

南 華 大 學

生死學系

碩士學位論文

榮民醫院內科病房護理人員置身處境之探討
A Study on the surrounding situation of Veterans
Hospital internal medicine nursing staff.

研究生：張慶榕

指導教授：游金潁 博士

中華民國 一 百 年 十 二 月 八 日

南 華 大 學
生 死 學 系
碩 士 學 位 論 文

榮民醫院內科護理人員的置身處境之探討

A Study on the surrounding situation of the Veterans Hospital internal medicine nursing staff.

研究生：張慶榕

經考試合格特此證明

口試委員：游金萍

游金萍

蔡明昌

李燕蕙

指導教授：游金萍

所 長：魏青娥

口試日期：中華民國 100 年 12 月 8 日

致 謝

不敢相信，自己竟然完成念生死所這個心願，付出了時間、心力、淚水，難以承受的身心煎熬，都成過眼雲煙，回首看自己這四年，心中滿是感動與感謝，原以為出自對單位學妹的關懷，隨著論文的完成，也才真正了解到，在形成相互支持的友伴關係之時，是妳們也一路的拉著我向前走，因為有妳們，這篇文章才得以出現，謝謝阿米、宇軒、Jelly、Candy 以及 Lion，是妳們願意打開自己的世界，才能讓大家看見身處榮民醫院的護理人員，謝謝妳們在工作中默默付出、努力，辛苦了。

在南華求學的日子，許多老師們的關注與教導，自己就像是小樹被灌溉、滋養，謝謝開師父的帶領，英文的深度與難度，相信是日後可以更精益求精的方向；何長珠老師的悲傷輔導，發現自己不夠成熟以及害怕面對死亡的一面；大蔡老師對詮釋現象學的深厚功力，是自己很努力想去參透的部份，終於知道槃涅、涅槃的不同點；系主任魏老師的開導，讓自己可以試著以社會學的觀點去看醫院本身的文化與運作，以及努力散播安寧種子的精神，自己也會跟著這樣堅持下去；燕蕙老師的敘事，更是第一次讓自己看到自己的故事，原來也是有價值、被重視的；蔡明昌老師清楚的思緒與條理的做事風格，讓自己開始懂得可以有不一樣的方式面對事物，特別是燕蕙老師與蔡明昌老師，謝謝你們在口考時提出自己所沒發現的盲點，而能讓論文能夠更深入的探究與發現。

最要感謝的就是催淚王子，也是自己的指導教授-游金潁老師，上心理劇，讓自己掉下人生到現在最多的眼淚，才知道原來自己已經不會哭泣，從別人身上的議題，看見自己身上的傷痛，竟是如此的深，謝謝您讓我進「游」門，也感謝您一直包容不夠成熟、不夠努力的自己，讓您一直以來費盡心思與心力，直至口考當天甚至還比自己更緊張，去哪裡能找到像您一樣對待學生的老師，我想這就是您所謂的「遭逢」，也是學習看見自己的歷程，若是能習得您導心理劇的功力，相信就更能幫助自己跟別人了。

南華 97 級生死與共的夥伴們，雖然總是來去匆匆，每每都坐在後門邊的角落，你們卻不吝惜付出關心與幫忙，為自己注入暖暖的能量，偉仁、妙華，謝謝你們情意相

挺，還幫助總是記不住名字的我認識不少同學；安寧種子團隊的賓鈞、品仔、振發，忘不了咱們沒天沒夜的唸原文，謝謝你們總是讓自己表達平常所不敢說、不能談的話；游門的阿貴、千惠以及建智大哥，逢年過節還不忘提醒論文要有進展，同門的師兄、姐、弟、妹，謝謝你們總是忍受自己亂七八糟的思緒與報告，不停的給我加油、加水，才得以踩足「油」門一直努力到今天，還有患難見真情的秀杏，總是靜靜的聽我說、陪我坐、讓我由紛亂中漸漸找到自己的心緒紛亂的源頭，老地方的聚會，更是成為讓自己一直不放棄的重要因素。

親愛的爸、媽，謝謝你們一直以來對於自己進修這件事的支持，工作、學業的兩頭奔波，犧牲了原本該是陪伴你們的時間，還好，沒有辜負你們的期望，終於能順利的走過這段歷程；背後所隱藏的強大團隊：老姊、燕貞、麗貴、姿婷、欣慧，謝謝你們忍受自己這段時間的反覆及情緒，更謝謝你們陪著挑燈夜戰、學看簡體字還有讀原文報告，品仔多次的電腦加工、怡禎的出手相助，還有時彬、翰林的原文摘要指導，點點滴滴，屬不盡的都是你們對自己的關愛與付出，謝謝你們來到我的生命之中，因為有你們，所以才有了這樣的我，就像腦中不停迴盪著那首歌：謝謝你們~愛我的每個人…僅以這篇文章獻給大家，以及身處榮民醫院默默付出的護理人員一起分享。

摘要

本研究旨在探討榮民醫院內科病房護理人員的照護經驗，透過深度訪談 5 位研究參與者以及田野觀察蒐集資料，再由現象學研究法了解護理人員的置身處境包含工作中所遭遇的困境和其因應。

本研究結果發現護理人員所在榮民醫院性質較為特殊，病人群多為單身榮民，形成對護理人員不同的意涵，沿襲軍事管理的科層制度，處在制度化的管理之中，護理人員置身處境由外在開始承載多重角色，有護理人員、替代的家人、學姐以及照顧服務員。

而處在內科病房臨床照護工作，更深一層的置身處境的壓力則是：病患急救、死亡碰觸自身親人死亡的經驗，進而引發身為學姐被究責的壓力，在如此循環的歷程之中，護理人員學會更加珍惜與親人、同伴以及病患的相處，建構出自身更多的愛與慈悲心，最後，本研究者提出相關建議，以提供醫療院所及相關醫護專業做為省思。

關鍵字：榮民醫院、內科護理人員、置身處境

ABSTRACT

This study is intended to investigate the care giving experiences of the internal medicine nursing staff at the Veterans Hospital. The methods used included interviewing five participants as well as field studies and an in depth analysis of the situations that the staff encounters at work.

The study indicates that the nursing staff at the Veterans Hospital is unique to other hospitals in the aspect of patients. When most of their patients are single veterans, managing patient care takes on a more structured and military-like style. The staff itself started to take on different roles that included health care taker, family member replacement, and source of affection.

With the Internal Medicine unit, another layer of added stress is the hands on resuscitation of dying patients and sometimes the death of their own family members happening in front of them. In the case of a patient's death, more mental stress is placed on the staff member directly involved. As the years of experience grows for the staff, the staff members learned to cherish their time spent with their patients, with their colleagues and their family. This allows the staff to offer more compassion and care when it comes to future patients. In the end, this study would also like to point out certain suggestions for hospitals and medical care centers everywhere.

Key Word: Veterans Hospital 、 internal medicine nursing staff 、 surrounding situation

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	3
第二節 研究目的	7
第三節 研究問題	8
第四節 名詞界定	9
第二章 文獻回顧	11
第一節 榮民成病者	12
第二節 護理人員的專業與壓力	15
第三章 研究方法	27
第一節 研究方法的選擇	27
第二節 研究場域與研究參與者	32
第三節 研究步驟	35
第四節 研究倫理	39
第四章 踏進白色藩籬-看見護理人員	41
第一節 一般護理人員的置身處境	41
第二節 急救現場護理人員的置身處境	61
第三節 面對榮民臨終階段的處境	86

第四節 失去陽光的向日葵.....	99
第五章 研究結論、建議與反思.....	125
第一節 研究結論.....	125
第二節 研究建議.....	131
第三節 研究反思.....	134
第四節 未來研究建議.....	137
參考文獻.....	138
壹、中文部分.....	138
貳、中文譯書.....	141
參、網路資料.....	142
肆、英文部分.....	143
附錄.....	144

圖 目 錄

圖 1	內科病房平面圖.....	33
圖 2	訪談流程.....	36
圖 3	榮民醫院對榮民以及護理人員的意義.....	51
圖 4	病患的壓瘡、破皮傷口.....	54
圖 5	病患全身皮膚狀況.....	57
圖 6	護理人員三重身分.....	60
圖 7	急救用物及各式呼吸器.....	71
圖 8	護理人員協助病患操作呼吸器.....	71
圖 9	護理人員 4 重身分.....	101
圖 10	榮民醫院內科病房護理人員外在角色轉變的置身處境.....	128
圖 11	榮民醫院內科病房護理人員外在角色轉變的內在精神.....	130

表 目 錄

表 1 研究對象基本資料.....	34
-------------------	----

第一章 緒論

人生有很多夢想是可以堅持下去的，一直以來，護理就是自己認定可以一輩子的志業，穿戴著白色的制服，南丁格爾的誓詞還印在腦海裡：

「余謹以至誠，於上帝及會眾前宣誓：終身純潔，忠貞職守，盡力提高護理標準，勿為有損之事，勿取服或故用有害之藥，慎守病人家務及祕密，竭誠協助醫生之診治，務謀病者之福利 謹誓」

記得那一年，17 歲，手裡拿著燭光，念出了這段話，在同年紀的同學還在恣意揮灑青春的時候，卻已知從此自己的人生將與眾不同，肩膀上的十字架將變得更沉重，因為得要盡一切努力，協助患者恢復健康，這樣的感動濕潤了眼眶，人生瞬間被意義充滿，為自己的存在大大的加了分數。

護理工作 12 年的日子，說長不長、說短不短，卻足夠讓工作熱忱一點一點的消逝，背負著十字架面對照顧人的工作，以為自己可以成為理想中「好」的護理人員，沒想到，護理竟沉重到讓人無法負荷，就是一個人轉圈的圓舞曲，轉阿轉，無法停止的轉圈圈，卻跳不出屬於自己華麗的舞步...工作開始讓人覺得難過、無力，因為不但要會執行常規的護理工作，還要懂得醫師的用藥，要知道何時該介入醫療團隊的照護資源，要懂得病患疾病所需的營養補充，要給予疾病的健康指導，這些每天例行的事務，就這麼刻在腦海裡，還要不斷面對受疾病所苦、流逝的生命，為了維持護理專業的形象，就算出現情緒也要學會隱忍，學會難過的時候不掉眼淚，因為自己還要引導家屬與逝者道別，要為逝者遺體護理，要告知這將要離世靈魂這一生的苦難已經結束...所以學會沒有聲音、沒有情緒，學會面對生活中不順遂，也冷靜的對待，然而，這點點滴滴，沒有痊癒的創傷，在白色的天使翅膀上留下一道道的傷痕。

到南華進修的生活，揭開自己這些傷的存在，悲傷輔導讓自己知道有心理年齡的困境，也更懂得應珍惜當下、眼前的生命，心理劇，讓自己留下人生中最多數的眼淚，算不清的眼淚，算不清的傷痕，卻擁有了許多隻手搭在肩頭，許多溫暖的擁抱，用眼淚換

來了生命的滋養，讓失落在生命中悄悄的轉化，才知道原來護理帶來的，除了聖潔的白色，還有隱藏的紅色在裡頭，究竟，護理的敵人是死亡，或是病人的苦難？激情的急救過程，真的可以會恢復病人的健康或是延長死亡的歷程？面對每次急救之後，自己單獨面對混亂不堪的現場、受到急救「二度傷害」屍體的時刻，是不是就是回到所謂的本真的存在？面對死亡的感受，是害怕、是恐懼、是無力、是自責，還是憤怒？每一次為病人做完遺體護理之後的失落與難過，又是為了什麼？這樣的感知、感受，又有什麼樣的人會知道、會懂、會在乎？

先知道自己有傷，也才看見在別人的翅膀上淌著血，確實知道自己的存在與付出，將會使工作與人生更具意義，希望經由本篇研究的資料整理與分析，呈現所謂的白衣天使，不為人了解的一面，試著透露出在白色光之下，還有其他豐富的色彩，期盼他們在盡心盡力照顧別人之餘，也開始學著照顧自己，也期盼大眾對待這些護理人員，能有更多的體諒與尊重。Natalie Sleeth 曾說：「There's a dawn in every darkness , bringing hope to you and me .Form the past will come the future, what is held, a mystery」，黑暗中必有曙光帶來希望，從過去到現在直到未來，期盼能有更優質的執業環境讓你們繼續付出與犧牲自己，照亮他人生命的旅程。

第一節 研究背景與動機

研究者以學術及個人動機加以分別說明如下：

壹、學術動機

根據國際護理協會（Internation Council of Nurse, ICN）於 2007 提出，全球的經濟萎縮，醫療環境日益複雜且醫療資源短缺，造成全球人力短缺的主要原因是健康的工作環境，造成護理人員離職，影響照護的品質、病患安全與治療的成效甚鉅，我國自民國 85 年實施全民健保，醫療機構基於成本考量，縮減護理人力，加重護理人員的工作負荷，加上需輪班工作的性質影響作息，更對家庭生活、個人健康及生活品質影響甚鉅，使護理工作環境惡化，人員流失的問題更形嚴重，據內政部統計至 99.08 全台人口數為 23,146,090 人（內政部，2010），護理人員領照人數為 218,743 人、執業人數 131,239 人，執業率為 6 成，其數目中顯所示出的意義，就是現今護理人員的欠缺與不足。為了解現況以作為環境改善的數據，中華民國護理師護士公會全國聯合會（簡稱全聯會）與 1111 人力銀行設計問卷進行「職場護理人員現況調查」的統計結果發現，對於工作滿意度僅為 61.2 分，其中 5 成 7 最不滿意薪資，留任指數 67.1 分，5 成 7 的人員有打算轉職，每一位台灣護理師白班照護 7-12 人，遠高於日本的 1：7 與美國、澳洲的 1：4-1：5，護理的工作繁重而吃緊，將可預測若再無法改善整體職場的工作環境，很快就會面臨到台灣的護理師荒（全聯護訊，2010）。

「榮民」醫院，是為照顧「榮民」而存在的醫院，以歷史過去的角度來看，當初所指的「榮民」，並非是現今於軍中服務期滿的退役軍人，而是指在民國三十八年，因國民黨軍隊節節敗退，一路撤退至台灣的退役軍人，在世代變遷之下，年輕力壯之時，飽受離鄉背井，生離死別之苦，在加上生活與生存成為不斷的戰爭，在「是敵非友，不戰即亡」的強大壓力之下，隨著軍隊四處奔跑、爭戰，當時因為沒有國軍眷宿分配，本著軍人本身軍紀嚴明、不能擾民的精神，許多人甚至就選在公墓邊搭起帳篷，作為「反攻大陸」暫時的棲息地（畢恆達，2001），把台灣，當成暫時的根據地，只是距離

回家的路，看起來是如此的漫長而遙遠，一直到民國四十八年七月，因社會環境的需要，乃由軍方正式改隸行政院國軍退除役官兵輔導委員會，位在南部的「榮民醫院」誕生，不但負責辦理榮民、榮眷生活照顧，還有醫療服務的業務（輔導會，2012），雖然有著不一樣的口音、來自不同的地方，帶著他們各自的勳章、戰績及一生的光榮，在這裡落腳、生根，放下生命中的動盪不安，開始過著戰亂過後屬於他們平靜的生活，隨著歲月的流轉，漸漸的，老了、病了，對他們而言，這裡不僅僅提供遮風避雨的地方，也是居住、接受疾病治療的地方，帶著他們顛沛流離的生命歷練，片段的成長記憶，模糊的家、親人以及親情的感受，在這個地方，種下自己的根，打造自己的家。

對於年邁、體弱的老榮民而言，內科疾患與慢性病在人生的後半場如影隨形，護理人員是照顧陪伴病人最重要的角色，沒有了護理人員，醫療的技術執行至日常生活的照護便沒有人去落實，病人不但無法得到照護，也得不到治療，處在榮民醫院內科病房的護理人，和榮民病患長期相處，還要面他們對孤、苦、病、亡，在學習全人照護的同時，臨床護理人員比一般人有機會經歷更多的死別，不論是在工作場所面對自己病患的死亡，或甚至是隨時上演的急救、插管，內心被死亡所牽動的感受及苦痛，在白色制服下，緊緊壓制，情緒漩渦，只在暗夜中洶湧，然而在此環境中工作的護理人員究竟是如何看待工作所帶來的衝擊？感受到的情緒有哪些？在這些情緒背後怎麼樣的置身處境？又是如何因應轉化？呈現出的樣態與一般的醫療機構是否相同？其中沒有被關切的因素是什麼？形成研究者想探究的問題意識。

貳、個人動機

護理是一個傳統以女性為主的職業，也是照護病患的第一線人員，特別需要具備有：犧牲、奉獻、機警與精確的觀察力，和良好的工作效率與技術等五種特質（張文亮，1999），研究者本身服務於榮民體系醫院的內科病房，於 12 年的工作中發現，年資的增長與環境的適應和技術純熟不成正比，除了經常感受到自身的疲累與無力，對

於自己當初剛入行的理想與抱負，更常懷疑是否過於憧憬「白衣天使」的形象，自己清楚的體認到這份工作不是白色聖潔，還有糞血髒污連親人都不敢碰觸的不堪隱藏其中，護理真的不是份簡單的工作，該犧牲及奉獻到什麼樣的程度，值得深思，面對外婆十年的重病臥床，併發乳癌轉移去世，成為第一個離開自己生命的親人，這樣的喪親經驗，來不及說、沒有照顧能力，成為自己踏上護理的路的動力，深深的遺憾放在心裡，帶著這樣的傷以為可以一直視而不見的走下去。在南華求學的洗禮，許多事件經驗的再經歷，才又再次重新認識自己、認識護理，學習心疼別人的苦，也更能接受人生中各種樣態，把握當下所擁有的真實，讓自我內在朝向生命的開展。久違了！那個著白色制服受傷的自己……

研究者服務於某榮民醫院內科病房，床位為 56 床，占床率為 45-55%，服務對象為單身榮民為主佔 8 成，榮民患者與醫護人員緊密的關係，就如同親人一般（輔導會，2010），除了疾病的治療照護，日常生活起居的照護更是需要花費時間與精力，加上沒有安寧病房的設置，自然在內科病房也就相對出現許多疾病末期患者，據藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美（2007）研究發現非安寧單位之護理人員，面對末期照護情境、臨終景象，除了觀察到生命如何過渡到死亡，更容易引發對自我瀕死的恐懼，以及經歷死亡所帶來的分離與哀慟，雖說醫療場域臨床的助人工作者，每天直視生老病死，不得不具備與生離死別、苦難共處的能力，但無可迴避的得面對自己平行受苦的困境（李玉嬋，2007），正統的護理教育注重科學性思維，強調的是實證，實證的證據，讓照護的品質變得更好，相對而言，人文素養的養成教育就較欠缺，容易訓練出以證據及數字執行專業照護的專業人員，但是，護理是照顧「人」的助人工作，碰觸到的除了「疾病」，還有隱身在背後的「人」，在「人」與「人」，而不是「護理人」和「病人」，之間的彼此互動過程，會發現有許多的感受及困境，若是無法如實直觀自我，也就容易忽略「內觀自省」才能幫助、修正自己成為一個適合的助人者。

羅玉如（2007）提出，護理以「提供病人照顧」為主軸，進行相關訓練，特別容

易忽略個人情緒上的需求，高死亡率部門如加護病房護理人員，長時間面對瀕死及死亡會產生憤怒、焦慮不安、失望、無助感、無力感等情緒反應；那麼處在這榮民醫院內科的護理人員該如何看待自己？綜論就形成研究者的問題意識：處在榮民體系醫院臨床護理人員是怎麼樣的置身處境？工作之中會面對什麼樣的困境？又是如何看待護理工作的本質與意涵？

瞭解自身受苦的意義，才能轉化為自我成長的動力，反思自己的不足，轉而加強運用在現在當下臨床工作的專業之中，唯有將自我的傷口療癒，才更能帶著身上的傷疤，勇敢的成為黑夜裡一盞微弱的燭光，傳承來自南丁格爾所強調的-愛、犧牲與關懷，進而達到在庫柏勒-羅斯在「天使走過人間-生與死的回憶錄」(1998)一書中所提及的：省視自己的內心，接受人生的挑戰，然後學會人生最重要的功課-無私的愛人與被愛。

第二節 研究目的

研究者希望透過深入訪談瞭解榮民醫院內科病房護理人員的置身處境，以及照護高齡榮民所面臨到急救、死亡議題的感知、感受，希望藉由此研究讓榮民體系內科的護理人員，瞭解自身的處境以及因應，提供榮民醫院內科病房護理人員而能增加自我省思。

本研究的研究目的：

1. 瞭解榮民醫院內科護理人員置身處境。
2. 瞭解榮民醫院內科護理人員從事護理工作的歷程。
3. 瞭解榮民醫院內科護理人員照護榮民病患的壓力及因應方式。

第三節 研究問題

基於以上所述之研究動機與背景，本研究特別選擇目前在工作場域，曾以語言表達出無力、無助的護理專業人員為對象，欲探討的問題為：

1. 榮民醫院內科護理人員置身處境為何。
2. 榮民醫院內科護理人員從事護理工作的歷程為何。
3. 榮民醫院內科護理人員照護榮民病患的壓力及因應方式為何。

第四節 名詞界定

壹、榮民醫院：

現役軍人服務滿 10 年，政府授于「榮譽國民」的榮銜，簡稱「榮民」，現國家設置有行政院退除役官兵輔導委員會，簡稱為輔導會，負責其就學、就業、就醫、就養，並設置有榮民服務處、榮家，負責未入住療養性質機構的榮民照顧與服務，附屬的醫療機構則是有 12 間榮民醫院、3 間榮民總院，而本論文中所指的榮民醫院則是指位於南部兼具有療養、醫療性質，且主要病患以榮民為主的區域醫院，榮民則為民國 38 年戰爭結束，一路隨台灣政府定居的「高齡退役榮民」而言。

貳、護理人員：

指具有護理合格執照，在臨床上擔任患者教導、照顧、諮詢、處理一般性業務、擔任醫師輔助角色的工作人員，於本研究中針對榮民醫療體系臨床護理工作人員，至少在榮民醫院內科病房服務滿二年，受過相關急救訓練課程，且經歷過病人死亡事件者。

參、置身處境

存活在世界之中，人都無法逃避生、老、病、死，由出生走向死亡過程，而對自身存在的理解，與人對於疾病、受苦的理解有著相當密切的關係，因為生命的過程之中，總是充滿疾病、老化、死亡，人對未來、生命的意義的追求以及對存在，都與對於其意義的理解密切相關，1962 年德國現象哲學家海德格（Heidegger）指出人的存在本質是寓居於世（Being-in-the-world），並且活在其周圍世界（environment）之中，人與周遭之他人與用具之間的種種關連形態與活動則顯露了人在世的生活籌畫（projects），而護理人員因為工作的選擇、職業的場域的特殊性，比起一般人有更頻繁

的機率接觸到人的病痛、急救以及死亡，「置身所在」(situatedness)是李維倫(Wei-Lun Lee)博士的研究成果，受啓於海德格作品中對人存在狀態的現象學分析以及對語言的思考，作為探究「人」存在現象的研究取向(approach)，其分析「人與事物之間的理解關係」的還原考察將會得到「人在關係中的理解」，理解後才能對處境有所覺察、頓悟、學習(游明麟，2007)，因此，本研究採取「置身所在」(situatedness)作為研究的觀點，針對榮民醫院內科護理人員在工作職場所遭遇事件的主觀經驗、情緒、理念、內心感受以及如何調適轉化的狀態做探究。



第二章 文獻回顧

生命中會遭遇許多的失落，死亡，就是最大的失落，醫院是人們經歷生、老、病、死的場域，是死亡潛藏、無所不在的地方，日新月異的醫療技術的進步，讓人誤以為死亡是不存在的，是可以避免及挽回的，然真實面對形體及生活世界的毀壞、消滅，讓人們進入了邊界處境，讓人對死亡有了新的感悟，護理人員是如何看待「死亡」、面對「死亡焦慮」和一般人是否相同？分析全國博碩士論文以關鍵字「護理人員」找出相關文章共 743 篇，其中談論工作壓力 326 篇、工作滿意度 48 篇、離職 50 篇，可見對於護理人員的工作壓力、工作滿意已受到相當的關注，相對之下對於心理層面相關的質性探究就顯較少篇幅，再以關鍵字「悲傷」、「失落」找出相關的研究共有 18 篇，其中，林惠蘭（2009）的研究發現：支持團體對於高工作壓力及職業疲潰狀潰的腫瘤病房護理人員是有相當的成效；張毓芬（2009）針對六位加護病房護理人員照顧瀕死同僚中所經歷的悲傷與哀悼歷程，進行經驗的深刻的描寫與詮釋，顯現護理專業的形塑下，不為人知的辛酸及無力；顏素卿（2003）則表示加護病房護理人員專業照顧者呈現個別化的悲傷剝奪情形；張詩吟（2008）則說安寧病房護理人員照護頭頸部癌末病人創傷性死亡，將經歷「原初」及「替代性」兩個創傷，導致慈悲疲倦或耗竭；羅玉如（2007）以「提供病人照顧」為主軸的相關訓練，通常易忽略了個人特別是情緒上需求，高死亡率部門如加護病房護理人員，長時間面對瀕死及死亡會產生憤怒、焦慮不安、失望、無助感、無力感等情緒反應；蘇洵美（2006）醫療服務業具有特殊性，為情緒勞務負荷高的工作場所，當護理人員的情緒勞務負荷越高，所感受到快樂、愛、驕傲的情緒經驗越多，工作投入會提高個人成就感，但也因此將引發情緒耗竭，當感受到越多憤怒、焦慮、悲傷及厭惡的情緒經驗，越容易情緒耗竭。

綜論上述資料發現：護理人在工作職場會承接的壓力除了場域自身，還有其附帶的替代性創傷、被剝奪的悲傷、高情緒勞務、需要支持團體來紓解情緒耗竭及無力感，

處在榮民醫療體系內科的護理人員，究竟該如何在場域自處？根據本研究的性質，以下分爲三個層面探討文獻。

第一節 榮民成病者

壹、榮民與醫院的特殊性

政府於民國 41 年建立退伍除役制度，於民國 43 年 11 月 1 日成立「行政院國軍退除役官兵就業輔導委員會」，統籌規劃辦理退除役官兵就業輔導及安置事宜。自民國 55 年更名爲「行政院國軍退除役官兵輔導委員會」（簡稱輔導會），統籌辦理輔導榮民就學、就業、就醫、就養及一般服務照顧等工作。截至 97 年底退輔會登列現有榮民 482,102 人之平均年齡爲 67.8 歲，其中 65 歲以上老年榮民 283,225 人占 58.7% 最高（占台閩地區老年人口之 11.8%），其中就養人數高達 82,552 人占 17.1%，榮家及榮民醫院，也就成了他們棲身安養的地方（輔導會，2010）。隨著政府遷台的外籍軍民，由於經歷戰亂時期健康狀況差，未婚比例高，因而也較少受到家庭及婚姻的保護，缺乏來自配偶及兒女的社會支持，加上其獨居比例爲台籍老人的四倍之多，因此其自殺率高於其他群體。

目前對不同群體的死亡態度研究顯示：年齡、性別、宗教信仰、婚姻、省籍、健康情形、居住形態等均可能影響個人的死亡態度。研究中也指出榮民群體在觀念上及社會文化行爲上與別的群體有差異且有所區隔（萬育維、張英陣、張素玉，1997）。廖建明（2008）的研究也發現在安養機構的榮民老人，在朋友支持和情感支持方面最能預測其整體身心健康情形，但即使是出生於特定歷史點、同世代的老人家，仍有差異性存在，對於單身高齡榮民而言，經歷八年抗戰、反共等諸多戰役，獨特的生活事件和長期軍旅生活，也影響到情感依附的情形，身爲第一線又長期陪伴的醫療人員，很容易被當成情感轉移的對象。

榮民醫院的患者群，多半也都有慢性疾病相伴，進出入急、門診，就像生活作息

中的一環，在此特殊的醫療場域，榮民患者的出院指的只是離開急性病房，入住到慢性病房或護理之家，生活作息一切都沒離開這場域，醫院儼然是他們的家，護病的關係並沒有因此斷裂或結束，取而代之的是如家人般的情感。綜論以上資料可以發現，現今居住在榮家或榮院的榮民，大多高於 65 歲、單身、經濟狀況較差、高比例的自殺率，且無法獨自居住而需要安排入住在機構之中，需要朋友與情感的支持，容易將情感投注於長期照護陪伴的醫護人員身上。

貳、醫療與病患

生、老、病、死是生命的四重奏，疾病與死亡更是每個人無可避免的必經之路，而醫院更是許多人生命中最終的居留之處，因著生病，指出身體肉身的損壞，更向人們顯露出生命的實情，回歸到生命的根本，突然由健康者活著的「事情之中」，陷入「沒有事情」的狀態，於是人回到了當下，在這樣的自然態度中，時間就是活著、就是生命（范丹伯，2001），然而身處在現今高齡化社會的問題之一，就是老人家罹患慢性病，多半無法自我照顧，需要社會提供長期的照顧（林麗嬋，2003），也就是表示人類的宿命轉變為面對：生命越長，就越要面對容易死於癌症（鈕則誠，2005），李翠鵬（2004）曾提到梅洛龐蒂（M.Merleau-Ponty,1908-1961）指出，人的世界是由身體而開顯的，通過身體意識到世界、身體是活生生意義的紐結，人藉由身體做感知的主體，和生活世界接應、認識世界，生命本是和死亡相依存，因著疾病，人開始對死亡有了覺察，病患的意義（S.K. Toombs）一書中提到，病患面對最現實的問題是：原來的生命存在的樣式被影響多大的程度，在現實生活中的整體感、確定性、控制感、和行動自由及熟悉世界的喪失，醫生關注的是病人體內的病理機制，而不是外在表現及其感覺和行為，現代的醫療設備不過是使人體內部的生理和病理過程和結構被看得更清，而不是增進對處在環境中的軀體總體的理解。

病患用實際生病、衰敗的身體，面對死亡逐漸迫近，需要對身體、週遭他人、環

境重新適應，外表看似靜止，內心卻是如履薄冰，面對時刻的改變，每天都需要重新振作來適應，處在希望與接受之間搖擺，反覆在求生、求死之中變化掙扎，死亡就緊緊與活著纏繞在一起，需要的是安靜、沉默、回歸自身，很少有人願意花心思理解人是如何活在重病的世界中，范丹伯的著作提到：當生病的這個事實確定之後，人就好像從電影院正在播放電影的大螢幕中向外伸出腳，走了出來，走到螢幕前的座位，變成一位觀眾（石世明，2001），但我們的內心卻像伊凡·伊里奇一樣，相信必死的法則只適用於別人，第一個會出現的反應就是否認，否認處理生命受威脅的焦慮，了解生命對待自己的方式向別人一樣，會感受到失落和背叛，要接受自己的死亡也就意味著要面對「人是有限」的威脅，就算生命到了盡頭世界仍然運轉，每個人都一樣，並不具有「特殊性」，這樣的焦慮依附在具體的對象或處境就能獲得改善，試圖變成恐懼，變成害怕某事物，可以在時間和空間中定位，對於死亡的焦慮受到潛抑，才能舒適的生活（Yalom，2003），於是，單身的榮民生活在醫院的空間，長期接受慢性病的治療，對於死亡卻是不看、不提、不聽，就算是這樣，死亡螫伏的影子卻還是如影隨形，但卻避開了可以正視、與人談論關於死亡的想法與契機，生命和死亡是相依存、相交織的，於是死亡成了生命中無法逃脫的部份，凡是活著的都會死去，成了宇宙不變的法則，若是沒有了死亡，沒有了對死亡的覺知，人不會注意到事物存在的事實，正如同青木新門（2009）這位納棺夫所洞見的：現在的醫療機構，甚至不給人對死亡進行思考的餘地，環繞在患者周圍的是生命維持裝置，抱持著延命思想的醫師團，以及執著於生的親屬們，對患者而言，像被安置在冰冷的機器中，孤零零與死亡對峙，他們總是在無從對死亡有所思考，也無法從任何人那裡得到建議的情況下，迎接死亡的到來。

第二節 護理人員的專業與壓力

壹、護理人員的專業性

護理的定義 Nursing 由拉丁文“Nutricius”演變而來，有撫育、扶助、保護、護理病人，照顧殘疾、訓練幼小以及對個人、團體、社區的照護及處理的涵義，Nightingale：護理是一種使病人置身於自然而良好的環境下，針對個人的基本需要提供服務，並教導病人及家屬保持及促進健康，根據世界衛生組織（WHO）對護理的定義：護理協助健康或生病的個體，從事促進健康或安寧地死去的活動，而這些活動在個體有足夠之必需體力、意志、或知識時，是可以獨立完成的，護理在提供協助時，也幫助個體儘早恢復獨立行使這些活動的能力。社會學家錢柏利斯（Daniel Chambliss）指出：護理是一種女性的職業，以女性從業者多，工作型態也屬於女性，強調照顧他人、僕人做的清理及家務工作；相對之下薪水低，沒有名望，並強調要協助上位者（男性），而無法自行做決策。

護理人員法於中華民國 80 年 5 月 17 日由總統令制定公布，全文共 57 條，內容第四章業務與責任 第 24 條清楚規定護理人員的職責業務為：

- 一、健康問題之護理評估。
- 二、預防保健之護理措施。
- 三、護理指導及諮詢。
- 四、醫療輔助行爲，應在醫師之指示下行之。

Wanson 認為護理是關懷照護的科學，是融合人文與科學的知識於治療性互動關係中，可用來促進人際關係及發展信任關係，並提出關懷照護就是人性及護理的本質，且道德的規範、信任、尊重的態度；是一種藉由人際間的互動來了解個案的需求及達到治療的目的，以傾聽、陪伴、關心、同理心的表達來提供人性化與整體化的護理。

Watson 以十個概念構成理論的架構，分別為：

- 一. 形成人性-利他價值體系：經由給予對自我認識所得到滿足，如個人從教育中的學習。
- 二. 激發信心與希望：協助個案尋求健康行爲，正向的鼓勵、支持及有效關係達成目標。
- 三. 培養對自己及他人的敏感性：藉著自我接受達到自我實現(self-actualization)。
- 四. 協助助人-信賴的關係：接受個案表達正負向的感受，包括有一致性 (congruence)、同理心 (empathy)、不佔有的溫情 (non-possessive warmth)、有效溝通 (effective communication)。
- 五. 增進及接受正負向感受的表達。
- 六. 有系統的使用科學性問題解決方法做決定：做決定時運用科學解決問題原則及理念。
- 七. 增進人際間教與學的互動：增進個案知識，提供自我照顧能力，決定個人需要，以達自我成長。
- 八. 提供支持性、保護性及糾正性的心理、生理、社會文化及靈性的環境：評估增進個案適應力，以支持保護身心健康，提供舒適、安心、有隱私的環境。
- 九. 協助滿足人類需要：彼此間各自的內在需要，由低階層滿足才進入高階層需要。
- 十. 允許現象學的力量：經由現象學研究個案生活經驗及觀點，更易瞭解自己與他人。

於本論文文本中所觀注的重點概念在於：第四項：協助助人-信賴的關係：接受個案表達正負向的感受，包括有一致性 (congruence)、同理心 (empathy)、不佔有的溫情 (non-possessive warmth)、有效溝通 (effective communication) 以及第五項：增進及接受正負向感受的表達，和第七項：增進人際間教與學的互動：增進個案知識，提

供自我照顧能力，決定個人需要，以達自我成長，進而能進入第十項允許現象學的力量：經由現象學研究個案生活經驗及觀點，更易瞭解自己與他人，建構出人生在工作中新的意義。

中山醫學大學醫學人文學院的院長戴正德（2007）提到：護士在歷史上有三個象徵的形象，分別是母親（folk image of the nurse as mother）、醫護宣教士（Religions image of the nurse as a care-giver for the sick）及僕役（image of nurse as servant emerged in Europe between 16th and 19th centuries），用心認識病患及其所苦，發自內心憐憫的惻隱之情，不僅是工作或表面上的關照，呈現出的是自我的犧牲以及愛的分享，關注整個照護的過程，用愛溫暖他人的生命，使他人成長，雖然要生命終究會逝去，但卻將由感動來取代恐懼。

研究指出好的護理為良好專業的決策與執行能力、熟巧的技能、良好的護病關係、成熟的自我，並且懷有「視病猶親」的態度、盡專業本分照顧「人」、使病患生命成長（張碧芬、余玉眉、陳淑月，2007；周雪靜、陳淑月、蔡小瑛、周希誠，2007），一位好的護理人員已經不是只會執行常規性的技術，如：打針、抽血、量血壓而已，而是要從「心」發出關懷與溫暖，瞭解在疾病的苦難之下，「人」真實的存在與樣貌，在死亡變成臨到眼前黑暗之時，供給一絲的光明與希望，是母親、醫護宣教士，也是僕役。

對病者而言，護理人員是相當重要的，因為日夜的陪伴，比任何人有機會更貼近患者的心，而要真正進入患病者的世界，貼近他們的想法與感受，責任是重大與艱辛的，真正有價值的撫慰，來自陪伴病患日常生活中具體細心的表現，但現代醫療的工作者，經過多年專業的訓練，特別是在分工精細的狀況下，很容易進入自我的專業中，忽略隱身在「病」之後的「人」，在身為「專業人員」的角色逐漸取代「人」的角色，醫療工作的助人者又怎能置身「存在」之外，人之所以為人並不是比自然界的動物增加特性而已，人的生活方式與交往形成人文世界，長期與患者的相處，成了內在主體間的生命光譜的互相投射，彼此生命昏暗的碰面與遇見（陳美娜，2006），自然對於患者的苦難也

就不能視而不見。

貳、護理工作的壓力

一、附加的角色壓力

醫院是所有矛盾及不合理聚集的集散地，儘管是經驗生存本質：出生、生病、意外、死亡等重要的場所，卻不是個生活的地方（瑪麗，2005），Abouserie 於 1996 年表示醫護人員專業程度較高，專業壓力也高，除了對他人生命負責，專業領域發展要隨時保持水準（黃寶園，2009），據統計，大部分醫療院所支出總額的 50%~60% 是花在人事成本，而在醫院人事護理人員占 40%~60%，加上健康保險支付衝擊下，為節省沉重的人事成本，力行編制員工出缺不補的策略，使護理人員承受更多的工作量與工作壓力（溫如玉，2002），而護理人員使用合理的技術和治療照顧患者，是個人的責任、複雜的分工，涉及其他護士、醫生及團隊，及管理者和病人的照顧者，蕭好伶、盧美秀（1996）表示，臨床工作身繫病患生死、責任重大，當照顧病患人數多以及病況嚴重時，會缺乏正向的感受而離職，除了要面對繁重的工作、病人疾病的嚴重度、三班輪班制度、行政與管理的相關要求與訓練，還要兼顧家庭生活，身心承受壓力，尤其是在區域教學醫院一般病房已婚的資深人員，情緒勞務較高，在繁重的服務過程，被要求保持良好的態度和情緒，必須掩飾和壓抑真實的感受，以提供專業的服務，心理負擔和壓力重大（吳淑蓉、王秀紅，2005）。

唐佩玲、陳玟伶、鄭琇分、張敬俐、林惠賢（2005）指出：22%的護理人員有輕度憂鬱，且工作資歷長、工作壓力大，憂鬱程度亦越嚴重，在工作後自覺專業知識不敷使用，或是遇到工作上的挫折或瓶頸萌生職業倦怠，以「身心耗竭」感受性最大，生涯阻礙以「多重角色壓力」感受最高；最常採取「尋求協助與他人支持」之因應策略（吳秀麗，2008；黃美華、郭倩琳，2009），可知，對於女性的護理人員而言，工作必須掩飾自己的心情，一方面保有專業良好的儀態與笑容，另一方面

