

南 華 大 學  
生死學系  
碩士論文

加護病房護理人員工作心路歷程之探討  
The Study of The Intensive Care Unit Nursing Staff's  
Psychological Experience



研 究 生：羅玉如

指 導 教 授：紀潔芳博士

中華民國 96 年 12 月 20 日

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

加護病房護理人員工作心路歷程探討

The Study of Nursing staffs' Psychological Experience in Intensive Care Unit of the Hospital

研究生：羅玉如

經考試合格特此證明

口試委員：\_\_\_\_\_

紀潔芳

戴玉德

李燕蓀

指導教授：紀潔芳

系主任(所長)：釋慧開

口試日期：中華民國 96 年 12 月 20 日

## 誌 謝

一張紙記憶著樹的靈魂，一篇論文記憶著研究所的學習過程。

回首求學的過程，學習的初始雖然異常辛苦，玉如在學校老師及紀潔芳老師的授業解惑中，漸嚐學習的樂趣，且當有所收穫時，更是甜美、豐碩，滿心的喜悅。

感謝紀潔芳老師在寫作過程時常遭遇「撞牆階段」耐心的等候且給予鼓勵，一直像母親一樣總是在我最需要溫暖的時候伸出雙手，從不吝惜多給我一些擁抱，有這樣的指導教授真的很幸福。

感謝戴正德老師在大學時期生死學的啟蒙，總在我遭遇人生困頓時給予鼓勵，也感謝在百忙之中仍撥空參加口試給予意見。

感謝李燕蕙老師，一直記得在心理劇課程中老師陪伴著我們進行的心靈成長，那種感動會永遠留在玉如心中，也謝謝您仔細閱讀給予指導。

感謝素玉同學，這一路上若不是妳總是牽著我的手，拉著我往前進，總在我躊躇不前時在背後推我一把，感謝妳一路上像是媽媽也像是姐姐般的陪在我身邊。

感謝碩士班同學們這兩年來彼此之間的砥礪與討論，使研究過程難解的問題與苦悶的心情得以紓解，有深厚的同學情誼存在，是值得慶幸與珍惜的！秀銀、郡寧及我們班永遠的班代景庭我真的好感激可以在南華結識你們，還有所有的南華同學們真的很高興可以在這裡一起上課、分享。

感謝醫院的長官及同事們，謝謝吳銘芳主任、怡伶學姊有你們的鼓勵我才有勇氣決定去念書，謝謝娟如、孟芬、怡憶這些年我經歷單位的護理長，若不是你們的協助及支持，我是不可能完成學業的，謝謝CCU的好友們（詩婷、倩青、琬韻、佳雯、瓊文、欣怡...）真的很謝謝你們的鼓勵，總是在我疲憊的時候給予加油。

感謝即將一起攜手走人生的老公東霖，這些年來的關懷、支持與體諒，總讓我在研究過程中煩躁不安的思緒得到慰藉。

最重要是感謝我的家人無價的親情關懷，使我能更專心研究與論文寫作，並與我共同分享取得學位的喜悅。最後，謹以此文獻給我摯愛的父母。

## 中文摘要

以「提供病人照顧」為主軸的護理相關訓練，通常只期待專業照顧者的角色具有全面性及完整性照顧，而忽略了護理人員個人的需求，特別是情緒上的需求。服務於醫療院所高死亡率部門（如癌症病房、安寧病房、加護病房等）的護理人員，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，因此，研究者想進一步探問，在以強調理性和控制為導向的醫療體系中，護理人員情緒的出口在那裡？護理人員如何在面臨病患死亡經驗中找出因應之道？協助護理人員觀看自己的故事，探討經由照顧經驗過程所形成的一些主觀意識，期望透過加護病房護理人員的經驗描述呈現出加護病房護理人員的心路歷程與悲傷反應及調適。

本研究將採用質性研究方法，利用深度訪談及半結構式問卷來蒐集資料，以敘事分析(narrative analysis)為研究取向，以「整體—內容」的分析模式呈現三位研究參與者悲傷故事之探討；以「類別—內容」的分析模式針對研究參與者在各自的工作經驗、情緒感受及思考生命意義價值的取得進行歸類與整理。

本研究提供下述幾點建議作為參考：

- 一、為提升遺體護理的部份提升實作的的能力，在學校教育中應有對遺體護理的技術操作及注意事項，並且列為技術考的項目。
- 二、加強諮商輔導的在職教育課程及生命教育的課程宣導。
- 三、增加家屬的溝通管道，讓家屬可以在對病情有所疑問或情緒上需要所支持時可以有一個管道可以尋求
- 四、建議成立醫院的心理支持團體或輔導諮商中心。
- 五、加強社會大眾生命教育及臨終關懷的宣導。

關鍵字：加護病房護理人員、心路歷程

## Abstract

The nursing correlation training takes "providing cares for patients" as the main axle, and it usually just anticipated the specialized attendance role has comprehensive and the complete attendance, but neglected the individual demand in nursing staff, especially in mood demand. The nursing staff serves to departments in a hospital with high mortality rate (for example: oncology ward, hospice ward, intensive care unit, and so on), faces on pre-dying and death for a long period, would present as anger, anxiety, disappointment, hopelessness, incapable feelings, and so on. Therefore, researcher wants to inquire farther, in the medical system which takes emphasizes the rationality and the control as guidance, where is the mood exit for nursing staff? How does the nursing staff find the coping strategies while facing to the experience of the patients' death? We helped the nursing staff to observe their own story, discussed some subjective consciousness which forms by way of the attendance experience process, and then through the nursing staff's experience in intensive care unit, we expected to describe the psychological experience, grief response and adjustment of them.

The study will assume the method of qualitative research and collect the data by depth interview and semi-structural formula, and then take narrative analysis as the research orientation, to present the sad stories of the three research attendants by the analysis pattern "whole — content"; to classify and recognize the view of attendants at respective working experience, the mood feeling, and the thought on value of life significance by the analysis pattern "category — content."

This research provides the suggestions described below for reference:

1. In order to promote the ability of actual operation in body nursing, the technical operation and the matters need to be noticed about body nursing should be

taught in the school, and lists as the project in the technical tests.

2. Strengthens the counseling guidance in office education courses and the life education curriculum
3. Increases communication channels for family members, make them to have a channel to quest for question in disease condition or the support of mood.
4. To establish psychological support association or counseling center in hospital is suggested.
5. To strengthen social populace's guidance of life education and the deathbed care.

Key ward : The Intensive Care Unit Nursing Staff · Psychological Experience

# 目 錄

誌謝	
中文摘要	
Abstract	
第一章 緒論	
第一節 研究背景與動機.....	001
第二節 研究目的.....	004
第三節 名詞界定.....	005
第二章 文獻探討.....	007
第一節 加護病房護理人員的工作特色.....	007
一、護理人員的角色	
二、加護病房的特色	
三、加護病房護理人員的壓力與因應調適	
第二節 護理人員悲傷之探討.....	015
一、悲傷的內涵	
二、哀悼	
三、悲傷反應	
四、悲傷歷程	
五、剝奪性悲傷之探討	
六、替代性創傷：	
第三章 研究設計與實施.....	027
第一節 研究方法.....	027
一、敘事研究與分析方法	
二、深度訪談法	
三、研究的信、效度	
第二節 研究參與者.....	035
一、研究參與者的選擇與研究者的背景	
二、資料蒐集的程序	
第三節 資料處理與分析.....	038
一、資料處理	
二、資料分析方法	
第四節 研究倫理.....	041
一、徵求同意	
二、尊重隱私與保密	
三、防範潛在的傷害與風險	
四、互惠	



第四章	研究結果分析與討論.....	043
第一節	加護病房護理人員工作故事敘說.....	043
一、	小凡的工作故事敘說	
二、	晴晴的工作故事敘說	
三、	小紅的工作故事敘說	
第二節	加護病房護理人員工作心路歷程之分析.....	072
一、	加護病房工作特色帶來心理的壓力與調適	
二、	死亡帶來的震撼	
三、	與家屬的互動關係	
四、	溫馨的照護	
五、	自我提升	
第五章	結論與建議.....	093
第一節	結論.....	093
一、	初始面對病患往生的的震撼	
二、	悲傷對護理人員而言是一個很大的負荷	
三、	死亡事件頻易導致悲傷經驗的累積	
四、	悲傷的歷程與調適是沒有一定的軌跡及模式	
五、	助人者關係的投射：	
六、	社會角色的制約	
七、	家屬的期盼	
八、	溫暖的照護	
九、	體認個人生命有限，學習愛及溫暖	
第二節	建議.....	099
一、	養成教育的培養：	
二、	在職教育的訓練：	
三、	繁忙的工作內容無法兼顧病人家屬的情緒：	
四、	建立溝通管道：	
五、	社會大眾生命教育的推廣：	
第三節	研究者的省思.....	102
第四節	研究之限制.....	104
一、	研究研究參與者受限年資條件	
二、	研究分析受研究者主觀影響	
三、	缺乏情感的表達	
參考文獻.....		105
附錄一.....		111
附錄二.....		112

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

專業照顧者如醫護人員、救難（災）人員、警消人員、社工輔導人員、殯葬人員甚至神職人員等，因工作特質常被要求在專業服務過程中，必須控制主觀情緒感受與表達，所以這些人員必須學會在工作世界的期望與失落感受中取得平衡（顏素卿，2004）。必須學習調適自我的情緒感受及因應自我的情緒反應。在社會與文化規範下，專業照顧者的情緒非但不被重視，反被要求壓抑情緒以免妨礙專業照顧工作進行，一方面又要講求專業照顧必須具備同理心的專業素養，專業照顧者勢必須在同理喪慟者的心理和平衡自己心境中出入（李玉嬋等，2004），長期發展下來，社會文化規範與教育制度之下形成的照顧模式，使得專業照顧者在特殊的照顧情境中出現特殊的情緒表達方式（林綺雲，2003）。

死亡，是人必經之路，卻是最難以直接面對討論的嚴肅課題，「死亡」是生命的一部分，也是人生旅途的終點站。李佩怡（2000）發現，過去以「失落」為主題的研究範圍，以喪親和疾病造成的重大失落著墨較多。因此，當死亡事件發生後，通常與死者關係不包含在血緣親屬範圍內的人，較無管道表達悲傷，如朋友、戀人、同事、鄰居、照顧者……等，所以這群感到悲傷卻無法向人表達悲傷的人是需要同理與接受的。護理工作所接觸的就是病人，逃不了面對死亡問題，而死亡的影子又隨時蟄伏於醫院之中。醫護人員面對病患的生死掙扎，必須立即做出最合宜的醫療措施來協助病患，過程中隱藏著許多情緒壓力問題（李玉嬋，1999）。因此，病患的死亡引發護理人員深刻的自覺，容易比一般人更常思考死亡問題並體認個人生命有限的衝擊（曾煥棠，2003）。而加護病房護理人員身為專業照顧者的一員，死亡無可避免地對相關涉入人員造成或大或小的衝擊，因此，研究者想進一步探問，加護病房護理人員如何處理自己在照顧情境中被引

發的悲傷？面臨專業角色的期許與自身情緒需求之間的拉扯，加護病房護理人員如何於其中取得平衡？

護理人員是醫療照護團隊中最接近病患者，承擔著在醫師和病人之間協調溝通、使複雜的醫療體系得以運轉自如的工作。在專業方面，臨床的護理人員具備應有的專業水平，但對生命的探問，護理人員也跟一般人一樣，有許多的未知與疑惑（莊乙雄，2002）。安寧病房臨床社工師蘇絢慧（2003）認為，護理人員長時間（並且是第一線）面對病人與家屬各樣需求與困難，再加上死亡的衝擊與悲傷的累積，若沒有足夠的支持與經驗，新進的人員容易因龐大的情緒壓力與工作要求而受挫、沮喪。由此觀之，以「提供病人照顧」為主軸的護理相關訓練，通常只期待專業照顧者的角色具有全面性及完整性照顧，而忽略了護理人員個人的需求，特別是情緒上的需求。無可否認，提高護理品質對護理人員而言責無旁貸，然而護理人員的主體性也應該被重視。護理人員總是被期待要照顧病患及其家屬，然而，誰來照顧護理人員？護理人員也是人，不應被過度期待能完美地扮演社會所期待的角色，如果只探討病患及家屬的需求，而忽略護理人員也有需求，忽略護理人員也有情緒及思想，既缺乏人性的思考，更忽略了人文關懷對醫療人員的重要性。

研究者身為一個加護病房護理人員，如果說和生命賽跑是一場戰爭，病房就是交戰區，病人的身體是我們的戰場，研究者常常懷疑自己能否勝任這份工作，不僅僅是因為必須時常面對死亡或垂死之人。雖說研究者在技術層面有進步，也認同自己的技術能力，可是常常在研究者不知道自己能夠為病人做些什麼的時候，無法勝任的感覺便油然而生。經歷一天的上班奮戰後，常在下班獨自一人時間問著自己有誰能了解我們的所見所聞、我們的閱歷經驗？我們還能對誰吐露心事？誰會想聽呢？誰能體會呢？

研究者發現許多護理人員只是默默承受著悲傷，將其收藏在內心最隱密的角落，因為害怕悲傷所以選擇決口不想、不提，有時甚至選擇逃避不去面對。研究者認為，社會在賦予護理人員「專業角色」的同時，也應該重視護理人員身為「人」的主體性，更應該留意到隱藏在專業角色背後不為人知的悲傷。希望藉此研究彰顯護理人員除了是醫療體系中的一個「專業角色」外，更是社會關係中的一個「人」，也有其面對照護工作、面臨生死的悲傷歷程。

誠如 Bowlby (1980) 所言「失去所愛的人，是任何人都無忍受的一種最深刻而痛楚的經驗。不僅親身經驗失落的人很痛苦，旁觀的人因為自己對失落為能為力，也會感到痛苦」(引自李開敏等，1995)。醫院是接觸死亡的真實場景，護理人員面對家屬的期盼與自己的天職，在社會規範的模式中被訓練成應該理性看待生命的自然循環，然而人非草木，當病人的生命結束時或是照顧病人的過程中，護理人員的內心難道可以不受衝擊，而將一切視為「理所當然」？護理人員因專業角色限制必須強作鎮定，不能軟弱、不能哭泣、不允許情緒潰堤，那麼，護理人員在角色規範中又該如何因應自己的處境？

Power & Sharp (1988) 和 Foxall (1990) 發現，對加護病房和安寧病房的護理人員而言，與死亡和瀕死有關的情境是充滿著緊張壓力的，因為他們比在其他單位工作的護理人員更常經歷死亡和瀕死事件(引自 Spencer, 1994)。服務於醫療院所高死亡率部門(如癌症病房、安寧病房、加護病房等)的護理人員，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，因此，研究者想進一步探問，在以強調理性和控制為導向的醫療體系中，護理人員情緒的出口在那裡？護理人員如何在面臨病患死亡經驗中找出因應之道？協助護理人員觀看自己的故事，探討經由照顧經驗過程所形成的一些主觀意識，期望透過加護病房護理人員的經驗描述呈現出加護病房護理人員的心路歷程與悲傷反應及調適。

## 第二節 研究目的

本研究目的在探討加護病房護理人員工作心路歷程之探討，在以強調理性和控制為導向的醫療體系中，加護病房護理人員面對加護病房中病人死亡率較高的情況，內在心理一定有著許多不為人知的感受，協助護理人員觀看自己的故事，探討經由照顧經驗過程所形成的一些主觀意識，期望透過加護病房護理人員的經驗描述呈現出加護病房護理人員的心路歷程、悲傷反應、加護病房護理人員之悲傷調適。

綜合以上觀點，本論文的研究目的為：

- 一、了解加護病房護理人員的工作經驗的心路歷程。
- 二、探討加護病房護理人員對病患往生之悲傷反應及調適。
- 三、根據研究結果提出相關的建議。

### 第三節 名詞界定

茲將本研究之重要名詞界定如下：

#### 一、加護病房護理人員

具有護理執照且在醫院加護病房工作，並經歷過病患死亡之臨床護理人員。

#### 二、心路歷程

在本研究中，心路歷程是指加護病房護理人員在工作過程裡與病患及工作團隊互動的過程中，所引發的內心深處的想法、感受、主觀經驗、情緒、反應等內心層面之探討。

#### 三、悲傷反應

本研究中的「悲傷反應」是指加護病房護理人員在面臨病人死亡或工作照顧經驗中所引發的痛苦反應，依 Worden 的定義，悲傷是失落個人的經驗，是一種持續發展的過程，既非事件也非靜止的(Tagliaferre & Harbaugh, 1990)；是一種對失落的情緒反應，常帶有感情、悲傷、憤怒和痛苦的感覺 (Margolis, et al., 1985; Kastenbaum, 1991)。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 加護病房護理人員的工作特色

#### 一、護理人員的角色

1885 年，南丁格爾（Nightingale）開啓護理專業領域，她認為護理是：護理是經過設計的，護理是保持人們在安好的情況，或協助人們免除疾病和回復他們到達最高的健康狀況，可見護理不只是使健康的人不患病，使患病者早日康復，還要有週遭的關懷，避免他們繼續感染、受害，同時還要使他們回復到最高的健康層次。

1964 年美國護理學者韓德遜（Henderson）對護理的本質與真諦是認同南丁格爾的，而異同的解釋，可看出是時代變遷的結果。韓德遜對護理的定義是：護理的獨特功能是協助患者或健康的人，實行有利於健康或恢復健康或安祥死亡的活動，這些活動在個人擁有體力、意願或知識時，是可以自己獨立完成的，也就是說護理是協助個人儘早不必依賴他人的協助來執行這些活動。南丁格爾提到護理要使人達到最高的健康狀態，韓德遜也認為護理是協助病人恢復本身的功能。

到了 81 年代，爲了呼應護理人員角色的擴張，美國護理學會（ANA）爲護理下了定義：護理爲診斷及處理人對已經存在或潛在的健康問題所產生的反應。這定義強調四大特性：

- （一）現象，護理要對所呈現的健康狀況現象涵蓋個人及週遭，收集相關資料加以分析評估。
- （二）理論的運用，護理要將所學的護理理論和相關理論如行爲科學和心理學等等運用於工作上。

(三) 護理活動，護理是經由實際行動以解決服務對象的健康問題。

(四) 評價，對執行的護理行動，評價其成效並評估服務對象的反應與感受。

所謂「護理」，世界衛生組織（WHO）下的定義是：「協助健康或生病的個體，從事促進健康或安寧地死去的護理活動；而這些活動在個體有足夠之必需的體力、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。」尤其是加護病房因護理對象病情變化之急劇、治療之複雜性與多變性、搶救時精確快速之要求、家屬情緒之壓力等，對護理之專業性最具挑戰。

護理人員是醫院重要的人力資源之一，不但人數眾多，且分散在各個角落，對醫療品質深具影響力，護理活動是護理人員每班（八小時）的重要工作，分直接與間接兩種，直接護理活動，以病患為中心，是在床邊發生的所有護理活動，包括護理技術的操作等九大項（133 小項）如飲食、排泄物處理、身體清潔、變換體位與運動、監測、生命徵象、給藥、呼吸系統處理、協助檢查、執行治療、衛教及溝通、心理支持等（潘純媚、金繼春、黃秀琴、柯純卿，1993）。間接護理活動，包括直接活動的準備與善後處理工作、工作人員溝通有關病患之種種問題、查閱相關資料等。

## 二、加護病房的特色

加護病房，或稱為加強護理單位，是一個專為病況緊急或病情嚴重病患專門設立，使病患有活命機會的地方，加護病房是照顧病情危急或嚴重病患之處，這些病患不是生命面臨威脅，就是需要十分縝密之醫療評估與處置，以爭取活命機會。對許多人而言，那是生命到達生死關頭，最後奮力一搏的地方。



加護病房的醫護目標是：保住生命、重建最大可能的生命功能、預防不必要的傷害，造成最有效的治療效果，及減少心理上的創傷與急性期的痛苦經驗。加護病房有其單位的獨特性與專業性，加護病房護理人員在需直接面對病患緊急狀況及先進儀器設備之使用，對護理人員之知識、應變能力及技術要求相對增加（江佩蓉、吳瓊慧、畢蕙玲、吳淑慧、黃瑞美、邱彥芬，1987）。

加護病房的護理人員是病患的主要照顧者，提供醫療服務並照顧生活起居，另外，也肩負了病患及家屬的教育者、協調者和支持者等角色功能（范君瑜、何昭中、黃人珍、李瑞美，2001）。

擔任加護病房護理的工作，不僅必須時常面對死亡或垂死之人，還需要讓自己堅強到一方面能夠把職場上的悲傷適度與內心隔離，卻同時仍在情感上與病人他們的苦痛相連，加護病房裡的是急重症病患，救回來的與救不回來的，對於醫護人員而言都是一場硬仗，Tilda Shalof（2006）於《加護病房》一書中提到：「重症照護是一個充滿痛苦和悲傷的行業。就算最終的結果是好的，一路上還是得承受很多苦難。」。許多加護病房護理人員在工作中的所見所聞，使職業的悲情性質變成很大的負擔，投射到自己身上，往往難以擺脫悲傷情緒；尤其是雖在技術層面沒有問題，可是在自我期許很高，卻不知道自己能夠為病人做些什麼的時候，無法勝任的感覺便油然而生。加護病房護理人員的情緒困境鮮為人知，遑論受人關注，大多時候都是靠同儕相互扶持，必要時需暫時離開，讓心靈休息才得以平復。

### 三、加護病房護理人員的壓力與因應調適

「壓力」是現代人必須面對的問題，也是存在於生活及工作中難以避免的考驗，且基於個人感受及其承受、調適壓力的程度不同，表現在生理、心理或外

在行爲的方式也會有所不同。有人將壓力視爲人生的挑戰，在突破種種困難後，化壓力爲助力，能爲自己產生正向的評價；亦有人視之爲絆腳石，在面對壓力時一味的逃避、放棄，因而氣餒消沉，造成身心健康的危害。因此，若壓力不能適時獲得紓解，將帶給個人不少困擾。而在「工作」上壓力，更是邇來備受重視與討論的議題，因爲工作壓力不僅會對個人造成身心影響，更會造成工作與組織上的損失（吳敏鳳，1996；李文榮，2004）。

以護理人員爲中心的角度來看，可能被框限於社會文化、組織文化、及規定、其他團隊成員、家屬及病人各自不同的理念及期待之間（陳聖文，2003）。因此，我們看到護理人員的角色，一方面要面對病人的需要，另一方面又要面對醫療機構化種種常規的壓力，比如常規性的工作程序與時間感，這樣的作息方式，仍然可以容許病人某種程度突發需要的彈性，但是一旦病人的需要影響了常規作息，使得常規性的工作不能流暢進行時，護理人員就會產生很大的壓力，在病人的需要與常規作息之間拉扯（莫影慰，2002）。因爲護理工作本身的專業性、繁瑣性和緊急性，與病患、患者家屬或其他醫療小組成員們錯綜複雜的人際關係，都讓護理工作被公認是最具挑戰與最富壓力的工作之一（曾灝瑤，2004；鄭麗娟、蔡芸芳、陳月枝，1999）當護理人員自我也需要調節時，就會產生角色的衝突，反而會刻意忽略壓力帶來的不舒服。病患死亡通常引發其他的、與真實無關的或潛在失落的非預期反應，病患的死亡也可能引發個人生命有限的頓悟（顏素卿，2004），這樣的內在歷程大部分不被察覺，而且通常不被討論。

在現代社會的脈絡之下，不但病患與家屬往往無法面對死亡，涉入死亡事件的專業醫護人員們，也表現出其面對死亡的無力感（陳盛文，2003）。護理人員面對瀕死患者有許多複雜的情緒，如「悲傷」、「焦慮」、「不捨」等，有時也會出現「麻木」的情緒來拒絕面對瀕死病患的不舒服感受。許多護理人員在照顧瀕死病患時，情緒會受到相當大的困擾，如眼見病患疼痛情況嚴重，卻無法用藥物

或其他方法解除；明知治療無望，用盡所有的治療方法，而病患或家屬卻仍懷有治療期望，盡一切的努力之後，看到病患仍不免一死，這些情形都會令護理人員產生害怕、沮喪、無力、罪惡感等負向感受（引自杜異珍，1997）。顧艷秋（1999）研究護理人員照顧臨終患者發現，當病人急救無效，醫生宣布死亡時，67.0%會接受此事實，但有點感傷。至於患者過世一段時間後仍有 52.7%的護理人員會出現夜裡難眠的情況。而這些情緒困擾與反應，有 46.2%的護理人員傾向由同學、朋友來撫平自己的情緒。杜異珍（1997）的研究指出，護理人員因為所照顧病患死亡，會有沮喪感的佔 64.9%；內疚感的佔 20.8%。在對瀕死病患死亡之態度方面，83.4%之護理人員常期望病患不要在自己班內死亡；77.4%之護理人員常與同仁傾訴照顧瀕死病人感受。

因個人的脆弱、無助而引發的情緒，以及情緒上支持的需求在醫療照顧體系中，通常不被認為是一種合乎專業形象的表現，護理人員會將他們所經歷到的這些情緒視為一種軟弱、非專業的表現，將他們隱藏或壓抑在潛意識中（唐秀治，1998）。

唐秀治（1998）認為護理人員可能經歷到的壓力可歸納為：（一）認知到個人生命有限的衝擊；（二）征服疾病及對醫療情境控制的能力受威脅；（三）感染到瀕死病患及家屬強烈的情緒感受；（四）缺乏養成教育的準備和臨床照顧工作中的角色規範；（五）缺乏哀傷表達的合法性。

Gentry 及 Parkes（1982）研究加護病房護理人員的工作壓力源為來自工作負荷，照顧瀕死病人，渴望獲得支持以及病房流動率等因素。加護病房的工作領域中，所服務的對象中有一部份是生命在死亡前擺盪的病患，當護理人員面對個人因面臨病患死亡而引發的衝擊時，現階段的教育體系及工作環境並未給予照顧者充足的養成準備及必要的支持，而更加深護理人員所承受的壓力。護理人員若

