

中華心理衛生學刊
第十九卷(2006) 第四期 395-415頁

研究
論文

非安寧病房護理人員面對遺體護理之心理 歷程探討

曾美珠 李燕蕙

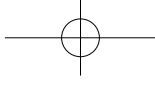
研究目的：死亡是生命中自然軌跡，多數人卻視為禁忌及將它置於意識邊緣，不願談論與採逃避態度，但臨床護理人員面對病患死亡及其遺體卻是最真實與必然的歷程。因此，本文從護理人員的面向探討她們在面對遺體護理時之主觀經驗與歷程。**研究方法：**本研究針對中部某醫學中心非安寧病房之護理人員，以立意取樣透過深度訪談方式收集資料，並藉由詮釋學觀點來做分析與探討。**研究結果：**本研究分別從遺體護理技術與新進人員的現實震撼、死亡禁忌與鬼魂文化思維、遺體護理的面對與調適來剖析護理人員的心理歷程。**研究結論：**希望藉由本研究之探討，引起護理人員省思，去關注及照顧內心感受，如實面對，才能協助自己真正面對死亡情境，協助照護臨終病患及家屬。最後本研究提出反思與建議，以供護理教育及臨床實務之參考研究。

關鍵詞：非安寧病房護理人員、病患死亡、遺體護理、心理歷程

曾美珠：台中榮民總醫院護理師；南華大學生死學研究所畢業；專業領域為臨床護理、健康管理與諮詢、生死學。

李燕蕙：南華大學生死學系所助理教授；德國弗萊堡大學哲學博士；專業領域為海德格哲學、生死哲學、生命倫理學。(通訊作者；E-mail：yenhui@mail.edu.tw)

收稿：2005年09月05日；接受：2005年11月30日



一、前 言

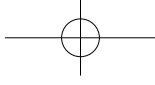
(一) 問題背景與研究動機

生、老、病、死，原本是人類最自然的生命軌跡，但隨著現代社會化的變遷，這些都逐漸納入「醫療化」的處置裡；現代人的死亡已逐漸由傳統宗教信仰或集體所包圍的公領域所排除，進入醫院官僚化(固定形式)的過程，「死亡開始成為醫療專業下的科技產物」(蔡友月，1998)。因此在醫院中死亡，幾乎已是現代人的宿命，而在死亡與醫院發生如此緊密的關係下，醫護人員自然成為面對死亡的第一線。

死亡給大眾的印象是恐懼與冰冷，加上社會對喪禮及遺體有許多禁忌及鬼魂說，更加深人們的負面情緒，似乎在本土的社會文化中，死亡相關議題是一個很難打破的禁忌，人們不願深入思考多採逃避態度，因此民眾在面對死亡時更顯得不知所措。但在死亡已納入醫療體系化的同時，醫師負責的是診斷、醫療行為與死亡診斷書的開具，但真正面對病患死亡前情緒起伏，與死亡後遺體處理的主角，是護理人員。

護理人員護理死亡後身體在文獻報告上已有100年以上的歷史(Wolf,1988)，一般醫院護理工作中，遺體護理是護理技術中的一項，病患在病房斷氣後，由醫師宣布死亡時間，開具死亡診斷書後，再由護理人員執行「遺體護理技術」。這套遺體護理其實是每位護理人員在接受護理教育時就必須學習的技術之一，是以「身體」為照顧目標，而「如何看待遺體」，是以前醫護教育所欠缺的一環。以往教導醫護人員有關死亡與瀕死課題時，往往侷限於醫學架構，缺乏更宏觀的人文視野(蔡友月，1998)。

雖然在Neimeyer and Van Brunt(1995)提到：護理人員因職業關係，對死亡的焦慮會比其他職業者來的低，但在真實的工作領域裡，護理人員對死亡及遺體仍存有許多莫名的不安與害怕。也如傳統的國人，一樣忌諱談論死亡，尤其是面對遺體護理，會因個人的民俗禁忌，或個人的認知產生許多的感受與態度，而這些感受與態度，平常卻不常去談論，好像護理人員習慣把這些感受與情緒封閉。矛盾的是，護



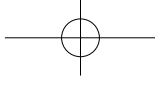
理人員面對死亡及遺體的態度，會影響她對臨終或病患死亡之照護是否能善終，但卻少有研究者探討護理人員本身在職場中的情緒與感受。

綜觀國內外文獻(林惠如，1995；杜異珍，1997；曾煥棠，1999；顧艷秋，2000；Barbara & Martha, 1991；Katherine & Murray, 1991)，對以上議題的研究多是對於護理人員的死亡態度探討，且均採問卷式量化研究，難以窺探護理人員真正內心感受及其心境轉折。另李復惠(1999)對國內教育相關學位論文的回顧中也指出：對安寧療護或病患臨終問題的研究幾乎集中在癌末病患或家屬，少有人探討從事第一線的醫護人員本身之心理層面議題。面對病患死亡，是護理人員無法逃脫的處境，「雖然死亡一直是人類最隱諱的事，卻也是人類最真實且必然的歷程，終究要有人把它寫下來」(許禮安，2000)；而護理人員面對遺體護理也是最真實及必然的歷程，總要有人來理解她們，終究要有人把它寫下來。本研究要做的就是試圖將這些情緒感受寫下，讓護理人員本身及社會大眾瞭解護理人員在這方面的處境及心理歷程，希望這是個拋磚引玉的開始。

(二) 研究者的背景經歷

研究者在臨床工作二十幾年，歷經各科之臨床護理，也面對過無數次病患死亡及遺體護理，其中幾乎很少去思考有關「死亡」之事。在面對遺體護理時，當下也會有情緒起伏，但礙於傳統醫護人員須保持情緒穩定，要有同理心而非同情心，因此總是「理智」地看待遺體，防止自己的情緒影響到其他病患權益，久而久之病患的死亡即成為「一事情」。