承擔對於病人疾病嚴重度、行政訓練要求、家庭角色功能、輪班制度的睡眠作息影響，和自己抑鬱低落的心情以及耗竭、疲憊的身心。

而醫療人員所受到的教育及培養，是限制在「功能幫助」的框架之內，努力習得技術，秉持使命感及善心，希望幫助病人、減輕病人身體的病痛，把所見的事情「問題化」，用理性的邏輯模式「解決問題」，一旦落入為病人做些什麼的「問題解決模式」，面對臨終病患的照顧，助人的意識就成了受苦的來源，無法控制的生命，眼看病人受苦的無能為力，面對自己的專業角色、家屬期待的眼神，想幫卻幫不了的心情，感受超乎一般人的想像，要進入病人的受苦經驗，體會病者生活的重病世界，首要的就是放下自己想要「控制病人生命」的需要，醫療的專業並不是訓練技術的操作人，照顧者不在隱身在制服與口罩之下，而是真實的與病者面對面，與病人跳脫施予和接受照顧的關係，而是形成「共命的關係」（石世明，2001）。

過去，護理很受尊敬，但不重視護理人也有人性脆弱面，造成大量的人員流失，現今的醫護人員在醫療上面對嚴重嚴重的痛苦和貶抑，很難讓人重視她們的角色，而讓護士平均只有十年的職業生涯，不但很難請假、年資深淺的護理人存在衝突對立、更或是選擇要讓自己成為和患者保持距離的「技術員」型？還是要做一個能自我成長為患者著想卻無法與同事相處「關係化」型？每天面對病人的痛苦，看盡人類的脆弱，終將護理的精神苦惱引爆到最高點，只能以無意識的防備應對，企圖迴避自己無法承擔的感知、人性上的脆弱、無力、極限、終將一死的宿命，建構自己的身分（瑪麗，2005）。趙可式博士在「醫師與生死」一書（2008），對於資深的醫師面臨生死問題的心境探討，雖有些能以平常心看待自然律、盡己任，但會以撇除情感的牽連的方式，習以為常就把理智與感情分開，甚至刻意忽略病人的感受，讓自己呈現淡然麻木，但當警覺這樣並非自己的性格，則會嘗試找回初心，讓自己能再度同理患者。護理人員有著同樣的心理歷程，從護生的培訓開始，原以為能從職業中獲得許多，然現實衍生出無限的失望，心中的失落、激盪到淡然處之，轉變

為無動於衷的感覺，經過自我的再反省才能找回最初的心，過程中間煎熬、折磨、挫折、害怕、痛苦、學習，實遠遠超過場域外的人所能想像。

助人者如何說出自己的難以承受？現今醫療文化未許可醫護人員公開表達自己的悲傷，如同被剝奪了悲傷表達宣洩權利，或許專業照顧者更加難以找到悲傷的出口（顏素卿，2004），傳統護理教育教導護理人員要克制不能在家屬面前哭，也會因為避免接觸悲傷的情境，反而出現冷漠的態度，正如同弗蘭克（Viktor E. Frankl）在集中營所出現的心理症狀：冷漠寡情、感覺鈍化，自覺自己什麼也無法在乎，其中，冷漠是自我防衛所必需的，因為冷漠現實就會模糊，心力及情感就能集中在一件事情，似乎是應對最佳的方式，蕭育昇（1995）曾在文中引用Ram Dass和Paul Gorman（1998）的一段話：許多助人者遇上困難時卻無法接受別人的幫助、傾聽及接納，若無法接受幫助，也就做不到真正的給予，唯有加深對自我受難情節的了解，越能對他人的苦難，得到更深層次的領悟。源自於自我內在天生的慈悲心，將更敏銳、有智慧地探知人類苦難的細微樣貌，傾全力助人減輕苦難，亦是促使自己成為更有效率的支持者和助人者非常重要的一步。伴隨著事件的壓力，是助人的工作者首要面對的，以專業的態度，冷靜、沉著面對及解決問題，並要能覺察自我的情緒、瞭解自我能力的有限性，避免擴張責任的同時，承受過大的負擔與壓力，與其做「一百分」、不如做「表現好的」助人者（麥麗蓉，2009）。

護理人員的照護別人時是與自己的歷史、自我的生活經歷、當時的情緒、成為護理人員的動機與能力等連結在一起，與患者的接觸，投射出自己是怎樣的人，能知道自己要護理別人，但不知道痛苦會投射在自己的痛苦上，照顧別人不是個舉足輕重的工作，有的人會利用這領悟的機會轉化自己，有的會感覺到痛苦、封閉，自己切斷與周遭世界的關聯，最大挑戰的論述就是自我照顧，或許會恐懼不被尊重、自私的放棄，對自我的忽視放棄自己，當把別人的需要擺放在自己的需要之前，耗竭也就無法避免，自我照顧是最主要避免的方法（Summers,1994），Lauterbach和

Becker (1996) 認為：護理人員的自我照顧要有反思的能力，在照顧經驗中把自我當成注意的焦點，在原有的框架上看事物，可導致「覺察增加」、「理解的深化與延展」、「意識擴增」等正向的結果，Davidhizar (1993) 研究指出，護理人員若在適當的場合，在病患或家屬悲傷的過程中流露真情，仍能以冷靜的態度繼續執行護理工作，或是有意義的情緒支持，也更突顯出自己的同在性，照顧別人的白衣天使，承受不為人知的壓力，身處對自我理念的力不從心、與現實無法妥協、環境超乎掌控的心理衝突下，從事護理工作的動機是靠犧牲奉獻的心支撐，然而這種心態是無法度量的，更別說在這種狀況之下還期望他們能提供高品質的照護。

結合其相關的論述及觀點發現：護理人員的壓力來自於專業角色，遭遇到的衝擊除了被剝奪的悲傷，還有助人工作者常見的替代性創傷以及身心耗竭。

二、受苦的處境

人道醫療的觀念提出了三個理念：由「修復」(restore) 轉為「療癒」(healing)，由「治癒」(cure) 轉為「照顧」(care)，由「做」(doing for) 轉為「親在」(being with)，為病人做所需要的事很重要，即使不能做什麼事，持續的臨在、表達關心，也一樣帶來能量，同樣的，對於缺乏關心的護理人員而言，也需要療癒 (healing)、照顧 (care) 及親在 (being with)。白衣天使與每一個人相同，只是被分配的角色不同，並非十全十美，也不是無所不能，只不過是很有愛心、樂於助人、有正確服務的人生觀、有良知良能、容易感動，最重要的是知道自己責任所在，幫助需要幫助的人，即使艱苦吃力不討好仍必須去做，最大的關懷是「愛」，最大的付出是「忍耐」，要關懷病者，終要忍耐來成就，(張明志，2006)，然而卸下翅膀的護理人，同樣需要被投注關心、體諒、包容及愛，缺少了這些能量和元素的補充，身為平凡人都不容易，更何況是身負他人健康與生命的護理人員。

專業照顧者 (professional caregiver)，如醫護、救難(災)、警消、教育、社工、殯葬、神職人員甚至諮商輔導人員等在特殊的照顧或死亡情境有悲傷的情緒，卻可

能受到社會、制度與個體的影響而無法表達，出現複雜的適應歷程，被剝奪了悲傷表達宣洩權利，或許專業照顧者更加難以找到悲傷的出口（顏素卿，2004），人在生命每段過程當中皆有其獨特的發展任務（Erikson，1982；Levinson，1978；Bee，1996），成年期是人生重要轉捩點（Newman & Newman，1991），主要的任務是擴展各種生活角色及建立親密關係，如婚姻、撫育子女、在職場上及個人生命找尋定位等。此時遭遇死亡事件，若沒有適當處理，可能影響其後發展任務的完成，而產生發展停滯或心理壓力創傷的問題，若生活中發生重大事件，如離婚、失親、失去工作和生涯轉換等，會透過繼續學習來重新尋找生活的意義（黃富順，2002），以成年親密關係建立和穩定發展而言，非預期性與重要他人關係斷裂的死亡事件產生影響和改變是值得關注的部份。

失去親人是生命中重要的轉化過程，遭遇喪親之痛會改變對原來的生活和生命的看法，父母死亡的創傷，不僅象徵失去親密關係，也會造成：失去指導和勸告、失去父母的愛、失去模仿的行為模式，還有改善彼此關係的機會等的重要影響（鍾靚鋌，2007）。醫護人員會藉著所學，清楚的知道病情，卻忽略知識只能增加病情的了解，卻毫不能減輕其身心備受折磨的痛苦，遭遇親友的病痛時，會自問：「自己能幫上什麼忙？能幫到什麼程度？」，若是身為配偶、子女或父母，就會負起大部分照顧的責任，並儘可能的陪伴（Maggie & Patricia，1992），喪親者通常需要長時間來平復哀傷，其悲傷傾向、對情感的壓抑性，以及如何因應焦慮及壓力、如何表現情感等特質皆會影響其在死亡經驗中所產生的行為反應（Dershimer，1990）。

護理人員照顧臨終病患，是遭遇死亡衝擊及最大挑戰的一群，因為專業核心在關懷照顧，在醫療技術層面之外，更看重護病之間人與人的關係（蔡昌雄，2007），面對照顧末期病患及家屬是長期且持續的壓力情境，是造成護理人員陷入困境的緣由，長期提供患者協助，就必須長期的面對失落與悲傷，在自己沒受到良好照顧時，也無法提供高品質的照護（黃鳳英，1998），在安寧病房資源有限運用下，臨終病

患者常會住在其他科別病房，對於臨終的照顧，源自於經驗裡的本能衝突以披著死亡心像的外衣表現，容易引發護理人員對自身死亡的恐懼，柯隆回顧關於死亡的重要觀念發現三種死亡恐懼，分別為：一、死後的情形，二、垂死的「事件經過」，三、生命的終結，凱森邦指出前兩種為與死亡相關的焦慮，第三種生命的終結，則是最核心的焦慮，代表的是結束、消滅、毀滅，(Yalom, 2003)，死亡恐懼是在探討對死亡態度或反應時最普遍的一種心理狀態與情緒反應，交替使用死亡恐懼與焦慮，而過高或過低的死亡焦慮會使問題解決需面對更多的困難(藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美，2007)。而 Collett 和 Lester 將之分為四個向度來表達，分別為恐懼自己死亡；恐懼他人死亡；恐懼自己瀕死；恐懼他人瀕死，護理人員身陷在末期照護的情緒困境，大多會過於投入與病患互動、工作累積許多的失落感、不斷面對病患非預期性的過世；因此特別會害怕工作情境中面對末期病患；甚或會在家不上班時，打電話了解病患狀況。

結合其相關的論述及觀點發現：護理人員的壓力來自於專業角色，遭遇到的衝擊除了被剝奪的悲傷，還有助人工作者常見的替代性創傷以及身心耗竭，在面對自己家人、親友生、老、病、死時候，擔起照護的重責，專業的身分就無法由日常生活脫離，清楚瞭解疾病的進展，但卻也無能為力；死別是人間最大的失落，雖會沉浸在自己的悲傷，卻仍扮演自己助人的專業角色，靜默的承受悲傷，失去掉下眼淚的療癒，說不出的悲傷更叫人深刻感受到其內心的煎熬與難受。

三、轉化

(一) 受苦的感受

護理人自己的需要呢？能向誰求助？在面對自己家人親友生老病死時候，面對自己的困難、軟弱、疑問能向誰傾訴？死別是人間最大的失落，雖沉浸在自己的悲傷，仍扮演自己救人的專業角色，悲傷都往自己肚裡吞，只能靜默的承受，失去掉下眼淚的療癒，說不出的悲傷更叫人深刻感受到其內心的難受，苦難無法

避免，Frank（1995）就曾說：每個人都是負傷的敘說者（wounded storyteller），受苦定義是主觀且複雜、個人化的負向經驗感受，包括身體、心理、社會及靈性層面；為自我完整性或價值觀受威脅狀態，對個人造成強烈的失落、主觀幸福感的斷裂、撼動本有的信念；其過程包含時間變化，對事件有不同解釋、對生命的理解有了改變（劉金珍、謝慧雅、金繼春，2007；陳增穎，2010），處在受苦過程中可能伴隨出現哀傷、失落、絕望及自我價值感喪失等負向情緒（Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, & Hamrin, 2002）。

從事件開始到感覺受苦歷程，Morse（2001）認為可觀察到行為狀態為：(1)忍耐（enduring）：當面對事件威脅時，表現出堅強並繼續過日常生活，只呈現情緒壓抑，例如只想獨處或是表示自己還好；(2)逃離忍耐：此時被壓抑的情緒需要被釋放，可能會出現暫時的憤怒，以獲得控制感，此期間很短暫且有可能會再回到忍耐階段；(3)情緒性受苦（emotional suffering）：當意識到失落，明瞭現況及未來皆無法改變的情況下，個體完全沉浸於悲傷狀態，且持續哭泣或向他人訴說自己的遭遇；(4)逃離情緒性受苦：使用狂吃、喝或睡的方式，試圖逃離現況並保存能量；(5)歷經否認、休克期後，個體為了存活仍會進入忍耐期；(6)忍耐失敗：個體出現焦慮、害怕或失控，失控者可能會伴隨有攻擊行為；(7)再度進入情緒性受苦及經歷受苦。

受苦者可能會在忍耐及情緒性受苦狀態間來回且組合過去事件片段，若此過程能獲得支持協助，則受苦者會從沮喪情緒中採取減輕受苦的因應行為，尋獲希望並重新建構新的人生目標。

（二）向內做改變

每個人以他的所有作為，來顯示自己是怎樣的人，海德格說：「人從事什麼，人就是什麼」，並不像其他「存在者」那樣，有固定的本質決定他的存在；相反的，人的存在取決於自身；取決於自己的選擇，人的存在，是一個自我開顯的過

程，此在的本質即是自我開顯的內容，只要過程尚未結束，就有改變自己，轉化自己的機會（陳壯梅，2003），自我反省是觀點轉化的關鍵，轉化學習非一定要在兩難的情境中，含有直覺的、情緒的、感覺的本質在內，其轉化的歷程非Mezirow所提的直線式十階段，在成人學習理論中，經驗被視為學習歷程的重要資源，強調成人經由理性反思與認知轉換的過程，就可將經驗轉化成有用的知識，情緒是作為經驗資源的形式，國外的許多研究發現，情緒經驗是理解成人學習的重要途徑，情緒會引導學習，情緒的反思會先於理性的反思與認知的轉換（游明麟，2007）。

轉化就是指個體不再是自己，並不是停留在自己的痛苦，而是自我的關懷，真正的療癒就是超越個人自我苦難的經驗（Egnew,2005），陷在傷痛之中，會讓人忽略受苦所附帶的禮物與功課，苦難的經驗是讓人生命成長的主顯節(epiphany)與洞察（陳增穎，2010），大量的研究顯示人的轉化學習是多面向的，不僅是理性面向的批判反思，也基於情感基礎的人際支持與關懷，或心靈層次的提升，Mezirow「轉化觀點」開啓個人的成長之門，Freire以解放教育引出「對話」、「提問」啓迪成人學習的方向，情感與情緒的宣洩有助於認知的轉化，「人」應被視為整體看待，生命中的失落帶來轉化，提升人的層次，去除自私、我執，走向與人的連結，這就是「遭逢」(encounter)，開放自我、顯露本真，達到自我人格、我與你視域融合相互開展，體認存在與時間合一，理解生命的有限與無限的可能（游明麟，2007）。

第三章 研究方法

本研究為探討有關榮民醫院內科的護理人員，在工作職場上的置身處境及所遭遇到困境和其因應與轉化的歷程。因研究目的不在於驗證假設，故不預先形成假設及結果，而是改以發現的眼光了解研究對象的主觀經驗及其復原歷程。「現象」即一種「呈現」，就是把人對物的直觀體驗，作為意識來操作，運用現象學的方法釐清護理工作的本質。並藉由所呈現出的「意向性」指涉，試圖將現象還原到「本質」(eidos)，即「回歸到事物本身」，本研究以現象學為研究方法，據此，本章主要在介紹本研究的研究架構、資料蒐集以及分析的方法，共分為四節，分別為研究方法的選擇、研究步驟、研究倫理、研究對象的選擇等方面加以詳述。

第一節 研究方法的選擇

本研究是探討身處榮民醫院內科護理人員的置身處境，注重其本身的經驗和意義，護理專業主要以「人」為關切重心，而「人」更是所有學科中最複雜的現象，要深入探討此複雜現象，需以質性研究進行，才可獲得「護理現象」的整體觀（陳月枝，2000），又質性研究中的現象學被用以研究人類生活經驗的本質與基本結構（穆佩芬，1996），透過和民醫院內科護理工作經驗的人深入對話，而學習建構人類經驗意義之歷程，在護理的工作經驗中，急救乃至死亡是無法避免、必定會有的經歷，從一個沒有接觸過生命議題的角色，到得以合法入侵他人軀體隱私及生活世界，如何才能深入地了解歷程？看似專業的形象背後，他們的置身處境、遭遇的困境，又是如何加以轉化和看待？這些充滿內心對白以及自我詮釋的資料是無法用量化研究來深入取得，即探討民醫院內科護理人員的生活經驗來了解現象的實在性格與本質，而現象學研究的旨趣在於理解文本與行動的意義，能深刻實在地解釋人類直接經驗的生活世界，所研究的是現象，因此本研究以現象學作為研究的方法。

壹、現象學的意義

現象--源自希臘詞 phainomenon ； phainesthai （顯現）； phainein （顯示、顯現），現象學是由德國哲學家胡塞爾開創一種哲學運動，意欲提供一個基礎，成爲一門擺脫任何先入之見的完全自主的學科，使用描述的方法，揭示意向性、意識和人的“生活世界”的基本結構，被視爲是「一種本質的探究」，從人的生活經歷或經驗資料中出發，其特徵在於它辨視出主要關心人經驗的意義和本質上，回到一切事物直接給予（ given ）的狀態，是直接的呈現，是認識的最初依靠，亦是揭露事物呈現樣態的出發點，關心事物給予經驗者的方式，而非視其爲實際存在，在經驗者，意識就是對事物示現的覺察，正如梅洛龐蒂（ Merleau-Ponty ）所言：現象學是一項澄清人與世界關係的努力，澄清關係，首重的就是要能「看到」其「關係聯繫」（李維倫、賴憶嫻，2009）。

人的在世是依感受性與了解、詮釋所開展的世界，此在的存在狀態由「了解」（ Verstehen , understanding ）及言說（ Rede , discourse ）、感受性（ Befindlichkeit , affectedness ）所組成，正因爲經驗者落身於世面對面的遭逢（ encounter ），即海德格所謂：一個人的寓居於世（ $\text{Being-in-the-world}$ ），而藉由言語建構進入存在的位置而能通達經驗者所意象，能有理解，不僅是認識經驗者，更是經驗者的共在者，彰顯在一起（ Being-together ），是與之共在的關係（ Being-with ），故研究者選擇以現象學的方式，落身於遭逢的現場，以文本爲依歸，進入與研究參與者的共在關係。

貳、現象學的觀點

一、現象學的還原（ $\text{Phenomenological reduction}$ ）

十七到二十世紀自然科學理念影響下，強調要符合邏輯、要嚴謹、可以一再被驗證的思維模式，現象學家認爲凡呈現出來的都是呈現在具體的經驗中，現象學的研究目的和領域就是經驗（ experience ），經驗就是研究的主要對象，因爲是不證自明的，不需要像其他領域需找到根據使之有效的預設，是種徹底、根本的學說（林

素琴，2004），海德格（Heidegger）認為人被拋擲於世，並且生活於世，「在世存有」（being-in-the-world）是最根本的，存在不再是在意識中構成客觀世界，理解的過程與結果，就是人，就是人的生活，掌握現象的本質，胡塞爾認為「超驗的經驗，在理論和描述的範限中，通過徹底轉化自然、世俗的經驗所採取的態度才能成為可能的，這種態度的轉化，作為引向超越現象學領域的方法，稱為現象學還原」；主要操作，即是「超越懸置」，或稱「懸置」、「判斷的中止」、「失去作用」、或「放入括弧」等概念，面對世界存在的設定或假定的現象是一種保留、懷疑的態度，暫時不作出判斷，既不肯定，也不否定外在世界的存在（吳汝鈞，2001）。

二、存而不論（epoche）

現象學的「存而不論」，就是由被看的東西自行彰顯出來，放下解釋的脈絡，用平常心去看發生了什麼，讓「理所當然」-遮蔽住的被彰顯開，只描述、不解釋，把觀察到的現象放在括弧，存而不論（epoche）。

三、置入括弧

置入括弧之中，就是「懸置」，是現象學的首要因素，唯有將自然態度、現實生活興趣、科學假設、及存在信念懸置，現象本身才得以展現，要掌握現象學的還原的態度，就要把過去的對現象先前的知識先懸置（bracketing），以嶄新犀利的思維正確地描述直觀的經驗，去思考什麼給出了現象本身它自己正確的存在（林素琴，2004）。

參、研究嚴謹度

本研究根據 Lincoln 和 Guba (1999) 所提出質性研究嚴謹度的觀點，以具備確實性、可轉換性、可靠性、可確認性四個向度為原則。

一、確實性 (credibility)

代表資料的真實性，相當於量化研究的內在效度，即研究者從研究資料所獲得研究結果，是否為真實、反應出研究對象的主觀經驗，信度是需要監控的，本研究以研究者擔任訪談者，獲得研究參與者認可及同意後，一對一，在不受干擾的訪談環境下，以半結構式訪談大綱進行深度訪談，現場輔以錄音設備，將原始資料存檔後轉騰逐字稿，並由同樣學習過質性研究二位同儕為協同資料分析者，進行詢問、討論訪談困境、資料分析，彼此經驗分享，若出現不同觀點及理念，則是針對文本反覆閱讀，澄清研究過程中偏差及問題，發現須補強訪談的內容及深究之處，並藉由辯證以擴大研究者思維，使本研究更合理。

二、可轉換性 (transferability)

代表研究者的經驗有效轉換成文字敘述，即外在效度，於本研究中除錄音資料轉騰為文字稿，亦將受訪者過程的肢體語言、表情、非語言訊息紀錄訪談札記中，並紀錄下當日訪談結束後研究者的心得與感想。

三、可靠性 (dependability)

指研究評估的一致、穩定性，即內在信度，強調受訪者的經驗，於訪談過程，研究者必須具備有足夠、良好的訪談技巧，以引導受訪者談論其真實感受，在質性研究中，研究者本身就是一個研究工具，然如何不涉入個人主觀及先前理解與經驗，以取得可靠資料，實為難事，例如，於訪談說：「會跟那個伯伯說，他的病已經好了阿，然後要幫他把管子拔掉了阿，然後跟他講一些話，希望他一路好走這樣」，研究者接著說：「所以當作他還是一個活人跟他溝通」，就是試著以開放式的

問句，引導研究參與者說出真實感受，也就是說研究者於過程中所採用的策略來收集資料，使研究參與者願意表達自己真實的想法與感受。

四、可確認性（confirmability）

指研究的客觀、一致及中立，研究者所採用之策略，不論是分析的結果或是理論的詮釋，都與協同資料分析者進行多次檢視，以求達其指標。

第二節 研究場域與研究參與者

壹、研究場域

一、醫院的發展沿革

成立於民國四十一年元旦，原為陸海空軍肺病療養院，民國四十四年改為陸軍第一肺病療養院。至民國四十八年七月，因社會環境的需要，由軍方正式改隸行政院國軍退除役官兵輔導委員會，座落於南部的榮民醫院正式成立，設有仙草、灣橋、鹿滿、田中四個分院，醫療編制有護理室，出現第一個正式管理護理人員的單位，民國五十二年仙草及田中分院轉型為白河榮家及彰化榮家，民國五十五年獨立為灣橋榮民醫院，並下轄鹿滿分院。民國六十三年三月由肺結核病院改為綜合性醫院，並附設民眾診療所，民國七十九年，除榮民同時兼辦民眾醫療服務，民國九十一年五月護理之家擴床為 130 床，以便服務更多榮民，民國九十三年一月一日設醫療單位五部，護理部正式成立。

二、護理人力配置

全院護理人員有 264 人，其中 228 人領有護理師執照、36 人領有護士執照，執行護理人員共有 214 人，編制有主任、副主任、14 名護理長、編制護理師及護士 67 名、契約護理師及護士 133 名，且根據不同的工作分配形成組織架構，分別在門診、急診、重症加護、血液透析、內科、外科、護理之家、慢性病房服務，內科病房更以科別加以區分為二個病房，其中，選定以專門照顧榮民病患為主的胸腔內科病房為主要研究場域。

三、內科病房簡介

依據衛生署醫院評鑑之區域醫院護理人員與床位數比之標準(2.8：1)，四人一間健保床，總床位數 56 床，佔床率約 65-70% 來看，理想護理人員數應為 20 人，實際編制護理人數為 15 人，護理時數約 1.8 左右，依據統計資料顯示其素質：工

作年資 10 年以上佔 30%，五年-10 年佔 14%，2-5 年為 21%，顯示護理人員年資資深，擁有資深經驗，大學以上學歷佔 43%，可提供穩定而優質的護理服務。

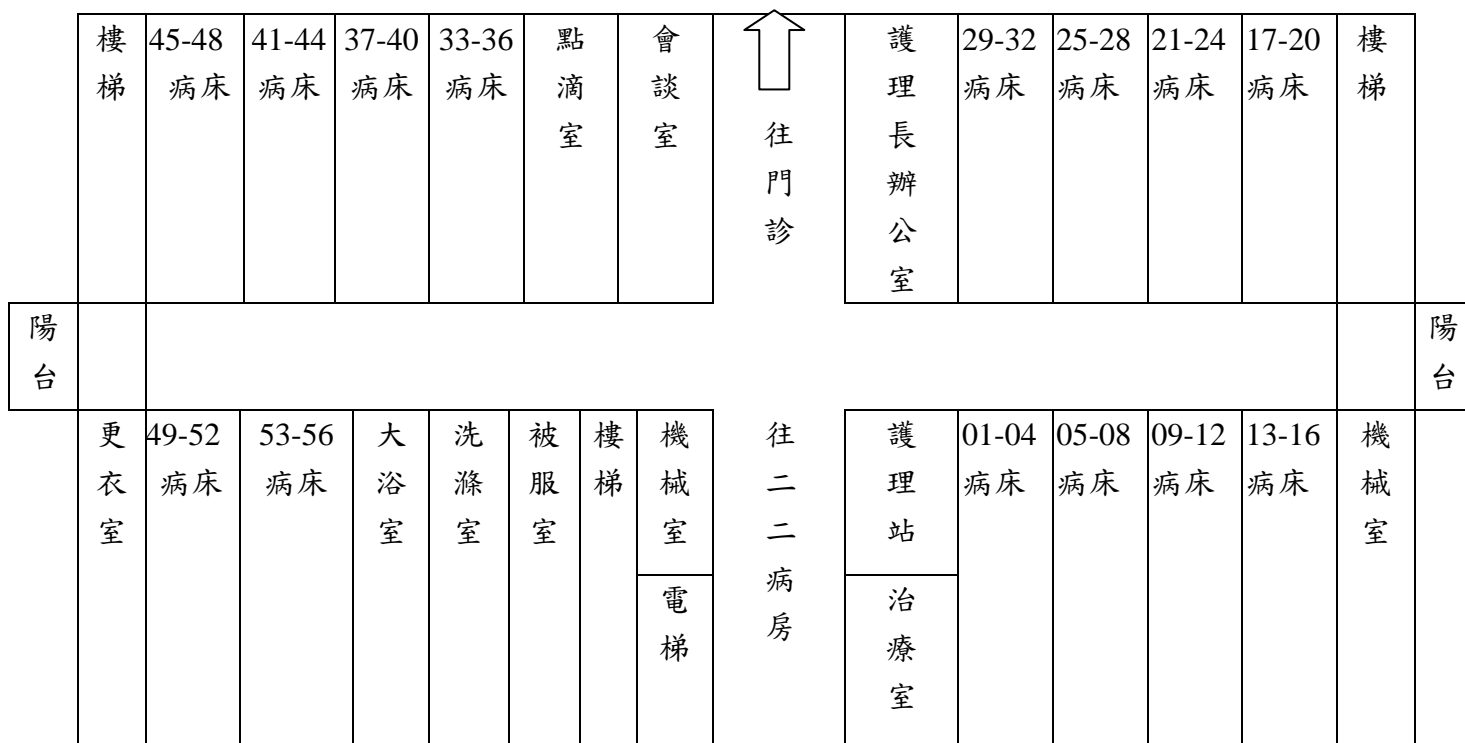


圖 1 內科病房平面圖

貳、研究對象

研究資料收集的場域限定於榮民體系醫院內科榮民病房護理人員為主，且須在工作單位期滿兩年，並完成行政院衛生署所規範對於領照兩年期內學員訓練完成，能正視護理的向度、要求、規格，目前仍執業，對於工作現場曾以言語有表達出對護理工作感受者為研究對象，徵詢自願研究者參與者，經由初步訪談及評估，於知情同意後，填寫訪談同意書一式兩份，由研究者及參與者各執一份保存，按照訪談大綱內容，以一次 1-2 小時的深度訪談執行，全程輔以錄音工具使用收集資料，將訪談內容轉譯為文本，並由文本資料加以分析，考量其中受訪者的需求與資料豐富性，確認研究參與

者為 5 人，並將 Jelly 豐富的前導性訪談性列入其中。

表 1 研究對象基本資料

姓 名	阿米	宇 軒	Candy	Lion	Jelly
工作年資	5 年	11 年	3 年	3 年	10 年
工作單位	內科病房	內科病房	內科病房	內科病房	內科病房
年 紀	26 歲	33 歲	24 歲	24 歲	29 歲
學 歷	學士畢業	學士畢業	學士畢業	學士畢業	學士畢業
職 稱	契約護理師	編制護理師	契約護理師	契約護理師	編制護理師
訪談編號	A	B	C	D	E

第三節 研究步驟

李維倫、賴憶嫻（2009）曾提出現象學研究可分為六個步驟，本文依照研究進行內容及需求，採用五步驟分別敘述如下：

壹、資料蒐集（data collection）

在質性研究中，研究者本身就是一個研究「工具」，「工具」的內部心理結構和外部表現方式具有十分重要的功能（陳向明，2002），研究者本身為榮民體系內科病房護理工作者，臨床工作經驗共十三年，並在第一線照護急性病房病患，具有區域教學醫院訓練通過行政院衛生署的二年期護理師訓練教學補助計劃（PGYN）的教師資格和受過安寧療護的訓練，曾經研習過相關的課程：質性及敘事研究法、生死學基本問題、醫療與社會、死亡社會學，以及深入心理的心理劇與失落療癒、悲傷輔導及表達性藝術治療和臨終關懷等，透過相關課程學習與臨床實務經驗結合，投身於現象場中的旁觀者，針對事件及現象提出疑問，形成研究意識並加以修正為訪談大綱。

觀察、聆聽和接觸是探求資訊的主要來源，其中，使用訪談為研究收集資料的方式，企圖創造聆聽的空間，在空間的科學認知領域，透過口語觀點的意見交換共同建構出意義（朱秀琴，2007），預完整的呈現出榮民內科護理人員各種現象，在本論文中使用深度訪談的方式，於受訪者同意之下，輔以錄音設備使用，在訪談過程中引導且呈現出護理人員在榮民醫院內科工作中所呈現不同面貌的處境、壓力，並藉以發現內在轉化，Mishler（1986）提到，訪談是交談行動，是訪談者與受訪者意義建構的過程，並非如實呈現出腦中的記憶或是已經存在的客觀事實，而是用訪談者可理解、敘說的方式，重構經驗與理解，經由訪談的互動過程，創造出新的意義，而深度訪談更是藉由訪談大綱內容將研究焦點聚焦，使受訪者在清楚已知的脈絡中，經由足夠時間的對談，讓訪談者得以掌握受訪者發生的事件過程及其相關感受、感知，進行較為完整的收集，在研究進行中，先以訪談大綱對Jelly進行前導性訪談以獲得本文，針對不足之處加以修正訪談大綱，而後個別對研究參與者A、B、C、D進行訪談，得以了解受訪者如何走入護理工作，

護理工作中所呈現出的樣貌，訪談後將訪談稿轉為文本，逐字稿的謄寫與編號，編號原則為5個個案分別以A至E之英文編號代表當事人，訪談進行的次數以阿拉伯數字代表，根據上述原則如A1002代表A個案在第一次訪談的第二句對話。

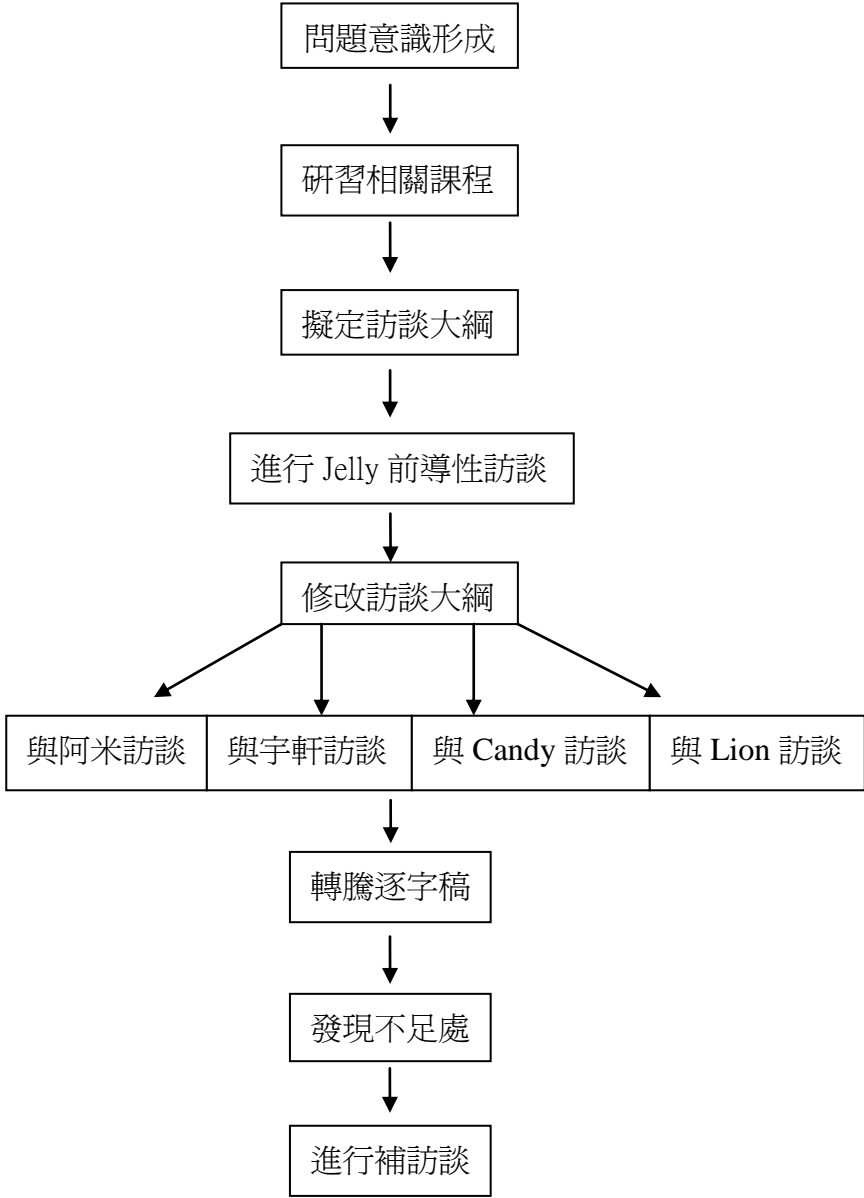


圖 2 訪談流程

貳、沉浸閱讀（empathic immersement）

在本論文的進行中則是以訪談順序完成逐字稿，選擇資料最豐富的研究參與者代號 A 的個案文本，開始進行反覆的閱讀，而形成對整體的概念，以訪談逐字稿形式呈現經驗的描述，並按照訪談對話順序仔細閱讀，把握對描述有整體的掌握，就如同經驗者經歷這個經驗，以海德格的「棲居」概念來說明，是透過想像來立體化文字的敘述，而進入經驗的場景之中，現象學還原，由實存到示現，在此則成為意義到想像，或說是意義到圖像。

參、意義單元（meaning units）

經由反覆閱讀研究參與者代號 A 的個案文本，標記出對於相同議題的部份的談話，針對文字中所流露出的字句，使用紅色底線標記，劃分出突出的意義，找出意義單元，並且將研究者由閱讀文字中的感想、相關的文獻加以整理，製做表格編排及整理，完成研究參與者代號 A 的個案文本，而將參與者代號 B、C、D、E 個案的文本以相同格式的整理，書寫方法可見附錄四，而形成意義的轉移、遭逢的處境，或是遭逢處境的一個面向，而以「前景-背景」的形式出現，做出現象的描述，特別是人寓居於世的脈絡結構。

肆、構成主題（constituent themes）

將 5 位研究參與者個案的文本做詳細的交叉閱讀，並將拆解的意義單元整併成完整的經驗結構，將不同研究參與者在不同意義單元重複出現的要點，彼此連結而形成結構面向，其選擇及安排著眼經驗的結構環節，以整體眼光跳脫個別意義單元，獲得經驗的本質，除去不合適的意涵，進入「部分-整體」。

伍、置身結構 (situated structure)

將主題綜合成完整的置身結構描述，指向人寓居於世的存在處境，避免「因為-所以」的因果句造成關係的遮蔽，而無法讓事物自身呈現，喪失進一步發現其他關係形式的機會。

第四節 研究倫理

人性基礎是學術研究的根基，進行深入訪談時，為考量研究倫理之隱私性、自主性、及不傷害、誠信原則，會談前研究者先向研究參與者說明研究主題、的及錄音過程，並重申研究參與者可隨時中斷會談或退出研究之權利。在充分告知後，徵得研究參與者同意簽署訪談同意書，針對劇中主角始進行一對一的深度訪談，訪談過程並注意研究參與者的感受、情緒、反應和本研究可能產生的影響。向研究參與者聲明所有個人資料均予保密且僅只供此研究之用，確保讀者相關權益。以下為本研究之倫理實踐：

壹、自主性原則

基於研究參與者得基本人權，在未徵得研究參與者同意前，不私自進行研究或勉強其同意，即使徵得同意，亦尊重研究參與者的意願，研究參與者可隨時終止研究。

貳、確保隱私

對於研究參與者採匿名的方式，除了在研究生團體與指導老師、研究生討論之外，不在其他公開場合或私下做討論，以保障研究參與者之個人隱私。

參、不傷害原則

研究者有義務責任確保研究參與者在研究過程中不受傷害，包括身體、心裡的傷害或不愉快。

肆、誠信原則

不欺騙、不隱瞞，對研究參與者開誠布公，詳細說明研究方法和錄音的必要性，徵得研究參與者同意後進行訪談與研究。在運用其他書面輔助資料時，亦事先徵得研

究參與者同意，始將資料加入文本來源。



第四章 踏進白色藩籬-看見護理人員

永遠是燈火通明，看不到日夜、季節之分，眼睛看到這裡的病人年邁的軀體瑟縮在病床，一個個身上插滿各種管路，不斷輸注著藥物、點滴，醫師、護理師等人員其中穿梭、不斷來去，聽的到各種儀器發出的警示聲以及病人斷斷續續發出呻吟，穿插著叫人鈴匆促的召喚，這裡是榮民醫院內科病房上演的一幕戲。

第一節 一般護理人員的置身處境

壹、護理初體驗

Jelly 實習時曾經有接觸的榮民伯伯經驗，她說：第一次接觸...應該是實習的時候...第一站基本護理實習榮民醫院的護理之家...護理之家的形式其實都差不多，病人大部分都是癱的老榮民，就量量血壓、換藥、帶活動跟帶他們出去散步...覺得護理的工作也還蠻好玩的，只是那時候覺得榮民好可憐喔...退休後接連的兩次中風，伯伯就癱了，老婆說她沒辦法照顧，像丟皮球一樣把他丟到白河榮家後來就被送到永康榮民醫院入住到護理之家（E1133），辛苦了一輩子結果被遺棄在榮民醫院，癱在床上，伯伯跟我說他每天都過著一樣的生活，吃飽睡、睡飽吃，除此之外就是在等死了（E1135），對照伯伯生命前半場與後半場的遭遇而深感不捨，引發心裡的感觸，明明就有「親人」、有「家」，卻只能住在護理之「家」，擁有的只有零星的關懷與照護，這是 Jelly 對榮民形成的第一個印象，工作之後隨著外院呼吸照護病房的同伴跳槽，一起進入榮民醫院，提到自己一開始對於內科病房工作的觀感：剛開始來報到的時候，覺得醫院很舊，可是外面看起來很漂亮，心裡想應該是一個不錯的環境（E1161），開始感受著一般病患和榮民病患的不同點，並且對照自己的成長歷程的差別，榮民醫院...病人大都沒有家屬，大部分都是榮民...我出生在台灣家庭，他們很多家鄉的口音，有時他們說話不太容易聽懂（E1163），他們的家鄉在遙遠的彼方，他們所習慣的話語、食物，他們

