

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

牆邊的等待

——加護病房癌症病患家屬的陪病經驗

Nearby Wall Waiting:

The Accompanying Experiences of ICU Cancer Patients Family Members

研 究 生：陳怡靜

指 導 教 授：蔡昌雄博士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月 二 十 一 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

牆邊的等待-加護病房癌症病患家屬的陪病經驗

Nearby Wall Waiting: The Accompanying Experiences of ICU
Cancer Patients Family Members

研究生： 陳怡靜

經考試合格特此證明

口試委員： 周傳美

蔡品璇
李茹蕙

指導教授： 蔡品璇

所 長： 蔡品璇

口試日期：中華民國 96 年 6 月 21 日

誌謝詞

本論文能順利完成，首先要感謝我的指導教授蔡昌雄老師，引領我進入詮釋現象學的殿堂。撰寫論文期間，總能在我面臨研究瓶頸與困難之際，耐心地給予我寫作方向與意見，惠我良多；此外更感謝周傳姜教授與李燕蕙教授在論文寫作的指導與匡正，為我釐清研究盲點，給予我許多論文寫作的意見與建議，讓論文的整體呈現更為完善。

感謝論文中的三位研究參與者以及在研究期間進行臨床觀察紀錄的家屬們，還包括四位因悲傷而未允諾的個案，今日論文得以完成，你們的參與是造就研究最基本而不可或缺的元素，也讓我從你們的身上，看見自身過去在場域裡忽略的面向，謝謝你們！

感謝淑玲姐的幫助，除讓我榮幸請到周傳姜教授檢視這本有待琢磨的論文外，也不時捎來鼓勵話語，並抽空討論訪談文本及研究內容，陪伴我繼續前進的動力。感謝漢章學長賜與我研究相關資料，在研究思路上鋪陳不少；感謝研究所的同學們，在這段期間所給予的協助與關懷，特別感謝見蔚師、曉融師、王浴、小梁、美珠、佳珍、念晞、玉燕姐、季芳、玉雲、淑芬姐，在研究的過程中相互扶持，尤其是見蔚師、曉融師，一路協助我論文排版及修訂，感恩。

感謝醫院主管敏惠督導、子祺督導、遠萍主任及宜貞阿長提供行政業務上的幫忙，讓我得以順利完成論文的寫作。感謝麗華學姐在臨床工作上的大力相挺，並不斷鼓勵我繼續前進。感謝單位同仁如恩、佳倩、怡貞、艾家、春蜜，尤其是佳蓉，提供相關哲學文學作品，使得寫作能尋幽入微。感謝加護病房所有醫療同仁，尤其是侯清正主任、梁百安醫師給予我在臨床實務與倫理觀上許多精闢見解。以及菁娥、美妃、心嵐三位阿長和美玲在個案篩選上提供指引，讓我可以全心投入在臨床田野觀察工作上。

最後，我要感謝這一路上不斷給我鼓勵的家人，感恩父母親對我的栽培與關懷，大姐盈菁共同陪伴學習及討論，以及小妹阿妣對我的支持；也感謝俊聰的付出，給予我愛的力量與支持。

一路走來，要感謝的人太多了，在此我以一顆最感恩的心，謝謝所有協助我的人，最後，謹將此論文獻給我最深愛的家人以及所有關心、愛護與支持我的人！

怡靜 謹誌

摘要

本研究旨在探討加護病房癌症病患家屬的陪病經驗。以詮釋現象學方法為取向，從病房田野參與觀察及三位研究參與者的深度訪談，取得文本資料。在文本的視域化綜合分析之後，分別針對加護病房的陪病情境及存在處境，進行經驗的深描與詮釋，藉以揭露加護病房癌症病患家屬陪病經驗的底層意涵。

研究發現，加護病房內癌症病患家屬的陪病經驗涉及陪病等待情境與陪病存在性意涵兩大脈絡。前者主要探討癌症病患家屬在空間、身體、時間及關係四個面向的陪病等待經驗。它是自我陷落的極端處境，破碎、間斷而不確定。後者則涉及醫療照顧下的孤獨感與死亡兩個面向。其中，陪伴與照顧的倫理課題，透過陪病文化的存在指向加以詮釋，進而開啓死亡的新意義。

研究結果可促進加護病房醫護人員對家屬陪病底層經驗之了解，並在臨床專業養成教育中，重新建立病患、家屬與醫護人員乃是「陪病共同體」的觀念。讓醫病及護病關係能真正落實在人道醫療上。

關鍵詞：加護病房、癌症病患家屬、陪病經驗

Abstract

The aim of this research was to explore the accompanying experiences of ICU cancer patients' family members. It adopted hermeneutic-phenomenology as the research method. The empirical data were collected through field participation and observation in a hospital ward as well as depth-interviews with three family members of the ICU cancer patients. It then proceeded to a perspective and comprehensive analysis of the text. The text was delineated and interpreted on two levels, i.e., the accompanying situation and the existential situation in ICU, in order to uncover the imbedded meanings of ICU cancer patients' family members.

The research found that the accompanying experiences of ICU cancer patients' family members mainly involved two contexts, i.e., the situation of waiting and the existential comports while accompanying. The former was, basically, to explore the waiting experiences of ICU cancer patients' family members in four aspects: space, body, time and relationship. It was an extreme situation into which the self fell, entailing fractured, interrupted and uncertain quality. The latter involved two aspects: sense of loneliness and death under health care situation. The ethical issues regarding accompany and care were interpreted on the basis of culturally given meanings of existence. A new meaning of death was thereby disclosed.

The results could facilitate medical professionals' understanding on the imbedded meanings of accompanying experience of ICU cancer patients' family members. In clinical medical education, they also could reaffirm the idea that ICU cancer patients, their family members and medical professionals inseparably made up the wholeness of accompanying experience, so that doctor-patient and nurse-patient relationship could truly be endowed with a humanitarian spirit.

key words: intensive care unit, cancer patients' family Members, accompanying experience

牆邊的等待——加護病房癌症病患家屬的陪病經驗

目次

誌謝詞	i
摘要	ii
Abstract.....	iii
目次	iv
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與背景	1
第二節 研究議題設立	4
第三節 研究目的	6
第四節 名詞界定	6
第二章 文獻探討	9
第一節 癌症病患的生病經歷	9
第二節 癌症病患家屬陪伴的身心狀態	15
第三節 陪伴過程的知覺面向	18
第四節 華人的陪病文化	28
第三章 研究方法	31
第一節 研究取向與解釋觀點	31
第二節 研究計畫與實行步驟	38
第三節 資料收集及分析	44
第四節 研究嚴謹度	46

第五節	研究倫理	47
第四章	加護病房陪病的情境現身	49
第一節	不確定的等待	49
一、	怎麼會這樣？—瞬間傾圮的病身	50
二、	病身的懸置等待	53
三、	病危通知書的隱喻與開顯	56
四、	希望的投射	59
第二節	危急情境的隔離空間	63
一、	牆裡—鐵門內的加護病房	63
二、	牆外—鐵門外的陪客椅	73
三、	家屬休息室	78
第三節	陪病身體的知覺感應	82
一、	視覺驚恐	82
二、	聽覺驚怖	90
三、	觸覺即離—為什麼還是這麼腫？	95
四、	味覺難過—我都吃不下	97
五、	身體感的危境	98
第四節	極端處境的時間片段	100
一、	創傷當下的衝擊	102
二、	會客前的懸與揪	103
三、	會客時的碎裂與斷續	107
四、	會客後的反思想像	110

第五節	加護病房人我間的情韻關係	112
一、	病患顯現的面向	113
二、	病患與醫護人員間互動面向	113
三、	病患與家屬間互動面向	120
四、	家屬與醫護人員間互動面向	126
第五章	加護病房陪病的存在底蘊	135
第一節	機構化照顧的隱蔽與遮掩	135
一、	專業權力的面貌	136
二、	病房規定守則	139
三、	專業照顧下的隱蔽	144
第二節	陪伴關係的斷裂	152
一、	靜默下的孤獨感	153
二、	危急處境下死亡的碰觸	159
三、	對生命的覺察	165
第三節	華人陪病文化的存在指向	173
一、	家庭倫理觀	173
二、	社會適應方式	175
三、	宗教信仰的寄託	179
第四節	陪伴與照顧間的倫理處境	184
一、	死亡邊緣的陪伴與掙扎	185
二、	家屬的困惑與抉擇	189
三、	為何人家可以，我們家的就不行	194

四、開啓溝通的可能性面向	195
第六章 結論	197
第一節 研究發現	197
第二節 綜合討論	198
第三節 建議	204
參考文獻	207
【附錄一】訪談大綱	214
【附錄二】訪談同意書	215
【附錄三】錄音訪談紀錄表	216
【附錄四】田野觀察日誌	217
【附錄五】文本分析範例	218

第一章 緒論

第一節 研究動機與背景

「她身體腫脹泛黃，躺在僅比她身體大一些的病床上，眼皮呈現水腫半開狀，向前看著天花板，前胸有條導線連結到身旁的監視器，當身體出現變化時，機器就會發出鏗鏘響，頸部盤繞幾條留著藥物的管子就橫躺在她已結痂的舊針孔上，鼻腔、腹部和尿道都插入引流管構成一個交織的通路，不斷將身體裡的東西導引到床邊的袋子上，喉嚨也插著接到呼吸器的管子，呼吸器會規律地打出輕輕的呼咻聲，上半身就隨著呼咻聲上下起伏，看似所有機器與管子的運作都巧妙地與她的身體相配合……」。

以上是研究者從經驗在加護病房的生活世界裡，所記錄下的病人身體姿態，Zaner, R. M.在《醫院裡的哲學家》一書，也有提及關於加護病房類似的現象描述，藉著他的描述和自己的經驗相對應，鮮活看見加護病房裡維生設備與個體生命間的連結，道出「活著～好辛苦」的空間情結。

研究者是一名護理人員，四年加護病房經驗就是在上述類似的情境中渡過，急救過無數個病患，每當用自己的雙手壓回一個個生命時，就達到專業訓練之客觀科學的目的—竭盡所能救治生命。因此，護理的教育訓練如儀器操作、技術演練等，多循此方向，其焦點始終擺在病患身上客觀、個體的層面上，專注於提供病人科學醫療護理，像是各類維生設備的操作規則、監測病患生命徵象等程序，過於重視可見程序的執行，以至忽略病患家屬的需求及壓力，錯失一些存在的微妙細節。事實上，加護病房的病人家屬有訊息獲知與陪伴病患的需求，但往往是感受到期望的落空，即家屬覺得重要的需求，護理人員卻覺得不重要（劉盈君，

1993；饒雅萍，1986)。

醫療人員和家屬都在危機情境下各自尋找一個安生立命的據點，而每一個據點又恰恰處在封閉之中，以至於當雙方需求變動時，無法及時被察覺。當家屬的位置被迫從床邊陪伴移到牆邊等待，他們的需求與空間中的主體位置是被忽視了。在一次臨現家父於醫院等待開刀經驗，給我一次機會由護理人員轉換成家屬角色，體驗在牆邊的陪病經驗。

父親腫脹的膽囊因延遲就醫已面臨可能破裂的邊界，但原本排程卻因一位重症患者而被迫延遲，焦躁不安的情緒在父親送入開刀房後達高峰，我不停的來回踱步，告訴自己要堅強，腦海裡仍不斷浮現腫脹的膽囊破裂的景象，猜想醫師會不會告訴我，父親的腹腔已被感染、手術不順利等，當時與一群相類似處境的家屬們共同等待，在一個將近 150 張椅子空間裡，大家都散落地坐著，孤獨煎熬地守著電視機螢幕訊息、聽著廣播器的呼喊。我選擇守在恢復室門外，當那扇門打開了，我可能可以看見我父親，但常還在找尋中，門又很快地關起來，心情就隨著那扇門開關起伏不安。在陪伴父親返回病房後，研究者開始省思同樣自身為家屬的心情—反覆猜測及憂心親人病情的變化，看不見的憂慮幅射出更多的恐懼，短暫的等待感覺已是如此煎熬，那長期守候加護病房外的家屬內心，又是一段怎樣的起伏波動呢？

反省親身的經驗，研究者開始可以體會，為何每當加護病房鐵門打開時，總是會有那麼多焦躁的眼神，他們的焦慮顯露在他們的外在表現中，他們想親臨關照病患的基本需要，因著突發狀況臨現而被硬生生剝離。因此，本研究選擇以加護病房為研究場域，在於加護病房屬於隔離病房，象徵著急迫變動的情境世界，家屬常是被隔離在外，被迫用間接的陪伴方式與自己的家人互動，然而世界本是構築在我與他人之間相互交融的關係而成，是不能以客觀方式剝離的。加護病房

的牆所帶來內在推擠，對家屬身、心、靈的影響，充滿著不安和焦慮。

O'Malley, P.等人（1991）提出，病人、家屬、護理人員的互動理論模式，其論述說明三者之間，在生理、心理及情緒需求上常相互影響著。研究者在參與加護病房末期病患討論會時，常針對相關現行政策，像是照護癌症病患與現行專業工作目標衝突、減輕末期痛苦等倫理問題進行討論，在於癌症病患因轉送加護病房時，常是處於疾病危急階段，比起一般病患更容易瀕臨死亡，從此看出醫療人員和病患之間存在著共在關係在牽動著。醫護人員亦肯定家屬此時的態度對癌症病患是重要的，在於他們長時間陪伴及照顧病患，也決定將為病患選擇怎樣的臨終處境。但從討論中也發現醫療人員並不清楚家屬對病患為何是重要的？事實上，家屬與病患之間，因關係而讓知覺在經驗中隱隱對流著，這部份也是其他研究所未凸顯的，像是死亡焦慮的知覺感受如何在可能中被表現。

目前在國內相關加護病房家屬之陪伴歷程研究，大多以探討家屬需求的量化研究為主，如饒雅萍（1986）探討加護病房家屬需求及影響因素，以問卷方式測得結果需求排列結果，依序列出前 10 項需求項次及重要程度；劉盈君（1993）也以相同方式來比較家屬及護理人員在需要認定上的差異等。以此數據化的方式做出的研究結果，常缺乏對生命事件完整面貌的呈現。因為每一位家屬都是一個獨特的個體，所有意識下的任何姿態，都有其體驗感受，再逐漸構成經驗本質。若要完整描述此一經驗，則必須涉及家屬陪伴過程中之時間、空間、身體與關係四個面向的知覺內容。

對病患而言，親人的陪伴仍是最熟悉的對待，醫療人員如能了解家屬的陪病經驗，也能從中學習到陪伴病患方式，進而延伸至加護病房的人道關懷。本研究選擇以詮釋現象學觀點進行描述分析，在於此方式可開通及深描家屬陪病之原初現象，藉以發掘潛藏的存在課題。

第二節 研究議題設立

一、加護病房危機處境不同於其他病房

目前國內對於癌症病患及家屬探討的研究，多以病房及安寧病房為場域，以安寧病房為例，在這個處境下的陪伴歷程，雖然病患對不斷經歷死亡威脅充滿不安，但其工作目標建立在以病患舒適為主，並接受死亡的必然性，家屬的陪伴在側，讓病患逐漸找到安生立命的位置。但對加護病房的癌症病患而言，其轉送到病房的情境是在生命瞬間陷入危急狀態，家屬本身還來不及反應時。這空間對他們而言，是橫跨在生與死的邊界，在此迫切的處境下，因關係的連結所激盪出的情感，讓主要陪伴者的家屬面臨煎熬苦境。這種隱而不顯的身體變化，容易潛藏在陪伴的過程中，並衍生出的不良情緒反應。

二、由床邊移到牆邊等待對家屬的意義

世界是由時間和空間所構成的，空間可被具體測量，而時間無法捉摸，時間就像是一種知覺狀態，不斷感知空間裡的變化。對家屬而言，加護病房內的配置可能隱含許多涵義，包含生與死之間的意義，家屬會如何面對？時間就在空間中運轉，當位置由床邊移到牆邊等待，家屬無法時時感受家人的身體變化，則每一次的進入都是一次知覺的撞擊，他們可能必須隨時準備接受家人外觀的改變，當當下感覺開始熱絡時，又面臨會客時間結束，記憶就在知覺反覆接收中，匯成初略型態，一旦位置回到牆邊，便開始想像可能會發生的改變。研究者想了解牆邊的阻隔會不會影響彼此的關係外，進入空間裡的位置，及空間外的陪病知覺，是否也有所差異？如能了解此經驗，將有助於幫助醫護人員同理家屬守在牆邊等待的心情。

三、家屬的陪伴知覺跟著癌症病患的病程

林素琴(2004)的研究中指出，臨終世界是由彌留者、護理人員及家屬三個互為主體性，常是在彼此關注中發現新的互動主題。病患做為主體，朝向家屬及醫護人員開展知覺經驗，而家屬與病患本就處於共在的世界，故家屬陪伴經驗的起點等同病患生病經驗的開始，反之，對於加護病房醫護人員而言，癌症病患只有在當下送入此病房，被醫護人員體驗著外觀上的改變，再採取其專業化醫療動作為病患進行病情處置，兩者都是跟著癌症病患的病程走，但就其陪病經驗，兩者是否有所不同，不同之處又在哪，這可幫助我們釐清關係層面下的意義為何。

四、家屬陪伴歷程的存在性經驗

進入加護病房之病患皆是重症病患，常讓家屬在面臨危機處境的同時，經歷到不確定性的等待，而此不確定性等待的感受猶如將人陷入深淵經驗，載浮載沉，進而引發家屬思索存在意義，他們是如何感受、回應與看待此經驗本質底下的陪病過程，而其中的存在意含又是指向什麼，我們必須揭露其中內在經驗下的存在本質，以有能力達到自我超越的可能性。

因此，從家屬對病患照顧的情境深描，可以幫助我們初探加護病房家屬的陪病意義，底層涉及陪病過程中知覺感受到對空間、身體、時間與關係等面向之經驗，然後再逐步走向等待的孤獨感及他人死亡恐懼等相關存在感受議題。透過這些面向的剖析，以漸漸描繪出場域現象的完整輪廓，藉此可以呈現出家屬身處加護病房陪病經驗之真實圖像。

第三節 研究目的

基於上述研究動機及研究議題之論述，本研究欲達到以下目的：

- 一、透過研究者加護病房護理經驗，對加護病房癌症病患置身處境進行現象描述。
- 二、透過理解加護病房的空間氛圍，探討家屬置身處境下的陪病知覺感受。
- 三、發掘加護病房陪病知覺經驗底下，可能引發臨終照顧經驗之意義。
- 四、透過意義的詮釋與理解之過程，了解經驗應用於照護加護病房癌症病患及其家屬之場域的可能性。

第四節 名詞界定

一、加護病房

在此指的是內外科加護病房，為隔離密閉式空間，每張床配置輔助及維持生命徵象儀器，限制會客時間及訪客人數，其目的以救治生命、減少感染機率為前提。護理人員為全責照顧者，照護對象為急重症病患，病患平均住院天數 7~12 天。

二、癌症病患家屬

擔任癌症病患進入加護病房天數大於一星期的主要陪伴者，並為病患的重要他人，且未涉及金錢輸送（僱用）關係。

三、陪病經驗

此經驗指的是經歷危急生命疾病階段的陪伴歷程，依據 Doka (1993) 描述生病時的危急生命之疾病階段包含四期：診斷前期、急性期、慢性期、末期與臨終階段。在這裡指向疾病急性期走向末期與臨終階段為研究重心。

第二章 文獻探討

加護病房是提供重症及生命垂危病患之照顧單位，在某些時候，可預先做心理準備，如排立大手術預備術後即轉入的狀況，但許多疾病常是非預期產生，不僅病患面臨身體受苦及環境不適應等壓力，家屬亦承受經濟、交通問題、害怕失去家人等身心煎熬，由此看出處在危機處境下的癌症病患，其身體的表現常不自主映入家屬的知覺感受中，不論病患或家屬，都需面臨體會當下經驗可能涉及之關係改變，像是自己與自己身體之疏離感或是與家人間的分離。流動的關係也帶領至過去回憶及未來想像中，像一條涓長的時間流，流經過的河道塑成出獨特樣貌。

因此，本文先由探討癌症病患生病經驗對身、心及靈性上的變化，再延伸到病患家屬在陪病過程中對自身影響為何。期間，家屬所經歷的知覺經驗可以幫助開顯經驗本質意義，故分別探討於時間、空間、身體及關係四個知覺層面，逐一開展家屬於加護病房樣貌型態。事實上，事態的原型常是無法將四層面完全分立，關係是構成完形的基本方向，就像觸角般，當抓握的主體面向隱藏住陰影面時，仍可藉由抓握另一主體面而窺見未顯現部份，漸漸浮現出原來面貌。

第一節 癌症病患的生病經歷

一、生病的狀態

Van den Berg, J. H. (2001) 在《病床邊的溫柔》一書指出，生病的狀態就像是從常態生活中缺席以及活在受限的當下，生病讓時間的視野縮小在當下知覺著世界，並體會身體漸漸失去主動，甚至無法完成的窘境。

「整個世界縮小到臥房的大小，甚至是床的大小。我將腳擱到地板上，像進入了愛麗絲夢遊的渺茫之境。摸著牆走到洗手間是一段崎嶇又不太真實的遠行，回床恍若回家，我拉起毯子蓋在身上。這時候，視野只到床緣，即使連這個床都不全然是我的領土。在我躺著的地方之外，它冰冷而不舒服；即使是枕頭也只有我依偎著的地方，才給我溫暖。每移動一下，都像場小小的征戰」。

凸顯「病床」這個象徵病人生活世界中心的意圖，讓生病的人被迫離開健康時的主動與生存意義，對生病的人來說，此時生命不算真正活著，而是日復一日忍受疾病帶來的孤寂感。

疾病給了病患確切走入生病的狀態，帶來的隱喻卻常將病患框入另一個圍籬中，像是癌症被視為難以征服的侵略者並等同於死亡，解決之道便是隱瞞病情，癌症此時不僅是絕症，還被認為卑污的涵義，是災禍的現身（Sontag, S., 2000）。疾病是人的本質，由身體表現出的生病面貌，卻常是病人不願承認的部份，每一個價值判斷都會使我們受制於形式世界，而導致執著。事實上，所有心理的內容都在身體上有了對應的部份，當疾病作為人類生命經驗的一環，其客觀呈現的生理症狀與個人主觀的生病體驗意義是相互並存的。只有知道陰影中隱藏的疾病觀點並加以整合，才可能產生療癒（Dethlefsen, T. & Dahlke, R., 2003）。

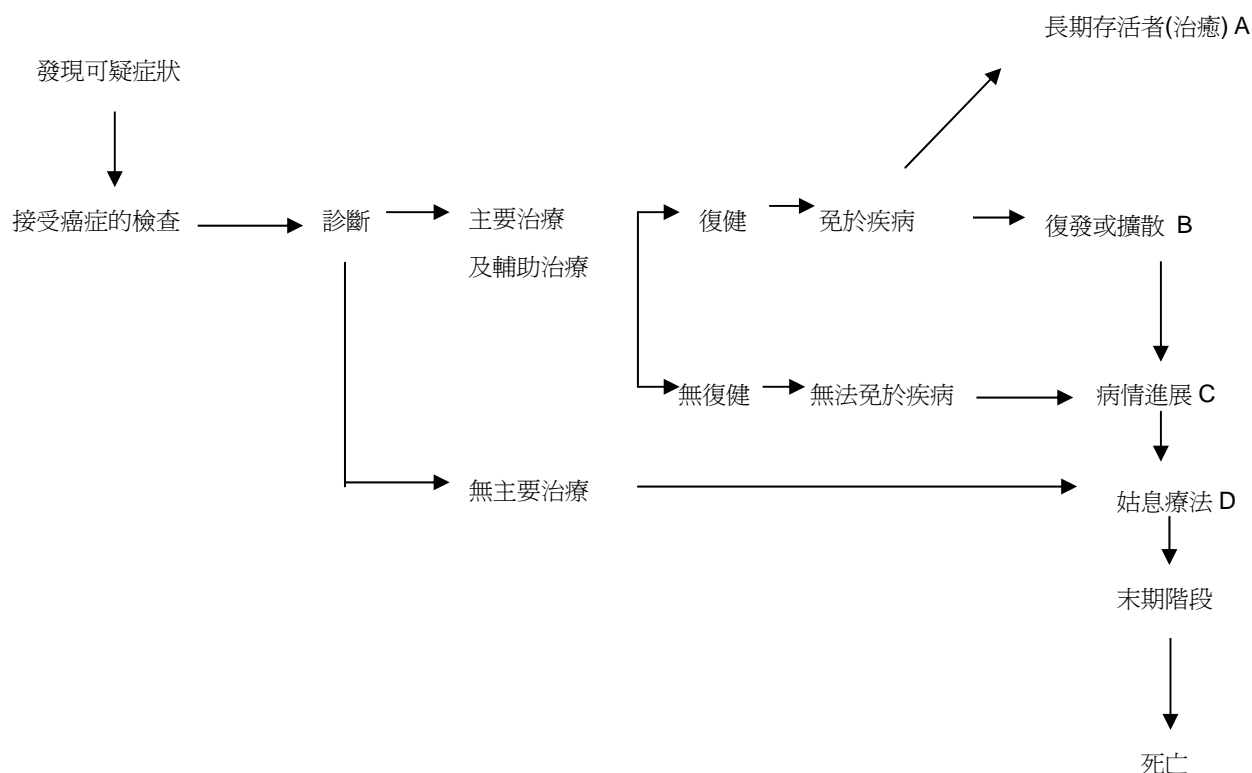
透過石世明的《伴你最後一程》一書，如實說明病患所面臨的生病狀態如從一般生病經驗，進到臨終處境階段，這時所謂的健康訴求與回復原先生活型態已是渺茫難追。身體的改變對應生病空間的塑形，改變了與世界互動的方式，這時會出現「瀕臨」和「靈性」兩種特殊病人的置身處境。所謂的「瀕臨」，比起短期或長期的經驗多份面對生命大限即將眼前的「迫切感」。這種「迫切感」悄悄透在病人原有的時間(回憶)、空間、物品、身體感(記憶)、生活計畫、人際關係等所有

層面，使這些範疇變得漸趨碎裂（龔卓軍，2005）。從健康訴求觀點來看，瀕臨狀態已超過現代醫學的原初設定，但假使沒有生病的存在，生命就欠缺砥礪，健康和沒有衝突的生命是兩回事，對癌症病患而言，病程進展讓自身於病床上的空間與時間經歷在存在不同的向度上，但於脫離社會的角色扮演，病人開始與自己進行對話，將自己的存在提升至昇華階段，於是「靈性」開顯了正向如實的生活世界結構。

二、生病的歷程

生病（illness）是個人經驗身體健康受到威脅之覺察，可能始於確立診斷前，或延伸至恢復健康之後。Kleiman, A.（1988）區分「生病」與「疾病」（disease）之涵義，指出「生病」指的是病人、家屬或其他社會網絡的族群對症狀如何看待之反應，即尚未診斷前，個人經歷病痛體驗之狀態，而「疾病」是從生物醫學模式觀點下詮釋問題，轉譯為客觀的疾病普遍特質。

罹癌階段中，不同病程會有不同程度的心理反應（圖一），其中加護病房的癌症病患傾向在病程 A 至病程 D 階段，有很大的機率會走向死亡，即病程 C 到病程 D 階段。



圖一：臨床病程與癌症預後(Doke, K. R., 1995)

余德慧（2006）提出陪伴的二元複合模式的心理機制，指出當病患處於知病存在模式，陪伴者會以「常人自我」，即在世陪伴模式進行陪伴，但如果病患已進入「背立/轉向」，即死覺存有模式，而陪伴者需轉換為存有相隨模式取代常態陪伴，而是以靈性相陪，但由常態轉為存有，會受到陪伴雙方宿緣結構所牽制，並不容易轉換。他並提到一般宿緣照顧者的陪病心理過程，是依據照顧者與病者的宿緣關係作為前-陪伴因子，其次照顧者面臨到陪伴工作與情緒，最後分析到陪病動態，即照顧者的三向度時間，意指照顧者會隨病患病程的走產生新的締結關係或是宿緣關係的轉換，而與病患的情形相映照。但如果病患自我逐漸消沉直到臨終階段，則無法真正到達病患此時存在的意義核心，因此，陪病過程中，家屬的知覺面向都會跟隨癌症病患起伏，先是以常態的宿世觀點對當下病患進行指認，直到病患病況走向瀕死狀態，則家屬會面臨到與病患關係斷裂之感受。

在生病歷程觀點中，由 Doka 提出長期疾病共處於危及生命的疾病階段，包括

診斷前階段、診斷階段、逐漸衰退的慢性期、復原或是末期階段。指出生病經驗只有處於疾病末期階段，其疾病進展到復原與緩解已高度不可能的情況，且健康衰退與死亡在該時間結構可能發生時，瀕死即出現（Doka, K. R., 1995）。林宜靜（2002）探討臨終病人面對死亡的心理調適歷程指出，病患得知病情後會出現震驚、憤怒、討價還價、沮喪及接受五階段，會因個人生活經驗背景、環境、過去醫療及患病經驗、因應壓力方式等因素而無固定形式。在賴維淑（2002）的研究中，對晚期癌症病患對臨終事件之感受歸納 10 個類別模式，像是「按天命，安於天命」、「盼機運，嘆命運」等，可作為照顧末期病患護理品質的背景知識，並期待以「我—你關係」將病人部分回歸「人」看待。故生病歷程常是隨著過去或當下經驗而產生不同的經歷，也在每一過程逐一檢視衝突。

癌症雖然為慢性疾病，卻具有死亡的威脅性，一旦得知罹患癌症之後，對多數人均是一種艱鉅的壓力情境，包含疾病與治療的不確定感、情緒的衝擊、生理的症狀困擾、生活型態的改變等。其中，症狀困擾是病患感到不確定感最主要的因素（羅惠敏、徐南麗、邱慧如、廖惠娥、劉欣怡，2004）。而年齡較長、無宗教信仰、罹病經驗較久及症狀困擾愈高之病患，其不確定感顯著增加。對於加護病房裡的癌症病患，比起其他單位較易感受到症狀困擾，在於病程下滑常是某種症狀增加所致，而進入加護病房也往往因為某些因素而進入，像是疼痛控制不良，因來自生活中的挫折會令他們產生一些負向自動化思考，使得疼痛對他們的意義更被強化，對痛的忍受度低，相對引起對空間裡的焦慮與不安的感受（廖士程、李明濱，2001）。

對於癌症病患病程逐漸朝向末期階段發展時，則對死亡臨現的焦慮感會隨時間而加劇，且處於末期階段通常以無法用常人的語言和他人進行溝通。因此崔國瑜（1997）考察臨終病人於病床生活的經驗，為一即將要離世與尚未離世間的邊界處境，提出四點「活著根本性」：「情事時間」的顯露、日常性的開顯、世界性

的轉換以及關係的重新發現，說明病人在生存時間向度上，朝向日常一般性時間告別，回到當下去經驗生命的存有，而關係會因病患死亡而斷裂、離散，始終都常朝向斷裂處境下移動。

林素琴（2004）研究中指出此階段病患隨病程進展及身體衰敗，自我結構會逐漸退出社會，彌留時的躁動不安仍可透過回憶、想像、時間感、空間感的改變回到自我生命經驗做連結，而所構成的臨終世界是由彌留者、護理人員及家屬三者互為主體成動態關係，針對這樣擬象連接，照顧者在照顧彌留者躁動不安上必須不斷回應，才能發現新的互為主體關係。醫師眼中的「疾病」與病患感受到的「生病」是種對立關係，即醫生客觀的醫學專業論述對上病患主觀感受的生病經驗論述。在 Tooms, S. K.（1999）以自己多發性硬化症的經驗，在《生病的意義：從現象學來說明醫生與病人的不同觀點》指出，現代醫學護理與醫學教育關注的焦點，在方法上是按照「生物醫學模式」來理解病人，內容上則以發展急性的護理治療技術，像是藥物治療，其目標是要求病人功能的完全恢復，但運用在慢性病患身上，這種治療的不可避免失敗，常導致失望、挫折與無助感，增加病人整體與控制感喪失。對末期病人而言，以身為焦點的醫療照顧是無法進入迫在眼前的危機生病處境，已經無法回復身體機能樣貌，被迫放棄原先的自我認同、家庭生活，甚至拖垮家人的窘境不同於一般日常處境下的健康人，因此，醫生與病人都活在各自的生活世界。

在蔡友月（1996）剖析癌症患者垂死歷程下的醫療化行為常無法滿足末期病患照護需求，當醫護人員無法以藥物或其他方法去除病患的痛苦時，就會以逃避或刻意漠視這個「沒有救的病人」。且不同醫療情境對瀕死症狀的處理亦不相同，文中也提到處於加護病房裡的癌症病患，面對家人與他之間的隔離處境，常致使病患感到深刻的恐懼、孤獨及不安情緒直到死亡。因此，假使醫護人員無法認同末期病患因身體衰敗而無法言語、大小便失禁，則做為人的尊嚴常會因醫療專業

的權力膨脹而被犧牲掉。

在兩種生活世界的分化裡，Tooms 討論獨我世界的意向性、時間性和視域（horizon），以及共在世界的意向焦點焦距、時間感交以及病情認識溝通上的差距。即醫生在醫學實證底下的意向性是朝向生理病理的客觀專注，在儀器機具和病房體制運作下，急於尋找分類上的關連性，此時間感是緊湊而急迫，它必須急於利用病理數值將末期病患陷在某一種疾病，以便掌握治療方向（龔卓軍，2005）。但對於處於生病處境的病患，其意向流動於私密的生活經驗，像是梅慧敏（2004）探討癌末腸造口患者的生活世界提到，末期癌症患者的置身處境包含有視受苦為生命的整體感受，且是一種無言的受苦狀態。其中還可能會碰觸到死亡，死亡是一種催化劑，將人從一種存有狀態推動到更高的存有狀態，對於罹患慢性疾病患者，常會自動經歷去除認同的過程，即是接受身體逐漸虛弱後的限制，而良好適應自己的處境（Yalom, I. D, 2003a）。

第二節 癌症病患家屬陪伴的身心狀態

一、家屬陪伴癌症病患歷程

病患家屬在病患經歷癌症生病陪伴歷程有其獨特性，它是一種緩慢而漸進的過程。一個完整的生病陪伴歷程應包含有：1.包含生病陪伴經驗的全部持續期間，從症狀浮現開始；2.允許生病互動本質的呈現，歷程有彈性且可變通；3.以主體的觀點為主；4.疾病為引發的根源。沒人可完全控制症狀的產生，但陪伴者卻可經歷從陪伴意外到意義的心靈轉化歷程，以「愛」貫穿整個意義過程（郭麗馨，2002）。

對加護病房的家屬而言，病房制度化規定將其與病患隔離，常因等待而感到不安，此不安的感受也會受到病患影響，意指家屬與病患之間不因空間隔離情境

而改變原存在的關係，反而因隔離而造成彼此情緒互相影響及轉變(Hartshorn, Sole & Lamborn, 2001)。癌症病患生病的歷程的終點是走向死亡，期間，病患病程的走向常是家屬關注的焦點。蔣鵬(2002)提到照顧者與病患的臨終陪伴關係，是以臨終場域的醫療、宗教、倫理三個介面考察其陪伴關係，且因家屬與病人間的關係建立在共在的世界裡，可以藉此了解到家屬在病者經歷生病經驗的同時，其陪病歷程即開始展開。對陪伴者而言，持續悲傷貫穿整個生病陪伴歷程，甚至包含死亡後的悲傷適應，從確定罹患威脅生命的疾病開始，家人便開始經歷失落的悲傷反應，這反應來自對已經產生的失落和可能遭受的預期失落有關，面對可能失去親人的威脅直到死亡到臨前都持續經歷著(Doka, K. R., 1995)。對於癌症病患家屬，其陪伴歷程應包含從病患未入院前的罹病狀態，期間經歷病房或是急診對病情不安階段，再轉至加護病房內的危機處境及預期性哀傷，而逐漸走向病患死亡後的悲傷歷程。從整個陪伴歷程中，通過家屬對病患主體的意義詮釋，探究出意義對內在療癒之可能。

當病患病程在末期階段，家屬與病患在某些存在面向有所謂的「尚活之人的落差」(survivor's lag)的問題，意即隨著臨終病程的發展，當病人已經進到另一種存有的模式，這時候陪伴者還保留在原先以自我現實(ego reality)為基礎的存在模式，即使病人已經改變很多，許多陪伴者依舊侷限在固有的宿緣關係底下，採用過去慣習對待病人的方式，造成陪伴非病患所需要的，致使陪伴空洞化現象(余德慧、石世明、王英偉、夏淑怡，2003；余德慧、夏淑怡、石世明、張譯心，2004)。

在臨終陪伴的二元複合模式中，指出照顧者隨著病患病程其感受到受苦及無助感增加，照顧者會讓自己維持在自我模式之中來陪伴病人，體認到病人即將過世，還有自己的未來仍需面對，但照顧者依舊希望在存在經驗上和病人保持接觸。臨終陪伴行動視為一倫理式行動，當病患進入另一個存在斷裂時，家屬和病人間

便無法透過原先的互動方式抵達對方（余德慧等人，2003）。加護病房是隔離式的空間，家屬的陪伴行為常是片段式陪伴，隔著牆所發展出的關係，是否存在另一種空間下的斷裂？從夏淑怡(2004)的臨終病床陪伴者的療癒經驗，指出陪伴者的三種基本樣態分別為「健康陪伴樣態」、「共轉共現陪伴樣態」及「非對象化的自我轉化」，說明陪伴者與病患之間的情感締結意義是朝向永恆回歸的自我療癒，而這樣臨界死亡的陪伴經驗，常致使靈性之開展。

二、陪伴中的靈性開展

石世民（1999）提出人與人的關係是一種共命與共在的關係，認為要觀照到臨終照顧下的心理面向，須由處境臨床問題到陪伴，由生理的介入到靈性的照顧，因此，不論是家屬關係或是醫病關係，都需以病人主體的感受及處境世界來對待之，由病人受苦、家屬受苦中，點出受苦情境中靈性的安置是出路。

李慧菁（2004）探討癌症病人之重要他人經歷了失去摯愛的靈性衝擊，分析出 11 種類型，其中一項：「盼他活、又怕苦；身一滅、尋不見；愛不變、盼活我心」，道盡病人與家屬的關係假使建立在情感共融點上，則病人背負身體的痛苦向家屬展現，則家屬也相同會經歷類似的處境，這其中流通著愛，當一方死去，另一方會經歷很長的哀痛，愛卻會超越空間與地域，以具體行動及回顧過去美好時光，慢慢由哀慟中走出，靈性便在其間展現。

癌症病患最終面臨的臨終狀態必脫離社會，尋求靈性上的精神寄託，根本上照顧者和臨終者有共同命運的關係，它同為人的本心經常會被勾勒出來，深化照顧者的靈性，才能夠看見臨終照顧具有一個精神體的樣貌，因此，在李佩怡（2003）談到助人者與癌症末期病人關係歷程中便論及，助人者與癌末病人的關係本質：「真實的人與人相遇」、「雙向平衡的互動」、「相互信任、人性情感及穩固的連結」。

從理解助人者與病人之關係歷程開始，再進入病人身、心、靈、社會四部份經驗，得以反思助人者角色，達到自我轉化的力量。

而從醫護人員的角色，提供癌症病患及家屬身心靈整體照顧需求，是每位醫護人員應有的責任感。有七成以上的癌症病患，認為宗教信仰對人生具有重大意義，而他們的希望與力量，主要源於家人及信仰（胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝，1998），也因此提供加護病房癌症病患的靈性需求，應包含此兩大課題，可幫助病患度過死亡焦慮片段。

第三節 陪伴過程的知覺面向

一、牆邊的等待

（一）現象學的時間論述

舒茲指出，當一個人正處於疼痛，其時間是不等位的，它的值伴隨疼痛強度情緒的波動及當下的關注點而變化。由於病情貫穿整個生命過程，它是做為一種現實的、持久的意識為人體驗，為了全神貫注此時此地，生病的人很少注意整個不適狀態下實際流逝的時間，不同於醫師使以客觀的時間刻度測量疾病狀態，因而產生兩種不同的時間維度建構病情和疾病狀態的暫存性（Tooms，1999）。

胡塞爾將時間結構分成三個層次（Sokolwski, R., 2004），第一個層次是世界時間（world time），也稱之超然及客體時間，是世界種種事件與歷程的時間，具公共性且可被檢驗，如，20分鐘的會客時間。第二層次是內在時間（internal time），也稱為內存及主體時間，屬心理行動與經驗，內心意向與感受所經驗的身體空間性有其順序和關聯，感覺一個意識經驗是再另一個意識經驗之前或後，具私密且

難以測量，如我感覺我頸後左側的肌肉隨著壓力增加不斷繃緊中。第三層次是內在時間意識，是對內在時間性的覺察或意識，最後的底限與界域，是一個難以被描述言說的層次，可能可以藉部分與整體、同一與多重樣貌、顯現與不顯現的形式，將這層次所發生的議題加以表達。是形構意識生活中所有活動，像是知覺、想像、回憶、與其他感受經驗的時間性，因此，內在時間意識是形構客觀時間與主觀時間的核心所在，一個人是以內在時間直接體驗他的病，世界時間僅強化於生活經驗的解釋方式。

我們如何經驗到時間性對象，是以當下的片段不斷連結下一個片段組成連續感，經驗一開始即包含過去與未來之感，當病患用他的形態與家屬對話，家屬所接收到的畫面不只是當下的影像，還包含過去樣貌及未來的期望，意指記憶是存在的，偶而陷入遺忘中。

海德格將時間分成非本真時間及本真時間，非本真時間是日常生活所指的物理性時間，人類生活大多依此運行時間，這樣的時間掩蓋了過去、現在及未來的時間。本真時間指向自身本己的時間概念，即此在時間，它是由憂心及決心所開展的，憂心引領我們體現當下的狀況、曾有過的經驗、以及預期未來將會面臨的事，因此，本真的存在已是融入過去、當下及未來於一整體性表現。家屬對末期病患的病情表現出憂慮，無法分割此憂慮是來自於過去某種印象，或是未來生活的變化，而是早將所有的影像匯入，表現出憂慮處境（Heidgger, M., 1994）。

此有的整體乃藉於生與死之間，故在對此有做本真或非本真的分析時，只顧及對死的存有的一面是不夠的，唯對介於生與死之間的此有延展性做存有學分析時，此有的時間性才會揭露出來。海德格由前期用此在的時間性展開存在，到後期主要由存在自身展開自身，對記憶的解釋不同於胡塞爾，認為遺忘是記憶的前提，人唯遺忘此與無或存有相容的氣氛，才能將之對象化、辨識化而回憶它（汪

文聖，1999)。

(二) 加護病房的時間向度

加護病房裡時間的開展往往是緊湊且混亂的，在於人們常慣於生活在可計算的時間裡，侷限住身體與語言的表達，時間已不知覺融入生活裡頭，包含對已經過去、當下以及未來還未展開的知覺經驗，構成記憶了駐長在大腦某一部位，等著自身去捕捉浮現，但記憶並非僅是真實回憶存在的經驗，它常常是重構甚或扭曲的過程，透過想像或現前知覺感應，而將虛像匯入事實中。

在社會學對集體記憶的討論中談到，記憶是一種集體社會行爲，現實的社會組織或群體都有對應的集體記憶，我們許多社會活動，經常是爲了強調某些集體記憶，以強化某一人群組合的凝聚（王明珂，1993），加護病房因收住急重症病患爲大宗，它所帶來的集體記憶是一個危急生命的場域，被隔離開的世界，當多數家屬都在門等待，身體表現傳進知覺感受裡，自然不會排斥這樣的陪伴方式，但也因此，集體記憶的凝聚，也可能讓家屬共同經歷陪伴過程的焦慮心情。焦慮的特性是面對危險時的不確定感與無助感它實際還具有另一層意義，就是存在於內在時間流動中的自我主體存在本質，是本就存在於時間裡頭，相同的會客時間，每個人所表現出的陪伴行爲及經歷的感受仍不一樣，正如梅洛龐蒂所說的，主體是時間的，我們不需要預言時間的分析將提供的東西，而是在時間與主體間發現更內在的關係，分析時間是通過時間理解時間的具體結構，之所以能理解主體，不是在純粹的形式中，而是在其各個維度的相互作用中研究主體（Merleau-Ponty, M., 2001）。所以，要了解家屬的陪病歷程，是回顧陪伴經歷的每一個面向，時間就在回顧中向我們顯現開展。

了解家屬陪病經驗就必涉及與知覺與各個維度的交織經驗，與加護病房空間裡知覺的交織經驗不同於一般病房，除了陪伴行爲的不同外，它還包含在時間流

動中語言的進行方式。醫療語言與大眾語言的阻隔，常讓許多問題得不到充分解釋，醫生對病情的描述趨向一種客觀的疾病「病史邏輯」式的表達，而病人則是按照「主體病痛經驗體驗模式」在經驗生病者的生活世界，從過去的生平經驗與生病經驗做意義上的關連，很快就會發現自我正處於生命危難中。而照顧者要面對的是病人的存在焦慮，即使他開口透露心理的想法，那個隱藏在內心深處的感覺也還是經歷了一段時間才逐漸曝光。這過程就像是為了搜索可能埋伏在四周的危險陷阱，於是在暗處探尋光源。他不直接說出悲傷內疚的感覺，而是在間接表達這兩種感受，凡是面臨困難抉擇的人，都能了解這種感受（Zaner, R. M., 1994）。因此，不論是照顧者還是病人，都經驗一種兩面俱呈的感受。

有些感受常無法讓家屬言說，就像時間常隱彙在語言中，很難解釋在這個時間點上，語言的運行必將如何。當我們以為看到了，但這樣的看到其實是以某物為參照點的看到。海德格認為，語言就在活動中展開，語言是自己的言說、存在的展現，而不是人的言說（熊偉，1994）。當我們說出某物被我看見到，以為那就是我們的說，真正的隱蔽是：我在「看」當中，語言給出的並不是再現處境，而是對處境重新整理，並提出理解的如是（余德慧，2001）。因此，完全藉由家屬的語言表達是無法得到事態全貌，還必須了解意識、此在以及身體在時間中所經驗的知覺意義為何。

二、被隔離的世界

加護病房（Intensive care unit, ICU）屬急重症單位，所照護的對象為現存或潛在健康問題，會威脅到生命安全，需密切仔細觀察與治療的重症病人。依照單位特性區分有內科、外科、小兒科等加護病房類別，設備隨單位特性編制設庫，包含生命徵象監測器、呼吸機、急救車等急救配置物品。其成員有醫師、護理人員、呼吸治療師、社工師、營養師、藥師等專業資源。工作目標為提供整體性、

精密性及高效率的照護品質，敏捷觀察病患病情變化並進行危機事件處理，以及時挽救生命。加護病房的護理人員是病患的主要照顧者，提供醫療服務並照料生活起居，此外，也肩負了病患及家屬的教育者、協調者和支持者等角色功能（范君瑜、何昭中、黃人珍、李瑞美，2001）。由此可見，此空間的所有配備都爲了救治病人或延遲生命的準備。

當給予病人合理的醫療檢驗和治療，不能使病人恢復合理的體能心智與社會狀態，某些人會將之視爲無效性，醫師可能提議或被要求終止或移除此等醫療，常見於在對病患的長期關係或緊急災變後，無效的多面觀（美國重症醫學會，2000）。這代表溝通的開始，家屬必須面對家人可能的離開，醫護人員也陷入道德與倫理的抉擇中，像是不必要的延長病人生命、無法達到家屬與病人心理需求、有問題的生活品質，如需要呼吸器維持生命等，對兩方而言都是煎熬，不同的知覺感受彼此干擾著雙方。

對加護病房多數醫護照顧者而言，最大的壓力來源是倫理困境，生病的人是受患者，個體在疾病痛苦中，總希望能尋找他人以協助取得解脫，協助的人是施惠者，維持生命存活的冀望就落在他們的身上，事實上，基於行善原則，假使維持生命的生活品質是不被接受，則維持生命的成本便不值得。醫療專業的行動是基於病人的最大利益，行善遠優於職責。再者，不傷害原則即是不危害，在可能的危險與可能的利益之間需求得平衡，高科技的儀器發明對重症病人而言是行善，當這些工具只作爲延後死亡或造成低品質生命時就產生了爭論。這涉及倫理的公平性，指以公平合理的處事態度對待病人及有關的第三者，包括其他的病人、病人家屬及直接或間接影響的社會大眾，當醫療資源有限時，則要考量醫療照顧的權利（郭素珍，1994）。當要採取必要的犧牲時，必將涉及對可能面臨的死亡情境而隱憂著。

雅士培在《我們時代的精神狀況》一書對存在哲學所下的定義：

「存在哲學是一種思想方式，藉著他人尋求成為自己；他利用但同時又越過專門知識。這種思想方式並不是對事物的知識，而是照明並實現思考者的存有。由於超越了把存有固定下來的世界之知識，這種思想方式被帶至虛懸境界，它喚起它自己的自由(作為存在的照明)，而由於呼籲超越，為它自己的無條件活動爭取空間」（項退結，1896）。

既然存在能越過專有知識實現自由的可能，被隔離的世界也可跨越阻隔而喚醒它的存在性。那會是什麼存在性呢？在加護病房空間裡，病人家屬的需求依序順序為「能幫助病人」、「減輕焦慮」、「得到病人消息」、「與病人相處」、「環境設備之需求」及「得到支持與安慰」。對病人結果的不確定感、病情的變化、陌生的環境、家屬情緒調適功能常會影響家屬做決定（饒雅萍，1986）。不確定感意味著陷入期待存活或死亡焦慮的情境中，焦慮的產生常因為某種視為他存在的根本價值受到威脅所引發的不安，可能來自肉體的生命（死亡的威脅）、心理的存在（失去自由、無意義感），或是針對個人認定的其他存在價值上（May, R., 2004）。

希望能幫助病人的需求被放到第一位，說明這空間給了家屬需對生命救治的意義及期望，讓家屬在面臨了界線情況（Grenzsituationen），雅士培指出，我可以設法改變我的境遇，但若干境遇是無法改變的：我必須死亡、痛苦、奮鬥，我在偶然和罪惡感的魔掌下，這一切都是界限情況，人無法逃脫，也無法改變這些情況（項退結，1896）——痛苦面對親人死去，似乎找到存活希望的出口，以至於很難超越死亡存有的世界信念，如果在這空間將死亡存有拉到虛懸境界，則可喚醒它的自由，爭取它存在的空間，即死亡是存在於這個空間向度中。

當人的理性不能把握到全部真理，這一失敗卻會替自我和理性開拓新天地，

理性到了窮途末路以後，反到發覺到界限並不是山窮水盡、無路可走，而是柳暗花明又一村，是真正的存有。我人與一切存有的超越基礎相遇，這時我人會意識到，世間一切現象的界限都有穿越的可能，經驗世界並非我人知識的最終目的，而負有超越經驗的更高意義（項退結，1896）。雖然可能挽不回親人的死亡事實，但死亡代表生命盡頭的界限，反而發現自己存在的另一種力量和意涵。

三、陪伴家屬的身體經驗

在現象學裡，意向即指我們與事物之間的意識關係。當我們知覺到一個對象，不僅僅得到流動的輪廓，也意向著它的同一性，當關聯到不同種類的事物，就有不同種類的意向。胡塞爾將意向性解釋為成為自我與能意所意之間的關係，為先驗主體性賦予意義於客體，這種關係呈現了我們與世界的關係。而梅洛龐蒂則認為，主體是透過身體在生活世界中發現客體意義（Sokolwski, R., 2004；趙曉維，1995），本文以梅洛龐蒂的身體知覺為主要方向，探討在加護病房空間裡，身體經歷的知覺經驗。

（一）身體意向

梅洛龐蒂指出身體意向的根源絕非純粹意識的形構，而是身體的主體乃在世存有所致，「我的身體直接將根植在空間之中，由於它自發的移行使我能夠透過一系列確定的步驟，再度獲得對空間的總體觀點」（龔卓軍，1993）。個體不會有意識地去影響身體肢體的功能運作，而是當有刺激進入時，身體便自行協調產生反應，如，當我正在奔跑時，不僅是雙腳在協調，還包含雙手及視覺的協調。

知覺一開始並沒有確定一個認識對象，由於知覺是整體存在的意向，所以反射和知覺是一種前客觀想法的各種樣式，在刺激和感覺內容中，有一種內在的隔閡，幫助我們在生活指向東西，一些病人可能接近失明，但他們並沒有改變對世

界的因應行爲，反觀一些病人自視覺消失那一刻，便失去了他們的世界（Merleau-Ponty, M., 2001）。當家屬意識到家人送入加護病房時，他們所感知到病患身體意向所帶出的知覺感受，常會影響其身體於世界中的表現。透過身體的「方位」（*perpective*），由身體的視野開顯事務的意義，一定有一立場，藉著不斷的移動，使各方位成一完形，已了解事物背後可能的模樣（趙曉維，1995）。

（二）做爲身體圖示向空間展開

物理學上的空間，其所代表的是一個具象、被測量的位置，做爲人存在的身體，是透過身體圖示來得知每一個肢體的位置，進而整體表現出一種行動行爲。

身體的空間性非一種位置的空間性，而是一種處境的空間性，如我站在寫字台前，用雙手倚靠在寫字台上，那麼只有我的雙手在用力，我的整個身體如同彗星尾巴托在我的雙手後面。這不是因爲我不知道我的肩膀或腰部的位置，而是因爲他們的位置包含在我的雙手的位置中，可以說，我的整個姿態表現在我的雙手對桌子上的支撐中。

身體的空間性表現在活動中，當考察處於活動中的身體時，可以清楚了解身體是如寓於空間、時間中，因爲活動已主動接受了空間與時間，身體做爲一種表達向空間表達，在於以行動意向性開拓身體的我能，這個我能便是身體動力和時間綜合相互配合的結果。對一個躺在病床的病人，他以床墊對背部的壓力推判他平躺的位置，他感覺有移動感覺，但說不出哪種移動和移動的方向，需要靠主動移動來獲得位置的方向性（Merleau-Ponty, M., 2001）。