直到遭逢弟弟、先生的大哥、婆婆相繼在醫院去逝，面對至親死亡，驚覺「死亡」並非只是「他者」、是一件與自己無涉之事情，也不再只是理論上的詮釋，而是那麼真實與痛徹心扉的存在著。在醫院看到護理人員熟練地操作遺體護理，處理後轉身又可以笑容滿面繼續其他病患的照護，好像病患死亡及遺體一點也不影響著她們。研究者似乎看到以往的自己，不也是如此嗎！眼前病患死亡是如此真實的存在著，角色不同卻有如此不同的情緒差距，這其中研究者開始覺察似乎有一些「什麼」存在著。



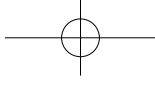
然而面對病患死亡及遺體護理的感覺，是屬於非常私密的感受與情緒，甚至有些護理人員習慣去壓抑與隔絕而不自知。因此希望藉由研究者自身的體驗，和容易與護理人員建立信任關係的特性，對此議題做深入了解，幫助資料蒐集的深度與真實性。當然研究最重要的工具是研究者本身，研究者本身的理論與信念架構會對研究現場的知覺、判斷、抉擇與行動產生影響(高敬文，1996)，也會因研究者本身的經驗、價值觀而左右資料的選擇與詮釋，因此研究者必須對自己的特質、能力與研究訓練有充分的準備與自覺。本文研究者除護理背景外，在研究所修習質性研究法、文化人類學、生命倫理、死亡心理學、宗教、教育、殯葬等相關議題，希望能以多角度的視野做資料蒐集與分析，也希望通過研究者自身的自省與自覺有助於資料的詮釋。

二、研究方法

本研究中研究者所關切的是護理人員在面對病患死亡後執行遺體護理之心理歷程，透過她們的敘說來了解護理人員內心感受及如何面對與調適，但由於內心感受及心境轉折無法以數字來量化，為能掌握到護理人員的真實感受，因此採用質性研究來進行。本研究以立意取樣方式選擇中部某醫學中心之非安寧病房護理人員為對象，並以深度訪談方式收集資料，由於所探討的層面，含有深度情緒面相為主題，為增加我們對此生活經驗之深入瞭解，尋求設身處地了解其內在的特殊性並從中捕捉意義，所以藉助詮釋學觀點，詮釋遺體護理對護理人員影響。

(一) 詮釋學觀點

詮釋學(hermeneutics)是作為一門指導文本理解和解釋規則的學科，源自於十九世紀。此名詞來自希臘神話中，赫墨斯(Hermes)為一位信使，職責是將神的旨意傳達到指定的人，並主動詮釋神的意思。詮釋學，有表達(expression)、解析(interpretation)、或翻譯(translation)的意思，最初是去詮釋聖經文句所要傳達的訊息，進而轉變成一種瞭解語言的科學，解釋人的存有和現象，是一種意義的解析系



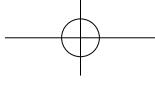
統(陳杏佳, 2001; 尹亞蘭, 2003)。海德格(Heidegger)認為人被拋擲於世, 已經具備某種的理解方式, 先前理解(pre-understanding)使我們理解事物成為可能的基本條件, 在理解的過程中, 我們在重構歷史, 先前理解也隨之轉變即詮釋循環的意義。而高達美(Gadamer)則認為文本與詮釋者有其傳統與視域(horizon), 必須藉著視域的融合(fusion of horizons)來達到理解他人的視域(畢恆達, 1996)。Denzin and Lincoln(1994)也強調瞭解人對其生活經驗的解釋, 理解其生活情境所賦予之義意, 須將意義置於脈絡下解釋才能了解其真正的意涵。因此, 詮釋學的目的在研究人類的經驗, 且捕捉其影響人類經驗及表現之社會文化因素, 並在經驗中主動去察覺並賦予意義(Duck, 1998)。詮釋學要我們在理解的過程中記得帶自己, 對自己的詮釋負責, 因為研究者既然無法自外於理解的過程, 就應該將之做為反省的對象(畢恆達, 1996)。

基於以上之觀點, 本研究要描寫及詮釋護理人員面對遺體護理之心理歷程, 也須將此生活經驗與感受放入社會脈絡中去探討, 才能了解其真正意涵, 同時也必須將它與我們所屬的社會關聯起來, 希望能達到自我反思的境地。

(二) 研究對象與取樣過程

本研究是針對研究參與者非常私密的經驗描述及分析, 為避免研究範圍過於龐大及雜亂, 因此採立意取樣以獲得豐富的資訊為原則, 尋找願意分享感受的個案為本研究參與者。為了解對此主題護理人員所關心及思考的方向, 先針對具有護理背景且執行過遺體護理經驗之生死學研究所四位同學, 進行小規模的預試(pilot study), 以此擬定訪談大綱, 目的在訪談中瞭解主要的問題及應該被包含的內容範圍, 並將訪談內容逐字謄錄, 加以分析整理, 作為正式研究之參照基礎並做研究調整。

研究對象選定研究者所任職的某醫學中心之臨床護理人員為主體, 包括內科病房4位、外科病房2位、腫瘤科病房2位共8位非安寧病房的護理人員, 受訪者條件為具有執行遺體護理經驗者, 訪談期間為93年1月至93年6月。訪談樣本數之決定以不再出現新概念之飽和狀態來判斷樣本數是否足夠。另外, 選擇非安寧病房之護理人



員乃是基於安寧病房之護理人員在進入安寧病房時，通常已受過安寧療護訓練，對安寧病房的護理人員來說，她們的任務就是在照護這些臨終的病患，陪臨終的病人走人生的最後一程。因此病人死亡通常是可預期及對死亡的接受度也比其他病房之護理人員為高。但安寧病房目前在台灣畢竟床位有限，仍屬少數，大部分病人死亡很多是發生在其他非安寧病房，而這些非安寧病房之護理人員，在接受安寧療護及生死學教育的學分數並不多，因此有必要探討當她們在面對病人死亡及執行遺體護理時之心境，這也是本研究為什麼選定非安寧病房護理人員為對象之原因。