的根都不在這個地方，他們是孤單的，生存在這個空間裡頭，他們是「異鄉人」。

Candy 是初次離家工作的客家小妹，對於護理工作第一次接觸，是護校畢業之後去門診打工一個月（C1110），那時的工作比較好，叫號、貼病歷，護理工作好像就是忙，可是還不錯（C1112），當護理學生，只需要盡自己的本份，困難的點只有，跟病人接觸，因為跟病人建立關係很難，對他們而言我們是陌生人，相處上就不容易（C1134），要怎麼打從心底去關心一個陌生人，甚至於要談到照顧和照護，如何因著疾病，得以理所當然進入病人的家庭跟生活世界，對 Candy 來說，是很大的疑慮與挑戰，也是不敢相信，白色制服所被賦予的權力加身，和 Lion 原本就是同學、好夥伴，兩個一起面試後進入醫院工作，提到進入醫院的感受，聽到醫院名字，就覺得應該很多病人都是「阿北」（台語），因為都是榮民阿！規模大小應該不會很大（C1140），實際上踏進到這個環境，眼見的病患群大多都是老人家，第一天哦...一進來這間醫院，感覺很熱、好多老伯伯，第二天就到單位來，看到病房大家都好忙，每個人都衝來衝去，阿長跟我介紹所有上班的學姊...我就知道上班、工作到底是怎麼一回事，是要一次了解這麼多病人的事（C1146），很多的台語或是「阿北」（台語）說話有很重的鄉音，我都聽不懂...有很多時候其實真的聽不懂他們在說什麼，可能因為他們是榮民，想法都會不一樣，就是會叫醫師叫醫官（C1141），榮民病患他們敬重醫師，就像是敬重自己的長官，他們特殊的口音、稱謂，也一再提醒 Candy，他們跟自己一樣，是離鄉背井來到這個地方的「外地人」，Lion 回憶起當初到榮民醫院的決定，有感而發的說是因為：到榮民醫院實習的經驗（D1118），很多伯伯都和藹可親，而且對護生都超好的，不太會為難我們（D1120），對年紀輕輕的護理學生釋出善意，對 Lion 而言，他們是一群「老好人」，懷抱因著護理學生身分而有的體認，為 Candy 和 Lion 在內科護理的工作揭開序幕，開始在規模不大、有點感受到熱的病房中，學習與榮民病患相處之道以及展開她們所認知的護理工作。

因為姊姊在醫院工作的關係，宇軒說：還沒來工作就常和姐姐來醫院（B1106），

所以對於環境佔盡地利之便，對於從小在眷村外省家庭長大，也同樣有榮民內科病房實習經驗的宇軒說自己：這些老人家說的怎麼我都聽得懂？其他人怎麼都聽不懂...一整個超親切，和他們相處起來都不會覺得害怕和陌生，自然得很，家裡的長輩都是榮民（B1104），因為自己家的長輩就是榮民，對於和他們的相處與談話是自然不造作，把他們都當成自己的長輩般尊敬，更驚訝的發現到：醫院裡面的榮民伯伯，他們都是住在醫院超過二、三十年（B1041），但是不相同的是：他們不論有沒有疾病，都是住在醫院，他們的身體外觀，都是大傷口、全身癱瘓加管路超多的（B1100），在宇軒的心底，認定他們就是長期住在醫院的「長」病人也是「常」病人。

阿米因為離家近的考量，加上父母親有認識的人在醫院工作，所以選擇加入榮民醫院，而成爲內科病房護理的一份子，談到第一天進到醫院的感受，敘述自己：從正門走進來的，我就覺得外觀很舊、很小，想說這裡面有住人嗎？被分配到病房，看到工作人員都在忙，想說我真的能在這裡生存嗎？（A3114），不敢相信小小的空間裡，原來有著一群特殊的病人群叫做榮民，還因此有了榮民醫院，無疑就是生活在「夾縫中的人」，雖然他們來到醫院工作的緣由不盡相同，各自因著第一類接觸建立起對榮民醫院以及榮民的觀感：這裡的病患是一群沒有家屬的單身榮民，遠渡重洋、離鄉背井，長期的居住讓人感受到有些熱、有些舊的環境與建築之中，榮民內科護理工作，是一種全新的學習與體驗，因為她們要開始著手學習對病人護理專業的照護、聽懂不一樣的說話口音，帶著她們各自刻劃的藍圖，面對實際進入場域所會發生的一切挑戰與困難。

貳、破滅-現實震撼...護理憧憬的破滅

Jelly 實習的經驗，接觸過榮民伯伯，伯伯年紀很大了...記得好像是 80 幾歲...來台灣打戰，光復之後因為是高知識份子所以後來從事的是調查局的工作，光復後伯伯 40 幾歲，取了一個跟她年齡相差約 20 歲的老婆，後來在台北定居生了一個兒子，但

是退休後接連的兩次中風，伯伯就癱了，老婆說她沒辦法照顧...到白河榮家後來就被送到永康榮民醫院入住到護理之家，伯伯人是清楚的，但是只要談到他的家人，伯伯多半都是沉默...因為他入住到護理之家後家屬大部分就以電話遙控（E1133），因著疾病、肢體癱瘓，生活起居全都仰賴他人協助，被家人送到榮民醫院的護理之家，讓當時年僅 17 歲的 Jelly 感受到對於榮民病患來說，家人是很不一樣的存在方式，似有若無的情感連結，與一般的病患不太一樣，實際到臨床前線工作，還在當新人被帶領上小夜班的 Jelly 大吃了一驚，就看到學姐推了一台工作車，說什麼要一起去「整床」，當時我就覺得嚇了一跳，想說工作車上怎麼放了一大堆尿布跟看護墊、尿袋，到底是要做甚麼用的，後來才知道是要跟學姐到病房去，一床一床去看這些榮民伯伯，誰需要去更換這些東西，順便翻個身（E1165），因而有了相當難忘的經驗：遇到一個有 Dementia（譯：失智症）的病人，自己已經把約束帶給解開了，上面已經沾滿了他自己的大便，然後他拿著約束帶，竟然像牛仔一樣拿起來揮舞，我跟學姐一看就覺得真是夠傻眼的了，要怎麼幫他換啊？怎麼樣才能躲過他的牛仔式攻擊？想一想也會覺得又好氣又好笑（E1165），既要協助這些不能活動的伯伯協助身體上的照護，還要學會接受、面對他們精神上的退化以及不能理解的病者世界，這對於自己理想中護理的印象是相當不同的，與之前的工作經驗相比較之下，雖然同樣是面對行動需要完全協助的病人，在呼吸照護病房的病人都有著人工氣道跟呼吸器的使用，但是，會有看護幫忙照顧作一些翻身、拍背、換尿布（E1159），而來到這裡，相比較之下，連他們最基本的需求都聽不懂，何況他們生活的問題全都依賴著我們的照顧，在新營工作時，因為有護工幫忙，所以這些都不需要我們動手（E1163），什麼都要協助病患，沒有人會介入、插手幫助，一切都只能自己來，這跟自己理想中的護理工作的相距太大，學校的學習僅有學習到床上擦澡、背部叩擊，其他的身體照護：換尿布、綁尿套又該怎麼做？跟誰學？更何況，他們都是年紀很大的榮民伯伯。

宇軒則心有餘悸的說：第一天哦...，只記得我被帶到病房，好可怕，65 床病人，

leader 學姐照顧 8 個，其他的就平均分給 2 個人，因為白班最忙，到最後我都是跟另外一個新人上白班，灌食、翻身、換藥、量血壓、發藥，我都快瘋了...覺得壓力很大，因為自己什麼都懵懵懂懂，帶了兩個星期就上線獨立照顧病人了 (B1116)，沒有工作的經驗，初試身手的宇軒，一下子自己要面對 28 個病人，還要熟記內科病房的作業流程，還有每一項工作的標準技術、不同疾病的藥物使用以及檢查和治療，面對這番局面，無疑是陷入一場苦戰，雖然已經要求自己正式報到的前一星期就每天到病房報到，還是會有新手的擔心、操心與憂心，交接班有事不會做會被臭臉，事情不會沒人可問，1 比 20 幾個病人的白班，上到 9-10 點，每天上班都在哭，因為動不動還會被病人罵...當護士真的不是只要照顧好病人而已，真的很辛苦 (B1108)，對照之前實習的經驗，感受當然不一樣，沒有了老師的指導，感覺自己就像是站在懸崖邊，做什麼事都要戰戰兢兢、小心翼翼，要負很大的責任的...跟當學生真的很不一樣，我以前當學生也沒想過會遇到這麼多層面的難題 (B1114)，還以為自己在實習的經驗中已經深刻體認：覺的說自己真的還蠻能做事的，自己被老師分配的個案都是大傷口啊、全身癱瘓加管路超多的，可是這些我竟然做起來都不會覺得辛苦，反而還很樂在其中 (B1100)，真正成為護理人員的身分與護理學生的落差，還得要在這場戰役中學習對病人最基本的護理與照顧，同時在淚水中感受到護理工作背後的強大的壓力、責任以及風險，照護過多的病人數，每天面對過長的工作時間，和「人」相處、與「人」工作、照顧病「人」，都讓宇軒覺得苦不堪言，現實比起當初懷抱的理想，就像是個幻境。

Lion 也對實習與工作的落差很有感觸，相較之下，一直記得在實習的護理學生身分，第一個接觸與自己年紀相仿的病患：智商有點不足，可是該有的生理反應他都有，我照顧他我覺得很尷尬，因為我們畢竟只有差一歲，他是 75 年次的，我給他做 Foley care 他竟然就...你知道就是男生會有的那種...我那時真的沒有想很多，只好裝著沒看到，但是我有看到他媽媽、老師都一臉尷尬...聽他媽媽說...覺得他媽媽表現出很喜歡我，但是覺得她就是像在看女兒一樣看待我，關於兒子感覺她就是很憂鬱：他怎麼會

是這樣？（智能不足），加上我剛出去實習，什麼都不懂，又加上我照顧的個案年紀比我小，人際關係跟溝通，對我而言壓力真的很大（D1112），因為自己只是個護理學生，不但對病人、對家屬無法幫助，感受到自己無能為力，也因為同樣為人子女，更能體會父母親的「心勞」與「辛勞」，就算要求自己同理心、有同情心，但是看到屬於性別的特徵與反應是會覺得不自然，面對這樣情景，就算是著上制服，也無法忘記自己性別、自己生活的角色，與人相處如何不投射出自己，成為 Lion 的困境，但這與成為榮民內科的臨床護理人員，所感受的是不同的困難點，不一樣，差很多，護生是一比一或是一比二、三，你就會對病人的狀況、病史、家庭狀況都會很清楚，可是當現在在這裡，以一個內科病房來看，落差就會很大，因為一個人要照顧 10 幾個，突然有一個家屬跑來告訴你他是 xx 床的家屬，你馬上就要想的起來，那個病人是什麼疾病、什麼狀況（D1126），要求自己一下子就能記住病人背後強大的資料庫，還要能一下子就能區別出資料，提供相關詢問的答案，同時也要能夠配合醫療專業做護理工作，因而將自己護理工作做一番解讀，疾病要完全痊癒是要看醫師診治的，我們只能做到不要加劇，比如說肺炎的病人就是要教他痰液處理的方法，注意體溫，按照醫囑打抗生素（D1124），但醫院的病人群畢竟不同，罹患慢性病的老人家，大部分都是常見的糖尿病、高血壓、肺炎等的疾病，雖說疾病比較沒這麼複雜，可是好像就是不會好，只會症狀好一點或是差一點（D1122），他們很多都沒有家屬，他們都是從大陸來的，所以跟我們的關係都會像家人一樣比較近，有的還會把我們當成孫女一樣（D1122），有家屬？沒家屬？聽的懂？聽不懂？基本自我照護的觀念要教誰呢？病會不會好？這些形成資料庫的分類資料夾，用以區分每個病人照護重點，終於讓 Lion 感受，其實家屬給我們的壓力也是很大的（D1122），既要有過人的記憶能力，還要平易近人，更要了解整個病程護理所站的角色以及關注的重點-疾病的治療，不是護理唯一的目標。

Candy 對自己學生身份的實習提到一些想法，實習的個案我都沒什麼印象，就覺得好像把一些技術做好，像是量血壓、發藥，然後要趕快寫讀書跟個案報告，那時候

覺得照顧病人好像也還好，學姐看起來也不會很忙，聽老師的話把事情趕快做一做就好了 (C1132)，只要扮演好學生的角色，若真的遇上問題與困難，後頭還有老師、學姐是自己的「救火隊」，隨時可以幫自己「解決」，可以隨時「滅火」，直到踏入榮民內科才感受：真正工作跟實習還是有落差，當護士就是要有責任啊，不然會出事，我說的出事就是會被告啊！尤其是那種家屬會一直主動找妳，什麼都會一直問妳：檢查怎麼樣啊？抽血怎麼樣啊？那種家屬真的就是要特別注意了 (C1145)，背負著和家屬之間「一觸即發」危險的相處模式，失去老師和學姐的支援，一個人需要一肩扛起重擔，更是需要提高警覺到最高程度，避免自己陷入「出事」的危機，另一種情況是面對根本就沒有家屬的處境，很多時候其實真的聽不懂他們再說什麼，可能因為他們是榮民，想法都會不一樣...就是會單身、孤零零的，沒有家屬，其他醫院主要照顧的都是家屬，有問題你會知道找誰...可是榮民伯伯都只有輔導員，可是，輔導員畢竟也不是真正的家屬 (C1141)，是不是家屬？算不算家屬？他們能為病人做些什麼？照護嗎？決策嗎？輔導員的角色是什麼？他們究竟可以為病人做什麼？對 Candy 而言是一連串的疑問，更是需要去尋求的答案。

阿米提到自己在內科病房工作現場所見，看到的病人就是都不能動、也沒有家屬換尿布，這是護理工作嗎？真的有一點不習慣，感覺被嚇到了 (A3114)，原來護理不就是學疾病的照顧、各項的技術，那現在所做的身體清潔與照護，又算的了是護理工作的一部份嗎？這，究竟是不是護理？若以疾病類別來區分，發現內科病房的病人充斥著許多腫瘤、快休克的重症病人，不論腸胃科、胸腔科、腎臟科、神經科、新陳代謝科，與其他病房相比較：不相同...不一樣是因為我們是慢性病人比較多，反反覆覆都是那些病人...可能說我們會死亡的病人比較多 (A2004)，壓力...多少還是會...遇到一個大吐血的病人還是會緊急 (A2008)，還有，呼吸喘已經很久了，喘到他已經沒辦法，沒辦法去控制他自己 (A3046)，呼吸失去功能...氣管都已經狹窄...肺部就是沒有功能 (A3048)，或者是各種原因所導致的臥床不動，有可能是他的疾病...之前有跌倒

過，病人他都完全沒辦法動，就只能在床上，也不會翻身，全身都僵硬了（A3050），對榮民內科的病者來說，生活只剩下努力呼吸，生存的空間，都只能在床上而已

（A3052），雖然是內科急性病房，但也不是重症單位，該如何照護「急性的疾病，慢性、攣縮的軀體」？護理的規範影響之下，如何二者兼顧？做不到的時候，又該以何種為輕？何種為重？

沒被特別關注到的，護理最底層、最基本的身體照顧，是榮民內科護理人員需要全部從心、重新學習的方法與技巧，感受著學生與新手之間的落差，還來不及備戰完善就上前線作戰的狀況之下，一邊要將關於病人的資料在腦中做清楚的規畫與記憶，一邊執行龐大的常規業務，照護過多的病人數及急重症混合的病患，形成艱鉅的任務，有沒有家屬？家屬有沒有辦法照顧、能不能共苦，甚至分擔一些些基本的照護？有沒有輔導員？輔導員該找誰？何時應該由輔導員插手、介入？和病人跟家屬應對會不會出事？會不會被告？反覆出入院的病人，疾病會不會痊癒？學校所習的知識和技術是否足以應付一切的突發狀況？這些都對護理人員形成壓力，戰戰兢兢、如履薄冰，動搖自我對於護理所習得的價值與內涵的思考，也將她們心中的藍圖，狠狠的粉碎。

參、看見榮民生命中的「家」與「枷」

榮民跟隨著軍隊，一路遷徙至台灣，為了符合戰爭的需要，軍隊具備許多異於一般社會組織的特性，林妘珊（2008）的研究中曾提到：Perrow（1970/1988）指出軍隊的科層體制呈現出正三角形的結構，權力集中在上層得以控制一切，強調規條、一視同仁，有階級之分，否定其中成員一切的自由、自動自發、創造力、自尊等，軍隊呈現官僚型文化與家長型領導混合的組織文化，就像是科層制度之下主管以父權的作風與權威，以道德領導方式來規勸、引導及照顧部屬，而榮民醫院是隸屬退輔會管理的機構，位居管理層次的主管皆為退役軍官或是掛有軍徽的光環，不論是對於榮民病患或是工作人員的管理，其組織文化下也容易感受到長官具有父權的作風與權威，在加

上醫院是一個「全控式的機構」(total institution)，由上到下所接受的都是制式的安排，加上集體的生活，生活的空間，既沒有隱私、沒有所有物，身上所穿著的是院方的病人服，姓名更是被院方的號碼所取代，沒有行動的自由，出入都需要告知工作人員、辦理手續，貴重的物品與證件還必須要交由院方集中管理，喜好的房間佈置、擺放或是食物口味的偏愛，都變成方便、統一的制式管理與規定，這些榮民、榮眷病患在醫院形成的是一種「邊緣化」，在實質與社會上被孤立，他們生存的地方，空間受到控制身體活動亦受到了控制，而所謂控制所指的是：某種體現交錯的力量促使身體與空間之間能遵循著所期待的狀態進行，其中空間控制情境又以傅寇在《規訓與懲罰：監獄的誕生》(Michel Foucault, 1992)所提到 18 世紀權力體現的圓形監獄最具代表性，空間的組織與封閉形式，形成情境的控制，被監禁者位於「可見」處，因逆光效果的關係，無法清楚看到監視者，「不可見性」成爲被監禁者秩序的控制狀態，封閉、被割裂的空間，處處受到監視，每個人都被安排在固定的位置，圓形監獄的功能是加強控制所有的形式、物質、面向，甚至是微小的細節，以無所不在、無所不知的權利，規定了每個人的位置(鄭椀云, 2011)，不論是否出自於自願，接受退輔會的撫卹，榮民，就是一種身分的識別，被允許進入到白色巨塔的圍牆之內，維持基本的生計，食、衣、住、行皆能獲得安排，但是，生活已經和原本的世界發生斷裂，所要面對的是永無出院、離開之日，對他們而言，醫院就成了他們安身、遮蔽的「家」。

「家」在何處，「根」就在何處，就像落葉終須歸根，飄浮的葉子，何處是家？「家」，必須要賦予居住空間心理、社會、文化的意義，再經由持續個人化、經營和情感的投入，才有可能形成生命中最重要地方-「家」(畢恆達, 2001)，榮民伯伯，年輕時候參加軍隊離家，隨著政府退守台灣，現在年老定居此地，反反覆覆出入病房，不禁要問哪裡：哪裡才是家？居住的地方是家？有成長記憶的地方是家？這群居住在榮民醫院的無名英雄，因爲空間與時間的轉換，與家、與人的關係，就這麼變遠、變淡，輕輕的就淡出「家」的生活，一個個失根的浮萍、斷線的風箏，聚集在這個地方，努力

營造生活的環境，希望尋找到有「家」、有「根」的感覺，而醫院內的室友、鄰人，或是過去的同袍、戰友及舊識，乃至照護的工作人員，就像是他們情感投注的「家人」。

對於住在療養性質的護理之家的榮民來說，沒有所謂的出院，他們只會因為身體出現生理疾病的症狀而變更居住的樓層，二樓是內科、三樓是呼吸照護病房、五樓是外科、六樓是加護病房【100.3.12 田野觀察】，所以阿米感受病人群：反反覆覆都是那些病人（A2004），宇軒提到同樣的這些病患，住在醫院超過二、三十年，在內科病房跟護理之家來來去去（B1041），Jelly 則更深入的說：榮民病人，其實更需要我們的支持，因為照顧的病患都固定式來自榮民體系，病人常有重複的情形，認真來說他們沒有所謂真正的出院，有的病人會長期住在護理之家，所以常會有老病號，彼此的熟悉感覺就像自己的朋友或親人，這是跟外面比較大的差異吧！（E1167），護理之家建立在三樓與五樓，提供孤獨、年老的榮民遮風避雨的地方，在這個地方，他們經歷了人生的下半場，榮民醫院就是他們的「家」，然而，無法避免生命歷程中的老與病，被拉扯進入病者的世界，再也無法抽身回到健康、年輕的狀態，長住直至死亡，「榮民醫院」對他們而言，是生命畫上句號的地方，亦是人生最後可以永遠歇息的家，而這些白衣天使，則在這裡見證這些英雄末路所經歷的點滴，不同於一般病人與護理人員的關係，他們同樣是被放在固定位置，被空間情境控制，輪班不間斷的護理人員與永住醫院的榮民病人，形成關係緊密共同生活的一群人，彼此間互相的關心與陪伴，似家人卻又不是家人的情感，建立在「護病關係」形成的同時，也是讓自己開始踩在不穩固地基的開始，這樣長期、相依存的關係，暫時稱之為「類家人情感」，他們因著生活與工作形成了連結，實情是，他們是同樣被限制在白色巨塔之內，許多事做不到也做不了，「家」成了「枷」，白色巨塔所包覆的內在，是軍事管理的延伸，是改變形狀的監獄。

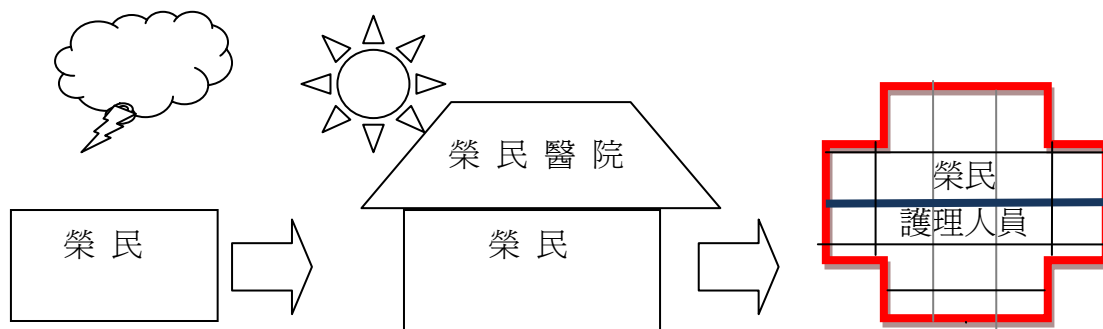


圖 3 榮民醫院對榮民以及護理人員的意義

參、成為修補的工匠

一、協助對抗慢性病的侵略

一生奉獻國家的榮民，一向秉持任何事情都「自己來、熱於助人」的軍人本色，但是隨著年齡、軀體的老化，平日的活動、生活逐漸受到影響，過去面對事物的方式，現今卻無法解決面臨的危機，不但幫不了自己，也幫不了別人，連最基本的生活起居，都要仰賴別人的幫助，內科病房畢竟不像慢性病房或是重症病房，處於亞急性的內科病房，面對的可能是涵蓋所有層次嚴重度的病人，面對這些榮民病患的「老」與「病」，Lion 提到：人老了就是會生病（D1170），都是慢性病：DM、H/T、Pneumonia（譯：糖尿病、高血壓、肺炎），疾病比較沒這麼複雜，可是好像就是不會好，只會症狀好一點或是差一點（D1122），阿米感受，因為很多 cancer、很多 shock（譯：癌症、休克）的那種病人（A2004），會死亡的病人比較多，而慢性病，很多是要讓他心安的，雖然 cancer 病人他自己不太清楚自己的病程，突然出現吃不下、想吐、虛弱、喘就會一直來住院（A2008），對於傾向於結果來定論的病人及其家屬，症狀的控制與處理就相對顯得重要，但這個是不是護理工作的重心？

Candy 強調：病人都是癱的，需要花費很多時間照顧，病況又不是很好，有時候說走就走（C1181），需要投注的不僅僅是疾病的治療，滿足生理及身體基本的

需求，因應疾病治療所調整的護理工作，還有自己關懷與關注的心意，以及承擔生命隨時會消逝的風險，因為現在 cancer 太多 (C1083)，他們很多身上都有很大的褥瘡 (C1156)，癌症的處置與治療並不是這樣規模的內科病房所能應對，沒有足夠的設備、體制更甚至是儀器可以讓他們得到妥善的照護，而他們身體上傷口所形成的破洞，也讓這些護理人員的心裡破了洞，而形成一道道裂縫，Jelly 勉強自己笑著說：病房就常常會遇到這種很 trouble 的病人 (E1040)，因為醫院的病房不多，單位常常遇到加護病房沒床，重症的病人、癌症末期的照護，全部的病人都往單位收 (E1194)，他們生活的問題全都依賴著我們的照顧 (E1163)，要面對這麼多樣性的病患，就要先學會十八般武藝，才有能力可以照護這麼多變化的病情、這麼多數量的病人，更何況，還是要整體的照護 (total care)，還沒有能力注意到「心」與「靈」，這樣「身」的照護，就快要讓她們招架不住，看到這情景，阿米難過的說：有一點可悲...畢竟，他為國家奉獻這麼多，到老了還不能為自己做什麼，只能躺在床上，任人對他做任何治療 (A3054) 如同宇軒所言：長期疾病纏身的伯伯...他們的一生都過的很坎坷，到年老的時候，錢被騙了、老了、病了、倒了，竟然只有我們能協助他，(B1128)，這些伯伯雖然沒有家人、沒有錢，可是他們也還是需要很好的照顧 (B1148)，雖然工作很多、狀況也很多，但是他們沒有親人、沒有錢，也沒有辦法幫助自己，現下身邊只剩護理人員能幫助他們。

「身體」，對於健康人來說，是「最忠實的夥伴」，是「生活世界中的工具」，就是「自己」，但是對於病人來說，卻是「難以居住的地方」，而病床，是「無止盡的監禁」，少了「移動的可能性」，更是「無法顯示生命存在的律動」，感受自我與世界的遙遠、時間的緩慢以及空間的收縮 (J.H.van den Berg, 2001)，阿米形容：病人平常就已經臥床了，根本就沒辦法動，他就是不能動，完全不能動了 (A3011)，就只能在床上，也不會翻身，全身都僵硬了 (A3050)，沒有辦法活動，沒有辦法自己作主，就連翻身這樣的動作都做不到，一切都要依賴別人幫忙，叫他們要怎麼

樣放下自己過去的一身驕傲，處處倚賴他人，或是出現疾病造成生理變化，喘到 faliure 掉，已經很久，喘到他已經沒辦法，控制自己的呼吸情形（A3046），呼吸失去功能...氣管都已經狹窄了，沒有辦法了...肺部就是沒有功能了，他的機能就是變差了，完全變的很差了（A3048），活動範圍，都只能在床上(A3052)，他整個躺在床上，看到這個病人我會覺得他的生活圈，範圍都只有這張床，看的到的只有天花板、左右鄰居而已（A3054），「枷」在榮民醫院，更被「鎖」在病床上，生命只剩下努力呼吸、動彈不得，活著，卻沒有了世界，這些護理人員對於感受到這些病者的世界的點點滴滴，無疑的是進入了 Yalom 所提及面臨存在「既定事實」所造成的衝突，也就是終極關懷的深度思考與感受，宇軒進一步深入的說：病人就是我們的老師，因為遇過這麼多病人，執行過無數次的技術操作，所以才有能一次就打上靜脈的針，才會有辦法抽乾淨他呼吸道的痰，那些都是病人給我們的，我們做的就是學習這些技術層面的操作，然後才能善待我們所面對的病人...一定是醫療院所的臨床工作人員才會懂的這感受（B1146），Candy 也贊同不用很多針就可以打上，on IC（譯：注射靜脈留置針）的成就感，雖然是常規，每天作，可是這樣，我們跟病人就都不用受苦（C1180），因為這些榮民病人，讓護理人員在他們身上試了一次又一次，才造就有純熟的技術可以打針、抽痰，看似接受幫助的榮民病患，其實也同樣以自己的軀體在幫助這群白衣天使成長。

二、維護榮民疾病纏繞的軀體

人的身體是充滿矛盾的奇蹟，簡單又複雜，脆弱又強韌，伴隨我們的一生，讓人體驗自我與週遭的世界，也讓人明知感受的極限，卻又是無限可能的起點，身體不僅是大自然的饋贈，也是自身責任和生活方式的總體現，良好的健康甚至是非常脆弱的難以維持的【2011，人體展】，榮民內科的護理人員面對軀體與疾病纏鬥的生命，選擇全力捍衛軀體，支援這場戰役，但繁忙的工作接踵而來，也就成為不可能任務，阿米深深感受榮民病者的苦，沒有生活品質，也沒有生活的尊嚴，因為也

沒有辦法訴說自己想要的是什麼 (A3058)，要求既說不出口，又無法表達，還要被疾病給折磨、拖累，而認為護理應該要：做照護的方面...工作是打針、發藥...幫忙照顧病人的生活起居 (A3076)，這是維護一個人生活的必須，面對疾病，護理能做的就僅有 Candy 所說：至少病人外觀要乾乾淨淨的，能不能治療好就比較其次，該做的就是都要做，就像是外觀身體清潔、發藥、給藥，滿足生理需求，發現他的問題 (C1164)，因為病人也是人，不能因為自己的工作忙就不把他當人 (C1172)，舒適很重要，最重要的還是身體照顧 (C1158)，最該被重視的是身體而不是被疾病所掌控的病理狀況，維持基本的乾淨和舒適，就是最尊重病患的表現。



圖 4 病患的壓瘡、破皮傷口

Lion 提到：伯伯沒有親屬照顧，所以都要幫他們換尿布、清潔身體 (D1148)，就是會在自己能力、時間的範圍去幫病人擦澡、剪指甲、掏耳朵，盡量讓病人舒適 (D1146)，因為像這樣最基本、最一般的小舉動，他們都再也無法為自己做，宇軒就會選擇要自己特別注重，身體清潔、傷口換藥做好，讓他們舒適，疾病能不能治療好是一回事，可是對待他們的方式是我們可以選擇的，這個就是護理的專業，可是這麼做也是要付出代價，妳就是要比別人付出更多時間、更用心 (B1112)，只要認為是對病患好的事，就應該要有所堅持，就算要犧牲多一些的時間，要付出更多的關心與愛，這樣才能站在 Jelly 所說的角度，用心在照顧病人 (E1190)，他不能吃或者是說他沒辦法吃，我就要想盡辦法讓他吃，或者是他沒辦法解大便，我

就想要盡辦法讓他解大便（E1060），因為在她們的眼中，所見到的不是器官、不是疾病，也不是一個個像食物消化機的東西，而是一群集孤、苦、老、病於一身的老人家，在工作之中，放進人與人之間的關懷與締結，相對低調的像阿米所說：不需要受到太多關注跟注目，就是默默做我們該做的事情（A3112），只要是認為對他們好的事，就算再小、再細微的狀況，都會被發現、注意，被照顧到。

病床邊的護理照護，涉及隱私及親密接觸的照料項目，是基本工作的一環，必須清理血跡、尿液、痰、嘔吐物、糞便（Tilda Shalof，2006），實習時的指導學姐為 Jelly 樹立的很好的典範：幫病人洗澡、挖大便、活潑的跟病人聊天，最最重要的是，細心的看到病人需要（E1186），對病人認真的付出跟照顧，他們的疾病雖不一定會痊癒（B1140），但是，照顧的病人他們都是生命（B1142），不能一直用過去的想法跟觀念，照顧現在的病人，疾病很複雜，學理很複雜（B1076），如果一個護理人員都沒有進步，還用 5 年、10 年前的技術跟知識照顧妳，妳不會怕嗎？（B1156），仔細觀察每一個病人的外觀與變化，發現最細微的變化，優先做處置，宇軒甚至在自己的部落格記錄下來：

阿伯的腳指頭快斷掉了，
足背竟然還形成膿疱，
真是夠倒楣的，
輕輕的我卸下紗布，
清潔傷口、抽出膿液、上藥、包紮，
這些基本的身體及傷口照護，
竟換得家屬對我鞠躬道謝，
若是平時，
我會開心的長出翅膀，
但我卻在這時，

心酸的想掉眼淚，
我的照顧並不會讓阿伯的傷痊癒，
我到底能為他做些什麼呢，
護理的極致又是什麼...
不停想著、心虛的很，
怎能接受這樣大的感謝呢！
做好自己的本分，不是應該的嗎？
7/1 整外的醫師為他切除第 4 趾及契狀切除，
因為阿伯想保留他的腳，
噢！
中劍落馬，我倒在地上，
不但為他感到心酸，
也為自己感到無力，

【 2008/07/02 00:46】

內容所記錄下的是宇軒與自己的對話，還有不敢置信病患和家屬為了這麼小的付出而投以感謝，對宇軒而言是護理不僅僅是份職業，更是難得的經驗，因著工作跟這些病人建立了關係，但是他病情變好，我們會為他開心，他的病情惡化甚至死去，我們也會心酸跟難過，他拉肚子，我們會幫他維持身體乾淨、換尿布，找醫師要止瀉藥、營養師調配餐，他晚上睡不著，會問問他是不是肚子餓了，還是需要安眠藥？這些工作的內容好像沒什麼，但其實也比一個家人做的多了（B1060），身體排泄物的異味、傷口的腐化與滲液，被多種疾病環繞屈曲、變形的病體，以及在時間與空間錯亂的智能，這些都沒打敗這些護理尖兵，反倒以實際的行動與付出將護理化為「護你」、「給你」，正是台語所謂「乎你」，守護這些無根的英雄，就像是

家人一樣的照顧他們，在榮民醫院這個地方，形成人與人之間感情連結，藉著身體的照護，日常生活點滴的關心，形成這個的地方，小小的亮光。



圖 5 病患全身皮膚狀況

三、替代後補的親人

有了親人的陪伴，似乎就更有勇氣面對生命中各種磨難，偏偏這個場域之內，有著許多單身以及被家屬、社會所遺忘的榮民病患，必須要自己一個人承擔，走「最孤獨」、「難走」的人生路，阿米提到：單身的...有時候還是會有照護上的壓力，因為我們的病人年紀都比較大（A3094），有的家屬沒有來...不一定會遇到照顧這種病人，那有的家屬來了，會無微不至的照顧他...會覺得說他真的有盡到他一些責任...很孝順...看得很多...如果沒有家屬的話，我們就要多一點心力去照顧他們（A1241），就因為他們年紀大，需要投注比一般病人更多的關心，但在這樣的關心之中，她們所面對的病人基本上都是這樣，有家屬，卻不一定會陪伴、照顧病人；可以照顧病人的，做到又是叫人感動的孝順；沒有家屬，就更不可能有人分擔這樣子的感受，怎麼可能對每個病人都一樣的關注，選擇其中最弱勢，也就是最需要被照顧的單身榮民，Candy 也說過自己對照護榮民病患的感受：他們真的很可憐，又沒家屬陪伴（C1156），單身、孤零零的，沒有家屬，其他醫院主要照顧的都是家屬，有問題你會知道找誰，可是榮民伯伯都只有輔導員，可是，輔導員畢竟也不是真正的家屬（C1141），孤單，沒有人陪伴，還要面對自己身體的病痛，醫療的決

策，難以理解的專業術語跟解釋，也沒有可以商量、討論的對象，就算輔導員參與了一部分，但卻也不是生命中重要的部分，親人的位置，總還是空下來的，Jelly 感受：在這裡照顧病人，不只要照顧疾病更多的部分是照顧他的日常生活照顧、家人關係、經濟等等其他問題，而且好多都是單身的榮民，所以要對應那些關注的榮服處、榮家、輔導員、隊長（E1194），榮服處的輔導員和榮家的隊長，關心榮民伯伯在衣、食、住、行各方面所能提供的幫助，另一面也填補了這些榮民長者對於親情的渴求，在醫療照護各方面的考量與決策，更形成重要的支柱，這些榮民病患，少了親人的照顧與陪伴，但多了輔導員、隊長的照顧與關心，沒有血緣關係的替代親人，是結束國家戰役所得到延長的福利，也是溫暖心裡親情缺憾的補償。

但是一旦住進榮民醫院，這樣的關係也逐漸被白色巨塔的圍牆阻隔，榮服處、榮家、輔導員、隊長，甚至是無力照護的家人、子女，都退居到背後的關心與探視層面，被巨塔之內白色包圍，形成不同顏色的背景，在社會的觀念及印象之中，屬於道德層面的情感及行爲，最常被分派到「女性」身上，在大的群體中形成親近的小圈圈，被認定是屬於女性情感性角色的護理工作，「提燈天使」被認定是情感的守護者，關注關係的建立以及照護病人、溫暖人心（卡塞爾，2007），於是在看似冷的白色中透出粉紅色的光，Candy 描述：他們真的很可憐，又沒家屬陪伴（C1156），宇軒也說：這些伯伯雖然沒有家人、沒有錢，可是他們也還是需要很好的照顧...像家人的關懷跟溫暖（B1148），因為，人生存在世，都需要「關係」，就像看似一個個孤島之下，其實還是有所連結，所以親人照護的責任，自然就會落在與病人最親近的護理人員肩上，Lion 說：他們很多都沒有家屬，他們都是從大陸來的，所以跟我們的關係都會像家人一樣比較近，有的還會把我們當成孫女一樣（D1122），而且有些伯伯沒有親屬照顧（D1148），就是會在自己能力、時間的範圍去幫病人...儘量讓病人舒適（D1146），畢竟他也是，雖然不是說他是妳的家人，可是他也是長輩（D1140），尊重他們像自己的長輩，他們也像對待自己的晚輩一

樣和護理人員相處，就像這樣拉近人與人之間原本遠遠的距離，如宇軒所言，因時間、空間而與榮民病患有了關係連結，是護病關係，只會在他住院的時候與我們有連結（B1041），卻如阿米所觀察到的：覺得我們應該還可以再為他們做點什麼，不是只有做這些護理而已，應該還有一些事是可以做的（A1170），因為他們沒有額外的人去 care 他們，照顧他們的生活起居（A1243），會去跟他們講話，溝通、互動，因為我們很忙，可能只能藉著做治療跟他溝通，就算妳只是閒話家常，他也會覺得妳有關心他，他並不是自己一個人（A1247），因為除了她們，沒有可以關心他們和他們談話的人，有別於一般與病人所建立的關係，因為「像是家人」，也因為尊重病人為長輩，對於自己負責照護的層面，除了護理的一般常規的工作之外，因為發自內心深處的關懷與慈悲，更讓他們肩負起病患的身體照護責任，盡力維持基本的整潔與舒適，就像對待自己的家人一樣，利用短短幾分鐘測量血壓、打針的時間，多一些些的問候就可以他們心中的空洞。

護理是注重評估與科學的專業，注重傳承的精神，整個專業的養成的過程中，被教育要服從、犧牲、奉獻，也是醫療團隊中與病患接觸時間最久的專業人員，以體制來說，更是屬於第一線的服務人員，與病患同屬較為低層次的一群，而單身、被忽略的榮民病患與護理人員緊密情感連結，人際網絡形成一個共同體，共同經歷生病、受苦乃至死亡的歷程，一路相伴，所以容易形成所謂助人者「同理的痛楚」、「替代性的創傷」、以及「被剝奪的悲傷」，因為不是只有擁有血親關係的稱之為「家人」，對他們投注照顧、關心與守護的白衣天使，是他們生病歷程中的「專業護理人員」，亦是「照顧服務員」，還是「替代的家人」。

