

南 華 大 學

生死學系

碩士論文

護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗

Subjective Experiences of Nursing students who
Encountered Patient Deaths for the First Time

研 究 生：張 仁 玉

指 導 教 授：黃 宣 宜 博 士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月

南 華 大 學

生死學系

碩士論文

護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗

Subjective Experiences of Nursing students who

Encountered Patient Deaths for the First Time

研究生：

經考試合格特此證明

口試委員：蔡明昌

張利中

指導教授：黃宜宜

系主任(所長)：蔡明昌

口試日期：中華民國

96年 6月 21日

摘要

照護瀕死病患是護理人員的職責。但照護瀕死病患往往會影響護生的生理及情緒反應，甚且影響護生將來照護瀕死病患的態度。護生被教導應該要提供病患及家屬在經歷哀傷時期的支持照護，但是護生及護士她們常常無法了解她們自身的哀傷及需求。因此，了解護生遭遇病患死亡的主觀經驗，以提供必要的協助，是不容忽視的重要議題。

本研究採描述性現象學質性研究法，探討 12 名護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗。資料收集採一對一深度訪談方式，並以 Colazzi 七大步驟方法進行資料分析。研究結果所呈現的三個主題(Themes)及其次主題(Sub-themes)，依序分別為：任務-瀕死期的照護（心驚膽顫、承受病人生命漸逝的難、全力以赴、自我肯定）；瓦解-面對病人死亡的處境（身陷其境、抽離與潰堤）；重組-調適期（餘悸猶存、逃避、體悟、釋懷、成長）。

建議提供護生初次遭遇病患死亡的相關協助，包含課室教學方面應提供適當的生死學與瀕死等相關課程。再者，於臨床教學中若護生遭遇病患死亡時，臨床所有指導人員應主動提供積極的協助與支持。

關鍵字：現象學、護生、初次、死亡、主觀經驗

Abstract

Taking care of the dying patient is nurses' responsibility. However taking care of the dying patients will affect nursing students' physical and emotional reactions, and even their attitude towards taking care of the dying patients.

Nursing students are taught to provide support and care to patients and their families during the grieving period, but nurses and student nurses often don't realize the need for their own grief. Therefore, understanding the subjective experiences of nursing students' encountering patient deaths in order to provide necessary help is an important matter that cannot be ignored.

This research uses the phenomenological qualitative methodology, and discusses the subjective experience of twelve nursing students who encountered patient deaths for the first time. Data is collected through in-depth one-on-one interviews. These semi-formal interviews were tape recorded and Colaizzi's phenomenological method of data analysis was used to account for nurse students' experiences.

The three themes and their sub-themes shown from the results are the following respectively:

Mission - the care during the dying period (fear, hardship of experiencing patient lives fading away, devotion with all efforts, and resolution), Collapse- Facing patients death situation (falls the difficult position, leaves and burn out), and Reorganization- accommodating period (aftershock, avoidance, realization, looking past, and growth).

The study's implications for nursing include proposed changes in nursing education related to death and dying within the classroom and clinical settings, that in the future the program of nursing care has to be extended. Moreover, it is essential for the staff nurses to provide helps and supports for nursing students when encountering patient deaths.

Keyword : phenomenological, nursing student, the first time, death, subjective experience.

目次

摘要.....	III
Abstract.....	IV
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與重要性	1
第二節 研究目的	3
第三節 名詞界定	3
第二章 文獻探討	5
第一節 護生與死亡相關研究之探討	5
第二節 護理死亡教育相關研究探討	9
第三節 瀕死照護經驗相關研究之探討	15
第四節 現象學理論及研究法探討	24
第三章 研究方法與實施	29
第一節 研究步驟	29
第二節 研究對象與資料搜集過程	30
第三節 研究工具	32
第四節 倫理考量與研究嚴謹度	33
第五節 資料的分析方法	35
第四章 研究結果與分析	37
第一節 研究對象描述	37
第二節 會談結果分析	39
第五章 討論	77
第一節 護生初次面對病患死亡「主觀經驗」之探討	77
第二節 護生初次面對病患死亡「情緒反應」之探討	79
第三節 護生初次面對病患死亡「支持需求」之探討	82
第六章 結論與建議	86
第一節 研究結論	86
第二節 研究的應用與建議	87
第三節 研究的限制	90
【附錄一】 訪談說明及同意書	91
【附錄二】 訪談大綱	92

參考文獻.....	93
壹、中文部份.....	93
貳、譯書部份.....	96
參、英文部分.....	96

第一章 緒論

本章共分爲三節，針對本研究關注的重點，說明研究背景與重要性、研究目的與解釋名詞。

第一節 研究背景與重要性

死亡是生命的一部份，是人生必經的過程。然而現今的社會、家庭結構模式、居住環境的改變，與醫療照護及喪葬等死亡相關活動的專業化，死亡已鮮少在家中出現，而是多發生在醫院或其他醫療院所。死亡與醫院如此密不可分的情況之下，對於專業護理人員來說會較一般人有更多的機會面對死亡事件。然而，照護瀕死病患對於一位專業護士來說，它是一個非常基本的職責（Degner & Gow, 1988），加上安寧緩和照護理念的推展，臨床護理人員面對臨終病人，必需提供許多身體、心理上、情緒、靈性方面的照護，也必須能協助家屬面對死亡及度過哀慟。但是，在我們的社會中仍然視「死亡」爲禁忌，盡量地避免去思考以及談論它。於國外的文獻中也指出護理學生普遍認爲死亡是離她們還很遙遠的事，且她們大都尚未經歷過他人的死亡或接觸到臨終者，死亡似乎有愈來愈被隔離疏遠的趨勢（Newsome & Dickinson, 2000）。

護生是未來的護理人員，如果她們在成長的時候就被保護著不受死亡威脅，當面臨到死亡事件時，可能會將死亡視爲不正常且悲慘的、是不應該的與不被期望的生命終點，甚至她們會把醫院當成使人們康復的地方。於相關文獻探討發現多數護生仍然覺得沒有接受到充足的準備去面對臨終病患及家屬，在照護瀕死病患的過程中她們普遍都表達是感到焦慮的（藍育慧，1995；Morgan, 1997；王麗鳳，2001；Zgaga, 2004；Kwekkeboom, 2005；Connell, 2006）。然而護理人員的死亡態度將會影響她們照護瀕死病患時的態度（Rooda, Clements & Jordan, 1999），且國內多位學者（藍育慧，1995；顧艷秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000）提出護理人員如果無法接受死亡，在照護瀕死病患時，會產生個人及專業角色

的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作的質與量，不能滿足病患的生理和心理之需求。以上這些都意謂著護理教育者和臨床指導者最大的挑戰，必須要為護生們作好準備面對死亡的事實和面對死亡的人，進而能提供相關有品質的照護。

研究者從事血液腫瘤科的臨床教師多年，注意到投入專業領域的護理學生面對臨終個案，於提供瀕死病患護理時感到不自在，掙扎於個人面對死亡與瀕死負面的問題，護生本身的害怕和退縮等負面情緒將阻斷幫助病人的熱忱和潛能，無法給予病人適時地協助；無論如何遭遇病患死亡的事件確實使她們有所改變，而照護瀕死病患或是病患的死亡也已經成為她們在血液腫瘤科實習經歷的一部分。Kubler Ross (1971) 主張「護士個人須正視自己對死亡及瀕死的態度，才能於協助病人時，不會感到焦慮與不適，且能領會、處理個人對死亡的感覺，不致阻礙協助瀕死患者的過程」。Allen 等(1986)將實務上的練習解釋為經驗與理論的互動；能使她們了解到知識不僅由理論中得來(知道為何物)，同樣的，也能由練習中獲得(知道如何做)。因此護生需要將面對病患生命的消逝，甚至會介入家屬的悲傷歷程照護的經驗反映出來，使她們能夠了解並從中再學習到這些經驗；故護生在即將進入如此艱鉅工作前的學習階段，及早認識及瞭解護生面對瀕死病人的反應、問題與困難，將有莫大的助益。

然而質性研究是一種透過收集人的生活經驗，進一步發現其所產生的意義並了解現象，以獲得真理的一種方式(Denzin & Lincoln, 1994)。藉由個體遭遇一個特殊現象的經驗，可以去揭露生活中處境的意義 (Streubert & Carpenter, 1995)；因此要真實地了解一個現象，必須去發現參與者的經驗中全部有意義的部分。且現象學重點集中在各種意義的特定架構，如此更容易地根據在人們之間所發生的事，抓住的那些事情的焦點及意義(Van Manen, 1990)，如同護生照護一位瀕死病人以及家屬特定處境的親身經驗，雖然這些學生尚未是專家，或是對於整體性的照護有些困難，但她們仍然非常貼近的接觸到瀕死的病人及死亡的情況，且第一次遭遇他人的死亡經驗，常常是令人印象深刻，清晰強烈且是終身難忘的 (Dickinson, 1992)，將形成精確的死亡經驗記憶 (Chen, 2002；陳錫琦, 2001)，她們能瞭解有哪些情況會發生。

再者，國內探討護生與死亡教育之相關研究，大都以量性研究方式評量護生的死亡和瀕死態度，和評量其教育策略的成效，以做為未來護生死亡教育課程內容之參考（藍育慧、李選，1997；紀惠馨，1999；程秀玲，2000；莊淑茹，2000；顏淑慧，2001；董文香，2002；宋淑鈴，2004；李彬，2004），對於護生與病患死亡相關的質性研究較少。研究者認為也許在死亡教育課程被推行、評估之前，課程的設計需基於護生照護瀕死及死亡病人真實的經驗與意義，護生將對死亡及瀕死有更好的準備；故研究者希望透過此研究，瞭解護生初次面對病人死亡的主觀經驗，反應她們對於死亡相關的專業實務上的需求，將有助護生正視自己對死亡及瀕死的態度，以及臨床指導老師及護理人員能適時地協助護生，並做為學校教師死亡教育的課程安排參考，以增強其照顧瀕死病人的能力。

第二節 研究目的

依據上述之研究問題的探討，本研究之研究目的：

- 一、了解護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗。
- 二、綜合以上結果，探討護生第一次經驗病患死亡在死亡教育上的意義。期能將研究結果提供死亡教育課程安排及臨床指導教師、臨床護理人員等參考；增進實習護生初次經驗病患死亡之因應適應，提升照護瀕死及死亡病患品質。

第三節 名詞界定

有關本研究所欲探討之主題，擬以引用文獻中的定義或研究者個人所下之「操作性定義」，作為名詞定義之界定：

- 一、主觀經驗（subjective experience）

指個案藉由記憶、回溯，主觀描述其所經歷的經驗（Orew, 1993）。個體對於一個狀態、

處境的關注的完全看法和感覺，說明其中什麼是真實的和有意義（Streubert & Carpenter, 1995）。在此研究中，主觀經驗所指的是護生第一次面對瀕死及死亡病患事件的經驗內容。

二、護理學生

本研究所指的護理學生（護生），係指於中部某醫護科技大學的五專、四技、二技等學制護理學科（系）學生，至中部某醫學中心血液腫瘤科病房實習的護生。

三、病患死亡

指由主治醫師確定病人心跳、循環和呼吸皆停止，瞳孔反射和意識反應等所有腦幹反射都消失（Whaley, 1982）。

四、初次遭遇病患死亡經驗

護生於所有各科別（內科、外科、產科、兒科---）的照護實習過程中，第一次遭遇到住院病患死亡過程的經驗。

第二章 文獻探討

本章節的文獻探討主要分為四個方向對研究主題進行相關性之文獻探討（一）護生與死亡相關研究之探討（二）護理死亡教育相關研究探討（三）護生與瀕死照護經驗相關研究之探討（四）現象學理論及研究方法探討。

第一節 護生與死亡相關研究之探討

壹、護生的死亡概念

死亡是人生必經的路程，死亡也是每個人會面臨的課題，每個階段對死亡的看法會隨著認知的發展不同而有所改變（Speece & Brent, 1984），本研究之「護理學生」主要以科技大學之五專、二技與四技之學生為對象，年齡介於 18-21 歲之間，即是 Erikson(1963)的心理社會發展論中的「青少年的晚期」，介於未成熟的兒童期和成熟青年期之間的一個過渡性的發展階段，在這個階段中一個人的身心以及社會行為等方面都有急速的變化，每一個人的發展速度不同但發展的過程是一樣的。青少年期的重大改變是必須適應並與過去做連結，否則對於未來充滿不確定感與不安。尤其是自我認同的任務在青年期特別的迫切，將過去、現在經驗與未來的期望做一個統整，如果能克服認同的危機，建立自我，則可以成為統整成熟的個體（柯華葳，1991）。

理論上此時期青少年已經發展抽象思考的能力，但是不一定達到成人般成熟的死亡概念（Balk & Corr, 1996），仍受個人經驗的影響。尤其當青少年在面臨危機或處於威脅情境時，常退回具體思考的方式（Noppe & Noppe, 1996）。例如，青少年雖然了解死亡的普遍性其冒險行為是認為「死亡不會發生在自己身上」，成為逃避面對死亡現實的策略。或是青少年了解死亡之不可逆與無功能性，卻又會對死後的世界和輪迴充滿想像。他們能了解生物體一旦死亡，其肉體無法再復活、所有生物機能也就停止、是生物必會死亡，且死亡必有其「自發因素」或「外力因素」（張春興，1996；Noppe & Noppe, 1996；Wass, 1995）。孫惠玲、楊嘉玲（2002）研究提出護專學生具有包括普遍性、機能性、不可逆性、原因性

及賦予死亡意義等五大主要之死亡概念。她們知道死亡的普遍性及不可避免性，但它是和自己遙遠的、是人為的、是可以小心防範的。Newsome（2000）研究也提出 521 位參與安寧照護的大學學生他們對於死亡的感受似乎感到是疏遠的，死亡不應該發生在他們這個年齡；當一個人變老，瀕死與死亡才會真實地發生。

綜合上述相關文獻，本研究對象的護生，屬於青少年晚期的階段，依發展的角度來看，這時期的護生已有成熟的死亡概念，她們了解死亡的自然性，但是當面臨危機或處於威脅情境時，常退回具體思考的方式。然而，自我認同的任務在青年期特別的迫切，護生必須能將面對病患死亡的經驗與過去、未來的期望做一個統整，克服認同的危機，以建立自我為一成熟的個體。

貳、護生死亡態度相關研究之探討

一、死亡態度

「死亡態度」包括對死亡的認知、情感與意向三個層面，意即指對死亡的了解、信念（認知）、好惡、情緒、感受及實際的反應或行動。死亡態度當不只是對死亡較負面的「恐懼」或「焦慮」的層面而已，應亦同時包含其他正向的態度如「接受」等（張淑美，1996；廖芳娟，2000）。在心理層次而言，恐懼(fear)乃是指因感受到外在之刺激或實際危險的存在，而產生害怕的感覺，是有真正且具體的對象，可以說是對外界事物之直接心理反應。而焦慮(anxiety)則是隱藏在心理預料中的想像，似乎可能將會遇到危險的事情而感到焦慮不安，是沒有實際之外在危險的對象，只是自己對著自己的內心預料、想像而呈現之心理反應(張春興，1996)。死亡態度乃個體對死亡發生現象所抱持的各種信念與感受，此信念與感受的內涵相當複雜與廣泛，若要探討個體對死亡之態度則需同時考量到個體與經驗、環境等交互作用。

死亡態度涵括以下四個層面：1.害怕死亡、瀕死：對死亡、瀕死過程有負向的想法及情感，對生活教持負向態度 2.趨向導向：將死亡視為通向幸福來生的道路，對生活持較樂

觀正向的展望態度 3.逃避導向：將死亡視為解脫痛苦的途徑，對生活持較負面的態度 4.接受死亡自然性：既不歡迎死亡，亦不會感到害怕，只視為一項事實（Gesser,Wong & Reker, 1987）。廖芳娟（2000）研究指出死亡態度是個體對死亡的種種情緒喜惡之傾向，包括各種對死亡的恐懼、焦慮、威脅、否認、逃避、關切、接受、乃至好奇與關心、無所謂等等，通常死亡態度包含死亡恐懼、死亡接受、死亡逃避等重要面向。Holcomb Neimeyer & Moore（1993）亦支持人們對死亡態度頗為複雜，各種正向與負向的情緒與感受可能同時存在；Gesser 等人（1987，1994）進一步提出人們對死亡的接受應有三種不同的層面：中性接受、逃離接受、趨近接受，且他們發現死亡逃避普遍存在於他們的成人受試者中，所以他們（Gesser, Wong & Reker, 1994）提出五個向度的死亡態度：1.死亡恐懼：對死亡所引起情感上的恐懼，2.死亡逃避：逃避去想或討論死亡，以降低其死亡焦慮，3.中性死亡接受：相信死亡是生命歷程的一部分，既不歡迎也不拒絕，4.趨近導向死亡接受：相信死後仍有來生，且有快樂的未來，與 5.逃離導向接受：如果個人認為生命充滿痛苦與災難，期望從死亡獲得解脫（引自吳慧敏，2001）。

綜合上述死亡態度相關探討，死亡態度分為五部分，包括「害怕死亡、瀕死」；「逃避死亡」；「中性死亡接受」；「趨近導向死亡接受」；「逃離導向死亡接受」，各種正向與負向的情緒與感受可能同時存在。「死亡態度」包括對死亡的認知、情感與意向三個層面，此信念與感受的內涵相當複雜與廣泛，若要探討個體對死亡之態度則需同時考量到個體與經驗、環境等交互作用。

二、護生的死亡態度

藍育慧（1995）研究指出具有臨床經驗之護生，在死亡恐懼方面：雖表示並不畏懼個人的死亡，但面對個人瀕死恐懼度卻最高，主要受到瀕死過程身體功能退化及痛苦所影響，再則面對親密者死亡的恐懼，是因失去關係所帶來的失落感；在死亡態度方面：以接受死亡自然性的態度傾向最高，接受凡是人都會死及死亡是生命過程的一部份。

顧豔秋（1997）於《北部某護專學生對死亡所持態度之探討》以量性研究方式評量護

生死亡態度，其結論為護生接觸關係密切者的死亡，感受到瀕死過程的痛苦，因而個人瀕死的面對恐懼度較高。在死亡態度方面，傾向接受死亡的自然性，視死亡為生命過程的一部份。宗教信仰及家中是否談論死亡等變項並不對死亡恐懼及死亡態度造成影響；接觸死亡經驗、關係密切者的死亡經驗、照顧瀕死病人與否的經驗、照顧瀕死病人人數的多寡，對死亡恐懼及死亡態度沒有顯著影響。

陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠（2000）以死亡態度量表針對 827 名護生進行評量，探討護理學校學生的死亡態度，研究結果發現死亡態度分佈以「中性的死亡接受性」得分最高，並指出中性的死亡接受性態度因以下變項之不同而有顯著差異：常有自殺念頭者、父母親婚姻狀況為離婚分居或喪偶者、家中曾有患重病或瀕死病人經驗者、接觸傳播媒體報導有關死亡的內容較多者，曾接受有關的死亡教育課程較多者、較經常閱讀有關討論死亡的書或文章者，以及同意「儒家說」的死亡觀點有較高的中性的死亡接受性。

顏淑慧（2001）「二年級學生比一年級對死亡逃避較低」、「經常利用空餘時間參加宗教活動者，對死亡之自然接受較高」、「而自覺身心健康（極佳或佳）者，對死亡的趨近接受比自覺身心健康狀況（差或極差）者高」、「有參加過葬禮者，其死亡逃避低於沒有參加過葬禮者」、「曾接觸大眾傳播媒體有關死亡的報導者，其死亡恐懼、死亡逃避，顯著低於沒有此經驗者」、「曾閱讀有關討論死亡的書或文章者，在死亡恐懼、死亡逃避方面，顯著低於沒有閱讀經驗者」、「家庭中對死亡討論氣氛很坦然公開者，其死亡恐懼和死亡逃避，較家庭中從未討論過死亡，或盡量避免討論死亡只有在必要時才說者顯著偏低，而對死亡的自然接受則明顯較認同」。護專學生死亡態度之內容分析發現護專學生之死亡態度可分為八個類別：負面評價、疑惑不解、陌生遙遠、漠視嘲諷、自然評價、輪迴善惡之說、關切好奇與正面評價。護專學生之死亡態度以自然評價為主，負面評價次之。

綜合上述相關文獻，護生在死亡態度方面傾向接受死亡的自然性及視死亡是生命過程的一部份（藍育慧，1995；顧艷秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000），護生置身在瀕死與死亡之不可避免的壓力情境時，個人對死亡的恐懼與態度不免受個人的環境經驗背景與專業教育因素之影響。護專學生之死亡態度具有正負面等評價。

第二節 護理死亡教育相關研究探討

壹、 死亡教育的定義

近年來，與「生死大事」相關的死亡教育（death education）、生死學(thanatology)、生命教育（life education）、臨終關懷（End of life care）、安寧照顧（hospice care）等，逐漸受到國人的重視；教育部也將與生死學密切相關的「生命教育」，列為重要政策來推行，並在學術機關及民間團體的推展下已普及開來。可見國人對生死或生命問題不只是關心，也有受教育的需求，且願意去尋求這方面的教育。與「生死大事」有關的學術研究，主要有死亡學（studies of death and dying : thanatology）與死亡教育。死亡學是研究死亡與瀕死的學問；在死亡中研究生命的最後（Kastenbaum, 1995），所探討的是與死亡相關的行為、思想、感受以及現象（Kastenbaum, 1989）。促進個人覺醒到死亡在其生命中所扮演的角色之歷程，並提供結構性課程協助學生檢視這件事實，將之統合融於自己的生活中（Kurlychek, 1977），使人在價值、動機及目的上能受到影響（Leviton, 1999）；或是探討各種與死亡相關問題的教育，或有關死亡、瀕死與哀慟的教育（CorrNab & Corr, 2000）。Wass,Corr and Pacholski(1980) 以教導死亡為主題的正式教學或團體教學，它應包含了教學目標、課程內容、教學方法以及教學評鑑。亦可廣義地包括非正式的、偶發的、自然的、定期、不定期的和非直接的與死亡相關的教學。以死亡的意義、死亡態度和因應死亡的方法作為焦點在一個課程或課程的一部分(Morgan, 2001)。也是一種預防教學，以減少各式各樣因死亡而引起的問題，並進一步增進人們對生命的欣賞，是從如心理學、精神、經濟、法律等不同層面，增進人們對死亡的意識（Fruehling, 1982）。Glass and Trent(1982)也指出死亡教育所探討的不止是死亡本身的問題，更包含了人們對自己及身處的這個世界的感覺與情感。也應探討我們的價值觀、理想和人們之間的人際關係，以及人們與這個世界的關係，死亡教育幫助人們深入思考這些問題，並增進了人們生命及人際關係的品質。

國內學者張淑美 (1989)認為死亡教育係指探究死亡、瀕死與生命關係的歷程，能增進人們醒覺生命意義，並提供人們檢視死亡的真實性及其在人生當中所扮演的角色與重要性。其目的在於幫助人們以虔誠、理解及莊嚴的態度面對死亡及死亡準備。其實施應是具

目標性的正式或非正式的死亡相關主題的教育活動。其宗旨在於使人掌握健康而積極的生命觀，以創造積極而有意義的人生。陳芳玲(2000)它是一門以死亡相關現象、思想、情感及行為為主題，探知如何學習與教學的學科，其重點在學習者如何學及教學者如何教。

綜合上述對死亡教育之探討發現，對死亡教育的定義雖然常因學者時代背景及專業領域等的不同而有不同觀點，但對藉由對死亡的探討，可以讓人們珍惜生命，建立積極的人生觀，提升生命品質，創造更有意的人生的看法則有相同的觀點。

貳、死亡教育的目標

基本上「死亡教育」是由不同學科所互相整合的領域，其所涵括的範圍包括一切涉及瀕死與死亡的問題、知識與領域。所以死亡教育所包含的內容相當廣泛，凡從宗教哲學、心理學、社會學、人類學、醫學、生物學、經濟學、法律、倫理學、文學藝術等眾觀點所探討的死亡教育相關問題，都是「死亡教育」學科所欲探討研究的內容（黃天中，1992）。許多學者對死亡教育內容的主張，多源自 Leviton(1969)的三個層面：包括「死亡的本質」、「對死亡及瀕死的態度和其引起的情緒問題」、「對死亡及瀕死的調適」等相關的主題。

針對護校學生，曾煥棠（1999）提出相當完整的生死學教學目標，至少讓學生能了解1.死亡歷程、階段、方式，並認知瀕死病人的情緒及需要、2.死亡所造成的失落感及了解哀傷造成的身心社會反應，獲得處理失落勝任感、3.討論死亡的語彙、委婉說法、死亡的象徵物、文化傳統的迷信，引導學生打破禁忌，4.可以談論死亡、了解自己對死亡及瀕死問題的觀點，願意對死亡進行思考、5.自己的死亡態度並建立面對死亡時的適當接受態度、6.預立遺囑的時代意義與要件，對生命進行反省，建立起死亡準備的行為、7.台灣社會處理死亡相關的機構，不同信仰中處理死亡相關的儀式與意義，學習自我規劃葬禮，進而具備處理喪葬的能力。總而言之，死亡教育的目標即在促使護生建立正確的死亡概念，使其能正視死亡在生命中之必然性，坦然面對有關死亡之事件，藉此深入澄清個人生命的價值，以開放的心靈欣賞生命，並能以積極正向之態度面對生活，關愛生命。

陳芳玲（2000）歸納許多學者（Knott, 1979；Rabbi & Grollman, 1977；Leviton, 1977；Gibson, 1982；Sitllion, 1979；Rosenthal, 1986）等人的意見，將死亡教育的目標分成下列三個層面：

一、知識方面：幫助學習者獲得與死亡相關議題的基本概念。包括：

- 1.使學習者獲得和死亡與瀕死有關的正確知識與訊息。
- 2.認識死亡和文化的關係，了解不同文化的人對死亡會有不同的看法。
- 3.了解與死亡相關系統的人員角色及該系統的運作情形。
- 4.協助獲得有關死亡與瀕死的歷程、哀傷、喪親等資訊。
- 5.了解與死亡相關特殊議題，如安樂死、自殺、死刑等議題的倫理。

二、信念與態度方面：指學習者對有關死亡相關議題的想法、情感、態度及價值之檢視與澄清，其主要的內容有下列六項：

- 1.教育學習者能以適當的態度表達對死亡的觀點和想法，進而幫助學習者建立適宜而健康的死亡態度。
- 2.經由教育的介入，澄清社會文化中有關死亡的錯誤說法，促使社會上對死亡的一些基本觀念的改變，並去除對死亡的非理性禁忌觀念。
- 3.幫助學習者以適當的觀念及態度面對自己和重要親人的死亡。
- 4.能以舒適理解的態度與瀕死者溝通。
- 5.幫助個人澄清與死亡議題相關之社會和倫理課題。
- 6.從省思死亡中，幫助個人了解生命和死亡的關係，並經由仔細思考個人人生價值，以促進生活品質的提升。

三、技巧方面：指個人所具有的知識、信念與態度的外在表現。其主要的內容有下列四項：

- 1.使學習者對自己及他人的死亡能有效且適當處理事件和情緒反應。
- 2.發展助人技巧以協助關心死亡問題的人。
- 3.了解並能和一個想自殺的人溝通。
- 4.幫助學習者分辨死亡教育與死亡諮商之資源的適切性，並會加以利用和評估。