(三) 資料分析

1. 資料收集方式

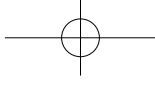
本研究以深度訪談方式收集資料，在研究過程中除特定的8位受訪者外，也會和生死學研究所有護理背景的同儕交換意見，並不斷與相關文獻作思考與比較，從研究者個人的經驗構成研究的切入點，先期的訪談指引後面訪談方向與理解，在文獻回顧、資料蒐集、資料分析與撰寫之間不停地來回互相影響與比較。訪談部分是以開放式結構來進行，但以不脫離訪談大綱為指引，讓受訪者盡情地敘說其經驗、感受與看法，訪談過程中也徵求受訪者同意併用錄音來輔助資料的完整。

2. 資料登錄(coding)方式

將所收集的原始資料，製作成含研究者、受訪者及備註欄三大欄位之表格，並在表格上方註明訪談日期、時間、地點及受訪者編號，並以逐字稿方式將受訪者的敘述內容轉錄成文字資料。然後把受訪者的內容逐字、逐句及逐段地詳細閱讀，並用粗體斜體字加以標記關鍵的字句，然後在備註欄位註明對關鍵字句的小分析，把受訪者的意圖、意義及對行動等轉換成文字資料，並作資料類屬特徵、歸因等相關因素記錄。研究者在作資料閱讀及登錄時，對關鍵字句或受訪者所敘述的情境有所感受及反思時，立即將研究者所思所感轉成文字資料記錄。

3. 資料分析方式

採Glaser (1995)的持續比較分析(constant comparative method of qualitative



analysis)，是一個不斷增長內容的資料分析法，即把登錄的小分析作項目類別的歸納、比對及持續分析(引自劉美珍，2001)。然後，依議題、情境作組織及整理，濃縮成主題，再採用詮釋學理念原則不斷地與議題作「問與答」，透過「辨證」來趨近所要探究的議題，並藉由研究者通過自身親身體驗，對被研究者的生活故事和意義建構做出解釋或理會，並以鄒川雄(2003)在詮釋學觀點的質性研究中提出對生活世界的詮釋，從表面的行動事件、制度的描寫到將受訪者個體生活世界相關聯，以及將受訪者主觀生活世界放入所屬整體社會的脈絡中，進而透過研究者的反思來詮釋護理人員面對遺體護理之心理歷程，進而建構出這個行動對我們自身的意義，以達到深刻的理解。

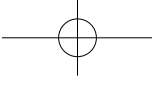
三、研究結果與分析討論

(一) 遺體護理技術與新進人員的現實震撼

在醫院中死亡，這是一般病患最常見死亡的方式和地點，病患在病房斷氣後，由醫師宣布死亡時間，開具死亡診斷書後，再由護理人員執行「遺體護理技術」。這套遺體護理技術其實是每位護理人員在接受護理教育時，就必須學習的護理技術之一，是以「身體」為照顧目標，裡面欠缺情緒的處理。而身體在科學、醫學、社會和文化理論裡通常只是個概念，經由外表設定我們的身分、個體和在文化裡的處境，當死亡被宣布時，身體是被否認的(Quested & Rudge, 2003)，在醫院裡就變成所謂的遺體、屍體、死人…等等名稱。

N1：「學校練習的遺體護理技術，用的是假人，真實面對時，有的已經有屍斑，臉色甚至浮腫、不是那麼好看，而且實習時常是很多人一起看那個屍體，真正上班時，常是自己一個人要去面對，那落差真的很大。」

雖然學校所教的技術與實際臨床所執行的步驟相同，但是真實的屍體、環境、氣氛與實際感受卻不可能一樣，護理人員會將來自不同社會、文化、習慣、信仰背景及學習經驗加諸在面對病人遺體態度上，也就是除了醫院所規定的遺體護理技術



外，護理人員會以個人經驗及模式來面對病患的死亡及遺體。

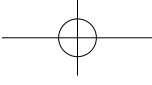
N3：「記得我第一個碰到病人死亡的時候是我剛來這家醫院，那時剛好有資深人員來帶你小夜一天，大夜一天然後就自己來上，就是這樣，我第一個碰到的case，那時內外科都搞不清楚，大夜班早上就Expire一個，交完班後我就傻在那裡，不知道該怎麼辦？……因為剛畢業不久才來到醫院就碰到這種事，好像比較無法接受。」

N5：「學校學的跟臨床碰到的都不一樣，一下子碰到要去做真的會不知所措。……以前學校並沒有多學到這些(死亡及安寧理念)，所以才會發生新人到病房看到病患死亡，要做屍體護理嚇得不敢再當護士，所以有些人在還沒有準備好時，就面對死亡，死亡印象不是那麼好，腦海裡會重複死亡的景象，因此無法勝任臨床工作。」

N2「像我們對死亡都覺得很避諱，不去談的，在臨床上突然要去面對，發現所碰的事情不是之前想像的那樣，不是只有打針、發藥，照顧病人這些事，而是病人走的最後一程你還要去弄。」

可以想像的是，當在毫無心裡準備及經驗之下，就去面對病人的遺體，通常會造成很大的心理衝擊，一般人只提到有關「死人」的字眼就覺得不吉利、不好，何況是初入職場的新進人員，這種突然要去面對陌生他人的遺體，甚至要去幫遺體擦拭、換衣服，大部分的人多少都會心生恐懼，有些甚至無法調適過來，引起身心巨大衝擊，甚至會出現一些異常的狀況，而無法再繼續護理生涯，最後選擇當護理逃兵。

