

# 死亡與再生之契機：末期癌症病人之 研究

林淑鈴\*\*

## 摘要

本文主要分析癌末病人、家屬、醫事人員等演員如何透過敘說、論述與文化展演，型塑喪葬儀式與追憶亡者等文本。隨著死亡逐日逼近，演員與事之醫療場域及其醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量，以及日常生活世界及其文化傳統、社會建制與價值信念，將與演員、演出過程中操練的事物共同經歷再生之契機。本文視演出過程如同社會劇，演員、演出、舞台與場景將統合為完整的文化系統，演員以高雄地區杏林醫院癌症病房與傳道醫院安寧病房為舞台，在此癌末病人、家屬與醫事人員遭逢，他們將共同演出並共構日常生活世界與醫療場域等場景。經由演員之演出，場景、舞台、演員將與演出重組為不同於先前樣貌之真實，但場景、舞台、演員與演出間有終極不變的核心。研究結果得知癌末

---

\*\*高雄醫學大學醫社系副教授

病人的生理性死亡逐漸成爲社會實體；肉體死亡並未結束一切；經由喪葬儀式與追憶亡者，病人與家屬經歷二度儀式性轉化的機會，並學習扮演適切的社會角色；演員在演出場景指引下，將追尋並獲致生理性死亡、生理性生命、社會性死亡或社會性生命等多種可能性。

關鍵字：死亡、再生、喪葬儀式、追憶亡者、文本

# **Death and the Possibilities of Rebirth: The Study of Terminal Cancer Patients.**

## **Abstract**

This article aims to describe how actors (terminal cancer patients, their families and medical staffs) on different stage (the cancer ward of Sin-lin hospital and the hospice ward of Tsuan-dou hospital) could recreate themselves, their performance, its playing stage and setting when death is coming soon. There are two kinds of text, “funeral and burial rites” and “memory of the dead.” Actor’s narration, discourse and cultural performance compose the text. Everyday life world and its constitutions (cultural tradition, social institutions and value-belief) and medical field and its constitutions (medical ideology, knowledge, belief and power) are acting setting.

Theoretic assumption is based on that social drama performed on different stage follows specific setting’s guidelines. Cultural system as a whole incorporated by social drama forged by actors, performance, stage and setting can’t be changed by actors’ performance on different stage and setting. After that performing process, actor’s identity, the performance, the playing stage and setting is not same with there before.

Research findings are as follows. Physical death of terminal cancer patients is becoming social reality. Death is not

equal with living ending. Death information shocks patients and families; they resist against death, then reproduce themselves, related persons and things. Through “funeral and burial rites” and “memory of the dead,” patients and families pass through ritual transformation twice. Then they learn to play suitable social roles. Their possible lifestyles include physical death, physical life, social death and social life when they acting on different stage in specific setting.

Key words: death, rebirth, funeral and burial rites, memory of the dead, text

# 死亡與再生之契機：末期癌症病人之研究

1

## 一、前言

本文主要分析癌末病人往生前後，病人、家屬、醫事人員等演員如何型塑喪葬儀式與追憶亡者等文本，藉此凸顯演員與事之醫療場域及其醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量；日常生活世界及其文化傳統、社會建制與價值信念，隨著死亡逐日逼近，將與演員、演出過程中操練的事物共同經歷再生之契機。本文之理論架構將扣緊演員、演出、舞台與場景間的交錯性關連，視高雄地區杏林醫院癌症病房與傳道醫院安寧病房為舞台，<sup>2</sup>癌末病人、家屬與醫事人員(醫師、護士、社工、牧靈人員)為演員，演員共同演出六種文本，醫病關係、「癌症」的在地知識、靈異經驗、家庭關係、喪葬儀式與追憶亡者(見表一)，共構日常生活世界與醫療場域等場景。經由演員在舞台上演出，場景、舞台、演員將與演出重組為不同於先前樣貌之真實，但是場景、舞台、演員與演出

---

<sup>1</sup> 本文之完成首要向杏林醫院癌症病房與傳道醫院安寧病房諸位癌末病人、家屬與相關醫事人員致謝，其次感謝國科會專題研究計畫(NSC 89-2412-H-037-004)之獎勵，最後向兩位匿名審查委員致意。本文或有未盡完善之處，文稿概由作者負責。

<sup>2</sup> 杏林醫院癌症病房以急性醫療掛帥，傳道醫院安寧病房崇尚安寧療護理念，本文雖以兩醫院病房之病人、家屬與醫事人員共構之舞台、場景為研究對象，因當下台灣癌末病人多以求助急性醫療而告終，少數在非常接近往生時，始求助安寧病房，是以，研究結果有由小見大、見微知著的寓意。有關演員、舞台與場景之理論型塑與運用，詳見文後附錄之表一及註釋。

間有終極不變的核心。

型塑文本的材料來自 2000 年年初至 2001 年年中，研究者分別在前述二醫院病房的田調資料，其間曾針對杏林醫院癌症病房十六位癌末病人，傳道醫院安寧病房十五位癌末病人，<sup>3</sup>其家屬與兩病房之醫事人員進行病房觀察、深度訪談以及家庭訪問。資料分析基於前述演員之敘說、論述與肢體展演所共構而成之文本，研究方法兼具主觀與客觀，具體且抽象，內在且外在的特性(見圖一)，<sup>4</sup>本研究將通過研究者具現演員之切身體驗，藉由演員間以及研究者與演員間，形成多重主體之際的意向性關連，最後達成詮釋性的循環，以突顯死亡與再生之意義，並與相關概念與理論進行對話。

針對喪葬儀式之分析將借用 E. Durkheim 的社會整合、社會分類，V. Gennep 的通過儀式，V. Turner 的社會轉型與社會劇(social drama)，P. Bourdieu 的儀式實踐，以及 H. Hubert & M. Mauss 的犧牲等理論觀點。關於瀕死、死亡與再生，除反駁 Kubler-Ross 的瀕死五階段說，與 D. R. Counts & D. A. Counts 的生理性生命(死亡)以及社會性生命(死亡)等概念對話外，更借用 M. Foucault 的規訓、權力與抗拒概念，C. Geertz 的世界觀(world view)與文化氛圍(ethos)等觀點，以通透癌末病人等演員面對死亡與謀求再生之本質。研究發現所有病人皆難由其與家屬、相關醫事人員共構之家族主義與急性醫療意識型態，天主教信仰與安寧緩和醫療意識型態中遁逃，死亡並未結束一切，死亡是社會事件，它牽動病人、家屬與醫事人員演出詢問與告知病情，預備後事、喪葬儀式與追憶亡者等送

---

<sup>3</sup> 癌末病人之基本資料詳見文後表二、三。

<sup>4</sup> 因篇幅所限難以盡述本文之方法論與研究方法，相關說明請見文後圖一：資料分析流程圖。

死文化之戲碼，這些戲碼促使死亡之社會事件與詢問(告知)病情背後的社會機制以及送死的文化設計統合為一完整的文化系統。

茲因圍繞在癌末病人周遭的死亡現象本由六種文本環環相扣，今取其二以書寫本文，恐有疏漏，故有必要交代演員、舞台與場景之變化。原先癌末病人、家屬與醫事人員均以醫院病房為展演舞台，一旦病人死之將至，舞台漸轉移到家庭與喪葬場所；前以癌末病人、家屬與醫事人員為演員，如今醫事人員漸退居末位，而由瀕死病人、往生者、家屬與宗教人員擔綱演出。場景因應病人罹癌、癌末與死之將至等社會事件，化身為詢問與告知病情背後之社會機制，以及送死之文化設計。

在進入本文之前首要問死亡為何物？死亡對於醫學家來說，可從心跳、呼吸、脈搏、血壓以及意識狀態等方式辨識(許禮安 1998; 劉樹泉 1995)。對於社會學家來說，透過自殺率與死亡率的調查，可以探討死亡與宗教、性別、年齡、戰爭、經濟情況之關係(Durkheim 1951)，以及死亡與退休間的關連，其研究結果可供社會、醫療與福利等政策參考，藉以改善社會問題(Riley 1983; Walter 1996[1992])。對於人類學家來說，死亡不只是個人肉體消亡，且是一種社會事件(Hertz 1960)，死亡會關連到他人(Humphreys and King 1981)，諸如如何判定善終或惡死(Bloch and Parry 1994[1982])，如何藉由喪葬儀式處理屍體與未亡人的情緒，聯繫生者與亡者(Van Gennep 1960)，死亡與社會息息相關，死亡是再生的起點(Hertz 1960)。由前述觀點可見死亡並非抓不著、摸不到的，死亡可以透過醫療儀器辨識，經由社會調查與社經背景進行分析；通過病人、家屬與醫事人員而被述說、被表演；經由喪葬儀式被看到、被聽到以及被感受到，是以死亡非一了百了，而是朝向未來的

動力，死亡與再生因有不間斷的儀式舉行而緊密相隨，二者將同為社會文化建構的產物。

具體而言，病人、家屬與醫事人員如何面對死亡？生死變化的樞紐為何？亡者與生者再生的契機何在？要瞭解演員如何面對死亡，或可探究當事者如何詢問與告知病情，先前癌末病人、家屬與醫事人員在面對癌症時即有---病人能不能知道病名與病情？家屬與醫事人員要不要告知病人？如何？何時？以及在什麼場合告知等困擾，這些困擾牽涉演員的演出，意味病人與家屬之日常生活世界中的文化傳統、社會建制與價值信念，將隨著他們進入醫療場域，而後與醫事人員共構之醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量產生相互穿透的現象。醫院病房曾為病情告知之外顯舞台，在演員演出背後有潛隱的社會結構，該社會結構不只是演出的場景，更是其劇本，此乃病情詢問與告知背後的社會機制。藉由病情詢問與告知，足以突顯社會機制在演員面對死亡時扮演重要角色。

演員在面對死亡時，除潛隱的社會結構為演出劇本外，更有送死的文化設計以安置演出次序，送死的文化設計平時隱而不顯，直到癌末病人將亡之際，即為病人與家屬不得不深思之課題。死亡不只是肉體消亡，對於病人來說，因有割捨不了的人、事、物，更要對家屬與社會交代，交代後事是社會責任的表現；相對而言，家屬必須善盡社會義務，要為病人預備後事，完成遺願，此即喪葬儀式，由此可見生死變化的樞紐。病人與家屬以成為社會人(social being)為安身立命之道，故在人將亡之際有社會責任與義務，藉以符合社會期待，此即潛隱在交代與預備後事底層的文化設計。送死文化之面貌將依病人是否瞭解病情？家屬、醫事人員與病人間多方交錯的醫病關係，病人之家庭(組成、關係)、經濟資源、族



群屬性以及社會網絡的不同，而呈現多樣化的面貌。即便死亡文化多樣化，演員與舞台有所不同，然而終極不變的是演員們始終都沈浸在異體而同構的醫療事業當中(見圖二)，<sup>5</sup> 他們承續過往的社會建制、文化傳統與價值信念，經由主體之際的意向性關連以開展死亡新面貌。要言之，送死文化不僅植基於病人與家屬的日常生活世界，且與醫療場域中時而出現的醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量難以脫勾。

## 二、如何面對死亡？

「癌症」的在地知識是演員之文化論述，且是日常生活世界與醫療場域的外顯表徵。<sup>6</sup>而病情詢問與告知為型塑「癌症」在地知識的一環，瞭解病情詢問與告知，足以體現演員面對死亡之態度。從病人初患癌症、進入癌末以致死之將至，詢問與告知病情的問題持續存在；而後病人與家屬關心後事，交代與預備後事可為觀察病人與家屬面對死亡態度的另一取徑，接著要問---交代與預備後事背後的文化價值？病人有何社會責任？家屬有何社會義務？為何要完成社會責任與義務？要回答前述問題得回顧病人住院期間，病人或家屬是

---

<sup>5</sup> 所謂異體而同構的醫療事業，其中異體就演出的舞台不同而定，分指杏林醫院癌症病房與傳道醫院安寧病房，同構是就演出過程而定，指涉演員、舞台與場景是不容分割之整體，演員雖不同、舞台也有差異，但兩醫院病房之演員將共同與事醫療場域與日常生活世界之建構行列，演員更創造兩醫院、兩病房，以及詢問與告知病情背後的社會機制(或稱潛癮的社會結構)、靈異經驗的隱喻以及送死的文化設計。是以，異體乃舞台外顯可見的演出，同構卻是內裡、終極不變的核心。

<sup>6</sup> 若要瞭解「癌症」的在地知識、靈異經驗、醫病關係、家庭關係、喪葬儀式與追憶亡者等文本間環環相扣的特質，得將它們同置於異體而同構的醫療事業中看待。

否主動詢問病情？家屬如何處理病情訊息？家屬與醫護人員是否告知病人病情？何以(不)告知？在告知與不告知之間有何考量？若病人(不)知道病情，他將如何因應後事？病人是否主動交代後事？家屬是否為病人預備後事？如何預備？準備甚麼？

#### A.詢問與告知病情背後的社會機制

詢問與告知病情背後的社會機制，指涉當癌末病人或家屬在病房闡明欲得知病情之意願時，家屬與醫護人員將給予回應，在病人、家屬與醫護人員等演員的演出背後，有場景且有指引演出的劇本。演員、演出、舞台、場景與劇本，將是探索詢問與告知病情背後之社會機制的關鍵。

提及杏林醫院癌症病房的住院病人，多在入院之初對化療抱持高度期待，多數病人與家屬對病情變化高度警戒。除非病人不識字，或家屬執意隱瞞病人病情，否則病人多對病名與病情瞭若指掌。病人與家屬關注病情與面對死亡的態度不一，其間受人格特質、家庭關係、族群屬性、經濟資源與社會網絡之影響，若是病人在家中較有權威，通常病人對病情發展多感憂心，家屬也會頻頻探問病情，此類病人與家屬多能共度難關。有的病人是一家之主，自己與家人對病情多留意，但因病人與家屬生性木訥，經濟資源匱乏，位處弱勢族群地位，家屬無力提供病人日常所需，更難與病人共度難關，病人雖不認命，卻指望遇上良醫，或得到社會網絡與經濟資源的協助。