（三）身體與主體關係

意義是身體—主體與生活世界相辯證間被找到及發現的，生活世界早在其處，人是在生活世界中發現意義，人的自由是有條件的，人們共享在同一空間。

反對傳統生理學將身體的刺激與反應當成一對一的物理現象，主張身體—主體的知覺作用，身體先於知覺存在於世界中，與每個人共享著，知覺則幫助身體體驗世界，讓世界的原貌得以清晰明亮，身體同時為主客體，不斷和世界交談，像是加護病房裡，陷入昏迷的病患其身體仍持續感應這世界，雖無法明確反應，卻藉知覺到環境溫度改變而躁動不安，這樣的反應也會傳到家屬的知覺感受中，以身體作為主體辨識事物，以感受此時家人正處不適狀態。身體在時間與空間中藉知覺使生活世界的意義更明晰，我同是我的身體，從自己的身體也看見他人的身體。

四、關係的開展

（一）家屬與癌症病患之間

家庭是每個人最初的出口，關係連結緊密，當家庭成員罹患重病或住進加護病房，常增加家屬焦慮、恐慌的情緒，這樣的反應也影響著疾病的恢復（West, N. D., 1975；Hodovanic, B. H., Reardon, D., Reese, W., & Hedges, B., 1984）。加護病房裡有一半以上的病患處於急救邊緣，對病患而言，住進加護病房所帶來的心理焦慮常普遍存在，如害怕死亡、被遺棄、孤立、失去控制、生理與角色功能喪失等現象經常出現。嚴重的病情，無所不在的監視器與警報器，缺乏正確的醫療訊息與先天溝通障礙，常使得焦慮更為惡化（Parsons & Wiener-Kronish, 1997）。家庭是每個人的基本舞台，連結彼此關係根深蒂固，當家中有人陷入生命危機中，常連帶對整個家庭造成衝擊，多數病人家屬會過份期待復甦急救的結果，而抗拒對他們所愛的人停止治療，減低潛藏性罪惡感。一篇研究結果顯示病人家屬在理性上雖然非常了解癌症患者可能因病而死亡，但情感上的不捨，能希望延長病患的生命，其中有近八成的人表示為病人急救是盡一份心意，雖知道是盡人事，仍希望給病人積極的治療及採取急救措施（鄒海月、王守容、何裕芬，1999）。

（二）照顧的存在性面向

「照顧」的觀點涵蓋照顧者及被照顧者間的存在關係，如謹單一說明兩者間關係的表層互動將無法進一步觀見領略存在的意義，故本文以海德格的存在觀點來加以詮釋說明。

海德格認為「存在」為人獨有的一種「存有」方式，因人的存在含括在生存裡，故同時涉及到「此在」(Dasein)的本質。「此在」之具牽掛性的本質結構以三個環節表示：1.先行於自己 (Sich-vorweg-sein；Being-ahead-of-itself)；2.基於已經在.....而存有 (im-schon-sein-in...;in-already-being-in.....)；3.作為停留於.....的存有 (als Sein bei...;Being alongside...)來解析存在的意義 (汪文聖，2003)。海德格稱這樣的「此有」為存在本身，是屬於每一個自我的，故家屬與病患照顧關係皆有各自的「此有」，各自存在的「場所」，關係讓彼此的「此有」有了觸碰的可能。

海德格指出的「牽掛」含意為「此有」的普遍性規定，所擔負的境域不同，衍生不同對事件的之「料理」、對死亡「憂慮」及即對他人的照顧，主張一般社會機構應需以存在的意義為基礎下提供照顧。而就照顧的意義而言，指出本真及非本真的兩種照顧模式，本真指的是，當我對他人施予照顧，對他保有牽掛之情，關照重視的是他的存在，也為此牽掛而自由；非本真指的是，對他人施予照顧時，只重視照料的物，不對此負責，並奪取了人具有的牽掛之情，無法注視到對方的存在本身。因此，在牽掛基本架構關係下本真性的照顧存在性意義意味著：人是在一種艱辛的境域中挺立過活，但生存境域裡頭卻充滿許多可能性，我們都將以面對未知或已知的可能性來應對存在 (Heidgger, M., 1994)。故人是可以在他的存在中有所選擇，有著自我超越之能力，經由憂懼、抉擇及籌劃以邁向自我超越的終點—存有。

因此，自我和物與他人間的關涉最後都以「存有」本身為目的，瞧見為他人、為物最終將返回為屬己的「存在」，這就是本真的「此有」階段（汪文聖，2003），像例如說，死亡是我的不可被取代（涉入自身的牽掛中籌劃、憂懼）、我未體驗到他人死亡（不關涉他人），但我由他人的死亡看見自己的恐懼（連同他人存在）等。因此陪病之間，家屬需先體驗及面對自身的最大「存在可能」，才有能力去面對被病患「存在可能」。

第四節 華人的陪病文化

一、道德倫理與家庭關係

在華人的陪病文化中，最深層且根本的問題導向於道德與倫理思維。倫理是情緒的主體，心理康健或困苦維繫，人們透過倫理的勾連，使得各種療癒因子慢慢顯露，無論是親人對病人的態度，或是透過宗教性的聚合而連繫，都應將受苦的原初處境，即「倫理的不及處」來取代對倫理的「應然」態度。在於任何生活世界裡的苦難本身都可能是倫理之破壞或秩序無力承擔的處境，來自生活中的人情倫理顯露的受苦，像是夫妻關係破裂，或是種種造成親人反感的事件等。在余德慧、許敏桃及李維倫（2003）觀察新寡婦在喪偶後的倫理與經濟變局下所進行的家庭復育歷程研究可發現，新寡婦所面對的不僅是失親的哀傷，更急需處理的是倫理（與婆家、娘家、甚至是自己的小孩之間）的失序，以及伴之而來的經濟問題。華人生活的終極目標「圓滿」歸結出以「再連結」為根基的哀悼傷逝，非哀傷的沉迷，而是追求生活的完整（余德慧等人，2004b）。

華人社會一向重視人與人之間的關係，尤其是以家族概念為結構的人際關係網絡，其關係的思維是華人社會行為的重要特色，也是陪病文化中最基礎的一環

(郭世賢、張思嘉，2004)。關係的角色化讓每一位成員有適當位置，其中夫妻關係與父子關係最能穩定家族的和諧，存在的定命性不斷提醒為人子、為人妻者，不管現實關係如何不如意，都不可有離異之心，要停留在原有關係中，逆來順受。家庭關係講求責任與盡義務，易形成無條件的互依性，而不附帶任何具體條件(楊國樞，2002)。因此絕大部分的癌症病患會得到家庭的理解與配合，會想盡一切辦法提供病患最佳的治療環境，否則就會受到良心的嚴厲譴責，縱使死亡也將列為祖嗣祭拜。再者，華人的家庭文化是以「父-子軸」，而西方家庭為「夫-妻軸」為重心，西方社會重視夫妻、知己與朋友關係，不要求子女奉養父母，這對傳統的華人社會重視孝道相逆行。但隨著社會結構改變，在傳統社會的影響下，必將出現子女或媳婦不孝等心理問題存在(曾文星，1996)。

二、風俗文化

個人的價值與信念會受到傳統習俗的影響，牽涉人以何種社會適應方式來解釋目前的處境。首先，華人社會適應的方式在於奉行風水信仰，風水信仰具有強大的解釋力，個人種種際遇和經驗，無論是成功或是失敗，都輕易歸因於風水因素，也成爲一種防衛自我的功能。其次，緣份意識的流傳。緣分指向不可預見的力量，帶有被動、消極的宿命色彩以及積極進取的意義，像是今天無緣，明日可藉由行善方式改善緣分。緣的觀念也用來解釋人際關係的離合或成敗，會隨時間及人的意念想法而改變。再者，宿命與進取的融合。傳統中國文化天、地、人三才並立的宇宙觀，形成一套天時、地利、人和三大因素共同促成關係構成的因果面向(郭世賢、張思嘉，2004)。像是「人算不如天算」，但也相信「天無絕人之路」，反映在華人心裡既存宿命觀，也具進取的意識。最後，諧音取義的風氣。對探訪生病的病患最忌諱就是說到「死」的字眼，像是病房安排也忌諱「死」的諧音「四」字(曾文星，1996)。

除外，在華人的社會裡，也盛行到廟宇或家中奉祀佛祖、觀音、媽祖、關帝爺等神靈，或是占卜問相、向童乩神媒求助等宗教崇拜和星相術數等行爲。這些信仰的背後，在於滿足不能預知的未來而進行自我防衛，其次是維護個人的社會關係，最後是鞏固個人的進取意志。人們藉由此爲紊亂的生病歷程得到安住的地方。

三、宗教信仰的意涵

文化的基礎是「秩序」。這些其中最重要的是語言和文字，也包含對圖像(如符的圖騰)、肢體動作以及行爲解讀之理解。文化是透過龐大無比的象徵體系深植在人類的思維之中，人們的文化背景的理解程度也影響對眼前事物的說明與解讀。對文化的定義乃是包括知識、信仰、藝術、道德、法律、習慣和任何人作爲一名社會成員而獲得的能力和習慣在內的複雜整體（莊錫昌、顧曉鳴、顧雲深等編，1991）。

台灣的民間信仰屬於多神、普化的宗教，人們相信超越世界的神明可以回應信徒的祈求而介入生活世界中的事件，爲一種宗教的因果思維。人們對信仰的需求在於它提供靈性的寄託，不外乎強調靈驗、祈求平安，像是信徒會藉由固定儀式來取得信物。所謂「有燒香、有保佑」，神明指示未來的方向，但不變是自我超越的因果思維。意指做爲一個反省的行爲主體，參與發生事件的過程中，總是外在因素無法改變，也可透過自我修行積德的手段產生自我轉化（郭世賢、張思嘉，2004）。宗教提供的因果思維影響事件的發生與不發生，不論生活平順或是苦厄都與神明有關。神明不保佑則災難降臨，神明若出手，則會幫人解決問題，且會對所遇困境皆抱持正向態度。另一方面，宗教接受靈界的存在，相信神靈可以和人的生活世界相通，超越所視之見幫助人的可能性經驗（楊國樞，2002）。

第三章 研究方法

本研究擬以加護病房家屬陪病知覺為主要關懷重點，當探究以人為中心時，必須回歸到生活世界裡找尋其因應的本質及意義，故採取質性研究方式呈現。因探詢陪病過程必將涉及家屬深刻的主顯經驗，詮釋現象學提供此經驗描述及解釋的方法，故本研究以此理論方法作為研究取向及資料分析的理論指引。

第一節 研究取向與解釋觀點

一、研究方法的觀點

Schutz 提及：「人對他所生活之世界的認識理解是經過個人『知覺』過程的過濾選擇，再加上詮釋建構而成」。質性研究的特性在於透過被研究者的眼睛看世界，藉由個案對整體背景的描述中，不斷分析歸納成概念及主題，故也稱作脈絡、描述及解釋性研究（胡幼慧，1996）。

依 Denzin（1999）的解釋觀點，其焦點放在個體深刻的生命經驗，個體與社會情境中形成互動文本，解釋與理解構成存在經驗的互動文本，有助生命主顯節（epiphany）開啓。也因此，本文所進行解釋性互動論的質性研究，目的除呈顯加護病房家屬的生活經驗外，更在於深度描寫家屬與加護病房內家人互動中的主顯節經驗，找出主體經驗的主顯節有助揭露整體，幫助了解家屬表現出的行為及語言背後，所突顯的存在意義為何。

在解釋觀點的基礎下，現象學態度是基本要素，在於其是對自然態度與其中發生的意向性加以反思的聚焦狀態（反思而非可疑），像是一個比賽的旁觀者，從

事物的示現展開思考意向的關注 (Sokolwski, R., 2004), 再者, 以生活世界的存在作為反思的指引是基本結構, 包含四個基本存在的主題: 生活空間 (空間性)、生活形體 (肉體)、生活時間 (暫時性), 和生活的人際關係 (關係性與互動性), 這四個根本的存在可視為人類經驗世界存在的根本 (Manen, M. V., 2004), 可以幫助我們了解生活經驗與意義間相關性, 發覺到主顯節, 因為每一個主顯節突顯種種現象, 在那裡靜靜給出一個位置, 需要有詮釋的中介朝他人開顯。當家屬身處家人需送入加護病房的擔憂處境, 此經驗同時面臨親人生存關卡的隱憂, 符合詮釋現象學為探究人類深層註記之生命經驗。本研究採用詮釋現象學的觀點在於, 它提供了主體開放性位置, 讓特定的生活經驗有了發聲機會, 在家屬身體及語言自然描述生活世界的觀念及意向, 運用此方法論使研究結果可以客觀呈現事實真相。過程可能碰觸的存在觀點參考了海德格、羅洛.梅及亞隆等人的觀點, 在對空間的知覺感受方面參考了梅洛龐蒂對空間知覺的存在觀點。

此種現象學與詮釋學方法, 常運用於各種領域。像是護理領域—如蔣欣欣、陳美碧、蔡欣怡刊載於《本土心理學研究》之〈建構照顧情境中的專業自我—自身與他者之間〉一文。社會心理領域—如汪文聖刊載於《本土心理學研究》之〈本土精神病患照顧倫理的現象學探討〉一文, 及余德慧採用生活語言的敘說知識論, 以詮釋現象觀點, 將中國人「敘病」、「講病」與「說病」的心理意義, 所顯露的生活受苦經驗之心理病理等。都是以現象學與詮釋學方法所發表之論述。

由於護理、社會及心理學場域所接觸的對象都是人, 人與人之間的互動常是關係引致, 或涉及共同經驗時間流動和身體面向等因素構成的現象觀, 有些人選擇以還原現象本質為起點, 常讓結果僅止於論述或是表層初探。當探究更深入面向, 就需有詮釋的角度切入探討現象背後本質的涵義。

依據海德格所提出的詮釋方法, 是對此在及存有兩大觀點上充分展現。本研

究是以家屬為主體，置身於加護病房場域中，其陪病知覺經歷與感受，必涉及家屬於此空間裡此在與存有問題—像是隔離空間中關係的發展、時間的流動等。再者，現象學方法與詮釋學方法理論運行上可互相包容，因為海德格式基礎存有學是其他科學知識的根源，而超驗現象學是詮釋學所衍生的學問（汪文聖，2001）。結合兩者理論架構基礎的詮釋現象學，運用探討加護病房末期家屬的陪伴知覺經驗，是從其生活世界中找尋現象脈絡，再逐漸詮釋出原貌，其原貌的來源依據所見之現象，而詮釋必定有一立場，它雖無法像實證現象學有套明確理論依據及結果，但提供了一套策略去注意現象場域中的每一個焦點，讓結果可以是凌駕在主觀之上，卻以客觀本質作為基礎的一套方法學。

二、詮釋現象學研究

（一）現象學與詮釋學之關係

現象學的思想緣起於胡塞爾，初為描述心理學方法，後將現象歸於生活世界，重點擺在內在意義經驗的揭露，意向性（intentionality）協助指向某物，某物呈顯某種意義活動或現象，需一一放入括弧內擱置（epoche），存而不論，讓本質或意義客觀存在，意味還原現象本身（趙敦華，2002）。此種態度將有助於發掘現象本質意義。Rober 指出現象學是去發現當顯露活動發生時，事物與心智的必然樣態，以適當的整體為背景，部份才得以理解，在生活世界中，當我們經驗到他人所作用的意向性即謂「互為主體性」，認識到他人跟自己一樣，是顯現的接收者，如何從表象中發掘意義的同一性，需在反反覆覆話中，從「真的」（ture）物體示現上引進「明証」（evidence），來指稱帶出真的主體活動。其中確然之真（對被宣稱的命題加以確認是否為真）必須以顯露之真（實際顯露事態）為基礎。

海德格以希臘文對現象的說法：光、明，某種公開於其中的東西，主張現象學就是「面向事情本身」，進一步深化現象學存在意涵，將現象學轉為存有論：凡

是如存在者就其本身所顯現的那樣展示存在者。將詮釋學引入存有論，提出：「現象學描述的方法論意義就是解釋。此在現象學的邏各斯具有解釋的性質，透過解釋，存在的本真意義與此在本已存在的基本結構，就像居於此在本身的存在之領會宣告出來，此在的現象學就是詮釋學」（李文富，2002）。

所謂詮釋學依 Richard 說法，詮釋經驗是依照當前的眼光去理解所說的東西。可能來自歷史及語言的前理解經驗，去發現某種現象新的意義，就像燭火照明黑暗中的一部份，這部份因照明而被看見，研究者帶著過去的理解不斷檢視文本，與自身對話，試圖將所見現象會合成整體性脈絡呈現，將現象裡的意義藉詮釋成一概念突顯。再者，詮釋學是透過語言而存在的動態循環過程，理解存在者的語境即把握住存在的可能，詮釋是此在對自身存在的表達，透過對文本不停的陳述、對話，漸漸由不顯現層次趨向顯現的整體，詮釋是以接近現象本質為目標（Palmer, R. E., 1992）。

（二）詮釋現象學的研究觀點與應用

詮釋現象學方法論是結合現象學與詮釋學的方法論，從「現象學」中的直接看，加入「詮釋學」強調人存在歷史、語言及其脈絡中有待解釋的觀點，將主體生活經驗裡的現象，透過研究者的詮釋做深刻描述。根據 Van Manen 說法，如果一個人承認生活經驗的（現象學）事實，已經是有意義的（詮釋學上）經驗，則隱含的矛盾是可能被解決。如何透過詮釋過程讓現象還原，必須先理解生活的意義結構，現象本質才得以還原（蔡昌雄，2004），研究者藉對此現象的「前理解」，才能不斷逼視研究參與者原初經驗。

此外，不容忽視語言常支配論述的脈絡，生活語言本身及生活世界意識，指向詮釋現象學的主體世界，語言置身於處境的互動取徑，是把語言放在日常生活對話脈絡裡，從對話脈絡的形式來顯現醫療照護者與病患間的對待關係（Kuipers, J.

C.，1989)。故陪病經驗所抓取是家屬主觀感受，將身體知覺經驗抓入語言中，每次抓取到語言都代表一種實際經歷的過程，語言早已成爲生活實踐的一部分，時而所見，時而遮蔽，語言本身即理解自身，理解語言底下的涵義，則主體的整體便可逐一顯現。

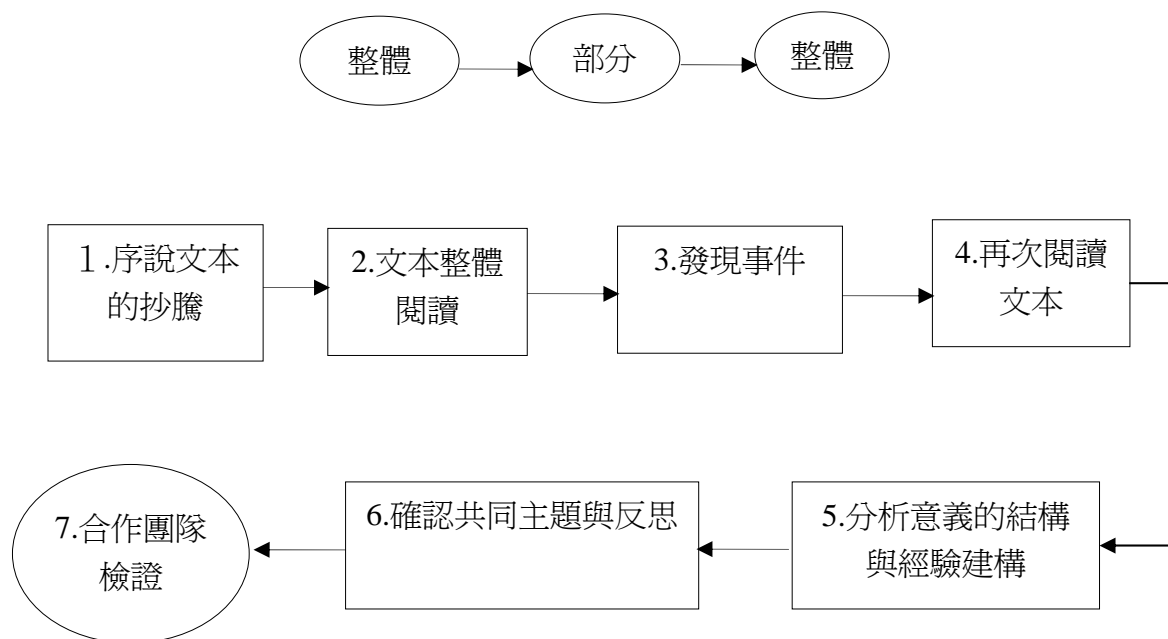
此研究的目的不在於找尋答案，而是發問：人置身於世正在看（seeing）和正在說（saying）怎麼成爲可能，當敘說者在本文現身，即走向詮釋現象心理學，文本本身轉化成敘說者向我們招喚。當以碰觸做爲互動方式需先理解自身，理解是以我如何知道作爲知識論的基礎來進行碰觸，碰觸即有一種開顯，承認身體的存有、觀看和理解，也因此，不同研究者的「看見」將有不同的研究結果（余德慧，2001）。

龔卓軍（2003）認爲「詮釋現象心理學」應從「現象學心理學」的研究入門，其方法特色約歸結爲四點：

- （一）視特定生活經驗爲本文脈絡，經常更具有個人特色。
- （二）放大某種特定的經驗或意象，直到視域融合。
- （三）無固定明確的分析步驟，認爲經驗的描述需要不斷重寫。
- （四）研究時保持部分和整體間的平衡觀照。

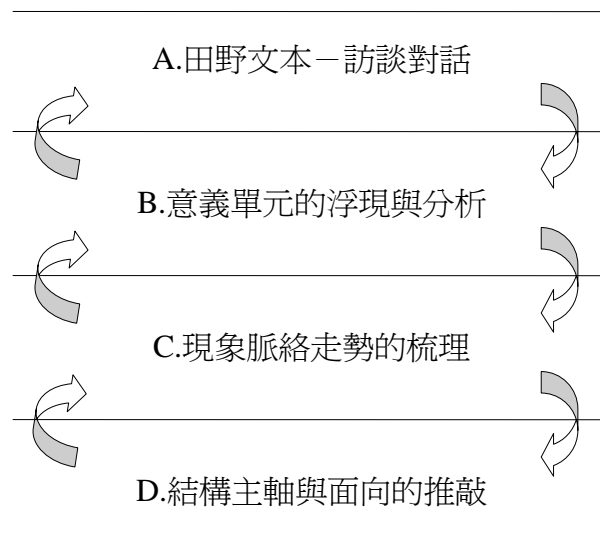
高淑清（2001）認爲詮釋現象學幫助人類在生活世界裡，建構一種互爲主體瞭解之意義經驗。作爲一描述性與解釋性的方法論，可讓經驗結構從單純描述深化到現象本質，強調「整體→部分→整體」的循環架構，在於主體意義常會在預期的總體意義和個別意義中來回省視，直到整合意義爲止，因此，她提出七個主

題分析方法思考架構，分析過程即找尋經驗背後意義和經驗之解釋。



主題分析的概念結構—詮釋循環（高淑清，2001）

蔡昌雄（2004）認為詮釋現象學研究是語境給出理解的呈現，構成詮釋底景的結構有歷史性、文化性、社會性、存在性四個面向。並提出文本詮釋現象分析四個層次，如下圖



文本詮釋現象分析四個層次（蔡昌雄，2004）

因此，以詮釋底景的歷史性、文化性、社會性、存在性四個面向，進入家屬的生活世界中做為脈絡起點，擴大找尋經驗和意向之融合寫入文本，像是家屬站在加護病房門外的姿態以及進入時身體的表現。期間仍不時將所經驗的現象與文本作對話，直到達到部分與整體的平衡對照，梳理現象中分析或發現意義，進而達到結構面—家屬陪病知覺整體觀之論述。

第二節 研究計畫與實行步驟

一、研究構想

加護病房家屬（研究參與者）陪病知覺不同於其他病房，在於原病床陪伴的位置移至牆邊的等待，這之間的差別將藉由質性研究的參與觀察及深度訪談方法，以逐步窺探其現象本質。

一位研究者進入陌生文化須先對此文化有基本的理解及相當程度的貼近，才能尋得現象場域之深度實在，因此，研究者以過去四年加護病房工作經驗及對此議題關切做為解釋起點，試圖挖掘家屬空間原貌的展現，以將隱晦在背景中的境遇得以顯現。在研究者的主客觀轉換間，對所見之物，以詮釋當為說話般，持續進行陪病知覺現象開展與表達。為將家屬陪病知覺感受的主觀經驗展露，需由從「部分」理解到「整體」。詮釋現象學提供推向整體輪廓的方法指引，讓現象本質不再僅單一描述，而是具有解釋此現象之意義。將研究的同一性以多重樣貌呈現，像是空間、身體、時間、關係上以不同論述方式凸顯存在意義及價值。

初步進行的研究構想依次為：

- 一、完成初步研究計畫設立
- 二、訪談稿及同意書擬定
- 三、初步訪談工作之建立：依據收案標準預訪 2 位研究參與者
- 四、修改及糾正訪談內容，使訪談大綱趨向合適及完整
- 五、再次進入加護病房場域觀察，選取 3 位病患之重要他人作為研究參與者
- 六、進行正式訪談

七、將訪談資料撰寫成逐字稿

八、反覆閱讀逐字稿，找尋意義脈絡

九、進行文本內文撰寫，確認主題，完成結構面推敲

十、完成文本寫作

二、研究準備

知識建立方面：研究者修研過質性研究、存在心理分析、臨終關懷、諮商理論與實務等課程，參與為期半年的詮釋現象學研究方法讀書會，為此方法論奠定理論基礎。在研習方面參與過質性研究研討會以獲得研究方法相關知識。

臨床實務方面：於二上確立研究方向，94年12月開始參與加護病房末期個案討論會，此討論會關懷的對象以加護病房內末期病患為主，家屬為輔，主因當病患處於末期階段大多無法自主，主導權自然落在家屬身上。其次，家屬的觀念、認知常是左右病患情緒要素之一，意指如要落實對癌症個案身、心、靈整體性照顧，家屬是重要一環。因此，討論會提供研究者了解醫護人員與家屬溝通之差異，進而幫助篩選合適訪談對象，以及進行田野參與觀察時的關鍵覺察，並依據初步擬定的訪談大綱，整合文獻資料方向。

討論激盪方面：每月依其進度，至少二次與指導教授討論研究進度及方向，以隨時檢視及修正研究內容及訪談大綱合適性。

三、研究場域與參與者

本研究採立意取樣方式，以南部某醫院內科及外科加護病房的癌症病患家屬作為對象，依據取樣單位平均住院天數為10天，建立以下之收案標準：

(一) 為內科或外科加護病房家屬，其陪伴對象為癌症病患，入住加護病房超過一星期。

(二) 此家屬與病患的關係可為配偶、父母、成年子女及手足或其他具血緣姻親關係的主要陪伴者及重要他人，若同時具有兩位以上符合資格的家屬時，則選取留在醫院較長時間的一位家屬為選取對象，此位家屬陪伴病患時間超過一星期。

(三) 年滿 18 歲以上，意識清楚且能進行言語及文字溝通者，並表達願意參與研究者。

本研究為考量陪病經驗的豐富性，自 95 年 6 月初至 96 年 4 月底，為期共 10 個月不定時流動於各加護病房，平均一個月至少一週的時間不定時進行田野觀察，視觀察的目的隨時調整，意指當目的是集中在家屬於場域內的陪病表現，則將時間調整在會客時間內進行觀察，假使目的指向在家屬在會客時間外的生活經驗，則會除了家屬會客時間外，也會利用其他時間，於家屬休息室或是門外的等候區進行田野觀察，故田野觀察的區域不僅在加護病房內，也涵蓋在加護病房外的家屬等候區，以及家屬休息室。

視訪視收案的人數而調整，如當月有合適收案的對象或是觀察事件，則會增加於田野參與觀察的時間。不論處在哪一處田野裡，研究者都是以一位研究生的角色，帶著自身於加護病房的經驗做為空間的理解與觀察基礎，用行動實際參與家屬會客，也觀察自身與家屬陪病過程中，身體的位置及知覺到的經驗感受，隨時反省與調整觀察的角度，儘可能保持在主觀以外客觀化的可能。本研究共訪談三位研究參與者，於病患住院期間至出院後六個月內維持 2-3 次的深入訪談，視個案的悲傷經驗隨時調整。

(表一) 研究參與者背景資料

化名	文本分析代號	背景與關係說明	病患住院流程簡介	病患身上留置管路
張婆	A	處於老年期。與病患共同居住約三、四十年，過去曾因負擔家計壓力過重，而有一次自殺念頭。育有三男一女，僅大兒子與父母親同住在同一區域，平日都由大媳婦處理病患相關生活事宜，其他子女都是利用電話詢問大媳婦病患及研究參與者近況 接觸時間：95.05.至 96.01.	95.02 診斷為直腸癌，有肝、腎臟疾病，立即手術 95.03.04 因傷口裂開入院， 95.05.26 因呼吸衰竭於，轉入加護病房，期間經歷氣切手術 95.6.13 開始陷入昏迷及嚴重感染，採保護性措施隔離治療 95.06.23 家屬簽署「不施行心肺復甦術同意書」（氣管內管及急救藥物除外） 95.6.25 凌晨於醫院往生	※臉部： ● 鼻胃管一條 ● 呼吸管接呼吸器使用 ※胸部： ● 生命徵象導線連接床旁監視器 ● 右側中心靜脈導管，分別接出 4 條靜脈輸液管，再各自連接點滴幫浦（升壓劑+利尿劑+鎮定劑+止痛劑） ※腹部 ● 4 條引流管，各兩條分置兩邊擺放； ● 腹中現右側一處腸造口加引流管 ● 右側豬尾巴引流管一條 ● 導尿管一條

化名	文 本 分析代號	背景與關係說明	病患住院流程簡介	病患身上留置管路
蕭小姐	B	處於成年期。父親在 3~4 歲期間離開，母親獨自扶養長大。無任何兄弟姐妹，畢業後即北上工作。期間，因小舅的死亡讓她興起返鄉念頭，遂與他的男朋友在母親發病前 2 個月返家，直到母親 2 個月後發病即專心陪伴母親治療 接觸時間：95.10. 至 96.03.	95.09.18 因呼吸喘、全身無力送入他家醫院 95.9.19 案母得知病情，決定化學治療與放射線治療 95.10.19 出院但當天又再入院，轉送病房繼續醫治 95.10.20 呼吸喘置放呼吸管轉送加護病房，並簽署「不施行心肺復甦術同意書」（氣管內管及急救藥物除外） 95.10.30 轉出加護病房 95.10.31 凌晨再度因呼吸喘，隨即再置放呼吸管轉送加護病房 95.11.05 轉出加護病房 95.11.15 於醫院往生	※臉部： ● 鼻胃管一條 ● 呼吸管接呼吸器使用 ※胸部： ● 生命徵象導線連接床旁監視器 ● 右側中心靜脈導管，分別接出 3 條靜脈輸液管，再各自連接點滴幫浦（升壓劑+鎮定劑+止痛劑） ※四肢 ● 右手、左手各一條留置針，分別連接 1 條靜脈輸液管與大量點滴袋 ● 右腳 2 條，分別連接 1 條靜脈輸液管與大量點滴袋 ※腹部 ● 導尿管一條

化名	文 本 分析代號	背景與關係說明	病患住院流程簡介	病患身上留置管路
洪姨	C	處於中年期。與病患獨自居住約二十幾年，育有一男三女，除老大長子未結婚外，其餘都以出嫁。過去經營賣豬事業，之後因要照顧案夫轉而經營檳榔店，從病患罹病開始，皆是獨自照顧 接觸時間：95.12. 至 96.02	兩年前診斷食道癌，期間經歷化學治療及放射線治療 95.12.06 家中突然意識昏迷送入急診，進行放置鼻胃管之處置失敗，轉送加護病房 95.12.07 簽署「不施行心肺復甦術同意書」（氣管內管及急救藥物除外） 95.12.11 病患意識清醒 95.12.16 轉出加護病房	※臉部： ● 鼻胃管一條 ※頸部 ● 氣切管接呼吸器使用 ※胸部： ● 生命徵象導線連接床旁監視器 ● 右側中心靜脈導管，分別接出 4 條靜脈輸液管，再各自連接點滴幫浦 (升壓劑+鎮定劑+止痛劑+肌肉放鬆劑) ※四肢 ● 四肢分別各一條留置針，並分別連接 1 條靜脈輸液管與大量點滴袋 ※腹部 ● 導尿管一條

第三節 資料收集及分析

本文依循詮釋現象學的理论架構，先以現象學路徑對場域進行觀察與描寫紀錄，再透過質性研究中反身歷程，即從看到什麼到知道什麼，以一種辯證方式來回移動在經驗與察覺間反思，藉以挑出共構的實體詮釋。基本上是依據詮釋現象四層次分析作為資料分析之建構。

一、資料收集者

由研究者本人收集以確保資料一致性，研究者本身具有四年外科加護病房的經驗，職務涉及對加護病房病患之疼痛身心靈評估，包含與家屬應對溝通方面。目前已修畢研究相關課程，並加入加護病房末期個案討論會，此討論會主要針對已無法治癒之患者，給予支持性療法之癌症及非癌症病患，其中多數為癌症患者。會後依討論結果與單位主管共同關懷病患，並陪伴其家屬過渡此階段。逐漸累積的處理經驗，可提升對家屬表現現象之敏銳察覺。

二、資料收集過程

研究者透過院內辦理之加護病房末期個案討論會，各單位護理長及其資深人員推薦，以及研究者在田野觀察同時自行選定，皆作為選定研究對象的主要來源，選定加護病房會客時間進入田野，以參與觀察的方式與個案家屬進行初步會談，將會談資料建立電子檔，再從會談家屬中選擇適合對象，徵得對方同意後進行深度訪談，訪談過程中利用錄音機使資料儘可能完整，再將會談後的書面資料與錄音帶彙整為訪談稿，以電子檔儲存，供日後反覆閱讀，並隨時記錄閱讀後所觸發的觀感。

三、資料分析

依據訪談後製成書面訪談稿反覆閱讀，同時進行文本分析，其分析步驟依據蔡昌雄（2001）的本文詮釋現象分析四層次。

（一）田野文本-訪談對話

訪談文本建立。將訪談逐字稿、加護病房田野筆記及討論會筆記反覆閱讀，以便將視域漸漸逼近家屬陪病的知覺主體經驗。

（二）意義單元的浮現與分析

將逐字稿反覆閱讀，找出每段文字中有意義的詞句，不結構化，儘量貼近本文之原意，將有意義的訪談字句下方標上底線，在不同意義的內容進行分段與註記，如 A1T-M001 即表示為參與研究者 A 進行第一次訪談；第二個字母代表：T 表示錄音逐字稿；第三個字母代表：M 表示為醫療人員、F 表示為家屬，其餘未標示者都是研究參與者所敘述的語言，後面阿拉伯數字代表訪談之錄音逐字稿第一句內容。而田野觀察紀錄則以括號的方式，加註年月日於文後，如 95.12.21 田野觀察紀錄。在這個動態理解中，視域也不斷作調整，此一層次與第三、第四層次一直保持雙向互動的關係。

（三）現象脈絡走勢的梳理

焦點放在不同的文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本作一橫向切面的整體觀照，此與結構面的主體關懷保持著雙向互動關係。

(四) 結構主軸面向的推敲

此層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以對應文本前三層次意涵的概念，作為文本詮釋可能的結構主軸。此一歷程是雙向的，一方面由經驗文本中觀看，深掘現象脈絡意涵，解釋潛在意義單元結構，推敲出結構主軸面向，賦予結構主軸主題命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋思重要的概念，以做為容納前三層經驗意義的範疇或構面。

最後，研究結果鋪陳以文本四個層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程中不斷回到訪談分析文本進行反思與理解。然後再檢視建構經驗意義的脈絡性與結構面，最後描述解釋本研究的經驗本質。

第四節 研究嚴謹度

本文以 Denzin (1999) 提出的「解釋互動論」論點，呈現加護病房家屬陪病知覺經驗，目的在於這個理論強調當事人實際的體驗，適用於私人生活與公共制度之間的交互關係，且有助釐清並糾正各方的預設，真實呈現了研究參與者生活經驗世界。解釋的觀點協助這些經驗與主體產生對話，慢慢浮出存在意義與價值。因此，此理論非找出一個普遍大眾接受的生活標準法則，而是個人如何在這空間裡標示自己的位置。

因此，本文以整個研究脈絡進行研究嚴謹度列點說明：1.研究方法選擇詮釋現象學及存在心理分析，對此修研狀況如前述。2.研究者於進入研究前跳離護理人員身分，以研究者角色與研究參與者接觸，除能減少家屬對真實現象描述的顧慮外，也能以較為客觀的角色重新看待家屬的陪病知覺。3.本文採取四層次分析架構，作為引證指引的工具參考。4.訪談大綱之研擬先依據相關理論與文獻初步建立，藉由

每一次會談後整理與反省，再與指導教授即有過相關經驗的同學共同討論、修正。
5.分析的文本意義與指導教授及研究討論同學互相評論、指教，形成共識後確立。

第五節 研究倫理

Wright & Flemons (2002) 對末期病人及其家庭所作的質性研究，是經由醫療機構審議後，才得以進入醫院進行研究。Garrett et al (1989) 則提到關於知情同意書有三個觀點要註明，第一是強調保護主體不受傷害，第二是強調社會關注，第三是選擇的自由(李佩怡, 2003)，以此前鑑，本研究以不傷害原則、自主原則、知情同意原則進行本研究過程。

一、不傷害原則

選擇家屬感到舒適的情境，不主動探問家屬不願碰觸的隱私問題，以自然溝通的方式導引談話，期間留意家屬身體及情緒狀態，假使無法繼續，再徵得同意擇日再進行。進行訪談過程中，隨時給予情緒上支持與關懷，整個研究進行不因訪談結束而終止關係聯繫，適當的情感交流及資源提供仍是必要的工作。

二、自主原則

尊重家屬參與研究的意願，給予家屬開放溝通的機會，並強調參與研究期間，仍可保有拒絕或退出此研究的權利，並有權力瞭解研究的進展。在訪談中，尊重家屬意願要談論哪些方向，在訪談內容、地點、時間安排上尊重家屬的想法。

三、知情同意原則

以研究參與者最大利益及權利為考量，故在研究進行前，先向研究參與者充分說明研究之目的，徵得同意後，於訪談前簽署同意書，同意書上註明清楚其權

利，如有需要可隨時終止訪談錄音，且於論文上以別名尊稱當事人。

第四章 加護病房陪病的情境現身

在加護病房陪伴病人的家屬，其意識牽繫於病人的世界。當進入因病引發的非預期急迫情境，以及面對具隔離性的照護型態時，家屬陪病過程不斷地面對生命不確定性的種種考驗。此時，家屬不但被迫要對這個陌生的機器空間做出回應，還要面臨因探訪時間限制，所造成的不連貫甚至斷裂破碎的時間經驗。另一方面，在抱持醫療優先觀點的醫護人員的治療處置下，進行他們對病情關切的詢問，也往往顯得格格不入。這些都是在加護病房陪伴病人的家屬可能遇到的陪伴處境。

本章所要描述與詮釋的重點，正是這些家屬所可能遇到的處境，將分成五個層次加以敘說：首先，是家屬在病人病況急迫下，經歷病情的雲譎波詭、渾沌迷離時，體驗到的不確定等待經驗；其次，描寫的焦點轉移到病危陪伴的情境空間，以突顯家屬的陪病型態，以及空間轉換後所開展的意義；第三，敘說的主題放在陪伴家屬高壓、疲累、混亂的身體經驗上，進一步探索加護病房中陪病的主體知覺感受與意義；第四，描繪的重點是家屬陪病的主觀時間體驗，讓我們有機會一窺陪病者有別於一般刻度時間的深度時間體驗；最後，將進行家屬與病人、醫護人員與病人以及家屬與醫護人員之間的關係描寫與詮釋，以進一步呈顯人我關係間的掙扎經驗。以上五個向度的經驗脈絡組合，即構成本研究對加護病房家屬陪病經驗第一個層次的意義描寫。

第一節 不確定的等待

等待是一種生活經驗，在加護病房中的等待，更是一種錐心泣血的經驗。但是等待是很難被說出的經驗，這些生活經驗的細部內容及意義，因為牽涉到生活

經驗的「前反思」(pre-reflective)特性，當事人早已在情境當中，卻未必能夠有所覺察，只有透過情境脈絡的重現，或寄託在某些情境中，才得以被彰顯和思考。對加護病房的家屬而言，突發性的創傷讓自身在當下做為被迫經驗的客體，無法指向一條明確的進路同時，又立即送入加護病房後被隔離的具體處境，普遍指向一切可能發生的情境，人於是便「臨現」在一種不確定的感覺之中。正如 Klaus (2004) 所言：

「生活世界的因果性和預測性之所以不可能是精確的，是因為「情況」總是具有「處境」的特徵。一個處境是人的行為的各種條件的相互聯繫的整體，這個整體一方面對人來說固然是預先給定的，但另一方面也包含了為人提供自由的可能性，是根植在境域中的現實性。」

病患的創傷面向是由不同症狀所匯集而成的表徵，每一種症狀自成脈絡延伸到一個可以參照的整體，因此每一種症狀都帶有不確定性。雖然藉由症狀的指認說明病的存在，卻只能意味病客觀存在，而無法限制症狀要如何開展。症狀就像是伺機而動的眼睛，隨時改變疾病的發展，無法預測。家屬與病患在互為主體的生活世界，共同經驗著病所帶給彼此意向之意義，當病走入加護病房，便是開展一種急迫的旅程。所有的症狀、治療都提昇了疾病的嚴重性，找不到牢靠的立足點，去說明這樣的病症，是不會改變的。加上陪伴位置的改變，應是病床旁的陪伴轉至門外的等待，更加充滿懸置與不可預測性，雖然病房的基本情境是相同，但任何有關病情的指認與對話，都會讓家屬原本早已糾結的心，更加的沉重。這充滿著不確定的等待，正是陪病家屬難以負荷的地方。

一、怎麼會這樣？—瞬間傾圮的病身

每一個危急現場都以不同的樣貌展現，唯一不變的是，都超乎你所想像與掌

控之中，它會形成一種循環迴路，不停在生命裡來回擺盪與迴轉。張婆回憶當時與病患在家中，傷口突然意外崩裂的景象：「沐浴時頭入把腰部的帶子拿掉，結果傷口裂開，…我嚇到了！血不斷從開裂的地方冒出來，太突然了，我..趕快扶著阿公…身體還不斷發抖（A1T-005）」。入院後，病患傷口雖已獲得控制，但隨即而來的呼吸喘問題，最後還是「痰還是沒力咳出來，醫生幫他在嘴巴裝了一條管子…從此就沒能再說話！.. 還要轉進加護病房治療... 怎麼好像變嚴重了（A1T-031）。」。病患被送入加護病房後，因為併發肺炎症狀，呼吸的問題並未改善，在兩次呼吸訓練宣告失敗後，醫師提出執行氣切手術必要性，在小孩與研究參與者同意下施行，但緊接著全身性感染問題讓病情依舊沒有好轉，且逐漸每況愈下，到後來「他眼睛常常是閉著，而且叫不醒來…怎麼會這樣…，是不是有變壞了，不然怎麼都不理人（A1T-076）」，研究參與者察覺病患是以不同以往的生存表現進展中，疾病最終還是帶走病患的生命。

依據葛斯汀的中心論點：焦慮是有機體在災難情境下的主觀經驗。當有機體無法配合環境的要求時，便會被拋入災難的狀態，讓自己的存在飽受威脅，它是一種質性的經驗，可能只是心中閃過的念頭，自覺存在受到威脅（May, R., 2004）。張婆從病人傷口崩裂、呼吸喘、執行氣切手術到感染，一路上走來的陪伴旅程，症狀始終充滿伺服與急迫感，常將其懸置在某種飄浮不定的狀況。一旦病身無力阻擋症狀的侵襲時，身體支柱就會再次傾倒，面對疾病的詭譎多變，不確定感早已在病況之中安插，其知覺反應，是個體對事件與情境的認知而持續存在，且隨著時間而改變。個案與病患共在的病世界情境，所呈現的歷程是自明，接近現象的發生處，知覺接收到病患常態中斷續的表現，像是傷口裂開、呼吸喘到最後的藥物失效，此會影響個案在焦慮反應下所在認同的實存價值，一旦當超過這個價值的門檻，就會讓處境成爲災難。

蕭小姐也有著和張婆類似的經驗，她的母親因血紅素低、呼吸喘兩度進出加

護病房，最後仍面臨了醫療處置無法延續疾病的進展，終究指向死亡。相較於張婆與蕭小姐的處境，洪姨顯得幸運多了。她的先生在送入加護病房後 5 天，意識從昏迷轉向清醒，病程也逐漸走入康復。雖然病程導出不同的結果，但觀看研究參與者在面對疾病初期無預期中陷入危難，與住院後每場危難下的遭逢，所反映出的情感相同都是當下被迫立即回應的狀態。

列維納斯強調，我們的生活中，都有從生活經驗時間流中斷開來的瞬間，在經歷這種斷裂的瞬間過程中，主體於焉的現身、逐漸消失。它是由自身中純粹冒出，而不是我們可以支使得到的經驗，是突然被它佔據，不持續進入延展的過去，也不呈現為對未來的預期（龔卓軍，2002）。危急處境的現身就在於它的無法預測與不可控制性，一旦經歷這種斷裂的瞬間過程，在生活中的時間經驗就會是一種中場、一片空白、消逝經驗，它保留與呈現了主體根本的孤離狀態，病患便成為主體性核心內「不斷更新的他者性」，孤離的家屬主體被暴露於瞬間的無限化可能，無法鄰近自身，卻又很接近自身的狀態。這在具體經驗裡，只有在與他人臉「面對面」(face to face)的經驗中才真實，對家屬而言，突然遭逢的危機時刻為他創造一個不安定的孤離經驗，面對處於危難之中的家人，作為他者在自我存在裡現身，是一種責任且先於我存在，先是看到這景象，然後放在心上。

因此，蕭小姐在陪伴的過程中，常會不斷找尋控制症狀之所在，然而，疾病常是超越了生理的單一意涵，與社會及個人心理歷程有密切的往復關係，隨著病的時間囚禁，人的信念所認定的理所當然開始動搖，病應該是逐漸好轉，反倒愈來愈糟，變成一種等待的痛苦。

二、病身的懸置等待

當他人的主觀世界僅是觀看還未被賦予解釋說明時，就像意義被藏匿在隱密之中，僅當做一個經驗片段，在自我世界立下不同的詮解後再進行意義的連結，但假使被經驗的主體被物質所阻隔，就僅能回歸意識流的想像，呈現視覺的介面被我們所感知。當病患進入加護病房後，張婆看見了醫療設備接應到病患身體的情況。首先看到的是「阿公身上開始多了很多管子…」，然後是一連串的急救活動，「看他們忙進忙出…，以前沒掉這麼多點滴，頂多一包，看！現在增加這麼多機器，點滴有好幾包..」。慢慢的，張婆也注意到許多醫療處置的細節，「手啊！腳啊！都腫了，皮膚也破了，管子都沒減少過…」，但是說到底，她最關切的還是她先生的狀況，「右邊的管子流出紅紅的東西，醫生說是腸子在出血，已經用止血針及點滴幫他補充，血壓低也使用藥物幫忙..」(95.06.21 田野觀察紀錄)。這一切的醫療處遇都離不開她的視線，就像她從來沒有離開過對先生的關心一樣。

張婆在經歷了視覺上的衝擊，對眼前醫療設備的設置與覺察，直接聯想到的都是與病情有關而設立的。設立在此便有其意義，隨著設備設立多寡，感受到事件是一連串不斷接續上演的劇情。基於對病情的關心，她注意著機器與點滴擺放的數量、皮膚與管子引流物的變化，加上先生意識昏迷及外觀上的改變，種種事件都讓她感受到，先生的病況始終未見起色，陷入膠著與懸盪中的病情變化，並未減緩自身的擔憂，反到推向無止盡的等待。不確定感就在每一次醫治的開始到結果的過程中瀰漫著。

在蕭小姐身上，我們則感受到舒適感是如何被放置在不確定感中。因案母本身存在的疼痛問題未被解決，且抽痰行為常對其造成情緒影響，因此送入加護病房後，蕭小姐多次向醫療人員反映說：「我希望我的媽媽胸部跟背後的疼痛可以緩解，讓她覺得舒服…..，因為她如果痛，心情就會很差…看她眉毛都皺在一起，

我很不忍心… (B1T-018)」，同樣的關心也表現在他人對處理母親蓄痰的方式上，「媽媽最討厭的就是抽痰，會不舒服，…很難過…面紅耳赤… (B2T-023)」。來自過去的陪伴經驗，讓個案直接感受到母親的疼痛，抽痰時身體表現的是痛苦不舒服的狀態，期待藉由醫療照護可以處理母親不適的現象。她注意到醫療人員在無法瞭解母親的狀態時卻強行處置，「他們會叫她不要亂動…，手會幫她綁起來…，不要讓她拉到管子… (B2T-099)」，但是從蕭小姐對病人不捨的家屬立場，對此表示不太能接受，並解釋母親內在的感受說：「媽媽寫說：黑店，龍武大哥要來把她帶走，黑店指的是黑暗的地方…什麼手銬、手被綁之類…」，病患用她知悉的文字寫出想要表達的意思，看在蕭小姐眼中，她可以感受案母要表達的意思：「媽媽的學歷不是很高，所以一般人是不太能了解她寫的…她沒有辦法去寫出那樣的字，事實上她是在向你表達她在害怕 (B2T-018)」。黑店與龍武大哥都指向死亡焦慮的感受，這是延伸自約束的處置行為所造成對情境裡的害怕處境。

蕭小姐認為，醫療設備與處置限制了病患表達自己的需求，也引起她對病患置身處境的擔憂，「因插管沒辦法說話.. 因為鎮靜劑的關係，她呈現睡覺狀況… (B2T-017)」，有時更可見到醫療處置的疏漏。「有一次會客看到漏針，就是扣住針管的接頭，有個卡榫沒扣好，我當時立刻跟護士說，溼溼的血流出來了..，最後是那個打嗎啡的脫落，她痛到醒過來..」。這些景況讓她感覺到，母親在這裡是需要她的，所以即便是在家，也會不時掛念病房的一切，就是會「想去看她…是那種心揪在一起沒有辦法睡，就是心揪在一起沒有辦法睡，…就會自己跑去看媽媽，…揪到會痛，你會擔心，就會擔心到底怎麼怎麼…有沒有痛起來…呼吸有沒有好一點… (B2T-019)」。

舒適感作為一部份以疾病整體為背景而浮現作為前景，企圖突顯所有醫療行為應以舒適、被理解而出發，蕭小姐有著與母親過去的相處經驗，影響著對現在情境的感受，像是疼痛、抽痰、插尿管及排便管等醫療物品架設在母親的身體折

磨。這些不同於過去的身體表現，依著個體對事件與情境的認知不同，無法將所遇到的事件加以整理成適當的訊息，使得不確定感的知覺感覺不僅持續存在，也會隨時間而加劇。加上她無法隨時陪伴母親在側，僅能把握會客時的觀察，往往無法關照到整體經驗，以致於部分朝向整體彙整而尚未達到完形階段期間，必將承受擔憂主照顧者（醫護人員）無法提供她母親真正需求的不確定感經驗，因而感到焦慮不安，常不斷想來探望來減輕內心的隱憂。

洪姨因為經歷案夫在急診室遭受醫護人員施予鼻胃管的身體處置時未經得她的同意，影響案夫轉入加護病房後，對週遭情境的覺察便顯得異常靈敏，當她聽到醫療儀器發出的吵雜聲響，便會主動提問：「機器為何會叫成這樣…是不是有些狀況..（C2T-039）」。此外，她也會檢視案夫身體與醫療設備的關係，並能詳細的描述具體的情形：「..光是頸部就四條，加上腳兩條，手兩條..總共 8 條…覺得很不忍心…有些還連著機器一起跑，每一條大筒都有在跑，沒有一條是停的…到處都是線，都接到我先生這裡，根本很難動…我都不太敢碰他，怕機器會叫，拉到管子就糟了（C2T-014）」。與蕭小姐對母親的關懷類似，洪姨對先生的擔心害怕，也可以從她以上表達的字裡行間中清楚的讀出來。所連結的解釋經驗都源於臨床處置的執行，透過語言表達，例如當病患身體出現腫脹現象時，蕭小姐就會猜想是不是打針的關係。「都沒有吃，為什麼會腫成這樣？（C2T-040）」。當案夫出現腹部脹痛現象時，她就會推測可能與進食遇到的狀況有關。「東西吃下去就脹住了…可能是餓太久，突然牛奶不合..過不去就脹在那裡（C2T-005）」。

先前鼻胃管醫療處置的影響，首先開啓了洪姨對醫療處置的不信任感。對任何處置背後的意義保持高度的敏感，以至於任何一種情境都會帶給她全新的感受。不同於先前經驗的事件，在此空間下知覺到丈夫身體奇異的樣貌，會直接連結到生命穩定性的問題上，是驚奇亦是擔憂。當原先可受支配的身體表現出連基本生理功能都不足以維繫時，便會與改變後的樣貌進行聯想，於是就會感覺丈夫

身體腫脹，可能來自打針關係，腹部脹痛可能來自於胃部消化能力差。這所有的連結都意味著，洪姨試圖將丈夫目前尚無法達到的身體功能，擺在一個可以被接受的理解上，讓不確定感有個安置的位置。但也因無法確定這樣的想法是否正確，間接又將她拉回對處置後的不確定感，由此可見，所有醫療處置的執行都會夾帶著對結果的模糊性，無法得知做了這件事的結果會是如何，於是容易身陷在不確定的循環迴路裡。