N6：「我記得有一次是新來的同事，她第一次面對時也都沒講她的心情，我們也是想，當護士遲早都會碰到這些事情，因此要去做屍體護理時我就帶她去，她也沒講怎樣，事後另一位同事告訴我，學姐都是你害的，帶她去做屍體護理後，害她中午時就戴著護士帽休息，整天渾渾噩噩的。後來這個學妹就沒來了，她不敢再來上班了。」



雖然每個人在面對情境壓力時，各有不同的詮釋與調適，但畢竟死亡情境在一般世俗觀念裡，仍舊是禁忌話題，面對不是那麼好看死亡的臉、僵硬的身體，對護理人員來說的確是很大的衝擊，病人遺體是他者，當突然面對時，一下子所有個人死亡理念、態度、禁忌、恐懼就會整個湧現上來，她必須克服所有的情緒，加上剛入職場甚麼都不熟，這些心情是很難說出口的。

(二) 為甚麼會害怕？死亡禁忌與鬼魂文化的思維

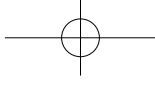
1. 怕鬼—對死後世界的想像

當醫師宣布病人死亡時，最後要處理病人遺體的是護理人員，面對遺體，有的護理人員會顯現出不安的情緒，並表示確實會有害怕及恐懼的感覺。

N5：「在做屍體護理時，說實在的我會害怕，尤其是晚上，很緊張的氣氛，你就會覺得一個人去做會怕怕的，不敢去想太多，怕太多的靈異事件。」

臨床護理業務十分繁忙，加上值夜班常只有二人，面對平均四十幾床的病人要照顧，這時如果有病人往生很可能會獨自去執行遺體護理，有家屬幫忙還好，若沒有家屬在場，就必須一個人捧著遺體護理盤，在夜裡與遺體共處。死亡本身及死後世界並不是我們活著的人所能感覺、知覺和理性所能體驗與掌握的，大部分的人從小不管是從長輩、大眾媒體、故事裡，多少都會受到傳統中國文化畏死畏鬼、重視魂魄的心態所影響，。

N1：「當我必須獨自做遺體護理時，說實在的我很害怕。很奇怪，平常調節很適宜的室溫，這時你會感到突然陰森起來，這會讓你不得不去聯想到鬼魂之說，心裡就會愈覺害怕起來，但是事情還是得做，我就會安慰自己說：別害怕！自己是在做善事，病人不會來找你的，說真的，有的病人死後眼睛還是張開的，你會更加恐懼，你要用手幫他把眼睛閉上，這時我一定一直對遺體說，請他安息！我會小心幫他弄乾淨上路，拜託他別來找我。」



護理人員這種恐懼的情緒其實是可以理解的，不管是誰面對「他人」遺體，尤其在深夜，獨自一人面對時，很容易會想到平時聽過的鬼故事等靈異事件，也因為在如此的氣氛之下，境由心生，連環境都覺得陰森詭異起來，這時若病人死亡的臉不是那麼平和，眼睛還張的大大，就會讓人覺得病人是否死得不瞑目？或是心願未了？這對護理人員來說，會更加害怕與不安。但是再怎麼害怕、不安，事情還是得做、得去面對。因此為了減輕自己的害怕，就會和遺體說話，請死者放下、安心地走、她會仔細小心地把他整理乾淨。這當中其實存在著極大的心理衝突，一方面害怕面對遺體，想趕快離開；另一方面卻又擔心沒把遺體擦拭乾淨、整理好，而招致往生者生氣。

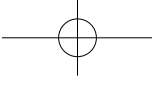
我們總是很容易用活人的世界去想像死後世界，去區隔與死人的不同，面對遺體我們就會有許多的想像空間，這時真正讓人害怕的已不是遺體本身。

2. 害怕觸犯到死亡禁忌

禁忌是人類普遍存在的文化，從古老民族到科技昌明的二十一世紀，人常在不知不覺中深受禁忌文化影響，尤其是有關死亡方面的禁忌；由於死後世界的未知，相信萬物有靈論，及認為死後靈魂無所不在，因此大部分的人害怕做了某些被禁止的行為後，懲罰將會落在觸犯禁忌的人身上。

N8：「我對遺體本身，並不會特別害怕，因為從事護理早就有準備會碰到病人死掉，只是之前聽很多的死亡禁忌，但又不是很懂，因此在執行時，會擔心會不會去觸犯一些禁忌，因此就覺得很害怕。」

有關死亡，在中外文化一直是人們最大的禁忌，因為死亡觸及到人類最深沉的存在問題，死亡意味著一切存在性的失落，因此讓人覺得恐懼，大部分的人都忌諱談論，極力想把它排除在日常生活之外，死亡的禁忌讓人在行為與心理上產生了控制作用。但社會上的死亡禁忌隨著文化或時代變遷，口語相傳之間有著各式各樣曖昧不明的傳說，在這種情況下，護理人員會擔心及害怕自己在未知情況下某些行為觸犯到死亡禁忌，而使自己招致不測或受到詛咒，更加深心中的不安與害怕，因此，有些護理人員在面對病患死亡時便產生了一些屬於自己的禁忌。



N7：「我在做屍體護理時，很討厭人家叫我的名字，因為我覺得我會忌諱。……我也不敢站在床尾，因為他〈亡者〉要起來你擋他的路。」

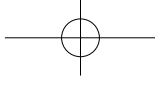
護理人員把鬼魂擬人化，想像亡者死後仍有情緒，怕不小心擋到亡者要走的路而招來不利；也擔心讓往生者最後聽覺記著自己的名字，而招致往生者的靈魂會去跟她。這跟某些地區的原始民族在喪期期間禁止呼叫死者名字一樣，認為死後有靈魂存在，死後的靈魂與魔鬼有關，害怕提到死者的名字等於是在招喚死者，會引來不幸(佛洛依德，1979)。這其中如果同事間又有靈異事件發生時，更會加深護理人員面對病人死亡及遺體時的恐懼情緒。