杏林醫院癌症病房有些病人因罹患口腔或頭頸部的腫瘤，無法開口詢問病情，他們既非顯要人士亦乏家財萬貫，很難動用社會網絡與經濟資源謀得優渥的醫療照顧，但是他

們不願坐以待斃，每以具體行動引起醫護人員關注，比如一直站在護理站前面，希冀醫護人員馬上處理疼痛問題；在被告知住院天數已滿，或病情急轉直下時抗拒出院。也有人在化療無效、頭頸部腫瘤不斷腫大後，自行抽鼻胃管、禁食表示抗議；病人實在受不了痛苦，很想早日了斷，於是買安眠藥、寫紙條意圖自殺。非口腔癌病人雖能開口說話卻不知從何處問起，病人苦在心頭卻無處投訴，乃選擇以點滴管纏繞脖子想不告而別，也有人寫下遺書詛咒主治醫師，抽鼻胃管、禁食、吃安眠藥、寫遺書、以點滴管纏繞脖子均為抗拒之形式。在病房中病人曾畏懼主治醫師的權威，不敢主動詢問病情、不知從何問起，或家屬不讓病人知情，希望醫護人員配合隱瞞。有些病人因為敬畏主治醫師，每見主治醫師巡房明明不適卻不敢言語，有時家屬成為病人的發聲管道，當家屬無法得到醫護人員恰當回應時，即斷然為病人轉院。轉院就像是演員自行脫離正在演出的舞台，卻進入另一個死亡展演的舞台，演員們終究脫離不了舞台背後的場景與潛隱的社會機制。

病人非以口語發聲為詢問病情的唯一方式，他們尚透過肢體語言表達不滿，諸如站立護理站前要求治療，拒絕出院，或以各種方式企圖自我了斷。病人或家屬都可能詢問病情，當病人無法恰當表達意見時，家屬成為代言人。代言人若強而有力，能得良醫回應，病人才不會含恨在心，否則代言人只好帶領病人另謀出路。在病人時日不多，病人與家屬仍積極尋求治療，亟需取得另一醫院之入院許可，如此一來病人與家屬只是自當下的舞台脫身，卻不得不投身另一次日常生活世界與醫療場域角力之舞台。病人與家屬在日常生活世界中有幾經建構的家庭組成、家庭關係、經濟資源、族群屬性與社會網絡等社會建制，每每促使病人與家屬在不滿治療或抗懼死亡到來時另謀出路，然而主導病人與家屬轉院或返家

待終的是---他們與醫事人員在共構醫療場域的過程之醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量。具體而言，病人可能由其他急性病房轉進杏林醫院癌症病房，表示演員出離正在演出的舞台，其實演員仍在急性醫療意識型態之場景中；同理由杏林醫院癌症病房轉進傳道醫院安寧病房，演員似已脫離急性醫療意識型態的宰制，其實演員是在無路可走的情況下，進入安寧病房的舞台中勉強演出，他們將受制於安寧緩和醫療的意識型態。

病人與家屬有不得不然的轉院決定，又有莫名獻身於舞台演出之現象，那麼醫護人員又如何因應？針對詢問病情與否來說，病人與家屬的演出不見得合一，在家屬有意矇騙病人時，家屬跟醫護人員結盟，棄病人自主權不顧。若以詢問病情之深入與瞭解程度來說，病人、家屬與醫護人員的醫療專業知識差距甚大，因此形成病人與家屬自成一格，醫師與護士另成一體的局面。病人與家屬雖然無法主導治療關係，卻能為所患疾病命名、歸因與尋找出路，他們不會因此喪失與死神抗爭的意圖，這是病人與家屬在日常生活世界中蓄積的潛力，如此才能在醫療場域中抗拒醫療意識型態之宰制與死神之召喚。

每當醫護人員回應病人或家屬的詢問時，其演出不見得一致，比較關心病人的主治醫師會給病人適切照料，反之，將病人丟給住院或實習醫師處理，因此經常遭致議論。醫師回應病人與家屬所求，實受醫學教育之影響，透過見習與實習的機會，使學生學習扮演醫師的角色，而後投入病房工作實際操演準醫師角色，不論身為醫學生、準醫師或醫師，一批批醫師的生力軍不僅投身於建構急性醫療意識型態，且受所建構之醫療意識型態潛移默化的影響。學會扮演理性、邏輯的專業人員，集中精神，專注於疾病，這是追求醫術高明

者的守則，心想「病人與家屬根本不清楚癌症是怎麼回事，即使跟他們講病理組織切片、分析專業術語，他們也聽不懂，何況家屬經常要求醫師不要告訴病人病情，醫師既然不能對病人明說，但要跟家屬講，否則發生醫療糾紛該怎麼辦？」

醫師與家屬共謀演出矇騙病人病情之戲碼，演員們曾有高超的演技，藉由醫師之醫療專業訓練以及家屬自認矇騙病情是為病人好，以合理化精湛的演技。操控病人、家屬與醫師共同演出病情告知之劇本，乃是日常生活世界中的家族主義與醫療場域的父權主義，若此，家屬對待病人，如同家父長對待子孫，前者理當為後者做決定，於是醫師優先考量家屬意願而非病人想法，病人被視為被動、無知與無能的客體，病人像長不大的小孩般備受呵護。即便有的主治醫師不滿急性醫療，選擇離職他就，他就像脫離急性病房舞台之病人與家屬般，或許找到另一個急性病房的舞台，不過換了舞台卻脫離不了急性醫療意識型態之宰制；設若離職的醫師選擇進入安寧病房，猶似褪去急性醫療意識型態之外衣，實則重披安寧緩和醫療的袈裟。沒有醫師、病人與家屬等演員不間斷滾入急性與安寧病房的舞台中，急性醫療與安寧緩和醫療之意識型態、知識、信仰與信念之劇本就無從彰顯，經由演員們的演出，潛隱的社會結構得以活化，外顯的舞台與場景得以成為行動中的真實。

再看看護理人員的演出，他們多在病人有所求時積極處理，即便偶被病人或家屬數落，也多在背後發牢騷，她們從不荒廢職責。就急性醫療工作來說，護理人員多聽命於主治醫師；就安寧緩和醫療工作來說，護理人員則與主治醫師及其他醫事人員組成團隊，型塑伙伴關係。不論在杏林或傳道醫院的病房，病人與家屬們眼中的護理人員，不僅能恰當回應病情訊息，照顧工作更時受好評，整體評價比醫師佳。大

體上從病情告知與否的角度來看，護理人員仍與醫師同調，不過前者較能隨機應變透露病情以符病人期待，在家屬召喚下較能立即回應。護理人員是否因此而能置身於共構之醫療意識型態的宰制之外呢？其實護理人員如同醫師經由專業教育訓練，通過見習、實習以致於親身參與護理工作等歷程，實際體會護理專業，從中學習扮演護理人員的角色。護理人員的演出場合與醫師相同，他們經常與醫師朝夕相處，在急性病房中卻時有屈居醫師地位之下的現象，深感意見不受重視，此由杏林醫院癌症病房醫護人員分別舉行個案討論會，醫療決策、科室採購之主導權都在醫師身上可見一斑。

如上所述，護理人員隨機因應向病人透露些許病情，在家屬求助時則立即回應，因而與病人、家屬建立較好的醫病關係，護理人員雖有屈居醫師地位之下的感受，卻能自我賦權。理由是護理人員透過日常照顧、關懷病人與家屬，不斷建構護理專業並發散其影響力。在急性醫療意識型態與家族主義會合的杏林醫院癌症病房中，醫師與護理人員被教育與自我教育在醫療活動中以醫師為主導。即便在安寧緩和醫療與天主教信仰聚合下，傳道醫院安寧病房不再傳達醫師高於護理或其他醫事人員的想法，安寧病房的醫事人員終究得面對該院其他科室醫事人員的眼光，其他科室的醫事人員依然崇尚急性醫療意識型態，故安寧病房之醫事人員有自成一格之勢。

再就杏林醫院癌症病房之護理人員而論，她們不滿醫師收受病人與家屬的紅包、主導病情告知，不尊重護理專業，縱然有許多不滿，多數護理人員仍選擇繼續演出護理專業，寄情於提供病人較舒適的照顧，由病人回饋中得到讚許，從而賦予演出動力。也有護理人員選擇離職，她們與離職醫師一樣，若非再度滾入急性病房的舞台，即另披安寧療護的袈

裳。選擇恰當時機多少向病人透露病情、脫離當下舞台、寄情於病人與家屬的情感回饋，這無異於護理人員在醫療場域中的抗拒。護理人員與部分病人、家屬、醫師一樣，不再忍受急性醫療意識型態與家族主義共構之宰制性氛圍，也有自求生存之道，但是演員更換舞台演出之同時，仍然無法徹底地自舞台背後的場景，以及自潛隱的社會結構中遁逃。

釐清詢問與告知病情背後的社會機制，有助於理解在傳道醫院安寧病房與杏林醫院癌症病房住院的病人，其癌症種類不一，個人人格特質有異，在日常生活世界中與家屬共構不同的家庭組成、家庭關係、經濟資源、族群屬性與社會網絡。在病人與家屬展演的過程中，縱然有行動主體的個別差異，卻在深層社會結構上有共通之處，因為他們必須在急性與安寧病房中不斷進出，行動者終究無法自急性與安寧緩和醫療之權力施展的場域中遁逃，他們與醫事人員一樣，都無法脫離自造之舞台、場景與劇本之宰制範疇。

再就演員互動的微視層面來說，並無家屬在病人癌末階段不清楚病人所剩日子不多；在主治醫師宣告病人存活期還有半年左右的時間，多數病人仍積極尋求治療，家屬常與病人走遍全台，甚而想遠渡重洋求醫，中、西醫，偏方草藥、健康食品都不忌。若干家屬在病人昏迷時仍盡心盡力，聘請專職看護照顧病人，家屬更每日到院探望。病人與家屬在抗癌與抗拒死亡的過程中多身經百戰，為了治療癌症早在不同醫院求助，嚐遍各種仙丹妙藥，也曾出現不同的治療與照顧效果。

其實在杏林或傳道醫院的病人並非都沒有主見、缺乏情感的人，病人的意見雖常被家屬與醫護人員剝奪，病人的情感常被忽略，家屬經常代替病人做決定，攔截病情告知、進

入癌末以及日子所剩不多等訊息，家屬刻意隱瞞訊息希望醫護人員竭力配合演出。有的病人可能就此悶不吭聲直至終了，有人旁敲側擊套問周遭人士，有人拔除鼻胃管斷食，以注射針劑之管路纏繞脖子、寫紙條或寫遺書等方式意圖自殺，以此抗拒由家屬與醫護人員共構的瀕死情境。當病人萌生自殺意圖時，家屬與醫護人員只會將病人看管得更牢，而非切實針對病人的心結予以化解。

家屬與醫護人員配合演出是父權主義的彰顯，對病人來說是自主權的淪喪。有些病人不會停止抗拒被宰制的命運，病人/家屬/醫護人員間，在宰制與抗拒間的角力現象尤其好發於杏林醫院癌症病房，其較傳道醫院安寧病房更加明顯。要讓死亡不再是冰冷與孤獨，病人的意見、情感、期望與權力受到重視(Kubler-Ross 1969; Chao1993)，這是力主安寧療護運動者的目標，如今在台發展顯現，光是提供安寧療護設施是不夠地，民眾之醫療信仰、社會教育與醫療資源需求與分配是否得當，恐怕更值得深思。以杏林醫院癌症病房病人之遭遇來看，家屬與醫護人員之父權主義高於病人自主權；傳道醫院不見得能完全實踐安寧療護之理念，因為病人不一定知道病情，不一定能充分表達意見。進入安寧病房的病人與家屬，並非個個均認同其理念，人人皆清楚安寧療護才接受照顧，故曾住過傳道醫院安寧病房的病人、家屬不見得能夠坦然面對死亡。

除以微視角度看待癌末病人的死亡外，亦可就鉅視社會變遷觀點看待之。誠如 Wolinsky 曾將人類面對死亡之態度分成六種，起先人類將死亡視為不可抗拒的自然事件；可以避免的一種自然力量；而後認為人難免一死；最後將死亡歸因為起於某種特定的疾病；以致於社會有義務竭盡所能防止非自然原因的死亡(Wolinsky 1988:181)。由杏林醫院癌症病房的



醫事人員努力幫病人開刀、做化療、放射線治療，施打止痛藥劑，家屬竭力尋求各式醫療管道，這無非都在防止病人死亡提早發生。又人類受工業革命影響，促使死亡態度發生劇烈轉變，工業化不僅使醫療科技進展迅速，更促使人類自以為愈來愈有能力延長壽命並控制死亡率(Backer, Hannon and Russel 1982:4-12)。人類不斷延展控制慾，包括治療癌症、避免死亡，然而二十世紀的上半葉，疾病類型漸以慢性病為主，死在醫院的人口比率與老人進入養護所等待死亡的比率均有上升趨勢。值此時期醫院仍專注於治療功能，足以提供瀕死的空間少之又少，而後亡者的家屬在死亡儀式中，不再具有主導角色，這顯示死亡過程邁入制度化階段，意味死亡主導權漸漸落在國家、衛生專責機構、醫院與殯葬業者的手上( *ibid* )。

其實科學醫學的發展原為工業化的一環，它與現代社會的政治、經濟與法律等制度結盟，而後逐漸取得正當性與合法性，它們不斷排擠非科學、非理性與非邏輯思維，成為社會唯一的正統(Armonstrong 1984, 1987; Foucault 1978; Seale 1998:75-90; Turner 1987, 1992)。杏林與傳道醫院兩病房之癌末病人正飽受台灣工業化之洗禮，病人免不了要隨順住院化之趨勢，自罹患癌症至癌末階段，他們不僅在杏林與傳道醫院周旋，且進出過無數的醫療院所、找過許多醫師，此即癌症病人逛醫院與逛醫師的普遍現象。起初病人在科學醫學的醫院診斷出癌症，嘗試過無數療法，進入癌末階段更同時採用不同療法，他們都曾到急性醫院住院。初患癌症者多接受醫師建議開刀、接受放射線治療、化療以殺死癌細胞，進入癌末則仰仗止痛針劑緩解生理疼痛。病人曾信賴急性醫療的醫師與療法，亟需急性病房提供治療或照顧病床，既然崇尚急性醫療與其醫師，急性醫院與病床即成為起死回生的憑藉，即便急性醫療無法阻止病人另尋他法，卻在因勢利導與

順理成章的情況下成為癌末病人難以回絕的選擇。

再就醫療發展的角度來說，過去人類曾篤信巫術與宗教可以療治一切傷痛，自十八世紀以來漸以醫療科技的診療系統、流行病調查與健康保險的規劃，取代巫術與宗教對疾病解釋之能力與獨斷專權之地位(Cockerham 1995:3-7; Foucault 1976; Seale 1998:75-85)。如今台灣學習歐美社會，欲以安寧緩和醫療取代急性醫療之地位，許多宗教與部分醫界人士關注人類心理的矛盾、精神的不安與終極意義，這些並非醫療科技的重點，更非急性醫院足以提供(傅偉勳 1993; Chao 1993)，為避免工業化社會人們面對疾病與死亡之悲哀，乃倡導整體性醫學與安寧緩和醫療(Chao 1993; Kubler-Ross 1963)。本研究之傳道醫院安寧病房，即是在天主教教會大力倡導整體性醫學的情況下成形，是以，國際安寧療護運動、整體性醫學理念以及台灣的天主教會，既是傳道醫院安寧病房中癌末病人、家屬與相關醫事人員演出的場景(見表一)，且是安置演出之劇本，身處其中的演員們終將成就安寧緩和醫療意識型態、天主教信仰與由其而生的力量。