海德格指出，對應「此在」存在的三種方式：沉淪態、拋置態和生存態，其中拋置態指「此在」的存侷限於現有的存在狀態，如同被拋置在一個正在進行的生活進程之中，而生存態指的是將「此在」的可能性面向投企到未來，即預先籌劃的意涵（趙敦華，2002）。當個案面臨到重要他人疾病身陷危急狀態時，她即被拋置在當下的不確定中，帶著某種對事件的理解去看未來病情的變化，就是這樣一種預先的籌劃本質，讓個案始終會透過病患現在的處境來對未來進行詮釋，一旦朝向未來的路日行明確，可能還會面臨到個案拒絕接受而始終停留在不確定階段。

三、病危通知書的隱喻與開顯

病危通知書，一個病情危急的訊息通告，單單一張紅色的紙，背後卻有著它存在的目的。它是進入加護病房前每人必備的通行證，當醫師診斷病情已達危急狀態，就會在送入加護病房前，藉由這張紙，告知家屬其病患所處的處境為何。就因為它引申的特殊涵意，所以面對它的人，絕大部分不是病人，而是在旁陪伴的家屬。它總是急迫且突然地現身在當下，朝著陪伴家屬的知覺開展。

蕭小姐陪伴母親住院已第二天。這天母親突然感到呼吸困難，緊急通知在場的醫療團隊進行急救程序。期間她就在門外等候，不時聽到喊叫聲與機器的轉動

聲。不久，門打開了，醫師走出了病房外，語重心長向她說明目前病情的進展恐怕不樂觀，需轉入加護病房觀察，解釋完畢隨後遞給她一張紅單子，她描述著當時的心情：「…上面標示病危通知，並需立即轉送加護病房…。我嚇到了，怎麼這麼突然！…才入院二天，入院第二天晚上發生的，隔天的清晨病危通知單就發出來…。我整個人驚慌失措、腦袋一片空白（B3T-002）」。

許多心理學的研究皆顯示，急難情境下的人其心理係處在一種震驚的狀態下，與外界的心理連繫基本上是斷裂或不連貫的。蕭小姐所說的「一片空白」，這是這種狀態的意識語言表述。在這樣的情況下，她強烈感覺到一種防衛準備的需要。「…。你要開始慢慢準備一些事情…。好像球賽啊..舉紅牌子跟你講說，她就是危急了…你要做一些準備，你說你要有心理準備喔，你媽媽可能隨時會走。（B3T-005）」。蕭小姐所訴說的乃是當下接到通知單的意外情形。一張「病危通知單」就像是一個符號的象徵，直接將母親的病情由平穩指向病危狀態，將原本的世界空降到另一個世界。危急背後引申的死亡焦慮，頓時湧入了個案的知覺經驗，讓個案感覺就像是球賽裡被舉紅牌，指向更明確的位置，讓個案雖無法接受母親瞬間的病情變化，但也藉著這張紅單子，肯認其母病況已進入危急狀態，必須隨時為其生命可能的終止所有準備。

洪姨也有類似的經驗。她形容當下接到通知單時的身體反應說：「..手還在發抖，腳就快軟下去」。她的感覺是：「當醫生拿出這一張紙，我感覺他好像地獄的審判長，告訴我們最後結果，然後你必須為你的家人決定，是不是要將他留下來還是及早帶回家（C2T-027）」。她感覺面對危急通知單就像是告知一個結果，間接把告知的醫師描繪成「地獄的審判長」，此說法存在著黑暗與終結的隱喻，而且只有兩條選擇權讓你抉擇病情要往哪個方向延伸，是留下來還是及早帶回家。它直接證實了病情確實已轉變且到了無法掌控的地步，害怕丈夫生命隨時會失去的畫面，不停縈繞在腦中，持續影響著她守候在加護病房門外的心情。

面對這樣的結果，卻無法陪伴身旁，看不到的隱憂透露出對丈夫病身的不確定感，影響了她在門外等待的姿態。因為她清楚，當時丈夫的床位剛好安排在門開啓就可望到的位置，於是她會「坐在外面正對門的位置，有時候家屬會停在鐵門旁講話，門就會開開的…這樣我一天就可以看很多次（C1T-009）」。她觀察著裡面的活動，當她在會客室休息時，她會「…睡到一半…被門邊的電話響嚇醒…會不會是找我的…（C2T-058）」。

危急通知書雖然明確且具體指出一個方向，但不代表這個方向就不會出錯。病患的病情是隨症狀多寡來註記，危急通知書只是文字上的表達，家屬需要的是看見，看見病情的發展，來印證通知單所標示的方向是否正確。因此，我們可以說危急通知單某種程度給了家屬對未來病程的可能性理解，再透過想像放置在生命裡的不同位置。因為疾病的過程並非全然都是危急的，就像你看見親人正面臨呼吸喘的症狀，便升起未來可能需要進行插管動作的意念，而呼吸喘這件事在家屬的觀念裡，是放在需要看護的理解位置上。雖然它一直都有指向到某一位置，看似明確其實是充滿許多不確定性。家屬休息室的電話何時響是不確定等待，被電話聲驚醒是對不確定感的回應，雖然指向明確的事實，這電話是找自己的，但未被接上的同時，是帶有許多猜測與不安。它仍需依靠當下體驗的結果。隨著病情的好轉，種種面向的檢証確定，其不確定感也會隨之降低。

但是病情的每況愈下，會讓家屬陷入另一種困頓與煎熬之中。張婆陪伴丈夫進入加護病房後，每回當她回到家都會感覺到一股空虛感。「..好像空掉了，家裡少了一個人，感覺差好多…現在一天只能去看兩次，有限制時間的，所以不能看太久」（A1T-C061）。張婆清楚病患已不能像以往在病房時，那般陪伴在她的身邊。病患的呼吸依舊沒好轉，仍需依靠呼吸器輔助呼吸，於是醫師提出執行氣切手術必要性，可以得到舒適的照護。此舉給了張婆對案夫治療的期待，無奈手術執行後，病患的病情依舊沒有好轉，且逐漸每況愈下：「剛開始來看他，他都會給我反

應，叫他，他會看我，我知道他很想出來，但就是沒辦法…。有時就不理我，我會一直和他講話，看他眼睛動一動，就會很開心… (AIT-074)」，到後來「他眼睛常常是閉著，而且叫不醒來…我就會很擔心，是不是有變壞了，不然怎麼都不理人 (AIT-076)」。

張婆無法接受丈夫逐漸昏迷的事實，於是將這樣的結果回推到氣切的手術上，認為：「主治醫師說有百分之 15 的機率會失敗，怎麼知道阿公就是這麼好運，會拼到那失敗的一組 (AIT-033)」。但是她仍然對未來抱持著希望，「我還是希望能出現奇蹟，可以讓我多陪陪他.. (AIT-015)」，而且「我上次也跟主治醫師說，如果能救的起來請盡量救，不能講話或走路也沒關係，能讓他多活兩三年我也能接受，我沒關係.. (哽咽哭泣) (AIT-012)」即便是希望渺茫，但陪伴家屬捨棄了一線希望的維繫，又還能有什麼力量能夠支撐她們繼續陪伴下去呢？

陪伴者凝視病者身體表現，常會不斷找尋控制症狀之所在，然而，疾病常是超越了生理的單一意涵，與社會及個人心理歷程有密切的往復關係。隨著病的時間囚禁，人的信念所認定的理所當然開始動搖。病應該是逐漸好轉，反倒愈來愈糟，將此結果推向手術失敗的經驗，讓她撇開面對死亡的存在議題。當張婆面對丈夫病情變化轉至加護病房治療時，原本慣性陪伴照護的權利被剝奪，看不見的隱憂擺盪在家中。「少了一個人」、「感覺好像空掉了」，讓她飽受可能失去伴侶的恐懼經驗。與丈夫走過病程經歷的回憶影像一幕幕的浮現，不斷地提醒著她當下殘酷的現實。這時，死亡讓她始終存在的希望被迫縮減，從不確定是面臨死亡情境的威脅，到確認死亡是無法避免，不確定的等待最終會導入一個明確的結果。

四、希望的投射

當初張婆對於加護病房是有所期待的。所以當她面臨丈夫於病房呼吸喘無法

被改善時，才會接受醫師轉入加護病房的建議。她「不了解加護病房是什麼地方」，所以會同意轉入是因為「我以為到加護病房是比較好的病房（A1T-031）」。當人面臨現實情境裡病患正處於危急當中，會急於想抓住可能比現在再好的部份，來減緩危急所帶來的不確定因素，此時因為她心中把加護病房界定為「比較好」的病房，為了走向可能的康復，轉病房便自然成為她的選擇。

蕭小姐面臨母親急救的窘境時，另有一番掙扎與顧慮。因為母親曾向她表示，當她瀕臨死亡的時候，不要為她進行插管。但是看見母親急迫喘氣的樣貌，蕭小姐還是簽了插管的同意書，她認為：「…當下我簽了…我要讓她活下來..送到可以救她的地方，所以我也同意她送加護病房（B2T-029）」。之後進入加護病房，病患確實改善呼吸喘的問題，也順利拔除呼吸管而轉出病房，病患並向醫護人員表示：「你們好，是這樣（四指相扣，大拇指向上）..讓她感覺很安穩、很專業…其實這段時間我都還在想，插管來到這裡，真的是對的嗎？還好我做對了..（B2T-086）」，蕭小姐也感覺到醫療人員能同理她擔憂病患的情況，她提到：「媽媽剛開始對加護病房很排斥…很激動，他們就常常讓我進來陪她…..看到我安撫媽媽的模樣，他們也會這樣子對媽做，讓我覺得很感動…（B2T-088）」。

當病患面臨生死關卡時，蕭小姐違反母親當初心願，選擇以插管方式延續案母生命，並轉送加護病房，這是在於她相信這個地方可以救她的母親，最後事實證明她的選擇是對的，藉由母親的反應及醫護人員的態度，讓蕭小姐更肯定當初的想法，但對蕭小姐而言，當時面臨抉擇時的當下處境卻十分艱難。面對母親急迫喘氣的樣貌，讓她面臨對母親生存的不安與惶恐，脫離了原本生存穩定這條軌道，於是她將希望投注到當下的插管上及進入加護病房，一旦證實它是成功的，母親的生存便會延續下去，假使真的沒辦法，至少眼前插管這件事稍為可以緩解目前的痛苦。這也說明了海德格提到的「此在」經驗，意味在「那裡」，是指人在那裡的事實，是一個組成的客體（一種經驗的自我），可是，同時也組成了世界（也

就是一個超越的自我) (Yalom, I. D, 2003a)。當人感知環境下眼前的主體正處於危急中，一個經驗的自我體認到這事實的存在，同時，也會出現另一個想要超越目前窘境自我存在，是參與現實建構的意識之外，更明確想要擁有的力量，好讓她為承受這樣的壓力而堅持下去。

May, R. (2004)也指出，當人處於現實焦慮情境已超過本身所能負擔的範圍時，為了要免於焦慮不只在建立當事人自我與他人的共生關係，更在掌控、勝於或讓別人屈服於意志之下，人類雖然受制到外在環境的影響，但她能了解自己的有限處境，在思想上設定目標，並以此向未來投企 (being projective)。面對眼前虛弱的病身，除維繫原先與此病身的共生關係外，蕭小姐必須讓母親接受她堅持的插管處置，唯有如此，才能讓兩者都免於面對無法接續生存的這件事情上。藉著 Yalom 與 May, R.的說明，我們了解到當人處於危急中，那股不確定感常會將其落入極度焦慮與不安中，尤其是面臨生死關卡時，於是人會為了解脫這股壓力，浮現一個超越自身的存在力量去掌控現實所迎面而來的衝擊，藉此消除內心的恐懼。但是，結果卻未必能盡如人願。繼續追蹤蕭小姐決策後的後續結果，或許可以幫助我們思考一些問題。

才剛出加護病房的第一天，個案又再度出現呼吸困難的情形，當天即再度插管後重回加護病房。這次的進來接受了幾次呼吸訓練下來都失敗，結果說明了病患必須一直插著呼吸管無法拔除，這時蕭小姐又重回當初自我的懷疑中，「很猶豫自己說到底做這個決定是對還是不對 (B3T-C004)」。她並詳細的解說她從醫生那裡了解的訊息以及心中複雜的感受：

「…當下主治醫生跟我說媽媽管子拿起來的機率是不大了，叫我要有心裡準備，其實那個時候我是很難過說不行、為什麼不可以，也讓媽媽試過是真的不行，在不行的情況下又有一個可以做氣切。做氣切的話以後

管子還是可以拿起來，從這邊的話也會比較舒服..但主治醫生是跟我講說其實做氣切是多餘的，因為媽媽的狀況是不 ok 因為又感染到 AB 菌之類的...這讓我很難過...（流淚），我也知道媽媽會走，在會走的情況之下沒有想到...是這麼樣的快...沒能夠幫她什麼...（B2T-029）」。

繼上次的插管事件圓滿結束後，轉出加護病房又再度轉入的事實，讓蕭小姐同時面臨到再度轉入後的危急，以及無法順利拔除呼吸管的事件上。不自覺學習先前的作法，試著將此次的希望寄託在氣切手術上。感覺得出來，她想藉此讓母親口中的管子可以卸除，以重回舒適的狀態，或意味恢復原先的面貌，無奈此次因為病患的狀況已無法再進一步進行氣切，這樣的結果讓她陷入前所未有的打擊中。原本寄託的希望儼然無存，涉及人類存在的根本處境被瓦解，察覺母親可能隨時都會死去，「沒能夠」有種前進的意涵，意指透露出她似乎已經無法再創造一種可以繼續生存的可能性。當我們汲汲營營想再創造新的可能性時，同時產生自我覺知意識，即責任與責疚感的發生，她就陷在這裡面而動彈不得。因此，誕生在危急處境下的每個瞬間，焦慮與責疚感都潛伏著，這種不確定感並不會因找尋到希望的寄託而消失殆盡。

日常生活世界營造著一種生命秩序，癌症的到來指向一種慢性病的綿延，將個體的置身脈絡推送到極端處境，連綿糾雜在病身裡，也試圖歸順在平衡的走向中得以被控制。家屬是陪伴個體經歷疾病歷程中重要的互動者，當突發危急事件破壞平衡狀態，除了病患本身對未來更加焦慮外，家屬陪伴與等待的心情也就變得複雜。面對個體不斷在疾病傾圮與懸置間來回，不確定感就如同迴路旋繞依附在其中。常常是做了決定，又擔憂決定的後果，因著個人對處境的觀感，有不同的詮釋表現，而處境又因驗著空間情境而來，作為一個底景將我們置身當中。許多處境裡的現身，往往來自於空間裡的回應與對話，如何掌握空間裡的樣貌，可以讓我們進一步了解陪病家屬為何會如此回應的理由。

第二節 危急情境的隔離空間

因著疾病的關係，病人與家屬從家中原本佔有一席特殊的位置，移到病房的生活空間裡，感受到環境的差異與意義的重組。病房的特殊性，給了家屬新的位置。從原本佔據身旁陪伴的位置，移至到門外等待，家屬休息室也成了家屬另一個家等待的位置。在這過程中同時也改變了她們原本的照護習性，不再是由自己照顧，而是把照護權讓渡給醫療人員，由前線退居幕後。這些轉變都來自於空間經驗所造成的感受。本節即是要針對陪病家屬對加護病房情境空間的覺知經驗進行描述，希望藉此提供解讀家屬陪病生活基本意義的線索與脈絡。

一、牆裡—鐵門內的加護病房

(一) 物的場景與人之間

走在二樓長條走廊上，右側銀灰色的鐵門與白色的牆面形成強烈對比。當陽光由左側打入光線時，銀灰色的鐵門在光線照射下顯得格外亮眼。斗大的標題「加護病房」四個大字，就坐落在鐵門的左側方。下方有一門鈴器及感應器，作為傳話聲筒的工具，也是唯一連結外面與裡面的通路。「第 x 床的家屬可以進來了，請先洗手並戴上口罩」，裡頭的聲音這般提醒著。不久鐵門開啓後，映入眼簾的是另一道鐵門。當你預備通過下一道鐵門時，最外面的鐵門會先關閉，於是在鐵門與鐵門之間形成了短通道。此通道裝置了洗手槽，在你未進入前，這通道如同密室，你看不見外面，但透過下一道鐵門上 1/3 處的透明玻璃，讓你先看見加護病房內的樣貌，耳朵聽到的，不是外面的聲音，而是裡頭隱約透進來機器與人的聲音。蕭小姐對這個通道的空間，有著以下的回憶：

「在那邊洗手的時候，就一直聽到機器滴滴叫，聲音很吵…裡面的門中間有透明玻璃，門還沒打開就可以看到裡面…噢！好多機器，護士走來

走去，感覺很忙。……我們就一群人擠在中間的洗手台洗手，大家都在猜，
等下醫師會說什麼？（B2T-011）」。

從透明玻璃看過去，家屬感受到裡面的空間世界是與以往不同的。機器對他們而言是陌生的，對照醫療人員的忙，透露出情境裡的庸碌與急迫。因為是透過玻璃看過去，區別出位置的內與外，家屬站在外頭看向裡面，需要的是對病患病情有新的理解可能。因理解尚未建立，會藉由猜想，試圖為還未接收的情境作準備，在於這裡的情境空間，提供了家屬確切的身分，並預備迎接新的可能，希望補足因沒能伴隨照護病人所欠缺的那份理解。

通過這一道門，聽覺首先接收到急促湧至的機器聲、電話聲、人們對話的吵雜聲等，幾近同時撲鼻而來的化學藥味或是病患身上的體液氣味。視覺所接收到的是一排排沿著牆壁陳列整齊的病床及散落的機器，人們庸碌地交錯走在護理站與病床邊。這就是加護病房。天花板上的日光燈主控制這裡的白晝與黑夜，沒有對外的窗口，有的，只是幾道通往其他病房及走廊上的門。背後剛通過的門已經被關上，家屬開始進到裡頭搜尋著部分影像。

在病床與病床間，用隔板劃分界線，匯成一個個小小隔間。每一個隔間都有一個號碼，站在隔間的正前方，可見一張床擺放正中間，兩旁圍起的床欄感覺像是半成品的牢籠，將病患牢牢限制在病床上，以防跌落的危險。床頭上明確標示著床上這位病患的基本資料以及會客時間，有些還可以看見家屬祈求的平安符、紙鶴以及照片，看得出對病患救治的期待。

病床兩旁散落著不同機器設備，有呼吸器、點滴幫浦、餵食器等，每一種機器都各自有其功能必要性，像是呼吸器的擺放在於此床號病患已插上呼吸管，或是需要額外的正壓來輔助呼吸，故是否林立在此運作必須依據病患的狀況來決

定。這件事多半由醫療人員主掌，少部分由與家屬討論後裝置。不變的是床頭斜上方的生命徵象監視器，兩旁氧氣設備、抽痰器及點滴架，可謂是病患的基本行頭，監視器藉 5 種不同顏色的導線，將病患此時的生命狀態用數值顯現出來。從最上綠色上下圓弧線條代表心跳、其次是淺藍的呼吸、黃色的氧合濃度與最底下紅色的血壓值，不同顏色上下飄動著，不斷詮釋著身主體活著的表現，協助醫療人員及早察覺病患病況變化。

有時，病患病況較危急，床旁加設的機器更是繁雜。場景就像是高科技產品所架設出的叢林世界，圍繞著病患擠成一團，每一種產品都各司其職，用數據與視窗來顯示它們所接收的現況，供一群像科技顧問的醫療團隊判斷與行為反應。他們通常聚集在床尾處，專注地察覺機器上的數據，每傳出的數據都代表著生命此時的強與弱，數據給人知覺情緒，有時是表情凝重的望著，有時是眉開眼笑的應對，只有了解它傳出數字意義的人，才會有所反應。

在機器與醫療人員間，早已習慣藉數據來進行著彼此溝通與對話，手邊的病歷成了輸出的地方。即時接收與處理訊息，儘早找出病因治療，是他們共同的目的，也是家屬的期望。每一個設備都擔負著沉重的任務，像是座落在一旁角落的急救車與電擊器看似不起眼，卻擔負搶救危及的重責大任，常是醫療人員一句：「第 x x 床 CPR！」，便匆匆衝破沉默轉速來到前線，機器急速推動造成的嘎嘎響，讓人聽起來聳動又緊張。隨後便是一群醫療人員的對話，多半是醫療名詞與藥物名詞，但某些字彙仍聽得出此病患陷於急救狀況中，因為它的聲音總來得急迫、雜亂且不定時，異於背景聲音之下的特殊性，讓它在這裡極易被辨識，也讓場域多添危急與救治感。

座落在空間中央的是護理站，兩旁左右與前方的視野都盡入眼簾，像是瞭望平台監視中心，隨時掌握環境週遭的動向。除了電腦儀器外，旁邊還有一個通往

外頭的接收器，一旦家屬要求會客，則可藉由此接收器發送訊息給外頭的家屬：「第x x床的家屬可以進來了，請先洗手戴口罩…」，作為一個連結裡面與外面世界的物體，突顯出空間裡的密閉狀態。

至此，我們如何不聽而看呢？複雜病身形體，即便是休憩中，也還有來自呼吸器發出的氣息：「噗揪… 噓… 噗揪… 噓，.. 很有頻率及規則… (B2T-132)」，蕭小姐指出對呼吸器聽的經驗，感覺到呼吸器一來一往間不停運作，像她證明母親還活著的意義。而知覺經驗是廣泛性的掠取，然後再細微的抽絲剝繭。對於醫療人員而言，此時呼吸器運作方式僅屬正常模式，不意味任何情感，反而聚焦在它何時是異常表現。即便是慌張的走著，帶著目的前往某一處拿東西，耳朵一旦聽到某一床呼吸器急促的發音：「呼… 呼… 呼」，聯想到的經驗就是呼吸管脫落，需要立即前往察看。兩者間的差異無誰對誰錯，如同梅洛龐蒂所說，一切感覺都在空間中，體驗作為存在的接觸面之一，每一種感官都構成了一個大世界之內的小世界，既不是矛盾，也不是不可能。由於每一種感官的特殊性，小世界存在是必要的，並且向大世界開放 (Merleau-Ponty, M, 2001)。

從一連串的治療中，讓我們體現到所用之物的矛盾。對於那些空間裡的機器設備，它們常是用來終結人們距離的遠距科技，讓照護得以在「沒有護士佔據病人之身體空間」的狀況下發生，也因此產生與護理所重視的親密感與“在場” (presence) 有所抵觸 (Sandelowski, M., 2002)。雖然它們提供了監視與支持生命功能運作的能力，但卻無法給予病患親密感，也可能隔離了人與人對話與理解的機會。例如，護士了解這台機器，正處理所發出的異常訊息，這聲音出現是一件極易被處理的問題，但卻不見得被家屬或病患理解。因此，每一個主體都有對世界開放感官匯整其意義的能力，這空間對於家屬只是暫時停留的地方，卻是醫護人員施展的舞台，所有交織錯綜的設備、聲音與空氣中的味道，對他們而言再熟悉不過，總能從病患週遭盡是雜亂糾結的各種導管、線路中理出排列的規則。從

輸送的液體、藥物與養份去滿足救治的任務，從機器上數值、線條曲線與研究參與者反應中，找出有力研判病情的關連性。縱使超出了預期想像，也能集結所有知識背景穩定場面，在集結大部分高科技機器的加護病房醫療場域，對機器數據的對話遠比人多。

對家屬而言，這裡較多的知覺面向來自於病房內運作的機器設備，這不僅是物質上的體認，也是對情境空間的指認。空間不斷向我們擠壓，客體不停展開危機處理，如何讓客體基於主體的感覺變成主體的客體，是一種心理意向的指涉，就像空間的意義有賴於主體對環境的感覺一樣。張婆第一次的探病經驗，就好像是在機器林立的「美麗新世界」中探險一般，「...我不太敢太靠近，因為機器很多...一下子那台嗶嗶叫，一下子噹噹噹，每一次都很緊張（A1T-074）」。洪姨因為懸念丈夫病況，所以她的初次經驗也沒有劉姥姥進大觀園般的驚異，更多的反而是人與機器世界的疏離感。「我沒有很靠近.. 真得很嚇人.. 身上接好多條大筒（台語），光是頸部就四條，加上腳兩條，手兩條，...有些還連著機器一起跑，每一條大筒都有在跑.. 管子密密麻麻，好像那個蜘蛛網，到處都是線，都接到我先生這裡，根本很難動（C2T-014）」。

不同於以往的日常生活經驗，機器與管子的存在被注視與觀看，隔離開家屬與病患的距離。感覺管子的密如蛛網，其實網住的是病患活動的自由，是家屬以自己的觀點來看病患的感受。面對病人突如其來甚至是超乎想像的形象改變，視覺上的震撼將心理意象轉向吃驚與害怕。從部份的觀察轉向整體的理解，聲音也成了這類圖像的符碼。聲音本身來自人給予之意義，因不了解何謂機器所發出的正常聲音，感受此起彼落的作響是家人生存的警訊，意味有某件事可能正要發生。它是聽到的人給它下的意義詞句，進而產生了不安與焦慮。焦慮與思考過程都是來自這種個人與週遭世界的「落差」處境，而焦慮則是先行於思想的發展，「個人生活中的焦慮，是驚嚇模式與所有思考過程起始之間的橋樑」（May, R, 2004）。

危急世界所現身的象徵，充斥著整個環境，增添了不確定性。

事實是，我們具有自覺想像東西之外的理解能力，以及從未知建立已知的可能，遂逐漸理解此病身狀態可與機器達成和解，可共存以延續生存，因而無奈接受了醫療處境下的機械安排。家屬對機器設備的覺察可藉由醫療人員的說明，了解它們的功能以及存在的必要性，於是也可用自身習慣的語言加以詮解了。當洪姨逐漸將視野移置到對維生設備的觀察時，她對注射針與生命徵象監視器的覺察與了解，就不是初來病房時那樣的生疏與害怕了。她發展出一套自己對數據意義的解讀方式：

「小姐有介紹那台儀器上面最上面綠色的線上下跳來跳去，旁邊的數字就是心跳…黃色就是阿伯喘得好不好的，最下面紅色的數字就是血壓」，洪姨用顏色和病患的身體狀態來記憶畫面曲線色彩與數據的關聯，事實上，洪姨是「是不清楚什麼叫做正常」，對數據顯示的意義採用不同於醫護人員的解讀方式：「我知道，數字低就是不好的…當他血壓很低，心跳很快，他們就接那台藍色的機器，…滴救命的藥，就是人已經快不行滴的藥…」，研究參與者是用自身的語言去解釋數字的意義，當數值呈現所代表的是生命的狀態，就會加以留意，「每次進來，我都有幫他注意，不能注意說哪一瓶是滴什麼藥，像是接那台藍色機器的…如果拿掉就表示阿伯情形比較好，還有那隻嗎啡架在白色機器上的，上面的數字如果沒有跑，表示沒有使用…上回有問小姐，他們有跟我解釋…（C2T-017~18）」。

因陪伴時間的受限，研究參與者用「每次進來」說明它的看見。每次會客都會有不同的看見，藉附著在病患身體上的機器是否運轉及注射針，來判斷病患此時的病情狀態，將機器無運轉或藥物無使用視為病情好轉的徵兆。這顯示因治療所需使用之醫療設備在朝家屬視域的開顯時，家屬用另一種不同於醫療人員專業的觀點，判斷與掌控著病身病情的進展，已成為陪病生活的一部分。

（二）人與人之間

除了查看病患身體樣貌與設備數據之間的相關意義外，在會客陪病期間，它床病患的身體變化也牽動著家屬的觀看，甚至會與自己親人目前的情形相比較。洪姨過去曾遇到丈夫因病程關係無法順利完成牛奶進食的經驗，某次會客時，她看見「…隔壁床的阿公好像是從肚子的一條管子喝牛奶，結果可能是接頭滑掉，結果牛奶都被床單吃掉了，阿公都沒喝到半滴…。」這樣的經驗自然會引發照顧家屬的擔心與害怕，深恐同樣的情況會發生在自己照顧的病人身上。「看到總會怕呀！總會擔心，下一個會不會是我的家人發生這些事…好不容易可以吃了，結果竟然是喝不到..營養都不夠怎麼好..（C3T-021）」。

蕭小姐在呼吸師幫母親訓練呼吸期間，注意到「對面床的婆婆跟媽媽一樣也是插管，那時候用 T 字呼吸…媽媽練習之後是不行的，結果後來對面床的婆婆可以…她後來就是自己呼吸...。」所以她就以此來鼓勵母親，希望她也能夠努力改善當時的病況。「我就跟媽媽說，你要加油喔，人家隔壁的阿嬤都七、八十歲了，人家都熬過來了啦，可以自己呼吸不用靠呼吸器什麼的..可能過幾天就可以出去，我媽就跟我點頭…我會用好的現象來鼓勵她…自己心裡就會想說，那我們家的是否也是可以慢慢的拿掉..（B3T-056~60）」。

家屬會客時的目光，不僅是集中在自己家人身上，也會零散四處遙望或注視其他床病患的身體變化，在對他床的觀察中，隱隱透露出內心的擔憂。縱使藉對機器撤除等方式，約略掌握病患的病情狀況，但他人血淋淋真實發生的事情，更直接激起無法守護的焦慮反應。對洪姨來說，吃的行為，是存活的關鍵因素，無法吃意味著病情無法獲得營養就無法好轉。這些表現都是內心焦急的表徵，因此他注意到機器與病人間的相依性關係，不經意會與病患未來病情發展做聯想。但未來無法被預測，所以不確定感會愈益增加。但對蕭小姐而言，他人面向的指涉，

有著對未來的憧憬，藉著觀看他床轉床的成功經驗，試圖建立起自己家人也可能轉出的正向期待。

當家屬面對眼前治療的一切處置，雖藉由處置的解釋得到對周邊設備的初步認識，但每回 20 分鐘的會客常常是「要遇見醫生就都遇不到.. 護理人員又不能確切的跟你講說他是怎麼樣... 醫生至少說他可以跟你肯定的一點就是說他目前的情況是怎樣...。」這就會令蕭小姐更加懸念，不知道究竟發生了什麼事，又是另一種不確定的等待煎熬。「畢竟家屬來講的話，真的很想了解說，我的家人現在到底怎麼了。(B3T-023)」在於家屬陪伴處在危急中的病患，常是急於確定現在的病程進展。依據王秀珍（1999）分析國內外加護病房家屬重要需求的研究結果，發現家屬需求頻率最高的是「問題能誠實告知」，醫師的明確解釋比起護理人員的模糊性更加中肯，但因陪伴行為改變，無法守候病床的情況下，常錯失與醫師碰面的機會，心中問題得不到解答，對病情的不確定感也就無法消除。

但是即便能遇到醫療人員，醫療語言以病症描述為意向核心的專業性與客觀性，也一樣會讓關心病情預後的家屬一頭霧水。語言表達出的東西是多樣性貌的，語言就在它自身，是一種顯現，讓「我性」本質出現，說，讓存有狀態提供了一個現實生活中看出來的現象（余德慧，2001）。以下是某治療單位裡當班小組長與下一床交班的內容，我們從中或可聽出一些關於醫療者傳遞病情訊息的端倪：

「第 × 床診斷大腸癌患者，因為傷口裂開而入院，現在意識昏迷，家屬已 sign DNR（不施行心肺復甦術同意書），血壓不穩定，70-80 間游走，現在 Dopamin 及 Levophed（急救藥）已接上去，run 到最高劑量但效果不大，身上的 colonstomy（腸造口）已漸漸無流血，Trasamin（止血針）繼續使用中...（95.08.25 田野觀察記錄）」。

這裡的語言用了許多醫療名詞說明病症的變化，其中多為生理的數值，對於醫護人員而言，這比起心理層面的內容較容易掌握，但卻讓「人」的處境置身退到背景之中，也犧牲掉理解家屬需求與意願的機會。然而，隨著個案與醫療人員關係建立，個案也會學習到一些與護理人員應對的語言，而這些語言有時會不經意地出現在病患與家屬的對話中：

（走進床尾旁的護理桌上，主動向護理人員詢問丈夫的狀況）

護理人員：今天阿公呼吸有進步，現在已經一半靠自己，一半靠機器，等所有都靠自己的時候，可能就有機會把呼吸管拔掉。

家屬：你的意思是說呼吸有比較好

護理人員：是的，當病人已經不須完全依賴機器時，就表示有機會可以拿掉管子，當然也要看阿伯的體力

病患：（家屬走向病患身旁，病患眼睛對向家屬）

家屬：你就要堅強點，你要好好喘氣，小姐說你今天有進步，一半靠自己，一半靠機器，等所有都靠自己的時候，可能就有機會把呼吸管拔掉。

病患：（表情顯得疑惑）

家屬：小姐的意思就是說你有呼吸進步啦！很快就可以拿掉管子回家。

病患：（點頭表示了解）

（96.02.10.田野觀察紀錄）

在病患的生活字典裡，沒有詞彙說明什麼叫做一半靠自己，一半靠機器，因

為語言功能受限，無法與醫療人員對話，也失去部分想獲得理解的機會。當醫護人員與家屬對話時，可藉由討論來釐清對醫學名詞涵義的了解，不自覺會成為家屬生活的一部分，家屬能及時察覺病患的表情傳達的困惑感，在於過去與病患的相處經驗，故能及時修正解釋方式讓病患也能了解醫護人員所要表達的意思。

語言的差異也同時會出現在每個專職下的表達對話，藉由護理人員與張婆間的對話，當時的情境處在病患陷入昏迷，已開始使用急救藥輔助，而腹部的腸造口開始出現出血現象，可以了解醫學名詞對於家屬的意義。

護理人員：「血現在流得比較慢！我們都有輸血，血壓目前也還算穩定？」

家屬：「這樣算是止了嗎？」

護理人員，「不能夠確定，但現在已經有在用止血針及液體幫他補充，血紅素也一直有在追蹤，別擔心。」

家屬：「血壓現在好嗎？」

護理人員指著置放在床前櫃子上的監視器說。

護理人員：「阿公現在血壓高的都在 90 到 100 初，低的都在 50 幾到 60 幾。」

家屬：「這樣是好的嗎？」

護理人員：「比他之前好多了，不過這也是靠升壓劑幫助才有這樣。」

(95.06.25.田野觀察紀錄)

這是個講究用字遣詞的場所，從護理人員與家屬的應對間，看見彼此語言流通下被遺漏的淡漠，家屬語言是朝向可被理解的話術中，「這樣是好的？」而醫療人員的焦點則是聚焦在生理治療處境上，藉此判斷出好與壞，彼此都站在自己的

位置上觀看彼此。但是站在各自醫病世界的說話，由於對病情意向焦點的落差，顯然是無法產生真正的溝通。

二、牆外—鐵門外的陪客椅

一排椅子就坐落在加護病房鐵門外正前方，離鐵門距離不到 100 公尺，椅子後方一整面透明玻璃，家屬們就在玻璃邊面向鐵門的位置坐著。這條長廊總共兩間加護病房，每一間門外右方都也一張告示牌，上頭標示著每一床的會客時間。從九點半到十一點半，每床只有 20 分鐘的會客時間。宣示著遊戲規則，進來這扇鐵門，就必需依循規則進行，一旦超出規則，就會被告知與提醒。因此，常在會客時間裡，門外便會陸續聚集一群家屬，等待著會客時間的到來。當鐵門開啓，原本彼此喧嘩的談話會頓時停頓，目光一致地朝向門開啓的狀況，確定此狀況與他們無關再繼續接續原本對話。有時當醫護人員從門裡走向門外與某一位家屬對話時，部分家屬的目光也會靜靜地或私下喃喃地指向此狀態，眼神似乎透露出他們也想知道發生了什麼事。

(一) 人與人之間

如果可以選擇，他們通常會挾空著一張位置各自分開獨立的坐著，保持一種社會性的距離。當同一床有 2 個以上的家屬前來，彼此間進行的對話大概是：「上次我陪大姑來看小姑，整個人變得很消瘦！大姑出來就很難過，一直說小姑過去怎樣和他一起打拼，說到這，不知小姑丈怎麼了，上回好像聽他說生意怎麼樣.. (95.10.14 田野觀察紀錄)」，談話內容聚焦在病患的改變與過去生活世界裡的點滴情節，突顯尚活之人身處日常生活常態裡的表現，將訪視當做一份倫理責任，因為他是我小姑，所以做為後輩理應來探望他，但卻無法進入病人最深層的處境世界。

從每位家屬的身體表現也可看出等待的氛圍。當病患為剛入院的新病人，家屬通常是一群人，大家的話題集中在「為何會變成這樣…」、「昨天看他人還好好地，今天就變成這樣…」、「醫師有沒有說什麼？」，急於掌握整件事的脈絡，不停的在空間裡發問。對於照顧病患已有一段時間的家屬，其身體表現常是不慌不亂，靜靜在熟悉的位置上站立或坐著，時常注視著鐵門的開啓，當會客時間接近時，位置會逐漸移向靠近對話鈴，以便時間一到便可以立即通知加護病房裡頭，不浪費片刻時間。

張婆每天固定來探望丈夫已經持續半個月了。有次下午研究者至加護病房門外陪同張婆等待會客時，當時站在門旁邊有一名家屬正靠著牆哭泣著。旁邊有幾位家屬正安慰著她，張婆走到她面前，用關愛的眼神注視著她，然後用手拍拍她的肩膀，她點頭表示感謝，口中還是喃喃自語重複著：「真的沒救了，唉！怎麼會這樣？」。張婆似乎聽到了，眼睛出現了淚光，默默走到角落擦拭眼淚，沉默了一會，告訴研究者說：

「她跟我一樣，都是一個人來看阿公，有時候碰到，就會聊一聊自己的家人的情況…昨天護士出來請她們進去，那時我剛好要進去看阿公，有聽到醫生說情形不是很好，她自己也知道…很可憐！…雖然她沒說什麼，但她的心情我很了解，不用說我也能體會他的心情（95.6.20.田野觀察紀錄）」。

週遭的家屬大多看見了她的哭泣，有些凝視許久，眼眶閃爍淚光，有些繼續自己日常生活的談話，不理應這情境的波擾。大家的目光四處飄散，注意長廊上走過的醫療人員、正結束會客的家屬間的談話，不時還會張望到這位家屬目前的狀況。雖然如此，前方的鐵門打開，還是所有在場家屬必定關注的焦點。

這裡的生活空間，闡述了主體之間的相似性。因為要看顧危急中的家人，於是來到這裡，每一個空間都有其他空間處於某種位置的關係中，與其他空間是同一性的。他們都是這間加護病房的家屬，共同朝向鐵門開啓的可能性呼喚，並等待會客時間的到來。當看見這位家屬靠著牆哭泣的身體姿勢，傳達出悲傷的情境，是在這背景下知覺到陪伴的意義連結。潛藏在個案心中擔憂的處境意識，藉著他人的情緒的流露，不自覺的甦醒，而不需要透過言說。同感覺性質的體驗是類似，分離感官的體驗僅僅發生在一種非常特殊的態度中，不能用於直接意識到的分析，如果不能覺察自身的視覺場，透過知覺感應她的悲傷，悲傷也只是自己的詮釋文字，而他人並不自覺。對於某些人而言，這樣的表現沒有其他的含意，僅做為一種哭來表現，對於曾經曾相類似處境的人們，這樣的身體表現則是一件知應，已經先行在裡頭存在著，只是透過她的悲傷而更加有感覺。

有時，情緒渲染的程度有如直接碰觸到心中的最深層次，不願意碰觸的議題，常會讓情緒不自覺的潰堤。蕭小姐當時正經歷母親第二度進入加護病房，病況急轉直下，讓她直覺，這裡可能會是陪伴母親到生命結束的最後殿堂。蕭小姐分享一次於門外等待會客時的經驗。當時她和一群家屬正在等著會客，卻聽到有另一批家屬正被迫接受將親人帶回家的事實，死亡的到來讓他們不斷在門外集結哭泣，啜泣與激動的神情表露無疑，蕭小姐如此描述著：

「…爺爺就是不行了，…要接出院，他們家人哭得很傷心，看到每個人都哭紅眼，我在旁邊就跟著鼻酸啊，每個人都哭紅了眼，我在旁邊也哭…」來自於相似背景下的等待，雖然非自身整經歷的過程，卻因看見死亡的事實相同感到悲傷，研究參與者認為，在於「大家都是同一個遭遇…在加護病房就是危急，所以大家的感受都是一樣的…當爺爺不行了要被帶回家了…我們心裡想，如果我們家的也是不行了，也是會接到說那請你們帶回家好了」，並舉例說明這樣的感同身受就像「二個人看電視，你看一部很感動的電影時，也是這樣子淚眼汪汪，鎖不住這樣

子 (B3T-027~28)」。

蕭小姐在外等待的生活世界，經歷他人面臨親人死亡情境而哭泣之行爲做出解釋、組合及反應。她未明確說出死亡，而是以「不行了」來表達這個涵意。感受到死亡的臨近帶來某種不安全感，無法直接指出而需暗指此現象。跟著哭的表現，如果以人際關係發展過程中三種成分變化：「既定成分」、「工具成分」與「感情成分」來看，緣分解釋了彼此在此現身的因素，用哭泣來誠實表露內心的情感，而是否要再進一步協助就在於關係啓動後，連帶所內涵的人情義務（楊中芳，1999）。此時的關係並非建立在交往深厚的認識上，而是以混雜自我與社會他者所做出的反應，一方面關注自我，有別於他人去關照內心需求與意向，另一方面，強調個人在社會關係網的義務與責任，看見他人在哭泣，不自覺也感到悲傷，可能在於當時情境所致，而不具有任何聯想，就像看電影，一群人受當時電影情節所引導，做出哭的表現，但事後電影結束後，裡頭的情節可能不會進到你的心理，只是一件發生過的事罷了！

對研究參與者而言，哭不僅是感受當時悲傷情境所做出的反應，還引申到過去、現在或不確定的未來，因為自身經驗到母親可能死亡的隱喻，所以感同身受，對於在場的每個人都哭紅了眼，她感受在這裡等待的家屬有著共同點：危急情境的現身，面臨他者的死亡情境意涵，碰觸到危急情境所導向的死亡事實被印證，就像是被拋入災難的狀態，所關切的是自己存在或對存在至關緊要之價值的一種質性經驗。以最真切的表達--哭，來回應自我隱藏住的孤寂感。回應是參與的人性化過程，對自我和他人都有好奇與體諒，試圖從不同觀點看見彼此的價值，並嘗試在情境中學習，而不只是「處理這件事」（Jock McKeen, M.D., Bennet Wong, M.D., 2005），透過觀看他人死亡，學習思考應對。

（二）人與物之間

無法透視的鐵門區分出內與外，只能透過想像保持視覺的豐富。當鐵門開啓，正走動會回頭瞧瞧，原本低頭沉思的人會抬頭望望，原本已是在注意它的人，則會睜大不停向裡頭張望。除非人爲因素，鐵門在停留 10 秒後會立即關起，已確認這開啓對他們無任何意義的這群等待的家屬，接續著原先的活動，到底他們在想什麼？這裡的座位沒有時間的限制，有充分的自由來回走動，對照牆邊的告示牌顯得格格不入，雖然鐵門依舊閉著，但總有機會因著其他因素而被開啓，向內捕捉到的畫面逐漸被匯整，成爲下一次會客時關注的焦點。

洪姨在丈夫送入加護病房的前 5 天，床位安排剛好位在門開啓就可直望到的位置，於是她會「坐在外面正對門的位置，鐵門打開的時候，如果沒有其他家屬還是小姐停在鐵門旁講話，通常不超過 10 秒就會關上…一天下來可以看很多次.. (C2T-005)」洪姨細膩的察覺加護病房鐵門開闔的時間爲「不超過 10 秒」，這 10 秒對她的意義在於她看見他，洪姨感受自己此時的當下是與案夫同在的，不因空間的隔開而有所距離。洪姨利用這些時間觀察著裡面的活動，有時看見：「小姐不知道在他的床邊用什麼…」，這場景讓洪姨感到疑惑，正當猜忌的時候，又看見場域內案夫的行爲是先前未見到的：「他不知道怎麼樣，手好像被綁起來，因為我看到一條白色的繩子拉住我先生的手，他好像很生氣，手一直在空中不停左右擺動，看得出很生氣的樣子，我好擔心，也不知道他到底是因為什麼緣故被綁..」，帶著擔憂的心走進加護病房，先打量著環境：「看看有沒有改變的地方」。再詢問醫療人員剛才的情形，才得知原來「我先生會去拉那一條插在氣切管上的管子，所以才會把他綁起來，事後我問我先生，他說他睡著了，不小心動到管子，他們以為他要去拉，就把他綁住了，因為他沒辦法說話，所以才會很生氣 (C1T-013)」。

個案的生活始終與病患同在，突發的危急事件使之無法繼續陪伴在側，當她

的位置被移置到鐵門外，便以坐在門外的方式接續原來陪伴方式的進行。個體試圖突破鐵門遮蔽的限制，來證明她仍注意著丈夫的身體變化，增加觀看的機率可以減少內心的擔憂，試圖超越視聽的限制。如果主體是純粹的自為，那麼我思應該能包含所有伴隨的影像，從外邊觀看內邊的影像，常是中斷而不自明，像是無法確認他們在床頭做什麼、不了解為何被綁起來。空間已然不代表可能的活動範圍，而是作為可能性的限制而被面臨，視覺的部份遮蔽從醫療人員解釋中獲得完整的全貌，得以重組新的意義。此時，門已不再是門，不再只是作為物理上的名詞解釋，更包含了超越物理生活以外的情感經驗。

三、家屬休息室

位在加護病房旁的一個房間，這裡是提供家屬休憩的地方。整齊排列的上下舖床位，幾乎佔滿了整個空間，每個床位不限定特定人士使用，從棉被、衣物、櫥櫃到盥洗室，看得出不僅提供休憩，還包含住宿之目的。床上琳瑯滿目的物品證明每個人的區域範圍，門邊的電話與病房內相連，當病房有事要通知家屬時，會先使用這種方式確定家屬是否留院。為了看顧陷入病危的家屬，大家群聚這裡，彼此間談論的共同的話題都聚焦在病患身上，他們用自己的方式說出家人目前的情形，尤其是會客後所看見的部份，這裡已成為他們生活的一部分，藉蕭小姐描述她在家屬室的經驗，讓我們試圖看見某些現象：

「一個婆婆從高雄來，你就看她這樣子拎著大包小包，用塑膠袋這樣裝著一包、一包，整個床邊掛著她換洗的衣服啊…然後就自己一個人在家屬休息區吃著麵包、喝著飲料這樣子…，當下就覺得很心疼，她必須離開家鄉隻身來這裡陪阿公（B3T-016）」。從這位婆婆身上，我們看見這個場域內的家屬，會在這裡住下來，往往只為了等待與陪伴病房內的家屬，他們有著共同的方向，一起在「陪」，在等待當中，他們會彼此分享心情。

「有時，你也會聽到別的家人在告訴等下要進去的家人，他們看到的部份..聽到和自己家人有相關的時候，就會彼此分享，像是因為他的家人滴什麼藥，所以情況有比較好」，當好的現象被看見時，會引起家屬探詢的心理，在於「也可以用在自己家人身上，讓家人也趕快好起來。(B3T-020)」。會客是生活裡重要的知覺來源，藉著彼此的對話分享，產生新的視野，而不僅是聚焦在自己家人身上，其他病患病情的改善會成為仿效對象，也期待能藉此方式得到相同的回應，可以說其他家屬與自身的關係因為病的處境而拉近彼此距離。

蕭小姐對於這般描述會客室的經驗本質，讓她感覺到家屬之所以會如此做，在於持建立一種希望的寄託以及與他人共同陪伴的感覺，她向研究者詳細的解釋道：

「他們會跟週遭的去聊天，就是想去尋求一個可以分享他們心情，就好比說你跟我分享，我會安慰你…其實大家都是很焦急的…日子一天天的過，他們的心情也是一天一天往下 down…」，蕭小姐指出等待也具有陪伴的意味，在於彼此都來自於相似的背景，同樣對未知的世界渴求一份「奇蹟」，像是「家人可以趕快甦醒」，或者「轉出加護病房」，面對漫長的等待，蕭小姐以「..難熬...真的是一種煎熬」來形容。在於「看不到.....每天只能等等等...然後進去看那麼一下下，看那麼一下下心靈上算是一種安慰，但畢竟他還是攤在那邊。他又不能講話、又不能知道說他到底怎麼樣怎麼樣，你每天只能在那裡苦等啊！(B3T-018)」，等待絕大部份還是停留在最初的樣貌，似乎難以有所進展，這讓蕭小姐感受到等待的無力感。

研究參與者用「煎熬」來形容看不見的等待心情，只為那一下下的會客時間，卻必須耗上一整天的時間在等待。面對著病患病情停滯且拖延的狀況，帶給家屬是一種苦等、苦守的感覺，隨著時間流逝，期待轉出病房的心願也逐漸落空，病牽引出家屬受苦的感受，不得不的處境連綿無盡，故藉由其他家屬述說，可以獲

得一種共在的同理經驗。

這裡的生活處境聚焦在「等」，逐漸形成的關係，讓等的感受更加突顯。不同於牆內病房與牆外陪客椅的陪伴方式，侷限在有限的時間內完成某件事，與他人間的關係也僅限於此，結束後就各自離開。這裡是綿延不斷的在等待，始終都在的處境讓彼此之間常有對話的可能，類似的生活處境，讓關係處在一種複雜化狀態，可能不認同他人的觀點，卻不願意指出自己的看法，就像是一個小型社會的縮影，在人與人互動間，總是會有差異的存在。就像洪姨聽到了別的家屬批評醫療人員的治療態度，她不加以回應，這是在於她認為大家應該將心比心。此態度來自過去感受到 xx 醫師的診療態度，願意等待她的家人坐完電療後，在無掛號的情況下，再一次檢視案夫病程進展。這樣的行徑影響著她日後的觀看，使她有自信去相信每位醫療人員的專業。

罹病的背後，總有一些不為人知的情節在隱隱作痛，往往只看見危急時的樣貌，卻忽略整體理解的可能性，為何家屬會出現這樣的態度，因病所衍伸的問題往往可以在相處中得到解釋。談論的內容不僅侷限在病的面，而是多相面的重構。洪姨住在家屬休息室一段時間，隔壁床的婆婆常向洪姨分享她心裡面的苦處，洪姨描述對方分享的經驗，並說明自身的態度：

「她的兒子欠債 10 幾萬的卡費，自殺送來這裡住院，他媳婦不能諒解，與公公的關係弄得很糟，婆婆夾在中間不知該如何處理…」，洪姨敘述著對方講述的情況，這對她心中的影響是「很心痛、很難過，我也是做中間者去跟他們說，跟他們公公說，也跟他們媳婦說…我幫他們協調的很好…」，洪姨之所以這樣做，心中潛藏的冀盼在於或許可以「無意中…補我老公的功德，看補不補過他的命，讓他可以多陪我幾年…」，隱含在協助下另一個涵意並不希望被揭露，她強調自己：「幫忙別人…只是讓人家的家庭得到美滿，用這件事情迴向給我的老公…也沒有期盼

著什麼 (B2T-061)」。

洪姨一方面希望能幫助這位婆婆，說明生活裡不僅是陪病，還包含對社會的回應，對他人的處境釋出同情，就更會以自己的力量來給予他人幫助，另一方面也希望能藉此機會「補我老公的功德」，而這功德就是想換來存活的延長，這是來自自身宗教文化影響，視此協助為一種功德，可以迴向給丈夫，減少死亡臨現。強調做的動機來自於希望幫助他者，而非圖利某件事，迴向功德只是作為之後所得的附帶價值。

在這個特殊的等待空間裡，電話的意義除了作為內外勾通聯繫的橋樑外，還包含了其他意想不到的面向。對此洪姨舉例說：「來這裡已看到 6 個載出去，都是這樣用電話通知...覺得很恐怖會怕，常被電話嚇醒，很恐怖，心臟都會跳一下 (C2T-063~65)」。蕭小姐的經驗則是「電話響大家幾乎都會起來...旁邊的人耳朵這樣突然間拉長，聽聽看有沒有怎麼樣，那如果是不好的話，就會安慰他.. (B3T-025)」。電話響意味某件事情正要被通知，它被在場的人所關注。對洪姨而言，電話鈴響是恐怖與可怕的經歷，在於過去目擊其他家屬接到死亡訊息的電話，不自覺產生聯想，干擾著目前的情境經驗；蕭小姐則因無過去相關經驗的連結，電話鈴響雖成為關心病情變化的注意焦點，但回應的重點在於給予當事人適當的社會關懷。

空間不是物體排列的環境，而是物體的位置讓之得以成為可能的方式。重新理解空間裡各種物體純粹的方位，可以增加理解物件何為在的意義，而如何得以理解靠得是人置身，藉著主體身體知覺像是視覺、聽覺等感官系統體驗空間，體驗揭示了身體最終所處的客觀空間裡的一種原始空間性，融入了存在本身。非僅單純為物理環境，像是面對從未見過的機器，是透過我們在世界裡所驚艷與物體纏繞的想法得來的，因此可以說，空間是構成身體存在的位置，而身體則是形構

空間裡的樣貌，兩者是無法從主體世界分離的。

加護病房是家屬等待的空間，這空間中的一切物件都因這特殊的等待意向，而改變了個中的滋味。若非身歷其境的人，實難體會其間蘊含的深意。然而，正如前面所述，主體空間性的了解不僅表現在個體與空間物件的意義連繫上，更重要的是，那個給出這一切意義、具有基礎知覺性的「身體」經驗，更是深入探討家屬對病房間意義覺知不可或缺的一環。這個部份正是我們接下來馬上要進入描寫的主題。

