

## 科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告 / 期末報告)

整合型總計劃名稱：本土死亡系統之知識建構與實務應用

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC100-2632-H343-001-MY3

執行期間：100年08月01日至103年07月31日

執行機構及系所：南華大學 生死學系

計畫主持人：陳開宇 教授(生死學系)

共同主持人：廖俊裕 副教授(生死學系)、魏書娥 副教授(生死學系)

林原賢 助理教授(生死學系)、何長珠 教授(生死學系)

蔡昌雄 助理教授(生死學系)、陳素玲 助理教授(生死學系)

第三年計畫參與人員：

計畫助理：陳惠蓮，計畫主持人陳開宇自聘，(美國杜肯大學財務管理及資訊管理雙碩士)

李修慧，臺大醫院雲林虎尾分院及慈濟醫院大林分院臨床佛教宗教師

兼任助理：周柏霖(生死學系碩三)、方東旒(生死學系碩一)、張晉瑜(生死學系碩二)、

譚平昇(生死學系碩三)、李憶容(生死學系碩三)、

楊春茶(哲生學系碩三)、陳幼玲(生死學系碩四)、林聰耀(哲生學系碩四)、

楊絲絢(生死學系碩二)、陳志忠(生死學系碩四)、溫雅筑(生死學系碩一)、

莊娜瑛(生死學系碩一)、黃孟晨(生死學系碩二)、吳鈺勛(生死學系碩一)

臨時工：李姿政(生死學系碩一)、吳書萍(生死學系碩二)、賴秀銀(嘉義大學輔諮學系碩二)

涂惠綾(生技學系大三)、李慧珠(財經學系大三)、許文瑜(生死學系大三)、

蔡巧麗(生死學系大二)、邱家豪(生死學系大一)、楊晴盛(生死學系大四)、

盧雨萱(生死學系大三)、郭宜柔(生死學系大三)、陳怡紋(生死學系大二)、

本計畫除繳交成果報告外，另含下列出國報告，共0份：

執行國際合作與移地研究心得報告

出席國際學術會議心得報告

期末報告處理方式：

1. 公開方式：

非列管計畫亦不具下列情形，立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權，一年 二年後可公開查詢

2. 「本研究」是否已有嚴重損及公共利益之發現：否 是

3. 「本報告」是否建議提供政府單位施政參考 否 是，教育部；文化部

中華民國 103 年 10 月 30 日

整合型總計劃名稱：本土死亡系統之知識建構與實務應用  
摘要

本計劃以生死學為實踐知識的立場，依死亡系統的建立、當前死亡議題的掌握及實務應用價值等判準，來引導各子計劃的執行及成果的整合。計畫一主要持續探索心性體認本位的儒釋道三家學問，並探索國內團體之存在的可能性。計畫二輔以對照分析在醫療社會學與安寧療護等研究文獻的醫療論述，批判現有相關防癌政策與醫療法規、臨終醫療資源以及醫療文化的合理化、高科技化與商品化趨勢等，以建立影響死亡暴露(exposure to death)的醫療體制特質，並且分析其倫理信念內涵。計畫三在進行持續性比較分析中探討台灣地區的成人依附關係、死亡焦慮、死亡態度做前導式研究，採用文獻分析法，搜集台灣地區 2002 年到 2012 年，成人依附關係、死亡焦慮、死亡態度等相關主題的博碩士論文，針對內容做歸納分析。計畫四發現認知層面與感受層面的改變是相輔相成的，藉由課程的理論和實務配合的設計，可以幫助學員有效的面對、處理自身的失落與情緒議題。計畫五完成臨終關懷場域大部份的照顧經驗文本蒐集工作，已開始進行質性經驗面向的詮釋探索，以期釐清成熟的臨終照顧技藝本質與知識意涵，有利臨床經驗的教學傳承，也為臨終照顧知識的系列研究奠定基礎。計畫六建構了「助念」不是佛教徒的專利，完整的「助念」功課，也不只是念佛或祈禱而已，還包括為臨終親人開導、安慰、鼓勵、發願迴向等，可以依各宗教的方式施行，目的都是為幫助親人善終及邁向未來的生命。發展從面對死亡的態度、臨終醫療抉擇、助念意義思維三層面，進行對臨終與往生助念理論之建構與實務之應用。計畫七以文獻分析為主，藉由佛教典籍中的相關瀕死經驗之理論，以及感應錄中的案例作為分析討論之資料來源。

關鍵詞：死亡系統、心性體認、生死學、死亡醫療化、依附、死亡焦慮、死亡態度、悲傷輔導、家族治療、安寧療護、臨終陪伴、臨終助念、往生助念、臨終關懷、瀕死經驗、宗教

# Knowledge Construction of Indigenous Death System and Its Practical Applications

## Abstract

This project is based on the knowledge of life-and-death studies, guided by the construction of death system, current issues, and practical application as the criteria to guide, integrate and evaluate the research results. The core work of the project in every year was basically an extension, expansion, and deepening of the previous year work, and the research methods applied in this project include discourse analysis, structural-institutional analysis, quantitative and qualitative analysis. Study 1 focuses on exploration of xinxing realize 心性 (Mind) according to knowledge of Confucianism, Buddhism and Taoism, and the possibility of the existence of domestic study groups. Study 2 combined control analysis in medical sociology and literature such as hospice medical discourse, critique existing relevant policies and health regulations prevent cancer, dying of medical resources and the rationality of medical culture, high technology and commercialization to establish exposure to death characteristics of the health care system, and analyze their ethical beliefs connotations. Study 3 conducted comparative analysis of Taiwanese adults on attachment, death anxiety, attitudes towards death using document analysis of dissertations from 2002 to 2012. Study 4 found that cognitive level and feelings level are complementary, with theoretical and practical courses design, we may help students effectively confront and deal with their loss and emotional issues. Study 5 has completed the major work of empirical data collection on hospice care experience, and has started an interpretive analysis on the qualitative aspects of care experience studied. It is hope that, through this interpretation, the nature of mature care skills and its epistemological implications can be clarified. Not only is it conducive to clinical experience of teaching heritage, but also lay the foundation of knowledge for care. Study 6 aims to contend that "Buddha name reciting in the terminal stage" is not restricted to the Buddhist. Besides, "Buddha name reciting" is not just to recite or pray only, it also helps enlighten, comfort, and encourage the dying relatives. The goal is to help the dying families into the future life in accordance with various religions' practice. The attitude facing the death, the medical choices, and reciting significance were used to construct a theory of terminal reciting & applied practice. Study 7 based on Buddhist literature analysis, focusing on theoretical study of near-death experiences, as well as induction of cases recorded in the analysis and discussion of the sources.

Keywords: death system, mind/nature realization, life-and-death studies, medicalization of death, attachment, death anxiety, death attitude, grief guidance, family therapy, hospice care, terminal accompanying, terminal guiding prayer, the guiding prayer for the deceased, terminal care, near-death experience, religion

**總計畫第三年的執行過程：**

延續上學年度每月會議的讀書會，第三年繼續研討 Dying: Facing the Facts 的架構與科技部生死學系整合型計畫的子計畫結合，透過讀本達到共同的理論交流與資料共享，本學年的研討進度已達完成整本書的研讀。

死亡系統的建構與社會文化及喪葬禮儀脫離不了關係，本校辦理喪禮服務丙級檢定受肯定，本學年開始舉辦全國技術士技能乙級檢定，如期延伸本計畫預定的宗教文化與喪葬禮儀發展，同時邀請楊國柱老師參加未來3年科技部提升私校研發能量新計畫，做初步本土傳統殯葬習俗調查研究。

2014年6月26~27日舉行生死學系第十一屆「現代生死學理論建構」學術研討會，共有30多位學者與會，透過學者相關領域在廣泛的文化、宗教、社經研究及個案資料以及實務分析的成果，做為跨學科的新學門，且有效達到每年每個計畫皆有成果的目的(附件二-研討會論文集)。

經費方面，學校提撥補助款的25%為執行本計畫配合款，第一年\$347,500，第二年\$301,500，第三年\$423,000分別編列人事費、業務費、設備費及國外差旅費等等執行相關費用。

雖然死亡學應用的多元場域，在這三年計劃中尚無法盡數涵括，但在知識類型與實務應用之間，已粗具系統性的關聯性，未來的研究可依此模型擴展延伸即可。本研究各子計劃成員平日即在死亡學研究的氛圍下共事，彼此交流研究經驗與結果，然因本計劃橫跨範圍更為廣泛，為促進各子計劃間交流與分享，總計劃在前述的整合架構下，將逐步強化橫向聯繫、檢核改善機制。具體作法採「定期交流、檢討改善、滾動前進」方式，每兩個月定期集會一次，由總計劃主持人召集各子計劃主持人及研究團隊進行研討會議，除就研究、經費執行進度檢視外，重點置於觀點、經驗事實間的交流研討，遇問題立即擬定解決方案予以執行，並再下一次會議中驗收執行成果與檢討改進。

以下為共同主持人執行計畫第三年期中報告：

## 科技部補助專題研究計畫成果報告自評表

### 1.請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：

計畫一、心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構 廖俊裕老師

第三年一如第一、二年定期參與計畫團隊舉行的讀書會研讀活動，目前研討進度已進入尾聲。在執行成效方面與預定計畫內容相符，在目標方面亦達成預期規劃。

另外，繼續本計畫的實踐程序，在心性體認本位下，建構現代生死學理論建構與社會實踐之可能，第三期主要以傅偉勳先生的「心性體認本位的現代生死學」為藍圖，在「愛的交睦」下發展「精神共同體」的實踐經驗，試圖將傅偉勳的「傅氏療法」落實到日常生活運用上。在「精神共同體」的概念下操作，如此，既有個體性又有群體性，而免於主觀的幻想。實踐的策略以傅偉勳先生特重的意義治療學為主要方法，但不局限在概念的介紹，而是具體的方法與實踐步驟的提出，使其更具有可實踐性。

### 2.研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

現階段的相關研究成果，如下：

論文題目	發表刊物名稱	頁次	出版日期	刊物地
〈劉戡山的身體觀〉	THCI-core 期刊《揭諦》22期	頁 39-88	2012.1	嘉義
〈作為終極關懷的儒學實踐途徑〉	《通識教育與跨域研究》第12期	頁 65-77	2012.6	嘉義
〈論醫學非章太炎學術之餘緒〉	《藝見》第4期	頁 29-40	2012.10	台中
〈論道家思想在現代麥當勞化社會的救贖功能——以《口白人生》為例〉(和周柏霖合撰)	《藝見》第5期	頁 113-122	2013.4	台中
論文題目	會議名稱	發表日期	舉行地	
〈劉戡山的疾病書寫與醫學思想〉	「2012 通識教育、專業倫理暨博雅學術研討會」	2012.11.30	嘉義	
〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉	「第十屆現代生死學理論建構學術研討會」	2013.3.16-17	嘉義	
〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉	《生死學研究》	已通過審查，接受刊登中	嘉義	
〈心性體認生死學的實踐策略——精神共同體下的意義治療學〉	《大葉大學通識教育學報》第十三期	2014.5	彰化	

3.請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）：

本研究計畫在於分析心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構，以及落實實務運用層面之可能。在社會影響層面上，係探究與建構「心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構」落實於社會之可能，建構華人生死學系統之本土模式，及相應於新社會事實的新知識系統內涵及實務應用的條件。目前集中在傅偉勳提煉 Frankl 的意義治療學方法的實踐，藉著 Frankl 意義治療學和他的繼承者 Alex Pattakos 和 James C. Crumbaugh 所發展出來的意義治療學資源，試著透過展開意義治療學三大價值(創造的價值、經驗或體驗的價值、態度的價值)的發覺，來處理這個問題。這個方法就是站在 James C. Crumbaugh 所設立的交會團體中，透過五個步驟、七個練習來完成三大價值與心性的體認。而呈顯其生命意義的絕對性、普遍性，以達傅偉勳先生所設立的生死學目標：死亡的尊嚴與生命的尊嚴而生死無憾。產生不同於歐美的生死學系統，而有華人特色：「心性體認本位」的生死學(勞思光先生認為「心性學」是華人獨特迥異於西方學問之所在)。在學術研究層面的重要性，則將華人生死學脫離只限於理論層次，提升到具有實踐操作的具體意義與價值。

---

## 子計畫二、死亡醫療化觀點下的死亡系統形構分析 魏書娥老師

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：

文獻探討、論述分析、田野研究各項準備工作等均達成目標，但因釐清計畫宜申請 IRB 抑或 REC，或是兩者皆可適用，再加上無論申請 IRB 抑或 REC 都有一般審與簡易審的程序差別，這兩種程序的差別不只牽涉申請審查費的明顯落差，還涉及申請程序複雜度與耗費時間長短，更有申請人身份是否是院內或院外的差別待遇等申請困擾，且因預訂研究訪談目標機構進行組織調整，以及適逢其病房護理人力銜接階段無法配合研究計畫時程，致未能如期收案進行訪談。

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文已發表會議論文 2 篇；專書文章 1 篇；投稿期刊文章撰寫中

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 2000 字為限）

本研究計畫藉由建立死亡結構作為一項新社會事實，以及建構臨終與死亡的臨床醫療論述，檢證死亡系統概念架構運用在台灣社會的可能性，進而反思與批判該概念架構的普及性與文化限制性，達成與西方學術思潮的對話，並且豐富死亡社會學研究的多元文化觀點。

## 計畫三、台灣、華人社會與西方社會的依附關係、死亡焦慮感、死亡態度之相關研究 林原賢老師

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：

第三年如同第一、二年定期參與計畫團隊舉行的讀書會研讀活動，目前已完成。執行成效與預定計畫內容相符，執行目標亦達成預期目標。

本計畫在第一年對國內外的成年人依附關係、死亡焦慮、死亡態度的質性及量化文獻進行廣泛的閱讀，經過整理、分析及歸納等過程，建構出台灣地區成人依附關係、死亡態度、死亡焦慮的演變及

研究趨勢。第二年則對依附關係、死亡態度、死亡焦慮等量表做廣泛的深討，選定依附關係、死亡態度、死亡焦慮等量表並對台灣地區大學生施測及分析。第三年以中國地區、台灣地區及美國地區的大學生做問卷施測，並比較華人文化和西方文化，華人文化的中國地區及台灣地區在依附關係、死亡態度、死亡焦慮的差異及相關之研究。

**2.研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：**

現階段的相關研究成果，如下：

論文題目	發表刊物名稱	頁次	出版日期	刊物地
台灣地區成年人依附關係、死亡焦慮、死亡態度之研究	應用心理期刊	審查中		
台灣、中國與美國成年人依附關係、死亡焦慮感、死亡態度之相關研究	台灣心理衛生期刊	審查中		

論文題目	會議名稱	發表日期	舉行地
台灣地區成年人依附關係、死亡焦慮、死亡態度研究的演變與趨勢探討	「第十屆現代生死學理論建構學術研討會」	2013.3.16-17	嘉義
台灣地區成年人依附關係、死亡焦慮、死亡態度之研究	「第十一屆現代生死學理論建構學術研討會」	2014.6.26-27	嘉義

**3.請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）：**

本研究計畫在於探討台灣地區成年人的依附關係、死亡態度、死亡焦慮，並以和同為華人地區的中國成人、和西方文化的美國成人做跨國文化比較，以實踐以台灣本土死亡系統知識建構與實務應用。在社會影響層面上，可以探究與瞭解台灣社會雖為華人社會的一份子，但長期受到美國西方文化的影響，學術及社會價值觀念受到美國的影響，死亡焦慮、死亡態度等觀念及與同為華人社會的中國有些不同，並落實於台灣社會獨特的發展歷程，探究台灣本土的實際觀點，才能理解文化上的差異，建構華人生死學系統之本土模式，及社會事實的新知識系統內涵及實務應用的條件。

**計畫四、悲傷輔導、諮商與治療模式初探 何長珠老師**

**1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：**

因第三年之研究包括主題分析與個案訪談兩種研究方法(等於做兩份研究)，因此在時間控制上稍有拖延、無法達成原先假設之發表目標。

**2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：**

論文：撰寫中

第一及第二年研究結果均在發表及投稿中；另有專文已在專書中發表--何長珠等(2012)。華人家排經驗對大學生靈性觀點改變之研究，佛教文化與現代實踐，145-172，香港：中華書局。

**3.請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）：**

第三年(2013) 工作主題為--華人家族排列模式對當事人未竟事務重要議題之影響該研究的第三部份是探討中國人集體潛意識之表現，如祖先-嬰靈- 養子/女(入贅)等各種「公平」(因果)議題對當事人未竟事務之影響為何？這部分係依據個人過往已進行過 500 場排列之經驗(每年進行兩次各為 24 場之總和)，並將用文史及質性深度訪談之方式，探討因果業公平等集體潛意識議題與家庭重要議題有關之個人心理與心靈變化歷程間之關係；目前仍在進行寫作中。

第一年計畫之報告已即將發表；第二年計畫之報告正投稿中；第三年計畫正準備撰寫中。而即將申請的「生命關懷師」培訓方案，則可代表對既有議題--悲傷輔導、諮商與治療本土模式初探—更進一步實踐與推廣之努力 !!

## 子計畫五、安寧療護人員臨終陪伴經驗的個人知識建構及其臨床意義探索 蔡昌雄老師

### 1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：

#### ■達成目標

### 2.研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

#### 論文：■已發表

本研究第三年成果共發表的五篇論文，其中三篇是研討會論文，兩篇是期刊論文，一篇國際研討會海報發表。研討會論文中，兩篇是國內發表，另一篇是國外發表，期刊論文則是投稿於國內具審稿制之專業期刊。茲分述其價值、影響及後續發展如下：

1. 已於生死學理論建構研討會發表的論文主題有兩篇，第一篇主題是關於資深臨終照顧人員的身體化照顧經驗；第二篇為臨床宗教師臨終照護的身體化知識經驗為描寫與詮釋的主要內容。論文內容依據第一年之研究文獻回顧工作，以及第二年的深度訪談工作所蒐集之經驗資料，綜合分析發展而得。本研究採詮釋現象學為主要分析方法，透過分析發現這些經驗的呈現顯示出不同的獨特徑路，此為醫護領域研究過去所未見，且主題內容亦是本土臨終照顧研究所欠缺，發表會場引發迴響，並激盪出不同的討論，研究資料內容的豐富性，突顯本研究的臨床實務價值；預計修改後投稿相關國際期刊，進一步增益其能見度與價值。

2. 關於期刊發表結果有兩篇，已被《安寧療護雜誌》接受發表的論文是，關於癌末病童靈性照顧的個案分析報告，此為本研究過程中衍生的實務應用課題。第二篇為以臨床宗教師進行林姓照顧時所面臨的困境經驗為主題，進行詮釋與描寫，研究結果內容彰顯靈性照顧，與個人生命經驗與臨床實務經驗間的認知經驗有其差距，對臨床靈性照顧者具有實務的經驗理解示範，其豐富內涵提供生手到專家模式的進一步應用，本研究已投稿於台灣大學〈生命教育〉期刊，通過研究大綱初審、預審，現已進入期刊的最終審查，預計不久即可得知結果。這兩篇也是目前臨終照顧實務研究領域所欠缺重要環節，有極高的臨床參考價值。

3. 2013 年發表於捷克布拉格第 24 屆 STTI 研究發表大會發表的是，關於安寧護理人員照顧經驗的層級模式。此篇論文對於釐清安寧護理人員由生手到專家的發展過程至為重要，是國際護理學界大老 P. Benner 的生手到專家模式的進一步應用，但卻提供新穎臨床經驗資料。未來預計投稿國際安寧照顧專業期刊發表。

2012 年發表於長庚科技大學國際學術研討會之海報發表，其內容為佛教徒在臨終接受安寧照護的靈性照顧經驗分享，此為本研究過程中衍生的實務應用課題，從臨床理論與實務間相互的應證的實證。這也是目前臨終照顧實務研究領域所欠缺重要環節，有極高的臨床參考價值。

**3.請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）：**

本研究從第一年研究工作重點在於文獻分析，針對默會知識的理論與臨床應用文獻進行蒐集、閱讀、比對、分析與探討；及進駐在北部(台大醫院)、中部(中國附醫)、南部(慈濟醫院)三所醫院的安寧病房，並通過 IRB 審查，順利進入研究田野的據點，以便蒐集經驗的資料；第二年的研究進程著重於：研究場域的讀書會進行及實際邀約訪談研究參與者的招募方面：收案對象為從事臨終照顧工作的主要團隊成員，包括醫生、護理人員、宗教師及志工等，合計每一場域收案數約 10-15 人；第三年的主要進度為發展出個人知識觀點建構臨終陪伴經驗的模式，進一步與臨床經驗比對反思，最終提出較成熟的臨終陪伴經驗理論雛型與解說。三年之研究進度順利，概如預期所設定的目標。在研究場域慈濟醫院的讀書會持續進行，日前也已通過該院 IRB 之結案報告審查。在台大醫院部份，最後的焦點團體訪談資料蒐集工作結束後，順利的進行結案報告審查。其餘部份的工作重點，便是逐年持續修訂現有成果，以利投稿於國際研討會發表及其他相關期刊之發表。這本土的臨終陪伴經驗研究的成果整合，期能與西方安寧的死亡與臨終研究接軌，並能增進對死亡系統的了解，有助於提升安寧場域助人工作的整體品質。

**計畫六、臨終與往生助念之理論建構與實務應用之研究 釋慧開(陳開宇)老師**

**1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：**

■ 達成目標

**2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：**

研討會論文

- (1) 釋慧開，〈現代社會善終課題的省思〉，生死學研討會：嘉義，南華大學，2014 年 6 月 26~27 日。
- (2) 學生陳幼玲，釋慧開老師指導，〈從病人末期臨終死亡態度探索家庭互動及其面對家屬陪伴支持之影響——以父親為例佛教調心方法之研究〉，2014 第九屆青年佛教學者學術研討會暨中國佛教研討會，香港中文大學，2014 年 7 月 25 日。
- (3) 學生楊絲絢，釋慧開老師指導，〈看不見但你依然存在 —— 一位喪偶佛教淨土信仰者的臨終關懷經驗〉，2014 第九屆青年佛教學者學術研討會暨中國佛教研討會，香港中文大學，2014 年 7 月 25 日。

專書出刊：

- (1) 釋慧開(陳開宇)著，《生死自在-生命終極關懷系列一》，農世股份有限公司，102 年 10 月出版。
- (2) 釋慧開(陳開宇)著，《生死自在-生命終極關懷系列二》，農世股份有限公司，103 年 1 月出版。
- (3) 釋慧開(陳開宇)著，《生命是一種連續函數》，台北·香海文化事業有限公司，103 年 6 月出版。

**3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 2000 字為限）**

第三年成果共發表的三篇研討會論文，口袋書-終極關懷生死自在系列一及二，以及完成「生命是一連續的函數」一本書。研討會論文其中二篇是香港兩岸研討會論文，一篇是國內發表。茲分述其價值、影響及後續發展如下：

本研究從第二年的第一階段問卷調查統計資料及質性訪談，被訪問者的親身經驗(包括:曾經照顧過末期疾病的親人，或為臨終/往生親人助念……等等)，發現必須發展第二階段的問卷，從面對死亡的態

度、臨終醫療抉擇、助念意義思維三層面，進行對臨終與往生助念理論之建構與實務之應用。第二階段問卷調查的發展目地釐清「往生」及「助念」的現代社會意義。「往生」一詞泛指人們在臨終過程具有實質意義的生命功夫及動力，透過念佛、祈禱、發願迴向等多種方式，以邁向未來永續的生命。其中，「助念」一詞並非只是佛教徒的專利，完整的「助念」功課，可以依各宗教的方式施行，也不只是單純地「念佛」或「祈禱」而已，還包括為臨終親人開導、安慰、鼓勵、發願、迴向...等等，目的都是為了幫助親人善終及邁向未來的生命。問卷主要分為三個面向編製，第一個面向是個人面對死亡的態度量表 6 題。其次為臨終醫療抉擇的認知，其中又細分個人對現行臨終醫療處置的認識 5 題、個人對自我及對親人臨終醫療處置的接受度各 7 題。第三個面向為個人對臨終助念意義的認知 7 題。共 32 題，以五點量表上進行；其中 5 題為開放性問答。

第三年研究者共於台灣北、中、南相關生命關懷議題演講活動中發出 1200 份問卷，回收 1043 份，回收率 87%；其中完全扣除漏頁填答或變項未填答之遺漏質者 200 份，有效問卷共 843 份，回收有效問卷 81%；透過 SPSS20.0 軟體進行統計處理分析。其中，以 5 個人口學變項為自變項，以「死亡的態度」、「臨終醫療抉擇」、「臨終助念意義」為依變項，進行平均數的差異檢定，以單因子變量分析(ANOVA)統計方式，及 Scheffe 事後考驗進行資料的統計與分析，比較不同基本變項之差異情形。5 個人口學變項分別為不同的性別、居住地、宗教信仰、年齡及教育程度。(詳情請參考附件)

本研究從第一年及第二年的研究工作重點在於文獻分析，針對傅偉勳教授《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》論述與臨床應用文獻進行蒐集、閱讀、比對、分析與探討。彙整專家諮詢及訪談安寧病房醫生、醫護人員及有累積三十年近八千人次助念經驗的資深宗教師的訪談資料，演展了第一年問卷調查的田野調查。透過研究者百場次數的生命教育講座及安寧療護課程，發放問卷宣導安寧療護及臨終醫療抉擇的認知，與學員的意見交流以便蒐集經驗的資料。現代人所面對的臨終與死亡課題，已經超越醫療科技的極限了，需要回歸哲學與宗教的智慧及靈性關懷。醫療已達極限，生命何去何從？如何讓生命最後階段仍享有尊嚴？病患與家屬如何抉擇才能安頓生死？這些都是現代人共同面對的課題與挑戰，值得我們認真深入地重新省思。

三年之研究進度順利，概如預期所設定的目標，承先啟後延續本計畫的議題，發展新的三年計劃：本土善終模式之建構與社會實踐—以「生命永續」及「親情陪伴」觀點為主軸。這是本土的臨終與往生助念理論之建構與實務應用之研究成果的整合，期能與西方安寧的死亡與臨終研究接軌與互補，並能增進對本土死亡系統的反思與重新建構，不僅有助於提升安寧照顧場域助人工作的整體品質，也有助於末期病人與亡者能順利「善終」及「往生」。

本研究希冀提供當代社會實徵場域中，在高齡或末期病患面對臨終與死亡的課題及情境時，重要他人如何陪伴其走完善終歷程的一系列可依循之照顧模式，尤其是協助當事者在面臨死亡臨近時，如何轉化其不安心境朝向安寧善終之路，研究結果可作為心理學、宗教學、醫學等相關領域研究者和實務工作者參考。

## 計畫七、瀕死經驗歷程與後續效應之研究 —以台灣本土個案為例 陳素玲老師

### 1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估：

■達成目標

### 2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文：■已發表 □未發表之文稿 □撰寫中 □無

已發表之期刊論文如下：

1. 釋永有、釋覺了，〈瀕死經驗與宗教信仰之初探-以四位佛教信徒為例〉，《生死學研究》第十一期，嘉義，南華大學，2011年1月，頁175~214。
2. 釋永有、簡正軒，〈瀕死經驗個案後續效應之研究〉，《生死學研究》第十四期，嘉義，南華大學，2013年7月，頁59~92。
3. 釋永有，〈佛典中瀕死經驗相關理論與實例探討〉，《生死學研究》第十五期，嘉義，南華大學，

2014年(即將出刊)。

3.請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值(簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性)：

本計畫共發表期刊論文三篇，研討會論文一篇，及相關性研討會論文二篇。

以下主要以期刊論文分別論述：

### (1)佛典中瀕死經驗相關理論與案例探討 --以金剛經的感應為例

#### A.學術成就及評估

(A)國外的瀕死經驗研究已有多數年，且遍及許多國家，國內則少有這方面之研究，故本研究在國內具有前瞻性。

(B)檢視佛教典籍中瀕死經驗之相關理論與案例。雖為古籍，卻可與現代理論相呼應。

(C)由金剛經感應錄中找出瀕死經驗之相關案例，發現瀕死經驗非為現代人才有，古人亦有類似經驗。古人與今人，東方與西方的瀕死經驗，可以互相參照。

(D)中國佛教徒式的瀕死經驗充滿著中國文化特色。個案的經歷除了呈現出受到宗教信仰的影響，然也受到文化背景死亡觀之影響。死後去地府見閻王的思想，深刻的影響到當時人民的死亡觀，也反映在個案瀕死經驗之內容。

#### B.社會影響：

本研究之案例呈現出宗教信仰對瀕死經驗之影響，而當代社會文化對死亡及死後世界的看法似亦會影響到個案之經驗。由此凸顯出宗教信仰與瀕死經驗之關係。

### (2)瀕死經驗與宗教信仰之關係初探—以四位佛教信徒為例 永有 釋覺了著

#### A.學術成就及評估

(A)為國內第一篇有關瀕死經驗與宗教信仰之中文學術期刊論文，頗具前瞻性。

(B)以本土個案為例，四個個案的瀕死經驗深度訪談，除了呈現出宗教信仰或觀念的影響之外，文化背景之影響亦值得關注。佛教信仰早已與中國文化結合，普遍深入民眾的生活中，因此個案即使經歷前尚未正式皈依，其有關宗教的經驗仍呈顯在瀕死經驗個案的描述中。

(C)佛教經典中的相關理論及義理中的中陰身、輪迴觀、十方世界的思想與可以和個案的經歷相互對照。而佛教萬法唯識的思想則從中一以貫之，可作為個案不同經歷內容的解釋。

(D)佛教信仰深刻的影響到個案瀕死經驗之內涵、歷程及後續影響。

#### B.社會影響及應用：

來往生何處的重要關鍵，也是中介生命狀態(死亡到再生之間)，所顯現之境界的重要原因。

### (3)瀕死經驗個案後續效應之研究 釋永有 簡政軒著

#### A.學術成就及評估

(A)為國內第一篇探討瀕死經驗後續效應之學術期刊論文，頗具前瞻性。

(B)以深度訪談深度呈現本土六位個案的六項瀕死經驗後續效應，探討瀕死經驗對生活態度之影響、對日常行為之影響、對其經驗前後生死觀之改變、對其經驗前後宗教觀之改變、對超感知能力之影響及對其經驗後調適過程。頗具參考價值。

(C)結果發現六位參與者其瀕死經驗後續效應共有十八項屬於正向效應。研究分析中也發現五項其他反應，然這五項反應並非來自瀕死經驗之內容，而是屬於經驗之後的生活調適或外界的壓力。

#### B.社會影響及應用

近年來心理衛生有關調查中發現，社會結構的改變、文化的變遷、人情的冷漠、工作壓力的增加等多元因素，都造成了自我傷害以及自殺率的偏高，而本研究發現可作為生命教育、生死學教材，對於了解生命真相及人生意義具有參考價值。

以上之研究發現，已充分運用於死後生命探索、生死學概論、宗教生死學等相關課程，作為授課之教材以及本人之多場演講當中。

## 第十一屆「現代生死學理論建構」學術研討會議程表

會議時間：103年6月26至27日（星期四、五） 電話：(05) 2721001 轉 2121

會議地點：南華大學雲水居國際會議廳（嘉義縣大林鎮南華路一段55號）

日期	時 間	內 容		
六月二十六日（四）	08:30—09:00	報 到		
	09:00—09:10	開幕式（主持人：林校長聰明）		
	09:30—10:40 第一場次	主持人	發 表 人	題 目
		廖俊裕	釋慧開	現代社會善終課題的省思
			許禮安	悲傷關懷與陪伴-以余德慧教授著作及安寧療護臨床經驗為例
			黃美玲 蔡昌雄	臨床佛教宗教師進入臨終場域之修行經驗
	10:40—10:50	茶敘 Tea Break		
	11:00—12:10 第二場次	主持人	發 表 人	題 目
		何長珠	釋永有	佛教「煩惱」與中醫「七情」之比較研究
			釋依昱	日本佛教的生死觀
			游金溝	心理劇在喪親輔導的應用
	12:10—13:30	午餐 Lunch		
	13:30—15:00 第三場次	主持人	發 表 人	題 目
		李燕蕙	張淑美 王謙	從死亡幽谷到生命彩虹的生命意義轉化自我敘說～意義管理理論觀點
			曾嫻瑾 楊絲綸	從「父權家族系統受暴網」看婦女家庭暴力的因應與詮釋探究
林秀玲、 戴嘉南			佛教信仰對喪子母親的意義結構改變歷程研究	
15:00—15:20	茶敘 Tea Break			
15:20—16:50 第四場次	主持人	發 表 人	題 目	
	尤惠貞	許秋田、 李燕蕙	大學生<正念減壓法>課程行動研究:學習成效評估	
		李燕蕙、 廖芳綿、 吳慶敏、 許秋田	大學生<正念減壓法>課程行動研究:以<身體掃描與專注呼吸>為例	
		張淑美 郭智玲	成人修習生死教育課程對死亡恐懼轉化之生命敘說	
17:00起	晚餐 Dinner			
18:00-20:00	狂亂世界靜心法-正念療法入門（限30位）-李燕蕙			

六月二十七日(五)

時間	主持人	發表人	題目
08:30-10:00 第五場次	蔡明昌	楊國柱	大陸殯葬管理制度與兩岸殯葬服務貿易協議之研究
		楊士賢	市地重劃對台灣殯葬禮俗之影響—以舊台中市八區的喪葬拔渡法事為觀察對象
		葉修文 陳虎	大陸公墓可持續發展政策方向之研究
10:00-10:20	茶敘 Tea Break		
10:20-11:50 第六場次	主持人	發表人	題目
	林原賢	蔡明昌	大學生死亡焦慮的特質性與狀態性檢視
		曾昭兒、 羅家玲	流轉在正念減壓治療的受苦與自我：一位負傷諮商師的敘說(改至星期五、需要公文)
許玉霜 許鶯珠		「死亡世界知多少」~國中生圖畫死亡概念之研究	
11:50-13:3	午餐 Lunch		
時間	主持人	發表人	題目
13:30-15:20 第七場次	魏書娥	何長珠、 張晉瑜、 林綉雅	悲傷諮商模式(悲傷輔導理論加表達性藝術治療實務)之內容與效用之探討
		王枝燦 王淑如	國人善終狀況，由拒絕心肺復甦術之末期病人臨終使用急救藥物狀況進行初探
		林原賢 王枝燦	台灣地區成年人死亡焦慮、死亡態度、生命意義之研究
15:20-15:40	茶敘		
15:40-17:10 第八場次	主持人	發表人	題目
	游金潁	蔡昌雄	臨終照護的身體化知識-以臨床宗教師為例
		魏書娥	死亡醫療化是現代性的封存抑或反封存?
釋宗惇 釋印本 陳慶餘		從一位運動神經元疾病個案分析末期病人內在力量啟發的歷程與機轉	
17:10-	蔡昌雄 主任	閉幕式(頒發結業證書)	
17:30	賦歸		

## 成果報告

〈心性體認生死學的實踐策略——精神共同體下的意義治療學〉

南華大學通識中心、生死學系專任副教授

廖俊裕

### 摘要

傅偉勳先生為華人生死學的先鋒，他開創跨領域的生死學科，結穴在「心性體認本位的生死學」(本文簡稱「心性體認生死學」)，目前還在發展中。本文在前人研究基礎上，試圖將傅偉勳的「傅氏療法」落實到日常生活運用上。本文將之放在「精神共同體」的概念下操作。如此，既有個體性又有群體性，而免於主觀的幻想。實踐的策略以傅偉勳先生特重的意義治療學為主要方法，但不局限在概念的介紹，而是具體的方法與實踐步驟的提出，使其更具有可實踐性。

關鍵詞：傅偉勳、心性體認、生死學、精神共同體、意義治療學

The Practical Strategies of Spirit-awareness Thanatology : Logotherapy in Spirit Community

Liao, Chun-Yu

Associate Professor, Department of Life-and-Death Studies and General Education Centre

Nanhua University

### Abstract

Charles Fu was the pioneer of the study of life and death in China. He pioneered interdisciplinary subject of life and death, and concluded that "Spirit-awareness standard of Thanatology." (Abbreviation of " Spirit-awareness Thanatology") In this paper, based on previous studies, implementing Fu WeiXun "Fu's therapy" in daily life use. In this paper, put it under the concept of " spirit community ". So, both have populations of individuality, while exempt subjective fantasy. The main method of Practical strategies is Logotherapy. But not limited to introduce the concept. I proposed specific and practical steps' method. Can make it more practical.

