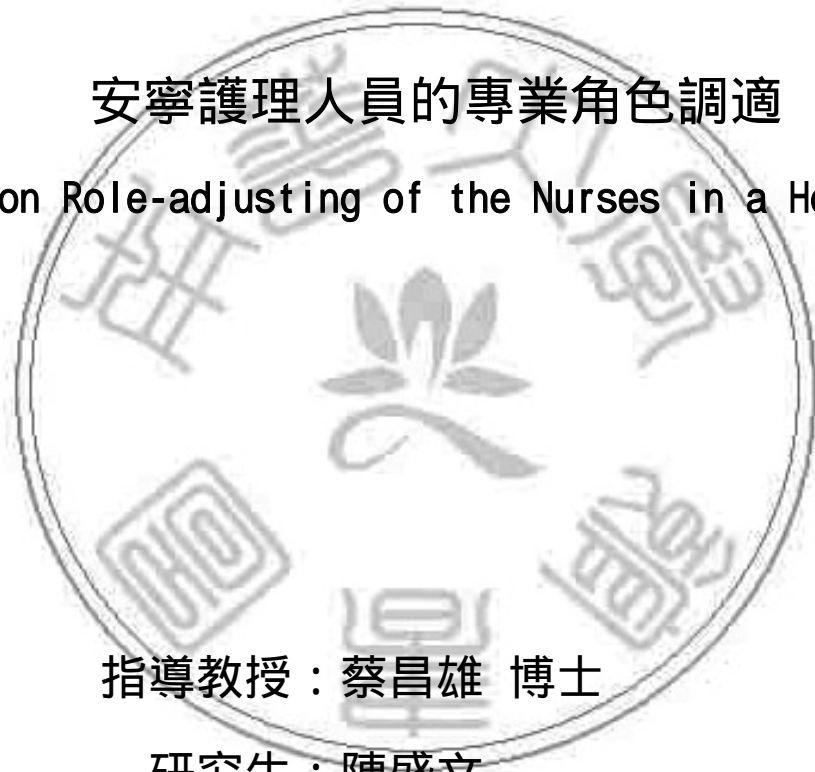


南華大學生死學系

碩士論文

安寧護理人員的專業角色調適

A Study on Role-adjusting of the Nurses in a Hospice Team



指導教授：蔡昌雄 博士

研究生：陳盛文

中華民國 九十三年 一月

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生 死 學 系

安寧護理人員的專業角色調適

研究生：陳盛文

經考試合格特此證明

口試委員：廖梅芬

蔡心瑜

邵川雄

指導教授：蔡心瑜

所 長：釋慧開 (陳開宇)

口試日期：中華民國 九十二年 十二月 二十五 日

## 謝 辭

數年的研究生生涯，轉眼間已經度過，雖然論文成果不甚令人滿意，但實屬個人因素，也有負求學過程中許多人的鼓勵與幫助，儘管如此，仍想向大家簡單表達我最深的謝意。

論文能夠完成，首先要感謝指導教授蔡昌雄老師，從問題的初步構思到論文告一段落所給予的觀念啟發，而對生性懶散的我，始終抱持最大的包容與關心，除了學問上的指導與提點，也不斷使我在生命及生活的態度上有所啟發。感謝廖梅花老師在南華其間對我的關心照顧，鄒川雄老師對論文所提出的寶貴意見，對於論文的修改有很大的幫助。

感謝麗馨學姐、志彬學長、南隆學長自我入學以來學業、生活上的許多幫助，乙雄、舒羚四年來相互的支持打氣，學術上的共同成長是我學習上的重要動力來源。謝謝惠慈從過去在心輔組到現在一路的幫忙，以及最後各種有形無形的支持。感謝聖堯與建宏電腦軟硬體、技術及生活上的支援，俊宏、采薇生活起居方面的幫助與鼓勵。感謝瓊茹的陪伴及文書處理上的幫助，謝謝妳這一路的支持與砥礪，更感謝妳陪我度過最後完成論文時那些難熬的日子。

感謝受訪的護理人員們，謝謝你們願意分享自己的心路歷程，除了對論文資料收集有實質的幫助外，你們經驗的分享也讓未經世事的我对生命有另一層不同的瞭解。最後要感謝養育我長大的外公、外婆、母親、阿姨及姨丈，沒有你們，我不可能如此毫無後顧之憂的學習。

## 摘 要

由於對臨終病人的關注，產生了安寧照顧，目的在於使病人善終，提升他們的生活品質。護理人員身為安寧工作中的第一線照顧者，在照顧模式的轉換中，將面臨什麼樣的處境與挑戰？本研究依立意取樣的原則，對五位安寧護理人員進行深度訪談，並以紮根理論之編碼方式分析所得資料。

研究結果發現：安寧護理人員主要覺知到「病人照顧」、「家屬照顧」、「團隊合作」及「組織限制」四個層面的問題，其中以病人照顧及團隊合作方面問題較多。在病人照顧方面，以心理、靈性為最常見之問題；團隊合作上則是以共識與溝通的問題居多。護理人員所處的問題處境則在於與外在互動對象之間照顧理念、角色期待上的不一致，而團隊問題是外在困境主要的一環；另一方面，護理人員也面對內在難題，其包含照顧能力不足、病人臨終問題複雜性及臨終與死亡對個人的影響。此外，死亡問題除造成安寧護理人員專業角色扮演上的挫折，也形成個人主觀內在情緒的波動，其影響性值得再深究。最後本研究則對相關議題提出若干建議。

關鍵詞：安寧療護、護理人員、角色調適

# 目 錄

<b>第一章 緒論</b> .....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究問題.....	2
第三節 研究目的.....	3
第四節 名詞解釋.....	4
<b>第二章 文獻探討</b> .....	5
第一節 從現代醫療到安寧療護.....	5
一、現代社會中的死亡與醫療專業.....	5
二、安寧療護的起源與發展.....	8
三、安寧療護的理念.....	9
第二節 組織因素的影響.....	12
一、醫療機構中的死亡.....	12
二、醫院組織與安寧團隊.....	13
第三節 角色理論.....	15
一、角色與角色期待.....	15
二、角色知覺、角色認同與角色實踐.....	17
三、角色衝突及其因應.....	18
第四節 安寧護理人員之角色調適.....	19
一、現代護理人員角色.....	19
二、安寧護理人員角色.....	20
三、安寧護理人員角色調適上的困境.....	23
<b>第三章 研究方法</b> .....	26
第一節 研究概念.....	26
第二節 研究方法的選定.....	27
第三節 研究步驟.....	28

第四節 研究背景與對象.....	29
第五節 資料收集與分析.....	31
一、資料收集與分析.....	31
二、文獻的運用.....	33
第六節 研究的嚴謹度.....	34
一、研究的客觀性.....	34
二、質化研究的信度與效度.....	35
<b>第四章 研究結果—個案分析.....</b>	<b>37</b>
第一節 個案 A 適應問題概念分析.....	38
第二節 個案 B 適應問題概念分析.....	53
第三節 個案 C 適應問題概念分析.....	65
第四節 個案 D 適應問題概念分析.....	74
第五節 個案 E 適應問題概念分析.....	82
<b>第五章 安寧護理人員適應問題.....</b>	<b>91</b>
第一節 適應問題.....	91
一、問題概述.....	91
二、外在困境.....	93
三、內在難題.....	94
第二節 安寧護理人員適應行為.....	96
一、想法部分.....	96
二、行為部分.....	98
三、感受部分.....	99
四、其他影響因素.....	100
第三節 適應歷程.....	101
第四節 綜合討論.....	103
一、角色扮演與個人深層心理的關聯性.....	103
二、外在支持條件的影響.....	106

<b>第六章 結論與建議</b> .....	107
第一節 研究結論.....	107
第二節 建議.....	108
<b>參考文獻</b> .....	110
<b>附錄</b> .....	113

## 表 目 次

表一：安寧護理人員的多重角色.....	22
表二：〈適應問題〉概念比較表.....	92
表三：〈想法〉概念比較表.....	97
表四：〈因應行為〉概念比較表.....	98
表五：〈感受〉概念比較表.....	100

## 圖 目 次

圖一：醫院中護理人員編制示意圖.....	14
圖二：研究概念圖.....	27
圖三：適應行為架構圖.....	37
圖四：A 護士之適應行為架構圖.....	39
圖五：B 護士之適應行為架構圖.....	54
圖六：C 護士之適應行為架構圖.....	66
圖七：D 護士之適應行為架構圖.....	75
圖八：E 護士之適應行為架構圖.....	83
圖九：護理人員適應問題結構示意圖.....	93
圖十：靈性問題因應歷程圖.....	101

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機

機緣巧合之下，研究者進入了生死學這門新興的研究領域中，由於研究者大學主修社會工作，加上個人因素，對臨終關懷及安寧療護始終有濃厚的興趣。回想起來，之所以會對「死亡」的議題乃至於臨終關懷產生興趣，或許與自小至今所經歷的死亡事件有關。大約小學三年級時，同住的表哥突然因癌症過世，雖因年紀小而懵懵懂懂，仍隱約記得表哥在病床上的痛苦與家人的焦慮無助；讀大學時，從小照顧自己長大的外公，長期罹患糖尿病卻突然逝世，帶給自己極大的衝擊與失落感，之後常憶起如果能為罹病的家人做些什麼，或許不會這麼遺憾。也就是這些人生中看似意外實則隨時都可能發生的經驗，讓研究者開始對於臨終關懷的相關議題產生興趣。

近年來生死學的興起，反映出人們逐漸正視死亡的問題。研究者在社會工作的背景影響之下，經常思考能在死亡的相關場域中做些什麼，而安寧療護在國內的推動，可說為臨終關懷提供了一個落實的場域。在研究所的修習課程中，曾藉由臨終關懷的實習課程，對於實際安寧照顧場域有初步的認識。實習過程雖不能說深入，但與臨終者和家屬的互動中，可初步觀察到病人的需求的確是複雜而多層面的。之後則有機會參與該病房的讀書會及相關研究，而與工作人員有較多的互動，而在與他們的接觸中，觀察並體認到護理人員身為主要醫療照顧者，他們的需求與感受實應受到重視，也瞭解到護理人員們在對於如何照顧臨終病人上需要更多支持。研究者相信，對於照顧者的關懷關係到安寧理念是否能有效而持久的落實。因此，研究者興起探討安寧護理人員照顧經驗與角色調適的動機。學者指出，照顧者要對臨終病人有幫助，本身的平衡與成長也至關重要；在國內，對於本土安寧照顧模式尚在發展的現況之下，研究者欲透過瞭解護理人員照顧歷



程，來探討其如何經歷角色上及自我個人的調適。

## 第二節 研究問題

相較於一般人的生病經驗，臨終病人的需求有其特殊性及複雜性，包含生理、心理、社會、靈性等各層面，在情緒上也是百感交集而錯綜複雜的。為了回應現代社會中臨終者的特殊需求，尤其是因慢性病而經歷疾病乃至死亡的族群，安寧療護應運而生，而目前國內安寧療護所照顧的人主要針對癌末病人。台灣地區的癌症死亡人數自民國 71 年以來一直是占死亡人數的第一位，而根據衛生署所公佈的民國 90 年國人主要死因指出，因惡性腫瘤而死亡的人，約有 33000 人，約佔死亡人口的 26%，已超過死亡人口的四分之一，而其他依序則為腦血管疾病、心臟疾病、事故傷害、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、腎炎、腎徵候群及腎變性病、肺炎、自殺、支氣管炎、高血壓性疾病等等（衛生署，2002），慢性疾病可說佔了相對多數，由此可推知許多人們將經歷疾病惡化乃至臨終的時期，在這段時間中，病人及家屬在各方面所受的煎熬是可以想見的。目前國內有 24 家醫院設有安寧病房，提供 267 張住院病床，全年住院人次近 5400 人，而病人的平均住院日期為 11 天（衛生署，2002），其中護理人員的人力不算充裕。對於專業的照顧者而言，也就是醫護人員，他們必須瞭解病人處於臨終處境的需求及感受。而由於護理工作的性質，使得他們常有機會與末期病人共度生命最後的時光，病人是否能較順利地度過人生最後的階段，醫療照顧者有其重要的影響性。不過，正因為臨終病人的特殊性，專業照顧者本身面對的是更多層面的需求，而頻繁且看似令人無能為力的死亡事件，也讓專業照顧者個人面臨了相當大的心理壓力。

安寧療護講求「全人、全家、全隊、全程」的四全照顧，雖然以「全隊」的

理念而言，團隊中的成員各有其著重的角色功能，但面對病人的「全人」需求，照顧者無法僅僅用專業分工合作的方式來達成，而必須有人性化的回應。就護理人員而言，傳統上所受訓練仍以生理照顧為主，轉至安寧的理念之下，在角色期待上趨於多元化且人性化。這些護理人員雖有專業課程的訓練，但是否得到足夠的教育與支持；另一方面，他們在實際照顧情境下，如何因應臨終問題，乃至於在大環境下安寧工作所面臨的挑戰，這些都是值得深入瞭解的問題。

國內目前有關護理人員及死亡的相關研究，多著重在死亡態度本身，對於他們在照顧經驗中的心理歷程很少提及。實地瞭解並探究護理工作者在照顧經驗中的心理歷程，相信對探索安寧工作的照顧內涵有所幫助，而「對照顧者的照顧」不僅對照顧者本身有迫切的重要性，同時也對照顧理念是否能落實有關鍵性影響。對於安寧護理人員角色調適歷程的理解，是理解照顧者需求的起點，同時，也有助於提供安寧照顧者更實際的支持與教育。因此，本研究即針對安寧護理人員在臨床上對自己的角色認知、如何實踐自己的角色、如何因應工作中的挑戰以及如何面對個人的心理適應等問題進行進一步的瞭解。

### 第三節 研究目的

基於研究問題，本研究擬瞭解安寧護理人員的專業角色認知、發現其所遭遇角色問題並探討其調適歷程，本研究目的條列如下：

- 一、瞭解安寧護理人員對自身的專業角色認知。
- 二、瞭解安寧護理人員所遭遇的適應問題。
- 三、瞭解安寧護理人員專業角色轉換的調適歷程。
- 四、依據研究結果，作為瞭解專業人員臨終照顧經驗的基礎，並提供為往後專業訓練或人員支持的參考。

## 第四節 名詞解釋

安寧療護 ( Hospice care ):

指對治癒性治療已無反應及利益的末期病患之整體積極的照顧；給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理層面、社會層面、及靈性層面之照顧。目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質；在本研究中，亦指安寧照顧。

安寧護理人員 ( The nurses in Hospice care ):

指在安寧病房裡從事護理工作的護士、護佐、專科護理師等人員，其為安寧療護團隊中的重要一環。

角色 ( role ):

指一個人因佔據一社會位置而產生之行為心態，與某一特殊位置相關聯的行為模式，個人所扮演的角色都可以幫助界定與別人互動的性質，也只有在互動關係中，角色才能被確定且有意義。

專業角色 ( professional role ):

指個人在專業工作中所扮演的角色，一般是由社會期許、組織要求、個人對角色的認知所形塑而成。

角色調適 ( role ajustment ):

調適 ( ajustment ) 是指個人終生維護心理平衡的持續過程，以無須付出太高的代價，去因應一個具有一般性及可預期性的環境 ( White , 1974 )。本研究則將角色調適定義為個人面對問題時的因應歷程。

## 第二章 文獻探討

本研究主題在於瞭解安寧護理人員角色適應歷程，因此擬由角色理論中的角色期待、角色知覺、角色實踐及角色衝突等概念作為瞭解此歷程的著力點。研究者認為，安寧護理人員的角色衝突來源可分為文化、組織、個人三方面的因素；其身處在社會死亡觀轉變、科層組織目標與安寧理念等交錯的力量之間，再加上面臨病患整體需求、病人死亡所帶來的衝擊及自身的角色認知之個人因素，勢必面臨多重角色的問題。因此在文獻上，研究者首先針對安寧療護在社會層面、組織層面所可能造成護理人員角色轉換之背景因素做探討，之後則引入角色理論的觀點，最後則討論安寧護理人員角色調適問題，將之作為瞭解研究問題的起點與依據。

### 第一節 從現代醫療到安寧療護

本節擬藉由探討現代社會中死亡及醫療的特性與關係、安寧療護的發展與理念，作為瞭解影響安寧護理人員角色調適的社會文化基礎條件。

#### 一、現代社會中的死亡與醫療專業

隨著宗教、文化的變化，在現代社會物質條件的改善下，死亡逐漸成為日常生活中遙不可及的事件，另一方面，伴隨著現代醫療的專業化，現代人的死亡型態已產生重大的改變。以下則是針對安寧療護運動發展的社會背景做簡要的描述與討論。

在現代社會之前，人們死亡的主要原因是傳染病；死亡的場所主要在家中，死亡是社會中隨處可見的現象，死亡的過程是迅速的，其作為一社會事件，具有公開性及儀式性（陳好嘉，2002），及至進入現代，先前的死亡型態漸不復見。Philip（1993）借用 Giddens 的理論，分析在高度現代性（high modernity）社會下死亡現象的特點。他認為在當代社會中，死亡從公共空間被隔離至醫院，也被隱藏在醫院密閉的空間之中；加上在高度現代性社會中，許多事物已無可供大眾遵循的標準，即造成死亡經驗的私人化（privatization）與主觀化（subjectivization），個人要獨自面對自己的死亡，而面對他人的死亡或臨終情境時，也不知如何表現，於是更加深了現代臨終者的孤獨。Philip 也曾提出「看不見的死亡」，指出人類對死亡經驗之學習，主要透過生活經驗或教育過程而獲得，而這個過程卻因為醫療專業之介入而被隱藏起來，其所造成對死亡的沈默加重了人們的死亡恐懼（林明慧，1999）。Jeanne 和 Benoliel（1995）歸納出造成當代新臨終形式的三個文化因素：（1）臨終從人類生活中被隔離開來；（2）科學與應用科技的影響；（3）科學對醫療實務的支配。綜合上述，在種種社會文化的因素影響之下，造成了現代人不思考死亡，與孤獨、難堪的現代死亡現象（陳好嘉，2002）。

人們對疾病與死亡的認知，在現代已產生了相當大的轉變，Elias（1985）指出，醫學與生物性的知識控制了疾病與死亡。近兩、三百年來，醫學已轉變成一專業化、特殊化的職業，醫學複雜的專業知識體系、技術程序、行為規範與定義疾病的概念、因應疾病的方式等論述，不僅反映了特有文化的痕跡，更形塑了我們認識死亡的方式（陳好嘉，2002）。醫學的發展有兩大特點，一為生物醫學模式，其包含五個預設：（1）雙元性（dualism）。（2）機械論。（3）科技專斷。（4）生物醫學簡化主義。（5）疾病原因單一化。另一特點為客觀的科學實證精神（Nettleton，1995）。因此，在現代醫療的預設下，疾病被視為故障與毀損，死亡自然被視為一種疾病治療失敗的產物。此外，在醫療專業化與現代性的影響下，形成一種「醫療化」的情形。所謂「醫療化」（medicalization）是指，「任何

和身體或心理機能有關的，都可以用疾病或是醫學問題來表示。」( Zola , 1983 )。這也就是說，任何問題或偏差行為都指向醫療上的疾病或解釋，並且需要運用醫療的方法來解決 ( Conrad & Schneider , 1992 )。Conrad 和 Schneider ( 1980 ) 也指出，醫療化除了為醫療人員帶來實質的利益之外，如權力、經濟報酬增加、從業領域擴張等，也間接產生了以下的影響：( 1 ) 醫療化被視為社會控制的有力制度；( 2 ) 其易與官僚制度結合在一起；( 3 ) 其易剝奪一般人處理問題的能力；( 4 ) 出生與死亡皆依賴醫院。醫護人員因具有專業的技能與知識，透過科層體制及醫學專業合法化的觀點控制大眾，死亡不再由日常生活中學習而由專業人員一手包辦。現代社會中的死亡，不但被隔離至醫院中，也由醫院來建構( 陳好嘉，2002 )。在傳統醫學的專業預設下，死亡是不受歡迎的，而人們卻又受到醫療化的影響以建構對死亡的瞭解，於是人們也就更加無法面對死亡了。

在現代醫療體系中，人們又是如何覺知及面對死亡的呢？Glaser 及 Strauss(1965)指出，人在面對疾病所將帶來的死亡時，可分為四種覺察的涵構 ( contexts of awareness )，分別為：( 1 ) 封閉型 ( closed awareness )；( 2 ) 猜忌型 ( suspected awareness )；( 3 ) 偽裝型 ( mutual pretense ) 及 ( 4 ) 開放型 ( open awareness ) (Hannelore & Robert , 1995)。以下針對四者做簡要說明：

( 1 ) 封閉型：指病人不知道自己將要死亡的事實，家人與醫療團隊對於病情一再隱瞞。其形成原因有五：1.病人本身對死亡的不熟悉；2.醫療人員不願意告知病人死亡的可能性；3.出於家屬對病人的保護；4.照顧系統的組織化導致資訊無法被揭露；5.每個人都在必須保持沈默的陰謀中煎熬，使得病人找不到人傾訴。

( 2 ) 猜忌型：病人懷疑死亡將至，並想從他人的態度、行為或是醫療措施的改變中，得到些蛛絲馬跡。

( 3 ) 偽裝型：是一般最常發生的狀況，即使病人、家屬及醫療團隊都知道病人死亡將至，但彼此間仍不願去談論死亡而虛假的演戲，彷彿死亡並不存在。

(4) 開放型：病人及家屬可以公開討論死亡將至的事實，而相關的人們不做任何的預設，透過彼此的互動來接受死亡的事實，讓病人完成面對死亡前欲完成的工作，如關係的和解、生命回顧和坦承生命中的歉意或恐懼等。

綜合上述，在高度現代性與醫療專業化之下，臨終與死亡被隔離至人們日常生活之外，亦被醫療專業所宰制，而另一方面，由於醫學的科技化，使得臨終者往往必須經驗到非人性化的對待，而醫護人員也涉入其中。在如此的社會脈絡之下，有一股反省的力量漸漸地在醞釀，「安寧療護」(hospice) 於焉誕生。

## 二、安寧療護的起源與發展

現代醫療並不歡迎死亡，醫護專業人員視死亡為挫敗，因而採取逃避、放棄的態度，也無法多花時間在臨終者身上，造成臨終者不被重視，需求不被滿足，高科技醫療措施與醫療機構科層制度使臨終者遠離家屬，片斷的照顧也使得病患與家屬喪失做決策的角色 (Marcia & Stephen, 1995)。在現代醫療下的診斷與治療措施並不能滿足許多不幸病患的生理、情緒、社會與心靈等需求，於是「治療」疾病就並非是所有醫療的目標 (楊克平, 2000)。Buckingham (1996) 曾指出醫療應包含兩種系統，即消除可治癒性的疾病以及緩解無法治癒疾病的症狀困擾，當治癒無望時，增進病患生活品質之舒適照護就是最恰當的措施。

而約自 1960 年代始，西方歐美國家開始意識到為癌症末期病患的積極治療，不但無法延長他們的生命，反而增加許多痛苦，並且阻礙了他們平安尊嚴的死亡 (趙可式, 1999)。為了照顧以往被隔絕、忽略或放棄的這些人，Dame Cicely Saunders 發展了當今的安寧療護 (hospice)，1967 年她在倫敦創建 St. Christopher's 安寧院，提倡滿足臨終者及其家屬的需求，從此開啟了新的照顧模式。現今，安寧療護在世界各地有不同型態的發展 (Harris & Finlay, 1987)，大部分多以 St.

Christopher's 的照顧原則為主。

相較於西方國家，安寧療護在國內起步較晚，安寧療護的觀念於 1980 年代引進國內，1995 年始，行政院衛生署大力主導發展，並訂定名稱為「安寧療護」。自 1990 年台北馬階醫院成立安寧病房以來，全省約有二十四家醫院附設安寧病房，三十家醫療院所提供安寧居家照顧的服務（安寧基金會，2002），全國共約有住院病床 260 餘張（衛生署，2002），目前仍持續增加；在立法方面，已在 2000 年通過「緩和醫療條例」，以尊重不可治癒末期病人之醫療意願並保障其權益，而全民健康保險亦於此年開始試辦為安寧相關服務提供給付（詹錕銘，2000；衛生署，2002）。

### 三、安寧療護的理念

安寧療護的先驅們如 Dame Cicely Saunders 等，認為安寧療護的哲學理念在於強調生活品質，並依此訂出具體原則（Marcia & Stephen，1995）：（1）病人與家屬是照顧的單元；（2）強調包含生理、心理、社會、靈性的整全觀點，同時也包含症狀控制與疼痛處理；（3）整合性團隊照顧，包含醫療與志工；（4）病人在家中或是有居家氣氛的醫療環境中接受合作與持續性的照顧；（5）增加規則性的家庭訪視，並提供全年無休、隨傳隨到的服務；（6）照顧重點在改善生活之品質，為非治癒性的緩和療護；（7）在臨終者過世之後持續提供家屬悲傷輔導。歸納以上原則，為所謂安寧「四全」照顧理念，即全人、全家、全隊、全程照顧（趙可式，1999；王英偉，2000；巫雅菁，2000）。以照顧者的角色而言，各個專業不再各做各的，而是共同為病患的問題彼此商量，再依各自的專業發揮所長協助病患及家屬（山崎璋郎，1994）。

世界衛生組織（WHO）對「安寧療護」所下的定義為：「對治癒性治療已無



反應及利益的末期病患之整體積極的照顧。此時給予病人疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理層面、社會層面、及靈性層面之照顧更為重要。安寧療護的目標是協助病患及其家屬獲得最佳的生活品質。安寧療護的某些方式甚至在病患罹病的早期也可適用。例如抗癌治療與症狀緩解治療同時進行」(趙可式，1999；詹銀鈺，2000)。為了強調安寧療護對病患生活品質提升的重視，WHO 為安寧療護的定義做了進一步的解釋：「安寧療護肯定生命的意義，但同時也承認死亡為自然過程。人不可加速死亡，也不需無所不用其極地英雄式拖延死亡過程。醫療團隊協助病患緩解身體上痛苦的症狀，同時提供病人及家屬心理及靈性上的支持照顧，使病患達到最佳生活品質，並使家屬順利度過哀傷期。」(趙可式，1999) 從以上定義可瞭解，安寧療護的理念是對於現代死亡型態及對臨終者照顧的整體反省，相較於傳統醫學的生物醫學模式與科學實證精神，安寧療護即使承接了現代醫學所發展的技術與治療技巧，卻更強調整全 (holistic) 照顧、人性化、視死亡為生命自然階段的不同醫療預設與死亡觀。

以基本理念來說，安寧療護的目標從治癒 (cure) 轉為照顧 (care) (許禮安，2002)，治療的目的在消除疾病，而照顧乃專注於病患與其疾病全面性的福祉 (Benoliel, 1972)，在我們這生活已經被醫療化的社會，人的關注焦點多放在「疾病」，而非「病患」本身 (Illich, 1974)。「照顧」除了字面上的解釋之外，更深一層的意義，即是指一種「人格的接觸」，透過照顧，能讓照顧者與患者相互成長，照顧並非單方面的接受或給予，而是一面給予，一面接受 (黃中天，1980)。在照顧對象上，近年來關於其他臨終慢性病人，如 AIDS、運動神經性疾病、嚴重肺疾病等末期病患逐漸被關注 (Marcia & Stephen, 1995)。而在安寧療護對醫療照顧方式、醫病關係的反省之下，已有越來越多的專業人員認為安寧緩和醫療可以從疾病發生的初期便加以介入，成為療程的一部份，特別是可應用於癌症的治療上，安寧緩和醫療將不只是臨終病人的專利 (陳妤嘉，2002)。由上述觀之，若視安寧療護為傳統醫療的改革運動，甚至是改變現代社會中疾病與死亡觀的主流力量應不為過。

