

南 華 大 學

生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

癌末病患病情知覺經驗之研究
—以安寧病房為例

A Study on Terminal Cancer Patients' Perceptual Experience of
Their Own Ill Condition—Take Hospice Ward as an Example

研 究 生：李修慧(釋普安)

指 導 教 授：蔡昌雄 教授

中 華 民 國 一 〇 二 年 六 月 二 十 日

誌謝

經行於南華校園，踏在飄落滿地的金黃色花瓣中，聆聽蛙鳴鳥叫，往返於再熟習不過的路徑；徜徉享受著大自然的洗禮，無形中抖落了滿身的塵埃，身心份外感到寧靜。如此漫漫七年，在晃眼間也已近尾聲，回顧這些苦樂參半的學習之旅，要深深感謝所有授課老師，無私的傾囊相授及情緒支持，讓我不斷的挑戰自我及勇於面對自己的限制。

論文完成要感謝指導教授蔡昌雄博士，您學識涵養的豐厚、睿智的見解猶如「引航者」，循循善誘導引前往正確的方向，並給予切要的指正及鼓勵，讓文本得到在臨床與理論間產生寓意深遠的對話。感謝兩位口試委員：胡文郁教授在臨床的豐富經驗及學識的嚴謹態度，是學生學習的典範；游金滂教授對教學的熱情，亦是學習的目標。感謝三位教授惠予精闢的建議與指正，使論文更臻完整，特此致上最真摯的感恩之意。

憶起這七位研究參與者，內心總感到悲欣交集；飽受病痛折磨的您們，卻以身示現最偉大的神聖精神，在笑淚中真摯地分享寶貴的生命故事，至今仍幕幕顯明的烙印在心裡；這真誠面對生命的態度，使我瞭解，縱使生命即將結束，但仍能散發出光彩，此生何其有幸能相陪直到最後，這點點滴滴正在改變著我的生命，這份感動是無可言喻的。

本研究的完成是由眾人所共同成就的。感謝大林慈濟心蓮團隊及名男主任、裕藍護理長、玉雲共照護理師、永宏諮商師擔任協同主持人，提供研究場域相關協助及經驗分享，同事：陳醫師、貞如老師、秀美、雅惠、雅喬、念慈、麗慈、永翎、瓊文、琇媚、紋如、慧英、蕙湘及志工組，提供熱情的關懷及物資；感恩台大醫院雲林分院安寧團隊：醫師群、碧真護理長、錦秀、滿鳳、佩玲、明娟、金姐的關懷，讓深陷寫論文困頓中的我，感受到莫大的安慰。好同學：冠印及尹喬總能提供協助與支持。特別要感謝雄家族學長姐們的支持，王浴、淑玲、黃美玲學姊提供臨床及分享論文寫作經驗，減少了摸索的時間，加油打氣鼓舞了寫作的鬥志，使論文能逐步完成。

七年來能心無旁騖地專心在臨床及學業，要感謝默默支持我讀書的諸多居士及好友，總是無所求的付出無私的關懷及鼓勵。感恩師長及龍天護法的護持，能平安順利度過這段生命中的學習之旅。也感謝蓮花基金會提供臨床培訓，使之能從臨床照顧中體會到佛法的智慧與慈悲，病人的善終更加深對佛國淨土的信念，也增加對生命的深刻、廣度的見解體驗。

最後要感謝已故的雙親，他們的示現讓我更具信心的投入安寧，從就醫到臨終的完整照顧歷程，使我深刻體會到，死亡帶來如此巨大的力量，善終的深意是如此令人欣慰及神聖。感恩大哥建池、小弟建璋、小妹鸞賢及姪子群佳苓、靜怡、墾佑、佳瑩、雅淳及坤益的精神支持及貼心。感謝未在名單中的諸多親朋好友，您們的陪伴及支持是我走下去的動力，也感謝所有照顧過的病人及家屬，您們的慷慨及無私熱情，深深感動我心，相信著生命的善與美！誠摯地感恩這一切的因緣。在此一併致上深刻的謝意與祝福。

釋普安 2013.07 謹誌於南華館

摘 要

本研究探討安寧病房癌末病患以身體為基礎對病情進展與告知的知覺經驗。以詮釋現象學為研究方法，深度訪談七位臨終病人後，以訪談逐字稿及田野觀察記錄為文本，透過視域化、形成主題經驗範疇及構面的過程，進行資料的詮釋分析。然後依此呈現臨終病情身體知覺經驗的深度描寫與意義詮釋。

研究結果顯示，臨終病情可從「身體知覺經驗」及「臨終知覺經驗意義」兩個主軸來進行理解。第一個主軸分從四個層次加以說明：一、身體病覺經驗；二、身體知覺世界的裂解；三、身體時間感的失序；四、存有世界關係的解離。第二個主軸分從四個層次加以說明：一、病情告知的體察；二、死亡焦慮的覺察；三、存在孤獨的體會；四、瀕死覺知的靈性現象。

本研究發現身體知覺經驗是臨終病人對病情體驗的基礎，而由病人知覺經驗開展的病情理解是病情告知者必備參考。臨床上可縮短醫病之間認知上的落差，以及提供回應存在關係裂解、死亡焦慮、陪伴關係、瀕死覺知等臨終照顧議題的洞見。

關鍵字：安寧療護、癌末病患、知覺經驗、病情告知

Abstract

This study, on the basis of body experience, explored how terminally ill patients in hospice perceive the progression of their own ill condition as well as “truth-telling.” Guided by hermeneutic-phenomenological research method, this study conducted in-depth interviews on 7 terminal patients. The recorded interviews were then transcribed into verbatim text. Along with the field notes, the text was analyzed and interpreted by way of forming horizon and thematized categories and dimensions of experience. The terminal patients’ perceptual experience towards their own ill condition was, therefore, delineated and interpreted.

The research results demonstrated that terminal ill condition can be understood from the following two axial themes: 1. bodily perceptual experience, 2. the meaning of terminal perceptual experience. The first theme can be illustrated by the four dimensions: 1. bodily awareness of illness, 2. breakdown of bodily perceptual world, 3. disorder of temporal perception, 4. disassociation of worldly relations. The second theme can be illustrated by the four dimensions: 1. awareness of truth-telling, 2. awareness of death anxiety, 3. awareness of existential solitude, 4. spiritual phenomenon of dying awareness.

This study found that bodily perceptual experience is the basis of terminal patients’ awareness of their own ill condition and that it is necessary for medical staff to refer to patients’ understanding of their own ill condition as they conduct truth-telling. Clinically, this study can shorten the gap between medical staff’s and patients’ recognition of illness. It can also provide insights into a variety of issues regarding terminal care such as “breakdown of existential relationship,” “death anxiety,” “accompanying relationship,” and “dying perception.”

Key words: hospice care, terminal cancer patients, perceptual experience, truth-telling

目 錄

誌謝.....	I
摘要.....	III
Abstract.....	IV
目錄.....	V
圖目錄.....	IX
表目錄.....	IX
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究目的	4
第三節 研究問題	5
第四節 名詞解釋	5
一、安寧療護	5
二、癌末病患	6
三、知覺經驗	6
四、病情告知	6
第二章文獻探討	7
第一節身體知覺經驗的認識.....	7
壹、身體知覺的認知	8
貳、病身的意義	9
第二節 病情告知的面向	11
壹、醫療面向的病情告知	11
貳、文化脈絡下的病情告知.....	13

參、病情告知的過程	14
第三節 安寧療護的開展	15
壹、安寧療護的發展與理念	15
貳、整合的人性化照顧	17
參、安寧緩和醫療的照顧指標	18
第四節 臨終心理現象的展延	22
壹、臨終心理階段說	22
貳、善終的概念	27
參、存在意義的理解	29
肆、病情覺知後的靈性開顯	31
第三章 研究方法與實施	37
第一節 研究取向與解釋觀點	37
第二節 研究構想與程序	40
壹、研究構思	40
貳、研究參與者	41
第三節 資料蒐集與分析	42
壹、資料收集者	42
貳、資料蒐集過程	43
參、資料分析及詮釋	44
第四節 研究嚴謹度	46
第五節 研究倫理	47
第四章 臨終病情知覺經驗的開顯	49
第一節 立身之基與病初遭逢	49
壹、病於我身的身體覺察	50
貳、病情意義的覺知	53
參、因果業力形塑的病情	58

第二節 身體知覺世界的裂解.....	62
壹、身體圖式與失衡的身體感.....	62
貳、疾病的身體圖式.....	65
參、身體整體功能的紊亂.....	73
第三節 身體時間感的失序.....	77
壹、世界時間的理解.....	77
貳、病程的時間失序.....	79
參、病體時間的緩慢與紊亂.....	81
肆、病體當下的時光.....	84
第四節 存有世界關係的解離.....	88
壹、存在的關係處境.....	88
貳、左右為難的生死懸念.....	96
參、自我與世界關係的解離.....	98
第五章 臨終病情知覺意義的探索.....	105
第一節 病情告知的體現.....	105
壹、病情告知的理解.....	106
貳、病情告知體現生命的挫敗.....	107
參、病情告知中顯現悲憫情.....	111
肆、默會中體察病情告知.....	113
伍、心繫雙親，隱瞞病情以盡孝.....	115
陸、一樣告知兩樣情.....	119
第二節 死亡焦慮的覺察.....	121
壹、臨終覺察-隱匿的死亡焦慮.....	121
貳、孤獨、耗竭處心感憂戚.....	125
參、臨終潛藏的死亡焦慮夢.....	131
肆、生命式微處再顯曙光-宗教的神聖性.....	136
第三節 存在孤獨的體會.....	146

壹、生命幽谷處的獨躡.....	147
貳、神聖關係的締結.....	149
參、不為理解的孤獨-醫病陪伴關係.....	151
第四節 瀕死覺知的靈性現象.....	155
壹、瀕死意象的覺察.....	155
貳、擬謔妄形式的表現.....	156
參、臨死覺知-擬象世界的互動.....	160
肆、神聖之旅沿途風光.....	162
第六章 結論與建議.....	167
第一節 研究結論.....	167
第二節 研究限制與建議.....	171
壹、研究限制.....	171
貳、研究建議.....	171
參考文獻.....	175
壹、中文部份.....	175
貳、中文譯書.....	178
參、英文部份.....	181
肆、網路資料.....	182
附錄：	
附錄一：訪談大綱.....	184
附錄二：文本分析範例.....	185
附錄三：問卷受訪同意書(IRB).....	194

圖：

圖表 一 安寧療護介入時間.....	19
圖表 二 臨床疼痛、整體性痛苦.....	21
圖表 三 面對死亡的心理階段.....	23
圖表 四 臨終過程的心靈之旅.....	25
圖表 五 臨終四階段示意圖.....	27
圖表 六 語境理解及詮釋底景結構.....	40
圖表 七 文本詮釋現象分析四個層次.....	46
圖表 八 研究步驟圖.....	48
圖表 九 臨終病情知覺經驗的開顯.....	103
圖表 十 臨終病情知覺意義.....	166

表：

表格 一 安寧緩和療護的分期.....	20
表格 二：個案活動能力評估表與存活期.....	20
表格 三：訪談對象.....	41

第一章 緒論

生老病死是人生的常態，我們喜悅面對新生的生命，卻聞「病、死」色變。醫療科技的進步仍無法改變「人會死亡」的事實。臨終者的孤寂並非只是心理現象，而是社會結構所造成的現象，有著深厚的歷史文化積習。疾病進展至末期，進入安寧病房時，身體的全能感喪失、疼痛加劇、無法解決的關係等問題及未來該何去何從的茫然，在病情的覺察進展中逐漸浮上檯面；本研究即在探討癌末病人對病情覺知經驗。本章第一節說明研究動機及背景，癌末病人談到對身體的感覺，總能清楚的驗證醫師的病情告知狀態，這樣的說法引發研究者想要進行探討的動機；第二節研究目的；第三節研究問題；第四節針對本研究的關鍵詞加以解釋並界定其範圍。

第一節 研究動機與背景

現今臨床醫療教育體系，將病人的臨終及死亡視為醫療的失敗。在邁向老年化的社會，高齡化及慢性病的醫療過程成為最大的挑戰。根據衛生署統計，自民國七十一年至今，癌症為國人十大死因之首。多數病人的疾病會惡化演變，藥石罔效終至死亡；在死亡前有一段臨終期，可能不斷進出醫院，乃至在醫院死亡。現前國內安寧療護的推動已滿二十年，在醫療界與學術界備受重視。我國於民國八十九年通過「安寧緩和醫療條例」，並於民國九十一年起至一〇二年修正部分安寧緩和醫療條例，更完臻保障末期病人權益。基於安寧理念的全人照顧理念，落實安寧條例及提升癌末病人的照顧品質，使其擁有「知的權利」，更是現在捍衛病人「自主權」的最高表現。「尊重病人自主權」是末期照護的重要核心價值，也是末期

病情告知最常碰到的倫理困境之一，如何面對病情告知所展現的迷思，成為臨床照顧者最大的挑戰。

末期病人得知病情發展的來源，其一為醫師告知病情，但臨床上受華人文化的影響，「病情告知」並非易事，多數家屬拒絕醫療人員告知病人末期病情，而病人自主權受到漠視，家屬雖出於善意的隱瞞事實，但無形中也造成病人的痛苦。其二是病人對身體的覺察，他們感受身體的感覺、活動能力及疼痛指數，知道病情的整體變化，甚至何時即將面臨死亡，以身體為覺察的基礎下，病人對病情的瞭解高於他人所理解。

病情世界的展現除了病情告知與病人息息相關外，身體的知覺經驗影響著病人覺察病情嚴重度深淺的問題。身體的功能狀態，涉及病人與這個世界的牽連，健康者可以充分地投入世界活動中，一旦疾病進駐，身體受到制約時，影響範圍之大非我們所能想像。當疾病發展到一定的嚴重度時，病人常會覺察自己、他人、世界的關係或與天、最高神聖的關係層面的重構。這些知覺的建立，通常仰靠這個身體為基礎，當作覺察的目標。透過疾病在身體裡所造成的狀態，例如：開刀的痕跡，治療後造成的身體的失調或功能上的失能，開始影響病人整體的失衡狀態，為因應身體的改變過程，無形當中整個身體的運作模式為了平衡，在無意識情況下就會配合身體的動能產生改變。

末期病人在邁向臨終過程，承受著「身心靈」的痛苦。安寧緩和條例立法的精神在於：「協助末期病人，有機會自主性的選擇符合個人意願的末期醫療照顧」。胡文郁、蔡甫昌、鄭安理(2008)的研究中指出：在以「善終」為前提的基礎條件下，做好的病情告知，讓癌症末期病人瞭解自己的病情，做出符合自己意願的選擇及醫療決策，並得到醫療團隊及家屬完整適切的照顧，是安寧療護的終極目標。

劉寶愛(2001)認為告知病情並非只是一個說明的動作，而是一連串長期的歷程，其中包含疾病名稱與致病原因、治療計畫與過程、及病預後

情形、生命威脅程度、以及飲食起居配合之說明與溝通的過程。郭淑芬（2004）研究中將此定義為：「是一段讓病人或家屬知道病情的溝通過程。包含溝通的人、時間、地點、採用方式以及說明病情內容」。

研究者於九十五年參加台大醫院臨床宗教師培訓後，在南區兩大醫院擔任安寧病房之臨床宗教師至今，有六年的臨床照顧經驗。在臨床照顧過程，常聽到家屬與團隊成員在病房外進行不為病人知的對話；而病人不知道嗎？臨床常見病人用著寂寞的眼神，帶著疲累飽受折磨的身心，不斷的陳述著無奈及多重複雜的心情故事。多數是家屬特意的隱瞞，而病人想要知道自己發生了甚麼事；或彼此間互相配合演戲，在這樣的雙重矛盾下，直到病人談臨終時，往往錯失彼此互相坦承的機會。

病人正在歷經一種動態的疾病進展過程，面臨死亡的威脅張力是非常強大的，因此，在臨床上能與病人站在同等的位置上，傾聽病人細述內心的感受及需求，往往需要具有「共在」的能力。而身體瀕臨死亡時，身體的覺察感受到一種失控的狀態，死亡活生生地降臨在他所能感知到的情境，變成具體的對象，死亡焦慮油然而生。臨終過程是一個生命總回顧的階段，涉及與自己、他人、大自然及天的關係連結。而疾病讓身體感覺異常，時間變異，同時也與這個存有世界的關係解離。余德慧(1996)指出，我們都居住在關係的網絡中並活在彼此的依恃裡，關係是構成我們的生活世界的主軸。當關係斷裂時，我們活著的底蘊才得以顯露。

在臨床照顧過程發現，病人在臨終時，有些為疾病的症狀所苦，或因面臨死亡所帶來深層存在性的焦慮及恐懼問題，而有身心靈的痛苦，詳談後理解：這是他過去深刻的生命故事。這些內心的痛苦的表現，無法為他人所理解，也因為這樣的「超常經驗」，在現今醫療並未普遍的被理解，常被視為是生理指數異常所造成，醫療層面多數以藥物進行控制，例如：譫妄。臨終現象的出現因人而異，人類的獨特性形成一個豐富的生命經驗，在面臨死亡時所展現的生命層次差異性極大，而這些現象在醫療中卻普遍

被忽略。

在學術研究領域層面，研究多著墨於醫師、護理人員等在進行的病情告知時應注意的技巧及溝通方法增進醫護人員的「人性化溝通」能力，從中培養覺察病人與家屬情緒溝通反應的敏感度。但針對癌末病人之身體化的覺察，從罹患末期疾病到臨終過程之研究較少，甚至付之闕如。本研究從病情告知的角度，以病人的病情覺知為基礎進行探討，試圖釐清病情告知是如何在這些人的臨終經驗裡發展，他們是如何了解病情、如何解讀病情，最後病情發展是如何跟臨終發展產生關連。因此，研究者以詮釋現象學為指引，透過半結構深度訪談蒐集資料，進行臨終病人對身心靈整體經驗內涵之探討，並開顯及深描病人對病情告知後的感受性之原初現象，藉此發掘潛藏的存在課題，希冀研究結果能提供臨床工作者或安寧團隊做一參考。

第二節 研究目的

本研究的研究參與者，在進入安寧病房後，因為遭逢場域的轉換及過去對安寧的謬思而產生內心的衝擊。再者，因為身體的限制及症狀加劇的痛苦，及朝向不可抗拒的臨終發展過程，心理普遍存在著未知的恐懼及焦慮，臨終現象的複雜性及過程的理解，有助於臨床陪伴者及助人工作者，在理解臨終病人於臨終場域所顯現的心路歷程，有不同的理解及參與。本研究主要目的如下：

- 一、 瞭解癌末病人的身體知覺經驗及其意義。
- 二、 瞭解癌末病人對病情的主觀覺察與感受。
- 三、 瞭解癌末病人在接受病情告知後心理情緒反應及調適歷程。
- 四、 瞭解癌末病人臨終處境重要經驗面向與發展歷程。

五、 提供臨床實務者，作為末期臨終病人照顧經驗上之參考。

第三節 研究問題

基於上述研究目的，提出本研究的研究問題，如下所列：

- 一、 探討癌末病人的身體知覺經驗及其意義為何？
- 二、 探討癌末病人在病情告知過程的主觀感受為何？
- 三、 探討癌末病人在接受病情告知後心理情緒反應及調適歷程為何？
- 四、 探討癌末病人臨終處境重要經驗面向與發展歷程為何？

第四節 名詞解釋

一、 安寧療護 (Hospice care)

安寧療護始於中世紀的天主教，用以接待長途朝聖者的休息站或驛站，後引申為照顧受傷與垂死的過路人的院舍。1967年 Cicely Saunders 醫師將此名稱引用於現代的醫療機構。安寧療護是針對面對生命威脅之疾病的病人及家屬的一種照顧方式，其目標在於早期偵測及評估，緩解末期症狀的疼痛問題，並照顧其心理、靈性的問題，進一步作預防及緩解痛苦，以達提升生活品質的目標。此定義強調安寧照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求，提供病人的疼痛及身心靈的痛苦緩解，以「五全照顧」，不同的專業人員(醫、護、社工、牧靈人員、心理師、志工等)的合作模式，進行全程的陪伴及照顧，並協助家屬在病人臨終期及死亡後的哀傷期調適。

二、癌末病人 (Terminal cancer patients)

「末期」指最終導致死亡、接近死亡或進入一個會致命疾病的最後階段。安寧緩和醫療條例定義為：罹患嚴重傷病，經醫師(兩位以上專科醫師)診斷認為不可治癒，且有醫學根據，近期內病程進展致死亡已不可避免者。而癌末病人在死亡前生命週期少於六個月，伴隨身體的多重器官衰竭，功能逐漸變差，或因多重因素造成的身心靈痛苦狀態。

三、知覺經驗 (Perceptual Experience)

知覺經驗乃是我們存在於事務、真理、價值向我們形構的片刻；知覺是原生的邏格斯；它教導我們，在一切獨斷之外，客觀性自身的真實條件；它召喚我們到知識與活動的任務中。這不是把人的知識化約為感覺的問題，而是協助這種知識的產生，要它像感覺到那樣合理，恢復理性的意識。(梅洛龐蒂，1946)。本研究以此概念為主，並陳述為：癌症末期病人透過對身體的覺察，感知疾病進展的變化朝向臨終發展，並覺察到心理的多重變化，這些身心靈的狀態，顯現於意識層面而被知覺的。

四、病情告知 (Truth-telling)

醫療照顧強調病人有「知」的權力，在疾病就醫過程能保障自己的生命擁有自主權，安寧緩和條例指出，「醫師為末期病人實施安寧緩和醫療時，應將治療方針告知病人及家屬，但當病人明確表示欲知病情時，應告知主治醫師有告知末期病情的責任與義務」。Kubler Ross 認為：「這問題不該是要不要告訴病情…，而是我如何能和病人分享這項惡訊」。本研究對病情告知所定義的是，醫病之間對病情理解焦點不同，醫師在告知病情時病人所知覺的經驗，他們是如何理解病情告知的。

第二章 文獻探討

病人置身於疾病狀態時，對身體的知覺經驗的理解，影響後續對病程進展的調適情況，從對身體覺察所顯現的體驗，及後續所產生的心理、靈性需求受到身體整體的影響。根據第一章的研究動機及研究目的，本章整理相關文獻內容。第一節是身體知覺經驗的認識；第二節病情告知的面向；第三節安寧療護的開展；第四節臨終病情現象的展延。

第一節 身體知覺經驗的認識

身體知覺經驗的前理解應是著重於感覺經驗的理解。楊大春(2003, p51-61)闡述梅洛龐蒂對身體感受的概念：「我可能首先會把感覺理解為我受影響的方式，和我對於我自己狀態的檢驗。而知覺的『某物』始終在它物之間，它始終構成『場』的一部分。」他強調：「對象在啟動注意的同時，每一時刻都因為其依存性而被重新把握和重新確定。」這個界定裡知覺到的是現象場，它事實上是指我們的周遭世界、我們的生活世界，我們的行為場，是被知覺的世界，是實際經驗到的世界。在此世界中我們知覺過程裡有一種重要的反省能力。它把判斷作為感覺所缺少的，使知覺覺得可能的東西被引入，而感覺不在假定為意識的實在成分，知覺從其「理性意向」來理解。

梅洛龐蒂(1946)認為知覺是：知覺經驗乃是我們親臨事物、真理、價值為我們而形構的那一刻；知覺是原生的邏格斯；它教導我們，在一切獨斷之外，客觀性自身的真實條件；它召喚我們到知識與活動的任務中。這不是把人的知識化約為感覺的問題，而是協助這種知識的產生，要它像感覺到那樣合理，恢復理性的意識。對於世界的互動及產生，首先啟動的是我們的感官，其真正的基礎在於「知覺」，是某種最初的完整的統一，是某種

連結。

壹、身體知覺的認知

以身體為覺察中心的概念，必定與身體知覺感受有關，身體的現實性使得每個人都以獨特性的方式，從具體的身體來展開意義場，並與世界打交道，從個別性的知覺方式與角度觀點來完成意義的統一。於是因為現實性，經驗、意義都是「屬於我」的經驗、意義。梅洛龐蒂將身體賦予主體性的意義，而主體是指身體性的主體，或者是說我即我的身體(I am my body)，而此身體指的是肉身主體(body-subject)，其意是指：我是具主觀性的客體、具客觀性的主體。(梅洛龐蒂，2001)

梅洛龐蒂(2001)認為身體既是認識的主體，又是認識的客體，身體產生知識使得對外的認識得以產生，但身體的反應又是一個知識上認知後的結果。我們借助身體才能存在於世界上，並與他人、物體和其他生物發生關係。身體是我在空間中的棲息之所，空間就是一種價值、一種權力，我們通過身體進行自我辨認，通過身體在世界中存在。

龔卓軍(2006)指出，「身體感」可說是身體經驗的種種模式變樣當中不變的身體感受模式，是經驗身體(lived body)的形構條件。從現象心理學的向度來看，「身體感」卻成為一個在內與外、過去與現在之間難以名狀的現象。「身體感」對應著外在現象時產生的動覺、觸覺、痛覺等知覺經驗，也涉及身體在運行這些知覺活動時從身體內部產生的自體知覺迴路。末期病人對身體的知覺經驗，透過疾病在身體內部所造成的痛楚或酸、麻、腹脹等實際的覺察，除醫療外也會使用其他另類的療法，以緩解身體的不適狀態，在預知即將開始要不舒服時，透過身體微細的覺察而被預知疼痛即將發作。

貳、病身的意義

Toombs(2000)認為，生病意義是由病人的感性認識與理性認識所構成，根據對病情意義的形成，分為四個不同層次的面向：亦即“感性的感覺經驗”、“生病”、“疾病”、“疾病狀態”四個層面；「生病」指的是，在感性層面上更直接的感覺體驗的結果，生病時的諸種症狀是病人所體驗到的一種異樣身體感覺描述；關鍵在於，這種感覺是作為異樣的或不正常的而被體驗的。「疾病」是指由生理學及病理學所認定數據的呈現，功能失常的生理學器官。病情代表客觀的疾病，並非直接作為“疾病”被體驗，應是說作為肉體經受的痛楚來體驗。

他引述胡賽爾概念，強調“自然主義態度”的目的是建立一個基於客觀事實的世界，並由此達到科學的客觀真理(透過數理科學的可量化數據獲得)，而「疾病狀態」是建立在“自然主義態度”的基礎上，其目的在於按照基礎科學的諸種新發現來重劃病人的病痛體驗。通常複雜性的病情無法被單純化的視為病理解剖或病理生理學事實意義上的概念，它與病人對於病情的感覺、體驗與理性層面對於病情的理解有關。這理解常源自於病人自身特定的意義、評價、期待等等表現有關，間接也與整個文化規範、社會結構、個人相關背景相互交涉，影響病人對整體病情的感受。

他進一步說明所謂的「疾病狀態」，是指醫師對病人病情理解的概念化過程，藉由生物醫學模式的檢驗及檢查，由此得知，此時所謂的病情完全是指“一種細菌，或多種細菌或組織損傷或病變”的問題，它脫離人的感受問題，完全是醫療組織化及器械化的存在狀態。此代表一種理論化的抽象，它有別於，也不等同於病人的經驗。

Toombs 提出「感性的感覺經驗」與「理性的感覺經驗」，前者是指，病人最初意識到某些異樣的身體感覺(例如疼痛、癢)，或是功能上的改變，或意識到身體正常表觀的改變。其關鍵點在於，這種感覺是作為異樣的或

不正常的而被體驗。而這種狀態已經變成身體的一部分，它是一種身體功能的紊亂，直接體驗到不尋常、延遲、不適等狀態影響時，必然會引起病人明確注意並作出反應。因此關於此種體驗就變成一種必須賦予其意義的東西。身體的紊亂成為病人注意的焦點，而功能的喪失及損害使身體成為關注的重點。

從理性經驗層面理解，病人對身體功能紊亂有一種直覺的意識，即這個症狀是一個更大整體的部分，也就是說許多孤立的機能紊亂指向或意味著一個更為複雜的實體而存在，而某個症狀只是其中一個方面或是表現。沙特認為這種日常體驗的紊亂(生病)，現在也被病人理解為一種疾病——一種存在但在某種意義上又獨立身體的抽象存在。(Toombs, S. K. 2000.p41-45.)

余德慧(2003, p113-4)研究中敘述，人在疾病過程裡，會經歷三個階段：第一個階段是生病的人把疾病視為一種「東西」，這種東西無意間侵害到他的身體，以為只要將他驅逐掉、醫療好，就可以獲得康復；第二階段是病人開始覺得自己必須跟疾病活在一起，疾病成為自己的一部分，他的生活方式就開始沿著疾病重新建構。第三階段疾病成為人們生活的全部，人不得不放棄很多東西(1)生活被疾病侵擾(interruption)到(2)疾病侵入生活(intrusion)最後進入(3)受病之中(immersion in illness)。

生病(illness)是個人經驗身體健康受到威脅之覺察，可能始於確立診斷前，或延伸至恢復健康之後。Kleiman, A.(1994)對「生病」與「疾病」定義為：「生病」是指病人及家屬或其他社會網絡的族群對症狀如何看待之反應，而「疾病」是從生物醫學模式觀點下詮釋問題，轉譯為客觀的疾病普遍特質。個人經驗的歷程常受限於社會脈絡、文化的底層、歷史性及個人自我的存在性所影響。

第二節 病情告知的面向

繼 1950 年後，西方國家由於受到米勒《自由論》影響，民眾對醫療自主權的要求日益增加。醫學傳統所遵循的指標是「不傷害原則」(principle of non-maleficence)、「行善原則」(principle of beneficence)、「自主性原則」(principle of autonomy)。針對醫療自主權意識高漲下，深刻影響歐美國家的醫病關係概念。

在東方國家醫療自主權也已逐漸受到重視，其中安寧緩和醫療末期照護的臨床倫理原則及議題包括：1.自主性：以尊重病人，滿足病人需求為主要精神。2.行善及不傷害原則：常應用在每日照顧策略及治療決定時利弊的分析，如實告知病情真相，藥物使用利弊權衡等。3.公平性：個人需求與社會資源分配之均衡，如照顧場所的選擇及安排等。安寧講求人性化的照顧模式，在權威的醫療專業體制下，也逐漸重視病人的自主權與全人照顧。

壹、醫療面向的病情告知

多數醫師誠實告知家屬病情，但病人的病情告知則依家屬意願而定，只有少數醫師能做到直接與病人溝通，並一起做醫療抉擇。(趙可式，2007，曾鈺英、李岩、方鵬騫，2008)，「病情告知 (truth-telling)」一詞，其概念性定義為：「告知 (disclosure)」是指將事情公開化或讓對方知道，告知內容包含：「誰告知 (who)、何時告知 (when)、告知誰 (whom)、如何告知 (how) 及告知什麼 (what)」等五個面向。而末期病情告知是指醫療人員告知病人末期病情的壞消息 (breaking bad news)，並與之溝通的過程。

胡文郁、蔡甫昌、鄭安理(2008)研究中，針對病情告知深入研究得出，傳達壞消息給病人及家屬是醫師認為最困難的責任之一，在考量末期病人

的特質，家屬的情緒反應及讓他們有機會自主性的選擇符合個人意願的末期醫療照顧，有以下四個簡要的原則(ACTs)，A 是指(Assessment and preparation)：告知前的評估及準備，事先評估病人的特性與意願，並針對告知內容進行計畫與自我的準備，掌握與談論末期病情的時機，並準備安靜與具有隱私的適切的會談環境。C 是指(Communication with family)：與家屬進行溝通，同理家屬的情緒並給予支持，能理解及接受病人負面的情緒及行為，舉行「家庭會議」，充分的與家屬溝通及互動。T 是指(Truth-telling process)：告知過程的方式及內容，包括預後、醫療處置，並能注意自己的告知態度及方式，並能處理病人或家屬的反應。最後的 S 是指(Support and follow up)：告知後的支持與追蹤，能鼓勵病人表達並同理其情緒，進一步確認病人對資訊瞭解的程度，在結束會談時，紀錄簡要內容，並確立下一步計畫。

趙可式(1996)研究指出，病人有「知」的權利，有權知道自身的疾病及身體狀況，但病人也有「不知」的權利，端看其態度為何？但告知病情可依循以下原則：1.病人想知道。2.找到使病人活下去的意義。3.告知者需與病人有良好信任的關係。4.用委婉的方式告知。5.選擇適當的時機告知。6.告知後需處理病人的各種情緒反應。7.幽谷伴行。其過程以關懷做基礎，同理其感受，並引導敘述其想法。當家屬不願告知但病人卻一問再問時該如何回答？作者回應：「告知實情(Truth Telling)不是我告訴病人實情，而是讓病人告訴我實情」。

趙可式(2000)指出，討論病情告知方式應考量：在告知病情之前應先澄清三個問題：(1)「病情」的內涵為何？(2)不是強調我要告訴他什麼，而是注意傾聽他想告訴我什麼？(3)病人平安嗎？是否告知病情會影響他的平安？影響是一時的或長程的？在病情告知上有六個 W 可遵循：

(1) Why：在醫學、病人、家屬關係上，有何強有力的理由告知或不告知
(2) When：掌握與病人談論的最恰當時機
(3) Who：找病人信任與具

親善關係的人告知病情，告知者必須幽谷伴行（4）Where：告知病情的地點必須選擇一個保有隱私、不被干擾及病人覺得舒適、安全的環境（5）How：與病人溝通時，態度應溫和誠懇，坐下，與病人保持一支手臂的距離在病人身側 45 度（6）What：該告知病人什麼？應看病人的需要在聆聽他的問題後，才針對他的問題回答。

「病情」所指涉的可能不只是單一事實，其開顯的是一種多重的「事實」的共同存在，從醫療的處置、身體感知、心思認知等現象的展現，因此在「告知過程」絕非只是一個單向的敘說行為。在醫師所體認的病情世界，與病人生活世界對身體病情存在的病情認知，往往有一定的差距。病人有其自身存在的生活世界，他用生活的眼睛、腦袋與心思的角度，去認知、看見與想像，了解所謂的病情。（許禮安，2002）尤其面對病程進展及死亡時的深刻感知，情緒狀態和病人個人的人格特質有相當程度的差異性，因此，面對病情告知應有多方的考量。

貳、文化脈絡下的病情告知

因應不同文化之差異，在本土化病情告知的研究，胡文郁、蔡甫昌、鄭安理(2008)對此研究最為完整。其研究指出，對於病情告知的認知與溝通形態大致可歸納出三種形態，分別為「坦誠公開、相互偽裝以及懷疑封閉」。其中，「坦誠公開」是指病人與家屬皆知曉病情，並能坦誠交談與討論；「相互偽裝」係指病人及家屬皆明瞭病情的嚴重性，但彼此為對方著想，或不願意碰觸死亡議題，也不討論末期病情相關話題；「懷疑封閉」認知為病人感受到病情的嚴重度，但因沒有人明確地告知，病人及家屬均不清楚病情，以致於無法調適目前疾病或做好未來的死亡準備。

從上述病情告知歷程得知，告知內容所涉及的狀態相當複雜，從華人社會文化脈絡下特性探究其一為，華人文化是相當重視「家庭文化」與「和

諧」概念的社會，其家庭結構所衍生出來的價值與結構，被視為影響社會現象的重要因素；同時這些因素構成病人在面對病情時的面對態度及調適狀態。其二是人類面對死亡的想像和感知，「死亡議題」向來為人們所排斥和引以為忌。告知背後所引發的是更潛在的焦慮及恐懼，或因為疾病的「汙名化」，某種程度導引被社會團體隔離排斥，談到癌症及死亡越被幕後化和檯面下化，越難被直接清晰地感知及面對，這就是文化所帶來的限制與桎梏。

叁、病情告知的過程

癌末病人被告知「癌症對治癒性治療病情反應不佳」時的實際經驗過程，通常包含告知者、被告知對象、時間、地點、方式、心理情緒反應、因應方式、醫護人員及家人之角色功能，及病情告知後的滿意度等等相關聯。通常癌末病情告知的時機點，常因病人身體有重大的病程進展，對治癒性的治療無效或反應不佳時，或病人主動提及或詢問時以及當家屬及病人表現焦慮及不安時，尤其當病人面臨有重大的病情進展時，在安寧病房進行病情告知則是常態性的工作。

臨床上常因文化因素在病情告知時，通常選擇告知家屬後，再由家屬決定是否告知病人，其考量在 Hu W.Y.等(2002)的研究中可看出端倪，其研究指出：困擾家屬病情告知之因素是「不知如何開口」、「病人年紀大、不需告知」、「知道真相後會不快樂」、「無法處理病人情緒」、「病人喪失求生意志」、「宣布無效及死亡」，其中「不知如何開口」係數 0.85 位居第一。在其他研究中也論及影響病情告知最主要因素，包括家屬扮演主要決策者角色、及家屬對病情的接受度及不知如何開口，最後擔心無法處理病人的情緒(邱泰源，1998、陳彰惠，1982)。家庭成員之間的互動關係也容易影響病情告知的趨向，華人文化的家族力量也是一股不容忽視的

龐大力量，因著人多勢眾，常影響醫師決定是否告知病情，因此臨床上醫師解釋病情還是以家屬為主要的告知對象，當家屬要求隱瞞病情時，多數的醫師還是尊重家屬的意願不告知病人病情。(林惠貞，2004)

臨床上也常聽到病人提到不知道如何開口，只能配合家人等想法，或根本主導權在於家屬身上，此雙方溝通之差異亦引起研究者的關切，尤其當病人是在安寧病房時，其中病情告知與否影響病人善終程度與提早做死亡準備是相當明顯的。病情告知的接受度主要受到病人本身的人格特質、情緒穩定度、生活背景、性別而有所差異。其中病人對病情的期待常常有高度的希望感，與實際身體疾病變化過程有過度期待，造成在接受病程告知過程容易有較大之情緒反應。

在郭淑芬(2004)對病情告知研究中提到，癌末病人在被告知癌末病情實際經驗中，關於癌末病情的解釋，告知者幾乎沒有提到疾病自然發展過程，持續治療的壞處以及治療或疾病對生活的影響。在告知後，主治醫師面對他們得知病情後的心理情緒反應，較無情緒支持或其他更理想的建議。且地點知選擇通常是在門診或是病床邊，如家屬不告知病情，就在病房外竊竊私語討論病情。綜合上述因素，病情告知對病人而言其意義重大，良好的告知，是一種雙向的互動及溝通，讓病人有時間及機會做好死亡準備，包含未了心願的完成、後事準備事宜、與過去生命和解、如實面對挑戰等等。

第三節 安寧療護的開展

壹、安寧療護的發展與理念

安寧療護(Hospice)起源於中世紀的收容所，原來的意思是提供朝聖者或長程旅行者休養體力的中途驛站，在宗教界用於照顧病者的靈魂，同時

也提供照顧給孤兒、窮人、病人與瀕死病人。在 19、20 世紀由 Irish 修女開始提供臨終者之居家照顧，後來才應用在醫療照顧上（何婉喬，2003）。

西方許多國家設立安寧療護機構，專職照顧瀕死病人。而近代的安寧療護開始於醫療機構流行是 1967 年，由英國桑德絲博士（Dr. Dame Cicely Saunders）於英國倫敦成立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），其目的是希望能結合中世紀收容所照顧病人的熱忱與現代醫學的成就，來減輕臨終病人與其家屬所遭遇的痛苦。

根據世界衛生組織（WHO）2008 對安寧療護的定義為：對治癒性治療已無反應及無利益的末期病人，所施予的積極性全人照顧。藉由完善的評估，預防及緩解末期病人身、心、靈及社會之相關痛苦，協助患有生命威脅疾病的病人及家屬，增進其生活品質。因此，安寧療護真正的意義是：面對生命遭受威脅疾病者的積極全人照顧，當治癒性治療與疾病控制皆無空間時，仍有支持性治療及安寧緩和治療的空間。此一概念含括「人性化的全人照顧理念」。人性化的照顧模式，開始受到醫療的重視，以人為本的關懷，讓病人在面臨臨終時，能有善終的機會。同時，也讓家屬在面對親人即將離世的悲傷得到緩解。

台灣地區的安寧療護始於 1983 年由康泰醫療教育基金會成立安寧居家療護，台北馬偕紀念醫院於 1988 年成立安寧照顧小組，1990 年設立安寧病房與安寧療護基金會，臺大醫院於 1995 年，成立了癌症末期照顧的病房，稱為緩和醫療病房，提供癌末病人一個溫馨的治療中途站，這也是繼馬偕、耕莘醫院之後，國內第三家成立安寧病房的醫院，至今全台灣與安寧照顧基金會合約醫院已有 74 家，現在安寧病房已逐漸普遍化，國人接受安寧的理念也漸見成效（安寧照顧基金會，2010）。

安寧照顧（hospice care）及緩和醫療（palliative medicine），都是近代醫學的專業領域，而緩和醫療重視癌症末期病人的症狀控制，在疾病末期緩解身體的症狀及疼痛，並關心其心理及心靈的問題，提供積極與整體性

的照顧。整合為三個方向：「全人照顧」(holistic caring)、「跨科技團隊」(interdisciplinary team)、「持續性照護」(continuing caring)等三個特性。

貳、整合的人性化照顧

安寧療護重視團隊的全面性照顧，強調「全人照顧」的理念。「全人照顧」(holistic care)的內容為四全照顧：就是身、心、靈的整體照顧，在一般病房只有照顧病人的身體，但癌症末期病人除身體症狀之外，尚有心理、靈性、家庭等的問題，安寧照顧以整合性的照顧為主，多方面評估其身心靈的狀態，尋求最好的照顧方式的一種「全人照顧」。「全家照顧」是指癌症末期病人最後會走向死亡，而死亡所帶來的衝擊對家庭的影響非常大，將家屬也納入照顧的範圍，協助解決照顧上、心理層次及後續的悲傷關懷等問題。「全程照顧」是從病人接受安寧療護(包括住院及居家照顧)開始直到病人死亡，到後續家屬的悲傷關懷使悲傷程度減輕，所以是全程照顧。「全隊照顧」：這是一個團隊的工作，成員包括醫師、護理師、社工師、志工(義工)、心理師、宗教人員等，凡是病人所需要的都可以是團隊的成員。近年來推動社區照顧，將安寧推廣至「社區」。

楊婉萍(2008)認為，末期病人需要「全人照顧」，以協助他們提升生活品質，盡可能積極地活到死亡自然來臨這一刻。這個概念的執行並不容易，醫療體系是一種具有醫病功能的場域，醫療也被視為是延長生命的主要工具，主流醫學以「病」的治療為主；現代醫療進入一段新的里程碑，安寧療護關懷以「人」為重點，期待病人置身於醫療體系，能夠受到尊嚴的對待，並被視為是具有「完整性」的人，無論是在身體、心理乃至靈性層面上。

綜觀上述得知，安寧照顧為的是讓病人達到身、心、靈的平安，因此

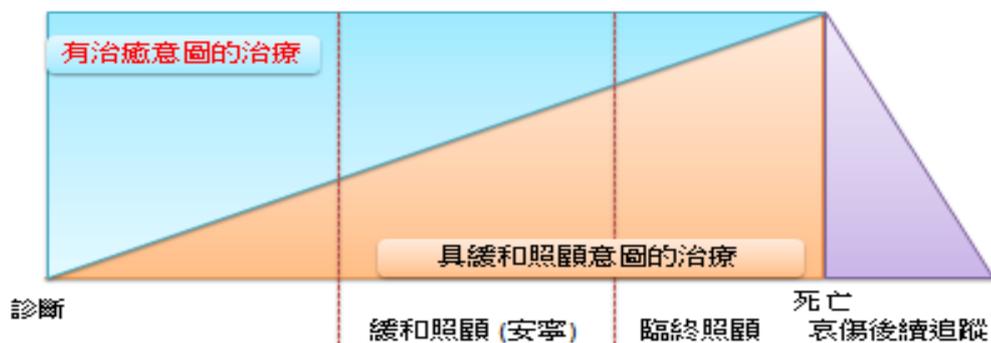
從多個面向進行評估，關懷病人及家屬的整體問題，並運用跨團隊不同專業間的合作，透過持續性的追蹤、關懷，實際陪伴及協助癌末病人，能圓滿安心有尊嚴的走過生命的最後一程。安寧照顧的醫療模式，讓原先冰冷的醫療狀態，開始變得有溫度，死亡的存在被視為禁忌，但安寧的關懷讓隱晦的死亡，得到溫暖的祝福，病人在了無遺憾的情況下，有機會做死亡準備，圓滿此世的功課。

參、安寧緩和醫療的照顧指標

醫療科技日新月異，醫療專業分工也越來愈細，每個醫療次專科也相當清楚界定其領域。安寧也被視為另一個專科領域，末期病人在接受緩和照顧前，通常歷經一段接受腫瘤、放射治療等治癒性治療的期間，病人於癌症早期通常願意接受及承擔相當程度治療上的不舒適，當時身體健康狀態也還能維持某種程度的自主性及行動力。人類自然本能有一種求生意志及生存希望，縱使在極度的身體受損及痛苦下，仍懷抱著一絲治癒希望直到最後。

一、介入的時間點

隨著疾病進展，當越接近生命終期時，治癒漸漸變成一項不可能的任務，此時緩和醫療的介入，成為照顧的首要目標。世界衛生組織更強調，緩解疼痛以及緩解其他痛苦的症狀，是晚期而無法療癒癌症病人的權利。針對治療過程從診斷到死亡過程，接受緩和醫療的切入時間點，如下圖：



圖表 一、安寧療護介入時間

資料來源：Alexander Waller, Nancy L. Caroline，2003

二、身體功能的評估

根據世界衛生組織（WHO）2008 對安寧療護的定義為：對治癒性治療已無反應及無利益的末期病人，所施予的積極性全人照顧。藉由完善的評估，預防及緩解末期病人身、心、靈及社會之相關痛苦，協助患有生命威脅疾病的病人及家屬，增進其生活品質。安寧照顧的重要的評估點，在於病人身體的影像學、生化檢驗的數據或 Karnofsky 活動量表、ECOG、身體評估等預估病人存活期的評估，綜合上述生物醫學的數據評估，以利判斷照顧目標及方向的進行。

末期病人預後存活期預估的重要性來自於，醫學有三個主要的技能，即是診斷(diagnosis)、治療(treatment)及預後(prognosis)，預後是指對健康狀況的預測。其重要性是，讓病人與家屬能對外來疾病的發展有所預期，能設定優先次序，其次是協助病人及家屬可做餘生期待及生涯規劃，並協助醫療人員做適當的醫療決策。

表格 一 安寧緩和療護的分期 (palliative medicine 2003 ; 17 : 11-20)

	預估存活期	Karnofsky 活動量表
基本緩和療護 Primary Palliation	> 6 月	70-90
早期緩和療護 Early Palliation	< 2-3 月	50-60
後期緩和療護 Late Palliation	< 1 月	20-40
臨終期 Imminently dying	< 1-2 週	< 10

資料來源：王英偉(2009)

臨床有關日常體能狀態(Performance Statusscale, PS)的評估，一般常用有兩種評估方法，一是美國東岸癌症臨床研究合作組織 (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) 簡稱 ECOG；二是 Karnofsky 活動量表。由於 ECOG 的評估方式較簡單，臨床上常依據 ECOG 的標準，判斷病人的行為能力狀況。病情發展朝向臨終時，病人身體失能度分數越高，也表示存活期越短。

表格 二：個案活動能力評估表

ECOG	描 述
0	完全活動，能維持所有活動，不受任何限制
1	能維持步行及輕度工作，如簡單家務，辦公室工作，但受限於體力消耗量大的活動
2	能夠步行及維持自我照顧，但無法進行辦公或家務，50% 以上時間清醒，可以起床活動，不必限制在床上或椅子上
3	只要能維持有限的自我照顧，50% 以上的時間清醒，活動限制在床上或椅子上
4	完全無法活動，不能自我照顧，且完全限制在床上或椅子上

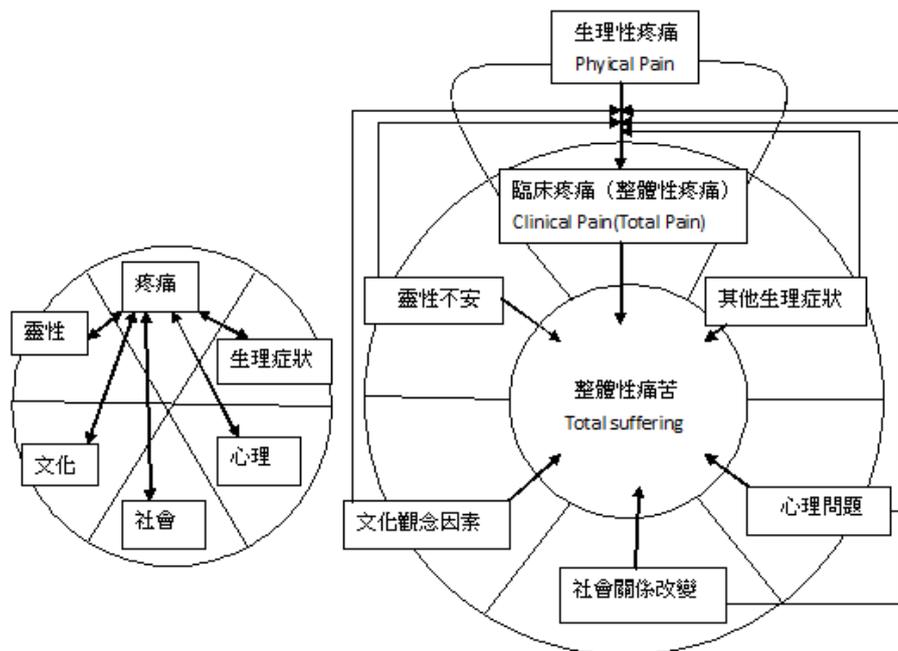
資料來源：參考王英偉(2009)

