

南華大學
生死學系碩士學位論文

內科護理人員面對病患死亡的心路歷程之探討
A Study on the Psychological Experience of Medical Ward
Nurses Who Confronted with Dying Patients



研究生：陳怡姍

指導教授：釋永有博士

中 華 民 國 一 〇 四 年 六 月

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

內科護理人員面對病患死亡的心路歷程之探討

研究生：(陳怡珊)

經考試合格特此證明

口試委員：_____

廖俊裕

釋永有

紀潔芳

指導教授： 釋永有

系主任(所長)： 蔡昌雄

口試日期：中華民國 104 年 6 月 26 日

誌謝

終於順利完成論文的撰寫，回首這段路程，一路有歡笑、辛苦，感謝始終陪伴在身邊的每一個人，謝謝大家的鼓勵與支持，才能夠完成論文。

感謝阿公，雖然您已經不在，卻是因為您的離開讓我想要瞭解生命與死亡；感謝常滿師父，與您的因緣讓我毅然決定就讀生死學系；感謝佛菩薩的保佑，讓我能夠順利考上南華大學生死學研究所；感謝阿爸、阿母的支持，讓我可以毫無後顧之憂的學習。

三年的研究所生涯，感謝生死所的老師們的指導，開拓視野瞭解過去不曾探討的世界。感謝游金潁老師，心理劇真的很催淚，卻能夠從不同的觀點瞭解自己的心理狀態，並且從而瞭解他人的世界；感謝蔡昌雄老師，豐厚的文學素養每每讓我獲益良多；感謝楊國柱老師，系統化探討殯葬相關事物的過去與現況。

感謝永有老師的指導，在研究的過程給予極大的思考空間，在論文寫作的期間給予有系統、架構的指導，適時從旁提點與教導，在疲倦的時候給予打氣鼓勵，才使得這份論文能夠順利完成。

感謝憶容學姊、心琳姊姊、冠妤、敏芳、天英、妙真、惠娟與珮婷等「仙女團」論文小組的所有成員，以及寶祥大哥的協助與鼓勵。感謝研究中的每一位參與者，願意分享自己的生命故事，讓我能夠看見他們對病患與生命的愛，及獨特的人生經驗，成就這份論文的問世。感謝口試委員紀潔芳老師及廖俊裕老師的細心指導與建議，使得論文內容能夠更加完善。

感謝一路上支持我的所有人，給我勇氣完成這段旅程。

怡姍 謹誌

摘要

本論文的研究目的為：一、探討內科護理人員對病患瀕臨死亡時的感受；二、瞭解內科護理人員面對病患死亡的心理歷程；三、探討內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法。

以「護理」、「死亡」等關鍵字尋找台灣及中國地區的文獻資料，得到相關博、碩士論文以及期刊等相關文獻，大多關注安寧病房或加護病房等特殊照護單位護理人員的心理調適，很少觸及內、外科病房等單位的護理人員面對患者死亡心理調適的議題，突顯本研究探討內科病房護理人員面對病患死亡的心路歷程之重要性。

研究方法為質性研究的深度訪談法，選擇五位工作年資兩年以上、具有內科病房臨床工作經驗、曾經歷自己照顧的病患死亡之護理人員為研究參與者。內科病房的病患多是慢性疾病患者，長期出入醫院進行治療，最終在醫院離開。內科護理人員與病患建立深厚感情，面對自己照顧的病患死亡產生悲傷、不捨、欣慰等各種感受，卻因臨床工作忙碌，護理人員沒有太多時間顧及自己的心理需求，種種的情緒佔據著護理人員的內心並且影響他們的生命。

依據研究結論分析，內科護理人員看著自己照顧的病患健康漸漸衰退最終邁向死亡，雖為病患能夠從苦痛中解脫而開心，卻也感到悲傷。為了不讓自己產生悲傷的情緒，研究參與者會選擇迴避些場景，或是採取客觀的態度照顧病患，就能夠減少病患死亡所產生的失落；另一方面因病患死亡所產生的種種感受，研究參與者們會與他人分享或是將自己的感情化成文字寫下，藉以調適內心的情緒。藉由參與病患的死亡過程，研究參與者發現死亡無所不在，瞭解生命的珍貴，調整自己對於生命的態度與生活的步調，珍惜與家人相處的時光，進而展現自我生命的價值與意義。

內科護理人員經歷病患死亡前後，對生命與死亡的看法產生顯著的差異，病患的死亡提醒護理人員生命的可貴，使得護理人員更加無私地投入照顧病患的工作，並且更加珍惜自己與他人的生命。

關鍵字：內科護理人員、態度、焦慮、死亡、悲傷



Abstract

The research objectives of this study are: 1. Investigating the feelings of medical nurses who faced the dying patients. 2. Discussing the psychological experience of medical nurses who faced the dead patients. 3. Investigating the sentiments of death of medical who experienced patients' death.

Search the database in Taiwan and China by keywords of “care” and “death”, most of the results about master's thesis and journal articles were attention on the psychological adjustment of hospices wards or intensive care unit (ICU) nurses, less discussed the issues about psychological adjustment of the surgical and medical ward nurses, that highlights the importance of the study on discusses the psychological experience of medical ward nurses who confronted with dying patients.

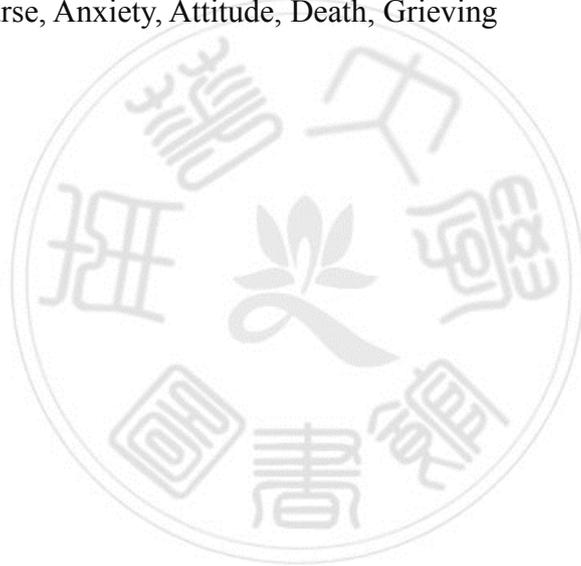
The in-depth interviews were utilized as qualitative research method, involving 5 nurses who worked in medical ward more than 2 years, who had been experienced patients death. The patients of medical ward were mostly with chronic disease, long-term access to hospital for treatment, and eventually dead in the hospital. Medical ward nurses built up a deep relationship with these patients, when their patients dead they would have many feelings such as sadness, happy and other feelings. However, because of busy work, these nurses did not have much time to take care about their psychological needs, all of emotions occupied their mind and affected their life.

Referring to the research and analysis conclusion, medical nurses watched their patients' health gradually decline toward death, although they were happy for these patients escaped from the torment, but also felt sad. In order not to generate a sad mood, these participants would avoid the space, or take an objective attitude to take care of patients, so that they could reduce the loss arising from the death of patients. On the other hand, the feelings arising from the death of patients, these participants would share with others or write down their feeling into words,

in order to adapt the inner emotions. By participating the process of dying patients, these participants discovered that dead is everywhere, they understand the preciousness of life, adjust their attitude to life and the pace of live, cherish times with their families, and then demonstrate the value and meaning of their own lives.

Before and after the medical ward nurse experienced patients' death, their opinions on life and death generating significant differences. The death of patients to remind these nurses the precious of life, making them more selflessly to their work about take care for patients, and cherish life of themselves and others.

Keywords: Medical nurse, Anxiety, Attitude, Death, Grieving



目次

第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景.....	1
第二節	研究動機與目的.....	2
壹	研究動機.....	2
貳	研究目的與問題.....	3
參	研究範圍與限制.....	4
第三節	名詞解釋.....	4
第二章	文獻探討與回顧.....	7
第一節	死亡態度.....	7
第二節	死亡焦慮與死亡恐懼.....	11
第三節	死亡因應.....	14
第四節	護理人員的生死教育.....	18
第三章	研究方法.....	23
第一節	質性研究.....	23
壹	深度訪談.....	24
貳	半結構式訪談.....	25
第二節	研究參與者.....	25
壹	篩選條件.....	25
貳	研究參與者基本資料.....	27
第三節	研究步驟及程序.....	29
壹	研究流程.....	29
貳	研究步驟流程說明.....	30
第四節	研究工具.....	31
壹	研究者.....	31

貳	訪談大綱.....	31
參	訪談同意書.....	31
第五節	研究的嚴謹度.....	31
第四章	內科護理人員面對病患死亡的心路歷程.....	33
第一節	印象深刻的死亡.....	33
壹	初次與死亡相會.....	33
貳	無法忘懷的死亡.....	36
參	延長生命是酷刑？.....	41
第二節	護理人員的情感.....	44
壹	放手.....	44
貳	家屬的痛.....	47
參	與病患同在.....	50
肆	記憶連結.....	57
伍	無法表達的悲傷.....	59
陸	善終.....	64
第三節	分享情緒與感受.....	69
壹	護理人員也有情緒.....	70
貳	和他人分享.....	75
參	迴避.....	78
第四節	工作前後死亡觀點的改變.....	81
第五節	面對死亡.....	90
壹	死亡是什麼.....	91
貳	因病痛所苦.....	96
參	把握時間，減少受苦.....	99
肆	期待善終.....	101

伍	現在與未來.....	105
第五章	結論與建議.....	111
第一節	結論.....	111
壹	內科護理人員面對病患瀕臨死亡時所產生的感受為何？.....	111
貳	內科護理人員經歷病患死亡時，其心理歷程為何？.....	113
參	內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法為何？.....	114
第二節	研究建議.....	115
壹	學校教育方面.....	115
貳	臨床工作方面.....	115
參	後續研究建議.....	116
後記	117
參考文獻	119
一	中文文獻.....	119
二	中文譯書.....	124
三	英文文獻.....	125
四	網路資源.....	129
附錄一	訪談同意書.....	130
附錄二	訪談大綱.....	131

圖目次

圖 1 研究流程.....	29
---------------	----

表目次

表 1 研究參與者基本資料表.....	27
表 2 研究參與者訪談時間表.....	28



第一章 緒論

本研究旨在探討內科病房護理人員面對病患死亡的心路歷程，作為護理人員在職訓練及相關研究之探討，本章分為三節，分別為：第一節研究背景、第二節研究動機與目的、第三節名詞解釋。

第一節 研究背景

死亡是人生必然要面對的過程，社會型態改變，由農業社會邁入科技文明的社會，醫療技術也隨著進步與普及，平均壽命延長，慢性病患者增加，人們的死亡型態也因此有了劇烈的變化。

根據行政院內政部（2015）統計民國 103 年台灣地區總死亡人數為 163,929 人，粗死亡率為 7%，相較民國 102 年上升 0.32%，國人平均壽命持續增加，但死亡人數與粗死亡率卻逐年增加，主要與台灣人口結構老化有關。

生、老、病、死等人生必經的過程納入「醫療化」的範圍，人們的生活與醫療環境息息相關，現代醫療環境逐漸西化，醫療以西方醫學為主，生病住院似乎是天經地義，治療無效的患者就這樣在醫療機構內死亡也漸漸變得理所當然。

死亡與醫院如此密不可分的狀態下，醫護人員比一般人有更多機會直接面對死亡。在醫療環境中，主要負責照護患者並且與家屬互動的人就是護理人員，他們執行護理工作，直接面對病患與家屬，當患者在瀕死的狀況下，便會與家屬及護理人員，共同形成一個互為主體的動態三角關係（柯乃熒、鍾信心，1996），加上安寧緩和照護理念的推展，臨床護理人員更是被要求必須照護病患及家屬的心理、生理、靈性及社會等面向之需求，也就是「全人照護」，在病患因病過世之後，必須協助家屬面對死亡以及度過哀傷。如此的情況下，臨床護理人員是醫療照護團隊中接觸臨終病患及其家屬最為頻繁的成員，時時能夠感受到死亡的威嚇，體會死亡是無可避免的事實（洪栩隆，2012）。

照護者在工作中承擔著難以估量的情感負荷，悲傷、內疚、憤怒等感受也經常出現（Rabow、Hauser 與 Adams，2004）。護理人員處於死亡邊緣的第一線照護，挫折、無力等感覺總是常相伴隨；照護患者的過程中，會有遇到病患死亡的時候，有時病患能夠

平靜的過世，毫無痛苦，家屬環繞身旁；有時病患經過壓胸電擊、插管等急救過程，受盡苦痛之後才吐出最後一口氣；然而無論病患的死亡是否可以預期，護理人員面對患者的死亡以及執行遺體護理的當下會產生情緒起伏，病患的死亡會引發照護者本身的死亡焦慮，間接促使照護者深入思考生命存在的課題（蔣欣欣、張碧芬與余玉眉，2001），看著家屬在病床旁嚎啕哭泣，自己的內心也有所觸動，卻因醫護人員被教育需要保持情緒中立，不應該被自身情緒影響工作表現，且社會上多數人期待看到護理人員能夠展現專業冷靜的態度。因此，護理人員總是「理智」地看待病患的死亡，將對患者死亡的悲傷與感受壓抑至內心深處，隨著工作年資的增加，情感漸漸變得冷淡，患者的死亡也漸漸成為「一件工作」的結束。

護理人員接受專業的護理養成教育，被訓練成為必須要迅速解決及滿足病患的需求，他們位於醫療照護的第一線，不分晝夜地照護病患，但是當碰到患者死亡，在死亡的面前，以往的訓練被瓦解，不知道該如何自處，護理人員所受的護理專業養成教育，並不足以幫助自己處理現實問題，因此研究者希望瞭解內科護理人員面對病患死亡所產生的各種感受，以期瞭解護理人員的心路歷程與變化。

第二節 研究動機與目的

壹 研究動機

以「護理」、「死亡」等關鍵字查找華人地區中文文獻資料(含台灣及中國)，得到相關博、碩士論文、期刊等相關文獻，大多關注於安寧病房或加護病房等特殊照護單位護理人員的自我照顧及面對死亡病患的心理調適，很少觸及內外科病房等單位的護理人員面對患者死亡的心理調適等議題。

研究者本身在地區醫院的綜合病房工作，以研究者本身的經驗而言，外科病患多因開刀住院治療，術後最危險的時候大多會轉至加護病房提供密切的照顧，若在住院期間出現緊急狀況，也會在給予急救措施之後，轉至加護病房照護；內科病患多為慢性疾病患者，病患身體機能逐漸衰退，死亡漸進地發展，病患的死亡已可預期但無法得知確切

日期，在患者臨終之際，依據醫療程序，將對病患施行壓胸、插管等急救治療；另一方面，目前善終的概念已經漸漸被社會大眾所接受，許多患者或家屬預期病患將面臨死亡時，多會選擇簽署 DNR(Do not resuscitate，不施行心肺復甦術)，希望能夠讓患者得到有尊嚴的死亡。因此研究者在綜合病房工作期間，接觸到的死亡患者以內科病患居多，在病患死亡之後，護理人員即使內心有所感觸，但礙於有更多病患需要照護，護理人員沒有太多時間對自己的情緒進行反思，當面對自己照護的病患死亡時，內科護理人員會如何調適自己的心情並且進行因應策略是本研究的研究目的。

本研究選擇內科護理人員作為研究對象，主要探討內科護理人員面對病患死亡時之主觀經驗與歷程，藉護理人員的主觀敘述，瞭解內科護理人員面臨病患死亡時，個人的情緒、理念、價值觀衝突以及個人對於死亡的看法與感受等；也希望能夠藉由研究之探討引起內科病房護理人員面對患者死亡時的自我省思，關注及照顧自己內心的感受與想法。

貳 研究目的與問題

根據上述研究動機，本研究目的如下：

- 一 探討內科護理人員面對病患瀕臨死亡時的感受。
- 二 瞭解內科護理人員面對病患死亡的心理歷程。
- 三 探討內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法。

根據研究目的，本研究之待答問題如下：

- 一 內科護理人員面對病患死亡瀕臨時所產生的感受為何？如何進行調適？
- 二 內科護理人員經歷病患死亡時，其心理歷程為何？
- 三 內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法為何？

參 研究範圍與限制

一 研究對象

本研究以具有內科病房臨床工作經驗之護理人員為研究參與者，其他科別之護理人員不在此限。

二 研究限制

因研究者本身的限制，研究參與者多來自南部地區的醫院，且採樣單位無法擴及大部分的內科病房，因此本研究中的研究參與者無法類推制所有內科病房的護理人員；且研究參與者中有兩位工作將近十年，有些工作時所經歷的事件已經過了一段時間，對於當時的情境與感受可能無法完整描述。

臨床工作男性護理人員大多被挑選至急診、開刀房等較需要搬運病患之單位，研究者於內科病房工作期間不曾看到男性護理人員，因此本研究所選取之研究參與者皆為女性護理人員。

本研究採取質性研究深度訪談法，研究結果經過研究者主觀的理解與詮釋。研究者本身同為內科病房護理人員，雖然有助於瞭解受訪者的語言或情緒的表達，也能夠理解內科病房護理人員處境，文本分析的過程中可能會受到研究者自身背景與經驗的影響。

第三節 名詞解釋

壹 內科病房

內科指從青少年至年老，由健康期至疾病的及慢性期，所做的促進健康、疾病預防、斬斷、照護、治療的專業執行及研究（朱宗信、張家勳、謝博生，2006），診斷患者的疾病，尋找病因，不以外科進行治療，包含循環、消化、呼吸、泌尿、血液、內分泌器官等範圍（コトバンク，2015），病患罹患相關疾病而入院接受治療，所住的病房即稱為內科病房。

貳 內科護理人員

指護理師(士)考試及格，領有護理師(士)證書，現於內科屬性病房服務，在工作中具有面對病患死亡過程與面對死亡病患家屬等經驗之臨床護理人員。

參 死亡態度

指個體對亡做出反應時所持有的心理傾向、信念與感受(陳四光、安獻麗，2009)。本研究意指病患死亡後，護理人員對病患死亡之現象所產生的想法與情緒。

肆 死亡焦慮

指對死亡及死亡狀態的預期所產生的緊張狀態，並且因為對於人生中有許多未竟之事所產生遺憾，便可能容易感受到死亡焦慮；包含對死亡本身的恐懼、對死亡過程可能產生的痛苦之恐懼等內容(李青濤、傅秀英、高振益、徐文宏、釋惠光，2006)。

伍 心路歷程

心中思慮所經歷的過程。



第二章 文獻探討與回顧

本章共分為三節：第一節死亡態度、第二節死亡焦慮與死亡恐懼、第三節死亡因應。

死亡對所有文化群體的人們都是非常普遍的共同經驗，這個共同經驗與個人獨特文化中的身、心、靈相互交織(Warren, 2005)，產生獨一無二的自我經驗。儘管死亡無可逃避，人們卻是非常有限地接觸與經驗死亡，除了醫務人員及護理人員每日照護接觸瀕臨死亡的患者之外，死亡已被排除在日常生活外，在周遭生活無法輕易看見死亡(Bailey, Murphy & Porock, 2011)。

在美國死亡常被視為敵人，因此人們常避免談論即將到來的死亡，某些患者試圖使用所有方法治療，即使是末期病症的患者也想方設法積極進行治療試圖延長壽命，而醫生甚至會鼓勵這樣的做法以「拯救」患者並且避免死亡(Warren, 2005)。

目前台灣病房多為急性病房，病患雖罹患慢性疾病，卻因疾病本身帶來危急性而入院進行治療，Page 與 Komaromy (2005)發現死亡在急性醫院的環境被視為不合時宜的(out of place)；對一般民眾而言，安養院、太平間、醫院等地點是與死亡相互連結的場所，因此當死亡發生在這些場所以外的地點便被視為「不合時宜(out of place)」的(Douglas, 1966)。

對於醫護人員來說，死亡的過程是一個複雜的生物心理過程；Lawler (1997)的研究發現照護瀕死病患在醫院被視為一項「汙穢的工作(dirty work)」，當死亡臨近，病患的身體被視作是一個汙穢，死亡是個禁忌，甚至因此被隱藏起來(Bailey et al., 2011)。

第一節 死亡態度

態度(attitude)指對某一社會對象的評價、感受與行動傾向(張淑美, 1996)，在心理學上指個體對人、事及周遭世界等對象所持有的一種具有持久性與一致性的傾向，一般則認為態度包含認知、情感與行為等三種面向，其對象除了具體的人、事、物之外，也包含抽象的思想與觀念(蔡明昌, 2008)。

死亡態度指個體對死亡做出反應時所持有的心理傾向（陳四光、安獻麗，2009），以及對死亡現象所持有的評價和行為傾向（周德新，2008），其內涵相當複雜，包括對死亡的認知、情感與意向等面向，各種正向與負向的情緒與感受同時並存（梁天麗等人，2011）。

海德格認為人們對待死亡的態度有兩種，本真的態度及非本真的態度。趨生避死，逃避死亡，對於死亡無動於衷、漠不關心，將死亡由自己的世界刪除，要求自己相信死亡永遠不會到來（陳榮華，2012），如《伊凡·伊里奇之死》（2012）一書裡提到「…一想到死者的痛苦，他還是不寒而慄…一個習慣性的想法跑來幫了他的忙：這事是發生在伊凡·伊里奇身上，而不是發生在他的身上，他是不應該發生，也絕不會發生這樣的事的…」，這種態度可算是非本真的態度；另一方面海德格認為「人是向著死亡的存在」是本真的態度，瞭解死亡並且向著死亡前進，瞭解死亡是不可刪除、無法逃避的（陳榮華，2012）。

死亡態度的內涵極為複雜，包含情感、認知與行為等三個成分，不僅包括恐懼、焦慮或逃避等負向情感，也包含接受、認同等正向態度（張淑美，1996）。許多學者都針對死亡態度的內涵提出不同見解，Dulark 與 Kass (1981-82)認為死亡態度的內涵包括：1.對死亡的負面評價、2.願意與瀕死者溝通、3.對痛苦的負面評價、4.對死亡訊息的反應、5.對於瀕死先入為主的觀念等，顧艷秋（2001）認為死亡態度包括死亡恐懼、死亡焦慮、死亡關切、死亡威脅、死亡否認與逃避等，學者研究指出人類恐懼死亡的原因不近相同，不僅是多面向且是多元並存（引自陳瑞娥、吳讚美，2008）。

死亡態度與人們對死亡的認知及對死亡的恐懼程度相關，人們恐懼死亡的程度有所差異，對於死亡的態度就會有不同的表現，因而展現個人對於生命及生活的理解，甚至展現個人的生活態度（周德新，2008）。

許多因素會影響人們的死亡態度，包括個人的成長發展歷程、文化背景、宗教信仰以及年齡等（Malliarou 等人，2011），藍育慧（1995）指出死亡態度在早期受年齡及個人心理成熟影響程度較大，成年之後則以環境因素（社會化、性別差異）與隔代差異（群

體變異)為重要影響較大。顧艷秋(2001)及陳瑞娥與吳讚美(2008)分析國內外的文獻發現影響死亡態度的相關變相可歸納為「個人背景變項」及「環境經驗變相」等兩個部分。個人背景變項包括：1.性別、2.年齡、3.宗教信仰、4.婚姻狀況、5.家庭型態、6.家中子女數及排行、7.教育程度、8.身心健康狀態；環境經驗變項包括：1.家人談論死亡的情形、2.接觸死亡經驗的情形、3.自己及家人的健康狀況。

杜異珍(1997)發現未婚的護理人員照顧瀕死病患時的態度較為正向，已婚者則具有較高的死亡恐懼；陳瑞娥與吳讚美(2008)針對安寧與非安寧病房護理人員死亡態度的研究發現，影響安寧病房護理人員死亡態度的因素包括身體健康狀況及是否接受安寧療護課程，而影響非安寧病房護理人員的因素則為參加宗教活動、家中談論死亡的氣氛、工作年資與工作層級等。

陳四光與安獻麗(2009)的研究發現家庭環境對於死亡態度有顯著的影響，家人間彼此公開、自然地談論死亡，可以澄清彼此對於死亡的錯誤認知，使死亡不再具有神秘色彩，就不會對死亡感到恐懼與害怕，對於死亡保持自然接受的態度。

Wong、Reker 與 Gesser (1994)將死亡態度分為五個部分：1.害怕死亡(Fear of Death)、2.逃避死亡(Death Avoidance)、3.中性死亡接受(Neutral Acceptance)、4.趨近導向死亡接受(Approach Acceptance)、5.逃離導向死亡接受(Escape Acceptance)。害怕死亡指面對死亡所引起的情緒與感受上的恐懼，對死亡持有負向的想與情感，且對生活抱持較為負向的態度；逃避死亡指逃避思考或討論死亡相關的事物，以降低自身對於死亡的焦慮；中性死亡接受相信死亡是生命的歷程，對於死亡不歡迎也不拒絕，同時也不會感到害怕，只是將死亡視為一項事實；趨近導向死亡接受指相信死後仍有來生，將死亡視為通往快樂來生的道路，對生活持有較為樂觀與正向的態度；逃離導向死亡接受是指認為生命充滿痛苦與災難，期盼能藉由死亡而獲得解脫，將死亡視為解脫痛苦的途徑，對生活持有較為負向的態度(引自藍育慧、趙淑員、莊照明、林昭卿、施明標，2008)。

洪栩隆、張利中與鍾秉穎(2006)針對醫學系學生所做的研究，發現醫學院學生認為死亡雖然無可避免，卻必須遵照生、老、病、死等生命的自然順序演進，並且這些學

生認為在衰老前的死亡，除了不可預期的意外事件，每個人都能夠自由選擇，因此尚未進入老年之前的致命疾病或死亡事件，是不自然的生命現象，容易使醫學院學生引發負向情緒。

護理人員比起一般人有更多的機會面對死亡，在醫院中經歷病患的死亡，會使醫護人員聯想自己的死亡問題，照顧瀕死病患，就如同預演自己或是親友的瀕死過程(Stoller, 1980)。

影響死亡態度的因素有很多，林綺雲(2000)指出影響死亡態度的主要因素為自我內心的思考或探索；李素貞、劉雅惠、林貴滿與宋琇鈺(2006)發現接觸死亡經驗、宗教信仰以及自我的死亡概念等因素會影響護理人員的死亡態度，有工作經驗或是年長者，或是經歷較多死亡經驗的護理人員，其死亡態度比較正向、樂觀，逃避死亡的情形較少(吳麗玉、林旭龍、呂昌明，1999)，李素貞等人(2006)的研究也呈現相同的結果，接觸病患死亡的經驗越多，比較不會逃避死亡；然而陳玉黛與林佩芬(2004)的研究發現加護單位的護理人員工作年資增加，反而增加逃避死亡的傾向，年資十年以上的護理人員更是明顯有逃避死亡的情形。

死亡態度不僅包括文化、社會、哲學及宗教信仰系統，同時也是個人對於死亡及瀕死的認知框架(Rooda、Clements & Jordan, 1999)，陳瑞娥與吳讚美(2008)發現當護理人員經歷自己照顧的病患瀕死或死亡，常出現無力感與哀傷等情緒，並且期盼同事能夠撫平自己的情緒並給予心理支持。

當護理人員碰到自己的病患死亡，會發現強烈的角色衝突，一方面護理人員需要保持堅強給予病患家屬支持，另一方面卻又因為病患的死亡而備受衝擊，因此許多護理人員便會採取迴避等負向的因應方式(Brunelli, 2005)，以避免因病患死亡而產生的情感衝擊。護理人員對於死亡所採取的態度不但會影響自己面對患者的死亡，也同時會影響個人的因應態度，當護理人員對死亡的態度傾向負面，對於病患死亡的態度會顯得更為無力與沮喪；反之若護理人員以正向、積極的態度照顧死亡患者與家屬，才能適時發現其需求，給予所需要的身心靈等方面的照顧(李素貞等人，2006)。

許多因素都會影響護理人員面對病患死亡時所持有的態度，包括生長環境、成長背景、宗教信仰、婚姻狀態、接觸死亡的經驗等等，這些影響因素是多面向且錯綜複雜，而護理人員對死亡所抱持的態度將會直接影響他們照顧瀕死病患的品質，及面對病患死亡時的感受。

第二節 死亡焦慮與死亡恐懼

人類的最終命運是死亡，Yalom (1980)認為覺察死亡而引起對於死亡的焦慮感，是一種人類普遍存在的共通行為；人們一旦瞭解死亡的不可避免，就會與試圖延續生命的期望產生衝突，在意識與潛意識中形成對死亡的焦慮（引自林昭光、高興一、洪栩隆，2010）。

Richardson、Berman 與 Piwowski (1983)認為死亡焦慮(Death Anxiety)是人們思考死亡或瀕死時所產生的一種消極、憂慮與不安的反應，也就是對於死亡的不確定、不具體的不安情緒，包括對於疾病、壽命、死後生命、甚至是對於遺體與瀕死者的焦慮感，或是在日常生活中參與有關死亡的情境而產生的焦慮經驗（鍾芬芳、蔡芸芳，2009）。

死亡充滿未知與不確定，死亡恐懼與死亡焦慮之間不具有明顯的差異(Becker, 1973)，死亡恐懼是較為明確且可被覺察，死亡焦慮則是普遍性且不易察覺（鍾芬芳、蔡芸芳，2009），人們因確切認知死亡必然發生而產生恐懼，但是死亡充滿未知與不確定性，所以人們因死亡的不可掌握性而產生焦慮（張淑美，1996），「死亡焦慮」與「死亡恐懼」兩者密不可分，因此能夠相互交替使用(Feifel & Nagy, 1981)。

周慶華(2002):「死亡恐懼是人的最實在的心理反應，也是最具恆久性的心理擔負」; Goodman (1981)認為對於死亡的焦慮以及不復存在的焦慮是最難克服的。存在心理大師 Yalom (2003)認為對於死亡的恐懼舉世皆然，而死亡的焦慮恐懼可能源自於三個方面：1.死後的情形、2.死亡事件本身所帶來的可怕、3.生命的終結。前兩種是與死亡相關的恐懼，第三種才是最核心的死亡恐懼。當一個人想到死亡後會發生的種種景象、瀕臨死亡的過程、生命的結束的時候，所產生的害怕、恐懼、焦慮等種種感受，稱為「死亡焦慮」

(李青濤等人, 2006)。人們因為害怕死亡後從世界上消失, 一切事物不復存在, 所以容易將對死亡產生的焦慮轉變為對死亡的恐懼與害怕。

奧修 (2008) 認為人類恐懼死亡的原因可分為三個: 1. 死亡是生命的終點、2. 死亡是恐懼的未知、3. 生命不曾真正地活在當下。死亡是生命的終點, 人們無法預知死亡之後的現象, 因此人們一旦面對死亡就會感到緊張害怕; 面臨死亡, 代表我們必須脫離已知的世界, 朝未知前進, 我們要脫離自己的身體以及認識的一切事物; 並且奧修認為當人們完全活在當下, 就能夠發現真正的生命, 不會因為害怕死亡, 而產生畏懼與煩惱(引自施鑄湘, 2014)。

為了去除自己內心對於死亡的恐懼, 人們用盡各種方式掩飾死亡的存在, Greenberg、Pyszynski 與 Solomon (1986) 提出「恐懼管理理論」解釋人們利用某些心理機制以制衡死亡焦慮。人類在演化和發展的過程創造符號與概念, 賦予生活世界秩序與意義, 稱之為文化世界觀 (cultural worldviews), 當人們面對死亡威脅時, 會以維護自身的文化世界觀來防衛死亡威脅, 人們透過宗教、藝術、哲學、科學、政治及經濟等共享的價值信念將死亡焦慮減到最小, 文化世界觀提供一套行為價值標準讓人們遵循, 使人們相信自己是世界中有價值的一份子, 進而否認自己終將死亡的事實(引自唐寧、顏志龍, 2010)。

Collett 和 Lester (1969) 將死亡恐懼分為四個向度: 1. 恐懼自己的死亡、2. 恐懼他人的死亡、3. 恐懼自己的瀕死、4. 恐懼他人的瀕死, 這四個向度無論是單獨或合併發生, 都可能引起個人在想像或是真實面對死亡時, 表現出相當程度的焦慮(引自陳玉黛、林佩芬, 2004)。

藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明與郭容美 (2007) 發現近期研究顯示年齡、照護過程的經歷、病患與護理人員之間的信賴關係、溝通等因素會影響護理人員的死亡焦慮。林素琴 (2004) 發現, 死亡焦慮會受到性別、年齡、教育程度、接觸親友或病患死亡的經驗、宗教信仰、對死後生命的看法及死亡教育經驗等因素的影響。

Wen (2012) 研究發現較高的宗教活動出席率會使人們有較低的死亡焦慮, Richardson 等人 (1983) 針對 1428 名參與者的研究也有類似的結果, 參與宗教活動者對

