

臺灣安寧療護團隊成員的 工作壓力與其調適歷程*

施勝烽

美和科技大學

社會工作系講師

元智大學管理研究所博士生

龍紀萱

國立臺中護理專科學校

老人服務事業管理科

助理教授

何建德

元智大學管理研究所

副教授

目標：本研究主要探討安寧療護團隊與安寧療護工作之間的關聯性。**方法：**本研究採用質性研究，針對臺灣設有安寧病房之醫院且團隊成員參與安寧療護至少半年以上者，採取「立意取樣」(purposive sampling)的方式，挑選出五家醫院進行焦點團體訪談，共計 40 人，並將訪談後之逐字稿，依訪談大綱所列類別進行意義資料編碼。**結果：**團隊成員因應壓力之方式會隨著個人的成長學習和所處情境的不同，而隨時自我調整。研究發現：面對病患的死亡與未知的恐懼、病患的身心靈需求與情緒變化、家屬的心理支持與情緒處理等，在無意間都會增加安寧療護團隊成員的壓力困境。因此，團隊成員在面對壓力困境與調適方法為後盾之下，透過修復自我的價值觀與經驗複製的分享，來協助家屬適應與渡過哀傷期。**結論：**團隊成員應先行自我檢視面對病人死亡的悲傷情緒、勝任悲傷輔導的能力與限制，以及面臨不確定與突發狀況的容忍度，方能達成增進事前準備以減輕壓力負荷的較佳調適狀態；本研究整理出團隊成員工作調適之關鍵，並釐清團隊成員面臨工作壓力與調適之要務，統稱為「安寧

* 感謝兩位匿名審查者及編輯委員針對本文提供寶貴的修正意見與對話。另外，對於許士軍教授在「社會科學研究法」與「組織行為」兩方面提供寶貴的觀點、高國書社工師的幫忙及資料提供，以及本文為國科會專題研究計畫「從家庭功能探討居家安寧療護服務模式之研究」(NSC-93-2416-H-039-002)之獎勵資助，讓本文持續為成果之部分延伸，作者一併致上感謝之意。聯繫作者：龍紀萱，國立臺中護理專科學校老人服務事業管理科，台中市(40343)三民路一段 193 號，E-mail：hsuanoffice@gmail.com，電話：0932-504993。

收稿日期：98 年 6 月 5 日；接受刊登日期：98 年 12 月 11 日

四重奏」(quartets of hospice care)，包括：自我覺察、自我調整、經驗轉換與知識分享。最後，團隊成員並非僅是讓病患得以善終，而是還必須著重改善照護品質，透過臨床實務的活用與教育訓練，幫助病患及家屬在照護期間取得一個平衡點。

關鍵字：安寧療護團隊、調適歷程、質性研究、焦點團體訪談

壹、前言

雖然癌症的診斷、治療之存活率較以往提升，但仍有許多的病患會走到末期，此階段的病患要完全的治癒其疾病較不可能，而安寧療護工作背後真正的推力，在於團隊成員事先應有的調適，才能事後與病患產生互動以及關懷，因此，安寧療護的醫療照顧模式 (the medical care model of hospice care) 便應運而生。

有關安寧療護品質的文獻探討已相當豐富，但多針對醫療品質量表進行評量，例如：醫護人員提供安寧療護看來，無論從病患組及醫護組來看品質評量，或者是從對臨終病患照顧之教育訓練需求，以及不同教育模式之成效 (Hu et al., 2004: 285-292；唐秀治，2004: 21-43；陳盛文，2004: 33-49；賴允亮，2003: 7-19；許禮安，2003: 15-28；Anderson, 2002: 26-30；邱仲峰，2001: 9-48；Maher and Jefferis, 1990: 356-359)，而顯少探討實際照顧應用情形與團隊成員間協調與整合照顧應用情形及主要面臨之困難。此外，醫護人員在照顧末期病患的過程中，無論是何種專業人員實際照顧的工作壓力調查，都間接指出，在實際的照顧過程中，最大的壓力是病患面對生理承受的痛苦，尤其當病患在身心調適時，所造成的左右為難而無法立即處理 (Grunfeld et al., 2005: 61-69)。在病患照顧的壓力形成因素，包括病患的悲傷情緒、生理上的痛苦、面對家屬的哀傷痛苦、怨恨憤怒和責罵等 (Bridge, 2007a; Grunfeld et al., 2005: 61-69; Isikhan et al., 2004: 234-244; Hu et al., 2004: 285-292; Balfour and Mount, 2003: 657-658; Kübler-Ross, 1994: 37-56)。

本研究以「安寧療護團隊成員」為對象，配合教育訓練的運用情況，並

參考 Elisabeth Kübler-Ross 指出臨終前的五階段 (five stages of grief)：否認 (denial)、憤怒 (anger)、討價還價 (bargaining)、沮喪 (depression)、和接受 (acceptance) 為主軸 (Kübler-Ross, 1981)，乃基於病患及家屬的感受和死亡的接受深深牽引著團隊成員壓力來源，間接導引出在溝通模式、服務模式等與工作分工的關聯性，尤其在對成員在提供哀傷協助，是需要站在為了家屬與病患保持聯繫而設計的，以協助個別諮商與團體治療等，所以，本研究引用此模式，主要有助於人們瞭解臨終過程 (dying process)，而且每個階段代表處理臨終過程的一種形式，從團隊成員實際照護經驗及事實證明，這些階段不只適用於病患面對死亡與瀕死 (on death and dying)，也同樣適用於病患及家屬面對生命歷程中的各種抉擇 (如圖 1)。

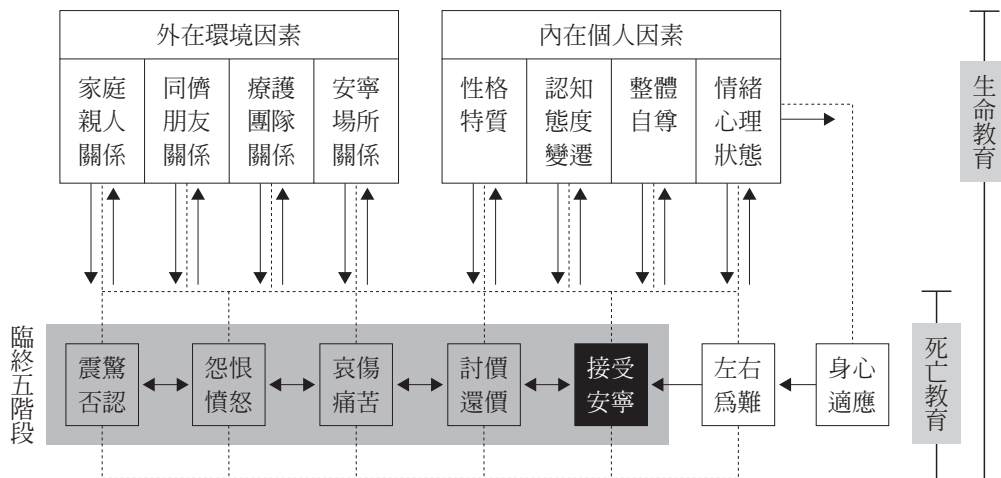


圖 1：臨終階段與生命教育之歷程

關於安寧療護團隊成員之研究調查，因為涉及較為深入之個人心理情緒及複雜的情境，運用質性研究較能獲得更貼近受訪者真實之資料。換言之，本研究即針對目前團隊成員聯繫溝通及主導的運作模式如何進行、用什麼方式聯繫與溝通以及成員彼此間如何進行分工，並探討安寧療護團隊介入服務模式如何形成、成員之間角色有何差異。此外，亦從團隊內部對服務工作過程如何進行協調、機制如何運作，到家屬悲傷輔導如何進行與成員間有何壓力困境等，設計出焦點團體的訪談大綱 (詳見附錄 A)。

貳、文獻檢閱

依據研究主題回顧過去相關領域的研究及文獻，包括安寧療護與臺灣發展現況、安寧療護團隊工作與成員困境壓力以及教育訓練（生命教育與靈性需求），予以整理分析及說明，作為本研究質性推導之基礎。

一、安寧療護（Hospice care）與臺灣發展現況

在安寧療護的過程中，強調尊重病患自主（autonomy）的權利，團隊成員理應藉由彼此溝通，而對病患病情有更深入之了解，以減少病患、家屬之不確定感，及對死亡之恐懼，進而助其表達憂慮及罪惡感，使病患在最後一段生命歷程，能在家屬及眾人祝福祈禱之下，無怨無悔安詳離開人世（Bridge, 2007b；邱仲峰，2001: 9-48; Martinez and Wagner, 1993: 1432-1450）。因此，本研究認為，安寧療護是兼具「治療」與「照顧」的雙重工具，透過病患及家屬的需求，盡可能提供最大生活品質，從事前的疼痛控制與症狀緩解，到事後的精神支持與悲傷輔導之跨專業整合「以人為本」的持續性照護（continuity of care）。

WHO 在 1990 年對安寧療護（Hospice/Palliative care）做了以下定義：對治癒性治療無反應及利益的末期病患之整體照顧（WHO, 1990）。此時給予病患疼痛控制及其他症狀的緩解，以及居家之社會、心理及靈性層面之照顧更為重要。安寧療護的最高目標是讓病患及家屬獲得最大可能的美好生活品質（趙可式，2007；楊克平，2003）。許多研究已證實，藉由安寧療護可以加以改善末期病患的生活品質與舒適，但是往往受到忽略，甚至被認為該照護是不值得或浪費，其實，安寧療護應是療癒過程中重要的一部分，而且應提早於診斷確定時介入使用。

換言之，本研究認為，從過去安寧療護的癌症診斷確定，隨著治療時間的不一致，未來安寧療護與治癒性醫療應是相輔相成的，彼此間具有關聯性；若以生活品質來看，在療護過程中，已逐漸提升，而安寧療護越早介入越好，則所佔之照護比重會越來越多。此外，趙可式（2007）指出，真正的安寧療

護是當治癒性治療與疾病控制皆無空間時，仍有支持性治療與安寧療護之空間，而且「全程照顧」還包括病患死亡後家屬的哀傷輔導，亦即對病患及家屬的整體積極治療。

依據世界衛生組織（WHO）所定「國家癌症控制計劃」（national cancer control programs, 簡稱 NCCPs）的概念，及歐美先進國家或鄰近香港、日本之經驗，認為在完善的癌症控制計畫應包括：預防、早期診斷、治療與安寧療護等四部份（WHO, 1995）。目前，臺灣有「安寧住院照顧」（即安寧病房）、「安寧居家照顧」（護理及相關人員定期到府服務）、「日間照顧中心」（由醫療人員設計各樣活動，病人白天至中心參加之模式，此項目前在臺灣尚未提供）。國內是在 1988 年由馬偕醫院首先籌組創立第一家 Hospice，國民健康局與中央健康保險局於 2000 年推動「安寧療護整合性照護納入全民健康保險試辦工作計畫」，至 2008 年為止，已有 38 家醫院提供安寧住院服務，43 家衛生署核可的安寧居家療護單位，顯而易見，各縣市均越來越重視安寧療護，以病患「整體苦難」提供真心體貼的照護。

二、安寧療護團隊工作與成員壓力

安寧療護的全程照顧是由醫師、護理人員、社工師、志工、心理諮商師與靈性關懷師等人員所組成，主要滿足病患身體與生理照護，也包含撫慰心理與靈性關懷（spiritual concerns），此外，凡是病患與家屬所需要的照護皆可成為團隊成員的主成份子。由此可知，安寧療護團隊的工作顯示出其重要性，殊不知，團隊成員在療護工作上可能產生的壓力困境與積極尋求調適的迫切。

（一）工作本質的壓力：環境因素（工作狀況、場所等）

在今日先進的醫療儀器設備及資訊的發達，醫護人員面對醫療體系的快速更迭，使得醫病關係也日趨複雜，讓護理專業工作處於高壓力的環境當中，長期工作壓力已成為各醫療機構普遍存在的問題（Ernst et al., 2004: 219-227; Anderson, 2002: 26-30；黃瑞珍等，2001: 1-11；胡瑞桃，2000: 20-29；蕭仁釗，1998: 21-26; Davidson, 1985; Zola, 1972: 487-504）。張和美、陳昭

惠、藍麗美 (2005: 139-148) 亦指出,護理人員需及時面對各種情境做決策,而且工作內容不但廣泛複雜、工作時間不定,還得扮演及發揮不同的角色與功能,除此之外,還要滿足個人自我發展的需要、自我成長的期待及內在壓力的超越,更要花費精力去承受長期、多量且嚴重的工作壓力。