Keywords: Charles Fu 、 Thanatology 、 Spirit-awareness 、 Spirit community 、 Logotherapy

## 一、前言

傅偉勳（1933-1997）先生是國內生死學建立的開山祖師。晚年基於他自己與淋巴腺癌搏鬥的生死體驗，寫成《死亡的尊嚴與生命的尊嚴——從臨終精神醫學到現代生死學》乙書<sup>1</sup>，提出「現代生死學」的跨領域研究學科，結穴在「心性體認本位的生死學」（本文簡稱「心性體認生死學」），蔚為風潮，影響迄今不衰。傅佩榮先生也認為傅偉勳可開拓他個人特色之「傅式療法」，<sup>2</sup>可惜傅偉勳先生年壽不永，對於傅佩榮先生等人的批評來不及回應，便已仙逝。他生前也承認他的「心性體認本位的生死學試探」，祇做到「略而不詳，點到為止」地為國內生死學拋磚引玉。<sup>3</sup>筆者曾為文〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉代其辯護，參照傅佩榮先生的批評，採納內村鑑三、矢內原忠雄力主並且實踐多年的「無教會主義」概念下的「精神共同體」之交睦團體，來解決傅佩榮先生的負面評論（如認為傅偉勳心性體認生死學無法落實於一般普羅大眾、心性體認容易流為自以為是又毫無把握），再佐以本土曾昭旭「電影讀書會」這類的成長團體、交睦團體案例，發展傅佩榮先生所認為的傅偉勳特色之「傅式療法」。<sup>4</sup>該文以傅偉勳特重的「意義治療學」作為其心性體認生死學的實踐方法。因為結構所限，並沒有把傅偉勳先生所主張的「意義治療學」方法展開討論，探討其實踐的可能細節問題。本文接續「意義治療學」方法實踐的可能細節問題，開展具體的實踐策略——精神共同體下的意義治療學。

## 二、研究目的

以傅偉勳先生自己實踐這個「意義治療學」方法來解決其面對的死亡問題。並嘗試提供幾個解答類型，最後藉著 Frankl 意義治療學和他的繼承者 Alex Pattakos 和 James C. Crumbaugh 所發展出來的意義治療學資源，站在 James C. Crumbaugh 所設立的交會團體中，透過五個步驟、七個練習來完成三大價值與心性的體認，而達其傅偉勳先生所設立的生死學目標：死亡的尊嚴與生命的尊嚴而生死無憾。

## 三、文獻探討

在傅偉勳先生自己實踐這個「意義治療學」方法來解決其面對的死亡問題時，我們可以發現，其方法是頗為簡易的，例如傅偉勳先生在罹癌開刀手術前的近一小時路上，他說：

我一邊走一邊在內心自問，自己敢不敢過此一關，有否足夠的膽量。……我在路上也一直反思傅朗克和儒家異口同聲所強調的，「人生就是一種課題任務，甚至使命」。快到醫院之時，我發現自己已有充分的心理準備，應付「大難」了。<sup>5</sup>

從此段引文中，我們大致上可以了解，傅偉勳先生在使用意義治療學解決其死亡關卡的心理問

<sup>1</sup>傅偉勳（1998），《死亡的尊嚴與生命的尊嚴——從臨終精神醫學到現代生死學》，台北市：正中書局。

<sup>2</sup>傅佩榮（1998），〈調整焦距看生死——評死亡的尊嚴與生命的尊嚴〉，收於傅偉勳（1998），《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，台北市：正中書局，頁 330~43。

<sup>3</sup>傅偉勳（1995），《學問的生命與生命的學問》，台北市：正中書局，頁 326。此書的撰寫在《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》出版後展開。

<sup>4</sup>參廖俊裕、周柏霖，〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉，初稿曾發表於「第十屆現代生死學理論建構學術研討會」，嘉義：南華大學生死學系，2013.3.16-17，後修改投稿，已獲《生死學研究》同意刊登中。

<sup>5</sup>傅偉勳（1998），《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，台北市：正中書局，頁 243。

題時，有點類似口訣式的提醒，反思「人生就是一種課題任務，甚至使命」，這樣的意義分析，是否太簡易直截？一般人該如何用上手呢？而傅偉勳先生認為：

拙文強調建立中國本位的精神療法，與意義治療等現代療法融為一爐，也許會引起誤會，以為意義治療或中國本位的精神療法祇是為了精神病患症患者而設，我在這裡應該補充更重要的一點：廣義地說，意義治療不啻是一種精神療法，它毋寧是人人可以應用的自我精神分析方法，幫助我們培養適當可行的現代生活智慧，建立健全的人生態度。<sup>6</sup>

換言之，在傅偉勳先生的設定中，意義治療學應該是人人可以應用的自我精神分析方法的。事實上，和 Viktor E. Frankl(1905-1997)<sup>7</sup>同屬於存在主義基礎上發展其心理治療的存在心理治療大師 Irvin D. Yalom (1931-)<sup>8</sup>，對 Frankl 的意義治療學一直很有意見。Yalom 的存在心理治療體系中，分為四大主題：死亡、自由、孤獨與無意義。其中無意義的問題也是 Yalom 處理的重點。他認為對於無意義的問題來說：

還有甚麼是治療師可用的技巧呢？我將回顧那些處理缺乏意義的臨床文獻，可是必須先說明一點，相關文獻非常少。除了零星的臨床報告描述規勸的技巧，以及法蘭克(引者按：即 Frankl)提供了一些膚淺的技巧，就沒有別的文獻資料了。<sup>9</sup>

Yalom 評論 Frankl 的意義治療學方法為「膚淺的技巧」，Frankl 提出的方法，大約只有兩種：停止反省法(Yalom 稱之為「去除反思」、矛盾意向法，除此之外，就是在談話治療時的隨機指點。<sup>10</sup>Yalom 認為這兩個方法都很難達成尋求意義的任務。對於矛盾意向法，Yalom 說：

「矛盾意向」，基本上是以症狀當處方的技巧，要求病人經驗並誇大其症狀。……是一種有趣的技巧，……這個技巧在短期治療是有效的，可是我無法說服自己相信它和生命意義有關，……矛盾意向能使人承擔自身症狀的責任，就此而言，或許可以列入存在治療的領域；可是作為提供意義的技巧而言，仍然很不明顯。<sup>11</sup>

Yalom 認為矛盾意向法對於承擔責任來說，有他的作用，但對於提供意義的技巧而言，很難看到矛盾意向法的功能。Frankl 認為意義是發現的，不是發明的。因此在 Frankl 的意義治療學中，「覺察」是很重要的，Yalom 沒有注意到這點，故有此評論，最主要是他沒有實驗過 Frankl 的方法，只是在頭腦中評論其狀況。相對來說，Alex Pattakos 曾評論矛盾意向法說：

意義感存在於對契機的理解中，在感念之中，在知覺之中，以及在關係之中。當我們的知覺只專注於未來，就會與當下失去了連結。而當下卻是我們所在之處，他人所在之處，

<sup>6</sup>傅偉勳(1986)，《批判的繼承與創造的發展》，台北：東大圖書公司，頁186。

<sup>7</sup>中譯名：傅朗克、弗蘭克、弗蘭克爾、弗南克、法蘭克等，傅偉勳蒙項退結先生告訴他，Frankl 曾訪問過台灣，自己同意中文名為傅朗克，因此傅偉勳先生也用傅朗克為譯名，但其後台灣的譯著大都仍為弗蘭克，如最新的譯著——Frankl 著、李雪媛、柯乃瑜、呂以榮譯(2009)，《向生命說 Yes》，台北市：啓示出版社，仍譯為弗蘭克，為免混淆或爭議，以下以原文名呈現。

<sup>8</sup>或譯為：歐文·耶樂姆、歐文·亞隆等名。

<sup>9</sup>Irvin D. Yalom 著、易之新譯(2003)，《存在心理治療(下)》，台北市：張老師文化公司，頁632。

<sup>10</sup>參 Viktor E. Frankl 著、游恆山譯(1991)，《生存的理由》，台北市：遠流出版社，頁201-252。

<sup>11</sup>Irvin D. Yalom 著、易之新譯(2003)，《存在心理治療(下)》，台北市：張老師文化公司，頁641。

以及意義感所在之處。<sup>12</sup>

Alex Pattakos 也是有實務經驗者，由這段引文看來，可以知道，在當下的覺知中，意義感將會出現。不過從 Yalom 的評論意見，也可以見出，矛盾意向法對於意義的提供並沒有那們明顯。對於「停止反省法」，Yalom 認為：

去除反思的技巧很簡單，就是告訴病人不再把注意力集中在自己身上，尋找自身以外的意義。……上述短文描繪的特殊技巧似乎過於權威，恐怕不合許多當代美國治療師和病人的口味，也很難有效果。……最終會破壞個人的成長，因為會阻礙人覺察和承擔責任的道路。可是，法蘭克的觀點仍然有其道理：把病人的目光轉離自身，投向別處，常常是非常重要的。治療師必須找到方法幫助病人發展對他人的好奇和關心。團體治療特別適合這種嘗試。<sup>13</sup>

在這段引文中，可以看出 Yalom 對停止反省法的不滿，認為「很簡單」、「也很難有效果」，最終還會破壞責任感、成長等。Yalom 認為 Frankl 的動機或目的是對的，讓病人的眼光投向別處，非常重要。但停止反省法這個方法不對、很難有效果。如果有效果，用團體治療特別適合。Yalom 是美國團體治療很重要的貢獻者，所以他認為 Frankl 的方法不如他用團體治療來得有效。但對於使用 Frankl 方法的繼承者，卻不如此認為。Alex Pattakos 認為：

減反省法(引者注:即停止反省法)鼓勵我們去感知某個情境中的新事物，如此一來，我們或許能捨棄舊有的認知和做事方法。透過這種以意義為中心的歷程，我們有能力超越這些限制我們的條件而變得成熟，……讓我向你介紹一個簡單的練習，他能幫助你熟練減反省法，應付你在工作上與日常生活中會遇見的真正實際問題。它叫作「心靈遠足練習」。<sup>14</sup>

Alex Pattakos 認為，實際生活上，在他幫助人的經驗上，停止反省法是有效的，而且他還發展了另一個「心靈遠足練習」方法來使人更熟練停止反省法。由 Alex Pattakos 的經驗，停止反省法對一般人是有幫助的，但恐怕不是如 Yalom 說的那麼簡單，否則，Alex 不用在發展一個練習來作為熟練停止反省法的操作了。

但是 Yalom 的建議對我們來說，也頗有參考點。他建議團體的介入。這恰巧是筆者〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉所主張的，必須在一個精神共同體中，發展意義治療學來作為心性體認生死學的實踐方法，以回應傅佩榮先生對傅偉勳先生的嚴厲批評。

現在要問的是，如果意義治療學方法不淪為 Yalom 所評的太簡單，無法產生效果，或者傅偉勳先生本人單提一句口訣「人生就是一種課題任務，甚至使命」，在一個精神共同體中，意義治療學方法應該如何操作？以至於這個方法可以處理面對日常生活的情緒問題、更可面對死亡，有如傅偉勳先生所處理的生死經驗。

---

<sup>12</sup>Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，台北市：啓示出版社，頁 178。此書的英文書名為 *Prisoners of Our Thoughts: Viktor Frankl's Principles for Discovering Meaning in Life and Work*。看英文書名比較容易知道和 Frankl 的關係。

<sup>13</sup>Irvin D. Yalom 著、易之新譯(2003)，《存在心理治療(下)》，台北市：張老師文化公司，頁 634-636。

<sup>14</sup>Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，台北市：啓示出版社，頁 210。

## 四、研究方法

本文採用「問題研究法」的研究方法。勞思光（1927-2012）先生曾經討論了四種研究以往哲學史的方法，分別是：「系統研究法」、「發生研究法」、「解析研究法」、「基源問題研究法」。本文參考勞思光先生的論點與後人的檢討(如楊祖漢、高柏園等先生)，提出本文的研究法：「問題研究法」。這個研究法基本上，站在勞先生的研究成果上，而將其在哲學史上的研究方法，轉換到生死學的研究上。所謂問題研究法，是站在系統研究法、發生研究法上，以現有的文獻、資料、專書等，找出可進一步探討空間，以客觀性地提出其中具爭議性之處。這樣的轉換，其合理性，就在於用問題來整理過往的文獻，來統攝文獻上的解釋，然後討論問題解決的答案與其討論，並思考其可能的發展方向。因此毋寧是合理的。

## 五、嘗試解答的類型

在目前的意義治療學中，心性體認生死學的實踐策略——精神共同體下的意義治療學該如何展開呢？約有幾種發展的可能。<sup>15</sup>

### 1. 演劇意義治療(Logodrama)

Frankl 在他早期的書《活出意義來》中，就已經把心理劇的形式使用到意義治療上，Frankl 把它叫做 Logodrama，譯為「演劇意義治療」。當時是 Frankl 同事 Kocourek 博士正實施心理劇心理治療，治療一個因 11 歲小男孩去世而自殺未遂的婦女，案主另有個小兒麻痺需坐輪椅的男孩。Frankl 即席參加了這個團體治療的討論，Frankl 請案主想像她 80 歲時，回憶她的一生，她願意照顧小兒麻痺的大兒子，使兒子的生活更加圓滿。至於案主本身，自己在回憶時，認為「我已盡了最大的努力——爲了我的兒子盡了最大的努力。我的生命沒有失敗！」她因爲假想自己在臨終前回顧，而看到其中生命的意義。<sup>16</sup>

Frankl 在 1984 年時，甚至寫了一齣劇本《橡樹林同步劇》，以蘇格拉底、康德、史賓諾沙等人爲主角。

但是 Frankl 後來並沒有發展演劇意義治療，談話治療還是他主要的治療方式。時至今日，從心理劇發展到「一人一故事劇場」(Playback Theatre)，在輔導諮商上面的應用甚廣，<sup>17</sup>如果專門將焦點集中在意義治療方面，也是可以嘗試的一個方向。

### 2. Alex Pattakos 活用七大原則，融入生活法

另外一個已經實踐的實例是 Alex Pattakos，他積極推廣 Frankl 的意義治療學，他在 Frankl 過世的前一年，兩人坐在 Frankl 的書房中談天，Frankl 緊抓著 Alex 的手臂說到：「艾歷克斯，你的人生意義就是要寫出這本書來！」<sup>18</sup>後來，Alex 寫出 *Prisoners of Our Thoughts: Viktor Frankl's*

<sup>15</sup>這幾種類型，主要以與 Frankl 意義治療學關係密切者爲主，如其他也是以意義的追尋爲主，但有摻入其他思想爲主軸的，便不納入討論。例如 Nossrat Peseschkian 著、邵宇賓、王劍南譯(2000)，《意義的追尋——一種循序漸進的心理治療》，北京：社會科學文獻出版社。雖然也將意義的追尋分成五個階段：觀察/疏遠、製作一份目錄、情境激勵、言辭表達、目標的擴展。(頁 116-117)但因爲以巴哈伊教思想 (Bahā'ī) 爲主軸，便不在此處討論了。

<sup>16</sup>Frankl 著、趙可式、沈錦惠譯(1998)，《活出意義來》，台北市：光啓出版社，頁 143。

<sup>17</sup>參游明麟 (2006)，《心理劇對情緒失落成人轉化學習之研究》，台北市：台灣師範大學博士論文。

<sup>18</sup>Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，台北市：啓示出版社，頁 9、28。

*Principles for Discovering Meaning in Life and Work* 這本書，中譯《活出工作的意義》，將他多年來，如何應用與推廣 Frankl 的意義治療學的心得、歷史寫出來。他的方法是將 Frankl 的意義治療學歸納出七項核心原則，然後強調隨時隨地可以實踐，引導我們追求意義。這七項核心原則是：

1. 面對發生在我們身上的事物，我們可以自由地選擇應對態度；
2. 我們可以全心投入有意義的價值與目標，來實現追求意義的意志；
3. 我們可以在生命的契機中找到意義；
4. 我們可以學著看清自己是如何對抗自己；
5. 我們可以從遠處觀察自己，從而獲得洞察力與觀點，還可以取笑自己；
6. 面臨困難時，我們可以轉移注意力的焦點；
7. 我們可以走出去，超越自己並且對這個世界有所作為。<sup>19</sup>

這七項，作者將每項分別用一章來說明，且都徵引 Frankl 的著作和實例來說明，頗為可靠。何以是七項？應該沒有必然性，因為這七項原則，並非都獨立不相干，Alex 自己就說，第一項原則是推行其他六項原則時的基底。而根據 Alex 的經驗，單單第一項原則就曾有效地應用在處理人生中各種不同的轉變時刻，如人際關係的改變(含離婚帶來的壓力等)、職務調動(含退休的不適應等)，以及軍人退役還鄉等。<sup>20</sup>換句話說，第一項是最重要的。這七項的說明應該是有簡單易瞭，容易推廣的原因。因為 Frankl 自己曾說，意義治療學三個基本信念：意志自由、求意義的意志、生命的意義。<sup>21</sup>對比於這三項信念，Alex 的七項原則，顯然清楚明白多了。

### 3. James C. Crumbaugh 從意義分析到自我實現

James C. Crumbaugh 也是追隨 Frankl 的意義治療學，並致力發揚光大者。經過多年實務的經驗，也寫有專書 *Everything to Gain: A Guide to Self-Fulfillment Through Logoanalysis* 論述如何用意義治療學來幫助個案自我實現。這本書中所開創的技術相較於 Alex Pattakos 來說，方向不同。他首先把 Frankl 的意義治療學統整成七個主要信念與原則、和兩個主要技術。

七個主要信念與原則如下：

1. 一切問題都有它的答案，只是現在我們還沒有找到罷了。
2. 這些答案就在我們的腦海或心靈深處，就如同聖經上說；「神的殿堂就在你心中」，答案就是存在於性靈的透視。這並非意味著你必須有宗教信仰或進教堂的經驗，才能使用性靈。
3. 得到這些答案的方法，就是尋找通往內心主觀的洞察與創造性靈感的那道隱藏的門。
4. 這條追尋意義之路還包括要慎戒的去分辨許多不實的、被欺瞞的事物與價值，因為他們往往矇蔽了通往內心深處之門。
5. 這一新的觀點，是要整合所有舊的經驗型態，而透視出新的意義。
6. 尋找新意義的方法，是透過一些特殊設計的練習作業，讓自己練習由各種不同的角度去透視每一事件，並加以統合為單一的整體。這種統合將可賦予整體一個新的、終極的意義。
7. 一旦這些新意義奠基了，你有責任去應用它們，以求對自己有所裨益。每個存在的個體都能自由抉擇，是要奮鬥以成就一個有意義的生命，或者願意放棄生命的職權。

這七個主要信念與原則是 James C. Crumbaugh 從 Frankl 意義治療學中學習到，並在幾年中，用

<sup>19</sup>Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，台北市：啓示出版社，頁 37。

<sup>20</sup>Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，臺北市：啓示出版社，頁 253-254。

<sup>21</sup> Frankl 著、黃宗仁譯(1992)，《從存在主義到精神分析》，臺北市：杏文出版社，頁 2-18。賈林祥(2006.4)，〈試論意義治療的三個理論命題〉，《常州工學院學報(社科版)》，第 24 卷第 2 期，頁 32-35。

在醫院、臨床上，及私人診所的病人身上，他確信只要能認真地執行練習，必會發生效用。<sup>22</sup> 這七項比較像綱領的說明，還有其他施行細則，所以在第六項說有一些特殊設計的練習作業。這些練習作業很重要，因為這樣的設計，才能免除 Yalom 等人認為意義治療學膚淺、簡單，又難起效用的負面評價。

而 James C. Crumbaugh 綜合歸納意義治療學，認為就七項基本信念或原則來說，都是要加強兩個技術，這兩個技術直接牽涉到你不能發現意義，非常重要。這兩個技術為：

1. 擴展意識的自覺性。
2. 激發創造性的想像力。

Crumbaugh 提出的這兩個技術，確實是一針見血，如果自覺性、和創造性的想像力很低，要找出自己生命的意義、甚至是終極意義，的確很難。這也是沒有實際操作 Frankl 意義治療學的 Yalom，過度的負面評價「矛盾意向法」的主要原因，因為矛盾意向法很重要的一個功能就是擴展意識的自覺性。

在這七項主要信念或原則，和兩大技術要求的基礎上，Crumbaugh 發展了一系列的練習作業，不只如此，他發現，就意義的發現來說，一個他所謂的接觸團體或是交會團體是很重要的，因為意義的發現常常在關係之中，因此一個交會團體的設計就在他的練習作業當中，頗具創意與實踐性。

## 六、精神共同體中，意義治療的實踐方案

在前言問題的提出當中，說到傅偉勳先生開創台灣現代生死學——心性體認本位的生死學，不少人提出評論，有正有反，反面意見中傅佩榮先生最為犀利。針對傅佩榮先生的意見，筆者在傅偉勳先生的理論中，包含他對於精神共同體的重視，提出了「精神共同體下的意義治療學」來處理，用意義治療學處理生死議題上的方法，這樣就可以有普遍性、客觀性，解除傅佩榮先生認為心性體認生死學無法落實於一般普羅大眾、心性體認容易流為自以為是又毫無把握的問題。然後我們整理了 Frankl 自己和後學者關於意義治療學方法在輔導諮商上的使用，提出了三種模式的可能。因為傅偉勳先生本就重視精神共同體存在的必要性。因此在這三種模式中，我們可以以 James C. Crumbaugh 的模式為基礎，去整合另外兩種：演劇意義治療和 Alex Pattakos 活用七大原則，融入生活法。這是因為 Alex Pattakos 的模式基本上就是熟記七大原則，然後隨時隨地使用。他的七大原則也可歸納成所有原則的基底——第一原則「面對發生在我們身上的事物，我們可以自由地選擇應對態度」。另外，他也不強調一個交會團體的存在。不合乎傅偉勳先生強調一個「精神共同體」的必要性。而 James C. Crumbaugh 從意義分析到自我實現模式，很強調意義是在關係中產生，所以重視團體治療的效果，這樣也可以回應 Yalom 對於 Frankl 意義治療學的團體部分的補充。James C. Crumbaugh 的七大信念或原則包含有重視宗教性的「靈性」部分的強調，但又不強調宗教，<sup>23</sup>是 Alex Pattakos 的模式所無法涵攝的。

James C. Crumbaugh 根據實務經驗，認為一個意義分析的交會團體的成立，有幾個原則：

1. 選擇一些對尋找生活意義與目的有興趣的朋友組成一個團體，至少三個以上，但不要超過十個(最好是五至八個之間)。
2. 團體每週聚會一次，每次一至兩個小時，可輪流到各成員的家中。
3. 這種聚會屬非正式，沒有主從之分，不必繳納費用，或避免其他任何手段，使得有操縱性格

<sup>22</sup> James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社，頁 21-22。

<sup>23</sup>譯者游恆山針對文句脈絡，時用「靈性」，時用「性靈」，都是德語 Giest、英語 Spirit 的翻譯。

領導者，不能藉此達到對成員之控制，以遂其私。每次聚會的領導者就是該處所的主人，他的作用也只是連絡和盡主人之誼而已。

4. 每個成員應該已看過《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》此書，並對完成所有練習有興趣。這個團體的功能就是在提供相互的討論、建議及鼓勵，而這將有助於每個成員去完成他的練習。

5. 若附近有許多團體，則每隔幾個月召開一次聯合會議，作公眾的發表與論證。<sup>24</sup>

這五個組成交會團體的原則，檢討起來，第 1 點，人數上是恰當的，這個原則對於一個交會團體的成立非常有其必要性。兩個太少，異質性不夠。要三個以上，但若太多人，又容易流為表面浮泛的交流，無法互相啓發生命意義之所在。James 所限定的人數限制在 5-8(或擴大到 3-10 人)個確實有其合理性。

第 2 點，每週聚會一次陌生感比較不會出現。若是兩週一次，就過久了。

第 3 點，這個原則的設立是團體就容易有意見領袖出現，無法達到彼此平等而探討彼此生命意義。

第 4 點，應該不一定必須看過《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》。因為 Frankl 的著作也很適合，尤其是《活出意義來》，也是易懂，對於團體成員來說，也有基本的溝通理念作基礎，這樣彼此的信任感也容易出現。不過，James C. Crumbaugh 如此主張，很大的一個目的就是他的整個練習題系統，都在這本書中。

第 5 點的必要性似乎最低，沒有聯合聚會，問題不大。有的話，可以增加聯誼交流機會，討論彼此如何經營交會團體，SWOT 的分析分享，也是有幫助的。

在這五點規定的基礎上，產生的交會團體，可以進行意義分析的交流，也可以進行 Frankl 所謂的演劇意義治療。這樣便將所有的模式統攝起來。關於演劇意義治療，有兩種類型，一種是心理劇的形式，但主題集中在意義治療上面，有如 Frankl 生前所作。一種是一人一故事劇場形式，一人一故事劇場由心理劇發展而來，所有的故事都來自現場參與者，創始者 Jonathan Fox 認為現代人深受人們彼此之間失去連結所憂苦，因此強調參與者的交流分享，如觀眾和演員，故事的來源就來自觀眾，因此對於 James C. Crumbaugh 所強調的「接觸、交會」有其直接的功效。而且一人一故事劇場的演員也限定在四人左右，這人數跟交會團體的人數也很相應。不用道具，真要有道具，最常用的道具也只是布(各式各樣的、不同顏色的布)，用來作各種象徵之用。演員不必專業，最重要的是同理心的理解，而在自己的生命故事被傾聽、被演出、交流的同時間，也能發現意義的存在。<sup>25</sup>因此是很適合交會團體進行的模式。

除了演劇意義治療的形式外，James C. Crumbaugh 和 Frankl 最大的不同是他將意義分析的步驟詳細的列出，可以讓人一步步的循階而上，因此意義治療系統的技術不容易讓人掌握的感覺就不會發生。<sup>26</sup>底下論述他發展出來的練習作業。

James C. Crumbaugh 非常強調練習作業的重要性，但他也知道這不是必然的。他說：

所有這些練習的設計是為了讓你有顯而易見的進步，你當然也可以不用它們，而只應用意義分析的原則來發現生命的新意義；但我已使用它們許多年了，對大部分的人來說，練習它們會更容易進步，因為對於有動機去嘗試的人而言，這些練習是簡易可行的。<sup>27</sup>

<sup>24</sup>James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社，頁 291-292。

<sup>25</sup>參 Jo Salas 著、李志強、林世坤、林淑玲譯(2007)，《即興真實人生——一人一故事劇場中的個人故事》，台北市：心理出版社。

<sup>26</sup>參 Frankl 著、黃宗仁譯(1992)，《從存在主義到精神分析》，臺北市：杏文出版社，頁 3，楊庸一的序。

<sup>27</sup>James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版

也就是說，可以藉著這些練習作業，但也可以不依賴此作業，直接用意義分析的原則來發現生命意義(如 Alex Pattakos 活用七大原則，融入生活法)，但用這些練習作業，按照以往的實際經驗，簡易可行，而且更容易進步。

Crumbaugh 這些練習作業有其次第性、時間性，所以填寫的日期也是重點，甚麼時候增加？甚麼時候刪除？增加了甚麼？刪除了甚麼？這些都是重點。他分成五步驟，七練習。底下先爐列，再來討論。<sup>28</sup>

五步驟：

步驟一：尋找自己生命的目標：七個基本表格

步驟二：發現一個生命的目標：表現得好像有那麼一回事

步驟三：發現一個生命的目標：建立一項接觸

步驟四：尋求有意義的價值：為個人的意義探索人類的價值

步驟五：尋找自己的生命目標：參與

他把這五個步驟，用七個練習來撐開，底下為七個練習。

七個練習：

練習一：尋找自己生命的目標，自我評估，七個基本表格。

表格一：你生命的目的、志向，以及雄心。(含初填日期、項目，增加、刪改之日期與項目)<sup>29</sup>

表格二：你人格及環境上的優勢點、你的幸運助力，以及你的成就。

表格三：你人格及環境上的弱點、你的惡運，你生活中的挫敗。

表格四：引起你煩惱或內在衝突的特殊生活問題。

表格五：你未來的希望：你期待甚麼事物會呈現在你生命中。

表格六：你未來的計畫：對於你未來的希望，你能從事怎麼的實際工作去使它們實現，使你能成為自己所希望是的人。(含近程和遠程計畫)

表格七：進展的總覽表(對所有增刪項目改變的總記錄)。

案：原本按照 Frankl 意義治療學主要的方法有兩個：停止反省法和矛盾意向法。這兩個方法對於當下來說，有相輔相成的效果，但甚麼時候用哪個，對於初學者，很不好應用。因為停止反省法，是從當下困擾的問題的止息，去生命另外的地方，發現新的意義，由發現生命的意義來回應當下困擾的煩惱。但是矛盾意向法，並不是這樣。矛盾意向法是要就停在當下的煩惱中，逆勢操作，不躲閃、不逃避，而當下清楚的觀照我現在所煩惱的這個問題。因此甚麼時候改用停止反省法，甚麼時候該用矛盾意向法，對一般初學者很難使用。這個評估很重要，Crumbaugh 的設計可以給初學者一個甚麼時候用當下的觀照來處理生命很好的參照。他的設計顯然剛開始就是先在當下問題的覺察。因此包含生命的目的、志向，以及雄心、人格及環境上的優勢點、人格及環境上的弱點、你煩惱或內在衝突的特殊生活問題、未來的希望(含近程和遠程計畫)都在裡面。其中表格七的設計非常好，因為可以整個看到自己生命的改變，可以反省出為何有的會刪除，有的會加入。很重要的設計。

---

社，頁 88。

<sup>28</sup>底下的五步驟，七練習，參 James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社，附錄 A，頁 295-326。

<sup>29</sup>每一個表格都包含初填日期、項目，增加、刪改之日期與項目，這樣才可以看出歷程的變化。底下不另標出。

練習二：發現一個生命的目標(表現得好像有那麼一回事)。

案：這個設計是目標出來之後，在日常生活練習看看。這裡有密宗果位起修的嘗試之意義。跟一般強調實踐的條件具備了，結果就會圓滿的想法不同。<sup>30</sup>對於進入日常生活，有簡易直截之效。