綜合以上學者的觀點，可了解死亡教育之目標在透過對死亡相關問題之了解，接納人類

之必死性，檢視個人生活、澄清與死亡有關之價值體系，以發現生命的意義和充實目前的生活。對於從事與死亡相關領域的專業人士如醫護專業，死亡教育具有教導如何面對真實性或可能性的死亡，能有效且適當處理事件和情緒反應，以使提供適當與有品質的相關照護等教育上的可能性。

叁、護理死亡教育課程及成效之相關研究探討

一、護生的死亡教育

近年來我們看到死亡這個主題已成爲一門學問正式講授。但大多數護生指出死亡臨終教育課程主要還是融入其他基本課程，獨立死亡課程比例則往往較少，而且是選修課。Ferrell et al. (2000)對於臨終教育的反應研究，有 89.5% 的護士感到臨終護理內容在護理教育的基礎是很重要的，覺得死亡教育在課程安排的次序方面好像是較次要的，並且是包含在其他科目中，另在死亡教育專業教科書分析上，發現對臨終病人照護的章節不是比例少，就是缺乏。Kwekkeboom (2005) 對 206 位在安寧病房照護臨終病人的護生進行調查研究，99% 的學生有接受死亡、瀕死、悲傷的課程，只有 16 位指出課程中有提及緩和照護方面的概念，相關護理參考書籍全部內容相關的有 2% ，1.4% 的章節是相關臨終的照護。

臨終教育在大學護理規劃中是極少的以及對於準備新進護士提供高品質的緩和照護是不足夠的 (White, Coyne & Patel, 2001)。護生表達她們在面對及因應病患的死亡需要更多的教育與支持，包含如何與瀕死病人及家屬的溝通以及自己對死亡感受的因應 (Irvine, 1993)。護理系的護生提出對於臨終的護理教育感到不足，她們覺得沒有接受到充足的準備去面對臨終病患及家屬，在照護過程中她們表達是感到焦慮的 (Morgan, 1997; Kwekkeboom, 2005; Connell, 2006)。Zgaga (2004) 針對 128 位護生以問卷及訪談過程收集資料，研究指出雖然護生年紀輕但她們很關心瀕死病患的問題，護生於提供照護時會產生一些壓力，可能因爲只有幾個小時對於照護瀕死病患照護的課程，提出未來護理照護的計畫必須加強發展，應包含更多相關瀕死照護的課程，不只是涵蓋於護理照護其中的一小主題。

紀惠馨 (2000) 研究建議生死學教育工作者可依「護生及護士對課程內容需求的優先

順序排定表」做為學生生死學課程需求之指標。生死學最好採用協同教學方式，以達到有效之教學目標。建議對於未來研究提出採質性研究的方法，做為課程改進參考。Eddy and Alles (1983) 建議死亡教育課程內容設計時，除了考慮學生的需要外，還應該請教這領域的專家及專業人士。在實施死亡教育課程時，應視學習對象的需求、興趣、年齡、教育程度、文化社會差異及教師個人的能力，安排適當的主題與深度調查，以切合學習者的需要（黃天中，1992a）。且對生死態度不同或生死經驗不同的學生宜給予不同的教學內容（陳錫琦，2003b、2003c；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000；曾煥棠、紀惠馨，2000；曾煥棠、紀惠馨，1999）。陳錫琦（2004）認為，若不能在課程內容中講授，可以欣賞相關影片，或融合多項主題、內容來學習，或可讓學習者在課堂之外，以專題探索或閱讀相關書籍來學習。吳美如（2004）亦採準實驗研究法，指出高職學生最喜歡的生死教育課程教學方式依序是一影片欣賞、說故事、體驗活動。死亡教育的實施方式並無固定模式，應根據對象的需要、程度及教學資源、情境等做適當之設計與安排，俾有效達教學之目標。宋淑鈴（2004）採準實驗研究法，結果顯示生命教育融入護理課程之教學設計，可增加對原課程之學習動機。

二、對護生死亡態度影響

國內許多採用準實驗性研究，指出死亡教育課程能降低護理學生的死亡恐懼與增加正向的死亡態度、死亡概念之影響（藍育慧、李選，1997；董文香，2002；程秀玲，2000；莊淑茹，2000；顏淑慧，2001；李彬，2004）。藍育慧、李選（1997）研究發現以體驗組的死亡教育方式對降低死亡恐懼與死亡態度之影響較演說組成效顯著且持久，於課程結束經臨床實習三個月後的追蹤測上仍能維持效果，特別是指出體驗組能提供學生面對死亡與瀕死時自我覺察的機會，透過課程活動審視自己對死亡的態度，可以增加對臨終病患的互動，且較能坦然地面對自己的情緒。莊淑茹（2000）發現死亡教育課程可以降低護校學生「死亡恐懼」及「恐懼自己死亡」、「恐懼他人死亡」態度，且效果可以持續到四週之後。李彬（2004）藉由使用謝曼盈（2003）編製之生命態度量表，以及以半結構式訪談指引，進行深度訪談更深入地評量生死教育課程對醫學生生命態度之影響。訪談分析結果的改變為：對生活目標的改變（迷惘→確立）；對生活態度的改變（得過且過→積極進取）。對生命自

主的改變（缺乏自主意識→主導生命，自行負責）。對存在感的改變（空虛茫然→肯定自己存在的意義與價值）：對死亡態度的改變（逃避→正向看待）：對生命經驗的改變（逃避→正向接納）。由上篇研究結果可知死亡教育能降低死亡恐懼與改善死亡態度，且臨床的實務學習較課室教學更具影響。

其中也有不同的發現，死亡教育課程對護校學生的「恐懼自己瀕死」及「死亡焦慮」態度無顯著改變。另外，由以上幾篇研究可得知，死亡教育的研究方向偏向多探討對於生命意義、死亡態度、死亡恐懼等關係，並可以發現近年來有愈來愈多考慮質量並重的研究方法的趨勢。

三、對護生瀕死照護態度影響

護生認同生死教育有正向影響效果，有實施之必要性（程秀玲，2000；顏淑慧，2001；董文香，2002；李彬，2004）。接受死亡教育的護生 98.03%(50/51)贊同對高職護生進行死亡教育，理由是死亡教育增加個人對死亡的覺知，並對未來臨床照護作好準備，且更珍視生命（程秀玲，2000）。國外的一些相關研究提出，教育對於護士進行一些短程的教育之後，在照護瀕死病患的態度上具有一些正向的影響（介於一年左右的課程）(Brent, Speece, Gates, Mood & Kaul, 1991; Degner, 1985; Kaye, Gracely & Loscalzo, 1994; Mallory, 2003; Kwekkeboom, 2005)，這些研究也顯示護生之前對於瀕死、死亡的經驗或關於死亡、瀕死的課程具有正向的經驗，面對瀕死病患會有更正向積極的態度。Mallory (2003)護生因臨終教育的課程和照護瀕死病人的臨床經驗而改善對於瀕死病患的態度。Kwekkeboom (2005)護生指出投入臨終照護，有增加相關安寧照護方面知識，對於臨終病患的態度也有改善。

由上述研究得知，接受臨終關懷課程或死亡教育，大都能有效降低護生與護士面對死亡的恐懼感，藉覺知自我行為反應而較有信心與正向態度，具有其必要性及重要性。國內外均許多護理教育者一直在尋找準備護生面對瀕死病患照護最有效的方法，且國內多位學者（藍育慧，1995；顧艷秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000）非常重視護生的死亡態度；她們認為護士如果無法接受死亡，則在照護瀕死病患時，會產生個人及專業角色

的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作的質與量，而不能滿足病人的生理和心理之需求。藍育慧（1995）也提到對瀕死病患態度的形成，源自於從事護理生涯早期，特別是在學生時期；於相關研究中她們也相繼對護理死亡教育提出許多的建議，使護生在面對瀕死病人時，能有適當的模式可供依循。

從上述死亡教育的相關研究中可知，目前研究大都以實驗設計的方法評量教育策略的成效，評量護生的死亡和瀕死照護的態度和焦慮。缺乏質性的死亡教育相關研究，了解護生實際面對病患死亡時的感受與反應。研究者亦認為也許在死亡教育課程被推行、評估之前，課程的設計需基於護生照護瀕死病人的經驗，護生將對死亡及瀕死有更好的準備。

第三節 瀕死照護經驗相關研究之探討

壹、護生的瀕死照護經驗之相關研究探討

國內對於護生照護瀕死病人及面對死亡經驗的相關研究較為少見。許淑蓮在一九七七年於護理雜誌所發表之《護生對護理瀕死病人的態度與行為之調查》一文，研究結果提出具有護理瀕死病人經驗的護生，在護理過程的態度與行為是正確的，但仍有在觀念上或技巧上需要教師協助之學生、身為教導者之教師對護生護理瀕死病人的態度與行為有極大的影響、護生有無經歷關係密切者之死亡與護理瀕死病人之知識與觀念會影響其行為及態度、護理瀕死病人之經驗多寡影響本身情緒受到干擾的程度等結論。為提升護生護理瀕死病人之品質建議：1.加強臨床教學，臨床指導老師必須對護生有充分的瞭解，才能早期發現困擾而給予必要的協助與輔導。2.鼓勵護生面對死亡的勇氣。3.培養護生面對工作，時時仔細檢視自己的反應，認清自己內心對死亡的看法。4.讓護生體會護理瀕死病人的工作是種成長互動的經驗，而非痛苦。5.協助護生渡過與瀕死病人相似的心理機轉，包含應護生之要求適時給予協助，定時與護生討論病人的情況及內心感受，以及不斷給予有力的支持。依據藍育慧（1995）於《護專學生死亡恐懼，死亡態度及照顧瀕死患者時個人需求與因應行為之探討》中提出，護士如果無法接受死亡，則在護理瀕死病人時，會產生個人及專業

角色的衝突，並因內心的焦慮影響護理工作的質與量，而不能滿足病人的生理和心理之需求。故針對具有臨床經驗之護生，以量表來評量其面對死亡時之恐懼與態度極其影響因素，以做為未來護生死亡教育課程內容之參考。在面對瀕死患者方面研究結果，多數學生表示在當時情境下，身心會受到衝擊，發現護生於病患宣布死亡時，會有哀傷哭泣（7.5%）、忙著做屍體護理（拒絕去感受）（22%）、覺罪惡感（28.2%）、夜裡難眠（30.3%）、覺心理負擔減輕（22.8%）、避免進入或經過逝者病房（26.1%）等正負面情緒；希望獲得情緒支持並增加對患者心理照護的技巧，對過去專業課程的學習，及曾在照顧瀕死患者時所獲得的幫助並不滿意。建議在護理課程中加強死亡教育、死亡諮商、壓力調適、溝通技巧及相關課程，以滿足護生之需求；加強「自我主見」之課程與訓練，以減低焦慮、害怕；研究中得知，護生在照顧瀕死患者的過程中，臨床指導老師及醫護人員是最大的支持來源，故建議未來之研究對象應擴及臨床指導老師、醫師及護士；建議臨床成立支持團體，以具有專業及經驗者負責提供所需支持、諮商及負向情緒處理之教導；護理在職教育可藉臨終關懷及相關研討會之參與，使護生在面對瀕死病人時，能有適當的模式可供依循。

顧豔秋（1997）於《北部某護專學生對死亡所持態度之探討》提及護生在面對瀕死病人時，由於本身對於死亡的恐懼與負向態度，影響對瀕死病人的照顧，同時因恐懼、焦慮與害怕，而產生逃避的現象，甚而拒絕將來從事護理行業。研究中亦發現護生對需要急救病人的反應是手足無措，且患者逝世一段時間後，護生仍會有夜裡難眠的現象，其最大的支持來源是臨床護士及臨床指導老師。建議需定期調查護生的死亡態度，了解護生死亡態度的現況，做為修訂死亡教育課程之參考。研究樣本宜增加各學制。

以上三篇多以量性研究方法探討護生照護瀕死病患的態度，發現護生普遍在照護瀕死病患時感受到困難，產生許多的負面情緒，而護理人員本身若對死亡採取逃避、害怕、恐慌，則在護理瀕死病人過程及病人過逝後呈現負向的態度、行為與非理性的情緒反應，無法面對死亡的事實。多數學生表示在在面對瀕死患者情境下，希望獲得臨床指導者的情緒支持並增加對患者心理照護的技巧，對過去專業課程的學習，及曾在照顧瀕死患者時所獲得的幫助並不滿意。提到對瀕死病患態度的形成，源自於從事護理生涯早期，特別是在學生時期（藍育慧，1995），如果護生在步入正式護士工作行列前的實習階段，對瀕死病人

的態度及觀念，將深刻的影響以後的行為模式。建議需定期調查護生的死亡態度，了解護生死亡態度的現況，做為修訂死亡教育課程之參考（顧艷秋，1997），在護理課程中加強死亡教育、死亡諮商、壓力調適、溝通技巧及相關課程，以滿足護生之需求（藍育慧，1995）。為徹底研究護生與死亡之相關議題，宜增加各學制為樣本，以增加研究推論之正確性（藍育慧，1995；顧艷秋，1997）。因此護生相關照護經驗及技能的提升，與臨床指導者協助與支持的加強，對於護生檢視自我內心的感受與瀕死病患的照護品質等是值得重視的。然而，透過專業教育則可以肯定能協助護理人員審視面對死亡的態度，覺知自己的反應，以降低面對死亡時的負向因應行為與恐懼、焦慮。

王麗鳳（2001）以深度訪談為主要收集資料方式，更深入地瞭解 17 位護理職校學生至醫療機構實習照護瀕死病患的適應心路歷程及其相關瀕死照顧的需求與問題，並對臨床瀕死護理措施等提出建議。由資料分析中發展出面對瀕死病患態度因應歷程；該歷程是學生於照顧時，首先覺察許多不同的瀕死照顧情境，並說明其認知的差異，所引發情緒反應，採取相關的調適策略因應，此調適結果可能會使她改變過去的認知，或了解接受現存情境，重新採取其他之調適策略，所以「面對瀕死病患態度因應歷程」是一個循環、動態的過程。而背景脈絡、相關經驗等情況，會影響學生在「面對瀕死病患態度因應歷程」中，對情境的認知及感受改變、並影響其接受度，及所做的調適意願。能夠在環境中有「面對瀕死病患態度因應歷程」的學生，往往對所發覺的瀕死情境所感受到之衝擊較能處理，在有差異時，也會與過去的經驗做連結，較能處理自己的情緒，而不會出現情緒無法自拔，並會採取有效的調適策略來因應所感受之衝擊與差異。基於對「容易面對瀕死病患態度因應歷程」和「不容易面對瀕死病患態度因應歷程」的比較，改善措施可針對以下幾個方向發展；(1) 減低瀕死情境對學生產生的衝擊；(2) 協助學生連結過去相關經驗與目前醫療情境結合；(3) 鼓勵教育工作者，接受及支持學生因瀕死所引發的情緒反應；(4) 協助學生熟悉不同的調適策略，並選擇有效的策略，使其在瀕死的情境與過去的差異間，成功的達成「面對瀕死病患態度因應歷程」。強調瀕死情境對護生所造成的影響，以及教育工作者的支持與協助的功能，若有較正向的過去相關經驗將較能因應瀕死病患照護所帶來的衝擊。

國外有較多關於護生照護瀕死病人及面對死亡經驗的研究，且大都是以質性研究的方

法探討。其中Brent,et al (1991) 提到當護生照顧臨終的病人，對某些方面會感到強烈厭惡，同時也發現這其中也有許多方面吸引人之處。舉例來說，護生時常感到不舒服而且困惑、失落地討論著他們的臨終病人和家屬。另一方面，她們也強烈地表示從臨終的病人身上學到了很多，這是其他的病人身上無法學習到的；也指出護生經歷照顧瀕死病患對某些厭惡的方面有減低，吸引她們注目的方面有增加的趨勢，而且整體態度變得更積極正向。Beck (1997) 以現象學研究方法探討護生照顧瀕死病患經驗的意義，讓 26 名護生寫下「照顧瀕死病患之經驗」，結果顯示護生照顧瀕死病患造成情緒上的衝擊如害怕，悲傷，挫折感，及焦慮的經驗，能對病患生死的深思，也將支持瀕死病患的家屬，視為整體照護的一部分，對扮演病患代言人之角色感到無力，覺得提供瀕死病患身、心、靈的照護是很重要，認為照顧瀕死病患是個豐富的學習，除了學習如何照顧病患，同時也學習面對自己的死亡等主題。由以上之研究護生在照顧瀕死病患出現了正負面反應。照護過程中產生許多的焦慮與悲傷等情緒，但是護生將照顧臨終的病人視為是專業上的挑戰，它也可以提升專業能力和得到個人的滿足感，整體態度會因為這些照護經驗變得更積極正向。

Loftus (1998) 以現象學的研究方法探討護生在內科、外科、老人照護的單位照顧瀕死病人的經驗，其研究結果的主題「病患死亡時的情緒展現」、「面對病患死亡時的脆弱表現」、「護生所需的支持」、「護病關係」、「溝通困難」等主題發現。從學生的敘事經驗湧現的主要包含病人突然死亡的經驗，她們在照護中的脆弱以及所需的支持。這些結果被建議在臨床和學術範圍內可為一個可貴的學習參考工具。

Cooper and Barnett (2005) 此研究結果提出這些沒有照顧瀕死病人經驗的護生在照顧瀕死病患時會產生許多的焦慮。護生必須與在最前線的學姊們（護士）學習以及提供照護，常會因為「面對病患承受生理上的痛苦」、「面對病患不知道如何說，如何做時」、「面對遺體」這些主題中產生許多的焦慮，並常以「無助」、「無效用的」、「無能為力」等字眼表達她們的不適當感受與無力感，也提到護生與病患建立緊密的關係，會增強她們在面對病患死亡時的焦慮與悲傷的程度。

Allchin (2006) 以詮釋現象學研究方法瞭解護生在提供瀕死病患以及家屬的經驗特性，

12 位女性護生曾經在她們在成人的健康照護的臨床實習照顧瀕死病患參與，使用 Giorgis 資料分析方法，呈現出 3 個主要的主題包含「猶豫與不安」、「沉思反應」、「個人與專業的成長」。建議增加對於護生的課室及臨床教學計劃。以及在任何的狀態下維持所有學生對於照顧瀕死病患的任務報告討論會議。Allchin (2006) 建議增加對於護生的課室及臨床教學計劃。以及在任何的狀態下維持所有學生對於照顧瀕死病患任務的報告討論會議。

由以上相關文獻探討發現，國外於近年來有較多對於護生面對瀕死病患的態度等相關研究的探討，以質性的研究方法深入了解其內心感受及想法，尋求適合她們的教育內容等；然而國內針對護生照顧瀕死病患的相關經驗的探討仍較少；研究者認為如何讓一群正值青少年期的護生，進入死別的情境，將她們準備好，是護理教育首要之事。且於準備她們之前，最先需要的是了解她們的看法，掌握她們的概念，才能有更適合的教育內容。

貳、護理人員的瀕死照顧經驗之相關研究探討

Brunquell and Hall(1982)發現，當護理人員面對病人死亡時，在情緒方面會有挫折感並產生個人或專業壓力。Sanuders (1994) 和杜異珍(1997)並發現護理人員於病患死亡後有明顯的失落感，卻猶豫向他人表達，有生氣、沮喪、挫折、無助、無望等感覺。在個案死亡時如無法釐清自己的反應，會因為惶恐、不安、害怕而退縮，會以完成份內工作為主 (task-orientation)，出現封閉哀傷反應 (Denger, 1995)。面對病患死亡時護理人員對患者的死亡覺得悲傷，另一方面因其專業之角色卻必須抑制自己的淚水。然而隱藏對病患死亡的情緒反應雖然普遍，卻會引起潛在的危機，不能處理自己的哀傷，也會影響對病患的照顧。杜異珍 (1992) 指出，護理人員對於瀕死病人之照顧有很高的意願及熱忱，但在照顧知識的得分卻偏低，顯示醫院或學校對於教育的不足。護理人員愈能和同仁分享照顧瀕死病患之心得，對實際之照顧行為有愈顯著的增加。參與瀕死病患照顧課程，可改變護理人員對瀕死病患的照顧態度。一般的職業忌談死亡，但是護理人員天天處理人的生與死，如果未能抱持對死亡的正確態度與觀感，對工作確實將造成重大影響。

顧艷秋 (1999) 指出面對瀕死病人照顧行為以身體照顧提供的最多，其次是家屬的照

護。病人急救時的反應以手足無措、一片茫然最常見佔93%，裝忙，讓同事處理有5%。宣布死亡時之反應為接受此事，但有點感傷佔89%，罪惡感，自覺疏忽加速病人死亡佔8%。自我效能、與同仁分享工作心得、照護瀕死病患人數、工作病房別、工作醫院別、護理長支持度、就學期間是否接受過臨終護理課程與瀕死病患照護行為是有關的。同時也指出，護理人員照護瀕死病人的意願不高，56%認為它是件不愉快的事。護理人員不願意見到病患在自己上班時間內死亡的佔83.4% (杜異珍，1997)。相反地，有65%的護理人員對瀕死患者的照顧趨向接受 (施素真，1999)。顧艷秋 (2000) 也建議護理人員抱持著「我們從事的是助人的專業，上天給予我們這福份，可以散佈光、力量和愛去幫助別人，那是一件多麼有意義的事」，當護理人員有了這樣的體認之後，在面對病患死亡、瀕死以及照顧死亡與瀕死病患將會有不同的態度。

施素真 (1999) 針對中部地區教學醫院 303 位護理人員為研究樣本，以死亡態度量表進行病患死亡衝擊問卷調查，有系統地梳理出這些衝擊與反應的脈絡經緯，以增進護理人員在面對病患死亡時的調適。衝擊層面以「哀傷反應」最大，其次為「怕面對和死亡相關之護理工作」，再次為「對日常生活之影響」，最小為「對護理專業之影響」；並提及護理人員在護理病患時往往會遭遇到種種危及狀況，其中以「病患死亡」是最難因應的；再者研究對象中約有 92% 曾經歷病患死亡，其經驗死亡個案數超過 20 位以上者佔 36.5%，顯示護理人員工作中需常面對病患死亡事件，所受之衝擊反應是值得重視的；也提到「新手」因對專業知識較欠缺，臨床護理能力、技巧較不純熟，常無法準確地依病患病況變化判斷，以致病患死亡時，自己尚未有充足得心理準備，容易造成不預期的哀傷，年紀愈輕、年資愈淺，是面臨病患死亡衝擊較大的一群，需要給予較多的支持與關注。臨床護理人員於培訓階段中，應安排病患死亡衝擊調適的課程並成立護理人員的諮詢支持團體以有效解決其衝擊壓力。且在工作安排上應盡量避免新手單獨面對和死亡相關的護理工作，以降低病患死亡造成之衝擊 (施素真，1999)。

簡雪冰、余穎儀、蔣麗冰、譚輝芳、姜亞芳 (2003) 採用施素真 (1999) 所制定的「病患死亡衝擊量表」，針對澳門鏡湖醫院12個月內接觸過病患死亡的113人護士，顯示面對病患死亡的衝擊其中以哀傷反應最大，結果與施素真 (1999) 相同，並表示會有失落感、令

人沮喪、傷心落淚、面對家屬有壓力。日常生活影響次之，於下班或休假會想知道病人情況、會與家人討論關於死亡關係的問題、會夢見與工作情境有關的事情、會常想到已過世的病患。再次是怕面對和死亡相關之護理工作，死亡病患年紀愈輕壓力愈大、執行屍體護理時倍覺壓力、會盡可能地逃避其家屬、會盡可能不進入病房、盡可能不想照顧末期病患、病患祥和地死亡自己會覺得好過一點。最後是護理專業工作之影響，覺得個人對工作效果期望過高壓力愈大、1對1的護病關係壓力愈大、沒成就感。

陳玉黛、林佩芬（2004）以問卷調查方式收集加護單位護理人員在照顧瀕死或死亡病患的需求與因應，資料經由訪談資料結果分析得知 69 % 表示能夠「處之泰然」地照顧瀕死病患。而面對病患在急救或死亡時，92 % 表示會「衝到第一線」。53 % 認為照顧瀕死病患最大的壓力源是「與病患家屬溝通」，71 % 的護理人員認為給予支持最多的是「同事」。為增加照顧病患能力，希望獲得的資源依序為「情緒的支持」（68 % ）、「知識的提供」（44 % ）、「技能的輔導」（25 % ）；若有機會獲得學習照顧瀕死病患相關課程時，81 %（90 人）選擇「心理支持與溝通技巧」、其次為「宗教與靈性護理」（46 % ）、第三位為「死亡學相關知識」

曾美珠（2004）本著死亡是生命中最自然的軌跡，多數人卻視為禁忌，不願談論與採逃避的態度，但臨床護理人員面對病患死亡卻是最真實及必然的歷程。針對中部某醫學中心之一般病房、腫瘤科病房、產房、重症加護病房、急診室等非安寧病房之護理人員，以立意取樣透過深度訪談方式收集資料，並藉由詮釋學理念，探討她們在面對病患死亡及執行遺體護理時的主觀經驗與歷程，進而瞭解及澄清護理人員如何面對病患死亡及執行遺體護理的心理歷程。研究結果：一、倫理議題，包括臨終急救與病情告知的問題；二、鬼魂、靈異事件、死亡禁忌的影響；三、死亡情境的面對與防衛；四、不同病房性質下的死亡面對，這些影響護理人員面對病患死亡及遺體護理等面向。希望引起護理人員省思，去關注及照顧自己內心想法與情緒，唯有了解自己感受，如實面對，才能協助自己真正面對死亡情境，能讓自己安然面對死亡，才能協助病患及家屬面對必然的死亡。

曾美珠（2004）臨床護理人員面對病患死亡卻是最真實及必然的歷程。希望護理人員

要關注及照顧自己內心想法與情緒，唯有了解自己感受，如實面對，才能協助自己真正面對死亡情境，能讓自己安然面對死亡，才能協助病患及家屬面對必然的死亡。護理人員因工作性質、工作場域的需要，比一般人更有機會面臨人生最脆弱的時刻，生命結束的時間點，她們更需要有良好的準備，才有能力在照顧瀕死病人時，減低焦慮與害怕，能坦誠接納死亡，成為病人最終旅途的分享者，提昇生命存在的意義。在護理課程教育中仍著重在生、老、病之教育，較少探討學生面對死亡的情境與衝擊。Degner, Gow and Thompon (1991) 以質性研究訪談 10 名安寧病房的護士、10 名護理教師，指出護生實習時在照顧瀕死病患之正向與負向照護行為。結果顯示護士及護生在照顧瀕死病患時正負向行為，共有七項：

- (1) 處理死亡發生時之情境，能保持鎮靜並讓家人參與處理；負向行為出現驚慌、失控，不讓家屬參與或看到病患病情之突然變化；
- (2) 提供舒適，能提供減少身體不適方面之護理行為，主要有四項行為包括協助給予疼痛控制、維持好的衛生、舒適的姿勢、提供口腔護理；是因知識不足出現負向行為包括逃避病患，忽略瀕死病患身體的需要，無法處理病患身體症狀；
- (3) 憤怒，出現憤怒情緒時給予表達尊重與同理；負向行為會以逃避或以生氣回應；
- (4) 增進個人成長，表現出界定個人角色之行為；負向行為為焦慮及缺乏自信；
- (5) 回應同仁，對同仁情緒支持並能即時回饋；負向行為則為對同仁表達或接受支持與批評均有困難；
- (6) 提昇瀕死過程中的生活品質，協助病患做重要的事；負向行為出現不尊重病患或家屬；
- (7) 處理家屬的需要，家屬需要獲得訊息、減少將來後悔、將家屬加入照顧行列或依家屬之需要減輕家屬照顧上的負擔；負向行為會表現忽略家屬希望獲得資訊的需要，當家屬明顯的想討論瀕死或靈性問題時，表現拒絕的行為、論斷家屬對瀕死病患有關的決定或處理。

