

南 華 大 學

生死學系

碩士學位論文

加護病房護理人員的照顧經驗研究  
：以生死觀的敘說為焦點

A Study on the Caring Experience of ICU  
Nurses: Focusing on the Narrative of  
Life-and-Death Viewpoints

研 究 生：廖家梨

指 導 教 授：蔡昌雄

100 年 12 月 15 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

加護病房護理人員的照顧經驗研究

：以生死觀的敘說為焦點

A Study on the Caring Experience of ICU

Nurses: Focusing on the Narratives of

Life-and-Death Viewpoints

研究生：廖家梨

經考試合格特此證明

口試委員：胡文郁

林原賢

蔡品瑜

指導教授：蔡品瑜

所 長：魏書成

口試日期：中華民國 100 年 12 月 15 日

## 誌謝

論文完成了。首先要感謝的是五位研究參與者：寶貝、淑萍、仙蒂、荳娘以及梅，沒有你們的參與，就沒有這本論文的誕生，在此再次向你們說聲謝謝。其次要感謝的是我的指導教授蔡昌雄老師，謝謝您的指導與包容，您的包容讓我感受到溫暖與堅持下去的動力。另外還要感謝胡文郁教授以及林原賢教授，謝謝您的指導，讓這本論文能夠更趨完整。獻上我十二萬分的謝意。

除了上述一定要感謝的人之外，還要謝謝美玲，謝謝你想到我並且和我連絡，因為你的鼓勵與陪伴，讓這一段寫作之路一點都不寂寞，這一路上因為有你、有老師，所以我撐過去了，口拙的我只能以謝謝二字代表我衷心的感謝。

這是一段快樂的學習里程，謝謝燕蕙老師、釋永有老師以及何長珠教授，您的課讓我受益良多。很高興能夠認識 96 專班的所有同學們，因為有你們讓我的學習旅程充滿歡笑，也認識了嘉義這個陌生的城市。除此之外也要感謝之前 ICU 的同事們，謝謝你們的鼓勵與爽快的換班，讓我順利完成課業，尤其是玉汶學姐，感謝你的關心與鼓勵，還有現在一起共事的同事們，在我每每想放棄完成論文時，不斷的鼓勵與鞭策，讓我堅持下去，感謝大家。這段學習之旅即將劃下句點，接下來學習仍是我的旅程，只是主角換人了。

家梨 謹誌

## 摘要

本研究旨在探討加護病房護理人員的照護經驗，透過深度訪談 5 位研究參與者及田野參與觀察收集資料，再以詮釋現象學研究法了解護理人員在護理歷程中的置身處境、死亡焦慮、生死觀。

本研究發現照顧經驗深切影響加護病房護理人員的生死觀。加護病房護理人員的生死觀普遍呈現一種痛苦、消逝不見、不確定性、無奈、無常、死亡是一種非人性化的過程等觀點，而隨著這份痛苦的加深讓加護病房護理人員普遍期望自身面對死亡是可以準備的 Good death。而這種觀念也展現在照顧經驗上，對瀕死病人的痛苦護理人員會期望能夠減輕其痛苦，有尊嚴的面對死亡，當病人的痛苦得到妥善控制後，對於護理人員來說自身的心靈亦得到適當的安撫。

加護病房護理人員在經過生死照顧體驗反思後面對臨床工作的壓力，調適方式多為自我觀念的轉化，尋找內在力量，從忙碌的夾縫中找出對自我工作的認同及鼓勵。生死照顧體驗反思後的護理關懷傾向最基本的人的關懷、尊重與陪伴。

研究者從觸動中發現加護病房護理人員的照顧經驗，可以提供醫療人員相關主管對加護病房護理人員的關懷實務，以及後續研究發展。

關鍵字：加護病房護理人員、照顧經驗、生死觀

## Abstract

The aim of the research was to explore ICU nursing staff's nursing experience. Data were generated from in-depth interviews with five participants and clinical field observations. The process of data analysis was guided by hermeneutic phenomenological approach to understand nursing staff's situations, death anxiety, and perceptions of life and death.

The research found that nursing experience has a profound influence on ICU nursing staff's perceptions of life and death. They commonly perceive life and death as suffering, passing away, uncertain, helpless, impermanent, and an inhuman process. As the suffering is aggravated, ICU nursing staff generally wishes to make preparation for a "good death" while facing their own mortality. This perspective is also shown in nursing experience. In regard to dying patients' pain and suffering, nursing staff hopes to relieve their pain and facilitate dying with dignity. For ICU nursing staff, it can comfort and heal their souls when patients' pain is well managed.

Through experience with end-of-life (EOL) care, ICU nursing staff adopts a variety of coping strategies to adapt to stress in clinical workplace. Mostly, they transform their own conceptions, seek their inner force, identify personal work values and find motivation in the rush and bustle of daily working life. Nursing care after having introspection on EOL care experience tends to provide an essential human care, respect and company.

It is also found that ICU nursing staff's experience not only can provide relevant medical superintendents with practice examples in supporting ICU nursing staff, but can be reference for follow-up studies.

Keywords : intensive care unit (ICU) nursing staff, nursing experience, perceptions of life and death

第一章	緒論 .....	1
第一節	研究動機與背景.....	1
第二節	研究問題.....	3
第三節	研究目的.....	4
第四節	名詞界定.....	4
第二章	文獻探討 .....	6
第一節	護理人員的照顧壓力.....	6
第二節	護理人員的死亡焦慮及死亡態度.....	9
第三節	護理人員的照顧經驗－護病關係.....	12
第三章	研究方法 .....	16
第一節	詮釋現象學方法的應用.....	17
第二節	資料蒐集.....	18
第三節	資料分析.....	19
第四節	研究嚴謹度.....	21
第五節	研究倫理.....	22
第六節	研究架構.....	22
第四章	加護病房護理人員照顧經驗下的生死觀 .....	24
第一節	護理生涯的開啓.....	24
第二節	走入加護病房.....	30
第三節	邊界經驗處境.....	43
第四節	死亡概念的形​​成.....	59
第五章	加護病房護理人員生死觀下的轉變 .....	66
第一節	蛻變.....	66
第二節	漣漪.....	71
第三節	蛻變後的護理工作.....	73
第四節	回到護理的初點.....	77
第六章	討論、結論與建議 .....	81
第一節	綜合討論.....	81
第二節	結論.....	82
第三節	研究建議.....	83
參考文獻	.....	85
附錄	.....	93

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與背景

壓力在現代社會已經成爲人人無法避免的症狀。每一個人面對變化快速的社會不得不加快腳步，對生活與工作而言，壓力持續增加。研究顯示壓力過高對人體會造成精神疾病，例如焦慮、緊張、沮喪、注意力不集中…等，其次爲心血管疾病，增加心肌梗塞的機率，還有增加消化性潰瘍，以及其他例如：頭痛、氣喘等等疾病(湯柏齡、陳永煌、諶立中，2002)。而專業工作本身壓力又相對較高。

護理一直被視爲高壓力(陸洛，1997)、高情緒勞務的工作(劉雅惠、劉偉文，2009)。但是護理工作的壓力會因科別而呈現高低之分別(洪昭安等，2002)。而 Foxall 等(1990)針對不同單位護士的壓力研究，發現加護病房及安寧照顧病房的護士，對於病患的死亡，比一般內外科病房的護士有較高的壓力。研究顯示在加護病房工作的護理人員，工作壓力較一般病房護理人員大(江佩蓉等，1987；李選，1989；王靜琳等，2007)。其壓力源來自危急狀況、照顧比例、複雜儀器、、、等(胡瑞桃，2000；鄭麗娟等，1999；洪鈺娟，2005)。加護病房在醫療體系中是一個高壓力、高挑戰的單位，面對的是病況危急的病人及不知所措、焦慮不安、滿懷期待的家屬。加護病房是一個和時間賽跑；與死神玩拔河遊戲的單位。

加護病房護理人員每天面對的是隨時有生命危險的病人，在這樣一個隔離的環境中，護理人員如何看待自己的工作，如何看待這樣生死的場景？面對這樣特殊的工作環境，她們的內心世界又如何看待在眼前所發生的事物？研究顯示護理人員認爲死亡是一種平靜的、可控制的、可預測的及常見的現象，死亡是生命過程的自然終止(Folta，1965)。研究也顯示護理人員的死亡態度將影響他們照顧瀕死病患的態度(Rooda,Clements & Jordan,1999)。因爲病患的死亡對護理人員也是一種衝擊。Tyler(1994)研究指出血液腫瘤科護理人員主要壓力源來自面對病患死亡。Lerea(1982)研究發現醫院中有 3/2 護理人員表示病患的死亡曾引起他們的哀傷反應。Spencer(1994)的研究則顯示加護中心護理人員在病患死亡時，100%會

有哀傷的感覺，其次是憤怒(78.4%)、罪惡感(41.28%)等。國內學者研究指出護理人員如果無法接受死亡，在照顧瀕死病患時，會產生個人及專業角色的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作(藍育慧，1995；顧豔秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠；2000)。Kubler Ross(1975)主張「護士個人須正視自己對死亡及瀕死的態度，才能在協助病人時，不會感到焦慮、不適，並且能領會、處理個人對死亡的感覺，才不致阻礙協助瀕死病患的過程」。總總研究顯示護理人員自身對死亡的態度將影響著病患的照護品質。

人類已經能夠漸漸了解死亡是生命必經的過程，了解生命本身的局限，死亡終將來臨。因此，人類面對死亡時的態度也相對影響生命的態度，並影響人類面對生活的態度。生與死乃二元對立之觀念，生命的意義唯有透過對死亡議題的反思才能連貫與完整呈現(索甲仁波切，1997)。傅偉勳(1993)主張生命意義應涵蓋死亡議題。Neimeyer(1998)研究發現生命態度與死亡態度有關。也因此，生命意義之內涵必須包含死亡觀，才能彰顯生命意義的完整性。從目前發表的研究文章或論文上發現，國內近年來對於生命意義、死亡教育、死亡態度多有著墨，但其研究對象大都是教師、學生(包括國小、國中、高中、大學)，而少部份針對護理人員的部份也多以護專學生、護專教師為主，甚少以臨床護理人員為對象。而少部份以臨床護理人員為對象的，則研究方向大多針對死亡態度，甚少針對生死觀點進行研究。護理人員比一般人接觸更多生老病死，唯有積極探討、面對自身的死亡觀、發展正向死亡態度，內化生命價值與意義，建立正確人生觀，才能在臨終照顧的場域中，坦然面對病人死亡；分享內心對死亡的感受；生命的意義與價值；也有助於處理死亡引起的害怕與焦慮(黃天中，2000)。研究者本身即在加護病房工作，在和同事、朋友的互動過程；以及面對家屬的互動中，體會到外人對於我們的工作感到陌生與不解，即使是自己的家人或一般病房的護理人員，都很難體會加護病房護理人員的工作，而外面的人則對於我們的工作好奇，研究者覺得人們可以藉由觀看記錄片來了解一個事件或人物，那麼也可以藉由加護病房護理人員的工作經驗，以文字記錄呈現，讓大家了解加護病房護理人員的工作。也希望藉由此過程，探索自我對護理、生命、死亡的觀點與態度。

## 第二節 研究問題

護理人員在醫療體系中是佔所有醫療人員的最大宗，但卻是最不被了解；最沉默的一群。雖然醫療不斷的進步，但是一般人對護理人員的印象，仍舊停留在打針、發藥、聽醫師指示做事情、晚娘面孔的印象中。雖然護理一直強調是一門專業，但是卻無法真正找到護理專業定位，無法提升在社會大眾中的專業地位。護理人員缺少專業的社會地位與尊重，在這樣的氛圍中，護理人員如何看待自己的專業？如何看待自己的工作？

研究者本身即是一名護理人員，在未進入加護單位前服務於血液腫瘤病房，在血液腫瘤病房服務過程中，看著病人來來回回進出醫院接受化學治療，在和病人互動過程中，感受到健康受威脅，為生命奮鬥的勇氣，然而在進入加護病房後，在見識過各式各樣的病人狀況及死亡的面孔後，研究者開始思考死亡及生命存在的意義及價值。在研究者還是病房護理人員時，碰到須轉送病人到加護病房，都會感受到緊張與壓力，因為覺得加護病房的學姊們都很冷漠，問病情很犀利，讓人招架不住。但經過加護訓練轉調入加護病房，卻讓研究者了解問病情很犀利，讓人招架不住的背後，是充滿者壓迫與緊張，也讓筆者開始不斷的思考護理的目的？死亡的意義是什麼？是醫生宣告人死亡的那一刻？還是在更之前？生命的存在代表的是有血壓、心跳、呼吸？還是應該具備其他的條件，如意識的表達、自我意識、自我主張的被尊重。

根據研究指出台灣自 1981 年起至 2004 年間，全台灣 25 縣市平均自宅死亡率在近年呈現逐年遞減趨勢(朱思盈、林明慧、陳曾基、黃信彰，2008)。而根據行政院衛生署歷年死因統計－死亡場所在醫院的人數自 2004-2008 年，除了 2006 年人數略為下降外，在醫院死亡的人數有逐年增加的趨勢。由此可見護理人員面對病人在醫院死亡的比例亦逐年增加，在這種狀況中，面對病人死亡；哀傷的家屬；護理人員如何看待「生」與「死」；如何看待病人的死亡及對自身的影響，即是研究者想探討了解的問題。

依據上述說明可列舉出研究之問題如下：

- (1) 加護病房護理人員工作的處境為何？
- (2) 加護病房護理人員對自身照顧經驗意義的解讀為何？
- (3) 加護病房護理人員的生死觀為何？
- (4) 加護病房護理人員的生死觀如何影響其照顧經驗？
- (5) 加護病房護理人員的照顧經驗如何影響其生死觀？

### 第三節 研究目的

基於研究問題，本研究擬了解加護病房護理人員的工作處境；生死觀；照顧經驗及自身對照顧意義的解讀，研究目的條例如下

- (1) 了解加護病房護理人員照顧工作的處境。
- (2) 探索加護病房護理人員對照顧的理念、生死觀。
- (3) 了解加護病房護理人員對自身照顧經驗意義的解讀。
- (4) 了解照顧經驗對加護病房護理人員的照顧理念以及生死觀的影響。
- (5) 探索護理人員生死觀研究對臨床的意義與貢獻。

### 第四節 名詞界定

1、加護病房護理人員：護理人員乃指經護理人員考試及格，並依護理人員法領有護士和護理師證書者。本研究所指之加護病房護理人員是指經過護理人員考試及格，並依護理人員法領有護士和護理師證書者，且現仍持續在加護病房工作之護理人員。

2. 照顧經驗：關懷(caring)指的是關心某人或某物。是護理的本質也是最重要的特色。強調護理人員呈現臨床專業能力、知識與技術執行照顧(care)和舒適(comfort)，以達到病患的安全性(security)與滿意度(satisfaction)。

3. 生死觀：本研究是指對生命和死亡所抱持的觀點。根據 Yalom 的存在心

理分析觀點，生命與死亡是相依相存、同時存在的。死亡不斷在生命表層之下騷動，並且對經驗和行爲產生巨大影響。故而探討生命不能脫離死亡，反之亦然。因此本研究雖鎖定於加護病房護理人員於照顧過程中引發的死亡焦慮現象，但基於上述的看法，護理人員的生活和成長方式亦在探討之列。

## 第二章 文獻探討

本文之文獻探討共分爲三節，依序分別爲：第一節：護理人員的照顧壓力；第二節：護理人員的死亡焦慮及死亡態度；第三節：護理人員的照顧經驗－護病關係。

### 第一節 護理人員的照顧壓力

#### 壹、護理人員的照顧壓力

醫院是一個封閉、小型的社會縮影，這個小社會中充滿著不同的專業人員，複雜的人際網絡，新穎複雜的醫療儀器，每天有各式各樣的人進出這個社會，帶著各自不同的故事與際遇，在醫院的各個角落上演。護理人員是醫院中人數最多的一群，護理人員身爲第一線服務提供者，除了本身專業的壓力，尚須面對人的生老病死；病人或家屬不合理的要求；焦急哀傷失控的家屬；眾多醫療專業之間的人際互動與協調；繁雜的事務(引自蕭淑貞、陳孝範、張珏 1999)；不平等的社會地位；不合理的薪資；強調照顧品質及工作責任，卻剝削、精算護理人力等。國內外的研究皆顯示護理人員長期處於中高度的工作壓力中(李選，1989；葉莉莉，1994；陸洛，1997；行政院國民衛生局，2007；王靜琳、黃瓊玉、呂桂雲、何美瑤，2007；蔣春紅，2009)。但近幾年的研究卻顯示護理人員的工作壓力遠大於過去文獻(唐佩玲等，2005)。吳盈江(1993)研究發現年輕的護理人員因爲年資淺、職位低，比較容易因工作而產生憂鬱症。唐佩玲等研究(2005)發現工作壓力越大者、年資越長、有宗教信仰，其憂鬱程度會越嚴重。李選(1989)針對 84 位護理人員以結構性問卷收集資料並進行分析後顯示，護理人員呈現中度至重度不等之疲潰現象，顯現護理人員深處壓力圈之中難以脫離。

美國國家護理研究中心 Aiken,Clarke,Sloane,Sochalski 和 Silber(2002)的研究指出，護理人員過高的工作負荷是造成病人不必要死亡的原因。Simpson (2002)指出護理人力不足的問題、高壓力及低道德的工作環境，讓即使是有理想

的護理人員也會感到疲憊不堪，進而影響病人照顧品質、病人安全。

護理工作是情緒勞務的工作(吳淑蓉、王秀紅，2005)。情緒勞務是指員工應遵守情緒表現規範(**display rule**)，在工作上做適當地情緒表現，員工雖有負面的情緒感受(如氣憤、煩躁等)也必須壓抑，要表現出正面的情緒(如熱誠、愉快)，表現友善親切的態度，促進顧客的惠顧(Diefendorff & Richard,2003)。而護理人員每天面對死亡、疾病；被要求時時刻刻做適當地情緒表現，要笑臉迎人、語氣有禮、同理對待，即使面對脾氣不佳、躁動、意識不清的病人，或焦躁激動的家屬，而有負向情緒(如氣憤、煩躁等)也必須壓抑，表現正常的情緒(如熱誠、愉快)，這種情緒勞務將成為特殊的心理負擔(簡建忠，1998)。陶家珍(1996)則認為護理人員除有沉重的工作負荷外，常需輪班，不同的工作和生活時段，形成工作和家庭的雙重壓力。面對瀕死病人是護理人員無法避免的工作之一。溫沛淇(2006)綜合各個學者的研究，將護理工作壓力源分類為工作環境、工作本身、照顧病人、行政管理、知識技巧、人際關係等，而其中照顧病人方面的壓力包括：面對病人的死亡、未知暴力的恐懼、病人的身心靈需求、情緒變化、流動率太快、瀕死或死亡及家屬的心理支持、同時照顧兩位瀕死病人、同時照顧兩位病危的病人、當病人需要醫師而醫師遲遲不來、照護沒有醫藥常識的病人、醫師對病人所做的檢查或治療事先不做說明或解釋不夠清楚、病人的病情再發反覆住院、處理病人及家屬的情緒。長期持續的中高度工作壓力，讓護理人員出現一些身心症狀。彭美姿等(2003)針對癌症病房護理人員的工作壓力所做的文獻探討顯示，癌症病房護理人員因與病患及家屬發展出較緊密的護病關係，卻因高死亡率及治癒困難讓護理人員常感到無助、生氣及失望，且周期性出現職業疲潰的症狀，如：生理性疲倦、情感耗竭、憤怒……等。蔡麗雲、李英芬(2003)針對安寧病房護理人員的研究顯示壓力反應包括身體方面最常出現睡眠障礙、疲倦感、食慾減退、及身體不同部位的疼痛。心理方面最常出現無力感、情緒低落、脾氣變差、易怒，嚴重時還會出現焦慮、恐懼。社會層面最常見的是隔離：逃避或拒絕與人互動。

## 貳、加護病房護理人員的照顧壓力

醫院中，加護病房護理人員必須比一般病房護理人員，面對更危急的病患及焦慮加倍的家屬，甚至必須使用更多、更新、更複雜的醫療儀器，對於護理人員的知識、工作能力、危機處理能力、技術的要求也相對增加。

Bohannon-Reed,Dungan,&Huck、Joseph P. Maloney(引自江佩蓉等，1987)及李選(1989)、王靜琳等(2007)研究表示加護病房護理人員壓力比一般病房護理人員大。但比較王慶元(2008)、王靜琳等(2007)、及洪鈺娟(2005)的研究卻顯示護理人員和加護病房護理人員工作壓力皆呈現中度偏高。

胡瑞桃(2000)針對北部地區五所市立醫院的加護病房護理人員所做的壓力源研究，發現加護病房護理人員的壓力源主要以缺乏正向回饋(精神鼓勵或薪資調整)、輪班、危急狀況、病患及護理人員照護比例、複雜儀器為前五大壓力源。鄭麗娟(1999)針對東部某區域醫院護理人員加護單位護理人員的研究發現護理人員感受最高的壓力是「當病人需要醫生時(如病情變化、或有問題)，而醫生遲遲不來」。洪鈺娟(2005)針對加護病房護理人員的工作壓力研究發現壓力因素來自角色要求、人際關係、工作負荷及專業工作及成長的壓力因素不同。鄭麗娟(1999)、洪鈺娟(2005)的研究顯示專科化角色的要求及工作負荷量大是加護病房護理人員的壓力來源。而這也顯示各個加護病房護理人員的壓力源有明顯不同。並且和病房護理人員的壓力源也不盡相同。

某些研究發現家屬面對親人重症或死亡的威脅；疾病的不確定性及陌生複雜的醫療環境及儀器，容易使家屬及病人產生焦慮、無助、憂鬱及對醫療人員產生憤怒、不信任等情緒，進而造成護理人員的壓力(尤雅正，1998)。研究顯示加護病房護理人員壓力反應主要以疲憊、容易心煩、感到挫折、焦慮不安、及易怒(胡瑞桃，2000)。此研究和蔡麗雲、李英芬(2003)對安寧病房護理人員的壓力反應心理方面是相同的。

加護病房的病人病情嚴重度較一般病房大；護理人員的壓力負荷自然比一

一般病房護理人員重，但是薪資卻一樣，同工同酬卻被要求工作能力要強於一般病房護理人員，且加護病房屬於封閉式單位，在和家屬互動短的情況下，難以得到外在肯定。研究顯示急症中心的護士顯現較強烈的壓力與疲潰，而因此增加對人性的漠視；且容易情緒衰竭。而處於疲潰中，使得護理人員對於工作主見度偏低(李選，1989)、較被動且無成就感、缺乏向心力。

總而言之，從研究上可以發現，護理工作是一個中高度壓力的專業工作，壓力來源大同小異。護理人員常期處於中高壓力狀態下，常引發身心社會方面的症狀。護理人員每天面對的是生命，在不能有一點點疏忽的情況下，護理人員必須從照顧過程中尋求自我對工作的意義與支撐；情緒的釋放，避免因為工作壓力影響個人的健康。

## 第二節 護理人員的死亡焦慮及死亡態度

### 壹、死亡的定義

死亡是人生必經之路；也是每個人必須面對的課題，更是生物界自然的現象。然而到底何謂死亡呢？醫學辭典對死亡的界定：「由心跳和呼吸之停止所顯示的外表生命消失」(引自顧豔秋，2001)。顯示過去對死亡的判斷是以人的心跳和呼吸停止來看。但是隨著醫療科技的進步，死亡的定義不再只是心跳和呼吸的停止，還包括腦死：藉由繁複的醫療鑑定，確定腦幹功能無法恢復的狀態。而由此可發現科學上所定義的死亡並沒有絕對客觀的判準，而是藉由「操作行定義」來認定，伴隨著醫療的演進，當有新發現、新觀念、新技術、或科技的突破時，「死亡」的判準也就隨之改變(釋慧開，2002)。Speece & Brent(1992)及 Kane(1979)將死亡概念分別為普遍性、無機能性、不可逆性、原因性等；而孫惠玲、楊嘉玲(2002)針對五專護生的研究除四大概念外還提出另一死亡概念賦予死亡意義。分述於下，

不可逆性：生物體一旦死亡，其肉體無法再復活。

無機能性：生物體一旦死亡，所有生物機能的停止。

普遍性：凡是生物必會死亡。

原因性：導致生物發生死亡的原因，必有其「自發因素」或「外力因素」。

賦予死亡意義：死亡蘊含有終點、開始及內涵改變的意義。可分為生命的終點；

生命意涵的改變：失去自我、失去相互依賴的關係、靈魂的變化、解脫、評價；

以及生命的開端。

從醫學來看死亡是心跳和呼吸的停止，但是從哲學家亞理斯多德或我國民間習俗、某些宗教的角度來看，「死亡」卻是靈魂與肉體的分離，只是分離的時間，以目前的科技，仍難以確認正確的死亡時間。

而死亡的界線在現今科技發達之下卻越來越難界定。當一個人失去意識；身上插滿管路；藉由呼吸器及藥物來維持呼吸、心跳時，到底應該如何判斷生與死？Tilda(2006)所著的加護病房一書中提到貝里西墨先生的案例，當身體組織持續衰敗，氣切造口發現 2 隻蛆時，護士摩蒂說「死掉的組織才會長蛆，這是屍體」，說明了現代死亡的界線被人類科技變的複雜而難以界定。死亡不在純粹是呼吸、心跳的停止，死亡變的「機械化以及非人性化」(傅偉勳，1993)。而「機械化以及非人性化」的死亡隨著工業社會、城市化、小家庭化、以及醫療科技化的發展，在現今的社會中發生著。

我們無法漠視死亡，人沒有例外都會死。海德格(1953)認為「人是向死的存在」。人在一生當中，可以窮盡一生，努力去改變環境、經濟、社會地位，但是卻永遠無法改變死亡的降臨。死亡與生命交織人的一生。死亡使人意識到，什麼是自己真正想要的。使人意識到，「生」必然伴隨著「死」，如同莎士比亞在「哈姆雷特」一書中所提，「生命就是生者必將死亡，死亡是自然通往永遠的道路」(鄭惠芬譯，生命的尊嚴，頁 19)。認識死亡、理解死亡、接受死亡，使我們更加體認、思考、承擔生命的有限性，更加凸顯「生命」的價值與意義。

## 貳、醫療人員的生死觀

凡是生命必然都會死亡。即使是治病救命，解除病人痛苦的醫療人員，也總有一條命無法救，就是自己的命(許禮安，2009)。多數研究皆認為醫療人員必須先認識、了解、體悟自身的死亡態度，才能真正了解病人及家屬的要求，進而幫助病人及家屬「幽谷伴行」(顧豔秋，2001；簡淑慧，1999；許禮安，2009；王桂芸，馬桐齡；1989；施素真，1999)。護理人員的死亡態度將影響他們照顧瀕死病患的態度(Rooda, Clements & Jordan, 1999)。國內學者研究指出護理人員如果無法接受死亡，在照顧瀕死病患時，會產生個人及專業角色的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作(藍育慧，1995；顧豔秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠；2000)。所以目前護理教育致力於鼓勵護理人員正視自己對死亡及瀕死的態度，領會並處理個人對死亡的感覺，如此才能在協助病人時，不會感到焦慮、不適，進而阻礙協助瀕死病患的過程。總總研究顯示護理人員自身對死亡的態度將影響著病患的照護品質。曾美珠(2004)希望護理人員關注及照顧自己內心想法和情緒，唯有了解自己的感受，如實面對，才能協助自己真正面對死亡情境，能讓自己安然面對死亡，才能協助病患及家屬面對必然的死亡。