就理想層面來看，設若病人自主權因安寧療護運動而得到伸張，醫病關係可藉此得到改善，那麼由安寧緩和醫療取代急性醫療，實為人性與人權的回歸。但就實質層面而言，不論是急性或安寧緩和醫療，都曾對癌末病人及周遭人士進行規訓(discipline)，<sup>7</sup> 比如社會團體與醫療教育機構為醫事人員進行講習，以看板、海報、宣傳單、小冊子、影片與電視

---

<sup>7</sup> 借用 Foucault 之觀點，他認為論述具有規訓人身的力量(Foucault 1978, 1980)，另有學者分析醫療科技經由醫學教育、公共衛生調查，各種衛生與健康宣導，甚而經由健康保險規劃，展現無處不在、無孔不入的影響力(Armonstrong 1984, 1987; Seale1998)。

傳播媒體對民眾進行教育宣導，甚而透過立法制訂醫療與保險法規。<sup>8</sup> 醫療科技或安寧療護理念不僅透過醫療，且經由論述延展影響力，在不知不覺中它已經滲透到我們的日常生活，牢牢掌控人們的言行，使得人們面對死亡之道與維繫健康的良策得向它看齊，它成爲生活的信念。即便有急性病房治癒不了的癌症，有人仍莫名就理投身安寧病房，他們雖曾以自殺、寫遺書等方式抗拒急性醫療，事後家屬也有怨言，癌末病人的死亡終究難以掙脫社會機制的安排。

## B.送死的文化設計

送死的文化設計與詢問、告知病情背後的社會機制將同時安置演員之演出次序，它們是潛隱在演出背後的劇本，演出是社會行動且爲文化展演，演員在送死之際或詢問與告知病情時，可能以論述、敘說或肢體語言等方式表達己意，送死的文化設計與詢問、告知病情背後的社會機制，都強調在外顯的舞台背後有其社會運作過程與潛隱的修辭結構。<sup>9</sup> 社會機制不只是病房舞台背後的場景，且是由演員們共構而成的

---

<sup>8</sup> 詳參財團法人中華民國安寧照顧基金會編印之「安寧照顧會訊」第一期至第四十期，其內文常提供醫事人員關於國內、外安寧療護之講習活動，透過講習活動不斷散播安寧療護理念到全台各地的醫療院所，至 2000 年初接受訓練之醫事人員超過三千人次。此外，由公眾人物如張小燕、孫越與陶大偉等拍攝宣導短片，在廣播電視中播放。至於介紹治療或控制癌症的方法，散見於本研究中兩醫院之內部，其中不乏以看板、海報或單張宣傳單的方式爲之。又台灣於 2000 年五月二十三日，由立法院通過安寧緩和醫療條例，七月一日起開始實施，立法希冀將安寧療護理念普施於一般民眾。

<sup>9</sup> 有關送死的文化設計與詢問、告知病情背後的社會機制之分析，受 Turner 社會劇(social drama)與舞台劇(stage drama)概念之啓發，後二概念詳參 Turner 1982 的引書。

醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量。而送死的文化設計指涉病人與家屬皆為社會人，社會人平時肩負社會責任與義務，一旦病人時日無多，責任與義務以交代與預備後事等方式呈現。即便病人的情緒常受病情發展、病情告知與否，以及家屬與醫事人員之回應的影響，後事安排終究摒除不了送死文化。送死文化像暗藏的機關，它是成為社會人過程中不得不然的社會道德，雖歷經時空考驗卻歷久彌新，其不變的核心是指引人們交代或預備後事的時機、場合、對象與內容，此即送死文化的劇本，該劇本如同病人與家屬日常生活世界中的慣習，它指引人們演出的方向，卻不預設演出的結果。送死文化先於病人與家屬存在，潛藏在病人與家屬的日常生活世界中，平時可能以神、鬼與祖先等民間宗教信仰，或其他價值信念之形式存在，一旦病人死之將至時，再度顯露約制病人與家屬之力量。

設若病人不事先交代後事，家屬也不幫病人預備後事，病人將難以善終，家屬將招致社會議論，病人與家屬將喪失社會人身分。又送死文化必須透過喪葬儀式完成亡者遺願，使人活得心安理得，喪葬儀式將是變化病人、家屬與其社會組成的樞紐，該儀式將延展送死文化之影響力。就本研究來說，當癌末病人想詢問病情卻問不出口、不知從何問起，抑或家屬執意不讓病人知情，希望醫護人員配合演出時，病人多不直接挑明病情，默默接受家人安排直至終了；有些病人藉由交代後事暗示自知時日不多。不論病人是否直接挑明病情、默默接受安排，抑或暗示要交代後事，都暗含著送死的文化設計已在病人與家屬間發生作用。病人與家屬通常非到用盡所有治療時，絕不輕言罷休；多數病人或家屬早對後事預作準備；若干病人因無從得知病情或因經濟困窘，直到病人剩一口氣時才著手送死之事。

後事準備需動員家庭或族群成員、經濟資源與社會網絡，病人知道病名(病情)與否會影響他們是否主動及如何談論後事，不知道病名卻知道病情不佳的病人，通常心裡有所不甘，故遲難交代後事，這些病人無法在生前坦然交代遺言，周遭親人總要費心揣測，有時迫於兵慌馬亂，仍要想辦法辦後事。若病人突然陷入昏迷，來不及交代，後事只能仰仗家屬自行決定。交代後事多受病人病情起伏影響，它是交代者與被交代者間來回掙扎的過程。有些病人自進入癌末生命期限僅剩半年，就開始交代遺願，但這畢竟是少數。交代後事並非想說就說，多數病人說不出口。假若病人主動提起後事，少有人一次說清楚。有些病人在他人引導下慢慢道出自己的想法，這些人的家屬都試圖在病人病情走下坡時向病人探問，而後幫病人準備。家屬探問病人是否要交代後事的時間，與病人主動交代後事的時間多在病人病情往下走，大約離其斷氣前兩、三個月時。家屬探問病人是否要交代後事需要相當大的勇氣，這對於始終堅持不告知病人病情的家屬來說是相當大的考驗。

當病人心裡有所準備時，那麼病人如何交代後事？交代什麼？多數病人以暗示方式向身邊的至親交代後事，即便病人無法或不願明說，家屬也會想盡辦法完成病人的遺願。病人交代的後事觸及人、事、物等層面，包括囑咐不要插管子、不想急救、不希望痛苦致死、遺體處理方式、身後衣著，託付放心不下的人，叮嚀遺產如何分配，喪禮形式以及安葬地點。

不論是心裡有數的病人早有交代，或是病人沒有機會表達對後事之看法，後事不可能由瀕死病人獨立完成，動員家庭成員、經濟資源與社會網絡是完成後事的關鍵。比如劉老先生的後事由長女出面統籌，雖然經濟拮据但盡可能找到可

以幫忙的人，經由親友全力配合，完成令人滿意的後事。反觀梁老太太的家境比劉家好，喪禮辦得卻不平順。其實後事備辦過程原為病人家庭關係之反應，梁老太太住院期間，家人即常為治療方式與場所的差異而吵鬧不休，在老太太住院後期，家屬思索如何辦理母親的後事，姊弟間的衝突仍不斷上演。梁老太太與劉老先生的家人間都時有爭吵，差異在於劉老先生在得知罹患胃癌不久後，就將遺產盡數外移至中國大陸，僅留兩萬元處理後事；病前梁老太太事事順從長女意見，未明確表達自己對於後事的看法，落得子女間惡言相向。

後事辦得不平順，且子女間時有爭端的家庭所在多有，如「阿嬤」日子所剩不多時，家屬們並未公開討論病人的後事。小女兒曾提及，已經幫「阿嬤」準備好壽衣，想在病人未斷氣前將「阿嬤」送回住處，因考量居家在公寓樓上而作罷，後來小女兒決定先跟「阿嬤」的兄長商量。病人過世當天，家屬為尋找葬儀社、是否將亡者遺體送殯儀館等，發生激烈爭吵。因為女兒們希望送母親回家，辦一場風光的喪禮，但兄嫂要送亡者去殯儀館以簡省費用，因為雙方意見相左，乃上演手足爭端的戲碼。

又如在林老先生往生前後，親子間的惡鬥與「阿嬤」家相若。林老先生最後住院時逐漸不省人事，直到斷氣前兩個小時才返家。先前家屬談及病人病情，長子與三子多一笑置之，提及遺產分配兩家人卻多所爭執。自醫師診斷確定林老先生罹患大腸癌以來，長子與三子兩家人紛由租賃處遷回現宅。老先生住在傳道醫院期間，長子說：「我原本住在 X 寮那邊，X 鎮那個房子我和我老爸住過，不過我三弟一家人到國外做生意，做得不太好，於是回來台灣，我就把 X 鎮那個房子讓給他們，自己搬到 X 寮那邊去。」弟媳婦卻駁斥說：「我大伯他們在 X 寮那邊住，又搬來這邊住了一年半，不說房租，

就光講水電、瓦斯好了，他從來沒和我分擔過一毛錢，妳說這是不是做人太過份了，連一點基本的生活須知也沒有。」病重時的林老先生顯然沒將遺產分配好，以致往生後子媳們吵鬧不休。

由前述病人的例子得知，即便病人曾交代過後事，但是否交代清楚？家庭成員有無共識？社會網絡是否廣達？經濟資源是否充足？都足以影響後事備辦以及往後家庭成員的互動關係。由此看來，經濟資源是完成後事之基礎，家庭關係與社會網絡是圓滿完成後事的關鍵。後事備辦與完成之同時勢必開啓再生產社會紐帶與展望未來之契機，卻不能保證重構後的社會建制與日常生活世界之面貌。要言之，送死的文化設計就像病人與家屬共有的家庭組成、家庭關係、族群屬性與社會網絡等社會建制一般，它們指引病人與家屬的演出，卻不能主導演出結果。送死文化之演出涵蓋何時？如何？向誰交代後事？以及交代什麼等環節，因有這些演出使得病人與家屬日常生活世界中既有的文化傳統、社會建制與價值信念再顯生機，經由病人、家屬等演員之演出，將重構下一波詢問或告知病情之道、社會建制與送死文化本身。

再論送死文化實已安置在病人與家屬的日常生活世界中，它以民間宗教信仰崇尚神、鬼與祖先的概念為基底，或同受其他宗教與價值信念影響。將預備、交代與執行後事視為儀式實踐，交代與預備後事需要人、事、物做為送死文化展演之憑藉，儀式實踐將彰顯神、鬼與祖先；善靈與惡靈等概念的差異，調和為文化存在之模式(model for)與文化模式本身(model of)，統合實然與應然以及世界觀(world view)與文化氛圍(ethos)等面向。死之將至是為文化存在之模式，亦即文化之實然面向與世界觀；送死文化的設計是文化模式本身，亦

即攸關社會道德之應然面向與文化氛圍。<sup>10</sup> 要言之，病人病情惡化誘使送死文化設計再度浮上抬面，行動者透過交代、預備與執行後事等儀式實踐，調和死之將至的社會事件與充滿社會責任、義務與道德氛圍的送死文化之設計。

據泛文化研究指出，死得其時、死得其所、交代後事、善盡社會責任，是善終之徵兆，人們多有追求善終的期待 (Bloch and Parry 1994[1982]:13,15-18)。本研究對象雖非人人皆可得到善終，多數病人與家屬卻不放棄追求善終的可能。交代後事重視時機與場合，能否得到善終，必須關照人是否死得其時與死得其所。交代後事是善終的條件之一，也是送死文化設計中的一環；要言之，送死文化以善終為終極目標，送死的文化設計則是人們達到善終必須通過的關卡。關卡不斷預示病人與家屬何時？如何？向誰交代後事？以及交代什麼？關於病人交代的後事，其內容觸及在世的人、事、物，設若病人能善加安排遺留下來的人、事、物，其手足間即能和睦共處；反之爭端頻仍。

當遺願透過喪葬儀式得到完成時，不僅能再生產俗世生活的家庭(成員、關係)、族群屬性、經濟資源、社會網絡等社會建制，更給予亡者通往來世的憑證或保障。是以，在病人瀕死之際，通過病人與周遭人士展演的送死文化，得以成就生與死、生者與亡者、此世與彼岸連結的契機。交代與預備後事以及喪葬儀式的舉行，俱為送死文化之一環，舉行喪葬儀式將把潛藏在交代與預備後事背後的動力往前推進，促使

---

<sup>10</sup> 儀式乃介於為文化存在之模式與文化模式本身，實然與應然，以及世界觀與文化氛圍間的媒介，儀式實踐使為文化存在與文化模式本身等三組概念統合為一文化整體(Geertz 1973:94-95)。本文藉 Geertz 上述儀式理論以分析交代與預備後事以及喪葬儀式的實踐過程。



社會轉型，喪葬儀式尚能再現社會建制、文化傳統與價值信念，並富有儀式實踐之意義。

### 三、變化的樞紐

依前節所述不論病人自行交代或由家屬統籌後事，後事必觸及葬式與安葬處所，此為喪葬儀式之內涵。就病人性別、年齡，其採用之葬式、喪葬儀式與其宗教信仰來看，杏林醫院癌症病房十六位癌末病人，葬式有火葬與土葬兩種，採取火葬者有十一位，男性八位，女性三位，年齡分佈在三十至七十七歲；採取土葬者有五位，男性二位，女性三位，年齡分佈在四十一至七十二歲。宗教信仰有民間信仰、一貫道、佛教與基督教等四種，民間信仰有十二位，一貫道有二位，基督教一位，佛教一位(見表二)。一貫道、佛教與基督教等四位往生者遵從所屬宗教儀式，十二位民間信仰之往生者曾聘請僧侶與道士，到醫院太平間、自宅、墓地及靈骨塔作法。火葬或土葬之考量不一定受宗教信仰影響，如阿旺、阿華因為家庭經濟情況欠佳，難以負擔土葬費用，故採納火葬；如李老先生、簡先生的家屬認為病人染患癌症，火葬較乾淨；如李先生的家屬顧及病人往生後無人定期掃墓而採火葬。有如鍾老先生的家屬認為病人受癌症折磨相當可憐，雖然家庭經濟困窘，仍不忍將遺體火化而採用土葬。

傳道醫院安寧病房十五位住院的癌末病人，葬式有火葬與土葬兩種，採取火葬者有十二人，男、女各六位，年齡在四十五至七十五歲；採取土葬者有三位，男性二位，女性一位，年齡分別為五十九、七十三與七十八歲。宗教信仰有民間信仰、佛教與基督教等三種，民間信仰居多數，有十一位(見表三)，兩位佛教徒採取火葬；一位基督教徒採取土葬並舉行告別禮拜；一位原為民間信仰信徒，往生前皈依基督教，亡