在照顧模式方面，安寧療護發展於英國，許多作法必須做某種程度的修正以符合本土化的需求（趙可式，1999）。基於安寧療護的理念，國內也陸續開始發展深植於本土經驗的照顧模式（釋惠敏，1997；石世明、余德慧，2001），例如台大安寧團隊的研究群，以「覺性」與「靈性」的概念作為研究與臨床訓練的基礎（釋惠敏，1997；陳慶餘，2002）；余德慧等與花蓮慈濟的心蓮病房，則以詮釋現象心理學發展「靈性陪伴」（石世明、余德慧，2001）；而蔡昌雄則以安寧病房為實地田野，探討「促發模式」(facilitative model)在臨終照顧上的可能性（蔡昌雄，2002）。本土化臨終照顧模式的發展，將為照顧者的角色定位提供有效的指引。

不過在理念的推展上，以大環境而言，安寧療護在國內的發展存在某些需要面對的問題，以社會大眾的認知來說，一般人仍容易將安寧病房視為僅僅是「等死」的地方。根據林貞吟（2000）的調查發現，「認知不足」使得緩和醫療的推動，在台灣面臨瓶頸，她指出在台灣目前的 17 個縣市中，有 25 家醫院辦理安寧緩和醫療的照護，共約有 250 張住院病床，但利用率其實不到一成，只有 5.5% 患者接受安寧緩和療護。她也根據台大緩和醫療病房護理長王浴的觀察指出，約有 40% 患者不知道為何被轉來安寧緩和病房，而約 1/4 患者轉入病房後不到一星期就死亡，時間太短，以致無法執行完整的身心靈照顧；另一方面，醫療專業人員的不支持也是阻礙安寧療護發展的絆腳石。長久以來，安寧病房是一「賠錢的單位」，人力的支出較一般病房大，可申請健保補助項目不多，病床流動率低造成其不敷成本，因此，在成本考量下，一般醫院並不傾向設立安寧病房；而一般安寧病房中，由於人力的限制，使得原本護理人員與病人一對一的照顧模式，成為一比五之窘境，甚或小夜班一護士需照顧十餘位病人（林貞吟，2000）。由此看來，安寧護理人員是否在醫院中因成本考量而受到限制或壓力，應是值得瞭解的現象。

綜合上述可知，在整體社會環境與醫療院所對安寧照顧接受的程度尚未成熟之下，真正從事前線照顧工作的安寧護理人員，勢必面對較大的社會與心理壓

力，安寧護理人員在目前的社會條件下，究竟如何因應大眾與其他專業人員對安寧的認識不清，為本研究所欲探討的重點之一。在社會中不瞭解甚至不認同安寧的氛圍中，在機構的環境方面又為護理人員帶來什麼影響，則是下一節討論的主題。

## 第二節 組織因素的影響

### 一、醫療機構中的死亡

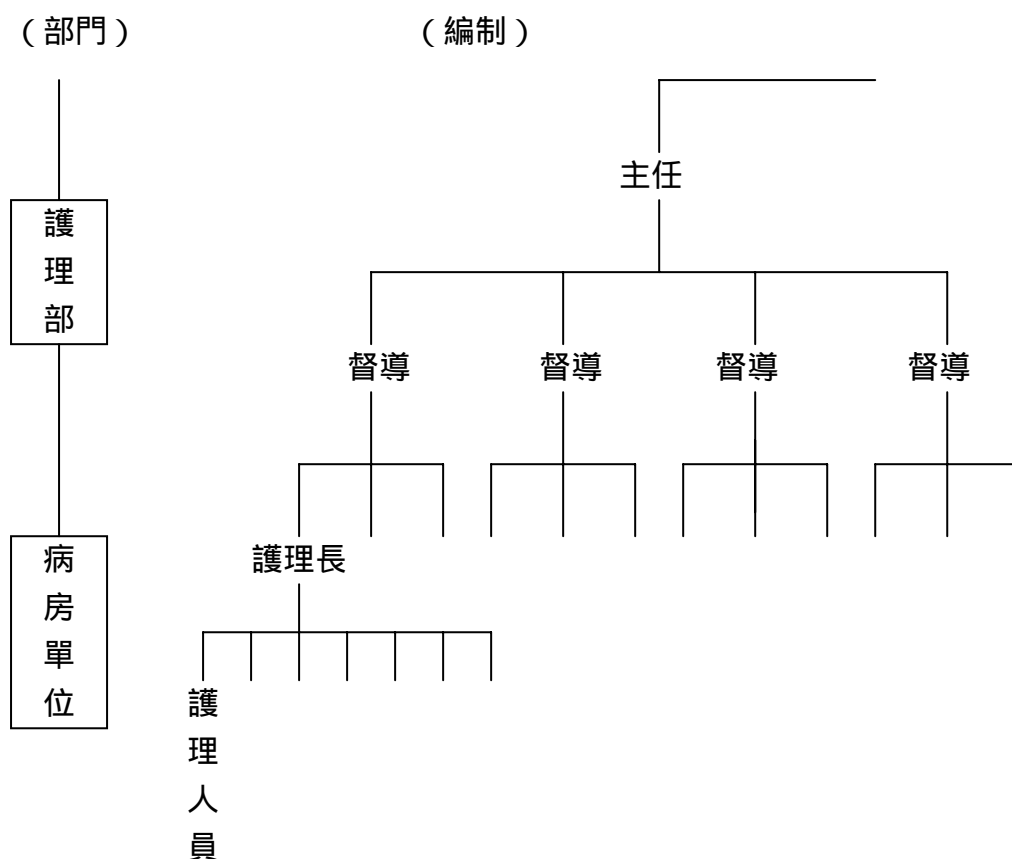
醫院作為一個組織，主要是為了治療特別族群病人而成立的，醫院工作的組織內容包括五種 (Wass & Neimeyer, 1995): (1) 機械工作 (machine work)、(2) 安全工作 (safety work)、(3) 舒適工作 (comfort work)、(4) 情感性工作 (sentimental work)、(5) 溝通協調工作 (articulation work)。其中，病人、家屬及照顧者之間的溝通是醫院照顧的最基本組成，Glaser 及 Strauss (1965) 指出工作人員常有的社會關係和個人經驗的問題為 (1) 逃避與臨終者談論臨終。(2) 工作人員在不同期待與訊息傳遞時的溝通困難。(3) 面臨困難決定時強烈的情緒反應。這些都會造成工作人員的角色衝突及人際上的困難。

現代人的死亡多發生在醫院機構之中，護理人員又是如何涉入其中呢？根據 Glaser 和 Strauss (1968) 的觀察，在醫院中可分為幾種不同的死亡型態。他們曾創造了「臨終軌跡」(dying trajectory) 名詞，是指涉及死亡事件的人，其所做行為與決定的一種社會過程。最簡單的臨終軌跡，是所有涉入者對於死亡的來臨有共識，並在最後的期間，彼此有共同的想法和適切的行為，然而臨終軌跡經常是比較複雜的。以一般醫院而言，臨終軌跡有三種類型：(1) 苟延殘喘式的死亡；

(2) 在預期之下的快速死亡；(3) 在非預期情形下的突然死亡。雖然不同的類型在不同的醫院單位會有不同的醫療作為，但相同的是，其將反映出文化價值、個人選擇以及醫院的組織結構、可用技術和醫療目標等等(Hannelore & Robert, 1995)，而無論病人是何種死亡類型，無論在急診室、加護病房或慢性病房中，臨終乃至死亡對於病人、家屬與工作人員們都相當難熬，主要仍是由於醫學的機械觀、科技化及現代社會對死亡的隔離。綜合上述可知，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，涉入死亡事件的醫護專業人員們，也顯示出其面對死亡的無力感，而護理人員若缺乏機構或其他來源的支持，勢必面臨較大的工作壓力。

## 二、醫院組織與安寧團隊

以國外來說，安寧療護的機構有許多形式，約有三分之一以上為獨立安寧院的形式。目前國內有 24 家醫院設有安寧病房，提供 267 張住院病床，全年住院人次為 5400 人（衛生署，2002），但目前安寧病房都是附屬在醫院機構之中，並無獨立的安寧院，其人員編制、財務皆非獨立。而在醫院的組織架構中，除極少數醫院設有緩和醫療科之外，其餘安寧的門診普遍分散在其他科別如家庭醫學科、腫瘤科、內科等等。在專業證照認證上，近年則已有安寧專科醫師的認證。而在護理人員的編制方面，護理人員在醫院組織中，有其完整的組織與管理架構，一般而言，護理人員歸屬於護理部，依階級由上至下可概分為主任、督導、護理長、護理人員，各病房設有護理長以負責管理。安寧病房在醫療體系中亦不例外，護理人員仍是在體制中接受管理的角色，扮演組織成員之一。一般來說，護理人員在機構中所處的位置如以下簡圖所示：



圖一：醫院中護理人員編制示意圖

由上可知，在組織脈絡下，安寧病房存在於醫療機構中，而護理人員的編制更是一緊密的管理網絡，因此，醫院政策及上級管理者對安寧照顧理念的瞭解及認同程度，以及與安寧團隊之間在理念上是否有共識，皆對安寧照顧的實踐有相當影響。而以護理人員來說，若管理者與自己在照顧理念上沒有共識，也將造成工作壓力。安寧病房存在於現代醫療機構之中，卻有相當不同的醫療理念，Vachon (1985) 便指出，與醫療系統之間的互動通常成為安寧照顧團隊的主要問題，而對病人處境及安寧理念認知的不同，也造成在病人轉介上的抗拒。石世明(1999) 也提出幾點觀察，認為在重視績效的機構化醫療體系中，一切運作的腳步都是十分重視效益。現代醫療機構並不足以提供足夠人性化空間及合理的工作量，在安寧理念的大架構下，即使醫療人員想要做到更符合人性化的照顧，卻處處受到限

制；另一方面，所謂的「四全照顧」：「全人、全家、全隊、全程」照顧，在現有醫療編制底下，護理人員往往會被期待去做護理以外的照顧工作，照顧層面擴及到醫療以外的社會、心理、甚至是靈性的部分。但這在現實上是極端不可能達成的，主要是由於工作量負擔過重和醫療的訓練不足以去從事這樣的照顧工作。

以團隊合作方面來說，對於照顧病人認知上的差異及如何溝通是安寧「全隊」照顧的問題，溝通不良往往帶來工作人員的挫折與壓力，這也特別容易造成護理人員照顧上的無所適從。另一方面，在大環境的影響之下，若要對臨終病人進行全面性的照顧，以使大家在照顧上有共識以形成具體作法，醫療人員經常要用自己的下班時間才能有較深入的討論，也因此，許多照顧經驗很難用團隊的方式累積下來（石世明，1999）。

綜合以上可知，無論是現代死亡特性所造成醫療機構對死亡的不能接受、機構化的組織特性、醫院及專業人員對安寧的認知問題，乃至於安寧團隊本身的合作，都存在著使護理人員適應不良的潛在因子，成為影響安寧護理人員適應的因素之一。

## 第三節 角色理論

### 一、角色與角色期待

角色理論起源於演員在戲劇中扮演不同角色的概念。所謂角色，是指一個人因佔據一社會位置而產生之行為心態，與某一特殊位置相關聯的行為模式（彭懷真，1994），在社會期待之下，個人在教育與社會化的歷程中，逐漸學到合於自己身份的角色（張春興，1989）。而個人所扮演的角色都可以幫助界定與別人互

動的性質，也只有在互動關係中，角色才能被確定且有意義（李國隆、朱秉慧，2000）。有學者認為，角色理論不考慮行為的單一因素，例如它不考慮個性、態度、動機等概念。它主要是透過角色、角色期望和需求、角色技巧，透過群體與個體的相互作用和影響來解釋行為（何錦昌，2002）。

社會學家 Ralph Linton 提出地位（status）與角色（role）的相對概念，認為地位是社會組織模式中的位置，包括了人在組織中的權利與義務；角色則是地位動態的表現，其內涵為社會的期待及應有的行為規範。當個人在按照社會的期待，執行其地位中應有的權利和義務時，他就是在扮演此一角色。莫雷諾則認為每一個人都是天生的角色扮演者（role player），個人所扮演的角色主宰了他的行為，成為他的特徵（何錦昌，2002）。然而，生活中任何的角色都不是單獨存在的，它有一定的配對關係。正因為這種配對關係使得角色模式的改變不只是個人問題，也是群體的問題。

簡言之，「角色」是社會組織中人際互動的產物。個體居於社會組織脈絡裡的任一角色，便有其角色行為與角色功能，亦被其他人賦予角色期待（吳淳肅，2000）。此外，基於不同領域的討論，在角色概念上形成了不同的討論重點，而大體上有三種探討途徑（洪孟華，2000）：（1）「文化人類學」觀點：強調文化型態（cultural pattern）對角色概念的重要性，亦即角色裡的文化因素；（2）「社會學結構功能論」觀點：重視角色在個人與社會關係上的預期性質與規範功用；（3）「社會學符號互動論」觀點：重視個體的主觀意識與能動性，認為角色的意義必須經由個人的感知與覺察後才得以彰顯。在幾種說法之間，雖然強調重點不同，實則互相補足。因此特定角色的界定可說受到文化型態、社會關係及個人認知等因素影響。

角色期待（role expectation）是構成角色之主要成分（林清江，1971），對個人而言，任何角色意識都代表一套固定的行為模式，是其置身社會中應表現之行動，此也是社會所期待的表現方式（郭為藩，1979），以致角色有著「必須如何」、「應該如何」及「可以如何」的特性（吳淳肅，2000）。在性質上，角色期待具

有「預期性」與「規範性」(洪孟華, 2000),「預期性」是指透過預期別人對自己各種行為之反應,形成個人之行為依據。「規範性」則是強調角色期望之「應然層面」,有濃厚之規約意味。依此,角色期待可發揮其功能,個人方面,可使角色行使者所表現的行為、態度與特質有所依據;社會方面,則提供了社會互動的基礎,成為社會控制的力量。

## 二、角色知覺、角色認同與角色實踐

「角色」一詞隱含外在、社會期待的意思;而「角色知覺」(role perception)則重視個體主觀的、內省角色的部分(吳淳肅, 2000)。「角色知覺」是個體對自己所行使角色的認識,其基本上是一種個人知覺,因此與認知有關,是個體接受、處理角色訊息的過程(洪孟華, 2000)。其形成受到個人動機、期待、社會特質、過去經驗、人格特質與意向等影響(藍采風、廖榮利, 1994)。角色知覺可分為「角色概念」與「角色評價」兩部分,前者是個人對某一特定角色之看法,後者是個人在角色概念上的基礎上所經選擇、組織與評價的心理歷程(郭為藩, 1981),因此,雖是同一角色,不同的人將對之產生不同的心理感受,角色評價越積極者,表示個人對此角色越有正向、積極之情意作用,對此角色越能認同與投入(林瑞欽, 1988)。另外,角色評價之依據,有時依靠內在標準,有時來自外在價值觀。

角色期待提供角色行使者在角色扮演上之指引,並透過角色知覺之接收,在心理上形成角色認同(role identity),表現在行為上,則稱為角色實踐(role performance)。「角色認同」是個人對角色之接受與承諾,透過學習與經驗不斷在自我心理層面建構,其影響個人對自我價值的觀感與行為表現。相對應於角色期待的應然面,「角色實踐」則是角色行使者的實際行為,為角色的實然面,角色



期待與角色實踐的差距端視角色知覺與角色認同的程度而異（洪孟華，2000）。除此之外，Allport（1961）強調「人格因素」對角色實踐之影響，個人人格之變異是造成角色實踐不同之主因。而 Biesanz（1969）則認為，文化、社會與人格因素都不可或缺，角色實踐是三者的動態交互作用結果（洪孟華，2000）。

綜合以上所說，角色實踐受到角色期望、角色知覺、角色認知、人格特質等因素所影響，而整體來看，則是受文化、社會互動及個人三個層面的影響。以安寧護理人員為例，其實際的角色扮演將受到社會上價值與規範、組織中的職位因素、個人基本特徵及人格特質等影響。

### 三、角色衝突及其因應

當個人經驗到角色實踐的困難時，稱之為角色緊張（role strain），更甚者即為角色衝突（role conflict）（彭懷真，1994）。角色衝突的概念是由角色理論中的結構功能論與符號互動論所衍生出來的。以結構功能論而言，由於社會中具有相互衝突的地位（position），而其相關連的角色並無法輕易修改時，便產生角色衝突。Parsons（1966）指出其原因有：（1）個人無法達到角色期望的要求；（2）角色期望訊息之不確定或模糊；（3）個人同時扮演相互矛盾的角色。而符號互動論對角色衝突的分析則著重在個體的主體意識，認為衝突來自個人對期望的知覺與經驗，外在的角色規範或期望並無法對個人產生直接的影響。綜合兩種理論，角色衝突大致可區分為下列幾種類型：（1）角色內在衝突（conflict within a single role）；（2）角色間衝突（conflict between roles）；（3）角色與人格衝突以及（4）邊緣人（marginal man）角色衝突（洪孟華，2000）。角色衝突的來源眾多，大體來說可歸納出個人因素、組織因素與社會文化因素三個層面，其包含內在及外在因素。若以角色衝突的觀點而言，安寧護理人員的角色是處於現代醫療與安寧療

護二者不同的文化價值系統之間，在現代醫療院所的大環境與安寧病房的特殊文化之間，以及在個人專業角色認知與人格特質之間，因此，安寧護理人員勢將面臨角色衝突的問題。

面臨角色衝突，許多學者提出因應之道，無論是針對社會結構因素、組織要求所造成之角色衝突，或角色與人格衝突方面，都有所觀察和建議。大體上，個人面對角色衝突時，有人積極改變外在角色期望，並尋求支持；有人試圖平衡個人需求與外在角色要求；也有人採取降低個人期望，以冷漠的態度或是逃避的方式來處理，可說不一而足（洪孟華，2000）。而安寧護理人員在現實環境下究竟面臨哪些角色衝突，及其如何因應而實踐其角色，即為本研究關注的重點。

## 第四節 安寧護理人員的角色調適

在探討現代社會的背景因素與角色理論之後，本節探討安寧護理人員的角色問題，由現代醫療中護理人員的普遍角色、在安寧中的角色至於其在角色轉換上所面臨的挑戰依序討論。

### 一、現代護理人員角色

Henderson 曾將護理定義為促進健康、療癒疾病與協助病人安詳尊嚴的死亡（楊勤熒、盧美秀，1998）。雖然護理的本質是以照顧為出發點，但其做為現代醫療的一環，不可避免地受到醫療專業化與科技化的影響。以現代醫學醫師的角色為例，其內在價值觀包含「去除情感」、「臨床地」、「介入地」、「強調急性與稀有疾病」、「解謎」等（陳好嘉，2002），連帶之下護理人員受現代醫學價值觀及

醫院組織管理影響，被要求的例行工作以生理評估及照顧為主。Wilkinson( 1998 ) 指出護理人員與病人溝通中，主要為較表面且以生理問題取向，造成很多內容的重複及不夠深入。總的來說，現代護理往往被描述為非人性化的、例行化及標準化的工作（楊麗齡，1993）。

在安寧緩和醫療觀念尚未提出前，對於無法治癒的病人，醫護人員一般是持消極等待的態度，等待病人發出求救的訊息時予以暫時的處理，等待病人最後一刻時宣告死亡（王英偉，2000）。而目前社會拒絕承認死亡及避諱談論死亡的力量，往往使醫護人員及家屬，在臨終病患前，無可抗拒的演出「正在盡力做」的場景，以補償隨時可能出現的醫療挫敗（林明慧，1999），而這正是現代醫療體制與價值下護理人員不得不扮演的角色寫照。

在現代的護理教育仍強調在護理實務上的救命（life-saving）技巧，關於死亡與臨終方面的教育，雖有少許關於倫理與法律上的課程，但是臨終者的情緒需求仍經常被忽視（Pat，1990）。除了臨終者的需求無法得到滿足，護理人員也必須忍受或掩飾面對死亡的壓力與衝擊。Pat 也指出，護理人員的角色正在迅速的改變，已不再僅僅等同於生理上的治療者，而是要成為能提供病患整全護理（holistic nursing）照顧的專業人員。

## 二、安寧護理人員角色

隨著安寧療護的發展，關於安寧醫療團隊中護理人員的角色功能也有許多討論。學者們指出在安寧療護中，護理人員在安寧療護團隊中的關鍵性（楊克平，2000；王英偉，2000）。以英國聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice）為例，該院有 64 張床位，僅聘請兩位醫師，絕大部分照顧責任均由 120 餘位護理人員承擔。護理人員的責任包括教導其他成員有關感染管制、疼痛與其他症

狀之處置及舒適等方法，並協助家人及親友學習照護的技巧。此外，護理人員亦有責任評估與收集病患相關的健康訊息以瞭解病患及家屬的即時需要，並和其他專業人員溝通，是團隊成員間的橋樑與中堅份子。

在安寧護理人員的角色界定上，安寧護理人員基本功能包括身體評估、疼痛及症狀處置及照護技巧、日間活動協助，如口腔護理、給藥、溝通、身體照顧等（詹銀銘，2000）。Lugton（1999）認為安寧緩和醫療中護理人員的角色，除了積極的癌末症狀處理，同時包括對病人及家屬整體需求評估與支持、靈性照顧、輔助療法的運用、悲傷期的追蹤關懷等工作。Dobratz（1990）則指出在安寧病房中護理人員需扮演四種功能—積極的身心靈照顧、協調溝通安寧療護中各服務單位、繼續學習照顧病人及家屬的知識及技巧、在面對病患死亡中平衡個人的成長與自我照顧。而 Webber（1993）將安寧護理人員分成三個層次，第一層次為一般護理人員對安寧緩和醫療應有的能力，護理人員必須會傾聽病人的心聲、表達同理心、收集適當的資料以及做適當的轉診；第二層次為一般安寧護理人員，除了第一層次能力外，必須能執行對病人的直接照顧，預防一些生理及心理症狀的出現，同時能處理病人的情緒狀況；第三層次為資深安寧護理人員，其能處理較複雜的生理及心理問題，能接受其他護理人員的轉介（王英偉，2000）。由上述大略可知，安寧護理人員被賦予的角色期待不如現代醫療一般護理人員單純，將照顧重點置於生理層面，而是將評估及照顧的層面從生理擴展到病患整體的生理、心理、社會及靈性需求，而這樣的轉變主要反映自安寧「四全」照顧的理念。

靈性需求是安寧照顧中護理人員所面對的一大課題。由於臨終病人需求的特殊性，安寧護理人員作為主要照顧者，每日 24 小時與病患或家屬互動，在病患靈性需求的滿足上有舉足輕重的地位（楊克平，2000）。靈性照顧是安寧療護與其他護理工作最大的不同（王英偉，2000）。甚至有學者認為靈性護理是護理的核心，而且是最具獨特功能的（楊麗齡，1993）。楊麗齡（1993）指出，人是一個靈、魂、體的整體，護士不可能只照顧一個人的身體及魂（即意志、情感、道德）的層面而把靈的層面交由別人去處理，當病人向護士表明他靈性需求時，需

要相當的信任感，病人不見得願意向其他人求助。在臨床上，由於護理工作的自然本質，護理工作是與病患接觸時間最長久，涉入最深、最廣，非其他專業人員所能取代。故在實質上，護理人員有責任負起病患大部分的專業照護，並扮演促進病患自我支持、尋求心靈舒適感的靈魂人物（楊克平，2000）。Price（1995）等人建議，在靈性照護中護理人員應扮演的角色可專注於三方面，即與病患關係之維繫、協助尋求意義、與維護病患的自我價值感等。此外，對於護理人員本身，Lane（1987）指出照顧病人靈性的護理人員，最重要的是其將照顧這件事當作一種召喚或是自己先天的職志，而不互動對象只是一種職業，這種反應是來自於與超越性的上帝之間的深層關係與體認到別人的受苦。受到天命所感召的護理工作，影響護理人員對病人的靈性照顧，護理變成一種伙伴關係（石世明，1999）。而事實上，靈性照顧雖然被認為是安寧照顧中重要的一環，並期待護理人員能實踐靈性層次的照顧，但是其內涵並不容易掌握，有其實踐上的困難度。

歸納安寧理念對護理人員的角色期待，其扮演的角色相當多元，包括照顧者、協調者、教育者、諮商者等等，而以更大的環境條件來看，其在社會、機構中又有不同的角色定位。以下針對文獻以各層面中護理人員角色互動對象與所扮演角色做一歸納整理：

表一：安寧護理人員的多重角色

互動對象	角色
病人	評估者、照顧者、諮商者（伙伴關係、心靈互動）
家屬	教育者、關懷者
團隊	主要照顧者、協調者、支持者
醫院	科層組織成員
社會	安寧照顧的執行者

綜合來說，從現代醫療到安寧療護所賦予護理人員的角色期待，其間的差距是相當大的，其中是否有角色衝突的問題，以及護理人員們在面對角色轉換時所面臨的挑戰與如何因應，是下一部份討論的重點。

### 三、安寧護理人員角色調適上的困境

雖然安寧緩和醫療已漸成醫學發展的一個主流（王英偉，2000），但從角色轉換的角度來看，安寧護理人員仍面臨不少挑戰，其中包括社會及所在機構對於安寧理念的瞭解與支持程度及涉及個人層面等內在、外在因素。有臨床工作人員指出，護理人員對臨終護理的認知層次不一，人力不足及三班制之現狀使護理照顧未能盡善，護理養成教育中應規劃死亡教育課程及有關師資培訓（蘇婉麗、胡海珍、洪慧琦，1995）。此外，由於護理人員平時工作非常忙碌，因此少有時間接受有關安寧療護的相關訓練，相關的課程雖有開辦，卻無暇抽空接受訓練（陳妤嘉，2002）。不過即使有相關訓練，課程是否充足而有效仍值得討論，石世明（1999）認為，臨終關懷一直想要跳脫出原本現代醫療非人性化的巢臼，但是目前的醫學訓練和醫學環境，還是讓專業人員很難去把握臨終處境裡頭，生理醫療以外的心理或靈性的關懷的內涵。而吳庶深（2002）指出，緩和病房的醫療工作，讓人避而遠之，最大的原因不是工作負荷大，而是每天要面對死亡問題，要陪著病人或家屬哭泣，護理人員害怕自己無法勝任，因而護理人員的生死教育也要著重於個人面對死亡時的心理調適，才能培養心理健全的護理人員，照顧需要心理支持的病人及家屬。綜合上述所說，相較於傳統醫療體系對護理人員的訓練與期待，安寧護理人員除了在生理層面上的照顧外，尚需面對病患在心理、社會、靈性上的評估與需求，也由於處於特殊的照顧場域，關於自身的平衡與成長也成為重要的課題。

以靈性照顧的角色來看，即使靈性照顧的重要性在安寧中經常被強調，在護理實務中，病患的靈性評估卻被大多數的護理人員忽略。此外，護理人員亦常將靈性照護視為宗教上的問題，而摒除於護理過程記錄之外（Price ,Stevens & LaBarre , 1995 ）。而雖然靈性被視為在整體護理照顧中是重要的，其定義仍持續地被排除在護理的專業之外，而靈性的實質內涵也進不到護理教育之中（石世明，1999 ）。而 Ross（1994）雖然明白指出靈性照顧是一種護理責任，不是一種額外和選擇性的承擔，但是提供照顧的主要困難在於缺乏普遍同意的靈性照顧定義以及理論的概念架構。此外，靈性照顧者自己必須有相當程度的靈性體驗，否則他無法與病人產生靈性溝通（石世明、余德慧，2001 ）。此亦反應了安寧護理人員在安寧理念角色實踐上的實質困難。