3. 同事間流傳的靈異事件

所謂的靈異事件，其實一直存在醫院裡的各種傳說，有往生不久的病人向剛住進同一張病床的病人要床、大夜班無病人住的病房無由地紅燈直響、沒來由的哭聲等等，不管這些靈異事件是否屬實，這些傳說會讓一些護理人員在面對病人死亡及遺體護理時，加深心裡的恐懼與不安，像N4就提及同病房同事的遭遇。

N4：「我就記得那個病人住141，單身榮民進來情況就不好，來沒一兩天就不行，那時插endo(氣管插管)，剛好我那同事去收他(做遺體護理)，我是沒跟，那天晚上我那同事就說那阿伯在跟她，她就說那時不知是插管插的太深，還是…不記得什麼了，可是也不是她的問題，反正「那個」就是跟她，……我就覺得很恐怖。」

「那個」，護理人員連在講述時也避諱明白指出「那個」的名稱，甚至在訪談時談到「那個」時，還會覺得N4：「好像在醫院不要講這些比較好」。認為醫院往生者多，「那個」是存在這個空間的。至於自認碰到靈異事件的人，總會去反省及思索整個急救或是照顧病人過程是否沒處理好？是否氣管內管插的太深讓病人不舒服？是否心外按摩時不小心壓斷他的肋骨而生氣？或是……等等讓往生者死得不安心，因此死後才會來找她？



(三) 遺體護理的面對與調適

病患死亡對護理人員本身是個巨大衝擊(施素真, 1999), 加上病人死亡後需執行遺體護理, 護理人員又是如何去面對與調適?

1. 象徵儀式與象徵物的隱喻

死亡畢竟在國人觀念裡屬於不吉利與令人恐懼, 不幸需要去面對時, 有些人會採取一些象徵儀式或象徵物來避免不祥。臨床上面對病患死亡, 護理人員也會有一些儀式行為來面對。

N5: 「病房裡不知從哪時開始有個習慣, 就同一張病床有連續病患死亡, 大家會把床墊翻面, 並找來全部上班的同事一起坐在這張床上, 意思就是希望能藉由我們的陽氣去驅逐這張床的不好氣息。」

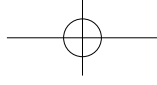
中國人的觀念裡, 認為生者為「陽」, 死者為「陰」, 傳說裡認為如果陽氣多的話就能抵擋陰氣的入侵, 將病患死亡用過的床墊, 在消毒後翻面, 再找來許多人坐在上面, 意味著運用多人的「陽」氣, 讓這張床不再有接二連三的死亡事件。另一層意義, 也讓大家覺得有做些什麼而心裡平安些。

N1: 「碰到時覺得自己很倒楣, 如果接二連三在自己班上發生病患死亡, 就算自己不去拜拜, 同事也會提醒去廟裡拜拜; 意思無非是祈求自己不要那麼「掃把」, 不要老是發生在自己的班上」。

這個拜拜動機很有趣, 不是祈求病患早日康復減少死亡, 而是祈求護士本身不要再碰到病患死亡。有些護理人員在接觸病人死亡或執行完遺體護理, 下班後也會做一些行為調適。

N2: 「處理完病人的死亡, 回家的時候一定會用那種洗手, 淨身啦, 這樣心裡比較不會有障礙在, 其實你心裡只要不要那樣想, 就可以, 但是做這些動作, 心裡就比較不會有罣礙在。」

那個洗手、淨身, 意思是用艾草, 或一些避邪物品, 將身體清洗乾淨。因為傳統裡還是把死亡等同污穢、不淨, 因此大部分的護理人員在碰到病人死亡後, 回到



家一定先從頭到腳整個清洗一番，這樣做無非是求得內心平安，認為經過這個洗淨形式，就能洗去在接觸遺體時的晦氣。

這個淨身行為其實不只發生在護理人員身上，社會上普遍存在著去參加喪禮，回到家一樣也是先將身體清洗一番的習慣，我們總覺得接觸到死亡的人是不乾淨的、怕招惹來晦氣、怕中煞、怕對自己不利等等，這也是人類長久以來的社會文化現象，人們總是想藉由一些行為或儀式來迴避鬼魂的邪氣。

也因為如此的思維，護理人員在面對病患死亡時，也會因個人的宗教觀念、文化價值觀及認知系統，藉由一些象徵物，企圖與神聖界締結，如護士帽、廟裡求來的護身符、十字架或戴著玉器等，來減少面對病患死亡的種種不吉利及尋求內心的平安。

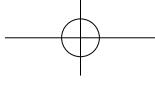
N6：「我們有些同事平常就會戴些護身符、或十字架之類，這些會讓我們面對病人遺體時減少一些不安，不過我們都相信護士帽有避邪作用，甚至有些同事習慣會將以前護士節發的小別針別在帽子上，因為它有個『十』的符號，如同十字架的功用」。

護士帽避邪的象徵，其真正由來並不可考，但是經由有意識(認為它可避邪)的發展，最後變成醫療場域中護理人員認定具有避邪效果的象徵物，戴著它純潔、聖靈，會讓護理人員心生安定的感覺。而比較有意思的是，護士節發的小別針，因為它像十字的樣式，有的護理人員就把它視為十字架的功用，配戴著它認為多少可以避邪。這些現象普遍存在護理人員之間，這些行動大部分與宗教信仰無關，也就是象徵意義大於實質宗教信仰行為。