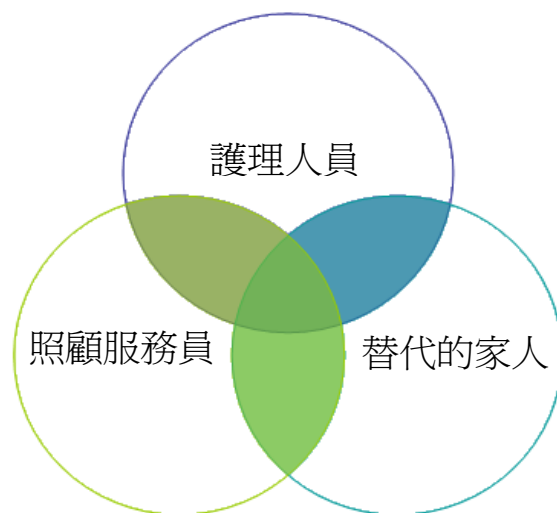


圖 6 護理人員三重身分



第二節 急救現場護理人員的置身處境

不穩定的病情，就像是不定時的炸彈，一旦被引爆，隨時準備上演的不是電視、電影的情節，而是在眼前隨時會發生真實事件-急救，對內科病房來說無疑是個壓力事件，所代表的是病人的病況不穩定，可能會面臨到死亡，當急救事件發生需要人力支援及協助的時候，則會啟動全院性的機制，通常以 999 為代號，透過院內的廣播系統複誦地點及病房，如：「B 棟 2 樓**病房，啟動 999」，各單位將派遣至少一名人力前往該單位支援【100.3.12 田野觀察】，聽到了這樣的廣播，很快的會見到醫院中到處有奔跑前往支援的工作人員，很快的將形成一組急救團隊人力幫忙，由資深的內科主任為首，對所有工作做人力的及工作的分配，護理人員此時的存在角色，變得十分的重要，遵從醫師的醫囑，快速的建立起靜脈注射的通道，給予藥物注射，還要適時當個助手，協助醫師準備用物、準備病人，接上儀器、插管，宇軒用跑的回護理站，一路上還喊著：Jelly 推急救車，CPR！Jelly 動作很快由治療室推出急救車，新也跟著推出電擊器，玉則查看病歷之後，拿起電話打給主治醫師，護理長走出辦公室，一下子聚集了一共 7 位護理人員、2 位醫師，到 15 床床邊協助【100.3.12 白班田野觀察】，一旦發生了需要急救的緊急事件，就會被視為緊急的紅色警戒，而 999 的機制，則是成為啟動機制的關鍵之鑰，透過人員、設備快速移動所傳達出的另一層意境是：即將發生死亡的事件。

隨著老人家身體的衰敗，除了看到一般狀況的現象之外，很快的就會看到日常生活的狀態就會演變成急救的現場，我們會看到一個現象，除了一般日行的工作之外，老人家的慢性病充滿著不確定可能隨時會走，所以經常要面對急救，所以在本章第三節特別來針對急救做現象的描述。

壹、不確定的希望

一、新手 (Novice) 急救

(一) 緊張、不知所措

在心肺停止運作後 4-6 分鐘，腦細胞就開始死亡，為挽救病人生命突發的緊急狀況，建議能在 4 分鐘之內進行基本救命術 (BLS)，8 分鐘之內進行高級心臟救命術 (ACLS)，用以保持、穩定腦、心、肺的功能，在越短的時間之內儘快進行，就會有最好的復原及獲救的機會，於是醫護人員被要求在病況危急的時候，正確的執行急救措施 (陳志中、張朝煜，2009)，到職的第一天，Jelly 就遇到指導學姐病人的急救，因為危急的情況，就跟著學姐衝過去...病人已經完全沒有生命跡象了 (E1002)，那時候心裡的感受...覺得怎麼會那麼突然，病人其實前一秒還都是可以講話的 (E1008)，如果有救起來，當然會覺得自己的功能還不錯，就還可以急救一個病人，搶救一個病人的生命，如果說沒辦法救起來的話當然會覺得有一些若些的失望跟覺得...就是自己能力也不足，沒有做好一個完整的 CPR 或是急救...會替那個伯伯覺得遺憾...這麼 clear 的病人...忽然 con's change (譯：意識改變)...沒有辦法救回來...會替他覺得很可惜 (E1010)，呼吸照護病房的半年工作經驗，沒有接觸到死亡，但卻在榮民內科，馬上就是那麼突然的接觸到死亡這件事情，跟急救這件事情，而且是那麼清醒的病人，然後一下子就變得，就是他的病情的變化，讓我沒有辦法去掌控的時候，我覺得這件事對我來說是一件很可怕的事情...再加上，有點不知所措的感覺 (E1012)，生命的無常，死亡的臨到，失去控制又不知所措，讓 Jelly 以急救的成效來評量自己的能力，渴望以自己專業所學，面對危急的病況，還能有施展的空間與能力，因為面對「生死的無常」，是遙遠、陌生、很少被觸碰的學習議題，一方面為死亡的到來感到措手不及，也為當下自己的無力覺得害怕，和實習時所見識到的急救、死亡歷程感受畢竟不相同，雖然老人家與孩子，都同樣是生命，小兒加護病房實

習...老師非常的嚴格...單獨一個人就照顧一個病人，一個小 BABY，所以我印象很深刻，我曾經有 CARE 過，一個兩歲，他才即將滿兩歲的一個小朋友，然後那個小朋友得到的是罕見的疾病...就是長不大，根據統計全球，台灣就只有兩個個案然後那就是一個基因的缺陷...媽媽跟爸爸基因剛好結合在一起，生下兩個小孩...生哥哥的時候，就是一歲的時候他就死掉了，然後她就生了第二個...，是一個白天...弟弟就是呼吸變得很淺弱，BP 就一直 down，幾乎量不到，媽媽就毅然決然的告訴我們說：她希望趕快把呼吸器給拔掉！不要再讓弟弟再痛苦了，他只是一個這麼小的小朋友... (E1022)，身為護理學生的 Jelly，強烈的感受，那個媽媽真的是很愛這個小孩，她真得是很勇敢，我覺得生命中其實有多時候、有很多的創傷跟很多一些沒辦去預料的事情，那這個媽媽讓我看到她真的非常堅強 (E1024)，但是眼前的狀況不同，這是突然發生在單身老人家的意外事件，而且，沒有家屬的陪伴之下，死亡的發生，是孤獨而突然的，打從心裡，Jelly 感受到病人的死亡是一件可怕的事。

一樣在實習就經歷死亡事件的還有宇軒，宇軒在急診實習的經驗，經歷過同時一對母子車禍外傷的急救，病患跟他媽媽兩個騎摩托車，遇上旁邊大卡車爆胎，結果兩個人因此掉進水溝裡面，送到醫院的時候，我印象很深刻，一次兩台救護車，送進來這對母子都已經是 DOA (到院前死亡) 了，所以很快就分成兩組人力開始急救 (B1004)，我主要是幫忙救那個兒子，我站在推床的左邊，協助量血壓跟生命徵象 (B1006)，因為自己還是學生，能夠做的很有限，幫學姐備縫合用的東西，或者是裝上心電圖機，然後就在旁邊看學姐跟醫生做心臟按壓 (B1008)，因為急救經過 30 分鐘，家屬還沒趕到醫院，身為護理學生的宇軒，覺得自己不知道該如何面對，老師與臨床學姐要求學生們開始一個一個，練習做心臟按壓 (CPR)，雖然覺得很殘忍，但是護理的訓練就是這樣，沒有經過這個過程，妳就是沒辦法學會，知道學理是一回事，操作面當然又是另一回事

(B1120)，因為空有知識、理論，是挽救不了病人的生命的，要做到基本的護理，第一步就是要做到標準技術，但已經是面臨病人的生死關頭，是不是非得把握這個練習的機會？就是心裡覺得酸酸的吧，因為他其實很有可能在我們練習的過程，被壓斷肋骨，我總覺得這是二次傷害病人耶... (B1124)，面對一次兩位家人的急救，有很深的感觸，整個過程我都在旁邊，其實就是會很難過，就會覺得說這也太可憐吧，一個家就突然少了兩個人，換做我自己，我也會不知道該如何面對 (B1012)，因為病人還很年輕，你就會覺得或許還有機會從死神手中把他救回來阿，可是你又會想，他已經全身受到嚴重的撞擊，耳朵流出腦脊髓液，腦部說不一定就像一塊碎掉的豆腐，或許，他活下來對他而言才是真正的受苦 (B1014)，心裡的天秤失去平衡，究竟應該希望病人活還是死？後來這個病人，當然就是沒有救回來，心裡覺得會失望阿，誰都希望自己有拯救生命的能力，可是我就看到一個很感人的畫面，我看到那個外科醫師坐在那個病患旁邊，一針一線，把他的傷口縫合，還一邊告訴他要跟世界道別，他已經沒病、沒痛了，那種感覺妳真的就是會覺得說，有尊重那個病人，就算他已經死了，仍然被當成活著時候一樣的對待，雖然那時候是個護生，卻因為這件事開始有很多想法...就覺得，自己可能不適合走急重症單位 (B1122)，因為「死亡」，一下子突然變得太近，令人不得不正視的近距離，被害怕籠罩，急救給宇軒的感受，是殘忍、是緊急、是無常，要學會真正護理，就得要經過無數次練習，接受死亡，卻不在這個範圍之內，雖然見到也感到醫師對人、對病患的尊重，但很快就被這樣的死亡焦慮給掩蓋住，睡不好，一直想這件事，就覺得一直做惡夢，(B1019)，就是情緒很低落，就覺得不太開心 (B1021)，到事情過後一個星期，自己腦海裡面都會一直重播這對母子從救護車上推下來到急救的畫面，就會覺得人生真的很無常...回家，跟家人說這件事情，就很害怕他們會不會騎車出去也出事，好像就變得很神經質 (B1018)，宇軒沒有意識到的，其實她所害怕的是家人和自己的急救，

甚至是死亡。

剛開始真正獨立照顧一組病人的第一天的第一個小時，Candy 就遇上一個榮民有家屬但是沒有人照顧的肺癌個案病情變化，因為已經簽立拒絕急救同意書，所以就沒有做急救（C1150），感覺就是怎麼這麼突然，本來就是還有呼吸的，怎麼突然就這樣走了（C1008），我記得很清楚，我站在他旁邊，不知道要做什么，不知自己要幹嘛，當然後來就去找一起上班的學姐阿蜜來幫忙（C1152），心裡當然會很怕啊，也覺得會很想哭，可是要怎麼辦，要ㄟ一ㄥ住，不然接下來的事要怎麼做下去（C1154），眼睜睜看著阿伯就這樣喘到不喘，從有呼吸到沒有呼吸，在簽立拒絕急救同意書之後，還有什麼是一個身為內科護理人員所能做的？見到自己的病人沒有了氣息，感受到此刻自己的茫然、無助與無力，Candy 心裡頭有害怕、有恐懼、有不知所措，就連想要逃避都沒辦法逃避，因為，正處於上班的時刻，要扮演好自己身為主護的角色，正因為死亡所帶來的效應太過於強烈，所以在心裡心心念念的惦記著這個病人阿伯，這件事，一直放在心裡影響了自己的情緒大概三天（C1156），看到類似的病人還是會想到這個伯伯，而且我自己的爸爸也是因為這樣，所以更會有感觸，看到類似的病人就會想到

（C1022），照顧上應該都不一樣，每個人的身體及患病原因不同，需求也不同，症狀治療也不同，依他的疾病程度，會有不同心裡變化，嚴重的會覺得很可憐（C1199），在加上失去爸爸的感受，堆積在胸口的感受，鬱鬱的說不出口。

阿米回想自己第一次急救的經驗，形容自己的感覺，感覺就很 shock、突然，因為我還沒有接觸到病人 expired（譯：死亡），然後突然那個看到病人死了，（A1006），但是對才進到護理的領域沒多久阿米來說，護理就是救人的專業，但卻在自己粉墨登場之初，就遇上最大的難題-死亡，因為是第一次參與，就是會比較慌亂，不知道自己要做什麼，不知道要去做準備什麼，不知道自己的職責現在是要幫忙什麼東西（A3020），因為不懂、因為慌亂、因為害怕，所以顯得

阿米不知所措，雖然是學姐的病人，但是參與過程感覺還是很緊張、焦慮 (A2010)、很緊急 (A1014)，那時候的角色也是很矛盾...只能算是說幫忙 (A1008)，就是輔助，可能就是學姐就是叫你壓 Ambu(譯：復甦球) 或是 suction (譯：抽痰)、幫忙拿東西 (A1010)，不知道在急救現場該怎麼定位自己的角色，只能按照吩咐，做此刻可以做到的事，就算是大家已經盡了全力，但卻還是看到病人...一動也不動，我們為什麼還會對他們做這種...殘忍的事 (A1008)，如果這些措施有用的，為什麼病人沒有活過來？為什麼他已經死了，還要像這樣子對待他？斷裂、殘破的軀體，正用人工的方式「挽救」生命，用這模樣，活下來是不是就會比較好，衝擊阿米看待的死亡：病人有救起來...，我覺得對他是種折磨，或許對他來說死亡是一種解脫 (A1020)，是一件好事 (A1022)。

(二) 替代性創傷的浮現

身為新手護理人員和也身為親人的 Candy 雙重身分的感知交互影響，都是因為當時不知道該如何處理、如何幫忙，面對急救、死亡這樣的事件，擔心、害怕，但卻要學會偽裝，先擱置自己的不安、難過，冷靜的處理眼前狀況，病人的狀況產生了連結，就是父親死亡這事件 (C1040)，看到類似的病人還是會想到...自己的爸爸也是因為這樣，所以更會有感觸，看到類似的病人就會想到 (C1022)，畢竟是自己的家人，所以你會感覺比較深刻，他的一舉一動，甚至他的痛苦、不舒服你都看在眼裡，你會跟著他起伏 (C1054)，你會覺得他真的很痛苦，像看到爸爸這樣子，會覺得他很辛苦，為什麼不能讓他好好走 (C1059)？

宇軒就說，看到胖胖的台灣婆婆阿，或是老老的山東腔爺爺就會想到我外婆跟大爺爺...在跟病人互動的過程中，出現跟記憶中相同的感覺，你就會想他們現在為什麼不在我身邊了？...如果他們現在還活著...就是會想到很多很多，然後就會覺得很心酸、很難過 (B1039)，是家人，沒有辦法像看病人一樣理智跟冷靜，會失控，整個就感覺自己會不知所措，一切都 lose control...想把自己給藏起

來…難過得哭不出來…在嘉基 ICU（譯：加護病房）送我表哥 AAD（譯：自動出院，對臨終病患意指留一口氣回家）回家…忘不了…覺得自己很無力…自己沒辦法幫上表哥的忙…選擇讓他回家，一直到他上救護車我才崩潰，止不住眼淚…要上小夜班，所以我在那個時刻不能跟我哥一起回他的家，尤其是我再見到他的屍體的時候…就是一直哭、一直哭…跟照護病人不可能一樣的（B1041）。

出現這樣感覺的還有 Lion，和阿嬤感情連結很深，因為，阿嬤有老人癡呆，集合了很多病，我那時國中照顧我阿嬤吃飯、換尿布，就是照顧這樣類似這樣的病患會讓我想到我阿嬤，阿嬤生病對我而言的衝擊比較大，講到阿嬤就會覺得很心酸（D1175）…會當護士其實有一半是因為我阿嬤，因為我阿嬤她身上有很多病…診斷書只寫一個敗血症，因為她中風導致她沒辦法說話，家裡的人沒有醫護背景，大家都以為她舌頭被切掉，不知道是神經傳導已經斷掉，後來我有去查阿嬤的一些症狀，才知道她其實是肝硬化，出現一些紫斑症，我爸都懷疑是護士偷捏她還是怎樣，還是我阿公捏的，其實是血小板異常的關係，我阿嬤其實是很多原因死的（D1096），帶著對於疾病的好奇、照護的經驗和失去親人的傷心，在真正成為護理人員 5 個月後的小夜班，看著自己的病人病況不好，開始出現了擔心、憂心、無助的感受，一個阿嬤，我覺得她很像我的阿嬤…，其實她已經 sign DNR（譯：簽立拒絕急救同意書）就是只給藥..也是久病..，我有哽咽，我有哭，就是沒辦法控制，我一直想到我阿嬤（D1130），每一次看到她都會想到阿嬤，就是照顧她的那段時間都會持續，我還回去告訴我阿公說，我有顧到一個跟阿嬤很像的人（D1002），覺得怎麼會這樣（D1006），我也跟 Candy 說，她很像我阿嬤，回到宿舍我又哭了一次（D1134），曾經一度很憂鬱，這個情緒影響自己大概有幾個星期（D1138），既是病人阿嬤，又讓 Lion 想到自己阿嬤，雙重影子之下，連失落的份量也跟著變重了，伴隨著深深的難過，在急救過程注射急救藥物之後，還是送走了像極了阿嬤的阿嬤，讓 Lion 感受人與人之間，稱謂是很微妙

的，有的同事會叫病人「阿桑」，我會覺得可以叫阿嬤，阿桑聽起來就是很有距離的感覺，拒人千里之外，叫阿嬤就很親切（D1172），不但可以拉近與病人的距離，其實這樣的稱謂中，還隱藏著一份多一些些的關心和自己對親人的想念和傷心。

而 Jelly 則是會對相同的疾病病人，感受特別深，例如說我看到的 liver cirrhosis（譯：肝硬化）病人會想到我爸爸，而且我看到他們 ascitics（譯：腹水）的時候，會想到說曾經我爸爸也這樣子過，或者是說看到 MI（譯：心肌梗塞）的病人就是忽然 Sudden 的病人，我也會想到我的媽媽，會有一些事件跟想法其實是有做一些串連的（E1044），有時候沒辦法去面對…曾經有個病人…是住在第三床…末期的時候其實是全身變黃…腹水非常厲害…看到他我就會聯想到我自己照顧我爸爸的時候…曾經我也這樣子過…是反映在我身上的一種感觸（E1046），就像堅強的阿米，年紀小小面對爺爺的死亡，沒有特別悲傷，可能自己是老大…跟爺爺也不是說很親…跟臨床遇到的話…畢竟自己的家人跟妳現在 care 病人是不一樣的…心態上會比較不一樣的（A1105），相同的就是不能太過悲傷、太多眼淚，眼看著病人的死亡不再是一個單純發生的事件，而是快速的與自己生命發生連結和觸動的機制與開關，只是被一直蘊藏在白色之中，沒有被注意、提起、發現過。

二、救與不救-999，救（搶救）、就（無奈與接受）、疚（內疚）

（一）救-搶救

急救與醫療同樣具有副作用，容易造成意識昏迷、抽搐、高或低體溫、高或低血糖、無法自發性呼吸，而電擊造成心肌缺血、腎衰竭、敗血症、骨折造成內臟傷害（陳志中、張朝煜，2009），與拯救危急的生命相比較，這些常常被「存而不論」，但是對這些醫療人員而言，確確實實的見到、感受到，這些生命的撼動，更是在榮民內科，隨時會發生的緊急事件，Lion 覺得，急救是場激情的演

出，當病人斷氣的時候妳把他救回來，就會很有成就感，就是妳去看他已經沒心跳、沒呼吸，以妳的專業看她就是已經不行，妳把他救回來的那一瞬間，你會覺得你的心跳是加速的，興奮的感覺，啊，我怎麼這麼強的感覺（D1156），可以成功的把生命拉回到「活」的這一端，畢竟是我們所熟知、習慣的世界，這樣的感受，怎能叫人不熱血，而救不救的起來的關鍵，是發現的時間點，妳很快就發現把他救起來...他就可以康復出院，也有救起來一天就死掉的，也有康復回家、回護理之家的，生命畢竟不是人所能操控的，可以救回一次、二次，或是一個、二個，但救回來之後，是不是得以痊癒或是再次面臨急救，也不是可以預見的結果，若是真的救不起來，也會想是不是自己發現得太晚，當然也跟醫師當時的處置、反應有差，有時候來不及我就自己跳上去壓（譯：指 CPR 中的壓胸），所以救回來的機率都還是蠻大的，真的救不會來我也會覺得對他來說是解脫（D1156），奮力一搏，做最後一番的努力，成或不成，都要試著接受這最終的結果，但還是要在自己的力範圍之內，為病人做最多的事，只是依照結果而下定論-是不是件好事，阿米提到要注意其他的因素：身體機能 ok 的話，他應該是可以恢復的（A3011），看他就是本身有一些疾病，就像癌症或是其他的，或是肝炎或是很嚴重的那種，對，但也是醫師要去判斷啦，因為我們也只是初步的而已（A3013）。

依照不同的症狀，根據不同的需要，而在醫師的判斷之下，協助操作各項維生的裝置，尤其是使用電擊器讓他們特別覺得有感觸，阿米就說：我覺得這樣對病人而言是比較痛苦，其實對我們護理人員來說，就只是 by order（譯：依醫囑）做事，其實，很多措施都對病人來說是不必要的傷害（A4006），卻礙於自己的角色，通常我們都會應醫師及家屬要求，而且使用的時候，就是會先把機器打開，充電之後再拿給醫師，他要電的時候，就會叫你向後退、走開一點，而且那其實會對病人皮膚造成傷害，就是皮膚會有”臭火勿丫”（譯：燒焦味），而且電擊的

皮膚周圍都會灰灰的(A4002)，而且持續的使用，連續的電擊，心跳恢復的話就會停止，不然就是會一直連續電三次，加上就是一直 C（譯：心肺復甦術）到家屬來(A4004)，而和宇軒描述使用這樣必須的急救維生的器具一樣，會感受到，受不了，因為那個使用的電流其實是很強的，正常的人被電到都會倒下去，更何況是一個病人，而且那個還會整個人被彈起來到離開病床的程度，然後看到一次又一次，接著都會聞到那種像豬肉燒焦的味道，身上電擊板的位置就會有紅紅的印子，但是你又不能離開那現場，有時候我就會摒住呼吸或是在電的那瞬間都要向後站的，我會稍稍閉一下眼睛，感覺好像比較不會那麼難受，因為那個是不得不做的事，對病人免不了還是會造成傷害(B2002)。

使用人工心肺復甦機的時候，是最讓他們難受的時候，阿米說：機械式的心肺復甦機，那個整個就是都設定好的，壓力都很大，而且它壓的時候，還會一直聽到「赤、赤、赤」聲音(A4008)，不僅如此，還要面對使用機械下可能會造成的傷害，可能會肋骨骨折，我的病人就有過...壓的時候就會有感覺它斷了...會聽到有一個聲音...也是會造成致命...機器都是很冰冷的，就像一個急救，你就會用到呼吸器、心電圖、血氧機、血壓計、血糖機還會 Bipap、pump 這麼多儀器都會用在病人身上(A4010)，同時間放上這麼多的儀器在病人身上，對急救來說就是為了方便，沒有人力之下當然很好，但是用人工的方式 CPR，傷害比較不會那麼大(A4008)，同樣的感受也出現在宇軒身上，那真的是很可怕的东西，有用過也有看過，那機器就是會不斷的壓壓壓，然後發出「滋、滋、滋」的聲音，你就會看到病人的胸口隨著機器一下子陷下去，一下子恢復，我都會想著那壓在自己的身上有多難受，應該是很痛的，看著自己的病人躺在那邊給機器壓，會感覺其實還蠻難受的，就會很想救他，想把機器關掉，雖然用人工的壓也是一樣是救，但是那種感覺其實不大一樣，就是至少病人皮膚接觸到的不是機器，而是我們，是人(B2008)，對於身為照服員、護理人員跟替代的家人，而會深深

的覺得：好可憐...不知道病人能不能夠承受這種痛苦，如果之後醒了，那就算了，如果還是沒辦法救回來，為什麼還要這樣折磨他，這不是已經是尾聲了嗎？

(B2006)，感受到無奈，卻無力抵抗。



PLV

電擊器



呼吸器

自動心肺甦醒器

圖 7 急救用物及各式呼吸器



圖 8 護理人員協助病患操作呼吸器

(二) 就-無奈與接受

阿米在急救關鍵的時刻，期望自己對病患，可以全心去處理 (A1068)，因為單單一位病人的急救，可以被妥善的處理，如果很多件集在一起，妳就會覺得說突然間會不知所措 (A1064)，全部的事情都一起來，就會變得非常沒有頭緒，就覺得很焦慮，因為平常只有一件，一件的話，就自己可能還有能力把病人 setting 好，可是如果很多的話就會覺得沒有辦法 setting 好 (A1066)，連想到自己參與想整個急救到死亡的過程，都讓阿米感受，只是在旁邊參與的人而已...覺得很 shock...會很恐慌啊，因為遇到自己要處理一個 expired 的病人，還是會覺得很焦慮，而且有時候面對家屬會覺得不知所措 (A1032)，就算至今已經有許多次面對死亡的經驗了，阿米表達現在的自己還是會有一點 Depression，像之前上大夜的時候，就也有一個病人他突然就是突然 CPR 然後就 expired，我就覺得我真的沒辦法接受 (A1040)，走的那麼突然，因為他畢竟前幾刻妳去看他，他就都還是好好的 (A1042)，阿米更進一步說到，可以預期會死亡的病人，比較能接受他的死亡，因為妳知道疾病的進展可能就是嚴重的話就是會這樣 (A3062)，非預期的話，可能他進來人是好好的，那有可能就是突然狀況就是變差，就是不一樣 (A3064)。

宇軒激動的說：經過急救回來的病人，不是每個都能痊癒，有的妳知道他註定會變成「白菜」(譯：指失去表達感覺的行為跟能力，生活起居完全需要他人協助的植物人)，妳可能也會反過來想，到底用心外按摩讓他斷掉幾根肋骨，然後插一根像手指粗的管子在嘴巴，過程中還會先被打鎮靜劑加雙手約束，然後用人工呼吸器幫他呼吸，一不小心還會充氣過頭導致肺破掉，用這些種種的醫療措施，換到這個阿伯變成白菜或者多活個七天，值不值得？(B1023)，開始對急救存有疑慮，也懷疑自己所參與的急救的意義，因為每個發生死亡的都是不同的生命，怎麼可能會一樣，可能就只是自己覺得難過的層次不一樣 (B1025)，還

曾經有過在大過年的期間，一個食慾不好的阿伯，前一刻還跟妳說話，然後自己上完廁所就說要在椅子上坐一下，然後再去看他，他就坐在那裡，沒有呼吸了，然後我就跟我同事一起趕快把他搬回床上，然後就跟醫師開始急救...當然救到三十分鐘就宣告死亡啦，醫師就已經說他死了，因為覺得自己好像看到他還有呼吸，居然還叫同事再去確認一次，不知道為什麼，就是覺得不想放棄呀，就是會覺得怎麼會這樣，怎麼會這樣就死了？如果再堅持再壓、再打藥，是不是還有機會？我真的不曾這樣，如此堅持不想 Let him go (B1043)，生命真的很脆弱，...也或許是其他原因造成那個阿伯死掉，如果不是因為自己的工作不夠盡責所導致，不知道自己該怎麼看待這件事情 (B1045)？幾近嚴苛把關，把病患急救乃至死亡的責任都放到自己身上，宇軒身上，看的出急救以及死亡所造成的壓力。

Jelly 則是表示，要仔細審視可能出現疏忽的環節，尤其針對醫護人員，當然不只是指護理人員，當然也還包含醫生 (E1092)，記憶深刻，曾經遇過這樣子的醫生 (E1094)，那個 buccal ca (譯：口腔癌) 的病人，然後就大吐血，...之後就什麼都沒有了，...家屬陪伴在他的旁邊，親眼看到他爸爸什麼都沒有了，...主治醫師...把家屬叫到外面去，然後就希望我們把管子拔掉不要再急救了，當下心裡的感觉是...那個生命在我們的手上已經快被救活了，可是這個醫生這麼輕易的就放棄了，想到的是外面還有好多正在為了他...爸爸突然的流逝家屬的難過，然後自己會覺得說怎麼會這樣子 (E1096)，怎麼會這樣？為什麼不救可以救的生命？Jelly 沒有問出口，帶著這樣的感受，選擇了接受。

護理是以女性為主的行業，在現今仍是以「男性主導」的主流醫療體系中，相較於男性所擁有的醫療決策權、社會地位，都次於白色醫師袍的權力加身，更是在醫療團隊中，容易被忽略的關鍵性角色，因為護理的工作職責是執行病人的願望，扮演的是不被批准表達自我意見的角色，無論與家屬的意見是否一致，工作就是要執行他們的意願，重點不在自己的信念，而是病人的想法 (Tilda Shalof，

2006)，決定病人要不要急救，超出一個護理人員的角色與期待，心理不禁要做一番掙扎，救或不救，是難以抉擇的決定，決定的權力，並不在護理人員的身上，宇軒也提到：因為他其實很有可能在過程，被壓斷肋骨，我總覺得這是二次傷害病人耶...但可是怎麼辦，急救救不救，有時候真的不是身為護理人員的我們選擇的（B1124），就算是本著關懷的心為病人著想，但是卻也因為護理的專業角色成為限制，不但有話不能說，更沒辦法為病人本身爭取到真正想要的對待生命末期的方式，對於沒有家屬的單身榮民病患而言，因為不符合安寧緩和條例相關的規定，在沒有簽署拒絕急救意願書的情況之下，只能依循醫生的決策，或者是家屬、親友的決定，全程、全力施行全部急救措施，搶救到底，眼睜睜見到一切事物發生的榮民內科的護理人員，此刻卻思索著：救什麼到底？生命嗎？還是一路搞到掛？

當介入的急救措施，沒辦法治癒病人的疾病，急救該不該救？相互拉扯的二極決定，造成內心的矛盾與糾葛，阿米進入自我內在的思考，轉而問自己：他就一動也不動，我們為什麼還會對他們做這種，應該說是殘忍的事吧（A1008），他都 expired 了，為什麼我們還要對他做那麼多事（A1016），突然走的話，雖然我們也是會覺得他死掉比較好（A3094），他這樣走掉對他而言也會比較好，就算我們把他硬救回來，也只是，也只是硬撐時間而已，他不可能因為這樣好起來了（A3007），急救到底算不算是治療？還只會對造成傷害？試著和病患談死亡，是否就可以省去不必要的傷害？Lion 也弄不清楚，真的病況很差，就是救到底又救不回來的，就像是呼吸衰竭的病人，他救回來也是割 Tr（譯：氣切）或是接 savina，就是接呼吸器，會覺得沒有必要，會覺得只是增加病人的痛苦，會覺得替那個病人感到難過，...遇到那種就是 expired 的，...就是他留一口氣回家的，就會覺得替他蠻開心的，因為對那個他來講這是一種解脫（D1010）。

無法幫忙病人，動彈不得的感覺，就像是身上被插滿了針一樣的難受，Candy

很想再多為病人做些什麼，因為進修關係而接觸安寧病房，甚至拿自己內科病房的做法相比較，而體認到：去安寧病房看到他們為死亡做了非常多的準備，為一個人的離開作了非常多的準備，包括念經啊！躺8個小時！比起我們現在的工作，我們真的做的太少(C1097)，如果時間許可我們也會希望可以做到(C1099)，做不到為病人、家屬全心的處理，期望自我還能夠再努力付出，超越自身所能負荷的壓力，也會出現和家屬不同的想法與堅持的時候，要插管的你當然是覺得：他怎麼又要再痛苦下去了？就覺得家屬為什麼還不放過他？為什麼還要折磨他(C1026)，難道可以不去顧及家屬的感受嗎？護理人員所面對的，可是他們最親愛的家人，有些家屬真的覺得要救才是孝順他，會執著一直要救，而且因為我們的病人是榮民，有的都是為了錢，是為了半年俸、一年俸，有的是覺得如果不救就是不孝、會對不起家裡所有的人(C1028)，能不能先試著努力，讓家屬可以知道這其中的細節，嘗試著，溝通...要看家屬耶，家屬如果堅持要救他，你溝通在怎麼說，他也聽不進去，因為他會覺得這是他要做的義務，他會覺得老人家走了，就是要救到底(C1030)，尤其是遇到和爸爸相同疾病、然後也是 sign DNR、呼吸在喘的病人(C1058)，你會覺得他真的很痛苦，像看到爸爸這樣子，會覺得他很辛苦，為什麼不能讓他好好走(C1059)？所以對於談論死亡還是會「害怕」，跟病人...還是會耶！(C1032)，因為有些病人沒辦法接受(C1034)，沒辦法接受自己要走了，然後還有很多很多事沒辦法做，對生命失去掌控(C1036)。

(三) 內疚

就像阿米說的，會覺得有點內疚...或許妳多去，多去探視他一次...或者是妳舉手之勞幫他抽個痰，他就不會走了，因為他畢竟也是一個生命(A1060)，深深的感到無力感跟無助感(A1148)，還是會覺得有點內疚(A1060)，希望可以對較為重症的病人多付出心力，同時發生一個以上的病患病情變化，會讓自己有措手不及的感受，而懷疑是不是自己疏忽了什麼？做錯了些什麼？因為自己

沒辦法把病人 setting 好，工作上的壓力與責任，已經遠遠超過心理所能負荷的程度，會為病患急救感到：自責、內疚（A1100），猶如面對在風中將熄滅的燭火，需要更加倍用心守護，更是需要隨時提高警覺，在上班的時間裡頭，阿米用力將自己的神經繃緊到最極致。

面對急救，承擔內在與外在的指責，如果事情有徵兆，是不是就可以預防死亡一再的發生？有什麼是可以再為病人努力的？對長期面對各式各樣內科疾病的護理人員而言，還要思索醫療方向給予的協助，Candy 就很深的感觸說，因為現在 cancer 太多了（C1083），止痛...還做的不夠好（C1158），讓我感覺...這個病人既然選擇了我，我卻沒有為他做到該做的（C1101），為了無力緩解症狀的痛苦而歉疚，甚至無限延伸到「病患死亡」的事實，認為自己「該做的沒做到」，你知道他應該快不行了，心裡會做一些準備，多去看看他（C1075），給予多些關注。

Thomas（2002）發現越接近臨終，照顧者越不容易和病人談論關於死亡的議題（引自余德慧，2006），宇軒說談死亡是相當不容易的，要怎麼跟一個可能只是感冒的病人說到預立安寧緩和意願書，病人會翻臉，說妳怎麼詛咒他或是想觸他霉頭，有的老伯伯甚至還會以為他自己得了不治之症，要談死，在醫院，在病房都很不容易（B1027），也有像 Candy 一樣感受，擔心自己說話的技巧不夠委婉、功力不夠，希望藉由醫師「宣告死期」，將病患的恐懼與害怕降到最低：談死亡、簽拒絕急救同意書，都不是容易的事情，...我們跟醫生的角色不一樣，有時候真的很怕會傷害到病人他們（C1203）。

阿米覺得最應該被注重的就是：病人他自己對他自己的意願不高，...，有可能他臥病很多年了，他這疾病對他很久了，他可能已經久病厭世了，那他突然情況不好的話，他設定，可能他也想順其自然的走（A3018），懷抱著不安的心情，就算在病患一開始病況改變之時，困擾著該不該談論關於「死亡」或是「末期醫

療選擇」的議題，現在的社會，人家還是沒辦法接受，妳跟人家講，人家會覺得妳詛咒他 (A1086)，不知道該怎麼開口去講，畢竟人家還是有生命的 (A1085)，不容易...，因為有時候...，他們...不太能接受 (A1088)。

當面對他人生命垂危時，會感受到悲傷、痛苦和損失，面對死亡的感受，會反覆的在庫伯勒·羅斯醫師所提到的五個階段反覆來回，分別是：否認、憤怒、協商、沮喪、接受 (Maggie & Patricia, 2011)，面對家屬反覆出現在五個歷程，需要護理人員更多的同理、傾聽、陪伴以及包容、不批判，因為死亡的發生，對他們造成親近關係的分割，對於留下來的人來說，是非常痛苦的，於是護理人員不僅要關注病人的狀況，共生關係的家屬，更是需要投以關懷的另一個對象。

就像 Lion 說不是每個病人都適宜這麼做、這麼說，尤其，跟家屬說話真的都要很小心 (D1152)，因為，護理不是只有關心病人，還要關心病人的家屬 (D1114)，所以自己能說的話，真的要再三考量過，尤其是攸關生死的決定，雖然明知道無論家屬做出什麼樣的決定，都無法恢復病人的健康，面對自己內心的糾結與拉扯，為了保護病人與家屬，避免造成更大的災難與傷害，只好提起勇氣面對，曾經在晚上七點的時候跟有一床家屬討論要不要 sign DNR，結果就是晚上十一點多，就是喘不過來就 expired，剛好就是有跟家屬他們討論到 sign DNR 這件事情，然後事後他們還就謝謝我跟他們討論這件事，謝謝我，就是覺得爸爸可以不用插管、壓阿，就是都不用受苦，他就說謝謝我提醒他們，讓我爸爸可以安心的死，就是覺得還蠻欣慰的，覺得 sign DNR...就是也是很好 (D1015)，只是，宣布病人的死期、談論急不急救的問題，並不是件容易的事，病患家屬與病患間濃濃的感情牽絆，是無法說斷就斷的，只好採取避開 (D1019) 跟病人本身正視自身死亡的議題，轉而跟家屬討論 (D1021)，當然也曾有過，問意識清楚的伯伯說你要不要插管？他說要...要看我跟病人的相處耶，如果我跟這個伯伯還不錯的話，我就會跟他提到這一點，可是如果我跟他沒有很熟，就才 Care 他一

兩天，我就不會這樣跟他講，我覺得還是要顧忌（D1023），顧忌，別人就會覺得你在咒他死阿，或者是怎樣，他覺得自己沒有嚴重到死這件事（D1025），就算帶著顧忌，就算有自己的想法與疑慮，還是只能接受病患家屬所選擇的方式，懷抱著這樣想法，在支援其他單位的時候，一個阿公...已經五十幾歲，他的小孩才三十幾歲...有一點腦筋不太靈光，他就是已經照顧他女兒三十幾年，...她就是也呼吸衰竭，就全身也就是有腹水、其他的一些內科疾病，然後我那時候是幫他 sign DNR 的護士，他不是我的病人，我只是協助，...我就說因為她的情況已經很糟了，要不要就都不要救了，然後那個爸爸，就是那個阿公，他就突然哭起來了，他說我還是希望我想給她藥物，...阿公他就突然哭起來他就說：「我就只能給她的，我只能給她藥，我就不能給她了」...他就一直哭、一直哭，一直沒辦法平復他的心情，鼻酸，因為畢竟他是白髮人送黑髮人，那是心境不一樣的，...因為...那種心情是沒辦法講出來的（D1025），急救，到底是為誰好的決定，不同於單身榮民的病患，一旦身分別上註明有家屬的存在，面對死亡關頭，關鍵的決定之鑰，已經不在病患的手裡，而是轉而交由家屬決定，不用住在阻隔親情與溫情的白色巨塔，得以回到自己溫暖熟悉的地方，掙脫受軀體折磨的靈魂，可以得到多麼大的安慰與喜悅，但前提是，家屬要有與病患相同的想法與共識，而後才能做出最難決定的決定。

阿米覺得有的家屬就算 sign 了 DNR，他其實對內容不了解，還是一味要積極的治療，會覺得很無奈，我的病人都這樣子，還有什麼意義呢（A2018）？要不要救嗎？你說要不要救嗎？醫師就是會跟家屬解釋...，像他就是不救嘛，那我們就是就是會給他一般的衛教，...緩和的治療，他家屬如果堅持要救的話，我們就是會看他要什麼積極改善他一些，讓他更好（A3016），家人與病患一直是「共生」的狀態，對於都沒有陪伴或照護危及狀況病人的家屬，阿米擔憂：要如何跟解釋他的病情的變化（A1034）？因為是突然的事件，家屬都聯繫好，知道病況