Rittman, Paige, Rivera, Sutphin and Godown (1997) 訪談六名癌症病房的專業護士，以詮釋學研究 (hermeneutic method) 的方法，了解她們照顧瀕死病患及處理病患死亡之經驗，主題都為正向行為包括瞭解病患 (knowing the patient)，她們能了解疾病的整個過程，掌握預期病患的變化，包括病患身、心、靈、感覺的改變，以便於協助病患。維持希望 (preserving hope)，擬定護理措施幫助病患面對不確定的未來，幫助瀕死病患規劃最後的時刻做些有意義的事，如安排與家人聚會。減低掙扎 (easing the struggle)，除了病患讓平地靜離世，也包括家人及重要他人。減低掙扎包括了給予止痛、按摩背部等使身體舒適、有家人陪伴

下離世。提供隱密性（providing for privacy），對家屬而言，在臨終時刻提供病患與家屬有一個隱私的房間，是很有價值的。

在醫院工作之護理人員，每天在病人的生死之間工作，常接觸瀕死病人，因此護理人員在協助瀕死病人渡過死亡過程中，可說是最直接且負了相當大責任的重要角色。甚少護理人員可以在照顧的病患死亡後，不承擔著心理壓力。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，故適當紓解壓力是必要的。為提升護生護理瀕死病人之品質，許淑蓮（1977）於《護生對護理瀕死病人的態度與行為之調查》一文中，建議要給與護生更多的支持與鼓勵。鼓勵護生要有面對死亡的勇氣、培養護生於面對工作，需時時仔細檢視自己的反應、認清自己內心對死亡的看法，要讓護生體會護理瀕死病人的工作是種成長互動的經驗而非痛苦、協助護生渡過與瀕死病人相似的心理機轉：應護生之要求適時給予協助、定時與護生討論病人的情況及內心感受、不斷給予有力的支持、臨床指導老師必須對護生有充分的瞭解，才能早期發現困擾而給予必要的協助與輔導。簡淑慧(1999)研究中提出護理人員應正視自我感受及反應，才能體認自我於臨終照護的角色，進而提供有品質的臨終照護。需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之反應，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人或親人之死亡經驗，藉此過程體驗自我成長及學習，進而增加對死亡的智能及技能。要能有效應對壓力: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，故適當紓解壓力是必要的。追求靈性生活(spirituality):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，對生命及死亡意義及目的之追求、希望之追求、對自我他人及宗教信念及信仰之追求，進而協助每個人更能以正向態度，面對生命存在之意義及價值。應提供護理人員的支持系統，安排有關死亡教育以協助護理人員知覺、自我反應及態度，進而降低面對死亡恐懼或負向因應行為。

Davis, et al（1996）研究指出正向應對策略為：坦誠面對自我情緒；找出病患死亡的意義，藉此較能放得開以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，包括過去正向之經驗或壓力反應調適歷程，以認清自我之限制；尋求支援，找同事分享工

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。負向情緒或因應行為易產生罪惡感及對自我懷疑，甚至引起工作疲潰或離職。Stickney(1984)指出：護理人員若沒有順利調適其哀傷，則其工作滿意度會降低，且工作會充滿壓力，容易有崩潰現象。故護理人員應學習有效調適病人死亡所帶來的壓力，而行政者及教育者也應適時提供面對瀕死病人的諮商及教育，以減少護理人員面對死亡時衝擊及害怕，進而能提昇對瀕死病人及家屬之照護品質。Morgan (1997) 提出有些護士照護瀕死病人出感覺內在可能是緊張的，同樣也能經歷令人滿意並且滿足的。文中建議：1.在他們承擔病患照護之前，全部護士需要死亡教育。需要每個人被要求且有系統接受整個基本的訓練。基礎課後需要有機會去檢視護士的經驗水準。2.死亡教育與經驗的方法的結合是有助益的，護士要能執行熟練這些教育概念，否則這些資訊和技能可能失去。

對有經驗的護士，在面對瀕死病人都有許多的困難和壓力，更何況是實習階段的護生。如果護生在步入正式護士工作行列前的實習階段，對瀕死病人的態度及觀念，將深刻的影響以後的行為模式。

第四節 現象學理論及研究法探討

一、現象學之思維

現象學 (Phenomenology) 一詞源自現象 (Phenomenon) 及學理 (logos) 這兩個字，所謂現象就是在我們意識裡面，自然所呈現來的；而學理就是科學 (science)。現象學哲學基礎的主要領導人物是德國哲學家愛德蒙·胡賽爾 (Edmund Husserl, 1859-1938)，他主張獲得知識 (事物的真實面)，應採取還原 (reduction) 和描述 (descriptive) 的方式來將所收集的資料恢復原貌。認為知識的根源乃是物自身 (in the things)，也就是來自事物的本身。而存在只有在自我意識層面，且與意義 (meaning) 不可分割。其學生馬丁·海德格 (Martin Heidegger, 1889~1976) 更進一步以時間與存有為主題，說明的存在乃因人們可以意識到他們每日的存在，這就是他所強調存有的意涵 (the meaning of being) (引自穆佩芬，1996；Spinglberg, 1984)。

現象學的目的，在調查人類的生活經驗的基本結構或本質，本質即在意識經驗裡面以它最原始的面貌呈現，它是一種基本性的結構，此基本結構是生活經驗內的一種有系統的結構，也是共同存在於所有經驗到特定現象中的特質（引自穆佩芬，1996）。人類一定的生活經驗中的基本結構或本質是現象學所要探討的範疇，如何透過意識層面來呈現特定生活經驗最原始的面貌，有賴現象學中的存而不論（*epoche*），將事物放入括弧中還原，分析意識經驗流中的基本結構（廖仁義譯，1986）。胡賽爾認為我們必須徹底改變我們對這個世界的態度，摒除以「自然立足點」的思維，以另一超越的角度來審視這個世界的意義，將「自然立足點」的思維放入括弧中，由外在超越的假定回到內在的呈現，藉由現象學的還原，讓我們與世界之間的認知中，發現基本的「現象學真實」。

二、現象學研究法

現象學是哲學也是研究法。現象學研究法係基於現象學的哲學思維，Moustakas (1994) 將超驗現象學方法列為：存而不論 (*Epoche*)、現象學還原 (*Phenomenological Reduction*)、想像變形 (*Imaginative Variation*) 與統合 (*Synthesis*)。首先，存而不論之意義簡單的說即是避開一切預設 (*freedom from suppositions*)，現象學存而不論並不消除任何東西，並不否定任何東西之實在性，並不懷疑任何東西，只對於當作真理與實在性基礎之自然態度、日常生活知識之成見而懷疑。其次，超驗現象學還原之所以稱為超驗 (*Transcendental*)，因為它「揭開任何東西因而獲得意義的自我」，之所以稱為現象學的 (*Phenomenological*)，因為「世界轉換為現象」，之所以稱為還原 (*Reduction*)，因為它「引導我們回到所經驗世界之意義與存在的根源」；更具體說，它是導出呈現意義與本質的組織脈絡之描述 (*textural description*) 的方法。接著，想像變形旨在掌握經驗的結構性本質 (*the structural essences of experience*)。最後「意義與本質的綜合」是「將組織脈絡與結構性描述統合為對現象的經驗本質做一統一的陳述」，藉此而「建立本質的知識」。運用歸納 (*inductive*) 與描述 (*descriptive*) 的方式，在沒有預設和期望之下，了解意識層面的經驗。現象學即是有系統的對所研究生活經驗之主觀意義採開放態度，且不斷質疑 (*questioning*)、反思 (*reflecting*)、專注 (*focusing*)、及直覺的洞察 (*intuiting*)，讓經驗盡可能的呈現其整體性，來呈現其本質（引自穆佩芬，1996；Holstein & Gubrium, 1998）。

胡賽爾認為以主體層面為研究對象的現象學是一切科學的根基，依據現象學的思維與特性，並掌握現象學的研究精神與原則，現象學的研究法敘述如下：

（一）意向性（intentionality）

胡賽爾提出意向行為或作用（noesis）與意向對象或客體（noema），任何意向作用的因素永遠與專屬於它的意向對象的因素同時存在，且有一定的軌跡可循。意向性即指意識流的方向，是一種心理及意識的根本性質（李幼蒸譯，1994）。為「能思與所思之相互關係」，一個意向若不論其性質上的分別又可稱為理解，對經驗之感覺內容的理解，理解具有理解的意義，意即感覺內容被理解的方式，因此意義是意向經驗本身所具有的，它也就等於所謂的意向的素材。意向經驗的實質內容即指這個經驗意義下，在活動過程中，真實被經驗到的內容（廖仁義譯，1986）。

本研究即指研究者如何讓研究參與者走出客體與自己互動，回溯其生活經驗，研究者在與研究參與者的訪談過程中，將以問句為起始點，協助研究參與者回憶及思考與主題相關現象，並且盡量讓研究參與者說出意識層面的想法。

（二）主體間性（intersubjectivity）

胡賽爾指出人的內在經驗，少不了與他人意義交往，此交往非單向的，而是主體與客體雙向的意識交流，且主體與客體的位置非絕對的，此兩者間互為主客體的關係。此論點強調經驗是互動而來的，所以不同的現象學研究者訪談相同的研究參與者，會得到不同的訪談內容。後來哲學家認為主體間是現象學的中心，而存在現象學學家也認為純粹的存而不論不可能，因此提出共同研究者（co-researcher）的觀點，以主體間性研究人類存在的行為（引自 Beck, 1995）。

故訪談開始前，研究者會與研究參與者建立人際關係，待雙方準備好之後，再約定適合的訪談地點及時間，使研究參與者能安心、信任地描述情緒、思考、認知和觀念，並藉會談技巧，將研究參與者重要的保留的經驗呈現，研究者也隨時注意研究參與者的身心狀況，以貫穿此概念之精神。

（三）還原（reduction）

還原係由於其「存而不論」（*epoche*）的觀點而來，即不對任何的經驗、知識作假設，而是以另一種超越的角度來反省我們的生活經驗。把「自然觀點」放入括弧存而不論，但這不表示由肯定轉入否定，並沒有因此而否定此世界，只是中止判斷，放入括弧，完全不利用那些自然的觀點，絕不使用它們作為預設或基礎，存而不論的目的為找到一個「存有的新領域」（*neue seinsregion*）（王美媛，1988）。回到最初意向的經驗本質特徵領域的方法（引自穆佩芬，1996；Holstein & Gubrium, 1998）。

因此研究者對研究現象不做預設及判斷，訪談過程中暫時拋開本身過去的經驗、理論背景，訪談過程中以「可否再多做些描述？」「是什麼樣的情況？然後呢？」等問句，讓研究對象表達自身經驗。

（四）生活經驗（*lived world*）

生活經驗本身是一個複雜的現象，人們生活在現在及過去的經驗中，所以生活經驗是一個持續進行的動態過程，包含了多層面以形成人類每日生活經驗，且強調每一個經驗都是獨特的，有其獨特的特性（*characteristics*）或屬性（*attributes*）（引自穆佩芬，1996）。生活經驗是現象學主要探討的部分，而經驗是可記憶、可回溯的，個體主觀的描述其生活經驗，及他對生活經驗的思考（胡幼慧，1997；Ihde, 1986）。

在本研究中，欲藉由與研究參與者面對面的訪談方式，請護生以回憶的方式說出遭遇病患死亡的主觀經驗，包括認知、情緒、行為態度等。

（五）現象學對於護理教育研究上之助益

現象學以其獨特的研究方法，對生活世界中人類超驗主體性的經驗、意識與覺知本質，提供了「絕對無疑論」的「懸置」、「存而不論」與「還原」真象之「本質」的探究方式，提供護理教育研究上不少的助益。

首先，現象學它重視護理學生（經驗主體者）的經驗本質描述，提供護理教育研究回到研究對象的本質觀照；企圖從經驗者的觀點來描述經驗，並希望能達到對不同思維方式，與行動產生某一程度上的警覺性（awareness），其貢獻在於了解人類經驗的真諦，尋求新的可能性。其以「經驗者」的觀點作為經驗描述的主體，則給予護理教育研究者能回歸研究的主體與研究的對象，並提醒當前的護理教育研究應釐清研究的「本質」性問題與目的，而才能掌握研究的意義與真諦。再者，現象學以「絕對無疑論」之「懸置」、「存而不論」的概念，與「還原」直覺本質的方法論，提供質性研究反思的方法，以及研究成果詮釋上所應考量之意識深層脈絡，並對質性研究的資料蒐集設計整全性的衡量，提出反思的警示與提醒。使護理教育研究的面向，能夠從個體到個體的關注，推向個體到整體，以及整體到個體的多面向層次體會與探究。

最後，現象學的描述方法，一方面能夠從抽象的現象事實中，得到具體的描述；另一方面，則是能夠立於描述對方的角度與經驗。因而，其在護理教育研究上有兩項的啟示，其一，護理教育研究應從複雜的事件現象中，直觀問題與理解事件的本質真象，而提出具體描述與說明；其二，則是護理教育研究應以積極開放的視野，面對「物自身」現象的本質問題，並回歸事物的根本，以避免主觀的預測。

第三章 研究方法與實施

本研究採用質性研究方式(qualitative research method)，以現象學(phenomenology)為研究取向，利用深度訪談(in-depth interview)輔以錄音收集資料。現象學是一種哲學思想也是一種質性的研究方法。乃是基於現象學的哲學思維，運用歸納及描述的方式，再沒有預設及期望之下，調查呈現在意識層面的經驗，其主要的目的是探討及描述研究對象自覺經驗的世界現象，即是在調查人類生活經驗的基本結構或本質，本質即在意識經驗裡面以它最原始的面貌呈現，它是一種基本性的結構，此基本結構是生活經驗內的一種有系統的結構，也是共同存在於所有經驗到特定現象中的特質。

於研究進行前不設立研究架構與假設，藉由收集個案自己表達的語言資料，加以分析與歸納，讓個案呈現自己原有的風貌。研究者為獲得護生於實習期間第一次遭遇到病患死亡經驗的本質，研究者將摒棄所有對實習護生各種經驗的先入之見，有系統的對所研究對象之主觀經驗採開放態度，且不斷質疑、反思、專注、及直覺的洞察，以讓經驗盡可能的呈現其整體性、意義及本質。護生初次遭遇到病患死亡內心的感受、想法、反應及影響等主觀經驗，它是一種複雜的心理反應，其影響因素甚廣，採用半結構式的訪談指引進行深度訪談研究，給予作答者思考的空間，兼顧個別性的表達機會，以獲得較有價值資料。

本章內容共分為五節：第一節研究步驟。第二節研究對象之選取。第三節研究工具與資料搜集過程。第四節倫理考量與研究嚴謹度。第五節資料分析等五個部份來說明本研究的研究方法及程序。

第一節 研究步驟

依據本研究之方法及目的，本研究進行的步驟如下：

- (一) 確定研究主題，界定問題的性質、範圍，並擬定研究計劃、研究進度、確定研究大綱。

- (二) 收集相關文獻，作為本研究的參考依據。
- (三) 進行相關文獻的閱讀與分析，也閱讀質性研究論著，以充實訪談能力。
- (四) 根據研究目的及文獻探討的結果，設計訪談大綱，並敦請專家學者評定題目的適切性，以建立訪談大綱的內容效度。
- (五) 探尋訪談個案，依條件選取符合研究目的的護生為研究對象。
- (六) 進行試探性研究，檢討試探性研究缺失並修正訪談大綱。
- (七) 進行正式訪談，並收集相關文獻。
- (八) 將訪談內容謄寫為逐字稿，進行資料處理、分析與受訪者的回饋。
- (九) 歸納研究結果，並提出結論與具體建議。
- (十) 撰寫研究報告。

第二節 研究對象與資料搜集過程

一、研究對象

採立意取樣法 (Purposive sampling) 以確保樣本具有本研究所欲探討的生活經驗。以中部某醫護科技大學的五專、四技、二技的護理科(系)學生於台中某醫學教學中心癌症病房實習的護生為研究對象。研究對象的選樣條件 (criteria) 如下：

- (一)、護生於所有實習階段，第一次遭遇到病患死亡的事件。且也同時必須參與此死亡病患的瀕死期照護至少 2 天 (含) 以上。
- (二)、經由研究者說明研究動機及資料收集方法，並徵求訪談過程錄音或紀錄以便資料的收集與整理，同意參與此研究者，並填寫研究同意書。

二、資料收集過程

研究時間由民國 94 年 8 月至 96 年 4 月，研究者於訪談前與每位參與者接觸 3 次以上(包括建立人際關係、訪談、及參與者檢視)，資料收集過程訪談實際接觸至少一次以上。其訪談時間於護生經歷病患死亡之兩週內完成。約定雙方方便之時間，訪談內容過程保密。訪談

地點盡量選擇安靜不被打擾，在一自然情境，受訪者感到舒適的狀態下進行。由計畫主持人擔任訪談員，根據訪談指引說明受訪者有權隨時中止訪談，訪談平均約 1-2 小時，研究者在訪談過程並隨時觀察受訪者之語言及非語言行為，訪談過程徵得參與者同意，以錄音機全程錄音，並於三天內轉錄為文字稿。當第一個訪談錄音資料謄成文字後即開始資料分析工作，資料之收集及分析同時進行，再分析結果達飽和其時，取樣即停止，共訪談 12 位護生，護生之相關資料表如表一。資料由主持人與具現象學研究專長之研究者分析整理。

三、深入訪談：

訪談大綱是蒐集資料的重要工具。在本研究中，為使資料蒐集完備，訪談過程流暢，有效的掌握訪談方向，及在訪談情境中對有限時間的最佳利用，研究者採用半結構式訪談大綱為工具來導引訪談的進行。訪談時所用之研究工具包括訪談大綱、錄音器材、紙、筆等，用以收集與記錄會談內容。研究者在會談中需用心聆聽個案言語部份的表達，還包括聲調、語氣等，亦注意非語言動作的表現，如身體動作、會談時神情，在訪談過程中，正式訪談大綱視訪談者與受訪者之訪談情境彈性運用，訪談內容以受訪者主述為主，訪談要項不需依序提問，其用途只在於檢核資料蒐集是否有所疏漏或作為訪談時之引導。並依訪談指引大綱，採個別一對一、面對面的訪問方式，獲取所需的資料，再經過資料分析與處理，以達研究結果。

然而，研究者在護生經歷病人死亡之後，向護生說明欲進行之研究目的，得到同意之後，請護生事件發生的當天返家後先試著寫下照護期間（包括瀕死病人時期的照護、病人死亡、死亡之後調適時期）的所有感受、想法，有如寫日記般地記錄自己的心情故事，無須顧忌到老師的感受，請盡情地把自己的感受想法寫下。每天繳交一份，形式不拘，研究者也每天整理其較明顯的感受及反應或有意義的字句，列入深度訪談資料之重要參考，請護生連續寫 2 - 3 天。之後進行深度訪談，深度訪談的時間為護生經歷病人死亡事件的第三天至兩週內，完成第一次的訪談。每位護生分別訪談至少一次（含）以上，為避免護生在訪談過

程中有所疏漏，在訪談過程結束時研究者以「謝謝您今天的訪談，有什麼我沒有問而您認為重要的？」作為結束，並請護生想起重要議題時，均可主動與研究者聯絡，約定時間再訪談。因每位參與者均是研究者的實習指導學生，因此訪談的接觸至少 6 次（含）以上(包括建立人際關係、訪談及參與者檢視)。

第三節 研究工具

一、質性研究中研究者本身即是研究工具。

研究進行前，研究者曾修習過質性研究方法，多次練習與符合條件的個案訪談，增加資料收集與分析資料的靈敏度。

二、參與研究說明及參與研究同意書(見附錄一)：

為能減輕研究對象之疑慮及能順利的蒐集資料、研擬參與研究說明書參與研究同意書，說明研究對象將接受訪談的次數、時間、明白揭示訪談過程需要錄音、資料的分析及將來資料的呈現方式，雙方的權利與義務等，以尊重研究對象的權益。

三、訪談指引

首先，根據研究目的與相關文獻探討結果，參考護生於遭遇病患死亡之日記內容，編擬初步的訪談大綱，為能準確達到研究目的及確保問卷的效度，參考 Dickinson (1992)、Beck (1997)、Knight (2000)、施素真 (1999) 等相關研究的問題及陳錫琦 (2003)「大學生第一次死亡經驗及其相關問題」所用的問題，編擬一份「實習護生初次遭遇病患死亡之經驗」之初步訪談大綱，訪談指引主要包含四個面向；重點在於針對護生面對病人死亡的經驗感受(瀕死時期、病患死亡時、死亡後及因應與調適期)，請研究對象盡可能地回憶初次面對病患死亡之主觀經驗；訪談 2 位學生做為預試研究，以修正形成正式之半結構式的訪談指引(見附錄二)。研究者將兩位研究對象描述的資料內容，經過逐字稿的整理及詳讀數遍，並加以審視分析護生表達的主要內容，是否與研究主題、研究目的相符，經過與指導教授多次的討論，對於訪談內容及技巧有更進一步的瞭解與掌控。也由試訪的過程中，了解訪談的進行必須安排在護生經歷病患死亡的三天後，因為此時護生的情緒已較平靜，能夠針對這事件去做思考，也願意接受訪談。

四、訪談記錄表：

本研究以錄音方式記錄訪談內容，並於訪談後立即記錄訪談過程、觀察、心得及所觀察內容作摘記，同時配合錄音帶中逐字逐句所騰錄出之談話內容寫成逐字稿作分析以及非預期之特殊事件於「訪談記錄表」中，以提醒研究者下次訪談重點及注意事項，俾使訪談過程更加完善，以增加資料搜集的豐富性與完整性。

第四節 倫理考量與研究嚴謹度

一、倫理考量：

研究的倫理本質從一開始時就受到重視。研究者於研究過程的倫理考量與處理：

（一）保密：

研究者將在正式訪談之前告知研究對象在本研究中所承諾的保密措施包括基本資料的保密，在錄音帶中出現研究對象姓名等任何可能引發猜測參與者身份的部份書面資料上一律以大寫英文字母A、B、C…等符號表示，訪談錄音帶、訪談逐字稿與資料分析稿都將妥為收藏，絕不會作為研究以外的用途，同時為了顧及參與者的隱私，研究資料將以匿名方式呈現，訪談錄音帶個案可以保留或由研究者於研究一年後銷毀。

（二）不批判：

為了鼓勵研究對象在訪談過程中，願意做深入的自我經驗的探索，研究者對研究對象所提供的資料應秉持接納、尊重及不批判的態度來瞭解與分析，以避免研究者過於主觀的涉入而曲解了研究對象的想法與感受，降低了資料的真實性，透過會談方式收集資料，個案於研究中不會有身體上的傷害，而在研究過程中個案的行為及想法，不會遭受到任何的批判。

（三）尊重：

個案於參與研究前，可以獲得研究的過程及目的充份解釋，在研究前及研究進行中，可隨時要求停止。在訪談的過程中，做到確實尊重研究對象的任何決定，注意其於訪談過程中的情緒變化及對問題的開放程度，適時檢核當下的感受，給予回饋與同理，若遇有令其感到不舒服的主題時，可以尊重其不回答的決定。

(四) 誠實：

基於尊重研究對象有「知後同意」(informed consent)的權益，研究者將於正式進入研究程序之前，清楚告知研究目的，研究內容並且應簡要說明研究者本身的背景。對於研究對象所提出的問題也將適度坦誠加以回答。

二、研究嚴謹度：

本研究是採現象學研究法，屬於質性研究，在質性研究的範疇內常以研究的嚴謹度來說明其信度和效度。本研究以Lincoln and Guba (1985)提出的四項質性嚴謹度標準作為資料處理與分析時嚴謹度的參照標準。包括確實性(credibility)、可推廣性(transferability)、可審查性(auditability)、和可確定性(confirmability)來表示會談資料分析之嚴謹度。

(一) 真實性(credibility)

即量性研究的內在效度，指研究者真正觀察到所希望觀察的，透過研究者與對象間的持續互動，研究內容與研究發現是確實的，可正確描述或解釋此經驗(劉淑娟，2000)。在研究進行中研究者在訪視前會有數次與研究對象接觸，以建立彼此良好的關係，期望能深入瞭解研究對象的真實感受及經驗，由此接觸的經驗中，能對資料的意義有較高的敏感度，且運用適當的溝通技巧以獲得有效的資料，且研究者同一時間只與一人會談，並由研究者一人觀察、記錄、逐字謄寫訪談內容、參與性觀察與田野記錄做為厚實指述提供豐富資料，再者與指導教授定期就錄音內容，逐字稿及資料分析進行討論，均可增加確信度之建立。Lincoln and Guba (1985)研究中確實性藉由下列三種方式增強：

1 · 同僚分享剖析(peer debriefing)

研究者找相同領域的人，一起分析所得資料中的一、二份，看看是否有一些隱藏的意義被找出，會談後所得的原始資料像是錄音帶、手記等均予以妥善保存。最後再邀請相關領域的資深研究者，即指導教授及論文指導委員作為諮詢的對象(member checking)，指導研究者在資料分析過程中可能遭遇到的問題與瓶頸。

2 · 適用的參照工具(referential adequacy)

本研究徵求受訪者同意使用錄音為訪談工具。

3 · 成員核對(member check)

在研究過程中，研究者持續地應用個案檢視法(member check)的方法來提高研究內容，使研究更具有真實性，確保研究的嚴謹度。

(二) 可推廣性(transferability)

本研究進行資料收集的方式，是運用低結構性的訪談大綱來訪談護生面對病患死亡之主觀經驗，並在資料分析飽和度後即停止收案。且研究者盡量地試著從不同的角度及不同的時間來接觸護生以獲得資料(thick description)，可以提供其他研究者在類似的研究情境下，作為資料的轉換與應用，以達到研究的推廣性。

(三) 可審查性(auditability)

資料來自於會談時錄音所獲得的文字資料，觀察訪視情境的筆記及記錄受訪者表情，肢體動作等非語言的資料，且在研究過程中，建立完整的書面資料，包括文獻查証、訪談大綱、錄音資料、訪談書面資料、編碼表、備忘錄等，清楚呈現研究者的思考路徑。

(四) 可確定性(confirmability)

研究者將研究過程中所收集到的錄音資料，根據錄音帶資料逐言轉譯成文字並將會談過程中觀察所得之非語言資料配合會談所得錄音資料撰寫成文本，而且輸入電腦鍵檔儲存及另存磁片，並與會談記錄摘要一起妥善保存，以供日後稽查。

第五節 資料的分析方法

質性研究資料的處理本質上是一種化約的活動(reductionistic activity)，將資料轉化為最小、易處理及容易存取的資料，並將有意義的片段放在一起形成一個概念型態(Polit & Beck, 2004)，所以資料分析的目的在于萃取概念、形成主題。研究者在第一次訪談之後，將訪談的錄音資料轉寫成逐字稿，就開始進行資料分析，研究者盡量以客觀、嚴謹、中立的態度進行分析，以便能產生更多的觀點，使得在下次的面談能收集到更多的資料。研究者在資料分析的過程是依循Colaizzi(1978)的七大步驟進行分析。轉錄文字稿反覆閱讀文字稿數次形成一個整體的概念，選定意義單位，粹取中心主題分析，分析資料的步驟如下：

