

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

重症護理人員面對親人死亡悲傷調適歷程之敘事研究

Narrative Research on the Grief Adjustment Process of

ICU Nurses Facing the Death

of Their Family Member

陳育婷

Yu-Ting Chen

指導教授：李燕蕙 博士

Advisor: Yen-Hui Lee, Ph.D.

中華民國 109 年 6 月

June 2020

南華大學
生死學系碩士班
碩士學位論文

重症護理人員面對親人死亡悲傷調適歷程之敘事研究
Narrative Research on the Grief Adjustment Process of
ICU Nurses Facing the Death of their Family Member

研究生：陳育婷

經考試合格特此證明

口試委員：吳煜珊

魏書娥

李蕊蕙

指導教授：李蕊蕙

系主任(所長)：廖俊銘

口試日期：中華民國109年6月10日

謝辭

自民國 100 年入學至今，終於來到致謝辭這一刻！

回首在南華生死所的日子，這一路走走停停，一路上道路蜿蜒崎嶇不平，雖耗費多時但終有盡頭，而無論果實如何，在這過程中的體認及經驗如同珍寶。在南華生死所裡，是我截至目前最享受也最快樂的求學過程，在修課期間因為排班限制，每年只能修習最低學分，每學期最掙扎的過程就是選課，好多想修的課程，在時間限制下不得不放棄，在這過程甚至有重來一遍我也願意的念頭，當然現實裡不允許…，在這裡有許多的生命體會與感動…，也有許多的感謝~

在這裡要感謝我的三位研究參與者，願意對我袒露分享她們的生命故事與心境，帶給我許多的省思與感動，也才能得以順利完成我的論文。感謝醫院長官的支持，還有督促我完成學業的督導與護理長們。感謝口試委員吳瓊洳老師及魏書娥老師，給予學生許多的指導與寶貴的建議，讓學生論文脈絡梳理更加流暢，感謝您們！

感謝我的指導教授燕蕙老師，在這一路上的慈愛與寬容，從一開始老師願意多收留我成為她的指導學生，到後來甚至為了我要在何時休學而與另一半意見分歧時，為我們分析調解，讓我可以順利的通過初審後在休學，使我在休學期間可以安心工作與育兒。在我休學結束重返學校書寫論文時給，老師除了給予許多指導外也給我許多安定的力量，在這期間生活周遭許多狀況仍接連發生，讓我論文書寫斷斷續續甚至又一度停擺，這讓我有好些焦慮不安與掙扎，而老師總是溫柔的鼓勵與支持我，讓我可以安心面對那困境才能走到今天，謝謝親愛的燕蕙老師！

另外，感謝在生死所期間的許多老師，感謝游金潏老師在學生初審前給予的鼓勵，讓學生增添許多信心，也在老師的心理劇課程中看見許多生命的流動與教導，每次的心理劇總有好些觸動，讓我在那過程也得到許多的情緒釋放與療癒。感謝廖俊裕所長的樂意分享，讓我在休學期間還可以藉由老師的 Fb 關注南華的大小事，讓我不至與南華脫節太多，也得到許多的寶貴知識。還有感謝慧開師父、蔡昌雄老師、何長珠老師、陳增穎老師、王枝燦老師的豐厚學識引導，讓我在研究所的學習過程受惠良多，有一個開心精采的學習旅程。

在生死所除了老師給予的指導外，還有許多同學用他們獨特、豐厚的生命故事，開闊我的視域，在課程裡始終有笑有淚，還有彼此的關心與支持，感謝許多溫暖可愛的同學們，讓我在生死所有滿滿的愛與回憶。

也感謝先生在修課期間的伴讀，還有在寫論文的最後幾個月，自己照料兒子的一切，也謝謝可愛懂事的兒子，總是在媽媽說要去圖書館寫論文時，願意配合而且送媽媽許多小愛心，還有感謝二家爸媽與親愛的家人們的支持與關心，尤其一直在乎女兒們教育的爸爸，在我唸護專時期，每次開學幫我載行李返校時，爸爸總會有意無意的跟我提起插大，直到最後一學期看我在丟履歷時才停止，而我也在因緣際會下，完成了二技學業，也在多年後在進入研究所就讀，在這當中可以感到爸爸的欣慰，殊不知論文延宕多時，到這年紀還讓爸爸始終擔心我會被退學，如今，爸爸終於不用再擔心女兒畢不了業了！哈~~

感謝這一切美好的安排！

育婷於 2020.7.1



摘要

面對死亡總有很多的想像與猜測，無論是上西方的天堂或東方的極樂世界，似乎都是生者在面對親人死亡時的盼望，期待親人是去一個美好的仙境，不會是下地獄上刀山、下油鍋，這也隱藏著自我安慰的想法。死亡時時刻刻都存在，尤其是在身處重症病房的護理人員，常常與被迫與死亡相遇，在現在這醫療環境體制下，沒有人可以和他們談論死亡，重症護理人員在面對自己親人死亡時的調適歷程也被忽略。本研究在於探討重症護理人員面對親人死亡悲傷調適歷程。

本研究訪談三位重症護理人員，以敘事研究方法呈現生命故事並進行跨個案分析與討論，研究結論如下：

壹、重症護理人員面對親人生病重症的因應歷程，包含，一、護理人員理所當然的成為親人的醫療主要決策者；二、因家人重症住院而神經緊繃；三、尋求信仰的支持；四、在親人生病後，更能理解病人的需求。

貳、重症護理人員面對親人死亡的悲傷歷程及調適，包含，一、面對病人死亡的反應：（一）病人死亡想哭但不能哭、（二）初遇病人死亡，對於病人的死感到歉疚、（三）家屬對病人死亡的反應會引發悲傷、（四）病人死亡的模樣，會引發對於死亡的想像與焦慮。；二、面對親人死亡的悲傷調適歷程，包括（一）選擇讓家人善終，不予施行心肺復甦術、（二）與悲傷面對面、（三）回到親人過世的醫院上班，時常觸景傷情、（四）對於親人死後的探尋及掛念、（五）周遭同事及朋友的暖心支持、（六）將感謝病人的教導化為對家屬的支持力量。

參、重症護理人員親人死亡後，開始尋找生命意義的旅程，包含：開始尋找自己的生活目標，珍惜現在擁有的人事物，開始學習觀照自己。

關鍵字：重症護理人員、親人死亡、悲傷調適、敘事研究

Abstract

When people face the death, there is always a lot of imagination and speculation. Whether it is a heaven in the west or a paradise in the east, it seems that all living people are looking forward to the death of their relatives. Everyone hopes that after the death of their relatives, they can all go to the heaven in the west or the paradise in the east. Everyone will expect their relatives to go to a wonderful fairyland, they will not go to hell, take the road full of danger or go to the oil pot. These all hide the idea of self-consolation.

Death is omnipresent , especially ICU nursing staff often encounter forced death. In the current medical environment, no one can talk to them about death, and their adjustment process in the face of the death of their relatives is also ignored. In this study, we explore the Grief Adjustment Process of the ICU nursing staff when facing the death of their relatives.

This study interview three ICU nursing staff and present their life stories through narrative research and conduct cross-case analysis and discussion. The conclusion of this study is as follows:

- 1.ICU nursing staff face the pressure and adjustment of their relatives ill , including:
 - (1)The nurse becomes to be the main decision-maker of the medical care of relatives.
 - (2)Family members are ill critical and hospitalized, they will be nervous.
 - (3)They will seek religious support.
 - (4)After their relatives are sick, they can better understand the needs of their patients.
- 2.ICU nursing staff are facing the pressure and response of patient death, including:
 - (1) Their response to the death of the patient including: a.When patient dies, they want to cry but cannot cry. b.Facing the patient's death for the first time, they feel sorry for the patient. c.When the patient's families respond to the patient's death, they cause their own grief. d.The looks of the patient's death will trigger their imagination and anxiety about death.
 - (2) ICU nursing staff face to the Grief Adjustment Process of the death of their relatives , including: a.Let the family die peacefully without CPR. b. They can face Grief. c. They returned to the hospital where their relatives died, and they often feel sad. d. They miss them and want to know where their relatives will go after they die? e. Colleagues and friends around them will warmly support them. f. They are grateful for the patient's guidance and transformed it into a supportive force for their families.

3. After the relatives of ICU nursing staff died, they began to look for the meaning of their lives. They began to look for their own life goals, cherish everything, and began to learn to take care of themselves.

Keywords: Intensive Care Unit Nurses, Facing the Death of Their Family, the Grief

Adjustment Process, Narrative Research



目錄

謝辭	.....	I
摘要	.....	III
Abstract	.....	IV
目錄	.....	VI
圖目錄	.....	VIII
表目錄	.....	IX
第一章	緒論.....	1
第一節	研究背景與動機	1
第二節	研究目的與問題	5
第三節	名詞界定	6
第二章	文獻回顧與探討.....	7
第一節	重症護理人員面對死亡經驗之研究	7
第二節	重症護理人員成為照顧者的壓力與因應	13
第三節	悲傷調適歷程與調適策略	15
第四節	生命意義與死亡焦慮相關研究探討	20
第三章	研究方法.....	26
第一節	敘事研究方法	26
第二節	研究工具	30
第三節	資料蒐集方法	32
第四節	研究倫理	34
第五節	研究嚴謹性	35
第六節	研究流程	38
第四章	重症護理人員面對親人死亡悲傷調適故事.....	39
第一節	小茹的人生功課	39

第二節	在人生轉折中遇見自己	55
第三節	如八點檔的曲折人生	74
第五章	重症護理人員面對親人死亡悲傷調適綜合分析與討論.....	92
第一節	重症護理人員在面對親人生病重症的因應歷程	92
第二節	重症護理人員面對親人重症死亡的悲傷歷程及調適	99
第三節	重症護理人員親人死亡後，開始尋找生命意義的旅程	120
第六章	研究結論與建議.....	123
第一節	研究結論	123
第二節	研究建議與限制	129
第三節	研究反思	133
參考文獻	.....	137
附錄	.....	148
【附錄一】	逐字稿	148
【附錄二】	訪談文本分析	150
【附錄三】	訪談大綱	152
【附錄四】	問卷研究受訪者同意書	153
【附錄五】	機構同意人體研究/人體試驗證明書.....	158
【附錄六】	研究參與者檢核回饋表	159

圖目錄

圖 3-6-1	研究流程	38
圖 5-2-1	小茹面對親人死亡經歷的階段	114
圖 5-2-2	美美面對親人死亡經歷的階段	114
圖 5-2-3	貞庭面對親人死亡經歷的階段	115



表目錄

表 1-1-1	護理人員面對病人死亡相關期刊研究結果整理	8
表 1-1-2	護理人員面對病人死亡相關博碩士論文研究結果整理	9
表 3-2-1	研究參與者編碼與簡介	30
表 3-2-2	研究參與者照顧狀況及經濟來源	31
表 3-3-1	訪談時間地點	32
表 3-5-1	研究參與者檢核回饋一覽表	36
表 5-1-1	面對親人生病重症小茹的情緒、認知、生理、行為反應	97
表 5-1-2	面對親人生病重症美美的情緒、認知、生理、行為反應	98
表 5-1-3	面對親人生病重症貞庭的情緒、認知、生理、行為反應	98
表 5-2-1	面對親人死亡小茹的情緒、認知、生理、行為反應	118
表 5-2-2	面對親人死亡美美的情緒、認知、生理、行為反應	118
表 5-2-3	面對親人死亡貞庭的情緒、認知、生理、行為反應	119

第一章、緒論

第一節、研究背景與動機

壹、研究背景

“白衣天使”是社會給予護理人員的美名，但其中也顯現了社會對護理人員的期待，期待護理人員視病猶親、溫柔護理。護理人員在一般社會的角色一直是助人者，而在家庭裡也一直是親朋好友的諮詢對象，在面對家人生死關頭之時，身為護理人員的角色一樣不能卸下，同時也需扮演向外溝通及向內安撫的角色，但似乎鮮少有人關注護理人員本身的心理需求，在內在外均不能放下的翅膀是否能負荷？

筆者為加護病房護理人員，聽過很多非醫療行業的朋友甚至是第一次見面的朋友問起，妳們看那麼多死亡，應該都覺得死亡沒什麼吧？應該都不會怕吧？應該都麻木了吧？但身為重症護理人員每天處在一個充滿著急救設備與維生醫療器材的加護病房，每天面對重症患者與生命拔河甚至快速死亡的病人不在少數，醫護人員要做的是與死神搶生命，面對重症醫療的快節奏，護理人員來不及有時間去思考病人以外的事，只因為病人危急甚至死亡時是護理人員最忙碌的時刻，忙著護理病人、給藥、止血、急救、遺體護理、辦理出院手續、甚至還要處理因為傷心過度昏倒的家屬或無法接受大聲咆哮的家屬，在外界很多人以為護理人員常見生死應該在面對死亡更能處之泰然，然而事實上就我而言不是，曾經在一次父親罹癌經驗後，深刻體認到自己無法比一般人更堅強，而且發現自己似乎更難以面對，忘不了自己在上班上到一半衝進休息室哭泣，然後只能很快擦乾眼淚繼續照顧自己的病人，還有在夜裡不能入睡只能在被子裡啜泣的日子，還好，很幸運的父親得已好轉。但近兩年身邊幾位同事面臨喪親之慟，看到一位同為加護病房護理師同仁跪在地上嚎啕大哭，跪著求爸爸救媽媽的那個場面，讓我久久不能自己，在看見她們經歷陪伴自己家人死亡時的悲傷感同身受，讓我想要更進一步探討重症護理人員在面對親人死亡的悲傷調適歷程。

在克里米亞戰爭期間（1853-1856年），住院的受傷士兵有著極高的死亡率，當時南丁格爾認為重症病人應和一般病人分開並給予特別的照護，於是她制訂了「重症照護準則」，並和一群志願者把這些士兵的住院死亡率從 40% 降到 2%，一直到現在，加護

病房內最核心的人員仍是專業的重症護理師（許超群，2014）。醫療機構設置標準依醫療法第十二條第三項規定訂定：1.急性一般病床 100 床以上者，應設加護病房，急性一般病床數與加護病床數之比例，至少應為 100 床比 4 床以上。但急性一般病床 500 床以上醫院之急性一般病床與加護病床數之比例，至少應為 100 床比 6 床以上，急性一般病床之護理人員，依開放床數計算加護病房護理師人力，每床應有一點五人以上護理人員。目前國內加護病房的也種類因醫院的發展屬性及其次專科設置的情形有所不同，一般小型醫院加護病房，多為分內科、外科綜合加護病房，而教學醫院或醫學中心多為各次專科發展不同的次專科加護病房，如：心臟外科加護病房、心臟內科加護病房、神經外科加護病房、兒童加護病房...等，因著次專科的照護不同，護理人員的專業也會有所不同。

而 2020 年 6 月中華民國護理師護士公會全國聯合會，針對台閩地區護理人員統計發現護理人員執業率僅 59.3%。而人力異動頻繁讓病人安全及醫療糾紛風險相對提升，護理人員壓力相對增加、職務倦怠、營運成本增加等惡性循環下，護理人員離職率始終居高不下，年年都見護士荒。尤其重症護理人員培養不易，除了要接受基礎急重症護理訓練課程 103 小時，基礎急重症護理訓練臨床實習 120 小時，備有高級心肺救命術證照（ACLS）外，通常需要 2 年以上方能培養出能真正獨立判斷重症病人變化的重症護理師，且加護病房護理人員比一般病房護理人員接受死亡態度量表為低，且以「恐懼自己瀕死」最高（李素貞、劉雅惠、林貴滿、宋琇鈺，2007）。藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美（2007）研究顯示護理人員之情緒困境與死亡恐懼也會因末期照護經驗的多寡而影響。

可見，重症護理人員本身因為職業的關係即有較高的死亡恐懼或情緒困境，若未妥善處理悲傷會影響照護品質及病人安全，而親人死亡本身對一般人即是非常重大的人生議題，因此，在於重症護理人員面對親人死亡相關議題有其探討之必要性。

貳、研究動機

面對死亡總有很多的想像與猜測，無論是上西方的天堂或東方的極樂世界，似乎都是生者在面對親人死亡時的盼望，期待親人是去一個美好的仙境，不會是下地獄上刀山、下油鍋，這也隱藏著自我安慰的想法。死亡時時刻刻都存在，尤其是在身處重症病房的護理人員，常常與被迫與死亡相遇，在現在這醫療環境體制下，沒有人可以和他們談論死亡，重症護理人員在面對自己親人死亡時的調適歷程也被忽略。

現代社會仍逃避、否認對於死亡相關的議題，導致現代人無法勇敢面對生命中重大的失落事件（林綺雲，2005），而專業的護理人員不只是承受對於死亡的無力感，有時也有對於處理自己內在哀傷等情緒反應的無力感，調查顯示加護病房護理人員職業危害發生以「心理社會性因子」排列第一，如未妥善處理哀傷，會使得護理人員在工作中，仍持續承受失落的情緒、壓力甚至崩潰，會影響護理人員本身，也直接影響照顧病人的品質（吳安綺等，2009；Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2004）。

整理國內文獻搜尋台灣博碩士論文知識加值系統，設定關鍵字“護理人員”、“死亡”有 12 篇，關鍵字“護理人員”與“悲傷”相關論文有 3 篇，“護理人員”與“哀傷”相關論文有 1 篇，皆為關於護理人員與病人或同事死亡相關論文。關鍵字“護理人員”與“喪親”相關論文有 1 篇，與護理人員和喪親家屬之探究。“護理人員”與“失落”相關論文 2 篇，探討護理人員失落經驗與重大意外事件的失落反應與調適行為之研究。以“護士”、“死亡”關鍵字搜尋有 1 篇吳淑娟（2010）加護病房護士之死亡觀點轉化歷程與死亡教育需求之研究，採質性研究之紮根理論做為研究方法，以一位非醫療人員的角度探討三位加護病房護士面對死亡的態度、及面對病人及親人死亡觀點轉化的歷程及死亡教育需求，其中可能因研究者非醫療人員忽略了在醫療體制及法規下護士的兩難，以及在於面對親人及病人死亡的悲傷調適歷程的差異性及本身生命意義的改變。而研究者本身於重症護理單位工作近 25 年，對於重症護理人員的處境極為瞭解，此外，在 2013 年賴淨慈研究發現，台灣的悲傷研究中，「醫護」的重心多放在「助人者經驗」議題上。

綜觀以上碩博士論文，發現多為探討護理人員面對病人死亡的相關論文，而關於護理人員面對親人死亡極少。因此本研究將對此探討，藉以瞭解重症護理人員在面對親

人死亡的悲傷調適歷程並提供臨床重症護理人員及學生參考，以及喚起相關醫院管理者及學校管理者的重視及改革參考。



第二節、研究目的與問題

基於上述的研究動機，本研究運用敘事研究之理論與方法，透過重症護理人員的生命敘說，探討重症護理人員在面對親人死亡的悲傷調適歷程，再加以分析整理以達以下目的：

壹、研究目的：

- 一、了解重症護理人員面對親人生病重症的因應歷程。
- 二、了解重症護理人員面對親人死亡的悲傷歷程及調適。
- 三、重症護理人員在面對親人死亡前、後的生命意義感之變化。

貳、研究問題：

由研究目的，本研究者歸納出研究問題，並針對問題進行探討：

- 一、重症護理人員面對親人生病的因應方式為何？
- 二、重症護理人員面對親人死亡悲傷歷程及調適策略為何？病人死亡的影響？
- 三、重症護理人員在面對親人死亡前後是否會改變對於生命的看法？或影響自己對死亡的看法？

第三節、名詞界定

壹、重症護理人員：

具有執業執照的護理人員，在工作通過試用期滿後，需接受 103 小時的加護訓練並考試通過，基礎急重症護理訓練臨床實習 120 小時，備有高級心肺救命術證照（ACLS），且負責照護生命受威脅處於重症的患者，即所謂重症護理人員，通常也稱加護病房護理人員。

貳、親人死亡：

指有二等親死亡一年以上的重症護理人員。

參、悲傷調適歷程：

本研究所謂悲傷調適歷程是為個體在面對死亡時，悲傷調適、生命意義的轉變、死亡焦慮的表現，在內在思考與外在行動上自我的調整方式，藉此維持自身與環境之間的和諧關係歷程。

肆、敘事研究：

指任何使用或分析敘事資料的研究，資料係以訪談或文獻中所擷取的生命故事，或以其他方式如：蒐集個人信件、日記、自傳或人類學家將實地觀察札記以敘事形式書寫而成，而這些資料可以是研究問題的工具或是研究的對象，可能用在團體之間作比較，瞭解社會現象或歷史時期，或探索一個人的人格（吳芝儀譯，2008）。本研究中，研究參與者透過第一人稱陳述的經驗，使個人藉由對生命故事的敘說重新建構個人的自我概念，以及他對自身經驗所賦予的意義與使命。

第二章、文獻回顧與探討

本研究的文獻探討是在研究進行期間逐步發展，彙整成四個主要重點進行討論分析：第一節、重症護理人員面對死亡經驗之研究；第二節、重症護理人員成為照顧者的壓力與因應、第三節、悲傷調適歷程與調適策略；第四節、生命意義與死亡焦慮相關研究探討。

第一節、重症護理人員面對死亡經驗之研究

壹、面對病人死亡經驗

由於護理人員專業照顧者的角色，在專業工作中必須控制主觀情緒的感受與表達。而在社會與文化的規範下，對其悲傷情緒並不重視，使其在照護工作情境中出現特殊的情緒表達方式（林綺雲，2009）。大多數人認為面對病人死亡或生命末期對護理人員是專業訓練的一部份，也是一件平常的事，應當可以勝任照護工作（吳嘉瑜，1998）；長期以來護理被視為助人的專業，被期待關注病人及家屬的需求，但護理人員本身的悲傷、失落卻未受到重視（曾美珠、李燕蕙，2006）。但事實上，病人的死亡或瀕死的狀態，對護理人員是一種巨大衝擊。而且實際上在學校護理教育裡，著重於病人照護的相關專業知識及技術，對於個人面對死亡的處理以及情緒反應等，均被忽略。

而在照顧末期病人與家屬時，面對複雜拉扯的情緒情境中，發現護理人員如果一旦進入病人的情緒感受中，將會很快地被拉進病人的情緒，而很容易就此感覺到特別容易感動且脆弱。所以，護理人員為了避免這種處境，會讓自己與病人間保持一段情緒的距離，盡量讓自己在病人與家屬面前不要出現太多的自我表露，藉此避免涉入太多病人的世界，Lamers（2002）也提到，護理人員長期照顧的病人死亡，會有失落悲傷的情緒，因為覺得自己與病人的相處像「朋友」。DeSpelder 與 Strickland（2005）也提到照顧者很熟悉的病人死亡，有可能會引發悲傷（引自黃雅文等譯，2006）。

以下就護理人員面對病人死亡相關研究，依期刊及碩博士論文分開整理如表 1-1-1 護理人員面對病人死亡相關期刊研究結果整理、表 1-1-2 護理人員面對病人死亡相關博碩士論文研究結果整理。

表 1-1-1 護理人員面對病人死亡相關期刊研究結果整理

研究者	年代	主題
杜異珍	1997	台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識、態度及其影響因素之探討
研究相關結果：在所照護的病人死亡後，護理人員會有沮喪及無力感的負向感受，有 83.4% 的護理人員不願見到病人在自己上班時死亡。		
研究者	年代	主題
Papadatou ,Martinson、 Chung	2001	Caring for dying children: A comparative study of nurses experience in Greece and Hong Kong
研究相關結果：針對希臘及香港 63 位照顧瀕死病童之腫瘤科及重症單位護理人員訪談發現：在香港與希臘護理人員照顧瀕死兒童護理經驗中，大多數護理人員都會覺得無助，且無文化上的差異，同時也發現護理人員和瀕死兒童其家人溝通有困難發生。		
研究者	年代	主題
Brosche	2003	Death, Dying, and the ICU Nurse
研究相關結果：大部份護理人員經驗病人死亡會引起生理和情緒的感覺。		
研究者	年代	主題
盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲	2008	臨床護理人員面對死亡事件的心理反應與處理方式之探討
研究相關結果：採立意取樣，選取北區某醫學中心 15 位護理人員為對象，以半結構性訪談結果顯示，當護理人員面對病人死亡，會有失落、無奈的情緒，也渴望獲得關懷與支持，在面對死亡當下，態度上能以平常心看待，但各種情緒及感受是同時存在的；而其心理衝擊來自個人感受、死亡觀點的差異及禁忌的迷思。		
研究者	年代	主題
藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美	2007	非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討
研究相關結果：過於投入病患互動的護理人員或面對年輕病患或病患非預期過逝，失落感持續累積時，會害怕工作環境中面對末期病患。		

研究者	年代	主題
郭美璋、林昭光、洪栩隆	2011	臨床護理人員之死亡態度
研究相關結果：臨床護理人員通常須與病人快速建立起互信關係，卻也因而更難接受病人的死亡，也不知如何面對死亡事件引起本身的負向情緒及死亡的病人及家屬。		

表 1-1-2 護理人員面對病人死亡相關博碩士論文研究結果整理

研究者	年代	主題
顏素卿	2004	專業照顧者的悲傷剝奪經驗初探——以加護病房護理人員為例
研究相關結果：針對六位加護病房護理人員的研究發現，護理人員在面對病人死亡時，她們的失落無法公開哀悼，也未得到社會支持，似乎都經歷了「喪慟剝奪」的現象；在「悲傷剝奪」方面，則出現了個別與階段性的不同；在「哀悼剝奪」方面雖然沒有被剝奪，但時間卻非常短暫，而幫病人善終是護理人員共同的哀悼儀式。面對病人死亡護理人員的悲傷始終存在，並不因為經驗的累積而失去對死亡的感受。		
研究者	年代	主題
張詩吟	2009	安寧護理人員照護頭頸部癌末病人創傷性死亡心理經驗與適應之質性研究
研究相關結果：研究結果發現安寧護理人員在經歷病人創傷性或非預期性死亡後，個人將經歷兩個部分的創傷，因感官刺激所導致的影響的「原初創傷」；及在照顧的過程，深度同理病人的痛苦而無法跳脫的「替代性創傷」，護理人員容易因此出現慈悲疲乏或耗竭。但可從護理人員本身、機構、病人家屬與靈性上的尋見等自我照顧系統的建構，得到支持與力量，進而自我整合轉化。安寧護理人員靈性在內在轉化後會讓本身得以繼續從事護理工作。		
研究者	年代	主題
涂麗君	2010	臨床護理人員面臨病患死亡被剝奪的悲傷與因應行為-以某區域教學醫院為例
研究相關結果：臨床護理人員經歷病患死亡，常因「專業工作的要求」而有被剝奪的		

悲傷，而年齡、工作年資、職級及科別與臨床護理人員面臨病患死亡被剝奪的悲傷有顯著差異，以「間接主動」、「間接被動」、「直接被動」層面的因應行為，使用頻率越高，發生被剝奪的悲傷頻率會越高，臨床護理人員對支持關懷活動有高度需求，參與支持團體及宗教關懷團體，有降低或減緩被剝奪的悲傷，且助於因應病患死亡的處遇。

研究者	年代	主題
林凱慧	2011	在藝術治療團體中一位加護病房護理人員面對病患死亡的悲傷經驗探討

研究相關結果：1. 加護病房護理人員隨著面對病患死亡經驗增加情感更內斂，更理智處理悲傷反應，人員的悲傷反應也因人而異。2. 病人死亡的形式及年齡情感依附也會影響加護病房護理人員的悲傷反應，當強度越強，失落悲傷的反應也越強。3. 病人或家屬的正向回饋是促使加護病房護理人員實現自我理想的動力及能量來源。4. 加護病房快速的工作步調似乎也加速了護理人員的悲傷反應，經過多年歷練，將悲傷反應藏在內心深處，除非與病人有依附關係，或是觸動了內在最深層情感，才會引發悲傷反應，但對新進護理人員仍是必須經驗悲傷過程。

研究者	年代	主題
余欣蓮	2012	安寧護理人員失落經驗與自由書寫失落經驗之探討

研究相關結果：一、安寧護理人員的失落經驗（一）從護病關係看：安寧護理人員對病患或家屬有某些連結且有相處過的情況下失落可能發生，會關切病人最後的結果動向，故在病患要離開人世時會感到失落。（二）從專業角色與任務看：在善終任務執行的過程中發生不利於善終的狀況，包括：1. 專業能力與經驗不足：未能留意與警覺病況、不知如何提供協助或回應。2. 因病人特性產生的失落：對病人無法避免的死亡做心理準備、無法處理病人的疼痛、病人時間有限且無機會重來、有不能掌握及確認的事件、未能得知病人需求而無法依其所願進行照護。3. 和病人家屬、醫療團隊理念不同時的衝突。4. 病人遺願無法協助完成。二、失落經驗對安寧護理人員的影響（一）體會生命的凋亡與無常，勇於談論死亡議題，肯定臨終陪伴的重要；將負向的經驗轉化為正向的力量，豐富生命經驗與增進照護能力。（二）改變照護病患的行為：對病人照護更細心與盡力、避免遺憾，及瞭解個人限制。（三）專業表現變差、心理有負擔與壓力及生活品質有負向影響。三、安寧護理人員處理失落的方法（一）失落感受

與表現和專業、文化有關，年資越深表現失落越少。(二)失落處理方式如下：1.情緒轉移注意力的方式；預期會失落即預先調適；2.失落發生時，從同儕、親友、病人與家屬以及自宗教信仰等獲得支持，或從專業討論訓練、與療癒課程，增進信心與專業知能；及選擇放鬆身心、沉澱心靈的活動緩解心情。

林威利	2012	血液透析護理人員對於病人死亡的反應與調適行為之研究
研究相關結果：研究中表示，血液透析護理人員的失落反應越明顯，其被剝奪哀傷的經驗也越強烈，反之亦然，兩者互為影響。		
研究者	年代	主題
胡曉玲	2012	新進護理人員面對死亡之照護經驗
研究相關結果：在新進護理人員面對病人死亡之照護經驗，新進護理人員會因為死亡衝擊、角色壓力及個人信念而產生多重壓力，而且多重壓力同時發生。此時外在充足的支持可以促使新進護理人員勇於面對壓力與負向感受，進而進入自我反思及轉化歷程，轉化為對護理工作及對自我生命的體認；缺乏外在支持性的新進護理人員會選擇以逃避、隱藏、麻痺的方式面對負向壓力，不僅無法進入反思歷程且會增加工作壓力。		

由以上文獻整理發現，年資深的護理人員失落表現越少，但護理人員在面對病人死亡時仍會產生不同程度的悲傷及失落，因為工作或社會不允許，也會產生剝奪性悲傷且只能將悲傷隱藏至心底，而剝奪性悲傷並不會因時間而減少，與病人有較多連結的護理人員會有更多的悲傷，而重症護理人員在快節奏的工作環境下，給予病人的多為身體護理，少有機會可以跟病人真正互動，因此在面對病人死亡時呈現的是冷靜對待，但實際上內心的悲傷被潛抑，除非護理人員本身有類似經驗被觸動才會引發悲傷反應，而對悲傷調適則多採輕鬆活動及尋求外在支持居多，對於支持關懷活動及宗教關懷團體有高度需求，藉由情緒轉移注意力也可減緩剝奪性悲傷。此外，經歷病人創傷性或非預期性死亡後，護理人員也將出現「原初創傷」及「替代性創傷」，護理人員容易因此出現慈悲疲乏或耗竭，若能產生內在轉化人員會得以繼續從事護理。失落經驗會讓安寧護理人員勇敢談死亡，進而更用心照護病人，但心裡若有負擔，照護品質會降低，個人生活品質會變差。除可自周遭關係獲得支持，也可藉由療癒或相關專業課程增加信心及緩解心情。

貳、重症護理人員面對喪親經驗相關

父母的死亡對任何年齡的子女而言，無論原先彼此的連結如何，都是令人難以接受的。但死亡也可能幫助人們去處理一些人生課題，如自我調適的改變、社會關係的改變，以及本身對死亡認知的改變等。面對父母的死亡對哀傷子女處理中年議題有其影響，例如個人影響、其他關係的變化以及對時間和死亡所持態度的轉變等（黃慧真，1994）。

在經歷過死亡事件後，此事件對於在人生歷程中所帶來影響是一輩子的。但生命不會被喪親事件所中止，時間會繼續下去，喪親既已成事實，個體身、心理開始產生一連串對於失落事件的回應，似乎是要提醒著自己這傷痛的存在（林于清，2006）。

加護病房護理人員經常接觸病患的死亡，但會以完成工作的態度冷靜面對死亡事件，但在經歷重要他人的死亡事件時，常會感到自責與挫敗，自責自己無法早一點發現親人的病情，對於自己無法挽救親人的生命感到無助。也促使護理人員面對死亡及思考生命的本質，對死亡採取正面的看法，渴求能學習更多有關死亡的議題，也希望家人及病人能認識死亡，為死亡做準備。經由親人的逝去得到轉化與成長的機會，將傷痛化成愛他人的力量，以同理心去關懷有相同遭遇的病患及家屬，幫助他們走出喪親之痛，讓自己的工作更有價值（吳淑娟，2011）。

根據以上文獻發現，在面對死亡時個體除了會因一連串的心理反應，也會發展出自己對於死亡態度的認識與看法，藉由喪親的過程也讓個體產生對其他關係的改變，比如人際關係、親人之間的關係。而在護理人員喪親時，除了有一般人對於死亡的新認知，會促使他們去正視死亡，也產生助人的想法，對於病人的照護會出現正向的改變。但重症護理人員在面對親人死亡時，其對於其悲傷的調適歷程尚待探討。

第二節、重症護理人員成為照顧者的壓力與因應

壹、專業照顧者的壓力

當護理人員長期於照顧隨時瀕死病人的高壓力單位工作，若工作環境之體系未給予適當協助，個體將自行發展出不保證是正向、有效及具建設性的適應模式，最後個體可能無法繼續承擔此壓力，而會經歷到照顧者的情緒耗竭，甚至選擇離開此照顧領域(唐秀治，1998)。Sarafino (1994) 指出，某些專業人員例如：警察、社會工作、健康照護者於有情緒負擔時，如焦慮、害怕、侷促不安、敵意等的情境中工作，這種負荷會使得這些專業人員「耗竭」的危險性高於其他人(引自蕭仁釗，1998)。

護理人員與其他專業照顧者或病人的主要照顧者一樣有著許多個人感受，包括悲傷、焦慮、不捨、失落.....等，然而在護理人員專業養成教育過程中，被要求在專業照護時必須控制主觀情緒感受與表達，因此護理人員有時也會用「麻木」來拒絕面對病患死亡的不舒服感受(顏素卿，2004)。

貳、家庭照顧者壓力

商沛宇(2008)指出長期照顧者所承受的身心壓力，這些壓力包含：一、實際照顧層面：必須花費非常多的時間陪伴與照料病人，無法擁有自己的生活，也難有完整的睡眠或良好的睡眠品質。而且有些專業性較高的照顧技巧(如：管灌、換藥、拍背、抽痰...等)，照顧者對於困難學習的技術與執行較不熟悉的也會感到壓力。二、家庭層面：病人原先在家庭中所扮演的角色需由其他成員承擔，故新的角色內容可能讓照顧者再承擔更多的責任與壓力。此外，家庭成員對照顧分工問題及醫療決策的意見不一致，都會導致不滿情緒產生、甚至對其照顧品質的質疑。三、人際社交層面：照顧者常因全心全力照顧與陪伴病人，而放棄了與朋友或同儕之間的互動，而覺得孤獨、孤單。四、經濟層面：長期照顧無論醫療或相關用品都需要一筆龐大的費用支出，加上照顧者通常必須

請假或者辭職照顧，使得家庭收入來源大為減少，很可能造成經濟重擔。

邱啟潤、許淑敏與吳瓊滿(2002)指出照顧者的性別以女性為主，而照顧者的負荷、壓力與因應的相關因素，經分析發現被照顧的病患有較高的依賴程度及行為問題時，照顧者的負荷或壓力是較大的；而照顧者的性別、年齡、與病患的關係、自覺健康狀況、工作的衝突、照顧的知識、態度、照顧期間是否有人一起分擔照顧工作、家庭互動與社會支持程度，都是相關的因素。照顧工作往往帶給照顧者極高的個人成本，造成個人在身體、情緒、經濟、休閒、社會參與各方面的壓力與負荷（許蕙纓，2015）。

叁、照顧者壓力調適及因應

許多照顧者在面對繁重的照護工作後，因此產生許多照顧壓力而導致身體、心理及人際關係上會出現不適應的情況，進而影響照顧者的平常生活（王滢筑，2009）

胡梅（2016）在研究家庭照顧者壓力、因應方式及其學習需求結果發現，家庭照顧者都會面臨困境與壓力，其壓力來自生理、心理、經濟、社會、社會資源資訊不足等壓力，而多數家庭照顧者面對壓力一段時間後，都會型塑出自己的一套紓壓方式，比如嘗試透過宗教信仰轉念、釋懷或藉由手足、配偶、子女的愛與支持來平緩情緒和降低壓力，或藉由走路、游泳、騎車、聽音樂或睡覺或去大吃一頓來紓壓。此外，照顧者也有有學習的需求，如：醫療常識和照顧技巧的學習、自我心靈成長的學習、照顧者對社會及政府資源之學習與使用。

第三節、悲傷調適歷程與調適策略

壹、悲傷的定義 (Grief)

Grief 又稱哀傷、悲傷，被視為個體遭失去所愛的人而引發的一種正常反應，也包含個體在心愛的人死亡後所產生的痛苦與不幸福感的過程 (Worden, 2002)。Stroebe (2008) 等人也提出，雖然悲傷基本上被認為是一種負向的情感反應，但其實也包含了各種心理(認知、社會-行爲)和生理(生理-身體)層面的表現。「預期性悲傷」(anticipatory grief)是預期到重要他人即將死亡時所產生的一連串悲傷反應 (Kissane et al., 1998)。

貳、影響悲傷的因素

Worden (2002) 認為影響哀悼歷程的因素包括：失落的對象、依附關係的本質、過去的失落與悲傷、死亡的形態、人格或社會因素及同時發生的壓力。

Corr 等人 (2000) 將影響哀傷經驗的因素歸納為五項，包括：喪慟者與失去的人或物的依附性質或是對其感覺到的價值、失落發生的方式、喪慟者以往處理失落所學到的因應策略、喪慟者所處的生命發展階段及狀況、及喪慟者在失落發生後得到的社會支持。DeSpelder 與 Strickland (2005) 認為沒有兩個哀傷經驗是完全一樣的，影響其哀傷的易變因素如下 (引自黃雅文等譯, 2006)：一、生存者在世界中的模式：包括其個性、文化脈絡及社會角色、與亡者的關係及對亡者重要性的知覺、價值觀與信念。二、死亡的模式：預料中的死亡、突然死亡、自殺、謀殺事件、天災等不同的死亡方式會影響生存者的哀傷。在 Prigerson (1997) 等人的研究中亦認為相較於血緣關係，與逝者關係的親密程度，更是重要的預測指標。家人悲傷程度依父母去世時的年齡不同，其影響也有所不同。父母是通常是子女依靠、建議、協助的來源，相較其他角色的喪親，父母若是因年紀大、疾病去世，子女比較能以自然法則來看待父母的死亡，這樣的死亡似乎較能接受 (Humphrey & Zimpfer, 2008)，與逝者過於強烈的依附關係容易產生複雜性悲傷 (引自 Reed, 1998)，Worden 則於 1991 年以任務論的觀點來詮釋悲傷的階段，他認為悲傷者須經過接受失落的事實、在過程中經驗悲傷的痛苦、重新適應一個逝者以不存在的新環境、將情緒的活力重新投注在其他關係上等四項任務後，整個悲傷才算完成。

在病人受煎熬的同時，家屬所受的折磨也很多，家屬除了要面對即將來臨的失落並做調適外，還要承受經濟、照顧、家庭角色重組等各種壓力。隨著病人所受的痛苦以及對死亡的日漸逼近，更會使家屬在種種的變動中加大情緒的負擔，特別是面臨親人即將死亡的威脅下而產生預期性悲傷，會讓家屬產生不同歷程的身心傷痛(胡文郁,2001)。

叁、悲傷歷程

一般談到悲傷歷程時，有許多的學者對此提出理論，這裡就以經常被提及有階段論、時間論、任務論做主要的描述如下：

一、階段論：Kubler-Ross (1969)、Aiken (1991) 及 Rando (1995) 均以各階段的觀點來描述悲傷調適歷程，分別簡述之：(一)、Kubler-Ross (1969) 提出面對死亡的五個階段，也被用來描述失落悲傷調適的階段，分別為：1、否認：因為事實超過所能承受的而非真的否定死亡的事實；2、憤怒：認為最不願意發生、也不應該在自己身上發生的；3、討價還價：懊悔沒有做到該做的事，許多讓自己自責的「假設」出現，只要能不感受這失落之痛，你願意做任何事；4、沮喪：即使能正常活動，仍覺得如行屍走肉：無法起床、緊張、暴躁、無法專注、每件事都毫無意義，即使有人陪也感到孤單；5、接受：認清親人永遠不在且無法改變的事實，學習適應新的生活型態。Kubler-Ross 認為此五階段是臨終、瀕死的病人將會經歷的心路歷程，且面對親人即將死去的家屬也有可能經歷(李佩怡,2000)。(二) Aiken (1991) 將調適歷程劃分為七個階段：1、驚嚇階段；2、混亂、崩潰階段；3、反覆無常的情緒表現；4、失落、孤獨階段；5、中期復原階段；6、回復期或重建；(三)、Rando (1995) 則提出三階段：1、逃避階段。2、對抗階段。3、重新建立階段。由上述階段論可以了解，在喪親的初始階段通常會有震驚反應，繼而反抗、否認，陷入極度的憤怒或哀傷等，最終會走向接受、回復階段。

二、時間論：Littlewood (1992) 正常的悲傷反應在六個月或一年內能夠走出來。Victor (1994) 發現老年喪偶婦女要約一年的時間學習接受寂寞和新的角色，也要重新適應獨立生活。邱亨嘉等(1998)認為大約兩年左右喪親者可以穩定下來。Longaker 認為屬於「高度悲傷」的死亡，如失去孩子、自殺、突然或意外死亡，需要更長的時間結束喪親之痛，在正常的狀況下，結束喪親之痛要兩年的時間(陳琴富譯，

1999)。孫舒羚(2003)在喪偶的研究中發現悲傷現象普遍會持續一至三年。此外，意外慘死的恢復期通常是四年至七年(葉何賢文，2003)。一般性死亡(即因年紀大或非意外死亡者)而言，家屬最大的悲傷反應是在喪親後的最初四個月，在第一年忌日時再度出現較高的哀傷(Lev & McCorkle,1988)。由此發現，一般喪親的悲傷復原時間至少需一年以上，非預期性的悲傷又比預期性悲傷悲傷調適的更長，也因此本研究對象為喪親一年後的重症護理人員。

三、任務論：Worden(2002/2004)認為哀悼過程需完成四項任務：1、失落事實的接受；2、經驗悲傷痛苦；3、重新適應逝者不存在的新環境，內在須調適自我概念、心靈部分則需調適個人的世界觀；4、將對逝者的情感重新投注在未來的生活上。所以，採取任務論的學者，其認為走出悲傷，必須要先接受事實、經歷悲傷的痛苦，將情緒釋放，最終尋找到新的生活意義。孫忠肯(2008)整理 Worden(2002/2004)、林斐霜(2002)文獻探討悲傷調適歷程得知，悲傷大部分都必須經過內在自我轉化歷程、且能面對問題所在，而有希望產生發展，且確認悲傷確實需要相當一段的時間。

肆、悲傷調適策略

林娟芬(2002)的研究發現，面對悲傷的調適方式可分為五類：

- 一、認知策略：喪親者藉回憶、懷念，重新整理與逝者的關係，也自我溝通、藉著禱告、讀經來自我安慰；為讓自己意識到逝者已離去的事實，逝者會藉由整理墳墓、紀念冊等方式來進行。
- 二、行為策略：藉由保持忙碌、離開令自己難過的場所、主動安排自己的休閒，讓自己的生活更充實，通常會以參加活動、學習新事物、找尋生活目標等，讓自己適應喪親生活。
- 三、人際關係策略：以結交新朋友、擴展生活圈來調適自己的生活。有些喪親會主動找親朋好友聊心事，或出去散心，減輕放鬆苦悶心情，甚至減輕愛恨交加的感受。
- 四、改變環境策略：避免觸景傷情的情況或克服在親人死後所產生的心理恐懼。
- 五、轉移目標：將原本集中在逝者身上的思念，轉移到其他對象。
- 六、規劃未來生活：積極的計畫未來的生活藍圖，來協助自己面對和克服未來可能發生