於死亡的焦慮感比完全不參加宗教活動的人們更低；但 Chang 與 Lin (2000)發現無論人們是否具有宗教信仰，其死亡焦慮並無顯著差異，Patrick (1979)認為人們若是強烈地恐懼死亡而尋求宗教慰藉，想藉由宗教的力量克服自己對於死亡的恐懼，對這些人而言，他們信仰宗教的原因只是為了減輕自己的恐懼，因此宗教對他們的畏懼並無助益，無法減輕他們對於死亡的懼怕，此研究結果與陳瑞娥與吳讚美（2008）的研究結果相似，非安寧病房護理人員有參加宗教活動者對他人的瀕死或死亡有較高的恐懼。

陳四光與安獻麗（2009）發現家中若能公開、自然談論死亡，越不會對死亡恐懼，陳瑞娥與吳讚美（2008）也發現僅在必要的時候才在家中討論死亡的護理人員，對於自己與他人的死亡有較高的恐懼，因此坦然討論死亡，有助於澄清錯誤的認知，去除死亡的神秘色彩，使得護理人員能夠更為自然接受死亡。

洪栩隆（2012）的研究發現臨床護理人員隨著年紀增長，死亡焦慮隨之降低，相信死後生命的護理人員，其死亡焦慮也會比較低，但是護理人員接觸死亡經驗的多寡、宗教信仰、家中討論死亡的情形及死亡教育等因素對於死亡焦慮的高低並無顯著影響。

一份針對護生的研究發現相較於經驗較少的護生，具有較多經驗的護生有較高的死亡焦慮 (Chen、Del Ben、Fortson & Lewis, 2006)，臨床護理人員會因為自己照護的病患死亡產生自己的存在威脅，而引起對於死亡的焦慮。護理人員是醫療團隊中與病患與家屬接觸最頻繁的成員，在照護病患時，護理人員必須與病患與家屬快速建立起相互的信賴關係，卻也因此更難接受病患的死亡（林昭光等人，2010）。

藍育慧等人（2007）針對非安寧單位護理人員的研究發現，護理人員會因為照顧病患人數的增加而降低自己的死亡恐懼，表示護理人員照顧瀕死病患的經驗增加，會使得照護技巧較成熟與穩定，並且減輕護理人員的不安。

陳瑞娥與吳讚美（2008）研究發現護理人員最為恐懼自己瀕臨死亡，見到病患身、心、靈受到疾病的折磨，以及病患在臨終前的掙扎，致使護理人員恐懼自己在瀕死的過程也會遭受同樣的痛苦。具有較高度死亡焦慮的護理人員可能不願意與病患或家屬討論死亡的問題 (Deffiner & Bell, 2005)。

Keck 與 Walther (1977)認為護理人員若是無法接受自己的死亡，在護理瀕死病患或是面對病患的死亡，會對個人及其專業角色產生心理衝突，因為瀕死的病患是護理人員個人死亡的象徵，病患的死亡對其產生威脅，並因內心的焦慮而影響照護工作（引自顧艷秋，2001），因此護理人員的死亡焦慮可能阻礙與瀕死病患之間治療關係 (Deffner & Bell, 2005)，未解決的死亡焦慮會增加護理人員的心理壓力與倦怠 (Mallett, Price, Jurs & Slenker, 1991)。

護理人員時常能夠感受死亡的威脅，體會到死亡的無可避免，卻也因此體會到更多的不確定性，人終究會邁向死亡，但是卻無法得知何時何地，將對自己的家屬與親友產生何種影響，這些種種的未知，都會令人對死亡產生焦慮（洪栩隆，2012）。

許多因素會影響護理人員面對死亡時所產生的恐懼與焦慮，這些感受可能增加護理人員內心的壓力，並且直接影響照顧病患的品質，因此護理人員如何因應自己對於死亡所產生的焦慮感受更顯重要。

第三節 死亡因應

Lazarus 與 Folkman (1984)認為因應行為是藉由認知與行為的互動去處理及控制超乎個人所能負荷的要求；張春興（1991）認為因應策略是個體遭遇困難時，所採取包括行動與思想在內積極的應對策略，是一種有目的的意識行為（引自許玉嬌、蔡明昌，2014）；Auerbach 與 Gramling（1998）則認為因應策略只用於處理壓力情境以減輕壓力的思考或行動（引自張利中、鄭美利、王萱萁，2006）；許玉嬌與蔡明昌（2014）認為因應策略包括認知調整、轉移注意力、尋求社會支援、解決問題與發洩情緒。

海德格認為人們以三種方式將非本真的死亡態度表現在日常生活中：1.遮蔽、2.假象、3.逃避。活著對每個人是有誘惑力的，死亡是一種失落，沒有人喜歡談論死亡，因此當人們談論到臨終者的時候，人們避免肯定他的死亡，試圖相信他會復原，而當人們談論到死亡的時候，彼此述說相同的意見，同意彼此的看法，遮蔽死亡的意義。如同台灣傳統文化，死亡是受到壓抑的，談論死亡是一種忌諱，為了擺脫對於死亡的恐懼，人

們告訴彼此一直想到死亡是懦弱的表現，是不敢面對現實的逃避方式，所以人們要勇敢生活，全心全意投入日常生活，不要理會死亡，人們對於死亡變得無動於衷、漠不關心，與死亡更為疏離。當人們疏離與死亡之間的距離，死亡便由人們的生存方式，變成一個發生在世界上的事件，不屬於自己，也不會屬於任何人（陳榮華，2012）。

相對的，海德格認為本真的死亡特色為下列三項：1.死亡的確定性、2.死亡的不可預料性、3.參與。人們在日常生活確定自己會死亡，不僅是確定自己會死，也同時確定死亡是一個事件，當人們逃避死亡所給予的壓力，也正是表示著死亡正在呈現出來，人們越加逃避死亡，越是呈現死亡的不可動搖的存在。當人們逃離死亡的時候，也同時確定死亡隨時可能到來，顯示死亡的不可預料，死亡的不可預測使得人們更加畏懼死亡（陳榮華，2012）。

許玉嬌與蔡明昌（2014）認為死亡因應（Coping with Death）是人們面對死亡情境時所採取的思考與行動，處理產生壓力的情境以其減輕自我壓力。死亡因應指針對死亡情境所做出的反應，可分為三大類別：1.問題中心策略（problem-focused strategies）、2.情緒中心策略（emotion-focused strategies）、3.逃避因應策略（escape-focused strategies）。問題中心策略直接面對死亡問題並進行處理，以減輕心中的焦慮；情緒中心策略則是處理伴隨死亡情境而產生的感受，控制情緒以減輕苦痛、保持心理平衡；逃避因應策略指無法面對死亡的情境，害怕面對死亡，以逃避談論死亡問題的方式減少內心的焦慮（陳慶餘、邱泰源、釋宗惇，2003）。

曾煥堂（1999a）針對大學護生的研究發現影響因應死亡的因素分別為：1.死亡接受態度、2.瀕死處理態度、3.死亡思考表達態度、4.處理葬禮態度、5.生命省察態度、6.處理失落態度、7.談論他人死亡態度、8.談論自己死亡態度；陳慶餘（2001）則將死亡因應分為：1.積極接受死亡、2.消極接受死亡、3.避談死亡、4.害怕死亡（引自許玉嬌、蔡明昌，2014）；張利中等人（2006）在研究台灣地區安寧病房護理人員因應能力的時候，則將死亡因應分為三大部分：1.臨終關懷、2.哀傷因應、3.死亡準備。

人們為了因應死亡所產生的恐懼會產生三種防衛機轉：1.與我無關、2.自己不可能會死、3.對他人死亡的漠然。為了讓自己活得更好，人們將死亡當作與自己對立的「他者」，如此便能夠讓自己覺得死亡與自己無關；雖然人人都瞭解自己終有一天會死亡，但卻很少人能夠認真看待這件事實，確定死亡的存在，卻無法真誠地面對；當他人死亡的時候，即使感到悲傷，卻無法與亡者產生連結（余德慧、石佳儀，2003）。

奧修所說的「否認死亡」是指人們因為內心的恐懼對死亡感到忌諱，假裝死亡不存在，不思考死亡，更不用說坦然面對死亡，人們把生與死分開，把死亡的事實放進潛意識，不再管它，使得死亡成為人們心裡永遠的陰影，讓生命失去完整性（施鏞湘，2014）。

負向面對死亡的方式：第一是指恐懼死亡(Fear of Death)，指對於死亡或死亡過程所產生的負向思考與感受，人們因為自我認同、對於死亡的未知所產生的恐懼、疼痛或受苦等多種因素而畏懼死亡；第二則是避免死亡(Avoidance of Death)，指人們習慣避免談論或思考死亡以減少對於死亡的焦慮 (Malliarou et al., 2011)；另一方面，否認死亡會造成心理的緊張與壓力，這可能會降低個人生活品質 (Malliarou et al., 2011)。

Lai、Chen、Chao (2002)發現醫學系學生傾向避開並逃避瀕死與死亡的人們，醫學院的學生具有相當多的醫學相關知識，整體而言仍然呈現對於生、死的無力感，雖然能夠接受死亡是不可避免的事實，但試圖藉由珍惜時光，試圖尋找死亡的意義，減輕面對死亡所產生的負向情感（洪栩隆等人，2006）。

護理人員在照護病患上扮演一個重要的角色，護理人員需要與病患及家屬快速地建立良好的護病關係，卻也因而難以接受病患的死亡（林昭光等人，2010），病患的死亡可能會帶來悲傷或失落的感覺，同時這樣的感受可能因此影響護理人員為其他病患提供適當及充足的照護 (Malliarou et al., 2011)。

研究顯示有許多護理人員對於處理死亡感到為難 (Mallory, 2001)；Chang 與 Lin (2000)研究發現醫護學生會因其專業背景造成較高的自我與社會期許，為了符合高度社會期許的意圖，因而需要採取壓抑情緒等防衛機轉因應其死亡焦慮；R. Kastenbaum (1992)認為護理人員在照顧瀕死病患的過程，會置身在生與死的照顧處境中，面對死亡

的未知、失落與分離、對於死亡的恐懼以及內心所產生種種不安的情緒，該如何處理心理的衝擊對護理人員而言是最大的挑戰(引自盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲，2008)。

初期，護理人員試圖以死亡是一種自然現象，與病患的年紀、身體狀況相關等理由，來確定死亡與自身無關；然而，一旦遇到孩童、年輕人或是至親好友罹患不治之症或是死亡，這種防衛機轉就會瓦解，使護理人員體會到死亡的威脅，同時誘發更深層的死亡焦慮，且因護理人員處於醫療照護的第一線，這樣的死亡威脅會接連不斷出現，使得護理人員需要找尋各種防衛機轉來保護自己的情緒與心理狀況(洪栩隆，2007)。

陳玉黛與林佩芬(2004)發現面對瀕死的病患，有 70%的護理人員能夠「處之泰然」，20%的護理人員除了常規的對話之外，不會與病患有過多的接觸；當自己照顧的病患死亡之後 80%的護理人員忙著做屍體護理，協助辦理出院手續，並且有將近 90%的護理人員對於自己照顧的病患死亡顯得輕鬆自然，陳瑞娥與吳讚美(2008)也發現護理人員會以「處之泰然」的態度面對瀕死病患。

蔡淑玲、蔡昌雄與周傳姜(2009)發現，為了回應死亡焦慮所引發的工作壓力，安寧護理人員發展兩種自我照顧模式：「做」的自我照顧模式與「在」的自我照顧模式。「做」的自我照顧模式包括：1.築起防禦的堡壘、2.減少遺憾、3.創造喘息的空間、4.與重要他人分享、5.尋求宗教與成長團體的支持；「在」的自我照顧模式指護理人員調整面對死亡焦慮所產生的思維與態度，包括：1.從反思中超越、2.與挫折和焦慮共處、3.愛與意志的凝煉、4.留心語言背後的沉默底景、5.情人口角的反思。

盧璧珍等人(2008)認為護理人員因應病患死亡的方式有下列三種：1.學習面對死亡；2.宗教撫慰；3.其他因應方式。以積極的態度瞭解死亡，學習並且面對死亡，將對於死亡的看法的感受融入生活，正視自己的情感，坦然與他人分享自己對於死亡的想法，有助於處理因為死亡所引發的害怕與焦慮等各種感受。宗教能夠引導人們正向思考，舒緩人們面對死亡時的不安情緒，當護理人員處於不安、害怕的時候，可以藉此得到心靈撫慰使內心平靜。另外護理人員面對死亡時常見的正向因應方式包括接受病患與家屬的

情緒、同事之間的支持與經驗分享；負向因應方式則包括保持工作步調忙碌，減少與病患接觸的時間，避免過於設入自己的情緒。

近一半的護理人員在家時會想起所照護的瀕死病患，約 20%的護理人員認為照護瀕死病患會影響自己的個人生活。對於死亡的態度會影響護理人員照護病患時所提供的專業 (Malliarou et al., 2011)。研究發現護理人員對於死亡有較大恐懼者傾向以較為負向的態度照顧瀕死病患；反之，護理人員若是對於死亡較不感到恐懼，則會以更為正向的態度照顧瀕死患者，並將死亡視為前往快樂的來世的通道 (Malliarou et al., 2011)。

林昭光等人 (2010) 發現死亡焦慮越低，護理人員的生活滿意度與主觀幸福感程度越高，降低死亡焦慮的同時，也能夠增加對於生活的滿意與整體的幸福，Erikson、Erikson 與 Kivnick (2000)認為當人們自我實現，並且提升生命意義，就能夠讓我們在回顧生命及面對死亡威脅之間取得平衡，將自己的過去與未來，包括死亡，統整成為生命整體，不再將死亡當成為威脅，從而緩解對於死亡的焦慮感受。

死亡，是人們無法逃避的生命的課題。成長過程、家庭環境、宗教信仰等等因素都會影響護理人員面對死亡時所抱持的態度，以及害怕死亡之後自己不復存在而產生或大或小的焦慮感，死亡態度與死亡焦慮彼此影響，並且反應在護理人員面對死亡所表現出的因應態度。

第四節 護理人員的生死教育

目前國內所談論的生死學 (life and death studies) 源自西方的「死亡學」(thanatology) (王玉玫, 2005), R. Kastenbaum (1989) 認為死亡學 (thanatology) 是探討與死亡相關的行為、思想、感受以及現象 (引自鈕則誠, 1999)。傅偉勳教授在《死亡的尊嚴與生命的尊嚴—從臨終精神醫學到現代生死學》一書中首倡生死學的概念。生死學與死亡學不太一樣，生死學所包含的範圍比死亡學更大且更完整 (尉遲淦, 1998)

尉遲滄（1998）認為死亡學是研究臨終者與臨終者家屬身心照顧的學問，從死亡的角度促進生命的品質，也因此傅偉勳教授提出以生死學替代死亡，從生死一體的角度來規定死亡學，將之改為生死學。

傅偉勳（2010）認為廣義的生死學所關注的生死問題是整體全面性的，建立在科技整合的現代理論基礎之上，綜合哲學、宗教學、精神醫學、精神治療、死亡學、心理學等不同領域的探討成果；狹義的生死學則專注個體所面臨的生死問題，給予學理性的引導，幫助個體培養較為健全的生死智慧。

蔡明昌（2001）為生命教育、死亡教育與生死教育等作了充分的說明，生死教育的名稱由來是因為體認到生死一體。生命教育由光明面來歌詠生命、生死教育由死亡來反觀生命的價值、而死亡教育則是解決或預防因死亡而產生的種種問題（引自尹亞蘭、蘇健裕，2002）。張淑美（1999）認為生死教育的理念與涵義在探討死亡的本質，以及各種相關的主題與現象，使得人們能夠省思自己與他人、社會的關係，進而察覺生命的意義與價值。

陳錫琦（2004b）針對大學生研究發現，接觸老人、重病患者與否，有無修過生死學，親人健康情形好壞，家中是否討論死亡等因素，都會影響大學生對於生死學課程的需求。

李佩怡（2004）引用 Downe-Wamboldt 與 Tamlyn（1997）的研究認為健康領域的專業人員在養成教育的過程中，必須有適當的教育以獲得必要的知識、態度及技術，以因應面臨瀕死病患及其家屬在生理、心理與靈性等層面的需求。

林綺雲（1999）認為醫護人員、社工、教師與牧靈人員等專業人員需要死亡相關知識以因應工作情境的需求，因為這些專業人員比一般民眾有更多機會接觸到死亡的情境，對於瀕死病患或臨終者的照護會造成他們的緊張或無力感，因此這些專業人員必須學習死亡的相關知識，以釐清自己對於死亡的態度、恐懼或焦慮感，使他們能夠理智地面對死亡。

穆敬雯與劉輝（2011）認為在醫學院開設生死教育，其目的在引導醫學生深入思考並認識生命的意義和死亡的恐懼，克服對於死亡的恐懼，幫助建立正確的生死觀，從而促使尊重生命與死亡的價值。

因此曾煥堂（2000）認為在護理學院進行生死學的教學目標需要包括：1.讓學生瞭解自己對死亡及瀕死問題的觀點，對死亡進行思考；2.讓學生討論死亡的詞彙、死亡的象徵物、文化傳統對於死亡的認知，引導學生打破傳統社會對於死亡的禁忌，對死亡進行討論；3.讓學生瞭解自己對於死亡的態度，並且建立面對死亡時的適當態度；4.進行臨死知覺教育，讓學生瞭解死亡的歷程，體會瀕死病患的情緒及其需求；5.瞭解死亡所造成的失落，及瞭解所造成的反應，以獲得處理失落的技巧；6.讓學生瞭解預立遺囑的時代，對生命進行反省，並且建立準備死亡的行動；7.瞭解台灣社會處理死亡的相關機構，不同信仰中處理死亡的儀式與意義。護理學院的學生應在生死學課程中學到上列目標，讓護理人員進入臨床工作之後能夠以適當的態度面對瀕死病患以及病患的死亡。

對護理學生進行生死學教育的成效並不一致，Caty 與 Tamlyn（1985）發現生死學教育對於護理學生死亡態度的影響，會因學生環境經驗的不同而出現不同的效果：1.正面影響效果，對死亡有正面、積極的態度；2.延遲的正向效果，生死學教育的影響不會立即反應到學生面對死亡的態度上，需要一段時間才會看到成效；3.沒有效果，因為學生以具備足夠的死亡認知與態度（引自曾煥堂，2000）。

曾煥堂、林綺雲、林慧珍與傅綢妹（1998）認為生死學教育的成果顯示能夠協助護理學生降低面對死亡時的逃避傾向，進而降低對於死亡的焦慮與恐懼，因此若是能夠適度增加護理學生面對臨終病患的工作能力，進入臨床工作後經歷病患的瀕死或死亡時，就能夠因應死亡所帶來的壓力。

高鈺琳、傅義強與陳佩云（2010）研究發現，醫學院學生接受生死學課程之後對死亡焦慮的程度下降，但是要真正坦然面對死亡並且超越死亡需要時間及生活經歷的磨練，因此這些學生接受生死教育課程前後逃避死亡的情況並無明顯的變化。方曉芬（2011）

認為護生有較高的死亡教育需求，他們認為死亡教育對護理工作有重要的作用，且死亡教育能夠幫助護生建立正確的死亡態度，減少死亡恐懼。

曾煥堂（1999b）也發現護理學生接受生死學教學之後死亡逃避的態度降低，也比較能夠思考死亡相關事件，較不會產生不好的心情，且正向人生意義態度也明顯增加，對生命更加感恩。

生死學教育會刺激護理學生去改變自己的生命價值意義與感受，但是當面對死亡情境時對死亡所產生的感覺與反應，真正讓護理學生態度改變的原因還是在自己本身的思考（曾煥堂，1999b）。

護理人員在學校所接受的生死教育訓練，引導他們思考自己對於生命與死亡的想法，成為一顆種子埋藏在護理人員的心中，當進入臨床工作碰到病患死亡的時候，這顆種子就會開始成長，並且透過更多生死相關的在職教育訓練，會更加茁壯，促使護理人員反省自身的想法與態度，促進護理人員的成長。

第三章 研究方法

本章共分五節，第一節針對質性研究的內容進行探討，第二節為研究對象，第三節為研究步驟及程序，第四節為研究工具，第五節為研究嚴謹度。

本研究要探討內科護理人員面臨死亡病患的心理調適，以及對個人死亡態度的影響，藉質性研究深度訪談，探討研究參與者的生命經驗，捕捉研究參與者其工作經驗的心路歷程，面對病患死亡之悲傷反應與因應自身經驗所賦予的意義，並對其做進一步深入分析。故以內科病房護理人員作為研究參與者，採取質性研究，將研究參與者的敘述性資料轉錄為文字資料，再對資料進行反覆地分析、比較與歸納，以期深入瞭解內科護理人員對於病患死亡的心理調適之相關理論。

第一節 質性研究

質性研究觀察、紀錄、分析並解釋所研究現象之特質、屬性、型態、脈絡及事件全貌的意義（賴維淑，2001），其研究的焦點針對研究者與研究參與者的日常生活事件的意義描述與詮釋，瞭解生活經驗所發生的現象，研究參與者的行動只是表面對象，唯有穿透行動進入背後的「生活事件」進行理解，注重現象的本質及其內涵，才有可能闡明原先行動的意義（鄒川雄，2003）。

質的研究方法，著重於「單點切入」，使能夠對研究參與者做更加深入及多面向的發掘，並且仔細地研究所選擇的議題，以得到深化且具開放性的理論，所以質性研究能夠處理量性研究難以處理的議題，包括探索性研究、意義的詮釋與發覺深層文化結構，進行探索性的研究，主要目的在於希望對研究對象取得較為整體性的瞭解，為此研究者需要不斷觀察、紀錄，並且不斷進行分析（齊力，2003）。

因此，質性研究適合做為掌握並理解行動者對行動所賦予的主觀意義的方法，透過蒐集研究參與者的敘述或提供的文本資料，研究者可以理解行動者的主觀意義；也就是說，研究者對於事件的瞭解，將不只是依循研究參與者的主觀看法，同時將帶入研究者自己本身的認知（齊力，2003）。

質性研究是人性化的，由研究參與者的立場出發，探究其心理歷程，理解其情緒感受、因應及調適，本研究採用質性研究探討內科護理人員面臨患者死亡的心理調適及意義建構，此經驗的內容為當事人與生活及工作情境相互連結之意象表徵，藉由訪談具有相關經驗之內科護理人員，融合中西方文獻之詮釋，以探討護理人員經驗病患死亡之調適。

壹 深度訪談

日常生活中，觀察、聆聽和接觸是我們探詢世界的主要方式，而訪談是一種有目的的交流行動，研究參與者使用自己認為研究者可以理解的述說故事的方式，重構其經驗與生命歷史，研究者透過與研究參與者交談，雙方共同建構事件的意義，並且進一步瞭解研究參與者對於事件的認知、看法與感受（江文瑜等人，1996）。

藉由創造情境，使研究者能夠透過語言表達溝通對事物的意義進行瞭解，同時輔以聆聽與觀察，與研究參與者共同建構生命的本質與行動的意義，並且透過詮釋將研究參與者的行動進行還原再現。

深度訪談同時也是有效的質性研究工具，不具有固定的訪談規則，訪談的進行常因訪談者與受訪者的互動情形而有所差異（王仕圖、吳惠敏，2003）；深度訪談主要使用開放、直接及口語化的問題引出研究參與者的生命故事及敘事內容，著重於促進研究者於研究參與者共同建構經驗的意義和理解研究的主題（Willian L. Miller & Crabtree, 2002）；而高淑清（2008）表示在深度訪談的過程中，當資料訊息開始出現重複、多餘的情形時，即可視為資料飽和，另一方面 Bainbridge (1989)則是認為當深度訪談的內容不再提供任何有助於瞭解研究主題的新觀念，代表所搜集的資料已趨於完備，此時便能夠停止繼續進行訪談（引自范麗娟，1994）。

因此深度訪談是本研究的主要資料收集方式，訪談強調深度、經驗的細節與其中細微的差別，研究者與研究參與者一起理解研究主題並建構其生命經驗，藉由使用語言敘說的過程，使研究參與者更深入瞭解自己以及自己所在的社會處境（江文瑜等人，1996）。

透過深度訪談，不但能夠掌握研究參與者的主觀意識，且經由長時間的對談，有充分時間，能夠將研究參與者的心理歷程，以及相關經驗進行完善的資訊蒐集。並且輔以相關的文獻資料，將可使我們對研究參與者有更加深入的掌握。

貳 半結構式訪談

訪談有許多不同形式，W.L. Miller 與 Crabtree (1992)和 Williams (1997)以研究過程區分訪談類型，可區分為結構式訪談(structured interviews)、半結構式(focused or semi-structured interviews)或非結構式訪談(unstructured interviews)，以及群體訪談(group interviews)，本研究採用半結構式訪談進行資料蒐集。

半結構式的訪談比結構式訪談更具有彈性，研究者列出感興趣的主題作為訪談指引，使用較寬廣的研究問題作為訪談依據，導引訪談的進行（王仕圖、吳惠敏，2003）。

訪談大綱通常在訪談進行前被設計出來，作為訪談的架構，但用字與問題順序不需要過於侷限，主要的內容須與研究問題相符，問題的形式、探究的方式或提示則採取較具有彈性的方式進行（林金定、嚴嘉楓與陳美花，2005）。

半結構式訪談的彈性能夠幫助研究者發掘受訪者語言中的情感與價值，以幫助展露其個人意義；不僅是允許受訪者對訪談情境加以定義已得到更詳細的描述，也能夠誘導受訪者透露自身理念與感受的脈絡（釋蓮恩，2010）。

本研究採用半結構式，以「訪談大綱」進行個案訪談。首先由文獻與自我省思開始規畫研究主題，之後進行研究設計，設定抽樣方式、擬定訪談大綱與訪談同意書。

第二節 研究參與者

壹 篩選條件

質性研究主要採取立意取樣，對少數的研究參與者進行完整、深入且豐富的資料蒐集工作（羅玉如，2007）。因此研究目的希望瞭解「內科護理人員面對病患瀕臨死亡時

的態度」，進而瞭解「內科護理人員的心路歷程」，從而深入探討「內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法」。為蒐集豐富的經驗內涵及工作經驗，本研究對 5 位工作年資兩年以上之內科病房護理人員進行研究，工作年資兩年以上護理人員已度過適應期，比較有思考自己對於病患死亡之感受，而工作年資之上限並無特別限定，因研究者認為即使工作多年的護理人員即使漸漸能夠將病患的死亡視為病房工作的常態，在面對病患的死亡仍會有所感觸，從而影響自身對於死亡的態度，綜合以上所言，研究參與者條件如下：

- 一 工作年資兩年以上。
- 二 具有內科臨床工作經驗。
- 三 於臨床工作中曾遇到自己所照護的病患死亡。



貳 研究參與者基本資料

表 1 研究參與者基本資料表

代號	性別	年齡	婚姻	教育程度	宗教信仰	工作 資歷	內科病房 工作資歷
A	女	32	未婚	大專(學)	佛教	神經內科→ 血液腫瘤科	八年
B	女	29	未婚	大專(學)	無	肝膽腸胃科 →血液腫瘤 科→新陳代 謝科	五年
C	女	25	已婚	高中(職)	無	一般內科	三年
D	女	40	已婚	大專(學)	佛道	血液腫瘤科 →一般外科 → 一般內科	十年以上
E	女	31	已婚	大專(學)	天主教	加護病房→ 一般內科→ 麻醉科	四年

表 2 研究參與者訪談時間表

	訪談日期	時間	地點	方式	使用工具
A	2014/01/23	120 分	宿舍房間	訪談	錄音筆
	2014/11/03			Line	手機
B	2014/07/26	85 分	星巴克	訪談	錄音筆
	2015/01/25			Line	手機
C	2014/07/29	80 分	咖啡店	訪談	錄音筆
	2015/02/18			Facebook	電腦
D	2014/11/02	105 分	星巴克	訪談	錄音筆
	2015/03/11			Line	手機
E	2014/11/29	96 分	星巴克	訪談	錄音筆
	2015/04/02			Line	手機

第三節 研究步驟及程序

壹 研究流程

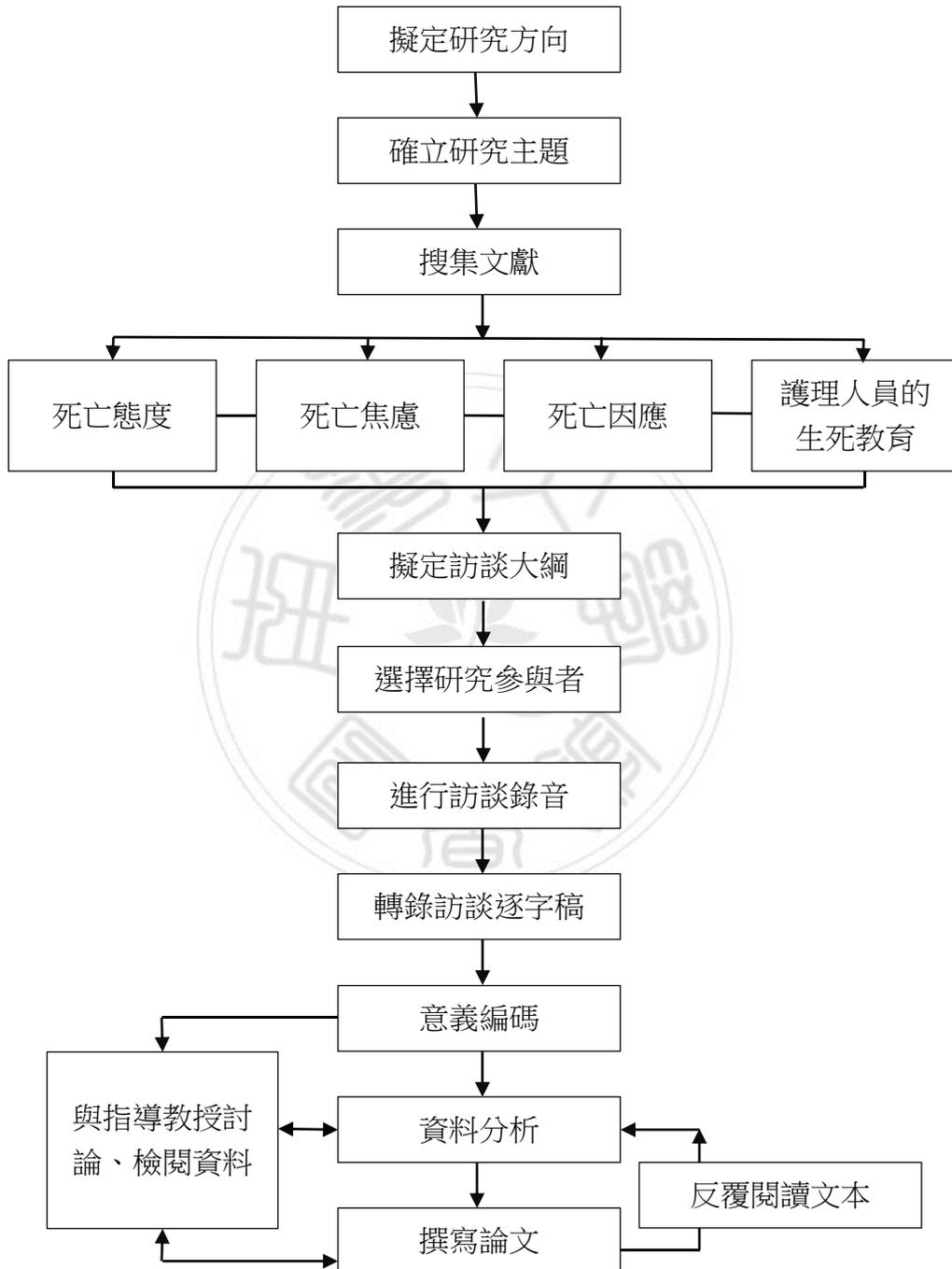


圖 1 研究流程

貳 研究步驟流程說明

根據研究設計的內容，將研究步驟條例如下：

- 一 蒐集並閱讀文獻資料，節錄整理與本研究相關之理論。首先閱讀國內外相關研究文獻，瞭解學界對護理人員面臨病患死亡其心理歷程之界定與研究成果。
- 二 擬定訪談大綱：依據研究目的與文獻資料訂出訪談大綱，做為引導個案自我陳述之依據。
- 三 選擇訪談對象：研究者於內科病房服務，可由一起工作的同事中，尋找有病患死亡經驗者，先行預視訪談後，找到五位內科病房護理人員作為研究對象。
- 四 進行訪談錄音：事先將訪談大綱提供給研究對象，說明研究目的及定義，徵求個案同意後，約定時間訪談並錄音。訪談過程讓受訪者自主陳述訪談大綱之主題，研究者扮演傾聽並澄清受訪者陳述意涵之角色，並適時引導受訪者深究其經驗的細節與場景。
- 五 轉錄訪談逐字稿：盡可能包括重要的非口語訊息及其言下之意的溝通內容
- 六 意義編碼：以整體感轉錄訪談內容，整理出概略性意義單位並且編碼。反覆檢視逐字稿，以受訪者的立場，設身處地摘要出受訪者所表達的基本意義，成為研究主題分析與討論的文本。將整理過後的文本交給受訪者，做書面之修改或補充。
- 七 資料分析：將文本與國內外相關文獻作分析比較與討論。受訪者的自述內容，長包含感覺訊息與解釋訊息，研究者應進一步釐清其中差異。
- 八 撰寫論文。
- 九 修改論文初稿內容。
- 一〇 結論。