(一)謄寫逐字稿：

將訪談錄音帶逐字逐句謄錄下來，同時也要盡可能記錄重要的非語言訊息與言下之意的溝通內容，每份文字紀錄都先全篇細讀數遍，以了解其中的脈絡，得到整體的概念 (concept)。

(二)現象還原和存而不論：

研究者需要對所蒐集研究資料有一開放的態度，讓資料中所存在的任何意義自然顯現，及中止個人對資料的反應與解釋，進入受訪者的個人世界中，以獲得個案生活經驗的原始資料。

(三)以整體感受來聽訪談內容：

盡量地在忠於原意的原則下，從有意義的陳述中找出其所代表的意義。

(四)從意義的群眾中決定出主題：

組合意義中所存有的共同特性，形成一個適當的概念 (concept)，然後將這些概念形成一個次主題 (sub-theme)，再將幾個次主題歸納出主題(theme)。

(五)統整概念、次主題與主題，並進行最後的基本結構描述，此描述必須完整而廣泛地涵蓋所有主題。

(六)最後的描述文，拿回給受訪者檢視，以確認研究結果是否反應出個案的經驗。若研究對象增減任何資料，則應採納新的訊息並加入在最後的結構中。

(七)撰寫綜合摘要：

針對所有可以獲得與本研究所要瞭解的現象之訪談內容撰寫整體摘要，即為本研究的綜合發現部分。

第四章 研究結果與分析

研究者在研究過程中以現象學(phenomenology)研究取向，利用半結構訪談指引進行一對一的深度訪談(in-depth interview)方法以及錄音來收集資料，共有12位護生分享面對病患死亡的經驗感受。訪談資料依據錄音內容轉成逐字稿，並以Colaizzi (1978) 七大步驟資料分析方式加以處理與分析。本章內容主要分成二節，第一節研究對象描述，第二節研究資料結果分析。

第一節 研究對象描述

資料收集期間自民國94年10月至96年3月止，共12位護理學生之研究參與者(以下簡稱護生)。訪談進行至第10位參與者時，資料內容的分析已無新的主題產生，故基於飽和理由(saturation)再增加兩名參與者後，即停止收案。本研究共訪談了12位護生，研究者基於保密原則，在呈現參與受訪者的資料過程中，皆已分別編號為N1→12 代替真實的姓名，其基本資料如下：

N1：

現年19歲，五專五年級。沒有照護過瀕死病人的經驗。有爺爺去世的經驗，照護此病人阿公有5天。

N2：

現年19歲，五專五年級。沒有照護過瀕死病人的經驗。有爺爺、奶奶去世的經驗，照護此病人伯伯有3天。

N3：

現年19歲，五專四年級。沒有照護過瀕死病人的經驗。有父親去世之經驗，照護此病人伯伯有11天。

N4：

現年19歲，五專五年級。沒有照護過瀕死病人的經驗。有爺爺去世沒有見著最後一面的遺憾經驗。照護此病人伯伯有12天。

N5：

現年21 歲，四技四年級上學期。沒有照護過瀕死病人的經驗。照護此病人奶奶有10天。

N6：

現年21 歲，四技四年級上學期。沒有照護過瀕死病人的經驗。照護此病人奶奶有7 天。

N7：

現年21 歲，四技三年級下學期。未曾照護過瀕死病患。無家人去世經驗，照護此病人伯伯有6 天。

N8：

現年22 歲，二技二年級上學期。曾照護過瀕死病患。在實習前已完成2學分必修的緩和療護的課程。沒有親人去世之經驗，照護此肝腫瘤末期病人已經昏迷的阿姨，有4天時間。

N9：

現年22 歲，二技二年級上學期。未曾照護過瀕死病患。在實習前已完成2學分必修的緩和療護的課程。沒有親人去世之經驗，照護此病人叔叔有10天。

N10：

現年18 歲，五專四年級下學期。沒有任何接觸過瀕死病患的經驗。沒有親人去世之經驗，照護此病患約45歲，有6天。

N11：

現年21 歲，四技三年級下學期。曾照護過瀕死病患。約兩年前有爺爺去世經驗，照護此病人阿姨約有13 天。

N12：

現年21 歲，四技三年級下學期。無照護過瀕死病患。無家人去世經驗，照護此病人阿姨約有4天。

表1 參與者基本資料

代號	學制	年級	年 齡	照護 天數	瀕死 照護 經驗	親人 死亡 經驗	修過 死亡 學	修過 緩和 療護
N1	五專	5	19	5	無	爺爺	無	無
N2	五專	5	19	4	無	爺爺	有	無
N3	五專	4	19	11	無	父親	無	無
N4	五專	5	19	12	無	爺爺	無	無
N5	四技	4	21	10	無	無	無	無
N6	四技	4	21	7	無	無	無	無
N7	四技	3	21	6	無	無	無	無
N8	二技	2	22	4	有	無	無	有
N9	二技	2	22	10	無	無	無	有
N10	五專	4	18	4	無	無	無	無
N11	四技	3	21	13	有	爺爺	無	無
N12	四技	3	21	4	無	無	無	無

第二節 會談結果分析

指護生於臨床實習過程所親身經歷病患死亡的經驗內容，包括認知、情感、知覺及行為等反應。護生在經歷病人死亡後經由回想，一再地重整其記憶中，關於本身於當時當地所發生的經驗內容，並於訪談中表達出來的感受、想法和態度。研究者依據研究對象的訪談資料，及依研究方法將研究結果的共同特性的主題，共獲得護生初次遭遇病患死亡主觀經驗的三個歷程，包括任務-瀕死期的照護；瓦解-病患死亡處境的面對；重組-調適期。形成主題的次主題包括任務（心驚膽顫、承受病人生命漸逝的難、全力以赴、自我肯定），

瓦解（身陷其境、抽離與潰堤），重組（餘悸猶存、逃避、體悟、釋懷、成長）。表 2 乃參與者訪談資料分析之主題、次主題與概念歸納整理。

表2 參與者主題(theme)、次主題(sub-theme)與概念(concept)之歸納整理

歷程	主題(theme)	次主題(sub-theme)	概念(concept)
瀕死 時期	任務一	心驚膽顫	觸目驚心--害怕無法勝任
	瀕死期的照護		提心吊膽--擔心病情惡化
		承受生命漸逝的難	面對病患病痛煎熬的不忍與無助 面對病患及家屬心理情緒的無言
		全力以赴	使命感-肩負護理使命 天使心-良善悲憫之心
		自我肯定	自信心的建立 專業技能與知識的提升
病患 死亡 時期	瓦解一 病患死亡處境的 面對	身陷其境	驚慌失措-病危時刻 百感交集-死亡時刻 -震驚與否認 -失落與悲傷 -憤怒與自責 無法兼顧悲傷的家屬
		抽離與潰堤	悲傷情緒的壓抑 悲傷情緒的決提

病患 重組— 死亡後 調適時期 時期	餘悸猶存	死亡是難以招架的慟 生活作息的改變-生理困擾
	逃避	避免觸景傷情 保持安全距離
	體悟	體悟「生命的脆弱」 體悟「生死的必然」
	釋懷-	坦然面對自己的情緒 接受死亡是癌末病患痛苦的解脫
	成長	照護瀕死病患態度的轉折 照護瀕死病患能力的提升 正面生命意義的尋求

本研究根據研究目的與分析結果陳述，共萃取出護生初次遭遇病患死亡的經驗歷程，共包含病患瀕死時期、死亡時期以及病患死亡後時期等三個時期，依序分述如下：

歷程初始階段—病患瀕死時期

研究中瀕死時期是指住院病患已由醫師診斷其疾病已瀕臨末期、不可治癒的狀態，或病歷的紀錄報告之敘述為預後不好、情況不樂觀；也就是指病患已處於臨終階段，臨終的病患其意味著生命將隨時會結束。

一、任務－瀕死期的照護

任務指的是一個工作、一個職責、本份與使命。在此研究中，任務是指護生到臨床學習如何照護瀕死時期的病患。此任務可能是實習教師指派的，也可能是學生想要擁有這樣的照護經驗而自行選擇的；然而，不是每位實習護生都會遇見照護瀕死病患的經驗。沒有照護經驗的護生一旦參與照護瀕死病患會面臨到各種的壓力。照護對象包含瀕死病患及家屬，提供身體心理方面照護。研究中，護生普遍面對瀕死病患照護的任務時感到心驚膽顫，也體會到面對病患生命漸漸消逝時的無力與無助感。但護生還是能本著護理職責與本份以病患為重，全力以赴。於照護瀕死病患的過程中有許多的擔心害怕、猶豫與不安、無力與無助，但終將能從此經驗中獲得自我的肯定。以下是本主題的相關次主題及概念之詳細說明：

1. 心驚膽顫

心驚膽顫是形容內心的害怕與恐懼。在研究中，護生袒露：「…一開始知道要照顧伯伯時，其實我還蠻害怕的，…」(N4)，N7也提到「…她這樣的情況…，我會蠻怕去幫她care，天啊！…」，基於這些陳述得知護生普遍於投入瀕死病患的照護時，會感到非常的害怕與恐懼。此感受包括觸目驚心與提心吊膽兩個概念，詳細分述如下：

(1) 觸目驚心--害怕無法勝任

「觸目驚心」形容護生對於目光所見，內心感到驚恐與焦慮。研究中，護生表達自己沒有照護瀕死病患的相關經驗，也很少有機會接觸到臨終病人，對臨床上的儀器也難得一見，當一看見被病痛折磨到不成人形的外觀，以及身上插著許多複雜的管路，病況看似嚴重時，內心是非常驚恐與害怕的…。參與者在回想一開始接觸病患的這個片段時，大都是帶著失落的情緒或哭泣地表達著：

N9 哽咽流淚地述說著：「一開始看到他感覺他臉上很疲倦，看起來精神不好。身上有一點紅紅的像出血的感覺，腳又有水腫，胸管引流的東西又很多，很瘦！他聲音蠻小的，讓我

覺得他的疾病情況好像還蠻嚴重的感覺，感覺有些恐怖！剛開始會害怕！」

N3 邊說邊哭泣：「當我第一次看到伯伯，我覺得很可怕！因為伯伯身上的管路很多。」

N8 提到：「…一開始她就昏迷，且她有使用 Bi-PAP…一開始會害怕！…臨終病人、儀器少見…」

N4 提到：「其實我還蠻害怕的，…因為我從沒 care 過重症病人！…」

讓護生於病患死亡之後的兩週內回憶起開始參與病患瀕死期的照護經驗，內心還是充滿感傷地哽咽或流淚，甚至有些護生還沒開始說就已經哭泣，大都是邊說邊哭泣地表達自己照護瀕死病患的經驗，可得知護生其內心仍存有極大的悲傷情緒。另外，她們也表達自己當時除了感受到驚恐，也完全不知道該如何去照顧病患，開始害怕擔心自己無法勝任，害怕面對病患及家屬、害怕照顧不好遭受到病患或家屬的拒絕、害怕照護過程中遇到病患發生突發狀況、害怕有所失誤導致病患的死亡…。參與者陳述：

N9 護提到：「他身上的管路很多、很複雜，看到他身上那麼多管子 Y 到底要怎麼照顧？…開始我不知道如何去照顧他，真的不知道！第一天照顧她，我根本就不知道他需要的是什麼？我也不清楚！」

N3 提到：「…我覺得很可怕！…我怕一不小心會扯到管路！」

N8 提到：「…想自己是不太會使用機器…怕溝通上不能勝任…」

N7 提到：「在照護她時，我擔心她會死翹翹，因為醫生在病歷上，都有用中文或英文寫病況很危急，…不知道去量 TPR 時會遇到什麼狀況，怕病人死掉，害怕自己沒辦法去處理，我會不知所措！不知道該怎麼辦？」

N10 提到：「…當我了解到她的狀況不是很好時，其實我也很煩惱要如何去面對她和她的家人，…怕我照顧不好，她會拒絕！……會怕她有突發狀況，我自己沒辦法處理，…我真的怕我照顧的不好，怕我照顧不好導致她死亡，真的很害怕，…」

由以上護生的描述得知無論有無照護瀕死病患經驗的護生，在面對病患時就開始感到害怕，包含生理及心理等所有的照護，害怕病患會在自己的照護下死亡。

(2) 提心吊膽-擔心病情的惡化

「提心吊膽」形容焦慮不安、擔心害怕。當病患呈現某些病情惡化的徵兆時會讓護生提心吊膽。在本研究中，護生在照護病患期間，當看見病患病情的惡化、或是聽到病患不樂觀的病情訊息，或聽見呼吸器發出的警示聲等就會出現神經緊繃、擔心、恐懼、不安及失落的情緒出現，休假時也會想知道病患病況的變化，…她們害怕病患會死掉。參與者表達：

N4 提到：「照顧伯伯的這段期間我的心情就像處在暴風裡的船…起伏不定，常隨著伯伯的病情改變！…天啊！才過一天而已，伯伯怎麼會變成這樣，而且呼吸器還會發出警告聲，聽到這種聲音都覺得害怕，感覺一整天神經超緊繃的，很擔心伯伯會有突發狀況…」

N5提到：「…當婆婆能坐到床旁椅子上休息，就覺得有進步、很開心，若看到她是躺在床上沒有下床來，我就會想：「怎麼了！是不是哪裡不舒服？婆婆會皺眉頭，看到她的表情且身上又有新的出血點，就覺得怎麼這樣子！？」

N9 提到：「就在上禮拜四，病人有一度嗜睡的情形，…沒想到病人狀況越來越不好。心裡頓時覺得病情得進展怎麼那麼快，…星期四那一整個下午，心情一直很低落。」

N11表示：「從學姐的口中得知她在這幾天的日子，可能會離開的訊息，我很擔心！也很難過！…休假時也會想知道阿姨的病情變化…我會擔心她…擔心她…走掉…」

N3 提到：「學姊們告訴我說：朱伯伯的情況不好！要我有心理準備。當時心中真的很害怕，想說他會不會馬上就死掉,或許學姐提早跟你說會讓你有心理準備，但是對我卻帶來極大的恐懼。…」

N7提到：「到醫院第一件事就是幫病人量血壓，等到我要去幫163房的伯伯量血壓的時候我才發現他似乎看起來情況不太樂觀，聽著阿嬤訴說阿伯昨夜的病況，不禁開始為伯伯擔心了起來，…我想我的害怕是因為怕看到自己的病人即將死去，…」

N12 提到：「…這幾天照顧下來覺得病患的狀況好像越來越不好了，在量 Vital sign 時，就覺得她氣色看起來不是很好，且量起來又發燒、喘、血壓低、血氧才 70%，…而此時我開始很擔心跟焦慮，擔心她是不是要 CPR，也擔心她病情持續惡化，…」

由以上護生的相關描述得知，於照護病患的期間護生的情緒無論是在上班或下班都充滿了

擔心與不安。於研究中，護生也表示在提供照護的過程中，她們普遍容易將情感投入，與病患建立緊密的互動關係，視病人如親人般的照護。護生的描述：

N2、N5、N4、N12提到：「照顧病人也有幾天的時間了，自己也在不知不覺間將自己的感情投了進去，我待他們都像在對待我爺爺一樣！」

綜合以上研究發現無論有無照護經驗的護生，當見到瀕死病患的外觀等就開始感到害怕與恐懼，照護瀕死病患期間都產生擔心、不安的情緒。普遍於照護的開始因感受到照護任務的複雜及困難，而害怕自己無法勝任，害怕見到病患死亡。照護幾天之後，與病患建立了緊密的互動關係，會因為病患病情的惡化而產生擔心、害怕及產生失落的情緒。且發現，護生於回憶及訴說這照護的經驗時仍充滿了感傷，哽咽及哭泣等情緒出現；可以得知其悲傷的情緒仍延續著。

2. 承受生命漸逝的難

護生面對瀕死病患的心理壓力除了害怕恐懼、猶豫不安之外，面對病患生命漸漸的消逝也感到難以承受。在研究中，護生看見身體已經非常的虛弱的病患，還要承受許多病痛的煎熬感到不忍與無助，以及面對病患與家屬的心理情緒問題也不知如何適當地因應，詳細分述如下：

(1) 承受病患病痛煎熬的不忍與無助

不忍心指的是無法忍受、不忍心；無助指的是孤單沒有援助。護生面對病患在臨終時還得經歷一番的折磨及疼痛，感同身受地感到極度的不忍、不捨與無助。訪談資料中，護生表達面對瀕死病患衰弱的身體還要接受各項相關的醫療活動所帶來的痛，她們常以「我真的無法接受」、「好心疼與不捨」等字眼來表示內心的難以承受。護生陳述：

N3 提到：「…看見我照顧的病人情況不是很好，臉腫的不像話，尤其是他將過世的那幾天

他整個人呼吸的費力讓你看的很心疼，身體還要插許多管子來維護自己的生命，我想那些管子就這樣插在病人身上，一定很痛，都快要死了，卻不能快快樂樂地死去，…心中好捨不得！…」

N11 提到：「『阿…好痛阿…不要啦！』…她已痛到皺著眉頭，哭了起來…她痛到哭喊著…沒力氣的她，用雙手微小的力氣抵抗，看在眼裡…很不忍…」

N1 提到：「知道阿公仔前一天晚上有急救，一聽到這消息，我就趕過去他的病房看他，拉開布簾印入我顏前的---已經是焉焉一息的憔悴身影，當我看到他這樣的時候，我的鼻子不禁一酸了一下，眼淚差點飆了出來！一個日夜的交替後，隔天看到的情景，既是判若兩個世界一樣，變化之大是任誰都無法意料的！我真的無法接受這樣的事實…」

N 10提到：「因為她的點滴很不好打…，她一直喊痛，一直皺眉頭，為什麼還要再打？就覺得已經這個時候了，還要受這個苦？！…我在旁邊看就覺得好難過喔！」

N7 提到：「…傷口護理時，看到她的表情，真的是痛苦到哭不出來了！只聽到她不時地哀嚎聲，還忍著痛說著：『求求你們！』…當時心裡真的覺得很心疼，我能想像那真的是生不如死啊！」

另於訪談資料中，護生表達已經為病患的病痛盡了很多的心力，但是仍不見症狀的好轉甚至情況更糟，面對這樣的結果她們常以「我已經盡力…但還是沒用！」、「只能無言以對」、「我到底還能為她做什麼？」、「不知道怎麼辦？」等等字眼來表示內心的挫敗及無助。護生陳述：

N3 提到：「看著他從一開始有辦法嚴厲的吆喝他的妻子做這做那的，到後來的幾乎無法與人溝通,這時你可以感受到他生命的光芒似乎正在減退,你卻無法阻止，心中的無力感真的很大。」

N11 提到：「阿姨還用微小的力氣跟我說『我…已經盡力的轉移目標了（哭…）！』我無言…只能摸摸她的頭，觸碰她的手、腳，給她加油、鼓勵…但我到底還能為她做什麼？…好無助…」

N7 提到：「…化學治療會有很大的副作用，再接受到身心的改變，看到他們一路走來真的蠻累的，…慢性疾病，又是癌症阿，常需面臨緩和治療，又要去安寧了，不如…唉…就覺

得很多管子在維持，等到管子拔掉沒有生命了！就像插了尿管，N-G（胃管）吃也不能正常吃，不能像正常人，尿也不能正常尿，也沒有意識了。就覺得…好可憐，不知道該怎麼辦？又不希望他們死，就是很矛盾！又看到他們這樣子，不知道怎麼辦？」

承受生命漸逝的「難」，由以上護生的描述包含看到已經不成人形的病患，還要承受醫療上所帶來的痛楚感到極為不忍與不捨，為何不能讓他們快快樂樂地死去？然而內心又不希望她們死，仍想是否能再為他們做些什麼？其實心裡也明白無法再做些什麼來挽救病人了！這樣矛盾的心理讓護生感到難以承受。

（2）面對病患及家屬心理情緒的無言

面對病患及家屬的心理情緒的問題時難以做適當的回應與溝通。心理情緒問題是指病患與家屬內心面對死亡的一些焦慮與疑惑，或是失落與悲傷等相關情緒的問題。在研究中，護生常需面對病患及家屬心理及情緒上的問題，她們普遍因為經驗的不足的原因，在面對病患及家屬傷心哭泣時無法幫上忙，想對他們說些什麼，但不知如何說？該說些什麼？不知道他們要的是什麼？如何才能幫得上忙。護生因此感到不安與擔憂，以及產生無奈與挫折，她們感到很難、也很怕去面對家屬或病患的悲傷。護生表達：

N5 提到：「…在溝通上仍欠缺經驗…在家屬與病人的心理層面仍做的不夠、不行狀態，想對她們說些什麼但卻不知該從何說起？該說些什麼？」

N9 提到：「我看見他太太哭的很傷心，一邊問我：『該怎麼辦？』我卻只能拍拍她的肩，摟住她，因為自己經驗還不夠，在病人及家屬的心理層面上，…不知道開口說些什麼或做些什麼，才對病人或家屬有所幫助。…無法幫忙些什麼，這才讓我覺得無奈，心中會有一點小挫折，…」

N11 提到：「有一次她還很難過地說：『你不是說我會變好嗎？』那時候我都不知道如何回答？…很難過，我說：『妳先不要想那麼多…，』因為我一下不知如何反應，很可惜沒有幫到他 …」

N12 提到：「在照顧瀕死病患時，也有許多我無法面對的場面，例如：家屬在我面前哭，此

時我卻不知該怎做才能使他心情好一點，…因為我從來就不知道如何去安慰別人，更何況是遇到瀕死病患時，更讓我覺得手足無措…」

於研究結果中，有部分的護生提到因為對於病患的病況等等沒有很了解，因此她們無法與病患或家屬討論病況與死亡等相關問題，通常她們害怕有不適當的回答，不是她們要的答案，她們是不知如何回答。護生表達：

N3 提到：「…我會害怕他們問這樣的問題，很怕家屬他們問我：『他為什麼會這樣？』『他為什麼會昏迷？』『怎麼變成這樣子？』我一開始…沒有很了解病人，壓力會較大，回答不出來問題，覺得很尷尬！…」

N8 提到：「…有點無力感，我不曉得如何踏入家屬心理部份？…就像家屬有在我面前哭，或朋友來訪，問：『到底可以活多久？』…我經驗不足不知道如何回答！想到底他們想得到的答案？…這是常見的問題，有時候會想如何回答是最好的？想或許他們只是想要疏發而已…」

N12 提到：「…他們問我的問題，我也不知如何去回答他們的問題，因為害怕自己不適當的回答，反而害他們更失望…。」

3. 全力以赴

意指不遺餘力、竭盡全力、盡心盡力、全心全意。護生在照顧瀕死病人期間身心承受到很大的壓力，但仍盡心地想提升病患舒適的照護。研究中發現，護生知道自己的經驗及能力不足，會不想去照顧他，但又認知到護理的職責是必須以病患為重，尊重生命，必須克服內心的恐懼及害怕，帶著護理的使命與年輕護生的天使心，全心投入瀕死期的照護。以下為詳細的描述：

(1) 使命感-肩負護理使命

對於照護瀕死病患這重大的責任，有應擔負的責任。研究中，護生承擔起照護的使命與本份，認為身為護理人員對於病患是不能有所選擇，不管面對的是多麼麻煩的重症病患，都

必須盡自己的本分。護生的陳述表示：

N4 提到：「雖然說照護重症病人麻煩，但我認為不管是多麼麻煩的 case，只要我是護理界的一份子，即便我只是一個微不足道的實習護生，…

N9 提到：「剛開始看到還是會不太想照顧，但感覺以後護理人員還是不能選擇病人，…沒有再想太多！」

N7 提到：「雖然不太想去，但是還是會去，因為他是你的病人，今天還是要做自己該做的事，必須做完，這是自己的本分！當護士就是這樣，不想看到的…，不想做的事…，不能照著自己的情緒走，一直以來就是這樣覺得，除非病人不想我照顧他…」

N8 提到：「這是職責，也想挑戰自己，如果接這個病人，就想要把這個病人照護好…」

護生因為肩負使命，於是必須盡全力去完成照護的任務。研究中，護生只想盡自己最大的能力提供病患舒適的照護，盡全力試圖達成任務。護生表達：

N4提到：「…，不該因為已是臨終病人就隨便care。所以，我還是會盡我目前最大的能力來幫助伯伯。」

N3 提到「從我開始照顧朱伯伯的那一刻起,我就不會想過他會再度好起來像個健康人一樣,所以我盡量讓他感到舒適。」

N7 提到：「… 面對每種病人我都盡心盡力，會很仔細如加藥，…我都會盡全力，做好自己的本分，…為的是不要出錯！不要害了他！」

N8 提到：「…希望讓病患緩解、穩定，至少要穩定…」

(2) 天使心-良善悲憫之心

比喻具有白衣天使的愛心、耐心等，全心全意地提供無微不至的照護。研究中，護生感受到病患的需求，她們於此時已無法顧及自己內心的擔心害怕，只想盡心地提供病患舒適的照護。護生陳述：

N11 提到：「…不管如何，我只想多陪陪她…」

N10 提到：「真的很害怕，但是我還是告訴自己像照顧家人一樣的去照顧她就好，…第一天照顧她真的很緊張，但我對她會多很多的關心，一大早量血壓就會問，昨天睡得好嗎？會很累嗎？會有哪裡痛或不舒服的地方嗎？就這樣每天到她病床邊時都會不由自主的關心一點或多問一點，…就覺得她很孤單呀！我想多了解她，會主動想要去幫她，多替他做一點事情，…我三不五時會走進去看看她有沒有需要什麼？…還有也會幫她按摩…」

N8 提到：「…雖然他已經昏迷了！我會主動跟他講話希望能減輕他的焦慮…」

N12 提到：「後來病情每況愈下就開始擔心了，但並不會減少與病患接觸的時間，反而更常去看病患，…」

護生照護瀕死病患的過程中身心承受極大壓力的狀況下，還是想要盡全力地提供如家人般無微不至的照護，最基本的人性的關懷，也與護生個人具備的專業知識及同理心的信念，也提到與之前的照護經驗有關。護生陳述：

N4 提到：「假如有一天躺在病床上的是我，雖然無法表達內心感受，但我也會希望照護我的護士，能將我當成正常人來照護，而不是把我當成魁儡般，那無生命的物體對待。…」

N8 提到：「因為換成是我我也希望別人這樣溫柔地對我說說話，…這是從以前基護實習時照護過臨終病人就學習到，一直維持著要這樣，當時老師也是這麼說的…且回去有看些書知道些疾病的機轉、要做哪些事，就不太害怕了！…」

護生在照護過程中害怕遇到病患有些突發狀況的發生，認為有老師、學姐的帶領害怕的感受會減少許多，也就能盡心地提供照護了。

N8 提到：「照顧的第一天有老師、學姐帶，…在實習的過程中老師及學姐 cover 著……沒有學姐跟著，我會害怕！因為覺得後面有人，若遇到突然有些大的變化等須有學姐跟著，因為我經驗不夠…」