的問題。

李佩怡（1998）提到悲傷調適策略包含：

- 一、身體層面：悲傷時照顧自己身體，藉由維持自己日常生活的規律性，留意營養的攝取，偶爾做放鬆的活動，能讓自己感覺到愛。
- 二、心理層面：從想法、情緒及意念做轉變。
- 三、心靈層面：對生命意義與生活信念，含宗教信仰。
- 四、社會層面：處於喪慟時期，能運用自己的社會支持系統是很重要的。如多學習新事物、結交新朋友等。

Neimeyer（章薇卿譯，2007）提供了悲傷調適的十個實務步驟，但提醒著失落和悲傷是非常個人的經歷，並沒有辦法以一式套用於所有的哀悼者：

- 一、認真看待微不足道的失落：給自己機會來「演練」，若未來生命中出現重大失落時才容易因應。比如寵物的死亡、畢業可以用來作為機會教育，做為未來遭遇失落的準備。
- 二、花一些時間去感受：可以為自己保留寧靜的片刻，讓自己有獨處和靜思的機會，記錄自己的感受及轉化。
- 三、尋求健康的方式來解壓：尋求有建設性的方式來處理壓力，無論是透過活動、運動、放鬆訓練或禱告等都有幫助。
- 四、了解自己的失落：與其試著把失落推出心中，使自己更加迷惑，倒不如為自己的經驗建構一個合情合理的故事，它會變得更有前瞻性。
- 五、找一個值得信賴的人：負擔有人分攤，就不會那麼沉重。找一個值得信賴且能夠傾聽你的經歷而不介入他們本身的議題。和善的接受他人關愛和傾聽的耳朵，並明白你也會有可以回報的一天。
- 六、放開想要掌控他人的需求：其他受到失落影響的人會有屬於他們自己的哀悼方式和時間，不要強迫他們依照自己的個人經驗來進行哀悼。
- 七、用自己覺得有意義的方法來為失落進行儀式：尋求具有個人風格且符合自己需求的方法來紀念失落。
- 八、允許自己有所改變：欣然接受失落所帶來必然的改變，從中發掘成長的機會，致力於失落經驗中自己所歷練和增能的方向。
- 九、從失落中有所獲得：重新評估人生目標的優先順序，並在未來的行動或關係裡尋求

機會，以便應用失落中所學習到的應用於未來的行動或關係。

十、把重心放在靈性的信念：把失落的發生視為是一次可歷練的機會，讓我們回顧和重新看待理所當然的宗教信念或哲學思想。

由以上可知，失落是非常個人的經驗無從比較，但失落帶來的打擊絕對深深的影響個人的生活和信念，悲傷調適方式包含在認知上悲傷者透過與自我對話對話、溝通，幫助自己看清失落的事實；藉由充實自己的生活，使自己保持在忙碌狀態，以適應新生活；在心靈上會尋求寄託；在社會層面則向外尋求支持系統，尋求新的寄託。

喪子女悲傷調適策略：喪子（女）父母會在悲傷過程中自行做出調適及運用內外系統，包括自我覺察、接受事實、宗教信仰、主動關懷他人等內在因素；包括父母親、配偶、朋友、宗教人士及成長團體等的協助外在支持系統（葉何賢文，2003）。許玉霜、蘇完女、許鶯珠（2012）喪手足成人悲傷調適的方式：分為積極正向與消極負向之調適方式。採取積極正向調適方式來適應沒有逝者的新生活，並接受手足死亡的事實，而消極負向方式則多半以逃避方式不去面對手足死亡的事實。

自殺、他殺、意外事件、中風、心臟病突發等意外突發死亡為非預期性死亡，非預期導致的死亡，因為突發的失落、無預警的死亡會帶給喪親者特殊問題，三種最普遍的現象是：強烈的悲傷、一連串同時引發的危機和次要失落、甚至個人日常生活的瓦解（Doka, 1996/2002）。Hersh（1996/2002）指出疾病導致死亡可視為自然的失落，如心臟病突發或中風等其他突發疾病，突發性的疾病死亡讓人有不同的恐懼和深刻印象，死因與犯罪或暴力份子無關，沒有可以指責的對象，如同意外死亡般，對於驟失摯愛的親友來說，造成的創傷與憤怒、害怕、罪惡等情緒；心臟病突發或中風造成的失落，即便不是瞬間死亡這都可能讓喪親者經歷震驚，也可能來不及向逝者道別而產生未竟之事，喪親者更有可能時常回顧死亡事件，自責自己是否錯過發病的早期警訊，而因此深覺憤怒或愧疚；喪親家屬在面對至親意外死亡，震驚之餘還存有不真實感，還有生活秩序被破壞，如果死亡的是成人，尤其是家中支柱，則家庭的完整、社經地位和生活方式都會受到影響。

第四節、生命意義與死亡焦慮相關研究探討

壹、生命意義的內涵

孔子說：「未知生，焉知死」，明顯告訴我們，如果無法認知生命意義，便無法看清死亡的意義，強調積極的生命的態度（沈清松，1996；郭慧娟，2014）。Hedlund（1977）當個人能意識到自己存在的理由時，個人會感到有力量，並覺得自己存在是有價值的，也就是「個人存在的理由」。支持著個人的身份認定與存在，反映個人的信念與人生價值（侯南隆，2000）。

Frankl, Viktor E.（1986）生命意義內涵有（1）創造價值：在創造的活動中所實現的價值，可彰顯「工作的意義」。（2）經驗的價值：藉由生活中美好事物的體驗所實現的價值，可彰顯「愛的意義」。（3）當個人面臨無法改變的命運時，經由承擔起不能逃避的受苦經驗所實現的價值，可彰顯「苦難的意義」。傅偉勳（1993）則認為，生命的存在與肯定就是充分的意義，生活本身即是意義。追尋生命意義是一個自我悅納的過程，只有積極正向的人生態度與行為表現，才能體認真實生命的自我肯定，才能完成人生的自我責任。

貳、生命意義學說：

一、Frankl 意義治療學說：

傅偉勳（1993）指出 Frankl 的意義治療學基本理論含三個層面，每層有三個側面：第一層的三個側面為（一）、意志的自由。（二）、意義的意志。（三）、人生的意義。由肯定他人具有探索各種真、善、美價值的人生意義的自由意志，而意義的意志，是要實存地探索生命各種積極正面的意義或價值。第二層面乃指人生意義的具體意涵，涵蓋（一）、創造性價值。（二）、體驗意義的價值。（三）、態度意義的價值等三個側面。而其中創造性價值，係指在自己的創造中完成什麼？或給予世界什麼？經驗價值乃指在社會與經驗中，從世界得到什麼？就人生意義而言，體驗價值比創造價值更具深度。而若從高度精神性或宗教性的觀點來看，態度價值又高於體驗價值。第三層即為態

度價值的具體探究，即（一）、受苦。（二）、責疚。（三）、死亡或無常。受苦包括身、心二層的苦痛，責疚指人生中無法挽救的嚴重失敗，或生命存在本身的侷限性所導致的罪責或內疚，而死亡或無常，更是萬物皆無法脫逃的可怕經驗事實。

二、歐文·亞隆（Irvin D. Yalom）：

Yalom（1980/2003）從存在心理治療角度，指出生命意義可由死亡、自由、孤獨與意義的四個主張。有了統整的死亡觀念，才能夠瞭解生存的意義。經由死亡可以看出生命的有限性，死亡會帶來個體的焦慮及恐懼，若能正視死亡，將會改變對生命的觀感。所以人面對死亡焦慮時，會發展出適應良好的處理模式，來克服死亡。自由包含「責任」與「意志」。個人要為自處的世界、行動，負起完全的責任，一旦了解責任所在，個人便能依其意志自由的改變、選擇並行動。孤獨：個體是孤獨的存在與孤獨的離開，而孤獨層面區分成人際孤獨、心理孤獨和存在孤獨三層不同的型態。Yalom 著重於第三層「存在孤獨」，指出更基本的孤獨—述說著人與世界之分離。意義：個人的意義感與價值觀互為因果。生命意義一是宇宙生命的意義，二是世俗生命的意義二個層次，生命意義可淡化焦慮。如果個體發現了宇宙意義，那麼同時也會發現個人的意義（引自易之新，2003）。Yalom（1980/2003）他將生命意義分為「宇宙意義」與「個人意義」。而宇宙意義指的是某種外在、超越人類的層次，必然是指某種神奇或靈性宇宙的安排。而人間意義則包括目的，指生命具某種待實現的目的或功能，具某種適用於自己的首要目標或許多目標。而擁有宇宙意義感的人，通常會經驗到相應的人間意義感。如果個體發現了宇宙意義，那麼同時也會發現個人的意義。而生命意義的來源他認為生命意義的來源更為利他、為理想奉獻、創造力、快樂主義、自我實現、自我超越中實現，而其中他發現，病人體驗到更有意義的生命以利他主義最為普遍，也就是說能幫助別人是病人感到生命中最更意義的事。綜合言之，Yalom 認為追求意義意志的人類，存在原本無意義的宇宙中，很容易陷入「無意義」的危機，因此人必須懂得，也有責任找尋生命意義的來源。而經他臨床的實驗發現生命意義的來源更利他、為理想奉獻、創造力、快樂主義、自我實現、自我超越中實現等。

透過死亡事件，會更加覺察到自己無法預知生命的變化，也更深刻的體驗到無力阻止所愛的人死亡，這種經驗使得體悟到生命的無常與脆弱，所以正向力量也可能因此而生，更珍愛週遭的人事物或出現在生命中的所有（林于清，2006）。在感受到生命無

常以及人的有限性後，不但對於物質的追求轉淡，在生活態度上也因而較放鬆，將重點回歸當下。至於在「生活目標」上反而更清楚了自己預追尋的目標。並且能夠勇於去談論死亡，對於死亡也採取正面的看法。同時透過對生命消逝的反思，重新找回自己命的力量。

許玉霜、蘇完女、許鶯珠（2012）研究發現悲傷經驗對喪手足成人的影響：分別為對生死態度的影響；個性的改變；教導孩子如何面對死亡；重新定位自己的角色；容易觸景傷情；終其一生活在因手足死亡引起的自責之中；人生觀的改變；家庭結構與互動模式的改變等。若當事人能有足夠的社會支持系統、均衡飲食及運動的習慣、達觀的死亡觀點或宗教信仰，當事人會有機會在傷痛中重新審視目前個人的人生意義與價值，並對逝者進行內在的對話或和解，從而調整個人原來的價值觀、家人或相關之人的關係（何長珠，2008）。

參、死亡焦慮的探討

死亡恐懼與死亡焦慮之間關聯性的探討，在心理學與精神分析方面的學者認為死亡焦慮的根源來自於死亡恐懼，但也有說法是死亡焦慮隱藏在潛意識之下，而死亡恐懼則是向外顯現(易之新譯，2005；劉震鐘、鄧博仁譯，1996)。

Feifel, H., & Branscomb, A. B. (1973) 認為可以將死亡恐懼視為明顯具體的反應，而死亡焦慮則視為較難以察覺的潛意識狀態(引自 Wong, Reker & Gesser, 1994)，死亡恐懼與死亡焦慮彼此呈現正比的相關性(Hoelter & Hoelter, 1978)。

肆、死亡焦慮的意義及內涵

張春興（1989）於《張氏心理學辭典》中對「恐懼」（fear）的定義：指在主觀感受的危險情境下，個體產生一種強烈情緒反應。「焦慮」（anxiety）的定義：由緊張、不安、焦急、擔心、恐懼等感受交織而成的複雜情緒狀態。恐懼是有具體的對象，焦慮是模糊不具體的對象。基本上恐懼是對可能威脅自己的對象所產生的防衛，而焦慮則是起因於自己內在核心的生存價值與意義受到威脅挑戰時，所產生的反應。如果我們能夠

坦然面對人類存在的焦慮，生命的意義與價值也就在過程中被建構（蔡昌雄，2006）。

而存在大師羅洛梅將焦慮定義為：「焦慮是因為某價值受到威脅時所引發的不安，而這個價值則被個人視為是存在的根本」。存在主義學派認為焦慮是個人為了追求生存、維持和肯定自我存在的努力。焦慮的起源分為二種，一、與生俱來：個人面對外來威脅產生的神經生理反應、二、後天環境學習來：經由現在或過去經驗所學習之反應，其中一般性的焦慮是面對事件的正常反應，可作為引發改變的動力；而神經質的焦慮往往會使個人產生無力感且不常被覺察。（朱侃如譯，2004；余振民等人譯，2006）。

歐文、亞隆（Irvin D. Yalom）死亡和烈日一樣，令人無法直視。唯有理解、看透心底的死亡恐懼，才能讓生命變得更珍貴、充滿意義，認為面對死亡總會伴隨著焦慮產生，人可以透過學習將死亡恐懼化為平常可接受的焦慮（廖婉如譯，2009）。死亡是很自然的一件事，但若降臨到自己身上的時候，很多人是不由自主會恐懼不已的。正如趙可式教授所說：其實死亡引起的心理反應可謂百感交集，背後因素常深遂潛藏著對死亡的恐懼感，恐懼死亡的原因大致分為：一、未知的恐懼；二、失落的恐懼；三、分離的恐懼；四、死亡形貌之恐懼；五、死亡過程之恐懼；六、未了心願的遺憾之恐懼（趙可式，2000）。

由以上得知，死亡的焦慮及恐懼的原因有很多，而其焦慮及恐懼感受是一個動態的過程，而當焦慮與恐懼產生，自我會出現防衛機轉來應付它們，且要經過一段時間才有辦法讓這些負面感受轉為正面的力量。

伍、死亡焦慮的相關研究

「死亡焦慮」是種無法形容及具體解釋的感受，也是種動態、充滿變化的過程，會在個人面臨親人病況改變時，產生的身心煎熬。如果病人年齡越大，部分的主要照顧者會以希望家人早點得到解脫的宿命的觀點取得自我安慰，主要照顧者死亡焦慮也因而有減輕。有部分的主要照顧者會因對治療抉擇的不確定感和無形的責任，而增加他們的死亡焦慮（錡姍如、唐婉如、徐亞瑛、高振益，2006）。Becker（1973）則認為所有的焦慮都深植於我們對死亡的認知，在個人生活與文化中皆可見到焦慮的影響，諸如死亡的忌諱不談，或者各種迷信的行為都可能歸因於人們面對死亡時的焦慮。

病人的死亡也會引發護理人員自身的焦慮、產生挫折、無力與無助的感覺，而間接促使護理人員接觸生命存在的議題，此時傾聽照顧者的內在自我聲音成為重要的課題，長期未得到適當的回應，容易造成護理人員離職或以淡漠面對以後的工作，對臨終照護品質有很大影響（蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉，2006）。江蘭貞（2005）研究發現安寧的護理人員在與臨終病人的照顧關係下，看見了安寧護理人員對焦慮敏感的特性，以及創造性的能力，在種種照顧情境下同樣引發護理人員的焦慮。安寧護理人員在面對焦慮的處境之下，採取忙碌於護理照護、常規工作，以防衛性、分心、忙碌的方式來回應照顧關係。但卻感到相當大的挫折，同時也無法進入病人的世界裡，當安寧護理人員覺察到臨終照顧的極限，而從照顧的困境轉換覺察自己的焦慮與之共處，對病人與自我生命與死亡、意義與受苦的問題、學習與病人告別等靈性議題，透過內在轉念的過程形成力量，找到信仰來超越悲傷的力量、以及與病人建立存在性的關係來療癒自我。安寧與非安寧病房二組護理人員在對死亡恐懼的平均值皆以「恐懼自己瀕死」最高，對「恐懼他人瀕死」最低。在照顧瀕死病患時，前者無特別生理反應出現佔 50%，而後者則以出現睡眠障礙居多佔 56%。而二組護理人員在情緒表現方面，最常出現的皆為無力感與哀傷，最希望由同事撫平情緒及給予情緒支持。在因應行為方面，二組護理人員皆能以處之泰然的態度面對，最常採用的調適方法則是與同事分享及聽音樂（陳瑞娥、吳讚美，2008）。

與死亡接近，可能會減少對死亡的恐懼，與死亡的靠近會愈突顯出生命的價值，死亡也許能令人們即時察覺值得被警覺或注意的事物（林于清，2006）。郭美璋、林昭光、洪栩隆（2011）研究的結果顯示，臨床護理人員會因為病人的死亡或自身的存在威脅，而引起死亡焦慮。只得形塑自己的獨特性與建立生命意義感以因應死亡。她們初期會採用自然現象、年紀、身體狀況等來確定死亡的「與我無關」，一旦有小孩、年輕人、至親好友罹患致命疾病或死亡，這樣的防衛機轉將會崩解。因此需要在怎麼面對自己的死亡焦慮、悲傷情緒、助人的技巧、以及與病人及其家屬的溝通技巧等事情上，多給予關懷、協助與教育。孫虹景（2015）整理國內外諸多研究結果中發現，年齡較小、自我價值較低落、缺少自信者，死亡焦慮較高，且女性死亡焦慮較男性高，自我實現程度越高者，其死亡焦慮的程度較低，另外，環境、經驗以及對死亡的看法也會影響個體的死亡焦慮程度。Gama、Barbosa與Vieira（2012）針對影響護理人員其死亡態度與心理狀態之因素探究，結果顯示護理人員面對死亡之焦慮恐懼感受，和本身心裡害怕死亡、認為死亡是

一種逃脫痛苦的表現呈正相關；與認為死亡是生命中之自然歷程呈負相關，可見護理人員面對生命末期照顧的想法、感受與信念，確實會影響其臨床表現與自我成長。

總結：綜合以上文獻發現，重症護理人員在面對病人死亡時也會有悲傷反應，但因為悲傷被剝奪，所以通常都被壓抑，直到有碰觸到內心深層或與病人有較多連結才會引發出悲傷，而在面對親人死亡時會產生無法拯救自己親人的自責與挫敗，經由親人的逝去會以同理心去關懷有相同遭遇的病患及家屬，在這過程會因為面對死亡而引發自己對於生命的正視，以及無論是親人死亡及病人死亡都會引起護理人員的死亡焦慮，初期多會以工作本身將之忽略，後期會自我察覺、調適，建立生命意義以因應死亡焦慮，在這當中可能藉由自己及周圍朋友或機構得到支持及內在轉化的力量。

經文獻引發研究者的推測做為研究問題，病人死亡理應讓重症護理人員常有機會引發自己對於悲傷的正視，以及生命意義的思考及面對死亡焦慮，是否因為護理人員通常在學校畢業後即進入職場即比一般人提早接觸死亡，無論在社會及心靈歷練都不足的經驗下，在面對病人的死亡不知如何面對，也因工作忙碌需很快壓抑情緒，而導致習慣壓抑悲傷，以致經歷病人死亡經驗在前的護理人員，在面對自己親人死亡時，無法將自己先前自病人死亡的經驗，運用於親人死亡的因應？而為何面對親人死亡仍然感到挫敗及自責，且無法比一般人更能面對親人死亡，是因無法經由病人死亡經驗得以真正同理反思，抑或因為面對病人死亡的剝奪性悲傷未獲得解決，而有更多的悲傷在親人死亡時出現？抑或因為有照顧病人經驗，當親人罹重病時重症護理人員即會產生預期性悲傷？是否因親人死亡而對病人有情感轉移，而更能夠同理病人及家屬，對於病人的死亡及末期醫療，是否產生不同的想法？是否可能單純因為有著關係連結，所以無論在於病人或親人死亡，都能夠有機會讓自己面對自身的死亡焦慮及重整構思自己的生命？研究者將就面對家人生病的因應及調適、親人死亡悲傷歷程及調適、生命意義及死亡焦慮，由以上幾點假設進行探討。

第三章、研究方法

本研究為深入當事人的主觀經驗，瞭解其在遭遇親人死亡悲傷調適歷程，因此本研究採用敘事研究法，由研究對象本身述說其生命故事，以深入理解研究對象面對事件時內心的想法與改變，藉以貼近其心中的感受與歷程。

第一節、敘事研究方法

壹、敘事研究

敘事是產生意義的基本結構，敘事必須被研究者保存下來，而不是將它變成破碎的片段，研究者必須尊重受訪者建構意義的方式，並分析它是如何完成的，敘事重視整體性的脈絡，而不僅止於真實性。因為敘事就是一種再呈現（representations），也因此常須再做解釋（王勇智、鄧明宇譯，2003）。

Mishler 曾說：「故事是理解人類經驗的基本方式」。因此傾聽受訪者說故事的敘事訪談方式，所收集的資料能反映受訪者的經驗世界，或他們對經驗的建構和理解，更是受訪者在重述他們的故事中「重新建構」的經驗與理解（吳芝儀，2005）。藉由我們所敘說的故事，我們知道或發現了我們自己，並向他人揭露自己（吳芝儀譯，2008）。郭美璋、林昭光、洪栩隆（2011）發現，臨床護理人員可經由分享職場親身經歷的故事，得到敘事治療或故事治療的好處。經由訪談，可以讓參與者增加角色資料庫，並促進充分扮演單一角色的能力，以達成重塑的結果。

貳、敘事訪談

為投入受訪者的心理與社會世界，擬定訪談綱要。依據2004年朱儀羚等人譯Michele L. Crossley 2000年編著作，依以下問題焦點提出訪談大綱：

一、問題一：生活章節—至少分成二到三個章節，至多不超過七或八個章節。並於每個

章節下一個標題，簡述各章節的主要內容。只提出生活中的主要章節。

- 二、問題二：關鍵事件—指在過去生活裡曾發生的重要事件，或是具有關鍵意義的情節。
- 三、問題三：重要他人—說出生活故事中最重要幾位人物及對自己生活故事的具體影響。
- 四、問題四：未來藍圖—描述自己未來的整體計畫或藍圖。
- 五、問題五：壓力與難題—試著描述生活中的壓力與難題：主要的衝突、棘手的問題等。
- 六、問題六：個人意識型態—與個人的基本信仰和價值有關。
- 七、問題七：生活主題—最主要的主題是什麼？有無貫串整個生活故事的核心主題、概念？

本研究循此敘事結構，引導受訪者談論自己在面對親人死亡時的悲傷調適歷程，說明親人死亡對受訪者的影響及重要性，從現在的時空、觀點來詮釋過往的故事，透過訪談敘事進入現在的時空重新看親人死亡後的故事，依據事件發生的時間先後，將訪談資料整理、歸納、詮釋並組織成為有脈絡可循的生命故事，以敘事方式呈現文本資料。

叁、敘說分析方式

在敘事研究中，人們透過對話、文本、互動以及詮釋，試圖去對人類的經驗加以理解。Riessman (1993) 將敘事研究歷程當成經驗再呈現 (representation) 過程，分為五個經驗表徵的層次：

一、關注經驗(attending to experience)

「關注」便是意識發揮功能的活動，在原始的經驗中，篩選出某些部分，建構某些現象為有意義的真實。而沒有被關注到的部分則被忽略了。

二、訴說經驗(telling about experience)

經驗需要透過語言來敘說，在敘說的同時，也會受到所說時情境脈絡的影響，有不同的組織與呈現。在敘說的時刻，說者也在創造一個自我，進入過去的事件中，連結並產生意義，因此敘說可說是一種自我的再呈現，或是自我經驗的表徵。

三、謄寫經驗(transcribing experience)

使用錄影或錄音方式存檔收錄，但再將錄音或錄影帶轉譯為分析的文本時，往往無法顧及語氣與聲調。在研究者抉擇如何登錄、保留或排除某些部分時，研究者個人的知覺與價值觀已然滲入，詮釋的成分已經開始了。

四、分析經驗(analyzing experience)：

敘事分析重視受訪者意義的建構，分析者面對龐大的文本資料，找出其中的關聯，聚合為一個整體，並創造出意義與戲劇張力。在此一決定如何呈現其風格、次序形式，創造後設故事 (metastory) 的過程中，無可避免的都有研究者個人價值觀、理論視角與政治信仰的涉入。

五、閱讀經驗(reading experience)：

在讀者閱讀文本時，文本是開放的，但意義是模糊的。因為意義出自於人與人之間互動的歷程 (包含了說者、聽者、謄錄者、分析者以及讀者) 即便同一個人在不同的時間內與同樣的文本交會，也可能有不同的解讀。因此，所有文本的意義都是變動的，研究者所建構的真實只對特定詮釋社群有意義，沒有一永恆的觀點。研究者所呈現的僅代表其個人的理解，閱讀的讀者當然也可有不同的觀點，建構對其有意義的理解與詮釋。

Lieblich 等人將敘事分析模式，茲述如下： 1. 「整體－內容」分析法：整體－內容取向著重個體完整生命故事的內容，不分割生命為細部，而把生命視為整體；強調生命的內容，將生命故事的片段置於整個脈絡中，以理解其整體意義。 2. 「整體－形式」分析法：整體－形式取向著重故事情節的分析，或清楚分析出整個生命故事的結構，例如此敘事發展是喜劇或悲劇？或敘事者是朝向現在的時刻或是退回過去的時光？研究者必須找出故事的轉折點或高潮，以強調整個故事的發展。 3. 「類別－內容」分析法：類別－內容取向類似「內容分析」，研究主題的類別已被界定清楚，被摘錄出來的文本被分類到不同的類別，歸類的類別可能是狹隘的，如在全部的片段章節中，敘說者不斷提及生命中發生的某一政治事件，則此政治事件便會被取來做分析。 4. 「類別－形式」分析法：類別－形式的將焦點放在故事形式，指其特定風格或語言特徵，例如，敘說者使用哪一種隱喻？使用主動或是被動語調？

本研究希望藉由研究參與者的敘說，了解其如何面對喪親後調適歷程，而「整

體—內容」的分析方法之焦點即為個人完整生命故事所呈現的內容，及故事經過整合所形成的整體性意義，與本研究的目的相吻合，因此本研究採用此分析方法。此外，本研究並將運用「類別—內容」的分析方法，整理研究參與者悲傷調適歷程之主題內涵，且進行相互比較。



第二節、研究工具

壹、研究者

研究者本身是中部某醫學中心重症護理師，在重症單位服務近 25 年，目前為生死所在職專班學生，學習期間曾修敘事研究專題、質性研究、生死學基本討論等相關課程，因此在學術研究與實務上，皆有基礎且紮實的訓練與經驗。因自身經驗及碩博士論文咸少談到重症護理人員在面對親人死亡的悲傷調適歷程，因而決定往此方向提筆研究。在本研究中，研究者定位自己為傾聽者與觀察者的角色，訪談過程中讓受訪者自然闡述自己的故事，透過對話瞭解其生命歷程並釐清所存疑的問題。且留意在其敘說之外遺漏之處，以了解受訪者故事的廣度和深度，經由錄音、轉錄、選擇性節錄成研究資料。

貳、研究參與者

考慮到受訪者狀況及回憶的清晰度，本研究對象選擇近十年內有二等親死亡一年以上的重症護理人員，探討重症護理人員面對親人死亡悲傷調適歷程之敘說。將研究參與者編碼與簡介（表 3-2-1）及研究參與者照顧狀況及經濟來源（表 3-2-2）如下。

表 3-2-1 研究參與者編碼與簡介

研究參與者/文本編號	年齡	學歷	婚姻狀況	職業	信仰	工作年資	為死亡家屬簽 DNR	死亡家屬	訪談時，親人已過世時間
小茹/A	33	大學	未婚	護理師	民間信仰	11 年	有	媽媽	一年一個月
美美/B	37	二技	未婚	護理師	民間信仰	16 年	有	爸爸	五年
貞庭/C	35	二技	未婚	護理師	民間信仰	13 年	有	媽媽	一年二個月

表3-2-2研究參與者照顧狀況及經濟來源

研究參與者	家中成員	照護狀況	經濟來源
小茹	爸爸、妹妹	平常時媽媽與爸爸同住，媽媽平常可生活自理，看診或就醫均為小茹負責	爸爸經濟不穩定，小茹月薪約5.5-6萬，視夜班多寡而有不同
美美	媽媽、哥哥	平常爸爸與媽媽同住，爸爸平常生活自理	美美月薪約 6-6.5萬，視夜班多寡而有不同
貞庭	兩個哥哥、一個妹妹，爸爸於貞庭二歲左右去世，繼父於七年前去世	哥哥已婚，平常媽媽跟大哥同住，媽媽平時可自理，平常都是貞庭帶媽媽於門診追蹤	媽媽為家庭主婦，貞庭月薪約5.5-6萬，視夜班多寡而有不同

研究者在訪談結束後，在傾聽錄音、謄寫成逐字稿（附錄一），在謄寫過程中，再度反覆閱讀思索研究參與者所訴說的經驗內涵，刪除多餘的語助詞，擷取完整意義的語句段落予以編碼。編碼方式共分三組，第一碼分別代表訪談之對象，A（小茹）、B（美美）、C（貞庭）；第二碼 1~3 代表訪談的次數；第 3 碼，從 001 開始，代表該次訪談的語句段落。舉例來說，A1001，代表研究參與者 A（小茹）的第 1 次訪談，001 代表該次訪談的第 1 段語句。在從中畫線標示出重要概念，以利後續意義單元及主題的摘錄，接著進行意義的歸納與分析（附錄二）。

第三節、資料蒐集方法

以敘事資料蒐集方法及敘事資料分析，經過被研究者同意後進行敘事訪談，謄寫逐字稿並編碼、歸納、轉錄、分析經驗、反覆閱讀、呈現被研究者生命故事。敘事資料蒐集方法如下：

- 一、依據訪談大綱進行訪談個案關鍵事件、壓力與難題、個人意識形態等（附錄三）。
- 二、訪談同意書：訪談前先向個案解釋研究之目的與錄音之必要性，在徵得其同意後簽署訪談同意書開進行敘事訪談（附錄四）。
- 三、敘事訪談：研究者主要以敘事訪談為蒐集資料的方法，再依照實際訪談情形調整資料蒐集之方向；每次訪談時間約一小時左右，視情況訪談二至四次，訪談後，於一個月內將訪談錄音檔轉謄為逐字稿，逐字稿完成後，與研究參與者再度確認無誤後，研究者才開始進行文本分析，以確保訪談資料的完整性及準確性。如表 3-3-1 訪談時間地點。此外，訪談札記中所記錄有關研究參與者的情緒、非肢體語言及肢體語言所傳達的訊息，以及研究者與研究參與者間的互動、訪談過程中遭遇之困難等，也是研究重要的參考資料之一。
- 四、錄音筆：本研究採取深度訪談法，作為蒐集研究資料的主要來源，為使研究者與研究參與者的對話內容清楚的紀錄，在徵得研究參與者同意後，使用錄音筆紀錄訪談內容，以供訪談後轉謄為逐字稿，進行研究文本分析之用。
- 五、田野筆記與輔助資料：研究者將訪談過程與觀察做成田野筆記，以及將經研究參與者同意，使用其網路訊息做為參考。

表 3-3-1 訪談時間地點

個案	訪談代號	訪談日期	訪談時間	訪談地點
小茹	A1	2019-09-11	89 分鐘	研究者辦公室
	A2	2019-10-1	40 分鐘	研究者辦公室

美美	B1	2019-9-6	77 分鐘	研究者辦公室
	B2	2020-5-6	34 分鐘	研究者辦公室
貞庭	C1	2019-9-2	70 分鐘	研究者辦公室
	C2	2019-11-5	42 分鐘	研究者辦公室



第四節、研究倫理

敘事研究在收集資料的過程，往往需要深入研究參與者的生活世界與內心感受，無形中也潛藏著許多道德的議題與權力運作的影響（潘淑滿，2003）。本研究訪談對象為喪親的護理人員，在研究進行中必須儘量避免任何因研究而引起的傷害，或造成受訪者的不適或損失，整個研究過程裡，將隨時注意是否發生受訪者不願回答或產生不適的狀況，並以保障研究參與者的利益與不受傷害最高原則下，尊重其刪除或修改訪談文本或退出的自主權。研究過程中秉持保密原則，並徵得受訪者同意後於訪談中錄音，及記錄逐字稿，除研究上需要，得與指導教授討論訪談內容外，資料一律不會外流。如研究參與者同意上述幾點，並邀請其於訪談同意書（附錄一）中簽名，以確保研究參與者與研究者皆清楚並同意此研究之進行。

本研究於進行資料收集前，提報研究計畫書與相關資料至彰化基督教醫院人體試驗委員會（Institutional Review Board, IRB）進行倫理審核同意，IRB 核准編號 190401（附錄五），通過審核才進入中部某醫學中心進行研究收案。

第五節、研究嚴謹性

為求貼近個人經驗，Riessman (1993, 王勇智、鄧明宇譯, 2003) 認為應該以研究者分析或詮釋的「值得信賴性」(trustworthiness)作為敘事評價的標準，其包含以下五個部分：

壹、說服力 (persuasiveness)：

意即合理性，也就是說，這個解釋是否有道理或能讓人信服？研究者應考慮所有可能的觀點與解釋，使讀者在閱讀過程中，產生共鳴，並提供佐證資料意指「解釋」具有道理且讓人信服。

貳、符合度 (correspondence)：

研究者將分析的結果交由研究參與者檢核，若研究的再建構被視為是適切的再呈現，其可信度便會提高。此外，若研究參與者與研究者對於敘事真實的觀點不同時，也應區辨出來，並呈現於文本之中。

參、連貫性 (coherence)：

研究者的解釋要具備厚度，便要能夠穿透主題 (thematic)、局部(local)及整體(global)三個層次的連貫性，以持續修改對敘事者信念與目的的最初假設，啟發對於特定敘事的結構，及統整對文本中反覆性主體的理解。

肆、實用性 (pragmatic use)：

當研究者能夠對研究過程透明化，描述解釋的形成過程，詳細說明如何達到成功的資料轉換，可以將基本資料提供給其他研究者，便可提升研究成果的信賴度與實用性。即當研究過程、資料、結果越可做為未來研究的基礎時，則其實用性越高。

伍、無教條 (no canon)：

在解釋性的研究裡沒有教條性的取向。所以在本研究進行過程中，研究者儘量掌握說服力、符合度、連貫性、實用性與無教條式的解釋，時時覺察自己的限制與是否過於主觀意識的觀看。

Lieblich et al.(1998)也提出四個敘事研究的評價標準，如下：

壹、廣度(width)：

意指提供豐富的證據，包含品質良好的訪談、觀察、詮釋與分析。提供研究報告

中所提出的引用文和選擇性解釋之建議，以做為讀者評斷依據，及成為詮釋本身的證明。

貳、連貫性(coherence)：

意指其評價的標準包括內外兩部分，內在部分著重如何將所有部分的情節內容適當的整合；外在部分則是指將研究發現與現存理論或研究進行比對。

參、內省性(insightfulness)：

故事與分析具有革新或獨創的表現，使讀者在閱讀過程中能憑藉其自身的生活對他人的生命故事有更多的理解和覺察。

肆、儉約性(parsimony)：

意指能夠運用少量的概念完成分析，並達到簡練典雅有美感之訴求的能力。

本研究為盡力達成的評價標準，因此將研究過程詳述於後，以供讀者檢驗。且綜合Riessman與Lieblich等學者評價敘事研究標準，研究者督促自己達到以下要求：

- 一、本研究的可信性來自於忠實的轉錄訪談內容，由研究者親自轉錄，以求正確的傳達訪談內容及情緒；在過程中，並與師長討論內容，檢視是否有疏失；最後將所完成的報告，交由受訪者檢驗，是否有疏漏或偏差，亦採取三角檢驗 (triangulation) 的策略，將研究結果透過電子郵件寄送與研究參與者，並藉由電子郵件與電話討論的方式，與研究參與者共同檢核研究結果的可靠性 (附錄六)；三位研究參與者的檢核回饋一覽表，如表3-5-1。
- 二、本研究在生命故事中，完成對事件脈絡整體連貫的敘述，並在結論中驗證現存的理論與研究。
- 三、本研究期望能對一樣有相同或類似處遇的護理人員，能引起共鳴，進而產生面對現實的力量。
- 四、本研究將在分析與書寫時秉持儉約原則，盡力達到簡潔扼要並具可讀性。

表 3-5-1 研究參與者檢核回饋一覽表

研究參與者/文本編號	回饋回覆日期	與真實經驗符合程度(1~100)	研究參與者之感想、回饋或建議

小茹 /A	2020-5-25	100	<p>謝謝學姐用心整理，整個原汁原味呈現。</p> <p>現在不會再哭到痛徹心扉，感恩遇見美麗信仰，心靈有個停靠的地方，讓我心安定。</p> <p>「捨不得動彈不得，放不下要付出代價」如今回首過往，會將思念母親的心化為前進的力量，我會勇敢面對一切，放下捨不得及放不下的。</p> <p>感恩學姐將我對媽媽的愛，化為文字收藏起來。</p> <p>感恩這一路走來遇見及互相扶持的貴人。</p>
美美 /B	2020-5-25	99	<p>親愛的，寫的很棒♥</p> <p>沒有要修改的地方耶</p> <p>然後，謝謝姐的訪談，其實讓我重新和回憶發生的事，和帶給我的改變和思考，勿忘爸爸最後用生命教我的最後一堂課</p>
貞庭 /C	2020-5-8	97	<p>雖然還是有些要克服的，但看了自己的故事，覺得在這裡有看見我，有人是真的懂我，覺得安心，自己走過這一遭，因此更成長了一些，希望我的故事，可以讓處境相似的人得到安慰。謝謝妳!</p>

第六節、研究流程

根據本研究之研究動機與目的，形成研究流程如圖 3-6-1：

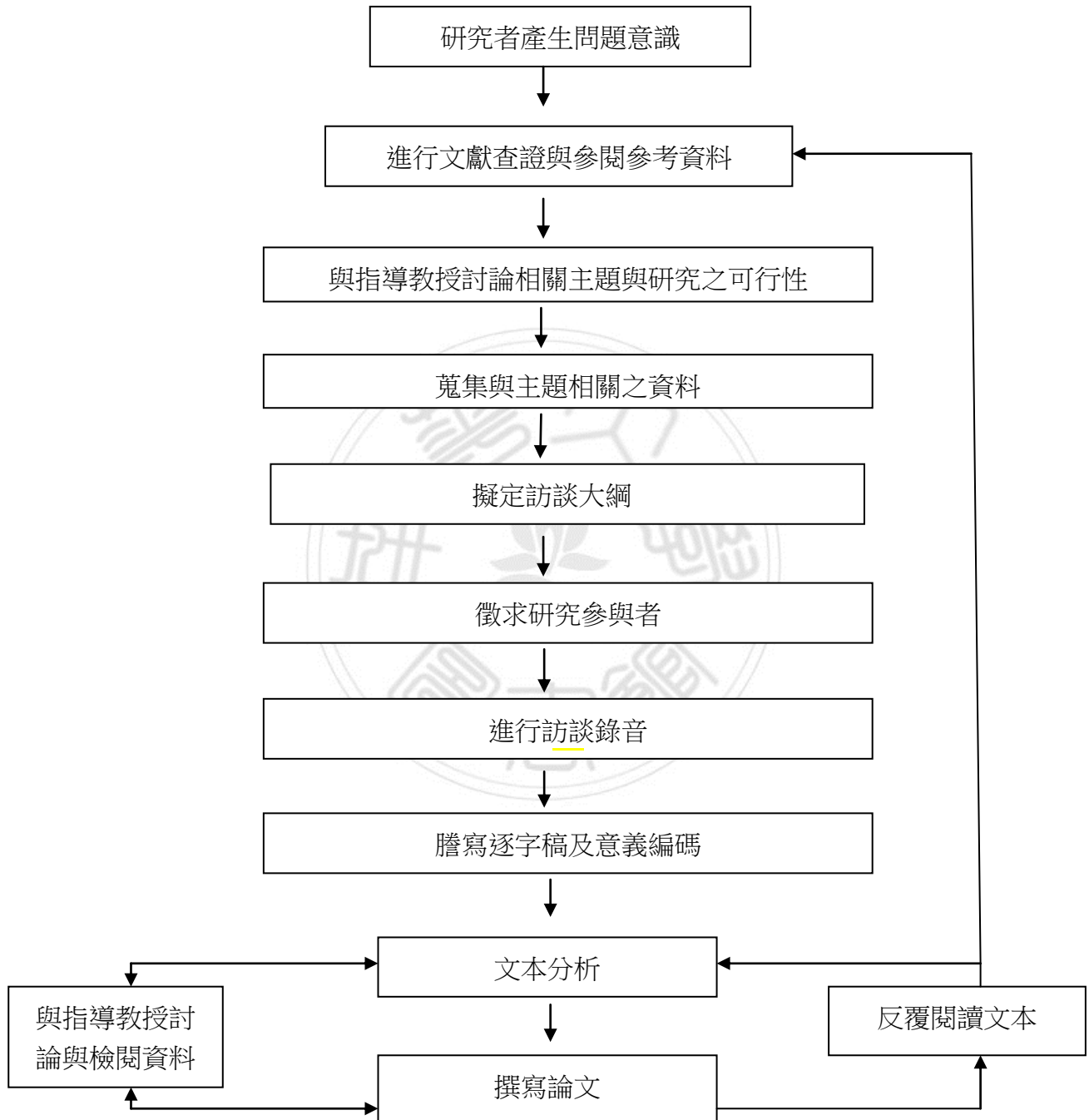


圖 3-6-1 研究流程

第四章、重症護理人員面對親人死亡悲傷調適故事

第一節、小茹的人生功課

壹、媽媽生病前

一、在傳統家庭長大

小茹成長在一個傳統的小康家庭，阿公阿嬤在世時三代同堂，爸爸是家中獨子與媽媽結婚後育有二女，小茹是家中長女，有一個小二歲的妹妹是社工，爸爸經營醫療器材行，媽媽以前是助產士，媽媽生小孩後即在家幫忙並兼職安養中心顧問，「以前小時候開藥房，在我大學的時候才開醫療器材行，然後媽媽幫忙顧店，還有那個安養院要評鑑幹嘛的，就請我媽媽幫忙（A1141）」、「我媽媽以前是助產士，她之前在婦產科診所，她算是職業婦女（A1137）」。

阿嬤因媽媽沒生男生因此對媽媽不好，小茹對媽媽所承受的一切看在眼裡，因此也對阿嬤的情感較疏離，「我跟我阿公、阿嬤的情感沒有這麼好是因為我爸爸是獨子，媽媽沒有生男生，阿嬤就對我媽媽不好，小時候都有那些印象就覺得，你為什麼都對我媽媽那麼不好。所以，對爸爸也有一點埋怨，爸爸算是孝順的！因為阿嬤中風躺半年，阿公也躺了半年，爸爸是獨子，然後大家都不養阿公阿嬤，爸爸會養，從另外一個角度來看爸爸還算孝順啦！因為他沒有把阿公阿嬤丟在安養院，我們是自己帶回來，然後請看護、請外勞照顧（A1131）」，在小茹眼裡爸爸算是個媽寶也算孝順，而爸爸很聽阿嬤的話，覺得爸爸也因此也對媽媽不好，爸媽之間的感情並不融洽，而且爸爸也愛亂花錢、簽樂透，因此小茹平常也不太理爸爸，跟媽媽感情較好，「他很聽阿嬤的話。他是媽寶阿！（A1134）」、「就對媽媽比較好，就不想理爸爸（A1132）」、「爸爸愛打牌，不然就是簽樂透、包牌，然後錢都亂花（A1136）」。

小茹上高中後即離家開始住宿生活，一直到專科畢業出來工作後小茹也都住在醫院宿舍，於休假時就員林回家中，自己算是聽話的小孩，天天打電話回家與媽媽聊天，媽媽每天都會關心自己的生活，不管自己開心與不開心都會與媽媽分享，妹妹在台北工

作，因此也較少回家，也少與妹妹連絡，「從剛來工作，到來加護病房工作開始，以前都會跟媽媽頂嘴，跟爸爸頂嘴，然後做一段時間之後回去，真的會有比較不會頂嘴。就是會對他們比較好。（A1015）」。在加護病房內看盡生死，讓小茹對父母的態度有了轉變，變得較順從父母。

重男輕女的阿嬤從未疼惜未生兒子的媽媽，而愛花錢、賭博的爸爸愛阿嬤的心遠甚於媽媽，這讓身為女兒的小茹心疼媽媽，對於媽媽為這個家的付出感到不值得，也影響自己對爸爸的情感，甚至因此埋怨爸爸沒有好好對待媽媽。

二、進入護理職場後的忙碌生活

初認識小茹是在某醫學中心的外科加護病房，是筆者之前單位帶領的學妹之一，略顯豐腴個頭嬌小的小茹，臉上總帶著憨厚的笑臉，很得長輩緣，她跟很多護理人員一樣，從專科畢業後就一頭栽入職場，而小茹被分發到一個收治神經外科及心臟外科、肝臟移植為主的外科加護病房，是一個極度忙碌、極重症的加護病房，護理人員需要有極大抗壓性及靈敏的臨床應變能力，才能應付多重的疾病變化、多樣醫療儀器及技術、外科醫師的照護要求、及面對各種家屬的莫測需求，需謹守的照護標準及護理品質、以及應付各種醫療評鑑的要求等等。