安寧療護團隊的成員在工作本質方面所感受到的壓力越高(包括工作環境、工作時間、工作要求等),越不會針對問題解決的方式來因應,但是對於照顧壓力,則是較多以問題解決的方式來因應(李榕峻, 2006: 31-79; 賈巧玲、黃燕玲, 2005: 298-299; Barbara, 2003; Kastenbaum, 1997: 101-113; Rosenberg, 1982: 30-32)。本研究認為,在實際照顧的過程中,工作環境與工作本質會間接影響到團隊成員的心情,尤其在工作內容、超時工作與內在壓力等,此外,病患及家屬的需求提升與情緒適應不佳,亦會使團隊成員工作要求過大,導致挫敗感與無助感,使其受害犧牲(victimization),這些均是壓力源。

(二) 照顧形成的壓力：角色因素(病患、家屬與團隊成員)

在環境中「外在」的事件與變化,或個人「內在」的需求與改變,使個人的適應力負荷過重或超過其適應的能力,造成情緒、生理與行為反應方面產生變化,此為心理壓力(陳展航, 2004: 35-42)。安寧療護團隊成員工作壓力的本質、照顧壓力會因為個人的年資有程度上的影響,亦即年資少的團隊成員,在工作壓力上的壓力承受度不如年資多的成員(李榕峻, 2006: 31-79; Ruzniewski and Zivkovic, 1999: 11-14; Teresa, 1999: 25-53; Sheehan and Forman, 1996: 13-47)。從 Grunfeld, Zitzelsberger and Coristine 等人(2005: 61-69)的研究得知,在照顧病患的過程中,病患的悲傷情緒、生理上的痛苦、醫療設備的不足或不適切、面對家屬的哀傷痛苦、怨恨憤怒和責罵等,都是壓力形成與累積的因素,尤其當病患在身心調適時,最大的壓力是病患面對生理承受的痛苦。此外,Isikhan, Comez and Danis 等人(2004: 234-244)的研究中指出:醫護人員在照顧末期病患的生理、心理照護上,當病患的情況變得嚴重、提供不滿意的醫療照顧、無法控制病患的症狀、病患的期待過高、病患死亡與家屬問題、缺乏良好的醫療設備與負擔過重的工作

壓力等因素，都是與提供病患實質照護有直接關係。

因此，這些因素在無意間都會增加團隊成員力不從心的壓力感，此外，醫護人員對照顧的意見分歧，亦會帶來其他成員相當程度的壓力，可歸諸於「照顧的壓力」、「工作壓力源」與「調適與因應」，整理成圖 2。

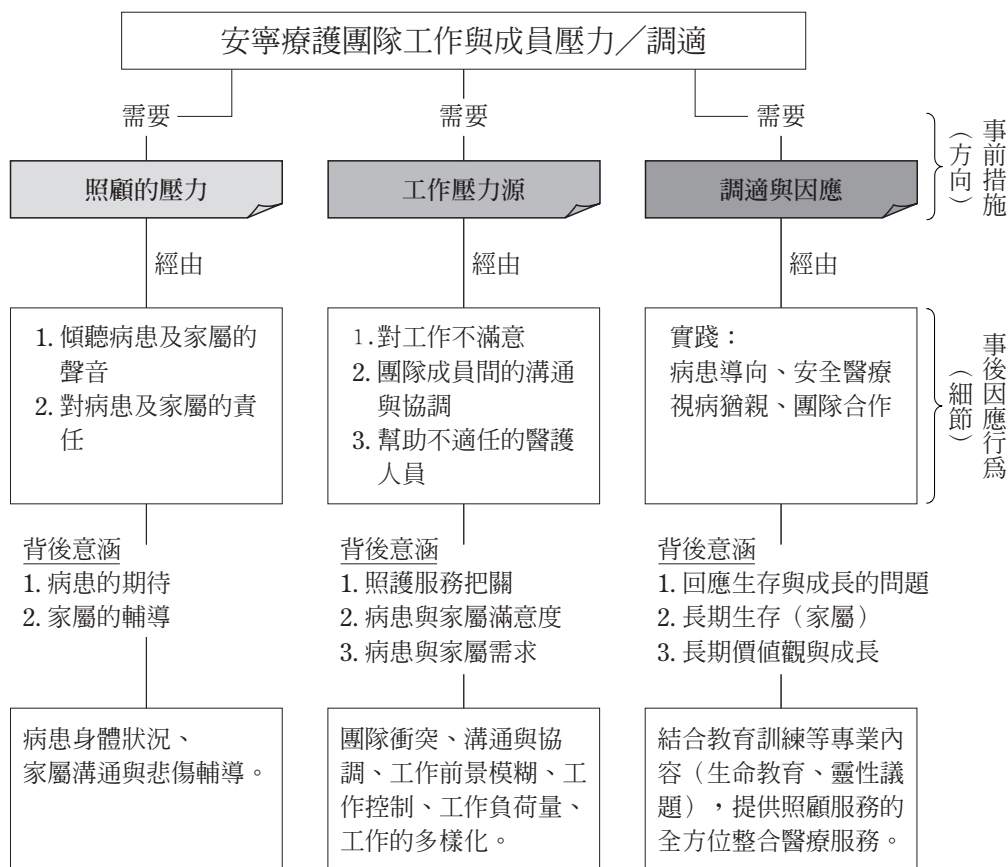


圖 2：安寧療護團隊工作與成員壓力示意圖

三、安寧療護團隊工作與成員調適

(一) 壓力調適與因應：找回自在放鬆的初心

Lowe and Bennett (2003: 393-400) 以認知理論探索工作壓力的因應與反應中提到：因應 (coping) 是個人嘗試減少引起反向事件的經驗時，所付諸於負面情緒的一個過程。然而，有效的壓力因應技巧 (effective coping

skills)，目的是在面對工作挑戰及壓力之下，維持心智以及情緒的平衡狀態，其四個基本步驟為：首先，加強對問題的警覺性（increased awareness）；其次，尋求解決的資訊（information processing）；再者，調整與改變行為（changing behaviors）；最後，圓滿的解決問題（peaceful resolution）（Seaward, 2003; Apker, 2002: 75-81）。在研究癌症病房護士工作壓力與因應方式之探討時，積極面對問題加以解決、認知性接受問題、積極地調整情緒，以及消極地調整情緒，這些都是護理人員在癌症病房工作壓力之因應策略（Vachon, 1998: 99-103；林素如，1990: 11-67; David and Charlotte, 1986: 33-34）。護理人員是否願意坦承以對自己是什麼樣的人，方能自我超越等階段歷程，進而如何正向回應死亡焦慮的自我照顧或調適經驗，其實主要須先探索自我、自我照顧的深化，將帶來自我價值系統的蛻變，以及臨終陪伴關係帶來質變效應（蔡昌雄等，2006: 133-164）。

此外，有研究指出，調適會因情境、時間不同而有所差異，積極正向的調適可以成功地降低壓力（溫沛淇，2006; Dein, 2005: 58-64; Ruzniewski and Zivkovic, 1999: 11-14），調適行為本身並無好壞差別，端看個體如何運用、在運用時是否能解決困擾，以維持身心平衡（潘雪幸等，2003: 120-128），團隊之垂直互動、水平／垂直信任、以及成員自我效能對於知識分享均有顯著的正向影響，其中又以成員自我效能對於知識分享之影響最大（吳朝森，2004: 62-77），外向性程度高者對團隊未來持續合作採正向而樂觀的態度，主要取決於團隊知識分享意願越高者，而嚴謹性及經驗開放性程度越高，其團隊知識分享意願亦越高（黃瓊億，2004: 109-125; Hannigan et al., 2004: 235-245）。因此，本研究認為，無論使用積極的或負面的調適方法，團隊成員因為照護所造成的身心壓力，皆是可以提升工作效率與維持身心健康的最佳狀態，唯有該注意的是，採用消極負面的調適可能會造成身體上的傷害。

（二）教育訓練

1. 生命教育：計算過後的幸福

美國死亡教育協會首任理事長 Leviton (1977: 41-56) 認為，死亡教育可以協助我們了解生命的目標與課題，做一個先後緩急的排序，激勵我們實踐

生命的意義，自我覺察面對死亡的感受，接納不可避免的死亡，並鼓勵所愛的人死亡之前，如何運用自己的自尊、真誠和愛與他們溝通，同時以健康的態度與兒童談死亡，給下一代一個充滿愛與安祥的世界（Lewis et al., 2004: 235；張淑美，1998: 32-43；賴怡妙，1998: 64-97；Philip and Chris, 1993: 411-431；Eddy and Alles, 1983: 127-154；Hardt, 1975: 96-99）。從了解死亡教育在促使人們面對不可避免的死亡、瀕死、失落與哀傷，以及死別等等相關事件與主題，提供認知、心理及社會等方面的思考、準備與解決。國內學者張淑美（2001）認為死亡教育是教導有關死亡、瀕死與喪痛的教育。傅偉勳（1993）提及，死亡教育主要的課題乃在於對臨終者精神狀態的了解與改變，在顧及臨終者的需要下，讓他在最佳的看顧及關照下安然過世，同時亦顧及臨終者的死亡尊嚴及死亡的精神超脫、精神解脫加以關切。

關於國外學者對死亡教育的定義，Leviton（1977: 41-56）認為死亡教育是將有關死亡的知識和其應用傳遞給人們與社會的一個歷程。Bensley（1975: 39-61）認為死亡教育是探討生與死關係的一個教學歷程；此歷程包含文化、宗教對死亡及瀕死的看法與態度，希望藉由探討使學習者更加珍惜、欣賞生命，將這種態度反映在日常行為中。而 Kurlychek（1977: 43-48）則認為死亡教育為促進人們意識到死亡為生命歷程之一部分，提供結構化的課程來幫助學生檢視死亡事實，並統整於自己的生活中。Wass 等人（1980: 23-55）認為：死亡教育是指教導死亡這個課題為主的正式教學或團體教學。

2. 靈性需求：風雨後的信心

Bridge（2007b）指出靈性成長的最後階段，我們有最後的機會去整合過去破碎的生命和修補斷裂的關係，在人的一生中難免經歷苦難和某種程度的崩潰，在瀕臨死亡的過程中，儘管病程會惡化到致命，還是可能發生療癒。此外，Balfour and Mount（2003: 657-658）亦指出因照護者的輔導與介入而觸及邁向療癒整合與全人經驗的過程，但仍需靠病患天生的潛能來達成，不是靠身體的健康狀況，確實有可能在死亡時得到療癒。

所有的醫療工作原本就是靈性工作，因為它關切解除病痛、尋找希望及超越生死的層面，故靈性照顧幾乎被視為是安寧療護之核心價值（陳開宇，2007）。從臨床經驗及文獻資料可發現，生命末期病患的症狀及嚴重度與身心

靈的交互影響有其整體性。此外，病患在靈性狀態方面，於住院期間不僅在死亡恐懼程度有下降，靈性境界也有提升的現象；在善終方面，過世時比住院期間亦有明顯提升（胡昭媚，2007: 47-83；陳慶餘，2003: 13-29）。

靈性探討在安寧療護教育訓練中，常被視為病患臨終的力量，也是工作者避免崩潰的來源，不可否認靈性本身，有種超越的力量，對大眾而言顯然有些抽象。醫療專業人員在照顧病人及其家屬的靈性需求以前，需先處理自身靈性的需求，而靈性評估其實是需要時間，去傾聽、憐憫、覺察自己的內在自我，上述實際步驟將抽象的靈性概念具體化，將人最終課題——死亡，以靈性照顧角度，用愛與此生之生命與死亡之間，得以平靜地連結起來，這種具有撫慰的力量，姑且稱為靈性的力量，為具有生命層次的生命教育（或稱為死亡教育）重點所在。

在實質上，護理人員有責任負起病患大部分的專業照護，並扮演促進病患自我支持、尋求心靈舒適感的靈魂人物；在靈性照護中，護理人員應扮演的角色可專注於三方面，即與病患關係之維繫、協助尋求意義、與維護病患的自我價值感等（楊克平，2003: 415-428）。此外，以靈性照顧的角色來看，即使靈性照顧的重要性在安寧療護中經常被強調，在護理實務中，病患的靈性評估卻被大多數的護理人員忽略。此外，護理人員亦常將靈性照護視為宗教上的問題，而摒除於護理過程記錄之外。雖然靈性被視為在整體護理照顧中是重要的，其定義仍持續地被排除在護理的專業之外，而靈性的實質內涵也進不到護理教育之中（陳盛文，2004: 31-57；石世明、余德慧，2001: 1-36；Kübler-Ross, 1994: 37-56）。然而，在安寧療護工作中坦然面對死亡及以同理心對待病患是服務工作的核心理念，所以「靈性教育」對於安寧療護團隊成員進行安寧療護工作是一個相當重要的訓練課程，課程內容的實用性及本土化，影響著實際服務工作的成效品質與未來整體安寧療護的發展性。