N2 提到：「…做任何技術時會想主動找老師陪同，這樣我就可以確定自己是否做得正確…」

雖然沒有許多學生陳述她們對於老師及學姊的感受，但是於臨床實習中規定只要屬於侵入性的相關治療都必須由老師或學姊陪同，因此幾乎除了量 vital sign（血壓、脈搏、呼吸、心跳）以及給一些簡單的治療護理等，在護生尙未能獨立執行相關護理的階段全程都有學姊或老師在一旁指導。然而研究者發現護生於她們的實習日記中常常提及非常感謝老師與學姊的指導與鼓勵，讓她們學到了許多技巧以及有勇氣再往前邁進。或許與研究者即是她們的老師，研究對象認為研究者非常了解她們的過程，在訪談過程中對於這些感受她們很少提及，大都寫在日記心得中；因此研究者也發現護生在照護病患的過程中，讓她們寫下照護心得及日記，能讓她們有疏發內心感受的機會，且能讓指導者更進一步了解護生，能適時地提供說明與支持。

4. 自我肯定

經由老師、學姐的帶領，能盡心地學習並投入照護行列中，漸漸地熟悉各項基本的生理照護且能獨立完成，這些經驗讓自己感受到自信心的建立及在專業能力上的成長。

（1）自信心的建立

對自我的肯定。研究中，當護生開始介入照護時，因為知識及技能的缺乏，除了害怕自己無法勝任之外，也常遭到瀕死病患或家屬的質疑，他們常會表現出較為淡漠甚至害怕等不信任的態度，護生也因此產生相當大的挫折感。但經由堅守職責與本份，努力學習加上學姊老師的帶領而全力以赴，習得一些相關的照護技能與知識，漸漸地受到病患及家屬的接受，能與他們建立緊密信任的互動關係，也能提供基本舒適的生理照護，因而肯定自己的能力。護生陳述：

N5提到：「記得一開始是要幫她做抽痰的技術，可以看見婆婆的眉毛是皺起來的，很害怕的表情，…後來可以發現她是信任我的，當我告訴她我要來幫她做如抽痰NG care等，你會看到她沒有在皺眉頭了…覺得自己可以在病人的有生之年陪伴他走最後的一段路程，且能減輕病人生理方面的不適，感覺是相當有成就感的。」

N9提到：「剛開始我覺得病人對我有一點防禦心，而且不太愛跟我說話，只要去幫他做事

時他都很客氣，家屬也都不太愛麻煩我，…跟他說我要幫你加藥，他也不會看我，感覺比較淡漠，用簡單幾個字回答我，感覺他還是對我還是不信任有距離感。…這兩週照顧他下來，我覺得病人對我的態度有很大的改變，比較喜歡跟我說話，而且一些事都會找我去幫忙，他太太也常會跟我說一些病人的事，病人有問題時，家屬也會第一個找我，這是讓我覺得我跟病人距離更近了，…」

N8 提到：「一開始她們是不信任我的，如我要去做簡單的 NG-care，他媽媽很直接地說『你會嗎？』…一開始…當病患有事時，會要我直接去找學姊…之後，當病人有事時就會直接告訴我了…」

N3 提到：「…我們對病人的生理方面可做得很好，…」

N1提到：「…伯伯努力睜開了眼，看了我一眼，這樣的一個小小動作，就可以使我相當開心，伯伯不需要任何言語，只需睜眼看我一下，就可以使得我相當的感動。」

(2) 專業技能與知識的提升

護生經過一些時日照護技能的磨練，看見了專業上的成長，包括在照護技能的熟練、知識的提升，可以完成病患生理上的照護。護生表達：

N4 提到：「這星期是實習以來收穫最大的一周，因為我照顧了一位臨終病人。現在每天都幫伯伯評 GCS、suction、翻身、Endo care、NG care、foley care、wound CD，我覺得經過了這星期的磨練做的速度好像變快了一些、而且動作也較純熟，所以還蠻高興的。…」

N8 提到：「…可以學到…關於臨終病患的照護方面，可以給她一些口腔清潔、灌腸都會注意到黏膜的問題，…也能看到家屬的反應，完全與書本印證…」

N12 提到：「…我在她身上學到了很多東西，不只是技術層面的，還有學理方面的，也會去看她每天的病程變化，想多了解他的病情狀況，針對她的問題作護理措施，…而從剛開始的不熟悉到現在漸漸對她病況較熟悉後，也比較得心應手。」

護生歷經病患死亡時期之研究發現：

死亡時期是指當病患心跳、呼吸停止那一刻起，或許經過一連串的急救等，之後醫師宣布死亡、協助完成遺體護理，以至殯儀館人員或由救護車將病患接離病房。

二、瓦解-面對病人死亡的反應

病患死亡，造成護生情緒上的解體或潰散，此時會湧現強烈的悲傷情緒，也產生各種心理運作的防衛機轉，有些是出於意識或是來自於潛意識。研究中，當病患死亡時，護生身心都陷入困境，無法做理性的思考及反應，並產生錯綜複雜的悲傷情緒，然而基於護理人員的角色與職責，護生於當時壓抑住內心的悲傷情緒，繼續面對悲傷的家屬及執行遺體護理，因而引發內心更深層的悲傷，甚至造成情緒的崩潰。

1. 身陷其境

身陷其境意指陷入困境、窘境，整個身心皆被困住，難以抽身、無法分身，無法作思考。護生面對病人死亡，心理受到重大的打擊，整個人籠罩在悲傷的思緒當中，無法將情緒抽離。研究中，護生普遍於急救時刻感到驚慌失措，病人死亡時刻的震驚否認、悲傷甚至憤怒、自責、愧疚等糾結的情緒產生，以及面對家屬的悲傷，也無法兼顧。

(1) 驚慌失措-病危時刻

驚慌失措的含義為驚恐慌張不知如何是好。研究中，護生在沒有預期之下，遭遇到病患的病況急轉直下沒有了生命徵象時，對於在病房中觀察到這些情境的她們，感到非常的震驚，腦中呈現一片空白、混亂的，不知所措，無法做任何的反應，也不知道要做些什麼，趕快向學姐求救。護生陳述：

N1 提到：「還記得那天早上整個病房氣氛感覺很沉，後來病人情況愈來愈糟糕，家屬來的愈來愈多臉色沉重的，讓我們也不曉得該怎麼反應，一直 keep 在那裡觀察變化，…突然的臨時醫囑要抽十支的 epinephrine，當我抽到第九支時，家屬突然往我這邊衝過來大叫，病

人好像沒有心跳了！真把我嚇死了，第十支抽得我手發抖…」

N4 提到：「當天下午量血壓時，突然血壓下降，不久血壓及血氧測不到，發現病人沒有呼吸，整個人失去意識，頓時間我感到非常震驚！心中不斷想著『為何會這樣？』…真把我嚇死了！」

N2 提到：「根本沒有想到會突然斷氣？看見病人的眼睛不會動，我嚇到了！同時家屬喊著說：「沒氣了！趕快！趕快去叫你們學姊！…我也不知道我要做什麼？我也很害怕會有牽涉到法律的問題，我也不會多想自己能做什麼？我也不會多想！…有些焦急及害怕她就這麼走了！」

N3 提到：「…這時候就覺得事情好像不太對，之後學姊先是把 Dopamine full run，再來是拔 foley，我站在旁邊真的是很傻眼，…到底要做什麼，腦中也一片空白，…我找不到應變的方法，所以一剛開始就遇到這件事真的讓我措手不及。…」

N10 提到：「…她那時候就已對光沒有反應了，當時心情雖然沒有難過到想哭，但是心情卻很緊張，而且很擔心，…」

然而在研究資料中，護生除了一開始發現到病患沒有了生命徵象或不穩定時的震驚之餘，慌亂地參與急救，當時只能被動地聽從學姊的指示，在一旁協助學姊，因而產生強烈的無助與無力感。

N7 提到：「急救時的那一剎，心裡想，天ㄚ，他死了嗎？…原來伯伯已經快沒心跳了，血氧也一直往下掉，…看著學姐忙進忙出的，…不知道可以做些什麼？…老師要我去拿個東西，我不知道要去哪裡拿？走出病房看到學姊，就跟學姐說：『怎麼辦？怎麼辦？…到底在哪裡啊？！…』…聽到學姊匆忙的腳步聲，我卻只能站在那邊看著伯伯在下一秒即將離我們而去…」

N1、N2提到：「…學姐要我做什麼事，我就做什麼事，…」

N12 提到：「學姊看情形不對勁…吩咐我們要拿急救車有些同學趕緊去推來，…我們這些菜鳥此時已是慌亂一片，學姐突然說：『學妹拿急救板給我！』一群人更慌了，開始想像急救板到底長什麼樣子，我離急救車最近，我看到比平常多兩倍大的沾板，我拿給學姊，慌張地尋求學姊的回應。」

另外，研究中，護生認為因為對於急救方面的能力不足，無法幫上忙，也不知道自己該站在哪個位置上，面對病患的急救過程會出現逃避的行為。N11 提到：「在急救過程中感覺大家都知道自己在做什麼！…那時候真的感覺自己不懂的東西很多，無法幫到忙…感覺很想幫阿姨做些事，因為自己很多都不懂，我是不太敢過去站在那邊，站在那裡感覺自己很佔位置…就覺自己閃過好了！」另一護生認為真實的遭遇與想像的急救場面有所差別，而引發想逃避的行為。N2 表達：「之前對死亡學還蠻有興趣的，所以心想當我遇到的時候，會想去參與，不會逃避。實習中真的遇上了，沒辦法啦！過程中會有想躲開這場景中的念頭！但因角色、工作不能逃開！」

(2) 百感交集-病人死亡時刻

百感交集指各種感受混雜在一起，比喻感情複雜，思緒混亂。研究發現，護生了解病患生命處於臨終階段…盡心盡力地提供照護，內心期盼奇蹟出現，一直不願去正視、去多想死亡這問題。當病人死亡時刻護生普遍產生了錯綜複雜的情緒包括震驚與否認、悲傷與無助、憤怒與自責。這些失落的歷程是進進退退的現象，有時也會在各階段之間跳躍擺盪。研究發現這情緒普遍發生在照護病患天數較長且她們已將病人當作親人般照護的護生為主。

(2.1) 震驚與否認

處於震驚的狀態當中，一時無法相信事情（病患死亡）真的會發生在自己眼前。研究資料中，護生面對病患的死亡，一開始感到震驚，無法相信它已真實地發生，也不想去面對病患死亡的真實，身心皆呈現慌亂的狀態。護生表達：

N2 提到：「看到病人突然斷氣，感到震驚！覺得怎麼這麼突然！腦筋空白耶！」

N5 提到：「像以往一樣要去交班時，看到婆婆的床尾放著 EKG，心想昨天晚上婆婆發生什麼事了？走進病房看到 EKG 波度很小幾乎要成爲一條線，不敢相信，…前一天的狀況與今天落差太大了，沒辦法接受！不相信一瞬間就變這樣！…看見婆婆躺在床，眼睛是安祥的閉著，雙手攤平在身體兩側，可以感覺氣氛是凝重的，很不能相信，應該是我看錯了、不敢相信，不敢再回頭去看婆婆一眼。「我驚嚇到了，呆掉了！婆婆走了？！只能說我慌

了！不知道自己要什麼！只能在一旁看著。…」

N1 提到：「病人全身水腫，…心跳不規則，BP 一直降到測不到的地步，當時給我相當的震撼！…原本前一天還可以跟病患有說有笑的，可是經過一晚就發生令人不願相信的事情！…」

N3 提到：「…在實習之前就知道自己遇到死亡的反應，自己也已經想過這一幕一定会上演，今天終於要面對了，只覺得一切的一切都是假的吧！…」

N9 提到：「今天在快下班的時候，201 的潘先生被醫師宣布死亡，看到他離開前的最後一面，我沒有害怕，我只是嚇了一跳！我看到安寧學姐來做遺體護理，我也進去參與了一下子，幫病人換衣服，心中一直回想起之前，潘先生跟我說話的畫面，還是不太敢相信他就這樣走了！…」

N2 提到：「一切都發生的相當快，家屬哭的相當傷心，令所有人都無法接受病患就這樣一走了！…」

面對病患的死亡讓護生感到震驚與否認，她們提到父母在日常生活中就會刻意將死亡與她們隔離，平常也很少談論到與死亡相關的話題，且大部份護生尚未經歷親人離去的經驗，因而可能使得護生對死亡沒有概念，或不正確的認知。護生表達：

N5 提到：「在來實習前就已經有聽同學說過，在這病房會有人死亡，當初很天真的認為這種事不會發生在我實習期間裡，而一直未去正視這問題，而內心也不去思考任何跟死亡有關的事情，只要平平安安地度過這些實習時間。…」

N1 提到：「當初很天真的認為這種事不會發生在我實習期間，而一直未去正視這問題，也不去思考任何跟死亡有關的事情。因為一直不願去面對的問題，居然在實習的第一周就遇上了！…又是第一次遇我心理壓力相當的大」

N5、N6、N10 提到：「從小到大從未有親人離我而去，因此我都抱持著樂觀的看法與想法，…」

N9 提到：「因為從小到大未曾有過重要的人離開過我，所以總是天真的認為病人會好轉，不會到死亡的地步。」

N11 提到：「之前我的爺爺奶奶病危時，我都沒有看到所謂的急救，小孩子一律被帶開，認為這樣對我們比較好，…我一直不知道到底發生了什麼事…我只知道爺爺奶奶走了，只

聽到媽媽說『走的很安詳』，真的是這樣子嗎？」

N12 提到：「在來血液腫瘤科實習前，我並沒有想過會面臨到瀕死和死亡的病患，沒想到在實習的第一週就遇到了，這對沒做好準備的我衝擊很大，…」

(2.2) 失落與悲傷

當護生發現既成的事實無法改變，但心理上還是無法接受，陷入無助、悲傷的情緒中，無奈地面對與處理。研究中，護生雖然知道生老病死之自然性，但面對病人死亡的事實，一時還是難以接受，想起以往與病患的緊密互動，失落、悲傷等五味雜陳的情緒湧現：…。護生普遍帶著悲傷地說：

N6 提到「當時我看到婆婆走了，照護她的同學「如」也哭了，我試著壓抑自己的情緒，我還對同學如說：「不會吧！」…當時的我其實心裡覺得很冷，五味雜陳！我當時以為自己可以忍的過去，不會哭的！…」

N5 提到：「照護婆婆的阿姨她眼眶泛淚，心想怎麼回事？我不敢正眼看婆婆，是用餘光來看，當看到婆婆臉的氣色感覺心情就像是由山頂跳到谷底的感覺，down 下來！…五味雜陳的心情！很捨不得， …」

N9 哭泣地述說：「我從第一次看到他就覺得這個病人情況只是比一般病人差了一點，但是他情況還是會慢慢改善，他可以去完成他希望的事，他希望可以繼續做化療，然後回家去享受天倫之樂，我一開始是想他會完成化療，然後跟著太太一起回家，而不是這樣的離開…。」

N3 含著淚哽咽地說：「…真的難過到會想哭，…很無助！…」

N7 提到：「…看著阿嬤握著伯伯的手，眼眶泛紅一句話也說不出口，這樣的畫面真的讓人看了很辛酸，堅強的阿嬤沒有哭，但是我卻快哭出來了，…」

研究資料中，護生因為與病患建立如親人般的互動與信任關係，對病患有了相當的了解，當面對病患的死亡，產生有如親人走掉般的失落悲傷情緒，包括對病人的不捨、對家屬的心疼，感嘆生命的無常、感到驚恐、憂鬱、遺憾與懊悔。護生大都哭泣地陳述：

N2 哭泣地說：「自己的眼睛也忍不住泛著淚，視線模糊地無法看清楚焦點，照顧病人也有幾天的時間了，自己也在不知不覺間將自己的感情投了進去，且病人的年紀跟我爺爺一樣大，我待他們都像在對待我爺爺一樣，那一刻心中真的好傷心！覺得好像是自己熟悉的人死亡的那種感傷。」

N9 哭泣地訴說著：「雖然不是自己的親人，但是不知道為什麼心中還是有點小難過及對病人的不捨，畢竟他還算年輕，而且兒女都還小，我覺得他有抱著遺憾離開，心中真的替他感到不捨及難過，而且家屬都沒想到病情的變化那麼大，所以一時間很難接受，看到他太太如此的難過及不捨，一方面是對家屬感到心疼，一方面是對病人感到不捨，真的覺得生命的無常啊！…」

N7 提到：「似乎覺得好像是自己的親人要走了的感覺，我想誰也不願意看著自己的親人離自己而去吧！…除了不捨看到阿嬤要一個人過下半輩子以外，還是不捨！…這樣的感覺真的好奇怪，雖然大家常常在說生老病死是很正常的事，但是如果是面對自己的親人，我想就沒有那麼容易了，雖然只認識他一個星期，又和他非親非故的，但是記得每次去幫他量血壓的時候，他總是不厭其煩的讓我好好學習，還有阿嬤也總是很信任我的感覺，讓我也覺得自己身為一個護士很驕傲，…」

N5 哭泣地述說：「…湧現出之前照顧她的一切，回想到與她平時眼神交流、平時幫她換藥時的情景、她信任握著我們的手的感覺，好捨不得！…」

(2.3) 憤怒與自責

將內心的挫折投射到外界，想要找個對象為整件事情負責，歸罪於他人、機構、社會，也可能歸罪於自己。憤怒與自責是對原本的希望毀滅受到挫折而產生的情緒反應。依據參與者訪談資料分析，護生普遍面對病人的死亡，會對醫療護理方面有所疏失、沒有盡全力或做的更多而感到憤怒生氣，護生會質疑未什麼要讓病患成受那麼多的苦，護生的陳述：

N5 提到：「前一天婆婆覺得肚子不舒服，醫生是說她躺太久！可是我卻沒有意識到她是不是有其他原因造成的，事後會覺得醫師為什麼不幫她檢查清楚。且婆婆生前當醫生來查房我聽到醫師說：『依她的情況，現在只能給她支持的治療，沒辦法再給她病情有什麼好轉了！』自己覺得醫師為什麼會這麼快放棄呢？怎麼會這樣就放棄，會有點氣！病人都沒放

棄，爲什麼沒有堅持，因爲我知道婆婆是對自己有信心，我相信婆婆到走的那一刻，我相信她仍是有生存的意志，就覺得很不諒解醫生這樣子的方式！」

N2 提到：「…會責怪醫療沒有適時地積極地給予病人治療！…」

N10 提到：「已經沒心跳了，…爲什麼他們會沒有早點發現？爲什麼救護車那麼晚才來？爲什麼那早上之前又要抽水？做了那麼多的治療，讓病人這麼不舒服？…」

N3 提到：「然而在這次經驗中我也看到了人性冷漠的一面，病人情況不佳時護理人員不是應該看怎樣可以讓病患以最舒適的方法離開這世界，怎會是急著叫人家去結帳這讓我相當失望或許這樣你接下來會比較好做事但你有考慮過家屬的心情嗎？」其實我很擔心婆婆，因爲她的子女都在國外沒有人可以陪她，她現在心中的壓力是我們無法想像的，不管未來的路怎樣我都希望她能快快樂樂的繼續走下去…」

除了對醫師、護理人員感到生氣憤怒之外，護生也因自己能力的不足疏忽而自責，以及靈敏度不夠感到遺憾、懊悔與挫敗。

N2 提到：「一直回想整個過程哪裡出了問題？懷疑是我的技術操作不當，是我害她的嗎？等到那一天回家過後，一直想著是不是我害她的？我平常是不是技術就做的不正確害她的？是我 care 的不好嗎？她才會走嗎？？想說是哪一個環節是我害他了！檢討是不是自己的錯！心情不是一時就平復！我感覺自己之前好像也不是很關心她！只是爲了執行一個技術、或當她不舒服時，我才會過去病房！自己好像不是很關心她！我沒有很靈敏地察覺到病人的情況，我會有挫敗感吧！會懷疑自己的專業在哪裡？爲什麼病人救不回來！也會檢討自己是不是不夠靈敏？信心打擊很大！」

N5 自責自己不夠靈敏地說：「而在前一天時，我在幫婆婆量血壓時，回想起婆婆當時看我的眼神，好像真的與平時有些不同，我不知道是不是自己多想了，可是就是隱約有種不一樣的感覺！會責怪自己，似乎沒幫到病人的忙，沒給她機會表達，自己還欠缺一些經驗，似乎不夠靈敏去察覺，或許可以爲病人做的更多！」

N4 提到：「我認爲伯伯是不幸地遇上了我這種知識和技術都不純熟的實習生，說不定是因爲我的疏忽和不小心而導致伯伯提早離開人世。」

N10 提到：「…有時候會責怪自己爲什麼沒有警覺到這個狀況呢？爲什麼沒有提早發現到

呢？…」

也部份護生能接受自己能力有限的事實，認為自己也只是平凡的人，且已經盡了全力了，因此沒有愧疚感的產生…。

N7 提到：「我沒有愧疚感！沒有愧疚感---因為這些不是我能控制的，就連醫生都沒辦法救他了，我何德何能我只能做些 by order 的事！…」

N11 提到：「…我沒有愧疚感！我覺得我該做的都盡力去做了…」

N12 提到：「在學校讀書時，我們被教育必須懷抱著助人、救人的信念，甚至期望病患都應該痊癒、重獲健康，且要有『同理心』，但學校的教育，到臨床真的做得到嗎？我想不盡然吧！畢竟我只是平凡的人。看到許多人性美麗和醜陋、脆弱和堅強、善良和邪惡的反差，也讓我發現到，在醫院裡我可以最快速的看到人一生的縮影，不論是面對著新生命的誕生還是死亡的過程，都讓我了解到其實我們並沒有那偉大。且是讓我感覺到人生無常，好像只能盡人事聽天命吧！」

(3) 無法兼顧到家屬的需求

無法兼顧的意思是無法各方面同時照顧。研究資料發現，護生雖然看見悲傷的家屬、也了解到他們悲傷情緒的支持需求；但面對病患的死亡，自己已經完全沉浸在悲傷情緒中，已經無法提供照護。護生表達：

N9 提到：「我覺得她雖然心裡面知道病人隨時會走，但是在真正醫師宣布死亡時，她還是很難接受，在那一刻我隱約聽到他太太小聲的問說：「他這樣是死了嗎？」，我也不知道是我聽錯還是怎樣？那一句話令我發現原來家屬心裡面還是無法相信先生的去世，真的覺得家屬的悲傷輔導是很重要的，家屬心理層面上的需求或許是我們更要去考量的。…我看見所有家屬都哭的很傷心，我不敢進去，怕我自己也會跟著哭，」

N5 提到：「婆婆走了！伯伯是帶著憔悴神情來到病房門口的，我看到伯伯真想跟伯伯講，但真的沒有勇氣！看到伯伯哭很傷心、很激動、快崩潰的樣子，我真的好難過！」

N2 提到：「看到急救門外的家屬她們擔心的眼神，就覺得很心痛！覺得需有人陪伴家屬！她們都沒有被重視到，只是重視病人現在怎麼樣了！…我不敢正眼看她們的眼神…」

護生在照護的過程中與家屬建立了如親人般的緊密關係，面對悲傷的家屬會感到極度的感到不捨，想主動提供她們一些支持力量，但是實在難以控制自己內心的悲傷，無法達成這個任務…護生哽咽地說：

N10提到：「看到家屬在一旁哭，很想跟她講些什麼，但沒辦法講，怕講錯話或會跟他們一起哭！跟他們已經比較瞭解，當她像自己的阿姨，有感情了，比較沒辦法接受！」

N5 提到：「我鼓起勇氣走近伯伯跟他說：「伯伯你要振作，要好好照顧自己的身體」，我就不敢再說出第三句話了！怕自己也會當場哭出來（喘了口大氣）…。」

N9 提到：「…我會進去看他，但是我不敢待太久，跟他家屬講話也變得比較少，講一下我就會出來了！而且他的家屬心情也不太好，在哭，感覺自己也想逃避！覺得一看到病人這樣子，也相處一段時間，真的蠻心疼的，怕自己也會難過！…」

2. 抽離與潰堤

指護生意識到必須抽離悲傷的情緒，完成護理職責，但實在難以壓抑內心的悲慟而崩潰。研究中，此時護生普遍都明白任務仍未結束，必須將自己悲傷的情緒隱藏或是壓抑，面對家屬或是其他的病人，或是必須與學姊共同完成遺體的護理。然而面對曾經有緊密互動病患的遺容及冰冷的遺體，以及悲傷的家屬時，容易引發護生內心更深層的悲傷與恐懼，部分護生情緒無法再壓抑而離開病房痛哭…。

(1) 悲傷情感的壓抑

所有的護生面對病患死亡過程，確實存在著許多的感受與情緒的表露，也面臨著許多的壓力和衝突，但是，她們都認為護理人員是要以理性、堅強的一面視人，若表現出脆弱、害怕、哭泣等負面的情緒 就不符合專業助人者的形象了。在研究中，護生投身在這照護的行

列中，感受到護理專業人員不可以在家屬面前表露哭泣等情緒，沒有悲傷的權利與時間，必須將自己悲傷的情緒壓抑，面對下個任務。護生表達：

N7 提到：「快哭了，但不行哭，至少在還沒成為護士之前，就這樣哭了，那以後成為護士必須接觸到很多，那怎麼辦？…我覺得一個專業的護理人員是不能把情緒帶給病人，就算自己只是個護生，是不可以把情緒帶給病人，很早我就知道了！…」

N6提到：「在這之後，我們必須馬上重新整頓一下自己，為病房其他的一些病患進行我們已經安排好的團體衛教活動，在那邊強顏歡笑，為什麼啊！到底有沒有良心啊！婆婆才剛去世而已！但是沒得選擇，這也是需完成的另一項任務。」

N12 提到：「…很多次都很想哭，但還是忍下來，因為這個氣份好像不適合哭，所以再多的淚水也只能忍下來，再進去要幫病患整理儀容…」

N3、N5、N6 提到：「我心裡覺得很酸，可是一時間我找不到適當的情緒宣洩，所以我故作堅強，心情一直壓抑著！雖然我知道生老病死是不變的道理，可當我看到他們死去卻無法想那麼多了，心情頓時難過到了極點，可是又逼自己不許在家屬面前哭出來。唉！為何我們當護理人員要將自己的情緒隱藏起來呢？感覺好慘！自從接觸到這些病人，發現到我的樂觀好難在這運用。…」

N9 提到：「病人開口跟我說：“謝謝小護士這幾天的照顧”，聽到這些話，頓時眼眶泛淚，但是我不敢哭出來，怕場面會失控，只能強忍著眼淚說：“這是我應該做的…”」，

N1 提到：看到家屬在哭，我心裡頭也好想哭，但我知道這是不可以的，…

N10 提到：「…真的很難過很想哭，但是一定要忍住，因為我哭的話她的家人也會難過的，所以就忍住了！，因為她的家人都能如此的釋懷，為什麼我不行呢？我的心情真的很難過，就走到外面去冷靜一下…」

再者，遺體護理是護理人員為病人所做的最終一項護理照護。護理人員會帶領著護生執行遺體護理，為逝去的病患做遺體護理目的是讓屍體清潔、五官端詳，讓逝去的人看起來仍像是個「人」的樣子，過程大致需20-30分鐘。於研究結果發現，護生內心充滿了悲傷的情緒，為了完成任務必須壓抑住自己的悲傷，繼續面對遺體的真實，近距離地執行遺體護理