於照顧瀕死病人的過程中，甚至在病人逝去後，未能獲得適當的協助，以正向的思維克服壓力並面對死亡的衝擊，護理人員將無可避免的獨自承受情緒的哀傷，並依此發展出個體的適應模式，而且此適應模式並不保證是正向、有效、具建設性的，至終他可能無法繼續承擔此壓力，經歷到照顧者的情緒耗竭，甚至選擇離開此一具壓力的瀕死病人照顧領域（唐秀治，1998）。

Hymovich & Hagopian（1992）認為因應行為基本上是一種有目的的自我調節過程，是一種認知、情感及行為上的過程，用來處理那些超過個人目前所能應付的環境或個人內在現存的或潛在的壓力源。護理人員身為照顧者的角色，宋麗玉（1999）研究指出，照顧者因應壓力的方式有積極面對，解決問題、接受事實，未採取行動、順其自然、尋求資源、推卸、逃避。許淑敏與邱啓潤（2003）的研究指出，照顧者最常透過角色調整、尋求支持及資源的協助、堅定信念、增進照顧知識及技巧、照顧者的健康促進及照顧者工作的回饋等行為來面對照顧中的各種情境。護理人員面對病人死亡常見的因應行為可分為正向因應行為與負向因應行為，負向因應對策為護士會以退縮方式面對病人的死亡，如選擇步調較快的外科體系或以操作技術為主之單位（如開刀房），以減少自我情緒之介入或面對哀傷之情境。而正向應對策略為：坦然面對自我情緒；找出病患死亡的意義，藉此較能以開放的心去接受病人死亡之事實；引用相關知識解釋或處理所面臨之哀傷情境，包括過去的正向經驗或壓力反應調適歷程，以認清自我的限制；尋求支援，與同事討論工作中的挫折；掌控情況，主動協助病患及家屬，盡力解決所遇到的問題（曾美珠，2004）。

根據 Quint（1966）研究發現，當護理人員面對壓力之因應策略，大致有下列反應：（一）減少與病患接觸的時間，以避免與病患談到未來；（二）保持忙碌的工作氣氛；（三）選擇性傾聽，只聽自己願意聽的，不讓自己與病人間有進一步的人際關係；（四）不和病人討論到他的病情或預後（引自張嫣紅，2003）。

Chiriboga, Jenkins & Bailey (1983) 探討安寧療養院護士照顧瀕死病人的因應行為分為九類：(一) 理性行為；(二) 幻想式行為；(三) 情緒逃避；(四) 沉思默想；(五) 專業化行為；(六) 情緒反應；(七) 預期性因應；(八) 衝突的行為；(九) 關注性行為 (引自張嫣紅, 2003)。巫慧芳 (1994) 研究則指出護理人員面對病患家屬時的工作壓力之因應策略分別為積極地面對問題，消極地思考，逃避行為。研究者在研究場域中觀察發現在加護病房中護理人員常以沉默的態度，積極的醫療行為處理工作中不斷出現的各種事件。

簡淑慧 (1999) 在癌症病人死亡對護理人員之衝擊及如何因應之研究中建議：

- (一) 護理人員應正視自我感受及反應，才能體認自己於臨終照護中所扮演的角色，進而提供有品質的臨終照護。
- (二) 省思自我對死亡的看法：對死亡的看法及態度會影響護理人員面對病患死亡的反應，而態度形成與過去生活經驗及自我學習有密切的關係，護理人員若能有效處理病患或親人之死亡經驗，藉此過程體驗進行自我成長及學習，進而增加面對死亡的智慧與技能，日後將有助於自我面對死亡衝擊的調適。
- (三) 有效應對壓力：護理工作是很有壓力的專業，如何面對病患死亡往往是護理人員主要的壓力源，而壓力會影響生理及心理健康，適當紓解壓力是必要的。
- (四) 追求靈性生活：靈性是內在生命力與價值體系之泉源，是人的本質與存在意義的追求，而靈性生活之追求主要包括，對生命與死亡意義及目的之追求、希望之追求、對自我他人與宗教信念及信仰之追求，進而協助每個人更能以正向態度面對生命存在的意義及價值。

對於加護病房的特性而言，隨著醫療科技專業化的趨勢，無形中迫使護理人員成為執行科技的工具，在醫療場域中病患被化約成疾病名詞或執行技術的對象，國人欠缺醫療知識加上國內立法的不足，CPR（心肺復甦術）被當作理所當然的儀式，就如 Robert Kastenbaum（1996）在《死亡心理學》書中提到：「人在面對超乎平常的壓力時，常以否認作為一種心理防衛的策略，此時的急救就是否認的一種形式，它要求對死者的軀體施行儀式化的行為，而且還受到法律、條例及醫療科技系統的提供者所支持。理由呢？可能是：不要讓任何復甦的微小機會溜過、我們多的是人力與裝備不用白不用，或是避免醫療糾紛。法律的規定是為一般的人類所設，然而個人卻是在獨特的時空之下經驗到死亡，當一般的通則凌駕了我們對自我的判斷時，垂危者及陪伴者將失去大部分的自由（引自曾美珠，2004）。」急救在加護病房裡似乎已經變成一種例行公事，在僵化的醫療模式中護理人員的情緒反應，是否在面臨內心已認定無效的醫療行為背後亦隱含著悲傷意涵及失落，是研究者深感困惑的部分。

## 第二節 護理人員悲傷之探討

關於死亡，在現今社會中有一套不容忽視的約束體系，僅允許在某些特定的人物、事件、關係及時間，才可以表現出悲傷反應。有些是不被允許的，由社會規範來看，體制下規定「誰可以合法為誰哀悼」，換句話說，有些人經歷失落，卻因沒有被社會認可的角色、權力及能力，所以即使感到悲傷，也會因為得不到認同而不能公開表達。當個人經歷失落時，有悲傷反應是很正常的，但有些人卻不能悲傷。Worden 提出五個影響悲傷反應的因素：與逝者的關係、失落發生的情境、過去的經驗、人格因素、及社會因素（李開敏等譯，1995）。由於不同因素交互影響，導致於不同悲傷形式的發生，同時也貼上不同的標籤。

### 一、悲傷的內涵

所謂悲傷 (grief)，Bowlby (1980) 認為是一種失落感受而產生的心理、社會及身體反應過程。Worden (1991) 則明確指出，悲傷是失落後個人的經驗，不只是情緒的表露，還會表現在心理、社會、生理及認知各方面。Parkes & Weiss (1983) 認為悲傷是自己覺知與接受失落的事實之過程。Schneider (1984) 描述悲傷為個人在生理、情緒及精神上受到失落影響的整體過程（引自林綺雲，2000）。Sanders (1999) 則認為悲傷是多層次的，代表經驗失落情境時的特殊反應，反應程度的變化，依失落對象，失落情境及對亡者的依附情形而有所不同（引自張玉美，2002）。質言之，悲傷常是各種生理及心理疾病的潛在原因，也是個人因失落而隨之產生的情緒、生理、認知和知覺反應的複雜交互過程，意識傷慟過程中極重要的一環（許育光，2002）。而廖珍娟 (1998) 則認為悲傷是一種反應，表達出三件事：(一) 一個人對失落的感覺；(二) 一個人對失落的抗拒與希望解脫它；(三) 一個人經歷失落所引起的自我攻擊效應；另外 Rando (1995) 則進一步的強調悲傷有五個主要含義：(一) 悲傷是對心理、行為、社會、生理

的感受；(二)悲傷的持續發展會隨著時間而會有所改變；(三)悲傷是自然反應；  
(四)悲傷是失落的反應；(五)悲傷是個人獨一無二的感受。

莊小玲和葉昭幸統整國內外文獻，對悲傷做出了五個定義性特徵的解釋(引自張玉美，2002)：

- (一) 哀傷是一種過程：哀傷是一個痊癒的過程，個體必須採取許多策略來調適哀傷，哀傷是一系列或有階段性的活動，個體必須花一段時間來完成哀傷的工作。
- (二) 哀傷是動態性的：哀傷的本質是一改變的過程，不是靜態的。個體哀傷的特質與強度會隨時間、情境的不同而改變。
- (三) 哀傷具有高度個別化現象：個體的哀傷受到許多因素的影響，如性別、過去經驗、文化背景、支持系統及失落者與個體的關係，故學者認為個體間的哀傷反應有極大的不同。
- (四) 哀傷具普遍性：哀傷的過程則將影響個體的日常生活、舒適感、自我感受及個人成長，個體的哀傷反應涵蓋各方面，包括生理、社會、認知、情緒、行為及靈性。
- (五) 哀傷具規範性：哀傷是一種正常的情緒反應，但個體因不同文化背景有不同的傳統禮儀及行為，故表現的方式各有不同，一般常以哀傷是否符合社會及文化標準來評定是否在可接受範圍內。

綜合上述得知，「悲傷」是一種失去所愛而引發的痛苦反應，包含情緒、生理、認知、行為上的反應。亦即，當我們失去所愛的人或重視的東西時，會感到傷心甚至哭泣的表現，也是一種傷慟、悲哀的過程。雖然未完成的失落經驗可能導致病態的悲傷，但是悲傷若能經過正確的調適，就可以促進個人成長、成熟與發展，增進因應技能。



## 二、哀悼

Worden (1991) 認為哀悼被視為調適失落的必要過程，所以有四項基本任務：

- (一) 接受失落的事實：哀悼者相信或不相信失落事實的心情是交替出現的（引自李玉嬋，2003），Worden 認為接受失落的事實是需要時間，因為它不只是一種認知性的接受，也是一種情感上的接受。
- (二) 經驗悲傷的痛苦：在失落經驗中的痛苦是包含身、心、靈三方面的，許多人選擇拒絕他們正體驗到的痛苦感受，而以許多逃避行為代替，所以許多學者都認為失落的痛苦是無法避免的，逃避或壓抑悲傷的人只會延長痛苦；為了完成悲傷工作，必須經歷並宣洩悲傷之痛以免崩潰或陷入憂鬱（引自李玉嬋，2003）。
- (三) 重新適應沒有逝者的新環境：Bowlby 認為人要是不能認知到環境的改變，修正逝者所代表的意義並重新界定生命目標，就可能受困於矛盾之中（引自李玉嬋，2003）。針對生活適應的層面，生者需要擔任新的角色，適應沒有逝者的環境包括：學習新的處世之道、重新調整自我概念、建立新的價值體系。
- (四) 將情緒活力重新投注在其它關係上：因為過去的關係對現在不適合，健康的哀悼不是停止生活，而是努力使往後的生活更具有生產力及活力。

Corr & Doka (1994) 提出第五項哀悼任務「重新建立因失落被挑戰到的信念與哲理系統」，因為失落事件引起個人內在價值系統的失衡與原有宗教信仰的質疑，也是悲傷者需要努力找回內在平衡的重要任務（林綺雲，2000）。

由於哀悼是一個過程而不僅僅是一種狀態，同時也是人類試圖學習由失落、喪痛和悲傷中生活下來，而努力適應失去自己生命中重要的人事物之過程（李

佩怡，2000)。精神科醫師 Engel (1961) 則視哀悼為復原的過程，認為哀悼需要一段時間去恢復 (引自葉何賢文，2003)。透過哀悼的過程，從否認、混亂、逃避壓抑、到重新適應及接納都是需要我們切身的經歷與感受，建立新的關係與人生哲理，這是一個持續且必要的復原歷程。

### 三、悲傷反應

悲傷反應係指遭遇失落時所常見的許多感覺和行爲 (連廷嘉，1998)。悲傷反應區分為「正常的悲傷反應」與「複雜性悲傷反應」，而正常的悲傷反應是不需要專業協助的，但複雜性的悲傷反應卻需要專業介入 (黃君瑜，2002)。有此可知，若處在「複雜性悲傷」狀態下，沒有適當的處理會造成終其一生的困擾。基於上述的觀點，有必要了解「正常的悲傷反應」與「複雜性悲傷反應」的特點。

#### (一) 正常的悲傷反應

Worden (1991) 指出，正常的悲傷反應又稱為單純的悲傷反應，是指遭遇失落後常見的許多感覺和行爲，Worden (1991) 將正常的悲傷反應區分為感覺、生理、認知和行爲四個層面：

1. 感覺方面：包括悲哀、憤怒、罪惡感、焦慮、孤獨感、疲倦、無助、驚嚇、思念、解脫感、輕鬆及麻木。
2. 生理方面：包括口乾舌燥、胃部虛空、對聲音敏感、胸口或喉嚨有緊迫感、呼吸困難、肌肉軟弱無力、缺乏精力、有種不真實感。
3. 認知方面：包括困惑、沉迷於對逝者的思念。
4. 行爲方面：包括失眠、飲食障礙、心不在焉、退縮、夢到失去的親人、避免提起逝去的親人、尋求與呼喚逝者、哭泣、珍藏遺物、坐立不安或躁動、舊地重遊與隨身攜帶遺物等。

部分學者以階段論的觀點來說明正常的悲傷反應，最廣為人知的是 Kubler-Ross (1969) 提出的五個階段，分別從初聞惡耗的否認和孤立，到對親人逝世感到憤怒，進而轉向討價還價，進入到無助的憂鬱狀態，再逐漸去接受事實。

Rando (1995) 則將正常悲傷的心理過程區分為三大階段：

1. 逃避階段：會有震驚、否認、思考雜亂的反應。
2. 對抗階段：通常在此階段會有恐懼、焦慮、憤怒及罪惡感、沮喪、認同逝者的強烈悲傷反應。
3. 重新建立階段：在此階段所有的悲傷反應將逐漸減少，慢慢地悲傷者對其他人、事、物產生興趣，並且允許自己發生新的關係。

## (二) 複雜性的悲傷反應

許育光 (2002) 指出「複雜性悲傷」就是無法正常的悲傷，亦即在哀悼過程中有困難，有未解決或無法處理的議題，亦同於「不正常的悲傷」或病態的悲傷，也意謂著在正常的哀傷過程中無法達成其任務，或無法走過某一情緒或身陷於某種困境中；Horowitz (1980) 則認為，悲傷的強度使人不勝負荷，因而產生不適應的行為，或一直陷在悲傷中，不能完成哀悼的過程，不能夠逐步朝向同化或適應悲傷，反而刻板化的重複悲傷，而阻礙癒合，就是所謂的「複雜性悲傷」(引自李開敏等譯，1995)。

Worden (1991) 將複雜性悲傷區分為四種類型，分別為：

1. 慢性化的悲傷反應：悲傷時間的過度延長，而且永未達到一個滿意結果的悲傷反應。
2. 延宕的悲傷反應：當事人在失落發生的當時情緒反應不足，在日後再度遭遇失

落時卻發生了過多、過強的悲傷反應，此類型悲傷反應亦常見於加護病房護理人員。

3. 誇大的悲傷反應：當事人經驗到強烈的正常悲傷反應，覺得不勝負荷，因而產生不適應的行為。

4. 改裝的悲傷反應：悲傷潛抑而轉為生理症狀或隱藏某些適應不良的行為之下。

由上所述可知，悲傷反應歸類並不一致，有情緒、行為、生理等，悲傷反應的分類並不重要，重要的是加護病房護理人員的悲傷反應是否超越正常悲傷反應，或是延宕壓抑而不加以思考、不能夠逐步朝向同化或適應悲傷。

#### 四、悲傷歷程

悲傷是一個歷程，需要一段漫長的面對、接受、領悟與調適歷程。許多研究悲傷歷程的學者發現，悲傷反應的內涵與程度並非一成不變的，似乎是隨著進行過程的不同而有所變異，於是出現很多嘗試解釋這個現象的理論，以下將引述黃鳳英（1998）以 Shuchter & Zisook 的分類法，將悲傷歷程的階段與任務模式整理如表一：

Shuchter & Zisook	Bowlby	Parkes & Weiss	Worden 的任務模式	Rando 的六 R 模式	開始與持續時間
1. 第一階段震驚	1. 麻木	1. 認知上接受失落的事實	1. 接受失落的事實	1. 逃避時期---接受失落的事實	發生在死亡後的數小時到數週內
2. 第二階段急性悲傷期	2. 思念與尋找逝者 3. 解組與失望	2. 情感上接受失落的事實	2. 經驗悲傷的痛苦	2. 面對時期---經驗分離痛苦---回顧、追憶及重新經歷與逝者的關係	開始於喪親者在認知與情感層面同時覺知死亡事實時

3. 第三階段復原期	4. 重組	3. 迎合現實改變自我及對外在世界的假設	3. 適應逝者不存在的新環境 4. 把逝者安置在適當的情感位置	3. 適應時期---放下與逝者的舊依附與對此世界的舊假設---與逝者保有適當關係下適應新世界---將生命的活力重新投入新的對象與關係	開始於喪親者重新體會生命之活力前的一月或數月之前
------------	-------	----------------------	------------------------------------	--	--------------------------

表一、悲傷歷程的階段與任務模式對照表（引自黃鳳英，1998）

悲傷所需經歷的時間也常因人而異。縱使有許多學者提出悲傷歷程的階段、時期或其他劃分方法來界定悲傷歷程，但悲傷歷程的複雜性，以及獨特性、個別性和主觀性卻是研究者急欲瞭解的部分。

Rando（1995）指出，悲傷調適歷程可視為自我調適的歷程。換言之，就是在悲傷的過程中同時出現調適行為以維護身體、精神、及社會互動之平衡。因此，悲傷的調適歷程也可說是在重新定位與死者的關係，或許是心靈上將實質關係提升為精神層次上的互動，或是轉化為其他型式的關係（李佩怡，2000）。

另有學者 Livench（1986）則用「階段模式」來闡釋調適歷程，並認為調適歷程有其共通的基本假設（引自葉何賢文，2003）：

- （一）調適歷程是一個動態且持續進行的過程，適應通常是指這個過程最終的正向結果。
- （二）雖然調適歷程是通用的，但仍強調個人的變異與獨特性，不是所有人都展現出所有階段。
- （三）調適階段是可以倒返的，比如退步到前一階段，或是某一階段停留很久，也不是每一個人都到達理論上所說的適應階段。

(四) 適應歷程不能切割成界限分明的階段，這些階段可能會有變動、混合或是和另一階段重疊，很難確定某一階段要花多少時間，常因人而異。

(五) 每個階段都有一些可以觀察或推論的相關因素：情緒部分－特定的情緒與強度，認知部分－潛藏在每個階段的心理運作和思考過程，行為部分－當時個人的身體、口語等活動，然而這些描述並沒有好壞之分。

(六) 防衛機轉與因應策略是不同的，防衛機轉是為了避免焦慮或心理痛苦，通常是發生在調適歷程的初期，以滿足內在的願望和需要，因應策略包含適應身體與社會環境的方法，通常是在調適歷程的後期運用。

Joe (1997) 說痛苦通常是智慧的開端，因此悲傷若經正確調適，不僅可以增進個人的因應技能，也可促使個人成長 (引自葉何賢文，2003)，從心理發展的角度來看，能夠疏通或走過悲傷是一種能夠接受個體已逝，而朝向統整的走向未來 (許育光，2002)。李佩怡 (2000) 則認為真正的復原是坦然去面對失落，可以回憶過去美好愉快與傷痛的部分，對自己的未來有所準備，這也可說是悲傷者跨越生命中的障礙，是一種自我的實現；此外，Miller 和 Omargu (1998) 也進一步表示失落是一種生活轉變，在此轉變中當事人失去某些原來擁有的，但也從中獲得成長，因此認為「恢復/回到失落前的狀態」並非處理失落的最後一站，其重點應放在個人經歷生活變動後，是否重新調整、誠心適應變化後的人生 (引自葉何賢文，2003)，悲傷調適歷程在完成的時間是沒有一致性的，且在不同人身上會有不同樣貌出現，很難有一定的標準或是原則，端看個人的發展脈絡而定。失落發生之後的適應與成長，是在完成各項悲傷任務中走過的各項經驗與變化而朝向康復之路，使得悲傷歷程成為人生成長蛻變的道路。

## 五、剝奪性悲傷之探討

專業照顧者的悲傷常呈現悲傷剝奪現象 (李玉嬋等，2004)。Doka (1989)

提出「被剝奪的悲傷」(disenfranchised grief)即指當個人在某個失落後，經驗到的悲傷是無法或不能公開被承認、公開地哀悼，或被社會支持。顏素卿(2003)曾針對加護病房護理人員研究「被剝奪的悲傷」，研究參與者在加護病房的社會文化環境與護理人員專業角色規範的影響之下，初始面對病患死亡時，她們的失落無法公開哀悼，她們的悲傷未得到社會支持，Lattanzi-Licht(2002)認為工作場所比其他任何場景作用了更大的壓力在悲傷者身上，使他們必須隱藏自己的悲傷並且保持沉默，學習到公開表達悲傷是不洽當且不被接受的(李玉嬋等，2004)。Miller(1999)更指出與悲傷者工作是一件苛刻的任務，陪伴悲傷者度過整個痛苦歷程，可能使專業照顧者感到疲憊不堪以及深受壓力，在這些過程中不斷耗損自己的精神與靈性。

林綺雲(2003)在照顧者的失落與自我照顧中提到下列因素容易出現被剝奪的悲傷：

- (一)專業的距離：醫護專業訓練強調醫病關係應保持一定的距離，醫病關係的距離表現在低人格化(disidentification)的醫療過程，在醫療中常不以病人為人來對待，而是以某個疾病或哪一床來稱呼，所以病人死了導致醫者出現「扭曲的悲傷」。
- (二)避免認知到個人生命有限的衝擊：有些人亦擔心醫護人員重複面對臨終病人即將死去，若公開表達悲傷會使其他臨終者意識到自己的失落感受且認知到自己的死亡，因此醫護人員必須控制自己感情並將焦點放在死亡的處置與工作的表現上，避免表現出悲傷反應。這是一種藉由自我控制以達到保護自己與他人的方式。
- (三)死亡次數過於頻繁：護理之家或臨終照顧情境中，經常一天內面對數起死亡事件，醫護人員必須及時處理，沒有時間正視失落及悲傷的感受。
- (四)缺乏哀傷情緒表達的合法性：醫護人員因著專業形象的傳統要求使專業照顧者專業照護，但缺乏情緒表達方式，盡量止於身體(生理)照顧而非心

理照顧以避免悲傷情緒的產生，他(她)們竭盡所能將經歷到的情緒加以隱藏壓抑，避免引發軟弱而不專業的表現。

(五) 以被照顧者家屬的悲傷為前提：醫護人員會先評估病人家屬的悲傷反應以配合出現適當的反應。

林綺雲(2003)也提到專業照顧者的剝奪性悲傷反應經常外顯為壓抑的、冷漠的行為反應，這些會影響到其他住院病人，病人會認為專業照顧者並不會在意或關懷他們的死，家屬也會因為感受不到專業照顧者的悲傷情緒及關懷，而感到哀悼過世的家人是沒有價值的。其次，機構中其他專業照顧者會遵循這種不表達悲傷的模式，沒有機會互相扶持，使得工作人員在工作時只能孤獨的面對失落。

六、替代性創傷：

專業助人者在助人工作中或多或少會面對受到不幸遭遇的案主，不僅要傾聽他的痛苦經驗，而且可能還會目睹他的悲慘處境。在這助人的過程中，許多的助人者在協助案主的創傷時，產生了「替代性創傷」(vicarious traumatization)，所謂「替代性創傷」是指治療師或諮商師由於聽取當事人陳述其個人那些生動且痛苦的遭遇，導致個人有所反應，產生深度的心理效應(引自顏素卿，2004；Webb，1993)。這種情形讓助人者身心各方面都產生一些重大的轉變，雖然轉變不完全是負面的，也有正面的，如因著幫助案主走出創傷的內在酬賞(得到成就感、助人快樂等)，而使自己的所見所聞的痛苦得以平衡或減輕；然而，不爭的事實是負面的轉變仍無可避免地影響助人者的生活或生命的信念，甚至出現挫折、沮喪、失望等情緒，也將自己的生活和日後的助人工作推向一個危險的邊緣。因此，正視專業助人者的替代性創傷及探討因應策略，實是目前刻不容緩的學習課題之一。



Saakvitne 和 Pearlman (1996) 給替代性創傷下了一個定義：「一種助人者的內在經驗的轉變 (transformation)，是同理投入 (empathic engagement) 於案主的創傷題材所產生的結果。」 Saakvitne 和 Pearlman (1996) 更進一步解釋同理心在助人工作上固然十分重要，但同時由於與案主深層的情感互動也容易產生這種「同理的痛楚」(empathic pain)，如果再加上對案主遲緩進步感到失望的話，兩者皆可能轉化至替代性創傷經驗中。此外，他們也指出創傷常伴隨著「失落」，因為在創傷事件後一切不同於往昔；當助人者在面對每天的現實生活同時，也要面對自己像失落的一些弱點，因為協助創傷案主的工作使得助人者生活中所秉持的安全、掌控、可預測和受保護的信念受到威脅或挑戰，其中也包括對自己生活與所愛的人生活的憂慮。

值得一提的是，Saakvitne 和 Pearlman (1996) 認為替代性創傷與反移情 (countertransference) 是兩種不同的結構和經驗，雖然兩者交互影響著。反移情發生在所有的諮商或治療中，屬於一種特定助人者和案主一對一的關係。而替代性創傷卻是超越特定的諮商關係，會轉移至其他諮商關係及諮商師個人、專業生活，成爲一種累積經驗的結果。換言之，替代性創傷是永久性的轉變。

Saakvitne 和 Pearlman (1996) 認為替代性創傷的因應有三個基本的原則：覺察、平衡和聯繫，而且三者是息息相關的。「覺察」是接納和專注於自己內在不平衡狀態，如需求、限制、情緒、資源等方面的不協調。「平衡」是讓自己的生活步調平穩，如維持工作、休閒、休息的平衡；同時，平衡也包含了內在的覺察和專注。「聯繫」是對自己、別人和外在世界保持良好的溝通管道，以開拓自己內在需求、經驗和知覺的覺察。