故後採取火葬，並舉行基督教告別禮拜。民間信仰之往生者，其家屬與杏林醫院往生者的家屬多聘請僧侶與道士到自宅、墓地及靈骨塔作法；而採取火葬者如陳先生的家屬，迫於經濟因素採納火葬；李老先生的家屬考慮地狹人稠，土葬要過八、九年才能撿骨，又怕地震影響墳地風水，以及爲了減少子孫祭拜不便，避免風水之苦而採取火葬；蔡先生與陳先生的家屬都認爲火化遺體較乾淨，所以主張火葬。

據知杏林與傳道醫院兩病房之癌末病人多爲民間信仰之信徒，他們以壽終正(內)寢爲善終指標，但病人不一定都能留一口氣返家。又台灣漢人傳統喪葬禮俗以入土爲安爲上策，研究發現病人與家屬不一定都採納土葬。往生病人之喪葬儀式兼容不同宗教信仰之內涵，比如病人爲民間信仰之信徒，往生後家屬請人設置佛教靈堂，延聘佛、道教之儀式專家同台演出，是以癌末病人、家屬以及儀式專家做爲喪葬儀式的實踐者，他們在台灣既有喪葬禮儀規範之上，仍能創造適合當下需求的喪葬儀式。

關於儀式的分析與討論，誠如 Durkheim 以爲儀式有正儀式(positive cult)、負儀式(negative cult)與贖罪儀式(piacular rite)之別，正儀式能誘發信徒崇敬之心，負儀式引發信徒的畏懼，而喪葬儀式常帶有追悼亡者與贖罪之內涵，儀式能提升信徒的神聖性與宗教情操，具有社會整合的功能；透過儀式能安置人、事、物之次序，從事基本的社會分類(Durkheim 1965)。同樣認爲儀式具備功能性的 Van Gennep，他以爲相應於生、老、病、死等生命關口，有出生、成年、結婚與喪葬等通過儀式，其間強調分離、過渡與整合之特性，儀式能助人通過生命關口，通過儀式者將由舊階段進入新階段(stage)(Van Gennep 1977)。Turner 不同於 Van Gennep，他認爲儀式不是使參與者由某階段進到另一階段，而是促使參與者取得新身份

與新地位，更促使社會結構轉型，根本地說，儀式是社會重組的內生動力，它處身於人際之間不斷拉扯而產生的縫隙 (breach) 與危機 (crisis) 當中，透過儀式展演得以尋找到彌縫的 (redressive) 可能性，從而體現不同於先前樣貌的真實 (actuality)，儀式展演的過程使得社會結構進行重組，它是力量展現的方式 (Turner 1969, 1982)。Bourdieu 則在分析儀式時提及慣習 (habitus) 與實踐 (practice) 概念，他認為行動者以過往的儀式知識為基石，此即慣習；行動者因應情境創新儀式內涵，此即實踐；儀式實踐以既有的儀式知識為基石，在實踐過程中行動者將賦予慣習嶄新的意義 (Bourdieu 1990)。由前述學者關於儀式之見解，可知喪葬儀式做為一種儀式，它具有變化人、事、物、儀式知識與社會結構之可能性。

了解儀式理論之梗概後，研究者將藉 Turner 指儀式具有社會轉型之力量，了解喪葬儀式如何經由瀕死病人與家屬的互動而發酵？在日常生活世界中何以賦予生者與亡者新身份與地位？或使妻離子散、手足爭端越演越烈？該儀式如何變化自我、他人與社會之關係？如何強化此世與彼岸之連結？藉 Durkheim 的儀式理論，了解信徒如何重構其社會文化內涵？如何安置人、事、物之次序？如何在人群、族群與信仰間進行社會分類？藉由 Bourdieu 之儀式實踐理論，視病人與家屬、生者與亡者皆為行動者，了解行動者、儀式與儀式實踐間的動態關連，觀看喪葬儀式的行動者如何展演儀式知識？如何在實踐過程中變換儀式知識的內涵？

下文將闡明研究對象如何展演喪葬儀式，促使人、事、物與社會產生變化。人的變化將由癌末病人、亡者，轉變為祖先、善靈或惡靈；病人的家屬、生者將轉變為子孫與哀悼者之身分。事物的變化，在喪葬儀式過程中經由象徵的操弄，如紙錢、紙房子、紙車子與衣飾，以及遺體、遺照、骨灰、

骨灰甕分別在靈堂、火葬場、靈骨塔與墓地等空間出現，事物將變化其物自身，以及為人與為社會之關係。喪葬儀式足以安置人、事、物的次序，其本源在於喪葬儀式背後之送死文化設計，喪葬儀式實踐的結果將更新病人與家屬日常生活世界中的社會建制、文化傳統與價值信念，這些人、事、物將與其處身的社會有不容分割的關連。

本研究中喪葬儀式不見得都具有翻轉原有社會結構之力量，在儀式過後重組日常生活世界的面貌，呈現兩歧發展現象，其一，使自我、他人與社會之關係，在死亡之社會事件考驗下，重構日常生活世界，使人、事、物重獲平衡；其二，使自我、他人與社會之關係，在死亡之社會事件考驗後，不斷深化瀕臨解組之日常生活世界。故儀式舉行過後可導向新日常生活世界之面貌，卻不因此斷定社會轉型的必然結果，文後將透過天佑、陳先生、鄭老先生的喪葬儀式，呈現日常生活世界解組與重構之可能性；由梁老太太、李先生與「阿嬤」的喪葬儀式，可見日常生活世界在解組後難有重構的機會。

天佑過世後，家屬在自宅設立佛教靈堂，後將遺體火化，擇日舉行公祭，發引安葬靈骨塔。天佑曾為里長與義警，佈置靈堂、準備喪葬儀式、發引出殯、引靈返家等過程不僅號召天佑的妻子女，且將家屬、里民與義警隊友聚合起來。在靈堂前瞻仰天佑的遺照、在火葬場等候骨灰，迎請骨灰甕前往靈骨塔，與事親友隨著遺照、骨灰、骨灰甕等象徵物的一再出現，情緒不斷被引燃至顛峰狀態。雖然天佑與家人並未皈依佛教，但是佛教靈堂在眼前縈繞，誦經聲在耳邊響起，火化的光影不時襲上心頭，這不僅是與事儀式演出者之感官刺激，它更讓演員們反身照見自己、他人與社會的關係。天佑一家人在其中飽嚙難得的寧靜，重新肯認一家人的意義，

這些演員在靈堂、公祭會場、火葬場與靈骨塔等儀式性空間來回穿梭，展演著潛藏在日常生活世界中套裝已好的送死文化劇本，從而令生者與亡者獲得新身份與新地位，儀式將他們帶入新境界與新的社會組成狀態。

陳先生的親友像天佑家人般，從家居生活、門診治療以致於住院期間，往生前後對喪葬儀式的安排，甚而照料亡者的遺孀，他們都竭盡心力。陳先生的喪葬儀式提供妻子女再聚合的機會，親朋們透過不同的儀式場合，不斷活化與亡者及其遺孀的關係，從而增進生活持續不輟的動力。誠如陳太太說：

我先生留一口氣返家後沒多久就過世，靈堂設在我家一樓。先前我娘家的哥哥就跟我說不用我擔心，一切都會幫我準備好。我哥哥幫我設想地很好，還請道士來做藥懺，<sup>11</sup> 要火化進塔前，我特地去找一塊空地，請道士來主持，在空地上我幫他燒了很多庫銀、蓮花。進塔後我們還請赤 X 巖的菜姑來幫他誦經超渡，火化與進塔在同一天舉行。...其實我先生在(口鼻)大出血後就曾交代我，萬一有怎麼樣要幫他火化，火化後將骨灰甕送到赤 X 巖。因為赤 X 巖當時發生土地糾紛，不准讓人再把骨灰甕放進七寶塔，我還請我先生的好朋友幫忙紓通關係，才能順利將他的骨灰甕請進去。...後來我先生的好朋友還介紹我去圖書館工作。

陳家人為設立靈堂奔走、在靈堂前後穿梭，靈堂是陳家人的

---

<sup>11</sup> 陳太太指出由道士開一張藥單，而後到中藥店抓藥材，再由道士作法將藥餵給陳先生吃，在藥懺儀式中，道士告知陳先生吃了這帖藥以後，病都會被治好，不會再把病帶到另一世界。

儀式性空間，在此拜飯、藥懺、燒紙錢等事物被賦予象徵意義，促使參與其中的陳家人之身份與地位有被轉化的可能性。同理靈骨塔也提供了儀式性的空間，骨灰甕、誦經超渡依然具有神聖的意義，它們將使往生者與家屬的關係不致於鬆懈無力。

鄭老先生的兒子們像前述天佑與陳先生的家人般，總是全員到齊，不論陪父親看病、住院，抑或準備後事，他們都分工合作。老先生的兒子們既尊重長輩且遵循傳統喪禮，比起天佑和陳先生的子女，鄭家人的表現更貼近台灣傳統漢人崇尚「父慈子孝、兄友弟恭」的文化傳統，他們期待父親的來世不再受病痛之苦，兒子們為亡父燒了十七天的紙錢與庫銀，請來婆仔做譴爽，請人做藥懺，直到七旬做完，守靈告一段落，擇日發引安葬。從巡山看風水到出殯下葬花費六十多萬，這並非普通人家足以負擔的開銷，兒子們卻對風水之說深信不已，他們認為能為父親安頓好來世，是為人子女者此世應盡的義務。鄭家三子在父親病重時盡照顧之責，在父親往生後做譴爽、燒紙錢、做藥懺、看風水、擇好日、看時辰、出殯下葬，此皆為人子之道，人子之道端賴行動者付諸實踐，因有病中的實踐與往生後的儀式展演，使得人子之道得所彰顯，人子與人父；子孫與祖先之身分乃漸告底定。

若說天佑、陳先生與鄭老先生的喪葬儀式足以提供親朋再次整合的機會，那麼阿旺、梁老太太、李先生與「阿嬸」的喪葬儀式卻使親情手足漸行漸遠。旺嫂倉促辦完阿旺的後事，她說因為考慮葬地難覓所以主張火化，等到火化後再請佛教法師誦經，將阿旺的骨灰請回老家的靈骨塔安奉。其實阿旺亡故前身無分文，往生後旺嫂四處找人幫忙處理遺體，聘請誦經團之費用得仰仗慈善團體幫忙。喪葬儀式非但沒有促成阿旺家人緊密結合，反而暴露貧賤夫妻百事哀的窘境，

儀式結束後旺嫂與妯娌鬧僵，還三天兩頭吵著要女兒將名下的亡父遺產領出來買房子。

至於梁老太太以土葬安置遺體，地點在老家附近的公墓。在杏林醫院癌症病房斷氣時，老太太的長女自作主張將她的遺體移至醫院太平間，時隔四日仍未告知三位弟妹，直到弟妹到醫院探視，才發現母親過世多時。弟妹們原本商議讓母親留一口氣返家，大姊卻深信遷動棺木靈柩會帶來厄運，執意將母親遺體停放太平間直到出殯。大姊的作為弟妹們相當不滿，連連抱怨大姊不可理喻：

主治醫師見我媽媽情況不太好時，還建議讓她回家，可是我大姊不肯。後來我們三個想說我媽媽連家裡都沒有回去看一下，實在很不應該。於是想在作法事的時候，幫她補做一些(儀式)，還背著我大姊偷偷請我姑姑和慈濟(功德會)的會員來幫我媽媽唸經，請道士來太平間作法會。真巧！每次請人來做，她(大姊)都剛好不在，不過有一回道士正好做完，她由外面進來看到了，還一直罵我，說請那些人來做什麼？

這一席話透露從準備喪禮到執行的過程，處處可見梁家子女緊張的氣氛，老太太的手足們更在她下葬的那一刻發生爭吵。長子不滿地說：

從我媽媽過世到出殯，什麼事都是我大姊一個人在決定，我們三個人還要偷偷替我媽媽作法事，像親戚、朋友她(大姊)也不告訴人家，後來我想說這樣不行，就跟我媽媽的娘家說。不過最後在太平間那邊舉行告別式，只有我們四個人參加，其他的人都沒有來。

梁女倒是對自己的表現頗為滿意，即便弟妹們對她的行為頗為不滿，她說：

整個喪葬過程都嘛是我一個人在發落地，七天內做完七旬，全部才花二十萬元，都是我出地。簡單隆重就好，不用像我爸爸過世時，做得那麼複雜，還花很多錢！像阮阿母那個風水，也是我請人去找地。當時我問我阿母後事要怎麼辦？她說簡單一點就好，全部由我發落。像入土那天，要準備牲禮、六碗菜碗去墓地那邊拜，我事先請教人家，什麼都準備好了，我弟妹他們根本不用再準備，可是他們不聽我的，另外準備一份(葷的)，我就很不高興，在墓地那邊跟他們吵起來。

據知梁老太太一家人本為民間信仰信徒，先是長女不願依從民間習俗讓母親留一口氣返家，招致弟妹與親朋不滿，雖然為老太太舉行公祭，參與者只有梁家姊弟。請法師、道士來作法，準備牲禮、祭品原具有轉化喪親之痛的可能，然而在梁家姊弟的認知差距下，法師、道士、牲禮與祭品等神聖象徵反成為弟妹們表達不滿的出口。弟妹認定大姊過於獨斷，在母親往生近一個月內，他們不願與問大姊的事，更在外人面前氣憤地批評：「她(大姊)以為自己很行，老是自以為是！」梁家的手足爭鋒相對由此可見一斑。

再看看李先生漁船隊的好友---阿盛如何描繪支離破碎的李家，李家人如何在病人癌末階段預做安排？阿盛說：

他(李先生)爸爸在 2000 年六月初，他第一次(在杏林醫院癌症病房)住院時，就買好靈骨塔位三個單位，他爸爸跟我說，兩個是為自己和老伴準備的，一個要



給他(李先生)用。當時他爸爸交代我，要讓他在醫院裡面斷氣，要我幫忙申請死亡證明書三份，還將靈骨塔的相關資料交給我。我覺得很奇怪！(瞪大眼睛、面帶不悅之色)他人人都還在醫院，還在接受治療，怎麼會有這樣的爸爸！好像從此以後不想再理他了，我就覺得很不高興。

2000年八月底某晚李先生在病房內斷氣，阿盛得知好友往生，馬上趕回杏林醫院癌症病房，當時並無李家人到場，於是阿盛將李先生遺體送太平間。隔日李母前往醫院太平間運回兒子遺體。病人亡故後七日在殯儀館火化，後將骨灰送到預購的靈骨塔。送葬隊伍中有李母、李弟、李先生與前妻的兒子，以及若干朋友，李父與李先生的前妻並未出現。阿盛提及：「那兩個(兒子)喔！他爸爸快不行的時候也沒來看過他，出殯時才出現一下。聽他祖母說如果來送葬，一個人給他們五萬元，我看他們分明是看在錢的份上才來地。」或許這應驗了「種瓜得瓜，種豆得豆」的道理，李先生原先不顧妻兒遠赴南洋，重病時妻兒未曾探訪，往生後喪葬儀式僅有朋友充場面，求子送終尚得出於利誘。喪葬儀式原本提供李氏遺族聚合機會，由葬禮看來，亡者非但與前妻、二子永不復合，往生後更不可能永享子孫香火。