第四節 研究工具

壹 研究者

在質性的研究中，研究者本身就是重要的工具 (Patton, 1995)，以人作為研究的主要工具，是因為質化的研究中充滿許多不確定性與可變性，唯有將研究者作為研究工具，才能夠順應這樣多變的研究情境 (林佩璇，2000)；訪談資料由研究者本人蒐集，資料的蒐集直接影響到研究結果的有效性和可信度，因此，研究者是否具有敏銳的觀察力，進入受訪者的內心世界，探究其個人獨特的生命經驗，是研究能否成功的關鍵。

研究者本身除在醫療相關領域外，就讀研究所期間研讀與本研究主題相關的課程，且大量閱讀相關文獻資料，定期與指導教授及研究團隊討論與本研究相關之議題，以提升研究的專業能力及素養。

貳 訪談大綱

研究者依據本研究目的，擬定訪談大綱以提供訪談時的基本架構，確保訪談方向能夠切合研究目的，其內容如 (附錄二)。

參 訪談同意書

為保障受訪者權益及研究倫理，訪談前透過同意書說明受試者的權益。其內容包括論文主題、研究者身分、訪談時間、同意受試者簽名等 (詳見附錄一)。

第五節 研究的嚴謹度

質性研究所關注的是人的生活脈絡以及內在主觀經驗與感受，因此在信度與效度上常遭受質疑。Lincoln 與 Guba (1985)提出用 Trust-worthiness 以檢視質性研究的品質，包括：確實性(credibility)，即內在效度(internal validity)；可轉換性(transferability)，即外在效度(external validity)；可靠性(dependability)，即信度(reliability)；可確認性(confirmability)，即客觀性(objectivity)以表示研究的客觀性 (高敬文，1999)。

一 確實性

確實性就是內在效度，質化資料真實的程度，即研究者是否真正觀察到所希望觀察的現象。在訪談過程中，研究者將站在受訪者的立場去體會受訪者的感受，以開放談話的方式使受訪者能夠更開放暢談內心的看法，盡可能收集資訊，以期資料能夠更加完整達到飽和，同時符合研究目的並真正呈現受訪者的感受。

二 可轉換性

可轉換性就是外在效度，評估研究結果是否能夠適用於不同情境；因此研究者將觀察到的種種紀錄轉換為文字紀錄。本研究使用錄音筆，真實記錄訪談的過程，並將訪談內容轉錄為逐字稿，將更加詳細的資料提供給與讀者，使其能夠判斷研究結果是否適用於自身情境。

三 可靠性

可靠性就是信度。資料收集者的信度可由慎選訪談者、事前訪談技巧的訓練與訪談情境的模擬等加以控制，以保持訪談情境的一致性（高敬文，1999）。因此訪談前，研究者閱讀有關訪談技巧與深度訪談的文獻，以增進對於訪談技巧的認識與瞭解，期望能講訪談運用得當；並且，在正式訪談前，選擇一對象進行預試訪談，瞭解自己的訪談能力並加以補強，增加訪談的深度。

四 可確認性

可確認性是指研究客觀性，這是研究者本身偏見的問題，因此為克服偏見，研究者需在研究過程中透過不斷省思以瞭解自我。

質性研究的嚴謹性可能會因為研究者本身的偏見或缺乏足夠訓練等因素而影響研究發現，因此為克服偏見，研究者應審視研究過程，在閱讀文稿、考慮研究參與者的想法、看法的過程中，研究者應力持平衡，透過不斷省思以保持自我，保持公正與謹慎的態度進行研究。

第四章 內科護理人員面對病患死亡的心路歷程

本章共分為六節，分別為：第一節印象深刻的死亡、第二節護理人員的情感、第三節分享情緒與感受、第四節工作前後的改變、第五節對於死亡的看法、第六節自己的死亡。

第一節 印象深刻的死亡

Robert Kastenbaum (2005)認為當護理人員面對病患死亡，臨終的景象會給予護理人員不同的思考空間，當人的內心與臨終時刻交會的瞬間，會有四種深刻而直接的意涵：1.提醒我們每個人都會死亡、2.讓我們觀察到生命如何過渡到死亡、3.人都將變成死亡的軀體、4.分離及失去所帶來的哀痛（藍育慧等人，2007）。

在臨床工作的過程中，護理人員會有讓自己印象最深刻的病患死亡的經驗，可能是踏入職場生涯後第一次遇到病患需要進行急救，但因缺乏經驗所以只能站在一旁不知道該如何是好；長期照顧的過程中，與病患之間產生如朋友般深刻的護病關係，然而患病過程中，病患慢慢衰退，最終離開人世，並在護理人員的心中烙下深刻的痕跡。本節分三個主題進行討論，分別為：壹、初次與死亡相會；貳、無法忘懷的死亡；參、延長生命是酷刑？

壹 初次與死亡相會

病患離開人世的方式有許多，也許是在睡夢中安靜過世；也許是早知疾病不可預後，已先預作決定在病情變化時不給予積極的治療，就這樣慢慢地離開；也許是因為病情急轉直下，經歷一番搶救過程之後，仍然急救無效而宣布死亡。在現代社會，死亡彷彿被視為醫療的失敗，延續生命成為醫療是否成功的重要指標，延長瀕死病患的生命，成為醫療的重要議題，各種延長生命的科技不斷改革與創信，然而使用各種方法延長生命的長度，往往使得病患受到更多的磨難與痛苦（吳志鴻，2006）。

當病患瀕臨死亡，醫護人員依據醫療程序的規定為病患進行急救，許多護理人員進入臨床之後第一次遇到急救的現場，會被那樣分秒必爭的場景震撼。B 回想自己第一次碰到病患急救，反而是因自己不熟悉醫療步驟感到手足無措。

「…我不知道為什麼我覺得，因為不是很多說新人一進去啊，面對那個 expire，或是 CPR(Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation，心肺腦復甦術)都有震驚，我都覺得我還好，我是第一次遇到 CPR 是不知道自己要幹嘛，可是對病人躺在那裡啊，我反倒沒有什麼感覺 (B1-054)」。

B 本身的個性比較冷靜，進入臨床工作的時候也已經做好充分的心理準備，第一次在臨床碰到病患急救，面對生死一線的情況，B 並未受到強烈的震撼，對性命垂危的病患也沒有特殊的感受。

A 進入醫院工作之後被訓練出一套反射動作，碰到病患病情危急的時候，腦中只想著要趕快給予病患所需要的醫療措施，在這個緊急的時刻，病患就只是病患，不具有其他的意義。然而在 A 轉調到血液腫瘤科工作之後，她發現一切都不一樣，血液腫瘤科的病患多罹患無法痊癒的疾病，這些病患對死亡已經做好心理準備，他們簽下 DNR，拒絕更多積極的、無用的治療，讓自己邁向死亡之際不需要受到更多的苦痛，因此在血液腫瘤科，A 被訓練出的反射動作毫無用武之地。

「我這個當下不知道我要幹嘛耶！… (A1-038)」。

病患邁向死亡的過程就像是播放電影的慢放，不管是病患或是醫療團隊的動作都像慢動作一般，護理人員能夠清楚看見每一個動作，清楚地看到病患生命消逝的歷程。

「…一切都非常的緩慢… (A1-038)」。

急救進行的當下，護理人員唯一需要考慮的是病患目前需要什麼樣的醫療措施：缺氧的病患趕緊暢通呼吸道、給予高濃度的氧氣，心臟衰竭給予強心藥物，幫助心臟繼續跳動，在這個時刻，病患是各種不同器官的組合，而非具有靈魂的人，因此進行急救的當下，護理人員集中注意力在急救過程，直到病患死亡，各式醫療器材撤離、醫療人員

離開病房，僅留下護理人員為病患清理身體、家屬進入病房這短暫的過程，護理人員才能夠稍稍思考病患死亡的事實，一個人的生命殞落的事實。

E 第一次碰到病患死亡並不是在醫院裡，而是在養護機構，當班的時候院內的老人突然間沒有呼吸，當時 E 並不瞭解亡者該有怎樣的樣態，還以為老人尚未死亡只是在睡覺，當時只有她獨自一人處理所有的事物，她沒有時間思考，她對於自己第一次接觸所照顧的病患死亡的事實，並沒有太深刻的感受。。

「…我第一次碰到那個就不會，因為那時候就很緊急啊，沒有人…你根本沒時間… (E1-116)」。

進入醫院工作之後，剛開始在臨床碰到病患死亡，看到家屬因為親人死亡而傷心哭泣，會被家屬的情緒感染，跟著一起哀慟病患的死亡。

「…剛開始碰到的時候會…會跟著他們一起傷心嘛 (E1-010)」。

家屬強忍著心中滿滿的不捨，邊哭泣邊告訴已經死亡的病患，不要留戀世間，趕緊前往極樂或天國；又或是家屬在床邊嚎啕大哭，吶喊出他們對病患的不捨，為病患的離開感到悲痛。家屬強烈的情緒溢滿整間病房，E 被氛圍影響而眼眶泛淚，甚至無法控制自己的情緒掉下眼淚。

「應該家屬哭喔，然後都一邊哭一邊跟病人講話的時候… (E1-122)」。

「…尤其是第一次遇到自己的病人的時候 (E1-012)」。

特別是第一次碰到自己照顧的病患更是如此，照顧的過程護理人員投入許多情感，與病患之間產生緊密的聯繫與感情，一旦病患死亡，護理人員更是無法輕易接受。

人們知道自己終有一天會邁向死亡，卻不曾認真看清死亡的面貌，護理人員也是一樣，直到進入臨床工作之後，才如此近距離地經歷死亡的發生。護理人員帶著滿心熱忱進入臨床工作，全心全意照顧病患，與病患建立朋友般的情感；初入臨床工作，護理人員對死亡僅是模糊的印象，當護理人員初次面對病患的死亡時，護理人員揣著對於死亡的曖昧的認知，深刻體會死亡的真實樣貌，對護理人員而言無異是強烈的震撼。

貳 無法忘懷的死亡

臨床服務的過程，每位護理人員都有一個對自己而言非常特別的病患，也許因為自己無法幫助改善病患的苦痛而感到無奈，或是因為對病患的處境感到惋惜或氣憤，這些病患的死亡在護理人員心中留下深刻的印象。

從神經內科、新陳代謝科等病房轉到血液腫瘤科服務的過程中，A 發現不同科別屬性的病房，對待瀕死病患的方式截然不同。血液腫瘤科的病患大多罹患癌症等疾病，患者在反覆出入院的過程中慢慢地邁向生命的末期，病患瞭解自己即將面對死亡，家屬也瞭解自己的親人即將離去，為了讓自己或親人能夠有尊嚴地離開人世，他們選擇簽立 DNR，避免病患在病況危急之際接受過多的急救措施。

神經內科病患的病況改變很難預料，上一刻還活動自如，下一刻病情馬上急轉直下，喪失意識需要進行急救，所以在神經內科的病患很少預先簽好 DNR。

「…我很少碰到這種事情，因為我在 neuro 幾乎不會碰到，因為他們 DNR 不會 Sign 好… (A1-038)」。

A 被醫院訓練出急救的反射技巧，一旦遇到病患情況危急瀕臨死亡的時候，以最快的速度為病患執行急救。

「…我被醫院 training 出一種 skill，就是我發現我什麼狀況的時候，我第一個反應，我腦子就在想，我要怎麼做，他的 heart rate 亂跳，EKG monitor 先裝，抽什麼血、抽什麼血，要跟醫生說什麼，O2 nasal 先戴，那是我被 training 出來的一種……反射 (A1-038)」。

她不需多加思考就能夠進行急救，身體自動自發執行醫療措施，節省思考的時間，就能把更多時間用於搶救病患的生命。

「…我接到我的病人 apnea 的時候，第一個馬上推 BP monitor 跟 EKG monitor，很急嘛；我之前在 ortho 也是這麼急，然後在 nephro 只要這種狀況，就 EKG monitor、BP monitor on 上去… (A1-038)」。

在情況危急的時候，A 只想著該如何將病患從瀕死的邊緣救回來，而急救過後病患大多會被送到加護病房接受密切的觀察，或者是因為急救失敗在病房死亡，因此 A 在神經內科很少、甚至幾乎沒有遇到病危 AAD 的病患。

A 在血液腫瘤科第一次碰到自己的病患辦理 AAD(Against Advice Discharge，自動出院)，家屬在病危瀕臨死亡的時候為病患辦理自動出院。

「我第一次，第一次 AAD 病人回去，就是 critical AAD，就是病人就 critical AAD 回去 (A1-036)」。

中華民族的傳統觀念是「落葉歸根」，期待家人能在家裡過世，當病患瀕臨死亡的時候，家屬希望能夠讓病患留一口氣回家，但醫院規定尚未治癒的病患不能夠出院，所以家屬會辦理自動出院的手續，帶著瀕臨死亡的家屬返回家中。

「…當你遇到病人是他什麼都不要的時候，你給他的心理支持是什麼？… (A1-038)」

病患簽下 DNR，拒絕接受所有挽救生命的急救措施，A 以往所學習的一切急救技巧如今派不上用場，滿腹專業知識毫無作用，她失去身為護理人員最基本提供身體照護的功能，她赤裸裸地與瀕死的病患相對，如蔡昌雄、蔡淑玲與劉鎮嘉 (2006) 所言，再多的醫療技術也毫無用武之地，醫療器具、專業知識沒有用處，無法阻隔病患與護理人員，彼此之間坦誠相待，將護理人員此時此刻的脆弱與悲傷顯露出來，病患的死亡引發護理人員自身的邊界經驗。A 到困惑與絕望，自己到底能夠為這個瀕死的病患做些什麼來幫助他度過最後的階段。

進行急救的當下，時間的流逝非常地快速，每分每秒被醫護人員的急救動作充滿；然而當病患拒絕更多積極的醫療，臨終與死亡之間的時間卻是如此漫長。

「…突然間…不喘了，然後就幫他穿衣服，然後幫他叫救護車，其實他們都是非常緩慢地進行，一切都非常的緩慢… (A1-038)」，

護理人員的一舉一動都像是慢動作，所有的動作看得清清楚楚，但是生命消逝的速度卻又如此快速，一下子，病患就沒有呼吸、心跳等生命徵象，離開這個世界。

「…怎麼一下子就什麼都沒了… (A1-038)」。

病患死亡之後，家屬嚎啕哭泣的聲音在耳邊迴盪，讓自己短暫喪失心神。

「…那時候我就走得飄飄的…我的心一直跳，一直心悸，走路很浮，因為我不知道我能為他幹嘛… (A1-038)」。

當病患受苦的時刻，存在著病患巨大的恐懼、混沌與黑暗，如同厚重的濃霧，涉入其中會使得照護者無所適從 (石世明，2000)。身為護理人員的功能被剝奪，A 就像不小心進入臨終現場的旁觀者，無法應對其中的強烈衝擊，顯得不知所措。

B 對急救無效死亡的病患印象最為深刻。

「通常印象深刻就是 CPR 回不來那種 (B1-006)」。

一般醫院在執行急救三十分鐘之後仍然無法救回病患時就會宣布急救無效，同時停止一切急救措施；中國傳統孝道認為子女應該見到父母最後一面才稱得上孝順，為了等待遠方親友返回見病患最後一面，家屬會要求醫師在急救無效之後仍繼續執行壓胸、給藥等急救措施，當護理人員耗盡力氣之後，會用機器代替人力，以 Thumper (氣動心肺復甦機) 繼續執行壓胸的動作。

B 所照顧的病患急救無效，在醫學上已經被視為死亡，為了等待外地的子女回來，在家屬要求下繼續使用 Thumper 繼續進行急救，使用 Thumper 急救，代表病患只是病情危急，還沒有死亡。

「…印象最深刻的，就是 CPR 回不來，然後家屬就是又在…家屬又說要等其他家屬回來，就接 Thumper。我覺得 Thumper 真的是…我第一次看到那個 Thumper 就是在那邊壓… (B1-010)」。

熟悉臨床工作的業務之後，B 第一次使用 Thumper 進行急救，Thumper 的聲音、型態都讓 B 留下深刻的印象。

「…好像是我進去第二年還第三年就是我剛熟悉這個…我第一次看到那個，他們醫生在那邊就說用 Thumper…我想說…喔…因為我們壓的時候是…恩… (B1-018)」。

不同於使用人力急救，Thumper 用設定好的力量做壓胸的動作，但是每個病患的體格不同，有胖有瘦，即使透過設定盡量讓下壓的幅度符合病患的體型，對於久病臥床消瘦的病患而言，Thumper 的力量仍顯得過於強烈。

使用 Thumper 急救的時候，在機器下壓的那一瞬間，B 覺得自己似乎聽到了病患的肋骨被壓斷的聲音。

「…我記得剛開始壓的時候就聽到肋骨斷掉的聲音… (B1-018)」。

那時，所有醫療人員各自忙於手頭的工作，即使現場如此吵雜，病患骨頭斷掉的清脆聲響仍舊穿越過所有的聲音。

「我聽到啪一聲，就是骨頭斷掉的聲音，那也不是啪，就是…不會講 (B1-0201)」。

瘦弱的阿嬤受盡病痛的折磨，在死亡之後，因傳統觀念的約束，被機器壓斷肋骨，即使病患死亡已經毫無感覺，B 仍舊對阿嬤繼續受到折磨感到心痛，也因此讓她將這個病患死亡深深地印在心裡。

一個漸凍人阿嬤的死亡讓 C 印象深刻，病患從急診進入病房後很短的時間就死亡。

「印象最深刻的，應該是那個阿嬤吧 (C1-015)」。

「…我到後來要去幹嘛，後來我又去幹嘛的時候，我忘記又去發藥還是，我忘記了，反正又去的時候就不會動，就是整個都是這樣了，就嘴巴開開的，都沒有反應，手都是…整個… (C1-020)」。

但是並非病患死亡本身讓 C 印象深刻，而是在病患死亡之後，她感覺病患的靈魂仍然在自己的身邊徘徊，就是一般人認為的鬼魂，以民間的講法，C 具有特殊體質，對死亡特別的敏感，有時候甚至仍然能夠感覺到死去的人就在自己的身邊。

「她只是一直跟了我一個多月而已啊 (C1-026)」。

台灣民間對於死亡有許多的禁忌，即使是與死亡為伍的護理人員也有著屬於自己的禁忌，有些人認為在病患死亡的時候不能站在床尾，因為床尾是靈魂離開的位置，在病患死亡的時候站在床尾會與死去病患的靈魂錯身而被影響。

「…我覺得我應該是傻傻的，我那時候我不知道不能站在床尾 (C1-028)」。

「因為她被帶起來的時候是那個啊…所以我不知道我傻傻的，我還站在床尾，可能就是那個剛剛好的時間（C1-030）」。

C 說阿嬤死亡之後，靈魂還跟在自己身邊一個多月，影響自己的日常生活，在那段時間，她不明原因地感到驚惶，一點輕微的聲響都能讓她受到驚嚇。

「…讓我很痛苦而已啊…電話響稍微的聲音我都是從床上彈起來，你都覺得你飄起來又彈下去…（C1-036）」。

夜不成眠又要兼顧照顧病患的工作，心神不寧、體力耗盡的情況讓 C 感到十分辛苦。

「…你就很不舒服，就是睡也睡不好，你很累可是睡不著，然後你就覺得做什麼事情都很不安心…那一種感覺就是很怪啊，就是怎麼樣就是很奇怪，你不知道原因到底在哪裡的怪…（C1-036）」。

直到後來 C 尋求民間協助，才徹底擺脫這個狀況，這個病患的死亡影響 C 的日常生活，造成 C 的不便，讓她對這個病患的死亡印象非常深刻。

Kübler-Ross (1969)發現當年紀、性別與自己相仿的病患死亡，護理人員特別難以排解自己的情緒。D 在血液腫瘤科服務的過程中，遇到跟自己年紀相仿、甚至年紀比自己小的病患，使她對此無限感慨。

「有遇過可能小我們一、兩歲，就有點像自己的弟弟…（D1-020）」。

這些年輕的患者就像自己的兄弟姐妹，彼此的相處也像兄弟姐妹般地親密，然而這些病患年紀輕輕卻罹患不治之症，才正要開始享受自己的青春年華，卻必須面對殘酷的現實，為了延長自己的生命，長期來往醫院接受治療與疾病對抗。

「…他大概化療打到一定的程度之後，他算是在緩解的情況之下，他就做周邊血液幹細胞或骨髓移植。那因為那時候有遇到好像跟自己同年紀的差不多，然後狀況就越來越不好…（D1-016）」。

反覆住院接受化學治療身體漸漸地好轉，病情緩解終於能夠接受更進一步的治療，原本預期病患漸漸好轉，為病患感到開心的時候，卻又再度復發，病況急轉直下。

「…就像你會覺得說他其實是很好，甚至有些他是後來做了骨髓移植之後也很好，可是後來復發了，那時候衝擊比較大… (D1-020)」。

與自己年紀相仿的病患，使 D 將自己與病患的身影交疊，正要開展自己的人生，卻患上不治之症，為了延長生命接受治療，忍受病痛所帶來的苦痛與藥物副作用的不適，漸漸好轉之後接受更進一步的治療，原先籠罩上陰影的未來出現一線曙光，卻又再次復發，再次被打落谷底，與病患一同歷經病情的起伏並且迎來不佳的結果，更使得她備受衝擊。

護理生涯裡，一定會有讓自己印象最為深刻的病患死亡的經驗。第一次病危出院，不同科別之間截然不同的處理方式，讓自己所學無用武之地；接上 Thumper 等待家屬回來，受盡折磨的病患讓人心生不捨；即使在死亡之後仍圍繞在自己的身旁，嚴重影響日常生活與工作；年紀相仿的病患卻已預見生命的終點，種種的經驗在護理人員心中烙下深刻的記憶，也影響護理人員的想法與未來。

參 延長生命是酷刑？

醫療科技的進步，讓人們能夠使用各式各樣的藥物，克服疾病的束縛，延長人們的壽命，延長生命的科技，如呼吸器、葉克膜等維生系統不斷的創新與改進，使得病患在生命垂危之際，能夠超越生命的極限繼續存活。

「…我媽說雖然看他很痛苦，又捨不得他走，然後至少他人在那裡… (B1-080)」。

從家屬的角度 B 認為即使病患現在不如以往的健康，受盡疾病的折磨，或是毫無意識地臥床，對於深愛著病患的家屬來說，病患仍然活著，還在自己伸手可及之處，隨時都能夠看到他。

對護理人員而言，用醫療技術讓延長病患的壽命，是延長病患受苦的時間。

「…他是非常…非常 gentleman，真的，他就是很紳士，然後對任何事情都是很客氣，然後一家人都很和氣，就是好人，然後你就會覺得…對，的確好人應該要多活久一點，可是，多活久一點的情況之下好像也不是這樣被拉鋸著 (D1-034)」。

人們總會感嘆地說「好人不長命」，每個人都期待好人能夠活久一點，每個人都認為自己的親人是好人，希望他們可以在這個世界久一點，不要那麼早離開自己。

「…很多人都很想要讓他繼續活下去… (D1-030)」。

即使知道病患的癌症已經轉移，與死亡之間的距離縮短，但是家屬卻無法如此輕易接受病患即將死亡的事實，為了延長壽命努力尋求更加有效果的藥物或治療方法，卻讓病患承受更嚴峻的痛苦。

「可是明明知道那個其實是不可能，而且已經都 meta 出去了… (D1-030)」。

「…你就覺得他不停地在受苦 (D1-030)」。

雖然能夠理解家屬努力試圖延長親人生命的心情，但看到病患在這些時間內仍然持續受到病痛的折磨，仍讓 D 對病患的情況感到心痛。對 D 而言，她認為病患人生剩餘時間不多，更應把握跟親人、跟自己的孩子相處的時間，創造更多彼此之間的回憶。

「…其實我覺得他應該是好好地跟他孩子相處，我覺得比較感觸很深可能是因為我也有三個小孩，他也有三個小孩。所以就覺得說，為什麼他不好好，就是他的家人不好好…就是… (D1-030)」。

D 有三個孩子，跟病患的情境類似，更能夠設身處地體會病患的感受，同樣身為父母，D 惋惜病患用自己生命最後的時間追尋積極治療，延長自己的生命，也遺憾病患和家屬只能夠在周末假日相聚。

「把握那些時間，只有假日的時候孩子才來，但是我想家家有本難念的經啦，可是你就會覺得很可惜… (D1-032)」。

B 看到家屬請求醫生積極治療癌症末期的病患時，會因為病患為此延長受苦時間感到憤怒。

「…他們那些家屬要積極，可是其實我們都知道說那個病人根本就…早就已經都末期了，你是要救什麼鬼啊，他就多痛苦的 (台) (B1-040)」。

從護理人員的角度，癌症末期的病患距離死亡很近，積極治療的結果是將藥物的副作用、疾病本身帶來的病痛等痛苦持續加諸在病患身上。

每天看到病患進出醫院，接受各種最新的治療、使用最新的藥物延長生命，即使藥物的副作用為自己帶來不適，受到更多的苦痛，仍咬牙忍耐。

「在血液腫瘤科這種單位特別悲傷，會有一種…每天好像我們在為一些小事情感覺到煩悶，可是其實在當下自己就已經很幸福了，因為當我們在感到煩悶、不耐煩的時候，有很多人在為他們的生死苟延殘喘（A1-004）」。

A 認為每天我們為工作、人際關係、經濟等各種日常生活大小事項感到煩躁不安，悲嘆自己命運不佳，但是在這些為了生命而艱苦奮鬥人們眼中，這些困擾我們的事情，在死亡的面前都是不值一提的小事。

年紀漸長身體機能也漸漸衰退，人們因各種慢性疾病反覆住院治療，護理人員長期照顧這些病患，明顯觀察到他們身體衰退的情形，看著病患從能夠自由行走活動，慢慢地臥床時間增加，最後甚至失去意識臥床不起。

「…你會覺得躺很久的，其實反反覆覆一定會越來越嚴重，活越久也是受苦越久而已啦…（E1-032）」。

E 認為在反覆住院中慢慢邁向死亡的病患而言，活得越久是延長受苦。安寧觀念的推動，人們漸漸瞭解積極治療並不是病患唯一的選擇，人們瞭解使用呼吸器延長生命是延長病患的苦痛，然而對護理人員而言，是否插管卻是非常矛盾的選擇。

病患意識抬頭，進行醫療決策的時候醫師會尋求家屬的意見，甚至讓家屬決定末期病患的醫療方向。對久病臥床肺部無法正常擴張的病患而言，以自己的力量呼吸是非常辛苦的事情，為了呼吸耗盡全身的力氣仍無法得到足夠的空氣，不插管借助機器的力量幫助呼吸，病患必須增加呼吸次數以期得到更多空氣。

「…因為他生活也沒品質了…有的喘的家屬又不 on endo，也是…也是很痛苦，可是 on 了有時候拿不掉，也是要很久，對活著的人來講也是一種負擔啦（E1-032）」。

但是使用管路幫助呼吸，可能造成無法輕易移除的狀況，呼吸器幫助呼吸、胃管幫助進食、尿管幫助排尿，靠著種種管路協助維生，即使病患毫無意識，仍然能夠延長數

年至數十年的生命，在這期間仍會因為各種疾病反覆住院，除了維持管路的費用，住院治療的費用也增加家屬的負擔。

「…他只是…就是額外負擔那些費用，可是對他畢竟來講沒有改善，只能維持或是慢慢惡化，或是減緩他的惡化（E1-034）」。

A 和 E 認為末期病患可能喪失行為能力，需要他人協助才能執行日常生活，這樣的病患用各種醫療延長生命，毫無生活品質可言；B 為家屬選擇繼續進行積極治療感到憤怒，用盡各種方法延長生命，所剩不多的生命無法得到安穩；D 認為病患將剩餘的生命投入積極醫療，而非與家屬好好相聚，是一件非常可惜的事情。

對護理人員而言，積極性的醫療就像是雙面刃。選擇積極性的治療，延長病患生命的同時也是延長受苦的時間；拒絕積極治療，卻會讓病患承受生理機能衰退所帶來的苦痛。從家屬的角度出發，即使病患毫無意識躺在床上，終究在自己的視線範圍，與自己活在同一個世界，究竟該如何選擇，並沒有絕對答案。

第二節 護理人員的情感

Morse (1991)發現依據護理人員個人情感涉入的程度可將護病關係分為四個層次：1.臨床的 (clinical)、2.連結的 (connected)、3.治療的 (therapeutic)、4.過度涉入的 (over-involved)。護病關係是護理照護工作的核心，在照顧的過程中，護理人員與病患產生不同程度的連結，並且在病患死亡的情境產生強烈的知覺感受與情緒反應（引自蔡淑玲、蔡昌雄、楊麗靜，2007），然而在臨床照顧的過程中，護理人員不僅跟病患建立關係，也與家屬產生連結，因此本節就護理人員的情感分六個主題進行討論：壹、放手；貳、家屬的痛；參、與病患同在；肆、記憶連結；伍、無法表達的悲傷；陸、善終。

壹 放手

臨終病患處在生與死的交界，有時家屬拽著，希望能讓病患能夠留在世界上久一點，有時候則是病患自己抓著仍然執著的事物，殷殷期盼自己的願望能夠實現。

病患臨終之際，依照醫院的流程，醫生會進行插管、壓胸等急救措施。分秒必爭的緊急時刻，為病患插管並非簡單的事情，不僅是氣管內管，各種侵入性的治療，經驗不足的醫師都可能需要反覆數次才能夠將管路正確地放進去，在這個置入、拔出的過程就會對病患造成黏膜、皮膚挫傷導致出血等傷害。

為了讓無法進食的病患攝取營養會使用鼻胃管灌食，在插入之後要確認管路正確進入胃部才能達到供給飲食的功能，若是進入氣管會造成吸入性肺炎等嚴重後果。E 的爺爺因為無法進食所以接受插管，但因為醫生經驗不足或是病患躁動，嘗試許久都無法成功放入胃管，反覆插入、拔出，使黏膜損傷出血，鼻胃管沾上黏稠了血液。

「…不知道是醫生太粗魯還怎樣，就 on 了很久 on 不上，我那些堂妹他們都認為 on NG on 太久…他可能插很久，然後又都是血…插了很久，好像插了半個多小時… (B1-176)」。

傳統中國人希望亡者能夠在眾人環繞祝福的情況下離開，醫療不發達的過去，預知病患即將死亡的時候，家屬便會開始通知遠方的親友，讓他們能夠回家來團聚，亡者會在自家房間裡面的床上，在眾人圍繞下離開人世；而在醫療發達的現代，當病患臨終之際會被送往醫院，用儀器延長病患的壽命，等待親人返回團聚；病患自己也會撐著一口氣，期待可以見到重要的親人最後一面。

正常狀況下急救需要施行 30 分鐘以上才能夠宣布死亡，但有時病患明顯已經死亡，家屬為了等待親友返回見病患最後一面，或是維持病患仍有一口氣的表象返家死亡，醫生就會遵循家屬的要求繼續進行急救的動作，在這種時候就可能使用機器來代替醫療人員。

「…家屬又說要等其他家屬回來，就接 Thumper… (B1-010)」。

「…那時候好像不知道在等家屬，就是家屬還在決定到底要繼續壓，那時候那一個病人的家屬就是在要決定要繼續壓還是就算了，就是不要，那個好像還要等另外一個，決策者還沒有來 (B1-048)」。

重要的親人尚未到達醫院的情況，在場的家屬決定要求醫生繼續進行急救，冰冷的儀器架在病患身上，用設定好的力量進行壓胸的動作，機器虹吸的聲音響徹病房。

「…我真的覺得那個阿媽很可憐，那個病人真的很可憐，因為你就會聽到『控控、控控』… (B1-018)」。

即使關上房門 Thumper 的聲音也能夠輕易穿透房門，竄進每個人的耳朵裡，「控控、控控」的虹吸聲音彷彿在宣告著有人死亡的事實。

「他剛好那個病人是單人房，就是 VIP room，就是單人房，然後你關起來在外面聽到機器的聲音，就是那個… (B1-048)」。

當 B 在病房外聽到這個聲響的時候，她為病患感到難過，也許病患已經死亡沒有知覺和意識，毫無溫度的機器繼續進行壓胸，每一次的動作對病患的身體都是再次的傷害。

「我聽到那個真的，天啊，然後心裡想說天啊，這個病人也太可憐了，雖然是搞不好其實他已經沒意識了，可是我覺得…就…對… (B1-050)」。

被傳統孝道的觀念所束縛，使得病患死亡之後尚無法安息，仍繼續受到外在力量的折磨。

護理人員在臨床工作會碰到某些讓人感到無奈的情況，家屬認為自己將病患送到醫院就已經仁至義盡，知道病患預後不好，事先簽好 DNR 之後就很少到醫院看護病患，在病患臨終之際，接到護理人員的通知電話也不會盡快趕到醫院。