## 第三章 研究設計與實施

### 第一節 研究方法

本研究將採用質性研究方法，利用深度訪談及半結構式問卷來蒐集資料，以敘事分析(narrative analysis)為研究取向。每個個體都具有獨特性，而每個生命經驗也是無法取代的，研究者因實務工作的困境萌生對加護病房護理人員工作心路歷程及悲傷等議題的興趣，希望藉由這些研究參與者的訴說，去捕捉研究參與者在徹底面對整個工作經驗的心路歷程，面對瀕死病患及病患照顧經驗的悲傷反應與因應自身經驗所賦予的意義，以及身處社會脈絡下自身的感覺。以往的研究較少討論到加護病房護理人員，故以加護病房護理人員作為研究參與者。將研究參與者的敘述性資料轉譯成文字資料，再對資料反覆進行分析、比較、歸納的過程，最後以文字進行有系統的引證說明分析結果。

質性研究所強調的是在自然的情境下，研究者從研究參與者的觀點來瞭解行為、信念、價值的意義和現實，並將之呈現出來，同時質性研究鼓勵研究者以主觀參與社會互動，在研究過程中研究者要設身處地做擬情的瞭解，同時也要以最敏感的意識與自我覺察，瞭解自己的主觀(吳芝儀、李奉儒，1995)。陳向明(2002)在「質的研究」提到：研究者的個人因素不僅會對研究產生一定的影響，而且可以為研究者提供豐富的資訊及檢驗結果的依據。

質性研究的精神與原則在於事實的本質，強調事實的整體性，細緻地探討人與人、人與事之間種種無窮盡的互動、互相影響的關係，肯定人的價值觀存在的可貴性，不注重概化，也不求事情的絕對性和因果性。因此，當研究者必須涉入陌生的社會系統；必須處在不具控制及正式權威的研究情境；要瞭解研究參與者的主觀理念與實際的參與情形；缺乏其先前研究理論；有需要去探究、描述現

象及發展理論；抑或是在樣本小，研究現象本質可能不適用於量化研究的狀況下，均可採用質性研究（簡春安等，1998）。

本研究採用質性研究的理由如下：

（一）「質性研究」是人性化的，探究人生活事件時應從研究參與者的內在觀點出發，探究研究參與者在工作經驗中的心路歷程，理解研究參與者的情緒感受、悲傷反應、悲傷歷程、悲傷因應及調適，面臨悲傷被視為照護情境中的事件，他們會經歷事件中的各種心靈體驗，這些感覺不是僅藉著文獻或量化問卷調查就可以具體描述及分析的。

（二）「質性研究」重視脈絡及參與者觀點，跳開研究者原有的護理人員角色，以一個研究者身分蒐集資料，研究參與者採小量取樣，為獲得更深入及更具脈絡性的訪談資料，發現事件情境的相關意義，故採用質性研究。

## 一、敘事研究與分析方法

「敘說分析」(narrative analysis)也稱「敘事分析」或「言辭分析」，其發展的重點在於研究者將「生活故事和對話」的表達本身視作「研究問題」而予以剖析。

敘說是瞭解經驗的一種方式，它是研究者和參與者隨著時間的流逝，在一個或一連串的地點，並且在與環境的社會互動中，所建立起來的合作(蔡敏玲、余曉雯，2003)。透過研究參與者個人自我經驗的理解，對其個人的生命經驗所賦予意義，理解生命經驗如何改變及塑造個人未來生命歷程的轉變。

Polkinghorne (1988) 將敘事界定為「以故事形式來表達的組織性基模」，又說

明「敘事」的定義有廣義和狹義二者。廣義的敘事指任何平鋪直敘的表述，包含完整句子且連結成具有一制性和統整性的陳述。狹義而言，敘事指涉特殊型態的表述，即故事，在故事中涵蓋許多事件、所發生的事、及人類生活的行動，並彙整成暫時性的、有組織的整體。

Bruner（1986）認為人類有兩種思考模式，一種是命題式思考，一種是故事性思考。前者藉由演繹邏輯的典範思考模式，獲得客觀且實徵的證據，並以此解釋社會現象；後者則藉由敘說與理解故事的歷程，尋找在時空脈絡下事件之間的相關性與意義。故事性思考強調個人主觀性詮釋，因為敘說是呈現個人生命故事的一種方式，它將個人的歷史以一種有意義的、具脈絡性的、能夠被了解的方式呈現出來。在研究歷程中，研究者與敘說者以互為主體的方式涉入，在敘說與被理解的過程中，敘說者可以不斷產生頓悟，以實踐取向展現其往後的生命，在這樣的研究中，主觀性是被允許、被強調的（Hatch&Wisniewski, 1995）。

Bruner（1992）提出敘說的十大特徵，茲列述如下（引自陳信英，2001）：

- （一）歷時性：指在時間序列上，對事情的描述，此時間非鐘表上的時間，而是人類的時間。
- （二）特殊性：敘說中的特殊事物，是用來參照用。
- （三）意圖的必要性；為了與故事中的事件有合理的關連，主角必須被賦予特定的意圖，以便能說明事件發生的理由而非原因。
- （四）可構性：故事是在部分和整體之間不停的穿梭構造而成，敘說必具備這種被構造的特性。
- （五）正規性與裂隙：敘說的可說性，依賴故事生產中必存的「裂隙」，這裂隙就是故事中不言自明（如文章的出現必有一作者）的東西。
- （六）參照性：指故事部分和整體之間的參照，而非對自然、物理世界真實的參照。

- (七) 敘說的文類：指人們對敘說文本性質的分類，可當成一種理解方式或表達方式，如了解故事是屬於喜劇、悲劇、或高潮迭起的懸疑劇。
- (八) 敘說的規範：敘說需在正規性中有裂隙，但這規範非一成不變，會隨時空有所改變，總之，要在一般人理解情況下，規範才能產生。
- (九) 脈絡敏感性與可協商性：理解敘說者的脈絡，並與之協商，而達到讀者與說者之間的依存與共識。
- (十) 敘說的累積：不斷地將過去的故事累積下來，集成一個族群的「文化」，「正規性」中「不可言喻」的東西，也因此顯現，「裂隙」也生於其中。所以，敘說的「可累積性」便造成了更多的「大故事」傳承下去。

因此，所謂敘說研究，專只以故事型態描述人類行動的質化研究設計，它是一種特殊型態的論述，即故事型態的論述，在故事中藉情節將事件與行動串連起來，再放入一個有組織性的整體中，其中，串連事件與行動的情節是一種概念式的基模，可以使單獨事件的脈絡意義呈現出來 (Polkinghorne, 1995)。

Pluciennik 所觀察到的解釋性敘事，是對敘事中所描述之事件的解釋性說明，確實也常見於我們日常所敘說的故事之中。當我們對所欲描述事件添加解釋性的說明時，我們即在依據個人主觀覺知的意義，對所發生事件加以重新組織排列，有時為了遷就同一個敘事主題，會以跳躍的方式呈現與該主題相關連事件的發展、意義及其影響，則敘事即不必然有前後相連的時間序列(引自吳芝儀, 2005)。

總之，敘說是一種意義性的架構，將事件和人類的行動放入一個整體的故事中，根據它們對故事貢獻的大小給予相對性的重要性，它能夠將人類許多單一的行動或事件，根據其歷史性、社會性及個人意義性的脈絡串連起來形成一個故事整體，使人能夠認同並確認自己；對於個人過去的追憶、現在狀況的掌握以及未來的計畫更是扮演著最主要的角色。

而 Riessman (1993) 提供一個藉由敘事來研究人類經驗的程序，包括專注於經驗、述說經驗、謄寫經驗、分析經驗和閱讀經驗。代表了經驗表徵的五個層次，也都產生不同程度的扭曲（引自吳芝儀，2005）。

- (一) 專注於經驗：在敘事訪談中，受訪者需有意識地反思、記憶、觀察、找出經驗的特殊意向或片段。而此一專注於經驗的歷程端賴敘事者從經驗的整體內涵中加以解釋。
- (二) 述說經驗：在會話式的敘事訪談中，受訪者以所有可能形式的表述形式，再現過去所發生的、具有時間序列的事件。受訪者描述事件發生的場域、有關的人物、開展的情節，並以聆聽者可理解的方式來組織事件。在述說經驗時，實驗生活過的經驗和溝通之間會產生無可避免的鴻溝；由於故事是向特定的對象述說，因聆聽者的不同，述說的方式也會有所不同。述說者會以其想要被聽到的方式來述說其經驗故事，於是在述說之中也重新創造了自己。
- (三) 謄寫經驗：當訪談錄因被謄寫為文本，以文本作為經驗的表徵，更是不完整的、部分的且是選擇性的。或者說，謄寫逐字稿的本身也是一個詮釋的歷程，不同的謄寫方式會反應謄寫者的意識形態立場，因而創造出不同的意象。
- (四) 分析經驗：分析者面對大量的文本資料，必須決定究竟要將焦點放在敘事的形式、情節組織、表徵風格、生活片段、或轉捩點（主顯節），而不同的分析焦點也會創造出對訪談敘事文本的不同詮釋。
- (五) 閱讀經驗：當經驗被書寫成報告，或公開發表以接受其他讀者的評論，就允許讀者有不同觀點的閱讀，以建構出對其有意義的理解和詮釋。甚至，任何研究發現的主題、採用的方法、到報告的形式，都是特定歷史時空或權力關係運作的產物。

## 二、深度訪談法

在日常生活中，最常被使用了解四周環境與所處世界的方法，就是觀察、聆聽和接觸，訪談是一種創造情境的方式，讓研究者可以透過語言表達溝通過程，輔以聆聽與觀察，共同建構生命的本質與行動的意義，而透過詮釋的過程，將研究參與者與行動還原再現。

基本上，質性研究的訪談是一種有目的的談話過程，研究者透過談話過程，進一步了解研究參與者對問題及事件的認知、看法、感受與意見(潘淑滿, 2003)。訪談法是研究者運用口語敘述的形式，針對特定對象與研究有關的資料進行談話，以便對研究參與者有全面式的了解；研究者必須本著開放的態度與彈性的原則，營造出自然的情境，讓研究參與者能針對議題充分表達看法、意見與感受。

深度訪談是特殊的田野研究資料蒐集過程，是設計來產生以特定研究問題為主的敘事形式，Minichiello, Aroni, Timewell 和 Alexander 等人 (1996) 定義深度訪談是「有特定目的的會話—是研究者和資訊提供者間的會話，會話的焦點是在資訊者提供對自己、生活、經驗的感受，而用她/他自己的話來表達。」

(引自王仕圖, 2003) 透過深度訪談，來掌握研究參與者的主觀意識，及其社會行動背後所處的社會脈絡與意義脈絡。而 Mishler (1986) 認為訪談是一種交談行動，是研究者與研究參與者共同建構意義的過程。研究參與者並不是將已經存在腦中的記憶如實的呈現，而是用一種他認為研究者可以理解的、敘說故事方式，去重構他的經驗和歷史。研究者和研究參與者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)。

一位好的訪談者不僅要知道如何問問題，更須具備傾聽的能力，從傾聽中收集豐富的資料，作為研究參與者及行動的再現。訪談的類型有(陳淑汝，

2005)：

### (一) 結構式訪談

研究者在訪談過程中，運用一系列預先設定的結構式問題，進行資料蒐集。其優點是研究者所蒐集的資料不會太偏離所研究的主題，降低可能的偏誤。缺點是訪談過程彈性相當低，但對於沒有訪談經驗的研究者來說，結構式訪談會是一種相當實用的資料蒐集方法。

### (二) 半結構訪談

研究者在進行訪談之前，須根據研究的問題與目的，設計訪談大綱，作為訪談的指引。但在訪談過程中，研究者不用遵照大綱的順序，進行訪談工作，研究者可依當時的情境對訪談問題進行調整。當研究者是想要深入瞭解個人生活經驗或將訪談資料進行對照或比較時，半結構訪談會是一項不錯的方式。

### (三) 無結構式訪談

無結構式訪談重視如何在自然情境中，瞭解複雜現象或行為背後的意義。在研究過程中，研究者可以單獨運用無結構式訪談來進行資料蒐集，但也可以結合其他資料蒐集方法。當研究者對研究參與者的生活型態、宗教信仰、種族文化或習俗等不熟悉，或是想進一步瞭解研究參與者的認知與態度時，無結構式的訪談可說是一種較適合的資料蒐集方法。

嚴祥鸞（1996）指出深度訪談紀錄的內容和實地筆記的內容大致類似，此研究希望深入探究一個人所經驗及所感受的，另一方面爲了要從研究參與者的觀點解開研究者的困惑及對悲傷歷程的探究，故此研究採用深入訪談法，因考量研究者與研究參與者的熟悉度高，並且於同樣工作場域中，爲避免漫無目的的談話及易轉移注意力，亦爲幫助聚焦於問題意識中，故研究者採用半結構式訪談法。



### 三、研究的信、效度

Riessman (1993) 堅持實證論研究模式中的驗證和建立效度的程序，均不適用於敘事研究，因為個人的敘事既不是過去所發生事件的精確紀錄，也不是外在世界的鏡子，研究者對於敘事資料的解讀，很大程度是受到表述風格所影響。由於個人敘事的真實性已不再是敘事研究者所關注的重點(引自吳芝儀，2005)。

Riessman (1993) 提出敘事研究品質的評鑑標準應是研究者如何宣稱其研究具有「有信賴性」的「證立歷程」，並提出達成此一「證立歷程」的四個方法(引自王勇智、鄧明宇，2003)：

- (一) 說服力：為使此研究詮釋具合理性和令人信服，除具有研究參與者詳細的訪談資料，研究者本身也是加護病房護理人員更能深刻感受並傳達研究參與者欲表達之敘事內容。
- (二) 符合度：研究者將結果呈現給研究參與者檢核，評估研究者的再建構是否適當。
- (三) 連貫性：連貫性最好能愈「厚實」愈好。研究者依據研究參與者特殊的敘事結構和重複出現的敘事主題，持續的修正對研究參與者的假設性想法。
- (四) 實用性：研究者應能提供充分的資訊，使研究盡可能透明化，並提供原始資料，讓讀者判斷此研究是否具有實用性。

## 第二節 研究參與者

### 一、研究參與者的選擇與研究者的背景

質性研究主要運用立意取樣，對少數研究參與者進行完整、深入且豐富的資料蒐集工作（潘淑滿，2003）。因研究目的希望瞭解「加護病房護理人員工作心路歷程」，進而深入探討「加護病房護理人員的悲傷反應與調適」，為蒐集到較豐富經驗內涵及較完整的工作經驗，故設定研究參與者的年資為兩年以上的護理人員，訪談對象共 5 位，其中二位因訪談內容無法深入故不予採用，無法深入原因乃是受限於加護病房工作環境及個人生活經驗之故，習慣以逃避方式面臨生死工作的內容，覺得離開病房就不該再談論關於病房的事務。採用之三位研究參與者之基本資料表如下：

研究參與者 代號	代稱	學歷	工作年資	現職
A	小凡	大學	腫瘤病房四年 加護病房兩年	加護病房護理人員
B	晴晴	大學	加護病房三年	加護病房護理人員
C	小紅	大學	加護病房三年	加護病房護理人員

表二、研究參與者基本資料一覽表

研究者現服務於加護病房，於腫瘤病房年資為四年，一年半前因應醫院政策轉調至加護病房，在適應新的工作環境及面臨同為生死照護工作過程中對於護理人員的情緒出口有了不同的發現，研究者也在加護病房工作中面臨自我悲傷的調適，在以往的研究較少論及加護病房護理人員的悲傷，不僅在社會支持或心理

支持方面都是較為匱乏的領域，研究者因同為護理人員更能在訪談過程中發揮同理心，希望藉由探討「加護病房護理人員工作心路歷程」、「加護病房護理人員的悲傷反應與調適」，瞭解可以提供改善的方案或因應方法。

## 二、資料蒐集的程序

本研究主要以深度訪談作為蒐集資料的方法透過加護病房護理人員敘說照護工作的經驗及其心情轉折，研究者先以口頭說明研究計畫的目的，並於獲得研究參與者首肯後，約定進行實地訪談的時間與地點，並以預先擬定的訪談同意書（附件一）與訪談大綱，於訪談開始前先給予研究參與者上述之書面資料，再次說明及確認其意願。研究訪談以加護病房護理人員的訪談資料為主，以作為分析研究之用。

### （一）訪談同意書

本研究主要以深度訪談當作蒐集資料的方法，為能順利進行訪談，減輕研究參與者之疑慮，研究者擬定訪談同意書，說明訪談過程中需要錄音、資料的分析及呈現方式、研究參與者的權利等，以尊重研究參與者的權益（請參考附錄一）。

### （二）訪談方式

本研究以半結構的問題與研究參與者進行訪談，事先擬好訪談大綱作為訪談指引，但以開放式的談話依研究參與者的回答來決定訪談問題的順序，並不侷限於既定的題目順序，訪談大綱的內容約略如附錄二。

### （三）訪談時間及地點

每次訪談時間約為兩小時，視情況需要邀約第二次訪談，必要時以電話聯

繫的方式釐清對問題的疑問。地點選擇以安靜不受人打擾為主要考量，與研究參與者討論後選擇研究參與者覺得舒適的地點。

#### （四）研究工具

質性研究中，研究者本身就是重要工具（Bogdan & Biklen, 1992；吳芝儀，李奉儒譯，1995），因此，研究者既是研究設計者，又必須從研究情境中抽離出來，本著「存而不論」的觀點，注意及避免個人觀點的干擾以蒐集到真實可靠的資料，才能深入分析思考（吳芝儀，李奉儒譯，1995；徐宗國，2000），研究過程中，研究者擔任訪談者，訪談過程中，研究者一方面期許自己盡可能以「中立」立場，及研究者不設定立場以證明研究參與者符合某項特定觀點，也不操控資料以獲得事先假定的事實，進行訪談，不會另有所圖，沒有等待證明的理論，也沒有等著支持的先決結果（吳芝儀，李奉儒譯，1995）。

#### （五）錄音資料處理

在訪談時為能完整紀錄研究參與者所提供的資料需要使用錄音設備，因此，在正式訪談前研究者向研究參與者詳細說明錄音的目的與意義。訪談中所獲得的錄音資料，研究者反覆聆聽錄音帶裡的語言，並以逐字稿的方式呈現，如肢體語言或表情則在打逐字稿時聯想當時的情境，並紀錄下來，因為肢體語言和表情動作可能隱含某些意義存在。

### 第三節 資料處理與分析

#### 一、資料處理

本研究透過半結構深度訪談蒐集資料，資料蒐集完畢後將依訪談內容進行資料整理，將訪談錄音帶轉謄為逐字稿，包括研究參與者在言語中的停頓、語氣、語調及其他非口語表現等都加以紀錄說明，以紀錄研究參與者原意為原則。

為便於資料的整理與分析，研究者將對話加以編碼。編碼為一個英文字母加四位數字，英文字母為研究參與者代號，第一個數字為訪談次數，後三碼代表該陳述在當次訪談中出現的順序。例如：「A-1-005」代表研究參與者 A 第一次訪談中的第 5 段陳述。

#### 二、資料分析方法

Lieblich、Tuval-mashiach 和 Zilbe 等人以「整體 vs 類別」和「內容 vs 型式」兩個獨立面向來說明敘事研究的分析重點。「整體」的取向是以個人的生活故事為主體；「類別」傾向對某一問題或現象的興趣；「內容」則導向於明確的故事內容，主要為獲得其中隱含的意義、動機或某種象徵意向；「形式」則著重情節的結構、事件的順序、引發的情緒、敘事的風格、隱喻或文字的選擇。針對這兩大類的四個單元，再相互交叉成四種敘事研究的分析模式如下：

##### (一)「整體－內容」分析法

此方法是將焦點置於個體完整生命故事所呈現的內容，其不把生命分割成細部，而是看整體，即使是擷取故事中的一部分，也是將部份的意義放在整個故事的脈絡中來看，藉由對每一片段內容的理解進而整合出故事的另一部分或整體

的意義。這樣的分析取向與「個案研究」頗為類似。

## (二)「整體－形式」分析法

著重在故事具代表性情節的分析或尋找完整生命故事的架構，如故事的發展是喜劇或悲劇，是前進式或倒敘式，其常用「曲線」的方式來表示個體的改變，此一取向重視的改變是「形式」上的改變，而非內容的改變。研究者得找出故事的高潮或轉折點，讓整個故事有其最清楚的表達，例如：個體經歷了生命中的十字路口、轉捩點（移民、結婚）等，這類使其生命或生活的形式產生了改變的變化歷程。

## (三)「類別－內容」分析法

取向較類似於「內容分析」，研究主題的歸類是事先定義分類好的，區分從文本摘錄下來的陳述，進行分級、歸類再聚集組群。此種敘事分析法較不重視故事背後的整體脈絡。

## (四)「類別－形式」分析法

分析焦點在特定敘述中的抽象文體或語言特徵，如分析敘說者使用何種隱喻、主動或被動陳述的頻率等，看重的是故事的形式，其不做整體脈絡的追尋，也不重故事的內容。重視的是敘事者在敘說生命重要事件中如何呈現出感情。

由於故事的形式很難能完全獨立於內容之外，同樣的，整體與類別之分也不是全然的二分法。所以四種不同方式的實際運作，其界限並不易截然清楚的劃分，而且沒有一個故事的聲音是單一向度的（林美珠，2000），所以敘事研究並無單一的處理方式，有時幾乎是憑研究者的直覺加以定義，目的不是歷史的敘述，而是了解敘說者在其生活處境下的觀點。

本研究訪談資料蒐集完畢轉錄形成逐字稿後，即朝研究既定的方向與目的，瞭解加護病房護理人員所經驗的悲傷歷程及因應自身經驗所賦予的意義以及身處社會脈絡下自身的感覺。本研究使用的分析方法為敘事研究中的「整體－內容」與「類別－內容」兩種分析模式，接著將進一步說明實際的分析步驟。

(一) 以「整體－內容」呈現個別工作經歷的故事

每個訪談在形成逐字稿時已有初步反覆閱讀的歷程，接著進行譯碼的工作，直到一個故事的模式出現、攫取當中的印象、依故事發展選定內容或主題的焦點，在進行譯碼的同時，也同時將各個不同生活世界的層次架構出來，找出其中具有影響或扭轉研究參與者生命的「主顯節」，再將文本內容放入各自的層級裡，成為整體故事中部分的焦點，但仍保持與整體內容一貫的串連性。

(二) 以「類別－內容」呈現工作經驗的跨案分析

依照生活世界的架構，以研究參與者所面到的問題、悲傷反應及悲傷歷程，以及因應方式，進行「類別－內容」的分析，前者並無預先的理論概念定出類別的內容，後者則已有理論的範疇，定出經驗與態度等類別。第一部分在實際歸類上先分開個別研究者之文本進行分析，篩選出各自的問題與因應行為，最後再整合所有研究參與者的共通之處，並予以一致的命名。

## 第四節 研究倫理

任何研究的目的與進行均不能危害到有關的人士，任何實地研究都隱藏著無數的權利與道德危機，所以研究者必須在著手進行研究之前，謹慎思考與規劃如何處理研究過程中可能面臨的倫理問題（潘淑滿，2003）。以下為本研究的倫理實踐：

### 一、徵求同意

研究者在訪談之前充分告知研究參與者的相關權利訊息，進而讓研究參與者做出最有利、最適當的選擇，被告之的內容有：研究內容與目的、研究參與者將會被要求什麼、可能會發生的風險與收穫、資料處理過程的保密措施、中途撤銷同意權、讓研究參與者瞭解研究者的身分。

### 二、尊重隱私與保密

研究者對於研究參與者的隱私權將謹慎予以保密。在研究進行之前，研究者以充分向研究參與者說明如何處理其姓名或可辨識身分的訊息，任何有關人名、地名或其他有關資訊都會刪除。在所得到的訪談資料方面，除了與指導教授討論使用外，絕不會公開討論或另做其他用途。

### 三、防範潛在的傷害與風險

研究者在蒐集資料過程時，對於研究參與者較為痛苦的經驗或不好的行為，在基於研究倫理的考量之下，研究者會讓研究參與者在充分意願下，自由表達個人的意見與想法，絕無因個人的好奇，而強迫研究參與者談論不願表達的內容。



#### 四、互惠

持續和研究參與者保持密切的聯繫和互動，對於研究參與者的協助與奉獻適時表達個人關懷。

## 第四章 研究結果分析與討論

本章以訪談所得之研究參與者的敘說文本為主，第一節以「整體—內容」的分析模式呈現三位研究參與者悲傷故事之探討。第二節則以「類別—內容」的分析模式針對研究參與者在各自的工作經驗、情緒感受及思考生命意義價值的取得進行歸類與整理。期望藉此更清晰的了解加護病房護理人員的工作心理歷程及悲傷歷程與調適。

### 第一節 加護病房護理人員工作故事敘說

要完全徹底了解一個人的故事並不是件容易的事，本節「整體—內容」分析的部份，研究者先從訪談文本擷取與研究主題相關的工作經驗來敘述研究參與者的整個悲傷故事歷程，意在能概要的對研究參與者有初步的脈絡勾勒，之後再根據初步的脈絡提出整體印象中的分析與探討。

#### 一、小凡的工作故事敘說

小凡是研究者一開始進到醫院工作時就認識的學姊，印象中小凡總是每天都展露著笑容，充滿活力的來上班，在腫瘤病房的工作的時候每天總能聽到她的笑聲跟爽朗的說話聲音，還會在工作之餘自娛娛人，開同事或醫師玩笑；但是也可以經常在走廊上看見她與家屬相擁而泣，宛如是病人的家屬。有學姊在的日子裡，每逢聖誕夜必定有醫護病聯歡晚會，她總會使出渾身解數找一群當年社團的學長學弟共襄盛舉，也會花心思把護理站佈置的很熱鬧。若非研究者也曾參與過，研究者從不知道原來醫院裡也可以這麼歡樂。也曾看過有些病患很想表達自己的謝意，買了好大一包餅乾零食，讓整個護理站像一個大家庭。病患離開人間固然令人心酸；但在離開之前所能感受到歡樂安詳的氣氛，卻讓大家都能夠更加