練習三：發現一個生命的目標(建立一項接觸，包含一個人的接觸、和自然界或較高力量的某一相態的接觸)。

案：傅偉勳先生的生死學，強調死亡的尊嚴與生命的尊嚴，因此生死無憾就是他強調的重點。

一旦肯認超世俗的宗教性或高度精神性後，我們就想建立健全有益的生死觀，培養生死智慧，接受我們的人生為一種高層次的課題任務或使命，而後徹底轉化我們的人格氣質，重新回到世俗世間，從事於種種具有人生意義的日常工作，創造真善美等種種文化價值。

31

傅偉勳先生的生死學有其企圖，這個企圖就是建立健全的生死觀，培養生死無憾的生死智慧，這種健全建立在轉化人格氣質，重回世俗世間，從事有意義的日常工作，創造真善美等文化價值。因此如何面對死亡正是傅偉勳先生生死學的重點。他用心性體認來解決，用心性的永恆性、絕對性(就是引文中的超世俗的宗教性、高度精神性)來面對死亡帶來的虛無感。這如何用意義治療學來達成呢？在 Crumbaugh 的設計中，就是用練習三來達成。這裡，他強調和個人或較高力量的接觸，這叫「存在的接觸」(頁 140)<sup>32</sup>，他說：

存在主義的「接觸」是一種情感的共振，存在於你我之間，是某一端傳送而另一端接納，是一種超越時空、超越理性的感覺。<sup>33</sup>

因為是超越時空、超越理性，所以它有面對死亡的作用，而有「靈性」的意義。因此 Crumbaugh 有時也把它叫做「靈性接觸」(頁 202)，靈性接觸的來源要來自具體的經驗中，因此 Crumbaugh 強調必須有經驗的發生，然後才有意義治療的作用。他在這裡呈現出和 Frankl 的不同，就是他把「冥思」(meditation)放進這個練習中，筆者認為，這是他高明之處。因此他把這練習三的靈性接觸的來源分成兩大類。在個人方面，參加 YMCA、YWCA、舞蹈班、特殊興趣團體(如射箭、橋藝)、教堂、成人教育班、社會服務團等。在「較高力量」的意義分析上，他用自由聯想和冥思來進行。(頁 218-219)從傅偉勳先生縱橫東西各大宗教而提出「心性體認本位的生死學」立場上，Crumbaugh 這個加入，毋寧是非常適合的。因為東方對於心性體認很大一部分就是從冥思而來。他這個和較高力量的接觸正是東方心性體認的實踐方法。<sup>34</sup>

<sup>30</sup>果位起修的觀念參廖俊裕(2008)，《道德實踐與歷史性——關於戴山學的討論》，台北市：花木蘭出版社，頁 190-192。

<sup>31</sup>傅偉勳(1995)：《學問的生命與生命的學問》，台北：正中書局，頁 326。

<sup>32</sup>為了方便，此節凡是隨文注的頁數都是指這本書，James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社。

<sup>33</sup>James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社，頁 122。

<sup>34</sup>隱名審查者指出：「該文『生死學』之意義之治療學，著重在『生』之闡發，也適用於『生』命教育；但對『死』之意義治療學，較少著墨。」筆者回應：從此處 Crumbaugh 所強調的「靈性接觸」看，意義治療學也可以處理死亡問題。Frankl 對於死亡問題處理的方法，也是找出死亡的意義來面對。可參 Viktor E. Frankl 著、游恆山譯(1991)，《生存的理由》，台北市：遠流出版社，頁 83-116。

練習四：尋求有意義的價值（為個人的意義探索人類的價值）。

- A. 尋求創造性價值的特殊活動：三個願望
- B. 尋求創造性價值的特殊活動：在你生活中最令你感到滿足的經驗
- C. 尋求創造性價值的特殊活動：你的夢
- D. 尋求創造性價值的特殊活動：以一個字來描述生活的意義
- E. 尋求創造性價值的特殊活動：寫出你自己的墓誌銘
- F. 探索生活經驗的另一些技術：觀察他人如何找到一個生命目標
- G. 探索生活經驗的另一些技術：獲得一種個人認同感
- H. 探索生活經驗的另一些技術：分析在你生活中現存的意義
- I. 探索生活經驗的另一些技術：經由分析對你有意義性的象徵物來發現你的生命意義
- J. 探索生活經驗的另一些技術：可作為尋求生命新意義之來源的創造性活動，如寫作(詩、故事、幻想小說)、音樂(唱的、哼的、吹口哨等)、藝術(繪畫、素描、漫畫)、工藝或手藝。
- K. 探索生活經驗的另一些技術：假使我擁有這個世界，我會改變甚麼？哪些可以實行了？
- L. 探索生活經驗的另一些技術：中國諺語(幸福是在於有工作可從事；有愛的對象可抒發情感；有某些事物的期待)的操作。可以從事的事項是甚麼？可以愛戀的對象？有所期待的事項？

案：Frankl 認為意義的來源有三，創造的價值、體驗或經驗的價值、態度的價值。<sup>35</sup>但這三種價值如何展現或實踐呢？Crumbaugh 在練習四中，透過書寫的方法，尋找三種價值中的第一項：創造的價值。從願望、夢、滿足的經驗、墓誌銘、觀察別人如何獲得意義、個人的認同、有象徵意味的東西、音樂、美術、手工藝、諺語思考上，來取得 Frankl 所宣稱的創造的價值。

練習五：尋找經驗的價值：

- A. 藝術的領域
- B. 科學的領域
- C. 各類宗教崇拜的儀式
- D. 參觀大都會的市區中心
- E. 原野露營
- F. 假期的旅遊

案：練習五，顯然是要把 Frankl 三種價值中的第二種價值「經驗的價值」尋找出來。他設計了五種領域的經驗，使案主來體驗或經驗。這五種領悟是藝術、科學(科普活動)、各類宗教儀式、參觀都會、露營、旅遊來發現。他這五領域已經非常廣闊，因為藝術、科學、宗教都是人類自古以來的活動重心。相對來說，後面三種好像比較特殊些，難道參觀原始的大自然環境不可以嗎？Crumbaugh 應該會回答：當然也可以。因為他這裡只是給一些練習作業，因此掛一漏萬。

練習六：尋找態度的價值

- A. 評估自己生命的靈性意義（合乎理性或超理性）
- B. 面對無法改變的境遇

案：Crumbaugh 在他的設計中，靈性的探索放在練習三和練習六。意義治療學主張，在人類的生命中存在有無條件與無限制的終極意義，就是靈性的意義。Crumbaugh 認為在態度的價值中，

<sup>35</sup>這三種價值是 Frankl 很重要的核心理論，很多地方都有說明，如 Frankl 著、黃宗仁譯(1992)，《從存在主義到精神分析》，臺北市：杏文出版社，頁 15。Frankl 著、趙可式、沈錦惠譯(1998)，《活出意義來》，台北市：光啓出版社，頁 137。Frankl 著、游恆山譯（1991），《生存的理由》，台北市：遠流出版社，頁 8。

雖然沒有辦法改變事情，但是這種面對無法改變的境遇中，我們可以體認到這種靈性的價值。因此在受苦或失敗時產生的意義最值得體驗感受。因此即使面對死亡時，我們無法做任何的改變之行爲，這時候，也有很崇高的態度價值。只不過，Crumbaugh加上了快樂的追尋這個項目。他要我們體驗當我們快樂時，我們正在努力甚麼呢？這也可以給我態度的價值體驗。

練習七：尋找自己的生命目標：參與

案：Frankl 曾經引用歌德的話；「我們如何學習去認識自己呢？不是經由思考，而是經由行動。」來說明實踐行動的重要。<sup>36</sup>這種行動的實踐參與，Crumbaugh 認爲有兩層意義，一是個體生命意義的實現，一是自我價值的再評估確認

## 七、結果與討論

本文由傅偉勳先生心性體認爲本位的生死學所遺留下來的問題著手，傅偉勳先生當時認爲現代生死學的主要方法是意義治療學，可是在對於心性體認生死學上，卻沒有著手說明由意義治療學該如何展開進行心性體認生死學的實踐？而面對傅佩榮先生等人的質疑，傅偉勳先生生前也來不及回應。本文藉著 Frankl 意義治療學和他的繼承者 Alex Pattakos 和 James C. Crumbaugh 所發展出來的意義治療學資源，試著來回答如何透過展開意義治療學三大價值(創造的價值、經驗或體驗的價值、態度的價值)的發覺，來處理這個問題。這個方法就是站在 James C. Crumbaugh 所設立的交會團體中，透過五個步驟、七個練習來完成三大價值與心性的體認。而呈顯其生命意義的絕對性、普遍性，而達其傅偉勳先生所設立的生死學目標：死亡的尊嚴與生命的尊嚴而生死無憾。

另外本文提出站在 James C. Crumbaugh 所設立的交會團體中，透過五個步驟、七個練習來完成三大價值與心性的體認，而呈顯其生命意義的絕對性、普遍性，而達其傅偉勳先生所設立的生死學目標，根據現代生死學理論建構與社會實踐之題旨，充分討論現代生死學建構之理論與方法、操作步驟之具體開展，然而研究者本身並無帶領交睦團體實際進行操作之經驗可供回饋，這是本研究計畫範疇之限制，未來可朝此目標作爲後續發展的方向。

參考書目：

### 一、專書

Alex Pattakos 著、陳筱宛譯(2009)，《活出工作的意義》，台北市：啓示出版社

Irvin D. Yalom 著、易之新譯(2003)，《存在心理治療(下)》，台北市：張老師文化公司

James C. Crumbaugh 著、游恆山譯(1987)，《生命的主題：如何從意義分析中獲得自我實現》，台北市：書泉出版社

Jo Salas 著、李志強、林世坤、林淑玲譯(2007)，《即興真實人生——一人一故事劇場中的個人故事》，台北市：心理出版社

Nossrat Peseschkian 著、邵宇賓、王劍南譯(2000)，《意義的追尋——一種循序漸進的心理治療》，北京：社會科學文獻出版社

Viktor E. Frankl 著、李雪媛、柯乃瑜、呂以榮譯(2009)，《向生命說 Yes》，台北市：啓示出版社

Viktor E. Frankl 著、游恆山譯 (1991)，《生存的理由》，台北市：遠流出版社

<sup>36</sup>Frankl 著、游恆山譯 (1991)，《生存的理由》，台北市：遠流出版社，頁 76。

- Viktor E. Frankl 著、黃宗仁譯(1992)，《從存在主義到精神分析》，臺北市：杏文出版社
- Viktor E. Frankl 著、趙可式、沈錦惠譯(1998)，《活出意義來》，台北市：光啓出版社
- Viktor E. Frankl 著、鄭納無譯(2002)，《意義的呼喚》，臺北市：心靈工坊出版社
- William Blair Gould 著、常曉玲、翟鳳臣、肖曉月譯(2000)，《弗蘭克爾：意義與人生》，北京：中國輕工業出版社
- 沈清松(1996)，《追尋人生的意義》，台北市：台灣書店。
- 傅偉勳（1986），《批判的繼承與創造的發展》，台北市：東大圖書公司
- 傅偉勳(1995)，《學問的生命與生命的學問》，台北市：正中書局
- 傅偉勳（1998），《死亡的尊嚴與生命的尊嚴——從臨終精神醫學到現代生死學》，台北市：正中書局。
- 游明麟（2006），《心理劇對情緒失落成人轉化學習之研究》，台北市：台灣師範大學博士論文。
- 廖俊裕(2008)，《道德實踐與歷史性——關於戴山學的討論》，台北市：花木蘭出版社
- 劉翔平(1999)，《尋找生命的意義——弗蘭克爾的意義治療學說》，武漢：湖北教育出版社

## 二、期刊論文

- 丁立平(2002.4)，〈意義治療的本土化思考〉，《中南工業大學學報(社會科學版)》，第 8 卷第 4 期，頁 418-419
- 石世明、徐聖輝(2010.6)，〈意義中心團體心理治療的介紹與評述〉，《台灣癌症醫學會雜誌》，第 26 卷第 3 期，頁 89-99
- 李昭輝(1997.2)，〈安寧療護意義治療〉，《安寧療護雜誌》，第 3 期，頁 18-24
- 周紅(2001.5)，〈追溯與理解——略論弗蘭克的意義治療學說及其實踐意義〉，《深圳大學學報(人文社會科學版)》，第 18 卷第 3 期，頁 110-116
- 林安梧(2003.6)，〈“心性之學”在教育上的運用—儒、道、佛義下的“生活世界”與其相關的“意義治療”〉，《新世紀宗教研究》，第 1 卷第 4 期，頁 27-61
- 胡可濤、易外平(2006.10)，〈從“意義治療”到悲傷輔導—弗蘭克爾“意義治療學”的應用價值初探〉，《江西師範大學學報(哲學社會科學版)》，第 39 卷第 5 期，頁 9-13
- 陳玉璽(2008.9)，〈西方心理學的靈性治療研究—以詹姆斯、榮格與弗蘭克為例〉，《新世紀宗教研究》，第 7 卷第 1 期，頁 1-34
- 陳佳銘(2009.1)，〈從孔、孟的命論談儒家意義治療學之建構〉，《生死學研究》第 9 期，頁 45-80
- 賈林祥(2006.4)，〈試論意義治療的三個理論命題〉，《常州工學院學報(社科版)》，第 24 卷第 2 期，頁 32-35
- 蔡筱雨(2008.4)，〈論儒家型治療學與道德創造〉，《問學集》第 15 期，頁 257-279
- 賴明亮(2002.5)，〈意義治療法簡介〉，《安寧療護雜誌》，第 7 卷第 2 期，頁 153-164

## 三、其他

- 廖俊裕、周柏霖(2013.3)，〈心性體認本位的生死學社會實踐之探討與理論建構〉，「第十屆現代生死學理論建構學術研討會」，嘉義：南華大學生死學系，2013.3.16-17

## 子計畫二：本土死亡系統之知識建構與實務應用

魏書娥

### 「死亡醫療化觀點下的死亡系統形構分析」

本研究計畫預計以三年時間連續分析台灣高齡化社會階段的死亡醫療化現象對建構死亡系統的知識內涵可能產生的影響，以及其影響在社會實踐層面牽動的相應變化。研究程序預計藉由重整歷年死亡統計資料理解已進入高齡化階段的台灣社會的現況特徵；再經由臨終與死亡過程都少不了的醫療體制的論述分析，來呈現死亡暴露所在的整體醫療環境特徵，以建構人們對於醫療體制形塑的死亡認知內涵；最後藉由 Glaser 和 Strauss 提出的「臨終覺察」(1965)和「臨終軌跡」(1968)兩個概念切入，試圖探討特定醫療場域裡環繞臨終與死亡發生的社會互動關係特徵。

歸納上述針對現階段高齡化社會對死亡在社會事實層面的現況、環繞死亡事實的醫療環境與醫療論述之分析，以及環繞死亡事件的醫療互動脈絡，本研究計畫試圖建構新死亡系統的知識內涵，以提供給未來身處台灣高齡社會裡的個人回答死亡三項根本問題的參考：人們要思考死亡什麼？人們如何感受死亡？以及人們要做什麼關於死亡的事？

中文關鍵詞

死亡醫療化、死亡系統、死亡統計、死亡暴露、臨終覺察、臨終軌跡

## **Knowledge Construction of Indigenous Death System and Its Practical Applications Project II**

### **Analyzing the Formation of Death System: The Perspective of Medicalization of Death**

This research aims to analyze the impacts of medicalization of death on the knowledge contents of constructing death system and the level of social praxis in Taiwan's aging society. By reconstructing the database of death statistics in Taiwan, the current characteristics of medical regime exposed to death will be clarified. Furthermore, the contents of death cognition will be illuminated by analyzing the discourses of medical regime. Lastly, the concepts of 'awareness of dying' and 'trajectory of dying' are also used to explore social interaction characteristics during dying and death phrase surrounded by specific medical field.

Based on the findings scrutinized above this research aims to construct the knowledge contents of new death system. Three basic problematics will be further addressed: 1. what could we think about death? 2. How could we feel about it? 3. What could we do with regard to it?

Keywords: medicalization of death, death system, statistics of death, exposition of death, awareness of dying, trajectory of dying

## 一、前言

晚期現代階段的新社會事實主要是高齡化社會結構的轉型帶來的各類日常生活變動，尤其是老年人團體的快速增長。根據內政部戶政司統計資料顯示，台灣社會的 aging 指數自 1998 年的 37.6% 至 2013 年已攀升至 80.51%；65 歲以上老年人口占總人口比率，由 1993 年的 7% 進入高齡化社會，經由 1998 年的 8.3% 至 2013 年已增長為 11.53%，經建會推估 2018 年將成長至 14% 邁入高齡社會，2025 年甚至將增長至 20% 跨進超高齡社會。這樣的社會發展趨勢呈現出人們的生命年限不但越來越長，生命歷程的變動也有越來越高的比例將停留在老年生活階段。

另一方面，隨著公共衛生水準提升，醫療科技大幅進步，左右壽命長短的疾病類型也從急症與傳染性病變轉為慢性的器官病變與衰竭，再加上飲食與休閒生活習慣風格的都市化傾向，生活常軌與步調幾乎受制於工業化生產掠奪自然環境的進程，原本老年階段才發生的慢性病逐漸開始出現年輕化趨勢，於是中老年階段的人們將會有更長的時間與慢性疾病共存生活，死亡事實的發生也主要延後到相對更高齡的老年人身上。這說明了生存在以晚期工業生產方式主導的高齡化社會裡，越來越多相對健康的老年人都有其與慢性疾病共存的生活經驗，老年人也越來越有機會暴露在遭遇死亡威脅的日常生活方式，而與老年人共同面對死亡風險也將不再是稀有特殊的生活經驗。不論老少，共同面對死亡風險的對應方式所要依循的死亡系統應該會出現不同於傳統的特質。

## 二、研究目的

本研究計畫以三年時間連續分析台灣高齡化社會階段的死亡醫療化現象對建構死亡系統的知識內涵可能產生的影響，以及其影響在社會實踐層面牽動的相應變化。研究程序先後經由重新解讀特定統計變項，死亡原因、死亡場所，以 1972 年與 1973 年為例整理兩年死亡統計資料，理解已進入高齡化階段前的台灣社會的死亡事實特徵，以作為後續對照理解死亡事實變遷的趨勢；再經由臨終與死亡過程主要發生場所，來自醫療體制相關工作者觀點的論述分析，呈現死亡暴露所在的整體醫療環境特徵，以建構人們受制於醫療體制形塑的死亡認知內涵；最後藉由 Glaser 和 Strauss 提出的「臨終覺察」和「臨終軌跡」兩個概念切入，探討特定醫療場域裡環繞臨終與死亡發生的社會互動關係特徵。歸納上述針對現階段高齡化社會中死亡社會事實的特徵、環繞死亡事實的醫療環境與醫療論述之分析，以及環繞死亡事件的醫療互動脈絡，本研究計畫試圖建構新死亡系統的知識內涵，以提供給未來身處台灣高齡社會，甚至超高齡社會裡的個人回答死亡三項根本問題的參考。前述三項根本問題包括人們要思考死亡什麼？人們如何感受死亡？以及人們要做什麼關於死亡的事？

## 三、文獻探討

新死亡系統的知識內涵以及實務運用原則的探討並非心理學單一學門即可成就，由於死亡事件是許多社會生活領域的交接點，新死亡系統的建立需要來自探究各項生活領域學科，例如心理學、社會學、醫療照護、宗教學、教育學、文化禮俗研究...等之間的攜手合作(Kastenbaum, 1993)。以下文獻探討則是採取醫療社會學與死亡社會學立場，重新詮釋各相關領域既有的死亡系統研究成果。

### 死亡事實的建構

在死亡統計的現況事實部分，目前為止尚無以死亡系統為主題概念的歷年統計資料庫可供使用，現有相關的歷年統計資料庫，主要見於衛福部每年公佈的死因統計資料檔。這項死因統計

資料主要是根據衛生統計觀點的國際死因分類號碼(ICD)蒐集編製資料內容，所以集中呈現死亡原因和死亡年齡的歷年變動，僅止於描述統計層次的死因在性別、五歲年齡組、各地區的交叉分配狀況。要建構符合具有醫療社會學觀點的死亡系統統計資料，應該至少包括死亡種類(病死或自然死/意外死/自殺、他殺/不詳)、死亡場所(醫院、診所、助產所/自宅/其他)，以及透露死者社會經地位資料的死亡者行職業、死亡者婚姻狀況等項目進行歷年分析以及交叉分析等描述統計。另外，死亡者的教育程度、收入水準、死亡的醫療費用等項目則要嘗試串聯其他資料檔重新建構。

### 環繞死亡事實的醫療環境與醫療論述

在死亡認知部分，死亡系統概念架構的建立，在西方社會的死亡研究領域可以說始自第二次世界大戰之後，自 1970 年代開始方興未艾逐漸發展成一門特定的研究領域(Kastenbaum, 1993)，相對而言，在台灣社會的學術領域當中尚未自成一家，多是隱身在醫療社會學或是宗教、哲學的研究之際，近年在生命教育、生命倫理學裡的探討則是相對活絡，由於社會結構變遷、自然環境因人為破壞而天災頻仍，以及新型傳染疾病的全球擴散態勢等導致各種猝死、不明原因死亡、災變死亡...等新興死亡現象日新月異，不斷挑戰既有死亡系統所能發揮的功能，悲傷處遇、殯葬禮俗、社會團結、生命意義等範疇的既有典範，既有死亡系統所能發揮的功能逐漸脫離社會事實的需求，因而，以生死系統為架構重新統整各學科領域的相關研究，以因應新社會事實的詮釋自有其迫切需求。建構符合現階段已捲入全球工業文明的台灣社會的新死亡系統之前，本研究計畫先釐清既有西方學界提出的死亡系統架構。

死亡系統這項概念架構最早是心理學家 Bob Kastenbaum 和 Roland Aisenberg(1972)在《死亡心理學》提出。當時剛好是美國死亡教育正式跨出大專校園與研究機構，向中學教育扎根的年代，不過對青少年在社會化階段的教育影響效果仍然有限。根據 Vanderlyn Pine 的分析，即使死亡教育並未具體向下發展，當時仍有諸多關於死亡議題的重要研究成果發表，尤其是 1976 年到 1985 年之間。在美國學界這時年當中頗具理論架構啟發的著作就是 Bob Kastenbaum(1977/2008)出版的《死亡、社會與人類經驗》，他進一步修正死亡系統作為一項分析架構的實質內涵，強調在社會生活各層面死亡與生命總是相互交織，因而唯有正視社會生活中存在死亡系統，才能確實提昇人們的生活品質(1986: 216)。隨後，Corr(1979)根據死亡系統與社會成員的關係性質，凸顯出死亡系統教人們「要思考死亡什麼」(what to think about death)、「如何感受死亡」(how to feel about it)以及「要做什麼關於死亡的事」(what to do with regard to it)等認知、情感與行為不同層面的指引。總結而言，死亡系統概念架構雖然是心理學家提出來的分析架構，就其內涵而言已經頗具死亡社會學的觀點，Kastenbaum 和 Corr 的研究觀點都不只將死亡視作為一項事關死者的個人事實而已，他們兩人也充分重視將死亡視作一項關乎生者的社會事實，跟社會學家 Norbert Elias 主張死亡是生者的問題之論述立場兩相呼應。

在社會學研究傳統裡，Norbert Elias(1985)提出的《臨終者的孤寂》最早確認「臨終與死亡」是一項重要的社會學研究對象。「臨終者的孤寂」(1983; 1985)論題強調的是現代工業與醫療文明對死亡進行壓抑的社會機制，以及社會因應死亡恐懼心態而高築的社會孤立(social isolation)關係，將老化與瀕死自個體生命歷程隔離出來，繼而形塑成被其他年齡團體有意無意忽視的「社會死亡」狀態。不過，Elias 由個別工業先進社會之間的共通特質，直接跳接上西方文明歷程發展的普遍特性，並未觸及現代性制度在全球擴張過程對死亡意義的衝擊，也沒有觸及牽動社會互動關係的覺察脈絡。基本上，接續社會學相關研究側重不同研究旨趣以及學術傳統，分別從歷史文化的意義演變與臨床場域的實證經驗等兩面取徑累積了不同的學術成果。以側重探究死亡態度和死亡意義在各個歷史階段與文化制度為前提，文化史研究的探究取向勾勒出死亡醫療化環境與醫療體制將死亡經驗封存在不同社會機制裡；臨床場域的實證經驗偏重分析互動脈絡

裡的「臨終覺察」(Glaser & Strauss, 1965),以及組織秩序層面的「臨終軌跡」(Glaser & Strauss, 1968)等過程思考,去揭露臨終醫療場域裡容許的死亡認知與死亡工作。相反地,出了醫療場域,晚期工業社會的死亡系統則是藉由各種象徵手法的社會機制封存死亡。

以側重探究死亡態度和死亡意義在各個歷史階段與文化制度為前提,文化史研究的探究取向勾勒出死亡醫療化環境與醫療體制將死亡經驗封存在不同社會機制裡,最具代表性的著作就是隸屬法國年鑑學派歷史學者 Philippe Ariès 的著作《西方的死亡態度:從中世紀至今》。他的研究發現西方社會日益脫離宗教統治的日常生活常軌,隨著工業化的發展進程與醫療科技發達的趨勢,醫療化逐步在社會生活各領域滲透之餘,也將死亡經驗和歷程推進醫療機構,工業科技化、社會現代化一步步推動著死亡醫療化,社會的死亡態度自馴服的死亡(Tamed Death)經由我的死亡(One's Own Death)、你的死亡(Thy Death)進入現代工業文明階段的禁忌死亡(Forbidden Death),這股日趨個體主義化的整體趨勢標示出相應於工業社會結構特質的個人對自我、對世界與對歷史的普遍看法,尤其是工業社會反映出來的生命意義與死亡態度,充滿了強烈地被壓抑的死亡意識,對死後無知強烈地的死亡恐懼,以及強烈地寄望藉科技達成不死的人文期待(Ariès, 1974)。雖然 Ariès 的死亡系統歷史分類掌握住工業文明強調生命不朽的神話,經由諸多文化機制的設計,降低原始戰爭型態頻仍的機率,阻隔日常生活領域隨處與死亡相遇的機會,不過,工業社會階段的禁忌的死亡態度,其實充分反映出工業文明的死亡系統特質,對死亡採取否認的態度(Morgen, 1997: 28-34)。正如 Elias 所批判的論點, Ariès 忽略了社會死亡的現象,遺漏了醫療科技文明將死亡時間無盡延後的無效醫療反效果,將死亡場所限定在醫療機構卻去除了家庭脈絡的後遺症,甚至「正常的」死亡方式也難逃醫療專業定奪的規範。

面對上述死亡醫療化的封存現象,臺灣社會的醫療臨床工作者也建立了與歐美社會臨床工作者類似的批判態度,從反思醫療工作人員身處的醫療倫理困境出發,思考病人暨家屬為何寧願待在醫院勝於回家接受照護?病人暨家屬為何害怕無法再度入院?病人暨家屬為何擔心家中人手不足不能照護病人?病人暨家屬為何認為在醫院病人比較有安全感?未何病人認為在醫院比較能獲得家屬關心?...等問題,更深切的臨終與死亡批判論述特別是出現在死亡發生頻率較高的加護病房、癌症病房、急診室、呼吸治療室...等病房類型,以及神經內外科、血液腫瘤科、小兒科、放射腫瘤科、新陳代謝科、腎臟科...等科別工作者的看法中,例如,陳永綺醫師在《癌症病房的 102 天》以臨床場域工作的醫師身分紀錄陪伴自己的父親走過臨終與死亡的心得;黃勝堅醫師在《生死謎藏》以他工作的神經外科病房陪病經驗倡導加護病房施行安寧療護的反省、趙可式醫師在《安寧伴行》以自身的罹癌與抗癌歷程呼籲以安寧療護落實自然死的現代醫療態度;陳秀丹醫師在《向殘酷的仁慈說再見》以歷年在呼吸治療病房行醫經驗勸導放棄過度醫療與無效醫療...等。這些身在安寧病房、呼吸治療病房或是加護病房...場域等工作的醫療人員面對病人死亡的工作流程,其對專業倫理的衝擊,對現行西方生物醫療體制和對醫病關係的批判與反思,對照出衛福部與國健局制定的防癌政策與醫療法規不足之處,輔以前述相關醫療社會學與安寧療護批判現有防癌政策、臨終醫療資源以及醫療文化的合理化、高科技化與商品化趨勢等研究文獻內的醫療論述分析,可以掌握現有主要影響死亡暴露(exposure to death)性質的醫療體制與其倫理信念內涵,釐清這些內涵將可能促使進一步的醫療人文理念改革。

### 環繞死亡事件的醫療互動脈絡

Norbert Elias 提出的「臨終者的孤寂」(1983; 1985)論題首先是定位在老化與臨終的醫療化脈絡下進行探討的,在〈老化與臨終〉1983/2002這篇演講稿裡,他呼籲醫療專業人員重視,在醫療過程中重症患者被醫療專業排除在病症與死亡溝通之外的現象。然而,他並未直接採取死亡系統的架構切入,不是根據死亡系統與社會成員的關係分析,探討晚期工業文明社會的死亡系統教人們「要思考死亡什麼」(what to think about death)、「如何感受死亡」(how to feel about it)

以及「要做什麼關於死亡的事」(what to do with regard to it)等認知、情感與行為的問題。但是，臨床場域的實證經驗偏重分析互動脈絡裡的「臨終覺察」，以及組織秩序層面的「臨終軌跡」等醫療社會學的相關研究成果卻間接地回應了這些問題，這些研究藉由思考醫療體制脈絡下的醫療互動特質去揭露臨終醫療場域裡容許的死亡認知與死亡工作，同時界定出社會對死亡否認與死亡接受之間的界線。Barney Glaser 和 Anselm L. Strauss 先後共同出版的《臨終覺察》與《臨終時刻》二書，主要是從醫療社會學的角度探討重症病患及其家屬，甚至醫護相關人員對於重症與臨終覺察的建立過程，以及這個過程與一般病症的知覺差異。此後，醫療社會學者更是針對各樣新興重症病患的醫療過程探究醫療人員、家屬與病人之間的社會關係類型。前仆後繼的醫療社會學者在重症與臨終過程的相關研究成果，說明了醫療科技專業否認死亡的作法共同塑造晚期工業文明的死亡醫療化機制，一如 Ariès 的分析，晚期工業社會與高齡社會的死亡系統特徵已經走上擺脫宗教禮俗的指導之路，也符合 Elias 以及後續醫療社會學家的看法新死亡系統不只受到工業文明的影響，甚至進而陷入醫療過程的主導。

### 死亡醫療化觀點下的死亡系統特徵

醫療化的死亡新系統教人們「要思考死亡什麼」(what to think about death)、「如何感受死亡」(how to feel about it)以及「要做什麼關於死亡的事」(what to do with regard to it)等認知、情感與行為層面的指引，相較於傳統社會的死亡系統，可能包括有哪些不同內涵？學者 John Morgen 曾在〈過我們的臨終與悲傷生活－歷史與文化態度〉論文裡提出死亡系統的要素包括人(persons)、場所(places)、理念(ideas)、傳統(traditions)、行動(actions)、遺漏(omissions)、情緒(emotions)、陳述(statements)等(1997: 25)。據此，關於新死亡系統的研究論題牽涉是死者的核心家庭成員或是孤身一人的社會身分、死亡的場所在醫療與養護機構、社會對臨終與死亡的發生過程全然陌生、家庭成員遭遇喪親的悲痛難以經由工作場域既有的喪假規定平復、面臨天災與猝死的喪親家屬情緒宣洩與悲傷復原歷程、社會接受死亡醫療化組織流程的文化傳承模式...等。在死亡醫療化的觀點下可以將新死亡系統歸納成接受自然死與否認非自然死的社會價值、死亡態度與行為。而前述醫療社會學研究成果在臨終覺察的認知與情緒層面，以及臨終軌跡、臨終的社會組織的行為層面等，已經以社會學的分析觀點銜接上心理學家和文化社會史學者探究的死亡系統建構議題。再者，連原先提出死亡系統概念架構的心理學家 Bob Kastenbaum 都體認到醫療科技快速的日新月異，促使過去的死亡系統內部建立起來凝聚社會共識的價值跟不上人們面對各式新興死亡方式的情感需求，也無法依循傳統的殯葬儀節平撫失落，更無法提供適當的死亡態度與價值作為社會團結的憑藉，因此建構貼近醫療化與高齡化社會的死亡系統知識內涵已屬關鍵，特別對於符合台灣高齡化社會需求的新死亡系統也已是當務之急。

此外，新死亡系統的特徵與功能深受新醫療科技理念與運用的影響，其中尤其以是批判西方生物醫學模式的安寧緩和療護運動最具代表性，在形塑社會整體的死亡覺察，改變人們對於醫療科技的社會期待等方面有其不可取代的地位，改寫臨終軌跡的死亡工作流程，引導社會的善終價值理念，扭轉社會對死亡接受與拒絕的態度，並且藉由死亡事件的定位重新凝聚社區的團結勢力(Kastenbaum, 1993: 80-81)。據此，針對現階段高齡化社會對死亡在社會事實層面的現況、環繞死亡事實的醫療環境與醫療論述的分析，以及環繞死亡事件的醫療互動脈絡，本研究計畫試圖建構新死亡系統的知識內涵，以提供給未來身處台灣高齡社會，甚至超高齡社會裡的個人回答死亡三項根本問題的參考：人們要思考死亡什麼？人們如何感受死亡？以及人們要做什麼關於死亡的事？