因此，本研究在此界定的死亡教育，具有臨終關懷之意涵，僅限於面對死亡事件時，人們如何處理的事前措施或事後因應行為，皆是屬於「死亡教育」與「靈性教育」的應用範疇，所以，在文中並沒有刻意加以劃分與區別其關聯性。

綜合上述，運用生命教育的層次（張光甫，1995: 3-4；徐惠琳，2005: 14）

看待上述安寧或死亡教育的課程內容，就生存層次，醫護人員的訓練較偏重疼痛與症狀控制、傷口處理的知識技術課程，其實符合生存發展，只是此處不是強調身體發展或心智成長，而是生理不適症狀的控制；生活層次裡，社會我的發展為該層次的重要階段，死亡對末期病患來說是近期的必然現象，對家屬亦產生重大的生活影響，在安寧教育課程設計裡，召開家庭會議用意乃評估病人與家庭成員對於病情告知、後事處理等問題，以期專業人員能做出討論及反應，降低病人的擔憂或家屬的壓力；有效團隊運作模式之課程，針對團隊成員間的狀況與支持提出具體建言，不但企圖維持病人與家屬的社會功能，也避免工作者在面對死亡情境而產生困惑或無助的現象；至於，生命層次中，如文化及宗教的生死觀與喪葬禮俗、瀕死法律議題探討及末期病人的靈性需求探討等課程，工作者不但可以面對與因應病人死亡的靈性困擾，亦提供在臨終照顧上之參考。

參、研究設計及方法

一、研究方法

在整體地探索某一個變動的社會現象全貌及闡釋社會現象所具有的性質與意義，爲了達到這個目的，研究者就必須投入或參與研究對象的生活中，經由觀察或訪問來了解其內心深層的意識（李政賢（譯），2006；王國川、翁千惠（譯），2006；張芬芬（譯），2005；Neuman and Kreuger, 2003；葉重新，2001；Berg, 1998；Mason, 1996；Mutchnick and Berg, 1996）。因此，本研究採用質性研究，在於訴求「價值理性」的思考原則，而非重視量化的「工具理性」的研究數據，主要之理由：

（一）基於研究題目的性質

因題目是從團隊成員面對壓力的角度，探討安寧療護團隊成員應有之工作調適，而量化研究並無法全盤呈現此一現象之內涵，也無法鋪陳一些複雜細微的情況；故透過受訪者的眼睛看世界，來探討社會實在的了解，必須基於生活在那一實際情況中的人的個別經驗及感受，這對研究問題較能夠做深

入的剖析。

(二) 基於研究工具的認定

在質性研究中研究者即為主要之研究工具，不管是收集資料或分析資料皆是以人為研究工具，因此研究者本身之認知、態度與意願等，必然會影響與被研究者之互動過程及各種研究決策，以期對其行為和意義建構獲得解釋性理解，以描述出研究對象的內心世界、價值觀、行為舉止的一種研究方法。

二、研究流程

本研究以質性研究者的客觀態度來觀察團隊成員面對病患及家屬的持續性療癒過程，試圖終止研究者主觀的「架構」意識，以敏銳觀察周遭的「現象」，瞭解存在於臨床照護的實際情況，探索病患、家屬及團隊成員自身的心靈世界，透過療癒過程的描述內容與精心處理，並加以記錄形成團隊成員主觀的壓力及其對現象的調適歷程，依據質性研究問題發展的次序性進行以下之程序流程規劃（如圖 3）。

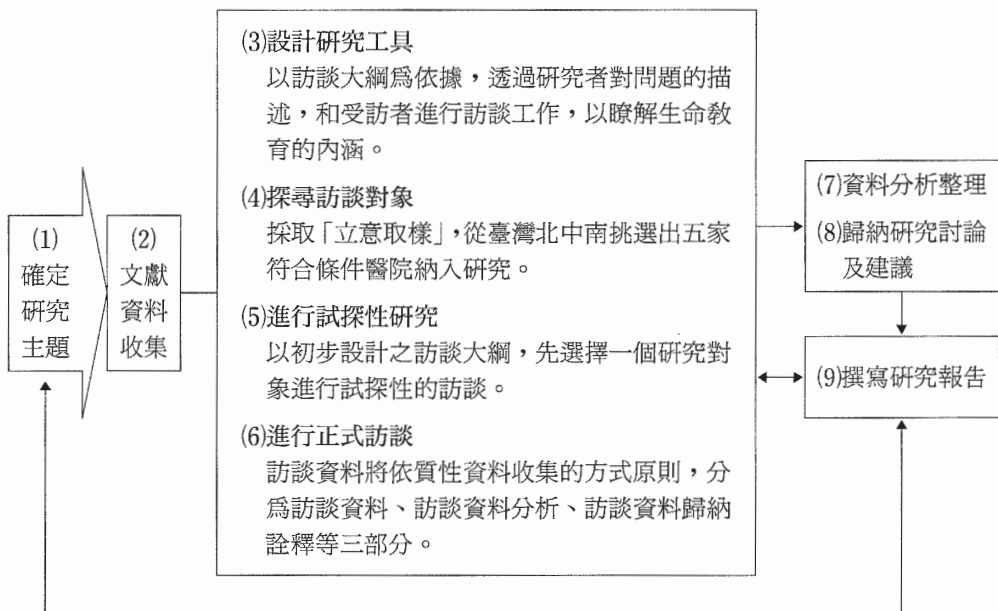


圖 3：研究流程示意圖

三、研究設計

本研究以「團體」訪問的型式進行焦點團體訪談法，是一種進行質性研究收集資料的方法。依據研究目的，設計若干個問題，在一位具有豐富專業知識及熟悉主持事務的主持人引導下，收集訪談對象對特定現象或問題的看法、感覺、知識和經驗（李政賢(譯)，2006；張芬芬(譯)，2005；高熏芳等(譯)，2001；Wolcott, 2001；吳芝儀、李奉儒(譯)，1995；Marshall and Rossman, 1995；Strauss, 1990)。本研究提出此概念性架構，以圖示的方式呈現，是爲了發展與澄清研究領域或範圍，而構思整個研究的圖示（如圖 4）。

四、研究對象

本研究之目的爲探討安寧療護團隊與安寧療護工作之間的關聯性，由研究者依照研究目的及問題，事先設定篩選標準，符合下列條件者納入成爲研究對象；此外，基於考量研究的時間和能力，訪談家數盡可能達到資料飽和(saturated)爲止。研究對象條件：(一)目前醫院有設立安寧病房或以安寧療護團隊實施安寧照護之醫院；(二)團隊成員參與安寧療護至少半年以上，且完成安寧療護初階教育訓練者；(三)取得醫院及研究對象同意執行研究。篩選對象三項條件的執程序：首先，以具有安寧病房之醫療院所爲抽樣單位，並透過公文發函與私下聯繫方式，尋求受訪機構的同意；其次，尋求醫院內部醫師與護理人員是否認識其他單位醫療人員，代爲轉述研究的重要與意義，以增加獲得受訪的機會，作爲選出五組皆有安寧病房的團隊之依據。

從臺灣設有安寧病房或以實施安寧療護團隊照護之醫院，尋求受訪機構的同意後，挑選出五家醫院進行焦點團體訪談，且以參與安寧療護團隊成員者爲主，主要參與人員有醫師、護理人員、社工師、志工等，其他相關人員有宗教師、個管師、靈性關懷師等，共計 40 人，實際上是整組團隊一起「共同工作」，無論是接受、拒絕或否認疾病診斷的任何一個階段，團隊成員所立足皆是「共同面對」的立場，因此，本研究並非站在核心成員與非核心成員的壓力和調適方式之考量，乃基於團隊成員是「共同面對」之活動中的團隊。研究對象之收案期間，自 2006 年至 2008 年止。

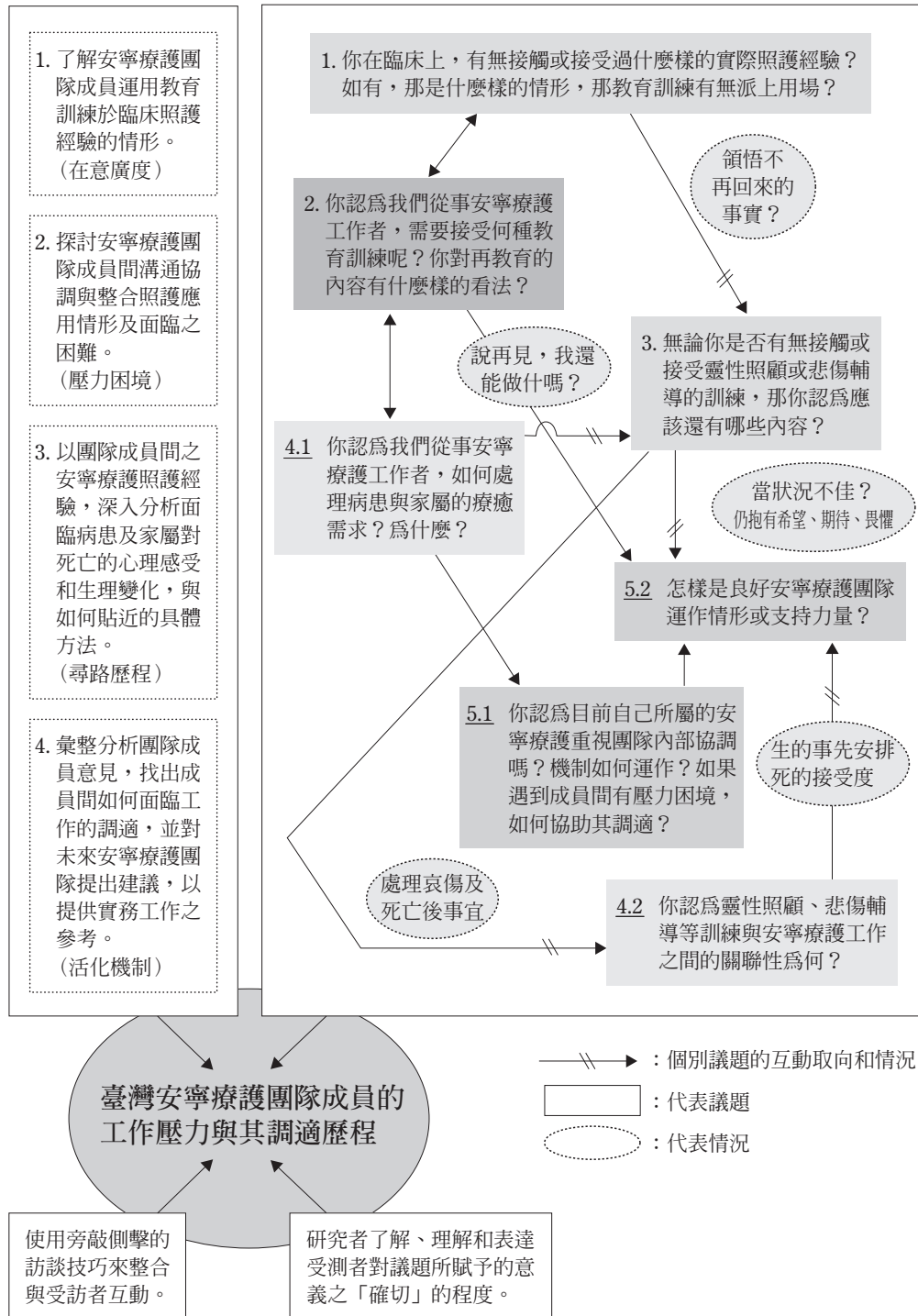


圖 4：概念思維圖 (conceptual mapping)

五、資料收集與處理

本研究資料收集分為兩個部分說明，第一為準備階段，第二為訪談階段。準備工作為訪談大綱的擬定；研究初期的主要工作，在於多收集並閱讀與安寧療護團隊相關的文獻，經由相關資料，再次修改初步的訪談大綱；接著依據初步確定的訪談大綱，期間亦徵詢學者專家的意見以求改進，接著進行焦點團體，訪談結束並謄寫逐字稿。本研究每次訪談過程中，研究者將寫下訪談的重點，主要包括紀錄訪談過程中互動的狀況、參與者非口語訊息、主觀感受、以及紀錄訪談者訪談中的表現、想法與心得，或針對研究主題的新發現等。此紀錄內容可以提供研究者反思的輔助及探索的深度（deep）。

六、研究工具

在本研究的焦點團體進行過程以訪談大綱為依據，透過研究者對問題的描述，和受訪者進行訪談工作，以瞭解壓力調適的內涵，並針對受訪者對教育訓練的看法以及探討安寧療護團隊成員之應有工作調適等議題擬出初步的訪談大綱。再分別請專家提供意見進行修正後，乃成為正式訪談大綱。