在專業角色方面，為使醫療系統有效運作，角色分工有其必要性，在臨床上可以幫助護理人員發揮功能、解決問題。但是面對臨終病人身體的逐漸衰敗，及其「全人」的需求時，原來的專業角色功能，甚至是「帶有角色」本身，是否仍是合宜的呢？石世明（1999）便對安寧照顧者的「角色」提出了本質上的反省，他說：

*...角色的臨床是為要解決問題，也就是角色是為了要做事情或是發揮功能才需要存在。.....當我們嚴肅地帶著某種角色，來到病人床邊，想要「幫助」他，我們與病人的關係變成，權威或富有知識的幫助者與另一位無助及虛弱的求助者之關係，「幫助」這個深植在醫療中的概念，在生死處境下卻成為困頓的死巷。*

也就是說，帶著「角色」來到病人身邊，反而使我們距離病人更遙遠。而無法承認醫療專業的有效性與個人自己的有限性，除了錯失瞭解病人整體需求的契機，也造成專業人員自身的困局，關於臨終照顧中「角色取向」的問題，仍值得我們做進一步思考。

在護理人員本身的條件上，目前專業人員的年紀太輕也是問題之一。由於這群年輕的護理人員無法孕育出成熟的社會經驗，對「生命」本身瞭解不夠深刻，

以致於不易體會病人和家屬的受苦狀態，容易以自己訓練中的「技術」來看待病人所要面對的生命問題。但是對臨終者來說，只是其臨終生命整體的一小部分(石世明，1999)。

以角色理論來看，個人通常扮演多重角色，安寧護理人員在文化、社會及個人三個層面之中，面對病人時扮演照顧者角色，較之傳統理人員需面對更多層面的壓力與需求；在醫院體制之下，他們扮演的是被管理者角色，必須有效執行醫院勤務、考慮醫院利益，遵守醫院規定；在文化價值裡，從傳統醫療到安寧療護理念轉換的過程中，安寧護理人員身處安寧照顧的最前線，成為「實踐者」的角色，除此之外，尚須面對社會大眾、親友、其他專業人員的不瞭解甚至不認同。在如此多重的角色期待之下，安寧護理人員在傳統醫療與安寧療護、醫院科層體制與病房理念、專業與人性化之間的種種張力之中，再加上個人人格因素、現今安寧教育不足等問題，他們如何自處，在照顧經驗中如何實踐自己的角色，這些都是本研究所欲瞭解的現象。



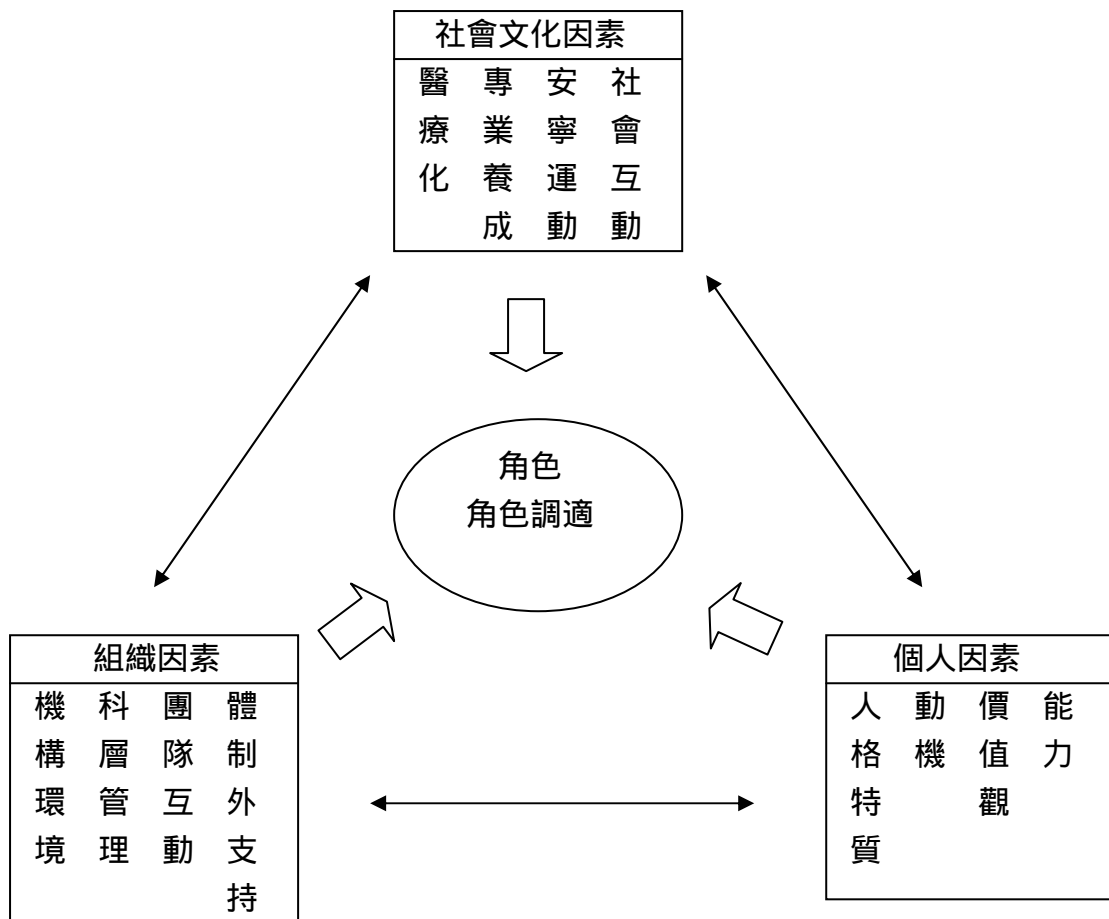
## 第三章 研究方法

本研究為一探索安寧護理人員照顧經驗與角色調適的質性研究 ( qualitative research ) , 目的在確實貼近安寧護理人員在角色調適上的經驗內涵 ; 在方法上 , 為求有系統的分析及蒐集資料 , 使概念根植於資料之中 , 擬採用紮根理論 ( grounded theory ) 的原則與技術。以下分別就研究方法的選定、研究步驟、研究架構、研究背景與對象、資料收集與分析、嚴謹度等做探討。

### 第一節 研究概念

透過文獻的歸納, 研究者形成對研究問題的前理解, 並針對研究主題擬定初步研究架構, 依此發展半結構式訪談大綱, 並作為訪談與觀察的參考架構, 但僅以此為進入研究問題的「觀點」, 而非視其為既定之理論事實。研究者初步將「社會文化」、「組織」及「個人」等視為形塑並影響安寧護理人員專業角色調適的三個層面, 而三層面之間又相互影響。其中「社會文化因素」以現代看待死亡的態度為分野, 為「醫療化」及「安寧運動」兩相對部分, 再加上專業養成及社會互動所共同形成的社會氛圍; 「組織因素」則包含體制內的機構處理死亡的大環境因素、醫院內科層體制的影響以及團隊共識與溝通問題, 另一部份則為體制外的支持力量; 「個人因素」則包含人格特質、動機、價值觀、能力等部分。

本研究的研究概念圖如下頁所示:



圖二：研究概念圖

## 第二節 研究方法的選定

考量研究設計的可能方法，可說來自於對質的和量的資料之優缺點的考量（吳芝儀、李奉儒，1995）。質的方法，允許研究者深度並仔細地研究所選擇的論題，不受先前決定之分析範疇所限制的實地工作，有助於使質的研究更具深度、開放性，且詳盡周密。而量的方法，依賴標準式的測量運用，使人類經驗的許多不同層面，符合幾個有限的先決反應範疇，與質的方法截然不同。

量的方法之優點，在於它能夠測量許多人對一些有限問題之反應，並能促進資料的比較和統計集合，這使得廣泛而普遍性的發現結果，得以簡潔和經濟的呈現。相對地，質的方法典型上會產生關於較少數人和個案的豐富及詳盡的資料，可增進我們對研究個案和情境的瞭解，但會降低其普遍性。而基於本研究的主題是在探討個人調適的經驗內涵，在權衡質的與量的方法之優缺點下，選擇以質的方法蒐集並分析資料，以期對現象及歷程有更深入的瞭解與探討。

在質的方法中，依研究範疇、策略、原則與技術等考量又可分為多種方法，基於研究問題本身為探索人類生活經驗的歷程，為兼顧過程的科學性與嚴謹性的考量，研究者決採用紮根理論（grounded theory）。「紮根理論」指的是透過有系統的蒐集和分析資料的研究歷程後，從資料所衍生出來的理論（吳芝儀、廖梅花，2001）。研究者從一個研究的領域開始，允許理論逐漸從資料中浮現出來，透過一系列概念的聚合，逐漸形成理論。資料反應的是當事人的經驗，研究者甚至利用當事人所用的概念作為研究裡的類別，或再藉此建構抽象層次較高的範疇；並利用當事人的對話穿插於理論性、敘述性的文字之中，使當事人的經驗、眼光充分藉著概念與字句表達（胡幼慧，1996）。

本研究基於選樣的限制，雖然未必能達到紮根理論最終「理論化」（theorizing）以形成理論的一般目的，至少期望達到「概念化排序」（conceptual ordering）之階段，作為將來相關概念發展理論的基礎。

### 第三節 研究步驟

本研究藉由紮根理論的原則與方法，所進行的具體步驟如下：

### 一、釐清研究主題與探討相關文獻：

- (一) 釐清問題意識並訂定研究主題。
- (二) 收集並整理相關文獻以幫助研究者對相關研究調查的瞭解，做為研究者對研究問題初步的概念性瞭解。
- (三) 根據文獻暫擬出訪談綱要。
- (四) 聯絡研究對象以進行訪談。

### 二、正式資料的收集與分析：

- (一) 進行訪談並騰錄逐字稿。
- (二) 透過紮根理論之編碼程序，將資料加以開放性編碼 (open coding)，進行概念化的命名或標籤。接著將概念群組成類別 (categories)，並以屬性 (properties) 和面向 (dimensions) 來區隔類別。同時繼續收集與整理文獻，提供為概念的來源。
- (三) 持續進行訪談及探討文獻；試圖進行主軸編碼 (axial coding)，在屬性和面向的層次上來連結類別。

### 三、總結研究，提出結論與建議

## 第四節 研究背景與對象

本研究是以某安寧病房的護理人員為研究對象。在研究背景方面，研究者最初因臨終關懷實習課程而進入該研究場域，研究者以志工的角色參與觀察，互動的對象主要以病人及家屬為主。實習課程結束之後，研究者參與該病房的讀書

會，至研究問題形成前，共約一年半左右的時間，且在研究進行同時仍持續參與。該讀書會每兩個星期舉辦一次，每次時間約一個半小時至兩個多小時。讀書會的起源在於對病房人員提供一體制外及學術性的支持，成員包含老師、病房人員及學生，開放自由參加。方式上以閱讀討論為主，影片欣賞與臨床個案討論其他方式為輔，內容則涵蓋意義治療、疾病、死亡及安寧照顧模式等等。研究者透過參與讀書會的過程，與參與讀書會的病房人員逐漸建立互信的關係，也由於在病房的出入，有機會在非正式情境下與工作人員們互動，並不限於讀書會成員，而其中又以護理人員為主。另外，研究者曾參與以該病房為研究場域的相關研究，協助訪談及資料整理的工作。上述進入研究場域的過程，主要影響研究者對研究場域及對象的參與觀察，以及與研究對象關係的建立，也就是在為其不算短的互動過程裡，漸漸形成本研究的問題意識。

在研究對象方面，質性研究者曾論及質性研究的抽樣重點是：「樣本一般都很少，甚至只有一個個案（ $n=1$ ），但需要有深度的立意抽樣。」相對於量化研究以代表人口並推論到人口母群體的樣本為抽樣原則，其著重資訊的豐富內涵，傾向從以往的經驗和理論的視角出發（胡幼慧、姚美華，1996）。除了「立意」原則外，Kuzel（1992）依不同探索目的歸納出各種抽樣的策略。本研究在抽樣上採用「同質性策略」（homogenous），以求資料的焦點化與單純化，因此本研究選取同一安寧病房中的護理人員為訪談對象。

本研究選取的研究對象為現任的安寧護理人員，其中包含了安寧病房中的護理長、一般護理人員、護佐及專科護理師，由研究者本身實際接觸過的護理人員中，選定接觸過程較長，並具有充分表達能力之對象。經過選取與邀請，實際訪談對象共有 5 位，基本資料方面，他們皆為女性、未婚、年齡較輕（皆在二十幾至三十初左右），進入安寧工作約一至二年。

## 第五節 資料收集與分析

### 一、資料收集與分析

本研究的資料收集方式主要以「訪談法」(interviewing)為主，以訪談大綱進行半結構式的訪談，但實際訪談過程，則主要依受訪者的談話興趣與意願調整主題，並不強加引導，以獲取較具開放性的資料。另外，研究者也試圖收集若干非技術性文獻，如信件、日記、報告等等以瞭解與主題相關之資料。此外，由於研究者參與該病房讀書會，有個人的參與觀察，並曾參與以該病房為場域的研究，其間獲得的相關訪談資料亦做為本研究的基本資料。研究過程方面，研究者除使用原先參與的四次訪談資料，之後又追加五次訪談，總計九次訪談資料，每位受訪者受訪次數為一至三次，每次時間為一個半小時至三小時不等，訪問地點以受訪者意願及便利性為主，主要在病房協談室與鄰近咖啡店。訪談時間的選定則在下午到夜間，護理人員自認精神狀態良好的情況下進行。

在資料的分析上，本研究採紮根理論的編碼程序，進行至資料的微觀分析(microanalysis)，即開放編碼(open coding)及主軸編碼(axial coding)的分析程序。所謂「開放編碼」主要的步驟依序為：對現象加以命名及標籤、發現類別、命名類別、以概念的屬性和面向的形式來發展類別。「對現象的命名與標籤」是指將原始資料以每一句子、每一段落或將文件、觀察、訪問的形式加以打散，針對各形式所代表的現象透過概念化(conceptualizing)加以命名，且其應顯示出事件所屬的情境脈絡。「發現類別」指將同一現象的資料經由歸類的過程，以相同的概念叢聚起來，形成一屬於相同概念的類別。「命名類別」指對於具有相同概念的類別賦予一更抽象的名稱，而此命名可能是來自既有文獻已發展出的類別，或是研究者本身的獨創。「以屬性和面向來發展類別」是指在命名類別後，為使該類別所涵括的特徵或歸因更加豐富，使用「屬性」(properties)及「面向」

( dimensions ) 來加以發展，所謂「屬性」是指一個類別的一般性或特定性特徵，「面向」則是屬性在一個連續範圍內的落點。當屬性在不同的面向上聚合成群時，就形成了「組型」( patterns )。開放編碼是紮根理論中所有編碼的基礎，而在研究初期，逐行編碼格外重要( 胡幼慧 姚美華, 1996; 吳芝儀 廖梅花, 2001 )。

「主軸編碼」( axial coding ) 指沿著屬性和面向上的直線，使類別和次類別相互關連的行動。其中「主軸」指的是關連類別和次類別的歷程。而「次類別」雖亦是一個類別，但其並不代表現象本身，而是有關回答現象的何時 ( when ) 何處 ( where ) 為何 ( why ) 誰 ( who ) 如何 ( how ) 和有何結果 ( with what consequences ) 等等問題，以此賦予概念更大的解釋力，類別與次類別的分辨將在編碼持續進行時逐漸明顯。在程序上，主軸編碼包括數項基本任務：( 1 ) 陳列出某一類別的屬性及其面向，此任務開始於開放編碼；( 2 ) 辨認出與現象有關的條件、行動/互動、和結果等變異情形；( 3 ) 將類別和其次類別相互關連，並透過陳述，指明這些類別如何彼此相關。( 4 ) 尋找資料中可以指明主要類別如何相互關連的線索。其中，「條件」( conditions ) 是將為何、何處、如何、何時等問題的答案，加以群組的概念性方式，使現象得以深植其中。「行動/互動」( actions/interactions ) 則是個人或團體對於在某些條件下所發生之難題、議題或事件的策略性或例行性反應，其常藉著回答由誰 ( by whom ) 和如何 ( how ) 等問題來表示。「結果」( consequences ) 則是行動/互動之產物，所回答的問題是行動/互動的結果導致發生了什麼事，或是個人或團體對行動/互動反應的失敗結局，構成研究的重要發現 ( 吳芝儀、廖梅花, 2001 )。惟值得注意的是，分析者的編碼工作是為了要解釋現象，而不是要獲得一些像條件、行動/互動、結果等等詞彙，造成分析的教條化。

在研究工具方面，除書面資料的整理與書寫之外，研究者亦嘗試以電腦軟體輔助資料分析，如編碼的整理與記錄相關備註，以利處理數目龐大的研究概念、類別與它們之間的關連性。

## 二、文獻的運用

在程序上，紮根理論視文獻為資料的一種，而不是既定導引研究的權威，文獻與理論不被視為神聖的，必須透過驗證的手續才能成為理論的一部份，可說具有其草根風格（胡幼慧，1996）。一般而言，基於研究者的專業背景，其對研究相關領域文獻的知識也會被帶進研究之中。而在研究歷程中，研究者也常會發現與研究相關的傳記、手稿、報告或其他材料，如何運用這些材料以促進而非侷限理論的發展是研究者需面對的問題。以紮根法來說，從事研究之前並無必要檢閱所有的文獻，因為其認為在從事深度的探究之前，並不可能得知什麼是最可能出現的難題，或哪些理論性概念會浮現出來（吳芝儀、廖梅花，2001）。

文獻可大致分為技術性文獻與非技術性文獻，技術性文獻（technical literature）包含研究成果的報告、理論性或哲學性的論文等，具備專業和學術寫作的特徵。非技術性文獻（nontechnical literature）則指自傳、日誌、文件、草稿、紀錄、報告和其他材料等。關於文獻的運用，Strauss 和 Corbin（1998）對使用技術性文獻提供幾點建議：

- （1）在研究開始之前，研究者可先做文獻探討而形成問題，並作為初步的觀察和訪談的起始點，並可提供一系列將在研究中探討的概念領域。
- （2）可用作資料的次級來源。
- （3）從文獻所擷取的概念，在面向的層次上，提供為資料作比較的來源。
- （4）對文獻的熟悉度，能促進研究者對細微變化的敏覺力，同時也能阻礙研究者的創造力，研究者需時時反思。
- （5）可用在分析歷程中以激發出新的問題。
- （6）在研究者完成資料蒐集與分析後，處於撰寫報告的階段時，文獻可用於確認這些發現；相對的研究發現也可用來闡述文獻的不足之處。
- （7）能提供理論抽樣（theoretical sampling）的領域。



(8) 研究者的理論觀點會影響其對研究所採取的立場。

對於非技術性文獻的運用，他們認為非技術性文獻可用作為基本資料，並可刺激研究者思考從資料中顯現的概念屬性和面向（吳芝儀、廖梅花，2001）。

基於以上考量，研究者對於文獻運用的策略為將技術性文獻作為對研究問題前理解的基礎，並在研究歷程中，作為現象概念化與類別命名上的重要參考，輔助資料的詮釋，在研究後期，則用以確認研究發現，以期擴展、驗證或修正相關實地知識。至於非技術性文獻，則視之為基本資料，以補訪談及觀察資料之不足，因此在研究開始之前以至結束，文獻的收集、整理以及運用始終是持續的。

## 第六節 研究的嚴謹度

紮根理論方法的特點在於其兼具嚴謹度與彈性，如何發展出根植於資料的概念和理論，有賴於在客觀性和敏覺力之間保持平衡。如何確保研究的嚴謹度是本節討論的重點。

### 一、研究的客觀性

近年來，研究者們逐漸承認，要保持完全的客觀狀態幾乎是不可能的，無論量化或質性，在每一項研究中，總會存在著主觀的成分，研究者必須採取適當的措施將其對分析的干擾減至最低。在質性研究中，客觀性並非指對變項的控制，相反地，它意指開放性（openness），願意傾聽受訪者，並讓受訪者「發聲」（give voice），在形成理解時，能體認到研究者的理解經常奠基於其帶進研究情境中的價值、文化、經驗與訓練，而這些可能和其受訪者有很大的差異。Strauss 及 Corbin（1998）提出幾個可供參考的技術：

- (1) 比較性思考 ( think comparatively ): 藉由比較資料中的事例，我們才能持續紮根於資料中，然而資料片段間的相互比較，卻不能排除偏見干擾分析和詮釋的可能性。因此，要能回到文獻或經驗中，去尋找一些類似現象的實例。這是為了刺激我們對屬性和面向的思考，以獲得一些對資料的新觀點。
- (2) 保持距離 ( gaining distance ): 指對事件採取多元觀點，試圖去判定置身於情境中的不同行動者如何看待該情境，或以不同的方式來蒐集同一事件或現象的資料。此外，也可與受訪者一起檢核新收集到的資料，向受訪者解釋研究者在資料中發現的內容，並詢問他們研究者的詮釋是否符合他們對此現象的經驗。研究者最好定期自問：「這兒究竟發生什麼事？」及「我認為我所看到的，符合資料中的現實嗎？」。
- (3) 保持懷疑論 ( skepticism ) 的態度：所有透過分析所獲致的對資料的理論性解釋、類別、假設和問題，都應該被視為是暫時性的，應該藉由後續的訪談和觀察資料來加以驗證。
- (4) 遵循研究的程序：分析者並非漫無章法或興之所至地進行編碼，要使用不同的資料蒐集和分析方法，必須要有充分的理由。

此外，Babbie ( 1998 ) 則建議，自我反省、檢視自己的想法和感覺是瞭解所觀察對象的過程中，很自然又具決定性的部分。

## 二、質性研究的信度與效度

研究的嚴謹程度可用效度和信度來表示，效度是指是否確實測出了該被測量的，而不是其他無關的事物。信度則是可信賴性，指一再重複相同的測量，是否會得到相同的結果。Babbie ( 1998 ) 認為質的研究在效度上較有優勢，而在信度上則容易受研究者主觀因素影響，研究者必須常常檢視自己的偏見及觀點，同僚

之間可就此問題互相提供協助。

Lincoln 和 Guba( 1984 )在控制質化研究的信度與效度上，提出下列的方法：

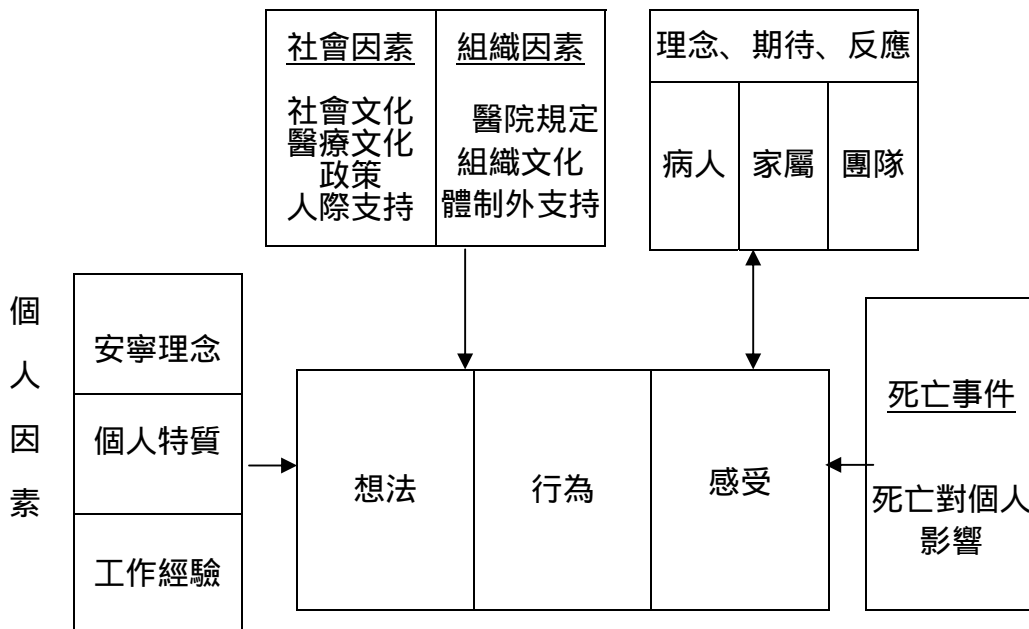
- ( 1 ) 確實性 ( credibility ) : 即內在效度，指質化研究資料真實的程度，及研究者是否真正觀察到所希望觀察的。有幾個技巧可以增加資料的真實性：1. 增加資料確實性的機率，方法包括研究情境的控制、資料一致性的確定、資料來源多元化。2. 研究同儕的參與討論。3. 相異個案資料的收集。4. 資料收集上有足夠的輔助工具。5. 資料的再驗證。
- ( 2 ) 可轉換性 ( transferability ) : 即外在效度，指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述，增加資料可轉換性的技巧為深厚描述。簡而言之，指資料的可比較性與詮釋性。
- ( 3 ) 可靠性 ( dependability ) : 指內在信度。呈現個人經驗的重要性與唯一性，因此，如何取得可靠性的資料，乃研究過程中運用資料收集策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。

綜合上述對客觀性及信度、效度的討論，在研究過程中，研究者藉由文獻的回顧以刺激思考、與受訪者討論描述與詮釋的適當性以及同儕間的相互討論，以維護研究的嚴謹度。

## 第四章 研究結果—個案分析

本章主要針對訪談結果，對個別參與者在適應問題及適應行為上做分析及說明。個案的適應問題分析架構主要來自訪談資料歸納結果所得，同時參考先前文獻探討中的研究架構而成。現對此架構做一簡要說明（見圖三）：

此架構分為個人因素、環境因素、適應行為及死亡因素的影響四部分；其中「個人因素」包含安寧理念、工作經驗、個人特質等個人背景因素；「環境因素」則包含臨終照顧場域中的互動對象（團隊、病人、家屬）以及外圍的組織與社會因素；另外一部份則是安寧照顧中特有的死亡問題相關因素，如安寧對個人的影響；受上述因素所影響的則是適應行為，同時包含看法及感受。