而在「阿嬤」喪禮形式的選擇過程中也存在家庭成員間的嫌隙，「阿嬤」生前相當清苦，二女在她往生後，決定用她省吃儉用留存的一百萬元遺產，辦一場風光的葬禮，讓「阿嬤」有個像樣的送葬行列，她們不想葬禮辦得太簡省，以免「阿嬤」辛苦一輩子留下的遺產，終得讓嗜賭成性的兄長揮霍一空。「阿嬤」的兒子與媳婦卻自有主張，他們希望殯儀館包辦一切，節省喪葬費用，兄妹兩造在「阿嬤」遺體未離開傳道醫院大門前，當眾大打出手，如此景象連辛苦一輩子的

「阿嬤」也沒想到。

由前述天佑、陳先生與鄭老先生及其家人，以及阿旺、梁老太太、李先生與「阿嬤」及其家人展演的喪葬儀式，可見該儀式是人、事、物與社會得到重新安置的樞紐。不論病人或家屬在該過程中都可能取得新身份與新地位，其社會將產生質變。喪葬儀式做為病人(亡者)與家屬(生者)重構日常生活世界的一環，不能保證重構後的面貌。病人與家屬先存之社會建制與社會紐帶，在病人患病前、初患癌症與進入癌末時都曾進行重構，喪葬儀式對於病人來說雖是最後一次，卻非唯一的重構機會。在此我們看到天佑等三家人與阿旺等四家人，在病人亡故後，家屬的表現雖往兩歧方向發展，卻脫離不了他們先前與病人的日常生活世界。

其次，研究者就 Durkheim 指謂儀式足使人、事、物重新得到安置，並進行社會分類；另結合社會建構論觀點，將儀式參與者視為社會行動者，藉以分析研究對象如何透過喪葬儀式重構亡者的社會文化？研究發現在兼具基督徒與排灣族人身份的阿華與 vu-vu 的身上，不斷顯露家族與族群屬性等社會建制，宗教信仰與喪葬禮俗等文化傳統以及價值信念在喪葬儀式的進程中皆得到重構之現象。

阿華斷氣後瞬即葬於屏東老家附近的墓地，華嫂說：「依照排灣族習俗，人過世後必須趕緊下葬，否則會變成惡靈，因此阿華在病房斷氣後被移送太平間，隔天遺體被運回老家，在老家附近的墓地依排灣族習俗下葬，後來請牧師在教堂主持基督教告別禮拜。」排灣族的葬禮與基督教的告別式在阿華亡故後齊聚一堂。阿華的親友，在他住院期間、下葬或告別禮拜時均全員到齊。雖然先前阿華一家人因工作與求學遷離族居地，阿華的身上畢竟流著排灣族人的血，他時而

與同族親友喝酒、抽煙、吃檳榔、聊天，即便受到主流社會排擠，但是他與家人的互動與族人共聚的意識未曾稍減。阿華是一名基督教徒，他不常上教堂做禮拜，基督教對他的影響看似些微，但在他無法清楚交代後事，華嫂六神無主時，基督教卻能安定人心；阿華的族內長老更主張將阿華遺體送回老家安葬，再到教堂舉行告別禮拜。由此看來，喪葬儀式不僅使阿華的排灣族身份得到顯現，更使基督教信仰得到彰揚。

同理 vu-vu 也受排灣族喪葬禮俗影響，族人認為亡者必須儘快下葬，避免變成惡靈，於是病人亡故後速送遺體回屏東老家，隔天在教會舉行告別禮拜，隨及葬在老家附近的公墓。vu-vu 的家人與族人都是基督徒，但是他們和阿華的家人不同，他們不僅每星期上教會，更積極為教會籌款設立聚會所。不過阿華與 vu-vu 的身上共有雙重身份，在他們肉體生命劃上休止符時，經由排灣族的葬禮與基督教的告別禮拜，使得家族、族群屬性與宗教信仰得到再現與延續的生機。由喪葬儀式舉行之靜態結果來看，阿華與 vu-vu 活著的時候是排灣族人，阿華、vu-vu 及其家人都是基督徒，病人亡故後，亡者與家人依然保有排灣族人與基督徒的身份；但由社會文化重構的動態過程來看，喪葬儀式的展演促使演員、家族、排灣族與基督教信仰重組與再確認。原本看似客觀、外在，具有社會強制性的家族、排灣族與基督教信仰等社會事實(social facts)，通過演員們的社會行動它不再是抽象概念，而是既客觀且主觀，既外在且內在，既生物性與社會性的社會實體(social reality)。

其三，研究者將就 Bourdieu 的儀式實踐觀點瞭解研究對象的喪葬儀式，發現研究對象多採藉過往的儀式知識，遵循

所屬之族群屬性、宗教信仰、價值信念或文化傳統之規範，卻不忘創新喪葬儀式之內涵。此外，透過犧牲(sacrifice)的觀點(Hubert and Mauss 1967)分析若干研究對象如何操弄象徵物以聖化亡者與來世，並連接生者與亡者之關係。

說起阿惠她什麼都信，什麼神都拜。她是客家人，喪葬儀式多遵照客家禮俗，先前阿惠曾要求身故後火化、至菜堂進塔，希望有人早晚為她誦經。在世時她喜好打扮，乃特別交代往生時的穿著，並請阿姨將她喜愛的衣物燒給她。家屬依循阿惠遺願為她燒衣物，阿惠的先生卻指出這和客家人主張將亡者衣飾分送親人做紀念之習俗相違背。阿惠往生後家人為她由頭七做到七七，百日後再做對年，這都符合民間禮俗，不過她要求燒衣服，還有阿姨為她訂製紙糊的房子與車子，卻不見於古禮，可見喪葬禮俗有被創新的可能。將紙糊的房子、車子與衣服燒給往生的阿惠，顯然亡者與家屬都相信來世，來世的居處如同此世的慾望，慾望透過喪禮中的紙錢、衣服、房子與車子而被表現出來。喪禮中的火焰是神聖的標記，它使萬物轉型，當紙錢、衣服、房子與車子等有形之物被燒化時，乃使亡者與生者在短暫分離後有重合的機會，人與社會由此發生轉型。生者將紙錢、衣服、房子與車子等，視為生者與亡者溝通的中介。若由犧牲的角度觀之，社會賦予犧牲神聖使命，犧牲用以換取社會整體的福祉，在此時此世毀壞有形之物，在彼時彼世將獲得永恆的寧靜(Hubert and Mauss 1967)。阿惠的家人不得不接受病人的別世，於是在儀式中燒化紙錢、紙車子、紙房子、衣服與遺體，在她們的心目中，物質與病人的肉體雖被毀壞，但亡者的靈魂將與火化後的物質緊密相隨，是以犧牲換取阿惠靈魂榮登江家祖先之行列，自此阿惠將與過世的公公同享後世子孫的香火。

虔信佛教的阿玉與阿惠之信仰有別，阿玉的家庭更不如阿惠家的溫暖，阿玉在逃離先生的魔掌後，幸得佛教師姐與師父物質與精神上的協助，住院時師姐與師父頻往醫院探訪。癌末時阿玉交代子女，往生後請求師父為她舉行佛教喪葬儀式。阿玉在病房內斷氣，卻無家可歸，乃將遺體暫移杏林醫院太平間，直到公祭，後送殯葬所火化，再將骨灰罈請到佛寺。自阿玉過世當天起，由其皈依師父主持四十九天法會，阿玉的子女每於法會當天前往參拜。他們不願將母親亡故訊息告知只會伸手要錢、又會打人的父親，阿玉火化後骨灰進塔的費用，子女得商請經濟困難的舅舅協助解決。雖然經濟困頓，但是阿玉、子女、娘家寥寥可數的親戚，佛教的師姐與師父們，均在阿玉的喪葬儀式中聚合，同聲為阿玉往生極樂世界祝禱。子女們相信母親經過開示，已然前往娑婆世界，這或許得歸功於他們對於佛教信仰的實踐，畢竟這遠超過物質形式對阿玉家人的窒梏。對於阿玉及子女來說，決意斬斷夫妻、父子情緣，並忍心燒化遺體，雖是俗世的犧牲，卻是來世的新生。

如果說阿玉一家人將母親脫離六道輪迴寄情於佛教法會，那麼李老先生的家屬則希望亡者能順利進入祖先的行列，李家人的期望符合傳統漢人社會之價值觀。話說家屬在病人病重時，希望讓他留一口氣返家，老先生斷氣後，家屬們皆在家守喪。家屬考量台灣土地愈來愈少，若採用土葬要過八、九年後才能撿骨，其間深怕地震影響墳地風水，家屬為減少子孫祭拜不便，避免尋找風水之苦，於是決定幫老先生火化，而後暫時進塔安奉，等待對年後，再將骨灰請回老家與李氏宗祠之祖先合爐。先前老先生病危時曾交代要和老太爺們放在一起，李氏宗祠早為他預留生靈。在宗祠內為活人預留生靈是家族領域範圍的宣示，生靈為家族集體的象徵，它早在李家的日常生活中運行不輟，不斷向生者訴說在他們百年之後必須回歸祖先的懷抱。儘管老先生的家屬因應

社會變遷與時代趨勢，以火葬而非土葬處理遺體，然而老先生的骨灰仍依從傳統漢人送死的文化設計回歸李氏家族的懷抱。由李老先生與家屬關於喪葬儀式之展演，足見他們不僅轉化傳統喪葬儀禮以呼應當下需求，且再現傳統之文化價值與家族屬性。

經由天佑一家人、陳先生的親友以及鄭老先生的兒子們在喪葬儀式中的表現，足見該儀式具有社會轉型的力量，這三家人之親子、手足經由喪葬儀式往整合方向邁進；在阿旺、梁老太太、李先生與「阿嬤」往生後也舉行喪葬儀式，生者與亡者之身分與地位也因儀式而得到轉換，但是阿旺等三家人在通過儀式後，徒使親情手足關係漸行漸遠。對照前後兩類往生病人的喪葬儀式，發現喪葬儀式並非如涂爾幹所言，儀式僅具有社會整合的功能；反而比較符合 Turner 所言，儀式具有轉變個人身份與地位，促使社會結構產生質變之作用，因而儀式是力量的展現。喪葬儀式足以具現家族、族群等社會建制，宗教信仰與喪葬禮俗等文化傳統，這在兼具基督徒與排灣族人身份的阿華與 **vu-vu** 身上展露無遺。喪葬儀式既是社會分類的基礎，且是家族、族群等社會建制重構，文化傳統與價值信念再生的動力，儀式過後阿華與 **vu-vu** 的家族、排灣族身份與基督教信仰因而發生內在變化。

由不同葬式之比較，可見火化過程中犧牲的不只是有形之物、血肉之軀與有情之人，且是對此世的割捨，像阿惠與李老先生務求加入祖先行列、接受子孫香火，阿玉則期待精神超脫，他們對來世存有無盡的想望。這三位往生者有不同的宗教信仰，阿惠與李老先生既是客家人且是民間信仰之信徒，阿玉為閩南人與佛教徒，他們的家屬既尊重亡者所屬族群與宗教信仰，且為因應土地不足、風水尋找不易、掃墓不便與個人需求而更易傳統喪葬儀式的內涵。由此可見往生者

與家屬不僅遵從既有的族群屬性與宗教信仰，他們也有創新儀式內涵之能力，這與 Bourdieu 儀式實踐理論之說法不謀而合。也就是說以阿惠、李老先生與家屬的演出看來，他們仍遵循先存的喪葬儀式，演員不忘客家禮俗，務使亡者進入祖先行列，喪葬禮俗是一種慣習，亦為先於演員存在之儀式知識，在演出過程中演員原本熟稔之慣習與儀式知識經過修改，而產生新樣貌。因此儀式實踐不只採藉客家禮俗，不僅以進入祖先行列為目標，他們還因應社會變遷改土葬為火葬，放棄入土為安的信念，隨順亡者遺願燒掉在世服飾，家屬燒掉紙房子與紙車子，以豐富亡者的來世生活。即便阿惠與李老先生已榮登江、李兩家的祖先行列，子孫們已完成慎終追遠的義務，在喪葬儀式的進程中，瀕死病人與家屬等行動者所擁有的主體能動性卻不容忽視。

綜觀本研究對象之喪葬儀式能使家族、族群等人群整合，能重構家族、族群等社會建制，以及文化傳統與價值信念，從而區分不同的社會組成，就此而言與涂爾幹之儀式的功能論述與社會分類概念相謀合。然而喪葬儀式可令妻離子散、手足怒目嗔視。喪葬儀式既可促使人群整合，亦可使妻離子散，喪葬儀式既是變化個人與社會的樞紐，且是此世與彼岸不可或缺的連結，其間行動者皆經過儀式性轉化，使得生者與亡者取得新身份與地位，促使社會再生，是以 Turner 社會轉型的儀式理論較能完整解釋喪葬儀式之內涵與作用。再而，在喪葬儀式實踐過程中，行動者不忘既有的社會建制，不負所屬宗教信仰、文化傳統與價值信念，且因應時空與情境需求賦予喪葬儀式新氣息，創造性地轉化家庭關係、社會網絡、經濟資源與族群屬性等社會建制，足見此與 Bourdieu 儀式實踐的觀點有異曲同工之妙，更與社會建構論的理論觀點相謀合。因為前述二理論強調行動者受既有的社會建制或慣習之指引，在付諸行動的過程中不忘時空與情境要求，適

時展現主體能動性。由本研究看來，癌末病人的喪葬儀式有多種組合之可能性，是以綜合涂爾幹的功能論、Turner 的象徵論、Bourdieu 的實踐論以及社會建構論，才能通透癌末病人喪葬儀式的不同面向。

由交代、預備後事到執行喪葬儀式，時當瀕死病人與家屬由醫療場域逐漸撤離，送死的文化已安置於他們的日常生活世界中，隨著病人病情加重，該文化對於病人與家屬之作用力與日遽增。病人與家屬，亡者與生者同為送死文化的展演者，也是喪葬儀式的行動者，此刻以家庭與喪葬場所為舞台中心，演員有責任與義務為送死文化的腳本成功演出，務令社會滿意從而保有社會人身分。在演員演出的同時不忘以己願為腳本彩妝，病人與家屬通過喪葬儀式連接生者與亡者、子孫與祖先、人與社會以及超自然之關係，可見病人與家屬並非被動、無能、無權的客體，他們以身為社會人為榮，將與其社會在重構中獲得新生。