在學姐眼裡小茹上班時常就像陀螺一樣總有不斷的忙碌，常常看到她滿頭大汗埋頭於病床之間，在同事眼中，小茹上班的運氣總是不佳，病人的病情總是在她班內像失控爆走的猛獸般，讓一起上班的同事常疲於奔命的和她一起搶救病人，常常被同事笑罵衰運連連，小茹也總一笑置之，也認了自己的運氣，只能於休假時前往廟裡拜拜祈求神明給她上班能有好運！

三、病人死亡家屬的反應也牽動著自己的情緒

（一）不可以在病人及家屬面前哭

在學時，被老師教育著不可以在病人或家屬面前哭，因為會影響病人及家屬的心情外，也會顯得不專業，「因為以前老師都一直教說不可以在...病人...家屬面前哭，以

前不都是這樣教（A1085）」，但真的遇到自己照顧的病人死亡時，自己會想哭，但不會在家屬面前表現出來自己的情緒，「我永遠記得，因為那時候...我照顧他好幾天了。記得那個病人，然後他原來是清醒的，然後他之後突然意識改變！因為我們顧病人不是顧很短的時間，然後你常顧他就跟家屬互動較多，所以他那時候死掉之後，我會想哭耶...（A1035）」，剛來工作時對於清醒可以和自己互動的病人、或與自己互動良好的家屬，面對病人的死亡或家屬的哭泣總會牽動小茹，在下班後會為他們哭泣，也為自己的無能為力感到難過。

（二）、病人死亡讓自己感到自責

在剛開始進入職場時，面對病人的病情變化或死亡，小茹總在下班後回頭檢視自己，是否有疏忽、是否可以做得更好，也存在著自責，也會因此難過一、二個禮拜，「第一次病人死掉的時候，我很想哭，其實是之後我是下班之後回家哭，覺得奇怪，為什麼會是變得這樣？是我沒有、我在照顧沒有注意到什麼、沒有跟醫生講到嗎？我會自責！我想說會不會是我沒有注意到，他有哪個徵兆我沒有注意到、沒有發現到、沒有即時跟醫生反應，才害他死掉。我照顧這個病人照顧很久，他不在，我會難過，我可能會難過個一、兩個禮拜，之後我會...再出發。（A1036）」，「突然覺得好像...沒有什麼成就感。病人醫一醫就死掉了（A1042）」，「我會覺得很恐怖，病人家屬哭我也會想跟著她哭（A2003）」，初遇病人死亡，除了回頭檢視自己當時給予的護理措施及處置外，會檢討自己是否有哪裡可以做得更好，但病人的死亡讓自己難過自責不已，在工作上也因此覺得沒有成就感。

剛開始可能也因自己的特殊體質，每次遇到病人死亡，晚上睡覺時就會在夢中看到那死去的病人，剛開始會很害怕，但媽媽會安慰自己說她是來道謝的、妳做的是善事，慢慢的不在那麼害怕、也慢慢習慣了，「有長輩告訴自己...媽祖會保佑你。然後之後就會調適吧！然後跟朋友出去玩之後跟朋友談一談，就又還 OK！可能難過一、一兩天就還 OK（A1042、A1043）」，「我送病人回去，晚上睡覺就會夢到那個病人，我剛開始會很害怕，但爸爸跟我說你在做善事不用怕，我就覺得還好（A2005）」，「我大概做了一、兩年之後才有較好...以前是不管怎樣，病人會不會死就好難過、好恐怖喔！（A1070）」。經過一、二年後因著經驗累積及長輩的教導，自己從遇到照顧的病人死

亡會難過一、二個禮拜左右到一、二天就可以平復情緒。

雖然工作已經十一年，但她始終戰戰兢兢的照護病人，很怕自己有疏忽病人因此喪失了性命，「對照顧病人發生什麼問、有發生什麼問題盡量跟醫生講，希望醫生趕快就是真的把問題解決，就是盡量、盡所能的，如果有發現任何的異常跟醫生反應，不要因為自己的一個疏忽讓病人可能病情就越差（A1121）」，小茹對於家屬更是有著極大的耐心，常常可以看到家屬握著她的手、搭著她的肩感謝，總可以讓家屬安心的將病人交給她照顧，雖然偶爾遇到不講理的家屬小茹也會有脾氣，但總能合宜又不失原則的跟家屬說明一切，可以是一起上班同事眼裡的神救援。

貳、媽媽生病後關係的改變

一、從護理師變成家屬

（一）成為媽媽的醫療決策者

在小茹工作 3 年後，媽媽在一次的健康檢查發現心臟肥大，經過詳細檢查確診為瓣膜疾病，當時醫院檢查醫師建議需行心臟手術，小茹因著對心臟外科的了解，獨自帶著媽媽從員林北上至台北尋求心臟外科名醫，當時醫師解釋媽媽算是年輕、最好先開刀處理，要不待年紀增長身體恐難應付開刀帶來的龐大壓力，開刀風險相對提高，即使當時開刀也有可能於術中死亡的風險，「家裡的人手比較少，爸爸...跟媽媽的感情其實沒有說很融洽，而我又是護理人員，所以全部照顧的重擔都在我身上。決定要不要開刀？然後人家都會問你，妹妹也不懂、爸爸也不懂，所以全部的過程都是我在處理的（A1001）」，膽小、容易焦慮的媽媽最初不同意開刀，是小茹央求媽媽去開刀，爸媽感情並不融洽，爸爸及妹妹對於這醫療部分也不懂，身為護理師的小茹理所當然得去承擔所有醫療相關決策。

（二）成為媽媽的主要照顧者

自己身為護理人員，覺得自己最清楚這醫療相關的過程，也就理所當然的攬下這

照顧媽媽的責任，「因為你是護理人員，所以你會比較了解，所以會變成自己在照顧（A1001）」，決定要開刀的日子後，小茹跟護理長預先請了一五天假，在開刀前一天，個頭嬌小的小茹身上背著大包小包和媽媽兩人的衣物及生活必需品從彰化坐火車至台北醫院開刀，在經歷了將近 8 小時的漫長等待，等到媽媽順利的出開刀房，在加護病房看到媽媽身上插著一堆和病人一樣的管路及導線時，心中充滿了許多的不捨及擔心，知道管路存在的必要與其留置的風險，也因此媽媽未出院前都提心吊膽。

媽媽較其他心臟手術的病人住院還要長的時間，在醫院住了一個多月，小茹就在醫院附近租了一個月的飯店房間，台北彰化兩頭跑，直到媽媽出院持續的門診追蹤。在門診追蹤的過程中一直都很順利，也不影響媽媽生活自理能力，只是媽媽因為心臟更換機械瓣膜，因此需長期吃抗凝劑預防血栓，需要小心出血及身體的碰撞，及需持續抽血監測，但以前個性很堅強的媽媽在開刀後因此改變，「開完的過程當中，嗯...人家說...我現在終於知道說，之前心臟外科的病人家屬有跟我談到說：欸？病人怎麼突然變了一個人？我可以了解了...媽媽真的變了一個人。（A1004）」、「就變得比較膽小，以前很堅強，開完之後變得很膽小、很害怕，然後什麼都很依賴我這樣子（A1005）」，媽媽在經歷心臟手術後，雖然生活可自理，但卻變得膽小、依賴，需要被照顧，小茹回家時都需要小茹陪伴睡覺，而自己也因此變成媽媽的主要決策者及照顧媽媽的角色。

二、將對媽媽的情感轉移到病人及家屬身上

（一）不自覺會對心臟外科的病人較好

單位內有心臟外科、神經外科、肝移植的病人等，除了因疾病不同給予的治療有些許不同外，之前對於照顧各科病人的心情不會有所不同，「每個心臟外科的病人，他的生病的歷程、過程跟自己的家人很像這樣子，然後我就會對他比較好。就覺得自己有一些，角色的混淆，這樣好像不太好，可是就是會忍不住（A1001）」，但在媽媽心臟手術後，發現自己在照顧病人時，也許因為照顧媽媽的親身經驗，讓自己對於心臟外科病人更為了解，自己因此對心臟外科的病人較其他科別的病人好，會較關心及注意心臟外科的病人及家屬，即使意識到自己內心對於病人的照護不公平，但情不自禁。

（二）開始可以同理家屬的需求

在媽媽生病前，一直都很盡責的去照顧病人，專注於病人疾病上的照護需求，「因為它是我的工作，我會做好它，我之前就是照顧病人的生理。（A1008）」，自從媽媽心臟手術後，自己對於心臟手術的照護更積極的去鑽研及學習，也從自己的照顧媽媽的經驗與處境中同理家屬的需要，並於臨床中分享及教導家屬，「媽媽生病之後，如果家屬問一些問題的話，我可以想說盡量幫助他，然後，我會就對心臟外科的病人會比較好。就像比較心理方面的，就會跟他聊天，然後教他，我也教他說，我有遇過的事情，然後盡量跟他家屬分享，像還沒開刀之前，我就覺得說：喔，學姐說這樣顧，我不會的我回去準備，然後就這樣照顧病人。從媽媽開完刀之後，然後我有去做功課，因為，以前在學校讀書的時候，心臟外科都還不會，而我居然會在這邊工作，從媽媽開刀之後，我才比較深入鑽研，之前顧的話就是學姊說，你遇到什麼就去學，之後我就很、很、很、很認真的鑽研，家屬有遇到什麼問題的話，都會跟他經驗分享。就覺得比較偏心吧！

（A1009）」，在遭遇媽媽心臟手術之後，察覺自己對於與媽媽相似疾病的病人更為用心，因著照顧媽媽的經驗及照顧媽媽的心歷路程，讓自己更可以同理身為家屬的擔憂及疑慮，進而能提供病人及家屬更適當的衛教及建議，同時讓病人及家屬得到更好的照護。

三、為了祈求媽媽平安健康，開始不同的祈福儀式

媽媽手術後，深深的感受到媽媽的生命有了威脅，於偶然的機會中聽到廣播裡的媽祖信徒分享，讓自己開始想為媽媽祈福，原本沒有信仰的小茹也開始跟著拜媽祖，「我覺得我自己好像有點迷信啊！就是在媽媽開完刀的時候，每年都有大甲媽祖遶境，我本來不信那個的，我之前覺得你煩，我輪班愛睡得要死，你一直在放鞭炮，後來我聽到電視台訪問那大甲媽祖的信徒，那信徒就說他本來不能走，然後他女兒祈求說如果他媽媽可以走，他每年跟著遶境，他媽媽真的可以走了耶！...就是一些奇人異事！

（A1204）」，「有長輩就說可以抄心經，我就去抄心經，反正只要對媽媽有幫助的什麼我都做過心誠則靈。可是真的，嘖！很神奇（A1221）」。以前覺得一些宗教儀式在進行的過程，會帶來一些吵鬧及噪音而影響休息，因此對於那樣的宗教儀式沒有好感，但在媽媽心臟手術後，為了媽媽的健康，開始去拜媽祖祈求讓媽媽可以平安健康，聽長輩說抄寫心經可以迴向給媽媽，對媽媽的健康有助益，也就開始抄寫心經，雖然身為護

理人員，在同事眼裡卻是個迷信的一般家屬，只要聽說有讓媽媽身體健康的方法，就會去嘗試，也相信心誠則靈。

在媽媽平安出院後，「為了還願，我就在媽祖出來的時候，就是自己找一段路，然後跟祂走，我沒有走八天九夜，我心臟沒辦法，...大家都說我迷信，但有些科學無法解釋的（A1209）」，於媽祖遶境時，也會跟著媽祖走一段路，感謝媽祖讓媽媽平安，也祈求媽祖能讓媽媽身體健康。

媽媽心臟手術後，固定陪她上台北的醫院門診追蹤，媽媽除了較依賴自己以外，也都可以自己照顧自己，因此自己平時還能放心上班，休假才回家，因此突然的腦出血住院，讓自己莫名緊張了，原本好不容易平息的內心動盪再度來襲，「當時很慌...然後就去買一些佛經，就現在回想起來，那時候的舉動是不是...好像也知道...時日不久了，我去大甲媽祖拜拜，然後長輩就說就是去弄什麼佛水，雖然我是護理人員，可是我都會相信一些有的沒的，那時候就很慌喔！然後就很害怕，不知道在害怕個什麼，然後就會，嘖！很慌，不會講，就是心慌慌的，然後就是有一種坐立難安的感覺。（A1173）」，彷彿預知媽媽即將不久人世般，常常感受到自己的莫名心慌，所以又開始到廟裡尋求平安，也為媽媽祈福並祈願，「我又去拜拜跟祂說媽媽腦出血，如果祂讓媽媽順利出院什麼的，祂繞境時我每年跟你走一段、彰化縣市走一段，而媽媽她那禮拜真的很好，精神很好也很清醒，而且真的有出院！那我家鄰居也說她真的有讓你媽媽好好的出院，在家裡往生的耶！（A1205）」，在媽媽身上看到一些見證，讓自己更確信不間斷的為媽媽祈福，即使自己是護理人員，還是相信有未知的力量，期待透過未知的力量幫助媽媽度過難關。

四、面對死亡的恐懼

（一）醫師說出有媽媽有可能死亡時，才驚覺媽媽離死亡這麼近

當自己的家人與工作中常見的病人處境雷同時，很快的認清未來自己會遇到的狀況，「我媽媽得心臟病，然後我又在心臟外科，也就大概知道這個疾病之後會走向什麼，好像都已經知道這條道路會走到哪裡去了，可是你又無法抗拒，只能隨著命運一直走到這條路（A1257）」，身為護理人員的自己也束手無策，知道無法控制疾病的發展，似乎只能眼睜睜的看著它發生。

當費心尋找的心臟手術權威醫師說出手術過程有死亡的機會時，才驚覺媽媽有可能會死亡，「當時她開心臟時，我們都覺得找名醫開了一定會好，因為那時候有這種迷思，可是那時候醫師跟我說，可能也會死在手術臺上...的那一刻之後，我才想可能哪一天媽媽也會死亡了，才想到可能會有死亡了（A1259）」，即使每天上班都有可能遇見死亡事件發生，但從未想過會發生在自己親人身上，這樣的發現讓自己驚醒了。

（二）覺得自己因了解疾病的發展，而更害怕恐懼去面對媽媽的疾病

發現媽媽有心臟病需開刀時，有著極度恐懼及害怕失去的感覺，因為自己在心臟外科加護病房上班，而媽媽也成了心臟外科的病人，知道心臟手術可能面臨的許多問題，也就讓自己陷入各種想像而更焦慮恐懼，深怕媽媽會遇到任何一種不想遇到的合併症甚至死亡，「我這個人人格特質，我都會往壞的地方想，可能是因為...ICU 是重症，能轉出去的不多（1255）」，「我就很害怕，那時候心情很忐忑，會覺得怎麼遇到的都是跟你之前在課本上或是經歷過的一模一樣，會有恐懼、害怕的感覺啊！然後有時候會覺得，我妹妹不了解這一切，好像無知比較快樂（A1258）」，也許因為自己在加護病房看到的病人很多預後不好，因此對於媽媽的預後發展有著許多的預設想像，這讓自己忐忑不安也提心吊膽，心中有許多的不確定感，沉浸在恐懼害怕的自己希望也可以像妹妹一樣，因想法單純而較無負擔且快樂。「就是很慌，然後晚上其實也睡不好，可是還是有去上班，然後就覺得很慌、覺得身體不舒服（A1175）」，因為擔心媽媽，無法安心入睡也顯得焦慮，心理的困擾也直接反應在自己的身體上，覺得身體有種種的不舒適。

（三）開始有學習面對死亡的想法

在媽媽生病前從未想過死亡相關議題，「逃避吧!就想說：不會!我不會遇到。可是她開完心臟之後，然後我又在這心臟外科加護病房工作，看到很多病人有時候就往生，我在二技讀在職專班的時候，我也有修生死學課程，我覺得我一定要準備一下，因為有一天應該會遇到。（A1028）」，在媽媽手術後，在職進修中選修了生死學課程，覺得自己需要準備一些相關知識，以備不時之需，「可是你身為一個護理人員會覺得我了解這麼多東西，結果會覺得老天好像在懲罰我，為什麼我會剛好在那種心臟外科，媽媽得了心臟病，然後還讓她開這個刀，你會知道得很清楚，你就很恐懼，學長跟我說另

外一個樂觀點的想法，你知道這個病，你知道怎麼解決，可以尋求很多資源去幫助你，但我知道那麼多好恐懼！自己都沉醉在很恐懼、很恐懼、很恐懼、焦慮、怎麼會這樣，但沒辦法我已經遇到了，我就接受，就去做功課吧！（A1259）」，剛開始對於媽媽得心臟病有些怨天尤人，覺得老天似乎在懲罰自己，讓媽媽得了一個自己很了解的疾病，覺得因為太過於了解這疾病的發展，也就更恐懼，雖然也因為了解疾病本身，而清楚如何解決及求援，但焦慮、恐懼的感受並沒因此較少，但既然已經遇到，覺得只能去接受及面對自己的人生功課。

叁、面對媽媽死亡的悲傷及調適歷程

一、突然的腦出血，結束了媽媽的一生

（一）發生腦出血後，媽媽拒絕再治療

原本手術後需長期服用的藥物有易出血的合併症，而媽媽沒逃過這出血的機會，那年十月，媽媽突然行為舉止怪異也不進食，爸爸隨即帶媽媽到醫院檢查，發現媽媽有了腦出血，「那年十月底媽媽就在家裡就不吃東西，然後就覺得她好奇怪！我爸就把她帶來醫院檢查做電腦斷層，就發現有兩公分的顱內出血（Intracranial Hemorrhage, 以下簡稱 ICH），就住院了，可是她人還是清醒...（A1148）」，「她說她不要插氣管內管，她有說她不要，那時候那腦神經外科醫師就說可能要放引流管減壓，她也說她不要，我們就簽了不施行心肺復甦術(Do-Not-Resuscitate, 以下簡稱 DNR)（A1152）」，媽媽在清醒時，選擇不插氣管內管及不施行心肺復甦術，家人也尊重媽媽的想法，讓媽媽可以少點無效醫療，以及舒適有尊嚴的走完人生最後的日子。

（二）媽媽在睡夢中離開了

在發現顱內出血住院一週後，順利的出院了，但沒想到最後媽媽還是在睡夢離開了，「在發現顱內出血後在醫院住了一個禮拜後出院。然後隔一個禮拜，媽媽睡一睡就沒醒來了（A1155）」，「那天我放假，因為她都要我跟她睡，因為她心臟有換金屬瓣膜，習慣跟她睡都會聽到有一種聲音...機械心臟瓣膜的聲音。因為已經習慣長期聽到那個有心跳、機械心臟瓣膜的聲音，那個喀、喀、喀的聲音突然沒有了，那一天想說，她

先睡，我先去樓上看一下電視，因為隔天要看門診，也要準備一下東西，大概凌晨一點多的時候，想到說我去拜拜求的那個平安水，要給她擦忘記擦，在幫她擦的時候，沒有聽到那種..喀喀喀的聲音，然後開燈拿聽診器聽心音、用血壓計幫她量血壓，就沒有血壓了。那時打 119 叫救護車，救護人員來把自動體外心臟去顫器(Automated External Defibrillators；簡稱 AED)放上去，真的沒有心跳，然後就再送去附近醫院，確定死亡就開了死亡診斷書，然後就將媽媽送回家（A1158）」，無預警的發現原本熟悉的瓣膜音消失了，依著職業本能幫媽媽量完生命徵象後，還是打電話給 119 前來，救護人員確認無生命徵象後將媽媽送醫確認死亡，「那時我腦筋一片空白，想說怎麼會這樣...送去醫院那時候很鎮定喔！那時候我完全沒怎樣，是之後真的帶回家，葬儀社來之後，然後要幫她換衣服，就是穿那個壽衣的時候，那時候就一直掉眼淚，然後老人家說眼淚不能滴在她身上，但那真的很難過！那時候發現她走了的時候非常鎮定！但就一片空白，然後什麼、醫院叫我簽什麼我就簽什麼，那個當下好像就是...反射動作（1185）」，回想當時自己的只剩反應動作，無法做其他的思考反應，即使掉著淚，也無法感覺到自己的心，只能依著傳統習俗為媽媽更換壽衣，「當葬儀社把那個靈堂搭起來之後，開始幫媽媽換衣服的時候才意識到，噢，她..她真的死掉了...。然後那時候就一直哭、一直哭、一直哭。（1185）」，看著葬儀社忙碌的擺設靈堂會場，才意識到媽媽已經死亡的事實，為媽媽的死感到哀傷不已。

（三）、媽媽死後托夢給會通靈的叔叔，表達她要的葬禮的形式

在媽媽生前，從未討論過要以何種形式來安排自己的後事，當時爸爸想要以傳統的土葬方式來處理媽媽遺體，而自己想要以火葬方式來進行，父女倆也因此僵持不下，「我本來就不想用傳統的土葬方式，我想要用火葬的，然後我爸說要用土葬的（A1163）」，「直到有一個好久沒聯絡會通靈的叔叔，在媽媽往生...就是還沒出殯的第三天，突然來找我們姐妹耶！他是學佛的，他就說，媽媽去找他，那叔叔用朱砂筆寫了那一大張紙，裡面寫很多媽媽的話，她說她要火葬（A1164）」，因著那位會通靈的叔叔帶來媽媽在另一個世界的訊息及話語，讓小茹父女有了共識，決定要幫媽媽火葬。

二、醫院內病人的死亡事件，讓自己一再想到媽媽已死亡的事實

（一）在治喪中，因為人力調度困難，哭腫著雙眼照顧病人

因為工作為 24 小時輪班制，因此很難臨時請長假，當時因為人力調度困難，所以在媽媽未出殯時就出來上班，「那時候媽媽死掉的時候，回來工作其實很難過（A1113）」，「雖然就上一天班，但那時哭腫雙眼出來上班，覺得自己的心好像被掏空，在照顧病人很小心，但是就覺得很難專注（A2038）」，「就是出殯、告別式回來後，隔天就回來工作了，其實我那那陣子很難過（A1115）」，喪假雖有 8 天，但臨床上常因為人力不一定能連休，且常常得分段休假，出殯後也沒有多餘的休假，就又回到單位上班，即使內心很難過，但上班還是得打起精神，畢竟病人及家屬還是需要自己，不會因為自己的悲傷，而只單純幫病人護理不與病人及家屬互動。

（二）看到病人經歷的痛苦，慶幸自己沒為媽媽急救

「她去世那段時間，看到類似的就會覺得好難過喔！為什麼我已經經歷過這個了，在工作上又一直要看到這個，當我看到家屬在哭喊，我就好想哭（A1096）」，雖然工作可以讓自己短暫抽離自己的悲傷，但卻因為媽媽的關係，在工作遇見病人死亡場景時，就一再再被提醒著媽媽已經死亡的事實，一直反覆的揭開自己的悲傷，讓自己無法不去面對，只能一直被迫直視自己的傷痛，「家屬都會喊說要好好的孝順你、什麼有的沒的，就是會講一些很悔不當初的話，都覺得起雞皮疙瘩，現在比較好了，就那三個月到半年，媽媽往生那三個月到半年，自己又在這種工作場所工作，然後遇到有人救治無效要回家、或是往生，然後家屬的一些...話語跟一些哭聲，那時候真的好想哭喔！（A1096）」，在媽媽去世後三個月到半年中，看到有互動的心臟外科病人死亡，就會覺得難過想哭，很難過自己要不斷再經歷死別的場景，「我只要看到病人在那邊插氣管內管，然後在那邊被做 CPR，病人家屬說要救到底，然後病人升壓劑用到極高導致全身都黑掉，就會慶幸自己沒有這樣殘忍對我母親！每次在單位看到 CPR，我就覺得我好難過（A1159）」，每每看到病人急救時被施行心肺復甦術(Cardiopulmonary Resuscitation；以下簡稱 CPR) 等好些醫療處置時，雖然對於一直在經歷著相同的場景感到難過，但對於自己當初選擇幫媽媽簽署 DNR，且在發現媽媽心跳停止時也堅持住，沒有因心急而去替媽媽急救進行 CPR，沒讓媽媽經歷太多痛苦而感到欣慰。

三、擔心自己悲傷過度會得憂鬱症

回想過去，陸續有朋友或鄰居都說自己在醫院加護病房工作，常常可以看到病人死亡，因此對於生死這件事，應會比一般人還看得淡，更能面對死亡帶來的衝擊，之前對於自己面對死亡沒有太多設想，直到真的遇到了，「我認識的鄰居、一些朋友都會說我們在醫院加護病房看多了，應該是就已經習以為常了，可是我覺得沒有，我們是人，我們有血有淚的，當自己從護理人員變成家屬，我還是會傷心會難過啊！我還是會哭到不行，我無法那麼專業，那是自己的親人耶，因為我跟我的家人是有情感連結的，在醫院工作 11 年，生死是看透也看不透，鄰居說我看那麼多應都習慣！怎麼有可能習慣！我無法抽離，我還是會哭阿（A2051）」，「自己真正遇到生死，還是哭得死去活來（A2052）」，直到面對喪親的事實，才真正感受到在面對親人死亡，並未因以往的專業以及臨床的歷練，而讓自己因此變得比一般人更能淡然處之，喪親帶給自己的衝擊不會因為常見死亡就有所減少，畢竟面對的是自己的至親。

媽媽剛去世那個月，覺得自己生不如死，常常哭到想吐、吐不出來，也無完全入睡，半夢半醒無法成眠，也因此一個月內不易瘦的體質竟然瘦了二公斤，「她往生的那一個禮拜都沒什麼睡，然後維持一個月睡醒醒的就非常悲傷，然後哭到都快吐了... 哭到要吐都吐不出來，像要死掉那樣維持近一個月，瘦了兩公斤耶！真的很誇張，磅體重竟瘦了兩公斤（A1178）」，「約三個月到半年時雖然可以睡，但就好像有東西卡在心裡，有睡可是沒有睡得很好（A1228）」，三個月後雖然可入睡，但內心總有掛念，而無法睡得安穩。

在媽媽走後悲傷讓自己無法好好休息睡覺，也因此怕自己會走不出這喪親的歷程，因為有親戚有憂鬱症住院過，自己因此也擔心會憂鬱症，「因為我不想生病，擔心到時候如果走不出來會憂鬱症（A1102）」，「我不想生病，所以有一些問題我會找關懷師，還好我有幾個比較好的朋友會支持我，跟我聊天、關心我這樣子，直到自己遇到之後才會開始面對，以前只會逃避啊！想說可能不會、可能不會，沒想到這麼快（A1106）」，因為不想生病，所以會主動尋求院內關懷師聊聊，希望透過專業的支持，可以讓自己走出傷痛，「以前都避開死掉這個話題，因為也不敢跟家人提到這個話題。然後，就想說她生病開完刀，其實可能哪一天也會，可能會不在，可是沒想到這麼的快。其實一直在做準備，然後在學校有修過一些安寧的課程，可是真的遇到之後，那種感受

真的是無法言語（A1015）」，即使自己心裡有準備，就學期間也上過安寧和生死學相關的課程，但內心其實還是逃避死亡這個議題，在真正面對媽媽死亡時，還是讓自己覺得衝擊很大，超乎自己的想像。

覺得自己與妹妹人生經歷還很少、還很年輕，從沒想到那麼快就要經歷喪親之痛，「人家說生、老、病、死，我就遇到生病跟...媽媽往生，可是其實我才三十幾歲，我和妹妹二個才二、三十歲，我也還沒經歷結婚生子，媽媽就不在，我們就經歷這個。你看我阿公阿嬤死掉的時候是八十幾歲，我爸爸六十幾歲，那時候因為我爸爸已經過中年了，他應該是：嘖！應該是覺得還好。就是那種情感的感受沒有像我們那麼深吧！突然覺得，我怎麼這麼早、這麼年輕就遇到這種事情，有時候還會怨天尤人了一下（A1130）」，從來沒想過這麼早就要經歷親人去世的過程，甚至怨天尤人，覺得像爸爸到中年之後，人生經驗豐富才經歷親人死亡的感受應該會不同。也擔心自己的心會因此生病，也不想生病，為此會為自己找出口抒發心情，也很幸運的有關心自己的朋友，陪伴自己走喪親的這段路程。媽媽走後半年，曾萌生離職的念頭，覺得自己的始終在原地踏步，想放空再重新找工作，因為爸爸的話將小茹拉回現實面而打消念頭。

四、媽媽在另一個世界過得好嗎？

常常想念媽媽、擔心媽媽，擔心媽媽在未知的世界裡的生活，擔心她到另一個世界會過得不好或被欺負，「另外一個世界是什麼樣子？媽媽會不會被欺負...，因為媽媽很膽小，就會想到說那個世界過得好不好？直到有夢到媽媽（A1108）」，想念媽媽時，會用書寫的方式記錄下來，在過節或回家時燒給媽媽，「媽媽走後會寫信或是寫在筆記本，過年過節或是回家的時候，因為那個神主牌在家，然後就燒給她這樣子。一直到夢到她，就是很開心的臉，然後妹妹也有夢到，之後就覺得比較釋懷...，妹妹也有夢到我們三個人一起在睡覺，媽媽沒有什麼病痛，然後笑笑的，我是夢到媽媽在我身體不舒服時，她會給疼惜，然後之後我就有比較好了。那時候好像是她往生一年後，在她對年完...約九月份！（A1105）」，「如果沒有夢到現在可能還會耿耿於懷吧！（A1106）」，一直到媽媽陸續來自己與妹妹的夢裡，在夢裡看到媽媽沒有病痛、開心的樣子，就像之前一樣照顧我，內心才比較安心釋懷。

五、尋求心靈慰藉，感謝貴人相助

在媽媽走後，周圍的朋友及同事的支持陪伴，給自己好些安慰及力量，「有慶幸有幾個要好的朋友及同事會安慰支持我，其中也是有喪親經驗的同事安慰我說：至少媽媽開刀後到死亡這五、六年來，你知道她生病，妳有對她比較好，至少有孝順她，她就跟我說她爸爸是突然中風，然後就不在了，所以她有很多遺憾（A1186）」，「雖然還是捨不得媽媽，但有比較釋懷一點！」（A1187）」。聽到同事的遺憾，小茹對於自己能夠孝順的陪伴媽媽走完後段人生，因此感到些許釋懷，「然後學生時代很好的同學是精神科護士，認識至少超過十年以上了，彼此都很了解自己家裡的狀況，然後有空就會聊天，她都很有建設性的引導我，覺得我還蠻幸運的（A1201）」，「還有醫院關懷師君君，她有找我去聊聊，如果有醫院辦的悲傷輔導的課，她都會找我去，她的心靈溝通技巧幫助了我，還有你帶我去參加那個心理劇，就比較好了（A1249）」，「也會跟妹妹聊天，她讀社工的也有學過一些心理諮商（A1250）」，「我認識一個學佛的老師，他說你不要一直想她，偶爾想就好，他說她過得很好！我也剛好有夢到她過得很好，我就相信她過得很好（A1188）」，同事朋友相繼陪伴引導，甚至帶自己去上一些悲傷輔導、心理調適等課程，讓自己覺得所療癒，也曾夢到媽媽過得很好，讓自己可以相信媽媽在另一個世界真的過得很好，覺得自己很幸運的遇到很多貴人，幫助了自己渡過那個悲傷時期。

六、媽媽走後，開始實現自己的夢想

媽媽在世時，自己的生活除了工作賺錢外，著重於照顧媽媽及協助打點家裡大小事，「媽媽往生之前，有時候就...照顧媽媽嘛！就是這樣工作、賺錢、照顧媽媽。在她往生之後比較會為自己想想，因為以前會想說就要照顧家庭這樣子，錢都會給家人，現在就是媽媽不在了，好像沒有一個重心了，突然會想到說：自己...呢...可能...會想要出去交友，然後對自己好一點。然後之前我也想過要去哪一國玩啊！類似環遊世界這樣子。那個之前都沒有做到，現在有開始在做了。（A1109）」，「這次想要去日本玩啊！下次要去哪邊？就是去我沒有去過的地方！嘗試我以前沒有去過的（A1022）」，「現在每個月就給爸爸一些費用。其他就可以去...也不是說吃喝玩樂，就是想要對自己好一點，不會就是說全部拿回去奉獻給家裡這樣子。然後會覺得說我以前都是過一天算一

天，現在不會，就是會計畫以後（A1120）」，「現在就是想到存錢，看可不可以買個房子、買個車子。然後，之後再出去玩，然後計畫自己的生活。如果沒有結婚的話，至少有一個房子可以跟妹妹、跟爸爸一起住。突然想到這個問題，以前有想過，以前國中、高中寫我的夢想。但是突然想到...都沒有做到耶！現在要趕快...再想一下，開始去執行。（A1123）」，「媽媽火葬時，覺得真的是生不帶來死不帶去耶！真的是要好好珍惜當下（A2010）」，以往的生活除了上班賺錢，就是在照顧媽媽，生活裡沒有自己，日復一日，在媽媽走後頓失重心，才驚覺自己以往都奉獻在家裡，沒有好好愛自己，沒有活出自己想要的樣子，開始了規劃出國旅行、存錢買房、買車，想要著手尋回自己的夢想。

七、與父親重新連結，開始想要孝順爸爸

對於爸爸的情感不如媽媽緊密，較少與爸爸互動，「以前就是覺得我跟我阿公阿嬤的情感沒有這麼好，是因為我爸爸是獨子，媽媽沒有生男生，我阿嬤就對我媽媽不好，小時候都有那些印象就覺得，你為什麼都對我媽媽那麼不好。之前就很怨恨爸爸，為什麼不對媽媽好一點，我妹以前不跟我爸講話，可是媽媽往生之後有跟爸爸重新連結（A1131）」，「我會跟他吵架。他只要對媽媽不好（A1133）」，因爸爸是孝順的獨子，媽媽未生男生，阿公阿嬤因此對媽媽不好，也影響自己對阿公阿嬤及爸爸的情感，因此對爸爸心生怨恨，也會跟爸爸吵架，「之前跟爸爸的互動比較沒有這麼好，媽媽往生之後就...真的跟爸爸互動會比較多。就是，會對他比較好耶！沒有人孝順了，以前都會買東西給媽媽，什麼都會想到媽媽，現在啊！算了！不然買給爸爸好了。媽媽過世之後就剩我們三個人了，所以感情有重新再連結起來！因為之前都是，就對媽媽比較好，不想理爸爸，現在沒有人可以孝順了（A1132）」，「會對他比較好，就是比較不會跟他回嘴，只要他不要太過分（A1133）」，媽媽走了之後，開始意識到自己只剩爸爸可以孝順了，因此開始跟爸爸有了正面的互動，也比較不會跟爸爸頂嘴。

八、喪母悲傷後，學會停下腳步，支持病患家屬

在自己未經歷過喪親的過程時，遇到家屬悲傷哭泣的反應時，往往都不知所措，都直接找關懷師來協助，「以前遇到家屬悲傷哭泣時就是可能就是跟其他同事說怎麼

辦？怎麼辦？不知所措，頂多就是在那邊看，然後叫關懷師（A1126）」，「經過自己媽媽死亡之後，變成如果家屬需要，如果是我照顧的病人家屬，他哭或怎樣的就是這樣讓他哭...這樣，然後媽媽走了之後，可能病人沒有希望了，準備要帶回家時，家屬他哭喊，都會遞個衛生紙。然後會給他非語言都好的安慰或是拿椅子給他坐，可能就是會跟他拍拍背這樣子。之前有遇到一個家屬在地上滾欸！趴在地上欸！可是我覺得你不可以趴在地上啊！然後我就過去拿椅子、拿衛生紙給他，接著我跟他說：你這樣哭他會放不下喔！然後之後就請關懷師來，我也沒辦法了（A1126）」，「頂多我只能做到這樣。這種態度可能就是會對家屬，就是至少有一點點支持...（A1128）」，「在媽媽走後覺得自己真正能同理家屬放不下的那一段（A2020）」，媽媽走之前自己在面對病人家屬的悲傷情緒時，都只能看著家屬哭，頂多協助請院內關懷師前來陪伴就離開現場，在經歷媽媽死亡後，遇到病人治療無效要出院時，遇到悲傷無助的家屬，會停下腳步多給予家屬一些非語言的支持，試著協助安頓家屬破碎的心。

小結：

在媽媽生病後，所有的醫療決策均由自己決定，也成為媽媽依賴的對象，在陪病過程中發現，自己對於與媽媽疾病雷同的病人會有所投射，也因此照顧病人方面覺得有所偏頗，學會了真正的同理家屬的需要，但因了解疾病的發展過程，對於自己只能預見疾病的發展而無能為力感到挫折，也開始意識到死亡的靠近，發現自己對於死亡的恐懼與害怕，於是開始各種為媽媽祈福的儀式，也為自己做面對死亡的準備，修習生死學及安寧課程，希望透過學習能讓自己不在害怕、恐懼面對死亡。

在喪親之後，沒有想到常被鄰居及朋友說，自己在工作上面對眾多死亡事件，應很能習慣面對死亡的自己，並非外人所想的那麼堅強，悲傷的歷程讓自己一度擔心自己會得憂鬱症，開始尋求心靈慰藉，透過朋友同事及醫院關懷師的支持及陪伴，協助自己療癒悲傷。在自己悲傷過後，也開始正視自己的心，並著手計劃實現自己的夢想，對於家人的關係也有所改變，開始關心原本讓自己埋怨忽略的爸爸，想要好好孝順爸爸。

剛回去上班時，面對病人死亡及家屬的悲傷反應，讓自己在覺得痛苦不已，但也因為經歷過更能體會理解家屬的痛，即使忙碌，不在只專注於護理病人，會為家屬停下腳步，試著用自己的經驗去處理家屬當下的哀傷，將家屬安頓好後在繼續為病人護理，期待自己的短暫停留，能為家屬帶來些許的溫暖。

第二節、在人生轉折中遇見自己

壹、爸爸生病前

一、會酗酒的爸爸

美美生長在一個小康家庭，家中就二個孩子，有一哥哥在台北當放射師，與哥哥的感情也還不錯，從小爸爸就疼美美，但爸爸在生意失敗後求職不順，就開始酗酒過日子，在美美工作後即住在醫院宿舍，有休假時才會回去台中家，「從小就是跟媽媽情感很密切，然後我覺得我爸也是很疼我，但是因為後來爸爸生意失敗，他就是一蹶不振吧！可能工作求職又不順利，他到後來就是消極，就每天都會喝酒，維持十幾、二十年，因為我們本身都是醫護人員，或多或少也知道說這種長期酗酒的，我們可能即將面對的狀況是什麼，所以其實我們自己都有做一些準備，覺得爸爸可能會突然的離世，或者是突然生病這樣子（B1043）」。因為爸爸有酗酒的狀況，在臨床上也看很多這樣的病人，因此有心理準備爸爸的身體狀況可能突然有變化或突然死亡，甚至覺得如此一來對全家人都好，「我覺得其實看他這麼消極，老實說，有時候我覺得他可能真的突然離開，其實對他跟對大家其實都好（B1048）」，「爸爸喝完酒就是會去睡覺，可是妳就會覺得說，你才五十幾歲，然後你的人生就是喝酒，整天就是醉醺醺，起床就是喝，喝完就是睡覺，你的人生就只剩這樣子（B1049）」，「可能有時出去找工作，或者是有工作，但他後來糖尿病，所以身體體力也沒有很好，所以就是身體不舒服的時候，又遇到那個工作不順遂，然後就會有一些月底要錢的時候，妳就會覺得這個...怎麼會這樣（B1051）」，覺得爸爸還很年輕，但因工作不穩定，常常喝酒喝到醉醺醺，整天不是喝酒就是睡覺，對於爸爸一、二十年的酗酒人生，充滿著無法扭轉的無奈與失望。

二、工作敬業的美美

美美是在某醫學中心的外科加護病房護理師，目前單身，已經工作十六年，與小茹一樣在一個收治神經外科及心臟外科、肝臟移植為主的外科加護病房，一個極度忙碌、極重症的外科加護病房，美美已是小組長層級的資深護理人員，需擔負單位的人力運作調配，與單位人員相處融洽，也是筆者之前單位的學妹，個頭嬌小，笑起來有可愛

酒窩的美美，對於生活很有自己的想法，生活簡約樸實，富有正義感，看到學妹做不正確的事，會直接教育學妹，不會因為怕得罪人就不敢出聲，上班時很正經看似不苟言笑，但對於病人很和善，對於家屬亦很體貼。平時幾乎都上大夜班，雖然日夜顛倒，但美美與家人朋友之間都有很好的連結，為紓解平日繁重的工作壓力，每年與同單位的好友固定會有一趟長途旅行，在爸爸去世後，積極的再繼續在職進修，平時對於心靈書籍也涉獵甚多，喜歡閱讀，也許因此與一般同齡的同事更為成熟。

三、面對病人的死亡

(一)意外死亡的年輕病人，讓美美為他難過

一直都在成人外科加護病房工作的美美，在臨床照護許多病人，覺得如果病人年紀大或可能久病導致死亡是正常的人生階段，會覺得病人終於鬆一口氣，不再痛苦，「我都在成人的加護病房工作，如果病人年紀已經是老人家的年齡可能都七、八十歲，死亡的話，我會覺得是好，就是正常的人生階段，可是，如果是年輕的人走了之後，我就會覺得比較有感觸（B1013）」，「如果是疾病，長久以來疾病導致他過世，我會覺得他終於鬆一口氣。那如果是年輕人，然後遇到車禍的話，家屬又非常之急的話，就是會比較帶動我的情緒，會為他難過（B1014）」，如果是年輕人意外死亡或家屬很在乎的，病人走了會讓自己有很多感觸，感嘆年輕生命的逝去，也為白髮送黑髮人感到難過。

(二)害怕病人突然死亡需對家屬告知壞消息

病人死亡多少都會影響工作的心情，剛來時會害怕照顧可能會突然死亡的病人，除非他是預期會死亡或有簽署 DNR 的病人，「我剛來的時候會希望不要照顧到那種突然死亡的病人，會很怕妳的病人突然死了，除非是他是預期性的、有簽 DNR 的（B1030）」，「病人如果突然狀況不好，要跟家屬解釋這病人要走時的狀況，自己覺得沒有辦法去做，當家屬在問說為什麼會這樣的時候，沒有辦法去給他一些解釋什麼的，可能多半就是只能陪伴，可是覺得妳陪伴好像沒有什麼幫助。（B1029）」，病人突然死亡家屬常都有很大的情緒反應或疑問，也因為不知該如何回答家屬的詢問或應付家屬的情緒，會擔心病人突然狀況變差，要跟家屬告知壞消息及無法回答家屬的問題，

覺得自己就只能陪伴，好像對家屬沒有什麼幫助而感到無能為力。

（三）病人死亡教導我的事

第一位自己照顧的病人死亡，讓自己學習到若沒積極去處理病人的問題，病人有可能很快的從清醒到死亡，在這病人走後頭兩三天睡不著，一直在想著事件過程，會懷疑是不是自己哪裡做得不夠好，也回頭去檢視自己的處置是否有疏失或延遲，內心覺得有歉疚感，但也覺得因為這個病人，教導她以後在工作中面對每一個病人，都要更小心謹慎，「我有一個印象很深，算是第一例在我手中死亡的阿嬤，她只是一個腦瘤病人，醫師就說要注意血壓，那時候我上大夜班，結果阿嬤的血壓就愈來愈高，沒有馬上緊急處理，結果好像是腦瘤還是動脈瘤就破了，接著她的血壓就一直掉，後來這個阿嬤就走了，第一次感受到如果沒有積極去處理病人的話，他可能就從一開始可以跟妳講話，然後到後來死亡，我覺得會不會是自己哪裡不夠，造成這個阿嬤走（B1016）」，「我可能就會再思考我照顧他的時候有沒有哪裡做的不夠，然後我覺得這個阿嬤給我一個教導，就會讓我以後在面對不管每一種、每一個病人，我都要更小心，但是阿嬤走的前兩、三天其實會睡不著，會一直想這件事情。（B1018）」，「我覺得歉疚的層面還蠻大的（B1022）」，「也讓自己學習到，要做的事情就趕快即早付諸行動。因為妳也不知道哪一天會突然就走（B1034）」。看到病人突然的死亡，讓自己有所警覺死亡的不可測，也提醒自己要把握當下，及時付諸行動。