## 四、研究方法

本子計劃從死亡醫療化觀點切入，先既執行量化研究程序，接續執行質化研究程序。量化程序部分主要重整官方歷年統計資料，建立現有死亡系統的客觀事實內容；再採用既有次級資料文本的持續性比較分析，呈現涉及死亡工作的醫療組織流程與批判醫療體制論述，歸納整理影響死亡暴露(exposure to death)性質的醫療體制與其倫理信念內容；最後參照 Glaser 和 Strauss 提出「臨終覺察」和「臨終軌跡」兩個概念的質性研究程序加以探討。根據前述的文獻探討結果得知，分別從死亡醫療化觀點切入包括具體涉及客觀事實的死亡種類、性別、婚姻狀態、死亡場所、死亡原因；涉及醫療組織環境特徵的死亡工作和臨終軌跡；涉及社會互動關係類型的臨終覺察等概念。

三年的研究程序分別是第一年藉由整理官方公佈相關的歷年統計資料，運用描述統計和推論統計等量化程序，建立現有死亡系統的客觀事實內容。具體分析程序部分，首先向行政院衛福部購買「死因統計檔資料庫」1972 和 1973 年度相關統計資料檔案，該資料庫是依照當年度死亡者的死因資料卡或死亡證明書之註碼情形編製而成，其所包含的資料年度目前是從民國 60 年(1971)至民國 99 年(2010)，共連續長達 39 年的人口死因統計，是一個長期累積的資料庫類型，也是一個台灣社會研究死亡資訊相當珍貴的資料庫。

死因統計資料庫中的統計項目共計十三項，包含「性別、戶籍、出生日期、死亡日期、死亡地點、死亡地點區域代碼、死亡場所、死亡種類、婚姻狀況、死因分類、外傷分類、診斷者、新生兒日齡」等欄位。採用 SPSS12.0 版統計軟體，針對 1972 和 1973 年度衛生統計中的死因統計資訊，分別就「性別」、「年齡組別」、「死亡場所」、「死亡種類」、「死亡診斷者」、「婚姻別」、「死亡地點」等七個變項進行交叉表，分析死亡數量的分佈與百分比分佈，並進一步使用卡方檢定，做  $\chi^2$  檢定是否顯著差異性存在。

第二年在第一年分析死亡客觀事實基礎之上，採用針對相關期刊論文、書籍、臨床工作心得紀錄等研究文獻與相關政策檔案文件等次級資料進行質性研究程序，不斷來回穿梭各項文本之間進行持續性比較分析，接續探討人們暴露在哪些既有醫療體制與倫理信念提供的臨終與死亡階段的醫療服務環境，在此環境下迫使臨終與死亡進入並且停留，或是不斷進出醫療機構的組織流程，以及其能夠獲取的醫療服務模式。例如，從陳永綺醫師《癌症病房的 102 天》等在臨床場域工作的醫師陪伴自身家屬走過臨終與死亡的紀錄，黃勝堅醫師《生死謎藏》、趙可式醫師《安寧伴行》、陳秀丹醫師《向殘酷的仁慈說再見》等在安寧病房、急診或是加護病房...場域等工作的醫療人員面對病人死亡的工作流程，其對專業倫理的衝擊，對現行西方生物醫療體制和對醫病關係的批判與反思等心得紀錄，對照衛生署與國健局制定的防癌政策與醫療法規，再輔以前述相關醫療社會學與安寧療護批判現有防癌政策、臨終醫療資源以及醫療文化的合理化、高科技化與商品化趨勢等研究文獻內的醫療論述進行分析，以建立影響死亡暴露(exposure to death)性質的醫療體制與其倫理信念內涵。

最後，第三年則參照 Glaser 和 Strauss 提出「臨終覺察」和「臨終軌跡」兩個概念的質性研究流程，在獲得 IRB 審核允許的前提下，借重協同主持人豐富的臨床場域經驗，主持人與協同主持人共同進入呈現不同臨終軌跡的發生場域，包括安寧病房、慢性病重症病房或是加護病房等，採用田野觀察法，紀錄已對安寧療護具體提供健保給付的臺灣社會裡在相關病房是否依據 Glaser 和 Strauss 提出的四種「臨終覺察」類型當中，仍以封閉型、存疑型、相互偽裝型相對於開放型為主要的醫護病社會互動模式，如果扭轉前三種互動關係的關鍵是病情告知，安寧病房的開放型醫護病社會互動模式如何達成？安寧病房是否仍殘存有封閉型、存疑型、相互偽裝型等互動模式？經由主持人和協同主持人的分析與對照臨床資料和既有文獻的差距，根據這些互動模式的類型變遷進一步探討人們的死亡認知與建構建構人們的死亡感受，以及人們決定

面對臨終與死亡時所要採取的應對方式，藉以呈現死亡醫療化的制度環境帶來的新死亡系統特徵，並且對照出現有醫療社會學針對死亡議題相關研究的匱乏和未來發展的可能性條件。

## 五、結果與討論（含結論與建議）

這項研究計畫藉由建構死亡新事實、歸納死亡信念的醫療論述脈絡、結構台灣社會臨終與死亡覺知脈絡的互動類型等三項，建構相應於高齡化社會死亡事實的新知識系統內涵。第一年藉由量化程序分析死因統計檔，並以1972年和1973年為例呈現台灣社會死亡事實的社會特質，已撰寫會議論文一篇，〈台灣社會死亡結構的分析－以1972年為例〉，發表在2013年3月16-17日，於南華大學舉辦的第十屆現代生死學理論建構學術研討會。在這篇文章裡提出的分析發現是死亡場所、死亡種類、性別、死亡年齡、婚姻狀態、城鄉、死亡診斷者等變項均在卡方檢定呈現顯著差異，自變項包括性別、年齡、婚姻、城鄉、診斷者等，與依變項包括死亡場所和死亡類型變項均各有顯著關聯，反映癌症作為首要死亡原因(1982年)以前，台灣社會死亡結構的特質呈現出死亡種類集中自然死與病死，但壽命未明顯延展，臨終與死亡場所較易出現在家中，在親友環繞之下辭世，具有家庭關係與親友支持特質的意義，接近西方文獻探討的傳統社會死亡結構特質，也是現代安寧療護運動進入台灣社會醫療場域前的主要特質，而這樣的結構特質在後續年度隨著慢性病佔據所有死亡原因比例七成以上，以及癌症蟬聯死亡原因榜首的發展顯然不同。換句話說，對照過去與當前死亡事實的結構變遷有助釐清死亡系統的基本問題之一，「人們要思考死亡什麼？」

由於，晚期現代階段的工業生產社會以西方生物醫學模式為醫療的主流，強調醫院管理制度與醫療高科技的運用，面對生命歷程各階段的病痛經驗，大多化約成疾病病程發展，以精密的醫療分工體制統整診斷、治療和預後，甚至預防，因而生存在台灣高齡化社會中的個體生命歷程與西方生物醫學模式密切融合，從出生到死亡都籠罩在生物醫療的專業分工之下，也就是說，老、病、死都不再只是家族大事，老、病、死被圍困在醫療相關機構，老、病、死也不在我們眼前逐日變化。這樣的生活方式就是醫療社會學關注的高齡化的社會醫療化議題，也就是西方醫療分工體制運作和生物醫療思維在社會生活各個領域滲透擴張的現象。高齡化社會的醫療化現象最具代表性的特徵，在於臨終與死亡階段的生命歷程亦難逃醫療分工體制與醫療高科技的掌控。因而高齡化社會的死亡醫療化趨勢對於人們的死亡認知、死亡焦慮以及死亡態度可能造成的影響值得研究死亡系統變遷的學者深入探討與分析，高齡化社會的死亡系統醫療化趨勢有可能左右死亡系統知識內涵的取向，後續則會主導死亡系統所發揮的死亡警示與預告、臨終關懷與照護、悲傷處遇(賦予失落意義)、殯葬禮俗文化(社會團結)以及暴力與殺生等功能產生相應的變動走向，是醫療社會學研究順應高齡社會醫療化趨勢應該再度發揮社會學想像的研究能力慎重以對的新社會事實。

參照此趨勢，第二年本研究計畫藉由文獻分析與臨床醫療論述歸納，再撰寫會議論文一篇，〈死亡醫療化與現代性的存封/反存封〉，發表在2014年6月26-27日，於南華大學舉辦的第十一屆現代生死學理論建構學術研討會。在這篇文章裡提出一方面，死亡醫療化作為主要發生在西方生物醫療模式主導的體制之下，是反映晚期現代社會存封死亡，壓抑死亡經驗擾動的制度安排，台灣社會隨著醫療科技快速跟隨國際醫療趨勢，也陷入生物醫學主導的臨終與死亡模式潮流，從監察院2012年發布的調查報告指出「發現全民健保實施後，代表臺灣百年來醫學主流的內、外、婦、兒科四大科已有走向『四大皆空』的隱憂；且地區醫院家數急遽萎縮，更危及當地民眾基本健康照護與緊急醫療照護的權益與需求；又呼吸器及洗腎人口合計占人口總數之0.33%，竟使用約12%的健保預算，分配呈現失衡現象」可印證醫療成就已經限縮在各項救

命延壽效率數字的呈現方式上，呈現出醫療資源配置不均，導致使用不當，激發醫療政策管控失當與無效醫療批判等相對論述觀點，特別是來自醫療體制內部觀點的批判論述最具代表性。

在台灣社會，這樣的論述批判與西方文獻顯示的來源類似，主要還是來自安寧療護場域基於人性化醫療觀點的闡釋，相對於前述生物醫學的死亡存封論述，安寧療護倡議善終價值與實踐全人照護服務模式，是一種站立在面對死亡存封的反存封論述立場，試圖改寫生物醫學進行社會控制的制度傾向。從從小兒科陳永綺醫師、神經內科黃勝堅醫師、護理專業趙可式博士、內科加護病房陳秀丹醫師等不限於內、外、婦、兒四大基本專科的科別，以及各種病房等場域的自我反思過程或是親身體驗喪親者曾經走過的臨終陪伴之路，都不約而同地強調生命有其終點，醫療有其限制，末期生活品質有其需求，安寧療護可有效降低臨終醫療資源浪費。如此看來，安寧療護論述相對於西方生物醫學論述在台灣社會現有的醫療環境下竟交織成死亡暴露所處的多重聲響體制環境，提醒醫療工作者，提醒有醫療需求的臨終者及其家屬「關於人們如何感受死亡？」所涉及的死亡參考態度與信念價值並非一成不變。

最後，第三年本研究計畫試圖在進入台灣社會臨床醫療場域，實地印證死亡系統的社會互動過程，對照西方的學術成果，發掘本土醫療場域的互動類型與文化特質。為此，已提前規劃第三年計畫進入醫院及安寧病房等醫療場域執行田野研究的相關事宜。包括參與人體試驗講習課程，亦開始尋求預定研究的醫院機構，著手與之建立關係。在IRB和REC講習課程部分，先後自2012年9月至2014年6月參加財團法人醫學研究倫理基金會舉辦3次IRB課程；台灣受試者保護協會舉辦2次IRB課程；台灣安寧緩和醫學學會/台灣安寧緩和護理學會舉辦2次安寧緩和醫療倫理課程；科技部/成大研究倫理委員會舉辦1次REC課程，共取得IRB課程時數36小時，符合研究計畫主持人所需時數。在與目標機構建立關係階段，亦在102上學期起透過安寧療護通識課程，邀請目標機構病房團隊成員進入課程介紹病房與醫院特質與安寧團隊合作經驗等，並於2013年12月中旬前去目標機構的安寧病房訪問，作為田野研究的事準備階段，然而，卻得知直到2014年5月團隊護理人力才能重整完成，病房組織也必須配合目標機構調整，因而難以配合研究計畫時程，接受田野研究等訪談過程。故而原計畫以田野研究過程建立關於「人們要做什麼關於死亡的事？」的互動模式，仍只先以Barney Glaser和Anselm L. Strauss先後共同出版的《臨終覺察》與《臨終時刻》二書中，提供的四種「臨終覺察」類型以及四種「臨終軌跡」類型為架構分析，**撰寫專書論文一篇，〈臨終與死亡〉**，經張苙雲教授主編的《醫療社會學》採用。未來將進一步尋求能夠研究合作的目標機構，落實覺知互動脈絡類型與末期醫療照護組織秩序特質的建構。

整體而言，本研究的總體目標在獲取本土死亡系統巨觀與微觀層面的知識資料，以及實務運作狀況的掌握。由於死亡學研究本身即是典型的跨域研究，除了對死亡系統在認知(cognitive)、情感(affective)與行為(behavioral)三個向度建立符合在地文化與醫療體制的內涵，亦可提供研究議題進行更多的跨域延伸，作為跨域研究的具體推動計劃。

在制定國家政策方面，建立內涵具體清晰的死亡系統實踐知識將有促使訂定疾病防預、精神健康等提昇生活品質的相關政策有所根據；有助於制定符合高齡化社會的銀髮生活規劃與老年臨終準備等相關社會福利政策；對於制定改善養生送死等文化禮俗的政策也有相當的幫助。

林原賢<sup>1\*</sup>、王枝燦<sup>2</sup>

1

## 摘要

**研究目的**探討台灣、中國及美國成年人依附關係、死亡焦慮和死亡態度之相關影響，以及三個變項之間的關連性。**研究方法**以 738 位台灣、219 位中國及 93 位美國的大學生、研究生為研究對象，研究工具採用親密關係經驗量表(The Experiences in Close Relationships Scale, ECRS)、死亡態度量表修訂版(Death Attitude Program-Revised, DAP-R)、死亡焦慮量表修訂版(Revised Death Anxiety Scale ,RDAS) 等三份量表，由受試者填答，計回收 1050 份有效問卷。

**研究結果**顯示親密關係經驗量表、死亡焦慮量表修訂版、死亡態度量表修訂版在內部一致性信度 Cronbach  $\alpha$  係數介於.695 到.889 之間。台灣、中國和美國的依附逃避與依附焦慮分量表呈正相關，達到顯著差異 ( $r = .129$ ,  $p < .05$ )，依附逃避分數與死亡態度中的中性接受 ( $r = -.096$ ,  $P < .01$ ) 與趨近接受 ( $r = -.138$ ,  $P < .01$ ) 分量表分數呈現負相關；依附焦慮分量表分數與死亡焦慮量表分數 ( $r = .296$ ,  $P < .01$ ) 呈現正相關且達統計顯著，與死亡的態度中死亡恐懼 ( $r = .252$ ,  $P < .01$ )、死亡逃避 ( $r = .195$ ,  $p < .01$ ) 與逃離接受 ( $r = .181$ ,  $P < .01$ ) 三個分量表呈現正相關且達統計顯著。死亡焦慮量表與死亡態度之間的關係，死亡焦慮量表分數與死亡態度中的死亡恐懼 ( $r = .695$ ,  $P < .01$ )、死亡逃避 ( $r = .490$ ,  $P < .01$ )、趨近接受 ( $r = .108$ ,  $P < .01$ ) 分量表分數呈現正相關且達統計顯著。死亡焦慮量表分數與死亡態度中性接受 ( $r = -.229$ ,  $P < .01$ ) 分量表分數呈現負相關且達統計顯著。

**研究結論**：三個量表及分量表具備良好的信度水準及穩定性。良好的依附關係及自我有助於降低死亡焦慮、死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受，良好的依附關係及他人互動良好，有較高的中性接受及趨近接受，接受死亡現象及死後世界。

## Abstract

This study explore the correlation of *attachment relationship, death anxiety and death attitude* . there are 738Taiwanese ,219 Chinese , and 93American adult volunteers selected as samples. The researcher use three scales as The Experiences in Close Relationships Scale (ECRS), Death Attitude Program-Revised( DAP-R), Revised Death Anxiety Scale (RDAS).

Research results show that reliability of three scales and sub-scale is stable. Cronbach  $\alpha$  coefficient from .695 to .895. The scores of attachment avoidance and attachment anxiety is positive correlation (  $r= .129$  ,  $P<.01$  ) .The scores of attachment avoidance is negative correlation with Neutral acceptance (  $r= -.096$  ,  $P<.01$  ) and approach acceptance (  $r= -.138$  ,  $P<.01$  ) . The scores of attachment anxiety is positive correlation with anxiety of death (  $r=.296$  ,  $P<.01$  ) , positive correlation with fear of death (  $r=.252$  ,  $P<.01$  ) , death avoidance (  $r=.195$  ,  $p<.01$  ) ,escape acceptance (  $r=.181$  ,  $P<.01$  )

The correlation in anxiety of death and attitude of death as: The scores of anxiety of death is positive correlation with anxiety of death fear of death (  $r=.695$  ,  $P<.01$  ) , death avoidance (  $r=.490$  ,  $P<.01$  ) , approach acceptance (  $r=.108$  ,  $P<.01$  ) , and negative correlation with Neutral acceptance (  $r=-.229$  ,  $P<.01$  )

The positive attachment and self can reduce the anxiety of death, fear of death, death avoidance, escape acceptance . The positive attachment and interaction with others reveals Neutral acceptance, approach acceptance, accept the phenomenon and world of death

關鍵詞：依附關係、死亡焦慮、死亡態度

Key word: *attachment relationship, death anxiety, death attitude*

## 壹、前言

死亡是每個人都會面對的問題，如何面對死亡？對死亡的觀點及態度為何？每個人隨著不同特質、想法而有不同的詮釋，因此，本研究藉由瞭解人們不同特質、認知及其關連性，探討如何面對死亡觀點及態度。

依附關係形成的內在運作模式(internal working model)，不只對於幼兒、兒童、少年成長過程中的影響，對於成年後的人際互動、生活功能、現實環境、未來規劃覺察、死亡的態度等都有關聯，此外，人際互動關係受到外在他人認知及情感牽絆的影響，並內化到個人內在的特質中，因此，依附關係對於死亡的觀點具有相關及影響力。

死亡焦慮自 Templer(1970)的量表研究後，引起死亡學、生命教育、安寧療護等相關領域的重視，死亡焦慮是多數人都會面臨共同經驗，因為死亡和佛洛伊德所提出每個人都具「生的本能」之傾向相衝突，因而人們產生焦慮，死亡焦慮是當一個人將死亡概念轉化成真實的可能性時，所感受到的情緒與認知，受到個體身心健康狀況、先前對死亡經驗的影響，對於死亡事件具有主觀性、多面性的情緒狀態(Langs,2004)。

死亡態度是指人們對死亡現象所抱持多層面和多變化的的信念和感受，張淑美(1996)認為死亡態度不僅只對死亡較負面的「恐懼」或「焦慮」的層面，也同時包含其他的正向的態度和「接受」等，因而，死亡態度包括恐懼、逃避、接受等多面向。

Wong、Reker 和 Gesser (1994)指出死亡接受和死亡恐懼與生命意義是有相關性，Moomal(1990)指出生命意義感與死亡接受成正相關，生命意義與死亡焦慮呈現負相關。

綜合以上，死亡是生命歷程中不可避免的議題，人們對死亡能夠覺知了解，那麼對死亡較不焦慮、恐懼，對生命的感受顯示積極、開放，創造並統整生命意義感。因此，本研究探討人們依附關係的內在運作模式、死亡焦慮及死亡態度三者的相互關係。

## 貳、相關文獻

### 一、依附關係的發展及理論

Bowlby(1969)提出依附理論(attachment theory)，強調內在運作模式 ( internal working model ) 的形成與影響。兒童期與主要照顧者所建立的依附關係及依附經驗將形成心理結構，透過此結構，在心中刻劃不同依附的類型屬性，並以此屬性與他人發展互動關係。內在運作模式的形態或類型是兒童早期與他人關係親密或疏離的表徵，也是未來與他人親密關係或行為脈絡的引導模式。雖然個體發展過程中的新經驗不斷加入也可能影響內在運作模式，但 Bowlby(1969)認為，最早形成的模式最有可能持續下去，因為內在運作模式往往存在個體的意識之外，無法輕易改變。為了更瞭解內在運作模式，Main 和 Cassidy ( 1988 ) 提出較為完整的「內在運作模式」的特徵及論點：

- (一) 內在運作模式是一種心理表徵，不僅是嬰兒或兒童對他人或關係的圖像，也是一種心理感受。
- (二) 內在運作模式一旦形成，大多存在意識之外，也較難改變。
- (三) 兒童和主要照顧者之間的互動是否得到需求的滿足，將會影響此模式發展。
- (四) 尋求親近主要照顧者的嘗試中，前後一致被主要照顧者接納的兒童與未被主要照顧者前後一致接納的兒童，其內在運作模式存在著根本的差異。
- (五) 內在運作模式是穩定的，但受到日後經驗的影響，並非不可改變的。
- (六) 內在運作模式的功能是提供個人與他人互動的準則，引導個體對重要他人的行為及感受，使個體能預測及解讀他人行為，據以做為認知評量及規劃個人行為回應的參考。

因此，嬰兒期和兒童期形成的依附關係將形成內在運作模式，成為青少年期、成年期、老年期對己、對他人的認知、情緒表現模式的主要原型，而內在運作模式將橫跨整個人的一生心理發展，對個體有重大的影響。

依據 Main 和 Cassidy(1988); Bartholomew 和 Horowitz(1991); Brennan、Clark 和 Shaver(1998) 等學者承襲 Bowlby、Ainsworth 對嬰兒、兒童時期的依附關係所發展的「內在運作模式」將延續到成人期的啟發，對成年人的依附關係做系統化的研究，發現成人期的個體不只是面對主要照顧者或家庭成員而已，而是經由社會化過程，對自己或他人都有高度的覺察及評價，依附關係已擴展對自己心像、對他人心像的複雜過程。(如表 1)，也能化約為成人依附焦慮、依附逃避面向的依附關係(如表 2)

表 1 成人對自我、他人意向的依附類型 (Bartholomew & Horowitz, 1991)

	對自我意像正向	對自我意像負向
對他人意像正向	自發型依附(安全) (autonomous)	專注型依附(抗拒) (preoccupied)
對他人意像負向	放棄-逃避型依附(逃避) (dismissing-avoidant)	害怕-逃避型依附 (fearful-avoidant)

表 2 成人對依附焦慮、依附逃避的依附類型 (Brennan, Clark, & Shaver, 1998)

	焦慮低 anxiety low	焦慮高 anxiety high
逃避低 avoidance low	自發型依附 (autonomous)	專注型依附 (preoccupied)
逃避高 avoidance high	放棄-逃避型依附 (dismissing-avoidant)	害怕-逃避型依附 (fearful-avoidant)

## 二、死亡態度

態度是人們對於某一社會現象或對象的評價、情緒感覺、贊成或反對的行為傾向之持久性系統（張淑美，1996），此系統包含情感、認知和行為三個面向，而死亡態度即是人們對於死亡現象的情感、認知及行為之持久性反應。

黃永政（2004）參考許多學者對死亡態度的看法，將死亡態度歸納以下內涵，（一）對死亡的看法（二）死亡威脅（三）死亡恐懼（四）死亡焦慮（五）死亡關切（六）死亡的接受與逃避等。

Wong、Reker 和 Gesser (1994) 針對大學生和中年人研究發現，死亡態度可分為負向與正向態度，負向態度有死亡恐懼及死亡逃避面向，人們對於死亡會產生恐懼，避開討論死亡議題傾向，死亡逃避是個人逃避思考和談論有關於死亡的話題，可使自己暫時免除對於死亡的恐懼，是一種潛意識使自己遠離死亡的防衛機轉。

死亡的正向態度有中性接受、趨近接受、逃離接受三個面向：

- （一）中性接受：指個人察覺死亡的接受度，視死亡是生命中的一部份，一種自然的過程，無法改變的事實。在有限的生命裡做最大的努力去充實生命，對死亡是採取淡化或矛盾的態度，為生命的結束(final exit)作好心理準備，坦然接受，面對自己必死的結局且有正面情緒反應（Wong et al., 1994）。Klug & Sinha(1987)提出兩個死亡接受概念的成分:(1)面對死亡 (confrontation of death)：屬於死亡接受的認知成分，在認知上覺察到自己的有限性，(2) 統整死亡(integration of death)：為死亡接受的情感成分，是對死亡認知的情感反應
- （二）趨近接受：當生命將結束時，相信有死後的世界，認為死後會有美好的來生，死亡是通往美好來生的過程。對生命持著較樂觀和正向的態度，死亡的恐懼和焦慮較少，因而，能接受死後有美好世界，其接受死亡傾向較高，死亡焦慮較低，能因應面對死亡產生的恐懼，對死亡抱持有較正面的態度，較少的死亡恐懼與死亡焦慮(陳彥良, 2002; 黃國城, 2003)。
- （三）逃離接受：當生命即將結束時，對於離開所處環境的接受程度，假若生命是充滿著痛苦、悲慘、不幸時，在世的恐懼可能比死亡的恐懼更為強烈，因而死亡成了受歡迎的選項，死亡被視為今生痛苦的解脫之道及唯一出口。（陳彥良, 2002; 黃國城, 2003; 廖芳娟, 2000）。

綜合以上，死亡態度應視為是一個包含正、負向的情感、認知及行為的表現，也牽涉個人身體、心理及靈性對於死亡的反應。

### 三、死亡焦慮

死亡焦慮是指對預期死亡問題的擔心並造成心理的負擔，包含死亡的恐懼、死亡的威脅等，張利中、林志龍及洪祥隆（2001）認為死亡焦慮是因著死亡及死亡狀態的預期所產生的緊張、害怕，對人生中有許多未竟事宜所帶來的遺憾狀態。楊小薇（2009）認為死亡焦慮是指在沒有特定對象下，對於死亡及相關息所產生的情緒反應。

研究發現女性有較高的死亡焦慮、恐懼或關切（蔡明昌，1995；吳美如，2005）。Templer（1972）認為宗教信仰會降低死亡焦慮，陳錫琦、曾煥棠和吳麗玉（2000）指出宗教信仰越強烈者，在心靈上的穩定有信心，容易從宗教角度來解釋死亡，因此，對死亡較不感到焦慮和害怕，但楊小薇（2009）研究發現，死亡焦慮與性別、宗教信仰沒有相關。Fortner、Neimeyer 和 Rybarczyk（2000）利用 49 篇文獻分析，卻發現宗教信仰與老人死亡焦慮無關（林佳宜，2008），但和信仰虔誠度與參與程度有很大的相關（吳美如，2005）。

蔡明昌（1995）以中老年人 55 歲以上為研究對象，發現中老年人的死亡焦慮自 60-64 歲階段逐漸升高，65-69 歲時升至最高點，而後逐漸下降，至 75 歲以後降至最低。紀盈如（2007）對 20-28 歲的未婚青年研究，結果顯示未婚青年的異性關係穩定性對死亡焦慮具有緩解作用。

總之，死亡焦慮是個體主觀及預期的感受，主觀及預期感受強烈與否？可能受到未完成事務、個人的宗教信仰、人生態度所影響。

## 參、研究方法

### 一、研究對象

本研究以台灣、中國及美國大學生及研究生為對象，回收 1050 份問卷，台灣地區有效樣本 729 份，中國地區 219 份問卷，美國地區 89 份問有效問卷。

### 二、研究工具

#### （一）親密關係量表關係量表

成人依附關係的測量是以 Brennan、Clark 和 Shaver(1998)編製的親密關係經驗量表 The Experiences in Close Relationships Scale (ECRS)，此量表有助於瞭解 18 歲以上成人的依附關係及內在運作模式，整份問卷共 36 題，分為依附焦慮及依附逃避 2 個分量表，分量表的分數越高，代表有越高的依附焦慮及依附逃避。此量表台灣目前無標準化測驗，因此，建立標準化量表有助於國內學者對於死亡態度之研究。

依附焦慮概念是個人內在對於依附關係的焦慮狀態，當得分越低表示，個人內在對於依附

關係感到不焦慮；依附逃避概念是個人對於和個人和他人的依附關係狀態，當得分越低時表示，個人對於與他人依附關係較不會逃避，因此，當與外在他人的依附關係越佳時，依附逃避及依附焦慮量表得分會較低。

## (二) 死亡態度量表修訂版

死亡態度的測量將使用 Wong、Reker 和 Gesser(1994)所修訂的死亡態度量表修訂版 Death Attitude Program-Revised(DAP-R)，整份量表共 32 題，5 個分量表，分別是死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受等，分量表得分越低，代表有較高的恐懼、逃避；有較高的中性、趨近及逃離的接受。Wong 等人(1994)針對 300 位受試者進行測試，信度 Cronbach  $\alpha$  值方面，死亡恐懼分量表為 0.86、死亡逃避為 0.88、中性接受為 0.65、趨近接受為 0.97、逃離接受為 0.84，顯示此量表具有穩定的信度。

Wong、Reker 和 Gesser(1994)發現 DAP-R 之「死亡恐懼」與 RDAS(Death Anxiety Scale 死亡焦慮修正量表)；「中性接受」與 DPS(Death Perspective Scale 死亡展望量表)的死亡冷漠、SD(Semantic Differential 意義差異)的生命評價(rating of life)；「趨近接受」與 DPS 的死亡為死後生命的回饋、SD 之生命和死亡評價成顯著正相關；「逃離接受」與 SD 的死亡評價也呈現顯著正相關。「死亡逃避」與 SD 的死亡評價(rating of death)呈現顯著負相關。

## (三) 死亡焦慮量表

死亡焦慮的測量使用 Thorson 和 Perkins(1977)修訂的死亡焦慮量表修訂版 Revised Death Anxiety Scale (RDAS)，此量表有助於瞭解一般人對於死亡的焦慮感，量表共 25 題，得分越低，代表有較高的焦慮；反之，得分越高則代表較低的焦慮，也代表有較高的中性、趨近及逃離的接受。Thorson 和 Powell (1984)對 599 位學生和成人對死亡焦慮的研究，Cronbach  $\alpha$  (內部一致性信度)係數為.804；Thorson 和 Powell(1991)對醫學院 277 位大一學生做死亡焦慮的研究，Cronbach  $\alpha$  係數為.83。

## 肆、研究結果與討論

### 一、研究結果

親密關係經驗量表及分量表、死亡焦慮量表修訂版、死亡態度量表修訂版等三個量表及分量表在內部一致性信度方面，Cronbach  $\alpha$  係數介於.695 到.889 之間，顯示三個量表及分量表具備良好的信度水準。

親密關係經驗量表的依附逃避、依附焦慮分量表 Cronbach  $\alpha$  係數皆為.89，死亡焦慮量表和死亡態度量表的死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受等分量表的 Cronbach  $\alpha$  值在 0.85 以上；死亡態度量表的逃離接受分量表 Cronbach  $\alpha$  值約 0.84，中性接受約 0.7，顯示三份量表具有良好

穩定度。

表一：各量表整體與分量表，內部一致性信度係數彙整

各層面名稱	<i>M.</i>	<i>SD.</i>	Cronbach $\alpha$ 係數
親密關係經驗量表			
1.依附逃避	3.146	.890	.888
2.依附焦慮	3.923	.943	.889
死亡焦慮量表			
	3.459	.529	.846
死亡態度量表			
1.死亡恐懼	2.779	.805	.844
2.死亡逃避	2.771	.869	.857
3.中性接受	3.969	.594	.695
4.趨近接受	2.978	.726	.865
5.逃離接受	2.749	.885	.841

將三份量表中的8個分量表之間進行相關分析，當個人與他人之依附關係越佳時，依附逃避及依附焦慮量表得分會越低，研究發現，台灣、中國及美國三地依附逃避及依附焦慮兩個分量表呈正相關，達到顯著差異（ $p < .05$ ），台灣、中國及美國三地兩兩比較時，依附逃避分數皆達到顯著差異（ $p < .05$ ），台灣和中國、台灣和美國的依附焦慮分數皆未達顯著差異（ $p > .05$ ），但中國和美國的依附焦慮分數達顯著差異（ $p < .05$ ），死亡焦慮部份，台灣和中國分數未達顯著差異（ $p > .05$ ），美國和台灣、中國分數達顯著差異（ $p < .05$ ）；死亡態度方面的死亡恐懼、死亡逃避、中性接受三個分量表，美國和台灣、中國兩兩比較皆未達到顯著差異（ $p > .05$ ），至於逃離接受與趨近接受兩個分量表，美國和台灣、中國兩兩比較皆未達到顯著差異（ $p < .05$ ）

依附逃避相關分析，依附逃避分數在依附關係上，與依附焦慮呈現正相關（ $p < .01$ ），在面對死亡的態度上，與死亡態度中兩個分量表分數呈現負相關，分別是中性接受（ $p < .01$ ）與趨近接受（ $P < .01$ ），相關係數值分別為-.096與-.138。換言之，個人與外他人的依附關係越佳時，對於死亡的態度上的中性接受與趨近接受程度也會越高。

依附焦慮分量表分數與死亡焦慮量表分數呈現正相關（ $r = 2.69$ ）且達統計顯著（ $P < .01$ ），表示當個人內在對於依附關係越焦慮時，對於死亡焦慮的感受較高。在面對死亡的態度上，包