不好需要急救，在旁邊陪伴，可如果沒有要連繫家屬，還要去 Keep 去看病人的 Vital sign (譯：生命徵象) (A1165)，一心多用、分身乏術，不但如此還要與病人及家屬應對，談論病況惡化或是其死亡的到來，是一個壓力阿，因為如果妳處理的不好，可能就會有事情了 (A1036)，他們會覺得自己家人的狀況是最緊急的...要讓他們知道事情處理的先後 (A2018)，平常為病人做這麼多了，如果為了這種事醫糾的話，會覺得不值得 (A1038)，有時，護理人員甚至必須獨自和家屬解釋急救發生的過程和原因，因為有時候醫師...他要去急救...然後家屬才...過來，解釋...就又變成我們的事情 (A1032) ...沒有解釋...壓力就是會比較小一點 (A3078)，可能你對他解釋的不清楚，就是過程中有什麼他不能接受的，有被告的情況 (A3080)，開不開口？怎麼開口？解不解釋？怎麼解釋？說了，他們能不能接受？能不能懂？在這樣的狀況之下，同時面對病患與家屬，則是覺得很無助，會覺得說自己怎麼會沒辦法做到這件事情，沒辦法幫助到他 (A1131)。

逃避與病人談論，卻沒辦法避開在旁關注的家屬以及他們的期望與要求，身處這樣巨大的壓力之下，Jelly 就堅持自己的執著，已經是末期家屬還要救到底，我第一個會去探究他的理由，為什麼？為什麼希望救到底，是因為中國人的孝道，覺得你「救」就是「優好」(譯：孝順的台語)，沒救就是「某優好」(譯：不孝順的台語)，還是為了錢，我也遇到過，為了半年俸、終身俸，要領錢的時間才要救到底，當然要去探究原因，然後我也會去跟家屬談，跟家屬談一定會就是盡量的去說服他，就是接受安寧緩和這一塊，如果他是一個癌症或是不可治癒的疾病的病人的時候，我也會鼓勵他們去詢問病人的意見 (E1042)，了解原因，讓自己跟病人都能接受的原因，Jelly 站在守護的位置，怕病人因此而受傷害，而採取的是主動跟病人談這一塊...每個人面對死亡都有他的態度、他也有他的想法 (E1036)，如此一來就可以做到不違背病患臨終的意願，又可以明確與家屬共同努力為病患完成最終任務。

對於照護內科的病患，仍是以恢復健康為前提，對與急救及死亡，都被視為需要優先處理的狀況，然而內科病房與加護和安寧病房不同，不但照護的病人數較多，對於何時為合宜中止治療的時機，還是一個未被界定清楚的範疇，沒法全力將病患拉回到離開死亡的界線，成為護理工作的壓力，沒辦法辨別、界定事情所需處理的先後次序，還要擔心面對家屬的情緒：指責、憤怒與醫療糾紛的壓力，內外受壓的狀況，護理人員成為三明治，夾在病患、家屬與醫療之間，急救一旦被認定使用在已經確知救不回的生命，失去了表面性的意義，基於行善與保護，不應該再傷害這些孱弱的病者，但是對於未準備好放手讓家人離開的家屬而言，不施行急救，就等同醫護人員未盡全力拯救，他們無法接受親人死亡，也沒辦法接受醫護人員對「急救」這件事所做的努力，「急救」因此被視為盡力搶救的最後一道醫療措施，更象徵著醫療人員此刻是與家屬同在、一同付出，對於不知所措、徬徨無助的親人而言，醫療人員的急救措施，是浮木，也是不確定的希望。

三、宣與不宣-面對瀕臨到死亡

(一) 等待

面對救的回來的病患，通常會像 Jelly 所說：送進加護病房，然後可是轉加護病房沒多久就 expired (E1004)，病人有救起來...我覺得對他是種折磨，或許對他來說死亡是一種解脫 (A1020)，雖然這也是一種死亡的形式，但是加護病房的白色的保護牆，還是阻隔死亡真實呈現的樣貌，如此面對死亡，還是遠距離的觀看，然而面對榮民內科無法恢復生命跡象的病患，就會像阿米所形容：通常由醫師宣告死亡，就離開病房 (A1024)，就算有了家屬的榮民病患，還是有可能會面臨到最後一刻，還是自己一個人離開的情況：家屬，...都沒有趕過來，...這一段路程，都是我們在陪一起，都是我們在幫他用 (A1139)，護理人員在化身替代的家屬，安撫這些受苦的生命，陪伴他們身旁，臨終者對於死亡的時間、情況具有控制力 (Maggie & Patricia, 2011)，對臨終時刻的病人而言，

與家屬的道別顯得格外重要，甚至會成為病人一直不願意放下，不能好好的安心離去的原因，難忘的經驗：有個病人他就放心不下他的家屬沒有來看他，他一直沒有走（A3098），靠藥物就是繼續撐著，一度認為他就是快要往生（A3100），捨不得病人被自己的願望所苦，卻又不知道自己能夠為病人做些什麼，所以，陪伴著病人，等待家屬的到來，靠藥物也能比較舒服一點，後來就是真的等他家屬來，他就真的跟他講完話，他後來就比較安心，後來就走了這樣，就可能過沒多時間，可能是幾個小時或是幾天就走了，他很放心就走了（A3102），Candy 說第一次面對「宣」，一定會驚恐嚇到，覺得他怎麼就這樣沒了，在你的班就這樣子走了（C1071），是一個生命突然消失，一個人突然就這樣子走了，再也看不到，從生病到死亡這段期間其實那個人真的很痛苦（C1042），不僅僅是影響了自己，陪伴在身邊的人也深受影響，回想自己陪伴父親的歷程而深深感受，家屬...也很痛苦、也很累，因為其實能夠為病人做的除了陪伴真的沒有其他事了，病人生病的時候他也不願意多說什麼，更何況要面臨死亡的時候，他更無助，不知道要怎麼表達他內心的感受（C1046），面對無法用語言表達的擔心與憂心，世界呈現出了「斷裂」，而「斷裂」正是改變的開始，死亡是生病歷程的終點，亦是生命的最終章。

（二）掙扎

當自己面對人生命的有限，終將一死的事實，會產生許多互相矛盾的情緒：覺得無力、迷惘、無助，不知道能幫什麼忙，害怕死亡的感覺，擔心死後的世界，不知道該怎麼做（Maggie & Patricia, 2011），醫療教育的理念，在教育體制下，強調的是拯救生命，塑造成生與死對立的局面，醫師與護理人員，站在急救的現場奮戰，卻仍無法救回病人，更無法接受死亡所帶來的結果與衝擊，趙可式博士針對 56 位台灣醫師面對臨終與死亡的一項研究指出，對於初次面對死亡會出現十七種初心：震撼、失敗、無助、無成就、憂鬱、無奈、無力、挫

折、反省與內疚、不忍、煩躁及麻木、害怕、驕傲、惋惜與遺憾、矛盾、倒楣、無言和逃避（趙可式，2007），對應在護理人員身上，面對無論是急救或是死亡的場景，也會陷入糾結的情緒裡，宇軒覺得：厚，壓力超大，感覺就很討厭... 為什麼偏偏是自己遇到（B1023），護理工作還是以健康人的服務為主，是站在病人會痊癒的前提下的，所以面對死亡會讓我們害怕、驚慌不是應該的嗎？因為這是沒有學習過的議題阿，所以也就不會知道怎麼樣做最好，或是什麼樣的心態才對（B1055），尤其是在護理部值夜班的時候，常常需要待在急診室幫忙急救，但卻又偏偏，還蠻害怕近距離看外傷死亡的病人的...看著他們身體受的創傷，就會想像他們受傷時的巨大疼痛，看著那些加在他們身上的急救措施，也會想，這些到底有什麼用？（B1126），還來不及應對自己心中各種複雜的情緒，眼見到殘破的軀體、傷心欲絕的家屬，還要面對「宣」之後自己所要盡的職責，能為病人家屬做的小事，深呼吸之後把點點、滴滴都收藏心底。

失落、難過，種種面對死亡的感受堆積，都讓這些受到專業要求訓練，以促進生者的健康、舒適為最主要的工作目標導向的護理人員，難以面對病者的末路、生命的最尾聲，對於現實的屈服與限制，造成自己明知道該做，卻做不到的憾恨，Lion 特別在意的是內科和安寧病房的差異性，畢竟...不是安寧病房，因為安寧病房最主要就是支持，給予心理的支持...關懷他...跟他聊天，尋求就是他的問題，然後去解決...有宗教的話...念一下經或是唱聖歌給他聽，畢竟...內科病房...有那個時間...連身體、生理都沒辦法，沒有時間 care...真的是很難...現在的安寧已經是五全...全人、全家，整個人都沒辦法 care 好了，你怎麼 care 他的家庭，而且還是心理這一塊...還是有差（D1043），不一樣的情況...很難講感覺（D1010），同樣的感受也出現在 Candy 身上，現在的工作，我們真的做的太少了（C1097），面對不同的病患的瀕臨階段，感覺不一樣（C1026），要很理想才有辦法（C1077），內科病房，我們真的沒辦法說一直陪伴著他們

(C1079)，就如 Jelly 所說，相同的是：心情會變差啊！第一個是...可想而知你這幾天上班的時候一定會很忙，因為不管是喘的、要插管的、不插管的、家屬要不要插管的這些病人，相對來說，他們的疾病一定都是比較嚴重的，所以當然第一個感覺是心情會變差，第二個感覺是...自己還能夠幫他們做什麼？是不是喘的可以讓他變得比較舒服？留一口氣要帶回家的，他們自己是不是還有什麼事情還沒做好，或是自己還能幫他做什麼？...就會想說...在妳的班...希望你的病人...是平靜的離開或者是說能夠得到妥善的處理...一上班就會影響到我的心情還有我的想法 (E1038)，加上病房的忙碌程度，很多時候阿米都感覺能力達不到自己心中的標準在我們家(病房)的話，絕對沒辦法做到 (A1170)，會覺得說，怎麼會這麼倒楣 (A1063)，因為自己也會擔心害怕，上班不知道病人什麼時候會走?病人還會有什麼變化，沒辦法預測...要無時無刻要去注意，多一點時間去看他...感覺有點麻煩...要處理其他的事情會不放心，就會覺得沒有人注意到他...感覺到他怪怪的會先告知醫師，如果他是單身的話...看看要做什麼處理...如果我們已經沒辦法做些什麼，也只能這樣，當你知道我們已經沒有辦法做什麼，面對這樣的情況，這個時候我會覺得很無奈，就真的只能希望他可以不要在受苦了，也會對自己說：怎麼會這樣？ (A4032)，瀕臨榮民病患死亡的感受，就像宇軒所說真的是一種心理的壓力，因為你沒有辦法確定狀況，就怕會有「突發」的時候，會措手不及，有時候還會來不及反應，會很擔心，一直去看他，可是一直看著他的狀況越來越差心情就更沈重...又會更加擔心...擔心到最後就是會很無奈...一直想幫他做什麼，實際上卻什麼也做不了，就算是喝牛奶、翻身，你也不知道對他而言到底有什麼意義，他會不會因為這樣比較舒服還是會更難過...會叫家屬或是照服員多去他旁邊看著...覺得會有一種讓你自己也快要不能呼吸的感覺，就很像是快要窒息，很不舒服的感覺，但是沒辦法，你就是照顧他的小姐，有自己的責任在，那是躲不掉也逃不掉的 (B2016)。

(三) 解脫

突發的病況、震驚的感受，失去控制的感受，對他們而言所形成都是一種壓力，一種瀕臨邊界的處境，因為看到、接觸到他人的死亡，讓他們暫時無法回到人人的保護傘，而感受到自我存在的處境，因為自我是由他人映照自己而發生撼動的，他人的死亡更促動我們死亡的急迫感（余德慧，2006），因為已經學習過、了解到安寧照護的必要與重要性，如果時間許可我們也會希望可以做到（C1099），知道這個病人要走，就撥一點時間去跟他道別（C1105），因為在內科病房，上演的是隨時都會發生急救的進行和繁重的工作業務。

阿米思索著這樣處境下還可以盡力付出的一點點自己，應該還可以再為他們做點什麼，不是只有做這些護理而已，應該還有一些事是可以做的...知道他病況不好的前一刻...盡量滿足他的一些要求...單純的生理需求，比如...他只是想吃個東西，是他想要吃...不能吃...沾個味道，他就會覺得很滿足...盡量去滿足...比較沒有遺憾（A1170），Candy說自己現在面對死亡的事件的心態，都有著一種真誠的坦然，面對快臨終的病人，我覺得最重要的還是身體照顧，要吃得飽飽的，就算要死，也不要餓到，還有舒適很重要（C1158），所以，現在看到病人死亡，會覺得說感到欣慰，不用再痛苦了、不用再為病受折磨了（C1071），你知道他應該快不行了，心裡會做一些準備，多去看看他（C1075），片刻真誠而靜默的陪伴，實在是應該而必要做的，但在匆忙如戰場的內科病房，實談何容易，Lion說照護病情嚴重、瀕臨死亡的病患，還要擔心：害怕delate自己的下班時間（D1037），之前常碰到送走往生者的經驗，然後會覺得...可是他們會說在你的班expired，表示你很有福份，像我前天遇到的病人也是，他就是我只care他一個小時，完全沒有care他，然後他就選擇在我的班死，我就覺得：這真的是有緣，真的是緣分，畢竟我完全沒有顧過他（D1035），就會覺得不想再感受這種感受，會覺得又在自己手裡中了一個，會覺得這種福份還是不要太多好了（D1039），要面對的不

僅僅是「宣」之後的工作，還有其他的病人、其他的工作，更何況自己還來不及與病人建立關係，就要一下子接受「他」的死亡，雖以「福份」來指稱死亡事件，然而面對「死亡」，對Lion還是件不好、難以接受的事，阿米也說，癌末病人...只能延緩他的疼痛...沒有辦法治癒，就只能讓他舒服，而且他要走的時候，像by nature的病人...沒有痛苦就好了（A1071），病人走的時候，你，會覺得，有點失落，不知道自己這樣有沒有幫助到他，說不定早點發現，他就可以恢復這樣子，對，那當然心情會有點低落（A3090），轉而問自己，是不是真的有幫上忙，為什麼生命的樣態一下子就會轉變為死亡？是否有自己可以再加強部分？然而，生與死，畢竟不是世人所能操控與掌握的，無論病人是「宣」與「不宣」，都是她們很難以面對的狀況，是一種瀕臨的處境。

第三節 面對榮民臨終階段的處境

當榮民病患急救不成，就面臨生命的臨終階段，護理人員的處境也就必須要化身成爲送行使者，在榮民病患生命的最終，打上個完美的蝴蝶結。

壹、遺體護理

(一) 課本沒說的工作

既是哲學家也是神學家的馬丁·布伯，表示：關係是一切的起源，關係的渴望是「與生俱來」的傾向，「我-汝」是全然的彼此關係，對他人有完全的體認，對死亡病患執行遺體護理之際，護理人員進入在「我-汝」的狀態之下，「我」消失，而進入「汝」，這種深刻的經驗，真實不隱藏的地與人建立關係（Yalom，2003）。

Lion 就形容自己第一次見到病人需要做遺體護理的感受：會覺得不敢相信！還沒有進入臨床老師有講遺體護理啊！...聽到跟自己碰到是完全不一樣的感覺，第一次你會覺得難過，會覺得害怕啊！然後會不知道怎麼去處理啊！然後不知道家屬的情緒啊！你沒辦法...你會覺得失去那種 Control 感，沒辦法 Control 一切（D1085），以前沒有學過，在護校來講妳，可能老師比較注重技術方面...比較不會去注意妳怎麼面對就是她的死亡（D1134），不敢相信，無法處理與面對，就像突然失去可以站穩的地基，有不真實的感覺，就算驚恐、害怕，也要說服自己接受，先等等，先等等再面對自己混亂的思緒與感受，試著安撫眼前傷心的家屬才是符合專業要求的角色，因爲，護士的安穩對家屬是一種安心，就是你很平穩的做比起你匆匆忙忙的不知道要幹麻的時候，你給家屬的感覺是不一樣的，所以我覺得要穩，第一次是慌，第二次以後就要穩，慢慢學習要讓它穩定（D1087），先安穩自己的心情，再顧及到共生、共命的家屬的悲痛，還有從面前離去的生命。

阿米也有同樣的感受，提到自己接受護理養成教育的感想，在求學階段，遺體護理只是帶過，在學校哦！老師就是會把技術的東西大概說一下，因為要學的技術其實真的很多，但是真正在工作中你自己要做的時候會怕耶！因為那個病人不知道

是不是因為自己的關係死亡了，然後會不會對你做這些遺體護理的這件事，有沒有不高興（A4020），害怕自己接下來所要做的工作，也害怕自己的遺體護理會再一次傷害病人，宇軒很坦然的說自己，其實...不太記得在這裡做的第一次遺體護理（B2018），但是在學生身份的實習歷程，曾經看到很感人的畫面，一直深深的影響宇軒直到現在，外科醫師坐在那個病患旁邊，一針一線，把他的傷口縫合，還一邊告訴他要跟世界道別，他已經沒病、沒痛了，...真的就是會覺得說，有尊重那個病人，就算他已經死了，仍然被當成活著時候一樣的對待（B1122），雖然那時候是個護生，卻因為這件事開始有很多想法，心裡還是會覺得怕怕的，畢竟是第一次看到有人死掉，看到那個醫師跟學姐他們都這麼不在意，我也假裝自己好像不怕（B1122），感受著自己的感動、敬畏、害怕，為宇軒交織成一個對於遺體護理相當清晰的概念，就是心懷敬意-尊重，在臨床遇上自己要執行遺體護理，竟還有許多不曾接觸過的處理步驟，學姐會就是大概跟妳說一下要做些什麼事，通報總值星、值班護理長、榮家、榮服處，然後去幫病人拔管子、擦澡、更衣，然後就是連絡太平間運送離開...看著那個 Endo、Foley，沒有人陪我在那邊，然後就一個住院醫師，他就默默的幫我移除管路，雖然沒有交談，可是就會覺得那是一種很真誠的對待，是對待人而不是一個病人（B2018）。

同樣被實習的經驗影響的還有 Jelly，感動就深深的烙印在心裡頭，為一個兩歲的小朋友「遺體護理」，他只是一個這麼小的小朋友...老師帶著我幫那小朋友一起做 Body care（E1022），面對小小的生命死去的傷心，同時感受深深的愛，媽媽...很愛這個小孩...很勇敢...每天來都還是跟他講講話，包括他就是死亡的時候，還帶了他最想要穿的衣服，整個就是很多玩具、糖果、餅乾就放在他的身邊（E1024）...一直等到爸爸來的時候才崩潰...她獨自在處理這個小朋友往生的時候，其實一直都是非常的平靜，包括她說要拔管的時候其實都很平靜，她就默默的跟我們講說不要再折磨她的小孩...拔管幫他穿衣服，等到他所有的 Body care 都做完了，爸爸有趕

來，趕來的時候媽媽才放聲大哭 (E1026)，因為他很小，所以一定要一直抱著他... 她都一直擁抱著他...還一直跟那個小孩講話 (E1028)，對這樣子的決定 (E1032)... 其實有點替那個媽媽感到難過 (E1030)，感同身受，對選擇讓生命好好逝去的生者難過，也為生者對逝者的付出與愛感動，兩者交織之下，Jelly 肯定自己做遺體護理的價值與重要性。

因為經驗的累積，肯定自我做遺體護理的價值，阿米就說現在的自己不會害怕 (A1075)，做的遺體護理很多，心裡不會覺得恐慌 (A1135)，曾經有難忘的經驗，... 就是翻身的時候，他可能就是出聲，...覺得嚇一跳，不知道發生什麼事情，而且... 用好的時候，就發現他偷偷在流淚，就覺得說：他是不是有聽到我們在講話？就想說...就是要尊重他們 (A1139)，但是一旦少了這個步驟，會覺得這個病人到死後的話，都沒有一點點的尊嚴 (A1083)，短短的一句話，道盡遺體護理的重要性，只是幫他走完最後一段路程，能做的可能只有這樣子而已 (A3108)，思索自己在護理專業所習，轉而能為病人所做最多的事，宇軒談到自己現在看到病者死亡、執行遺體護，感受就是很複雜...說害怕也不是，但是心情就是會不太好 (B1053) 有時候也是一種解脫...，所以遺體護理就會顯的很重要，雖然我們沒有像送行者一樣的專業，但我們卻是陪伴他們到終點的人，盡自己的一些本分，讓他們以平靜的樣貌辭世，是我沒想過...自己...做得到 (B1128)，跟那部電影一樣，沒有被多數人尊重，是吃力不討好的工作，但是卻是很難得的經驗，因為跟這些病人，雖說是因為工作才有關係，...一個陪伴別人生病的人，與其說是照顧，還不如陪病更貼切一點 (B1060)，因為工作和病者形成人際、生命的連結，也因著疾病的病程，與病者一路直生命的末端，竟意外的發現，為逝世的病人做好自己應盡的責任與工作，使護理的工作更顯得有意義，她們不折不扣成了送行者，成為「白衣送行者」。

正如 Jelly 強調護理工作，除了病人死亡這一塊，...大部分的時間還是在做護理的工作，只是 touch 到病人死亡的時候有可能會有一個角色是送行者的角色

(E1113)，工作 (job) 指的是：人必須做的任何事情、任務、瑣事和義務，所表示出的是工作是被迫、不愉快，免不了會覺得痛苦的，聖經上的約伯 (Job)，源自希臘文及希伯來文，代表的是忍受痛苦的人，工作 (job) 與約伯 (Job) 在字典中相鄰，讓 Larry Dossey M.D (2008) 聯想到：工作就是某種形式的苦難，有許多工作者就像是約伯，耐心的受難者，困在不喜歡的工作裡，卻無法脫離，但面對病患臨終時刻，就像阿米所言：要好好的讓病人走完最後一程 (A1177)，就是一種盡己所能的表現，照護、守護生命尾聲的病者，就如同是陪伴將熄的蠟燭，是送行，也是另一種照亮。

(二) 歸責的壓力

爲什麼還是會造成急救的發生？講求實證的醫護專業，很快的進入這樣的思考模式，Jelly 就覺得：通常急救的過程中我們都一定會去幫忙嘛，去做一些協助，那不只是看待其他人，就是...你就會覺得他是不是有把事情做好 (E1090)，同樣轉而審視自我的宇軒也說：在你自己的班內有病患病故，你很難不被究責的，就算是個重症的臨終病患，他為什麼就偏偏在你的班過世？是不是妳的照護做的不好？是不是妳忽略了什麼細節？就算別人不這麼問，你自己也會思考這種問題 (B1114)，生命真的很脆弱...或許是其他原因造成那個阿伯死掉，如果不是因為自己的工作不夠盡責所導致，不知道自己該怎麼看待這件事情 (B1045)，思考是不是因爲自己的緣故，導致急救的發生就像資深的宇軒所說：真的就是特別會在一些人的班有病人的死亡 (B1053)，覺得：不喜歡別人認為可能是我疏忽，沒有抽痰或是注意到病情，才導致病人需要急救或是死亡...有時候擔心自己要承擔這種感覺的壓力，真的會遠遠超過擔心病人會死掉 (B1057)，以及整個醫療團隊間的問題也需要被注意對病人認真的付出跟照顧，他們的疾病雖不一定會痊癒，忙碌工作之中也沒有很好的照護品質，那麼為什麼被客訴、被檢討的都是護理人員？醫療的團隊這個時候就會悄悄的不見了，只剩下第一線的護理人員 (B1140)，醫療本來

就是團隊不是嗎？身為他的主治醫師、住院醫師、專科護理師，如果他們都沒注意病人的症狀或徵象跟一些臨床的實驗室報告，只讓最小單位的護理人員承擔這種責任，不是很過分嗎？(B1057)。

因為面對的是生命，感覺自己就像是站在懸崖邊，做什麼事都要戰戰兢兢、小心翼翼，要負很大的責任的，如果今天是照顧植物，你就不會那麼擔心，因為植物最多是枯萎，但是生命是會死亡的(B1114)，加上榮民醫院內科病房以進入工作場域年資區分為學姐、妹身份，各自有不同角色與壓力，對於工作場域的學姊來說，基於擔心與操心，就必須要不斷心心念念提醒與叮嚀，像宇軒，用戰戰兢兢的心情，上班的擔憂還包含著學妹照護病人的狀況，承擔一起被指責的風險，因為自己也算資深人員，在處理事件的過程中如果有做不好的地方，也會因此被指責說學妹沒教好，上班不是做好自己的工作而已，還要注意跟幫忙學妹的 team (B1059)，因為就像阿米所說：不論是不是自己自己的病人，只要是有上班，畢竟還是會去參與到這件事情，不會有特別的(A1158) …可能會問她說：欸，這個病人的 Vital sign 有沒有好一點阿？或是有沒有什麼變化？就還是會問一下(A1162)，因為這是身為一個學姐最基本的要求。

Jelly 也說因為現在也是學姐，常常...你就會去指責學妹們做事情的方法(E1101)，丟掉一個東西你會覺得很可惜跟你會覺得很難過，何況那是一條生命...會希望...因為我們 care 的是人，不管是我現在在帶新進的護理人員還是說我自己面對的態度...我覺得我們照顧的是人而不是說一個物品...以比較人性化的態度去看待(E1086)，特別是讓病人的洗腎導管血流不止的事件，跟學妹討論這件事情，可是學妹給我的反應是...跟我講說，當下還有另外一個病人在急救，讓她沒有辦法管那麼多，那我的感覺是不舒服的...怎麼會是這樣子的做事態度？(E1107)

(三) 情感的失落

被「死亡陰影」籠罩之下，疾病的嚴重度、自己能力所及，甚至是要不要急救與插管，都會影響他們的心情，一直留在病患身邊的護理人員跟照顧服務員，由生病的歷程開始，見證病患的身體與心理所經歷的苦難、折磨直至生命終站，對於無依無靠的榮民病患而言，陪伴、共命、共苦的護理人員，因為有著情感的依附，也隨著病人的死亡而經歷生死離別的苦楚，他們就是末路相伴的一群人，對於自己因為面對病患急救、死亡而有的感受與想法，阿米：病人走的時候，會覺得，有點失落，不知道自己這樣有沒有幫助到他，說不定早點發現，他就可以恢復這樣子...心情會有點低落 (A3090)，Jelly 談現在，面臨病患的死亡...和第一次當時的驚恐當然差異很大，我想面對的多了，自我感受的部分就變得少了，可能也是因為受過安寧的思維跟訓練 (E1178)，並不是安寧的訓練讓 Jelly 變的對死亡有距離的觀看，而是因為人居住在活著的世界，只能完全與死亡絕通才能好好活著，然而，病人的死亡是一種存在的斷裂，對 Jelly 而言顯現出的是「會死亡」的存有，面對失去的失落，甚至是心裡最深處的難過，touch 到心理面的感覺是，也有可能他跟我爸爸是同樣的疾病死亡的...那種感覺都還是會有，會覺得難過... (E1034)，她們一路陪伴著生活在醫院的榮民老伯伯人生最後的時刻，「類家人」的失落，對 Jelly 來說，在此刻和自己失去「家人」的失落相重疊，那是種很深刻的感受，一直到現在，我都還是覺得生命是很脆弱的...每個生命或者是說每個病人的死亡對我來講都是不一樣感覺的死亡，因為他可能有他的家屬或者是說他有可能是一個我照顧很久的病人然後他忽然死亡，或者是我接進來人都還好好的，可是下一秒突然死亡的病人，其實對我來說那種感覺都還是會有，會覺得難過...對我來說都會有或多或少的失落... (E1034)，宇軒則說自己，滿懷的理想，往往卻要因為現實而不得不屈服、低頭，宇軒就說，在跟病人互動的過程中，出現跟記憶中相同的感覺...，然後就會覺得很心酸、很難過 (B1039)，保持一慣的理智跟冷靜，不會讓自己失控，但失

去親人的傷痛，有時卻不是那麼容易被隱藏、被忽略的，很可能會，把對這個親人的感覺投射到病人身上，就是我們稱為「情感轉移」跟「情感反轉移」(B1037)，…醫院裡面的榮民伯伯，他們都是住在醫院超過二、三十年，在內科病房跟護理之家來來去去，有些很可愛的爺爺跟奶奶，聽到或是遇到他們的死亡…也會心酸 (B1041)，處在這種空間與環境之下，面對榮民病患的死亡，無疑的又是一種生命中情感的失落。

(四) 被剝奪的悲傷

宇軒很沉重說自己，工作中的時候，再怎麼樣就是不能有情緒阿...就算你再難過，你就是一個專業人員，你只能在這狀況下包裝自己，因為你照顧的病人他們都是生命，就是會忍住吧，而且，可能沒有人會在意你的感受 (B1142)，因為護理工作是被高標準要求的職業，就是要再一層一層的要求下，把自己塑造成一個專業的形象，一個穿白色制服，只會笑不會哭的娃娃，不用會去思考，一切照著別人的話做就可以了 (B1138)，但是就是心裡覺得酸酸的 (B1124)，看到他們家屬傷心欲絕的樣子，在這個時候，你只能盡量裝作平靜的告訴他們怎麼辦理死亡的後續流程... (B1126)，再加上，聽到或是遇到他們的死亡，雖然也會心酸，但是很快就被其他的事件取代這種感受，上班的時候，只會擔心自己所負責的這些病人的狀況，真的不能也不會想太多 (B1041)，相較起來幸運些的 Jelly，第一次急救的時候...蓉學姊人還不錯她有感覺出來我有一點被嚇到...其實她在第一次 CPR 的時候都有告訴我...其實生命這件事情本來就是很脆弱的...我們常常會遇到這樣子的事情...，希望我不要因為這件事情，就感覺到很 trauma 或是說有一點嚇到 (E1020)。

而 Candy 說自己現在面對死亡的事件的心態，都有著一種真誠的坦然，當然聽到「誰誰誰」或是「那個誰」死掉了，也會覺得很捨不得，但是如果一直想這種事情，無時無刻就會被這種感覺影響 (C1158)，只能跟 Lion 一樣選擇隱藏自我

的提到：我有哽咽...做完遺體護理之後回到護理站，我有哭，就是沒辦法控制（D1130），出現情緒當然就是先忍住阿，因為人家說不能在屍體前面掉眼淚阿...在家屬面前掉眼淚就會覺得很不專業的感覺（D1132），跟阿米面對的方式一樣，不會跟人家講，可是就自己默默的，就會覺得難，就是心裡有點低落（A1096），在加上此刻自己的身份，不是家人，只是照顧他的護理人員，沒有權力也辦法悲傷，只能把這樣的感覺，硬生生的吞下去。

二、歸還-恢復人的本初樣貌

（一）所有物的歸還

當病人住到醫院裡，常常就被數字或床號所取代，是什麼樣的人？有沒有戴眼鏡？通通都變成一個模樣，穿著病人服，虛弱、徬徨、無力或躺或站或臥待在病房，等帶著護理人員常規的量血壓、發藥，偶爾被推出病房做檢查，再不然等待醫師快速、匆忙的查房，完全不被注意到自身的特殊性，狀況一直會持續到離開醫院才會結束，長期住在醫院的榮民病患，並沒有離開醫院的時候，死亡，也就成了另一種結束，當病人一旦由醫師宣告死亡，護理人員面對停止所有醫療措施的身體，立刻著手進行遺體護理，死亡是人基本的焦慮，但是焦慮被試圖用恐懼來控制或反擊，人可能也因此遮蔽自身的存有，將人的存有狀態朝向非本真的狀態，就是海德格稱之為「不真誠的模式」，以致於人在其中「逃避」、「墮落」、「麻痺」、「不引人注目」來減輕自己的焦慮，當面對內在受到衝突的時候，事件最重要的核心，很快就會被壓抑、否認、置換、象徵化給層層包裹(Yalom, 2003)。

阿米感受身上有假牙、有眼鏡，都被拿掉了（A3068），將身外物的歸還，其實也象徵了榮民病患脫離科層制度、延伸的軍隊管理，也掙脫身上所背負的枷鎖，有歸屬感，會比較自在，因為他們癱那麼多年，穿醫院的衣服，也都忘了自我是什麼樣子，讓他們穿回自己的衣服跟裝飾品，會讓他們比較像一個完整的人（A2026），為其沐浴、更衣，因為，病人服只是一種遮蔽（A3070），換回自己的

衣服就是可以讓他們恢復到原來的樣子，恢復到生病之前的樣子，...生病之後，所穿的衣服都是醫院的（A3068），換回自己的衣服，使用屬於自己的物品，藉著如此的舉動，將主體性還給病人，還給軀體最真實、自然的樣貌，幫他穿戴整齊（A3026），人生最後的一次的遇見，隨手小小的舉動，象徵著祝福，眼鏡、假牙、手錶、衣服、皮鞋、皮帶、手杖，護理人員把病人所有的用物歸回自身，脫下種種的剝奪與限制，至少在面對生命離去的這一刻，讓榮民病患恢復尊嚴、光榮與驕傲的離開，Jelly 就有過這樣的經驗，每個人面對死亡都有他的態度、他也有他的想法...曾經問過一個病人，他跟我說他死的時候要穿著長袍馬褂，而且他是在家屬面前...就是在阿姨的面前就提起這件事情，剛好就在那個病人往生的時候，那個阿姨...我通知她的時候她就第一時間說她要去買長袍馬褂，她要給她自己的老公穿上長袍馬褂，然後讓他這樣子帥帥的離開（E1036），因為與病人及家屬共在，所以感受更加深刻，在 Jelly 的用心之下，讓病人、家屬減少了對生命的遺憾。

（二）身體樣貌的歸還

阿米提到自己第一次動手做遺體護理：一開始我覺得是有點嚇到，但是沒有到達害怕啦，因為那是剛開始幫他就是處理類似大體（A3032），覺得豁達，覺得這是該做的，不是件可怕的事情（A1152），於是抱持著：沒有想很多，是想幫他弄乾淨（A1156）的想法，跟著學姐一起，幫他遺體護理，拔管路，學姐還會幫病人擦澡，藉以清除身體的髒污與血跡，去除身上多餘的醫療裝置以及維生管路，讓 Jelly 覺得最能寬慰家屬及自己的部分就是可以把他身上的管路拔除（E1012），而能像阿米說的面對榮民病患最終章可以做的到，在他往生的最後一刻，我們把他們 setting 好，讓他們有尊嚴...幫他用的乾乾淨淨的（A1102），阿米覺得所能努力做到的就是舒適就是家屬最好的安慰，盡量就是病人往生的時候幫他就是處理好這樣子，把他弄好，至少讓家屬也不會這麼難過，看到的話，看到是一個乾淨的，很和善的一個人，至少他們心裡會比較舒坦一點（A1133），讓他回復到原本

的自己，我覺得對他而言是一件好事（A3070），舒服、自在，恢復最自然、原初的模樣，就像是初來之時-人的樣貌，除了自身，沒有多餘的東西，不再只是被驅體網綁束縛、任人擺佈，也不再需要血管注射和不斷的服藥，最真實的遺容及樣貌，安詳的就像是睡著，一切都回歸到生命的開始，護理人員藉著這個過程，不但表達自己照顧的用心，也致上自己無力挽救生命的歉意，病人平靜的樣貌，稍稍寬解死亡帶來的衝擊，也能為病人生病的前後做了生命的連結，而讓護理人員能體認疾病為病人帶來的痛苦，並深思生命的意義，遺體護理是相當具有深意的儀式與過程。

僅管如此，面對遺體，視覺上的恐懼是無法避免的，Lion 說對於死亡過於不安穩的狀態，造成深刻的印象，特別是：面目全非...一直冒 coffee ground（譯：咖啡色液體）的，就是 NG（譯：灌食用的鼻胃管）拔出來狂冒，然後眼睛閉不出來的，或是...沒有發現就是過去就沒了，他的臉就是看起來好驚恐哦，好像感覺是很不安穩的死掉（D1053），通常會和 Candy 一樣，強迫自己把心裡的感覺、害怕的感覺，會降到最低（C1073），降到最低，然後後續幫他做其他事情（C1074），就像是，整理一下他的遺容，有些伯伯就是嘴巴會閉不起來的...至少就是要給他塞個紗布...眼睛閉不起來的就是妳要跟他說一下（C1018），就算不是自己所負責的病患，也會希望他們能有最好的遺體照護，特別是對於資深的護理人員來說，Jelly 就提到自己看到學妹的處置的不敢置信與不贊同，學妹依照醫師的醫囑處置病人插在腹股溝的雙腔靜脈導管（譯：洗腎時使用導管），人就走掉了...病人的家屬過來了，...那個病人是一整片的血（E1105）對我來說，如果我是...病人家屬，...觀感很不好...管路...不知道怎麼去處理...血就一直流出來...台灣人的傳統裡面，衣服換上後都是乾淨的，然後再沾染到血就是不潔的，那不管是不是台灣人的傳統習俗，你光是看到一灘血在那邊，或是病人的褲子上有一灘血，觀感就不太舒服（E1107），對於已經接觸過遺體的護理人員來說，這些視覺、心裡的感受都不好

受，又要病人家屬該如何能接受自己親人「死亡」的樣貌？

(三) 靈性的歸還

阿米提到：書上都有說，聽覺是最後消失的 (A1030)，進行遺體護理的時候，還要不忘，一邊做、一邊說：病已經好了阿，...，然後跟他講一些話，希望他一路好走 (A1028)，這樣子就沒有煩惱 (A3026)，雖然有時候看起來很像自言自語，可是還是要告訴他：不要想太多！ (A1102)，不要想不開，擔心太多事情然後放不開，就像沒聯絡到家屬之類的事 (A2022) 根據一般民間的信仰，這樣「最後的告別」，更象徵的是逝者與「病」「苦」、沒有任何干係，可以真正得到身體與心靈的寧靜，單方面和病人遺體的對話與溝通，是因為護理人員他們要與病者告別，因為他們知道、體認「告別」這件事情的重要性，增加對此重視的程度，若有家屬的病患，更需要說再見，因為，家屬有跟他 (病人) 講的話，就是比較安心，因為畢竟有些事情他們 (病人) 是放不下，所以我們還是會跟他們 (病人) 講 (A3102)，宇軒則強調一定要，一邊做遺體護理，一邊告訴病人說他的一生苦難結束了，希望他放下一切好好的離開 (B1053)，就像 Lion 難忘的經驗：有一個婆婆叫做春菊... 在我手上送走... 真的就是全身的皮膚都很差... 過世對她而言真的就是解脫... 全身的大傷口，那些話就是在遺體護理的時候，其實我還蠻在意的，妳一定要說就是妳病好了，可以好好的吃飯，可以好好的過生活，我真的相信死後最後消失的是聽覺，因為妳誠心的祝福他 (亡者) 就會感受的到 (D1140)，不吝惜自己的祝福，珍惜生命中最後的遇見與遭逢。

因為靈性層次的照護，脫離不了宗教信仰，因為信仰是人進入靈性的一個途徑，護理人員會利用遺體最後的感官-聽覺，來為這些受苦的生命祈福，Jelly 就覺得要注重遺體身體清潔之外其他的細節，雙手給予小緞帶固定，綁上寫有病患姓名的小卡片，提供佛經給病人聽 (E1176)，看看他們是不是有什麼宗教信仰，因為我們病房是有提供小佛經的嘛，就會拿給他們聽這樣子，... 病人他沒有什麼宗教信

仰...還是會提供一點佛經給他聽 (E1012)，為什麼是選擇佛經？據阿米的解釋，因為病房就是備的只有佛經，所以我們就是大部分都會基本上拿佛經給他聽...，就類似幫他誦經 (A3028)，對這些「遺體」或稱「大體」放佛經，成為制式的規定，其中的用意是：對病人而言，基本上在心靈應該會比較平靜 (A3030)，因為放佛經，那是心靈上的一種藉慰還是安慰，靈性上的，就是一種對病人、對我們都會比較好，對，與其讓他(譯：遺體、大體)被我們擺在那邊，也都沒有人去理他，不如去放個佛經，感覺就像是平常在誦經這樣子，讓他可以較安心一點 (A3036)，也有像 Lion 一樣，比較保守不會用言語表達自己，把一切都放在心裡，只敢默默在心中與遺體對話，在心裡默念，叫他要好好的走，竟然你都走了，就好好的走，不要再留戀人世間，就是我送走病人我都會在心裡默念，可是我不會講出來，就是默念，讓他感受到 (D1055)，除了來自護理人員說與沒說的祝福，Lion 更重視的關鍵是態度，尊重，人跟人之間就是要尊重 (D1063)，死者為大...ICU 或病房病人 expired...推過來的時候，我不會說刻意就是躲起來，...走出來遇到...不會去閃，還是會很正常的...視線，也不會去瞄它，...，我覺得還是要尊重它，就是我不會突然就是跑開或是躲起來 (D1059)，會跟他面對面走過去 (D1061)，不需要害怕，當一切外在的關係都回歸到最初，人與人基本的相處及應對，是互相尊重，在人生命的終站，再次顯露出尊重的可貴與重要性。