「…已經跟你們講說他已經快不行了你們還不過來看他，就是有時候就會想說他們是不是就在等你們而已，才會一直拖那麼久… (C1-110)」。

看著病患的心跳、血壓等生命徵象越來越弱，卻仍撐著躺在床上喘氣，彷彿是在等待見到摯愛的家人最後一面，才願意離開，為了這個微小的願望，病患掙扎著努力呼吸，希望可以多停留在這個世界一分一秒，殷殷期待直到全部的體力完全耗盡後才不捨地闔眼放手離去。

家屬對病患的愛，病患對家屬的眷戀，使得彼此無法輕易地放手，讓家人或讓自己就此離開人世，護理人員雖然能夠理解家人之間的強烈羈絆，卻對病患臨終時仍然需要接受這些苦痛感到不捨。

貳 家屬的痛

許多病患人生最後一段路，是在醫院裡面渡過，身體機能衰敗，反覆住院進行治療，病患無法自己執行日常生活活動，必須依賴家屬的照顧，家屬陪伴病患度過這些苦痛的疾病過程，給予病患心理支持與撫慰，因此對病患而言家屬是非常重要的存在。

家屬對病患即將死亡的事實感到悲傷心痛，看著病患衰弱臥床無法活動，忍著自己的悲傷給予病患無微不至地照顧，嘗試減輕因病痛所造成的苦痛。

「…會想哭是那種知道他們家庭狀況，就是可能病情進展真的沒辦法回來，就是真的嚴重那種… (B1-100)」。

一般人沒有受過專業的照護訓練，無法適當地給予病患翻身、拍背、餵食等照顧，因此護理人員必須從旁協助並且教導家屬如何執行照護工作。

「他的兒女都坐在旁邊，尤其是病人最親的人，比如說他老婆就是會在那邊撐著，進去的時候有時候他們要幫忙翻身，可是家屬不會要幫他之類的，幫到最後就… (B1-100)」。

長期照顧病患，不僅僅是跟病患建立關係，護理人員同時也漸漸熟悉病患的家屬，瞭解他們的家庭環境，熟知他們之間的情感。

「…因為我們每天在 care 這些人，會知道說他那些家屬對他最好，對哪個病人最好，我會覺得他的家屬很可憐 (B1-146)」。

進入病房時可見到家人們圍繞在病患的身邊，彼此輕聲談話，也許談論的是日常瑣事，與病情進展毫不相關，但病房內的氣氛卻顯得如此沉重，病患即將死亡的氛圍籠罩著病房揮之不去。

即使病患的疾病是末期，但到死亡之前還有一段時間，因此當病情沒有危及生命的急迫性，同時為了避免病患因免疫力低下而感染其他疾病，醫生會請家屬帶著病患出院回家自行照顧，然而大部分的家屬沒有醫學相關背景，他們不曉得該如何照顧病患。護理人員在病患住院期間，會慢慢教導家屬該如何照顧病患，告訴他們到哪裡尋求相關資源，但是住院期間家屬照顧病患的時候會有護理人員在一旁協助，一旦返家之後就必須開始承擔全部的照顧責任，二十四小時照顧病重的患者是個很大的負擔，所以家屬會對自己需要負擔如此重大的責任感到畏懼。

「…她說『可是他還那麼痛，我們不能轉進安寧病房嗎？』……其實我覺得他們一些話的背後都有一些意思，她的意思講說這樣回去我真的不知道該怎麼照顧耶… (A1-022)」。

護理人員雖能夠瞭解家屬的擔憂，卻感到無奈，病患健康情形衰退，免疫力低下，繼續住在醫院不僅對病患的病情改善毫無助益，甚至可能感染其他病菌造成更多疾病。

「…醫院病菌很多，有時候在不得已的狀況之下，還是要讓他回家… (A1-022)」。

回家之後家屬無法承擔照顧病患的重擔，很快地回來醫院急診。

「…過兩天他又回來了，就掛急診又回來，她說她真的沒辦法回去，他很痛，她覺得傷口很紅很種… (A1-022)」。

返家數天內病患的傷口不會有明顯的改變，但是在家屬的眼中病患的病痛放大了，所以很快地家屬帶著病患返回醫院就醫，然而在護理人員的眼中，病患的傷口就跟出院時一樣，沒有什麼變化。

「…就我們醫護人員的角度來看『啊就和兩天前一樣啊，有什麼差？』你瞭解我的意思嗎？… (A1-022)」。

護理人員瞭解家屬因為認為自己無法好好照顧病患，所以帶著病患到醫院急診，希望能夠住院得到專業的照顧，護理人員對這樣的情況無可奈何，他們能夠理解家屬的想法，但是站在醫療專業的立場，病患的病情與出院的時後並無明顯的差異，無法入院接受護理人員的照顧以減輕家屬的負擔。

護理人員因為無法辨明自己的悲傷反應與情緒的來源，因此不知如何面對家屬的沉重情緒，致使護理人員的情緒陷入痛苦的困境 (Sauders & Valente, 1994)。病患死亡的當下，陪伴在旁的家屬會震驚、悲傷、哭泣，他們強烈的情緒感染旁人，護理人員也會被他們的情緒所影響。

A 第一次送走病患的時候，家屬嚎啕哭泣的聲音如此強烈，震盪著他的耳朵。

「…第一次我送我的病人回去的時候…女兒大哭，聲音在我的耳朵一直響，然後一直哭… (A1-038)」。

家屬的哭泣包含著對病患的愛、不捨、眷戀，即使沒有言語，種種的情感仍然透過哭泣，傳達到護理人員的心中。

當疾病不可預後，醫師會與病患或家屬一同討論後續治療的進行，醫師會清楚地向家屬解釋病情進展以及疾病的預後，並且告知家屬不同選擇，病患會面臨哪些變化，最後家屬需要自行決定是否簽署 DNR，要繼續進行積極性的治療，或是簽下 DNR，讓病患在臨終時刻不至於受到太多苦痛。

「…那時候他兒子，就是他家屬，他兒子有在問我說這個之後是怎樣，因為那時候他們面臨到說 sign DNR 或者是要救不救這個階段… (B1-026)」。

護理人員是醫療團隊中最接近病患的成員，最瞭解病患病情發展所有狀況，家屬尋求護理人員的意見，B 針對病患的情況對家屬更加詳細解說，當做不同選擇後對病患的影響，是否因此讓病患更加痛苦，或是能夠讓病患從病痛中解脫，生活產生什麼變化。

「…那時候就有跟他解釋說…說…在我們看過的經驗就是，之後會怎樣啊，然後等他病人不好病人彌留的時候，然後有可能他會痛啊… (B1-026)」。

當時 B 的阿公正處於危急的狀況，不同於病患的家屬仍在考慮，B 的家人已經做出決定，採取緩和治療，減少痛苦讓阿公順其自然地離開，但是與病患家屬討論的過程，B 仍不自覺地想到自己的阿公也受著同樣的病痛。

「因為類似的狀況剛好就是最近發生，就真的就是，我就後來就是有一點……趕快結束這個話題… (B1-028)」。

身為護理人員同時也身為病患的家屬，B 更能夠切身體會病患家屬下決策時的難，B 以自己的經驗告訴家屬病患可能會發生什麼狀況。

「…我會跟他們講說如果你就是走安寧路線是怎樣，如果救下去 on 了 endo 病人狀況是怎樣… (B1-034)」。

若是選擇不要繼續積極治療，在病患意識清楚的時候，可以詢問病患是否有未完成的心願，把握時間跟病患好好地相處；若是採取積極治療，進行插管之後，對病患會產生什麼影響。

「…那時候我有時候看到這種病人我都會覺得…就有時間我們就會，我啦，我的話就是有時間會想說跟他們家屬聊一下… (B1-034)」。

在那一陣子正好自己的阿公病情危急，瞭解家屬的為難，遇到類似狀況的病患，B 認為自己更有責任要協助家屬度過難關。

很多家屬對病患即將死亡的情況絕口不提，迴避思考相關的事情，因此到病患真正死亡的時候，因為震驚、悲傷而手足無措，然而病患很快就會死亡是不爭的事實，所以 B 也告訴家屬必須為病患的後事做準備。

「…我有跟他講說叫他們家屬要好好討論這個之後後事怎麼辦，就是可能之後他真的不行… (B1-028)」。

護理人員在照顧病患的過程中，漸漸與家屬熟悉，瞭解家屬的心情與感受，看到他們對病患的愛，也看到他們對於病患即將死亡的感傷。當護理人員只是醫療人員，也許能夠暫時抽離自己的情緒，以專業的角度提供家屬意見；當護理人員兼具家屬的身分，更能切身體會家屬的心痛與不捨，無法輕易置身事外。

參與病患同在

病患在人生最後的一段路，因各種疾病反覆住院治療，這些病患可能年紀與護理人員相仿，也可能如植物人般無法言語或行動，護理人員長時間照顧這些患者，是最貼近病患的醫療成員，他們與病患相處的時間甚至比家屬陪伴病患的時間更長，這些病患就

像是我們的朋友或長輩，當這些如同親友的病患過世的時候，護理人員可能為病患解脫長期的病痛而感到欣慰，或是因為他們在正要大展鴻圖的時候就過世而感到惋惜。

醫療團隊中，護理人員可說是最接近病患的人員，他們與病患相處的時間可能比家屬陪伴病患的時間更多，因此護理人員也最能理解病患的家庭狀況與他們的處境。Arbore、Katz 與 Johnson（2006）認為不論醫師、護理人員、心理師，乃至行政人員等醫療團隊中的成員，因為貼近醫療場域而分享病患與家屬的受苦狀態，使得自己彷彿一起承受相同的苦痛，這些醫療人員及病患與家屬，以不同的方式同時承受著相似的痛苦，而這樣的苦痛對於醫療人員的衝擊力道不小，甚至可說傷害力量頗大（引自李玉嬋，2008）。

病患從活動自如到需要他人協助日常活動，到完全依賴他人的協助，護理人員一路看著病患病程進展，雖然明白這是病程進展的過程，但是看著一個人從健康步向死亡，A 還是憐惜自己的病患受到這些苦痛。

「…我最近照顧一個病人，他發病到現在不到四年，他從走進來慢慢都會跌倒，自己拿尿壺到現在只有眼睛可以眨，講話變氣音，其實我也好捨不得他喔，這是進展（A1-038）」。

護理人員不是病患，無法瞭解病患心境的變化。進入臨終過程的病患的內心世界是敏感的，A 擔心自己的態度若是過於小心翼翼或是過於粗魯會傷害到病患。

「…我不知道該怎麼面對病人的心境，第一個我不是病人嘛，可是我就會想說好可憐，怎麼樣怎麼樣，可是一個病人並不是真的希望你這麼想他們的…（A1-038）」。

因為癌症的侵襲以及疾病的影響，病患因膿胸導致肺部無法順利擴張，產生呼吸喘的症狀，即使以氧氣罩提供高濃度的氧氣，病患仍舊無法得到所需的氧氣。

「…我覺得即使空氣這麼多卻沒有屬於他的空氣…（A1-004）」。

空氣無所不在，人們不曾想過缺少空氣的問題，只需要簡單地呼吸的動作就能夠得到所需要的氧氣，然而對病患而言，由於肺部擴張受到限制，空氣中所含有的氧氣已經

無法供給身體所需，他必須依賴純氧才能維持身體活動，原本無所不在的空氣如今變得遙不可及。

隨著病情的變化，病患的體力也漸漸流失，當病患面臨隨時可能需要急救的狀態，必須自己簽 DNR 選擇自己的醫療時，甚至連拿筆的能力都沒有，所以 A 握著自己病患的手，一筆一畫刻下病患的名字。

「…可是他沒辦法寫字，所以我的手就握著他的手，一筆一畫地畫下他的名字，那當下我好心酸喔… (A1-004)」。

A 的另一個病患在癌症末期雖然想要轉到安寧病房以得到更好的照顧，但是因為並不符合進入安寧病房的各項條件，所以遲遲未轉進安寧病房，因此直到他臨終之前，受盡苦楚，仍沒進入安寧病房。

「…可是問題安寧的規定很嚴格…他們要兩個醫生評估，結果就是它還不是這麼 critical，就沒轉，結果他兩天後，他就…突然間，在病房 apnea 就走了… (A1-022)」。

即使有一定的標準評估病患是否符合條件，在這中間仍然有著人為判斷的差異，有需求的病患無法得到滿足，使得病患不得不在病痛中離世，讓 A 對這個標準的公正產生疑惑

「…到底是誰去評估合不合適，其實這真的很不公平… (A1-022)」。

為了盡孝，繼續進行壓胸維持心臟還有跳動的表象，等待家屬回來，病患在生前受盡病苦，死亡之後繼續受到折磨，病患的身體就像是殘破的娃娃一般傷痕累累

「…我只是覺得，真的很可憐，真的，就覺得怎麼搞成這樣子，就覺得真的很可憐，何必，就是都已經，他年紀也很大了 (B1-052)」。

「…通常借 Thumper 來壓都是在等家屬決定… (B1-178)」。

當護理人員耗盡體力，只能夠借助機器的力量繼續進行。

「…重點是有時候我們壓累了，就是因為我們知道他救不回來了，我們壓累了，醫生說還要等，也不是醫生說，就是等家屬，所以我們就接 Thumper 等… (B1-180)」。

如果病患仍有一線生機，醫療人員會繼續急救不放棄一線生機，然而當病患已經救不回來，卻因家屬的要求必須繼續進行急救，會使得護理人員感到無力。

「…我真的覺得不好… (B1-178)」。

病患血管破裂，加上凝血功能不佳，使鮮紅的血液不停地流出，再怎麼抽吸也是無止盡的血液，除了止血以外，醫師並沒有特別對病患做更積極的處置，B 看著病患的生命隨血液流失一點一滴地消失，最終死亡。因此 B 與同事對於醫師沒有更加積極感到憤慨。

「…就真的在我們面前…就 bleeding 到沒有，我們那時候很生氣，我們那時候覺得說為什麼醫生不處理 (B1-170)」。

止不住的血液沾滿病患的臉與身體，若是醫師能夠更進一步處理，即使病患最終還是會步向死亡，但是病患死亡時的樣態不會這麼糟糕，能夠整齊齊、乾乾淨淨地離開，這其中也映射護理人員本身對善終的期待，希望不要以受盡苦難的狀態離開世界。

「…我們是覺得說，我們同事覺得說他可以不用這樣走的，至少說止住或是不會這麼難看… (B1-178)」。

護理人員陪伴在病患身邊，熟悉病患的家庭狀況，某些家屬認為將病患送到醫院已經盡了自己的職責，並不總是陪伴病患，時常離開醫院，將病患一個人留在病房，甚至因為失去耐心，對病患大聲斥喝，即使聽到病患病危的通知，也不會馬上到醫院。

「家屬不 care 的那種，就是你一直連絡他，就是會替阿媽或阿公難過，就是說怎麼會有那樣的… (C1-110)」。

病患含辛茹苦拉拔自己的孩子長大，犧牲奉獻自己的青春歲月，當病患年紀衰老生病進入醫院治療，卻沒有受到子女的關懷，一人待在孤獨的病房直至死亡，病患撐著一口氣也許就是在等著見到家屬最後一面，以強心針劑爭取更多時間，多一分一秒也可以，但卻不見家屬出現在病房門口。

「…就是有時候就會想說他們是不是就在等你們而已，才會一直拖那麼久，然後等到你們真的都沒有回應的時候，他真的撐不下去才走… (C1-110)」。

直到最後無法繼續拖延下去，病患最終吐出最後一口氣離開人世，仍舊等不到自己的家屬，甚至在病患過世多時，家屬才姍姍來遲。

「…可是有的家屬是真的太可惡，都已經發現他沒了，怎麼打電話就是不過來(C1-108)。」

當這樣的病患死亡，護理人員會認為是一種解脫，從身體的桎梏與冷淡的家庭關係中解脫。

「…這家屬平常都不來的，還是怎樣，沒有人關心他，那他可能這樣子對他也是一種解脫…(E1-032)」。

有時候病患、家屬因為不瞭解或是無法接受事實，而做出會讓病患更辛苦的決定，護理人員雖瞭解病程進展，卻因臨床工作繁忙，沒有太多時間能夠跟病患、家屬進行深入的討論，使得病患以較為痛苦的方式離開人世。

「…臨床太忙，太多事情做不完，感覺比較沒有那麼多時間跟家屬或跟病人，就是有更深入的會談…(B1-162)」。

「…我會就會覺得說有時候會看這病人看到最後就覺得說，這個如果早點去跟他談一些什麼的話，就不會搞到最後像 coma 了就…(B1-163)」。

B 認為自己如果能夠與跟病患或家屬好好地講解，讓他們理解未來可能產生的變化，影響他們做出不同的選擇，病患也許就不會如此地離開。

「…我們沒有時間，我們沒有時間去跟他談這個…(B1-166)」。

「…如果我們覺得有需要，因為我們離病人最近…會聯絡安寧共照師來跟他聊…(B1-166)」。

但是護理人員沒有時間跟家屬進行會談，在工作過程中若觀察到病患與家屬有相關需求的時候，便會代為尋找相關資源的協助，讓更專業的人員能夠與病患、家屬深入討論讓病患能更得到更好的照顧，緩解因疾病帶來的苦痛，也能夠減輕家屬的負擔。

病患臥床無法活動，依賴他人幫忙處理飲食、排泄等日常活動，健康狀況下滑，甚至毫無意識，病患被禁錮在病床上，毫無生活品質可言，護理人員認為病患能夠由這個枷鎖中逃脫的方式就是死亡。

「…你會覺得躺很久的，其實反反覆覆一定會越來越嚴重，活愈久也是受苦越久而已啦，因為他已經生活也沒品質了… (E1-032)」。

「…你預期得到他的狀況就真的不好了，有時候都會想說他這樣解脫比較好吧(C1-130)」。

接受自己不可痊癒的疾病，珍惜時間，與家人、親友相處，D 教導病患向自己的親友告別、道謝，病患坦然接受自己即將死亡的事實，打開自己的內心世界，平和地等待死亡的來臨，卻使得 D 對病患更加捨不得。

「…第一個讓我試著跟他講說…你要…道別、道愛、道歉，要跟自己的父母親，然後我覺得他做得很好… (D1-040)」。

「…他是一個乳癌的病人…然後，覺得… (嘆氣) 不舒服 (D1-040)」。

也有病患無法接受事實，心中滿懷怒氣，一旦碰觸到病患的痛處，就像是戳破氣球一般，怒氣狂瀉而出，甚至波及周遭的人們。

「…當我要來幫他換這個 (指 port-A) 的時候，他拒絕…他連讓人家碰都不願意…然後就開始罵…就開始生氣了… (D1-116)」。

當病患無法接受自己的疾病，將所剩不多的時間耗費在憤世嫉俗上，讓 D 覺得可惜，因為這樣的狀態對病患並沒有任何幫助。

「…這樣其實對她的並不好…因為我覺得要試著接受，你不接受、你憤怒，你對每個人都憤怒，你對你的病有任何幫助嗎？… (D1-116)」。

拒絕接受死亡，對一切事物都充滿敵意，像刺蝟般張開尖刺抵禦敵人以保護脆弱的內在，然而這樣的情況對病患毫無助益，與自己的憤怒相互鬥爭，直到臨終之際仍繼續抗爭，帶著滿心的悔恨死去。

D 所工作的醫院是榮民醫院，來住院的病患多是榮民，他們在台灣是特殊的一群人，照顧他們的過程，藉由瞭解他們的生長背景，以瞭解他們的個性。

「…你可以從一些脈絡去瞭解說他們為什麼個性很剛硬，或是對一些人有敵意… (D1-180)」。

榮民跟隨政府撤退來台，沒有家屬的陪伴，隻身一人在台灣落地生根，當他們奉獻大部分的人生給台灣，在生命的最後卻沒有受到台灣良好的照顧。

「…他常拍桌子說你不知道這棟樓是我起的，什麼都是我們蓋的，榮民醫院就是要為我們…以前他奉獻生命給台灣，現在應該是台灣… (D1-180)」。

特殊的成長背景，讓榮民無法信任交往不深的人，他們只信任長期相處具有深刻關係的人們，但並非每個人都是真心待他們好。

「…他可能對人性有一些獨特的見解，甚至有些人他根本不相信任何人，他只相信長期跟他相處經營下來那段關係的那些人，可是往往有些人會騙他們啊… (D1-190)」。

「終身俸…我就覺得太… (D1-192)」。

在榮民生命危急的緊要關頭，為他做出決策的是這些人，因為各種利益關係讓他們以各種方式延長榮民的生命，才能夠拉長終身俸給付的時間，榮民一輩子辛苦奉獻，直到人生的終點還受這些磨難，插著鼻胃管、尿管等各種管路，長期臥床肌肉萎縮，四肢蜷縮臥病在床。

「…我就覺得這些人如果可以好好…可以善終的話可以更棒… (D1-190)」。

「…其實我們現在很希望他們能在意識清楚的時候 sign DNR (D1-182)」。

所以 D 希望這些榮民能夠在他們意識清楚能夠自主決定的時候，簽下 DNR，自主自己的死亡，這些榮民一輩子辛苦奮鬥，藉由簽 DNR，他們至少能夠在臨終的時候到平靜。

護理人員在照顧病患的同時也跟病患建立深厚的護病關係，住院期間病患已經受盡疾病的苦痛，希望他們在臨終之際不要受到更多的折磨，當病患受到不公平的對待或是受到家屬忽略的時候，也感同身受為此感到氣憤難過。

肆 記憶連結

Lai 等人 (2002) 引用 Orbach、Gross、Glaubman 與 Berman (1985) 的研究表示青少年的喪親經驗，會對他們的情緒產生負向影響，增加恐懼、悲傷、絕望與無助等感受。成長過程由許多瑣碎的小事串連而成，某些事情在發生的當下，對我們而言是微不足道的小事，但是在事件過去之後，再次遇到類似甚至相同的情境，才會發現這樣的事情對我們其實影響深遠。

癌症代表著可能面對死亡，對於死亡的恐懼使得人們傾向對病患掩蓋癌症診斷結果，東方文化以家庭為中心，家庭在癌症患者照護決策與情感方面有著重要的影響，家屬的態度經常直接影響醫師是否告知病患癌症的診斷 (Rabow et al., 2004)。回憶父親最後的時間，A 的親友決定不讓 A 的父親知道自己的病情，在她的記憶裡，父親癌末的最後一段路走得非常辛苦。

「…因為我爸爸那時候走得很痛苦，我一直記得我爸爸走得非常痛苦，而且那時候我很多親戚都很保守，覺得不要跟他講他到底得了什麼病，然後就…走得很痛苦…(A1-038)」。

她當時年紀還小，無法左右大人們的意見，只能順從他們的決定，看到父親不知道自己的病情，以為還有痊癒的機會，身心承受巨大的痛苦才離開，她對父親如此痛苦離開人世的記憶滿懷著遺憾。

進入醫院實習的時候她剛好負責照顧跟自己父親相同疾病，甚至年紀相近的肝癌病患，讓她想到以前父親因為同樣疾病受到巨大的苦痛之後才離開人世。

「…我爸也是 HCC，阿伯是 HCC 的時候，我就有一種我好想幫他更多，彌補…好像彌補我那時候當下的某些遺憾，可是…我就幫他自己找了一些什麼安寧的資訊，然後哪一些醫院有安寧啊…(A1-038)」。

她希望這個肝癌的病患不要像自己的父親那麼辛苦地度過最後的人生，她將這個病患和父親的影像交疊，積極為病患尋找安寧療護相關資訊的同時，她似乎能夠稍微彌補當初無法左右大人們的意見，而造成父親受到苦痛離開的遺憾。

父親過世之後，靈堂放置念佛機，終日不停運轉播放佛號，冷清的靈堂中央躺著父親的遺體，空氣中環繞著的是毫無溫度的念佛聲，那段時間 A 已將念佛機的聲音與死亡連結在一起。

「…我超討厭…我超討厭…超討厭聽到念佛機的聲音，我超痛恨，因為這個會讓我聯想到死亡（A1-044）」。

進入臨床工作之後，許多家屬希望病患能夠得到心靈上的平靜，會在床頭放置念佛機，然而繚繞病房的佛號，卻使得 A 受到很大的壓力，每當進入病房聽到一聲聲的阿彌陀佛，都將她的記憶拉回父親往生後那段艱辛的時間。

「…它有跟我的記憶連在一起，因為那時候往生咒我唸了快…到可以倒背如流的那一種，反正那一段時間是太難過的一段時間，所以念佛機給我的心理壓力很大，我真的很不喜歡念佛機（A1-050）」。

在年紀還小的時候頓失父親，為了希望父親能夠到極樂世界，只能夠強忍自己的悲傷為父親念誦佛號。

B 的阿公在癌末因為身體器官受到侵襲產生巨大的疼痛，為了緩解疼痛需使用大量止痛劑，止痛劑發揮作用的時候阿公的意識會變得較為恍惚，而在沒有使用止痛劑的時候，意識便較為清醒，仍能夠知道家人的存在，雖然身體衰弱沒有力氣，但是呼喚阿公的時候，仍會以微乎其微的點頭回應家人。

「…好像止痛藥沒有打，人還是知道的，就是眼睛閉著，你叫他，他會…點頭，可是他沒有力氣回應…（B1-064）」。

阿公住在鄉下的三合院，穿過客廳就可以瞥見阿公的房間，原本印象中比自己更為高大的阿公，現在因為病痛的關係，瘦弱的身體躺在大大的床舖上，只能夠藉由幾乎無法察覺的胸部起伏察覺阿公是否尚存氣息。

「…想到那時候真的事…你知道就是…（落淚）他就是那種三合院，對，就是那個，想到那個時候房間啊…就是他的房間…不是客廳然後隔壁就是他的房間，進去看就看到他躺在那邊，然後…就是有點奄奄一息的感覺，喔…就覺得…（B1-070）」。

當時的情景仍然歷歷在目，即使事過境遷，每當回憶那時候的情況，B 的悲傷仍然不禁決堤，化成淚水湧出。

阿公剛過世或是在彌留的時候，B 在病房遇到情況相似的病患，同樣是癌症末期。

「…那時候我在 GI，剛好就是遇到類似的，也是 HCC，應該是 Rectal Cancer 吧，就是也是大腸癌，也是末期… (B1-026)」。

當他跟家屬解釋病患的預後時，不自覺想到自己阿公的情況，將自己跟病患家屬交疊在一起，病患的家屬也即將面臨親人死亡的現實，對阿公死亡的悲傷瞬間湧上心頭，差點無法控制潰堤的傷痛。

「…講一講我就差點…就是快…就是… (B1-026)」。

Stoller (1980) 認為當護理人員照顧瀕死病患的時候，就如同預演自己或是親友的瀕死過程。B 在照顧與自己家屬情況類似的病患的時候，彷彿再次經歷照顧瀕臨死亡的家屬時的悲傷，使得她無法輕易控制自己的情緒。

病患和家屬的情況與自己的經歷類似的時候，護理人員在他們的身上看到自己當初的悲傷與心痛，將他們的處境與自己的記憶相互連結，因此更能夠體諒病患與家屬的艱困，使得護理人員無法輕易置身事外。

伍 無法表達的悲傷

悲傷是依附關係被破壞時所引發的情緒與反應 (Worden, 1991)，護理人員也是普通人，遇到自己照顧的病患死亡會感到悲傷，彼此之間有深厚感情的病患死亡更是會難過落淚，一般人認為冷靜才是專業人員應該有的態度，期待護理人員以平靜的態度看待病患的死亡，甚至連同樣在醫療場域的醫療人員也對護理人員抱有同樣的期待。

實習的時候護生只照顧少數的病患，有更多時間可以跟病患交心，跟病患之間的感情如同親人，因此當 A 在實習的時候第一次碰到自己照顧的病患死亡，情緒產生極大的波動，太過悲傷抱著家屬一起嚎啕大哭。

「……我之前當實習生的時候抱著阿嬤一直哭，哭得比阿嬤還慘，因為阿公要走了嘛…我就抱著阿嬤哭得很慘，哭得比阿嬤還大聲…（A1-074）」。

在學生時代，A 還不懂得要控制自己對於病患的感情，顯露自己的傷痛，卻使她在隔天被單位的護理長約去談話。

「…結果隔天就被護理長約談了…（A1-074）」。

當時雖然只是一個實習的護生，身在相同醫療單位的護理長仍然認為她不應該如此顯露自己的情緒，期待她要保持冷靜才能夠照顧病患。直到現在，護理生涯將近十年，A 仍不曉得當自己碰到病患死亡的時候，自己是否該顯露內心的情緒。

「…有時候我很希望給他們一個擁抱，可是又覺得這樣好像很不合適…(A1-074)」。

B 的阿公剛離開人世，他與家屬討論病患的病程進展，病患的病情與阿公相似，都是大腸癌末期，太過類似的情境，彷彿將他拉回阿公過世時的情況，使得他不由得被悲傷所壟罩。

「我第一次就是…我沒有在病人面前掉過眼淚過，可是我有在家屬面前差點…(B1-024)」。

「…我跟那個家屬談，談到快哭…（B1-056）」。

盧璧珍等人（2008）引用 Albrecht (1982) 的研究指出護理人員照顧瀕死病患會引發不安、無能為力的感覺，當護理人員自覺悲傷時會因為害怕、不安而感到退縮，然而護理人員必須抑制自己的悲傷，隱藏情緒反應，以完成自己的職責。當 B 發現自己就要哭出來的時候，她盡快結束與家屬的討論，離開影響自己情緒的現場。

「…我就後來就是有一點…就趕快跟他講…趕快結束這個話題…（B1-028）」。

進入臨床工作遇到病患死亡，護理人員的心情會產生波動，長時間照顧病患彼此產生感情、被家屬的悲傷渲染，E 進入臨床工作後初次碰到自己的病患死亡，心裡備受衝擊，眼淚不自禁地流下。

「…剛開始真的會那個…會那個…怎麼講，眼淚會留下來，然後趕快偷偷擦掉…（E1-116）」。

當自己因為病患死亡而感到傷心落淚的時候，護理人員對自己的心情感到疑惑，因為病患不是自己的家人、也不是自己的親友，為什麼病患死亡自己也會哭泣。

「…會覺得自己很奇怪，又不是自己的家人 (E1-124)」。

病患進入病房住院的時候，護理人員要瞭解病患過去病史、入院原因等基本資料，測量病患的生命徵象，確認病患目前狀況，在這個短暫的過程中，護理人員和病患已經建立起某種程度的護病關係，過後護理人員仍然持續照顧病患，會覺得自己跟這個病患的關係更為緊密，護理人員瞭解病患入院原因及住院過程的病情變化。

「…他從一入院就是我接的新病人，到他走了，還是……幾乎是我送他走的，這一段時間看他從意識清醒還可以吃東西，慢慢地慢慢地吃到最後都不能吃，整個人腫脹，跟我講他的不舒服，那種心路歷程是很難過的… (A1-004)」。

為了延長病患的生命，使用各種管路，給予病患本身無法負荷的醫療支持，鼻胃管灌入無法吸收的營養、點滴注入太多的水分造成水費，加上疾病侵襲其他器官，各種因素共同造成病患身體的不適，病患跟護理人員傾訴自己的痛苦，病患可能只是想要訴說自己的苦痛，緩解自己內心的壓力，但是除了聆聽病患訴說他們的苦難、提供基本護理照顧之外，護理人員並沒有辦法提供病患更多的幫助。

「…基本上我們能做的真的有限… (A1-004)」。

A 在這個過程發現護理照護的限制，當病患拒絕繼續進行積極性的治療，在基本生理照顧上只能夠幫助病患維持整潔減少不適，心理支持照顧方面，因為臨床工作忙碌，護理人員無法給予單一病患足夠時間訴說自己內心的掙扎與苦難。

「…我總是會想做很多，可是我卻發現自己的無能為力，然後就只能選擇在中立的立場 (A1-006)」。

想要盡力幫助病患，但是卻發現身為內科病房護理人員的限制，所以 A 選擇站在中立的位置，不要過於涉入病患的世界，只給予自己能夠提供的照顧，保持適當的距離，維持自己情緒的平穩。

D 對於自己照顧的病患的死亡，至今仍無法調適，她無法找出是什麼原因，讓自己對這個病患的死亡迄至於今仍舊耿耿於懷。

「…其實他的死對我們來說其實很不適應 (D1-006)」。

「…老師有說是不是你要去反思自己，是為什麼原因你覺得…不舒服，然後很難過……我有想過，可是我想不出來有什麼共通點，說為什麼會讓我那時候真的那麼難受 (D1-028)」。