然而對於護理人員而言，死亡到底代表什麼意義？護理人員每天工作總會接觸到他人的死亡，他人的死亡是否會觸動自身的死亡焦慮？影響自身的死亡概念？Folta(1965)研究顯示護理人員認為死亡是一種平靜的、可控制的、可預測的及常見的現象，死亡是生命過程的自然終止。施素真(1999)針對護理人員，以及陳玉黛、林佩芬(2004)針對加護病房護理人員的研究，都顯示護理人員認為死亡是生命歷程中最自然的一部份。而藍育慧(1995)、陳玉黛、林佩芬(2004)的研究也證實護理人員恐懼自己的瀕死過程；害怕痛苦。孫惠玲、楊嘉玲(2002)針對五專護生的研究則認為死亡是不可逆、機能的停止、普遍存在且有原因、意義性的發生。

死亡是人生的最後一段，是關係的結束。Charles W. Wahl 說「最痛苦的折

磨不是死亡本身，而是知道自己什麼時候會死掉」(孟汝靜譯，透視死亡，頁 107)。然而對護理人員來說，最可怕的不是死亡，而是死亡過程中的痛苦，以及失去尊嚴。

### 第三節 護理人員的照顧經驗－護病關係

#### 壹、何謂關懷

醫療人員的職責是治病救命，解除病人的痛苦，但是當治療已經無望，無法起死回生時，如何解除痛苦，陪伴病人走這最後一段，是所有醫療人員的挑戰，也是現今醫療努力的目標(許禮安，2009)。而為了因應此社會變遷的要求，臨終醫療成為近代醫學的熱門話題。過於科學化的護理忽視了人類的尊嚴；缺乏感性；過於冰冷；在醫療人員的眼中只看見疾病、器官、儀器的存在，而忘卻了眼前躺著的是一個人。過去科學醫療努力延長死亡，發揮治癒(cure)的功能，而漸漸忽略照顧 (care)的功能。而現在臨終醫療要求照顧(care)功能發揮，也正是現代護理發揮空間之所在。

護理一直強調照顧(care)功能。護理學重視對人的關心(caring)，關心具有靈性的本質(許禮安，2009)。根據國際護理協會的倫理規則：護理人員的基本責任在促進健康、預防疾病、復原健康、及減輕痛苦。而臨終醫療讓護理照顧中的減輕痛苦成為主力。當病人身、心、靈的痛苦可以減輕，護理的目的就達到了。護理專業逐漸從疾病照顧模式中脫離，轉而將目標放在同理地理解病人對病痛的反應(林遠澤，2008)。Peplau 認為護理的目的不在只是治療疾病，更在於促進個人存在的良好狀態(well-being) (引自林遠澤，2008)。護病關係成為護理實踐的基礎。而護理則是以關懷(caring)為主體，成為護病關係的建立之石。

關懷(caring)指的是關心某人或某物(李素貞，2007)。如同南丁格爾一開始發展護理的最初之心，即是關心戰爭中受傷的士兵。作為人類，我們隨時關心，發生與自己身前、身後的他人與事物，對事物的關心，Heiddegger 稱為煩忙(Besorge)，

對於人的關心，則稱為煩神(Fursorge)，煩神是一種人與人互相共在的處境(陳嘉映、王應節譯，P156-157)。1980年代，許多學者強調照顧關懷是護理的核心及精髓(引自張碧芬、余玉眉、陳淑月，2007)。鈕則誠(2004)認為關懷有五個基本範疇，分別為(一)關懷是一種人類特質(二)關懷是一種道德命令或理想(三)關懷是一種情感(四)關懷是一種人際關係(五)關懷是一種治療性介入(therapeutic intervention)。Noddings 認為關懷的基本表現是兩人之間的一種相遇或接觸。兩人之間一方是付出關懷，稱為關懷方，另一方接受關懷，稱為被關懷方。關懷不是所謂的同情或同理，關懷是藉由接受性(reception)與角色互換(displacement)而達到一種分享的過程。關懷的目的不是為了操縱或改變他人，而是進入被關懷方的世(視)界，以不同的關點來看待事情(引自李素貞，2007)。Pellegrino 認為在醫療實務上，關懷有四種涵義：(一)關懷是一種對他人的同感心。是一種感覺，去分享某人生病和疼痛的經驗，或是去感受他人的困境。(二)「關懷是為他者作一些事。」做他們無法為自己作的事。(三)關懷是關心(care for)與病人經驗有關的醫療問題。包括探親病人，將病人之責人與焦慮轉移給醫師。還有應用醫療知識和技術處理病人問題，以及認知病人的焦慮需要醫師特殊的關懷。(四)關懷就是去照顧(take care)。依病人之需要給予個人和技術上應有之治療與照顧。此關懷重視的是醫療的技巧(引自李素貞，2007)。Leininger(1988)曾以「關懷即是護理，護理即是關懷」說明關懷與護理間密不可分的關係(引自林宜昀、丘周萍，2003)。護理關懷不等於技術或工具，它是一種對生命的撫慰，護理關懷的終極意義是「全人照顧」，包括身心靈等方面，當然更包括「善終」。

## 貳、護病關係

護病關係是從醫病關係演化而來。醫病關係是以醫者的角度來看世界，但是病人自主權隨著人權的普遍受到重視，漸漸轉變為以病人為中心的病醫關係(黃以文，2004)。然而隨著醫療專業分化越來越詳細，醫師不再是唯一的醫療提

供者，護理人員、藥事人員、技術人員等加入，開始在醫病關係上投入變數。而醫療保險業興起，讓財務、保險、物料資源管理等人員的加入，醫病關係「Provider patient relationship」有了新的名詞「provider」用以概稱一切醫療服務的角色(黃以文，2004)。護病關係的建立成爲護理實踐的主要基礎。護病關係做爲一種人際互動的特殊形式，主要是在交談中建立起來的。而理想的護病關係，應是基於護病之間的療癒性交談，所建立的以關懷爲核心的交互主體性護病關係(林遠澤，2008)。治療性的護病關係，是能促進癒癒並培養健康生活的溫床，如同母親的子宮孕育著胎兒的生命，夠好的母親護衛著嬰兒的成長。然而，護病之間呈現一種雙重不對等關係(double asymmetry)，一方面專業人員有能力去提供幫助(having the power to help)，同時另一方面專業人員也是無力的受困者(powerless prisoner，引自蔣欣欣，2007)。在現今民主社會及知識日益普及的情況下，醫療和其他專業的服務一樣，成爲民眾可以在市場上獲取的商品。醫病關係有如服務提供者與消費者的關係。然而學者 Reeder(1972)指出醫療消費具有不同於一般消費者的特性：(一)以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺或保健爲直接目的，不同於一般消費爲了享受與增進樂趣；(二)醫療消費之提供者，原則上無選擇或拒絕病人的自由；(三)醫療關係乃專家與非專家之關係，未具平等地位之基礎；(四)醫病關係之發生，具有單元性、被動性與即時性；(五)醫療行爲具有太多變數與不可預料之危險性。因此不宜完全將醫病關係視同消費行爲。

### 參、好的護理

國內外護理學界一致公認將病人視爲一個“完整的人”去照顧的能力，是「好的護理」不可或缺的條件。它重視的是以人爲本的關懷(蔣欣欣，2006；Izumi, Konishi, Yahiro, & Kodama, 2006；Kitson, 1999)。國內，Hsieh、Fang 與 Chiang(1998)以現象學研究了解台灣文化中關懷照顧的意義，訪談了病人、護理老師、護理人員及護生，結果發現「護理」之意含具有「社會心理」與「關懷照顧」兩大層面，

前者包括無條件的接納、同理、真誠、尊重及視病如親；後者包括提供專業行為、滿足需要、情感性的接觸、提供自己、支持及提供適當的環境。並進一步依研究發現建立關懷照護的動力模式，說明病護間的關懷照護是個人、環境及互動因素交互作用而產生的。胡月娟(1994)以護理科學生為研究對象探討關懷照護與非關懷照護行為的內涵，結果發現關懷照護行為內涵：奉獻自我、適時提供病人心理的慰藉與支持、適時滿足病人身體與安全的需求；非關懷照護行為內涵：傷害病人身體或危及其性命、讓病人心理蒙受傷害、忽略漠視病人。然而有某些學者則提出護理人員本身的素質及反思能力是「好的護理」的要件(Chiang,Lu, & Wear,2005；Durgahee,1997；Glen,1998a,1998b)。Glen(1998a,1998b)認為護理人員的個人與專業發展才是「照護品質」的入門之鑰。他將「照護品質」依個人與專業發展的高低歸納為「護理如勞務(nursing as labor)」、「護理如技藝(nursing as craft)」、「護理如專業(nursing as profession)」、「護理如藝術(nursing as art)」。而 Chiang 等人則從助人者角度省思照顧關係，發現照顧關係有(1)負擔型照顧(encumbered caring)：照顧對他人造成傷害或負擔(2)締結型照顧(connected caring)：一種互惠的方式下進行(3)反思型照顧(reflected caring)：具有深刻的反省(引自蔣欣欣，2006)。護理工作是人與人直接互動的過程，其好壞的關鍵在於過程中的「人」－病人與護理人員(張碧芬、余玉眉、陳淑月，2007)。其研究發現好的護理行為之內涵分為「良好的專業決策與執行能力」、「熟巧的技能」、「良好的病護關係」、「成熟的自我」。而良好的專業決策與執行能力包括：適時正確評估、有效處置、安全維護、團隊合作。熟巧的技能則包括：精確熟練的技術、滿足身體需要、促進舒適。良好的病護關係包括：將心比心、溫馨互動。成熟的自我包括：豐富自己、肯定自己、調整自我。Durgahee(1997)曾設計一反思學習的研究，發現參與研究的護理人員，經過對其個人經驗之批判性分析(自己與自己對話的反思)後，體會並洞悉到其為「人」之個人價值及作為「護理人員」之專業價值。由此推知，經過批判性分析或反思歷程所學習而獲得的價值感才會是個人的內在價值。護理人員就是經歷過照顧病人的挑戰，而逐漸體悟人與人之間相互投注與承擔的意義，並

從身為護理人員的專業價值，逐漸形成其個人穩固之專業自我。護理人員視「好的護理」的實踐為其內在價值，則在護理人力不足的情況下，必承擔者壓力與痛苦，研究發現護理人員以「修復病人」、「修復自己」、「調整自己的腳步」來描述其自省(張碧芬、余玉眉、陳淑月，2007)。

### 第三章 研究方法

本研究採取詮釋現象學的研究方式，是一種結合詮釋學、現象學的方法論。是一種解釋型研究，其目的不在建立理論；而是以特定生活經驗為文本，呈現研究參與者生活體驗所構成的世界，引領讀者進入。詮釋現象學是研究文本(text)存有的現象，是以碰觸(encounter)作為互動，強調研究者的看見。不同的研究者會有不同的看見，而呈現不同的研究結果(余德慧，2001)。詮釋現象學的目的不是在於尋找相同的答案，而是在文本上發現、揭露敘說者，讓文本成為敘說者。觀察者唯有參與世界，才能發掘世界的意義。

Norman K(1999)認為解釋者從日常生活的個人故事中，傾聽他們敘說自己生活中的痛苦、憂悶、情緒經驗，大大小小勝利、創傷、恐懼、焦慮、夢想、幻想與希望等。在傾聽的過程中捕捉原先細微不可見的東西且將它呈現出來。並且希望別人也能聽到這些故事。

研究者親身體驗、參與其中為了探究個人生活領域的主觀生活世界，最好的研究方式，是採取質性研究的詮釋現象學方法。余玉眉、田聖芳、蔣欣欣(1994)指出，量的研究對整體的問題，具有鳥瞰式、巨觀層次的了解，然而量的資料，往往也犧牲個人層面所能代表的意義與特質，因此，須要藉由質性研究，進行微觀層次的研究。Maxwell(1996)提出研究目的涉及研究參與者的意義、事件、情境、行動的意義，並且包括研究參與者，對於人生經驗的敘說與意義時，質性研究不只有助於研究者對具體事件及行為感興趣，也幫助研究參與者聚焦於如何理解事物，並且對意義做解釋性的探討。詮釋現象學相信，唯有將自己完全融入現象之中，才能做出有意義的理解與解釋。觀察者唯有參與世界，才能發覺世界的意義

(Norman K,1999,頁 41)。

龔卓軍(2001)指出詮釋現象學的特色是視特定生活經驗為文本，具有個人特質；放大某種特定經驗或意象，直到視域融合。詮釋現象學沒有固定、明確的分析步驟；經驗的描述需要不斷的被重寫；並且在部分與整體之間不斷觀照。詮釋現象學是讓「是什麼」(existentia)的顯現，才使得「如何是」(essential)成為可能(蔡錚雲，2006)。而余德慧(2005)則提醒不要被語言所矇蔽，語言與詮釋都是人文學科長久以來的心智活動，「慧見」就是反身點亮自己在語言與詮釋的活動—告訴自己在做什麼。

## 第一節 詮釋現象學方法的應用

研究者欲探討護理人員如何看待「生」與「死」；如何看待病人的死亡及對自身的影響，因此本研究不是客觀真理的研究，是個體主觀經驗的呈現，故選擇詮釋現象學為方法，以生活世界為文本，進行現象經驗的還原，開啓經驗的意義。尹亞蘭(2003)詮釋現象學不是在探究研究參與者說話的真實性，而是和研究參與者共在，深度描述，透過研究者的直觀，讓現象還原，詮釋現象並賦予意義。研究者必須敏感參與研究者的生活經驗，察覺、指出自己的先前理解與解釋，避免矇蔽或誤導了解釋。解釋的評估研究乃是價值取向的，應該採用問題當事人的觀點(Norman K,1999,頁 45)。深度描寫(thick description)具有(1)寫行動的脈絡；(2)指出行動背後的意向和意義；(3)追溯行動的推演與發展；(4)把行動視為一個可以解釋的文本(Norman K,1999,頁 52)。詮釋現象學強調研究者的看見，研究時反覆閱讀文本目的不是分析句子，而是去看什麼樣的本事讓受訪者這麼說，這個本事指的是「知識」內如何知道它，詮釋現象學的目的不是尋找相同的答案，而是揭露受訪者在文本的現身意義的描述過程中，讓文本轉化為述說者。深度描寫是解釋研究的基石，沒有深度的描寫，則不可能得到真切的理解(Norman K,1999,頁 53)。所以不只要描述一個現象或行為的表面，還要深入描繪這個現象或行為的

背景、脈絡、細節。如此才能理解真正的意義。而深厚的描述即已將解釋包含在其中。深度描寫強調逼真性，從「例行狀態」到「特別狀況」，釐清且容許「客觀事物的描述」和「主觀經驗的感知」。

## 第二節 資料蒐集

### 壹、深度訪談

深度訪談是特殊的田野研究資料蒐集過程，它是設計來產生以特定研究問題為主的敘事形式，其重點在於研究領域的圖像-集中於促進訪談者和報導人一起建構的經驗和研究主題的理解。訪談的形式大部分分為結構式訪談、半結構式訪談及非結構式訪談，本研究採取非結構式訪談，因為非結構式訪談免除正式訪談的標準化或問題的程序，所仰賴的是訪談者與受訪者間的社會互動，常使用日常生活會話來進行，但不同於日常會話的是它仍然是一個有控制的會話，且針對研究者的興趣而進行的訪談，目的是為了能了解受訪者對其生活經驗世界的解釋(王世圖，2003)。

Mishler(1986)認為訪談是一種交談行動，是受訪者與訪者共同建構意義的過程。受訪者並不是將已經存在腦中的記憶如實的呈現，而是用一種他認為訪員可以理解的、敘說故事方式，去重構他的歷史和經驗。受訪者和訪員的先前理解，在敘說與問答過程中得到溝通與反省，以共同創見一個彼此都能理解的資料(引自畢恆達，1996)。

John Johnson(2002)詮釋深度訪談意味著尋求「深度」的訊息及理解。「深度」理解，指的是真實生活的成員或參與者，在每日的活動、事、地等所持有的理解與看法。「深度」的意義，是要超越普通常識的解釋，及其對文化形式的理解，目標在探索潛藏在表層觀點所蘊含的意義，以理解該經驗的本質。深度理解揭露出我們普通常識的假設、做法和談論方式。讓我們可以捕捉及表達某些活動、事件、文化物件的多元觀點。依據 Johnson 的觀點，要有清楚的深度訪談目標(引自

王世圖，2003)。

## 貳、田野觀察

參與觀察法的優點包括被研究者不因研究者的出現改變其行為，呈現問卷無法反映，真相和言詞之間的差異，並且對於事情的連續性和連結性有助於解釋現象的意義。高淑清(2008)在質性研究的18堂課-首航初探之旅一書提到，研究者在實地觀察中所扮演的角色，將依涉入研究現場的程度而有不同的類型，例如：完全觀察者(Complete observer)：完全旁觀，不需參與場域的任何活動，只透過單面鏡觀看研究景象，無法完整深刻的瞭解。或是參與觀察者(Participant-as-observer)：向被研究者表明身份並且完全參與，其風險為可能無法呈現社會過程原貌，也可能因此失去尊重。一般而言質性研究之實地工作者都在這二種情況之間進行參與觀察之研究。

研究者本身曾在加護病房工作約 4-5 年，對於加護病房工作經驗有相當程度的經驗與了解，故研究者可以融入加護病房護理人員之中，進行田野觀察。

研究者在進行實地參與觀察中，將場域觀察所得的資料，詳實的地謄寫成文本記錄，真實且客觀的描述觀察中的場景、人物、對話、動作等；並針對研究者本身對觀察過程或現象的情緒、猜測、想法、感覺、及自我反思做詳細記錄。並在徵得研究參與者的同意下，將訪談過程錄音，並整理為逐字稿，以供日後反覆閱讀，並隨身記錄閱讀後所觸發的觀感。

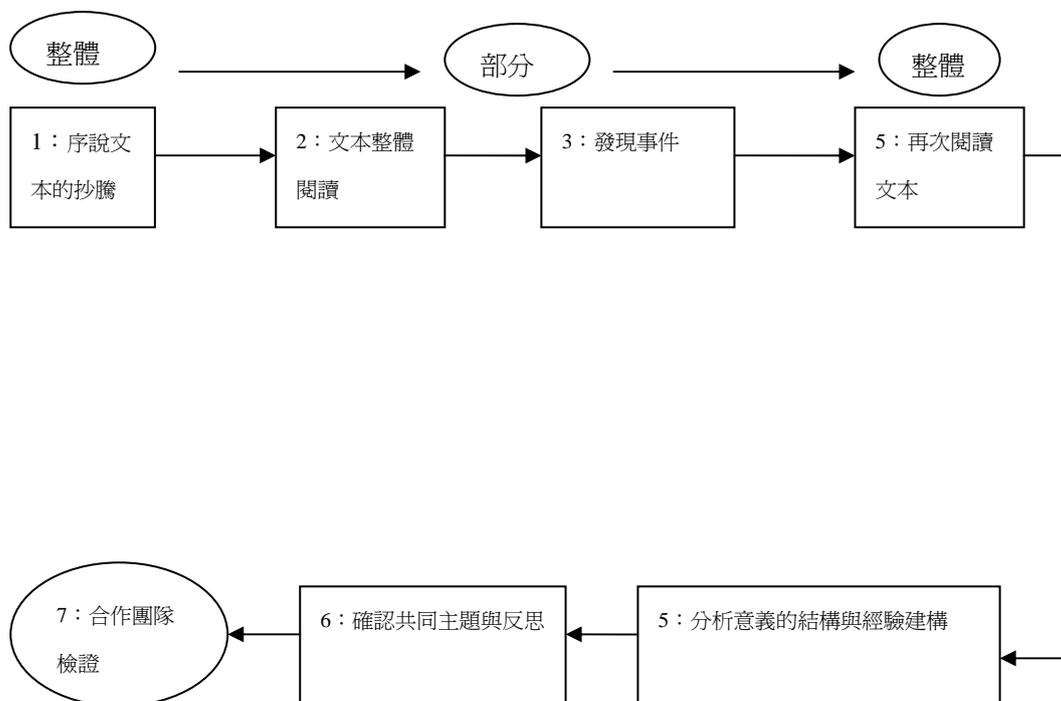
## 第三節 資料分析

龔卓軍(2001)指出詮釋現象學的特色是

- (1) 視特定生活經驗為文本，具有個人特質
- (2) 放大某種特定經驗或意象，直到視域融合
- (3) 詮釋現象學沒有固定、明確的分析步驟；經驗的描述需要不斷的被重寫
- (4) 在部分與整體之間不斷觀照。

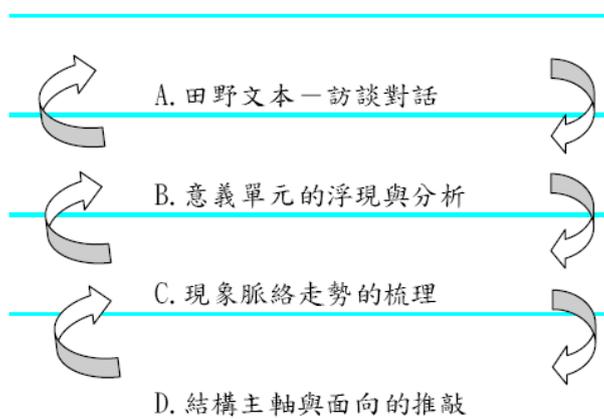
高淑清(2001)則認為詮釋現象學幫助人類在生活世界中，建構一種互為主體的經

驗意義。作為描述性與解釋性研究的方法論之一，讓經驗從單純的描述轉化、深入為現象的本質，強調「整體→部分→整體」的循環架構，當整體與部份之間的意義能夠互相融合貫通，則詮釋可被理解。以此提出七個主題分析的具體步驟，找尋經驗背後之意義與解釋。



主題分析的概念結構－詮釋循環（高淑清，2001）

蔡昌雄(2004)則認為詮釋現象學是語境給出理解的呈現。構成詮釋底景的結構有四個面向，分別為歷史性、文化性、社會性、存在性。並且提出文本詮釋現象分析的四個層次，如下圖



文本詮釋現象分析四個層次（蔡昌雄，2004）

以詮釋底景的四個面向(歷史性、文化性、社會性、存在性)，進入加護病房護理人員的照顧世界並成為起始點，找尋經驗和意義成為文本，不斷的將所經驗的現象與文本展開對話，直到答到部份與整體之間的平衡對照，梳理現象或發現意義，達到結構面—加護病房護理人員的照顧經驗與脈絡、生死觀之論述。

#### 第四節 研究嚴謹度

本文以 Denzin(1999)所提出的「解釋性互動論」為論點，呈現加護病房護理人員的照顧經驗、意義、脈絡及生死觀，其目的在於此研究論點強調當事人實際的體驗，真實呈現研究參與者的生活經驗。解釋的觀點協助這些經驗與主體產生對話，而慢慢浮現出存在的意義與價值。此理論的目的不是要找出大眾所能接受的生活準則或法規，而是個人如何在此世界中標示自己的位置。

因此本文之研究嚴謹度為 1：研究方法選擇詮釋現象學、田野參與觀察、深度訪談。2：研究者身為護理人員並有加護病房工作經驗，能夠融入研究場域中，深入了解研究參與者所置身的世界、語言及文化。3：本文採四層次的分析架構，作為引證指引的工具參考。4：訪談大綱之研擬先依據相關理論與研究初步建立，再與指導教授討論修正。5：分析的文本意義，與指導教授及研究討論同學互相評論，形成共識後確立。依據 Madison(1988)為詮釋現象學研究訂定的九項檢核標準進行評估：(1)呈現連貫統整的文本(Coherence)，(2)提出反映研究參與者真實情境的解釋(Comprehensiveness)，(3)提供對核心問題的透視(Penetration)，(4)完整處理所提問題(Thoroughness)；第一到第四屬性相關，研究者在騰寫訪談逐字稿也進行情境的反思書寫，儘可能貼近受訪者的真實經驗，並且經過討論以期分析及主題命名能夠回應研究問題及研究目的。(5)問題必須由文本產生(Appropriateness)，(6) 必須保留文本的脈絡性(Contextuality)，(7)解釋必須與文本取得一致(Agreement)；第五到第七屬性相關，研究者將在研究解釋中提供文本的適切說明，以供研究團隊及讀者檢核之用。(8)可刺激未來的解釋研究(Suggestiveness)，(9)解釋具有延伸研究的潛力(Potential)。最後，經過嚴謹的研究

過程，希望可以刺激未來的解釋研究及解釋具有延伸研究的潛力(Madison G.B., 1988)。

## 第五節 研究倫理

Garrett et al(1989)指出關於知情同意有三個觀點要註明，第一強調保護主體性的不受傷害，第二是社會關注，第三是選擇的自由(引自陳怡靜，2006)。研究者一開始先向研究參與者說明研究的目的、權利、隱私維護、退出機制等，在確認研究參與者充分了解上述權利後，取得訪談同意書，之後，研究者事先電話聯絡研究參與者，約定訪談日期及時間，並提出 2-3 個安靜不受打擾的場所，讓研究參與者自行選擇。訪談一開始以自然的方式引導談話，做適當的情感交流，期間則留意研究參與者的情緒，如無法持續，則徵求同意擇日再繼續。訪談結束後除再次感謝研究參與者的參與之外；亦會再次向研究參與者強調研究過程中，隨時保有拒絕或退出此研究的權利，並有權利了解研究的進展。研究過程中本研究遵守不傷害原則、自主原則、知情同意等原則進行。

## 第六節 研究架構

初步的研究構想依次為

- 一、研究計劃的設立
- 二、擬定訪談稿及同意書
- 三、初步訪談：依據訪談稿及收案標準預訪 1-2 位研究參與者
- 四、依據初步訪談結果，修改訪談大綱使之驅向完整合適
- 五、進行正式訪談
- 六、將訪談資料撰寫成逐字稿
- 七、反覆閱讀逐字稿，找尋意義與脈絡
- 八、進行文本內文撰寫，確認主題及結構

## 九、完成文本寫作

### 研究對象的描述

本研究以領有護理執照，通過加護訓練，現仍持續在加護病房工作之護理人員為對象，排除尚未參加加護訓練即在加護病房工作的護理人員，以及行政主管，例如護理長及副護理長。資料收集期間自民國 99 年 4 月到 99 年 9 月止，其中一名研究參與者在第一次訪談時，於會談過程中，對於研究問題的回應似乎有所回避，故研究者提早結束會談，並表明下次在約，但之後一直無法再約到此名研究參與者，故將之剔除，重新再找一名研究參與者。

資料收集其間自民國 99 年 4 月到 99 年 7 月止，共五位護理人員參與研究，研究者基於保密原則，讓研究參與者自行決定假名替代真實姓名，其資本資料如下：

研究參與者	臨床總年資	加護病房年資	年齡	婚姻狀態	經歷
1、寶貝	17 年	5 年	38	未婚	兒科病房→神經內科病房→加護病房
2、淑萍	12 年	4 年	35	已婚	內科病房→加護病房
3、梅	11 年	3 年半	34	已婚	外科病房→加護病房
4、仙蒂	8 年	1 年半	28	未婚	內科病房→加護病房
5、荳娘	5 年	3 年半	29	已婚	急診→加護病房

## 第四章 加護病房護理人員照顧經驗下的生死觀

### 第一節 護理生涯的開啓

記得曾經詢問過同事，為何選擇從事護理工作，有些人表示是父母要求，因為認為這是一份穩定的工作，不用怕失業，很有前途。一部份人則是因為熱愛接觸人及生物，一部份則是因為成績關係，沒的選擇，還有一部份人則是在小時候辦家家酒的過程中，確認志向，決定從事護理工作。然而不管 5 位研究參與者當初是自願或非自願進入選擇從事護理工作，對於初入職場時所面對的情境與處境，將在以下分別述說。