踏實的面對生命的終結。然而，因為醫院政策緣故，加護病房人力不足而必須由腫瘤病房抽調人員去支援加護病房。命運的一支籤，學姊被轉調到加護病房，當時總覺得以學姊的個性，不管到哪裡一定都能夠很快跟大家打成一片，也就沒有特別再找學姊，只是從學姊轉調的那一年起，就再也沒有聖誕晚會了。再度相遇之後，小凡笑容依舊活力依然，但總覺得在笑容背後多了一份無奈與沮喪。問到當時被轉調到加護病房時的心情，小凡只是淡淡的說：其實當時我一度想離開護理了，覺得當護士好悲慘，我原本在腫瘤病房做的好好的為什麼要被調到加護病房呢？發現小凡在這樣工作場域的轉換所面臨人生價值觀的衝突，對於面對加護病房中生死一瞬間的變化有著許多感受，因此思索論文訪問對象時自然而然就想到小凡。

#### （一）喜愛的腫瘤病房

小凡剛畢業的時候只是因為聽同學說腫瘤病房是一個很悠哉的病房，所以選擇這個單位。不過在工作一段時間之後，小凡漸漸愛上腫瘤病房，喜歡照顧病人的感覺，喜歡跟家屬像一家人的感覺，高興時一起開懷大笑；悲傷時則相擁而泣。雖然後來因為醫院政策，小凡被轉調到加護病房，但小凡表示她還是很喜歡以前的單位，想念那種可以跟病患及家屬一起笑一起哭的日子，一起在聖誕晚會玩瘋的情景，舉行團體衛教時的片段，又或者，只是一起陪在病患身邊，伴他們最後一程。雖然在那裡也會有難過的事，病患的離開小凡也會感到不捨與思念，但是她卻能夠深深感受到自己能融入那裡，並覺察自己的意義與價值。小凡在腫瘤病房會跟同事聊關於病患的事，有時候她們會一起互相鼓勵並安慰家屬，像一家人工作著，也和病患及家屬自然的相處著。小凡覺得陪伴病患走人生的路是一件很美好的事，她殷切地盼望每個人來到這世界時被祝福，迎接他的是喜悅的的笑聲；每個人也都會有離開世界的時候，但是送走的他卻是悲泣的哭聲，小凡只希望可以好好陪伴病患走生命最後的一段路，讓他們安詳的離開。因為每個病患都用自己的生命教我們，也把生命交給我們，所以我們不能辜負他

們，要好好學習他們要教會我們的事，也要好好照顧他們交給我們的身體。就是這樣的信念，小凡能在護理人員不斷流失的狀況下仍堅守護理崗位。

## （二）害怕恐懼的初次體驗

第一次遇到病患往生大約是在小凡工作兩星期的時候，當時小凡才剛開始獨立進行護理工作，沒有安排其他學姊協助，畢竟還是個新人，對於上班時負責的病患狀況常無法掌握的很好。事發當天，家屬匆匆忙忙跑進護理站說：我媽好像斷氣了。小凡當時慌亂又緊張的大喊急救，當時一起上班的所有同事放下手邊的工作，立刻衝到那間病房協助急救工作，一個同事立刻動作俐落的開始進行心臟按摩，另一個同事趕緊跑回護理站拿病歷並聯絡主治醫師，當時才發現這個病患已經簽署「拒絕急救同意書」，因為已經簽署「拒絕急救同意書」，加上病患對於心臟按摩沒有反應，向家屬解釋後停止了一切急救的動作，並開始進行遺體護理的工作，在當時整個過程，在小凡的腦海只是一片空白，只是一個毫無應變能力的新人。

遺體護理，是小凡第一次如此貼切地接觸屍體，僵硬的四肢及冰冷的身軀讓小凡感到害怕。因為沒有經歷太多急救的過程，屍體除了臉色蒼白及冰冷僵硬的觸感，外表跟生前差異並不大。在進行遺體擦澡的過程中，肢體的觸摸使小凡漸漸能夠感受那滲入手心冰冷的溫度，她是這麼地靠近死亡。小凡很深沉的表情訴說：「當時除了害怕，突然有一種覺得生命很不可思議的感覺。」前幾天還可以跟小凡聊天的病患，現在卻是冰冷僵硬的屍體，天人永隔的那條界線是如此鮮明。

醫師宣布死亡後，家屬落下眼淚並向小凡表示感謝。小凡當時心裡十分自責，她覺得自己沒弄清楚病患已經簽署拒絕急救同意書，害婆婆還被壓了好幾下胸，如果自己再聰明機靈點就好了！小凡認為自己如果能清楚知道病患的狀況及工作內容的話，就不會這樣讓病患遭受多餘的痛苦。當時因為有進行心臟按摩，病患的肋骨被壓斷了數支，也因為這件事，小凡對於學習護理工作格外認真，對

於了解病患的狀況也更加謹慎，深怕自己的一時疏忽，讓病人多受折磨。

自責的心情讓小凡第二天上班時，剛走進護理站面對著同事關懷與安慰，眼淚便如潰堤般落下。小凡的學姊安慰她：「家屬其實常常都會反悔的，有時後簽了拒絕急救同意書，但還是很有可能再真正面臨死亡的那一刻又會叫我們進行急救，因為你剛來所以才會搞不清楚，而且當時家屬已經慌掉，如果當時我們只是直接告訴他婆婆已經往生了，也許他會覺得怎麼害死自己的媽媽都不救她。」學姊的安慰雖然讓小凡的情緒稍微平靜，但因為經歷這第一次的失誤，小凡拭去眼淚下定決心，一定要當個兼具能力與愛心的好護士。小凡堅定地說：每個病患都用自己的生命教我們，也把生命交給我們，所以我們不能辜負他們，要好好學習他們要教會我們的事。

### （三）心中的痛

深埋在小凡心中的，是她心中的痛也是創傷。這件事一直塵封在小凡內心已有近四年了，儘管試著不去想起，這件事還是一直讓小凡耿耿於懷。事件發生在當年 SARS 時期，當時小凡仍是腫瘤病房的護理人員，小凡遇見一位和父親年齡相仿的病患，王伯伯，小凡是這麼稱呼他的。在小凡進入腫瘤病房工作時，也是王伯伯發現肺癌的初期。王伯伯有兩個兒子沒有女兒，因為治療長時間反覆進出醫院，小凡與他經常有所接觸，從王伯伯剛發現肺癌住進病房，小凡陪著王伯伯面對疾病診斷初期的挫敗與無奈，個性活潑開朗的小凡不斷鼓勵他接受治療，一次又一次的化學藥物治療、放射線治療，腫瘤還是無情地繼續在身上恣意蔓延開來。近兩年的治療過程，王伯伯終於因為癌細胞轉移導致下肢癱瘓。那時候王伯伯常常沮喪發脾氣，小凡只要有多餘的時間就會盡量去跟他說話，有時還會推輪椅帶他出去走走，讓他不要總是悶在房間裡。

在疾病末期，王伯伯的情緒總是很低落，因為從前他是家中的支柱，辛苦了大半輩子，送走了久病臥床的母親，孩子好不容易即將從大學畢業，眼看著就有機會過著含飴弄孫、過閒雲野鶴的生活了，肺癌，這無情的不速之客卻在此時

纏上了王伯伯，王伯母總是這樣埋怨著。小凡很能體諒王伯伯發脾氣，因為從前他是家裡的大樹，現在即將倒下，就連他自己也相當無助。小凡努力充當協調者讓王伯伯跟王伯母不要總是鬧得不愉快，也努力當他們的開心果常常說笑話給他們聽。隨著病情持續惡化，王伯伯在發現腦部轉移後出現意識不清的狀況，瞭解病情後王伯母毅然簽下了「拒絕急救同意書」。當時因為 SARS 爆發的關係，腫瘤病房被迫撤到骨科病房。一個慢性的內科病房，跟一個骨科屬性的外科病房性質差異很多，當時別說是護理人員，就連病患都有寄人籬下的感覺，所以當時大家的感情就更像是團結的一家人，一起期待著回去腫瘤病房的日子，而王伯伯卻是等不到了。有一天晚上他打了針之後突然出現休克狀況，血壓降低，心跳加速，王伯母根本不能接受，她覺得是那邊的護士照顧不夠妥善，才會讓病情這麼突然的惡化。她告訴小凡想急救，那時小凡卻什麼都說不出口，其實當時小凡心裡想告訴王伯母：就這樣放手吧！讓伯伯安祥的離開吧！但是小凡開不了口，因為小凡知道在這裡面確實存在著護理人員的疏失，從王伯母眼中，小凡看見她的掙扎與徬徨，但是當時的小凡還不夠有能力及勇氣來承擔一切，只能照一切她熟到不能再熟的醫療程序去做，而那天急救的畫面卻深深烙在小凡的腦海。

當時小凡就站在床邊協助急救的事務，看著那裡的同事手忙腳亂的不知所措，插管的過程很不順利，小凡在旁邊看的真的很心痛，幫忙做心臟按摩，一下又一下，伴隨著肋骨斷裂的聲音，小凡的眼前是空白的，心裡想著：「我竟然讓我親愛的病患面臨如此殘忍的對待。」而那裡的護士非但不安慰家屬，還在旁邊說風涼話，還說著：才去剛上完的急救課程竟然就用上了，真是不錯呀！還直接跟家屬說，病患都是你們害的....諸如此類的話，小凡語帶哽咽的敘述道：他們怎麼可以這樣對待一個生病的病患及家屬呢？我永遠都記得當時送王伯伯進加護病房後，我跟王伯母抱著在加護病房外哭的情景，當時王伯母安慰我說：不要難過了，你已經盡力了，遺憾也不是你造成的，擦乾眼淚回去好好上班，不管怎樣以後還是要好好加油，伯伯如果真的離開了，會保佑你的！在這句話中，不難感覺到小凡與王伯伯他們已經形同一家人，這件事一直是小凡內心的遺憾，對於

不能讓王伯伯善終，她覺得是她心中無法彌補的創痛，但是王伯伯鼓勵她的話反而成爲後來小凡因爲醫院政策被迫轉調加護病房，遭遇挫折還堅守護理崗位的動力。小凡覺得這一路走來自己已經分不清楚是照顧病患還是病患陪著她在經歷這一個生命循環的過程。而小凡也謹記這件事，希望自己可以爲臨終護理盡一份心力。

#### （四）挫敗與轉折

當小凡被迫轉調加護病房時，一度想離開護理，當時小凡覺得當護士好悲慘，原本在腫瘤病房做的好好的，卻因爲人力調配不足要被調到加護病房。剛進加護病房工作時，小凡出現適應不良，緊湊的急救步調跟腫瘤病房迥然不同，癌症患者因爲疾病通常都是慢性進展，加上社會大眾都認同癌症是不治之症，所以通常經過一段時間治療，如果對治療的成果不佳，在病患的病況越來越差的時候，醫師會去跟家屬解釋病情變化，並告知病危的狀況。家屬知道急救通常對病患幫助不大，所以很多家屬都會同意簽署「拒絕急救同意書」，可是加護病房是重症急救單位，急救是家常便飯，小凡覺得自己真的很不能接受只要病患還沒有簽「拒絕急救同意書」就不管三七二十一的一天到晚拼命急救，擔心家屬一直無法接受所以有時跟家屬解釋都語帶保留，反而讓家屬覺得有治癒的希望，但是就算醫師解釋的很清楚，有時候家屬也不一定能夠真的了解醫師表達的意思，家屬還是因爲捨不得不一定願意放手，三不五時就會上演瘋狂急救。在腫瘤病房工作多年的小凡覺得這樣生命變的很沒尊嚴很沒價值，感覺就像是一頭任人宰割的動物。小凡覺得很挫敗，以前學了一大堆臨終關懷、善終理念，到了加護病房感覺上好像是人間煉獄。

#### （五）衝擊與震撼

由於加護病房裡照顧病患的工作性質較爲特殊，病房裡的護士們都經常以床號來當作病患的代號。這是小凡在加護病房工作時曾照顧到的病患，小凡都稱

呼他做 16 床伯伯。這個病患是因為心肌梗塞導致休克住進來的，因為小孩都還在唸書，所以家屬都很捨不得他。當時伯伯狀況很危急，身上已經沒有可以再插上管子的地方了，強效昇壓劑也都超過數倍劑量幾近瘋狂般的使用，但仍無法挽回他的生命。心臟在這時停止跳動，加護病房裡的同仁輪流上場進行心臟按摩，當時小凡的工作是協助反覆擠壓一種像打氣用的氣囊，她們稱之為 ambu，就像輪胎打氣一樣，只是裡面裝的是源源不絕的高流量氧氣，而且是把氣從嘴巴打進病患的肺裡，強迫給予病患氧氣。當時小凡站的位置可以很清楚看見所有人都在進行的醫療行為，當時小凡面無表情站在床旁制式的做著擠 Ambu 的這個動作，但是其實當時小凡的內心在吶喊著，為什麼一個人連離去都離去都如此不平靜，心臟按摩到肋骨不知斷了幾支，電擊到聞到皮膚燒焦的味道，瘋狂給予急救藥物，但這些動作卻改變不了一個生命逝去的事實，小凡當時心中默唸：「伯伯如果你有聽到我跟你說話，你的家屬現在都在加護病房外面為你祈禱，我知道你很辛苦也很痛苦，如果你不想再受苦就去外面看看你的家屬，然後讓自己好好離開不要再掙扎了。」默唸完病患真的心臟停止跳動，對心臟按摩、電擊都沒有反應。看著家屬看見病患死去崩潰的樣子，小凡覺得很難過，生命是如此掙扎的事，希望病患好好活著，但是有時就是沒辦法，就算一直施行急救，就算能再拖一小段時間，但是也不能改變他會離去的事實。小凡提到 16 伯伯原本狀況都很穩定，卻在才一起跟家人吃完晚餐後，洗完澡回到房間要準備休息，一個暈倒就這樣讓他們天人永隔了，什麼話都沒交代。小凡能想像家屬希望奇蹟出現的心情，但是另一方面小凡又反過來想，為什麼人生到最後卻連一點生命尊嚴都沒有呢？被扒光光然後電擊、心臟按摩，聞到皮膚燒焦的味道，聽見肋骨被壓斷的聲音，小凡心中想：為什麼要讓病患連離去都這麼不平靜呢？

這是小凡進入加護病房第一次遇到的病患死亡事件，對於殘忍的急救畫面、不顧一切的急救行為，整個急救的情景及過程在她腦海中盤旋久久未散，生命走到最後怎可以這般無奈，還要接受這些苦難，毫無尊嚴的離去。



## （六）理性的繭

小凡常常陷入苦思，思索究竟該積極地延續病患的性命，或者應該說，延續病患的呼吸和心跳，還是不該積極延長病患受折磨的時間，那條界線究竟在哪裡？而思考的觀點又該如何取捨？還是這條界線根本從一開始就不存在呢？

加護病房的同事跟小凡說，有的人覺得住到加護病房就是想要救到底呀！不然就不會住到加護病房來！而且大家對加護病房的期望也是希望大家都很積極的救呀！但是小凡覺得有時候好殘忍，一點人性尊嚴都沒有，對家屬而言他們只在乎看見病患是否活著，他們在期盼奇蹟出現的同時，根本沒有餘力去想人性的尊嚴這一類的問題，因為他們不是病患本身。小凡在進入加護病房工作後學會冷漠處理事情，也有學姐跟小凡說在加護病房太感性，只會先使自己筋疲力竭，因為加護病房病患都有各種嚴重的疾病，死亡率較高，如果對每一個岌岌可危的病患都去思索積不積極治療的問題，對每一個往生的病患都難過悲傷，在加護病房工作的護士便很容易失去對於奇蹟的期待，而這也是加護病房存在的意義—搶救垂危的重症病患。不過這對腫瘤病房工作多年的小凡來說並不容易，有時候小凡還是會受到病患離開而難過，但是就算難過也會盡量不放在心上。小凡學習著用理性的態度面對加護病房的工作，但仍無法壓制內心那份溫柔善感的情緒，那份存在於潛意識對生命價值觀的糾葛。

加護病房的生態有些人會覺得哭代表很懦弱，所以小凡必須收起自己的情緒，不能也不敢在護理站哭出來或落淚，擔心別人覺得她很懦弱，盡量藏起自己的感覺，不要太袒露情感，一天到晚面臨急切的生死關頭，那種壓力真的很大，小凡常常會擔心病患會因為自己的疏忽所以才沒被救回來，因為心臟的有些問題，其實如果可以快點發現治療，其實存活率就會提高許多，看著病患很受苦有時覺得好可憐，但是我就算很努力做積極的醫療行為，也不知道那有意義嗎？小凡的心情總是反反覆覆，困在善終與奇蹟出現的捆綁裡。在加護病房裡病患來來去去，生死離別就在那一瞬間，小凡常發現生命真的深不可測，很無情卻也很真實。

### （七）新生與逝去就在一瞬間

5 床小姐，小凡在加護病房中是這麼稱呼她的，是從外面小診所轉來的 32 歲女性產婦。爲了要一個男孩，她不惜懷了第三胎。這次終於讓她盼到了，但是她卻無緣看見自己的孩子，因爲小診所的誤診及插管位置不正確延誤了黃金的救治時機，來到醫院進到加護病房就帶著俗稱葉克膜醫師的體外心肺循環機（ECMO），勉強維持著看似血壓和心跳的數字。5 床小姐看起來像是還有生命徵象，但小凡心理明白一旦停掉機器她應該會馬上死亡。家屬的悲慟情緒瀰漫在病房每個角落，原本高高興興迎接一個小生命的喜劇瞬間被改寫了，變成一場出乎意料的悲劇結局，以天人永隔收場。她先生守在加護病房外面徬徨無助的樣子，沒有人敢直接告訴他其實現在所有的器官功能都已經衰竭，只要停掉機器她就馬上會往生。葉克膜持續單調的運轉著，只是爲了可以跟上天多爭取一些時間，讓家屬可以接受病患即將離去的事實。小凡當時很心疼又心酸，於是違反病房原則搬了一張椅子讓她先生可以坐在床邊，並讓她的家屬可以輪流進來跟她說話，小凡當時想就算被罵也沒關係，因爲總不要讓最後的離別都要剝奪吧！一家人來不及享受新生命誕生的喜悅，卻要先面對媽媽的死亡，5 床小姐父母親來看她，沙啞的哭喊著：你怎麼可以讓我們白髮人送黑髮人呢！當時小凡很想逃離現場，淚水積在她的眼眶裡讓她覺得自己快窒息了，小凡覺得如果 5 床小姐是她的家人，也不知道怎麼面對這樣的悲劇。葉克膜仍在運轉，她不知道怎樣安慰家屬，唯一能做的就只是讓家屬多陪一下病患，把握這最後些許時間伴著那幾已香消玉殞的母親。

### （八）生命的感動與悲歌

在腫瘤病房有時小凡雖然也會難過，也有一些遺憾，但是她覺得自己是被感動的，雖然很多病患無法擊敗病魔還是必須離開，但是當他們可以安祥走完走人生最後一段路，可以好好跟身邊的人告別，那種淚水中雖然有不捨，但卻感動著小凡，人生總是有聚有散，小凡堅定的認爲能好好的死真的很重要，這是小凡

對生命的信念。

加護病房裡面跟家屬接觸機會比較少，很多病患也都是重症不太能說話，感覺上整個護病關係就沒那麼密切，因為生命踩在繩索上的那種壓力關係都會比較緊繃，家屬看不見加護病房裡面真正的運作情形，如果病患又病危的話，他們常常很容易非常焦慮又不安，情緒很容易就投射到護理人員身上。小凡覺得其實大家都能明白家屬為什麼會那樣，但是有時候總不能很直接跟家屬說真的沒辦法，就算真的救回來，可能一輩子都要依賴呼吸器，而且都只能像個植物人般地呼吸著，這種活的方式又何其殘忍呢！有時遇到家屬殷殷期盼的眼神，小凡的心也會被揪的很痛，小凡漸漸學會用逃避的方式，不去看不去聽也許就不會那麼難過了！小凡無奈的認為也許這樣自己才能好好在加護病房工作下去，才能繼續在加護病房中生存下去。有時跟家屬感情比較好，壓力也很大，小凡覺得會有投射的情感，尤其是有些病患感覺很像家人的時候。會有個大學生因為被一個酒醉的警察闖紅燈撞傷，頭部受創嚴重，送醫時瞳孔都已放大，就算能活下來也會是植物人。小凡想到自己的弟弟也像他一樣年紀，這樣原本正值年輕燦爛的人生，卻要提早告別這個世界，家屬聲聲呼喚仍喚不醒他，卻仍不放棄一絲希望。不求名列前茅或出人頭地，家屬只希望他能醒過來，然而，這已成為遙不可及的奢求。小凡還記得當時有同事覺得那個警察很壞，還罵了那個警察一頓，因為撞傷他的警察就住在對面病床，而且只有輕微骨折跟腦震盪，雖然護理人員不應該感情用事，但是小凡覺得護理人員也只是凡人，也有忍不住的時候，也會有情緒反彈，雖然身為護理人員並沒有罵那位警察的立場，因為他們都是病患，但是人都有惻隱之心，看見那個大學生的樣子誰都會同情跟難過！

#### （九）調適與出口

小凡有時會跟同事分享，有時小凡會選擇上網在自己的部落格上寫下來心中種種感受，因為有些事情沒有經歷過的人也不一定真的能懂，在腫瘤病房的護理人員偏向感性，尤其小凡同時期有幾個一起來的同事，一起學習工作互相協

助，小凡覺得他們感情很好，當年還常會下班一起吃飯聊病房的事，聊哪些病患怎麼照顧會更好，怎樣做的更好！但是在加護病房不一樣，同事間的感情還是很不錯，因為這裡講求團隊工作，加護病房的生死困境太掙扎，加護病房的護理人員比較理性，離開醫院多半不是很想再談關於病房的事，因為很多講來講去好像都會覺得那個病患這樣救太慘，這個病患那樣治療很可憐之類的，所以大家都會盡量想放鬆心情不想再談，但是小凡一個人時還是會思索著：醫療的進步真的為人類帶來更好的生活品質嗎？感覺上也只能延遲時間而已。小凡覺得自己有時太悲觀了，她說有時換個角度想，如果做個心導管就能處理的話，這樣感覺也很好，因為可以幫助病患更有品質的延長生命。小凡覺得生命是太深奧的東西了，這裡面有很多東西都要好好思考，就像學校教育偏重專業科目，但卻忽略人文關懷，鮮少去思考人性跟倫理的問題。Life 這個字，翻成中文既是生命，也是人生，中文卻沒有一個字能如此貼切的表達出這樣模稜兩可的意含。小凡覺得醫學教育一直教我們來到醫院工作就是不可以放棄生命，要盡力救治病患到最後一刻，但究竟我們是不能放棄病患的生命，還是不能放棄病患的心跳呼吸呢？小凡在工作以後覺察盡力救一個生命但是卻無法讓他像一般人一樣的活著以後必須依賴機器，這樣的生命還能算是生命嗎？

小凡覺得如果害怕有遺憾就要更認真更努力，心中謹記著曾經的病患及家屬給她的鼓勵及安慰當作自己在疲憊時的維他命，繼續堅持成爲一個南丁格爾。

#### （十）生命理念

小凡學習更珍惜跟家人之間的感情，因為人總是有很多時候不是能控制的，也會覺得不要讓人生有遺憾，如果想做的事就會比較有動力去做，會告訴自己不要常想以後要做什麼？如果想到應該現在就去做，把握當下。以前的同學覺得小凡變的比較悲觀，但是小凡自己覺得不是，她覺得人該活著的時候好好活著就行了！小凡更表示如果有一天遭遇不測或生重病，希望大家不要救她，小凡很害怕自己被插管然後五花大綁，害怕不可以說話跟吃東西，就算可以活下來也覺

得那樣太悲慘，小凡表示除非是有一些狀況開完刀就會好了，不然不想被救，真的很怕被電擊還有身上都插滿管子的樣子，也不想死掉的時候樣子很醜，全身都腫的像一顆球，到處都在冒血，小凡說：我真的很超怕的！對於家人，小凡也覺得如果真的愛他們就在該放手的時候放手，有愛就要即使說出來，希望家人能安詳的離開，她曾經跟自己的父母說：自己以後也不會太積極救他們，就算被其他親戚指責不孝也沒關係，就算她捨不得他們離開，也不想讓他們那麼受苦。而她的父母也都很贊同她的看法。

小凡說雖然她對於生命的離去看似很悲觀，但卻也教她生活得更積極，人生的變化太不可測，所以要好好把握時間，不要總是說以後再做，她很堅定的說活著的時候好好的活，讓自己發光發亮，如果生命短一點又怎樣呢！

## 二、晴晴的工作故事敘說

晴晴是病房中一直深受病患及家屬所喜愛的護理人員，給人家一種很溫暖的感覺，說起話來總是充滿朝氣，對待病患及家屬禮貌而細心，還蘊藏著細膩的感情。臉上總是洋溢著能一掃陰霾般燦爛的笑容，散發著和煦的氣息。總是經常在病房裡看見她拍著家屬的肩膀鼓勵他們，也常看見她親切的照顧著病患，即使病患沒有辦法回應，她仍然會跟他們說說話、鼓舞他們加油，這就是大家所認識的晴晴。

### （一）害怕的初次體驗

晴晴回想起第一次幫死亡病患做遺體護理的時候，才工作快四個月，剛獨立負責照顧病患沒多久。對於一個當時還只是工作職場上的菜鳥而言，一切的工作事務都還有些陌生，晴晴覺得那時候常常連自己的病患好像都搞不定了，根本就沒有辦法想別的事。生平遇到的第一個遺體護理的病患，給晴晴上演了一場震撼教育。勉強穩住戰戰兢兢加速跳動的心，面對著一具屍體，而且是從沒見過的病患。其實當時那個病患並不是晴晴所負責照顧的，當時的晴晴沒有去想那麼