含死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受等三個分量表呈現正相關且達統計顯著（相關統計數據，請見表3），表示依附焦慮量分數越高時，死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受的得分會越高，換言之，個人的內在對於依附關係的焦慮狀態得分越高，表示個人內在的依附關係感到焦慮時，死亡恐懼、死亡逃避與逃離的情況也會較多。

再以死亡焦慮量表與死亡態度之間的關係，死亡焦慮量表分數與死亡態度中的死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受的分量表分數，有統計上正相關的關係存在（相關統計數據，請見表3）。也就是死亡焦慮感越高時，個人的死亡恐懼與死亡逃避、趨近接受態度也會越高。而死亡焦慮量表分數與死亡態度中性接受分量表分數上則是呈現負相關（ $r=-.229$ ， $P<.01$ ），也就是當個人死亡焦慮分數越低時，中性接受的分數會越高，亦即死亡焦慮狀況越高時，中性接受的情形會越差。

表3 各量表分量表相關分析

		依附逃避	依附焦慮	死亡焦慮	死亡恐懼	死亡逃避	中性接受	趨近接受	逃離接受
依附逃避	Pearson 相關	1	.129**	-.004	-.020	-.039	-.096**	-.138**	.022
	顯著性 (雙尾)		.000	.900	.516	.206	.002	.000	.482
	個數	1048	1014	1010	1041	1042	1040	1035	1038
依附焦慮	Pearson 相關	.129**	1	.269**	.252**	.195**	-.055	-.007	.181**
	顯著性 (雙尾)	.000		.000	.000	.000	.076	.835	.000
	個數	1014	1035	1002	1027	1030	1026	1022	1025
死亡焦慮	Pearson 相關	-.004	.269**	1	.695**	.490**	-.229**	.108**	.050
	顯著性 (雙尾)	.900	.000		.000	.000	.000	.001	.111
	個數	1010	1002	1036	1028	1030	1028	1023	1027
死亡恐懼	Pearson 相關	-.020	.252**	.695**	1	.631**	-.299**	.029	.060*
	顯著性 (雙尾)	.516	.000	.000		.000	.000	.345	.049
	個數	1041	1027	1028	1067	1062	1059	1054	1059
死亡逃避	Pearson 相關	-.039	.195**	.490**	.631**	1	-.201**	.097**	.070*
	顯著性 (雙尾)	.206	.000	.000	.000		.000	.002	.023
	個數	1042	1030	1030	1062	1068	1060	1055	1060
中性接受	Pearson 相關	-.096**	-.055	-.229**	-.299**	-.201**	1	.087**	.003
	顯著性 (雙尾)	.002	.076	.000	.000	.000		.005	.915
	個數	1040	1026	1028	1059	1060	1065	1053	1057
趨近接受	Pearson 相關	-.138**	-.007	.108**	.029	.097**	.087**	1	.452**
	顯著性 (雙尾)	.000	.835	.001	.345	.002	.005		.000
	個數	1035	1022	1023	1054	1055	1053	1060	1053
逃離接受	Pearson 相關	.022	.181**	.050	.060*	.070*	.003	.452**	1
	顯著性 (雙尾)	.482	.000	.111	.049	.023	.915	.000	
	個數	1038	1025	1027	1059	1060	1057	1053	1064

\*\* . 在顯著水準為0.01時 (雙尾), 相關顯著。

\* . 在顯著水準為0.05 時 (雙尾), 相關顯著。

## 二、研究討論

### (一) 親密關係經驗量表、死亡焦慮量表、死亡態度量表具有良好信度

親密關係經驗量表中的依附逃避、依附焦慮分量表在台灣地區對大學生的施測, Cronbach  $\alpha$  信度皆為 0.89, 顯示該測驗能適用在台灣。死亡焦慮量表在台灣地區對大學生的施測, Cronbach  $\alpha$  信度皆為 0.85, 顯示該測驗能適用在台灣。死亡態度量表的死亡恐懼、死亡逃避、中性接受、趨近接受、逃離接受等五個分量表 Cronbach  $\alpha$  信度為 0.70-0.87, 顯示該測驗能適用在台灣。

### (二) 死亡焦慮和死亡態度量表中死亡恐懼、死亡逃避和趨近接受具有高度相關

當死亡焦慮量表分數高時，死亡態度量表的死亡恐懼、死亡逃避、趨近接受分數也隨之升高，換言之，當一個人具有高度的死亡焦慮時，對於死亡也會存在高度恐懼感及高度的逃避死亡情形，此外，對於即將死亡時，相信死後有美好的來生或世界，比較會出現接受死亡的狀況，推測原因，對於死亡有焦慮時，期待未來死亡時，能夠前往有美好的世界。

### （三）良好的依附關係及自我有助於降低死亡焦慮

依附焦慮分數和死亡焦慮分數呈現正相關並達顯著差異，而依附逃避分數和死亡焦慮分數呈負相關但未顯著差異，表示依附焦慮低，具有良好的自我及依附關係可能降低死亡焦慮，如果一個人有較高自尊及對自己心像持正向看法，較能坦然面對死亡，將比一般人呈現較低的死亡焦慮。

### （四）良好的依附關係及與他人互動有助於個人接受死亡現象及死後的世界

研究發現，依附逃避的分數和死亡態度上兩個中性、趨近接受分數呈現負相關，也就是依附逃避分數越高（代表較差依附關係）在面對死亡的態度上，能不夠接受死亡是大自然必經過程，對於死後世界較不能夠接受。換言之，個人與外他人依附關係越佳時，對於死亡的態度上中性接受與趨近接受度也會越高。

### （五）良好的依附關係及自我，將能降低死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受

依附焦慮分數與死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受分數呈現正相關，表示當個人內在及自我對死亡焦慮高時，在面對死亡的態度時，其死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受也會較高，亦即表示個人的自我依附關係顯現焦慮時，其死亡恐懼、死亡逃避與逃離接受也會升高。

## 參考文獻

- 吳美如 (2005)。生死教育課程對高職學生生命價值觀及死亡焦慮影響之研究。南華大學生死學研究碩士論文，未出版。
- 林佳宜 (2008)。遙遠的敵人或親密的朋友？長期照護機構住民死亡焦慮之研究。台北教育大學生命教育與健康促進研究所碩士論文，未出版。
- 紀盈如 (2007)。異性關係與親子關係對未婚青年的重要性：死亡焦慮緩解作用之比較。國立屏東教育大學教育心理與輔導所碩士論文，未出版。
- 張利中、林志龍及洪祥隆 (2001)。醫學系與護理系生自我概念落差與死亡焦慮之關係，醫學教育，5，40-50。
- 張淑美 (1996)。死亡學與死亡教育－國中生次死亡概念、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。
- 陳彥良 (2002)。死亡育課程方案對國中喪親學生死亡態度影響研究－以嘉義市某國中一年級學生為例。南華大學生死學研究碩士論文，未出版。
- 陳錫琦、曾煥棠、吳麗玉 (2000) 護理學校生死亡態度之研究。醫護科技學刊，2(3), 242-265
- 黃永政 (2004)。成人學習死亡態度之轉換學習歷程研究－以桃園縣社區大學為例。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版。
- 黃國城 (2003)。高雄市醫院志工幸福感、死亡態度與生命意義感之相關研究。高雄師範大學成人教育所碩士論文，未出版。
- 楊小薇 (2008)。大學生死亡焦之研究－情緒性叫色作業(Stroop color-naming task)取向。南華大學生死學研究碩士論文，未出版。
- 廖芳娟 (2000)。台灣警察之死亡態度之研究。南華大學生死學研究碩士論文，未出版。
- 蔡明昌 (1995)。老人對死亡及死亡教育態度之研究。高雄師範大學成人教育所碩士論文，未出版。
- 羅素如 (2000)。殯葬人員對死亡的態度生死學課程需求初探。南華大學生死學研究碩士論文，未出版。
- 龔美娟 (民 83)。母親的依附經驗與其教方式及子女安全依附之研究。國立台灣師範大學家政教育研究所碩士論文，未出版。
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Blatt, S.J., & Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self- definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol.1 : Attachment. London: Hogarth Press.

- Brennan, K., Clark, C. & Shaver, P. (1998) Self-Report Measure of Adult Attachment: An Integrative Overview. In: *Attachment Theory and Close Relationships*, Simpson, J.A. and W.S. Rholes (Eds.), Guilford Press, New York, pp: 46-76.
- Fortner, V. B., Neimeyer, A. R., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adult: a comprehensive review. In Tomer, A. (ED.) *Death attitudes and the older adult: Theories, Concepts, and Applications*. pp:95-108. New York : Brunner-Routledge.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Klug, L., & Sinha, A. (1987). Death acceptance: A two component formulation and scale. *Omega*, 18, 229-235
- Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in later adolescence: Working models, affect regulation, and perceptions of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Langs, R. (2004) Adaptive insight into death anxiety. In Piven S.J.(ED.), *The Psychology of Death in Fantasy and History*. pp:275-290. New York : Grmmnwood.
- Main, K., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6 : predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415-426.
- Moomal, Z. (1990). The relationship between meaning in life and mental well-being in South African. *Journal of Psychology*, 29(1), p42-47.
- Thorson, J. A. & Perkins, M. (1977). A factor-analytic study of a scale designed to measure death anxiety. *Paper presented at the 30<sup>th</sup> annual scientific meeting of the Gerontological Society*, San Francisco.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1984). Revision and factor analysis of a death anxiety scale. *Paper presented at the 37<sup>th</sup> annual scientific meeting of the Gerontological Society*, San Antonio.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1991). A cross-sequential study of medical students' attitudes towards ageing and death. *Medical Education*, 25, 32-37.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D. I. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports*, 31, pp.361-362.
- Wong, T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile — Revised : A multidimensional measure of attitudes toward death .In R.A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook : Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Washihgton D.C.: Taylor & Francis.

## 子計畫四--悲傷輔導、諮商與治療本土模式初探

何長珠

中文摘要

**研究目的：**近年來對華人家族排列探討相關國內文獻共 6 篇 (期刊 1 筆，論文 5 筆)，其內容著重探討治療效果與後續效應，而對於治療過程進行之主要方式多半交代用「和解」來處理之原則，但對於到底什麼是「和解」，以及為何經由「和解」，當事人就能夠轉變成長自我之生命狀態，尚欠深度探討；因此本研究主要探究排列過程中影響當事人最深刻事件，並歸納其主題，希望藉此能在未來更準確地藉由華人家排治療幫助當事人問題。**研究方法：**選擇參與過何長珠舉辦華人家族排工作坊學員 (93 年至 103 年) 為研究對象，採主題分析研究法分析「和解」之內涵，並透過過去學員改善記錄單、家排過程觀察記錄表與半結構式訪談，進行資料蒐集與分析。**前導研究結果：**發現「和解」內涵包含懺悔、寬恕與感恩三大主題，治療過程中當事人多半出現單一或雙重主題，治療後之效應，亦因主題不同而有所變，但當事人之經驗多半為由負向轉為正向(改善度為一次可達約 1/3 之程度)。

**關鍵詞：**華人家族排列(華人家族心靈排列)、和解

英文摘要

**Purpose of the study :** Although 6 articles were found for this topic, few article addressed the content & context of the reconcile. Therefore, this study intend to explore the immediate and the follow-up effects of Chinese Family Constellation (CFC) as well as the most significant event of this experience so to construct the frame of Chinese reconcile approach.

**Methods :** Adopting the content analysis approach, through the self-evaluated improvement record of past participants (2004-2014), 92 documents were collected and analyzed; besides, 5 volunteer participants were also interviewed to add with analysis.

**Results :** The content of reconcile includes three parts, which is the repent、forgive and appreciate; most participants(70%) hold 1-2 unfinished business, and that most of the participants felt a positive change ( +1/3) after this CFC experience.

## 壹、前言

近年來對於家族排列相關研究之論文與其刊物國內共有七篇（宋光宇，2006；孫孟琳，2011；胡璉艷，2012），與華人家族排列關聯性之研究有四篇（翁淳儀，2009；蔡淳慧，2011；朱貞惠，2011；盧忻燕，2012）。文獻中共同指出人類問題並非表面單一的存在，而是由過去自我或祖先之行爲所造成今生的問題，此狀態在華人家族排列稱之「傳承」，盧忻燕（2012）認為「傳承」之內涵可分爲微觀與巨觀，微觀角度而言，對於家庭中的成員來說，未解決之悲傷(未竟事物)也是讓家庭不健康的因素之一，而此部分會經由代間傳遞下去（何長珠，2008），此後果會引發家庭產生許多生活中的困擾，如憂鬱症以及精神官能症等等；以巨觀的層次來看，家庭是一個延綿不絕的系統，任何一個人都不能缺少（宋光宇，2006）。印度《奧義書》（1984）之觀點認為造業受報之過程可歸納爲「欲望」->「意志」->「業」->「果報」四部分，換言之當事人問題之產生其實是消業過程之開始，然而多數人在其問題當中會放大自我主觀良好或受害之感受，以致看不見問題背後的「真相」。

解決之道以華人家排實務過程之立場是認為當事人必須直接面對問題，唯有尋找到負能量累積的源頭來進行紓解（所謂的道歉、承認以及和解），當事人才能得到剎那間的靈魂感應，將原先無意識的恐懼以及枷鎖等感受卸除，而也唯有將負面之感受削減、能量歸零後，當事人的有機系統才能夠恢復平衡（盧忻燕，2012）。

## 貳、研究目的

既有文獻往往從不同學派理論剖析華人家族排列之內涵，如翁淳儀（2009）以團體心理治療角度，建構出家排之議題包含家庭情境重現、人際學習、自我了解、情緒宣洩等主題，其結論認為傳統以心理角度來處理心靈議題，其效果必然有所限制，因為心理治療只能解釋當事人之心理狀態，但未能如家排般呈現心理狀態之下靈魂之間的「真實互動」；朱貞惠（2011）則以家庭治療系統探討華人家族排理論與實務之內涵，並根據探討，將華人家排歸類屬於家族治療理論中的折衷學派；最後蔡淳慧（2012）以靈性健康量表的主題研究、探討參與華人家族學員心靈成長之改變狀況，其結論建議未來對於當事人之靈性轉變，最好能進行後續性的追蹤研究。此三篇共同之發現爲：確認華人家族排列之處理方式有效，通常能使參與者的問題達到改變(以總參加 480 人次計算，大多數人改善程度約爲 1/3- 1/2)之狀態，但對家排過程進行之主要方式，多半只交代用「和解」來處理之原則，對於到底什麼是「和解」(因果/懺悔/寬恕等)，以及爲何經由「和解」，當事人就能夠轉變成長自我之生命狀態部分，則尚無探討；因此成爲本研究之主要動機與目的。

## 參、文獻探討

此章節依據初步歸納和解之內涵分五節探討文獻，分別是：華人家排之內涵、懺悔、寬恕、感恩並探討和華人家排中和解關係爲何。

### 一、華人家族排列(簡稱華人家排)之內涵

何長珠將家族排列治療理念與作法，結合過去自己 40 年專研諮商實務與 15 年以上的學佛打坐經驗，形成更貼近中國人心靈脈絡之靈性療癒模式，稱之爲「華人家族排列」。其特色在將傳統民俗祖先之信仰與現代心理劇角色扮演之概念結合；以更貼近中國人集體潛意識(家族)採取

之作法和懺悔和解之原則，來處理當事人的未盡事務。其內涵可以分為三個層次論述：

### (一)、「未盡事務」定義

朱貞惠 (2011) 將家庭治療八大學派之重要內容--產生家庭問題之觀點與治療介入概念、治療目標與治療技術等歸納分析為一表格(附件二)並與華人家排互相比較，發現在華人家排治療過程中，相關家庭治療之理論與實務皆有部分被運用到，因此將華人家排歸類為家庭治療中之「折衷學派」。

至於對產生家庭問題之觀點，各學派間之相似點是回歸到當事人原生家庭的影響，何長珠 (2013) 以完形心理學角度界定此一影響可能來自祖先代間遺傳的「未盡事務」。其表現方式為在當事人自覺或不自覺意識中，產生對過去祖先所感受不公平負面情緒之「認同」，而繼承此一「靈魂議題/情結」之感受，成為當事人自己的問題。換言之，當事人的虛擬生命神話(阿德勒觀點)，實際上可視為是祖先(家族)的「靈魂議題」直接或間接之影響(亦即所謂集體潛意識之範圍)。

### (二)、華人文化內涵

榮格認為不同民族擁有不同的集體潛意識或稱細胞記憶 (黃漢耀譯，2005)而形成民族不同之文化脈絡。華人文化之特色之一是「和諧」狀態(李亦園，1996)，與強調「家族」概念為架構的人際關係網絡 (郭士賢、張思嘉，2004)，因此個人行為不單會影響個人成就而且成為是整個家族的議題。換言之，華人文化跟西方文化之主要差別在於家族主義之價值觀；其次則是受業力因果(前世業今生果)和功利主義(做好事得好報)所支配而產生的一種公平需求 (董芳苑，1991)。因此何長珠認為華人文化的主要價值觀，應該包含(1)家族(祖先)議題、以及(2)業力與因果，此部分之內容也可以視為是華人「集體潛意識靈魂」之精髓。

### (三)、華人文化特質所引發的問題

海寧格在家排中發現「每一個人都承載著歷代祖先靈魂，而有些『孤魂野鬼』因被拒絕回到家族的序位之中，所以他們用騷擾的方式，讓後代注意到它們需求。」(翁淳儀，2009)。蔡淳慧 (2011)則發現造成華人文化中不安『孤魂野鬼』之原因，可能有三：(1)重男輕女的狀況嚴重，即使在祭祖方面也是如此，因此母方有議題時沒辦法介由祭祀獲得改善，以致影響後代子孫；(2)華人文化重視血脈傳承，因此養子女常受到不公平的差別對待(家產議題)，也造成家族系統的失衡狀態；(3)華人傳統倫理觀念上對於墮胎與流產的死亡是不重視的(並沒有被設牌位)，這種不平等的對待亦會導致家庭隱形序位上的混亂。由上述三例可知：華人文化的特質正是『孤魂野鬼』求「公平」議題的源頭。

### (四)、華人家族排列之本質是心靈而非心理治療

華人家排發現當事人表面種種問題之背後不只為一世(當代)的心理問題，更是過去累世(祖先/自我)未盡事務所影響的意念狀態之結果 (何長珠，2013)，何長珠認為心理治療之焦點：是「意識的潛意識化」，也就是由外在感受行為走向內在潛意識之一種成長狀態；心靈治療之焦點：則是「潛意識的意識化」，是由內在潛意識之和解所導向的一種外在意識之重新結構之旅程。因此榮格所謂的陰影與情結，實際上係存在於潛意識的不同層次之中，所以必須用心靈治療之作法才能究竟解決一個「靈魂議題/心結」的未竟事務狀態。歸納上述華人家排之內涵可形成一個華人家族排列之概念化分析圖，

## 二、懺悔

## (一)、 懺悔定義

懺悔梵文學相關研究 (平川章, 1990; 中村元, 1995) 認為, 其詞原語為梵文的「kṣ ama」, 形容詞, 意義為「堪忍、忍」, kṣ ama 直接中文翻譯為忍受, 並沒有「悔」的意涵。平川章認為佛典中「懺悔」語意最早出現於《鼻奈耶》(西元 383 年左右)卷 8, 是當僧團持戒的說明書, 而在《梵網經》(約西元 450 左右), 寫到懺悔之內涵為在佛菩薩像前自誓受戒七日, 其中若是犯下十重罪則必須教令懺悔, 日夜六時在佛菩薩像前誦十重四十八輕戒; 若是輕罪只需在法師一人面前發露悔過, 藉由此儀式洗滌自我的戒罪與性罪。

中村元提到「懺悔」以梵文學定義, 「懺」為音寫而「悔」為其義, 「懺悔」是懊悔, 向人請求恕罪的意思。兩位日本學者同時指出佛教梵語 kṣ ama, 一開始並非是向他人悔過自身的行為, 而是寬恕他人的過錯。《佛光大辭典》(2004) 中提到:

謂悔謝罪過已請求諒解。懺為梵語 kṣ ama(懺摩)支略譯, 乃「忍」之意, 既請求他忍罪; 悔, 為追悔、悔過之意, 即追悔過去之罪, 而于佛、菩薩、師長、大眾面前告白道歉; 期達減罪之目的。

綜觀上述研究可以將「懺悔」分為兩層面論述: 第一點初期佛時期懺悔觀念是由僧團戒律當中發展出來, 當初主要目的規範僧侶本身的行為必須符合教律。第二點 kṣ ama 字義為寬恕他人的錯誤, 而在佛教由印度傳入中國後, kṣ ama 思想漸漸被定義為對自己所犯下罪感到悔恨。平川章對於現代「懺悔」思想認為可以界定為「告白所犯的罪和惡業」, 而中村元則認為懺悔是人類普遍的、根源性的心作用, 不需要特定的原語來界定, 而且漢譯方面只有一個, 表示中國佛教在很早的階段已經將「懺悔」之語固定。本研究認為懺悔在初期佛教定譯雖然是原諒他人放下錯誤, 但在原諒他人錯誤過程中亦可能對自我行為產生省思, 而達到自我反省之狀態。

## (二)、 佛教懺悔與業之關係

懺悔的力量可以改變自身性罪之思想, 來自早期大乘佛教界之規定 (印順, 1993)。在早期大乘佛教經典《舍利佛悔過經》, 發展出了修行法門為「三品法門」之作法來轉化自身的業障, 其中三品分別為悔過、隨喜與勸請, 此法門藉由念佛名號與禮佛後所產生的「神聖力量」進行發願與迴向, 迴向觀念則是將自我修行獲得之功德轉向給十方有情眾生, 以獲得自身業障之消融。

瓊·卡巴特欽 (1997) 認為業力的意義為A和B有某種形式的關連, 亦即佛教所說的因果觀念--每個原因背後都有其它原因並藉後果造成新的影響。整體來說, 當談到某人的業力時, 表示此人在生命的總體方向, 和發生在此人周遭事情的趨勢, 受到之前的條件、動作、思考、感覺、印象、欲望等所影響, 因此業力常常和宿命的概念混為一談。林朝成、郭朝順 (2000年) 指出業是個人過去、現在或將來的行為所引發結果之集合, 會主導現在及將來的經歷, 所以個人的生命經歷及周圍他人的遭遇, 均會受自己行為的影響。業力也主導輪迴的因與果, 所以業力不單是現世或前世的結果, 而且會生生不息地延伸至來世。

上述研究可知懺悔與業力的關係是互相拉扯, 研究者認為所謂業力亦可視為是習性(慧炬, 1986), 一般人因為長久以來被自身習性所控制沒有察覺, 直到生命困境產生時才感到身心靈焦慮或痛苦。西方相關研究中指出面對焦慮或痛苦 (危芷芬譯, 2012)有部分人進行問題解決策略可讓自己走出焦慮議題, 研究者認為此類的人可能是察覺焦慮或問題本身其實有部分責任是自我必須承擔, 所以才可能採取積極態度面對問題; 有一部分的人則會採情緒焦點策略面對自身焦慮, 藉由外在資源幫助自己走出焦慮, 此類的人重視焦慮來源之減除, 卻忘了產生焦慮問題其實部分問題來自於自身習性; 最後一類採逃避策略來處理面對自身焦慮議題, 此類知道焦慮

影響自己生命議題，卻因習性控制，不能夠面對焦慮，導致自身陷入痛苦輪迴中。

### 三、寬恕

#### (一)、寬恕定義

寬恕最早來自希伯來聖經中的「nasa」、「calacb」和「kapbar」，意思是上帝將人的罪行加以移除（李新民，2012），而在新約希臘文「aphiemi/ aphasis」，原意為取消、放行、遺下、釋放，其中引申而有寬恕、赦罪、恩赦之意，換言之上帝對於罪人赦免，放棄對罪人的審判，和罪人恢復和諧的關係，給罪人無條件的愛（羅春明、黃希庭，2004a；Enright & Eastin, 1992；引述李新民，2012），由文獻中可知早期寬恕在西方宗教領域之思想屬於一種「上對下的和解」行為，不去計較罪人過去種種過錯，對他們「罪」赦免而達到愛的表現，以「愛」感化罪人讓他們在愛的教化中重新學習；而非是用「罰」讓人以感到恐懼、害怕的心理狀態去面對自己的責任，罪人在高度負面情緒下感受不到自己責任為何，容易放大自己現在受苦的當下感受，反而對於受害者與加害者都是一種不斷傷害的可能。

新舊約比較之下，可以發現寬恕在不同時期之內涵並無一致性，在舊約（詠 41：5；達 9：19；耶 36：3）經典中之立場，是以人向天主求恕為主。在先知和聖詠裡，則一再祈求天主寬恕我們的罪過，不再記憶我們的過犯；而新約經典中則提到預設天主寬恕了我們的前提下，耶穌和新約的其他作者因此一再要求我們也要寬恕別人（引述黃懷秋，2003），由此可知施行寬恕的對象由上帝轉變成為人類，寬恕對象由自己過去的「罪」改變為他人對我們的傷害，寬恕之內涵亦由希望上帝能夠赦免自己罪，轉變成為放下自己負面情緒並且去原諒、接受傷害過我們的人，寬恕思想可以說是西方文化發展下，成為上帝給予人類最美好的禮物之一。

### 四、感恩

#### (一)、感恩基本定義

感恩在拉丁文分為「gratia」與「gratus」，前者代表「好處」，而後者代表「愉快」。Emmons（2007）認為來自此拉丁文的字根，都意涵和善、慷慨、禮物、施與受的美好、不求回報。感恩相關研究（Wood, Froh, & Geraghty, 2010）認為感恩屬於人格特質的一種表現，同時感恩是一種高尚道德表現，Peterson 和 Seligman（2004）在其所著《人格長處與美德》（*Character Strengths and Virtues*）一書中，將感恩視為是六大美德（分別為：智慧與知識、勇氣、人道與愛、正義、修養、心靈的超越。）底下的 24 項長處之一，屬一種心理特質。

#### (二)、感恩動機、狀態與內涵

Fitzgerald（1998）認為感恩行為產生自三種動機層次：(1)因某人的好意而受惠；(2)對方是刻意給予好處而付出某些代價；(3)好處在個體眼中具有價值。他認為人不能在沒有感恩感受的情況下產生感恩行動。Wood 等人(2010)進一步認為人在感恩的狀態「注意到並感激生命中的正向事物」，其中包含：對他人的感激、專注自己所擁有的、接觸美善的事物而產生敬畏感、表示感恩的行為、專注於當下的正向事物、了解到生命短暫而產生感激等，林志哲(2011)將感恩內涵定義為四大層面：（一）對人或事或物（即包含人與非人層次）表達謝意；（二）活在當下享受生命；（三）珍惜自己所擁有的；（四）身處逆境仍不忘感謝。

#### (三)、愛與感恩

證嚴大師認為「愛」無法描繪其具體形態，然而雖然無形，卻能發動無窮盡的力量去撫慰幫助人，換言之，它是一種無私奉獻自我生命成就他人之精神（釋證嚴，2007）。此外林志哲(2011)將感恩分化出知(覺察)、情(感受)、意(意圖)、行(行爲) 四大成分，感恩狀態下，當事人的知、情、意、行被某種感受所控制，此種感受乃成爲一種真心爲他人付出、不求回報的狀態，因此本研究也認爲，感恩之核心價值應該是「愛」。

證嚴法師(1992)說過：「人若是常抱著感恩的心，好好思考日常生活的來源，就應該知道，我們要靠社會一切眾生的幫助才能維持生活，既然如此，人們應該從反思中理解取之於社會用之於社會，多付出多幫助人的生命意義。」也就是從滿足社會需求當中漸漸對自我價值能重新「從心」肯定，以滿足心理層面需求。

上述相關研究可以將感恩內涵視爲是爲一種大愛的表現，雖然一開始之目的性可能爲利己行爲，但在「愛」的體驗與包容之下，個體會學習放下自身的欲望朝更大的生命意義之追尋，研究者將此定義爲由心理人走向心靈人之歷程，其中之「感恩」或稱「愛」，既是推手也是自身靈性成長之成果。

## 五、華人家族排列和解內容

### (一)、和解議題

朱貞惠 (2011) 提到將和解過程可分成低、中、高三種議題來進行，其中提到中-高問題必須藉由懺悔行爲而達到和解狀態，本研究認爲和解過程議題除了懺悔思想外又可以分類爲寬恕與感恩思想，可將當事人問題中之立場分別歸類爲：受害者、加害者與感激者，三種來進行排列歷程。

華人家族排列中基本界定懺悔思想爲當事人家排過程中發現其實自己是加害者，向對方認錯也希望對方可以諒解；寬恕則是相反的狀態，當事人是受害者，但通過家排回溯前世後，才了解到自己曾是加害者，因此除了自願懺悔之外、亦可能願意寬恕對方今生今世之傷害，學習原諒自己與對方。此外兩種和解之特質 均爲更願負起責任(更客觀)；感恩則是當事人對他人有感激之心但沒辦法說出口，藉由家排能夠說出與表達，這不但可以使當事人如釋重負，在日常生活中更可增加彼此良好的互動。

### (二)、未盡事物與因果觀

依據完形心理學文獻(張莉莉，2010；謝曜任，2001)，未盡事物基本定義指當事人與重要他人、事、情境之間未得到圓滿解決或結束的一個過去情景，這些情景特別與創傷有關的負面意向/情緒-失落、哀傷、受傷害、生氣、憤怒、焦慮、罪惡感以及被拋棄的感覺等有關。這些未完形的感覺或經驗往往持續存在於當事人的生活中，並干擾當事人與他人及環境有效的接觸，以致於影響當事人的生活效能。

基於以上之觀點，完形治療(張莉莉，2010；謝曜任，2001)認爲人的種種情緒困擾有可能都是未盡事務之投射—因此人若能擴增其覺察，不但看見看得見的事實，還要能看見看不見的背景資料，便能反應更爲完整與客觀。所以其治療方式亦包括多種覺察力之開發—如夢之解析、舞蹈/聲音治療、心理劇等。

完形心理學之父 Perls 認爲身體、情緒、心靈是不可分割之一體，語言、思想及行爲亦是整合一體的(張嘉莉，2000)。因此，身體結構代表當事人過去的經驗，而未表達的情緒最終會以身體症狀呈現。其症狀可能讓當事人出現心不在焉、強迫性的行爲、不斷擔心、沉悶無神，以及許多自我欺瞞的行爲。依據上述文獻可知--壓抑未表達情緒會導致身、心、靈的錯亂現象，而長

久壓抑的情緒將會更巨大反撲當事人到日常生活之中，在完形心理學中之此狀態為—未盡事物。

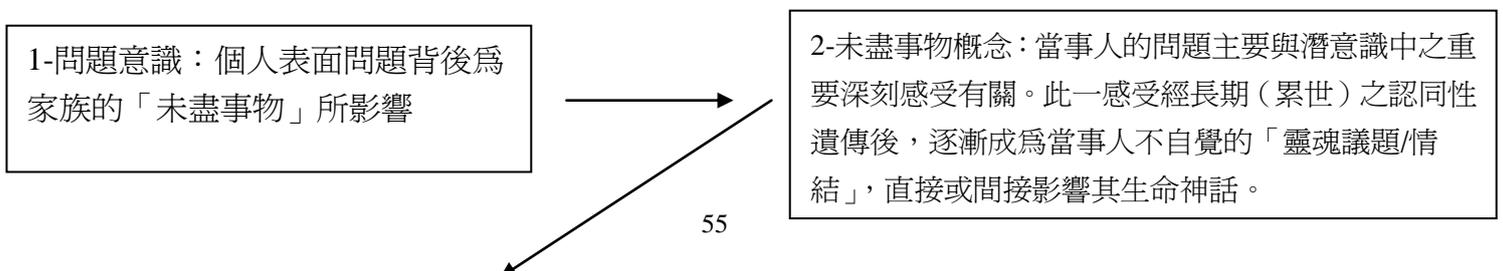
然而在華人家族排列實務中發現很多人的未盡事物可分為表面、中、深狀態，其形成之背後並非是一世價值觀（何長珠，2013），而是三(多)世輪迴轉世過程中不斷累加壓抑情緒所形成狀態。在第二節因果文獻比較中，可發現深層「未盡事物」形成後影響個體身心狀態，其與累世「業力」而形成「習性」是一樣的狀態，換言之深層「未盡事物」是一種「業力」在心理深層面所表現的狀態，而深層「未盡事物」，何長珠稱之其為「靈魂議題」。

榮格心理學之觀點認為人的意識(感受、想法等)是潛意識直接與間接影響所致(榮格，1990)，換言之人表面上看似為自由意識個體存在，但實際上所有表達都受到潛意識之影響。榮格發現潛意識之來源基本上可分為個體及集體潛意識兩種。個體潛意識包括那些一度被意識過，但又被個人忘卻的心理內容之資料庫，而且當下已無法自我覺察者（劉國彬等人，1997）；集體潛意識來自同一個資料庫，儲藏的是家族關係背後所牽扯出來的各種親屬之間正負好惡的未盡事務議題，它常是隨遺傳而來的一種習性或生命價值觀，超出個人意識覺察之範圍而且常常是當事人所不願承認的失敗或秘密經驗之烙印。由此可知：個人絕非獨自存在之個體，還有許多看不見的潛意識，累生影響著我們。