#### 壹、二度挑戰

荳娘是五位研究者當中唯一有逃跑經驗的人，而她逃跑的方式很簡單就跟時下年輕人一樣，重回學校讀書。荳娘說：「我的工作經驗，其實最早剛畢業有去台北工作，可是只有一個禮拜就陣亡了。那個地方是血液腫瘤科，然後逃避現實就辦離職了，為什麼又？就害怕呀覺得自己不行，就回去唸書讀二技(D1-001)」。

緊張害怕是新鮮人都會擁有的情緒，面對不認識的工作同仁、病人、環境，護理長總希望你能盡快進入狀況，通常環境介紹只有第一天，護理長會介紹護理站的環境及醫療物品放置的地方，單位特性及人員，如：單位總護理人數、副護理長、小組長、負責帶領你的資深學姐、書記、主治醫師、住院醫師、清潔人員、勤務人員，其他護理人員則必須靠自己一一去認識。說明完之後護理長會放你一人去摸索環境，了解物品放置的位置，這是一件非常重要的事情，環境的熟悉度將會影響新鮮人在工作中的流暢度。還記得研究者初為護理人員獨立照顧 1 位病人時，學姐的病人突然 CPR，研究者過去幫忙時學姐要研究者回護理站拿東西，因為太緊張翻了好幾個抽屜還是找不到，等不及的學姐自己回來拿，人還沒進護理站聲音已傳來"找到了沒"，等進到護理站看到研究者還在翻找，臉已垮下來，還一直唸著"怎麼會找不到，就在這"，東西一拿就走出去，當下只覺自己真的很糟糕，懷疑自己是否有辦法在這地方工作下去。

根據研究指出台灣地區護理人員的離職率為 20-32%，其中新進護理人員是所有護理人員中最容易離職的一群。新進護理人員離職原因在於工作期待與現實差異太大，面對「現實震撼」(reality shock)無法順利渡過，轉換角色，故而離職。其中職業認同、人際關係、同儕互動、對護理工作勝任程度、組織氣候與工作環境是離職的相關因素。研究發現專科以下護理人員；年齡 25 歲以下，未婚，男性，急診單位，財團法人醫院的護理人員有較高離職傾向(陳國瑚、陳麗如、蘇喜，2006)。荳娘就是在這種情況下當了護理界的臨時逃兵，重回學校讀書。為何說她是臨時逃兵，因為她並沒有完全脫離護理，回學校唸的還是護理，兩年後又再度挑戰護理臨床工作。此次來到急診，經過第二次的現實震撼考驗，她這次留下來了。

## 貳、幸運留下

每一家醫院隨著時間的流轉，面對醫療環境的變遷及健保制度的因應，在相互醫療設備競賽下或多或少，每隔 5-10 年總會更換硬體設備或是環境的設置。猶記得當年 SARS 期間，原本在血液腫瘤科的筆者和當時的同事，因為醫院政策下而各自被分散到不同的單位，一向走內科體系的筆者突然被調到最討厭的外科體系，短短一個禮拜已經讓筆者痛苦萬分，不熟悉的環境，不認識的同事，不順暢的工作流程，可是卻不能假裝自己是新人，這種尷尬的情況，就好比是一隻獅子被放入大象群中，對於那群大象你只能安靜縮著，還好一個禮拜後開始休假，之後經過供應中心的短暫女工生涯後，SARS 過去，醫院新大樓亦正式啓用，血液腫瘤科搬遷到新大樓，研究者也跟著過去設置血液腫瘤科病房。那段台灣護理歷史上血淚般的經驗，只要是當時的護理人員，即使沒有真正碰觸到 SARS 病人，也都各自擁有不同的經驗與感觸。

仙蒂是當時 SARS 後進入的護理人員，剛從大學畢業，在 SARS 剛剛緩和時來到醫院，接受為期五天的新進人員訓練後，和另外 3 個人被帶到一個剛成立的病房，成為新單位的新鮮人。仙蒂說：「那時候是一個全新的病房，92 年 8 月來就先訓練 5 天，然後那 5 天學姐都在 seeting 病房，然後 5 天之後我們就進

病房工作，然後那時候病房還沒有全開，我們大概工作 1-2 個禮拜吧。我們有 4 個新人(C1-002)」。因為大家都同樣對環境不熟悉，而且同時期還有另外 3 位同伴一起進入單位，心理上覺得較有伴，然而這種情況在 2 個星期後就改變了。仙蒂開始面臨現實臨床上的考驗。因為單位一口氣進入 4 個新人，不能全部放在白班，4 個人必須分散到 3 班。仙蒂回憶說：「我跟另外一個就是變成要上大夜，她上小夜，我上大夜(C1-002)」。

新進人員進入一個單位除了不熟悉的環境必須適應，還必須面對不熟悉的同事，此為另一種壓力來源。張惠甄等(2004)研究發現團隊人際關係的壓力和年齡無關；由此可解釋一但進入新的環境，不分年齡大小都會因為必須面對新的人事、人際關係進而產生壓力。劉素蘭(2010)針對新進人員工作壓力源研究中發現學姐有不同的作業方式，讓我不知道標準是什麼，使我有壓力佔 43%，指導者很忙，無法隨時給我支援，使我覺得工作有壓力佔 19.6%，而工作太忙無法經營人際關係產生壓力佔 29%。好的人際關係不代表成功，然而好的人際關係卻能幫助人在工作中減少阻礙；儘快進入工作環境中並適應。

對於新進人員訓練，醫院有一定的計畫流程。新進人員訓練期長達半年到一年。一位新進人員有固定的單一指導者，指導者休假則有代理者。通常新進人員剛進來都是先上白班三個月，這三個月新人必須熟悉基本照顧工作，白班職責且可以獨立照顧6-8位病人，在經過指導學姐及護理長的評估，認為已可勝認後才會開始夜班、大夜班的訓練。整個白班、夜班、大夜班流程訓練過後時間大多以近半年，通常醫院規定第一年新進人員不能固定班別，必須三班輪流，目的是希望新人對每一個班的工作流程都很熟悉。為什麼要先從白班開始上起？因為白班有許多的檢查、治療、技術，新人必須先熟練操作單位常見技術、檢查前準備及檢查後注意事項、治療目的、服藥後注意事項、常見疾病及治療方針等等，才能在夜班人力少的狀況下獨當一面，面對緊急情況的處理不致於拖累其它上班人員。當然這只是紙上規定，護理長可以因應單位需求、特性、及新人的能力做適當的調整。仙蒂就是在這種狀況下直接進入大夜班生活。仙蒂回憶道：「沒有自

已專屬的指導者，我好像5 6個這樣子，、、、你不知道今天來要找誰、、、，護理長跟你講說你可以上大夜，你又不能說不，所以說那時候上大夜只有2個，病危加CM 10幾個，真的，而且I/O 10幾個，然後體重還要量又、、、，事情做不完，很多很多不確定感，然後大家又一直在磨合這樣子(C1-002)」。然而面對現實震撼的仙蒂留下來了，仙蒂說「我覺得我還蠻幸運的，就是那時候學姐對我都還不錯，、、、沒有太責備或怎麼樣，就是還蠻幸運的這樣(C1-002)」。仙蒂認為自己很幸運，雖然沒有固定的指導者，讓她在上班時充滿不確定感，內心缺乏歸屬感，但是人際關係的磨合並沒有造成太大的衝突或挫折，使她得以倖存下來。

根據研究發現新進護理人員3個月內的離職率高達30-70%，其中最想離職時刻是在開始輪班、獨立作業時(Yeh & Yu, 2009)。研究發現新進護理人員的壓力：(1)角色轉換責任重，自我要求難達成；(2)臨床業務變化大，拼命加班無止息；(3)學姊超乎想像兇，環境樣樣得適應；(4)做錯事如觸天條，遭到誤解難說明；(5)難以融入感孤獨，缺乏支持身心疲。調適策略：(1)不同的困難，抒發管道有差異；(2)不期待別人，改變自我較實在；(3)犯錯後更小心，努力學習向前看；(4)成就與鼓勵，渡過試用期難關(馮明珠、陳幼梅、吳玲琨、吳鈴珠，2011)。

梅畢業即進入本醫院，一開始在外科病房工作，前2年梅形容壓力來自於新進人員不熟悉環境和常規，所以給自己2年的時間，要求自己盡快熟悉病房的環境、常規和病人照顧。梅說「、前2年因為是新進人員不熟悉，所以對於病患或家屬的狀況沒辦法去處理，之後就心靈方面，病人往生怎樣就去安慰家屬或自己心理的調適，、在照顧病人上壓力是還好(A1-001)」。梅認為前2年所面臨的壓力其實是一種成長的動力，讓自己進步茁壯，成為現在的梅。梅認為自己是幸運的，並沒有碰到太多的挫折，然而在面對臨終病人及家屬的心理問題；以及自己心理上的調適卻是一項到目前仍讓梅有些難以處理。

張惠甄(2004)的研究顯示新進護理人員的壓力分別為自我專業成長、工作負荷、團隊人際關係、專科化角色要求等。劉素蘭(2010)的研究則顯示工作壓力

由高至低分別為知識、專業技術、工作流程、病人及家屬、環境、工作負荷、同儕。在目前的醫療環境中，新進人員必有一位指導者負責。新進人員所有問題、情緒、皆由指導者負責指導、協助。指導者的班和新進人員也都必須相同，除非不得以的情況下才會由代理指導者協助。然而對照目前離職率高的醫療單位來說，一對一的指導且班表需完全相同是困難的。目前臨床上常一個指導者帶領 2 位新人；或是依據今日上班的人來指定指導者，此種情況下不同的指導者；不同的風格將讓新進人無所適從。

### 叁、再度成爲新人

除了剛進醫院的護理人員，還有一種護理人員也會短暫的成爲新鮮人，那就是被更換單位的護理人員。以研究者爲例，在目前醫院工作時間約 15 年，經過 5 次調動，當了 4 次的短暫新人，雖然還是同一家醫院，只是單位不同，但是隔科如隔山，對於進入新的單位，雖然不像全新的新人有龐大的壓力，但還是有小小的壓力存在，就像之前所述面對不熟悉的科別、人事、環境卻不能當做新人的尷尬情況，對於寶貝來說她經歷了 2 次這樣的狀況。寶貝說：「因為我之前從北部的醫院離職後就到我們醫院，都是在小兒科，大部分都是新生兒，然後因為那時候在神內是完全不同的，是成人，對於面對病人的情況會有一定的壓力，因為小人和大人真得差太多了(B1-001)」。在非自願調動的情況到一個新單位，基本照顧能力是沒有問題的，但是卻有來自於自我要求的壓力。寶貝之前在小兒科，照顧的都是新生兒，突然要面對會說話的大人，尤其又是在一個隨時容易起變化，需要護理人員仔細觀察，以免錯失細微症狀變化的單位，對於原本已駕輕就熟的護理照顧工作，此時充滿新人坎坷不安的心情，害怕自己發生疏忽造成無法彌補的遺憾。

環境的轉換會帶來壓力。林佑樺(2003)針對新進人員工作挫折之研究發現人力與人際關係、單位氣氛、臨床工作熟悉度、危急情況等佔新進人員工作挫折的 71.4%。工作負荷是國內所有研究壓力因素中必定存在的因素，不管是加護單位、急診、專科病房等(陶家珍，1996；鄭麗娟，1999；胡瑞桃，2000；洪鈺娟，2005；

溫沛淇，2006)。除了蔡欣玲(1996)的研究顯示門診護理人員呈現最低壓力，這可能和門診病人大部分可自理、且短暫後及離開有關。

肆、真正的「天使」

淑萍從一開始就拒絕接觸外科，她說實習時覺的外科老是找不到醫師，很沒保障，所以從頭到尾都一直待在內科單位。一開始在腸胃科，工作之後她只形容恨不得自己有八隻手，或是變成孫悟空有分身能力，淑萍說：「很多事忙不完，要跟查房、找醫師、給藥、準備病人做檢查、辦出院、接新病人、、、病人突然大吐血或解血便，就忙翻了，、、、，只要碰到一個狀況不好吐血的病人，那天就忙翻了，其它病人根本就管不到了，、、、我連午飯都還沒吃、水也沒喝到一口、也沒時間上廁所，誰管我呀，、、、最怕晚上上班碰到機車醫師、、、，急救有壓力，我們也有壓力呀，大家都不想被告好不好，誰想要上法庭呀、、還有要應付護理長跟醫院一大堆的要求、開會、上課，晉升 N1、N2、N3、讀書報告、病房報告、團體衛教、還有品管工作一大堆、、、(E1-001)」。護理人員的工作不只是照顧病人，還必須兼做品管業務，以及自假完成醫院規定的進修課程時數，時間總是在工作、上課、家庭中流失。淑萍在腸胃科待了 8 年，每天都與排泄物為伍，她常開玩笑形容自己是真正的天使，「我是天使，天天擦屎，在腸胃科擦不夠，連調加護病房還在擦(E1-002)」。雖然命運比別人差，老是要當「天使」，但是問淑萍想不想調外科，她卻肯定回答「NO」，因為從她幾次接觸外科醫師的經驗讓她覺得還是內科好。

醫療人員的壓力一直未被社會大眾所重視，雖然不斷的有研究報告指出醫療人員的工作負荷影響病人的照顧品質，但是卻未引起民眾及政府的重視，直到 2011 年 4 月「血汗醫院」這個名詞佔領國內各大新聞及報紙頭條，才讓社會大眾真正了解醫療人員的壓力及過勞，但是此讓熱潮也只延續約 2 個禮拜的時間。「血汗醫院」這個名詞首度讓醫療人員在五月一日勞動節走上街頭怒吼，期望得到政府及社會大眾，持續重視醫療人員工作負荷過程及過勞等現象，並立法改善醫療人員的人力配置問題。

## 第二節 走入加護病房

### 壹、相聚的起源

對於研究參與者來說，當初走入加護病房的動機各自不同，以梅、寶貝為例，這 2 個人是屬於順勢而走的一群，在經歷病房的工作 2 年後，2 人有資格接受加護病房訓練，不管是護理長指派、或是輪替，2 人在接受為期 196 小時的加護訓練後，陸續經由護理部調動進入加護病房。寶貝說：「緣份吧！就是上面調的呀(B1-006)」。淑萍則是因為對自我要求，想要增加一些專業知識，也想換個環境，不過對於終於可以進入加護病房，確沒有顯現高興或開心，似乎顯的有一點平淡。淑萍提到：「、那時候就想差不多了，想要改變一下，所以就跟阿長說這次輪到我去了吧，所以就去參加訓練了。訓練完時有填志願，我忘記第一志願填哪裏，反正好像都差不多，我好像比較早調，和我同期受訓的好像沒調幾個，反正就有一天上班時，同事告訴我說護理長接到電話，說要調我，然後就進來了(E1-004)。而仙蒂也是主動要求參加加護訓練，期望藉由訓練改變所處環境，想做一些不一樣的事情。仙蒂表示：「我不知道，就督導說要調就調了，我也沒特別說請調，那時候去受訓就只是想有不一樣的環境，那邊的方式和 CU 這邊是不太一樣的(C1-007)」。

荳娘的情況和其他 4 個人不同，在經歷了新人現實震撼之後，雖然不再當逃兵，留了下來，但是卻工作的不快樂。荳娘回憶道：「我其實不是很喜歡那裏(急診)的環境，並不是因為人的關係，因為，比如說它上班的腳步就是 1 比 40，1 比 20，最少就是 1 比 20 加上無止盡的病人，然後幾乎只能做功能護理跟加藥(D1-002)」。除了不快樂之外，荳娘面對急診的醫療處境也越來越不滿，甚至感到憤怒，厭惡自己的工作，考慮離職，荳娘提到：「不需要住院就讓他回家了，有些則留觀，一直反反覆覆。其中最討厭的地方，跟那時候想離職有關，除了功能護理還有就是看到一些癌症病人，儘管她已經簽屬 DNR，但是醫師還是覺得想要，他不以病人的意見為意見，因為病人已經意識不清，一切就看家屬，如果家

屬想插就插上去，因為他們醫師覺得家屬想怎樣就怎樣，因為之後會爬起來告的是家屬，不是病人，然後已經看過 N 個例子了(D1-002)」。面對違反病人意願仍積極搶救的醫師及家屬，將這一切看在眼中的荳娘，對她來說照顧病人變成是一種無奈中的痛，反反覆覆一直發生，情況無法得到改善。「、急診因為太匆促了，沒有時間做溝通、做協調，家屬就是主要決策者，做決定說的算，其他人的意見不是意見，只要有人寫同意書就好，所以不喜歡急診這一部分。、我覺得我在幫醫生一起殺人，就是這樣，然後不知道病人在裡面被又壓又擠是什麼感覺，至少那時候我知道他是什麼都不想要，只想好好走、(D1-003)」。面對無能為力的醫療處境，置身在其中的荳娘充滿痛苦，認為自己的工作導致自己成為殺人共犯，不再是助人的角色，這樣的環境及處置，促使她想逃離，萌生離職的念頭，荳娘說：「一直想調單位，那時候有參加 CU 訓練，就會想乾脆換一家醫院好了，會想要離職(D1-003)，後來有機會就調了(D1-004)」。因為工作不快樂，在和室友、學姐聊天過程中，找到了目標，走入加護病房。

在醫療環境中，醫療強調團隊、平等關係，但事實上醫師與護士之間的關係先天就存在著不對等。醫師下指導棋主導治療方針，護理人員執行醫師的方針，護理人員很難撼動醫師的醫療方針，再加上雙方之間如果缺乏良好的溝通管道，對於護理人員來說醫療照顧工作將會是一種痛苦的折磨，護理人員很難在工作中得到成就感。而面對醫療消費化的轉變，醫病關係從醫師主導方式轉變成共同決策，知情同意的模式，醫師漸漸失去專業權力，醫療糾紛訴訟不斷的發生導致醫師不願承擔醫療風險，遺忘以病人利益為最大考量，轉而以家屬利益為考量，如此的環境決策加深護理人員的負向情緒，負向情緒一但無法獲得舒解或同理，護理人員不是變成鴛鴦，將頭埋入砂堆中，就是請調單位或離職。

Kleinknecht 與 Hefferin(1986)指出生涯發展的概念，可以協助護理人員決定偏好的特殊護理生涯領域或職務，並使工作引導個人與專業的成長，讓護理行政者有機會將護理人員的工作經驗重新架構，增加對護理工作的興趣及挑戰(引自蔡淑妙、盧美秀，1998)。

## 貳、密閉環境的碰觸

進入加護病房成爲新人，重新適應環境，又是另一個工作里程的開啓，本節將描述加護單位的環境，及進入單位後的壓力。

### 一、加護單位的環境

ICU(intensive care unit)是重症監護病房的簡稱。intensive是“加強”，care則包含了“看護”和“治療”兩層含義，“看護”則可引申爲“監護”。因此，ICU也可解釋爲“加強監護治療病房”。事實上，ICU的特色正是以24小時持續廣泛的監測生理功能，以此判斷和治療的單位。基本宗旨是針對危重病人提供更高品質的醫療服務。

加護病房的位置最好靠近急診室、開刀房、電梯，縮短病人運送時間。加護病房的隔離空間主要是將家屬隔離在外。本研究參與者所在的加護病房共有24張床位。一打開電梯，面對的是一道不透明的電動門，門上貼著訪客時間及探視注意事項。右邊牆上有一台刷卡機，工作人員經由刷卡進入，左邊則是一台對講機，非醫療人員須先請示裏面的工作人員，得到允許才可進入。進入後，右手邊是一整排的置物櫃，放置病人家屬的隔離衣，左邊有一間紫外線消毒室，在過去，牆壁上則放置乾洗手液供家屬清潔雙手。左轉彎5公尺的走廊，右邊是醫療人員會議室，外牆上貼著單位醫師的照片及專長介紹，左邊則是家屬會議室，外牆上掛著意見箱，之後則又是一道不透明的感應門，感應門一開面對的即是一道長廊，病人區在2側，總共劃分爲6區，一區有3到4個床位，床位與床位之間以隔簾的方式隔開，左邊中間是護理站，走廊底的兩端則是各有一間負壓隔離室，設置兩道感應門，收置肺結核病人，如果沒有肺結核病人，也會收一般病人。

一般來說加護病房每一張床佔地面積比普通病房的大，一般約在15 m左右，床與床之間距離至少1.6公尺，中間可用圍簾隔開，維護病人隱私及方便治療。溫度設置一般在24-26度，濕度50-60%之間。病床和一般病房的病床不同，是電動多功能床，可調節高度及傾斜度，兩側裝有擋桿及調節按鈕。床頭及床尾可拆裝，便於搶救，床墊有氣墊功能，有些床的功能甚至可以直接測量病人體重。

加護病房的照明裝置強、接近白日自然的光線；方便觀察病人。醫療牆上加掛一些醫療用品，如抽吸設備等，床的兩側則會擺放呼吸器，及懸吊式的生理監視器。

加護病房的氛圍中存在著「控制」的含意，包括設置的地點、人員進出、動線、間距、溫度、濕度、甚至在加護病房工作的護理人員或醫師的資格，都呈現一種顯性或隱性的控制，這樣的控制追根究柢是希望避免焦慮及傳染病的傳播。對於置身於此的工作人員來說，不也是一種祈望，祈望藉由控制去控制可能失控的情境。

## 二、置身

不管是順勢而走或是自行選擇，進入加護病房讓這5位研究參與者再度成為生力軍。而即使是受過訓練後進入加護病房，對於這些有經驗的護理人員，感覺上就好像回到社會新鮮人時代一樣，充滿忐忑不安的情緒。剛進入加護單位的護理人員即將面對什麼樣的挑戰？置身什麼樣的處境當中？

### (一)、重新建立節奏

對於護理人員來說，護理走到哪裡似乎都是大同小異的。即使是到不同的醫院或是單位，也許環境、制度、規定、情境、醫療儀器不相同，但是照顧病人目標是不會改變的。加護病房對於不曾進去過的護理人員來說是一個封閉隔離的空間，無法想像。而對於身在裏面的護理人員來說，加護病房是一個開放空間，一眼望去即可以看到你所負責的病人，他就在躺在你眼前，不用走太多路即可以走到病人床旁，事實上工作8小時，活動範圍除了護理站，就是在負責的3-4位病人；床與床之間的移動。

梅在進入加護單位前有將近8年的外科病房經驗，可以說是經驗相當豐富，但是在進入加護病房初期，也感受到照顧上的壓力，她回憶道：『到加護病房等於重新學習，、觀念要重新學習，、沒辦法對於病人的照顧上就是要盡量去學習，那2年根本沒有特別思考或什麼，就是把自己的事情做完，學習去看別人的經驗，看別人都在做什麼，、、然後重新學習自己的常規出來、固定做事的腳步出來(A1-007)』。對於梅來說過去的照顧經驗、工作流程不適用於加護

病房，怎麼照顧病人，建立自己的工作流程成爲主要課題。梅必須拋棄過去的步驟，重新建立一個新的步驟。她努力的睜大眼睛去看，吸收學姐的經驗及做事的方法，融會貫通形成自己的方式。

節奏，比喻有規律的進行流程。工作流程(Work Flow)是指企業內部發生的某項業務從起始到完成，由多個部門、多個崗位、經多個環節協調及順序工作共同完成的完整過程(智庫百科)。工作流程是工作效率的源泉。流程決定效率，流程影響效益。劉秀華(2010)針對新進護理人員壓力源研究發現前三名分別爲知識、專業技術、工作流程。由此可知工作流程的順暢度影響護理人員的壓力感受。

## (二)、知識與技術的再造

雖然進入加護單位的護理人員之前都已接受加護訓練，然而訓練之後並不是馬上調入加護病房，會有一段等待期，在這段等待期間，對於訓練的知識已漸漸生疏。這一現象在淑萍身上可以很明顯的看見，淑萍說：「加護訓練時雖然有上但實際操作又完全不一樣，你知道嗎我光是Swin-gun要測weath，就整整請學姐教了我5天，因為我怎麼轉怎麼弄都不對，測不出來，覺得很丟臉，每天硬著頭皮找指導學姐在旁邊看再教我一次，我記得我那時候手還會抖耶，真的很丟臉(E1-008)」。面對不熟悉的技術，淑萍怎麼操作都測不到正確數值，即使心中七上八下，焦慮不安，擔心學姐罵人，還是鼓起勇氣再去請教。而明明已經不是菜鳥，交接班，獨立照顧病人，對淑萍來說已是司空見慣的工作，如今都成爲她擔心害怕的事，「接學姐的班會害怕，想到自己要獨力照顧病人會怕，怕自己疏忽出錯，要下班交班時也會挫，怕病人沒弄好、漏掉事情、BED SIDE太亂沒收好、或是留事情給學姐，會被擺臉色(E1-008)」。

相較於淑萍一開始技術操作不順利，交接班也害怕的心情壓力，寶貝的壓力來自於跨領域的專業知識所引發的焦慮及壓力，她說：「其實我覺得最主要是對專業領域不熟，因為你不熟就不知道如何去掌握病人的狀況，、、、很緊張呀！緊張的要命。、、、因為你對那些東西都很不熟，所以說看到病人那麼多管路有時候會很害怕，、、、，就是自己要特別小心，就是小心不要把管路，譬如說脫落，

然後病人大出血或是怎麼樣，、、、，事實上我覺得對有些不熟的病人；就是有些狀況不熟的病人，下意識會覺得不要碰他比較好呀，可是問題是你還是要照顧，所以剛開始你還是會緊張，然後因為東西都很不熟呀，、、、你不熟悉，對，你對它有未知的，因為你不知道發生什麼事情、、(B1-006)」。寶貝初進入加護病房，面對的是未知的情境，充滿著不了解、不熟悉、不確定的感覺，害怕病況失去自己可以控制的範圍，「最主要是怕自己的能力不夠；或是警覺性不夠；loss掉病人的狀況，導致生命危險(B1-006)」，所以寶貝將全部注意力放在病人身上，面對插滿管路、病況危急的病人充滿害怕，甚至會暗中祈禱自己不要被分派去照顧，因為怕自己的疏失造成病人的傷害，然而現實是病人就躺在你眼前，躲也躲不掉，所以寶貝只能不斷提醒自己要小心、要注意。而即使是經驗增加，成為Leader之後，對於某些不常接觸的儀器或是罕見疾病的照顧，因為未知、不熟悉仍會使寶貝進入壓力狀態。「之前我當LEADER，學妹的病人好像快要不行了，學姐就說你要不要先趕血回去，我就有點尷尬，因為我不太會，以前學姐教過我幾次可是我還是不太會，後來還是請學姐幫忙，、、(B2-005)」。

仙蒂是5位研究參與者中最年輕；也是最晚調入加護病房的，從胸腔內科病房調入胸腔內科加護病房，也許有人會覺得同樣是胸腔內科，應該很快可以適應，然而對於仙蒂來說還是充滿壓力，仙蒂回憶著說：「剛到加護病房，有耶，很有問題耶。、、、兩個科別雖然都是CM，但是兩個不同的習性，重點也不太一樣，、、、在病房的時候，我覺得血糖，大夜測血糖200多那些R都可以接受，導致我的觀念也是可以接受，但是來這邊是不行的，一定要報，我覺得這是重點，那個觀念的不太一樣(C1-008)」。相同的科別不同的單位，以前所學的知識在病房以足以應付工作需求，然而進入加護病房卻發現必須因應病人病況的不同，將原先已經形成的觀念重新在做學習與調整，對於仙蒂來說這又是一個新的挑戰，「、、來這一邊我覺得有點心虛，因為感覺自己很虛，沒有搞清楚，都是只知道一半，只知道一半，、、就是會有一些壓力，那個呼吸器也是不會看，不太會看，真的，那個圖形我也是不會看，因為你在病房根本不會學那些，你把MODE搞清楚，