第三節 陪病身體的知覺感應

身體是我們寓居於世的基本樣態，透過它我們「看見」了彼此。家屬在加護病房空間裡，常是不斷面對嶄新的衝擊。此時的身體只是隱晦的藏於背景之中，藉感官的整體知覺去「體會」病人當下身體所流出的訊息。不論是視覺、觸覺、聽覺甚至嗅覺的運用，都讓每一次的探訪開啓了某種可能性。當我們都關注著他人的意向時，身體早已用種非當下察覺的模式在進行操演，不斷的進行搜尋，直到結束會客後，才能透過思考，慢慢的自覺到某些情況確實在發生，但是某些深層的經驗面向，則仍是隱匿著無法被察覺。雖然看起來隱晦難解，但是基於身體知覺經驗對於情境意義了解的優先性與重要性，這個部份的生活經驗面向實有描寫與詮釋的必要，以下即是來自陪病家屬當下身體經驗到的畫面，希望透過身體在這空間裡的知覺經驗，可以幫助我們理解，面臨危急狀態下的人們，對當下事件所領受的完整意義。

一、視覺驚恐

常人往往最直接仰賴的便是視覺的角度，如此才得以進入一個世界。對初入

加護病房的家屬而言，最先經歷的知覺衝擊，應屬視覺的驚恐。除了承受危急情境、心中恐懼及不安的衝擊之外，因為大多都沒有相關住院及陪病的經驗，以致當他們處在這空間時，往往要將注意力集中在病患目前所呈現的病症上。但是視覺雖提供了便捷之徑，但背後連綿的複雜情感才是真正的引路。

（一）她是我母親嗎？

陪病家屬與病人平日的相處，留下許多熟悉的影像，然而一旦因病進入加護病房，由於救治的需要，全身插滿了醫療的管線以及急救的設施，此時躺臥在病榻上之人的形容，不僅不復記憶中的熟悉，渾身被包裹的身軀，更讓目睹的親人震驚不已。蕭小姐對母親當時因呼吸喘，需緊急送入加護病房進行插管，以及住院期間所出現的反應，就有以下的詳細回顧：

「媽媽送進去的時候人是完全清醒的啊，…很喘很喘，只是罩著一個氧氣罩…呼吸瓶在床上。那時候手臂上只有一個管子而已，其他都沒有。…等了之後進去看就都是管子了…。呼吸管、插點滴的，腳也有啊，腳就有二個，手也有啊，還有這邊有個三插管（指向頸部）…起碼十瓶跑不掉，然後床欄上面有個勾的，也是勾點滴瓶，接到打腳的地方，床邊還有用嗎啡的注射依台，兩台藍色的機器在運作…那麼多瓶瓶罐罐要打，..真得嚇到！…這是我媽嗎？怎麼被管子團團圍住（B2T-091-95）。」

這樣的景象對當事人而言，簡直可以用「觸目驚心」來形容，因為所見的一切並不只是眼睛所看到的事物而已，而是這些「外物」把熟悉親人的軀體包裹起來的情境，對陪伴者的身體震懾以及內心所造成的意義衝擊。蕭小姐說明了她當時的身體經驗：「我很想靠近，卻又不敢走進去…機器好多..當初不是這樣…直到醫生主動向我解釋媽的狀況，我才更確定，躺在上面的真的是我媽（B1T-020）。」這種舉止上的欲迎還拒，所呈現的乃是內心的錯愕感，使得她陷入一種幾乎無法

辨識母親及接受事實的困境。

當她面臨母親意識陷入焦躁的處境時，她一再的否認母親的病況。「媽媽應該不是這樣，尤其他開始出現躁動的模樣，連我叫他他都不理，我甚至在想，她是我媽嗎？當他用力扯我的頭髮，當下我真的覺得，那廿阿ㄟ！（B1T-015）」。母親失控的肢體拉扯動作，讓她的身軀也被捲入到這場疾病的爭戰之中，陪病的角色再也沒有任何身體的距離可言，由此可知病人任何的身體變化，勢必都將牽動陪伴家屬內心的情感絲線。

類似的經驗也發生在張婆和洪姨身上。創傷身體的強烈影像向她們展現，首當其衝的便是視覺的經驗。不同於先前所設想的世界，身體的震撼此時凝聚成爲現實，在視覺中除了病人之外，她們更關注空間中多出來的許多設備及病人出現的躁動行爲。梅洛龐蒂（2001）認爲，外部知覺不是一種純粹的視覺經驗與心理事實，最重要的是外在與內在知覺的共同把握，而這樣的把握，是建立在一種「身體--主體」的基礎上時才成爲可能，將肉身存在的我的身體和作爲主體存有的我視爲不可分離，方能分辨所視對象之於自身的意義。就像在前述蕭小姐的案例，停留在視覺震撼的當事人，直到想起確認是自己的母親時，才開始感受到病患的身體與呼吸管及注射留置針之間的相依性，以及這些管子與機器的相聯性，這時的知覺就非僅是視覺所建立的現象，而是還透過對母親原貌的回憶，來對照現在的差異，以確立她是我母親的這件事實。

（二）是我的錯覺吧！

在這樣的身體處境中，病房的陪伴家屬對於病人的認識，會從他們瞬息萬變的面容去觀看，企圖從中解讀出病人目前的狀況，但卻往往無法確認，蕭小姐對此解釋說：「感覺自己好像有錯覺吧，在加護病房時，總覺得他的臉色不是很自然，因為他之前的臉色都還蠻紅潤的，但 30 號、31 號，日子一天天過，每一天進去看

到的面相都不一樣，真得變得很不尋常... (B1T-015)」。

研究參與者的知覺經驗在初始的回憶與當下的看見之間拉扯。病患在轉入加護病房前，於病房輸血後，面部紅潤且身心舒暢，因此，面部紅潤曾是她作為判斷母親是否好轉的檢證因素。這檢證因素在內心底層的運作，並為研究參與者指向某種彰顯的意義，感覺病患的臉色紅潤是一種被動發生狀態。感覺病患的臉色不是很自然，卻又說不出所以然，感覺「面相都不一樣」，卻又說不出哪裡不一樣。這是因為研究參與者先前認定臉色紅潤是輸血處置後的結果，且具有身心舒暢的附帶價值，所以她並非單方面關注臉色紅潤的程度，而是對這處置所帶來的整體意義有所覺察。

胡塞爾以發生學角度看身體感與時間性的關連，他指出過去的時間首先並不是以記憶的形式在她的經驗中產生活動，而是以一種模糊的身體感之誘惑狀態出現。呈現一種真正對象不甚明朗的「仿若對象」，其指向某種意義方向前進，甚至可以據以取消、擱置或是刪除某些不確切的解釋或判斷，直到一個明確的回憶圖譜浮現出來，直到一個明確的時間、空間定位被給出在這個身體感周圍為止（龔卓軍，2006）。因此，表面上看似簡單的病情辨識動作，其實卻有其主體身體經驗運作的內涵做為背景加以支撐，而這身體的參與即在陪伴家屬對病房整體情境意義的領略中表現出來。

（三）感覺他人的痛

身體感是整體的經驗，依據不同的感官程度，知覺不同的面向。在世界裡，我們與他人間的相處，也是透過知覺面向來對彼此有所回應。雖然非身體親身經歷，卻也因過去曾與他人共在過的情境，而感受到痛苦。洪姨看見丈夫因為一段時間未進食，才剛進食不到 100ml 的牛奶，腹部就開始腹脹。緊接著幾天，腹部開始由脹轉痛，病患也因此不再想吃東西。常是皺著眉，抱著肚子彎曲側睡。每

次訪視時，洪姨都站在病患的床邊，手握著他，另一手不忘擦拭額頭的汗，她一邊凝視病患，口中不忘說些鼓勵的話。

有許多次，洪姨從手提袋內拿起萬金油，用雙手塗抹著病患的肚子，塗抹期間洪姨臉上的表情，始終憂愁痛苦。當力道掌握不當，病患的呻吟聲常引起她的自責。有時候，洪姨必需停下來，將眼眶的淚水擦拭掉，此舉每次都會引起病患的注意。病患拉著她的手，她別開臉，似乎不想因此而引起他的擔憂。病患其實明白，只是氣切讓他無法說出口安慰她，而她又不識字。於是，靜默成了彼此的對話。當探訪即將結束時，洪姨會不時瞧瞧手中的分針，她必須盡快停止所有的活動，她通常選擇在最後的時間，靜靜呆在丈夫的床邊，手緊握著對方。時間雖然已經到了，她心中很明白，從她不時張望四周與手上的錶看來，顯示他正處於不安中，不忍放開丈夫的手，直到醫療人員至床邊提醒會客時間已到，才緩慢走出加護病房，其間仍不忘回頭看看丈夫（95.12.13 田野觀察紀錄）。

在一次的訪談中，洪姨說起的當時感受到丈夫疼痛的經驗：「他那時候在痛，我看他這樣痛，我心理更加痛。他在痛、清醒時在痛的時候，那一幕我看過很多遍，看到…我只能出去外面就是哭而已，不知道該怎麼辦，我也不敢在那邊看（C2T-020）」。蕭小姐陪伴母親因肺癌所引發的胸背部疼痛已一個月多，她同樣感受到他母親的疼痛：「我希望我的媽媽胸部跟背後的疼痛可以緩解，讓她覺得舒服…，因為她如果痛，心情就會很差…看她眉毛都皺在一起，我就知道他又再痛…讓我很不忍心…（B1T-018）」。

人從自身所處的觀看位置，如果觀看的意識只在存在之外，那麼意識不會受到他人存在影響，而始終都在自我的思考內活動。洪姨和蕭小姐因為能夠感知疼痛對病人身體的干預，是造成病患當下不舒服經驗的因素，即使我沒有我的知覺生理條件的知識，也能把想像和離散的意識、視覺、聽覺、觸覺，以及先於和外

在於我的個人生活的諸感覺場聯繫起來，雖然沒有直接經驗到疼痛，卻也因與病患過去曾共同體現疼痛的知覺感受，因而更能及早或是相較於他人，更能同理病患的痛苦。

站在互為主體的觀點上，我們用間接的方式，描述我們所經驗的世界，如何同樣為其他心靈或自我所經驗。我們與他人擁有世界與其事物之間的關係，就像各自站在立方體的任一切面，是各有所意會的境界。它不僅是包括我所看見的，並包括可能看見的，它還是另一個人在此時也看見的東西，具有同一性的層次。在互為主題的論述下，他人與自身都是顯現的接受者，對身體發出的意向，傳達了世界與其中的事物對身體中的心靈是如何顯現，他人的身體還能夠對我傳達世界是如何呈現，他們提供對事物的另外觀點，有著另外的超越自我（Sokolwski, R., 2004）。

家屬與病患因關係讓彼此處於相同的立方體中，當家屬將從自己的觀點移置到病患的觀點，則會經驗到病患所直接碰觸的面向，進而了解到病患對痛的感受。看見，同時也是一種確認，不僅是看，而是將看融入整個知覺到的經驗世界。不論用在確定她是否是我的家人或是我的錯覺上，抑或是某種症狀的感受上，都包含著相同的目的，亦即更接近現象發生之處，因為陪伴經歷危急的場面，又面臨所處情境為被隔離的世界，所以他們所需要的，除了專業醫療團隊的醫治外，更重要的是，可以藉由「看」，來確認病人的身體已走到什麼位置，以便化解對危急情境的擔憂。就像洪姨所表述的：「....每天我都一直在外面等，等的就是希望可以常看到他，看到我才放心，看不到心裡就是懸在那裡，很怕他會自我放棄，當他在想有的沒的，有沒有人可以給他幫助...（C1T-007）」。

因此，自從病患住院後，她的身影常不定時的出現在加護病房門外，獨自靜靜地坐在正門前的椅子上，望著前方的鐵門及白色的牆面。當加護病房的鐵門開

啓，就會瞧她伸長頸部，趨曲向前，眼神不停轉動，似乎在搜尋什麼。時而皺眉，時而微笑，有時還會喃喃自語。當門一關上，表情及動作便歸於沉靜，靜靜地，等待下一次開啓。有時會客的人潮多，阻礙的她的視線，她便会起身，靠在門邊，以便門一開她就可以穿透人群，看見病房內的活動。每天不斷重覆做著相同的事，也傳染了其他訪客的家屬，總會將這個位置主動讓給他坐，接續她的探望(95.12.09 田野觀察紀錄)。

從以上關於洪姨的等待的身體經驗敘述中，我們可以看出，坐在病房外「引領企望」的身體以及「不停轉動」的「眼神」，說明了洪姨「關切」臥病丈夫的心情；「皺眉」與「微笑」的時而交替，則是內在心情變化的外顯表徵，偶爾出現的「喃喃自語」則是在無人可以分享的狀況下，一種意向性的話語呈現。「反覆」地搶占「第一順位」的等待，意味著一種身體行動模式的固著，這樣的固著不僅可為她帶來安全感，也滿足了她急切想與案夫見面的渴求。這個身體模式所具有的「感染性」，則說明了所有於病房外徘徊等待的家屬，對家屬有志一同的關切心情。

這在門外等待的身體經驗，也同樣反映在張婆身上。每天固定在早上九點半及下午兩點半，張婆的身影會現身在加護病房外面，等待探望在第 x 床的先生。這個時間與加護病房門外標示的，第 x 床可以探訪的時間提早了一小時。她時而坐在門外的椅子上，時而在門外來回踱步。不停關注加護病房的鐵門與手上手錶上時針與分針的走向。當鐵門一開，她總會起身靠近門外，注視著裡面的情況。有時耐不住等待，就會上前詢問護士可否提早會客。這樣的等待場景自從他的先生轉入加護病房一個月多，已成為她每天固定的生活行程。她每天都在等待一天兩次的會客時間(96.6.20 田野觀察紀錄)。

在牆邊等待著會客的身影是焦慮的。從他們的眼神不停關注鐵門開啓的狀態，起身來回踱步，以及急著詢問可否會客等動作就可明白。只是簡單的眼神關

注，視覺連結到腦中的意象就會開啓，想像著心裡面的畫面。雖然只是起身走動的動作，卻是牽涉到整個身體肌肉、神經活躍及風吹過皮膚上的感覺等，都是一連串身體最直接的反應。因等待產生的焦慮，不自覺由身體表現出來，除非去關住它，不然很容易被自我所忽略。因此，有時會聽到家屬說自己很容易疲累，比較沒體力等。

以上這是在還未進入加護病房前在外等待的身體經驗，如果進去了裡面，會客時的身體經驗是否也反映出某種焦慮，讓我們看看張婆會客時的身體表現。

這天會客剛好遇到護理人員幫病患換藥，就在張婆會客前 20 分鐘就已經開始進行了，但這已經延遲了她的會客時間約 10 分鐘。於是，護理人員就讓張婆先進來等，只見張婆快速走向丈夫的病床。護理人員跟他打聲招呼，說明即將結束換藥，請她再等一下。張婆頻頻點頭回應說：「沒關係，你們慢慢來。」隨後護理人員將原開啓一小縫隙的簾子再度關上，張婆就在簾外繼續等待。她徘徊在簾外不停走動，當裡面出現聲音時，就停下來，似乎在聆聽什麼。有時聽不見還會側身使之更靠近簾子，就在這時候，她停了下來，她似乎看見了什麼，眼睛直望簾子前方。從地板透光的情形，她好像找到了可以看見裡面的角度觀望。不久後似乎因為被裡頭的護理人員發現，所以簾子被拉得更加密合，她隨即離開視線，假裝若無其事的走到原先等待的位置。護理人員這時拉開簾子，向她稍作解釋後，隨即清理東西離開，留下張婆走到丈夫旁會客（95.06.22 田野觀察紀錄）。

事後有次張婆談到那天面對丈夫換藥的情況時，她說：「像那次他們（醫療人員）發現我在看，可能怕我看見會怕、會擔心，就把簾子關緊一點，其實反而看見了，回家比較不會想東想西（A1T-078）」。從她四處走動、側身聆聽裡頭聲音的身體表現，我們都可以感受到她對被簾子隔開、看不見的焦慮反應。她不停尋找可以進去的入口，想要藉著「看」來減緩內心的焦慮。在她的身體裡，還儲存著

過去的身體創傷記憶，可以是非常個人的身體受傷記憶，也可以是人際之間的身體創傷記憶。

某一種特定的身體對象或習慣，在這個不確定的等待經驗中脫軌了。在時間方面的特性則是：首先身體陷入崩潰，其次是接連的失落感、就醫與復原經驗。生活時間在此被打斷及打亂，接下來的身體處理，又會讓身體本身更加記住這創傷，身體創傷記憶顯然牽涉到生活身體的破碎化與片段化。身體習慣雖然通常是把身體整合為一個整體來運作，卻成了拉岡所說的「變成破片的身體」(fragmented body)，片段之間不相關，無法產生連續自發的行為、規律感和運作自如的靈光感…，如果回到我們身體記憶的原始創傷，我們很可能以一種較次級的創傷方式來面對它，也就可能產生出防衛的狀態。」(龔卓軍，2006)。

因此，我們會看見個案因過去的身體記憶創傷，不斷找尋已被搞亂的規律日常。對洪姨而言，創傷後的丈夫，改變了吃的慾望與即將轉變後的型態（鼻胃管灌食），不同於先前日常生活的樣貌。也因如此，每回進行訪視時，她都不免會詢問護理人員目前是否可以進食。如果已進食，就再進一步詢問吃得如何。吃對洪姨具有某種生存靈動與常人規則，如果沒有進食，人就沒體力應付壓力，就無法恢復成原先正常狀態，擔心丈夫會自我放棄的念頭就會愈強烈。所以，她勢必必須有所因應，時常敏銳運用自我的感官去察覺環境裡的不同，聲音，也成了關注的焦點之一。

二、聽覺驚怖

在加護病房的環境中，首當其衝的聽覺印象便是機器聲，其次便是醫療人員的交談聲。陪伴家屬敏銳地利用他們的聽覺，去獲取更多資訊以檢證他們對親人目前狀態的認定。這一點從蕭小姐的反應中，可以看出端倪。

她不停的安撫著母親。因為剛轉入造成的不適應感，讓她的母親顯得很焦慮，雖然過去曾經歷過舅舅插管的經驗，但這裡傳出的許多聲音都是陌生的。加上病房的隔離病房，聲音的傳導便更是明顯。在病房內，他看見了一台生命徵象監視器利用線路連接到母親身上，每次只要母親一躁動，機器裡頭最上方的心跳就會「鏗鏘」作響。此時，位在母親左手邊的呼吸器同時「滴..滴」作響，她注意到原箱置在嘴裡的呼吸管與機器的連接管脫落了。蕭小姐的身體開始顯得緊張與焦躁不安，慌張地正預備往病房外走時，護理人員已前來處理這個場面。她原本不斷注視著病人的活動，但當護理人員朝她站的位置走過來時，她馬上迅速離開，移到另一個地方，似乎害怕阻擋護理人員的路。就在她挪動幾次，終於覺得自己站在認為安全的位置上，便靜靜地看著護理人員迅速將管子接上，然後按壓其中一台白色點滴幫浦上的某個按鈕，傳出陣陣「嗶嗶」聲。後來聲音隨著她動作的停止而結束，頓時，一切回歸平靜，僅剩下機器正常的運轉聲。蕭小姐不自覺的嘆了口氣，卸除了緊張的情緒，隨即問護理人員，剛才整個情況到底是怎麼回事。聆聽之後，隨即又回到病房內繼續探望病人（95.10.27 田野觀察紀錄）。在訪談中，她也分享了那次經驗背後的想法：

「尤其是那種黃燈在叫的滴滴聲，因為媽媽會咳嗽嘛，那機器的黃燈跟紅燈就會跳，我當下就會很想衝去找護士，可是護士已經進來了。在那個當下聽到那個聲音會很緊張，因為會擔心媽媽呼吸是不是怎麼樣，因為很像那種心電圖嗶嗶嗶叫的聲音…（B2T-134）」。

研究參與者的知覺被週遭所傳遞的聲音占滿眼前思緒，機器的聲響傳來耳邊既陌生又恐懼，在於過去記憶尚未建立此等聲音對應出的形象，因此感到緊張。聽覺在空間裡與身體對應的態勢就像是：「在音樂的音符當中有一種微小的韻律可以被辨認出來，而被聽到的音程只是某些張力透過身體被感受到的最終模式化，它在回應可感覺者本身就是『某種存在的旋律』」（龔卓軍，2006）。蕭小姐處於加

護病房內的隔離病房，面對母親的焦慮與環境的陌生，從這裡發聲的機器樂章，聽起來都像是行進大隊。它反應的是處在危急中的病患生存張力，透過機器發出的旋律擺盪，很自然地將身體感官與環境擺在共同的時間序階中。當呼吸器發出「滴..滴」作響，就是病患呼吸有狀況，必須及時給予處理，不然將殃及生命。如果同時再加上生命徵象監視器的「鏽鏽」作響、點滴幫浦的「嗶嗶嗶」，讓這裡儼然就像是交響樂隊的演奏場，陪伴家屬的焦慮勢必會提高到難以處理的程度。齊克果曾言：「焦慮害怕它的對象，但是卻又與他的對象保持一種若即若離的關係，視線無法離開它，事實上也不會離開它…」(May. R, 2004)。這足以形容陪伴家屬對環境裡聲音的因應，很害怕它的發生，因為那是自我所無法控制的情況，卻又不得不關注它何時會發生。

陪伴家屬隨著會客訪視的次數增加，會漸漸熟悉並試著掌控這些聲音。藉由當下與護理人員的詢問，釐清了解此種狀況，將當下聲音與視覺彙整後進行意義的聯結，把病況歸因於某種情境下才會發生的聲音。例如，洪姨面對丈夫陷入危急時，因為血壓低、心跳快，醫療人員施予大量點滴治療及輔助 Dopamine（多巴胺）藥物治療，當時 Dopamine 藥物就掛在藍色的點滴幫浦上，洪姨對著生命徵象儀器上的血壓值描述說：「...低就是不好，我看大多低於 100 這台就會嗶嗶叫，小姐就會來看...可能接那台藍色的機器，就說是滴救心的藥，上面寫英文字我看不懂，反正就是人已經快不行的藥... (C2T-018)」。

研究參與者藉由詢問，得知機器裡每個數值的訊息為何意義，藉由看到的數值與聽到的聲音，判斷就是生命徵象監視器裡的血壓低所發出的訊息。透過影像與聲音的聯結，逐漸對空間裡發生的事物，開始有新的認知面貌，也減緩對於聲音的焦慮。但他們仍會關注週遭所發生的一切，像是醫療人員之間的談話、他床發出的聲響。

張婆關注眼前所發生的事，常和他一同在外等待會客的家屬，此次不但比她早進來會客，還有醫師進行病情解釋。當她通過他們的時候，腳步刻意減緩，並轉身觀望他們彼此的互動。病房裡，丈夫就安排在與那位家屬間隔兩張床的位置上，張婆在丈夫身邊停下來，她仍聽得到少許他們的對話，看得出來她似乎無心會客，於是研究者前去詢問她當時的想法。她說：「好像情形不是很好，看醫師跟他們講的時候，她看起來就不是很好...她跟我一樣，都是一個人來看阿公，有時候會碰到，就會聊一聊自己的家人的情況」。她一面說著，一面轉頭望向發聲處，隨即回頭向眼前的丈夫說：「頭ㄟ！你就要加油，別讓我擔心」，病患未立即給予反應，張婆又繼續說：「頭ㄟ！你有沒有聽見？進來看你ㄟ！你眼睛睜開啊！看看我」...此時張婆的視域已逐漸轉向，擺放在她原來關注的焦點上，但對這場景的注意，事實上只是暫時擺在心裡未處理。張婆會客結束後，主動提及一些話題，是她對昨天會客情形的回憶。「...進來的時候(送進加護病房)情形就不是很好，好像是被車撞的，昨天護士出來請他們進去...我問護士也是這麼說，...很可憐！」(95.06.20 田野觀察紀錄)，不免看出她對這件事的在意程度。

目光的注視是一種預期活動。藉由研究參與者的反應，我們發現視覺是一種引路，接踵而的聲音傳入則是強迫與不自覺的傳導，它早已連結感官裡相關的訊息，透過知覺彙整而出。李歐塔所謂的「自成一格」，是指種種感覺的發生會彼此表達與共鳴，亦即所謂的「聯覺狀態」(synaesthetic perception)。這使得張婆雖然當時仍專注於丈夫的樣貌，但透過回想，在腦中仍可以看到當時他們對話的聲音，聽到影像。她已將此部份融入她的會客情境裡，用一個他自己可以解釋的感覺為當時進行回應。依據梅洛龐蒂：「當我說我看見聲音，我的意思就是透過我的感覺存在我回應著聲音的振動，而特別是透過我自己容易是到聲音所影響的尺度。」(龔卓軍，2006)。在這個聯覺的脈絡之下，身體感超越許多感官之間的神經系統溝通，回應著感覺在各種層次中串連與移動，感官間是互相交流開放，在面對丈夫視覺

的當下，她也同時接收到聽覺的同時性，構成一套表達的旋律，而這當中，必涉及觸覺的手感。

這裡分享洪姨一次會客的經驗。當時她丈夫的身體仍處於不穩定當中，血壓與心跳時高時低，加上呼吸訓練並不順遂，更是讓她陷入焦慮與不安中。那次的會客，她已經陪伴近 10 分鐘，面對斜對面那張床不斷進出許多家屬與醫護人員，讓他感覺似乎有事即將發生。很快的，這裡又歸回平靜，僅剩下 1-2 位護理人員留下來處理。她試著讓自己的焦點只擺在丈夫身上，丈夫似乎也感應到某些事。他主動握緊洪姨的手，輕輕在他耳邊說：「沒事，別想太多」，一面用手來回撫摸他的胸前。突然，推車發出的聲音引起了她的注意，她轉頭將目光集中在推車的推動上，讓他明白，它正推向斜對面的那張床。她很快別過頭，注視著她的丈夫，兩者對望，她又再重複一次：「沒事，別想太多」，丈夫示意地點點頭。沒多久，護理人員前來將床簾圍上，他們就在裡面，靜靜的握著彼此（96.12.12 田野觀察紀錄）。事後，與洪姨談起當時的感覺，她詳細表達當時的場景：

「...當那一台車推進來，我一看就知道要做什麼，因為我在外面等的時候就有見過」，過去經驗幫助洪姨判別此時的狀況，她說到：「小姐雖然把窗簾拉上，不要讓我們看見，但那台推車喀拉喀拉通過我們這裡時，我跟阿伯都不敢出聲，其實阿伯他也知道...」，洪姨說明這樣的經歷在過去會客時間，曾被病患所提及，而這樣的經驗已經不是第一次，最近一次的經驗是：「早上休息室又通知一個家屬叫他們要載回去，說早上已經沒有在呼吸了」。這經驗讓洪姨感到不安，也引領她想像一旦面臨時的畫面與場景，「如果真得有那一天，我該怎麼辦，我是真的會煩惱，不是不會怕，我也是覺得很恐怖會怕...（B2T-064）」。

已經不是第一次的經驗，為何仍觸動著研究參與者與病患的心？雖然視覺被床簾遮掩，但聲音所縈繞出的視域卻近在眼前，聽覺提供我們指認在空間裡那個

發出聲音的某東西是什麼，她有著過去在外邊等待與家屬休息室延綿而來的推車記憶，病患則有著病房內其他床病患的死亡經驗，他們的記憶都交錯在推車上。雖然所感知的場域不同，不變的是對死亡的臨近感，當推床通過他們的身邊時，聽起來「喀拉喀拉」，就像是死亡班機，接送旅客到達終點，他們害怕上車，選擇沉默與緊握對方來應對，看得出他們對死亡的焦慮。他們將聽覺集中在聆聽推車的動態裡，腦中不自覺想像過去曾經歷過畫面。

這是身體各個器官隨時準備通過協同作用讓知覺被經驗到，讓被感知物體始終表現超驗性，就像觀看一部譯成法語電影時，我不僅注意到話語和畫面之間的不一致，而且我突然也感到電影還有言外之意，放映大廳和我的耳朵迴盪著譯文，對我而言，譯文沒有聽覺存在，我的耳朵只是為了傾聽來自螢幕的另一種無聲話語，當聲音的中斷突然使繼續在銀幕上轉動的人物成為啞巴時，不僅是人物的話語意義突然離開了我，而且畫面也出現了變化（Merleau-Ponty, M., 2001）。在圍簾的裡面，看不見推車，推車沒有視覺意義，卻有著眼前病身被醫療物品凌駕的畫面當作背景，耳朵傾聽來自外頭的聲音，構成腦中繁雜的訊息。一旦外頭的聲音停止，構成腦中繁雜的意念也隨之停止，回復原先陪伴時的寧靜。因此，身體正是有一個感覺間相等轉換構成的系統，總是皆由不同的感官構成有意義的單元。

三、觸覺即離－為什麼還是這麼腫？

知覺當中，觸摸經驗的身體向度最易將意向經驗與身體做聯結，直擊在當下直接進行反應。張婆提到丈夫經歷多次住院經驗，此次入院波瀾更多。先是住到病房裡，請外傭協助幫忙照顧，她始終不忘幫案夫龜裂的肌膚塗抹乳液。當丈夫察覺她的手是冰冷，就會把她的手放進他的被窩裡取暖。在張婆的感覺裡，病患溫熱的身體帶給她幸福，自從病患進入加護病房後，隨即而來的呼吸、感染等症狀逐漸將病患的意識奪走，他已無法再主動握她的手，這點讓張婆很在意，每次

會客，她必定一直詢問病患：「頭ㄟ！你有沒有聽到我在跟你說話。」隨著病程每況愈下，病患四肢開始腫脹，腫遠超乎先前的一倍多大，四肢也跟著冰冷，甚至因腫脹所帶來的傷口，不得不以紗布包住。雖然如此，張婆每回會客，還是習慣觸摸病患的手。她察覺到他的冷說：「怎麼變得這麼冰。」隨後將病患的手放在自己手掌間來回搓揉，並用乳液按摩他的身體。這是自從張婆察覺他的手變冷後，每次會客必定重覆的事。從可以全然握住，到只能握住一半，再到僅能握住沒有包覆紗布的手指，張婆感受到病患的身體正逐漸朝向衰弱的情況走去。某次訪談中，張婆分享對這樣變化過程的感覺：「手愈來愈冰了，幫他搓手、按摩好像都沒有改善..人家說，手冰冰的不好，表示血循差，以前阿公都不會這樣ㄟ！....以前和他一起睡，因為我冬天四肢都比較冷，所以都架在他身上，他老是說，我身體比他差… (A1T-075)」。

雖然陪伴的時間僅限於會客時，但面對陷入危急中的丈夫，研究參與者的意識流始終不間斷的隨著感應前進。觸摸病患的手是接續以往的照護習慣，但知覺到冷的感覺卻很鮮明，因不同於以往的經驗引起她的擔憂，加上前理解建構在「手冰冰就是血循不好」的觀念上，也間接影響了她自身對病情的擔憂與解釋。胡賽爾認為，觸覺比視覺更根本，尤其在身體的某種部位觸、捏、擠、抓、推、壓另一個身體部位時，會讓「身體感」本身形構出來，所有產生的感覺，都有它們的區位化作用 (localization)，透過在顯現中的身體感的位置得到區別：「移動我的手指，我有了動覺，這些動覺是透過在我手指表面不斷改變和延伸的感覺而形成的，但是，在這感覺叢結的內部同時具有一種內涵，它在內在的數位空間中擁有了它的區位化作用。」這種「區位化作用」可以從所感覺的對象事物，拉回焦點，集中注意在身體當下的感覺，透過觸覺本身，對外物在輪構中構成感覺圖式 (龔卓軍，2006)。

研究參與者藉著手掌溫度對病患施予搓揉按摩，先於她的視覺覺察到其身體

外觀變得浮腫，再透過觸覺，感受到它的冰，故研究參與者試著用搓揉按摩的方式消除病患因腫脹而冰冷的身體。這並非在於研究參與者感受到腫所帶來的感覺，而是透過病患身體因腫而造成冰冷的反應，像是暴露在棉被外面、很難活動、血循變差等，感受到腫對丈夫的影響，因而展開消腫的行為，最終的目的在於改善四肢冰冷的現況。

四、味覺難過—我都吃不下

傅柯舉出「自我關注」的三種內涵：首先「自我關注」牽涉到一種態度，一種關注自身；關於他人、關於世界的態度，其次牽涉將注意力轉向，由外部、他人和世界轉向「自己」的存在。再者，它還牽涉到自我控制、自我改變與自我淨化的相關實踐，如聆聽、沉思的技術等，因此它所不僅涉及知識、權力、倫理關係處理外，也涉及自我如何面對自我在思想、感覺、關係、生死流變中，主體性與真理的間距（龔卓軍，2006）。在病患與家屬間關係的流變中，藉著自我關注到他人處於危難與病身所顯現的面向，不斷刺激著身體的知覺，從視覺經驗到事態模樣，聽覺驚恐事件正預備發生，到親身觸及病身溫度的改變，無時間絕地影響著自我存在的價值，間接也改變了味覺世界。

張婆陪伴病患在加護病房已經兩個星期多，訪談時，說起一路上的陪伴經驗對她的影響：「他在加護病房，我瘦了 6 公斤，吃都吃不下，東西只是含在嘴巴裡，然後吞下去，一點味道也沒有，他人在加護病房，情形也不穩…老是在想頭仔現在怎樣，情形有沒有穩定..想到阿公現在這樣，過去他讓我這麼辛苦，卻都沒讓我享受到...(A1T-060)」。

洪姨經歷病患因為疾病關係，通過食道的管徑變小，以至於無法順利由口進食，從入院一開始的插鼻胃管經驗失敗，一直到病患進入加護病房後 5 天清醒，

才開始嘗試由口進食，但是「等到他開始可以吃的時候。吃下去之後就脹住了，那時候可能是餓太多天了，突然牛奶不合，就吞進去，裡面胃腸蠕動，過不去就脹住了…。肚子脹住以後，他那時候很難過，很想我進去…看見他吃了之後是這樣的結果，我根本也就吃不下（C2T-006）」。從這些陪伴家屬的身上，我們看到一個共同點，就是他們的視域始終朝著病患開展。當感受到病身身陷苦楚狀態，直接影響就是吃不下，對食物產生一種隔離感，倒非無法去吃，而是由心產生對吃的味覺改變，食物入口就像水通過喉嚨，無法感受到食物的味美。

知覺的面向是整體的，透過真正的實體具體呈現出的感知，我問我自己，我看到了什麼，就已經確定了認識內容，理解後的反省將我們自身帶進為我存在的可能性，看見他人正在受苦，受苦背後是為存活而持續努力，隱喻自身也應如此投下努力，這是其中一種知覺體認。事情總有一種根據整體要求安排的意義完形在操弄著，它不具有絕對，因為每一場身體知覺活動都是在整體參與世界中提煉出來，再以自我目光投射在某一部分景象上，因此，張婆對味覺的改變不見得等同於洪姨，只是他們都以吃不下來表現對病身的回應。

五、身體感的危境

身體感是整體身體的表現，結合視覺、聽覺、觸覺、味覺等感官器官，然後在身體裡形成一種知覺經驗。因此，它無法去說，這是那一個感官所表現出來的感覺，早已是各各感官系統不自覺融入於情境中，直到我們透過自身檢視自己的身體經驗，才會變成一個已知的面向被我們所驚覺到。

洪姨向研究者表示，自從兩年前病患被診斷為食道癌後，而且小孩很早就離家，因此，一直都是她獨立照顧病患，洪姨感覺自己「變得很容易疲累，比較沒體力，就是精神都很緊繃，感覺壓力很大，很多事情聽過就很容易忘記，真得很

糟糕… (C3T-C037)」。此外，她也談到之前的一次開車經驗：

「平常都是自己開車往返醫院和家裡之間，我的身體本來就比阿伯好，但是有次開 86 線道的時候，開著開著結果就睡著了，撞到安全島，整個人清醒，我嚇了一跳，我那時候才感覺到，原來自己是這麼的累，我從沒這樣過…才想到自己一邊要做工作，一邊要照顧他，他那時脾氣還很壞，精神壓力也真得很大…在那之間，我都一直以為自己可以應付.. (C2T-030)」。

張婆則提到病患自從轉入加護病房這陣子，對她身體造成的影響：「回到家裡都恍惚恍惚，身體洗一洗就坐在客廳，連電視都不想看」，以及本身即舊疾纏身：「我心臟不好，血管都緊在一起，心臟藥已經吃十二年了，一旦人太激動，心臟會很不舒服，還有胃會不舒服，心情不好就會痛起來 (A1T-064)」。

兩位研究參與者都經歷到身體處在壓力之下所反映出的外在樣貌，像洪姨藉由撞到安全島才驚覺到自己真得是累了，在未發生這件事之前，她渾然不知自己的身體狀況是處於怎樣的狀況中，直到身體受到外在強烈衝擊後，此經驗現前才被自己察覺。正如 May, R. (2004)所說，本能傾向的挫折之所以帶來焦慮，是因為挫折威脅到人際關係中的某些價值或表現方式，並且對個人的安全至關重要。而張婆的身體經驗則是察覺到自己身體已經產生了變化，而這變化是來自於精神壓力所導致的。因此，我們能夠明白在壓力處境下的身體表現，是一種透過轉置而後發生，是需要靠存在的明証面向去驚覺身體變化，一種「符應的真理觀」，透過現象所呈現的面向被我們所考察，先放入引號中，然後經過自身反思，回到直接的接受上 (Sokolwski, R., 2004)。

藉主體互動間的身體知覺，讓我們似乎找到了通往病身之路，不論是可見或

是不可看見的形體向我們現身，都因著自我對此空間的急迫感而出現不同的感受。換言之，此空間情境不停有變動，相對人對危急的感受也有不同層面的回應，最重要的是，眼前家屬感受到危急事件時，自身的投射被擺放在哪一個位置上，而與是否一定會出現較無關聯。他們僅是試圖讓某種已在當下的樣貌如實呈現，找到可能可以共同理解的區塊。只有當我們的反省活動，和一切有意識採取的立場，建立在「前個人」的意識生活，才會理解這一切。

語言是人類溝通的基本工具，當語言失去時，這個空間就可能產生斷裂，加護病房多的是插上呼吸管的重症病患，語言多被湮滅到另一個自我世界。一個只能藉由看然後猜想、想像到自我對話的模式，往往會有差異，差異就現身在斷裂之間，需要透過過去回憶裡的交往情節，為「什麼」下立「是什麼..」的指向，就要進一步體認彼此關係間的運轉與相識程度來了解。

第四節 極端處境的時間片段

時間在人類的生活中既抽樣又具體。時鐘和日曆是最常用來告訴我們時間的事物，有時還會聽到一些像是時光飛逝，時間可以治療一切...等說法，所以每一個人對時間似乎都有不同的解釋方式與認知，但是到底時間是什麼？就主體經驗的現象時間而言，時間經驗是融入生活情境之中的，必然無法免去自己主觀的詮釋，因此與客觀的線性時間基本上是不同的。

對時間進行的哲學分析，多是強調人的存在時間性與歷史性。William James 對時間的分析重點在於「意識到的真實現在」(sensible or specious present)，認為過去與未來只有在現在才能被經驗到。Sokolowski, R. (2004) 則將時間分成三個層次：第一、世界時間 (world time)，是時鐘與日曆的時間，可被測量與檢驗；第二、

內在時間 (internal time)，是屬於心理活動與經驗，藉知覺意識到的意向與感受發生於此；第三、內在時間意識 (the consciousness of internal time)，是對內在時間的覺察與意識，是難以被描述言說的層次，他形構了我們意識生活中發生的活動，像是知覺、想像、回憶與其他感受經驗的時間性皆是。

加護病房是生命陷入危難時所處的隔離空間，在此情境空間中的陪伴家屬，其會客時間被限定在 20 分鐘內進行，探訪過程在時間的序列上，便可被區隔成「發生創傷的當下」、「等待會客前」、「會客時」以及「會客後」等幾個時間階段，這是屬於世界時間的範疇。但是在各個階段中，陪伴家屬的主體時間則是屬於上述內在時間的分析範疇。本節描述與討論的重點即在於，這些不同時間階段中陪伴家屬的內在主體時間經驗有那些重要的特徵，以及個階段經驗特徵的差異為何。

Husserl 採取和 James 相似的路線，提出當下 (the living present) 的觀念。當下顯現為斷裂不連續，我們不會經驗到自己在時間中綿延的感覺，所經驗的都是片斷的閃光、現在與片格，經由記憶將先前知覺的片格連接起來才會得到連續感，當下即是任一時刻的時間整體，主要由三個環節組成：主要印象、持存與突向，持存與突向跟著主要印象指向未來與過去。Heidegger 的時間觀念上，則認為人的存在是一種「時間性」的存在，以一種陷落 (Verfallen) 的方式投擲在世上，終極目標是理解存有的意義及其與時間的關係。而 Merleau-Ponty 的知覺現象學提出的時間分析，則提出存有 (being) 與意識 (consciousness) 是相互影響的，都被放置在世界上，透過對過去的反省與未來的解釋來了解自己 (Sokolwski, R., 2004; Pollio, H. R., 1997)。以上這些現象學者對於主體時間的見解，都將構成以下文本解讀的前理解基礎。

一、創傷當下的衝擊

癌症末期病患的家屬，在尚未經歷病患的創傷事件之前，大部分已經能在日常生活中，與病患的疾病和平共處，疾病甚至已成為病患與家屬生活的一部份，例如張婆就這樣描述她過去陪伴病人的過程：

「阿公自從大腸癌開完刀後，身體就比較虛，我都讓他睡在床的外面，好讓他方便去廁所…他最喜歡就是坐在客廳看電視，一看就是好幾個鐘頭，我都洗完衣服做完事他都還再看，你看有多厲害…下午六點多是我們散步的時間，他都握著我的手，另一手就拿著柺杖，…我們不常聊天，自從他的體力變差了，人就不喜歡說話…，都是我跟他說的比較多，…他都了解，很多事其實不用說太多也了解…（A2T-023）」。

張婆從過去的記憶片格拼湊排列，還原當時自己與病患的意向。帶病的身體雖改變一些生活作息，在時間的調整下，被安全掩蓋在心靈深處，並未造成太大的情緒波動。這是某種癌症病患與家屬的典型經驗。癌症可視為一種慢性病，在長久的時間狀態中，症狀的反覆出現，使得患者因病情所帶來的生活變化，反而形成生活的常態，生活新秩序是指向一種不知時間何所終的變動狀態（林耀盛，2002）。靠著共同調整生活作息後的穩定狀態，症狀被放入括弧中，時常被注意，但不常被提醒，當身體症狀尚未顯露，生活常態的樣貌就會一直繼續發展。但是當創傷無預測的出現，超乎其所想像的範圍，就像是災難的現場，會使人迷失了原本的位置。洪姨經歷丈夫從清醒轉至昏迷的場景，從她的表達中，還可以辨識出當時的緊張與無助：

「就是在這裡丫！（指向家中門口處）昏倒，眼睛上吊，我奔命叫他，他都沒理我，等他稍點回神，就說要叫我們村上誰來帶他去醫院，可是之後，整個人

又呆掉了，口中還吐白沫…（C2T-018）」在洪姨想像畫面當中，仍可看見她的驚恐，因此經歷讓她頭一次面對病患轉送加護病房，讓她感覺，「…腦子一片空白，根本沒辦法思考，到底是怎麼了…」，洪姨已無法用言語來足以說明她的無法理解，描述到當時的緊急狀態，她說到「很危急的時候那個力氣不知道從哪裡來呢，平常我抱不動他、背不動他，那一天我真的特別有力，二隻手一抓就把他背起來（C3T-002）」。

「突然昏倒」、「口吐白沫」，病患以超乎人類日常經驗的表現向世界現身，讓研究參與者驚覺病患非常態的表現，可能導致身體完整性的破壞，此時人的意向從心智狀態轉置到前線，只想盡速就醫以挽回性命。創傷不預警的產生，使得我們錯過了細膩的身心互動狀態，未能探究創傷帶來的結構發展。時間在此呈現的是一種急迫的斷裂感。丈夫的創傷經驗雖然歷歷在目，卻使得研究參與者的現實感模糊了，「到底是怎麼了」，這句話說明了急迫感現身的當下，人可能處於失真與否認的階段，無法確切知曉發生了什麼事。Kleber, Figley 及 Gersons 指出，創傷意味著個體與生活脈絡產生斷裂，個體喪失了控制感與確定感，感受到自己與週遭他者的聯繫被切斷，創傷經常反覆的回歸，複雜難解，並非單數的指涉意涵（林耀盛，2002）。當事人知覺到的未來存在意義，可能受創傷與失落的影響，使個體陷入受苦中，並使其與生活世界保持距離，持續小心謹慎的處理。病症依附著身體，已在時間的運行中匍匐前進，病程的轉變雖被預想，但卻無法掌控它何時會發生。一旦發生總令人措手不及。

二、會客前的懸與揪

一場創傷經驗改變了陪伴方式的進行，原本綿延漫長不被受限的陪伴時間，轉變成了 20 分鐘會客的客觀時間，其餘的時間，則都在等待。對於洪姨而言，兩年前爲了就近照顧丈夫，她卸下在校工作的機會，開了間檳榔攤，全心接掌所有

照顧的工作。當丈夫被送入加護病房後，她把檳榔攤關了，跟著丈夫一同住在醫院裡。等待期間帶給她的感受是：

「肚子脹住之後，他那時候很難過，很想進去陪他，我就跟護士要求說，除了白天和下午，晚上是不是可以也讓我進去看一下…」。洪姨面對病患身處腹部不適的狀態，更加擔憂病患病身變化，於是她向護士提出多一次會客的要求，但護士以可以更改會客時間的理由，婉拒了她的請託。這樣的結果讓洪姨只能每天持續「在外面等，等的就是希望可以常看到他…很怕誤了時間不能進去…看到我才放心，看不到心裡就是懸在那裡，很怕他會自我放棄，當他在想有的沒的，有沒有人可以給他幫助（C2T-007）」。洪姨想像一旦病患無力面對眼前的困境而自我放棄，將帶給她莫大的自責，因為看不到帶來的無限想像，增添她內心的擔憂。

研究參與者感受到案夫創傷後的內在時間感受就是「等」。隔著鐵門外的等待是看不到現場的情境，無法看見病身的變化，用「懸」來說明這種等待的心情，有種飄浮不定的感覺。「有時都覺得等好久，卻只看一下下…其實我只要求能多看一次，給我一點點時間…在這裡陪他，病情要好也比會快一點（C2T-C008）」看不到情境引喻許多可能性，當她看見丈夫的難過，聯想看不見的情境就是難過的經歷，增添更多的不安感受。「等」是一種無形的時間流，感受自身的等待是持續到下一次會客才中止，又感覺會客只是一下子，隱喻這裡的「等」是連綿不斷的感受，始終沒有結束。

對等的時間感並非建築在客觀時間的覺察，而是在不安、不確定的情蘊中明顯。她不停紛擾的意向，是無法被刻畫與具體顯現的。因此，一天兩次的會客時間，無法消除她的不安，她需要的是多次的陪伴時間。在研究參與者過去與病患的相處記憶中，她已經習慣在病患難過時陪伴他，同時肯定自己的存在對其病情是有幫助的。

蕭小姐的會客經驗則多是在病人有狀況，醫院通知前往的情況下發生的。她對於收到醫院來電後忐忑不安的心情有以下的描述：

「說實在的，剛開始的時候，護士會常打給我嘛，那時候剛進加護病房的時候，只要打給我，我就會衝過去嘛」，蕭小姐描述到過去病患清醒時的場景，當病患再次回到加護病房時，因為呼吸喘及情緒較為激躁，在藥物的作用下讓病患變得睡眠居多，但看在蕭小姐的眼中，反而讓她在心靈上更想要：「…去看她…..我睡覺時是那種心揪在一起沒有辦法睡..於是我起床就會自己跑去看媽媽…就揪到會痛，你會擔心，就會擔心到底怎麼怎麼，之前醫院都會打電話說你媽媽在躁動麻煩你過來一下，我就說好，馬上過去。可是那二、三天喔，就都沒有..」，雖然場景相同，但過去與現在病患的反應與醫護人員對她的陪伴需求都忽略了，這讓蕭小姐感到更加不安，加上當時病患身上的殘疾：「…感染新的什麼 AB 菌…再加上什麼嗎啡之類的多重藥劑，所以她昏睡的機率比較多，…我就會比較擔心 (B2T-019)」。

病患在感染、藥劑雙重因素產生的昏睡反應，以令人難以理解的「他者」姿態向研究參與者顯現，在時間的序列上，以往的電話聯繫頻率是在客觀時間裡的展現，其中等待電話響起便是內在時間的綿延，透過先前建立的意向，像是感染、嗎啡的多重藥劑等，不斷引發她內在意識的擔憂，看不見真實的病榻現場，只得頻頻幻想災難的情境，結果便是無法入睡、心會揪痛等的知覺描述。而這樣的舉動對逐漸匯入研究參與者的內在時間意識，讓感覺更加環繞在與母親的密切關係逐漸被吞沒的焦慮當中。

張婆陪伴丈夫經歷一個多月的治療，最終宣告無法治癒。當時家中做了決定，讓張婆的丈夫在醫院宣判死亡後，再直接送到殯儀館，她說明了當時的等待經驗：

「這幾天家裡面的人都在等阿公什麼時候要走，一切都準備好了！有時候想到這樣，都覺得好像我們好像希望他趕快走，我覺得這種感覺不太舒服，可是不能怪他們（小孩），他們還是有工作要忙，不能一直待在這裡等（95.07.03 田野觀察紀錄）」。

在這特殊的等待時間中，有兩種時間的意識交錯其中，但是在存在的體驗上卻互不連屬。因為對死亡即將到來的預期，使得家人開始在等待事情的發生，但是又「覺得這種感覺不太舒服」，因為畢竟家屬並不希望病人逝去。非核心家屬的成員們(孩子)「有工作要忙」，不能「一直待在這裡等」，這句話意味著他們處於常規的世界時間之中，無法與張婆一樣存在地涉入病人的臨終世界，所以對他們而言，也就無法有真正的「等待」動作發生。只有不時陪伴的主要照顧者張婆，能夠契入丈夫生病的時間之流，與其發生有意義的交感。「有的時候我們在外面也是很心痛，也不知道要怎麼樣去幫忙他，進去也只能安慰他幾句，讓他心裡知道覺得家裡面的人在關心他，這樣子而已…（B2T-009）」。但是她解釋孩子們的關心焦點則不同：

「…他們（醫療人員）有說，現在只要我想進來，隨時都可以進去看他…小孩子都擔心我會放不下阿公，叫我別摸他，別跟他一直說話，會讓他脫不了身，我都明白，陪他走到這地步，我只能接受，我自己很痛苦，沒把他照顧好，我已經盡力了…現在我已經不常進去看他了，看到…會很傷心。（95.07.03 田野觀察紀錄）」。

此刻死亡的情境已鮮明地向張婆現身，與丈夫的關係也在其內在時間的經驗裡湧動著，但因為已逐漸朝向死亡定置的時間層次，縱使開放了會客頻次，也早已失去本來的意義。原本加護病房是個救治的場域，如今將以死亡做收，對張婆而言，這裡反倒變成了一個不願面對的地方。時間穿透了人與物之間，不同以往

的等待，這時的「等」是死亡的迎接。同樣的，沒有張婆與丈夫的那層情蘊關係，也沒有像她那樣的陪伴經驗，孩子的關心愈發顯得跟張婆對丈夫的意向有極大的落差。她想同他「說話」，想要「摸」他，但這些卻都是孩子們不希望她做的事。最終，她也往孩子期待方向移動，「不常進去看他了」，因為那「會很傷心」。

三、會客時的碎裂與斷續

一般日常生活中的會客經驗，時間不論長短，通常會是一個雙方持續交流溝通的過程，過程中也往往會讓彼此有所收穫。即便是到醫院探視病人，雖然與一般的會客狀況有所區別，有其經驗本質上的特殊性，但至少也還能保有彼此交流互動的特性。只有末期臨終病人及加護病房救治的病人，在會客時才會出現不對稱的現象，也就是訪視者與病人之間存有及溝通斷裂的現象。探訪者往往處在點狀的不連續意識狀態中，無法與病人進行有效的雙向溝通。例如，張婆於會客時對於丈夫的四肢狀況觀察到：「阿公現在已經沒有像以前一樣，自己會動，…手和腳都愈來愈腫，以前腫都沒包紗布，現在都要，小姐說是因為阿公現在手因太腫了，皮膚起水泡，裂開後會流黃黃的湯，所以要用紗布包起來。(A1T-079)」。

這等於是說阿公身體上快速變化的許多症狀，都與之前看到的狀況不一樣了，但是在每此會客的時段，其身體徵狀都會與前後的狀況不同。而探視者則需要從美次會客時的所見，去想像連結任兩次會客之間的空白，才有辦法拼湊出病情較完整的圖象來。「像昨天進去看，左手的紗布沒今天包得多，原本右手上面也沒包，今天進來就看到包起來，也不知道是出了什麼狀況，八成是水泡破了。(A1T-080)」一天天的狀況固然不同，一次次的表徵也有差異，這就是切割會客時間在意識經驗上造成的效應。

此處研究參與者對紗布的知覺，建立在她以前從為未經驗過的事。當下的內

在時間對象，擺在點狀的手腫及腳腫症狀上，過去的記憶則停留在，丈夫雖腫但還沒包紗布時的畫面。種種意識移置經驗，都是一種意識的當下時間流動狀態的打斷，並引進新的、次項的時間流動的經驗流。在記憶、想像或預期中經驗我們自身的流動，行使這種移置比擬，像是知覺中引進範疇活動一樣，使主體獲得較高的自我同一感（Sokolwski, R., 2004）。眼前丈夫四肢腫脹的事實，取代了原有的記憶，躍居在前線知覺，陪伴家屬的視域也很快的擺在紗布與水泡的關係上。當紗布增加包覆的區域，不自覺將剛認知到的新知識連結運用，用另一種角度來看待這件事。