要言之，假若沒有病人與家屬做為喪葬儀式的實踐者，那麼在日常生活世界中日積月累的儀式知識即難以獲致新生。在喪葬儀式執行過程中，演員與舞台，以及由社會建制、文化傳統、價值信念與其滋長之力量組構而成之場景與劇本，將不斷在日常生活世界中重組，演員的自我、他人與社會將發生質變，此即喪葬儀式做為變化樞紐的所在。喪葬儀式既是演員也是社會行動者共構之文化傳統，它將成為下一波病人與家屬因應死亡到臨時的慣習；它上承交代與預備後事之社會責任與義務，下開追憶亡者之可能性。喪葬儀式與前文提及之交代與預備後事，以及後文觸及之追憶亡者均為送死文化之一環，通過喪葬儀式、追憶亡者，如同藉由交代與預備後事一般，都能促使為文化存在的模式(model for)與文化模式本身(model of)統和為完整的文化系統。



#### 四、再生的契機

若要論生死莫過於哲學思維與宗教信仰之討論，東方哲學思維的具現可以黑澤明<<生之欲>>影片中的日本公僕之遭遇為代表，西方哲學思維的具現則在托爾斯泰名著<<伊凡·伊列區之死>>(托爾斯泰 1991)一書的主人翁瀕死的身軀中見到曙光。這兩位主角皆罹患癌症，癌症反應存有者之社會文化特質，日本公僕肩負集體主義(collectivism)社會之責任，伊凡·伊列區則反映個人主義(individualism)社會下自我抉擇的意志。罹癌訊息逼使他們重新審視人生，死亡讓一切虛偽現身，死亡使社會關係清晰浮現，死亡讓人清楚地重新活過。一旦覺察曾經輕忽過的一切，即有不得不顛覆過往價值的衝動，在懷疑周遭人事物的剎那，即意圖改變慣有的生活方式，希冀尋索存有的意義與價值。如果意義的追尋是生命的出口，那麼罹患癌症對於日本公僕與伊凡·伊列區及其周遭人士來說，毋寧是再生的契機。

當兩位主角找到人生意義時，即便終需步上死亡之途，卻為後世提供良好示範。肉體死亡並未結束一切，誠如幾經尋覓的日本公僕決意為市民籌建一座社區兒童公園，伊凡·伊列區則在臨終前的瞬間，認知死亡不復存在，從此身心不再飽受折磨。癌症誘發人探索生命的意義，在人被折磨的當下，極盡能事企圖擺脫死亡陰影，日本公僕不顧一切艱難完成兒童公園，從此市民與兒童不僅傳頌公僕的故事，在公園中躍動的生命更讓公僕利益眾人的精神不斷地流傳。伊凡·伊列區則徹底彰顯個己的存在，孤身奮鬥、面對存有的虛無，終在一念之間以靈魂戰勝肉體折磨，覺知死亡完了。

日本公僕雖非佛教徒主張人身是地、水、火、風、空等

五大元素假合之臭皮囊，現世的出現基於無盡輪迴中的因緣際會。他卻在不斷尋索人生意義的過程中，頓悟建蓋兒童公園之重要性，以超人的意志忍受胃癌病痛，在寒風暴雪中無畏無懼地完成使命，如此作為與佛教徒看破肉身的有限非常相近。日本公僕並非一開始就像老莊思想之堅信者，認為瀕死是一段返歸自然的歷程，卻在人生歷練中漸漸學會了脫生死、自然接納死亡。而生長在基督宗教國度中的伊凡·伊列區，在臨終時刻未曾指明背負原罪之信仰與死後接受審判之恐懼，但其恐懼、不安、孤獨與無助，與基督宗教徒經常孤獨地面對死亡並無二致。對於日本公僕、伊凡·伊列區，以及佛教、基督宗教的信徒或老莊哲學思維的堅信者來說，終極意義的探索可以經由價值信念與宗教信仰之內容提供適切解釋，並由實踐中得到再生的契機。

研究中的癌末病人及家屬多為民間信仰之信徒，佛教徒或老莊思想與基督宗教的堅信者少，不論人們歸屬於何種宗教信仰或價值信念，多數病人皆曾經歷如日本公僕與伊凡·伊列區徹底否定自我的過程，卻無人在往生前如日本公僕般決意從事利益眾人之事，也無人像伊凡·伊列區在一念之間戰勝死亡，覺知死亡完了。如果將這些人面對死亡之態度比喻成一道光譜，那麼利益眾人与當下覺知分佔光譜的兩端，本文中的癌末病人之死亡態度正分散在日本公僕與伊凡·伊列區之死亡態度的中間區域，由此反應可見常人面對死亡之諸種態度。

當喪葬儀式結束後家屬何以為繼？此一課題更值得關心，試想何以為社會人？關鍵在於人能體認個己有限與社會無窮的道理(Durkheim 1965)，因為單憑個己之生理性生命(physical life)難以成就社會性生命(social life)，對應於生理性生命者為生理性死亡(physical death)，當個己之生理性生命消亡

時，社會成員常為亡者舉行喪葬與追悼儀式，緣此得以屢現並創新社會活力，是謂之再生(rebirth)，也就是說當個人肉身死亡時，可經過追憶與哀悼取得社會性的生命，即便生理性生命有時終，社會性生命卻無窮(Counts and Counts 1991)。亡者的風範是集體追憶與公眾記憶之憑藉，肉身雖死、精神常存，亡者將具備永垂不朽之地位，亡者的一切將是型塑集體意識的神聖標誌，追憶與憑弔毋寧是促使社會獲致再生的動力(Humphreys 1981)。對於本研究對象來說，再生的契機常由家屬的追憶發端，在追憶中家屬與病人的社會與文化價值觀得以再現。追憶者不僅藉追憶抒解悲痛，更從此尋索未來生活的可能性(Seale 1998)。

回顧家屬常言----減輕痛苦是癌末病人最起碼的要求，有尊嚴的死、有品質的生是所有家屬最深的期盼。病人的要求與家屬的期盼，在不同的醫療與照顧環境中展現不同樣貌，當希望與現實發生落差時，往往是病人往生後家屬追憶的起點。試問家屬認為病人走得圓滿(平安)嗎？家屬如何面對自我？如何創新日常生活世界？家屬的敘說像在開啓塵封已久的死亡之書，敘說者每將自我置放在病人瀕死的情境中，在追憶的當下，帶領自身進入生死意義的氛圍，讓與聞者閱歷病人、家屬與相關醫事人員共塑的瀕死情境，學習面對死亡。家屬的追憶可喻為社會劇(social drama)，它讓追憶者浸身在不得不面對改變的臨界點上，追憶做為文化論述的形式之一，它提供追憶者轉換新舞台，追憶亡者對於家屬來說正如喪葬儀式對於亡者的意義，追憶亡者將與喪葬儀式同具有變化個人與社會的能力，更能調和為文化存在之模式與文化模式本身。

論及癌末病人先前曾在杏林或傳道醫院之病房中求醫，家屬隨病人入院，家屬再生的可能性雖與醫療場域的人、事、

物多有關連，卻非醫療場域之醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量足以囿限。在癌末病人往生後，病人的主要照顧家屬透過追憶亡者以獲得再生契機，雖然再生樣貌至為分歧，其間仍有共通之處，比如有些家屬在追憶亡者時怨嘆老天有所不公；感嘆人生無常；一本常態沉浸在往日的恩怨情仇當中；只顧及眼前事、只求及時行樂拋掉一切煩憂；也有始終以善盡社會責任為務者，他們照顧病人、送死，以致於病人往生後其態度始終如一；更有人體會要把握當下，善待家人，以免子欲養而親不在之憾；更有人將個己之愛化為及時行善之動力；除外，有些喪偶的中、老年家屬在歷經磨難後，始能漸漸看破人生。

家屬之所以怨嘆老天，因為他們心有不甘，質疑亡者在世時多行善事，何以得不到善終？如佑嫂曾不斷質疑「是不是好人都比較早死？」而感嘆人生如此無常者，如莊老太太的三子讓醫師幫母親插管救命，瀕死者既痛不欲生，自己更懊悔讓母親住院，為母親做插管的決定；又阿義的大姊後悔讓阿義住進傳道醫院的安寧病房，懊惱阿義早死，悔恨阿義的子女不聽人勸、四處遊蕩，可見她對人生無常相當無奈。

不同於怨嘆老天、感嘆人生無常者，有些家屬能看破人生，看破非一蹴可及，人生更非通過觀看即可得知，看破是大徹大悟，不僅需要時間、磨練，更需要智慧，在逐漸看破的過程中，因有因緣際會與根器差異，體悟人生自有深淺之別，這分別在簡太太、鍾老太太、李老先生、劉先生、黃先生、李老太太、陳太太等人的追憶中顯現。簡太太原先一想到亡夫就真不甘，而後能看破「人生海海啊！」鍾老太太在經歷喪女之後，常去佛堂聽道理，直到再次經歷亡夫之痛時，「感覺自己已經看開了！人生就是按呢啦！」同理李老先生曾說：「夫妻一世，就是要從一而終」，即便「真藥醫假病、

真病沒藥醫！」也要竭盡所能照顧瀕死的太太，太太過世後他體悟到「人生海海啊！」黃先生依照太太遺願，簡省開銷、不勞師動眾，為太太辦完喪事，而後體認到「總有一天自己也是要和人家說 bye bye!」又如劉先生原本相當看重事業、金錢，與獨子關係相當緊張，在太太過世後體悟「生不帶來，死不帶去！」的道理，它不僅改善父子關係，更轉變劉先生的金錢與家庭觀念；李老太太在先生亡故後返回故居，睹物思情，藉由追憶與亡夫共同打拼的往事，從而獲得新生的動力；同為未亡人的陳太太，態度更為明確與積極，她說：「若是有人靠，就靠人；若是沒人靠，就靠自己」。

其間有些主要照顧家屬在預備及辦理喪葬儀式與追憶亡者的過程中，一本過往常態重演家庭悲劇，徒使親情手足更行遠離，如旺嫂心裡在乎託孤一事，她更汲汲營營想賺大錢、買新居，雖有心賺錢與買新居，卻無心改善母女關係，阿旺往生後的家庭依然支離破碎；比起阿旺的家庭，華嫂較旺嫂盡責，她被迫提早為子女的未來擔心，因身為被邊緣化的原住民，加上身體虛弱，華嫂得背負更沈重的家庭負擔；劉老太太在先生往生後，雖然堅信「有情有義」是活下去的動力，但家庭重擔一肩挑，困窘狀態不減當年；梁家子女在母親病重時即言行不合，母親往生時雖有令人欽羨的祥和面孔，子女的紛擾依然不斷；同理子女為辦理「阿嬤」的後事，因喪葬儀式的形式與遺產處置而引爆肢體衝突；林老先生的子媳們在老父往生後不逃出外謀生，反而關門重演爭奪遺產之戲碼。

不同於前述家屬以怨嘆老天、感嘆人生，或以大徹大悟的心情面對人生，又不在乎親情手足，不管遺產如何分配，有些人只想逃離令人悲痛的舞台，他們只顧眼前事，比如小玉在母親過世後曾想離開傷心地，在面臨困境時她抱持著「到

時候我自然就有辦法啦！」的態度，她想中輟學業到北部闖蕩天下，經眾人苦口婆勸，勉強答應留在南部完成學業。抑或有人轉向及時行樂，放縱自身以抒解過多親友死亡的悲傷，比如李先生病重時阿盛雖非其至親，卻臨危授命擔當照顧重任，當他憶起身邊親友離去與照顧重病親友的往事時，反覆強調：「只要高興就好了，以後的事以後再說吧！」又阿惠的先生---江老師起先不管俗世眼光，身為人師、人夫、人子與人父，在亡妻過世初期不顧形象在眾人面前哭泣，甚而上酒家買醉，放縱自己舒緩傷痛，而後在親友勸解下漸漸面對現實，認知照顧兒子之責任。

隨著親朋的規勸，江老師漸漸體會身為社會人之責任與義務，但是有些家屬始終都以善盡社會責任為念，這在鄭老先生與黃老太太的遺族身上彰顯至明。鄭老太太自覺仍拖著殘破的身軀與病魔奮戰，想起先生已脫離病魔磨難，順利離開人世，深感「他比較好命，因為他已經去享福了！」鄭老太太常以完成老先生的遺願為念，希望所有兒子都有自己的家庭、妻室與子女，以完成為人父母者的社會責任；身為人子的鄭家三兄弟也沒讓父母失望，他們為亡父慎重辦理喪事，更時刻關照母親的身體健康。同為往生者之子女，黃老太太的子女想起往事，自認已經盡量為母親設想，不要讓她承受罹患癌症之壓力，矇騙母親病情、為母親預備後事皆為避免留下遺憾。同樣王大姊的女兒在亡母離世時，曾安慰醫護人員不要傷心，因為「為人子女該做的事都已經做了，做為醫護人員該準備的都已經準備了」，大家已經善盡社會責任就不需要再自責。而李老先生的子孫也為避免遺憾，希望善盡為人子女之社會責任，他們依照老先生遺願辦理後事，子女希望在工作崗位好好表現，孫子求學則為了有出人的成績。

還有些主要照顧家屬，不僅深刻體悟到要把握當下善待

親人，以免子欲養而親不在之憾，抑或將愛家人的心情，轉為及時行善的動力，他們不再自怨自艾，反投入公眾舞台積極迎向未來。比如阿攀的女兒---林媽媽不斷自我提醒「要好好把握眼前的時光、關心家人，否則時光難以倒流，親情難以復收」。林媽媽積極推銷保險，想將好東西與人分享，此與及時行善者不求名利仍有所不同。能及時行善者如阿勇的母親在佛教義理引導下為人誦經趕懺，馬不停蹄，vu-vu 的媳婦則在基督教與 vu-vu 精神的感召下積極與人為善。

如果將主要照顧家屬面對未來時，所呈現之怨嘆老天、感嘆人生無常等較為負向的因應措施擺在連續體(continuum)的一端，那麼看破人生可以擺在連續體的另一端。其間錯落著一本常態沈浸在過往的恩怨情仇、只顧眼前事、只求及時行樂、善盡社會責任、把握當下與及時行善等態度。家屬以如此多樣化的態度面對未來，正如他們與醫事人員反覆在告知或不告知病人病情之間猶疑不定之現象。病人的瀕死反應、在醫療或照顧過程中家屬與病人所受到的待遇，以及他們與醫事人員間互動的點滴，如今都是家屬追憶的起點。家屬面對未來的態度不見得始終如一，可能此時怨嘆老天、感嘆人生無常，彼時漸漸看破人生，此時縱情於聲色、及時行樂，彼時可能峰迴路轉，體認善盡社會責任之重要性。