除此之外，Jelly 還有提到另外一個觀點，support 家屬的情緒，因為病人 expired 的時候家屬在現場其實他們那種傷心跟難過，其實是可以去體諒的，所以會先去 support 他們，然後 support 他們之外，也會跟他們講...就是看有什麼話想要對他的家人，就是往生者講，去引導他們跟他講講話 (E1012)，來不及的、沒提過的、說不出口的，就一次引導他們告訴自己的親友，讓他們減少心中的不捨和遺憾，雖然生命還是逝去，也同樣還會感受到失落、悲傷，因為自己多付出一些些，就可以達到生死兩相安的理想狀態，也是需要護理人員從中付出與努力的，因為逝者安

心、視者安心，事者也才能安心。

許多面臨病患死亡的經驗累積，足夠建構出屬於自己的因應與面對方式，遺體護理就是最被重視的一項，藉由簡單的清潔、沐浴、更衣，讓病人維持舒適的外表，對家屬而言是一種視覺安慰，過程尊重的對待與言語，更是種聽覺及感受上的安慰，讓家屬知道，護理人員也同樣的為病患不捨，其實就具有稍撫慰稍的功效，對於沒有辦法一直陪伴家屬、逝者，其實已經用一個遺體護理的過程，取代了形式上安慰家屬的舉動。

第四節 失去陽光的向日葵

在研究者研究之下，護理人員經由實習，進入到職場，實際從事護理的工作，除了面臨照護病患日常例行性的工作，還會頻繁的遇到病患的急救、臨終，直到最後送行的遺體護理，發現她們內心深處更深的狀態，就在本節做一個深入的描述。

壹、制度下的就範

秉持著社會中人與人相處的倫理，從進入護理專業養成教育開始，被教導要尊重學長、姐這些前輩，彼此間更會使用「學姐妹」相稱，因此到臨床工作之後，則會以進入職場工作年資為區分，以「學姐妹」相稱、相待，未被注意過的學姐妹的階級制度，充斥在學校、醫院工作場域、生活中，Lion 提過榮民內科的特殊，學姐也差很多，這裡的學姐感覺比較不會高不可攀，比較容易親近也比較親切（D1122），從學生的學習開始，就把學姐視為典範，Jelly 更是經歷實習的經驗，就提到過：很忙碌的單位...幫了病人洗了好幾個澡，挖了好幾個大便，...很活潑...，工作得時候都會跟病人聊天...是一個好護士，可以很細心的看到病人需要...，可以好好照顧病人（E1186），把「成大」學姊當典範，宇軒也很有感觸的說到剛開始自己對學姐的感受：帶我的學姐人很強，是台北榮總回來的，能力很強、對病人又很好（B1116），再加上，護理長對我超嚴格的，正式報到的前一星期就叫我每天到病房報到...先熟悉環境、瞭解作業流程，其實做的就是護理一部份的工作...學姐都相當資深...動不動還會被病人罵、學姐罵、阿長罵（B1108），Candy 則說：學姊...她會替病人洗澡，做遺體護理的時候跟人家不一樣，就是很用心（C1166），打從護理臨床工作學習的一開始，就是充滿著壓力的，學姐更是象徵嚴厲、要求、能力的代表。

看似快速、緊急的工作場景，「學姐、妹」階級模式的運作，冷靜面對臨床多變的狀況，甚至是面對病患急救，阿米提到：角色也是很矛盾...，只能算是說幫忙吧，幫忙學姐（A1008），學姐會比如說叫我們去壓 Ambu，或是去 suction、量 Vital sign，或是拿東西，因為她們都會站的比較前線，我們就在旁邊就像是支援、幫忙她們

(A3022)，其實就是跟學姐學 (A2020)，宇軒還提到，面對死亡的態度：看到那個醫師跟學姐他們都這麼不在意，我也假裝自己好像不怕 (B1122)，話語中所表達出的意境，是資深人員會負責比較主要、緊急的急救措施的執行，也就是站在離病人比較近，距離死亡也較近的位置，不但能把握急救的黃金時間，也藉由工作分配、所處的位置，以緩解較資淺人員的恐懼與焦慮，所謂的「學姐妹」制度及稱謂並非一般的人際間互動，以稱謂代表對護理前輩的尊重與尊敬，就如同自己是的姐姐、師長，並在生活與工作之中形成互動的人際網絡，為自己樹立護理的模範與標竿，甚至影響著自己對於護理工作看待的角度與深度。

據護理學會對於的進階制度的區分，對於工作能力、年資、照護能力、專業報告書寫，經由學會審核通過更可分為：N1、N2、N3、N4 等四個階段，不但是對於專業能力的肯定，也是種身分的象徵，在繁忙的工作業務之下，Lion 就無法了解到行政能力與寫作的關係，很怕寫晉升報告，我的工作不能保障我在護理工作的地位，卻要靠做假的報告來提升位階 (D2008)，做護理最深的遺憾，怎可只用單一方面決定晉升 (D2012)，Candy 也說：最沒辦法接受的就是還要接行政工作，這不是我應該做的事，我應該只是照顧病人 (C1183)，大部分的學姊都是照手冊內容帶我，我現在比較少帶學妹，我會一直想我剛來的時候會不會也這樣？有的會一直寫，寫了懂不懂？有的好像都沒聽懂，有的說了不改，有的動作真的太慢，每個人特質好像真的不太一樣，不知道他們到底有沒有吸收 (C1146)，此外，Jelly 說除了照顧過多的病人數，壓力還來自，顧慮護生、新進人員 (E1194)，當然也會因為學姐，讓自己有所成長及改變，因為學姐的關係吧！第一年沒去考試，學姐就一直念念念，第二年就自己主動去拿報名表，想說去考一下好了，結果考上了，就想說好吧就去進修 (E1129)，Jelly 一腳踏入不同信仰背景的宗教學校進修，接觸了更多自己不了解、沒接觸過的東西，我是台灣小孩，我是民間信仰的小孩，雖然說有跟其他宗教有 touch，可是不會有那麼深的接觸，例如...學姐...接觸天主教...不會看到那麼多其他宗教的東西，基本上還是以

佛教跟道教為主...看到的是基督教學校的事情...想法...面對死亡...的想法跟...分享一些包含不同宗教往生的事情、面對死亡的禁忌的想法及看法，這些對我後來在處理病人身上還是有所影響（E1131）。

學姐妹制度一開始是爲了傳承護理的工作的制度與學習而來的，然其中的關係與影響是彼此與互相的，與一般人的相處無異，首重的就是真誠、無私的相待，同時也會隨著時間與工作年資的增加，學妹一個個升格爲學姐，更能體會箇中角色變化所形成不同壓力的滋味。

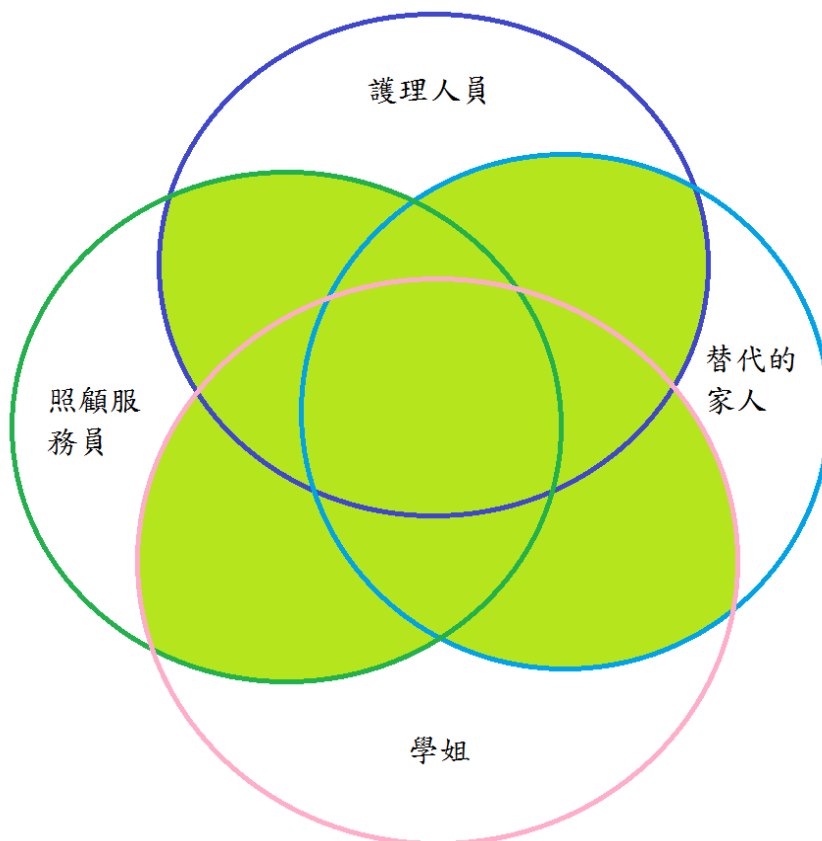


圖 9 護理人員 4 重身分

貳、「心」苦沒人知

社會學家錢柏利斯（Daniel Chambliss）的觀察注意到：傳統護理工作強調是照顧他人、僕人做的清理及家務工作；相對之下薪水很低，沒有名望；並強調要協助上位者，無法自行做決策（卡塞爾，2007）。

上班的時候，要做個符合專業角色形象的護理人員，聽從主管的指示，照護自己的病人與家屬，Lion 就發生過：跟病人或是家屬、上司 argue，回去就會想一下自己的態度是不是有問題...工作半年...就被告，被告到院長信箱...說家屬詢問病情，我說...煩死了，我根本就不會這樣...雖然學姐安慰...與別人對話的時候被誤會...可是，前一天我上小夜班，隔天一早就被叫到病房說明事件，阿長為了這件事情問我，我真的覺得很委屈，我被冤枉了，說一說我就忍不住哭了，然後我就想以後跟家屬說話真的都要很小心了，很多情緒都不敢表達，就算妳很想哭妳也是就要忍住...（D1152），有話不能說，傷心、難過都只能自己先給吞下肚裡，因為自己要尊重病患家屬、敬重主管，被忽視小小的傷心，形成身上深深的傷，就連自己生病不能上班，還是只能咬牙忍住的委屈，那次肺炎發高燒...一個阿嬤就一直盧我說她先生一直發燒，我就說我也在燒...也燒到快 39 度，可是他們就覺得妳是護士，妳不可以生病，就算生病妳也不能接近病人，可是妳知道，不能因為生病妳就不上班，妳會增加別人的 loading，而且妳應該就是要知道妳自己身體的狀況，而且妳可能還要去跟妳的主管反映，如果請病假，拜託別人出來上班，妳就會欠人家人情（D1152），不可以欠人情加上不能造成主管及其他同事的壓力，因為自己今天的角色是「護理人員」，抱病上班的 Lion，因為肺炎，住在自己工作的病房...他們會覺得妳就是自己都會都懂，檢體盒..要自己知道怎留，點滴打完...要知道怎麼處理，妳比一般的病人還得不到照顧...護士真的很重要，連總統都會生病吧！？如果大家生病了，不是都必須要由護理人員來照顧嗎？（D1168），常常，覺得壓力很大...有想過要換單位或是換醫院，因為習慣，習慣上班就是做這些工作...做上司派下來的工作...就是要把事情做到好...沒有熱忱，上司的壓力是我最沒辦法忍

受的，太理想化，就是根本做不到的事硬要我們做，根本不管任何代價，累死我們也要達到目標，真的太理想化...沒辦法辦到...怎麼會有這種想法？根本辦不到的事，不是要量力而為，比如說你只有 80 分的力量，要叫我們做到 100 分，這 20 分裡面，你想不到也得不到，就是會很辛苦就對了 (D1158)。

儘管如此，護理人員似乎都被拿著放大鏡檢視著一舉一動，稍不注意，什麼樣奇怪的事件，都會與自己扯上關係，Lion 有著不曾與人分享的經驗，一狀被告上「行政院」，起因只是因為四人一間內科病室裡，有病患需要使用呼吸器，Lion 敘述這個事件說：假日，同房的那個家屬...來陪病人...很和氣的來跟我打招呼說你們工作很辛苦...然後就問那個氣切伯伯旁邊那台是啥??...看起來還挺善良的...中年男性...就跟他介紹...是呼吸器，幫助病人呼吸，他就問機器都是那聲音嗎？不能關嗎？我說對，機器是這樣運作，不能關，因為病人無法脫離呼吸器，他就說喔!!是這樣喔，我就問他說怎麼了，他回答沒事，了解一下...幾天...就收到行政院的文，內容就說呼吸器很吵 24 小時運作，護理人員某某某，指名道姓說是不能維護病室安寧，我整個無言，護理長就找我約談，我就跟阿長說事情經過，病房那時大家都知道那個病人...住很久，住到變天使（死亡）...家屬他也沒跟我說呼吸器很吵要換病房，又很和氣，我怎知道他問清楚是要告我，這不用申辯，無罪，但是覺很「瞎」，就是怎麼會有這種事發生 (D2004)，事件的發生與處理，按照常理來說，都讓 Lion 想不透自己到底是做了些什麼該受到指責，為什麼沒有人發現、相信，Lion 真的只是在做自己本分的工作而已？沒機會提出的疑問與意見，形成翅膀上的一道傷痕。

有著相似經驗，險些被告的 Candy，曾經經歷過相當難過的事件-病人在自己的班跳樓自殺，因為隔一天要手術，長期生病、疼痛已經纏著他很久...沒有在言語上有什麼變化...就感覺他一直...有心事，跟他說話他都沒看你...起身推輪椅出去...因為另一個病人病情不好送去加護病房去了，回到病房之後就看他一直沒回來...全院搜索...一直找不到...發現他的輪椅在六樓，大家就知道事情不對...往一樓找，後來竟然在水溝

裡看到他...宣告死亡...這件事情，讓我知道，病人會 Expired 真的不會有徵兆，止痛、睡眠對癌症病人真的很重要...因為這件事被指責，我就一直覺得怎麼會遇到這種事？怎麼沒辦法早點察覺他的狀況？還好家屬沒有追究，不然... (C1160)，面對病患自殺死亡的衝擊，來不及撫平震驚的身與心，還要獨自承擔不斷的指責與自責，一再被提出警惕的意外事件，一再刺痛在 Candy 心裡卻沒人注意正在出血的傷。

宇軒因為工作，在遭遇到家人身體健康出狀況的時候，總是無法在第一時間去陪伴、照護自己的家人，而是花自己大部分的時間與生命，在所謂的工作職場，談話中透露出不斷自責以及對工作的無奈，覺得我對我家人付出的關心跟時間太少了...為了工作就是不能準時下班...就算家人出事的時候，妳也只能忍住自己的心情，趕快把上班的事做好...有時妳真的忍不住，還會被主管指責說沒有勉強妳在這上班...但實情是也不會排假給你...家裡最好都沒有人生病...沒有人出意外需要你照顧，緊急醫療的私人的電話妳也不能接...怎麼樣你都不該失去你護理的專業角色...在經歷這些的時候...自己為什麼要是一個護士...不在醫院上班，就不用面對這一些 (B1132)，失望了嘞...因為自己的付出就像是都丟進海裡了，看不到了，所以自己現在也不是很清楚，自己還能付出什麼，如果要求我連我家的人都變成路人對待，那我對這些路人付出努力的又算什麼？ (B1134)，「家人」變「路人」，「病人」變「家人」，傷心、失望，加上自責和難過、擔心與煎熬，卻還是要偽裝、隱忍，避免掉不必要的指責與麻煩，護理角色的限制，緊緊的束縛住宇軒的翅膀，痛到就像要折斷一般。

阿米的苦在於自己的想法與其他醫療團隊中成員不一致以及沒有人為榮民病患填寫安寧意願書的「見證人」欄，明明覺得你的病人應該照會安寧...醫生還是採症狀處理，積極治療...為了安撫家屬，增加病人痛苦，一些不可逆的症狀，治療會顯得多餘...用安寧的方式，會讓病人感到比較舒適，有的醫師還是會在病人活著的時候就讓他們填寫安寧的意願書，相比較的話，填寫的DNR的人數較多，我們大部分是榮民，無法替自己做主，但是家屬的意願又不等於病人的意願 (A2014)，還有，做不到多一些的時間陪伴，

忽略對「人」的照顧、心理與生理的滿足，很多事情不是我們可以預期的...很忙妳也沒辦法去跟他們說一些話，就只能帶過（A1249），會覺得...好像沒為他做什麼事，都一直再忙其他的事情，忽略掉他這個病人的存在（A1251），不知道病人做何感想，因為畢竟他們都是自己一個人（A1253），會覺得自己就是沒有人要管你的人（A1255），而這樣所形成的壓力對阿米而言，照顧呼吸器的病人也比照顧安寧的病人容易，因為呼吸器的病人不用擔心他的病況會更嚴重，照顧安寧病人會有一些需求...會覺得很挫折，因為妳的能力、狀況就是做不到...倒一杯水，都不可能馬上去做，因為妳的手上還有另一個病人的水...想傾聽，沒辦法改善他現階段的事情跟心理...生理需求，他解大便妳幫他弄得乾乾淨淨的，他也會一直謝謝妳，可是妳這就是該做的（A1120），和Lion一樣，其實心裡最要的是：病人少一些...好好做單純的護理，把病人弄乾淨，照護到心理，榮民伯伯都很孤單，你多說一兩句話多問候他，可以感覺他很開心，記住他名字他覺得備受尊重，洗乾淨身體、好好吃飯、晚上睡很好，這是可以感受病人變舒適，沒有感謝，我也覺很高興（D2010），有過不是很舒服的經驗，曾經下午很有空，事情都做完了，紀錄還沒寫啦，去幫伯伯洗澡，然後護理長看不到也找不到我，後來回護理站，被質問去哪裡了，我說給病人洗澡，她說是喔!!這麼有空，我說我幫病人做事不對嗎？整個不是很爽，但是看到伯伯很舒爽，就算了（D2010），因為只要覺得是為病人好的事，就應該要有自己的堅持，不然，專業的尊嚴該放到哪去？

讓宇軒無法承受的是人與人之間的「不體貼」和「緊縮人力」之下的照護，壓力超大...就很討厭...為什麼偏偏是自己遇到，同時發生這些事，都不知道該先處理哪一個...真的遇到病人需要急救插管或是緊急需要優先處理的事件，還是會有病人在旁邊說...點滴沒有了...不停按紅燈...不體諒別人的心情，會讓你覺得很寒心...夜班，人力更少，就只有兩個人，妳沒辦法奢望有人會幫忙，以這種人力比...感受很差...事情都只能做到一半...應該做的，遠比妳做的多，面對這樣的困境，還是只能把問題回歸到自身，不斷的重複這樣的想法之下有了結論，太苦了吧，生命不應該被這樣對待的

(B1023)。

Jelly 因為自己已經遭遇了相似的痛苦遭遇，更能了解、體會病人與家屬的感受，站在比較「靠近人」的位置，卻也懷疑自身的能力與價值，爸爸過世...其實，爸爸剛生病那時候會覺得說，我爸爸都已經在生病了，我為什麼還在這邊工作...沒有辦法去接受你自己連自己的爸爸都照顧不好了，你還能照顧好誰的那種感覺...一直到他往生之後，其實你都會這樣子想...會這樣子去思索，是不是對自己的爸爸不夠好，或是對自己的病人不夠好，你的病人才會在你的手上流失，或是你的...我的感覺是這樣子，就是...會有很大一部份就覺得自己是不是哪裡做的還不夠 (E1058)，用心付出的關懷，不論在親人、病人身上，都看不到、摸不著、感受不到，無助的感受，緊緊的籠罩，Candy 在經歷失去爸爸的失落，體會到另一種深刻，因為同樣都是一個生命突然消失，一個人突然就這樣子走了，再也看不到。從生病到死亡這段期間其實那個人真的很痛苦 (C1042)，陪伴的家屬我也感受過...很痛苦、也很累 (C1046)，不要再自己受折磨，旁邊的人也受折磨，應該要讓自己釋懷一點，不要彼此都這麼痛苦 (C1107)，因為這樣的想法，所以選擇面對病危病人的家屬的方式，告訴家屬，讓他們有心理準備 (C1050)，因為被關注的焦點應該改變在「病人」身上，而不是在「疾病」上頭，以前沒有那麼深刻...只會覺得說...跟他說他的狀況...不會想說叫家屬多陪伴 (C1052)，再多一些時間的陪同與陪伴，是他們想做卻永遠都做不到的事情，只能在這個工作的場域裡面，一再提醒別人，不要有相同的感受與遺憾。

參、回歸自身

當人類遭遇痛苦時會倚賴最原始的生存策略：對抗、逃避、僵持不動，很容易就造成過度反應、自我封閉或退縮，然而卻無助解決、調整自我的悲傷，演變為在生活反應出創傷併發症，與人交往不是過份投入，就是完全逃避、退縮 (提恩，1999)，在榮民內科的護理人員，也是選擇如此隱藏真實自我的感受。

對於自己因為面對病患急救、死亡而有的感受與想法，阿米：上班的時候，就想說不要想這些事情，還是要去照顧病人...比較少跟人家談這個...上班大家工作也比較忙，也比較沒辦法去講這個事（A3090），就算是懷抱著不安的心情，要求自己以病人為重，盡量控制自己，上班的時候不要想這件事，有時候就會有點卡住（A3092），講這個會影響上班的心情（A1052），不想讓這件事情影響到我後面的工作（A1054），選擇以「僵持不動」來面對病人急救到死亡整個過程當中的感受，悄悄冒出頭的死亡焦慮，很快被工作的忙碌感給取代了。

同樣選擇隱藏自我的 Lion 提到：有失於專業，其實應該是高職老師就在說不應該有自己的情緒，或者是可能是自己的印象中護士就要很專業，處變不驚的感覺，我覺得是世人給護士的印象吧，我記南丁格爾的誓詞也說不能違背專業的倫理（D1132），宇軒就形容自己的感覺：就是會有一點難過吧，尤其是在面對一個生命要離開的時候總不能在上班的時候一直想這種事（B1031），不能確定我說了有沒有人懂，加上上班還有很多事等著我做（B1124），等下班才跟同事或是我家人說說，他們比較知道我平常的狀況跟壓力，如果事情真的難過到說不出口，就會把自己找地方關起來，也許是睡覺、有許是放空，我想等到那個時候應該也哭不出來了，眼淚就已經流進心裡面去了（B1142），瑟縮回屬於自己的空間與角落，再多的無奈與感受都讓自己一個人好好細細的去品嚐與承受，生命，到底要應該怎麼做？...覺得很難受，當下不只是覺得自己的工作不被肯定，更有一種感覺就是生命真是如此脆弱，而自己從事的又是救人的工作，能做的總是有限，很多工作或生活的無奈，我總是覺得自己可以付出、做到得更多（E1184），期待付出自己更多、更多，卻不知道自己已經在這個過程中，付出的遠遠超過自己能力與負荷，而出現「專業耗竭」的情形。

在社會價值觀、專業工作倫理交織下，凸顯出護理人員沒有為病人做任何決定的主控權，也讓這些所謂的專業護理人員在面對生、死這樣重大事件的關頭，學會先暫時的沉默、隱忍自我情緒，在護理的教育體制中，被灌輸自己要犧牲、奉獻，要學習

南丁格爾的聖人情懷，然而身在「常人模式之下」的護理人員，面對生死驟變所造成的斷裂，或許回到「常人的模式」選擇，是較為安全的方法。

人生中失落、悲痛、悲傷的存在將使人的內在更堅強，強化與內在的關係，但若是逃避悲傷，就會在傷口周圍築起高牆（提恩，1999）在上班之際，僵持不動，身著白色的制服，其實也是象徵著阻隔與偽裝，卸下一身責任的重擔，回到屬於自我的角落，阿米上班發生的事件、情緒，一下子全都以排山倒海的姿態而來，上班的時候就覺得還好，下班的時候，自己一個人的時候，會特別想起這些事情（A1048），沒有學習過處理 Depression 的態度與方法（A1044），教科書上有寫啦，可是這種東西有可能是跟臨床不一樣（A1046），對最親近的家人，說內心的事情、感受，還是會跟媽媽說比較多，她其實可能就是附和，不然就是叫我順其自然（A2034），曾經談論關於幫病人做遺體護理的事，家人覺得：妳怎麼會碰到這個？妳為什麼要幫死人洗澡？可是我就覺得豁達，覺得這是我該做的事，而且這不是件可怕的事情，...本來人就要死了阿，本來就會走到這個過程（A1152），不被了解、無法訴說的心情，讓阿米選擇以退縮的態度，面對自己內在的情緒、感知以及人際網絡，人際的孤獨影響著，在這樣的情境之下還要面臨到-存在的孤獨，自己怎麼面對阿，有時候我不會跟人家講，可是就自己默默的，就會覺得難，就是心裡有點低落啦，有時候不會跟人家說的話，可能就自己默默在外面散一下步，自己默默的想一下散一下步想一下自己為什麼會出現情緒低落，很安靜的時候會想一下，應該就叫做反思吧，或許有另外一種方法，不知道怎麼說，應該用另一種方法，讓自己比較好過，比較可以接受，好的也想、不好的也想，就是調適一下心裡的壓力，比較不會讓自己自責、內疚（A1096），然後就在回歸到與自己相處的時候，試著與內在的自己相處，宇軒則覺得，等到下班回到宿舍的時候，自己就會把這種事或這種感覺跟人家說說，或是上網阿，寫寫部落格，寫心情筆記阿，如果還是很悶，就聽一些很悲傷的歌阿，再不然就是會去躺床，又累又忙的身體和心理，通常就會睡著了（B1031），部落格中記錄宇軒深深的難過與傷心：

六月份的冰箱稽核加紀錄.

這就夠煩人的.

更讓人無法招架的事.

是隨之而來的龐大壓力.

...

不得不承認.

自己不但是不會說話.

好像連做個小小的組長都不會了【2008/06/28 01:48】

今天.

一個藍色的星期一.

除了忙.

還是忙.

無力攤在椅子上.

和小珍姐聊天.

我問她.

會不會有時候覺得很委屈.

會不會覺得不平衡做的總要比別人多.

她回答我.

人的一生.要做的有很多.

妳現在做的.只是其中的一部分.

只要妳現階段完成的多.

將來不就承受的少了嗎.

就算受到了委屈.

不要難過.也不要急著辯解.

因為真相終就會呈現.....

我本來只是累.

聽完就覺得想哭.

三言兩語就道盡我的心酸.【2008/07/14 23:54】

最讓自己沒辦法接受的是.

當我詢問他們那個腳趾都黑掉的婆婆藥怎麼換.

回答竟是.....

她已經簽了 DNR.沒關係.消一消就好了.

我看著那黑黑的手指跟腳趾.

心中一陣不忍加火大.

安寧哪去了.DNR 不是指拒絕急救嗎.又不是拒絕治療.

怎麼會這樣照顧病人阿.【2008/07/22 23:04】

昨天學姊一下丟的東西太多

消化不良...

心裡好想回去哦.

.....

常規差很多

技術差很多

標準差很多

相同的只有不停的忙.

轉阿轉的陀螺.

停下來會以什麼光景.【2010/01/20 01:08】

我從走回宿舍的路上開始掉眼淚.

捲曲著身體.

在床上---痛.哭.失.聲.【2009/10/23 01:19】

很苦、很累，生活與工作都變成艱澀、難以承受，然而種種的因素堆積，卻只讓他們更退縮、更封閉在自己的生活世界裡，陳瑞娥、吳讚美（2008）的研究指出，非安寧病房護理人員死亡恐懼比安寧病房護理人員高，可能原因為非安寧病房護理人員較少接觸瀕死患者及未接觸生死及安寧緩和相關教育有關，然而榮民內科的天使，面對自己的工作無力，面對自己親友的健康、疾病、死亡，就像是活生生被扯斷了翅膀，守護家人的健康，更是多出常人的害怕與擔憂，不容易褪下的白色制服，就算回到家，還是當「家裡的護理人員」，阿米說：像家人是生病或是有需要住院的話，或是去健檢報告有異常的話，就會特別有壓力，就覺得是不是疏忽平常的照顧這樣子，平常都忙著工作，疏忽家裡的健康（A1214），是病人的照顧者也是家裡的照顧者（A1222），雖然可以運用護理的知識在家人身上，但還是會覺得會有壓力（A1224），可以冷靜判斷體檢報告，異常的話我會叫他們趕快再去 follow，或是給醫師在看一下，做進一步的檢查，或是日常生活中有什麼需要可以改善的，就會跟他們說（A1216），但其實感受到所學跟臨床有差異，家裡的人身體有一些狀況的話，就是比較沒辦法分析他到底是發生什麼事情，還是沒辦法去 control 這樣子（A1228），會比較沒辦法分辨跟照顧（A1226），懷抱這樣子的感受，就像是生活之中世界的墜落，怎麼會「護理人員」的角色，失去了保護、阻斷、防衛的功能，宇軒更說出：自己面對親人，沒有醫療決策權的難過，和照護一般病人不同，角色，感覺很複雜啦，因為妳就是會比其他人了解病情...重大的決定...沒辦法承擔責任，...畢竟也是家人，沒有辦法像看病人一樣理智跟冷靜，會失控，整個就感覺自己會不知所措，一切都 lose control...想把自己給藏起來，但是通常也都會難過得哭不出來...跟照護病人不可能一樣的（B1041），比較知道病程，知道何時要手術，知道該補充什麼樣的營養...問一下比較熟識的醫師...因為自己是自己人，就會蠻幫忙的...比較可能可以支持其他的家人，但是也有壞處，如果不是在自己上班的醫院，其實就跟一般人就都一樣...比較聽的懂所謂的術語...有

可能是全家人中唯一一個瞭解病情的嚴重度，很有可能會面臨死亡的...會不知道跟我的人怎麼說整個情況，會陷入一種狀況：自己根本就沒辦法做什麼！（B1070）

Jelly 更激動的說到自己的喪親之痛，雙親的離去，雙倍的傷心、難過，父母...在我有能力供養他們的時候，他們又相繼的離開，對我來說，想給他們的不僅是物質上的，想讓他們過好一點的生活...帶他們到處去走走，多一點的時間陪他們，都是我遺憾自己沒能做到的（E1182），最大失落應該是沒辦法好好孝順我的父母...一直到工作之後所面臨到的媽媽因為心肌梗塞往生，那時感覺心好痛喔，連自己的家人都照顧不好的感覺...工作的第二年，遭遇了媽媽的死亡所以就份外的重視跟爸爸相處...爸爸是在我工作的第六年因為癌症過世，感覺更是難過...媽媽的往生時還可以安慰自己媽媽長期就遭受病痛之苦...離開了...才是解脫...捨不得但是覺得她脫離了病痛，而爸爸因為來的突然，從確立診斷到病故大概不到兩個月，所以滿滿的遺憾跟捨不得...送爸爸去火化的時候...站在那大門口嚎啕大哭，心裡想著我心愛的爸爸就要這樣離我遠去...火化後撿骨...又哭了...心目中對我而言像山一樣存在的爸爸就化成一團灰...心痛的感覺真的是沒辦法形容的難過（E1208），喪親的傷心和這樣在家屬與專業照顧者之間角色轉換的經驗，對 Jelly 來說和看待病人，感受是不同的...自己的爸爸...角色是家屬，而且是一個有護理背景的家屬，很多事情會顛覆我以前的想法...變成家屬時就會覺得，我爸爸已經這麼痛苦了，為什麼還要再讓他吃，吃了又讓他這麼不舒服，或者是說他已經連走路都走不動了...還要一直逼迫他起來、要活動...會覺得很心疼...只要爸爸一有什麼風吹草動...就會覺得心疼的不得了，那種感覺就是...你不知道你自己能怎麼辦，怎麼樣讓他過的比較好...切身的感覺，而且你也會...了解自己的爸爸...透徹...了解爸爸在想什麼...爸爸在叫，你會覺得他是不是哪裡不舒服...那是不一樣的感觸（E1060），是心疼、不捨、難過和無力幫忙的自責，就這樣放在自己的背上，有時候沒辦法去面對...有個病人...住在第三床，他有一個智能不是很夠的兒子...病人...末期的時候其實是全身變黃...腹水非常厲害...其實看到他我就會聯想到我自己照顧我爸

爸...吃都吃不下...肚子脹的跟什麼一樣，他有一個女兒是 clear 的，我可以體會他女兒那種不知道怎麼辦的心理，而且她每天都幫他準備不一樣的早餐就是希望她爸爸可以吃一、兩口，曾經我也這樣子過...反映在我身上的一種感觸...可以化成另外一個動力...可以體諒那家屬的感受 (E1046)，與病人家屬相似、投影的經歷，讓 Jelly 可以更貼近這些病患照顧者的心。

另一個有深刻體認的是 Candy，看過這麼多病人死亡，再看到自己家的人過世，當然跟看病人又不一樣，感覺看病人還是有距離感的 (C1197)，而對自己的家人就不是這樣，畢竟是自己的家人，所以你會感覺比較深刻，他的一舉一動，甚至他的痛苦、不舒服你都看在眼裡，你會跟著他起伏 (C1054)，深刻的同理與家人共苦，至少身為護理人的身份，會知道家人得了這個病下一步會發生什麼狀況...先跟自己的家人...媽媽，最親的人先做心理輔導，會告訴他...之後會變成怎樣...可能過多久他就不在...幫他做心理支持，因為有做心理支持跟沒做心理支持真的差很多...媽我也有跟他講過，他會慢慢接受...我爸那邊的人沒有人跟你講這件事，所以家人突然不見...會突然變的很悲傷...悲傷的時間會更久，會一直沒辦法相信這是事實 (C1048)，這麼一路失落悲傷的過程中，支持我...是朋友或家人 (C1061) ...用語言...有學姐有類似的情形

(C1063)，惺惺相惜，彷彿更拉近他們彼此之間的距離，與工作上的認真與努力對照，面對自己親友生病、疾病嚴重度、死亡的威脅、喪親的苦楚，顯現出的是護理人員與一般人無異，心中充滿著無力與恐懼。

人基本上必須活在「我-它」的世界，若僅活在「我-汝」，會使自己被「汝」的火焰燒盡 (Yalom, 2003)，Lion 的方式就是試圖把生活與工作角色分開，下班後，就不再提關於工作、醫療的話題，甚至是關於生死相關的議題、電影，工作跟生活它們要分開，...在生活就不喜歡人家問我有關醫療的東西，...因為...這是一個放鬆的時間，你不想再碰這塊，你上班病人一直問你：阿我哪裡痛，我痛是因為怎麼樣？我哪裡不舒服，你還可以幫他解答，可是你到外圍，你的家人、你的朋友再問你這一塊，你會

覺得不耐煩，可是還是會講...都覺得自己是送行者了，就不用再看那些電影來想自己的工作...工作跟生活還是要分開，不能太密集，太密集會很累，人會很累「D1047」，因為護理人員也是活在「人人」世界的一般人，護理的制服，就像是一種保護裝置，是一種絕緣體與保護，像宇軒經歷過：親眼目睹在路邊發生嚴重的車禍...應該當場死亡...整個人被公車輪子壓過，顱部嚴重出血，身為一個護理人員，沒有穿制服，也沒有上班，你就只是一個路人，會不會這時候選擇跳出來說要幫忙?...自己也會覺得那個現場好血腥，也會害怕...最多就是協助打電話報警...離開醫院那個工作場景，護理人員在日常生活的功能就變得很小，沒有自己身分的舞台（B1029），但是因為工作的時間累積，漸漸的她們的生活世界，遺忘了其他的身份、角色，也遺忘自己是一個平凡的一般人，工作跟責任，所以家裡的重要日子，自己總是不在...沒辦法脫掉護理的角色，舉凡身體病痛或是用藥，什麼事情都會落到自己身上，因為誰叫自己是護理人員，但是好像沒有人知道，就算護理人員也是人，也有很多不懂、不會的東西（B1150），偏偏「人人」都用超高的標準與期待，去看待一身制服的純白，沒有見到裡頭淌血的內在，Candy 就說，大家都知道你是護理人員，就會問你自己哪裡不舒服阿，吃得是什麼藥阿，身體不舒服應該是看哪一科，當然是盡自己所能，可是讓自己覺得當護士就是什麼都要懂（C1185）。

Jelly 曾經有過難忘的經歷：當護生的時候...姊夫就說他肚子痛，我就發現他有 rebounding pain（譯：按壓腹部有反彈痛），就跟他說他是盲腸炎...要去開刀...去醫院檢查，真的是一個盲腸炎，就覺得自己念的護理好像還滿有功用的（E1070），特別是在家裡面的人生病的時候（E1072），因為就算沒有制服、沒有光環、看不見背後的翅膀，護理人員的角色不會逃脫我呀！因為家裡面大大小小的疾病還是會問妳啊！而且世俗的眼光看待護理人員好像是萬能的神，就是什麼你都應該要懂，什麼都應該要會，就算...是在內科，可是有關於婦產科...所有任何的疾病他們還是會問妳啊！今天隔壁阿公跌倒去看骨科，醫師說是骨膜發炎，那你也要知道什麼是骨膜發炎，就是這樣子

的感覺跟經驗...當護士這件事情...沒辦法去跳脫這個角色啊！除非我今天在外地或是一個沒有人認識我的場域裡...才會，沒有人知道妳是護理人員，可是妳還是會自己跳出來說妳是護理人員啊！...如果妳在外面遇到車禍或緊急狀況時...一次我跟同學坐高鐵時，我們還跳出來幫一個阿伯，就是他們廣播找護理人員的時候妳還是會跳出來，因為妳會覺得妳就是護理人員啊！（E1074），Lion 也說家人對自己從事護理的看法，隔行如隔山，沒接觸過護理就會覺得護理就是分藥、打針，沒什麼 fountain 可言，護士就是這樣...不知道在忙什麼...家人住院，護士大概一天只來 3 次...覺得護士坐在那裏聊天、寫紀錄...護理工作就是覺得很閒，講了也沒用，隔行如隔山，就是不會忘記把護理人員當成保健的活字典來詢問：我今天血壓多少？我要吃什麼東西？便秘要吃什麼？像我阿嬤之前糖尿病，她也問說要吃什麼？還有什麼要注意？就是不會卸下妳護士，就是妳是護士就要什麼都會（D1160），脫的下制服，卻脫不掉角色，鮮紅色的紅色十字，鑲在純白、聖潔的衣帽，更象徵他們心裡無法擺脫的使命與重擔。

肆、發現相濡以沫的共在夥伴

對於生命深層的疑慮與探問，卻沒有辦法說出口，該怎麼說？該怎麼做？該問誰？能問誰？失落與悲傷，在沒被意識到層面，留下深淺不同的痕跡，護理的工作是和「生」與「死」接觸，對新到來的生命喜悅，為逝去的生命惋惜，無論是不是站在生死的交界，都必須要學習去瞭解死亡的意涵，因為死亡和生命是相依存的，儘管害怕、會消逝，也必須要找出生活之道，當存在於海德格所說的「本體模式」，超越日常事物的範疇，就是在一種特別準備好發生個人改變的狀態裡，邊界經驗讓人跳出日常生活，注意力集中在「存在」的本身，不論是哀慟喪親、喪友，處理他人的死亡更赤裸的讓自己深刻面對自己的死亡-最強大的邊界經驗，不僅承受「失去客體」的痛苦，也面臨到「失去自己」，急救、死亡、遺體護理，無疑對護理人員而言，都是種「邊界處境」。