另外，護理人員在面對病患死亡覺得心裡不安時，最常見的就是不敢關燈睡覺，會一直開燈、念經來驅趕心中的不安。

N4：「害怕他(往生的病人)來找我，我連著好幾天都睡不著，晚上一一直開燈、念經。……我有的同事就去廟裡拜拜。」

一直開著燈，讓黑暗不要靠近，一般人總認為鬼魂是存在黑暗之中，鬼魂怕亮，因此讓燈光一直保持明亮，會使人減輕害怕的感覺。另外，念經、廟裡拜拜是



尋求在宗教上的保護，希望藉由佛號讓大千世界的神明驅走鬼魂，求得鬼魂不近身。

其實這些不管是象徵物或象徵儀式的背後，明白或隱藏著護理人員面對病患死亡的不安及對死亡的焦慮，但這些感受很難用言語去公開表達。因此，藉由象徵物或儀式，讓象徵具有實存的價值，認為其存在會帶來與神聖界的締結，象徵著可以趨福避凶。

總之，這些在日常生活的行為舉動，目的是希望透過這些方式，獲得消災彌禍的作用，久而久之亦形成隱匿在醫院裡的特殊文化現象之一。

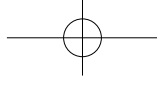
2. 死亡的逃避

在與護理同事談到面對病患遺體時，開始的反應大部分是「很少去想感覺」，「就是工作嘛，把它當作是一件事情來想，想的是趕快把事情做完」、「事情常是做不完、太忙、太累，不會刻意去想感覺，沒有時間害怕」、「千萬不要在我的班內死掉」等等，這些其實都是護理人員逃避面對死亡的一種心態。

N1：「通常我們都不希望在自己班內「收病人」，明知道病人情況不好有可能隨時去世，但我們會盡力去keep著，誰也不希望是自己面對病人的死亡。Keep的方法比如常去探視，隨時抽痰、量血壓等，其實我們也知道這些方法對末期器官都已衰竭的病人來說，並不能真正延長死亡時間，但大家總希望能避免在自己班內去收病人。」

N2：「我們病房幾乎每個星期都有病人往生，常必須去面對，不要去想感覺就會好過些，慢慢的也就習慣了。」

中國人普遍存有求生抗死的心態，死亡在觀念及文化上仍屬於禁忌及神秘化的思維。如果能不去面對，最好都不要碰到。因此，每當護理人員在面對病情危急或是瀕死的病患，通常會勤跑病人單位觀察、做點什麼及默默地祈禱，希望病人不要死在自己的班上。如果不幸無法避免了，也會讓自己不要去想太多，快點把「事情」完成，「想太多」似乎是自找麻煩。



N5：「碰到病人的死亡，基本上我會把它當成一件Routine的事情，想的是怎樣讓事情做的更好。」

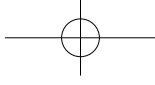
面對病患死亡，護理人員會用「物化」來轉移，如將病人的死亡當成一件「事情」，來減輕面對病人死亡的情緒，也會用避免「談論死亡」來逃避。這些防衛機轉的運用與護理人員的經驗有關。而防衛的結構正是為了掩飾內在，把核心的衝突本質潛抑，或是用其他減少不安的方法來隱藏，久而久之會自行成一套面對死亡的防衛方法，來讓自己免於落入死亡的焦慮裡，但這些防衛方式通常已融入日常工作應對中，除非能自覺地分析這些防衛機轉，不然護理人員通常是很難去察覺內心的情緒，也因為如此的逃避及將死亡「物化」，在臨床上就會讓人覺得這些護理人員的表現是如此得冷靜與冷漠。

3. 無我的專業形象—把死亡當成與己無涉的事件

崔國瑜在《臨終照顧的生命時光考察》論文裡曾提到「就醫師護士來說，他們不是沒有看到死亡，難道說死亡的容顏出現在眼前而無動於衷？根據精神醫學研究，醫護人員對死亡必須有足夠的免疫，有些文獻採用精神分析的間隔化(compartment)來說明醫護人員如何免疫；醫護人員把死亡當作與己無涉的事件，死亡是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。」(崔國瑜、余德慧，1998)

N1：「我也不知道，其實我是很害怕死亡的事物，像我平常經過喪家很自然一定會去避開，不小心看到了會覺得心裡不舒服，甚至有出殯的隊伍經過，我一定會刻意迴避。但在工作裡面對病患死亡好像是一件很平常的事情，去做遺體護理也不會感覺害怕，大概是事情都做不完了，就不會有空去想這些。」

N5：「我在做事情時是不會想這些東西的，我儘量不帶個人的情緒在工作裡面，說實在的是為了保護自己，其實在平常生活裡我對死亡的事情會害怕，我不想要碰到這個，如果在路上碰到出殯或喪家我會害怕，會一直念佛號。……………可是當你是護士時可能是角色不同，就不能想太多東



西，否則就沒辦法當護士了。」

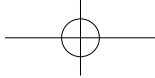
護理人員在卸下工作中的角色，也和一般人一樣避諱談論死亡的話題，在日常生活裡也會刻意避免碰觸死亡，會害怕死亡所招致的不吉利。但在臨床實境中，護理人員卻無法逃避死亡的照面，甚至需要去觸摸遺體，難道日常中所遇到的死亡和工作裡的死亡不同嗎？死亡的存在本身是相同的，不同的是護理人員面對的心境及態度。為了讓自己能繼續執行護理角色，只有把病患死亡當作一件與己無涉的「事情」在處理，才能在處理完死亡病人的事件後依舊繼續其他的臨床工作，依舊能上班下班談笑風生的過日子，而少受到必須面對病人死亡的不安及影響。也就是說在面對病患死亡時，如果有焦躁感或恐懼感情緒出現時，護理人員會用專業心態去面對，這樣的話就不必投入多感情，就會比較輕鬆些。但是什麼是專業心態呢？

N2：「像如果突然進來一個sudden death(突然死亡)血流滿面的病人，你只能想的是趕快把血跡擦掉，想辦法看能否把他救活，趕快把他弄乾淨，然後趕快把事情弄完，不會去想那麼多，基本上我會把它當成一件Routine的事情，想的是怎樣讓事情做的更好。」