七、資料分析

由於焦點團體訪談的目的不在於概化資料，而在於了解特定問題或主題之現象，故焦點團體訪談多為立意取樣（purposive sampling）。但於篩選樣本時，仍應考量其研究群體之代表性、同質性及不同個體組成團體時，可能產生的團體動力，組成焦點團體應針對研究目的，及研究對象對主題之貢獻程度，訂定分層（segment）取樣的基準，如進行護理人員焦點團體訪談，可依據護理人員之年齡、性別、工作年資、教育程度及執照類別等個人特徵，進行有目的的分層取樣（王國為等，2006；Thomas, 2000；張芬芬（譯），2005；Morgan, 1998；Vaughn et al., 1996；吳芝儀、李奉儒（譯），1995）。此外，區別出在逐字稿內有哪些部分與主題相關與不同，依據主題與內容的關聯性進行初步的概念化定義，即進行下一階段的「編碼」（詳見附錄 B）。透過熟讀受訪者的回答，並且持續思考該內容與研究主題間的關係以及所代表的意

涵，同時於編碼處記錄下感想與評註，並標出受訪者表達之重點及關鍵字，再將每份逐字稿的內容與位置給予不同的分類編號。編碼之後就可以進行核心資料的分析，即「建構類屬及概念化」，將主題資料歸納後，依據其所涵蓋的意義賦予一個適當的概念名稱。也就是針對摘要內容的主題加以分類、比較、歸納後，將屬性相同的編碼歸類，予以命名。

八、研究嚴謹度

本研究將針對資料進行以下三種資料信效度檢驗：首先，全程錄音謄寫逐字稿；其次，協同編碼分析；最後，請受訪者協助檢核資料。針對本研究之信度與效度加以說明，從可信性、可移轉性、可靠性三層面分述如下：

(一) 可信性之考驗

利用資料收集方式的三角驗證 (triangulation)，在訪談結束後研究者整理完訪談結果，反饋給受訪者，以便瞭解雙方是否有認知差異，另一方面將錄音資料妥善保存，以利需要時作比對；此外，也透過自我檢查和同儕討論，以及專家之協助，檢查並說明個人主觀性。

(二) 可移轉性之考驗

透過仔細觀察與資料詮釋和比較，研究者採深度描述的方式記錄，描述受訪者陳述的感受與經驗，使研究結果可移轉至相似情境，以供日後研究之參考。

(三) 可靠性之考驗

本研究每次訪談後，研究者將寫下訪談的重點紀錄，主要紀錄訪談過程中互動的狀況，受訪者非口語訊息，主觀感受，並紀錄訪談者訪談中的表現、感受與心得，或針對研究主題的新發現等等。此紀錄將可以提供研究者反思的輔助及探索的深度。簡言之，研究者把每個研究過程與步驟仔細並誠實的記錄與說明。

九、研究倫理考量

人體試驗委員會 (institutional review board, 簡稱 IRB) 最終的目的在於保護受訪者的隱私與自主權, 以避免病患與家屬受到不必要的干擾。在審查案件上, 除非送審者需要核准函, 或牽涉到病患與家屬隱私的部分 (例如: 病患對照護品質的滿意度問卷調查或侵入性治療), 才有必要進行審查, 不過回到 IRB 條文上的探討, 並沒有嚴格規定其範圍, 其為一般盲點所在; 因此, 本研究的主要對象是團隊成員, 而非病患與家屬或從事病患的滿意度調查, 所以, 在 IRB 的審核與要求並非必要之限制。

在召開焦點團體前, 本研究所涉及之倫理考量, 會依循告知受訪者整個研究的目的與進行方式, 到內容分析皆會顧及受訪者之隱密性, 主要是為了保護暨尊重受訪者: 首先, 清楚告知受訪者整個研究目的、呈現方式與進行方式; 其次, 以不使受訪者受傷害為最高指導原則; 最後, 受訪者個人資料之嚴格保密等倫理規範進行研究。經焦點團體前的例行說明 (向受訪者說明研究目的、研究內容及研究資料呈現方式) 後, 接著, 會尋求受訪者同意且獲得簽署同意書後, 才開始進行訪談過程, 主要是讓受訪者清楚了解研究的主軸、相關內容及研究的重要性。

肆、分析結果

本研究是以臺灣地區挑選出五家醫院有完成安寧療護初階教育訓練的團隊成員為研究對象 (如表 1), 透過舉行焦點團體 (focus group interview) 的方式, 來探究其對教育訓練的看法及工作調適。在收集研究資料後, 針對訪談的資料進行內容分析與討論, 是最重要的工作。焦點團體訪談是研究者將訪談法的技巧, 運用在團體的情境, 並透過團體互動與討論的過程, 來達到研究資料收集的目的。

為了保護受訪者, 在研究中所有資料的呈現皆以研究對象編號表示 (例如: A-E 為醫院代碼), 而受訪者以代號表示 (例如: D 代表醫師、N 代表護理人員、Sw 代表社工師、G 代表宗教師或靈性關懷師與 V 代表志工), 而研

究資料中受訪者服務的機構以宗教、非宗教來區別，受訪者個人相關資料皆以匿名的方式，以方便保護受訪者，以使本研究之結果更具正確性與完整性。

表 1：研究對象基本資料表

醫院代碼	日期	機構性質	場域	參與人員	參與人數
A	2006.12.20	宗教 (醫學中心)	安寧病房 會議室	護理人員、醫師、 個案師、志工	7 人
B	2007.03.20	非宗教 (醫學中心)	美德病房 討論室	護理人員、醫師、 社工員、宗教師	11 人
C	2007.04.10	宗教 (區域醫院)	平安病房 會議室	護理人員、醫師、 社工員、志工	6 人
D	2007.08.06	宗教 (地區醫院)	安寧病房 會議室	護理人員、醫師、 社工員、專科助理、 靈性關懷師	12 人
E	2008.01.09	非宗教 (區域醫院)	圓滿病房 會議室	護理人員、志工、 社工員	4 人
合計		5 家			40 人

一、結果陳述：互動與討論

在整個訪談過程中，主持人扮演催化 (moderating) 團體成員，受訪者除了本身發言外，也會對其他受訪者的回答進行補充回應，彼此呼應討論、互動密切，達到焦點團體彼此之間的活絡關係，共同激發出來的意見，作為研究資料收集的主軸。以下將呈現研究者與受訪者的訪談對話分析，讓參與成員產生「互動」(interaction) 和「討論」(discussion)，藉以了解他們對此議題的看法，並呈現研究發現的結果，如表 2：A [(順序：3314) + (補充：766)]；B (2283+563)；C (3483+708)；D (5085+642)；E (3534+597)。

從表 2 與受訪者的訪談對話分析中，可看出團隊成員針對議題表達的活絡度及事後對問題再次補充的秒數。

在題號 1，發現 D 醫院在臨床上，對實際照護經驗的情形較有表達的動力，但 B 醫院在事後補充則較為活絡；在題號 2，對從事安寧療護工作者，

表 2：研究醫院問題秒數矩陣圖

秒數 題號 受訪對象 (S)	A	B	C	D	E
1	1572+ <u>209</u>	1138+ <u>427</u>	1257+ <u>407</u>	1718+ <u>286</u>	1239+ <u>413</u>
2	0627+ <u>418</u>	0271+ <u>016</u>	1037+ <u>011</u>	0716+ <u>143</u>	1217+ <u>022</u>
3	0188+ <u>021</u>	0569+ <u>000</u>	0419+ <u>212</u>	1417+ <u>015</u>	0619+ <u>000</u>
4.1	0197+ <u>013</u>	0128+ <u>014</u>	0209+ <u>000</u>	0258+ <u>029</u>	0017+ <u>005</u>
4.2	0376+ <u>042</u>	0085+ <u>057</u>	0377+ <u>041</u>	0515+ <u>057</u>	0166+ <u>021</u>
5.1	0083+ <u>000</u>	0021+ <u>020</u>	0017+ <u>016</u>	0089+ <u>026</u>	0049+ <u>033</u>
5.2	0271+ <u>073</u>	0071+ <u>029</u>	0167+ <u>021</u>	0372+ <u>086</u>	0227+ <u>103</u>
合計	(3314+ <u>766</u>)	(2283+ <u>563</u>)	(3483+ <u>708</u>)	(5085+ <u>642</u>)	(3534+ <u>597</u>)

註：無底線：順序回答秒數；底線：補充回答秒數

需要接受何種教育訓練，E 醫院較有互動；在題號 3，除了針對有無接觸或接受靈性照顧或悲傷輔導的訓練，D 醫院討論較活絡外，也提供更多教育訓練該有的內容；題號 4.1 與 4.2，探討從事安寧療護工作者，該如何處理病患與家屬的療癒需求與靈性照顧、悲傷輔導等訓練，以及與安寧療護工作之間的關聯性，發現五家醫院的實際回答並未相當活絡，並未獲得受訪對象的熱烈討論及充分回應，發現主要原因為團隊成員對生命意義的探討之缺乏，以及對壓力與調適的陳述在其他題號中多少也有略述外，自將因此而受到限制；在題號 5.1 與 5.2 是本研究的主軸，探討成員所屬的團隊是否重視內部協調與成員間有壓力困境，如何協助其調適等，亦發現五家醫院的回答並未相當活絡，追究主要原因為團隊成員在安寧病房的調動與流動率過快，所以並未相當了解團隊的運作，但對壓力與調適的陳述在其他題號中多少也有略述，所以本研究整理歸納於事後補充（底線部份）。

二、在意廣度：教化內在的轉變過程

當既有價值瓦解，新的價值觀尚未確立之際，處境是很茫然無助的，如何找到可以撫平內心傷痛和不安的新價值觀，是解決最終問題的最佳治療。因此，透過教育的注入來教化（內化）病患、家屬與團隊成員對生死觀點的

轉變過程，可藉由親身經歷、生活累積與自我成長來窺探生命的價值所在。

(一) 與社會事實相符：當生命的電池耗盡時

施貞夙 (2006) 指出，如何做摯愛親友最終旅程的心靈伴侶，陪他走過生命低潮期。因此，本研究認為，在團隊成員面對病患及家屬情感的斷裂與飽嘗失落痛苦而產生強烈的情緒反應是情感、精神與心理教化的轉變治療。

1. 個人 (團隊成員) 的經驗

從生活中的「體驗」轉變為「領悟」，這包括對寵物或是其他動植物的尊重，換言之，從身邊的小故事轉化成大道理。

(1) 親身經歷

我覺得生命教育的話，其實就是在教導智慧這個的部份，……，因為有很多事情，其實都須要我們自己要去經歷，才能夠體會跟了解。

(A-V2.1-01-I 01)

從選擇不同看事情的態度，也會帶來不同的情緒、想法與行為，亦即藉由安寧療護的實務工作與生命教育的課程來內化自身對生命的新價值觀。

(2) 生活累積

有一天我帶鄰居小孩經過一個喪家，那孩子跟我說：「媽媽說看到這個東西要很快走」。我跟她說我是佛教徒，看到這個東西不要走，我們心裡唸：阿彌陀佛，我們祝福她，這樣子他會保佑你平安，因為他看到他媽媽這樣講，他就會害怕。(A-G1.2-01-I 01)

受訪者指出，我們可以從存在於物質世界的人事物中學習，對生命獨特的觀點或知識，藉由生活的累積對未來面對類似的情境，例如：看到有人辦喪事，不是草草離開、畏懼害怕，無論是悲觀或樂觀的人生，都有學習如何面對的力量。

(3) 自我成長

生命教育是怎麼樣讓我們的生命是有成長的，然後，讓我們生活當中是有活力的，……，就是會讓我們可以有成長，不管我們在工作、在家庭啊！或是在各個觸角上，面對生命是更有活力的。(D-G1.1-01-I 01)

可從課堂知識與生活經驗的雙重累積，不斷的修正、提升與自我成長，不再自怨自艾（討價還價），而更能正視環境所帶來的衝突與死亡的恐懼。

2. 人本的力量

人本的力量是在，考慮自身的價值觀外，還須重視「教育」的層面，亦即從自身發展出來的力量，就能使病患、家屬與團隊成員在無畏的社會競爭裡，尋求支持點與不同的使命感。安寧療護的過程中，【A-G1.2-04-III 0202】指出，在療癒過程裡，安寧病房是最佳學習的地方，有助於團隊成員心理成長與病患、家屬療傷上的力量，最重要的是能帶來安寧的唯美與感動。

生命教育的課就是可能讓我們有一個方向，……，都是希望有一個方向讓我們引導這樣，……，安寧病房人家說這個是一個最好的學習，……，事實上，假設你願意在這邊工作那就是生命教育啦！(D-D1.1-04-II 0102)

此外，有受訪者認為，可以藉由安排國小學生與安寧工作人員互動，從中透過教育的洗禮與站在同理心的角度來看待生病的人，亦即從生活裡體會生命的意義，重新啟動對生死不同的思考脈絡與新價值觀。