除身體失能外，癌症末期病人一般常見的身體症狀有：疼痛、噁心、嘔吐、呼吸困難、軟弱、食慾不振、失眠、便秘、腹瀉、咳嗽、水腫、口臭口乾、傷口臭味分泌物、腹脹、腹水、皮膚癢、吞嚥困難、排尿困難、

頭暈、及意識不清等。其中疼痛問題常是醫療處理的首要重點，但是安寧照顧對疼痛常輔以整全性的評估，除生理性評估外，也注重社會、心理、靈性面向的關照。例如：身體活動評估，身體確定性喪失所帶來的實質「殘廢」，病人除了感受身體的失能的不便的痛苦外，也常容易在心理感受自身價值與尊嚴感被貶損，此存在性的價值通常反映了整體社會性的價值界定有關。

三、整體性疼痛評估

1967年 Cecily Saunders 「整體性疼痛 (total pain)」 這個概念，用以描述安寧療護病人所經歷的疼痛特質。有時，生理性疼痛(physical pain)會受各種因素影響導致疼痛的加強或減弱。例如:其他生理症狀、心理社會問題、文化及靈性問題，最後導致在臨床上出現所謂的「整體性痛苦 (total pain)」，這是各種身、心、靈症的總和。而因為這樣的特殊性，因此這種治療方式需要整合各科的專業人員共同合作，尤其在安寧特別強調「團隊合作」的「多科整合性緩和醫療照顧」。



圖表 二：臨床疼痛(整體性疼痛)、整體性痛苦與各影響因素之間的關係圖，資料來源：台灣安寧緩和醫學學會，(2007)(修改自 Woodruff R(2004)

第四節 臨終心理現象的展延

病情覺察涉及病人主體經驗的呈現，當我們將死亡抗拒在生活之外時，談論死亡或許是太沉重，但當死亡已經「臨近」，所有的生命經驗及法則完全停擺無法運作。末期病人的主觀感受及置身處境，更處於被推向生命「邊界處境」的境地，一方面是身體逐漸的衰弱及毀敗，讓死亡的逼近成為無可迴避的事實，另一方面反而加深對塵世的眷戀，因即將失去反而抓得更牢，深怕一放手就要面對死亡，這些情況更引起病人陷入更大的恐慌及焦慮。

壹、臨終心理階段說

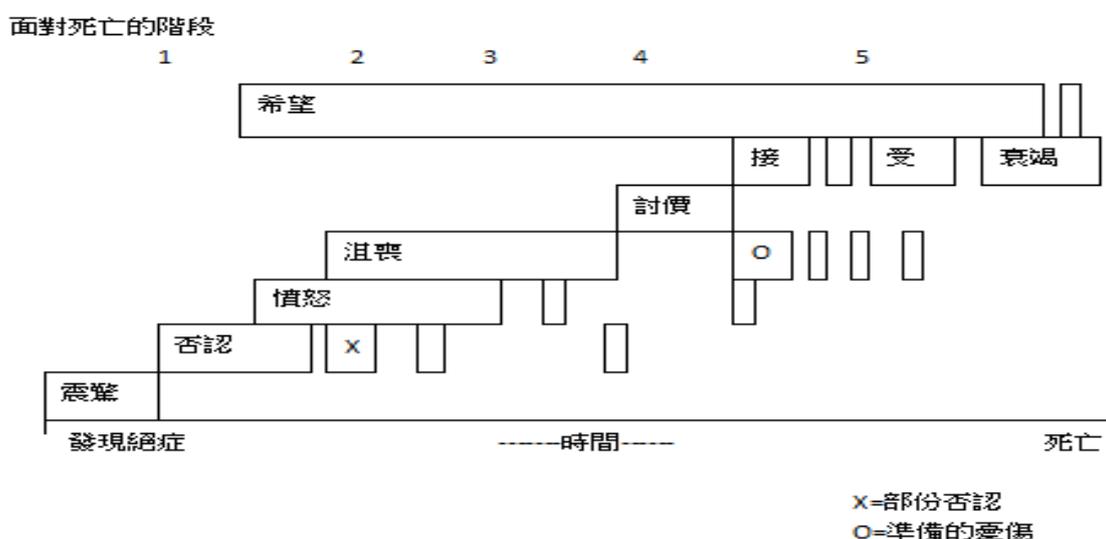
「病情告知」最主要目的在於協助病人得到「善終」，在安寧療護的照顧目標中，「病情告知」是首要進行的第一目標，但隨著病程進展，在不同狀態下，病人對病情的覺知態度及心理歷程是臨床照顧者所關注的焦點。在學術研究模式中，關於心理歷程西方有關研究最早見於 Glaser & Strauss (1965) 所提到「覺知說」概念，其研究指出有四種態度包括，封閉、懷疑、偽裝、開放。Pattison (1978) 亦提到罹病狀態時的情境有，緊急危機期、慢性折磨期及臨終瀕死期三個階段。

Kubler Ross(1969)在研究中發現，病人從被告知疾病診斷到死亡，會經歷五個心理變化的歷程，1.否認與孤離(denial and isolation)→2.憤怒(anger)→3.討價還價(bargain)→4.消沉抑鬱(depression)→5.接受(acceptance)。Kubler Ross 提到她所訪問的末期病人在第一個階段，意識到患有絕症時，總想否認：「不，絕不是我，不可能是真的」，幾乎所有末期病人在開始至少做部分的否認。「否認」在心理層面有其重要意義存在，它是一種暫時的心理防衛，保護身體能有暫時緩衝的機會，做心理調適。在此同時也容易產生一種孤離或被隔離的感覺。

第一階段的否認很難繼續下去，到第二階段常被憤怒、妒羨、怨恨等負面情緒所取代，他們常如此想：「為什麼偏偏是我？為什麼我要這樣倒楣？」此時，病人容易將情緒轉移到醫護人員或家屬身上。進入到第三階段的「討價還價」時，病人接受病情無法改變，希望藉由與上帝或上天的交易過程得到生命的延長，此時呈現末期病人陷於無力及無能，需藉由外力(如上帝恩典、上天、神明、佛祖)來維持自我生存的特殊狀態。

第四階段所表現的是一種「消沉抑鬱」的階段，病人發現自己病情日益嚴重，或更加消瘦虛弱，因而產生情緒上的消沉、沮喪、情緒低落等狀態；到最後的「接受」階段，病人能接受疾病的進展，離死亡已近，而行將告別人間的時刻。對「接受」一階段 Kubler-Ross 認為：已無希望的末期病人越是掙扎與迴避不可避免的死亡，其所付出的精神代價則越大，也就越難接受死亡，越難以心平氣和而帶有尊嚴地安詳離世。

另外對此歷程皆較朝向負面精神狀態，她提出「希望」一概念，貫穿在臨終五階段中，其意指在壞消息中，也可能有一些希望，例如：剛有新藥出廠，對其病況可能有一絲希望，此「希望」的精神意義，即使無法治癒，帶著希望的病人比較不會那麼痛苦。對於臨終五階段所開展的時間軸，她以圖表呈現整個臨終歷程。



圖表 三：面對死亡的心理階段

資料來源：Kubler-Ross(1974；1994)

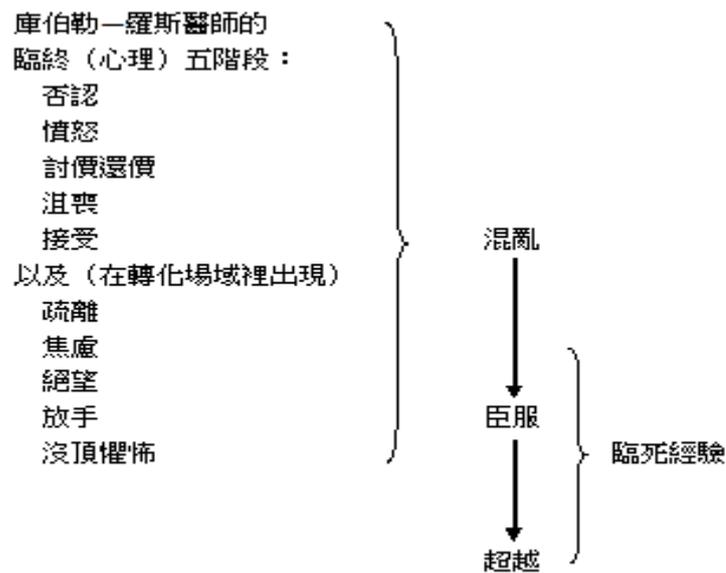
傅偉勳（2001）對此論述提出其見解，Kubler-Ross 在此談病人自覺仍有救治可能的「希望」，有其臨終精神醫學的意義。從宗教學觀點，還可分出另一種關涉「死後生命」（life after death）或「終極真實」（ultimate reality/truth）的純精神性意義的「希望」向度。尤其對具有堅固宗教信仰的絕症病人，此類「希望」是維持死亡的尊嚴品質的精神保證。其中傅氏認為此五階段論應該因應不同的文化脈絡，適應各地不同的生活方式的個別差異性作如實客觀的反映其心理狀態。

Singh, K. D(2010)對此五階段的見解為，生命相互關聯糾結的各個層面，包括身體、情緒、心理、靈性層面，死亡都不是件容易的事。在臨終之際的要務是找到獨自面對死亡的勇氣。在臨死之際還能真正的活著，非在鼻息尚存之時便先行死去。面臨臨終過程亦有三個階段歷程，混亂期(the stage of Chaos)、臣服期(the stage of Surrender)、超越期(the stage of Transcendence)；而否認、憤怒、討價還價、沮喪、接受的每一種心理與情緒反應，都是心智自我認定自己是住在身體裡，並被迫以此身體面對死亡情境，才會出現的反應，這也包含更深層的轉化經驗：疏離、焦慮、絕望、隨之而來的放下及沒頂懼怖。

人在面臨死亡威脅的場域，在一種動態的生命進行的過程，心智自我開始經歷了混亂期，持續到進入臨死經驗時，混亂期才會結束。當人的根本壓抑無以為繼時，自我意識隨之瓦解，於是出現混亂期的躁動不安。我性被躁動不安的情緒強力拉扯，直到自我逐漸交出生命主權，臣服後，混亂期才結束。此階段視為心智自我進入臣服期的超個體意識之前的預演。而混亂期必須持續到人能夠將自己安置在更深層、更精微、更高一層的覺識為止才能進入臣服期，世界逐漸淡出。

臣服期(the stage of Surrender)是更高的生命品質：臨死之際還能真正的活著(living while dying)。其存在的自覺開始在時間中穿梭。對生命有種悔悟的情緒、自我寬恕，生命療癒與轉化開始顯現。這種深沉的經驗屬於

心靈層次。人赤裸裸地浸淫於存有本源或靈性的大能中，獲得生命療癒。並赫然認出存有本源就是自己的本性時，臣服時刻出現，人朝向實相開放，進入自己的深層存在。邁向超越期(the stage of Transcendence)時是人朝向靈性更整合狀態發展階段。瓦許本稱為：「在靈性裡重生」(regeneration in Spirit)，威爾伯稱為超個體意識。這個狀態是自我感被整合到最精微、最神聖的存在向度。一種透過活生生的體驗來整合，進入敬畏及喜樂的狀態，帶領我們圓滿自我與靈性的結合。因此，臨終之際所展現的生命品質：慈悲、慈愛、當下、專注、寬容、慈憫、自信的質地。讓死亡轉變為成長與轉化的奇妙時刻。



圖表 四：臨終過程的心靈之旅

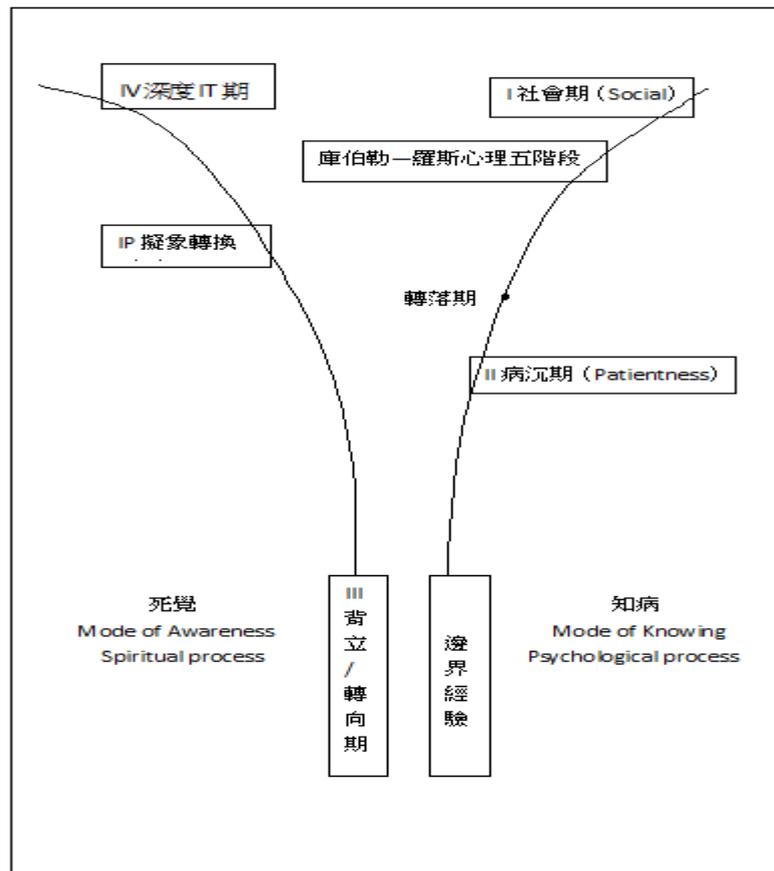
資料來源：Singh, K. D，2010

魏斯門（1972）提出臨終心理過程的三重論觀點，其論述重點在於，臨終過程關注的焦點在心理層次非心靈層次，而藉以劃分不同階段的也只有身體病徵，他檢視的三個階段首先是：從開始注意到病徵一直到確定，及介於診斷確定，最後是身體的衰敗過程。從臨床觀點來看，死亡是單一

事件，臨終過程是非常複雜的現象開展，非只是在生理現象所表現的臨床症狀所可比擬。

余德慧研究團隊對臨終現象的研究，以現象心理學進行心理質變的研究。透過兩段階理論模式和臨終過程的實徵現象理解，建立臨終過程的階段模式。其兩斷階是採用 Le Shan (1989) 對臨終過程區分為兩個階段理論，亦即面臨臨終處遇時會有兩個階段的心理狀態：「知病期」(time of sickness)，用以指稱病人在病症的末期，還希望自己可以活下來，為生命奮戰的時期；「知死期」(time of dying)，是指病人在病症末期知道自己將要死的時期，一旦進入臨終照顧現象過程，臨終者的心理變化則呈現複雜的心理變化過程。後續研究將此訂名為「兩斷階理論」，亦即「知病模式」「死覺模式」。

其研究結果將臨終過程分為四個階段，包括：一、社會期；二、病沉期；三、背立／轉向期；四、深度 IT 期(inward turning)「完全內轉」。依序每兩階段中間，又有不同的三個轉換階段，分別是轉落期、邊界經驗和 IP(imagery playing)擬向轉換。其分野為：「在世期」的階段是社會期、轉換期與病沉期；「不在世期」指邊界經驗／背立轉向期、擬象轉換期、深度期。位於「知病期」其意指在心智的運作模式，尚能保持原先的自我(ego)，並進行反思、意識捕捉的方式與世界互動。進入轉落期的病人其臨床現象為，身體持續的衰敗，成為無法敘說的整體性疼痛，病人的身心靈處於一種無所適從的階段，但也因身體的失能，原本分離的身心狀態，逐漸朝向融合。病人開始放棄與社會的互動，轉向以病為中心的生活。而瀕臨事件、邊界經驗的發生，讓處於自我模式的臨終者，從身體體認到死亡的來臨。



圖表 五：臨終四階段示意圖

資料來源：余德慧、2006b

貳、善終的概念

Weisman, A. D. (1972)對善終定義為，必須與個人的自我概念一致。引導個人一生的價值與理想，在生命最後階段仍會持續地發揮影響，並與他人之間也需要保持良好的關係，善終是一種免於重大衝突的平和狀態。

Smith, D.C,& Maher, M,F(1993) 在研究中提到構成善終需有以下幾點要素：
一、需有一定程度的控制：1.個人控制身體的能力與作用，2.對自身處境的看法(控制對疾病的看法)；二、聆聽痛苦的真相：病情告知；三、進行生命回顧。

Lifton (1979)對善終定義為：「要安享善終，個人就必須要有某種自我完成的感覺，也就是能把生命看成是關聯的、完整的和動態的，並將臨終

過程視為是廣泛人生之流中，某種不朽力量的一部分。」透過生命回顧歷程，鞏固個人自我感確定自己價值，當人們明白自己正要經歷重大且不可逆轉的變遷時，通常會覺得需要去重新肯定既有的一切。保持一種幽默感且有重要他人的陪伴、用身體表達關愛、以及談論靈性是朝向善終的之旅的開展。

Levine, S. (1982) 對善終的見解為，臨終所面對的不是自我的身體或生理死亡，而是個我感的消逝。死亡是個人所熟悉的一切事務，以及所接受的生命與自我的裂解。指有在個人覺醒的面對臨終過程下，平靜的死亡才有可能。換言之，臨終者必須對生理自我的短暫無常這個現實有所覺悟，才有可能善終。

Steinhauser 認為善終必須具備以下六個要素，即「有效的疼痛與症狀控制」、「有參與決定的能力」、「死亡準備」、「生命的完整性」、「持續啟發他人的能力」與「被視為唯一且獨立完整的個體」。在這些面向上，病人除了希望有良好的身體照顧，在治療決策有其自主權外，其受苦經驗可為他人帶來生命的啟發，意味著臨終者重新再審視生命的意義，並重新再調整面對世界的態度。(曾愉芳、杜明勳、陳如意，2007)

趙可式 (1997) 對善終定義為，三個類目及十二個主題：即 1.身體平安：含身體的痛苦減至最低，臨終的過程不要太長，身體完整及清潔整齊，能活動。2.心理平安：即認命，放下，不孤獨，心願已了無牽掛，在喜歡的環境下享受大自然。3.思想平安：即一天過一天不要想太多，有意義的一生，人生苦海即將上岸。

陳慶餘 (1999) 在相關「靈性」照顧模式研究中，針對靈性照顧評估相關表單，包含「入院病人資料表」、「身心症狀評估表」、「靈性的認知與意願調查表」、「靈性自我提升現況評估表」、「善終評估表」等靈性照顧模式研究的表單，而「善終評估表」之內容包含，包括了解死之將至、心平氣和接受、後事交代安排、時間恰當性和去世前 3 天舒適性。

疾病病程進展，病人生命即將走到終點，我們期待病人能得到善終（good death），家屬能走過悲傷，是安寧照顧人員希望能達到終極目標；臨終照顧的內容並非是一項理念，而是具體實踐生命的動態發展過程，是人與人最深層生命的相互交流與默會的感受，「善終」指陳了，病人在生命的最終點，創造內在深刻的生命意涵，在臨終的處境下產生新的生命契機，並能圓滿生命而無憾離開。

叁、存在意義的理解

人寓居於這個充滿意義脈絡的世界裡，在社會脈絡的架構下，用一種社會性的自我面對自我的生命，人就會活得越來越孤單寂寞。已開發社會將自我視為獨立的個體及主體，世界及他人為主體的「外在世界」，這中間被一道無形的牆隔開。人的反思將自我體驗為其「內在」完全和「外在」世界分離存在。由此產生個人自我形象的扭曲，是完全自主的存在，其存在是種飄渺、虛幻、無根的感受，此更增加強烈的孤寂感。對臨終者而言，意義的本質即是個人生命意義的實現，與其生命歷程中為他人所成就的意義是緊密相關的，無論是本人、行為或工作生活。

「意義」的概念最早見於西方第三維也納精神治療學派主將，維克托·弗朗克（Viktor E. Frankl），當他歷經集中營生死交關的極限境況的親身經驗，在切身經驗下發展「意義治療學」。當西方流行的精神治療，侷限在治療日常生活所引起的心理病症，面對死亡問題、人生意義、宗教解脫或救濟等高度精神性的課題被歸列在體制外，弗朗克反而積極地幫助心理病症病人或絕症病人建立健全的死亡觀。

其論述主張：「意義治療法」，其重點放在「人存在的意義」，以及「人對此存在意義的追尋」上。而一個人最根本的動機：「求意義的意志」（a will to meaning）。而實存的自由意志，乃是不斷探索人生意義的意志，其「意義」可分成兩層，世俗世間層次的人生意義，及高度精神性或宗教性層次的終

極意義。我們能用三種不同的途徑去發現意義：1.藉著創造、工作 2.藉著體認價值 3.藉著受苦。其意是指：當人遭到無可避免且不可逃脫的情境時，他必須面對一個無法改變的命運，就等於得到一個最後的機會，去實現最高的價值與最深的意義，即苦難的意義，如果勇敢地接受苦難的挑戰，生命至最後一刻都仍具意義。而人尋求意義是其生命中原始的力量，這個意義是唯一的、獨特的、唯有人能夠且必須予以實踐，也唯有當他獲致實踐才能滿足人求意義的意志。

Frankl 更提到：人是能夠為著他的理想意義與價值而生，也甚至能夠為著他的理想與價值而死。並將人類的生命分為三個層面，身體層面、心理層面及精神性或意義探索層面，且另外在意義探索層面加上神學層面。其三種價值為：創造意義的價值、體驗意義的價值及態度意義的價值。本研究觀注的焦點在於「態度意義的價值」，具體而言是指「受苦」(suffering)、「責疚」(guilt)、「死亡或無常」(death or transitoriness of life)，此三側面可說是構成生命存在的極限境況的主要意涵。

西方文化針對存在主義議題，常見於面對生命末期時，以存在哲學為基礎探討靈性關係，(Breitbart W et al, 2004) 主要觀點如下：1.自由、責任、自我超越、意義的追求為人在面對死亡時很重要的存在主題，因為死亡會形成一種「邊界處境」，它會迫使人面對自己在世上存在的處境，是一種迫切的經驗。2.發現意義的目的為結合一個人過去、現在即不確定的未來，以意義最為個人存在的主要信念及希望。(Yalom, 2003)

從存在觀點深入探討，並非要探究往事，而是指推開日常事物，深思一個人的存在處境。Yalom 論述中提到，我們對生理上的生命-死亡界限比較精確，但在心理上，生命與死亡是彼此交織而成。死亡是生命的一種事實，但只要稍做省思，就知道死亡並不只是生命的最後一刻。而接受死亡是生命中無法逃脫的一部分，如實面對死亡的關切會使生命更為豐富，而不是耗盡生命。雖然形體的死亡會使人毀壞，可是對死亡的觀念卻能拯救人。

死亡的過程是很孤獨，而且是人生最孤獨的處境。它不僅把你和他人隔離開來，而且讓您暴露在第二種，甚至更駭人的孤獨之中：隔離在這個世界之外。孤獨：一、日常性的孤獨：屬於人際的，一種孤立於他人之外的痛苦。有兩方面的作用：1.迴避垂死之人，2.使垂死之人和我們心照不宣，甘願被獨立。他們擁抱沉默，就怕把所愛之人拖進他們恐怖而沮喪的世界。孤獨大大加劇了死亡的痛苦。二、形式的孤獨，存在的孤獨，更為深刻，而且源自於個體與他人之間無法跨越的鴻溝。存在性孤獨指的是不僅是失去生物形式的生命，也是喪失了個人豐富奇妙的主體世界，而這個世界不會以同樣的方式存另一個人的腦海裡。(Yalom, 2009, 123-132)

愛里亞斯(Norbert Elias, 2008, p.151-163)「孤單」一詞，並非在人類發展所有階段都出現，必須「孤單死亡」則是出現在個體化和自我意識相對較晚的發展階段才出現的特徵。「孤單」是一整串相互關聯的意義叢結。他或許表現一種感受：隨著自己的死亡，個人的世界、回憶、情緒和體驗、知識、夢想都將消失無蹤。它也可能是：人感到自己在死亡中被所有自己在乎的人所遺棄。

肆、病情覺知後的靈性開顯

死亡是生命最大的失落危機，其邊界過程經驗也常逼使病人面對一種「深層結構的焦慮」，並常擺盪在煩躁不安的情緒，無來由的沮喪感、空間喪失感及身體的失控感當中，一種「存在喪失感」的「無基」狀態時常出現。而存在的孤獨源自於個體與他人之間無法跨越的鴻溝，其喪失的不僅是生去生物形式的生命，同時也是喪失個人豐富奇妙的主體世界。

死亡雖是生物體的敗壞與消失，但卻也因此生產出人類生命豐盈的生命文化，在臨終場域其所含內涵豐富，包含死亡主體與他人、與世界、與

救贖、與自我轉化等更精微的探討層面，這也彰顯人對生命的基本問題，談到形體壞滅的同時，不得不深思「活著是什麼意思？」及臨終死亡所提供的「轉化」究竟為何？我們立基於此問題點上，對靈性的向態進行探究。

國外研究中，靈性主要要素有三：1.本我（self）2.他者（other）3.上帝（God），其他重要意涵包含有：意義、希望、與他人締結、信仰等，而靈性的開顯在於個人能夠在本我、他者及上帝三者間維繫一種正確、相互和諧的關係。Carson（1989）對此提出靈性需求（spirit needs）是指，意義、目標、愛、信任、希望、寬恕和創造性。而其中 Berkhardt（1989）談到有關靈性的三種特質，亦即：開顯的奧秘、（unfolding mystery）、和諧的相互締結關係（homonious interconnectedness）與內在力量（inner strength）。開顯的奧秘其意涵為，個人與奧秘及生活的不確定相處經驗、亦指生命中的意義與目標，以及平靜與舒適，令人有超越性的感受。內在力量則指個人的內在資源、覺識或神聖感。和諧的相互締結關係是指，人將自己融合到所有生命，同宇宙有一體的和諧感。

Berkhardt 在 1994 年的研究中，關於靈性提出「生成」（becoming）與「締結」（connecting）的概念。其意為，隨著時間改變，人如何達到新的存有；也就是藉由締結的產生，生成生命中另一種狀態。從存在的層面轉向內在，回到內心的寧靜之地，一種可以和自己、他人、世界連通的感覺，落入心中產生滋潤感，一種對生命的了然，及對靈性的覺悟。而靈性的生成狀態涉及生命時間的流轉，其關鍵在於「轉化」（transformation）的可能。作者認為臨終者身體的崩解及死亡的迫切感，提供轉化的可能性。

Singh, K.D.（2010）對臨終轉化階段提出以下概念，臨終階段是指：在心靈的嬗變過程這些過程是種較難覺察的轉捩時刻，所謂的階段是指在我們的心靈在進行深刻的轉化過程中，有種不斷交錯的面向。關於臨終的四點說明：1.從殊相返回共相，進而走向究竟的旅程。臨終時刻，以死亡的瞬間最具威力，整個人浸淫在轉化的潛勢中，有最充分的能量來近行心靈

轉化。2.檢視「我性」在臨終過程的解構(deconstruction)與重構(reconstruction)，人的自我在每一次的意識深化過程中都要先死一番，才能進入更深層的意識狀態，臨終亦是。人可以照見原先的我性，並將其整合、納入一個更兼容並蓄的我性之中。體驗、悟空、轉識成智。3.當人朝向超越個人意識方向邁進，整個過程便以一種循序漸進的方式自然開展。轉化過程，存有本源至少以兩種式在作用：1 引力作用，將自我拉入轉化過程，2 作為力量，在吞沒覺識時將原先自我的我性解構消融，或讓自我融入更深層，更兼容並蓄的靈性意識中。

國內醫療界與學術界目前對靈性研究有三大團隊，首先是趙可式博士的研究團隊，除推動安寧相關運動外，針對靈性陪伴著墨及研究頗為豐富。陳慶餘、釋惠敏所帶領的台大醫院研究小組對靈性與覺性照顧的研究，及臨床佛教宗教師的臨床培訓，將佛學結合醫學的運作模式，其研究成果豐碩。余德慧、李維倫、石世明等以花蓮慈濟心蓮病房為場域，對臨終病人的陪伴過程，以詮釋現象心理學的詮釋研究亦佔國內研究之大宗。此三大團隊對安寧臨終者的精神發展及臨終照顧模式研究，提供相當實際的貢獻。

趙可式博士（趙、陳、顏，2002）對靈性議題的研究中，對臨終病人的靈性本質有以下四類模型：

- 一、 與自己共融：其中有三個主題 1.自我認同--靈性就是發現真實的我，不再虛假生活。2.完整的自我--人雖充滿著矛盾但可能不具完整性，藉由生命回顧來修補一世中破碎的自我。3.內在平安—靈性就是通過衝突以達到自我和解，結論出他存在的價值。
- 二、 與他人共融：有兩個主題 1.愛—靈性就是與他人關懷的關係但又不致過於依附。2.和解—靈性就是對他人的寬恕與被寬恕，不讓病人的憎恨及罪惡感臨終前還咬蝕著他的心。

三、 與大自然共融：有二主題—1.從大自然來的靈感—靈性就是對大自然珍奇的美好產生共鳴，消除長久住院之肅穆與蕭條的鬱悶心情。2.創造力—靈性就是無限想像的創造力，用藝術、音樂等激勵病人之內在安詳。

四、 與至高者共融：有三主題 1.信仰—靈性就是完全的信賴，病人將不再受行為、工作、受苦上困擾。2.希望—靈性就是相信一切的可能性，永恆的希望給病人健康的觀點與維持愉悅。3.感恩—靈性就是懷抱慈悲、時時感恩，開放自己與生命豐饒。

在臺大醫院靈性照顧研究小組對此靈性定義為：「對正法感應、證悟與理解能力，是一種生命力、心智成熟的表現」，「正法」是指對生命實相的正確認識，「感應」、「證悟」與「理解」是指靈性成長的途徑，這是一種能力，「生命力」係指靈性成長的效益，「心智成熟」則指靈性成長後的表現。而靈性照顧重點在於有能力作死亡準備，有三要素：認知死之將至而接受死亡、建立死亡是所有生命共相的態度並尋求因應之道、有內在力量提升的信願行表現。

此三要素所指涉的是：在病人想要達到善終的條件下，必須具備有良好的生活品質及有效的提升其自然生命力，並在面對死亡時具備有超越的力量及心理準備，到最後能以超越的智慧跨越生死之河到達善終的彼岸。而身心關連所涉及的靈性問題包含：生命的向度、信仰、歸屬、認同感、依歸、社會層次問題，其經驗應被放在：個人的獨處、無言的對話交流、視域的拓展、深度生命經驗的對話、抽離的生活模式(社會模式)、宇宙寬廣的連結等層面。

對深層臨終陪伴經驗而言，並非只涉及單向的陪伴或是模式問題評估過程，而是協助朝向超個我靈性經驗開展的轉化過程，其共處經驗在於陪伴者與臨終者之間的面對面關係(face-to-face)中，從具體的陪伴處境中覺察或洞見病人的臨終過程，到進入深層的靈性陪伴，有時是需要陪伴者擁有

高度「默會」特性的能力方能覺察。

死亡是人生最孤獨的處境，它不僅將你與他人的關係隔開，並將您隔離在這個世界外。對病人而言臨終過程是個體自我於世間存有的身心解離過程，但因處於一種邊界經驗，完整的靈性向度被彰顯，Self 與自己、重要他人、環境自然與更高的存有(上帝、神、佛)的連結。亦即在病人會經歷一個邁向「超自我」轉化的歷程：1.混亂、失序 2.與生命中心的連結 3.神聖空間被創造 4.定向意義被定位及轉化經驗等過程。「超自我」是以一種超越自我生命中心所形成的觀點，來看待生命及引導生命的發展。其概念雖也指向死後世界，但主要還是指有生之時能開發智慧並以超越的觀點，引導生命做自我轉化的發展成長。

余德慧團隊對此靈性照顧定義為，「靈性」是一種存有的狀態，在個人自我現實消解或退出之後，在心性上所開顯的實在(ultimate reality)，其中含有兩個要素：1.從自我現實到終極實在的轉化過程；2.轉化過程所出現的自我現實脫落之後的種種現象。如：自我降服、生命締結與存有的親暱。因此靈性現象不能從概念化下手，臨終是生者邁向死亡的過程，被視為存在狀態的內演化過程，從世間性的自我意識狀態轉化進入到另一個超個體狀態。

首先，實際進入臨終的末期病人是相當艱辛的歷程，臨終者面臨與身體、社會角色、社會價值脫離過程。除此之外，還必須面對臨終生活下的社會、倫理的紛擾(家人長期照顧疲憊、恩怨未化解，經濟問題…)、生理問題(生理狀況不斷改變的壓力、未了心願、各種心理調適)等等問題。其次，則是自我意識轉化到超個體的整全意識：當生理功能越差，自我也越見無力維持他所建立的秩序，而病人感覺到已不是「原來的自己」。當心智自我越無法控制身體時，若病人能接受，身體的崩解卻是靈性出現的先決條件。

最後是與生命的締結，「締結」意涵著與自我以外的他者產生關聯，並

賦予意義。靈性是多重的概念面向的概念，其要素包括：希望、內在意義、神秘經驗、宗教行為等等。其三個面向是，一、將個人連繫到更高的存有、看不見的力量或上帝。二、聯繫到人與人之間或社會環境。三、則是朝向內，連結到內在的自我進行向內自我意義探尋的過程。

第三章 研究方法與實施

本研究主題是癌末病人對自身病情知覺經驗，主要在理解病人透過對身體覺察的感受過程，進而知覺到病程逐漸朝向臨終邁進時，心理、靈性所展現出的情境經驗。整個過程發生於生活世界中的自然生命經驗，故採用質性研究。癌末病人因生命接近臨終，在生命歷程的探究上，其置身處境往往涉及個人的歷史、文化、社會及存在性的生命深層底景經驗；詮釋現象學對於醫療田野的主體經驗詮釋，具有特殊的揭露及穿透力量，其解釋觀點細膩地刻劃個案的想法及感覺，並描述事件所產生的意義。而詮釋學在認識論重視「前理解」、「詮釋循環」、「視域融合」等觀點，將隱而未顯的底景透過詮釋者被「顯現」，因此本研究以詮釋現象學作為研究取向。

第一節 研究取向與解釋觀點

本研究以詮釋現象學(hermeneutic phenomenology)作為研究的取向與方法。它是一種結合現象學及詮釋學的方法論，質性研究著重在自然情境下，深入被研究者的生活世界進行考察。研究者本身就是一個工具，其主要目的在於對被研究者的個人經驗和意義構作「解釋性理解」，從他們的角度理解其行為、思想、感情、價值觀念及知覺規則。透過此長期的互動對事物進行更深入、細緻和長期的體驗，才能對事物的「質」得到整體性、解釋性的理解。

個體存活於這個世界上，現象學本身及是藉由重新喚醒世界的基本經驗，而重新學習如何去看待生活的世界。Husserl 認為，現象學關心人類對現象的經驗，包括日常生活所接觸的人、事、物，對其意識所展現的意義，而生活世界便是經由意識活動所建立的世界。我們如何看待這個生活世界中的經驗課題是研究者首先要面臨的課題。

詮釋現象學是一門結合現象學與詮釋學的方法論，為一種特定類型的解釋研究。其目標為以特定的生活經驗為文本，目地在直接呈現研究參與者生活經驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界。並致力於捕捉研究參與者的聲音、情緒與行動，解釋的焦點在於參與者深刻的生命經驗。此經驗會徹底改變或塑造研究參與者的自我概念，以及他們對自身經驗所賦與的意義。也因研究者致力於發掘、描寫與解釋當事人的觀點與意向經驗，其研究結果常可彌補客觀普遍之理解及當事人忽略或扭曲的缺點。(蔡昌雄，2005)。Denzin, N. K.也認為要進行深度描寫，研究者必須設法捕捉特定行動或行動序列對當事者的意義。要捕捉有意義的事件，必須同時關照人、物以及人對物的關係。

海德格(1962)集合現象學理論：現象學關心的是人類經驗現象的生活世界；詮釋學理論：所有經驗現象皆可透過語言加以詮釋，並強調要理解人的存在不單是靠純粹的理論，更需要經由詮釋過程來理解人「寓居於世」的存在，海德格將此稱為以世界為背景底蘊顯現之處。(高淑清，2001)

龔卓軍(2003)對此詮釋概念認為，需從「現象學心理學」入門，與實證現象學不同的是，詮釋現象學重視「是什麼」(existentia)的顯現才使「如何是」(essentia)成為可能。此較具有個人特質，且主張現象必須要透過詮釋的過程才能還原，亦即先理解生活的意義結構，才能進一步還原現象本質。並指出，詮釋現象心理學有四點方法特色：一、視特定生活經驗為文本脈絡，經常更具有個人特質。二、放大某種特定的經驗或意象，直至視域融合。三、無固定明確的分析步驟，認為經驗的描述需要不斷的重寫。四、研究時保持部分與整體的關照。

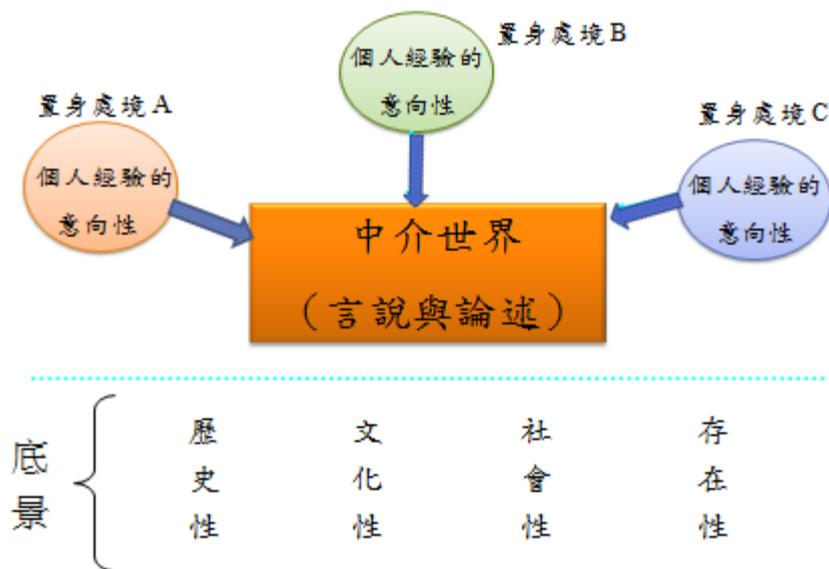
余德慧(2001)對此論述解說：詮釋現象學是在研究文本(text)存有的現象，是以碰觸(encounter)作為互動。亦即強調的是研究者的「看見」，它的目的不是找相當的答案，而是揭露及發現受訪者在文本的現身，並不斷重複反覆閱讀文本，透過反覆過程，讓文本的本身轉化為敘說者。

解釋互動論是應用於質化的社會研究一種解釋方法，其目的在於直接呈現生活體驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界，並努力捕捉被研究者的聲音、情緒與行為。解釋研究的焦點乃是深刻的生命經驗，這些經驗徹底改變或塑造了個人的自我概念，以及他(她)對自身經驗所賦予的意義。存在的生命議題透過主要的主顯節(epiphany)經驗，環繞的主體生命經驗的關鍵歷史時刻，這個經驗徹底扭轉當事者的生命經驗，個人的個性被顯示出後，她的生命狀態就跟之前完全不同了，甚至改變後來的生活方式，或個人生命經驗、價值系統發生深層的影響(Denzin, N. K., 1999)。

詮釋學經驗是指與科學經驗相對的生活經驗，他是深植於特定的歷史脈絡之中的經驗，具否定性、不可重複的及特殊創造意義。人在詮釋中不是肯定新知識，而是在否定舊知識以迎接新知識的降臨，此降臨非詮釋者所能預先控制，也正因此不可預期性的體認，和對一切經驗都只是有限性的展現，以及他必定被新經驗所取代的體認，因此他不會獨斷或固執於現在的經驗上。Gadamer 亦認為將經驗從實證主義的框架中解放，回覆經驗的「脈絡性」、「歷史性」、「辯證性」、「有限性」、「不可預期性」、「開放性」的真實相貌。亦即在意義的解讀上，我們對說話者置身處境及個人意向性的了解，遠比語言本身的了解更重要。余德慧則詮釋為：此世界是由語言、關係、與社會實踐所形構出來的，與真正了解世界本身，三者都需被放回原生的位置來考量。

蔡昌雄(2005a)也認為，詮釋現象學被視為不斷在當下「逼視」原初經驗的意義過程，而這有以具體語境行程的語言中介世界，作為經驗瞭解的具體途徑。語言與經驗之間存在的並非是符應關係，而是辯證關係，因此在意義的解讀上，我們對說話者置身處境的瞭解，遠比語言本身的了解更為重要。對詮釋現象學的質性研究，可說是把言說與論述看成比個人更具研究意義的對象，因為研究者與研究參與者共同涉入了這個世界的意義及經驗表述中。語境及語意的內涵由四個面向的基礎上所開展，即歷史性、

文化性、社會性及存有性。透過對生活世界底景結構的理解，致力於研究中進行揭露與開顯。關於詮釋現象學的思維，透過以下圖表加以說明。



圖六 語境理解及詮釋底景結構

資料來源：蔡昌雄，2005a

第二節 研究構想與程序

壹、研究構思

本研究擬以癌末病人對病情知覺經驗為主要關懷重點，想要探究人的想法是困難的，這當中包含許多複雜的社會人際網絡，探究本質經驗則必須回到生活經驗世界裡尋求其脈絡。質性研究強調個體之獨特性，並重視交談者對象的內在聲音，本研究以質性研究方式呈現。

本研究採詮釋現象學的方法論為觀點，透過文本來「開顯」脈絡經驗並加以「詮釋」。主要探討癌末病人對病情知覺經驗的為主軸，透過對身體感受，心理、靈性的深刻經驗中，以理解病情知覺意義開展經驗過程。

並以田野參與觀察與深度訪談蒐集資料，從病人對病情的主觀知覺經驗進行理解時，必然會涉及病人過去生命中深刻的主顯生命經驗，所描述出的歷史生命經驗，及時間流中所呈現的豐富生命歷程，透過研究參與者的語言貼近文本經驗中生命真實本質，嘗試以當事人的觀點，去看待顯現在世見當中所蘊含之深刻意義。並從不斷閱讀文本過程，進行「整體—部分—整體」的詮釋循環，藉由不斷釐清問題過程，使隱含在語言背後的主體置身處境，及相關經驗脈絡得以還原或現身。因此，研究者更希望透過此研究能深描與貼近原初的經驗及其脈絡背景的顯現，能對臨床實務有所助益。

貳、研究參與者

本研究採立意取樣，主要訪談對象為曾住院於南區某醫院安寧病房的癌症末期病人。研究參與者的選擇是以生理功能穩定度尚能進行溝通及意識清楚者，並於收案期間入住進安寧病房或經由共照轉介候床將入住的癌末病人，在徵得病人和家屬的同意後進行訪談，收案人數共計七位。本研究取得醫學倫理委員會的對研究者進行醫療場域研究倫理之學分數要求，並通過 IRB 審查，符合研究倫理要求。

表三 基本資料

代名	性別	年齡	婚姻狀況	癌症診斷	宗教信仰
敬堯	男	36	離婚	直腸癌	佛教
淨蓮	女	75	已婚	胃癌	一般民間信仰
浩然	男	59	喪偶	膽管癌、轉移胰臟、肝	一般民間信仰
誠悟	男	80	已婚	肺腺癌轉移腦、骨	佛教
惠智	女	43	未婚	膽管癌轉移、肝	一般民間信仰
妙忻	女	73	已婚	乳癌轉移脊椎、骨、肺、肝	佛教
樺雲	女	53	離婚	乳癌轉移骨、脊椎、腦	佛教

--續上頁--

個案	確診時告知	住院期間	安寧住院	訪談時	發病-往生	住安寧次數	安寧住院天數(總計)
敬堯	家屬告知	知病不知末	知病知末	知病知末	2012.1~ 2012.09.17	6次	163天
淨蓮	家屬告知	知病不知末	知病知末	知病知末	2011.2~ 2012.10.14	2次	56天
浩然	家屬告知	知病知末	知病知末	知病知末	2012.5~ 2012.12.09	3次	16天
誠悟	家屬告知	知病知末	知病知末	知病知末	2011.8~ 2012.11.25	2次	24天
惠智	家屬告知	知病不知末	知病知末	知病知末	2010.4.26~ 2012.12.20	安寧候 床中	未轉時往生
妙忻	醫師	知病不知末	知病不知末	知病知末	2008.1~ 2013.1.14	2次	11天
樺雲	醫師	知病知末	知病知末	知病知末	2005. ~ 2013.3.29	2次	72天

資料來源：本研究整理

第三節 資料蒐集與分析

壹、資料收集者

在研究過程中，研究者扮演資料蒐集者、訪談者、田野觀察者及分析者的角色。在質性研究中研究者本身就是研究工具，研究者的工作背景為經過台大醫院臨床宗教師臨床培訓，由蓮花基金會推薦至南區安寧病房服務共六年，服務同時，也從生死系讀畢考上生死所，近六年來持續在校學習有關安寧療護臨終關懷課程，校外亦積極參與安寧相關之學術研討會，安寧相關視訊會議等，期待在實務與理論間獲得平衡，對安寧相關研究議題具有研究上的敏感度及相當的掌握能力。這樣的經驗瞭解有助於對末期

病人置身處境的前理解。畢恆達(1996)認為：受訪者與訪員的先前理解(preunderstanding)，在敘說與問答的過程中，需要充分的溝通與反省，以達到開創出一個彼此都能理解的資料。在臨床上也因與病人有某種程度的信任及理解，因此前理解的經驗讓研究者更了解病人的置身處境。

「訪談」在資料收集過程具有重要位置，深刻經驗的訪談往往讓文本充滿豐富飽和訊息。在解釋性互動論中的研究中認為，「訪談」是開放式的，研究者不僅要善於發問，同時也要善於傾聽 Denzin, N. K.(1999)。透過研究者的主題引導，雙方對於談話主題有新的理解，也在彼此的對應中，產生對於敘說經驗裡新的不同理解。隨著受訪者的思路，訪談大綱裡的主題，隨著他的生命故事進行了不同的意義詮釋，透過引導充滿生命力的深層經驗及脈絡，躍然於敘說者的語言裡，轉化成豐富的文本，而研究者與研究參與者之間所產生的共鳴及意義已超越前經驗。

貳、資料蒐集過程

正式進入研究後之進程為，在場域內進行訪談對象之篩選，確定有適當人選後，在徵得家屬及病人同意後，研究者先進行對研究參與者的基本資料進行了解，並與醫護團隊確定病人之身體狀況許可下，才進行訪談。因探討內容為個人內心世界的深度經驗，除持續提供關懷照顧，並引緩協同主持人諮商心理師的資源，提供受訪者在必要時能給予協助。

研究者以臨床宗教師角色與病人及家屬建立良好之信任關係，參與受訪者之照顧，選擇以意識清楚，可以語言溝通表達。以半結構之訪談大綱進行深度訪談。在訪談前已與團隊成員及家屬確定病人對病情理解，皆已知病知末為前提，選擇符合收案條件之研究參與者，在訪談前先向其說明並解釋研究目的與錄音之必要性，徵得同意後簽署訪談同意書後進行訪談，並使用錄音筆錄音；為顧及癌末病人之身體狀況，訪談時間過程視病人身

體狀況而彈性調整，採多次訪談進行，若身體有所不適亦可隨時停止訪談。

具體的研究工具包括有：半結構式的訪談大綱、錄音設備、田野觀察筆記。資料蒐集來源，主要是透過深度訪談及參與觀察。訪談則透過兩種方式，一為無結構的訪談，二為半結構式的訪談。另外，將訪談過程中所觀察到非語言的狀態及現象以回溯方式紀錄於田野筆記，以便作後續資料的整理。資料保存期限於論文完成發表後隨即銷毀，資料之保存亦遵守倫理相關規定，電腦設定密碼並只有指導教授及研究者方能進行閱讀，以保護研究參與者之隱私權。

資料的彙集以一位研究參與者為資料單位，進行建檔及資料之整合。蒐集資料完成後，檢視並整理建檔儲存備份。資料編碼處理方式代表碼方式如下：例如：A2008 代表意義為，A 是第一位研究參與者，第二個數字 2 是指第二次的訪談，後三碼則是文字稿段落的編號，在反覆閱讀文本過程，將語意及具有主題性的內文進行分段。