時，感受到遺體體溫之變化，然而有較長的時間面對遺容及冰冷的身體，引起內心更深層的悲傷與恐懼，內心的悲動無法發洩充滿掙扎與吶喊…。護生陳述：

N1 提到於執行遺體護理時：「一開始摸到時婆婆是有體溫的，當做完屍體護理時再一次摸婆婆的手，整個是冰冷的！幾分鐘而已整個都變冰的。」

N2 表示：「比較害怕的就是幫她清理遺容吧！我沒有做過這屍體護理技術，一具病人的屍體就在自己眼前，她的手是冰冷的，就是很冰冷！」

N6（痛哭……）述說：「令我印象深刻是幫病人屍體護理時，這是我第一次觸摸死亡者的身軀，摸到病人冰冷、僵硬的身軀，讓我感到恐懼，在幫婆婆擦身體時很難移動肢體動作，可又不敢太用力，怕會對的身體弄出傷痕。…當時內心只想著要趕快將這件事完成，不要再拖任何時間，不要讓病人這麼的痛苦下去！唉---內心相當難過啊！」

N12 提到：「跟老師、學姐一起去整理儀容，而在整理儀容時，覺得很心酸，這段時間我看到了不只家屬的堅強與掙扎，深信李女士會好，但卻對病情不願多談。也看到了李女士的痛苦，因為她曾經拜託我們讓她帶氧氣回家，但她卻不能。…」

N5 提到：「做屍體護理時有更近距離的接觸，碰到他的身體…（非常感傷地哭泣）…就是很捨不得、感覺好強烈地…在幫婆婆換衣服時，手會抖，有可能因為怕把她弄痛了，我有點不敢再看她的臉，就覺得自己的情緒要爆發了！為什麼我們也是人、也是正常人，為什麼不可以爆發，就是「阿…（大聲吶喊著）」但不行，知道目前重要的是處理病人，而不是自己的情緒！」

關於此項壓力，上述的護生也有完全與此相反的感受，在研究中也發現，護生面對自己熟悉且又感到親切病人的遺體時，一心只想讓病人有尊嚴、舒適地離開。護生描述：

N5 提到：「我覺得真實的碰觸冰涼的手。病人又是和你相處的很好讓你感覺很親切的人，所以我心裡其實是沒有感到害怕，整個屍體護理的過程是很尊敬的態度，還想能盡量的幫她再做些什麼？」

N9 提到：「在幫他穿衣服時，心中覺得我好像在完成心中最後對他的一點責任，心裡是平靜的，只想讓病人最後走的時候是完整的、是舒適的。…」

N8 提到：「有點難過…不會害怕，內心祝福她終於解脫了…」

N1 提到：「…在幫她做遺體護理的時候，完全沒有害怕膽怯…」

N12 提到：「之後跟老師學姐一起去整理儀容，而在整理儀容時，覺得很心酸，…除了心酸外，第一次整理儀容時並沒有想太多，只覺得心情很平靜也很慎重，想讓李女士好好走完最後一程。…且在場的氣氛感覺起來就很慎重，讓我也感染了這個氣氛。」

然而訪談資料中，在過程中護生認為有學姊老師帶領一起完成遺體護理，向他們解釋這些技術的操作及理由，因此沒有害怕。且能視遺體護理為一個很特別的學習機會，跟隨著學習如何執行遺體護理技術，也學習著學姊的護理精神。

N1 提到：「…照護她將近一週，所以比較有感觸，…就像學姐說的幫她用的乾淨，感覺上心理舒服點…」

N5 提到：「第一次和學姊做屍體護理，對我們而言這是一個學習的機會，學姊邊做邊教我們說：「將病人處理的乾乾淨淨、整齊地，希望讓他們在人生旅途最後能走的安心、舒適，不要有留下任何遺憾」，也看到學姊那股對護理的熱誠，很佩服她的精神！」

N10 提到：「在屍體護理的時候，學姊很鎮定的教導我們，急救所殘留的血一併擦乾淨跟爺爺說話告訴他放心並且要他能否將嘴巴稍微閉起，這樣會比較好看些！」

N9提到：「昨天我其實只有進去幫忙一下，我只進去幫病人穿上他的衣服，看到安寧的學姊很用心在幫病人維持好身體上的完整性，而且在幫病人翻身或做任何事前，還是會在病人耳朵前解釋，感覺上就很尊重病人，而且在擦澡的時候會請病人的兒子、女兒一起參與，這都是讓我覺得很不錯的地方，或許這些小動作在家屬心中會有更深的意義。」

N8提到：「…看到學姐也是這樣！很溫柔地…『現在要做什麼…』」

N12提到：「…至於讓我那平靜的原因，是我不是獨自一個人面對著病患，我身旁有老師學姐陪我一起整理儀容，讓我覺得不是孤單一個人…」。

(3) 悲傷情緒的決堤

研究中護生表達無法兼顧到家屬的悲傷及病房中其他的病患，也無法適當處理自己悲傷的情緒。又面對及觸摸到病患的遺體，引發最深層的痛，驚恐悲傷的情緒再也無法控制而潰堤，包括情緒無法壓抑的逃離病房及難過的痛哭。護生提到：

N1 提到：「我整個過程是把眼淚憋住的，但還是忍不住眼淚，跑出病房！」

N5 提到：「當完成了屍體護理請家屬前來與亡者說說話時，看到家屬還蠻鎮定的，覺得她兒子這麼堅強，自己不敢放肆的哭，就覺得自己不能哭！但當聽到他兒子跟她媽媽說：

『媽，好了，不會痛了！現在沒有病痛了！』（哽咽地說）這時我真的忍不住了！就趕快跑出病房，我心裡真的很不捨！，真的好難過、好傷心喔！…我的心都碎了』（留下了眼淚）

護生經歷病死亡後的調適時期之研究發現：

病人送離病房之後的因應調適歷程。調適是指個體在面對突如其來的無力感、壓力與恐懼時，能勇敢面對它，並不斷的加以調整，將心理狀況轉換到一個較舒適的狀態（林宜靜，2002）；或如何接受與面對壓力，如何改變心態或觀念，適應新的環境，並學習重新建立自我價值與定位之過程（古文苑，2003）；或個體主動運用各項技巧，來增進自己與環境的和諧關係包含在面對壓力情境時的認知情緒以及行為的相互反應（謝文心，2004）。

三、重組-調適期

本研究所指的調適歷程係指護生初次面對病患死亡的歷程中，為了與環境產生和諧互動的關係，其認知、情緒與行為的轉變歷程。研究中護生體悟到「生命的脆弱」及「生死的必然」，視死亡是心中最難以招架的痛，同時造成了日常生活上困擾。部分護生為減少內心的傷痛，會採取負面的逃避因應行為包括避免觸景傷情、與病患保持安全距離。有些護生則坦然地面對自己的情緒，尋求支持力量，也感受到照護經驗讓自己在專業與個人有所成長而釋懷。

1. 餘悸猶存

形容驚懼的心情尚未平息。護生目睹病患死亡的過程，經歷自己的哀傷後仍心有餘悸。在研究資料中，護生初次經歷病患的死亡事件，感受到死亡是令人難以招架的悲痛，也讓護生的生活作息產生改變，造成生理上的困擾。N10 表達：當舒玉阿姨走了的時後，心情是很難平覆的，因為她是我頭一個個案，就這樣走了，真的很難過，…可得知護生面對病患的死亡所產生的悲傷情緒進入了調適時期仍未平復。

(1) 死亡是令人難以招架的慟

難以招架是無法抵擋。死亡所帶來的悲慟是令人難以抵抗。研究中，護生雖然知道死亡是很自然的事，但看到死別的情境，整個過程是恐怖的，她們感受到死亡是永遠的別離，很難去平常心去面對，難以去抵抗死亡所帶來的悲傷。

N6 提到：「在短短的幾天實習就看到了死別的情境，體會到世上最悲哀的事情」

N5 提到：「整個過程是恐怖的，害怕失去，因為失去就再也摸不到，看不到了、聽不到、擁抱不到！是令人感到無奈的！」

N8 提到：「…知道死亡是很自然的事，很難去平常心去面對，雖然知道死亡是很自然的事，但當要去面對時很難接受！死亡是硬生生地一切切割掉、必須要離開。如果還有事還沒有完成，會有遺憾的感覺！沒有辦法再繼續了！…」

N7 提到：「…生死是自然的事，看在我年紀這麼小的感覺，死還蠻可怕的！因為死了，就不能自己想做的事！就不能完成夢想，就不想要死，更不想身邊的人離去，包括講過話的，照顧過他的，…」

研究中，護生提到生與死就是在那麼一瞬間的事，一切與自己想像的有些出入，且當觸摸冰冷遺體時的恐懼，聽見家屬淒涼的哀嚎哭聲，失去親人令人有種無法承受的痛，她們認為死亡是世上最悲哀的事。護生陳述：

N1 提到：明明昨天看還好好的，怎麼才經過一晚的時間，人、事、物全變了一個樣，真是

可怕！…令我印象深刻是幫病人屍體護理時，這是我第一次觸摸死亡者的身軀，摸到病人冰冷、僵硬的身軀，讓我感到恐懼，聽到家屬哀嚎的哭聲，感覺上好淒涼，世上似乎沒有比死亡更恐怖的事情，

與想像的有差距

N3 提到：「失去親人是很痛苦的，…」

N10 提到：「…唉…覺得死掉怎麼會那麼快呀！？跟自己想的是有差別的！？只是走到了 143 這個病床還是會難過的！…」

由以上護生的描述發現，她們大部分在病患死亡之後仍餘悸猶存。另於研究中，護生經歷病患的死亡，感受到死亡的痛苦與恐懼，也引發對自己及親人的死亡焦慮。護生表達：

N8 提到：「自己得知得了癌症，或知道自己只剩 3 個月會沒辦法接受，會覺得很徬徨。」

N1 提到：「病人的死亡，看到許多家屬對往生者哭泣、不捨、辦理後事，若換做是我，我會不知所措！應該會一直哭泣連處理後事的勇氣都沒有！」

N6 提到：「婆婆的逝世讓我悟到分離的恐懼，所以這次的事件讓我看到面臨分別，可是我當然是沒辦法接受啦，可能心智還需要歷練吧！」

N9 提到：「…，我不保證在將來的某天，發生了這樣的事情，我不會哭得比他們還慘。」

N12 提到：「看著家屬跟她之間的互動更覺得親人之間的關係真的是密不可分的，而最後家屬選擇讓李女士能沒有病痛安心的離開。看到這些情況，就會想到今天要是自己家人生病，要做重大抉擇時，我是否能堅強的面對。」

且研究中，護生提到教育安排不適當或是不足或是日常的生活中因為我們害怕死亡，而避免談論死亡，因而使她們在面對死亡時不知如何反應及自我調適，產生更多的害怕與恐懼。護生陳述：

N12 提到：「在臨床上面對最難應付的瀕死及死亡，我想我和大多數的人都是一樣，我們害怕面對死亡，也避談死亡，因為中國人對於死亡的印象都是不好的，且也很忌諱談論死亡，而一代一代的流傳下來後，人們也有刻版印象了，覺得死亡是恐怖的、是不好的，或

許是我們的教育裡並沒有明確告知我們，當面臨瀕死和死亡病患時，我們的反應該為何、我們該如何自我調適…等，種種因素加起來讓我們更害怕且不知如何提起也不願多談死亡這個字眼吧！對死亡我還是覺得害怕且恐懼，…」

(2) 生活作息的改變--生理困擾

指面對病患死亡產生的心理衝擊會持續影響到日常生活。研究發現，護生的悲傷是持續一段時間的，部份護生感到會影響到日常的作息，會有吃不下、睡不著、忘不了且容易為之落淚感傷的情形，仍存在於病人死亡後的哀傷情境中。護生陳述：

N1、N2 提到：「之後病人的臉丫，還印在我的腦海中，真的！忘不了耶！…不知如何發洩，回家躲在棉被裡偷哭…，回家之後自己在一個房間一直浮現出她的儀容，甚至害怕她會不會來找我呀！隨著黑夜的降臨，恐懼害怕真的是不敢闔眼，更別說是入睡了！…」

N6 提到：「婆婆的逝世讓我留下了難忘的回憶！…中午吃飯一點都不好吃！…真的不願回想情境，也不願意把它記在回憶中，唉…想到這我的情緒又有些失控，眼淚不自主的落下，啊…討厭啦！我又哭了…」

N7 提到：「因為我有照顧過她，會有感覺，心裡會有個影子在吧！覺得這個人曾經跟我有互動，現在走掉了！會掛念這件事，…即使自己沒有大哭但是會把這件事放在心上…那天回去我就一直想，一直想，會一直想耶！想說，今天這病人死掉了！他急救時所有的畫面，…」

2. 逃避

閃躲不敢面對事實。閃躲不想再面對病患死亡相關的場景，害怕再碰觸到內心的傷痛。研究中發現，護生經歷病患死亡之後會以要忙於其他工作、不再去想、不再去看、不再接觸這類臨終病人的想法及行為來避免碰觸到內心的哀傷反應。

(1) 避免觸景傷情

避免接觸到病人死亡相關的景象，怕會引起內心的傷痛，屬於較負面的因應方式。研究中，護生於病患死亡的那幾天，在病房中不想看到病患以前住的空床、不敢靠近悲傷的家屬、也不想與同學聊起關於病患，甚至不想再照護瀕死病患…怕又碰觸到內心的傷痛。護生陳述：

N1 提到：「之後看到伯伯的床是空的，在經過伯伯的那間病房時眼睛都不敢看向那邊，怕眼淚會相當不爭氣地掉下來！…因為看到床位時，就會想到伯伯躺在床上的情形，不由自主地就想哭！…之後當老師與我提到選照護的個案，對於情況不好的，想也不想的我就拒絕，因為我可不想看到她們瀕死的那一面，照護病人時間久了多少也有一些感情，不是很能接受病人是在我的照顧之下走掉的，因為到時我會很自責，是否自己哪裡沒有注意到，使病情惡化！…」

N9 提到：「我看見所有家屬都哭的很傷心，我不敢進去，怕我自己也會跟著哭，…我會進去看他，但是我不敢待太久，跟他家屬講話也變得比較少，講一下我就會出來了！而且他的家屬心情也不太好，在哭，感覺自己也想逃避！覺得一看到病人這樣子，也相處一段時間，真的蠻心疼的，怕自己也會難過！…」

N10 提到：「在阿姨走之後，自己是覺得怎麼會這樣？！同學那時間起，我是覺得不要再問了！人都走了！不想去講。心情會很不好，會碰觸到內心的傷痛，…」

N6 提到：「就不敢再走進病房了，很怕再看到婆婆，因為真的很不敢相信。…不是每個人都懂…很想找人家談談，但又不能隨便找人來講，這是個很特殊的經歷，並不是每個人都懂。……」

N5 提到：「當婆婆遺體要送出病房，我不敢再看婆婆，連我跟伯伯說話的那時候，我也沒再看婆婆現在怎樣，雖然她走的很平穩，但我只想將婆婆的印象是停留在她活著時候的感覺。」

N3提到：「很無助！…我也希望這種事不要再讓我看到，因為會難過！」

(2) 保持安全距離

護生認為關係緊密容易引起悲傷的情緒，應該與病患或家屬保持距離。研究中，護生面對下一個照護的病人，會刻意與他保持距離護生，不想替自己找麻煩，這樣病人走掉自己可以毫無感覺。護生的陳述：

N7 提到：「這就是我不想跟病人太好的原因，…就像照顧的伯伯，會與他有互動，平常會請你吃東西之類的，突然死掉，就會覺得蠻難過之類的！不想替自己找麻煩！會想與病人保持距離，即使他死掉我也可以毫無感覺！經過 163（病床）的伯伯事後我會有這樣的想法。163 讓我覺得是不是我對病人太好了，像我現在不敢跟 163 的伯伯太好，雖然他都會請我吃餅乾！還好…好險他沒什麼事！」

在訪談過程中可以發現到，她們無法處理自己對死亡情境所引發的焦慮，為了保護自己，在有意或無意中選擇將這些死亡情境隔絕在自己的感覺之外，不去想太多，省得還要處理自己情緒問題，用這些方法試圖保護自己免於陷入死亡的焦慮中。在這過程中她們也在學著如何面對，只是選擇把感覺隔絕。

3. 體悟

親身體驗了生與死的轉變，包含了解到生命是如此的短暫、如此的脆弱，以及體認死亡為生命中自然的一部份，每一個人終究要面對的。

（1）體悟「生命的脆弱」

經驗病患的死亡，護生於調適時期普遍對生命有了新的體認，體悟到生命是如此的脆弱，一切無法預期的，感嘆生命的無常、人的渺小…護生的陳述：

N5 提到：「今天老天爺要誰走，他就不得不走。…人的生命這麼脆弱，下一秒鐘要發生什麼事，大家都無法預料的，」

N2 提到：「早上才幫她做換藥等技術，還跟她及她的家人有說有笑！沒想到下午變化這麼

大！…一具病人的屍體就在自己眼前，她的手是冰冷的，就是很冰冷！啊—這樣就沒有了，生命原來就是這樣而已！？」

N6 提到：「驚覺生命的脆弱。」

N1 提到：原來人的生命真的相當的脆弱，

N3 提到：「會突然頓悟人真的好渺小，生命也真的好短暫！」

N12 提到：「一直到呼吸器已經拔除這一刻我覺得深深感覺到生命及人心的脆弱。因為人與人之間的牽絆，不是來自於糾纏打結，而是來自彼此的心靈相繫。…從這看的了生離死別，也看到人的渺小與脆弱，…」

N7 提到：…這個人以前曾經照顧過她，也跟他說過話，也摸過它，碰過她，但今天他就要走了！就像妳昨天才跟他說過話，明明昨天還好好的，就突然走掉，就在心裡覺得人生無常，很多感慨！

(2) 體悟生死的必然

經過心情的調適，能體認死亡是不可避免的，能視死亡為生命中自然的一部份，而且是每一個人終究要面對的。

N1 提到：「而我也得慢慢地調適自己的心情，因為死亡是一件很平常的事。人的一生總是會走到死亡這條路，只是每個人的走法不同，時間也不同，所以不必抱怨與不捨，因為要有死才有生，有生才有死，只不過是一種輪迴罷了！」

N8 提到：「明明昨天病人還笑著，早上還清醒著，下午就往生了！只能說世事真是不可預期的。就像是含苞待放的花兒，今早開了一朵美麗的小花兒，下午遇到了颱風，颳落了一地鮮嫩的花瓣，混了泥砂，因為沒有水乾燥了，或是太潮溼而腐敗了，都是個不定數，但終究回歸於無。有生必有死，既然生下來了就會有這麼一天。」

4. 釋懷

接納死亡為人生必要且不容否認的一部份，從失落的情緒當中得到成長與學習，找到失落

的正面意義。研究中護生的調適能將一切的擔憂與害怕放下，接受這死亡事件的各種經驗。

(1) 坦然面對自己的情緒

指面對及接受自己的各種情緒表現。研究中部份護生會找個可以接納與信任的人，向他人溝通自己的哀傷，或以哭泣的方式，讓失落的情緒抒發得以遠離，不讓這一切干擾到往後的生活。

N8 提到：「我個人認為“說”很重要的，是需要一個管道的，只想疏發情緒…只想與熟的、了解這個的同學講…」

N10 提到：「…真的很難過，回家之後想要找個人跟她講講話，我跟同學聊天，想聽他們的看法，和她聊時，我哭了，但一開始我是沒有主動講我遇到的，我會覺得是不是我有什麼是沒有做的很好，後來她們告訴我說，你已經很勇敢了阿！你那時候都沒哭ㄟ，現在哭一哭就比較好啦！聽到這些話心情也好多了！…就覺得比較沒有壓力在，還好他們沒有說些什麼，否則我會崩潰！」

N7 提到：「回去會跟同學講一下，『天啊！那個伯伯走了！我照顧的那個伯伯走了！』也會跟爸爸媽媽講一下，什麼都會講，講完了也沒怎麼樣！」

N2 提到：「第一次遇到我心理的壓力相當大，…回家後痛哭了一場！」

由以上護生的描述可發現只有部分的護生會主動說出內心的感受，且只能簡單的說。另於研究結果中發現，部份護生能瞭解事實，自我調適，回到現實生活中，面對失落所導致的改變，逐步建立新的生活秩序、生活方式與轉而關心家人。不再讓這事件一直干擾現在與未來的生活。

N7 提到：「…我會心裡想說，這沒什麼，反正癌症病人到最後就是死，後來覺得很平常了！慢性疾病是一步一步的，是預料之中的事，我已經知道答案了，最後會死掉！…我覺得我們會有這麼強烈的感覺，完全是因為我們現在剛出來，如果像那資深的學姊看多了就沒什麼感覺了！因為看到一個，會覺得怎麼會這樣？看了十個之後，就會認為就是這樣！不需

要大驚小怪，搞不好到之後我會變成冷血的護士吧！…」

N1 提到：「仔細想想在實習階段遇到也算是好事，因為自己以後要走的也是臨床的工作，以後在臨床也是會遇到，到時遇到可能沒有很多人幫助你，而在學生時，老師、學姐、同學會關心你，會耐心傾聽你的想法，順便開導，…」

N10 提到：「雖然一直想到她，但是我會告訴自己，我會把對她的好，變成對每個人的好，我會勇敢的撐下去的，心中已經有所釋懷了…回去之後對家人會比較多的關心，會跟爸爸說少喝酒，跟哥哥說多回家，多關心爸媽呀！覺得自己對死亡會較坦然接受，跟同學分享心情之後，只能將這些想法放在心裡，但日子還是要過，自己的生活不能每天都想這些不愉快的事，應該是要轉為多關心自己生活週遭的家人、事物，覺得這樣是對的想法！」

(2) 接受死亡是癌末病患痛苦的解脫

接受死亡是痛苦的解脫，這是極端矛盾的心理。研究顯示大部分的護生看待死亡感到恐懼，覺得它是永遠的失去，不歡迎它。但是面對癌症末期病人的死亡時，卻將死亡視為是所有病痛的解脫，相信有幸福的死後生命存在。於是多位護生描述：

N4 提到：「我一點都不想哭！因為我覺得死亡對伯伯來說是種解脫，也是他另一段人生的開始。只是一時間還不太能適應，oh！my god，好不習慣喔！」

N5 提到：「我看到婆婆的臉，是安祥的，覺得她應該是輕鬆了！站在他的立場我覺得她生病這樣是痛苦的，現在是輕鬆了！我認為她可以過的很好！…其實婆婆走其是對她是好的，因為我平時幫她抽痰時婆婆是痛苦的，因為她眼眶都是會泛著淚的。…」

N1 提到：「身上插著這麼多管子一定會相當痛苦，早點往天堂去，對病人而言或許是好的。一開始覺得難過，事後會覺得這樣對伯伯而言是一種解脫，因為病人的疾病已無法治癒，只是在拖命罷了！」

N12 提到：「爺爺離開是一種解脫，對婆婆也是一種解脫，也許這樣說不太好，但我覺得在難過與悲傷下換個角度想，這對他們來說…是好的…。」

N10 提到：「…事後覺得走了，會比較快樂！還是會習慣走進去看一下點滴什麼的，但病人已經不在了、已經不見了！ 好吧！祝她好走！…」

N7 提到：「…可是，站在他們的角度我會覺得還是早日脫離，會較快活一點，…」

N11 提到：「照顧阿姨已快一個月了，…心情沉重，只想靜靜默哀、祈福，…。還是習慣 231（病床）沒有良如阿姨的病房，拿藥時會開她的藥盒，量 vital sign 或是經過時都會不經意看一下，我會永遠記得阿姨那招牌的笑容，以及那溫柔客氣的態度，想跟她說『你解脫了，會到一個自由世界，沒有疼痛，沒有管路，自由自在…』」。

5. 成長

指護生經歷了病患的死亡事件變得成熟，包含個人及專業上的成長，無論是在認知、行為態度、情緒等方面。研究中，部分的護生運用各種方式將情緒調整之後，面對失落所導致的改變，能肯定這事件對於自己的意義與價值；她們感受自己在照護瀕死病患的態度有了轉變、在照護瀕死病患能力有所提升，以及能有正面生命意義的尋求。

（1） 照護病患態度的轉折

轉折指的是照護瀕死病患態度上的轉變。研究顯示，護生經歷病患死亡事件之後，會想以更積極主動、正向的照護態度面對未來。護生描述：

N2 提到：「…之後面對的不管是不是臨終的病人，都會把它當成很重要的照護經驗！感覺自己變得比較認真，學習會更積極主動，做技術更謹慎、講求正確，…能以病人為主，…」

N8 提到：「在臨床上我們是將一朵將凋謝的花，用膠水粘起來讓主人帶回去親手埋葬的角色。我想若是還有即將枯萎的花時，即使沒辦法直接上陣，我至少也要當那個幫忙拿膠水的人。」

N12 提到：「在短時間內我也很難做到盡善盡美，希望下次照護瀕死病患時，可以更了解他們的想法。…希望以後在照顧瀕死病患時，我們能適時的用正確的行爲去面對他們，讓他們覺舒適且自在，這樣可使病患或家屬願意與你交談，且漸漸相信你。…」

另於研究結果顯示，面對病患的死亡對於護生造成很大的衝擊，也包含對於未來的就業選擇的思考。她們能了解到護理行業的艱辛，也了解到自己的脆弱，更能體認及肯定自己身

為護理人員的角色，深刻地感受到在未來護理這條路上，照護病患須有更多的各項準備。
護生的陳述：

N12 提到：「除了從這看的了生離死別，也看到人的渺小與脆弱，但我也不知道我以後是否遇到此情況還會有想哭的感覺，只覺得在未來護士這條路上，將會遇到許許多多的生老病死，但這份工作好像每天都面臨著生離死別吧！而我不知道我是否有那份勇氣去堅持這份理想，畢竟接觸越多越了解死亡的恐怖，也希望自己能快點把心理調適好。…我想人都是一樣的吧！需要勇氣去承受掌聲與噓聲的反差，和快轉、倒轉的命運坡度，也許這就是人生吧！而且人好像要經歷很多曲線以後，才會變得比較堅強吧。至於以後會不會再從事護理這行業，我想我還是會選擇繼續走下去，因為人總是要面對前方所出現的挑戰，經歷後才能看到自己的成長。這次的經驗裡，讓我了解到我們對於照顧瀕死病患的知識有多弱，在我們接觸瀕死病患前或許可以多吸收知識，了解如何照顧瀕死病患、該有的態度及如何與家屬溝通…等問題好像都是我們需要學習的地方，才能使我們更了解病人跟家屬的需要；…相信做好準備後，面對死亡也不會那恐懼，且對自己和病人都有很好的幫助。」
N2 提到：「…我們護理原來是這樣---覺得護理就跟其他行業不一樣，它是服務人，…覺得護理是有它的功能在，尤其是在病人突然斷氣的時候，我們是第一線站出去的。看到這樣的場景，慢慢地說服自己接受它！…很感謝她（病人）讓我找到最初對護理所抱持的理想…」

（2） 照護瀕死病患能力的提升

指護生經歷病患死亡的事件，她們相信有這些經驗的累積，會讓自己更有能力面對下一個任務。研究中，護生經歷病患死亡的事件，普遍認為對未來就業有很大的幫助，會更有能力面對瀕死或死亡的事件，包含相關照護知識技能以及情緒的調適。護生的描述：