臨床上，有時面對病人可能呈現植物人或需長期照護的狀況，家屬在急性期對於病人後續要留下照護或放手必須有所選擇，對於長期照護帶來的經濟負擔及照護能力，家屬是否能夠承擔或造成更大的悲劇？而當初選擇放手的家屬，是否因此後悔或無憾？這讓美美心中產生了許多提問及想法，「如果一個家屬積極的時候、跟一個願意放手的家屬，可能病人他們的結果是一個是植物人、一個是死亡，但是我覺得不同的結果，也會對家屬有不同的影響（B1287）」，「但是也是真的有遇到說這個家屬，在我看到急性期的時候，他說，真的就算他變成植物人他也願意的家屬，可是我就沒有辦法去看他之後，當這植物人的病人到長照的時候，幾年了下去他的家屬，還是可以保持初衷說不管怎樣我都要繼續，還是他已經有一些現實的狀況出現了，然後不得不放棄這個病人（B1288）」，「所以我後來就想說，還是我們去走長照，因為我就現在我單身啊，然

後我照顧我媽的身上也會用在我身上吧（B1289）」，在加護病房看到那麼多病人及家屬後，對於長期照護有了一些想法及好奇，這些病人及家屬讓自己再再思考，對於未來若自己面臨相同的處境該如何做選擇，讓自己也考慮之後是否往長期照護發展。

貳、爸爸住加護病房的歷程

一、多通未接來電，原來是爸爸送醫

因為上大夜班，怕手機干擾睡眠而關靜音，因此直到睡覺醒來才發現手機有很多的未接來電，回撥後才知道爸爸發生意外已經送醫了，在那之後爸爸就沒在醒來了，「有一天我媽媽打電話給我，因為我大夜在睡覺所以我都沒接到電話，直到起床時才發現手機有很多未接來電，原來是就是那天在家裡突然跌倒，然後我媽以為可能就是因為喝酒造成他酒醉跌倒，她也沒有想很多，就讓我爸就去睡覺，她那時候也沒想說要去送醫，後來我爸後來就是吐，我媽才覺得情況變嚴重才叫救護車送去...就送去醫院，然後就是顱內出血，然後就沒有再醒過（B1054）」，「當天我沒有接到電話的時候，我真的是生不如死，崩潰大哭，但那天我還是上完大夜，然後下班學妹開車載我去中○醫院

（B1055）」，得知爸爸送醫，因為無法臨時請假，還是去上大夜班，那一夜美美覺得自己生不如死，只能在情緒崩潰中上完大夜班，下班時才由同事開車載去台中的醫院探望爸爸，而爸爸已經完成開顱手術在加護病房治療中。

二、從護理師變成家屬主要決策者

（一）顱內出血變大是否開刀的決定

加護病房治療觀察期，爸爸顱內出血又擴大，必須考慮是否進行第二次手術，「第一次開完刀住中○醫藥學院加護病房，然後他們就說再觀察，可是後來因為我是那個 ICH 又擴大，就有建議我們再去開刀，但是血塊可能沒有辦法再拿乾淨，可是我本身就是神經外科的加護病房，會知道說這樣的癒後好...就是好不了，其實自己或多或少心裡都有數，但是我覺得今天就是我的專業，我知道嚴重性是怎樣，可是我另一方面的身分是

子女，就會想說到底要不要救爸爸... (B1058)」，「妳就會在那裡掙扎，可是我覺得今天很慶幸是，我們家...家庭很單純，就是沒有其他親戚會介入，因為其他親戚都在遠在花蓮，然後家裡就只有媽媽，我覺得媽媽都...全權給我跟我哥處理，我哥也是念放射的，所以他也知道說他一直...就是顱內出血，然後再次開刀的癒後...，所以就讓我決定，我想很久才決定不要再開 (B1059)」，「在開完刀前...兩、三天，爸爸在中度昏迷的狀態，總會有一點點希望，想說就算他醒了半癱妳都願意 (B1253)」，「當初問我們鄭醫師這病情，跟中○醫師講的是差不多的，剛開始找到鄭醫師時就想說，那到底要不要開？然後同事幫我把電腦斷層影像傳回單位，請另一位顏醫師看，顏醫師講完那一句...這不管怎麼開都會死的時候，我就大哭，然後，我就覺得我就是要這個答案，我才知道下一步怎麼做 (B1254)」，剛開始對於爸爸的病情還是有所希望，覺得不管是否醒來半癱臥床，自己也願意照顧，但因為專業讓美美知道爸爸病情的嚴重性，當自己成為家屬，就陷入到底要不要救爸爸的兩難中，唯一慶幸的是家庭單純，沒有其他親戚會介入決定，媽媽也全權交給美美跟哥哥處理這要不要再開刀的決定權，哥哥也讓美美全權做主，之前中○醫師和自己詢問的院內鄭醫師，在病情說明上都有所保留，也給家人好些期望，直到自己聽了院內顏醫師給的明確答案後，還是經過一番掙扎，就決定不要讓爸爸再開刀了。

(二) 為爸爸轉至自己任職的加護病房

當初因為緊急狀況媽媽將爸爸送至家附近的醫院，即使很想將爸爸轉至自己上班的醫院較為安心，也能就近照顧，但考量到爸爸的病情，因此沒有馬上轉院，「那時候一開始我就是很想要轉來彰○，但是也是在掙扎，因為就是知道急性期啟動轉院，對爸爸 ICP (顱內壓) 不好，可是我覺得那時候印象很深刻是我去看我爸的時候，我看他那個胸骨都瘀青，就是要 to pain(痛刺激)啊 (B1069)」，在臨床上對意識不清的病人，在檢測病人昏迷指數時通常都會給病人疼痛刺激，早期會用拳頭揉病人胸骨給予疼痛刺激，但往往造成病人胸口大片瘀血，給人感受不佳，因此現幾乎很少這麼做，所以當美美看到自己父親胸骨都瘀血時，覺得這樣的照護讓她很無法接受，「他們那天後來說可能會排常規的電腦斷層，叫我們先簽同意書，我就說好，結果當天回去沒多久，醫院就打電話來跟我說我爸 ICP (顱內壓) 變高去做 Brain CT (腦部電腦斷層) 已經做完了 (B1070)」，「我就覺得說為什麼做完，妳才跟我講？ (B1071)」，「那他們說妳

已經簽同意書了，然後……我就說那個不是下禮拜的 Brain CT 嗎？然後你現在告訴我，你已經拿那份常規的同意書去做……（B1072）」，「急的!而且是做完才跟我講，我覺得這兩部份讓我……對這家醫院非常無法接受（B1074）」，「所以我才不管怎樣，即使爸爸狀況很差，我都想要轉來我們醫院彰○（B1075）」，因為很清楚醫療照護相關的標準作業流程，因此看到那醫院的照護及行政流程，讓美美很無法接受也不放心，因此明知父親轉來自己上班的醫院也不會好，還是辦了轉院，將爸爸轉到自己工作的加護病房照護。

（三）為爸爸決定簽署 DNR 及器官捐贈

將爸爸轉到自己工作的加護病房時，爸爸已經多重器官衰竭需要洗腎，「後來就是將爸爸轉到這裡彰○，當時爸爸就已經不好了，有到需要洗腎的狀況，我就直接跟醫師說不用，我知道說已經算多重器官衰竭了，也就是接受之後爸爸是會不好的活下來，他還是會離去（B1065）」，「轉到我們醫院不到一個禮拜，就整個狀況就變不好，我都有跟我哥跟我媽說，他們就說，反正就是以我的決定為主，後來我有幫他簽 DNR（B1084）」，「後來我簽器官捐贈，有幫他簽器官捐贈!就是捐...捐眼角膜，因為我覺得他那個其他器官應該也不能用了（B1100）」，在將爸爸轉到自己上班的加護病房一個禮拜後，看到爸爸病況趨於危急，美美清楚知道爸爸時日不多，為免於爸爸再受到一些無謂的折磨，希望讓爸爸平順的走完他最後的人生，於是幫爸爸簽署 DNR，也期待能夠透過器官捐贈，讓爸爸遺愛人間、延續生命，也想為爸爸積福，但因為多重器官衰竭，所以最後就捐了爸爸的眼角膜。

三、爸爸住院時，都處在神經緊繃中

（一）擔心再漏接家人的重要電話

平常因為上大夜班怕被電話干擾睡眠，所以平時睡覺手機都關靜音，爸爸發生意外時，沒接到媽媽打的多通緊急電話，讓自己現在也不太敢將手機關靜音，「其實現在會很怕突然接到，媽媽...就是比如說一些突然的電話，因為妳會回想到那一天爸爸發生事情的時候，媽媽一直 call 妳的那個手機，但我都沒接到，所以現在手機都不太敢轉靜

音 (B1189) 」, 「我覺得這對我而言, 就會覺得... 會有點擔憂家人的生命, 我覺得這個是當時給我很大的感受 (B1190) 」, 「爸爸那時候住院的時候我覺得很累, 因為我幾乎沒有辦法睡覺, 而且會一直看手機, 就是妳很怕漏接電話或者是又突然怎樣, 對, 妳就是... 因為我之前上夜班我一定都會關靜音, 可是那時候就是很害怕, 就是不敢再關靜音, 然後風吹草動都會害怕 (B1211) 」, 在爸爸住院過程中, 自己的神經緊繃也無法好好休息, 除了擔心爸爸的病情, 也會擔心又錯過關於家人的重要來電而後悔。

(二) 擔心請假造成同事的負擔

在爸爸住院時, 還是繼續工作, 擔心請假造成同事的負擔而不敢請假, 「而且我覺得甚至那時候我還就是繼續工作, 因為我覺得那時候不是說單位不給妳假, 而是妳不想要成為其他同事的負擔, 如果是現在遇到的話我會選擇休假 (B1206) 」。因為擔心爸爸的病情也擔心媽媽的心情, 擔心媽媽去醫院不會也會聽不懂醫師解釋, 因此無法好好休息入睡, 感覺非常疲累, 覺得若是現在自己會選擇請假, 畢竟照顧病人也需要耗費很多心力, 若無法充分休息對病人的安全也有疑慮, 「而且我覺得也沒有辦法好好陪媽媽, 所以有時候她去中○醫院會客的時候都是..... 因為我沒有辦法早上晚上都去, 所以有時候是我早上去, 然後我媽晚上去, 然後我覺得有時候, 她可能去看完爸爸, 有一些疑慮或什麼的, 她就是沒有人跟她做解答..... (B1213) 」, 因為好些時候媽媽一個人去探病, 常常心中有些疑慮無法馬上幫她解決, 若是自己請假陪她去探望爸爸, 自己對於醫療部分也有相當的了解, 能夠當下為媽媽解答, 讓媽媽可以較安心。

四、對病人家屬的心情更能感同身受

在那陪伴爸爸住在加護病房的歷程中, 發現自己和一般家屬一樣, 對爸爸的病情總抱著一絲希望, 期待爸爸能醒來, 就算爸爸最後醒來半癱臥床, 自己都願意去努力承擔照顧爸爸的責任, 「就然後妳就會覺得說, 爸爸有那麼糟嗎? 而且是前... 兩、三天, 總會有一點點希望, 就算他醒了半癱妳都願意 (B1251) 」, 「我覺得就是真的要多為家屬... 去想, 因為就像我媽不是專業人員, 然後她就像臨床家屬一樣會一直問妳, 一直重複、重複問一樣的話, 妳以前會覺得說, 為什麼他們都聽不懂 (1121) 」, 「然後妳就是... 就有點能夠理解說, 在自己單位的病人家屬來探病的心情 (B1112) 」, 在這之前, 臨床上常常遇到家屬不斷問一樣的問題, 那時只覺得為什麼家屬都聽不懂醫護人員

說的話，為什麼家屬聽不懂醫護人員的解釋，一直問相同的問題，直到媽媽也一直重複問自己一些相同的問題，自己才在當中開始理解為什麼家屬會如此問問題，其實那背後也隱藏著家屬的期待，「妳還是會期待他會張開眼睛，或者是他能夠更進一步，然後妳會了解說，為什麼家屬在明知病人狀況不好時，來會客的時候會一直問妳說，欸現在意識狀況是怎樣，然後之後問會不會醒？就是都還會有抱一些希望... (B1113)」，「妳要站在他們的立場，還有很白話、很白話跟他們講，對，然後我會覺得是不是有時候，我們臨床上的解釋太...就是太快了、跟太不明白了 (1122)」，在這之後發現，可能有時醫師在跟家屬解釋病情時，因為忙碌說的太急，沒能依家屬可以理解的話語去慢慢解釋病人的狀況，尤其在病人住加護病房危急的狀態下，家屬的心情相對複雜，無法馬上接收解讀這些專業的訊息，尤其家屬在心中也都還抱持著一絲希望，希望病人會有好起來的那一天，因而不斷的去跟醫護人員確認，想要聽到一個好的答案。

五、爸爸在美美的陪伴中走了

在爸爸臨終前，同事讓美美陪伴在爸爸旁，「爸爸走的那天 (哽咽) 我大夜，然後單位有讓我在 bed side(床旁)陪爸爸，後來其實爸爸...都已經 bradycardia(心搏過緩)了，然後我跟同事說，我哥跟我媽還沒來，然後他的那個心跳.....就有回來，等媽媽和哥哥到的時候，他才心跳停止，那時候爸爸這樣子去世的時候，就是會一直回想說.....(哽咽)他最後跟我講的話，(哽咽)就是.....因為他也很突然，就會想著事發前幾天，從家裡來彰化的時候，他來喔說...叫我路上要小心...好好照顧自己之類的話 (B1095)」，原本已經心搏過緩的爸爸，等到媽媽和哥哥到醫院時就心跳停止了，美美在腦海裡回憶著爸爸，在發生意外前自己從家裡準備回彰化上班時，爸爸最後一次對她交待的話。

叁、面對爸爸死亡的悲傷調適歷程

一、上班無法面對與爸爸同床位或類似的病人

在爸爸走後，回到原本單位上班，看到爸爸當初住的床位會引發美美的悲傷，「爸

爸出殯後，回來上班後有幾個月，再看到這樣病人要避開，而且我也不能去面對爸爸那時候住的床位，就是只要看到就是，類似情境的病人要走我也不行，我就會跟同事說我要哭了，她說妳趕快走（B1133）」，「當下會去休息室或廁所哭一哭再回來，或者就是一直捏自己之類的。呵呵...就是想掩蓋自己想要哭的那個情緒（B1141）」，「我覺得很好的是單位，就是一些朋友啦，然後我有情緒要發洩的時候，跟她們講，她們都會 cover，我覺得大家就還蠻貼心的會隱約都知道，也會幫我避開照顧那床（B1145）」，對於與爸爸狀況相似或診斷類似的病人要走時，美美會無法面對，需要暫時離開現場去處理自己的情緒或是捏自己的身體來轉移自己的情緒，幸而單位的同事很體貼自己，會在美美需暫時離開時協助照護她的病人。

二、回想這一切，懷疑自己的決定是對的嗎？

（一）家人覺得爸爸是微笑的離開

一直對於自己的決定有種不確定感，擔心自己的決定造成自己與家人的遺憾，直到在送爸爸回家的救護車上，哥哥跟媽媽覺得爸爸是微笑的離開，「我們就送爸爸回去台中...在救護車上面的時候，我哥跟我媽就說，其實覺得爸爸是微笑的離開，然後我就覺得...就比較放下這樣子。我覺得對他而言...也是一個解脫吧！（B1101）」，「後來就是還是會想到，就是爸爸永遠心跳停止的那一剎那，可是妳就會想說...連最後媽媽都說他是微笑的離開，我就覺得還好（B1149）」，因為媽媽和哥哥的說法，讓美美覺得比較放下，覺得那對爸爸而言也是個解脫。

（二）我做對了嗎？

爸爸喪禮結束後，自己對自己也有好些聲音，會陸續在內心問自己當初的決定是對的嗎？如果當時不放棄爸爸是不是不一樣了，心中有好多的疑問問自己，「就是我一開始辦完、辦完喪事之後，我還是會一直在想說...就像我第一次面對我病人走了之後，也會這樣想說，我是不是哪裡可以做得更好，是不是我一開始就不要送中○醫院或者早一點送彰○醫院或者是怎樣，如果我不要放棄爸爸什麼的（B1234）」，「我覺得這個關很難過，因為媽媽大概過了約一、兩年，都還在問我說，如果當初他...爸爸就是跌倒的

時候，那時候當下...，沒有等到他吐的時候就送醫院，會不會現在爸爸還在(B1238)」，「而且我...我就覺得...妳一直再怎麼.....跟他講一樣的事情，她知道....但是她還是會想要...她還是一直問，我覺得這跟家屬真的很像(B1241)」，「我覺得...真的有想說，妳這樣決定到底是對的嗎？其實我覺得有一方面是跟我媽差不多，因為媽媽這樣子問我一次，就等於是...再問自己一次...(B1242)」，而媽媽也常自責的問是不是早一點送他去醫院或再做什麼處理，爸爸就不會走了？如此情況維持了一、二年，而媽媽每問一次也等同再問自己一次！這不斷的讓自己去想當初的決定是否正確？

近幾年，在職場上陸續看了許許多多的病人及家屬，在病人及家屬之間也看到不同選擇下的結果，讓自己越來越確信自己當初為爸爸及家人做的選擇是對的，「剛開始的時候還是會去想我是不是做對了，可是我覺得這幾年，就覺得我當初的決定是對的(B1234)」，「就是在回來看了很多病人後，我也會覺得說，有時候適時的放手對大家都好，也很想這樣跟家屬說(B1236)」，「然後另外一方面就是...媽媽，有一天終於不會再問說...欸如果我當下就送醫...我覺得這個讓...媽媽很難過...(B1237)」，「我還是覺得...再來一次的話，我覺得...我的那個決定還是會一樣的，我覺得...可能是因為自己是專業人員，然後就會覺得說，其實如果爸爸癒後不好留下來，去住安養中心其實對媽媽還有我們自己，經濟上都是一大負擔，嗯...所以我們還是會覺得...他離開會比較好(B1104)」，覺得再重來一次的話，當初放手讓爸爸走的那個決定還是會一樣的，如果爸爸預後不好留下來，住安養中心，經濟上會是一大負擔，所以我們還是會覺得他離開會比較好！

三、擔心媽媽的心情，大於自己的悲傷

爸爸走後，發現媽媽不太敢再住原本他跟爸爸生活的那個家，因為她有很多和爸爸一起生活的回憶，怕天天在家會觸景傷情，「爸爸走後其實人際關係沒有太大變化，家庭的話，我覺得其實主要也是就媽媽，我發現她.....很像就是不太敢再住原本的家，他跟爸爸生活的那個家裡，因為她覺得很多回憶，所以那時候我們有討論，討論說要不要搬家，可是我覺得媽媽自己也在調適，後來他還是選擇說，就是不要搬走(B1115)」，「我覺得就是當我爸走之後，覺得我和我哥就還好，因為我覺得可能就是後來就沒有長期在家，而且我們也知道，爸爸這樣離開是比較好的，反而是爸爸對媽媽的影響會間接

影響我們 (B1116) 」，「因為變成爸爸影響到媽媽的時候，我們要去照顧到媽媽的心情，那時我們甚至已經在找房子了，後來是媽媽自己又說她還是不要搬好了...我覺得她還是...放不...就是害怕又放不下，我覺得對她的心情...，就是...雖然很怕觸景傷情，可是又很怕走了以後就沒了，那個回憶吧 (B1120) 」，為了照顧媽媽的心情，曾經討論要搬家也開始看房子，後來媽媽還是選擇不要搬家，媽媽應該也很擔心搬走了就在也無法透過那個家回憶爸爸，比起媽媽，覺得自己和哥哥長期不在家，也知道爸爸這樣離開對大家都比較好，所以覺得自己和哥哥的悲傷還好，反而是爸爸對媽媽的影響會間接自己的心情。

四、感謝病人帶給自己的學習

看到病人死亡時對於死亡的看法，最初只是覺得再也看不到這個人了，並沒有想到關於病人死後，他的家屬或朋友的悲傷或遺憾，「就是再也看不到這個人了

(B1152) 」，「我覺得就是很謝謝，可以看到臨床上這些病人他去世的過程，因為就讓我學習到說，讓妳看到妳怎樣去選擇，才是對妳家裡的好。(B1126) 」，「因為有的可能，一開始的家屬很積極想救這個病人，然後這個病人活下來，但是他是植物人，到最後拖垮了一個家，然後也有人，就是很乾脆的可能很直接簽 DNR，然後這個病人就真正到讓面臨狀況的時候，他就走了，我覺得對大家也比較好 (B1127) 」，在爸爸走後，面對病人死亡的過程中，覺得很感謝病人，在他們受苦的同時，讓自己有所學習及反思，看到病人死亡前的過程，以及存活下來的病人影響著整個家庭的情形，讓自己學習到該如何因應及面對家人在面臨生死關頭時的決定。這讓自己想著送病人回去當下的我們不曾想過的事，「其實這就讓我學習到說，原來很多病人的家屬，可能我們現在送病人家屬跟他回去了之後，也許他的親人在不知道多少年都還在自責說，我是不是早一點送他或做什麼處理，他就不會走了，還是會回來這樣子 (B1239) 」，也許病人家屬在送病人回去多年後，還在想著或自責著，也不斷的問自己當初對家人的處置是對的嗎？

在自己經歷過爸爸過世那個過程後，會想要讓家屬可以適時放手，讓病人也可以好好的走，看到面臨類似狀況的家屬，會想要協助家屬了解病人真實狀況，但因為護理的角色不允許自己去跟病人家屬解釋病情，以免引起一些不必要的醫療糾紛，「在遇到

爸爸去世之後照顧病人，就會想要偷偷跟家屬說他的癒後，然後讓家屬適時的放手啦，有時候也會想要暗示他們，如果我有權力的話（B1129）」，「之前可能會基於說，可能妳的護理角色不允許，或者是妳可能會有某種壓力，妳今天講了這些話，那如果家屬他明天去遇到醫生說欸妳們昨天那個護士這樣說，對，我覺得就是會有這一塊的包袱...（B1131）」，「我覺得很多家屬，你根本就...你只是一個醫師，妳完全又不知道家裡的經濟狀況，護理人員比較了解吧（B1278）」，「而且妳也知道那一種長照會拖垮一個家庭耶（B1279）」，「我也有跟我哥討論說，我覺得留下的人比較重要，因為我們也有討論到安養中心，之後我們兩個可以負擔多少呢？然後什麼等級的，我們有討論這一條路，因為我覺得還是要早點說清楚，後來其實我們有討論說，如果開了變植物人話，我們的負擔，那如果今天選擇放手的話，我們可以用那些錢，就是好好孝順媽媽，我覺得家裡的另外一些兄弟、姊妹，能夠，就是跟妳一起做決定的很重要，需要支持妳的人（B1282）」，常常看到醫師多在醫療處置行為上予家屬解釋病情，若家屬沒有主動提出家庭及經濟問題，容易忽略病人家庭照護能力及經濟狀況，就不會為病人後續照顧可能遇到的現實面告知家屬，在病情解釋上也有諸多保留，這些都會影響家屬的照護決策，自己覺得長期照護很容易拖垮一家人，所以當初自己與哥哥討論若爸爸存活下來變成植物人，那一定需要住安養中心，需要很大花費，不如將那花費用來孝順媽媽會更好，因此，會希望在臨床上醫師能將病人狀況解釋清楚，讓病人可以減少病痛及折磨，讓活著的家屬也能不因長期照顧病人而生活因此陷入困頓。

五、想知道爸爸投胎轉世？還是在哪兒？

小時候媽媽教導看到偶像要拜拜，但還是沒有到很虔誠，但就會覺得人離世後會上天堂或下地獄，有輪迴的概念，「小時候媽媽教就是看到偶像要拜拜那種，還是沒有到很虔誠，但是妳...就會覺得說妳以後妳走了之後，妳可能就會上天堂或是去地獄...會有輪迴之類的，自己會去想...（B1177）」，「就是妳會突然覺得妳死亡的時候，妳的靈魂真的有在某一個世界，只是妳不知道那個.....不了解那個世界，但是，我相信有那個世界在，所以現在會擔心啊，現在就是怕壞事做太多呵呵...（B1172）」，覺得死後靈魂會在某個世界，相信有那個世界在，所以會擔心自己壞事做太多會下地獄。

覺得爸爸死亡的後靈魂會在某一個世界，只是大家不了解那個世界，「爸爸是在

靈骨塔，然後去祭拜他的時候，然後我哥竟然說，他想要問一個問題，他想要問地藏王菩薩說，爸爸還在這裡嗎？(B1167)」，「我覺得也就很玄，因為我有時候拜拜就會問菩薩說，爸爸吃完了嗎...之類的...，他就聖筊，然後有一天我那個筊...就一直都...笑筊，然後我哥就問說請問一下，那爸爸還在這裡嗎？結果是沒有在這裡了，然後我們就覺得：啊！然後我們當下我就想說欸那有可能爸爸，可能投胎轉世或什麼的，總而言之，他的靈魂已經不在這裡(B1171)」，在一次的祭拜中曾問地藏王菩薩說，爸爸還在嗎？結果菩薩給的答案是他已經不在這，自己覺得他應該已經投胎轉世了，靈魂已經不在這個空間了。

六、家人們分別用不同的方式懷念爸爸

對於爸爸的思念，家人從未公開討論過，只是靜靜的陪伴彼此，也從未想過爸爸在家人心目中各自的樣子和情感，「後來就是我哥，竟然有抓說...我爸爸的生前的照片，就是...然後甚至有一些錄音，我就說，妳永遠不知道妳當下照片或者是錄的時候，妳今天或是可以用這種來懷念他(B1226)」，「另外一方面就是.....又讓我看到說，因為我覺得父子間的關係也是一個很奇妙的關係，因為妳會覺得說，可能爸爸會相對要求哥哥或弟弟做什麼樣，妳覺得他們好像感情很不好，竟然哥哥會給我看以前他錄的影片跟照片，我就覺得其實他還是很愛爸爸的(B1227)」，之前從來沒想到用影像或錄音的方式來做記錄，在看到哥哥為爸爸做的影像記錄才發現，原本以為的父子關係不是自己所看到的，其實哥哥很愛爸爸的。

自己剛開始會害怕去看到爸爸的照片，怕自己會很難過，而終究太久沒看到爸爸的相片，對爸爸的影像印象會模糊，慢慢的還是會去打開相片看看爸爸，也漸漸不再害怕去看到爸爸的相片，「其實一開始會很害怕看到爸爸的照片，就是又會很難過(B1230)」，「然後總會覺得久沒看爸爸的相片，欸，有些影像妳還是會糊掉(B1231)」，「然後就會再去看.....看到照片就不會像以前不敢看，就會想到爸爸原來的樣子，然後現在我們家不是有那個.....就姪子、姪女出生，然後...就是家人還是會說，哇!如果今天...阿公還在的話，妳們一定會怎樣、怎樣，就是被阿公疼啊、或怎樣怎樣的，就是我覺得大家還是會用一些不一樣的事情在懷念爸爸(B1233)」，家人雖然沒說出對爸爸的懷念，但在生活中的對話裡，依稀可看見家人用著不同的方式在懷念爸爸。

肆、悲傷歷程中的改變、感謝與成長

一、發現在死亡面前只是個脆弱的凡人

自己早就預料爸爸有一天會因酗酒而走向死亡，但在那之前並沒有因此去做準備，「我會想說...就是每個人都會遇到這個死亡，只是他時間早晚和他是妳預期中的就...還是突然的，我覺得我爸爸就是因為酗酒的關係，我會知道死亡是不可避免的，但是，我覺得那一天還是會覺得...妳永遠不知道他是怎麼的突然的走，我覺得就是可以試著，生前去做一些...就是問一下妳的親人，甚至妳自己，當妳面臨死亡或者是怎麼的時候妳的決定是怎樣（B1154）」，在為爸爸安排葬禮時，還是會想知道爸爸希望如何安排他的喪禮，因此覺得若是不忌諱，應試著去問家人關於他們死後期望如何安排自己的葬禮。

覺得在台灣的傳統觀念裡，談死亡還是一個忌諱，「那時候有我就想說，就會想要...會想要問媽媽說，假如妳今天...但是台灣人的那個傳統觀念，就是妳問...只要妳問了一句...以後媽媽或是長輩你的後事要怎麼辦，這都是一個忌諱，後來是我媽自己說，如果我以後，發生什麼事了就不要急救，然後直接火葬，其實我覺得我當下反應竟然是：「妳幹嘛說這個，妳會長命百歲！」，「可是後來我才發現，我不應該這樣子說，因為連妳今天妳媽媽都願意主動提起這...對死亡的安排的時候，妳不應該去...就是避開，他都願意去想了，妳應該要開始跟她繼續去討論（B1157）」，「我應該要開始就是來問她說，妳希望妳以後遇到事情的時候要如何.....（B1160）」，當初對於爸爸的死後的安排有著不確定，因此會想要問媽媽萬一她走了，想要怎麼安排她的後事，但當媽媽主動提起時，那當下自己卻打斷了媽媽的話題，並跟媽媽說她會長命百歲，覺得自己還是要去問媽媽對於自己未來的喪禮安排。「因為可能這就是我的希望、願望，對。後來我才發現，欸，可能後來有上安寧的課，才知道說，欸我也變成那種...就算我今天是一個護理人員，但是我也是遇到自己的事情的時候，我也是一個平凡的人，我竟然也是...我其實當下講出來的時候，我真的有點傻住，說欸我竟然會這樣的反應.....（B1159）」，「我自己有點想說，欸真的，就算今天上了再多專業課程之後，妳內心最大的希望，會掩過妳的專業（B1161）」，在上了那麼多的專業課程後，這才驚覺自己的想望還是掩蓋過自己的專業，希望媽媽長命百歲不會離開，即使自己是護理人員，終究還只是個平凡的人。

二、希望之後能讓生病的家人減少痛苦，開始學習安寧療護

爸爸走後，也許因為看見了許多加諸在病人上的無效醫療，以及其所導致的病人受苦情形，以及在護理角色的無力感，所以當自己經歷過爸爸住院醫療過程後，於其中所看到及感受到的經驗，讓自己一直在想讓生病的親人不要有痛苦，還有陪伴他的親人減少痛苦，所以就去上初期的安寧課程，「也是爸爸去世之後，其實還是會一直反覆想說，要怎麼樣，才能夠就是讓...嘖...妳生病的親人不要有痛苦，還有妳在...就是陪伴他的親人減少痛苦，然後就先去初期的安寧課程（1163）」，「我覺得說不定長照，我還可以開發我的新的生涯，因為我不知道我適不適合安寧，所以我明年要去實習安寧了，我覺得人生有很多可能啊！（B1316）」，雖然不知道自己適不適合從事安寧護理，但還是開始學習及安排進入安寧照護的領域一窺究竟，甚至想要嘗試與重症領域相差甚遠的長期照護，覺得人生有很多的可能性，也許可以走出加護病房，開創自己的另一個護理生涯及出路。

三、積極學習，想在有限生命及時行樂與成長

在爸爸離開後，家裡的角色有了改變，哥哥變成家長，而自己成為媽媽的照顧者，自己不能只是玩樂，應有所成長，「我會想說天啊!我覺得我爸去世之後，妳會默默覺得妳家裡哥哥變家長，然後現在換妳照顧媽媽，妳不能再這樣，我覺得真的，很多時候就是一個...就是...嘖...上帝用一些方式告訴妳一些事情（B1319）」，「以前可能就是覺得說，欸上班下班就好了，然後有錢出去玩，這樣就很滿足了，完全不會想說一些...妳要更加成長的事情，可是，我覺得爸爸走之後，才會知道說，喔...原來及時行樂也沒有錯，但是妳必須趁妳有限的生命的時候趕快做些事...因為妳不知道妳有一天會不會，像爸爸這樣突然走，然後妳就會想要說我要，及時去做我自己真正想要做的事情（B1195）」，「我覺得我爸走了之後，讓我更積極去學習很多事情。然後我自己覺得比以...之前更了解自己到底要什麼，就是及時行樂吧，哈哈...（B1194）」，以往的生活在上下班中渡過，休假就是玩樂，不會想到要自我成長，在爸爸走後驚覺自己在有限的生命裡，應該要及時行樂，讓自己不枉此生。

這幾年自己也真的陸續完成自己想要的，而且積極多方學習，「那一年讓我突然

真的覺得，我第一次真正知道我自己要什麼，所以那年就去雷射眼睛、學開車(B1197)」，「這幾年我也完成了...我買車，完成二技、救護隊受訓、上完安寧啊！想一想好像還不錯！（B1321）」，「那時候爸爸那時候，那個交通工具就是坐那個...火車，後來再去他的時候那個過程，覺得...就是會很...沒辦法很即時，比如今天爸爸突然要做一個檢查都是媽媽，我就會問媽媽說，那妳有沒有辦法等我到（B1120）」，「然後我希望有一天，因為我媽還在台中，就是如果萬一真的有事情的話，我可以立刻馬上開車回來，不用礙於說什麼交通工具啊，還是什麼的（B1199）」，而也因為爸爸當時在台中的醫院治療，自己卻在彰化上班，常有些臨時的檢查或處置，因自己受限於交通工具，而無法即時趕到，在交通上需耗費許多時間，所以在爸爸走後那年就去買車學開車，萬一若媽媽也發生事情，自己可以不再受限於交通工具，可以自由前往。

四、開始為自己未來的善終及早預備

開始去想像關於死亡自己會如何因應，覺得自己還很年輕，應該也會害怕死亡，「然後就會開始想，嗯，自己對死亡，然後其實是一開始會覺得是，如果我今天真的突然得什麼病或什麼，我應該也會很害怕死亡，因為我會覺得我還很年輕（B1165）」，「我覺得也是有點矛盾，就會想說如果妳...比如說，妳可能真的遇到 cancer 或什麼的時候，妳這樣要積極處理，還是就是要一切就是順順的這樣子，其實我也在想，我不知道欸，如果得到 cancer 的話，這一種的癒後我自己可以掌握，因為我自己可能就是...治療到哪個階段我要放棄，接受死亡，這種遇到疾病而死亡，我覺得是可以自己安排的，可是我不知道哪一天我會不會意外，也許有時候意外突然的走，我覺得那很好(B1182)」，想像自己如果是得到腫瘤，可預期有幾種治療階段，自己可以掌握要治療到哪個階段或要放棄治療、接受死亡，若遇到疾病而死亡，覺得是可以自己安排的，只是不知道哪一天會不會遭逢意外，而意外的死亡，不需經歷那生病及面對死亡的過程也許是較好的結果。

五、可以真正體會家屬的心情

當知道爸爸病況變差，醫師建議需要開第二次刀時，因為當時主治醫師無法給明確的答案，覺得很難去決定也很掙扎，直到自己問到一個認識的醫師坦白的告知癒後不

好，才得以做決定，「爸爸走了之後，我就覺得說，因為那時候就是有遇到醫師有跟我們建議說要再開刀，然後直接問他說開不開的狀況是怎樣，然後醫師就說這要看之後，我現在沒有辦法給你答覆，要看開的癒後。但是我覺得這樣就會讓家屬很難去決定啊，那是因為我今天是醫護人員，我又認識其他的醫師，然後是第二個醫師才直接跟我說，不管怎樣，妳爸爸的預後就是不好，然後他會死！我當下聽到那個，我就知道我該怎麼做。如果我今天是家屬的話，我想要聽到明確的答案，你不要跟我講模擬兩可的事（B1125）」，「之前面對病人死亡就會...就感覺是妳...很專業的送他回去，其實沒有太大的想法（B1186）」，「以前就是感覺，就會有點沒有辦法...欸...就是妳是護理人員就是護理人員，比較沒有辦法，體會到家屬真正的心情（1142）」，之前較無法體會家屬真正的心情，在自己經歷過這一遭，覺得當醫師能給家屬一個明確的方向或答案時，家屬會有所依據，得以選擇較適合家屬自己的醫療決策。

六、覺得人生無常，老天自有安排

爸爸在外院加護病房時，很幸運的遇到之前認識友好的醫師，而剛好是他幫爸爸開刀，他把爸爸當成他的 VIP 照顧，「我很幸運的，之前我上白班認識了一個醫師，我們後來成為朋友，然後他後來去...那個台北一個還蠻有名的醫院訓練完之後他就沒有來彰○，他去中○，然後我爸發生的那天晚上是他值班開刀，我本來不知道，後來是隔天我趕快趕著下班趕去中○的時候，我媽拿給我同意書，我就看那上面蓋的醫師的名字竟然是他，然後他才知道說那個是我爸爸，之後他就幫我很多，他還跟他們那邊的醫護人員還說，他有交代說我爸是他的 VIP，有什麼事都緊急跟他說（B1216）」，遇到認識的醫師幫忙照顧爸爸，這一部分讓美美覺得很安心、也很感謝，這多少彌補了自己無法隨時在爸爸身旁的遺憾，也等同給自己一個定心丸，讓無法隨時掌握爸爸病情的美美能較放心上班。

在爸爸去世那時，遇到幾個不熟的同事，得知自己爸爸已經來日不多，熱心的協助安排殯葬事宜，「然後我爸就三月底發生的事情，重點是後來就是爸爸有可能不好要辦喪事的時候，那一個月有個來交叉訓練的學妹跟我說，如果你需要的話，世新學姐他老公是開葬儀社的，然後她可以協助安排...這之前我不知道，而且我跟那個世新學姐沒有很熟（B1 221）」，「後來我們就去接洽，然後他就是很多事情就是很成本價跟我們

算、針對我們的需求，因為我們後來才發現真正...妳真的要辦那個喪禮啊，很多事情...就是很多那個...比如說出車的話，妳要出哪一種車，然後價錢是什麼，然後妳骨灰罈要選擇什麼，然後妳要什麼樣的儀式的成本、花費都不一樣，然後他也是很誠懇告訴我哪些需要花、哪些可以不用，我就覺得很謝謝（B1222）」，「我知道可能也許我這一生就是要在這個時候遇到我爸爸發生這件事情，但是我覺得他就另外安排一些人、事、物，讓我順利度過這一次（B1223）」，「那麼多 ICU（加護病房）我竟然要在神外的 ICU，對啊，我就覺得...就是人生有一些不可避免的事情，但是我覺得老天會用另外的方式陪伴妳渡過（B1224）」，覺得自己一開始就來到這神經外科加護病房上班，在這遇到那麼多人來幫助自己，讓美美覺得這一生就是要在這時候遇到爸爸過世，這一切似乎是老天安排好這人、事、物來協助自己渡過這個喪親過程。

七、小結：

在陪伴爸爸住院的過程中，專業讓美美知道爸爸病情的嚴重性，但當自己成為家屬，精神陷入緊繃，無法安心入睡，在工作上擔心無法好好照顧病人，在家庭上擔心無法陪伴媽媽，也陷入到底要不要救爸爸的兩難中，發現自己在專業上，明知爸爸預後不好，就如一般家屬一樣內心還是總抱著一絲希望，而媽媽的一些反應及問題，讓自己終於理解在臨床上遇到的家屬反應，當自己身歷其境才更能理解家屬。

在爸爸去世前，美美面對病人死亡時，意外死亡的年輕病人，會讓美美為他難過，也害怕病人突然死亡需對家屬告知壞消息，但從病人死亡的過程中學習到，面對自己工作需小心謹慎，畢竟面對的是生命，在看到病人突然的死亡後，讓自己有所警覺死亡的不可測，也提醒自己要把握當下，及時付諸行動，也讓自己思考未來面對重病時的照護選擇，也引發自己學習安寧療護及長期照護的念頭。在爸爸去世後，覺得很感謝過往所遇的病人，因為見過許多病人受苦的樣子，當自己面對家人生死關頭時，幫助自己及家人選擇了最好的決定，也讓自己想要幫助病人家屬可以適時放手，讓病人也可以好走。

在爸爸死亡後，不禁回想這住院到死亡的整個過程，對自己當初的決定有著許多不確定感，直到家人說覺得爸爸是微笑的離開，才讓自己放下那個心中的疑慮。而自己在喪禮後回單位上班，無法面對爸爸曾經住過的床位，或與爸爸相似的病人，因會引起自己的悲傷，但相較自己的悲傷，更擔心媽媽的心情，而媽媽的反應及問題會牽動自己

的悲傷及想念，發現家人的角色也有了變化，一家之主變成了哥哥，在家人互動中，可見大家分別用不同的方式在想念爸爸。

回首爸爸離世後這些年，自己發現在死亡面前，並未因自己的專業而對死亡無畏無懼，學習並思考死亡議題，開始安排自己將來的醫療決策，也想在有限生命及時行樂及成長，開始積極多方學習，在爸爸過世後至現在已完成二技在職進修、參加救護隊受訓、上完安寧療護課程，也希望之後能讓生病的家人不要痛苦。



第三節、如八點檔的曲折人生

壹、貞庭人生前半場

一、爸爸早逝，貞庭於單親中長大

爸爸在自己三歲時就意外死亡，媽媽就帶著貞庭姐妹回娘家一起生活，媽媽為了讓家人有較好的生活，一直很努力賺錢身兼數職，「記得小時候爸爸在我妹妹出生沒多久就車禍死了，所以我們姊妹和媽媽住在彰化的鄉下外婆家很長的一段時間，放學時都外婆來接我回家，媽媽在工廠當倉管上班，晚上回來和我一起晚餐後，有時候還在家裡做代工，外婆常常跟我姊妹說，媽媽很辛苦，為了養我們姊妹一直很認真賺錢，要我們以後要好好孝順她（C2002）」，「我們姊妹下課也會幫媽媽做手工，但媽媽都會要我們去唸書，媽媽都跟我們說要認真唸書以後有一技之長，才不用像媽媽那麼辛苦，所以那時候我國中畢業就去台中唸護專，後來妹妹也跟我一樣去唸護理，念護專時我們都有去診所半工半讀，賺生活費，媽媽也幫我們申請就學貸款，要不私立學校學費好貴，還好外婆算是有錢的，所以家用媽媽也都不用擔心，只要負責我們母女三人的生活費，媽媽如果拿錢給外婆，外婆也不會收，所以媽媽更認真賺錢，怕給外婆太多負擔吧！（C2003）」，從小就單親的貞庭貼心又懂事，小時候的生活算是辛苦但沒怨言，下課後都也會幫媽媽做手工，讓媽媽可以無後顧之憂的去賺錢，貞庭姊妹也很努力的達到媽媽的期望，去唸護理專科學校，希望自己畢業後就能有工作，可以有穩定的生活。

二、貞庭的第二個家

媽媽是個美人胚，若要再嫁其實應很容易，但顧及孩子還小，擔心孩子無法被好好的照顧，媽媽選擇單身，直到專三媽媽再嫁，跟著媽媽進入另一個家，「後來媽媽跟那阿伯就去公證結婚了，我們也跟著搬去阿伯家，但會覺得不自在，所以回去時都待房間做自己的事較多（C2014）」，「我們叫也有叫他爸爸，那爸爸的二個兒子我們也叫哥哥，他們都各大我們二歲，雖然叫的很彆扭、覺得很卡，但外婆一直交代要叫爸爸、哥哥，說這樣叫久了就會親（C2015）」，外婆鼓勵貞庭姐妹融入那個家，所以也很快

的用新稱謂來跟繼父及哥哥打招呼。

但在貞庭正值青春的年紀，新的家也有二個青春少年，於是進入新家的不適應及不自在，讓貞庭回家也很少出房門，回家的時間也因此變短了，「因為哥哥原本就是繼父與媽媽結婚前生的，我則是媽媽帶嫁，繼父與媽媽結婚時我已經在念護專，所以我與繼父就很少接觸，繼父對我很客氣，我也對繼父很客氣，...我與繼父之間就很客氣，當初覺得他對媽媽好就好，媽媽開心就好，但我覺得畢竟不是自己真正的家人，所以我其實我回家的時間不長，主要想知道媽媽好不好，但我平時會跟媽媽講電話（C2001）」，以前回家是因為是家，現在回家會覺得是新的一個家，回去新的家主要也是想知道媽媽過得好不好，與繼父也無太多交集，彼此都以禮相待。

三、投入護理職場，對於病人照護有所堅持

（一）堅持給病人良好的照護品質

貞庭是筆者之前任職的加護病房同事，看似文靜嫻淑的外表，有顆堅毅的心，在同事眼裡，貞庭很有原則，對於自己病人的照護方式很有一套，即使再忙碌，總有一些自己給病人的常規要做，她照顧的病人總是乾乾淨淨，對於自己的病人也有很多要求，只要病人可以配合、不去自拔身上的管路，她總是給病人極大的自由、讓病人可以在床上自由活動，但病人總有失控的時候，也因此給自己增添許多護理時數，而常常延遲下班，「我知道有些人會覺得我固執，不會變通，但我覺得那是我該做的，有時也很看不慣一些學妹，只會上班、給藥、翻身、抽痰、下班，其它的都不管，我覺得若你自己躺在那，應該也會希望可以被多照顧自己一些吧！（C2008）」，「但常常就是會忙不完，我覺得如果我沒去做好我覺得該做的，我心裡會覺得不舒服，覺得事情沒做好！