綜觀上述，由佛教的「業力與習性」(因果觀)、完形心理學的「深層未盡事務」，到榮格心理學「集體潛意識」一連串下來，可發現其實是論述著相同議題！當事人的存在狀態與心理活動並非是現世形成而已，還包括過去種種前人(祖先)或前世自我意識(其包含經驗、感受、意念)之影響，何長珠稱這些看不見的影響力為「靈魂議題」--因為其表達常以感受之方式運作，而人在起心動念之間的主要依據是感覺及意向。這種感覺與意向，表面上好像是心智理性判斷之結果，但其實內在之意圖並非只有理性，還包括承擔著感受負荷之趨與避的生命本能力量；而這種最深層面自動化後之感受與意圖，便是何長珠所發現到的靈魂之內涵—它總是自私自利的、為存活而努力的一種生命本質(佛法歸納之為貪嗔癡-西方則稱之為自我實現)。華人家排更進一步發現當事人問題背後的影响都是靈魂議題在干擾，因此處理當事人的靈魂議題，就成為華人家排解決問題最主要的作法。

如何處理靈魂議題 (業力)? 在佛教主要認為可藉由空與無常之生命觀、覺察生命是苦與業不斷輪迴之本質，從而懺悔自己過去種種惡習而改變回到自性清靜無為包含萬有之狀態，完形心理學則認為藉由身體感覺之練習或夢的分析可擴增覺察、榮格分析心理學則主張藉由一系列沙遊或曼陀羅繪畫等感受表達為主之體驗活動與隱喻及主動聯想，去認識並接納自己的靈魂陰影議題以轉換提升生命的狀態(個體化旅程)。而華人家排之作法則在藉由家排中角色扮演與靈魂感覺之移動及治療者「和解」介入之操作方式，來處理靈魂議題的未盡事務。其和解歸內涵主要可歸納為兩個層面(翁淳儀，2009；蔡淳慧，2011；朱貞惠 2012):懺悔(自己的未盡事務)與寬恕(別人的未盡事務)，其主要目的為恢復個人之公平感與平衡之宇宙運行之道；感恩與祝福(因為自己得利而產生對他人及世界的喜愛與趨善之性向)之功能則為完整個人存在於世間的生命意義，也就是所謂的自我實現；換言之，華人家排認為完形靈魂未盡事務之最好作法要包括消負與增正兩大方向。下面以圖表之方式，說明人類問題之起源與家族排列處理未盡事務之主要法。

華人家族排列理念之概念化分析圖(20140508)



3-心結與人際互動之關係：當事人「心結」影響所及之人際關係可以分為六種狀態：最喜歡、最討厭、最害怕、最憤怒、矛盾情緒、無感覺。這六種狀態也成為華人家排中和解的主要內涵-其中尤以害怕(恐懼/焦慮)與憤怒(攻擊/躁鬱)為最常見之類型。

4-心靈治療概念：華人家排發現問題背後不只為一世(當代)的心理問題，更是過去累世(祖先)未盡事務所影響的意念狀態之結果。

心理治療之焦點：是「意識的潛意識化」，也就是由外在感受行為走向內在潛意識之一種成長狀態。

心靈治療之焦點：是「潛意識的意識化」，是由內向外的整合。因「深刻意念」(榮格所謂的陰影與情結)存在於潛意識的不同層次之中，所以必須用心靈治療之作法才能究竟解決一個「靈魂議題/心結」的未竟事務狀態。

#### 5-華人家排治療之介入方式：

海寧格的家排認為當事人之問題是因為「認同」家族中某一代的負面情緒，因此「切斷認同」將負面情緒回歸給祖先後，家庭就可以「回歸序位」，問題自然就能消滅了。

何長珠的華人家排則認為「認同」家族的「靈魂議題/情結」議題，與過去祖先所感受的不公平負面情緒有關。源頭的負面情緒(業因)得到處理之後，當事人因「認同」而繼承產生的「情結」自然也就會化解，導致表面問題亦隨知有所改善(至於改善之程度，則與問題難度與當事人改變動機之低-中-高互相有關)。

實際上的和解行為通常包含：懺悔(唸經/設排位)、寬恕、感恩三種做法；而且通常以懺悔為主要介入模式。

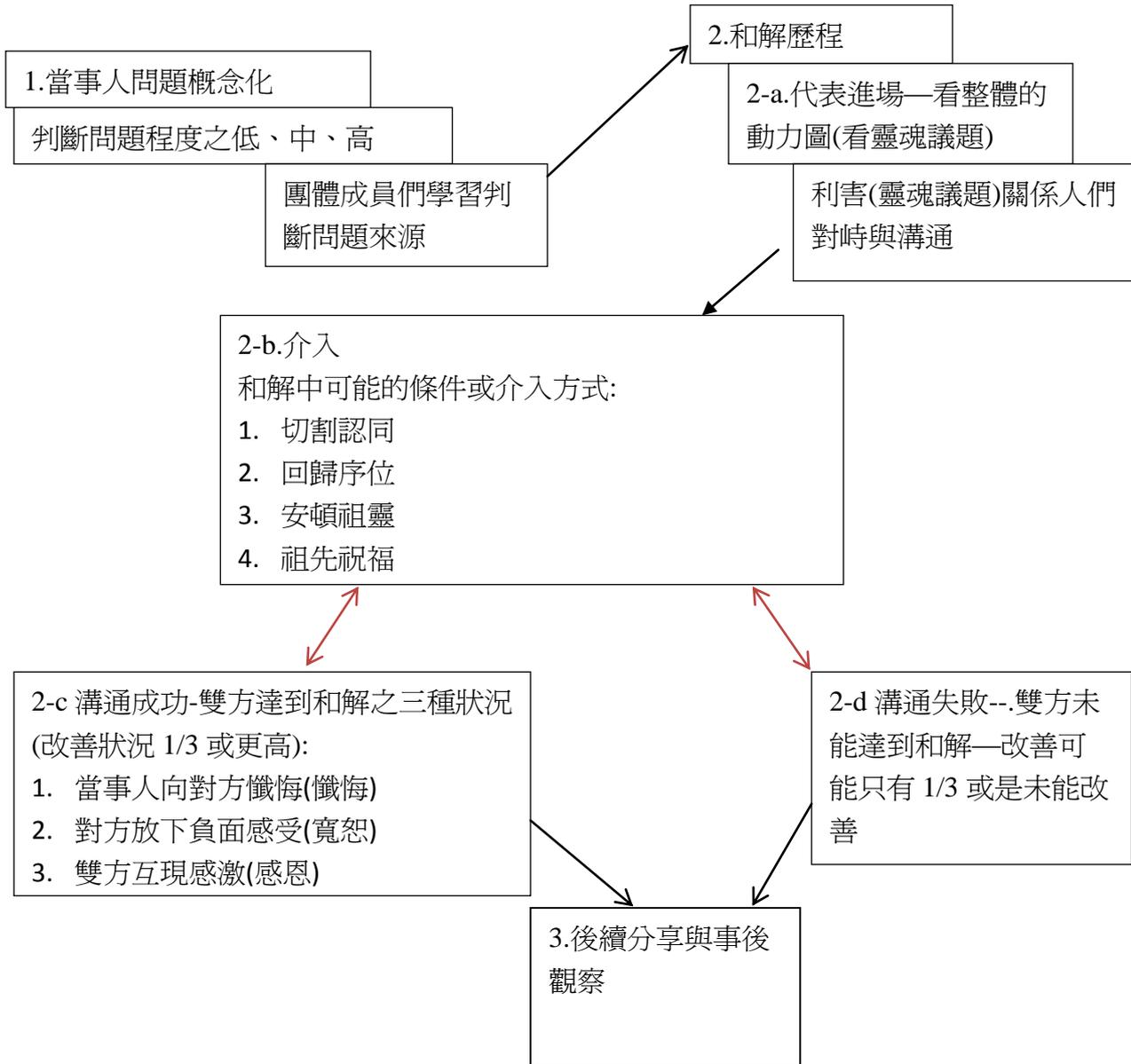
本研究擬採取之研究方法為質性研究中的主題分析法，質性研究文獻（陳向明，2002；林金定等人，2005；高淑清 2008）界定質性研究主要之探討在回歸研究對象之生命經驗體會。Boyatzis (1998)將主題分析法定義為一種運用系統步驟觀察當事人之情境脈絡、文化、或互動關係的訊息分析方式。本研究藉由(高淑，2005)主題分析法探討家排歷程中和解蘊含之內容，藉由主題命名語詞背後的意義內涵探究華人家族排之和解深層意義。

本研究先以回顧過去文獻並建構資料蒐集方式。此歷程為三步驟，首先對過去學員改進記錄單之內容歸納分析，資料不足再以志願受訪者的家排過程記錄資料其中包含觀察記錄表與過程影片分析歸納，最後是受訪者之半結構式訪談建構「和解」之主題。

本研究的對象可分為兩類，首先以曾參與何長珠教授開辦華人家族排列工作坊十年(2004-0214)以來之個案(N=96)的回饋單為主要分析內容；其次為參與過華人家族排列工作坊並願意接受半結構式訪談的受訪者，藉由訪談資料補充回饋單內容不足之處並理解受訪者個人家排過程中/後之改變狀況為何。最後將兩部分資訊比較分析以建構起共同理解之主題。

## 伍、結論(暫定)

本研究之發現華人家排和解之內涵包括三階段(以 a, b, c 表示)，圖表如下--華人家族排列整體排列歷程分為三階段：第一階段主要內容為家排前的資料收集與判斷；第二階段主要內容為正式排列，排列當中會發現困惱當事人目前生活的問題，其背後的真實原因，並非如當事人所想像；第三階段主要內容為診斷歷程及治療歷程之後，當事人和參與成員對家排過程的後續討論分享，如下圖：



由回饋單內容與工作實務中觀察到，華人家排可分為 6 主題：

1. 多數參與者(75 位)主述問題為中度。
2. 多數參與者(86 位)初步動機為中度。
3. 主述問題與靈魂議題(主述問題背後真正的原因)差異性過大(超過當事人原先預期之難度)時，會影響當事人處理動機。
4. 多數參與者(81 位)和解介入方式為「懺悔」，只有少部分的當事人使用「寬恕」或「感恩」。
5. 處理動機之高低是決定改善當事人問題程度高低與快慢的決定性因素--中高度的靈魂議題通常須做到三次以上之家排及用到兩種或兩種以上的和解方式，但也有約 1/3 的個案，只要「真心懺悔」(H 動機)就可以改善其問題(問題之難度通常為中至高)。

6. 參於者參與歷程為「先否認後承認的一種共同歷程」，換言之也就是一種否認/覺察/和解之心理/心靈歷程之內涵。

## 陸、三年總結

### 一、前言

本人參與南華大學生死學系連續三年(100-103)之國科會專題研究統合計畫，其名稱如下--NSC1002632\_H\_343\_001\_MY3-本土華人文化下死亡系統之知識建構與實務應用其中，本人所負責之子計畫名稱為--悲傷輔導、諮商與治療本土模式初探，該研究包括第一年的認知(悲傷輔導智能量表之建構)、第二年的情感(悲傷諮商-以表達性藝術治療為表達及宣洩之媒介)和第三年的行為(悲傷治療-以華人民俗鬼神信仰之本土家族排列來協助悲傷的和解與復原)三種研究介入模式。以期初步建立 21 世紀本土華人(台灣)在悲傷輔導(諮商與治療)及生死諮商範疇之工作藍圖。

### 二、第一年狀況

其中第一年(2011)之工作主題為-- 認知部份(悲傷輔導智能量表之建構)，係依據 2006-2010 年來歷經 6 位研究生之參與、開發各種不同對象與學校層級之修訂量表所發展編制出一份 40 題之悲傷因應智能量表。並由李盈瑩於 2011 年進行全國性大學生(代表一般成人樣本)調查，做為悲傷輔導認知部分資料庫之建立依據；該論文減縮版並將(2014 年初)發表於 生死學學刊(已接受)。

### 三、第二年狀況

第二年(2012) 工作主題為--悲傷諮商/表達性藝術治療對生命意義改變效果之研究本研究者 10 幾年來均教學及在校外帶領各種與悲傷輔導有關之表達性藝術治療，發現口語(悲傷輔導)與非口語諮商(表達性藝術治療)兼用之方式，更能增進當事人的生命意義感，故擬統整兩種模式成為一種更有效的悲傷諮商實務模式；該論文亦已與張晉瑜合作完成，目前正修稿準備進行投稿中。

### 四、第三年狀況

第三年(2013) 工作主題為--華人家族排列模式對當事人未竟事務重要議題之影響該研究的第三部份是探討中國人集體潛意識之表現，如祖先-嬰靈- 養子/女(入贅)等各種「公平」(因果)議題對當事人未竟事務之影響為何？這部分係依據個人過往已進行過 500 場排列之經驗(每年進行兩次各為 24 場之總和)，並將用文史及質性深度訪談之方式，探討因果業公平等集體潛意識議題與家庭重要議題有關之個人心理與心靈變化歷程間之關係；目前仍在進行寫作中。

### 五、總結

第一年計畫之報告已即將發表；第二年計畫之報告正投稿中；第三年計畫正準備撰寫中。而即將申請的「生命關懷師」培訓方案，則可代表對既有議題--悲傷輔導、諮商與治療本土模式初探—更進一步實踐與推廣之努力 !!

## 蔡昌雄

### 摘要

本計劃以本土安寧療護的臨終陪伴經驗為主題，進行臨終知識建構及照顧實務兩個層次的探究，企圖以此建立本土死亡系統知識拼圖中不可或缺的一環。除了死亡系統的概念預設外，本計劃在知識論層次的基本立場是，基於安寧療護的知識屬性乃是實踐知識的事實，故實踐優位於理論，且臨終知識的建構必須從實踐中汲取獲得。依循此一知識論立場，本計劃研究的次第依事實、實踐、知識、理論的層次逐級而上、分年實施。研究進程以三年為期：第一年進行研究文獻的梳理統整，並以北、中、南各具代表性之醫院為場域，進入安寧病房參與觀察、招募訪談對象，完成田野資料的初步蒐集與分析；第二年持續進行研究場域的參與觀察，並進行團體層次的訪談及文本分析，並以此為基礎結合個人知識相關研究文獻，發展出臨終陪伴經驗的描述模式；第三年則預計將發展出之個人知識觀點建構臨終陪伴經驗的模式，進一步與臨床經驗比對反思，最後提出較成熟之臨終陪伴經驗的理論雛型與解說。本研究預期將能初步建立本土臨終陪伴經驗研究的整合架構及知識資料庫，此外，亦將能與西方安寧的死亡與臨終研究接軌，並增進對本土死亡系統的了解，有助於死亡相關政策擬定，以及提升安寧場域助人工作的整體品質。

關鍵詞：安寧療護、臨終陪伴、個人知識

## **Abstract**

The subject of this project is the terminal accompanying experience of local hospice care. It attempts to establish one of the necessary parts in the zigzag of knowledge of local death system by tackling two dimensions; that is, knowledge construction and caring practice in the terminal stage. Aside from the presupposed concept of death system, the epistemological standpoint of this project is as follows. Based on the fact that the nature of hospice care knowledge is practical knowledge, we advocate that practice presumes a priority position to theory and that terminal knowledge also has to be constructed from practice. As a corollary, this project will be conducted according to the order that facts and practice come before knowledge and theory. It will take three years to complete the project. The work list of the first year will be literature review, field participation, depth interview, data collection and analysis. In the second year, field participation will continue while group interview is developed. The field texts will be analyzed in light of the theory of personal knowledge. The delineation of a terminal accompanying model will be laid out. The focal point of the third year is to build up a mature model of terminal accompanying in the local hospice system by balancing theory with practice. The result of this project is expected to form a preliminary framework for integrating researches in local terminal accompanying and a plausible data bank for future knowledge accumulation. It will help connecting with the terminal and hospice researches in the West, improve our understanding on local death system, facilitate death-related policy-making, and enhance the caring quality of helping professionals in hospice.

Key words: hospice care, terminal accompanying, personal knowledge

# 期末報告內容

## 一、前言

本研究為期三年的研究進程分敘如下：第一年研究工作重點在於文獻分析，針對默會知識的理論與臨床應用文獻進行蒐集、閱讀、比對、分析與探討；及進駐在北部(台大醫院)、中部(中國附醫)、南部(慈濟醫院)三所醫院的安寧病房，其中通過醫院對研究者的倫理學分數之要求及三所醫院的 IRB 審查，順利進入研究田野的據點，以觀察及讀書會蒐集經驗的資料；第二年的研究進程著重於：研究場域的讀書會進行及實際邀約訪談研究參與者的招募方面：收案對象為從事臨終照顧工作的主要團隊成員，包括醫生、護理人員、宗教師及志工等，合計每一場域收案數約 10-15 人；第三年的主要進度為發展出個人知識觀點建構臨終陪伴經驗的模式，進一步與臨床經驗比對反思，最終提出較成熟的臨終陪伴經驗理論雛型與解說。三年之研究進度順利，概如預期所設定的目標。在研究場域慈濟醫院的讀書會持續進行，日前也已通過該院 IRB 之結案報告審查。在台大醫院部份，最後的焦點團體訪談資料蒐集工作結束後，順利的進行結案報告審查。其餘部份的工作重點，便是逐年持續修訂現有成果，以利投稿於國際研討會發表及其他相關期刊之發表。這本土的臨終陪伴經驗研究的整合，能與西方安寧的死亡與臨終研究接軌，並能增進對死亡系統的了解，有助於提升安寧場域助人工作的整體品質。

## 二、研究目的

本年度執行的研究文獻蒐尋、閱讀與分析，是針對默會知識的理論與臨床應用做為主軸，期望透過文獻分析的成果能夠：(1)建立對默會知識理論概念的一般性了解；(2)掌握對於默會知識理論概念發展的過程與現況；(3)找出默會知識在臨床應用時，經驗資料蒐集與解讀評估的判準；(4)奠定後期研究所需之知識理論建構的模本基礎。

本年度執行的研究場域進駐工作，主要的目的在於：(1)取得合法取得接續經驗資料蒐集的適當管道；(2)與研究參與者訪談對象建立良好適當的關係；(3)熟悉場域環境，以便對讀書會進行方式、時間、地點、對象、人數等進行適切性的考量；(4)以場域實際經驗做為文獻理論知識的對照面，一方面咀嚼文獻的臨床意涵，同時也思考文獻理論於臨床應用時可能需考量的地方。

## 三、文獻探討

本年度關於默會個人知識的文獻整理分析基本上歸納出四大範疇：

1. 默會知識的理論：默會與個人知識源出匈牙利哲學家博藍尼(Michael Polanyi)的論說，故欲對個人知識有根本概念及系統性的理解，則博氏的《個人知識邁向後批判哲學》(2004)及其相關著作乃是必要的出發點。從本書的內容可以獲悉個人知識的思想胎動背景，個人知識的結構與動力，以及其對一切技藝活動認識解釋的必要性，是相當重要的原著著作。然而，關於 Polanyi 默會個人知識的理論演繹論說，則散見於知識管理、哲學教育、道德哲學、醫護哲學等領域。本研究主要參酌的論說有：Ray (2009)以重思博藍尼默會知識概念—從個人知識到構思機構為題，針對知識管理學界將個人知識當作理性致知，而忽略博藍尼對於靈性具有強烈信念的事實，進行強力批判，同時更提出修正之道的論說。其次是 Loughlin(2010)就博藍尼默會知識概念與臨床醫學的認識論關係，從認識論、生物學及神秘主義三大脈絡，進行哲學性的梳理論辯，本篇對於默會個人知識的建構，進行了深層理論的探索。再有就是 Arnal & Burwood(2003)同樣從認識論出發檢討了當前看重明言知識教育及公共論說的繆誤及矯正之道。但是最具全面性檢視個人

知識在知識建構上的意涵者，乃是 Bekhterev(2000)所提出個人知識方法論面向的思考。造就專家知識系統的默會知識，在各重要人文、社會、醫學、心理、教育、社會等面向，均有廣泛的應用，但其方法論意義面向的闡述與證成，是關乎個人知識得以在這些學科中，進行知識建構的關鍵。

2. 默會知識的應用研究：首先是在知識管理學界的應用。Acuna(2010)探討了默會知識與編碼知識(codified knowledge)之間的細微界線，並以此軸線探討默會知識在發展社群上的作用與意義；Cox III *et al.* (2008)則針對默會知識與自由判斷之間的關係，進行知識管理意涵的探索。在心理治療領域的應用，則有Dowd(2006)針對默會知識結構在認知治療應用上所扮演的色進行探究。在醫學教育的運用上，則有pope *et al.*(2003)針對麻醉技術實施的個人知識基礎進行質的探究；以及Engel(2008)針對視覺醫療診斷技術的理性邏輯基礎進行探討，並延伸到醫學教育的領域論說。在護理照顧的應用則有Carlsson *et al.*(2002)以養老照顧為例，闡述個人知識如何形塑了護理經驗的照顧知識。Sternberg & Mahwah (1999)雖說是可被歸於教育心理應用領域的個人知識探討，但其以專業實踐(professional practice)為主題，確實較為寬廣的視野，並不局限在某一學科範圍內。最後是在社會知識建構領域應用的探討(Duguid, 2004)，亦極具知識建構的參考價值。

### 3. 個人知識應用的理論檢證：

關於個人知識的理論延伸論說思考及學科應用概況，已如上述。但是近年來關於默會個人知識的探討，已漸漸出現以實證研究來檢視默會個人知識理論的確當性與適切性。其中近年來護理研究的發展，特別展現出這樣的趨勢。Benner(1984)之後的護理學者對於個人知識的研討，主要聚焦在兩個層面：其一，對個人知識的護理研究進行理論與研究方法的反省(Meerabeau, 1992；Carlsson *et al.*, 2002；Whitehead, 2005)；其二，對個人知識在護理實踐應用進行實證研究，檢視其知識效能，議題包括精神科護理(Carlsson *et al.*, 2000；Welsh & Lyons, 2001)、護理工作情境(Herbig *et al.*, 2001)、病人需求的護理決策(Lake *et al.*, 2009)，以及護理照顧 (Reinders, 2010)等。

關於理論反省的層面，Meerabeau (1992)以英國護理教育仰賴的兩套知識系統—Schon 的系統科學知識及 Benner 的個人默會專家知識—所衍生的矛盾為例，闡明兩套知識系統各有價值。個人知識雖然是讓人頭痛的方法論議題，資料蒐集不易且文本分析相對困難，不過仍是護理研究可探究利用的豐富資源。

Carlson *et al.* (2002) 以精神科護理為背景，對開顯默會的個人照顧知識提出「再現訪談法」(re-enactment interviewing)做為捕捉個人知識的資料蒐集方法。此種訪談法受心理劇影響，目的在使敘說者回到原先的情境中，使其語文帶有真實情境意義的情感能量，讓當事人原本默會的視框及觀點現身，以奠定文本分析基礎。此外，Whitehead (2005)闡明實證知識並非絕對的知識，科學實在需置放在個人詮釋範圍內及受制所處的文化，Benner、Rogers 及 Watson 等護理學者皆看重直觀知識，因此個人知識乃是護理知識建構不可或缺的途徑。

關於第二個層面，Herbig *et al.*(2001)以嚴謹方法設計護理工作情境(work context of nursing)及檢證程序，證明默會的專家知識確實在護理工作中扮演重要角色。Carlson *et al.* (2002)及 Welsh & Lyons (2001)針對精神科護理工作情境的個人知識進行研究。另有 Lake, Moss, & Duke (2009)針對護理臨床實務中，病人需求優先項目評估決策作為，以系統性文獻回顧方式進行分析，證明此需求決策中含藏著個人知識的成份。Reinders (2010)則從智能不足者的照顧經驗中，解讀照顧者與案主之間的默會關係與意義，見證個人知識的重要性。

#### 4. 國內的個人知識探討：

國內關於個人知識的探討有數篇管理知識層面應用的論文(賴鼎銘、葉乃靜, 2007); 在教育社會學領域則有鄒川雄(2004)在個人知識運用於通識教育及形構經典閱讀等知識論基礎的議題上, 進行系統性的闡述; 蔡昌雄(2005)則針對默會知識運用於臨終照顧的知識論意含進行論說。然而國內的護理研究的個人知識才是比較顯著學科。近年受到方法應用的「批判多元主義」(critical multiplism, Letourneau)和「多音性」(mutivocality)趨勢的影響(Allen, 1999; Savage, 2000), 國內護理研究亦注意到個人知識方法途徑的重要性, 開始探討好的護理(good nursing)、照顧(caring)、生活品質(quality of life)、專業自我(professional self)等多項護理人文研究議題(張碧芬, 2006; 蔣欣欣, 2006; 許樹珍, 2001), 或運用紮根、現象學、詮釋學、女性主義等質性研究法或理論進行研究反思(胡文郁, 2004; 趙可式, 2002; 葉莉莉、陳清惠, 2009)。這反映了知識典範帶動研究方法及議題反省, 乃是當代護理知識建構自我挑戰的重要任務與課題。

國內護理學者認為, 護理做為一個實務學門, 必須藉著反思與行動實踐突破既有的框架限制, 從護理教育、護理研究與護理實務多方並進, 嘗試創新觀點並開發實作模式, 以滿足變遷社會中益趨複雜的健康照護需求。臨床工作者須看重自己的實務經驗, 因為知識的產生不再是學術界的專利, 實務者也可以產生知識例如用文字或影像紀錄自己和病人的故事(葉莉莉、陳清惠, 2008)。賴維淑等(2009)則從「整體性」思維以及漸進培養覺察能力的護理判斷為線索, 探討兼具知識與經驗內涵之安寧療護教育施作。此外, 個人知識的討論也被應用到個案管理師角色衝突、調適與知識成長的實務經驗來了解(吳易霖等, 2010)。蔡淑鳳、王秀紅(2008)也提到, 護理參與長期照護的無限可能, 認為隱性知識(tacit knowledge)須具備重要認知層層面, 包含心智模式(mental model)、信念及觀點, 而如何把隱性知識轉化為顯性知識, 是知識迴旋中最關鍵的步驟。

#### 四、研究方法

本研究第一年研究工作重點在於文獻分析, 而文獻分析的重點又在於, 針對默會知識的理論與臨床應用文獻進行蒐集、閱讀、比對、分析與探討。經歷近十個月的時間, 初步將文獻歸納為幾大類:(1)默會知識的理論探討: 這部份包括默會知識創始人 Michael Polanyi 的原著著作及二手資料的理論檢視與分析著作;(2)默會知識在各學科領域的應用研究: 經過蒐尋探索發現, 默會知識的應用領域十分廣泛, 但主要落在在護理、醫學、管理、心理及教育等學科的範疇內。由於本研究的主題落在醫療領域, 故而將會以護理及醫學領域的默會知識應用為主要的整理分析對象, 再旁及到管理、心理及教育等領域進行對比與輔助的整理分析;(3)以護理知識建構為例, 了解默會知識在護理學門的發展演變線索: 如此對於發展本研究之臨終照顧的個人知識建構及臨床意義探索, 將具有極佳的參照意義;(4)國內知識建構研究的文獻現況掌握: 以上三個層面的文獻探索主要集中在英文文獻上, 因本研究係企圖建立本土臨終照顧經驗的個人知識, 因此對於本土默會知識研究探索的現況, 亦應透過中文期刊論文的蒐集、閱讀、比對與分析而有所把握。

本研究第一年研究的另一個工作重點是, 進駐在北(台大)、中(中國)、南(慈濟)三所醫院的安寧病房, 建立研究田野的據點, 以便蒐集經驗的資料。目前已通過慈濟 IRB 審查, 台大醫七月、中國醫八月亦會有具體結果, 預料可獲審查通過。就研究法而言, 此一部份的工作所涉及的研究方法是奠基於海德格存有哲學的詮釋現象學研究法(hermeneutic phenomenological method or interpretive phenomenological method, Benner 1984, 1994, Benner & Wrubel 1989, Diekmann *et al.* 1989), 以此做為研究的指引。

首先, 在場域設定與研究參與者的招募方面: 場域擬收案對象為從事臨終照顧工作的主要

團隊成員，包括醫生(至少 2 人)、護理人員(至少 4 人)、宗教師(至少 1 人)及志工(至少 3 人)等，合計每一場域收案數約 10-15 人，三個場域總共 30-45 人。收案標準依年資從資淺(至少 1 年)至資深(3-5 年以上)分成二至三個經驗等級，各需收案若干位，以便涵蓋不同的經驗範疇與層次，方能符合研究主題的立意。

第二，本研究的經驗資料蒐集方式有以下四種：(1)人類學俗民誌的方法論，透過參與觀察的方式(如參與團隊會議討論、常規照顧流程、教育訓練課程等)，建立起與場域所在人員的良好關係，同時記錄田野日誌資料，以建立對場域及主題經驗較為整體、深入與內在觀點的認識，以便做為之後所蒐集經驗資料分析的前理解基礎之一；(2)深度訪談法：擬針對每位收案對象進行一至二次的半結構式深度訪談，訪談問題如下；(3)讀書討論會：擬由計劃主持人開設病房讀書會，以影片觀賞及閱讀討論臨終照顧經驗相關的書籍為主，原則上每年每家醫院病房四-六次，以每月一次、進行兩年為原則，以病房團隊照顧人員為主，也開放給病患家屬參與，此為病房照顧經驗另一重要田野參與觀察資料之來源；(4)焦點團體法：擬以小團體訪談討論，以獲得更為動態性的經驗資料。其中焦點團體法列為第二階段實施，其餘第一階段便實施。

訪談問題：

1. 請敘述您個人在臨終陪伴(照顧)工作的背景、工作內容、資歷及概況過程。
2. 請具體說明您個人所認識的臨終陪伴(照顧)的工作經驗內容，例如工作理念、情境、重點及作法。
3. 請以個人具體經驗舉例說明，您的臨終陪伴(照顧)工作中，比較困難的照顧情境為何？
4. 請問您是怎樣去克服這些困境的？有那些困境是難以克服的？請以實例說明。
5. 請敘述您是怎樣看待臨終與生死的課題？
6. 請問您在臨終陪伴的工作過程中，是否經歷專業上的成長？請比較當初入行到現在的轉變，並舉例說明。
7. 請問您在臨終陪伴的工作過程中，是否經歷個人心靈上的成長？請比較當初入行到現在的轉變，並舉例說明。
8. 請問您個人認為臨終陪伴(照顧)工作的教育養成訓練的重點內容為何？

第三，本研究之資料分析根據 Van Manen(1997)與 Cohen *et al.*(2000)的詮釋現象研究分析的啟發，透過經驗文本、意義單元、現象脈絡及結構主軸四個層面來回反覆閱讀的詮釋循環過程，獲得對研究主題描述與詮釋所需之主題與範疇系統關聯，以做為研究結果撰寫之參考基礎。

第四，嚴謹度：本研究依據 Madison(1988)<sup>(20)</sup>為詮釋現象學研究訂定的九項檢核標準進行評估：(1)呈現連貫統整的文本(Coherence)，(2)提出反映研究參與者真實情境的解釋(Comprehensiveness)，(3)提供對核心問題的透視(Penetration)，(4)完整處理所提問題(Thoroughness)，(5)問題必須由文本產生(Appropriateness)，(6)必須保留文本的脈絡性(Contextuality)，(7)解釋必須與文本取得一致(Agreement)，(8)可刺激未來的解釋研究(Suggestiveness)，(9)解釋具有延伸研究的潛力(Potential)。研究團隊成員依據以上檢核標準多次討論檢證，取得對文本分析解釋內容符合的標準的共識，並曾將研究結果內容向研究參與單位報告，經融入回饋意見之視域後，進一步修訂為本文呈現之內容。

第五，本研究之進行是在倫理考量允許的前提下進行的。首先，接受深度訪談及參與讀書會為研究參與者，採知情同意原則，研究參與者均在簽署同意書後方得收案訪談，中途若因任何個人因素均可退出研究；其次，需經研究場域醫院 IRB 的審查通過，始得進行；第三、在不影響醫院病房照顧團隊運作的自然情境下，進行資料蒐集的工作；第四、若有受訪對象因訪談觸及個人有關臨終照顧之深度經驗，而引發悲傷或其他情緒時，除立即暫停訪談外，並將為其

援引適當的諮詢資源協助調適。

## 五、結果與討論（含結論與建議）

針對研究主題:安寧照顧人員臨終陪伴經驗的個人知識建構及其臨床意義探索，本研究三年來的研究成果重點分層摘要如下，做為期末報告的結果，並討論其意義與未來展望。

在醫學自然科學典範的長期影響下，實證科學的知識典範始終佔據護理學科的主流地位。然而護理是一門實踐的科學。在護理知識建構的發展過程中，重視個人直覺判斷與默會素養的個人知識典範，在七〇年代末期起，也開始進入護理多元發展的知識系譜中，歷經數個階段的發展而漸趨成熟。本研究發現，個人知識典範在護理知識建構的歷程中，經過以下四個階段的發展：1.七〇年代以前的德性說，2.七〇年代的知識論探討，3.八〇年代的本體詮釋論轉向；4.九〇年代迄今的理論與實證交互檢驗。