我覺得～生命教育應該是從最基礎開始，……，在過程中，我們都會放一些我們活動的照片，他們會透過這些活動照片與我們有些互動，我們這樣做會比較有意義。(E-N1.1-01-I 01)

3. 自我的定位

基本上，讓團隊成員能夠與病患及家屬進行交流、互動，從一開始的諮

商，歷經診斷、處置、治療與照顧，一直到病患安寧歸去，發揮「充當病患耳目」的功能，亦即傾聽病患及家屬的聲音。

生命教育應該是在教我們去接受生命也去接受死亡，……，藉由別人的生命會來看待自己的生命。(C-N3.1-01-I 01)

凡事能夠幫助一個人去多瞭解生命的本質，還有獲得他個人生命的價值。(C-Sw.1-01-I 01)

從中形成其他人生命中的一部份，甚至是生命裡不可或缺的事情，亦即在未來不同需求的對象之間取得平衡。

4. 意念 (intent) 的聲音

從內在的聲音（既有的價值觀）來感受心聲對意念的穿透力影響，聲音一直代表意念的具體化，而內在聲音的過程在意念相互交流後創造出一些痕跡，從內心探索的過程來「感受」不同社會原有的價值觀。

其實我第一個想法就是大學老師開過課的生死學，……，那尤其是就是華人比較忌諱去談死。(B-N1.1-01-I 01)

尤其是臺灣人比較忌諱討論死亡的議題與死亡後的觀點（例如：哀傷處理），透過對生命教育的認識來分辨「內心」的聲音，亦即串聯與輔助意念與聲音來產生共鳴，分辨出聽從意念的指令。

是一種幫助我們團隊去學到怎麼樣去認識生命的意義，……，我們所可以為生命所創造出來的意義，或是創造出來我們可以為生命所加的色彩。(D-D2.1-01-I 01)

有受訪者【A-G1.2-02-II 0101】指出，在實際的照護情況中，除了常常受到傳統觀念的束縛外，也認為從生命教育與敘事意念 (intent) 的方法，可透過從小來灌輸，因為生命教育的範圍很廣，多數受訪者認為應該是在種子

還沒有萌芽的時候，就必須要給予一些觀念來紮根。

(二) 自我認知與評價：如何面對生命終點

1. 團隊成員的聲音與認知

傾聽的能力是團隊成員間積極的聆聽病患與家屬的需求，經由傾聽來認識團隊成員、理解成員所說的話語與意思、釐清認知落差，來促進團隊良性溝通，導引病患與家屬主動積極參與團隊成員的療癒安排。

人很厲害自然而然把它（創痛）隱藏起來，我覺得就變成一種無力感，……，其實我已經做了，可是到最後，麻痺了吧！（B-Sw.2-01-I 02）

在病患及家屬的思考裡，直接想到的是要死在家的傳統習俗，如果在安寧病房嚥下最後一口氣，這種都會「不得善終」。病患及家屬不諱言的指出，病患從待家裡到離開，至少會比較安然自在，因為家屬本身無法想像，萬一病患「立即」往生，對家屬而言，不能見到最後一面肯定會完全脫離軌道（無法原諒自己），心中會有疙瘩存在。

大家對安寧療護還會迴避，講就會被打死（台語），有一個很深的感想（台語），其實很多就是說大家還在迴避談這個問題，拖到最後才送到安寧病房來。（A-V3.1-01-I 02）

即使團隊成員很用心想去和民眾談安寧療護，但他們都不大願意跟團隊成員互動，所以針對這一塊都比較有障礙。此外，在要求家屬簽下「選擇安寧緩和醫療意願書」時，必須向病患及家屬說明當罹患嚴重傷病，一旦經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，對家屬而言，更是難以做下「最後」的決定，對團隊成員而言，更是難以啓齒的「矛盾」。

2. 大眾的聲音與認知

多數受訪者指出，確認病患察覺環境的敏感度、辨認的語言，以達成病

患與團隊成員交換意見，並確定雙方需求並提供治療建議，不只是看待死亡的過程，而是要更進一步了解如何面對生命終點，因為每個轉到安寧的病患及家屬，心理都有認知「到時候再看（台語）」，因此，還要更深層的探索什麼叫做生命的意義。

我們（一般大眾）對宗教教育都很不重視，……，有時候就產生一些負面的影響，……現在講難聽一點更墮落啦，這個都是靠一些善心團體、宗教團體在帶動。（C-D1.1-02-I 02）

此外，多數受訪者皆認為生命教育理應紮根、回歸到最初的教育（幼兒教育），當然成人教育也是很重要，例如：透過更多的安寧推廣活動來教導民眾對死亡的認識會比規避議題的民眾來得更「正向」重視這個問題。

三、尋路歷程：當我決定繼續走下去

生命教育與有時候我們談論靈性的探索性（exploratory），是否是一樣的東西或是有不一樣的稱謂。

（一）活著是一種恩賜（靈性需求／照顧）

靈性照護是協助患者尋找他們的價值，接納他們對事情的觀點與人生態度（陳開宇，2007）。亦即靈性照顧是可以「由任何人提供給任何人」的照顧（can be provided by anyone, for anyone），而不論提供照顧者與被照顧者的宗教背景與信仰虔誠度。

1. 感官—人性尋路（wayfinding）

病患及家屬總想要盡最大可能去放鬆及接受治療，但是這也必須要找出他們所想要的照顧，亦即死亡的威脅常使病患停下腳步傾聽他們的「心聲」，是死亡幫助病患思維到生存的意義，換言之，即是開墾他們的「心靈」。

我第一次看或許會比較接近我們對靈性的探索，……，今天我生從何處來？我死從何處去？我來世上的目的，跟我來這世上的價值。

(B-D.1-01-II 0101)

安寧病房跟其他病房有什麼不同呢？那就是死亡比較多嘛，……，可能在還有限的生命裡，要讓它就是說能夠接受他的死亡、或者接受他的病、或是接受他的痛、或是接受他的苦。(D-D1.1-02-II 0101)

安寧團隊成員除了應該注意瀕死經驗外，從受訪者的陳述語句中提及，需要加強病患及家屬在靈性的方面，尤其當「病患」變成「老師」的角色，我們怎麼透過其感受來學習，是否真正的了解到病患及家屬的需要與價值觀的建立。

2. 知識—知性尋路

沒有什麼事情是絕對的好或是壞，但最終的結果常受我們的思想左右，就如同萬花筒的內部設計，病患及家屬的想法會變得越來越不切實際，因此，團隊成員提供身體的實質照顧外，理應提供知識來幫助病患及家屬了解自身的需要。

在病人的身上學到很多，以前都太過於研究工具性的東西，比較沒有時間停下來思考自己生命的價值，……，或者是你遇到一些事情才會去思考。(C-Sw.4.1-01-II 0102)

(二) 死亡是必經地（靈性困境／成長）

「靈性」可以說是一個有力的療癒者，並建構病患及家屬對團隊成員有信心，然而，認知（cognition）與感覺（perception）是很難做清楚的界定，尤其是身處「最後時刻」的交戰下，感覺常常會左右病患及家屬的心靈感受。

1. 心智—賦權尋路

我們（團隊成員）就是要在照顧別人之前，要先把自已照顧好，……，其實你自己走過，才有辦法去幫助別人。(B-N6.3-01-II 0201)

其實一個人的身心靈能夠記憶病痛及死亡，而負面的情緒（例如：我應該不會死、奇蹟應該會發生在我身上）賦予病患及家屬擁有「自我療癒」的權利與「自我掌握」的力量，但常使團隊成員難以參與病患及家屬所做的決定，亦即壓力是賦權最大的威脅。

覺得安寧病房是 cancer 末期病人在住的，……，每個人是很公平的，一定會死亡，那時候死亡我第一次看到，……，第一次去 care 這樣的病人，其實那種經驗是很震撼的。(E-N2.2-02-II 0201)

受訪者指出，想要讓病患認為自己的生命雖然不能延續下去，但是在實際的照護過程，常常是難以啓齒，因為本身對自己的心理建設還不夠，尤其是沒有輔導或關懷過病患的團隊成員而言，更是難以「心甘情願」的面對該處境。

2. 心靈—整體尋路

認為「信仰」是協助病患及家屬在療癒過程中，所賦予的一種終極關懷 (ultimate concern) 之態度，因為信仰的動力，也間接提供團隊成員全心投入，這就是終極關懷的動力。

把很抽象的東西化為比較具體的，……，就好像是說，其實宗教就是人類在探索靈性時把它化為更具體的東西。(B-D.3-01-II 0202)
就病人他這樣講，有碰到看到黑白無常的，……，他們心靈的那種鎮定作用非常強烈，……，在臨床上而言應用都會相當不錯。(C-D1.3-02-III 0202)

尤其是對病患及家屬而言，再適合不過的心靈成長良藥，也間接肯定宗教信仰 (religiosity) 的依附在安寧療護的過程中佔有一席之地，尤其是身處「最後時刻」的交戰下，感覺常常會左右病患及家屬的心靈感受。受訪者指出，實際療癒的過程中，對於靈性的重視，在宗教與醫療的關係是密不可分的。

此外，從受訪者的陳述語句中指出，除上述對宗教的了解就去參與一些

儀式外，這一切都免不了對生命自然消逝的最後時刻的接受。

看待死亡是一件很自然的事，……，有落有起的時候，這個動作很自然，那我來這裡安寧病房服務就是要學習看待死亡是一件很自然的事情。(A-G1.4.2-01-II 0202)

安寧病房人家說這個是一個最好學習的地方，……，這些病人不可避免的，就是說因為病、痛苦，然後，怎麼樣死亡，那我們就是提供這個場所希望減緩他的痛苦。(D-D1.1-03-II 0201)

不論是自我的探索或是對生活積極態度等作法，似乎還著重於公民與道德上的約束，從言談中可了解到，事實上生命教育不管是個人的經驗分享，或是之後會影響到個人採取的一些具體作法。

在一般我們的急性的照護過程當中，……，來提供給他最大的一個幫助。安寧的部份，我覺得是又更延伸，因為我們在這個地方，讓我們也是照顧他，……，我想這是一個比一般團隊更延伸的部份。(D-N4.4.1 & 4.2-01-II 0202)

綜合上述，我們可以從受訪者或其體驗到他人的說法 (account) 中「感同身受」，亦即靈性的價值所在是「人之所以為人」，主要功能在於激發人們探尋生命的意義與目的，意識到自我價值感。其實，也就是一連串「你」可以與「我們」分享的一段即興表演，即是所謂的「同理心」(empathy)。

四、活化機制：沒有終點的關懷

團隊成員可能有來自於工作上的壓力和挫折，但是在團體意識之下，讓成員不會感到孤單與無助，藉由團隊的合作一同面對問題，一同承擔結果。

(一) 壓力／調適：死亡來臨前仍舊期待「奇蹟」

團隊成員與病患、家屬的互動下，能夠讓面臨特殊工作壓力下，例如：

病患即將面臨死亡的心理感受（在我死去那一刻，請告訴我還有「奇蹟」）和生理變化的問題，團隊成員也意識到一個完整的團體是需要彼此相互扶持，更能夠積極的投入來自於工作與本身面臨壓力的挑戰。

1. 場域—莫名壓力：「身」陷其中，揮之不去的壓力

我們社會是否不忌諱去談、不面對去談、不怕去談，從受訪者的談話可看出，有許多的「決定或選擇」，是要到「走」的時候，事情比較能夠處理。

(1) 拒絕承認

我們每個人最大的恐懼，大概就是死亡這件事情，那是一個很強的情緒上面的力量，……，其實是從小到大沒有學習去處理情緒的問題，甚至壓抑自己的恐懼。(A-V3.4.1-01-III 01)

我會覺得有時候我們醫護人員也一樣在逃避，……，我們（團隊成員）普遍面對死亡後，那種無力感、那種失控感，……，尤其長期下還是很疲憊的，非常疲憊的。(A-V3.5.2-01-III 01)

當更激烈更衝擊你就面對病人的一個死亡，一個一個有限生命的死亡，……，可能很快就會自己 burn-out 掉，會退出這個職場。(C-D1.4.2-01-III 01)

在安寧療護的部分，醫院皆會全力配合，而醫生的配合度常是困難重重，但是受訪者一致認為團隊成員間的溝通相當重要，彼此還要相互有個照應，若同儕間不能相互給予支持，則有時在照顧病患上會產生很大壓力。

(2) 忌諱去談

我有很大的挫折感，因為我覺得我自己都搞不清楚人為什麼要死，……，很難說服別人，……，好像也只能當個出氣筒，讓他去抒發情緒……，因為我也沒辦法面對他在眾多情緒上的起伏。(E-Sw.1-01-III 01)