（C2010）」，雖然有時因此無法顧及他人的忙碌，或是因未約束病人讓病人自拔了管路，但卻也不影響她自己護理病人的標準流程，依然堅持著自己認為最好的護理方式，單位的同事對於她常常無法幫到整組同事的忙也有些聲音，但她仍堅持著自己的上班節奏。

（二）與病人保持良好護病關係

在十幾年以前，五年制的護理專科學校，在專三暑假會有一個月實習，專四時，

會有一個全年的醫院實習，貞庭的學校與合作的教學醫院分佈在中部以北各縣市，學生可能一年要換到三至五個醫院，依時實習科別不同而更換醫院，通常都住在學校安排的租屋，因此在實習前，學校老師在課堂上都會再三叮嚀，避免學生與病人發生感情，除了保護學生的安全外，也提醒學生要與病人保持護病關係，避免引起不必要的糾紛，「記得以前唸書時，老師在我們要出去實習前，一直交代我們不可以跟病人發生感情，以前老師說過，尤其是怕我們跟病人談戀愛，記得其中一個老師說，那個病人為什麼會住院，不是心理有問題...像精神病人，就是身體不好或就是運氣不好、倒楣，還是脾氣不好...有的沒的，哈哈!要不然怎麼別人不出車禍，他就出車禍等等，那時想想老師說的很有道理，印象超深的（C1008）」，「工作那麼久，跟自己有連結的病人就一個，那個病人剛好住市區內，有次跟同事去逛街時路過他的店，有進去找他聊一下天，之後就沒有了（C1009）」，在準備實習前，老師再三叮嚀不可以和病人發生感情，也許因此讓自己潛意識的與病人保持距離，讓自己與病人保持一個的良好的護病關係。

四、在經歷病人死亡後的感受與學習

（一）面對病人死亡的感受，因現場狀況而不同

初遇病人死亡時，學姐為病人死亡難過落淚的樣子，讓當時還是實習生的貞庭印象深刻，心中也有個以後遇到病人跟自己相處較久，可能也會跟學姐一樣為病人的逝去而哭泣，「在實習的時候，實習的時候我記得，工作後的其實反而比較模糊。那實習那時候，我就實習那時候就遇到一個內科病人，肝硬化的病人，我印象很深刻。那個病人他住很久了，我照顧那個病人，那他那時候其實有點就是已經肝昏迷了，所以我跟他互動其實不多，因為都不太會跟你對話、對話也不知他在說什麼，可是就是在照顧他大概一個禮拜後，就突然有一天就是早上去上班的時候，整個那個備藥間那個氣氛很奇怪，後來發現幾個學姊在哭，原來我的病人走了。那因為那個病人在那個病房出入院很多次，也住很久了，也很幽默，所以他走的時候，學姊她們的反應就是讓我覺得說，原來病人走了，照顧他的護理人員，也是會很難過啊（C1002）」，「那時候我其實，我覺得並沒有特別的感覺，可是他讓我印象很深刻，就是覺得說原來病人死亡就是，住久一點可能會像學姊這個樣子，可能吧！？那時候我帶一點疑問（C1003）」，在實習時的一次遇到病人死亡，貞庭因為與病人互動不多，所以沒有太多的感覺，但學姐的悲傷反

應讓貞庭心裡有個疑惑，心想自己之後遇到病人死亡也會向學姐這樣傷心嗎？

真正進入護理職場後，在新人初期讓自己印象最深刻的是看到與自己年紀相當的家屬反應，無法想像若自己在那年紀就也面對親人死亡會如何，另一部份是失去家人的那個悲傷的情緒反應，讓自己心中好些震驚，雖然已經過了十幾年，但那個畫面仍停留在貞庭的腦海裡，「後來我剛來上班時，我印象最深刻的是那個不是我照顧的病人，因為那個病人社經地位很高，有很多人關心，所以就是我們的醫師都非常積極的在搶救他，最後那個病人還是不行，走了，在要辦出院時，那家屬進來啊，看到那個兒子就跟自己年紀相當，看著他放聲大哭的樣子，當下其實我就是有愣住，那病人兒子一個崩潰的樣子，到現在就一直印在我的腦海裡，看到他下跪在地板那邊大哭的樣子(C1005)」，「那時候病人死亡，我就沒有什麼特別的想法，但是眼淚差點掉出來(C1004)」，在上班時遇到病人死亡，通常會被忙碌蓋過情緒，除非有停下來的時間，可以讓自己去感受自己的感受，雖然當時有想哭，但是壓抑下來了，「病人死了那時很忙啊，那麼多事要做，那時不會想，除非那天沒有忙，可能是別人的 case，自己有空可以停下來看的時候，如果家屬哭或是那種白髮送黑髮人、病人還有年幼小孩之類的，或是有困難的家庭，...看到那樣的家屬，有時會讓我想哭眼紅(C1006)」，在美美開始工作後，遇到病人死亡時，常常因為工作忙碌，忙著處理病人出院的相關事務，因此沒有去感受自己的情緒，但在自己工作較有空閒旁觀時，弱勢年幼的病人家屬的悲傷反應，會牽動自己的情緒，為家屬的處境感到難過與不捨。

(二) 無法想像死亡，但期待能好走

在以前，覺得死亡就是離開了，從世界上消失了，「我覺得死亡，就是離開了。離開了這一切，離開了，如果說那有時候覺得人很渺小，就這個人生出來，然後，走了。走了之後也不一定有機會說，就是只認識你的人可能會傷心難過嘛，然後其他不認識你的人可能根本不曉得有這個人存在，面對死亡的解釋，應該就是他這個人、這個實體從這個世界消失，但是那個靈魂我覺得，我不知道因為那個我們道教，不是有那個觀落陰嗎？所以有時候都覺得說，那個靈魂應該還會在吧？(C1059)」，覺得死後應該有靈魂還會在這世上。

經歷過許多的病人死亡，曾經聯想到關於病人與家屬之間上輩子的關係，對於是否真有輪迴、因果關係有過疑問，也想過死亡，但對於死亡的樣子覺得無法想像，也覺

得有些恐怖，「有時想病人和家屬那樣可能上輩子是相欠債？這輩子才會這樣乎相折磨，搞不好是上輩子欠他很多，這輩子才要一直為他付出、難過，我有想過這個問題，死亡後人到底會到底會怎樣？還有真的會輪迴嗎？那些病人死的那麼慘，真的是因果關係嗎？那我呢？會怎麼死？但是死亡到底是怎樣...覺得很難想像，也好些恐怖

(C1050)」，「就是覺得看到很多病人啊，然後就是到最後都腫脹變形啦，身體腫個十幾、二十公斤的，可能家屬要很積極嘛，然後一直可能補點滴啊，然後尿又沒有出來，然後又洗腎，全身插滿管路，但你明知她會走！你知道那個升壓劑又用很高，然後那個到後來四肢末梢發黑這樣子，變得很不好看。至少是說不要再做一些無效醫療啊，因為你明明知道那些都是對你的家人都是沒有幫助的，有時候真的是覺得那些都是在治療家屬，不是在治療病人，我真的覺得在臨床上面常常可以看到，覺得很令人不舒服。所以我在很久之前就告訴自己說，我不希望就是讓自己家人變成這樣，我也不想要自己變成這樣(C1052)」，在看過很多病人死亡前腫脹變形甚至發黑的樣子，覺得有時家屬並不知道因為自己的不放棄，而讓病人痛苦，家屬為了自己想要病人活著，請醫師給予積極搶救，而積極搶救的結果產生好些無效醫療，殊不知這些痛苦的過程只是為讓家屬安心，這些病人沒能好死的樣子，讓貞庭決定在未來在面對親人死亡時，覺得自己若遇到相同情況時要及早放手，要讓自己也讓家人避免無效醫療，可以好好的離開這世界。「大家都會開玩笑，可能就是要在身上刺青有沒有，刺那個 DNR、不要救我，嗯，啊不然那個什麼...這也真的是，就是要跟自己周遭的人還有自己親人一定要講清楚，要不然萬一被那個昏迷了，然後被送到醫院的時候，真的常常看到都是病人不想已經 sign DNR，家屬又硬要，可是會告我們的又是家屬，我們又不能不做急救，我們都怕被家屬告，後來後來都只能夠聽家屬的(C1062)」，覺得一定要跟家屬親朋好友說好自己若病危或生命末期，一定不要急救，也避免家人為自己急救，導致必須沒有意識或無生活品質的生存下去。

貳、媽媽生病的歷程

一、繼父走了，媽媽的心也生病了

(一) 媽媽罹患躁鬱症，讓貞庭疲於奔命

原本媽媽以為可以依靠的繼父走了，這讓媽媽懷疑自己的丈夫是否被自己剋死，「繼父後來罹癌死的，走後沒多久，媽媽就生病了，躁鬱症！剛開始我以為是因為繼父走了他很傷心，結果過了一年多，她還是常常心情不好，覺得自己是不是剋夫命，要不先後二個老公都死了，有時跟她聊天她說她就是不知道為什麼心情不好，天氣差也心情不好，也都睡不好，常常很煩躁，我聽到這就想說該不會憂鬱症吧！就帶她去精神科看，結果真的是憂鬱症，後來也無法工作了（C1030）」，「她那就都不愛出門，憂鬱症自殺的很多，我就很怕她每天在家會自殺，所以我後來就幾乎都住在家裡（C1031）」，因為憂鬱症患者的自殺機率較高，所以也會擔心媽媽想自殺，為了媽媽開始較常住在家裡，休假也會帶媽媽出門，希望可以讓媽媽的憂鬱症有所改善，「剛開始我每兩個禮拜帶她去精神科看病，休假就帶她出去走走，但是症狀沒有比較好，有時又覺得很 High，講話很跳，常常買一堆東西，後來醫生說她是躁鬱症（C1033）」，「她就常打電話給我，沒安全感，她也知道自己的樣子，有時發作起來，都不睡覺，說她睡不著很想死，我上班都很怕嫂嫂又打電話說她發作，我覺得很難去掌控她接下來要怎樣（C1034）」，「記得有一次她說她睡不著，結果就給我吃了一堆安眠藥，想說叫她睡很久了，要叫她起床吃飯，結果叫不起來，看到一些藥袋，我以為她自殺，我就請 119 載她來急診，結果洗胃完，她醒來說她睡不著才吃的，那次我真的會被她嚇死（C1036）」，媽媽曾在一次失眠困擾中吞了許多安眠藥，因此昏迷倒地被送醫，「後來吃藥調整了一年多才慢慢穩定，還是應說我比較知道她發作的樣子了，才覺得比較好，要不我有時都覺得很累，疲於奔命，而且自己又不能隨時請假，這也會造成單位的負擔，有時想會不會她還沒怎樣我就怎樣了...可能也會瘋了吧（C1037）」，媽媽的心生病了，而且症狀忽好忽壞，媽媽因此無法好好的照顧自己，幾次的緊急狀況，加上覺得難以捉摸她的病情變化，讓貞庭覺得很累，覺得自己已經不堪負荷，瀕臨崩潰邊緣了，幸好經歷一年的治療，媽媽病情趨於穩定，貞庭才得以喘息。

（二）為了照顧媽媽，而與男友分手

妹妹遠在高雄，哥哥嫂嫂也也要上班，因此主要照顧媽媽的責任就在貞庭身上，媽媽躁鬱症後，時好時壞，所以貞庭平常都選擇上大夜班，因為擔心媽媽有狀況時，沒人在家，「妹妹高雄念書的，後來她就在高雄上班，所以幾乎都我在顧我媽，哥哥嫂嫂都有工作，而且我覺得畢竟不是他們親媽，我還在，他們也不太好意思管太多，自己的

媽媽自己顧啊！我會擔心媽媽一個人在家，所以後來我都上大夜，這樣至少晚上哥哥嫂嫂在家睡覺（C1041）」，這樣的生活、很忙碌也很緊張，因此很少有多餘的時間娛樂，「那時候原本有一個剛交往一年多的男朋友，也因為我媽的狀況，也就跟他分手了，我覺得我應付不來，我沒辦法常跟他見面，就常吵架，就也很煩，所以我就主動提分手了，我覺得他也無法體諒（C1040）」，因為媽媽的病情讓自己沒有多餘的心力經營自己的感情了，常常無法與男朋友聚在一起，也就常常吵架，漸漸的覺得前男友無法體諒也覺得厭煩，所以選擇分手，專心照顧媽媽及工作。

二、媽媽中風了

（一）決定不開刀，我抖著手簽 DNR 同意書

有一天早上起來要上廁所的時候，結果就發現媽媽倒臥在地，當下家中只剩自己和媽媽，所以請 119 送媽媽到自己上班的醫院，「媽媽就是倒地在地上，可能去上廁所，倒在廁所，然後我那時候想說不會吧！該不會又吃太多安眠藥跌倒，那時候嚇得就是過去叫她，還好就是她還有回應，就跟我說她那個剛剛突然很暈，然後就暈倒了。那時候家裡沒人，就剩下我要上小夜班而已，其他哥哥嫂嫂他們都上班去了，所以就趕快 Call 119，送過來我們醫院（C1019）」，「那時候送來我們醫院的時候，那人那時候還醒著，GCS（Glasgow Coma Scale；以下簡稱 GCS）14、15 分，就去做那個電腦斷層檢查，結果發現就是她那個左大腦有梗塞（C1020）」，到醫院檢查後發現媽媽中風了，左大腦梗塞，右側肢體無力，予轉入加護病房照護，醫師建議開刀，將梗塞部分切除，以免至腫脹期時會陷入危險，「啊那時候她欸，右側無力，那醫師就說那就是看要不要開刀，那開刀的話就是只能把一邊的腦挖掉...存活機會較大，如果不開刀的話，她有可能之後，就是大概這一個禮拜大概就三到五天那時候腦可能會很腫，可能如果可以的話撐得過去，那可能就是，一側無力需要復健，也可能長期臥床，那如果撐不過去可能就昏迷，可能甚至死亡這樣子（C1021）」，那後來與哥哥及妹妹商量，但畢竟哥哥畢竟不是親兒子，哥哥也覺得自己在醫院工作經驗豐富，所以尊重自己的決定，最後媽媽自己表達不要開刀的意願，因此決定不幫媽媽開刀，「哥哥說我是護理人員說我比較懂由我決定，妹妹也說我是姐姐尊重我的決定，有時回想我覺得是我媽，所以哥哥們也不敢多說話，只是我就覺得說，媽媽說不開刀，她不想開刀，因為她有躁鬱症，應該也覺得很辛苦吧！

(C1023)」，因為媽媽有躁鬱症的困擾，因此也覺得若媽媽又因此臥床或昏迷，那樣的媽媽太辛苦了，所以最後決定尊重媽媽的意願，不予開刀。

媽媽自己表達不開刀的意願後，自己也決定幫媽媽簽 DNR 同意書，因為覺得媽媽原本就過的很辛苦，不希望媽媽到最後還要再承受無謂的痛苦，「那醫師跟我解釋，開與不開的預後，問我要不要開？雖然媽媽自己有表達不要，我想到她這一生過得很辛苦，我也就尊重媽媽的決定！當我跟醫師說我們決定不開刀時，醫師就提 DNR，當下我就同意了！當我簽那 DNR 同意書時，我的手竟然無法克制的一直抖，醫師在旁等我，我告訴自己不要抖，還是邊抖邊簽，自己心裡想說啊，我的手怎麼可以抖成這樣就，就不知道怎麼手會抖成會這樣 (C1025)」，然很清楚開刀與不開刀的結果，清楚那不開刀需承擔的風險一定更高、甚至死亡，也在為自己即將要面臨的結果在預備，但畢竟是自己最愛的媽媽，自己身體的反應也呈現出內心真正的恐懼及害怕，害怕媽媽即將離去。

(二) 夜夜難眠，擔心給錯藥

在決定不幫媽媽開刀後，晚上都無法好好入睡，在腦海裡想著媽媽快不行了，擔心接到醫院的電話而提心吊膽，「有時候就覺得...就很擔心媽媽是不是快不行了，腦中就演了很多齣這樣，然後有時候就常常就是睡不著覺然後，睡一睡可能就哭了。有時候可能覺得為自己的人生覺得有些悲哀吧，還有對於那情況覺得很無奈，然後很挫折吧！然後又覺得很像媽媽隨時都會走，走了之後那我該如何是好？就有一些...不確定感還有就是一些就是無助吧 (C1085)」，「我覺得真的覺得很折磨，我想說啊她說不要開刀，那好啊，那就聽她的就是不要開刀啊，那那時候我真的覺得唉...下這個決定真的是很難，因為，那一個禮拜我真的覺得，我真的都沒辦法好好睡，擔心接到醫院的電話，因為你不曉得她會是變好的那一個還是變差的那一個，每天就是...就是真的是很焦慮、很煎熬啊，常常都想到最糟的...她會死，那時候剛好，那時候剛好自己原本就有三天假期，讓我可以就是可以休息，要不不知該怎麼上班 (C1022)」，在為媽媽決定不開刀後，覺得很內心很折磨，慶幸那時剛好自己有三天假得以讓自己好好休息。

放假後回去上班，擔心媽媽的自己無法好好專注上班，擔心會影響照顧病人的品質，內心覺得很煎熬，所以有去廟裡拜拜幫媽媽求平安，也幫自己求心安，「那一陣子真的都沒有辦法好好睡覺，就是可能睡一睡起來，就想到就哭，真的是...我不知道我這

樣做到底對不對，嗯！很煎熬啊！後來就去廟裡幫媽媽求平安!也求心安吧!(C1027)」，「放完之後就是回去上班，那同事也都很關心啊，但是就是唉!一講到就眼淚就掉下來，後來他們也就是就是不太敢說太多...，可是就那時候就是我上班要給藥都要對好幾次，怕自己給錯藥之類的，因為那個情況，就是自己也，自己也知道自己的那種心情，那樣子真的是很不 OK，嗯 (C1028)」，「就有時候下班了，然後，坐在單位喘口氣吧！然後跟同事聊一聊，息一下、放空一下，然後再去病房看媽媽。就是只能這樣子休息一下 (C1070)」，有時只能在下班後，在單位的休息室做短暫休息，同事的關心會讓自己忍不住落淚，在照護病人時需要能專注，尤其是在給藥時更須全神貫注，避免給錯藥，而此時覺得自己狀態不好而擔心給錯藥，因此給藥時均要重覆核對好幾次，深怕自己會給錯藥，危害病人安全。

(三) 媽媽病情好轉

媽媽住在樓上的加護病房，自己心裡雖然很擔心媽媽，但不想因為擔心去探視媽媽而造成同仁困擾，因為自己在上班時，也覺得至照顧同工家人很有壓力，「雖然自己是員工可是...就是得遵守那個規則，不想要造成別人的困擾，我覺得就是如果我們遇到同事家屬住進來，在照顧同工家屬已經壓力很大了，如果常常進來看，更是很有壓力，就是自己想要這樣啊，雖然他們都很好跟我講說:沒關係啦!學姊你想來看就打電話過來，方便就可以進去看，可是覺得還是讓她們可以，嗯，輕鬆的去照顧自己的媽媽會比較好，所以都還是會在會客時間過去看 (C1023)」，加護病房的同事雖然不認識，但因為都是一樣在加護病房上班，所以很懂得同事的壓力，即使同事願意讓自己可以常進去加護病房探望，還是希望不要破壞那探病規則，也讓同事可以輕鬆的照顧媽媽，避免不必要的困擾。

覺得媽媽很幸運的可以過了這難關，在加護病房住一個多禮拜後得以轉出加護病房，「那時候還滿幸運的，媽媽在加護病房住了一個多禮拜，醫師就說有撐過來了，所以就轉病房，雖然那時候後來有變得比較嗜睡，但至少較放心了，當然出去病房沒人可顧，又沒法一直調班，所以請看護照顧媽媽 (C1024)」，只是家人都要上班，而自己也無法一直調班，所以只能請看護照顧媽媽，但至少心中的壓力減輕不少，也較安心了。

三、媽媽二度中風後去世

好景不常，在媽媽轉出病房一週以後，媽媽再度中風，「結果轉出約一週後，突然有一天叫不醒，又趕快送去做 CT。然後就發現，又有新的梗塞，GCS 剩 6、7 分，又是又回到原來的 ICU 去住。那次再進去的時候醫師就再跟我確認要不要插管？喔...啊那時候媽媽已經不知道人了，X 光也有吸入性肺炎，所以問我要不要插管？我就決定都不要插管了。我覺得，因為媽媽也都昏迷了，我如果再幫她插管可能，只是讓他延長痛苦而已，所以我就決定就是不幫她插管也不上升壓劑了，想讓她順順的走，結果後來去不到二天就喘不起來，血氧一直掉，那時我在上班，學妹就趕快打電話來通知我上去看媽媽，沒多久就沒了心跳（C1029）」，這次再進入加護病房，媽媽除了中風又合併有吸入性肺炎，可預知來日不多，因此也就決定讓媽媽順其自然，不再做無效醫療，再度轉入加護病房的第二天，媽媽在貞庭陪伴下離世，「再度進加護病房時，就知道媽媽應該會過不了這關，但沒想到這麼快，那時候在床邊的我其實就已經空白，應該說是直覺反應，因為之前繼父去世，哥哥有那個處理喪事的經驗，所以在之前就有詢問哥哥該如何處理，當天大哥也很快的就幫忙聯絡殯儀館，然後就把媽媽送去殯儀館（C1030）」，雖然可預期媽媽應該過不了這生死關頭，但沒想到會出乎意料的快就走了，當下的自己其實好些震驚，當下找了大哥協助連絡，將媽媽送至殯儀館，媽媽的殯葬處理，貞庭也請大哥協助處理。

叁、貞庭的悲傷調適歷程及成長

一、為媽媽決定喪葬形式，對哥哥建議產生不滿

在繼父去世後是採用土葬方式辦理，而哥哥提出了要將媽媽火葬的想法，「繼父去世的時候就土葬，所以我就是理所當然想媽媽也跟繼父一樣就是土葬，結果大哥有一天就建議說要媽媽火葬，因為覺得爸爸那樣土葬很麻煩，他建議要給媽媽火葬，然後放在那個八卦山上那個那個、那個寺廟內，就是讓她放在那邊，以後再將爸爸放進塔內，說因為這樣離我們比較近，這樣比較方便去拜拜也有人誦經，也不用花時間整理墓地，但我覺得之前繼父要過世是土葬，我覺得媽媽也會想要跟繼父一樣，因為當初媽媽曾有跟我說，在繼父的墓地旁有留一個空地，以後可以做伴，哥哥怎麼可以因為自己覺得較

方便、還是那不是他媽就要將媽媽火葬，我當時很生氣就不想在跟哥哥討論(C1032)」，哥哥覺得繼父土葬後墓園的整理很麻煩，但自己覺得當初媽媽預留一塊空地在繼父的旁邊，媽媽會想要有繼父陪伴，因此對於哥哥提出的想法覺得很生氣，只想要媽媽跟繼父一樣可以土葬，「後來外婆跟我說大哥的建議沒有錯，以後繼父也要處理到塔內，所以先讓媽媽火葬，我們姐妹都要工作，以後應該都要嫁人的，沒有那麼多時間去墓地，在廟裡也會有師父誦經啊！超渡她！說哥哥說的沒有錯，不應該這樣誤會人家，後來我才決定讓媽媽火葬(C1034)」，直到外婆也出面說出她的想法，也為自己分析媽媽火葬的好處，貞庭才願意讓媽媽火葬。

二、媽媽走後半年，噩夢不斷

以前不常做夢的貞庭，在媽媽走後噩夢不斷，常常讓自己驚醒，也中斷睡眠，讓自己很困擾，擔心是不是媽媽在另一個世界怎麼了？是不是有話想說？尤其做很了很多噩夢，但媽媽卻從來不入貞庭夢裡，「在媽媽走後好一陣子...可能有半年！我常常做噩夢，以前不常做夢的，夢到我覺得自己在很可怕的、黑暗的洞...像大山洞，應該說是就像電視裡演的那種會有的...像地獄的樣子，還有那個感覺像異形之類黑黑的撲過來，還是一個人站在一個很空曠很黑的地方，那時常常驚醒，覺得很可怕，常常有噩夢，但就是沒有夢到媽媽(C1035)」，「有時被夢驚醒後，就再也睡不著了...，有時想說...一直做噩夢是不是媽媽要告訴我什麼？是她過得不好嗎？要不做夢做那麼多，怎麼就是看不到她啊？想著就又会哭(C1041)」，「後來有幾次跟同事說，同事提醒我要我回去寺廟裡祭拜媽媽，也去其他的大廟拜拜，後來我就陸續去拜幾個大廟，後來還是有持續一陣子，還有同事說要帶我去觀落陰但後來我們時間敲不定沒去，可是後來有漸漸比較少做噩夢，現在就沒有了，要不然我應該、應該會崩潰吧！(C1094)」，常常做噩夢讓貞庭困擾外，也有不安的感覺，擔心媽媽在另一個世界的情形，在跟同事訴說這困擾後，同事紛紛建議去祭拜媽媽、也去大廟走走拜拜，甚至去觀落陰，但去拜拜後覺得心較安定，做噩夢的頻率也較低，到現一年了，就沒有在有噩夢發生了！

三、媽媽走了，覺得未來很孤單寂寞

在媽媽治喪期間，貞庭常常哭到有些麻木，覺得自己很放空，「就是在殯儀館的時候，其實雖然有繼父的經驗啊其實不太懂，就都聽禮儀社安排在做事情，那個應該要點香，那個應該摺蓮花給媽媽，然後拼命摺蓮花，因為不知該怎麼辦，能幹嘛？覺得很空白...應該是哭到有些麻木，覺得未來好無助、不知沒有媽媽了我該怎麼辦？無法想像（C1037）」，「然後我跟妹妹討論要在搬出來自己住吧！？媽媽不在了，很像沒有理由在留下來，當時有了這想法（C1038）」，唯一想到的，除了媽媽不在的事實而讓自己傷心外，對於自己頓時覺得無所依靠，原來那個有媽媽的家已經不在了，好像沒有留下來的理由，讓自己覺得好些無助，也有搬出去住的想法。

在媽媽走後，似乎找不到回去那個家的理由，回去也會觸景傷情，因想到媽媽而難過，所以自然而然的少回家，而與自己年紀相仿的嫂嫂，似乎也看出自己的心情，有時會主動找貞庭回家吃飯聊天，「可能我有給自己設限吧，我覺得因為媽媽不在、媽媽不在了那個家，那我回去的時候是原本就無血緣的哥哥，平常跟哥哥雖然還可以，可是就沒有說太多的交集，然後回去的時候就是也會想到媽媽（1042）」，「媽媽出殯後，我就很少回去那個家了，除非嫂嫂打電話來叫我回去吃飯，跟嫂嫂算還不錯，我們年齡相近，她可能也覺得我可憐吧！沒了爸媽，而且妹妹原本就在高雄上班，她到最近跟我說她男朋友想結婚了，結婚後應會更少回來吧！覺得身旁的人都有伴，那時候覺得自己很孤單，原本幾乎下班就都跟媽媽在一起的我，很像就我沒有伴了，雖然之前媽媽常常讓我提心吊膽，有時也覺得煩，但現在她不在了，反而覺得...孤單寂寞吧！就一個人（C1040）」，原來就遠在高雄的妹妹也準備要結婚了，將來回來相聚的機會就更少了，可以說和媽媽相依為命、朝夕相處的自己，在沒有媽媽的生活裡覺得更是孤單寂寞。

四、在醫院上班，時常觸景傷情

送走媽媽後在回來醫院上班，會想起媽媽在醫院的那段日子，有時病人的狀況會讓自己想起媽媽，上班的過程會覺得很辛苦也很難過，尤其媽媽去世時也一樣在加護病房這環境，「剛回來照顧病人時，看到病人的樣子，就想起媽媽，在加護病房的樣子，會忍不住想著想著就哭了，但一直告訴自己不能哭，很壓抑，一哭大家的關心我更是哭得更慘，剛回來時有一次真的忍不住就去更衣室哭，但哭一哭出來怎麼見人，病人也會

覺得我奇怪，跟家屬講話家屬也會覺得妳怪，所以後來我盡量讓自己很忙，自己病人沒事就去幫別人，但是如果病人不行了，我自己也覺得我不行了！會想哭又不能哭，就是要忍住！（C1056）」，「剛開始的時候真的是，真的、就沒有辦法多想，就是反正就是...，但是又很怕自己做錯，給錯藥之類的，所以就其實很戰戰兢兢的，有時就是你嘴巴跟病人這樣講話，但是其實那個心，就是像已經被那個掏空一樣（C1057）」，有時病人狀況不好要回家，自己也會很想哭，為了不想讓病人或家屬看到自己哭的樣子，只能讓自己一直壓抑自己的情緒，讓自己不斷的忙碌，避免停下來看到一些會讓自己傷心難過的畫面，工作時更是戰戰兢兢，避免自己因此於上班中有所失誤。

五、在調班歷程中，感受到同事溫暖的支持

朋友或同事主動找逛街吃飯，雖然感覺得到她們有些不自在，很像會擔心不小心會碰觸到我的傷心處，但她們的貼心及溫暖自己都有感受到，「就其實同事朋友知道媽媽過世了，會主動找我一起逛街吃飯，我還是都會出去啊！我也不想一個人會亂亂想，只是剛開始她們也會怕碰觸到這一塊吧！所以就很像很刻意、有些不自在，有可能是我之前都忙媽媽，較少跟她鬥出去，反而他們比較不自在，但我覺得有一些貼心（C1045）」，在經過那麼長的陪病過程及經歷媽媽去世，覺得自己身心疲累，無法馬上回單位上班，覺得需要休長假，「我知道上班本來就是一個蘿蔔一個坑，然後你沒有辦法就是，想要請假就隨時請假，那我們的本來就有喪假八天嘛，但是...我覺得我想要再多請一些特休，我覺得我沒辦法馬上就回來上班，覺得身心疲累想要多休一些，可是阿長就會覺得有些為難，妳需要那麼多天假，會有點為難，希望自己先去調班，但是後來她也是就有幫我調休幾天，單位同事很多人知道後還主動幫我調班，讓我覺得很感動！就是在這個時候就看到那種人情味吧！要不在這之前常常很煩，有時都覺得同事有些好礙眼...哈哈（C1047）」，因為原本的工作就不容易請假，所以當時喪假後想要向護理長多請特休時，護理長雖然有些為難的請自己先調班，但還是有幫自己調班，而同事也都很熱心幫忙，所以得以順利休長假，在這過程中，深深真正感受到有人情的溫暖。

六、感謝之前照顧病人的經驗，讓自己有能力為媽媽做善終安排

在媽媽走後，發現真要放手讓自己的親人死去真的很難，若不是自己經歷這麼多

病人死亡的過程，貞庭覺得自己也有可能與很多家屬一樣，因想要積極搶救自己的親人，而沒能讓自己媽媽好走，「我是覺得放手真的很難，如果不是看那麼多病人死得很難看...可以說另一種慘死，應該無法清楚遇到時要下什麼決定，這要說慶幸自己可以做這工作，也應謝謝那些病人，要不我不知遇到時會下什麼決定，搞不好跟很多家屬一樣，只拼命的想救媽媽，但沒想到要善終（C1055）」，「在遇到就是自己家人死亡的時候，會覺得就是在後面那個已經不可治癒的那個階段的時候，至少不要讓自己的家人走得那麼難看，所以我在知道媽媽的狀況後，我還是決定不要讓媽媽痛苦（C1054）」，貞庭覺得媽媽在這一生過的辛苦，尤其到最後還飽受躁鬱症的情緒困擾，在看過許多病人遭受不同醫療決策後的後果，以及清楚醫療的極限，多餘的醫療只是讓病人延後死亡，知道媽媽接下來不是長期照護就是死亡，所以最後自己在媽媽面臨生死關頭時，貞庭為媽媽做善終的選擇安排，讓媽媽得以平靜的離開，而這一切貞庭感謝之前照顧過的病人們。

看到許多病人在加護病房經過許多的醫療介入，最後離開死亡的樣子都讓人覺得是折磨，想到自己未來若面臨到病危的時候，就不要積極治療，清楚加護病房的醫療狀況，因此若非因開刀需短暫於加護病房觀察，自己若病危時不希望進加護病房治療，「現在我跟我妹和男朋友說好，我假如遇到病危時啊，到這時候就是不要做那麼多，嗯。除非我就是單純的開刀，就是必須進來...，我連加護病房都不想進來。除非就是那種開刀有沒有，開刀就是一定要進來加護病房觀察個幾天之後才能出去那種，那就算了。住加護病房一、兩天忍耐一下。可是如果是因為病情很嚴重必須住到加護病房，我希望就乾脆不要救我。就是希望可以的話就趕快走，不要再折磨我了，（C1064）」，希望自己可以平順的離開這個世界，不要於人生末期還要受病痛折磨，也向周邊的朋友及妹妹交代好自己以後拒絕無效醫療的意願。

七、因為自己走過喪親歷程，更能了解家屬的需求與心境

加護病房病人因為病情變化大、醫療處置多，所以家屬通常都只能於會客時進去看病人，而短短的 30 分鐘會客時間，家屬看到的病人狀況，很容易被家屬當做照護品質的依據，家屬對醫院的照護觀感也會有所影響，所以貞庭也跟很多加護病房護理師一樣，對於會客時間感到很有壓力，也不太會主動與家屬互動，而病人病情變化不會因會客時間而停止，若會客時病人有病情變化，通常也只能先處理病人，「之前與家屬很少

有什麼互動，但你知道的通常也都很忙，會客時該說的說一說就去忙，很少會主動去跟家屬聊聊，覺得家屬來會客壓力也很大，尤其很忙時，還遇到不講理、還是很機車的家屬，後來我上大夜後更少會遇到家屬，很少會有那個機會，不會想到其實家屬真的很需要我們。在媽媽住院時，我有很深的感觸，會客時我去看媽媽，照顧媽媽的學妹如果跟我聊一些媽媽的問題，還是她的發現...像是說媽媽手水腫了，要我幫媽媽也運動運動，順便復健一下，這對我們都是很基本的知識，甚至只是聊一聊天，但我就覺得放心很多...覺得她有注意到媽媽，以前覺得那沒什麼，甚至不喜歡會客時間，可是媽媽住院那時遇到一個學妹，只要我去她都會過來跟我說說話，我覺得很感激，現在遇到她也會跟她聊聊，因為雖然自己也在 ICU，但次專科不一樣，了解和照顧的經驗還是有差 (C1060)」，「現在如果我不忙，我會盡量去跟家屬聊聊病人，還是聊聊家屬的狀況 (C1062)」，在自己經歷過媽媽住加護病房，在會客時間的接受到護理師給予自己的協助後，深受觸動，可以真正了解該如何去對待家屬的需要，也更願意花一些時間去陪伴家屬。

八、學習愛自己，開始規劃自己未來生活

以前重心都在媽媽身上，原來陪伴媽媽的時間空了下來，剛開始覺得人生茫茫，不知該何去何從，開始有了該為自己做些什麼的想法，「我覺得剛開始有時覺得不知何去何從，有人生茫茫的感覺，好些朋友沒連絡，她們也都大多有家庭了，有時騎車在路上，會盲目的在市區繞來繞去，想說我真的覺得應該要為自己做點什麼事，不應該只是這樣而已 (C1096)」，覺得應該要愛自己多一點，所以開始改變生活，想要讓自己可以紓解壓力，開始去旅遊、學瑜珈，媽媽剛走時覺得自己很孤單，因此後來有機會認識新朋友，就開始讓自己出去約會，想要有人可以陪伴，「開始再去認識新朋友，可能媽媽有幫忙吧！媽媽剛走後，同事帶我去參加教會活動，就有認識到新朋友，我也不想一直一個人，所以我有去約會 (C1077)」，「媽媽走後多了很多時間，也會亂亂想，也會無聊啊！一開始想要散心，所以就跟團出國去日本京都玩看櫻花，最近也還在計劃去歐洲玩，以前剛工作出國一次，媽媽這樣就不敢出國了啊！現在覺得有時候還是要去鬆一下！ (C1080)」，「所以後來就較常跟以前的朋友連絡，有開始捨得買衣服、吃大餐，也去學瑜珈，以前會想多存點錢，要不媽媽病都要錢，所以都捨不得花錢，當然也有存錢，但是想買個公寓！ (C1083)」，之前為了照顧媽媽的生活及醫療費，所以省

吃儉用，現在沒了需要照顧的人，開始為自己的生活做出改變，也期望可以建立一個自己的家，開始有了買房計畫。

九、渴望有個家庭

好長的一段時間，因為媽媽躁鬱症，整個生活的重心都在媽媽身上，除了上下班外，幾乎都和媽媽在一起，除了周圍的同事，同學朋友幾乎都沒連絡，更不可能認識新朋友，直到媽媽走後約半年，貞庭交男朋友了，「最近男朋友跟我說我們年紀都大了，可以結婚了！對啦！就是跟我求婚！哈哈！但我希望去登記就好，沒有爸爸媽媽上的婚禮，我會覺得很難過，每次看同事走紅毯跟父母告別的畫面，我會覺得遺憾想哭，所以結婚簡單就好，反正就只是為了光明正大住在一起而已啊（C1091）」，「其實也是很嚮往婚姻生活，畢竟現在沒有家的感覺，想要有個家！（C1110）」，雖然只交往半年多，男朋友就求婚了，這讓想要有個家的貞庭接受了男友求婚，但因為不想要在婚禮現場沒有父母帶自己一起走紅毯，那會讓貞庭覺得很難過，所以跟男友要求只要去結婚登記就好，雖然對於父母不能看到自己的婚禮感到好些遺憾，但言談中可以感受到貞庭對於家的渴望。

十、開始接觸基督教信仰

有時覺得人生不公平，但之前老師的一席話，貞庭謹記在心，在這時告訴自己雖然人生不公平，但是經過努力，還是可以扭轉人生，還有自己及神讓自己依靠，自己並不孤單，「有一些學姊啊，他們父母都還健在，我現在就父母雙亡了，有時候就會覺得不公平，但想到之前專科老師就跟我們說過，人生本來就不公平，在那個出生那刻開始就不一樣，你都不曉得你會生在怎麼樣的家庭。所以我可以做的就是自己扭轉自己的人生，沒有父母可以依靠，但也可以依靠自己、依靠神吧（C1082）」，在經歷過這麼多的事件後，覺察到自己很常抱怨，「我後來有發現真的自己是一個滿會抱怨的人，那我覺得在一直在抱怨的時候，其實人家也會不想聽，然後漸漸的可能人家就少找你了。我覺得就減少抱怨吧，真的是要珍惜，好好的活在當下（C1089）」，「媽媽走後想了很多，雖然是道教，但有次在醫院週會禮拜裡感受到，就是有一些不太一樣的一個感覺，

就是讚美吧！覺得基督徒很像比較樂天一點，那時候想說我真的不太會讚美別人耶，很像批評的時間比較多，那一次聽到一個牧師在講，當自己花很多時間在抱怨，在抱怨的時候就會停滯在那裏，如果你不去有所作為，如果你只是抱怨，而不是去改變的話。最近有嘗試著就是...少一點抱怨，也較常去週會禮拜（C1111）」，媽媽去世後貞庭思考很多關於自己與未來的生活，發現自己常抱怨，讓周圍的朋友漸漸減少，雖然自己不是基督徒，但在教會醫院上班，時有機會做禮拜，在一次禮拜的牧師傳道演講中，感受到基督徒的活力與樂天，讓自己對於信仰基督的生活有所嚮往，開始較常參加一週一次的週會禮拜，學習減少抱怨的頻率，開始學著讚美他人，更珍惜當下。

十一、小結

貞庭自幼成長於單親家庭，直到專三那年媽媽再嫁，貞庭除了妹妹，也多了二位哥哥，搬入新家共同生活後，儘管支持媽媽再婚，與繼父較少有互動，工作後貞庭在外租屋也較少回家，繼父於七年前離世後，媽媽開始精神狀況不佳，當時與大哥、大嫂同住，後來媽媽精神狀況每況愈下，醫師診斷為躁鬱症，貞庭就常住家裡陪伴媽媽，為了媽媽也改上大夜班，避免媽媽在家中無人時發生意外，媽媽因為躁鬱症時好時壞，還曾經一次服用過量安眠藥送醫急救洗胃，因此更讓貞庭提心吊膽、疲於奔命，為此沒了休閒娛樂，甚至和當時的男友分手，只為了能專心照顧媽媽及上班。

媽媽在一次腦中風住院，醫師建議開刀，因為媽媽不想開刀，而貞庭覺得媽媽長期受苦於躁鬱症，因此就順從媽媽選擇不開刀，也簽了 DNR 同意書，當時抖著手簽 DNR 同意書的經驗，讓自己驚覺到自己心中對於媽媽可能死亡的害怕，害怕失去媽媽的自己因此夜夜難眠，也擔心自己因此睡眠不足，而無法專注上班會給錯藥，媽媽病情短暫好轉一週後即因二次中風而死亡。

在媽媽去世後為媽媽決定喪葬形式時，因與哥哥對於繼父與媽媽喪葬形式的選擇不同，而對哥哥建議心生不滿，直到外婆介入說服貞庭，才讓媽媽喪葬形式有了決定，媽媽走後半年，因為噩夢不斷，因此擔心媽媽在另一個世界是否過的不好？亦或媽媽有話要說，讓貞庭困擾與掛心，直到聽從同事建議去寺廟祭拜媽媽與神明，噩夢的困擾才逐漸降低，但覺得沒有媽媽等同沒了家，因此對於自己的未來感到無所依靠、覺得孤單寂寞，但在醫院上班，很容易就想起媽媽，在上班中的場景讓自己很容易聯想到媽媽住

院的樣子，見病人死亡的狀況，讓自己很容易也陷入悲傷，為讓自己不在病人或家屬面前失控，因此常常讓自己忙碌，避免有時間去想起媽媽。因為覺得自己經過長時間的陪病及經歷媽媽死亡，覺得自己需要更多的時間休息，因此向主管及同事調班，在這過程貞庭感受到人情溫暖，對於主管的幫忙與同事的關心覺得心存感激。

回首這媽媽去世前的過程，感謝因為病人受苦的樣子，讓自己可以選擇讓媽媽善終，而也因為走過這親人住院及死亡的悲傷，更能了解家屬的需要，在之前面對病人死亡的感受，會因家屬及現場忙碌狀況而有所不同，雖然無法想像死亡，但期待未來自己及家人能善終好走。也因有更多的時間與自己在一起，開始接觸基督信仰，學習愛自己，開始規劃自己未來生活，在媽媽走後更想要有一個自己的家庭，答應男友的求婚，預備一起共組家庭，開創自己的另一個人生。



第五章、重症護理人員面對親人死亡悲傷調適

綜合分析與討論

本章根據三位重症護理人員在面對親人死亡的悲傷調適經驗，就各項研究問題提出綜合分析與討論。第一節是重症護理人員面對親人生病重症的因應歷程；第二節是重症護理人員面對親人死亡的悲傷歷程及調適策略；第三節是重症護理人員親人死亡後，開始尋找生命意義的旅程。

第一節、重症護理人員在面對親人生病重症的因應歷程

壹、護理人員理所當然的成為親人的醫療主要決策者

護理人員一直以來給人的印象即為照顧者的角色，因此當家中有人生病需要諮詢或照顧，理所當然的被當成諮詢或求助對象，甚至成為主要決策者，小茹說，「決定要不要開刀？然後人家都會問你，妹妹也不懂、爸爸也不懂，所以全部的過程都是我在處理的（A1001-2）」，除了因為家中人口單薄，家人對於醫療不了解，理所當然的指望自己可以為家人做決定。美美也與小茹相仿，因為家中人口單薄，決定權也落在美美身上，「家庭很單純，就是沒有其他親戚會介入，家裡就只有媽媽跟我哥，所以就讓我決定（B1059-1）」。貞庭因為哥哥非媽媽親生，且哥哥也覺得貞庭是為護理人員，理當較了解醫療，而妹妹雖然也是護理人員，但認為自己為長女，所以將決定權交給貞庭，貞庭提到「哥哥說我是護理人員說我比較懂由我決定，妹妹也說我是姐姐尊重我的決定，有時回想我覺得是我媽，所以哥哥們也不敢多說話（C1023-1）」。在華人的社會中病人即使具備自主決定的能力，在重視家族觀念、價值、和諧以及孝道考量下，家屬很自然的就會介入重大決策（蔡甫昌，2005），而在原本及家庭人口少的情況下，加上為護理人員的身份。三位重症護理人員都被其他家人授予決定權，也就獨自承受決定的後果。