多，害怕又緊張的情緒充斥了晴晴的腦海。當時對於工作內容的不熟悉，很多事情都還不能處理的很好，不知道怎麼幫遺體擦澡及穿衣服等。除了害怕之外，當時的晴晴又覺得十分難過，覺得那個奶奶怎麼那麼腫，腫得認不清本來的模樣，整個手臂腫得跟腳一樣，眼睛也好像陷進臉裡去似的。那時候晴晴的想法就是，怎麼死掉的人會變的那麼醜，晴晴說那時候才知道原來有的病患要走的時候會腫成這樣，黃成這樣（因為病患有黃疸情形），還會流血。當時晴晴很擔心自己做不到，儘管秉持戒慎恐懼的心，放輕動作來進行遺體護理，還是將病患的絲襪弄破。害怕被單獨留下來跟死亡病患共處，晴晴說當時那個情景她覺得印象很深刻，當時的她真的很害怕，直到現在，晴晴依然清楚記得當時那深深烙印在腦海的那一幕，第一次的情景。後來漸漸工作上手，慢慢跟家屬建立關係，當病患離開時就比較不會感到害怕，取而代之的感覺反而是不捨，不捨有時不是因為病患離開，而是病患怎麼會腫得和原來的樣子差那麼多。從開始照顧到他離開的整個身體變化，加上跟家屬的接觸也會讓晴晴覺得比較不捨，也因為經歷了很多的生命故事，晴晴覺得自己現在調適的比較好，懂得用祝福的心態送病患往生。

## （二）沒參與到的最後一段路

晴晴照顧蕭伯伯有一段時間了，從他進到加護病房來的這段期間，從還可以說話到歷經插管、使用 ECMO（就是紅極一時俗稱的葉克膜醫師，ECMO 俗稱「葉克膜」是 Extra-Corporeal Membrane Oxygenation 第一個字母的簡稱，中文直接翻譯為體外膜氧合，其實就是一種體外循環心肺支持系統，引流病人之靜脈血至體外，經氣體交換後再送回病人的動脈或靜脈。）一路走來晴晴都一直是主要照顧他的護士，所以晴晴跟家屬也建立起如革命般的情誼。晴晴眼眶泛紅的回想起這件事，她記得蕭伯伯往生的那天晴晴正好輪休放假，等晴晴回來上班的時候發現蕭伯伯的病床已經鋪好了全新的床單，看不見身上插滿管子的蕭伯伯，只剩下一床疊的很整齊的棉被和孤單的枕頭。晴晴趕緊問了其他同事，才知道蕭伯伯已經離開醫院了，更正確的說，他已經離開人間。晴晴心裡想：怎麼會這樣，

心地那麼好的一個病患！其實蕭伯伯住進加護病房也有一段時間了，狀況雖然不是很穩定，但也一直在拖，一天拖過一天。家屬對於蕭伯伯非常關心，一家人的感情十分的緊密相連而令人動容，因為長時間的相處及照顧，蕭伯伯的家屬和晴晴的護病關係也很融洽，很信任晴晴。當晴晴聽到這件事的時候情緒很受到影響，心中覺得很難過，對晴晴而言，沒能好好送蕭伯伯最後一程是莫大的遺憾，而且當聽到同事說到當天的整個過程更是感到心在淌血。她們說那天晚上蕭伯伯曾出現像是回光返照的情形，儘管只是能夠稍微眨一眨眼睛，動一動手指，都令當時的家屬欣喜若狂，不過在每個家屬都進來看過他之後，蕭伯伯又開始意識不清，出現心律不整後脈搏就越來越弱，之後進行急救約一小時但是仍回天乏術。所以晴晴有時也會想，也許這是老天特意安排的，讓她不要目睹這一切，不然她可能會受不了，無法承受這樣的情緒而崩潰。

在晴晴心中覺得未能送蕭伯伯一程，好好安慰家屬是她的未了心願，當時舊病歷還在護理站，晴晴很想將電話記下來，想打電話給他們，但是又覺得自己沒什麼立場。就在晴晴還在猶豫不決之際蕭伯伯的家屬剛好打電話到醫院，詢問一些病患往生之後須辦理的事務，而晴晴接到了這通電話。聽著家屬說他們過的還好，晴晴還跟他們說了幾句加油鼓勵的話。對於晴晴而言，這樣的機會也讓她放下心中大石，覺得有個告別的機會。

### （三）伴著生命奇蹟掉落谷底

晴晴始終相信生命會找到自己的出路，也相信世上有奇蹟這件事。對晴晴而言，張伯伯，是一件深刻又難忘的故事。因為急性心肌梗塞合併嚴重心臟衰竭，一到醫院為了延長治療的黃金時間，醫療團隊馬上安排裝置了心肺循環機，當時張伯伯都還是清醒的狀態，所以對家屬還有整個醫護人員來說，這都是件值得高興的事。因為一般病患用上心肺循環機都代表著病患的狀況極差，即使有機會逃出死神無情的魔掌，最終活下來的病患卻未必能夠醒來，很可能就如木乃伊般一睡不起，所以當時張伯伯的意識清醒一直都鼓舞著整個醫療團隊，也讓家屬內心

充滿希望。ECMO 雖然暫時挽回了張伯伯的命，但儘管醫療如此進步，始終還是有它克服不了的難題。在大家很高興的成功移除 ECMO 之後，因為使用心肺循環機的合併症，急性中風發作讓張伯伯陷入昏迷，緊接著因為疾病的其他合併症，肺部衰竭無法自行呼吸，所以只好安排氣管切開術為病患放置氣切管並搭配呼吸器，讓他能夠繼續呼吸。

張伯伯因為疾病程度嚴重在病房待的時間較長，所以晴晴和家屬建立良好的互動關係，後來當晴晴沒有照顧張伯伯的時候，他的家屬也都會過來找她，有時候還很希望晴晴可以繼續照顧張伯伯，晴晴知道這是因為家屬很信任他，所以，才會有這樣的希望，而她也將這份感動小心翼翼的收在自己的心中。後來張伯伯陷入昏迷，家屬的心情也從初獲奇蹟的驚喜落入無底深淵，哀傷與無奈，是當時家屬的情緒的寫照。而晴晴的情緒也跟著波動，當張伯伯陷入昏迷那天，家屬看到晴晴就問她怎麼會這樣，當時晴晴的眼眶立刻漲滿了淚，儘管視線已經模糊，早已經泣不成聲的家屬仍依稀可見。晴晴不希望自己潰堤的淚水讓家屬增添悲傷的情緒，所以強忍住不在他們面前落淚，趕緊衝回護理站。晴晴深深覺得自己覺得能做的實在有限，當張伯伯還清醒的時候，還可以協助病患跟家屬有互動，可以將病思想表達的事跟家屬溝通，當作他們之間的橋樑，可是當病患陷入昏迷之後，看到每天以淚洗面的家屬，再回頭望著病患，晴晴體會到生命的無常，覺得自己的力量是那樣的渺小又微不足道。

晴晴回想起當張伯伯因為使用心肺循環機及搶救得宜，從鬼門關拉回來的那時候家屬欣喜若狂的樣子，當時還曾收到家屬寫的一張卡片。晴晴心中很感激家屬給他的這份心意，對於一個專業照顧者而言，有時一個鼓勵跟一句加油聲遠勝過昂貴的致謝水果跟花籃，所以當家屬再度陷入絕境情緒中，晴晴也寫了一張小卡片給張伯伯的家屬，安慰他們並鼓勵他們，請他們加油保重自己，不要放棄希望！經歷了奇蹟的甦醒，正當慶賀著努力的成果時，無情的命運依舊將張伯伯再度推到絕望的深淵。晴晴經歷了整個照護過程並參與其中，覺得自己好像也是這個家的一份子，看著當時家屬寫給她的卡片，晴晴不禁長嘆了一口氣。



#### （四）如果這是我的妹妹

一個從高雄來到台中來掃墓的妹妹（病患代稱，因為她年紀和晴晴的妹妹相仿，所以晴晴都以妹妹稱呼她），掃墓掃到一半突然就暈倒了，一個才剛考上大學正值青春年華的女孩，隨著這次暈倒全部幻滅了。原本活潑可愛的花樣少女成為陷入重度昏迷需仰賴呼吸器的植物人。儘管做了所有能做的檢查，卻仍無法找出真正的病因，這樣的一個病患在加護病房中難免讓氣氛陷入低迷，因為大家都都有兄弟姐妹，很能體會失去手足的感覺。晴晴在妹妹病床旁的小桌子上寫著記錄，聽到姐姐錄給病患聽的錄音帶（家屬在家中錄製好的錄音帶，由護理人員協助播放），漸漸將桌子移往護理站，想逃離那個現場，因為晴晴沒有辦法坐在那裡一邊寫記錄，一邊聽著錄音帶裡摻雜著對奇蹟的渴望與生命的無常，那無窮無盡的呼喊。聽著錄音帶跟著掉下眼淚，晴晴想到自己在國外的妹妹，跟晴晴分隔兩地。晴晴感受到她們姐妹情深，就像晴晴跟自己的妹妹一樣。萬般不捨卻又愛莫能助，晴晴唯一能做的事就是幫她換冰枕，不知道還能幫她什麼？晴晴覺得自己很無能，不能放棄她年輕的生命只能期待奇蹟，這種感覺讓人也很無助。晴晴更努力的照顧病患，細心照料每個細節，儘管有些事情不是努力就能改變，但卻能減少遺憾。

#### （五）內心衝突的困境

一個 86 歲的奶奶，長了一種嗜肉菌，那種會啃噬體內的細胞的病原菌，當時細菌已經導致動脈剝離，家屬一直希望可以安排手術。但是她年紀很大，晴晴與同事們都覺得這樣的年紀開刀的話情況可能不樂觀，而奶奶本身也很焦慮不安，開刀前的那個晚上，奶奶說她年紀大了她不想開，晴晴還是轉告奶奶的意見給家屬知道，但是奶奶的兒子說：我說要開就是要開。晴晴聽時覺得很震撼，身為一個病患為什麼沒有自主權，連自己的生命都沒有決定的權利，奶奶覺得自己年紀大了就聽天由命順其自然，但是卻連主導權都沒有。

後來奶奶的手術成功，晴晴再次體驗到生命的韌性與奇蹟，但她心底卻有

一些衝突，覺得這麼做到到底是對還是錯，如果那時沒去開刀奶奶可能就要一直喘吁吁得過生活，在兒子的堅持下，儘管奶奶不願意還是被送進手術房。結果手術成功，晴晴覺得還是有奇蹟出現，雖然有時會想讓生命順其自然走到盡頭不要多挨那一刀，可是有些家屬會堅持，想要放手一搏看看有沒有可能，但是沒有人能真正預測到答案。晴晴相信奇蹟，也覺得希望是迷霧中唯一還能眺望到未來的窗口，但面對家屬還是會感到兩難，尤其是家屬用著期盼的眼神問著，有希望嗎？開刀真的會好嗎？晴晴的心裡就好像天平擺盪著，因為她自己也不能肯定怎麼做才是最正確的。

#### （六）給不起的人權

一個 40 歲出頭的伯伯疾病診斷是 Steven-Johnson Syndrome，這是一種遲發性的過敏反應，會造成患者全身的皮膚表皮剝落，進而滲液、出血。他的傷口非常大片從前胸到後背，連到手臂都是血淋淋的傷口。那天是晴晴第一次照顧他，因為交接班的同事告訴伯伯的傷口相當嚴重，所以晴晴很貼心在換藥前幫他打了一支止痛劑，打完之後那個伯伯突然對著晴晴說：小姐，你知道人權嗎？晴晴問伯伯想表達什麼還是想告訴她什麼？那個伯伯哽咽的回應：我有我的人權！之後就開始嚎啕大哭，伯伯說：我每次換藥都好痛，活著真的好苦喔！

晴晴皺著眉頭想伯伯傷口換藥的情景，看過傷口之後會覺得那種痛真的是痛不欲生，生不如死。他的傷口會流血流膿，還必須儘可能擠出膿汁以避免進一步的感染。一邊換藥病患還一邊尖叫喊痛，那時晴晴希望他可以被插管，然後用鎮靜藥物讓他睡著，就不會覺得那麼痛了。只要想到當時伯伯說那些話的表情跟眼前的那片傷口，晴晴感到自己的心也像被撕裂般的痛。

後來那個病患轉去另一個加護病房，結果大家還在那裡歡呼，當時另一個同事跟晴晴提到這個狀況，晴晴為這個病患感到很難過，跟那個同事眼眶都紅了。當時晴晴可以切身感受到為什麼伯伯會問她知不知道人權，病患不斷的向晴晴表達他不想活，不想再受這種無窮無盡的痛苦與折磨，不斷的怒吼為什麼要讓

他繼續這樣活著！晴晴明白伯伯想表達的是「尊嚴」與「人權」，他想要的是被尊重，被當成人看。晴晴曾紅著眼跟護理長談到她很想幫病患靜脈注射一支 KCL（氯化鉀，如果直接注射病患靜脈會導致心律不整而立即死亡），因為晴晴覺得他真的太可憐了！她第一次體會生不如死的那種感覺！晴晴覺得很多病患都生不如死，但是我們的天職就是要救人性命，我們不能主宰人的生命，在晴晴的認知裡，加護病房是整間醫院少數敢直接對抗死神，硬是要把病患留在人間的最後防線，儘管許多生命依然無法挽回，但仍出現過不少令人動容的奇蹟。晴晴相信奇蹟的存在，因此她認為自己就算不斷盡最後的力量，也要跟垂危的生命纏鬥堅持到底，即使知道病患有多痛苦多掙扎，賭上加護病房拯救生命的決心，身為一個護理人員永遠不能放棄任何救治的希望！

#### （七）生命的掙扎界線

家屬常常會問護士小姐，覺得這還能繼續維持嗎？覺得還有救嗎？有時晴晴真的不知道該怎麼跟家屬解釋，心裡面有時覺得可能真的沒辦法，但是又不想傷害家屬，晴晴覺得這樣的情形常常困擾著她。如果家屬疑惑比較多的晴晴就會請醫師來解釋，互動的家屬，晴晴會鼓勵家屬多陪伴病患，因為有時候陪伴是這個世界上無價卻又最珍貴的禮物。

在加護病房的工作有時很忙碌，加上因為病患身上總是有很多管路，為了避免病患不小心的拉扯導致生命危險，所以常常必須執行保護性約束，把病患的雙手甚至雙腳固定在床欄，病患才不會拔掉引流管，拔掉靜脈點滴留置針，拔掉鼻胃管或尿管，甚至是拔掉賴以呼吸維生的氣管內管。晴晴覺得有時真的很想幫病患鬆開手，但是卻又不能那麼做，因為一個善良體貼的舉動可能會帶來的是生命的危害。晴晴覺得我們的工作明明是要來幫助他們的，但是有時真的能為病患及家屬做的卻很有限。晴晴覺得有時會不會只是打著救人的旗號，但是卻在做傷害病患的舉動，傷害生命的行為，病患好像最後就是要腫的不成人形才可以回家，但隨著經驗的累積，晴晴對這類情況已經較能釋懷，因為她知道這是拼上對

生命的堅持，與死亡激戰時所留下的痕跡。

生命還是會發生出乎意料的驚喜，奇蹟總是悄悄出現在意想不到的地方。晴晴還記得一個病患反反覆覆接受多次 CVVHD (continuous venovenous hemodialysis，連續性靜脈-靜脈血液透析，特別使用在腎衰竭合併血壓不穩定的血液透析患者，已連續性低流量的透析方式，在儘可能不影響病患血行動力學之下達到血液毒素透析的目標)，也因呼吸衰竭反覆被插管多次，急救電擊到皮膚變成焦黑，也就是在這樣積極不放棄的治療下觸動了奇蹟的出現，漸漸的，病患不用再依賴呼吸器維生了，也開始會靠自己的腎臟製造尿液，隨著管子一根根的拔去，病患就在這樣如履薄冰的積極治療下，從重症加護單位轉至普通病房，病患不但能站起來，還可以恢復到走路。當時因為晴晴還是新人需要接受訓練，所以一直被安排照顧這個病患，當時晴晴心裡想，真的有這樣的病患，急救電擊到皮膚都焦掉，腎臟衰竭很嚴重還必須依賴血液透析，這才知道原來一直電擊還是可以讓病患可以再站起來走路的，經過急救的病患絕對不會毫無希望。原本偶而晴晴還會一直想，究竟該不該積極的治療？有時會也會覺得很矛盾，不過在經歷這件事情之後，在晴晴的心裡已經沒有任何疑惑，沒有一絲對奇蹟的懷疑，所以晴晴不會再問自己該不該積極救治，因為她看見過生命背後的韌性和無限可能性。憑藉著對生命韌性的執著以及對於奇蹟的信仰，晴晴下定決心想要對每個生命堅持到底。

然而，生命有時也很殘酷，隨著急救時間的延長，奇蹟出現的機會是越來越渺茫，腦部缺氧仍在進行中，器官一個跟著一個的衰竭，在意識到奇蹟已不可能出現時，晴晴的認知已將病患視同無生命了，因為那些呼吸心跳的數字全都是自己和其他同事「製造」出來的。但有些家屬仍然不能放手，很堅持不簽署「拒絕急救同意書」，這時晴晴看見心裡有時候就會偷偷想：拜託你們簽一下！你們不簽病患真的走得很痛苦！儘管真的存在奇蹟，可是多年臨床經驗告訴晴晴，有些情況下奇蹟已經遠離，如同飛逝的時光一去不回。有些家屬很堅持急救到底，讓晴晴有時候會覺得很矛盾，經驗與理性的思考分析之下，一個絕對相信奇蹟存

在的人卻想勸家屬放棄，生命，著實令人難以捉摸，而生命的書真的很不好讀。

#### （八）我可以哭嗎

晴晴談到之前一個曾接受腎臟移植術後的病患，後來因為一些狀況急救仍回天乏術，在遺體護理的時候病患的太太不想離開，晴晴當時就拿了把椅子讓她坐在床邊，要送走病患離開病房的時候，晴晴抱著病患的太太安慰她讓伯伯好走，叫她要保重身體。晴晴其實也是個情緒容易受波動的人，很容易流淚，當時她將眼淚小心的含在眼眶裡，一直告訴自己要控制住，因為她擔心家屬還要反過來安慰她。晴晴很害怕將自己投身在那種很悲哀的漣漪裡，她覺得這樣自己就沒辦法執行照顧者的工作，面對病患往生時有很多工作要處理，不能因為難過的情緒而影響工作或影響他人。而且有時候家屬已經手足無措，晴晴覺得如果自己也跟著混亂那情況會無法收拾，也常擔心如果我們哭了家屬會不會更難過，所以總是盡量忍住淚，盡量都往肚裡吞。

有時候晴晴換個角度想，也許我們的專業教育並不都是對的，也許我們的淚水會讓家屬感受到我們也跟他們一樣有情緒的，不是一個木然的旁觀者，晴晴覺得自己如果真的哭出來，家屬非但不會更傷心，反而會覺得她能夠融入他們而更能釋放情感。有時晴晴容易陷入情境中，聽家屬跟病患講話也都會感到心酸，會受到影響，所以晴晴有時會選擇會避開，逃避心中可能會遇到那種難以排遣的惆悵感。

#### （九）如果當我遇到

晴晴每次都會問自己的父母，他們以後如果面臨生命有危急狀況時要被施行急救行為嗎？他們都說不要，但是晴晴又問他們如果施行電擊之後可以恢復生命徵象，他們希望被施行嗎？晴晴的父母覺得她是專業照顧者比較能分析狀況，所以告訴晴晴以後的身後事都讓她決定就好了，晴晴覺得生命實在太不可預測了，晴晴告訴自己的父母，她的想法是第一不想讓他們痛苦，第二不希望他們變

那麼醜，第三希望他們可以平平靜靜的離開就好了。不要那麼多折騰，因為臨床上看過太多太多，所以不想以殘忍的方式延續他們的生命。

在還沒有進入醫院工作前，晴晴很希望自己的父母能活久一點，因為晴晴希望能多陪他們，也希望他們可以陪她久一點，但是工作以後看見臨床上很多與死亡纏鬥過後的病患，儘管救回一條命，卻已不成人形。死亡給晴晴一種很不好的感覺，為什麼人死了都那麼醜，明明電擊已經不會有任何幫助，讓病患死的時候比較漂亮一點，但是有時候就一直救，最後病患不是皮膚燒焦就是腎衰竭越來越腫。晴晴自己的說她以後不想被急救，如果可以的話希望可以器官捐贈。因為晴晴是很有愛心的人，她覺得這個世界上有太多需要幫助的人，很多在等待在器官捐贈，如果有這樣的機會可以幫助到別人也是一件很有意義的事，會讓她覺得即使離開這個世界，仍可以貢獻出自己的一點心力。

#### （十）調適

晴晴常想生命究竟是什麼？有時後醫療處置真的很為難，很難評估，主要是大家的價值觀不同，說不定我們覺得這樣繼續使用藥物甚至加大劑量對病患比較好，讓病患比較有機會恢復，但或許病患心裡想的是，他不想再這樣痛苦的活著。有時候晴晴覺得這一切真的很難下定論，作為一個專業照顧者的角色我們並不能主宰病患的生命。

晴晴是一個情感豐富且感性的人，跟母親一直都像對好姐妹，是無話不說的好朋友，晴晴常常會跟自己的媽媽分享自己在醫院所發生的事，遇到難過的事也會跟媽媽說。晴晴在單位是一個受歡迎人緣極佳的可愛女孩，所以有很多好朋友，她經常會跟自己的好友分享一些心情故事，但是有時候會覺得沒得到回饋，得不到想要的回應。有時候會與共同經歷當時那個事件的工作夥伴們分享，有共同體驗過的故事大家比較有共鳴。晴晴說其實她自己也不是很清楚自己要得怎樣的回饋，反正就是覺得他們都不懂，就算他們安慰她，也會覺得講不到心坎裡。

晴晴覺得因為大家都在上班，能聊的時間有限，但是下班了又很需要休息，

可以聊的時候通常都是上班時間，好像又不該講這些事情，上班時間應該好好做工作，雖然醫院現在提供了諮詢管道，下班後通常沒時間精力再去找諮詢員，晴晴覺得還是偶爾可以跟朋友聚聚餐聊一聊，彼此分享工作時的心情點滴，因為大家共在一個工作場合，也比較能夠體會共同經歷過的事件。

晴晴回顧自己的工作歷程，剛踏進病房工作的時候會覺的很害怕，有時會覺得有點恐懼擔心自己做不好，後來覺得應該更努力的學習，還有付出更多的心力照顧病患，這樣才比較不會有遺憾，身為專業照顧人員我們的責任就是要救人，所以要培養自己更專業的能力，晴晴自信的認為現在自己不會覺得害怕，也能獨立處理和判斷病患的狀況，如果遇到比較令她沮喪的事就會找幾個好朋友或是找護理長聊聊，有時把心中的感受說出來就會舒服一些。

### 三、小紅的工作故事敘說

小紅在家排行老大，從小就對父親的印象十分模糊，或許應該說，她也不想跟父親有瓜葛。因為某些因素，小紅的雙親並不能白頭到老，對於父親的印象，似乎只是手頭緊要尋求援助時才會現身的人物。也因為如此，小紅學會武裝自己的心，深怕脆弱的它受到傷害。在病房的小紅總是讓人覺得很冷漠，走進病房時總是掛著一副冷酷的臉，經過一段時間的相處，漸漸發現在冷漠的外表下，其實小紅是一個工作相當認真的護理人員，藏在冷漠表情下其實有一顆充滿熱忱的心，只是這顆心被武裝在冰冷的盔甲之中。

#### （一）學習面對死亡是正常的事

小紅工作三年多了，一直都待在加護病房，面對著人類情感最脆弱的一環。小紅曾說，死亡，人鬼殊途是人與人之間最長的距離，卻也常只有一線之隔，因為它是人生的終點，卻也是另一個世界的起點。面對在死亡邊際拔河的這份工作，小紅聳了一下肩，語氣很無奈的說：「一開始接觸當然會害怕，但是看多了就覺得這就是工作，習慣就好，不然呢！」覺得這在加護病房是家常便飯的事，

加護病房應該是醫院死亡發生次數最多的地方吧！

剛畢業時會為病患離開人世及家屬的悲傷感到難過，對現在的小紅卻是已經沒什麼感覺了，因為病患送到加護病房的時間都不會太長，往生時都走的很快，對小紅而言，只是像一個病患又離開了而已，甚至跟轉到病房無太大差別。護理人員是最長時間跟病患接觸的人，對病患的情境也最為知悉，在病患辭世前，其實會依病患的病情變化，預測病患的預後，當他去世時，雖然會難過但是不會很強烈，病患照顧多了，看多了，小紅覺得自己好像也麻木了，外界的解讀可能會覺得我們很無情，但是如果我們很容易傷感的話，她認為想這種工作很多人都無法做下去的。

總是給人印象冷酷無感情的小紅，在不苟言笑的外表下其實也有蘊藏著不為人知的溫柔，她覺得應該不會有人發現，其實她也會為病患離去而難過，有時她覺得某些病患很可憐，沒得到很好的照顧；而有些病患家屬硬是要救，她也常覺得難以接受，但是她認為不會有人知道其實她也是會想這些事，反正大家只覺得她很冷酷，很兇，很沒人情味。其實小紅也常常會思考生命的價值，也常常會去想生命的尊嚴究竟是什麼，但是她不習慣跟別人談論，也不知道如何跟別人溝通及分享，所以少有人看見剛強後那顆澎湃不已的心。

小紅其實是一個感性的人，但在職場上必須逼自己冷血、只能把工作當成自己的責任與使命，把病患當作自己努力照顧的對象，因為害怕，怕一旦病患變成朋友，當他們逝去的時候，會無法面對。剛畢業的小紅，是懷著這種心情進加護病房的，而現在，三年過去了，在應對病患方面固然有所成長，但不變的是，小紅依然以冷漠的態度面對死亡，這或許算是另一種逃避吧！曾經，小紅見過同事在病患走的時候，抱著家屬一起哭，當時的小紅，轉頭就走，因為她知道，自己如果持續處在那種氣氛圍繞下，會跟著一起哭，但是護理人員的專業提醒她，那不是哭的時候。而現在的小紅學會用壓抑的方式隔絕自己的悲傷，擅長隱藏情緒的作出所謂專業的護理，她逼著自己習慣，習慣於冷淡面對各種情緒，但這種壓抑，卻變成她沉重壓力的來源；她說自己不怕繁忙而複雜的工作，那些工作對