醫護專業訓練強調醫病關係應保持一定的距離，強調工作表現主要是技術的正確操作(林綺雲，2003)，在醫療的過程中，醫療人員不把病人當作一個真正的人，而是化簡為一個疾病名、器官，或是一張床號，連溝通都是靠紅燈、鈴響。所以，在處理病人情況時，往往看到的是那個器官在出血或受傷，以專業心態在處置這些受傷流血的器官，也因為把「我」的感受面拿掉，用理性、科學的醫者角度來看，就不必耗費情緒，投入太多的感情，因為從別人的傷痛中走過、從恐怖的死亡情景中走過，誰能無動於衷呢？也唯有把自己投入「無我」的專業態度中，把死亡當成與己無涉的事件，才能讓自己免於失落、悲傷、害怕與焦慮。

4. 死亡的接受

面對病患死亡及執行遺體護理，護理人員的心情也不全然都是害怕與恐懼等負面情緒，有時會為病人終於死了，而感到輕鬆與解脫，因為病人再也不必忍受疾病折磨。



N7：「在病房病人住久了就會有一些感情存在，那病人expire（死亡）時我們還會覺得蠻欣慰，因為看他住院住那麼久之下，一直沒辦法脫離呼吸器，翻身什麼的都不舒服，每天都是在掙扎，後來他expire了，其實我們反而會幫病人覺得解脫。……………所以我們在做遺體的時候會在心裡默念，默念一些佛號，有時我們會看到那病人掙扎很久終於走了，我們會告訴他：一切痛苦都結束了就好好地走吧。」

在這種情況下，面對相處久的病人死亡，縱使心裡有些不捨，但是仍然為病人終於能結束掉病痛折磨而感到輕鬆與解脫，此時在執行遺體護理時，反而會小心翼翼甚至充滿感情地為其擦拭身體，邊做邊和遺體講話，祝福亡者能好好地走。

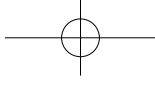
N3：「做屍體護理時有時會和遺體講：你就安心走吧！沒什麼讓你留念的，如果有家屬，我會跟家屬講，他的聽覺是最後消失，你有什麼是可以告訴他，讓他安心的走，像這樣走其實都還蠻安詳的。」

在醫院中死亡並非全然冷漠與機械化。護理人員與病人之間雖然存在的是治療性關係，相處久了總會有情感存在，因此病人死了，護理人員還是會流露出難過與不捨的情緒，這時存在的就不再是害怕或恐懼，她們比較能坦然面對病人的遺體，會同理家屬傷痛的心情，也會鼓勵家屬和親人的遺體說話，讓病人安心地走。說也奇怪，似乎經過護理人員充滿愛心的手，遺容總顯得特別寧靜與祥和。

能夠對經歷那麼多苦痛的臉孔留下安詳的記憶，不管是對傷心的家屬或是護理人員本身都會覺得寬慰，這也顯現出護理人員對病人死亡的態度，會影響死亡病人的遺容及家屬的心情，身為護理人員怎能不慎，又怎能不去好好觀照自己的情緒呢。

四、結論與反省

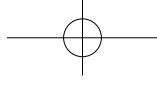
護理人員執行遺體護理，會將來自不同信念、文化習慣、信仰、學習經驗等加諸在面對的情境上。本研究發現護理人員在執行遺體護理時，確實存在許多感受



與情緒，也面臨許多壓力和衝突，像新進人員在面對時的震撼和對護理角色期待的落差、病患死亡時的失落與悲傷、對鬼魂文化的思維與死亡禁忌等。這些感受往往礙於醫護專業要求必須控制主觀感受，保持情緒中立，於是護理人員習慣將這些感受壓抑、隱藏。本研究也發現護理人員面對遺體護理，會有害怕、恐懼與不安的心態，常是受到社會文化下死亡禁忌與對死後世界想像所影響。

醫療場域講求的是實證研究，需要科學理性思維，因此敘說害怕、恐懼這些鬼魂，並不是醫療場域所期待於護理專業角色。但不可否認，再怎麼以實證掛帥的醫療場域，人終究生活在社會文化脈絡裡，也因為如此，當要去論述及敘說這些感受與經驗，一方面無法光明正大地去討論，但卻又無法擺脫這些鬼魂、靈異存在之說，更加深護理人員面對死亡時的深沉焦慮。因此研究中的護理人員就會尋求一些象徵儀式如拜拜、身上佩帶十字架、護身符、護士帽等讓自己減輕對死亡及遺體的恐懼。另外，為了逃避與調適面對死亡與遺體，有些護理人員會從經驗中漸漸將死亡當成與己無涉的事件、將它「間隔化」，避免赤裸裸地面對。但是，這一切「尋求保護」儀式，只是短暫地慰藉對死亡所引發的害怕，並無法如實地面對自己內心恐懼，護理人員是瀕死病患及家屬的重要支柱，對於死亡所抱持的態度會直接影響護理品質和方式，關係著病患是否能慎終和善終。研究中就發現以負向情緒或負向因應行為容易將病患死亡及遺體護理視為一件事情在處理，如此無法協助病患善終及安撫家屬的情緒，自我也容易產生罪惡感，甚至引起工作疲潰或離職。但以正向關懷的心來面對遺體的結果，死亡的臉及情境就會變得比較平和與安詳。