進入研究所之後，老師嘗試著引導他尋找原因，為什麼對這個病患的死亡如此在意，但是她仍舊沒有找到確切的原因，她與病患之間有何共通點，使得病患的死亡讓自己如此難受。

對於病患死亡的感受很難跟他人清楚地描述，有時候甚至連同樣身為護理人員的單位同事都無法理解，自己與病患之間的聯繫、自己對於病患的不捨與憐惜，直到在研究所因為課程分享，她與同學及老師討論這個病患對於自己的意義之前，她不曾跟其他人說過這個一直放在自己心上的病患。

「像那件事情也沒有跟人家講過… (D1-144)」。

「…不會特別去跟誰講，因為有時候你會很難去跟人家形容你跟他之間的…感覺 (D1-144)」。

D 將自己對於病患死亡的感受隱藏在內心，或是藉由在 facebook 寫網誌抒發自己的情緒

「…我覺得 facebook 上面不錯，我後來會寫網誌，很少寫，但是有感覺的就會寫… (D1-142)」。

臨床工作忙碌，當自己照顧的病患死亡的時候，仍有許多病患等待自己的照顧，悲傷的情緒還來不及升起，心裡已經被其他病患的事情所佔據，沒有多餘的時間能夠用在為病患的死亡難過，若有時間用在為病患的死亡悲傷難過，護理人員會將時間用於照顧其他病患、盡力完成自己的工作。

「…我真的覺得臨床太忙了，你根本不會說…你沒有時間去悲傷這件事情（B1-110）」。

「…臨床太忙，我也沒時間，關係沒辦法…可能因為臨床太忙，太多事情做不完…（B1-162）」。

許多外在的因素限制著護理人員情感的顯露。

「…會覺得自己很奇怪，又不是自己的家人（E1-124）」。

他人的目光、照顧其他病患的責任，甚至連護理人員本身也會對自己因為病患的死亡而悲傷哭泣的心情感到困惑，這些病患不是自己的家人或親友，自己因為他們的死亡而顯露情緒似乎是一件很奇怪的事情，因此對於病患死亡所產生的內心的觸動，護理人員只能選擇將這些感受隱藏在自己的心裡。

「…我還是會悲傷，可是你知道我悲傷的情緒不會…應該這麼說，以前，相較之下，以前那種悲傷的感覺會比較重，現在會覺得，你知道走久了，生老病死就是這樣…（B1-146）」。

隨著工作年資的增加，護理人員對於病患死亡仍然會感到悲傷，但是護理人員認為生老病死就是人生，每個人最終都會投入死亡的懷抱，且太過情緒化對照顧病患並無好處，所以護理人員會壓抑自己的情緒，有意識地以冷靜的態度面對病患的死亡。

「…sometime 我會選擇淡漠，有時候你太過情緒化其實對病人和家屬是沒有好處的，你比較…你可以同理，可是不能同情（A1-014）」。

如同林昭光等人（2010）的研究，照顧病患的時候，護理人員全心投入自己心力，病患在接受護理人員的照顧時，也會給予相應的信賴，因此在這個過程彼此給予信賴，並且建立深厚的護病關係，卻也因此難以接受病患的死亡。

A 在實習的時候，對自己的病患投入許多的感情，病患死亡時，心中過多的悲傷，使得她無法控制自己的情緒，在病房裡崩潰大哭；進入臨床之後，參與病患病程的進展過程，看到病患生命一點一滴地消逝直至死亡，太過深入病患的世界，也使得她無法輕

易跳脫失落的感受；自己熟悉的病患死亡之後，D 至今仍然尚未接受這個病患的死，她甚至無法找到原因或理由，自己的心理為何無法調適。

護理人員也是人，對於病患的死亡也會感到悲傷，但是由於人們的期待，以及專業角色的限制，護理人員無法表達出自己的傷痛，只能將這些感受壓抑在內心，或是有意識地控制自己的情緒，以免這些感觸影響自己的工作。

陸 善終

世界衛生組織（WHO）為現代醫學應對末期病患所提供的安寧緩和醫療服務立下定義：藉由預防、評估和治療的方法處理病患身體上各種不適症狀，並且處理病患極家屬心理、社會及心靈上的問題，使病患及家屬生活品質能夠得到提升。也就是藉由安寧緩和醫療服務幫助病患達到善終的目標（衛生福利部國民健康署，2015）。

賴和賢等人(2005)認為善終代表社會上不同個體對於適切面對死亡的期待與觀念，且善終的含意會因當時文化的時代背景、價值觀念、宗教信仰等各種因素而有所影響，因此善終的觀念並非一種恆久不變的真理，而會隨著個人的文化背影有所差異與演進。

護理人員進入臨床工作，接觸各種病患，看到各式各樣的死亡方式；有的病患在睡夢中突然死亡，有的病患拒絕繼續積極治療隨著病程進展慢慢邁向死亡，有的病患接受各種尖端的醫療科技來延長壽命，有的病患身心備受折磨後才步向死亡。

以往人們希望醫生盡力搶救自己的家人，使用最新的醫療技術和藥物，減緩病症，在病患病情危急瀕臨死亡的時候，不惜使用壓胸、插管、氣切、呼吸器各種方式、各種管，憑藉醫師和護理人員極力搶救的努力，病患的生命被挽回，延長原本應該結束的人生。

激烈的搶救過程可能會傷到病患的重要器官，使得病患救回之後毫無知覺，以植物人般的姿態繼續存活；也可能急救無效，病患就此離開人世，並且在急救的過程中，身體外觀受到損傷，變得又青又紫，或是因為侵入性管路的傷害，使得病患受傷流血。但

是人們大多期待自己的家人能夠得到善終，不要飽受折磨之後才離開人世，護理人員同樣也期待病患能夠好好地離開，保有生命的尊嚴。

B 的病患血管破裂大量出血，因為凝血功能不好無法有效止血，血液不停流出，病患的生命也隨著血液流出不斷地消逝。

「…就是從鼻子這邊一直冒血，冒到沒有，一直流，就真的在我們面前流…就 bleeding 到沒有… (B1-170)」。

沒有方法可以幫病患止血，護理人員只能夠用抽吸管將流出的血液吸走，抽吸管放在病患的鼻子，不停地吸走流出的血液，鮮紅的血液慢慢填滿抽吸瓶，抽吸的速度追不上血液流出的速度，病患死亡的時候流出的血液沾滿病患的臉和衣服。

「…你知道 suction tube 放在那邊就一直吸、一直吸、一直吸耶 (B1-174)」。

「…我們是覺得說，我們同事覺得說他可以不用這樣走的，至少說止住或是不會這麼難看… (B1-178)」。

趙可式 (1997) 將台灣本土對於善終的看法歸類為三個項目：1.身體平安、2.心理平安、3.思想平安。身體清潔包括：讓身體的痛苦減到最低，臨終的過程不要拖得太長，在人生的最後能夠維持身體外觀的完整與整齊清潔，苟延殘喘的情況一般被視為「歹終」；心理平安包括：認、放下、不孤獨、了無牽掛、在喜歡的環境中享受大自然等；思想平安則包括：不要想太多，活在當下、有意義的一生、人生苦海即將上岸等。

無法幫病患止血，只能夠盡力維持病患樣貌的完整，護理人員知道病患的性命無法救回，希望病患至少能夠保持身體外觀的乾淨整齊，有尊嚴地離開這個世界，而不是渾身沾滿鮮紅血液過世。

當病患已經死亡，卻因為等待家屬回來故鄉，醫生在家屬的要求下，繼續施行急救措施，親友短時間內沒有辦法到達醫院，只能夠依賴機械的力量繼續進行急救。

「…他們醫生他們在那邊叫說用 Thumper，我真的覺得那個阿媽很可憐，那個病人真的很可憐… (B1-018)」。

已經死亡的病患毫無知覺，肉體仍持續受到外在力量的折磨，B 認為使用 Thumper 的狀態下死亡，或是死亡仍然繼續使用 Thumper 是最糟糕的情況。人們認為死亡就能夠得到平靜，但是以各種方式繼續搶救病患，病患並無法獲得安息。

「…第一名是 Thumper，我真的覺得 Thumper 真的是…我真的覺得…不好 (B1-178)」。

根據美國的立法對於癌症末期的病人，有權利拒絕「被急救」，允許死亡自然的發生，依據「病患的意願」，不使用維生系統延長罹患不可治癒疾病的病患的生命（吳志鴻，2006），近幾年在台灣由於安寧緩和醫療的推行，人們開始注意到病患人生最後一段路，若是有過多醫療行為的介入，可能反而讓病患受到極大的痛苦，也會讓在旁陪伴的家屬感到苦痛。醫院也開始推廣 DNR 的觀念，讓人們知道當病患面臨死亡的時候，不只有繼續積極治療的選項，也能夠選擇拒絕無用的醫療行為，減少臨終病患受苦，讓他們的最後能夠得到平靜和尊嚴。

DNR 的觀念正慢慢在這個社會中拓展。

「…我真的覺得這個趨勢慢慢有，這個趨勢慢慢有… (B1-206)」。

醫療人員碰到家屬要繼續搶救沒有生存希望的病患時，會告知家屬有其他的選擇，不需要對病患進行沒有意義的醫療，讓病患能夠平靜地離開。

「…通常我們的醫生，現在都這種，resident 跟 APN 學姊就會跟他講說，都會去勸阻家屬說他已經…就是… (B1-202)」。

B 在工作之餘也會抽空和家屬討論病患的狀況跟預後，以自己的經驗告訴他們做了選擇之後，對病患的情況會產生什麼影響。

「…有時間我們就會，我啦，我的話就是時間會想說跟他們家屬聊一下之後，跟他們講說之後的狀況怎麼樣…我會跟他們講說如果你就是走安寧路線是怎樣，如果說救下去 on 了 endo 病人狀況怎樣，我就是會跟他們講這樣子 (B1-034)」。

D 曾經在榮民醫院服務過，榮民醫院的屬性比一般的醫院特別，在榮民醫院住院的病患以榮民為主。在一般人的印象中榮民代表著跟隨中華民國政府遷移來台灣的軍人們，他們離鄉背井從大陸到台灣，歷經數十年的歲月在台灣落地生根。

「…我覺得他們其實是很…很可憐的一群耶，他們離鄉背井這麼遠…十幾歲要離鄉背井我可能活不下來，可是他們竟然可以活下來，然在這裡落地生根，即使他們百般不願意 (D1-182)」。

他們在台灣歷盡艱辛，將他們的生命奉獻給台灣，現在他們的年紀大多已屆耄耋之年，他們不一定有家眷，當他們瀕臨死亡的時候，醫師只能遵循急救程序進行治療的工作。

D 認為當初這些榮民來台灣可能不是出於自己的意願，卻仍然將自己的一輩子奉獻給台灣，現在他們邁向死亡，卻仍舊無法自己選擇自己的死亡方式。

「…對啊，我就覺得他們好可憐，可是我們現在的社會結構跟型態，你說有真的…我不曉得，其實我們現在很希望他們能在意識清楚的時候 sign DNR (D1-182)」。

D 期盼這些榮民們可以在意識清楚的時候，以自己的自主意識簽下 DNR，選擇自己的死亡方式，在平靜安詳的狀態下迎接死亡的到來。

然而 DNR 的推動也讓 A 產生疑問，碰到病患沒有家屬或是家屬不具有決策能力，碰到病患病重或病情危急的時候，基於期望病患能夠獲得平靜、有尊嚴地死亡的美好立意，即使病患因為病情嚴重喪失體力，甚至沒有活動能力，卻仍要求病患需要自己簽下自己的 DNR，對於病患是否太過殘酷。

「…他需要簽名…重點是他媽媽不識字，不能幫他簽，他又太 weak，他太軟弱了，沒有辦法簽，所以醫生說不行，他一定要趕快簽一簽，因為他可能這兩天就會 CPR，所以就是很殘忍… (A1-004)」。

病患的媽媽不識字沒辦法代為簽名，病患的病情緊急，近日就可能會有急救的可能，沒有時間讓病患回復體力，所以 A 握著病患的手慢慢地畫下他的名字。

「…一個人可以作主自己的死亡到底是一件好事還是壞事 (A1-004)」。

DNR 的推廣是一件好事，讓病患能夠有尊嚴地離開世界，不用受到太多醫療行為的折磨，但是當病患因為疾病的侵襲感到疲憊艱辛、毫無體力的時候，因為法律的規定，使得護理人員需要握著病患軟弱無力的手畫下自己的名字、決定自己的死亡。為了讓病患能夠獲得平靜的死亡，所以推廣 DNR 的存在，並且以法律規定確保 DNR 的合法性、確保病患的選擇的合法性，然而這樣的法律卻使得病患在簽下 DNR 之前仍然受到如此艱難的要求。

對家屬而言，要決定自己的親人接受什麼治療，以什麼樣的方式迎向死亡也是非常困難的事情。以前，家屬大多會將決定的權利交給醫師，相信醫生具有專業的醫療知識，能夠為病患做出最好的決定。

「…現在都比較開放，都會讓你自己決定，以前都是醫生決要要幹嘛就幹嘛，可是現在… (E1-172)」。

現代病患意識高漲，這個決定的權力就交到家屬的手上，讓家屬決定病患的醫療方式，對於不具專業知識的家屬，醫療人員只能依據自己的經驗，盡力讓家屬瞭解他們所做出的決定，對病患的病情進展會產生什麼影響。

「…我會跟他們講說如果你就是走安寧路線是怎樣，如果說救下去 on 了 endo 病人狀況怎樣，我就是會跟他們講這樣子 (B1-034)」。

即使盡力向家屬解釋病情的預後，家屬對於實際會發生的情況仍然沒有深刻瞭解。

「…像有的人都以為插管就是氣切，像一些家屬，在問 DNR 的時候，他們就以為插管就是氣切，就知道脖子開一個洞這樣，應該是要顧到的人才會比較瞭解…(E1-170)」。

即使網際網路發達，上網搜尋就能夠得到相關資訊，但是實際情況仍然需要接觸之後才會瞭解。

並且 D 認為病患和家屬將生存這件事情想得太過輕鬆，當他們決定要繼續積極治療，延長病患的壽命，做氣切幫助呼吸，他們認為護理人員會協助他們照顧管路，卻沒有想到返家之後他們如何自行照顧。

「…我覺得餹…人有時候把活下去想得太簡單，你切了誰照顧這個，這個誰照顧，光為了這個…可是媽媽對於這些東西都是很害怕的，連痰也不敢抽，這個也不敢弄… (D1-206)」。

當家屬不瞭解這些管路放置的方式，會害怕自己隨意觸碰會使得管路移位，他們對於照顧病患沒有心理準備，畏懼觸碰管路。

讓不具專業知識，也不曾實際照顧病患的家屬，僅憑醫療人員的解釋，就要他們決定病患的醫療措施，甚至是病患的死亡過程，對於家屬而言是非常困難的決定。

「…醫師都會叫你自己做，然後你就會很兩難 (E1-172)」。

對 B 與 D 而言，DNR 是病患能夠獲得善終的保證，以自己的意識，自主選擇在臨終時要接受的醫療措施，拒絕積極的搶救，避免受到急救所帶來的各種傷痛，生前受盡疾病的折磨，至少在生命的最終能夠獲得平靜。

醫院盡力推廣 DNR 的善終觀念，希望病患能夠獲得平靜的死亡，不要受到過多醫療行為的折磨，但是對於不具有專業知識的病患和家屬而言，要瞭解這些選擇代表什麼意義，仍有賴醫療人員的解釋，讓他們瞭解當他們做了這些選擇，病患的病程進展會產生什麼變化，自己需要為照顧病患做好什麼準備。

第三節 分享情緒與感受

陳瑞娥與吳讚美 (2008) 的研究發現無論是安寧或非安寧病房的護理人員，在照顧瀕死或死亡病患的時候呈現無力感、哀傷、遺憾、沮喪與焦慮等負向情緒居多，因此護理人員希望同事能夠給予情緒支持幫助撫平情緒，在同樣職場工作的護理人員較能夠以同理心支持安慰彼此，同儕的支持是鼓舞護理人員繼續邁步前進的動力。本節就三個主題進行討論，分別為：壹、護理人員也有情緒；貳、和他人分享；參、迴避。

壹 護理人員也有情緒

以傳統醫療觀點看待護病關係，護理人員具有專業知識與照護能力，為了能夠客觀分析病患的健康問題，護理人員不應該把醫療專業外的個人情緒帶進護病關係(石世明，2011)。一般人對護理人員的印象是無論碰到什麼狀況，總是保持冷靜地處理所有的護理工作，遇到病患渾身是血也毫不動搖。

護理人員位在醫療工作的最前線，與死亡為伍，一般人認為因為護理人員已經習慣死亡，所以不會害怕或是畏懼死亡，但是護理人員也是普通人，長期照顧的病患在自己的面前死亡，會產生情緒，護理人員對死亡也會感到害怕、畏懼甚至是逃避。

梁天麗等人(2011)的研究發現護生經歷病患死亡雖會產生許多情緒反應，但也能夠藉由尋求他人協助或與他人分享來進行調適。護生實習的時候，只負責照顧少數的病患，他們花許多時間陪伴病患，瞭解病患的家庭背景，理解他們的內心世界，跟病患之間的感情非常深刻，A 在實習期間第一次碰到自己照顧的病患死亡。

「…我之前當實習生的時候抱著阿嬤一直哭，哭得比阿嬤還慘，因為阿公要走了嘛，阿嬤一直哭著收行李，我就抱著阿嬤哭得慘，哭得比阿嬤還大聲… (A1-074)」。

對於病患死亡的悲傷，對於阿嬤喪失親人的不捨，A 的種種情緒化成眼淚；A 害怕並且畏懼死亡，所以當她知道自己要轉調到血液腫瘤科服務的時候，內心有點抗拒。

「…那時候去血液腫瘤，其實我有點 deny，我有點害怕，應該不是說 deny，我害怕的原因是我怕我不能夠 handle 所會發生的狀況… (A1-038)」。

在神經內科碰到病患死亡的機率比血液腫瘤科較低，神經內科的病患因為病情產生變化需要進行急救，挽救回病患的生命之後，就會將病患送到加護病房接受較為密切的觀察照護，病患比較少在病房內宣布急救無效死亡；而在血液腫瘤科的病患大多預後不佳，他們會事先簽下 DNR，當病情變化的時候，不接受積極的治療，就這樣慢慢地死去。A 害怕自己到血液腫瘤科之後，會因為參與病患的臨終過程，太過陷入悲傷的情境而無法掌握自己的情緒或感受。

O'hala、Happer、Chartrand 與 Johnston (1996)認為護理人員在照顧病患的過程過度投入自己的情緒，會導致面臨病患死亡時，護理人員陷入情緒危機。A 進入血液腫瘤科之後第一次碰到自己的病患死亡，病患拒絕接受積極治療，看著病患的生命一點一滴地流逝，家屬的哭泣聲在耳邊環繞。

「…第一次我送我的病人回去的時候，我的心一直跳，一直心悸，走路很浮…(A1-038)」。

受到強烈的震撼、六神無主，心臟狂跳，全身的血液好像都集中在心臟，四肢冰涼，周圍的空氣彷彿瞬間凝集，讓她渾身發冷。

「…後來我就還抱住一個同事，我就跟她說『你可以給我一點溫暖嗎？』…因為我後來手腳冰冷…(A1-038)」。

護理人員的情緒不只表現在臉部的表情，同樣也以身體感受的改變，呈現護理人員因病患死亡所帶來的衝擊。

即使熟悉病患的死亡，但是面對自己的家人即將死亡，與家人之間的情感會影響護理人員的情緒，甚至帶入工作。探視阿公返回工作的路程中，B 不捨阿公的苦痛、面臨死亡，讓她無法控制自己的悲傷情緒。

「…我那時候那一陣子上小夜班中午還去看他，看完之後再回來上班，你知道我回來的時候我就是在路上一直哭，就是一直想，就一直想…眼淚就會一直掉這樣子…(B1-060)」。

返回工作單位，碰到同樣是癌症末期的病患，家屬處在是否簽下 DNR 拒絕積極治療，或是緊抓一線生機仍要繼續治療的階段，在醫師向家屬解釋病患的預後，B 以自己的經驗向家屬進一步、更加詳細地解釋他們做了選擇之後，病患的病情會產生什麼變化。

「…那時候我在 GI，剛好就是遇到類似的，也是 HCC，應該是 rectal cancer 吧，就是也是大腸癌，也是末期，一個阿公，可是病人的狀況沒有阿公這麼糟，然後那時候他兒子，就是他們家屬，他兒子有在問我說這個之後是怎麼樣，因為那時候他們面臨到說 sign DNR 或者是要救不救這個階段，那時候醫生就跟他說預後怎樣不好的情形之類，

然後那時候就有跟他解釋說…說…在我們看過的經驗就是，之後會怎樣啊，然後等他病人狀況不好病人彌留的時候，然後有可能他會痛啊，講一講我就差點…就是快…就是…(B1-026)」。

在與家屬討論的過程，太過相似的情況，讓 B 將自己阿公與病患的情境交疊，他的情緒產生動搖，眼淚差點就要決堤；自己的家人受到病痛的侵襲、備受苦痛，在臨床碰到受到類似病痛侵襲的病患，護理人員對於他們的苦痛更是感同身受，深刻體會病患及家屬現在的感受與糾結的心情。

「…我阿公那時候…就是不行，我外公那時候應該是，我跟那個家屬談，談到快哭，那時候是他剛…(B1-056)」。

對於自己照顧的病患死亡一方面感到悲傷，但是一方面又感到欣慰。內科病房護理人員長期照顧病患，照顧期間可能長達數年，期間病患因為各種疾病反覆出入院，從行走自如慢慢退化到臥床，從意識清楚到不知人事，因為長期臥床需要抽痰、拍背，甚至產生褥瘡，病患的病情變化護理人員瞭若指掌。

「…活得越久也是受苦越久而已啦，因為他生活也沒有品質了…有的喘的家屬又不 on endo，也是…也是很痛苦…(E1-032)」。

護理人員瞭解這段時間病患受到多少苦難，當病患的病情惡化，能夠預期病患即將面臨死亡，反而會覺得死亡對病患而言是美好的，當病患受盡苦難之後離開人世，護理人員會為他的死亡欣喜，病患終於能夠從這些折磨中解脫。

「…你預期得到他的狀況就真的不好了，有時候都會想說他這樣解脫比較好吧(C1-130)」。

病患死亡，護理人員的心裡種種複雜的感受，不只對病患，也對家屬。病患在巡房的間隔中突然死亡，直到去巡查的時候才發現已經死亡，聯絡家屬前來醫院，家屬到達醫院之後，在病床前痛哭，哀嘆親人的離世。

「…看到家屬在那邊哭的時候你就會很心酸(C1-106)」。

自己如果在這個期間多去探查病患一次，就能適時察覺病患的變化，給予需要的醫療，挽回病患的生命，或是自己能夠增加巡房的時間，是不是就能夠及時發現病患的情況。

「會有點覺得是不是自己的錯，所以造成他們…天人永隔 (C1-107)」。

「…有時候就會想說…是不是再多勤一點去看他，或許就不會這樣，有時候就想說再給他勤抽個痰就不會這樣，就是那之間吧 (C1-100)」。

「是不是就不會這麼突然… (C1-104)」。

至少讓家屬有時間可以好好跟病患道別，而不是如此匆促的，就這樣離開人世，在家屬心中留下遺憾。

工作繁忙，護理人員無法時時刻刻陪在病患身旁，病患的病情變化無法完全掌握，除了固定的給藥治療時間，護理人員只能夠盡力在工作之間增加巡房的次數，即使如此，護理人員仍會因為病患突然死亡而感到懊悔。

「…有的家屬是真的太可惡了，都已經發現他沒了，怎麼打電話就是不過來 (C1-108)」。

病患臨終之際，護理人員通知家屬趕緊前來醫院，卻遲遲不見家屬出現，病患為了看到家屬最後一面，撐著一口氣就為了等待家屬回來，家屬姍姍來遲，使得病患無法達到自己最後的心願而離開人世。

「家屬不 care 的那種，就是你一直聯絡他，就是會替阿嬤或阿公難過說怎麼會有那樣的…就是已經跟你們講說他已經快不行了你們還不過來看他，就是有時候會想說他們是不是就在等妳們而已，才會一直拖那麼久，然後等到你們真的都沒有回應的時候，他真的稱不下去才走，… (C1-110)」。

剛開始工作碰到病患死亡會感到悲傷難過，內心有所觸動，跟著家屬一起哭泣，隨著工作經歷增加，看到病患的死亡，心裡一再被種種情緒刺激，各種感受不再如當初的強烈。

「…剛開始的時候會覺得難過吧，看到家屬在那邊哭，你會跟著鼻酸…(C1-130)」。

「…可是漸漸的…越來越還好了… (C1-130)」。

護理人員漸漸能夠控制這些感受，控制自己的情緒，漸漸地不再跟著家屬一起哭泣。

「…是麻痺嗎？還是碰久了 (E1-022)」。

「剛開始會眼眶泛淚，後來就還好了啦 (E1-020)」。

護理人員漸漸能夠用冷靜的態度看待病患的死亡。

「…我現在如果再遇到類似的狀況，我也不會說有情緒起伏之類… (B1-132)」。

雖然 D 也會刻意保持冷靜的態度對待病患的死亡，現在她遇到自己的病患面臨死亡，仍然會感到悲傷。

「…當他們一旦怎麼樣，我其實覺得我也是人，所以…我還是有那個悲傷期，甚至是跟他講一些惜別的話的時候還是會哽咽… (D1-082)」。

但是經過十幾年的護理生涯，經歷許多病患的死亡，她認為護理人員也是有感情的人，會對病患的死亡感到悲傷是理所當然，不用刻意壓抑自己的情緒。

「…畢竟是人啊，你還是有感情的… (D1-084)」。

「…我是告訴我自己那些都是人之常情，我逐漸會跟我自己講這才是真的是…是你正常的表現，你也不用刻意去壓抑… (D1-082)」。

陳玉黛與林佩芬 (2004) 認為隨著工作年資的增加，護理人員逃避死亡的傾向漸漸增加，年資十年以上的護理人員逃避死亡的情形更加明顯。然而與他們的研究結果不同，隨著工作年資的增加，D 反而不會刻意壓抑自己對於病患死亡的情緒，也不會逃避面對病患的死亡，她藉由研究進修與自我省思的過程中學習面對死亡的正向態度。

D 的情況與李素貞等人 (2006) 及洪栩隆 (2012) 的研究類似，隨著年紀的增加，經歷病患死亡的經驗增加，D 對於死亡的焦慮程度也逐漸降低，能夠坦然接受自己對於病患死亡所產生的各種感受。

自己照顧的病患死亡，護理人員會產生各種情緒，欣慰久病纏身的病患終於能夠擺脫病痛，悲傷一份情誼的消逝，憤怒家屬不克盡自己照顧親人的職責，只是每個護理人

員處理自己情感的方式有所不同，也許是冷靜看待生老病死的變化，或是顯露自己的傷痛。

貳 和他人分享

護理人員面對病患死亡時產生的情緒若僅放在自己的心裡，就像沒有出口的房間，在自己的內心環繞，久久無法消去，在心裡沉澱醞釀，對自己產生深遠的影響。

陳錫琦（2004a）針對大學生的研究發現，六成的大學生在經歷死亡經驗之後，找他人談論自己的感受對自己的心理調適是有幫助的。呂季紋、黃棣棟與穆佩芬（2011）發現護理人員會藉由與朋友分享自己的感受，宣洩情緒，同時來自家屬的肯定與鼓勵，也能夠使護理人員獲得力量，因此護理人員會與他人分享自己的感受，為這些情緒尋找出口。

蔡淑玲等人（2009）的研究也發現多數護理人員會選擇與家人、同事或友人分享，他們認為分享很重要，並且期待能夠從中紓解自身壓力，並且得到重要他們的同理與支持。所以當護理人員在工作時碰到瀕死的病患或是病患死亡，心中產生多種複雜的情緒，他們也許會與同事討論，或是回家之後與家人或親友分享，以舒緩自己內心的感受。

第一次碰到病患病危出院，對於剛從一般內科病房轉調到血液腫瘤科服務的 A 而言，是個讓她非常震驚的經驗，第一次她碰到病患不願意進行急救，周圍沒有熟悉的醫療人員相互溝通進行急救的聲音，只有家屬的哭泣聲響徹病房，在自己的耳邊繚繞。

「…後來我就還抱住一個同事，我就跟她說『你可以給我一點溫暖嗎？』，她說『學姊、學姊，第一次都這樣』，因為後來我手腳冰冷，她說『學姊，第一次都這樣，妳不要緊張』（A1-038）」。

她告訴同事自己當下的感受，向同事尋求支持。A 認為當自己照顧的病患死亡，產生悲傷、挫折等種種感受，跟單位的同事分享自己的想法，可以幫助自己排解這些情緒。

「我覺得或多或少有耶，或多或少有幫助…因為我覺得跟有相同經驗的人分享，分享他們個人的經驗，覺得其實是有幫助的（A1-030）」。

「…他們有太多太多的經驗了 (A1-032)」。

同事比自己具有更多類似的經驗，能夠深刻體會自己的感受，與這些同事相互交流，能夠學習他們如何處理這些情緒，排解這些錯縱複雜的感情。

「…我覺得是某種情緒式的抒發… (A1-034)」。

與家屬討論病患後續的醫療選擇，和阿公太過相似的情況讓 B 的情緒產生極大的波動，為了避免顯露自己的情緒，趕緊結束與家屬之間的談話，回到護理站之後和同事分享自己的感觸。

「那天我跟他講完我快哭，我趕快跟他的對話 ending 之後，我回 station 跟我其他同事有講，跟其他同事講說我剛跟他講到快哭 (B1-108)」。

但因臨床工作的忙碌，也是對類似的情況司空見慣，B 的同事對自己的情緒沒有給予特別的反應。

「我同事也沒什麼反應耶，我真的覺得臨床工作太忙了，你根本不會說…你沒有時間去悲傷這件事情 (B1-110)」。

護理人員沒有空閒時間悲傷哀悼病患即將死亡的事實，工作忙碌，護理人員上班時間專注於照顧病患，處理病患的大小事項，沒有太多時間能夠跟同事深入討論自己的情緒；當護理人員下班回家之後，最親近的是同住的家人，所以護理人員會與自己的家人談論工作上碰到的大小事項。

「有時候我遇到比較特別的 case，我會回去跟我媽講，講這些… (B1-106)」。

「只是回去會跟我老公講一下就這樣，可是他聽不懂…我都會罵一下 (C1-118)」。

碰到比較特殊的情況，回家與家人分享討論，即使家人沒有辦法百分之百瞭解自己的感受，但是僅僅與他人敘說事情的經過，就能夠為充滿自己內心的複雜感受找到出口，抒發自己的情緒。

病患反覆住院，與病房護理人員也都非常熟悉，彼此之間像是老朋友，所以 D 碰到自己的病患死亡的時候，他不會跟單位同事分享自己的感受。

「…所以我不會很…你說有時候傾吐心事嗎？也不是，他們也不是我的對象，那他們…跟那一群人，就是跟我們所認識的那一群人，也都是很好的，我有時候會覺得說跟他們一起講這些，我覺得沒有必要一群人沉浸在那些悲傷裡面，所以沒有試著跟他們說過，恩，沒有（D1-152）」。

同事也認識自己的病患，與同事分享自己的悲傷，會將這些與病患情同朋友的護理人員拉進哀痛的情境，只要自己一個人承受這份傷痛，不需要每個人都被捲入悲痛的漩渦。

另一方面，D 認為跟非醫療相關的人們討論自己的情緒，他們無法理解自己為什麼會產生這些感受，「生老病死」是掛在嘴邊的口頭禪，人人都能輕易地說出，不曾近距離接觸死亡，人們容易以輕鬆的態度看待死亡，為了逃避死亡所以不會深入思考，因此不能夠體會護理人員對病患死無所產生的種種情緒。

「那些感覺有些人你說了不一定他懂…（D1-142）」。

「我記得我在腫瘤科那時候有寫日記（D1-146）」。

網路社群不發達的時候，D 在日記寫下自己的心情，將自己內心各種感受化為文字寫在日記裡，無形的情緒化為有形的字體，日記就是自己抒發情緒的對象，現在她則是在 facebook 記錄自己的心情。

「…我覺得 facebook 上面不錯，我後來會寫網誌，很少寫，但是有感覺的就會寫（D1-142）」。

網路無遠弗屆，人們依賴 facebook 等社群網站彼此連結，即使身處遠方，藉由網路還是能夠在短時間內取得聯繫，當 D 的親友死亡之後，D 仍透過訊息傳送對他們的不捨，彷彿經由網路仍能夠將自己的心情傳送給位在另一個世界的親友，透過這些方式 D 緩解自己抑鬱的心情。

「…我會透過，他們都有 facebook，他每年他去世的那一天，我還是會在那個網頁上跟學妹講一些話…不是公開的，就是私訊的那種，跟他講一些話那樣，我當他都還聽得到（D1-144）」。