個人知識的概念，最早是在1958年由匈牙利的哲學家Polanyi所提出的，後來發展成為一套即有系統的知識論述(Polanyi,2004)。近代護理知識建構的發展路徑，曾在不同時期展現出不同的演變軌跡。Chinn& Kramer(2008)指出，在70年代以前，因受醫學的自然科學典範影響，護理文獻呈現的研究論文大多是「實證經驗」(empiric)的知識形式，證據則是由經驗資料、實驗研究與準實驗的研究方法衍生出來；直到80年代以後，「非實證經驗形式」(non empiric forms)的知識，才逐漸有了較為多元的發展。其中，個人知識(personal knowledge)乃是其中一條嶄新的知識建構路徑，由護理學者Carper(1978)根據哲學家Polanyi的原創概念修訂提出，與實證科學、美學、倫理學並列，成為護理的四種認識模式之一。護理是一門實踐的科學，專業照顧經驗中具有個人知識成份的觀點，自Carper之後已逐漸被許多護理學者所肯認(Benner, 1984; Schultz & Meleis, 1988; White, 1995; Welsh & Lyons, 2001; Chinn & Kramer, 2008, Lake, Moss, & Duke, 2009);然而個人知識也被認為是最不確定(problematic)、最難精熟和最難教授的一種護理認識模式(Carper, 1978),在護理知識建構發展的過程中,也一直具有歧義性(ambiguous)與爭論性(Herbig, Büssing, & Ewert, 2001; Welsh & Lyons, 2001)。

由其他學科領域引進護理學門的知識典範，對於護理的知識建構必然造成影響。根據Gortner(1993)所提出的「專業學科結構」(structure of a professional discipline)概念評估，這發生在屬於學科內外之間橫向「理路脈絡」(the syntax)的層次，但此層次的變化將帶動護理學門縱向「實體理論」(substantive)層次的影響，包括研究觀點、理論、研究設計、研究限制等項目都會產生相對應的調整，也因此更新充實了護理學科知識建構的內涵。

晚近國內護理研究引進多元方法論，且對護理人文內涵探討蔚為風尚，於是涉及個人知識典範的議題便被提出來研討。這些護理實踐應用的研究，雖已注意到護理人員個人素養與知識，直接影響護理的照顧品質，但因護理知識建構非其關懷主題，故個人知識理論的發展與應用，並未獲得深入全面的關照與探討。有鑑於此，本研究嘗試探討個人知識典範在近代護理知識建構的演變軌跡，期能初步建立國內護理學門對個人知識發展的系統性理解，據此開展出個人知識在護理領域的應用與研究，以充實護理研究的知識建構內涵。

本研究三年成果共發表的五篇論文，其中三篇是研討會論文，兩篇是期刊論文，一篇國際研討會海報發表。研討會論文中，兩篇是國內發表，另一篇是國外發表，期刊論文則是投稿於國內具審稿制之專業期刊。茲分述其價值、影響及後續發展如下：

1.已於生死學理論建構研討會發表的論文主題有兩篇，第一篇主題是關於資深臨終照顧人員的身體化照顧經驗；第二篇為臨床宗教師臨終照護的身體化知識經驗為描寫與詮釋的主要內容。論文內容依據第一年之研究文獻回顧工作，以及第二年的深度訪談工作所蒐集之經驗資料，綜合分析發展而得。本研究採詮釋現象學為主要分析方法，透過分析發現這些經驗的呈現顯示

出不同的獨特徑路，此為醫護領域研究過去所未見，且主題內容亦是本土臨終照顧研究所欠缺，發表會場引發迴響，並激盪出不同的討論，研究資料內容的豐富性，突顯本研究的臨床實務價值；預計修改後投稿相關國際期刊，進一步增益其能見度與價值。

2.關於期刊發表結果有兩篇，已被《安寧療護雜誌》接受發表的論文是，關於癌末病童靈性照顧的個案分析報告，此為本研究過程中衍生的實務應用課題。第二篇為以臨床宗教師進行靈性照顧時所面臨的困境經驗為主題，進行詮釋與描寫，研究結果內容彰顯靈性照顧，與個人生命經驗與臨床實務經驗間的認知經驗有其差距，對臨床靈性照顧者具有實務的經驗理解示範，其豐富內涵提供生手到專家模式的進一步應用，本研究已投稿於台灣大學生命教育期刊，通過研究大綱初審、預審，現已進入期刊的最終審查，預計不久即可得知結果。

3.2013年發表於捷克布拉格第24屆STTI研究發表大會發表的是，關於安寧護理人員照顧經驗的層級模式。此篇論文對於釐清安寧護理人員由生手到專家的發展過程至為重要，是國際護理學界大老P. Benner的生手到專家模式的進一步應用，但卻提供新穎臨床經驗資料。未來預計投稿國際安寧照顧專業期刊發表。

4.2012年發表於長庚科技大學國際學術研討會之海報發表，其內容為佛教徒在臨終接受安寧照護的靈性照顧經驗分享，此為本研究過程中衍生的實務應用課題，從臨床理論與實務間相互的應證的實證。這也是目前臨終照顧實務研究領域所欠缺重要環節，有極高的臨床參考價值。

綜上所述研究成果內容，得知個人知識在安寧臨終關懷陪伴臨床實務經驗與理論之間的重要性。未來若能強化個人知識典範在國內安寧照護及臨終關懷的臨床、教學與研究上的應用，一方面能使臨終照護知識更貼近臨床經驗，另一方面也能反映當代安寧陪伴經驗知識建構的發展趨勢，使得國內關於安寧照護知識建構的系譜得以更加完整成熟。此個人知識建構發展理解的基礎，當能進一步拓展成對臨終照顧經驗的個人知識的建構工作。

## Selected Reference

- 博藍尼(2004)·個人知識邁向後批判哲學(許澤民譯)·台北市：商周。(原著出版於：1958年)  
[ Polanyi,M.(2004). *Personal Knowledge Towards a Post-Critical Philosophy*,(Hsh,T.M.) ]
- 賴鼎銘、葉乃靜編(2007)·默會知識研究·台北市：文華圖書管理。
- 胡文郁(2004)·臺灣文化脈絡下癌末患者之生活品質·*台灣醫學*·8(5)，688-697。
- 許樹珍(2001)·護理專業與關照倫理現象之探討·*哲學雜誌*，37，104-132。
- 蔣欣欣(2006)·護理照顧的倫理實踐·台北：心理出版社。
- 謝素英、許麗玲(2008)·Kuhn的典範與護理知識的典範發展模式·*護理雜誌*，55(1)，63-69。
- 趙可式、陳清惠、顏妙芬(2002)·末期病患靈性之本質 (The Essence of Spirituality of Terminally Patients), *The Journal of Nursing Research*, 10(4), 237-245。
- Arnal, S. G., & Burwood, S. (2003). Tacit Knowledge and Public Accounts. [Article]. *Journal of Philosophy of Education*, 37(3), 377-391. doi: 10.1111/1467-9752.00334
- Benner, P.(1984).*From Novice to Expert*.Menlo Park,CA:Addison-Wesley
- Carlsson, G., Drew, N., Dahlberg, K., & Lützen, K. (2002). Uncovering tacit caring knowledge. [Article]. *Nursing Philosophy*, 3(2), 144-151. doi: 10.1046/j.1466-769X.2002.00092.x
- Carper, B. A.(1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in nursing Science*, 1(1),13-23.
- Carper, B. A.(1988). Response to perspectives on Knowing:A Model of Nursing Knowledge .*Scholarly Inquiry for Nursing Practice:An International Journal*, 2(2),13-23.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated knowledge development in nursing (7<sup>th</sup> ed.)* St. Louis, MO: Mosby .
- Gortner, S. R. (1993). Nursing's syntax revisited: A critique of philosophies said to influence nursing theories. *International Journal of Nursing Studies*, 30(6), 477-488.
- Herbig, B., Büssing, A., & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 687-695. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01798.x
- Lake, S., Moss, C., & Duke, J. (2009). Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. [Article]. *International Journal of Nursing Practice*, 15(5), 376-388.
- Loughlin, M. (2010). Epistemology, biology and mysticism: comments on 'Polanyi's tacit knowledge and the relevance of epistemology to clinical medicine'. [Article]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(2), 298-300. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01388.x
- Meerabeau, L. (1992). Tacit nursing knowledge: an untapped resource or a methodological headache? [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 108-112. doi: 10.1111/1365-2648.ep8530127
- Merleau-Ponty, M. (1962). *The phenomenology of perception*. London, England: Routledge & Kegan Paul.
- Nys, T. (2006). The Tacit Concept of Competence in J. S. Mill's On Liberty. [Article]. *South African Journal of Philosophy*, 25(4), 305-328.
- Ray, T. (2009). Rethinking Polanyi's Concept of Tacit Knowledge: From Personal Knowing to Imagined Institutions. [Article]. *Minerva: A Review of Science, Learning & Policy*, 47(1), 75-92. doi: 10.1007/s11024-009-9119-1

- Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. [Article]. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 28-37. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01235.x
- Silva, M. C., sorrell, J. M. & sorrell, C. D. (1995).From Carper's patterns of knowing to ways of being: an ontological philosophical shift in nursing. *Advances in nursing Science*, 18(1),1-13.
- Welsh, I., & Lyons, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. [Article]. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(4), 299-305.
- White, J.(1995).Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in nursing Science*, 17(4),73-86.

附件一：

國科會成果發表稿件

投稿類型	發表題目	發表時間
研討會(國內)	臨終關懷的身體化知識--以資深安寧照顧人員為例	第十屆生死學理論建構研討會 2013.3
	臨終照護的身體化知識--以臨床宗教師為例	第十一屆「生死學理論建構研討會」 2014.6
研討會(國外)	A stratification of the embodied knowledge of nursing care experience in hospice wards.	<i>24th International Nursing Research Congress: "Bridge the Gap Between Research and Practice Through Collaboration"</i> 22-26 July 2013, Prague, Czech Republic.
海報發表	Spiritual Care in Hospice Home Care Services: a Case Study of Buddhist Patient	長庚科技大學 2012 「國際學術研討會」-孕育新世紀形塑照護專業之標竿學習 p.67
期刊(國內)	癌末病童之靈性照顧—以安寧病房為例	安寧療護雜誌 <a href="#">18 卷 1 期</a> (2013 / 03 / 01)
	臨終靈性照顧的困境探討—以臨床佛教宗教師為例	台灣大學生命教育期刊(審稿中)2014.

# 臨終關懷的身體化知識—以資深安寧照顧人員為例

蔡昌雄/釋普安

03/16/2013

## 摘要

臨終關懷場域的照顧經驗是形塑生死學知識系統的重要一環。然而，由於臨終照顧涉及照顧者主體的知覺經驗，其知識化過程有別於客觀知識的積累提煉，係一種身體化的知識。本研究做為探索本土死亡系統知識建構系列研究的一環，以詮釋現象學研究法為指引，招募十位北、中、南三家醫院資深安寧照顧人員為研究參與者，進行半結構式的研究訪談，形成研究文本。爾後在訪談文本、意義單元、現象脈絡及結構主軸四個層次之間，進行往復來回的詮釋現象分析歷程。在「病情告知」、「整體性疼痛評估」、「心理靈性需求處遇」、「關係調解」及「瀕死照顧」五大臨終顧經驗構面上，建立起對資深安寧照顧人員臨終照顧之身體化知識特質的初步理解。本研究對臨終照顧知識屬性的澄清、臨終照顧知識的特質發現，以及臨終照顧教育的知識基礎，具有開顯、闡釋及應用的貢獻。

**關鍵詞：**臨終關懷、安寧照顧、身體化知識

# **A stratification of the embodied knowledge of nursing care experience in hospice wards**

Chang-Hsiung Tsai, Shu-Ling Tsai & Hsiu-Huei Lee

## **Abstract**

**Purpose.** This study focuses on the distilling of embodied knowledge of nurses' caring experience in hospice wards. A stratification of a four-leveled nursing terminal care experience paralleled to Benner's model of nursing knowledge will be identified and laid out for examination and interpretation. Though, based on the previous model, this study goes further in that it does not only provide an understanding of how hospice nurses acquire their embodied caring knowledge progressively, but also discloses the very nature of nursing care during the terminal stage; i.e., living with dying.

**Methods.** In this qualitative study, 12 nurse participants from three hospitals in Taiwan were recruited through purposive sampling for semi-structured depth-interviews. The years of their hospice care experience range from 3 to 20, possibly representative of the different stages from advanced beginner to expert in Benner's model. The texts were then analyzed by the hermeneutic phenomenological method. A reciprocally interpretive circle between units of meaning, sub-themes and main themes was conducted.

**Results.** A four-leveled embodied knowledge of terminal care based on hospice nurses' subjective experience were stratified from the bottom up as follows. 1. learning without knowing, 2. digging out the sure, 3. one step short of penetrating, 4. going with the life flow.

**Conclusion.** Hospice nurses' caring experiences are invaluable. However, given that the caring experiences are subjective in nature, they cannot be properly communicated, learned and taught if they are not first rendered into the form of knowledge. In this study, what has been portrayed is a progressive model of terminal care knowledge in terms of nursing clinical experience. It helps establish an embodied knowledge basis from which both hospice clinical teaching and school education for better nursing can be benefited.

**Keywords:** hospice, nursing care, embodied knowledge

# Spiritual Care in Hospice Home Care Services: a Case Study of Buddhist Patient

Hsiu-Hui Lee<sup>1</sup> & Chang-Hsiung Tsai<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospice ward, hospice ward of Taiwan University Teaching Hospital, Yun-Lin, Taiwan

<sup>2</sup>Life-and-Death Studies, Nanhua University, Chia-Yi, Taiwan

## Background/Aims

According to the report of Taiwan Hospice Foundation, there were 66 hospitals providing hospice home care services, whereas only 46 hospitals have established hospice wards for inpatient services. Therefore, the quality of hospice home care services deserves no less attention than that of inpatient services. Spiritual care has been an important focus for hospice inpatient service as hospice emphasizes a holistic care for the terminal patients. However, the issues identified in addressing how to provide spiritual care in a home care setting were limited. The purpose of this research was to report how spiritual care was applied to a Buddhist with terminal illness who lived at home after being discharged from the hospice ward of a regional teaching hospital where he had received the inpatient services. The study aimed to provide empirical data delineating a practical example of delivering spiritual care to home care for terminally ill patients.

## Methods

This was a case study describing a 58-years-old male, Buddhist patient diagnosed with prostate cancer and developed metastases in the lung and bone. He moved back and forth a number of times from inpatient services to home care during his terminal stage, but he stayed at home for most of time. The data were collected by **field observation, participation** and **clinical reviews** after obtaining informed consent, followed by analysis using the content analysis method.

## Results

This research found that the patient had two main spiritual concerns, and the Buddhist chaplain responded with proper guidance. The response appeared to be clinically effective. Whereas the first concern was the anxiety overwhelmed by the deteriorating physical conditions, the second was the anxiety of impending death. The chaplain guided the patient to reduce the first anxiety through meditation, and to pray for Amita Buddha's merit in response to the second one. The chaplain also helped pacify family's anxiety when making after-death preparations.

## Conclusions

This case study demonstrated the needs and the ways to provide **spiritual care for hospice home care patients**. But more often than not, the care team members put more emphasis on the inpatient services and overlooked spiritual care. It is expected that more studies can be conducted for searching a comprehensive way of delivering spiritual care in hospice home care setting.

## Keywords

Hospice home care, Spiritual care, Clinical Buddhist chaplain.



# 癌末病童之靈性照顧-以安寧病房為例

釋普安<sup>123</sup> 蔡昌雄<sup>1</sup> 程裕藍<sup>2</sup> 游碧真<sup>3</sup>

## 摘要

兒童安寧療護提供因生命期受限的兒童及年輕人，積極而整體性的照顧方式，提升病童的生活品質並維護自主權及生命尊嚴。一般人認為兒童認知有限，其概念無法理解疾病狀態及死亡，或在家屬刻意隱瞞下未能告知病情，常造成家庭間的衝突及壓力；病童在治癒性治療無效時，家屬常掙扎於是否應接受緩和性治療的抉擇矛盾中。因此之故，讓癌末病童及家屬接受安寧照顧並非易事。有鑑於此，本文提供兩位癌末病童接受安寧療護靈性照顧過程的經驗分享。病童靈性照顧需求有以下幾點：1.關於病情告知、2.關係未和解、3.死亡焦慮、4.宗教問題諮商；靈性照顧過程首先與家屬溝通後進行病情認知理解，透過關係建立及「腳底按摩」，讓癌末病童談對病情的了解，促發情緒宣洩；使用「舊照片」及「敘舊」，引導病童及家屬進行「生命回顧」，敘說過程讓彼此關係再連結及衝突和解，肯定病童的存在有重大生命意義，藉此能互相「四道人生」。當病童自覺過去的殺生經驗，是生病最主要的原因時，引導病童「懺悔、道歉」，並以「念佛」緩解焦慮情緒，臨終時刻尊重病童的自主權，啟發內在力量，在神聖宗教經驗的護佑及「引路」下，緩解死亡焦慮及恐懼。兒童安寧照顧若能關注本文所提到照顧方式，相信對病童的善終能有所助益。死亡雖然是生命的斷裂，但是，病童的善終卻能讓逝者無憾的「善終」，生者能「善別」、「善生」悲傷緩解，生死兩相安。

**關鍵詞：**癌末、兒童、靈性照顧、安寧療護

---

<sup>1</sup>南華大學生死學研究所、<sup>2</sup>大林慈濟醫院心蓮病房、<sup>3</sup>臺大醫院雲林分院緩和醫療病房

通訊作者：蔡昌雄

地址：嘉義縣大林鎮中坑里南華路一段 55 號 南華大學生死學研究所

電話：(05)2721001-2121

傳真：(05)2427143

E-mail："蔡昌雄(Chiang-Hsiung Tsai)" [chtsai@mail.nhu.edu.tw](mailto:chtsai@mail.nhu.edu.tw)

# Spiritual Care of Ill Children with Cancer at the Terminal Stage: a Case Study of Hospice Ward

Pu-Ann Bhikkhuni<sup>123</sup> Chang-Hsiung Tsai<sup>1</sup> Yu-Lan Chen<sup>2</sup> Bih-jen You<sup>3</sup>

## Abstract

Since hospice provides a holistic mode of care for ill children and youth with terminal condition, it could enhance the quality of life and maintain their autonomy with dignity. It is commonly believed that children has limited cognition and can't understand disease and death. Or tension and conflict within the family were often caused due to family members' intention of concealing the medical situation. As the active treatment becomes futile, the family members often struggle with receiving palliative treatment. This study is a report on two clinical cases, emphasizing on the spiritual care received by two terminally ill cancer children in hospice. Based on the care process, it was found that the ill children had the following four respects of spiritual care: 1. informing the status of disease, 2. reconciliation of relationship, 3. reducing death anxiety, 4. religious counseling. For the first case, the process went as follows: 1. discussing the status of disease and letting out emotion by building up the relationship. 2. a life review being conducted for reconnecting and reconciling the relationship. 3. affirming the life meaning to facilitate the expression of love, sorry, thanks and farewell. For the second one, 1.helping express regrets and apologies to reduce guilty feeling toward the early ant-killing experience. 2. respecting the autonomy during the final stage. 3. activating the inner strength and reducing the death anxiety by reciting the Buddha's name. Attending to the ways of spiritual care for children in hospice as in this report could help facilitate "good death" of ill children. Death is a chasm of life, but the good death of ill children could leave no regret for the dead and comfort the bereaved family members.

**Key words** : Cancer at the Terminal Stage, Children, Spiritual Care, Hospice

---

<sup>1</sup> Graduate School of Life-and-Death Studies, Nanhua University.

<sup>2</sup> Buddhist Dalin Tzu-Chi General Hospital.

<sup>3</sup> National Taiwan University Hospital, Dou-Liou Branch.

# **A stratification of the embodied knowledge of nursing care experience in hospice wards**

Chang-Hsiung Tsai, Shu-Ling Tsai & Hsiu-Huei Lee

## **Abstract**

**Purpose.** This study focuses on the distilling of embodied knowledge of nurses' caring experience in hospice wards. A stratification of a four-leveled nursing terminal care experience paralleled to Benner's model of nursing knowledge will be identified and laid out for examination and interpretation. Though, based on the previous model, this study goes further in that it does not only provide an understanding of how hospice nurses acquire their embodied caring knowledge progressively, but also discloses the very nature of nursing care during the terminal stage; i.e., living with dying.

**Methods.** In this qualitative study, 12 nurse participants from three hospitals in Taiwan were recruited through purposive sampling for semi-structured depth-interviews. The years of their hospice care experience range from 3 to 20, possibly representative of the different stages from advanced beginner to expert in Benner's model. The texts were then analyzed by the hermeneutic phenomenological method. A reciprocally interpretive circle between units of meaning, sub-themes and main themes was conducted.

**Results.** A four-leveled embodied knowledge of terminal care based on hospice nurses' subjective experience were stratified from the bottom up as follows. 1. learning without knowing, 2. digging out the sure, 3. one step short of penetrating, 4. going with the life flow.

**Conclusion.** Hospice nurses' caring experiences are invaluable. However, given that the caring experiences are subjective in nature, they cannot be properly communicated, learned and taught if they are not first rendered into the form of knowledge. In this study, what has been portrayed is a progressive model of terminal care knowledge in terms of nursing clinical experience. It helps establish an embodied knowledge basis from which both hospice clinical teaching and school education for better nursing can be benefited.

**Keywords:** hospice, nursing care, embodied knowledge

# 臨終靈性照顧的困境探討—以臨床佛教宗教師為例

釋普安、蔡淑玲、蔡昌雄

## 摘要

本研究旨在探討本土臨床佛教宗教師的靈性照顧困境，並嘗試建立對其靈性照顧困境主觀經驗的意義本質與脈絡的理解。以詮釋現象學研究法為指引，本研究通過醫院 IRB 審查，共召募六位臨床佛教宗教師為研究參與者。以深度訪談蒐集文本資料，轉成逐稿後，針對文本反覆閱讀及詮釋分析，並確保嚴謹度。結果歸納出臨床佛教宗教師兩大靈性照顧困境：1.「個人角色轉換」，2.「臨床靈性照顧挑戰」。其中「個人角色轉換」包括兩子題：(1)個人認知轉換困難，(2)專業角色融入困難；「臨床靈性照顧挑戰」包括三子題：(1)病情告知，(2)心靈療癒，(3)瀕死準備。本研究建議此靈性照顧困境可從：1.專業課程的推廣及訓練，2.網絡諮詢支持通路的設置，3.現代生死學知識的學習，4.案例討論及典範學習的強化等四個方向來改善。這些工作面向的臨床照顧工作落實過程，亦可做為進一步深入研究的主题。

關鍵字: 靈性照顧、佛教宗教師、安寧療護

# **The Quandary of Spiritual Care for Terminal Patients:**

## **Take Clinical Buddhist Chaplains as An Example**

**Shih Pu Ann, Shu-Ling Tsai, Chang-Hsiung Tsai**

### **Abstract**

This research purported to explore the quandary of spiritual care of local clinical Buddhist chaplains and attempted to establish an understanding on the essential meanings and context of the quandary. Guided by hermeneutic-phenomenological research method, this research had passed the IRB of hospitals and recruited 6 clinical Buddhist chaplains as participants. Data were collected through depth-interviews. Then, the interviewed text transcribed verbatim was interpreted and analyzed by continuing re-reading, and the rigor was ensured. The result was disclosed by two dimensions of the quandary: 1. 'transforming personal role,' 2. 'clinical challenges of spiritual care.' While the first dimension consists of two sub-themes: 1. difficulty in transforming personal role, 2. difficulty in assuming professional role, the second dimension consists of three sub-themes: 1. the truth-telling on the ill conditions, 2. psycho-spiritual healing, 3. preparation for the impending death. It was suggested that improvement of the quandary can be done by the following four avenues: 1. promoting professional training curriculum, 2. setting up supportive counseling network through webs, 3. engaging in contemporary thanatological studies, 4. case discussion and paradigm learning. Follow-up researches on those subjects were also recommended.

Key words: spiritual care, Buddhist chaplains, hospice care

# 臨終與往生助念之理論建構與實務應用之研究

釋慧開(陳開宇)

## 中文摘要

臨終與往生助念在台灣佛教界早已行之多年，但一直欠缺強而有力的理論根據。近年來在台灣，往生助念在形式上已經成為佛教界與佛教徒處理臨終及往生事件的「標準作業程序」；而且在民間傳統宗教態度「有燒香就有保庇」的影響與附和下，愈來愈多的非佛教徒也開始在形式及程序上比照辦理。

然而，絕大多數民眾對於往生助念其實還是一知半解，即使是佛教徒也多半是知其然而不知其所以然，甚至摻雜了許多道聽塗說、以訛傳訛的錯誤見解，例如：以為臨終關懷只要為病人誦經念佛就好，或者堅持斷氣後八小時不得移動病人的身體，而不願、甚至拒絕配合醫護人員應該要為病人施作的症狀控制。

本研究為三年期之研究計畫，第一年為「台灣臨床臨終及往生助念的現況調查」、第二年為「臨終與往生助念之理論建構」、以及第三年為「臨終與往生助念之理論與實務的結合」。本研究企圖能為臨終(往生)助念提出一個超越淨土宗觀點的普遍性理論基礎，並且為絕症病人及其家屬，提供一些確實可行的臨終關懷與安寧照顧實務參考。

**關鍵詞：**助念、臨終助念、往生助念、臨終關懷、安寧照顧

# A Research of the Theoretical Construction and Practical Application of “*Chu-nien*” for the Dying and Deceased

## Abstract

“*Chu-nien*” chanting or prayer, which means the guiding prayer for the dying and the dead by reciting the Buddha's name, has long been prevalent around the Buddhist circle in Taiwan for many years, but has always lacked a strong theoretical basis. In recent years in Taiwan, “*Chu-nien*” chanting has become the “standard operating procedures” in the formality of dealing with the dying and death events in the Buddhist community and among the Buddhists. Due to the religious attitudes in the folk tradition: "where there is incense burning offer, there is blessing," more and more non-Buddhists, going along with the impact, have begun in form and procedure to adopt “*Chu-nien*” chanting in handling the dying and deceased.

However, in a matter of fact the overwhelming majority of people have little knowledge about “*Chu-nien*” chanting for the loved ones, even the Buddhists are also mostly not so familiar about the details. Their knowledge about this matter is mixed with incorrectly relayed or erroneous message or error of opinion. For example, some thinks that the hospice care for the dying has only to do nothing but Buddhist chanting for the patient, or some insists on no moving the dead patient's body within eight hours after expiration, not willing, or even refuses to cooperate with medical and nursing staff to apply the symptom control for the patient.

This research is a three-year project. The first year project is “a survey of clinical situations of dying and *Chu-nien* for the dying and deceased in Taiwan,” the second year is “the theoretical construction of *Chu-nien* for the dying and deceased,” and the third year is “the practical application of *Chu-nien* for the dying and deceased.” This whole project attempt to propose a universal theoretical basis beyond the Pure Land point of view, and to provide some actually pragmatic reference to the practice of hospice care for the terminally ill patients and their families.

**Keywords:** “*Chu-nien*” chanting or prayer, the guiding prayer for the dying by reciting the Buddha's name, the guiding prayer for the deceased by reciting the Buddha's name, terminal care, hospice care

## 一、前言

生、老、病、死——本是大地一切有情生命週期中的自然現象與必經歷程，然而，在理性上存在著一項生命的弔詭，就是絕大多數的現代人在認知上無法接受吾人生命週期中終須來臨的死亡事件；同時，在感性上存在著一種難以割捨的生離死別情結，以至於在態度上無法坦然地面對自我及親人生命週期中的自然死亡現象。爲了追求生命的延展與再生，現代醫學及生物科技的進展已經成功地複製了牛、羊等動物<sup>37</sup>，甚至於有可能複製人類本身<sup>38</sup>，但是卻拒絕正視生命週期中自然且必然的死亡現象，而一律將「死亡」當成「疾病」來處理，希求不斷地治癒或盡量延緩任何即將來臨的死亡事件。在這樣的思維模式下，絕大多數的現代人都很難保有尊嚴而自主地自然死，同時也很難從容而自然地尊嚴死，理想上的「善終」——無論就主觀或客觀的條件而言，都有其現實上的困難。多數人在不得不面對自己或親人的生死大事或臨終情境時，往往顯得恐懼、慌亂、茫然而又不知所措。所幸近二十年來，已有了新的契機，在感性的層面，甚至於實踐的層面，都展現了我們對於死亡的態度，已經從迴避與畏懼到逐漸正視，但要作到坦然地面對死亡，甚至於瀟灑地離開人世，則須要不斷地從實踐中得到印證，同時還需要建構面對生死大事的理論基礎。

「死亡品質」與「死亡的尊嚴」其實是長久以來就一直被忽視，或者不如說是早就被遺忘的問題；在佛教(特別是淨土思想)傳入中土以前，雖然還沒有「往生」的概念，但是在中國文化的固有思想裡，卻早已有了「善終」之說，可見古人原本就十分重視死亡的品質；雖然古哲是從社會倫常的角度思考，而非基於宗教解脫的觀點立論。《尚書·洪範》篇中說人生有五福(也就是「五福臨門」這個成語的出處)：「一曰壽，二曰富，三曰康寧，四曰攸好德，五曰考終命。」<sup>39</sup>最後一福「考終命」就是「善終」，也就是俗話所說的「好死」；反之，咒人「不得好死」是詛咒之極。古哲將善終列爲人生五福之一，而且是五福之終極，可見其對人生有莫大的意義。就《尚書》五福的觀點而言，一個人即使長壽且富貴，但不得善終，這樣的人生究竟不夠圓滿。然而，善終不是一個孤立的事件，而是人生最後祈求圓滿的一個終極目標，所以在理想的善終之前，還需要有「(身體健)康、(心理安)寧」與「攸好德」的前提，人生才能圓滿無憾。

## 二、研究目的

基於上述，本研究預計以三年爲期，達成以下三大目的：

首先，本研究的第一年計畫將探討台灣臨床臨終及往生助念的現況，以實地訪談及問卷調查的方式，了解醫師、護理人員、社工人員、安寧病房宗教師、病人、家屬、助念團對於往生助念的觀點與認知，藉以了解其發展現況、所面臨的問題、以及未來展望。

---

<sup>37</sup> 台灣首隻複製牛「畜寶」在 2001 年 9 月 1 日誕生，農委會畜試所連夜進行 PCR 親子鑑定，確定複製成功，但是僅存活了六天即告夭折。

全世界第一隻複製羊，名為 Dolly (桃莉)，於 1996 年 7 月 5 日出生於蘇格蘭愛丁堡羅斯林研究所，該組織在成功複製桃莉羊六個月後才對外公佈這項消息，1997 年 2 月 27 日刊載於 Nature (《自然》) 期刊 385 卷，引起全球矚目。桃莉是取自一隻成年羊的乳腺細胞複製而來，也是第一個以成長動物細胞複製而來的哺乳動物。

<sup>38</sup> 2000 年 6 月 26 日，人類遺傳基因群藍圖(DNA)定序成功。2002 年 4 月 6 日，全球各大媒體引用英國 NewScientist(《新科學家》)雜誌網站報導，義大利婦產科醫生 Severino Antinori (安提諾里) 在阿拉伯聯合大公國一個「複製與遺傳工程」研討會上宣布，他已經成功使一位婦女懷有八週大的人類複製胚胎，但並未說明實驗進行的地點及婦女的國籍。《新科學家》引用杜拜發行的英文 Gulfnews(《海灣新聞報》)報導，但迄今尚未得到安提諾里本人或診所方面的證實。此一事件經媒體披露後，已受到各國宗教界、科學家和倫理學家的批評與質疑。

<sup>39</sup> 參見漢·孔安國傳唐·孔穎達等正義：《尚書正義》，(《十三經注疏 1·周易、尚書》)，頁 178。

其次，本研究第二年計畫將根據第一年的研究結果，進一步搜羅佛教經論中有關生死的歷程以及臨終與往生助念的相關文獻，旁及其他宗教有關生死歷程以及臨終與死亡的靈性照顧之相關文獻，加以研究分析，希望能為臨終與往生助念提出一個超越佛教淨土宗觀點的普遍性理論基礎，並且為絕症病人及其家屬，提供一些確實可行的臨終關懷實務參考。

最後，本研究第三年計畫的主要目的，將嘗試將宗教的教義理論以及宗教師(不限於某特定宗教)的角色與社會功能，融入安寧療護與照顧的臨床實務當中，並且著重於照顧臨終病患的精神與靈性層面，將臨終與往生助念的理論結合安寧照顧的理念，應用於對末期與臨終病人乃至初終亡者的靈性關懷與照顧。

### 三、相關重要文獻評述

#### 一、臨終助念與「臨終精神醫學與精神治療」

傅偉勳在其《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》一書第一章引論裡，在介紹西方死亡學的論述中，提到有關「臨終精神醫學與精神治療」(thanatological psychiatry and psycho-therapy)的構想，本文所論述的內容與傅氏所言有高度密切的相關性。傅氏在論及當「醫生發現病人患有癌症等嚴重病症乃至絕症之後，應否立即當面告訴病人？還是告訴病人的親人？還是等到適當的時機才說出來？或者一直不讓病人知道？」<sup>40</sup>此一重大的醫療倫理問題時說道：