蕭小姐描述當時母親送入加護病房後，對母親身體的知覺經驗也有類似的觀察，她說到，「媽媽送進去的時候人是完全清醒的啊，媽媽是坐的進去的，她是喘，她在病房的時候很喘很喘只是罩著一個氧氣罩，因為躺著很不舒服所以把床搖起來讓她坐著…」，蕭小姐明確辨認當時病患的身體狀態是坐著，在細微察覺到，「手臂上只有一個管子..，其他都沒有」。這些先前建立的樣貌與進入加護病房的狀態形成極大的落差：「進去看就都是管子…（B2T-095）」。

其中還有更多的細節被看見，但也有更多的事實需要補充，才有辦法了解其意義，否則必然會造成探病家屬的震驚：「還有呼吸管、插點滴的…腳就有二個，手也有啊，還有這邊有個三插管（指向頸部）…。當下我覺得點滴瓶好多喔，起碼十瓶跑不掉了，那時候真得嚇到！怎麼會這樣子？（B2T-093）」。時間在此呈現是中斷、不連續的，內在時間意識附著在內在時間及個體上，原本僅是一個氧氣罩、一條點滴管，卻在結束等待入內訪視後，產生另一種面貌型態，原來身主體的外貌儼然蕩然無存，驚訝醫療單位賦予身體情境轉變之大，表現在當下以否定之說法來表現對現實想像的落差，存有對未來情境的擔憂。

（一）機器聲的暗示

離家屬會客時間只剩下 5 分鐘，小玲（醫療人員）正幫洪姨的先生進行抽痰，呼吸器脫離設備後發出「鏗鏘噹」聲響，小玲很快轉身按機器上某依個按鈕，隨即安靜下來，抽完痰後剛銜接上洪姨的會客。洪姨戴上口罩，穿上隔離衣後，來到病患身旁。此時，病患激動地想跟他說話，咳了幾聲後，機器「鏗鏘噹」聲響再度響起。洪姨緊張的找尋護理人員，小玲走上前處理，以下是他們的對話：

洪姨：「為什麼機器會叫成這樣，是不是有什麼狀況要發生？聽起來很恐怖！」

小玲：「沒有關係啦！剛抽完痰，多少都會。」（隨後用同樣的方式再進行一遍）（95.12.09 田野觀察紀錄）

事後的訪談中，洪姨說到那時的經驗，在她心中的想法：「護士都跟我說沒關係啦，他也沒有跟我解釋什麼，就是說沒關係啦，然後就把它按到不會叫這樣子。不過我也是稍微知道說，一定是有什麼東西過低才會讓那個機器叫，不然絕對不會有叫的理由…我是很想要去了解那個為什麼會叫....（C2T-047）」。

研究參與者在當下探問護理人員關於聲音的意義。而當下是一個具體關係空間的開口，這空間是共現的，貫徹時間深度的肉身性，感官存有與自身發生交疊，把我與一世界聯結，也把世界聯結給我（龔卓軍，2002）。當人處於心智失序的混亂意識時，看見維生設備接取家人自主的生存權，不自覺便將親人生存放在機器正常運作之模式內。無預警席捲而來的異常聲音就像是災難預報，縱使只是短暫的鏗鏘作響，也暗指一種徵兆。時間的當下結構是片斷的、點狀的。洪姨並未看見醫療人員先前的處置行爲，以致於視此徵兆爲永恆，便意想某件事要發生。當徵兆愈微弱，則預見愈明顯，它可能暗指著一個源頭：亦生亦或死。故人已學會

聽見預知之聲，催逼著警覺最微弱的暗示，逐漸形塑對機器的熟悉感。先在的意識影響我們認識某些根本事物，對未知之面加以詮解，如無法形塑對此件事出現的認知，則對隱不住日漸衰弱的徵象，都會逼向某一端界線看去，單方面的指涉。

從洪姨對會客時的感覺，試著看出醫護人員與家屬間，對時間感受上的落差經驗：「…只有 20 分鐘的會客時間，太短了，每次都感覺，怎麼沒進來多久就已經到了，尤其每次進來，看到他很不舒服，會更想要陪他，我知道我可能沒辦法像護士一樣幫他，但至少他看到我，他比較心安…」，感受到會客時間的短暫，尤其面對病患不舒服狀態時，會更加想要陪，洪姨認為，看見家人可以讓病患覺得心安，於是當她遇到一個能體會她心情的護理人員，就會拋予「對病人真的很好」的描述。但普遍上仍大多面對那種，「…也不是直接趕我，都是跟我說，「阿姨你是不是要去吃飯了喔！」、「阿姨你是不是要讓阿伯休息了喔！」、「阿姨…你讓阿伯休息，不要吵他」…是比較有禮貌的叫我出去.. (C2T-007)」。

藉由研究參與者對會客時間的闡述，說明護理人員用世界時間，「20 分鐘」來估計陪伴時間，不同於研究參與者是用心理時間來進行陪伴。感覺構成時間所有意向結構，如都朝向對客觀時間的認定，則結束會客只能算是對客觀時間的回應，當事人無法體會客觀時間是如何掌控整個情勢的，與病患相處的情感，是建立在當下結構與過去記憶流所建構的片段中的連續性，「至少他看到我，他比較心安」，可以感受不同個別的照顧者，站在不同立場去看待會客這件事。

四、會客後的反思想像

如果說當下知覺經驗的衝擊是家屬會客時最主要經驗特徵的話，那麼會客之後便是回憶與期待交錯的反思過程。蕭小姐對此的經驗是：「感覺自己好像有錯覺吧..，每一天進去看到的面相都不一樣，真的變得很不尋常，媽媽應該不是這

樣…」，面對病患面向不同於蕭小姐先前對母親的經驗，尤其是當病患開始出現「躁動的模樣，連我叫他，他都不理，我甚至在想，她是我媽嗎？當他用力扯我的頭髮，當下我真的覺得，那ㄗ阿ㄟ！（B2T-081）」。

研究參與者對會客時所觀察到的點狀經驗，於會客後與過去記憶裡收藏的知覺經驗相比較，重新喚回與重組，以釐清面容上是否真的有所不同，發覺時間流動裡的真實性。Heidegger 指出，不論是過去或是未來，因為所遺忘的或是所驚訝的呈現斷續，我們才可對他們認同與支配，才可以對之記憶及等待（汪文聖，1999）。病患出現躁動行為，不同往常般在回憶裡經驗的對象，這樣的經驗不停盤旋在她的腦中，成為心理時間的一部份，將母親與當時的躁動情境相連，以漸漸接受當時間朝向未來時，可能出現的面貌。洪姨說：「聽到他因為揮到管子被綁起來，我很擔心，倒不是因為被綁起來，而是他為什麼會揮管子，是不是不要活了，那種擔心受怕的生活，沒過過的人，真得很難體會（C2T-007）」。

洪姨藉會客得知病患曾被綁，「揮管子」的意向進入她的內在時間之流，並朝向未來指涉：「是不是不要活了」。對病患病情擔心受怕的內在時間與綁的這件事之間，讓洪姨意識到，在時間的軌跡裡，她無法控制病患行為。會客後再度看不見的不確定感，讓洪姨始終不停在空間裡循環。洪姨分享他對病房內面對醫療設備上的文字，做了以下解釋：

「為什麼說不太放心，畢竟我都沒有注意，我看不懂，那些又都是英文我又不懂，所以也沒有辦法放心…。就要像那種看的懂得、內行的，那種人家看就知道的，不像我們，說一句比較沒有輸贏的，就像人家說的鴨子聽雷，從這邊聽、那邊放掉這樣子…。說都是他們在說，會有這種心態而已，只要不要讓它停住，什麼東西都沒關係（C2T-049）」。

會客後所集中的面向多是對於醫療設備的片斷式觀察。從加護病房空間情境所知覺到醫療名詞，看見了自己的限制，在無法全然理解卻又自覺重要的心態下互相掙扎與矛盾。引申個案與醫護人員不在對等的關係裡，面對比自己更熟悉這場域的醫護人員，在無法判別錯與對說詞下，僅能接受比自身更專業的聲音，部分引出自身的無奈，無法在此時給予適當的覺察，以減輕傷害。

第五節 加護病房人我間的情韻關係

人的寓居於世即在世存有(*being-in-the-world*)。加護病房是病患「此在」寓居於世的場域。在這機構的世界之中，有著相逢他人存在的軌跡，像是家屬、醫護人員的在場。病患以遭受毀壞及不確定病程的身體向世界中表現，無言阻止的生命攫取力量，影響著兩者自我對病身存在的觀感，不僅是對病身的回應，還包含空間裡彼此交錯的感應。

是什麼讓我們做為一個對象，被對方看見？是關係，讓彼此間產生微妙的發展，根據海德格的存在現象學分析解釋，「人與事物之間的理解關係」的還原考察將會得到「人在關係之中理解」的結論。關係，或稱之為相涉關係(*relatedness*)，是使事物與人如此這般遭逢的基礎。人與世界的關係是由「存在」開展的，此在的本質在於他的存在，與他人共在裡的他人，是此在自我的一半，我們都居住在關係當中，讓關係構成了我們的生活世界，成了活著裡頭的依恃，當關係發生斷裂，我們活著的底蘊才得以暫時顯露(余德慧，1996、趙敦華，2002)。

因此，人之所以顯現對某件事的喜好、產生那樣的反應，在於人置身其中與週遭人事物有種涉入關係，我們與他人是在相涉入間獲得理解，面對處於危急中的病患，他者是以怎樣的 understanding 方式進行涉入，在底下的討論試著揭露某些觀點。

一、病患顯現的面向

病患作為空間裡被知覺的對象，是所有人關注的焦點，在還未探討到關係面向時，我們需要先了解，病患大多以怎樣的表現向我們開展？

循著機器的亮光及聲音，引導著我們來到了病床邊。病患的身軀躺在中央，大部分都被淡橘色的被單覆蓋著，分布在週遭盡是雜亂糾結的各式導管、線路，散落聯接在病患軀體的不同位置上。有些是將點滴瓶裡的養分、液體送入體內，有些則是將尿液、糞便和其他體液流出他的身體，分別導入掛在床邊不同的袋子上。病人的身體就像是工廠的轉運站，隨時進貨與疏通。斜上方生命徵象監視器的螢幕就像出貨單，清晰的線條分佈與接鄰的數值，跳動著生命樂章，證明病患此時的生命狀態。嘴巴插上呼吸管，同時連上旁邊的呼吸器，在病患一吸一呼之間不停止的運作，幾台分開臨立著的點滴幫浦，各有其運作功能，目的是將掛在身上的藥物輸送到病人體內。

這些醫療配備對病患來說，明確又快速將他拉到病者的位置，同時改變了與世界對話的型態，由站著到躺著，將身體退居到床上，動彈不得。病者就住在這個屬於他的位置上，接受他人的照顧與關注，大多僅能單方面接收對方的出擊卻無法給予回擊。隨著病況隨進隨出，病身是交叉點，我們作為他者，注視著病患肉身所承受的夾擊及重量，正如 Tilda Shalof 所說：「這是一場戰爭。病房就是交戰區，病人的身體，是我們的戰場。」我們必須隨時為應戰作準備，開啓視域交融的可能性。

二、病患與醫護人員間互動面向

醫護人員是擔任病患的第一線直接照顧者，因著空間的屬性，除了會客時間能與家屬共同陪伴病患外，其餘時間多是獨立照顧較多，尤其是護理人員。依據

WHO 對護理下的定義，是建立在以恢復健康為依標。因此，護病之間的關係可謂是治療性的關係，以病患為中心，有達到目標的焦點及時間限制，共分成介紹期、工作期、結束期三個時期。當目標達成後，此關係就跟著結束（Barbara K. Timby, 2003）。進一步想，治療性的關係是建構在客觀的價值上，有著你與我之間，依據海德格存有論的說法，身為人即在世存有，同時涉及此在的本質，在醫療照顧單位裡，與他人間的關係不僅在你我之間，還包含著在這個層面下，有一個自我的存在，真得可以容易被分辨嗎？

以下的資料大部分都採用研究者於臨床田野裡所捕獲的原始現象進行分析，試著從中找到某種看見。

（一）照顧間的默會知識

護理人員正坐在床尾的護理桌上寫字，此時站在病床兩旁的是病患的兒子與媳婦，現在是他們的會客時間，距離上一次會客已經間隔一天了，含著呼吸管的病患靠著床起身坐著，她知道現在有他的家人正在陪他，她必須打起精神，以下是他們的對話：

家屬：今天有沒有覺得好一點

病患：（右手指向左側，嘴巴開合，示意要表達一些意見）

家屬：你是說左手怎樣了，會痛？

病患：（搖頭）

家屬：比較腫

病患：（搖頭）

家屬：你要說什麼？我不知道你的意思，放輕鬆啦！別想太多

病患：(露出無奈的表情後，隨後看向護理人員，並用手示意要她過來)

護士：阿嬤！你要做什麼(站在病患左側家屬的旁邊，面對著病患說)

病患：(右手指向左側，嘴巴開合，配合咬字比出動作)

護士：你要翻向我，是不是？

病患：(點頭)

家屬：噢！比這樣我哪知道，原來媽，你是要翻身哩！

病患：(再次點頭)

護士：(對著家屬說)阿嬤不太能維持同一個姿勢太久，因為他的腰會酸，
所以每次他比這樣，我們就大概了解她要做什麼..來，我們一
起幫阿嬤翻身好嗎？

家屬：好啊！要怎麼幫你。

(96.04.03 田野觀察紀錄)

從以上的對話，看出病患因呼吸管因素，無法向家人說出她心中想表達的意思，家屬與病患之間在互為主體上，並未被對方所接應。家屬是活在事情之中，他們明白病患因想做什麼才會出現這樣的動作，於是將過去陪伴過的記憶顯現。被開啓的記憶停留在某個面向，像是腫、痛，但這仍不是病患的心意，這讓他們有些挫折，索性不想再繼續問下去。這場景被護理人員注意到，因為照顧的連續性，直接將過去感應到的部分行為納入在單一的意義單元，再彙整到一整體意向，像是病患過去曾出現用手比出方向(部分行為)，詢問後確定這個身體意向指的是翻身(意義單元)，而且是翻向手比出的方向，指向那一處的翻身成爲了整體意向。

它向護理人員開啓了顯現面向，無攸關可否運用語言來表達。家屬雖然不能

把握當下所朝向的同一性，但卻是經驗到的一部份，主體際性本來就帶來多重可能，當我們指認出一個對象，我們也同時建立了自己做為這些事物所向之呈現的那個人的同一性，我們把自己做顯現的接收者而建立起來，並認定這為一種重要的組構時刻，在於透過個人記憶、想像與知覺交互活動，以及我們對內在時間流動的覺察之中（Sokolwski, R., 2004）。於是病患覺察只有護理人員能懂她所想要表達的意思，在她倆之間，已經有一個先在的前理解在當下流通著。護理人員依據過去的照護經驗及與病患間的互動過程，很快捕獲病患需求的焦點，而對於此空間的運用，也同樣瞭若指掌。

（二）因應機器的呼喊

第 x 床傳來「鏘鏘噹~噹噹」聲響，護理人員原坐在護理桌上低頭寫字，立刻抬起頭想要確認聲音所發出的位置，口中念著：「誰家的呼吸器在叫？」同時起身的還有幾名護理人員，她們找到了發聲位置。其中一位走到床邊，確認是這台呼吸器所發出的聲音，按了其中一個按鈕後，聲音停止了，其他人員也跟著解散，她注意到此病床上病患不停咳嗽，而且口中還不斷發出痰音。隨後便轉身至床旁的抽屜裡拿出抽痰管，裝上原就架在壁上的抽吸器，再戴上無菌手套，她正要幫病患進行抽痰。結束後，病患咳嗽的動作停止了，連痰音也聽不到，此時的呼吸器恢復了原先運轉的聲音。她走向看護此床的護理人員說：「我幫阿公抽痰一次，痰黃量中微稠。」說完後就離開。（95.11.25 田野觀察紀錄）

經驗與聲音意向的連結，讓護理人員在聽到「鏘鏘噹~噹噹」聲響時，很快判定這是呼吸器所發出的聲音。當視覺目視到病患出現咳嗽、痰音表徵，知悉這與病患的呼吸有相關，於是再進一步處理病患的痰音問題。這在方法上是運用「生物醫學模式」來理解病人，如同 Toom 指出 disease 的概念，是生物醫學模式詮釋下的疾病，去除了病人體驗的成分，將其體驗轉譯為客觀的疾病普遍特性（Tooms,

S. K., 1999)。幫助護理人員立即判斷如不進行抽痰，結果將對此時病患的生命有極大危害。此時對病患的知覺經驗是建立在醫療認知上，未夾雜許多情感，聲音在當下是朝向一種實徵的普遍性意向，像是機器發出這樣的聲音，不是脫落，就是病人躁動所致，在腦中先將聲音轉譯成視覺影像，影像建構在普遍意涵中，僅指向某種特定的機器型態，確認後再重複記住這樣的模式，以作為分辨下一次傳出聲音的背後涵義。

用生物醫學的觀點直接切斷了解病患置身處境下的觀感，將所有問題擺放在生理問題的解決上，這樣的情形尤出現在醫師與病患間對話最為明顯。黃醫師走進第 x 床旁，先是彎下腰檢視病患身上的管子流出的液體性狀，再抬頭看看生命徵象監視器與呼吸器的數值，走到床尾向該床照顧的主要負責護理人員說話，一面說，一面走到病床旁：

醫 師：「今天還好吧！鈉和鉀離子還有再抽嗎？有沒有正常」

護理人員：「今天鉀還是比較低，已經有再補了」（指向床旁架在點滴幫浦上的針管）

醫 師：「鼻胃管不用再抽吸了！看起來好像還好，看看明天要不要試著幫他拔管，看起來狀況不錯」

護理人員：「好，我再告訴張醫師」

（病患被他們的談話吵醒，目光始終停留在他們身上，似乎也在聆聽他們的對話）

隨後，醫師轉身向病患說：

醫 師：「明天會開始幫你進行呼吸訓練，看看可不可以拔管，這樣你就會比較舒服」

病患：點頭(醫師隨後離開病房，護理人員也跟著離開)

(95.11.14 田野觀察資料)

從以上的對話，看見病患病情被視為病理學的事實，對於出現的疾病狀態都需再進一步被具體化，化約成實驗室數據、影像等量化數據向我們顯現，才能真正看見肉體所見的客觀損傷。在醫師與護理人員對話同時，病患被擺在一個等待的位置，不需參與討論，只要得結論，因此，從醫療語言對話中，看見遮蔽了，甚至忽視了病患表達權利的現象，單方面斷然分類的刻板語言就充斥其中。

是不是所有的醫病或護病關係都建立在生理數據上？從張婆會客後，護理人員的表述中，我們似乎看得到，執行護理措施背後，還存有某種情感，在心中隱隱盤繞著。

張婆的先生病情已病入膏肓，自從病患陷入昏迷後，張婆每天都來看他，呼喊他的名字。小楨護理人員照顧這位病患已經第四天了，每天看到張婆會客時的表現，常讓她感到很心疼。會客時，我發覺她刻意停下手邊的紀錄，望向張婆與丈夫之間的互動。從側邊的臉，研究者隱約看到她皺著眉，露出憂傷了神情。當會客結束後，研究者主動問她現在的感覺，她看過來眼神裡泛紅著，明白顯露出她的憂傷，她說：

「每天看到阿嬤這麼用心想要把阿公叫醒，那種想要叫醒的心理…我看得很難過…明知道阿公因為感染 AB 菌，加上腸造口又出血不止，根本不可能好，只會愈來愈壞…但（眼眶泛紅，停頓了一下）」，看見病患與家屬間的情感，讓熟知病患情況的小楨，面臨應該說明，但又無法解釋的心理掙扎，讓她感覺到，「…很難說出口…很想告訴她…不要在叫阿公了，他不可能會給你反應，只會讓你更傷心…但，我還是沒說…（停頓一會，強忍淚水流出，在眼眶裡盤繞）…」，小楨明白面

對這樣的情境帶來的衝擊，這是在於她也自覺自己：「也不太能接受…但又能怎樣…我沒辦法看到她難過而我自己不難過…這太難了…」(95.06.24 田野觀察紀錄)

此時，隔壁床的呼吸器響起，小真話似乎沒說完，她想再繼續說，但機器的聲音已影響他的思緒，她長嘆了口氣，擦掉眼眶裡打轉的眼淚，隨後帶起口罩至隔壁床處理…。

小禎先以旁觀者的立場，觀看張婆與病患間的活動。她保留過去照護病患之記憶，在對照現行的專業知識與以救治為工作目標當下，她明白眼前病患的情況正逐漸走向死亡，是無法被阻止且無能為力，對此感到難過。死亡帶來的分離焦慮作為他者的經驗，向自身開展。她一直重複說著：「說不出口。」「說」出口在此時不僅是單純地說，還包含自身暴露在死亡焦慮下卻不自知，因為個人處在焦慮下會侷限自己的自覺，直到她說出無法接受中出現了「我」。事實上，在觀看對方的同時，也同時朝向自己，雖然死亡在小禎與張婆間落入沉默的底景，但，死亡讓關係照面變得明確，也逐漸改變了護病行為，讓護理本身意義不只是侷限在基本照顧上，還有一種靜默陪伴的功能。

馬丁·布伯說：「關係是一切的起源。」我們對關係的渴望是「與生俱來」的傾向，「人」不是獨立實存的存在，人是兩者之間的生物。他指出兩種基本關係，「我—汝」及「我—它」。這個「我」會受到「汝」的關係影響而重新創造「我」，可謂是投入整個存有，如果僅是像旁觀者一樣保持客觀態度的話，就會從「我—汝」的關係轉變成「我—它」的相遇，主體和對象之間沒有相互關係 (Yalom, I. D., 2003a)。我們可以說，小禎在感受張婆與病患互動間，投入了自身存有，展現「我—汝」的關係，一個新的「我」被建立，發覺到死亡無可避免又難以全然面對，實存的死亡焦慮顯現，讓此時的她全然向世界開放，但很快的，週遭的情境又將她拉回了現實，她必須回到工作崗位上，隱藏自己存有的覺察，繼續以一種「我—

它」的關係來照顧病人。

因此，當下的情境常往往是重要關鍵的轉折，面對人的工作，本身就有許多情境給了醫療人員回到自身存有的覺察，是因為關係，使人如此「在」自身存在，但往往現實的情境不容許給予太多融入反省的時間，而帶離的存有的顯現，它們必須適當包裝自己，隱藏住對死亡、悲傷等感受，才可在這個危急情境中，死亡不斷現身下穿梭自如，堅守工作目標的達成。

三、病患與家屬間互動面向

反觀家屬與病患的相處，沒有專業照顧下的先在意識，反而是單純地投入與陪伴等待，差別就在於是否為全然的投入。這就會像在《病床邊的溫柔》一書裡提到，病人生病的感覺就像是被排拒在外，當投入陪伴的情感少時，便容易出現「訪客箴言」提到的幾件事，像是忘記他生病的事實，顯露對病體的嫌惡等…。這些都是存有的部份面向，在人際關係中無法全然投入的家屬，就像無法進入病者核心的外來者，而將病患的存有視為自身存在的一部分的家屬，往往就在核心裡頭感受病的樣貌，當中有什麼差別，以下試著將現象還原並加以詮解。

（一）與他人關係的交涉程度

當經驗實際發生時，自我是無法賦予意義的，尤其最接近人格核心的一些經驗，更是絕對，往往需藉由回顧方式來賦予意義。因此，危急時刻，關係深淺決定了家屬當下的決策，此時病患被擺放在一個物化的自我，需透過他人的決定才能得以生存或是死亡。洪姨回憶起案夫送入加護病房後，其他家屬對此事的反應：

「他那時候人看起來就是情形很糟，醫師在我看完他的情形時，拿了一張紙問我，假如他情形繼續惡化，該怎麼處理？我聽到，一時反應不過來，該怎麼處

理我根本沒想這麼遠，我始終對他有信心，再怎麼樣一定要救」，洪姨堅持救治的想法，但反觀其他家屬，像是舅舅和姑姑的反應，讓她感覺到心冷，她重述當時他們的說法：「乾脆估一下價錢，送回家好了」，洪姨對照樣的說法感到不以為意，因為她認為：「都還沒有努力…如果真得就活不久，醫師也說真的不行了，就送回家，別讓他太痛苦…」，她對於自己決定不立即回家的決定不後悔，因為她認為：「我嫁給他 30 幾年了，從我 19 歲就跟著他，就是這樣，人如果相處久了，說…要這樣放棄治療，怎麼可能（C1T-052）」。

當病情剛陷入危急當中，許多不利生存條件的戲碼，便會浮上檯面供人指認，最直接的遭逢便是死亡情境的可能指向，來自於對未來的不確定感，當醫師交出那張紙，某些程度已為死亡進行鋪路。因此，對於關係不夠親密的家屬而言，此時容易將生命指向死胡同，因為已經做了什麼事，於是只能這樣做下去。但對於身為病患配偶的個案而言，這種特出意向的訊息，在短暫的一瞬間，從生命中脫穎而出時，即帶領洪姨的意識流走入過去相處時的共在存有，已然在那的位置並不隨著危機事件而有所斷裂，將過往記憶拉到當下，更堅定洪姨的決定，因此，可以說最初面臨危急時刻時，隱喻死亡的徵象往往在猶豫的循環中徘徊，關係則牽動著自我的決定，任何決定背後的動機勢必包含著對他人意識流的某種指涉與追認，即與他人關係的存有。

醫療環境就像是一個社會世界，於情境中不斷與他人意向互動與交叉指涉，當決策無法被對象回應時，人可能經驗到寂寞性孤獨。住院期間，張婆丈夫及蕭小姐母親的身體分別遭受感染，感受到其他家屬的反應變化。蕭小姐描述自從說明母親有感染情形後，其訪客的反應給自己的感覺如下：

「…自從媽感染後，就沒有人再來看她，有一次，他們來到醫院看媽，戴到那種 3M 面罩鳥嘴型，就站在床的那一頭門口，離床蠻遠。我要拿手套給他們戴…，

他們就說不用，…心想好歹也是跟你們相處五十幾年的姐姐啊，不用怕成這個樣子」，蕭小姐看見訪客們對病患感染一事，防範程度甚至不惜犧牲與病患的碰觸機會，其在意程度讓她感到心寒，她說明自己對病患的反應都是「…徒手在碰媽媽的啊，只是我碰完可能洗手消毒一下就這樣子而已…不是說我不怕，我覺得她是我媽…身體這樣也不是她自己願意的…」，蕭小姐感受到病患的無奈與難堪，她努力讓病患不感覺與訪客有距離，並做為兩者間的連繫管道，「在她的耳邊跟她說誰誰有來看你喔…然後阿姨就站在那邊說我們有去幫你看什麼啊..請你可以放心什麼之類的話... (B2T-059)」。

訪客的感覺就像是陌生人間的社會距離，原有的相處經驗此時已蕩然無存，害怕被病者的病感染，所以時時小心翼翼。大家都活在當下護衛著自身人身安全，此做法讓個案不予苟同，在於過去共同扶持的回憶、禮節教化已捨本逐末，遠遠望向病人更是給了污名化的象徵，再者，他人如此的對待方式，某種程度將她與母親隔離起來，推向人際孤獨感。張婆因為丈夫病況已逐漸走向死亡，此時又有感染症狀，她感覺其他家人：「他們都怕阿公會感染給他們，但我不會怕，只有我會摸他，但每次小孩都會把我拉開，叫我不會碰，要照顧自己的健康...」。當談論到死亡地點時，讓她感覺：「我還是必需一個人面對，畢竟陪他一路走來，每天我都懷抱希望，家裡他的位置我都沒動，就是要等他回家，但我知道，現在他回家會更難，小孩擔心他身上的細菌會傳染給小孩，沒辦法的事，我只好接受，他(丫公)不接受也沒辦法…我不會再說什麼了，說在多也沒人能了解。」(95.06.23 田野觀察紀錄)。

從在場疾病的症狀看來，張婆肯認丈夫的回家之路已確定不能走了，而且明顯知覺到與小孩間對應上的落差。原因在於，小孩們的表現是以常人的觀感進行情感處理，受到感染性與否及疾病後果共同影響，小孩知覺到病患因感染問題加重疾病病程，後果便是失能。不自覺提高了照顧距離，他們重點擺在身體照顧與

未來歸向計畫，他們對生病的世界來說，彷彿是來自別的國度的人。研究參與者因生病過程的相伴，與病患的關係早已是環環相扣，感染問題只擺放在關係外頭，始終抱持希望的結果仍無法阻止的死亡鄰近，它象徵著關係即將崩裂，而研究參與者置身投入的結果，也逐漸將她推向存在性孤獨，雖然研究參與者也有自覺這是必經之路，但認為這是沒辦法的事，已某部份透露出無奈的意味。

（二）常人觀感看疾病自身

家屬不同之處在於病人已在「病」之中，而家屬是站在「病」外面看見「病」發生，病，有種已然の意味，它偏離了健康的軌道，在健康的邊緣被我們體驗著，我們常是站在健康者的位置上單一投射，用常人認知去拉取病人盡快回歸健康軌道，這在隔離單位更是明顯，在於加護病房的一扇門，分隔了內與外，也同時產生了兩個世界，不同的存有方式，這種內與外的存有方式，讓存有產生一種間隔的啓蒙作用，在啓蒙當中會產生往外散放的爆發意識，在散放當中又會回流到一個軸心來思考，這種在內部與在外部的經驗都是內在時間裡的私密感受，它們總是隨時準備翻轉，隨時準備切換到另一個世界去體驗。

洪姨面對丈夫因為昏迷，又無法插上鼻胃管的窘境讓她十分焦慮，在於無法吃的這件事，在她的認知是與回復健康相連結，她尚無法想像還有靜脈點滴在幫助病患補充營養。當她面對眼前案夫身體腫脹的事實，帶著過去學習筋絡的經驗投入對病人的關懷，她認為：「那時候很腫、循環不好，一直下去也不是辦法…要放一些筋路…腳抓一抓…血液循環比較好一點，人也比較舒服」(C2T-037)，於是她無法理解：「都沒有吃，為什麼會腫成這樣」、「我都有幫他放筋路，基本上筋路有放通，血液循環就會比較好..」(C2T-049)」，嘗試在現有的資源與認知中尋求能夠幫助病患的方式，尚未注意到病患為何到現在仍未進食的理由，與皮膚是否合適揉捏的這件事。

在外世界的家屬，因為與病者隔離，可以全然投入她們原本生活之後，在撥部分的時間回歸家屬身分陪伴親人，大部分的存在是活在常人的世界來看病自身，尚未顧及病患目前的情況，汲汲營營希望在現有的時間裡付出最大的幫助，以彌補他們無法陪伴的事實，往往以常人的眼光投契在病患的未來上，認為吃才會趕快恢復健康、放筋路是有幫助的，而背離病患目前被侷限的樣貌。他們的看見，僅建立在日常生活當中，臨床表徵都是一種衝突與不安的表現。

（三）間距當下的體認

因為會客時間的限制，家屬對病患視域的開啓僅能在訪視的時間內開展，意謂只看見當下，直接經驗到實體的肉身，其餘都在想像當中，直接的經驗結果促使關係的流動更加明顯，因為比起間接觀察與等待，話語身體間的表現，讓家屬落入關係中覺醒和感應裡延伸更大的不安。

「…會客的時間到了，但他們還不讓我進去看，我等了很久，也不知道裡面發生什麼情形，我偷偷瞄到他不知道怎麼樣，手好像被綁起來，因為我看到一條白色的繩子拉住我先生的手，他好像很生氣，手一直在空中不停左右擺動，看得出很生氣的樣子，…後來我進去，他們（護士）跟我說，我先生會去拉那一條插在氣切管上的管子，所以才會把他綁起來，事後我問我先生，他說他睡著了，不小心動到管子，他們以為他要去拉，就把他綁住了，因為他沒辦法說話，所以才會很生氣..我當時很難過，因為我了解他的性，他不會亂來…（C1T-013）」

家屬凌越在臨床專業以外看世界，以自身的觀點檢視臨床情境裡的看見，對事件的看法建基在原先的記憶當中，他相信他的先生絕不會拉管子的事實是建立在前理解的基礎下，而醫療人員的當下立場，是以所看見的面向進行詮釋，進行約束行爲是為減少病患損傷之危難，讓工作目標得以承續下去，因此當下，醫護

人員與病患是處於斷裂狀態，而家屬與病患之間，則在關係下感受到他者難過，間接連帶心情。

張婆注意到原本連接在案夫身上的急救藥物已不再滴注，在會客後，他傷心地表示：「我看這樣愈來愈不行了，連醫師都想要放棄他，救心的藥不打，怎麼救他的命..」，當我再度回到臨床上了解整件事的原貌，藉由醫師的說明，知曉此種藥物繼續使用將導致病患末梢血管更加收縮，且已更至極限的劑量仍無法提升血壓，進而轉換另一種急救藥取代，而這個急救藥在當下，並未被研究參與者注意到。從這裏我們可以發現，間距的會客體驗，常僅能讓研究參與者在當下情境中抓住或是看見了什麼，而無法進一步了解為什麼，而且應被注意的焦點也可能成爲不被注意的背景，關係在此，也可能成爲被誤解的不安型態，接續繼續流動著。

（四）超越空間以外

梅洛龐蒂認爲，我們需要透過自我內在體驗做基礎來認出他人的內在情緒。張婆待在即將瀕臨死亡的丈夫身體旁邊，不斷望著丈夫的容顏，她感覺：

「…他都知道，這段期間，這段痛苦..，我知道他知道我的痛苦，我知道他知道…，我知道啦！…過去他眼睛還會睜開來看，一直望啊望，雖然他現在睜不開…是他想睜眼睜不開，我請他放下心別擔心我，我會照顧自己…（流淚），他知道我很痛苦，他真的知道…（啜泣），只是抽不了身 …。（低頭不語頻掉淚）（A1T-040-041）」。

研究參與者感覺丈夫與她是接應在一起，似乎害怕別人不相信她所說的話，於是一直不斷地的重複，雖然他已經失去向外表達的能力，但仍以另一種方式感受她的痛苦，讓她了解。只是抽不了身隱含著研究參與者心疼丈夫此時的身體樣貌，個案表達出知覺的綜合性經驗，當我們凝視著對方，站著的姿勢、手指的活

動，甚至是空氣裡瀰漫的味道等，都讓自身感受到對方的存在，視覺並具有一種「同步當下性」，把本來有區別的、彼此外在的、不相關的影像關聯在同一個當下的視覺經驗之中，於是一個小的動作，像是皺眉、眼睛睜開對研究參與者來說，都是一種在場意識的連結，是有意義的指向，它原自於研究參與者自我的內在體驗，於是乎，他人是作為行為直接向我們展現。

「由於情緒並不是心靈的、內在的事實，而是我們與他者和世界關係的一種變樣，透過我們的身體態度而得到表現，我們不能說，對於外在觀察來講只是一些愛和憤怒的徵兆被給出來，而我們祇能說透過詮釋這些徵兆來間接的理解他人：我們必須說，他人是做為行為而直接向我們展現。」（龔卓軍，2006）

這是一種自然面對面的關係過程，透過視覺與世界的切面述說著它自己的話語，某些知覺面向是需要透過在世存有與另一個知覺存有者，進行心裡相互轉換與重疊，再與已然與物質之間整體性纏繞相知應，朝向我們開放性的顯現，人們不可能看到不存在的東西，看到某些東西是透過感覺印象來定義視覺的，藉意念及想像來代替他，因此，這也說明了為何家屬總能在病患無法說的情境下，還能感應到與他對話的可能，這是在於他與病患的某些知覺面向，早已涉入其中，透過許多記憶符號與情緒交流，得知他的問題是什麼，而非醫療人員僅能以物質與人的關係或是人際關係來猜想病患的心思。

四、家屬與醫護人員間互動面向

（一）各自為政

以下是會客裡的一次對話過程：

家 屬：小姐，他今天怎麼樣了？

護理人員：情形還算穩定，只是痰比較多，人比較沒胃口，都只有吃一點點

家屬：這樣有沒有關係

護理人員：應該還好啦！因為阿伯今天肚子也比較脹

家屬：都沒有比較好？

護理人員：脹氣的藥已經有在吃，效果可能沒這麼快，要先等一段時間

（護士隨即離開床旁，至床尾的桌上拿起一本紀錄單，然後移至生命徵象監視器前凝視並紀錄，個案主動握起病患的手，此舉動驚醒原本閉著眼睛的病患，朝個案注視並回以微笑，手亦握緊個案）

護理人員：有問題在問我

家屬：謝謝您（個案點頭示意）

護士隨即朝向另一床走去。

（96.03.11 田野觀察紀錄）

從以上的互動我們可以看出，護理人員對病患的照顧連續且有系統性，她能知道下一步要做什麼得以掌控空間優勢，而個案的訪視就像是火車行進中的其中一個停靠站，片段式與不連續下的訪視僅能就護理人員的回答，來了解病患過去病情的進展。再者，從護理人員的回答中，字彙的採用多半集中生理問題上的處理與解決方式，反觀家屬與個案的對話，關懷病患同時，也看出對現況不易掌控感，事實上，兩者都在各自的意向中，感覺得出家屬不太了解護理人員的意思，於是無法在話語行間感受問話的連續性，且兩者對話交流也未超出場域外的話題，關係此時像是被擺放在社會應對上，指對問題提出討論，未有太多情感上的

觸及。

(二) 兩者於病床邊交涉

床邊是護理人員與家屬最常站的位置，從床邊的角度注視眼中的病人，總有許多疑問想即時獲得解答。

家屬：「小姐，我媽現在已經不用這根管子了嗎？（指向牆上的抽痰管）」

護理人員：「喔，那是抽痰器，我們會每 2 小時來看奶奶是不是需要抽痰，所以不見得會一直用。」

家屬：「喔！因為上午我來看的時候，那根管子放在我媽的嘴巴，所以我以為要一直用。」

護理人員：「那是因為奶奶的口水比較多才會這樣做，今天下午還好，我就沒幫奶奶放。」

家屬：「原來是這樣..不過，她看起來好像還是沒有精神。」

護理人員：「還好啦！因為奶奶很常咳嗽，就會比較耗體力，自然就會比較沒精神，不過我覺得下午還好ㄟ！不會特別沒精神。」

家屬：「可能剛好我進來他就睡著了，不過聽妳這麼說，也比較放心」

.....

(96.04.09 田野觀察紀錄)

家屬面對眼前病人的症狀，是以上一次的經驗作為基礎來看現在所理解的當下，不連續的片段訪客讓他們僅能建構單次意識流的顯現，藉由護理人員的說明而被銜接起來，此時，護理人員是以一位照顧者角度介入家屬與病人間的互動，

同時間，她也擔任陪伴家屬的陪伴者角色。有時，護理人員此時陪的位置，也會牽動家屬與病患間的互動，讓家屬的陪伴意義更加突顯。

第 x 床的病患，因為多重器官衰竭，面臨到呼吸喘及洗腎的問題，醫師考慮近日會進行插管，家屬決定後，拒絕接受插管治療，以下是會客時，病患的先生與護理人員間的一段對話：

家屬：「好像愈來愈不舒服」（獨自站在病床旁）

護理人員：「...」（沉默以對）

家屬：「老ㄟ！怎麼辦，看你這樣喘，我也不忍心，還是插管讓你舒服」

（此時病患微弱的搖搖頭，透露出她當初的堅持，其丈夫嘗試彎腰與之說話，但又欲言又止，嘆了口氣隨後起身退後一步，表情凝重）

護理人員：「你可以握握阿媽的手，給他鼓勵一下」（一面說一面來到病患與家屬之間）

家屬：「沒有關係嗎？我怕他會不舒服」（指向病患腫脹及零散破皮的雙手）

護理人員：「放心啦！這沒有關係」（隨後抓起家屬的手往放在病患的右手背上）

家屬：「（隨後握住病患的手）....老ㄟ！怎麼這麼痛苦....你就要加油喔！...我們在一起回家」（眼眶泛淚光，默默地注視著病患）

（95.12.03 田野觀察紀錄）

此時的護理人員成爲病患與家屬關係互動間的媒介，家屬往往看見病患身處苦難中，加上身體外觀的改變，常使之驚措不已，不自覺產生某種程度的隔離。反觀護理人員，因爲相類似的情境經歷許多次，推敲病患與家屬間的關係需求，選擇當下行動方式，也符合家屬的期待。但，似乎不是每一次都能做到符合彼此的需求。

（三）誤判或迷思的可能

病患陷入昏迷的前 5 天，洪姨的需求是希望能「常常」進來陪伴案夫，她不斷地向護理人員表達她想要於病床邊陪伴，經由了解臨床作業的困難後，洪姨最後也願意妥協，由常常可以陪在床邊到只要增加一次會客時間，但醫療人員給她的感覺爲：「多看一次都不行」，而且還都「彎腰，跟她拜託還是不肯」，這讓洪姨感覺「為什麼拜託成這樣都不要呢？」。洪姨感覺醫護人員都不了解她之所以如此做的原因在於「減輕他的害怕，讓病情快快好起來」，這是她現在可以爲病患病情盡的一些微薄心力，同時洪姨也小心翼翼避免會加重病患病情的事情，像是「他們要求什麼洗手、戴口罩，我也都有做..」，但洪姨的努力一切並未被醫護人員看見，於是她選擇守在外面。洪姨看不見病患，相對的，也看不見醫護人員的照顧。於是當醫護人員向洪姨表達關於約束病患肢體的說法時，洪姨腦中僅有回憶與病患相處的過往，來表達對約束的看法，她說：「他平常都很會配合人，可是他在痛苦的時候，他就會氣的這樣子槌，他也不會拖他這些東西（指向身體的靜脈留置針），他就是會這個樣子踹，然後腳這樣子踢，就表示他很難過（C2T-021）」。

反觀醫護人員的看法，說明他們也是依規定進行，會客人數的控制也是以病患福祉爲出發，以控制他們被感染的機會。對於約束的看法，當時的主要照顧病患的護理人員向研究者表達：

「我也很無奈，因為阿伯（指病患）有時會忘記他還接著呼吸器，有時不能接受我們對他的處置，像是不想吞藥丸、不想要翻身等等，動不動就會很生氣，揮手、雙腳踹床…我們為了保護他不讓他受傷，也只好這樣，我也沒辦法一直都只顧他，我還有其他的病人要照顧…。」（95.12.07 田野觀察紀錄）

對醫護人員而言，面對脆弱的病患，照顧是以救治與治療病患為工作目標。因此當病患出現「不想吞藥丸」、「不想要翻身」或是拒絕必要的治療處置時，就會用盡一切方式保護病患不受到傷害。由此可看出家屬和醫護人員對治療的付出與著力點不同，家屬承認自己的局限，雖沒有醫護人員專業，但也肯定自我能提供病患身處逆境的支持動力。但如果這部份未傳達到醫護人員的想法裡，反觀亦是，就容易造成對事件誤判與迷思的可能性。

從張婆的例子，我們也看見了「錯過」每一次會客時間，對家屬而言都是深深的疚責感，害怕一旦錯過就像是搭火車一般，還必須等到下一班時間到站，才可以再入內探視。重要的是，還不知這過程中的等待會發生什麼事，像是張婆說到「上回因為小姐換藥，沒進去看到，下次在進去時，阿公就生氣了，說我都没來看他（95.06.03 田野觀察紀錄）」。看起來似乎只是一件小事情，但對張婆及病患而言，就是一種陪病關係的緊張，病患看不見熟悉的家屬身影，感覺不被重視，但對家屬而言，被病患誤會自己對病情的關注，又同時面臨病患病情不確定感，也帶動生活上的焦慮，兩者都是藉由會客來得到心理層面的寄託。但對醫護人員而言，完成當下照顧的任務才是當務之急，也間接忽略了家屬與病患置身處境的需求。

張婆每次都會提早到，然後按門鈴告知病患的主要照顧的醫護人員，說明她已經在外面等待，隨時都可以通知會客。但一旦到了會客時間，而病房裡頭還未

通知時，就會再按一次，對張婆而言：「一天才兩次的會客時間，已經很少了，…我願意在外面等，但是最怕的是裡面忘記叫我進去…（A2T-017）」，研究參與者表達當時的情況是她在牆外多等了 30 分鐘多，當時裡頭的情境，護理人員正幫病患換藥，因為病患四肢及腹部軀幹都已浮腫且有許多滲出液，換藥常需達 30 分鐘以上，當班的主護有掛記家屬還在外等待的事實，但眼前的狀態超乎他所能控制的範圍，加上週遭的伙伴皆各自打點自己負責的區塊，沒能來幫她，這讓他更急了，於是當她聽見護佐又再次提醒她外頭的家屬急著會客，讓他不經意抱怨起來：「等一下都沒辦法嗎，我也很急啊！但管子 8-9 條、四肢都要裹紗布、腸造口又一直出血，我也沒辦法快啊！…」對於醫療人員表示，照顧期間病患很少給予反應，讓他們感覺：「阿公到底有沒有清醒，我們有時很難判斷，縱使你對他進行痛覺刺激，他有時也沒反應，直到看見他跟阿媽互動，才知道他好像還醒著…」，對研究參與者而言，她則感覺：「我知道，他一定是很不舒服才會這樣做（A2T-018）」

研究參與者想表達的，都是將過去與研究參與者相處的意識流提出來，以擺放在醫療人員可見之面，讓他們試著從對話間了解未顯現的涵義為何，且竭盡所能，願意貢獻一己之力，為病患康復之路努力，而非僅是等待與陪伴。但站在護理人員照顧者的角度來看，他們必須同時顧及家屬和病患是件難事，當需割捨時，他們選擇以病患照護為主，這也是他們的工作責任，以至於無法關照到家屬的需求，尤當此件事涉及空間的遊戲規則時，他們仍將焦點擺在生物醫學式的照顧角色面上，於是，誤判與迷思就常不定時發生在兩者之間，隱彙的語言所導向的意念抽象思考，常延至無邊的想像世界，是無法全然被掌握與實踐的，僅可能在不斷溝通與討論間獲得共識，但往往在面臨危急時刻時，醫療人員還是傾向以落實照護工作為主，因這也來自於家屬的期待，於是家屬會陷入一種矛盾情結，想做這件事，但又必須犧牲另一件事，於是大部分的家屬會選擇以被動的方式因應這樣子的矛盾情結，看見醫療人員做了這件事，於是從這件事開始詮釋與想像。

因此，從空間裡時間的流動到所在身體的展現，所感受到的都是遭遇所事帶來的不確定感，也因關係的共在，讓病患的意向始終朝家屬顯現開展，也開啓家屬與病患對話的可能，但我們不禁想問，面對這個經驗現象場域，帶給家屬的存在意涵會是什麼，尤其面對身體毀壞與死亡迫近的危急處境，即存在的深淵處境，家屬在陪與自我存在間如何得以開展，是下一章節的重點。

第五章 加護病房陪病的存在底蘊

從加護病房的陪伴情境，如不確定等待、身體規限、時間差異以及與他人間關係情韻的異質並置現象中，勾連出當下生活世界與自我存有互動關係瓦解，深深感受到世界被剝弱，人被擺在一個原初處境中碰到了自身底限的狀態，在這樣的生命底限中，會將我們拉到一個最基本的存在底蘊裡經驗與發現。

本章節所要描述的重點便是擺在對這樣的陪伴方式現身所引發的存在議題，包含在社會機構照顧下，專業帶來的隱蔽與遮掩，如何對家屬產生影響；其次是面對病患的死亡現身所帶給家屬的孤獨感與焦慮情境，讓陪伴關係產生斷裂現象；再者，關係斷裂之後，人如何在陪病文化的影響下尋找安定的力量，肯定生存的意義；最後，說明在危急環境與死亡現身的陪伴底蘊裡，可能會出現的倫理處境，整體揭露出加護病房的陪病底蘊。

第一節 機構化照顧的隱蔽與遮掩

在先前我們探討在加護病房空間情境，帶給家屬的陪病知覺現象。從這樣的經驗出發，揭露環境不僅是硬體空間的限制，還包含其空間底下隱含的機構化專業照顧。隨著照護的時間拉長，此部份會逐漸比起空間阻隔，更加引發家屬的陪伴焦慮。在於機構化照顧是一種人與社會情境的互動關係，涉及人在這個社會空間裡，如何經驗到重症醫療所帶來的存在意義，尤其又在一個急迫處境中，不同於家中或病房的一般性照護本質。當中因接受醫療照顧所帶來的角色扮演、規格化及專業權利，都是一種人置身在醫療社會中的存在面向。

「醫療化」這名詞，蘊含著兩層意義，其一為從健康和疾病的角度，界定人

類的某種行爲和狀態，而以醫療意義全是這些行爲的主體身體狀況的過程；其二是爲了達到維持社會規範的目的，減輕因爲違反社會規範而衍生的困擾，醫療取向取向於適當地監控那些困擾，使之不致惡化或蔓延的一種重要工具和手段（張荳雲，2003）。從家屬和醫療人員互動間可以觀察「醫療化」的呈現，將許多問題在很自然而然情況下納入醫療領域中，像是討論到病患病情時，使用醫療詞彙來解釋病身的身體表現，如連續幾天無法入睡，就界定爲夜眠障礙，必要時需使用安眠藥輔助，而對於一些毒癮的患者，違反了社會規範，是壞的表現，就冠以“生病”的解釋標籤。

當家屬面對這些迎面而來的醫療語言與專業照護行爲時，他們是否了解，還是僅是俛首帖耳、唯唯諾諾，隱含在底層中的語言又如何被浮現說明。再者，對於身爲癌症病患的家屬，這個身份在病情說明上，往往容易觸及到死亡面向，況且又身處於急性單位，也因此病情解釋上常保留相關語境，但這些都是家屬想要對待的方式？本節透過空間的規定守則、專業化照顧與機構語言的探討，試圖揭露家屬面對現存於重症醫療單位上，真實被隱蔽與遮掩的存在問題。

一、專業權力的面貌

在加護病房裡，醫護人員常爲因應病患突發性的疾病狀態，而中斷家屬的會客，因此，就可能會出現以下的場景：

「抱歉，請家屬先出去等，我們要先處理病人，等好了再叫你們進來…」。當病患生理數值發出危訊或是預備進行相關檢查時，醫護人員都會以這樣的方式終止家屬的會客。他們的解釋爲：「家屬在，比較不好做事..」，因爲在家屬不了解的情況底下，「..看到我們幫病人插管、打針…不得已必須暴露身體時，反而容易造成誤會，而且有些可能會覺得很心疼，反而增加他們心理負擔，倒不如讓他們

直接看到結果就好了，不需要看到過程…（95.12.22 田野觀察紀錄）。醫護人員說明了管控現場的目的在於減少一些不必要的情境發生，如「誤會」、「心理負擔」，這是源於家屬對專業知識缺乏，以至於當情景出現「插管」、「打針」、「暴露身體」醫療行為，易以自己的主觀意識來對情景作誤判，相對增加醫護人員行使醫療行為的心理負擔。

但也可能因為如此，而造就了家屬對隔離單位裡的專業照顧者採取肯定態度。尤其病患身體反應最重要，如果藉由這些處置讓病患病情得以控制，對家屬都是莫大的鼓舞。對家屬而言，醫護人員是 24 小時密切監測與治療病患的對象，醫護人員的專業是一種遙遠且持久的保障狀態。雖然不了解在這個裝置或治療會帶來多大的好處，但交由比較專業的人照顧，就似乎安全多了。蕭小姐面對醫護人員協助病患移除呼吸管裡的痰塊，雖然面對病患痛苦的表情很掙扎，令她感到「很痛苦…看不下去」，但想到「抽完痰，媽可以呼吸比較舒服，我也只好在旁安慰她，讓她可以趕快接受（B2T-081）」。

這些都在於研究參與者認同每位醫護人員於環境裡行使專業的權力象徵，但，如果專業行使不當，就有可能會招致誤會且令人不舒服。以上的描述只是空間裡的一小部份縮影，除了第四章描述到專業化語言與身體展現權力外，在加護病房的場景裡，還包含對環境的控制：

護理人員：「抱歉，會客時間到了，我們早上就到這裡，等下午再過來看」

（一面說著一面整理病患身上的床單及管路）

家屬：「小姐，謝謝你的照顧，這是我們將為我爸求的符水，像我爸嘴唇乾了，你們可以拿這水幫他潤濕嘴唇…」

護理人員：「抱歉喔！因為我不清楚裡面的成分是什麼，所以需要請你們自己幫阿伯使用…」

家屬：「對不起啦！我們想說這只是符水，沒有再加其他東西，我們又沒辦法一直待在這裡，只是想為他（指病患）盡點力，所以才會請你們幫忙」

護理人員：「這我能理解，只是站在保護病患立場，我們需要必須想更多，儘可能避免可能面臨的危害，況且裡面的成分又不明，只看見黑黑灰灰的水，我可以讓你們放在這裡，等你們進來會客，再幫他使用」

家屬：「嗯！我們知道了！抱歉囉，我們下午再來」

（護理人員與家屬隨後相互點頭後各自離開病床）

（96.01.09 田野觀察記錄）

藉由上述對話，看出醫護人員與家屬產生認知上的差異，一個緊握住專業的權力，一個則是站在想奉獻的心，他們都藉語言傳遞象徵意義，May, R. (2003)指出，權力為一種存有方式，當勢力、強制力或壓力成了權力的必要部份時，便會出現一些權力的狀態。醫護人員之所以可以使用具強制性的語言對家屬，在於這也是家屬所給的，因為家屬與病患需要專業化的照顧，才會進到場域內接受醫治，自然而然理當接受病房的規定。但反觀家屬對「符水」的冀望，來自於想為父親「盡點力」，察覺情境帶來的焦慮與不確定感，都是可能造成之原因。這也是一種存在方式，權利與勢力的結盟，不能逾越可能毀掉對方認同的這個上限，因此，當兩方爭執不下，醫護人員退而求其次接受符水於場域內的置放，而家屬也接受了醫療人員無法配合使用之顧忌。這也看出專業權利行使同時，權力會隨著對象行使行為之目的而有所調整。