參、資料分析及詮釋

研究者於訪談結束後，將訪談資料謄稿為逐字稿，而文本的分析步驟採用蔡昌雄（2005a）所建構之詮釋現象學分析為基礎，其認為詮釋現象分析，可規劃成四個層次，第一層為田野文本／訪談對話；第二層為意義單元的浮現與分析；第三層為現象脈絡的梳理；第四層為結構主軸與面向的推敲，以下分點論述其步驟：

一、田野文本—訪談對話

除訪談文本外，參與觀察時的田野筆記、觀察記錄、文件札記等資料都應納入反覆閱讀的範圍。此為初步閱讀貼近及逼視研究參與者主體經驗感受，以便為視域化過程之前準備。

二、意義單元的浮現與分析

第二層為找出每段文字中的意義詞句的「視域化」過程，詳讀逐字稿，反覆思考文本內容，對所浮現的意義單元進行描述與理解，得到視域的整體感，盡量不結構化，而卻貼近文本之原意。在此動態的理解過程，隨著不斷深入視域也將不斷調整。而結構主軸面向的觀點以及前後文的脈絡走勢，已經在影響著意義單元的浮現。

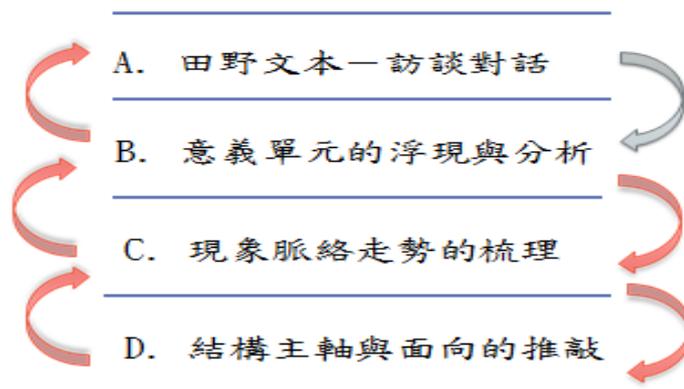
三、現象脈絡走勢的梳理

文本橫向不同的現象脈絡走勢的爬梳過程，其焦點放在不同文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本進行橫向切面的整體觀照，並以前後段順序的意義發展為主要的觀察焦點。其橫向脈絡的思考與結構面的主軸關懷保持著雙向互動的關係。

四、結構主軸面的推敲

第四層是從研究採取的理論及解釋觀點，找出足以對應文本前三層次意涵的概念，以作為文本詮釋的可能結構主軸。一面從經驗文本中觀看，深掘現象脈絡的內蘊意涵，解釋潛在意義單元結構，並推敲結構主軸的面向，賦予結構主題命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋找重要概念，以作為容納前三層經驗意義的構面及範疇。

最後研究結果的鋪陳，是以文本四層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程不斷回到文本進行反思與理解，再檢視建構經驗意義脈絡與結構面，最後描述解釋出本研究之經驗本質形成研究結果。



圖表七：文本詮釋現象分析四個層次
資料來源：蔡昌雄，2005A

第四節 研究嚴謹度

研究過程中，依循進行研究脈絡呈現外，並在解釋觀點上以詮釋現象學詮釋身體知覺經驗、臨終心理知覺意義開顯現象為主軸，進行相關理論擷取及辯證訓練。其次，基於對臨床場域的熟悉，以研究者的學習領域，及自身亦曾遭逢以家屬身分被告知病情時的經驗，相信更能貼近研究參與者的生命世界。最後，研究過程將不斷從「整體一部分—整體」間反覆調整，並與指導教授及團隊成員進行研究過程探討，以符合學術之嚴謹要求。

本研究依據 Madison(1988)，為詮釋現象學研究訂定的九項檢核標準進行評估：(一) 呈現連貫統整的文本 (Coherence)，(二) 提出反映研究參與者真實情境的解釋 (Comprehensiveness)，(三) 提出對核心問題的透視 (Penetration)，(四) 完整處理所提問題 (Thoroughness)，上述四個屬性有其相關性，研究者完成訪談稿謄寫過程，及不斷從文本的閱讀中進行情境反思，從初淺層面的字面意思理解，逐步深入文本內涵之深刻意義理解，透過閱讀心得與指導教授及同儕及相關領域之專家討論，從反覆的討論中

得出分析與主題呈現上能回應研究問題及研究目的。

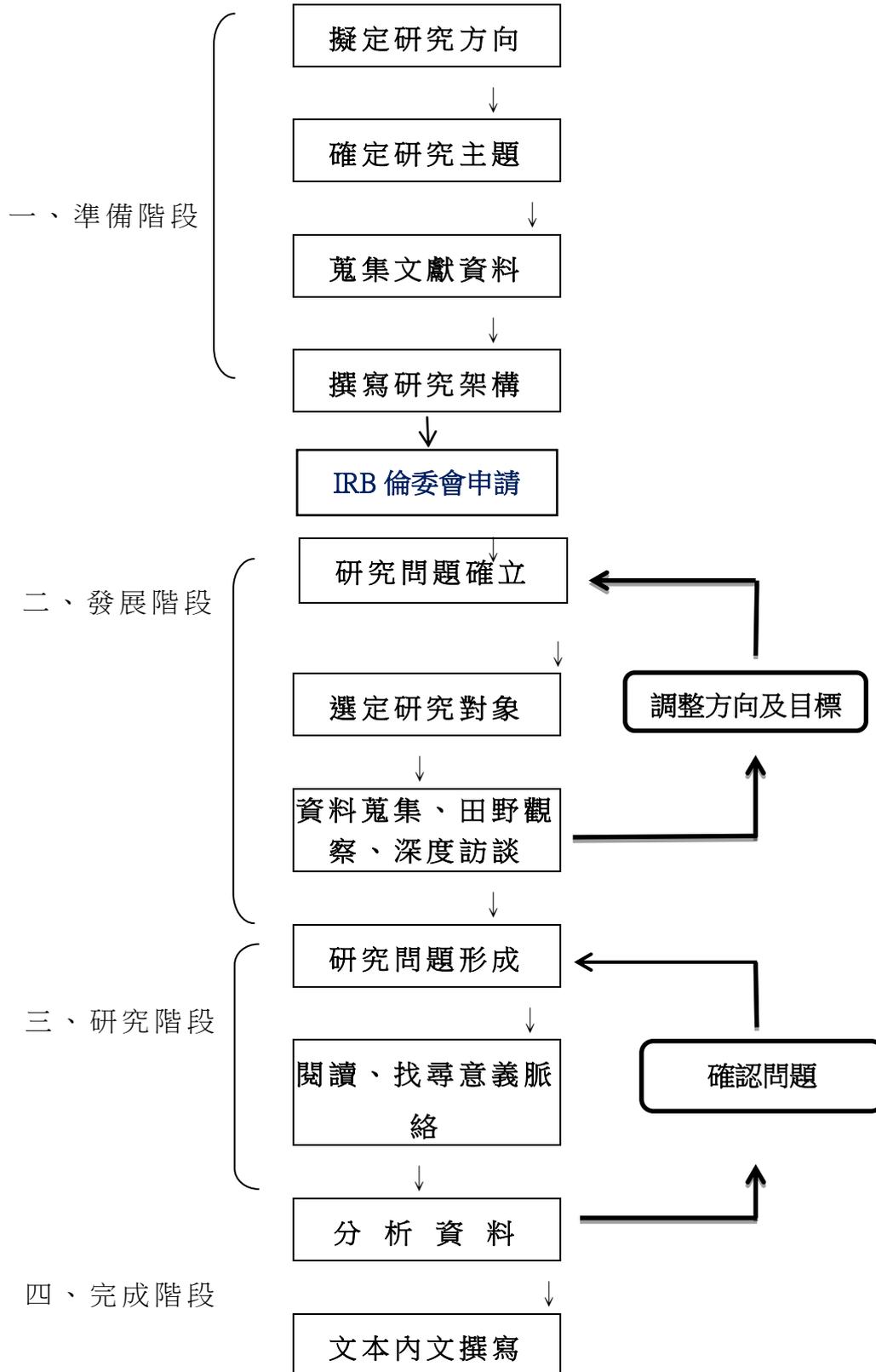
(五) 問題必須由文本產生 (Appropriateness)，(六) 必須保留文本的脈絡性 (Contextuality)，(七) 解釋必須與文本取得一致 (Agreement)；在整個研究過程，持續與指導教授及團隊成員及曾書寫以詮釋現象學的學姊進行討論，透過意義單元及脈絡的釐清及定位，並與文本進行對話，以期達到解釋與文本一致，並能表達研究參與者的深刻生命經驗。

(八) 可刺激未來的研究解釋 (Suggestiveness)，(九) 解釋具有延伸研究的潛力 (Potential)。經過嚴謹的研究過程，希望對未來臨床實務提出適當的建議，在學術研究上能刺激延伸研究的潛力。

第五節 研究倫理

本研究在研究期間，秉持尊重個人平等及自主原則，守護研究參與者之隱私與權益為最高主旨。基於研究倫理考量，在研究期間因研究者本身是以臨床宗教師身份面對病人及家屬，對所收集資料亦遵守保密原則，避免潛在的傷害及存在的風險並做到告知同意。本研究取得醫學倫理委員會對研究者進行醫療場域之倫理學分數之要求，並通過倫理審查 (IRB)，符合研究倫理的要求。收案過程經過病人及家屬首肯後，說明研究主題與相關內容，在徵得家屬與病人同意後，簽署訪談同意書，訪談過程視病人身體情況作適度的調整，有任何不適或其他因素得以暫停訪談，或退出本研究之參與。

本研究步驟如下：



圖八：研究步驟圖

第四章 臨終病情知覺經驗的開顯

根據文本分析結果，以身體知覺為主軸，進行現象脈絡的描述及詮釋，呈現以下四個經驗層次的敘說：一、病人與疾病初遭逢時，他們如何透過身體感知疾病已然具體成形的經驗。二、病人的習以為常的身體如何在身體知覺的經驗中，呈現功能性紊亂與失序的狀態。三、病人身體在時間感開始變得混亂、緩慢與有限的情況下，如何發展出惜事惜時的態度。四、病人在覺知在世關係行將裂解時，如何顯現其於維谷中進退與操煩的存在困境。上述四個面向的經驗脈絡，形構了本文以病人身體知覺為中心的臨終病情世界之現象描述與詮釋。

第一節 立身之基與病初遭逢

我們寓居於世，以習以為常的模式，積極且忙碌地參與世界，而參與的主體—「身體」，是我們立基於此世的重要存在及基礎。然而健康人在投入於世的過程中，是以心智自我形塑的社會性角色來度日的，對未來充滿著希望、目標及方向，然而立基的身體卻被遺忘了。

在踏入生病的世界時，我們所熟悉的一切全部（逐漸）改變。疾病的身體開始讓病人無法以習以為常的方式投入社會，身體的限制讓社會角色改變，家庭關係及動能產生質變，深陷疾病所帶來的痛苦，需要調適身體漸漸失能所帶來的影響，要更真實的面對即將來臨的死亡，置身於此但卻是一籌莫展。

從疾病到死亡過程，身體自有其發展趨向，而且身體所開展出的現象脈絡，與受苦、關係、死亡焦慮及靈性等臨終處境面向息息相關。然而臨終病身雖然一直是臨終緩和醫療照顧的重點，但是臨終處境面向與病身的主體關聯，卻往往遮隱於臨終世界的底景中，令人難以理解。本文即是著眼於此，以病人的經驗文本為基礎，企圖建立臨終處境的置身理解。方式

是透過原本「不顯現」的世界底景、脈絡或環境的還原，將「顯現」於各類病徵或情狀的背後所顯露的意義加以詮釋，並進行在此狀態下「顯現」現象與「不顯現」底景之間連結意義的觀照。

壹、病於我身的身體覺察

當癌症進展至末期，表示在醫療層面能治療空間已有其限制，身體處於無法治療的階段，但身體仍存在著對病的感覺，他是一種身體對病的深層感受，除了被癌症侵蝕的器官外，治療過程的身體傷害及副作用，也在無形當中影響著病人的身心靈狀態。

梅洛龐蒂(2001)認為身體既是認識的主體，又是認識的客體，身體產生知識使得對外的認識得以產生，但身體的反應又是一個知識上認知後的結果。我們借助身體才能存在於世界上，並與他人、物體和其他生物發生關係。身體是我在空間中的棲息之所，空間就是一種價值、一種權力，我們通過身體進行自我辨認，通過身體在世界中存在。

以身體為覺察中心的概念，必定與身體知覺感受有關身體的現實性，使得每個人都以獨特性的方式，從具體的身體來展開意義場，並與世界打交道，從個別性的知覺方式與角度觀點來完成意義的統一。於是因為現實性，經驗、意義都是「屬於我」的經驗、意義。梅洛龐蒂將身體賦予主體性的意義，而主體是指身體性的主體，或者是說我即我的身體(I am my body)，而此身體指的是肉身主體(body-subject)，其意是指：我是具主觀性的客體、具客觀性的主體。

龔卓軍(2006)則提到，「身體感」可說是身體經驗的種種模式變樣當中不變的身體感受模式，是經驗身體(lived body)的形構條件。從現象心理學的向度來看，「身體感」卻成為一個在內與外、過去與現在之間難以名狀的現象。「身體感」對應著外在現象時產生的動覺、觸覺、痛覺等知覺經驗，

也涉及身體在運行這些知覺活動時從身體內部產生的自體知覺迴路。

然而，身體在健康的常態下是不太被覺察到的，身體作為主體被注意到時，往往是因為身體出現某些異樣感，或不尋常的體驗而被發覺。這些直接體驗的出現，必然會受到當事者的直接反應，臨終病人回溯他們最初罹病時的情景，就顯露出這樣的特質。

一、與病遭逢的體察

身體被覺察的基礎，通常在於軀體的整體感被破壞，例如：開刀後留在身體上的疤痕，或增加的「管路」，功能性喪失後的身體紊亂，造成生活狀態的混亂等。例如樺雲發病前，從身體的「觸感」感受到異常狀態，她敘述：「就是摸到一個小小的硬塊，妳是說我們並不是沒有知識對不對，其實自己心裡面摸到那個硬塊，而且不痛不癢；雖然心裡面想說是良性惡性，但是我心裡面想…應該不是好東西吧！那時候是自己這麼認為。（G1001）」，身體內產生的異物感，是病人開始覺察身體的引發點，身體生病一事對病人而言，具有不同層面之意義。心理的擔憂，未知情境的發展，知識的理解大概也預估可能是不好的消息。但是仍然不想繼續面對。此刻開始身體內部癌症開始慢慢增長。

敬堯對病身的覺察經驗，則是先由他的老闆注意到，他說老闆認為他「不像以前充沛活力，做工作像拚命三郎那樣，身體不像以前一樣了。」他解釋自己的體驗說：「那時候放屎都是放血。我想可能是內痔或是外痔。」還沒有生病之前，在工作上的成就感，使他感到相當的自豪。年紀輕輕就當上工頭，憑靠的是他一股衝勁，深深獲得老闆的信任。但是發病前隱約感覺到身體的異常，他仍不以為意。致使後來嚴重出血，經診斷後是直腸癌末期。

二、病身的堪慮處境

生病的事實歷經醫療診斷，便開始進入病人的生活。身體的五官，如

眼、耳、鼻、舌等感覺器官，也同時在印證疾病的存在，眼睛看到開刀的疤痕、傷口的位置及形狀，耳朵聽到他人對疾病的描述、鼻子聞到身體所產生的異味、味覺的改變；最後，因為身體的挫敗及無能感，而對生命失去活下去的勇氣與希望。隨之而來的狀態隨著身體的活動能力的不同，身心狀態感受及情緒表現也各不同。經診斷後接受治療病程進展至末期時，在治療過程需花費為數不少的費用，或嘗試各式不同的另類療法等等支出，家庭動力或照顧問題面臨調整症狀。

妙忻敘述：「都一把年紀了，要享受到哪去？他八十了，我七十四、七十三了，要怎麼享受？…現在沒辦法了。來這邊住一星期出院，差不多三、四天，就又要送來住院了。…年輕人都在工作。她說要請假來照顧，我說妳不去工作不行。掛心我在這邊（F1008）」家中一人生病，全家人生活狀態幾乎都跟著改變。從年輕打拼到現在，一輩子沒享受過。生病象徵著無法盡其力量，為家庭付出貢獻。角色的喪失已表示了自身的存在的價值感及意義被否定。歐文·亞隆(2003, 572-576)指出：越有意義感的人會認為生命具有某種有待實現的目的及功能，具有某種適用於自己的首要標地或許多目標。

敬堯所敘述的情境也透露出類似的訊息，他說：「病情卡嚴重時，那時候做到沒辦法就跟我老婆分手，因為那個時候聽我朋友說她有別人了，…慢慢的工作放給別人(A1001)。」又說：「我知道開刀需要錢，我身上的錢那時候都給我老婆，我老闆有講要送錢過來，結果注死他們都知道我叫○仔，不知道我本名。(A1002)」雪上加霜的情境，生病抖落在家庭及社會角色的功能。因為生病無法再負擔工作上的事情，不得不交給他人負責。

婚姻也觸礁，但小孩的生活費還需要支付，他生性豪爽用錢用得兇，到生病時身上所剩無幾。這裡指涉的是進入某種社會價值來認知這個世界的「社會態度」，這是人存活在社會中所必要的處境，人靠著自我而活，並以社會價值為主軸，追求對未來的意志及期望。生病首先脫落的是「社會

角色」，從社會脈絡中漸漸脫鉤慢慢的退出，生病一事並非只是身體的疾病過程，而是從社會體制下的運作狀況經醫療確診後，病人的角色身份確立。

貳、病情意義的覺知

生病，讓人們覺察到生命的實相，也讓人們重新回歸到生命最原初的狀態。范丹伯(2001, 35)談到對生病的理解時說：「在沒有生病的正常情況下，我活在未來，除了一些很特別的時刻，我從來沒有真正活在當下，想都沒想過。但是在此刻，生病不允許我從當下逃逸。」身體的實際感受經驗，將焦點轉移到內在知覺上，當疾病進駐時，世界一夕間山河變色，你不再是以前的你了。

一、病情世界的體現

病情的展現，是透過軀體為基礎而被看見的，作為主體化的主體，必須為我們的意識所知覺。梅洛龐蒂(1945/1992)認為，肉身主體的身體是我們身心世界及互動關係的基軸，由此輻射出意義領域。因為身體具有現實性，無法使自身完全透明無盲點，同時在身體所開啟的意義場域中，也存在著各種經驗的可能性。正是因為身體的現實性，每個主體都以個人特殊的知覺經驗，從各種感官中來覺知對象產生經驗，同時，也透過個體之感覺經驗與世界產生連結。

身體透過觸覺及痛覺經驗，感知到病情的狀態。病人透過痛苦的經驗及異樣現象的身體感受，覺察自己已踏入生病世界的領域，當病人談到這個經驗時，這種深刻程度至今回想起仍心有餘悸。敬堯是位年輕直腸癌病人，印象中他總是笑臉迎人，對人彬彬有禮；潔淨的臉龐看不出是在南部做粗重的工作，也看不出他過去坎坷的生命經驗。年幼時父母離異，國中開始他過著獨立自給自足的生活，開始漂泊流浪及跑遠洋漁船的生活。直到發病時，才感覺到身體的異樣：「那個時候…坐骨神經痛是小診所跟我

說的，我想坐骨神經痛就放乎伊去，就去賺錢。結果等病情嚴重…，身體洗完澡後就放一坨屎，擺放血啦，到中午時候，我肚子就在絞，像肚子痛一樣，…到醫院，到那裡我還是一直落屎放血，直接轉加護病房當時就發病危通知（A1002）」。敬堯從身體的感受上覺察到身體的狀況越來越差，直到發病當天，其實已經意識到病情嚴重，只是嚴重程度超乎他所想像，接著他就開始踏入生病的世界，多了一個「病人」的角色。

因為生病，原本與原生家庭疏離的關係，此刻重新再連結，但也浮現過去家庭之間的恩怨情仇。病人置身於生病的困境，同時也陷入家庭關係的複雜情境。生命的功課從此事件再度突顯出事實，不只是身體上的病痛，心理、社會關係，過去複雜的因緣如同糾葛的藤蔓，交纏糾結漸漸浮上檯面。

誠悟是位肺腺癌病人，癌症轉移到腦、骨。他談到發病經過：「在去年八月初就一直咳嗽，咳了一、二十分鐘都沒停。我就去洗手台漱口試試看，結果全部都是血。第二次進急診安排在病房處理。住院之後，還是一直在吐血。後來就是常常咳嗽，咳嗽就會吐血，…爸爸節的時候做檢查，才發現已經是第三期。(D2002)」誠悟生長於民風純樸的鄉下，幼年被收養，養父母視如己出，得到家庭的疼愛及照顧。年幼的經驗讓他更重視家庭，與家人關係連結密切，且為虔誠佛教徒，面對突如其來的症狀，認為無奈且無法改變什麼，只能順其自然面對。病情進展變的快速，在理性層面可以接受即將面對死亡，但在情感層面內心仍放不下家人。

當主體性的身體覺察到生病感覺時，通常是透過肉身的感覺經驗所得知。健康的身體平時會保持在一種平衡的狀態，一旦從身體表面或具體從身體內在器官「破裂」、「出血」、「異物感」等情況覺知到身體朝向生病的世界滑入時，「身體圖式」的改變，象徵了病情意義的感性經驗將意識層面內轉到「身體的存在」上，同時也因為這種不尋常的感覺體驗，病人將注意力由外在的世界，開始注意到身體內在的感覺。

生病具象化過程，無異宣告了身體正逐漸朝向死亡過程邁進。這個過程的理解比擬了病人覺察「身體病體化」的理解，此刻關鍵在於病人將所有的焦點全聚焦在身體的感受上。Leshen(1989)研究中，將此階段稱為「知病期」(time of sickness)，是以指稱病人在病症的末期，還希望自己可以活下來，為生命奮戰的時期；亦即在「知病」的狀況下，病人的身體狀態及功能，尚能維持在一定程度的運作能力。余德慧(2006)在研究中，對此現象稱為「知病」的存有模式，病人雖然身體經歷著癌症病症的干擾，但心智的運作模式，還能夠維持及保有原先的自我(ego)，亦即這些的狀態必須是以身體作為基礎的支持，隨著身體的變化，而產生心理的質變過程。

二、病現於色的「看見」

你的臉色被看見，人生活在一種「面」對「面」的關係層面裡，疾病透過身體表現於外，使我們得以覺察到它的存在。浩然罹患膽管癌，當初因為倦怠、食慾差、膚色變黃，身體外表出現改變，才到 A 醫院接受檢查。醫師建議到大醫院進一步確診，浩然回憶當時：「我的病是五月發現，身體的狀況是膽的問題，當時臉色和眼睛都呈現黃色的狀況，並發覺已經轉移到腰尺(胰臟)和肝。照了片子後，連腰尺和肝都有問題，說已經傳染了這樣。(C1002)」。他早年父母因病死亡，唯一的姊姊也早就不在。浩然相當珍惜也注重孩子的教養與學業，靠一份公務員工作讓子女接受公立的學校教育，各自有工作也散居各處。

浩然感嘆的說：「因為這個身體，這個病讓家庭重新再凝聚起來，可以享受子女們的照顧，什麼時候能有機會像這樣坐下來泡茶聊聊過去」(田野 210121124)。生病是一種痛苦經驗，但浩然卻從這個過程重新與子女再連結。人存活於世，依靠關係連結，而世間倫理關係的圓滿，可以帶給病人很大的安慰。社會倫理的支撐尚能護住將要瓦解的世界(余德慧，2006)。

惠智是位對生命充滿希望與古道熱情的女俠，她罹患膽管癌併肝轉移，初期感覺異常是看電視資訊及經由同事提醒：「看電視，新聞不是都有跑馬燈嗎？它寫說如果長期咳嗽，咳不好可能會得到癌症…(E1002)」、「他們說我的臉色不太好，臉色都在黃，我自己都沒有感覺。有一天跟我同事出來說，咦！妳的眼神怎麼會黃黃的…，那時候我已經在拉青色的大便…。GOP(AST Aspartate aminotransferase, SGOT)、GPT(ALT) (Alamine aminotransferase, SGPT)好像已經飆到 200 多(E1003)」，面對這個事實，樂天派的她面對身體的變化，仍是充滿希望與期待認為病情很樂觀，而且神明告訴她會沒有事情，一定會度過這個難關。家庭支持系統很好，但是擔心罹患乳癌的媽媽煩惱，而不敢告知罹患癌症的消息。與母親之間互相隱瞞病情，互不讓對方擔心。

從臉上的異色，感覺到身體出現警訊，她藉由中醫治療及宗教信仰，想要度過這次難關。從頭至尾的否認，保持希望直到最後。Kubler-Ross(1974,1994)認為：不論病況輕重或是如何應付，我們的病人始終都存著一種希望，直到死亡的那一刻。不管我們是否贊同病人的意見，這希望是要保留的。惠智到最後仍保留希望到最後，但訪談到後段，她其實已經從身體的疼痛增加及功能喪失，體會到這個希望已經落空。她的希望只是留給訪視者一個希望，不要因為她的年輕早逝而悲傷。

三、隱瞞不顯的病情

生病的具體症狀，透過活生生的軀體層面，身體各部位的感覺和差異在主體的廣泛參與中，形成一個系統的統一體。通過具體所被看見表現在身體層面的種種情況，如硬塊、吐血、眼睛身體變黃等外顯的現象，其感性的感覺經驗，在此層面上，這直接的、感性的體驗揭示意識“存在”於身體的表現形式，而文化層面對疾病往往帶有歧視及汙名化的見解。

妙忻罹患乳癌併轉移脊椎、骨、肺、肝等器官，當時發病的情況是：「長這就是沒得效，那也就算了，所以都自己亂擦藥、亂處理傷口…人都說乳房生這是“見笑代”(F1002)」，「一開始小小一粒，我就發現 (F1003)」，「過一陣子又發現又長出一粒，我都沒有跟任何人提起。我聽人家說，得到這種病沒救，所以自己也就比較消極。(F1004)」對於妙忻而言，過去要面對生活的困頓已經非常辛苦，與先生兩人努力為家庭打拼，根本沒有時間生病。自覺得到乳癌是沒得救，因此採取消極態度面對，也因為罹患乳癌在社會上被汙名化，更加深妙忻逃避的心態。

在文化層面，傳統對於女性的性別徵象常有不潔的概念存在，例如：正在月經的女性不能上廟宇，對神明不敬，因為經血是污穢的象徵。這種觀念對傳統道教徒而言是相當的嚴謹的。女性罹患關於性器官的疾病都用比較逃避的心態面對。身體對個人而言是非常的隱私的，妙忻在初發現時選擇隱瞞不告知，導致錯過黃金期的治療階段，多半還是擔心「疾病汙名化」的心態較重。

樺雲是位氣質優雅的女性，罹患乳癌併脊髓、腦轉移。當初身體感覺異常時是：「1996年到日本去，…應該就有癌細胞了，只是我自己不知道，但是差不多半年以後我就摸到了。摸到有一顆小小的硬塊。而且不痛不癢…，我心裡面想…應該不是好東西吧！拖了將近一年左右吧，它變得比較大顆一點，…但是也不痛，我那時候就知道應該是癌。(G1001)」。帶著滿心的痛苦與創傷，離開這個出生的傷心地，原本希望離開台灣象徵著遠離了一切的恩怨與情仇，但是未料過去的內在衝突化成身體具體的存在，半年後開始發現身體的異常，她選擇忽略硬塊的存在，雖然隱約感覺是不好的東西，在知識理解上，也知道應該是癌症，但是心灰意冷的她已經覺得生命無希望，或許這樣走也好。但因緣使然，最後樺雲還是倦鳥歸巢，回到故鄉，準備接受死亡。

癌症病人隱瞞病情，不只是因為癌症是絕症，另一個因素是因為癌症被視為「卑污的」--cancer 這個字的原意有壞兆頭、可惡、使人反感等意。蘇珊·桑塔格(2000, p.23)認為，在身體器官的系統裡肺癌被認為比直腸癌少令人羞愧，癌症攻擊令人羞愧的身體部位，(結腸、膀胱、直腸、胸、子宮頸、前列腺、睪丸)而聲名狼藉，其意指罹患這些癌症是比較隱晦的。樺雲除了在自尊上無法接受這個事實外，也在生命意義感上感到挫折及沮喪。

Kubler Ross(1974,1994)指出，病人沮喪的理由，是她失去了生命當中所有可愛的事物，或對她而言一種重要他人關係挫折的過程，除了要承受準備辭世的憂傷，關係的失落也是主要沮喪的來源。因此，身體功能的喪失、關係層面的連結、面對死亡、即將失去所有，更令病人感到沮喪及失志。

參、因果業力形塑的病情認知

Zaner(1982, p50)認為，生病體現為一種突如其來的事件，是對於或多或少已被精密設計好的人生計劃的任意干擾，疾病被解為「作為一種不請自來和未被預料到的“發生於我的事件”，而降臨於這個人頭上，他不在該人可能選擇及計畫的範圍內」(引自 Tooms, P107)。Tooms(2000)解釋為，努力給予某種病症意義，病人就會有選擇地將生病與某種處罰(如神意或其他)聯繫起來；意即，病情嚴重的人可能會感受到她或他**必定**已經做過什麼以至於有此結果，因此生病就是對所做錯事的報應。在本研究中，病人也常提到生病是一種業報因果輪迴的表現。

一、因果業報的詮釋

病體狀況活生生、未經反思的表現在肉體上；病情代表客觀的疾病，是透過他人所描述的生理學或病理學的原理，而被判讀的。沙特(1956)認為

病情並不是作為疾病被體驗的，而是作為肉體的痛楚來體驗的。身體遭受痛苦的感受，病人常對此現象做出合理的解釋，認為受苦的背後必定事出有因。

佛教概念中，「業」的意涵是指，輪迴背後的真理和驅動力。它常常被西方人徹底誤解為命運或宿命，但其實它是主宰宇宙的因果律，業的字面意思為「行動」，業既是潛藏於行動的力量，也是行動所帶來的結果。簡單來說是指：不管我們的身口意做些什麼，都將產生與之相應的結果。(索甲仁波切，1996，127-9)

樺雲敘述他對因果業力的看法：「就是我前世的業啦。…學了佛以後，可能懂得…前世應該是殺業做得太多，這一世才會這麼多的病痛。…所以我媽媽在這一世，他也是從很年輕開始就有病，一生就是病痛，所以說我覺得我媽媽這一生的業，應該是前世造的。他雖然說也是因為病痛這樣走的，但是我覺得我媽媽應該會到好的地方去，因為他這輩子做的好事太多了。(G1010)」，她從母親過去生病的經驗得知，一輩子的病痛應該都是前世造下壞的業果，此世多病痛完全是前世的因果。雖然身處於病痛中，但是母親仍是積極的行善助人，在她的認定母親一定往生善趣。這無形中也帶給她很大的影響。弗蘭克(1995，138-142)認為，當一個人遭遇到一種無可避免的，不可逃脫的情境，當他必須去面對一個無法改變的命運—比如：罹患絕症或開刀亦無效的癌症等等—他就等於得到一個最後機會，去實現最高的價值與最深的意義及體會苦難的意義。最重要的是：他對苦難採取了何種態度？他要用甚麼樣的態度來承擔他的痛苦。

她回想：「她從小就教我們因果，我們都知道應該是前輩子欠人家的，我媽媽常常講前輩子欠人的就要還，…當我有病痛的時候，我也這樣想，我應該是前輩子欠人家的吧。你要來討那也是公道的，對不對。雖然說我很痛苦、很辛苦，但是你要討，我也不能怪你啊，…現在也學會了念佛…先跟人家懺悔…但是病痛還是一直在那個，我就常常講，可能是前輩子殺

人、放火做太多，這輩子才有受不完的苦，那也沒辦法。(G1011)」歷經近十年的長期的病痛，這種折磨慢慢耗盡他心裡的意志，但是每當心情低落時，母親過去的生命經驗不斷的從心裡生起一股力量，知道這是一種因果輪迴，應該好好的懺悔向對方道歉。隨著病痛不斷的出現，這股意志力也被消耗殆盡，心情充滿沮喪及無力感。

佛教概念認為：每一個動作，即使是最微細的動作，都孕育著它的後果。它永遠不會消失，一直到它成熟為止。在適合的條件下，它終將成熟。我們的行為常常會延後呈現它的果報，甚至延至到來世；我們無法指出是哪一個因造成哪一個果，因為任何事情都是許多業成熟之後集合在一起的複雜結合體。(索甲仁波切，1996)。

在安寧病房常見病人談論病情指向「業力」「因果報應」的概念。這是一種心裡非常沉重的負擔及折磨，身體的具體疾病現象表現，讓病人將注意力轉移由外往內關注，這個痛苦經驗喚起病人對身體的“存在”明確的被覺察。但另一方面，因為受苦的心理靈性層面更增添痛苦的程度。「懺悔」的概念，讓病人的心理有被救贖的機會。在佛堂或佛像前，很多說不出口的話，在佛前至誠的祝禱懺悔，病人往往能盡情地將內心的苦楚釋放，在佛前他們得到依止及罪過的和解，懺悔過後，心靈就如同被洗滌一般，重獲清淨。

二、回顧過往而臣服

密教尊者密勒日巴曾以讚詩唱誦，「面對死亡」的偈語：「當你強壯而健康的時候，從來不會想到疾病會降臨；但它就像閃電一般，突然來到你身上。當你與世間俗務糾纏不已的時候，從來不會想到死亡會降臨；但它就像迅雷一般，轟得你頭昏眼花。」(索甲仁波切，1996)。非常貼切的形容，無常的迅速常令我們措手不及，從身體發生的情境，使我們擁有反省及覺

察的能力。而人類最偉大的能力之一，即是與生具有的覺察能力。

敬堯自我反省：「我會得到這種病沒，我是覺得我飲食不對。飲食不正常，所以那時候得這種病沒，我是沒有覺得有意外啦，…覺得是我吃的問題，…唯一懷疑的就懷疑我吃入，啊你說啊怎麼突然得到這種病，啊怎麼會是我，…要怎麼說，可能是前世做不好或是這世做不好，才會得這種病，得這種病我也不會怨天怨地，我講坦白的，我也不會怨天怨地啊，我說過可能是我的飲食不好，(A1010)」

聽到母親宣布得癌症末期，當下如同被雷敲中一般愣了一下，隨即接受事實。過去生命的乖違，從小至大總是為了養活自己努力，尤其國中階段為求溫飽到處打臨工為養活自己，常與人搏感情，喝酒應酬，這樣的關係，讓他在工作領域站穩腳步。除了理解可能是因果報應的關係，但更深層的理由來自從小的艱難困苦生活與關係連結的挫折。

身處痛苦中，但是他卻能夠犧牲自己，滿足大家的期待：「我那時是忍住著，我媽她的人面廣也算是一種福報啊…，我就跟我媽說說不用阻止人家，沒關係我還忍得住，…也覺得說在我這裡嘛隨時說不少道理，我是說大家互相學習啊，我跟我媽說，大家互相學習啦」，敬堯了解身體的痛苦是自作自受，也因此更期待無用的身體能做有用的事，因此想要捐大體。也非常配合他人，希望能給他人一些鼓勵與支持。想要行善的心從不間斷，且毫無保留的為大家付出。

索甲仁波切(1996)認為，因為業報的法則是不可避免和真實不虛，所以每當我們傷害別人之時，是在傷害自己。而宇宙間是有某種最高的正義和善，每當行善時，我們是往前靠近它；每當作惡時，我們就是在隱藏和抑制它。而敬堯在生病後，對周遭的人釋放出最大的慈悲與善行，接受這一切的苦難。

第二節 身體知覺世界的裂解

身體的存在提供給我們一個立基於世的基礎，透過這個存在我們依此與自我、他者與世界進行連結。健康時，我們對身體存在的感受性似乎隱而不現，一切習以為常的意向與慣性，使我們專注於跟世界建構關係與締造意義，並展現追求生命的驅力。當生病時，意識狀態體驗覺察到，處於疼痛的身體時，身體的隱匿性，瞬時成為意識所關注的焦點，也揭示了意識「存在」於身體的表現。因為罹患「癌症」，身體出現系統紊亂，病人對身體的知覺必然朝向一種「身體必朽性」、「無常性」、「不可逆性」的狀態發展。

同時，受限於身體逐漸朝向敗壞發展，「在世存有」的存在經驗，也即將過渡到另一個「非存有模式」；內在的知覺經驗也開始朝向一個更幽微的面向發展。當身體無法像過去一般，擁有恢復的能力，而是朝向越來越虛弱，漸漸敗壞的過程前進時，感受到身體的功能性喪失、外觀形象改變、失控感及疾病末期時，所產生的社會、心、靈性等層層疊疊的問題，存在的終極處境因而被彰顯，浮上意識所能覺察的狀態。

壹、身體圖式與失衡的身體感

梅洛龐蒂(2001)提出身體圖式(body image)的概念，並賦予身體為主體的意義，主體是具身體性的主體。亦即，我即我的身體(I am my body)，而此身體指的是肉身主體(body-subject)，而肉身主體的意義可闡述為：我是具主觀性的客體、具客觀性的主體。此意向性的身體同時具有主動性與被動性，人的世界透過身體經驗慢慢建立起意義感，以個人特殊的知覺經驗與角度觀點完成所謂的意義的統一。

一、全然失控的覺知

沙特視「疾病狀態」為：醫師對病人病情理解情況的概念化過程，藉由生物醫學模式的檢驗及檢查，或是透過病理解剖學或病理生理學的種種數據，而被定義。(引自 Toombs, 2002, 41)例如：生化檢驗項目的參考值，是一項對身體標準化的檢查過程，不同的檢驗項目可以得知身體的狀態，若檢查數值超出參考值，可能證明病人生病的事實。由此得知，此時所謂的病情完全是指“一種細菌，或多種細菌或組織損傷或病變”的問題，它脫離人的感受問題，完全是醫療組織化及器械化的存在狀態。此代表一種理論化的抽象，它有別於，也不等同於病人的經驗。

誠悟因當時一直咳嗽、吐血住院觀察後，確診為肺腺癌併轉移腦、骨。當時，感受到吐血的嚴重性，後來進行放療及化療。第一次入院症狀：全身虛弱、吃不下、失眠、解黑便，且因喘的問題常需要氧氣、背痛、脖子痛、頭痛等複雜性的問題入院 ECOG 4 分，談到身體的情況：「再來電療，電這裡(頭骨後方底部) 頭部的骨頭長腫瘤啊。整個都被包住，像脊椎、頸椎都已經有癌細胞了(D2005)，…我有在說若想要改變，不然裡面有什麼東西就把它割除掉就好了，這種就沒有辦法割除(D2006)。猶記得誠悟談到此事時，身體的喘及伴隨常有突發的疼痛，常會有短暫的中斷，因為是神經性的疼痛，常見他枕著頭並需要協助按摩放鬆頸部及背部的肌肉，整個身體姿勢緊縮起來，常感覺身體有突發性劇痛或觸電般疼痛、抽痛好像被針扎到骨頭的感覺。

這些痛感活生生的存在軀體內，成為生活的一部分，當痛感稍微緩解時，才稍有放鬆及解脫的感覺。這種疼痛感在他第二次入院時，背痛、頭痛、虛弱、吃不下、右側痛，枕骨嚴重疼痛症狀達到最高峰的痛點(0-10分)10分。常見他痛到不知應如何將自己的身體擺在一個適當的位置，經過不斷

嘗試後，身體在軀體姿勢的擺位中尋找到如何緩解疼痛的方式，那成為他對應身體疼痛的經驗。那天，他告訴我：「師父，歹勢，我無法度跟你講話啊，我痛到無法度」，這表示身體的疼痛已超出他能忍耐的範圍，而增高的止痛劑量，也無法緩解這種的疼痛。這疼痛讓他與醫護團隊一籌莫展，誰也無法回答為什麼無法緩解這個疼痛。

疾病打壞了一個人身體的融合，讓他的身體變得格格不入。入侵的疾病接管了身體，對病人來說，身體變成難以居住的地方，難以掌控的疾病支配身體，讓它變成不斷增殖的組織，迫使器官分泌，成為令人苦惱的傷口或令人不安的腫瘤。(范丹伯，2001)

二、醞於病體的內在印記

梅洛龐帝(1946)的哲學態度最基礎的關懷在於，化解理智主義和經驗主義的傳統對立，也就是說對身、心、世界以及彼此間互動關係之難題提出新的詮釋。由知覺這個概念著手，說明人之主體性、與世界的關係、知識系統之所以可能的最終根基。而此反省的覺識立基在檢查身體循環的失調，以顯示那隱藏與假定在我們正常意識狀態中的檢查流程。

惠智從 A 醫院的影像檢查得知身體疾病的消息，從身體的感覺及電視媒體看到有關醫療的消息，心裡大概就有一個不祥的預感，當身體主體覺知身體的異樣，開始以客觀知識的角度來解釋身體狀況時，疾病概念已被意識層面所理解及接受；同時，為了要進一步處理而到 B 醫院檢查，得知：「檢查完之後我就有聽到他們在講血管已經塞住了。那個瘤三公分，那個黃膽幾點了，我就看著那個瘤過去，他整個往上發展，所以會有黃黃的(E1005)」。在身體裡蔓延的癌症，就如此具象化的呈現在影像學裡，原本只是概念化的檢驗結果，以客體化的方式呈現在她面前。

結果馬上住院安排開刀，醫師說：「要從正前方腹部開一個 20 公分的大傷口。」、「我想講十二指腸、胃、脾，其實他也沒切多少，後來什麼第幾期我不知道啦(E1009)。」惠智形容開刀傷口時，病非常真實的具體刻畫在她的身體上，一條像蜈蚣的較淺的紅色線條直挺挺地在她的肚皮上顯像，又看見在一條較深的顏色的線條在同一個傷口上，她笑著說：「隔了半年又復發了啦，所以在同一個傷口上又畫了一刀，希望能再處理一下」，那雲淡風輕的敘說，在眼底的有份淡淡的失落。腫瘤的復發消弱他她的希望，同時接受化療的結果，身體所受影響的區域及功能越來越多，整體惡病質嚴重，ECOG3 分，3 周後達到 4 分。

「理性經驗」是指思想與概念的能力，來自於更原初、較不明顯經驗形式的方式，就是未被命題形式彰顯的經驗(及主體/述詞形式)，此先於斷言經驗一直是個存有的經驗，其身體現在有限的處境中，也因此擁有這個處境的可能經驗，每個人的人文處境都是有限及模糊的。有限性是來自生活上的落實與時間上體驗的方式。身體與感官的特定形成，是用一個非常特殊的方式將世界揭示給我們。(梅洛龐帝，1946)

貳、疾病的身體圖式

本研究的七位研究參與者，從生病到疾病確診過程，因症狀的反覆發作，從身體的感受狀態覺察到逐漸從朝向失控、不可抗拒的衰落發展。以醫療生物學觀點，當身體功能在逐漸喪失，以及因癌症因素所影響器官間的功能失調或失常，及抗癌過程的放射線治療或化療藥物，造成對身體功能某種程度的損傷或後遺症、副作用，勢必會造成身體某種程度的影響，病人在面臨身體的感受性過程，通常透過症狀的表現覺察到身體崩解的細微變化經驗。

Toombs(2000)談到疾病的隱藏意涵，通常複雜性的病情，是無法單純化

的視為病理解剖或病理生理學事實意義上的概念，它常與病人對於病情的感覺、體驗與理性層面對於病情的理解有關。這理解常源自於病人自身特定的意義、評價、期待等等表現有關，間接也與整個文化規範、社會結構、個人相關背景相互交涉，影響病人對整體病情的感受。特別是生病身體，身體將不只是失去功能的生理身體(biological body)，而是被病人從根本上經驗，所感受到的生活身體(lived body)的斷裂感。

一、坐困愁城的疾病進展

這個活生生的真實感覺存在於軀體裡被感受著，敬堯回想當時：「人在一般病房時，嗎啡控制住，很痛苦痛苦到死。(A1004)」、「要怎麼說，嘛是一字痛(A1006)」，「我曾跟他請教，啊我電療、化療、手術這三個，我可以做嗎？…你現在這個腫瘤沒，這三個都沒辦法做，你沒資格(A1009)」。因為當時才進入安寧病房，多數的病人的急性狀況通常是症狀的問題。敬堯癌症確診為直腸癌，醫學診斷其症狀常有以下情況：直腸癌因接近肛門，較早即有出血便、裏急後重、排便習性改變、與大便變細等症狀。降結腸因腸道腔管較細，糞便較為成形，且腫瘤常為浸潤緊縮型而較易引起腸阻塞。有時直腸、乙狀結腸癌會侵犯膀胱、陰道造成痛管而產生不同的症狀。(台灣癌症防治網)

敬堯常因肛門口痛，出血及肛門內異物感，常到浴室沖洗肛門口以緩解身體的不適感，常見他在床上，或跪、或蹲、或側躺，腫瘤的壓迫及侵犯愈來愈明顯，造成膀胱及尿道生成複雜的痛管，護理人員形容其複雜程度，簡直就像是一張精密的地圖，也因此無從追蹤到底神經痛的來源來自何處。(田野筆記 2012.05.21)

在「知病」狀態前，應有前行之覺察狀態，也就是「覺病」過程，「知病」是在理解層面，經由具象化的身體表現，經由確診後在理性層面接受

患病的事實，但「覺病」過程是當身體有某種程度的異己性、不適感、異樣感等狀態時，內心覺察身體隱約所表現的蛛絲馬跡，種種不尋常感覺的前行狀態。卡賽爾提出，生病時的諸種症狀是病人所體驗到的一種異樣身體感覺的描述，其關鍵點在於：這種感覺是作為異樣的或是不正常的感覺被體驗。在此狀態下，病人面對態度往往傾向消極面對或逃避、忽略身體所表現出的「生病」感覺。(引自 Toombs, 2002)

入住安寧主要焦點在於疼痛症狀的處理，對身體的掌握能力還在可以控制的範圍，因此對病情還有一絲的期待與希望，但是隨著身體功能的質變，腫瘤活生生的在身體內緩慢的成長與移動，身體細微的改變與功能的影響，讓敬堯覺醒：

「安寧病房是癌症的最後的鬼門關啦，我絕對是爬的出去這安寧病房…到現在我還爬不出去，我一直爬不出去，如果爬不出去就算了。…現在的病情看看耶，要回去高雄渺然啦，我做病人我是真的不喜歡出去(心態)。因為身體的關係，我坐不住。(A1010)」

從初入住安寧，他從不放棄任何希望，並且充滿信心自己絕對可以走出安寧病房，並規劃未來的工作，但疾病的進展漸漸磨掉他對恢復健康的信心，隨著症狀越來越多，疼痛感加劇，他無奈地告訴自己「要回去高雄渺然啦!」。因為身體的限制，對於社交性的活動，他其實是不想要參加的，現在他已經在意識層面「認同」自己是病人這個角色。同時，從開始的「我絕對是爬的得出去這安寧病房」，到現在的「我一直爬不出去，如果爬不出去就算了」，對於身體的覺察狀態的理解，已經無法走出安寧病房，身體所表達出來的訊息即是告知，自己正在逐漸接近死亡。

意識到關於生病意義的理解，通常是透過病人的感性認識與理性認識，關於基礎層面的感性的感覺經驗，通常指涉某種不尋常的感覺經驗，會導致病人將注意力從外在轉移到身體機能的紊亂上，一旦這種紊亂的直接經驗在理性層面成為注意力的焦點時，生病狀態成立。

身體表現出的狀況漸漸變的嚴重，改變他對屬己身體的認知，並轉變其自身存在的自體感覺。次此住院是一次更嚴重的尿管塞住，ECOG 4 分，身體功能從正常到失能，多數時間已經躺在病床上，與剛入院時透過不斷的變換姿勢、或坐或跪或蹲到現在只能躺著，這個身體姿勢的變化明確說明失能的事實，也間接覺察到病情惡化的事實。

敬堯談到生病經驗仍充滿驚嚇，他回憶說：「醫師跟我說：懷疑癌細胞走到我的膀胱。身體每五分鐘痛一次，起寒起冷。痛苦到想要真的想要死死，早一天解脫。(A2001)」、「膀胱…，一直膨脹起來那時候我會痛一下子而已，…等一下就會好了…血塊塞住，痛到我自己嚇到，睡到驚醒，怕尿道塞住。(A2002)」、「吃到膀胱這裡，就是就是反正講白一句，就是就是病情嚴重。(A2003)」、「一個屁股就已經給我頭痛，啊現在又中膀胱的問題沒，哦我現在頭殼抱咧燒。(A2005)」

此時身體層出不窮的症狀越多，病人將身體作為思考「主題」去理解及進一步感受。此刻，敬堯的患病體驗不再只是感官知覺的，而是超越個人主觀經驗的心理對象。疼痛成為個人直接主觀性之外的另一個心理客體(生病感受)，生病感受有別於肉體有其自身存在的形式。意識狀態覺察病體的顯現及嚴重度，從覺病過程到知病過程，也因身體出現的嚴重症狀及疼痛，病人開始覺察自己是否朝向死亡前進。Leshan(1989)稱此階段為「知死期」(time of dying)，是指病人在病症的末期知道自己將死的時期。