她來說是得心應手，但她害怕處理情緒，覺得那會讓她崩潰，因此她寧可選擇逃避。

## （二）價值何在

每當走進加護病房小紅就覺得壓力很大，雖然工作能力強，動作敏捷，但是小紅自己也不明白什麼只要走進病房裡，但是總有一種焦慮感，所以就會笑不出來，表情就會顯的很僵硬，其實小紅靜悄悄的說：「偷偷告訴你，我常常很怕病患又突然死掉了，雖然我們單位有死亡是很正常，但是總是急救、除了急救還是急救，這次救活了，有時候就像個活死人，感覺一點價值都沒有，不知道哪次救不起來了，病患就過世了。」

對於一些重症病患之後會發生的事，臨床經驗豐富的小紅多半都能預知他們的未來，而這也讓小紅感到困擾，寧願自己不要看的那麼清楚。當一個人不能吃飯說話，嘴巴插著一支管子，狀況越差的管子就越多，通常就算活下來了可能最後因為呼吸的問題還是得要作氣管切開，重點是我們根本就不知道他們是不是真的聽得到我們說話或是家人說話，麻木，是小紅面臨這些事的應對之道。她覺得很多病患就像活死人，雖然活著但是只能躺在那裡，一切依賴機器維持，感覺很悲慘！完全沒有生命的尊嚴及品質，不知道爲了什麼希望一直苟延殘喘著。有些病患一直拖到最後，不知道哪次肺炎就帶走病患的生命了，小紅對於這樣的一切感到相當的無奈。

## （三）我活夠了！請別救我

小紅提到曾有個人瑞奶奶，奶奶一直都很清醒，她告訴小紅及其他護理人員她覺得自己已經活的夠久了，希望大家不要再積極救她，不要再插管了！也不斷告訴家屬這個訊息，在奶奶肺炎很嚴重血液氧氣濃度一直下降的時候，家屬突然又反悔覺得捨不得，所以還是進行急救，還是插了氣管內管，後來奶奶很生氣自己還拔管，家屬又很擔心被說不孝一直不肯帶奶奶回家，結果最後她就在醫院

一直喘，看到家屬也不想理，對於這樣的病情如果再插回管子加上抗生素使用，也許之後有機會就會像之前一樣又恢復健康，但是小紅想到奶奶說的，人都會有死的時候，好死是很重要的，後來看見奶奶那麼受苦的過程，小紅想那時自己真的能感受奶奶想要的是什麼，可是她不是醫師，又不能一直叫家屬放棄，也不是家屬當然更沒立場，所以有時真的很挫敗，尤其是對那些覺得根本沒有希望的病患。

在心臟加護病房裡，大部份的病患都是急性、突然的發作，而且是嚴重而威脅生命的，對於家屬而言，一個清醒活動正常的人突發性的病危，家屬接受的時間太短，大部份家屬都會無法接受；送到加護病房時，大多已伴隨休克症狀，血壓降低，全身濕濕黏黏冒冷汗，意識不清地呻吟，對於護理人員而言，那只是一個嚴重的患者，需緊急救護的病患，在這一段危險期內，可能短短幾天，病患就辭世了，很多時候，醫生用的藥只是延長病患的生命徵象，讓病患有呼吸有心跳，僅此而已，延長的只是讓家屬接受的時間，小紅覺得這段時間對病患而言，有時只是更痛苦的折磨。

#### （四）面對家屬的無奈情緒

每天面對死亡，小紅覺得自己真的很討厭這種感覺，尤其這個病患這一刻還很清醒在你面前跟你聊天，結果下一瞬間就休克或急性心肌梗塞發作，小紅覺得自己雖然可以接受這樣的工作內容，但是一直這樣繼續下去，小紅擔心有一天自己會不小心忘記保持麻木，忘記穿好心靈的盔甲，就這樣把靈魂放逐而崩潰。若非因為家裡經濟需要，小紅覺得自己真的很想逃離這樣的工作場域，她說等她找好後路，一定要離開這裡，要不是實在需要多賺些錢啊，小紅覺得加護病房是一個讓她窒息的地方！

病患死亡率高，有時候病患死了，有些家屬能接受及體諒，但是不是所有家屬都能如此，能接受那就還好，重點是現在大家莫名的人權意識越來越高，常常都會指責醫療團隊，覺得我們沒有好好照顧，有時候明明已經做到快累死，心

臟按摩急救到手腕扭傷，回家還要腰酸背痛個好幾天，還要被這樣質疑，小紅對於這樣的現況感到很厭惡。有一些缺乏信任感的家屬對讓小紅很挫敗，尤其是狀況不好的家屬，因為病患狀況不好所以家屬的情緒也不好，說話語氣就會變的很差，於是小紅覺得自己的心情多少也會受影響。不然就是有些病患瀕死期間，家屬一直要求要進來看病患，但是加護病房探病時間有規定，而且也不希望一直有家屬在走動，不但會影響醫療工作的進行，也容易增加細菌感染的機率，但不讓他們進來又顯得自己好像很殘忍。讓他們進來有時候又會問東問西，如同立法院質詢般，還會一直叫護理人員做這做那，有的甚至會覺得護理人員什麼都沒做，解釋再多遍有的家屬也不一定會了解，小紅 覺的這些家屬就像是愛作秀的政客，想極力表現出自己對於病患的關心，或是證明自己存在的價值，藉由對醫療團隊破口大罵，頓指氣使來彰顯自己對病患的付出，而當我們真的在半夜發現病患狀況有變化，緊急聯絡這些所謂很關心病患的家屬時，卻是轉語音信箱，或是隔了好久甚至拖到隔天公司下班才來看病患，接著又是一陣咆哮。對於這樣的家屬，小紅很容易顯得不耐煩，她覺得自己遠比這些家屬還要關心病患的症狀，了解病患的需求。家屬無理的要求與責難，讓小紅只感到厭惡，覺得家屬只是不斷推卸責任，把一切歸咎於醫護人員，而感受不到家屬對病患的那份關愛。

小紅覺得社會大眾及媒體對於醫療團體的正面回饋不夠，每次有醫療糾紛的新聞事件會對醫護人員做負面評價，比如像北城醫院疫苗事件，一直貶低護理形象，無奈的說：「我們在醫院顧病患顧到自己都生病的時候，人家還是覺得妳是不對的！」有一次醫院的消防警報出了問題，一直廣播，搞得大家都很緊張，加護病房的病患都是重症要怎麼撤離呢？停電的時候就已經夠慘了，更何況火災發生，小紅覺得以護士的力量那搬得動病患呢？更何況他們身上那麼多管路，當時竟有一個家屬說，只要你們沒有把所有的病患撤走，你們就算困在火場裡跟著陪葬也是應該的！小紅心裡覺得真的覺得好悲慘喔！有時盡了力救人，救起來是天經地義，若病患死了家屬會責怪醫師和護士，好像所有的錯都是我們造成，而病情好轉則是前世積德老天有眼，這種感覺真不好。

從開始的害怕面臨病患死亡，到現在感覺漸漸麻木，一方面是看的多了，一方面是家屬訓練出來的，因為有時小紅會覺得家屬比自己還要麻木無情，因為他們可以無止境的將責任歸咎於醫療，讓自己覺得已經盡心盡力沒有遺憾，而做的筋疲力竭的是醫護人員，家屬只要負責大聲么喝就行了。曾經有一次家屬懇求要探視他們親愛的長輩，結果在急救了一個多小時後，小紅只是讓家屬試著擠壓 Ambu，才不到十分鐘，這些所謂深愛病患的家屬就決定放棄了，小紅只是默默的接著奮力擠壓給予病患氧氣，當時的小紅只覺得好笑，這就是所謂的家屬，咆哮責備的能力遠勝於幫忙著拯救自己家人的性命。小紅覺得自己這樣麻木的態度是適當的，對自己比較有所交代，也不會那麼厭惡家屬，不然每天都在想那些生生死死，家屬都不關心病患的種種問題，誰受的了呢？雖然可能會被說麻木不仁，但是加護病房的護士好像就是應該要比較無情一點，因為很多時候反應快速才是最重要的，她認為加護病房的護理人員最重要的是維持家屬所希望的生命徵象，其他的好像都不重要，重要的是盡一切的努力讓病患的心臟還會跳，血壓可以正常，血氧維持正常，家屬在乎的是我們有沒有救到底，哪有時間想那些人性化的問題。大家對於加護病房護理人員的期望不就是要求我們要更專業，加護病房是救人的最後戰場，就像一位醫師說的，加護病房是不講人性的，雖然這麼說很可悲，但是就是這樣！反正只要要救到底的病患最後都會送到加護病房來，都已經送進來，不救他們何必住進來。小紅覺得大家就是期待我們一定要拼命救病患，所以這就是工作，盡力去做就是了！

#### （五）匱乏的溝通橋樑

加護病房最缺乏的就是跟家屬的溝通，小紅覺得可以多做一些家屬的安撫及悲傷輔導，覺得需要有人教我們怎樣安慰家屬，小紅說她每次都不知道要講什麼，心裡就會想說趕快將他們轉走好了。有時候想要好好安慰家屬，但是總覺得熟悉感不夠，擔心說的不好，有時想給家屬一些溫暖，但是又擔心不被接受。

小紅覺得自己是一個比較不會表露情感的人，也不是很懂得跟人群相處的

人，常常遇到比較難過的事情很多時候都會放在心裡面，小紅上班的時候常常看起來臉都臭臭的很不開心的樣子，不知道為什麼，小紅覺得這種上班就要面臨生死的工作，總讓她一走進來就不想笑，但是她也不知道怎樣做會比較好，不過現在工作上有漸漸結交一些好朋友，上班的時候可以有人說話，一起上班，所以小紅有漸漸較融入上班的情境中，心情比較好。

#### （六）轉移生活重心，尋找情緒的出口

小紅常戲稱自己的正業是布袋戲迷，副業才是護士，小紅很喜歡布袋戲，參加了同好會，現在下班後有了生活重心，在那裡結交了許多好朋友，因為這樣覺得自己變的開心許多，因為不用下班之後還要想醫院的事，因為下了班小紅的腦袋就會想同好會裡面的事情，因為會裡有很多事情可以讓她忙，有很多活動需要籌劃，所以根本沒時間讓她一直去想上班發生過的事，她覺得自己不想一直面對工作上的事，上班的時候已經覺得夠煩壓力夠大了，下班後希望可以不用再去接觸，去思考。

有時候遇到比較特別的狀況小紅當然還是會想，尤其是有些病患真的很悲慘的時候真的很難不受影響，因為生活現況的需要，小紅覺得自己還是需要這份工作，所以無論如何都必須強迫自己去適應。

小紅只要一下班，就強迫自己不要去想醫院的事，她覺得生命太沉重了！現在她覺得自己只想快樂生活，想喝酒就喝酒，想買東西就去血拚，現在想盡情享受年輕，快樂談戀愛，覺得當享樂主義的人也不錯！小紅現在都利用工作之餘，除了布袋戲同好會的活動外，還去學跳舞、學電腦，把自己上班之外的時間填滿，讓她不要覺得自己是空虛的存在著！

護理是小紅所選擇的工作，卻不是她的興趣，而面對死亡也是工作必須面對的，小紅覺得可以對自己的工作敬業，但是不想連自己的心都要那麼投入！她認為只要認真的在這 8 小時裡發揮自己的專業，只把護理當工作，下了班，就跳脫出來做有興趣的事，轉移自己的注意力，選擇不去面對死亡。

### （七）落入地獄的天使

成爲南丁格爾的誓言是「余謹以至誠，于上帝及會眾面前宣誓，終身純潔，忠貞職守，盡力提高護理學專業標準，勿爲有損之事，勿取服或故用有害之藥，慎守病患及家務之祕密，竭誠協助醫師之診治，務謀病者之福利」一段簡短的誓言，一生沉重的擔子，小紅覺得自己似乎無法挑起，甚至違背了當初的誓言，失去當天使的資格，她不懂究竟要怎麼做一名天使，才不會污了天使的名，於是選擇放逐，在地獄裡裡，等待救贖的靈，罪孽深重的魂，在那枷鎖纏繞處等待，當期待的救贖不在，希望，滅絕……。

因爲還學不會釋放悲傷吧，難過的時候，即使可以選擇分享或單純釋放，以前的小紅依然選擇一個人默默流淚，現在學會拋棄，不把工作情緒帶出病房，下了病房，離開病房，小紅說：我就不再是天使！

## 第二節 加護病房護理人員工作心路歷程之分析

本節將針對加護病房護理人員工作心路歷程進行分析，來更詳細地地理出三位研究參與者工作心路歷程及經歷悲傷的歷程及調適。在此，研究者試圖呈現加護病房護理人員工作心路歷程的經驗內涵。

### 一、加護病房工作特色，帶來心理的壓力與調適

#### (一) 上班時間面臨病患死亡次數較頻繁

加護病房裡所照顧的患者常常屬於重症疾病，很多患者的生命總常常在跟死神搏鬥，因為如此加護病房護理人員面臨病患死亡的機會較其他一般內外科病房的機會頻繁，面對病患死亡事件常常還沒整理好思緒就接著必須處理接下來的隨時可能的危急狀況或是又一個死亡事件，在不斷的累積下，心理無法得已調適有時會以麻木和逃離的方式來選擇面對病患的死亡事件。

#### 1. 面臨病患死亡事件較頻繁，來不及沉澱內心

加護病房的病患流動量大，患者病情危急，病房內經常一天內面對數起死亡事件，在加護病房面臨死亡事件比一般病房多，護理人員必須及時處理，沒有時間正視失落及悲傷的感受，時常才剛經歷一場與死亡的拉鋸戰，接下來又是突發的緊急狀況，常讓護理人員尚未整理好情緒就必須在披戰袍作戰，所以加護病房護理人員的感受常累積在心中無法得以好好沉澱，往往下班後休息時累積的東西開始在內心中發酵，常造成悲傷、難過、自責、疲累…，久而久之累積下來的情緒要消化掉就變的困難，所以常在休息時間時心裡有時會被這些情緒佔據，常未調適好就又要上班，這也是一種情緒上的惡性循環。

在加護病房真的很不能接受一天到晚拼命急救，有時跟家屬解釋都語帶保留，不過有時就算醫師解釋的很清楚，家屬還是不一定放手，

三不五時就會上演瘋狂急救的事情。(A-1-057)

有學姐跟我說在加護病房太感性只會先將自己弄死，對自己沒幫助的，因為畢竟加護病房病患死亡率太高。(A-1-076)

以前學姐都常告訴我們，當加護病房的護理人員要有超人的能力跟過人的意志，心臟要強一點，不然哪能負荷總是一天到晚要急救、面臨死人的狀況。(小紅-2-042)

唉！我覺得我是一個比較不會表露情感的人，也不是很懂得跟人群相處的人，常常遇到比較難過的事情很多時候都會放在心裡面，所以可能因為這樣我上班的時候常常看起來臉都臭臭的很不開心的樣子。(C-1-057)

但因病患流動率大，對現在的我而言已沒什麼感覺了。(C-1-005)

## 2.以麻木的感受面對病患的死亡事件

加護病房護理人員因涉入死亡事件頻繁，常有許多複雜的情緒，有時容易出現「麻木」的情緒來面對瀕死病患或病患死亡的不舒服感受，強迫自己麻木自己的感覺拒絕讓內心去感受病患死亡事件給自己帶來的想法。

病人照顧多了，看多了，有時候覺得自己好像也麻木了！

(C-1-008)

外界的解讀可能會覺得我們很無情，但是如果我們很容易傷感的話，我想這種工作很多人都無法做下去的。(C-1-009)

但是現在變得比較麻木，但是我想這樣比較好吧，不然每天都在想那些生生死死，誰受的了呢？(C-1-069/1-070)

雖然可能會被說麻木不仁，但是加護病房的護士好像就是應該要理性大於感性，因為很多時候反應快速才是最重要的。(C-1-071)



### 3.以逃離的方式面對病患的死亡事件

不想面對心裡的負面情緒及悲傷感受，選擇而逃離的方式作為處理的方式，加護病房護理人員常常覺得自己常處在跟死神搏鬥的戰場裡，工作壓力很大，擔心自己負荷不了情緒的負擔，以為這樣就可以不用讓內心去碰觸病患死亡給內心帶來的衝擊感受。

有時看著家屬殷殷期盼的眼神，我的心也會被揪的很痛，所以就漸漸學會用逃避的方式，不去看不去聽也許就不會那麼難過了！這樣我才能好好在這裡工作下去。(A-1-099)

有時候我真想逃離這裏，每天面對死亡，我覺得真討厭這種感覺。(C-1-037)

因為我不想一直面對，工作上班的時候已經覺得夠煩壓力夠大，下班又不要想就好了。(C-1-064)

…但我害怕處理情緒，我怕那會讓我崩潰，所以我選擇逃避。  
(C-2-018)

#### (二) 以床號、診斷名稱替代病患姓名的疏離

在醫療中常常只看的到病，沒看到病患，有時是以某個疾病或哪一床來稱呼。這在三個研究參與者的訪談中也時常出現，總是習慣以床號代替病患的姓名，如研究參與者 A 故事中的 16 伯伯、5 床小姐，其他二位訪談者也常以床號來記憶病患，一方面這跟加護病房裡病患流動量大有關，另一方也突顯護病關係中疏離的距離感。

有一個 16 伯伯，他是因為心肌梗塞導致休克住進來的，因為小孩都還在唸書所以家屬都很捨不得。(A-1-059)

像上次 5 床小姐，她是從外面的婦產科診所轉來的，…(A-1-083)

上次照顧那個 6 床，STEVEN-JOHNSON SYMDROME，… (B-1-106)  
之前有一個 86 歲的奶奶，她長了一種嗜肉菌，都已經吃到她動  
脈剝離了… (B-1-081)

### (三) 數字的意義

對於家屬而言，他們很在乎數字的表現，血壓、心跳、體溫等，仿佛成了病患的代名詞，家屬只看的見生命徵象所顯現的數字，無法冷靜思考病患是否爲了維持這些數字，他的生命其實正在受苦著。

很多時候，醫生用的藥只是延長病人的生命徵像，讓病人有血壓  
有心跳，僅此而已，但是對於家屬，有數字他們在意的就是血壓多少，  
心跳多少，延長的只是家屬接受的時間，在我看來，這段時間對病人  
而言，卻是更痛苦的折磨。。(C-1-034/1-035)

### (四) 是否需要保持適當的距離的疑惑

護理專業訓練強調護病關係應保持一定的距離，不宜投入情感，而哭是不  
對的！護理人員須保持客觀、理性的態度來對待護病關係，護理人員常被制約不  
可以真情流露，但是護理人員應該是可以被允許真情流露的，應該被允許是可以  
流淚的，畢竟淚水是一種情緒的宣洩，這部分需再加強情緒調適的課程部分，尤  
其是在護理人員養成教育過程中，包括照顧過程中間照護病患的情緒及病患去世  
後的情緒調適。因爲唯有可以真誠接納自己面對病患往生的難過情緒 也才有辦  
法接受家屬對於逝世親人的哀傷。

有時我也會想，也許我們是可以有感情的，也可以跟著家屬一起  
難過的，雖然我們所學習的護理一直告訴我們我們不可以哭，我們要  
堅強，有時我也會思考，說不定我們的淚水說不定會讓家屬也能知道

我們其實也跟他們一樣會難過，不是那麼冷眼旁觀的。(B-1-145)

我們所受的護理教育不是一直告訴我們護理人員要有理性，不可以過入投入有情感轉移，所以我們不可以對病患太有感情，要保持距離。(C-2-040)

#### (五) 會客時間短暫和家屬互動不足

護理人員、家屬、病患三者關係互動不足，家屬礙於會客時間有限無法常常探視，病患被封閉在加護病房中家屬無法和病患有很多互動的時間，而護理人員也僅只有一天兩次的短暫會客時間可和家屬接觸所以互動不夠，病患本身病情嚴重意識無法很清楚。

在加護病房裡面跟家屬接觸機會比較少，很多病患也都是重症不太可以說話，所以感覺上整個護病關係就沒那麼密切。(A-1-096)

#### (六) 病患的死亡事件造成護理人員內心的掙扎

積極處置背後所帶來對死亡的感受呈現負面感覺，制式化醫療行為雖然是爲了搶救每一個危急的生命，但是過度的醫療行為比如像心臟按摩、電擊等，這些醫療行為造成護理人員心中的掙扎，感受生命受到無情的摧殘，走到生命的最後一段卻毫無尊嚴的受苦，有時加護病房護理人員的心境會處於擺盪的狀態，也會爲自己所進行的積極醫療行為感到迷惑，內心會問自己，醫療的進步真的爲人類帶來更好的生活品質嗎？盡力救治生命，但往後卻必須依賴機器活著，這樣的生命活得有意義嗎？

我當時在心裡默唸著：伯伯如果你有聽到我跟你說話，你的家屬現在都在加護病房外面為你祈禱，我知道你很辛苦也很痛苦，如果你不想再受苦就去外面看看你的家屬，然後讓自己好好離開不要再掙扎了。(A-1-064)

但是另一方面我又會想，為什麼人生到最後卻連一點生命尊嚴都沒有呢？被扒光光然後電擊、心臟按摩，聞到皮膚燒焦的味道，聽見肋骨被壓斷的聲音，那時候我又會想為什麼要讓病患連離去都這麼不平靜呢？所以我常常會思索究竟該積極還是不該積極，但是什麼都做也未必真的有幫助呀。(A-1-069/1-071)

我討厭自己心情總是在這裡反反覆覆，看著病患很受苦有時覺得好可憐，但是我就算很努力做積極的醫療行為，也不知道那有意義嗎？(A-1-082)

在加護病房裡病患來來去去，生死離別就在那一瞬間，在這裡我常常覺得生命真的好不可測，也很無情。(A-1-092)

其實有時候我回家會默默的想，醫療的進步真的為人類帶來更好的生活品質嗎？(A-1-110)

很多時候，醫生用的藥只是延長病患的生命徵像，讓病患有血壓有心跳，僅此而已，延長的只是家屬接受的時間，在我看來，這段時間對病患而言，卻是更痛苦的折磨。(C-1-034/1-035)

但是總是急救、除了急救還是急救，這次救活了，有時候就像個活死人，感覺一點價值都沒有，不知道哪次救不起來了，病患就過世了。(C-1-019)

你不覺得很多病患就像活死人，很悲慘嗎？(C-1-021)

#### (七) 消極的認為卻出現奇蹟，讓護理人員內心激盪

有時候，已經習慣了制式化的加護病房工作流程，看到受苦的生命會覺的放手吧！但是有時生命的堅韌是讓人驚訝的！生命奇蹟讓人感動，但也讓加護病房護理人員感受生命的不可測，而內心擺盪在「救」與「不救」兩邊，有時積極的救讓人覺得痛心覺得殘忍！但是一昧的放棄是否也輕忽的生命的堅韌呢！

工作以後我常常想，盡力救一個生命，但是卻無法讓他像一般人一樣的活著，以後必須依賴機器，這樣有意義嗎？(A-1-115)

那時候我真的會有一個疑惑，真的有這種病患，急救電到皮膚都焦掉，洗 CVVHD 洗的又不順利，那時我因為是新人要訓練，所以一直被排照顧他，那時我才知道原來一直電擊還是可以讓病患可以再走路的，我當時會一直想，究竟該積極的治療嗎？當時會覺得很矛盾，所以有時我會問自己要怎樣下這個定論。(B-1-042/1-043)

有時候看見家屬很堅持不簽署 DNR，心裡有時候就會想拜託你們簽一下，你們不簽病患真的很痛苦，可是他們不簽有時候病患還是可以活著出去，所以有時候就覺得很矛盾。(B-1-047/1-048)

之前有一個 86 歲的奶奶，她長了一種嗜肉菌，都已經吃到她動脈剝離了，她年紀很大，家屬一直希望他開刀，我們那時一直覺的她開完情況應該不樂觀，晚上我就問奶奶，奶奶說她年紀大了她不想開，那時我就轉告他的意見給家屬知道，但是他兒子說，我說要開就是要開，當時我覺得身為一個病患為什麼沒有自主權，結果那病患手術成功，當時我心底就有很多衝突，就覺得這麼做到底是對還是錯，如果那時沒開她可能就要一直喘的過生活，她開了但是卻又成功。

(B-1-081/1-089)

有時候，我會想生命究竟是什麼，有時後醫療處置真的很為難，這很難評估，取決於大家的價值觀不同，說不定我們覺得這樣停掉藥對病患比較好不用受苦，但說不定病患心裡想，他還想拼拼看他還想活，有時候覺得這一切真的很難下定論。(B-1-126/1-127)

## 二、死亡帶來的震撼

### (一) 護理人員面臨急救過程所產生的心理衝擊

許多護理人員在照顧瀕死病患時，情緒通常會受到影響，如眼見病患病況

嚴重卻無法用藥物或其他方法解除，明知治療無望，用盡所有的治療方法，而病患或家屬卻仍懷著治療期望，唯盡一切努力看到病患仍不免一死，這些情形都會令護理人員感到無力、沮喪。常受到死亡的衝擊，護理人員常處於病患死亡的處遇裡，病患的死亡也可能引發護理人員產生個人生命有限的頓悟，覺得自己或家屬面臨死亡的可能。

那時候他的狀況真的很不好，也是該有管子都插上了，所有的藥物都用了，Bosmin（一種強效昇壓劑，常用於急救）像不用錢似的拼命給，後來心臟停了大家輪流上場壓。當時我是協助擠 Ambu 的（執行 CPR 時須給予氧氣，擠 Ambu 就是在急救時強迫給予氧氣的一種方法），所以我站的位置可以很清楚看見所有人都在進行的醫療行為，當時我就很制式的的做著擠 Ambu 的這個動作，面無表情站在床旁，但是其實當時我的心在吶喊，為什麼一個人連離去都離去都如此不平靜，心臟按摩、電擊、瘋狂給予急救藥物。(A-1-060/1-063)

這一切都好掙扎，我也希望病患好好活著但是他就是沒辦法，就算一直救就算能拖一小段時間但是也不能改變他會離去的事實。(A-1-067)

印象很深刻當時那個伯伯在 ON ECMO（使用心肺循環機）的時候人都還清醒，當時很難過，當他還 ON ECMO 的時候人都還很清醒，可是反而 REMOVE ECMO（移除心肺循環機）之後人卻不清醒，最後又做了氣切，當時覺得很難過又無奈，覺得能做的真的有限。(B-1-022/1-024)