VOLUM圖形搞清楚，我覺的在病房就已經很了不起了、(C1-008)」。仙蒂再次發現自己是大大的不足，爲了補足自己的不足，仙蒂將自己化爲超強吸力的海綿，不斷不斷的吸收，除了重新學習照顧重點、病況判讀、專業知識、技術等。除此之外，和之前菜鳥一樣，仙蒂又再度面臨和指導者見不到面的窘境。「、、、你的指導者，剛開始也是沒有辦法跟你一起，像我都錯開，我覺得也是壓力的一點、、、因為你會找不到一個追尋的目標、、、感覺到壓力，就是不確定感、、、(C1-008)」。碰不到指導者的窘境，和之前在病房無法固定指導者一樣，讓仙蒂頓時覺得自己有如爹不疼、娘不愛的孤兒，沒有歸屬感。而除了缺乏歸屬感，仙蒂在初期還多了一項不確定感，對於自己照顧病人的處理方式缺乏信心及不確定。

梅則提到說：「病況不同你就會覺得那種情況更緊急、危急的去處理問題，然後做的事情更繁瑣，注意病人的狀況更細微，去處理病況、、、，可是在加護病房就是說，因為看那些生命徵象的改變是很快的，你就是要做到至少早一步的預防、發現這個問題做處理，預防他病情惡化，所以壓力是很大的，、、、那到加護病房等於重新學習，、、、但觀念要重新學習，壓力會很大當然也會疏忽，但是沒辦法對於病人的照顧上就是要盡量去學習、、、(A1-007)」。梅不斷的提醒自己要學習，害怕自己知識不足造成疏忽；或是警覺性不夠而遺漏病人的變化。對於照顧病人也同樣懷有害怕、敬畏之心，害怕自己的粗魯傷害到病人，這種害怕中其實也隱含著未知的恐懼，因爲不懂、不了解，沒有經驗引發的焦慮。所以梅給自己2年的時間，提醒自己在這段時間多利用時間去觀察，「學習去看別人的經驗看別人都在做什麼、、、重新學習自己的常規，固定做事的腳步(A1-007)」。

不管工作經驗的多寡，在轉換工作單位之後，4位研究參與者同樣都面對流程及工作上的不熟悉，以及知識觀念的再調整，並且喪失了部分的信心，焦慮、壓力是共通的知覺感受。以個人所處的真实情境、經驗爲基礎，來判斷一個人的精熟程度稱爲 Dreyfus Model。其中技能是指臨床情境的判斷與技能，並不是在課堂中靠學理與原則得到的技能，專業技能成長分爲五個階段：生手、進階學習、

勝任、精通及專家。當有經驗的護理人員被調派到一個新的、沒有經驗、對照顧重點不熟悉、使用陌生不熟悉的工具儀器的單位時，她們都必須退回到生手的狀態，重新在陌生的情境中習得新的經驗(引自鄭婉云，2010)。

而對急診環境及醫療處境感到憤怒失望，期望改變的荳娘，在加護病房初期的壓力和其他幾位相比，似乎如魚得水，快樂的不得了。荳娘說：「剛去加護病房，超極開心的。因為病人疾病型態太像了，因為急診那時候還蠻常進急救室的，不管內科還是外科病人，最大宗的還是CM、GI、CV、巴拉松中毒，幾乎都是一模一樣的病人，只是後來在後面需要學習的是後續照顧方面，這也是我一直想要學習的，所以其實是很開心的。如果真要說有壓力，可能就照顧上要注重很多細節，怕自己會有遺漏，就這一部分，其他病人就還好，因為太像了(D1-004)」。

雖然還是要重新學習專業知識，但是學習的壓力也無法剝奪荳娘脫離急診的快樂。

### (三)、日新月新的科技

加護病房透過生理監視器及其它醫療儀器的使用，24小時監控病人生理變化，經由醫療人員的判斷來施行治療及評估治療的結果，儀器之於加護病房醫療人員來說是一大幫手，類似她們的眼睛、手腳，然而對於初進入加護病房的仙蒂來說，即使是曾經使用過的呼吸器，也因型號不同導致操作判讀上的生疏，進而產生心虛，仙蒂說：「那一邊(病房)只有T-BIRD，只有740、BIPAP，、來這一邊我覺得有點心虛，因為感覺自己很虛，沒有搞清楚，都是只知道一半，只知道一半(C1-008)」。

相較於仙蒂的心虛，梅則是充滿好奇與驚奇，梅說：「我第一次看到ecmo的經驗，就是我們加護病房第一次on ecmo，我第一次看帶著很期待又覺得很神奇，怎麼有這種東西，因為我們內科很少接觸這種東西，第一次看覺得，哇怎麼這麼大陣仗，也是我們單位第一個病例，雖然他不是我照顧，可是我剛好在隔壁，我去幫忙就覺得大家戰戰兢兢的，就覺得，哇，不得了那個管子真的有夠粗的，插在病人身上一定很痛，、、(A2-006)」。

除了驚奇，梅對儀器使用在病人身上

可能導致的疼痛也產生同理心，感同身受病人的痛苦，也產生懷疑。而對於CVVHD，梅則是認為在玩遊戲「、、數字之間，玩遊戲而已，是還好啦，、、不過有一次很不好的經驗，怎麼算都不對，氣死了，本來應該7點就算好了，結果算到8點還算不出來，、、、(A2-009)」。

寶貝對於一大堆從見過的儀器及管路接到病人身上也感到未知的害怕與緊張，寶貝描述當時的心情：「、、很緊張呀！緊張的要命。然後因為你對那些東西都很不熟，所以說看到病人那麼多機器、管路有時候會很害怕，、、(B2-001)」。

相較於梅的玩遊戲，仙蒂的心虛，寶貝的害怕緊張，淑萍則是因緊張害怕而產生恐懼，對於一大堆的醫療儀器，雖然會操作，了解使用的目的及原理，但是對於警報器的聲響充滿著高度的不安及緊張，淑萍說：「、、我每次Monitor一Allarm就會很緊張，怕發生什麼事是自己沒辦法處理的，像那個Monitor如果跳EKG有問題，我下意識都會很緊繃，趕快去看，如果只是一般的心跳快慢的問題那就還好，可是波形改變我就會挫，尤其是我判讀覺得沒問題把Allarm按掉後，它又一直叫，我就更緊張，就會想辦法找比較好的學姐或是其他人來幫我看一下(E2-010)」。加護病房是一個應用高科技來治療、救治病人的單位，每增加一台機器的使用，代表病人的狀況更加不穩定，一堆的機器意味著會產生大大小小的聲音，高低頻率的聲響刺激著護理人員的神經，護理人員個個養成聽聲辨機的能力，然而對於淑萍來說，聲音卻是她的恐懼，聲音引發她的信心危機。

「、、、那個ECMO也是，每次看到那4條管子接在病人身上，雖然機器小小的，還是很擔心，擔心什麼？就擔心自己翻身不小心拉到管子，擔心機器叫不會處理，擔心是不是弄錯什麼東西，會來不及作治療，抽血一大堆的，其實很多東西回家都嘛有翻書，都會呀，可是還是會擔心，為什麼？因為有些東西不是看看書就可以的，它用在病人身上就是覺得不一樣，那個洗腎機也是，反正我覺的機器只要Allarm我就會很緊繃，怕發生什麼事，自己不能處理(E2-011)」。對於淑萍來說Allarm代表著失控的情境，即使自己有辦法處理，對於她來說都是情緒緊繃的原因。

#### (四)情境中的不確定

人即使在有知識的基礎下，被放置在一個不明的情境當中，遇到狀況仍不免產生驚慌失措的感覺，以及深層的焦慮，即使到後來驚慌失措、焦慮也許經由情境的明朗或熟悉而被控制或壓抑、消失，但是環境中潛在的危險及不確定感，不知道下一秒病人的狀況是否會失去控制的感覺，則在潛意識中翻攪。環境中瀰漫著不確定因素，隱藏著焦慮。

對淑萍來說，環境中的不確定感一直存在著，即使是到現在她都還是有此感覺，這非關能力，而是自我信心的不足，即使已建立專業知識，即使沒犯過大錯，但是環境中永遠存在的不確定，失控的因子，一直是她難以消除的壓力。

「其實很多東西回家都嘛有翻書，都會呀，可是還是會擔心，反正我覺的機器只要Allarm我就會很緊繃，怕發生什麼事，自己不能處理(E2-011)」。聲音一直是讓淑萍無法忍受的壓力，她總是在害怕突來的聲音背後所面臨的是她無法處理的狀況，要面對的是失去一個生命；那個生命可能是一個人的兒子；一個家庭的支柱；以及是不是自己的疏忽所造成的結果的疑問？問她既然無法減輕自己對聲音的壓力，那為什麼不離開加護病房，請調到一般病房呢？她卻說因為加護病房比較可以準時下班，而且環境也比較單純，而且面對家屬的時間也較短，所以即使每天必須忍受聲音的刺激所帶來的壓力，她仍然沒有打算調離加護病房。

相較於淑萍對Allarm聲音的焦慮，怕自己的疏失，寶貝則是投射在機器與管路上面，因為有特定的焦點，所以讓自己在照顧病人時特別小心，寶貝說：「就是自己要特別小心，就是小心不要把管路，譬如說脫落，然後病人大出血或是怎麼樣，學姐會告訴你要注意些什麼所以還好，抽的時間就是那些東西注意，還有就是病人的情況注意(B2-001)」。而隨著專業知識，信心建立，寶貝慢慢覺得情況是可以被自己掌控的，「、我覺得還好，還好耶，我也沒說會緊張到很害怕或是排拒，反正同事那麼多、、(B2-014)」。隨著時間的過去，寶貝對病人狀況的掌握；處理能力的提升；以及對同事能力的信賴，互相幫忙文化的融入，壓力對寶貝來說反而成為能力提升的助力。

淑萍對聲音敏感，寶貝對機器、管路擔心，梅的焦慮引發點來自於不熟悉的治療，引發對人的焦慮，梅提到：「prone，第一次碰到就是害怕，、怕把他重要的管路拔掉，我照顧的剛好都是老伯伯，肩膀都很僵硬，要躺某個姿勢你都覺得肩膀好像要斷了，他可能脖子沒辦法很靈活的轉動，你會很害怕轉斷他的頭，，，、隨時都有變化，而且變化是很快的、(A2-010)」。這樣的感覺在梅經驗不斷的累積之下，現在對於她來說，已經不會有焦慮不安發生。

研究發現加護病房護理人員的主要壓力來自複雜的醫療儀器。面對不熟悉的醫療儀器護理人員會感到心虛；害怕儀器警報聲響卻不知如何處理；或是無法調整為適合病人的狀況。此結果和鄭麗娟(1999)針對東部加護單位護理人員工作壓力研究中，對使用在病人身上的呼吸器的操作不熟悉；監視器警識燈亮時，我找不到問題，無法解除時，被歸因為專科化角色要求的壓力相同。

研究發現造成加護病房護理人員的另一個壓力來源是危急病人的狀況。護理人員工作中的真實環境是必須面對重症病人，而此環境是護理人員都知曉但卻也是揮之不去的壓力。此結果和胡瑞桃的研究結果相符合。危急病況的發生會讓護理人員擔心自己是否有疏忽，或遺落沒做好的地方，這和自我要求、專業工作及成長有關，這種結果亦和本研究之發現相同。

#### (五)一個蘿蔔一個坑

電話是人類一個很重大的發明，因為它的出現串起了人與人之間的溝通管道，不用依賴書信也不需要面對面即可交談，但是對於護理人員來說，有時真是恨起了這項發明，淑萍說：「在醫院聽到電話有時會很煩，因為常常在忙，卻要回來接電話，而且有時候真的大家都沒辦法接電話時，它又不識相一直鈴，真的很抓狂，丫在家看到醫院打來的電話，就很不想接，因為不是打來罵人、追東西，就是要你臨時出來上班(E2-015)」。對於淑萍來說，看到手機顯示醫院的電話號碼，在接之前都還要先做一番心理建設，因為不知道這通電話的目的到底是什麼？淑萍曾經在下大夜時，想說放假了，那就不要睡覺，晚上再睡好了，所以約了同學去逛街吃飯，到了下午5點多來了一通電話，沒多想就接起來，結果一聽完，

整個心情變的很差，直恨自己接電話前為什麼不先看一下，「病房打來的，說臨時有人生病，找不到人上班，一個說在南部，一個說在北部，一個沒接電話，所以要我晚上回去上大夜班，我說我都還沒睡覺耶，可是能怎麼辦，只好匆匆回家上床睡覺了(E2-015)」。即使心理有千百個不願意，但是一想到自己不回去幫忙上班，當天上大夜的姐妹們會有多辛苦，而且自己也有可能突然生病，需要別人幫忙的時候，現在不答應以後誰願意幫你，既然都已經知道缺人了，自己不答應好像良心過意不去，所以還是匆匆和同學分手，趕回家休息補眠去，但是偶爾心理也會 OS，為什麼每次都是那幾個人不接電話，或是在外縣市，被叫回來的又永遠都是那幾個。仙蒂也有碰到類似的狀況，放假 2 天，剛回到屏東就接到學姐的電話，「說有人流感請假，我就說我已經在屏東，學姐就說那你明天回來上，我就說又，好，然後我就跟我媽說，媽，我明天要回去上班，我媽就說丫怎麼這樣，....我媽就說，又好吧，覺得有點趕，因為我已經在屏東了，但是還是覺得呀沒辦法，還是要回去上班，就互相體諒這樣(C3-011)」。因為互相體諒，所以即使很趕，即使不太想，還是在隔天離開溫暖的家，搭車趕回醫院上班，對於臨時被抓回來上班，仙蒂有不少次經驗，通常她都秉持著互相體諒的精神，能幫就幫，但是對於自己生病要請假，卻又抱持著能不請就不請的心態，因為不想欠人人情，造成別人的困擾，「除非爬不下床，不能動，不然自己上，我好像沒請過病假，不想麻煩別人，而且會欠人情，然後會讓人家很困擾(C3-011)」。

寶貝也是如此的心情，面對自己生病不舒服要請假，心理會有一番掙扎及取捨，有時候評估自己還可以就硬撐著去上班，因為會不好意思。寶貝說：「真的不行就打電話請假調人，因為如果勉強上班，你昏倒就算了，怕昏沉不清楚給錯藥傷害病人那就負擔不起，有時候如果沒睡好、很累、生理痛，還是要上，可是會懶懶的，可是你知道我們就是要翻身、給藥什麼的，你不能說病懨懨的在那都不做、不管(B2-014)」。對於她們來說生病是一個困擾；一個罪惡的日子，因為她們知道自已的休息，代表的是另一個人休息的被取消，一個原本規劃好的假期硬生生被攔折。基於人權及平等考量，政府規劃生理假施行，但是對於大部份

是女性工作者的護理人員來說，生理假似乎只是一個美德，卻永遠沒有施行的時機。而且對於護理人員來說，自己或家人臨時生病要請假，在打電話前心理就已經充滿不好意思，因為知道自己的這一通電話，將會引起接下來班表的大塗改，運氣好的也許只要打一通電話，動 2 個人的班就好，運氣壞的，也許打了 10 幾通電話都找不到人，或是要動好幾個人的班才能喬定，同事之間常互相開玩笑說，這時候就是在考驗請假者的人緣和打電話者的運氣和人緣了，也常常開玩笑說護理人員是拿自己的健康換病人的健康。

電話不一定是找人出來上班，也會有打電話來通知你休假的，淑萍曾經在病房有空床可放人，自己又很累不想上班時，期望病房的電話打來，告訴自己不用上班，果然等到電話不用上班，當下樂的好像要飛天，「就不想上呀，一直祈禱希望可以放我，而且還事先放話給 leader 說放我沒關係，就放到了很開心(E2-015)」，不想上班時，接到電話說可以不用上班，快樂的心情很難形容，但是有時想放假，偏偏等了一天都沒消息，只好很鬱卒、不甘願又認命的去上班。但是另一次接到電話通知不用上班，淑萍的心情卻不是快樂到飛天，而是哀嚎，那是在某一天晚上 10 點初，淑萍在睡夢中接到醫院同事來電，告知晚上不用上班，聽到不用上班心中千百個不願意放假，哀求著打電話的人放別人，可是怎麼可能呢？時數最多的人放，一句話沒得商量，為什麼不想放假呢？「晚上 10 點半多呢，我已經睡飽了，不上班我能幹嘛，外面黑嘛嘛哪都不能去，又不可能再回去睡，只好在家熬夜上班看電視(E2-015)」。電話真的是讓護理人員又愛又怕。

除了電話讓護理人員又愛又恨，另一個讓護理人員恨多愛少的則是颱風，每當電視新聞報導颱風來，放颱風假時，對於大家來說，憂心多過於快樂，因為那是一個冒險的上班之旅，淑萍說「我晚上開車要去上班，外面風大雨大，根本沒人，也看不太到前面的路，只好一路上念著觀世音菩薩保佑，停紅綠燈，還看到電線被風扯斷冒火花，嚇死了，到單位小夜班的人，每個看見都列隊給你拍手，感謝你來接班，其實一路上真的很怕(E2-016)」。颱風天，當大家都躲在家睡覺補眠時，身為護理人員沒有所謂的颱風假，還是必須正常上班，即使心中千百個

不願意，還是要離開家，每當推開家門，迎面而來的強風及大雨，讓淑萍知道前去上班的路充滿危險，卻也沒有想到要打電話說不去了，因為知道自已的沒到位，將導致小夜班有一人下不了班，因為那是責任。

研究者曾經碰過一個學妹，颱風天騎摩托車上班，1400 提早出發到醫院接 1600 的班，結果到醫院時已經 1800，全身溼答答狼狽不堪，每個人都替她擔心，一來就受到大家的包圍與關心，了解之後才知道因為道路淹水不通，她一直繞路，找尋可以通過的路，那一天看著溼答答的學妹，心中只有無比的感激，不是感激她來接班，而是感謝菩薩讓她平安到醫院。研究者也曾經和寶貝兩個人一起經歷一個難忘的颱風日，話說那天我倆上完大夜班，寶貝要搭我便車一起回家，當時風大雨大，原本要離開的我們，看學姐都在會議室等待風雨變小，兩個人也跟著留下來，等了一個多小時風雨漸小才離開，此時卻是災難的開始，原本 30 分鐘的車程，我們兩人花了 3 個半小時才各自回到溫暖的家，對於颱風天上班，每個護理人員都有一些難忘的回憶與感觸。

### 第三節 邊界經驗處境

#### 壹、乍見

西方有一句諺語，形容死亡如同烈日。對仙蒂來說，第一次看到死亡是在病房上夜班的時候，那個場景回憶起來就有如在看連戲劇般的不真實，好像在作夢，但事實上卻是真實的在眼前發生。仙蒂描述說：「突發狀況啦，、、病人大出血，、、我就是看他血就是像噴泉一樣，整個就是這樣子流，、、他太太才剛離開，完全沒辦法接受這樣的事情，他真的從小夜開始，就是從意識是清楚到意識喪失，跳 V T，又跳 P E A，整個大夜都在電，都在 C 這樣，這在病房來講真的是蠻蠻震撼的，、、，你還有其他病人要顧，、、，她完全沒有辦法接受，我覺得就像是連戲劇上演的那樣子，、、一直到早上，護理長和她談，後來才比較接受，讓他回家(C1-003)」。一個突然發生的狀況，讓剛離開的太太無法接受，

雖然不像連戲劇般跪求醫師救到底，但是長達 9-10 個小時的搶救、說明過程，太太拒絕聽，掩蔽看清真相，真實的呈現在眼前，讓仙蒂覺得整過過程像在看連戲劇般的充滿震撼與不真實。初次接觸烈日，對仙蒂來說就好像看了一場連戲劇，而自己是劇中一個不引人注意的臨時演員，看著劇中的男主角面臨死亡，女主角的悲痛與失落，仙蒂只覺得一切是如此的不真實，不記得當初看見此狀況時的情緒感受，死亡並沒有因此讓仙蒂意識到自身的存有。

## 貳、偽裝

在病房的時候，梅映像深刻的病人，其中有一個年輕的小弟弟，16 歲，梅把她當弟弟一樣來看待，因為他跟梅一樣都是單親家庭長大，所以對他總是比其他病人多一份關心與心疼，梅提到：「那個病人是骨癌的病人，16 歲的弟弟，他去投考軍校，體檢發現他膝蓋會痛，、發現他是骨癌，、可能年紀比較相同，、比較有話聊(A1-003)，、就是臨床上的治療，看不到他其他的需求，疼痛上的控制也弄的亂七八糟，、他很會忍，但是我們無法處理他這一塊，就只是 by order Q 幾 Q 幾給多少，、其實這種痛苦在最後還蠻難過的，、(A1-005)」。一個年輕的生命，懷抱著遠大的夢想，希望投筆從戎，成為保家衛國的軍人，成為頂天立地的男子漢，卻在體檢時被打破夢想，成為一個被照顧的人，生命之神對他所開的玩笑，烙印在梅的心中。梅頭一次明顯的察覺無常顯現在自己的四周，眼前視若如弟的大男孩終將在自己的眼前消失。

而另一個讓梅難忘的病人也是年輕人，有大腸癌家族病史，父親也是因為大腸癌過世，梅接觸到他時，已是癌症末期，梅回憶到：「他來就是末期，腫、肚子很脹，很深刻就是說因為我們醫生，care 他的醫生主張積極治療，疼痛控制不做，藥物給的很低，他就是痛因為腸子塞住了，痛到每天都在哇哇叫，、他的病房在護理站對面，每天就聽到他在痛、在哀哀叫、一直在叫、每天都在叫、叫到他死掉，真的，、(A1-005)」。兩個年輕人，和梅相差不了多少的年紀，梅和他們形成強烈的對比，生與死，照顧者與被照顧者，聽梅的描述，耳邊似乎也聽到一個年輕人在不斷的哀嚎，呻吟著痛苦。她期望自己能夠為他們做點什

麼，然而事實是自己一點忙也幫不上。從梅所說的那兩個年輕人的故事中，其實也代表著悔恨與罪惡感，認為自己沒有幫助兩人緩解痛苦，這種痛苦引發梅的焦慮，害怕當面臨自己的死亡時是否也必須經歷同樣的痛苦。梅存著如同沙特說的「不良信念」，因為環境的塑造影響著我，我對我所做的無能為力。我們不斷的面臨要成為怎麼樣的人的抉擇，一旦生命持續著，這種選擇便永不停息。

荳娘也有類似的照顧經驗，相較於梅照顧年輕生命，在過程中聽到吶喊出聲音的痛苦，荳娘所經歷卻是一種隱於身體中沉默的哀嚎。那是發生在她實習時所照顧的第一個病人，她說：「第一個自己的病人死掉，在實習的時候，一個丫媽，大腸癌 8-90 歲了，醫師還在病床沒有止痛麻醉幫她縫合，然後丫媽痛不欲生，手抖，一直握住我的手，然後隔天他死了，第一次覺得有人死得這麼驚恐，而且這麼的悲哀死掉，然後就想說，天呀，人在醫院死掉就這麼悲哀嗎？

(D1-014)」。荳娘在描述過程中，一直強調人在醫院就要死的很悲哀嗎？看著一個滿布皺紋的老人家，顫抖的伸出瘦弱的手，緊緊的拉住自己的手握著，老人家臉上痛苦的表情，似乎藉著抖動的手傳遞到荳娘的心中，那隻手在緊握的過程中，也透露著在向荳娘求救，祈求荳娘能夠幫助她解除痛苦，這樣的經驗讓荳娘在之後的照顧中，特別注意病人的疼痛。兩個不同的例子，同樣看到痛苦，但展現的方式卻是如此的不同，一個是從身體中吶喊出來的，另一個則是將那份痛苦隱於身體之中，藉由手傳遞出來給照顧者。兩個人同時看見了無常的顯現，死亡的焦慮外化、偽裝成痛苦，死前必然的痛苦與悲哀出現在兩人的意識表層中，然而在更深層的內在卻是「他會死，我也會死」的體悟。

淑萍有映像的病人，則是發生在一個即將恢復出院的病房，那整個過程到現在再回想起來，都讓麗萍陷入恐懼與慌亂中，淑萍回想著說：「那是一個肝硬化的病人，、其實已經差不多要出院了，、晚上的時候他說想吃一家很名的牛肉麵，、他女兒就特地開車去買回來給他吃，那時候好像是晚上六點多，結果八點多，他女兒大叫跑出來說他爸爸吐血，我進去一看，、整個快暈倒了，血一直從他嘴巴吐出來，我趕快大叫 CPR，、我還記得我的心，跳的好快，抽

藥時手一直抖一直抖，做什麼事都是用跑的，、、根本不管甚麼 3721，只想著拜託快一點，不要讓我失去他、、，後來，他還是走了(E1-009)」。面對一個即將出院的病人，只是吃了一點麵，不到 2 個小時突然吐血，CPR 然後走了，淑萍對於整個過程充滿著驚慌與害怕，猶如陷入惡夢中，只希望自已能夠快快醒來，嘗試一切的努力，只希望能夠挽救病人的生命，但是最後還是失敗了。淑萍經歷病人死亡所遺留下的罪惡感，面對一個即將要出院的病人，最後卻死了，對淑萍來說經過當時的情緒之後，每當再次回想時，內心總會有一點罪惡感，會想著自已是不是有疏忽掉一些什麼症狀，導致病人最後的死亡，會想著那個原本沒有什麼食慾的病人，突然想吃最愛的牛肉麵時，是不是就在告訴自已什麼訊息，而自已卻錯失了。淑萍說：「我到現在想起來都還是會覺得我是不是漏掉了什麼，雖然學姐說是他的命，而且他很幸福，吃完他最愛的食物，可是我還是會想是不是、、(E1-009)」。

而另一個病人的死亡則是讓淑萍覺得很不可思議，原來人真的會有死亡覺知，那是一個榮民伯伯，因胃出血住院，大夜班凌晨 3 點多開始解血便，伯伯意識仍很清楚，淑萍忙著抽血、輸血、清潔伯伯的血便，她說一整晚伯伯一直吵著要下床，要下床，她一直沒有意識到什麼，只是跟伯伯和他的家人說不可以，會跌倒有危險，但是伯伯一整晚，一直吵著要下來，淑萍說：「那時候很忙，搞不懂他幹嘛一直吵著要下來，覺得他很煩，家屬也一直問可不可以讓他下來，我就說不行，然後就再去忙其它的，我記得我有跟伯伯說等你比較好再下來，伯伯還回答我說那會來不及(E1-009)」。那時候淑萍忙著處理照顧病人，所以並沒有想太多，只覺得伯伯怎麼那麼怪，竟然回答她來不及，一直到 7 點多快交班時，家屬按廁所緊急鈴還大聲呼喊救命，淑萍衝過去看，發現伯伯倒臥在廁所，緊急把伯伯搬回床上，開始 CPR，但是伯伯最後還是走了，事後淑萍才突然了解來不及的意思，她說：「我隔天和學姐聊天時，才知道原來伯伯為什麼一整晚堅持要下來站，為什麼會說來不及，真得很不可思議耶，那之後只要病人有狀況然後突然說奇怪的話，我都會特別交班，而且會一整晚都很挫(E1-009)」。