圖三：適應行為架構圖

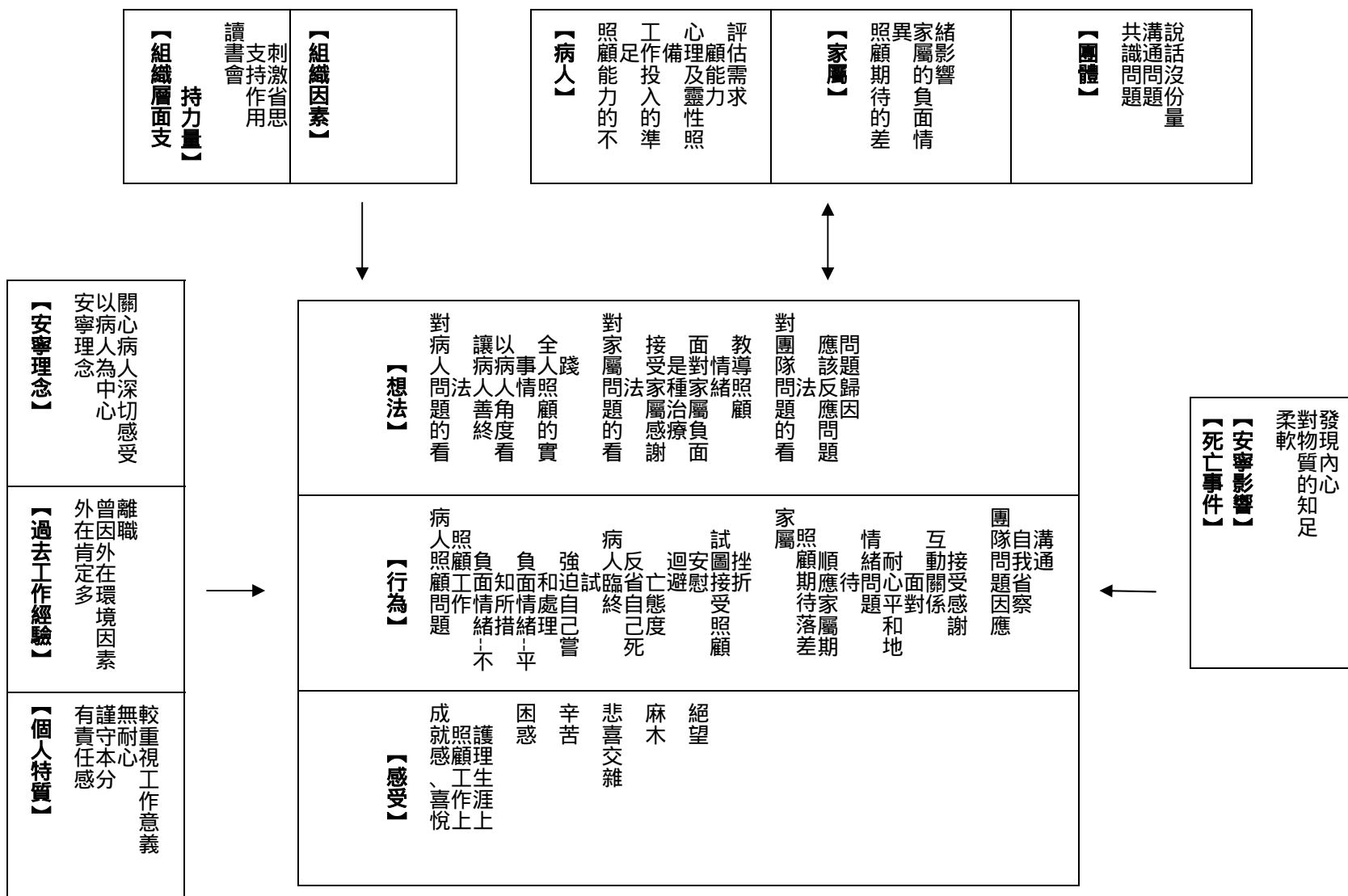
## 第一節 個案 A 適應問題概念分析

### 一、個案概述

A 在學校畢業後即從事護理，曾有幾段在醫院的工作經歷，幾次的護理工作經驗使他漸漸想轉換跑道，而家人對此卻不甚諒解。他反省自己對護理的感受之後，發覺還是喜愛護理工作的，於是在因緣巧合之下，進入了目前所從事的安寧工作。

在接受安寧的訓練課程之後，他開始投入安寧工作，在開始階段，他感覺到安寧病房之中需要許多精神投入，照顧工作是辛苦的，但卻也認同安寧的理念，覺得驕傲。在投入之初，他常與同事一起討論病人狀況，並充滿學習熱忱。但曾幾何時，感覺自己似乎已經熱情不再，而原因或許是在照顧工作本身遇到的難題及團隊合作溝通上所產生的問題，對此他有時感覺無力。在照顧方面則覺得比較難以掌握的是心理與靈性方面的問題，他認為適應是一直在進行的。

整體上對 A 而言，從事安寧工作是個正面的經驗，儘管自覺有外在環境的限制和內在要再成長的地方，他還是肯定安寧讓他見識到護理「好」的一面。（個案 A 適應問題概念可參考圖四）



圖四：A 護士之適應行為架構圖

## 二、A 覺知之適應問題

在適應問題方面，A 主要覺知到病人照顧、家屬照顧、團隊、組織等四個層面的問題，以下分述之。

### (一) 病人照顧問題

#### 1. 照顧能力的不足

##### (1) 工作投入的準備不足

在照顧病人方面，A 主要感受到自己照顧能力的不足。在進入安寧初期，有工作經驗不足、無法適應病房步調的問題，也為是否能投入感到猶豫：「.....來了這邊又覺得...可以做這麼多這樣子，那我需要做那麼多嗎？那其實我根本就不想做那麼多的.....」 [A3:106/107]

註： A：受訪者代號

A3：受訪者 A 第 3 份受訪資料

106/107：資料中起始行/結束行

##### (2) 心理及靈性照顧能力弱

實際工作中，其認為在病人心理及靈性上的照顧能力最弱，有時不知能幫助臨終病人什麼：

「.....就像老年人這邊是最常見的，因為她們知識水準...就是醫生都在工作，沒有想到那個東西，他可能覺得人就是這樣走了，還談什麼意義啊！除了這一點之外，我們還能幫助他什麼？」 [A1:1546/1549]

在病人情緒因應上則提到：

「.....我們不曉得該怎麼去講什麼，我那時候會想說我該接什麼話！我要接的是說怎麼樣觸發到他到那一個地方去.....」 [A1:698/699]

##### (3) 評估需求困難

「……就是說，我在工作上沒有辦法很快抓到那個重點這樣子！然後穩住自己的地方這樣子！然後...就我跟你講的這個時候，我都可以...都可以...意識到那種...自己的那種...好像...抓不到那個東西……」 [A1:1055/1058]

## (二) 家屬問題

### 1. 照顧期待的差異

在實際照顧工作時，家屬對如何照顧病人會有不同的期待，可能會讓 A 改變原來想要的做法：

「實際運作的時候是很難的，因為家屬在旁邊，有時候家屬覺得你為什麼跟病人說這些，比較喜歡的是我之前的想法。」 [A1:704/706]

### 2. 家屬的負面情緒影響

「她進來之後，她全部的東西就都立給護理人員，她的態度又不好，那護理人員就會有情緒上的反應，她會覺得說我今天是在幫妳，大家應是互相的，而不是好像你指使我的，這樣是不好的。」 [A1:521/524]

## (三) 團隊問題

### 1. 缺乏共識

團隊在合作時容易有意見不一致的情形，不論在病人的照顧方式、照顧評估、家屬的照顧乃至於出入院評估、經濟評估等各方面，都可能無法達成團隊共識。以工作團隊為某位病人完成臨終遺願的事件為例：

「……然後他（病人）真正的主治醫師來的時候，他跟打這支針的醫師說，為什麼要打這支針的時候沒有來通知我，那個主治醫師的認為是說，他覺得，今天的重點在於病人的心願有沒有完成，而不是要救病人的呼吸，你懂意思嗎？可是某某覺得，應該要先 keep 好病人的 airway，就是他的呼吸道，這是最基本的，我們所學的是這樣子。」 [A2:558/577]

### 2. 溝通無效

專業照顧者在照顧病人時意見不一致時即需要溝通，但 A 所感受到的是失去溝通管道：



「……我們這個團隊有比較 weak 的地方，是那個溝通的橋樑不見了，我們以前會直接跟醫生說，我覺得這個藥很多呢，對啊，為什麼要有那麼多藥呢？點滴那麼多，可不可以停個幾瓶？我會反問為什麼，我們就會跟他一起討論，可是現在這個東西不見了。」 [A1:731/735]

### 3. 說話沒份量

「以前當護理人員的時候來講這個也是可以講的，只是因為那個時候是護理人員，所以講這些話呢，比較沒什麼 power。」 [A3:225/227]

## (四) 組織因素

A 認為在大醫院的環境下，安寧比較不容易推行，其提到編制上的問題：

「……為什麼我們 18 個病人要有 18 個護士，為什麼只有 16 個，是因為護理人員的能力不夠？所以照顧的人數變多，1 比 5 嗎！白班的話 1 比 5 太多了，只比外面的病房多個二個到三個，那你要怎麼去做，身體的 touch，甚至有一些東西都 share 給護佐了...他們都還很忙的原因在那裡？」 [A1:723/728]

## 三、適應行為中的想法

### (一) 對病人問題的看法

#### 1. 讓病人善終

「是在送終，但可以送好一點，就這樣子，就是這樣子……我們都是為病人好的。」 [A1:1540/1541]

#### 2. 以病人角度看事情

「我後來覺得，就我現在的想法，我後來覺得我們根本不是站在病人的角度在看病人，我們只是...那時候的我是站在醫護人員的角度在看病人。」

[A2:575/577]

#### 3. 全人照顧的實踐

「講這個的時候，是不是我要求太高了，我要求我們的護理人員，要求我自己身心靈都要做到。」 [A1:717/718]

## (二) 對家屬問題的看法

### 1. 接受家屬感謝是種治療

「這邊阿，最主要是要像一個家，安寧的話你要讓他有家的感覺，然後你要讓他覺得說，我們是在陪他走，在這樣的過程裡面，在整個過程陪他走，然後...接受他們的心意，等於是對他們是最好的這樣子，接受他們的感謝阿，反而對他們也是一種治療，因為他們會覺得好像有做到了一些事情。」 [A2:143/147]

### 2. 面對家屬負面情緒

「我可能會說那個家屬怎麼會這樣子啊！可是在當下的時候，應該不是逃出來，不處理這樣子！我覺得這樣子問題可能會越來越大.....我當時想到的是，我不能夠放著就不管了！」 [A1:1493/1497]

### 3. 教導照顧

「你護理人員要去了解！照顧問題，照顧能力就是護理人員要去教導家屬如何去照顧他。」 [A1:503/504]

## (三) 對團隊問題的看法

### 1. 應該反應問題

「.....她比較敢講，所以我覺得這是對的，所以我就會跟護理人員說，你們的 loading 大，工作量大，是你們自己要承受來的，因為你們不反應，人家覺得你們可以接受.....可是這裡的護理人員會說：她講了也沒什麼用！這邊的護理人員，很多人都這麼想的話，一個沒有關係，如果很多人就有問題了。」 [A1:738/745]

### 2. 問題歸因

「很多的情緒都是來自於我自己啦！我覺得。」 [A1:842/842]

## 四、適應行為

### (一) 病人照顧問題

#### 1. 照顧工作

##### (1) 負面情緒--不知所措

「.....以前我會呆掉，而且會覺得很委屈。」 [A1:1473/1473]

##### (2) 負面情緒—平和處理

「現在不是，現在你越兇，我會表現得更好這樣子，甚至說，我不會和你的脾氣做一個反抗。有的小姐可能會退出來這樣的一個環境，可是我不知道為什麼，我可能還會在那邊，就是說，我可能會先不講話或怎樣子，可是我還是要去面對這樣的一個東西，還是要去做，甚至於那個時候，不能夠有任何一個情緒的語氣出來，和他硬碰硬這樣子，你那個時候更要溫和的對他。」 [A1:1473/1479]

##### (3) 強迫自己嘗試

以對病人的身體接觸為例，他提到：

「.....有時候會強迫自己，有時候我會強迫自己，你就去做做看阿.....我就會去嘗試，強迫自己.....真的用我的雙手去摸病人，然後那個感覺是什麼，然後你用你沒有戴手套的雙手去幫病人做一些事情的時候的感受是什麼會不一樣，會不一樣，然後你開始慢慢會因為你做這些改變而得到些收穫，那這些收穫對你來講是很好的感受，那你就會去做。」 [A3:192/200]

#### 2. 病人臨終

面對病人的臨終，他可能採取反省自己、迴避或安慰病人的因應方式：

##### (1) 反省自己死亡態度

「最明顯的...我們常要面臨的是死亡，所以我會去反省自己...對死亡，不是老是要照顧死亡的病人這樣子，你要回歸到自己，我常常講說，我要回歸...我要看看我對死亡到底是怎樣的一個認識這樣子。」 [A1:972/975]

## (2) 迴避

「所以我覺得人真是...要講很賤嗎？就是說要怎麼講...因為明明你都在這裡面了，有時候我們甚至還不願意去看它！」 [A1:1005/1007]

由於不認同其他成員有時會有試圖改變病人信仰的做法，其對於宗教方面的問題反而採取較保留的態度：

「.....然後...我好像不願意去 touch 到這個地方..... 我的想法是，人家不要...，在安寧病房不是應該要以病人為中心，以他的自主為自主嗎？」 [A1:1076/1099]

## (3) 安慰

「.....我有一個病人，他要走了，他一直很害怕一直抖一直抖，然後他也沒辦法張開眼睛，就一直抖，我那時候就想到他是不是非常的害怕？可是看起來就像快死了，我還很印象深刻，為什麼？因為就我站在他旁邊講話，我說『阿伯！你老婆女兒都在你身邊，我是護士，我也在你身邊，你不要害怕。』就這樣子而已哦！這樣就好了，他就比較不抖了，他老婆就覺得說他好像比較安心的走了！就真的走了，那時候就走了，我就想說那個是不是靈性啊。」 [A1:647/654]

## 3. 試圖接受照顧挫折

對於照顧成效不如預期或難以判別，其試圖接受：

「我們處理了那麼多的事情，可是好像結果不如人意，好像真的我們在這邊遇到了很多...真的，妳去想了，做了...可是問題還是在，然後甚至於大家只能在開會的時候大家只能呆在那邊，然後好像很無奈這樣子，那...我自己是覺得...就這樣子吧！」 [A1: 1552/1555]

「不一定能態然處之，也不一定能心安理得，只覺得，這時候只能叫自己...，可是那種感覺還是不好的。」 [A1:1564/1565]

## (二) 家屬

### 1. 照顧期待落差

### (1) 順應家屬期待

「家屬其實如果知道...不就兩種家屬，一種是他知道這個病人是沒有辦法救的，救起來之後也是拖著，延遲他的死亡，所以對病人來講其實是不好的，可是他捨不得，所以他寧願拖著。一種是他知道這個情況，可是他不想做這個罪人，說 ok 你不要救，他不想要別人說他是一個放棄家屬的人，你懂我的意思嗎，所以有的家屬是這樣子。可是在這邊...所以有的家屬是很清楚，也有一種家屬是他也知道，所以他希望他趕快走，這是第三種，有這樣子過的，這是家屬這樣子。那我們的話，後來因為這兩年久了嘛，我們也會依著病人跟家屬的希望有沒有，做一些調整這樣子。」

[A2:612/620]

## 2. 情緒問題

### (1) 耐心平和地面對

「他很生氣啊，我只記得那時候東西在我手上，他只搶過去說：妳不用做了，我來做！妳不用用了，我們自己來用這樣子！可是那個時候我還是說，我幫你用這樣子。剛好有一個家屬跑過來，那個生氣的家屬就叫那個家屬用這樣子！那我就跑回來，幫他去拿可以弄好的東西，然後在旁邊等他們全部都用好，然後我才離開。」 [A1:1486/1490]

## 3. 互動關係

### (1) 接受感謝

「.....在一般病房喔，我們多多少少喔，會禁止或減少家屬的感謝的東西，給我們的我們會盡量推，可是這邊我們都...在安寧病房沒有，他們給我們會接受，因為在這邊我們會覺得說，他們這種都是感謝這樣子，可是在一般病房的感覺就是覺得說，其實沒有什麼這樣子，因為他們好像是可以回家的。」 [A2:131/137]

## (三) 團隊問題因應

### 1. 自我省察

「我甚至於會覺得說，今天會變成這個樣子是...別人造成的，是因為很多人的出走而造成的，我覺得，還是因為我們待在這裡的人「心」的問題？.....所以我會覺得說，我為什麼老是要怪東怪西，怪！怪！怪...，就是不怪自己啊！所以我後來就開始反省...是不是要怪自己？」 [A1: 842/857]

「所以我一直覺得，我最大的困境來自於自己，我如果沒有改變自己的一些想法，跟...那個的話...因為...固體是不變的，然後只能改變自己這樣子。」 [A1:823/825]

## 2. 溝通

「那...我一直沒有覺得這件事情的發生可能是因為，我都有能力去說服他們，就是說會讓他們瞭解我為什麼要做這些事情這樣子，而且我會跟他們溝通這樣子。」 [A2:765/768]

## 五、感受

無論照顧工作本身或因應各類問題時，皆伴隨著各式各樣的情緒感受，尤其以面對臨終病人死亡容易有負面的情緒出現，如麻木、絕望、悲傷等。以下即為針對個案在安寧工作中覺知之感受做一整理。

### (一) 成就感、喜悅

在照顧中 A 感受到相當多的成就感，包含來自病人、家屬的肯定、互動關係深化所感覺到的喜悅，也有照顧病人而帶來的快樂感受；另一方面，在護理工作上的自我成長與肯定也是成就感的來源。

#### 1. 照顧工作上

「.....當你做完的時候當你真的去做的時候阿，當你聽到那個病人跟你講說小姐你幫我按摩比他的家屬按的好的成就感，是你沒有辦法說的出來的這樣子，然後你真的用了心幫病人處理完的時候，你知道那種不僅是病人喔，連家屬都會很感謝，就是家屬病人都會很感謝你這樣子，你也很高興阿，

你可以去體會到那種 那種樂趣你知道嗎,那種...快樂阿.....」[A3:58/63]

「你有時候常常因為病人阿,你去幫病人做一些事情,然後你知道那種回饋阿,是差很多的、差別很大的」 [A3:86/87]

## 2. 護理生涯上

「.....我還是覺得安寧對我的護理有沒有,是一個很大的幫助,讓我見識到了,護理有好的一面,嗯...我媽媽在開刀的時候,那個時候我看著護理人員的工作模式這樣子,我那時候很慶幸我是在安寧病房,然後那時候我慶幸說我看到了兩種不一樣的護理模式這樣子,原來護理不是只有在一般病房是這麼的快速.....」 [A2:786/791]

### (二) 困惑

安寧工作整全照顧本身的複雜性容易令人感到困惑。在照顧過程中,A有時為自己是否還有工作動力感到困惑,也常面對不知道如何才能對病人有真正的照顧:

「.....我有一種感覺,好像我沒那個心,可是奇怪!我怎麼老是會意識到很多的問題,我到底又是怎樣的一個狀況?如果我真的沒有心,我應該像其他護理人員一樣直接填個調職的單子,或者是更明顯的不 care 病人,可是我又放不下,不想要放得太多,又好像覺得自己心不在這裡,我的那個沒有在這裡不知道是不是其他原因,環境上的原因,而不是護理工作上的原因。」 [A1:1533/1537]

「有時候我會覺得說我們在折磨病人,我把他救醒了,或是我們把他處理了,然後可是他一直在忍受其他的痛苦這樣子,這樣到底是不是安寧?」 [A2:647/649]

### (三) 辛苦

「在安寧病房,你要怎麼把你以前的一種...那個想法慢慢的...挪到整個安寧裡面,是非常辛苦的.....因為從剛開始的,一路走來也是跌跌撞撞的.....」 [A2:541/543]

「因為你要用心了，心是很累的，用了心之後你是很累的，所以我說這邊不是體力上的，而是精神上的……」 [A1:448/449]

#### (四) 悲喜交雜

「……之前我遇到一個病人走，然後…我們也大家都知道他快走了，也都有心理準備他要走了，可是我還是很傷心這樣子，可是我的那種傷心不是捨不得他離開這樣子，我好像是覺得一件事情的圓滿讓我覺得很高興，可是我沒有辦法一直阻止我淚水一直掉下來，可是那種感覺是…好的……」 [A2:868/872]

#### (五) 麻木

「中間還有一段就是那種…麻痺…麻木期……甚至於我覺得搞不好麻木期不是只是一段時間，他可能有時候還會…反覆的出來這樣子……」 [A2:860/865]

#### (六) 絕望

「……我有一陣子覺得我一直在面對死亡的病人，我一直在面對死亡的病人這樣子，然後 我會覺得很沒有希望這樣子……」 [A2:852/853]

## 六、影響護理人員適應之相關因素

### (一) 安寧理念

#### 1. 理念的認同

「我那時候看到的東西現在都還看的到，就是安寧療護的簡介，說什麼照顧理念、不要插管啦，我那時候就有感覺這個東西很好啦。」 [A1:374/376]

#### 2. 以病人為中心

「不計任何代價，最終的目標，主旨就是…以病人為中心這樣，為了病人的任何的好。」 [A2:31/35]

#### 3. 關心病人深切感受



「我那時候想...難怪會有這種病房存在，因為你太多事情了，你沒有辦法去 care 病人深切的感受這樣子。」 [A2:78/79]

## (二) 過去工作經驗

### 1. 外在肯定多

「因為我一直都...在我的一個護理的工作裡面阿，我所受到的鼓勵都來的比較多一點，我被苛責的其實不多，而且我被批評的其實不多，我被鼓勵跟嘉許的通常來的多。」 [A2:457/459]

### 2. 曾因外在環境因素離職

A 對於是否從事護理工作有過很大的掙扎，也曾經離開護理，主要是由於環境因素：

「.....我還是離職了這樣子，我後來慢慢的想其實非關於護理本身而是在於他周圍的環境跟所謂的人事這樣子。然後...我開始去想如果是這樣子的話，我何必苛責護理？」 [A2:460/462]

## (三) 個人特質

### 1. 有責任感

「基本上我覺得我是非常有責任感的人。」 [A2:192/193]

### 2. 謹守本分

「我知道...在我當護理人員的時候阿，我謹守我的本分。」 [A2:177/178]

### 3. 較無耐心

「我覺得...然後還有就是我覺得我的耐心不夠，我覺得我很沒耐心，我的耐心是一個很大的缺點，超沒耐心這樣子」 [A1:1672/1673]

### 4. 較重視工作意義

「人生阿，工作八個小時佔了你很大的一個部分，除了睡覺跟玩樂之外，他幾乎都會這八個小時阿，佔了多麼長的一段時間這樣子，那...我如果阿好好的做的話也是這八個小時，而且我如果好好的做的話可以從中間得到一些東西也不一定，可是如果我不好好的做阿，就這樣得過且過阿，其實是

蠻可惜的。」 [A3:64/68]

#### (四) 組織層面支持力量

##### 1. 讀書會

###### (1) 支持作用

「我們就會想原來那時候不要太苛責自己，原來我們本來就不足，不足的情況下心態調整可以怎麼樣，讀書會會讓我覺得我們至少做了，還有點肯定雖然有點不足，可是需要別人點你才不會一直窩在那邊，悶在那裡。」

[A1:1124/1127]

###### (2) 刺激省思

「最近的讀書會我有發現是可以大概把我們找一些答案這樣子，就是藉由老師那方面可以幫我們找一些答案，或是幫我們釐清一點東西這樣子，不見得完全啦，多多少少啦，讓我們知道另外一個點，然後去思考這樣子，我不會講可是有所幫助就是了...有時候上完課的時候，然後再回來臨床工作的時候我會去想到上課的整個東西這樣子，有可能是對自己本身的幫助，然後有可能是對自己面對病人的時候處理的幫助這樣子，都有.....」

[A3:267/277]

###### (3) 角色澄清

「它可以讓我知道說我大概在什麼樣的角色上，我的角色是什麼？然後，我可以幫病人什麼？然後可以幫助病人去提點什麼？然後...嗯...會去想說，看到自己的不足的地方在哪裡？要去促發，妳多少要有點能力！甚至於說，去認識妳的能力是什麼。」 [A1:1449/1454]

#### (五) 安寧工作對個人的影響

##### 1. 柔軟

「我還有一個很大的轉變就是我覺得我的心比較軟了一點沒有那麼硬。」

[A2:877/878]

##### 2. 對物質的知足

「可能在物質上面就可能滿足了一點，可能以前吃阿你很講究，現在你講究少了一點。」 [A3:293/294]

### 3. 發現內心

「來安寧之後你會覺得說，你除了生活在一些比較俗事生活之外，你好像去...真正的進入看到你心裡面的東西，有時候...它不是常常陪伴著妳，可是...它是會讓你去遇到的，不像我之前在一般病房，工作的時候你是遇到，你不會去碰觸到那個東西，你都在它的外面，你甚至不會去摸你就不會進去裡面看它。」 [A1:998/1003]

## 第二節 個案 B 適應問題概念分析

### 一、個案概述

B 在學校畢業後即投入護理工作，在照顧工作中對死亡的疑惑，是使他投入安寧工作的主要原因之一。B 對於工作始終相當投入且願意嘗試，喜歡照顧病人的感覺。

在安寧工作中，他較常感受到的是病人的照顧問題和團隊問題，在照顧問題上，無論生理、心理及靈性方面的照顧似乎都不是那麼容易，他尤其感覺到自己在溝通上是較弱的。

對於病人的靈性需求，他有時候會試著以陪伴的方式來幫助病人，但卻也常常感覺到心中的掙扎，覺得應該要去忙些什麼才好。對於病人，雖然他可以感受到其心中的苦，但卻也感覺自己在專業上的無能為力與專業的極限，而關於個人最初對死亡感到的疑問，似乎他還在尋找答案。（個案 B 適應問題概念可參考圖五）

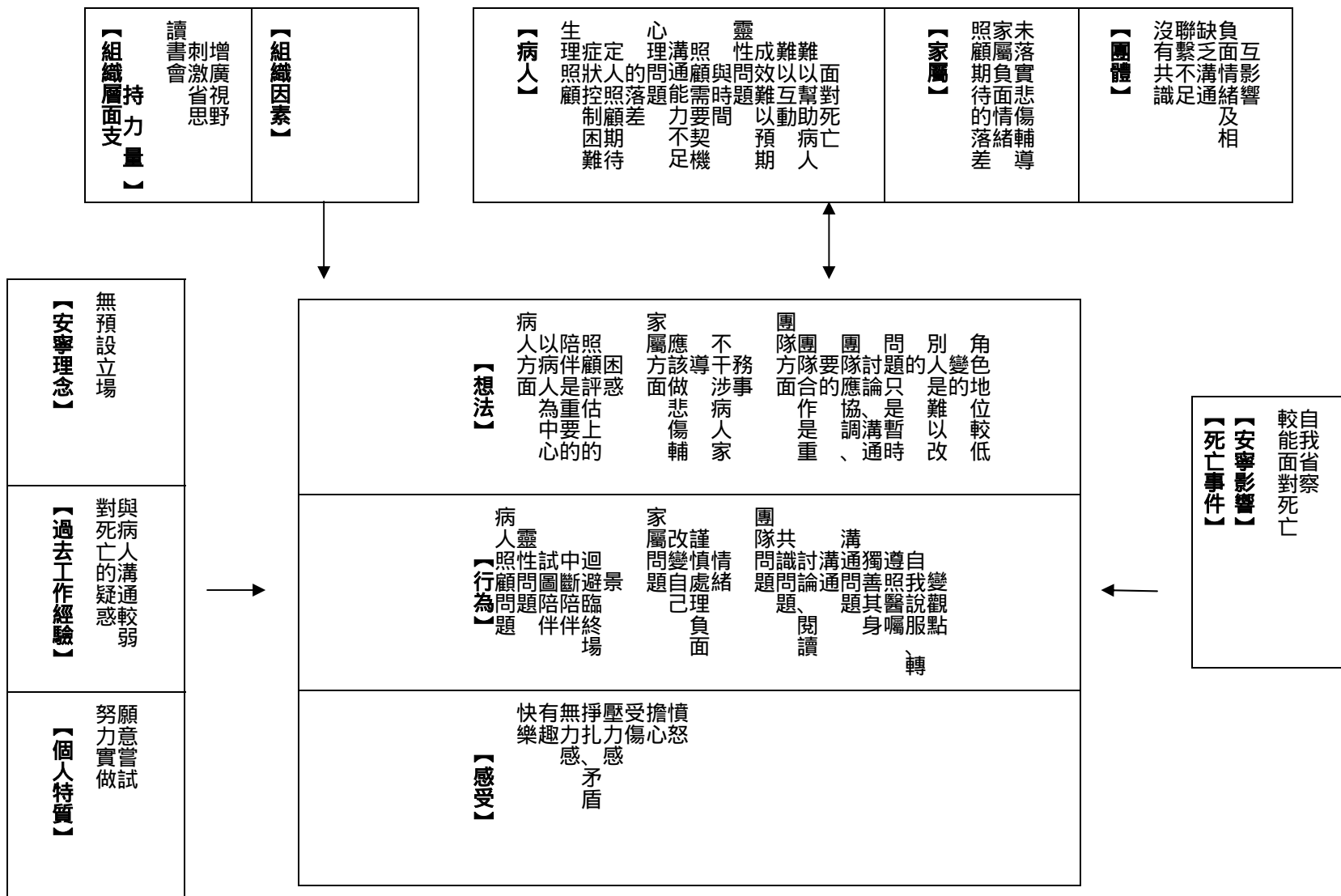
### 二、適應問題

#### （一）病人照顧問題

##### 1. 生理照顧

##### （1）症狀控制困難

「事實上一個病人他不是只有一個 body，就連 body 的問題、身體的問題，都不見得是很好處理的...就是說...理論是一回事，可是人是活的。」 [B1：427/430]