我會覺的有時我們是不是打著救人的旗號，但是卻在做傷害病患的行為，傷害生命的行為。(B-1-039)

## (二) 初始面對死者的反應—生手時的震撼

### 1. 第一次看到死者的害怕

三個研究參與者在工作之前並未曾有過照料瀕死患者的經驗，也未經歷家屬死亡的狀況，第一次接觸遺體感受遺體的僵硬及冰冷會讓剛工作的護理人員感到恐懼及害怕。

我從小到大雖然參加過喪禮但是從來沒有真正親眼見過死人，那是我第一次見到死人並碰觸她，一開始的時候我超級害怕的，因為婆婆摸起來都冰冰的，四肢也都點僵硬，那種感覺很奇怪。

(A-1-015/1-016)

一開始接觸當然會害怕，但是看多了就覺得這就是工作，習慣就好，不然呢！（聳了一下肩，語氣很無奈）。(C-1-003)

### 2. 遺體護理的害怕

在學校教育理及實習經驗中並不是每個護理人員都有機會學習到遺體護理，當獨立上線後第一次面對死去的人除了害怕、震驚，對於必須執行遺體護理的處理流程也容易感到手足無措、非常生疏。

但是擦澡的過程中，因為肢體的觸摸，所以我漸漸覺得她是個死人，當時除了害怕…(A-1-018)

那時候知道原來病患要走的時候會腫成這樣，黃成這樣，還會流血，就會有七孔流血的感覺，我那時對第一個遺體護理的病患很震撼。

(B-1-073)

### 3. 情緒心理上的失落

經歷一個生命從活著到死亡離去，從暖和的身體到變成冷冰冰僵硬的身體，對於一個剛開始工作的護理人員而言也同時必須學習著分離的課題。

有一種覺得生命很不可思議的感覺，前一刻這個婆婆還可以跟我說話，但是現在他人雖然在這裡躺著，但是卻無法回應我，也永遠無法回應我。(A-1-019)

#### 4.疏失的自責

對於剛獨立上線的護理人員而言，總是還有很多東西是必須學習的，工作內容的不熟悉及生疏造成疏失，也常常造成內心的自責，這是許多新進護理人員常面臨的心理壓力。

我當時其實很自責，我怎麼沒弄清楚病患已經簽署拒絕急救同意書呢，害婆婆還被其他護理人員壓了好幾下，聽其他護理人員說肋骨斷好好幾根。(A-1-012/ 1-013)

因為婆婆的肋骨被壓斷了幾支，所以我當時很自責，覺得自己怎可以因為疏忽讓婆婆多受了一些苦，我到現在都記得第二天我去上班才剛走進去護理站，學姊知道我情緒很沮喪就安慰我，結果我就掉下眼淚。(A-1-020/1-021)

#### 5.害怕孤單的面對

因為第一次的疏失造成就造成缺乏信心，不太敢單獨面對，擔心力不從心。

當時因為還是新人所以覺得有點害怕，很怕一個人留在那裡照顧病患。(B-1-003)

#### (三) 死亡帶來負向的感受

加上加護病房裡有些病患因病入膏肓、常合併多重器官衰竭所以死後的身體表象常出現出血、黃疸、水腫等情形，也容易讓護理人員對死亡有不好的感受。



工作之後看見臨床上很多不該救的病患都救成那樣，就會覺得說，死亡給我一種很不好的感覺。(B-1-096)

為什麼人死了都那麼醜，明明就可以不用電他，讓病患死的時候比較漂亮一點，但是有時候就一直救，最後病患不是皮膚燒焦就是腎衰竭越來越腫。(B-1-097)

#### (四) 缺乏哀傷情緒表達及疏導的適當管道

##### 1. 專業形象的束縛

護理人員因著專業形象的傳統要求使專業照顧者專業照護，但缺乏情緒表達方式，盡量止於身體(生理)照顧而非心理照顧以避免悲傷情緒的產生，他(她)們竭盡所能將經歷到的情緒加以隱藏壓抑，避免引發軟弱而不專業的表現。

因個人的脆弱、無助而引發的情緒，通常不被認為是一種合乎專業形象的表現，加護病房護理人員被賦予幹練、果決的角色，加上醫護教育的觀念，護理人員會將他們所經歷的情緒視為一種軟弱、非專業的表現，藏在潛意識中。

但是在這裡必須收起自己的情緒，我也不敢在護理站哭出來或落淚，我擔心別人覺得我很懦弱，因為加護病房的生態有些人會覺得哭代表很懦弱，所以在這裡我都會藏起自己的感覺，不要太袒露情感。  
(A-1-079)

唉！（嘆了一口氣）沒辦法加護病房好像就是要學著冷漠一點處理事情。(A-1-075)

那時我很想將電話抄回去，想打電話給他們，但是又覺得自己沒什麼立場，我很想打電話去給他們但是又會覺得自己很沒那個立場。  
(B-1-013/1-014)

曾經，我見過同事在病患走的時候，抱著家屬一起哭，當時的我，轉頭就走，因為我知道，自己如果持續處在那種氛圍下，我會跟著一

起哭，但是，當時我的專業告訴我，那不是哭的時候，而現在的我，學會了壓抑自己的悲傷，隱藏情緒的作出所謂專業的護理。

(C-2-012/2-015)

## 2.護理人員缺乏適當管道可以宣洩

當護理人員有哀傷時通常沒有適當的管道可以疏導，心中種種情緒不知該向誰訴說，或是有困難的時候不知道該求助於誰，因為找不到適當傾訴對象所以有時會將工作中所面臨的情緒積壓在內心，醫療單位應諮商輔導團體或設置電話專線可供傾訴管道。

隱藏情緒的作出所謂，專業的護理，逼著自己習慣，習慣於冷淡面對各種情緒，但這種壓抑，卻變成我壓力的來源；我不怕繁忙而沉重的工作，那些工作對我來說，得心應手，但我害怕處理情緒，我怕那會讓我崩潰，所以我選擇逃避，因為我還學不會釋放悲傷吧！

(C-2-015/2-019)

我其實是一個感性的人，但在職場上，我必須逼自己冷血，只能把工作當工作，把病患當病患，因為我害怕，我怕一旦病患變成朋友，當他們逝去的時候，我無法面對。(C-2-007/2-008)

## 3.護理人員應被允許有淚水的

護理人員會先評估病患家屬的悲傷反應以配合出現適當的反應，護理人員擔心會因為自己的哭泣導致家屬的情緒更加難過。對於專業護理角色的情緒顯現擺盪，在所接受的護理教育中專業照顧者是不應該顯露情緒的，但在面臨生死一線間的病房裡，人非草木怎會沒有自己的感受呢！

病患離世時，護理人員想哭是否可以哭出來，護理人員常被要求不可以哭、不可以有情緒，悲傷的情緒常被壓抑，哭是一種真情的表現護理人員應該被允許

可以有淚水的，應該被允許有傷痛難過的，有時護理人員的淚水也是可以撫慰家屬傷痛的心靈，家屬曉得護理人員並不會為每一個病患掉淚；如果護理人員流淚，病患家屬會格外感激，感覺得到分擔，家屬可以感受護理人員和他們同在的心，這不也是一種同理心的表現嗎！學習與淚水共處是護理人員學習悲傷的自我調適的過程，在哭的同時也必須控制著自己的情緒，流淚的同時不忘做好臨床的工作更是一門學問，就比如一邊流眼淚，也要一邊磨藥的意思。

我一直都還跟王伯伯的家屬有著連絡，有一次他兒子告訴我，當時他和他媽媽一直印象很深刻我哭的那麼激動，他們雖然覺得很難過自己的爸爸正面臨生死關頭，但是心裡卻也有著一份感動，知道有人也跟他們一樣在乎這個人。(A-2-011)

以前我照顧過一個將軍伯伯，那時我其實已經工作了一兩年了，但是還是很愛哭，將軍伯伯過世那天我跟我同事特地去看他，本來要去安慰他家屬結果我跟我同學還沒說話就先哭出來，還是他的家屬安慰我們，當時將軍伯伯的女兒就跟他們家裡的人說，護士小姐也跟我們一樣重視我們的爸爸，用祝福的心送他離開，我們要高興有人跟我們一樣愛爸爸。那時我覺得，為什麼以前在學校所接受的東西都是叫我們不可以哭，不可以有情緒。其實我覺得我們護理人員也是人，當然會難過呀！當時將軍伯伯女兒說的話讓我明白，其實護理人員的淚水是可以撫慰家屬悲傷的心的！（A-2-020/2-023）

當時我的眼眶立刻被淚水眶滿，當時因為看見家屬已經在哭了，我不希望讓家屬情緒更難過，我沒有在他們面前哭。(B-1-031)

當時我也眼淚含在眼眶裡，其實我是個很愛哭的人，但是我都很控制，因為我擔心家屬還要來安慰我，所以都會控制住自己。有時候也會想說，會不會我就算的哭出來了，家屬會覺得我很融入他們。

(B-1-065/1-066)

我常擔心如果我們哭了家屬會不會更難過，所以都會盡量忍住。

(B-1-070)

### 三、與家屬的互動關係

#### (一) 家屬非專業認知的期盼

安寧緩和條例的通過，一般人現在對於老有善終已較有觀念，但是大眾對於安寧緩和條例仍是有不清楚的部份，以為只適用於癌症患者，事實上「安寧緩和同意書」是可以適用於所有重症疾病末期的患者，比如像：心臟衰竭末期、呼吸衰竭末期…等。

隔行如隔山，當家屬處於自己的家人面臨生死關頭之際，常常會失去客觀的判斷力，有時捨不得的情緒會主導著家屬希望施行急救到底，加上加護病房的特性常常隔絕了家屬和病患的相處時間，所以家屬常常看不見病患所接受的醫療處置及因為接受急救過程所受的煎熬。焦急的家屬所看到的常常是數字的表徵，心跳多少、血壓多少、是否有發燒。

我們最重要的是維持家屬所希望的生命徵象，其他的好像都不重要，重要的是我們要進一切的努力讓病患的心臟還會跳，血壓可以正常，血氧維持正常，家屬在乎的是我們有沒有救到底，哪有時間想那些人性化的問題，這是我們優秀的地方也是我們不一樣的地方，反正我們要厲害這是大家對加護病房的期待。(C-1-072/1-074)

但是在這裡是不講人性化的，雖然這麼說很可悲，但是就是這樣，就像上次某醫師說的，這裡是加護病房，是救人的第一線戰廠，急診、病房、開刀房反正只要要救的病患最後都會送到加護病房來，都已經送進來，不救他們何必住進來。所以現在就會想說，這就是工作呀！(C-1-075/1-076)

## (二) 亡者家屬缺乏情緒輔導管道

如何為亡者家屬進行悲傷輔導，缺乏適當管道之困擾，病患死亡返家後好像事情只做了一半尚未完成，自己的情緒及撫慰家屬的情緒都蓄積在心中，缺乏適當的家屬情緒輔導管道。

那時我很想將電話抄回去，想打電話給他們，但是又覺得自己沒什麼立場，我很想打電話去給他們但是又會覺得自己很沒那個立場。

(B-1-013/1-014)

## 四、溫馨的照護

### (一) 加護病房護理人員有感性的心

加護病房裡一天只能有兩次各半小時的會客時間，所以家屬跟病患的時間常常是有限的，有時護理人員會偷偷通融一下讓家屬多停留一下，有時也會協助家屬想一些其他的方式，比如請家屬錄製錄音帶可以放給病患聽，一方面可以讓臥病在床的病患可以感受到家人的愛及聲聲呼喚中的企盼，另一方面也可以撫慰家屬的心，讓家屬即使不能時刻陪伴在旁也能讓他們的聲音陪伴著病患。有宗教信仰的患者護理人員也會建議家屬並協助播放唸佛機或宗教音樂。

後來我違反病房原則搬了一張椅子給她先生坐在床邊，並讓產婦的家屬可以輪流進來跟她說話，那時我心想如果因次被叫去罵不遵守病房規則我也認了。(A-1-087)

當時我的眼眶立刻被淚水眶滿，當時因為看見家屬已經在哭了，我不希望讓家屬情緒更難過，我沒有在他們面前哭，後來回到護理站我就寫了一張小卡給他們，我就跟他們講說，要加油不要放棄…

(B-1-031/1-032)

…聽到姐姐錄給病患聽的錄音帶… (B-1-051)

## （二）尊重的對待

即使面對意識昏迷、對外界刺激毫無反應的患者，加護病房護理人員仍以對待正常人的方式對待，施行任何技術前仍就會跟病患說話，尊重病患為「人」的主體性。

我們必須尊重患者，不管他是不是昏迷，每天都要跟他說說話，說不定他是可以聽見的。(A-2-005)

## （三）投射性反應

護理人員在工作中或多或少會面對受到不幸遭遇的病患，不僅要傾聽病患的痛苦經驗，而且可能還會目睹病患的悲慘處遇，導致護理人員的情緒有所牽扯，產生心理效應。加護病房護理人員有時面臨一些患者會產生情感投射，有感同身受的感覺，是同理投入於病患的創傷題材所產生的結果。同時由於與病患深層的情感互動也容易產生這種「同理的痛楚」，會將自己也想像成家屬的一份子。在 A 與王伯伯的互動中因護病關係的緊密，導致王伯伯離世後對於小凡造成同理投入有著感同身受的情緒反應；B 有一個妹妹在國外念書從小感情很好因唸書而分隔兩地，她看見年紀相仿的患者產生移情反應，有著覺得她就像是自己家人般的情感投入。

那是我剛開始工作就開始照顧的一個王伯伯，他的年紀跟我爸很接近，而他只有兩個兒子沒有女兒，加上我的個性又很活潑，王伯伯長時間反覆進出醫院進行治療，接觸機會很多，所以感情很像一家人。(A-1-033)

我那時候卻什麼都不能說，其實我想告訴她，就放手吧！讓伯伯安祥的離去吧！但是我說不出口，因為我也知道在這裡面確實有著護理人員的疏失，在王伯母眼中我看見她的掙扎與徬徨，但是那時候的

我還不夠有能力及勇氣來承擔一切，所以只能就照一切的醫療程序來做，我一直忘不了那天急救的畫面。(A-1-044/1-047)

我在旁邊看的真的很心痛，幫忙做心臟按摩，聽著肋骨斷裂的聲音，當時我的眼前真的一片空白，我竟然讓我親愛的病患面臨如此殘忍的對待。(A-1-049/1-050)

因為我那時候真的覺得好心酸喔！他們一家人來不及享受新生命誕生的喜悅卻要先面對產婦的死亡。(A-1-088)

當時我有一種感覺，如果他是我的家人我也不知道怎麼面對這樣的悲劇，所以我不知道怎樣安慰家屬，唯一能做的就是讓他們家屬多陪一下病患，我真的覺得當時我的心好痛。(A-1-091)

我坐在那裡寫紀錄，聽到病患的姐姐錄給病患聽的錄音帶，我就桌子挪到護理站，我沒有辦法坐在那裡一邊聽錄音帶一邊寫紀錄，聽到那個錄音帶我的心也跟著酸酸的，就會跟著想掉眼淚，當時我就想到我妹妹，當時我妹在國外，會覺得受到影響。(B-1-051/1-052)

#### (四) 情感投射希望病患得到更好的照顧

有時遇到病患很像自己的家人，將心比心希望病患得到很好的照顧，有時候因為病患背後的故事容易牽動護理人員的心緒也會產生更強烈的保護信念。比如小凡面對大學弟弟的遭遇，一直讓她想到自己也有兩個弟弟，怎麼會讓一個正值青春年華的男生遇到這樣的意外，一生就註定只能困在病床上成為植物人。B想起在國外念書的妹妹，看見床上那個找不出病因的病患覺得希望她可以得到妥善的照顧也希望有奇蹟可以發生，就像她希望自己的妹妹可以健康。

上次有個大學弟弟因為被一個酒醉的警察闖紅燈撞傷，頭部創傷很嚴重，當時瞳孔都已經放大了，就算他可以活下來也會是植物人了！當時我就想到我自己的弟弟也像他一樣大，那麼年輕人生原本正值燦

爛的時候卻要告別這個世界了，家屬聲聲呼喚仍喚不醒他，每次家屬來會客大家看了都覺得很鼻酸，我印象很深… (A-1-101/1-102)

當時我有一種感覺，如果他是我的家人我也不知道怎麼面對這樣的悲劇，所以我不知道怎樣安慰家屬，唯一能做的就是讓他們家屬多陪一下病患… (A-1-091)

當時我就想到我妹妹，當時我妹在國外，會覺得受到影響  
(B-1-052)

另一方面覺得很不捨，她那麼年輕那麼優秀，怎麼就這樣 unclear  
(B-1-054)

## (五) 生命堅韌的奇蹟

生命的奇蹟是令人感動的，總是面臨病患死亡邊際的加護病房裡出現生命的勇者，綻放生命堅韌的力量，這片刻常讓整個醫療團隊是振奮的！

有時候有一些病患看起來很糟很沒希望，我們覺得沒希望，但是奇蹟出現後來可以出院，還是該說有的病患生命力真的很強，這個時候也會讓我們覺得很被鼓舞。(B-1-143)

## 五、自我提升

### (一) 學習更珍惜生命，愛惜自己及身邊的人

加護病房裡頻仍的死亡事件引發加護病房護理人員感受生命有限，覺得更該珍惜生命中的每一刻，珍惜身邊的人，不要浪費時間，因為永遠都無法預測生命會遭遇怎樣的變卦。面對自己所愛的家人不希望他們受苦，希望他們活的有尊嚴、有品質，即使必須忍痛跟他們告別。

我會更珍惜跟家人之間的感情，因為人總是有很多時候不是我們



能控制的，也會覺得不要讓人生有遺憾，如果想做的事就會比較有動力去做，會告訴自己不要常想以後我要做什麼？如果想到應該現在就去做。(A-1-116/1-117)

我也希望我的家人能安詳的離開，我有跟我爸媽說過我以後也不會太積極救他們就算被其他親戚指責不孝也沒關係，就算我捨不得我也不想讓他們那麼受苦。(A-1-121)

我那時候就我跟我爸媽說以後我不想被急救，如果可以的話，我想要把可以用器官捐贈出來，因為我覺得這個世界上有太多需要幫助的人，但是卻等不到。(B-1-098)

我跟我爸媽說，也問他們想急救嗎，他們說給我決定，我就跟他們講我的決定就是不急救通通簽署 DNR，我爸媽覺得我比較懂，說要給我決定就好，我的想法是第一我不想讓他們痛苦，第二我不希望他們變那麼醜，第三我希望他們可以平平靜靜的離開就好了，不要那麼多折騰，因為臨床上看太多，對於不要殘忍延後他們的生命我就會這樣想。(B-1-099/1-103)

我並不想花時間去構思的未來的人生藍圖，我只知道我目前手上拿著，不管是水彩也好、蠟筆也罷，我只想恣意的揮灑色彩，即是在畫家眼中，這只不過是幅塗鴉，但在我心中，這比蒙那麗莎的微笑更值得讓人感動。(C-2-030)

## (二) 生命理念希望善終及尊嚴

經歷一個又一個的生命故事，加護病房護理人員的生命觀也在經驗中不斷的轉變，認為生命要活的有價值及意義，害怕毫無意義的維持生命徵象，同樣也希望以這樣的心情守護自己的家人希望他們都能老有所終，而且有善終。

因為人生總是有聚有散嘛！但我覺得的能好生好死真的很重

要。(A-1-095)

如果有一天我遭遇不測或生重病，我希望大家不要救我，我不喜歡自己被插管然後五花大綁，都不可以說話跟吃東西，就算我可以活下來我也覺得那樣太悲慘。(A-1-119)

我是屬於站在不拼那種，我是覺得順其自然，我會覺得少點痛苦。(B-1-093)

### (三) 因應病患死亡的悲傷，尋找復原的力量

小凡在曾經遺憾的事件中找到復原的力量，唯有更堅強秉持毅力的工作，才是真正對自己生命也是對病患的生命負責，將悲傷的力量轉換為正向的力量，激勵自己必須從病患寶貴的生命學習更專業的照顧技能，研究參與者晴晴同樣也在悲傷故事中轉換力量化為更正向專業照護，期許自己更努力照護病患。

因為每個病患都用自己的生命教我們，也把生命交給我們，所以我們不能辜負他們，要好好學習他們要教會我們的事，也要好好照顧他們交給我們的身體。(A-1-027)

每個人來到這世界時被祝福，迎接他的是喜悅的的笑聲；每個人也都會有離開世界的時候，但是送走的他卻是悲泣的哭聲。衷心希望我可以好好陪伴病患走生命最後的一段路，讓他們好走。(A-1-122)

後來就會覺得如果擔心自己做不好，就應該更努力的學習，還有付出更多的心力照顧病患，這樣才比較不會有遺憾。(B-1-140)

## 第五章 結論與建議

本研究的目的是以故事敘說的觀點，探討加護病房護理人員面對照顧經驗中的工作心路歷程，以深入了解其內心世界之主觀經驗。本研究採用敘事研究分析方式分析所蒐集的文本資料。在本章中，首先簡要地歸納本研究所得的研究發現與建議，其次說明研究者在整個研究歷程中，針對相關議題的省思，最後再提出本研究的主要限制與建議。

### 第一節 結論

本節將針對加護病房護理人員工作心路歷程進行分析，來更詳細地地理出三位研究參與者工作心路歷程及經歷悲傷的歷程及調適的脈絡。在此，研究者試圖呈現加護病房護理人員工作心路歷程的經驗內涵，歸結下列結論：

#### 一、初始面對病患往生的的震撼

三個研究參與者在工作之前並未曾有過照料瀕死患者的經驗，也未經歷家屬死亡的狀況，第一次接觸遺體感受遺體的僵硬及冰冷會讓剛進入醫院工作的護理人員感到恐懼及害怕。

在學校教育理及實習經驗中並不是每個護理人員都有機會學習到遺體護理，當獨立上線後第一次面對死去的人除了害怕、震驚，對於必須執行遺體護理的處理流程也容易感到手足無措、非常生疏。經歷一個生命從活著到死亡離去，從暖和的身體到變成冷冰冰僵硬的身體，對於一個剛開始工作的護理人員而言同時也必須學習著分離的課題。

## 二、悲傷之於護理人員而言是沉重的負荷

悲傷的歷程是每一悲傷者必須經歷的過程，這種過程是一種治療的過程，也是一種成長的經驗，不論是自己獨有的經歷或在他人協助下完成都會讓生命意義展現不同的詮釋。個人的悲傷歷程主要是在完成四個任務：接納失落的事實、體驗悲傷的痛苦、重新適應、將情緒的活力重新投注在其它關係上。護理人員因各別差異性與其他社會關係的不同，跟病患本身及家屬的關係及相處時間長短等都會影響悲傷反應有所不同，病患本身的疾病狀況及疾病進展的過程這也關係著護理人員的悲傷歷程的不同，關係緊密的護病關係通常在情感聯繫上也較受到影響，悲傷反應通常較容易顯現，而經歷到的悲傷歷程也會經過震驚、難過、哀傷、自責等，然後經過一段時間的沉澱，找到調適及復原的力量。而通常護理人員調適的方法多是選擇與同儕傾訴，得不到回饋時多鬱積在內心深處，而形成沉重的心理負擔，復原的力量多來自對自身工作的使命感，增加自己的專業照護能力，更努力照護好每個病患期許自己以燃燒自己照亮他人的情懷作為前進的力量。

而悲傷反應是有個別差異性的，研究發現，悲傷反應也會受到研究參與者本身的社會經驗及個性而有所影響，感性特質重的人多易感受到悲傷，而理性特質的人多選擇壓抑自己的感覺不想去面對，選擇逃避、不去想去面對。乍看之下，照顧者的感知似乎只是個人的表現，事實上卻受到社會背景脈絡的影響，如家庭背景、同儕團體、醫療情境等影響。

## 三、死亡事件頻仍易導致悲傷經驗的累積

加護病房裡所照顧的患者常常屬於重症疾病，很多患者的生命總常常在跟死神搏鬥，因此加護病房死亡事件較頻仍，如此加護病房護理人員面臨病患死亡的機會較其他一般內外科病房的機會頻繁，故加護病房護理人員經常是在短時間內面臨過多的悲傷經驗，面對病患死亡事件常常還沒整理好思緒就接著必須處理接下來的隨時可能的危急狀況或是又一個死亡事件，超越個人所能承受，在不斷的累積下，常造成悲傷、難過、自責、疲累…，久而久之累積下來的情緒要消化

掉就變的困難，所以常在休息時間時心裡有時會被這些情緒佔據，常未調適好就又要上班，這也是一種情緒上的惡性循環，有時心理無法得已調適會以「麻木」和「逃離」的方式來選擇面對病患的死亡事件，強迫自己以麻木的感覺拒絕讓內心去感受病患死亡事件給自己帶來的想法。不想面對心裡的負面情緒及悲傷感受，選擇而逃離的方式作為處理的方式，加護病房護理人員常常覺得自己常處在跟死神搏鬥的戰場裡，工作壓力很大，擔心自己負荷不了情緒的負擔，以為這樣就可以不用讓內心去碰觸病患死亡給內心帶來的衝擊感受。

#### 四、悲傷的歷程與調適是沒有一定的軌跡及模式

悲傷的歷程與調適沒有固定的軌跡及一定的模式，整理訪談資料發現：通常照顧者面臨死亡事件的歷程還是會面臨震驚、不捨、難過，有時甚至有哭泣的情形，因應社會角色有時會將情緒壓抑，接著會在同儕團體或工作夥伴中尋求支持與安慰，因同事在同一個加護病房，接觸時間最多，也深深了解彼此之工作困境，在傾聽、安撫，同理上發揮最大助力。