生病是各式各樣直接的身體感覺的結合，例如：疼痛、難受等。透過病症表現出的急性狀態(例如：出血、吐血)，直接感覺體驗到可能朝向「疾病」的結果發展。活生生的軀體開始被客觀化為神經生理學的有機體，而直接感受到的紊亂被視為或理解為某種特定的疾病。在「疾病」層面病痛則被視為是個客體，一個“他人的存在”，而病人也因這些症狀進入現代的醫療體系，即進入沙特所指稱的「疾病狀態」。(引自 Toombs, 2002, 44)

病程進展至最後階段敬堯於臨終前約一個多月談到對身體的感覺，他

說：「我看這次沒法度阿。越來越惡化阿，…痛啊就嚴重耶，痛卡嗎啡注下去，卡止一下，卡睡一下(A3001)」。「這變化應該都知影啦!感染一直感染，…我講這個生命就是一天過一天，我是講齣，甲煩惱沒，安了入往生去，那是帶著痛苦的離開…我希望我往生的時候，不通艱苦，這樣的享受A3003)。」

敬堯對身體的覺知一直非常清楚，從身體功能失調、活動力減低、整體感的喪失，明確意識到身體完整性的脆弱無常性；身體生理機制的變化呈現一個清楚的事實，即是病人感受到逐漸與這個世界脫鉤，而身體逐漸朝向「破裂」的狀態進行。敬堯清楚覺察到身體疼痛及敗壞，已經到達自我無法控制的階段，並且擔心帶著痛苦離世，期待往生的時候是能在舒適的情況下離開世間。從身體變化自我層面覺察到死亡，亦即覺死的過程。「此在」將朝向「非存有」狀態前進。

二、心知肚明的覺知

浩然對身體狀況的覺察，從身體外觀的改變到身體內部知覺的感受，癌末後期入院症狀，有發燒、解尿困難、腹脹等問題，第二次入院感覺全身不適、吃不下、黃疸、虛弱，他覺察到：「…發現這個膽的問題。結果照了片子後，連腰尺和肝都有問題，說已經傳染了這樣(C1002)」。「現在就有變化了，我自己就感覺得到。本來肚子只有不舒服而已，最近有時會痛的情形不一樣。好像裡面有在發作，像我最近發生的這個毛病(第二次入院)，不然我手術完了之後，沒有什麼狀況。最近狀況出來，我就自己覺得…醫生的判斷跟我差不了多少(C1003)」。人的身體是一部精密的儀器，從身體的內在感受知覺上，覺察到癌症在身體裡游移的感受及疼痛的感覺，身體內部有異樣的感覺正在發生，症狀的感受性跟以前的感覺不同。

因為這樣的事實，他同意醫師的判斷，心想：「我心理上就有一個想

法就是壽命差不多了，快結束了。…像我剛剛講的「真病沒藥醫、真藥醫假病」，這句話就實實在在的。(C1004)、「感覺一次比一次差，一次比一次還嚴重。體力特別差，還有胃口也是特別差。(C1005)」民以食為天，活著全靠食物滋養肉體色身，胃口差、吃不下，象徵著滋養著身體的消化功能，正在逐漸消失，吃的東西無法轉化成身體所需要的養分，一種惡性循環產生，攝食越少，體力越差。病房內越來越重的「肝病性口臭」(fetor hepaticus)，提醒疾病快速進展及惡化的真實，存在本能與慾望之間退出這個世界，身體功能的喪失，在正常功能與失能之間，病人逐漸退出這個舞台。從「覺病」到「知病」，在身體不斷的形變下，對死亡的覺察漸心智被理解。

最後一次入院，身體症狀明顯腹脹、吃不下、黃疸、嚴重虛弱，一種無法言喻的煩躁感及失控感產生，精神差、意識清楚，開始變得沉默，神情平靜偶爾因為症狀痛苦而皺眉(田野觀察 20121205)。語言減少，不再回應外界，但仍以透亮的眼神看著來訪者，與之前的經驗相較，從身體的姿勢，可以坐著的泡茶、散步，閒話家常到坐的時間越少，到第三次入院已完全躺著，處於完全失能的狀態。此時心智已無法掌控身體。但從身體的敗壞讓身主體從心智自我接受死亡即將來臨，是一種「死覺」的覺醒。

三、驀然回首，「它」始終在

身體的長成有其自然的生成道理，樺雲當初從身體的異己物硬塊覺知到應該罹患癌症的事實，她回憶起：「拖了將近一年左右吧，它變得比較大顆一點，就沒有打算要去治療它，…一拖二年多到三年它更大了，…就有一點擔心了，因為它往外長，然後你看到了，你不去在意它那是騙人的，所以就硬著頭皮去檢查。(G1001)」，腫瘤逐漸在身體的內緩慢的成長及移動，原本被忽略的硬塊，漸漸外長被看見，成為一個無法被忽略的事實。

身體因為腫瘤的存在，在自身身體的空間位置佔有一席之地。

它的存在影響了身體的機能及動能，「這段中間，因為這個手的神經會被腫瘤壓到我的左手廢掉，那這是最怕的，真的是我最怕的，因為我是左撇子，我左手不能動就等於殘廢了。(G1001)」身體的構造是一種相對平衡的狀態，當一隻手功能受到影響時，身體的自然反應會自動的協調運作，但感覺作用會受到影響，肢體的功能喪失，表示身體知覺的能動性被制約，無法自主，間接也表示了身體的整體性被破壞。卡賽爾(1982, 642)認為「殘廢」具有文化上的意義，殘廢所帶來的痛苦，不僅僅是由於實際功能的喪失所造成，它與病人對自身地位、價值的貶損有關，這種貶損正反映了社會的價值。(引自 Toombs.1999, 52)

越顯惡化的病情讓她無法不正視它的存在，一拖再拖病情越顯嚴重，她說：「拖了六年，腫瘤變成潰瘍，太大了。它就爆開，爆開以後就每天流血…拖了三年到 2003 年吧，我的身體就開始不好了。腫瘤變成潰瘍，每天流血，心想就樣流死也好，為什麼不死呢？(G1001)」，六年來腫瘤與她共在，身體覺知到它的變化，從硬塊到腫瘤外長、破裂、流血、潰瘍，身體的感覺經驗已經成為樺雲身體內在感知的一部分，雖然不去處理它，但怵目驚心的景象，還是活生生地出現在眼前。

「無緣無故它就給我一堆血，有時候睡一睡，覺得身體濕濕的整床都是血(G1001)」。「病到開始在潰瘍很嚴重的時候，一天到晚在流血，其實那時候身體已經越來越走下坡了，越來越糟糕(G1003)」從眼睛看到身體的客體表現，結合個體主觀的覺察，活生生地、無言且強烈呈現在她的身體及生活裡。這樣獨特的經驗描述，形構成一種獨特的內在知覺現象。

「2004 年三月開始，我就不能吃、不能喝、不能拉。就是腸阻塞(G1005)」、「在肚子裡面一下鼓得脹脹的，然後這樣扯，但是我就沒有痛感，(G1006)」、「開刀的時候很那個，我是在大腸跟小腸的接的點那邊，如果再下面的話就要做人工造口，剛好就是小腸切很長，然後大腸切一點

點…。(G1008)」，苦難的生命讓樺雲對活下去並不抱持任何希望與期待，但身體的癌症所引起的症狀越來越多，可以感受到腸阻塞所造成的問題，肚子因膨脹感而開刀切除小腸，她慶幸不用做人工造口，因為乳癌腫瘤的破裂及腸阻塞開刀，軀體的完整性喪失及遭到破壞，她在意的不是功能性的使用，而是害怕會沒有自尊及被輕視。

疾病持續進展，樺雲敘述復發的狀況：「我這幾年的病痛，…在這四年中我一直復發，已經復發到這一次已經第四次了，而且是最嚴重的。兩次骨頭、兩次是在手臂這邊長瘤，長瘤就是手術處理掉就比較好一點，但是骨頭的痛就痛到…，但是我就是不會叫，我再怎麼痛我不會…。(G1010)」。樺雲鉅細靡遺地描述身體癌症的發病歷程，多年的生病經驗已經活生生烙印在她的身體、心理，身體猶如一張清楚的地圖，雖然已經事隔多年，但身體的經驗告訴她，那區位化的身體發生什麼事，開刀的痕跡像烙印般清楚地提醒，過去身體所承受的痛苦。而樺雲也早已練就一套應付的模式，知道在甚麼情況下該如何調整姿勢以面對身體的感覺。

樺雲在日本時，摸到硬塊時，在感性層面已能覺察到似乎是癌症。隱約對病情的發生能知覺到「覺病」的狀態，當日本醫師告知病情時，主客觀的資訊，理性感性的經驗確定病症，進入「知病」的狀態，隨著反覆復發不同位置的癌症，樺雲開始覺察到死亡的逼近，「覺死」的經驗，在身體所累積的經驗中被提升到意識層面被理解。

從身體的圖示所展現出的是，身體逐漸朝向衰敗及死亡邁進，同時也朝向一種邊界處境前進。在世存有的根本性，在身體病情的脈絡中更清楚的被認識，臨終病人身體的展現，逼使他們只能往前走，無法再回頭。因為身體的敗壞已無法再透過醫療回復健康的狀態，這樣的處境他/她們涉足其中，而死亡已不是非關他人的「他者」，而是活生生、赤裸裸的展現在「己者」身上的逼迫情境，而她/他無處可逃。蔡錚雲、龔卓軍(2006)認為，透過病理身體的病態運作，反而可以向我們透露，日常的常態身體所運作的

與於身體本身的運作意向性，究竟以甚麼樣精巧複雜的風格運用自如。

參、身體整體功能的紊亂

在病人的角度，如果只是重視在生物學軀體的功能失調，而少關注到活生生軀體的紊亂，病人會感受到自己被還原到物理客體的層次，失去對人性的一份關懷。痛苦是由人所體驗，而遭受到生物學軀體的完整性喪失之痛，通常也與軀體、自我和世界之間的相互關係構成的整個網絡一體化的喪失有關。當病人所感受到這種異樣及不正常，已經變成身體的一部分且影響身體時，這樣的狀態是一種身體功能的紊亂，必然會引起病人明確注意並作出反應。因此關於此種體驗就變成一種必須賦予其意義的東西。身體的紊亂成為病人注意的焦點，而功能的喪失及損害使身體成為關注的重點。

另一個層面，病人對身體功能紊亂有一種直覺的意識，即這個症狀是一個更大整體的部分，也就是說許多孤立的機能紊亂指向或意味著一個更為複雜的實體而存在，而某個症狀只是其中一個方面或是表現。沙特認為這種日常體驗的紊亂(生病)，現在也被病人理解為一種疾病——一種存在但在某種意義上又獨立身體的抽象存在。(Toombs, S. K. 2000.p41-45.)

身體是一種能動的意向性(motor intentionality)，因為一切的意向活動都奠基於身體特殊的統一能力，而身體圖示以一種含混的姿態，介於物理機械性與意識自律性之間，意向性的統一，一方面受限於經驗世界，一方面又在世界中以具有能動性的方式運作(Burke, P. & Veken, J. v. d. , 1993) 。因此，當身體的能動性產生紊亂時，病人容易陷入情緒憂鬱或沮喪的情境中。沮喪無助的身體症狀，在末期病人是最常見的，在 SUPPORT 的報告中，癌末死亡病人中，80%有四肢無力，50%有嚴重呼吸喘，40%有嚴重疼痛，而四肢無力和疲倦會讓病人生活品質變差而顯得沮喪（台灣安寧緩和醫學

會，2007，p.31-34)。身體的功能性失衡程度，常會影響病人的情緒及後續的生活品質。在臨床上常使用 ECOG 評估身體失能狀態，病人依靠身體的能動性彰顯存有的真實狀態，但身體系統的知覺感受紊亂，象徵身體正逐漸朝向失控、無法掌握前進。

一、身主體定位失衡

敬堯覺察到身體的功能及活動力變得越來越差，剛入院時 ECOG3，在七月時因急性的尿路塞住入院，只能躺在病床上，ECOG4。他對身體功能紊亂的感覺如此形容：「血塊塞住尿道的傷口…沒五分鐘沒五分鐘痛一次，每五分鐘痛一次就對了，起寒起冷。(A2001)」。「癌細胞給我生在屁股的中間安咧，啊給我坐--坐也不能坐，啊每天都只能躺著，我在家裡也是每天都躺著，爬起來就是頭暈目眩啊，啊就走幾步就不想走啊，就給他躺著，啊坐會痛啊，啊我講它它都用在我的致命傷沒，都用在見不到五指(頭暈)的沒。(A2006)」症狀不斷出現，表現在身體的感覺是一種痛苦的經驗，五分一次的痛感、身體調節系統的混亂，癌症所造成的身體的混亂感，連平時最簡單的「坐」、「躺」、「走」、「見不到五指」整體的動作經驗，在此時已完全混亂與失序，這種整體性「定位感」的喪失，呈現一種無法言喻所能描述出的知覺經驗，這個尿路感染的經驗，並非是一種平常時候的發炎狀態，而是攸關生命的嚴重狀態，嚴重的身體失序及失能是否也象徵即將失去在這世間所有的一切。同時從過去「積習身體」的經驗中，已感覺到病體越來越嚴重，軀體、自我與世界之間似乎開始逐漸脫離。

二、能動性的失調

妙忻時常或坐或躺在病床上，她談到：「無法走路、看到食物就會吐。吃不太下(F1001)」。「疲勞。都躺在床上、坐在床上…腳腫、手腫，還要再

來醫院(F1007)」、「這個月來腳都不能走…要靠人攙扶才能慢慢走(F1010)」，擁有自主行動能力對她而言，比生命還重要。身體的失能除了造成生活上的困擾外，更嚴重的是無法賺錢，過去的生活經驗太辛苦，一輩子只有仰賴這個身體的辛勤工作，才能換得溫飽，因此這樣的身體紊亂，增添的內心的擔憂。一次的家訪她語帶哽咽的說：「祈求佛祖保佑身體能恢復健康。最近爬不太起來，坐著一下就沒有力氣，下床站不起來。(田野 20121228)」妙忻對身體逐漸無力感到焦慮，「現在身體」的「能動性」，讓她以行動參與了這個世界的脈絡，並得以生存於世。此時，因癌症導致身體功能喪失，而必須逐漸退出這個社會的範圍時，她不知應該如何是好，只能祈求佛祖的保佑。

三、整體性的功能失衡

樺雲對身體的自主性及操控性較強，對身體功能紊亂她的敘述：「有好多次的耶，那時候就睡覺睡一睡，早上起來我的手不知道在哪邊，好多次我嚇到半死妳知道嗎？…差不多到十分鐘以後，手才慢慢回來(G1001)」，生性謹慎的她，對身體的覺察能力很敏銳，當時身在日本，如果沒有能力工作，自身處境就會產生困難，手的異常感覺使她覺醒到應該要想辦法處理，身在異鄉能依靠的只有菩薩。

「就是腸阻塞…塞住了，也不能吃、也不能拉、也不能喝，一吃就吐。(G1005)」，回到台灣身體的失能狀況越來越嚴重，她知道這些表示身體已即將失控。距離臨終前一個多月她談到身體的感覺，「感覺身體越來越虛，不知道哩，感覺提不起精神哩、…這陣子腳越來越沒有感覺、沒力、胃口越來越差，根本就不想吃、現在無法坐太久了、痛啊、麻啊。比以前更厲害更強、現在翻(翻身)的時間越來越短。(G2001)」，幾句話中表達身體的混亂已經到極致，所有的感覺都失衡，但仍常是要讓自己再度掌控身體，

但身體卻不斷地讓她感到挫折。她突然發覺到自己完全沒有感覺，下半身幾乎完全喪失感覺，伴隨麻感，吃不下、噁心感持續，心情顯得沮喪、低落（田野 20130219）。

女兒表示：媽媽今天耳朵癢，她緩慢地舉起右手，但卻停在半空中很久，我問他要做什麼？他說耳朵癢，但是卻只能眼睜睜的看著無法使力的手一直停在半空中，無能為力，連一個簡單的動作都無法完成，僅剩的功能也失去了。媽媽的表情苦笑了一下，隨即閉上眼睛，眼淚從眼角流出。身體的存在感及控制感靠著一點點感覺維繫，但最後的界線在於身體功能完全確定性的喪失，從外在的世界退出，漸陷入沉默的世界，那天起，她就開始陷入嗜睡的狀況，世界似乎遙遙離她而去。（田野 20130304）

身體功能的維持某種層面維繫我們與世界的一份關係，當病人將關注的基點放在身體的感覺時，她所擁有的世界就只有身體，但隨著身體功能如同沙漏般，分分秒秒在點點之間逐漸流失時，她的心智自我就必須向這個習為常的軀體及世界告別。

第三節 身體時間感的失序

生命時間必須轉化成心理意義的時間，傳統對時間的概念是一種：刻度時間，一天有 24 小時，一年有 365 天，我們存在於這樣的時間刻度下、白天夜晚交替，並在每個時間點投入計畫中所安排好的任何事情；生命的歷史或生命發展過程，從童稚青春到生命的圓熟，我們的存在在歷史的軌跡裡刻畫下一道道痕跡，這是所謂的「世界時間」。

在「世界的時間」中，時間對個人來說是依事情的線性序列順序來鋪陳展開，勒維納斯(1990)對線性時間定義如下：主要以(即心智自我確立，人對時間的界定會以明確的「過去—現在—未來」的順序為軸線，而支撐這樣線性的順序的基本條件是因為時間可以用「做某事」的事情性來決定。過去是記憶的持存，現在則是當下的把握。當病人能維持日常生活運作狀態時，表示對時間的控制及掌握有其把握時間的確定感。隨著身體失衡及功能喪失，主體經驗無法具體掌握目標投向未來時，病人對時間的感受就漸進「內在時間」脈絡下進行。

壹、世界時間的理解

羅伯·索科羅斯基(2004, p192-211)針對時間性概念有以下見解：在現象學裡它是一個重要的哲學議題，時間性是事務與經驗在時間中展開與持續的事實，並不只是一個機械式的、有機體的、或是心理的事實，它是從一個更深刻的層次產生。其時間性的層次及結構可以被分為三個層次：一是世界時間(world time)，即時鐘與日曆時間，也可以叫做超然或客體時間(transcendent or objective time)，這是世界上種種事件與歷程的時間。這種時間可以同世界空間(the spatiality of the world)相提並論；第二層次是內在時間(internal time)。他也可被稱為內存或主體時間(immanent or subjective time)。

這種時間屬於心理行動與經驗，即屬於意識生活內容的綿延或順序。內在時間中有順序，一個活動或經驗與另一個活動或經驗之間，可以是有著之前、之後或同時的關聯，這種順序或者持續期並非由世界時間來測量。它是私人的，不是公共的。第三層次是內在時間意識(the consciousness of internal time)，它是對第二層次的內在時間性的覺察(awareness)或意識(consciousness)。作為一個現象場域客體時間依賴著內在時間，第一層次依賴著第二層次；其意指，只有在我們的主體生活中，我們經驗到心理活動的依序發生，世界上的事物才能用時鐘與日曆來衡量，才能夠被經驗為一種持續。若內在時間是客體時間出現的條件，則第三層次的時間性—內在時間意識，則是內在時間出現的條件。

Toombs 認為針對生病過程，造成疾病不可共享性的一個重要因素是內在時間與外在時間的不可通約性。病人是在內在時間中(生活時間)感受病痛，然而醫師要描述病情則必須依據外在時間(客觀時間)；病人對病痛的感受是依照內在時間的連續流動裡來體驗病情，活生生的軀體的受苦經驗中，體驗時間的流動是如此的緩慢。在描述病史及提供病情訊息時，都是按照客觀時間刻度敘述，這種時間刻度提供一個關於時間的通用語言。(Toombs, S. K. 2000, 56-9)。

余德慧(2006, 163-5)對時間性的見解如下，當病人無法保有完整的身體知覺時，時間對病人來說，就如同一些破裂的身體所經歷的感覺，此時的時間就成為我們更難理解的狀態。我們所了解的時間是世界時間，一切自有規律的作息，但病人所體驗的時間是一種內在時間亦稱為「純粹時間」，那是「沒有辦法區分這個時間或是那個時間，只有一連串連續的流動，一連串現在轉過去的流動」，這種時間的意識無法透過反思捕捉。

我們常活在兩種時間之中：一是沉迷在內在時間(Dur' ee)，一種是把內在時間停頓下來，用腦袋去思考發生的事情。當我們在內在時間流裡(橫斷時間)，我們的注意力緊跟著每個內在的變化；而外在時間裡，我們立

意做計劃(長程意向性)。因此內在時間對病人而言，如同身體感的流動一般，是一種身體的體驗，時間已無法參照到外面的時間，病人活在其中而不自知。

貳、病程的時間失序

末期病人從發病到臨終過程，除身體知覺由外往內的意識狀態迴轉外，在時間序上的理解亦如上所述，病情覺知基礎是由世界時間所堆砌而出的，病體時間的感受，透過對內在時間的覺察意識，在我們的主體生活中，所經驗到心理活動的依序發生，世界的事物才能被經驗為一種持續的現象；疼痛的經驗亦為一種內在時間的表現，病人依照內在時間流來感受疼痛與病情，體驗活生生的受苦經驗，病程發展到最後的時間表現，病人逐漸退出世界時間的規畫範疇，進入內在更細微的時間感受經驗，當身體系統無法支撐維持基本狀態時，意識層面的控制逐漸交出主導權，轉向內在時間流發展。

一、沒身難忘的時間序

病人回憶發病歷程有其系統性的脈絡，研究參與者通常能表達出疾病過程的事件時間序，從外在時間到內在時間的轉入，研究參與者對身體狀態的覺知過程，非常詳細地陳述整個病程的時間序。

敬堯回想當初：「那個時候身體不舒服，一些工作都放給別人做，…身體不像以前一樣了…那時候放尿都是放血。我想可能是內痔或是外痔，我都攞去呷成藥(A1001)」，「結果等病情嚴重…在過兩天就過年，我記得二十號。…結果那一天身體洗完澡後就放一坨屎，攞放血啦(A1002)」。「開刀後我在加護病房連住了六天(A醫院)(A1003)」。「六天後就直接過來(B醫院) …轉到普通病房(A1004)。七天後轉到安寧病房。」

敬堯敘述著發病時的知覺經驗，透過時間序的描述，在不同時間向度

的相較之下，感受到身體的變化過程，從到急診就醫，病情的嚴重度需緊急開刀，馬上被判定是直腸癌接受開刀，但實際開刀後因病況嚴重無法動刀，只能暫時做一個造口，這段時間對他而言是辛苦的歷程，因為在受苦的當下，時間變得混亂，也因藥物影響及身體的關係，時間開始有些斷續，常常醒來時，不知今日是何日，現在是何時的紊亂狀況。(田野觀察 20120521)

當時的身體狀態是以身體的疼痛覺知為身主體的主要感受，時間感的紊亂通常尚能維持在意識所能感受的狀態，也就是還能在世界時間中的狀態運作，他能具體描述當時的情境：「她們(護理師)就是每天清理我們大小，傷口，身體擦一擦，傷口重新抹藥這樣。她們一天要負責四位，到時候就到了早上八點，早上就是會客四小時，我那時候有插管嘛，不能講話，…就慢慢的寫。(A1003)」病中的時間感雖然有時會受到影響，當從護理人員的上班時間，還是能對時間有些現實感，雖然無法具體知道刻度化、具體化的客觀時間，初發病的病情經驗分享，具體陳述出病情的時間序列。

二、歷歷在目的時間序

樺雲敘述病情時間化的序列，在發病前身體已感受到異常。她回憶當時情境：「我 1996 年到日本去，應該是那時候就應該就有癌細胞了，只是我自己不知道，但是差不多半年以後我就摸到了。…二年多到三年它更大了，去檢查，…醫生告訴我已經將近三期了。…腫瘤變成潰瘍，太大了，它就爆開，爆開以後就每天流血，拖了三年到 2003 年吧，我的身體就開始不好了(G1001)」。「病到開始在潰瘍很嚴重的時候，身體已經越來越走下坡，…到我自己發現為止至少也有八、九年的時間。(G1003)」

樺雲看這身體的腫瘤從一個異己性的硬塊，在身體內逐年的進展從內部往往外部成長，後來變成潰瘍，床上流著怵目驚心的血跡，身體的惡化情況在時間流的脈動下，身主體在客觀時間與內在時間意識中感受到身體異樣的能動性，已經開始進入不可逆的情境；身體的異樣感及症狀影響功

能的正常運作狀態，樺雲敘述：「因為這個手的神經會被腫瘤壓到我的左手廢掉，那這是我最怕的，真的是我最怕的，因為我是左撇子，我左手不能動就等於殘廢了。(G1001)」因為腫瘤位置所帶來的影響，淋巴代謝功能差，時常感受到手部的腫脹感及麻痺感，造成有時無法感受到手部的存在。這樣的經驗讓她在身體經驗層面，經過主客觀時間的反思後，意識到「我的身體就開始不好了。」，世界時間依然如故的照常運作，但在內在的時間的流動卻因病症而感受到身體的變化如此之快。

參、病體時間的緩慢與紊亂

健康者處於世界時間中，時間是如此自然且在不經意間它悄悄的流逝，對於身處疼痛的病人覺知中，分秒之間是如此的緩慢與沉重，也因此疼痛延長了時間感，這時間變的如此難耐。

一、疼痛擾亂了時間流

「五分鐘的折磨」，彷彿像一世紀的漫長，這種經驗對病人而言，漫漫長夜及痛苦的時間總是一種痛苦的折磨，敬堯談到一次發作過程，仍心有餘悸，他敘述當時的情境：「這次實在是痛到我自己嚇到，…我自己已睡沒，睡到驚醒，怕尿道塞住沒，算有心理做用。九號晚上七點開始疼，七點開始疼，疼到隔天的，…啊剛好五分鐘發作一次，啊現在睡一下，就馬上驚醒起來(A2002)」、「…真的是痛苦到沒法度啊，我就說五分鐘沒醒起來，你現在起冷時，你現在惦惦十分鐘我估計差不多十分鐘啊，十分鐘差不多那個狀況就出來啊，啊睡沒睡覺沒。(A2008)」因為嚴重的疼痛敬堯感到焦慮及害怕，身體的疼痛讓置身於世界時間的他無法按照所排定的流程進行，每隔「五分鐘的焦慮」定位身體疼痛的感覺時間感，內在時間感受這五分鐘是如此的痛苦，身主體在客觀時間與內在時間意識中相較於疼痛時間感，越頻繁發作的疼痛，顯示疾病惡化的速度。

置身於痛苦時，感覺世界的一種「朦朧渺渺的存在」，此次發病經驗病人時間與身體知覺對比，敬堯感覺到身體較之前相對的「惡化」。除疼痛時間拉長及程度增加之外，敬堯對時間性的理解與母親有明顯的不同。他回憶：「直腸癌第四期，就是末期，剩下多少日子好活我也不曉得。我媽沒，那時候說要忍到星期四那就乾脆忍到星期四，啊我不知道發作起來會那麼痛安咧啊。(A2005)」病人以身體的感覺經驗，理解病情進展的過程，但是照顧者往往以置身的立場，要求病人配合。病人常因應照顧者的期待，有忍痛的情形出現。

「這次是痛苦的進來啊！上次是比較沒痛苦的進來啊…我就這樣躺著，安咧朦朧渺渺。(A2006)」、「在這裡無聊躺著躺著，也是都會想說，昨天怎麼會痛苦，前天怎麼會痛苦，我都會去想啊…那時候希望時間走快點，我在那邊一直看那個時間，一直看看那個幾點幾點安咧(A2010)」。余德慧(2006, 163-5)所述活著的人所認識世界的方式還是在基本事實，也就是我們是活在世界時間，通常對病人的內在時間缺乏理解。

敬堯在症狀發作時希望尋求醫療協助，但因礙於母親不想要欠人情，希望在居家訪視時間才處理，但敬堯的依其身體生病的「內在時間」中感受病痛及病情惡化，但母親依著「世界時間」衡量其生病症狀，兩方產生不同時間點的落差。造成敬堯除承受身體的痛苦，心理也承受非常大的壓力，他說：「我不是害怕「死亡」，而是害怕永無止盡的「疼痛」。突然血便，而且不適感一直存在，感覺身體好像開始有些無法掌握的變化，精神顯疲倦無力、心情沮喪，對時間感的存在似乎感到混亂，常問：現在幾點？同時也對只能這樣躺著，對未來產生無望的沮喪感。(20120613 田野觀察)

「**分秒必爭的止痛**」，是病人內心最大的期待。身體的能動性每沉愈下，腫瘤在腹腔內不斷的增生遊走，造成身體功能的紊亂及疼痛，敬堯從身體對比主客觀時間的差距後，也意識到身體在時間的流動軌跡中，逐漸的形變而速度是如此之快。當身體症狀越嚴重時，病人對身體的主觀感受因功

能性的紊亂，對時間性的感受程度也相對不同，與敬堯對話：「Q：最近的身體的感覺勒？」敬堯：嘛是同款阿，越來越惡化阿，「Q：越來越惡化？」敬堯：痛阿，痛啊就嚴重耶，痛卡嗎啡注下去，卡止一下，卡睡一下阿ㄟ，三點鐘注一次差不多啊，痛甲很厲害沒，叫護士來注，實在有夠壞叫。」「Q：一時一刻哩痛，想要卡緊注，要等很久齣？」敬堯：就是痛卡ㄟ給你叫，沒我麼就不要給你增加麻煩，…，你就注一支給我賣痛我心情嗎卡快活，哪講到這齣，不知道要怎麼講。(嘆氣)(A3001)」

敬堯當時的臨床表現為：開始感到身體的無法控制及虛弱，對未來不知何去何從，茫然；同時也感覺時間變的沉重及緩慢，痛的時間總是那麼長。病情走到接近臨終，隨著疼痛增加，劑量與次數一直往上調整症狀卻未能得到有效的控制。因為疼痛頻繁，處在持續疼痛中，時間過得緩慢，也開始對護理人員有情緒。因為身主體的痛感時間與客觀世界時間截然不同，承受的疼痛的身體感覺，一分一秒都嫌太長，但健康者處於以刻度化的世界時間，其身主體並未遭逢如此的情境，兩者對時間性概念的差異性，是造成臨床上醫病關係陷於困窘的主要原因。

二、眾人皆睡我獨醒

樺雲在接近臨終前一個月開始對出現嗜睡的情況，當時的表現是她一直努力讓自己不要睡著，時間感出現紊亂的情況，但訪談時與樺雲互動她表達如下：「Q：睡覺這件事情，您不是覺得比較舒服嗎？…」「G：就是不想睡。」「Q：為什麼？」「G：嗯~，時間都睡走了。」「Q：喔，時間都睡走了。所以不希望睡著嗎？醒來可以做甚麼？」「G：不做甚麼，至少也不要一直睡。」「Q：是會擔心沒有很多時間嗎？」「G：也不是說會一直煩惱很多，只是不想要把時間都睡走了就對了。(G2001)」樺雲自主性高，對身體的控制性強，在此時仍嘗試掌握對時間的控制權，掙扎在世界時間與內在時間

的意識流中拔河，身主體的功能已無法再支撐身體與大腦間的指揮控制，在清醒與睡眠中，期待能用意志力撐起身體，進行與世界的交流。

當內在自我無法操控身體時，所呈現的事實是即將從世界時間離去，進入內在時間，而此時間是一種實實在在的本體感受。病人對時間的感受，已不再是世界存有的模式，時間也並非意識造作的依恃之物。另一個層面的意義是睡眠不只是單純的休息狀態而已，還包括許多不確定的未來。當夜晚來臨時，時間的靜止，沉悶的空間，萬籟俱寂，唯我獨醒的孤獨感是多麼的令人驚恐，身體的失能不斷的提醒，即將面臨死亡的焦慮感油然而起。

肆、病體當下的時光

當疾病成為病人生活的全部時，就不得不放棄很多東西。但頗發人省思的是，這個受病的過程卻帶來意外的禮物。范丹伯(2001, 35-78)提出「到底是健康的人或是生病的人錯過了比較多的生命？」他的另一個見解「身體有病痛，心靈卻可以是健康的，身體健康的人總是很容易忽略這種心靈健康。沒有生病的存在，生病就欠缺砥礪。如同沒有精神問題的存在，存在會淪為完全的無意義。比起完全的健康，或許不健康的生命沒有比較好的保障，但是這僅僅意味著，健康和沒有衝突的生命是不同的兩回事。」令人難以想像的情境，但是從病人的經驗卻印證這個說法；癌症是一項禮物，讓我們在僅存的時間裡以不同視野及角度重新看待這個世界以及關係的重新再建立。

一、悲欣交集的時光

淨蓮是為傳統的女性，從小家境貧苦養成吃苦耐勞的個性，婚後身為長媳承擔家庭內內外外的的工作。子女相繼婚嫁，一年三節才回鄉下老家。

病後，家中子女以病人為重心細心照料，回到南部安寧病房，家人齊聚。女兒描述：「因為她現在很享受，現在子女都陪在她身邊，…我們大家都嫁出去，大家都在外地工作，一年三節回來一次，回來的那個時候，她都很享受子女陪在她身邊，…她現在生病，只要我們姐妹在聊天她就會睡，聽不懂我們在說什麼，不過她只要聽到我們的聲音她就睡覺了，…其實她生這個病還有一個收穫，就是爸爸一百八十度的轉變，三百六十度(B1003，家屬補充)」。雖然置身在病中，但病人在正常的生活中還是有自己的社會角色，儘管已經無法再參與病房外的事情，病人對家人而言仍佔有不可或缺的位置，在病床邊就如同在家裡一般，病人享受著天倫樂，「聲音」給出的意象是一種安心的存在。雖然身體漸漸功能喪失，但生病無法抹滅她身為人母角色的真實性，先生也改變了與淨蓮的關係。

「她一點都沒有給我們心理準備，她一直在硬撐。…她一直在珍惜，珍惜她生病這段期間我們對她的呵護，我們對她的照顧，對她的陪伴，她是捨不得我們…(B1004 家屬補充)。」隨著時間的流逝病情一直朝向不可逆進展，看到病人受病苦的折磨，女兒們相當不捨也非常珍惜彼此的時間，也難捨病人即將離去的事實。對他們而言，當下的每一刻都是珍貴無比的存在。

二、隨順天命享天倫

浩然敘述其想法：「得到這個病，每一個人心理上應該不可能想說我一定要活下去。沒有希望了，實在是沒希望了。你想要活下去也沒希望了，所以我就跟醫生要求說，你不要讓我痛苦，這是最重要的。現在就是讓我一天過一天、快快樂樂，這樣是最好的。我們的人生一人走一次，不一定是老人、不一定是年輕人，年輕人也會得到這個病，有的人也沒活多少歲也是再見了。我有活到這把年紀，已經不惋惜了。(C1004)」，浩然的沒有

希望，並非是自暴自棄的消極想法，而是對生命的一份坦然。對身體的覺察及對疾病的了解，從生活經驗及媒體的傳播，他知曉癌症被治癒的情況應該是不多，況且癌症已經多處轉移，當下的時間應該是以舒適為主，每天快樂的生活，沒有痛苦是他所期待的生活。把握當下是切實際的做法，對未來不敢有任何期盼，因為足以支撐存在的身體主體已無法再融入這樣的時間序列，未來也無事須安排計畫。

「就像我剛剛說的，已經超過平均年齡了，男性的平均年齡只有 77、78 歲而已。能快快樂樂，一天過一天，不要再痛苦、可以往生的話，這樣是最好。(C1007)」 「我是覺得說醫生跟孩子說我剩下 3-6 個月之後，每一個都對我很關心啊，就是這樣。(C1009)」，浩然健康時自主能力高，無須其他家人的照料。但罹病後家庭重新再度凝聚起來，他非常享受女兒們的照顧，住院期間泡茶閒話家常，他感到溫馨愉快，這種氣氛已經很久沒出現過了。雖然身體症狀仍然感到不適，但是心情是愉快的。也認為過來安寧減輕症狀的痛苦是很重要的事。因此子女接受個案的決定，希望讓他最後這一段時間能減輕痛苦，沒有煩惱的快樂過日子。(田野觀察 210121124)

三、珍惜感恩當下時光

在臨終場域常見病人因為身體無法持續維持，不得不放棄現實自我所營造的歸屬感，現實逼使他非得活在當下不可。從臨床經驗發現放棄歸屬感並非是有意識的動作，而是隨著病情變差而產生的。誠悟的當下處境即是這樣的，身主體的病況已讓他無法再對時間做規劃，他深刻體認到：「要怎麼講，像身邊的人，我們就要把握時間，身邊的人，要珍惜。像你問的，我以後有什麼計劃，何時無常要來也不知道啊。你要什麼計畫。只好把握時間。(D2008)」 「像這一陣子，跟家裡的人比較少有互動，…有啦，人都是這樣的，什麼事情都做不完的。生病了之後，就更加珍惜和家人相處的

時間。(D2010)」。

只能認真活在當下，根本沒有未來可言，時間似乎只能停留在現在身主體所能運作的範圍。時間仍朝向未來前進，但此刻的他珍惜當下與家人相處的機會，誠悟對身體的覺察深知並無太多時日可陪伴家人而不想住院，其背後原因是想要回家陪伴剛滿兩個月的孫女，安寧住院第一次回家，是他最滿足的時刻，用著深情的眼神看著熟睡中的孫女，時間凝住在此刻及當下，在世的歸屬感讓人有勇氣承受苦難，時間彷彿停留在那一剎那。

第四節 存有世界關係的解離

壹、存在的關係處境

人是社會性的動物，透過與他人建立關係，而立足於社會，負責其角色所應負擔之任務。罹患末期癌症，隨著不同階段的病程發展，病人在關係層面也面臨著程度不一的關係解離；逼近死亡，生命底景的歷史性、文化性、社會性及存在性的脈絡浮現，面臨死亡即是以身體為感知的過程，隨著功能喪失、失能感加深的置身處境，將個人「在世」的信念系統逐漸剝落，其中社會關係面向的逐漸剝落，也是身體覺知的重要經驗歷程。

現象學指出人寓居於世的「關係」，是置身在世界中而無法指認的整體背景。我們都居住在關係當中，讓關係構成我們的生活世界，成了活在裏頭的依恃。當關係發生斷裂時，我們活著的底蘊才得以顯露。(余德慧，1996，146-202) 本節欲透過，病人對在世存有關係層面進行探討。

一、角色關係的斷裂

生命當中總是充滿未知及挑戰，樺雲原本希望離開是為了重新再開創一個新的關係，斷絕了原生家庭與夫家的關係，離鄉背井到他鄉異地，盼望能再找尋到真心愛她的人，豈知因緣業力所牽引，她在關係層面屢次受到挫折及失望。

罹病過程，過去生命經驗漸浮現。「婚姻關係的層層挫敗」是最先浮現的問題，因為過去在原生家庭關係的經驗，在年幼時看見父母的婚姻關係，自覺對自己的婚姻有自主的想法，絕對不要重導覆轍父母的經驗，樺雲回憶說：「我爸爸對家可以說沒有負責任，只是會在外面花，…會在那個。但是我媽媽她的肚量是非常大…。以前我爸爸帶阿姨回家，我媽媽都說

沒關係啊，多人多福氣啊。還打算把第二個女兒跟第四個兒子過渡給她當兒子。(G1009)」，父母親的婚姻經驗，讓她感到在成長過程是不愉快的，看到媽媽身為女人的痛苦，被不平等的對待及婆婆的輕視，他一心一意就是想要離開這個讓他感到厭惡的家庭，也暗暗發誓絕對不要步入媽媽的後塵。

因此，在十九歲那年，認識忠厚老實的先生後，就急著想要馬上結婚，脫離原生家庭，但遭到母親的強烈反對：『我媽媽講說：「人家這個時間都還在讀書，妳書不讀妳要去嫁人？妳神經病！」，那我這個人個性也是蠻強的，我就先上車後補票，我就先懷了她，然後回家跟我媽媽講：「我肚子裡面有小孩，看妳要給我結還是不給我結？」，跟我爸媽講：「丈夫是我自己選的，不管以後我過得多苦、受什麼委屈，我絕對不會回來哭訴！」(G1002)」，渴望藉由婚姻脫離原生家庭裡的情況，她不顧一切在年紀輕輕的時候選擇了婚姻，不想要再過像自己父母親那樣的生活，但生命總是不盡如人意。婚後幾年，在她的先生開始學做生意後一切都變樣了。

她回憶：「只是因為老公就是做生意學會應酬、學會喝酒，然後從一個本來是很老實很老實的一個人，結果喝醉酒以後就是雙重個性，讓你痛不欲生，就是那種個性。…然後我一直忍、一直忍，…常常吵架、天天吵架，吵到我實在很累…跟他過這婚姻生活過得很苦，…那時候小孩已經大了，我可以休息了，就什麼都不管，…但是還是沒有熬過那時候，…我的肚量不夠大。(G1002)」。因為自尊心的關係，她一直勉強忍耐，希望能夠度過危機，但情況越來越差。她的人生無法容許這樣的事情發生。而且她心裡一直期待自己能夠擺脫過去的陰影，從她母親身上看到女人的命如此卑微，無法在丈夫及婆婆面前立足，還要受外來女人的鄙視，她絕對不要這樣的生命。

去日本前的七年，因為與丈夫的關係爭吵日漸嚴重，她精神大受打擊：「七年前我差一點瘋掉，我爸爸把我帶回家，看了二個月的精神科，…我

爸爸一直勸我離婚，我還是跟我爸爸講：「我的字典裡面沒有“離婚”二個字。」我還是跟他回去再忍了七年，我真的受不了了，我再不走的話我就瘋了，我再不走的話我就真的瘋了。(G1002)」。回憶起當初自己堅持要嫁的原因：「丈夫是我自己選的，不管以後我過得多苦、受什麼委屈，我絕對不會回來哭訴！(G1002)」，樺雲咬牙硬撐，不想要父母知道及擔心，也怕自己沒面子，她相當堅持自己的信念，「我的字典裡面沒有“離婚”二個字。」直到她精神已面臨崩潰，才驚覺不離開可能要面臨自我毀滅的局勢。礙於面子無顏再見家中雙親，因而遠離家鄉，遠渡重洋。離婚對女性而言，在社會結構中帶有「汙名化」的色彩，婚姻關係的破裂，代表了多重層面的社會角色及關係的改變，自己執意的堅持嫁人，到後來卻以離婚收場，對她而言是多重的打擊。

「期待再尋真愛卻枉然」人活在關係的網絡中，當樺雲離開這個關係失落的傷心地，期待到日本能在遇到真心愛她的人，但天不從人願：「第二年的時候認識他，…就跟他一起生活，對那個人的感情，我用得很深很深，…但是他並不是對我是真心的，但是我看不開…，我就是從那個坑裡面爬不出來，…，台灣所有家裡面都放棄掉，所有親人的情，都集中在他身上吧！後來，他已經離婚了，但是他跟我還是沒有名份的。(G1008)」擁抱著對未來期待與想像，能覓得真愛；豈知，與男友在情感上還是無法得到名份及歸屬感，奉獻所有到頭來還是一場空。當時身體的疾病，其實伴隨著心理的痛苦。

凱博文(1994, 29-74)談到，「身體轉化」(somatization)是指個人和人際關係，在可惱的身體慣用語與行為規範(pattern of behavior)中之溝通，這個規範強調尋求醫療援助，身體轉化是一種社會生理連續經驗。其中一端案例為病人埋怨身體有病，卻缺乏任何病理學的身體症狀，另一端則是正經歷身體或精神疾病的異常，他們的症狀已顯示病情已擴張到超出可以解釋

的程度，而病人無視於其嚴重性。後者，他們常用身體怨訴語言去表現個人和人際關係問題的悲情文化慣用語，和個人的心理特徵(焦慮、抑鬱或個性異常)。

多重關係的失落及挫折，她對人生開始有負面的想法：『心裡面對日本這個男人，還有一生走過來…也是有一些不滿、抱怨的心態…但是上人的開示，一句「天下沒有不能愛的人」，讓我把我自己放下。我把心放下來，不再去埋怨，不再去恨任何人，反而我比較自在。(G1008)』，在婚姻的社會關係上，不斷的挫折及失望，歸屬感的落空，她開始埋怨自己生命為何如此，在他鄉異地生重病，而她所珍愛的男人也無法照顧她，自己的執迷不悟，讓身心皆受到創傷，直到聽到佛法的開示，她才豁然開朗，「天下沒有不能愛的人」，這才放下她心中的仇恨及怨懟。她已經不在從婚姻的關係中尋找自我的存在，而是與他人的關係建立中，重新定位新的自我。

同樣的，敬堯也是在婚姻關係裡挫敗。當初發病前，已跟前妻離婚，當時是與一位女友同居，隨著身體狀況越差時，他回憶當時的情境：「…病情卡嚴重時，那時候想做工作是為了讓小孩比較好過，那時候做到沒辦法就跟我老婆分手，因為那個時候聽我朋友說她有別人了，…(A1001)」，同時外傳因為同居女友跟別的男人在一起，無心照顧小孩，敬堯雖然身體不適仍然繼續工作，並將薪水交給同居女友支持家庭生活費用及小孩教育費。他渴望得到家庭的溫暖及完整，但是命運總是捉弄他。

敬堯幼年父母離異，因個性關係，繼母並未多關注他的成長，及至十幾歲他開始自力更生，靠著到處打零工養活自己。年長時選擇跑遠洋漁船解決吃住的問題，因過去經驗，他相當愛護子女，在內心深處也期待能與母親維繫好的關係，雖然自己沒有讀甚麼書，但他注重教育，在發病前身體已經不適，但仍硬撐著要賺錢。為了給孩子有好的讀書環境，雖然知道同居女友已跟其他人在一起，但他仍覺得應該保護小孩。或許是過去的經驗，他將兩個小孩視如己出用心栽培，毫無怨言，為的是補償自己年幼時

的遺憾。在他生病後，敬堯毅然決然與他們斷了音訊，因為自己已經無法再給他們生活所需，同時女友已另嫁他人，敬堯感謝接納他家人的這個男人。(田野筆記 20120509)

處於「社會期」的病人其心智運作以自我現實為基礎，亦即病人雖然身體經歷著癌症的干擾，但是在心智的運作方式上，還能保有原先的自我，能將外界事物對象化，使用反思、意識捕捉的方式和周遭的世界互動。(余德慧，2006)，由上述個案的情況，病人在身體的基本狀態尚能維持某種程度的自主性時，往往能正常運作自我心智，以面對或處理生活周遭發生的事，縱使因為疾病而漸漸脫離社會範疇，但在以病為主的生活下，仍維持一定角色關係的操煩。

二、社會角色關係的衝突

「就是因為有很多因素，我都是帶著怨恨去上班，你知道嗎？如果今天生病跟這件事關係一點都沒有，那是不可能，因為人會影響情緒。(E1002)」。惠智敘述此事時，仍帶著憤怒的情緒，想起疾病發生前，在職場上與同事間因工作的關係，處於緊張及衝突的狀態。她未婚且是以家庭為重的人，兩個哥哥已婚且已搬到外地，在家的她通常會協助父母農忙完才去上班，因保險業務時間較自由，她不以為意。但某同事，見此不順眼，狀告上司。

面對此事，她覺得：「…我很多事情還是放不下。…怨恨的事我還是放不下。那個還是我的恨點，…我還是沒有辦法放手。我對他就很生氣，我就不能原諒他，因為就是還有情緒在那裡…，他就刁難我，所以到現在我就沒辦法原諒他啊。…只要講到那個字眼，好像對我的病情有…。好像是你就不會那麼自然順遂…。(E1020)」，這種持續性關係的衝突，加深了病痛的程度，也突顯在人際關係的溝通上，同事的態度是造成她生病的主

要原因，這種憤怒情緒讓她在社會角色層面，在人際溝通上逐漸影響到身體的狀態。重覆出現的負向情緒字眼，怨恨、生氣、不能原諒、放不下，加深惠智在社會關係互動層面的僵持狀態，高自尊的她不允許自己妥協此事，上班除了心情惡化外，同時身體的狀態也變得嚴重。無法原諒的情緒至今仍在提起此事時，「對我的病情有…，不會那麼自然順遂…」的影響著她的身體。

我們存活於世，活在關係之中，這也象徵我們是無法不受關係中他者的影響，無論那個關係是多麼的無足輕重。而社會角色中我們不可避免會與不同特性的「他者」相遇，擦撞出生命的火花。惠智是這種關係是導致病情惡化及發作的最主要原因。

三、在世關係的操煩

病人進入到安寧病房階段，雖然病程進展到已經無法再做積極治療，些許病人尚能維持基本自我照顧的能力，但多數已經無法履行原先的社會角色功能，必須從社會退出。將生活重心轉向以病為主的生活，並將生活侷限於醫院與家庭之間；雖然退出社會的角色，但在與家人之間的關係，相較之下卻更彰顯其重要性。病人容易覺察身體漸漸的衰敗與失能，同時，死亡的逼近也突顯出在關係層面的擔憂，身體的失能導致在現實情境的心智自我，已無法再像健康狀態時，能參與其中，這些家庭事件所產生的問題，讓病人心理產生沮喪、憂鬱或憤怒等情緒陷於左右為難的情境。