圖五：B 護士之適應行為架構圖

## (2) 病人照顧期待的落差

「他們家屬跟病人需要多點時間去調適一定的事實，應該說可能接受安寧的事實，因為從他們經過這麼多年、這麼多歲月都是在處理治癒方面的事情，一下子要他們只是症狀控制，那其實對他們來說，其實是蠻陌生的。」 [B1：173/184]

## 2. 心理問題

### (1) 溝通能力不足

「到現在為止我還是覺得溝通能力很不好，可能我還是不太抓住那種...病人一些...那個點就對了。」 [B1：376/377]

### (2) 照顧需要契機與時間

「因為他們要談的話也要他們願意，要有時機，那時機的話，也要看看我們有沒有時間。」 [B1：573/574]

## 3. 靈性問題

### (1) 成效難以預期

「有時候只能是有契機去點，不見得可以幫他去解決。」 [B1：607/608]

「對，不太有信心，不太有信心是一回事，然後呢，你要花很多時間而且...很難去評估那到底有沒有效果。」 [B1:487/489]

### (2) 難以互動

「在家裡是一個比較那種主導性的地位的時候，生活環境是不錯的人，尤其是男性這樣子，稍微在年紀在六七十歲的年代，他可能對於說他其實上會比較惶恐的，所以說他也不願意談，他也不願意跟小孩子談，也不願意跟我們談。」 [B1：531/536]

### (3) 難以幫助病人面對死亡

死亡問題有著本質上的困難，因為它不是可以被「解決」的，B 對此似乎都是有心無力，在這部分有些類似的談話：

「.....但事實上來說，你可以發現到說其實他的苦，除非他能跳出來，旁邊

的人很難幫他跳出來。」 [B2：124/127]

「可是這時候那煩惱東西不會像以前一樣永無止境，可能是煩惱一個切身的問題，而且是無解的問題.....有時候你想幫他，有時候這些東西是沒有辦法勉強的。」 [B2：128/133]

## (二) 家屬問題

### 1. 照顧期待的落差

「家屬也沒辦法忍受說，就這樣讓他一直發燒或...因為他的那種發燒是，你打最強的退燒針都不見得可以退下來。」 [B1：454/455]

### 2. 家屬負面情緒

「有些家屬的主導性非常的強，對那個病人...就是覺得趕快讓他睡就好了，他寧可去逃避那個現實，不要說去面對現在那個東西。」 [B1：495/497]

### 3. 未落實悲傷輔導

「我很沉重的表示，我們...嗯...哀傷輔導幾乎是比較少在做。」 [B1:712/712]

## (三) 團隊問題

所謂的「共識問題」指的是在專業照顧者之間理念上不一致而產生的問題，「溝通問題」則是為達成共識而產生的問題。

### 1. 沒有共識

「.....然後我覺得因為要推動那個 team，其實上那個東西有很大的問題，因為說 team meeting 每個月都在開，可是問題還是存在的，那為什麼問題存在，因為每個人的立場角度不一樣.....」 [B1：847/859]

### 2. 聯繫不足

「沒有共識，還有說交班阿，沒有交得很清楚，比如說一個病人發生什麼事，然後阿...就醫生知道，其他人都不知道，或者有時候只有志工知道，其他人都不知道，志工他們全部都有交班喔，所以都知道，可是我們都不知道。」 [B2：411/414]

### 3. 缺乏溝通

「……可是那是不能勉強的，而且阿，每一個人的歷練不能代表另外一個人的歷練阿，可能有些可以談、去溝通的地方。對阿，我只是覺得說如果說單位之內的大家團隊阿，可以聯繫得很好的時候，可能我覺得我們的壓力不會那麼大。」 [B2：406/409]

「人的做法跟實踐的過程中會不太一樣，再來就是說，看法差蠻多的，就像是男人跟女人看法差很多的，那...但是也缺乏去溝通。」 [B2：425/428]

#### 4. 負面情緒及相互影響

「……所以基本上來說...而且可能在這邊的病人，或者我們的小姐，或者說我們的團體本身有些各式各樣的情緒，或是說怎麼樣，或是一些本身的壓力……」 [B2：285/287]

「團隊本身的很多很多的一個結合度，還有因為人嘛，就會有每個人的調適，人的心嘛，還有情緒的所有的東西這樣子，一個情緒會影響到另一個情緒。」 [B2：25/28]

### 三、適應行為中的想法

#### (一) 病人方面

##### 1. 以病人為中心

「重點因為不在於說誰當主角，誰出的主意，或是什麼方向，但是至少說按照這樣的方向很好就是說這對病人來說是比較 nice 的，那就好了。」

[B2:505/507]

##### 2. 陪伴是重要的

「我可能是比較沒有安住下來吧，因為那種靜默是一種 在場的力量應該是蠻大的。」 [B2:794/795]

##### 3. 照顧評估上的困惑

「……在癌症病人裡面他可能常常會感染，那基本上安寧裡面它是不建議用



抗生素的，但是在我們來說，我們病房還是會用，因為他是要死於癌症呢？  
還是要死於肺炎...最簡單的肺炎？」 [B1：445/455]

「困難...困難在於說喔，做與不做的藝術阿，然後還有怎麼說啦，怎麼去做  
這樣子，有時候你去處理也是個藝術，不處理也是個藝術。」 [B2：678/685]

## (二) 家屬方面

### 1. 應該做悲傷輔導

「哀傷輔導是從住院就開始要做，」 [B1：713/713]

### 2. 不干涉病人家務事

「那別人的事情你又不能去干涉或管理什麼，你覺得那個病人他想回家可是  
家屬如果不願意的話你也不能去勉強，你只能盡量這樣子，阿如果自己覺得  
說怎麼會這樣子，或是說感慨這樣子，可是能夠改變的大概只有自己而已  
阿.....」 [B2：386/389]

## (三) 團隊方面

### 1. 團隊合作是重要的

「我覺得如果可以合作的話可以盡到最大的力氣，可以去處理病人的問題。」  
[B1：852/853]

### 2. 團隊應協調、討論、溝通

「就去協商、討論、溝通阿...」 [B1：764/764]

### 3. 問題只是暫時的

「有些人可能對這個環境或是工作有一種疲累感，或是說對這個 team 有一種  
不信任或疲累感，但是我覺得這只是一個過渡時期而已啦。」 [B1：833/835]

### 4. 別人是難以改變的

「最大的感觸是覺得人阿，其實別人是最難改變的，只有改變自己而已阿。」  
[B2：389/390]

### 5. 角色地位較低

「我們只是小小的護理人員。」 [B2：525/525]

## 四、因應行為

### (一) 病人照顧問題

#### 1. 靈性問題

##### (1) 試圖陪伴

「這時候就是可以陪伴他一段時間，可以跟他說，我們隨時都在他旁邊，隨時都可以處理他的...他如果是在恐懼他的不舒服沒辦法處理的話，就跟他說他的不舒服的感覺，都是我們立即可以幫他處理的。」 [B1：699/704]

##### (2) 中斷陪伴

但是卻也可能因感到壓力而不能持續，這種壓力感可能來自病人、家屬，也可能來自 B 本身：

「有時候你的存在可能讓他有壓力，然後你那時候呢...嗯...就要看看，然後溜了。」 [B2：696/697]

##### (3) 迴避臨終場景

面對病人狀況變化甚至死亡時的焦慮感，B 的處理可能是如此：

「有的時候如果是環境上，或病人家屬的情境比較不能面對的話，以前會試著說比較不太想要進去，或者不太想要過去。或者說...嗯...後來是變成說把它推...推...就是轉到治療上面。」 [B2：340/343]

### (二) 家屬問題

#### 1. 改變自己

「如果自己覺得說怎麼會這樣子，或是說感慨這樣子，可是能夠改變的大概只有自己而已阿.....」 [B2：386/389]

#### 2. 謹慎處理負面情緒

「那如果說是家屬很討厭你，或是說病人很討厭你的話，那很無可奈何阿，妳只能讓他討厭阿，阿只是說妳可能做事會比較小心翼翼這樣子。」 [B2：161/163]

### (三) 團隊問題

#### 1. 共識問題

##### (1) 討論、閱讀

當與其他專業照顧者在理念或評估上有了出入，B 通常採取的方式通常是試著直接與相關人員討論、找其他同事討論或是自己閱讀書籍：

「如果說是病人的問題的話，當然是找同事，像某某就直接聊一聊阿，因為從他那邊我可以知道醫師是怎麼樣的看法，那做個討論，不然就翻書阿.....」 [B1：892/903]

##### (2) 溝通

「或是說...大部分來說，有決定處置的是醫生啦，他開的 order 你直接去問他，他自己比較清楚，然後你就把你的看法講出來，他也把他的看法講出來，那這樣就可以明確啦。」 [B2：514/516]

#### 2. 溝通問題

##### (1) 獨善其身

在無法達成共識、溝通失效時，B 的處理方式會是如何？他提到：

「現在...現在...嗯...基本上我們做好就好了.....」 [B1：787/794]

##### (2) 遵照醫囑

「.....那如果說他也是堅持的話，那就是按照他，因為基本上照顧這個病人他有責任，那我們能講的都講了。」 [B2：518/525]

##### (3) 自我說服、轉變觀點

「.....包括說團隊的什麼...最大的感觸是覺得人阿，其實別人是最難改變的，只有改變自己而已阿。」 [B2：389/390]

「那...有時候阿，雖然是同事有時候可以溝通有時候不能溝通，那有時候只能學習看待事情的方式.....」 [B2：540/541]

## 五、感受

### 1. 快樂

B 在安寧照顧工作中感到喜歡、有趣的感覺，例如：

「不知道耶，只是覺得去幫忙，換換尿布阿，然後怎麼樣怎麼樣去做，就是覺得很快樂這樣子，就是很單純這樣子去...去享受這樣的東西。」

[B1:308/310]

### 2. 有趣

「.....以 care 或跟家屬病人互動，就是說不管其他人事上或是行政上的問題的話，除了其他額外要做的事情之外，其實它是蠻有趣的，而且它是一個...有時候都是一種未知的世界.....」 [B2:63/65]

### 3. 無力感

照顧工作上的無力感，可能會在面對病人病情變化或病人的死亡，而這是醫療所無法「解決」的問題：

「在安寧裡面，妳總是會遇到說...嗯...比較...跟妳比較投緣的，那比較投緣的話有好有壞，妳做事情他會很放心，但是他會對妳很多的期待，有時候那種期待喔...可以不用理，可是你還是會 care，人是互相的嘛，當他的病情有變化，那你不知道要怎麼做的時候，那種無力感會...就覺得...很大.....」 [B2：156/160]

「有時候覺得說，也蠻好笑的啦。好歹我也是專業人員，可是專業人員與沒辦法滿足他的期待，因為我沒辦法決定他的生死阿。沒有辦法讓他再好一點阿。」 [B2：366/373]

遇到病人或家屬的情緒問題時，B 也容易產生無力的感受

「那如果說是家屬很討厭你，或是說病人很討厭你的話，那很無可奈何阿，妳只能讓他討厭阿。」 [B2：161/162]

#### 4. 掙扎、矛盾

在試圖陪伴病人時，B 似乎容易有掙扎的情緒：

「可是單純的陪伴...那...嗯...妳會覺得好像被人家...妳會覺得好像那種，有時候一個天使就過來說你怎麼可以在那邊偷懶呢？然後又說，你怎麼可以在那邊閒閒沒事？你該做點事情。」 [B2：723/726]

「你自己的良心阿，會想說...嗯...因為妳會覺得說，你在上班，你應該要去做事情這樣子，不應該這樣沒有事情，雖然說你知道你的陪伴可能...不代表說你沒有做事情，其實你在做了，他有點就是說，比如像安寧來說，其實事實上來說你應該步調慢一點，但是事實上我們還是會忍不住會快一點，因為會覺得說有些東西，因為我們還是被制約的，我們還沒有學習說跳躍出來.....」 [B2：759/764]

#### 5. 壓力感

B 在陪伴的「無所事事」時常感受到壓力：

「有時候家屬他要去買個飯嘛，教我稍微看一下這樣子.....然後坐著坐著，因為病人沒反應，在睡覺，然後妳會覺得蠻尷尬的，有時候會想說哪裡哪一床還沒做事情，我會想趕快去做一做然後回來看一看，然後坐一坐沒有幾分，就覺得時間過的非常的漫長，那時候你覺得...因為什麼都不能做阿，那時間過的非常的漫長。」 [B2：704/710]

#### 6. 受傷

在面對病人的負面情緒時，B 感到：

「受傷喔，受傷是可以安慰自己說：其實他是病人，其實他不是有意的，而且也可以看到說他背後的意義是什麼，可是有時候理性跟感性是分開來的。」 [B2：167/169]

#### 7. 擔心

對病人狀況的擔心：

「比如說自己知道一些壞習慣或比較負面的想法或問題在哪裡這樣子，那自己都不太能解決了何況是別人，其實說我也再找一個安頓的方式，不要說看到的時候不要這麼...擔心這樣子。」 [B2：136/140]

#### 8. 憤怒

「我覺得說喔，你很難責怪每個人的問題，雖然有時候我很生氣。」 [B2：526/526]

## 六、影響護理人員適應之其他因素

### (一) 安寧理念

#### 1. 無預設立場

對 B 來講，安寧並沒有有一個標準答案：

「我沒有預設立場，因為並沒有想到它是怎麼樣，反正進來就是做阿，不然就是做我原本做的事情，然後只是 care 病人不一樣這樣子，然後再從 care 病人裡面不同去...去調整 care 的模式。」 [B1：372/374]

### (二) 過去工作經驗

#### 1. 對死亡的疑惑

「會從一般病房轉來這邊阿，其實就一個念頭，就是說 嗯 應該是看到自己的無力感吧，因為看到一些病人可能還是盡了全力可是還是沒有辦法幫助的時候.....對我來說，那種悲傷阿，或是說那種感覺我覺得不是很好.....還有是說會覺得很好奇吧，死亡是什麼樣的形式，會怎麼樣發生這樣子。」 [B2：212/219]

#### 2. 與病人溝通較弱

「很大的挫折就是要跟家屬病人溝通，而且要講很多話，而且這是一個很辛苦的事情，到現在也是，覺得為什麼越跑越要講更多話的地方。」 [B1：86/88]

### (三) 個人特質

#### 1. 努力實做

「其實我做起事來不會想很多，倒是會想說 有什麼可以幫忙的，可以去做這樣子。」 [B2:76/77]

#### 2 願意嘗試

「你沒有去做，沒有進入那個門去看裡面的話，你根本不知道你適不適合，你不去做就不知道適不適合。」 [B1: 260/262]

### (四) 組織層面支持力量

#### 1. 讀書會

##### (1) 刺激省思

「可以幫忙自省，而且幫忙看清一些問題。」 [B1:1125/1125]

##### (2) 增廣視野

「我覺得上讀書會，我覺得它只是幫我開了一扇門就對了，然後告訴你說，嗯...有這條路可以走，其實你用這樣的角度看事情一樣可以做這樣子。」 [B1:1099/1100]

### (五) 安寧工作對個人的影響

#### 1. 較能面對死亡

「來這邊...死亡的面對...我覺得可以比較面對，可是但是我覺得真正發生在我身上的時候，我就覺得我不敢肯定。」 [B1: 353/354]

#### 2. 自我省察

「它是一個 有時候都是一種未知的世界，然後你要去探索那樣的世界這樣子，你可能會跟很多很多病人講，有不同的緣分就是大小這樣子，妳可以從那個當中你可以做一點調整，而且你看到一些東西 你自己 好的或不好的部分這樣子。」 [B1: 65/68]

## 第三節 個案 C 適應問題概念分析

### 一、 個案概述

C 一直喜歡照顧人的工作，喜歡照顧病人的感覺。過去在其他病房工作時，就喜歡照顧病人時與他們互動的感受，這樣的作法雖不受肯定，他仍認為照顧應是以病人為中心，在機緣巧合之下，C 進入安寧病房工作。

C 在安寧工作的過程中，覺知到病人照顧上、團隊、組織等各層面的問題，其中團隊合作的問題最讓其感到挫折，他雖試圖表達，但終究在外在環境難以改變的情形下，只好退而獨善其身。在病人照顧上，他察覺到自己的改變，隨著自己停下腳步，慢慢地能傾聽病人的聲音，也感覺到發現了自己。

他認為照顧病人是他工作的動力來源，比較難以面對的反而常常是團隊合作的問題。（個案 C 適應問題概念可參考圖七）

### 二、 C 覺知之適應問題

#### （一）病人照顧問題

##### 1. 需求評估的困難

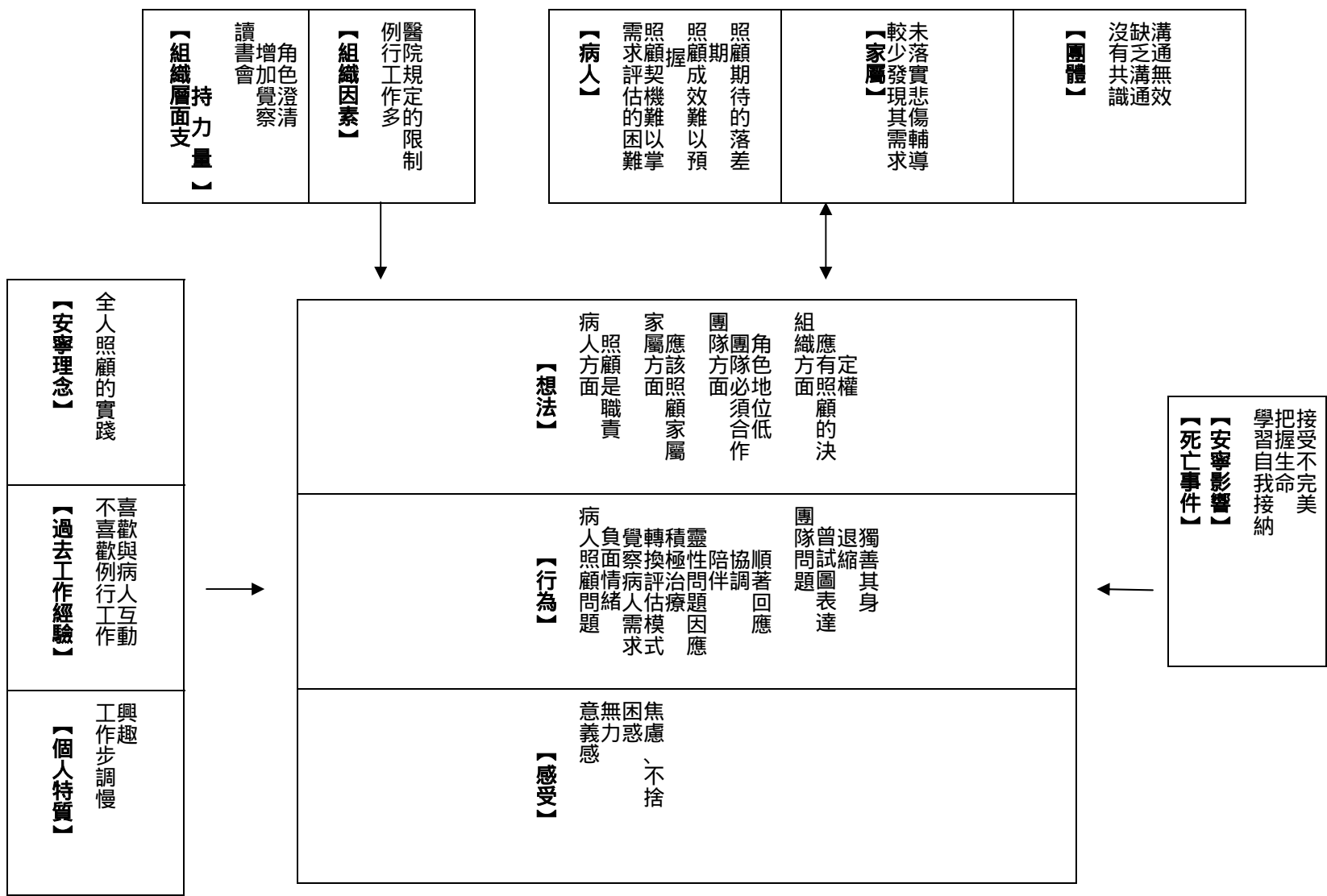
「靈性的問題我覺得很抽象，有時評估時覺得是又好像不是。」

[C1:306/306]

##### 2. 照顧契機難以掌握

「為什麼會說...我也不曉得！並不是每一個病人都那麼好談！那麼容易談上很多話的。」 [C1:667/668]





圖六：C 護士之適應行為架構圖

### 3. 照顧成效難以預期

「拿死亡說好了，我不論什麼病情，在我們能掌握的情況下死亡，我們覺得能付出的大概都盡了力，死之後就沒辦法幫助他們了。在這樣的付出之中，剛開始我們盡了力他還是會走，有他們自己選擇死亡的方式，好像不是我們盡力之後呈現的那部分。」 [C1:409/412]

「我會覺得之後好像沒辦法決定我自己能做到那個水平。」 [C1:414/414]

### 3. 照顧期待的落差

「在這邊不管怎麼解釋，病人還是要去做，不知道是病人本身的焦慮，還是護理人員、醫生的問題。」 [C1:234/235]

## (二) 家屬問題

### 1. 較少發現其需求

「……對家屬照顧的部分我覺得更弱了，因為在這期間不管給予、評估的對象都是病人。當病人往生後個案就結束了，除非家屬自己回來，否則很少有機會……住院期間大概會覺得家屬理所當然要執行照顧，不會有很強的關注照顧。」 [C1:281/286]

### 2. 未落實悲傷輔導

「我覺得幾乎到病人死掉那個部分而已。」 [C1:300/300]

## (三) 團隊問題

### 1. 沒有共識

「要有共識，那還要處理問題嗎？一定都會沒有共識阿，而且每個人的背景都不一樣，像我是內科，有人是外科，也有人是加護病房阿。」 [C2:241/243]

「我覺得每個人做法都不一樣。……比如說家屬和病人吵架，我在旁邊沒有講話，有人會覺得應該要制止……每個人聽的部分和解釋處理都不一樣。」 [C1:242/247]

### 2. 缺乏溝通

「沒有，各自交班、各自為政……領域不一樣阿……」 [C2:223/226]

### 3. 溝通無效

「說了也沒有用，你說多不過增加工作上的阻力。」 [C1:364/364]

「每一個都講過都沒有用。」 [C1:495/495]

## (四) 組織因素

### 1. 例行工作多

「……身體上像淋巴護理很多技術工作，上課時能看到，卻因為每天例行性工作很多無法施行，護佐雖然能幫忙，但他們不盡然都願意工作，我們會教他們怎麼做。」 [C1:215/217]

### 2. 醫院規定的限制

「……我就思考我們教育從來沒有教我們，譬如說抽血，法規教我們那是醫療輔助行為，我們所做的一些護理也是。可是為什麼每件事都是我們護理人員攬在身上？隨便一個流程形成我們就要去做，會議也是一直聽點頭上面的部門怎麼規定。」 [C1:567/570]

## 三、適應行為中的想法

### (一) 病人方面

#### 1. 照顧是職責

「你沒有辦法選擇病人，再怎麼難 care 的、再怎麼難搞的病人，你還是要照顧他。」 [C2:569/571]

### (二) 家屬方面

#### 2. 應該照顧家屬

「感覺上安寧講四全嘛，也有全家嘛，所以家屬要 care。」 [C2:357/358]

### (三) 團隊方面

#### 1. 團隊必須合作

「沒辦法像以前那種方式去逃開，躲避掉就可以了，因為就是你要去把他帶

起來，因為你在其中，在團隊其中。」 [C2:226/228]

## 2. 角色地位低

「我們只是旁邊的一些襯 襯 配角而已阿，陪襯的小護士而已阿。」 [C2:467/468]

## (四) 組織方面

### 1. 應有照顧模式的決定權

「我覺得病人在你身上，怎麼走以你為主，不是我們去遵循別人訂出來的流程，更改也不是我們在更改，是他們更改，我覺得好怪異。」 [C1:575/577]

## 四、因應行為

### (一) 病人照顧問題

#### 1. 面對負面情緒

「我還是會繼續 care.....以前就是這樣被教育的吧，你沒有辦法選擇病人，再怎麼難 care 的、再怎麼難搞的病人，你還是要照顧他。」 [C2:568/571]

#### 2. 覺察病人需求

「.....我剛開始我不會去回答他，我以前會笨笨的『好，等一下我喔，我幫你打針我馬上來』，後來你會慢慢的停在他旁邊去跟他那個...看他腹不好了，你會去幫他做按摩，加上精油跟他推，然後，漸漸的你會發現你不再推了，不是真的不再推，不是停的意思喔，病人會有聲音出來，會有聲音，你就可以跟他去聊，因為你停下腳步的時候，他的東西，不管是憐憫的、憂傷的、困難的東西都會，可是你沒有停下腳步的時候，會聽不到他的聲音，會聽不到...應該說什麼是護理吧，可能就是一個 routine 而已。」 [C2:149/160]

#### 3. 轉換評估模式

「那你就訓練啦，轉換你的 care 模式啦，你在那邊只能做這樣的時候，你

在這邊你就要，你就不能只做那些技術啦，你就邊做邊習邊講啦，他就邊回啦，阿之後寫紀錄的時候就開始...他講過的就唸一下.....」

[C2:104/107]

#### 4. 積極治療

「譬如說靜脈注射，大瓶的，有些根本不需要，可是不管家屬要求或是我們沒辦法應付的部分就會給。」 [C1：225/226]

#### 5. 靈性問題因應

##### (1) 陪伴

當覺察到病人在面對死亡的恐懼時，他有時會：

「會用自己的時間去配合，自己留下來去陪他們習習，也不知道有沒有功效，就是會卸下衣服責任的感覺。」 [C1:335/336]

##### (2) 協調

「看他什麼宗教信仰提供給他，家屬看他信任哪個人或跟哪個人住的比較久，由他陪伴，好像沒有那麼多東西可以給。」 [C1:313/314]

##### (3) 順著回應

「如果連他們問菩薩知不知道我家住哪裡？也算的話，有。或是我回答菩薩都知道你在哪。」 [C1:316/317]

#### (二) 團隊問題

##### 1. 曾試圖表達

「我以前會加入那個戰場，後來我閉嘴了，我覺得講了也是.....」

[C2:422/423]

##### 2. 退縮

「溝通從頭到尾一直有問題，到最後會覺得不會想要說什麼。」 [C1:362/362]

「我只能...我只能...閉嘴。」 [C2:453/454]

##### 3. 獨善其身

「我只告訴自己，在這個環境裡頭，有什麼可以做的，又有什麼不能做的，不是在於你決定就可以的，也不是在於你可以...你可以...去完全的...一個熱忱還是怎樣子就可以去做的，還是個體的決定能做的，那是互相的。」

[C2:425/428]

## 五、感受

### (一) 意義感

「也讓你成長看到你在做什麼，你自己夠不夠清楚你在做什麼，不是趕快下班趕快回家.....會讓你更願意做吧。」 [C2:616/622]

### (二) 無力

「.....會覺得我們做到、盡到之後，會覺得好像不是我們真的做到、盡到，會覺得他們還是會有他們選擇離開的方式。」 [C1:419/421]