死亡即使淑萍不說，其實心中還是存在著對自我的責怪，責怪自己沒有察覺到伯伯所發出的異樣，所以從此以後只要病人突然說出奇怪的言語，淑萍都會開始浮起警戒心，密切注意病人的狀況，甚至在交班時也會特別提出，提醒下一班的同事多加注意病人狀況，為的是怕再次經歷伯伯的事件，再次面臨無常的顯現，而淑萍試圖利用密切的觀察與發現來控制無常的顯現及自身的恐懼，但是這一切都只是徒勞無功的。

### 叁、反抗

荳娘再次碰到死亡，即是自己的親人，從小將自己帶大的丫媽，因為年紀大，感冒發燒引發肺炎，因為丫媽平常身體很健康，沒有其他毛病，所以對荳娘及其他親人來說，都認為可以拼拼看，認為丫媽好起來的機會很大，所以作主讓丫媽插管子，轉入加護病房，荳娘說：「、、，那時候想說拼拼看，丫媽沒有什麼末期癌症的問題，只是發燒、肺炎、肺水腫，想說應該是可逆，可以治療好的，可以拔除管子，那時候，始終不相信丫媽快 80 歲，會死掉，只是後來有褥瘡，很大一片，在薦骨，那時候也是覺得說，只是去開刀，沒有關係，那時候肺水腫，插管子，後來敗血症，那一次，丫媽死掉是在加護病房，就覺得天呀，怎麼會這樣，那時後有一點罪惡感，因為，自己的丫媽有說過什麼都不要 (D1-014)」。面對丫媽的死，荳娘形容有如父親死亡一般，甚至對丫媽死前所遭受的痛苦，充滿著罪惡感，因為違背丫媽的交代，整個家族對於丫媽的死亡，印象中除了痛苦還懷抱著罪惡感。

而在急診的經驗也讓荳娘覺得有罪惡感，看著病人痛苦自己卻無能為力，讓她說出自己好像在幫醫師殺人的話語。荳娘：「我覺得我在幫醫生一起殺人，就是這樣(D1-003)」。從談話中可以明顯感受到荳娘深深的罪惡感，以及對自我的責備，這樣的經驗累積的情緒不斷的啃食荳娘，促使她毅然決然脫離急診。

在加護病房時，曾經碰到學姐的外婆因腹膜炎開刀後借住內科加護病房，由學姐親自照顧自己的外婆，所有的醫療決定都壓在學姐身上，雖然親戚之間說好學姐做主，但是仍有許多不一致的耳語，加上看著自己的外婆躺在病床

上，預後不佳，學姐那一陣子看似堅強，其實內心也有許多的苦說不出，而那一陣子照顧學姐外婆的人，也都戰戰兢兢的或多或少承擔著無形的壓力，最後學姐的外婆往生時，下大夜的學姐親自趕來醫院見外婆最後一面，幫外婆做遺體護理，送往太平間。事後一年和學姐聊天時再提這次經驗，學姐曾表示其實當初也掙扎是否放棄開刀，讓外婆舒服就好，因為心裏有數，預後機會渺茫，後來還是決定開刀，總想拼拼看，雖然後來奇蹟還是沒有降臨。學姐也曾幾次夢到過世的外婆，心中一直有一股罪惡感，認為自己增加了外婆的痛苦。研究者也曾多次照顧醫護人員的親人，面對自己的親人面臨死亡，大多數都充滿著矛盾與掙扎，身為醫療人員所擁有的理性、知識與經驗，都顯示著死亡是唯一的結局，但是大多數的醫護人員在過程中雖然決定 DNR，但是非到做後關頭還是會選擇拼拼看，祈求神蹟出現。我們總是把死亡屏除在人生道路之外，即使明知路的盡頭就是隱晦的死亡，我們仍以非本真的存有走在道路上(田野觀察 99.7.14)。

肆、低鳴

#### (一)平地一聲雷

對於寶貝來說，護理生涯經歷過許許多多病人的死亡，對於她來說，死亡場景不再深刻，也無法在停留於心中，硬是要她回想，她只想到有一次學姐的病人突然 CPR 的過程，那個過程讓她感到害怕，害怕失去病人，看著病人在自己眼前黑掉，最後雖然被救回來，但是卻是血流滿面。寶貝說：「、當下我們能做的，就是看病人在你面前黑掉，後來就是 HR 開始掉，就開始給藥這樣子 (B1-009)、手都在抖耶，我不知道我只覺得那一天很恐怖，我甚至想會不會失去這個病人，通常我不會特別去想說，會不會失去這個病人或怎樣，我以前都不會想、(B1-010)」。寶貝不了解自己為什麼會這麼害怕失去這個病人，明明不是自己的病人，只是去幫忙而以，可是整個過程卻讓她害怕到連抽藥都在抖，這對她來說是不可思議的事情，一個經驗豐富，有自信，面對無數次 CPR，從來對病人的生死沒有深刻感覺的人，為什麼偏偏害怕失去這個病人，這之後再經歷 CPR，經歷病人的死亡，她又回復到過去的經驗，不深刻，沒有特別映像。死亡

最駭人之處不在於沒有未來，而是失去過去，遺忘即是某種形式的死亡，在生活中處處可見(廖婉如譯，2009)。亞隆說如果我們能排除掉日常的生活世界，深深反思我們在世上的處境、存在的界限與可能性，如果我們能達到所有根據之下的根據，就必然會面臨存在的既定現實，那最深處、最底層的結構，被某些急迫經驗所催化而成的「臨界處境」(易之新譯，2003)。

面對病人的死亡，寶貝雖然說沒有很深刻的映像，但是還是描述說在幫病人做遺體護理，或是讓家屬進來見最後一面，給他們獨處時光時，對於那個處境，總會不自覺的流眼淚，寶貝說：「我覺得有時候自己就是眼淚會流出來，、中間那個過程就是自己好像眼眶紅紅、(B1-002)」。臨界處境使人不假思索就能直接體會自身死亡的必然性，引發強烈的恐懼，因而使人察覺自己的存有(易之新譯，2003)。

## (二)憤怒的雷鳴

仙蒂的經驗帶著生氣，對於一些照顧的病人，無法自主決定自己的醫療，即使做了決定，經過醫師一再的詢問或是家屬的堅持，到最後又被推翻，對仙蒂來說是在消耗她的能量。仙蒂說：「我覺得怎麼可以這樣，、他都已經決定這樣子，那他今天知道可以自己負責，那你在怕什麼?你在怕有醫糾嗎?還是什麼的嗎?還是怕管子拔不掉、(C1-014)」。對於一個已經決定拔掉管子，失敗就不再重插的老伯伯，經過醫師一再一再的詢問之下，老伯伯最後在懵懵懂懂間同意了，雖然隔天他就又反悔了，但是卻已經被判定意識不清，輔導員把醫療決定權交給醫師，所以被送去開刀房做了氣切手術，老伯伯的未來從此被固定下來，帶著呼吸器，躺在床上，直到死亡來臨為止。氣切後的伯伯從此變得很沉默，很沮喪，不再呼喚護理人員表達他的需要，不再點搖頭回答護理人員的問題，只是被動的任由護理人員做一切的治療，這樣的過程讓仙蒂很生氣，甚至認為是一種醫療上的壓迫「為什麼我們醫療人員要這樣子逼迫他呢?(C1-014)」。

另一個病人的情況，也讓仙蒂非常生氣，一個家屬從一開始就要求積極搶救到底，不管醫師、護士如何說明，甚至已經明白表示一點機會也沒有的病人，

家屬仍舊堅持救到底，卻再 CPR 過後，家屬表明了很後悔，仙蒂說：「你知道這樣後果，你當初那麼積極，那你現在在後悔，你對你當事者他是怎樣的一個心情?、你怎麼停?全部都上了，你怎麼停?(C1-014)」。「就是很無奈，對呀，就是因為沒有辦法表達，所以不管是我的權力，我的意願，尊重，連尊重都沒有了(C3-002)」。

對於一個已到生命末期的病人，大家都心裏有數就這 2 天的病人，只因為值班醫師不願意讓他在晚上走，所以下醫囑要求再輸液補充、抽血、給昇壓劑，即使主治醫師已表示必要時和家屬說明清楚"放手"，然而住院醫師仍舊要求先做一些搶救處置，對於一個已經全身水腫，面貌已和剛接觸時不一樣，找不到血管的病人，抽血對護理人員來說是非常困難的，即使捨棄尋找血管直接從動脈抽血，對於護理人員來說這一針好似扎進自己的身體那麼痛，而這一次的痛苦對於他們來說是沒有必要的，因為即使抽血之後又能如何，百分之 99 死亡的機率呈現在眼前，抽血只是增加痛苦，「他已經到末期，即使你確定他腦膜炎，還是沒用呀，你做那麼多檢查、抽血，還是沒用呀，家屬已經 DNR 了，你抽血知道他現在很酸，快死了，有用嗎(C3-003)」。仙蒂在言談間，似乎也在吶喊著她無法在醫師面前大喊出來的無奈與痛苦及自我的譴責。「到最後為什麼還要這樣(C1-002)」這種無法幫助病人的苦一直困擾著她。

同樣的情緒也發生在荳娘身上，情境好像回到急診時，面對末期病人，醫師憑著經驗決定生與死，決定接下來的醫療措施，病人因為無法說話，所有的決定被交給了醫師及家屬，即使病人之前已經表達不要氣切，不要插管，不要急救，但是這些到最後都被推翻，病人還是插了管，還是做了氣切，還是被又電又壓，面對這樣的情境，荳娘說：「你明明知道他不要，但是醫師要，你只好幫他做，他痛苦萬分躺在那裏，被你約束，一動不能動，再那邊流眼淚，很悲傷，家屬來，都只叫他加油加油，然後，就算跟主治醫師講，因為我們不知道該怎麼幫他，、病人就會被一直擺下去，一直到沒有其他選擇，才會讓他自然走(D1-006)」。除了生氣，荳娘的語氣也飽含著無奈。

梅也有同樣的無奈，面對一個 90 幾歲的老奶奶，功成名就的子女都不再身邊，獨自住在安養中心，從安養中心被送到加護病房，從不能說話到拔掉管子可以說話，總是利用各式各樣的方法，不斷的叫喚護理人員，只因為害怕護理人員忘記她，這讓梅覺得很無奈，梅說：「老人家真的就是這樣子，需要關懷，我們受限於工作的關係，沒辦法一直陪在她旁邊(A2-001)」。另一個病人也讓梅感覺到無奈，一個單身榮民，住在隔離房，注射鎮靜劑，但還是可以配合的狀態，爲了怕伯伯拔掉管子所以把伯伯的雙手約束起來，伯伯的眼睛除了牆壁、天花板，沒有其它的景色，護理人員 1-2 小時進入一次，停留時間也短短 10-30 分鐘，梅說：「我看著他我就會覺得，人這樣走這一遭，辛辛苦苦，你看榮民伯伯爲國家；不管是他或是其他人，爲家裡的人奮鬥一輩子，在最後卻沒有辦法主宰自己的生命、、我不知道該怎么做、、(A2-001)」。於對於另一個病人，梅也感受到無奈，「本來是很開心的要迎接新的生命，沒想到發生這種事(A2-011)」。

梅和仙蒂、荳娘的照顧經驗中，都感受到了無奈，而這種無奈又有 2 種區別。一種是對生命無法掌控的無奈，另一種則是對於照顧病人有心無力的無奈。

### (三)避雷

荳娘面對一個 30-40 歲，妻子懷孕 9 個月的病人被診斷爲腫瘤轉移，一個可以清楚說話表達的病人，荳娘不知道該如何照顧病人，面對這樣的處境，她選擇逃避，荳娘說：「這個病人完全不知道怎麼照顧，所有家屬都哀求醫師一定要救他，一定要搶救到底，至少還要給他 10 年的時間，、、就很駝鳥覺得後面一定有人會處理，、、我連面對都不想(D2-001)」。荳娘剛生下一個寶寶，做完月子回來，身爲一個新手媽媽，看到一個原本應該和自己一樣，開心迎接新生命的人卻遭受如此困境，面對病人，荳娘除了看見眼前的病人，也看見了隱藏在後面的妻子，陷入同情、逃避中，同樣的病人也引起寶貝、仙蒂、淑萍以及梅同樣逃避的情緒，大家都很有默契的把照顧重點放在常規治療上，對於其它的事情選擇沉默不談，一切交給醫師做決定，即使她們心中也都知道，醫師的處置其實也只是表面的。

也許是梅、荳娘和病人的太太有相似的角色模式，年齡也差不了多少，所以梅也有相同的感覺，面對這個病人，彷彿看見自己就是那個懷著 9 個月身孕的太太，害怕到想躲開，梅說：「那陣子有點害怕去照顧他，他就是在你旁邊提醒著你，我的思緒是這樣子，害怕自己會成為她，因為剛好年紀相似，她太太也剛好懷孕你會覺得很害怕，因為角色模式一樣(A2-012)」。

對一個即將當父親，卻罹癌末期的年輕病人，梅、荳娘、淑萍都感受到生命的脆弱與無常，一直強調「生命真的很脆弱，本來是很開心的要迎接新的生命，沒想到發生這種事(A2-011)、(D2-019)、(E2-017)」。

面對這個病人，大家不約而同採取逃避的態度，罹癌末期的先生與懷孕的太太，這 2 個代表生命與死亡的兩邊，鮮明的對比呈現在大家的眼前，引發了邊界經驗，挑戰個自的存在處境，其實，並不是沒有碰過年輕人瀕死，而小孩還小的情況，但是不知道為什麼對於這個病人及太太的狀況，五個人都有無奈且有心無力的挫折感，語氣中顯露出脆弱與悲傷。

德國哲學家亞斯培的存在主義觀點認為，死亡引發個人的邊界經驗，痛苦也是，此時我們會感到困惑與絕望(蔡昌雄，2006)，面對這樣無法處理的悲傷，大家不約而同的採取避而不談的方式。

而對荳娘及梅來說，這個邊界經驗不只引發悲傷與無力感，更是牽引出她們的恐懼與害怕，荳娘說：「我會陷入那個情緒我沒辦法做照顧，跟自己太相近了，會去做好多好多想像，想像如果對方是自己的老公，不知道該怎麼面對，我甚至還想到我會不會恨那個小孩(D2-001)」。

一個是剛懷孕，另一個則是剛生產完，面對病人就好像看見自己的先生，而自己成為那個愁容滿面；卻再會客時假裝堅強的太太，面對病人近期必然死亡的結果，面對未出世的小孩可能見不到爸爸的強烈可能性，無法接受卻無能為力的結局，讓梅連說了 3 次害怕，「有點害怕去照顧他，他就是在你旁邊提醒著你，、、，害怕自己會成為她，因為剛好年紀相似，她太太也剛好懷孕你會覺得很害怕，因為角色模式一樣(A2-012)」。

亞斯培的存在哲學觀點，認為當事人在面對此一存在的困境時，只有把別人的痛苦當做自己的痛苦來分擔，與別人共同承受痛苦時，這樣的痛苦才會喚醒我們的「存在」走向超越(蔡昌雄，2006)。

面對這個特殊的病人，荳娘認為自己應該和病人及太太聊聊，深入了解他們的狀況，並且給予他們更好的護理，不管是上班或放假，荳娘一直在思考如何幫助他們，卻也一直沒有勇氣去執行，荳娘說：「我很希望那個爸爸過世了，他太太有一封信是來自於老公鼓勵他，然後甚至說要給小孩一堆卡片或一堆信件…都好，我希望有這些東西出來，就算沒有寫至少起個頭，有一封父親的卡片都好，可是我什麼都沒做(D2-010)」。荳娘害怕一旦自己開口談，但卻發生無法收拾的狀況時自己該怎麼辦？因為害怕無法掌控可能會發生的狀況，所以一直未給予進一步的護理照顧，這樣反覆的煎熬在病人轉出加護病房後仍困擾著荳娘，「罪惡感，有，我明明知道他應該做一些事情卻沒有去做，我覺得自己沒有做到護士應該要做的事情(D2-010)」。人藉由逃避來減輕焦慮，逃避即代表著人無法真誠的生活。若要真誠的生活，代表要挑起責任。但是挑起責任意味著內疚。亞隆提到「神經質的內疚來自於反對他人，違反古今禁忌、違背父母或社會公斷時所想像的過錯」。因為對自己負責，因此發現存在於自身的內疚。內疚有如海德格的「良知的呼喚」，是出自存在本身所發出的聲音。

阮平英、黃珊(2004)的研究指出，加護病房護理人員常因擔心自己疏忽或能力不足無法救治病人而感到害怕；產生莫大壓力。工作負荷的壓力往往讓想要好好處理病人所有問題的護理人員，心有餘而力不足；因為在既定時間內有太多的工作要完成；護理人員已無力也無心再去思考家屬或病人其餘心理靈性的需求。面對家屬及病人的需求，加護單位護理人員雖然做了評估後也了解其需求，但是面對做不完的常規工作；及處理病人或家屬情緒問題時，缺乏信心覺得自己不是很有能力；害怕和醫師不同調造成病人或家屬的傷害或誤解無法承擔而形成壓力，導致部分護理人員只願意完成份內常規的工作，其餘的部分則選擇不談或是等待有人起頭。

而在聽聞自己以前認識的同事因病死亡的時候，荳娘回想整個過程，覺得自己從同事發病到死亡，從頭到尾充斥著逃避，荳娘說：「從佈告欄看到之後，很震驚，一直講不了話，然後非常哽咽，一直到開車回家，在車子裡面大哭

(D2-003)，、因為不能接受這種事，她太年輕了，對我們來講她是年輕，我們有時候知道那麼多東西，我們還是會選擇不相信，而且是很根深蒂固，我還是把她當成護理人員的學姐，我不承認她是病人(D2-004)」。對於荳娘來說，生病的同事還是同事，不會被貼上病人的標籤，同事永遠不可能和生病、不健康、死亡等標籤劃成等號，然而病房接二連三傳出同事、學姐因病請假休養的消息，讓她覺得好像被掐住了。而同樣的寶貝聽聞學姐的死亡，感傷與失落湧上心頭，再看到醫院不認識的醫師因意外重傷在對面外科加護病房急救，看著醫師父親沉重的背影，孤單的坐在會議室的畫面，那一整晚寶貝的腳步與心，有如千斤般的沉重。

#### (四)勇士 VS 患者

研究參與者所在的呼吸加護病房共有 24 張床，其中 4 張床是毒物科的床，毒物科病人分爲 2 大類，一類是毒蛇咬傷的病人，這類病人從急診直接住進加護病房，都是意識清楚，可以溝通的病人，這類病人對護理人員來說是最好照顧得一群，通常只要注射解毒劑，觀察傷口變化，幾天之後即可轉到病房繼續接受治療。另一類的病人即是自殺的病人，這幾年自殺的病人不外乎以燒炭、喝農藥這 2 種方式爲主。燒炭自殺的病人來時大部分意識昏迷，插入氣管內管合併呼吸器使用，這類病人都會接受高壓氧治療，有人死亡，有人被救回完全康復，有人雖然救回來了，但是有部分腦損傷，意識不清楚，也無法脫離呼吸器，最糟糕的是有人雖然救回來，但是卻是白菜，寶貝曾經照顧這類的病人，一位是個男大學生，因爲感情因素燒炭自殺，還好發現的早，高壓氧治療後完全康復沒有後遺症，看到大學生父母來看他的過程，寶貝說：「當然對他來說，當下感情是他最大的問題，所以這樣選擇不能說什麼，可是對他父母來說情何以堪，你看他爸媽送小孩來讀書，卻接到電話說小孩子自殺，還好他沒什麼後遺症(B2-006)」。另一次則是一對男女朋友，兩人燒炭自殺，女生發現時已死亡，男生送來時昏迷，做了高壓氧都沒醒來，被確立白菜了，男生的母親表示很久沒有兒子的消息，不知道他們爲什麼會自殺，母親最後決定 DNR，拔管失敗也不再重插，也不願做氣切，面對這樣的情況，寶貝說：「你看他躺在那，女朋友死了，不知道世，就

一直躺著，我會想是不是就不要救，最近拔管了也沒醒，家裡的人已經簽 DNR，FAILURE 就不 REON，所以之前談氣切也拒絕，可是他還年輕，要 FAILURE 也要一陣子，就躺著，對家裡的人來說，我不知道，後續是很大的問題。有時候我會想，自殺的病人，是不是要救，也許他們根本不要我們救，不知道，我會想他們會不會後悔，可是其實我們不太會去問，因為怕，你知道的(B2-006)」。一個人真的有權利選擇結束自己的生命嗎？

這樣的選擇到底是勇敢還是可憐的笨蛋？面對同一個病人，仙蒂則是充滿生氣，仙蒂說：「對呀，像這種人我會很生氣，死了也就算了，變白菜躺著，對家裡的人怎麼辦，一輩子要照顧他(C2-013)」。仙蒂並不會排斥照顧自殺病人，但是自覺缺乏關心，只是做常規工作。因為對她來說，她覺得自殺成功就算了，沒有什麼好說的，至少那是他的決定，但是如果自殺沒有成功，被救回來，假設沒有後遺症那就當作命不該絕，或是老天再給他一次機會，也許他的生命會有不同的轉變，可是有後遺症的被救回，讓家人必須承擔一輩子的照顧責任，對仙蒂來說卻是無法被原諒的，因為在她眼中看到的重點不再是病人，而是那個愁眉苦臉的家屬。

面對另一個燒炭的年輕人，雖然救回來但是有部分腦損傷，智力大約在 10 歲左右，一個曾經對家人暴力相向的年輕男孩，如今變身為一個大男孩需要家人的照顧，哥哥與妹妹拒絕照顧，母親來只是苦著臉一直訴說經濟有問題，無能為力，請醫療人員幫忙，疑惑再次襲上寶貝心頭。

荳娘照顧過一位服藥自殺的伯伯，伯伯因為沮喪，缺乏自信，自行準備好手尾錢、新衣新鞋後，服用藥物自殺，還好發現的早，治療後恢復健康，聽著伯伯訴說自殺過程，荳娘告訴伯伯說：「怎麼辦？你吃了那麼多藥，老天爺沒有要收耶！(D1-010)」。伯伯突然驚覺自己是一個很有福報的人，在轉出加護病房之前伯伯對荳娘說，他是充滿感謝出去的，他不會再做傻事，這樣的結果讓荳娘很開心，訴說過程時眉眼充滿著喜悅，因為她覺得自己的護理成功了，讓伯伯轉了念，重新面對人生。

## (五)永痕的傷痕

淑萍遇到原定要出院的病人突發死亡，這一個病人的死亡讓她產生極大的罪惡感及疚責，期望這一切都不是真的，淑萍說：「我到現在想起來都還是會覺得我是不是漏掉了什麼，雖然學姐說是他的命，、、可是我還是會想是不是、、(E1-009)」。過去淑萍所認知的世界在那一刻崩落了，過去所知、熟悉的常態、穩定、出院、病危、死亡的流程順序被破壞了，原本應該是理所當然、日復一日的日常生活世界，霎那間卻風雲變色，原本厚實、牢固的站立點，現在卻如熱帶雨林中的泥濘之地讓自己動彈不得，她的日常生活產生破裂，「死亡」、「無常」再次逼近日常世界中，讓她進入邊界處境之中。她一直身陷在這恐懼慌亂的泥地中，找不到方法逃出。海德格認為大部分的人都活在忽略存有的狀態，活在事物的世界中，活在日常生活瑣碎的事物中，除非面臨急迫經驗、邊界處境才有可能進入注意存有的狀態。

直到現在她仍無法忘懷當時的一切，每逢畫面掃過，心即再度被恐懼佔領。只要言談，記憶創傷便會湧現出來，所以淑萍不願再回想，因為每次的回想都是逼迫自己去面對不願意承認的恐懼，害怕病人死亡，是她無法忍受且排斥的黑暗地，她選擇以不真誠的方式處理死亡的衝擊。梅也有類似的經驗，看到預定洗完腎即要轉出的病人，突然血壓下降，發紺，開始 CPR，短短 4-5 小時後被宣告死亡，整個過程讓梅覺得生命是如此的脆弱，無常，也了解自己的無能為力。「蠻突然的，因為本來好好的等轉出去，、、人的生命中，冥冥中有它的定數(A2-006)」。寶貝說：「、、當下我們能做的，就是看病人在你面前黑掉，後來就是 HR 開始掉，就開始給藥這樣子(B1-009)、手都在抖耶，我不知道我只覺得那一天很恐怖，我甚至想會不會失去這個病人，、、通常我不會特別去想說，會不會失去這個病人或怎樣，我以前都不會想、、(B1-010)」。寶貝不了解自己為什麼會這麼害怕失去這個病人，明明不是自己的病人，只是去幫忙而以，可是整個過程卻讓她害怕到連抽藥都在抖。邊界處境逼使人直接面對自身死亡的必然性，引發強烈的恐懼，使人不斷的察覺自己的存有。

而每當醫師宣告病人死亡時，淑萍都會覺得空氣中的溫度似乎凝結成冰，讓她覺得寒冷不舒服，那種溫度不是因為冷，而是冰的感覺讓她感到排斥，她說：「我不知道是不是我自己過敏還是想太多，每次只要醫師宣布病人死亡，我就會覺得空氣中變冰了，不是冷是冰的感覺，好像在零下5度10度的感覺，很不舒服，我有私底下問其他人，可是她們都說沒感覺，所以做遺體護理的時候，雖然病人剛死，還有溫度可是我摸起來就是覺得冰，戴著手套還是覺得好冰，會起雞皮疙瘩，所以我每次擦身體水都會故意弄熱一點，讓自己覺得溫暖一點(E2-014)」。

從工作有記憶以來，淑萍就不喜歡那種似冰的溫度感，所以只要碰到病人死亡，當她在做遺體護理時，熱水的溫度撫慰了她的恐懼與害怕，熱水的溫度讓她覺得自己是活著的。在身體部署(2006)一書中提到記憶不是過去的構成意識，而是透過當下的蘊含重新打開時間的努力，身體做為採取態度的恆常中介，建構出擬似當下因而是我們與時間空間建立聯繫的中介，意即透過一向性的原始運動，將身體投射世界，身體活出時間空間的整體，以身體感帶動生活時間與空間感受，同時將感受納入經驗之中，讓經驗在時空轉換後再次重返。

梅形容說：「如果說上帝問我，你死要怎麼死？其實我跟你講，我一直不敢給自己答案，因為你會想很多死法，比如說睡著死掉，可是睡著很多話都沒講，怎麼辦？就這樣睡著？那你會想說要不然車禍，車禍撞到咪咪帽帽，或是什麼意外、生病也是，像癌症折磨，其實如果上帝問我，我不敢給他答案，他如果答應了，好，你自己選擇，我沒辦法，因為我就是不想要，會害怕，真的會害怕(A1-013)」。

梅一連說了好幾次害怕，對於死亡梅採取逃避的態度，因為還年輕、也很害怕、所以不想去了解。對梅來說死亡是未知的，看見病人在醫院瀕死的過程讓她害怕，也令她知覺人生需要學習面對死亡，但另一方面卻也安慰自己死的是別人不是我。

歐文·亞隆認為「存在的既定事實」中最明顯且最令人苦惱的，即是死亡焦慮。死亡恐懼是焦慮的根本來源，但死亡焦慮的定義卻是非常複雜。亞隆引用 Jacques Choron 與 R.Kastenbaum 的說法，分辨出三種死亡的恐懼，分別為死

後的世界，臨終事件的經過，以及生命的終結，其中生命的終結是最核心的死亡恐懼，其餘二者則是與死亡有關的恐懼。齊克果認為恐懼是害怕某種東西，焦慮則是害怕什麼東西都沒有，這種焦慮無法定位。羅洛·梅說：「焦慮會從每一面攻擊我們」，無從了解及定位的害怕，使人無法面對，進一步引發無助的感覺，產生更進一步的焦慮(蔡昌雄，2006)。