此外，【A-V3.1-02-III 01】指出，很多病患都很痛苦，但家屬與團隊成

員都避而不談，很多實質的事情都擱著不談（大家都心知肚明），因為不會去處理「這個」情緒。

(3)害怕面對

講生死兩安就是知道死亡，死亡已經是不可避免的事，不管是誰簽的，簽的那個 DNR，大家還是在迴避，甚至把安寧看成很多人的心裡面，這是一種另類療法。(A-V3.1-02-III 01)

看到家屬跟患者講：「你要堅強喔！你要堅強喔！」我們要在病人面前表達自己的軟弱，當作狀況控制、做陪伴，那個死亡就是這樣的過程、那個無力感，你沒有辦法去控制它的，怎麼去處理這樣的無力感，那個失控的感覺。(A-V3.4.1-02-III 01)

我們是應該還要多努力（面對死亡的告知），護理人員的部分是這樣子；在醫生的部分，我覺得還是蠻大的困難，因為難以啟齒。(E-N1.5.1-02-III 01)

有受訪者認為，受訪者指出有時會有與在工作上不是很直接相關人員（例如：家屬），會自然而然找他傾訴，亦認為那是對這團隊有良好的互相幫助。

2. 挑戰—排除障礙：呼之則來，尋求奧援的迫切

因為須適時關心病患及家屬的行為態度與情緒反應，這些都會構成整個療癒過程的某一種障礙（壓力），因此，想辦法找出這些障礙（壓力）絆腳石並設法調適團隊成員的心態，乃是建構「活化機制」的第一步。

(1)尋求奧援

醫療院所或安寧療護團隊們密切關心的一個核心問題是：團隊成員是不是真的能夠讓病患試圖對成員們產生信任，簡言之，病患是不是能夠懷抱著「好事終將到來」的期待。

a. 支持團體

有精神科醫生幫我們上心理治療團體，……，在他的引導之下，你才會發現原來他在你心理有那麼大陰影在。……，不單單是在工作

之前。(B-N3.5.2-01-III 01)

有支持團體出來的時候，會讓我們覺得原來我的生命在很薄弱的時候還是有那個價值的，……，可能是親身體驗從親人往生或者是你的週遭的感染到你。(E-N2.4.2&5.2-01-III 01)

當自身在壓力負荷過大時，透過支持團體的力量加持，可給予團隊成員心理上的支持與正向面對病患死亡的無力感，除了心理上的調適外，也間接支持成員繼續留在安寧病房的力量。

b. 團隊成員陪伴

我們團隊有辦過類似抗壓力的幫助，我個人的經歷是說應該要主動找對你有信任感及安全感的人來講，……，其實團隊要較資深人員也要一起協助。(A-N1.5.2-01-III 01)

就是那個 burn-out 一樣，可是有時候就是像團隊，會相互支持，有時候你低落，別人幫你撐一把。(B-Sw.5.2-01-III 01)

受訪者指出，要能站在客觀態度來看待病患死亡的過程及家屬哀傷期，透過成員間的陪伴，更能比家屬「更快」抽離哀傷情境，才能正向幫助與建議家屬處理哀傷事宜。

c. 團隊經驗分享

我覺得團隊運作當中，有時候可以藉由家屬而來，有時候家屬給我們的力量，在我們輔導病人的過程當中，給很大的助益。(A-V4.5.2-01-III 01)

我覺得有些安寧的東西真的都太沉重了，……，如果說真的也是工作分享，靠這個訊息來。(D-N2.5.2-01-III 01)

每個團隊成員都會經歷不同病患死亡的過程，雖然不是個人所經歷的，但是透過團隊經驗分享，是可替病患、家屬及團隊成員牽引起共同的感情（良

好的互動與溝通)。

(2)排除障礙

a. 知識經驗的累積

我認為這不是○○醫院所面臨的問題，……，長期發展過程中，去累積他們的經驗，集體的知識、智慧、經驗這樣子。(A-V3.5.1-01-III 01)

你要有這些 knowledge，更強化自己，怎麼去幫助那些，然後怎麼去幫助病人和家屬渡過那一個哀傷期。(E-N1.5.2-01-III 01)

透過臨床經驗的累積知識，才能直接幫助團隊成員對病患的移情作用，間接調適自身的壓力與情緒抒發。

b. 離開工作場所、電子媒體討論、讀書會等

藉著讀書會的裡面一些，他們在討論個案的諮商而碰到的一些問題，……，這個可以大家經驗分享或在網路上的 blog 寫下感受，這個也是形成一種經驗的分享跟支持力量。(C-D1.5.2-02-III 01)

有受訪者指出【E-Sw.1-01-III 01】，在整個療護的過程中，會造成團隊成員很大的挫敗感，尤其是沒辦法面對病患眾多情緒上的起伏，所以會選擇離開了工作場所散心；有些受訪者亦指出，會透過讀書會分享照護的經驗與在電子媒體（例如：部落格）寫下自身感受。

c. 其他（祈禱文、學習認知、愛的鼓勵等）

我認為彼此都會很關心別人的情緒動態，我比較不同意採責罵式，我會用關心跟讚美方式去讓這個團體更凝聚，……，他們（團隊成員）應該有感受到因為我都用愛的鼓勵。(C-N3.5.2-01-III 01)

此外，A-N1 有提及團隊要有資深人員來協助其他成員渡過疲憊期，並給

予壓力紓解與情緒紓解等，此種觀感就如同一種安全與溫暖的氛圍，有時候是需要有一些紀律的，或者是具有領導能力可以帶領著團隊成員，鼓舞大家再站起來。

(二) 正／負向情緒：在愛與淚水交會的歌聲中看見安寧之美

有些東西是不可能有的標準答案，因為它永遠不斷再變，生命教育應該要帶有些許靈性教育與啟發性的談話，所以當我們從他人的經驗中學習，至少不是具有一定的情境脈絡 (personal context)，沒有什麼脈絡可循，但是卻可能從中獲取有意義 (meaning) 的議題。

1. 知 (認知層次)：從永恆的生命談起

主要強調認識和了解身體及生命的意義和價值，熟悉與他人相處的法則以及知道愛惜自己和他人生命的方法，包括死亡的本質、由不同觀點透視死亡、不同年齡層的死亡概念、失望與哀傷歷程、以及瀕死病患與家屬溝通與需求等之正式課程，亦即「從永恆的生命談起」。

我接觸到的是比較覺得像是一個循環，像花開花落一個循環這樣子，然後我的生命教育界定也是和死亡有相關性。(B-N.2-01-III 0201)

此外，有受訪者亦提及在安寧病房裡，面對病患及家屬的失望與哀傷，可透過敘述生死觀念與面對生死的態度，了解死亡的本質和尊敬性，會讓我們學會更珍惜生命的價值所在，一旦面臨死亡的情境 (病患的死亡)，會比較容易抱持正向、鼓勵的態度來接受面臨的情況，進而降低恐懼感的束縛。

從出生到死亡過程，那其實牽扯到哲學而且還有牽扯到宗教。不同宗教對生命詮釋有不同想法，……，就是我覺得宗教方面是一個不可或缺的元素。(B-N1.1-02-III 0201)

有一些認知然後去做一些選擇，……，也可以不需要宗教，他可以有自己的體驗，不一定說一定是哪一個、哪一種學說或者是哪一種

宗教比較正確。(D-D3.2-01-III 0201)

同時，受訪者也指出，透視不同年齡層對死亡的概念與觀點，發現人們恐懼死亡，主要在過去曾經面對過死亡的難受痛苦等，因此，短暫的痛苦難耐與成員的壓力形成，可藉由時間的經驗累積，對死亡的觀點會有探其究理的態度，更能適時的滿足病患的權利與重視生活品質。

2.行（實踐層次）：生命中的第一塊磚

團隊成員除了具備維護自身和他人生命的知識能力之外，也要能夠真正去加以履行，不輕視自己和別人、不踐踏自己和別人、不做出傷天害理的事、都能為自己行為負責，包括面對瀕死病患與家屬之溝通、調適行為演練、以及臨床照顧瀕死病患之護理實習，亦即「生命中的第一塊磚」。

我會覺得這是一個大家庭，而不只是一個團體、團隊而已，……到我們病患跟家屬，這種互動大多有一定的默契在。(A-V2.5.2-01-III 0202)

此外，從受訪者 B-N5、A-G1、C-D1、C-Sw 與 D-N4 的陳述語句中提及到：其實病患是我們的老師，真正受苦難的是他，可是他好像可以帶給我們心靈上的想法和一些處理方法。

常常病人到醫院來的時候，都已經到末期了，……，他會在各種對話過程，讓他產生一個信賴感。(A-V3.4.2 -02-III 0202)

此外，有受訪者也提及在安寧病房這一塊，可以從生命教育當中為病患找到「該做的事情，現在所做，將來可預見」的意義，所以亦覺得必須要真的了解如何學習尊重病患，指出可以從病患的家是在哪裡，還有病患本身這輩子做了什麼事情是值得我們去肯定的，去幫他發現「這一塊」，其實就是從他的經驗裡發掘一個生命的過程，也就是幫他彌補這個「缺陷」。

3.思（情意層次）：躍進生命的恢弘

此部分強調應該具有人文關懷、社會關懷和正義關懷，而且能夠不斷的自我省思，欣賞和熱愛自己和他人的生命，亦即「躍進生命的恢弘」。

受訪者表示當面對病患瀕死及死亡恐懼、態度的覺察、探索生與死關係之意義及價值觀的分享、照顧末期病患之經驗與個人感受時，要能以同理心（如果今天躺在病床上的是我）來對待病患及家屬，這是很深層的存在自己內心東西，而要透過臨床經驗不斷學習要怎樣找到正向的信念。

我們（團隊成員）現在以一個生命當作一個工作的價值，一個末期病人也有一個生命的價值！我們要發掘他各個階段的生命的價值，……，就是他背後還是有他經驗的價值。（D-D1.4.1-01-III 0203）

綜合上述，從安寧療護的實際照顧來累積經驗，透過不同時期與病患及家屬的相處、互動，從照顧中學習未來遇到類似情境的應對，因為療癒過程是一種因緣顯現，沒有時間表可以預測。此外，生命教育的實施，若能藉由「知、行、思」的方式，則將會發揮其效果，因此，包括個人面對瀕死及死亡恐懼、態度的覺察、探索生與死關係之意義及價值觀的分享、照顧末期病患之經驗與個人感受、以及因應行為之討論。Kübler-Ross (1975) 提出，此五階段不是固定不變或趨於一致，而是每個階段的「變化」到下一個階段是該如何協助病患擺渡該階段的過程。本研究的設計主要透過此次與安寧療護團隊間焦點訪談的對話，可深入了解團隊成員在臨終病患面臨死亡的前置作業、對教育訓練的在意廣度，以及如何安撫病患坦然面對死亡及以同理心對待病患的看法，經由整理可歸納出最終的三個方向（如圖 5）：首先，在意廣度（教化內在的轉變過程）；其次，尋路歷程（當我決定繼續走下去）；最後，活化機制（沒有終點的關懷）。

歸納上述研究，團隊成員應先行自我檢視「面對病人死亡的悲傷情緒」、「勝任悲傷輔導的能力與限制」，以及「面臨不確定與突發狀況的容忍度」，方能達成增進事前準備以減輕壓力負荷的較佳調適狀態。換言之，當團隊成員面對病患的身心靈需求、情緒變化與未知暴力的恐懼、協助病患及家屬的心理支持、與病患身體狀況變得嚴重等，這些因素都會增加團隊成員的挫折感