在以往，醫療技術還未進化前，疾病治療的選擇較少，醫療決策多為醫師主導，醫師依專業針對疾病診斷及治療經驗提出治療方向，而病人及家屬通常為被動接受的角色，病人及家屬的決策壓力相對減少，但隨著社會變遷，個人自主意識抬頭，而且需承受治療所帶來結果的為病人本身，故現醫療決策也交由病人或家屬決定，醫師多為醫療資訊提供者。

顏如娟、許明暉（2007）在台灣或日本等亞洲國家，病人從小就被教育完全的遵從醫師，以求迅速的痊癒。對於醫師所有的病情解釋，以及各種治療的選擇或治療與否並不喜歡；只期待被告知如何配合以及治療步驟，他們的想法是：「醫師該告訴我們下一步該怎麼做」，美美在爸爸需要進行第二次手術的決定時，因為清楚許多醫療決策後的影響而猶豫不決，聽完主治醫師的保守回應，更是不知該如何決定，而再尋求其他醫師的意見，直到有醫師據實以告爸爸的預後之後，才有了決定的勇氣，「顏醫師講完那一句...這不管怎麼開都會死的時候，我就大哭，我就覺得我就是要這個答案，我才知道下一步怎麼做（B1254-1）」，「我想很久才決定不要再開（B1059-2）」，決定都需要勇氣，因為害怕做錯決定而後悔，尤其是攸關生死的決定。貞庭也提到說，「那時自己決定不幫媽媽開刀，後來因為很害怕自己太快放棄媽媽，所以後來有再去問幾個神外的醫師（C2021）」，「回家想著自己簽同意書手抖的樣子，想為什麼自己會這麼抖？應該是你內心很清楚媽媽，就是已經可能到生命末期了，而我同意了！（C1026）」，在貞庭決定幫媽媽簽DNR時，簽名的手替貞庭表現出緊張，而小茹當初在媽媽要開心臟手術前及腦出血住院過程中，也尋求很多醫師的幫忙，才做出醫療決策。

林美伶、葉莉莉與陳清惠（2009）指出，處在醫療領域裡，病人屬於弱勢族群，傾向於遵循醫療專業人員的權威，以換取較佳的醫療照護。醫療專業人員應以「知情同意」引導病人參與醫療決策的賦權過程，在營造對等與鼓勵參與醫療決策的同時，以病人為中心，也需將我國對於醫療專業的託付式順從關係，及家庭集體的決策型態納入。雖然三位均為重症護理人員，對於醫療有一定的了解，但也因為是護理人員，尤其是在加護病房看了許多死亡後，回頭面對自己家人時，會擔心自己家人會演變如自己在臨床常見的重症病人般，也因此需要更多的專業意見指引以及其他家人的支持討論。

貳、因家人生病重症住院而神經緊繃

一個人焦慮時會產生許多負面想法與情緒反應，在生理上容易出現失眠、心悸、身心疲勞；在心理上有煩躁、心情紊亂、緊張的心情等（葉重新，2004），病人或家屬面對不可治癒的疾病，知道死亡不可避免時，而發生一連串的悲傷反應預期性的悲傷稱預期性悲傷（Anticipatory grief），指在實際失落尚未發生前所出現的悲傷，包含生理、心理、認知及行為，一部份病人身邊的人就開始了哀悼的任務（Zilberfein,1999），為了避免死亡發生時，不致於煩惱無助或手忙腳亂，在實際的死亡發生前，有一段緩衝期去接受死亡的必然性，可以利用時間處理未竟事務、道別、澄清誤會、為未來的社會適應做準備等，因此預期性悲傷可說是一種適應機制（Reynolds & Botha, 2006）。

每天上班看到的都是重症患者，還有好些不預期的死亡，因此當自己家人住院時，擔心害怕自己家人會和許多重症患者一樣，而無法好好休息，影響睡眠，甚至有害怕或心慌的感覺，小茹陸續說到自己當時經歷媽媽重大手術時的害怕及焦慮，以及過世前顱內出血住院時的心情，覺得心慌及有莫名的害怕，「我就很害怕，那時候心情很忐忑，會覺得怎麼遇到的都是跟你之前在課本上或是經歷過的一模一樣（A1258）」，「當時很慌、很害怕，不知道在害怕個什麼，然後就是有一種坐立難安的感覺（A1173-1）」，而美美因爸爸事發當時，因為上大夜需要好好休息而將手機關靜音，導致未聽到媽媽的來電，因此爸爸住院時，除了擔心爸爸病情變化外，更是因此害怕再漏接電話，擔心錯過重要的訊息，「爸爸住院的時候我幾乎沒有辦法睡覺，而且會一直看手機，很怕漏接電話或者是又突然怎樣，可是那時候就是很害怕，就是不敢再關靜音，然後風吹草動都會害怕（B1211-1）」，貞庭也提到當時媽媽住院時，存在著因為擔心病情變化，焦慮、害怕，「那一陣子都沒有辦法好好睡覺，就是可能睡一睡起來，就想到就哭，我不知道我這樣做到底對不對，很煎熬啊！（C1027-1）」，三位研究參與者均工作十年以上，在加護病房看了許多類似情況的重症病人，自然而然對於媽媽病情變化有好些想像，而產生了焦慮及預期性的悲傷。

小茹說可能自己在加護病房上班，看到許多很糟的狀況，所以容易把事情想的很糟，「我都會往壞的地方想，可能是因為...ICU 是重症，能轉出去的不多（1255）」，而貞庭也有相同的想法，媽媽住院時就常常把媽媽的狀況想到最糟的樣子，所以每天都

很煎熬、焦慮，「常常都想到最糟的...她會死 (C1022)」，「很擔心媽媽是不是快不行了，腦中就演了很多齣這樣 (C1085)」，Beck (1976) 認為一個人產生情緒困擾或心理問題是來自於對事件錯誤之思考與推論，並表現出邏輯錯誤的現象，個體此時會藉著自我抗拒方式來駁斥客觀的現實，此系統性的錯誤會導致個體無法區辨幻想與現實，而造成認知扭曲的現象，如產生二分化的思考、選擇性摘錄、獨斷的推論、災難化、過度類化、標籤化、誇大或貶低的思考等。此思考會影響個體情緒、行為反應，且個體會因處在不同的情境下而產生不同的自動化思考，這個處在潛在信念下所存在的自動化思考會直接影響個體在情境下的情緒與行為本身（梁雅舒、張育嘉、羅振豐、趙文煜譯，2003）。也許因為在親人過世之前，即看到很多病人重症死亡的樣子，所以三位研究參與者在親人重症住院時，自然的把照顧病人的經驗連結於自己親人身上，將過去的經驗化為對親人可能遭遇死亡的擔心。

叁、尋求信仰的支持

宗教是人類世界中一種歷史悠久而普遍的文化現象，起因於人類對自然界的畏懼，以及對生死答案的探尋，不同宗教也都有其各自的儀式，其重要性在於滿足人類的情緒需求、降低行為的焦慮及消除人們心理的困惑（洪富連，2011）。

在家人生病住院後，緊張、焦慮的心情並沒有因為自己的專業而減少，小茹在媽媽生病後，為了媽媽的健康，開始拜媽祖祈求媽媽可以身體健康，覺得媽祖有改善媽媽的健康，只要媽祖遶境就會跟著媽祖走一段路，「我就在媽祖出來的時候，就是自己找一段路，然後跟祂走 (A1209)」，「有長輩就說可以抄心經，我就去抄心經，反正只要對媽媽有幫助的什麼我都做過心誠則靈 (A1221)」，長輩教導抄心經可以幫助媽媽，小茹也照做，後來媽媽顱內出血住院，小茹覺得心慌、坐立難安，只要有人介紹可以幫助媽媽的就會去做，而美美在爸爸第二次腦出血後，也曾去廟裡求籤問卜，詢問爸爸的命運會如何，「有去廟裡求籤問卜，問爸爸最後結果會怎樣?會不會好? (B2004)」，貞庭也提到當時媽媽住院時，為求平安與心安也曾至廟裡拜拜，「很煎熬啊! 後來就去廟裡幫媽媽求平安!也求心安吧! (C1027)」，三位研究參與者可以說原本都沒有真正的宗教信仰，就只有平常偶爾跟從家裡一起拜拜，但都在家人生病、住院時都去祈求神明

的幫助。宗教信仰在一個人承受痛苦時，不是在教人如何避免痛苦，而是如何渡過痛苦（Geertz,1973）。

因此宗教信仰在個人面對疾病過程中，成為一種讓生命具有意義或歸屬感的重要來源，也可以扮演一個很重要的角色（Wuthnow et al，1980）。

肆、在親人生病後，更能理解病人的需求

Rogers 於 1975 年提出同理心是一個過程，指可以進入另一個人所感知到的世界，可以敏銳的察覺到對方正在經歷變化的感覺，包括恐懼、憤怒、溫柔、困惑等等。Vioulac , Aubree & Massy（2016）護理人員之同理心可能受本身工作經驗及工作環境等因素影響，工作環境中有技術複雜度高、緊急狀況頻繁、工作時間長等特性的工作單位，護理人員可能有較高的壓力，且同理心較低。

在加護病房的病人，因為醫療照護需求高以及感染控制的需求，所以國內目前加護病房都有限制會客，就筆者服務的加護病房，一天二次的會客時間，一次三十分鐘，每次探訪人數限二位家屬，有其他家屬要探視就得輪流進去會客，除了病情變化外，家屬一天最多只能看二次，因此會客時間對重症的家屬而言很珍貴，會客時間家屬看到的病人狀況，在家屬來說就等同一天的縮影，所以護理人員在會客前都要確認病人的狀態，包含清潔及生命徵象等護理措施是否完善，避免讓家屬有所擔心或誤解，所以在加護病房的會客時間，對一般重症護理人員來說很有壓力，尤其在加護病房病人醫療處置多，常有突發狀況，有時甚至會客時間無法一直在病人旁，所以護理人員與家屬的互動通常很直接，因為三十分鐘的會客時間工作內容包含陪同醫師向家屬病情解釋、向家屬說明病人一天的概況（不做病情解釋）、及交代家屬醫師囑咐或購買病人物品，因此重症護理人員平時與家屬的互動也就較一般病房護理人員少很多。而美美在爸爸住院時發現，媽媽像一般常見的家屬一樣聽不懂醫師解釋、常常問一樣的問題，這才讓美美理解說在自己單位的病人家屬來探病的心情，「我媽像臨床家屬一樣會一直問妳，一直重複、重複問一樣的話，妳以前會覺得說，為什麼他們都聽不懂（1121）」，而貞庭則是在會客時間去看媽媽時，接受到護理人員的衛教與寒暄，而感受到關心及安心，「照顧媽媽的學妹如果跟我聊一些媽媽的問題，甚至只是聊天，我就覺得放心很多...覺得她有注意

到媽媽，以前覺得那沒什麼，甚至不喜歡會客時間（C1060）」，所以在那之後，若不忙碌，貞庭都會多跟家屬說說話，想要也讓家屬安心，「在照顧病人的時候，就會有點角色會混淆，希望我在照顧病人的時候，不要漏掉什麼（A1001）」，而小茹則是從照顧媽媽的經驗裡，了解之前心臟外科家屬常問他的話，「我現在終於知道說，之前心臟外科的病人的家屬有跟我談到說：欸？病人怎麼突然變了一個人？我可以了解了…（A1004）」，會跟心臟外科的家屬有較多的互動，與家屬分享照顧經驗。

1997年Price和Archbold提到，護理人員的自我覺察力越高，同理的能力就越高，而同理的技巧，可以經由示範、模仿、角色扮演學會同理。護理師若能要與病人建立起信任關係，需以真誠、專注、尊重的態度對病人表達樂意了解，病人才願意說出其故事及感受，才能被護理師真正了解。三位研究參與者都在家人住加護病房後，因為與加護病房家屬有類似經驗而更能同理家屬的需求，也就更願意盡量於忙碌之時，仍再多花一些時間去與家屬互動。

綜整三位研究參與者，在面對親人生病重症因應歷程的情緒、認知、生理、行為反應如下，表5-1-1、面對親人生病重症小茹的情緒、認知、生理、行為反應；表5-1-2、面對親人生病重症美美的情緒、認知、生理、行為反應；表5-1-3、面對親人生病重症貞庭的情緒、認知、生理、行為反應。

表 5-1-1 面對親人生病重症小茹的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
媽媽生病後	不捨及擔心、 提心吊膽、 緊張、焦慮恐 懼、害怕	角色的混淆、 相信心誠則 靈、相信有未 知的力量、驚 覺媽媽可能死 亡、	莫名心慌、覺 得身體不舒服	照顧媽媽、 不自覺會對心臟外科 的病人較好、祈求媽 媽平安健康，開始不 同的祈福儀式、逃 避、怨天尤人、坐立 難安

表 5-1-2 面對親人生病重症美美的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
爸爸生病後	害怕、風吹草動都會害怕、擔憂	生不如死、有一點點希望、接受之後爸爸是會不好的活下來、	幾乎沒有辦法睡覺	崩潰大哭、掙扎、神經緊繃

表 5-1-3 面對親人生病重症貞庭的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
媽媽生病後	恐懼及害怕、很焦慮、擔心、提心吊膽	覺得很累，疲於奔命、不確定感、無助、覺得為自己的人生覺得有些悲哀、覺得很無奈、很挫折	沒辦法好好睡	我的手竟然無法克制的一直抖、哭泣、

第二節、重症護理人員面對親人重症死亡的悲傷歷程及調適

壹、面對病人死亡的因應歷程

一、病人死亡想哭但不能哭

護理人員面對的是生、老、病、死，大多時候是處在悲傷的情境中，除了在產科、嬰兒室病房可能嚐到新生的喜樂外，其情緒壓力可想而知。護理人員要避免在病人及家屬面前發洩情緒，但需要能有管道表達其情緒（張碧芬等，2008）。

在醫院看見病人死亡可以說是常態，而在加護病房內，「死亡」這一件事更是常常上演的一齣戲碼，護理人員長期面對病人瀕死與死亡的衝擊與悲傷剝奪，也在第一線面對病人與家屬各種需求，在經年累月累積之下，若無足夠的支持與經驗，容易因龐大的情緒壓力與工作要求而受挫沮喪（蘇絢慧，2003）。大多數人認為面對病人死亡或生命末期對護理人員是專業訓練的一部份，也是一件平常的事，應當可以勝任照護工作（吳嘉瑜，1998）；長期以來護理被視為助人的專業，被期待關注病人及家屬的需求，但護理人員本身的悲傷、失落卻未受到重視（曾美珠、李燕蕙，2006）。但事實上病人的死亡或瀕死的狀態對護理人員是種巨大的衝擊。而且實際上學校教育裡，著重於病人照護的相關專業知識及技術，對於個人面對死亡的處理以及情緒反應等，均被忽略。Rittman 等人(1997)指出 護理人員在面對病人瀕死及死亡時，她們會產生：「了解病人」、「維持希望」、「減輕掙扎」、「提供隱私」等正向行為，她們會希望能夠了解病人需求而更加掌握病人病程變化，以期能提供更適切性的照護；也幫助病人利用最後的時刻完成最有意義的事；希望能夠利用藥物或是支持療法減輕病人痛苦；提供病人及家屬在臨終時一個有隱私、可以獨處的空間是很重要的。

而面對複雜拉扯的情緒情境，照顧末期病人與家屬的時候，護理人員發現自己如果一旦進入病人的情緒感受中，將會很快地被拉進病人的情緒，而很容易就此感覺到特別容易感動且脆弱。所以，護理人員為了避免這種處境，會讓自己與病人間保持一段情緒的距離，盡量讓自己在病人與家屬面前不要出現太多的自我表露，藉此避免涉入太多

病人的世界，以防止自己涉入後遭受情緒所淹沒（Botti, Endacott, Watts, Cairns, Leiwis, & Kenny, 2006）。

當所照顧的病人死亡時，護理人員會感受到強烈失落的情緒，但由於護理的專業角色，使其對於病人的死亡會有兩種層面的反應，一個是出自於人性感覺到悲傷；但同時又因為職業的身份卻得抑制住自己的眼淚（Sanuder & Valente, 1994）。小茹在新人階段常常在遇到病人死亡後，下班回去哭，「我在新人階段的時候，剛開始病人死掉的時候，我回去會哭欸！（A1041）」，過了一、二年後，遇到病人死亡才比較不會傷心，但遇到常常接觸有互動的家屬，就會想哭，有一次不小心在家屬面前掉了眼淚，結果被同事提醒不能在家屬面前哭，因為會顯得不專業，「有一次照顧很久病人走了，家屬哭了，我也在那邊擦眼淚，結果被同事看到，然後同事就踹我，但我不是故意的（A1077）」，美美也提到「如果是年輕人，家屬又非常之急的話，就是會比較帶動我的情緒，會為他難過（B1014）」，而貞庭第一次遇到病人死亡時是在實習階段，而當時因為病人昏迷而未有互動，只是學姐的悲傷反應讓貞庭印象深刻，直到工作後，偶然在自己工作空檔看到病人家屬的悲傷反應，雖然貞庭覺得當下對病人的死沒有太多想法，但卻讓貞庭差點掉下眼淚，「那時候病人死亡，我沒有什麼特別的想法，但眼淚差點掉出來（C1004）」，加護病房的忙碌工作，常讓人員忽略掉自身情緒，尤其在病人死亡後需處理許多出院相關護理及出院業務，護理人員常無法停下腳步去感受及處理自身情緒。

Doka 於 1989 年提出「悲傷剝奪 (disenfranchised grief)」這個概念，其定義是：「當個體經歷失落的悲傷無法被認知、無法公開哀悼或是無法得到社會的支持時，稱為悲傷剝奪」。Doka (2002) 提出五種悲傷剝奪的類型如下：（一）關係不被認可 (The relationship is not recognized)、失落事件不被認可 (The loss is not acknowledged)、（三）悲傷者被排除 (The griever is excluded)、（四）死亡形式 (Circumstances of the death)、（五）個體表達悲傷的方式，其中護理人員屬於關係不認可的類型。關係不被認可 (The relationship is not recognized) 的情況其一可能發生在：悲傷者與亡者的關係並非被認可的親屬關係，這種非親屬的親密關係不被了解或覺察。因為社會的基本假設是：親密關係只存在於配偶或關係最密切的親屬之中；然而，愛人、朋友、鄰居、養父母、同事、姻親、繼父母和繼子女、照顧者、諮商員和室友等，也可能和逝者有長期且頻繁的互動關係。但即使這些關係被認可，大部分時候，他們反而被期待支持和協助家屬，這些哀悼者並沒有充分的機會公開為這些失落悲傷。少部分護理人員會和同事及朋友討論病人

死亡來處理悲傷，但對於一些害羞的護理人員，要與同事分享那樣的感覺並不容易（Spencer, 1994），三位研究參與者都屬於較內斂的護理人員也出現這樣的情況，通常選擇壓抑自己的悲傷，不會輕易在病人或家屬、同事面前哭，美美在見到意外死亡的年輕人，較容易引發她的情緒，而小茹在新人階段常在下班後回家哭調整心情，而也隨著經驗的累積，慢慢的不再會常常因為病人死亡而哭。

在加護病房裡，病人死亡後，護理人員要重新去適應一個病人已消逝的新環境，因為必須去照顧其他不同的病人，對於個人工作無影響，但對於有與病人建立關係的護理人員內在會所衝突，尤其在面對病人死亡經驗較少的護理人員（林凱慧，2011）。

二、初遇病人死亡，對於病人的死感到歉疚

研究指出在醫學中心的護理人員高達 90%以上認為照顧臨終癌症病人是困難的（Sawada, 1999; Bramwell, 1989），護理人員因工作特性，使她們經常必須面臨病人死亡或生命末期相關的問題，而在面對臨終病人及已死亡病人的大體時，常心生懼怕，內心隱含著不安、失落、無能為力的感覺，甚至引發出哀傷的情緒（施素真，1999）。

小茹及美美在初遇病人死亡時，對於病人的死常引起許多的想法，會不斷思考自己在處理病人過程中是否有遺漏或疏失，會有自責、愧疚的情形出現，也會覺得沒有成就感，但也隨著工作時間越久，自覺對於病人的照護經驗較多，評估判斷的能力相對較好，自責的情形也相對減少，偶爾遇到病人出乎意料的病情變化或死亡，會產生不確定感，對於經過許多醫療措施而死亡的病人則會有遺憾之感，小茹說「是我沒有注意到什麼、沒有跟醫生講到嗎？我會自責！（A1036-1）」、「覺得好像沒有成就感，病人醫一醫就死掉了（A1042）」，美美在第一次遇到病人死亡，甚至會睡不著，「我覺得會不會是自己哪裡不夠，造成這個阿嬤走（B1016）」、「我覺得歉疚的層面還蠻大的（B1022）」，貞庭也提到「在有時遇到突然不預期的病人死亡，在那當下還有回家時，我會不斷去想自己有沒有做錯（C2025）」，Rashotte 與 Chamberlain（1997）的研究發現，病人死亡會引起護理人員自責、憤怒、空虛、無力、脆弱、遺憾與罪惡感等受傷的感覺，而憤怒與罪惡感常是複雜糾結的，即使經過多年之後仍常會出現。護理人員在照顧工作中，在病人死亡或臨終相關的議題裡，面對病人的死亡可能產生麻木、無力感、

絕望、自責及焦慮等的感受（陳盛文, 2004）。Skovholt（2005）及蕭仁釗（1998）等的研究裡，專業人員或安寧護理人員在長時間心理消耗後，造成專業耗竭的感受，而影響其對工作的滿意程度與承諾感，進而使得護理人員可能採取去人性化、隔離、或轉職等策略因應。

三、家屬對病人死亡的反應會引發悲傷

小茹對於常常接觸有互動的病人及家屬，當病人死亡會讓她想哭，「跟家屬或跟病人互動關係還蠻良好的，真的會難過...，我會想哭耶...（A1069）」，林凱慧（2011）長時間在加護病房的病人與加護病房護理人員接觸時間的長短，產生不同的情感連結，Lamers（2002）也提到，護理人員長期照顧的病人死亡，會有失落悲傷的情緒，因為覺得自己與病人的相處像「朋友」。DeSpelder 與 Strickland（2005）也提到照顧者很熟悉的病人死亡，有可能會引發悲傷（引自黃雅文等譯，2006）。

美美說，「如果病人年紀已經是老人家的年齡可能都七、八十歲死亡的話，我會覺得就是正常的人生階段，如果是年輕的人走了之後，我就會覺得比較有感觸（B1013）」，「如果是疾病，長久以來疾病導致他過世，我會覺得他終於鬆一口氣（B1014）」，覺得病人是老人因病而死是正常階段，而年輕人死亡會替他覺得惋惜，若為久病而死的病人，會覺得他終於可以解除痛苦，而貞庭也說，「如果家屬哭或是那種白髮送黑髮人、病人還有年幼小孩之類的，或是有困難的家庭，...看到那樣的家屬，有時會讓我想哭眼紅（C1006）」，與林凱慧（2011）所做的研究相符，她提到悲傷因死亡對象而有所差異，病人死亡感受因人而異，對不同死亡對象其悲傷反應有所落差，若病人為年長者且為重症較視為人生自然現象，若病患為年青壯年或年幼者，無論其死亡型態為何，皆有較多感慨惋惜與不捨。Hupcey（1998）發現護理人員很容易就將工作的焦點轉移到照顧病人生理病痛的技术層面，而避開掉會引發情緒的困擾。而這種面對情緒壓力即習慣避開的結果，讓人員有忽略情緒因應的傾向。

三位研究參與者在看見許多病人死亡之後，除了對於病人死亡因為年齡較輕或意外死亡的病人會引發悲傷或感觸外，與家屬接觸較頻繁關係良好的病人家屬，以及為老弱婦孺的病人家屬，也會引起研究參與者的情緒，會為他們感到難過不捨。

四、病人死亡的模樣，引發對於死亡的想像與焦慮

Becker (1973) 則認為所有的焦慮都深植於我們對死亡的認知，在個人生活與文化中皆可見到焦慮的影響，諸如死亡的忌諱不談，或者各種迷信的行為都可能歸因於人們面對死亡時的焦慮。孫虹景 (2015) 整理國內外諸多研究結果中發現，年齡較小、自我價值較低落、缺少自信者，死亡焦慮較高，且女性死亡焦慮較男性高，自我實現程度越高者，其死亡焦慮的程度較低，另外，環境、經驗以及對死亡的看法也會影響個體的死亡焦慮程度。

在加護病房裡常可見插滿管路的病人，常常可見因為醫療介入，導致病人身體腫脹變形甚至發紅或發紫，甚至說七孔流血，有一些可能因為本身外傷導致的必要醫療措施，而有一些是因為家屬或醫師不放棄導致的醫療介入措施，有的病人看起來就不可能存活，但對於家屬或醫師的不放棄，病人就得一直被執行一些無效醫療，除非家屬和醫師取得共識，而這一切重症護理人員每天在面對，有時隔天來上班看到原本照顧的病人變了一個樣，甚至可以說是面目全非，心中的衝擊可以想像。對美美來說也一樣，她說：「會擔心自己會怎麼死？看了那麼多被醫療介入導致不成人形的病人，擔心自己不會馬上死掉(B2010)」，「覺得若當時不知道人就算了，但若知道人那也太痛苦了(B2035)」，而貞庭也提到，「那些病人死的那麼慘，真的是因果關係嗎？那我呢？會怎麼死？但是死亡到底是怎樣...覺得很難想像，也好些恐怖(C1050)」，「就是覺得看到很多病人到最後都腫脹變形，變得很不好看，覺得很令人不舒服。我也不想要自己變成這樣」，看到病人身體腫脹變形的樣子，覺得病人很辛苦也很痛，小茹則是不管病人會不會死，都覺得很恐怖，「以前是不管怎樣，病人會不會死就好難過、好恐怖喔！(A1070)」。重症護理人員常因此被迫一直要去面對很多病人無法善終的狀況，也引發她們對於自身死亡的想像及焦慮。

Gama、Barbosa與Vieira(2012)針對影響護理人員其死亡態度與心理狀態之因素探究，結果顯示護理人員面對死亡之焦慮恐懼感受，和本身心裡害怕死亡、認為死亡是一種逃脫痛苦的表現呈正相關；與認為死亡是生命中之自然歷程呈負相關，可見護理人員面對生命末期照顧的想法、感受與信念確實會影響其臨床表現與自我成長。

美美另外提到，在與媽媽的對話裡發現，覺得就算上了再多的專業課程之後，內心最大的希望，還是會掩過自己的專業，開始去想像關於自己死亡要如何安排，覺得自

己還很年輕，也會害怕死亡，「如果得到癌症的話，這一種的預後我自己可以掌握，因為我自己可能就是...治療到哪個階段我要放棄，接受死亡（B1182）」，而貞庭也有相同的看法「如果是因為病情很嚴重，必須住到加護病房，我希望就乾脆不要救我。（C1064）」，美美及貞庭二位均有自己未來若面臨疾病末期時該如何安排的想法。

Neimeyer、Brunt（1995）研究指出，認為死亡態度確實包含了具體的恐懼及模糊的焦慮，因為死亡是一特定的事實，確知它會發生並懼怕它；而另一方面死亡又充滿了未知：不確定對自己或親人得影響，而自己會在何時、何地會如何死亡，更不清楚不存在的意義為何，這些未知的情境都能產生焦慮。死亡焦慮包含了對死亡本身的恐懼、對於死亡過程之可能的苦痛、無尊嚴的恐懼、對於死後所將面臨情境之恐懼(如審判)，以及非存有的焦慮。三位研究參與者因看見病人死亡的種種樣貌，對於自己未來如何死？也有好些擔憂害怕，更是對於自己是否會與病人一樣經歷苦痛而害怕，也因此有希望自己及家人到最後一刻都可以不要經歷苦痛的深切體會。

貳、面對親人死亡悲傷歷程

一、選擇讓家人善終，不予施行心肺復甦術

面對生命末期照護醫療團隊常面臨倫理與法律上種種困境，病人和家屬的期待也有所不同，病人一旦經過緊急的醫療而建立維生系統入加護病房後，常面臨到由瀕死狀況進入生命末期，過去面臨這樣瀕死狀態的治療，大部份醫師及家屬會選擇急救到底，讓病人承受無謂的痛苦，最後病人往往沒有善終（good death）的機會（蔡翊新、林亞陵、黃勝堅，2007）。

在一篇探討病人及家屬認知及決策歷程的文獻中發現，約八成的DNR是由家屬簽署，而影響家屬的決策原因包含以下：病人及家屬之前的醫療經驗、病人之前是否表達過 DNR 的意願、病人的病程進展及醫護人員在過程中的說明與解釋態度（曲幗敏，2011；周燕玉，2006）。末期癌症及中風等病人CPR後的結果最差，有些病人即使存活了，也可能成為植物人，因此主張對於末期癌症合併有轉移的病人，不應視CPR為例行的醫療行為（趙可式，1996）。

林紀宣（2019）研究指出，在為家人簽署DNR前，家屬出現了面臨簽署的猶豫不決、對已執行的治療感到後悔、家屬間意見不同的氣憤不平、擔心簽署後剝奪病人的生存權利、害怕簽署後失去病人、及無法接受被告知簽署DNR事件的心理衝擊。而為家人簽署DNR的理由多為不希望病人痛苦、尊重病人的想法、過去不好的經驗及曾接觸過DNR的訊息有關。在簽署後陪病過程出現有在正向感受則出現對簽署的認同、宗教信仰的正能量、感謝親友的支持與心境上的轉換；負向感受為未完成病患遺願的缺憾、照顧者角色的疲憊、無法陪伴的愧疚、將失去病人的不確定感、病情變化的無力感、不捨家人悲傷和不好意思麻煩他人的協助的相關感觸與想法。

因為小茹媽媽在醫院時即拒絕治療，所以當初在醫院小茹即有簽了DNR，後來媽媽在家睡夢中去世，「在發現顱內出血後在醫院住了一個禮拜後出院。然後隔一個禮拜，媽媽睡一睡就沒醒來了（A1155）」，當初發現媽媽沒有血壓心跳時，小茹還是請119來送醫確認，而美美爸爸當時情況變差時，美美也幫爸爸簽了DNR及器官捐贈，主要不想要讓爸爸在受苦，也希望幫爸爸積陰德，「後來我簽器官捐贈，有幫他簽器官捐贈！就是捐...捐眼角膜，因為我覺得他那個其他器官應該也不能用了（B1100）」，貞庭媽媽當初也拒絕手術治療，貞庭覺得媽媽這一生已經很辛苦，所以當醫師提出DNR時，貞庭就同意了，「我想到她這一生過得很辛苦，我也就尊重媽媽的決定！當我跟醫師說我們決定不開刀時，醫師就提DNR，當下我就同意了！（C1025）」，三位研究參與者都選擇為家人簽DNR，希望可以讓家人沒有因為太多醫療的介入而痛苦，尤其回過頭在加護病房看了許多病人死亡的過程後，更是讓她們慶幸有為家人簽署DNR，才能讓親人死亡的當下沒有再經歷醫療介入的痛苦，平靜安詳的離去。

陳安芝、賴德仁、周希誠（2015）在受苦指數與簽署DNR的相關研究中，將臨終接受的侵襲處置量化為受苦指數，結果顯示有簽署DNR的病人受苦指數顯著下降。美國國家科學醫院在1997年將善終概念延伸至醫療照顧領域，其目前最被廣泛使用的定義為：「在符合臨床、倫理或文化的標準之下，根據病人或家屬的期望，使病人、家屬或照顧者皆免於遭受可避免的痛苦與折磨」（陳亭儒、胡文郁，2011）。趙可式（2002）指出病人去世前是否平安，及去世當下是否安祥，遺容是否尊嚴美好，皆會影響家屬日後的悲傷歷程，而家屬若認為病人是「善終」的，則較能順利度過悲傷期。

二、與悲傷面對面

自殺、他殺、意外事件、中風、心臟病突發等意外突發死亡為非預期性死亡，非預期導致的死亡，因為突發的失落、無預警的死亡會帶給喪親者特殊問題，三種最普遍的現象是：強烈的悲傷、一連串同時引發的危機和次要失落、甚至個人日常生活的瓦解（Doka, 1996/2002）。Hersh（1996/2002）指出疾病導致死亡可視為自然的失落，如心臟病突發或中風等其他突發疾病，突發性的疾病死亡讓人有不同的恐懼和深刻印象，死因與犯罪或暴力份子無關，沒有可以指責的對象，如同意外死亡般，對於驟失摯愛的親友來說，造成的創傷與憤怒、害怕、罪惡等情緒；心臟病突發或中風造成的失落，即便不是瞬間死亡這都可能讓喪親者經歷震驚，也可能來不及向逝者道別而產生未竟之事，喪親者更有可能時常回顧死亡事件，自責自己是否錯過發病的早期警訊，而因此深覺憤怒或愧疚；喪親家屬在面對至親意外死亡，震驚之餘還存有不真實感，還有生活秩序被破壞，如果死亡的是成人，尤其是家中支柱，則家庭的完整、社經地位和生活方式都會受到影響。而三位研究參與者親人分別為出血性中風及梗塞性中風死亡，而去世的對象都是父母。

在 Prigerson（1997）等人的研究中亦認為相較於血緣關係，與逝者關係的親密程度，更是重要的預測指標。家人悲傷程度依父母去世時的年齡不同，其影響也有所不同。父母是通常是子女依靠、建議、協助的來源，相較其他角色的喪親，父母若是因年紀大、疾病去世，子女比較能以自然法則來看待父母的死亡，這樣的死亡似乎較能接受（Humphrey & Zimpfer, 2008），與逝者過於強烈的依附關係容易產生複雜性悲傷（引自 Reed, 1998），Worden 則於 1991 年以任務論的觀點來詮釋悲傷的階段，他認為悲傷者須經過接受失落的事實、在過程中經驗悲傷的痛苦、重新適應一個逝者以不存在的新環境、將情緒的活力重新投注在其他關係上等四項任務後，整個悲傷才算完成。

在媽媽死亡後將近一個月的時間，小茹悲傷的無法好好入睡，甚至哭到想吐，覺得自己像要死掉，「她往生的那一個禮拜都沒什麼睡，維持一個月睡醒醒的非常悲傷，然後哭到都快吐了... 哭到要吐都吐不出來，像要死掉那樣維持近一個月（A1178）」，之後在重要節日如母親節、家人生日等，會覺得想念萬分，會透過寫信或筆記，在重要節日燒給媽媽，「就寫信阿，或是寫在筆記本，等她可能忌日，或是過年過節、或是回家的時候，就燒給她這樣子。一直到有夢到她，就是很開心的臉（A1105）」，「如果

沒有夢到現在可能還會耿耿於懷吧！（A1106）」，直到夢到媽媽開心的臉，才覺得比較放下。

而美美在爸爸走後會不斷回想爸爸最後的身影及對自己說的話，「那時候爸爸這樣子去世的時候，就是會一直回想說事發前幾天，從家裡來彰化的時候，他來喔說...叫我路上要小心...好好照顧自己之類的話（B1095）」，此外覺得擔心媽媽的心情，甚過自己的傷心，在送爸爸回家的救護車上，哥哥跟媽媽覺得爸爸是微笑的離開，讓美美覺得比較放下。

無法想像沒有媽媽的日子要怎麼過，貞庭說，「在殯儀館的時候，拼命摺蓮花，因為不知該怎麼辦，能幹嘛？覺得很空白...哭到有些麻木，覺得未來好無助、不知沒有媽媽了我該怎麼辦？無法想像（C1037）」，在媽媽過世後維持將近半年的時間，常常做噩夢，讓自己睡覺常害怕到驚醒，後來有幾次回去寺廟裡祭拜媽媽，也去其他的大廟拜拜，有漸漸較少做噩夢，而原本幾乎下班就都跟媽媽在一起的自己，下班後常常覺得孤單寂寞，原來那個有媽媽的家已經不在了，讓自己覺得好些無助，也有搬出去住的想法。此外，原來就遠在高雄的妹妹也準備要結婚了，將來回來相聚的機會就更少了，讓貞庭更顯得孤獨。

Neimeyer et al., (2002) 整理過往研究結果後，總結突發性、非預期死亡相關的議題會出現複雜性悲傷，而複雜性悲傷者對失落事件會有相較危險性的解讀，更導致他們的悲傷復原困難重重，複雜性悲傷者會趨向表現出以下特點：一、會有與逝者有關的思緒侵入。二、會尋找逝者的蛛絲馬跡，並殷殷切切的思念著。三、失去親人後會有強烈的孤獨感。四、對未來不感希望，切失去目標。五、仿佛與世隔絕，感覺麻木。六、無法相信逝者已逝。七、覺得空虛生活無意義。八、覺得自己某部份也隨著逝者離去。九、覺得整個世界已破碎，缺乏或失去安全感、信任感與控制感。十、模仿逝者或出現關於逝者的行為。十一、對於死亡事件表現出過度煩躁、痛苦與憤怒。小茹與貞庭在面對媽媽死亡時，會因殷切的思念著、甚至感覺麻木，覺得孤獨與對未來的世界感到茫然，而美美覺得自己與爸爸的感情如同一般傳統父女般，無感情不睦，但在意及擔心媽媽的感覺甚於自己的悲傷，可能與美美長期在外，加上爸爸長期酗酒、沒有穩定工作，讓美美好些無奈有關。

三、回到親人過世的醫院上班，時常觸景傷情

小茹在媽媽過世後，一連串的悲傷反應，讓自己覺得心被掏空，尤其回到媽媽住過的加護病房，病人特質又與媽媽極為相似，因此當時回到醫院上班時，覺得很難過上班也很難專注，因此照顧病人時都特別小心，「那時候媽媽死掉的時候，回來工作其實很難過（A1113）」，「覺得自己的心好像被掏空，在照顧病人很小心，但是就覺得很難專注（A2038）」，常常聽到病人死亡後家屬一些悔不當初的話或病人死亡的情境，都讓小茹覺得很不舒服，也很想哭，「家屬都會會講一些很…悔不當初的話，都覺得起雞皮疙瘩，媽媽往生那三個月到半年，遇到有人要 Hopless、或是往生，然後家屬的一些…話語跟一些哭聲，那時候真的好想哭喔！（A1101）」，而美美的爸爸在自己上班的加護病房去世，讓美美回去單位上班有幾個月都要避開當初爸爸去逝的那個床位，同事也很幫忙自己，會幫自己照顧的病人避開，若遇到類似情境的病人要走，美美也都要離開現場至休息室或廁所哭一哭再回來，避免自己在病人前哭出來，甚至捏痛自己以轉移自己的焦點，「爸爸出殯後，回來上班後有幾個月，再看到這樣病人要避開，而且我也不能去面對爸爸那時候住的床位，類似情境的病人要走我也不行（B1133）」，「當下會去休息室或廁所哭一哭再回來，或者是就一直捏自己之類的。想掩蓋自己想要哭的那個情緒（B1141）」，貞庭媽媽雖然不是住在自己上班的加護病房去世，但醫院加護病房的環境大同小異，也讓貞庭回去上班時，都要讓自己忙碌，怕停下來會哭，上班會覺得很擔心自己分心給錯藥，所以戰戰兢兢的，「我盡量讓自己很忙，自己病人沒事就去幫別人，但是如果病人不行了，會想哭又不能哭，就是要忍住！（C1056）」，「剛開始又很怕自己做錯，給錯藥之類的，所以就其實很戰戰兢兢的，有時就是你嘴巴跟病人這樣講話，但是其實那個心，就是像已經被那個掏空一樣（C1057）」，三位研究參與者的親人都曾住自己醫院加護病房，除小茹媽媽最後是在家中過世，其他二位的親人都在加護病房過世，而美美爸爸是在美美上班的加護病房過世，因此在親人過世後回來上班，看到加護病房裡與自己親人類似的病人或病人死亡，在親人過世後約 3-6 個月都要盡量避開那現場，否則自覺會在現場崩潰哭泣，在親人過世後，在看到曾經有自己親人的位置已經換人了，而且是永遠離開了，那樣的景況一再的勾起她們親人已逝的事實。

四、對於親人死後的探尋及掛念

弗若依德說每個夢的意義都是一次願望實現，其本質是人把被禁止的願望在幻覺

中實現，夢的運作把隱性的內容轉化為不致驚醒自我也不會吵醒夢者的顯示內容於夢中，其顯示內容來自於日間或童年（薛絢,2006）。「另外一個世界是什麼樣子？媽媽會不會被欺負，因為媽媽很膽小，直到有夢到媽媽（A1108）」，「如果沒有夢到現在可能還會耿耿於懷吧！（A1106）」，小茹時常想到媽媽，也擔心媽媽，擔心膽小的媽媽在另一個世界的日子，直到有夢見媽媽好好的，才覺得較安心釋懷。Bulkeley 與 Bulkley（2006）指出「探視夢」是具普遍性且跨文化的，在中國、印度、埃及、希臘的古文明，及澳洲、南太平洋、非洲、北美和南美的土著，夢可以說是生者與逝者的靈魂保持接觸的主要途徑。

而貞庭則在媽媽去世後維持將近半年的時間，未曾夢見媽媽，但噩夢連連，常常因此驚醒而無法再入睡，因此擔心媽媽是不是有話跟她說，擔心是不是媽媽在另一個世界過的不好，也因此到廟裡拜拜求安心，「一直做噩夢是不是媽媽要告訴我什麼？是她過得不好嗎？要不做夢做那麼多，怎麼就是看不到她？（C1041）」。蘇絢慧（2006）從研究參與者的喪慟夢經驗中發現，喪慟夢具有以下特性：喪慟夢經驗反映了個體悲傷哀悼任務完成的狀態、喪慟夢經驗嘗試處理個體內外在衝突並解決問題、喪慟夢經驗具有明顯情緒特性並協助整合、喪慟夢經驗協助完成未竟事物、喪慟夢經驗協助個體和逝者的關係重新連結、喪慟夢的經驗和過往的情緒或生活經驗有所連結與喪慟夢經驗是個體悲傷調節的本能機制。

美美也提到自己曾經問過地藏王菩薩爸爸還在不在這世上，「我有時候拜拜就會問菩薩說，爸爸吃完了嗎...之類的...，有一天我那個就一直都笑笑，然後我哥就問說請問一下，那爸爸還在這裡嗎？結果是沒有在這裡了，他的靈魂已經不在這裡（B1171）」。

李佩怡（2014）指出夢見逝親是常見的喪慟反應，夢境內容反映喪親者的悲傷及哀悼任務進行的狀態，夢見逝親對喪親者調適喪慟有多方助益，也是持續連結的形式之一。而個人喪慟調適或悲傷因應的方式深受文化脈絡的影響，她提出三點隱含在華人文化關於夢與生後世界的信念：（一）相信靈魂不滅，死亡的只是身體，靈魂存在於另一個世界；（二）相信「夢」跨越生死隔閡，是人世與幽冥兩界交會的中介空間；（三）相信生者與逝親的關係彼此牽繫，延續轉化為祖先崇拜。當與逝去親人持續連結的行為愈能在社會文化的脈絡下被認可支持時，越有助於喪親者的悲傷調適。

美美說會透過相片回憶爸爸，而家人們也都用不同的方式想念爸爸，「就姪子、

姪女出生，然後...就是家人還是會說，哇!如果今天...阿公還在的話，妳們一定會怎樣、怎樣，就是被阿公疼啊、或怎樣的，就是我覺得大家還是會用一些不一樣的事情在懷念爸爸（B1233）」，家人雖然沒說出對爸爸的懷念，但在生活中的對話裡，依稀可看見家人用著不同的方式在懷念爸爸。小茹想媽媽時會用寫信或筆記並在節日時燒給媽媽，「媽媽走後會寫信或是寫在筆記本，過年過節或是回家的時候，然後就燒給她（A1105）」，而貞庭則帶著媽媽送的項鍊，與媽媽保持連結「想到媽媽的種種，會戴著媽媽送的項鍊（C2045）」，Root 與 Exline（2013）的研究指出與喪親者進行的持續連結呈現多元的行為形式，包含有：回憶緬懷逝者、敘說逝者的故事、看逝者的照片、保留逝者的遺物、內化逝者的價值信仰於自身的生活中、承接某種逝者的特徵（特質）、做某些逝者喜歡的事、以逝者為角色模範引導自己的行為、以利他行為或創造紀念物的方式來榮耀逝者。還有的會與逝者嘗試互動式的連結，如：感知到逝者的存在、尋求來自於逝者的引導、與逝者直接溝通，像是說話、寫信或祈禱。