事實上從照顧經驗中可以感受到 5 個人所引發的痛苦、恐懼與驚慌、罪惡感、害怕、難過生氣、無奈逃避等種種情緒的產生，看見他人在死亡過程中痛苦，而自己無能為力減輕其痛苦，產生罪惡感、究責感等，恐懼他人死亡引發恐懼自身的死亡過程也會充滿痛苦，這些情緒其實都是焦慮的隱藏，護理人員在這些場域中接觸到不同的照護經驗，種種的現象讓她們發覺自身恐懼的事物就赤裸裸的呈現在眼前，但是這種恐懼，死亡的恐懼並沒有因此擊倒她們，她們察覺死亡的陰影在前面，但是似乎有一道無形的牆擋在前面，那道牆的名字是年紀，總覺得自己還年輕，時間還沒到。

楊淑溫(2008)研究發現護理人員面對死亡態度依序為：焦慮自己瀕死、焦慮他人死亡、焦慮他人瀕死、焦慮自己死亡。焦慮自己死亡項目中，以「年輕時死去為最高；焦慮自己瀕死項目中以「瀕死過程的痛苦」為最高。護理人員在末期照護之情緒困境，因過於投入病患互動；工作所累積的失落感；面對年輕病患或病患非預期性的過世；因此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等。面對照顧末期病患及家屬是長期且持續的壓力情境。而面對於越年輕的末期病患，越增加面對的困難。護理人員在面對老年病患瀕死或死亡過程，較少出現情緒連結的反應。非安寧單位之護理人員雖有正面的安寧認知，但面對末期照護情境，的確易引發臨床護理人員對自己瀕死的恐懼，甚於面對他人死亡與瀕死(藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美，2007)。

## 第四節 死亡概念的形成

### 壹、消失不見→痛苦→無奈

梅是一個單親家庭的小孩，父親在她讀幼稚園時就走了，對於父親的死亡完全沒有映像。在工作後，面對死亡的經驗，對於梅來說，死亡是突然消失不見的過程，梅說：「最後要走的時候，他的外觀整個都變了(A1-003)」、「他讓我有深刻的體悟，就是不見了，心理上還是會覺得失落感(A1-005)」。面對一個從確定診斷，接受截肢手術，到化學治療，一路上梅都陪伴著，照顧著的小男生，對於他，梅不僅是把他當作病人，也把他當作是自己的弟弟，多了一份憐惜，從確定診斷到接受治療，以及最後聽聞病患母親電話告知死亡消息，整個過程，讓梅體驗到「ㄟ，生命的過程就是這樣走的，第一次知道我周遭的人真的會離開(A1-005)」。還沒有工作前，梅並沒有其他面對死亡的經驗，開始工作之後，死亡經驗讓她了解人的死亡是一個消失不見的過程，而在這個過程每一個人都會經歷，即使是周遭最親密的人，也總有一天會在自己眼前消失。

進入加護病房之後，面對所照顧的病人，不再是一路的陪伴，而是斷續的照顧，有些病人也許第一日照顧，有些病人也許照顧很多天，大家都預期近期內會死亡，可是卻還是撐在那，那種撐在那裏的感覺對護理人員來說是一種很大的壓力，以及死亡的焦慮，既希望他能夠盡快解脫痛苦，卻又希望他能有奇蹟出現恢復健康，這樣的情緒在每分每秒之間不斷的交錯煎熬著護理人員，也存在著對自我無能為力下的無可奈何。而面對來來去去，也許熟悉，也許不熟悉的病人或家屬，梅覺得死亡還是一種消失不見的過程，對於一個已經脫離呼吸器，只等待洗完腎即要轉去病房的病人，突然在洗腎時意識喪失，開始 CPR，所有的東西都上了，又電又壓，後來因為要等一個當兵的兒子趕回來見他最後一面，所以接上 ECMO，但是大家都知道，沒用的，只是，給一個時間去緩衝家屬的心情，達成家屬的心願罷了，從 CPR 到病人死亡，短短 4-5 個小時，一個原本會和護理人員說話，預期康復的病人，短短時間變成一具冰冷的遺體，對梅來說，再次體驗

到了消失不見的過程，只是這個過程不再像病房一樣緩慢發生，而是在無預期突然之間就消失了。「你會覺得生命隨時會有危險，這一刻是怎樣，下一刻就沒有了(A1-012)」。

除了是一種消失不見的過程，梅認為死亡還包含著很多負向的情緒，梅說「病人的變化就是有時候起起落落，主要是家屬，、、、，他們死亡的時候，表現出來的，幾乎，我覺得是負向的(A1-009)」。面對病人的死亡，梅看著各式各樣的家屬表現出來的情緒，大哭、歇斯底里，哀求醫師再繼續救等，讓她覺得死亡是一種負向、不好的經驗，過程中充滿著痛苦與無奈，另人害怕經歷那種過程，「我們在醫院看到就這樣子拖、受苦、受累那很可怕(A1-012)」。例如一個腸套疊的病人，開刀後病況即轉直下，肝功能不好，又沒辦法從嘴巴進食，每個人預期他只是時間問題而已，因為如此，所以對他的處境覺得同情憐憫，因為他意識很清楚，為了怕他自拔管路，所以把他約束在床上，看著他充滿無奈的、痛苦的眼光，呼吸隨著呼吸器一上一下的，躺在床上等著大家預期的死亡來臨，對梅來說，那份無法說出的痛，真實的從眼神中傳遞出來。梅提到：「到最後受苦的是病人，病人到最後要臨終，他們給他搶救到底，但是搶救到底就會回來嗎？你看這樣真正受苦的是誰？(A1-010)」。梅的語氣透露著無奈，無奈於病人無法選擇自己的死亡方式，「那一段你就會覺得生不如死，照顧他你也就算了，你會覺得不如讓他安樂死，他的病房在護理站對面，每天就聽到他在痛、在哀哀叫、一直在叫、每天都在叫、叫到他死掉，真的(A1-005)」。面對病人痛苦的呻吟，直到死亡，深刻的經驗還映在腦中，這樣的過程讓梅覺得死亡是痛苦的過程，一個比死亡後未知的世界更可怕的事情。在加護病房死亡和病房或安寧病房的死亡不同，面對連家屬也認不出來浮腫的臉孔、插滿管路、身體已然發黑的身體，仍舊讓呼吸器強制給氧的病患，到最後大理石斑都出來了，死亡的臉孔就在眼前，但是他明明還有血壓、心跳，他還活著嗎？他人在哪裡？雖然他就躺在護理人員的眼前接受照顧，可是他真的在在這裡嗎？

然而面對另一個即將當父親，卻罹癌末期年輕的病人，讓梅覺得「照顧

他會覺得生命真的很脆弱，本來是很開心的要迎接新的生命，沒想到發生這 (A2-011)」。各式各樣的人在自已面前死亡，背後總是帶著一個不一樣的故事，不同的劇情，不同的演員出現在自已面前，演出相同的死亡戲碼，對於梅來說，每看一齣戲都是一種學習，「死亡對我來說更要學習(A2-012)」、「這是可以學習的，很多 model 可以學習，生命對我來說是體驗不同的，沒有絕對，你絕對不是萬能的(A1-011)」。死亡的無法避免及面對死亡呈現出來人的脆弱一面，讓梅意識到許多事情沒有所謂的絕對，死亡沒有絕對發生在老人身上，任何一個人都會面對，即使年輕人、嬰兒都會，所以很多事情不再理所當然。

## 貳、人生必經之路

同樣單親家庭長大的寶貝，父親在她國中時死亡，從此和母親及 3 個妹妹相依為命，姐妹之間雖然也會吵鬧，但是感情很緊密。父親的死亡讓她經歷了失落，從擁有到失去，也許是比其它人都還要早面對至親的死亡，在工作中面對病人的死亡經驗，讓她覺的死亡是什麼都沒有了，是一種沒辦法想像的世界。「什麼都沒有，然後你也沒有辦法呼吸(B1-003)」。對於死亡寶貝認為很難形容，只覺得那是一條人生必走的路，只是每個人走的路長短不同，寶貝說「我是覺得我是覺得那是人都要走的路，不管是出生成長或是生病，也不一定是老人生病，小人也會生病，我是覺得的這是一個過程(B1-002)」。也許是曾經待過小兒科，看過新生兒的死亡，之後再轉到大人科，也經歷了大人、老人的死亡經驗，也或許是在很早時及面對至親親人的死亡，對於寶貝來說，死亡是一種自然的過程，而這個過程就像日出日落一般的平常。

然而在一次協助學姐 CPR 的過程中，眼看病人因為困難插管而在自已眼前發黑，當時得情況讓寶貝形容死亡就像是一種失去，一個原本站在眼前的人，突然之間就消失不見了，活著的人失去了一個人，那個人再也無法出現在自已眼前，再也無法觸摸到他，一種原本擁有的東西，後來被奪走了，而那是一種誰也無法抗拒的。

## 叁、痛苦→輪迴

對荳娘來說，尚未出社會時，死亡對她來說是一種失去，一個原來擁有的東西被剝奪了，是一種椎心刺骨的痛，「還沒有工作之前就覺得死亡是一個失去，死亡是分離，那種撕裂的感覺(D1-009)」。剛出社會時面對的第一個死亡病人即是一個癌症末期的Y媽，看著她緊握自己的手忍受著痛苦，無非就是在尋求幫助及解脫，那雙緊握自己的手卻在隔一天消失不見了，對荳娘來說，她緊握自己的雙手，無聲求救的眼神還停留在自己的腦海中，這初次的體驗讓她深刻體驗死亡是「痛苦的」。

而在急診的經驗則是加深她認為死亡是一種「痛苦的」、「無奈的」過程。面對一個個的老人家，也許是傳統文化的影響，老人家在生病之後將所有的醫療自主權交給了子女，子女也許受制於不孝的壓力或是不捨的心情，時間緊迫的考量之下，沒有考慮到當事人的想法或意願，即使明知不可為或著只是徒勞無功，但是在醫護普遍害怕家屬會告的心態，施與一切的急救措施，讓荳娘不斷的覺得自己是「殺人兇手」，護理工作不再是幫助人，而是害人的工作，荳娘不斷的強調「不知道病人在裡面被又壓又擠是什麼感覺(D1-003)」，這樣的疑惑與想法不斷的啃噬著她的心，每當看見癌症末期已簽立 DNR 的病人在家屬的要求下，仍被施予 CPR，那樣的無奈心情，讓荳娘一直覺得自己是「殺人兇手(D1-003)」。這一個殺人兇手的過程不斷呈現的是她對死亡所感受到的痛苦。這種痛苦也是一種對死亡過程的恐懼，因為死亡使人失去獨立與自主性，給人的映像是痛苦、悲傷與折磨。

之後面對自己Y媽的死亡，荳娘覺得死亡是盡一切努力也無法拉回的過程。一向疼愛自己，拉拔自己長大的Y媽在感冒發燒引發肺炎後，一直相信一向身體健朗，沒有其它疾病的阿媽一定會康復，死亡不會發生在自己的Y媽身上，所以對於一連串的醫療處置即使有違Y媽的意願，還是做了，這時候的荳娘將自己變成之前所看見過無數個家屬一樣，只想盡一切力量救治Y媽，即使在看見Y媽身上出現一大片壓瘡，她還是緊緊抓住一個信念，「只要開刀就好，沒有關係的(D1-014)」，這個信念安慰著自己，一切都會好轉不會失控，然而這樣的一個

信念到最後面臨的卻是殘酷的現實，Y媽還是走了，緊抓的信念還是崩落了，荳娘當下只覺得「天呀，怎麼會這樣(D1-014)」，Y媽的死讓荳娘發現死亡除了是痛苦、無奈、不捨加辛苦，也是一段使盡力氣也無法拉回的旅程，是一種不自然的，一種被剝奪的痛。即使自己擁有醫療背景，動用在多的醫療資源，也和其他家屬一樣，站在同一條線上和死亡拉扯著親人，也同樣無法取得生命。

之後，荳娘面對無數次病人死亡的經驗，死亡概念似乎就一直停留在痛苦、無奈的消失過程，直到男朋友的父親因為癌症住院，荳娘陪伴著他經歷抗癌過程的痛苦，在最後的最後陪伴他住進安寧病房，在安寧病房為了完成男朋友父親的遺願，兩人在病房完成訂婚儀式，從開始籌辦到完成訂婚，之後準公公辭世，這個過程讓她發覺到死亡除了不再只是痛苦的過程，還有另一個存在的形式，是一個準備的過程，一個讓自己免於經歷痛苦的過程，一個圓形的循環過程，「是一種輪迴，死亡就是回到生命的開始，2個其實是一個點，一個圓，一直繞，我們生出來是娃娃，什麼都不知道，要人家餵、換尿布，需要多一點照顧、多一點呵護，我們不需要錢，到後來人快要死的時候，其實也是一樣(D1-009)」，從不自然轉變成自然的死亡過程，然而對荳娘來說，這個過程雖然知道，但是卻無法真誠的接受，「雖然是一種輪迴，可是我還是想要和老天爺對抗它，因為總是不希望經歷到那種分離」(D1-014)。對於荳娘來說，雖然死亡是一種循環的過程，但仍是蘊含著分離的恐懼。

而對於淑萍和仙蒂來說，死亡是抽象的，無法說明的，雖然死亡一直在周遭環境間不斷的發生，但是對於這2個人來說，死的不是我，雖然曾經想過自己的死亡，想像自己死亡的當下，但是總在想的那一刻就又將之抹去，認為還輪不到自己，還年輕，仙蒂說：「到現在我覺得，就是覺得很抽象，死得時候還是我嗎？我不知道，我現在看到的人斷氣了，但是我不知道斷氣的背後是怎麼樣的情況，我不知道(C1-006)」。淑萍則表示「不知道，想起來會怕，我不知道，就覺得冷冷的冰冰的，不再是溫暖的(E1-007)」，對於淑萍來說，她只覺得死亡就是一具冷冰冰的身體，對於那種冷她不喜歡，因為是一種對未知的恐懼，因為不喜

歡所以不願去想。死亡的壓力讓日常生活得此有不敢面對它的存有，甚至逃避存有。雖然在日常活的世界中，我們總是看到死亡，並且談論死亡，但是我們談論的都是他人的死亡，不是自己的死亡，因為常發生，常看見，感覺很熟悉，所以不會觸動引發我們。然而不管我們熟悉與否，我們總是在逃避著死亡，即使我們知道終將一死，但卻也總是安慰著自己說：還沒，我還年輕，身體健康，還沒輪到我，我還很久。如此的想法將死亡從自己身邊丟擲到遙遠的星球中。

本研究發現加護單位護理人員認為死亡是一種痛苦、消逝不見、不確定性的感覺。此結果和 Folta(1965)研究顯示護理人員認為死亡是一種平靜的、可控制的、可預測的及常見的現象，死亡是生命過程的自然終止不同。亦和施素真(1999)針對護理人員，陳玉黛、林佩芬(2004)針對加護病房護理人員的研究發現護理人員認為死亡是生命歷程中最自然的一部份不相同。這可能和加護單位護理人員接手重症病人時從病況變差到死亡往往只有 1-2 個月的時間，這中間病人接受積極治療身上插滿管路，灌水後面貌改變，身上到處充滿傷口，無法言語，運用高科技延續生命到最後的最後一秒，即使護理人員早在病人死亡 2-3 星期即以評估出病人癒後零%，死亡率 100%，但是面對無法接受滿懷期待、祈求奇蹟的家屬而言，從護理人員的眼光來說在不斷和家屬溝通的過程中，最接近病人的她們會投射產生如果是我，我不願如此面對生命的最後一段的念頭，而此念頭在最後看到病人面臨電擊、心臟按摩、耳鼻流血的最後一刻，感受到的即是痛苦、不確定性的感覺。而原本看似恢復良好，有機會離開加護病房重拾正常人生的病人；或是預估癒後良好不會面臨死亡的病人，在突然狀況下，病況急轉而下在短短 24 小時到幾天之內死亡，如此的轉變也讓加護單位護理人員感受到死亡是一種消逝。一個原本你預估他可以安然離開加護病房的人，轉眼間卻變成你必須幫他作最後一項照顧：遺體護理，其中的心情轉變可說明護理人員對死亡為何懷抱著突然消逝不見的感覺。而在本研究也發現加護單位護理人員在死亡過程中體認到死亡是一種非人性化的過程，死亡過程充滿醫療儀器，家屬各方的角力，生與死的拉距，這和傅偉勳教授在 1993 年所提出的死亡不在純粹是呼吸、心跳的停止，死亡變

的「機械化以及非人性化」相同。當然本研究也發現少部分護理人員和 Folta、施素真、陳玉黛、林佩芬的研究相同：認為死亡是自然過程死亡就是回到生命的開始。死亡是一個圓，不斷從這一頭繞到另外一頭。藍育慧(1995)、陳玉黛、林佩芬(2004)的研究也證實護理人員恐懼自己的瀕死過程；害怕痛苦。此部分本研究亦有相同結果，加護單位護理人員害怕死亡過程、害怕痛苦勝過死亡當下。

## 第五章 加護病房護理人員生死觀下的轉變

生命與死亡是一體兩面，再看盡死亡的臉孔後，一直在不同的場景中流轉的護理人員，對於自己的生命與工作發生了什麼樣的轉變是本章要探討的內容，本章將從第一節個人的蛻變，描述死亡對個人的轉換，進入到第二節轉化後對家庭周遭的影響，第三節則是描述對護理工作的轉變，進一步在第四節描述對於護理關懷的重新定義。

### 第一節 蛻變

死亡是護理人員的伴侶，一直在身邊，面對不斷反覆發生的狀況，不斷顯現的死亡臉孔，護理人員在不斷的接觸痛苦與不確定、無法主宰的生活經驗中，過程中心理、生活、態度有了不同的轉化。將死亡當做是必經的過程，認為死亡是公平的；富有的、貧窮的、年輕的、老的，都將是面臨同樣的結局：死亡。一種如影隨形擺脫不掉的事實，你無法從它眼前逃開有也無法遮避雙眼，在這樣的認知中將死亡當做是成長的動力，積極的生活，把握當下，期望在有限的生命裡讓自己不後悔。

仙蒂形容自己在國中時是一個很自閉，放不開，非常自我的人，在家很沉默，不太會和家人說話，雖然家人關係很親蜜，感情融洽，但是就是不會主動和家人或是其他人聊天說話，仙蒂說：「我媽就說我國中，還沒有唸護理之前，很自閉，不開放，很封閉，非常個人，也不會去跟人談話、交際(C3-008)」。

然而在讀護理之後，卻發生了很大的轉變，開始會主動和人攀談，會關心家人，甚至於工作之後，更是願意和家人分享自己的心情，所見所聞以及感想，甚至因為如此而被家人形容為收音機，一聽聲音就知道仙蒂在不在家，「我媽說唸護理之後，就一直呱呱呱，我哥就說，妹妹回來像帶一台擴音器、收音機回來(C3-008)」。面對這樣的形容，仙蒂曾經問過母親，自己這樣的轉變到底好不好，家人能不能接受，母親的回答讓仙蒂很放心，「我有問我媽，你到底是覺得，我之前比較好，還是後來比較好，我媽說後來比較好，她覺得說，至少我可以聽你

到底發生什麼事情，不然我不講，她不知道發生什麼事情，一無所知，她會更擔心(C3-008)」。仙蒂明顯的轉變，讓仙蒂媽媽覺得很高興，也開始放心這個家中唯一的小女兒。

除了個性上變的活潑外放之外，仙蒂也發覺自己對於情緒的掌控，比較能夠控制，不再像以前面對家人，一不開心、不高興就會表現出來。除此之外，仙蒂還會開始主動參與家中的事務，並且表明自己的想法，不再只是受父母、兄長呵護，聽從他們的決定的小女兒，而幾次發表意見，家人也感受到仙蒂的成長，開始會接納她的意見，更是讓仙蒂覺得自己真的長大了。「情緒方面也比較會控制，我覺得跟我們家人講一些事情，他們比較會聽，他們會覺得你是比較懂，比較對的，他們會聽，以前不會，後來跟他們講之後，會比較聽你的(C3-009)」。

仙蒂的轉變是性格上的改變，對於梅來說，死亡的影響卻是思想上的變化，梅開始會去反省每日所看到的劇情，思考自己所要追求的是什麼，是金錢？物質？還是功名？還是其它的東西？「我們這個行業其實很沉重，讓我們對人生，生命有很大的體悟，也可以去自我反省、探索很多東西(A2-012)」。看見不管是大人、小孩、有錢、沒錢、大官、乞丐到最後終點都一樣，都是死亡，所有的東西誰也無法帶走，對於梅來說，有形、無形的東西不再重要，「我們在醫院看了那麼多，你要求什麼，只要健健康康就好(A2-012)」。梅不再追求外在事物，對於她來說，死亡改變了她的想法，只求身體健康，也因為如此，梅固定一個月一次，花費 3 個小時的時間搭車來回到廟裏拜拜，祈求家人平安健康。因為死亡如影隨形，每天在自己眼前上演，不斷的發生，讓梅感受到生命的脆弱，既然躲不開死亡，那為何不再死亡來臨前，好好的去感受生命的光與熱，好好體驗生命，不要就此白白浪費，「不要讓自己後悔(A2-012)」，「我覺得生命又，就是要去體驗啦，每個階段、每個階段、每個階段去體驗，生老病死都要去體驗一下，跑不掉躲也躲不過(A1-011)」。因為這樣的想法，梅認為到什麼年記就該完成什麼事情，20 幾歲時專注於工作，30 幾歲就該結婚生小孩，每一個階段都該去嘗試，而不應該錯過或畏懼，即使結果無法預期，總比到老死前才在後悔沒有嘗試過不

同的人生。

面對每天都重複在上演的生命故事，悲歡離合的場景，對每個人來說，都產生不同的影響，這個影響在寶貝身上所看到的改變，就是對於未來寶貝並不輕言期許，對她來說活在當下比未來重要，所以她選擇專注在眼前，當下所過的每一分每一秒，既然決定就去做，不要讓自己有時間猶豫或後悔，想做什麼就去做，想買什麼就去買什麼，只要當下覺得自己所做的事是對的、是快樂的，充實的活著就覺得足夠了。所以寶貝覺得要好好的過目前的生活，知足常樂是她對生活的實踐，當然並不是說她不會碰到挫折或是難過的事，而是她覺得這些事情都會過去，如果一直沉溺於過去所犯的過錯，也不能夠改變結果。寶貝說：「我覺得當下該做什麼就是要做。就是，該怎麼說，及時行樂好像也不是，你自己想做什麼事，你就不要猶豫，你就要好好的去做，你不要後悔，或是猶豫不覺(B2-009)」。

對寶貝來說，她覺得人是脆弱的，一點的小意外或是天災，也許你所認識的人就失去健康或是失命，消逝在你的生活周遭之中，所以寶貝覺得她要加珍惜和家人及所有認識人的相處時光。「因為不管是生病或意外隨時都可能發生，對家人好一點，就是有時候我們對最近的人，有時候情緒不好怎麼樣，有時候對自己最親的人會有點不客氣，或是你會比較沒有想到那麼多，可是他是跟你就是最好，可是有時候可能不小心，會是有些行為沒有注意這樣子，所以我覺得要珍惜自己的朋友或是家人，還有同事，我覺得你就是要，就是我覺的要好好珍惜，珍惜大家相處的時間(B2-009)」。

也因為這樣的想法表現出來的是，寶貝在面對和同事之間的不愉快時總是很快釋懷，也不會和其他同事表達她的不愉快或爭執，避免影響同事之間的和諧。對她來說這一些的不愉快，只是一時的，不必一直記掛於心，影響自己當下的生活與心情。「珍惜現在所擁有的(B2-009)」，是她對自己的提醒，活在當下的實踐是寶貝不會在生活中讓自己覺得委屈，辛苦工作之餘也會大方犒賞自己，每年固定排休出國 1-2 次。

相對於其他的人，荳娘及淑萍的改變方式是思想改變後導致行為的轉變。荳娘和淑萍都認為自己是一個很愛計較的人，也很不會控制自己的情緒，一

不高興就很明顯的表現出來，毫不在乎是否會傷害其他的人，淑萍甚至還會對過去和同事所發生的不愉快事情或人謹記在心，然而在加護病房工作之後，她們漸漸改變想法，看見一個個病重的人，身上插滿管路躺在病床上，連基本的吃喝拉都必須在病床上，靠人幫助才能完成，維持生命，有苦無法說，甚至想自由行動都被剝奪，這樣的苦撐過，並不代表就是恢復健康，有可能終身必須躺在病床上，靠人照顧，也有可能就此死亡，而且還不是能在遵照自己生前的意願下死亡，這樣的場景讓她們覺得人生有什麼好計較的，有什麼好氣的，甚至認為自己是幸運的人，淑萍說：「後來會慢慢發現自己比較能夠控制心情，就是覺得幹嘛生氣，氣死自己不划算啦，跟那一些躺在床上的病人比起來，什麼天大的事都不重要了，健康快樂最重要，你為了一點小事氣死才划不來(E2-013)」。荳娘與淑萍發覺自己很快即可以轉變想法，對於一些事情會開始換個角度來看，並且替對方想，不再只是一味的以自己的眼光及想法來要求，荳娘說：「我會覺得，棺材真的是裝死人，不是裝老人，年輕人也是會死掉。我會覺得算了，我可以活著看到他們，和他們相處就很好了(D1-016)」，荳娘剛結婚一年即升格當母親，從單身變為人妻、人母、人媳，一下子多了許多角色，還必須適應在婆家的生活，和婆婆在生活上都還在互相適應當中，生活中的觀念習慣不同，一開始讓荳娘頗有微詞，「新婚有時候，譬如說跟婆婆住在一起，難免會有一些觀念上的問題，看到老公笨手笨腳照顧小孩，不做家事，就會覺得真得很可惡，後來我就把自己拉到60歲，婆婆就80歲，老公60歲來看，好像也沒什麼大不了的耶，我後來就自動把婆婆年齡加10歲，就想丫，她60歲了，沒有辦法把家裡清潔的那麼好，想當然就是我們來做的呀，、會用一種把年齡拉到70歲，倒扣倒扣來看能剩下什麼日子，用這樣來看生命，你就不會想要計較那些事情(D1-015)」。因為把相處時間用倒扣的方式來看，這樣的轉變，讓荳娘和婆婆的關係越來越融洽，也能放大看先生的眼光，體諒先生的壓力，珍惜所能相處的每份時光。

而這樣的轉變也改變了淑萍和同事的相處，人際關係不再計較、尖銳，當然過程中難免還是會有不愉快，但是卻能很快轉換，因為就如同荳娘所說，生命

的最後，她想回憶的是美好的相處時光，「我覺得如果有一天，我快要兩腳一蹬的時候，躺在病床上，我會回想的是跟家人相處的點點滴滴，不管是好的壞的，是笑中有淚，而不是恨，不快樂的事(D1-015)」。

淑萍除了改變想法，也訴諸於行動，雖然對於自己的死亡無法想像，也害怕去想，但她不想讓留下的家人慌亂，所以她在進加護病房即將滿 3 年的時候寫下遺囑，她說：「其實之前就有在想了，會真正去寫是因為有一次照顧一個年輕人，好像差不多 25-26 歲吧，忘了他是生什麼病，反正到最後是一顆白菜，每次看到他爸媽進來看他，就是一直皺著臉，叫他趕快醒來，我記得他家好像有經濟問題，爸媽到最後也不知道該怎麼辦，那時候我就在想如果是我，我希望家人怎麼做，想了好久，後來就決定寫了(E2-001)」。淑萍無法想像自己的死亡，但是卻先預立了遺囑，因為她不想讓家人驚慌失措，甚至導致自己最後像那個她所照顧的年輕人一樣，無意識的長期臥床。