洪姨提出對於加護病房環境裡專業的落實，拉長與醫護人員談話的距離，認

為之間不常談論自身的需求在於：「他們都很忙…」，此時被突顯的「忙」是此空間的表現方式，洪姨感覺醫護人員忙於「處理機器」、「照顧病患」(C2T-044)。而這樣的忙對研究參與者而言，是可以被接受與理解，這是在於家屬願意壓抑對病患不捨的情緒，亦或是自己還未察覺某種需求需立即被處理，因為環境的規定某種時候也會改變家屬對急重症單位的救治期待，讓他們會願意犧牲他們對病患的照顧與陪伴需求，以尊重專業者的照顧。

洪姨說到：「雖然我看不見他，但我知道他們會盡力救他」，因為專業，讓洪姨感覺醫護人員可以「…知道怎麼幫他，而我只有陪他，乞求老天救救他而已，什麼事都做不了…(C1T-016)」。遵守加護病房的規定與醫護人員的指示，是她目前可以做的事：「他們說什麼我都會做…像是進去之前要洗手戴口罩我都會配合做..(C1T-010)」。但洪姨也提出到當家屬感覺病患此時的狀態是需要她的陪伴時，洪姨就會期盼醫護人員可以了解她為何「想多一次會客」的原因，而不是依憑規定一味拒絕她的請求。以下便是談論到遵行加護病房的規定守則，對家屬造成身心靈的影響。

二、病房規定守則

當病患轉入加護病房後，醫療人員會先進行環境介紹，然後遞上一張「加護病房住院須知」的單子，列舉此病房的相關規定讓家屬了解，單子上頭寫著：

- (一) 本院加護病房設有專責醫護人員，負責二十四小時病患照護，並給予適切處理與治療。
- (二) 為保護病患個人權益，家屬如欲了解病情，請由醫師當面說明，恕不受理電話查詢。
- (三) 請依探病時間會客，並請轉知親友；非會客時間，除經醫護人員許可，不得任意進入。

探病時請遵守：

- (一) 每次會客最多 2 人進入，人多需以輪流方式進入會客，每床訪視共 20 分鐘。
- (二) 會客前請先將手機關閉，且以對講機與護理人員聯絡
- (三) 進入病房前務必先洗手，有感冒症狀者請配戴口罩。

從上述現象看來，說明到了這裡是隔離病房，平常是進不去的，僅能在上下午各一個時段，共 20 分鐘見到你的家人。其次，這裡由醫療人員全天候照顧，不需你的在旁陪伴，你跟病患的關係只有在會客時及醫療決策時。再者，爲了落實感染控制，務必遵守病房規定，像是洗手、戴口罩，並限定每一次會客人數爲 1-2 名。

這裡藉由制式規章與教條，賦予空間裡醫療的權利。它用來向家屬說明隨著病人轉入此病房，將改變以往的陪伴形式，需直到會客時間才可入內探視。對家屬而言，才剛經歷危急情境，對未來充滿未知數的同時，又立即感受與病人關係正應聲剝離。這種存在經驗下對情緒產生的紛擾，會是如何表現？洪姨是研究參與者中，對會客一事陳述最多，在於她面對是嚴守病房會客規章與教條的病房單位，因此，藉引述她的語言，試圖找出自身被遮掩與隱蔽的真實感受。

洪姨平日負責病患的生活起居，此時的她剛經歷過案夫因爲突然的意識昏迷，被救護車緊急就醫的場景。焦急的她在推入加護病房後被醫療人員擋在門外，醫療人員向洪姨表示，家屬必須先在外面等，等將病患安置必會讓其入內探視。她不了解爲何不能進去陪他，直到護理人員說明相關會客規定後，讓她了解到今後必須以這樣的方式才能見到她的丈夫，她表示剛開始她真得無法接受這件事，她說：

「他從沒離開我身邊，雖然我們感情不是很好，但我們從來沒有分房睡...他來醫院我就跟來，一直都這樣... (C2T-043)」，洪姨說明她與病患從未分開住、分房睡。因為這次的創傷，改變了她與病患原本的相處方式，對眼前加護病房會客的規定，顯得「不能夠理解...」，這是在於洪姨覺得：「有時候病人如果想要家人進去，是不是可以讓他的家人，不要說全部的家人啦，這我不敢這樣要求..是不是讓身為他的另一半，一個就好....多進去看一次」，洪姨之所以會如此要求全來自於看見病患對親情的陪伴需求。故洪姨帶著畏敬的心，向護理人員反覆請託著，無非希望能因此：「給我們一點點的時間，我們不會讓他們很為難這樣子，大家互相配合，看他的病情可不可轉變的快一點 (C2T-008)」。她的本意也和醫護人員一般，希望能做對病患有益的事。

研究參與者受到過去陪伴方式的影響，尚無法接受立即分離的日子，這讓她感到焦慮，於是尋求在現行制度下可能的彈性空間，「可以多進去看一次」，說明了她對現行處置下的渴望，願意放下身段去求得一次會客，其目的在於幫助病患的病情好轉，故會以讓病患好轉這件事當作意圖進行與醫療人員的協商。但當洪姨透過自己的努力，試圖達成協議同時，她感覺醫護人員並不能了解她的用心，他們回應的態度讓洪姨感覺：「我拜託他到那種地步...他們就是不要...」，洪姨感覺自己已低頭向護理人員請求，還是未獲准，她先在心中猜想：「...護理人員是不是怕我們在外面帶太多細菌進去。我會用這個安慰我自己」，而對於屢次拜託皆未成功的結果，洪姨也逐漸坦然接受，洪姨並未因此而怪罪醫療人員，因為她會想說：「...一定都是為了我家的人好，所以我就配合他們一點，萬一我帶太多細菌進去，那他如果剛好感染到就這樣離開我，這樣就不太值得了 (C2T-079)」。

研究參與者透過合理化的解釋，讓自己接受這個事實，她必須接受會客時間的限制，以讓她的親人可能可以得到較好的照顧。避免受到感染是猜想，也是做為讓逐漸接受體制存在之必要性因素。研究參與者的認同是建基在「可以為我的

家人好」的這件事情上，但隨著病人的病情發展，也可能影響對原先對此規定的接受程度：

洪姨得知病患：「肚子脹住之後...很難過，很想我進去，我就跟護士要求說，除了白天和下午，晚上是不是可以也讓我進去看一下...」，洪姨面臨病患正處於不適的情境，洪姨希望能藉此原因徵求多一次的探訪時間，無奈護士回答她，「你們可以改時間啊...白天看一次晚上看一次，下午就不要看，反正一天就是兩次會客...」，護理人員還是堅持只能讓洪姨改時間，而無法多看一個時段，於是洪姨決定，「我就改一次到晚上去看他....然後白天的那一次我就跟他們商量說，是不是可以看久一點，讓我陪他久一點」。雖然無法增加時段會客，仍是希望某一會客時段能停留久一點，因為洪姨覺得會客時間：「只有 20 分鐘的會客時間，太短了，每次都感覺，怎麼沒進來多久就已經到了（C2T-006）」。

當研究參與者於會客時間感覺到病患是陷入痛苦中，且讓她感覺他是需要她的陪伴時，引爆出個案置身門外的擔憂處境，會不停找尋協商的籌碼與護理人員溝通破除會客的限制，站在護理人員角色裡，她必須落實醫療單位的規定，在護衛健康與生病的界定上有其客觀標準，這些客觀標準也立基於一定的證據上，像是控制感染源發生。結果就是兩者都各執一方去看待事情的發展，此醫療客觀的事實面向有接應到家屬這方，但同時，家屬也受到病患先前記憶面向的顯現。兩種面向迎面而來，讓家屬陷入矛盾之中。尤當病患顯現的面向是朝著死亡經驗發展時，則會將原本主體認同的實存價值落入災難處境，產生挫折而憂慮，像是洪姨提到說：

「我知道我可能沒辦法像護士一樣幫他，但至少他看到我，他比較心安」，洪姨肯認自身的能力只能讓病患覺得安心，並同時感受到病患等待洪姨的心情，「有時候進來看他，他會很生氣，說我怎麼都沒有在他身邊，讓他一個人在這裡受苦，

他會怕你知道嗎？自從他得了癌症以後，他知道自己已不像正常人一樣，可能隨時都會走」，洪姨能了解案夫此時負面的情緒來自於孤獨感與隱射出對死亡的害怕，「剛醒來的那段時間，跟我比這個動作（食指伸直後彎曲向下），意思說他會死在這裡，....我多擔心，有時候說著說著，眼睛就紅了，流淚就流下來」。看見病患的難過，帶給洪姨心痛的感覺：「一個大男人流眼淚，你就知道他多害怕，看得我...真得很不捨，...心..很痛很痛...（眼眶紅），很怕他會自我放棄（C2T-007）」。

研究參與者的意識流是跟著眼前的病患走，當她看見她的親人正處於不安與焦慮中，且因為她的無法在場，使得病患必須自我面對侵襲而來的死亡困境，因為癌症的侵襲，使得對死亡感受其威脅性變得真實（羅慧敏等人，2004）。無法協助與不得不接受醫療場域的限制，更糾纏著研究參與者內心的煎熬，讓她感覺無法陪伴對方經歷最痛苦的關卡是場苦難，而這苦難卻又是建立在體制下的結果。家屬的自責是將體制的規定視為阻礙，根深蒂固的問題是自我的有限性，事實上，她是接受體制下的限制。就因為接受，她能明白縱使一直入內陪伴，對對方幫助也不大，但至少滿足她或他想見到對方的心意，不因來到這裡而也所改變。再者，她也希望在最痛苦的階段，給予病患適當的協助，讓自己看出來是有用的人，能奉獻一己之力，即使僅是微薄之力都能接受，但陷入這空間裡，是連這個微薄之力都難以達成。

但這樣的心裡反應，對不了解的醫療人員而言，又是如何看家屬的心態？

洪姨會客後離開病房，這次會客已延誤了 15 分鐘才結束，在先前會客時間結束的當下，小玲曾經前來告訴洪姨：「阿姨，你是不是要讓阿伯休息了喔！」，洪姨點頭回應了一下，隨後向病患表示：「人家在趕我了，我必須要出去了，你要乖喔，不能做...」，就在繼續言說其間，不知覺又過了一段時間，交待完畢後洪姨獨自走出病房，當時的護理人員小玲回到床尾的護理桌上寫紀錄，心情顯得不悅地

向研究者表示：

「每次這一床的會客時間拉得特別久，別的家屬看在眼中也會向我們抱怨，為什麼他可以很久，而我們不可以，變得我們處境很為難，更難控制會客時間，況且，這床還有 AB 菌感染，有時他還會穿著隔離衣到處走動，大多都問阿伯現在的情形，我們跟她說過了，請他不要到處走，因為…，我們也不可能一直待在那裡聽他講，還要照顧其他病人…(95.12.13. 田野觀察紀錄)」。

站在醫療人員的立場，是以專業化的知識技能賦予照護角色，Doke(1995)也指出，癌症病患病程處於逐漸衰敗的慢性期，在尚未走向末期階段時，仍需要相關醫療處置協助改善症狀。所謂的專業，指的是擁有某種特殊知識技能的職業團體，運用抽象的知識，在實踐過程中就個別狀況做判斷的職業，就知識的取得和應用而言，具有排他性，獨享其知識的權威（張荳雲，2003）。在專業的背景下，他們能迅速依病患症狀下立診斷、治療方向、預後來界定當下的問題，並依循單位賦予的工作目標前進，因此，當小玲面對研究參與者延遲會客時間引起其他家屬的報怨聲浪，加上小玲察覺研究參與者無遵守保護性隔離的規定時，這些都直接衝擊到控制感染的工作目標。小玲必須採取策略試圖掌控回原先的狀態，以捍衛其他病患的權利，但當她感受到無法被順利進行時，便會陷入無奈的情境中。

因此，我們可以了解家屬面對加護病房規定守則對會客時間的限制，是站在病人反應出的需求角度來回應這項規定。與醫療人員是站在專業背景及落實工作目標提出要求截然不同。藉由機構化的照顧底下，我們看見了兩者不同的對應。

三、專業照顧下的隱蔽

每個個體都保有自己體驗世界的基本核心，日常生活世界便是由一個主體交

融的世界開始，醫療人員與家屬以病患做為對象，成為醫療空間裡的一員，各自用自己的觀點去意識到病患主體的需求，藉著通過身體動作、語言交流，我們才得以瞭解他人的思想與體驗。

家屬與病患的共在世界是通過建立在一個實質上相似的共同環境。舒茲指出，成功的交流只有在共享一個實質上相似的相關系統的兩個人之間才有可能存在。因此，相關系統的兩個人之間的差異越大，進行成功的交流的機會越渺茫，在於它包含著一套共通的抽象概念或標準化用語（Tooms, S. K., 1999）。不論是過去與當下的體驗，病患及家屬間的關係都比醫療人員來得親近，雖然某些部份，像是語言、身體等會因處置的進行而有所隔閡，但兩者間仍會透過某些意向的流動而被對方了解，如張婆感受到病患「眼睛看著我..我知道他了解我的痛苦」的那股被關心、心疼的感受。在加護病房內所形構之世界對他們而言雖是短暫構成，卻有著深刻的回憶。洪姨的丈夫轉出加護病房後，他向洪姨表示：「打死他都不會再踏進去一步，他覺得裡面就像地獄，讓自己感覺好像快死了一般…」，洪姨也有著和病患相同的體驗，但這樣的表達不會出現在醫療人員的表達裡。在於醫療空間裡，是針對病人目前的症狀進行分析與歸類，他們是詮釋醫學知識的媒介，以向病患及家屬提供諮詢，醫療在他們腦中就像是信手拈來，毫不費力。但對家屬與病患而言，僅有片段式醫療知識，理解便會產生落差。以下便是試圖指出場域內出現的醫療機構或專業性的語言，如何與家屬形成隔離。

（一）醫療設備裡的家人

家屬看見的是執行醫療措施裡的病人，而醫護人員看見的是醫療措施裡設備的有效性。洪姨形容初次會客看見案夫氣切口接著呼吸管，案夫的胸廓隨著旁邊的呼吸器一入一出間規則的浮動，她當下的感覺是：「都不是人自己在呼吸，都是那種人工的」（C2T-076），並看見呼吸治療師站在呼吸器前調整著機器，呼吸器上

顯示的數值對她而言都是空的經驗：「都是英文我又不懂… 就要像那種看的懂得、內行的，那種人家看就知道的，不像我們，說一句比較沒有輸贏的，就像人家說的鴨子聽雷，從這邊聽、那邊放掉這樣子…」(C2T-049)，因此當下洪姨聽到呼吸器在叫，心中的感覺是「是不是有狀況」，只見洪姨往病患身上瞧，隨後再看看治療師往機器上按一些按鈕，聲音隨後就停了。於是洪姨進一步詢問他情況為何，治療師向他解釋：「只是機器上設定的流速太低就這樣子而已」。

同樣的是面對機器存在的場景，研究參與者注意的是醫療機器運作底下，病患出現的樣貌變化。研究參與者看見病患與機器間相呼應，給她的感覺就像是人工協助呼吸，而不是真正靠自己而活的人，所有的判斷都來自於眼前的看見。縱使呼吸器上的數字顯示病患並無任何異樣，但對研究參與者而言，這些數字就像是「鴨子聽雷」，再多的說明也比不過她的看見。因此，當意會與病患相連結的機器出現警示鈴聲時，研究參與者身體上的反應會先朝向病患，隨後再移向治療者。而醫護人員則是相反，在場的醫療人員的注意力依舊擺在調整機器上的設定，對鈴聲響起不以所意。兩者間的差異除了知識建立的背景不同外，重要的是研究參與者是以人的角度來看人自身，而非病中的人，是不同焦點注視下的結果，這相對給予醫護人員如何看待病患角度的思考方向。

(二) 處置背後的先行理解

家屬著重在眼前的一件事實，而醫療人員則是理解事實背後的原因。蕭小姐描述過去與母親經歷的一次事件，讓她感受很深，當時她進入加護病房探視病患時，因為先前剛入院的 2-3 天，病患無法適應裡面的環境，精神顯得躁亂，於是蕭小姐同意醫療人員先為案母執行雙手約束，她雖不忍心，但也接受唯有如此，才能讓醫療人員專心醫治病患。結果一次會客期間，蕭小姐想為病患約束的雙手進行肢體活動時，她發現病患約束的左手明顯出現一大片瘀血，剛好是約束帶的寬

度，以致於多次會客他都沒發現到。蕭小姐當下問了護理人員此種狀況為何因素，護理人員則聯絡 x x 醫生解釋病情，醫師向蕭小姐表示「...因為本身凝血功能不好才會這樣...」，於是蕭小姐再問：「怎麼覺得越來越大片」，醫師回答她，「這是預期中的事情，所以我不用再去問他為什麼會這樣...」，蕭小姐對於醫師的回應顯得不以為意，她認為醫師不應該在當下給病患家屬這樣的一個訊息，因為蕭小姐認為，就是「不懂才會問你，雖然說是預料中的，可是我們的想像永遠追不到他的變化，所以我才會好奇才會問你說怎麼沒有比較好還是怎樣... (B2T-102)」。

蕭小姐強調病患身體變化總超乎她所能想像，只想應該如何解決這個淤血，「是不是可以擦什麼，因為在我們的觀念中有一種東西可以擦烏青瘀血，可以化掉瘀血」，蕭小姐試圖找出解決方式，不同於醫師的對待方式是採取消極態度來因應：「..那是沒有辦法的事情，反正進來這裡就是重症嘛，不行就是走了嘛.. 看得很稀鬆、平常，好像他每天都會做這些事情嘛...」，蕭小姐用工人的身份來形容醫師的對待方式，她感覺醫生就像是：「工廠裡的工人，而病人是工作台上的一個東西，負責做這個的東西，做的好就做好，做不好就送出去換一個新的進來，所以你問了也是多餘的」。描述醫師將病患的生命視為一種工廠裡的工具，但對蕭小姐而言，病患的生命「....是一個很寶貝的生命，你怎麼這樣說，.....我就是關心、操心、擔心才會問你啊，是否有什麼處置可以幫忙.. (B2T-103~106)」，蕭小姐仍為醫師的態度感到憤怒。

研究參與者感覺醫師的回答讓她不能接受，在於他並未站在家屬的立場來看待眼前的這位病人，讓她感覺醫師只是把病患看成是一個東西，當作一件事在做，研究參與者並以「像是一個工廠裡面的人」來形容醫師的樣貌及態度，與她將病患的生命視為寶貝的心態落差很大。研究參與者的意象活動和被意象的病患之間，存在著一種基本的相互關聯系統，這類意象的對象並不是做為事物來理解，而是作為意向性活動關聯來理解。透過關心、操心、擔心病患，所以才會心疼病

患手上的瘀青，並試圖尋求方式來處理這問題。與醫師的理解的意識產生斷裂，兩者在當下體驗到瘀青的這件事，依據胡塞爾對暫存性的說法，他認為每個受到關注的事物都展現出一種暫時結構，與內在主觀性的構成具有重要的作用，一個現在感知的客體做為暫時的統一體被體驗，即客體過去的暫時性都做為客體現在意識的一部份保留在原始記憶中（Tooms, S. K., 1999）。

事後醫師的說法在於：「我感覺家屬無警覺到疾病的嚴重性，有許多人都在等著醫治，不只是他們，只是我們會先處理最嚴重的，她只是瘀青，且本身癌症導致血紅素、血小板指數本來就低，瘀青在所難免，自然就會好」（95.11.25.田野記錄）。

這說明到家屬與醫師之間，對事件的判別立場不同，且對瘀青所停留的暫時記憶有不同的看法，家屬是依據每一次進來會客的時候關照瘀青的變化來判別，再依據的記憶停留在上一次會客時。而醫師的意識流是以整體走向為底景來觀看病患瘀青，在他的原始記憶裡，早已存在現在所見的瘀青未來會走向怎麼樣的發展，這件事在他腦中早已是事實擺在那裡，是預測中的事，所以才會因此家屬產生認知上的差異。

再從另一個例子，我們看見醫師解釋處置背後，所隱含的涵義如何在試圖彰顯後，又陷入遮蔽的狀態：

醫 師：「我今天是想要跟你們討論關於他呼吸的問題，人至今還沒清醒過來，便無法自行呼吸，光靠這管子不能夠撐很久，因此我們建議你們，可以開始考慮氣切的問題」。

家 屬：「氣切？」

醫 師：「就是在頸部開一個洞，放進去氣切管，比起這條呼吸管短很

多，也比較不會有感染的問題，且病患也比較舒適」

家 屬：「這樣他就可以把嘴巴的管子拔掉了嗎？」

醫 師：「是的」

家 屬：「至少可以說話」其一家屬對其他的家屬說

醫 師：「抱歉，還是沒辦法，只是把管子移到頸部而已，只是我們會選擇對病患較好的方式，因為是在頸部放氣切管，管徑縮短了，痰比較好咳出來，相對就比較不會有肺炎的情形產生」

家 屬：「可是挖洞後，不是就很難拿掉？以前我有個親戚也是這樣，到最後還是沒有拿掉就去世了」

醫 師：「基本上，每個人的表現本來就不一樣，當然我在這裡也不能保證說，他將來做了氣切就可以順利呼吸，然後拔掉，只是我們看過太多像這樣的病患，堅持置放呼吸管的結果，常使得病患陷入更痛苦的處境。」

(96.04.23 田野觀察記錄)

從家屬與醫師的對話中，看出醫師極力向家屬解釋目前執行氣切的理由，但家屬在意的，卻是氣切後病患會不會說話，或是拔不掉而死亡等基礎上的問題，和醫師的焦點擺在不會有感染等問題有落差。這在於醫師本身的感官感覺，即具有某種優位性的感受性開放，醫學裡的所有情事或幾乎其全部事物均需仰賴於醫師某種警視或快樂的本能，確定性就必須於醫師本身之感覺中求得，無需經由醫學此技術之諸原理的中介（龔卓軍，2006）。因此，當醫師向家屬說明氣切執行之必要性時，家屬直接觸碰到是知覺自身，「頸部挖個洞」，而醫師在乎的，除了臨床知識背景下的衡量：「比較不會有感染」、「比較舒適」以及「不會很費力呼吸」

等等以外，還有經驗底下的觀照：「看過太多像這樣的病患，堅持置放呼吸管的結果，常使得病患陷入更痛苦的處境」，雖然當下無法保證病程進展到哪，而是具足對人性存在經驗底下的一種瞥見，說不上的感覺，緘默地立刻區分出本質事物的路線，超越了自身所見，更深入經驗底下，只是當醫師試圖超越機構化照顧，以回歸人的基本需求向家屬表達他主要的意圖和經驗觀照時，並未與家屬接上，家屬在意的仍是存活方式與死亡的可能性指向。

（三）用常人觀感判斷顯影影像

家屬以常人的觀點判斷病情發展現況，醫護人員是以證據解釋問題所在。病患已經 4-5 天未進食了，看在洪姨眼裡，覺得：「都沒吃，怎麼會好」，於是向醫師反映他的擔憂，評估後表示可以開始進食，結果昨天一進食少許牛奶即發生腹脹、腹痛的情形，故今天安排進行腹部 X 光檢查（KUB），醫師檢視後，發現腸道有一些氣體，因此開立一些藥物並向洪姨解釋從片子中看見的情形：「我們看到這裡有一團空氣積在這裡，且有部分的腸阻塞，不過應該還好，腸蠕動目前還有大約 5-6 下，可以再觀察，所以我們暫時先讓他的腸道休息幾天，再看看會不會脹或是腹痛的情形…」，解釋期間看到研究參與者頻頻點頭，等到醫師解釋目前病情後，她向醫師表示：「那他什麼時候可以吃」、「這樣沒吃，真得沒有關係嗎？」，於是醫師再度開立大量點滴施打..。

一件單純對何時可以吃的問題，家屬與醫護人員就出現不同的思維方向。家屬處於常人世界的現實感中，以對日常生活造成影響來體認到「吃」對維持生存的重要性，像是現存「都沒吃，怎麼會好」的想法。對研究參與者而言，腸蠕動、腸阻塞對她不引起任何意義，她所關心的是，腹痛與腹脹反映出無法吃的窘境，直接影響的是做為人最基本生存條件，危及到生命本身。

反觀醫師，是用科學的方式協助臨床症狀之判斷，以便將他所看見的症狀整

合於一個解釋裡，像是判斷這是腸阻塞引起的腹脹現象，此作法是凌駕於身體原初的處境，如同梅洛龐帝對科學提出存有學式的視覺批判，他認為科學操控事務並拒絕停留在事物當中，科學賦予事物內在的模式，並透過其定義允許的指標或變數來轉化事物，它遺忘感覺與被感覺者合一的身體狀態，而停留在技術操作性的語言概念層面（龔卓軍，2006），此種有限性的分析必定會從各種差異的經驗內容求取證明，就像是面對洪姨案夫出現的腹部脹痛情形，腹部 X 光檢查(KUB)影像中反映出問題焦點，證實腸內有異常性的空氣堆積，加上輔助聽診腸音協助判斷腸蠕動是否緩慢，因而推論出因為腸蠕動緩慢造成腸內空氣堆積，以至於產生脹痛情形，因此，和家屬間是站在不同觀點上解釋事件必然性發展。

雖然在各項專業照顧底下，隱蔽了病患身為人，應獲得的最基本的關懷，但也因為此場域裡醫療人員的專業度高，也給予了家屬面對急難後，一個安住的地方，像是洪姨雖然心疼病患雙手被約束在床上，但她覺得：「.... 他們也是為了病人好... 怕病人如果拔起來而死，就是他們的責任... (C2T-024)」，雖然面對這場景，「一定會捨不得啊！... 又能怎麼樣，走到最後還是得這樣做啊，以後如果回家裡面，他如果這樣子摔... 也是要想這個辦法，看把他綁起來怎麼樣，任何人都一定會這樣，這樣是已經到沒有辦法了才這麼做 (C2T-025)」。洪姨試圖以想像在家中病患出現激躁的模樣，來間接體會醫護人員的辛苦。

蕭小姐也感覺加護病房的小姐給予他的母親一種：「安心的感覺」，張婆在面對病患身上腸造口出血時，醫療人員即時給予病患藥物並立即安排相關檢查治療，讓病患的出血能及早控制下來。雖然最後病患還是走向死亡，但在瀕死階段，他們開放了硬性規定的會客時間，並允許家屬在床邊置放 24 小時播放佛經的需求等...，都讓張婆一直很感謝醫療人員的幫忙。藉由研究參與者表達他們對於醫護人員的照護觀感，讓我們體認到，機構化照顧底下其實一直都存在的人道關懷意涵，只是在危急階段的工作目標，仍以救治生命為首要之急，而將此部分暫時擱

置。

這是醫療意識下的置身觀點，說明在醫療意識下，語言與行為的隱蔽與遮掩是如何得以發生，醫療人員與家屬看待空間規則裡所傳達的意義，隱身在此空間下陪伴的觀點建立在病本身。對家屬而言，除了藉由醫療專業的觀察及敏銳監測，避免錯誤事件發生外，再加上置身處境提供家人心理支持，以幫助其早日康復，就是陪伴最大的意義，他們是隔離在外觀看醫療人員如何救治他的家人。反觀醫療人員而言，監測機器發出的數值與聲響，以及每日常規工作型態下的照顧模式，就是照顧的意義，認為取代家屬照顧這群病患是因他們有需要我們的協助，才給予他們專業的照顧模式，而這種也是一種陪伴方式，是已早就在裡頭進行醫治當中。

由此看見了專業者的觀點與陪病者家屬間的差異，但不論之間有無差異，在危急處境下，兩者的目光相同都朝向維繫病患生存的事情上。家屬因陷入與病患共在的世界裡，察覺到自己的有限性，也更加認同醫療人員的專業性，也因此，家屬甘願被牆隔離，讓自己的家人住進加護病房裡面，在於他們相信在門的裡面，有一群專業的醫療團隊，可以幫她照顧她的家人，此外，隱含在急迫處境下的另一個面向，還包含可能性的死亡焦慮，常在各項處置裡隱隱纏繞，影響了陪伴關係的延續。

第二節 陪伴關係的斷裂

在機構照顧下的社會化情境空間，我們看見了人與社會空間互動的樣貌，也發覺危急世界的發生是如何造成醫療人員與家屬陪伴位置的差異，對於醫療人員而言，他們依舊執行著專業化照顧，但對家屬而言，突發的事件讓此有面對的世

界似乎失去她以前熟悉的樣子，感受到的是與眼前病患身體間互動下降、空間變陌生、陪伴位置改變等等，種種事件的現身，都讓家屬與病患的存在關係產生一種斷裂感，人宛如被推入深淵經驗，觸及到死亡現身與孤獨感受。

對於癌症病患家屬而言，比起其他創傷者家屬更早體認到死亡的焦慮。因此本節將針對危急情境帶來的孤獨感受與死亡現身，包含死亡碰觸與焦慮，以及死亡對自身覺察的意義，以說明陪伴關係的斷裂何以會發生及面對。

一、靜默下的孤獨感

因著加護病房的特殊性，這裡有將近 8-9 成的病人裝有呼吸器，所訪談的對象亦如此，可以說是存在於這空間裡的孤獨感都建立在靜默當中。人是為己而存在的，無人能從我身上奪取我的死亡，這種決斷狀態將人帶入徹底的單獨化之中，而從中發現自己做為自身如何與世界存在，但世界又是建構在與他人共在的基礎下，為己存在事實上是揭示一個沒有為我的存在，他人面對我的意識是我和我自身所無法缺乏的中介，在共在的生活世界裡一旦碰及他人生命的轉角，斷裂便發生了。

張婆每回來醫院探視都是獨自一個人，她總是解釋說：「因為小孩和媳婦都很忙，且每個人都有自己的家庭，我是他的太太，自然和他們不同（A1T-019）」，媳婦雖然偶爾會陪伴張婆前往醫院探視案夫，但總是耐不住性子，感覺就像「來了又想走」，小孩偶爾也會一起前來，雖然沒有這種感覺，但常必須為了自身的工作及家庭，又必須急忙地回到原先的位置上，於是常會透過這位媳婦間接瞭解目前情況，但這卻讓張婆感覺：「他們都不了解我…都相信媳婦說的，認為我這個做媽媽的不好…不知我的困苦，我的心情實在很痛苦，頭ㄟ已經這樣，他們還這樣對我…他已經病很久了，也都是我一人在陪他，為什麼都不想到這些..」，張婆無法

接受孩子都一昧聽媳婦的話，只因為她常陪她來會客，殊不知媳婦並未能理解她的心情。雖然如此，張婆還是能體諒他們工作的辛苦，但往往說到孩子與媳婦的無法共同陪伴，總讓她感覺：「..當心情很不好的時候，沒人可以了解安慰我，聽我講..說到這事也沒用，我也不想說了！」，沒辦法像以前案夫一樣：「他總是知道我在難過或是不舒服，雖然他都不會直接說出來，就是會默默陪著我，然後私底下跟他們（小孩及媳婦）說不能這樣對我…（A1T-003）」。

張婆感覺陪伴病患罹癌過程是個漫長陪伴過程，感覺「他已經病很久」，也指出「都是我一人在陪他」，說明她於陪伴過程中孤單寂寞，且漸漸感覺到小孩媳婦與病患對待間的差異，藉由媳婦陪伴病患的方式，讓她經驗到同門異戶，雖然同樣一家人，卻無法休戚相關，小孩雖提供社會面的支持，卻因各立門戶，各持事業，無法真正提供實質的陪伴，兩者間的陪伴方式都讓研究參與者感覺到，照顧上愁腸百轉的孤獨憂傷無人理解，久了，也就不想說了。看出彼此間的關係是斷裂的，無法感覺他人就像我們一樣，同樣孤寂、同樣害怕，同樣渴求返回原鄉世界，像是放於「物」自身，只做為某種責任的功能被放置到世界裡頭，面對這樣的處境，基本回應就是否認孤獨，這種防衛機轉機制將關係轉嫁到與個案的互動上，回顧過往與案夫情感上的交流，讓她不置於只感覺自己一個人。

起先病患意識還清醒的時候，雖然進入加護病房後呼吸管讓他無法表達，但總能用他的身體表達出對張婆的心疼，張婆說：「剛開始我一個人來看他，他就很氣，看他的時候就眼睛不想掙開，或是轉過去不想理我…因為他知道我的身體不好，一個人坐車會有危險…（A1F-M003）」，之後案夫也明白現況即是如此，無法改變，就會在每次張婆會客的時候，「看她…握她的手」，雖然只是小小的動作，總能讓張婆感動不已，說到此經驗不禁還以微笑，而淚水就在眼睛裡打轉，這些反應對張婆而言，「雖然他現在沒辦法說，但我知道他的意思，畢竟相處那麼久，不用說我的我都明白（95.06.18 田野筆記）」。

張婆與病患在漫長罹癌過程中，建立彼此靜默下的陪伴方式。病患將心疼張婆的意向藉由身體表現出來，不需要透過言說，身體知覺便會彼此接應。語言來自於沉默之處，被說者以多種方式源自於不說（unspoken），不說是未被說（not yet spoken），或是說者未達說（beyond the reach of speaking），說，就像是茫茫大海中的一瓢水，從存有的整體裁出一片東西。被說者一開始出現，就像從說的整體裡切割下來，一旦切出之後，就不再歸屬於存有的整體。（余德慧，2001）。

病患的表現是處於知病模式下的社會期表現，病患的心智運作以自我現實為基礎，保有原先的自我，能夠將外界事物對象化，使用反思、意識捕捉的方式和週遭的世界互動（余德慧、夏淑怡、石世明、張譯心，2004）。此時病患已知悉自我受限於病床上，無法再回到常人世界裡照顧個案，也無法履行原先做為先生的社會角色與功能，此時的他，僅能躺在病床上用殘餘的能力給予張婆回應，但對張婆而言，案夫佇立在眼前的真實感、觸摸指間的微溫，比起想像，至少還在的真實感，讓生命變得不那麼抽象，此時的孤單隱退在背景裡伺服，只有當一切變得寂靜且陌生的時候，才會赫然而生。

隨著癌症病程、感染、出血等症狀，病患身體已逐漸衰弱，甚至陷入昏迷狀態，此時的病患處於 Doka（1995）提出的末期階段，當健康衰敗與死亡該時間結構可能會發生時，瀕死即出現。張婆仍不忘於每一次會客多次呼喊著病患：「頭ㄟ！你有沒有聽到我在叫你…聽到你就卡緊起來，麥擱睏起…」，病患還是無回應，每一次的回應開始都讓張婆帶著期待，墊高身子好看清病患的表情，但往往結束後的事實讓她站回原先的姿勢，表情像是陷入愁憂慘霧中，有時還會在她的眼角看見淚光（95.06.21 田野資料），一次次的無聲與反應終讓張婆感覺病患已無法再守護著她，「連唯一相信我的人，變成這樣…，也沒辦法替我解釋…」，而張婆還必須面對孩子與媳婦對她的無法體諒，那種感覺就像是：「你平時靠的樹頭已經就要斷了，還不斷被人推、被擠，弄得我真得很心痛」（A1T-C052）。此次經驗超乎張

婆所預期的，病患用無意識的狀態取代之前向世界顯現，張婆對此感到難過，這種感覺就像是靠在原本堅硬的樹頭，隱喻她依靠著她的先生度過過去的日子，現在堅硬的樹頭就要斷了，隱喻先生目前的病況加重，還被不斷推擠，隱喻同時間小孩及媳婦還不能了解她的辛苦與難過。

當想到過去為病患付出的一切：「都是我從早到晚不停在賺錢，供小孩讀書，還要應付他的酒錢、賭博…」，和現在的處境相比，「…我還是很傷心…覺得很不公平，過去他讓我這麼辛苦，卻都沒能讓我享受到…（A1T-060）」，感覺自己一個人回到家的感覺，就像是：「空掉了..少了一個人…差好多..」。面對病患因意識昏迷所帶來死亡的臨現，將原本在人際間的孤單推向存在孤獨，讓張婆陷入自我與任何其他生命之間無法跨越的鴻溝，張婆用「空」來形容自己孤獨的感受，只是少了一個人，卻感覺自己像是與世界分離，充滿無助感。如佛洛姆相信，孤單是焦慮的基本來源，強調無助感是人類分離的必然結果

了解自己的孤單與分離，在自然和社會力量前的無助感，都使人孤單的分裂狀態成為難以忍受的牢籠。分離的經驗會引發焦慮，它其實是所有焦慮的來源。分離意謂著被切開，沒有任何人類力量可以著力之處（Yalom, I. D., 2003b）。

有些孤獨是無法說出來的。張婆面對病患病身受苦的模樣，愈接近瀕死，愈讓她感到案夫外觀上的改變，從整體：「整個人變得很腫」到部份「眼睛感覺有水在裡頭，還有出血的情形」，這些改變都讓她覺得「和之前差好多…完全變了一個人…（A2T-C011）」。面對家中的電視，前方的椅子曾是案夫常坐的地方，張婆常就坐在他的旁邊，靜靜地陪他看電視，那時候在張婆眼中的病患，是個「很愛看電視的人，有時候我去睡了，他還沒進來…」，張婆說的時候，表情還透露出淡淡的微笑，有時還停頓了一下，似乎在回憶起以前的樣貌。當張婆現在再度回到當下時，病患的位置依舊立在電視機前，張婆說，每次回家，都會「習慣把電視

打開，但我一點都沒有想看的心情，只是開著它，讓這裡有聲音，我還是繼續在做其他的事情…」，直到晚上回到房間，電視機才會關閉，張婆形容那種感覺：「最不舒服…。只剩下我一個人…靜悄悄…雖然外傭睡在我隔壁，我旁邊還是沒有人…（95.07.21.田野筆記）」。

張婆於醫院看見病患外觀上的不一樣，回到家，藉由轉開電視機試著感受案夫的存在，但張婆卻感覺「一點都沒有想看」，即便是透過看，仍無法因此減輕她的孤獨，感覺到前後上的差異指認出此時孤獨的感受，Yalom, I. D. (2003) 指出，這種陌生感不只是組成自己的樣貌，也以隱藏的方式組成了世界而不自知，只有透過自省，人就會體驗到一種瞬間的陌生感，這種空虛、失落、被剝奪的經驗並不是外在的，是在我們裡面，不需要外在的刺激就可以發現它。張婆在世界裡將熟悉的事物本身加框，她以為可以透過聲音來消除案夫無法回家的事實，但當聲音結束時，感受到靜所帶來獨自的一人房間裡的自我，此時才驚覺病患不在早已將她帶進了孤寂感。

在醫療情境中，有時我們對孤獨的察覺來自於感受到對方焦慮下的反應。蕭小姐說起有次她為了帶阿嬤回家，於是趁案母休息的時候離開，那時候病患對蕭小姐十分依賴，且對加護病房戒慎恐懼，因此，當蕭小姐離開，約略過了 15 分鐘後返回病房探視病患，醫療人員告訴她：「妳的母親一直在找妳」，隨即進入病房後，案母一看到她，就突然抓住她的身體及頭髮，蕭小姐說：「…你看她的嘴巴就知道她在講什麼，她說，妳跑去哪裡！妳跑去哪裡，我當時嚇死了，頭一次看到母親這樣子…我從沒見過她這樣子..她是這麼的無助..覺得自己隨時會走掉，然後卻沒有一個親人在她身邊（B3T-079）」

癌症雖然為慢性疾病，卻具有死亡的威脅性，一旦得知罹患癌症之後，對多數人均是一種艱鉅的壓力情境，包含疾病與治療的不確定感、情緒的衝擊、生理

的症狀困擾、生活型態的改變等（羅惠敏等人，2004）。蕭小姐感受到母親獨自一人的無助與害怕，這種無助與害怕的經驗讓她驚豔，她從未經歷過病患如此的表現，讓她突然陷入一種孤獨的感受，即便在孤獨中，人依然瞭解尚有一個別人存在，只是彼此之間難以相互瞭解而已。眼前的母親已不會存在的身體表現朝我們顯現，在這種處境下，無關有形威脅的恐懼，將原先認識的存有樣貌落入陌生感當中，如 Yalom, I. D. (2003b)所說，陌生感不只牽涉具體的事物，其他可以提供的結構和穩定性的本質，都同樣可以剝除其意義，孤獨的經驗、日常準則突然消失，都有力量引發詭異感，開始相信存在於我們以外的東西。像是蕭小姐開始質疑，眼前的母親是不是她的母親，有沒有可能在下一次她不在的時候，會不會產生另一種面貌，沒有一件事向我們原本想的一樣，我們以為固定不變的事，都有可能突然消逝，人在當下如果沒有抓住某種熟悉的面向，就總是讓孤寂的恐懼即朝向我們開展。

度過了死亡的情境，原先存在的孤獨感，會再延續到死亡過後，且更加鮮明。此時病患已死後的一個月，悲傷的神情研究者與她互動間，怯情難受。以下是研究者當天摘錄的觀察片段：

「我和她靜坐在客廳裡，我們之間隔了一個桌子，她禮貌上和我彼此問候一下，很快又沉默了下來，當我再靠近她時，她抬頭看了我，眼眶已經泛了淚，不小心眨了眼，眼淚掉了下來，於是她又再度低下頭，用手拉住我的手，放在她的大腿上，此時，盈眶的淚水再也止不住，一滴滴落在我的手臂上，我聽得見她輕輕的綴泣聲，我們就這樣停了許久」（95.07.21.田野記錄）。我們靜默了一陣子後，張婆開始說起那時病患往生的場景，以及這陣子她心中的感受，自從病患死亡後，她感覺：「心裡很亂，什麼事都不想做，晚上都睡不好，每天醒來看著天花板，就會覺得難過，有時會去整理衣服，客廳掃一掃，但都沒辦法做很久，很多事都是菲傭在做，其實沒做什麼，心裡就是沒辦法舒服（A2T-008）」。

張婆此時的孤獨感是建立在，因死亡而造成與他人關係斷裂後的悲傷情境內，已經失去某種保護力量的人在看顧她，除非在場有人肯定她的存在，否則她根本不存在。海德格說，死亡就像不可能有進一步的可能性，死亡仍是最孤寂的人類經驗，此有的死亡不是碰到限制、界線或是障礙，而是站在這一岸，遙望著彼岸的死亡（龔卓軍，2002）。在世之人最恐懼的就是死亡後的孤獨經驗，來自於失落底下的悲傷，在已可預見的死亡威脅底下，張婆面臨到這空間已失去了原先樣貌，案夫的死亡是事實，死亡所帶來對此在的意義，是需要自身走出的經驗，在她還未走出悲傷的同時，寂寞的孤獨感受將也如影隨形。

二、危急處境下死亡的碰觸

加護病房是為重症病患成立的病房，它的特殊涵義在未進入前就已經隱含出某種意味，像是危難、不確定與隔離孤獨感。其面向底層有著恐懼的死亡焦慮縈繞在我們心中，在家人還未進入這空間時，它就已經現身在現場，隱晦不安的出現在意識的邊緣。隔離空間的特殊性讓家屬僅能透過情境回憶、當下知覺感應與未來想像來匯整病患的面貌，不常被看見的面貌就如同看不見的死亡般，讓死亡始終焦慮存在。因此，本段將從一開始描述現場危難當下，直擊死亡現身時的真實瀕臨，然後隨著病程進展，逐一了解我們為了適應這種恐懼，如何開始豎起的防衛機轉以避免察覺死亡的現身。

災難發生時，抽象的可能性所擁有的力量，不如預見的威脅來得強烈，一個迫在眉梢、沒有希望的未來，能產生較大的威脅感，甚至造成嚴重後果（Kenneth J. Doka, Ph. D., 2002）。加護病房的患者就是常在這種不預期情況下經歷危急事件，且事件普遍涉及喪失維持自我生命安全之功能，像是呼吸困難、生命徵象不穩定等，這些重症患者的生命基礎是陷落在不確定的空間裡，且削減了與他人共處的機會，不論是經歷災難或是疾病病程，都帶著一種死亡的追隨。

癌症是任何人都可能罹患的疾病，比起其他創傷的可能性猜測，多了些症狀上的確定感。洪姨因病患突然的意識昏迷，緊急送入加護病房治療，她自述當時在外頭等待時腦中一片空白，心情顯得很沉重，焦著的心從未停過，她很怕：「…他會突然不見…如果他先走，我會很難過，我很擔心真得會發生（B2T-015）」，加上又面臨哥哥與姑嫂看到這種情形的反應：「.. 乾脆恰恰回去，麥摺推磨」（B2T-C003），讓她更加擔憂，一心只想說：「阿伯能夠平安，不要一直去…不要放我一個人，做伊自己走…（B2T-017）」，當洪姨訪視時進去看見病患身旁多了許多管子與機器，並且人未清醒過來，讓她感到難過與不捨，她表示：「他沒有醒過來的那五天，我幾乎都沒有吃飯.. 進去房間裏面（會客室）也是用這個棉被搗起來哭，.. 祈禱讓他脫離這個難關（C2T-018）」，自從病患罹患食道癌那一刻，她也知道這種病：「早晚都會走.. 已有準備…」。

意識昏迷所營造出的危急情境，讓洪姨感受到病患此時沒有醒過來是一種異於常觀下對存活狀態的衝擊，死亡臨現於當下被洪姨感知，從她用「怕他會不見」及「不要一直去」的描述，便可看出驚覺死亡臨近所產生的焦慮感是直接侵襲而來，沒有盤旋。不見與去，都是一種脫離現實推往不可知的狀態，擔憂一旦現狀無法改變，將回不到原本正常生活的世界，亦是對死亡的隱喻。於病程中雖然洪姨道出對癌症罹患後，心中體認到死亡無常這件事，但當她面對眼前危急事件的發生如何影響病患的生存，以及未來不明確的生存情境下，是很少不做任何努力就直接放棄，這也道出我們對當下死亡的侵襲總會汲於尋找提升生存的依靠，讓侵襲感減至最低。從洪姨用「不要放我一個人，做伊自己走」，表達出張姨對病患危急事實的懇求與期待，隱含其害怕夫妻兩方將因此別鳳離鸞，孤獨感臨降讓她難以承受。

生命與死亡是相依相存的，他們同時存在，而不是接續發生的，死亡不斷在生命表層之下騷動，而且對經驗與行為有巨大的影響（Yalom, I. D., 2003a）。藉洪

姨創傷事件的經歷，我們看出危急現場的直接性，死亡是被推向前線，雖然不明確卻已被先擺在事實當中被思考與準備。家屬對病患死亡的關切雖僅能站在間接的位置上，觀看病患的可能性死亡，但因為關係的連結，縱使死亡直接侵襲病患，也會因共在世界的此在，讓家屬對死亡的焦慮也明顯浮現。

當病患剛醒來的時候，他向洪姨比出「.. 這個動作（食指伸直後彎曲向下），意思說他會死在這裡…」，這讓洪姨十分擔心，病患有時候說著說著，「眼睛就紅了，流淚就流下來，一個大男人流眼淚，你就知道他多害怕，看得我…真得很不捨，…很怕他會自我放棄..」，當洪姨面對醫療人員向她說明，病患偶爾手會揮到呼吸管，所以需要為他進行約束時，讓洪姨很擔心，在於：「…不是因為被綁起來，而是他為什麼會揮管子，是不是不要活了」，在這種情境底下，洪姨都會告訴病患，「不准你想有的沒的..你會好起來..」，面對這情境又無法在旁陪伴的心情，就像是「活在擔心受怕的日子裡，沒過過的人，真得很難體會（C2T-007）」。

癌症的到來讓病患提早體驗到生命的有限性，再加上危急事件帶來的未來不確定感，雙重打擊下影響了病患與洪姨未來的因應，更加敏感於面對周遭環境或是醫療處置之影響，如病患被醫療人員約束這件事。洪姨所擔心的，不是約束這件事，而是「他揮管子」是否等同於「不要活了」。醫療情境裡的表現詮釋了洪姨的聯想，而聯想往往指向未來可能的死亡，尤其當對象的生命走向處於不穩定的狀態，則聯想到死亡的畫面會更加劇。這同時表達出病程期間，死亡的現身總是不自明隱隱騷動，在觸碰死亡當下，「不准你想..」便是透過否定的防衛機轉讓自身適應這種焦慮。人在哪裡尋求依靠呢？在急迫經驗底下，每一個重病開始都是未知的未來，洪姨用否定來適應環境，也同時在不知覺當中開啓了朝向理解死亡新的意義。

洪姨隨著病患病程逐漸好轉，更加不斷注意病患身上的變化，像是：「有沒有

吃呀！」或是「管子只剩下一條，也不用呼吸器…（95.12.12 田野筆記）」。藉此深切期望與要求說，「一定要陪他到最後一刻…就是大家都老這樣…如果無法做到，那就是我能夠為他做多少就做多少（C2T-018）」。隨著危急的情境趨於平緩，象徵生存力量的維生設備，將生存的希望逐漸提升，而死亡則潛隱入底層被擺放在背景中，列為還未被明確表示存在的事實，只有當設備已無法得以維繫病患生命時，死亡便會伺機而動，成為病患主要而直接感受的情境。也因此，洪姨仍隨時注意與警覺生存的持續維繫，期待最後一刻能陪伴病患一起老，共同面對死亡，這也隱喻出當人面對死亡的原初處境時，會極力抓住僅存的生命期望，以幫助自身在危難裡繼續走下去，雖然如此，洪姨也接受了生命的有限性，「如果無法做到，那就..」的但書，其實還是指出死亡在此次危急下的現身，已某部分帶給洪姨心理上存在的意義。

對癌症病患而言，危急情境下認同死亡存在意義的關鍵點，就在於死亡觀念上，它在每一個人的生命經驗中，佔有決定性角色。對於蕭小姐與她的母親，在罹癌的過程中已針對未來的死亡情境預先討論過，母親傾向以安寧的方式結束生命，但所有討論都建基在想像圖像中。因此，當危急時刻案母呼吸困難難受，蕭小姐仍以插管的方式來進行救治，超出她所能預期之外的痛苦所做的決定，明顯違反病患當時的意願。但除了此，她未再為病患進一步執行任何一項侵入性檢查。於是你會看見，在這樣的病程的過程中，家屬和病患的死亡觀念是如何幫助他們與死亡共處。

蕭小姐描述，雖然她選擇為病患插管，也曾在心中質疑，「..我決定讓他插管是對還是錯…」，但能讓病患多一些存活的時間，她並不後悔，她眼中的加護病房是一個，「救命的地方.. 機器在救她.. 人也在救她.. 我只是陪她…（B3T-066）」。當她在加護病房門外等待時，她最擔心的是，「媽有沒有再找我」以及「有沒有痛」的問題。因會客時她曾看到病患因疼痛而在床上不停翻動，已向醫療人員提出，「不

管藥量多少，讓母親舒服最重要，如果可能讓她比較昏睡也沒關係，病已經那麼難受，不要再讓痛來影響，我不要母親這麼痛苦…（95.10.30 田野情境）。蕭小姐也常多次無預期情況下要求會客，描述當她離開醫院後，手機的電話聲音會轉到最大聲，好讓她可以不漏接任何一通，

蕭小姐形容有次在家接到醫院的電話的經驗：「整個人從床上跳起來…」。其間經歷當天轉出，即又因病況再次轉入，案母的狀況已大不如前，疾病病程加上感染侵襲，讓蕭小姐體認到案母的死亡原來如此靠近，她難過的表示：「…我知道媽媽會走，只是沒想到…是這麼樣的快」。蕭小姐形容後來的日子都在另一個病房等待死亡的到來，在這裏，她可以：「真的在陪她了…」，從病患意識模糊、四肢腫脹、皮膚轉冷發紺到呼吸音呈現嘎嘎音等，一步步依著她手中臨終表單上 10 項的症狀，逐一登堂入座，她形容：「一天、一天日子在過，一天…一天在對號入座…然後..出現第 7 樣…第 8 樣…我的心情也是往下 down..（95.11.12 田野觀察紀錄）」。

對蕭小姐而言，她與母親雖事先鋪設好死亡之路，但危急情境的突然現身，仍無法阻擋對生命延續的期盼。加護病房的空間，給了母親存活的希望，但這存活的希望是建立在死亡的基礎上。意味著，一旦死亡臨現，則對生存的寄望也隨之瓦解。死亡與生命是相依存的關係，死亡的訊息也早就在情境當中被我們所接應，其中，重視整體舒適度比起重視生命的延續更為重要。當日漸毀壞的身體逐步向我們現身，不變的依舊是死亡焦慮的感應。在面對這個死亡焦慮時，舒適感被用來做為蕭小姐保護自己免於陷入母親死亡的咎責中，但焦慮是無從定位的，當死亡以不同的方式現身而且無法預知時，也帶給了個案害怕焦躁的感覺，像是應對電話的反應。反觀蕭小姐在病患生命末期的那張臨終表單上，「一天一天在對號入座」所引述出的死亡涵義，她已是在死亡焦慮當中，將焦慮已轉成有形的東西，再以這一張紙，作為面對母親死亡的確定指引，此時的死亡，已經成為一個

對象朝我們所開展。

比起洪姨在病程中的經歷死亡與蕭小姐在已知死亡中因應，張婆處在長時間危急情況下所面對的無數醫療難題，每一項的決策都朝向死亡的可能性。此次，病患因為腸造口持續出血已超過三天，期間用上止血針、血管收縮劑皆無效，加上血壓值偏低，已是瀕臨死亡的癌末病患。崔國瑜（1997）考察臨終病人於病床生活的經驗，說明病人在生存時間向度上，朝向日常一般性時間告別，回到當下經驗生命的存有，而關係會因病患死亡而斷裂、離散，始終都常朝向斷裂處境下移動。醫療人員決定進行最後一次病情解釋，他們需要張婆為病患即將到來的死亡做最後的確認：