阿米先要求自己著手把眼前重要的工作-照護病人先做好，嘗試著與人分享這樣面

對邊界處境的感觸，但是，該跟誰說？能怎麼說？同學不是接觸這個的話就是不太了解，朋友也很少（A2028），分享嘛...跟人家分享...現在可能就是跟同事或是學姐、週遭的人分享心情（A1046），對同在職場的同事或學姐，會覺得說這只是一個過渡期，有時候是非常突然發生的，並不是我們的錯（A1058），從他們的身上多少得到支持，很快的邊界處境的感受就被情緒取而代之，有時會因為彼此不互相而覺得生氣（A1308），因為人都是對等的，沒有相對的付出，誰會幫忙妳，可是現在很多他希望妳去幫忙，可是他卻不想去做，他只想接受別人的幫助（A1309），「施」與「受」之間，竟僅僅只想到自己所能得到的而吝惜給予及付出，不禁讓阿米思索：他對我們都是這樣子...對病人應該也是一樣（A1311），而開始為病人擔心，有時候妳跟他交班妳就看得出來，有時候妳會經過一班，才發現他有這個問題（A1313），跟他說...有時候在講話的態度上也不是很好...他們也不一定會接受（A1315），但是正如 Jelly 所感受的，這關乎於：人的特異性，每個人都有不同的想法（E1109）...她可能沒有遭遇過這樣的類似事件，或者...比較冷漠，但是生命中很重要的就是要：會分享...並不是只有我一個人是單親，同事們也是有喪親的經驗...跟同事們分享病人的情形...會去跟家屬分享我的感受（E1062），分享自我內心的想法、感受、痛苦、感動，不論上班或是下班，因為同事、病患、家屬，他們就是構成榮民內科護理人員生活的一份子。

Candy 同樣會選擇這樣的方式來面對邊界處境的感受，跟同事、朋友、室友分享，因為同樣護理背景的才會體會你的心情（C1176），跟同事之間，因為他們有些也有經歷過，他們的感受可以讓你比較釋懷一點（C1095），為什麼單單只選擇這些人，卻沒有選擇自己的家人呢？阿米她就進一步的解釋說：跟同事聊，他會比較清楚，因為他就是大部分都有經歷過，所以會比較了解你擔心的是什麼，可是有時候你跟他分享的時候，他會說...只是個過渡期...那個沒關係，不要想太多...就是他講完之後，多多少少還是有幫助啦，畢竟講出來比較不會憋在心裡（A3110），一直積放在心裡的不滿、委屈，可以找的到傾訴的出口，亦是情緒宣洩的出口，Jelly 就強調：環境是不好的，

不論是在硬體或是軟體方面，上面的人不懂的體恤下屬，有的只是無止境的無理要求...工作的夥伴們...她們都很辛苦、也很可憐，做了那麼多，得不到正向的回饋，常常為了一些小事就被罵，但不可否認的大家都很有用心在照顧病人，所以也在同事間互相得到支持，再加上工作的環境是一起的，有一些感受彼此也能夠體會，還有一些想法和委屈其實有時和同事們聊聊心情也會覺得平復，而且開心的是同事們大多都是樂天派的，大家講一講罵一罵也覺得心情會變好（E1190）。

離鄉背井、來自不同學校與背景的榮民內科護理人員因著工作聚集在一起，根據Candy形容，他們跟我現在是在同一條船上的人，但不是每個同事都是同伴，有些人就是個性、特質，不一定合得來，至少就是要覺得做人要真誠，要感覺到你是真的想跟我做朋友（C1170），是打從心裡感受到對彼此的關懷與付出，是一起上班處理新病人的事物，是一起上班處理病患任何的疑難雜症，是一起上班協助急救、轉加護病患的幫手，理所當然，遇到問題的時候就是會分享或是一起面對（C1172），因為工作還滿常遇到死亡的，所以做完之後會跟同事聊說他的情況（C1065），Lion更明確的說：不是所有的同事都是同伴，那是不可能的...應該是個性的關係...就是很直很直接的人...個性真的很不一樣，可是就是會彼此支持、鼓勵對方啊，我們應該就是希望得到尊重（D1150），在忙碌的氣氛與壓力之下，可以和平相處，有話就說，有疑問就直接可以釐清，就算在上班的時刻，真的遭遇到讓自己失控的場景與對待，面對病患及家屬，真的有情緒，就會讓自己先冷靜、讓自己不要那麼生氣...然後不要說話，找比較好的同事、學姐說這些事，妳就會得到一些支持，人家也比較知道妳上班到底在忙、在經歷些什麼，而不是在瞎忙，她們也會就是幫妳分擔一些小事情，比如說跑紅燈，有時候情緒的舒緩也很重要，也不是真的要complain什麼，當然也不是所有的人都會跟妳彼此、互相，還是會有（同事）把妳的付出當做理所當然，也會有（同事）讓妳的事情隔天就變成新聞了（D1152）。

宇軒形容護理工作的特殊性，最主要的支持來自，家人跟同事...因為妳的班別沒

固定，作息也不是很正常，有時候找人說話很難，在上班地點也不會有心思想談這些事情，再不然就忽略（B1062），但是，同事...不會...都是同伴...水清無魚嘛！總是會有不一樣的人集合在一起...單位真的就是會很忙...事情一來，同事們有沒有出手幫忙感受就會差很多，不是每個人都想為別人做事或是互相幫忙...我們就是一起面對這個難題的人阿，所以如果有需要...自己做得到...就會去幫他們...壓力很大就會彼此聊一下，或是出去吃個飯，畢竟下班的時候大部分也都是心力交瘁，好像也沒辦法再給彼此一些什麼支持跟溫暖，因為自己也自顧不暇...沒有能力改變的現況，再努力想堅持自己的理想，到最後只能退而求其次，上班把常規工作做好，不要被告、不要出事，自己就會沒事，就連自己的心態都會被這種狀況給改變（B1140），所以，更要審慎挑選自己的談話、分享彼此的夥伴，一起度過自己在工作場合的低潮，一起分享彼此的感覺、感知，在上班時間默契十足的合作，下班時間更是可以談笑風生，那種生死與共、互吐苦水的感覺，就是真正可以「共在」的夥伴。

Jelly 甚至回想起與學姐一同經歷急救之後的感受，蓉學姊...有感覺出來我有一點被嚇到，她有稍微跟我聊一下，有告訴我說大概急救的過程中應該做什麼...給藥啦...插管...應該在旁邊做什麼、那樣的動作...要做什麼 prepare...包括你 Ambu 要怎麼擠、醫生 On Endo 進去才聽得到氣流聲...其實她在第一次 CPR 的時候都有告訴我...當下有覺得有被她安慰到啦，也不是說安慰，就是覺得說有被她安撫到我自己那種第一次感到害怕的心情（E1020），若已經滿溢到自己無法承受的時刻，真的難過時就跟上班的同仁分享自己的心情，大家都會說說就紅了眼眶，我想我的工作同事都還不錯，我們共同分享其實有時也是互相在支持，難過的情緒就可以抒發（E1174），小小的，還不夠成熟與勇敢的心靈，因為有了學姐、學妹、同事、室友的陪伴，得以稍稍寬慰及撫平所受的傷，但是在不經意之間，人際關係的限縮，其實，榮民內科的護理人員所能得到支持的資源，是越來越少的，漸漸的，感受的多，但選擇說出口的卻少，就如同向日葵一樣，擁有光鮮亮麗的外表，護理工作的職業，讓她們看起來也應該是充滿著

溫暖與關懷，在上班的時刻，她們也要求自己要有專業的表現，刻意忽略、壓抑自我的感知與感受，離開工作職場，就像是低下頭來的植物，失去活力與朝氣。

伍、轉化-不得不勇敢面對

阿米強調上班時間，忙碌、緊張的氣氛，照顧好病人、把上班的事情做好，比一切的事物更重要，但往往過程中，大家可能是急著去完成自己的工作...就是會忽略掉一些該去注意的事情 (A1289)，像伙食之類的事...處理好的時候，或許對病人跟家屬都不會造成傷害，而且在一些團隊關係上面...比較不會有一些爭吵 (A1291)，因為除此之外還可能會，造成大家工作上的負擔，應該是說因為妳沒有完成妳自己工作，對下一班而言是增加一種工作壓力，要承擔上一班沒做完的一些事 (A1295)，不希望人家...留工作...所以我也比較不會去留給別人 (A1299)，就算是，急著想要下班，可是妳畢竟還是要把自己的事情做好 (A1297) ...接班的人也是很忙，如果妳可以去幫她把一些事情處理好的話，或許他們就會多一些時間 (A1301)，有更多的時間，可以真正看到疾病後頭的病人，而不僅是流於忙制定的常規而已，在工作中的體會、感想，現在面對，有時候我不會跟人家講，可是就自己默默的...就是心裡有點低落啦，有時候不會跟人家說的話，可能就自己默默在外面散一下步，自己默默的想一下 (A1098) 懷抱著這樣的感受，隨時間就會慢慢的麻痺，一開始都會有失落，時間久可能就會麻痺、淡忘，我覺得我自己可能有一點點麻痺，可能失落沒比以前嚴重，現在比較能夠接受 (A2016)，正如同宇軒所言，這種感受當然是夜深人靜的時候才會浮現出來，讓自己去思考的，如果真的想不出個什麼，可能就是跟學姐或是同事聊一聊 (B1124)，雖然也會選擇像 Candy 的方式一樣，只能壓抑不然該怎麼辦？阿長就一直說要避免糾紛、不能節外生枝 (C1176)，但是不停的、過度的付出，就像是要掏空自己，付出最多的就是時間，每天都 DELATE 下班，這些時間其實是可以做很多事情的，委屈哦，其實會阿，你一直做，得不到你應該有的對待，人家還會一直說：你怎麼不趕快下班？

現在就是沒有熱忱啦，可能就只剩下早點下班，還有病人的疾病不要那麼快速惡化，那種感覺太突然，措手不及幫他處理（C1178），護理的工作價值轉變為賺錢的工具...不是人幹的...台灣的護士超時工作厲害...相對薪資太少...沒有工作地位...出了事第一個會指責的就是護士（C1168），但還是要學著，轉換自己的想法（C1176），畢竟護理是關懷、照顧人的工作，榮民內科護理人的重擔，並不是能說放就放的，像 Lion 所提到的：對一個一直不合理要求妳的病人，妳也不能就是罵他或是不照顧他啊，妳還是要顧他但是就會傾向就是忍住，趕快事情做一做就離開病房，不要跟他多說或是噓寒問暖，相對之下付出的就會比較少（D1152）。

同樣改變自己想法的還有宇軒，雖然總是盡力而為，覺得就是對病人好，是我能力可以做得到我就要去做，但是還是會委屈...因為沒有人肯定你做的事情，甚至還會讓你覺得懷疑自己：「這樣為病人做的，是對的嗎？」，當然跟我踏入護理的職場不一樣，熱忱好像不見了...還是喜歡照顧這些老伯伯...就是期望自己變成更好、更善良的人而已，工作就是為了賺一份薪水（B1144），Jelly 則是選擇，工作中發生得情緒大部分...都會選擇隱藏，因為自己的角色其實也算是服務業，很多事情都會試著用體諒去看待病人無理的情緒和要求，心理會告訴自己他們是病人，今天就是因為不舒服才會這樣...委屈，當然是選擇默默的接受，受不了就回護理站找有空的同事罵一罵，如果是生氣的事情就是~深呼吸~（E1192），因為現在看待「護理」，像勞工朋友，做工的，搬運病人，幫他們翻身，一個做不好就會被工頭罵。感覺就只有一個字~累~每天都做著和過著將近一成不變的生活，一早就去就發藥、打針劑、換藥、測量生命徵象，醫師給了處置就依照去執行...工作太久產生了倦怠...許多時候不知道自己工作的意義是甚麼，雖然說身為助人者，可是感覺好像每天都在上工，不知道在病人身上自己給了多少，他們又得到多少（E1188），想要真正的緩和緊繃的神經與情緒，除非是離開了這家醫院，要不然其實回到宿舍講的、談的難免都還是會提到工作的事，不管是病人或其他的部分，會覺得其實你的生活跟工作息息相關的感覺，有時候覺得壓力很大就是這樣

的關係 (E1048)，或者是回家 (E1050)，藉著空間與環境以及相處人物的轉換，對他們而言，都像是暫時浮上水面去換口氣，大口、用力、真正的呼吸，因為打從一開始充滿理想與憧憬踏入護理工作的戰場，經歷過臨床大大小小、艱難事務的淬煉，並沒有把他們轉變成鑽石，而是讓她們蒙上一層厚厚的灰，宇軒就自己把「護理」另外定義了一番：是個幫助人卻幫不了自己的工作...不能為自己打針...為自己傷口上藥...只會做自己份內的事，交完班轉個身就可以脫去娃娃的樣子...護理只是我養活自己的一個工作，有沒有放進去自己的關懷，可能也不會有人在意 (B1138)。

無法避免與死亡、急救面對面的對抗和拉扯，還是會在工作場域中不斷的發生，甚至觸動自己生命歷程中最痛的傷口，Lion後來也遇到很多病人在自己的班內死亡，學姐會說那是因為他選擇在妳的班死亡是代表妳很好，他覺得妳真心對病人，所以才在妳的班那個，就是佛心，他才會在妳班內死亡 (D1136)，雖然，怕沒時間寫紀錄，會延誤下班，覺得待在醫院時間太久了，但是付出跟收入不成正比...雜事很多，我很想幫榮民伯伯做很多care，但是我沒時間不能給伯伯好好餵飯...洗乾淨身體...聽他說說話...陪孤單的他，結果伯伯還很體貼說：你很忙、事情多、沒關係！更是覺得沒做好護理 (D2008)，會有種對不起病人的感受，但若是以病人自己的選擇與決定要在誰的班別永遠離開的觀點，所以也要跟Candy一樣把自己驚恐的程度降到最低 (C1073)，因為這是生死由命，決定你什麼時候死就是這樣子了，就不要再跟死神搏鬥了 (C1093)，只能就是一般常規，打針、發藥，有時就會想問他心裏的話，你現在有沒有想說的話或是想做的事，可是能做的畢竟很少 (C1143)，現在看到病人死亡你會覺得說：感到欣慰，不用再痛苦了、不用再為病受折磨 (C1071)，阿米也會試著，會去思考說或許這對病人而言是一種解脫...心情當然會比較低落...或許他也會默默保佑...沒有做害他們的事...做的他們都知道，或許我身後會跟很多人吧，可是我不會怕阿 (A1098)，既沒有對不起病人，也沒有對不起自己的良心，何懼之有？就像宇軒所說的：壓力是來自護理的工作，而不是醫院的關係...知道自己做不到的，像家人的關懷跟溫暖，也知

道自己沒辦法付出更多的東西，覺得自己已經到了瓶頸，卡住了...動彈不得的感覺...就是想得到一種證明，證明自己的選擇-走入護理，不是一種錯誤的選擇 (B1148)，所以要求自己，凡事看的到的全力而為，看不到的真心相待，至少要對得起自己的心 (B1053)，平凡的人，只會做平常人的事...特質，可能就是比較有善良的心 (B1136)。

強壓之下，被鍛鍊成像向日葵一樣的榮院內科的護理人員，看似光鮮的外表之下，離開了陽光刺眼的工作職場，卻會默默的低下頭，看的到、聽的到，卻不能表達、不能離開，名符其實的就變成了植物，但卻在看見急救、經歷親人或病人死亡的時刻，形成生活世界的斷裂，而對存在的事實有了體認，平時以護理的身份，隱身在陰影之中，卻也在這個時刻顯現出來，宇軒把這些跟安寧受訓的理念相結合，注重要「四道人生」，要對妳生命中重要的人分別：道別、道謝、道歉、道愛，真的就會想去把這些事先去做到，也會擔心自己會有遺憾...找一些自己的家人、好朋友，謝謝他們在自己的生命中付出...對我很好...會覺得每一天的生活都很寶貴，開心的、不開心的就會變得好像都會就是還蠻有趣的，死亡就是我們去學習的一個課題，因為就是要面對自己的有限，真的面對有限的生命 (B1047)，或是像 Jelly，經歷喪親之痛，從中學習到正向思考的觀點，轉而學習珍惜當下吧！生命是不可承受的痛，那...沒有人可以預料下一秒會發生什麼事情，那...我覺得...我覺得應該要珍惜你現在擁有的幸福 (E1080)，心態上吧！就會覺得說，沒有什麼事情比的上...你的朋友...家人...所有關心你的人來的重要吧！ (E1082)，而能做到看待身為護理人的自己，是一種天職吧！不覺得是責任啦！就覺得可以去幫人家就應該去幫人家 (E1076)，是勇敢，懂得真正活著，帶著良善與人性關懷的助人工作者，更是要懂得緊緊牽住其他家人的手，最大的力量應該是我的姊姊吧！其實...畢竟那是我們共同擁有過的爸媽...回憶是我說出來她也懂的，有一些感受是我們一起經歷過的，包括在一整個爸爸往生的這段過程...一些感受是我們一起走過的...有一些想法得時候，姊姊是支持我的最大力量 (E1068)，珍惜與其他親人相處、相聚的時光，甚至是共同經歷的失落，也要彼此相扶持，因為，兄弟姐妹，

就是父母賜給我們人生最大的禮物，就有過難忘的兄弟情深的片段，印象深刻的...一對兄弟，弟弟沒有結婚，那哥哥就是...腳有一些殘缺...非常疼愛他的弟弟...那時候弟弟就是忽然的...也不知道為什麼，就忽然心跳停止，急救之後無效，在我們病房宣告死亡...就幫他做遺體護理...穿戴整齊後，他哥哥就來，來的時候就希望說...他就跟我們講一句話，我到現在還印象深刻，他就說他從來沒有看過他弟弟這麼平靜，然後這麼帥氣的樣子，希望我們給他弟弟拍張照（E1078），因為他想一直記得弟弟最後離開的模樣，雖然激動、難過，言語之間卻滿是感謝，透過這樣家屬的表達，稍稍寬慰剛面對生命離開的失落，也在心酸中，讓她們肯定自我工作的專業以及價值。

第五章 研究結論、建議與反思

本研究主要為探討榮民醫院內科病房護理人員的置身處境。本章根據前一章呈現的研究結果分析，進行歸納出本文的結論，並透由研究過程中的反省提出實務上的建議，以作為將來相關研究之參考。

第一節 研究結論

經過研究參與者由語言透露出自我對護理學習過程的感知、生命歷程所經歷的失落，工作中與病人的遭逢，呈現出 5 位榮民醫院內科護理人員獨特的處境與思維，以及職業角色之下的限制，本研究結果發現護理人員所在榮民醫院性質較為特殊，病人群多為單身榮民，形成對護理人員不同的意涵，沿襲軍事管理的科層制度，處在制度化的管理之中，歸納出幾點結論：

壹、由外在開始的承載角色改變

一、護理人員

護理學生經過護理專業所規範的訓練及年限並且通過國家的證照考試，取得證照之後才符合在臨床上執業的要求，當護理人員選擇進入到榮民醫療體系工作開始，就已經參與病者生活乃至生存的一部分，面臨到的是更大的責任，因為在榮民病患的背後，其實有別於一般病患的人際脈絡，更因為他們經歷的年代與事件、身份的特殊，相對需要被投注的關心以及該被注意的枝微末節之處也就相對變多，成為內科護理人員每日工作所需要直接面對的問題，就在這樣選擇投身加入成為其中一員的那刻起，他們已經參與榮民病者的生命及生病歷程。

二、替代的親人

人，脫離不了倫理世界中的角色和位置，在人的生命歷史中烙印的重重疊疊和親人、朋友相處的痕跡，過去，生命的經驗，形構了現在，根據這樣的立足點決定、選擇未來，深植的生命記憶、照映彼此，(石世明，2001)，天生就具有渴望與他人聯繫的天性，必然會活在人與人的脈絡之間，關係是重要的，以合宜的方式就可以拉近與人的距離，世界就是人與人關係的編織而成 (Yalom, 2009)，因為病患沒有所謂真正的出院，沒有家、也沒有家人，長期居住、生活在榮民醫院，和因著工作關係的護理人員，在長時間的相處之下，形成緊密的「護病關係」連結，然而，護理人員不僅是看見了「病」，也遇見隱蔽於其中未顯的「人」，面對疾病所帶來的整體苦，無法給予幫助的無助感，承認生命的不可控制性，所能做的就只剩下跟病人在一起，但這卻不是護理養成教育中被強調的重點，看見自己在幫助者角色的無力與無助，感受醫療技術對生命的無能為力，就是讓自己與病人靠近的開始，進入病人的受苦經驗，面對「死亡」，形成「共命關係」，人倫的關係所提供的安全與滿足感，就像是親人。

而從事護理的工作，難免會與自己的失落面對面，也會不斷從病人身上看到自己的生命故事，以及一再經驗自己失去親人的事實，但是由於他們在照護過程中放入了真誠，相對的也從榮民病患的身上，得到補償式的溫暖。

三、學姐

內科的疾患雖不如急診、加護病房一樣緊急、重症，但慢性病在榮民病患身上，造成軀體的苦，心理的煎熬，或服或用的藥物，更說明現今醫療的侷限，起伏變化不停的病情曲線，讓他們不停的出入內科病房，都需要花費相當的時間、精神、心力去照護，而床位、資源的運用，這些都會造成護理人員在工作上的壓力，本著病人都更需要良好的照護的想法，所以從不斷重複執行的護理技術與工作中摸索，讓服務年資較深的護理人員，對後進傳承自己的知識與經驗，而負起督導的責任，讓

自己用些許熟練的技術，減緩病人身體所受病與苦的折磨，看重身體基本的舒適，對護理工作的定義，跳脫只有打針、發藥，而是要去發現最細小的改變與做到最大的舒適，這就是做到護理專業的所在，尊重每個生命，讓自己不斷更新知識與技術，讓自己更貼近病人的「病者世界」，就算這樣，仍舊無法抵擋疾病強烈的攻勢，讓護理人員感受到複雜的心情，原以為自己已習得的專業技術，卻完全無法幫助病人「恢復健康」，面對自己專業的角色，想幫又幫不上忙的處境，反而回到思考自身護理工作的意義與價值（石世明，2001），沒有被變形的軀體、腐敗的傷口與異味給嚇走，而是心情隨他們的病情起伏，維持基本的進食、排泄與睡眠，護理就是護你，更加就是「乎你」。

四、照顧服務員

護理的工作，是帶著專業知識與技術，得以合法的入侵他者的生活世界，甚至是軀體疾病及隱私，投身到榮民內科的護理場域的現象場，然而實習到真正的護理工作有著相當大的差距，從他們所見到的各種現象，懷抱著拯救者的心態，滿心期待幫助他人，竟意外的發現工作中有著太多衝突、掙扎、風險，而想要成為專業護理人員的第一步，就是要能承受對病患身體髒污的最低層次照顧開始，必須在困難、錯誤中開始學習，調整自我與病人、家屬及相關人員的相處方式，要自己快速的成長到足以應付眼前的困境，著重身體層次的照顧，不排斥任何的付出及需求，不論性別、年齡、身份，就像是照顧服務員一樣，貼身的照顧。

帶著身上 4 重的角色，經歷榮民病患的生病歷程，他們因著特殊的身份以及時空背景造就人生的流離失所、失依失怙，每況愈下的軀體，甚至是急救、瀕死及死亡，護理人員的認真與付出，填補榮民生命的空缺，而護理人員也同樣從他們身上獲得自我所缺憾的親情，顯現出內科病房護理人員所面對榮民醫院照護榮民的特殊性以及急救至死亡的邊界處境，雖經歷情緒、困境與掙扎，卻也讓他們更懂珍惜親人、同伴以及病患，而得到以下圖象：

護榮民的特殊性

形成邊界處境

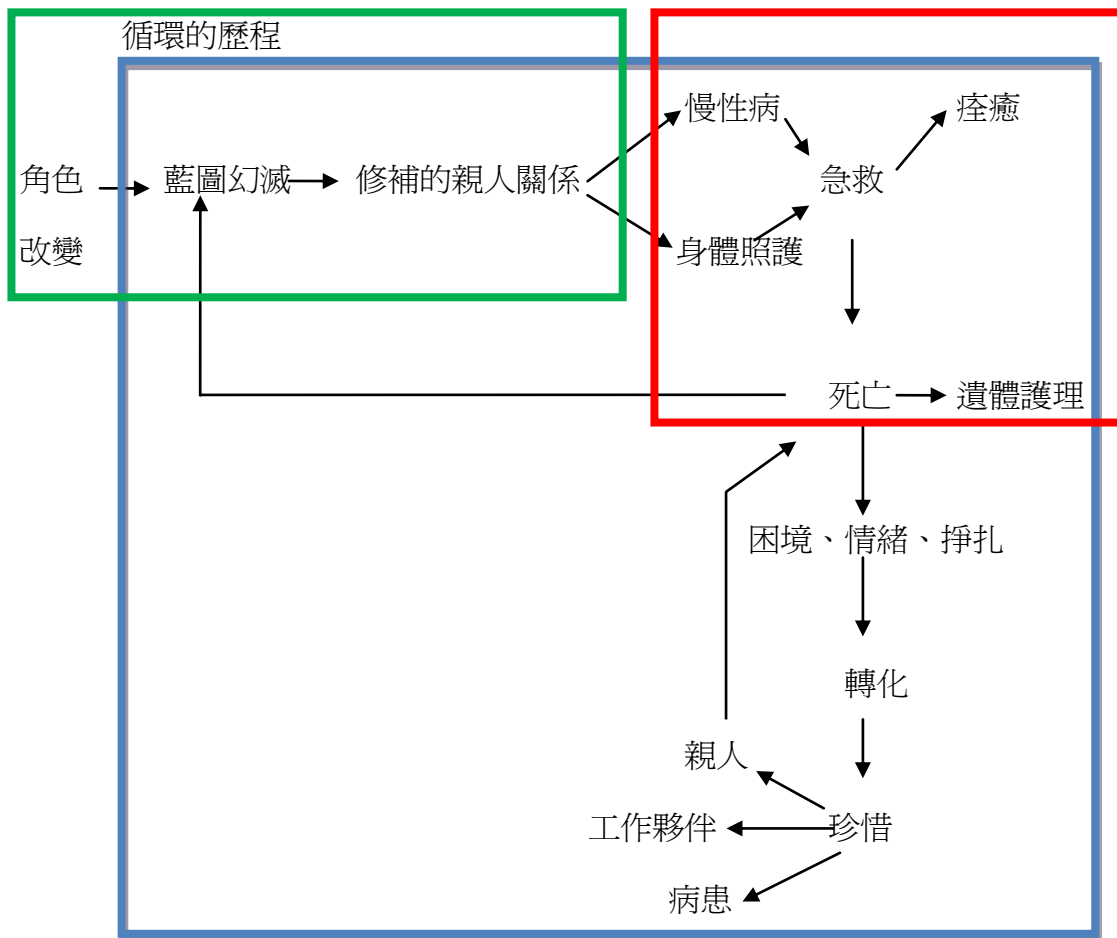


圖 10 榮民醫院內科病房護理人員外在角色轉變的置身處境

貳、深入內在置身處境的壓力

一、病患急救

最該被注重的病人的意願，卻最易被輕視、忽略，對於不論是一直執著拼命救還是選擇放手不要救，都被迫只能選擇接受，就算覺得病人受苦，面對被傷害孱弱的病體與生命，急性內科病房，講究的是治癒與存活率，要做到善終與安寧照護的理念，對單身榮民病患而言，是「知道該做卻做不到」的事，也沒有家人為他們做簽署安寧緩和條例的見證欄，不論他們自身的意願，積極介入的急救措施，成為他們瀕臨死亡一律被對待的方式。

二、病患死亡

死亡事件為護理人員帶來的衝擊，是自責、內疚，也是無法肯認護理工作中的付出，面對長期相處「類親人」的情感，如此的失落更是教他們無法承受，然而他們卻能選擇讓自己先沉著，為榮民病患執行最後的遺體護理，在病患身上繫上漂亮的蝴蝶結，象徵式的舉動，其實其中還隱含著對彼此「護病關係」、「類親人」的情感，畫下完美的句點，因為沒有他們如此的付出，就沒有為榮民病患送行的親人，白衣送行者，雖有聖潔的白色，其中還有屬於他們的失落與悲傷。

三、親人死亡

為維持自己良好的專業角色，必須犧牲自己所思、所言、所感，成為海德格所言「不真誠的模式」，就像是「失去陽光的向日葵」，讓自己的情緒都消失在制服之下，當為病人死亡失落難過，與失去親人的生命記憶連結，看的到、聽的到，卻不能說、無法表現，心酸無人知，心苦沒人言，唯有離開醫療場域或是卸下白色制服，沒有光鮮亮麗的外表與職業角色的束縛，才能真正待在角落，讓自我沉浸在失落的氛圍之中。

四、究責

因為死亡的發生無法預期、無法避免，也就讓人無法接受生命的無常，在醫療中被視為失敗的死亡，責任常常就會歸屬到第一線的照護人員身上，進而檢討是否有疏失或是誤差，加上沿襲傳統學姐妹制度，對於臨床工作年資較深的護理人員，必須要承擔來自家屬、醫療團隊的批判、指責，自然會以這樣的標準看待新手及後生晚輩，而造成心裡對於死亡事件形成巨大的壓力。

參、發展自身的愛與慈悲

護理的學習，注重技術的操作、學理的基礎、理論的運作，每一個學習的經驗，都是自己生活與工作交織出來的，也因為自我在生命歷程經過的轉折，回歸到自己生命的難以承擔負荷，正視其中的失落、無力、受苦的處境，而轉變對護理的定義與認知，肯認從事護理工作的價值，並能堅持自己照護榮民的理念，雖然還會經歷痛苦及心酸的歷程與科層制度下嚴苛的對待，但卻也在其中找到繼續的動力，以及發展出自身愛與慈悲的特質。

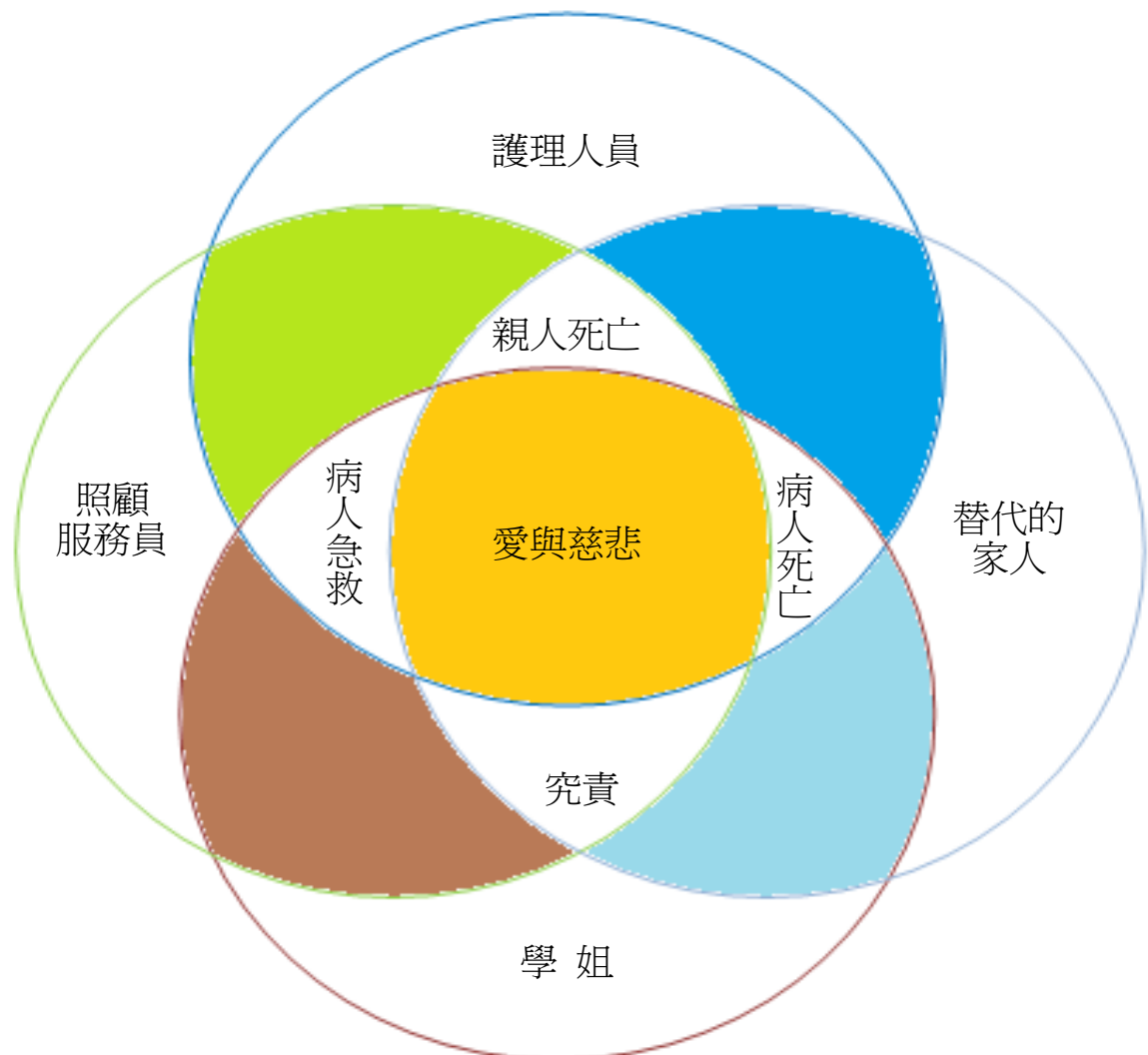


圖 11 榮民醫院內科病房護理人員外在角色轉變的內在精神

第二節 研究建議

壹、對榮民醫院相關的管理機構

一、減緩科層制度的傷害，提供更舒適、人性的居家環境

因為是榮民長者的居住環境，不論是在軟、硬體設備上，都應該為年長的榮民做全盤性的考量，與病房相同的空間佈置成居住的空間，把空間定位在病房與病房之間，無論是工作人員、空間環境，甚至是消毒水的使用，其實都只是把「護理之家」當成病房偽裝後的「家」，還是無法擺脫病房所賦予病與苦的意義，建議在空間規劃與環境設計之時，可適時邀請非醫療建築師做相關的設計，讓所居住榮民可以參與過程，提出需求，進而能設立更溫暖、舒適的居住空間，給這些孤、苦的老人家更好的居住品質。

二、避免「機構式」的軍事管理

因為是榮民的家，對於所穿著的服裝、環境的佈置、房間的選擇，進出的管制，相對都更應該尊重他們的自主性以及喜好，在被允許的狀況之下，增加他們對自我生活的控制與決定的權力，這就是做到一種歸還自主性，而且是在生活之中，彈性調整就可以做到的程度，讓他們在有生之年，可以對自己的生活及生命有更多、更好的選擇性，而不是為了方便管理，仍然使用軍事管理的風格形式，如此一來，雖看似有秩序，但是必須犧牲掉他們本身的獨特性，而變成穿著相同衣服、聽命行事的老兵。

三、提供簽立「生預囑」的管道及說明

對於單身的榮民來說，晚年生命就像是轉而進入到沉穩安逸的時期，正因為年輕時飽受生離死別、顛沛流離、居無定所之苦，無法避免的，也將會面對生命的終了與尾聲，因為看到了許多榮民病患面對自己罹病、生命末期之時，因為不清楚、沒機會接受到安寧緩和條例相關的資訊，而造成被過度醫療，折磨致死的窘境，為

了避免到人生的最後還被失去尊嚴的對待，應積極在他們能為自己作主的時候，介入相關的資訊與資源，讓他們可以有機會用自己想要的方式去面對自己的死亡。

貳、對護理人員的養成教育

一、增加關於「生死教育內涵」課程

護理除了注重專業性的知識與技能之外，應增加關於「死亡」、「失落」、「悲傷」相關的知識與學說，藉以了解自己未來在工作中可能碰觸的議題以及困境，並且可在課程中沙盤推演，關於如何建立治療性人際關係，還有避免自己陷入「情感轉移」或是「情感反轉移」的危機，於臨床工作中也可避免形成替代性創傷的形成與傷害自身，可以了解自身所要面對的，除了技術層面，還會碰觸到心理、靈性層次，而不至於陷入「悲憫、慈悲耗竭」的情況。

二、注入「哲學」與「人性關懷」的元素

關懷本是護理的本質，在培育每一位白衣天使之前，就應先以關懷的思維介入護理的教育之中，並且導入哲學的觀念，可以了解生命中的存有、自我的存在和受苦的意義，探究生命的意義與本質，有助於降低面對臨床實務工作中，急救、死亡所形成邊界處境對自身造成的衝擊。

參、對護理人員的相關管理者

一、關懷護理人員的身心壓力

護理是高壓力的工作之一，更要有良好的品德及同理心，高規格的強壓之下，很容易造成自我情緒壓抑，有苦不能言、有話不能說、有淚不能流，久而久之，情緒的耗竭在所難免，在遭遇到失落、瓶頸之際，可以有相關的主管介入，而能以主動積極的關懷、關心的態度，先對待護理職場的每一位受傷的尖兵，而後也

才能由她們身上給予病患及家屬更多溫暖及窩心的照護，必要時也可以介入成長、諮商的團體或是工作坊，讓她們有空間及時間抒發情緒，表達自我真實的想法及感受，不用擔心會遭受身體傷害、語言暴力，被放置黑名單或是被貼上麻煩者的標籤。

二、「生死意涵」課程的再教育

藉由基本規範護理人員每年度的在職教育課程，對於生死意涵的相關課程再教育，讓護理人員知道、明白、了解、體認護理工作是與人的遭逢，藉由生命的陷落、受苦的處境，能有創傷後的成長，面對不同的情境脈絡可以適度、彈性的表達或是壓抑自己的情緒，轉化自我的思維，成為更人性的助人也自助者。

第三節 研究反思

真的有那種恍然大悟的感覺，尋尋覓覓、改了又改一年的論文題目，指導教授不斷問：到底要寫什麼？到底在關心什麼？其實，也一直不斷在問自己，不斷地，自己的生命課題、人生、未來究竟在哪裡？突然陷入前所未有的恐懼與失落，在南華進修的日子，每一次上課的途中，都是帶著眼淚去的，覺得辛苦、無助、受苦、失落...所有情緒的堆積，讓自己不得不懷疑，究竟為什麼要走入護理？又為什麼會到南華？想逃離或真正面對的究竟是什麼？是如此的忐忑，試圖尋找可能的答案及蛛絲馬跡，不開心嗎？是的，常常是沉重到不想去正視與面對，不快樂嗎？答案也是肯定的，找不到能讓自己打從心底快樂起來的理由，夠了解自己嗎？還不夠了解，還沒能從自己的生命中，完全了解外在和內在的自己，用不對稱的想法跟眼光，看待自己以及身邊「生與死」這事，在面對生死交關的醫療院所工作，見識也經歷到許多人生的悲歡離合、生老病死，這些雖讓自己成長，也的確確讓自己受了傷。

沉默，有時是因為不想再多說，距離，有時是因為想保護自己，在學校、在工作單位，刻意與同學和老師、同事都保持低調的接觸，然而卻意外的多了許多的關心與溫暖，真誠溫暖的問候與關懷，讓自己也隨之改變，然而，才突然發現，自己竟然已經變的不會表達，變的不會與人近距離相處，而這些竟然是過去從來沒有在意過的，原來，自己還有這麼陌生的一面。

原本以為出自對學妹們的關懷，面臨喪親的難過和傷痛，身為護理人員，理應能好好面對死亡，事實上，她們身上所看到的，卻不是這樣，在工作閒餘的時候，她們沉默、難過、很深的情緒及無力，需要別人關心卻得不到，每當有人問起，只淡淡的帶過去，隨著喪假過去，有一部分的她們也不見了，同樣的感受，竟出現在自己面對病患死亡、急救、遺體護理的時候，自己又不是病患的親人朋友，為什麼會感到失落跟難過？這樣的感受是對的嗎？她們又是如何看待病人的死亡？快速收起自己的軟弱、不確定和泛紅的眼眶，因為還有其他的病人、其他的事要做，就像是落入湖面的

石頭，短暫的漣漪之後，以為消失不見，但石頭依舊在湖底，而這些事情還是在夜闌人靜的時候，久久盤旋不去，面對生死，實在是困難的課題，落入「人人」真的比較簡單，學習面對真實自我的感受，才知道生命中的苦與痛竟是如此讓人難以負荷，花了一年多的時間，去悲傷輔導、心理劇，才開始當個有血、有肉的人，會哭、會笑、可以難過、可以表達、可以談自己傷，也可以學著原諒、接受自己的不完美，心中的陰影變小了，生活似乎也就更完整而美好，然這是一個開關，是覺知的開始。