A 也會透過 facebook 分享心情，但並不是分享自己的悲傷，而是分享一些有趣的事情。

「…我會寫到 facebook，我會盡量寫一些有趣的事情，我會把…我不會寫悲傷的事情，可是我會寫一些…可能是有趣的事情，然後就是藉此轉移我的哀傷（A1-010）」。

當朋友在自己的訊息裡面回復，彼此互動的過程，A 就能夠暫時忘記自己的悲傷，轉移他的心情。

盧璧珍等人（2008）認為護理人員會與他人坦然分享自己對於死亡的想法，來幫助自己處理因為面對死亡所引發的各種感受。B 和 C 會與自己的親人、同事分享自己碰到病患死亡時所產生的種種情緒，他們也認為這樣的分享能夠幫助自己進行調適。

當護理人員因為病患死亡產生各種複雜的情緒，會選擇跟自己的同事分享，因為單位同事具有類似的經驗，能夠瞭解自己的感受；會跟自己的家人分享，即使他們無法體會自己為何產生這些感覺，但是僅僅是述說事情發生的經過這個動作本身就能夠緩解自己的悲傷；也會在日記或社群網路上以文字的形式記錄自己的心情，讓自己的情緒有所出口。

參 迴避

是否讓自己涉入(to get involved)對許多醫療人員而言是一個很大的問號。在身體醫療照顧的過程中，醫療人員必須保持客觀以執行正確的醫療處置與判斷，然而面對自己的病患死亡，護理人員所面對的問題不是「要不要」將自己涉入這樣的處境，而是能不能「不將」自己的情感涉入；病患的處境映射著護理人員自身的生命經驗，而病患的死亡撼動著護理人員生命底層的存在處境（石世明，2000）。因為病患死亡所產生的各種想法、情緒，有時候護理人員會選擇暫時迴避，迴避病患死亡的現場，或是暫時迴避面對自己的心情。

病患死亡，所有的醫療措施結束，移除病患身上點滴、氣管內管、尿管等所有的管路，清理病患飽受折磨的身體，擦去身上血液、痰液等體液，為病患換上清潔乾淨的衣

服，僅僅留下氧氣鼻導管或氧氣罩，形式上維持病患的一口氣，剩下的工作只剩下等待救護車送病患返家。

「…如果家屬在旁邊，就是已經你要忙的事情都忙完的時候，最後就只能給他用 O₂ 這樣…就沒什麼事情要做的話，就是請家屬在旁邊陪他嘛…如果你當下在場一定會看到那個狀況，一定會比較傷心難過的話，就先離開那個地方 (E1-092)」。

當所有的工作都已經結束，護理人員若是繼續留在病房，看著家屬為病患的死亡悲傷痛哭，會感染家屬的哀傷。

「…你會發現你在旁邊也不能做什麼事，你會覺得…有時候可能會覺得很無助還是什麼的，就是不能幫忙什麼事情，就是已經是這樣了，所以就是會…一方面傷心難過，一方面也是說…好像沒辦法幫助他們什麼事情，就只能看他們傷心難過 (E1-094)」。

該做的事情都已經做完，無法提供更多幫助，此時與其留在病房，護理人員會離開這個悲傷的空間。

「…你該做的都做了，其他沒什麼事做，那還不如就避開… (E1-096)」。

在傳統醫療照護的模式中，護理人員提供病患協助與照顧，護理人員是專業的健康照護者，然而作為自身基礎的專業知識與醫療照護技巧，卻成為護理人員貼近病患心靈的障礙 (江蘭貞，2004)。病患死亡之後，所有的醫療照顧技巧毫無作用，使得護理人員對病患死亡的情境感到手足無措，只能夠暫時迴避，將空間還給家屬，讓他們與病患相處。

「…可能就暫時的迴避一下還是… (E1-090)」。

護理人員繼續留在病房裡，不但沒有實質的幫助，家屬還可能因為在意他人的目光，會壓抑自己的感情，無法好好的陪伴病患，跟病患述說自己的悲傷，發洩自己的傷痛。

「…讓他們自己獨處，讓他們自己發洩，有的人有外人在場也會不好意思還是什麼的，有一些啦… (E1-096)」。

因病患死亡所產生的哀傷，就像流沙，一旦踏入就會隨著沙粒慢慢地下沉，被沙子淹沒之後，無止盡的黑暗就會撲天蓋地席捲而來，沒有他人的幫助，很難靠自己的力量逃脫這個陷阱。

許多護理人員採取迴避的方式因應病患的死亡（Brunelli, 2005）。護理人員對死亡所採取的態度不但會影響自己面對病患的死亡，更會影響個人的因應態度，A 無法擺脫因病患死亡所產生的情緒。所以她有意識地壓抑自己的感受，刻意讓自己以淡漠的態度對待病患的死亡，不要產生悲傷，就不會受到干擾，也不會影響自己的工作。

「…我不知道該去怎麼擺脫（A1-020）」。

「…sometime 我會選擇淡漠，有時候你太過情緒化其實對病人和家屬是沒有好處的，你比較…你可以同理，可是不能同情（A1-014）」。

即使刻意保持平靜，但是仍然無法避免悲傷情緒的產生，當悲傷的感受襲來，A 就像掉進漩渦隨著水流不停地打轉，由外圍漸漸轉入漩渦的中心，無法離開。

「有時候我會掉進那個漩渦出不來…有時候我會轉不出來啦，我說真的，有時候我會…（A1-012）」。

「…我不知道該去怎麼擺脫（A1-020）」。

悲傷牢牢攫住 A 的身軀，使得 A 無法輕易擺脫它的束縛。

「…我會寫到 Facebook，我會盡量寫一些有趣的事情，我會把……我不會寫悲傷的事情，可是我會寫一些…可能是有趣的事情，然後就是藉此轉移我的哀傷（A1-010）」。

為了不要陷入悲傷的牢籠，A 把自己的注意力轉移到快樂的事物。如陳慶餘等人（2003）的研究，A 運用逃避策略面對病患的死亡，她害怕面對死亡，所以逃避談論死亡問題的方式減少自己內心的焦慮。與 Facebook 的朋友交流的過程，欣喜愉快的事物暫時充滿自己的世界，對於病患死亡所產生的悲傷被趕出內心。

B 想要為病患和家屬提供更多幫助，所以曾經考慮轉任安寧的工作，但是他害怕自己會太過深入瞭解病患的生活、內心世界和想法，深入病患的世界之後，他會被病患情緒、感受影響，無法輕易脫離。

「…你會瞭解到他們的家庭狀況是怎樣，人跟人之間的關係會很親密，你會知道這個病人的主要決策者是誰，主要照顧者是誰，可能搞不好還有宗教因子之類，安寧就是這些啊，就要深入瞭解這個病人，這個病人可能他放不下的是什麼（B1-160）」。

她放棄想進入安寧的想法，不要進入病患的世界，就不會被影響，B 選擇將這些感受拋出腦海，不要深入感受自己的情緒，停止思考，不要碰觸這些感情，就不會受到這些情緒的影響。

「…如果真的陷進去了，我會跟著一起…情緒會跟著一起來（B1-156）」。

「…我會忘記，也不是忘記，我是會拋在腦後，我不會去，雖然說有一些事情我會一直想一直想，可是這種別人的事情…（B1-114）」。

當病患死亡，護理人員會離開充滿傷感的空間，迴避家屬的哀傷，避免自己的情緒受到影響，甚至影響照護其他病患的工作；當哀傷的情緒已經產生，為了不讓自己陷入悲傷的漩渦，護理人員會尋找美好的事物，讓心裡盈滿這些美好，讓悲傷找不到空隙進入內心；或是刻意保持冷靜的情緒，讓自己的心築起保護的城牆，將這些可能產生的複雜情緒完全隔絕在外，就不會產生悲傷，受到影響，甚至陷進漩渦。

第四節 工作前後死亡觀點的改變

Worden (1991)提出哀悼的任務模式(a task model of bereavemen)，他認為哀悼是一個完成任務的過程，人們需要經過四個哀悼的任務過程，包括：1.接受失落的事實；2.經歷悲傷的痛苦；3.重新適應一個逝者不在的新環境；4.情感從逝者身上退出，在生命中重新安置逝者的位置，尋找緬懷逝者的方式，並將感情投注在新的關係。失落的經驗能夠為人們帶來從有層面的轉化，使得人們改變自己核心的信念以及對生命的態度（引自石世明，2008）。

研究發現當大學生經歷死亡經驗之後會產生正面及負面的影響。正面影響包括：1.領悟生死、2.珍惜現有、3.重視健康與安全；負面影響包括：1.死亡焦慮、2.心性遽變、3.人生失控（陳錫琦，2004a）。

A 的父親因為癌症死亡，在死亡之前不曾知道自己的病情，A 當時年紀還小，無法幫助父親緩解病痛，只能在一旁看著自己的父親於苦難中離開，學生時代，她不曾主動提及自己父親的事情。

「…其實我爸那一段時間對我是很大的影響 (A1-052)」

「…我專科連講都不講，我到專四我同學，我室友才問我『你單親嗎？』，我說『你怎麼會這麼問？』，因為他說你從來不提你爸的事情… (A1-054)」。

那段時間對她是一個難以磨滅的傷痛，在心裡留下深深的傷痕，每當提到父親的事情，都會將她的記憶拉回過去，再次感受當時的悲傷。

成長過程中經歷父親的死亡及自己瀕臨死亡的經驗，A 認為自己是個對死亡敏感的人。

「…我覺得我是一個對死亡特別敏感的人，因為跟我的家庭的…環境有關 (A1-006)」。

「…我想瞭解他們的心理層面，可是我怕去碰，我想碰，可是我又怕碰，我會連帶有一連串的反应… (A1-052)」。

她想要瞭解臨終病患的心理，克服自己對死亡的恐懼，但她畏懼碰觸病患的心理，太過深入瞭解他們的內心，會將自己扯進病患的世界，沉浸在同樣的悲傷、對死亡的畏懼，她無法控制事情的發展，她怕會失序，撕扯自己內心的傷口，再次受傷。

「…最終最深層還是怕傷害到我自己，因為我怕我不能因應他反應是什麼，其實我很怕去觸碰這一塊… (A1-038)」。

當她知道自己要轉調到血液腫瘤科服務的時候，她的內心非常抗拒。

「…那時候去血液腫瘤科，其實我有點 deny，我有點害怕，應該不是說 deny，我害怕的原因是我怕我不能夠 handle 所會發生的狀況… (A1-039)」。

在神經內科，她碰到病患死亡的機率並不高，能夠克制自己的情緒，以冷靜的態度面對病患，然而到血液腫瘤科，不可避免地碰到病患死亡的情況會增加，自己是否能夠好好地控制自己的情緒，讓她對此感到害怕。

對於自己當時只能夠眼睜睜看著父親受盡病痛折磨後離開人世，她要藉著幫助臨終病患，彌補自己當初無法幫助父親的遺憾，但是卻又害怕碰觸死亡。

「…其實我非常怕癌症…我總是會想做很多，可是我卻發現我自己無能為力，然後就只能選擇在中立的立場（A1-006）」。

太過深入瞭解病患的內心世界，與病患建立深刻的關係，會染上病患的哀傷，當病患死亡之後，會陷入深沉的悲傷無法自拔，影響自己的生活，影響到照顧病患的工作。

「…有時候我會掉進那個漩渦出不來…有時候我會轉不出來啦…（A1-012）」。

「…明天要繼續生活…（A1-014）」。

為了讓自己能夠繼續生活，她選擇中立，不過於深入觸及病患的心理，與病患保持適當的距離，但也不讓自己太過冷淡以至於顯得無情。

「…sometimes 我會選擇淡漠，有時候你太過情緒化其實對病人跟家屬是沒有好處的，你比較…你可以同理，可是不能同情（A1-014）」。

顧艷秋（2001）發現家庭型態、婚姻狀態、接觸死亡經驗的情形等因素都會影響人們對於死亡時所採取的態度。A 過去經歷父親罹癌痛苦死亡的歷程，在她心中藏下害怕死亡的種子，進入臨床之後看過病患不同的死亡過程，使得她更是畏懼害怕死亡，為了不要碰觸自己心中最深處的恐懼，所以她對於病患的死亡採取中立、淡漠的態度。

太過情緒化會讓自己無法客觀看待病患的病情，對於照顧病患的工作沒有幫助。然而她沒辦法如此輕易地保持平衡，知道病患不可預後、即將面對死亡，卻又暗自希望病患能夠稍稍延長生命，在世界上活得久一些，但身為護理人員深知病情進展，瞭解這是一個不可能實現的願望，所以更讓她為病患的死亡感到悲傷。

「…你知道疾病是不可以預後的…（A1-004）」。

「…可是問題是你很想拖下來，可是你卻沒有辦法…所以…所以我覺得……唉…該怎麼說這種感覺，會覺得很悲傷啦…（A1-004）」。

她的內心希望能夠幫助病患面對死亡，卻因為自己恐懼死亡只能選擇保持距離，卻又擔心過於冷靜會變成一個淡漠的護理人員。

「…我覺得我其實很怕自己變成一個很淡漠的人，可是有時候我很希望給他們一個擁抱，可是又覺得這樣好像很不合適…（A1-074）」。

她的內心一直在拉鋸著，尋找著看待病患死亡的合適態度，尋找一個出口；現在她為自己願意談論父親死亡時的故事，觸碰原先避之唯恐不及的往事，對自己而言已經是非常大的進步。

「…我現在敢講，我覺得已經是個進步了…所以我現在很自然地講，就表示說我覺得 OK 了（A1-054）」。

正視自己的恐懼，碰觸自己的傷痛，在與病患和家屬相處的過程中，她不只照顧病患，同時也慢慢療癒自己的傷口。

進入護理工作之前，B 很少會想到有關死亡的議題，因為電視新聞的報導，才會讓自己思考有關死亡的事情，她思考的是父母的死亡，因為父母比自己更接近死亡。

「…我已經忘得差不多了，印象中好像有想到這件事情，可是好像沒有…（B1-220）」。

「我不會認真的想，會想到這件事情一定是那種新聞報啊，什麼的，然後就想說如果是我自己的父母的話，我會…我會預想說會怎麼辦（B1-222）」，

國中時，爺爺因病過世之後，親人一下子突然消失，不再出現在自己的生活中，因為爺爺跟奶奶的年紀相近，同樣已經年老，讓她擔心奶奶也會突然死亡，所以在爺爺過世的那陣子，她緊跟在奶奶身邊。

「…就是我阿公過世之後那一陣子，我好保護我阿嬤喔（B1-112）」。

「…很怕她一個跌倒啊…我之後如果帶我阿嬤出去就會跟在我阿嬤旁邊，那一陣子啦…（B1-124）」。

死亡原本不存在自己的世界，當爺爺死亡之後，死亡突然出現在自己的生活中，並且她發現每個人都會死亡，她對死亡的恐懼表現在保護奶奶的行為上。

「…那時候就很怕我阿嬤離開或…我覺得應該是心底深處，我說我表現出來的行為，後來我想一想應該是這樣，那時候我就覺得說離開…心裡有一個…（B1-128）」。

進入臨床工作之後，經歷病患的死亡，看著病患歷經病苦後死亡，瞭解病程進展的變化，人最終都是一死，無法以人力阻擋生命的流逝。

「…長大之後…因為你知道說他的病是這樣，就是最後也只有死亡這條路走啊… (A1-128)」。

在死亡面前人人都是平等的，終會死亡，她認為世事無常，即使當下健康平安，也無法擔保明日仍會如此。

「…有時候遇到病人在講說…他就說他會不會死掉之累的，我就說那又不一定，我都會開玩笑講說搞不好我明天也會死掉，離開人世之類的，意外誰會知道啊，人都是總有一死，可是不知道怎麼走的… (B1-128)」。

剛開始碰到病患死亡，她會為病患的死亡感到悲傷，她認為當時傷痛的感受比較重。

「我還是會悲傷，可是你知道我悲傷的情緒不會，應該這麼說，以前，相較之下，以前那種悲傷的感覺會比較重… (B1-146)」。

但是隨著經驗的累積，知道病患病程發展的情況，漸漸能夠預期病患的預後如何，病苦死亡是正常的人生過程。

「…現在會覺得，你知道走久了，生老病死就是這樣… (B1-146)」。

「…可能一開始我的心態就看得很開… (B1-128)」

B認為自己調適得很好，她認為「生老病死」就是人生的一個循環過程，即使無奈，但是沒有任何人能夠脫離這個迴圈，後來碰到阿公癌症末期死亡，又讓他喚起對於死亡的種種情緒。

「…你知道走久了，生老病死就是這樣，還是會覺得說很難… (B1-146)」。

「…可是後來又遇到我阿公的事情… (B1-128)」。

親人的死亡使得「生老病死」這個事實更加凸顯，令人無法輕易漠視，一旦度過最為哀傷的期間，習慣親人不在身邊，死亡又漸漸被掩蓋到生活日常瑣事之下。

「就過了就好了啊，像我現在如果再遇到類似的狀況，我也不會說有情緒起伏之類的 B1-132」。

當自己一旦踏進病患的世界，瞭解他們的心情，當病患死亡之後，自己會為他們傷心。

「…如果真的陷進去了，我會跟著一起…情緒會跟著一起來 (B1-156)」。

她曾經想要進入安寧病房工作，她希望可以為病患和家屬提供多一點幫助，卻害怕自己太過深入他們的內心，使得自己承受太多的哀傷。

「…你會瞭解他們的家庭狀況是怎樣，人跟人之間的關係會很親密，你會知道這個病人的主要決策者是誰，主要照顧者是誰，可能搞不好還有宗教因子之類的，安寧就是這些啊，就要深入瞭解這個病人… (B1-160)」。

所以 B 選擇不要踏入安寧的工作，不要過於貼近他們的世界，讓自己能夠保持平靜的態度來面對病患的死亡。

「…前陣子還跟不知道誰在那邊說什麼自殺方式最好 (B1-182)」。

「…我覺得在睡夢中走了最好… (B1-190)」。

經歷病患的死亡，也經歷自己親人的死亡，B 漸漸開始思考自己的死亡，自己的死亡方式，思考自己究竟會以什麼樣的方式離開人世。病患的死亡引導護理人員開始思考自己的生與死。

周德新 (2008) 認為恐懼死亡的程度不同，對於死亡的態度就會有不同的表現。A 非常害怕還有恐懼死亡，所以她很少提到自己父親死亡時的情況，進入臨床之後當她被調動至血液腫瘤科時，她對此非常抗拒，碰到病患死亡的時候，太過悲傷的場景讓她的情緒無法負荷，所以她避免與病患、家屬建立深厚的感情，她以中立、冷靜的態度照顧家屬，以免當病患死亡時無法控制自己的感受。

另一方面，B 認為自己在進入臨床前已經做好心理準備，所以雖然剛開始的時候碰到病患死亡也會悲傷，但是隨著工作資歷的增加，她瞭解死亡是人生的過程，她也在這個過程瞭解自己的界線，所以她選擇不要踏入安寧，並且與病患和家屬保持適當的距離，才能夠平靜地面對病患的死亡。。

C 以前覺得死亡只會發生在老年人身上，自己年紀還輕，所以對死亡沒有太大的體悟，死亡不會這麼快發生在自己身上，所以不曾思考自己的死亡。

「小時候都沒感覺啊，小時候都會覺得說死亡沒有那麼快啊，你的認知都是在那種七、八十，六、七十那種… (C1-150)」。

「…因為我想說應該不會那麼快吧 (C1-140)」。

但是工作之後，看到人們因病邁向死亡，在醫院裡看到各個年齡層的病患出入，瞭解年輕人同樣會面臨死亡，每個人都會步向死亡，不同年齡都可能會遭遇死亡。

「…可是就是因為工作的關係，就是…這不是你能決定的耶，就是你遇到了，你看到形形色色的病人之後，你就會覺得…這麼年輕就得到這種病或是怎樣的時候，你就會覺得就是你不可能每個人都活到那個時候…不是每個人都是到七、八十歲才會生病死亡，現在都是年輕化了，隨時隨地你的命就…隨時隨地啊… (C1-150)」。

生命非常脆弱，輕微的疾病可能惡化成奪人性命的重病，不管年輕人或老人都可能因病而死。

「…他的死對我們來說其實很不適應 (D1-026)」。

經歷病患的死亡，對病患的處境感同身受，對病患記憶猶深，久久無法忘懷，現在仍深受影響。

「…我想不出來有什麼共通點，說為什麼會讓我那時候真的那麼難受，甚至他過世半年之後… (D1-028)」。

經歷朋友的死亡，年紀與自己相仿的友人沒有任何病症，在睡夢中突然猝死，留下自己年紀還小的孩子，生老病死的現象發生在周遭的人身上。

「…今年年初的時候我同學…今年一月份的時候突然在 facebook 上看到人家留言他猝死… (D1-060)」。

「…好像是自己的同學陸陸續續身體在…就是可能一些生老病死都開始發生在自己身上… (D1-078)」。

洪栩隆（2007）認為初期護理人員試圖以死亡與病患的年紀、身體相關等理由，確定死亡與自身無關。D 以前也認為人死亡之後什麼都不會留下，死了就死了，她全力衝刺自己的護理事業，放心地把自己的孩子交給父母幫助照顧，把自己的注意力放在外在世界、自己的工作。但是當她碰到自己的朋友以及跟自己年紀相仿的病患死亡時，這樣的防衛機轉就會瓦解，使她體會到死亡的威脅。

「…以前會覺得死了就死了…（D1-164）」。

現在自己的父母年紀衰老，身體健康狀況也漸漸出現問題，反思自己以往的生活，她發現自己把太多的注意力放在照顧病患、自己的護理工作上，犧牲跟父母、孩子、家人相處的時間，錯過與他們的互動。

「…我的爸爸媽媽已經不能夠…就是沒有辦法好好的，因為他們自己也生病了嘛…（D1-164）」。

「…我其實漸漸會覺得說我好像不應該這麼自私只是一直投入在自己的工作，這也才讓我覺得說我好像不能，當我發現工作佔了我大多數反而犧牲掉我跟他們之間的一些東西的時候，我就會有罪惡感…（D1-166）」。

她希望死亡不要這麼快到來，自己的孩子還小，自己沒辦法就這樣放下孩子撒手離去。

「…我現在我會不希望自己太早死，孩子還很小…（D1-164）」。

她對此感到遺憾，並且產生罪惡感，所以她嘗試著調整自己的工作，將自己的注意力轉回自己與家人的生活，增加與家人、孩子相處的時間。

「…我就會試圖想去調整自己的工作內容…（D1-166）」。

她認為當人死亡之後並不是所有的事物就此跟著消逝，與家人、孩子彼此之間互動的記憶會繼續留存下來，所以她改變自己的生活型態，增加與家人之間的回憶。

「…如果到那一天該走的時候應該要走，可是我會希望不要是突然的，因為如果是突然的話我都沒辦法留下什麼東西會讓他們回憶我，我會害怕這個…（D1-166）」。

「…我還是期待如果可以的話就什麼都沒有，專心陪伴父母就好了…（D1-176）」。

她認為陪伴父母是目前最重要的事情，父母生病，已經可以預見死亡即將到來，他希望能夠花費更多的時間陪伴父母，傳統台灣人不輕易說愛，記憶中父親總是帶著嚴肅的形象。

「…其實我有印象大概是五歲以前，他牽我抱我，之後就沒有了，爸爸在家裡其實是很硬的（D1-218）」。

現在父親生病，她陪伴著父親到醫院就診，時隔許久牽著父親的手，心似乎更為貼近。

「…我自從他生病之後我牽他，牽他扶他我覺得那種感受還不錯…（D1-220）」。

E說自己以前不懂死亡，覺得死亡沒有什麼好害怕，死了之後所有的東西都消失了。

「以前…應該是以前是不懂啦，就會看得很簡單，常常…以前都會想得很簡單，想得沒有那麼複雜，以前有時候吵架都說死就死了誰怕誰，可能是沒有碰到太多，就是不會想那麼多啦…（E-186）」。

進入臨床工作，碰到自己照顧的病患死亡，認為生老病死是輪迴的四個階段，死亡是人生的一部分，每個人遭遇的時間不一樣。

「…看越多你會覺得就是一個輪迴啊，生老病死，一定要經過的路程，只是…只是死亡的時間不一定，有時候你生老病死就感覺是一個比較常規的循環…（E1-132）」。

「…剛開始想得比較輕鬆，這是一定會面對的，只是時間近跟遠不一定…（E1-186）」。

結婚、生子，自己的角色增加，承擔的責任增加，與周遭產生更多的羈絆，無法以輕鬆的態度看待死亡。

「…剛開始單身還沒結婚的時候你會看得比較輕鬆一點，後來你可能…責任越多，你就會覺得我小孩怎樣，還沒長大還沒結婚…等小孩子結婚什麼的（E1-158）」。

「…後來可能角色比較多，又會擔心這個擔心那個（E1-186）」。

杜異珍（1997）認為未婚與已婚護理人員對於死亡的恐懼感有所不同。D、E尚未結婚的時候，看待死亡的态度比較輕鬆，恐懼感比較低，但是當他們結婚之後，成為母親與妻子，社會角色增加，無法如未婚時候那樣輕鬆地面對死亡，責任增加的同時，心

中的牽絆也一起增加，無法輕易捨下這些事物，所以對於死亡的恐懼感在結婚之後也明顯提升。

因為成長過程中的傷痛，對死亡感到畏懼，想要深入病患的內心，卻又害怕無法控制自己的感情，在貼近病患或是保持距離之間徘徊不定，努力嘗試克服自己的恐懼；在與病患相處的過程中，藉由照顧病患和家屬的動作，彌補自己的遺憾，療癒自己的傷痛。

如余德慧與石佳儀（2003）所言，護理人員進入臨床工作之前，雖然知道人人都會死亡，卻不曾想像發生在自己身上。以為死亡只會發生在老人，自己距離死亡還很遙遠，不曾認真看待這個事實，與自己毫無關係，所以能夠以輕鬆的態度看待死亡，無法真誠面對死亡。

進入臨床工作之後，發現死亡不只是老人的專利，無論年紀長幼，隨時都可能面臨死亡；並且隨著年紀增長，結婚、生死，扮演的角色增加，所承擔的責任也同樣增加，周遭社會的羈絆增加，無法再以輕鬆的態度看待死亡，死了之後會留下自己的孩子跟家庭，發現更應把握與家人、孩子、父母相處的時間，珍惜與他們之間的時刻，這與洪栩隆等人（2006）的研究結果類似，醫學院的學生能夠接受死亡是不可避免的事實，因此藉由珍惜時光來減輕面對死亡所產生的負向情感。

第五節 面對死亡

藍育慧等人（2007）引用 R. Kastenbaum (1992)的論述表示，面對病患死亡，其臨終景象會帶給護理人員不同以往的思考空間，藉由病患的死亡瞭解自己也會死亡，並且觀察到生命如何從生過渡到死亡，因此本節分五個主題進行討論：壹、死亡是什麼；貳、因病痛所苦；參、把握時間減少受苦；肆、期待善終；伍、現在與未來。

壹 死亡是什麼

護理人員不分晝夜照顧病患，每天照顧因病痛所苦的病患，看著熟悉的病患身體健康漸漸衰退，喪失自主活動能力，甚至喪失意識，最終邁向死亡，對護理人員而言，死亡究竟是什麼？死亡是怎麼一回事？自己的死亡會是什麼樣子。

「死亡是怎樣喔，其實我真的沒想過這個問題耶…（A1-064）」。

現在的社會大力推廣安寧的觀念，每個人都希望自己能夠獲得善終，所以立法使安寧得到合法性，但是毫無彈性的法律在病重的病患面前卻又顯得無情。

「…一個人可以作主自己的死亡到底是一件好事還是壞事（A1-004）」。

當體力尚可負荷的時候，讓病患自己選擇死亡的方式，DNR 確實能夠讓病患獲得有尊嚴的死亡；但是要求毫無體力的病患必須親筆簽下 DNR，對於重病的病患而言卻顯得不近人情，讓 A 對於自己自主死亡的好壞產生疑惑。

「…死亡本來是模糊的東西，你…你不可能看透死亡…（A1-034）」。

死亡是一個不可捉摸的概念，充滿在生活中，護理人員在醫院裡時時刻刻都能夠碰見死亡，卻從來不曾看清死亡的面貌，A 認為自己無法看透死亡的本質，只能夠將死亡擺進生活中一個位置，將它視為一個常規的事件。

「…你不是看透死亡，而是你要去…把死亡弄到生活中一件很平常的事情…（A1-034）」。

死亡時時刻刻都在發生，也許不是在自己周遭，但在這個廣大的世界每時每刻都在發生死亡。

「…死亡無時無刻…（A1-034）」。

當病患死亡的時候，周遭時間的流逝似乎變得緩慢，護理人員的動作、家屬的悲傷都像是慢動作般地呈現。

「…其實他們都是非常緩慢地進行，一切都非常的緩慢…（A1-038）」。

在當下所有事物的細節都被放大，病患的後事、家屬的哀傷看得一清二楚，讓 A 記憶猶深。

「…他們每個都走得非常 slowly，非常的慢… (A1-038)」。

A 曾經想過死亡會發生，但是她沒辦法想像發生在自己身上的情況

「我有想過死亡可能會發生 (A1-056)」。

「…我沒辦法想像我周遭的人一直離去啦，我知道人到最後都是孤單的 (A1-060)」。

對 A 而言，死亡是不可觸碰的荊棘，試圖接觸會刺傷自己，為自己帶來傷害。

「…最終最深層還是怕傷害到我自己…其實我很怕去觸碰這一塊… (A1-038)」。

她畏懼死亡，成長過程中父親的死亡和自己的生病的經驗都讓她對於死亡留下深刻的印象。

「…我承認我對死亡畏懼… (A1-044)」。

「死亡是怎樣喔，其實我真的沒想過這個問題耶……我都這麼害怕死亡了還去想… (A1-064)」。

「…所以我沒有想過要如何面對自己的死亡，我就是害怕死亡… (A1-068)」。

人們因為無法預知死亡的現象，所以面對死亡的時候就會感到緊張與害怕(施鑄湘, 2014)。A 不曾思考要如何面對自己的死亡，她覺得當自己進入生命最後的階段，準備迎接死亡的到來的時候，她會非常恐懼死亡的那一刻，並且可能因為畏懼死亡而使情緒不穩，甚至將這不安的情緒發洩在他人身上。

「我應該會非常恐懼耶，而且我覺得我脾氣會變得很差，因為我不知道該怎麼平靜我的情緒，我會遷怒在別人身上… (A1-064)」。

死亡人生的必經路程，護理人員瞭解病患的病程進展，在臨床看到病患衰老、經歷苦痛然後死亡，更是深刻體會這個事實。人們為了延長壽命做了許多的努力，最終仍須要面對死亡。

「…因為你知道說他的病是這樣，就是最後也只有死亡這條路走啊… (B1-128)」。

在醫院時時可見人們歷經生、老、病、死等階段，處在醫療最前線照顧病患，比一般人有更多機會接觸死亡，但是對 B 而言死亡是人生的必經過程，經歷越多就越不會因為病患死亡感到悲傷。