三位研究參與者對於自己親人過世後會在這裡？或者過的好不好有所疑問，也會透過不同的方法來尋求一個讓自己安心的答案。小茹在夢見媽媽之後即較放下對媽媽的擔心，美美則透過擲筊來詢問覺得爸爸應該已經投胎去了，她們在親人去世後除了透過回憶，也透過相片、寫信、戴著媽媽送的禮物，來與已逝親人連結。

五、周遭同事及朋友的暖心支持

Ormann（1991）將社會支持來源定義為來自他人提供情緒性支持（emotional support）、工具性幫助（instrumental aid）和正向的回饋（positive feedback）三個面向。

Pender(1987)認為人主要的支持系統有五個方面：1.自然的社會系統（Natural support system）：指家庭是為主要的支持性團體（primary support group），家庭成員能尊重成員的獨特性，建立有效的溝通方式，欲提供適切支持前能察覺其他家庭成員的需求，及建立相互協助之期待與幫助對方。2.同儕支持性系統（Peer support system）：透過人際間互動及知識經驗的傳遞，滿足個人其他方面的需求。3.宗教組織（Religion organization or denominations）：最古老的社區支持團體（Community support system），藉由經驗分享連結，依著對神的忠誠，制定生活指引，可供個人定期聚會的地方，提供

個人遵循的方向。4.專業支持系統（Helping professional support system）：健康專業團體在個人無法由家人處獲得協助，或資源中斷或耗竭時，才會介入提供支持。5.非專業組織的支持團體（Organized support system not directed by health professional）：包括志工團體（Voluntary service group）及互助團體（Mutural help group）。

家人過世的悲傷，若無法得到紓解，將可能導致內在崩解，或出現身心症狀，小茹擔心自己會憂鬱症，幸好周遭許多關心她的同事、朋友、醫院關懷師，用各種不同的方法與她一起渡過最悲傷的時期，「還有醫院關懷師君君，她有找我去聊聊，如果有醫院辦的悲傷輔導的課，她都會找我去，她的心靈溝通技巧幫助了我，還有你帶我去參加那個心理劇，就比較好了（A1249）」，另一個學佛的老師跟小茹說媽媽過得很好，也夢到媽媽好好的，所以相信媽媽是好好的，「因為我不想生病，擔心到時候如果走不出來會憂鬱症（A1102）」，「我就會想要...那時候會自己想要去尋求說，誰可以幫我（A1235）」，因為不想生病，所以小茹也會主動尋求院內關懷師聊聊，希望透過專業的支持，可以讓自己走出傷痛。

美美說，在爸爸住院期間遇到之前認識的醫師幫忙，這讓對爸爸住的醫院不熟悉的美美安心許多，且在爸爸臨終前，有了幾個不熟識的學姐幫忙殯葬事宜，這都讓美美深受感動，「我知道可能也許我這一生就是要在這個時候遇到我爸爸發生這件事情，但是我覺得他就另外安排一些人、事、物，讓我順利渡過這一次（B1223）」，經歷這一段歷程，美美除了感謝以外，也相信老天也早就安排好了所有的人事物，在那時發生這樣的事情，讓自己可以順利的去經歷這個過程。

經歷了漫長時間的陪病與喪母歷程，貞庭覺得非常疲累，休完喪假覺得自己還需要休息，因而提出再請長假，「單位同事很多人主動幫我調班，讓我覺得很感動！就是在這個時候就看到那種人情味吧！（C1047）」，同事主動幫忙協調換班，讓貞庭好些感動，甚至原來已經很久沒一起出門的同事也主動邀約吃飯逛街，對於同事的貼心，貞庭一一收下，「同事朋友知道媽媽過世了，會主動找我一起逛街吃飯，我覺得有些貼心（C1045）」，在最悲傷時有同事朋友陪伴支持，讓貞庭的孤單少了一些。

社會支持之來源，主要源自於個體熟悉的親友與環境，逐漸向外延伸，使個體的需求獲得滿足（王雅芬，2005）。若個體所處的社會環境未能提供支持，則可能導致個體需花更長時間進行調適，且悲傷反應時間延長（何美蓮，2006）。社會支持系統越強

大，個體悲傷反應的時間也會越短（林道修，2005）。

三位研究參與者都有周圍的同事朋友關心及幫忙，而小茹另有醫院神職關懷師協助，因此在面對親人過世時的悲傷階段，三位研究參與者都可以有人陪伴聊天，雖然悲傷但心情的紓解有了出口，讓他們不因此陷入更深的孤單。

六、將感謝病人的教導化為對家屬的支持力量

因為加護病房的任務就是照顧並積極搶救重症患者，所以常可見許多積極的醫療處置，也常有機會參與急救，這些只為救回病人的手段，重症護理人員可說每天都在經歷，「我只要看到病人在那邊插氣管內管，然後在那邊被做CPR，就會慶幸自己沒有這樣殘忍對我母親！每次在單位看到CPR，我就覺得我好難過（A1159）」，小茹在媽媽過世後，看到了被急救或家屬不放棄的病人，會為此感到安慰，慶幸自己沒有那樣對待媽媽，覺得可以真正同理家屬放不下的心情，「在媽媽走後覺得自己真正能同理家屬放不下的那一段（A2020）」，也會開始會以一些非語言的方式安慰傷心的家屬。

在照護的過程中，美美在病人身上學習到該如何做選擇，「我覺得就是很謝謝，可以看到臨床上這些病人他去世的過程，因為就讓我學習到說，讓妳看到妳怎樣去選擇，才是對妳家裡的好。（B1126）」，也因為自己經歷了痛苦的抉擇，因此也希望可以幫忙家屬，給與家屬指引，希望醫師能給家屬明確的答案，不想要讓家屬也跟自己一樣，經歷那樣痛苦拉扯的抉擇過程，「如果我今天是家屬的話，我想要聽到明確的答案，你不要跟我講模擬兩可的事（B1125）」，美美覺得現在自己真的可以體會家屬的心情，「以前就是感覺就是妳是護理人員就是護理人員，比較沒有辦法體會到家屬真正的心情（B1142）」。

貞庭則覺得放手很難，若不是自己在加護病房看了許多病人死亡的模樣，覺得可能會像很多家屬一樣不願放手的救媽媽到最後一刻，「這要說慶幸自己可以做這工作，也應謝謝那些病人，要不我不知遇到時會下什麼決定，搞不好跟很多家屬一樣，只拼命的想救媽媽，但沒想到要善終（C1055）」，根據 Lamers（2002）的研究觀察，醫療照護工作者，長時間與病患結合在一起，產生情感依附，而依附強度卻因人而異，當病患死亡常引發其他與真實無關或潛在在失落悲傷的非預期反應，也可能引發個人對生命本

質的頓悟或影響。三位研究參與者在加護病房工作均超過十年以上，但都一致覺得很感謝臨床上看到死亡的病人，用他們受苦的身軀，教導研究參與者該如何為自己家人做好的選擇，也讓他們更能真正理解家屬的感受，也更願意在家屬需要時停下腳步給予支持。

叁、悲傷反應歷程與理論對話

在經由上述三位研究參與者的經驗中，將其經歷親人死亡的歷程與悲傷理論階段論、時間論、任務論對話分別述如下：

一、與階段論的對話：

以 Kubler-Ross (1969) 提出面對死亡的五個階段，也被用來描述失落悲傷調適的階段，對應 Kubler-Ross 與 David Kessler 合著的當綠葉緩緩落下 (張美惠譯，2006)，來看三位研究參與者的悲傷反應：

(一) 否認：因為事實超過所能承受的而非真的否定死亡的事實。小茹在媽媽心跳停止時確認癱瘓心跳停止後送醫，在處理過程並未意識到媽媽死亡的事實，在禮儀社搭起靈堂後才意識到媽媽已死。美美在爸爸去世後，媽媽不斷的詢問是否及早送醫等問題，爸爸就可能還會活著，讓美美也不斷問自己自己是否做對了？而貞庭覺得媽媽走後一片空白…哭到麻木，覺得未來好無助、不知沒有媽媽了怎麼辦？在親人死亡之後都經歷了否認過程。

(二) 憤怒：認為最不願意發生、也不應該在自己身上發生的事。在美美及貞庭的敘說裡未見此階段，而小茹在媽媽走後有為什麼我這麼年輕就要經歷喪親的歷程，感到憤怒不平。

(三) 討價還價：懊悔沒有做到該做的事，許多讓自己自責的「假設」出現，只要能不感受這失落之痛，願意做任何事。小茹在媽媽生病時即開始出現討價還價，到廟裡為媽媽祈願讓媽媽可以早日恢復健康，而美美也在爸爸生病時出現，在心裡祈願只要爸爸可以醒來，即使是爸爸是半癱臥床，她也願意照顧。而貞庭的敘說裡未出現未出現此階段。

(四) 沮喪：即使能正常活動，仍覺得如行屍走肉：無法起床、緊張、暴躁、無法專注、每件事都毫無意義，即使有人陪也感到孤單。三位研究參與者在親人去世後在回到醫院上班，病人的死亡會引發她們的悲傷。而小茹和貞庭在媽媽去世當月覺得自己的心好像被掏空、生不如死，在照顧病人很小心，但是就覺得很難專注。

(五) 接受：認清親人永遠不在且無法改變的事實，學習適應新的生活型態。不論多麼痛苦，最後仍可在適合自己的時間裡找到內心平靜。三位研究參與者喪親均大於一年，雖然仍偶有悲傷心情，但均開始適應並重新建立新的生活型態。

三位研究參與者在面對親人死亡的悲傷歷程中，對應 Kubler-Ross 的五個階段，如 Kubler-Ross 所言，並非每人都會經歷所有階段或依序發生，所有接並非直線進行，在三位研究參與者親人死亡後曾有經歷的階段如下：圖 5-2-1 小茹面對親人死亡經歷的階段、圖 5-2-2 美美面對親人死亡經歷的階段、圖 5-2-3 貞庭面對親人死亡經歷的階段。

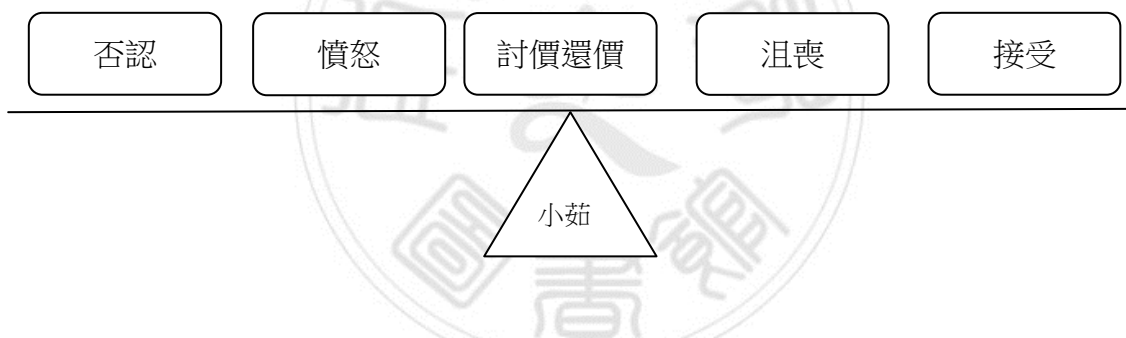


圖 5-2-1 小茹面對親人死亡經歷的階段

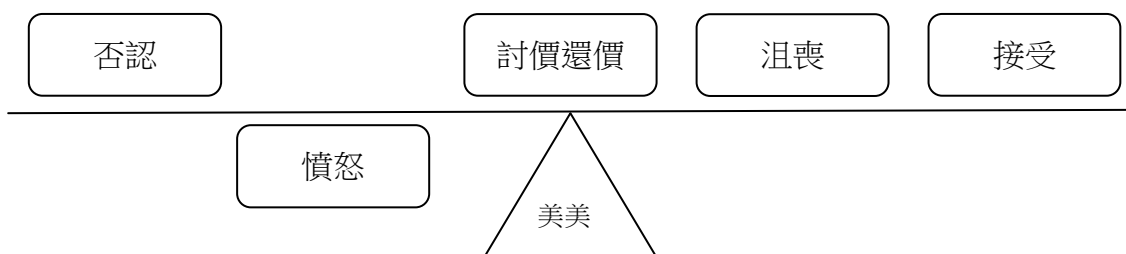


圖 5-2-2 美美面對親人死亡經歷的階段

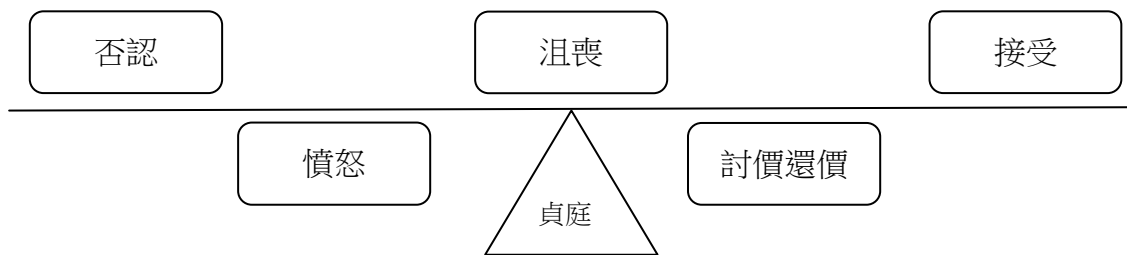


圖 5-2-3 貞庭面對親人死亡經歷的階段

(二)、與時間論的對話：Littlewood (1992) 正常的悲傷反應在六個月或一年內能夠走出來。邱亨嘉等 (1998) 認為大約兩年左右喪親者可以穩定下來。Longaker 認為屬於「高度悲傷」的死亡，如失去孩子、自殺、突然或意外死亡，需要更長的時間結束喪親之痛，在正常的情況下，結束喪親之痛要兩年的時間 (陳琴富譯，1999)。一般性死亡 (即因年紀大或非意外死亡者) 而言，家屬最大的悲傷反應是在喪親後的最初四個月，在第一年忌日時再度出現較高的哀傷 (Lev & McCorkle, 1988)。本研究對象為喪親一年後的重症護理人員，其親人都在突然的出血性中風或梗塞性中風後去世，在經歷親人死亡後，隨著時間的推移，三位研究參與者均在一年後都能開始進入嘗試學習新的事物，雖然在重要節日仍會引發悲傷，但不致影響生活。

三、與任務論的對話：Worden (2002/2004) 認為哀悼過程需完成四項任務：1、失落事實的接受；2、經驗悲傷痛苦；3、重新適應逝者不存在的新環境，內在須調適自我概念、心靈部分則需調適個人的世界觀；4、將對逝者的情感重新投注在未來的生活上。三位研究參與者都在喪親後一年後均已接受事實、經歷悲傷的痛苦，並將情緒釋放，最終尋找到新的生活意義。

肆、面對親人死亡的調適策略

林娟芬（2002）的研究發現，面對悲傷的調適方式可分為五類：

一、認知策略：喪親者藉回憶、懷念，重新整理與逝者的關係，也自我溝通、藉著禱告、讀經來自我安慰；為讓自己意識到逝者已離去的事實，逝者會藉由整理墳墓、紀念冊等方式來進行。

二、行為策略：藉由保持忙碌、離開令自己難過的場所、主動安排自己的休閒，讓自己的生活更充實，通常會以參加活動、學習新事物、找尋生活目標等，讓自己適應喪親生活。

三、人際關係策略：以結交新朋友、擴展生活圈來調適自己的生活。有些喪親會主動找親朋好友聊心事，或出去散心，減輕放鬆苦悶心情，甚至減輕愛恨交加的感受。

四、改變環境策略：避免觸景傷情的情況或克服在親人死後所產生的心理恐懼。

五、轉移目標：將原本集中在逝者身上的思念，轉移到其他對象。

六、規劃未來生活：積極的計畫未來的生活藍圖，來協助自己面對和克服未來可能發生的問題。

在研究參與者悲傷調適歷程中發現，三位研究參與者其調適策略，分別敘述如下：

一、小茹的調適策略：

（一）認知策略：透過回憶想念媽媽，用寫信或書寫心情筆記在重要節日：如過年、生日時燒給媽媽。

（二）行為策略：出國旅行、學習開車。

（三）人際關係策略：小茹在悲傷中因為擔心自己悲傷太久得憂鬱症，所以在悲傷過程中也積極尋求他人的協助與支持：如醫院關懷師、同學及朋友，透過與他人的談話來紓解自己的悲傷。

（四）轉移目標：與爸爸重新連結，將孝順的對象轉移至爸爸身上。

（五）規劃未來生活：開始計畫自己的生活，想出國旅行、買車子、存錢買房子，計畫以後如果沒有結婚的話，至少有一個房子可以跟妹妹、爸爸一起住。

二、美美的調適策略：

(一) 認知策略：透過爸爸的相片及影片回憶爸爸。

(二) 行為策略：在回到醫院上班時，需要避開與爸爸類似或同床位的病人，或暫時離開類似的情境。積極多方學習，學開車買車、完成二技在職進修、參加醫院救護隊訓練、上完安寧療護專業課程。

(三) 轉移目標：將重心放在媽媽身上，覺得爸爸走後人際關係沒有太大變化，但自己擔心媽媽及照顧媽媽的心大於自己的悲傷。

(四) 規畫未來生活：開始為自己未來的善終及早預備。

三、貞庭的調適策略：

(一) 認知策略：帶著媽媽送的項鍊，與媽媽保持連結。

(二) 行為策略：開始接觸基督教信仰、出國旅行、學習瑜珈，於上班時讓自己不斷忙碌，來避免空閒下來會想到媽媽而傷心。

(三) 改變環境策略：在回到醫院上班時遇到與媽媽類似的病人，需要暫時離開。搬出原與媽媽及兄嫂的家。

(四) 轉移目標：交男朋友及認識新朋友。

(五) 規畫未來生活：計畫與男友組成一個自己的家。

綜整三位研究參與者，在面對親人死亡悲傷調適歷程的情緒、認知、生理、行為反應如下，表 5-2-1 面對親人死亡小茹的情緒、認知、生理、行為反應、表 5-2-2 面對親人死亡美美的情緒、認知、生理、行為反應、表 5-2-3 面對親人死亡貞庭的情緒、認知、生理、行為反應。

表 5-2-1 面對親人死亡小茹的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
媽媽生病後	不捨及擔心、 提心吊膽、 緊張、焦慮恐 懼、害怕	角色的混淆、 相信心誠則 靈、相信有未 知的力量、驚 覺媽媽可能死 亡、	莫名心慌、覺 得身體不舒服	照顧媽媽、 不自覺會對心臟外科 的病人較好、祈求媽 媽平安健康，開始不 同的祈福儀式、逃 避、怨天尤人、坐立 難安
媽媽死亡後	哀傷、擔心	腦筋一片空 白、心好像被 掏空、欣慰、 無法抽離、我 不想生病、逃 避死亡、擔心 自己悲傷過度 會得憂鬱症、	哭腫雙眼、哭 到想吐、瘦了 兩公斤、	哭泣、哭得死去活 來、睡睡醒醒、怨天 尤人、尋求心靈慰 藉，感謝貴人相助、 與父親重新連結、開 始計畫實現自己的夢 想、學會停下腳步， 支持病人家屬

表 5-2-2 面對親人死亡美的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
爸爸生病後	害怕、風吹草 動都會害怕、 擔憂	生不如死、有 一點點希望、 接受之後爸爸 是會不好的活 下來、	幾乎沒有辦法 睡覺	崩潰大哭、掙扎、神 經緊繃
爸爸死亡後	悲傷、自責、 擔心	想掩蓋自己想 要哭的那個情 緒、我是不是 哪裡可以做得 更好、發現自 己在死亡面前 只是個脆弱的 凡人、覺得人 生無常，老天 自有安排、對 病人家屬的心 情更能感同身 受		一直回想、哭泣、懷 疑自己的決定是對的 嗎、無法面對與爸爸 同床位或類似的病 人、害怕去看到爸爸 的照片、開始學習安 寧療護、更積極去學 習很多事情、感謝病 人帶給自己的學習

表 5-2-3 面對親人死亡貞庭的情緒、認知、生理、行為反應

階段\反應	情緒反應	認知反應	生理反應	行為反應
媽媽生病後	恐懼及害怕、很焦慮、擔心、提心吊膽	覺得很累，疲於奔命、不確定感、無助、覺得為自己的人生覺得有些悲哀、覺得很無奈、很挫折	沒辦法好好睡	我的手竟然無法克制的一直抖、哭泣、
媽媽死亡後	悲傷、很煎熬、生氣	沒想到這麼快、腦筋空白、覺得很孤單寂寞、覺得未來好無助、覺得很孤單、覺得心被掏空、想要有個家、更能了解家屬的需求與心境		噩夢不斷、哭到有些麻木、壓抑自己想哭的情緒、看到病人的樣子，就想起媽媽、感謝以前照顧過的病人、開始捨得買衣服、吃大餐，去旅遊、也去學瑜珈、開始接觸基督教信仰

第三節、重症護理人員親人死亡後，開始尋找生命意義的旅程

壹、尋找自己的生活目標

在 Worden (2002/2004) 任務論中完成哀悼需完成的任務其中二個任務為重新適應逝者不存在的新環境、將對逝者的情感重新投注在未來的生活上。所以，採取任務論的學者，其認為走出悲傷，最終尋找到新的生活意義。

一般的臨床護理人員都需要輪上夜班，在作息與一般人不同的情形下，除了與家人住一起，很難臨時有時間可以與家人朋友出門，朋友及家庭聚餐、旅遊都需前一個月預約，臨時約都要碰運氣，所以很容易就變成一個人生活，也很容易就過著只有上班、下班的日子，而小茹就是如此，「我以前都是過一天算一天，現在不會，就是以後會計畫說：我要幹什麼這樣子 (A1020)」，「就是想說就存錢，看可不可以買個房子、車子。然後再出去玩，然後計畫自己 (A1023)」，在媽媽去世後，驚覺自己日子一天一天的過，以前賺錢給媽媽，而媽媽走了後，開始學著計劃以後的生活，計畫去旅遊，想要開始存錢買房子和車子，若以後沒結婚可以與爸爸、妹妹同住。

美美在爸爸走後，覺得要在有限生命內積極多方學習，去完成自己想做的事，「我覺得爸爸走之後，才會知道說及時行樂也沒有錯，但是妳必須趁妳有限的生命的時候趕快做些事...因為妳不知道妳有一天會不會，像爸爸這樣突然走，然後妳就會想要說我要，及時去做我自己真正想要做的事情 (B1195)」，美美因此設定了目標，從爸爸去世後至今已買了車、完成二技在職進修、參加救護隊訓練，去上安寧課程，而現在美美症在安寧病房實習中，完全在自己設定的目標裡進行中。

貞庭剛開始在沒有媽媽的日子，有時都覺得不知何去何從，覺得人生茫茫，為了散心開出國旅行，想到應該要為自己做點什麼事，覺得不應該只是這樣而已，所以後來就較常跟以前的朋友連絡，開始捨得買衣服、吃大餐，也去學瑜珈，「以前會想多存點錢，要不媽媽生病都要錢，所以都捨不得花錢，想買個公寓！(C1083)」，「最近男朋友跟我說我們年紀都大了，可以結婚了！對啦！就是跟我求婚！哈哈！(C1091)」，貞庭很嚮往婚姻生活，畢竟媽媽過世後覺得沒有家的感覺，想要有個家，覺得媽媽在另一個世界幫她找了一個對像，也讓她想要組一個自己的家。

傅偉勳（1993）強調做為萬物之靈的人類，在生命價值的取向上，探索意義是首要課題，然後隨之而來的來才會更快樂。Frankl 認為生命可以從三方面獲得意義（弗蘭克，1967／趙可式、沈錦惠譯，1995）創造價值、藉著體認價值、藉著受苦：藉著體驗無法改變的命運、苦難所抱持的態度。三位研究參與者，可以說藉著體認價值及受苦，讓她們開始尋找她們的生活目標並追隨。

貳、珍惜現在擁有的人事物

在小茹媽媽火葬當時，發現人真的是生不帶來死不帶去，真的是要好好珍惜當下，「之前跟爸爸的互動比較沒有這麼好，媽媽往生之後就...真的跟爸爸互動會比較多。就是，會對他比較好耶！（A1132）」，小茹發現在也不能孝順媽媽了，只剩爸爸可以孝順，於是開始與爸爸重新連結，而美美發現哥哥默默的變成了家長，覺得自己也應有改變，不能在如此繼續下去，需為自己做些事，「要做的事情就趕快即早付諸行動。因為妳也不知道哪一天會突然就走（B1034）」，貞庭也提到自己喪親後的感受，「真的是要珍惜，好好的活在當下（C1089）」，三位研究參與者在喪親之後，體會到要更珍惜周邊的人事物，要在有限的生命裡活在當下、活出自我，鍾瀨鋌（2007）在探討成人在面對重要他人非預期死亡經驗中發現，研究參與者經歷他人非預期性死亡後，有以下的學習與轉變，個人成長：包括發揮潛能、慈悲、關懷與同理能力增強，與真正活出自己等；人生觀轉變較豁達、活在當下，不留遺憾、珍惜人事物、人生目標排序改變以及盡己所能，但隨緣看待一切等；追求體悟生命意義，並進而體現之；不安全感與危機意識、失落與遺憾等獨特的認知反應：研究參與者也都轉變為比較不怕死，認為死是生命所必經之路。

參、開始學習關照自己

小茹之前的生活就是工作、賺錢、照顧媽媽這樣子，然後她在媽媽往生之後開始想到自己，「因為以前會想說，要照顧家庭，錢都會給家人，現在就是媽媽不在了，好

像沒有一個重心了，突然會想會想要出去交友，然後對自己好一點（A1019）」，美美驚覺自己在家中的角色也有所變化，哥哥變成一家之主，而自己變成媽媽的照顧者，「你會默默覺得妳家裡哥哥變家長，然後現在換妳照顧媽媽，妳不能再這樣」，Neugarten（1976）認為意想不到的重大事件破壞了家庭的次序並擾亂生活的節奏，家庭系統中任一成員的改變，皆會直接或間接的影響其他成員，尤其是突發性或非家庭生命週期的轉變，對於家庭生活是種干擾與阻礙徹底地動搖並改變家庭系統，以致於個人或家庭再也無法回復先前的運作方式，家庭角色與家務分工的變化也很大，逝者原來的家庭角色必須要由別的家庭成員來替代和承擔，例如母兼父職。

而貞庭在經歷過這麼多的事件後，也覺察到自己很常抱怨，「想說我真的不太會讚美別人耶，很像批評的時間比較多，那一次聽到一個牧師在講，當自己花很多時間在抱怨，在抱怨的時候就會停滯在那裏，如果你不去有所作為，如果你只是抱怨，而不是去改變的話。最近有嘗試著就是...少一點抱怨，也較常去週會禮拜（C1111）」，也開始審思自己的行為信念，並且開始去接觸基督信仰。

三位研究參與者在這經驗後，對於自己有一些不同的想法，包括不能再這樣做了、要對自己好一點、要少一點抱怨，甚至開始接觸不同的宗教信仰。釋慧開（2001）界定人生的意義在於深入地探索人生的意義，與不斷地提昇心性的層次。

第六章、研究結論與建議

本研究根據三位研究參與者接受深度訪談的敘說內容，將受訪者面對親人死亡悲傷調適的脈絡化為故事；接著研究者就受訪者的經驗進行主題分析與詮釋，以回答本研究的三個研究問題，並在第五章中進行綜合分析與討論，以下說明本研究之結論。

第一節、研究結論

本節旨在探討研究者根據第四章及第五章之文本分析，所歸納出的結論，因此，研究者針對本研究涵括了解重症護理人員面對親人生病重症的因應歷程、了解重症護理人員面對親人死亡悲傷歷程及調適、重症護理人員在面對親人死亡前、後的生命意義感之變化，歸納出以下幾點結論：

壹、重症護理人員在面對親人生病重症的因應歷程

一、護理人員理所當然的成為親人的醫療主要決策者

三位研究參與者在親人生病時都成了醫療主要決策者，除了家庭人口較少，其他家人也一致認為因為研究參與者是護理人員，對於醫療較為了解，但護理人員並非全能，科別屬性不同都有另一門高深的專業，因此她們在擔負起醫療決策者的責任時，也期望可以有其他家人朋友協助，醫師能夠給與指引方向，可以協助她們為自己親人做醫療決策的參考。

二、因家人重症住院而神經緊繃

在每天上班看到的都是重症患者，還有好些不預期的死亡，因此當自己家人住院時，擔心害怕自己家人會和許多重症患者一樣，而無法好好休息影響睡眠，甚至有害怕或心慌的感覺，三位研究參與者親人過世前都曾住加護病房，而她們在自己親人住進加

護病房後，對於親人的病情變化有好些想像、也讓他們神經緊繃，而產生了好些焦慮及預期性的悲傷。

三、尋求信仰的支持

雖然研究參與者都為重症護理人員，但在自己親人重症之時，對於家人的病情也因此感到緊張焦慮，因此都曾尋求神明協助，她們與一般人一樣，希望透過可以讓親人平安恢復健康，也為自己尋求心安。

四、在親人生病後，更能理解病人的需求

在忙碌的工作環境下，對於病人家屬的需要，理所當然的都被排在病人之後，甚至拋諸腦後，不是不願意關心家屬，只是在照顧重症病人無多餘的能力，而在當自己成為家屬後，真正感受到身為家屬的需要，也就更能理解家屬而去主動關心家屬。

貳、重症護理人員面對親人死亡的悲傷歷程及調適

一、面對病人死亡的反應

(一) 病人死亡想哭但不能哭

在大多數人認為面對病人死亡或生命末期對護理人員是專業訓練的一部份，也是一件平常的事，應當可以勝任照護工作，而加護病房重症病人來來去去，工作也相對繁重，在這些情形之下，常常需面對病人死亡、家屬傷心的場面，本研究顯示重症護理人員在病人死亡當時通常只能選擇快速處理掉自己同感悲傷的情緒或眼淚，或是選擇忽略，情感較豐富的可能會於下班後一個人繼續感傷，除非她們提出自己的感受，否則也不會有人了解，而選擇忽略的護理人員到最後可能被說是無情、冷漠，但其實可能連她們自己都不知道自己的難過，如同許禮安（1999）醫師說的，醫護人員工作中的理性與冷靜，通常只是他們的保護色，不這樣的話他們會在病人的生、老、病、死四苦中被折

磨的千瘡百孔。

（二）初遇病人死亡，對於病人的死感到歉疚

另研究發現，工作經驗較少的重症護理人員，對於病人的死常引起許多的想法，對於病人的死除了會讓她們覺得懷疑自己、沒有成就感外，也會有歉疚自責的情形。

（三）家屬對病人死亡的反應會引發悲傷

加護病房的病人不一定可以清醒與護理人員互動，而家屬多為病人代言人，所以有些病人死亡不一定會引起護理人員的感覺或情緒，研究顯示，當病人死亡時，與重症護理人員互動較多的家屬或老弱婦孺的家屬，在面對病人離去的悲傷情緒，也會引起重症護理人員同感悲傷情緒，會為他們感到不捨與難過。

（四）病人死亡的模樣，會引發對於死亡的想像與焦慮

本研究參與者工作都超過十年，在工作中已見識到許多不同病人死亡的模樣，因此在看到諸多她們認為慘死、面目全非的病人死亡的模樣後，會擔心自己以後面臨死亡的樣子，想像害怕死亡的來臨，也因此她們都已預設自己將來在面臨死亡威脅時，都選擇不要有過多醫療介入，甚至不要住進加護病房，只求自己可以善終。

二、面對親人死亡的悲傷調適歷程

（一）、選擇讓家人善終，不予施行心肺復甦術

在面對親人可能不能治癒之時，研究參與者因著過往看見病人在很多醫療介入後的痛苦經驗，所以期望自己家人可以善終，安詳的離開，因此都同意為家人選擇不予施行心肺復甦術。

（二）、與悲傷面對面

雖然為重症護理人員，常常面對病人死亡，一般人覺得重症護理人員可能因此對死亡沒有感覺了，但逝去的是她們自己的親人，她們一樣也是人，在面對自己親人非預期死亡時，小茹與貞庭殷殷切切的思念著、甚至感覺麻木，無法好好入睡，覺得孤單與對未來的世界感到茫然，而美美覺得自己與爸爸的感情如同一般傳統父女般，無感情不睦，但自覺在意及擔心媽媽的感覺甚於自己的悲傷，可能與美美長期在外，加上爸爸長期酗酒、沒有穩定工作，讓美美好些無奈有關。

（三）、回到親人過世的醫院上班，時常觸景傷情

在親人走後回到醫院上班，親人曾住過的加護病房裡，有著親人曾經在的回憶，三位研究參與者回到醫院上班時，看到已逝親人曾住的床位或類似的病人，因此觸景傷情會引發她們的悲傷，甚至因此覺得無法專注照顧病人，在照顧病人尤其給藥時，會反覆核對多次，擔心會給錯藥而戰戰兢兢。

（四）、對於親人死後的探尋及掛念

研究參與者在親人去世後除了透過回憶，也透過相片、寫信、戴著媽媽送的禮物，用不同的方式嘗試與已逝親人連結。親人死亡後到哪裡去了？是否安好？是否投胎轉世去了？這種種的諸多疑問對於重症護理人員也一樣，她們透過擲筊問卜、探視夢、喪慟夢來探尋親人的蛛絲馬跡，而這當中有著她們想要的答案，就是他們很好，這會讓她們感到安心。

（五）、周遭同事及朋友的暖心支持

回首這段悲傷的期間，研究參與者對於在家人住院及去世時，自己周遭的朋友及同事的協助及陪伴充滿感謝，也遇到許多貴人相助，讓她們得以順利走過這悲傷時期。

（六）、將感謝病人的教導化為對家屬的支持力量

研究參與者有著若不是自己在加護病房看了許多病人死亡的模樣，覺得可能會像

很多家屬一樣不願放手的救親人到最後一刻的想法，因此感謝病人用受苦的身軀讓她們學會如何抉擇，也因此對於家屬的心情更能感同身受，會更願意協助給予家屬指引，以減少家屬抉擇過程中的情緒拉扯。

三、悲傷反應歷程與理論對話

以 Kubler-Ross (1969) 提出面對死亡的五個階段，也被用來描述失落悲傷調適的階段，對應 Kubler-Ross 與 David Kessler 合著的當綠葉緩緩落下 (張美惠譯，2006)，來看三位研究參與者的悲傷反應：小茹經歷的階段有否認、憤怒、討價還價、沮喪、接受；美美經歷的階段有否認、討價還價、沮喪、接受；貞庭經歷的階段有否認、沮喪、接受。在時間論裡發現三位研究參與者均在一年後都能開始進入嘗試學習新的事物，雖然在重要節日仍會引發悲傷，但不致影響生活。在任務論裡發現三位均能接受事實、經歷悲傷的痛苦，並將情緒釋放，最終尋找到新的生活意義。

四、面對親人死亡的調適策略

三位研究參與者在面對親人死亡的調適策略：小茹使用之調適策略：(一) 認知策略。(二) 行為策略。(三) 人際關係策略。(四) 轉移目標。(五) 規劃未來生活。美美使用之調適策略：(一) 認知策略。(二) 行為策略。(三) 轉移目標。(四) 規畫未來生活。貞庭使用的調適策略：(一) 認知策略。(二) 行為策略。(三) 改變環境策略。(四) 轉移目標。(五) 規畫未來生活。

叁、重症護理人員親人死亡後，開始尋找生命意義的旅程

一、尋找自己的生活目標

在經歷喪親的悲傷後，三位研究參與者回顧檢視自己以往的生活，驚覺自己以往只在於過日子，覺得生命不該僅於如此，自己應要在有限生命內積極多方學習，因此開始進行規畫生活及學習目標，為自己的想做的事或夢想前進努力。

二、珍惜現在擁有的人事物

三位研究參與者在喪親之後，體會到要更珍惜周邊的人事物，在有限的生命裡珍惜當下，活出自我。

三、開始學習觀照自己

三位研究參與者原本生活多著重於家人及工作，在經歷喪親後，學會停下腳步看自己，開始學習觀照自己。



第二節、研究建議與限制

壹、研究建議

根據本研究之結論，研究者從社會脈絡及人性關懷的角度提出具體建議，包含：

一、對實務之建議

(一) 對醫護人員之建議

現行醫院在帶領新進護理人員都採取師徒制教學模式，新進護理人員在進入臨床工作後，都有臨床教師帶領學習疾病照護及護理技術指導，向來多以學姐學妹相稱，通常臨床教師是新進護理人員在工作時密切接觸的對象，因此，臨床教師在這學習過程中除了是新人學習的典範外，也是新人同儕以外，最了解其學習狀況的對象，因而建議在新進護理人員初次面對病人死亡時，臨床教師可以給予支持並鼓勵新進護理人員說出面對病人死亡的感受，協助其在面對病人死亡後，能夠自我覺察及引起新進護理人員正視病人死亡引起的情緒，必要時，協助轉介新進人員予醫院關懷師關心或諮商心理師介入輔導，除為將來遇見更多死亡事件時做準備，也預防新進護理人員因情緒困擾而從此離開護理工作。

(二) 對學校及醫療機構之建議

護理人員一般都在學校畢業後即進入醫療院所上班，二十初頭未經歷練就要到醫院面對生、老、病、死，對他們而言是多麼的不容易，而在學校醫療院所一般都只強調於在病人的疾病照護及護理技術的訓練，目前護理教育必修課程仍為以病人疾病照護相關，其中有關生死議題或心靈相關課程均為幾十項的選修之一，而且少之又少，經過本研究結果顯示建議，學校教育課程應將生死學列為必修，讓護理人員在未進醫院實習前，就應完成生死學課程，其內容可包括老化、死亡、壓力、自殺、失落、悲傷、喪葬、

重症等，協助學生發展對自己或他人生命及死亡的認知態度及因應，以減少護理人員在進入醫院後面對病人死亡的衝擊；而醫療機構應將生死教育以及安寧緩和和教育議題納入加護病房的在職教育，可促使護理人員在臨床工作中面對病人死亡經驗後，可以在教育過程提高自我察覺能力以及反思的機會。此外，研究中發現重症護理人員在自己經歷親人生病或死亡的過程後，深刻體會自己因此更能同理病人家屬的需求與心境，而更能站在家屬的角度予以協助及關心，可見一般的同理心教學並無法讓多數人學習到真正的同理心，因此建議學校及醫院能有同理心訓練的體驗課程訓練，讓人員可以經過更多的同理心訓練及體驗，更能同理病人及家屬的感受，也不至於要到自己親身經歷那親人罹病或死亡的悲傷後，才有真正能同理病人家屬的領悟及能力。另，雖目前醫院新人二年內訓練有涵蓋壓力調適的課程，近二年也開始有不定期的壓力調適及心靈相關課程，但在現行護理在職教育若未被規範，護理人員在工作忙碌之下，會主動報名參加的人數少之又少，然而其中有許多可能需要被療癒紓壓的護理人員，均未察覺自身狀況或不知該如何處理，故建議，在醫院在職教育應將同理心訓練、悲傷輔導及壓力調適課程，納入每年在職教育當中，增加護理人員的自我覺察能力，以降低護理人員在面對死亡時之衝擊，而於在職教育課程之餘，重症護理人員需要有可以紓解壓力及情緒的途徑，因為他們大多處於壓力及悲傷的情境中，在病人及家屬面前常壓抑自身情緒，其情緒壓力可想而知，因此建議可以安排紓壓課程如：芳香按摩、園藝輔助療法、繪畫、音樂等輔助療法或教導正念減壓等，提供多元且輕鬆的課程或社團，讓需要的人員可以宣洩情緒及壓力，讓人員不至在情緒壓力下產生精神耗竭，而選擇轉換單位或離開護理職場。

在醫院裡，護理人員是主要的人力，只要有病人的單位就會有護理人員，護理人員常與病人接觸因此通常比醫師更了解病人的需求，常在做的事是付出，要去滿足病人需求及醫師要求，但護理人員的情緒出口，護理人員的需要，都常被忽略，如貞庭說道媽媽去世後回醫院上班，會擔心自己情緒受影響而給錯藥，因此希望可以多休假，然而這在醫院人力有限的情況下很難做到，與國外相比，每週工作三至四天為主，工作可分全職、半職及按日計酬等三種方式，給予護理人員許多能自行支配運用的空閒時間，也避免工作繁重壓力影響工作情緒與品質；而台灣的工作契約多為全職全日工作，考量人力成本，護理排班則依線上人力多寡決定大多人的休假天數，若有要事需要臨時休假幾乎不可能，除非遇到喪假或單位當日有空床位到達一定的床數才可能休假，臨床單位以白班、大夜、小夜三班輪班為主，因此護理人員休息時間既不易掌握又無法充分運用，

許多已婚的護理人員為照顧小孩、家庭而無法上夜班，因此只能選擇轉調可單純上白班的職位甚至離職，而一位能夠真正獨當一面的重症護理人員至少需要培養二年以上，看到許多優秀的護理人員因此離開護理職場覺得相當可惜，深深覺得護理執業環境的改善刻不容緩。因此建議醫院給予不同的執業形式，如：全職、半職及按日計酬等，除了增加人力資源庫外，也給予無法長期於臨床上班的護理人員有更多的工作機會及選擇。

（三）對政策之建議

於 98 年健保局（今日健保署）大舉新增八大類非癌的重症末期病患為安寧療護適用對象；不僅讓這八大非癌重症末期病人有機會接受健保安寧療護，減輕患者及家屬負擔。但目前安寧療護於重症醫療雖然已見推行，但實際上顯得後繼無力，尤其是八大類非癌病人重症末期病人，許多醫師對於重症末期意見不一，因此有許多病人在快到死亡前才被醫師認定末期，方才願意照會安寧共同照護，而在加護病房照護這群重症病人的護理人員，常在這當中產生許多矛盾與掙扎，在明知病人不會活的情形下，常常為病人做著延長死亡過程的治療，讓他們產生許多壓力與情緒，有加護病房同事甚至覺得自己只是替病人加工痛苦的一員，而產生情緒困擾離職，此外，在醫師有共識為疾病末期的病人時，病人當下幾乎都是被插管接著呼吸器的狀況，病人已無法轉至安寧病房，只能在加護病房或亞急性呼吸照護中心繼續照顧，家屬無法長時間在旁陪伴，對於家屬而言並無實質上的幫助，歸咎源頭，國人對於談論生死一直都是忌諱，因此病人疾病末期時家屬常被迫為病人安排，家屬也背負相當大壓力，若國人從小就有生死教育，當教育普遍時，更能公開與家人討論未來生命末期的安排，才能讓病人、家屬以及醫療照護人員更清楚病人的決定與喜好，可以減少無效醫療也讓醫療更有方向及有所限制。

因此建議政府，針對學校教學評鑑將生死學及生命教育納入小學、國中、高中通識教育課程，護理系所及將安寧緩和教育和同理心訓練、悲傷輔導及壓力調適課程納入醫院必修在職教育、及護理人員六年積分課程內，惟有將課程納入評鑑，才能夠增加課程舉辦的頻率及人員受到相關教育的機會。

二、對未來研究之建議

在訪談過程中，受訪者均回饋從訪談中讓她們重新回憶發生的事情，和親人死亡帶給她們的思考及改變，也得到傾訴與宣洩的機會，透過研究訪談過程中的催化，讓他們有機會回首和整理，對於悲傷調適歷程的完成有其貢獻，建議未來研究在此部分能有更多的研究參與者，一方面可以協助受訪者，一方面亦能提供實務界參考與改進。另外，悲傷調適原本就會隨著個人及時間有所不同，若能有較長時間或階段式的訪談，應可以更清楚其悲傷調適歷程及轉變。

貳、研究限制

本研究之限制如下：

一、研究參與者的限制

本研究所選取之研究參與者均為親人死亡一年以上，且三位受訪者的同質性很高，包含年齡、宗教信仰、工作科別、親人經歷重症死亡，故在歷程的經驗、感想上，無法推論到不同年齡層、宗教信仰或不同科別的重症護理人員身上。

二、研究方法的限制

本研究為敘說取向質性研究，著重在探討受訪者的主觀經驗與感受，所提出的研究結論無法以客觀實證的方式推論其效度。重症護理人員在面對死亡的悲傷調適均為主觀經驗與感受，無法推論到所有喪親的重症護理人員。