N3 提到：「…這次的經驗可以讓我學到，下次遇到同樣情形該如何做，而不是傻傻看著別人做事而已！」

N1 提到：「…及早遇到自己的心理也可以有所準備…可以運用到這些學到的相關經驗去對

待每個病人，也或許當有人在不知何時而回到了老家，屆時我的心情應該不會再感到這麼的難過吧！」

N8 提到：「…實習有機會照顧臨終病人，…對往後就業有幫助」

N12 提到：「而經歷這次的經驗後，相信對我以後在照護瀕死病患時，會更得心應手，且知道該注意病患和家屬哪些層面的照顧。」

(3) 正面生命意義的尋求

護生經歷病患的死亡對生命有了一些新的體認之後，也重新找到生命意義。研究中，護生經歷病患的生與死，有感生命的脆弱，對更加珍惜生命，會珍惜現在，並且認為人生短短，每天要快樂地過，凡事不要太強求，以平常心看待即可。護生的陳述：

N6 提到：「只要死亡什麼事情都會來不及，所以要珍惜現在不要等到死亡後再來後悔！」

N3 提到：「有些事真的不用計較太多，該是你的就是你的，不該是你的也就別硬要去強求，有的人從出生一直到老，樣樣都要跟別人比，但你能勝的了人們，你能勝的了老天爺嗎？人生短短而已，以平常心看待就好啦！…我們又何必去計較太多呢？！」

N1 提到：「…人應該活在當下，每天快快樂樂地度過，而不是做些為非作歹的事，這樣對自己沒有好處。」

N7 提到：「會讓我對人生觀更加的改觀吧！…就覺得，唉…人生無常，所以要…會更加珍惜生命！」

N12 提到：「而這件事後我對自己生命的態度已改變，覺得再忙也要陪陪自己的家人，一起出去聚聚；而在許多事情上也會比較積極，因為我們永遠不知道下一秒會在我們身上發生什麼事，而更要把握自己的時間；在人與人相處上，我也覺得凡事不要計較太多，因為世上太多瑣碎的事，要計較也計較不完，所以看開點會過得更開心。…」

第五章 討論

本研究結果發現護生初次遭遇病患死亡歷經病患瀕死照護時期、病患死亡時期、病患死亡後的調適期等三個歷程，以及依序歷經「任務-瀕死期的照護」、「瓦解-病患死亡處境的面對」及「重組-調適期」等三大主題。本章將分為三節做進一步討論，第一節為護生初次面對病患死亡「主觀經驗」之探討、第二節為護生初次面對病患死亡「情緒反應」之探討、第三節為護生初次面對病患死亡「支持需求」之探討。

第一節 護生初次面對病患死亡「主觀經驗」之探討

本研究發現護生初次面對病患死亡的主觀經驗，依序歷經「任務-瀕死期的照護」、「瓦解-病患死亡處境的面對」及「重組-調適期」等三大主題。在相關文獻探討中，發現本研究結果之主題、次主題及相關概念所涵蓋的範圍較為廣泛，例如 Beck（1997）以現象學的研究方法，收集 26 位大學部的護生照顧臨終病人方面的經驗，研究結果發現的「護生在照護瀕死病患經歷了各種情緒如焦慮、挫折、無助等變化」、「盡心地提供病患及家屬各項照護」、「對生死做進一步的反思」、「能感受到瀕死照護能力的提升」等四大主題，與本研究結果「任務-瀕死期的照護」主題所發現的「心驚膽顫」、「承受生命漸逝的難」、「全力以赴」、「自我肯定」等次主題，以及在「重組-調適期」主題所發現的「釋懷」、「成長」等次主題及其相關概念的內容相似。但本研究結果另發現「瓦解-病患死亡處境的面對」的歷程主題中有很明顯的「失落與悲傷」、「憤怒與自責」等情緒反應及變化，上述之研究結果並未發現。再者，於 Allchin（2006）以詮釋現象學方法探討 12 位護生提供瀕死病患與家屬的照護經驗，研究中發現三大主題（themes），其中「猶豫與不安」及「對個人與專業上的助益」等兩個主題與本研究「任務-瀕死期的照護」主題中所呈現「心驚膽顫」、「承受生命漸逝的難」與「自我肯定」等次主題（sub-themes）類似。至於另一個主題「反射性思考」之內容與本研究「病患死亡時期」歷程的「瓦解-病患死亡處境的面對」主題中發現的「失落與悲傷」、「悲傷情緒的壓抑」概念類似，也與本研究在「重組-調適期」之主題中

發現的「釋懷」、「成長」等次主題雷同。但是本研究在「瓦解-面對病患死亡的反應」主題中尚有「震驚與否認」、「憤怒與自責」、「抽離與潰堤」等次主題及概念；在「重組-調適期」之主題中亦發現「體悟」、「餘悸猶存」、「逃避」等次主題及相關概念內容。

進一步探討護生經歷病患死亡的相關文獻，也發現本研究結果之主題及相關次主題與概念的內涵所涵蓋範圍仍較為廣泛，例如 Kelly (1998) 探討五位護生第一次經歷病患死亡的生活經驗，其研究結果共包含四大主題，其中「經由學生的眼睛目擊死亡，她們感到無助與害怕」、「經歷到生死的變化，有種令人畏懼的感覺」、「悲傷的描述」等三個主題，與本研究之「瓦解-病患死亡處境的面對」主題中發現的「驚慌失措」、「失落與悲傷」，以及「重組-調適期」主題中的「餘悸猶存」、「逃避」等相關次主題及概念相似。另一個主題「護生將遭遇病患死亡的事件整合，重建對護理看法及價值觀」，則與本研究之「重組-調適期」主題中的「體悟」、「釋懷」、「成長」等次主題及所涵蓋的概念內容雷同。但是未經歷本研究之「任務-瀕死期的照護」主題中所發現「心驚膽顫」、「全力以赴」以及「瓦解-病患死亡處境的面對」主題中發現的「憤怒與自責」、「抽離與潰堤」等相關次主題及概念。且 Loftus (1998) 以現象學的研究方法探討護生在內科、外科、老人照護的單位照護瀕死病人的經驗，其研究結果也有相同的發現，其中「病患死亡時的情緒展現」、「面對病患死亡時的脆弱表現」的兩個主題與本研究「瓦解-面對病患死亡的反應」主題中所發現的「身陷其境」、「抽離與潰堤」次主題雷同。另一個主題「護生所需的支持」與本研究「重組-調適期」的主題中所發現的「餘悸猶存」、「釋懷」等次主題，以及與「任務-瀕死期的照護」主題中所發現之「全力以赴」次主題雷同。另於研究結果發現的「護病關係」、「溝通困難」等兩個主題與本研究之「任務-瀕死期的照護」主題中所發現「承受生命漸逝的難」次主題及其概念內容類似。然而，本研究結果在「瓦解-面對病患死亡的反應」主題中尚有「抽離與潰堤」之次主題發現，在「重組-調適期」的主題中尚有「體認」、「成長」之次概念發現，在「任務-瀕死期的照護」主題中尚有「心驚膽顫」、「面對病患生命漸逝的難」、「自我肯定」等次主題及相關概念的發現。

因此，依據上述各研究之分析，可推論本研究的研究結果涵蓋病患瀕死時期的照護、病患的死亡時刻與病患死亡後的調適等歷程，以及歷經「任務-瀕死期的照護」、「瓦解-病

患死亡處境的面對」及「重組-調適期」等三個主題，其中發現的「憤怒與自責」、「抽離與潰堤」、「保持安全距離」等相關次主題及概念，是其他相關文獻結果發現中較為少見的。分析原因可能與本研究對象都是初次遭遇病患死亡，受到相當大的衝擊有關，且她們在真實地經歷病患的死亡之前，都參與病患的瀕死時期照護至少有三天以上，與病患有較緊密的互動關係等有關。因此，此研究結果對於護生初次面對病患死亡的經驗，能提供具有價值的觀點，亦可做護理教育者為瀕死與死亡等相關課程內容的改善，或能讓臨床指導者更瞭解護生的感受與需求，亦可提供護生在照護瀕死病患前後的自我準備與調適之參考。

第二節 護生初次面對病患死亡「情緒反應」之探討

本研究對護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗探討中發現，無論有無瀕死照護經驗的護生表達在照護瀕死病患時壓力非常的大，承受了許多擔心、害怕、焦慮、失落等情緒，此結果與（藍育慧，1995；顧豔秋，1997；Beck, 1997；Kelly, 1998；Loftus, 1998；王麗鳳，2001；Kwekkeboom, 2003；Cooper & Barnett, 2005；Allchin, 2006）等多篇研究提出護生在照護瀕死病患時會產生許多的焦慮相同。其中例如Beck（1997）提到護生沒有照顧瀕死病人的經驗，因此當護生看見瀕死病患的外觀，當面對病人所承受的那種無法處理與控制的疼痛時，以及面對病患及家屬的溝通時都令他們感到害怕。她們無法處理這些情況時，會以漠視的態度面對病患及家屬的需要，她們覺得很焦慮與挫敗，也很懊惱以及產生很大的失落感。並且照護過程中會因為那些醫生和護士對於那些瀕死病人並沒有盡全力或做的更多，以及包括自己沒有察覺到臨終病患的預兆而感到生氣等研究發現，與本研究結果在「任務-瀕死期的照護」的主題中發現的「觸目驚心-害怕無法勝任」、「提心吊膽-擔心病情惡化」、「承受病患病痛煎熬的不忍與無助」、「面對病患及家屬心理情緒的無言」等概念中所呈現的焦慮與不安、挫折與無力感等情緒反應相同，以及與在「瓦解-病患死亡處境的面對」主題中發現的失落、憤怒、自責、挫敗、無助等情緒相同。於Cooper and Barnett（2005）研究中也指出沒有照顧瀕死病人經驗的護生，必須與在最前線的學姊們（護士）學習以及提供照護，常會因為「面對病患承受生理上的痛苦」、「面對病患及家屬心理情緒的無言」

以及「面對遺體」等這些主題中產生許多的焦慮，並常以「無助」、「無效用的」、「無能為力」等字眼表達她們的不適當感受與無力感，與本研究在「面臨病患生命的漸逝」、「面對病患承受病痛的煎熬」、「面對病患及家屬心理情緒的無言」、「面對遺體」等次主題及概念所發現的「我真的無法接受」、「好心疼與不捨」、「我已經盡力…但還是沒用!」、「只能無言以對」、「我到底還能為她做什麼?」、「不知道怎麼辦?」等情緒表現相同。然而，針對本研究對象的分析，或許因為她們大都沒有照護瀕死病患的經驗，對於瀕死有許多的不確定與不了解，但是仍必須如同護士般在「最前線」提供病患相關的照護，因此態度則大都趨於負向，並且護生可能因為身為護理人員的角色卻無力解除病患的痛苦這樣的衝突，而提升她們自我的焦慮，這些與 (March & McPherson, 1996; Smith & Godfrey, 2002; 王麗鳳, 2001) 研究提出護生她們會期待自己能有如一位護士負有同情心地關懷病患相同。因此，護生照護瀕死病患之前提供相關且適當的教育內容及準備，對護生自我情緒的掌控與對病患的照護品質來說，都是不可或缺的，值得護理教育者重視。

另外，本研究也發現護生雖然知道生死是自然的過程，但是當面對病患死亡的到來，護生們都無法不感到震驚與否認、失落與悲傷等錯綜複雜的情緒，此結果與 (Thompson, 1985; Payne, Dean & Kalus, 1998; Loftus, 1998; 王麗鳳, 2001; Cooper & Barnett, 2005) 等研究提出護生面對病患死亡時感到強烈的哀傷反應相同。分析原因可能與護生的不正確的死亡概念與態度因此有關；本研究之研究對象普遍都表達已經和病患建立非常緊密的互動，她們一直不願意去思考或正視「病患死亡」的問題，甚至認為死亡不會發生在病患身上，它是在不被護生所預期的情況下發生，因而造成強烈的情緒反應。這與 Loftus (1998) 的研究結果提到護生因為一直認為她所照護的瀕死病人會好起來，因此當面對病患突然的死亡，讓她感到十分震驚與失望，參與急救時呈現慌亂狀態；護生也提到在照護期間已經與病患建立了關係，面對這樣的結果使她感到內疚、挫折，且非常地悲傷，在離開病房後開始放聲大哭等概念內容相似；但於本研究結果發現有少部分的護生無愧疚感的情緒產生，因為覺得於照護過程中已經盡了全力。也與 Cooper and Barnett (2005) 研究中提到護生與病患建立緊密的關係，會增強她們在面對病患死亡時的焦慮與悲傷的程度雷同；但於本研究中這樣緊密關係所造成的結果，護生提及不是她們所預期的，因此她們為了因應這樣的悲傷，因此採用與病患保持安全的距離的方式以避免再次的傷痛。因此適時的情緒支

持及輔導就顯得非常的重要。且國內王麗鳳（2001）的研究結果也指出護生與病患建立如親人般的關係，且當急救時還希望病患趕緊好起來，因此面對病患的死亡產生許多的害怕、無助、焦慮、氣憤等負面情緒雷同；特別於本研究結果發現護生對於病患的死亡表達憤怒的情緒是極為矛盾，包含會責怪自己或醫療上的疏忽，另一方面會責怪還讓病患受這麼多的苦，沒讓病患舒服的走，這或許也如同護生表達的她們接受癌末病患的死亡是痛苦的解脫的矛盾情緒一樣，是不得不接受與勉強的接受。因此，護生必須能接受死亡，明白死亡，在照護瀕死病患時，才不致產生個人及專業角色的衝突，或因內心的焦慮而影響護理工作的質與量，也就無法滿足病人的生理和心理之需求，此結果與多位學者（藍育慧，1995；顧艷秋，1997；陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠，2000）必須重視護生的死亡態度相同。

再者，本研究結果發現護生普遍在病患死亡後，仍有害怕、恐懼等負面情緒反應，或許是護生與病患關係緊密，這一切來的太突然與自己想像的有所差異，以及或許護生不知道如何適當地宣洩情緒，所以將悲傷的情緒隱藏與壓抑有關，此結果與 Loftus（1998）提到護生在病患死亡之後，仍無法將病患從腦海裡拋去，且病患的死亡事件，讓護生體會到它的可怕是雷同的；且 Jiang,Chou and Tsai（2006）研究也提及護生面對同學意外的死亡，雖然經過了一些時日的調適，仍然沒有人可以完全地恢復平靜的情緒，且對於所發生的事情有如夢靨般地，一直在她們心裡，產生相當大的死亡焦慮。之後有些護生以更積極的態度護理其他病人，有些不想再當護士，認為應該要好好及時行樂，與本研究結果「重組－調適期」主題中的「逃避」、「成長」等次主題所發現的內容雷同；且本研究亦發現護生在回憶這些照護經驗時常出現哽咽、哭泣等悲傷情緒的產生，

基於以上的分析，發現本研究護生面對病患死亡產生錯綜複雜的情緒，類似於 Kubler-Ross（1969）提出病患面對死亡時的震驚、否認、磋商、憂鬱、接受等五大心理變化；結果也發現，護生的悲傷歷程並不是一直線的動態，它會反反覆覆地且會持續一些時間，教育指導者應多注意其情緒的變化。

第三節 護生初次面對病患死亡「支持需求」之探討

一、臨床指導者的重要性與助益

本研究對護生初次面對病患死亡主觀經驗的探討中發現，極大多數護生表達在照護瀕死病患的過程中，能獲得老師及學姊的指導與協助，將對照護瀕死病患時害怕擔心的情緒減輕，較能盡心盡力地提供照護。顧艷秋（1997）和 Allchin（2006）研究中也提到護生照護瀕死病患最大的支持來源是臨床護士及臨床指導老師。Loftus（1998）提及護生在面對病患死亡的過程，她們非常需要臨床的學姊、老師、朋友和家庭的支持。她們感覺學姐了解到自己經驗及知識上的不足，在情緒上給予許多的鼓勵與支持，以及能與她們對這事件的過程進行討論、解釋病患的狀況及處理方式，讓她們減輕內心的自責與愧疚，也能夠減輕內心的悲傷，有勇氣再面對這樣的事件，相信自己下次會做得更好。也鼓勵她們可以與同學的分享和其他人討論有關這件事，這樣可以幫助她們更深入的了解這件錯綜複雜的事情，可以讓她們妥善處理這事件及面對未來，與本研究結果的發現相同。Cooper and Barnett（2005）研究也提到護生經歷瀕死病患的照護，她們了解到自己需要一些能讓自己更安心的情緒支持，以及多些關於瀕死、死亡照護的經驗，與死後世界的相關知識分享。國內王麗鳳（2001）的研究也指出護生在瀕死照護的實習中，護生會經由模仿與認同學習護理人員或是臨床教師與病人的互動，或是直接參與或協助照護病患而建立其照護瀕死病患的態度。也提到護生對於瀕死的照護缺乏掌控，也缺乏支持系統的情況下，容易讓護生於陷入困境，常帶來身體與情緒的壓力。

二、臨終護理教育的重要性與需求

本研究結果發現護生對於臨終的護理教育感到不足，她們覺得沒有接受到充足的準備去面對臨終病患及家屬，從一開始不知如何照護瀕死病患，面對病患及家屬的心理情緒問題不知如何說如何做，遭受到病患及家屬的不信任，面對病患急救時的驚慌失措及驚恐等，在整個照護歷程中她們表達是感到焦慮的。她們認同相關死亡教育的重要性，也提出臨床的經驗要比課室的教學更能讓她們對於瀕死的相關照護有清楚的概念，且指出她們需要更為實用的相關教育。許多相關文獻中也提出同樣的看法（Morgan, 1997；Kwekkeboom, 2005；

Connell, 2006)。Zgaga (2004) 研究指出年紀輕的護生，於提供瀕死病患照護時會產生許多的壓力，可能因為對於照護瀕死病患照護的課程，只有幾個小時的安排。然而死亡教育能增加護生對死亡的覺知，並可以對未來臨床照護作好準備，具有其必要性及重要性，且應該是多元的才能滿足護生的需求（程秀玲，2000；顏淑慧，2001；董文香，2002；李彬，2004）。因此，護理照護的計畫必須包含更多相關瀕死照護的課程，不該只是涵蓋於護理照護之中的一小主題。

此外，本研究結果發現護生面對病患死亡的經驗讓她們能了解病患死亡歷程、階段、方式，並認知瀕死病人的情緒及需要、死亡所造成的失落感及了解哀傷造成的身心反應、了解身為護理人員的角色、學習到照護病患的技巧、了解自己對死亡及瀕死問題的觀點，願意對死亡進行思考、建立面對死亡時的適當接受態度、對生命進行反省，建立起死亡準備的行為；能使護生正視死亡在生命中之必然性，坦然面對有關死亡之事件，藉此深入澄清個人生命的價值，並能以積極正向之態度面對生活，珍惜生命；與（曾煥棠，1999；陳芳玲，2000）提出的死亡教育目標相同。護生雖然於遭遇病患死亡歷程中承受了許多的心理負荷及壓力，但也可發現整體性調適的結果是趨向正向的；因此，對於護生的死亡教育需課室及臨床並重，以提升臨終照護品質。

綜合以上相關研究之探討，護生於初次遭遇病患死亡的歷程中極需要獲得相關的支持，尤其是老師與臨床的學姊（護士）們的支持，其中又以情緒上的鼓勵與支持，以及如何面對病患死亡事件的處理技巧及相關知識的討論與解釋最為重要。Schir and heehan(2005) 研究提到護士與臨床教師應該在學生選擇病患時，就開始與學生分析討論瀕死相關的問題。再者，護士及教師們必須能了解護生照護瀕死病患或許會感到猶豫以及甚至恐懼，應該要對她們表示了解這些感受以及提供一些方法給學生（Jackson & Mannix, 2001）。如果護士及教師能視護生如同朋友般對待，且對於教學是充滿熱情、感興趣的，能盡量提出一些讓護生能夠回答的問題，如此可以引導護生在照護瀕死病患時擁有較正向的照護經驗（Jackson & Mannix, 2001）。另外，學姊（護士）們的解釋行為，對於護生而言也是的重要的（Jackson & Mannix, 2001），護士必須能讓護生了解病患的需求以及給予相關治療與護理的相關理由。當護生能從照護瀕死病患的經驗中獲得新的知識、挑戰的經驗以及病患或家

屬的回饋，將改善她們面對死亡的態度。

三、情緒支持的適切性及需求

本研究結果發現護生認為「死亡」是最令人難以招架的痛；且她們普遍不知如何宣洩自己的悲傷情緒，常以隱藏或壓抑、憤怒或自責的方式處理；她們亦很少主動開口說出自己內心的感受與反應，研究對象普遍在接受訪談之後她們感受到「說」非常重要，能釐清內心的想法與感受。施素真（1999）的研究提到護理人員在護理病患時往往會遭遇到種種危及狀況，其中以「病患死亡」是最難因應的。護理人員遭遇病患的死亡時如無法釐清自己的反應，會因為惶恐、不安、害怕而退縮，會以完成份內工作為主（task-orientation），出現封閉哀傷反應（Denger, 1995）。王麗鳳（2001）研究護生在面對病患死亡的情境下，身心會受到衝擊，會有錯綜複雜的悲傷情緒湧現，並以否認、憤怒等防衛機轉的方式處理。Cooper and Barnett（2005）研究也提出第一次面對病患死亡的一年級護生，她們大都不知道如何處理自己的悲傷情緒，而結果就是將自己的情緒壓抑。護生描述面對病患死亡產生了混亂的情緒反應，潛意識裡也運用了壓抑的防衛機轉（Bernard & Creux, 2003；Allchin, 2006）。Matzo et al.（2003）當護生經驗到焦慮、哀傷、失落等情緒時，她們會運用各種的防衛機轉，包括盡量執行病患的生理照護需求，盡量避免一些關於需要與病患或家屬溝通的照護行為，和選擇只做些自己感到舒適的事情。以上多篇研究結果與本研究結果的發現護生面對病患的死亡生強烈的悲傷反應，一時之間不知道如何宣洩處理，最常使用的因應方式就是壓抑住自己內心的悲傷，故作堅強等反應是相同的。然而，隱藏對病患死亡的情緒反應雖然普遍，卻會引起潛在的危機，不能處理自己的哀傷，也會影響對病患的照護。護生需要臨床指導者小心地給予支持，去避免持續的悲傷。

再者，本研究結果也發現大多數護生在照護過程中與瀕死病患及家屬產生非常緊密的互動關係，使得自己產生如親人死亡般難以控制的悲傷情緒。護生害怕再度引起內心的悲傷，會以逃避的方式面對，例如刻意與病人保持安全距離，甚至不想再照護瀕死的病患。照護瀕死病患與病患之間已經建立十分緊密的互動，失去關係也就容易會引發失落感，甚至對於死亡產生較多的恐懼（藍育慧，1995；顧豔秋，1997；Henneze, 1998）。Cooper and

Barnett (2005) 研究也提出護生在照護瀕死病患期間，容易將情感的投入，使得她們在照護的角色中感受到侷促不安，也加深她們的悲傷程度。她們可能會強迫自己在人際關係上與病患或家屬保持一些距離，以因應她們的感受。當護生在照護瀕死病患出現逃避的行為時，此時非常需要獲得情緒支持（藍育慧，1995；顧豔秋，1997）。Jiang et al (2006) 也提到當護生面對死亡產生情緒困擾的時刻，她們需要情感與行動上的支持，安全地渡過這動態的階段。

綜合上述相關文獻探討與本研究結果發現，護生在照護瀕死病患有一些負面的臨床經驗之後，會感受到退縮及恐懼，包含不想再接觸瀕死病患、不想再照護這樣的病患、想與她們保持距離、也引發相當的死亡恐懼等。當照護瀕死病患，接受個人的限制是很重要的，這樣的自覺能力是相當值得注意的（Aranda, 2004；Wyatt, 1993）。護生常常被教導如何運用同理心來照護病患，但是關於如何照護自我的學習卻是很少的（Rowe, 2003）。另於本研究結果護生表達「說」能讓自己的情緒有所抒發，經由向懂得人說出自己內心的感受是必需；就如同接受研究者的訪談，能藉此機會更釐清自己內心的感受及反應，可以讓自己更能了解面對生死的意義，也能對生死問題有更深一層的反思，得到較正面的因應與調適；護生們應該發展可以釋放他們的焦慮之方法，這樣他們才能具有同情心地接近病患，能承受她們的悲痛，對病患們也才是有幫助的（Rosenfield & Jones, 2004）。Erikson (1968) 提出認同感的建構對於年輕人是主要的任務。於是在護生的生命發展階段，這些年輕的護生們需要更多的支持強化她們個體的認同，讓她們能有機會去整合她們的經驗，渡過這些心理危機，提升對於自我的評價。因而，教育者需注意這並不只限於情緒的宣洩，也可能會影響到個人的發展，所以護生在生理、心理、社會等方面調適是非常重要的。

第六章 結論與建議

本章共分三節，針對本研究的研究結論、研究的應用與建議以及研究的限制做說明。

第一節 研究結論

一、護生初次面對病患死亡「主觀經驗」

本研究主要目的在於探討護理學生初次面對病患死亡的主觀經驗。研究結果發現護生面對病患死亡的親身經驗涵蓋瀕死病患的照護、病患死亡及死亡之後的調適等三個歷程，與共獲得三個主題(theme)，包括：「任務-瀕死期照護」、「瓦解-病患死亡處境的面對」、「重組-調適期」，形成主題的次主題及所涵蓋的概念較過去相關研究廣泛，包括任務（心驚膽顫、承受病人生命漸逝的難、全力以赴、自我肯定），瓦解（身陷其境、抽離與潰堤），重組（餘悸猶存、逃避、體悟、釋懷、成長）；護生面對病患死亡的經驗能使護生正視死亡在生命中之必然性，坦然面對有關死亡之事件，藉此深入澄清個人生命的價值，並能以積極正向之態度面對生活，珍惜生命的死亡教育目標。護生雖然於遭遇病患死亡歷程中承受了許多的心理負荷及壓力，但也可發現整體性的調適結果是趨向正向的；因此，對於護生的死亡教育需課室及臨床並重，以提升臨終照護品質。

二、護生初次面對病患死亡「情緒反應」

護生於初次面對病患死亡的主觀經驗中，她們普遍都因為沒有相關的知識經驗等產生了正負兩面且強烈多變的情緒反應。

護生的負面情緒從開始面對瀕死病患時的「心驚膽顫」、「不忍與無助」等焦慮的情緒反應，以及在面對病患死亡時的強烈的悲傷反應，包含「驚慌失措」、「震驚與否認」、「失落與悲傷」、「憤怒與自責」、與「抽離與潰堤」等相關情緒的次主題及概念，乃至病患死亡後的「餘悸猶存」、「逃避」等對於死亡的焦慮與恐懼情緒反應。護生於初次遭遇病患死亡

的經驗中，普遍也發現具有正面的情緒感受，涵蓋於瀕死照護時期能克服內心恐懼升任病患生理的照護的「自信心的建立」、「專業技能與知識的提升」，以及於親身經歷病患死亡後時期對於生死有更深的體認，也對自己的生命與對護理有更正向積極的看法，包含在「體悟」、「釋懷」、「成長」等次主題中。由結果得知，護生護理瀕死病患或面對病患的死亡的工作可能會同時存有正負面的情緒產生，是種連續性的感受，相關教育者需協助護生度過與瀕死病人相似的心理機轉。