生者展演未來之生活樣貌所在多有，如果再以生理性生命(死亡)與社會性生命(死亡)(Counts and Counts 1991)做為研究對照的理念型(ideal type)，有的家屬呈現怨嘆老天、感嘆人生無常的態度，在敘說亡者的過程中肯認亡者的生理性死亡，卻透過喪葬儀式與追憶亡者促使亡者擁有社會性的生命，雖然敘說的家屬仍有生理性的生命，因為無法自哀傷、懊悔的心情中走出，可能正將己身推向社會性的死亡境地之中。反之，有的家屬漸漸看破人生，他們既肯認亡故親人的生理性

死亡，也不忘通過喪葬儀式與追憶亡者，使亡者獲致社會性的生命，自己已漸漸褪去哀傷陰影，故能同時具備生理性與社會性的生命。

在家屬感嘆老天、怨嘆人生與看破人生的反應之外，有沈浸於家族過往之恩怨情仇，只在乎遺產分配者；無心慮及他人，只顧及眼前事者；只求及時行樂，忘卻悲傷過往者，若從社會義務的角度來說，這些家屬雖然透過喪葬儀式處理亡者的遺體，卻不在乎亡者是否持續保有社會性的生命，他們並未完整地完成社會使命，再以社會道德的角度觀其行為表現，因為家屬之間斤斤計較、只圖私利，因此徒有生理性生命，卻缺乏社會性生命。也有家屬始終秉持善盡為人子女之社會責任，把握當下善待親人，這些家屬在病人在世時，即勉力維繫自身與病人的社會性生命，直到病人亡故後，不僅肯認亡者的生理性死亡，更致力於維繫亡者的社會性生命，因其作為博得公眾認可，故家屬的社會性生命亦能運行不輟。少數家屬將個己之愛推己及人，一心投入及時行善之行列，這與前述日本公僕利益眾人的作為相近，由這些家屬追憶亡者的敘說中，可見他們較看破人生者更積極地將亡者的生理性死亡轉化為社會性的生命，因為從事為人誦經或募款建蓋教會之事業，其影響範疇跨越家族領域而廣及社會大眾，敘說者自認如此將使生理性生命活得更加充實，其社會性生命定能更加燦爛。

在主要照顧家屬迎向未來的進程中，發現他們與病人展演之死亡文化複雜多變，其求生的動力有多歧發展的可能性，其間實有不變的核心。當病人罹患癌症、進入癌末、死之將至等訊息不斷襲來時，我們將看見一幕幕近似的戲碼在不同人身上上演，所有病人必須面臨能否得知病名與病情之關卡，所有家屬與醫事人員必須學習因應病人的詢問，這是



迎接死亡來臨的前奏。當死亡即將成為事實，交代與預備後事以及喪葬儀式的實踐成為病人與家屬不得不然的社會責任與義務。詢問與告知病情，以及交代、預備與實踐喪葬儀式之歷程，均在回答演員們如何面對死亡。更重要的是隱藏在所有演員們關於病情詢問與告知背後有著共通的社會機制，以及在病人與家屬關於交代、預備與實踐喪葬儀式之底層有著送死之文化設計。社會機制與送死的文化設計先於研究中的癌末病人、家屬與相關醫事人員而存在，卻需要通過他們的敘說、論述與文化展演，方能在醫療場域與日常生活世界中產生源源不絕的生命力，這是終極不變的核心，也是演員、演出與舞台背後的場景與劇本，它更是深層的社會結構。

再說，主要照顧家屬追憶亡者以獲取再生，仍以其家庭為文化展演之舞台，以先前業已存在的日常生活世界與醫療場域同為敘說、論述與文化展演的基底。在醫療場域中共構之醫療意識型態、知識、信仰、信念與力量原是病人詢問病情，家屬與醫事人員告知病情與否之社會機制；而潛隱在預備及執行喪葬儀式底層之送死文化設計，原是病人與家屬完成社會責任與義務成為社會人之劇本。這些社會機制與送死文化設計將再度浮上抬面，化身為指引主要照顧家屬演出再生契機之劇本，它像幽魂般具有生生不息的生命，幽魂終得仰仗演員的展演才有新生命，一旦幽魂脫離演員的軀殼將無從化身為宰制人身的力量，同理沒有病人與家屬共構之日常生活世界，以及他們與醫事人員共構之醫療場域，家屬即無從追憶亡者，難以展望未來。

## 五、 結語

本文首就外顯的舞台演出以及內隱的社會結構兩層面，分析病情詢問與告知背後的社會機制，用意在於解釋癌末病

人、家屬與相關醫事人員如何面對死亡。就外顯部分來說，癌末病人之自主權常淪喪在家屬與相關醫事人員的父權主義之下，家屬矇騙病情爲了避免病人自殺，醫事人員則盡量配合家屬要求不告知病人病名與病情，病人自主權雖被壓制，卻不因此喪失爭取知道病名與病情的權力。就內隱部分而論，將研究對象置於不同醫院病房之外，推及病人與病房所處工業化後的台灣社會，全球醫療發展之潮流，觸及由病人、家屬與相關醫事人員共構而成之急性與安寧緩和醫療意識型態、家族主義、天主教信仰、其他宗教信仰與信念，以及由他們與它們而生的力量。

當癌症初次敲響喪鐘時，死亡並不完全被視爲不可抗拒的自然事件。起初病人在急性醫院診斷出癌症，曾嘗試無數療法，進入癌末階段亦如此，或到急性醫院住院，或仰仗止痛針劑緩解生理疼痛。病人相信科學醫學的醫師與急性醫療，依賴急性醫院提供病床，科學醫學的醫師、醫院與病床爲病人起死回生的憑藉，他們成爲癌末病人難以回絕的選擇。台灣欲以整體性醫學與安寧緩和醫療取代科學醫學與急性醫療以照顧癌末病人，卻有弔詭發展現象。其實科學醫學、急性醫療與整體性醫學、安寧緩和醫療，皆非台灣自發生長之物，但是科學醫學透過急性醫療、整體性醫學透過安寧緩和醫療，它們都對台灣的癌末病人及周遭人士進行規訓，癌末病人的死亡終究難以掙脫自身與他人共構之社會機制對人身無孔不入的宰制。

在送死的文化設計一節中，透過病人是否直接挑明病情，默默接受他人安排，抑或暗示要交代後事，理解病人在瀕死之際仍有社會責任，而家屬有完成病人遺願之社會義務。潛隱在病人的社會責任與家屬的社會義務背後是希冀保有社會人之身分，交代與預備後事以及完成病人遺願是不得

不然的社會道德，病人與家屬藉此取得社會公認。在病人死之將至時，送死文化已佈下設計之網，誘導人完成社會人應為之事，指引病人與家屬在何時？如何交代與預備後事？向誰交代？以及交代什麼？

送死的文化設計由病人與家屬共同建構，並安置在日常生活世界之中，平時隱而不顯，直到病人病情惡化即浮上抬面。在病人亡故前二、三個月常是交代或預備後事之時機，二、三個月是概括性的時機，關鍵在於病情一直走下坡，交代與預備後事是病人與家屬內心反覆掙扎的過程，它將反映病人與家屬處身之醫療場域及日常生活世界中的慣習與社會建制。病人以明說、暗示或肢體語言等方式交代後事，家屬身體力行，動員家庭與族群成員、社會網絡與經濟資源以成事，將亡之人對社會必須有所交代，家屬則要為往生者完成遺願，以告慰祖先與社會大眾。遺願觸及在世的人、事、物，遺願完成的同時，正在再生產俗世生活的社會關係，此亦為往生者通往來世的憑證與保障。

欲完成癌末病人的遺願必觸及喪葬儀式，喪葬儀式如 Van Gennep 所言是一種通過儀式，卻不僅是一種分離(separation)儀式。在變化的樞紐一節中，試圖分析病人與家屬在喪葬儀式中的表現，該儀式不僅具有整合功能，它將變換生者與亡者之身份與地位以及其社會組成，其間曾使人群繁複聚散，因此以 Turner 社會轉型理論較 Durkheim 之社會整合理論更具有說服力。喪葬儀式尚能具現家族、族群等社會建制，宗教信仰、喪葬禮俗等文化傳統以及價值信念，它是重構社會文化之憑藉且是社會分類的基礎。此外，Hubert and Mauss 之犧牲理論與 Bourdieu 儀式實踐理論也得到呼應。綜合儀式理論檢視研究對象之喪葬儀式，發現喪葬儀式使生者與亡者取得新身份與地位，使社會得到再生契機，使家族、族群屬性與

宗教信仰得以彰顯，能使人群整合，亦可令妻離子散、手足怒目嗔視。喪葬儀式有不同發展之可能性，既為變化個人與社會的樞紐，且是此世與彼岸不可或缺的連結。

對於家屬來說，亡者經歷喪葬儀式的轉化已過渡到另一世界，接下來主要照顧家屬該如何開展日常生活？再生的契機一節中，即藉由文化比較的方式，以日本公僕與伊凡·伊列區面對死亡之態度為理念型，對照癌末病人與主要照顧家屬如何面對死亡。發現病人多歷經徹底否定自我的過程，卻沒有病人毅然從事利益眾人之事，也沒有病人孤身奮鬥、面對存有的虛無，在一念之間以靈魂戰勝肉體折磨，覺知死亡完了。少數家屬獻身於利益眾人之事。若將病人、家屬、日本公僕及伊凡·伊列區面對死亡之態度併置討論，發現人們面對死亡之態度猶似一道光譜，日本公僕與伊凡·伊列區所為分佔光譜兩端，病人與家屬面對死亡的態度均散落在光譜的兩端之間。

生者與亡者在喪葬儀式中經歷一度的儀式性轉化，社會身份與地位都產生質變，亡者因有家屬定期舉行的哀悼儀式，惦記其來世生活，因而進入雖死猶生之境界。追憶如同社會劇(social drama)，它提供生者二度儀式性轉化的機會。主要照顧家屬面對死亡與展望未來之態度至為懸殊，有人呈現雖生猶死之狀態，像活死人般處身於社會性的死亡中，既無心於亡者之祭祀，更無意於改善親情手足之關係，甚而浸身於遺產爭奪而不能自拔；有人漸漸看破人生，脫離死亡陰影，有人利益眾生，積極面對未來，兼顧生理性與社會性生命。主要照顧家屬面對死亡與迎向未來的態度並無演化之順序，由探討他們面對死亡與展望未來之態度，我們似乎看見生死的萬花筒。

即便主要照顧家屬面對死亡與迎向未來之態度千變萬化，其間仍有共通之處，即家屬在追憶亡者的過程中得到的儀式性轉化，不能自外於其與病人曾經共同譜畫之日常生活世界，不能忽略病人、家屬與相關醫事人員共構之醫療場域；家屬與病人之家庭關係、社會網絡、族群屬性與經濟資源等社會建制如何被動員，其因應與面對死亡之道、求醫經驗與醫事人員間的醫病關係，將在追憶亡者的過程中再度被喚醒。先前詢問或告知病情背後的社會機制與送死的文化設計，將化身為追憶亡者謀求再生契機之劇本，劇本將因家屬的追憶而獲得新生，它像幽魂般伴隨著它的演員，一旦脫離演員的軀殼，幽魂將無從展現宰制人身之力量。要言之，當死亡之記憶被再度喚醒時，被喚醒本身即是再生，它讓敘說者面對自己與他人，回顧過去、正視現在與展望未來。

追根究底來說，家屬追憶過往與謀求再生之契機，脫離不了病情詢問與告知背後的社會機制以及送死的文化設計，它們是病人、家屬與相關醫事人員等演員，在不同舞台中、在異樣場景下共同展演的一套劇本。死亡如此真實，它並非抓不著、摸不到的，它不僅具體可見，而且有潛隱的社會機制，關連至成為社會人必須完成的社會責任與義務，故死亡是社會事件，它通過演員活靈活現地建構出面對死亡的態度、喪葬儀式以及追憶亡者的可能性。

#### 參考書目

- 托爾斯泰 著 1991 伊凡·伊列區之死 孟祥森 譯 台北：水牛。
- 林淑鈴 2002 文化論述、社會建構與終極關懷：末期癌症病人之研究 清華大學

- 人類學博士論文。
- 許禮安 1998 瀕死現象與處理 自「心蓮心語」 台北：慈濟。
- 劉樹泉、黃耀祖、張玉玲、陳秋菊 1995 某醫院安寧病房癌症末期病人瀕死症狀回顧 中華家醫誌 5(3):136-145。
- Armstrong, David. 1984. The Patient's View. *Social Science and Medicine* 18(9):737-744.
- Armstrong, David. 1987. Silence and Truth in Death and Dying. *Social Science and Medicine* 24(8): 651-657.
- Backer, B. A., N. Hannon and N. A. Russel. 1982. *Death and Dying: Individual and Institutions*. New York: John Wiley & Sons.
- Bloch, Maurice and Jonathan Parry, eds. 1994[1982]. *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. 1990. *The Logic of Practice*. California: Stanford University Press.
- Chao, Co-Shi Chantal. 1993. *The Meaning of Good Dying of Chinese Terminally Ill Cancer Patients in Taiwan*. Doctoral Dissertation of Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University.
- Cockerham, W. C. 1995. *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Counts, D. R. & D. A. Counts. 1991. *Coping with the Final Tragedy: Cultural Variation in Dying and Giving*. New York: Baywood.

Durkheim, Emile. 1965. *The Elementary Forms of the Religious Life*. New York:

Macmillan Publishing Company.

Foucault, M. 1976. *The Birth of Clinic*. London: Tavistock Publications.

Foucault, M. 1978. *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. New

York: A Division of Random House, Inc.

Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York : Basic Book.

Hertz, Robert. 1960. *Death and the Right Hand*. New York: The Free Press.

Hubert, Henri and Marcel Mauss. 1967[1964]. *Sacrifice: Its Nature and Function*.

Chicago: The University of Chicago Press.

Humphreys, S. C. 1981a. Introduction. In *Mortality and Immortality: The*

*Anthropology and the Archaeology of Death*. Pp.1-13, S. C. Humphreys

and Helen King, eds. London: Academic Press.

Humphreys, S. C. 1981b. *Death and Time*. In *Mortality and Immortality: The*

*Anthropology and the Archaeology of Death*. Pp.261-283, S. C. Humphreys

and Helen King, eds. London: Academic Press.

Humphreys, S. C. and Helen King, eds. 1981. *Mortality and Immortality: The*

*Anthropology and the Archaeology of Death*. London: Academic Press.

Kubler-Ross, E. 1969. *On Death and Dying*. New York: The

Macmillan

Company.

Riley, J. W. 1983. Dying and the Meaning of Death. *Annual Review of Sociology*

9:191-216.

Seale, Clive 1998. *Constructing Death: the Sociology of Dying and Bereavement*.

Pp.75-90. New York: Cambridge University.

Turner, Byran S. 1984. *The Body and Society: Exploration in Social Theory*. New

York: Basil Blackwell, Inc.