「…我覺得生老病死是人生的必經過程 (B1-092)」。

「…你也知道遇多了，就沒什麼感覺… (B1-101)」。

當病患病重瀕臨死亡接受急救時，她對躺在病床上的病患並無特別的感受。

「…對病人躺在那裡啊，我反倒沒什麼感覺 (B1-054)」。

病患的死亡對他而言，是一件發生在別人身上的事情，跟自己並沒有太大的關聯，直到親身碰到自己的家屬面臨死亡之後。

「…真的遇到那種自己親人跟… (B1-066)」。

看到阿公死後送到火葬場後，棺木推進火化爐，身體被高溫燒為骨灰的時候，才更加貼切感受死亡就是一個人從這個世界消失不見的代名詞。

「…你知道推進去那一剎那，真的 (眼淚) 一直掉一直掉耶… (B1-080)」。

B 小時候認為死亡只會發生在年紀大的人身上，不會發生在自己身上。

「…小時候都會覺得說死亡沒有那麼快啊，你的認知都是在那種七、八十，六、七十那種… (B1-150)」。

但是開始工作之後，經歷病患的死亡，有老年人也有年輕人，看到不同年齡層的病患的死亡，發現死亡並不是老年人的專利，只要是人都會面臨死亡。

「…你看到形形色色的病人之後，你就會覺得就是不是每個人都活到那個時候…不是每個人都是到七、八十才會生病死亡，現在都是年輕化了… (B1-150)」。

「我當然希望平平順順的啊… (B1-182)」。

B 希望自己的死亡能夠平安順利，如果能在睡夢中離開人世是最好的選擇，不要受到病痛折磨。

「…我覺得在睡夢中走了最好… (B1-190)」。

「我覺得這樣比較好，睡夢中離開的，我覺得不錯 (B1-192)」。

死亡的發生非常快速，當病患在臨終彌留之際，自己稍微放鬆注意力，離開病房為其他病患執行治療，再度回到病房的時候，病患就已經停止呼吸，離開這個世界了。

「…我忘記又去發藥還是，我忘記了，反正又去的時候就不會動… (C1-020)」。

並且對 C 而言，病患的死亡不只是從世界上消失，病患的肉體雖然已經死亡，但是靈魂仍逗留在世間，甚至可能在自己的身邊徘徊，對自己造成影響，至今餘悸猶存。

「…你到後來怎麼越來越不舒服，越來越不舒服…就是你整個都暈暈的… (C1-028)」。

「…我真的覺得很可怕… (C1-036)」。

D 認為死亡是人生的一個部分，離開的時間到來，無論人們做再多的努力仍然無法改變，不需要對臨終病患做更多醫療行為。

「…其實我覺得人該走的時候我還是就… (D1-108)」。

當人死亡之後就會從這個世界上消失，能夠留下來的只有活著的時候跟家人、朋友一起創造的回憶，所以 D 認為應該把握時間，珍惜跟家人相處的每一分每一秒，不要留下遺憾。

生、老、病、死是人生的歷程，因為年紀衰老、健康衰退，最終到達死亡，隨著這個順序度過人生，人們似乎較容易接受病患的死亡。

「…有的都一百多歲、九十幾歲，所以我會覺得他們的死對我來說… (D1-058)」。

「…我現在會比較 shock 都是我身邊的人 expire… (D1-060)」。

D 的同學年紀與自己相仿，卻在睡夢中突然猝死，讓 D 備受震驚。病患年紀還輕，因為意外或是疾病而死，會使得人們為此感到惋惜。

臨床經歷許多病患的死亡，讓 E 認為死亡是生命輪迴的一個階段。

「…看越多會覺得…就比較不會去想太多，看越多你會覺得就是一個輪迴啊，生老病死，一定要經過的路程… (E1-132)」。

生、老、病、死四個階段不停輪轉，每個人都要歷經相同的循環，每個人都會面臨死亡。

「…生老病死就感覺是一個比較常規的循環… (E1-132)」。

「…這是一定會面對的，只是時間近跟遠不一定… (E1-186)」。

只是每個人踏入下一個階段的時間不一樣。

「…只是死亡的時間不一定… (E1-132)」。

當病患因病痛受盡折磨，躺在床上無法活動，甚至失去自我意識，D 認為對這樣的病患而言，死亡是解脫，幫助他們擺脫身體的拘束。

「…可能這樣子對他也是一種解脫…他已經生活也沒品質了… (E1-032)」。

死亡是一件悲傷的事情，也是一件嚴肅的事情，這樣的感受很容易感染周遭的人，護理人員原本彼此嬉笑談論，看到家屬前來辦理死亡證明書的時候，雖然不是負責辦理的人員，但是因為與家屬處在同一個場所，當下仍認為自己必須展現出嚴肅的態度。

「…有時候碰到隔天來申請死診的啊，突然…剛開始心情還好，還是蠻 OK 的，碰到他們來會突然 down 一下，就是好像…不能太開心，不然會覺得…就好像跟他們要一樣 down 一下 (E1-096)」。

即使是無法直接觀察到的心情，也必須調整到與家屬的心情一樣，才是對家屬的尊重。

死亡無法捉摸，安寧繼續教育訓練教導護理人員需要預先為死亡做準備，例如預立遺囑等，但是死亡太過模糊，沒有人能夠詳細說明死亡究竟怎麼一回事，也無法預知自己會以什麼樣的方式邁向死亡，無法具體得知究竟該如何準備。

「…有時候就會覺得反正還沒碰到，到時候碰到再講，有時候想一想你還是不知道怎麼做，也不知道怎麼準備，然後…就覺得好像還很久 (E1-188)」。

雖然明白死亡隨時可能發生，卻又覺得死亡仍遙不可及，無法具體瞭解究竟該如何準備死亡。

A 認為死亡時時刻刻都在發生，是日常生活的一部分，但是死亡的真實面貌太過模糊，她無法看清，她害怕且畏懼死亡，所以沒辦法想像發生在自己身上的情況；B、D 與 E 認為死亡是人生循環的一部分，最終每個人都將面對死亡，並且 D 認為當人死亡之後能夠留下來的只有彼此之間的回憶；C 認為人死亡之後病不會就此消失不見，人的靈魂可能在死亡之後仍在世界上徘徊。

生、老、病、死是人生的必經過程，每個人都會面臨死亡，只是無法得知確切的時間，人們較能夠接受循著常規循環而步向死亡，若是因為意外、疾病等因素，中斷常規的循環，在人生的中途便邁向死亡，便使得人們無法輕易接受。

死亡是模糊的，每個人都知道自己終有一天會死，卻無法得知死亡的具體面貌，因而對此感到恐懼，只能夠盡力適應，接受死亡總有一天會來到的事實。

貳 因病痛所苦

護理人員在內科病房，接觸各種慢性疾病的患者，看著病患的健康情形日漸衰退，住進醫院接受各種治療，護理人員清楚這些病患的病程進展，對內科病房的護理人員而言，這些病患在他們眼中究竟呈現何種面貌。

熟識的病患因為疾病的侵襲漸漸喪失行為能力，病患身旁除了年邁的母親以外沒有其他親人，護理人員可說是最親近病患的人員；看著病患漸漸無法進食，身體代謝功能衰退使得身體腫脹不堪，因為彼此之間的感情深厚，病患會向護理人員傾訴自己的不適，讓 A 更加不捨病患受到如此的苦痛。

「…這一段時間看他從意識清醒還可以吃東西，慢慢地、緩慢地吃到最後都不能吃，整個人腫脹，跟我講他的不舒服，那種心路歷程是很難過的…（A1-004）」。

疾病造成各種的併發症，病患的肺部被膿液佔滿，擴張空間受到限制，無法輕易呼吸得到所需的空氣。

「…整個 Lung 都淹起來了，整個都是膿，慢慢讓他的呼吸的氣泡的交換越來越小、越來越少，他慢慢地慢慢地呼吸越來愈喘…（A1-004）」。

因為病患拒絕積極的治療，護理人員無法給予病患任何幫助，只能眼睜睜看的病患受苦。

「…基本上我們能做的真的有限…可是我們真的不能幫他什麼…（A1-004）」。

A 自己曾經因為不明原因出血而瀕臨死亡，醫師用遍各種方法還是找不到出血的位置，不停解血便，流失大量血液造成體內滲透壓失衡，A 的身體和四肢腫脹，意識混亂，他看著自己的生命一點一滴地流逝，對此感到急躁。

「…我知道我最後…到最後很急躁，因為找不到出血點啊，我還記得我在 coma 之前我的反應是『怎麼還找不到啊』… (A1-072)」。

因為自己曾經歷經即將死亡的恐懼，所以更能夠體會病患焦躁不安的感受。

「…有很多人在為他們的生死苟延殘喘… (A1-004)」。

病患受盡病痛的折磨，掙扎著懇求能夠生存久一點時間，即使身體外觀腫脹，無法順利呼吸、進食，只要仍然活在世上的時間，把握這些珍貴的時間，盡全力地生活。

疾病為病患帶來不同的疼痛，病患只能盡量臥床不要造成更加劇烈的疼痛，為了不讓病患因為臥床不動使身體出現壓瘡，仍然需要定時幫病患翻身拍背促進血液循環，即使靜靜不動也會隱隱作痛，一旦翻身使身體發生牽動便會引發更加劇烈的疼痛。

「…有時候他們要幫忙翻身…這個病人還 clear，可是翻身時候可能很難過很痛之類，他會表現出很痛苦這樣… (A1-100)」。

B 的同學被診斷為胃癌末期，進入他所服務的肝膽腸胃科病房住院進行治療。

「…跟我們同屆的…我們學生會的一個，就是學生會一個朋友，一個男生，他去年的時候被診斷 gastric cancer，第四期 (B1-225)」。

因為不可治癒的疾病入院，跟自己一樣的年紀卻已經看到人生的終點，原本身體較為豐滿，在反覆住院進行化療的過程，因為藥物的副作用、疾病攻擊身體器官，身體漸漸消瘦。

「…可能做 chemo 的關係，就一直噁心嘔吐啊，真的是…他本身人還蠻胖的，後來就是知道他生病之後，過兩三個月之後進來 chemo 的時候啊，進來做化療的時候，我去看他是真的有瘦，真的有瘦，就是有瘦了一圈這樣… (B1-236)」。

D 的病患癌症末期，已經轉移至其他器官，受到巨大的苦痛，即使翻身、呼吸都會感到疼痛來襲。

「…已經都 meta 出去了，然後…可是你就覺得他不停地在受苦… (D1-030)」。

D 認為病患應該接受疼痛控制，使用強效的止痛劑抑制疾病疼痛，減緩病患受到的痛苦。

「…正常來說他應該要打 morphine，去做一些 pain control… (D1-030)」。

麻醉科使用藥效較輕的止痛劑，無法有效幫助病患減輕疼痛。

「…我不知道 (為什麼) 是照會麻醉科去做 pain control，可是麻醉科的 pain control 大部分都是 demerol，可是不是對他的那種… (D1-030)」。

並且因為家屬和病患本身的期望，醫生繼續積極治療，使用最新的化療藥物，進行標靶治療，醫生的立意良好，但是更多的治療卻延長病患的苦痛。

「…我相信他們那些醫生出發點都是好的，甚至還給他一些很…很…要花很多錢的一些標靶治療… (D1-030)」。

病患知道自己的病情不可預後，但是病患懷著強烈的求生意志，絲毫的希望都不放棄，在一次病情危急的時候，自己要求醫師進行積極治療延長自己的生命。

「…病人自己也有很強的求生意志…所以他必須就是切氣切…你積極治療就是這邊開個洞 (動作：指喉嚨)，肚子也開個洞，因為營養嘛，呼吸嘛… (D1-206)」。

「…所以在有一次很喘很喘的情況下，他說他要活下去，所以就去切了，跟這個出來 (動作：指肚子)… (D1-206)」。

病患想要繼續活下去，所以放置幫助呼吸和協助進食的管路，但是家裡沒有人能夠幫忙照顧這些管路，病患的媽媽無法克服心理的恐懼碰觸這些管路。

「…沒有人可以照顧他，可是媽媽對於這些東西都是很害怕的，連痰也不敢抽，這個也不敢弄… (D1-206)」。

聘僱外籍看護協助照顧病患，但是因為外籍看護對於這些管路也會感到畏懼，照顧的技巧不純熟。

「…他外傭的學習技巧也是怕怕的，可是這樣我們就很不放心啊…萬一要是他這個沒抽乾淨，沒抽乾淨一定是 pneumonia，啊如果沒顧好滑脫在家裡可能關起來就沒了嗎… (D1-206)」。

痰液沒有抽吸乾淨，殘留在肺部可能會造成肺炎住院，若是氣切沒有照顧好，不小心滑出固定位置，氣切口就會閉合，病患就無法呼吸而死去。

「…他切了（氣切）到他 expire，沒有超過兩個月… (D1-206)」。

病患因為各種慢性疾病住院治療，身體漸漸衰退消瘦，家屬拒絕插管治療，病患繼續靠著自己微弱的力量呼吸，肺部無法順利擴張，張嘴希望能夠吸入更多的空氣，增加呼吸的次數以得到更多的空氣，僅僅是呼吸都耗盡全身的力氣。

「…活越久也是受苦越久而已啦，因為他已經生活也沒品質了…有的喘的家屬又不 on endo，也是…也是很痛苦，可是 on 了有時候拿不掉，也是要很久… (E1-032)」。

內科病房的患者在慢性疾病的侵襲中慢慢邁向死亡，過程中受盡疾病折磨，住院接受治療，在反覆住院的過程中漸漸喪失自主能力無法保有生活品質，身體基本運作功能都須依賴外力的協助，插管、氣切、胃管，各式各樣的管路延長病患的生命，雖然活在世界上，卻飽受折磨。生、老、病、死是人生必經的過程，但是在死亡之前卻必須受到如此的苦痛。

參 把握時間，減少受苦

病患受盡病痛折磨，有時候也會希望自己能夠趕快離開人世，就能夠解脫這樣的苦痛，想要繼續活著，卻又因為受盡苦痛，希望能夠從病苦中解脫。

「…有幾個病人會跟你開玩笑跟你講說，說什麼趕快死一死… (A1-128)」。

疾病的併發症侵襲身體器官，為病患帶來苦痛，無法順利呼吸。

「…整個 lung 都淹起來了，整個都是膿，慢慢讓他的呼吸的氣泡交換越來越小，越來越少，他慢慢地慢慢地越來越喘… (A1-004)」。

疾病已經無法痊癒，在病情加重可能產生變化的時候，他拖著病重的身體簽下 DNR，拒絕接受積極治療，不要讓自己繼續受到苦痛。

「…他一定要趕快簽一簽，因為他可能這兩天就會 CPR… (A1-004)」。

當病患的病情不可預後，家屬會希望使用各種方法讓病患繼續活著，耗費大量金錢使用最新的藥物，醫生和家屬一直努力到最後一刻，直到病患意識混亂，才將病患轉到安寧病房，病患進入安寧病房之後，很快就離開人世。

「…很多人都想要讓他繼續活下去，可是明明知道那個其實是不可能…(D1-030)」。

「…他已經到迷迷糊糊的時候才上安寧病房，所以他上去不到三天吧…就 expire (過世) 了… (D1-034)」。

病患病情不可預後，來日不多，但是子女工作繁忙，平常忙於工作，只有周末假日能夠到醫院探視父母，D 和病患同樣為人父母，同樣有三個孩子，覺得病患和自己的子女只有假日才能相聚非常可惜。

「…只有假日的時候孩子才來…可是你就會覺得很可惜… (D1-032)」。

把握寶貴的時間，與孩子、家人好好相處，家屬也應該把握與父母相處的時間，好好傾訴彼此的愛，而不是將這些珍貴的時間用來做治療。

「…其實我覺得他應該是好好地跟他孩子相處，我覺得比較感觸很深可能是因為我也有三個小孩，他也有三個小孩，所以就覺得說，為什麼他不好好，就是他的家人不好好… (D1-030)」。

當病患可以看見自己的死亡之日，就該珍惜剩下的時間，不是將時間花在更多的治療，而是把握這些彌足珍貴的時間，與自己的家人好好相處，告訴他們自己心中的愛，不要讓自己和家人留下遺憾。所以當他碰到病患的病情不可預後的時候，D 會告訴病患可以嘗試彌補過去的錯誤、說出心中的愛意、以及跟這個世界好好地道別，不要留下遺憾。

「…還有另外一個病人是跟我年紀差不多…然後就是第一個讓我試著跟他講說…你要…道別、道愛、道謝、道歉，要跟自己的父母… (D1-040)」。

病患的病情不可預後，慢慢邁向死亡，將寶貴的時間用於追求積極的治療，延長生命，研究參與者認為病患應該把握珍貴的時間與家人、親友、所愛之人好好相處，生前不要讓自己有所缺憾，死後不要讓家屬為此感到遺憾。

肆 期待善終

病患因為身體器官衰退，喪失功能，無法呼吸就以氣切、插管、呼吸器等幫助呼吸，無法進食就以胃管進食或是以靜脈輸注供給營養，使用各種方式延長病患的生命，即使病患喪失意識，仍然繼續存活；在病情危急的時候接受 CPR 的治療，歷經一番搶救，最終離開人世。

陳慶餘（2014）引用 Weisman (1988)對於善終的定義為：身心痛苦減至最低程度並且帶著尊嚴離開人世，而善終的徵象包括：1.瞭解死之將至、2.心平氣和接受、3.後事交代安排、4.時間的恰當性、5.去世前三天之舒適性。病患對死亡的調適及態度，將死亡當作完美的結束，並且在家庭及人際關係之間做出適當的處理，同時在離開人世之前能夠得到身體苦痛的解除，皆為能夠得到善終的表徵。

A 覺得如果自己的疾病無法痊癒，她會簽好 DNR，選擇自己要接受什麼治療。

「…如果我的疾病是不可預後的，我的 DNR 一定先 sign 好…因為我不插管，插管真的太痛苦了，我差過，很痛苦（A1-070）」。

自己曾歷經生死關頭，為了挽回生命被插入氣管內管，接受抽痰，那時的記憶仍歷歷在目，抽痰的時候就像是被電擊一般，全身痙攣無法控制，自己若是到了臨終之際，不想要再次經歷如此的痛苦。。

「…他幫我抽痰的時候我像被電電到，全身抽搐，很痛苦，然後 endo 非常的痛非常的痛…（A1-072）」。

「…我希望可以死得快一點，不要有身障或肢障，不要痛（A1-064）」。

B 看到病患使用 Thumper 之後死亡，強大的機械的力量壓斷病患的肋骨，即使病患已經死亡仍受外在力量的折磨。

「…這個病人也太可憐了，雖然是搞不好其實他已經沒意識了… (B1-050)」，B 對於已經死亡卻繼續受到這樣的折磨感到恐懼。

「…我那時候就覺得，真是覺得很可怕… (B1-022)」。

病患死亡失去意識，還是繼續受到這些苦難，B 希望自己不要受到同樣的痛苦。

「…你會想說我以後不要這樣… (B1-210)」。

B 期待自己的死亡能夠平順無痛。

「我當然希望平平順順的啊… (B1-182)」。

「…我當然是希望可以舒舒服服的啊… (B1-246)」。

看著臨床許多病人歷經苦痛之後死去，會憂慮自己到臨終之際可能受到這些磨難，所以與同事相互討論以什麼樣的死亡最為平順。

「…我那時候還跟同事，前陣子還跟不知道誰在那邊講說什麼自殺方式最好 (B1-182)」。

當自己罹患不可痊癒的疾病的時候，在自己仍然能夠自由活動的時候，以自己選擇的方式結束生命，不要受到這麼多的苦。

若是自己得到癌症等無法痊癒的疾病，預期到末期會受到病痛的折磨，她想要使用止痛劑，緩解、控制自己的疼痛。

「…我想說如果以後怎樣的話，我真的想要要求打 Fentanyl 或是打 morphine，或是貼 Fentanyl 貼片之類的 (B1-246)」。

許多老人對這些止痛劑的耐受程度並不高，一般劑量的止痛劑就可能造成呼吸抑制等副作用，而使得病患就此死亡。

「…我有遇到老人啊，醫生剛開 Fentanyl 貼上去，直接呼吸抑制 (B1-248)」。

B 認為若是自己在癌症末期，因為使用止痛劑造成的呼吸抑制，在睡夢中死亡也是一個好的離開人世的方式。

「我覺得還不錯… (B1-250)」。

有的病患在睡夢中離開人世，沒有任何前兆，護理人員前去查看的時候才發現病患已經離開，雖然無法得知病患在死亡之前是否因為呼吸困難而感到痛苦，但是不需要接受更多痛苦的急救措施，在 B 的眼裡而言，這樣的死亡方式是她可以接受的。

「…臨床還有遇到睡…就是半夜發現說病人怎麼沒在動了，不然就是有那種去看他都 cynosis，就嘴唇黑了啊，就睡到…就是睡一半走了 (B1-190)」。

「我覺得這樣比較好，睡夢中離開的，我覺得不錯 (B1-192)」。

若是自己的疾病進展是能夠預期的，B 認為應該預先選擇生命的最後自己所要接受的醫療。

「…如果你真的是這種慢性走的這種，因疾病而走的這種，自己真的要簽好那個，APC 自己要先寫好… (B1-254)」。

「…DNR 自己要先 sign 好啊，就簽意願書啊，自己要先弄好 (B1-196)」。

當 DNR 簽好之後，送到安寧協會，經過審查通過便會註記在健保卡，當自己在生死危急之際，醫師只需要查看健保卡內的資料，便能夠依據自己的意願執行相關治療。

「…現在的 DNR 不是，有分一個是 DNR，一個是 APC，APC 就是意願書，意願書你簽完，除了你自己本人簽名之外，你還要兩個見證人，然後你簽完之後這個直接送安寧協會，他們那個審核的，反正就是送上去，然後他們確定之後，就在 IC 卡裡面註記 (B1-198)」。

C 看到病人歷經 CPR 的急救過程，希望自己不要受到類似的痛苦，就這樣讓自己平順離開，不要接受急救，受到更多痛苦。

「我就不要 C 了，讓我好好地走 (C1-146)」。

「…不要救我就好了，會這樣子想，就是不要那麼痛苦，至少讓我好好走就好了 (C1-148)」

疾病本身已經帶來許多苦痛，至少在臨終之際，自己不必要歷經插管、壓胸等更多的醫療措施，不要再增添更多無謂的痛苦，讓自己能夠平順地離開。

朋友的奶奶在家裡於睡夢中離開，沒有經歷太多痛苦，家屬察覺的時候已經死亡，D 期盼自己也能夠以這樣的方式死亡。

「我也好希望我能夠（這樣）…（D1-058）」。

E 認為人到了該離開世界的時間就該放手，不必要使用太多的手段將自己留在這個世界，因為那會讓自己更加痛苦並且毫無意義。

「…我覺得人該走的時候我還是就…我覺得該走的時候就不要留（D1-108）」。

「…我如果說真的是救不回來那種，可能就是只是插個管子一直躺在 RCW 那種，那種就不要救我了，就讓我好好走這樣…（D1-108）」。

不要執行多餘的醫療行為，為了延長壽命裝上呼吸器，但卻毫無意識躺在床上數年之久。

「…不要把我一直放在那邊放了五、六年，那個我一點感覺都沒有…（D1-108）」。

護理人員在臨床照顧病患，在最近的距離看到病患進行插管後的情況，比起一般人更能理解病患的痛苦，所以希望自己不要經歷這樣的歷程。

「…就會覺得那樣很痛苦，還是又拖很久…應該是要顧到的人才會比較瞭解…（E1-170）」。

「…你看到那麼多，你當然也會覺得以後自己當然不要這樣啊…（E1-170）」。

並且 E 在走過內科病房之後轉到麻醉科工作，相較之下，更加深刻瞭解在病患仍有意識的狀況下為病患插管，是一件殘忍的事情。

「…後來我不是走麻醉嗎，我才覺得清醒的時候插這些管子真的是…（E1-182）」。

在病房是因為病患的病情產生巨大的比對，威脅到病患的生命安全，所以是在一切都非常緊急的狀態下進行插管，此時最重要的是病患的生命，並不會太過考慮病患是否因為插管的行為而感到痛苦。

「…我想說我們以前插管不是都很緊急，然後有點措手不及…可是有時候急救的時候插管當然很緊急，可是有時候是他 oximeter 不好就可以先插…感覺也沒有說那麼…不熟悉的關係吧，畢竟在病房插管…（E1-182）」

與陳瑞娥與吳讚美(2008)的研究結果相同,研究參與者看到病患受到疾病的折磨,為了延長生命接受插管治療,受盡各種苦痛,身、心、靈都飽受磨難,使得研究參與者們會恐懼自己在瀕死過程也會受到同樣的痛苦,所以她們希望自己不要承受太多苦痛,希望自己能夠在家人圍繞下平靜地離開,期待自己能夠得到善終。

伍 現在與未來

病患因疾病慢慢邁向死亡,期間家屬可能關懷備至或是毫不在意。每個病患都自己的故事,或喜或樂或悲或愁,各個不同,護理人員也一同參與他們的故事,同時影響自己的故事,自己的人生。

蔡昌雄等人(2006)發現當護理人員時常面對死亡,處在死亡臨現的情況之下,便會展開某種自我蛻變的歷程,護理人員的蛻變會具體展現在照顧經驗品質的提升,其意識覺察的範圍也會逐步擴大。

人們無法輕易看清楚死亡的面貌,A 畏懼並且害怕死亡,看著病患經歷病痛然後死亡,她瞭解自己終有一天也會死亡,所以現在她努力嘗試將死亡視為一件非常平常的事情,在這個廣闊的世界,死亡無時無刻在發生。

「…你要去…把死亡弄到生活中一件很平常的事情,這是我做不到,所以我在努力嘗試…(A1-034)」。

「…死亡無時無刻…我跟我媽說『我現在在扒飯的過程中,可能有人被車撞到斷手斷腳』…這就是人生…(A1-034)」。

A 是個纖細敏感的人,經歷父親的死亡、自己的瀕死到進入臨床後病患的死亡,他所經歷的種種讓她對人生有與眾不同的想法,以前她認為自己非常重要,一但缺少自己,這個世界就會因此停止轉動,然而現在她發現,在死亡的前面,人們其實非常渺小,少了自己,世界仍舊一如往常地轉動。

「…人最終還是人,世界少了你,地球還是會轉動,所以不要把自己看得太重要…(A1-076)」。

「…你只能讓你自己在這個世界上發光而不要指望別人去看到你，盡量把自己活出自己想要的生活，因為人生這麼短…（A1-076）」。

蔡淑玲等人（2009）認為護理人員在照顧經驗終將自身視為注意的交點，調整原先觀看事物的框架，使得護理人員能夠得到「覺察的增加」、「理解深化與延展」及「意識擴增」等正向結果。A 認為目前最重要的事情是對任何事情全力以赴，人生短暫，不需要在意他人的目光，只需要盡全力開展自己的生命。

經歷病患死亡，阿公罹癌去世、同年齡的同學罹患癌症，B 發現生死如此無常，死亡不是老年人的專利，死亡可能發生在任何人、任何時刻。

「…人生無常，愛要及時…（B1-100）」。

死亡經驗對人們的影響並不是透過語言文字，而是透過經歷經驗的當下默會體悟。陳錫琦（2004a）認為印象深刻的死亡經驗，能使得人們領悟生死、珍惜現有與現在，或是更加注重安全與健康，深刻的死亡經驗對人們產生深遠、向上轉化的正向影響；反之印象深刻的死亡經驗也可能使人們產生死亡焦慮、心性遽變或是使得人生失去控制等負向影響。病患因為病痛所苦，家屬的陪伴與支持固然重要，但是如果到家人面臨死亡才懂得他們的重要，未免太過可惜，所以 B 經歷病患的死亡之後，她認為應該要把握與家人珍惜的每一個時刻，珍惜每一個當下。

C 是五位研究參與者中年紀最輕、臨床工作資歷也最低的，她面對病患死亡的經歷不多，但這些病患的死亡漸漸在她心中產生影響，在病患死亡之後她會自我檢討，若是能夠多去探視病患，是否會有不同的情況。

「…有時候會想說…是不是再多勤一點去看他，或許就不會這樣…（C1-100）」。

因此在照顧其他狀況比較差的病患的時候，她就會增加巡視病患的次數。

「…如果他真的有不一樣，有狀況就會多去看（C1-120）」。

看到形形色色的病患，她與 B 有類似的感想，死亡不是老人的專利，死亡也會發生在年輕人身上。

「…你就會覺得就是你不可能每個人都活到那個時候…（C1-150）」。

「…你會覺得你都還沒真正地讓他們享福還是怎樣… (C1-142)」。

隨著自己結婚生孩子之後，身上的負擔增加，她認為應該要把握與家人相處的時光，不要等到親人離去之後才發現自己還有滿滿的遺憾。

臨床工作數年，經歷病患死亡，父母漸漸老去，也都有著不可痊癒的慢性疾病，讓 D 對自己的生活有所反思。

「…我發現我的爸爸媽媽已經不能夠…就是沒辦法好好的，因欸他們自己也生病了嘛，自從他們生病之後我發現我好像不應該就是把一些所有教養責任都… (D1-164)」。

以往自己只是自顧自地一心投入工作，將教養子女等自己的責任交到父母肩上，犧牲與家人及子女相處的時間，看著病患緊抓的最後的時間，珍惜與家人相處的一分一秒，D 認為自己應該把握這些珍貴的時刻。

「…我其實漸漸會覺得說我好像不應該這麼自私只是一直投入在自己的工作…當我發現工作佔了我大多數反而犧牲掉我跟他們之間的一些東西的時候，我就會有罪惡感，我就會想要試圖去調整自己的工作內容… (D1-166)」。

她改變自己的工作內容，調整自己的生活型態，將更多時間留給家人跟孩子，創造跟他們之間的回憶，希望自己面臨死亡的時候，不要為此感到遺憾。

「…如果真的到踏一天該走的時候應該要走，可是我會希望不要是突然的，因為如果是突然的話我都沒辦法留下什麼東西讓他們回憶喔… (D1-166)」。

同學才開始拓展自己人生的時候就突然間逝世，讓 D 不禁對生命的脆弱感到唏噓，D 雖然不希望自己在子女還小的時候就輕易地離開，但是生死並不是自己能夠掌握的，她所能做的就是隨時準備。

「…我現在只能說另一種方法，培養他們獨立啦… (D1-174)」。

生命歷經許多起伏，求職工作、結婚生子，D 認為人的能力是有限度的，不能夠貪求事事都想要嘗試，只能夠選擇自己認為最重要的目標努力。

「…我覺得人的能力有限，要事事把它做好，最累的是自己，可是…人不能那麼貪心啊… (D1-176)」。

現在她認為如果自己的人生可以從頭再來，他希望自己只要專注在陪伴父母這件事情就好了。

「如果我從頭來的話，我要選擇都沒有，努力工作就好，陪伴父母就好…我還是期待如果可以的話就什麼都沒有，專心陪伴父母就好了… (D1-176)」。

E 以前覺得死亡沒什麼好可怕，死了之后就什麼都沒有，但隨著結婚生子，角色增加，身上負擔增加，她發現自己沒辦法這麼輕易看待死亡。

「…我覺得剛開始單身還沒結婚的時候你會看得比較輕鬆一點，後來你可能…責任越多，你就會… (E1-156)」。

她擔心若是有一天自己突然死亡會讓家人留下遺憾。

「…可是對他的親朋好友、家人來講，會比較難接受，就突然就走了…(E1-160)」。

有時候會覺得死亡並不會這麼快發生在自己身上，年輕人與老年人相比，似乎年紀大的人死亡的機率比較大，但是臨床看到的情況並非如此，病患的死亡讓 E 開始思考死亡相關的事情，她認為應該為死亡預做準備，所以她去上相關的訓練課程。

「…像之前趙可式去上他的課，他不是會推什麼預立遺囑，有時候會覺得那個是比較… (E1-162)」。

卻又發現不曉得日常生活中該從何做起，並且隨著時間流逝，相關知識也隨之淡忘，這些問題也漸漸被拋到腦後。

「…時候會自己想…可是有時候又想不出個什麼結果，恩…需不需要先想起來放啊，有時候會覺得還太早，可是問題是你什麼時候碰到你又不知道，就會很矛盾的感覺 (E1-162)」。

死亡需要提早準備，可是到底何時是最恰當的時間，卻很難掌握，人們的記憶會隨著時間推移而淡忘，但是到緊要關頭才開始做準備似乎又太迫切，E 認為準備死亡是一件困難的事情，她想要準備卻又覺得太早，然而無論她的的選擇為何，病患的死亡確實在她的心中種下種子，讓她開始思考死亡，並且讓她的生活產生變化。

「…我覺得很難去準備啦，就算你真的要去準備，救了也會怠惰下來，然後也會覺得漸漸也就淡忘掉（E1-166）」。

「…有時候你根本不知道該…到時候碰到該怎麼面對…（E1-188）」。

不同年紀的病患邁向死亡，死亡不只發生在特定年齡層，死亡無時無刻都在發生，雖然畏懼、害怕死亡，仍然努力克服對於死亡的恐懼，將死亡放進日常，放進生活，盡量讓自己熟悉死亡。

病患的死亡，會誘使護理人員開始思考關於死亡的問題，父母的死亡、親人的死亡以及自己的死亡。護理人員開始思考自己的死亡時，也會開始檢視自己的生活情況，自己是否過於注意外在事物而忽略身旁的親人，隨著年紀增長結婚生子，社會角色增加，自己更是無法輕易放手。因此病患的死亡雖是一件悲傷的事情，卻也能夠提醒護理人員，珍惜現有的時光，才不會到死亡的時候留下諸多遺憾。

死亡無時無刻，愛要及時，將時間留給重要的人，把握與摯愛的人相處的每一分每一秒，珍惜每一個當下，不要到臨終之際才瞭解家人的可貴，讓自己為從前不懂得把握而感到惋惜。

第五章 結論與建議

本章根據前面的研究分析，對照現有文獻的研究，歸結出本研究結論，並透研究過程中的反省提出實務面向之建議，以期作為未來相關研究之參考，因此本章共分為三節，分別為：第一節研究結論、第二節研究建議、第三節研究者的省思。

第一節 結論

本節將針對內科病房護理人員工作的心路歷程進行分析，更詳細理出五位研究參與者工作期間的心路歷程及調適的脈絡。在此，研究者試圖呈現內科病房護理人員面對自己照顧的病患死亡其心路歷程的經驗內涵，針對研究問題歸結下列結論。

壹 內科護理人員面對病患瀕臨死亡時所產生的感受為何？

一 面對病患死亡的感受

許多人認為護理人員對初次碰到自己病患急救死亡應該會印象深刻，但是 B、C 兩位研究參與者表示自己對於病患接受急救的場景並無特別的感受，反而因為自己是初踏入臨床的菜鳥，對於不曉得在急救過程應該提供何種協助而感到手足無措。