對於這五個人來說，所有的改變是生活、思想上的改變，對於自我的身體健康，並沒有因為所見的事情而導致焦慮害怕，並不會因為這樣的轉變而特別懷疑自己的身體，專注自己身體的變化。

死亡時間是無可預知的、死亡的無常使的不斷面臨、經驗此一現象的護理人員普遍有把握現在、珍惜目前所擁有、面對不愉快或挫折很快即可整理心情重新面對的心理勇氣。

盧璧珍(2008)研究發現護理人員面對死亡衝擊的因應方式-面對死亡態度和行為的轉化中對生命意義的詮釋，經由知識提升和工作經驗累積後，對於問題思考層面變的更寬廣，並以他人的經驗內化為個人思維，思考生命的意義。在生命的緣起緣滅之間，接受生命的無常，珍惜當下時光，積極生活以求讓生命完整，並重新詮釋生命，思考生命的真實性與生命的動力，覺察時間的寶貴與責任的重要，進而探索存在的價值。

## 第二節 漣漪

荳娘來自一個家庭關係略顯緊張的家庭，父母相處不太和睦，關係緊張導致兄弟姊妹之間互有影響，荳娘成爲一個撐起責任的女兒，即使她是小孩之中最小的，對於父母之間的問題，一直困擾著她不知該如何幫忙，而在工作之中讓她看到形形色色的家庭面對死亡，她對於生命與死亡有不同的看法之後，她做了一件事情，買了2本生命記事本給父母，希望父母能夠閱讀之後有所改變，原本只是姑且一試，沒想到結果出奇的好，荳娘的父親漸漸的收斂脾氣，也真心的對過去的事情向當事者道歉，這個過程讓家庭氣氛變得較融洽，母親情緒也較穩定，對於這樣的家庭轉變，荳娘用一句話來表達，「超開心的(D1-008)」，荳娘描述說：「我就買了2本生命記事本給我父母，我有去偷看他們有沒有寫，他們的個性都變了，真的變不一樣，2個原本很容易生氣的人，不知道為什麼變的越來越溫和，我父親有很大的改變，他原本是一個說一是一，說二是二，以他為主的人，但他現在竟然會和孩子討論，那本書，我父親他寫很多他想要彌補的事情，他現在跟我媽媽關係很好，他打電話跟曾經得罪過得每一個人道歉，媽媽那一邊比較少生氣(D1-008)」。

而對於自己的身後事，荳娘也有自己的規劃，她知道自己要怎麼做，但是卻尚未和另一伴及家人討論，因爲剛新婚，剛生下孩子，她擔心說這一些，另一半及家人無法接受，荳娘說：「我自己的方向我知道，但是我還沒有跟我的另一半及親人講，因為我覺得，他們一定會認為我還年輕(D1-008)」。

相較於荳娘尚未和家人談論身後事，淑萍和梅則是會和先生、母親討論，針對照顧的病人所面臨的問題，可能發生的事情，要做什麼樣的決定，都會互相討論，梅說：「會跟我媽說啦，以前還沒結婚的時候是我媽媽啦，我也會問她啦，其實我媽媽是還蠻開明的啦，她其實是沒有禁忌的啦，我會我先生討論就稍微提一下問他想怎麼樣，我想怎麼樣，針對事件的發生和他討論(A1-010)」。除此之外淑萍覺得自己對待小孩的態度變得不一樣了，以前會對小孩的功課成績要求很

嚴格，但是漸漸的卻不再要求了，淑萍說：「我不知道耶，以前只要小孩沒考 100 分，我都會處罰抄課文，或是不准看電視，要不然就會唸她們，要求她們要好好唸書，因為她們的成績覺得在親戚之間丟臉，每次只要他們考試我就很緊張，壓力很大，可是現在我都會問她們盡全力了嗎？如果她們回答我盡力了，我就會告訴自己算了，小孩健康快樂比較重要，我們家的小孩都說我變了，我老公也說我變了，變的比較溫柔，好說話(E2-013)」。淑萍的轉變不只讓她在工作上不再有人際上的困擾，同樣也改變了家庭氣氛，讓她和小孩、先生的相處上更顯融洽和樂，不再汲汲於孩子的成績及親戚之間的相互比較。

同樣的，年輕的仙蒂也開始會和父母討論，並且探詢父母對死亡的看法，因為她了解到父母年紀越長，總有離開的一天，她想了解父母的想法，希望能夠尊重父母的想法，仙蒂說：「我好像也應該去準備，我覺得要慢慢去準備了，對呀，這樣子然後，到時候只能希望說雖然是說沒辦法決定你的生，但是你能夠決定你自己的死，能夠希望平順或是說照自己的想法死這樣(C1-005)」，「我跟我媽說，就是之前我阿公他氣切嘛，就活得很不舒服，我媽看到很難過，就會說以後她就不要做氣切，她希望以後能夠好好走，舒服就好(C1-004)」。在臨床上看見許多無法自主的死亡，或是子女對於如何決定父母的醫療方式或是最後的放手時刻充滿掙扎與痛苦，讓仙蒂覺得不應該不了解父母的想法或是意願，所以開始和父母聊醫療上所看見的事情，並且詢問父母對於相同處境他們的處理方式，藉此了解父母的想法。

面對死亡的痛苦雖然除了同事之外難以和他人分享，然而護理人員普遍會因經驗的累積和心理的體悟，而開始和家人談論死亡相關議題，對象多半是護理人員的父母、配偶，且其對象亦可採開放的態度來談論此議題。

### 第三節 蛻變後的護理工作

海德格在 1953 所提到「人是向死的存在」。死亡使人意識到，什麼是自己真正想要的。認識死亡、理解死亡、接受死亡，使我們更加體認、思考、承擔生命的有限性，亦加凸顯「生命」的價值與意義。而此種對生命與死亡的態度將影響護理人員照顧病人，正向的態度及死亡照顧經驗讓護理人員更願意照顧瀕死病人並將照顧擴及到病人的心理靈性層面。

仙蒂剛來到醫院時，是在內科病房，照顧的病人大多數是癌症病人，面對癌症病人死亡時，大多數時候學姐會幫忙處理和醫師討論瀕死時的醫療處置，所以對她來說在病房面對病人的死亡，雖然會很難過但並沒有覺得死亡是痛苦無法忍受，也並沒有因為經歷病人死亡產生情緒上的困擾，仙蒂說：「那時候癌症比較多，都是化療，就是三條路，診斷、化療、副作用，然後學姐那時候教我也是這樣，她說你交班也是這三個診斷，然後病人也是走這三條路，比較會少經歷到就是 CPR 過程的那一段(C1-007)」。但是在進入加護病房後，照顧瀕死病人的經驗增加之後，這些經驗卻開始對她產生了許多負面的情緒，這些情緒的累積讓她在護理工作中覺得挫折與生氣，面對醫師的處置與治療的方向常常覺得很無奈，甚至覺得自己在增加病人的痛苦，就以已經簽署 DNR 的末期病人為例，病人發燒主治醫師已經表明不用再抽血了，可是住院醫師仍舊要求要抽血送檢，一個末期病人，四肢水腫找不到血管的病人，要抽 5ML 的血必須要挨多少針，即使像想避免病人痛苦直接抽動脈血，有時也未必可以一針就抽到，更重要的事這一針對於仙蒂來說找不到工作的意義，仙蒂說：「我就不知道他們的想法，我是覺得一個人很可能經歷到一定程度後就會順其自然，我覺得可能到最後會有這樣的想法，受很多苦然後到最後挽回不了，還把他的外觀弄到那麼的、、DOPAMIN、LEVOPHED 25、30 的，你覺得有意義嗎？我覺得沒有什麼意義，我就覺得說真的要那麼堅持嗎(C3-001)？覺得很無奈、忿忿不平，我們 8 個小時每一分每一秒都在面對著他(C3-002)」。面對這樣的無奈過程，找不到工作意義的痛苦憤怒後，

仙蒂在工作上漸漸得有了轉變，雖然還是會在接到醫囑時：或是對醫師的治療方向感到不解或生氣，但是會從另一個角度來看事情，不再尋求外面的支持，而是在尋找自我可接受的滿足，面對一整晚 CPR 的病人，家屬慌亂、六神無主，忙亂了一整夜的結果還是病人的死亡，一連串 CPR 的過程，仙蒂不再覺得是自己造成病人的痛苦，而是在過程中，找到自己的意義。仙蒂說：「CPR 8 小時，太太好像慌掉了，後來才決定要回去，其實女兒還是很否認(C2-012)」，對於女兒的哀傷，仙蒂先給女兒和父親單獨相處的空間，之後又利用了一點時間和女兒談，引導女兒想父親的一切，「爸爸生病很辛苦，也很突然，你們的感情很好，大家都很凝結，你跟爸爸感情一定很好，爸爸是一個很帥的爸爸，他不希望你們為他難過，也不希望以後非常非常辛苦，很不舒服的走最後一段路、(C2-012)」。這個過程讓仙蒂覺得自己盡到責任，做了該做的事情，也許中間還是有讓病人痛苦，但是，到最後並沒有遺憾，「做了很多事情，我會覺得盡到該做的事(C2-012)」。當然，並不是每一件事情都可以找到自己可以接受的結果，在有挫折或是情緒出來時，仙蒂會找學姐針對自己的困擾討論，從談話中找一個自己可以接受的平衡點。

淑萍也是類似仙蒂的經驗，對於護理工作中照顧瀕死病人，淑萍覺得是一種痛苦的過程，看著病人受苦自己卻使不上力的感覺曾經深深壓迫著她，也一度非常討厭護理工作，但是因為經濟關係讓她無法脫離這份工作，所以她會把眼睛閉上，選擇視而不見，淑萍說：「就當做工作，什麼時間就做什麼，其它就不要管，反正醫師要怎樣就怎樣(E1-012)」，這樣經過一段時間之後，深置在心中的自我譴責還是冒出了頭，護理工作就這樣在反覆譴責及視而不見之間互換，但是偶爾 1-2 次，淑萍會在工作中找到支撐下去的能量。那是一個意識清楚的肺癌末期病人，聽說是一個很有錢的人，因為呼吸喘而插氣管內管轉到加護病房，家屬要求不可以向病人透露任何病情，只說是肺炎接受抗生素治療就會好，淑萍那個月上大夜班，負責照顧他，因為已經是第二次照顧他了，所以很了解病況，對於病人晚上幾乎都不睡覺也很習以為常，在第 3 個晚上照顧他時，淑萍看他還是沒

睡覺，眼神流露出恐懼，順口說了一句「先生，你不睡覺在怕什麼？(E1-012)」，病人用筆寫下「怕死」2個字，讓淑萍停頓了，「我不知道怎麼回答他，本來想隨便說幾句安慰的話就離開，可是他的眼神，還有一直拉著我的手不放讓我不知道怎麼辦(E1-012)」，一個求救的眼神，緊握自己的手所傳送過來的溫度，讓淑萍不知道該怎麼處理，後頭還有2個病人等著自己，但是眼前這一個緊拉自己手的病人又不能像之前一樣放著不管，淑萍在掙扎過後做了選擇，「先生，我知道你害怕，這樣好了，你先放手讓我去幫其他病人翻身，我只要做完就回來陪你，好不好(E1-012)」。一整個晚上淑萍只要做完治療，就拉著桌椅坐到病人身邊，貢獻自己的一隻手讓病人緊握著，沒有說話，看著病人握著自己的手閉著眼睛休息，鬆開手眼睛隨即驚慌張開，那個晚上對淑萍來說，是一個很不同的經驗，只是坐在旁邊，沉默地陪伴，卻讓病人得到安心，也讓自己得到滿足，「那一天同事說我好有耐心、好有愛心，其實我剛開始有點無奈、也覺得很煩，因為根本沒辦法做事情，可是，我不知道，那一天就覺得沒辦法不管他，回家後不知道為什麼就覺得很開心(E1-012)」。照顧瀕死病人的經驗多到數不清的淑萍，在工作中為了保護自己不受到傷害會將心包裹起來，將護理工作視為機械性的工作，但是偶爾在病人面臨死亡時也會將自己敞開，照顧那個病人的經驗讓她覺得生命中有許多事是萬點不由人，有錢、沒錢到最後都是同樣的結果，「人生爭什麼(E1-013)」，因為這樣的想法讓她在照顧工作中不會去積極想做甚麼，對於醫師的處置有疑問她會去問，去提醒醫師，但是如果醫師仍堅持，她也不會再說什麼或是生氣，對她來說已盡到責任，加諸在病人身上的痛苦或不舒服並不是她造成的，不管怎麼做，結果都是一樣，自己能做的只是在能力所及的範圍內做事情，「可能那一天，我能做的就只是陪他吧，我後來漸漸覺得，護理能做的就只是握著手，陪著他(E1-013)」。人類因思考能力而得以創建客觀的知識系統，並且在過程中不斷的反省自己的知識建構，而在這反思過程中會發現不管是對既有知識投注的肯定，或是朝向未知知識開拓時所抱持的信念，都是一種具有存在涉入或是委身意義的參與行動。憑藉著摸著石頭過河的精神從迷路的過程中找尋出路。

淑萍從照顧中感受到痛苦，在不斷不斷的找尋中，因為痛苦而將自己封閉，視護理為養家活口的經濟來源，機械性的工作過程也許可以支撐一輩子，但是偶爾卡在路中央的現實造成她短暫的停頓，再次思考護理的意義，這一次她朝著陪伴是唯一能做的方向走，也許下次再遇到現實，她還是會有迷惑，但是至少方向不會在像之前一樣偏一大段而造成自己的痛苦。

對梅及荳娘來說，經歷過無數病人的死亡經驗，對她們倆來說，工作上的轉變是她們開始思考善終的意義。面對被約束在床上，流著眼淚，家屬進來探視只會說加油加油的病人，荳娘會不斷得去思考自己的晚年要這樣過嗎？怎樣才能善終？怎樣才能做死亡的準備。荳娘說：「我只會思考什麼叫做 GOOD DEATH(D1-007)」，而這樣地思考反應在工作上的，即是荳娘會向主治醫師建議安寧護理、疼痛護理等醫療照顧，從一開始沒有信心、害怕被罵，到最後越來越勇於提出自己的想法，荳娘一步步的在實踐自己的理念，而為了達成理念，荳娘也積極參與安寧的課程，從初接到進階課程都已完成，目前朝第三階課程邁進中，荳娘說：「通常病人是在加護病房很痛苦的方式結束生命，做治療(D1-006)，總是到那一刻才會談，可是那一刻已經晚了(D2-006)，不知道該怎麼建議他，因為我自己不知道該怎麼做，所以後來去參加安寧的初階、進階課程訓練，、敢跟醫師做進一步的討論(D1-006)」。而梅也是，對於病人的死亡，讓她開始想接觸安寧，這中間不只是想讓病人得到好死，也是因為自己想了解死亡，「想要去了解安寧、還有生死這一塊，怎麼一回事，就覺得蠻重要的(A1-004)」。面對家屬及病人面臨死亡所展現的種種問題，讓梅發覺到自己在這一方面有許多不足，所以開始接觸這一方面的課程，「我就去參加安寧療護的進階訓練，溝通、陪伴，還有介入諮商，你就會覺得自己的不足(A1-004)」。除了上課之外，在照顧過程中，梅也會開始去檢討自己，要求自己多付出關懷，就像之前淑萍所說的陪伴，是最簡單但也是最難的方式，「要稍微放慢一點腳步去看，因為有的時候沒錯，你工作是很忙碌，但是你要放慢腳步多給他們一些關懷，你越去要了解、接觸、越去了解他們的反應，多給他們一些方向的指引(A1-05)」。

## 第四節 回到護理的初點

面對臨終的病人，死亡是護理人員必須接受的結果，在這無法挽回的過程中，護理人員能夠再給予什麼，在這過程中呈現的即是護理人員的關懷。就如同之前淑萍照顧末期肺癌病人時所展現的陪伴，「可能那一天，我能做的就只是陪他吧，我後來漸漸覺得，護理能做的就只是握著手，陪著他(E1-013)」。淑萍在繁忙工作中，看見了病人的需求，也許她解決不了病人的根本問題，但是她也沒有因此逃避。當醫護人員的自我形象是治癒疾病者時，在面對病人不可避免的死亡時往往會有挫折感、焦慮、憂鬱等，這些情緒壓力有時會導致某些適應不良的行為，例如：逃避、忽略、轉介、錯誤的保證、不適當的積極治療等(洪健清、張上淳，2006)。病人向淑萍伸手求救，但是死亡這個連淑萍自己都不願意面對的問題，讓她對於病人的問題更是不知所措，不知如何回應。照顧者在心理情緒上隨著病人的衰弱而衰弱，照顧者好像也同樣經歷病人對疾病的受苦與無助，我們把這樣的照顧處境稱為照顧者的共病性(Co-morbidity)處境(余德慧，2006)。面對護理照顧也無從幫助他逃離死亡，淑萍選擇現出自己與病人同在，背後呈現的是幽谷伴行的意義，我無法為你做什麼，但是我會一直在你身邊，陪伴著你，一起面對不可改變的結果。余德慧(2006)認為病床親近是在咫尺病床間，產生一種親近的氛圍，淑萍只是靜靜的坐著，提供自己的手給病人，沒有交談，甚至沒有眼神交會，只是提供一種默存性的相陪，對於淑萍來說，護理工作在當時不再是純熟的技術，快速俐落的動作，而是一種人與人之間的陪伴，一種對於人的關懷。而這樣的方式也可在梅及荳娘、仙蒂、寶貝身上發現，也許陪伴的方式不同，也許只是摸摸病人的頭、輕觸病人的臉頰、也許只是拉著病人的手給予無聲的力量，這些都是她們所給予的關懷。死亡是臨終個體自我在世生命解離的過程，臨終陪伴則是陪伴者與瀕死者死亡臨現共處的經驗，與他人死亡共處的經驗，將直接回指陪伴者個人生命靈性經驗的深度。臨終陪伴經驗的知識是一種帶有高度默會性質的個人知識，行動者的存在涉入或委身是不可或缺的要素，它是因為我們

活在我們的身體中而得到的，它是一種生命，也是一種存在的方式。

而在面對另一個臨死病人的處境時，陪伴幫助不了淑萍的挫折，看著 ECMO 的病人，那冰冷的身體，呈現大理石斑的軀體，淑萍心中只想著「快走吧，別在讓自己和家人痛苦了，放下吧，他們會照顧自己，一切都過去了(E2-008)」，對於淑萍來說，看見家屬每天痛苦的看著自己的親人漸漸走向死亡，期待奇蹟出現、或是期求親人解脫痛苦，反覆掙扎的心情，讓淑萍貼近家屬的感受，呈現共命共苦的感受，對於病人及家屬的苦她察覺，也不捨。

身體照顧對淑萍來說是最基本的，她認為如果連基本的照顧都做不到，那就更不用說進一步的心理靈性照顧了。「護理應該是一種關心吧。關心他們的身體：關心他們的情緒；關心他們所面對的痛苦；關心他們的未來及家人、家庭所必須面對的轉變，除了專業上的知識照顧，最重要的是關心吧(E1-017)」。加護單位護理人員認為護理是一種關心、尊重、陪伴。此結果和蔣欣欣(2006)、Izumi,Konishi,Yahiro,& kodama(2006)、Kitson(1999)的研究略相符，強調重視以人為本的關懷。而國內 Hsieh、Fang 與 Chiang(1998)以現象學研究了解台灣文化中關懷照顧的意義，結果發現「護理」之意具有「社會心理」、「關懷照顧」兩大層面，前者包括無條件的接納、同理、真誠、尊重及視病如親；後者包括提供專業行為、滿足需要、情感性的接觸、提供自己、支持及提供適當的環境。

梅認為加護病房雖然離病人很近，可是卻因為工作忙碌的關係，實際上與病人之間卻很遙遠，常常無法照顧病人的心理，也因為加護單位的特殊性，她認為，關懷是一種和病人互動的過程，一種尊重，好的護理不是在於你為他做了什麼，而是你是否有把他當人看，給予他適當的尊重。對於一個很囉嗦一直叫人的婆婆，一開始梅也覺得很煩，很困擾，覺得婆婆沒事找麻煩，工作已經很多做不完，還一直亂叫，但是再仔細思考後卻覺得應該互相尊重，表達彼此的感受，因為互相尊重，所以更會站在對方的立場想，「你覺得她很囉嗦，對她不滿，但是如果聽出她話中的反應，給她一些回應，表達出你對她的一些要求的不喜歡，其實她可以接受，但是你還是要聽出她話中的要求，了解她要的到底是什麼，

我是覺得最基本的應該是尊重，因為他是一個個體，一個人需要被尊重，你對他尊重之後，你對他所做的治療或處置就會更輕柔。更覺得想要站在他的面思考，這是自然而然會產生的(A2-003)」。

對於加護病房的護理人員來說，和病人的情感連繫有時並沒有像在病房時強烈，因為加護病房病人多半無法說話表達，甚至太虛弱無法筆談，只能點搖頭回應，有些甚至點搖頭也做不到，面對這樣的病人，照顧工作有時會流於機械化動作，翻身、抽痰，護理工作不用腦袋思考，身體即可自然做出反應，但是這樣的機械化動作卻很少出現在寶貝身上。寶貝一直是筆者很喜歡的同事之一，筆者常開玩笑說假如生病，一定要找寶貝來照顧筆者，對於寶貝照顧病人的方式，筆者一直覺得她把病人當自己親人一樣的照顧，寶貝說「畢竟我跟病人也不熟，不認識他們，可是把他想成是我們自己的家人，或是親愛的人，是蠻心疼他們的吧，所以說會比較想要親近，或許我只是藉由此來增加彼此的聯結性吧，我是自己這樣想，我跟病人會有另外一份比較親切感吧(B1-014)」。

對寶貝來說把病人想成是自己的親人，不僅是增加雙方的情感連結，也讓自己減少工作的壓力，找到工作上的樂趣，因為是照顧自己的親人，所以用上了心，「我覺的換個心情，你照顧起來就比較有趣，不會嫌來嫌去，你會覺得照顧病人是還蠻快樂的一件事(B1-014)」。

寶貝學會在工作中找樂趣，當然偶爾還是會有不高興的時候，「有時候心情不好，或是換到很懶，有時候當下會有情緒反應，對一直很煩的病人，很煩躁的病人，或是一直搖床欄的病人，或是要求東、要求西，有時候真的很生氣，想說這傢伙，之前這樣照顧妳，妳還嫌東嫌西的，或者是一直鬧，可是有時候想想，病人他也不是故意的，然後有時候會想如果是發生在我身上就、(B1-015)」。

在察覺到自己起了情緒反應，或是隨著病人躁動而心情起伏時，寶貝會察覺到自己的動作過於粗魯，當下會讓自己離開病床幾分鐘，也許到護理站拿個東西，也許出去外面喝個水，讓自己調節一下心情再回來面對病人。對她來說照顧病人最好的方式，就是讓自己保持在最佳的身心狀態，給予病人一個好的自己，即使是幫病人擦大便，也要擦到讓病人舒服，乾淨，穿著紙尿褲不會不舒

服。杜異珍(1997)，阮平英、黃珊(2004)的研究發現護理人員認為照顧以生理為第一要務，其次才是家屬照顧及心體靈性溝通。身體照顧中以「用紙尿褲墊在褲內承接大小便」、「保持病人身體衛生清潔」、「保持病人舒適姿勢」為最多。加護單位為整體性照護，身體照顧佔最大部分，是護理人員最熟悉、最常規的工作，熟悉使護理人員有信心提供良好照顧。而關懷最簡單的方式，就是讓病人得到舒適，身體心理上的舒適，家屬的情緒支持一直是寶貝追求的目標。

荳娘認為關懷就是貼近病人及家屬的心，對於她來說工作的意義在於幫助人在面對生死時，能無遺憾，能完成未竟的事，因為這樣的目標讓她覺得要不斷得付出、給出自己，對她來說護理工作是不斷將自己呈現在病人及家屬面前，「一個可以讓我自我實現的地方，因為我的工作就是要給、付出(D1-011)」。護理人員一直在做給的工作，她們不會擔心給的太多，只會擔心給的不夠多，護理人員的給其實呈現一種「我-它」關係，把對方視為不完整的物體，護理工作就是為了補足他們的不完整。然而護理並不應該是單方面的付出，護病關係應該是雙方共同營造。仙蒂認為護理關懷是一種交心的感覺，在上班的 8 個小時裏，即使忙碌但是能和病人互動，聽聽他們說話，和家屬談談病人之前的生活際遇，聽到他們說一聲謝謝，或是握著自己的手點頭道謝，對她來說就很開心，覺得自己的付出有被認同，感受到雙向的護病關係。

Chiang 等人從助人者角度省思照顧關係，發現照顧關係有(1)負擔型照顧(encumbered caring)：照顧對他人造成傷害或負擔(2)締結型照顧(connected caring)：一種互惠的方式下進行(3)反思型照顧(reflected caring)：具有深刻的反省(引自蔣欣欣，2006)。而尼采說「人只要參透為何而活，即能承受任何煎熬」。不斷的給出之後，荳娘會去反思自己的護理過程，找到繼續下去的理由，「就算病人死掉，但是我在他死前能夠讓家屬和他道別，就是一件非常了不起的事情，然後他痛的時候我讓他不痛，他插著管子受苦時我讓他笑一下，我覺得自己很厲害，工作對我的意義可能真的就是自我實現吧，我會覺得自己就是要來助人的(D1-011)」。對荳娘來說，之前在急診的經驗讓她覺得自己找不到工作的意義與成就，而在加

護病房經過一連串的經歷，讓她不斷不斷的反思自己的工作意義，她開始學會從不同的角度看事情，從細微中找快樂。

## 第六章 討論、結論與建議

本章根據前面呈現的研究結果分析，對照現有的研究文獻內容，以及詮釋現象研究的方法，進行研究反省的綜合性討論，並在簡要歸結出本論文的研究結論後，提出理論與實務兩個層面的建議，以做為未來研究及教育上的參考。

### 第一節 綜合討論

本研究探討加護病房護理人員的照顧經驗，以生死觀的敘說為焦點。資料分析及詮釋部分採主題分析方式，以整體—部分—整體的視野，反覆閱讀逐字稿後加以歸納分類，直到萃取重要概念足以回應研究目的與問題。在撰寫過程中，研究者發現有些議題在論文中無法介入，在此提出進一步討論。

1. 本研究發現加護單位護理人員認為死亡是一種痛苦、消逝不見、不確定性、無奈、無常、死亡是一種非人性化的過程。此結果和 Folta(1965)研究顯示護理人員認為死亡是一種平靜的、可控制的、可預測的及常見的現象，死亡是生命過程的自然終止不同。亦和施素真(1999)針對護理人員，陳玉黛、林佩芬(2004)針對加護病房護理人員的研究發現護理人員認為死亡是生命歷程中最自然的一部份不相同。這可能和加護單位護理人員接手重症病人時從病況變差到死亡時間短暫有關。本研究發現加護單位護理人員在死亡過程中體認到死亡過程充滿醫療儀器，家屬各方的角力，生與死的拉距，這和傅偉勳教授在 1993 年所提出的死亡不在純粹是呼吸、心跳的停止，死亡變的「機械化以及非人性化」相同。當然本研究也發現少部分護理人員和 Folta、施素真、陳玉黛、林佩芬的研究相同：認為死亡是自然過程死亡就是回到生命的開始。死亡是一個圓，不斷從這一頭繞到另外一頭。藍育慧(1995)、陳玉黛、林佩芬