### (三) 困惑

在面對病人關於死後世界的提問時，C 對於自己所做的回答也感到困惑：

「這種話連自己都不接受.....覺得怪怪的，但我不知道是不是不贊成？」 [C1:319/322]

### (四) 焦慮、不捨

「因為我不能接受阿，已經幫他盡心盡力做了一整天了，還是碰上生命終結的問題，可能吧...自己也摸不清自己哭是為什麼吧，然後你就會一直哭一直哭，哭泣就是一個焦慮一個不捨，因為我沒有遇過這種問題，我爸媽都還在，而且我們也都是住在一起長大的。」 [C2:496/499]

## 六、影響護理人員適應之因素

### (一) 安寧理念

#### 1. 全人照顧的實踐

「要學習為什麼沒效的部分，不是原有給藥就能解決部分。原來教育課本裡就有教病人身體、評估、心理社會、靈性，可是在內科裡就被忽略。照顧病人不能只有一個部分，開始覺得學理有用，之前都不覺得的。」

[C1:169/172]

## (二) 過去工作經驗

### 1. 不喜歡例行工作

「你叫我一直做那個...那個死死的 routine 的話我也會受不了，沒有感覺.....」 [C2:607/608]

### 2. 喜歡與病人互動

「那時候換藥可能要半小時 一小時都有，漸漸的你變成只有半小時可以換，然後你會發現即使是只有半小時你還是會換成一小時，因為你會很不捨...去結束那個換藥的時間，在那個聊天的內容裡頭.....」 [C2:177/180]

## (三) 個人特質

### 1. 工作步調慢

「其實我是慢動作型的，我不是快快快那種型的，然後我都會被整，以前的時候我都會被整到我很慢，在內科裡面不允許你慢。」 [C2:171/180]

### 2. 喜歡照顧人

「我對照顧人很有興趣，尤其是小孩子。」 [C1:70/70]

## (四) 組織層面支持力量

### 1. 讀書會

#### (1) 增加覺察

「好像會變得更敏感的那種感覺，.....想得更複雜的那種樣子，不曉得呢！...不單這樣想而已，還會想得很多很多。」 [C1:599/600]

#### (2) 角色澄清

「.....我沒有辦法去解決那個問題的時候，應該是以消解的方式，然後...對，是這樣子。」 [C1:647/649]

## (五) 安寧工作對個人的影響

### 1. 學習自我接納

「讓我學習到的就是，即使再怎麼缺陷的東西，他們就是一體的，就像聖經上提到的，他是你兄弟，那種感覺吧。」 [C2: 539/540]

### 2. 把握生命

「我覺得不能像以前一樣渾渾噩噩的。不管別人怎樣看待你做的每一件事情，即使被阻撓就去做，管它變成怎麼樣。」 [C2: 468/469]

### 3. 接受不完美

「之後你就會看待，接受更多不完美的東西。」 [C2: 51/52]



## 第四節 個案 D 適應問題概念分析

### 一、 個案概述

D 自求學期間即相當認同護理工作，在受教育的過程中，即嚮往護理教育所講求的「整全照顧」，相信護理是一種人性照顧而不是制式化的技術操作。在其進入安寧工作之後，感覺到這就是其所追求的護理工作，其在照顧上特別感到有意義，尤其在與病人有深切互動的時候。

在所面臨的問題方面，他自覺在基本的學理和照顧經驗較為不足，希望能增加自己工作經驗以加強之；心理靈性上的照顧問題，則希望透過更多課程的學習來增強因應的能力。（個案 D 適應問題概念可參考圖七）

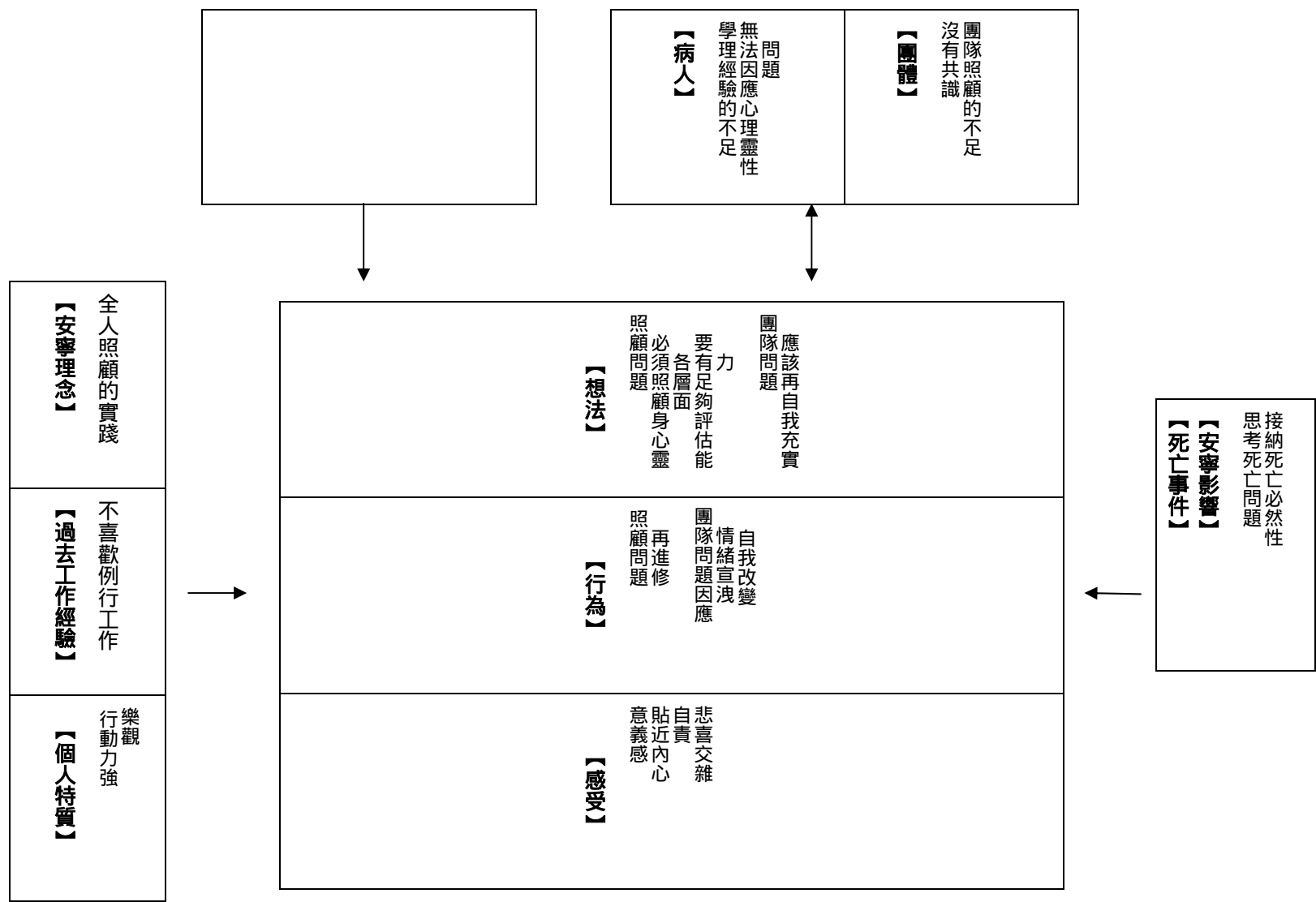
### 二、 適應問題

#### （一）病人照顧問題

##### 1. 學理經驗的不足

「因為我們的病人都是來自內外科的嘛，那你如果對那些內外科的疾病不熟，你這樣子 care 他們，我會覺得是很皮毛的東西，我會覺得自己做的不夠。」 [D1:83/86]

「最近因為臨床上遇到一些事情，自己覺得說自己是很不足的，自己的學理阿、經驗是不足的。」 [D1:181/182]



圖七：D 護士之適應行為架構圖

## 2. 無法因應心理靈性問題

「曾經有一個病人跟我講說：『我很難過...我再也不能吃東西了！』.....背後的東西可能在跟我講說，他不能夠接受，他已經要死亡的這件事情.....就是等於說我那個時候我剛好有抓到那個時機，可以跟他講更深入的東西，是有那個機會的；可是...我會覺得我沒有那個能力...我會不知道怎麼接下去，或是說怎麼樣去引導他去...看這一件事情，去面對死亡這一件事情。」

[D1: 318/325]

「我自己也蠻困擾要怎麼樣...充實...加強這一方面的東西，不過我會覺得像在跟病人的接觸上面阿，嗯...我會覺得好像有的時候只是很...表面的社會上的行為，就是只是跟他們...沒有辦法說能夠有更進一步心靈上的接觸這樣子，不過那個東西可能是必須要能夠...你先跟他們熟了才能有更深入的東西。」 [D1:339/344]

### (二) 團隊問題

#### 1. 沒有共識

「有一次一個病人他痛的很厲害，怎麼樣的針劑都壓不下來，然後那一次我上夜班，剛好那個時候我會覺得說...可是那個醫生並不覺得病人有那麼痛，而且他也不明白病人有那麼痛，那他又不給我們認為他應該要的藥物這樣子.....」 [D1:398/404]

#### 2. 團隊照顧的不足

「.....應該說，就像我說的，對於病人的心理層面、靈性的這種東西，我們做的很少。」 [D1:350/351]

### 三、適應行為中的想法

#### (一) 照顧問題

##### 1. 必須照顧身心靈各層面

「會覺得說其實安寧講『全人』嘛，那既然講全人的話你就必須要 care 到他的不只是生理層面，還有心理層面，靈性方面的東西，然後這種東西其實在我們學校本來就有講的，就是說你還必須要 care 到他的社會狀況阿，比如說像社心靈的部分阿，然後還有他的生理部分的東西。」 [D1: 209/215]

##### 2. 要有足夠評估能力

「我會有足夠的能力去評估病人的狀況發生，能夠有足夠的能力去看病人的這個時候我們可以給他怎麼樣的幫助，無論是生理方面、甚至是心理方面的。」

[D1: 314/316]

#### (二) 團隊問題

##### 1. 應該再自我充實

「覺得自己要多充實自己，所以不會想說因為外在的一些東西去影響自己去改變。」 [D1:413/415]

### 四、因應行為

#### (一) 照顧問題

##### 1. 再進修

「就像...其實我自己也有想要去多學一點社工教的東西，然後...或者是說像安寧基金會的一些課程，所以會去接觸。」 [D1:332/334]

「就是遇到有一兩個病人的情況在變化，病況在變化，那其實她是很基本的內外科的一些疾病.....實在遇到這樣的問題之後就開始在想，是不是真的有必要去別的病房好好加強自己的能力這樣子。」 [D1:188/197]

## (二) 團隊問題因應

### 1. 情緒宣洩

「我對這單位喜歡的程度大於那種不滿的程度，所以那種不滿的我會 complain、complain 一下。」 [D1:411/412]

### 2. 自我改變

「.....真的待不下去的感覺就是...覺得自己要多充實自己，所以不會想說因為外在的一些東西去影響自己去改變，反而是自己覺得不足的東西想要改變。」 [D1:413/415]

## 五、感受

### (一) 意義感

「要真的 care 到他的身心靈的部分，可是你只要說在一般病房來講的話，這根本不可能做得到的事情，那...所以我才會覺得在這樣的病房裡面，好像真的...比較接近我們學校講的...最...最...基本的護理這樣子，所以應該護理該做的事情，然後...自己會覺得...好像這樣的工作會讓自己有意義多了。」 [D1:94/98]

「.....我那個時候...病人跟我講說，我好難過，我都不能吃東西，那個病人跟我談到，我覺得跟他有那麼深的接觸的時候，我就覺得...我好像真的做到...我真的想做的護理，這樣做才是對的吧。所以那個時候會讓我覺得自己...工作的有意義，而不是單純的工作而已。」 [D1:432/435]

### (二) 貼近內心

「一個病人就...一個阿媽就跟我說，他女兒還叫我說要進去看阿媽，阿媽就一直握者我的手，『好幾天沒看到你了』(台語)，然後就一直...一直那種感覺會讓我覺得...或許是自己...自己受到重視吧，另一種感覺會覺得...真的像親人的感覺，然後那種感覺，好像會覺得自己很有成就感嗎？還是該說...

那樣的感覺會讓我覺得很貼心,就是等於說就像我說...跟病人的互動可以很深入的時候。」 [D1:426/432]

### (三) 自責

「.....我自己一直很不能釋懷的是說,為什麼我要拿病人來當試驗品,為什麼我的學習、我的經驗累積是這些病人累積來的,自己覺得說為什麼...自己很不能夠接受這樣的事情,雖然說在整個醫療的教育裡面就是必須是這樣子的;比如說很單純的我們要幫病人打針好了,找血管,那樣子好像病人也要痛上好幾次,從你...我的技術純熟是病人痛上好幾次才累積來的,這是小事嘛,可是大事我能夠判斷病人的那種 condition 的變化可能是已經累積了好幾個病人的遺憾,那種之後...我才能更確定我的判斷沒有錯誤這樣子,那個時候其實很不能夠接受這樣的事情.....」 [D1:447/457]

### (四) 悲喜交雜

「就是那個時候,就是那個阿公在我們病房其實住蠻久的,然後跟他其實,然後跟他其實蠻不錯的,然後跟他們家屬其實很熟,然後那一天阿公已經要求說...他要回家、他要回家,那結果後來...那天他是下午四點鐘回家的,小夜班那天下四點多回家的,隔天就看到他媳婦來,然後我就很奇怪媳婦怎麼會來,然後他就說阿公那天晚上十點往生,大家聽到都很驚訝,因為大家都覺得那天阿公精神還不錯,只是想回家,大家會覺得說怎麼會這樣子,怎麼會這麼快,難怪阿公一直想回家,然後自己聽到覺得很難過...怎麼會這樣子呢,其實一方面是很快樂,一方面又想到說其實在病房的時候阿公的一些互動的時候...對...然後自己就自然而然后就一直哭。」 [D1: 274/284]

## 六、影響護理人員適應之其他因素

### (一) 安寧理念

#### 1. 全人照顧的實踐

在 D 所受的護理教育中，對病人本應是整全的照顧，相較於其他病房的條件，安寧正符合了這樣的期許：

「如果在一般病房的話，那根本是不可能的事情，你光他生理就 care 不完，事情就做不完了，應該不大有時間再去 care 那些其他部分，所以我才會覺得說真正在這裡，才會比較像是...走安寧比較像是走護理的本質這樣。」

[D1:220/223]

## (二) 其他工作經驗

### 1. 不喜歡例行工作

「我會覺得說其實在一般病房每天你忙的工作就是很 routine，然後會變得...嗯...就像人家說畫家跟畫匠不一樣，就是有可能你做的事情...你在那邊做的事情，我都形容它好像機器人一樣，你可以不用有任何的感情，不用有任何的思考，反正你每天做的事情就是很 routine...很制式化這樣子，那我會覺得說那樣子...難怪說人家對護理會厭倦，可能是這樣子阿。」

[D1:106/110]

## (三) 個人特質

### 1. 行動力強

「其實我是那種想到要去做就去做的，不會想太多的。」 [D1:89/89]

### 2. 樂觀

「可能我是屬於那種...沒有辦法傷心難過太久的人...比較樂觀...然後也比較...藏不住話阿，然後...難過自己也不會 focus 太久這樣子。所以就...可能說那一個當下我很難過，可是...接下來可能那一件事情可能還是會擺在我心裡，就像現在有時候我還是會很想念某一個病人，可是我自己就不會覺得說那是一件難過的事情。」 [D1:514/520]

## (四) 安寧工作對個人的影響

### 1. 思考死亡問題

「之前都覺得像還是很遙遠的事情，對，是根本沒想過有這樣的事情，那後

來進來到這裡之後,更會覺得 那好像更是不一樣的 該怎麼說 其實應該說每個人都會面臨到這樣的事情,不管你幾歲,不管你年紀有多大。」[D1: 470/474]

## 2. 接納死亡必然性

「會覺得是病人在教我們死亡這條路要怎麼走,那 可能自己也都有去上一些課程啦,那自己也會覺得讓這條路是該走的。」[D1: 478/480]



## 第五節 個案 E 適應問題概念分析

### 一、個案概述

E 在認同組織和安寧理念的情形下進入安寧工作。他認為安寧是個技術與愛心並重的工作，對於過去多從事技術取向工作的他，在接觸安寧之後，覺得安寧照顧才是最接近護理本質的工作。

在實務上，他覺得護理人員面對的主要問題在照顧與團隊合作方面。照顧方面，護理人員多在靈性問題的因應上無足夠的能力，而臨終病人的「疼痛」是有其複雜性。在團隊問題上則是團隊合作的不足及成員投入程度不同。在照顧問題和團隊問題上，他認為成員的再進修是關鍵的因素。（個案 E 適應問題概念可參考圖八）

### 二、適應問題

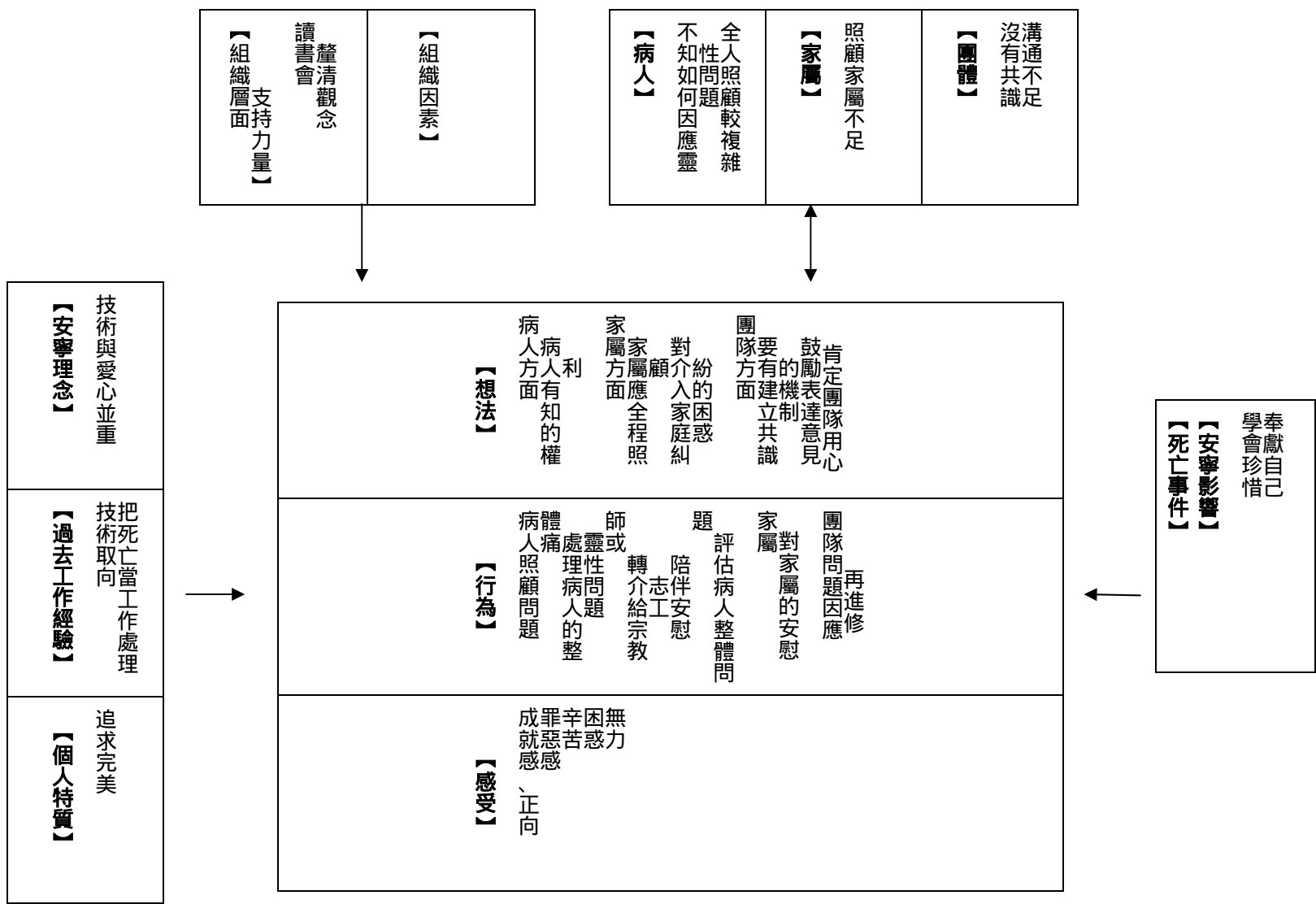
#### （一）病人照顧問題

##### 1. 不知如何因應靈性問題

「那因為有些...我會發現其實臨床的護理人員，還是有些部分人員是不敢去接觸...不敢去碰觸這個靈性的問題，可能他們有發現到，可是之後下去就沒有了。有些人就覺得...其實我覺得這是算少部分啦，少部分的人不敢去直接接觸這樣子。當接觸的時候他們也會遇到一些難題就是說，『嗯？到底我應該怎麼去做會比較好？』」 [E1:417/422]

##### 2. 全人照顧較複雜

「其實在癌症，他會講一個 total pain，不是只有他身體上的疼痛，還有包括他心理上的疼痛都算在裡面。以前就是說，好！我把身體上處理好就是 ok，可是現在他就是在心理上也會出現一些狀況呀。」 [E1:153/155]



圖八：E 護士之適應行為架構圖

## (二) 家屬方面

### 1. 照顧家屬不足

「很可惜的好像『全程』應該包括背後的一些悲傷關懷的部分，但是沒有辦法做到所有的病人都這樣，我覺得這是『全程』比較 weak 的。」 [E1:188/190]

## (三) 團隊問題

### 1. 沒有共識

「護理人員是第一線，那我們有時候觀察到一些狀況的時候，可能我們會...當然我們會做一些比較基本上的處理，在處理的時候假如有遇到一些困難點需要請相關人員來協助的時候，可能會遇到兩個人會有不同的感覺在，不是感覺...應該說不同的...譬如說我的認知裡面跟你的認知裡面是不一樣的，沒有做一個很好的交集那這樣的話就會變成說遇到更大的困難，那畢竟可能我們還是要尊重該專業人員.....」 [E1:379/385]

### 2. 溝通不足

「一些人達成共識，但在這些外面的人並沒有達成共識。但是這外面的人，其實我覺得也是蠻重要的。」 [E1:287/288]

## (四) 組織因素

E 提到與組織在溝通某些問題時，會遭遇限制：

「就我所知其實我覺得上面有上面的一個立場跟顧慮，比如說他們也有他們的限制跟困難。」 [E1:350/351]

## 三、適應行為中的想法

### (一) 病人方面

#### 1. 病人有知的權利

「其實我們這裡好多都會基於家屬的要求，就沒有去作進一步的病情告知，但是，其實在我覺得，我覺得說實在的，我覺得病人有知的權利。」 [E1:

973/975]

## (二) 家屬方面

### 1. 家屬應全程照顧

「我們的切入點應該是算從他們入院一直到...其實我們大部分一直算到他出院,不管他出院的形式是什麼,大部分是這樣。」 [E1: 187/188]

### 2. 對介入家庭糾紛的困惑

「比如說一個家庭糾紛,我覺得清官難斷家務事,家庭糾紛在他們長時間下來已經存在關係緊張的部分了,你真正介入的時候,會想說,真的要把它們關係緊張的部分消除掉嗎?」 [E1:155/158]

## (三) 團隊方面

### 1. 要有建立共識的機制

「應該要有團隊共識的機會,這個機會當然就是所有的人員去參與一個共同的個案討論會。這個部分這樣子就是說,針對這樣的個案的時候,可能大家會有不同的聲音,不管是建議或者是我能夠做什麼這樣子。那變成說彼此都把共同照顧這個病人提出來討論,那後來在建立一個大家共同的共識出來。」 [E1: 278/282]

### 2. 鼓勵表達意見

「醫師他們非常贊成護理人員的聲音出來,那我覺得這個部份就蠻重要的。」 [E1: 278/282]

### 3. 肯定團隊用心

「在我的認知裡面我覺得已經是做得還不錯了,不管有沒有一些人員的共同參與,我覺得以現實狀況我們真的很用心為這些病患這樣子。」 [E1: 320/322]

## 四、適應行為

### (一) 病人照顧問題

#### 1. 處理病人的整體痛

「當評估上他可能是有心理上的焦慮的話，我們這邊的處置，其實就是如果有時間的話，就是跟他坐下來好好談，去聽他那樣子；或甚至是去引導他那樣子出來，不可否認有時候或遇到比較難纏的病人的時候，可能就真的就給他稍微...藥物控制一下.....」 [E1:1097/1100]

#### 2. 靈性問題

##### (1) 轉介給宗教師或志工

遇到病人的靈性問題時，有時可以請宗教師支援，或轉介至其他專業人員或志工：

「在他（宗教師）還沒有來之前，我們也可能說去 sense 到病人有這樣的狀況，真的是隨時 call 他，聯絡如果是這樣的話，你可不可以過來協助這樣子。」 [E1:1127/1130]

「如果當他是生活上的一個困難點的話，可能就是請社工做處理，那如果說他是一個在...譬如說他可能是因為自己家庭生活...自己個性上的話，我覺得我們現在常常會...就是看現在有沒有適當的志工。」 [E1:1108/1111]

##### (2) 陪伴安慰

「我可能只會很中性化的跟他說，我說，你的病痛已經解脫了，就好好的...好好的走這樣子...對阿，然後...可能就是會在他旁邊，可能就會對他說...就說，你的某某人阿，到現在都一直陪在你旁邊這樣子。」 [E1:684/687]

#### 3. 評估病人整體問題

「基本上，那當然是去做整個...全部的評估，包括說他的主訴，護理來講有他所謂的主觀的資料跟客觀的資料，那這個主客觀資料的時候，其實我需要去...整個再整合，那整合的情況下那當然是說有些該技術本位的東西，

就是要以技術為先，但是有些...那可能就是用比較...比較輔助的東西來去幫病人這個忙這樣...對...就變成說我會依照這樣子的主客觀資料來作評估，再來去做應該給他什麼樣的措施.....」 [E1:1064/1070]

## (二) 家屬

### 1. 對家屬的安慰

「那其實...就跟他們說，妳也知道他生病已經那麼多...那麼久的一段時間了，她已經受盡了一些折磨，那她現在其實是一個...等於是說，其實他往生其實是一種解脫，能夠好好讓她去安心，那下一輩子就換一個好的身體來呀，那再做妳的誰誰誰，有時候會類似這樣一個說法出來這樣子，或者說...甚至是說，她如果真的不想...下輩子不想再繼續做人(笑)，我可能就跟他說，那她已經到西方極樂世界，那可能就是一個很好的一個環境呀.....」 [E1:649/655]

## (三) 團隊問題因應

### 1. 再進修

「應該是說其實你要不斷的去精進、去學習、去接受課程的一個...反正就是去上課、再去進修這樣子。那這個部分我覺得很重要，但有的人覺得他已經足夠了。」 [E1:232/234]

## 五、感受

### (一) 成就感、正向

關於個人的成長及幫助成員的成長，E 覺得：

「絕對有的，我覺得另外一個部分，很像也是自己的一個成就感的獲得.....」  
[E1:785/788]

### (二) 罪惡感

在照顧經驗中，團隊有時會遇到無法預期的狀況：

「我們自己工作人員會有那種罪惡感，就覺得說這樣一個病情的告知的方式，是不是造成他更快猝死這樣……」 [E1:959/961]

### (三) 辛苦

「說實在的，我會去參加安寧療護的受訓過程，我可能把我之前所做的照顧模式去做一個很大的改變。那 ok，其實我覺得在這個改變的過程之中會很辛苦啦。」 [E1:252/254]

### (四) 困惑

「當時我會覺得，好像是不是我們自己做錯了？」 [E1:941/941]