第三節、研究反思

壹、研究者與研究的關係

一、自我的鍛鍊

在 100 年入學經歷三年的修課後，因為生育計畫不如預期，經歷三次試管嬰兒植入失敗後，在年紀、工作、家庭多方考量後，只能暫緩學業，於論文初審後辦理休學，幸而休學後三個月即自然懷孕也如願生子，在工作與育嬰中忙碌近四年多的時間，小孩上幼稚園穩定後，僅記著當自己初審通過未完的論文，想再度提筆完成論文，完成我當初進生死所前即想完成的研究問題，殊不知體弱多病長期在家照護的婆婆在此時頻繁出入醫院住院，雖有外傭陪伴，但在另一伴分身乏術時，沒人可看顧小孩的狀況，只能一再延後復學之路，內心雖然焦慮但也不能改變現況，只能祈禱婆婆身體狀況早日穩定，終於 108 年年中可以開始展開研究，但在 109 年年初，完成文本分析正開始進入書寫主題故事之時，中國新冠肺炎開始盛行，自一月起中國開始陸續爆發多起疫情，而我們台灣在中國臨邊且民眾與中國來往密切的狀態下，醫院更是拉高警戒，而筆者身為醫院的基層管理者，理所當然的需要配合政策進行緊急應變，自過年前醫院的防疫的會議討論不斷，政策也隨著疫情不斷改變，在疫情不明朗，對新冠肺炎尚未全盤了解之時，在醫院工作人員每個人都繃緊神經，深怕染疫，面對病人、家屬及同工，都有好些壓力及警戒，自己卻也在疫情最猖狂時突然重感冒，讓周遭同事家人緊張一場，幸好未符合隔離條件未被強制隔離，在這樣令人緊張不安的疫情之下，要監測醫院病人、同事及自身家庭身體狀況下，書寫論文顯得浮躁許多，完全無法靜心書寫，就這樣論文書寫停停走走，好不容易疫情趨緩，得以安心書寫論文。

在這過程中發現，書寫論文更是鍛鍊心志之時，如何在忙碌之時抽出時間寫論文？如何在小孩吵鬧及疫情下能心平氣和的整理思緒？又如何能在文本中尋找故事脈絡？要如何真實呈現研究參與者的心境與歷程？在重整、轉錄生命故事中，除與文本對話，也不斷的在與自我對話，深刻體認，惟自己有鋼鐵意志，緊抓不放、堅持到最後，終能達到目標，即使一路走來道路蜿蜒崎嶇不平，雖耗費多時但終有終點，而無論果實如何，那過程中的體認及經驗如同珍寶。

二、與文字的對話

在書寫論文中，對於該如何用字遣詞得以寫出研究參與者的心境，感到好些焦慮及自覺能力不足，常常寫到有「書到用時方恨少，事非經過不知難」的深刻感受，以前唸書時覺得自己文學造詣尚可，出了社會後每天在照護病人中渡過，文字書寫最多的就是記錄護理病人實況，而下班只想放空腦袋，鮮少閱讀，原有一點點的文學造詣早已隨著日子消失殆盡，甚至連標點符號的使用時機都有些遲疑，常常寫著自言自語的句子，回頭再看才發現文字的疏漏，內心常處在與文字交戰的過程，只能跟自己說文筆通暢就好，只是每次閱讀別人的優美論文，就開始自我懷疑，當初怎有勇氣想寫敘事研究，然而已毫無退路，只能每天幫自己加油，告訴自己一定可以，就用自己的寫實風格完成論文吧！在自己思想枯竭之時，透過尋找相關文獻與反覆閱讀以增加研究者視域，引導研究者啟發與思考故事相關文獻，將論文文獻與研究參與者故事相融，而也在透過指導教授反覆討論及協助，才得以梳理文章脈絡，漸漸進入狀況，得以走入研究參與者的世界，也在經過這書寫及文獻搜尋的過程，體會到每個生命的獨特性與多樣化，幫助研究者經驗及體會研究參與者獨特的生命歷程。

三、自身處境的反思

在近二十五年的工作中，輪調過四個不同屬性的加護病房，看過許多病人的死亡及家屬的悲傷，在許多人眼裡如我研究動機所言，多認為我經歷過許多死亡，理應習慣了面對死亡，但殊不知習慣面對與自身感受毫無相關啊！猶記得在工作約五、六年後，有一次的機會參加了一位精神科醫師舉辦的工作坊，名為「與 D 先生共舞」，即為與死亡共舞，在那一次的工作坊中，醫師讓我們得以探究以往面對死亡的經驗，我回憶起在我小學生六年級時，經歷爺爺去世的過程，發現自己竟對於最疼愛我的爺爺死亡有著非常多的遺憾與悲傷，對於住院好長一段時間返家的爺爺，當時的我選擇迴避，而隔天早晨爺爺即死亡，猶悉記得爺爺過世前，爸爸當時對爺爺喊著問送他回醫院好嗎？當下爺爺拒絕，爸爸就自一家小醫院租借氧氣桶回來給爺爺使用，希望讓他可以不那麼不舒服，而爺爺沒多久就因肺結核導致的呼吸衰竭在自家大廳去世了，而因為爺爺是開放性肺結核，我只能在院子裡遠遠的看著爺爺，這一段的回憶分享，讓我在工作坊哭了起來，接著其他分享的同事也紛紛傷心落淚，在工作坊結束前記得那醫師說了一段話，其中是

他沒想到那天會有這麼多人哭…，而我自己也沒想到對於爺爺的死，我竟如此悲傷。而若現在面對死亡，我想我再面臨最愛親人死亡時還是會非常悲傷，畢竟是自己最愛的親人，但是在這研究當中，我自己也預見那情境及那悲傷，在研究所也修了許多的生死課，也做了好多的悲傷練習及學習到許多悲傷療癒技巧，我想我未來在面臨到不可避免的死亡時，將會更有勇氣去面對及承擔這悲傷。

貳、訪談過程的反思

正式研究訪談開始進行前，研究者時時提醒自己不能用自己的主觀意識打擾敘說者的自我建構，避免產生引導作用，影響受訪者真實經驗感受，同時注意讓受訪者有更充足的時間陳述，經常運用沉默，或詢問：「還有呢？」、「比如說？」等開放式問句來引導受訪者進入情境脈絡，但研究者或於受訪者思考停頓時，有時還是忍不住擔心受訪者辭窮而替研究參與者接話，無形中影響了受訪者的經驗表達程度，而研究者在訪談其中發現，為了讓受訪者可以暢所欲言，有時因此偏離主題需花些時間在回到現實，除導致訪談中出現一些聊天內容外，還多花一些時間澄清表達內容，研究者在訪談後反思發現問題，在第二位正式訪談時，特別加以注意修正，以減少謄寫逐字稿及整理分析內容的時間。

參、研究者自護理專業的反思

在剛進入護理職場時，每次回家都喊著要換工作的我，竟然在加護病房待了近二十五年，從來沒有想像過自己有這樣的一天，近二十五年的時間，與一般的護理師一樣，常常無法與家人共聚，尤其要在家過年過節，總要碰運氣，要與家人約會、旅遊要前一個月以上預約，曾經問過自己什麼理由讓自己堅持下去，我想這是在於自身有親近人的熱情以及可以成為別人的依靠的期許，也許因為自己在護理的堅持被看見，得以被提拔培育晉升為基層主管，然而成為主管一直以來都不是自己的職志，因此這一路也走得不那麼心甘情願，偶然在醫院的演講中聽到當初來台創立教會醫院的藍大衛醫師曾說，「我們要在病人的需要上，看見自己的責任」，我想是的，是責任讓我堅持下去。在工作的過程中，看見許多重症病人與他們的家屬，對於病痛及治療的折磨，讓病人及家屬

都只能在其中受苦，而看見他們受苦的我，只能試著減少他們的痛苦，但常常也只能眼睜睜的望著他們的離去，甚至執行著讓他們延續痛苦的無效醫療，因此也有好些的無能為力，而我反而自病人受苦的身軀上學習到，對於萬事萬物的尊重，當生命到盡頭時，就不再掙扎拉扯，選擇讓自己或家人可以善終，把握機會彼此道謝、道愛、道歉、道別，讓生死兩相安。



參考文獻

壹、中文部分：

一、中文期刊

- 何長珠（2008）。悲傷影響初探。**生死學研究**，**7**，139-192。
- 邱亨嘉、謝穎慧、陳正宗(1998)。喪偶對社區老人身體、精神及社會功能之影響。**中華公共衛生衛誌**，**17(5)**，423-431。
- 邱啟潤、許淑敏、吳瓊滿（2002）。主要照顧者負荷、壓力與因應之國內研究文獻回顧。**醫護科技學刊**，**4（4）**，273-190。
- 吳安綺、彭台珠、彭少貞、黃寒裕、李茹萍（2008）。加護病房護理人員對職業危害的擔心程度與因應策略之探討。**志為護理**，**8(3)**，70-79。
- 吳嘉瑜（1998）。泛文化諮商—隅—護理人員文化初探及其諮商。**諮商與輔導**，**149**，13-18。
- 李佩怡（2014）。探討「夢見逝親」現象對喪慟的心理療癒。**安寧療護雜誌**，**19(1)**。
doi:10.6537/TJHPC.2014.19(1).4
- 李素貞、劉雅惠、林貴滿、宋琇鈺（2007）。某醫學中心臨床護理人員死亡態度相關探討。**弘光學報**，**50**，101-111。
- 杜異珍（1997）。台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識、態度及其影響因素之探討。**榮總護理**，**14（1）**，1-10。
- 林美伶、葉莉莉、陳清惠（2009）。影響病人參與醫療決策之論述。**護理雜誌**，**56（3）**，83-86。
- 林綺雲（2005）。社會文化與悲傷反應。**生死學研究**，**2**，107-127。
- 林綺雲（2009）。照顧者的失落悲傷與自我照顧。**諮商與輔導**，**283**，50-56。
- 施素真（1999）。護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素之探討。**榮總護理**，**16(4)**，381-391。
- 孫中肯（2009）。悲傷調適歷程與調適策略之探究。**諮商與輔導**，**287**，47-50。
- 張碧芬、余玉眉、胡毓雯、陳淑月（2008）。好的護理—病人與家屬的觀點，**護理雜誌**，**55(1)**，33-42。

- 郭美璋、林昭光、洪栩隆（2011）。臨床護理人員之死亡態度。**健康促進暨衛生教育雜誌**，**31**，17-38。
- 陳安芝、賴德仁、周希誠（2015）。臨終受苦指數與不施行心肺復甦術(DNR)。**安寧療護雜誌**，**20(2)**，105-119。doi:10.6537/TJHPC.2015.20(2).1
- 陳亭儒、胡文郁(2011)。善終之概念分析。**長庚護理**，**22(1)**，45-52。
- 陳瑞娥、吳讚美（2008）。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。**安寧療護雜誌**，**13(1)**，14-29。
- 許玉霜、蘇完女、許鶯珠（2012）。喪手足女性成人的悲傷反應及調適歷程之探究。**生死學研究**，**13**，121-173。
- 許超群（2014）。重症醫學的過去與未來。**高雄醫訊**，**33(2)**。
- 商沛宇(2018)。家庭照顧者的心身壓力調適。**高醫醫訊**，**37(9)**。取自
<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/10702/index.asp>
- 蕭仁釗（1998）。安寧療護專業人員之壓力問題。**安寧療護雜誌**，**10**，21-26。
- 趙可式（1998）。生死教育學生輔導，**54**，44-51。
- 趙可式（1996）。臨終病人的病情告知。**護理雜誌**，**43(1)**。
- 蔡甫昌（2005）。家屬拒絕手術治療多重可矯治先天畸型新生兒之倫理法律社會問題。**台灣醫學**，**9(5)**，671-678。
- 蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉（2006）。死亡焦慮下的自我照顧。**生死學研究**，**3**，133-164。
- 蔡翊新、林亞陵、黃勝堅(2007)。重症病患之生命末期照護。**安寧療護雜誌**，**12(3)**，312-320。
- 錡姵如、唐婉如、徐亞瑛、高振益（2006）。主要照顧者面對親人死亡之焦慮。**安寧療護雜誌**，**11(4)**，383-391。
- 盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲（2008）。臨床護理人員面對死亡事件的心理反應與處理方式之探討。**榮總護理**，**25(2)**，268-275。
- 顏如娟、許明暉（2007）。從資訊揭露與醫病雙方共同決策談醫病關係的演化。**北市醫學雜誌**，**4(8)**，643-649。
- 藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美（2007）。非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討。**安寧療護雜誌**，**12(2)**，156-171。

二、碩士論文

- 王雅芬（2005）。臺北市外籍配偶社會支持之相關研究。國立臺灣師範大學社會教育學系在職進修碩士班碩士論文，台北市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/bq36td>
- 王滢筑（2009）。家戶有需長期照顧者之家庭成員與主要照顧者生活品質影響因素探討。亞洲大學健康產業管理學系長期照護組碩士論文，台中市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/9hsr4r>
- 曲幗敏（2011）。簽署不予施行心肺復甦術癌症病人照顧者家屬的感受與其相關因素之探討。臺北醫學大學護理學研究所碩士論文，台北市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/86mej>
- 江蘭貞（2005）。從照顧到陪伴－安寧護理人員回應臨終病患死亡焦慮之研究。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/4waz7z>
- 余欣蓮（2012）。安寧護理人員失落經驗與自由書寫失落經驗之探討。國立臺中教育大學諮商與應用心理學系碩士班碩士論文，台中市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/a38cn6>
- 何美蓮（2006）。失去青少年子女哀傷現象之探究-母親觀點之敘說。國立彰化師範大學輔導與諮商學系所碩士論文，彰化縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/2wm46n>
- 吳淑娟（2010）。加護病房護士之死亡觀點轉化歷程與死亡教育需求之研究。國立中正大學成人及繼續教育所碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/7yx2s8>
- 林于清（2006）。成年喪親者的悲傷復原經驗之研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，嘉義市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/72an8c>
- 林紀宣（2019）。末期病人家屬簽署「不施行心肺復甦術」事件的心路歷程。美和科技大學護理系健康照護碩士班碩士論文，屏東縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/fb75kj>
- 林威利（2012）。血液透析護理人員對於病人死亡的反應與調適行為之研究。亞洲大學心理學系碩士班碩士論文，台中市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/2b85m3>
- 林凱慧（2011）。在藝術治療團體中一位加護病房護理人員面對病患死亡的悲傷經驗探討。國立臺北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士論文，台北市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/pb9aw8>
- 周燕玉（2006）。簽署不施行心肺復甦術同意書病患家屬對加護病房照護與醫療決策過程滿意度之初探。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，台北市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/534527>

- 胡梅（2016）。家庭照顧者壓力、因應方式及其學習需求之探討-以六位失能老人主要照顧者為例。國立臺灣師範大學社會教育學系碩士論文，台北市。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/ps88vy>
- 侯南隆（2000）。我不是壞小孩—喪親少年的生命故事與偏差行為。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/6cyu77>
- 胡曉玲（2012）。新進護理人員面對死亡之照護經驗。國立陽明大學護理學系碩士論文，台北市。 取自<https://hdl.handle.net/11296/2a87u7>
- 涂麗君（2010）。臨床護理人員面臨病患死亡被剝奪的悲傷與因應行為—以某區域教學醫院為例。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，台北市。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/f4wk8h>
- 孫虹景（2015）。生死教育課程對高中學生生命意義感及死亡焦慮之影響。國立彰化師範大學輔導與諮商學系所碩士論文，彰化縣。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/9xn93y>
- 唐秀治（1998）。照顧頻死病患護理人員的壓力及調適。臨終護理。台北：匯華。
- 陳盛文（2004）。安寧護理人員的專業角色調適。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/xs33ed>
- 張詩吟（2009）。安寧護理人員照護頭頸部癌末病人創傷性死亡心理經驗與適應之質性研究。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，台北市。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/29c64y>
- 許蕙纓（2015）。糖尿病患者疾病適應及家庭主要照顧者照顧歷程。南華大學生死學系碩士班碩士論文，嘉義縣。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/97f9j6>
- 曾美珠（2004）。護理人員面對病患死亡及遺體護理之心理歷程研究。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。 取自 <https://hdl.handle.net/11296/xk8kdn>
- 葉何賢文（2003）。悲傷調適歷程及生命意義展現之研究—以喪子（女）父母為例。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/8byu4d>
- 賴淨慈（2013）。台灣悲傷研究之趨勢分析—以 1998-2012 文獻為例。南華大學生死學系碩士論文，嘉義縣。 取自<https://hdl.handle.net/11296/5du4et>
- 蔡宜君（2016）。探討臨床護理師職業相關的壓力與壓力源-雲嘉南地區為例。國立雲林科技大學工業工程與管理系碩士論文，雲林縣。取自

<https://hdl.handle.net/11296/bqec5m>

鍾瀨鈺（2007）。成人面對重要他人非預期性死亡中學習經驗內涵與歷程之探討。國立暨南國際大學成人與繼續教育研究所碩士論文，南投縣。 取自

<https://hdl.handle.net/11296/29u48a>

顏素卿（2004）。專業照顧者的悲傷剝奪經驗初探——以加護病房護理人員為例。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，台北市。 取自

<https://hdl.handle.net/11296/c7jetn>

蘇絢慧（2006）。喪慟夢～非預期喪親者夢見已故親友經驗之敘說研究。國立臺北教育大學教育心理與諮商學系碩士班碩士論文，台北市。 取自

<https://hdl.handle.net/11296/55n3xa>

三、書籍

王勇智、鄧明宇（譯）（2003）。敘說分析（原作者：C. A. Riessman）。台北：五南。（原著出版年：1993）

朱侃如（譯）（2004）。焦慮的意義（原作者：R. May）。臺北市：立緒。（原著出版年：1977）

朱儀羚、吳芝儀等（譯）（2004）。敘事心理與研究（原作者：Michele L. Crossley）。嘉義市：濤石文化。（原著出版年：2000）

吳芝儀（譯）（2008）。敘事研究：閱讀、分析與詮釋（原作者：A. Lieblich, & R. T. Mashiach, & T. Zilber）。嘉義：濤石。（原著出版年：1998）

李佩怡（1998）。失落的自我調適-如何運用創意渡過悲傷。學生輔導月刊，54，84-99。

李佩怡（2000）。林綺雲主編，生死學（一版三刷，311-348）。台北：洪葉文化。

許玉來（譯）（2002）。心臟病突發和中風。與悲傷共渡——走出親人驟逝的喪慟（原作者：Hersh, S. P.）。李開敏（校閱主編）。臺北：心理。（原著出版年：1996年）

李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫（譯）（2004）。悲傷輔導與悲傷治療（第二版）（原作者：J.W. Worden）。臺北市：心理。（原著出版年：2001）

李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫（2005）。悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務手冊。台北：心理。

余德慧、石佳儀（2005）。生死學十四講。台北：心靈工坊。

易之新（譯）（2003）。存在心理治療（原作者：Irvin D Yalom）。臺北：張老師。（原著出版年：1980）

- 周伶利(譯)(2006)。**Erikson 老年研究報告—人生八大階段**(原作者: E. H.Erikson, J. M.Erikson, & H. Q. Kivnick)。台北:張老師文化。
- 洪富連(2011)。**不可不知的生命禮儀**。台北市,麗文文化。
- 梁雅舒、張育嘉、羅振豐、趙文煜(譯)(2003)。**認知治療:基礎與進階**(原作者: J.S.Beck)。臺北:揚志。(原著出版年:2002)
- 陳琴富(譯)(1999)。**假如我死時,你不在我身旁**(原作者: C. Longaker)。台北:張老師文化。(原著出版年:1997)
- 張春興(2000)。**張氏心理學辭典**。台北:東華。
- 張美惠(譯)(2006)。**當綠葉緩緩落下:與生死學大師的最後對話**(原作者: Kubler-Ross, E. & Kessle, D.)。台北:張老師文化。(原著出版年:2005)
- 傅偉勳(1993)。**死亡的尊嚴及生命的尊嚴:從臨終精神醫學到現代生死學**。台北:中正。
- 黃雅文、張乃心、蕭美慧、林泰石、林珊吟、范玉玟、賴彥君(譯)(2006)。(原作者: Despelder, L. A., & Strickland, A. L.)。**生命教育:生死學取向**。台北市:五南。(原著出版年:2005)
- 黃慧真(譯)(1994)。**發展心理學:人類發展**(原作者: Papalia, D. E., & Old, S. W.)。台北:桂冠。(原著出版年:1982)
- 趙可式、沈錦惠(譯)(2001)。**活出意義來:從集中營說到存在主義(第四版)**(原作者: Frankl, V. E.)。台北:光啟社。(原著出版年:1963)
- 趙可式(2002)。**臨終關懷**。於鈕則誠、趙可式、胡文郁合著**生死學(153-184)**。台北:國立空中大學。
- 廖婉如(譯)(2009)。**凝視太陽:面對死亡的恐懼**(原作者: Irvin D. Yalom)。台北:心靈工坊。(原著出版年:2008)
- 郭慧娟(2014)。**生死學概論**。台北:華都文化。
- 潘淑滿(2003)。**質性研究:理論與應用**。台北市:心理。
- 劉震鐘/鄧博仁(譯)(1996)。**死亡心理學**(原作者: Robert Kastenbaum's)。台北:五南。(原著出版年:1992)
- 薛絢(譯)(2006)。**大夢兩千天**(原作者: Anthony Stenens)。新北市:立緒文化。
- 蘇絢慧(2003)。**請容許我悲傷**。台北:張老師文化。

四、網路統計資料：

中華民國護理師護士公會全國聯合會(2020)。台閩地區護理人員統計表。2020年7月5日取自<http://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H10201.aspx?arg=8D8061D653DD5D5062>

五、法規：

醫療機構設置標準（民108年2月1日）。



貳、英文部分：

- Aiken, L. R. (1991) *Dying, Death, and Bereavement* (2nd ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Becker, E. (1973). *Depression treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
doi: 10.1080/00029157.1974.10403697
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K., & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309-316.
- Bramwell, L. (1989). Cancer Nursing – A problem finding survey. *Cancer Nur*, 2, 320-328.
- Brosch, T. A. (2003). Death, Dying, and the ICU Nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 22(4).173-179. DOI: 10.1097/00003465-200307000-00006
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2000). *Death and dying, life and living*. California: Wadsworth.
- Doka, K. J. (2002). Introduction. In K. J. Doka (Eds.), *Disenfranchised grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Champaign: Research Press.
- Frankl, Viktor E. (1986). *The Doctor and the Soul: From Psychotherapy to Logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Hirschberger, G. (2002). The anxiety-buffering function of close relationships: Evidence that relationship commitment acts as a terror management mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 527-542. doi: 10.1037//0022-3514.82.4.527
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267-273.
- Gastmans, C. (1998). Interpersonal relations in nursing: a philosophical - ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1312-1319.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Book.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1986). The cause and consequences of a need for self-esteem. A terror management theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public self and private self*. (pp. 189-192). New York: Springer-Verlag.
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652

- Hedlund, D. E. (1977). Personal meaning: The problem of educating for wisdom. *Personnel and Guidance Journal*, 23, 602-604.
- Humphrey, G. M., & Zimpfer, D. G. (2008). *Counselling for grief and bereavement*. New Delhi: SAGE.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241.
- Kirby, E., Broom, A., & Good, P. (2014). The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care. *BMJ Open*, 4, e006026. doi:10.1136/bmjopen-2014-006026
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lamers, W. M. (2002). Disenfranchised Grief in Caregivers. In K. J. Doka (Eds.) *Disenfranchised grief New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Publisher : Champaign, Ill. : Research Press.
- Lev, E. L., & McCorkle, R. (1988). Loss, grief, and bereavement in family members of cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2), 145 – 151.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research*. CA: Sage.
- Littlewood, J. (1992) . *Aspects of grief-bereavement in adult life*. London : Routledge.
- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*. 15 (42) ,33-38. DOI:[10.7748/ns2001.07.15.42.33.c3050](https://doi.org/10.7748/ns2001.07.15.42.33.c3050)
- Medland, J., Howard-Ruben, J., Whitaker, E. (2004). Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 47-54.
- Neimeyer, R.A. & Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (3rd ed. 49-88). Washington, DC: 92 Hemisphere. doi: 10.1080/07481187.2013.803905
- Neimeyer, R. A., & Anderson, A. (2002). Meaning reconstruction theory. In N. Thompson (Ed.), *Loss and grief: A guide for human service practitioners* (pp. 45-64). New York: Palgrave.
- Neugarten, B. L. (1976). Adaptation and the life cycle. *The Counseling Psychologist*, 6(1), 16–20.

- Papadatou, D., Martinson, I. M., Chung, P. M. (2001). Caring for dying children: A comparative study of nurses experience in Greece and Hong Kong. *Cancer Nursing*, 24(5), 402-412.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd-ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Price, V., & Archbold, J. (1997) .What's it all about empathy?.*Nurse Education Today*, 17 (2) . 106-110.
- Rando, T. A.(1995).Grief and mourning : Accommodating to loss. In Wass, H. , & Neimeyer, R. A. (eds)*Dying : Facing the Facts*(3th ed.), 211-239.Washington, D. C : Taylor & Francis.
- Rashotte, J., & Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experience: A phenomenological study. *Issues in Psychosocial Nursing*, 26(5), 372-385.
- Reed, M. D.(1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereavement.*Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 85-301.
- Reynolds, L., Botha, D. (2006). Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2(2), 15-26.
- Rogers, C. R. (1975) .Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Root, B.L., Exline, J.J. (2013) .The role of continuing bonds in coping with grief: Overview and future directions. *Death Stud.*DOI:10.1080/07481187.2012.7126
- Sanuder, J. M., & Valente, S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nursing*, 17(4), 318-325.
- Sawada Y. (1999). Nurses' perception and attitude with terminal care in teaching hospitals. Association of considering palliative care in teaching hospitals 5th Symposium.
- Skovholt, T.M. (2005). The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counseling*. 27(1), 82-94
- Stay L.C. (2007) .Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* ,57(6), 623–630.
doi: 10.1111/j.1365- 2648.2006.04143.x
- Stroebe, M.S, Hasson R.O, Schut H. A. W., & Stroebe, W. (2008). *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. Washington: American

Psychological Association.

Victor, C.R. (1994). *Old Age in Modern Society*. London : Chapman & Hall.

Vioulac, C., Aubree, C., Massy ZA. (2016) . A Empathy and stress in nurses working in haemodialysis: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5):1075- 1085.

Worden, J. William. (1991). *Grief counseling & grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. N. Y.: Spring.

Worden, J. W. (2002). *Grief counseling and grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. (3rd ed.)*. New York.

Wuthnow, R., Christiano, K. & Kuzlowski, J. (1980). Religion and Bereavement: A Conceptual Framework. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(4), 408-422.

Zheng, R.S., Guo, Q.H., Dong, F.Q., Owens, R.G. (2014) Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 288–296.

Zilberfein, F. (1999). Coping with death: Anticipatory grief and bereavement. *Generations*, 23(1), 69–74.

參、研討會：

趙可式 (2000)。大專院校生死學課程教學研討會。於國立彰化師範大學通識教育中心共同學科主辦，全國大專院校生死學課程教學研討會講義。彰化：國立彰化師範大學。

附 錄：

【附錄一】

逐字稿

研究參與者：B

日期：108.09.06（第一次訪談，編碼B1）

訪談時間：10:30-11:47

地點：研究者獨立辦公室

研：好，我要請妳先談談妳的工作背景還有經驗。

B1001：直接說？

研：嗯。

B1001：在加護病房，這……嘻……工作，十六年了。

研：工作……

B1001：對，第一份工作，到現在。

研：第一份工作到現在，畢業之後到現在？

B1001：嗯。（錢掉聲）

B1001：喔，抱歉

研：沒關係

研：然後，妳的工作背景的經驗……嗯……就是妳的……都在加護病房裡面？

B1001：對。

研：然後，畢業之後在……都在加護病房裡面工作十六年？

B1001：嗯。

研：啊其他的，妳有其他的經驗嗎？就是，打工經驗啊還是那個……實習經驗？主要應該都是打工經驗？

B1001：打工……打工經驗只有在骨科診所打過工。

研：所以……那個……

B1001：但是也不久。

研：嗯嗯，所以那個比較沒有接觸到病人？

B1001：對。

研：好，那妳……就是剛遇見病人死亡的時候是哪時候？

B1001：遇見病人死亡……的時候……

研：剛進來時。

B1001：沒有特別記住欸。

研：好，那、那……嗯……那妳看見病人死亡妳有什麼樣的感覺？

B1001：嗯……因為我覺得我都在成人的加護病房，然後，如果他年紀已經……可能就是到他可能……就是老人家他的年齡可能都七、八十歲，死亡的話，我會覺得是好，就是正常的人生階段，可是，如果是年輕的人走了之後，我就會覺得比較有感觸，對。

研：嗯。會是……那妳會有怎樣的想想法？

B1001：想法喔？就像剛剛說的，就是，如果是年輕人的話，我會……因為我們接觸的時候，因為會去……有時候會交待那個……這個病人怎麼……就是 history 嘛，那如果是……可能疾病，長久以來疾病導致他過世，我會覺得……就會覺得他終於鬆一口氣。那如果是年輕，然後遇到車禍的話，然後如果家屬又非常之急的話，就會為他……就是會比較帶動我的情緒，會……為他難過，對。

研：會為他難過？

B1001：嗯。

研：嗯，妳記得第……二例的病人嗎？

B1001：我覺得第……欸應該是我有一個印象很深，應該也算是第一例的，阿嬤，他只是一個，那個 Brain tumor，然後，他們就說，就是要注意血壓嘛，然後那時候我也是上大夜班，然後，結果阿嬤的血壓就愈來愈高，後來就是，好像沒有馬上緊急處理，把他那個……好 tumor 還是 aneurysm 就破了，然後接著，他的血壓就一直掉，然後，後來這個阿嬤就走了，所以我會覺得說……原來就是妳這個要……嘖……就是第一次感受到妳，如果沒有積極去處理病人對話，他可能就從一開始可以跟妳講話，然後到後來……然後……我覺得是……會不會是自己哪裡不夠，造成這個阿嬤走。

研：嗯。

B1001：對，我覺得這一例讓我印象很深刻。

研：嗯……然後，妳在……妳剛剛講的，就如剛剛那個病人，如果說，就是……走了之後妳會覺得有難過的感覺，那妳怎麼去面對這樣子，病人死亡帶給妳的情緒？

B1001：我可能就會再思考就是……我就……照顧他的時候……有沒有哪裡做的不夠，然後，如果我現在……我覺得這個阿嬤給我就會讓我覺得說，我以後在面對這樣的，不管……每一種……每一個病人，我都要更小心，對，但是前兩三天其實都還是會一直想

這件事情。

【附錄二】

訪談文本分析

研究參與者：B

日期：108.09.6（第一次訪談，編碼B1）

訪談時間：10:30-11:47

地點：研究者獨立辦公室

（編號說明：研究者簡稱研；個案 B 簡稱 B；第二位數字為訪談次數，後三位數字是逐字稿編碼）

編碼	個案 B1 文本	關鍵字	初步意義單元	省思
B	<p>研：好，我要請妳先談談妳的工作背景還有經驗。</p> <p>B1001：直接說？</p> <p>研：嗯。</p> <p>B1002：在加護病房，這…… <u>嘻……工作，十六年了。</u></p> <p>研：工作……</p> <p>B1003：對，第一份工作，到現在。</p> <p>研：第一份工作到現在，畢業之後到現在？</p> <p>B1004：嗯。（錢掉聲）</p> <p>B1005：喔，抱歉</p> <p>研：沒關係</p> <p>研：然後，妳的工作背景的經驗……嗯……就是妳的……都在加護病房裡面？</p> <p>B1006：對。</p> <p>研：然後，畢業之後在……都在加護病房裡面工作十六年？</p> <p>B1007：嗯。</p> <p>研：啊其他的，妳有其他的經驗嗎？就是，打工經驗啊還是那個……實習經驗？主要應該都是打工經驗？</p> <p>B1008：打工……打工經驗只有</p>	<p>在加護病房工作，十六年了。</p>	<p>我的工作</p>	<p>訪談時太多贅字。</p> <p>一畢業就到加護病房工作，工作內容？常面對的人事？</p>

	<p>在骨科診所打過工。 研：所以……那個…… B1009：但是也不久。 研：嗯嗯，所以那個比較沒有接觸到病人？ B1010：對。</p>			
--	---	--	--	--



【附錄三】

訪談大綱

重症護理人員面對親人死亡心理調適歷程訪談大綱

如下：

（一）重症護理人員面對病人死亡經驗

- 1.請談談您的工作背景及經驗？
- 2.看見病人死亡您有什麼感覺或想法？第一、二例病人死亡
- 3.你如何面對病人死亡帶給你的情緒？
- 4.面對病人死亡前後您的工作情況如何？
- 5.面對病人死亡是否帶給您其它審思？

（二）重症護理人員面對親人死亡反應

- 1.請問您的家庭狀況如何？
- 2.請談談您親人過世的歷程？當時的經驗？
- 3.在親人死亡後這段期間您的心情、感受？親人死亡後家庭、人際關係等如何？
- 4.面對親人死亡是否帶給您其它審思？
- 5.經歷病人死亡後，面對親人死亡對您的影響如何？
- 6.親人死亡後照顧病人的心境及影響如何？

（三）死亡焦慮

- 1.對死亡的解釋為何？
- 2.病人死亡是否讓您對死亡有何看法？
- 3.親人死亡是否讓您對死亡有何的看法？

（四）生命意義

1. 面對病人死亡您對生命有何想法？
2. 面對親人死亡您對生命有何想法及感受？

【附錄四】

問卷研究受訪者同意書



彰化基督教醫院
人體試驗委員會
同意書核准日期：2019 May 09

問卷研究受訪者同意書

我們邀請您參加本研究，此份同意書提供您本研究相關資訊，計畫主持人或研究人員將為您詳細說明並回答相關問題。

計畫編號	Y_108_0074	IRB 編號	190401
計畫名稱	重症護理人員面對親人死亡心理調適歷程之敘事研究		
研究執行期限	約 1 年		
委託單位/藥廠	無	執行單位	██████████
計畫主持人	陳育婷	機構名稱	██████████
		部門/職稱	██████████
		電話/分機	██████████
		手機	██████████
聯絡人	陳育婷	機構名稱	██████████
		部門/職稱	██████████
		電話/分機	██████████
		手機	██████████

1 研究背景

人力異動讓病人安全及醫療糾紛風險增高，護理人員壓力相對增加、職務倦怠、營運成本增加等惡性循環下，護理人員離職率始終居高不下，年年都見護士荒。而重症護理人員培養不易，除了要接受基礎急重症護理訓練課程 100 小時，基礎急重症護理訓練臨床實習 120 小時，備有高級心肺救命術證照 (ACLS) 外，依據經驗，通常需要 2 年方能培養出能真正獨立判斷重症病人變化的重症護理師，且加護病房護理人員比一般病房護理人員接受死亡態度量表為低，且以「恐懼自己瀕死」最高(李素貞、劉雅惠、林貴滿、宋琇鈺，2007)。藍育慧、趙淑貞、陳淑齡、莊照明、郭容美(2007) 研究顯示護理人員之情緒困境與死亡恐懼也會因末期照護經驗的多寡而影響。由此可見，重症護理人員本身因為職業的關係即有較高的死亡恐懼或情緒困境，若未妥善處理悲傷會影響照護品質及病人安全，而親人死亡本身對一般人即是非常重大的人生議題，因此，在於重症護理人員面對親人死亡相關議題有其探討之必要性。

面對死亡總有很多的想像與猜測，無論是上西方的天堂或東方的極樂世界，似乎

都是生者在面對親人死亡時的盼望，期待親人是去一個美好的仙境，不會是下地獄上刀山、下油鍋，這也隱藏著自我安慰的想法。死亡時時刻刻都存在，尤其是在身處重症病房的護理人員，常常與被迫與死亡相遇，在現在這醫療環境體制下，沒有人可以和她（他）們談論死亡，重症護理人員在面對自己親人死亡時的調適歷程也被忽略。

現代社會仍逃避、否認對於死亡相關的議題，導致現代人無法勇敢面對生命中重大的失落事件（林綺雲，2005），而專業的護理人員不只是承受對於死亡的無力感，有時也有對於處理自己內在哀傷等情緒反應的無力感，調查顯示加護病房護理人員職業危害發生以「心理社會性因子」排列第一，如未妥善處理哀傷，會使得護理人員在工作中，仍持續承受失落的情緒、壓力甚至崩潰，會影響護理人員本身，也直接影響照顧病人的品質（吳安綺等，2009；Medland, Howard-Ruben & Whitaker, 2004）。經過文獻搜尋，發現多為探討護理人員面對病人死亡的相關論文，而關於護理人員面對親人死亡極少。

因此本研究將對此探討，藉以瞭解重症護理人員在面對親人死亡的心理調適歷程並提供臨床重症護理人員及學生參考，以及喚起相關醫院管理者及學校管理者對生死教育及心理調適的重視及改革參考。

2 研究目的

本研究目的如下：

- (1) 了解重症護理人員面對病人死亡反應及因應。
- (2) 了解重症護理人員面對親人死亡反應及因應。
- (3) 重症護理人員在面對親人死亡前、後的生命意義。
- (4) 重症護理人員在面對親人死亡前、後之死亡焦慮及恐懼。
- (5) 研究結果提供重症護理人員及其相關醫療管理者及學校管理者的參考。

3 受訪者之篩選條件

3.1 納入條件(符合下列條件者，適合參加本研究)

考慮到受訪者狀況及回憶的清晰度，本研究對象選擇有二等親死亡一年以上的重症護理人員且同意參加受訪者

3.2 排除條件(若有下列情況者，不能參加本研究)

有憂鬱傾向或失眠等精神困擾的護理人員，及主持人所負責單位。

4 研究方法與程序

- 視內容飽和度，預定訪談四至六位重症護理人員。收案地點於彰化基督教醫院。
- 取得受訪者同意書的方法與程序：請各成人加護病房護理長協助公告招募願意接受深度訪談的護理人員，再由研究者依據納入條件篩選決定收案對象。
- 敘事資料蒐集方法如下：

(1)訪談同意書：訪談前先向個案解釋研究之目的與錄音之必要性，在徵得其同意後簽署訪談同意書開進行敘事訪談。

(2)依據訪談大綱進行訪談個案關鍵事件、壓力與難題、個人意識形態等。

(3)敘事訪談：研究者主要以敘事訪談為蒐集資料的方法，再依照實際訪談情形調整資料蒐集之方向；每次訪談時間約一小時左右，視情況訪談二至四次。

(4)錄音筆：將訪談內容錄音以謄寫逐字稿，作為逐字稿分析。

(5)田野筆記與輔助資料：研究者將訪談過程與觀察做成田野筆記，以及將經研究參與者同意使用其圖片做為參考。

5 可能產生之不適及處理方法

受訪者可能因為訪談而回憶到親人死亡時的悲傷情緒，研究過程裡，將隨時注意是否發生受訪者不願回答或產生不適的狀況，並以保障研究參與者的利益與不受傷害最高原則下，尊重其刪除或修改訪談文本或退出的自主權。

6 研究預期效益

預期成果：

- 瞭解重症護理人員在面對病人死亡時遇到什麼樣的問題，他們又如何調適。
- 瞭解重症護理人員在面對親人死亡時遇到什麼樣的問題，他們又如何調適。
- 瞭解重症護理人員在面對親人死亡前、後生命意義的改變。
- 瞭解重症護理人員死亡焦慮的經驗。

預期貢獻：提供臨床重症護理人員及學生參考，以及喚起相關醫院管理者及學校管理者的對於生死教育及心理調適之重視及改革參考。

7 研究進行中受訪者應配合之事項

針對研究問題提出表達

8 機密性

研究內容中受訪者身份均以編碼或另外命名方式取代受訪者的姓名，且研究者對受訪者結果保密。除了用編碼或另外命名方式與指導教授討論外，計畫主持人會確保受訪者的隱私。

9 補助與損害賠償

- 受訪者於第一次訪談結束後，可獲得等值約 300 元之禮品。
- 10 如因本研究而發生非預期之傷害，由陳育婷依法負損害賠償責任。必要時由研究者付費予提供諮商門診協助。若受試者不適的狀況主持人無法掌控時，可轉介相關專業單位協助輔導，以保護受試者。

11 受訪者權利

- 11.1 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與研究人員陳育婷聯絡(電話：)。
- 11.2 如果您在試驗過程中對試驗性質產生疑問，對您的權利有意見或懷疑因參與研究而受傷害時，可與彰化基督教醫院人體試驗委員會聯絡，聯絡時間：週一至週五 9:00~12:00、14:00~17:00，聯絡電話：04-7238595 分機 8442，e-mail：d9065@cch.org.tw，地址：500 彰化市南校街 135 號。
- 11.3 本研究計畫書需經由人體試驗委員會(Institutional Review Boards, IRB)審查通過才能執行。人體試驗委員會是依衛生福利部規定由具醫學背景之專業人員與非醫學背景之社會公正人士所共同組成，為獨立運作之委員會，執行審查、核准及監督人體研究案，以保護研究對象之權利、安全與福祉。
- 11.4 委員會審查研究計畫，綜合評估研究方法及程序之適當性，尊重研究對象之自主權，確保研究進行之風險與利益相平衡，對研究對象侵害最小，並兼顧研究負擔與成果之公平分配，以保障研究對象之權益。
- 11.5 任何研究案皆有風險，請您謹慎評估。

12 研究之退出與中止

- 12.1 您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後主管對您的升遷或考核。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

12.2 中途退出研究，我的資料之處理方法：

- 我同意已收集及已分析的資料繼續被使用。
- 我不同意已收集資料被使用，但同意已分析的資料可以繼續被使用。
- 我不同意已收集及已分析的資料繼續被使用(但已無法連結到個人資料者或已被公開發表者不在此限)。

13 簽名

13.1 解釋同意書人（於本計畫中擔任：主持人協同主持人研究人員）

本人已詳細解釋本計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益，並已回答受訪者之疑問。

解釋同意書人簽名： _____ 簽名日期： 年 月 日

13.2 受訪者

經由說明後本人已詳細瞭解上述研究方法及可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，亦獲得詳細解釋。本人同意並自願參與本研究，且將持有同意書副本。

受訪者簽名： _____ 簽名日期： 年 月 日

- 受訪者為無行為能力（未滿七歲之未成年人或受監護宣告之人），由法定代理人為之；
- 限制行為能力人（滿七歲以上之未成年人），應得其本人及法定代理人共同同意並簽署同意書。

本同意書一式二份，雙方完成簽署後，各執一份留存。

【附錄五】

機構同意人體研究/人體試驗證明書

機構同意人體研究/人體試驗證明書

Institutional Approval Certificate of Human Research

135 Nan-Hsiao Street, Changhua 500, Taiwan (R.O.C.)

Tel :886-4-723-8595 ext.8377

E-mail:d9010@cch.org.tw

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 Changhua Christian Hospital

500 彰化市南校街 135 號

聯絡人：楊麗君

Contact Person : Li-jyun Yang

電話：(04)723-8595 轉 8377

E-mail: d9010@cch.org.tw

計畫中文名稱

重症護理人員面對親人死亡心理調適歷程之敘事研究

Project Title :

計畫主持人

陳育婷

Principal Investigator :

協同主持人

Coordinating investigator :

計畫編號 / IRB 編號

IRB 編號：190401

Project No./IRB No. :

核准日 Approval date :

西元 2019 年 5 月 17 日

核准臨床試驗期間

Approval clinical trial period :

自上述核准日起至 IRB 核准研究進行截止日

檢附文件 Attachment :

1.IRB 核准函 IRB Approval Letter 有 Yes N/A

2.衛生福利部核准函

Approval letter of health and welfare department

有 Yes N/A

3.CTC 議約 CTC Contract

有 Yes N/A

4.利益衝突委員會處置報告

Conflict of Interest Committee Disposal Report

有 Yes N/A

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

受試者保護辦公室主任：陳彥宇

Yen-Yu Chen

Director

Office of Human Subject Protection

Changhua Christian Hospital, Taiwan

陳彥宇

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

人體研究保護計畫總負責人：劉青山

Chin-San Liu

Official

Human Research Protection Program

Changhua Christian Hospital, Taiwan



劉青山

【附錄六】

研究參與者檢核回饋表

敬愛的 _____，您好！非常感謝您先前的協助，成為「重症護理人員面對親人死亡悲傷調適歷程之敘事研究」的研究參與者，您寶貴的受訪資料經過逐字稿謄寫與分析，彙整如附件，已整理成兩個部分：一、生命故事；二、研究問題的詮釋與分析。

懇請您，撥冗閱讀這兩個部分的内容，給予意見，並評估其真實程度是否符合你的經驗與想法，以及對此内容的回饋。
再次感恩您的協助！

一、您評估這兩個部分的内容，符合真實經驗與想法的程度是？請評分(1~100 分)

二、閱讀完您的受訓歷程故事，以及研究主題分析，您有什麼想法？或是對培訓經驗 有什麼要補充的？

三、您的建議或修改意見？(若您發現文中有錯誤的文字或内容，可以直接用紅色的字來標示)