「為母在世的操煩」是身為女性一輩子甜蜜的負擔。訪談妙忻時，提及與子女的關係，她心情顯得難過與無可奈何的情境。他們的對話：

A：「子女是還好啦。」家屬：「像人家聽的，我女兒是比較不會想。…」
A：「不是操心，她是很乖，只是比較有意見。」家屬：「我那個女兒，…她

比較驕傲，以前都是她在載我來看醫生。」A：「今天也是因為她，我才會在這裡。」家屬：「…但是是不開心的載。」A：「有時會覺得精神不是很好。」家屬：「有時來住院，…她都不讓我(先生)照顧，她要照顧。」A：「她說他(先生)那麼老了，不要讓他會顧。」家屬：『「個性不好，會跟媽媽頂嘴說：「妳衣服都穿這樣，妳現在不穿，是要等死了再穿嗎？」』A：「好啦，你不要再講了啦。」家屬：「沒有呀，事實就是不能這樣。媽媽住院，也很少來看。」A：「都她(女兒)在載、在顧、在接送；現在來這裡，她說要出去工作，比較少來。」家屬：「媽媽正當需要人家照顧的時候，妳要離開媽媽，不對吧！…，我要給妳照顧，妳不顧，再來翻臉。」A：「都有啦。她把她所做的功德，都迴向給我，要讓我快點好起來。」家屬：「她迴向歸迴向，還不是常常跟妳頂嘴。(F1011)」。

妙忻愛女心切，因為過去生活的困苦與早年喪父母，深知失去父母的痛苦，也因為孜然一身與丈夫兩人不分日夜的為家庭打拼，終於讓子女有安身立命的避風港。女兒因為個人因素，單身積極學佛。這段與丈夫的對話，是她身為母親角色對女兒的呵護及辯解。從上述對話不難理解，她置身於一方是摯愛的先生，一方是最愛的女兒當中，左右為難。

入住安寧時，社心記錄中呈現關係的衝突導致病人情緒受到打擊，與丈夫認知的不同，常在床側發生口角，而女兒也未曾再到病房探視妙忻，她合理解釋現在因為工作關係、去修行等理由為女兒脫困，避免丈夫的指責，加深了父女之間的鴻溝。當時身體狀況已經很差，一個月後就往生了。這期間她一直嘗試要修復兩人之間的關係，但父女兩人個性非常強硬，誰也不肯退一步。居家訪視時，妙忻談到她的擔心，對先生的不捨、對女兒的掛念，夫妻兩人都為對方擔心，但是卻沒有告訴對方彼此的擔心。也為父女兩人無法和解感到無奈，認為丈夫的脾氣太壞、常無法溝通，自己也相當忍耐。(田野 20121228)

凱博文(1994，02-53)認為病痛有其不同層面之意義存在，第一層意義

的涵義是有關於身體、自我和它們彼此之間，以及它們與我們生活在世界中其他更緊要面的關係之知識的接受形式。妙忻從身體多處癌症轉移，歷經五年多的病痛(illness)，直到疾病(disease)確定開刀接受化療的罹病過程，漫長的疾病過程，除了身體持續不斷加重的病情及不適，內心要面對逐漸失能的身體及心理的調適，到家庭關係因親人間的失和，導致父女無法和解的困境，在在加深了他的病痛，及靈性的痛苦。

「倫常關係的操煩」，倫常的概念維繫華人文化的重要基礎。世間倫常有其一定的發展脈絡，身處華人社會傳統儒家孝道概念，早已根深蒂固的深植在內心。在過去「倫常」觀念是屬於政治社會環境下，所產生的一套人際關係的具體的相互權利義務約定，這些權利義務的約定讓身處於社會的我們有一套約定成俗的規範，其中「孝道」概念更為華人概念下的重要支柱。敬堯認為自己是不孝的，對母親有深深的責咎感。他敘述：「我長那麼大，聽說她被人家撞到。…身體不舒服，啊都跑來這裡看我，我感覺要怎麼說，就人(媽媽)生你，你沒辦法孝順她沒，長那麼大了，來覺得覺得很不孝就對了。恩，要煩惱就煩惱她，沒我嘛沒去煩惱別人啊！…我自己也不知道是我自己發生什麼事情，我跟我媽嚷成那樣(A1007)。」

敬堯生病後擔心住院費用問題，也擔心造成母親新家庭的困擾；對於親生母親總是非常地順從及包容，當時因為嗎啡的副作用，造成無法控制的意識混亂及情緒尚無法控制的憤怒行為，他有非常大的自責及愧疚，自覺未曾好好的孝養她，卻讓她要來照顧我這個年輕的。拖著受傷的身體來探視，更加深他的咎責感。(田野 20120512)

世間倫常的觀念深深刻畫在他心裡，雖然從小與母親分離，對原生家庭也沒有歸屬感，但孝道觀念強調「孝」與「順」，他認為自己是不孝的，也因此順從母親的安排是必要的。入住安寧後，也因母親關係，非常多的訪客來探視，這也造成他某方面的困擾。他說：「我不知道我媽人面那麼

廣啊，要來看我要用排隊耶，要用分批耶，一批走後再來一個，一批走後再來一個，吼我在那裡應付不完，跟我說話像一直重複一樣，在那裡我也不知道要怎麼說。(A1007)」

雅斯培(1930, 123)認為，人的存在有與幾個對象相關聯，其中在「人與人」的面向內容中提到其自身經驗；每個人都在追求幸福，但幸福並非隨手可得。他並不在意要為自己的病苦悲痛，他是要做到能夠忘記自己，想到別人。雅斯培認為在他忘記自己時，才能真正找到自己…，他希望能夠做到犧牲自己，成全別人，以達到自我存在的價值。他說：「我嘛是怕，我說人與人之間沒，最怕欠那個情而已…。我回去也是要替我的阿伯(繼父)省那些冷氣錢啊，啊都攏吹一下沒…。我知道我媽也是怕麻煩人家。」，而敬堯的情境亦如上所述，在擔心造成他人的負擔及煩惱，通常在犧牲與隱瞞自己的情況下，忍受著病苦，成全母親的期待與滿足他人社交關係層面的互動，彰顯其自我存在之價值。同時，也看到置身如此的處境，他不得不以順從及非常為他人著想的角度，與這個世界的關係保持聯繫。

貳、左右為難的生死懸念

病人身體症狀在進入安寧時，通常多數已經到達 ECOG4 分(身體活動能力評估表)的狀態。因為身體的功能失能及衰落，病人常會因此感到沮喪及焦慮，對發生的事件感到無能為力，自身的存在似乎沒有任何意義。朝向臨終過程發展時，過去的生命事件依序發生，在臨終前做一次總整理，其中關係層面的型態非常複雜及多重。

時間依然在流逝著，過去的日常世界的事情，將他朝向生的方向，但身體的毀壞將之朝向死亡前進，未來如同一層無形的隔閡，病人在這兩者不同方向的拉扯中，於是病人常處在「擺盪」或被「卡」住的狀態中，感到兩面為難。

一、左右為難的關係

敬堯當時身體因為尿管塞住，導致一直處於嚴重的疼痛感中，此家庭事件發生已有一段時間，但事件越演越烈，他夾在中間，左右不是。他回憶當時：「講起來是一種誤會啦。(外傭)跟我媽媽講，有一個女人打電話給哥哥，我媽媽，以為是對方的女人打電話來，結果，…她(妹妹)講：打電話給哥哥是不行嗎？是要經過你的同意是嗎？那時不知影突發點是在哪裡？兩邊就吵起來了…，鬧甲現在兩個母阿子越來越遠。變成甲現在沒，母阿子講咪離離ㄟ，…嘛是想不到ㄟ。(A3002)」

過去的生命帶給生命一些創傷經驗，當兩人為了病人著想時，不免有意見相左的狀態。隨著病情進展，過去的情結再度上演，媽媽一直無法接受敬堯的同居女友，以為是她打來要錢的。另一方面妹妹的情緒來自於，從小父母的離異，她被送給他人撫養，在成長過程並不順遂，後來完全靠自己努力走出一片天。一通電話改變了母女倆的關係，事情越演越烈。敬堯想當和事佬，但雙方都不領情。他心情非常的低落及沮喪。

他心想：「其實我嘛就感謝她(妹妹)耶，一直到現在拿錢給我，幫助我出錢出力，你想如果他們兩個人吵架，我現在嘛不知要幫忙甚麼人，…一下就這樣，覆水難收，枉費二三十年的母女。…這條代誌我不知要安怎，不知要安怎排解…。(A3002)」他邊嘆氣邊敘述並強調，我通常不太講家裡的事，可是你知道這件事情已經讓我非常苦惱，我躺在這裡心裡一直想的是，應該如何幫忙他們兩個和解，但是我無能為力，我不知道該怎麼辦？敬堯的無力感及沮喪的痛苦，夾雜著一種無能感，他顯得越來越沉默。

二、在世的生死懸念

折磨他的軀體的疼痛感，依然越來越加劇，已超出他可以忍受的範圍。此刻他非常期待可以馬上往生，但是這件事情，卻讓他心裡擔憂及掛念，

在生死之間的拉扯左右為難。他說：「我嘛想要求往生，現在不是求往生的問題，我現在掛念的ㄟ是我母阿和我妹。(A3002)」這份操煩的心思裡，有著一份對母親的愛及對妹妹的疼惜，這關係的連結，象徵著他對家庭的情感期待與負責。他期待用這個身體還能再為家庭盡一份力，事情能夠圓滿就盡量要圓滿。但這關係的糾結複雜已經超出現在所能處理的範圍，更令人不捨的是，身體的持續敗壞開始邁向臨終前進，他還一直在關係中受苦。

歐文·亞隆(2009, 206-211)的存在治療觀點認為，人痛苦的根源，不僅來自生物的基因遺傳，不僅來自受壓抑的本能、不僅來自內化的重要他人的冷漠及神經質取向，也不僅來自思考的扭曲及遺忘的創傷經驗，或個人當前的事業危機及感情危機，而是來自一人對自身存在的質疑。也因此，人還因為不免要面對人的處境—存在的「既定事實」--而受苦。並認為針對當事者，唯有真誠、準確的同理與無條件的關懷，將「觀念融入關係」中，治療才能真正產生力量。

安寧療護疼痛治療特色主要在強調「整體痛(total pain)」的觀念，最初由1967年安寧創始人Cecily Saunders所提出，用以描述末期病人所經歷的疼痛，並非單純的源自生理性的或疼痛接受器的刺激，而是涉及人類生活的各個層面，包括：情緒、認知、行為、人格、靈性及社會關係等。一般而言，生理性疼痛(physical pain)會受各種因素影響導致疼痛的加強或減弱，例如其他生理症狀、心理社會問題及文化靈性等問題，導致在臨床上有所謂的「整體性痛苦(total suffering)」。(台灣安寧緩和醫學學會(2007, 118-130)。

參、 自我與世界關係的解離

隨著身體功能降低，自我尚能維持一定程度對世界的涉入，隨著意識

狀態對外界的反思、互動變的更差，時間更紊亂時，病人的身心逐漸朝向分離的狀態，身體能攝入食物以養活自己的基本能力降低，甚至失能；心智自我所認定的身體已經越來越虛弱及衰敗，無法再應付現實環境的要求，社會性的身分認同開始剝落，調適這樣的過程病人常覺得，「沒法度」、「不知嚟安咱」的無奈狀態。同時，心智自我痛苦地不得不放棄向來用以支撐、維繫自我感與價值感的一切世界狀態。

一、自我對世界的操控

樺雲在剛入安寧病房時，對身體的覺知狀態相當的清楚，能鉅細靡遺地敘述身體的病痛經驗及重大的生命事件。其中她提到：「疼痛能控制的好的話，心情比較好了。如果疼痛控制不好…。從生活到病痛，我幾乎…都受了，不要說這八年身上的癌細胞到處亂跑，對不對？什麼經驗都有了。(G1013)」，以病為重心的生活，他所有的覺察都表現在身體的變化上，自我還在可以操控的情況下，她積極地參與這個世界的活動，也希望用自身罹病的經驗，與他人分享，包括：「如果我真的還有病業的話，那只能求說、希望說讓我不要浪費在床上，我很不願意浪費在床上，我希望出去能做利益眾生的事情，這是我最大的心願(G1015)」期待已經罹病的身體還能為世界及他人做一些貢獻，這樣的付出是某種程度的彰顯，仍存在於世的意義及價值感。從罹病過程所受到的幫忙及協助，在此時，藉由經驗分享，他仍有能力以正向態度回饋給周遭的人。他與世界的關係還是有某種程度的連結與互動。

二、自我與世界的失控

但是，隨著病程進展，意識越來越無法掌握身體的狀態時，失控感越來越強，對身體知覺的感受益顯得越來越差，樺雲敘述：「沒有很好哩，

我是感覺身體越來越虛，不知道哩，感覺提不起精神哩，不知道ㄟ，我是感覺應該不是很長的時間了，嗯。不過身體的變化我也講不出來。只是感覺身體越來越虛。提不起精神。不知道該怎麼說，就是一直沒精神下去。(G2001)」約 25 分鐘的訪談，樺雲，在言語的表達上，顯得開始捉襟見肘，語句的連結愈來愈短，停頓思考的時間變長，語詞漸短，同樣語句出現的字句變多了。

相較第一次的訪談，是如此滔滔不絕，口若懸河的精采敘述生命故事，第二次訪談時差異相當大。身體變成一種語言無法描述的整體性失衡狀態，她的身體呈現一種無所適從的情境，意識的心智自我所能加以判斷及反思的能力變得殘破。與自我掌控期相較之下，對於身體還能做一些貢獻，而現在卻顯得力不從心的感覺，她的看法是：「那時候是那時候的想法啦！現在這個身體已經超出我所想像的啦，因為身體的變化太快了，太快了(G2003)」身體的經驗告訴她已無法再為這個世界付出，自我與世界是安排進行的一切活動狀態開始產生距離感，生命活著但卻是朝向一個死亡的存在前進。歐文·亞隆(2013)非常貼切地談到個狀態，他形容：我們孤單的進入這個世界，又孤單的離開，而我們活在世上的日子裡，總是必須設法處理這種存在的張力：一方面我們渴望與他人建立關係，另一方面卻又明白自己的孤單的。

三、親密盟友-對醫病關係的私語

病人因病進入醫療體系，首先必須與自己的主治醫師建立一種「同盟」關係，在進入到病房之前，他就已經跟病人一同為疾病奮鬥。醫師以所學習到的專業知識，嘗試減輕治癒病人疾病的痛苦；他們有共同的目標以治癒疾病為終極的目的。但病人對醫師的要求不在個人關係上的連結，而是技術與專業的醫學知識，以緩解身體的痛苦，因此這互動過程，就有不同

的理解脈絡發生。

「全然信任的關係」，信任的建立是醫病關係的基礎。浩然對此深信不疑，過去的生命經驗透過媒體訊息的傳達，他認知到「生病」這件事情的整體狀態，當癌症無法經由開刀完全根治時，他心裡有數，並對醫師表現出最高的敬意，他說：「我跟他誇讚說你們醫師的功德真好。可以醫的病，你們都醫到病好了。像我這個沒有辦法醫的，你們也沒有辦法可以幫助。」…，「所以自己要瞭解自己的身體情形是怎麼樣？醫生也是很忙的，沒有辦法幫你的忙，這就是事實啊。因為瞭解的是世界上還沒有醫生可以治這個病的啦。(C1002)」，因為對醫師的絕對信任與高度的肯定，浩然對自身處境的瞭解，接受了病情進展是個人因素，並非是醫師的問題。

「信任參半的關係」，有時醫病關係常受病情狀況所影響，當醫師告知敬堯：「0 啊!你剩幾天可以活了。…我都接受啊，因為我就說過啊，我的生死擺交代乎他，…我有心要交代乎他沒，辛苦病痛嘛是他幫我醫的啊，我不用做什麼，要注射就注射，要做什麼就做什麼，這我也管不到的啊。(A1016)」，這是對醫師表現出有最高的信任，他時常與醫師溝通關於病情的部分，也能接受醫師的建議。並相信醫師的專業知識能協助他減輕痛苦。

「我說人與人之間沒，最怕欠那個情而已。你一直在麻煩護士沒，啊一趟路(居家訪視)從那邊走來，沒幾天又塞住了(A2008)」，「他(醫師)一直跟我道歉，我就覺得很不好意思！其實這個我也是也不能說怪醫生啦！(A2002)他一直忘記跟我媽媽交代，說我會流那個血塊，我的癌細胞吃到我的膀胱那裡。(A2005)」，他對醫師所解釋的病情能充分理解他的立場，因此，對於正在受苦的情境下，仍能保持一種情緒穩定的態度。

「昨天要裝回去而已，護士在那裡亂(告知醫療處置)，我說又要裝回去哦！你沒裝回去難道放尿放得出來？我說沒我試看看(A2006)」。「護士難

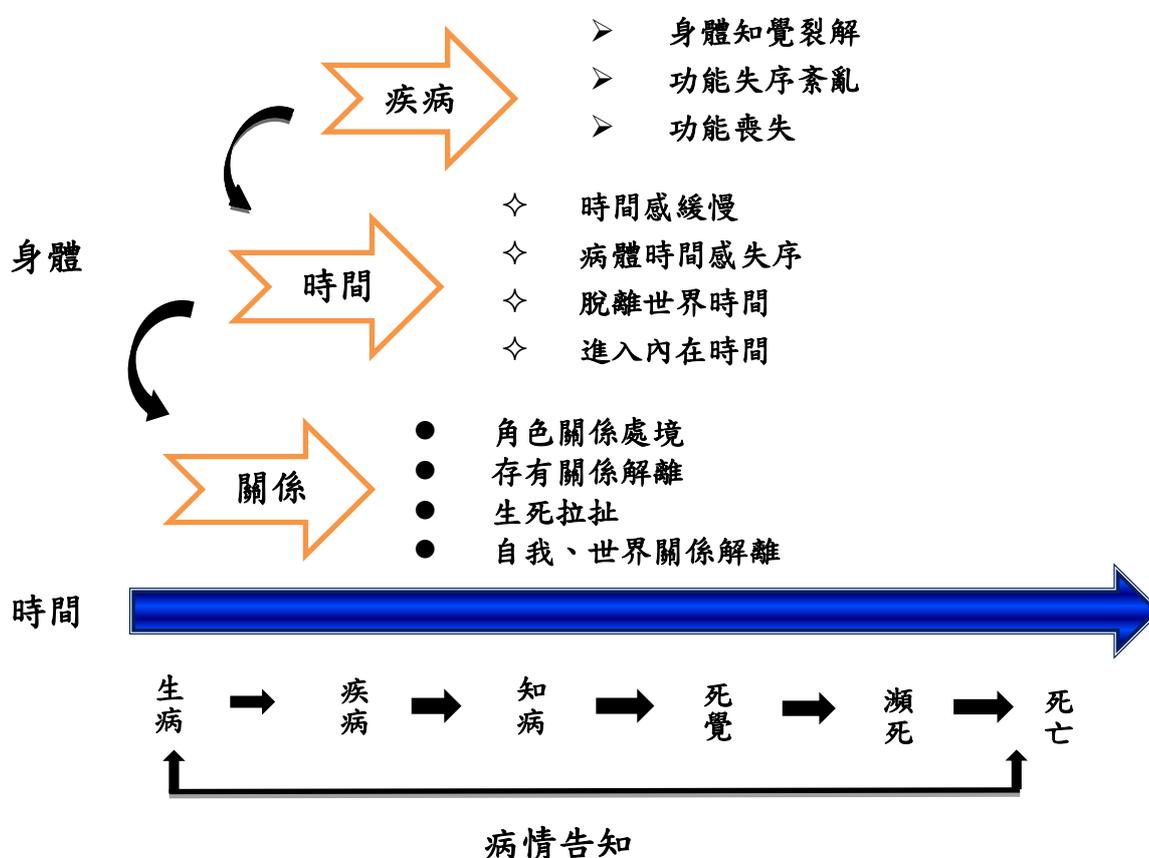
叫甲，痛苦到想要死死ㄟ(A1004)：」。敬堯多次在處於疼痛及急性狀況時，對護理人員往往有較多的情緒，醫療實際操作多數是由護理人員執行醫囑而進行，當病人感受到疼痛時，還需進行一套評估後，再進行醫療處置。但身處痛苦時，分分秒秒都是漫長的。所以病人常將情緒發洩在護理人員身上。針對這個過程，當時他的狀態是：意識清楚，對身體變化有清楚的覺知，對不確定的未來，不知應該如何是好，因此，也對人際互動部份感覺較敏感，包含對護理人員容易有情緒，心情較低落沮喪，病人對於自己現在處於弱勢階段，必須一直看人眼色，感到無能及挫折的感受。(20120620 田野)

「**關係的完全決裂**」，表示醫病關係失去溝通的管道。醫療是以「生物醫學模式」來理解病人，將治療目標訂在是希望能讓病人身體功能逐漸恢復。醫療的專業領域及不確定的期待，常令病人感到身體與內心的衝突。長期飽受病苦的個體，也因身體功能趨向衰弱或身體機能無法恢復，常感覺到挫折及無奈。惠智談到與醫病關係時，她表示：「我們認知不同，英文我們又看不懂，我就想說 0 小姐(醫師)，其它寫的「理理囉囉(台)」，我怎麼知道那是寫什麼意思？(E1008)」。一般人對專業的醫學術語或醫學的理解是陌生的。完全只是仰賴醫師的技術，來治療她的身體。但是，醫師角色用理性及知識性的態度面對病人時，就容易產生不愉快的情緒。

她說：「就是 0 醫師跟我說怎麼都沒有效？我說可是問題是他變成…，那個(腫瘤)是在我身體裡面，我可能會擔心…這種問題我想說乾脆放棄，後來他對我不信任，我對他也不信任，我們撕裂。(E1012)」而造成惠智心理有壓力的原因，是彼此間的信任關係瓦解。置身處境的不被了解，腫瘤持續在身體內成長，是一種無形的壓力及負擔，但這樣的擔憂不被看見時，是一種更大的打擊。

惠智還是會回想，為什麼兩個人無法好好的溝通，她敘述：「她的自

我主觀意識太強，有時候要做什麼？我就要跟他商量，她就有點不高興，覺得她的專業知識沒有被我認同什麼、什麼的，就是兩個人在…。我們的自我主觀意識就是說，要照我們的想法去要求對方這樣子配合我們，可是那是不可能的事情啦。(E1013)」范丹伯(2001，p.120-121)談到醫師與病人間的關係是「盟友」關係，病人需要醫生的貼近。病人深陷在疾病和死亡的縫隙裡，醫生是一位「受信任」的盟友，但無論如何，這都不代表醫生和病人是熟悉的。而醫療關係的詭異在於，它兼具了最大的信任與最小的熟悉感。



圖表九 臨終病情知覺經驗

資料來源 本研究整理

第五章 臨終病情知覺意義的探索

本章根據文本分析結果，在前章身體知覺經驗的基礎上，進一步以其在臨終階段所衍生的病情知覺意義問題為探討主軸，進行現象脈絡的描述及詮釋，以下是關於臨終病情知覺所歸納出的四個主題：一、從身體知覺角度，呈顯臨終病人如何理解醫者告知病情的各種情境面向與意義。二、從身體知覺角度，呈顯臨終病人對死亡焦慮的覺察如何影響了臨終病情世界的發展。三、從身體知覺角度，呈顯臨終病人對陪伴關係的覺察，並探討其衍生的意義。四、從身體知覺角度，呈顯臨終病人於瀕死覺知時發生的靈性現象，並探討其可能意義。針對上述四個主題經驗脈絡的現象描述與詮釋，形構了本文以病人身體知覺為中心之臨終病情世界意義的探索。

第一節 病情告知的體現

Kubler Ross(1994, p.26-27)對病情告知的理解是：「這問題不該是要不要告訴…，而是我如何能和病人分享這項惡訊」。在此定義前所應理解的是，醫病之間意象焦點與病人生活世界經驗所理解的生病經驗，他們是如何理解病情告知一事；形成溝通過程理解上需調解的部分，醫學主流常以「生物醫學實徵模式」來看待病人所經驗的「主體病痛體驗模式」，因此在告知病情過程中，容易站在各自主觀的意志對等之，產生病情告知理解大不同的窘境。

本研究七位研究參與者，由家屬進行末期診斷告知的有五位，兩位由醫師直接告知，其病程不同階段，告知情境亦不相同。兩位醫師直接告知的原因在於，研究參與者與主治醫師建立非常好的信任關係，在每次病情變化過程，都能直接與研究參與者有良好的溝通關係。

壹、病情告知的理解

當醫師對病人提出生物性醫學檢驗的臨床數據，呈現疾病確實在活生生的軀體內移動、發展、進行時，彼此間的訊息溝通過程，就是病情告知。現代化社會病人的權利意識抬頭，對身體的自主權有其捍衛的態度。病情告知涉及資訊傳達的溝通過程。Hebert et. al (1997)指出臨床醫學上，「真相告知」不只是提供資訊讓病人在健康照顧或其他生命方面做知情同意選擇，還包括告知他目前的狀況，所以要精確且誠實，應已能被了解及應用的方式將資訊呈現出來；相反的，欺騙將使另一個人去接受不真實的信念。劉寶愛(2001)認為告知病情不只是一個說明的動作，而是一連串長期的歷程，其中包含疾病名稱與致病原因、治療計畫與過程、疾病預後情形，生命受威脅程度、以及飲食起居配合之說明與溝通。

根據 Chiu, Hu & Chen(2000)等研究，常見的倫理困境包括：照顧場所、病情告知、治療方向、水分營養、藥物使用、輸血、偏方使用及末期鎮靜等問題，是在緩和醫療病房內常見的現象。其中關於病情告知，在東方國家因受限文化概念的影響，對於病人得到癌症的真相，通常會因應家屬要求，採取不告知的態度；其憂慮在於擔心告知真相後病人情緒崩潰，基於不傷害原則，就盡量不告知病人真正病情，也與家屬配合互相隱瞞病情真相。

病情告知仍有隨著病情進展不同，告知時間點亦有所不同。臨床經驗常見告知時間點常見於：發生症狀較嚴重的情況時，醫師通常會再度告知病情。生病的痛苦經驗對敬堯而言，是一場刻骨銘心的難忘經驗，因為急性發作被送到急診時，整個身體形象完全置於悲慘的境地，不僅全身滿是血便與惡臭，在最痛苦時並無家人在旁。

他回憶當時在 A 醫院醫師並未明確告知病情：「醫生是沒有告訴我，他只有說可能是盲腸炎、盲腸炎吧。…我整個肚子都在絞痛，都無法開刀。」

結果去照 X 光才知道是直腸癌。…在加護病房，他是沒有(醫生)，護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病啦!(A1003)」在 A 醫院加護病房住 6 天後，轉院到 B 醫院安寧病房，轉入安寧病房仍存有一絲希望而且認為當時醫師並未作病情告知，他說：「我曾跟他請教(醫師)，啊我電療、化療、手術這三個，我可以做嗎？他跟我說，你哦你現在的病情，…我有看你的 X 光，你現在這個腫瘤沒，這三個都沒辦法做，你沒資格啊。(A1009)」。醫師從影像學看到癌症進展，但是他還是不放棄任何希望，當醫師告知無法再做任何治療時，他的心理情緒反應覺得相當失望。

這樣間接的病情告知其實宣告已無法再做積極性的治療，預後應該是採取緩和性的治療，但這個消息讓他心裡僅存的一絲希望就此破滅：「這三項都沒辦法了。啊我整個擺花去，我就說好啊好啊，反正我就說過了，我的生命就要交代給你去安排，交代給你去安排，…(A1009)」。

郭淑芬(2003)以問卷調查法進行，從癌症病人及家屬觀點探討被告知癌症病情之經驗研究結果提到，癌末情告知比例比癌症診斷告知比例低；病人及家屬告知癌症病情實際經驗主要由主治醫師告知(79.2%、63.6%)，其中病人的末期病情有 40.0%是由家屬告知。從病人觀點希望由主治醫師來告知(90%)，其原因及理由是因為他們比較瞭解病情(73.5%)或具有專業身份(32.6%)；多數病人對醫師專業的角色帶有權威性質的服從，相信能夠讓他們從痛苦中解脫，因此多數病人是無異議的信任他們對醫療的決定，當敬堯那僅存的希望破滅時，雖然心理覺得難過沮喪，對未來也不敢再有其他奢求，只能將希望及生命寄託在醫師身上。

貳、病情告知體現生命的挫敗

華人傳統注重關係與和諧的氣氛，從文化角度看待病情告知，醫師在第一時間通常傾向先向家屬告知「不樂觀」的預後，和家屬商量後再決定

是否告知病人，家屬通常不願意告知病情(尹裕君等，2002；林惠貞，2004)。通常病情告知的時機，大多數病人及家屬是在有醫學檢查報告後被告知(73.6%，56.1%)，而癌末病情在病情惡化時才告知病人的有33.3%，家屬則是26.3%(郭淑芬，2004)。而在這三種時機情況下，比較容易做病情告知：確立病情時、病情惡化或多重器官衰竭時、或對積極治療無反應時，被告知病情。不做病情告知的原因通常是因為家屬認為不知如何開口、病人年紀大因此不用告知病情、不知道真相會比較快樂、擔心病人情緒問題，或會因此傷心提前結束生命，乃至告知病情等於是宣布無效與死亡。(台灣安寧緩和醫學學會，2007)

傅偉勳(2001)對臨終五階段論述提出其見解，Kubler-Ross在此談病人自覺仍有救治可能的「希望」，有其臨終精神醫學的意義。從宗教學觀點，還可分出另一種關涉「死後生命」(life after death)或「終極真實」(ultimate reality/truth)的純精神性意義的「希望」向度。尤其對具有堅固宗教信仰的絕症病人，此類「希望」是維持死亡的尊嚴品質的精神保證。其中傅氏認為此五階段論應該因應不同的文化脈絡，適應各地不同的生活方式的個別差異性，如實客觀的反映其心理狀態。

一、直接的告知

Kubler-Ross(1969)論述有關末期病人的心理精神狀態，大致經過下列五個階段：否認與孤離(denial and isolation)、憤怒(anger)、討價還價(bargain)、消沉抑鬱(depression)、接受(acceptance)等五個心理失落的經驗過程。Kubler-Ross對此最後階段「接受」補充其想法，有些病人一直掙扎到最後一秒，一直抱著康復的希望，故不可能進入接受的階段，他越是掙扎迴避不可避免的死亡時，所必須付出的精神代價也越大，越難接

受死亡，就更無法心平氣和帶著尊嚴離去。

敬堯從 A 醫院轉到 B 醫院時，醫師已明確告知家屬病情。再轉到 B 醫院媽媽即直接做病情告知：「我媽媽跟我講的，是跟我說我得到直腸癌，我那時候愣一下，之後我就看很開了，沒關係啦，活一天算一天這樣。(A1004)」，當時的他正承受著身體的痛苦，雖然 A 醫院醫師並未告知癌症診斷，但直接告知媽媽。她個性直爽，為人常直言直語，對敬堯的病情告知亦如同她的個性一般直爽。

他未曾想過自己會的到癌症，心理上雖然沒有否認，但是「愣一下」，也就是震驚一下之後，馬上就想開了。Kubler-Ross 的第一階段否認，並未發生在他身上。這與敬堯過去的生命經歷有關，從小艱苦的生活經驗，經歷著比平常孩子還困苦的生活，每發生事情時，他總是非常的「當下」，「活一天算一天這樣」，他最擔心的是造成媽媽的負擔及困擾。

二、病程進展的告知

當身體有一個新的症狀，嚴重的疼痛發生時，病人常會感覺到似乎離死亡越近。敬堯一次難以控制的疼痛時，他感受到醫師如此告知：「0 啊！你剩幾天可以活了…我嘛可能放乎輕輕鬆鬆啊，…我都接受啊，因為我就說過啊，我的生死攬交代乎他…。我那時候吃不下去沒，我有跟 0 醫師說我什麼時間會被佛祖收去，…他現在還沒有幫我斷到那裡，他斷人斷的很準，他說我現在沒那個徵兆啦，…我是感覺說，我有那個徵兆安咧。(1016)」

對於醫師的直接告知，敬堯提出他對於病情的想法，並對自己的死亡開始預做心理準備，在感覺吃不下時，正式提出「什麼時間會被佛祖收去」的想法，但是醫師的回應與病人實際感受身體的狀態不同。而病人透過身體的感受自覺已經感受到那個徵兆，也就是說自己應該快要面臨死亡。Toombs 提到醫病交流的內在困難在於：病人是一種直接的主觀(內在)的體

驗，因而要求病人按客觀時間刻度描述其生病感受更是困難。這促使醫師對於病人的主訴持有另一種態度與理解。

Kubler-Ross 的臨終理論並非完全沒有正向的心理表現，她提出「希望」一概念，貫穿在臨終五階段中，其意在於強調「希望」的精神性意義，即使無法救治，帶著希望的絕症病人比較不會痛苦；如果病人不再抱有希望，這就是表示他(她)已放棄自己等待死亡的來臨。

三、症狀加劇時的告知

癌症在腹腔內，錯綜複雜發展。敬堯因為排尿困難再入院，他談到：「醫師跟我道歉時，有跟我講說我的癌細胞有吃到我的膀胱這裡，因為我是屁股上面腹腔癌嘛，啊現在沒，吃到膀胱這裡，…反正講白一句，就是就是病情嚴重，直腸癌第四期，就是末期，到底還剩下多少日子好活我也不曉得啊！(A2003)」。有人形容，癌症是身體裡面像是一幅會移動的地圖，隨著癌細胞到處轉移及落地生根，那裏的器官就會慢慢變成一幅複雜的地圖影像。

對敬堯而言，雖然沒有看到影像學報告，但癌症在他的身體內，隨著每次的疼痛點及指數增加，知道離死亡又更近了。而醫師的道歉，讓他心裡感到一點撫慰，他知道醫師已經盡力，疾病還是有醫學無法治療的領域，一種無力感及茫然不確定感浮上心頭。

在最後一次的訪談時，是離敬堯死亡前一個半月，因為身體肚子絞痛、傷口感染、尾骶骨痛情況未改善，病人詢問醫師該如何處理時，醫師仍給予希望並嘗試使用不同的方式積極的處理身體的問題。他告訴研究者：「我看這次沒法度阿，…越來越惡化。(A3001)」劉寶愛(2001)研究中認為告知病情不只是一個說明的動作，而是一連串長期的歷程，其中包含疾病名稱與致病原因、治療計畫與過程、疾病預後情形，生命受威脅程度、以及飲

食起居配合之說明與溝通。隨著症狀越來越難控制，每次醫師的查房重點都只能如何解決症狀的問題，但狀況改善不大時，他心裡有底，知道自己已經沒有太多時間，一切也將失去操控。

參、病情告知中顯現悲憫情

對家庭情感情聯繫緊密的家庭，病情告知無疑是一項重大的打擊。醫生告知壞消息的那一刻，淨蓮全家陷入驚慌及混亂，他們難以接受這個事實。向來從不生病的母親，怎麼生病就已經是癌症末期，家人無法接受這個事實。

一、心裡有數的隱瞞

淨蓮女兒描述：「醫生跟我說，00 趕快送大醫院的時候，媽媽就知道了，其實媽媽看我在哭她就知道了，…她就知道說不好的啦，…去大醫院檢查，其實她當下就知道了，心裡有數了，她很堅強，只是說她不知道那麼嚴重，她以為她做化療應該可以控制，因為她的觀念是這樣子的，她一直覺得有開刀比較嚴重…(B1002)」，從小家境貧苦、個性乖巧，性情溫和，歷經過生命中無數的大風大浪，探病探太多了，她也看過很多生死，但家屬對於要不要跟她講實話感到掙扎，後來決定是就順她，有點淡化嚴重度。從小診所到大醫院表示情況應該有些嚴重，雖然當時家屬並未告知病情，但如同家屬所言，「媽媽看我在哭她就知道了」。病人的生活歷練通常會透過非語言的行動觀察到病情的嚴重度。

對於病情告知他們形容：「因為醫生講國語，那醫生會先私下跟家屬講，所以其實有先溝通…(B1002)」。常見的倫理困境，是因為擔心病人年紀太大，無法承受病情告知後的情緒反應，而醫師通常選擇第一時間告知家屬，郭淑芬(2004)研究中提到，最先被告知病情者是家人的比率有 76.3

%，其中有很大的文化考量在內。對淨蓮而言，最無法接受病情的應該是家屬。

二、椎心之痛的告知

對家屬而言，這段期間淨蓮受病苦及治療副作用的影響，他總表現得很堅強、很樂觀，家屬回憶：「沒有聽過媽媽抱怨，她沒有怨天尤人，一如她一輩子的個性，她總是逆來順受，她表現出她溫柔但堅強的意志力（柔中帶剛），難以想像的忍耐力（家屬補充資料）」。病人也常因為家屬的期待，而隱瞞身體的不適，讓家人可以放心。

在父親節時，已經從身體的狀態看到病情在迅速變化中：「父親節她已經有點吃不下了，病情在惡化中了，…其實她總共做三十三次化療，…斷層（掃描），其實出來的結果是不好的，沒有進步的…。她（病人）不知道，不想讓她知道。等她知道的時候就是已經決定要轉回來南部的那一天。我們跟她講會比較合適（病情告知），因為我們有交代醫生。…要轉回來的那一天早上，…情況都很不好，…就吐了一堆黑的東西，…最後我就慢慢的跟她解釋，我說，媽，妳肚子有一顆壞東西，整個惡化，已經…。(B1007)」、「我（女兒）做病情告知的。(B1009)」。醫師尊重家屬的決定，未對病人進行病情告知，家屬帶著悲愴的心情，不得已向病人坦承告知病情，而且已經到最後階段。

淨蓮對這個病程雖然能夠接受，但心裏還是有很多的情緒，女兒表示：「她接受。其實還是有情緒，還是會出來(B1009)」、「她只是自己掉淚，她會抱怨，她會哭，跟我二姊抱怨了二個晚上。說到稍微血筋去給它塞住，…(B1005)」，面對疾病的進展，心裡對過去的事情還是有情緒，家人的傾聽讓她能有抒發的空間，而淨蓮的求生意志非常強，總是抱持著希望可以再進行化療，直到回到南部醫院，反而不再詢問化療的事情。

在文化上，身為傳統女性有其被制約與束縛的地方，淨蓮的生命歷程非常的傳統，認命吃苦耐勞，在罹患癌症接受治療之期，仍擔心家人會掛心，縱使化療再痛苦她還是咬牙撐到無法再撐為止，為的是給家人一個希望，Kubler-Ross 談到面對死亡的歷程的，在淨蓮身上並未有震驚或否認的情緒，憤怒情緒來自於對過去生命事件的反思，從治療過程到最後，她不斷給家人與自己希望，這「希望」貫穿延續到最後臨近死亡時，面對生命的豁達，藉由宗教的力量，求「往生」變成一種「希望」的延續，讓家人將悲傷情緒轉化成祝福。

肆、默會中體察病情告知

難以忘懷當時訪談時的一句話：「就說爸如果不在了，你媽就要照顧好。(D2013)」，那兩行眼淚從眼角像斷線的珍珠般，從臉龐撲嗤、撲嗤的滑落下來，那不捨、溫柔的眼神專注地望著那熟睡的孫女，誠悟苦笑無奈的表情，彷彿是在對生命提出一種無言的吶喊，一種無奈、無力感湧上心頭，第一次，這是第一次，他在家人面前流下那珍貴的眼淚。置身於這樣的場景當時內心的衝擊仍鮮明的震撼著研究者，如當頭棒喝的敲醒對生命的覺醒及無奈。那淚水氾濫肆溢，除熟睡中的女娃，我們都受到一場生命當中最珍貴的洗禮。

一、難捨親情的病情告知

誠悟也是因為吐血而進急診，他敘述：「第二次進急診，就跟醫生說這常來急診也不是辦法，…後來就幫我安排在病房處理…。聽到醫生跟我太太跟孩子說，我吐血的量算是超過標準，他就斷定這是肺腺癌。第三期…後來就是常常咳嗽，咳嗽就會吐血(D2002)…」，訪談時面帶微笑非常鎮靜的說了這些話，咳血的狀態，他隱約知道應該是不好的東西。

醫師在第一時間並無對病人明說身體狀況，但誠悟感覺氣怪異，他敘述：「沒有，開始(醫師)是跟師姐、女婿和小女兒在旁邊講啦。那時候他的意思不要先讓我知道，但是我看他們在講話的嘴型和他們的動作，意思就是說要到旁邊去講，就是不要讓我知道。…但是不敢確認，後來我才跟我太太和孩子問說是什麼？他們才跟我說是肺腺癌第三期。(D2003)」，當時聽到這個消息時，他無法有太多情緒及反應，對家人的濃厚情感，在醫師告知家人時，他知道應該為了家人而努力，並準備與病魔戰鬥，為才出生剛滿幾個月的可愛孫女加油。

誠悟用無比的勇氣一面安慰家人，一面積極配合治療，同時也簽屬大體捐贈，希望以後能將無用的身體做有用的事。他對病情的理解是希望醫師做病情告知：「要知道啊，看要怎麼處理？我就問說是不是要開刀或是什麼？醫生說你這種情況沒有辦法開刀。…醫生都有拿給我看(X光片)。…知道，因為這算是一個嚴重性啊。(D2004)」。郭淑芬研究中針對「告知癌末病情意願」一項，研究結果得知 86.9%的病人希望在癌症末期時能被告知病情。在尊重病人自主性原則下，病情告知通常會多了些人性化的考量，病情告知是一項不容易的溝通過程，我們以為家屬不讓醫師進行告知動作，病人就不知道自己的病情發展，在臨床上常聽聞病人為了讓家屬放心，感覺身體已經無法承擔時，仍繼續為家人繼續努力直到最後，但也因此在病情末期遭受更大的痛苦。

二、迂迴婉轉的病情告知

誠悟另一個病情告知的特殊經驗是：「頭部的骨頭長腫瘤，在核醫科那裡做總檢查，醫師就一直問我說，你以前小時候有跌倒還是發生過車禍？我說在我的印象中是沒有發生過，醫生才說整個都被包住，像脊椎、頸椎都已經有癌細胞了(D2005)。」醫師告知時採取旁敲側擊的方式告知病情，

這個經驗也讓研究者想起有些病人也會談到某些醫師告知病情的方式，常會一邊看著報告然後詢問以前是否曾經跌倒過，骨頭上的某些亮點，有可能是過去的舊傷，也有可能是腫瘤。這種迂迴與間接的方式，似乎讓病人稍轉移一些衝擊。

溝通是一門藝術，對於病情告知，不同學者提出不同的告知模式，依據 Goodwin 的意見，病情告知方式分成四類：1.完全矇騙、2.善意欺騙、3.契約性的誠實、4.全然的誠實。(引自李明濱、廖士程 2001)。游翁斌、周稚傑與陳永煌(1999)的病情告知三大類:1.完全隱瞞、2.全然告知、3.視病人個別情況而定等三種類型。由此迂迴方式所呈現的是迥然不同的情境，過去父權主義的模式，現已朝向較溫和重視病人「知」的權力，及心理的情緒感受，使用含蓄委婉並視病人個別狀況而定的模式，常被視為是最理想的模式。

伍、心繫雙親，隱瞞病情以盡孝

現代單身未婚者比例偏高，除自主能力高外，在經濟層面通常能維持一定程度的穩定。惠智未婚，選擇居住家裡照顧兩位年邁的父母，除自身工作外，仍在上班前到果園協助採收工作。母親也是乳癌病人，也因此病情告知部分，惠智在發病初期選擇隱瞞不告知父母；然而，在確診後兄嫂擔心她受不了打擊，告知醫師不能告知真實的壞消息，一邊隱瞞父母，一邊隱瞞病人。

一、善意隱瞞下的病情告知

惠智初期在 a 醫院發現時，醫師採直接方式告知，她敘述：「醫生已經跟我講了，說我懷疑你的淋巴地方有長壞東西。…我沒有結婚，可是我不知怎麼樣跟我媽媽說。…然後我就打給我哥哥，我就在那邊哭啊。…我

今天去做檢查，醫生懷疑我的肚子裡有長壞東西啊。(E1004)」，對醫師的直接告知，惠智顯得慌張不知所措，這個消息來的突然，兄妹感情很好的她立即與哥哥聯絡，又怕父母知道，但也害怕面對這個事實，在告知哥哥後，她情緒崩潰的哭了。以前身體多少有些問題，但都還可以面對，而此刻的消息震垮的她對自己的信心。

她轉診：「到 b 醫院…檢查完之後，我就有聽到他們在講血管已經塞住了。那個瘤三公分，那個黃膽幾點了，我就看著那個瘤過去，他整個往上發展(E1005)」、「那時候在病房什麼都沒講啊，只能說先開刀…他就跟我解釋說，他會從你的正前方開一個 20 公分的大傷口 (E1006)」醫師選擇將嚴重度告知家屬，對病人則解釋關於「術前解釋」，而惠智隱約聽到他們在外面講關於病情的事情。

當下的情境她只能隨順安排，但又擔心家裡二老會起疑心。也因家中母親也罹患乳癌，惠智絕口不提關於病情的事。到後來病情嚴重，醫師認為應讓家人知道，他提到：「O 醫師就問我說有沒有講，我說我沒有講。他就罵我說你都在隱瞞病情。媽媽是很辛苦的一個人，你會不捨啊。(E1020)」母女倆開始互相掩蓋，她擔心病人，而病人也擔心媽媽。母親還告訴旁人說不要讓你知道他已經知道這件事。每天還是裝作若無其事的樣子，其實常躲在廚房哭泣。

胡文郁、蔡甫昌及鄭安理(2008)指出，不管病情告知歷程為何，單就癌末病人與家屬最終「是否知道」病情的結果加以分類，大致可以歸納出三種癌末病情告知的認知與溝通型態，分別為「坦承公開、相互偽裝及懷疑封閉」。而惠智與母親的形式就是屬於：相互偽裝的模式。是病人及家屬明瞭病情的嚴重度，但彼此為對方著想，或不願意碰觸死亡禁忌，不討論末期病情的嚴重程度。

開完刀後醫師解釋病情，她回憶說：「醫師來說解說報告，好啊，沒

關係，我是健康寶寶…，醫師：「不好意思，是不好的。」我的眼淚就掉下來，我就說，哦，五秒鐘，好吧。…我就把眼淚擦一擦，我就說遇到了，不然要怎麼辦？…你就是要做治療，我就沒想那麼多了。後來都沒問我病情，…(E1007)」，原本對自己的病情還帶著希望，期待不要有壞消息，但醫師的告知再度讓她受到打擊，否認的情緒不斷重複「我是健康寶寶」的自我催眠下，在獲知「不好意思，是不好的。」的消息下徹底崩盤，就此不再問病情如何。

二、家屬不捨希隱瞞

面對生命中最重大的危機，惠智尋求宗教的支持，她敘述：「我一直跟我自己催眠說，聖君說我是健康寶寶啊，我沒事啊。…你可以說我是健康寶寶，你是健康寶寶。眼淚就這樣自己掉下來，可能太樂觀，醫生可能會想我可能發瘋了、是刺激太大，怎麼整個人…。我好像暈暈的、三八三八的、整個人都在健康寶寶，我每天都很開心。(E1006)」，接受開刀前她一直催眠自己，神明告訴她不會有事，在理性層面不斷告訴自己有信心，但在內在感性的經驗，眼淚卻不自覺的掉下來，人的心理在面對生命重大的危機時，會出現暫時性的當機狀況，惠智感覺到自己「好像暈暈的、三八三八的」情況，也是一種身體與心理在調適過程會出現的情境，避免因為生命受到嚴重威脅而產生極度害怕、無助、恐懼的狀態下的調適型態。

為避免惠智受到太大的刺激，家人採取隔離與隱瞞方式，但她都知道並描述當時情境：「我二嫂哭到就受不了，跑到廁所哭，跟醫生說不能告訴 00 她會崩潰。我就知道了，醫生的經驗，只是你沒有看到數據，不知影，所以他們才把我顧得緊緊的。就很好笑，後來我就開始鑽牛角尖了。(E1007)」、「我想講十二指腸、胃、脾，其實他也沒切多少，後來什麼第幾期我不知道啦。…，他們大家都說 0 醫師不會隱瞞病情吧？我說他沒有故

意隱瞞病情，可能看到我的報告時，他就嚇到了就講不下去，因為家屬崩潰啊。(E1009)」。照顧的家人因情緒崩潰而哭泣，開始擔心她是否會受不了，要求醫師不要告知壞消息，而醫師也擔心家屬情緒太過強烈而不敢告知病情嚴重度。但是，從身體感受到的經驗，雖然沒有看到數據，也大概知道接下來應該是要以病為重心的生活，這樣的轉變開始讓她無法再樂觀開朗的面對疾病，情緒變得沮喪。