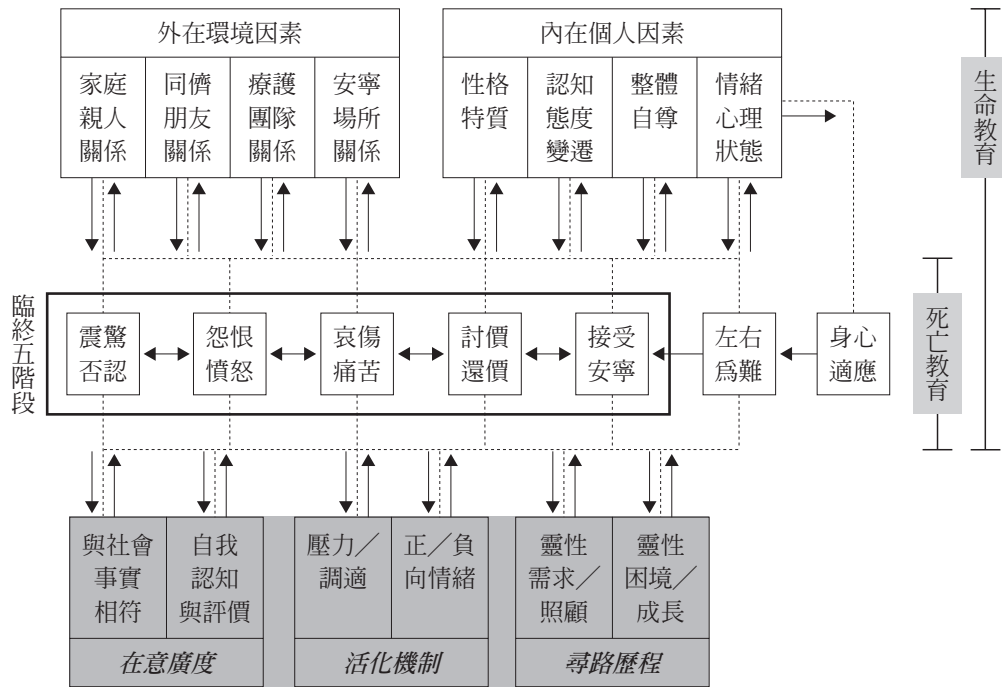


圖 5：臨終階段、生命教育與團隊成員工作調適之歷程

與壓力感，此外，成員間的溝通不良、意見分歧與流動率過快，亦會帶來其他成員相當程度的壓力。此外，安寧團隊成員之工作壓力在支持團體或安寧療護的社會工作人員於提供身心照顧及安頓的同時，亦可深入其他團隊成員的心理調適，並於未來方案規劃與教育訓練上有所依據。最後，當安寧團隊進行成員的徵選時，除了考量成員的背景、實際照護經驗等因素外，亦可深究成員的人格特質是否適合安寧團隊工作以及與其他成員的互動和諧等。

伍、綜合討論

重視團隊學習的組織學習環境下，對認知性的經驗（病患和團隊成員間的真實感受）有正向的影響關係。透過價值引導的教育訓練來學習，即成員間能有相約成俗的知識經驗為依據，可達到整體效率的增加而避免團隊成員的流動率過快的窘境。因此，安寧療護團隊成員本身的工作經驗與訓練，透過生命教育的認知，來描述成員如何將工作經驗散布到工作場域之外。

一、團隊成員間的互動：生命教育的概念指引與選擇

有多數受訪者指出，安寧病房是比一般病房更有機會接觸死亡，但是，在團隊成員如何進行與病患及家屬間的「對話」，是一大困難，包括：當病患踏上死亡的時候，團隊成員當下該怎麼去做，具體而言，就是「如何做，做些什麼」的問題。團隊成員皆認為要以客觀對象去觀察病患及家屬，更需要重視病患、家屬與團隊成員間之自主的關聯性，這與許多相關研究有一致，例如：李榕峻（2006: 31-79）、陳展航（2004: 35-42）、賴允亮（2003）等研究。在受訪者與病患間的互動情形，會影響未來照顧其他病患的過程，是說明團隊成員因生命教育的注入，讓團隊成員面對病患及家屬的心理支持、處理家屬的情緒等，皆有相當程度的幫助。

二、觸及我心的悸動：與生命教育的另類接觸

受訪者也擁有在小時候的一種啓蒙的生命教育，強調要認同自己該做的、自己的認知、自己的態度與自己該怎麼做，這是在生命教育的認知上，受訪者大致所了解的，亦即由生論死到由死論生的循環歷程；此外，也指出怎麼去尊重自己、尊重他人，以及扮演好自己應有的角色。

從受訪者或其體驗到他人的說法中「感同身受」，如何面對生命終點，亦即從病患死亡前的擔憂到臨終時刻的釋懷，因為每個轉到安寧的病患及家屬，背後都有更深層的意義（生命歷程的創傷或悲傷經驗），探索什麼叫做生命的意義，這與高國書、龍紀萱與施勝烽（2008）、胡昭媚（2007）、蔡昌雄、蔡淑玲與劉鎮嘉（2006: 133-164）、趙可式（2007）的研究有一致，其實，就是一連串你（病患及家屬）可以與我們（團隊成員）分享的一段即興表演。

然而，本研究發現：受訪者為本身對生命教育的知識不足，再加上家屬拒絕談親人的死亡議題，主要原因追究於難以承擔病患及家屬的恐懼與容易進入病患及家屬的負面情緒，形成兩極化的矛盾。在既有價值瓦解，新的價值觀尚未確立之際，處境是很茫然無助的（張美惠，2006），亦即「普世價值」。因此，某些人而投入修行的團隊，不管是因為身體、心理或靈性的困擾，這群人在修行的道路上，開始自我價值重建，重新塑造認知的感官世界。

三、靈性照顧的可近性：親身體驗（病患及家屬）， 身歷其境（團隊成員）

病患、家屬與安寧療護團隊成員間發展的重要性來自兩個方向：癌症病患量的舒緩與醫療照護品質的省思，亦即安寧療護的照顧模式，是以「病患與家屬」為出發點，替病患找出更令人滿意的照護方式，例如：病患如果找不到自我的價值（存在的價值）、傾聽家屬的聲音、團隊成員知道如何尊重病患、靈性照顧者必須擁有相當程度的靈性體驗，才能與病患產生靈性溝通等，此發現與胡昭媚（2007）、許禮安（2003）、石世明與余德慧（2001: 1-36）等研究大致相同。此外，「外在環境因素」（例如：家庭親人、同儕朋友、療護團隊及安寧場所等關係）與「內在個人因素」（例如：性格特質、認知態度、整體自尊及情緒心理狀態等），在無意間都會增加安寧療護團隊成員的壓力困境。

四、生與死的哲學：生前未知的宿命論， 生命盡頭的第二次機會

團隊成員面對死亡問題，除了使成員間在安寧照護上形成挫折，也導致個人主觀內在情緒的波動，而造成安寧的路途上，遊走於離開或是留任，其影響性值得再深究。研究發現有近九成的照顧者認為靈性議題應該具備有意義的信念（例如：哲學、不同宗教對生命的詮釋與探索由死論生的意義及價值觀等）。此外，人因為有肉體存在，必須透過安寧來減緩疼痛，人因為有精神活動，必須透過安寧來安撫心理和靈性層面的照護，就像是古人的智慧：安寧就是撫慰，安撫即是寧靜，強調病患的心靈安頓與人性尊嚴，即結合了醫學、心理學與宗教內容的探討，以及協助患者尋找他們的價值，亦與洪芸櫻、洪娟娟與蘇以青（2007）、Bridge（2007a）、蔡昌雄、蔡淑玲與劉鎮嘉（2006: 133-164）、沈麗靚（2004）等皆有相同發現。此外，B、C 與 E 醫院的團隊成員認為需要生命教育的同時，亦要了解各宗教針對某些生死的看法和哲學觀很重要，至少這是一個很明確。

五、團隊成員壓力／調適：開啓一扇窗，讓悲不再傷

團隊成員個人因應壓力之方式會隨著個人的成長學習和處於情境的不同，隨時自我調整。就如在生命科學上，我們的細胞具有生長、復原與再生的能力，這般的修復能力，展現出平衡的生命能量，這幕後的浩瀚工程拜我們的DNA所賜，亦即在團隊成員面對壓力困境與調適方法為後盾之下，即修復 (repair) 自我的價值觀與經驗複製 (replication) 的分享，來面對病患的死亡與未知的恐懼、病患的身心靈需求與情緒變化、瀕死或死亡及家屬的心理支持、處理病患及家屬的情緒等，除了修復 (補) 心理團隊成員、病患與家屬外，還具有啓發教育的功能，因此相較之下，與國內外學者研究有相同發現，例如：高國書、龍紀萱與施勝烽 (2008)、李榕峻 (2006: 31-79)、陳展航 (2004: 35-42)、蔡麗雲與李英芬 (2003: 143-160)、Seaward (2003)、蕭仁釗 (1998: 21-26) 等研究與論述。本研究依據訪談資料的逐字稿，試著整理出團隊成員工作調適之關鍵，並釐清團隊成員面臨工作壓力與調適之要務 (如圖 6)：首先，自我覺察 (self-consciousness) (D-N1.5.2-01-III 01)；其次，自我調整 (self-modulation) (B-N3.5.2-01-III 01)；再者，經驗轉換 (transduction of experiences) (C-D1.1-02-I 02)；最後，知識分享 (sharing of knowledge) (C-D1.5.2-02-III 01)，本研究將上述四項統稱為「安寧四重奏」(quartets of hospice care)。

陸、研究發現的應用價值

本研究認為，了解團隊成員在凝聚向心力與建構同理心的動機驅使下，進一步指引病患及家屬獲得「信心」與「信任」的動力，更可探尋團隊成員的意識與真實性，可從安寧團隊成員對特定場域的小團體之互動特質，帶來不同程度上的啓示。團隊成員應先行自我檢視「面對病人死亡的悲傷情緒」、「勝任悲傷輔導的能力與限制」，以及「面臨不確定與突發狀況的容忍度」，方能達成增進事前準備以減輕壓力負荷的較佳調適狀態。在團隊成員的正負向情緒與壓力調適下，有關安寧療護團隊的壓力源 (照顧任務) 與壓力反應之

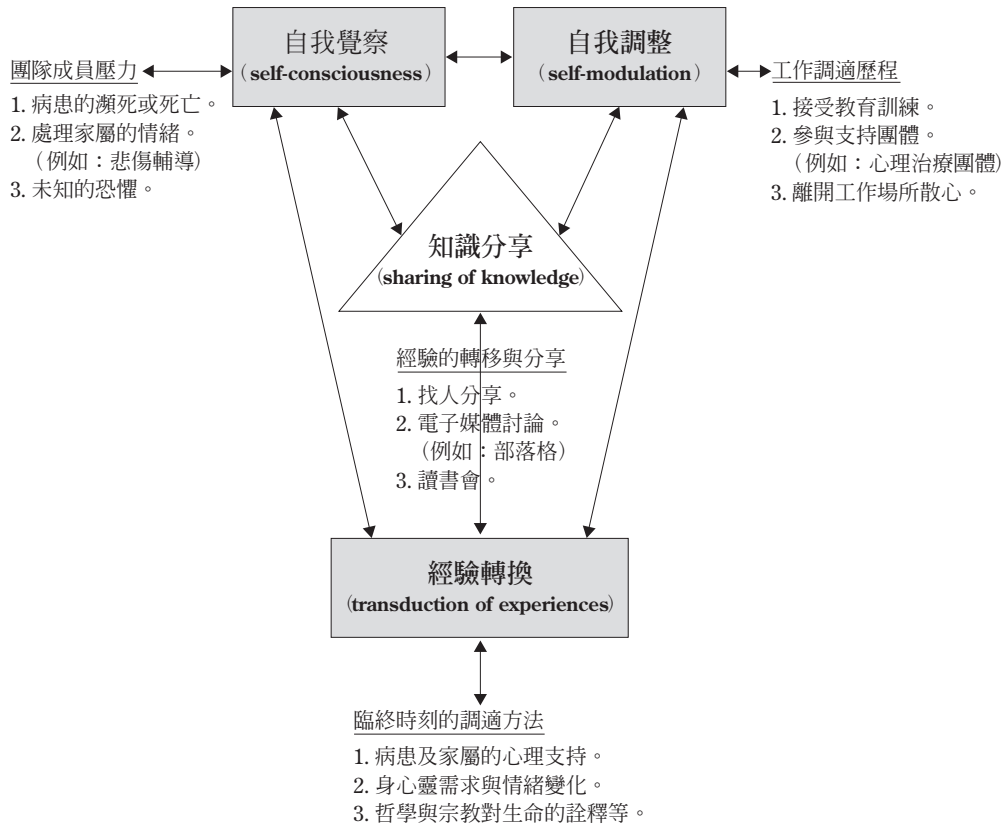


圖 6：團隊成員工作壓力與調適之安寧四重奏

調適為：離開職場或離開工作場域去散心、接受教育訓練、與人分享、參與讀書會、尋求支持團體，以及在電子媒體討論臨床經驗。此外，有安寧療護團隊會透過「讀書會」這一類的支持力量，可以讓有些比較閉合不講話的護理人員融入團隊成員間的互動，所以贊同團隊合作是需要支持力量的加持，這是關係到團隊能不能和諧運作的一個關鍵因素。

此外，為了解團隊成員如何將無法具體的內隱知識（實際經驗）與外顯知識（累積知識）的彼此轉換，團隊成員實際臨床照護經驗與教育訓練所累積知識的轉換過程，即以內隱與外顯知識的轉換，來說明知識動態的創造與成長，主要來產生「精緻、貼切而非抽象」的知識，例如：團隊經驗、腦力激盪、默契、協調、合作與教育學習等，以指引團隊成員在未來提供療護工