南華的第一年、第二年，紛紛經歷了爸、媽身體狀況的意外，衝擊跟影響，就由接到電話通知的那刻起，錯了吧，不是吧，你們一定是搞錯了... 站在護理站的治療室，顫抖的手緊握著電話，看著穿著制服的自己，此刻站在這裡竟是這樣的無能為力，再深的情感跟牽絆，也不敵死亡造成「天人永別」這樣銳利的傷，死亡近距離逼迫在眼前，自己所學的專業，在這一刻派不上用場，切確得體認到：自己也是個平凡人，也會對死亡恐懼、焦慮，為了支持其他的家人，在關鍵時刻就更要冷靜，流不出的眼淚流進心裡，很傷，也很痛，幸運的是，自己還擁有他們，還能有好好孝順他們的機會，但其實心底也有怨，就像是機器中運轉的齒輪，自己的工作沒辦法在這個時刻暫停，只能在拖班很久的狀況下，用剩餘的一點點時間陪伴、照顧他們，當認真的照護病人的時候，爸、媽有受到別人相同的照顧嗎？為什麼自己可以照顧別人，卻沒辦法照顧他們？這真的就是自己想成為護理人員的原因嗎？如果不是醫療院所中的工作人員，是不是就不會面臨這樣的處境？

這是種受苦，也是種折磨，是死亡帶來的巨大的壓力與陰影，是專業人員的身分仍然無法瞭解死亡焦慮的完整樣貌，在面對榮民伯伯的急救、死亡事件的惆悵、自責、不知所措，原來其中還隱含著對於親人親情的替代與渴求，而體認到死亡的真義，更是學習到珍惜，珍惜與親友、工作夥伴的相處與相聚，珍惜自己所習得護理的知識技能，而能在工作場域中，恰如其分的扮演自己的角色，為學妹樹立典範，在彼此遇上挫折、困難之際互相拉對方一把，可以為病人盡每一分最小的注意與最大的照護，也

讓自己學習在瀕臨死亡之時，除去不論是內科或是護理所習的制式觀念，不斷的傳承下去「護你」的心意，不僅可以不再抗拒死亡，進而可以做陪伴病人步入最終站的「伴行」人，甚至是做更良善、溫和的「白衣送行者」。

研究者由閱讀柯薰貴、王瑞霞（2011）所提及的護理執業上的道德勇氣，發現可以對「護理工作」作一番新的解讀，護理是：1.傳承-經驗的分享、2.面對-可能對自身的傷害、3.學習-衝突與協商的處理、4.看重-自我的能力、5.降低-恐懼、沉默與自責，期望以這篇研究，對於現正處於護理工作的每一位無名英雄致意，謝謝你們對陌生人的照護與付出，期望你們能從文字中流露的真誠，得到繼續努力的動力。

第四節 未來研究建議

本論文是針對榮民醫院內科病房護理人員做現象探究的質性研究，並不適用於推論及全台另外 11 間相同性質的榮民醫院，建議未來可使用相關議題的量化研究，做全盤且深入的進一步研究，且研究中的五位參與者皆為女性，對於「男」丁格爾是否有相同的置身處境無法得知，另針對榮民的置身處境如何、生命歷程的敘說，未來也可進行相關議題之探究。

參考文獻

壹、中文部分

- 李玉嬋（2008）。醫療場域助人工作者的失落與悲傷調適~直視病痛折磨與死亡威脅下的粹鍊與超越。諮商與輔導（276），45-51。
- 李佩怡（2000）。失落與悲傷。林綺雲主編，生死學（311-331頁）。台北：洪葉。
- 李佩怡（2003）。助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，台北。
- 李維倫、賴憶嫻（2009）。現象學方法論：存在行動的投入。中華輔導與諮商學報，25，275-321。
- 吳芝儀、李奉儒譯（1995）。質的評鑑與研究。台北：桂冠。
- 吳秀麗（2007）。護理人員職業倦怠、休閒調適及休閒效益之研究。亞洲大學國際企業學系研究所碩士論文，台中。
- 林妘珊（2008）。軍中諮商心理師的倫理衝突經驗—面對自殺個案之敘說研究。國立空中大學生活科學學報12，1-24。
- 林素琴（2004）。癌末病患臨終階段照顧之現象學探討—從躁動不安到擬象轉換。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義。
- 周幸生等合譯（2007）。新臨床護理診斷（二版十五刷）。台北市：華杏。
- 周雪靜、陳淑月、蔡小瑛、周希誠（2007）。視病猶親—癌症病患的「好護士」觀點。實證護理 3（3），188-194。
- 柯薰貴、王瑞霞（2011）。知行合一-談護理職業上的道德與勇氣。護理雜誌 58（1），102-107。
- 唐佩玲、陳玟伶、鄭琇分、張敬俐、林惠賢（2005）。護理人員憂鬱程度及其相關因素之探討。中華心理衛生學刊 18（2），55-74。

- 陳美娜（2006）。從衝突到存在—精神科護理人員照護病患之心境探究。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義。
- 陳壯梅（2003）。海德格的死亡哲學與臨終關懷之對顯。南華大學哲學研究所碩士論文，嘉義。
- 黃美華、郭倩玲（2008）。女性護理人員生涯自我效能、生涯阻礙與因應策略之相關性研究。護理暨健康照護研究 5（2），91-99。
- 黃寶園（2009）。不同職業類別職業倦怠的研究。國立台南大學教育研究學報 43（1），23-49。
- 游明麟（2007）。心理劇對情緒失落成人轉化學習之研究。國立台灣師範大學社會教育研究所博士論文，台北。
- 張文亮（1999）。南丁格爾與近代護理。台北：校園書房。
- 張明志（2006）。心靈病房的十八堂課。台北：考古文化。
- 張碧芬、余玉眉、陳淑月（2007）。好的護理-護理人員的觀點。護理雜誌 54（4），26-34。
- 陳月枝（2000）。於陳月枝（總校閱），質性護理研究法。台北：護望。
- 陳志中、張朝煜（2009）。高級心救命術-重點指引&精要解說。台北市：華杏。
- 陳瑞娥、吳讚美（2008）。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。安寧療護雜誌，13（2），15-27。
- 陳增穎（2010）。負傷的心理師-受苦生命經驗的轉化與實踐之敘說研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文，台北。
- 鈕則誠（2005）。醫護生死學（一版）。台北：華杏。
- 畢恆達（2001）。空間就是權力（初版）。台北市：心靈工坊文化。
- 萬育維、張英陣、張素玉（1997）軍旅生活對居住安養機構老榮民生活品質之影響—以某私立安養機構四個個案為例。國立政治大學社會學報 27，121-145。

- 葉寶玲（2004）。從喪親、瀕死等因素探討死亡與心靈的關係。**諮商與輔導**（227），39-42。
- 趙可式（2008）。**醫師與生死**（一版）。台北：寶瓶。
- 蔡昌雄（2007）。生死學經典的詮釋—以庫布勒·羅斯的【論死亡與臨終】為例。**通識教育與跨領域研究**，2（1），1-25。
- 廖珍娟（1998）。喪失嬰兒父母之照顧。**護理雜誌**，45（4），23-41。
- 鄭婉云（2010）。邊界處境下護理人員照護歷程之研究-以中部某醫學中心感染科病房為例。南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義：大林。
- 鍾聿琳（2004）。現今台灣技職護理教育的關鍵課題。**護理雜誌**，51（4），18-21。
- 劉金珍、謝慧雅、金繼春（2007）。受苦概念分析。**護理雜誌**，54（3），92-97。
- 藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美（2007）。非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討。**安寧療護** 12（2），156-171。
- 謝麗鳳、莊嬌榮、楊小娟（1998）。**歐氏自我照顧缺失理論**。於盧美秀等編著，**護理理論與應用**。台北：偉華。
- 穆佩芬（1996）。現象學研究法。**護理研究**，4（2），195-202。
- 顏素卿（2004）。**專業照顧者的剝奪悲傷經驗初探—以加護病房護理人員為例**。國立護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文，台北。
- 戴正德（2007）。護理自我認同與價值的強化。**醫學人文學刊** 9（1-2），59-64。
- 蕭育昇（1995）。**我痛苦，所以我存在——一位助人工作者從生命經驗中的自我覺察與反思研究**。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文，台北。

貳、中文譯書

- 青木新門 (2009)。納棺夫日記 (蕭雲菁、韓蕙如、廖怡雅譯)。台北縣：新雨。
- 伊莉莎白·庫柏勒·羅斯 (/1998)。天使走過人間—生與死的回憶錄 (李永平譯)。
台北市：天下遠見。
- 范丹伯 (J. H. van den Berg) (2001)。病床邊的溫柔 (初版) (石世明譯)。台北市：心靈
靈工坊文化。
- 提恩·戴唐 (1999)。敞開心靈的暗房 (初版) (陳世玲、吳夢峯譯)。台北市：生命
潛能文化。
- 勞瑞·杜西(Larry Dossey M.D.)。超越身體的療癒 (初版) (吳佳綺譯)。台北市：心靈
工坊文化。
- 瑪麗·德·翁澤 (2005)。人道醫療 (第一版) (吳美慧譯)。台北市：張老師文化。
- 瑪姬·克拉蘭 (Maggie Callanan) & 派翠西亞·克莉 (Patricia Kelley) (2011)。最後
的擁抱：來自資深安寧護士、撫慰病患和家屬的溫暖叮嚀 (初版) (李文綺譯)。
台北縣新店市：野人文化。
- 歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom) (2003)。存在心理治療【上】 (易之新譯)。台北市：
張老師文化。
- 歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom) (2009)。凝視太陽：面對死亡恐懼 (初版) (廖婉如譯)。
台北市：心靈工坊文化。
- 瓊安·卡塞爾 (2007)。走進加護病房 (初版) (嚴麗娟譯)。台北市：原水文化。
- Maggie, K., & Patricia, C. (1992/1994)。最後的禮物 (王明波譯)。台北市：正中。
- Tilda Shalof (2006)。加護病房 (初版) (栗筱雯譯)。台北市：大塊文化。

參、網路資料

行政院退除役官兵輔導委員會（2010）就醫服務，2010年2月26日下載自

<http://www.vac.gov.tw/auxiliary/index.asp?pno=160>。

中華民國護理師護士公會全國聯合會（2010）9月份台閩地區護理人員統計表，2010

年10月18日下載自 [http://www.nurse.org.tw/km-master/front/bin/ptdetail.phtml?](http://www.nurse.org.tw/km-master/front/bin/ptdetail.phtml?Part=news%202235&Category=100002)

[Part=news 2235 & Category= 100002](http://www.nurse.org.tw/km-master/front/bin/ptdetail.phtml?Part=news%202235&Category=100002)。

內政部戶政司全球資訊網（2010）99年9月戶口統計資料分析，2010年10月18日下

載自 http://www.moi.gov.tw/chi/chi_news/news_detail.aspx?sn=4697。

肆、英文部分

- Bee, H. L. (1996). *Journey of Adulthood*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Dershimer, R. A. (1990). *Counseling the bereaved*. New York: Pergammon Press.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller*. Chicago : University of Chicago Press.
- Erikson, E. H. (1982). *The Lifecycle Completed: A Review*. New York: Norton.
- Egnew (2005). The meaning of healing : transcending suffering. *Annals of Family Medicine*, 3 (3) 255-262.
- Levinson, D. J., Darrow, C. N., Klein, E. B., Levinson, M. H., & Mckee, B. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. New York: Ballantine.
- Lauterbach, S. S & Becker, P.H. (1996). Caring for self : Becoming a self-reflective nurse. *Holistic Nuring Practice*, 10 (2) ,57-68.
- Newman, B. M. & Newman, P. R. (1991). *Development Throuth Life: A Psychosocial Approach*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Orem, D. E.,(1995) *Nursing : Concepts of Prattice*.(5nd).New York : McGraw-Hall.
- Seidman, I. E.(1998). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Summers, C.(1994). Self-care : The Greastest Challenge for Nurse. *Journal of Nurse Empowerment*. Fall, 1994.
- Van Manen, M.(1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: State University of New York.

附錄

附錄一

訪談大綱

目的	問題內容
1. 第一次在這個職業接觸病患死亡的經驗與感受	<p>1-1 妳還記得妳第一次接觸病患死亡的經驗嗎？那時的感受是怎麼樣？妳當時是怎麼樣看待自己？又怎麼看待眼前這個病患？</p> <p>1-2 那時候工作多久了？發生了什麼事？</p>
2. 自己在病患死亡事件中所扮演的角色	<p>2-1 妳當時看到、聽到什麼？站在什麼位置？</p> <p>2-2 自己當時在現場是扮演什麼樣的角色？</p>
3. 了解受訪者急救過程當時以及過程中的感受	<p>3-1 當時那個病患急救嗎？</p> <p>3-2 地點是在哪裡？身邊有哪些人？</p> <p>3-3 病患斷氣的時候，妳有沒有在他身邊？那時候心裡的感受跟感知如何？</p> <p>3-4 有救起來跟沒救起來，感受相同嗎？不同地方是？當醫師宣告死亡，妳還做了些什麼？</p> <p>3-5 當時病患死亡這件事，有沒有造成什麼樣的影響？是什麼樣的影響？影響了妳多久？</p> <p>3-6 妳的身、心有出現什麼樣的改變或症狀嗎？</p> <p>3-7 妳出現什麼樣的情緒反應？有學習過處理這樣情緒的態度與方法嗎？有跟別人分享過這種感覺嗎？</p>
4. 了解受訪者現在再次接觸工作中的死亡事件的感受	<p>4-1 當上班的時候病人的病況都很不好（呼吸喘到要插管的、DNR 留一口氣回家的、家屬要求救到底的末期病人），妳的感受是什麼？</p> <p>4-2 在工作到現在，再次面對病患死亡的事件，感受是如何？跟第一次遭遇的病患死亡事件感受相同嗎？</p> <p>4-3 會害怕跟病患說到關於死亡的話題嗎？為什麼？</p> <p>4-4 妳有沒有曾經把這事件跟妳的生活中事件結合？是什麼樣的事件？為什麼妳會把兩件事結合？</p>

	<p>4-5 當工作中出現這樣情緒跟想法，妳都如何面對？下了班之後會有所不同嗎？</p>
<p>5. 了解受訪者看待病患和親人死亡事件的角度除了專業角色，是否有相同或不同之處？</p>	<p>5-1 在榮民醫院的工作年資幾年？科別呢？</p> <p>5-2 從事護理工作之前（或之後）曾經遭遇過親人過世的經驗嗎？</p> <p>5-3 這個經驗有沒有對妳或是妳的工作造成影響？</p> <p>5-4 妳會在工作場合中想到自己的這個親人嗎？為什麼？</p> <p>5-5 在親人生病到死亡的過程中，妳覺得自己扮演的角色是？跟照護一般的患者是相同的嗎？</p>
<p>6. 病患死亡的經驗，所帶給受訪者的意義</p>	<p>6-1 有沒有特別讓妳記憶深刻的急救或是死亡個案？為什麼這件事讓妳難忘？</p> <p>6-2 妳覺得這個病患急救或是死亡的事件，所帶給妳的是？</p> <p>6-3 這樣的經驗對妳有造成什麼影響或轉變嗎？</p> <p>6-4 妳曾經想過關於自己會死？想過自己的死亡會是什麼樣嗎？</p> <p>6-5 會害怕跟妳的家人或同事談關於自己死亡的議題嗎？為什麼？</p>
<p>7. 工作中發展出對死亡的感受、認知，如何影響著自己在面對死亡事件的經驗</p>	<p>7-1 在工作這幾年中，現在妳對死亡病患護理的感受是？妳理想中的護理有沒有包括病患的死亡？</p> <p>7-2 會害怕病患在妳的班內死亡嗎？如果在別人的班或是在別的 Team，對於急救跟死亡事件會不會有不同的感受？為什麼？</p> <p>7-3 妳怎麼形容這個也是送行者的工作？為什麼？</p> <p>7-4 當妳需要的時候，誰可以支持妳？妳的同事是妳的資源嗎？除了同事，還有誰？</p> <p>7-5 妳們是如何支持對方的？</p> <p>7-6 家人對妳的工作角色有什麼看法？下班回家還是當「自家裡的護士」？</p> <p>7-7 什麼情況之下當「自家裡的護士」的感觸最深？</p> <p>7-8 護理專業工作的角色對自己親人的生病或死亡歷程有幫助嗎？為什麼？是怎麼樣的幫助？</p>
<p>8. 不同角色與經驗，為專業的護理工作帶來的轉變與內化</p>	<p>8-1 目前除了工作其他生活的角色有哪些？</p> <p>8-2 工作之後，有再進修嗎？為什麼會選擇走回校園進修？對看待病患死亡的事件有不同嗎？</p>

附錄二

訪談說明書暨同意書

親愛的白衣天使：

您好，我是南華大學的生死學所的研究生，目前從事「榮民醫院內科病房護理人員置身處境之研究」的研究，希望藉此了解您親身的心理歷程，藉由您的感受和經驗，我們清楚您的感受與心境，並更能作為未來的提醒與省思。

本研究對於您的資料完全保密且只做為學術研究之用，為確實記錄您談話的內容，在徵求您的同意之後，進行訪談的過程中將全程錄影、錄音，並將資料將轉為文字稿，在您確認無誤後進行分析，過程中您可隨時提問或提出拒絕參與研究的進行，以尊重及保障您個人的權益。

若您同意參與此研究並接受訪談，煩請填立下列同意書。感謝您的支持與協助！敬祝 身體健康！

研究參與者簽名：

研究者簽名：

日 期：

附錄三

前導性訪談逐字稿-受訪者：Jelly

訪談內容

訪談者：妳好，我是南華大學生死所碩二專班的學生張慶榕，首先要謝謝妳接受我的訪談，相信妳寶貴的經驗將有助於其他相似經驗的人，接下來我們的訪談時間會長達一個小時，在訪談的過程中，如果有不願意、不想回答的問題，妳可以拒絕回答，待整個訪談過程結束後，將把這一個小時的內容整理成文字稿，若妳願意我會將檔案給妳看過，所有的資料將為學術使用，不對外公開，並且將由我此次訪談的逐字稿整理，不曉得妳還有其他的問題嗎？

kuei：嗯、應該沒有

訪談者：妳還記得妳第一次跟這個行業接觸的經驗嗎？那時的感受是怎麼樣？

kuei：第一次接觸啊...那我想應該是實習的時候吧...我的第一站基本護理實習去的地方是永康榮民醫院的護理之家，你也知道護理之家的形式其實都差不多，病人大部分都是癱的老榮民，就量量血壓、換藥、帶活動跟帶他們出去散步，工作的內容還算輕鬆，所以覺得護理的工作也還蠻好玩的，只是那時候覺得榮民好可憐喔...我那時候照顧的伯伯年紀很大了...記得好像是 80 幾歲來台灣打戰，光復之後因為是高知識份子所以後來從事的是調查局的工作，光復後伯伯 40 幾歲，取了一個跟她年齡相差約 20 歲的老婆，後來在台北定居生了一個兒子，但是退休後接連的兩次中風，伯伯就癱了，老婆說她沒辦法照顧，像丟皮球一樣把他丟到白河榮家後來就被送到永康榮民醫院入住到護理之家，伯伯人是清楚的，但是只要談到他的家人，伯伯多半都是沉默...，因為他入住到護理之家後家屬大部分就以電話遙控，雖然我不知道他以前到底怎麼跟他家人相處的，搞不好對他們很壞...在那個實習的過程我覺的伯伯好可憐喔！辛苦了一輩子結果被遺棄在榮民醫院，癱在床上，伯伯跟我說他每天都過著一樣的生活，吃飽睡飽飽吃，除此之外就是在等死了。

訪談者：為什麼走入護理學校就讀？報到的第一天，妳有沒有看到、聽到什麼？是誰陪妳去的？

kuei：其實會唸護理科，存屬意外，我本來在中華醫事技術學院考上的是工安，報到的第一天是我哥陪我去的，報到的現場很混雜、很吵啊，當時跟我哥兩個人只有覺得好貴喔繳了快五萬塊的學費吧，報到完因為申請住宿所以我哥就陪我到宿舍後就拋棄我回家了，那時候住宿有六個同學，當天就有一個同學因為想家，就打電話回家，家人就來帶她回家，之後就退宿了，所以我們一整個晚上都在討論這件事，沒聊別的。

因為陪我同學去轉科考試，結果誰知道她沒上我卻考上了，五專二的護理已經在唸藥物、內外科，同時間我還要去隨班跑到一年級去修什麼解剖、生理的，每一本書

都是精裝版，這麼厚一本（用手比出書的厚度），我又沒認識半個護理科的人，回到寢室也沒有人可以問，然後我都沒有那些基本的東西，上課的內容很多根本就都聽不懂，那時候藥物小考都考 20-30 分，有一次甚至還被藥物學老師刁難說：「妳到底有沒有學過，每次都考那麼差我要當掉你」，還有啊考解剖的時候每個台子都放不同的骨頭，我們每到一個台子就是要去分辨那是什麼地方的骨頭，全身上下骨頭 206 塊，根本就記不得這麼多，加上心裡又很緊張，眼睛都還沒看清楚台前的東西，老師手上的鈴就響了，聽到那個鈴響，又更緊張，都快緊張死了，還一邊想著前一塊骨頭，一邊趕快問一下同學答案是什麼，然後這個台子的骨頭又沒看到，問她們也都說來不及、沒看到，現在想到那時候，真是一段難過又辛苦的日子，打從心裡想我沒事幹嘛去念護理，要甚麼義氣，搞死自己了吧！還好，那時我爸都會安慰我，他說：「沒關係，考上就唸，辛苦一點，很快就過了！」，聽到他這麼說，好像也只有繼續努力下去了。

訪談者：妳是什麼時候進行加冠典禮的？地點是在哪裡？身邊有哪些人？那時候心裡的感受是如何？對後來入到護理這行業有沒有影響？是什麼樣的影響？

kuei：你說的加冠典禮，嗯，印象最深刻的第一件事是那時候我專三，大約 17 歲，在那一天參加典禮的每個人手裡都會拿著蠟燭，我就看著大家都有直系的學姐來陪伴跟獻花，心裡想說因為我是轉科生，我想可能沒有學姊會來跟我一起慶祝這麼特別的日子，結果，沒想到我 2 年級的工安科的學姊帶著所有的直系來看我，我看到她們全都到齊了，心裡真的是超感動的，感動到都哭出來了。

加冠典禮的那天，我記得會場佈置在學校的禮堂，整個感覺很盛重，還記得那個畫面是大家拿著蠟燭，會場內只剩下蠟燭微弱的光，當下唸出南丁格爾的誓詞，就覺得說：「對，護理這個工作應該是神聖的，對病人要有責任！」，再加上老師一個個幫我們戴上屬於自己的白色護士帽，好像傳承了一個冀望到我們身上，尤其我記得老師還說了一段話「不論是未來是那個地方的護士，走得是那一科，都不要忘記這一刻宣示的誓詞，還有這一刻的感動」，那時就想雖然自己是瞎打誤撞走進去護理這條路，而且當時對於護理其實心裡還是有一點排斥的，但是就是體會到當下的感動，就覺得自己有責任要好好照顧病人，覺得自己的工作就是神聖的。

研究者：第一次真正走到醫療場域去實習的年紀是幾歲？是在哪一個醫院？那是個什麼樣的單位？妳們幾個同學一起去？第一個照顧的病患是什麼個案？發生了什麼事？對妳真正走到醫院工作而言，實習的經驗所帶給妳的是？

kuei：剛實習的年紀就在加冠典禮過不久，大約也是 17.18 歲吧！那時因為選擇的實習地點已高雄長庚為主，第一個實習的地方是高雄長庚的胸腔科，我們一共有 8 個同學一起去實習，我記得我照顧的是一個患有乾癱的呼吸衰竭的病人，全身癱瘓但是意識是清楚的，大約 60 多歲的病人，照顧他的是太太，年紀也蠻大的，然後身體狀況也不好，因為病患全身都是乾癱，所以那時照顧他每天都要幫他做的工作內容比其他的同學多很多，當時就想照顧病人真的是一件辛苦的事，這是我想要的生活嗎？加上又是在長庚醫院，整個人的神經就一直繃得很緊，覺得自己的工作很煩、很累，每天覺得時

間都不夠用、壓力很大，大到一進醫院就想拉肚子，而每天中午都只有 30 分鐘吃飯，爲了節省時間我們就去買關東煮，整整一個月都吃那種東西，妳知道就是那種很快、很便利但是沒什麼滋味的東西，一個月都吃，後來有好長一段時間我都不想再吃 7-11。

後來想想可能就是因爲當時我照顧了這麼一位麻煩的病人，之後再去其他的單位就覺得好像輕鬆了不少，而且在照顧這個病人的期間，老師公開在所有一起實習的同學前誇獎我照顧這位病人照顧得很好，明顯有感受到病人不但整個的皮膚都變好了，人的精神也跟著變好了，在那個當下我覺得超有成就感的，尤其是在我實習結束要離開醫院的時候，病患跟家屬都對我說捨不得我離開，還買禮物給我說是要謝謝我，那種感覺就是覺得自己的付出有被人家肯定。實習的經驗帶給我得是護理的知識真正要應用到臨床上很難，以前老師總是說妳們要做事小心，因爲妳們照顧的是病人，到醫院工作後更是有這樣的體認，因爲照顧的是人，所以要多用心，也多虧了以前的實習經驗老師對我們的嚴厲還有教會我們臨床的東西，有了實習去到臨床其實有感到比較不會害怕。

研究者：妳是怎麼會到榮民醫院來工作的，妳在這裡遇到的患者，與其他醫療院所有什麼不同的地方？哪裡不一樣？為什麼會有這樣的想法？就妳所知，其他同事都跟妳有相同的感受嗎？

kuei：來榮民醫院前我所工作的地方是新營的一家小型的呼吸照護病房，當時的每個病人都是以全癱的病人爲主，雖然都會有氣切或是 Endo，而且都有用呼吸器，但是會有看護幫忙照顧作一些翻身、拍背、換尿布什麼的，所以賺的錢就相對的少，我記得一個月加上夜班費不到三萬，所以那時候一批同事都說要跳槽，剛好我們的呼吸治療師認識呼吸器的廠商，她說要來嘉榮外包呼吸治療病房，聽說這裡很缺護士所以我們就一起來面試，當然就面試上了，可是那時醫院說因爲呼吸治療病房還沒蓋好所以先將我們分配到各單位去，我就被丟到二一病房了，一來榮民醫院，看到的病人大都沒有家屬，生活的照顧都有問題全都依賴著我們的照顧，剛開始讓學姐帶著上小夜的時候，就看到學姐推了一台工作車，說什麼要一起去整床，當時我就覺得嚇了一跳，想說工作車上怎麼放了一大堆尿布跟看護墊、尿袋，到底是要做甚麼用的，後來才知道是要跟學姐到病房去，一床一床去看這些榮民伯伯，誰需要去更換這些東西，順便翻個身，我記得那天第一次出去整床的時候，遇到一個有 dementia 的病人，自己已經把約束帶給解開了，上面已經沾滿了他自己的大便，然後他拿著約束帶，竟然像牛仔一樣拿起來揮舞，我跟學姐一看就覺得真是夠傻眼的了，要怎麼幫他換啊？怎麼樣才能躲過他的牛仔式攻擊？想一想也會覺得又好氣又好笑。

我想同事們也都有相同感受吧！在這裡照顧病人，不只要照顧疾病更多的部分是照顧他的日常生活照顧、家人關係、經濟等等其他問題，而且好多都是單身的榮民，所以要對應那些關注的榮服處、榮家、輔導員、隊長那些的。這些東西跟我以前所認知的內科病房不一樣，不只是只照顧他們的疾病，還要把他們當家人對他們提供關懷、提供支持，因爲醫院的病房不多，在我們單位常常還遇到加護病房沒床，所以啊什麼

重症的病人、癌症末期的照護，全部的病人都往我們家單位收，有時候就覺得壓力真的很大，照顧的病人數已經很多了，然後還要顧慮護生、新進人員，這些榮民病人，其實更需要我們的支持，因為照顧的病患都固定式來自榮民體系，病人常有重複的情形，認真來說他們沒有所謂真正的出院，有的病人會長期住在護理之家，所以常會有老病號，彼此的熟悉感覺就像自己的朋友或親人，這是我覺得跟外面不一樣比較大的差異吧！

研究者：妳還記得妳第一次面臨患者死亡是什麼時候？那時候工作多久遇到的病患？曾經有學習過處理這樣情緒的態度與方法嗎？

kuei：剛來到單位的第二還是第三天就遇到病人急救了，那時完全的處在不知所措，不知自己應該要怎麼幫忙、怎麼做，只能在一旁聽從學姐指揮，好像是一個呼吸喘的病人吧，到最後還是急救無效所以病故了，因為他是單身榮民，所以當下覺得伯伯好可憐，都已經走到臨終了，身邊都沒人陪他，就這樣被推到太平間，以往的經驗當然沒學習到如何處理這樣的心情跟感受。現在對於遺體除了會給予他身體清潔外，我們會再雙手給予小緞帶固定，綁上寫有病患姓名的小卡片，提供佛經給病人聽，並引導家屬參予及和病患說話道別，現在面對遺體心情上都期待他們好走，平靜的離開，給予遺體尊重，把他們弄得乾乾淨淨自己看起來也覺得舒服，當然有時也會遇到一些熟識的病患，捨不得跟難過的情緒一定都會有，但我都自我安慰說他們就是因為有了疾病，今天離開了對他們來說也是一種解脫，真的難過時就跟上班的同仁分享自己的心情，大家都會說說就紅了眼眶，我想我的工作同事都還不錯，我們共同分享其實有時也是互相在支持，難過的情緒就可以抒發。

研究者：當妳現在面臨患者死亡，心裡感受又是什麼？和第一次遇到的感受相同嗎？特別讓妳記憶深刻的是什麼？

kuei：現在面臨病患的死亡，想的是怎麼讓他舒服，好走，怎麼安撫家屬，輔導他們去面對親人得死亡，和第一次當時的驚恐當然差異很大，我想面對的多了，自我感受的部分就變得少了，可能也是因為受過安寧的思維跟訓練，有一個印象深刻的例子，一位因為車禍導致全癱的病人，因為全癱所以和太太離異，一直以來處理他的事的是哥哥，因為癌症所以導致呼吸衰竭，當所有的急救措施後仍宣告不治，我們幫他做了遺體護理，引導哥哥和他說話，之後，哥哥對我們說謝謝我們為他弟弟做的，想請我們幫他弟弟拍張照，他沒看到弟弟那麼安詳的照片，要留著做紀念。我想我深受感動，不只是他對弟弟的情誼，還有就是對我們的那一分肯定吧！我覺得病患或他的家屬給予的反應，例如病有變好，或是家屬的肯定說做得很好，是我覺得工作上的一大成就。

當然也有很失望、難過的經驗，印象中有一次很深刻的印象是，有一個癌症的病人，上一秒還在跟我說話的阿伯，下一秒就拿著臉盆大吐血，就在你眼前，他整個人就失去意識，然後就是進入急救程序，就當大家手忙腳亂的時候，主治醫師要我們跟住院醫師去拔 Endo，因為他的家屬要讓他好走，可是你又覺得這是一條生命，到底要應該怎麼做？現在想到這件事，真的還是覺得很難受，當下不只是覺得自己的工作不

被肯定，更有一種感覺就是生命真是如此脆弱，而自己從事的又是救人的工作，能做的總是有限，很多工作或生活的無奈。

研究者：妳是工作之前（之後）遭遇最大的失落是什麼？是喪親之痛嗎？是在工作多久之後？那時候心裡的感覺是什麼？現在遇到和自己至親相似的個案，在照護上有什麼相同或是不同的地方？心裡的感受是什麼？妳覺得這樣的經驗，對妳的而言，有沒有造成麼樣的改變？

kuei：我的最大失落應該是沒辦法好好孝順我的父母，我是一個農村子弟，小時候就常跟爸媽一起到田裡去工作，你能想那那種滴汗像在下雨的情形嗎？艷陽下高溫在塑膠布內工作的情形，所以我知道也能體會爸媽賺錢養大我的辛苦，所以覺得好好孝順他們是我的責任，只是我念完書後媽媽的身體就一直不好，一直到工作之後所面臨到的媽媽因為心肌梗塞往生，那時感覺心好痛喔，連自己的家人都照顧不好的感覺，媽媽是在我工作的第二年，遭遇了媽媽的死亡所以就份外的重視跟爸爸相處，那時又剛好考上長榮大學，有這樣的進修機會爸爸就一直鼓勵我去唸書，而爸爸是在我工作的第六年因為癌症過世，感覺更是難過，那時因為媽媽的往生時還可以安慰自己媽媽長期就遭受病痛之苦，所以她離開了對她來說才是解脫，當然也是捨不得但是覺得她脫離了病痛，而爸爸因為來的突然，從她確立診斷到病故大概不到兩個月，所以滿滿的遺憾跟捨不得，還記得那時送爸爸去火化的時候我就站在那大門口嚎啕大哭，心理想著我心愛的爸爸就要這樣離我遠去了，當火化後撿骨的時候我又哭了，我心目中對我而言像山一樣存在的爸爸就化成一團灰了，那種心痛的感覺真的是沒辦法形容的難過。

現在遇到相似的個案像是癌末或是病故的會知道病人或家屬要的是甚麼，多了一分了解吧，也可以去理解家屬的感受，知道要跟他們聊甚麼，提醒自己注意甚麼，有些時候還可以告訴他自己的經驗還有感受，這是最大的差異吧，以前都不知道要怎麼跟家屬講，現在就抓到方法，在同理心的部分，我想我的能力有增加一點點。

附錄四

訪談內容分析範例

面對死亡的感覺

文本

A1031：後來（病患死亡）這件事情，有沒有造成什麼樣的影響？

A1032：什麼影響，因為我當時只是在旁邊參與的人而已，只是覺得很 shock 這樣，可是後來遇到的病人比較多，一開始會很恐慌啊，因為遇到自己要處理一個 expired的病人，還是會覺得很焦慮，而且有時候面對家屬會覺得不知所措，

A1033：面對家屬會不知所措妳指的是

A1034：應該說像一般的話，有時候有的一般家屬都沒有來，如果他來了妳要如何跟解釋她的病情的變化？因為有時候醫師這種東西，他要去急救，並不是說這種東西是醫師去講，然後家屬才會過來，解釋也不是說，就又變成我們的事情不知道該怎麼對家屬說到病人會死的這件事，也就是害怕談到死亡，害怕接觸這個話題背後的意涵是什麼？害怕自己被認定為造成病患死亡的因素，所以把解釋病情的責任都交給醫師去做，對自己承擔相對就會變少

A1035：跟病人家屬談論關於病患死亡這件事情，對妳是一個壓力嗎？

A1036：是一個壓力阿，因為如果妳處理的不好，可能就會有事情了，

A2017：忙碌的時候，面對焦急的家屬不斷要求，若達不到會引起不滿，不滿指的是？對自己有什麼樣的影響？

A2018：他們會覺得自己家人的狀況是最緊急的，其他人比較不重要，可是要讓他們知道事情處理的先後，有的家屬就算 sign 了 DNR，他其實對內容不了解，還是一味要積極的治療，我會覺得很無奈，我的病人都這樣子，還有什麼意義呢？

A1037：如果有醫糾會讓妳覺得

A1038：我會覺得說平常我們為這個病人做的已經這麼多了，如果為了這種事醫糾的話，我會覺得不值得，

A1039：妳有沒有因為這個病人死亡出現什麼樣的情緒反應？

A1040：會，其實是會有一點 Depression，像之前上大夜的時候，就也有一個病人他突然就是突然 CPR 然後就 expired，我就覺得我真的沒辦法接受

A1041：妳自己也沒辦法接受

A1042：沒辦法接受，他怎麼走的那麼突然，因為他畢竟前幾刻妳去看他，他就都

還是好好的，後來才發現他就舌頭後倒，然後又想說他都已經80多歲，又是自己一個人，或許這樣對他是比較好

意義單元

阿米對於參與急救的覺得很震驚，面對死亡的感覺是很恐慌、焦慮的，面對家屬，不知道如何說清楚死亡事件的發生，擔心自己所要承擔的壓力，覺得不知所措，害怕一不小心就會造成醫療糾紛，那麼自己的付出就會不值得，對於看見死亡，有些憂鬱，無法接受突然發生的死亡與急救，自己的病患，好好的卻因為舌頭後倒，經歷急救之後死亡，對於年紀大、單身的病患而言，或許，死亡是比較好的一種生命的對待

現象脈絡

護理人員對於看待急救事件的感受，是與死亡連結的，把年老、沒有感情相互依附的生命的死亡看為苦難的結束，讓他們似乎看來覺得自己比較可以接受死亡的事件，但其實不然，被引發了死亡焦慮，必須直接面對自己的存有以及生命的本質，而對於病患的家屬，說明死亡事件的發生，更涉及說明了在醫療的專業照顧下，死亡是不被允許發生的，面對自己認真付出卻成為被質疑，讓自己身陷醫療糾紛的危機，讓他們更顯恐慌、焦慮，把死亡的訊息讓醫師來處理、告知，相對的就承擔較少的責任

結構主軸

海德格認為：人要從忽略存有狀態進入較具啓發與不安的注意存有狀態，必須靠某些改變、無可挽回的狀況，某種令人震驚的「急迫經驗」，才能把人拉出日常的存有狀態，而進入注意存有的狀態。在這樣的急迫經驗亞斯培稱之為「邊界」、「邊際」、「錯難以忍受」的處境(易之新譯，2003)。邊界處境是讓人不假思索的就能直接體會自己死亡的必然性，立即引發強烈的恐懼，而使人不斷的覺察自己的存有。

內科的護理人員的處境不同是因藉著急救而感受到死亡衝擊，「他前幾刻都還好好的」、「突然 CPR 然後就 expired，就覺得真的沒辦法接受」，急救的過程，成為引發死亡焦慮前的一種的狀態，她們在各種疾病的照護之下，藉著醫療的藥物及護理，躲藏在「人人」之中，沒有完全感受到死亡威脅，只是覺察到疾病的惡化所造成最終，死亡，是令人恐懼的處境，病人會死，象徵的是自己也可能會死，這樣的意念，在急救的時刻被引發到最高點，死亡焦慮似乎從遙不可及，轉變為迫在眼前的一種壓力，而誰又該為醫療的失敗，死亡的發生負責任？醫療糾紛的背後，象徵的是死亡是不能認可、發生的事件，本研究將從事內科的工作人員處境稱之為「邊界」處境。讓他們一下子從非本真的狀態，進入了本真的狀態。

死亡是人基本的焦慮，但是焦慮被試圖用恐懼來控制或反擊死亡的焦慮時，人也可能因此遮蔽自身的存有，將人的存有狀態朝向非本真的狀態，就是海德格稱之為「不

真誠的模式」。人以致於在其中「逃避」、「墮落」、「麻痺」、「不引人注目」來減輕自己的焦慮。

陳瑞娥、吳讚美(2008)的研究指出，非安寧病房護理人員死亡恐懼比安寧病房護理人員高，可能原因為非安寧病房護理人員較少接觸瀕死患者及未接觸生死及安寧緩和相關教育有關。

Rollo May 指出既然焦慮無可避免，但卻可以降低。可以藉由焦慮的管理，將焦慮問題降低到正常的水準人們會以不同的方法以建立安全感的需要。方法便是確定自己掌控情勢，避免可能會製造焦慮的情境。所以，阿米試圖讓自己改變想法去認同病患死亡是件好事，確實可以減輕自己的死亡恐懼。

劉震鐘、鄧博仁(譯)。(1996)。死亡心理學。台北市：五南。(Robert Kastenbaum)

陳瑞娥、吳讚美(2008)。護理人員死亡恐懼與臨終照護之探討。《安寧療護雜誌》，13(2)，15-27。

易之新(譯)(2003)。存在心理治療。台北市：張老師文化。(Irvin D. Yalom)