張婆轉述醫師的說法：「…一個就是拔管不要讓他那麼痛苦，我聽的心很痛，我就沒答應，第二個就是藥把它停下來，不要讓他再痛苦，這代表就是不會好才會這樣做，我沒答應，第三個是就再拼一次，看看是出血在哪，在照一次片子看看哪裡出血..」，張婆選了第三項，但是片子照完的結果，說明了：「出血點沒辦法使用手術止血，現在打止血針就很難止血，藥也不能注太多還是有副作用」，當所有付出都到了極限時，張婆也僅能無奈表示：「醫生每個都對我們那麼好，我也不能要求什麼（A1T-009）」

不論是三項中的任何一項，都朝向死亡的指涉，張婆為病患的生命選了第三項作為最後抉擇，雖然她無法阻止死亡的到來，但從內容中可看出張婆對病患生存的冀望大過於直接面對死亡。雖然病患的存有已經到了它的盡頭，瀕臨讓死亡隨行，不再將死亡是為遙遠的他處。張婆仍需為守護生命做最後的努力，這部份她否認了死亡的存在，因為「拔管」與「藥停下來」都象徵著死亡的直接臨現。但從張婆得知檢查結果時，她已經在當下碰觸到病患的死亡可能，在於瀕臨的迫切，將我的關係裡頭的對他者之依賴不再只是長遠的目標，而是切近的現在。死

亡是此有中的一部份，「我也不能要求什麼」已是隱含出張婆早已為死亡現身做準備，只是需要剛開始將注意力轉移到其他部分，以減少對此部分的關注，直到走向不得不的面對。

三、對生命的覺察

死亡是伴隨症狀而來，隨著疾病發展，死亡從未停止缺席侵襲。當我們經驗到別人死亡時，我們也同時經歷別人成爲一個死者向我們展現。如何注意與判斷他人死亡經驗對自身的意義，在於對生命的覺察。而生命的覺察就從自我覺察死亡與自身對死亡存在的意義逐漸建立。

（一）自我覺察死亡

在加護病房裡，語言只用於常人間的對話，陷入重症的病患，呼吸管的置入常使得語言功能喪失，也改變彼此對話的可能。家屬與病患間的對話通常是靜默的，藉由身體的知覺經驗，從他人身上來獲得對生命的醒覺。張婆自從病患轉入加護病房後，語言在他們之間已經是消逝的東西，張婆回憶以前與病患平日會於傍晚時分，共同步行環繞著家宅附近，散步時便會與對方聊聊電視的劇情還是關於小孩的事，雖然現在已無印象在當時都談些什麼，但談話本身即有種活著的感覺，伴隨身體活動而更加具體呈現生命。

但隨著病患轉進加護病房，插管處置奪走了病患對世界的基本表達能力，隨著每況愈下的病情進展，也逐漸剝奪他的意識，長達一個月多的陪伴時間，不知覺走在瀕死邊緣時，張婆感覺死亡即將現身讓病患和她都陷入兩難當中，進退不得，張婆總是感覺到：「我未來一定也很痛苦，一定也很痛苦，看著他往生我會痛苦，看到他現在這樣，我也是很痛苦，再拖下去我也是痛苦（A1T-068）」。對張婆而言，眼前病患的處境：「..很痛苦...」，看著病患如此的受苦，影響張婆對於自

身未來的看法，「我絕對不要像我丈夫一樣痛苦…看他躺在那裡痛苦，我比他還痛苦……我都會自我安慰，他可以會好起來…」。

令另一方面，張婆也希望藉此機會向小孩說明，「我這樣對他（病患）…也後你們也要這樣對我..」。

隨著癌症病患病程朝向末期階段，是無法用常人的語言與他人溝通（余德慧，2006）。語言是一種存有方式，也是一種活著，人根本存在的活著本身是給不出東西，是沉默的，張婆透過靜默的觀察，體會到與病患生命的斷裂，就像是一種僵在現場的感受，不論走向未來或是當下，所面臨的苦是無法說出的經驗，始終伴隨著張婆不曾遠離。從最初利用語言與身體直接經驗案夫的回應，到間接透過知覺感受，來猜想病患對自身可能的回應，這是個共同經驗的世界立方體，雖然與病患接應的面此時已無法再繼續，但現存其他的面、面向與輪廓的多重樣態，還在與其他互為主體間給出一個同一性。像是平安出院的病人、小孩對病患的想法等等，種種對應到自身與案夫的關係，不免產生紛擾與憂傷，這是在互為主體間給出的樣貌。也因為這些面向的開展，讓張婆面臨到生命此刻的覺察，不是過去懷思，而是關係締結的底限。與病患的關係已來到了生命的底限，以此底限回推到未來生活，隱喻出如果關係再繼續，只是會更痛苦，而這個苦是無人能體驗，在於張婆的苦，早已植入張婆的生活底景裡，就像自我意識裡的本己領域（the sphere of ownness），是一個非常私密，任何他人無法進入其中，也無法透過表達與他人分享的經驗層次，但它確實在那裡（Sokolwski, R., 2004）。

有些對死亡的表達是來是於病患向家屬透露對情境裡的經歷，或是於會客訪視前對空間裡的面向所傳達出的死亡訊息。洪姨面對整個醫療情境給她的感覺：「管子、線路，就像被鐵鍊鍊住…機器亂叫…揮到管子被綁住」，有時看其他床的動向：「機器一大堆都有在動的.. 隔天沒看到他，八成就是送走了…，進來一個禮拜多，我就看到2個推出去。（C2T-020.）」，及連結到病患住院期間不斷透露出的訊息：「一直告訴我，要我帶他回家，這裡很恐怖…（C2T-028）」，更加印證

他們都對加護病房產生一個印象：「就像在地獄…好多人都在這裡接受審判，度不過還是他人疏失，都會要了他的命，如果有做功德的，配到好的護士，就像上天堂，到病房去了。(C2T-020)」。

蕭小姐也說明當時病患插管後，最常做的一件事，「(兩手兩手往兩旁一攤，表情無奈)…給我的一個感覺是她除了躺著還可以做什麼(B2T-079)」。有次母親面對在她病床的斜對面有位婆婆明天要轉出去，結果當天喘起來，病患看見醫療人員為婆婆插管時的那一幕，讓病患感到害怕。隨後向蕭小姐比出(食指向下勾)的動作，讓蕭小姐感受到，「她在害怕，因為她曾經也有過這種喘不過氣的經驗…感覺自己好像快要死掉。(B3T-053)」。

這些對生命察覺的面向，是藉由外在世界的開展來指向死亡焦慮的，藉洪姨及蕭小姐的表達，反應出處於危急時刻的醫療單位，所傳達出的種種情境訊息是如何被病患與家屬所接收，不論開啓哪些面向，都會將危急情境與空間做連結，因而產生對死亡的焦慮。事實上，危急情境當中，此在的死亡面向始終都在，只是轉換後另一空間裡的陌生感又加重了焦慮成分。洪姨用「地獄」與蕭小姐母親比出(食指向下勾)的動作，都無法具體指涉情境裡的何種東西讓他們感到不安，只能說是種狀態下的感覺，也因此，才讓他們更加感受到自己沒能力掌握害怕的對象，使得焦慮如此痛苦與不安。

因此，葛斯汀認為，焦慮的存在就在於它本質上無從得知威脅之害從何而來，而在焦慮中失靈的正是對自我與世界關係的覺察，不要害怕可能導致焦慮的危險，它本身便代表一種因應焦慮的成功之道(May, R., 2004)。如何克服焦慮就要將它從無物變成有形，意圖將焦慮轉成恐懼，像是如果像地獄的感覺對病患而言，是來自於約束處置的產生，則當約束處置產生時，便可透過充分的說明來緩解焦慮的程度，但這樣的方式並不是絕對，在於在整個參與過程中，自身如何與世界

對話是無法掌握的主體經驗，這是私密的，且來自於個人經驗，就如死亡的存有是每個人都會經歷的過程，他人無法取代你去經歷死亡的過程，是獨特且孤獨的。

除了家屬對病患生命的覺察外，醫療人員也是取代家屬成為空間的主要照顧者，因為介入角色的不同，讓他們與病患間的陪伴關係是建立在專業基礎上，其中又以護理人員是陪伴病患及其家屬最長時間的醫療人員，尤其在長時間照顧下，有時甚至超越家屬對病患的關注程度，因為專業化照顧的提供，使得他們最先直接經驗到死亡如此逼近病患的心理感受。

第 x 床是個子宮頸癌的癌末患者，因為病患生前表達拒絕裝置呼吸管的意願，現在縱使裝著輔助呼吸的儀器，仍無法遮掩她費力呼吸的辛苦，護理人員小婷照顧這位病人已經第四天。每天，她都必須用身體對痛的反應來區別她是否醒著，她描述對病患的照顧感覺：「…每次幫她翻身時，她明知道她的身體已經沒太多力氣，但她還是會參與翻身，你看得出她在努力，縱使你都已經跟她說好幾次不用了，她還是會這樣做」。看著病患呼吸樣貌，常讓小婷感覺：「好辛苦..又心疼…每天醒來，就是痛苦地的呼吸…我沒辦法讓我的家人一直都這樣，但她的家人想再救救看，也沒辦法…」小婷說到以往照顧癌症末期患者，都會覺得，「..覺得他們好辛苦，比起重大創傷的患者，他們的病拖得更久，常常是處於要死不死的狀態，任憑病繼續折磨，卻無力反抗」。她並心有所感地指出：「..人生走上這條路，就是不歸路，沒辦法說話，也不能說哪裡不舒服…只能靜靜躺在那裡等死..什麼事也做不了…他們是這裡最痛苦的一群人」(96.04.03 田野觀察記錄)

小婷透過關懷與癌症病患相處在共在的世界裡頭，以自我想法道盡空間裡癌症瀕死病患存在的無奈，除了藉由面對面直接照顧過程中的感官接觸外，還有以情感為主體的自我向病患主體開放，我們無法真正去感受主體的死亡，卻能藉由情感與主體軀幹相流通。因此，小婷看見了病患辛苦的喘息，加上原先存在對創

傷者照護的意識流，使得小婷能區別不同的死亡情境所造成的痛苦樣貌何在。癌症瀕死病患的樣貌就建立在無法真正指出他們的痛苦，看出死亡的騷弄卻無法指出何時才是結束，小婷站在照顧者的立場，觀看他們辛苦地在時間流裏活著，也隱喻出自身的無奈與無力感，能感受他們的痛苦，卻無能為他們做些什麼。但另一方面，也藉由察覺他們繼續存在是痛苦的樣貌，讓死亡在此時，已經可以作為認定存在的意向，而非否定的存在，尤其在分秒必針的加護病房裡，漸漸接受死亡為不可避免的狀態，其實某部份還是需要家屬的共同支持，如果家屬堅持對生命進行某部份處置，作為醫療人員的角色，在此時也僅能無奈的接受，這也說明了，醫療人員對透過專業以及作為人的情感去覺察死亡，但卻無法為死亡做任何的處置與決定。

從家屬與醫療人員的觀點，我們看見病患作為生命的對象，朝我們開展對死亡的覺察，死亡是每個人存有的一部分。Yalom, I. D. (2003b) 指出，當人注意到自身存有的狀態，人關心的不是事物存在的方式，而是事物存在的事實。在這種模式中生活，意味著不斷察覺到存有，這種模式通常稱為「本體模式」，在這種模式中，人會保持對存有的注意，不只是注意存有的脆弱，也會注意自身的責任，進而碰觸到自我的創造，掌握改變自己的力量。

(二) 死亡對自身存在意義

死亡是一種邊界處境，它迫使人面對自己在世存在的「處境」事件，是一種急迫經驗，它可以將人從一種存有狀態推動到更高的存有狀態 (Yalom, I. D, 2003a)。因此，這裡試圖理解家屬面對正經歷或已瀕臨死亡現象之病患，帶給自身的存在意義為何？藉此說明死亡對存有價值的觀感。

張婆描述病患瀕臨死亡的過程中，有一次誤會他人口語上表達的意思，以為病患已經沒救了，於是：「回到家躺在床上，心情很差，我抓了幾顆鎮定劑，要吃，

看要睡到何時，我沒關係…(哭泣)」。張婆當下選擇用這種方式表達她的擔憂，其行為的背後只是想說，「只要醒了，我的心情就開了..」，這道盡張婆獨自面對病患的壓力，她時常在想，「…如果我自己先走了，心情也較快活，不會麻煩別人…。我不要這樣痛苦地死去，如果有怎樣，也要死得較快活點 (A1T-044)」。

張婆因誤會案夫死亡的訊息，讓她選擇以服藥自殺這種極端的方式，來表達對死亡侵襲的抗議，況且這僅僅只是一種可能性。張婆因無法接受病患的可能性死亡經驗，並非在於無法與病患同在死亡情境中，而是死亡情境早已現身在背景中，去感應死亡對自身的意義。因此，死亡的圖騰可能早已放在張婆心中，只是以一種隱晦，還未被接受與承認的方式存在。但藉由此事件被挑起，讓張婆整個人被拋入在死亡的邊界，拋入有種在那裏及孤單的意味，由自身決定以何種觀點進行觀看，而張婆選擇以自身的死亡來因應病患死亡的現身及自身的孤單，在於她渴求脫離這種受苦的折磨。

海德格用「此有」來說明此有的死亡不是碰到限制、界線或是障礙，而是站在這一岸，遙望著彼岸的死亡，此有本即缺乏完整，要有意義，此有就必須在它的存在裡頭，即是參與，用可理解的存在去超越這個限制（陳榮華，2003；龔卓軍，2002）。因此，張婆用自殺來因應病患所帶來的死亡焦慮，也同時會發覺了一件事，就是當她再重新回來時，情形並未改變多少，這多少會影響她日後對死亡的看法。

一直到病患死亡後，張婆才逐漸學會如何自我照顧，並改變對自身對死亡的想法，她說：「那是他的命…人終究會走…只是在痛苦的時候，會不會有人可以幫你，我不想像阿公這樣痛苦，連累別人，所以我都有定期在吃藥，畢竟我倒了，也是拖累家人」(A2T-033)，張婆藉由病患的死亡，確認到死亡的事實不容抹去，體驗到生病對家人的影響，採宿命派，認為死亡是源於自身的命所致，因過去陪

伴過程漫長及艱辛，也用來督促自身勿落此處境，增添他人的困擾。

對於蕭小姐而言，身為家中獨女的她並無任何兄弟姐妹，父親在她很小的時候即離異不見了，母親獨自帶她長大。在母親住院期間，身旁的男朋友及阿嬤是她的主要依靠，讓她可以專心在醫院陪伴母親，在陪同母親罹病到死亡後的這段時間，讓她感到：「人的生命就這麼渺小，小小一個甕！…」，當她回顧母親的從生病到往生，短短 1-2 個月，讓她驚覺到：「人生很無常…它逼著我去長大，一夜之間，然後任何事情就是我要一肩扛著.. (B3T-007)」，引述她所看到的經驗進行生命的對話：「像這幾天我們在看電視看邵曉玲那個喔，…就真的是人家古時候講的一句話「先生緣ㄟ主人福」(台語)…她很幸運，或許她身體裡的基因可以戰勝病魔，反觀媽媽就像玻璃娃娃一樣脆弱、不堪一擊，一個小小的細菌都可能要她的命 (B2T-076)」。蕭小姐經歷他人的死亡經驗，所帶給自身對生命的意義在於體會到「人生無常」這件事，無法預期人會如此渺小、未來會經歷的何種事件，無法預測的結果就得靠「緣」這件事，引述邵曉玲車禍的社會事件，更加印證蕭小姐對人生的看法，採取正面的方式去面對，其中多少隱含對死亡的無奈。

洪姨不同於張婆及蕭小姐，其病患最後病況穩定出院，她先前陪伴病患從罹患癌症到現在已是經歷了兩年多，回憶這段危急日子的煎熬，讓她覺得：「自從他患病後，我覺得人生只要看得開就好，人生沒有圓滿的…」，經歷了此次陪伴病患住進加護病房，讓她更加覺得，「人生真得沒有什麼，好好抓住現在擁有的幸福，因為可能一下子後就會失去所有，不要跟人家計較東，計較西，只要活得好好的，就是一種幸福 (B2T-039)」，有時面對病患的苦，她會覺得「人生的過程怎麼會病的這樣痛苦，也不是只有我們二個這樣子，別人也是這樣」，對人生生老病死感到無奈，那種無奈不是六神無主的想法，是當你面對危急的當下，「…要怎麼來決定說，如果我家的人，像人一樣進去，幾天之後必須被送回去，我是要怎麼樣做決定，我也不會說…」。無法說的困境在於，「當你已經六神無主的時候，是要叫什

麼人幫我們決定 (C2T-026)」，況且，在那時候，「說給別人聽，別人也沒有辦法分擔我們的負擔，也沒有辦法幫我們做什麼...」。無奈他人無法分享自身的感覺，還在於：「別人也不見得可以給我什麼好的意見啊，只是在後面加油添醋而已 (C2T-059)」。

洪姨經歷了長達兩年的陪伴經驗，看著長期與癌症抗戰的病患，帶給她存在的意義建立在人生裡的不完美，即是「空」的狀態，一切可能都還擁有的東西在下一刻可能都失去了。有些關於個人體驗的部份，像是病患的苦，她就無法替他承受，但面對病患這般的病痛，又會讓其感到很痛苦與無奈。其次，洪姨應對危急時刻對生命的抉擇，同樣是陷入「六神無主」的困頓中。此時的她反應出無力因應可能的死亡衝擊，種種來自生存的壓力都讓洪姨陷入關係斷裂上的孤獨感受，與死亡對自身存有價值的考驗上。洪姨感受如同雅斯培指出：「我可以設法改變我的境遇，但若干境遇是無法改變的：我必須死亡、痛苦、奮鬥，我在偶然和罪惡感的魔掌下，這一切都是界限情況，人無法逃脫，也無法改變這些情況 (項退結, 1896)」。其實洪姨已經察覺到自己的有限性，因此才會說出「看得開就好」、「只要活得好..就是一種幸福」等字眼。

藉由三位研究參與者的分享，我們體驗到不同信念在人生命中的位置，是如何支持著人繼續走下去。每人都有自己的生命故事，在這故事的背後都跟著一個終點，影響著故事如何走下去。

本節針對危急情境所帶來的孤獨感受與死亡現身所帶來的生命意義，指向做為人最原初存在的樣貌。家屬與病患因保有先前相處的記憶，以及相似的存在模式，讓死亡雖做為對象被家屬間接意識，也能因共在間交流感應。但當陪伴關係一旦斷裂，就會讓原本共在的世界出現一道鴻溝。有種在現場看見他人正在受苦，卻又無法近身協助的困境，讓人陷入更大的危難裡無法安置。在無法超越現實的

苦楚下，人會退回社會文化底層去解釋目前處境，像是緣的詮解、道德倫理觀等。或是尋求神靈、宗教寄託，以找尋靈性之關懷，間接抒發內心的壓力及情緒。不同地方皆有自己特有的陪病文化意涵。本文研究的場域於華人世界。因此，將以華人的陪病文化角度延伸探討。

第三節 華人陪病文化的存在指向

病患與家屬原本都生活在他們所共同熟悉的社會關係脈絡中，一場危急災難改變了原來生活方式，空間頓時的轉置讓他們進入了加護病房殿堂，同時改變了陪伴的關係。面對生活的失序反應，原生活世界的道德倫理與社會適應方式，像是家庭關係緊張、消極的宿命緣等，就會浮現影響自身對陪病表現。再者，當關係頓時落入斷裂之中，人如何尋找安定的位置，以重新去建立對生命生存的意義。在臨床場域裡，我們常常看到一個現象：病人身上或是床頭邊擺上不等的宗教象徵物，也常會在與家屬會談間，看到家屬與某宗教或是老天爺的關係，這些物件底下所引發的涵義，都是這一節要談論的方向。

一、家庭倫理觀

華人社會一向重視人與人之間的關係，尤其是以家族概念為結構的人際關係網絡。其中夫妻關係與父子關係最能穩定家族的和諧，當一方突然陷入危難，相對對家族成員造成衝擊。張婆與洪姨陪伴的生病對象都是身為配偶的丈夫，在危急事件發生都是獨自一人面對。張婆說明當病患送入加護病房後，子女們隨即一一趕來，對於病患的治療，他們一致認為應該「救到底」，對病患未來的治療亦充滿「希望」。子女們會輪流陪伴張婆一同探視病患，而無法前來的子女則會透過電話詢問。張婆是每次探訪中的基本成員，大媳婦則是最常陪伴張婆會客的家屬，

但大媳婦某些行爲：「來了就常隨便出去…不喜歡待在裡面…(A1T-018)」、或是常在會客時催促離開，都讓張婆感覺像是「…巡房一樣」。張婆認爲大媳婦之所以會這樣做，在於「她是他的媳婦，而我是人家的妻子」。張婆亦能體會子女們各自都有自己的事業要顧，無法一直請假，而子女們也因此請了一名外傭，協助照料張婆的生活起居。

在華人的入際與社會關係中，依親疏程度可分成三類，即家人關係、熟人關係及生人關係。家人關係是指個人與其家人（父母、子女等）之間的關係。彼此講究責任，爲對方所做之事，盡其所當盡之責，而不期望對方做對等的回報（楊國樞，2002）。從張婆與子女共同因應病患危急事件的處置，不難看出對疾病救治的積極與期待。子女雖無法一直前來陪伴探視，但從雇請外傭與電話聯繫之行爲，將對病患的關心也相同落實在張婆身上。

子女做如此付出除來自家人關係的親密感與責任外，華人社會重視的孝道精神亦被遵行。華人的家庭文化來自於「父-子軸」，重視子女必須奉養父母之觀念。因此，父子、夫妻關係存在的定命性不斷提醒爲人子、爲人妻者，不管現實關係如何不如意，都不可有離異之心，要停留在原有關係中，逆來順受。因此，絕大部分的癌症病患會得到家庭的理解與配合，並想盡一切辦法提供病患最佳的治療環境，否則就會受到良心的嚴厲譴責（楊國樞，2002）。只是隨著社會結構的改變，遵行孝道的堅持有隨之改變，如同僱用外傭部份取代子女無瑕於身旁照顧親人之窘境。

研究參與者指出自身與大媳婦因應病患病身會出現不同的反應，以「巡房」的字眼間接指出大媳婦照顧用心度不夠。不同於她對待病患的方式。而這其中隱涉的意涵可能包括最深層、根本的道德與倫理思維。生活世界的苦難本身就來自生活失序現象。對研究參與者而言，陪伴病患從正常狀態走到異常疾病狀態，從

照顧走入等待陪伴，許多的轉變本身都來研究參與者是以怎樣的意境及心態進入。當研究參與者能以正向且積極進取的心，自我超越當前困境，則將協助自我轉開被逆境盤旋的鎖。

洪姨說明當病患身處意識昏迷階段，其他親戚看見病患仍需急救藥輔助生命，紛紛向洪姨建議：「乾脆送回家算了」，但看在洪姨眼中，還未盡力怎麼可以送回家。這時讓我們看見的不同關係下的應對方式。依楊國樞（2002）對華人關係的說法，其他親戚屬於熟人關係。在這種關係底下，彼此講人情，易形成有限度的依賴對方，且常是附帶明顯的具體條件，如對方的回報能力等。不同於洪姨與病患為家人關係，是超脫於利害關係下進行決策。

二、社會適應方式

病患做為一個體，以病貌與醫療環境勾連，我們如何看待當下危急事件發生，牽涉到人是以何種社會適應方式來解釋目前的處境。張婆面對眼前丈夫的身體樣貌一天比一天暗沉、腫脹，令她很不能接受，她表達出心中的埋怨，「有時候我都跟天公伯說，你真得我很不公平，終於把小孩子養大，也都有各自的家庭，嫫只剩下頭ㄟ！你卻讓他變成這樣」，張婆向老天抱怨，為何讓她唯一能依靠的病患，變了原來樣貌，雖然在過去裡，「..頭ㄟ對我不好你也是看在眼中，現在總算是老了，頭ㄟ也改變了，沒多久就開始生病，到現在還是躺在床上」，正當病患想要對她好的時候，卻生病了，讓她感受到，「...實在很痛苦...沒能讓我享受到還要我承受這種痛苦...未來會吃什麼苦都還不知道....（A2T-015-16）」。但張婆還是始終抱持希望，從不間斷的探視與熱切詢問中可見一番，有時會在會客中，看見張婆口中不斷念念有詞，她說：「有時我來看他都會念阿彌陀佛，幫她乞求平安..不要離開我（A1T-013）」。事實上，從病患一入院到現在，病況始終不穩定且每況愈下。醫護人員已經不只是一次向張婆解釋，但是張婆都相信，「菩薩會幫她的忙」。就

在最後一次病情解釋後，更明確表示出病患已無法再繼續救治，死亡情境的現身，讓張婆情緒崩潰，而更加埋怨：「老天對我實在太不公平...我都跟他說不能講話、不能走路都沒關係，只要讓多活兩三年我也能接受..它連這樣都不答應我，還是要帶走他（A1T-012）」。

在 Colsworthy & Coyle (2001) 討論喪親與宗教和靈性問題時，研究發現喪親者在經歷危急事件發生時，會衝擊到他們原來的信念，而出現混亂的反應，像是原來相信上天是公平的，但經歷創傷後，會認為為什麼都是我受到懲罰，因而重新創造新的意義，融入或是取代自己原先的信念，且反覆持續進行中。從張婆身上，看見人處於極限處境且無人能依靠的狀況下，會向老天、菩薩所代表的無形力量投企，希望能藉由它們的力量為案夫的生命守護，它代表一種安定感。當張婆做了這個動作：「念阿彌佻佛」，就會有力量可以幫助病患平安。

所謂天無絕人之路，人們對天抱持的宇宙觀視為一種道德力量，會隨自然運行而為之。就因無形觀之，相對無法看出有限性，也無法拒絕他人的請求。因此，從病程開始的整個過程，天都做為一對象賦予張婆對未來希望的寄託，幫助她走過其間所經歷的挫折。但相對的，當現實希望明顯崩盤時，人對天的寄託便會失去信心，而原本維繫的力量突然都斷裂時，就會讓張婆在重回陷入莫名的恐懼中。

受到傳統習俗的影響，緣分的宿命觀指向不可預見的力量，像是可藉由行善方式改善緣分，且緣的觀念也解釋人際關係的離合與成敗（郭世賢、張思嘉，2004）。洪姨面對案夫處於昏迷狀態時，當她在外頭守候時，心中擔憂不可言喻，除了訪視的時間，也還會在加護病房外頭的會客椅子上，看見她的身影。她向研究者表示，「我也知道他這種病...早晚一定要走...我知道自己沒辦法陪他...但我願意犧牲我的福報，只求能陪他到最後...（C2T-018）」。洪姨能理解此時病患身陷昏迷可能來自於本身疾病的關係，病患罹患癌症的事實是無法改變，只是面對案

夫身陷昏迷當中，未來的不確定感讓她害怕，她怕將無法再持續陪他。於是洪姨將這方面的需求加諸在以「福報」來換得與病患較長久的緣分，從此可看出洪姨對病患生命延續的冀望。

Lindhold 等學者(2002)針對四個不同文化下乳癌患者的重要他人進行關於苦難經驗之研究，歸類出 6 項現象：1.像是處在不穩定情境的囚犯；2.為保護病人而犧牲自己的需求；3.體驗到苦難難以承受；4.尋找生活的重心以寓居於世；5.期待投入更多在緩解病患痛苦上；6.透過分享讓苦難被緩解。這些現象，都曾出現在洪姨及張婆身上，在等待自己的親人度過危急的階段時，他們需要透過分享讓自己的苦難得以被說出，但往往都是孤單的陪伴歷程，因此，寄託於無形的對象像是宗教或是某種象徵物，也可視為對苦難感受轉移的方式。

此外，在華人社會裡，盛行奉祀觀音、媽祖等神靈，作為不能預知的未來而進行的自我防衛方式，他們相信靈界的存在，若神明出手就會幫人解決問題，且神靈可以和人的生活世界相通，超越所視之見來幫助人的可能性(楊國樞，2002)。像是洪姨對主的投企，其主為觀音之涵義，主某部份是用來驅離病患死亡的臨現，也帶來陪伴的意味。洪姨向研究者分享當初病患才剛清醒的時候，曾用寫的告訴她：「有人家要帶他去玩」，當下洪姨立刻告訴病患：「不行去，你就跟祂說你不想去玩，要陪我」，病患點頭說好，但這件事卻引起洪姨的擔憂，甚至質疑病患現在清醒的狀態是否為，「...迴光返照，回來看我、陪我，然後選訂一個好時辰帶他走...魂就會飛走了(C2T-066-67)」，於是當時洪姨一直很希望能進去陪伴病患，卻無奈於病房的規定，苦思無法一直陪伴案夫，又害怕祂人會帶走他的情況下，洪姨就說：「我很想進去加護病房，就是因為我身體裡面有主，如果我進去主就會跟著我進去，如果主在那邊，那些東西就不敢過去叫他，我有跟我的主說，叫祂不用顧我，要顧他(C2T-069)」。也藉由：「..祂都會在那裡顧，並祂出來都會跟我講安心啦... (C2T-082)」，洪姨才比較安心在外面等。

洪姨聽到病患對隱喻死亡事件的影響，是建基在道教的成仙思想，認為軀體與魂魄是可分離的，當魂魄飛走即代表人會死亡，因此當洪姨聽到案夫的說法，連接上洪姨對道教死亡的認知，因而產生對可能引發案夫死亡的恐懼感，更加想要守護在案夫身邊，因為空間條件的限制，受限於無法自由進出，寄託於主也隱喻出主能穿越空間為案夫守護，擺脫現實的受限。

不論是對宗教的何種觀念，我們看見未來可能引發死亡的現象並無形體，且對「主」存在的意象，也缺乏自我描述，無形的這個他方在自然環境裡，將我們託付在想像之意識，藉由冥想，開啓某些面向，而它們存在的意義，也再於它們在心中開啓一個私密的浩瀚感，在尚未實踐夢想，超越了世界現在的樣貌，洪姨雖然沒有看見「主」如何守護案夫，卻能藉由自身對「主」的感應來感知「主」的存在對自身的涵義，「主」在某種程度上，具有心理上的超越性，它超越了物理的界線，也不需低聲的請託，自然充斥在生活裡。

這種無形的力量所帶來的浩瀚感就在我們自身體內，它與一種存有的擴張狀態緊密關聯，這種狀態總被生活所箝制，被僅小慎微所侷限，但是當我們孤獨一人時，它有再度甦醒，一旦我們靜止不動，我們就身在他方，並且在一個浩瀚無垠的世界裡做個好夢（龔卓軍，2006），我們可以感受到人類對無形的寄託，就像追求一個浩瀚私密空間，當體驗到它的存有，就會看見自己從所憂慮的、思索中解脫，不再被現實所困頓，產生心靈上的安定感。它與存有相關，意味著透過對無形的關注，人可以對自身存有進行覺察。

當洪姨聽到和有位才 69 年次的小姐，她的先生幾乎和病患同一時間進入加護病房。經歷了一連串的救治，就在病患即將轉出加護病房至其他病房之際，這位小姐也正要朝向另一條旅程，洪姨描述當時他們都在外邊等候的場景：「我問她，妳先生怎麼樣了，她的臉色很差，停了一會不說話..，我心想，別問了，可能不

太好…。」，正當洪姨準備離開到旁邊，她開口向她表示：「他（對方的先生）…今天要回家了！然後就哭出來…。我當時聽到..也是…說不上來..就是一種很…..酸的感覺…。覺得…很難過（眼眶泛淚）…。」，洪姨回顧這種過程，從她的表情還是看得出難過與心疼，經歷這事件，洪姨感受到一路陪伴病患走來，「感謝老天有眷顧我，讓我不用經歷這種痛苦，至少是陪著阿伯慢慢好起來」，並且要病患也要心存感謝，「我們今天可以平安轉出去，你要感謝那個「人」的幫助，觀世音菩薩的幫助，不能老是在怨嘆（C2T-022）」。

研究參與者感謝「觀世音菩薩」的幫助，讓她免於失去丈夫的痛苦，也說明出來自宗教的信仰力量部分帶給她靈性上的安定。依據 Renetzky 對靈性的定義，包含三種要素：（1）在生活、苦難與死亡中找尋意義與目的並實踐出來；（2）生存的意志與希望；（3）對自己與人與神建立信心與信念（李慧菁，2004）。洪姨將病患能順利轉出加護病房這件事，沒有將重心擺在於醫療單位的幫忙，反而歸因於「主」的幫助。可能在於醫療單位上已豎立一種典範，所有工作流程都已是既定，明確而精準，相對犧牲對靈性探索。反觀於「主」的存在，陪伴研究參與者面對許多未知的危難，早已相當程度走入靈性部份。它處理研究參與者內心的焦躁與不安，讓她不再禁錮在自己的重擔上，而是為自己的苦難重新詮釋新的存在意義。

三、宗教信仰的寄託

受苦是人類的基本存在樣貌，尤其是加護病房的重症病人，往往臨現在死亡的邊緣，進退不得。而華人的民間信仰屬於多神、普化的宗教，人們相信超越世界的神明可以回應信徒的祈求，介入生活事件當中，其中，宗教的附屬物品，像是符、紅絲帶，便是來是神明的回應與陪伴意涵。

第 x 床病患是位大腸癌的 73 歲男性，身上除了呼吸管及點滴外，在他的右小腿及左手各一條約寬 1 公分左右的紅絲帶纏繞一圈，枕頭下有一張符咒，今天家屬前來會客，手中拿著一件折成四四方方整齊的衣服，以下是家屬與護理人員的對話：

家屬：「爸，你不用緊張，我和媽就在你這裡，我們今天也有帶可以保護你的東西來，如果我們不在這裡，你也不用害怕，自然會有可以保護你的力量」

護理人員：「(準備趨前詢問會客需求)」

家屬：「小姐，我們這件衣服已經用膠帶黏起來了，有一定的形式，請千萬別撕下來，請幫我也跟其他班的小姐說」

護理人員：「好的，我會交班下去的」

家屬：「感恩，那我放在他床頭的枕頭旁好了」

護理人員：「可以放在床頭上嗎？因為有時抽痰或是翻身，怕說會移動到它(意指衣服)」

家屬：「可是必須接觸我爸才行，不然就沒有保護他的功用，移動到它沒關係，它不用像紅絲帶一樣，一定要固定的部位，但是兩個都一樣不能打開，不能離開身體」

護理人員：「好的，我們會注意」

會客結束後，研究者詢問其女兒，這些象徵物的意思，表示說：「身上的紅絲帶是阻止他的魂離身，而今天帶來的衣服裡面則有為他增壽、保平安的符咒...」，說起這些象徵物對自身的意義，她表示說：「我們沒辦法在這裡陪他，而老爸又不得不在這裡，有時後運氣差，病就愈來愈嚴重，這些東西可以多少彌補我心中沒

辦法陪伴在側的心情，而且，我也相信它會有力量幫我照顧老爸」，符被用來彌補無法陪伴的遺憾，而且具有某種力量可以保護病人，她並進一步表示說，「我們也是求很久才有這一張符，而且聽人家說很靈驗，雖然可能還無法完全證實它的功效，但至少我們看見他目前病情穩定，就夠了，我們現在能做的，也只有這些，其他就要交給醫療人員」(96.04.26 田野記錄)。

對這個家人而言，符咒及紅絲帶有驅除死亡的意味，表現在他們敏感於符咒應擺上的位置，強調必須與病身主體連結之行爲，並且，會將臨床上所觀察的結果與宗教象徵物做連結，認爲病情穩定或沒有進一步惡化，就是符咒的幫忙，一旦印證真是如此，心靈上就會對符咒產生更大的認同感，因此，符咒所帶給這家人的意義在於它可以越過現實處置治療的界線，爲延續生存帶來一線生機，並且處理他們無法陪伴在側，也無法如醫療人員般給予任何幫助的處境。雖然他們只是藉由他人說明來認同符咒存在的必要性，實際上並未掌握這些象徵物真正實存的力量，但它也確實某種程度帶來心靈上安定的寄託，這就是宗教的力量。

宗教的存在，可以爲世俗問題找到安身立命的歸宿，開啓了人的實存主體、終極關懷及終極真實三大層次，即人藉由對宗教的了解，像是佛教的如何轉迷開悟，開啓生死問題的凝視與關注，再到認同具永恆、絕對性質的面向，最後將生死態度與生活方式改變(傅偉勳，1999)。上述的這一家人，在道教對符咒潛藏的神性力量上找到安身立命的位置，如何藉此對生命意義的開悟，有待自身的覺知。

有些人對於神性力量的追求，來自於現行治療已達極限，在病情無明顯改善底下。此時，神性力量可以某種程度安定家屬徬徨的心，並開啓另一個期待。第 x 床的病患是位罹患淋巴癌的 26 歲男性，疾病的病程已走到需藉由洗腎才得以將身上的毒素清出，母親是他的主要陪伴者，昨天在醫療人員解釋病情下，她得知案子生命的長度已在逐漸縮短中，今天她一進來會客，手中拿著裝著 1/2 水的瓶子，

裡頭黑色的懸浮物顯得格外刺眼，瞧她迅速穿上隔離衣，拿著她手中的水，粗略向護理人員解釋水的用途後，開始塗抹在案子身上，從頭到腳，她都用心的檢視一番，深怕會有遺漏之處，一邊塗抹，口中還不斷念念有詞，像是「你就要加油啊..媽媽幫你求符水，幫你度過難關...你不要害怕啊！媽都在旁邊...師父有教媽怎樣為你祈福...媽都有做乩，所以你也要加油..」等等，結束後，與研究者談到關於現在的想法，「我希望他活下來，不論用什麼方式活下來我都接受，也願意照顧他一輩子，他還很年輕，不能就這樣算了」，這位母親心疼兒子還年輕就必須走向死亡，這讓他無法接受，「昨天醫生跟我說，他的病情會愈來愈差，叫我們要開始準備，醫師都沒辦法，叫我們怎麼辦，所以我只好找一些神啊、菩薩一些無形的力量來幫助他，這是我到附近求來的」，她藉由尋找這些象徵物來乞求醫份對生命的幫助，她並保持著：「人家報我去哪間廟很靈驗我就去，只要有機會，我都會試，像我今天就跑了這裡附近好幾間廟，求了符水及一些符，你看（從口袋拿出一堆符咒），我等下要問小姐方便放在哪裡...（96.04.14 田野記錄）」。

人們對宗教存在的認同在於，人們體認到自我能力的有限，以及面臨到天災人禍的苦難時，它提供一條救贖的管道，最後再對生命進行反思，得到新的意義理解（鄔昆如，1999），因此，當人察覺到自身的有限性時，人會開始敬畏天神，尋求比人更高境界的力量，來化解此時的苦難。

對這位母親而言，無法接受兒子會死亡這件事，來自於她真切感受到從醫療人員解釋裡，肯認到現實醫療情境裡，已經無法在救治她的孩子，讓原本相信醫療的信念頓時崩盤，加上體認自己能力有限，人於是陷入了深淵處境，一句「要開始準備」讓她碰觸到死亡的可能，不同以往的經驗，進而產生更大的焦慮，於是將希望寄託於各種宗教以及象徵物上，盲目求神問卜只為延長案子的死亡。因此我們可以說宗教的奧秘開啓人們對希望的無限可能，在社會層面上，則是提供了人即將失去依靠的一種歸屬感。

事實上，除了上述宗教的儀式層面對生命的意義外，宗教還提供許多面向，像是教義對生命意義的的勘查，如蕭小姐對母親死亡的體認：「這是生命中的一個過程，縱使捨不得，你還是要順天命，像佛法所說的，要放下…（B3T-079）」，還有倫理層面上的賞善揚惡，張婆面對案夫死亡，她有一種體認，「原本就是他的業障啦，有命就有命，沒命強求也強求不來，我也是有覺悟（A1T-093）」，張婆體驗到他人死亡背後的業障是無人能代為承擔的，以及洪姨藉幫助其他家屬解決他們之間溝通的問題，「做一些事來補我老公的功德…回向給我老公的病體…看補不補得過他的命，多陪我幾年…（C2T-061）。」。「放下」、「業障」、「回向」都是佛教教義裡的說法，佛教生死觀的基本思想，可歸結畏懼生死、正視生死而超脫生死，而放下的說法便是正視生死最直接的表現，而業的釋義是造作，是因果輪迴裡的要素，透過他人的功德回向，可以減少業因的阻礙（陳兵，2005）。

事實上，跳脫宗教意涵的指認，不變是自我超越的因果思維。意指做為一個反省的行為主體，參與發生事件的過程中，總是外在因素無法改變，也可透過自我修行積德的手段產生自我轉化（郭世賢、張思嘉，2004）

第 xx 床為一位罹患淋巴癌的母親，其丈夫每天都來探視他，他不希望太太受苦，他們有共同對天主的信仰，因此，對主的祈禱成了他們之間的語言，縱使病患因瀕臨死亡階段，他仍是每天祈禱，祈禱天主不讓他繼續受苦，也因此醫生判定為她已無法再繼續存活時，他毅然決定帶她回家，但太太的病情實在走得很快，沒到家就直接在醫院宣告死亡，他不因此覺得遺憾，反而感謝所有醫療人員，期間他也接受民間療法，像是擺放符咒或是別人求的符水，有次研究者詢問他，支持的信念是什麼，他向研究者表示：「活著就很幸福，我太太曾經這樣對我說，如果真得因為這樣而得到幸福，我跟她都願意嘗試，也許活著對她而言是痛苦，但誰能說這是絕對，我始終相信神會給我們力量」（95.08.24 田野觀察紀錄）

一個以神景仰為中心的先生與一個相信他的太太，就是堅持對思想中心的固著，陪伴他們經歷生命中的危難事件，縱使過程百般艱辛，也無法如願返家，但對他們而言，似乎一切都不重要了，對生命的認知層次已提升到靈性的層次，並陪伴他們走下去。石世民(1999)提出人與人的關係是一種共命與共在的關係，認為要觀照到臨終照顧下的心理面向，須由處境臨床問題到陪伴，由生理的介入到靈性的照顧。文中的先生以病人主體感受及處境世界來對待之，或許無法解釋清楚病患是否因此而感到幸福，至少，先生是站在病患先前的自主觀點傳達一份愛。

但是不是每個人都是如此，從張婆及洪姨面對到與親人關係斷裂之餘，又同時接應到生命的底限時，透過文化裡對宗教的投企，試圖開啓一條安定人心的通路，尤其在醫療處置已達到極限時，它提供了一個具體可見但又隱含無限可能的通路，影響著家屬如何走下去的關鍵，其中，不免會碰觸到醫療倫理中的掙扎，為原來的好不容易建立的安全感頓時陷入人天交戰的境域中

第四節 陪伴與照顧間的倫理處境

倫理是一種融入生活世界中關係的科學，包含了道德、習慣、習性和行為等意義，並涉及行為動機及該行為的好、壞、對、錯、價值和必要性，以幫助一個人去做合乎人性的抉擇(毛家齡，1996)。加護病房是群聚高科技醫療設備的地方，其目的在於提供維持重症病患生存的實質助益，但也相對帶來運用醫療科技的價值性與合宜性，就如 Zaner, R. M.(1994)於《醫院裡的哲學家》一書一開始就說到：所有醫療技術發展都隱含著重大的道德問題，而最能回應病患與家屬間倫理問題的掙扎便是護理人員。故在本節中，研究者試圖呈現加護病房裡家屬面對病患病情間的倫理掙扎及護理人員的態度對家屬的影響，包含可能面對到的倫理議題，如簽署不急救同意書、拒絕給予或撤除維生設備、照護資源分配之公平性等現象。

不批判問題解決後所涉及的倫理正確性，而是藉由描述與說明，回應加護病房隔離情境裡，關於不確定感、文化意義下臨近死亡所隱藏的倫理面向。

一、死亡邊緣的陪伴與掙扎

什麼時候最易發生倫理議題，Peggy. L. W. (1988) 指出，只有在愈靠近死亡時才會浮出檯面，因為此時引發價值觀、角色轉換、心理需求與差異的衝突最明顯，會涉及到的問題像是簽署「不施行心肺復甦同意書」、何時拒絕給予或撤除維生設備，以下呈現張婆在面對病患瀕死前，與其他家屬、護理人員互動間，如何面對病患死亡做決定的掙扎情境：

因為呼吸喘因素，張婆同意讓病患插管後轉進了加護病房，以為可以順利移除管子，但多次呼吸訓練結果都未達預期，最後要接受氣切手術時。張婆將這決定權交給小孩，在於：「怕決定錯了會被小孩誤解、怨嘆… (A1T-025)」。但執行氣切過後，病患的病況還是未好轉，醫療人員也已多次向張婆表示病患情況不穩定，但張婆總覺得還是有希望，張婆依舊每次進來，例行性問候護理人員之後，附加詢問一句：「阿公今天有沒有好一點」。張婆自備了乳液幫病患擦拭身體，也會抬抬病患的手腳，幫忙病患活動。隨著病患身體日漸腫脹與皮膚傷口潰瘍，張婆減少做的次數，依舊不變是每天兩次固定的探望。

面對張婆對病患的態度，看在護理人員眼裡，會覺得：「阿公已經那麼痛苦，你為什麼還要繼續讓他這樣，看在我們眼裡很不忍心」，不然就是：「阿媽始終都沒有警覺到阿公的狀況，每天都在問一些不是很重要的問題，像是手上的破皮怎麼都沒好，不然就是今天有沒有比較好...讓我們也很無奈，現在 condition 那麼差，怎麼可能會好.. (95.06.23 田野記錄)」。在張婆眼中，她看不見病患的未來，充滿期待是她的選擇，不同於護理人員的看見。

最後醫師還是請張婆以及其孩子們，共同討論病患的未來，醫師拋出三項決定：「一個是拔管.. 第二個把藥停下來... 第三個再拼一次...」，張婆當下第一個反應選擇第三項，她向主治醫師表示：「如果能救的起來請盡量救，不能講話或走路也沒關係，能讓他多活兩三年我也能接受，我沒關係..(哽咽哭泣)」，但案夫病況依舊每況愈下，張婆就愈沉默，最後她選擇將決定權拋給小孩們，他們基於病患病況無法治癒與控制，且無力承擔後續的照顧，填寫了「不施行急救同意書」，表示只要給予急救藥與呼吸管，直接讓病患在醫院宣告死亡。張婆事後表達這樣的決定，她說：「讓她們決定就好，我以後也只能依靠他們了...」，雖然張婆心中還是百般不捨病患即將離去，但她也能體諒小孩的決定，在於，「到現在，看見頭仔這樣折磨人，我真得有時也會很想這樣做，留著.. 只會讓小孩們很痛苦...現在大家(小孩)不能體諒、了解我，回到家我一句話都不想講 (A1T-063)」，張婆已經能夠感覺到病患離開將帶給自己孤單感受，而現在能為他默認一條不被責難且痛苦的路，是張婆最後能為病患做的事。

從張婆的案例，我們試圖以家屬的觀點，歸納出幾點陪伴倫理的可能面向：

(一) 受他人社會化關係的決策影響

張婆與其小孩媳婦的關係是一種社會化關係，其差別在於從媳婦病床旁的表現及小孩為案夫死前的安排，都看出他們對病者的依歸之處指向醫藥系統，普遍接受目前安置的方式，不同於張婆帶有想繼續維繫與案夫之間的情感。雖然如此，張婆也受於現實情境所迫，渴求在家庭中得到小孩媳婦的價值與認同，以及接受案夫的死隱藏的道德問題，兩者雙管齊下的結果，便是退回自己的界線，如「怕決定錯了會被小孩誤解、怨嘆...」，讓張婆將氣切手術及死亡方式的決定都交由小孩來做決定，以轉移自身為生命做決定的壓力，這壓力對張婆來說是始終存在且難以負擔，從他逃離醫療人員直指案夫病情不穩定時的態度就可觀之一二，無力

去負擔死亡的現身。再者，Zaner, R. M.(1994)也指出，決策中即使選擇不做決定，也是在做一種決定，只是有些選擇在事情發展中就被剔除了。對張婆而言，也許沉默不做決定就是在於無論如何選，病患都會死亡的這件事是不變的結果。因此，自然不攸關如何做決定，這件事一開始就失去了可以繼續生存的籌碼存在。這也指出面對事實的當下，他人社會化關係下的決策會影響本身陪伴倫理觀點，同時，它也代表死亡這件事實已深陷在某種必然的抉擇當中。

（二）選擇以不傷害的方式對待

研究參與者會以陪伴病患的相處經驗，或自身判斷選擇較不傷害病患方式來進行救治行為。所謂不傷害係指不使病人身體、心理及精神受到傷害，包含不刻意傷害及潛在性傷害，即不得將病人置於可能受到傷害的境地（蕭宏恩，1999）。其中，潛在性傷害最難掌控倫理情境，在於許多診斷與治療方法對促進健康有極大貢獻，但也可能導致極危險的後果，甚至傷及性命，原善意為出發點的行為最終也造成傷害（毛家齡，1996）。張婆面對醫師提出對病患「拔管」、「把藥停下來」的決策方式感到惶恐，原本以為第三個方式是最好的方式，也在病患對治療反應差的結果中被迫停置，雖然只是延遲病患的生命，但對家屬而言，不到最後不輕易放棄的堅持，是他們認為最不傷害病患生命的方式。其他像是張婆對病患塗擦乳液的行為，也是為防護皮膚乾燥所做的預防措施，減少皮膚因龜裂所造成的傷害。因此，不論是站在哪一個觀點，都是以病人角度思考最好的方式來給予。

（三）與醫療人員權力互相抗衡

有時，情境上的危急及執行專業行動同時，會使得醫療人員疏於對家屬的理解，因而產生單方面的認定，如此一來就很容易犧牲理解家屬的時間，像是無法同理為何張婆還要讓病患辛苦地活著，或是認為家屬盡問一些「不是很重要的問題」。就家屬而言，捍衛病患最基本的生存直到最後是他們的責任，縱使不被他人

理解，也始終堅持自己的信念前進。但面對醫護人員對病患可能死亡的因應，表現出的冷靜也常與家屬對死亡的焦慮形成對比。依據余德慧（2006）採用精神分析的「間格化」(compartment)來說明醫護人員如何免疫。他們把死亡當作與己無涉的物件，死亡的「他者」與己身遙遠的間隔，人依舊在「生」的一端，而死亡是被包在物件裡頭的事物。對家屬，尤其是主要陪伴者而言，親人的死亡與己身存在的關係息息相關。對於醫療人員是站在專業的立場採取不同於自身的看見，家屬會試圖與醫療人員的權力互相抗衡，直到最後的結果到來才會轉念。May, R. (2003) 指出自我堅持在於，會在特定地點劃出界線為己身投與權力的伸張，使得權力具有自我堅持性，並為自己的立足點賦予力量，及確立自己的身分認同和信念來對抗反對的力量。其實，在自我堅持中，家屬同時已為可能臨現的死亡情境做準備，只是在此之前，他們並不想要提早承認。

（四）建立與病患同在的可能性

對研究參與者而言，真誠與病患共同體現此時的痛苦，才能將自我生命還原至生命最原初的處境中。張婆雖然感受到病患意識狀態逐漸陷入昏迷，但她仍然藉由塗抹乳液及活動肢體，感受病患活著的溫度。隨著病患腫脹的肢體與逐漸潰爛的皮膚帶來的痛苦，從張婆減少做的次數可看出她對病患身體的體認。依舊不變的兩次探望，也說明張婆早已把探訪病患一事作為生活的一部分。這一切說明出長時間的陪伴底下，研究參與者會與病患維繫著一種微妙的同在關係，死亡現身帶給兩者共同體現死亡帶來的焦慮。張婆出現的沉默，與將抉擇交由小孩決定：「讓她們決定就好..」，也在於為了因應同在關係，而需迎面回應之病患死亡問題。從張婆「以後也只能依靠他們了…」多少看出她面對病患死亡的無奈。

（五）以道德倫理回應關懷本質

當面臨治療決策時，家屬會採取不同道德角度，以為人自身的思考觀點，選

擇對病患有幫助的決策來進行。根據文化心理學家 Showeder (1990) 指出：在道德領域裡，「理性」並不只有一種形貌。任何可以訴諸理性的道德準則必然是由兩種概念所構成的，一類概念具強制性，另一些概念具有可替代性，可以用其他的概念來加以取代，而不減損其理性訴求 (黃光國，1998)。對研究參與者而言，隱藏在心中關於道德的問題，只能用間接方式提出來，因為說出死或是決定如何死都可能意謂著妳似乎就在等待對方死亡的臨現，引發別人不好的觀感是不容許發生的。因此，由「看見頭仔..有時也會很想這樣做」可以看出，張婆不主動提出也選擇不回應，直到小孩為病患的未來做決定後，她才還隱約透露出自身受其折磨，會想要得到解脫的心境，在這之前，張婆還是對病患的生存保有一絲希望，死依舊被擺在隱彙中，不被過度期待。因此，護理人員在未通盤了解的角度看家屬，自然對其反應採取不認同的態度，因其所採取的道德關懷是站在護理專業上的關照倫理，它反應在二個層次上：自然關照及道德關照，其中，道德關照是尊基於關懷的關係及引發關懷照顧行動上，受到護理經驗認知、臨床背景影響及人我之關係的啟發性的超越與真誠。透過愛與良心表達出對他人真切的關懷，對人之基本關懷信念來考察彼此生活經驗 (許樹珍，2001)。因此，不論是家屬或是這顧的護理人員，都會以符合現實道德思維來因應死亡的到來。

二、家屬的困惑與抉擇

上一段藉陪伴病患經歷死亡邊緣與掙扎情境中，指出家屬可能會面臨陪伴倫理的可能面向。但整個陪伴病患過程中的角色不僅只有家屬，還牽涉到主照顧者護理人員。因此，在此，藉由田野觀察一位病患的案例，試圖指出當病患身陷昏迷當中，其重要他人，像是配偶，將必須承擔為生命進行抉擇之任務。病患家屬以及陪伴家屬經歷的主照顧者護理人員所面臨的倫理決策，將在此節逐一呈現。