面對病患死亡及遺體護理確實是護理人員重大的壓力，因為觀看死亡及面臨死亡一樣具有殺傷力，護理人員總是被期待為助人的角色，所有關注都放在照護病患的需求，反觀自己的悲傷、失落往往不受重視。希望藉由本研究之探討，能激起護理人員埋藏內心想法，去檢視及省察自己對死亡價值信念，勇於公開討論自己的心情與感受，能好好地關照自己的內心，也唯有了解自己的感受，如實面對，才能協助自己真正去面對死亡及執行遺體護理。另外，也藉由本研究對護理人員內心世界之詮釋，讓這些隱諱在醫療場域裡的論述及感受，能成為檯面上被關注的議題，讓讀者瞭解護理人員本身雖是療癒者，同時也需要被療癒及被關心。

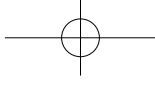


五、研究限制與建議

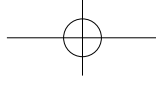
面對死亡的心理歷程是個深沉存在議題，影響因素眾多，如：宗教信仰、教育、護理年資、科別、醫院政策與文化等，本研究因限制於廣論性的探討，無法類推到全部護理人員，也因篇幅限制無法將這些影響因素加以分析比較，建議未來可以針對此議題做更詳細的研究。另外，建議護理教育可以在教導遺體護理技術時，融入日常社會文化中的死亡禁忌與看待遺體議題，讓學生在養成教育裡就具有不同的視野及死亡觀，有助於進入臨床的適應。

參考文獻

- 尹亞蘭(2003)：《住院臨終病患使用宗教象徵物意義之詮釋現象學研究》。嘉義：南華大學生死學碩士論文。
- 李復惠(1999)：〈國內死亡教育相關學位論文之回顧〉。《安寧療護雜誌》，14期，頁74-97。
- 杜異珍(1997)：〈台灣中部地區護理人員對照顧患者死亡之知識、態度、及其影響因素之探討〉。《榮總護理》，41卷1期，頁1-10。
- 林惠如(1995)：〈南台灣地區護理人員對死亡態度之調查〉。《國立台北護理學院學報》，第3期，頁75-104。
- 林綺雲(2003)：《照顧者的失落悲傷與自我照顧》。第三屆現代生死學理論建構學術研討會。嘉義大林：南華大學。
- 佛洛依德(1979)：《圖騰與禁忌》(楊庸譯)。台北市：志文出版社。
- 施素真(1999)：〈護理人員對病患死亡的衝擊及其影響因素之探討〉。《榮總護理雜誌》，16卷4期，頁380-384。
- 高敬文(1996)：《質化研究方法》。台北：師大書苑。
- 陳杏佳(2001)：〈詮釋學理論與護理應用〉。《護理雜誌》，48卷1期，頁89-94。
- 畢恆達(1996)：〈詮釋學與質性研究〉。胡幼慧主編：《質性研究》，頁27-46。台北市：巨流出版社。



- 崔國瑜、余德慧(1998)：〈從臨終照顧的領域對生命時光的考察〉。《中華心理衛生期刊》，11卷3期，頁27-48。
- 許禮安(2000)：〈安寧療護碩士論文試評兼論安寧療護論文之品質與價值〉。《安寧療護雜誌》，5卷2期，頁9-11。
- 曾煥棠(1999)：〈生死學對護理學院畢業生的死亡處理態度與臨終照護行為之效果探討〉。《中華心理衛生期刊》，12卷2期，頁1-21。
- 鄒川雄(2003)：〈生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究〉。齊力、林本炫編：《質性研究方法與資料分析》，頁19-53。嘉義大林：南華社教所。
- 劉美珍(2001)：《精神衛生醫護人員之倫理困境及其處置》。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 蔡友月(1998)：〈最後一段旅程—剖析癌症病人在醫院的垂死歷程〉。《中華心理衛生期刊》，11卷3期，頁1-26。
- 顧艷秋(2000)：《護理人員照顧瀕死病患行為及其相關因素之研究》。台北：台灣大學衛生教育研究所博士論文。
- Barbara, B. & Martha, J. F. (1991). Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *The Hospice Journal*, 7, 25-41.
- Quested, B. & Rudge, T. (2003). Nursing care of dead bodies: A discursive analysis of last offices. *Journal of Advance Nursing*, 41(6), 553-560.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. California: Sage.
- Duck, S. (1998). An exploration of anticipatory grief: The lived experience of people during their pauses terminal illness and in bereavement. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 829-839.
- Katherine, H. & Murray, F. (1991). The effects of death education on nurses, attitudes toward caring of terminally ill persons and their families. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, September/October, 37-43.
- Neimeyer, R. & Van Brunt, D. (1995). *Death anxiety-dying: Facing the facts* (pp.49-87).
- Wolf, Z.(1988). *Nurses' work, the sacred and the profane*. University of Pennsylvania Press: Philadelphia, PA.



The Psychological Process of Nurses toward Patient's Corpse Care in Non- hospice Wards

MEI-CHU TSENG, YEN-HUI LEE

Purpose: Although dying is a natural movement of life, the issue of death is considered as a taboo to most people. However, Face patient's death is a real and essential process for nurses. The purpose of this study was to explore the psychological process of nurses toward corpse care. **Methods:** The participants of this study were recruited from nurses who had worked in general ward of a hospital in middle Taiwan. The study was conducted by hermeneutic approach of qualitative research method, using in-depth unstructured interviews for data collection. **Results:** The result of analysis was presented through a variety of aspects as follows: the corpse care and new staff nurses reality shock, death of taboo and thought of ghost, facing and adjusting process of corpse care. **Conclusions:** The study was attempting to understand the nurse's feeling associated with corpse care. Nurses had to reflect and deal with their feelings first, then it would be easier for them to facing patient's death and corpse care. Finally, based on the findings of this study, several suggestions were made for further research and training of nurse's education.

Key word: non-hospice ward nurses, patient's death, corpse care, psychological process

Mei-Chu Tseng: Registered Nurse , Taichung Veteran General Hospital.

Yen-Hui Lee: Assistant Professor, Nanhua University, Department of Life-Death Studies. (Corresponding Author)