研究參與者認為看到自己照顧的病患在臨死之際甚至是死亡之後，仍受到各種急救措施感到震驚。病患生前因為病痛受盡折磨，使用各種管路給予藥物或是提供氧氣、營養等等維生所需要的物質，太多的水分、養分進入體內，使得病患無法負荷，造成身體代謝失衡，使得病患因為全身水腫變得腫脹不堪，或是因為無法吸收養分，漸漸消瘦變得骨瘦如柴，無論是何種情形，都以不復見病患本來的樣貌。

當病患因為病情變化進行急救，插入氣管內管維持呼吸道暢通卻挫傷黏膜造成出血，壓胸進行心臟按摩卻可能壓斷病患脆弱的骨頭，在臨終之際病患仍受到這些苦痛；在病患死亡之後，為了家屬想要見到病患最後一面的期待，以及中華民族「落葉歸根」的傳統觀念，希望讓病患能夠留一口氣回家，仍繼續進行急救過程，病患已經沒有氣息，身

體也許已經沒有任何知覺，但是各種醫療行為仍然持續進行，持續進行壓胸、使用呼吸器，縱然病患沒有意識，研究參與者仍對病患受到這些折磨感到不捨。

護理人員也是普通人，當自己照顧的病患死亡，護理人員同樣會感到悲傷。內科病房的病患大多因為各種慢性疾病而反覆住院，病患住院的過程中，護理人員會與病患建立深刻的護病關係，彼此之間的關係就像親人、熟悉多年的朋友；護理人員瞭解病患的苦痛，知道他們住院期間的酸甜苦辣，瞭解他們的內心世界，除了病患本身，護理人員是最瞭解病患病程進展的人，病患因為疾病受到各種病苦，護理人員對病患產生諸多憐惜之情；當病患死亡時，一方面為他們能夠解脫苦痛而感到欣慰，一方面卻又因病患的離開而感到悲傷，各種錯綜複雜的感受繚繞在研究參與者們的心中久久無法散去。

二 專業形象的束縛

醫院是能夠真實接觸死亡的場域，身處醫療的第一線，護理人員有更多的機會接觸病患的死亡，陪伴病患度過病程進展，走過人生最後一程。一般對於護理人員有刻板印象，無論發生什麼事情，護理人員必須冷靜沉著地處理，學校教育也訓練護理人員應該理性看待生命的自然循環，所以在服務的過程中，護理人員必須控制自己的情緒感受與表達。

護理專業訓練要求護理人員與病患之間必須保持適當的距離，不可過度投入自己的情感，但是護理人員遇到自己照顧的病患死亡，也會感到難過。進入臨床之後，剛開始碰到自己照顧的病患死亡，會產生悲傷的感受，甚至可能跟著家屬一起哭泣，但是礙於專業形象的束縛，護理人員無法顯露自己的情緒，當眼淚流出來，必須趁著旁人不注意的時候趕緊拭去，不能夠讓家屬及旁人發現自己的情感。

研究參與者認為隨著工作經歷增加，對於病患死亡所產生的悲傷感受也會漸漸減少，並非護理人員不再對病患的死亡產生種種感受，而是護理人員瞭解自己的情感對於照顧病患和家屬毫無助益，甚至可能影響自己的工作，所以他們選擇壓抑自己的情緒，並且迴避會產生這些情緒的場景。

貳 內科護理人員經歷病患死亡時，其心理歷程為何？

一 試圖擺脫悲傷

長期照顧病患，內科病房護理人員瞭解病患的家庭關係、社會角色、宗教信仰，深入病患的內心世界，瞭解他們的糾結與無奈，同情病患的處境，當病患處在臨終的狀態的時候，他們需要的不僅僅是生理上的照顧，更需要心理的照護，但是臨床工作過於忙碌，護理人員無法在照顧病患生理需求之餘，提供更多的心理支持與幫助，因此在病患死亡之後，護理人員會因為自己沒有給予病患幫助而感到悲傷與挫折。

為了不讓自己產生悲傷的情緒，研究參與者表示自己會迴避可能讓自己產生悲傷情緒的場景，人們會被他人的情緒所影響，因此離開這些場景，可以減少產生悲傷；並且護理人員在工作中會抽離自己的情緒，以中立的態度照顧病患，不過於深入瞭解病患的內心世界，避免建立深刻的護病關係，也能夠減少當病患死亡時所產生的失落情感。

避免投入太多情感照顧病患，給予必須的照顧，但不要過於深入接觸病患的世界，護理人員就能夠以較為客觀的態度看待病患的死亡，他們的死亡是病程進展的必然結果，如此，護理人員就不會因為病患的死亡而產生悲傷與失落。

二 相似卻不盡相同的調適過程

護理人員以各自的方式調適面對病患死亡所產生的各種感受，透過相似的方式宣洩自己的情緒。

與同事討論，傾訴自己的感受，傳遞自己內心的想法，有的同事感同身受，以溫暖的語言撫慰研究參與者的不安，穩定浮動的情緒，讓研究參與者能夠順利度過病患死亡的當下；有的同事因為當時工作忙碌，忙於照顧其他的病患，沒有辦法好好地傾聽研究參與者的心情。

近來由於網際網路的發達，社群網站也成為傾訴的管道，研究參與者在動態消息放上自己的心情，即使朋友無法瞭解自己的感受，但僅僅是來自朋友們加油打氣的字語，也使得研究參與者能夠獲得一絲慰藉；另一方面，研究參與者在私人的網誌放上自己的

感受，即使沒有任何人能夠閱讀，書寫的過程就能夠梳理研究參與者的思緒，將自己的情緒轉為文字，以更為客觀的角度看待自己的想法；也有研究參與者透過社群網路向已經逝去的親友發送消息，就像他們還在這個世界上，傾吐自己對他們的思念，相信這些逝去的人們仍然可以收到自己的關懷。

參 內科護理人員經歷病患死亡前後對於死亡的看法為何？

一 自己的死亡

年輕時懵懂無知，認為死亡之後就煙消雲散，不會留下任何的痕跡，所以能夠無所畏懼面對死亡。隨著年紀增長，進入臨床工作，看到與病患有所聯繫的人們都因病患的死亡而傷心哭泣，才漸漸瞭解人死亡之後並非就此離開，毫無牽掛，死亡會在周遭的人們心中刻下印記；並且結婚、生子進入家庭，身上負擔的角色增加，更使得研究參與者瞭解死亡不如年輕所想得如此輕易，有太多的事物無法捨下，對生活仍有許多眷戀。

研究參與者漸漸會思考自己的死亡，與同事、親人、朋友相互討論，到生命的盡頭，自己會以何種方式離開；同為護理人員，在醫療的第一線照顧病患，瞭解病患受到何種的苦痛，瞭解他們步向死亡過程的艱辛，護理人員彼此能夠理解對於善終的期盼與內容；親人、朋友也許並非醫療人員，無法理解自己的想法，並且因為中國傳統社會對死亡有所忌諱，認為談論到死亡就會觸霉頭，所以會迴避與護理人員討論死亡。

看著病患受盡苦痛折磨之後死亡，研究參與者們都期盼自己能夠平順、有尊嚴地離開人世，不要承受病痛，善終是每個人期盼的。

二 把握當下、珍惜時光

「人生無常，愛要及時」是研究參與者經歷病患死亡之後共通的想法。

世事難料，人的生命非常脆弱，一場疾病或是意外都能夠輕易奪去生命。病患歷經病痛，身體健康逐漸走下坡，知道病患即將面臨死亡，但無法確切得知離開的日子，家屬總是認為還有時間，告訴自己病患不會那麼快離開，太多外在事物絆住家屬的腳步，

沒有辦法增加與病患相處的時間，直到病患死亡的日子到來，才哀痛遺憾不曾把握寶貴的時光。

中國人傳統不輕易說「愛」，臨床工作的經歷，使得研究參與者體會「愛要及時」的道理，將自己對家人的愛化為行動，珍惜與家人相處的寶貴時光。以前自己的注意力往往放在外在世界，學業、工作等等事物奪去自己的目光，花費許多的時間追求自我成就，參與病患的死亡，研究參與者深深體會人生無常，因此轉移自己的目光，把焦點放在父母、親人、配偶與孩子的身上，與這些親愛的人們相處的時間一旦流逝就不可追返，當人們死亡之後，只留下彼此之間的珍貴回憶給在世的人們，因此研究參與者認為應該更加珍惜與家人相處的寶貴時光，及時訴說自己對他們的愛情。

第二節 研究建議

壹 學校教育方面

本研究發現部分護理人員不知道如何處理自己病患死亡所帶來的悲傷等種種感受，在病患死亡的當下多採取迴避策略。故本研究建議，學校教育可增加生死相關議題，加強生死教育及生死療癒等相關課程，為學生奠下相關基礎，以期日後進入臨床工作碰到病患死亡的時候，能夠正視自己的感受，自我省思並促進自我成長。

貳 臨床工作方面

死亡是一個強烈的衝擊，內科護理人員接觸病患死亡的經歷不如急診、加護病房等特殊單位護理人員的經驗豐富，許久才會碰到自己照顧的病患死亡，加上臨床工作忙碌，護理人員沒有時間顧及自己的感受，使得內科病房護理人員壓抑情緒，因此對於內科護理人員面臨病患死亡的衝擊及後續的心理輔導，應給予更多的支援。因此建議：

- 一 於病房進行護理人員面對病患死亡的團體討論或個別心理輔導。
- 二 護理人員在職教育訓練增加生死療癒、悲傷輔導等相關議題演講。

參 後續研究建議

本研究者針對本研究之研究結論與研究限制，歸納出下列未來研究方向之建議：

- 一 若護理人員有寫部落格或寫日記的習慣，可將這些文字內容納入文本進行分析，以期深入瞭解護理人員於病患死亡當時的心理感受與情緒。
- 二 相關主題可進一步探究，如病房內部心理輔導、教育訓練等成效評估，及護理人員在工作中的個人成長等，如何提供內科病房護理人員的心理支持等問題進行進一步的澄清
- 三 傳統認為男性對於自己的感情較為壓抑，因此男性護理人員與女性護理人員面對病患死亡時的感受與調適過程必然有所不同，故建議後續進行相關研究可將男性護理人員納入研究對象，以分析男性及女性護理人員面對病患心路歷程之差異。



後記

研究者本身曾經是內科病房護理人員，也曾經遇過病患在班內死亡，次數雖然不多，但是每個經驗都是獨一無二，也因為次數不多，所以大多數病患死亡的情況至今仍歷歷在目，與同事進行討論的時候，同事大多回應對病患死亡沒什麼特別的感覺，也就這麼認同他們的說法，沒有進行深入的探究。

進行訪談與分析文本的時候，以研究者的角度看研究參與者們的故事，發現護理人員其實是非常感性的一群人，「把悲傷留給自己」應該是對護理人員的心情的最佳寫照。為了不影響自己的工作，護理人員壓抑自己的情感，讓自己能夠繼續照顧其他的病患；為了不影響同事的情緒，對自己的情緒輕描淡寫，不讓單位同事一起捲入自己的悲傷。護理人員將注意力轉移到自己手中的工作，盡全力照顧病患，因病患死亡所產生的各種情緒與感受，則獨自帶回家中品嚐，他們這些行為，讓研究者更加敬佩這些在臨床服務的內科病房護理人員。

研究參與者擁有豐富的工作經驗，也有精彩的人生閱歷，所敘說的故事是她們初入臨床工作至今的總結與精華，她們所經歷過的種種，現在的護理人員可能曾經遇到，未來的護理人員也勢必會經歷，因此她們的故事可以讓未來的護理人員作為參考，讓她們知道自己並不孤單。

研究參與者們提到應該準備死亡，DNR 看似是一個實際的方向，但卻無法得知實際到自己面臨死亡時會產生什麼變數，究竟該如何準備死亡是一個懸而未決的問題，只能就自己在臨床所看到的病患的情況，珍惜自己的身體健康，祈禱自己未來不要走上同樣辛苦的病痛的路程，把握當下是研究參與者們歷經病患死亡之後的共同感受，為了不留下任何遺憾，把握時間對人生全力以赴。

參考文獻

一 中文文獻

- 尹亞蘭、蘇健裕 (2002)。生死教育中「臨終關懷」課程之教學策略。《安寧療護雜誌》，7 (3)，205-212。
- 方曉芬 (2011)。護生死亡恐懼與死亡教育需求現狀的調查與分析。《中國醫藥導報》(35)，頁 151-153。
- 王仕圖、吳慧敏(2003)。深度訪談與案例演練。載於齊力、林本炫(主編)，質性研究方法與資料分析 (頁 96-97)。嘉義縣：南華大學教社所。
- 王玉玫 (2005)。論生死學在通識教育中的地位。《人文社會學報》，(4)，159-167。
- 石世明 (2000)。對臨終者的靈性照顧。《安寧療護雜誌》，5 (2)，41-56。
- 石世明 (2008)。悲傷輔導新觀念—從心靈成長到悲傷轉化。《腫瘤護理雜誌》，8 (1)，27-33。
- 石世明 (2011)。護士如何回應病人的心靈受苦 回歸 Watson 的人性照護。《志為護理-慈濟護理雜誌》，10 (1)，50-55。
- 朱宗信、張家勳、謝博生 (2006)。美國內科住院醫師訓練。《醫學教育》，10 (4)，267-275。
- 江文瑜、李絳桃、周佳君、周雅容、林怡青、姚美華 (1996)。《質性研究：理論、方法及本土女性研究實例》。台北市：巨流圖書。
- 江蘭貞 (2004)。臨終處境下護病之靈性遭逢。《安寧療護雜誌》，9 (1)，91-98。
- 余德慧、石佳儀 (2003)。《生死學十四講》。台北：心靈工坊。
- 吳志鴻 (2006)。科技是延續生命抑或延長死亡。《哲學與文化》，33 (4)，105-118。
- 吳麗玉、林旭龍、呂昌明 (1999)。護理學院學生死亡態度之研究。《康寧學報》，1 (3)，87-105。
- 呂季紋、黃棣棟、穆佩芬 (2011)。護理人員照顧癌症病童臨終時的經驗。《護理雜誌》，58 (4)，37-46。

- 李玉嬋 (2008)。醫療場域助人工作者的失落與悲傷調適～直視病痛折磨與死亡威脅下的粹鍊與超越。《諮商與輔導》(276), 45-51。李佩怡 (2004)。生死教育的釐清、反思、與應用。《諮商與輔導》(227), 2-9。
- 李青雲、傅秀英、高振益、徐文宏、釋惠光 (2006)。末期癌症之死亡恐懼：一個案報告。《安寧療護雜誌》, 11 (2), 183-192。
- 李素貞、劉雅惠、林貴滿、宋琇鈺 (2006)。某醫學中心臨床護理人員死亡態度相關探討。《弘光學報》, 50, 101-112。
- 杜異珍 (1997) 台灣中部地區護理人員對照顧患者死亡之知識、態度、及其影響因素之探討。《榮總護理》, 14 (1), 1-10。
- 周德新 (2008)。死亡態度論。《湖南文理學院學報(社會科學版)》, 33 (2), 21-23。
- 周慶華 (2002)。《死亡學》。台北：五南圖書出版公司。
- 林佩璇 (2000)。《質的研究方法》。高雄：麗文。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005)。質性研究方法：訪談模式與實施步驟分析。《身心障礙研究季刊》, 3 (2), 122-136。
- 林昭光、高興一、洪栩隆 (2010)。護理在職進修專班學生之壓抑因應類型與死亡焦慮、生活滿意度及主觀幸福感知相關研究。《學校衛生》, 57, 23-40。
- 林素琴 (2004)。《癌末病患臨終階段照顧之現象學探討—從躁動不安到擬象轉換》(碩士論文)。取自臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 林綺雲 (1999)。邁向全民教育的死亡教育。《安寧療護雜誌》, (14), 70-73。
- 林綺雲 (2000)。《生死學》。台北市：洪葉文化。
- 施鑄湘 (2014)。接納死亡是生命解脫與進化的要件—東西方修行大師對生死的慧見。《新世紀宗教研究》, 13 (1), 85-112。
- 柯乃瑩、鍾信心 (1996)。護理人員沒有權利拒絕照顧愛滋病病人？一個倫理困境的議題。《護理雜誌》, 43 (1), 46-51。
- 洪栩隆 (2012)。臨床護理人員死亡焦慮之預測因子。《社會科學學報》(19), 1-26。

- 洪栩隆、張利中、鍾秉穎 (2006)。醫學系學生之死亡概念。醫學教育，10 (3)，215-224。
- 范麗娟 (1994)。深度訪談簡介。戶外遊憩研究，7 (2)，25-35。
- 唐寧、顏志龍 (2010)。死亡威脅及自我覺察狀態對死亡逃避行為之影響。復興崗學報，99，1-17。
- 高淑清 (2008)。質性研究的 18 堂課：首航初探之旅。新北市：麗文文化。
- 高敬文 (1999)。質化研究方法論。台北：師大書苑。
- 張利中、鄭美利、王萱萁 (2006)。台灣地區安寧護理人員死亡因應自我效能量表之研究。安寧療護雜誌，11 (1)，1-13。
- 高鈺琳、傅義強、陳佩云 (2010)。生死教育對高年級醫學生死亡焦慮的影響。護理研究，(5)，453-455。
- 尉遲淦 (1998)。生死學與通識教育。通識教育，5 (3)，45-54。
- 張春興 (1991)。張氏心理學辭典。台北市：東華書局。
- 張淑美 (1996)。死亡學與死亡教育-國中生之死亡概念、死亡態度、死亡教育態度及其相關因素之研究。高雄：復文圖書出版社。
- 張淑美 (1999)。中小學「生死教育」之實施。安寧療護雜誌 (14)，44-58。
- 梁天麗、莊夢萍、陳語婷、劉文婷、劉瑗筠、謝佩芸 (2011)。護生照護瀕死病患經驗之探討。弘光學報，65，93-109。
- 許玉嬌、蔡明昌 (2014)。大學護生人格特質與死亡因應能力關係之研究。學校衛生，64，25-46。
- 陳四光、安獻麗 (2009)。436 名大學生死亡態度分析。中國心理衛生雜誌，23 (4)，303-304。
- 陳玉黛、林佩芬 (2004)。影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討。慈濟護理雜誌，2 (4)，49-60。

- 陳瑞娥、吳讚美 (2008)。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。**安寧療護雜誌**，**13** (1)，14-30。
- 陳榮華 (2012)。**海德格存有與時間闡釋**。台北市：國立台灣大學出版中心。
- 陳慶餘 (2001)。**緩和醫療臨床佛教宗教師培訓計畫報告二：如淨社臨終關懷協會委託研究計畫**。
- 陳慶餘 (2014)。某緩和醫療病房癌末病人住院時死亡恐懼之表現及轉機。**安寧療護雜誌**，**19** (2)，125-137。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇 (2003)。921 震災前後民眾死亡概念與態度之改變。**安寧療護雜誌**，**8** (4)，323-363。
- 陳錫琦 (2004a)。大學生印象深刻的接觸死亡或感覺接近死亡經驗及其意義之探討。**健康促進暨衛生教育雜誌**，**24**，15-51。
- 陳錫琦 (2004b)。大學生對生死學的學習需求之調查研究。**學校衛生**，(45)，17-41。
- 傅偉勳 (2010)。**死亡的尊嚴與生命的尊嚴—從臨終精神醫學到現代生死學** (第 6 版)。台北縣：正中書局。
- 曾煥堂 (1999a)。生死學課程對護生某些臨終照護行為影響之探討。**中華心理衛生學刊**，**12** (2)，1-21。
- 曾煥堂 (1999b)。影響護生生死態度之制約信念探討。**醫護科技學刊**，**1** (2)，162-178。
- 曾煥堂 (2000)。生死學在護理學院教學的概況檢討。**通識教育**，**7** (2&3)，77-100。
- 曾煥堂、林綺雲、林慧珍、傅綢妹 (1998)。生死學教學對護理學生生死態度的影響。**中華心理衛生學刊**，**11** (3)，1-20。
- 鈕則誠 (1999)。生死學、生命倫理學與生死教育。**安寧療護雜誌**，**14**，33-39。
- 鄒川雄 (2003)。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究，載於齊力、林本炫 (主編)，**質性研究方法與資料分析** (19-52 頁)，嘉義縣：南華大學教社所。
- 趙可式 (1997)。台灣癌症末期病患對善終意義的體認。**護理雜誌**，**44** (1)，48-55。

- 齊力 (2003)。質性研究方法概論。載於齊力、林本炫 (主編)，**質性研究方法與資料分析**。嘉義縣：南華大學教社所。
- 蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉 (2006)。死亡焦慮下的自我照顧—以安寧護理人員為例。**生死學研究**，3，133-164。
- 蔡明昌 (2001)。生命教育、生死教育與死亡教育-意涵的分析與探討。南華大學生死學研究所生死教育講義。嘉義：大林。
- 蔡明昌 (2008)。大學生來生信念與生命態度關係之研究。**中華輔導與諮商會報**，24，33-70。
- 蔡淑玲、蔡昌雄、周傳姜 (2009)。安寧護理人員自我照顧模式的探討。**安寧療護雜誌**，14 (2)，115-127。
- 蔡淑玲、蔡昌雄、楊麗靜 (2007)。安寧護理人員對臨終照顧情境的知覺感受。**安寧療護雜誌**，12 (1)，1-12。
- 蔣欣欣、張碧芬、余玉眉 (2001)。從護理人員角色的創造探討護理倫理的實踐。**哲學雜誌**，37，92-93。
- 盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲 (2008)。臨床護理人員面對死亡事件的心理反應與處理方式之探討。**榮總護理**，25 (2)，268-276。
- 穆敬雯、劉輝 (2011)。對醫學生開展「死亡質量」教育的意義。**中國醫學倫理學**，24 (1)，15-17。
- 賴和賢、邱泰源、胡文郁、張皓翔、姚建安、陳慶餘 (2005)。善終服務之文獻複查。**安寧療護雜誌**，10 (2)，174-185。
- 賴維淑 (2001)。**晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性之需求** (碩士論文)。取自臺灣博碩士論文知識加值系統。
- 鍾芬芳、蔡芸芳 (2009)。「怕死」-談健康老人對死亡的焦慮。**長庚科技學刊**，11，123-132。

藍育慧 (1995)。護專學生死亡恐懼，死亡態度及照顧瀕死患者個人需求與因應行為之探討。護理雜誌，42 (1)，75-90。

藍育慧、趙淑員、莊照明、林昭卿、施明標 (2008)。機構老人憂鬱感、希望感、死亡態度及其相關之探討。弘光學報，53，頁 1-14。

藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美 (2007)。非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討。安寧療護雜誌，12 (2)，156-171。

羅玉如 (2007)。加護病房護理人員工作心路歷程之探討 (碩士論文)。取自臺灣博碩士論文知識加值系統。

釋蓮恩 (2010)。現象學方法論與護理研究應用 (碩士論文)。取自臺灣博碩士論文知識加值系統。

顧艷秋 (2001)。護理人員的死亡態度。安寧療護雜誌，6 (2)，32-42。

二 中文譯書

吳芝儀，李奉儒 (譯) (1995)。質的評鑑與研究 (原作者：Patton, M. Q.)。台北：桂冠。

易之新 (譯) (2003)。存在心理治療 (原作者：Yalom, I. D.)。台北市：張老師文化。

周伶利 (譯) (2000)。Erikson 老年研究報告—人生八大階段 (原作者：Erikson, E. H.、Erikson, J. M.、Kivnick, H. O.)。台北：張老師文化。

許海燕譯 (譯) (2012)。伊凡·伊里奇之死 (原作者：托爾斯泰)。台北市：志文出版社。

黃惠雯、童琬芬、梁文蓁、林兆衛譯 (譯) (2002)。最新質性方法與研究 (原作者：Miller, W. L. & Crabtree, B. F.)。台北：韋伯文化。

謙達那 (譯) (1999)。死亡的幻象 (原作者：奧修)。台北：奧修。

劉震鐘、鄧博仁 (譯) (2005)。死亡心理學 (原作者：Kastenbaum, R.)。台北：五南

三 英文文獻

- Albrecht, T. L. (1982). What job stress means for the staff nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 5, 1-11.
- Arbore, P., Katz, R. S. & Johnson, T. A. (2006). *Suffering and the Caring Professional*. New York:Routledge: Tyler & Francis Group, L.I.C.
- Auerbach, S. M. & Gramling, S. E.(1998). *Stress Management: Psychological Foundations*. N.J:Prentice Hall.
- Bailey, C. J., Murphy, R. & Porock, D. (2011). Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments. *Social Science & Medicine*, 72, 1371-1377. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.036
- Bainbridge, W. S.(1989). *Survey Research: A Computer-Assistant Introduction*. Belmont, CA:Wadsworth.
- Becker, E.(1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Brunelli, T. (2005). A concept analysis: The grieving process for nurses. *Nursing Forum*, 14(4), 123-128.
- Caty, S. & Tamlyn, D. (1985). Positive effects of education on nursing students' attitudes toward death and dying. *Nurs Pap*, 16 (4), 41-54 °
- Li-Jung Chang & Lin, Chi-Long Lin. (2000). Repressive Coping Style and Death Anxiety among Medical and Nursing School Students at a Medical College in Taiwan. *Journal of Medical Education (Taiwan)*, 4(4), 494-505.
- Chen, Y., Del Ben, K. S., Fortson, B. L. & Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30, 919-929.
- Collett, L. J. & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.

- Deffiner, J. M. & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: A quantitative study. *Journal for Nurses in Staff Development, 21*, 19-23.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger: an analysis of the concepts of pollution and taboo*. London: Ark Paperbacks.
- Downe-Wamboldt, B. & Tamlyn, D.(1997). An international survey of death education trends in faculties of nursing and medicine. *Death Studies, 21* (2) , 177-188 .
- Dulark, J. A. & Kass, R. A. (1981-82). Clarifying the measurement of deathattitudes: A factor analutic evaluation of fifteen self-report deathcales. *Omega, 12*(2), 29-141.
- Edward (1993). Against medical advice: Part I a review of the literature. *Military Medicine, 158*(2), 69-73.
- Feifel, H. & Nagy, V. T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 278-286.
- Goodman, L. M.(1981). *Death and the creative life: Conversatins with eminent artists and scientists as they reflect on life and death*. New York: Springer.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. & Solomon, S.(1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. In R. F. Baumeister(Eds), *Public Self and Private Self*. (189-212). New York: Spring.
- Kübler-Ross (1969). *On death and dying*. New York: Collier Books.
- Kastenbaum, R. (1992). *The psychology of death*(3rd ed.). New York: Pamela Lankas.
- Keck, V. E. & Walther, L. S. (1977). Nurse encounters with dying an nondying patients. *Nursing Research, 26*(6), 465-469.
- Lawler, J.(1997). *The body in nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Lazarus, R. & Folkman, S.(1984). *Stress and Coping*. N.Y.: Springer.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G.(1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.

- Mallett, K., Price, J. H., Jurs, S. G. & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68, 1347-1359.
- Malliarou, M., Sarafis, P., Sotiriadou, K., Serafeim, T., Karathanasi, K. & Moustaka, E. (2011). Greek Nurses Attitudes towards Death. *Global Journal of Health Science*, 3(1), 224-230.
- Mallory, J. L. (2001). *The Impact of a Palliative Care Educational Component on Attitudes Toward Care of the Dying in Undergraduate Nursing Students*. North Carolina State University Graduate Faculty.
- Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (1992). *Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map*. Newbury Park CA: Sage.
- Ming-Laing Lai, Jung-Rong Chen, Hsing-Hsing Chen & Co-Shi Chao. (2002). The Attitude to Death Among Students in a Medical School at Southern Taiwan. *Taiwan Journal of Hospice Palliative Care*, 7(3), 197-204.
- Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advance Nursing*, 16, 455-468.
- O'hala, P. A., Happer, D. W., Chartrand, L. D. & Johnston, S. F. (1996). Patient death in a long-term care hospital-a study of the effect on nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(8), 27-23.25.
- Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H. & Berman, D. (1985). Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 26(3), 453-463.
- Page, S. & Komaromy, C. (2005). Professional performance: the case of expected and unexpected death. *Mortality*, 10, 294-307.
- Patrick, J. W. (1979). Personal faith and the fear of death among divergent religious populations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18, 298-305.

- Rabow, M. W., Hauser, J. M. & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: they don't know what they don't know. *Journal of the American Medical Association*, 291, 483-491.
- Richardson, V., Berman, S. & Piwowarski, M. (1983). Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *The Journal of General Psychology*, 109, 149-156.
- Rooda, L. A., Clements, R. & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1683-1687.
- Sauders, J. M. & Valente, S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nursing*, 17(4), 318-325.
- Stoller, E. P. (1980). Effect of experience on nurses' responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing Research*, 29(1), 35-38.
- Warren, B. J. (2005). The cultural expression of death and dying. *The Case Manager*, 16(1), 44-47.
- Weisman, A. D. (1988). Appropriate death and the hospice program. *Hospice Journal*, 4(1), 65-77.
- Wen, Y.-H. (2012). Religiosity and Death Anxiety of College Students. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 8(2), 98-106.
- Williams, M.(1997). *Social Surveys: Design to Analysis*. Buckingham: Open University Press.
- Wong, P. T., Reker, G. T. & Gesser, G.(1994). Death attitude profile-revised: a multidimensional measure of attitudes toward death. In R. A. Neimeyer (Eds.), *Death anxiety Handbook: Research, Instrumenttion and Application*.(121-148). N. W.: Taylor & Francis.
- Worden, W. J.(1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practioner*(2nd ed.). New York: Springer.
- Yalom, I. D.(1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

四 網路資源

コトバンク(2015)。内科-大辞林 第三版の解説。取自

<https://kotobank.jp/word/%E5%86%85%E7%A7%91-107265>

行政院內政部(2015)。生命統計-出生數，出生率，死亡數，死亡率。取自

<http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=15409&CtNode=4595&mp=1>.

衛生福利部國民健康署(2015)。癌症安寧療護。取自

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?No=201312230003&parentid=200804090002>



【附錄一】訪談同意書

編號:

親愛的護理同仁:

您好！我是南華大學生死學研究所研究生,本研究為探討「探討內科護理人員面臨死亡病患之心理調適」的研究,希望藉此能夠瞭解您在臨床工作上的辛苦與心境,由於您的參與深具意義,因為藉由您的經驗與感受之分享,我們將能夠更深入瞭解目前臨床護理人員的處境,以作為臨床照護及護理教育之參考.

此研究的訪談次數依據資料收集情況而決定,原則上 2-3 次,每次 1-2 小時,訪談過程中可對訪談問題提問或拒絕回答,訪談過程中若您感受到任何不適,隨時可以中斷受訪或退出研究,本研究絕對尊重及保障受訪者的權益,並將之前的受訪資料全數銷毀.

為確實記錄您的訪談內容,在徵求您的同意後,將進行全程錄音及做筆記,訪談過程中,您有權決定是否回答問題,以及所回答之深度.錄音檔將會轉為逐字稿,且逐字稿內容與您確認無誤之後將會進行內容分析,所有訪談內容將遵守保密原則,以達到保護您的目的.

若您同意參與此研究及接受訪談,煩請填寫下列同意書.感謝您熱心的支持與協助!

敬祝您 健康！喜樂！

受訪者: _____ 〈簽名〉

研究者: _____ 〈簽名〉

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果您對本研究有任何問題,都可聯絡研究者.電話 _____

【附錄二】訪談大綱

論文題目:		
研究目的	研究問題	訪談大綱
1. 瞭解內科護理人員面對病患死亡的心理歷程	1-1. 內科護理人員經歷病患死亡時,其心理歷程為何?	1-1-1. 請問您的基本資料(年齡, 性別, 宗教信仰, 學歷, 工作資歷).
		1-1-2. 請問您在工作中遇到病患的死亡過程為何? 您的感受為何?
		1-1-3. 請問您在面對病患死亡的過程中, 是否有讓您印象最為深刻的事件? 可以談談事情發生的過程嗎? 您的感受為何?
		1-1-4. 當您看著病患的病情惡化, 由生病到死亡的過程, 你的感受及想法為何?
2. 探討內科護理人員面對病患死亡時的感受	2-1. 內科護理人員面對病患死亡時所產生的感受為何? 如何進行調適?	2-1-1. 您知道同事們如何因應病患死亡所產生的感受? 您本身的觀點為何? 您是如何因應?
		2-1-2. 對於因為病患死亡所產生的想法或情緒您會如何表達或分享?
		2-1-3. 回顧您的工作經驗, 面對病患死亡時的感受是否有所改變?
3. 探討內科護理人員經歷病患死亡之前後對於死亡的看法	3-1. 內科護理人員經歷病患死亡之前後對於死亡的看法為何?	3-1-1. 您是否曾經想過自己的死亡該是如何?
		3-1-2. 當您看著病患病痛死亡的過程, 是否會讓您想到自己的死亡? 您的想法為何?
		3-1-3. 病患的死亡是否影響您的生命觀?