：沒有您的鼎力相助，來分享自己的寶貴經驗，是不可能成就此論文的！這篇論文的被研究者必須為，在個人生命及專業成熟度上具有一定的沈穩作為基礎的質性研究。故您是由美娜採立意取樣，所選出之合宜者，作為本研究之訪談對象。研究方法為半結構式的深度訪談，時間在93年10月至94年6月間，每位大約2-3次，每次以不超過2小時為原則，以錄音、做筆記等方式進行訪談，地點選定以受訪者意見為主，選擇幽靜少干擾之訪談環境。訪談過程中若有不便之處可依個人意願隨時退出。而文本中將以匿名來稱謂受訪者。本人將秉持恪守研究倫理，錄音及逐字稿僅供當事人和指導教授討論之用，以保護受訪者之個人隱私。另訪談內容若當事人覺得有所不妥，將不予公開呈現於論文之中。再次衷心感謝您的大力參與，來協助完成此研究論文。祝您

身 體 健 康 萬 事 如 意
陳美娜敬上

茲同意參與南華大學生死所研究生陳美娜之碩士論文：「存在與瘋狂——精神科護理人員照護病患之心境歷程探究」之研究訪談，並已瞭解研究的目的與過程。

本人 簽名

中華民國 年 月 日

附錄二 半結構式訪談稿

問題面向	問題
背景	(一) 學經歷、年資 (二) 為何選擇護理？(動機) (三) 自我性格、成熟度(個人特質) (四) 家庭中的成長經歷 (五) 如何進入精神科病房工作？ (六) 受過何種訓練？
工作處境	(一) 工作中的壓力源 (二) 工作中的限制 (三) 實際與理想之落差 (四) 繼續工作的動力所在 (五) 如何抒解工作中的壓力和挫折？
與病患共在中的生活經驗	(一) 最喜歡及最不喜歡的病患類型，舉例 (二) 病患自殺 (三) 重大衝擊經驗 (四) 如何看待這群病患？包括疾病別、年齡、病情、機構內外、外界污名、生命樣態等
宗教影響	(一) 宗教信仰、資歷、宗教觀(對自己及病患的看待)、信念
內在存有	(一) 如果我也得了精神病 (二) 照護經驗之具體實例引導 (三) 對病患的情緒事件 (四) 一路走來生命意義、價值觀轉化？ (五) 從這些病患身上我體會到(學到)？ (六) 專業領域中的限制與開展 (七) 對生命的看法 (八) 談談關於存在價值、希望、自我超越

附錄三 主題歸類

研究對象 編號	主題歸類	A 小玉	B 心心	C 阿辰	D 秀子
1	緣起	緣起	緣起	緣起	緣起
2	官僚體系	官僚體系	官僚體系	官僚體系	官僚體系
3	動力來源	動力來源	動力來源	動力來源	
4	如果我是病人	如果我是病人	如果我是病人	如果我是病人	
5	我看精神病患	我看精神病患	我看精神病患	我看精神病患	
6	質與量	質與量	質與量	質與量	質與量
7	轉念	轉念	轉念	轉念	轉念
8	同理	同理	同理		同理
9	絕望	絕望	絕望	絕望	絕望
10	堅強	堅強		堅強	堅強
11	自省	自省	自省	自省	
12	意義建構	意義建構	意義建構	意義建構	
13	支持系統	支持系統	支持系統	支持系統	支持系統
14	寶存	寶存	寶存	寶存	
15	病人自殺	病人自殺	病人自殺	病人自殺	病人自殺
16	抒壓	抒壓	抒壓	抒壓	抒壓
17	宗教	宗教	宗教	宗教	宗教
18	情感轉移	情感轉移	情感轉移		
19	學到	學到	學到	學到	學到
20	護病關係	護病關係	護病關係	護病關係	護病關係
21	專業開展	專業開展	專業開展	專業開展	專業開展
22	人格特質	人格特質	人格特質	人格特質	人格特質
23	孤獨			孤獨	孤獨
24	疏離			疏離	
25	醫療商業化			醫療商業化	
26	保護機制		保護機制	保護機制	保護機制
27	內在憤怒	內在憤怒	內在憤怒	內在憤怒	內在憤怒
28	病人的責任			病人的責任	病人的責任