### (五) 無力

在團隊執行力上，E 曾感到：

「最大使不上力的地方喔...其實如果以我目前的角色來做這樣的事情的時候，我覺得最大使不上力的地方應該是說，我可能沒有太多的時間去 follow 這樣的動作。對...譬如說你可以發現病人他有這些的問題，那你就開始交代下去，不管是在臨床的護理人員身上或者是社工身上，或者是說在所謂的醫療這個部分，可能就只是 follow 下去。可是 follow 下去之後到底做得怎麼樣，有時候可能在結果的那個部份就會有一點點...有時候可能會覺得說，跟自己原先期待的地方會有一點點的差別，那他這些差別的時候就會想說到底是什麼因素所造成沒有辦法去完成。其實相對的在各個角色他們都會有他們退縮的地方，那有時候我會想說這些地方我會覺得使不上力。」 [E1:390/398]

## 六、影響護理人員適應之其他因素

### (一) 安寧理念

#### 1. 技術與愛心並重

「有時候我會覺得其實...好像像是...平等的感覺，因為，其實技術是一個，

我覺得，這是一個根本啊，對，那其他東西是在加進來的，那有時候會比較大的一個不同點就是說，像有工作經驗的一些護理人員來說的話，他們初到這個環境，其實還是一樣會以技術為本位，那...可是他們慢慢的，會去加入其他的，像你說的照顧者...像譬如說，要愛心、同理心，那樣子在慢慢加進來。」 [E1:1035/1040]

## (二) 過去工作經驗

### 1. 技術取向

「以前在臨床上所照顧的那些比較重症，比如說急診的病人來說，我會覺得說可能我不太清楚他的過去，我覺得不可否認我覺得那個時候好像把自己當成一個工...嗯...機器，照顧病人嘛，然後就做、做、做、做這樣子。」 [E1: 443/454]

### 2. 把死亡當工作處理

「以前對死亡的看法會覺得說其實就是一種無常，那甚至是把它當作一種工作在做這樣子。」 [E1: 451/452]

## (三) 個人特質

### 1. 追求完美

「不可否認我是一個完美主義者，然後我自我要求也很高.....」 [E1: 598/599]

## (四) 組織層面支持力量

### 1. 讀書會

#### (1) 釐清觀念

「我覺得有時候這些東西，我會想說，到底是之前就有了嗎？還是現在有了這樣一個模式這樣，那我覺得說實在的...在...之前可能會去覺得...可能沒有去想過這個東西，那現在會覺得說這個東西...這個觀念應該不是現在才有的，那只是現在更知道說，去運用一些方式來去運用.....妳更能夠釐清一些觀念或者是一些.....」 [E1:1196/1202]



## (五) 安寧工作對個人的影響

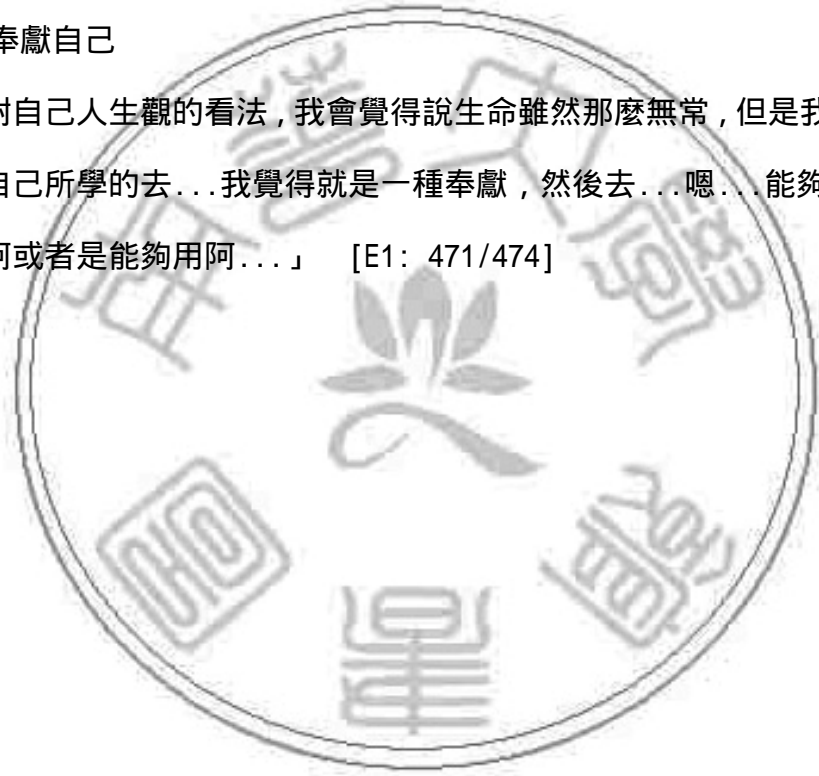
### 1. 學會珍惜

「這個部分我覺得也給我的成長很大，因為過去你沒有辦法聽到他們對自己後事的看法、對自己生命的回顧或者在生命的過程中給了他什麼成就這樣子。這個在過去可能沒有辦法聽到，但是在這邊我可以聽得到也可以感受到這樣子。那對自己來說，我會覺得說比較...珍惜周邊的一些朋友、親人然後甚至我覺得事情或者是物品，就是身邊的人、事、物你都會蠻珍惜的。」

[E1: 463/468]

### 2. 奉獻自己

「對自己人生觀的看法，我會覺得說生命雖然那麼無常，但是我可以好好把我自己所學的去...我覺得就是一種奉獻，然後去...嗯...能夠教阿、能夠學阿或者是能夠用阿...」 [E1: 471/474]



## 第五章 安寧護理人員適應問題

本章試圖為個案分析結果做跨案討論。第一節探討安寧護理人員所面對之主要問題，其次討論其問題結構；第二節則探討在問題之下護理人員的因應行為及相關看法與感受；第三節則試圖在問題結構下討論護理人員的適應歷程；最後則是關於研究主題的綜合討論。

### 第一節 適應問題

本節試圖歸納研究中安寧護理人員所面對的問題，首先歸納並區分出他們面對的問題主要在照顧場域中與其他人理念與角色期待的落差，可分為與病人之間的、與家屬之間的、與其他專業照顧者之間甚至醫療組織的限制等層面。除了外在環境中的限制之外，護理人員亦面對個人照顧模式調整的困難，而這個困難不僅僅在從過去以生理照顧為主轉換到顧及全人需求的差異，還包含病人臨終及死亡帶來的衝擊。

#### 一、問題概述

如果說護理人員對自己的角色期待是「應然」面，那麼其實際進入工作場域後的表現則是「實然」面。在實際工作中，護理人員能否按照其理念做到自己想做的？以資料內容來看，現實狀況總非盡如人意，護理人員似乎常常意識到外在環境的限制和個人能力的不足。以五位受訪者的經驗，其所覺知到的問題層面牽涉廣泛，有照顧能力問題、照顧問題複雜性、團隊問題、組織限制等等；若以互動對象區分，所歸結出的層面主要為病人方面、家屬方面、團隊方面、組織方面等四個層面（見表二），另外在社會方面則可能有來自社會文化或是個人人際支

持方面的壓力或支持，但影響較不直接。而這四個層面中尤以病人照顧及團隊方面所面臨的問題最多。

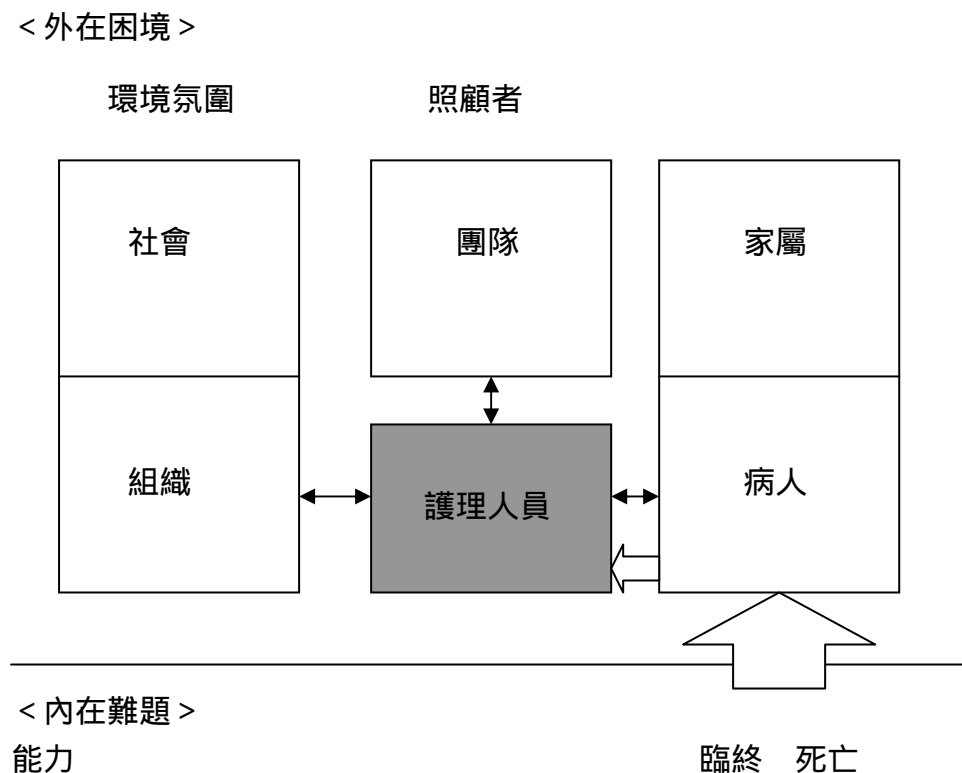
表二：適應問題概念比較表

	病人照顧問題	家屬問題	團隊問題
A	心理靈性照顧能力不足 評估需求能力不足	照顧期待的落差 家屬負面情緒	共識不足 溝通不足 角色地位低
B	生理照顧 症狀控制困難 病人照顧期待的落差 心理問題 溝通能力不足 照顧需要契機與時間 靈性問題 成效難以預期 難以互動 難以幫助病人面對死亡	照顧期待的落差 家屬負面情緒 未落實悲傷輔導	沒有共識 聯繫不足 缺乏溝通 負面情緒相互影響
C	需求評估的困難 照顧契機難以掌握 照顧成效難以預期 照顧期待的落差	較少發現家屬需求 未落實悲傷輔導	沒有共識 缺乏溝通 溝通無效
D	學理經驗不足 難以因應心理靈性問題		沒有共識 團隊合作照顧不足
E	不知如何因應心理靈性問題 全人照顧較複雜	較少照顧家屬	沒有共識 溝通不足

從資料中也可發現，護理人員與互動對象都有可能產生必須調適的問題，在這些林林總總的問題中，似乎可以歸類為外在環境及個人內在因素等兩層面。接下來研究者便試圖以「外在困境」及「內在難題」兩大層面分別對護理人員所面對問題做歸納及分析。

## 二、外在困境

安寧護理人員所處的環境為何呢？護理人員除了自己的安寧理念和對自己的角色期待之外，同時也面對了大環境中其他團隊成員以及被照顧者的理念和期待，當理念或對護理人員的角色期待上發生不一致的情形，便容易造成問題，需要互動及協調。以圖九來示意安寧護理人員所處的互動環境：



圖九：護理人員適應問題結構示意圖

在臨終照顧場域裡，若以護理人員為中心的角度來看，他的行為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；各個層面，包括護理人員本身，都有自己覺得要「如何幫助病人」和「應該做什麼」的各種想法。其中，家屬兼具照顧者與被照顧者的角色。如此一來，當外在環境不支持護理人員的想法，在事件中的關係者就都必須有所回應及調整；而角色期待之間的不一致，即產生了護理人員的角色衝突。

以研究資料來看，理念及想法不一致的情形是存在的，也是護理人員覺知的主要問題之一。護理人員與專業人員之間，容易產生照顧評估上的不同，例如同樣面對病人家庭關係衝突，有的人認為該制止，有人認為該協調；是否該讓病人保持意識的清醒或是身體的舒適？每個人可能都有自己的答案，尤其在臨終病人的照顧問題上，處置的適當與否往往沒有標準答案，而可能與相關人們的詮釋有關；從訪談資料中，也可發現護理人員與病人之間、與家屬之間也的確常有各自不同的照顧期待；與組織之間，也有因醫院組織規定與安寧理念間差距帶來的限制，因此，在受訪者與其他互動對象之間，不時存在著角色期待相互衝突的情形。

在期待不同的情形之下，便需要溝通以取得共識，但是相關涉入者各有自己的觀念、背景與經驗，要取得共識也不是那麼容易。當溝通越不容易，對護理人員而言，所感受到的困難也就越大。以本研究資料而言，護理人員對於與外在的溝通，無論是病人、家屬、團隊、組織，都存在一定的障礙，溝通的無效性，將強化問題結構的強度，若不能鬆動彼此意見上的分歧甚至對立，護理人員便陷於一定的環境限制中，故稱之為外在困境。

### 三、內在難題

受訪者面對的內在難題包含個人照顧能力的限制，主要來自角色轉換上能力的限制，除了病人生理症狀的複雜性增加，也有來自照顧病人整全需求帶來的挑戰，尤其在心理與靈性照顧方面，另一方面，死亡透過病人衝擊著受訪者的個人主體感受（圖九）。

#### （一）個人照顧能力的不足

在照顧問題方面，受訪者提到了「身體都不見得好處理」、「不知如何因應病人情緒」、「心理靈性最弱」、「不夠瞭解病人」、「內外科基本能力不足」等等，包含了基本的生理照顧能力和安寧護理中較被強調的心理靈性問題，顯示護理人員在個人部分，覺知到自己在照顧能力上還有加強的空間。

在能力不足上，比較常被提及的是心理及靈性問題，這是否反應了在照顧模式的轉換上，由原先強調生理照顧的模式轉換到全人模式的普遍困難？除了個人能力不足外，或許與臨終問題的複雜性與困難有關。

#### （二）臨終問題的複雜性與困難

臨終者的精神狀態與需求，有其本身的複雜性，是否造成了照顧者在照顧上的困難？排除外在理念的差異，照顧者之間的理念即使一致，也難以評斷照顧的成效；臨終病人身心靈整體需求的複雜性，並非護理人員過去所熟悉的生理照顧，可以有立竿見影的效果，護理人員不易評斷自己的作為有多少幫助，這些評估上的困難大致包含癌末病人無法治癒的技術問題、癌症病人「疼痛」的複雜性，以及對於死亡問題的難以瞭解。由此可知，護理人員內在所遭遇的問題，除了自己的照顧能力之外，可能來自於臨終問題本質上的難以掌握，造成護理人員在評估病人需求和照顧成效上的困難。

#### （三）病人臨終與死亡對護理人員的影響

此外，安寧的基本理念在於使病人「善終」，對病人的照顧「結果」是不可避免的死亡，病人對護理人員提出關於死亡的提問，是身為第一線照顧的護理人

員難以避免的問題。例如 A 提到「我們不曉得該怎麼去講什麼」、B 提到「你不曉得要說什麼，就走了」、「陪伴不是那麼好陪的」，C 覺得自己在面對病人時的回應是「這種話連自己都不接受，覺得怪怪的」，D 所提到「不知道怎麼引導他面對死亡」以及 E 的觀察則是護理人員會有「到底我應該怎麼去做會比較好？」的疑問等等，顯示病人的臨終與死亡對護理人員來說是一定的難題，而這恐非只是「照顧能力」的問題，但這卻牽動著護理人員內在主觀感受和想法，對這類問題的無法回應，成為其內在挫折與問題的一部份。

## 第二節 安寧護理人員之適應行為

本節試圖歸納受訪者在實際面對照顧問題時所表現的因應行為，包含面對問題的想法、行為及感受三個部分。

### 一、想法部分

安寧理念講求「四全」照顧，期待專業照顧者能回應臨終病人的「全人」需求，因此無論是生理、心理、社會及靈性問題等等，照顧者都需要有所覺察及回應，病人各方面的需求無法被切割式的看待。對於護理人員來說，原先的照顧模式及所被賦予的期待多在生理照顧方面，到了安寧之中，他們如何看待自己的角色，在照顧場域中發揮了哪些照顧功能呢？

在本研究的訪談資料中，發現受訪者在觀念上多認同安寧理念，接受其照顧模式，在認知上，所試圖去扮演的角色與安寧所期待的基本上是相同的，而從行為表現及對於照顧問題的想法歸納，可以大致一窺其所欲扮演的角色。

面對內外任的問題與挑戰，受訪者對於照顧問題上的看法與自己的角色期待似乎沒有什麼變化，也與安寧照顧所講求的理念一致，其看問題的角度、其想扮演的角色與原先所具有的理念沒有什麼差別。護理人員雖然遭遇問題，基本上仍覺知到自己應該顧及哪些層面的照顧以及基本上團隊應該合作的想法（參考表三）。歸納來說，他們普遍認同安寧照顧所說的「全人」照顧、「全隊」合作及同時照顧家屬的「全家」、「全程」照顧，比較值得注意的是在團隊合作的相關想法上似乎有趨於退縮的轉變，認為「環境難以改變」或許導致了「獨善其身」、「改變自己想法」的自我角色期待。

表三：〈想法〉概念比較表

	病人方面	家屬方面	團隊方面
A	讓病人善終 以病人角度看事情 實踐全人照顧	接受家屬感謝是種治療 面對家屬負面情緒 教導照顧	應該反應問題 問題歸因 角色地位低
B	以病人為中心 陪伴是重要的 照顧評估上的困惑	應該做悲傷輔導 不干涉病人家務事	團隊合作是重要的 團隊應協調、討論、溝通 問題是暫時的 難以改變他人 角色地位低
C	照顧是職責	應該照顧家屬	團隊必須合作 角色地位低
D	必須照顧身心靈各層面 要有足夠評估能力		應該再自我充實
E	病人有知的權力	家屬應全程照顧 對介入家庭糾紛的困惑	要有建立共識的機制 鼓勵表達意見 肯定團隊用心



## 二、行為部分

對於安寧護理的實踐，在實務上及面對理念與與實務間落差時，受訪者的行為表現如表四所示：

表四：〈因應行為〉概念比較表

	病人照顧問題	家屬問題	團隊問題
A	病人負面情緒—不知所措 —平和處理 強迫自己嘗試 病人臨終—反省自己死亡態度 —迴避 —安慰 試圖接受照顧挫折	順應家屬照顧期待 耐心平和面對負面情緒 接受感謝	溝通 自我省察
B	靈性問題—試圖陪伴 —中斷陪伴 —迴避臨終場景	改變自己 謹慎處理負面情緒	共識問題—討論 —閱讀 —溝通 溝通問題—獨善其身 —遵照醫囑 —自我說服
C	面對病人負面情緒 逐漸覺察病人需求 轉換評估模式 順應積極治療 靈性問題—陪伴 —協調 —順著回應		曾試圖表達 退縮 獨善其身
D	再進修		情緒宣洩 自我改變
E	處理病人整體痛 靈性問題—轉介 —陪伴安慰 評估病人整體問題	對家屬的安慰	再進修 參考其他團隊經驗

在這些對於適應問題的回應及平時行為表現上，研究者歸納出護理人員比較能積極回應的問題是「生理照顧」、「負面情緒」等問題，而採取消極迴避的問題主要在「心理照顧」、「靈性照顧」及「團隊問題」方面。

### 三、感受部分

在照顧工作中的感受部分，受訪者談到的感覺可將其歸納為正面、負面及其他（參考表五）。正面感受指的是個人感到能勝任角色、感受到支持及更有動力等，負面感受指的是角色扮演的挫折感及使個人不舒服的感受，其他則是並非直接有好壞感覺或較複雜的感受。受訪者正面的感受多來自照顧上的「喜悅」、「成就感」，在負面的感受和困惑，可發現與「死亡」或「臨終」相關的問題最容易引發護理人員情緒；其面對病人臨終精神狀態，容易產生「辛苦」、「擔心」、「無力」或「受傷」等感受；面對病人的死亡，則可能產生「麻木」、「無力感」、「絕望」、「自責」及「焦慮」等感受；對於該如何滿足病人靈性上需求及對於善終與否的評估，則容易感到「困惑」、「掙扎」。但值得注意的是，護理人員也提及照顧病人以及在互動上也讓其感受到「意義感」、「相互瞭解」、「貼心」、「悲傷」、「不捨」及「不同的成就感」等正面或非負面的感受，值得再做進一步探討。此外，對於團隊溝通或組織問題等外在因素則多感「無力」。

此外，研究者發現受訪者除了在角色扮演上有正負面感受外，還反應出他們在面對問題時觸及個人主觀內在的部分。若以角色扮演的層次來看，其在照顧問題最常感受到「辛苦」、「無力」、「成就感」、「自我實現」，在團隊問題上則多覺「無力」，在個人較深層內在部分則可能感到「麻木」、「絕望」、「焦慮」、「意義感」、「相互瞭解」、「貼心」、「悲傷」、「不捨」等感受。

表五：〈感受〉概念比較表

	角色層次	個人層次
<b>正面感受</b>	A 成就感—照顧病人 A 喜悅—照顧病人 B 快樂—照顧病人 B 有趣—照顧病人 E 成就感—照顧工作	C 意義感—照顧工作 D 意義感—照顧工作 病人互動 D 貼近內心—病人互動
<b>負面感受</b>	A 絕望—病人死亡 B 無力感—病情變化 病人死亡 負面情緒 B 憤怒—團隊問題 C 病人死亡—無力 E 罪惡感—病人死亡 E 無力—團隊合作	A 絕望—病人死亡 B 壓力—陪伴 B 掙扎矛盾—陪伴 B 受傷—病人家屬負面情緒 C 病人死亡—焦慮
<b>其他</b>	A 困惑—照顧理念 A 辛苦—照顧工作 A 悲喜交雜—病人死亡 D 自責—病情評估 D 悲喜交雜—病人死亡 E 辛苦—轉換照顧模式	A 辛苦—照顧工作 A 悲喜交雜—病人死亡 A 麻木—病人死亡 B 擔心—面對病人 C 病人靈性—困惑 C 病人死亡—不捨 D 悲喜交雜—病人死亡

#### 四、其他影響因素

除了問題的外在結構與內在難題外，個人因素對護理人員在適應上的影響力，其關連並不明顯。以「個人特質」來說，可能與其面對問題的積極性和消極性有關，例如以 D 為例，其自覺為「樂觀」、「有行動力」的個性，而以其因應行為來看，的確較易以積極的心態面對。「工作經歷」對比於安寧照顧，則可能與安寧工作的理念和感受相關。由於安寧工作的特性在於照顧臨終病人，因此「安寧工作對個人的影響」則可能與護理人員的個人成長或工作動力有關。

### 第三節 適應歷程

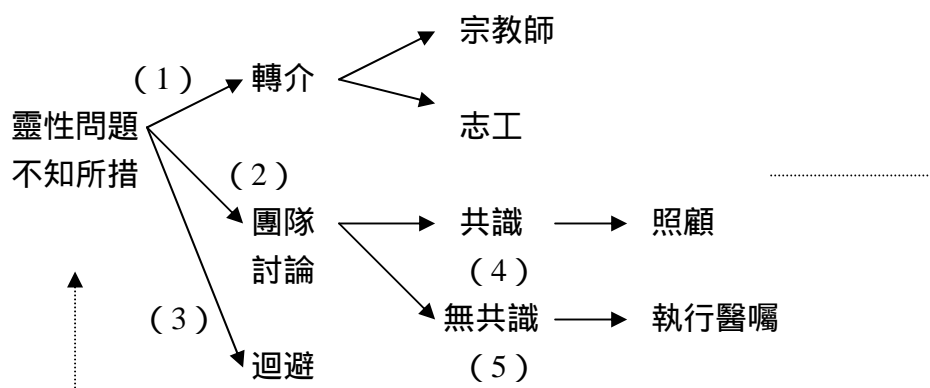
以整體適應歷程來看，或許由於適應本身所具之變化性大，故對於受訪者來說描述上並非那麼容易，得到的答案多是較概略的描述。A 提到「覺得一直都在調適」[A2:541/541]，B 感覺「在這個訓練當中，你就開始做，那就一直在轉」[B2:13/14]，對於團隊合作則是「大家都還在調適當中」[B2:39/39]，C 說道：「我也不知道是怎麼樣調整過來的，只能說你就是不停的更新吧。」[C2:372/373]，可見他們所覺知的調適的歷程是一不斷變動的過程，但這或許也暗示著問題與挑戰持續存在，故其必須不斷的做調整。

若如之前所提到的問題結構持續存在，護理人員勢必不斷面對外在環境的限制和內在問題的衝擊，而其中或許存在一定的因應模式。研究者認為，個人對於單一事件的因應乃至形成因應模式，可反映出長期適應的情形。綜合歸納受訪者的經驗行為，研究者試圖以靈性問題的因應來討論本研究中護理人員的角色適應。

#### < 想法 >

評估                      評估、協調                      團隊合作                      照顧執行

#### < 行為 >



#### < 感受 >

[角色]無力                      挫折                      無力感  
[個人]很深的接觸                      需要支持

圖十：靈性問題因應歷程圖

以病人靈性層面問題的處理為例，靈性問題諸如病人的死亡恐懼、死亡焦慮等，其形式和內容的多樣性和深度，通常讓護理人員感覺難以面對。面對病人對於死亡問題的提問和反應出的情緒，護理人員無法立即有所回應時，事情會是如何發展呢？而其在過程中所伴隨的想法和情緒又是什麼？

現以圖十來說明，當護理人員覺知到病人的靈性需求時，第一個感覺通常是「不知道該說什麼」、「不知道能幫助病人什麼」等不知所措的狀態，但在認知上，也就是在安寧理念和對自己的角色期待上，卻覺得這是全人照顧的一部份，是自己應該有所回應的，因此在角色扮演的層次上會有無力的感受；另一方面，病人的狀態似乎也觸動了護理人員自我的某個部分，使其產生「有壓力」等感受，同時，卻也可能感覺到與病人之間有深切的接觸。

感覺到自己的無能為力之後，護理人員可以扮演評估、協調的角色，尋求外在的協助；他可能馬上找宗教師或有經驗的志工來做進一步的瞭解或「處理」；或轉而反應至團隊，希望能藉由討論取得照顧的想法和共識；也可能就在不知所措的情形下，迴避了這個問題而沒有處理。在感受上，(1) (2) (見圖十)可說是回應了角色的任務，故在角色層面上不會有不好的感受；但是迴避則是在角色扮演上的挫折，在內在歸因的情形下，或許會有「自責」的感覺。而在個人較深層次感受上，可能延續面對病人反應時的感受。

從護理人員的角度來看，轉介與迴避都已使事情告一段落；除非護理人員參與團隊的討論。此時在想法上護理人員會希望得到瞭解，取得團隊的共識。此時團隊也許會有共識，也許不會，甚至問題不會被討論。在現實狀況方面，在團隊取得共識狀況下，將有進一步的照顧決定，此時護理人員應較無負面感受；若團隊之間沒有共識，討論溝通是無效的，護理人員則有無力、挫折的感覺。

在團隊溝通失效後，護理人員最後可能還是要繼續執行照顧，但在沒有共識的情形下，或許其對於最後的照顧決定並不認同，但仍須接受，這與護理人員傳統上執行醫囑的角色位置有關。面對理念與最後結果的落差，護理人員感受仍是無奈，甚至會有敢怒不敢言的情緒發生。在個人感受方面，內在衝擊在此過程中