三、醫病認知不同的病情告知

惠智開刀後接受放射治療，因而轉給另一位醫師，她敘述當時的情境：「很多人都無法走，…我感覺有那麼嚴重嗎？他(醫師)說不錯啊，你還可以用走的。…你不知道你自己的病情嗎？…我就說診斷書上面寫的啊。…你知道你自己第幾期嗎？我說單子不是寫 1 嗎？他說不是，我們數字不是代表第幾期，你是 3 期。我才嚇到。…因為我們認知不同，英文我們又看不懂…誰知道原本以為是第 1 期，結果卻是第 3 期，結果我嚇到了，什麼？3 期喔，傻了 20 秒後，就想說好啦，第 3 期也是一樣也是要做治療啊，不然要怎麼辦？(E1009)」，醫療對於癌症疾病的分期，有其判定方式。這套系統背後有一套龐大完整的實證驗證所定義，例如癌症分期大致分為四期：第一期：腫瘤侷限一處，沒有擴散跡象。第二期：腫瘤已擴散到鄰近的淋巴結，但沒有波及其他器官或組織。第三期：腫瘤除了擴散到鄰近淋巴結外，還波及附近器官或組織。第四期：腫瘤已擴散到遠處的部位。

惠智的反應也道出病人對病情的理解，通常是以身體的感受為基礎，感受著疾病的變化，但是醫師所判定的是依靠影像學、生物檢驗數據所判定的疾病狀態。第 3 期象徵著疾病的狀態比自己所預估的還要嚴重，而醫師的直接告知也讓她感到震驚與無奈。因為這次的陰影，後來醫師的告知態度變成：「醫師他沒有明講，我覺得 0 醫師他沒有，可是他有跟他家屬

有明講。」，這也造成後來治療過程，兩者之間互有情緒的導火線。

陸、一樣告知兩樣情

醫生，是擁有獨特的存在地位，只要進入病房他就與病人「在一起」，因為專業的角色，讓他遊走在健康生活的邊緣，醫師知道「所有」身體結構的細節。醫師與病人的接觸在於「知識性的接觸」，病人對醫師的要求不在個人關係，而在技術與知識，他期待醫師有足夠的專業能力與技術，協助自己以減輕疾病的痛苦(范丹伯，2001，p.111-121)。

一、得到撫慰的病情告知

妙忻對於病情告知的經驗，她覺得兩位醫師在告知過程有著不同的態度，A 醫師因業務關係需調職到其他醫院，因此妙忻被推薦給 B 醫師，因為兩者的差異性她感覺有很大的不同，他說：「會，他都會告知，說情況如何？這個要不要緊？如果問他都會知道。00 醫師比較會做到病情告知這一塊。他比較會講，像每天(次)來門診，問說：「醫生，我現在情況如何？」00 醫生會答說：「沒關係，這個放心交給我就好了！(F1003)」，A 醫師願意與病人談論病情發展，在化療階段，因為醫病信任關係的建立非常好，雖然承受化療的辛苦過程，但對病人而言，醫師的支持，無形中增加他面對疾病的勇氣。

醫療的關係多數是藉由「知識性」的特質所決定。對醫師而言，要實行他們的專業，又要用平和的心境對待病人，與之有「情感性」的朋友關係，似乎是困難的。但若能明白「知識性」的接觸，其實是一種更貼近的關係接觸，因此一種同在的關係，讓深陷於疾病及死亡的縫隙裡的病人，有一個盟友關係的存在。而醫療關係的詭異就在，它兼具了最大的信任感與最小的熟悉感。(范丹伯，2001)

二、單向溝通的病情告知

溝通是一個經由語言和非語言的訊息交換來分項資訊、意義和情感的過程，也是經由彼此互動來建立關係的程序。醫師和病人及家屬間的有效溝通具挑戰性。妙忻敘述：「B 醫師就比較不會說，若問他，就會答說：我知道，我知道。(F1003)」家屬：她化療後說身體不好，沒辦法再化療。F：有給我考慮(還要不要再做)，有給我考慮…他也有說用吃的(口服)，效果是沒有那麼好(F1006)」。當時，醫師在病房外告知家屬治癒性治療已無效，希望可以轉安寧，但未跟病人明示。多數醫師企圖保護病人，不讓他知道病情或透露壞消息，當病情沒有變壞時，可能會帶來短期的好處，但是如果病情變差時，病人往往容易陷於高度的焦慮及困惑。(台灣安寧緩和醫學學會，2007，85-94)

妙忻第一次入住安寧時，其症狀有噁心、背痛、嘔吐、貧血、血小板低下、傷口濕、雙下肢水腫、血壓高、喘等複雜性的問題，在原單位醫師建議到安寧病房「療養」一下，她因為身體虛弱也接受建議轉到安寧。另外在病房外與家屬(丈夫)作病情告知，因為她對化療治療空間不大，且身體虛弱不堪，無法再接受治療為理由，建議丈夫將病人轉到安寧，以接受更好的照顧。剛到安寧仍以症狀控制為主，並未再多做病情告知。(田野 20121221)

研究者詢問過來這邊，醫師跟您解釋病情的部份了解嗎？她回應：「他是沒有解釋什麼，他就說(先)這樣看看，而且才過來一星期左右，況狀還不明顯，(F1010)。…現在都要靠人攙扶才能慢慢走。」身體明顯的變差，她無法理解為什麼腳的水腫一直無法消，過去的經驗似乎無法提供答案。在安寧的溝通模式，通常會仔細觀察及回應病人以語言及非語言方式所透露出來的訊息，強調雙向的溝通，希望創造一種合乎全人化照顧的關係，包含達到病人生理、心理、社會和靈性的照顧。而妙忻，所透露出的是對

身體覺察後的感受，也表達出心理的擔憂及無奈的沮喪感。

第二節 死亡焦慮的覺察

面臨死亡是生命最大的挑戰，臨終過程身心的變化莫測，而焦慮必定伴隨著心理危機而來，他更是臨終疾病自然不變的特徵，其引發成因在於，焦慮是因為想要擁有某個對自我感很重要的事物而產生的；我們要保有自我成為一個具有特殊身份的獨立個人，失去此一自我的威脅會產生焦慮，在臨終場域由死亡所引發的失落常牽引出更大的焦慮。(Lair, 2007)

壹、臨終覺察-隱匿的死亡焦慮

癌症逼迫著病人朝向一種死亡的存在，處於等待的時間是一種即將邁入但卻有還沒有邁入的處境。雅斯培認為這是一種“臨界境況”，這種最終境況是「與人的存在本身關聯在一起，與最終的此在不可避免地一起給予。」他們是不可造就、不可改變的、不可離開的和不可克服的境況。作為有限的此在，人由出生，趨向死亡。其中雅斯培對「界限處境」的理解是：所有人類無法逃避的共同處境，包括了死亡(Tod 德文)、痛苦(Leiden 德文)、掙扎(Kampf 德文)、罪惡感(Schuld 德文)。他們就像一道阻止我們行動而終究讓我們感到挫敗的牆。這些客觀事實的死亡並不算是界限處境中的死亡，只有對親人的死亡或對自己的死亡感受到存在上的不安時，死亡才達到界限處境。

一、眼見他人死的存在焦慮

在安寧病房是較常看見死亡發生的場域，如果存活期較長的病人，就

容易看見其他病床的病人往生，在這空間裡，病人因為疾病關係常會互相打氣加油，家屬也會彼此形成一個互助的團體，相處就如同是一個大家庭般的融洽。對於他人的狀況都有憂戚共在的情誼，但這對病人而言也是一種無形的壓力。敬堯如此描述：「隔壁床耶，大家都夭壽緊快(死亡)和以前認識的這沒，這裡的朋友沒，這沒，大家都嘛走光了，剩我一個人，我在這裡，啊我也不知道該怎麼辦咧。…我有感覺我的身體，像我吃，吃也吃不下去。…嘛是攏安咧，我感覺人耶人生就是很脆弱，很脆弱那種感覺。(A1006)」。因為鄰床病人的死亡，間接讓他想到下一個面臨死亡的可能是自己，體會到生命是無常且脆弱，面對此情境覺得無力及無奈，覺得所有時間只剩下睡覺而已。

因為疾病關係，病人無需承擔常態社會角色之責任與義務。因為他人的死，間接想到會不會真的快輪到我了，一種存在即將毀滅的焦慮油然而起。從臨終到死亡是一段身心解離的過程，更是心智世界從破裂到消弭的過程；由於身體的毀敗，病人意識層面知覺到有如「陷入深淵」的「無基」狀態，一種「失根」的感覺出現，對於存在於世的基礎被撼動時，逐漸朝向死亡前進。死亡焦慮雖然是一種普遍存在、瀰漫各處、存在生命的最深層，卻受到嚴重的潛抑，很少被完整的體驗。

二、死亡焦慮的再詮釋

病人常會對現實情境發生的事情做合理的解讀，因為對身體的覺察，越來越虛弱及吃不下，及鄰床病人的往生，數件事情的經驗理解，病人仍存在於一種心理掙扎狀態，他對此事的理解是：「可能是卡到陰，對面床的病人往生所影響，不然為什麼會變成這樣，也都吃不下，只是想睡，無法理解為什麼會這樣。」病人情緒低落，沉默少語、虛弱無力，對身體虛

弱無力的情況感到無奈，無食慾不想進食，非常害怕及無奈。(田野 20120509)。

海德格認為焦慮是讓我們揭下我們日常熟悉於世的面具。焦慮讓一切變得沒有意義，甚至我們對自己的意義也隨之失落。焦慮是認識到某種虛無，我們存在的無根。焦慮向我們揭示某種失根性—我們在世上一無歸屬，世界對我們來說是個奇怪的東西，或「不可思議」。因此焦慮用來揭示我們現在關切世界的結構中。(德穆·莫倫，2005，p.312)。

若從心智自我朝向臨終過程的超個體歷程來看，Singh, K.D.(2010, 251-)認為：人的心靈轉化發生的時機，通常都是在一個嬗變過程的最後一刻，當改變無法抵擋的時候，才會發生。在混亂期((the stage of Chaos)可說是，心智自我層次的我性結構全面崩解，在認知上還無法將死亡歸類定位，對死亡的認知還停留在無意識中；而混亂期的特徵是躁動、衝突、迷惘、及情緒上的苦苦煎熬。在理解這些深刻強烈的情緒體驗過程，正是我性試圖從當下逃開所造成的混亂。在臨床上對病人而言，這種躁動是一種無法言喻的失序感，不知如何是好、對未來不知何去何從的茫然感及臨終前是一場生命大總結的歷程。

三、全能感破裂的歸屬焦慮

妙忻從身體的變化過程覺知，死亡已經是無可避免的事。對身體的功能喪失同時也感到失落，從語言互動過程除了情緒緊張外，有些莫名的煩躁感，無法明示的情緒狀態，敘述這些情境時她的解讀是：「是後來這次，一直發作、一直發作，一直爆發出來。…就是這種引起的。太累、太疲勞沒人替。…想說還有一群孩子要撫養，我們就…不拼不行呀，他一身軀空空，我也一身軀空空…來這邊住一星期出院，差不多三、四天，就又要送來住院。(F1005)」對於病情的合理解釋，彰顯過去的生活脈絡是處於非常

辛勞的狀態，後續進出院過程的身體狀況明顯表示身體的狀態失控，而自己已經無能為力。

羅洛·梅(2004，204-208)指出，焦慮所以沒有特定對象，它敲擊的是我們知覺經驗的心理結構基礎，此正是我們的自我得以與客觀世界區隔的基礎。因為個人的安全基礎受到威脅，個人才得以在與客體的關係中經驗到自我，於是主客體的區分也因此崩解。而「自我的消解」不只包括肉體的死亡，它也可能包括自我存在所認同的心理或精神意義的失落，也就是無意義感的威脅。

對於這樣的處境她的想法是：「就遇到了，不然要怎麼辦？負擔說病情不知道會變得怎樣。(我)小時候沒有父母，十幾歲就沒有父母了，只有四姊妹，很可憐。像家裡，…我們是主人頭，也是要稍微關心一下，放不下心。雖然人到這裡住院，家裡還是得顧。(F1009)」除了對身體的焦慮感，也對身為女主人的角色是相當在意的。在傳統文化概念下，身體的存在至少還有一點功能，但隨著失能感加劇，她感到焦慮，同時對過去受苦的生命經驗感到悲傷。

在第二次家訪時，她說祈求菩薩能保佑她身體恢復健康，但實際狀況卻是對身體逐漸無力感到焦慮。一直重複：「最近爬不太起來，坐著一下就沒有力氣，下床站不起來。不知麥安怎。不知麥安怎…」。(田野 20121228)，逐漸感受身體失能及失控，她焦慮的是一種全能感的失控焦慮。身體無法為家庭貢獻，喪失了存在的意義感，此生為子女奮鬥一輩子，如今的她已經一無是處，在心理層面開始沮喪及焦慮。對家庭的歸屬感是她在世存有的根基，在世所能擁有的可掌控的是家庭這個實體，但死亡的面臨，在世的歸屬感被切割，她寄託未來向佛祖的清淨世界尋求一份新的歸屬與連結。

羅洛·梅(2004，204-208)對焦慮的定義如下：焦慮是因為某種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它存在的根本。威脅

可能是針對肉體的生命(死亡的威脅)或心理的存在(失去自由、無意義感)而來，也可能是針對個人認定的其他存在價值(愛國主義、對他人的愛、以及成功)而來。孤獨是焦慮的根本來源，無助感是人類分離狀態的結果，分離經驗引發焦慮，意味著關係被切開、對世界的無力感與隔離的狀態。

貳、孤獨、耗竭處心感憂戚

死亡的過程是一段孤獨的歷程，而且是人生最孤獨的處境。歷經死亡的過程有多種的孤獨感存在。歐文·亞隆(2003, 482-)認為孤獨有三種類別：人際孤獨、心理孤獨和存在孤獨。人際孤獨意指一般經驗到的寂寞，是指與他人分離。而文化因素扮演著重要的角色。心理孤獨則是指，人將自己分隔成許多部份的過程。蘇利文認為這種孤獨就是，人把經驗排除在意識覺察之外，使自己無法碰觸心靈的這個部分，他將此過程稱為「分離」(dissociation)。而存在孤獨是指自己和任何其他生命之間無法跨越的鴻溝，也是指一種更基本的孤獨—一人與世界的分離。

一、複雜的孤獨處境

癌症末期病人對於孤獨有更深刻的感受，因為罹病期間長短不一，不同癌症的存活期個個不同；現代醫療的進步，早期發現對疾病的治癒率也非常高，或者配合醫囑能妥善控制疾病進展的也不在少數。倘若有好的家庭支持系統，對病人而言也是一種想當大的心理支持，但並非多數的病人能有這樣的支持系統。生病感受是一種主觀意識的覺受，當感受無法為他人所理解時，病人內心常感到挫折及孤單。

歐文·亞隆(2003)認為，孤獨它不僅把你和他人隔離開來，而且讓您暴露在第二種，甚至更駭人的孤獨之中：隔離在這個世界之外。其中一種孤獨是日常性的孤獨，它是屬於人際的，一種孤立於他人之外的痛苦。有兩

方面的作用，1.迴避垂死之人，2.使得垂死之人和我們心照不宣，甘願被獨立。

生命是一場苦多於樂的旅程，她飽受在關係層面的苦，對受苦的生命感到失望及氣餒，樺雲回憶過去：「那時候有一種心態，就是反正在日本，身在異地、孤身一個，所有親人都把他放掉了，所以我就想說，命這麼苦，早走早算了。…就沒有打算要去治療它我就把它放著，隨便你去了。(G1004)」這段話的背後意涵是一種對生命的絕望及放棄，同時也襯托出一種多重的孤獨狀態。異鄉他地的人際、心理孤寂、過去的痛苦記憶、自我過失、愧疚與罪惡感、未解決的家庭衝突，造成心理的起伏擺盪，形成靈性的痛苦。對生命的無意義感，讓自己與外界的一道隱藏的隔閡，造成一種更基本的孤寂--我與世界的分離。

二、全然的存在孤獨

愛里亞斯(Norbert Elias, 2008, 151-163)認為，「孤單」是一整串相互關聯的意義叢結。它或許表現一種感受：隨著自己的死亡，個人的世界、回憶、情緒和體驗、知識、夢想都將消失無蹤。它也可能是：人感到自己在死亡中被所有自己在乎的人所遺棄。

樺雲的孤獨感來自於對生命存在無價感及意義感而來，她說：「我好像一下子全部空掉了，所有希望全部沒了，非常非常的傷心，就從那天開始我的身體就很快的，那時候就直線往下滑，滑得非常非常快，因為一個人的希望既然全部都沒有了，…(G1004)」人的存在需要有些希望及意義感，才能激起人類在困苦的環境中，得到向上的力量及求生的意志。如果缺少活下去的希望，對生命就會陷入憂鬱沮喪及挫敗當中。她因為卻乏「活下去」的理由，存在是無意義的。誠如，Elias(2008)所言，人感到自己在死亡中被所有自己在乎的人所遺棄，這樣的孤單感，是一種「難堪闕限」

(embarrassment threshold)，人活在社會關係的網絡，社會的隔離或文化、人為因素造成臨終者在面對死亡時，往往陷於絕望的情勢。

她已放棄自我，面對威脅生命的重大的挑戰時，期待就這樣死了算了。

『就在 SARS 那段時間，我一直咳，我一直想說：「好了，SARS 來了，這樣就跟著 SARS 走多好！…趕快走，趕快解脫…。(G1007)」』，當生命無意義及價值感時，碰到可以放棄生命的機會，形成另一種期待的自殺行為，權雲想要就此結束生命。

存活於世的孤獨感形成一種焦慮，生命如「無根」的浮萍般，何處是依歸處？「我不要人家陪我，只能告訴我自己你沒有人陪，你只能自己站、你只能靠你自己，你不靠你自己的話，你沒辦法，所以說我就會勇敢，我就會自己撐起來，所以我不需要人家陪。(G1014)」，堅強獨立的背後往往是很孤獨的，過去生命的挫敗，往往是自己承擔及面對，生病後因為社會輿論及面子問題，常孤軍奮鬥面對病情，死亡是最孤寂的人類經驗，當她一再談到不需要他人的幫助，其實也透露出存在的孤獨。而她置身於孤單的進入存在，也終將孤獨的離開，但其內心是渴望接觸及受保護，讓自身成為完整的整體，但兩者之間的張力形成存在的衝突。

存在性孤獨指的是，不僅是失去生物形式的生命，也是喪失了個人豐富奇妙的主體世界，而這個世界不會以同樣的方式存在另一個人的腦海裡。(歐文·亞隆，2009，123-132)。而意義感存在的理由是，意義感可以淡化焦慮：意義的存在能減輕面對命定與結構的人生及世界時，所產生的焦慮。我們需要意義的另一個重要理由：一旦發展出一種意義感，就會產生價值觀，相對地，價值觀也能強化人的意義感。(歐文·亞隆，2003，623-627)

三、孤獨感的轉化

是什麼樣的力量讓處於生命絕境的病人，願意重新再拾起活下去的信

念？在生命的谷底悠晃許久的樺雲，在身體面臨空前的危機時，信仰的力量、生命中美好的「善」，將內心那份活下去的心牽引出來。她反思：「我還在日本幹什麼？那個也是前面的因緣我覺得我這個人生有菩薩在渡我，世上再也沒有比這個「善」的感覺那麼好，所以我覺得說，如果我還有時間…，那時候真的想，我有時間或什麼我真的很願意去幫他們做一些就是慈善的工作什麼的，…我說：「我想走了，我想回台灣。」生命中的挫折不斷，他鄉遇故知，冥冥中善的種子發芽，協助她從日本回到台灣，台灣的因緣還未斷，帶著殘破的身體，滿心的創傷與失望回歸故里。

在機場那一幕，她放下內心對父親多年的成見：『回來台灣…第一次在機場看到我爸爸，當初出去的時候，我爸爸頭髮是黑的，當我回來的時候他滿頭白髮，…第一眼看到他的時候我就覺得，我這個女兒實在有夠不孝，不孝到不行了，…我就跟菩薩求，我說：「可以的話，不要讓我回來就馬上死，讓我爸爸馬上就來白髮人送我這個黑髮人，我說能不能再給我延一段時間？』當初出國時，她在意識層面告訴自己，斷了親情。這種關係的斷裂，是一種置之死地而後生的決斷，但是當他踏入國門那一刻，已鬢髮皤皤的老父在故鄉迎接她的那一刻，一分歸屬感，被『看見』的價值浮現，過去的年少輕狂少不經事的衝動，在此時消解於無形，身為女兒的角色讓她重新在回到世界的關係脈絡之中，雖然她的身體已經敗壞不堪面臨死亡的威脅，但這份孤獨感被轉化。

臨終病人的基本課題即是如何面對「轉化焦慮」及存在的「意義感建立」以面對從焦慮及無意義感處境所衍生的憤怒、憂鬱、沮喪等種種失落的心理情緒反應。且面對生命的受苦，似乎能升起力量面對病苦，並且成為自己的存在的理由。

四、身心耗竭感沮喪

末期病人存活期可能約 3-6 個月，在邁向末期之前已有一段時間歷經醫療的治療過程，長時間的身體病痛，心理面臨器官不斷失落的過程，對失去健康感到悲哀、傷心，生活變成以這個肉體為主而引伸來的情緒包括：混亂、震驚、忌嫉、失望，長期下來多重的失落及情緒及身體的痛苦引發病人身心的「耗竭」現象。

癌末病人的耗竭現象常見於，整體身體、心理、家庭社會性及靈性層面的調適失衡狀態，在身體上能控制時的社會期，通常他們會積極的處理與現世家庭人際關係等的糾結情事。邁向身體失能，自我無法掌控時的離世期時，重點常在於如何朝向未來依歸方向的問題。如果在這兩個過程中，世俗的生命事情無法得到妥善的處理，或對未來依歸的方向不明時，就容易產生身心「耗竭」的現象。

妙忻早年喪父母，對子女非常的呵護，雖然已經七十幾歲，但仍拖著生病之軀，捍衛著他們。她說：「對子女放不下心，…我沒關係，你們把自己照顧好就好。我走了就走了，不見了就不見了。(F1011)」、「對先生的不捨、對女兒的掛念，夫妻兩人都為對方擔心，但是卻無告知對方。病人表示案夫看到她的病況非常擔心，常在暗地哭泣，但是不讓她知道。她也為父女兩人無法和解而感到無奈」(田野 2012:228)。生命中的重大衝突事件，丈夫與女兒之間關係無法和解，難解的家庭問題、困擾著的情緒影響到她的心理狀態，她面臨生死之間的拉扯，心智自我與本我間的矛盾而無所適從。也因為長期來，身體確定性喪失，她無奈的接受發生在身上的事情，整個身心狀態因為這樣的拉扯陷入「耗竭」的狀態。

凱博文(1994，)認為，對於長期病人，對付長期病痛就是固定細查每一分鐘的身體過程。注意力集中警戒地，在每一小時接著一小時之間，特定潛伏惡化因素的環境與事件，何時該決定治療用藥，何時該中止治療。這一切全發生在忙碌的生活情境中，充滿著壓力、威脅，正常的生活當中變成一種混亂。在這過程軀體漸失去控制而心理飽受折磨。因此，「耗竭」成

為長期病痛的共同經驗，並具有獨特的意義。

敬堯的耗竭經驗是一種整體性的身心靈痛苦他敘述：「只是我煩惱講…那是回去的時候，那是塞住耶，ㄟ要按怎…未去哪裡叫護士…越來越惡化啊，痛啊就嚴重耶。(A3001)」當時身體的症狀正處於因感染及尿道塞住的問題，導致疼痛感頻繁，長期的疼痛及身體症狀無法改善，他心情沮喪及無奈。但從母親和妹妹的關係失和，到此時已經是演變成激烈的狀態，他被捲入其中。他敘述面對的態度：

「我現在自己嘛想要他們和好，我現在嘛裡想辦法，不知嘸甚麼方法可以給他們和好，誤會甲阿ㄟ，這條代誌我不知要按怎，不知要安怎排解…你嘛知影我對家裡的代誌都不太愛講。…畢竟這是我個人的代誌，講實在的，你理也不是不理也不是，乾脆我自己慢慢想看，慢慢打算(A3002)」他感到為難的是，身體的無法控制及虛弱，對未來不知何去何從的茫然，已經不知如何是好？但偏偏此時發生的事情，是要處理的家庭關係問題，偏袒任何一方都不是，但二者也不願面對溝通。他不願意與他人談家裡的事，非常保護母親的尊嚴，但是任他再想破頭也無法處理此事，這變成他心中的一塊石頭無法排解。

羅布·普瑞斯(2008, 269-272)研究中有一個概念「崩潰」(breakdown)，意指自我身分在個體化旅程中必須先「死去」，才能超越原先的侷限，釋放我們天生自然的能力。這種「死」之所以重要，在於可以讓我們體驗自己與心靈較深、較完整的關係。在「死去」潰決之後，是身分感的重新浮現。進入這個過程會覺得沒有把握，心神渙散，沒有辦法做好事。原本熟悉的自我感因為無法避免的種種事件，而日漸腐蝕；覺得茫然、疑惑，身邊的一切似乎在解體。而「崩潰」把我們從固著的過去中釋放出來。

從敬堯的經驗中，結果到最後母女倆仍無法和解，但他卻從這些煩惱及心煩意亂的情境中理出一條路，那就是很多事情都不是他所能操控的，是母女倆的「業」，他嘗試改變此事，但卻無能為力。耗竭經驗的背後或許

蘊藏玄機，當這種自我體驗的破裂或破碎，就好像是蛹變成蝴蝶一般，歷經痛苦的掙扎後，重新長養出新的自我。

參、臨終潛藏的死亡焦慮夢

榮格對於夢的看法是，夢的內容乃是做夢者清醒時經歷的事，與人類集體潛意識的原型活動程式的互動結果。榮格常用三個階段來探討夢，首先要確定夢如何與做夢者的生活銜接，以便理解其中純屬個人性質的意涵。其次，夢必然與其發生的環境背景和時間有關，所以必須畫出其文化架構。最後，夢的最深層將我們與人類古老的經驗相連，所以要探索原型內容必須從人類生命全面著手。(安東尼·史帝芬斯，2006，63-77)

一、死亡焦慮夢與存在失落夢

歐文·亞隆(2013，173-4)認為，夢是進入病人內心生活的一條重要通道，它幫助我們理解治療關係、存在體驗、無意義幻想，它通過隱喻的方式反映個人生命的最深層面。同樣的病人在瀕臨死亡處境時，自我心智的想法也會透過夢的方式呈現內在自我的想法，乃至面對未來的處境的真實狀態。

敬堯住院期間，因為臨床病人陸續往生，心情間接受到影響的，他做一場與死亡相關的夢：「已逝的二舅來找我，跟我說：「你的時間還沒到」，後來就離開了。二舅走後，我進入一個門，看見以前很好的朋友，他在地獄受苦而且很口渴，那時我手上有一瓶水，我告訴他，你怎麼會變這樣，並把水給他喝，他感到非常的痛苦，我知道他是一個好人，但是怎麼會變成這樣呢？我很納悶，我急著要把他救出那痛苦的地方，後來他也跟著我出來了。出來後，我感到很高興我能幫助到他。然後就醒來了。」(田野20120502)，訪談時敬堯其實已經忘記部分內容，根據田野記錄當時他表

示：所以，我想下一個真的輪到我了嗎？我不怕死，隨便要去哪裡。但是我沒有辦法理解，我的好朋友是一個很好的人，他怎麼會在地獄受苦，而且他還沒死啊？我醒來嚇出一身冷汗，我怎麼會到地獄去，那不是死掉的人才會去那裏嗎？那裡看起來還蠻可怕的，我竟然去到地獄，但是是去救出我的好朋友，也是很高興的事，我們兩個人都有出來。

受到他人死亡的威脅，在潛意識層面的焦慮感被勾起，進入地獄是死亡情境，但已逝親人告知時間未到，意指他還沒有到達應該死亡的情境，求生還是有一線希望。夢境中他能感受地獄是非常的痛苦的地方，但他勇敢救出好友，並自覺這是很有意義的事情。

榮格對於死亡夢的看法是，夢指出人格與軀體的分別，夢境自我看來與和人格有密切的關係，而不是和身體有關係。通常夢中常不會出現生病的自我，而是以有別於夢境自我的人物出現。而這樣的夢其實是自我形象有所轉化的夢，只要有意識的自我認同某個自我形象，那麼任何威脅到自我形象的東西，都被視為是肉身死亡的威脅。(詹姆斯·霍爾 2006，84-86)

第二次的夢有種非常焦慮的情境存在，臨床病人的往生造成心理的焦慮。他敘述：「常常睡覺的時候做惡夢，夢見回去工作，但却被老闆認為沒有工作能力，沒辦法帶領其他工人上工，不被老闆認同是非常大的挫折，又夢見自己替以前的老大出去打架，但却被對方打的很慘，甚至連命都快沒了，因此驚醒過來，以為自己已經死了(田野 20120626)」病人還是期待自己身體可以再好起來，希望能來慈濟再奉獻自己的體力，回報慈濟給予的恩惠，但又知道現況的病況也無法再做什麼，因此感到無奈。

如果將夢放到當前生活的脈絡解讀，身體的失能，疼痛感加劇，已成事實，他在心理層面開始接受自己已失去為他人付出力量的存在意義。向來為老闆所信賴及重視的他，在夢中失落了他的能力，引以為傲的工頭不被認同，存在失去了意義及價值感。夢境通常是對有意義的自我的心理補

償，或向夢者自我認同做一核心的對比觀點，因此在這樣的對比下，擁有工作能力及責任感，是他過去生命的存在價值，而今身體衰敗象徵自己已無能為力再為這個世界付出什麼了。

二、潛意識對死亡的覺察

樺雲回台灣後，開始正式學佛及念佛。她提到做夢的不可思議：「好多次在夢中，做到比較危急的，我都會很警覺…。…有人在教你念佛要一心不亂，然後我就跟他講…我說你唱歌比較快啦。你…。那個夢就變了。他說什麼叫一心不亂，夢境一轉…。我變成一個死刑犯，馬上要槍決了。前面被槍決的人被抬出去，兩個獄官來就跟我講，…因為不讓你痛苦，所以說要讓你安樂死。(G1017)」死亡的急迫性無時無刻威脅著樺雲，身體的衰敗程度已經相當嚴重，她認為是菩薩來教他如何念佛求往生，但她不是一個容易妥協的人。如果死亡方式是可以選擇的話，槍決與安樂死兩種方式，在其潛意識層面，多年來的病痛，應該是要用槍決方式比較快的馬上離開吧！但是，不容她選擇的卻是要進行安樂死，不痛苦但卻沒有清醒的意識，象徵著她是不願意失去控制權。

她說：「我想死啊(心理著急)，…執行室裡面…家人不准進去，又不能帶念佛機，又要給我安樂死、昏迷又不能念佛，那我就不完蛋。不能唸阿彌陀佛怎麼辦？阿彌陀佛不能去了，怎麼辦。我就很緊張的開始一直喊，阿彌陀佛趕快來救我，快來不及了、快來不及了，我不能唸了，我唸到嚇醒，(G1017)」宗教對她而言是重要的力量來源，在佛教概念裡，臨終時能保持正念分明、意不顛倒，有共同修持的同修道友能在臨命終時助念，是一件相當殊勝的事情。她擔心在此世生命即將斷絕，應將未來指向一個更好的未來；但是夢中所顯現的跟她的自我心智想像不同，昏迷象徵無法掌控，而不能去了象徵來生方向被阻隔。在此刻她向阿彌陀佛祈求能救他一命，一種急切的焦慮活生生的在夢境中表現，此刻還不能死，象徵著內在

的一股求生意志。

詹姆斯·霍爾(2006)提到，觀察夢境自我的活動是重要的，因為夢境自我往往和夢者清醒時的自我狀態有直接的對應關係。大體來說，做夢時若是夢境自我沒有參與(或者夢境自我是消極、旁觀的局外人)，通常做夢的人醒來也有置身「局外」的傾向。而樺雲置身參與夢中情境，場景是與死亡相關，他的意識層面透過夢境瞭解自己步向死亡，但是自己卻尚未準備好的焦慮。

三、舊自我破裂新自我初登場

肯恩·威爾伯(2003，58-61)認為，意識如果進入存在層面，就會急於想要逃離死亡。這種想要逃離死亡的恐懼，其實是來自於理想化的自我形象—亦即所謂的「自我」。由固定的自我形象所組成的「自我」，似乎承諾了肉體無法承諾的東西：藉由固態的自我形象而得以永遠逃避死亡。

樺雲回台灣的第三年做第二個夢，她敘述：「我一個人一個人在一個很大的馬路上，我一個人在那邊走，然後我就看到後面一部送葬的花車。我想車子來，我就閃到旁邊，我就要給車子過去。結果那個車子居然不是…我走到哪邊，它居然轉過來向著我…搞什麼？那我就在跑到另一邊去，他又轉過來我這一邊，我心想難不成你要追我、撞我。然後我就拔腿就跑，我就一直跑、一直跑。(G1018)」死亡的來臨，逼使我們將這世界上所有東西放下。並開始認真思考「死亡」與「焦慮」究竟是怎麼一回事？她孤身走在大馬路上，身邊無一人陪伴。開始並未覺察到死亡的追逐，送葬花車如同死神般緊追不放；覺察到死亡後，它卻是擺脫不了的如影隨形，她四處逃卻無路可逃。

歐文亞隆(2003，091-100)談到，如果恐懼死亡是焦慮的主要來源，就必然會在夢境中出現，因為潛意識的主題常常在夢中已比較沒有偽裝的形

式出現。其中原因可能是意識的高度焦慮反映出潛意識的高度焦慮：當焦慮過高以致於潛意識承載不了，便溢於夢境(惡夢)和意識之中。而夢境中會透露出病人生命中曾有的遭遇、去過的地方、消失的人的資訊。此外死亡焦慮會滲入夢裡，這類的夢似乎傳遞出發自深層自我的訊息，而這深層自我則心繫生命的存在面向。

接著，夢境中「跑不過車子啊，我就想說好啊，你要撞的話，我就坐在馬路中間，…你要輾的話就讓你輾吧。他就真的從我身上壓過去，我就一直念佛，…阿彌陀佛一直念。他就從我身上壓過去，我的頭就被它壓破了-破，怎麼辦？沒嘴巴怎麼唸，我還心念一直念阿彌陀佛、阿彌陀佛一直念。(G1018)」，在夢境中知道自己無處可逃，只能坦然接受死亡來臨；被壓破的頭象徵自我的死亡，也象徵著「舊自我」已死，「新自我」即將成長的意涵，同時在意識層面接受死亡的事實。與剛覺察死亡的追逐時，到坐下來接受死亡，宗教信仰的力量讓他坦然接受事實，而不再逃避。臨終病人常遇見的危機是面對生命最大的失落危機。也體驗到舊的心智自我解離、但是新的自我尚未成形的「懸置」狀態，往往置身於不知如何是好的情境。

她回憶這幾個夢所代表的情況：「前年的時候就是已經、這邊的骨癌已經轉到這邊的…，所以說…其實這四年來，我的病一直往下坡在走嘛，就是…。前年…夢見阿彌陀佛的時候，…。我就在想怎麼不把我帶走，為什麼還把我留著。(G1020)」

透過與身體覺察的對照，在身體逐漸朝向敗壞的同時，藉由夢境中的情境，她反思到，在初期時還是在逃避死亡，第二次夢境，她自覺無處可逃坦然接受面對死亡；夢境中的「自我破裂」危機，這危機感的意義提供一個成長的機會。George Lair(2007, 43-47)提到，個人也有三種選擇：1.否認危機已然發生，也否認自我價值喪失、2.設法尋回失去的自我、3.把危機視為成長的契機，朝向自我發展的新階段邁進。

對於夢境的產生，榮格認為，聯想和記憶能夠捆成一個情結，主要是

靠蘊藏情結的意象發揮作用。佛洛伊德也強調，建構夢境運用到的記憶，也具有有類似的動機感情導向。做夢者就寢之前因某事發生所引發的動機與感受，會在睡眠中持續，並且激起整群類似的記憶活動，從而造成夢境。因此「日間殘餘」(Tagesreste)可以使記憶重現，並刺激情結，使原本留在潛意識中的原型意象及感情進入意識。(安東尼·史帝芬斯，2006，204-208)

肆、生命式微處再顯曙光-宗教的神聖性

宗教是為人而設的，目的在於助人解脫生命中的煩惱與痛苦，使人有勇氣存活於世，並在死亡時，懷著來世的盼望。「勇敢」就是堅持原則，奉行戒律，充滿愛心，維持人的尊嚴。「盼望」就是不論來世是輪迴或永生，都可以坦然而愉快的接受人生註定難免一死的事實。(傅佩榮，1998，3-8)

榮格認為宗教具有普遍性，此一見解致使他將宗教視為集體無意識的表現。對於宗教他覺得實際上指的是兩個不同的方向。首先，宗教是指宗教經驗，及與神的直接接觸，即他所謂的神應(numinosum)，這是他借魯道夫·奧托(Rudolph Otto)的用語，祂常常出現在夢境、幻覺或神秘經驗中；第二，包括宗教實踐、教義與儀式。而宗教經驗和宗教實踐都是心理現象，而他們的內在與外在來源都來自集體潛意識。(Robert H. Hopcke，1997，63-67)

傅偉勳(2006，100-112)對宗教存在的理由見解是，死亡問題與生命問題乃是一體兩面，當我們深耕死亡問題時，才會領悟到宗教探索的真實意義，否則宗教探索就只是變成一種對現實生命的精神逃避。佛教的終極關懷在於如何轉迷惑為開悟，亦即如何建立生死智慧，以便徹底破除根本的無明。一旦終極目標訂立，就會隨著產生單獨實存承擔此一目標，完全獻身於此一目標的宗教願望，由是生死態度與生活方式徹底改變，即一般所謂的「新生的轉機」或「人生的轉捩點」。

一、臨終再啟神聖顯曙光

宗教由於具有至上的神聖性而擁有特殊的認同作用，宗教神聖性作為一種社會的意識形態，並以非實證的神祕方式來說明神與人、人與人、人與自然的關係。並具有穩定社會心理的作用，宗教可以透過對超自然力量與對彼岸世界的追求得到慰藉。(王曉朝，2007，203-212)

面對生命中的困境，人自有應對的能力處理，但當身體受到疾病侵襲，隨著肉身逐漸的衰敗，象徵著在此世生命遭遇到人力所無法控制及抗衡的狀態，自我的保護意識自然啟動，面對死亡威脅的處境下，常訴諸宗教求援，希望能得到庇佑及尋找到一個方向。

信仰對臨終病人是一場「置死地而通往生路」的極地挑戰。淨蓮在面對生命中最大的挑戰時，宗教在無形中給予一股安定的力量，同時為未來指向一條明確的道路。當時，身體的症狀未能緩解且常吐黑色液體，家人知道這已經無法再治療，但淨蓮求生意志強，還是希望再吃口服化療藥，勉強吃了二次後，就清楚知道身體已經無法負荷化療藥物，因次接受女兒建議回南部。

醫療已經無法再控制癌症的發展，女兒如此告訴她：「…，醫不好這條路沒辦法走，我們還有一條路可以走，我們來求往生，…既然不會好，未生就求死，我不是跟她說求死，…我們來求阿彌陀佛，阿彌陀佛還有一條路可以幫助我們，不要讓我們那麼痛苦，那時候我就勸她念佛，就叫她懺悔。」。當身體的存在狀態，無以讓自我發揮平時習以為常的功用時，即會尋求一種可以根基穩固的依靠，同時藉由宗教神聖性的啟發感受，願意將自身投入宗教的世界，以求能穩固身心。

身體的病有其極限且會敗壞，宗教提供另一個趨向「活著」的世界。佛教修行常強調「信、解、行、證」的重要性，由信起解，再由解起行，

從身體力行當中印證實理。在基礎階段沒有身體力行，「信」的力量則無法生根茁壯，因此，信心的建立是來自於理的實行，唯有解行並重、實際印證，才能建立起對佛法的深切信心。淨土修行者更重視「信、願、行」的重要性，堅固的信心能產生強大的力量，使之能面對死亡的來臨。

「懺悔滅罪顯清淨」，病人常想得病是否是因為過去的業障，今日才會如此受苦。淨蓮的女兒提到或許應該對冤親債主道歉。因為身體的時間感紊亂，輾轉反側夜不成眠，夜晚的寂靜增添一份怖畏及無法言喻的氛圍，她形容如此的夜晚：「…，躺在床上就像煎魚一樣，翻來翻去，因為媽媽很愛吃鯖仔魚，都是活的魚，…我當下就有一個念頭，媽媽怎麼跟我說好像在煎魚，…那時候又剛好是農曆七月，…我跟她講一些有的沒有的冤親債主給她聽，我們就是來求佛祖啊，我說，妳現在快點跟佛祖懺悔，…做一些對人不好的事情，我們現在快點跟佛祖懺悔。」(B1007 家屬補充)。面對生命的苦難時，女兒認為這是過去殺生業造太重，冤親債主要來討債，才会有如此的情況發生。「懺悔」的功用，省思過去生命經驗歷程中的重整及面對自我，也因為「佛」的神聖性讓病人的內心得到安心。

釋慧岳、釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘(2011)對懺悔法門的研究中提出，佛教認為「罪業」存在會造成影響心性光明的理事二障，所以必須發露出來，承認自己的不是，乃至獲得被寬恕的機會，恢復平安。在傳統的佛教中，懺悔法門有兩種層次，一為事懺；一為理懺。前者指在固定儀軌中，天天誦或禮拜與懺悔罪業相關的經典(如：八十八佛懺悔文、慈悲三昧水懺、大悲懺、金剛懺、藥師懺等等)，時時懺除自己所做種種的不善業；後者在外在事件之上深入的探討，發現罪業產生的原因在於貪、瞋、癡，而其根源則在於「我執」的存在，進一步在個人相應法門的修行上，從誦經拜佛發智慧的實修中，印證五蘊的「苦」、「空」、「無常」、乃至「無我」而得究竟解脫。

二、皈依儀式的神聖轉化

儀式是宗教活動中相當重要的外顯形式，透過儀式進行過程，我們的身體置入一個神聖空間與脈絡下，所有禮儀性的定向與神聖空間的建構，都具有某種宇宙發生的意義。「門檻」分隔神聖與凡俗兩種空間的界限。儀式中即隱藏許多門檻，如鞠躬、跪拜、虔敬觸摸等皆是。而宗教皈依經驗更是一種心理慣性能量系統的根本轉化。(蔡昌雄，2010/1/9 上課講義：災難復原與宗教療癒)

佛教的皈依儀式定義是指，在佛教的神聖道場，透過儀軌的進行，由法師在佛前為其舉行證明儀式，意思是依靠三寶(佛、法、僧)力量的加持，讓皈依者止息生死怖畏，解脫生死之苦，並能提起內在的神聖及光明的感覺，在面對死亡時有明確的方向及信心。

淨蓮在往生前三個星期，在佛堂的觀世音菩薩的聖像前進行皈依儀式，因應身體的狀況斟酌時間，儀式結束前進行「生命回顧」及「四道人生」，過去的恩怨情仇在佛前得到化解，他的女兒敘述：「或許是媽媽累世即與佛有緣吧，初見面師父送給媽媽一幅很漂亮莊嚴的觀世音菩薩像，媽媽很喜歡，我們把祂掛在病床前，讓她隨時可以看到，師父時常來關心媽媽，陪她聊天，在媽媽剛住進去體力還可以時，師父也引導她將她這一生的經歷，從年輕到老，嫁入大家族當長媳，卻不受公婆疼愛，怎樣的含辛茹苦，辛勤一輩子和父親共同打拼撫養五個小孩的過程，讓她自己敘述出來，這也是一種抒發吧，人的一輩子，不可能都沒有怨氣的，否則就成佛了，母親最了不起的地方，影響我們最深的地方，就是她最後的放下(皈依之後)」。(20121105 家屬補充)

淨蓮當時在意因為胃癌無法進食，但卻又時常認為自己應該要吃才對，時常詢問為什麼他會吃不下，皈依時宗教師舉例，古修行者到最後往往進食少，潛心修行反而更能有所成就。此刻起她放下困擾罣礙，整個精神狀

態處於澄淨的狀態，臉龐示現出一股不同的氣勢，臉色更紅潤。身心安定，能專注觀想眼前的菩薩聖像。皈依時與媳婦關係的和解，也讓子女從內心放下過往的想法，家屬對她道愛道謝及道別。(田野 20120922)

敬堯也是因為皈依而產生態度的轉變。因身體無法控制及虛弱，對未來不知何去何從的茫然感。過去母親曾提議希望舉行皈依儀式，但他拒絕。隨著病情進展，主動提出希望由臨床宗教師為其皈依，在母親及團隊陪伴下於病房舉行。儀式過程病人感謝母親的辛苦付出，並希望她不要自責過去的事情，這是因緣。病人逐一向團隊成員道謝，這段日子來陪伴她走過這些辛苦的過程，而且忍受他在不舒服時情緒。皈依之後感覺比較有方向，對未來比較有信心。同時，能夠依照法門修行有空時能夠念佛及靜心下來。(田野 20120725)

神聖空間的創建乃是在凡俗的同質空間中，經驗到「斷裂點」或「突破點」，神聖以此顯現自身，予人「定向」，而寓居於此「世界中心」，此「定點—中心」的發現等同於世界的創造。朝聖之旅的意義，即在於參與神聖空間的建構，讓神聖顯現於人類的生活；西天取經、神聖空間可在宇宙、城市及身體等不同層次建構，將其聖化。(蔡昌雄，2010/01/09 上課講義)

一種神聖空間的創造，病人置身於佛堂的神聖領域，從身體的即將斷裂失根，重新連結到一個「定向」的位置，在此世與彼世的位移中尋求到一個平衡點及方向。置身於佛菩薩加持的神聖領域中，長養內在的神聖感。傅偉勳(2006)指出，這種終極承擔或終極獻身有其轉化人格的一股強大的精神力量。面對死亡的挑戰，憑藉宗教的、道德的高度精神力量予以超克，而獲安身立命，永生或解脫。

儀式的進行時刻，對處於當下的大家是一種神聖的時刻。劉嘉琪(2000)指出，在時間中的一點經驗到力顯、聖顯或神顯的發生，進而發生轉變，時間可視為一個新的向度，即「聖顯的」其本體屬於永恆時間，不會改變與耗盡，宗教經驗中永留的記憶。而神聖時間中讓宗教人的生命回溯到神

話發生的原初時刻，讓生命獲得意義、力量與新生。

三、宗教力量開啟內在神聖

信仰是一股強大的力量，遭逢生命中的任何痛苦時，這無形的存在默默地守護著受苦的人們。力量來源或來自神明，也來自於佛教的經典或法師的弘法的書籍、影音等。惠智從生病後虔誠的信仰聖君，無論是大大小小的開刀或治療，必定會前往拜拜。她覺得：「從發生事情到現在感覺有拜有庇，神明幫我很多。…，我生病之後，信仰幫助我很多。聖嚴師父的書也鼓勵我很多。…他說：生病的時候，要把身體交給醫師，把心交給佛菩薩去安排，該開刀就開刀，慢慢的心理就比較有一點寄託，心理就比較好一些。我的同事也會去拿念珠給我保平安，也會拿佛經給我。我覺得有誦有差，他無形當中覺得對我的幫助蠻大的。(E1001)」，在身體遭受莫大的破壞且逐漸失去能力時，宗教的力量猶如大海中的一塊浮木，惠智在患病初期常常到廟裡拜拜，同時也誦持佛教經典。一般對經典的誦持常持有可消災解厄，脫離困境，療癒疾病的功能。從另一個層面讀誦本身透過反覆的閱讀容易對經文產生理解，覺察內在的心理狀態，幫助我們瞭解苦所生起的原因及解除的方法。

當疾病持續進展時，她對自己的身體還是相當有信心：「我就懷著很大的信心來嘛，因為神明跟我說沒事啊。(E1005)」、「我一直跟我自己催眠說，聖君說我是健康寶寶啊，我沒事啊。(E1006)」神明的話語對她而言是一種精神的力量來源，她不斷相信這只是過渡階段，要活下去必須保有希望，不然怎麼活得下去。一種深信的精神層面，支撐著衰敗的身體存在於此世。余德慧(2006)指出，宗教施為還有一層原初的宗教經驗(或宗教存有經驗)，那些本身是癌症病人的宗教人(religious man/woman)不斷地進入一種完全傾聽宗教聖言的情況，也獲得對更高精神體的臣服。

對宗教的虔誠與臣服，是否會一直持續到最後？她與神明的對話中擦出一種對病情的理解及彼此間信任關係的連結，她說：「我說祢聖君說得怎麼會準？騙我喔，我這麼嚴重還騙我，祢不能我讓信任祢喔。我就開始想說，不對喔，我說聖君是保佑我的喔，祂有幫我的忙，祂如果老實跟我講我可能怕死，我就沒有辦法渡過那一關，我就開始感激祂了。…都沒有讓我害怕，讓我有信心渡過這艱難的第一關。(E1008)」雖然，也對聖君的解釋感到憤怒，病情發展比原來還要嚴重，但她隨即轉念，還好有這一個緩衝期，不然她一定無法接受這麼大的衝擊，可能在一開始就因意志消沉而死，而這種希望感及信心，是上天給的一個考驗，這個想法一直持續到她往生時。