2. 加護病房護理人員面對高情緒、高壓力環境，每天面對各式各樣的病人及家屬，這樣的工作壓力下可能導致護理人員的生死觀充滿痛苦與無奈。因為工作中的壓力與不順可能窄化護理人員的視野，深化病人的痛苦於自身感知中。
3. 詮釋現象學強調研究者的看見，沒有對與錯，然研究者常在過程中陷入對錯中，需不斷提醒跳出對錯的框框中。護理人員的工作必須輪三班且壓力大工作繁重，很難相聚，所以以往針對護理人員的研究一般都採量化研究，避免時間上的困擾，因此研究者在研究一開始即面臨和研究參與者約定訪談時間上的困難，並因此放棄訪談加護病房 10 年以上資深人員(因有家庭，多數婉拒訪談)，研究過程中研究者因醫院政策調離加護單位，更增加田野觀察的困難度。時間的短促導致此篇論文在深廣度上的欠缺。

## 第二節 結論

加護病房護理人員在照顧場域中面對形形色色的病人及家屬，不同的經驗帶來更多的挑戰及考驗，每一次的經驗更顯露出對個人的意義，每一位護理人員猶如懸崖夾縫中長出的花朵蘊含堅忍的毅力，研究得到以下四點結論：

1. 本研究發現照顧經驗深切影響加護病房護理人員的生死觀，面對瀕死病人的痛苦及無法自主的無奈，包括家屬面對病危狀況的決策、反應及掙扎，讓加護病房護理人員的生死觀普遍呈現是一種痛苦、消逝不見、不確定性、無奈、無常、死亡是一種非人性化的過程等觀點，而隨著這份痛苦的加深讓加護病房護理人員普遍期望自身面對死亡是可以準備的 Good death。

2. 加護病房護理人員的生死觀認為死亡是痛苦、無奈以及無常的無所不再，護理人員普遍希望能夠讓自身是有所準備的 Good death，而這種觀念也展現在照顧經驗上，對瀕死病人的痛苦護理人員會期望能夠減輕其痛苦，有尊嚴的面對死亡，當病人的痛苦得到妥善控制後，對於護理人員來說自身的心靈亦得到適

當的安撫。

3.加護病房護理人員在經過生死照顧體驗反思後面對臨床工作的壓力，調適方式多為自我觀念的轉化，尋找內在力量，從忙碌的夾縫中找出對自我工作的認同及鼓勵。

4. 加護病房護理人員在經過生死照顧體驗反思後的護理關懷傾向最基本的人的關懷、尊重與陪伴。加護病房護理人員上班 8 小時每分每秒貼近病人，處理病人所有的需要與治療，對於加護病房護理人員來說關懷應該是一種情感性的照顧與付出。

### 第三節 研究建議

研究者參與此研究的過程，來回於文本、理論、經驗中穿梭，對加護病房護理人員的照顧經驗由表淺層次進入內心的深度意涵，當痛苦過後的省思往往帶出對人的關懷。研究者從觸動中發現加護病房護理人員的照顧經驗，可以提供醫療人員相關主管對加護病房護理人員的關懷實務，以及後續研究發展，提出以下之建議：

#### 一、臨床工作方面

死亡是一個複雜的問題，在病人及周遭親友的死亡過程中，發現護理人員對於死亡仍須不斷的探討及面對，才能因應臨床工作面對死亡所帶來的困惑，因為每一個死亡對於護理人員來說都可能是不同的衝擊及問題的展現，背後牽扯出的不同故事與人物，將影響護理人員的照顧。雖然目前醫療院所不斷增設死亡、悲傷輔導、安寧等相關課程，但多數於制式上課方式，只強調知識及認知能力，並沒有讓護理人員抒發情緒或學習技巧技能的課程，因此，建議除不斷增設生死、悲傷輔導、安寧等相關課程之外，亦可適時增設小型團隊討論或工作坊，提供護理人員深入內心世界，抒發情緒或做自我覺察，並學習溝通輔導技巧。

#### 二、護理人員工作實務上

加護病房護理人員是一個高壓力、情緒的單位。護理人員總有悲傷、壓

力需要宣洩的時候，建議各單位規劃一間隱避的護理人員休息室，內設置音樂、繪畫、遊樂、運動器材、飲料等設施，提供護理人員在下班後抒發壓力、休憩的場所，避免護理人員過度壓抑情緒，造成憂鬱、倦勤、離職等情形發生。

### 三、未來研究方向

本研究主要為研究加護病房護理人員的照顧經驗及臨床處境，過程中發現護理人員對重症安寧的需求非常渴望，衛生署亦於 2009 年開始推廣 8 大非癌末期病人的安寧療護，建議可探討此推廣在加護病房的成效及對護理人員的轉變。其次本研究針對單一單位的加護病房護理人員的生死觀，然而生死觀是一個變動的過程，本研究族群的生死觀並不能含括全加護病房的護理人員，針對目前男性護理人員的日益增加，對於兩性在同一種照顧經驗下的生死觀是否有差異是日後可探討的部分。

## 參考文獻

中文期刊

王靜琳、黃瓊玉、呂桂雲、何美瑤(2007)·護理人員工作壓力與社會支持之探討·*榮總護理*，24(1)，59-68。

王桂芸、馬桐齡(1989)·護理人員對瀕死病人態度之探討·*護理雜誌*，36(3)，77-87。

尤雅正、王立敏、李建賢(1998)·急診部門與暴力事件·*臨床醫學*，41(5)，364-371。

江佩蓉、吳瓊惠、畢蕙玲、吳淑惠、黃瑞美、邱豔芬(1987)·加護中心護理人員的壓力調適·*榮總護理*，4(3)，292-299。

朱思盈、林明慧、陳曾基、黃信彰(2008)·影響台灣死亡地點的臨床與心理社會因子·*北市醫學雜誌*，5(5)，484-484。

李選(1989)·臨床護理人員壓力感、疲潰與自我主見度之探討·*護理雜誌*，36(1)，85-97。

李素貞(2007)·關懷在護理倫理理論中之定位-女性主義的觀點·*弘光學報*，53，43-54。

阮平英、黃珊(2004)·外科加護單位護理人員照護瀕死病患之行爲及其相關因素·*新台北護理期刊*，6(1)，33-45。

杜異珍(1997)·台灣中部地區護理人員對照顧患者死亡之知識、態度及其影響因素之探討·*榮總護理*，41(1)，1-10。

吳盈江(1993)·醫學中心臨床護士工作壓力感受之探討·*醫學繼續教育*，3(2)，274-286。

吳淑蓉、王秀紅(2005)·護理人員情緒勞務及其相關因素探討·*實證護理*，1(4)，243-248。

林遠擇(2008)·療癒性的交談-論交互主體性的護病互動關係·*護理雜誌*，55(1)，14-19。

林佑樺(2003)·新進護理人員感受臨床護理工作挫折之探討·*慈濟護理雜誌*，2(4)，

83-94。

林宜昀、邱周萍(2003)·關懷之概念分析·*護理雜誌*，50(6)，74-78。

洪昭安、石芬芬、王郁茗、呂慧蘭、賴德仁(2002)·中部某醫學中心護理人員的人格特質與壓力感受之探討·*中山醫學雜誌*，13(2)，189-196。

胡瑞桃(2000)·加護單位護理人員對其工作壓力來源之反應及調適·*長庚護理*，11(2)，20-29。

胡月娟(1994)·關懷照顧行為內涵的探討·*護理雜誌*，41(1)，34-39。

施素真(1999)·護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素之探討·*榮總護理*，16(4)，381-391。

高淑清(2001)·在美華人留學生太太的生活世界·*本土心理學研究*，16，225-258。

孫惠玲、楊嘉玲(2002)·五專護生死亡概念之探討·*馬偕學報*，2，29-40。

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期相關因素之探討·*中華心理衛生學刊*，18(2)，55-74。

陸洛(1997)·工作壓力之歷程：理論與研究·*中華心理衛生期刊*，10(4)，19-51。

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。

張惠甄(2004)·醫院設立分院時新進護理人員工作壓力源及其影響因素·*健康管理學刊*，2(1)，37-50。

陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠(2000)·護理學校學生死亡態度之研究·*醫護科技學刊*，2(3)，226-248。

陳玉黛、林佩芬(2004)·影響加護單位護理人員面對瀕死病患態度之因素探討·*慈濟護理雜誌*，3(4)，49-59。

陳國瑚、陳麗如、蘇喜(2006)·護理人員對護理工作認知與離職傾向之探討·*台灣衛誌*，25(3)，177-188。

陶家珍(1996)·護理人員工作負荷之研究·*勤益學報*，13，171-183。

馮明珠、陳幼梅、吳玲琨、吳鈴珠(2010)·三個月內新進護理人員感受護理臨床

- 工作之壓力與因應經驗·*護理暨健康照護研究*，7(2)，98-107。
- 湯柏齡、陳永煌、譚立中(2002)·工作壓力·*中華職業醫學雜誌*，9(2)，145-147。
- 彭美姿、劉盈君、張艾如(2003)·癌症病房護理人員之工作壓力—文獻探討·*護理雜誌*，50(2)，71-75。
- 黃以文(2004)·醫病關係的建立·*道雜誌*，22，31-38。
- 葉莉莉(1994)·護理人員照顧癌症病患之壓力·*中華職業醫學雜誌*，2(1)，209-219。
- 楊淑溫、劉介宇、廖松語(2008)·加護病房護理人員對照顧瀕死病患態度及其影響因素探討·*輔仁醫學期刊*，6(4)，163-173。
- 蔣春紅(2009)·護理工作中常見壓力源與對策·*檢驗醫學與臨床*，6(15)，1295-1296。
- 蔡錚雲(2006)·現象學心理學的理論與應用(第二部份):實徵與詮釋兩種應用模式系譜上的對照·*應用心理學*，29，53-70。
- 蔡麗雲、李英芬(2003)·安寧緩和護理人員的壓力源、壓力反應與調適策略之探討·*安寧療護雜誌*，8(2)，143-160。
- 蔡淑妙、盧美秀(1998)·護理人員生涯發展即其與留任意願相關性之研究·*護理研究*，6(2)，96-108。
- 蔡昌雄、蔡淑玲、劉震嘉(2006)·死亡焦慮下的自我照顧—以安寧護理人員為例·*生死學研究*，3，133-164。
- 蔡欣玲、陳梅麗、余先敏、蔡宜倩、周凌瀛(1996)·醫學中心護理人員工作壓力相關性探討·*榮總護理*，13(3)，263-270。
- 鄭麗娟、蔡芸芳、陳月枝(1999)·台灣東部某區域醫院加護單位護理人員工作壓力和調適行為之研究·*慈濟醫學*，11(2)，161-170。
- 劉雅惠、劉偉文(2009)·護理人員情緒勞務、工作壓力與因應行為之相關性研究·*醫護科技期刊*，11(2)，98-115。
- 劉素蘭、王曼溪、劉秀華(2010)·新進護理人員工作壓力源之研究·*榮總護理*，27(3)，276-284。
- 盧璧珍、張靜安、白玉珠、蔡欣玲(2008)·臨床護理人員面對死亡事件的心理

- 反應與處理方式之探討·*榮總護理*，25(2)，268-275。
- 蕭淑貞、陳孝範、張珏(1999)·探討壓力調適工作坊改善護理人員壓力症狀之成效·*護理研究*，7(1)，90-98。
- 簡淑慧(1999)·癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略·*長庚護理*，10(2)，36-43。
- 簡建忠(1998)·護理人員工作情緒傾向與引發因素之研究·*護理研究*，6(5)，417-425。
- 藍育慧(1995)·護專學生死亡恐懼、死亡態度及照顧瀕死病患者時個人需求與因應行為之探討·*護理雜誌*，42(1)，75-89。
- 藍育慧、趙淑員、陳淑齡、莊照明、郭容美(2007)·非安寧單位護理人員安寧認知、死亡恐懼與情緒困境之探討·*安寧療護雜誌*，12(2)，156-171。
- 釋慧開(2002)·生死的省思—從生死的探索到現代生死學建構課題·*台灣醫學人文學刊*，Vol.3，No.1&2，82-102。
- 顧豔秋(1997)·北部某護專學生對死亡所持態度之探討·*榮總護理*，14(2)，154-164。
- 顧豔秋(2001)·護理人員的死亡態度·*安寧療護雜誌*，6(2)，32-41。

## 論文

- 尹亞蘭(2003)·*住院臨終病患使用宗教象徵物意義之詮釋現象學研究*·未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。
- 王慶元(2008)·*護理人員工作壓力之研究-以花蓮地區公立醫院為例*，東華大學公共行政研究所在職專班，花蓮。
- 洪鈺娟(2005)·*加護病房護理人員工作壓力、壓力反應與因應策略關係之研究*，高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 陳怡靜(2006)·*牆邊的等待—加護病房癌症病患家屬的陪病經驗*，南華大學生死學研究所，嘉義。

曾美珠(2004)·*護理人員面對病患死亡及遺體護理之心理歷程研究*，南華大學生死學研究所，嘉義。

溫沛淇(2006)·*急診護理人員工作壓力與因應行為之研究*，中台科技大學醫護管理研究所，台中。

鄭婉云(2010)·*邊界處境下護理人員照護力程之研究-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，嘉義。

## 書籍

王仕圖、吳慧敏(2003)·*深度訪談與案例演練*·齊力、林本炫編，*質性研究方法與資料分析*(95-113頁)·嘉義大林：南華社教所。

余玉眉、田聖芳、蔣欣欣(1994)·*質性研究*·台北市：巨流。

余德慧(2001)·*詮釋現象心理學*·台北：心靈工坊。

余德慧(2005)·*縱深時間與沉默皺摺*·生死學臨床學術研討會手冊·花蓮市：慈濟大學。

余德慧(2006)·*台灣巫宗教得的心靈療癒*·台北：心靈工坊。

易之新譯(2003)·*存在心理分析*·台北：張老師中心。

洪健清、張上淳(2006)·*愛滋病學*·台北市：健康文化。

高淑清(2008)·*質性研究的18堂課-首航初探之旅*·高雄市：麗文。

畢恆達(1996)·*詮釋學與質性研究*·胡幼慧主編，*質性研究*·台北市：巨流。

黃天中(2000)·*死亡教育概論 I：死亡態度及臨終關懷研究*·台北：業強。

傅偉勳(1993)·*死亡的尊嚴與生命的尊嚴：從臨終精神醫學到現代生死學*·台北：正中。

紐則誠(2004)·*護理生命教育-關懷取向*·台北：揚智文化。

廖婉如譯(2009)·*凝視太陽-面對死亡恐懼*·台北：心靈工坊。

蔡昌雄(2004)·*田野經驗與詮釋現象學*·南華大學第三屆「社會科學研究方法：

質性研究方法及其超越研習會」會議手冊・嘉義市：南華大學。

蔣欣欣(2006)・*護理照顧的倫理實踐*・台北：心理。

龔卓軍(2001)・*生病詮釋現象學－從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎*・

南華大學生死學系編，現代生死學理論建構研討會・嘉義市：南華大學。

龔卓軍(2006)・*身體部署：梅洛龐蒂與現象學之後*・台北：心靈工坊。

## 翻譯書籍

大衛・韓汀(1997)・*透視死亡*(孟汶靜譯)・臺北市：東大。

日野原重道、重兼芳子、坂上正道、中川米造(1997)・*生命的尊嚴－探討醫療之心*(鄭惠芬、呂錦萍譯)・臺北市：東大。

索甲仁波切(1997)・*西藏生死書*(鄭振煌譯)・台北：張老師文化。

海德格(Heidegger,1962)・*存在與時間*(陳嘉映、王應節譯)・台北：唐山出版社。

Norman K. Denzin(1999)・*解釋性互動論*(張君玫譯)・台北市：弘智文化。

Maxwell,J.A(2001)・*質化研究設計－一種互動取向的方法*(Qualitative Research Design an Interactive Approach)(高薰芳、林盈助、王向葵譯)・台北市：心理。(原作 1996 出版)。

Tilda Shalof(2006)・*加護病房*(life, death, and in-between in an intensive care unit) (粟筱雯譯)・台北：大塊文化。

## 網路資料

行政院衛生署統計資料庫・<http://www.doh.gov.tw>

許禮安(2009)・雅虎奇摩部落格・<http://tw.myblog.yahoo.com/an0955784748/article>

智庫百科・<http://wiki.mbalib.com/zh-tw/>

## 英文參考資料

Aiken,L.H.,Clarke,S.P.,Sloane, D.M.,Sochalski,J.,& Silber,J.H.(2002).Hospital nurse staffing and patient mortality,nurse burnout, and job dissatisfaction.*America Medical Association*,288(16),1987-1993.

Chiang,H.H,Lu,Z.Y., & Wear,S.E(2005).To have or to be:Ways of caregiving identified during recovery from the earthquake disaster in Taiwan.*Journal of Medical Ethics*,31(3).154-158 ◦

Diefendorff ,J.M& Richard,E.M(2003).Antecedents and consequence of emotional display rule perception. *Journal of Applied psychology*,88(2),284-294.

Durgahee,T.(1997).Reflective practice:Nursing ethics through story telling.*Nursing Ethics*,4(2),135-146.

Foxall,M.J,Eimmermanl,L,Standley,R,&Bene,B(1990).A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care,hpspice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*,15,577-584.

Folta,J.R(1965).The perception of death.*Nursing Research*,14,232-235 ◦

Glen,S.(1998a).Emotional and motivational tendencies:The key to quality nursing care?*Nursing Ethics*,(5)1,36-42.

Glen,S.(1998b).The key to quality nursing care:Towards a model of personal and professional development.*Nursing Ethics*,5(2),95-102.

Hsieh,J.,Fang,Y.Y.,& Chiang,L.Y.(1998).An exploration of the meaning of caring in Taiwan.*International Journal of Human Caring*,2(2),12-22.

Izumi,S.,Konishi,E.,Yahiro,M& Kodama,M.(2006).Japanese patients' descriptions of"The Good Nurse"Personal involvement and professionalism.*Advances inNursing Science*,29(2),E14-E26.

Kitson,A.(1999).The essence of Nursing.*Nursing Standard*,13,42-46.

- Kubler Ross E.(1975).Death:The Final Stage of Growth.Prentice Hall,London.
- Kane,B.(1979).Children's concepts of death.*Journal of Genetic Psychology*,134,141-153.
- Lerea,L.E,&LiMayro,B.F(1982).Grief among healthcare workers:a comparative study. *Journal of Gerontology*,37(5),604-608.
- Madison G.B.: The Hermeneutics of Postmodernity. Indianapolis: Indiana University Press. 1988 : 29-30.
- Neimeyer, R. A.(1998)“Death anxiety research: The state of the art.” Omega - Journal of Death & Dying. Vol 36(2)1998, pp97-120.
- Rooda.L.A,et al.(1999). Nurses Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients.*Oncology Nursing Forum*,26(10),1683-1687.
- Reeder,Leo G:(1972),The Patient-Client as a Consumer Some Observations on the Professional Client Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*,13 : 134.
- Spencer.L(1994).How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *Journal of Advanced Nursing*,19,1141-1150.
- Speece ,M.W.,& Brent,S.B.(1992).The acquisition of mature understanding of three components of the concept of death. *Death Studies*,16,211-219.
- Simpson,R.L(2002). It Alleviates Health Cares“Healung Crisis”  
*.Nursing Management*,33(7),8-11.
- Tyler,P.A,&Ellison,R.N(1994).Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing.*Journal of Advanced Nursing*,1(9),469-476.
- Yeh, M. C., & Yu, S. (2009). Job stress and intention to quit in newly- graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24),3450 - 3460.

## 附錄

### 壹：訪談大綱

- 1：請您述說一下您的工作經歷。
- 2：請你回想一下在病房工作時的壓力？映像最深的照顧經驗。
- 3：在病房最深刻的照顧經驗對您工作、生活、生命、死亡觀的影響？
- 4：請您談談進入加護病房的原因。
- 5：剛進加護病房時的工作狀況、心情及壓力。
- 6：目前您在加護病房工作中，困擾您的問題、壓力。
- 7：在加護病房工作至今您印象最深刻的照顧經驗。
- 8：在加護病房工作至今，印象最深刻的照顧經驗對您自身的意義，以及您如何看待此經驗。
- 9：續上題，此深刻經驗對您工作、生活、生命、死亡觀的影響？
- 10：請您比較一般病房病人死亡及加護病房病人死亡過程或家屬反應。
- 11：請您述說一般病房病人死亡及加護病房病人死亡時當下的心情、情緒、念頭、想法。
- 12：對生命、死亡的觀點及對工作的影響，工作經驗對生命、死亡觀點的影響。
- 13：是否想過自身的死亡、如何面對自身的死亡。
- 14：如何看待自身給病人的照護。
- 15：對護理照顧的定義。
- 16：持續護理工作的原因、信念、期許。

## 貳：訪談同意書

親愛的 研究參與者 您好！：

我是本院的護理人員，也是南華大學的研究生，非常感謝您願意接受訪談，未來您參與的研究主題為：加護病房護理人員的照顧經驗研究：以生死觀的敘說為焦點。您的照顧經驗，將成為本研究之寶藏來源。

在未來進行之訪談，其內容將圍繞著在加護病房的工作經驗及感受，期待您不吝分享您的經驗及感受，訪談過程中如提問方式或問題令您難回答，請您務必告訴我，讓我隨時做修正。

為讓研究客觀，訪談過程將**全程錄音**以作為資料分析的依據，訪談的次數視需要遞增減，您可以選擇隨時中斷訪談或退出本研究，研究者尊重並感謝您的參與。

為了確保您在研究過程裡的權益，研究者將尊重您的隱私，**未經您的同意**，訪談資料不對外公開，僅供研究者資料分析及與指導教授討論，且於論文上以別名尊稱您。

最後，再次感謝您參與本研究。謝謝您！

本人願意接受訪談

受訪者： (簽名)

研究者： (簽名)

日期： 年 月 日

如果您同意參加本研究，任何時候您感到不愉快或有進一步的問題時，都可以聯絡研究者。電話 \_\_\_\_\_

參：研究參與者基本資料表及預試訪談稿

研究參與者	臨床總年資	加護病房年資	年齡	經歷
1、寶貝	17 年	5 年	38	兒科病房→神經內科病房→加護病房
2、淑萍	12 年	4 年	35	內科病房→加護病房
3、梅	11 年	3 年半	34	外科病房→加護病房
4、仙蒂	8 年	1 年半	28	內科病房→加護病房
5、荳娘	5 年	3 年半	29	急診→加護病房

逐字稿

Li：我要請你講一下你的工作經歷。

May：工作經歷呀？

Li：對呀。

May：嗯 # 在 \* 醫院已經 10 年了 ↑，然後在病房，在病房七年，在加護病房 3 年。

Li：那你在病房的時候你覺得你的壓力在哪裡？

May：在病房的時候，的壓力喔，剛開始的時候，前 2 年因為是新進人員的不熟悉，所以對於病患或家屬的狀況沒辦法去處理，對呀，然後，之後的話，之後就是 # 針對一些，那種可能是心靈方面的吧，病人往生怎樣就去安慰家屬或自己心理的調適，就比較那個，就這樣子，其他，在照顧病人上壓力是還好。

Li：那病人往生了你的感受或心情什麼的。

May：病人往生，看照顧的那個時間長短，如果說我跟他關係有建立的話，照顧的時間較長的話，也是會覺得很難過，雖然要在專業的角度上來看這事情，心理上還是會覺得失落感，因為畢竟他之前還是跟你這樣說說笑笑，雖然你知道他病況越來越差或什麼的，畢竟其實，久了，關係也建立了，情感也建立了，多多少少還是會有，和家屬的互動，病人的互動越來越好，其實在病房比在加護病房還要深刻，所以，就是在面對病人要離開的時候或是死亡或者是其他什麼時候，映像會比較深刻。

Li：映像最深刻的病人死亡經驗？

May：我映像比較深刻，死亡呀？在病房呀？我映像比較深刻是在我剛出來工作的時候，的差不多第二年，那個病人是骨癌的病人，然後 16 歲，算年輕的弟弟，因為他是單親家庭，爸爸是榮民伯伯，然後爸爸和媽媽結婚年齡差距大，因為媽媽很年輕，他是單親家庭，然後他去投考軍校，體檢發現他膝蓋會痛，右邊膝蓋會痛，然後發現他是骨癌，他就是這時候來我們病房接開始接受治療，因為可能

年紀比較相同，因為我那時候剛差不多 21、2 歲，比較有話聊，然後在加上他治療整個過程都在我們病房，而且他有時候在門診化療都還會回來看我們，所以關係的建立是蠻好的，然後大家可以想像的就是說骨癌治療，他的狀況是治不好的，你可以想像他就是會走的，但就是在治療過程中，我就是覺得他就是，因為家庭的關係，就更捨不得這個小孩，因為他其實還蠻獨立的，然後因為他接受化療，就必須面臨捐精子這個問題，然後就和他爸爸、媽媽之間產生一些衝突，之後在我們病房去協調，得到處理，最後要走的時候，他的外觀整個都變了，接受化療腫，加上腦轉移整個身體心像的改變，其實他真的很堅強，其實他很難過，他有痛哭，他有跟他媽媽講說其實他很想活下，呀但是就是沒有辦法↓，然後最後的階段，大概治療過程有 1-2 年了，最後他是在新竹的某一間醫院過世的，然後過世的那一天，你知道又是剛好我上夜班，上大夜班，他媽媽打電話來又剛好是我接的，她就說某某某已經過世了，然後很安詳，他也受洗了，然後他說很謝謝我們病房的照顧，映像很深刻，就是說他進來這個過程照顧他，到他最後的時候，就是 10 幾歲的人生中，你看他也是單親家庭，爸爸其實離婚對他沒有很照顧，只是為了傳宗接代問題要他捐精子，他媽媽本來離開了，歸爸爸管，可是爸爸不管，她回來照顧他，照顧他這段時間因為他和爸爸有衝突，要安慰弟弟，又要面臨喪子之痛，然後病人本身又在掙扎的那幾個階段，他最後受洗，心理很平靜的離開，我就覺得映像很深刻，你就覺得整個過程可以看到他們調適又有衝突，對呀，就映像蠻深刻的。

Li：那他的死亡對你有什麼影響？

May：他的死亡又，對我來講又\*就是讓我覺得有段時間很想走安寧那一塊的，因為他讓我知道安寧這一塊，因為在以前那時是沒有學生死學的，因為以前專科的時候，84、85 年那時候之前生死學是很少被談到，在這個過程中都是他們自己去摸索的，他們，其實我們護理人員能夠介入的不多，然後加上我們病房有一個護理人員，她就是有進修生死學，她蠻有興趣的，也不是進修，應該是她信仰

的關係她是基督教徒，然後她會很有耐心的去溝通、去引導她，然後你就會覺得自己這方面不足，那之後我就去參加安寧療護的進階訓練，其實是想要去了解安寧、還有生死這一塊，怎麼一回事，至少初步的了解，對，然後就覺得蠻重要的，加上我之後，之後去讀二技的時候，又有修生死學這一門課，其實才會知道這一門課真的很重要，才会有接觸，不然你根本就是，家屬面臨到這種問題，病人面臨到這種問題，這種生死的問題、安寧或是其他的處理，其實你是很欠缺的，再來就是說以前學校教我們的是溝通的技巧，這種有時候就是說、很難講、很複雜的那種關係，溝通、陪伴，你要去了解，還有介入諮詢，你就會覺得自己的不足。