此項問題又同時關涉到有關「精神醫學」與「死亡學」的另一問題：如何了解絕症病人的精神狀態？精神醫學或精神治療的專家與死亡學專家如何配合主治醫師的醫療工作，幫助病人克服負面的精神狀態？這就有從醫藥倫理學的研究，進一步展開我所說的「臨終精神醫學與精神治療」(thanatological psychiatry and psychotherapy)這門學科的必要了。目前似乎沒有人構想此一新辭，這是我多年來所積下教學經驗而有的著想，即將「死亡學」(thanatology)與「精神醫學」(psychiatry)以及「精神治療」(psychotherapy)結合起來，成為一門新科。事實上，我已提過的庫布勒·羅絲醫師，可以算是臨終醫學與精神治療的開拓者之一，只是她未曾正式使用過此一新辭罷了。我認為，此門學科(以及宗教學研究)對於絕症患者「死亡的尊嚴」問題的解決，關聯最為密切，在不久的將來當會成為一項熱門。<sup>41</sup>

按照傅偉勳的理論構想，「臨終精神醫學」(thanatological psychiatry)乃是「死亡學」(thanatology)與「精神醫學」(psychiatry)的結合，如果再加上「精神治療」(psychotherapy)，就成為一門科際整合的「臨終精神醫學與精神治療」學科。傅氏認為，此門學科又再加上宗教學的研究，則對於絕症患者「死亡的尊嚴」問題解決的關聯最為密切，他甚至預測在不久的將來當會成為一項熱門的學科。在十六年前，這是一項相當大膽而前瞻性的預測，也是為現代生死學、臨終關懷與安寧照顧指引出一個值得努力的研究發展方向。在本文的論述中，筆者試圖從一個更為廣義、超越宗教壁壘的普遍靈性關懷立場，從臨終(往生)助念的理論建構，到宗教行持與儀式深層意義的檢討，希望能夠普遍應用到東、西方各大宗教終極靈性關懷。這一點正可以呼應傅氏所主張的，「臨終精神醫學與精神治療」再加上宗教學的研究，對於解決絕症患者「死亡的尊嚴」有最為密切的關聯。

<sup>40</sup> 傅偉勳著：《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》，頁 11~12。

<sup>41</sup> 同上，頁 12。

目前無論是基督宗教或是佛教都在努力嘗試將宗教的教義理論以及宗教師的角色與社會功能，融入安寧療護與照顧的臨床實務當中，並且著重於照顧臨終病患的精神與靈性層面，此一發展可說是與傅偉勳十七年前所預測的趨勢不謀而合。當然，「臨終精神醫學與精神治療」目前尚未形成為一門正式的學科，雖然還沒有這樣的名稱，但是其趨勢已經逐漸成形，其內涵也正在逐漸充實當中。

## 二、死亡定義的再省思

在傅偉勳所構思的「臨終精神醫學與精神治療」中，還涉及醫藥倫理與科學、哲學、死亡學以及宗教學(或神學)相關聯的一項重大問題，即是「什麼是死亡(What is death)」？「死亡」的定義是什麼？針對這個問題，傅氏也提出一些相當深刻的反省：

傳統以來約定俗成的通行看法是，「肉體的死」(physical death)就是「死亡」，別無他解的可能，亦無必要，但是，戰後以來隨著生活品質的不斷提高與要求，所謂生活品質也無形中包含了「死亡(的尊嚴)品質」，這就引起了對於死亡意義的重新探討。近年來在歐、美、日等先進國家以及我國，愈來愈多的人們都對「死亡是什麼」表示關注，而從科學哲學等等觀點，極力主張腦死(brain death)以及植物人狀態就已算是「死亡」的人，也愈來愈多，但直至今日，仍無共識或定論。尤其在歐美各國，由於傳統以來的神學影響，許多宗教界人士仍不願意接受偏向純科學意義的「腦死即是死亡」這個界定。<sup>42</sup>

其實自古以來，無論東、西方文化對於「生命」與「死亡」的看法原本就不只是侷限於肉體的層次來界定，還有靈性的層次與向度；因此，幾乎在各個文化傳統中都有「死後生命」與「死後世界」的說法與描述。然而弔詭的是，及至科學昌盛而又醫學進步的現代文明，對於「生命」與「死亡」的看法反而愈來愈窄化，只是侷限在肉體軀殼來定義，靈性的層面被忽略、排除甚至抹煞了。

在現代醫學上，「腦死」是截至目前最先進的死亡定義，傅氏卻點出「腦死即是死亡」這種偏向純科學意義界定的侷限性，即使在歐美也仍然有許多宗教界人士提出質疑而不願意接受。對於死亡的定義，他認為有必要重新探討。在《瑜伽師地論》中，對於有情眾生的「死亡」以及「受生」的歷程，都有相當豐富、詳盡且深入的論述，而且主要是從心識的層次而非物質肉體的層面來分析，非常值得作為「臨終精神醫學」與「死亡心理學」的理論建構之對照參考，未來再正式研究執行時，將進行續之探討。

## 四、研究方法

本研究為三年期之研究計畫，各年度的主要研究目的分別為：第一年，台灣臨床臨終及往生助念的現況調查；第二年，臨終與往生助念之理論建構；以及第三年，臨終與往生助念之理論與實務的結合。

---

<sup>42</sup> 同上，頁 12~13。

為達上述之研究目的，本研究計畫擬採用「深度訪談法」、「文獻探討法」與「問卷調查法」三種研究方法：

**深度訪談法：**本研究將以立意取樣的方式，即選取若干醫師、護理人員、社工人員、安寧病房宗教師、病人、家屬、助念團隊等樣本進行開放式之深度訪談，其用意在於了解受訪者對於往生助念的觀點，一方面作為建構本研究之調查工具之基礎，一方面作為未來調查研究結果之詮釋基礎。

**文獻探討法：**搜羅佛教經論中有關生死的歷程以及臨終與往生助念的相關文獻，旁及其他宗教有關生死歷程以及臨終與死亡的靈性照顧之相關文獻，加以研究分析，希望能為臨終與往生助念提出一個超越佛教淨土宗觀點的普遍性理論基礎，並且為絕症病人及其家屬，提供一些確實可行的臨終關懷實務參考。

**問卷調查法：**問卷調查法本研究第一年最主要的研究方法，使用該研究法的最主要原因在於問卷調查對於灣臨臨床臨終及往生助念的現況之普遍性瞭解最為有效。本研究將以深度訪談法研所得，建構研究工具。並以立意抽樣的方式，抽取公立醫學中心，私立(非宗教)醫學中心，以及宗教所創辦之具規模之大型醫院中的醫師、護理人員、社工人員、安寧病房宗教師、病人、家屬、助念團隊成員為樣本進行調查。

本研究深度訪談之研究工具為訪談大綱，該訪談大綱尚處於預擬階段，其主要內涵將根據研究對象的特性而有所差異，其主要訪談內涵將包括：

**醫師：**

1. 病人臨終時，身體出現醫療數據所無法解釋的臨終現象。
2. 對病人無法回答的宗教現象及生死問題。
3. 家屬要求能預估存活期及死亡時間點。

**護理人員、社工人員、安寧病房宗教師：**

1. 臨終時刻家屬強烈的悲傷反應。
2. 病人臨終時的混亂狀況或疼痛表現。
3. 家屬要求一定要留一口氣回家。
4. 家屬要求病人死亡後不要動遺體。

**病人：**

1. 對未來的不確定及對未知的恐懼。
2. 因身體症狀的轉變，引發的死亡焦慮。
3. 過多的牽掛及不放心，影響即將面對死亡時的情緒。
4. 進入瀕死期，因四大分解所產生的覺知情境。
5. 過度的疼痛影響心理情緒的安定度。

**家屬：**

1. 親人往生後不能移動的問題，與實際在醫院的流程問題。
2. 一定要助念到八小時。
3. 親人臨終時因極度痛苦或往生時面相不好看。
4. 因面臨親人死亡的預期性悲傷情緒。
5. 助念時間點的問題，例如在半夜時，沒有人可以幫忙助念。

6. 若遺體因意外而殘缺不全時，該如何進行助念嗎？

**醫院：**

1. 宗教辦的醫院(包括佛教、天主教、基督教、民間宗教)
2. 醫學中心型醫院
3. 私立一般型 / 財團型醫院

至於調查問卷方面，將根據深度訪談之結果來擬定，未來將進行專家效度的評估，並進行預試，以項目分析方式刪選題項，並就問卷之信、效度加以評估。

**問卷結果**

研究者共於台灣北、中、南相關生命關懷議題演講活動中發出 1200 份問卷，回收 1043 份，回收率 87%；其中完全扣除漏頁填答或變項未填答之遺漏質者 200 份，有效問卷共 843 份，回收有效問卷 81%；透過 SPSS20.0 軟體進行統計處理分析。其中，以 5 個人口學變項為自變項，以「死亡的態度」、「臨終醫療抉擇」、「臨終助念意義」為依變項，進行平均數的差異檢定，以單因子變量分析 (ANOVA) 統計方式，及 Scheffe 事後考驗進行資料的統計與分析，比較不同基本變項之差異情形。5 個人口學變項分別為不同的性別、居住地、宗教信仰、年齡及教育程度。

**一、有效樣本人口統計變項分佈情形**

(一) 本研究受試者在性別分佈情形，以女性佔最多 603 人，佔 28.5%，男生 240 人，佔 28.5%，有效百分比受試比例女多於男，如表 2-1-1 所示。

表 2-1 性別的分佈情形

性別	人數	有效百分比
男	240	28.5
女	603	71.5
總合	843	100

(二) 本研究受試者在居住地的分佈情形，以南部 309 人，佔 36.7%，其次是中部 261 人，佔 30.9%，最後是中部 261 人，佔 30.9%，如表 2-1-2 所示。

表 2-1-2 居住地的分佈情形

	人數	有效百分比
北部	252	29.9
中部	261	30.9
南部	309	36.7
東部	2	.2

外島	19	1.8
總和	843	100.0

(三) 本研究受試者在宗教信仰方面的分佈情形以佛教 565 人最多，佔 67.0%；其次是無信仰 58 人，佔 6.9%；第三為道教 56 人，佔 6.7%如表 2-1-3 所示。

表 2-1-3 宗教信仰方面的分佈情形

	人數	有效百分比
佛教	565	67.0
道教	56	6.7
天主教	12	1.4
基督教	18	2.1
民間宗教	37	4.4
一貫道	12	1.4
無	58	6.9
其他	87	10.3
總和	843	100.0

(四) 本研究受試者在年齡方面的分佈情形以 51-60 歲 311 人最多，佔 36.9%；其次 61-70 歲 182 人，佔 21.6%；第三為 41-50 歲 161 人，佔 19.1%如表 2-1-4 所示。

表 2-1-4 宗教信仰方面的分佈情形

	人數	有效百分比
20 以下	14	1.7
21-30 歲	30	3.6
31-40	87	10.3
41-50 歲	161	19.1
51-60 歲	311	36.9
61-70 歲	182	21.6
71-80 歲	48	5.7
81 歲以上	9	1.1

總和	843	100.0
----	-----	-------

(五) 本研究受試者在年齡方面的分佈情形以大專大學 430 人最多，佔 51.0%；其次是高中職 209 人，佔 24.8%；第三為研究所以上 152 人，佔 18.0%如表 2-1-5 所示。

表 2-1-5 宗教信仰方面的分佈情形

	人數	有效百分比
無	2	.2
國中以下	50	5.9
高中職	209	24.8
大專大學	430	51.0
研究所以上	152	18.0
總和	843	100.0

## 二、受試者在面對死亡的態度、臨終醫療抉擇及助念意義各題項的差異考驗

### (一) 不同性別在各題項的差異情形

受試者在各題項量表的不同得分，本研究經獨立樣本 t 考驗，如 2-2-1 所示。不同性別在 A3 假設某天醫生告訴您得了不治之症，將不久於世，「您覺得自己會尋求醫師或家人協助，設法治療，積極求生。」、F1 面對自己生命的末期，「會積極念佛或祈禱，求生淨土或天堂。」二個題項有達顯著差異。從平均數中得知，女性 (M=3.2803)，男性 (M=2.9849)，女性面對死亡的態度較傾向於「尋求協助，設法治療，積極求生。」而在助念意義的思維部分，當面對自己生命的末期，女性 (M=3.6523) 較男性 (M=3.4549) 傾向會積極念佛或祈禱。

表 2-2-1 不同性別在各題項獨立樣本 t 考驗摘要表

		個數	平均數	標準差	t 值	顯著性(雙尾)
<b>SMEAN(A3)</b>	男	240	2.9849	1.07075	-3.722	<b>.000</b>
	女	603	3.2803	1.02784	-3.657	<b>.000</b>
<b>SMEAN(F1)</b>	男	240	3.4549	.85576	<b>-3.326</b>	<b>.001</b>
	女	603	3.6523	.74463	<b>-3.133</b>	<b>.002</b>

\*p<0.5, \*\*\*p<.001

### (二) 不同宗教信仰在各題項的差異情形

受試者各題項在宗教信仰的不同得分，經單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 並經

Scheffe' 事後考驗分析，如表 2-2-2 所示。結果發現不同宗教信仰的受試者在面對自己生命的末期「當自己無法經口進食時，我可以接受鼻胃管處置。」佛教與道教有顯著差異，道教受試者較佛教受試者傾向可以接受。除此，在面對自己生命的末期時，「會積極念佛或祈禱，求生淨土或天堂。」佛教與基督教有顯著差異，佛教受試者較基督教受試者傾向可以接受。

表 2-2-2 不同宗教信仰在各題項的差異情形

依變數	(I) 宗教 信仰	(J) 宗教 信仰	平均差異 (I-J)	顯著 性	95% 信賴區間	
					下界	上界
SMEAN(C 1)	佛教	道教	<b>-.77763</b>	<b>.001</b>	-1.3750	-.1803
		天主教	-.05865	1.000	-1.3240	1.2067
		基督教	-.00803	1.000	-1.0464	1.0303
		民間宗教	-.53357	.368	-1.2600	.1929
		一貫道	-.34136	.994	-1.6067	.9240
		無	-.21309	.967	-.8013	.3752
		其他	-.46696	.079	-.9583	.0244
		SMEAN(F1 )	佛教	道教	.28607	.409
天主教	-.10186			1.000	-.9512	.7475
基督教	<b>.75925</b>			<b>.020</b>	.0623	1.4562
民間宗教	.13272			.994	-.3549	.6203
一貫道	.31481			.963	-.5345	1.1641
無	.09814			.997	-.2967	.4930
其他	.10370			.986	-.2261	.4335

### (三) 不同居住地在各題項的差異情形

受試者各題項在居住地的不同得分，經單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 並經 Scheffe' 事後考驗分析，如表 2-2-3 所示。結果發現不同居住地的受試者在面對親人的生命末期，「可以接受親人承受無意義的醫療處置之苦。」北部與東部有顯著差異，東部受試者較北部受試者傾向可以接受。

表 2-2-3 不同居住地在各題項的差異情形

依變數	(I) 住所	(J) 住所	平均差異 (I-J)	顯著 性	95% 信賴區間	
					下界	上界
<b>SMEAN(D 6)</b>	北部	中部	-.12484	.824	-.4379	.1883
		南部	-.07668	.961	-.3775	.2242
		<b>東部</b>	<b>-2.57683</b>	<b>.048</b>	-5.1371	-.0166
		外島	.02341	1.000	-.8135	.8603

#### (四) 不同年齡在各題項的差異情形

受試者各題項在年齡的不同得分，經單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 並經 Scheffe' 事後考驗分析，如表 2-2-4 所示。結果發現不同年齡的受試者在面對醫生告訴您得了不治之症，將不久於世，「會更重視自己僅有的生命時光。」70 歲以下的人與 81 歲以上有顯著差異；「會尋求醫師或家人協助，設法治療，積極求生。」30-50 歲的人與 71-80 歲有顯著差異；「會勇敢接受死亡的到來，積極準備來生/永生。」51-60 歲的人與 71-80 歲有顯著差異。不同年齡的受試者在面對自己生命的末期，「當呼吸困難時，我可以接受氣管內插管以延續生命。」20 歲以下的人與 51-60 歲有顯著差異。；「想活得更久，可以接受所有急救醫療措施。」31-40 歲的人與 51-70 歲有顯著差異；「不想再承受無意義的醫療處置。」31-40 歲的人與 71-80 歲有顯著差異；「會積極念佛或祈禱，求生淨土或天堂。」51-60 歲的人與 71-80 歲有顯著差異。而面對親人的生命末期，「想讓親人活得更久，可以接受所有急救醫療措施。」31-40 歲的人與 51-70 歲有顯著差異。「可以接受親人承受無意義的醫療處置之苦。」31-40 歲的人與 61-70 歲有顯著差異；「會積極陪伴親人，為他/她助念或祈禱，求生淨土或天堂。」30-50 歲的人與 71-80 歲有顯著差異。

表 2-2-4 不同年齡在各題項的差異情形

依變數	(I) 年齡	(J) 年齡	平均差異 (I-J)	顯著性	95% 信賴區間	
					下界	上界
SMEAN(A2)	21-30 歲	81 歲以上	.90968*	.045	.0096	1.8098
		31-40 歲	.94444*	.010	.1194	1.7694
		41-50 歲	.88675*	.017	.0809	1.6926
		51-60 歲	.89986	.012	.1051	1.6946
		61-70 歲	.83114	.035	.0279	1.6344
SMEAN(A3)	31-40 歲	71-80 歲	.82000	.005	.1395	1.5005
		41-50 歲	.67389	.021	.0515	1.2962
SMEAN(A4)	51-60 歲	71-80 歲	.44025	.039	.0105	.8700
SMEAN (C1)	31-40 歲	51-60 歲	.66620	.002	.1467	1.1857
		61-70 歲	.63633	.011	.0781	1.1946
SMEAN(C2)	20 歲以下	51-60 歲	1.15251*	.025	.0712	2.2339
		61-70 歲	1.15410	.030	.0558	2.2524
	31-40 歲	51-60 歲	.77473	.000	.2865	1.2630

		61-70 歲	.77632	.000	.2516	1.3010
		71-80 歲	.82222*	.011	.1002	1.5442
SMEAN(C3)	20 歲以下	51-60 歲	1.09089	.048	.0052	2.1765
SMEAN(C4)	31-40 歲	51-60 歲	.81311	.000	.3229	1.3033
		61-70 歲	.81577	.000	.2890	1.3426
SMEAN(C5)	31-40 歲	51-60 歲	.60924	.002	.1247	1.0938
		61-70 歲	.59666	.010	.0759	1.1174
SMEAN(C6)	31-40 歲	71-80 歲	.78000*	.010	.0991	1.4609
SMEAN(D2)	31-40 歲	51-60 歲	.64558	.008	.0931	1.1981
		61-70 歲	.70222	.006	.1085	1.2960
		71-80 歲	.86222	.028	.0452	1.6792
SMEAN(D3)	31-40 歲	51-60 歲	.69039*	.002	.1532	1.2276
		61-70 歲	.81220	.000	.2349	1.3895
SMEAN(D5)	31-40 歲	51-60 歲	.55610	.043	.0085	1.1037
		61-70 歲	.65476	.015	.0663	1.2432
SMEAN(D6)	31-40 歲	61-70 歲	.56168	.047	.0031	1.1203
SMEAN(F1)	51-60 歲	71-80 歲	.47056	.027	.0273	.9138
SMEAN(G1)	31-40 歲	71-80 歲	.47111*	.040	.0101	.9321
	51-60 歲		.43990	.016	.0425	.8373

#### (五) 不同教育程度在各題項的差異情形

受試者各題項在教育程度的不同得分，經單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 並經 Scheffe' 事後考驗分析，如表 2-2-5 所示。結果發現不同教育程度的受試者在面對醫生告訴您得了不治之症，將不久於世，「會更重視自己僅有的生命時光。」、「會珍惜與親友敘舊的機會。」教育程度高中職以下與大專大學以上的人有顯著差異。而在面對自己生命的末期，「我了解插鼻胃管時，身體的感受。」教育程度國中以下與大專大學以上的人有顯著差異；「我了解氣管內插管時，身體的感受。」教育程度國中以下與高中職以上的人有顯著差異；「我了解氣切時，身體的感受。」教育程度國中以下與研究所以上的人有顯著差異。對於臨終/往生/助念或祈禱，認為「此過程能降低臨終病人面對死亡的害怕情緒。」教育程度高中職與研究所以上的人有顯著差異；認為「此過程能減緩家屬悲傷的情緒。」教育程度高中職以下與研究所以上的人有顯著差異；認為「此過程能實質幫助臨終病人善終(如願往生或永生)。」教育程度高中職以下與大專大學以上的人有顯著差異。而在面對自己或親人生命末期時，「會積極(為他)念佛或祈禱，求生淨土或天堂。」教育程度高中職者與研究所以上的人有顯著差異。

表 2-2-5 不同教育程度在各題項的差異情形

依變數	(I) 教育程度	(J) 教育程度	平均差異 (I-J)	顯著性	95% 信賴區間下界	95% 信賴區間上界
SMEAN(A2)	國中以下	大專大學	-.36755*	.008	-.6730	-.0621*
		研究所以上	-.49385*	.000	-.8270	-.160g7*
	高中職	研究所以上	-.29211*	.002	-.5092	-.0750*
SMEAN(A5)	國中以下	大專大學	-.33144*	.049	-.6621	-.0008*

)		研究所以上	-.51372*	.001	-.8743	-.1531*
	高中職	研究 0 所以上	-.31205*	.002	-.5470	-.0771*
SMEAN(B1)	國中以下	大專大學	-.64314	.016	-1.2091	-.0772
)		研究所以上	-.72495	.011	-1.3422	-.1077
SMEAN(B2)	國中以下	高中職	-.63719	.029	-1.233	-.0408
)					6	
		大專大學	-.70014	.006	-1.266	-.1337
					5	
		研究所以上	-.82689*	.002	-1.444	-.2091*
					6	
SMEAN(B3)	國中以下	研究所以上	-.64747*	.040	-1.278	-.0169*
)					0	
SMEAN(E1)	高中職	研究所以上	-.30802	.001	-.5303	-.0857
)						
SMEAN(E2)	國中以下	研究所以上	-.36721*	.031	-.7134	-.0211*
)	高中職		-.27715*	.006	-.5027	-.0516*
SMEAN(E4)	高中職	大專大學	-.20577	.045	-.4091	-.0024
)		研究所以上	-.32464	.005	-.5819	-.0674
SMEAN(F1)	高中職	研究所以上	-.28474	.022	-.5438	-.0257
SMEAN(G1)	高中職	研究所以上	-.29453*	.004	-.5255	-.0636*
)						

## 問卷調查結論

問卷調查結果，就性別部分觀之，發現在面對自己生命末期時，女性較男性傾向尋求醫療協助積極求生或求往生善處，而此結果推論可能因社會賦予男性堅強的社會角色，所以男性在面對生命末期時可能會經歷較長的否認期所影響，而這都是值得繼續探索的。就信仰的部分可觀之，佛教與道教授試者在面對自己生命末期，無法經口進食時，對於是否接受鼻胃管處置，有顯著差異，但結果並無法確定是信仰信念或個人信念影響，是可再深入了解之處。除此，在面對自己生命末期時，是否會積極念佛或祈禱，求生淨土或天堂部分，佛教與基督教受試者結果有顯著差異，經部分受試者表示，基督教認為人死後得永生，臨終時就是要回到天主身邊，是喜樂的，所以面對臨終者的心境與一般信仰及佛教有別，所以在題意及文字的表達上易受到干擾，此部分可能影響結果。除此，若未來研究抽樣，若將以信仰為主要考量時，受試者的比例分配也是值得注意的。在居住地部分，面對親人生命末期時，北部與東部受試者在是否接受親人承受無意義的醫療處置之苦，有顯著差異；此部分除了受試者的比例差距值得考量，另外，東部居民多以原住民居多，是否因文化差異或其它影響是可在確認之處。在年齡的部分，80 歲以上的長者顯示在面對自己的不治之症時，顯示較 70 歲以下的受試者有較低的重視程度，推論可能因高齡者經歷週遭他人老病死，所以對人生有隨緣的心態；也可能因為外在環境影響，對生命抱持負面的存在動機，而這都需要未來更進一步的確認。除此，在面對自己或親人末期時，青壯年受試者較中老年人較傾向接受尋求醫療協助，積極求生，態度是一致的，而這可能

受到青年正值人生初展翅高飛，壯年的發展階段擔負著家庭主要承擔者的角色影響。在教育程度的部分，發現在面對自己或親人末期時，大專大學以上教育程度的受試者較以下高中職的受試者普遍重視與珍惜僅有的時光，推論學歷高者可能有較優異的工作及社會地位，較重視自我的生活品質；而學歷較低者可能從事偏勞動性的工作，擔心的可能會是家庭經濟問題而不完全是自我的狀態；除此，在醫療處置可能帶給自身的影響感受等知識性問題，國中以下教育程度之受試者普遍較高中職或大專大學以上的人傾向不了解，而對於知識性了解的多寡是否影響受試者在面對自己與親人生命末期的抉擇有正相關，這都是值得進一步在探究的。

## 五、結論

本研究從第一年及第二年的研究工作重點在於文獻分析，針對傅偉勳教授《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》論述與臨床應用文獻進行蒐集、閱讀、比對、分析與探討。彙整專家諮詢及訪談安寧病房醫生、醫護人員及有上萬次助念經驗的宗教師的訪談資料，演展了第一年問卷調查的田野調查。透過研究者百場次數的生命教育講座及安寧療護課程，發放問卷宣導安寧療護及臨終醫療抉擇的認知，與學員的意見交流以便蒐集經驗的資料。現代人所面對的臨終與死亡課題，已經超越醫療科技的極限了，需要求助於哲學與宗教的智慧及靈性關懷。醫療已達極限，生命何去何從？如何讓生命最後階段仍享有尊嚴？病患與家屬如何抉擇才能安頓生死？這些都是現代人共同面對的課題與挑戰，值得我們認真深入地重新省思。

三年之研究進度順利，概如預期所設定的目標。承先啓後延續本計畫的議題，發展新的三年計劃：本土善終模式之建構與社會實踐—以「生命永續」及「親情陪伴」觀點為主軸。研究者經常受邀到各級學校、機關、醫院、宗教道場、企業團體、讀書會...等，做生命教育演講及安寧療護講座，積極推廣「生命的品質與死亡的品質」以及「生命的尊嚴與死亡的尊嚴」。所著專書《生命是一連續的函數》，不僅在國內接受各報刊媒體及廣播電台的採訪，也傳播至海外如澳洲、紐西蘭、關島、新加坡、菲律賓、馬來西亞、美國、香港、大陸等地。《生死自在-生命終極關懷》系列一&二已印刷流通 2 萬套，不僅有助於提升安寧場域助人工作的整體照顧品質，也能更有益於末期、臨終病人及初終亡者的順利「善終」及「往生」。本研究希冀提供當代社會實徵場域中，在高齡或末期病患面對臨終與死亡的課題及情境時，重要他人如何陪伴其走完善終歷程的一系列可依循之照顧模式，尤其是協助當事者在面臨死亡臨近時，如何轉化其不安心境朝向安寧善終之路，研究結果可作為心理學、宗教學、醫學等相關領域研究者和實務工作者參考。

# 子計畫七：瀕死經驗歷程及後續效應之研究---以台灣本土個案為例

釋永有

以下以所發表之三篇期刊論文作說明:

## 1. 佛典中瀕死經驗相關理論與案例探討 --以金剛經的感應為例

本研究為文獻分析之研究法，主要發現:

1. 佛教經典中的相關理論，如：中陰身、輪迴觀、十法界的思想與可以和個案的經歷相互對照。
2. 佛教信仰深刻的影響到個案瀕死經驗之內容與歷程，個案由於堅定的宗教信仰力量，讓自己有機會死後又復活。
3. 中國佛教徒式的瀕死經驗充滿著中國文化特色。個案的經歷除了呈現出受到宗教信仰的影響，然也受到文化背景死亡觀之影響。死後去地府見閻王的思想，深刻的影響到當時人民的死亡觀，也反映在個案瀕死經驗之內容。

### 【學術貢獻】

1. 國外的瀕死經驗研究已有多年，且遍及許多國家，國內則少有這方面之研究，故本研究在國內具有前瞻性。
2. 檢視佛教典籍中瀕死經驗之相關理論與案例。雖為古籍，卻可與現代理論相呼應。
3. 由金剛經感應錄中找出瀕死經驗之相關案例，發現瀕死經驗非為現代人才有，古人亦有類似經驗。古人與今人，東方與西方的瀕死經驗，可以互相參照。
4. 本研究之案例呈現出宗教信仰對瀕死經驗之影響，而當代社會文化對死亡及死後世界的看法似亦會影響到個案之經驗。由此凸顯出宗教信仰與瀕死經驗之關係。
5. 中國佛教徒式的瀕死經驗充滿著中國文化特色。個案的經歷除了呈現出受到宗教信仰的影響，然也受到文化背景死亡觀之影響。死後去地府見閻王的思想，深刻的影響到當時人民的死亡觀，也反映在個案瀕死經驗之內容。
6. 瀕死經驗中有許多死而復生的故事，雖然有別於因開悟而得到了生脫死的解脫境界，但因修持信奉金剛經而脫離死亡威脅，再度還陽，回到人間繼續生存，呈顯出佛教信仰的力量具有解脫死亡之險的功能。
7. 透過本文討論，在宗教生死學之死後世界以及人與他方世界接觸之領域，開啓了一扇透視的門窗，是本土死亡系統不可或缺的重要部分，也可作為生死學、生命教育的參考。

## 2. 瀕死經驗與宗教信仰之關係初探—以四位佛教信徒為例 釋永有 釋覺了著

### 【內容摘要】

「瀕死經驗」，英文為 Near-Death Experience，簡稱 NDE，即指發生在實際或者是已經非常接近死亡當中，我們的意識脫離肉體的清晰經驗。國外的瀕死經驗研究已有多年，國內則尚在起步。

本研究依據美國凱尼斯·林格（Kenneth Ring）之理論，透過其提出的十項體驗要素來選取本土四位個案，並採取質性研究的深度訪談及詮釋學，來深度探討瀕死經驗與宗教信仰之關係。

研究結果發現：(1)佛教經典中的相關理論及義理中的中陰身、輪迴觀、十方世界的思想

與可以和個案的經歷相互對照。而佛教萬法唯識的思想則從中一以貫之，可作為個案不同經歷內容的解釋。(2)佛教信仰深刻的影響到個案瀕死經驗之內涵、歷程及後續影響。

#### 【學術貢獻】

- (1)為國內第一篇有關瀕死經驗與宗教信仰之中文學術期刊論文，頗具前瞻性。
- (2)以本土個案為例，四個個案的瀕死經驗深度訪談，除了呈現出宗教信仰或觀念的影響之外，文化背景之影響亦值得關注。佛教信仰早已與中國文化結合，普遍深入民眾的生活中，因此個案即使經歷前尚未正式皈依，其有關宗教的經驗仍呈顯在瀕死經驗個案的描述中。
- (3)佛教經典中的相關理論及義理中的中陰身、輪迴觀、十方世界的思想與可以和個案的經歷相互對照。而佛教萬法唯識的思想則從中一以貫之，可作為個案不同經歷內容的解釋。
- (4)佛教信仰深刻的影響到個案瀕死經驗之內涵、歷程及後續影響。
- (5)本研究發現可作為生命教育、生死學參考之處：臨終時的意識狀態是未來往生何處的重要關鍵，也是中介生命狀態(死亡到再生之間)，所顯現之境界的重要原因。

### 3.瀕死經驗個案後續效應之研究 釋永有 簡政軒著

#### 【內容摘要】

瀕死經驗是一個有關生命的重要議題，在國外早已受到學術界的關注，然國內的研究論文數量不多。有鑑於此，本研究試圖透過本土瀕死經驗者的主觀感受，反應瀕死經驗者在其經歷瀕死後的後續效應。

本研究目的有六項，分別為：探討瀕死經驗對生活態度之影響、對日常行為之影響、經驗前後生死觀之改變、經驗前後宗教觀之改變、對超感知能力之影響及對其經驗後調適過程。本研究採用質性研究方法，並選定六位國內本土個案為研究對象，以深度訪談方法，來探討瀕死經驗者其經驗前後之後續效應。

結果發現六位參與者其瀕死經驗後續效應共有十八項屬於正向效應。研究分析中也發現五項其他反應，然這五項反應並非來自瀕死經驗之內容，而是屬於經驗之後的生活調適或外界的壓力。

#### 【學術貢獻】

- (1)為國內第一篇探討瀕死經驗後續效應之學術期刊論文，頗具前瞻性。
- (2)以深度訪談深度呈現本土六位個案的六項瀕死經驗後續效應，探討瀕死經驗對生活態度之影響、對日常行為之影響、對其經驗前後生死觀之改變、對其經驗前後宗教觀之改變、對超感知能力之影響及對其經驗後調適過程。頗具參考價值。
- (3)結果發現六位參與者其瀕死經驗後續效應共有十八項屬於正向效應。研究分析中也發現五項其他反應，然這五項反應並非來自瀕死經驗之內容，而是屬於經驗之後的生活調適或外界的壓力。
- (4)近年來心理衛生有關調查中發現，社會結構的改變、文化的變遷、人情的冷漠、工作壓力的增加等多元因素，都造成了自我傷害以及自殺率的偏高，而本研究發現可作為生命教育、生死學教材，對於了解生命真相及人生意義具有參考價值。