佛教修行觀點從義理的瞭解及修持過程，有兩方面理解，一是「解門」亦即「理入」是瞭解經典所表達的內在含意，及從「行門」，亦即「行入」進行宗教的法門修持，二者由淺入深，修行次第由低層至高層的過程，這必須有一定程度的累積所學、所思及實際付諸行動，體現宗教經驗的產生，方能改善覺察的意識狀態，同時對生命也會產生一種透徹的覺悟。

余德慧(2006)認為，針對癌症病人對宗教概念的趨向，可分為「求福佑」及「求往生」兩種典型。「求福佑」者，是病人認為自己還能活下去，因此試圖嘗試脫困，或尚未發生「邊界經驗」，也因此不會覺察生命瀕臨轉化的急迫。而「求往生」的宗教徒大都已經經歷過邊界經驗與生命轉化。

在此處，惠智的身體不斷變化著，宗教支持著她擁有活下去的力量，在任何人都放棄她的時候，唯有宗教信仰一直在那裡，透過與神明的持續對話，將內心的情緒上達天聽，默默的存在而毫無怨言的始終如一，關懷著受苦的她，宗教為病人在斷裂處重啟生命的另一層內在的「連結」。在她與這個世界的所有關係即將斷裂時…，當她深度情緒浮上檯面時…，當她感到焦慮、恐懼時…。當心智與身體分立崩解時…。而宗教是一種特殊關係的存在。羅耀明(2012，156-7)對宗教的詮釋是，從臨終關懷看宗教，就

不會只強調儀式，而是強調「關係」的處理與提升：如何解除此生各種負面的關係，重建好的關係，如何提升內心靈性的層次，達到與人、與神、與天地和諧的關係。

四、臨終開啟死亡與來世之信念

面對立身之基的敗壞，在此世面臨斷裂的情況下，多數人須仰賴宗教給予的支持，並為未來鋪路做準備。但是少數人的經驗理解不同。以下是三位男性個案對死亡態度及死後世界的看法。

他們面對死亡的態度是，誠悟認為：「沒辦法啊，這種事情要怎麼怨天尤人，對不對。那就像人家說的上天已經替你安排這樣，你不接受也不行，不是可以改變(D2008)。」罹患癌症這件事情他坦然接受，已經命定的事情，不是人力所能挽回。

而敬堯也認為：「可能是前世做不好或是這世做不好，才會得這種病，得這種病我也不會怨天怨地，我講坦白的，我也不會怨天怨地啊(A1009)」
「我覺得人的生命沒，…像那個你也不能抗拒這些上帝(天)的規矩啊，…規矩是怎樣說咧，閻王要你三更死，不能留你到五更，就是那個意思啊，要你今天往生你就要今天往生就對啊!(A1006)」，他還年輕且病來的意外，雖然發病前就覺得有些小異常的症狀出現，而他就接受了罹癌的事實。對生命的理解是被命定的。

浩然也認為：「人生吃多少、存多少都是注好好的(台)，就等於是我們的命運一樣。人生也是這樣的過程，得到這種病就是這樣了，其它也沒什麼辦法。(C1005)」
「沒有，我不會想到那邊去。…只求有一個好「年後(台)」，不要那麼痛苦…因為知道我的病就是這樣了，絕對不可能會再痊癒了。對死亡的事情，我都想的很開啦，我不會惋惜啦。我也不會想說要多活多久。(C1006)」

從上述內容，三位個案對死亡的態度都傾向一種順天命，是上天安排好的，冥冥當中受到一種制約及牽引。身為人類的凡夫俗子只能無奈的受其安排，無力反抗。但是，從對身體的覺察，人類知道自己逐漸邁向死亡，意義感的存在來自於對自我及生命歷程的踏實存在。此世的生命完成使命，讓我們坦然面對死亡。

誠悟與浩然對死亡態度的想法，直到往生前仍舊沒有改變，但誠悟在臨終前住院過程，身體嚴重的疼痛之下，還是保持一種很好的態度面對死亡，他的嚴重疼痛並未讓他人受到情緒的影響，他知道自己要承受這樣的疼痛，對死亡他無所懼怕，只是不捨離開家人。浩然在最後一次入院，變得比較嗜睡及些許疼痛，他反而期待死亡趕快來臨，因為這是生命自然的狀態。敬堯因為疼痛的非常厲害，一心一意希望趕快往生，情緒變得比較低落。

歐文·亞隆(2013)指出，所有終極關懷中最重要的是死亡意識，亦即我們知道自己不可避免地會死去，而這是最令人痛苦也最難以面對的。我們置身孤獨處境，並在其中力圖尋找意義，我們有選擇的自由，並在自由裡做出選擇，同時對選擇負責，但終有一天，這一切都將終止。他特別借用海德格的思想，認為很重要的是要過覺察的、有目的的生活，在絕對自由和選擇的環境中覺察個人的可能性及有限性。

不同宗教的宗教徒，在面對死亡時有不同世界趨向的回歸問題，佛教徒認為往生後要去極樂世界或他方世界淨土，一般信仰則是上天堂或天界等等，一個「可以預見及想像」的世界，在佛經中西方極樂淨土的描述，我們希求到那個永離苦海的世界裡，但這是宗教徒的一種精神觀想。對三位病人而言，他們的理解是：

浩然的理解是：「Q：「往生之後，你有想過你會去什麼地方？」A：「我沒有考慮到那裡。那都是沒有根據的說法啦。如果說誰要去天庭、地獄或其它地方，這是很難講啦。我是覺得因果的話，是真的有它的存在，

因果就是上輩子做好的話，你若轉世就會轉到比較好的命運；如果你上輩子專門在搶、或怎麼樣，後世的因果就比較不好，我是有這種想法。所以人不要貪、不要想佔人便宜，這是最重要的。…因為人結束了之後，我們也不知道…，(C1008)」。他非常理性的想法，認為天庭地獄都是沒有根據的事；浩然家中也有神明廳，供奉觀世音菩薩，平時所求都是以福佑為主。他對死後世界的看法是一種「因果觀」，在此世如果能做人無愧於心，對社會有貢獻，無害人之心，其實也不用擔心下輩子會不好。他對此世的生命感到滿意，且使命已盡，活過超出男性平均餘命，就很滿足。因此並不擔心死亡要去那裡的問題。

誠悟認為：「說得難聽一點，不見了，三魂七魄早就不知飛到哪裡去了。那是以前的人說…，那是我們沒有見過，以前的人要做好心，以後會有好報。(D2009)」、「人家都會說去極樂世界、阿彌陀佛那裡。對啊，說是這樣說啊，難道你看得到嗎？你要去極樂世界…，像佛教說，你也要做的很好很好，才有機會去。又不一定每個人都可以去的。(D2011)」他是一位佛教徒，面對死後世界的看法仍是覺得有些質疑，因為未眼見為憑，未曾親身體驗過宗教的經驗，他也參與臨終助念並活絡於參與義工活動。對於極樂世界的理解是必須做得相當好的人才能去。誠悟是位很有內涵修養的人，面對身體的痛苦仍能和顏悅色對待，當下的接受發生在身上的事。他在乎的是如何在僅存的時間裡與家人相聚，而非死後歸屬的問題。

敬堯則認為：「你說死後要去那裡我真的我也不知道。…因為我沒有死過啊。等我死了後，看我有法度回答你這個問題沒。大家都說是極樂世界，極樂世界到底在那裡，大家都知道在那裡？不知道啊！對不對。(A1012)」、「因為我相信輪迴啊，大家擺都應該相信輪迴啦，我說真的，做好事雖然這世未報，下一世(沒)，…，一定也會報，啊這世未報在我們身上(沒)，不一定會報在你的子孫身上，所以所以這點(沒)，符合佛教追求

的輪迴(沒)，這點我相信，(A2009)」。

他認為無法認定的事情是不能判定有無的問題，雖然常聽別人說極樂世界阿彌陀佛，但是真的無法肯定，但是他相信輪迴這個概念，是一定存在的。雖然說他不認定極樂世界的存在，但是在病床旁掛了一幅阿彌陀佛的畫像，他卻很認真的觀想著祂，他形容祂可以靜靜地聽我內心的話，他也相信宗教師的溫暖問候及陪伴，在此刻就足夠。原來他的宗教需求是旁人所加與的，而他只希望一種深刻關係的陪伴。輪迴的概念，讓他催促自己應該在有生之年，好好的孝敬母親，補償過去所欠缺的家庭關係。

綜上所述，死亡的逼迫驅使我們思考如何朝向未來，在此世生命結束應何去何從？宗教的指向性提供一種穩定、安全的場域，讓我們有所依歸及朝向死亡時能有力量面對未知的未來；但上述三個病人的敘述，似乎透露出另一個訊息，亦即：面對死亡所給予的啟示是更珍惜當下實際所存在的因緣，他未必將眼光投向未來世界，但此世的因緣卻是一種最深刻的存在。歐文·亞隆(2009)指出，雖然人會因為形體的死亡而銷毀，但是人能從透悟死亡之中得到拯救。

而正視死亡是一種「覺醒經驗」(awakening experience)，透過覺醒的力量，意識死亡將近，他們選擇一個更豐富、更真實的生活。死亡的不可避免性，反而讓人的生活變得更加有意義。覺察死亡，並擁抱它的陰影，你將會受益無窮，如此的覺察猶如在黑暗中畫出生命的火花，並讓你活得精采。

第三節 存在孤獨的體會

罹病的置身處境，就如同行經生命最底層的幽暗叢林，四周危機四伏，無時無刻都充滿驚險，在如此危機時刻，身旁卻無人能伴。邁向死亡是一條孤獨的旅程，只能闌珊前行，而無法回頭。

壹、生命幽谷處的獨躑

自從踏入生病世界那一刻，身體的侷限性控制病人無法再深入這個世界，從來是別人所依賴的重要支柱，現在開始變成是依附他人的對象。余德慧(2006)指出，從社會關係而形成的病床照顧關係，卻因為臨終處境而經歷更深一層的轉化，即原先社會關係所造成的共同存在時刻，在照顧者和病人之間發生了超越社會關係的質變。

一、倫常關係的煎熬

毀敗的身體，逐漸朝向死亡是一個確切的事實。病人在慢慢邁向臨終時，社會性的關係倫理也逐漸脫離。在臨終照顧場域，時常聽見病人敘述覺得對父母、子女其他家人感到愧疚，自己的生病造成全家人的困擾及負擔。因為身體的退化需要依賴他人的照顧，形成一種終極拯救者的場域依賴；病人想要依賴他人給予的協助，想要抓住某些東西，但照顧者能呼應病人的需求嗎？顏雅玲(2009)研究中指出，癌末病人對自己的命運產生痛苦的情緒，病人渴望得到他人的理解(同理)，而連結性的關係能使病人對自己與家人間的心結產生另一種新的體會，並更能夠接納自己與他人。

敬堯談到與母親的關係：「我比較煩惱耶是我媽媽，聽說她身體不舒服，都跑來這裡看我。我覺得人生你沒辦法孝順她，覺得很不孝。(A1004)…受到人家的幫助太多，也是很負擔的。(A2008)」病人所擔心的包含擔心母親這樣的個性，在修行上是無法進步的，他常感覺她的態度有時太過於沒有省思，直性子常得罪人，有時也常跟他有關係的衝突(田野 20120705)。在這層衝突下，母親當時也說出：「如果當初不要幫他開刀，就讓他這樣走，是不是會好一點的氣話」。對照顧者的依賴，對病人而言就處於被援助的姿態。但是，對敬堯而言，此刻的他卻以一種非凡的忍耐度，包容母親的態度，他存在身體被多股巨大的力量所撕裂的同時，又讓我感到這當中存在

著無限的慈悲與智慧，面對死亡所展現的慈悲具有震懾我心的感動。

敬堯期待被家人陪伴，但是母親總是為他帶食物來，卻在五分鐘後就會到交誼廳與志工及其他家屬聊天，熱絡歡笑的氣氛從交誼廳傳到病房內，更突顯出他的形影孤單及冷清；有時母親直言談到身體分泌物的惡臭及骯髒，讓她在大家面前無地自容，他與母親間的對話極短，總是稍作停留，隨即離開。他所逃離的不僅是一層關係的聯繫，還包含了對死亡的一種逃避。某日，宗教師探視，好客的他握住她的手說了：「你的手好溫暖喔！每次你都願意留在病床邊陪我聊天，真好。」。僅僅數語表達出她對家庭關係的渴望。天南地北的聊天，一種關係信任的建立，讓「碰觸」給予一種溫暖的力量，「共在」讓他感覺到，在這受苦的當下，苦處被看見。

在親近的關係裡，一方越能坦露內心的想法，另一方面也跟著越容易跟著坦露自己。關係是由雙方相應地打開心扉建立出來的。在雙方自我坦露交疊纏繞下，深化了關係。當這種親密出現時，所有的語言，所有的安慰方式，所有的觀念將會承載更重大的意義。死亡的也會是一種覺醒的經驗，能催化出巨大的改變，從而讓他們開始渴望親密，並願意花心思去追求、建立親密關係。(歐文·亞隆 2009，p.133-140)

二、越顯孤單的社會關係情境

罹患癌症是生命中最大的失落，也是最大危機。危機所代表的是對個人自我認同的失落，在死亡將至時，失落的是其自身最基本的價值認同，一旦失落成真，或覺察到失落的存在，便會造成情緒上的憂鬱及沮喪，亦即生命的價值失落。范丹伯(2001，51-53)指出，病人想要談談難以忍受的病榻生活，訪客虛與委蛇地敷衍；病人在自己的生死問題打轉時，訪客卻以虛假的樂觀應對，這種作法對訪客與病人都沒有意義。生病最受苦的，往往是無法說出最切身的事情。

敬堯是為重義氣的男性，未生病之前交友廣闊，人緣極佳。隨著病情嚴重，朋友一次次的探視，增加他內心的困擾。他發覺彼此之間的差距越來越大：「他們打電話來我沒有接也沒有回過，不知道要講什麼話，每天嘛是那些慰問的話，或者會一直問什麼時候回高雄，現在的病情看看耶，要回去高雄渺然啦(A1010)。」健康者與生病者之間的置身處境不同，病人身體的衰敗使他放棄原來在社會上的角色，失能讓層層關係逐漸剝落。但訪客帶著健康世界的消息前來，但病人與世界已疏離很久，無法置身於現在；過去的世界已遙不可及，層層隔閡各自不同的想法，造成彼此間的關係處於尷尬的狀態，話語裡的力量是種衝擊，同時也更清楚表明了已經離世界漸行漸遠的失落，而生者在這個臨終場域無言以對倉皇而逃。

貳、神聖關係的締結

一、神聖溫柔的關係締結

身為母親的角色，最大的願望就是希望能有一個美滿和樂的家庭，妙忻過去生命的悲苦，期待此世能享受親情的溫暖。但是天不從人願，丈夫常與她有重大的衝突，並且無法諒解女的行為，離家的女兒成為她心中的結。她嘗試調解並周旋於兩造，但徒勞無功。她清楚自己的身體已經無法盡其母親角色繼續捍衛女兒，在飽受痛苦下，情緒低落沮喪。幼年時的喪親經驗讓她感到沒安全感。透過宗教信仰的寄託，暫時得到慰藉。

出院回到家裡，妙忻看到家中的佛祖，突然嚎啕大哭。她敘述：「佛祖為什麼讓我那麼辛苦，我只求平安健康度日好好過日子，為什麼變成這樣，…看到佛祖就像看到自己的父母，跪著祈求佛祖保佑身體能恢復健康。…最近爬不太起來，坐著一下就沒有力氣，下床站不起來。要怎麼辦？」(田野 20121128)從小失去父母，在窮苦的環境長大，苦了一輩子到生病了還是要受這種折磨，難過身體越來越差，煩惱父女關係交惡，如果自己死

了，這個沒有結婚的女兒該怎麼辦？家中缺席的女兒是他心頭的痛，關係的無法修復如同一張巨網將她牢牢網住，置身其中她動彈不得。

世間倫常關係無法修復時，置身於此世亦無法脫離一種關係的牽絆。個人在關係的脈絡中，仍維持一種無功能的存在。世界上無人能夠理解她的心情，唯有寄託佛祖，一種「擬人化」具象的存在，就如父母親般的存在，撫慰她悲苦的心靈，那情緒的盡情宣洩，完全的展露在佛祖面前，痛苦的生命處境得到一種神聖的默會理解。在她慢慢踱向生命幽暗處時，信仰點亮內心那盞心燈，為她在苦難的此世指引方向，菩薩拈花微笑，一切盡在不言中。

二、苦難中的神聖連結

生命中的苦難何其多，但長久持續的心理折磨，卻是會消泯了人類存活於世的動力及勇氣。身體罹患癌症八年多來，從小硬塊到腫瘤破裂、多處器官轉移及接受治療及副作用影響的過程，家庭所帶來的心理折磨卻是更長久的創傷經驗。

樺雲敘述：「就是有罣礙的話，我走不了。所以我把所有身邊的事情，我都盡量能放的我都把它放掉。這輩子的緣，不管緣結得好結得不好，都不要再計較。但是當我走的時候，我不會去罣礙說我這個什麼還沒有完成，…我已經沒有這個罣礙的心了。(G1012)」，在她身體最痛苦的時刻，菩薩的感應，解除她免於殘廢的命運，自我尊嚴感的捍衛下，菩薩每次都有求必應，她說：「我就一直相信說是菩薩在渡我(G1007)」。罹病多年，與家庭的關係早已斷絕，在他鄉異地，信以為親密的愛人也置之不理；當所有人都無法理解與背叛她時，只有菩薩依然慈眉善目的注視著她，在菩薩眼中她是被「看見」的，這份看見讓她的存在有意義及價值。也因此她的內心多了一份出離的心，因為這個世界太苦了。但這份煎熬的心情並未

讓他者覺察，在大家眼中她仍是那位毫不妥協，自主意識強的女強人。

她最深層的擔憂是：「我只怕的就是說不要讓我這個身體這樣拖下去，如果說你…對，你不只是拖累家裡面所有的人的麻煩，你就是讓我這樣的身體再這樣的話，那我呢？等於是在浪費我的生命(G1012)」、「一心一意的求佛接引，早一點那個(往生)(G1013)」雖說她已放下世間所有的罣礙，但是置身此世，身體的失能，她無法不依賴他者存在的照顧，這層關係並不會因為他即將離世而有所改變。在他的內心深處仍掛記著這份關係的羈絆。此世生命的糾結動亂與難堪，在死亡面前盡數呈現。表面的堅強走過無數的困境，但內心的脆弱卻對關係的存在有份期待。回台灣是一趟尋根之旅，關係的和解與未竟心願，在回到故鄉時被療癒了。

宗教的信仰為他苦難的生命注入一股神聖的力量，伊利亞德(2000，51-55)指出，通向屬靈的生命，總是需要向凡俗情境死去，而後更新生命。人生當中存在著各自不一的「入門禮」，象徵著成長及轉變，躍向另一層次的境界。從死亡與入門的概念中，陳述著：人類不斷的在克服障礙、超越自我，其實就是不斷的在經歷死亡與復活。而樺雲的生命經由宗教的支持，讓苦難的生命得到一個神聖的淨化，希求一個沒有痛苦與清淨世界的未來，成為支持她的最大力量與期待。

參、不為理解的孤獨--醫病陪伴關係

在醫療場域，醫護人員是最直接面對病人的身體狀態，醫學教育以搶救病人生命為天職，在醫院協助病人恢復身體的健康。但針對末期病人無法再進行以治癒為主的醫療，面對病人即將死亡的種種情緒，是錯綜複雜的。病人是如何看待這層關係？

一、 拜託，請聽我說

溝通是一個經由語言和非語言的訊息交換過程，透過此過程分享資訊、

意義和情感。我們視這個溝通為雙向互動的自然過程，病人因為生病重心都在身體的感受性上，期待有人能夠坦承的告訴他狀況的發展。但除了生病者的其他人之外，所關注的焦點卻在於他們的世界。《伊凡·伊里奇之死》書中對此情境描寫深刻：「醫師說：如此這般的情況表明，你的體內有如此這般的毛病；但是，如果經過…化驗以後未能證實，那麼你應該假定您有另一個毛病…等等。對伊凡·伊里奇來說，只有一個問題是重要的：他的病情危不危險？但是醫生卻對這個不適當的問題不予理會。…這是關於他的生與死的問題」，這種關心的重點無法被理解時，他感覺到相當沮喪。

惠智敘述說：「…後來那個指數一直在飆，我沒有跟我二哥講…因為我想說那個是在我身體裡面，我可能會擔心。那如果萬一怎麼樣了…就是0 醫師跟我說怎麼都沒有效？我說可是問題是他變成…，這種問題我想說乾脆放棄，後來他對我不信任，我對他也不信任，我們關係撕裂。(E1012)」他的心理起了非常大的憤怒，癌症在身體裡到處亂跑，指數變高是一種隱藏的威脅，關於生死的問題。醫師的關注焦點卻是質疑醫療無效是她不配合所造成的。克莉斯汀·龍雅可(1999, 45)談到病人處於此刻的心境：「有些時候，痛苦就在那兒像蛀牙一般，我會變得緊張而暴躁。請原諒我，當我情緒很壞的時候，你可能不知道活在無盡的痛苦和不適之中是甚麼滋味。最令我難過的，當沒有人相信我的痛苦會有如此之深且鉅時，那簡直令我抓狂。」惠智的焦慮在於身體覺受異樣的變化時，關於置身的生死問題需要被同理及接納。孤獨的滋味，不被理解的痛苦，比病痛感更讓人感到沮喪及無奈。

二、病人自我的詮釋

面對死亡最大的痛苦是需要忍受更大的身體痛苦，席捲而來的無助感及孤立更加深心理的焦慮感。雖然如此，多數的病人仍是會反思自己與醫

療團隊互動過程的狀態，或許當下是不愉快的，躺病在床的時間足夠她省思醫病關係的情境。

惠智敘述：「講實在，我不是一個很乖的病人啦。她(醫師)自我主觀意識太強，有時候要做什麼？我就要跟他商量，她就有點不高興，覺得她的專業知識沒有被我認同什麼、什麼的…我們在拉扯。…，他有他的立場啊，我有我的立場啊。可能我的想法太偏啦，我的想法太偏啦。(E1014)」，最後的結論她覺得還是自己的想法太偏了，醫師的立場是為了她著想。她擔心的是身體已經無法再負擔化療的治療，身體的感覺告訴她無法半個月做一次化療，他需要休息調養，但是醫師的立場認為，應該忍耐努力拚過整次的療程，才有可能將病情控制住。病人是用身體感受病情，但醫師的職責是注重在治療整體的效果，兩者立場不同，必然造成彼此間溝通產生障礙。病人擔心身體越糟是否已經無救了，但醫師擔心的是醫療的生物數據。他所看到的是疾病，而不是一個人的存在。

范丹伯(2001)認為：病人與醫師的接觸是屬於「知識性」(gnostic)的接觸，是一種認知上的接觸。病人對醫師要求不在個人關係，而是技術與知識。但是安寧療護的照顧，醫師與病人之間的溝通重視真誠的同理感，並覺醒到當醫師無法再提供醫療以治療病人時，如何培養陪伴的能力，是當前一般醫療照顧技能技巧所缺乏的部分。

三、請相信，我說的感覺是真的

疼痛是很主觀的感受經驗，根據國際疼痛研究學會(IASP)所公布：「疼痛是指實質的或潛在的造成組織傷害相關之一種不愉快感覺及情緒經驗」，所以疼痛是一種不愉快的感覺及情緒經驗的反射，同時它亦為某種疾病存在的之象徵使醫師最為診察疾病部位的指標。(台灣安寧緩和醫學學會，2007，119)

末期病人最大的煩惱在於，自身的身體感受被漠視的感覺。常聽病人抱怨：疼到袂死，也不來注注ㄟ。醫療場域有其制定的規範，常規性的治療及突發狀況的醫療處置。其實，病人並非不了解，但是身體的反應讓他們在疼痛前完全投降，無法招架。敬堯敘述：「我人在一般病房時，嗎啡控制住，很痛苦痛苦到死沒人，討個藥都沒辦法。護士難叫甲，痛苦到想要死死ㄟ。」、「痛阿，痛啊就嚴重耶，痛卡嗎啡注下去，卡止一下，卡睡一下啊，三點鐘注一次差不多啊，痛甲很厲害沒，叫護士來注，實在有夠壞叫」疼痛的問題一直是他最大的困擾，腹腔內的神經被腫瘤壓迫，導致嚴重的疼痛。疼痛的感覺在身體裡尖鑽狡猾到處遊走，此時此刻的當下，分分秒秒都太過於漫長。不被理解的痛苦大過於身體的痛苦，母親不斷要求他要忍耐，不能老是要找護理人員的碴，大家都很忙，只有他最空而已。這些話應該像一把無形的利刃一樣戳進他的心，到後來大家都不相信他的疼痛是真的。

樺雲因為過去生命經驗，獨立自主慣的她很少依賴人，凡事講究做事仔細。某日她有所抱怨，責怪護理人員的質問，認為自己不被相信，她覺得自己好像很囉唆，龜毛。她自覺，因為我的身體對藥物的反應很敏感，而且是我的到癌症，這件事發生在我的身上，服用某些藥物我的身體排斥，當然會感受到不舒服，但卻被視為是找她們麻煩，我感受到他們的不高興及情緒。

疼痛及身體對藥物的反應狀況，有其獨特性及適應性。她具有一種主觀性，但在此時此刻她所表達的是當下的情境及感覺，有時她所絕望的應是，以前可能疼痛指數 5 分，現在卻痛 10 分，到這麼嚴重的程度，是否已經愈來愈嚴重，離死亡愈近。有時，疼痛背後有其複雜因素，但她當下表達的感受必須被接納及同理。

歐文·亞隆(2013, 104)認為，在醫病關係上，專業文獻中充滿有關相遇(encounter)、真誠、恰如其分的同理、無條件的積極關注(unconditional

regard),「我—你」(I-thou)關係的討論。深度連結的感覺儘管不能「解決」存在的孤立感,卻能提供慰藉。對於治療中有一個里程碑,就是病人認識到「有那麼一個臨界點,超過這個臨界點,他們(治療師)就再也無法提供什麼。正如同生活中的情況一樣,治療者存在著一個不可逃避的基質,就是孤單地工作和孤獨地存在。」

上述見解提供一個深度見解,即是跨越了「臨界點」,代表著醫療已經無法再提供甚麼。但站在病人立場,臨界點的存在是他們所無法理解的狀態,當身體的疼痛到達極度的狀態時,若能適當的告知撫慰,而不是一無所知的情況下默默忍受痛苦及感覺沒有受到同理的孤獨;我想他們的身體雖然是痛苦的,但相濡以伴的存在,無疑在他們行經幽谷時,那幽微的光點,將是他們心之所向的來源。

第四節 瀕死覺知的靈性現象

壹、瀕死意象的覺察

臨床照顧面對末期病人最大的挑戰,即是認清種種瀕死期的表徵,其內容包含身心靈不同面向的痛苦表現及其變化,並提供病人及親友最好的照顧及協助。當病人接近死亡時,瀕死期的表徵為:1.會越來越疲倦、虛弱以及嗜睡。2.比較不願意起床或接見訪客。3.對周遭所發生的事變得漠不關心。4.時常有混亂或困惑的狀況,有時伴隨躁動不安及鬱悶心情。當上述現象出現時,應警覺病人即將面臨瀕死。(台灣安寧緩和醫學學會。2007, 390-1)

施雅蘭(2012)研究,對臨終時的症狀及臨死覺知發生率的掌握,更能精準預估病人的存活期。研究結果顯示臨終症狀發生率由高至低依序為:發紺冰冷(98.3%);鏡面舌(93.4%);耳垂縮(93.4%);陳氏呼吸(91.7%);

煩躁不安 (78.5%)；死前嘎嘎聲 (Death rattle)(65.2%)；陰莖 (囊) 縮 (54.4%)；末期躁動 (37.1%)；鞏膜水腫 (33.1%)；譫妄 (28.9%)；夢到過世親人 (11.5%)。死亡當天意識清醒者占 7.4%；嗜睡占 6.6%；木僵占 18.1%，半昏迷占 48.7%，昏迷占 19%。臨死覺知的內容有：(1).病人自己感覺來日不多 (71.1%)，；(2).死亡準備交代 (64.5%) (3).想回家 (45.5%)。99.2% 臨終病人淋巴球指數低於正常，此平均值為 5.3%。

在安寧病房上述臨終症狀頗為常見，臨終者瀕死現象出現，常伴隨躁動不安、譫妄或夢見已過世者來訪，不自主進行生命回顧等現象，有時宗教信仰者會在臨終之時，見到神聖的宗教經驗，如看到滿室的蓮花或看見阿彌陀佛來迎接，家屬在照顧過程中，感受到神聖不可思議的宗教感應。臨終的急迫性，舊自我面臨到生命的「邊界處境」時，是處於此世的盡頭，遭逢死亡威脅的自我產生一種不同的狀態，也就是「超自我」的型態。

「超自我」是指以一種超越自我的生命中心所形成的觀點，來看待生命及引導生命朝向靈性的發展。蔡昌雄(2011，上課講義)對此詮釋為，之所以需要超自我的宗教與神話體系引導，原因在於已經走到「世界的盡頭」，再過去此岸世界的地圖已不適用，我們需要的是一幅心靈的地圖，「超自我」雖然也指向死後世界，但主要還是指生之時能以超越的觀點，引導生命的發展成長。

貳、擬譫妄形式的表現

譫妄(Delirium)是醫學診斷裡的神經精神症狀，常見病人出現注意力減退、近期記憶力變差、時空感混亂、被害妄想、幻覺、語無倫次、躁動、異常衝動等行為，其發生原因有多重，可能因為藥物、電解質、血糖異常、肝腦病變等等。(王英偉，2009，74)在安寧病房這類的情況也屢見不鮮。但是，我們除了生理因素外，是否還有其他的原因存在呢？「擬譫妄形式」

意指著在譫妄的生理現象是否還存在著某種「不顯現」的意境存在。

一、悲慘世界的怨訴

某日，病房內傳來陣陣聲音宏亮的叫罵聲，大家都嘆氣搖頭。話語中的「三字經」罵的鏗鏘有力，凡是接近的任何人都免不了要受一頓「問候」。基於安全因素病人雙手被約束，雙腳視情況約束，大家都擔心被她踹倒。護理人員告訴我：「喔！有夠嚴重的 Delirium，鎮靜無效」，一下又傳來歌仔戲哭調唱腔的聲音，仔細一聽，咦，是在哭訴她的悲慘生命。基於關心理由，我(研究者)進入病房坐在她身邊聆聽她繼續哭泣吟唱並夾雜著「三字經」的問候。我看她掙扎著要擺脫「乒乓球手套」，並發出陣陣的咒罵聲，「佢這人蠟袂給我害死，我勿死倪袂饋活啦」。基於禮貌在她唱完罵完後，我向她問候並介紹我自己。意外的她並沒有「問候我」，只是說了：「你免假好心啦」，但我還是很誠懇地讚嘆她歌仔戲唱得很好聽，希望下次還可以聽她唱。而醫護人員在外面為我的安危擔心。(田野 20121023)。我們並不瞭解病人過去的生命經驗，在她的情緒裡表現出對生命的憤怒及不信任，對任何人的防衛及制衡成為她現在僅剩的武器。「你免假好心啦」這句話倒也重重的打在我心，有些難過。

第二次當她開始唱時，我將手放在她的「乒乓球手套」上，他並沒有拒絕。在她開罵的時候，我們進行了對話，她唱：「我壞命啊，我壞命啊」，B：「騷，是怎麼壞命？」，A 唱：「自小漢無父無母喔，賺一元就要流汗流喀喔，三頓吃沒一頓喔，」B：「齁，實在有夠辛苦和可憐啦！」，A 唱「心事誰人知喔，吃老都無錢也勾來給我騙錢騙了了，無良無心喔！」B：「哈，是誰哈無良心，這款代際阿做入出來，超過，超過！！」…。唱完也哭完了，我還是很誠懇地讚嘆她歌仔戲唱得很好，感謝她唱給我聽。那一夜她得到一夜好眠。護理人員也表示比較不會罵人了。(田野 20121026)。繼續持之以恆建立關係，同理她的處境及碰觸的力量果然是讓她試著放下

心防的最佳利器。她的病床邊開始有人駐足，因為她比較不會罵人了。

第三次，她向我告白了。她說：「不曾看過像你哈擬好的人，不怕我罵，還聽我唱歌，我以前真會唱…」，從那天起她總是笑臉迎人，出院時對著大家表示感謝之意並邀請大家到她家作客。家屬非常訝異她的轉變，她變得非常慈祥和藹可親，也未曾在聽到她罵人的聲音(田野 20121103)。對病人而言，病情的進展導致病況反反覆覆發生，太多的情境非我們所能理解。石世明(民 88)認為這樣的情境，所有的答案都是在語言上，做暫時性的安置，它片段式地指向說話者的處境，卻不是處境本身，也就是說話語不能當成是事實的內容來看待。

這種情境是可以理解的。因為鄰近死亡是面臨非常巨大變動的時刻，非單一身體的疾病變動過程，而是整個身心世界的瓦解與重構的過程。而此刻所出現的任何情境，應被視為「顯現」與「不顯現」之間的對話。羅伯·索科羅斯基(2004，58-66)指出顯現與不顯現是滿實與空虛意向的對象端連結。空虛意向指的是一個意向，但其意向所指的對象卻是不在的，是不顯現的，是不向當時意向他的人呈現的事物，滿實的意向指的是一個意向，而其所指的對象是在此意向的人的面前具體顯現的。滿實：(直觀是指面對一個事物的在場顯現)「不顯現」與「空虛的意向」也是一個現象，許多人類的情緒與性格必須以某些不顯現者的面臨才可以瞭解。

二、種了滿園的花生

病床上的阿嬤，雙手揮舞著，口中喃喃自語，照顧的孫女聽無講什覓，詢問之下被阿嬤大聲斥責一番，從小與阿嬤相依為命的她感到委屈及挫折，連續幾天幾夜下來都沒有睡覺，孫女感到沮喪，是不是阿嬤有神經病？怎麼跟以前完全不一樣了？支離破碎的語言，語意不詳的字字語意讓人無法了解到底在講甚麼？了解阿嬤的過去生命經驗後，那天我(研究者)在病床邊

待了一下午，總算了解阿嬤在做甚麼？嘗試著與阿嬤對話。

A：「阿嬤現在在做什覓？」b：「土…，土…」A：「土豆(花生)…嗎，要種土豆(花生)餉，…」b：「(點頭)、雙手揮舞」A：「阿嬤，這我來就好，給少年仔來種就好，日頭赤炎炎，你去休暍啦，餉，有夠辛苦哩，靠種土豆養大這些孩子，箇撫養這大漢，實在有夠厲害，很棒，很棒。」b：「(點頭)」A：「阿嬤，這樣種對不對，你要給我講歐，」b：「(點頭)」(雙手不再揮舞)A：「阿嬤，種好了，這樣對不對」，b：「點頭」A：「真辛苦，靠天吃飯，真是不簡單，種好啊。真累，我休暍一下，」b：「點頭，表示滿意」。

離開後約半小時，孫女急沖沖的找來，…「阿嬤起肖啊，手一直亂亂揮，怎麼辦？」去到病床邊，只見她雙手不斷的揮舞，口中喃喃自語：「水…，水…」。我了解意思，詢問：「水？要喝水嗎？」(搖頭，持續雙手揮舞)，澆水嗎？(點頭)，我恍然大悟，跟阿嬤道歉，啊，歹勢！歹勢！土豆種好袂記澆水，我來，我來。」我急著跟孫女解釋，阿嬤突然說了一句話：「袂(土豆)曬死啊，還在開講！」。這句話把我們嚇了一大跳，她已經很久沒有講出完整的一句話了。趕緊，趕緊來去澆水，不然阿嬤生氣囉。

回護理站與護理人員談到種土豆事件，大家聽的津津有味，到了小夜與大夜，阿嬤則是跟護理人員一起養鴨子養鵝，忙了一個晚上，大家累得人仰馬翻。但是，這些生命回顧事件發生過後，阿嬤就不曾在表現出難以理解的動作及咆嘯聲，情緒變的溫和，總是開開心心的。

Singh, K. D.(2010, 259)談到，混亂期的特徵是躁動不安，當人進入轉化場域時，最先出現的就是躁動不安。混亂期包括庫伯勒·羅斯醫師所提的五個階段：否認、憤怒、討價還價、沮喪和接受；也包括了更深層的轉化經驗：疏離、焦慮、絕望、隨之而來的「放下」及沒頂懼怖。瓦許本見解是，混亂期亦是所謂「逆退以造就超越」的時期，我性被躁動不安的情緒強力拉扯，散落一地，一直到自我逐漸交出生命主權、臣服之後，混亂

期才結束。

臨床病人所表現的徵象，有其道理。不自主性的動作背後或許隱藏著許多背後的生命故事，嘗試進入他們的生命經驗脈絡理解，或許更能夠讓我們理解不為人知的深層意識經驗的故事。而這些故事卻是代表他們一輩子的生命歷史。林素琴(2004)指出，當癌末病人進入彌留階段，隨著身體體力的衰敗導致知覺發生改變，眼神渙散無焦距、語言破碎剩單字或不回應，無法描述自身的感覺，人彌留時會不自主地做生命回顧，如同放電影般，影像坐落到彌留者的那個生命經驗，不得而知。但是，臨床照顧者透過對皮膚的接觸、聽覺、表情、彌留之前互動建立關係脈絡，及對他生命史的瞭解等面向，拼湊彌留者在躁動不安可能是經歷了甚麼情境。

參、臨死覺知-擬象世界的互動

一、已逝親人遠相迎

「ㄟ，卡桑，你那ㄟ跟豆桑來，阿公阿嬤嘛來喔！（已過世的長輩）」媽媽對著空氣講話，神情非常恭敬，但是我看床邊沒有人啊，病人女兒的敘述，她感到雞皮疙瘩都起來了，還好是白天，要是晚上的話，她可能連一分鐘都待不住。我(研究者)與女兒一同到病床邊。病床上的阿姨明顯虛弱無力，但意識狀態清楚，我們進對話。

A：「阿姨，睏了有好？」B：「不錯啊」A：「現在感覺哩？」B：「卡累一些，其他還好啦。」A：「聽講，您的卡桑跟豆桑來看妳喔，真好。」B：「ㄟ啊」A：「他們住在哪裡？」B：「他都沒(死亡)去啊。」A：「沒去啊(死亡)，啊捏他那ㄟ來？」B：「他可能袂來帶我。」A：「袂來帶妳，是按怎？」B：「應該是我時間袂到啊。」A：「他們有說甚麼嗎？」B：「沒哩，只是笑笑地看著我」A：「妳感覺哩，甘ㄟ怕，或是…？」B：「不會，看到他們真歡喜。」

當時，病人的身體狀況除了比較嗜睡外，其它的生命徵象還在穩定狀況中，看到過往親人來探視，她心裡是高興的。因為被家族認可時，才可能在臨終時刻祖先親自來帶，表示在社會層面她對家庭的貢獻是被肯定的。從那一刻開始她越來越嗜睡，在三天後突然無預警的往生。

這是一種無言的啟示，Singh, K. D.(2010, 284-8)對此現象描述：「當人從生病時分進入臨終時刻，要跨越一到無形的界線，接受也是這個界限的一部分。而大部分的人在此刻都知道自己已經跨越這道無形的界線。事實上，接受期有兩個主要特徵，一是從外界退出，另一則是沉默。就自我心智而言，接受是一種因應改變的心理作為，一種認知位置。唯有經過接受期，人的意識才有機會真正往靈性的向度轉化。他們的卡式量表指數約在60%-30%之間，臨終者在這個階段出現次數頻繁的昏睡狀態，睡眠型態越來越接近新生兒的睡眠狀態。

余德慧(2006, 116-8)稱此階段為，背立/轉向期，意味著病人開始背立社會，朝向轉向，不再和外在的世界產生勾連的現象。病人進入所謂「擬象世界」(IP)的基礎，深陷於此境，她會看到我們看不到的(東西)影像，並且如實與擬象互動。

二、極樂世界就在指尖處

護理人員談到，昨晚某個病人發生一件非常可怕的事情，有明顯的死亡恐懼。經過了解後，到病房與病人聊聊究竟發生甚麼事？病人開始激動的說到：

「師父，昨暝齣，一堆冤親債主來找我，叫我跟他們走，她說我信阿彌陀佛無效啦，極樂世界哈遠，什麼時候才能走到，叫我跟他們走，一起去享受。」我好奇的問：「冤親債主，長得怎麼樣，穿甚麼衣服？」她說：「穿跟我們的普通衣服差不多，前排的人比較清楚，後面的人越來越不清

楚。長得跟我們差不多，比咱卡矮。阿算真客氣。」，「妳安怎甲她講？」她說：「我這個人平常時燒香拜佛，無做什咪歹代誌，你們不要來找我，極樂世界不遠，就在那邊，我舉起手指向窗戶方向，非常神奇的是，極樂世界清清楚楚的在窗口出現，我告訴他們，極樂世界就在我的手指間，那有遠，我說完這些話之後，他們就不見了，窗口的極樂世界也不見了。」

宗教人對宗教的感悟，常具有神奇的療效。這位病人長期念佛吃素，也勤跑跑道場聽經聞法。面對臨終時，宗教的指向朝向一種為病人在斷裂處重啟生命的「連結」，並為生命尋找出路。而「指路」涉及超個人世界的復原。宗教經驗能超越個人的經驗理解，達到在此世與生命神聖性做一連結。視冤親債主為「業障」，但在宗教法門修持下，將業力轉化成一種願力的實踐，轉變面對死亡的態度。

羅伯·索科羅斯基(2004, 58-66)我們總是活在未來與過去裏，活在有所距離與有所超越裏，活在未知與存疑的事物裏；並不是只有活在只有五種感官知覺的世界中。而有時有些因為超過了「理解範圍」，而以「我們知道這是我們所無法理解的事物」的方式與我們遭遇。當某些經驗超出我們理解的範圍時，應是充滿知識頭腦的我們所無法理解的，但不表示它不存在，對宗教的修行體悟更是如此。病人在病情嚴重時，面臨到最具有精神的意涵，即是對來生的信仰，它開展另一個空間向度的連結，同時，也開啟一道希望之窗。

肆、神聖之旅沿途風光

人們似乎在臨終過程中培養出一種定力，能夠安住，只是存在。認清了情勢是自己所不能操控之後，人們放下了「知悟」的姿態。因為放下知悟，他們進入存有，這就是安位定坐的體驗。在蒲團之上，在病榻之上，我們得以定下來修行，單純地去體受所經驗的一切。而臨終過程迫使我們

去探觸向來不為自己所意識到的深層感受。深刻的療癒會在臨終過程和密集禪修中自然而然的發生，從而開顯超個體的本我。(Singh, 2010, 198-204)

一、皈依儀式的神聖轉化

因此臨終過程是一個非常神聖的時刻，它包含了無限生命轉化的可能性。淨蓮在臨終過程為我們顯現了這樣的神聖經驗。女兒提到：「因為生病，我們全家陪同媽媽去台南皈依，為了媽媽，一生幾乎是無神論的父親，也乖乖的配合。…但對於一生拜神的母親而言，對於佛而言還是屬於一知半解的…，住進南部的安寧病房的宗教師常來陪我媽聊天，師父講的話媽媽總能聽進去，師父也引導她將她這一生的辛苦經歷，在淚水中抒發了。第二次在病房皈依時，師父引導我們與媽媽四道人生時，我們向媽媽說出這輩子最深情的告白，並向她懺悔。最後師父的開示，讓她完全的放下，不再執著為什麼吃不下的問題。」

離她往生前約三週時皈依，當時狀況已經不好。家屬輪流排班照顧，並在病房內開始念佛共修，她意識仍然非常的清楚，但與之前不同的是，她的神情變得非常的神聖及具有威嚴。進入病房就會感受到一股非常安定及法喜的感受，心整個莫名的安定下來。「皈依」的神聖儀式，促使她心靈轉化，家屬的細心照顧，讓她心無旁騖的面對死亡。

二、牆角的小蓮花

萬籟俱靜的深夜，案女們輪流陪伴阿嬤念佛，她忽然睜開眼睛說：「那裡內有一朵蓮花，小小朵，亮亮的。」正陷入昏沉的女兒驚醒，四處探望，但是甚麼都沒有，再探詢時，阿嬤說不見了。隔天，女兒指著掛軸的佛像裡的蓮花說：「昨暝，妳是看到這朵蓮花嗎？」她搖頭，「在天花板的牆角。」。女兒覺得念佛唸到蓮花現前，是很殊勝的經驗，鼓勵阿嬤要繼續

加油專心祈求佛的接引。並請宗教師再鼓勵阿嬤，敘說極樂世界的依正莊嚴。她雖然非常的高興，但身體的不適感越來越強。而她能將受苦轉化成有意義的承受。

伊利亞德(2000)，死亡被視為是最終極的入門禮，亦即被視為是一種新的靈性存在的開始。而入門禮的示意是，從世俗情境死去，接著向神聖世界或諸神世界重生。佛教徒修行淨土法門最終期待是希望能蒙佛接引，臨終時刻心無罣礙，提起正念，意不顛倒。在臨終之際看見蓮花是一種殊勝的因緣，這往往能生起堅強的信念。這樣修行持續到臨終前。而他在這段時間開始變得沉默，卻聚精會神地注視著佛像。Singh(2010)認為，處於接受期和其他心靈轉化的關鍵期一樣，是人將注意力收攏回來，為了面對未來的艱困旅程而預做準備的階段。而「默會」是一種經驗後發生，他不再堅持心智的自我，而讓渡給另一個經驗的狀態。

三、臨終前的慈悲示現

臨終前幾天，阿嬤開始跟大家告別，並口出善言，感謝大家，其中照顧了她一段時間的新進護理人員，在阿嬤的慈悲感動下，繼續留在安寧病房的工作。臨終前她已經處於半昏迷狀態，新進護理人員知道她快要離開了，前往病房跟她告別。

護理人員：「阿嬤，歹勢啦！給妳扎那麼多針，感謝妳願意給我機會，又沒有生我的氣，我真的很對不起妳…」

阿嬤：「謝謝！謝謝」

當時已經多日無法言語的她，從口中說出這四個字時，大家哭成一團。這簡短的幾個字義意深遠。知道她即將離開的不捨，又對她的慈悲感到無比的感動。人之將死其言也善，她的為人及處事讓所有的人都無法批評。她曾對子女說：「如果讓一個即將老去(死亡)的人給你誇獎一下，這是很

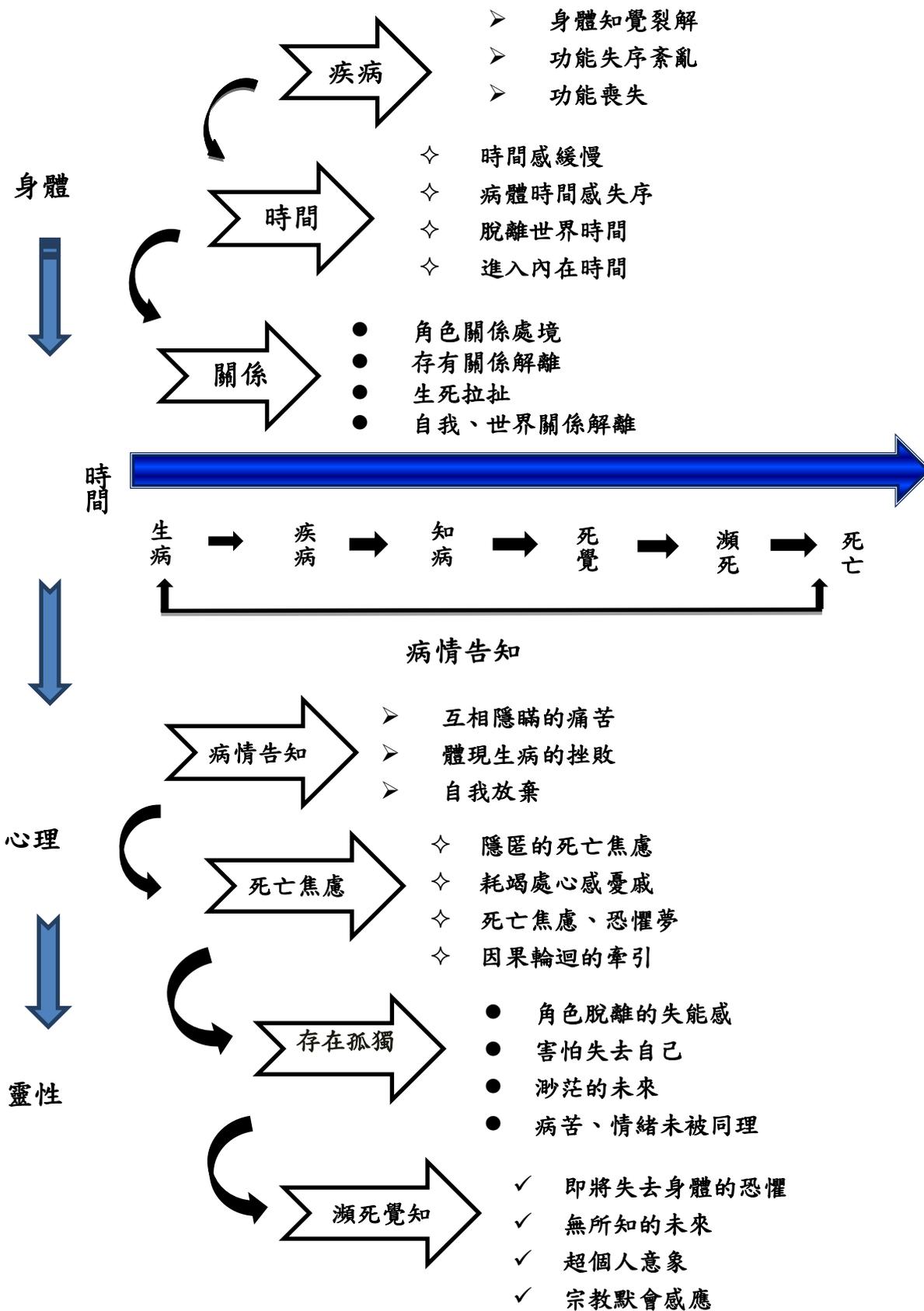
大的福報。」而她的示現就如同她所說的，照顧即將離去的人是一種莫大的福報。

四、神聖的示現

阿嬤即將離開的那一晚，按照排班，應該是輪到妹妹陪伴，但是當天晚上，兒子心裡一直有莫名的感覺，但自己也說不出，直覺應該是要陪嬤嬤才對。一種不同的「默會」經驗，似乎是母子間彼此的一種感應，阿公也已經預估到阿嬤要離開了。家人間的情感深厚，彼此間產生一種緊密的連結。阿嬤已經昏迷了，在凌晨一點多的時刻，他突然看到媽媽吐出幾口長長的氣後，就停止呼吸了。急忙叫醒大家，迅速前往菩提居助念。