Turner, Byran S. 1987. *Medical Power and Social Knowledge*. California: Sage.

Turner, Byran S. 1992. *Regulating Bodies*. London: Routledge.

Turner, Victor. 1969. *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. N. Y.:

Cornell University Press.

Turner, Victor. 1982. *From Ritual to Theatre*. New York: PAJ Publications.

Van Gennep, A. 1977[1960]. *The Rites of Passage*. M. B. Vizedom and G. L.

Caffee, trans. London: Routledge & Kegan Paul.

Walter, Tony. 1996[1993]. *Sociologists never Die: British Sociology and Death*.

In *The Sociology of Death*. Pp.264-295. David Clark, ed. Oxford: Blackwell

Publishers.

Wolinsky, F. D. 1988. *The Sociology of Death*. Pp.180-190. California:

Wadworth.



附錄：

表一：場景、舞台、演員與演出之關係<sup>12</sup>

<sup>12</sup> 就醫事人員角度而言，醫院病房乃演出舞台，家族主義、急性醫療意識型態，天主教信仰、安寧緩和醫療意識型態乃演出場景。若無在地家族即無杏林醫院，若無杏林醫院即無癌症病房，若無癌症病房即無該病房之醫事人員，而家族主義與急性醫療意識型態將指引在地家族與杏林醫院癌症病房醫事人員之演出。同理若無天主教會即無傳道醫院，若無傳道醫院即無安寧病房，若無安寧病房即無該病房之醫事人員，天主教信仰與安寧緩和醫療意識型態將指引天主教會與傳道醫院安寧病房醫事人員之演出。家族主義與急性醫療意識型態之於在地家族，在地家族之於杏林醫院，杏林醫院之於癌症病房，癌症病房之於醫事人員；以及天主教信仰與安寧緩和醫療之於天主教會，天主教會之於傳道醫院，傳道醫院之於安寧病房，安寧病房之於醫事人員，前者為後者滋長之母體，後者從前者而生。前、後二者間有疑似親子、世系與權力關係，後者對前者慎終追遠、善盡義務，前者對後者有社會責任，後者由前者分支，分支後可能產生對抗與合併之權力關係。就病人與家屬角度而言，日常生活世界中的文化傳統、社會建制與價值信念將指引病人與家屬等演員之演出，病人、家屬與醫事人員將在前述癌症病房與安寧病房中遭逢，演員們夾帶家族主義、急性醫療意識型態，天主教信仰、安寧緩和醫療意識型態以及日常生活世界之種種而演出六種文本。因有川流不息的演員及持續不輟的演出，故使醫院病房之舞台及背後的場景得以再生。在此特別要指出，因罹患癌症、進入癌末與接近臨終之事實，使得病人、家屬與相關醫事人員等 actor，在病房的 stage 共同展演其欲求，將 actor 譯為演員，也可譯為行動者，以 stage 為舞台，將家族主義、急性醫療意識型態、天主教信仰、安寧緩和醫療意識型態、日常生活世界視為場景(setting)，在演出中觀看者與被觀看者不會固定於特定病人、家屬、醫事人員或研究者身上，觀看者常為自身與他人演出下的被規訓者，即使有人被觀看，但被觀看者常反身影響觀看者，因此演員既有主體性，也能被規訓，既能觀看也被觀看。演員、演出與場景均為一種分析概念，其間受 V. Turner 之 social drama 與 M. Foucault 之 discipline

場景	舞台	演員	演員	演出(六種文本)	
家族主義 急性醫療	在地家族	杏林醫院	醫事人員	病人與家屬	醫病關係 「癌症」的 在地知識 靈異經驗
意識型態 天主教信仰	天主教會	傳道醫院	醫事人員	病人與家屬	家庭 關係 喪葬儀式
安寧緩和醫療	安寧病房				追憶亡者
意識型態					追憶亡者
日常生活世界(文化傳統、社會建制與價值信念)					

說明： → 表示後者自前者分支； ↔ 表示演員間的遭逢；有演員間的遭逢才有六種文本的演出。

等理論概念影響。要言之，本文運用前述概念有其理論旨趣，況且作者曾以一年半的時間與瀕死場域的眾人同感悲喜，不曾自命清高站在場邊冷漠觀看他人苦痛，尚祈讀者勿因概念運用而誤解本文之旨趣。

表二：杏林醫院癌症病房癌末病人之基本資料

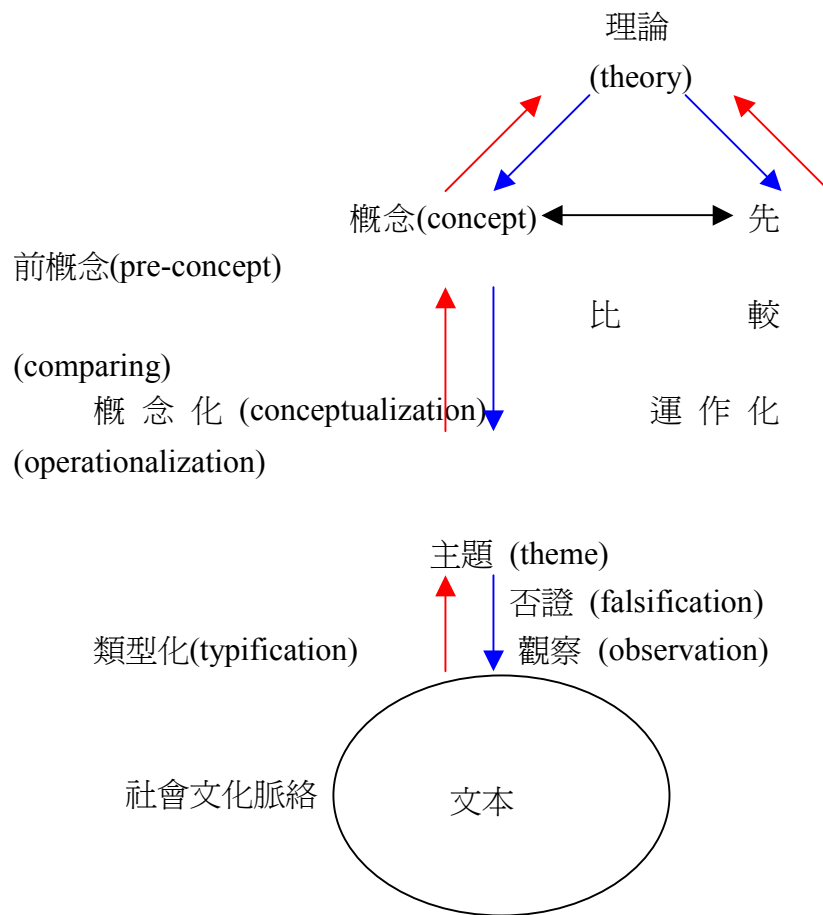
代號	姓名	年齡	職業	教育	宗教	與主要照顧者關係	主治醫師	癌症種類/癌症期數
3WP1	天佑	52	鐵工廠老闆、里長伯	高中	民間	夫妻	X	口腔癌; stage 4
3WP2	阿旺	47	貨車司機	國中	民間	父女; 夫妻; 病人/看護	Z	口腔顎癌、高鈣血症、腎衰竭; stage 4
3WP3	李老先生	67	魚販	國小	民間	夫妻	X	乳癌、肝癌; stage 4
3WP4	劉老先生	77	中華開發公司、看護	高中	一貫道	祖孫; 夫妻; 父子	X	胃癌、肝癌; stage 4
3WP5	莊老太太	68	家庭主婦	無	民間	病人看護; 母子 婆媳	Y	黑色素瘤; stage 4
3WP8	梁老太太	60	家庭主婦	無	民間	母女; 母子	Y	直腸癌、腦癌、肺癌、腎水腫; stage 4
3WP9	簡先生	63	貨車司機	國小	民間	父子; 夫妻	X	右臉頰癌、左硬顎癌; stage 4
3WP11	陳先生	48	台汽司機	高中	民間	夫妻	X	舌癌、淋巴癌糖尿病; stage 4
3WP13	劉太太	51	雜貨店老闆	國小	民間	婆媳; 主人/女傭 夫妻; 母女	X	子宮癌、肺癌、左腎水腫、深部靜脈栓塞; stage 4
3WP14	李先生	40	遠洋漁業船員	高中	民間	朋友	X	肺癌、頭部與腋下腫瘤、胸、背部骨頭多處轉移; stage 4
3WP16	鍾老先生	72	佃農	公學校	一貫道	夫妻; 父子	X	胃癌、肝癌 stage 4
3WP19	阿華	43	汽車修配工	國中	基督教	夫妻	Y	頰面癌 stage 4
3WP21	阿勇	30	花王業務員	大學	無	母子	X	平滑肌肉瘤 stage 4
3WP23	李老太太	59	家庭主婦	無	民間	夫妻; 母子	X	肺癌、肝癌 stage 4
3WP25	阿惠	42	小學代課老師	高中	民間	夫妻; 婆媳	X	胃癌、腹壁轉移 stage 4
3WP26	阿玉	46	無	國小	佛教	母女	Y	乳癌腦部及骨頭轉移 stage 4

說明：年齡之計算一律以出生年至 2000 年為止。

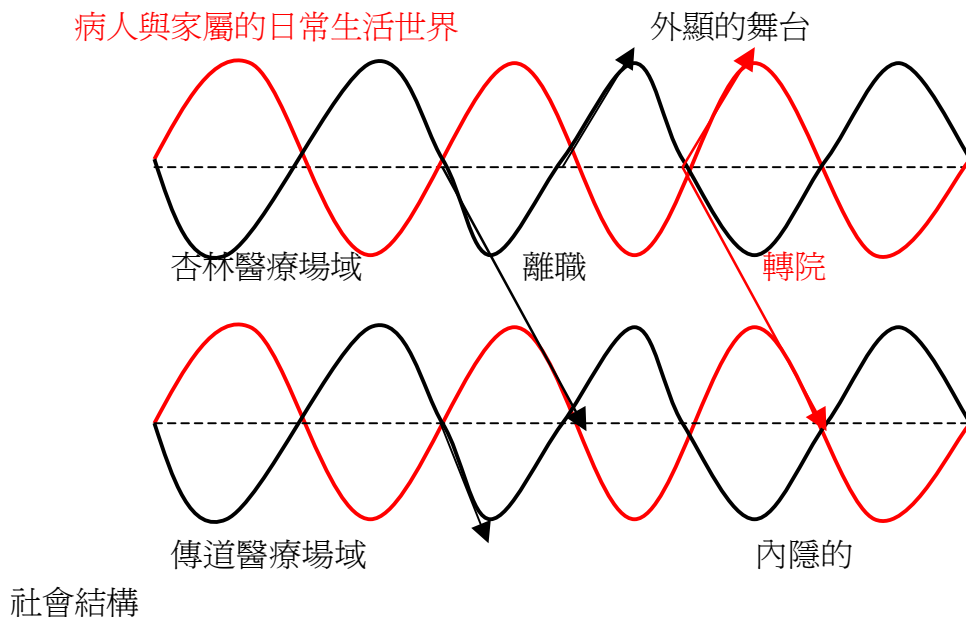
表三：傳道醫院安寧病房癌末病人之基本資料

代號	姓名	年齡	職業	教育	宗教	與主要照顧者關係	主治醫師	癌症種類/癌症期數
SFCP1	鄭老先生	59	水泥工	小學肄	民間	父子	A	肺癌、淋巴結轉移; stage 4
SFCP2	李小姐	45	公務員	大學	佛教	病人/看護	A	肺癌; stage 4
SFCP3	黃老太太	78	家庭主婦	無	佛教	母子; 婆媳	A	腹肌癌;腹部多處轉移; stage 4
SFCP4	黃太太	64	家庭主婦	初中	佛教	病人/看護	A	肺癌併發骨頭轉移; stage 4
SFCP5	王大姊	49	家庭主婦	高職	佛教	母女; 病人/看護	A	直腸癌併發骨頭與肝臟轉; stage 4
SFCP7	張老師	73	退休教師	專科	民間	病人/看護; 母女	A	膀胱癌; stage 4
SFCP9	高先生	54	公務員	高中	民間	主人/女傭; 夫妻	A	直腸癌合併骨頭轉移; stage 4
SFCP11	蔡先生	58	藥房老闆	高中	民間	父子; 父女	A	口腔癌; stage 4
SFCP12	阿義	60	商人	國小	民間 ->基督教	病人/看護; 弟姊; 父子; 父女; 翁媳	A	扁桃腺癌、膀胱癌、腦部轉移; stage 4
SFCP13	陳先生	60	建築工	國小	民間	夫妻	A	口腔癌、舌癌 stage 4
SFCP15	李老先生	71	檳榔業	高等科	民間	病人/看護; 翁媳; 父子; 夫妻	A	直腸癌; stage 4
SFCP16	阿嬤	74	工人	無	民間	母女	A	腦癌併發骨頭轉移; stage 4
SFCP17	林老先生	74	無	小學	民間	父子	A	直腸癌併發腹部轉移; stage 4
SFCP18	vu-vu	73	農	無	基督教	翁媳; 父子	A	胃癌; stage 4
SFCP20	阿攀	76	家庭主婦	無	民間	母女; 祖孫	A	胃癌併發全身多處轉移; stage 4

說明：年齡之計算一律以出生年至 2000 年為止。



圖一：資料分析流程圖<sup>13</sup>



圖二：異體而同構的醫療事業<sup>14</sup>

<sup>13</sup> 本圖下方之文本指喪葬儀式與追憶亡者，文本基於演員的論述、敘說與肢體展演，將文本置於社會文化脈絡中，透過類型化從文本當中稀釋出不同主題，再由不同主題進行概念化工作，以找出新概念，將新概念與先前概念作比較，從而建構新理論。此一研究過程由具體到抽象，由主觀到客觀，由下而上。反之，由類型化型塑的主題，或由概念化構成的新概念，及至最高層次建構出新理論等過程發生問題時，可由上往下，以運作化過程觀察已收集的文本，藉此否認原先形成的概念與主題。此與前一研究過程相反，乃由抽象到具體，由客觀到主觀，由上而下。不論是由具體到抽象，主觀到客觀，由下而上，或反向為之，經過此詮釋性的循環過程，希冀對喪葬儀式與追憶亡者進行適切解讀。

<sup>14</sup> 圖中的紅色曲線為日常生活世界之運作法則，黑色曲線為醫療場域之運作法則，前後兩條曲線時而浮上平行線，在外顯舞台中由演員演出，有時隱藏在平行線下，成為內隱的社會結構。至於黑色箭頭表示離職；紅色箭頭表示轉院，意指演員可能自杏林醫療場域轉戰傳道醫療場域，也可能由前者或後者轉戰其他急性醫療或安寧療護的醫療場域，不論演員如何轉換舞台，終究逃脫不了急性醫療與安寧療護意識型態的宰制。