仍無法得到疏解。至此對於照顧問題的反應告一段落，直到下一次遭遇類似問題及感受的發生。

以這個例子對照本研究中護理人員常面對的問題，可發現這樣的歷程由於團隊合作問題的發生，如經常性的溝通無效，使得護理人員越來越少採取（2）的做法，而導致其只能「做自己該做的」、「人家叫你做什麼就做什麼」，接受這個無能為力的事實。想法上則是自我內在歸因，覺得應該要改變自己，但由於主客觀條件的限制，使得對於病人的問題及自己的內在感受都無法有更進一步的處理。除去團隊溝通的解決方式，以護理人員來講，想法上覺得自己應對病人的靈性問題有所回應，但實際行為上卻可能只能扮演轉介、遵守醫囑及迴避的角色而無法覺得對病人有所幫助。

如此長久下來，溝通無效將強化問題的外在困境，在沒有其他支持或幫助之下，形成護理人員因應此問題的固定模式。而護理人員將在此層面的照顧問題上感覺角色扮演的挫折，同時在個人內在層次上逐漸有「麻木」、「絕望」的感受出現。

上述例子為單純情形的分析，實際上在因應歷程上會有更多發展的可能性，例如病人意願、家屬期待等其他因素的影響。此例只是企圖說明護理人員在內外因素交織下的問題因應歷程，及產生外在困境及內在難題的可能原因。

## 第四節 綜合討論

### 一、角色扮演與個人深層心理的關聯性

安寧護理人員帶著角色期待進入臨終照顧場域，遭遇了種種問題，致使其角色扮演上的挫折，然而，護理人員的適應，只是個角色扮演成功與否的問題嗎？

從資料中顯示，從事臨終病人的照顧工作，常常造成護理人員個人內在情緒的波動，為何會有這樣的波動，造成波動的是什麼，而這又會帶來其在工作適應或角色扮演上什麼樣的影響呢？

從研究資料中顯示，病人的臨終與死亡常觸動護理人員的想法與感受，也是讓護理人員覺得難以因應的主要問題之一。從感受之中我們可發現，護理人員如果只是基於「問題解決」、「角色扮演」的角度來看臨終照顧，理應只會有角色扮演上失敗的挫折感，但事實上，護理人員面對臨終病人時常有其他「悲傷」、「焦慮」、「不捨」、「貼心」等與照顧者個人主體有關的感受，有時也會用「麻木」來拒絕面對臨終病人的某種不舒服感受。除了角色扮演之外，這個較深的層面是什麼？研究者認為，這或許與臨終者為照顧者揭露出人的實存處境有關。

在臨終照顧場域中，人的實存處境可說是由病人的臨終狀態和死亡揭露出來，即是人的有限性及終究難免一死。病人所提出來的問題，如對死亡的提問，並不是病人「個人的問題」，而是人類共同的命運，包含照顧者在內，而這是生而為人皆無法迴避的問題，當死亡透過病人發出有聲或無言的提問時，護理人員感受到個人主體情緒上波動的可能原因即在於此。但以護理人員的處境來說，其與病人不同的是，病人已處在臨終的邊界經驗中，而護理人員一方面接觸病人而受到死亡衝擊，一方面仍存活於角色扮演的現實世界中，因此對其而言，死亡問題的遮蔽與揭露是交雜出現的，個人不見得會意識到這個問題。但當照顧者一旦覺察病人的提問也是「我的問題」，「我該怎麼辦」的時候，這樣的感受往往會觸及照顧者內心，照顧者與臨終者便處於一個共在的處境，其之間的關係已不再是單純的專業照顧者與臨終者，而是死亡課題上的命運共同體，資料中受訪者所提到的「有意義」、「深切的接觸」等關於個人較深感受、從事安寧工作的個人動機以及從事安寧工作對個人的種種影響，或許可以說明護理人員角色扮演的自我之下有更深層心理，及護病之間較深層關係的存在；也由於關於生命或死亡的種種問題，只能由個人回答，並沒有標準答案，或許是護理人員在這個層次上往往覺得使不上力的問題根源。

反過來說，在這個較深層次問題存在的情形下，是否會回過頭影響護理人員角色的扮演？或許我們可以從安寧照顧的目的來看。面對死亡問題、使病人善終是促成安寧照顧的起源，安寧病房與其他病房特性上最大的差異即在於願意正視生而為人終究一死的處境，不再將其視為醫療的挫敗，因此，與其說在臨終照顧場域中，面對病人的死亡事件是一種不可避免的常態，不如說面對病人的臨終及死亡就是安寧工作的基本目的。對於護理人員來說，要做好照顧工作，就是對病人的臨終處境有所回應，只是問題的困難點在於這個角色的「扮演」是涉及照顧者私人內在的部分，因此護理人員所面對的內在難題就是它並不只是角色扮演或「幫助他人」而已，而是與個別個體有深切關係的問題，護理人員要能回應病人，應該也要能面對自己，否則在較表層的角色扮演上也將無法回應。在本研究中，受訪者感受到自己的「不足」、「人生歷練不夠」以及認為「自我成長對照顧工作有幫助」等，可能與這個部分有關。

此外，死亡問題回應也需要契機，病人的靈性需求並非隨時隨地可由任一照顧者解決的「問題」，就如同 B 所謂「也要機會」、C 談到「聊天也不是那麼好聊的」，護理人員為第一線的照顧者，回應病人靈性需求的機會最多，契機稍縱即逝，護理人員與病人之間的互動關係也非其他人可取代。因此，臨終及死亡問題的影響層面，並非單純的照顧問題。以照顧者個人來說，個人內在的問題若無法釐清疏通，對於不斷面對病人臨終情境有形或無聲的提問，若無法與之共處或有所回應，長期之後，阻隔了自己內在的聲音，會有失去動力的感受；照顧工作上，影響角色功能的發揮，未善加利用護理人員在靈性照顧上的有利位置，這對照顧者的個人及照顧生涯乃至安寧工作的實踐都是不利的因素。

不過長期來看，護理人員無論對臨終問題對個人的衝擊性與重要性是否覺知，對於安寧工作對個人的影響，其所覺知的倒都是較正面的部分，如「更接納死亡」、「個性上的自我反省」、「學習奉獻及珍惜」、「接受不完美」、「柔軟、較不自我中心」等等，因此我們或許可說，臨終照顧場域對於所謂的照顧者與被照顧者來說都是一個成長契機，而死亡問題的面對需要長時間的內在涵養，護理人員



的內在成長有其個人及照顧工作上的重要性，且對於照顧工作上所能扮演角色是值得期待的。

## 二、外在支持條件的影響

在外在困境與內在難題的交互作用下，護理人員可以得到什麼樣的支持？以本研究受訪者在適應歷程中的感受來看，外在的支持與肯定多來自病人及家屬，專業照顧者之間，可能在同事間尋求人際上的情緒支持，但在團隊溝通時則面臨溝通無效及較少感受到正面的情緒。組織方面，有受訪者覺知到組織的規定凌駕於安寧的理念之上，組織要求的例行工作多；在社會層面，有受訪者感受到家人的避談死亡。

雖然病人及家屬常是肯定及回饋的來源，但並非穩定的因素，其常也是照顧問題和外在壓力的來源。在安寧病房的照顧情境下，病房環境的較固定因素應屬組織與團隊，以本研究來看，當外在環境所提供的支持不足時，如社會氛圍、組織規定與團隊合作上的不利因素較多時，護理人員除了在團隊合作上有退縮的行為和無力的感受之外，在問題歸因上傾向內在歸因，同時尋求自我幫助的方式。

所謂的適應指的是個人與環境互動的過程（王鐘和等，1988），當環境過於僵化時，個人會感受到適應的困難與無力感，如同前述，護理人員對問題的歸因多會提及自己，其如此認知，也許是對於環境難以改變，產生無力感之後的自我合理化想法；也可能問題因應的主要關鍵的確在自己個人本身，如之前討論的內在難題部分。以上一節之靈性問題因應歷程為例，護理人員內在所遭遇的角色挫折或個人衝擊，如果能在尋求團隊共識時得到足夠的同理和支持，相信對其所可能產生的負面感受能得到緩解，對個人及照顧工作上都會有相當的幫助；反之，則容易陷入逃避的惡性循環。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 研究結論

本研究以五位同質性高之安寧護理人員為深度訪談的對象，旨在瞭解安寧護理人員在角色轉換上所遭遇的問題及其因應行為。訪談資料以紮根理論之編碼分析方法，所得結論如下：

#### 一、安寧護理人員在照顧實務中的角色認知

本研究中安寧護理人員在實務工作中的角色期待基本上與安寧理念的期待是一致的，他們欲扮演的是全人照顧的角色，希望能照顧病人身、心、靈以及社會等各層面的需求；而這也通常與其認同安寧、願意進入安寧有關。

#### 二、安寧護理人員所覺知之主要問題

安寧護理人員進入實務工作，主要覺知到「病人照顧」、「家屬照顧」、「團隊合作」及「組織限制」四個層面的問題，其中以病人照顧及團隊合作上的困難較大。在病人照顧方面，以心理、靈性為其最常見之問題；團隊合作上則是共識與溝通的問題居多。

#### 三、安寧護理人員之適應行為

對於問題之因應，對應於其所覺知的問題困難度，護理人員在因應行為上以心理、靈性問題及團隊合作問題多採消極因應及內在歸因。在感受上，護理人員除了感受到角色扮演上的挫折之外，病人的死亡和臨終對個人內在心理造成一些

影響，而這是他們在過去工作經驗中所沒有感受到的。

#### **四、安寧護理人員所處之問題結構**

安寧護理人員與外在互動對象之間形成適應問題結構，主要來自照顧理念、角色期待上的不一致，外在環境越僵化沒有彈性，護理人員面臨的困難則越大；另一方面，護理人員也面對內在難題，其內涵為照顧能力不足、病人臨終問題複雜性及臨終與死亡的影響。

#### **五、安寧護理人員內在難題之內涵**

透過安寧護理人員適應歷程的探討，發現其感受上除了角色扮演的層次，臨終問題觸動護理人員內在更深的層次，可能與人的實存處境有關；而針對此層次感受的處理與否將影響護理人員外在角色扮演。內在難題內涵則值得進一步深究。

## **第二節 建議**

### **一、安寧照顧方面**

#### **(一) 教育訓練**

護理人員在角色扮演上的挫折，或許來自理念上錯誤的期待。護理人員主要執行生理照顧，卻又要因應其他各層面的病人需求，因此在教育理念上有必要釐清其角色功能，以免因不切實際的期待而帶來不必要的挫折。另一方面，死亡教育的再加強或許有助於護理人員在臨終場域中自處。

## （二）支持系統

由於安寧工作的照顧者面對的是常態性的死亡事件，其牽動照顧者內在深層感受，因此在外在環境上如何有效支持照顧者是應予重視的問題，安寧工作內在個人需求的不被重視，對於安寧工作的長期實踐可能是一個易被忽視的不利因素。

## 二、未來研究方向

### （一）研究主題

延伸本研究的結論，相關主題可再進一步的探究，如團隊溝通模式、安寧教育訓練的成效評估、護理人員在安寧工作中的個人成長、提供安寧專業照顧者的支持、護理人員角色定位問題的進一步澄清等等。

### （二）研究對象

由於本研究受訪者所具有的同質性高，在病房開設時間短的環境下、年輕、安寧工作資歷淺，因此本研究結果應適於討論護理人員較初期的階段性適應，研究發現之問題可能較易在類似的環境條件與個人條件之下發生；在病房開設時間、人員歷練及環境支持條件的變異下，安寧護理人員所面臨的角色扮演問題，則有待進一步研究。

## 參考文獻

### 中文資料

行政院衛生署，衛生統計資訊網，網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

山崎璋郎著，林真美譯（1994）。**一起面對生死**。台北：圓神。

王英偉（2000）。安寧緩和醫療—護理人員的新定位。**長庚護理**，11，2，80-84。

石世明（1999）。**臨留之際的靈魂—臨終照顧的心理剖面**。國立東華大學族群關係與文化研究研究所碩士論文，花蓮。

石世明（2000）。對臨終者的靈性照顧。**安寧療護雜誌**，5，2，P41-56。

石世明、余德慧（2001）。對臨終照顧的靈性考察。**中華心理衛生期刊**，14，1，1~36。

林明慧（1999）。癌末病患臨終期之安寧照護。**臨床醫療**，43，2，120-128。

林瑞欽（1988）。**師範生任教職志與其與其相關因素研究**。國立台灣大學教育研究所博士論文，台北。

巫雅菁（2000）。由「安寧緩和醫療條例」談臨終關懷及其諮商輔導。**諮商與輔導**，177，2-6。

李美華等譯（1998）。**社會科學研究方法**。台北：時英。

吳芝儀、廖梅花譯（2001）。**紮根理論研究方法**。嘉義：濤石。

吳芝儀、李奉儒譯（1995）。**質的評鑑與研究**。台北：桂冠。

吳淳肅（2000）。**中學導師面對學生死亡事件之心理歷程與處理方式初探**。私立南華大學生死學研究所碩士論文，嘉義。

吳庶深（2002）。醫療人員的生死教育。**hope**，31，36-40。

邱秀渝等（1995）。**臨終護理**。台北：匯華。

洪孟華（2000）。**教師角色知覺及其進修歷程之關係研究—以國小男性教師為例分析之**。私立南華大學教育社會學研究所碩士論文，嘉義。

- 胡幼慧編 (1996)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 俞筱鈞譯 (1996)。適應與心理衛生：人生週期之常態適應。台北：揚智文化。
- 許禮安 (1998)。心蓮心語。台北：慈濟道侶。
- 陳妤嘉 (2002)。現代醫療對臨終關懷的衝擊與省思。國立政治大學社會學研究所碩士論文，台北。
- 陳照訪、王璟璇 (2001)。一位瀕死病患之居家安寧護理經驗。護理雜誌 48, 1, 101-108。
- 郭為藩 (1979)。角色理論在教育學上的意義。師大教育研究所集刊, 13, 15-27。
- 張春興 (1991)。現代心理學。台北：東華。
- 彭懷真 (1994)。社會學概論。台北：洪葉。
- 詹錕鈺 (2000)。安寧療護在台灣。台北市醫師公會會刊, 44, 8, 4-7。
- 楊克平等著 (2000)。安寧與緩和療護學概念與實務。台北：偉華。
- 楊克平 (1999)。論緩和醫療之意義及其變化史。榮總護理, 16, 4, 357-363。
- 楊克平 (1998)。護理實務中之靈性照護。護理雜誌, 45, 3, 77-83。
- 楊勤熒、盧美秀 (1998)。人性關懷教育訓練對護理人員人性關懷知識、態度、行為影響的探討。護理研究, 6, 3, 206-217。
- 楊麗齡 (1992)。靈性護理的簡介。長庚護理, 4, 1, 9-16。
- 趙可式 (1999)。安寧療護的起源與發展。厚生, 8, 8-11。
- 趙可式 (1998)。精神衛生護理與靈性照護。護理雜誌, 45, 1, 16-20。
- 蔡昌雄 (2002)。促發模式及其在臨終照顧中應用的探討---以某區域教學醫院安寧病房的護理人員為例。論文發表於南華大學生死學系所主辦之第二屆現代生死學理論建構學術研討會，嘉義。
- 賴維淑 (2002)。晚期癌症病患面對臨終事件之感受與身、心、社會及靈性的需求。國立成功大學護理學研究所，台南。
- 蘇婉麗等 (1995)。陪伴一位癌症末期病人走完人生旅程。護理雜誌, 42, 4, 65-73。
- 釋惠敏 (1997)。靈性照顧與覺性照顧之異同。安寧療護, 5, 35-40。

## 英文資料

Allport,G.W. ( 1961 ) .*Pattern and Growth in Personality*.Holt.

Conrd,P.& Schneider,J.W.(1980).*Deviance and Medicalization:From Badness to Sickness*,St Louis:C.V.Mosby.

DavidsonG.W.(1985)*The hospice development and administration*.U.S.A:Hemisphere Publishing Corporation.

Hannelore Wass & Robert A.Neimeyer(1995),*Dying : Facing the Facts*,Washington:Taylor & Francis.

Jill C.C.(1990).*Nursing Education in Thanatology:A Curriculum Continuum*.New York:The Haworth Press.

Philip,A.M.& Chris Shilling ( 1993 ) .Modernity,Self-Identity,and the Sequestration of Death,*Sociology Vol.27,No.3*,p.411-431.

Ruszniewski,M.& Zivkovic,L.(1999).Difficulties faced by hospital palliative care teams.*European Journal of Palliative Care*,6,1,11-14.

Teresa C. M.(1999),*Hospice care and culture : a comparison of the hospice movement in the West and Japan*,Vermont:Ashgate,

Vachon ,M.L.S.(1998).Recent research into staff stress in palliative care. *European Journal of Palliative Care*,4,3,99-103.

Zola,I.K.(1972).Medicine as an Institution of Social Control,*Sociological Review*,20:487-504.

## 附錄一

### 編碼實例

文本	開放編碼	類別
<p>(註：N 為研究者，B 為受訪者)</p> <p>N：那你可不可以先講一下就是你對於護理的角色有什麼認知，到現在在安寧你認為說你在這邊你要扮演的是怎麼樣的角色，因為你剛剛講到因為可能每個人不一樣嘛，那對你而言呢？</p> <p>B：護理的角色 嗯 其實上來說喔，對我來說 角色 角色 就幾個層面來說，可能它是一個可以幫助別人 又可以賺錢這樣子，再來是說 再來說我覺得它其實上來說撇去一些雜七雜八只單純的 care 問題的話，我覺得它是蠻有趣的，而且</p> <p>N：如果只是以 care 來講是很有趣的</p> <p>B：對對對，而且以 care 或跟家屬病人互動就是說不管其他一個就是說人事上或是行政上的問題的話，除了其他額外要做的事情之外，其實它是蠻有趣的，而且它是一個 有時候都是一種未知的世界，然後你要去探索那樣的世界這樣子，你可能會跟很多很多病人講，有不同的緣分就是大小這樣子，你可以從那個當中你可以做一點調整，而且你看到一些東西 你自己 好的或不好的部分這樣子，又為什麼你對這個病人會怎樣 或覺得對這樣的事情或這樣的話感到有點 對這樣的人可能會有點反感這樣子，其實都反應自己內心的一個想法，其實語言就是一個很好的反省空間，然後 角色喔，其實也沒有說特別界定哪一個角色，因為對我來說好像就盡力去做就好了，因為基本上來說</p> <p>N：有沒有什麼是你覺得基本要做到的，就是有什麼是</p>	<p>幫助別人、賺錢</p> <p>照顧是蠻有趣的</p> <p>探索未知世界</p> <p>與機緣有關</p> <p>調整、自我省察</p> <p>沒有界定角色、盡力做</p>	<p>護理工作的功能</p> <p>護理工作的感受</p> <p>護理工作的感受</p> <p>護病關係</p> <p>護理工作的影響</p> <p>護理角色認知</p>



<p>我必須要去滿足病人期待的</p>		
<p>B：這個其實有點模糊界定，<u>嗯 其實我做起事來不會想很多，倒是會想說 有什麼可以幫忙的，可以去做這樣子。</u></p>	<p>角色模糊界定 不想很多、想自己能做的</p>	<p>護理角色認知 護理角色實踐</p>
<p>N：那醫院本身會不會有規定說你們應該要做什麼</p>		
<p>B：有有有</p>	<p>有規定</p>	<p>醫院對他們的角色期待</p>
<p>N：那你們可能也會具體或是模糊的反映出他們有哪些需要，會不會有這個部分？就是 你可以先說說一般的情況，就是在安寧之前，你可能會把自己工作界定的範圍是在哪裡？</p>		
<p>B：沒有特別界定 沒有說特別去特別界定什麼東西，<u>因為如果說我現在手頭上有著這麼多時間，多一點時間就多一點去做額外的事情，因為 我有點是閒不下來啦，還有</u></p>	<p>有時間就多做 閒不下來</p>	<p>護理工作態度 照顧行為歸因 個人特質</p>
<p>N：那什麼是分內的事情？</p>		
<p>B：<u>嗯 就是常規，routine 的東西，就是說比如說像打打針發發藥阿，如果說額外的東西像給病人按摩阿，那是可以讓病人舒服的，就是說你要花點時間，你需要多花時間跟心思去做，但是就是說這個東西是要你把真的事情做完才有辦法。</u></p>	<p>打針、發藥 按摩 花時間、心思、 完成例行工作</p>	<p>例行工作 額外工作 從事額外工作 條件</p>
<p>N：那在一般病房跟安寧病房的份內的有什麼不一樣？</p>		
<p>B：對我來說喔，我覺得其實是差不多，可能是多了幾樣按摩阿、芳香阿什麼東西而已，那</p>	<p>差不多、外加輔助療法</p>	<p>安寧病房特性</p>
<p>N：你是說安寧比一般的多了這些東西</p>		
<p>B：對對對，就是一些 extra 的東西，你會嘗試著用其他的方式處理，比如說吐，<u>噁心、嘔吐</u>你可能會用指壓的方式，那可是你以前沒有想過的，之前會想說直接讓他吐出來不要吸入性肺炎阿，或是打個止吐的什麼的這樣子，倒是很少想到別的這樣子，但是在安寧裡面很多很難控制的症狀，大概是跟外面的不能比，<u>外面的是你打個針，或是吐完就沒事了，那在這邊是</u></p>	<p>症狀處理方式不同 很多很難控制的 症狀</p>	<p>安寧病房特性 安寧病房特性</p>

<p>不一樣的。</p> <p>N：那一樣會吐，那考量的</p> <p>B：一樣會吐，但有時候不是打針就可以緩解的。</p> <p>N：是說在觀念上預設的不一樣？</p> <p>B：不是吧 應該不是，就是說，當然是出血我們的考量是不一樣，比如說在病房上，比如說胃出血、食道靜脈屈張我們可能去胃鏡室做個檢查手術或是說 on 個 spq 這樣子，可是事實上我們病房可能是打個止血針或是盡量不要讓他出血，或是出血之後不要那麼恐慌這個樣子。</p> <p>N：會不會是說你們對於病人的 因為是臨終的，你們的考慮不是在把它的症狀抵掉而已。</p> <p>B：沒有阿，症狀可以處理，但是<u>症狀是沒辦法處理的話，就以保守治療處理</u>這樣子</p> <p>N：保守</p> <p>B：對對對對，至少說 像是照胃鏡是不是會很不舒服，我們就會不建議這樣子，但是我們可能會用其他方式。</p> <p>N：所以可能是跟舒適有關</p> <p>B：對對對</p> <p>N：你們這邊就是會以舒適為主。</p> <p>B：對，而且，<u>嗯 在我們病房他可能也住院了一陣子，而且身體也 很辛苦，而且也轉移到很多地方，有很多</u>的症狀是會比較難去 control 的，很奇怪，或是說他一個 可能是屬於 total pain 的，就是說靈性上或心靈上一個關心，他一個心理上的困擾，或情緒上會影響他噁心、嘔吐阿，或疼痛阿等等等，所以他不是就單一個層面的，但事實上來說，你可以發現到說其實他的苦，除非他能跳出來，旁邊的人很難幫他跳出來，那 嗯 有時候阿除非他願意跳出來我們可以幫他，可是有時候在那個掙扎，在那個身體的病苦當</p>	<p>出血的處置</p> <p>保守治療</p> <p>以舒適為主</p> <p>症狀複雜</p> <p>心靈對生理症狀有影響</p> <p>病人痛苦他人難以幫助</p>	<p>病房的症狀控制</p> <p>病房的症狀控制</p> <p>病房的症狀控制</p> <p>病房病人疼痛的複雜性</p> <p>病人照顧上的課題</p>
---	---	--

<p>中 比較難啦，有時候是一種拔河，或是他的一個整個 而且人的一個習慣喔，有些人可能會有煩惱的習慣，那其實有時候不需要煩惱的還是很喜歡煩惱，那因為煩惱習慣了你叫他不煩惱他也會很痛苦，阿可是這時候那煩惱東西不會像以前一樣永無止境，可能是煩惱一個切身的問題，而且是無解的問題，那這個無解當中呢，心中的苦是蠻嚴重的，那大概是沒有一個 ending 這樣子，<u>有時候你很想幫他，有時候這些東西是沒有辦法勉強的。</u></p>	<p>對幫助病人煩惱 有心無力</p>	<p>照顧心靈要契機</p>
<p>N：這樣會不會對你造成一些壓力，或是 聽起來你好像有一些觀察，讓你有這一層的領悟</p>		
<p>B：壓力喔，當然會有壓力啦，因為就是說 嗯 可是 <u>有時候會反過來想說其實自己的都沒有辦法去 比如說自己知道一些壞習慣或比較負面的想法或問題</u> 在哪裡這樣子，那自己都不太能解決了何況是別人，其實說我也在找一個安頓的方式，不要說看到的時候不要這麼 擔心這樣子。</p>	<p>有壓力 自我反思</p>	<p>心靈照顧上的感受 照顧壓力的因應</p>
<p>N：你是說擔心病人？</p>		
<p>B：對對對，我會覺得說已經那麼辛苦了 因為一個病人的病苦不是只有折磨他自己而已，也是折磨他的家屬，也是讓他的家裡面不好過，因為通常旁邊的人看到也會不曉得怎麼辦，是一定可以預期的，<u>但是就是說 嗯 只能說做多少算多少，目前我只有這樣的能力阿對阿。</u></p>	<p>擔心 做多少算多少、承認能力限度</p>	<p>心靈照顧上的感受 對無法解決病人痛苦的因應</p>
<p>N：所謂做多少 你會採什麼態度？做什麼動作？</p>		
<p>B：什麼態度 我不曉得耶，<u>至少說我可以讓家屬覺得說我是很好叫的，就是你需要我的時候我隨時都可以，這樣子，那這樣的話我覺得他們會比較安心一點阿，而且有時候一種方式在每一個病人或家屬上並不是那麼通用啦，所以我覺得 嗯 現在還在尋找一些方式當中，只是說現在我大概能做到這一點，那就盡</u></p>	<p>隨傳隨到 病人家屬有個別差異</p>	<p>對無法解決病人痛苦的因應 照顧上的課題</p>

<p>量去做。</p> <p>N：那你可以多談談壓力嗎？怎麼面對病人或家屬，有這個部分嗎？來這邊會不會壓力比較大，就是指說病人也不能說是壓力啦，就是說一種衝擊或是一種感覺這樣子，在這邊好像要面對他們 一直走嘛對不對。</p> <p>B：<u>壓力</u>喔，壓力有時候阿 在情感，然後有時候阿在<u>安寧</u>裡面，你總是會遇到說 嗯 比較 跟你比較投緣的，那比較投緣的話有好有壞，你做事情他會很放心，但是他會對你很多的期待，有時候那種期待喔 可以不用理可是你還是會 care，人是互相的嘛，當他的病情有變化，那你不知道要怎麼做的時候，那種無力感會 就覺得 很大，那如果說是家屬很討厭你（苦笑），或是說病人很討厭你的話，那很無可奈何阿，你只能讓他討厭阿，阿只是說你可能做事會比較小心翼翼這樣子，因為有時候阿 嗯 被人家憤怒的一個牽拖，或是說發怒其實不是很舒服啦，所以有時候會盡量去避免啦，雖然我膽子蠻小的說真的（笑）。</p> <p>N：會受傷</p> <p>B：受傷喔，<u>受傷</u>是可以安慰自己說其實他是病人，其實他不是有意的，而且也可以看到說他背後的意義是什麼，可是有時候理性跟感性是分開來的。</p> <p>N：感覺上還是不舒服</p> <p>B：對對對。</p>	<p>壓力在個人情感</p> <p>對病人病情變化的無力感很大</p> <p>對照顧時的負面情緒感到無奈、不舒服</p> <p>小心翼翼、迴避膽小</p> <p>自我安慰、發掘意義</p>	<p>照顧工作的感受</p> <p>照顧工作的感受</p> <p>對病人家屬負面情緒的因應</p> <p>個人特質</p> <p>對病人家屬負面情緒的因應</p>
--	--	---

文本出處：[B2：55/171]