三、護生初次面對病患死亡「支持需求」

護生對於臨終的護理教育感到不足，她們覺得沒有接受到充足的準備去面對臨終病患及家屬，在整個照護歷程中她們表達是感到焦慮的。她們認同相關死亡教育的重要性，也提出臨床的經驗要比課室的教學更能讓她們對於瀕死的相關照護有清楚的概念，且指出她們需要更為實用的相關教育。且多數護生表達在照護瀕死病患的過程中，若能獲得老師及學姊的指導與協助，將對照護瀕死病患時害怕擔心的情緒減輕，較能盡心盡力地提供照護。其中又以情緒上的鼓勵與支持，以及如何面對病患死亡事件的處理技巧及相關知識的討論與解釋最為重要。然而護生普遍在面對病患死亡的情境下，身心會受到衝擊，認為「死亡」是最令人難以招架的痛；她們在面對病患的死亡普遍產生了混亂的情緒反應，大都不知道如何處理自己的悲傷情緒，常以隱藏或壓抑、憤怒或自責的方式處理；再者，大多數護生在照護過程中與瀕死病患及家屬產生非常緊密的互動關係，使得她們在照護的角色中感受到侷促不安，也加深她們的悲傷程度。護生害怕再度引起內心的悲傷，會以逃避的方式面對，她們可能會強迫自己在人際關係上與病患或家屬保持一些距離，甚至不想再照護瀕死的病患。當護生面對死亡產生情緒困擾的時刻，她們需要情感與行動上的支持，安全地渡過這動態的階段。

第二節 研究的應用與建議

基於研究的目的是探討護生初次遭遇病患死亡的主觀經驗。護生來到臨床實習，理所當然地會面對到她許多第一次的經驗，但大多數的第一次經驗有如幫病患量血壓、換藥等

只會引起輕微的焦慮，很快護生就能熟悉及掌握住它。但是由本研究結果可得知，護生因為缺乏瀕死的照護經驗，第一次面對病患的死亡經驗令她們產生相當程度的焦慮與無助，以及強烈多變的悲傷情緒，甚至出現情緒難以平復與逃避等現象。另外，研究結果發現護生在照護瀕死病患的過程中極需要護理人員及臨床教師的指導與陪伴，且由照護經驗中亦能得到個人及專業上的成長。故本研究的結果可提供在護理教育臨床實務以及護理研究三方面之參考及建議。

一、護理教育方面

(一)、生死議題的討論：

醫護教育一向較缺乏對生死議題的討論，導致面對癌末或無法治癒的病人，常無法開口與病人或家屬談病情，談如何面對死亡。因此，建議在醫護教育養成裡，加入融合宗教、哲學、社會、人類學等死亡教育，邀請這些不同領域的學者共同討論，讓學生在養成教育裡就具有不同視野及觀點的死亡觀。

(二)、以實際的需求為重：

研究結果得知護生在歷經任務歷程時，會因為瀕死照護能力及經驗的不足感到害怕，害怕自己無法勝任，不知道自己要做些什麼？面對病患及家屬不知道要說些什麼？不知道如何說？故建議在護理的死亡教育教學中，關於臨終照護或死亡相關的課程，能以護生所遭遇到的問題及需求，來安排課程內容。並建議課程中可安排小組團體做實際瀕死情境的討論或角色扮演等，增加護生對於照護的臨場感。

(三)、護理技術的熟悉：

研究結果護生遇到急救時刻驚慌失措，因為瀕死照護的技術不熟悉，而遭受到病患或家屬的拒絕，因而增加內心的焦慮及挫折感。能以臨床情境融入在護理技術的教導，及操作模型教具回覆示教，如心肺復甦術、遺體護理等技術。

(四)、情緒調適的學習

護理的對象是人，是充滿情緒化的工作，如果無法學會情緒的抒發與管理，常容易導致在職場上，碰到重大情緒起伏，無法調適而適應不良，因此加強學生面對自我

的情緒，學習適當的情緒紓解與控制是必要的。

二、臨床實務及在職教育方面

(一)、死亡案例的討論：

死亡在醫療場域裡是無法不去面對的存在，建議當護生遭遇病患死亡或是病房有病患死亡時，能讓護生有機會談論有關死亡相關的照護或人文等議題。建議護理人員或臨床指導老師能針對病房裡的病患死亡做死亡案例討論，主題除了討論護理措施外，也應針對病患死亡所引發的省思及在處置上的困境、情緒，提出討論。並建議對每位參與瀕死病患照護的護生進行多次的會談，釐清事件引發內心的感受及反應，培養其自覺得能力，且護理相關指導者可適時地提出說明及支持。

(二)、護生訓練的加強：

規劃護生的臨床實習，除了一般的護理常規、護理技術、疾病的認識、照護技巧等訓練外，能為每梯次的護生增加 CPR 的訓練，關於職責、用物、操作流程、相關知識等，讓護生對於CPR及死亡有基本的概念及準備，減少實際臨床工作裡遇到瀕死病人時的衝擊。

(三)、給護理人員及臨床指導老師的建議

研究結果護生極需要護士或老師的支持與指導。建議護士及老師等相關護理指導者能體諒護生面對病患死亡時所產生的各種情緒及行為的表現，容許當事者適當地發洩情緒，給予適時的說明解釋「為何？」及隨時提供支持與引導，避免她們壓抑及逃避自己的感受，有助於正向面對病患死亡，及執行遺體護理的照護。再者，必須定期地追蹤其情緒的變化。

三、護理研究

本研究在探討護生初次面對病患死亡之主觀經驗，無法針對各科別及區域性做比較性的分析與相關因素細部的研究，建議未來的研究方向可以針對此議題做更詳細的探討。

第三節 研究的限制

本研究以現象學質性研究法，面對面地深度訪談 12位初次面對病患死亡的護生，研究的限制分述如下：

一、研究對象方面

本研究之研究對象因研究者本身的時間、人力有限，故侷限在中部某醫學中心的血液腫瘤科病房時習的護生為研究對象。因此，本研究中的訪談參與者並無法類推到全部的護生。

二、研究者方面

- (一) 研究者本身是臨床指導老師，採樣的對象是屬於研究者任職的病房中實習的護生，雖說有助於瞭解受訪者的語言或情緒的表達，但是否也會因為對發生情境的熟悉，因而減低了研究對象對於相關情境等詳細的描述。
- (二) 研究者雖然修習過質性研究，但這是第一次運用描述性現象學質性研究法，在研究的深度和廣度及技巧的熟練度等，仍有許多需要加強。也因此本研究可能會遭受到這些因素的影響。

三、主題方面

- (一) 面對死亡的心理歷程是個深沉的存在議題，影響因素眾多，如：宗教信仰、瀕死病患照護經驗、親友死亡經驗、死亡情境等，因為對於文本的敏感度及訪談能力較弱，因此，本研究並未針對這些相關因素做進一步的分析及探討。
- (二) 此主題容易碰觸到研究參與者內心的脆弱，引起情緒的潰堤，有些護生並不願意接受訪談。

【附錄一】 訪談說明及同意書

親愛的同學：

您好！目前研究者仁玉老師從事「護理學生第一次遭遇病患死亡的生活經驗之研究」的研究，希望藉由實習的護生分享初次參與病患死亡的所有內心感受、想法、行為反應、死亡事件所帶來的影響等，研究結果將提供死亡教育課程安排及臨床指導教師、臨床護理人員等參考；增進實習護生初次經驗病患死亡之因應及適應，改善提升瀕死及死亡病患的照護品質。

本研究的進程序在徵求您的同意之後，採個別一對一的會談方式，整個訪談次數依據資料收集需求而定，擬進行一至三次的訪談，每次會談時間約需1-2小時，訪談地點以您的方便及自在為原則，希望在安靜不受干擾的環境中進行。為了方便以後資料的整理及分析，在訪談過程中將會全程錄音，錄音帶會轉成逐字稿，在您確定無誤後進行分析。對您的姓名等個人資料及所提供的資料等絕對保密，僅提供學術研究之用。研究的過程可能會佔用到您的時間，深感抱歉，在此致上研究者最高的謝意。

在您接受訪談的歷程中，可以重新檢視與反思病患的死亡事件，發生在實習的經驗中，對您所具有的意義。參與本研究的過程中也許您會觸及到一些內心深處不願提及或尷尬、不舒服的感覺，這時您有選擇說或不說的權利，訪談中您可以隨時提問問題或拒絕回答，或隨時中斷，而不必存在任何愧疚，絕對尊重及保障您個人的權益。更請同學們無需考量到研究者的身分問題，因本研究的參與對您實習的表現或實習的分數毫無影響，請自由選擇是否參與此研究。

若您已經了解此研究的主要目的及研究進行方式，且同意參與此研究及接受訪談，煩請填立下列同意書。感謝您熱心的支持與協助！祝您 平安！健康！

本人同意接受訪談並同意錄音

本人不同意接受訪談

受 訪 者 ：

（簽名）

研 究 者 ：

（簽名）

中華民國： 年 月 日

【附錄二】 訪談大綱

（訪談期間在進入主題前會先以聊天的方式讓對方盡量放鬆、自然以作為訪談前的暖身，訪談指引只是個引導話題，實際訪談採取彈性、開放、自然的交談方式進行，且視訪談情境，實際做訪談內容的調整）

依據研究目的，主要探討的問題包含以下四個面向：

一、 請妳談談參與病患瀕死時期的照護，描述照護期間的感受、想法？

（護生面對瀕死病患的方式是什麼？）

（護生面對瀕死病患，對護生的意義是什麼？）

二、 請妳談談病患的死亡？當時是什麼狀況？描述病患死亡時期的感受、想法？

（護生面對病患死亡的方式是什麼？）

（護生面對病患死亡，對護生的意義是什麼？）

三、 參與病患死亡的事件之後，請妳談談你的感受及想法是什麼？

（護生面對病患死亡時產生了些壓力、影響等）

四、 請談談妳如何因應及調適？

（有哪些因應措施是什麼？）

參考文獻

壹、中文部份

- 王桂芸、馬桐齡(1989)·護理人員對瀕死病人態度之探討·*護理雜誌*，36(3)，77-88。
- 王煥琛、柯華蕓(1999)·*青少年心理學*·台北：心理。
- 余玉眉(1991)·*收集資料的方法*·余玉眉、田聖芳、蔣欣欣編，質性研究－田野研究法於護理學之應用(17—34頁)·台北市：巨流出版社。
- 阮平英(2004)·外科單位護理人員照護瀕死病患之行爲及其相關因素·*新臺北護理期刊*，33-45。
- 宋淑鈴(2004)·生命教育融入高職護理課程教學成效之研究·*南華大學生死學研究所碩士論文*。
- 周玕霏(2004)·面對死亡的幽谷，迎向生命陽光·*諮商與輔導*，第227期，10-14。
- 周汎濤(1999)·大學護生夜班實習之經驗歷程及實習需求·*護理研究*，7(3)，246-259。
- 林志隆(1998)·臺北市某醫學院學生死亡焦慮及其相關因素·*臺北醫學院醫學研究所碩士論文*。
- 林惠如(1995)·南台灣地區護理人員對死態度之調查·*國立台北護理學院學報*，3，75-104。
- 吳芝儀、李奉儒譯(1995)·*質的評鑑與研究*，臺北：桂冠。
- 李彬(2004)·生死教育對醫學系學生生命態度教學成效之探討以某大學一年級學生爲例·*南華大學生死學研究所碩士論文*。
- 李復惠(1986)·某大學學生對死亡及瀕死態度之研究·*台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文*。
- 李復惠(1999)·國內死亡教育相關學位論文之回顧·*安寧療護雜誌*，14，74-97。
- 巫珍宜(1991)·青少年死亡態度之研究·*彰化師範大學輔導研究所碩士論文*。
- 吳麗玉、林旭龍、呂昌明(1999)·護理學院學生死亡態度之研究·*康寧學報*，3，83-101。
- 吳汝鈞(2001)·*胡塞爾現象學解析*·台北：台灣商務印書館。
- 杜異珍(民86)·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(1)，1-10。
- 邱秀渝(民85)·瀕死成人的心理觀及其護理·於邱秀渝、董芳苑、楊麗齡、唐秀治合著·

臨終護理，台北：匯華。

- 胡月娟（1992）· 瀕死病人與其家屬需要更多的關懷· *護理雜誌*，39（2），133-138。
- 胡幼慧(1996)· *質性研究：理論、方法及本土女性研究實例*· 台北：巨流圖書公司。
- 施素真(1999)· 護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素之探討· *榮總護理*，16（4），381-391。
- 紀惠馨、曾煥棠（1999）· 生死學在某護理學院教學的概況檢討· *安寧療護雜誌*，14。
- 高淑芬、洪麗玲、邱珮怡（1999）· 某大學護生對死亡態度之探討· *長庚護理*，9（4），20-29。
- 高淑清（2000）· *現象學方法及其在教育研究上的應用*· 中正大學教育研究所主編· 質的研究方法（pp93-129）· 高雄：麗文。
- 彭美姿、劉盈君、張艾如（2003）· 癌症病房護理人員之工作壓力文獻探討· *護理雜誌*，5（2），71—76。
- 孫惠玲、楊嘉玲（2002）· 五專護生死亡概念之探討· *馬偕學報*，2，29—40。
- 許淑蓮（1977）· 護生對護理瀕死病人的態度與行為之調查· *護理雜誌*，24（4），74-90。
- 黃慧莉、林惠賢（2000）· 護生的死亡態度與對老人之態度以及兩者之關係和影響因素· *護理研究*，8（2）。
- 黃惠莉、林惠賢（2002）· 護生死亡教育的成效初探· *長榮學報*，5（2），121-123。
- 曾煥棠（1999）· 生死學對護理學院畢業生的死亡處理態度與臨終照護行為之效果探討· *中華心理衛生*，13（1），1-12。
- 曾煥棠、林綺雲、林慧珍、傅綢妹（1998）· 生死學教學對護理學生生死態度的影響· *中華心理衛生學刊*，11（3），49-66。
- 紀惠馨、曾煥棠（1999）· 生死學在某護理學院教學的概況檢討· *安寧療護雜誌*，14。
- 曾英芬、許敏桃、郭玲莉（2001）· 關懷照顧的現象學研究：從經驗死產之台灣婦女的經驗談起· *護理研究*，9（3），223-231。
- 陳芳玲（1998）· 死亡教育· 尉遲淦編著，*生死學概論*· 臺北：五南圖書出版公司。
- 陳錫琦(2003)· 大學學生印象深刻的死亡或感覺接近死亡經驗之探討· *學校為衛生*，42，39-58。
- 陳錫琦、吳麗玉、曾煥棠（2000）· 護理學校學生死亡態度之研究· *醫護科技學刊*，2（3）226-248。

- 陳瑞珠(民 83)·台北市高中生的死亡態度、死亡教育態度及死亡教育需求之研究·*台灣師大衛教所碩士論文*。
- 陳淑齡(2004)·五專護生實習壓力的生活經驗-現象學研究·*長庚護理*，15(3)，280-290。
- 陳淑齡、陳鳳櫻、曾雅玲(2004)·現象學方法論與護理應用·*弘光學報*，43期，54-60。
- 陳杏桂(2000)·現象學方法論與護理研究應用·*新臺北護理期刊*，2(2)，117-124。
- 張春興編著(2000)·*張氏心理學辭典*·台北市:東華書局出版。
- 張淑美(1992)·死亡的意義與其對教育的啓示·*高雄師大學報*，121-138頁。
- 張淑美(1995)·國中生之死亡概念、死亡態度、死亡教育態度及其相關因素之研究·*高雄師範大學教育研究所碩士論文*。
- 張利中、林志龍、洪栩隆(2001)·醫學系與護理系學生自我概念落差與死亡焦慮之關係·*醫學教育*，5(1)，466-476。
- 畢恆達(1995)·生活經驗研究的反省：詮釋學的觀點·*本土心理學研究*，4，224-259
- 齊力、林本炫(2003)·*質性研究方法與資料分析*·嘉義：南華教社所。
- 楊克平(1999)·論緩和療護之意義及其變化史·*榮總護理*，16(4)，357-362。
- 蔡麗雲、李英芬(2003)·護理人員的壓力與調適·*安寧療護雜誌*，8(2)，143—159。
- 鄭淑里(1994)·死亡教育課程對師院生死亡態度的影響·*台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文*。
- 鄭貞枝(2001)·護理學校臨床指導教師對死亡教育需求之探討·*南華大學生死所碩士論文*。
- 簡雪冰、余穎儀、蔣麗冰(2003)·鏡湖醫院護士對病患死亡的衝擊之探討·*護理雜誌*，2(1)，34-39。
- 簡淑慧(1999)·癌症病人死亡對護理人員之衝擊及護理人員之應對策略·*長庚護理*，10(2)，36-41。
- 蕭宏恩(2000)·專業內的倫理導師——以護理教育為例·*哲學與文化*，27(4)，372-381。
- 鍾春櫻(1992)·死亡教育對護專學生死亡態度之影響·*彰化師範大學輔導研究所碩士論文*。
- 穆佩芬(1996)·現象學研究法·*護理研究*，4(2)，195-201。
- 藍育慧(1994)·死亡教育對改善護專學生死亡恐懼、死亡態度成效之探討·*弘光醫專學報*，161-172。

- 藍育慧（1995）·護專學生死亡恐懼、死亡態度及照顧瀕死病患者時個人需求與因應行為之探討·*護理雜誌*，42（1），75-89。
- 藍育慧、李選（1997）·死亡教育對改善護專學生死亡恐懼成效之探討·*長庚護理*，8（1），42-52。
- 顧艷秋（1997）·北部某護專學生對死亡所持態度之探討·*榮總護理*，14（2），154-164。
- 顧艷秋（2000）·護理人員照顧瀕死病患行為及其相關因素之研究·*臺灣師範大學衛生教育研究所博士論文*。
- 顧艷秋（2001）·護理人員的死亡態度·*安寧療護雜誌*，6（2），32-40頁。
- 顏淑慧（2002）·台灣地區護專學生死亡態度與生死教育需求之探討·*南華大學生死所碩士論文*。

貳、譯書部份

- Edmund Husserl 著·*歐洲科學危機和超越現象學*·張慶熊譯，台北市：桂冠，1992。
- Edmund Husserl 著·*純粹現象學通論*·舒曼編 李幼蒸譯，台北：桂冠圖書出版，1994。

參、英文部分

- Allchin, L. (2006). Caring for the dying: Nursing student perspectives. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(2), 112-9
- Beck, C.T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36(9), 408-415
- Benner P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), 1-21.
- Brent, S. B., Speece, M. W., Gates, M. F., Mood, D., & Kaul, M. (1991). The contribution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: Graduate and undergraduate nursing students. *OMEGA*, 23(4), 249-278.
- Burney, B. S., (1994). Preparing students for their patients death Australian. *Journal of Advanced*

- Nursing*, 4, 24-8.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the Phenomenologist view it. In : Valle R, King M, eds. *Existential – phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.
- Cheryl, T. B., (1997). Nursing Students' Experiences for Dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36(9), 408-415.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (1997). *Death and dying, life and living*. Washington, DC : International Thomason.
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (8): 423-30.
- Connell, B. (2006). *Advance directives* : Curriculum content and preparation of nursing students. Unpublished research project.
- David, F., & Charlotte, K. (1986). Coping with death: the practical reality. *Nursing Time*, 3, 19.
- Degner, L. F. (1985). The effect of an undergraduate nursing course in palliative care on death anxiety and attitudes to care of the dying nursing students. (Doctoral dissertation, University of Michigan, 1985). *Dissertation Abstracts International*, 46, 11B.
- Degner, L. F., & Gow, C. M. (1988). Evaluation of death education in nursing. *Cancer Nursing*. 11(3), 151-159.
- Degner, L. F., & Gow, C. M. & Thompson, L.A. (1991). Critical nursing behaviors in care the dying. *Cancer Nursing*, 14 (5), 246-253.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Galifornia: Sage °
- Dickinson, G. E. & Pearson, A. A. (1980-81). Death Education and physicians Attitudes toward Dying patients. *OMEGA*, 11, 167-174.
- Durlak, J. A., & Reisenberg, L. A. (1991). The impact of death education. *Death Studies*, 15, 39-58.
- Davis, M.H., Harden, R.M., Pitts, N.B., Laidlaw, J.M. (1996). Design for chang : a distance-tearining programime that altered patient management. *Aspects of Euduation Training Technology*, 27, 91-95.
- Franke, K. J., & Durlak, J. A. (1990). Impact of life factors upon attitudes toward death. *OMEGA*,

21(1), 41-49.

- Ferrell, B. R. (1998). Suffering. In R. M. Carroll, L. Johnson, & N.J. Bush (Eds.), Psychosocial nursing care along the cancer continuum (pp. 99-111). Pittsburgh, PA: *Oncology Nursing Press*.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., & Juarez, G. (2000). Analysis of palliative care content in nursing textbooks. *Journal of Palliative Care*, 16, 39-47
- Ferrell, B. R., Virani, R., Grant, M., Rhome, A., Malloy, P., Bednash, G., et al. (2005). Evaluation of the end-of-life Nursing Education Consortium undergraduate faculty training program. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 107-114.
- Gelene T. Thompson (2005) .Effects of End-of-Life Education on Baccalaureate Nursing Students. *AORN Journal* , 82 (3) , 434-440.
- Gesser, G., Wong, P.T.P., & Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life span: The development and validation of the death attitude profile (DAP). *OMEGA*, 18(2), 113-128.
- Gates, M.F., Kaul, M., Speece, M.W., & Brent, S.B.(1992). The attitudes of beginning nursing and medical students toward care of dying patients; a preliminary study. *Hospice Journal - Physical, Psychosocial, & Pastoral Care of the Dying*, 8(4), 17-32 .
- Heidegger M.(1962). *Being and Time*.(MacquarrieJ.&RobinsonE.trans). Harper and Row, New York.
- Hopkinson J. B., Hallett C. E. & Luker K. A. (2003) . Caring for dying people in hospital . *Journal of Advanced Nursing* . 44 (5) , 525-533.
- Hurting, W. A., & Stwin, L. (1990). The effect of Death Education and Experience on Nursing students' attitude towards death, *Journal of Advanced Nursing*. 15, 29-34.
- Irena, M.& Jo, A. W (1999). *Phenomenology and nursing* .Nursing And The Experience Of Illness Phenomenology and nursing ,(pp1~4).USA:New York.
- Jackson, D., & Mannix, J. (2001). Clinical nurses as teachers: Insights from students of nursing in their first semester of study. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (2), 270-277.
- Kalish, R. A. (1984) . *Death, grief and caring relationship*.Montery,Calif : Brooks Cole °
- Kao, S., & Lusk, B.(1997). Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 438-443 °
- Katherine, H., Murray, F. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring

- for terminally ill persons and their family . *American Journal of Hospice & Palliative Care* ,September/October, 37-43.
- Kelly, Catherine T. (1998) . The lived experience of female student nurses when encountering patient death for the first time. *ADELPHI UNIVERSITY,PH.D.*
- Kastenbaum, R. (1987) . *Death-related anxiety*. In L. Michelson & L. M. Ascher (Eds.) ,Anxiety and stress disorders : Cognitive-behavioral assessment and treatment.New York : Guilford Press.
- Kiger, A. M.(1994). Student nurses' involvement with death: the image and the experience. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 679-86
- Kubler Ross E. (1975) . *Death: The Final Stage of Growth*. Prentice Hall, London.
- Kwekkeboom, K. L.(2005) . Companionship and education: A nursing student experience in palliative care . *Journal of Nursing Education*, 44 (4) , 169-176.
- Kaye, J., Gracely, E., & Loscalzo, G. (1994). Changes in students' attitudes following a course on death and dying: A controlled comparison. *Journal of Cancer Education*, 9, 77-81.
- Lincoln, Y. S. (1992). Sympathetic connections between qualitative methods and health research. *Qualitative Health Research*, 2 (4), 375-391.
- Loftus, L. A. (1998) . Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients . *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 641-8
- Lu, Y. H. (1989).Assessment of attitude of nurse toward the dying patient and Templer, D.I (1972). Death Anxiety in Religiously much invoiced persons. *Psychological Report*, 31, 361-362.
- Lev, E. L. (1986). An elective course in hospice nursing. *Oncology Nursing Forum*, 8(1), 151-154.
- Max, V. M (1999). Foreword. *Nursing And The Experience Of illness Phenomenology and nursing*(ppv~xvi).USA:New York.
- Marchand, L., & Kushner, K. (2004). Death pronouncements: Using the teachable moment in end-of-life care residency training. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 80-84.
- Matzo, M.L., Sherman, D. W., Sheehan, D. C., Ferrell, B. R., & Penn, B (2003). Teaching strategies from the ELNEC curriculum. *Nursing Education Perspectives*, 24(4), 177-183.
- Morgan, Naomi Mary Ann (1997) . Nurses' education and their experiences of caring for people

- Who are dying and their families .*Ph.D. University of Southampton* (United Kingdom),;
- Moustaks, C. (1994) . *Phenomenological research method*. California: Stage.
- Mallory, J. L. (2003). Assessing undergraduate nursing student's attitudes toward care of the dying. *Journal of Professional Nursing, 19*, 305-312.
- Mallory, J. L. (2006) . Professional practice : Care of the dying: a positive nursing student experience . *MEDSURG Nursing, 15* (4), 217-22
- Neimeyer, R. A. (1997) . Death anxiety reseach : The state of the art. *Omega, 37* (32) , 97—120 °
- Newbury, A. (1995). *The care of the patient near the end of life* . In J.Pensond & R. Fisher (Eds.),*Palliative care for people with cancer*.London:Arnold.
- Newsome, Brandi R.; Dickinson, George E. (2000) . DEATH EXPERIENCES AND HOSPICE: PERCEPTIONS OF COLLEGE STUDENTS . *Death Studies, 24* (4) , 335-341
- Pugsley, Brenda Ann (1998) . A Pbenomenological Study of Oncology Nurses Lived Experience of Patient Death. *University of Nevada, Reno,PH.D.*
- Reeder, F. (1991) . Conceptual foundations of science and key Phenomenological concepts (Summer Research Conference Monograph) . Detroit,USA:Wayne State University, *College of Nursing*.
- Rooda. L.A., et al. (1999) Nurses Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum, 26* (10) ,1683-1687.
- Rittman, Paige, Rivera, Sutphin & Godown (1997) . Phenomenological study of nurses caring for dying patients . *Cancer Nursing, 20*(2), 115-9.
- Saunders, J. M.& Valeute, S. M. (1994) . Nurses' grief . *Cancer Nursing, 17* (4) , 318—325 °
- Sandra M. Walsh (2003) . Oncology nursing education: Nursing students' commitment of "presence" with the dying patient and the family , *Nursing and Health Care Perspectives, 24* (2) , 86-92.
- Servaty, H. L., Krejci, M. J., & Hayslip, B., Jr. (1996). Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Studies. 20*, 149-161.
- Thompson G.T. (2005) . Effects of end-of-life education on baccalaureate nursing students. *AORN Journal, 82* (3): 434, 437441.

- Van Manen, M. (1990) . *Reseraching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. New York: State University of New Yurk Press.
- Walsh, S. A. & Hogan, N. (2003). Oncology nursing education: Nursing students' commitment of 'presence' with the dying patient and the family, *Nursing Education Perspectives*, 24, 866-890.
- Williams, C. M. (2005) . Dying, death, and medical education: student voices, *Journal Palliat Med*, 8 (2), 372-81.
- Wong, F. K., Lee, W. M., (2000) . A phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong . *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6), 1509-1517.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994) . *Death Attitude Profile-Revised*: A Multidimensional Measure of Attitude Toward Death, in *Death Anxiety Handbook*, edited by Neimeyer R.A. Washington DC: Taylor & Francis °
- Zgaga, A. & Pahor, M. (2004) . How nursing students perceive dying. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(4), 325-31.