因應病患死亡的悲傷，尋找復原的力量，研究參與者小凡及研究參與者 B 在調適的過程中重新體認生命的價值尋求復原的力量，進而更努力的工作實現照顧者的使命。因為身為照顧工作者，所以不可避免週而復始的死亡事件，在不斷的調整下，心靈會更加茁壯來面臨照顧工作，小凡在曾經遺憾的事件中找到復原的力量，唯有更堅強秉持毅力的工作，才是真正對自己生命也是對病患的生命負責，將悲傷的力量轉換為正向的力量，激勵自己必須從病患寶貴的生命學習更專業的照顧技能，研究參與者晴晴同樣也在悲傷故事中轉換力量化為更正向專業照護，期許自己更努力照護病患。也有照顧者選擇以逃避的方式壓抑自己的想法，選擇躲開一切不去看見。而研究參與者小紅雖然以逃避的方式來面對自己對於悲傷經驗的調適，但是仍可發現社交關係中的相互扶持也是具有重要性的，可發現同儕團體仍是扮演重要的角色，小紅也發展工作外的社團活動及人際關係作為心靈的依藉，利用工作之餘參加布袋戲同好會的活動，學習瑜珈、舞蹈等活動。

## 五、助人者關係的投射：

加護病房護理人員在護理工作中經常目睹病患的處境，內在經驗轉變產生同理投入，有時情形嚴重更有可能產生同理痛楚，研究參與者小凡和王伯伯的相處關係就讓研究參與者小凡陷入這樣的情境中。

另外，研究發現，當遇到的照護處境有類似照顧者本身生命故事的經驗時易出現投射的情緒，比如像所照顧的病人年紀跟照顧者的家人年紀相仿時，有時會容易有情感投射，研究參與者小凡在照顧大學弟弟的過程中常想到自己的弟弟，而研究參與者晴晴也曾照顧一個跟自己妹妹年紀相當的病患情緒陷入感傷中，也投入更多的關注

## 六、社會角色的制約

醫院是接觸死亡的真現場域，護理人員面對家屬的期盼與自己的天職，在社會規範的模式中被訓練成應該理性看待生命的自然循環，因工作特質常被要求在專業服務過程中，必須控制主觀情緒感受與表達，在社會與文化的規範下，加護病房護理人員的悲傷情緒非但不被重視，反被要求壓抑以免妨礙專業照顧工作的進行。

護理專業訓練強調護病關係應保持一定的距離，不宜投入情感，而哭是不對的！護理人員須保持客觀、理性的態度來對待護病關係，護理人員常被制約不可以真情流露，但是護理人員應該是可以被允許真情流露的，應該被允許是可以流淚的，畢竟淚水是一種情緒的宣洩，這部分需再加強情緒調適的課程部分，尤其是在護理人員養成教育過程中，包括照顧過程中間照護病患的情緒及病患去世後的情緒調適。因為唯有可以真誠接納自己面對病患往生的難過情緒 也才有辦法接受家屬對於逝世親人的哀傷。病人離世時，護理人員想哭是否可以哭出來，護理人員常被要求不可以哭、不可以有情緒，悲傷的情緒常被壓抑，哭是一種真情的表現，護理人員應該被允許可以有淚水的，應該被允許有傷痛難過的，這也是護理人員學習悲傷的自我調適的過程。

## 七、家屬的期盼

安寧緩和條例的通過，一般人現在對於老有善終已較有觀念，但是大眾對於安寧緩和條例仍是有不清楚的部份，以為只適用於癌症患者，事實上「安寧緩和同意書」是可以適用於所有重症疾病末期的患者，比如像：心臟衰竭末期、呼吸衰竭末期…等。

隔行如隔山，當家屬處於自己的家人面臨生死關頭之際，常常會失去客觀的判斷力，有時捨不得的情緒會主導著家屬希望施行急救到底，加上加護病房的特性常常隔絕了家屬和病患的相處時間，所以家屬常常看不見病患所接受的醫療處置及因為接受急救過程所受的煎熬。焦急的家屬所看到的常常是數字的表徵，心跳多少、血壓多少、是否有發燒。

## 八、溫暖的照護

加護病房裡一天只能有兩次各半小時的會客時間，所以家屬跟病患的時間常常是有限的，有時護理人員會偷偷通融一下讓家屬多停留一下，有時也會協助家屬想一些其他的方式，比如請家屬錄製錄音帶可以放給病患聽，一方面可以讓臥病在床的病患可以感受到家人的愛及聲聲呼喚中的企盼，另一方面也可以撫慰家屬的心，讓家屬即使不能時刻陪伴在旁也能讓他們的聲音陪伴著病患。有宗教信仰的患者護理人員也會建議家屬並協助播放唸佛機或宗教音樂。

即使面對意識昏迷、對外界刺激毫無反應的患者，加護病房護理人員仍以對待正常人的方式對待，施行任何技術前仍就會跟病患說話，尊重病患為「人」的主體性。

## 九、體認個人生命有限，學習愛及溫暖

護理工作所接觸的就是病人，經常面對死亡問題，而死亡的影子又隨時蛰伏於醫院之中，面對病患的生死掙扎，過程中隱藏著許多情緒壓力問題，因此病患的死亡引發護理人員深刻的自覺，容易比一般人更常思考死亡問題，引發護理

人員產生個人生命有限的頓悟。

有時候，已經習慣了制式化的加護病房工作流程，看到受苦的生命會覺的放手吧！但是有時生命的堅韌是讓人驚訝的！生命奇蹟讓人感動，但也讓加護病房護理人員感受生命的不可測，而內心擺盪在「救」與「不救」兩邊，有時積極的救讓人覺得痛心覺得殘忍！但是一昧的放棄是否也輕忽的生命的堅韌！而生命的奇蹟是令人感動的，總是面臨病患死亡邊際的加護病房裡出現生命的勇者，綻放生命堅韌的力量，這片刻常讓整個醫療團隊是振奮的！

經歷一個又一個的生命故事，加護病房護理人員的生命觀也在經驗中不斷的轉變，認為生命要活的有價值及意義，害怕毫無意義的維持生命徵象，同樣也希望以這樣的心情守護自己的家人希望他們都能老有所終，而且有善終。

加護病房裡頻仍的死亡事件引發加護病房護理人員感受生命有限，覺得更該珍惜生命中的每一刻，珍惜身邊的人，不要浪費時間，因為永遠都無法預測生命會遭遇怎樣的變卦。面對自己所愛的家人不希望他們受苦，希望他們活的有尊嚴、有品質，即使必須忍痛跟他們告別。

簡淑慧（1999）在癌症病人死亡對護理人員之衝擊及如何因應之研究中建議靈性是內在生命力與價值體系之泉源，是人的本質與存在意義的追求，而靈性生活之追求主要包括，對生命與死亡意義及目的之追求、希望之追求、對自我他人與宗教信念及信仰之追求，進而協助每個人更能以正向態度面對生命存在的意義及價值，而小凡以自己的生命信念「好生好死」秉持善終理念，繼續耕耘自己的護理工作。雖然小凡她生命的離去看似很悲觀，但卻也教她生活得更積極，人生的變化太不可測，所以要好好把握時間，讓自己發光發亮。



## 第二節 建議

本研究提供下述幾點建議作為參考：

### 一、養成教育的培養：

新進護理人員對於初次面臨死亡事件大多感到害怕、徬徨，建議在新進人訓練過程中除增強瀕死照護的專業知識外，另可從安寧療護課程及遺體護理的訓練著手，教導新進人員學習如何與臨終患者及其家屬溝通，另一方面宜加強悲傷輔導的課程及技巧，讓新進人員面對患者家屬能夠進行悲傷輔導外也能讓自身的悲傷得以調適找到出口，做適當調適。

護理人員在實習過程中不一定就碰到接觸遺體護理的機會，在研究中之研究參與者小凡、晴晴，在實習中從未接觸過死亡病患，也未有遺體處理經驗，常導致真正獨立上線之後手足無措。為提升遺體護理的部份提升實作的的能力，在學校教育中應有對遺體護理的技術操作及注意事項，並且列為技術考的項目。並且要求在實習過程中一定要有遺體護理的實做經驗，並且要有老師及資深經驗的人帶領。

### 二、在職教育的訓練：

對於具有工作經驗的護理人員需要進行不定期的在職培訓，針對已有工作經驗的護理人能了解其所缺乏的部份進行在職教育的加強，具有工作經驗者在職場上容易面臨與家屬溝通的難題、對於生命議題的思索，醫院部分應針對此方面加強諮商輔導的在職教育課程及生命教育的課程宣導。

加護病房時常面臨死亡事件，易導致瀕死照護困境的問題，本研究建議增強護理人員自我檢視的能力，醫院部分宜再加強有關心理方面的課程，如心理學、哲學、臨終護理、生命教育等。

護理人員缺乏情緒調適課程，只重視護理專業的訓練，在護理人員心理健康的照顧，在護理人員養成過程中專業的培訓重於護理人員情緒調適能力的提

升，在訓練過程中加入情緒調適課程的訓練來提升護理人員自我調適的能力。

加護病房護理人員專業技能培訓及研討會較為重視，課程較常舉辦，但對於心靈提昇及情緒調適的研討會比較少，一般大多著重在安寧病房護理人員，鮮少關注到加護病房護理人員心理部份的需求，建議增加這類的研討會或座談會，可供加護病房護理人員疏導心聲及促進心得相互交流的機會，推廣至地區性及全國性。

請資深加護病房護理人員擔任臨床輔導員，但成效仍有提升的空間，所以加強輔導員的功能。

### 三、提供與家屬溝通的管道：

加護病房雖因重症患者護理人員平均照顧 2-3 床，看似病患量少，但因病房照護特質屬全責照護，患者屬性常是重大疾病，所以工作內容常繁瑣又忙碌，加上家屬的探病時間有限，要在短暫的會客時間建立良好的護病關係是很不容易的，建議增加家屬的溝通管道，讓家屬可以在對病情有所疑問或情緒上需要所支持時可以有一個管道可以尋求，一般醫院雖會有家屬意見調查表，但是這也只能了解片面的服務感受，並不能在家屬需要諮商協助時提供一個詢問及訴說的管道，如「醫院裡的哲學家」的作者李察·詹納所擔任的角色，在家屬需要時可以隨時客觀的提供諮商輔導。

### 四、建立護理人員情緒調適溝通管道：

當護理人員有哀傷時通常沒有適當的管道可以疏導，心中種種情緒不知該向誰訴說，或是有困難的時候不知道該求助於誰，如果醫療單位有諮商輔導團體或設置電話專線可供傾訴管道，建議成立醫院的心理支持團體或輔導諮商中心，讓新進人員在適應及學習的過程中可以有所陪伴，也讓護理人員在面臨心理問題時有所傾訴的管道；另一方面加強輔導員功能，除專業知識的教授外另宜再加強心理輔導這部份的協助。

鼓勵擴展工作之虞的生活，參加社團活動或是學習其他才藝，興趣及嗜好的培養，比如運動、看電影、踏青等。

#### 五、加強社會大眾生命教育的推廣：

社會大眾現在對於安寧緩和條例因媒體及安寧療護基金會的推廣下已有更多的認知，對於罹癌患者民眾較願意接受簽署安寧緩和條例，但是對於重大疾病末期如心肺衰竭等，一般人仍對於這部份並不是很了解，在健保制度推行下，家屬通常會選擇積極治療，對家庭而言也是個重擔，除了經濟負擔外，另一方面對於生命尊嚴的本身也常被遺忘，也造成社會醫療成本沉重的負擔，在訪談的故事中常有病患無法選擇自己的意願，任由家屬決定，如能加強社會大眾生命教育及臨終關懷的宣導，不定期舉辦研討會或講座等，讓社會大眾更能清楚了解重大疾病除了癌症外，心臟衰竭末期、肺臟衰竭末期…等器官末期衰竭的患者也適用於安寧緩和條例。

### 第三節 研究者的省思

研究者本身也是加護病房護理人員，經歷數年的工作經驗累積，在自身心中也累積著照顧經驗中所面臨的內心議題，所以著手研究加護病房護理人員的工作心路歷程與悲傷議題，希望可以深入了解加護病房護理人員在一般社會角色的制式眼光下，是否也有不為人知的心情故事，加護病房護理人員在大眾眼中一向是冰冷、冷漠，做事一板一眼，容易給外界無情的感覺，因為自身身為一個護理人員，深刻感受到這樣的角色家所套在身上，在醫院裡生死總是一瞬間，尤其是加護病房更是搶救生命的第一線戰場，在那個頃刻間重要的是病患的生命徵象，較少有人關注到加護病房護理人員在不斷面臨生死挑戰及送死離別過程中是否也有著不為一般人所了解的情緒。

研究過程中研究者不斷思量，社會文化對研究參與者描述自身經驗的可能影響。因為個體意義不能脫離其置身的社會文化脈絡，護理人員本身對於主體經驗的詮釋，也受到社會文化（整體社會文化和護病文化）的制約，可能將社會規範內化為自己的觀點，而影響研究參與者對自身經驗的詮釋，這是研究者在研究過程中不斷反思、辯證的問題。在訪談的過程中，越跟研究參與者接觸越能貼近他們內心深處，因為研究者也身為加護病房護理人員，所以對於研究參與者的許多故事經驗也常心有戚戚焉的感受，在訪談的過程中與研究參與者常有一種心靈交會的感受，難免有過度投入的情形，因此必須隨時提醒自己，跳脫自己的情感與情緒，盡量保持中立的立場與態度，以免研究者介入過多個人主觀經驗的感受。但也因為同樣身為加護病房護理人員所以更能了解所謂的場域語言，容易明白並了解研究參與者所想要表達的感受，也能夠在訪談過程中適時予以支持及鼓勵。

一但病患死亡事件被視為護理人員壓力時，她們就會以開玩笑、轉移話題、故作輕鬆或逃避等方式，以自我保護；護理人員與病患間之所以存有負向的溝通，那是因為死亡事件對護理人員造成各種衝擊，如罪惡感、無力感、人際關係

的失落，如未經處理將會影響心理健康。

面對這種受照顧者終將死亡的挫折事件，要讓具有照顧身分的護理人員能夠接納與化解，除非照顧者在過去的養成教育中已經有了類似的死亡教育與專業培養，否則很難達到面對與解決的效果。但是，一般護理人員似乎在其早期的養成教育中並沒有類似的專業訓練，照顧瀕死病患態度之形成，多發生在護理生涯早期，在這個養成階段中，一般護理課程並沒有計畫性特別教授有關瀕死病患之認知與內容，易致新進護理人員在職場工作時易在面對瀕死病患時出面負向的態度。這種專業養成教育的缺乏，是我國護理人員在面對受照顧者死亡時感到手足無措的最主要原因。

當護理人員有哀傷時通常沒有適當的管道可以疏導，心中種種情緒不知該向誰訴說，或是有困難的時候不知道該求助於誰，如果醫療單位有諮商輔導團體或設置電話專線可供傾訴管道，建議成立醫院的心理支持團體或輔導諮商中心，讓新進人員在適應及學習的過程中可以有所陪伴，也讓護理人員在面臨心理問題時有所傾訴的管道；另一方面加強輔導員功能，除專業知識的教授外另宜再加強心理輔導這部份的協助。

## 第四節 研究之限制

### 一、研究研究參與者受限年資條件

因研究設計的限制，本研究的三位首訪者皆已經是歷經三年工作經驗以上的臨床工作者經驗豐富，她們對工作心路歷程的描繪甚為詳細，但有些工作所經歷的事件因已經過一段時間，有些內容無法完整敘述。

### 二、研究分析受研究者主觀影響

本研究採質性研究，研究結果經過研究者主觀的理解與詮釋，研究者描述的方式可能受限於個人過去經驗與對研究主題的認知而有所影響，研究者本身背景來自於加護病房護理人員，選擇探討「加護病房護理人員工作心路歷程」與個人生命經驗有關聯，在研究分析過程中會受到研究者自身背景及經驗的影響。

### 三、缺乏情感的表達

在選擇研究參與者的過程中預計訪談對象有五位，其中有兩位研究參與者因為因為訪談內容敘說與表達的限制，所以只有採用三位研究參與者，加護病房的繁忙工作量常讓護理人員感到疲憊不堪，覺得身體疲勞希望離開醫院就什麼都不要想，另一方面也表達出每天都在面臨生死問題如果還要去思考這類問題只會讓自己無法從事這樣的工作，不想花費心思去思考其餘的問題。

## 參考文獻

### 中文

- Catherine Kohler Riessman 著，王勇智、鄧明宇譯（2003）。敘說分析。台北：五南。
- D.Jean Clandinin & F.Michael Connelly 著，蔡敏玲、余曉雯譯(2003)。敘說探究—質性研究中的經驗與故事。台北：心理出版社。
- Tilda Shalof 著，栗筱雯譯（2006）。加護病房。台北：大塊文化。
- Worden J. W.著，李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯（2000）。悲傷輔導與悲傷治療。台北：心理。
- 王仕圖、吳惠敏（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。嘉義大林：南華社教所。
- 宋麗玉（1999）。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。中華心理衛生學刊，12，1，頁 1-30。
- 巫慧芳（1995）。護理人員面對病患家屬時的工作壓力與因應方式之探討。中華衛誌，14（5），頁 417-424。
- 江佩蓉、吳瓊慧、畢蕙玲、吳淑惠、黃瑞美、邱艷芬（1987）。加護中心護理人員的壓力調適。榮總護理，4（3），293-299。
- 李文榮（2004）。警勤區員警工作壓力、壓力反應與其因應策略關係之研究。國立高雄師範大學成人教育研究所碩士論文。
- 李玉嬋（1999）。內科護理實習學生健康諮商技巧訓練之成效研究。國立師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 李玉嬋（2003）。悲傷輔導的理論基礎與康復之路。諮商與輔導，212，頁 2-8。
- 李玉嬋、顏素卿（2004）。加護病房護理人員的悲傷歷程分析。南華大學「第四屆現代生死學理論建構學術研討會」論文集。
- 李佩怡（2000）。失落與悲傷。載於林琦雲主編，生死學。台北：洪業文化。
- 李佩怡（2000）。悲傷之自我調適與基本助人技巧。林綺雲主編，生死學，頁

- 349-359。台北：洪業文化。
- 李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯（1995）。悲傷輔導與悲傷治療。台北：心理。
- 杜異珍（1997）。台灣中部地區護理人員對照顧瀕死病患之知識、態度及其影響因素之探討。榮總護理，14卷1期，1-10。
- 吳淑敏、邱啓潤（1998）。居家照護病患照護問題及照顧者的壓力。發表於中華民國家庭照顧者關懷總會，關心家庭照顧者學術研討會之論文。
- 吳芝儀（2005）。敘事研究的方法論探討。齊力、林本炫編，質性研究方法與資料分析。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- 吳芝儀、李奉儒譯（1995）。質的研究與評鑑。台北：桂冠出版社。
- 吳敏鳳（1996）。臨床護理人員工作壓力與因應壓力之研究。國立中正大學勞工研究所碩士論文。
- 林美珠（2000）。敘事研究：從生命故事出發。輔導季刊，36（4），頁27-34。
- 林綺雲（2000）。生死學。台北：洪葉。
- 林綺雲（2003）。照顧者的失落悲傷與自我照顧。南華大學「第三屆現代生死學理論建構學術研討會」論文集。
- 胡幼慧（2000）。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流出版社。
- 范君瑜、何昭中、黃人珍、李瑞美（2001）。重症護理概論。台北：永大。
- 徐宗國（2000）。質性研究概論。台北：巨流出版社。
- 唐秀治（1998）。照顧瀕死病患護理人員的壓力及調適。載於邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治等著，臨終護理。台北：匯華圖書公司。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究。台北：五男出版社。
- 陳信英（2001）。青少年單親經驗中的悲傷與復原：生命故事敘說之研究。花蓮師院國民教育研究所碩士論文。
- 陳盛文（2003）。安寧護理人員的專業角色調適。南華大學生死學研究所碩士論



文。

莫影慰（2002）。兩個世界的交接－臨終病人與照顧者的關係移動。國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。

黃君瑜（2002）。悲傷治療之理念演變。諮商與輔導，199，頁 2-5。

張玉美（2002）。催眠療法對女性喪親者悲傷反應改變效果之探討，南華大學生死學研究所論文。

張嫣紅（2003）。安寧病房護理人員工作壓力、因應策略與工作滿意度之相關研究，南華大學生死學研究所論文。

許育光（2002）。從分離個體化觀點探討－協助複雜性哀傷兒童在治療關係中疏通悲傷，諮商與輔導，199，頁 13-17。

連廷嘉（1998）。悲傷歷程與諮商。國教之友，50（4），12-18。

莊乙雄（2002）。安寧護理人員靈性成長的研究－以南部某教學醫院為例。南華大學生死學研究所碩士論文。

郭佩婷（2005）。復原力理論的介紹與應用。諮商與輔導，231期，頁 45-50。

畢恆達（1996）。詮釋學與質性研究。胡幼慧主編，質性研究。台北：巨流出版社。

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論文。

曾煥棠（2003）。生死學之實務探討。台北：師大書苑。

曾瀟瑤（2004）。醫學中心護理人員工作壓力與身心健康之相關探討。國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文。

黃鳳英（1998）。喪親家屬之悲傷與悲傷輔導。安寧療護雜誌，10，69-83。

鄒川雄（2003）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。齊力、林本炫編，質性研究與資料分析。嘉義大林：南華大學教育社會學研究所。

葉何賢文（2003）。悲傷調適歷程與生命意義展現之研究－以喪子（女）父母為例。南華大學生死學研究所碩士論文。

- 潘淑滿 (2003)。質性研究理論與應用。台北：心理。
- 潘純媚、金繼春、黃秀琴、柯純卿 (1993)。胸腔內科病房護理活動情形之探討。  
Kaohsiung J Med Sci 9 : 252-259
- 簡春安、鄒平儀 (1998)。社會工作研究法。台北：巨流出版社。
- 簡淑慧 (1999)。癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員因應之應對策略。  
長庚護理，10 (2)，36-41。
- 廖珍娟 (1998)。喪失嬰兒父母之照顧。護理雜誌，45(4)，頁 23—41。
- 蕭文 (2000)。復原力的概念及在輔導上的應用。新加坡華人輔導知能研討會，  
2001 年 3 月。
- 顏素卿 (2004)。專業照顧者的悲傷剝奪經驗初探—以加護病房護理人員為例。  
國立台北護理學院生死教育與輔導研究所碩士論文。
- 嚴祥鑾 (1996)。參與觀察法。胡幼慧主編，質性研究：理論、方法及本土女性  
研究實例。台北：巨流。
- 蘇絢慧 (2003)。請容許我悲傷。台北：張老師文化。
- 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)，164-170。
- 顧艷秋 (1999)。護理人員死亡態度及面對瀕死病人因應行為之探討。安寧照顧  
會訊，35，29-39。
- 顧艷秋 (2000)。護理人員照護瀕死病患行為及其相關因素之研究。國立台灣師  
範大學衛生教育研究所博士論文。

## 西文

- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, vol III : Loss, sadness and depression. London : Hogarth Press.
- Bruner (1986) .Actual minds, possible world. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Flach F. (1997) Resilience : How to Bounce Back When the Going Gets Tough. New York Hatherleigh press.
- Hatch, J. A. & Wisniewski, R. (1994) . Life history and narrative (Eds. ). Washington, D. C : The Falmer Press.
- Hymovich, D. P & Hagopian, G. A. (1992) .Chronic Illness in Children and Adults—a psychosocial approach, Philadelphia, W. B. Saunders Company.
- Kubler-Ross, E. (1969) .On death and dying. New York : Macmillan.
- Polkinghorne, D. E. (1988) . Narrative knowing and the human sciences. Albany, New York : SUNY Press.
- Polkinghorne, D. E. (1995) .Narrative and the self-concept. Journal of Narrative and Life History, 1. 135-153.
- Rando, T. A. (1995). Grief and mourning : Accommodating to loss. In Wass, H., & Neimeyer, R. A. (eds). Dying: Facing the Facts (3th ed. ), 211—239. Washington, D. C : Taylor & Francis.
- Richardson. G. . E (2002) .Metatheor8 of Resilience and Resiliency. Journal of Clinical Psychology. 58 (3) 307-321.

Margolis, O. S. ; Raether, H. C. ; Klagsbrun, A. H. ; Marcus, E. ; Pine, V. R. ;  
& Cherico, D. J & Kutscher, L. G. (1985) . Loss, grief and  
bereavement - A guide for counseling. N. Y. : Praeger Publishers.

Miller, J. E (1999) . If I Am Not for Myself : Caring for yourself as a  
Caregiver for Those Who Grieve . In J.D. Davidson & K. J. Doka  
(Eds. ) , Living With Grief : At Work, At school At  
worship. Levittown, PA : Brunner/Mazel.

Tagliferre, L. & Harbaugh, G. L. (1990) . Recovery from loss: A  
personalized guide to the grieving process. Deerfield Beach, Florida:  
Heath Communications, Inc.

Worden , J.W. (1991) . Grief counseling and grief therapy. New York : Basic  
Books.

### 附錄一：訪談同意書

我（                    ）同意接受訪談者進行我個人經驗之訪談，以供訪談者從事相關研究之用。我已瞭解此研究的目的與性質，而且我完全出自於自願而加入。

在訪談過程中，我願意接受錄音，錄音帶的內容可被謄寫成文字稿以供研究者分析。我同意研究者引用我的部份訪談內容於其碩士論文內容中，在我個人隱私權益被保護的條件下，所有足以辨認，我個人身分的資料將被隱匿。

在研究的過程中，我對本研究及個人權益有任何疑問，我有權利要求研究者提出更詳盡的說明。

研究參與者\_\_\_\_\_（簽名）

論文研究者\_\_\_\_\_（簽名）

中華民國     年     月     日

## 附錄二：訪談大綱

(一) 基本資料 (包括學歷、工作年資)。

請談談你的工作經驗及加護病房的工作經驗。

(二) 請談談面對病患死亡的經驗。

(三) 你曾因病患死亡感到悲傷？

(四) 你是否覺得很難表達你的悲傷？那是怎麼樣的情形？

(五) 你是否覺得可以很自在地表達病患死亡的悲傷？

(六) 你是否因為面對病患死亡對护理工作產生無力感？

(七) 你希望面臨病患死亡的情況下，外界給予怎樣的協助？

(八) 當你面對工作覺得悲傷或難過時，會用哪些方法去改變嗎？

(九) 回顧工作以來，面臨病患死亡的心情是否有轉變？

(十) 對於站在生死第一線這樣的工作是否也改變了你的生命觀？