第 x 床的阿勇是位口腔癌患者，隨著腫瘤逐漸變大壓迫到氣管，呼吸狀況是

一天比一天還要喘，在醫師解釋下，阿勇明白目前腫瘤生長情況已到了他無法控制的地步，且讓他十分痛苦，陪伴他的妻子阿珍，總認為應該還有一些方式可以幫她先生度過難關，再多活幾個月。於是與醫師討論後，說服阿勇同意進入開刀房進行氣切手術，但手術進行一半，醫師便走出來向阿珍表示，「你先生的腫瘤已刺到氣管裡，無法進行氣切手術，而且喉頭已切開過，縫回去會有腫脹現象，因此需要裝上呼吸管，但這需要你的同意」。阿珍陷入慌亂中，她知道自己已無時間再進行任何思索，因為眼前的醫師正急迫等她回覆，當下阿珍同意醫師進行插管，隨後轉入加護病房。

當阿勇醒來時，他發現自己突然被插管且住進加護病房，讓他情緒一度失控，多次欲拔掉口中的呼吸管而被醫護人員制止，於是醫護人員只好為阿勇施打鎮靜劑並採行保護措施。雖然在藥物的作用下，稍緩解阿勇激昂的情緒。但將一切都看在眼中的阿珍，卻是每次會客都會流淚，他常向阿勇表示當初心中的想法：「阿勇，我知道你一定在生氣…但，我沒辦法看著你就這樣離開..」，但事實上，她早已為阿勇激動的身體反應做了解釋，這讓常在想，「不知這樣做，對他好還是壞？」，護理人員知道整個事件的發展脈絡，她也可以體會眼前病人心中的難過：「我都已經使用 Propofol 10ml/hr，他還是沒暈，偶而手還是會上來，但沒力氣…我很少看見病人會這樣，我想他是真得很痛苦，我如果是他，我也會很痛苦…」。

最後，護理人員請社工介入處理阿珍的焦慮，同時告訴社工目前病患躁動情形，討論過後，他們決定停止鎮靜劑的使用，讓阿勇清醒來為他自己做決定，但阿勇已經不再清醒，最後在主治醫師病情解釋後，阿珍填寫了「不施行急救同意書」，經歷了 16 天苦難，阿勇回家了。(96.04.20 田野記錄)

藉由阿勇的案例，讓我們可以完整去體會阿珍於陪伴過程中，面臨生命抉擇的困境。而這樣的案例，在加護病房的情境裡屢見不鮮，在於加護病房情境的危急與病程嚴重程度，會致使病患無力回應自我的需求，而此決定權便陷落在家屬

身上。像案例中阿珍的主要掙扎點就在於，先前陪伴阿勇的生病歷程。她能體會病患活著的痛苦，看著病患用身體表現自我內心的憤怒，家屬能明白這樣掙扎的過程讓病患辛苦，同時也讓自身陷入生死交關之中。阿珍以先前提的 5 點倫理陪伴概念進行決策，並藉由社工與護理人員的陪伴找出最後決策之路。對同樣也是陷落在當中的護理人員，在此試圖找出護理人員專業下的照顧倫理觀點，並未醫護人員與病患家屬間，開啓可能的面向。

（一）專業照顧的倫理態度：

1. 依據基本倫理原則

護理專業判斷的基本倫理原則分別是不傷害原則、自主原則、知情同意原則、行善與施益原則、公平或正義原則、誠信原則共六大項原則（蕭宏恩，1999），如依據這些原則，來檢視文中阿勇及阿珍的行為，會發現阿勇在未手術前，自覺到腫瘤帶來的痛苦，於是運用自主、知情同意原則，在自身還有能力時，他選擇了簽署不施予急救意願書，但後來在阿珍的勸說下他反悔而去手術，是在於他接受了氣切的方式，而非於口中插管，但手術不如預期表現，導致了阿勇行為上的失控反應，於是護理人員依據不傷害、行善與施益原則，將其進行約束與鎮靜劑使用，因為如果真得被阿勇拔除呼吸管，將違反護理倫理法中的行善或施益原則，它包含四項基本原則：（1）不施加傷害；（2）應預防傷害；（3）應去除傷害；（4）應做或促進傷害的事。

對一位醫護人員而言，面對一個病人，首先要做的是控制其病情，使得病患不會受到更深的傷害，同時也要防止更多或更大的傷害，繼之再設法減輕且消除病人的病症與痛苦（蕭宏恩，1999），面對處於激躁狀態的阿勇，護理人員必先讓阿勇不受到傷害，進而再協助移除口中呼吸管，減輕阿勇的痛苦。而阿勇不再清醒的事實也轉讓了自身的自主、知情同意以及誠信原則給阿珍，這是在於當病

患能力不足時，必須指定一位代理人為病人的醫療做決定，通常為由病人近親擔任，故由阿珍來決定自己往後生命的走向，期間由社工介入可以開啓醫療人員與家屬間的對話窗口，更客觀去討論終止醫學治療有無倫理上的顧忌（姜文智、賴祐平、陳良根，1997）。

以上是依據基本倫理原則所做的分析，事實上，除了分辨事實對錯外，有時倫理情境，是無法就事實判斷就可以解決問題，像是護理人員自覺阿勇身陷在痛苦中，她也沒有權力撤除基本維生條件，但來自這個人思考的意識底下，卻有種道德感深深影響自身的行動判斷。

2. 與心共度的置身處境

MacIntyre、Bishop & Scudder（1990）指出倫理學揭露人類行為體現在文化裡，而不是經由理性的檢視，因此，適宜的護理照顧背後有一個原初的倫理意識，是被整合、融入每天的臨床照顧與態度之中，非單單歸類為倫理的抉擇（Peggy. L. W.）。護理人員與病患互動期間，是一種身體與心靈的經驗過程，以及回歸自我底層的道德使命，以照顧罹癌病人而言，面對病程走向死亡過程是需要時間調適，當護理人員全身心過渡與病患及其家屬交流，常是往返社會角色與自我之間，是很難釐清當下採取的觀看位置，因此當護理人員面對阿珍的責咎與臨床上阿勇對鎮靜劑的表現，她能同理他們此時此刻存在的痛苦，卻無法阻止鎮靜劑的使用，但至少，她已跳脫了當下的角色，回歸對人性基本關懷，激盪起內心的道德情緒，採取不同的角度來觀看世界。因此，透過盡心，感覺在場的存在、養氣，建立起內在信心與存在感、知言，聽得懂話語者之間，三種過程的道德實踐，指出了護理倫理實踐的內涵，是透過護病關係當下的明白，豐富了理解的視域，才能敏感察覺到適切的定位（蔣欣欣、張碧芬、余玉眉，2001）。

當然，開啓了護病關係的對話窗就來自關係的互為主體性，在照顧情境下的產生的我（照顧者）與他者（病患）間的對話，涵括了保存自己、以己度人、由人觀己、超越自己四個部份（蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲，2003），文中護理人員面對阿勇在承受高劑量鎮定劑下身體仍活動的景象，用己身的經驗、信念、價值來評斷阿勇此時的表現應是想用他的身體來表達對現實不滿（以己度人），但觸及阿勇的現身引發自身內在觀照時，她感受到阿勇的痛苦才是躁動的主因，「我如果是他，我也會很痛苦」，因此，當社工與阿珍決定停止鎮靜藥使用的同時，護理人員已超越了擔憂停藥後的躁動反應，找到做人人基本的價值，回歸人置身。

（二）照顧的存在性關懷與反思

良善負責護理照顧的倫理關係，是護理專業自我下重要的道德工作，而隱含在照護工作底下，是來自照顧概念本身所內涵的豐富性，透過關係，護理人員與病人之間處於一種照護者及被照顧者的互動角色，進入加護病房的阿勇雖然無法表達想法，但透過照顧間的默會陪伴及病人傳達在家屬身上的交織情感，看見了家屬照顧的存在、照顧的不存在及照顧的交托轉移，文中阿勇未手術時，向阿珍傳達腫瘤如何現身，讓他臨落在死亡的痛苦邊緣掙扎，都讓阿珍的陪伴過程充滿心疼與擔憂，並憂懼阿勇死亡的事實及自身照顧的有限性，將之訴諸於醫師的氣切手術，藉由對氣切手術的信念，似乎為阿珍找到當下存在的目標，此時，死亡已凌駕在照顧不存在面向，直到交托流轉到加護病房情境，被護理人員感應與同理阿珍出現對死亡的焦慮，因而安排社工的說明與醫師的解釋，讓阿珍重新面對阿勇的可能瀕死的狀態，因此，我們可以說，照顧的存在性關懷不因過去照顧的情境斷裂而被中斷，反而藉由彼此關係的連結、經驗的反思，開展另一個觀看的視窗。

三、為何人家可以，我們家的就不行

一場車禍將任職高官的陳先生送入急診，但最嚴重的是和她同台車的太太小堯，因為頭部創傷與右上肢體重創，立即被送入開刀房，長達數小時的手術後隨即轉送加護病房治療，因為小堯本身患有心臟疾病及長期服用抗凝血劑，雖然截掉了左上臂來減少血液繼續流失，但此舉仍未改善低血壓狀態，並連帶影響心臟功能，於是醫療團隊幫小堯添加了許多醫療設備，並囑咐由個別的護理人員一對一照顧，此時，同病房還有一位小玲的癌末病患，醫療團隊處理她的病情已經三星期了，情況一直未好轉，已瀕臨死亡的她近日即將留一口氣送回家，於是身為他的丈夫大樹，對此結果顯得相當不悅，當他間接明白小堯遭受的醫療待遇後，大樹更是數度向醫療人員抱怨，「為何人家可以活，我們家的就得死」，看見醫療人員謹慎處理小堯病情的態度，大樹想起過去醫療人員對小玲的態度：「有時進來，小姐都沒在旁邊，有時還看不見人影出現…」，雖然醫師已給予充分病情解釋，向他說明「你太太的情形和別人不同，她現在已經對任何急救藥都失效了，所以才會…」，試著表明客觀立場讓家屬明白，但大樹每回再外等待訪視時，還是不免會抱怨起來。(95.11.24 田野觀察紀錄)

此案例突顯空間裡照護資源分配之公平性問題，尤其發生在急性照護單位裡，往往都是病患處於疾病其最脆弱的時候。大樹無法接受小玲此時的處境不同於小堯所受到的待遇，在於當下他人對應的生命狀態。大樹感受到妻子小玲即將走向死亡，不同於小堯的病情樂觀發展，歸咎於是在場的醫護人員投予小堯更密切照護，再加上過去的訪視經驗：「有時還看不見人影」，於是衝突便發生。再者，空間所賦予的救治危急病患的目標並未落實在小玲身上，即意味治療已導向失敗，更讓大樹感到無奈，事實上，當生物科學目的是朝向治療疾病與損傷的同時，那些處於醫學上無法治癒的疾病像是癌症，不僅是在此目標之外，還會構成醫學上的挑戰。因此，面對這樣的病人，只能以「治療功能」的觀點，直接面對和解

決病人的生存困境，即減輕由生病所帶來可被察覺的軀體紊亂狀態 (Tooms, S. K., 1999)。另一方面，依據基本倫理原則，醫護人員對小玲採取的方式是基於行善或施益原則，即當病人已然達到某種臨界狀況時，無論是依其意願或繼續治療只會造成病人的傷害或只會延長其痛苦時，即可停止治療 (蕭宏恩，1999)，且依社會資源公平原則及急救觀點，治療團隊的重心仍會擺在治癒率較高的小堯身上，以期提升存活率。

當死亡現身時，人是如此顯得不堪一擊，大樹藉由察覺他人的存在面向，試圖轉移小玲死亡的關注，它似乎還希冀能再挽回小玲的生命，但如 Zaner, R. M.(1994)所說的，我們永遠不會知道自己應該盡哪些力，所謂盡力，一定要考量現實情況，然而對現實情境的關照，就建立在醫護人員與病患及家屬的溝通上。

四、開啓溝通的可能性面向

在加護病房裡，醫療人員關注的焦點在病本身，其方法上是按照「生物醫學模式」來理解病人，尤其是醫師的角色，內容多集中在發展解決急性問題之相關技術，以求達到病患功能恢復的目標，相較於家屬陪伴病人，只能選擇共同走過病的生活經驗，因此，Toombs (1999)認為，醫病之間不應低估診斷、治療、預後過程中理解病人生活體驗的重要性，並應以詢問、聆聽和對話方式進行彼此交流互動。Zaner 提出醫病溝通的三個關鍵因素：(1) 必須注意臨床詮釋脈絡的複雜性；(2) 醫病間在口語和行動上的對話與應答要保持順暢；(3) 對話之間的表達形式並非那麼直接，不刻忽略醫病倫理抉擇中的情緒角色 (龔卓軍，2005)。護病關係則是面對面而無法置身事外的照顧關係，透過與病人互為主體性關係的反思，以超越當下的限制，讓照顧行為除普遍消除生理不適外，還能看見自己的偏見，而更清楚病患與家屬的處境。

第六章 結論

這一章節將根據前兩章的研究結果歸結出本研究結論，透過整個研究過程中的反省進行綜合討論，並提出實務面向建議，作為未來相關研究的參考。

第一節 研究發現

首先，本研究在詮釋現象學觀點的導引下，針對加護病房癌症病患家屬，其陪病經驗進行研究，綜合田野觀察紀錄與訪談文本分析，得到以下此點發現：

一、加護病房癌症病患的陪病經驗，就其經驗本質，共分成陪病的情境與陪病的意涵兩大脈絡。前者主要描述場景裡的等待經驗，分別由空間、身體、時間及關係四個面向進行探討，藉由面向間不停交錯與融合，突顯在危急狀態下，其等待經驗是將自我陷落在破碎、間斷與不確定感的極端處境。後者則是探討陪病存在性意涵，發現在加護病房機構化照顧底下，涉及存在孤獨感與死亡兩個面向，藉由對社會文化之靈性寄託，重新檢視陪伴與照顧間的倫理課題，進而開啓對死亡新的意義。

二、加護病房家屬的陪病情境，分別由四個面向進行探討，即空間的危急感應、身體知覺驚驗、間斷的時間體認以及與他人關係間的掙扎，藉四個面向間不停交錯與融合，所表現出的等待經驗是將自我陷落在破碎、間斷與不確定感的極端處境中。

三、以加護病房陪病情境裡四個面向作為知覺基礎，探討在機構化照顧下兩個存在性陪病意涵：孤獨感與死亡，並反應在倫理議題上。對此回應包含兩大課

題：(1) 與孤獨感、死亡現身共處 (2) 透過華人的陪病文化，反思他人死亡的意義，達到自我存在之超越，付諸新的生存動力。

四、危急處境下的等待經驗亦是一種不確定性等待經驗，在於陪伴情境與存在意涵，其本質上孤獨感及關係解離下死亡經驗。此經驗會受到當地的陪病文化影響，像是宗教信仰、道德、家庭倫理觀等，以建立對場域新的理解。

五、透過理解加護病房的情境與潛藏的存在議題意義，開啓病患、家屬與醫護人員間溝通面向，藉以深化自我陪病價值。

第二節 綜合討論

一、關於加護病房情境意義

加護病房是為重症病患成立的隔離病房，特殊的陪伴關係讓家屬始終在內與外空間的流串辯證下度過，它除了是一種形式上的對立外，更是進一步讓人體現到存活在極端處境，被縝密的醫療設備所包圍，及落實完整救治目標下的真實面貌。透過對加護病房空間描述，在人面人、人與物之間，發現了瞬間創傷事件將自我陷入不確定感的等待，並不真切超越自我到不確定的希望中寄託。當打開隱蔽的危急醫治殿堂，知覺到寓居於當下的身體危境，發覺家屬對環境的應對採取步步小心為營、得寸則寸，只在自身可理解下活動，不觸碰陌生東西，這在於所見之物皆為理解之外的緣故，來自對環境的不熟悉與體驗斷裂之故。於是乎，時間在此產生了三種意涵：碎裂不完整、點狀不連續與想像中綿延，因為加護病房管制會客，僅能訪視而謝絕陪伴，所以家屬僅能藉由當下感官匯集大量資訊，其餘就只能在等待中想像，以延續原先的陪伴方式，但這一切僅能說是可能是這樣，而不能確定就是如此，因為不同的關係也會有不同的在場觀看。

研究中我們看見非主要陪伴者的會客姿態就和主要陪伴者不同，相對引出關係的重要性，以病患做為主體對象，主動朝向醫護人員、家屬展開。在者之間的情韻流動，最重要的，是人我關係的靈驗，自我是如何現身去接應生活中的危急事件，以及將所經驗到的差異如何置位。藉由關係的探討，發現自我獨孤於處境之中，與他人在互依之內，醫療人員對病患在專業操作下進行照顧，不同於家屬與病患共同處於生命情境中，但不管是關係如何進展，都是不斷在自我與他人間來回穿梭。

家屬會渴望掌握病患目前病情進展，但隔離的空間往往難以達成，其次訪視時間限制，讓會客當下時間的緊縮感猶如跑馬燈般，只能在當下與病患相處，其餘都只能在想像中進行，這結果與邱麗珠（1998）分析家屬首要需求為「訊息獲知」需求相同，但因其訪視的間斷與陪伴者的心態，與余德慧(2006)提出陪病動態：照顧者三向度時間，較不同之處在於家屬是藉由病床陪伴來省思自己的陪伴位置，而加護病房家屬則以訪視當下的結果，來延續陪伴位置，意指如不夠敏銳去感受病患的改變，則陪伴者會一直停留在同一個位置上。

二、危急下的存在議題

人在一般日常生活中，如海德格所說的「非本真」的生活，是無法察覺自己與世界的關係，直到進到存有模式，人才能完全自我覺察到當下所經驗與所超越的自我。而如何走入存有模式，就來自於令人震驚的急迫經驗。對於家屬而言，陪伴癌症病患進入加護病房的過程往往令人措手不及，但會認為進到加護病房，接受臨床專業的救治，就等同於寄託希望於存活的延續，且在這過程中，會渴望得到保證，這和 Hartshorn, Sole & Lamborn(2001)提到，家屬會期望經驗到希望，以知道他們所愛的人可能復原的機率，並知道工作人員確實照護他們的親人，同時給予病患最好的照護。但一旦病患病情走向瀕死，他們往往會經歷現實情境的

否認期，其存在的面向和余德慧等人（2003）提到關於臨終病程中，當病人已經進到另一種存有的模式，而照顧者還保留原先以自我現實為基礎的存在模式，即「尚活之人的落差」相似。

這種落差經驗，會將人宛如獨自被拋入深淵經驗，觸及死亡現身及孤獨感受。事實上，從一進入加護病房開始，家屬與病患便共同經驗到死亡的焦慮直到轉出病房。雖然是病患的死亡，卻因家屬與病患在共在的世界裡，也感受到死亡臨危及失去親人所遭逢的孤獨感。如同蔡友月(1996)提及加護病房的癌症病患，因面對家人與他之間的隔離處境，常致使病患感到深刻的恐懼、孤獨及不安情緒直到死亡的場景相同。如何選擇因應死亡，差別在於自我覺察與對死亡的態度上。在加護病房裡，家屬往往是病患的代言人，也因此家屬如果已覺察到死亡是生活必經的一部份，就能在陪病過程中，以減輕病患痛苦為依規，擺脫延續生命的迷思。再者，醫療人員也能從過去記憶與當下體認到死亡對存有的意義，也能漸漸改變對救治的觀點。

當人置身在死亡的邊緣，人會渴望尋求一份靈性的安定力量。尤其是非醫療處置所能解決的焦慮情緒。會從本土陪病文化之倫理道德觀，或是對神靈敬畏、宗教依附來得到安置。另一方面，死亡引發價值觀、角色轉換、心理需求與差異的衝突明顯，也會引起對倫理議題的關注。發現家屬面臨到處理親人死亡問題的陪伴倫理客體時，其決策時，會受制於與他人社會化關係及醫護人員專業權利之抗衡。其次是選擇不傷害病患方式，進行道德倫理回應的關懷本質。而護理人員傾向依據基本倫理原則與反思照顧的存在性關懷中，得到不同的解釋焦點。

再者，研究者尚未處理到死亡所帶來的悲傷議題，在於悲傷處理需要長時間的介入，且研究者尚未具足這方面的能力，以至於將悲傷拋入懸置的經驗裡，但研究者認為，悲傷處理確切是加護病房裡的重要課題，如同遭受急性創傷性經驗，

如未來對加護病房議題有興趣之研究者，也許可以朝向此部分努力。

另一方面，其中有 2 位個案陪伴病患經歷死亡，皆有提到關於夢境的開發，研究者因這方面處理經驗不夠，以至於未能抓取家屬於夢境中，可能隱含出對死亡焦慮的關鍵點進行說明，也是未來待努力的方向。

三、關於詮釋現象學方法的應用

詮釋現象學強調對體驗的生活世界進行描寫與詮釋，企圖揭露現象背後所隱含的存在脈絡，當研究者參考國內加護病房或是重症病患照護的相關文獻時，發覺許多相關醫療研究多集中在生物醫學觀點上探討，而護理研究則集中在病患及家屬壓力、需求及關懷層面等探討，多採量性研究方式，以數據來分析結果，尚未採用詮釋現象學的觀點對加護病房場域中做描述，如此一來，就無法對空間進行完整說明，也就造就人們對加護病房的迷思：只有很嚴重、救不活的才會進去，而無法了解此空間成立之目的。這也是研究者想藉由詮釋現象學方法的運用，重現加護病房真實樣貌，進而得到理解之可能目的。

但也因空間裡既有限制，與家屬建立關係時並不容易，在於進入加護病房的病患大多處於危急狀態，影響家屬情緒甚鉅，也產生較強烈的防衛機轉。其次，受限 20 分鐘的訪視時間，有時還會因為處置而停止或縮短訪視，皆讓關係在初期時停留時間拉長，再者，與家屬建立關係期間，病患病況無法掌握及突發死亡問題所帶來的悲傷也會影響收案的進度，必須視個案否認與震驚階段而定，此部份，一般創傷患者之家屬比起癌症病患家屬會更加明顯。進而影響收案難度。

在方法的應用上，有幾點需進一步省思與反省。首先，在臨床田野的觀察上，受制於時間有限，無法每一次都觀察到家屬訪視時間，尤其部分家屬常會採行不定時探視的方式，像是夜間，就無法在研究者集中於早午會客時間裡觀察。再者，

急性單位常因急救或是醫療處置的進行，而終止家屬會客，故即便是在工作場域體驗與紀錄，仍有其不足之處。另一方面，田野觀察能延伸至牆內及牆外的空間，但無法全然掌控於返家後的生活情境，故此方面就需以訪談方式補足不足。

其次，在資料分析部份，研究者對方法的運用上仍在學習階段，不論是田野觀察紀錄或是經驗文本整體視域分析，都在部分與整體間來回穿梭間面臨許多激盪與挑戰，相對在論點上也較不確定性與缺乏完整性，尤其在現象脈絡走向結構主軸上面臨較多考驗，也影響對詮釋意義的說明，但在描寫部份，研究者認為能以一個全然開放的角色陪伴家屬從進入加護病房及在門外共同等待，常會開啓不同的視域，這也是研究者一直在進行且朝向這目標前進。

四、關於理想的加護病房的醫病與護病關係

研究者有四年的加護病房護理人員經驗，在進行研究的同時，也常不斷思索過去的自我與家屬相處之間，發現因時間及臨床處置因素，常致使忽略去察覺家屬的需求，Aquilera (1994)亦指出，由於環境的關係，家屬只能藉由會客時間與病人、護士接觸，因此無法深入與護士溝通，導致家屬焦慮進而影響病人情緒。在過去一些關於加護病房病患家屬需求之研究，像是饒雅萍(1986)提出家屬自認最重要的需求為：當病人病情發生變化時，我能很快接到醫院的通知，並且能幫助病人、減輕其焦慮是自身期望能獲得的需求程度。劉盈君等人(1999)在研究中也指出，家屬覺得重要的需求像是「保證」、「陪伴病人」、「訊息獲得」、「舒適」及「支持」的需求，在護理人員眼中卻覺得不重要，反之則亦之。再研究中研究者也認同這些需求確實存在，但進一步討論，這些需求背後的原因是什麼，為何家屬會是如此表現，在過去的研究，我們只看見需求的表層，而看不見問題的根源。

藉由詮釋學現象學方法的應用，研究者企圖還原加護病房場景，看見家屬陪

伴經驗過程是如何進行，從研究中看見家屬在門外等待時表現出焦慮的身體表現，除擔憂病患病情外，關注其他家屬悲傷的情緒也會影響自身的焦慮反應。當他們進入加護病房後，會汲汲營營從現有的時間去獲知對病情的基本掌握，會由當下的觀看與上一次會客的記憶進行連結，以獲得病患整體面貌呈現。其次，醫療人員的用字遣字以及身體慣於處理機器設備的模樣，對家屬都是陌生，但會形成另一個焦慮源，也因此，當家屬看見不一樣的情境，如病患反應差、多了一台新機器等，會因不瞭解而產生焦慮與情緒。再者，會不斷以自身現有的資源和能力對病患付出，以彌補無法陪伴在側的心態，像是按摩、求符問神等。如果醫療人員無法理解家屬會客時表現的底層涵義，往往距離就產生了。

Tilda Shalof (2006) 在《加護病房》一書一開頭就指出加護病房護理人員與病人間的關係：深入觀察病患的生命，陪伴病患度過他們一生中最私密、艱難、脆弱的時刻。護理人員是這空間最直接的照護者，相較於醫病關係，多了許多與家屬接觸的機會，醫師在此場域表現出對生物數值的依賴，對病患治療有主控及決斷的權利，加上不常在病床遇見，無形中與家屬就有距離。因此，本研究中家屬對醫師的觀感幾乎表現在病情解釋上，無針對照顧及關懷層面表達。反觀於護理人員，一天至少兩次會與家屬接觸，如僅在技術方法上客觀處理家屬所詢問的問題，是無法達到關懷意義。因此，透過研究，研究者希望提供加護病房的醫療人員，同理家屬詢問病情時背後的焦慮反應，在短暫的會客時間內，排除專業語言表達，而是退到對方平日採用的日常生活語言，進行病情說明及情感表達，讓家屬真正明白所要解釋的意境是什麼，落實實際陪伴意義，讓家屬感受與之同在，藉此達到共融的可能性。

此外，在現行基礎醫學及護理養成教育部份，強調加護病房專業知識的培養，是集中在技術的養成與數值的檢定上，反觀在人道關懷的課程較為缺乏，尤其又在加護病房重症單位，常會面臨許多關於死亡的倫理議題，到底該是拯救生命，

還是保有病患死亡尊嚴，都需要安排相關課程及討論會，建立對此基礎之認知，以讓醫病（護病）關係真正落實在人道醫療上。

第三節 建議

根據前述的綜合討論與結論，研究者針對在研究場域中的反省、相關研究與實務領域，提出以下建議，期望提估其他研究者及臨床工作者參考：

一、對於加護病房醫護人員，應建立與家屬同在處境下「陪病共同體」之體認。研究中揭開加護病房危機底下深植的關係互動，讓我們看見駕馭醫療設備之上的醫療人員態度更為重要，如能肯認家屬為此場域重要的一部份，就能營造出一種新的醫護者身體的姿態、動作、眼神、言談是與家屬同在的醫護環境，這比起用醫療器材、空間設計、制度等所建構出的救護環境更為重要。

二、將家屬陪病經驗推展到其他特殊隔離單位。本研究之意義在於揭開加護病房危機底下深植的關係互動，以拉近醫療人員與家屬距離外，更期待看見現象意義底下揭露出人性的一面，即是死亡的因應。除了有加護病房單位外，其他特殊隔離單位像是急診室、小兒加護病房、開刀房等，都是面臨死亡情境最高的地方，因此，建議可以將此陪病的經驗延伸到其他單位，讓這些單位的醫療人員也有機會了解家屬的反應。

三、建議未來研究可增加加護病房家屬悲傷議題的探討。暨李玉嬋(2004)研究關於加護病房護理人員的悲傷歷程分析，說明死亡對護理人員是直接衝擊到的悲傷因子，而本研究是站在家屬角度進行分析，也相同突顯死亡的存在議題，如對護理人員都產生衝擊，那對同是現身在場域裡的家屬，所面對是最親愛的家人深陷死亡邊緣，更是莫大的傷害。本研究確實接應到家屬的悲傷歷程，但未對此部

分做深度描寫與處理，因此建議未來相關研究，可針對悲傷議題再行深化研究。

四、可運用此方法，以加護病房醫療人員為對象延伸探討，讓其他工作同仁或家屬也有機會了解醫療人員的立場。帶著閱讀 Tilda (2006) 的《加護病房》那本書後和研究者過去的經歷，於臨床上進行研究時，發現家屬與醫護人員的認知差距很大，除專業知識讓家屬感到有距離外，醫護人員也無機會讓家屬了解他們的立場，雖然文中研究者盡可能保持客觀去描述家屬與醫護人員間的關係，但畢竟呈現只是部分，期待更寬廣的角度去浮現醫療人員於此病房的整體面貌。

五、作為改善臨床工作法規裡的參照，像是建議醫護人員在為家屬進行初次環境介紹時，應涵蓋描述病患可能會出現的改變，或加註在「加護病房住院須知」單子裡。因多數進入場域的家屬都是在危急狀態突然進入，心情焦亂同時又對空間內場景陌生，往往在進入會客後才驚覺親人的樣貌改變，致使更加慌亂不已。因此，如能在會客前讓家屬先行對加護病房樣貌有基本的了解，可以讓家屬在慌亂之餘還能有一部分的心理準備。

六、進行重症隔離單位志工之訓練，以分擔醫護人員因應家屬陪病期間的壓力。因為癌症病患進入加護病房大多處於病況危急期或是末期階段，醫護人員在處理這些病患時，有時會因處置進行而阻斷陪伴家屬的可能性。因此，如能協請志工於會客前後介入來陪伴家屬，可適當彌補此情境不足之處。再者，如果僅提供一般志工的服務，就比較無法達到真切的陪伴需求，而影響設立的意義。

七、作為醫護人員與家屬製作會談與行為因應工具之參照。除適當指引工具可協助拉近醫護與家屬之關係外，給予家屬或病患回應的位置也很重要。像是對外連結的心情記事，或是床頭小卡提供家屬與病患溝通途徑。照護紀錄中也應包括摘記家屬提出的需求，以交班給下一班的醫護人員，達到照護連續性與整體性。

八、建議在加護病房醫護專業養成教育裡，規劃關於與家屬應對之課程。尤其在死亡情境高的單位，相對比率會提高相關倫理問題之應對，在講求醫病或護病倫理的社會化醫療，先行了解家屬的對事情的處置概念，可以增進此部分的應對能力，以採行適當溝通技巧處理問題。

參考文獻

中文部分

〔專書與期刊〕

- 毛家齡 (1996)。倫理困境與護理決策過程。《護理雜誌》，43(1)，41-45。
- 王秀珍 (1999)。加護病房病人家屬需求及其護理。《護理雜誌》，46(2)，67-71。
- 王明珂 (1993)。集體？記憶與族群認同。《當代雜誌》，第 19 期，6-19。
- 余德慧 (1996)。文化心理學的詮釋之道。《本土心理學研究》，第 6 期，146-202。
- 余德慧 (2001)。《詮釋現象心理學》。台北：心靈工坊。
- 余德慧 (2006)。《臨終心理與陪伴研究》。台北：心靈工坊。
- 余德慧、夏淑怡、石世明、張譯心 (2004a)。初探陪伴療癒的型態及其可能。
載於南華大學生死學系所：第四屆現代生死學理論建構學術研討會。嘉義：南華大學生死學系所。
- 余德慧、李維倫、林耀盛、余安邦、陳淑惠、許敏桃等人 (2004b)。《本土心理學研究》，第 22 期，253-325。
- 李玉嬋、顏素卿 (2003)。加護病房護理人員的悲傷歷程分析：第四屆現代生死學理論建構學術研討會。嘉義：南華大學生死學系所。
- 汪文聖 (1999)。創傷的記憶或遺忘？——一個時間現象學的探討。《國立政治大學哲學學報》，第五期，77-100。
- 汪文聖 (2003)。本土精神病患照顧倫理的現象學探討。《本土心理學研究》，第 19 期，65~105。
- 林耀盛 (2002)。時間與意義：疾病、創傷與敘說之交疊構面。《本土心理學研究》，221-270。
- 姜文智、賴祐平、陳良根 (1997)。《急症加護醫學秘笈》。台北：合記。

- 美國重症醫學會（2000）。**基礎重症醫學**（謝凱生等人譯）。台北：藝軒。
- 胡文郁、邱泰源、釋惠敏、陳慶餘、陳月枝（1998）。從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。**台灣醫學** 3(1)，8-18。
- 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。
- 范君瑜、何昭中、黃人珍、李瑞美(2001)。**重症護理概論**。台北：永大。
- 高淑清（2001）。在美華人留學生太太的生活世界。**本土心理學研究**，第 16 期，225-258。
- 張荳雲（2003）。**醫療與社會：醫療社會學的探索**。台北：巨流。
- 許樹珍（2001）。護理專業與關照倫理現象之探討。**哲學雜誌**，第 37 期，104-135。
- 連寶珠（2001）。**重症護理學概論**（王小喬等人譯）。台北：五男。
- 郭素珍（1994）。新生兒加護病房內的倫理決策困境。**中華民國早產兒基金會會訊**。11 月出刊，12-18。
- 郭世賢、張思嘉（2004）。華人生活世界中多面向因果思維。**本土心理學研究**，第 21 期，233-267。
- 莊錫昌、顧曉鳴、顧雲深等編（1991）。**多維視野中的文化理論**。台北：淑馨。
- 陳兵（2005）。**生與死-佛教輪迴觀**。台北：佛光文化事業有限公司。
- 陳榮華（2003）。**海德格《存在與時間》闡釋**。台北：國立台灣大學出版中心。
- 黃光國（1998）。兩種道德：台灣社會中道德思維研究的再詮釋。**本土心理學研究**，第 9 期，121-175。
- 曾文星（1996）。**華人的心理與治療**。台北：桂冠。
- 傅偉勳（1999）。**死亡的尊嚴與生命的尊嚴**。台北：正中。
- 項退結（1896）。**現代存在思想家**（於 1970 出版）。台北：東大。
- 楊國樞（2002）。**華人心理的本土化研究**。台北：桂冠。
- 楊中芳(1999)。人際關係與人際情感的構念化。**本土心理學研究**，第 12 期，105-179。

鄒海月、王守容、何裕芬（1999）。癌症末期病患家屬對「不予急救」之態度及其相關因素之初探。**榮總護理** 16(4)，344-355。

鄔昆如（1999）。**人生與宗教**。台北：五南。

廖士程、李明濱（2001）。癌症病患之身心問題。**台灣醫學** 5(4)，433-439。

熊偉（1994）。**現象學與海德格**。台北：遠流。

趙敦華（2002）。**現代西方哲學新編**。台北：五南。

蔣欣欣、張碧芬、余玉眉（2001）。從護理人員角色的創造探討護理倫理的實踐。**哲學雜誌**，第 37 期，88-103。

蔣欣欣、陳美碧、蔡欣玲（2003）。建構照顧情境中的專業自我--自身與他者之間。**本土心理學研究**，第 19 期，201-226。

蔡昌雄（2004）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。載於林本炫、周平編著：**質性研究方法與議題創新**。嘉義：南華大學社教所。

蕭宏恩（1999）。**護理倫理新論**。台北：五南。

羅惠敏、徐南麗、邱慧如、廖惠娥、劉欣怡（2004）。癌症病患症狀困擾與不確定感關係之探討。**慈濟護理雜誌** 3(1)，72-80。

龔卓軍（2002）。現象學哲學與心理學的方法對話：以死亡現象的研究為例。載於：**第四屆「倫理思想與道德關懷」學術研討會**。台北：淡江大學。

龔卓軍（2003）。生病詮釋學-從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。載於釋慧開：**生死學研究創刊號**。嘉義：南華大學生死學系。

龔卓軍（2005）。生病詮釋現象學—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。載於釋慧開：**生死學研究第一期**。嘉義：南華大學生死學系。

龔卓軍（2006）。**身體部署—梅洛龐帝與現象學之後**。台北：心靈工坊。

〔翻譯專書〕

Timby B. K.（2003）。**護理基本技術與概念**（王世麗等人 譯）。台北：五南。

- Denzin, N. K. (1999)。解釋性互動論 (張玫君 譯) (原書於 1989 年出版)。台北：宏智文化。
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2003)。疾病的希望 (易之新 譯)。台北：心靈工坊。
- Hartshorn, Sole & Lamborn. (2001)。重症護理學概論 (王小喬、辛幸珍、陳玉敏、陳紀雯等人 譯)。台北：五南。
- Heidgger, M. (1994)。存在與時間 (王慶節、陳嘉映 譯)。台北：桂冠。
- Jock McKeen, M.D., Bennet Wong, M.D. (2005)。關係花園 (易之新 譯)。台北：心靈工坊。
- Doka, K. J., Ph. D. (2002)。與悲傷共渡：走出親人遽逝的喪慟 (許玉來、成蒂、林方皓、陳美琴、楊筱華、葛書倫、呂嘉惠 譯)。台北：心理。
- Klaus H. (2004)。世界現象學 (倪梁康等人 譯)。台北：左岸文化。
- Yalom, I. D (2003a)。存在心理治療下冊 (易之新 譯)。台北：張老師文化
- Yalom, I. D (2003b)。存在心理治療上冊 (易之新 譯)。台北：張老師文化。
- Max Van Manen(2004)。探究生活經驗：建立敏思行動教育學的人文科學 (高淑清、連雅慧、林月琴譯)。嘉義：濤石。
- May, R. (2003)。權利與無知 (朱侃如 譯)。台北：立緒
- May, R. (2004)。焦慮的意義 (朱侃如 譯) (原書於 1969 年出版)。台北：立緒。
- Merleau-Ponty, M. (2001)。知覺現象學 (姜志輝 譯)。北京：商務。(原書於 1986 年出版)。
- Palmer, R., E. (2001)。詮釋學 (嚴平 譯)。台北：桂冠。
- Parsons & Wiener-Kronish (1997)。急症加護醫學秘笈 (陳良根等人 譯)。台北：合記。
- Sokolwski, R. (2004)。現象學十四講 (李維倫 譯)。台北：心靈工坊。
- Sontag, S. (2000)。疾病的隱喻 (刁筱華 譯)。臺北：大田。
- Tilda Shalof (2006)。加護病房 (栗筱雯 譯)。台北：大塊文化。

Toombs, S. K. (1999)。病患的意義—醫生和病人不同觀點的現象學探討 (邱鴻鐘、陳容霞、李劍 譯)。青島：青島出版社。

Van den Berg, J. H. (2001)。病床邊的溫柔 (石世明 譯)。台北：心靈工坊。

Zaner, R. M. (1994)。醫院裡的哲學家 (譚家瑜 譯)。台北：心靈工坊。

〔論文〕

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

李佩怡 (2003)。助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究。未出版之碩士論文，國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所，台北。

李慧菁 (2004)。癌症病人之重要他人喪失摯愛的靈性衝擊。未出刊之碩士論文，國立成功大學護理學研究所，台南。

林宜靜 (2002)。臨終病人面對死亡之心理調適歷程。未出版之碩士論文，國立彰化師範大學輔導諮商研究所碩士論文，彰化。

夏淑怡 (2004)。臨終病床陪伴者的療癒經驗探討。未出版之碩士論文，慈濟大學宗教與文化研究所，花蓮。

崔國瑜 (1997)。生死學初探：一個臨終照顧領域的現象學考察。未出版之碩士論文，國立台灣大學心理學研究所，台北。

郭麗馨 (2002)。生病陪伴歷程的體驗--一位兒癌母親的自述。未出版的碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。

馮雅芳 (2003)。加護病房醫護人員對疾病末期病人醫療決策行為意向即影響因素之研究。未出版之碩士論文，國立台灣大學護理學研究所，台北。

梅慧敏 (2004)。癌末腸造口患者的生活世界：以錄音機敘說為詮釋之舞。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義。

- 趙曉維（1995）。梅洛-龐蒂〈身體--主體〉概念及其教育應用之研究。未出版的碩士論文，國立台灣師範大學教育研究所，台北。
- 劉盈君(1993)。比較加護病房病患家屬與護理人員對家屬需要認定之差異。未出版的碩士論文，國防醫學院護理學研究所，台北。
- 蔣鵬（2002）。世界的斷裂與相隨—探討照顧者與臨終者的陪伴關係。未出版之碩士論文，國立東華大學族群關係與文化研究所，花蓮。
- 蔡友月(1996)。現代社會對死亡的省思以癌症病人為個案剖析垂死歷程的「醫療化」之影響。未出版之碩士論文，東海大學社會學研究所，台中。
- 賴維淑（2002）。晚期癌症患者對臨終事件之感受與身、心、社會、靈性之需求。未出刊之碩士論文，國立成功大學護理學研究所，台南。
- 饒雅萍（1986）。加護病房病人家屬需求及其影響因素探討。未出版的碩士論文，國防醫學院護理學研究所，台北。
- 龔卓軍（1993）。梅洛龐蒂《知覺現象學》中的語言理論。未出版的碩士論文，國立台灣大學哲學研究所，台北。

〔外文部分〕

- Doka, K. R. (1995). *Living with life-threatening illness : A guide for patient, their families, and caregivers*. New York. Lexington Books.
- Golsworthy, R. & Coyle, A. (2001). Practitioners' accounts of religious and spiritual dimensions in bereavement therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(3), 183-202.
- Hodovanic, B. H., Reardon, D., Reese, W., & Hedges, B. (1984) Family crisis intervention program in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 13(13), 243-249。
- Kleiman, A. (1988) *The illness narrative : Suffering, healing & the human condition*. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 134-186.

- Kuipers, J. C. (1989). Medical discourse in anthropological context : Views of language and power. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(2), P99-123 ◦
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. *Heart & Lung*, 15(2), 189-193 ◦
- Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., Arman, M. & Hamrin, E. (2002). Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 248-255.
- O'Malley, P, Anderson, B, Siewe S, Deane D, & Keefer, N. (1991). Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart & Lung*, 20(2), 183-187 ◦
- Pollio, H. R. ◦ (1997). Grounding the world of everyday life. *The nature of lived experience*, 93-123 ◦
- Sandelowski, M. (2002) Reembodying qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 12(1), 104-115 ◦
- West, N. D. (1975) Stress associated with ICUs affect patients, families, staff. *Hospitals*, 49, December 16, 62-63 ◦

【附錄一】訪談大綱

一、加護病房對家屬與親人的意義為何

1. 加護病房對家屬與親人的意義為何
2. 您對加護病房的感覺是....
3. 您面對親人進入加護病房，對此您心中感到...
4. 面對親人進入加護病房，對您的生活產生什麼變化？
5. 這和未進入前的陪伴經驗有何不同？
6. 請你描述在加護病房門外等待探病的感覺？您如何處理..
7. 於探病結束後，心情的變化常是....

二、家屬進入加護病房內，其陪病經驗之描述

1. 在你的家人還未進入加護病房時，你最常為她（他）做什麼？她（他）常帶給你什麼感覺？
2. 當你在加護病房內探視你的家人，你常會為她（他）做什麼？
3. 在會客過程中，哪些部分最令你難忘？
4. 會客過程中，您最常為您家人做什麼？
5. 你感覺您的家人進入加護病房，和先前比較，改變了什麼？
6. 您通常如何因應您的感受？
7. 如果可以離開加護病房，你最想為她（他）做什麼？

三、家屬與親人、醫護人員關係發展與變化

1. 你平時與她（他）的關係如何？
2. 和現在相比，你感覺你們之間生活最大的改變為何？
3. 看著你的家人，如要你聯想過去的生活片段，那會是什麼？
4. 現在你如何維繫你和她（他）關係的發展？
5. 其他家人對於這樣的改變所抱持的看法為.....，你會如何看待及因應？
6. 會客過程中，您感覺醫師與護士帶給您的感覺是....
7. 在加護病房期間陪伴您的家人，哪些部分最令你印象深刻？

【附錄二】訪談同意書

親愛的 您好！：

我是本醫院的疼痛護理師，也是南華大學的研究生，非常感謝您願意接受訪談，未來您參與的研究主題為：牆邊的等待-加護病房癌症病患家屬的陪病知覺經驗，您的寶貴經驗，將可作為加護病房裡醫療團隊們對其照護行為的省思，期能達到對家屬們真切關懷本質。

在未來進行的訪談，內容將環繞在您面對家人於加護病房內，帶給您的感受經驗為何？期待您不吝分享陪伴的照顧經驗和心情，訪談過程中如提問的方式或問題讓您難以回答，請您務必告訴我，我將隨時做修正。為讓研究逼真客觀，訪談過程將全程錄音以作為資料分析的依據，訪談的次數視需要遞增減，您可以選擇隨時中斷訪談或退出本研究，研究者會尊重您並感謝您的參與。

為確保您在研究過程裡的權益，研究者將尊重您個人隱私，未經您的同意，訪談資料不對外公開，僅供研究者資料分析及與指導教授討論。

最後，再次感謝您的分享和參與，因為您的幫助，讓醫療團隊有機會了解您們此刻的心情！謝謝您！

本人願意接受訪談

受訪者： （簽名）

研究者： （簽名）

日期： 年 月 日

【附錄四】田野觀察日誌

1. 田野觀察日誌
2. 對象代號：_____
3. 地點：病房內 病房外：_____ 家屬休息室
4. 日期： 年 月 日
5. 時間：共計_____分鐘
6. 當時情境：
7. 內容：
8. 研究者對現象覺察與省思：
9. 結構面推敲
10. 預下一次觀察的部份：

【附錄五】文本分析範例

◎ 文本分析代號：A

◎ 類別：第一次錄音訪談紀錄

◎ 截取第七段 P14

A1T-043：想到孩子和媳婦對我的誤解，讓我真得很痛苦，和頭子獨自生活三、四十年，我從來也沒罵過他們，更別說做出對不起他們的事。自己的丈夫變成這樣...。

A1T-044：有一次心情很差，氣到憋氣憋不住，有一次別人來看阿公，我以為是看阿公沒救了，回到家躺在床上，心情很差，我抓了幾顆鎮定劑，要吃，看要睡到何時，睡到自己驚醒，自己起來，沒關係....(哭泣)，我只想說只要醒了，我的心情就開了，我的家人得知也嚇到，我其實也常在想，我自己先走了，心情也較快活，不會麻煩別人，我有這樣想，我真得有這樣想過，不要這樣痛苦地死去，如果有怎樣，也要死得較快活點

A1T-045：我頭ㄟ以前做壞孩子時，再賭、玩女人，我也是很痛苦，也是常常盤繞在腦中，感到很痛苦，常說如果常這樣想，想到他往生也不對，實在也不對，想到這些孩子，大家都疼我，我這樣想實在很不對

A1T-046：我自己沒想過自己應該要怎樣，不要這樣麻煩別人，像現在這樣麻煩別人，實在是很累，那一天，我真得有這樣想過，想說我自己先走了，死死ㄟ（台語），心情也較快活，不會麻煩別人，那一天，我真得有這樣想過，有這麼想過....。

A1T-R027：阿嬤，那一天您這樣做了以後，結果...

A1T-047：結果我不曉得怎樣，我只知道醒來，我的左手怎麼會有一支針，我只想說要回家要回家，我知道我說了什麼話，但我不知道我有說過這樣一句話：「都是阿琴害的！都是阿琴害的」，孩子都說我愛和他（大媳婦）計較，常罵他，說實在話，我真得不會去罵人，說我有罵這樣，這是我的小妹告訴我的，再怎樣糟糕的人我有不會這樣害人，罵人，怎麼會有這樣一句話出現

A1T-R028：我想問您平日就有再吃這些藥的習慣嗎？

A1T-048：我平常一天都吃一顆鎮定劑，那天吃了三顆，我完全都不知道，只知道醒來眼睛睜開，躺在床上，小小一間，來來去去有很多人，聽家人說才知道在醫院，不然我也不知道，那時醒來我就看到我的小妹在旁邊。

A1T-R029：嗯！所以是您的小妹陪你在醫院

A1T-049：人不能說白蔡（台語）的話，那天醒來回家後，精神也很不好，頭還暈暈的，人還沒完全清醒，比平日還睡了一會。

A1T-R030：過去曾發生過嗎？

A1T-050：才一次而已，很多次是在過去我頭仔做壞孩子時，我時常在想，痛苦時，實在很生氣時，酒就拿起來喝，吃到讓自己睡，睡到醒來就不會在想這些問題，酒拿起來喝...那是已經好久次了，但自從孩子娶媳婦了以後，我就沒這樣做過。

A1T-R031：嗯！

A1T-051：我的小孩不能體諒我的心情...，照顧阿公，看阿公這樣...我實在也很痛苦，但....誰能了解.....我是這幾個月在醫院才發生這種事情，我也不知道自己怎麼會這樣，我也沒任何目的啊!

A1T-R032：您有嘗試解釋給家人聽聽您的想法...

A1T-052：解釋再多也沒用，照顧阿公一直都是我自己一個人，他們因為都各自有工作，我不勉強他們一定要像我這樣，但至少相信我這個媽媽，自己的頭仔這樣，壓力已經夠大，他們還不相信我，這....讓我很難過...現在，連唯一相信我的人，變成這樣...，也沒辦法替我解釋....，那種感覺就像是，你平時靠的樹頭已經就要斷了，還不斷被人推、被擠，弄得我真得很心痛。

【意義單元】

個案因以為病患沒救了，心情很差，抓了幾顆鎮定劑吃，想說：「只要醒了，心情就會開」，照護案夫的辛苦讓個案常思索，「我自己先走了，心情也較快活，不會麻煩別人」。當個案想起以往案夫的對待：「...再賭、玩女人...」就感到痛苦，但有自覺對這樣的回憶在意是對不起先生與孩子，張婆從未想過自己處境，反而是站在他人立場感覺「..這樣麻煩別人，實在是很累...」。當張婆做了服藥自殺的舉動，結果不僅超出當初所想像，醒來聽家人說才知道在醫院，還包含家人的態度讓個案自覺被誤解與難過，認為家人誤解他與媳婦間的關係。感覺過去雖曾經有飲酒到不醒人事，但自從孩子娶媳婦了以後，就沒這樣做過，而此次家人有此反應，張婆認為在於：「小孩不能體諒我的心情...，照顧阿公，看阿公這樣...我實在也很痛苦，但...誰能了解...」，感覺照顧案夫痛苦的心情家人無法同理。而對於這種面臨先生正在受苦與孩子的不諒解情況，張婆比喻說：就像是你平時靠的樹頭(意指先生)已經就要斷了，還不斷被推、被擠(意指小孩及媳婦的不諒解)。

【現象脈絡】

個案過去與案夫日常生活中，曾一次吞服過量安眠藥的經驗，此經驗來自於案夫背棄與不負責任。這記憶裡的痛苦感受影響日後行爲，當張婆在尚未證實現況，便自覺到先生病況陷入危急，於是此經驗與過去經驗相連，再加上期間獨自一人照顧先生，壓力累積無法釋放，以致於發生此這結果。事後家人無法諒解行爲及誤會她及媳婦的關係，皆讓張婆更加感覺到不被在乎與重視，無法理解如此做的原因在於未來不希望像頭仔一樣，麻煩別人，想過用死亡處理內心的壓力，但無真正做過，此次經驗超乎他所想像，亦或是想對其它照顧者進行一種壓力表達，但得到的結果直接或間接證實無人能理解他的壓力，對此感到難過，這種感覺就像是靠在原本堅硬的樹頭，隱喻她依靠著他的先生度過過去的日子，現在堅硬的樹頭就要斷了，隱喻先生目前的病況加重，還被不斷推擠，隱喻小孩及媳婦還不能了解她的辛苦與難過，這是一種無助感的宣示。

【結構主軸】死亡的威脅、存在的孤獨、關係斷裂

老年期發展階段裡，陪伴是這一時期最有價值的部份，與配偶因其身體衰退速度不，往往是彼此間的照顧者或被照顧者，個案是案夫的主照顧者，陪伴期間的感受是種內在的主觀氛圍，和外在經驗有關，不斷幫助在生活上做選擇，個案接下主要照顧工作，與病患對應間的在現，不斷與過去的相處回憶交叉顯現。記憶是在心理之內的世界，以一種特別的不顯現狀態進入生命之中，不易被他人察覺，也無法藉移動身體而彌補。被記起的事物所承有的所意形式（noematic form）是彼時彼地，而被知覺到的形式則是此時此刻（Robert, 2004 P107），一句「樹頭…就要斷了」，道盡個案面對病患可能臨現的死亡感到無奈與不安，這意味與他人間的關係正要斷裂，引發出孤獨感受。

時間是透露所有訊息的主宰，陪伴病體所招至的威脅、甚而死亡的伺伏性，一直在表層下騷動，陰鬱不安地出現在意識邊緣。生命和死亡是相依存，對當前身體的理解停留在對健康人的世界，轉而面對垂死的過程與痛苦，無法改變的決定將引發存在的焦慮，個案出現服用安眠藥的意外，其所承受的痛苦在於無法改變現狀，正因為它排除其他可能性，使得不再有進一步的可能性，這樣的結果，同時讓自己陷入加害人也是受害人的窘境，不斷盤旋在痛苦之中。

馬丁·布伯：「關係是一切的根源」，人非獨立而是兩者之間生物，在「我--汝」與「我—它」之間，「我」並非特別的實存，可以決定與「它」或是「汝」產生關聯，好像「它」和「汝」是視野中飄動的對象，「我」是在某種關係脈絡下出現與形塑而成，個案與病患間形塑的關係聯結過去的意識流與現今焦慮的遭逢。不受小孩體諒的焦慮某種程度影響因應之道，產生關係上的隔離，意味常無法抵達核心的在意問題。