在親人的圍繞下，助念到四點多時，兒子與女兒三人，突然看到有一股輕煙從阿嬤的嘴巴，緩緩往頭上飄。一時之下大家都不敢說發生什麼事。直到天亮時，宗教師做臨終開示，才敘述凌晨發生的事，結果兄妹三人都看到這個現象，讓他們感到驚訝。對這種「同時性」感到不可思議。

臨終一種「默會與感應的存在」，超越世俗我們所想像的狀態。而我們有幸見證此轉化過程的臨終者，在臨終之際滑入存然的神聖境界，將人一生累積的德性轉化成為恩寵全然自發的品質。這份恩寵感動至今，撼動無數人心。在此我們看見了她的放下，放棄在世的歸屬感與過去的連結，看見她內化成更強的內省能力轉化成智慧，更看到她轉變成善的德性，更有瞭解及慈悲的心懷，轉向內心世界的修行。而臨終過程為生命展現的細微「奧秘」過程。



圖表十 臨終病情知覺意義 本研究整理

第六章 結論與建議

本研究依循詮釋現象學研究方法，強調的是研究者能「看見」並揭露發現敘說者在文本上的現身，讓文本自身轉為敘說者。因此，本研究從癌症末期病人病情知覺角度出發，以病人對身體、病情發展及瀕臨過程的覺察敘說為基礎，透過「臨終病情知覺經驗開顯」，以及「臨終病情知覺意義探索」兩個主題，建立對臨終病情世界的整體性理解。一方面可將此研究理解納入臨終現象的理論脈絡探討，另一方面也可以此理解為基礎，進一步對臨床照顧的相關議題提出實務建議。

第一節 研究結論

在病情告知的主題上，過去大家比較耳熟能詳的是「醫護觀點」，而本研究所提供的則是過去比較被忽略的「病人觀點」，此為本研究主要的貢獻所在。本研究綜合「臨終病情知覺經驗開顯」及「臨終病情知覺意義探索」兩個層面的研究結果，獲得以下四點結論，並論述及內涵於後：

- 一、身體知覺經驗的變化是臨終病人對病情體驗的基礎；
- 二、身體知覺開展的病情理解是病情告知者必備的參考；
- 三、身體知覺開展的病情理解可縮短醫病之間在病情告知上的落差；
- 四、身體知覺開展的病情理解可提供回應存在關係裂解、死亡焦慮、陪伴關係、瀕死覺知等臨終照顧議題的洞見。

醫療為主的生物醫學模式，透過科技整合，瞭解病人身體的病狀並進行醫療處置，是以「疾病」為基礎的診察模式，較缺乏以「人」為主體的面向關懷，而安寧的終極關懷補足的這個區塊。醫治過程需要醫學實驗數據及影像，方能了解疾病整體的狀況作為判讀；而末期病人是以對自我身

體覺察為基礎，透過身體的疼痛部位、能動性、疼痛感及不斷贅生的癌細胞與變異的區位化部位，感知到整體病情的發展趨向。身體功能的紊亂及喪失是他們調適過程最難以接受的事實，隨著身體的失落導致時間感失序，疼痛時彷彿時間向度被凍結，寂靜的夜如此的令人恐慌，分秒之間如牛步進行，等待的時間如此漫長。

病人的身體隨時隨地透過感官進行對病情的覺察，癌症的發展在身體內蔓延旅行，所到之處到處留下痕跡，形成一個身體的內在的地圖。因治療過程身體的刀痕，治療遺留下的傷痕，變成肉體可見圖騰。這些鐫永的刻劃在身體的內外，時時刻刻提醒著病人逐漸將失去自我的存在，朝向死亡前進。

癌症末期逼使他們置身於臨終的場域，身體的衰敗及症狀的侵襲、角色功能的喪失，病人漸漸體認到自己的「位置」開始位移。漸從外在世界為主的模式，開始朝向以內在覺知發展為主的內在覺察。生命其實是一種人與人之間的關係連結，朝向臨終的死亡，在世的存有關係面臨挑戰，我們與自己、他人、天與大自然的關係。因為死亡，生命中所有的情事浮上檯面，也因而切斷彼此之間的連結。

斷滅的身體與世界情事往來中，存有的狀態是包容在一個無形的「業力因緣網」之中，我們隨著各自的業力，不停地編織屬於個人的因緣，與自己、他人、大自然與更高層次發展的神聖連結。我們身處於其中而不自知，已被涉入這層無形的業網中，亦即所有發生在病人身上的各種難解議題，都是屬於他獨特的因緣所成就的。

在世關係的羈絆的連續，也並不因為進入所謂的病沉期之後背立轉向期，而朝向不再復返的階段。血濃於水的在世關係，關懷的愛念，持續到病人即將離世前，只要一息尚存他們關心的永遠都是家人及身邊的人，並且不吝於給予慈悲的慰問及笑容。或許他們往返在虛與實之間擺盪，但這深刻的關係連結是生命裡最深刻的經驗，他從來不需要去刻意的表現出社

會面具，而是從內在生命的底層所散發出的一種「真、善、美」的神聖德行。

病人的身體處於「瀕臨」階段，在世存有關係層面因身體而斷裂，複雜難解的人際關係，在臨終前左右搖擺他們未來的去向；一種面臨死亡孜然一身的「孤獨感」，無時無刻的銘記在心裡。焦慮向我們揭示存在的「失根性」，而死亡也會讓我們失去所有，尤其在面臨死亡前的失落及分離，更是生命中最大的危機。眼見他人死、全能感破裂的歸屬焦慮、孤獨與耗竭、及情緒上的苦苦煎熬，更增添病人在行經死亡幽谷時窒礙難行。

曾同期奮戰的病友們紛紛離世的衝擊，一種眼見他人死的焦慮及身體「全能感」的破裂，強烈的死亡焦慮下，焦慮感從潛意識浮上意識層面，從夢境中看見死亡的逼近。宗教提供人們解脫生命中的苦惱，教義與儀式常讓病人在面臨死亡時心裡得到寄託及慰藉，並懷著對來世的期盼，坦然接受死亡，帶著希望指向未來。

生命非常的不可思議，病人臨終前會進行此世關係的重整；藉此機會讓病人有機會重新面對及思考過去的生命經驗，在安寧的臨終照顧，藉由「生命回顧」重新再「促進」病人反思，或許表達愛、懺悔、表達內心真誠的愛及關懷，此刻的「共在」消弭了生死之間的區隔，深刻的同理及傾聽，接受病人置身處境所發生的事情，一種全然的信任關係，病人開始有勇氣離開自己熟悉的位置，而移轉到新的位置，而心不再孤寂。

華人文化對死亡議題總是感到禁忌，因應倫理的考量及文化因素，在病情告知部分也突顯由醫師及家屬所主導的病情告知。七位研究參與者，只有一位是醫師直接告知，另外六位都是醫師與家屬討論過程，才決定告知。在未告知前，他們直接從家屬口中聽到癌末的事實，或是當醫師在病房外與家屬會談時，看見家人的臉色不好，哭泣、氣氛凝重或欲言又止的情況下，大約就知道得到癌症的事實。

而是否結婚也影響告知時的狀態，通常家屬傾向隱瞞；醫師告知病情

時，有時也會採取迂迴方式告知，在告知的態度上，同樣是病情告知卻產生截然不同的心理感受。病人期待能如實告知且是一種雙向的溝通過程，以利安排後續的生活計畫。若只是單向告知，並未深入了解病人的想法時，病人認為自己的想法不被重視。尤其在接近臨終過程，病人透過對身體的覺察，知曉病情變化的迅速，常會主動詢問病情。這些動作的背後動機，其實是讓照顧者或家屬開始有心理準備，他們即將離世的事實。

臨終過程是一個「動態」的身心靈轉化過程。當病人瀕臨死亡時，除生理的瀕死情況出現外，病人對於生命即將結束時，也常「臨死覺知」的感通能力出現。臨終的急迫性，心智的舊自我面臨生命的「邊界處境」，遭受死亡的威脅產生一種不同的意識狀態，也就是「超自我」的型態。它是一種超越自我的生命中心所形成的觀點，以此來看待生命及引導生命朝向靈性發展。

醫學對臨終瞻妄的出現，視為一種症狀的表現，但陪伴過程發覺有些具有脈絡性的呈現，其內容常與過去的生命歷程相呼應，對話間彷彿置身過去的生活經驗，一幕幕場景活生生的在眼前展開，當陪伴者與其「共在」同一情境時，過去的恩怨情仇、生命的痛苦，在笑淚中釋懷了。與生命和解時，生命經驗的重整及意義的肯定，對病人而言彌足珍貴。

臨死覺知出現一種擬象世界的對話，或者跟已逝的親人、冤親債主、神明或佛祖的對應。在虛與實之間難以說完全是生理因素所引起，多數還是跟過去的生命經驗相關，對應過程的反應也顯示自我消融時靈性的開顯。宗教的依歸具有為病人在生命的斷裂處重新指向一條路的連結。而「指路」涉及超個人世界的復原。宗教經驗超越個人的經驗理解，達到在此世尚未離世前與更高層次的神聖性彼此連結。

對於宗教法門的修持，持之以恆的修行能感應宗教經驗，朝向死亡的存在不再變得可怕，反而是一種期待與希望，從世俗的情境死去，轉向神聖世界或淨土世紀的重生，是對生死的一種接受。宗教體悟感知生命的無

常性及脆弱，在此期間病人沉默以待，聚精會神地修行，為死亡做準備。離世前以慈悲的心懷，展現出不同的意識狀態，臨終時，對所有人展現的是「生命無礙」的灑脫。

第二節 研究限制與建議

壹、 研究限制

本研究的限制在於末期病人的存活期太短，轉入安寧病房時身體的狀況常是，為了處理困擾的症狀，或虛弱無力，嗜睡及病情變化快，故較不容易收案。因為體力關係，訪談過程是一項挑戰。體力的虛弱注意力不容易集中，語言表達層次有其限制。涉及臨終的過程時，病人少數進入語言無法互動的情況，因此從旁收集田野相關資料，以補不足。

基於倫理考量及避免造成照顧者困擾，病人收案時須先經過家屬同意。家屬基於保護立場，未徵詢病人想法及拒絕的，也為數不少。願意接受訪談者，也因訪談過程不免涉及個人生命經驗的開展，或是過往的創傷經驗，乃至訪談過程的情緒發洩，病人覺得是一種情緒的釋放，但照顧者擔心是否會承受不了，經過多次的溝通後，家屬看見病人的轉變後，接受這個過程對病人是一個整理生命經驗的過程。家屬左右為難不知病人的心理想法，照顧者常不知臨近臨終時，應如何陪伴病人，情緒常常顯得很焦慮。透過訪談過程，病人常表達出過去內心的想法時，家屬覺得訝異。

貳、 研究建議

研究者在文本及理論、臨床經驗中不斷的進行反思及印證，對癌末病

人在臨終之際，面對生死的苦難能保有一顆良善的心感到感動。處處以他人為著想的心懷，更彰顯他們的殊勝，言語道斷間常是為了家人擔憂及煩惱直到最後，未曾對自身未來處境感到憂慮，基於這樣的深刻感受，茲提出以下建議：

一、對實務工作者的建議

（一）、安寧照顧人員

安寧發展至今已二十多年，但現在的安寧照顧朝向全方位的另類輔助療法，確能達到協助病人的功效。但當病人邁向更高層次的靈性發展時，我們或許怯於面對病人的詢問，或許怯於時間的限制及工作的壓力，或甚他的問題是你向來所逃避害怕的經驗，或更根本的是自身對於死亡的焦慮與恐懼。覺察自我內在的起心動念，或許可以幫助我們如何面對死亡這件事。

病人要的其實不多，不痛、吃得下、睡得著。身體的不痛他能與你侃侃而談，吃得下睡得著表示狀態還不錯；在這些基礎下，才能涉入深刻的對談。有時是對生命的質問，有時是關係層面的連結需求，有時是對未來去向的靈性需求想要找尋一個答案，甚至有時他只想發發牢騷。不用花你太多的時間，只要引導他讓她「說說」，如果你還是無法，更沒關係；你只要佇足在他身邊幾分鐘，你的存在是他最大的救贖，你的出現就是一股暖流，輕輕的撫過他那滿是傷痛的身心。若你不吝分享你溫暖的雙手時，適當的握著他的手，你的溫暖將帶給她力量。

發展您能夠承接病人「眼淚」的力量，我們往往無法招架病人的眼淚，我們害怕自己會跟著淪陷。生死學大師 Kubler-Ross 說過：悲傷具有神奇的療癒效果，悲傷可以讓你的生命產生蛻變，沒有人會白白悲傷，悲傷永遠有治療力量。淚水所代表的意義深遠，安寧的人性化照顧，首先要改造的

是我們自己，讓自己成為一個有溫度的「人」這件事是重要的。只要你願意對病人開放你的心與他們「共在」，他們必定會回饋你最棒的禮物。「深刻的同理」是讓他們開啟心門的心鑰，在死亡面前重新回到一種平等的狀態，彼此會獲益良多。

（二）、主要照顧者

置身於摯愛的家人正飽受病苦的折磨，而你在旁卻束手無策，一面不捨他的受苦，但卻又希望他趕快解脫痛苦；或許家裡沒人可以跟你分擔照顧工作，或為照顧問題而彼此爭執，或為經濟問題而絞盡腦汁，或為辛勞照顧卻被病人責罵的種種委屈，這一切我們都感同身受。您的存在對受苦的家人而言是最重要的一股力量，因為一種關係締結的血脈，您能留在家人身邊是最大的禮物。

或許您會為他即將離去而悲傷，或許您認為可能還有新藥上市，無論如何絕對不能放棄，要拚到最後一刻。但是，你想過嗎？或許您的家人為了你而咬牙苦撐，接受高劑量的藥物治療，只為了不忍讓你傷心時，您願意站在他的立場上為他著想，尊重他的自主權及意願嗎？如果你願意陪陪他在大自然裡吹吹風、曬曬太陽，把手談心，聊聊過去、談談未來，享受田野的洗禮，或許這是不錯的選擇，你可以試試看。

當她流淚時，你也可以試著握著他的手，陪伴他一起流淚，當他有勇氣想要知道病情時，你可以嘗試釐清他想要了解的背後原因，或許他已經從身體的衰落及功能的退化知道自己時日無多，他或許還想趁他一息尚存之時，幫你把婚事辦了，或是還有想要完成的心願要完成，請你幫忙他。

（三）、來訪者

當你進入病房時，若他是醒著精神也不錯時，不妨展現您的熱情，若他已經感覺疲累時，請自動退場。不然他會為了你咬牙硬撐，這會使他的

病情加重。若您覺得可以，靜默地坐在他身邊也是一個好選擇，以不可擾到他為原則。他會很感激您的體貼。你也可以不用說些冠冕堂皇的話，因為病人已經沒有力氣再回應，這樣會增加他的挫敗感。閒話家常，倒是不錯的選擇。如果提到難過的事情他哭了，請別制止他，讓他有管道抒發情緒，這對他有好處。

二、對未來研究的建議

整體而言，對於病人深刻經驗的描述的資料蒐集並不容易，從研究結果希望能提供臨床實務者工作者及相關人員對病人主體性的臨終經驗，提供一種不同視域及情境參考。對生死的覺察應始於對人性的高度關懷。學術的研究與臨床實務情境的彼此互補，方能達到良好的學習效果。本研究採取詮釋現象學研究方法為主要分析方法，進行半結構深度訪談，共收集七位研究參與者。詮釋現象學對醫療田野的主體經驗詮釋具有特殊的揭露與穿透力量，並提供方法觀點與實證經驗間的內在聯繫。

在病情告知的主題上，本研究以身體知覺經驗為本，提供過去比較被忽略的「病人觀點」已如前述，未來建議可深入針對醫者病情告知與病人病情知覺之間的落差與溝通(本研究只是點出，未能聚焦)進行研究，或旁及病人家屬在病情知覺與告知上角色與作用的了解(本研究聚焦於病人身上，但家屬在本土文化的陪病關係上影響甚大)。

參考文獻

壹、中文部份

- 尹裕君、林麗英、盧小鈺、鄒海月、王曼溪、許鳳珠(2002)。護理倫理概論。
台北：華杏。
- 王英偉(2009)。安寧緩和醫療臨床工作指引。台北市：財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會。
- 台灣安寧緩和醫學學會(2007)編著。安寧緩和醫療：理論與實務—安寧緩和醫療的倫理困境。台北縣中和市：新文京開發。
- 台灣安寧緩和醫學學會編著(2007)。安寧緩和醫療：理論與實務。台北縣中和市：新文京開發。
- 石世明(民 88)。臨留之際的靈魂：臨終照顧的心理剖面。國立東華大學族群關係與文化研究所；花蓮縣。
- 何婉喬(2003)。宗教師在安寧療護中的專業化角色初探—以佛教法師為例。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 余德慧(1996)。文化心理學的詮釋之道。本土心理學研究(6)，146-202。
- 余德慧(2001)。詮釋現象心理學。台北市：心靈工坊文化。
- 余德慧(2006)。臨終心理與陪伴研究。台北市：心靈工坊文化。
- 余德慧、石佳儀(2003)。生死學十四講。台北市：心靈工坊文化。
- 余德慧等著(2006)。臨終心理與陪伴研究。台北市：心靈工坊文化。
- 李明濱、廖士程(2001)。心理腫瘤學概說。國防醫學，5(4)，407-414。
- 林素琴(2004)。末期病人臨終階段照顧之現象學探討—從躁動不安到擬象轉換。南華大學生死所；嘉義縣。
- 林惠貞(2004)。「安寧緩和醫療條例」實施後臨床困境初探-醫師的角度。南華大學生死所；嘉義縣。

- 邱泰源(1988)。安寧療護相關規範之研究—以倫理為基礎，行政院衛生署科技研究發展成果報告。(DOH87-TD-1079)
- 施雅蘭(2012)。台灣文化中末期癌症病人臨終症狀之探討。未發表碩士論文，成功大學護理系碩士博士班，台南市。
- 胡文郁、楊嘉玲(2009)。末期病情告知與預立照護計畫。護理雜誌，56(1)，23-28。
- 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理編著(2008)。癌末病情告知指引。新北市：行政院衛生署國民健康局。
- 范丹伯(2001)。病床邊的溫柔。石世明譯。台北市：心靈工坊文化。
- 索甲仁波切(1996)。西藏生死書。台北市：張老師文化。
- 財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會（2010）。安寧衛教手冊（第十次修訂）。台北縣，華茂。
- 高淑清(2001)。在美留學生太太生活世界：詮釋與反思。本土心理學研究；225-285。
- 高淑清（2008）。質性研究的18堂課—首航初探之旅。臺北市，麗文文化。
- 張春興(1989)。張氏心理學辭典。台北市：臺灣東華。
- 許禮安(2002)。〈病情世界初探-由病情告知談起〉。安寧療護雜誌，7(3)，239-251。
- 郭淑芬(2004)。從癌症病人及家屬觀點探討病情告知之經驗。國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，台北市。
- 陳彰惠(1982)。探討癌症病人之家屬對「告訴病人真相」的態度。護理雜誌，29(3)，45-49。
- 陳慶餘、邱泰源、胡文郁、釋宗惇、黃鳳英、釋惠敏著(2003)：臨床宗教師照顧對癌末病人善終指數之提昇。安寧療護雜誌；8；13-27。
- 陳慶餘、邱泰源、釋宗惇、釋惠敏等著(2002)。台灣臨床佛教宗教師本土化之靈性照顧。安寧療護雜誌，7(1)，20-32。

- 陳慶餘、惠敏法師、姚建安等著（1999）。靈性照顧模式。中華民國家庭醫學雜誌；9（1）20-30。
- 陳慶餘等著(2007)。佛教蓮花基金會委託研究計畫(二)96年度臨床佛教宗教師培訓與推廣執行報告。
- 傅佩榮(1998)。宗教與人生安頓。台北市：洪建全基金會。
- 傅偉勳（2001）。死亡的尊嚴與生命的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學。臺北市:正中。
- 曾愉芳、杜明勳、陳如意（2007）。末期病人的靈性照顧與善終。基層醫學，22（2），52-55。
- 曾鈺英、李岩、方鵬騫(2008)。癌症病人病情告知策略研究進展。中國公共衛生，24(5)532-533。
- 楊大春(2003)。梅洛龐蒂。台北市：生智。P.51-61。
- 楊婉萍、賴維淑、趙可式(2008)。協助一位末期病人面對整體苦難之全人照護經驗。護理雜誌，55(6)，101-105。
- 趙可式(1996)。臨終病人的病情告知。安寧療護雜誌，1，20-24。
- 趙可式(1997)。台灣癌症末期病人對善終意義的體認。護理雜誌。44：48-55。
- 趙可式（2007）。醫師與生死。臺北市:寶瓶文化。
- 趙可式、陳清惠、顏妙芬(2002)。末期病人靈性之本質。J. Nursing Research，Vol. 10， No. 4。
- 劉嘉琪(2000)。伊里亞德象徵論之研究。未發表碩士論文，輔仁大學宗教學研究所碩士論文，台北縣。
- 蔡昌雄（2005a）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。質性研究方法與議題創新。收錄於林本炫、周平(編)，宗教與社會圖像，259-286。嘉義縣，南華大學教社所。
- 蔡錚雲、龔卓軍(2006)主編。應用心理學：身體感：胡賽爾對身體的形構分

- 析。台北市；五南圖書。(29)，157-181。
- 顏雅玲(2009)。癌末病人與家屬之情緒轉換歷程。未發表碩士論文，南華大學生死所，嘉義縣。
- 羅洛·梅(Rollo May)2004。焦慮的意義。朱侃如譯。台北縣新店市:立緒文化。
- 羅耀明(2012)。如果今天就要說再見：10堂教你瀟灑活著充滿勇氣的生死學。台北市：心靈工坊文化。
- 蘆蕙馨(2011年1月)。生死學研究：遺體的聖化，死亡的超越：慈濟大體捐贈的宗教文化現象。(11)，89-194。
- 釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏(2007)。臨床佛教宗教師在安寧緩和醫療中的角色。生死學期刊；5；65-98。
- 釋慧岳、釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘(2011年5月)。懺悔法門在末期病人靈性照顧的應用。宗教經驗與臨床療癒：人文、科學的百年相遇與對話」國際研討會，頁數。台北市：政治大學。
- 龔卓軍(2006)。身體部署/梅洛龐蒂與現象學之後。台北市：心靈工坊文化。

貳、中文譯書

- Alexander Waller, Nancy L. Caroline(2003)。癌症臨終照顧之指引(Handbook of Palliative Care in Cancer, 2nd ed.)楊慧琪編譯。台北市：合記。Kubler Ross(1994)。
- Alexander Waller, Nancy L. Caroline(2003)。癌症臨終照顧之指引(Handbook of Palliative Care in Cancer, 2nd ed.)楊慧琪編譯。台北市：合記。
- Denzin, N. K. (1999)。解釋性互動論(Interpretive Interactionism)張君攻譯。台北市。弘智文化。
- Eliade, M (2000)。聖與俗：宗教的本質(The Sacred & The Profane：The Nature

- of Religion)。楊素娥譯。台北市：桂冠。
- Irvin D.Yalom(2003)易之新譯。存在心理治療。台北：張老師。
- Karl Jaspers，張繼武、倪梁康譯。卡爾.雅斯培。北京：三聯 1988 p.94
- Kleinman , A.(1997)。談病說痛-人類的受苦經驗與痊癒之道(The illness narrative: suffering, healing, and the human condition)(陳新綠譯)。台北市：桂冠。(原著出版年：1994 年)
- Kubler Ross(1974，1994)最後一程(On Death and Dying)王伍惠亞譯。台北市：基督教文藝出版社。
- Lair, G. S.(2007)。臨終諮商的藝術。(Counseling the Terminally Ill：Sharing the Journey)(蔡昌雄譯)。台北市：心靈工坊。(原著出版年：1996)
- Longaker, C (2001/2009)。假如我死時，你不在我身邊 (Facing Death & Finding Hope— A Guide to the Emotional and Spiritual Care of the Dying)(陳琴富譯)。台北縣：張老師文化。
- M. Merleau-Ponty ,(1945/1992)。知覺現象學《Phenomenology of Perception》姜志輝譯，北京：商務印書館，2001。
- Robert H. Hopcke(1997)。導讀榮格。(A Guided Tour of The Collected Works of C. G. Jung) (蔣韜譯)。台北縣新店市:立緒文化
- Singh,K.D(2010)彭榮邦、廖婉如譯。好走：臨終時刻的心靈轉化。台北：心靈工坊。
- Toombs, S. K. (2000)。病人的意義--醫生與病人不同觀點的現象學討論(The Meaning of Illness：A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient) (邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯)。青島：青島出版社。(原著出版年：1992 年)
- Walsh, R.& Vaughan, F.著(2003)。易之新、胡因夢譯。超越自我之道—超個人心理學的大趨勢。臺北市：心靈工坊文化。
- Yalom, I.D.著(2009)。廖婉如譯。凝視太陽：面對死亡恐懼。臺北市：心靈

- 工坊文化。
- 弗朗克 (Viktor E. Frankl)(2008) 趙可式、沈錦惠譯。活出意義來。臺北市，光啟文化。
- 安東尼·史帝芬斯(Anthony Stevens)2006。大夢兩千天(原書名：夢：私我的神話)。(Private Myths:Dreams and Dreaming)蘇絢譯。台北縣新店市：立緒文化。
- 朱瑟琳·喬瑟爾森(Ruthellen Josselson)(2013)。歐文·亞隆的心靈地圖(Irvin D. Yalom: On Psychotherapy and The Human Condition)。台北市：心靈工坊文化。
- 范丹伯 (J. H. van den Berg)(2001)。病床邊的溫柔(The Psychology of the Sickbed)。石世明譯。台北縣：心靈工坊文化。
- 勞瑞·杜西 (Larry Dossey) (2008)吳佳綺譯。超越身體的療癒(Healing beyond the Body)。台北市：心靈工坊。
- 喬治·賴爾(George S. Lair 2007)蔡昌雄譯。臨終諮商的藝術。台北市：心靈工坊文化。
- 愛里亞斯 (Norbert Elias, 1979) 2008，鄭義愷譯。臨終者的孤寂。臺北市，學群。
- 詹姆斯·霍爾 (James A. Hall, M.D.) 2006。榮格解夢書：夢的理論與解析 (Jungian Dream Interpretation) 台北市：心靈工坊文化。
- 漢斯·薩尼爾著(1970)張繼武、倪梁康譯(1988)。雅斯貝爾斯。北京：三聯 p.156。
- 德穆·莫倫 (Dermot Moran) (2005)。現象學導論—梅洛龐蒂—知覺現象學 (Introduction to Phenomenology)(蔡錚雲譯)。台北縣新店市：桂冠。
- 歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom) (2003)。存在心理治療(下)。(Existential Psychotherapy)(易之新譯)。台北市：張老師。
- 諾伯特·愛里亞斯(Norbert Elias)(2008)。臨終者的孤寂。(The Loneliness of the

- Dying)(鄭豐愷譯)。台北市：群學。
- 羅布·普瑞斯(Rob Preece)(2008)。榮格與密宗的 29 的「覺」(The wisdom of imperfection)。廖世德譯。台北縣新店市：人本自然文化。
- 羅傑·渥許(Roger Walsh)，法蘭西絲·方恩(Frances Vaughan)編(2003)。超越自我之道：超個人心理學的大趨勢—長青心理學：意識光譜。(The Path Beyond Ego- The Transpersonal Vision)。易之新、胡因夢譯。台北市；心靈工坊文化。
- 蘇珊·桑塔格 (Susan Sontag) (2000)。疾病的隱喻。刁曉華譯。台北市；大田。

參、英文部份

- A Focus on Meaning and Spirituality.Can J Psychiatry 2004；49(6):366-72
- Breitbart W et al, (2004) 。In review Psychotherapeutic Interventions at the end of life
- Burke, P., & Veken, J. v. d. (1993). Merleau-Ponty in contemporary perspectives. *Phaenomenologica*, 129. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers .
- Burkhardt M. (1989) Sprituality : An analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*, 3(3) , 69-77.
- Burkhardt M. (1994) Becoming and connecting:elements of spirituality for women. *Holistic Nursing Practice* , 8(4),12-21.
- Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients : A study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000 ; 8:311-3.
- Glaser & Strauss (1965).A wareness of dying. New York : Aldine Publishing Company.
- Hu W.Y.,Chiu, T.Y., Chuang, R.B., Chen, C.Y.(2002) : Solving Family-related

- Barriers to Truthfulness in Cases of Terminal Cancer in Taiwan. *Cancer Nursing* 2002 : 25 : 486-492.
- Kleiman, A. (1988) The illness narrative : Suffering, healing & the human condition. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 134-186.
- Leshen, L. (1989) . Cancer as a turning point: A handbook for people with cancer, their families, and health professionals . New York: Noonday Press.
- Levine, S.(1982). Who dies? New York: Anchor Books.
- Lifton, R. J. (1979) . The broken connection. New York : Simon & Schuster.
- Madison G.B. (1988) :The Hermeneutics of Postmodernity. Indianapolis:Indiana University Press.29-30.
- Smith,D.C,& Maher,M,F(1993). Achieving a healthy death:The dying person' s attitudinal contributions. *Hospice Journal*.9(1).21-32.
- Weisman, A. D. (1972). On dying and denying. New York:Behavioral Publications.
- WHO.(2008).National cancer control programmes : Policies and managerial guidelines.(2nd ed.).
- Woodruff R(2004) : Palliative Medicine.4th ed.UK : Oxford University Press.

肆、網路資料

- 安寧照顧基金會 : <http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital.php> 擷取
日:2011.6.18
- 行政院衛生署網站: http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx 擷取
日:2011.6.18
- www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=75925&s... 擷取
日:2011.10.01
- 全國法規資料

庫：<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066> 擷取

日：2011.6.18

台灣癌症防治網：<http://cisc.twbbs.org/lib/addon.php?act=post&id=1195>：

2012/03/15

佛光叢書(2013)·佛光電子大辭典。2013/5/25，取自：

http://www.fgs.org.tw/fgs_book/fgs_drser.aspx

附錄

附錄一：訪談指引

本訪談大綱為研究者根據研究問題所擬定之半結構性的訪談指引，內容如下：

1. 請問您是什麼時候獲知“壞消息”？可否談談當時的狀況？告知後您對病情的了解程度是？
2. 請問您當時身體的不適症狀及生理變化有哪些？後續的醫療規劃是？
3. 病情告知對您而言是代表了什麼？您心理的想法是？
4. 這個過程你感受最深刻的是？
5. 這對您的日常生活的影響是？對家庭的影響是？對週遭人的影響是？對這些事情您的想法是？
6. 當您感受到身體越差、無法控制時您最擔心的事是？您會如何處理？您會如何因應？
7. 當醫師告知您接受緩和性治療對您是最好的選擇，並請您轉到安寧病房時，您的想法是？當您踏入安寧病房時，您的想法是？
8. 這個過程您對信仰的想法是？您會如何與祂對話呢？罹病過程，支撐著您的是？
9. 您覺得個人的內在力量來自何處？您如何看待這個力量？
10. 這段受苦過程您最大的改變是？您如何看待呢？

附錄二：文本分析範例

附錄：文本分析

編號：A

段落：A1003

Q：那時候醫生是怎麼說你是什麼病？

A：醫生是沒有告訴我，他只有說可能是盲腸炎、盲腸炎吧。

Q：是醫生嗎？

A：嗯，醫生跟我說就是人時常得到的盲腸炎。

Q：哦～盲腸炎。

A：盲腸炎啦！醫生跟我說是盲腸炎，到最後要等開刀，又覺得不像盲腸炎，因為我整個肚子都在絞痛，都無法開刀。結果去照 X 光才知道是直腸癌。

Q：馬上就知道是直腸癌了？

A：那時候就進去照 X 光，照全身，就知道我這個可能是直腸癌啊！那時候要通知我媽媽，但她的手機一直關機，我當時在院綜合醫院，我的手機別人又打不進來，我那時候要聯絡我老闆，跟我其他一些老闆，因為我知道開刀需要錢，我身上的錢那時候都給我老婆，算我跟我老闆領最後一筆錢四萬八，我拿三萬八給她，我身上留一萬三，不是，我拿三萬六給她，啊我身上留一萬三這樣，身上剩一萬三自己用，結果我就問病危通知朋友可以簽名嗎？他們說可以，我就開始聯絡朋友下來阮綜合醫院幫我簽名，結果卻又說不行，然後我就開始跟我老闆，我老闆有講要送錢過來，結果注死他們都知道我叫明仔，不知道我叫 00 明。

Q：找不到人？

A：找不到人錢不知道要怎麼送，結果這個也要家屬簽名，我那時後聯絡到我妹妹，我妹妹還以為是詐騙集團，慢慢的聯絡下來，她有證實是阮綜合醫院，她有重撥回去，電話有話撥過去就對了，證實有這間

病院。最後就這樣開刀下去。

Q：有開刀下去？

A：因為我媽媽來了，就幫我開刀了，開刀後我在加護病房連住了六天，然後就轉來 00 這裡。

Q：所以你在阮綜合醫院時，醫生有清楚跟你說你得到什麼樣的病嗎？

A：他是沒有，那時候我人都在加護病房，人在加護病房護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病啦，護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病啦，她們就是每天清理我們大小，傷口，身體擦一擦，傷口重新抹藥這樣。她們一天要負責四耶，到時候就到了早上八點，早上就是會客四小時，我那時候有插管嘛，不能講話，都沒辦法講話，都用寫字的，就慢慢的寫。

【意義單元】

因為病情嚴重對於病情告知，個案認為：醫生是沒有告訴我，只有說可能是盲腸炎(病理診斷)，但是到最後要等開刀，又覺得不像盲腸炎，去照 X 光才知道是直腸癌。因為開刀問題需要聯絡家屬簽名及準備手術費用，我身上的錢那時候都給我老婆，老闆有講要送錢過來，不知道我叫 00 明。聯絡到我妹妹，她以為是詐騙集團。我媽媽來了，就幫我開刀了，詢問開刀時醫師是否有明確告知診斷及病情，個案認為：在加護病房，他是沒有(醫生)，護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病啦，護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病啦，只是每天做例行性的照顧工作。

【現象脈絡】

自我與社會(世界)脫離

以身體為基礎，感受到對疾病的體驗，身體不尋常的感覺體驗，將注意力從外在的世界，開始轉移到身體內在的感受性。「社會態度」指的是進入某種社會價值來認知這個世界，這是人存活在社會中所必要的處境，人靠著自我而活，並以社會價值為主軸，追求對未來的意志及期望。生病首先脫落的是「社會角色」，從社會脈絡中漸漸的脫鉤慢慢退出，生病一事並非只是身體的疾病過程，而是從社會體制下的運作狀況經醫療確診後，個人的社會身分上增加一個 A 身份。急性狀況但病名不確定需要緊急開刀，

但才發覺有很多狀況要處理。首先受限於社會體制要求，身邊並無親人也沒有錢，個案當時已非常久沒有繳健保費，在醫療體系下要接受醫療照顧需要有相關資格，後來繳清相關費用，因為疾病社會部分的問題浮現。個案在外從不用本名，有關本名的生活個案不願多想，而使用小名(阿明)繼續活躍於社會交際中，才會發生老闆送錢去，但卻不知道他的本名為何？而找不到人的窘境。

關於**病情告知**，個案自覺在加護病房醫生或護士沒有特別告知他得了甚麼病，只婉轉的說可能是盲腸炎，但是在不確定的情況下不敢貿然開刀，後經過照 X 光才知道是直腸癌，個案重複兩次「護士也沒有跟我說我得到什麼樣的病」，只進行每天例行的工作。從語態中似乎能感受到對護理人員的情緒。個案從他身體的感覺，覺得可能的到癌症，雖然醫師並未真正做病情告知。

【結構主軸】

自我與社會脫離：角色無法承擔社會性工作—存有關係解離

身體知覺：從身體的覺察感受疾病在身體的變化--身體

未病情告知：發病過程醫病雙方未能保持溝通—病情告知

歸屬感：幼年的家庭經驗，內心渴望圓滿的家庭生活—關係

軀體完整性喪失：經過開刀，身體已經不是過去的你。--身體

A1004:

Q：所以你那時候在阮綜合醫院時，你並不知道你的病情有那麼嚴重？

A：我是過來慈濟這裡，我媽媽跟我講的，她是跟我說我得到直腸癌，我那時候愣了一下，之後我就看很開了，沒關係啦，活一天算一天這樣。
我是怕我媽媽傷心，那時候我人在一般病房時，嗎啡控制住，很痛苦痛苦到死沒人，討個藥都沒辦法。

Q：是按怎？

A：護士難叫甲，痛苦到想要死死ㄟ。

Q：所以那個時候已經過來慈濟這裡了？

A：對，慈濟這裡，在阮綜合加護病房啊在那裡住六天沒~。

Q：加護病房結束後就直接過來慈濟了？

A：六天後就直接過來慈濟了，那時候我也要轉到普通病房，他們說我可以轉到普通病房，那時候也說不能喝水，第一次在這裡喝到米湯，飯湯或米湯，喝一下真的很爽快！頭一次捐那個，人家說捐器官沒。

Q：捐贈器官。

A：人死了剩一張(皮)什麼沒什麼，捐眼角膜沒什麼我感覺沒什麼啦。我是說啊捐贈就捐贈啊，啊那時候我是想說我那時候頭一次喝到那個什麼。

Q：米湯。

A：嗯，米湯，十五天都沒有喝到茶，真的我十五天都沒進食啊，連一口飯都沒有，慢慢地沒慢慢地在喝這樣沒，一直都一直吃粥。

Q：所以你在這十五天你還是不知道你自己的身體發生什麼事情。

A：有我知道，那時候已經知道，在第六天我就知道了。

Q：誰跟你說的？

A：我媽。

Q：醫生都沒有跟你的病情？

A：醫生沒，我媽我媽直接跟我說的，她叫我說，因為醫生跟我媽說嘛，啊我媽就直接跟我說啊，啊我也說沒關係啦，啊我不管怎樣就對了，自己的身體自己治療自己顧，啊如果佛祖要帶我走沒，我就呼祂帶走，我就睡整個呼祂帶走這樣。

Q：那時候要過來這裡是誰的決定？

A：誰的決定哦，我媽啊，因為……

Q：所以你就照你媽的意思轉過來這裡。

A：恩。

Q：所以你也接受這樣…

A：因為我的戶口是借人的，人借我寄耶，寄在那裡那樣啊，不然那個時候那個時候我跟我老闆，四處做啦，四處拆船四處拆厝安咧啊，四處做安咧啊，營造業做什麼每項都做啊，帶那些工人安咧啊。

【意義單元】

個案透過案母告知病情間接得知罹患直腸癌的事實。他說：在阮綜合醫院時醫生跟我媽說，媽媽跟我講，說我得到直腸癌，在第六天我就知道了。隨後我媽就決定轉院過來慈濟醫院，在高雄我的戶口人借我寄，戶口什麼都轉過來比較方便就醫。個案聽到病情後的反應是，我那時候愣一下，之後我就看很開了，沒關係啦，活一天算一天，佛祖要帶我走沒，我就呼祂帶走，我就睡整個呼祂帶走。

個案期待自己能蒙佛接引而且是在睡夢中離世。轉院到慈濟醫院後，因為案母也是慈濟委員，因此有大體捐贈的概念，隨即告知 A 這個訊息，個案的想法是：人家說捐器官，人死了剩一張(皮)沒什麼，捐眼角膜沒什麼我感覺沒什麼，捐贈就捐贈啊。當時比較困擾的是疼痛的問題，個案表示：在一般病房時，嗎啡控制住，很痛苦痛苦到死沒人，討個藥都沒辦法。護士難叫甲，痛苦到想要死死入。不過，我是怕我媽媽傷心。

【現象脈絡】

病情告知(文化因素)

個案覺得在病情告知部分，醫師先對案母進行病情告知，再由案母告知敬堯，罹患直腸癌的事實。因案母信仰因素決定將他轉院至慈濟以利後續照顧。轉戶口一是對敬堯有重要意義，年幼因父母離異，個案在青少年即離家，從此漂泊四處為家，將戶口轉到案母名下象徵重新回歸完整的家庭。病情告知研究中指出：在以「善終」為前提的基礎條件下，做好的病情告知，讓癌症末期病患瞭解自己的病情，做出符合自己意願的選擇及醫療決策，並得到醫療團隊及家屬完整適切的照顧，是安寧療護最終極目標。(胡文郁、蔡甫昌、鄭安理 2008)

典範經驗：大體捐贈(主顯節經驗)

案母為慈濟委員有大體捐贈的概念，在轉到慈濟後隨即向他提出這個

想法，敬堯過去歷經大風大浪，認為人死後只剩下一張皮，捐贈就捐贈，不會眷戀這個身體，也認為這是用無用的身體做有意義的事情，並讓後來的醫學生有學習的機會及管道。原本罹患癌症的身體是拖累的身體，但現在身體的存在轉變成有意義的存在，受苦變成可以負擔及忍受。心念轉向好的發展。

華人文化傳統有「保存全屍」的概念，慈濟大體捐贈讓捐贈者及家屬願意接受遺體遭受破壞，關鍵在於慈濟場域「聖化」大體的語言及儀式中，遺體轉化為三種象徵，即「生態之身」、「道德之身」、「菩薩之身」對應到「資源回收」、「道德人格的實踐」及「菩薩行」三種意涵，標示從物質性存在道精神性的存在，從有線到無限的生死穿越，這種超越性意涵打動人心。(盧蕙馨，2011，生死學研究)

對病情的反應，只是愣了一下，之後就看很開，希望在睡夢中佛祖來帶他走，唯一擔心是案母會傷心的情緒。這些情緒調適個案都能接受，但是唯一困擾的是疼痛問題，痛苦到想要死死算了。

【結構主軸】

病情告知：文化因素醫師告知家屬，再由家屬決定是否告知-病情告知

家庭關係：身分認同的歸屬感，希望家庭的團聚—自我與家庭關係

大體捐贈：無用的身體做有用的奉獻—典範學習

身體功能失調：「痛覺」、疼痛的困擾活生生存在身體之內—身體知覺

病情告知反應：聽聞病情告知後的情緒反應(震驚、愣了一下)-心理

A1005:

Q：那個時候你自己有沒有什麼樣的想法。

A：我是沒什麼想法，因為我是覺得我時常講做這個粗重的，這生死像我爬沒，爬六七樓。

Q：拆厝耶

A：恩，拆厝，那個六七樓，我就感覺有的人不敢去拆，我自己都嘛落去拆沒，我覺得那也沒什麼，恩，沒什麼啊，比這生死，看很開了啊。啊攏嘛為了，為了要賺這些錢，你沒賺沒法度啊，你沒賺別人也不會賺，那乾脆自己落來賺，啊我薪水高啊，帶那些工人安咧啊，大家有一頓飯可以吃安咧啊，大家多少做一點賺一點，攏做土水做土

水的部分，願意做，我做了換你們做安咧啊，大家各自有自己的本份落去做安咧，我覺得哦，我覺得人的人生就是這樣，嘛沒有別種啊。

Q：所以你這次在阮綜合危險及開刀的過程，你嘛沒感覺..

A：那時候就跟阮綜合醫院醫生說，那個時候不要幫我開刀。

Q：不幫你開刀哦！

A：對啊，你沒你沒你沒家屬的簽名，他不敢幫我開啊，我是想說恁爸啊真是死沒，你乾脆幫我開一開沒，我說，你幫我開刀，我有簽我自己個人耶嘛，簽署嘛，他說要不然你簽那個人生死狀，我說好啊，那時候我簽啊，還不幫我開，我就跟他說，你幫我開，我不會跟你們有醫療糾紛，我說我媽在做慈濟，至少我人怎樣就對啊，那個時候真的有影啊，那個時候他們說快過年，每個醫生都放假沒，後來醫療團隊啊全部都到，阿沒~我真的沒那個命可活，真的注死啊。那時候我跟鶯鶯師姐說，我活在這個世間，好加在是上天對我慈悲，那時候我跟鶯鶯師姐說，上天對我開一個玩笑，玩笑你知沒？

Q：開一個玩笑？

A：恩，開一個玩笑，過年沒，我頭一次要回去我媽那裡團圓沒。

Q：哦～

A：因為我十幾年沒回去我媽那裡，只有電話聯絡而已，曾經有一次我要帶妻兒回去，我媽也說我小妹也要回去，我想說那就大家一起回去，我開我公司的公司車要落去，最後我媽跟我說，到嘉義沒，到嘉義交流道沒，那時候打電話給我媽，我媽跟我說她人在花蓮，我火花去啊（台），我是要去找鬼哦我！

Q：沒約好。

A：沒約好，我人到嘉義了，我跟我媽說我人到嘉義了，她說她人在花蓮，和我妹人在花蓮，嘉義..嘉義。

Q：沒人，沒人在家。

A：我說啊死啊，我太太說她要去南投找她”七股”姐啊，我說好啊我載妳過去安咧啊安咧啊。

【現象脈絡】

個案在面對人生的態度表示：這生死，我覺得時常講做這個粗重的爬六七樓(拆厝、拆船)。這生死，看很開了啊(因為很危險、平常就處在生死交關中，不小心就會喪命)，為了要賺這些錢，你沒賺沒法度，大家有一頓飯可以吃。大家各自有自己的本份落去做，我覺得人的人生就是這樣，嘛沒有別種啊。

個案認為這次的生病是：我活在這個世間，好加在是上天對我慈悲，我感覺，上天對我開一個玩笑，第一次我要回去我媽那裡團圓，卻發生這種事情，很遺憾。有一次過年我想要帶妻兒回去，但卻因為沒聯絡好，無法一家團圓。發病時醫生不要幫我開刀，原因是沒有家屬簽名，本來應該要喪命的，個案求醫生，你幫我開，我不會跟你們有醫療糾紛，後來醫療團隊啊全部都到，不然，我真的沒那個命可活，真的注死啊。

【現象脈絡】

無常觀(生死態度)

個案認為人生這件事情，對於生死其實看得很開，平時的工作常處於危險之中，稍不留神就有生命危險，因此時常有「無常」的感覺。也因為是危險工作，所以賺的比一般人多，個案認為為了孩子沒法度要賺這個錢，並盡自己的本分做好工作，這就是人生。

對於活在這個世間，是上天對他的慈悲。因為發病時，正值接近過年，醫生多放假了，還好醫療團隊的處理，讓他度過一關，不然這次一定是注死的。個案心想上天對他開一個玩笑，今年過年想要回媽媽家團圓，卻因為這場危及性命的事件給耽擱了。也因為案母對個案的同居女友心有芥蒂，個案希望能讓孩子感受到奶奶的關懷，因此才想要跟案母一起過年，補償小時候未能跟案母團圓的夢想。

【結構主軸】

生死觀：過去工作常處於生死邊緣，因此對生死保持一種無常感-生死態度
關係失和：家庭婆媳關係失和，他希望能改善這個狀況--文化關係
疾病：身體的痛苦及關係尚未能和解，產生身心的痛苦-靈性困擾