作時，有好的擷取機制。首先，「內化 (internalization)」將外顯知識移轉至內隱知識，如團隊成員可將理論的知識透過實務中學習（例如：手冊的研讀）；其次，「社會化 (socialization)」將內隱知識（例如：臨床經驗、技術等）透過內隱學習，經由同化、調節過程，從某一團隊成員移轉至另一團隊成員（例如：組織學習）；再者，「外化 (externalization)」將內隱知識轉為可定義、可訴諸文字的外顯知識（例如：團隊成員與案例資料、處理流程）；最後，「組合化 (combination)」將目前現有的外顯知識，經由分享、分類、分析與詮釋，而創造出另一外顯知識，以達到綜效的效應。

最後，本研究與其他研究不同之處在於：對團隊成員而言，以面對壓力所採取的調適策略為後盾，對病患及家屬而言，是以團隊成員為後備的支持力量。此外，受訪者也指出，假如自己未來也面對進住安寧病房時，除了體諒家屬長期照顧時所產生的預期性悲傷外，亦在乎家屬未來失落的意義與治療的力量，實蘊藏在悲傷的過程裡。因此，為提昇團隊之知識分享，在團隊成員之階段要務與調適，除加強團隊成員間之信任感與良性互動外，更重要的，應從成員之自我效能著手（例如：增加成員在專業領域之自信心），以期提昇團隊之整體效能，因此，知識分享對於團隊效能亦呈現顯著的正向影響。

附錄 A：焦點團體訪談大綱

- 一、請問（你）在臨床上，有無接觸或接受過什麼樣的實際照護經驗？如有，那是什麼樣的情形，那教育訓練有無派上用場？
- 二、請問（你）認為我們從事安寧療護工作者，需要接受何種教育訓練呢？（你）對再教育的內容有什麼樣的看法？
- 三、無論（你）是否有無接觸或接受靈性照顧或悲傷輔導的訓練，那你認為應該還有哪些內容？
- 四、(一)（你）認為我們從事安寧療護工作者，如何處理病患與家屬的療癒需求？為什麼？（4.1）
(二)（你）認為靈性照顧、悲傷輔導等訓練與安寧療護工作之間的關聯性為何？（4.2）
- 五、(一)（你）認為目前自己所屬的安寧療護重視團隊內部協調嗎？機制如何運作？如果遇到成員間有壓力困境，如何協助其調適？（5.1）
(二)怎樣是良好安寧療護團隊運作情形或支持力量？（5.2）

附錄 B：建構類屬及概念化的發展議題與編碼

◆形成各概念之關鍵語句◆

分類	概念		捕捉重要線索	
	主範疇	副範疇		
在意廣度 教化內在的 轉變過程	與社會事實相符 (當生命的電池 耗盡時)	1. 個人(團隊成員)的經驗 2. 人本的力量 3. 自我的定位 4. 意念(intent)的聲音		
	自我認知與評價 (如何面對生命 終點)	1. 團隊成員的聲音與認知 2. 大眾的聲音與認知		
尋路歷程 當我決定繼 續走下去	靈性需求/照顧 (活著是一種恩 賜)	1. 起：靈性照顧	感官—人性尋路	
	靈性困境/成長 (死亡是必經地)	2. 承：靈性需求 3. 轉：靈性困境 4. 合：靈性成長	知識—知性尋路 心智—賦權尋路 心靈—整體尋路	
活化機制 沒有終點的 關懷	壓力/調適 (死亡來臨前仍 舊期待「奇蹟」)	1. 場域—莫名壓力 (「身」陷其中，揮之不去的壓力) 2. 挑戰—排除障礙 (呼之則來，迫切尋求奧援)	(1)尋求奧援 (2)排除障礙	
	正/負向情緒 (在愛與淚水交 會的歌聲中看見 安寧之美)	1. 知：認知層次 (從永恆的生命談起) 2. 行：實踐層次 (生命中的第一塊磚) 3. 思：情意層次 (躍進生命的恢弘)	(1)輸入 (inputs) (2)輸出 (outputs) (1)檢閱回顧 (reviews) (2)核實查證 (verifications) (1)暗喻結論 (validations)	

◎類別資料編碼邏輯：

E-N2.5.1-03-III 0203

：醫院別
：團隊成員，第二位護理人員
：題目
：N 成員第 3 次回答
：歸類在第 III 類，活化機制
：第 3 個副範疇，思(情意)
：第 2 個主範疇，正/負向情緒

逐字稿中的代號：

D：代表醫師，
N：代表護理人員，
Sw：代表社工師，
G：代表宗教師或靈性關懷師，
V：代表志工。

參考資料

A. 中文部分

- 王國川、翁千惠（譯）（Richard E. Boyatzis 原著）
2006 《質性資料分析——如何透視質性資料（*Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*）》。台北：五南。
- 王國為、張奕華、許正妹、黃世奇、劉世閔、羅國俊
2006 《質性研究資料分析與文獻格式之運用：以 QSR N6 與 EndNote 8 為例》。台北：心理。
- 石世明、余德慧
2001 〈對臨終照顧的靈性考察〉，《中華心理衛生期刊》14(1): 1-36。
- 吳芝儀、李奉儒（譯）（Michael Quinn Patton 原著）
1995 《質的評鑑與研究（*Qualitative Evaluation and Research Methods*）》。台北：桂冠。
- 吳朝森
2004 「整合社會交換理論與社會認知理論探討團隊成員之知識分享」，崑山科技大學企業管理研究所碩士論文。
- 李政賢（譯）（Catherine Marshall and Cretchen B. Rossman 原著）
2006 《質性研究：設計與計畫撰寫（*Designing Qualitative Research*）》。台北：五南。
- 李榕峻
2006 「安寧療護醫療團隊工作壓力與壓力調適之研究」，慈濟大學社會工作研究所碩士論文。
- 沈麗靚
2004 「安寧護理人員靈性概念之建構研究」，南華大學生死學研究所碩士論文。
- 林素如
1990 「癌症病房護士工作壓力與因應方式之探討」，國立臺灣大學護理研究所碩士論文。
- 邱仲峰
2001 「安寧緩和療護品質的探討：比較安寧療護病房與非安寧療護病房之療護品質差異」，臺北醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 洪芸櫻、洪娟娟、蘇以青
2007 《安寧與緩和照護：概念與實務》。台北：五南。
- 施貞夙
2006 《幽谷伴行：生命低潮期的心靈照護》。台北：原水。
- 胡昭媚
2007 「安寧病房癌末病患與佛教臨床宗教師的交談經驗研究」，南華大學生死學研究所碩士論文。
- 胡瑞桃
2000 〈加護單位護理人員對其工作壓力來源之反應及調適〉，《長庚護理》11(2): 20-29。
- 唐秀治
2004 〈系統性審查檢閱安寧緩和照顧效益文獻——邁向以實證為基礎之臨終照顧〉。行政院衛生署國民健康局九十二年度科技研究發展計畫。

徐惠琳

- 2005 「建構取向生命教育融入國文課程教學影響之探討——以技職院校五專部學生為例」，南華大學生死學研究所碩士論文。

高國書、龍紀萱、施勝烽

- 2008 〈探索生命教育與安寧工作者職場耗竭調適之關聯〉。發表於「2008年第三屆中部地區各大學社會工作相關科系論文發表會」，台中：亞洲大學。

高薰芳、林盈助、王向葵（譯）（Joseph, A. Maxwell 原著）

- 2001 《質化研究設計：一種互動取向的方法（*Qualitative Research Design: An Interaction Approach*）》。台北：心理。

張光甫

- 1995 〈談生命教育〉，《輔導通訊》44: 3-4。

張和美、陳昭惠、藍麗美

- 2005 〈新生兒加護病房預期醫護人員流動與工作壓力之研究〉，《榮總護理》22(2): 139-148。

張芬芬（譯）（Matthew B. Miles and A. Michael Huberman 原著）

- 2005 《質性研究資料分析（*Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*）》。台北：雙葉書廊。

張美惠

- 2006 《當綠葉緩緩落下》。台北：張老師文化。

張淑美

- 1998 〈從美國死亡教育的發展論我國實施死亡教育的準備〉，《學生輔導雙月刊》54: 32-43。

- 2001 《生死本一家：死亡教育是臨終教育還是生命教育》。台北：天下。

許禮安

- 2003 〈將安寧緩和醫療觀念融入醫療體系試辦計畫〉。行政院衛生署國民健康局九十二年度科技研究發展計畫。

陳展航

- 2004 〈心理壓力的紓解〉，《研習論壇》41: 35-42。

陳盛文

- 2004 「安寧護理人員的專業角色調適」，南華大學生死學研究所碩士論文。

陳開宇

- 2007 〈生死兩相安—認識安寧療護與臨終關懷〉。發表於「蓮花基金會第六屆『佛法與臨終關懷研討會』——佛教悲傷輔導初探」，台北：台灣科技大學。

陳慶餘

- 2003 〈緩和醫療癌末病人症狀群集性之研究〉。行政院衛生署國民健康局九十二年度科技研究發展計畫。

溫沛淇

- 2006 「急診護理人員工作壓力與因應行為之研究」，中臺科技大學醫護管理研究所碩士論文。

傅偉勳

- 1993 《死亡的尊嚴與生命的尊嚴》。台北：正中。

黃瑞珍、黃珊、林麗滿、孫愛德

- 2001 〈手術室護理人員工作壓力、離職意願與離職行為之相關性研究〉，《榮總護理》17(3): 1-11。

黃瓊億

- 2004 「團隊成員人格特質、團隊運作對團隊效能的影響」，國立中興大學企業管理學系研究所碩士論文。

楊克平

- 2003 《安寧與緩和療護學——概念與實務》。台北：偉華。

賈巧玲、黃燕玲

- 2005 〈護士心理壓力來源及自身應對措施〉，《包頭醫學院學報》21(3): 298-299。

葉重新

- 2001 《教育研究法》。台北：心理。

趙可式

- 2007 《安寧伴行》。台北：天下。

潘雪幸、丘周剛、丘周萍

- 2003 〈照顧 SARS 病人護理人員的壓力及其因應行為之初探〉，《臺灣腎臟護理學會雜誌》2(2): 120-128。

蔡昌雄、蔡淑玲、劉鎮嘉

- 2006 〈死亡焦慮下的自我照顧——以安寧護理人員為例〉，《生死學研究》3: 133-164。

蔡麗雲、李英芬

- 2003 〈安寧緩和護理人員的壓力源、壓力反應與調適策略之探討〉，《安寧療護雜誌》8(2): 143-160。

賴允亮

- 2003 〈本土安寧療護團隊喪親服務模式建立之研究〉。行政院衛生署國民健康局九十二年度科技研究發展計畫。

賴怡妙

- 1998 「死亡教育團體方案對臺灣師大學生死亡態度與生命意義感之影響」，國立臺灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。

蕭仁釗

- 1998 〈安寧療護專業人員之壓力問題〉，《安寧療護雜誌》10: 21-26。

B. 英文部分

Anderson, C.

- 2002 "Past Victim Future Victim," *Nursing Management* 33(3): 26-30.

Apker, J.

- 2002 "Front-Line Nurse Manager Roles, Job Stressors, and Coping Strategies in a Managed Care Hospital," *Communication Quarterly* 50(2): 75-81.

Balfour, M. and O. C. Mount

- 2003 "Integrated Whole Person Care," *Palliative Medicine* 17: 657-658.

Barbara, J. H.

- 2003 *Healing Environments: Design for the Body, Mind and Spirit*. Alexandria, VA: Medezyn Press.

- Bensley, K. B.
1975 *Death Education as a Learning Experience*. Washington, DC: Clearinghouse on Teacher Education. (ERIC Document Reproduction Service No.ED115850)
- Berg, B. L.
1998 *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Bridge, D. T.
2007a "The Assessment of Spiritual Needs," Paper Presented at 2007 Spiritual Care Conference on Hospice Care: Needs and Professional Education. Taichung, China Medical University, November 3.
2007b "Healing without Curing," Paper Presented at 2007 Spiritual Care Conference on Hospice Care: Needs and Professional Education. Taichung, China Medical University, November 3.
- David, F. and K. Charlotte
1986 "Coping with Death: The Practical Reality," *Nursing Times* 19: 33-34.
- Davidson, G. W.
1985 *The Hospice: Development and Administration*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Dein, S.
2005 "The Stresses of Volunteering in a Hospice: A Qualitative Study," *Palliative Medicine* 19: 58-64.
- Eddy, J. M. and W. F. Alles
1983 *Death Education*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Ernst, M. E., P. R. Messmer, M. Franco, and J. L. Gonzalez
2004 "Nurses' Job Satisfaction, Stress, and Recognition in a Padiatric Setting," *Pediatric Nursing* 30(3): 219-227.
- Grunfeld, E., L. Zitzelsberger, M. Coristine, T. J. Whelan, F. Aspelund, and W. K. Evans
2005 "Job Stress and Job Satisfaction of Cancer Care Workers," *Psycho-Oncology* 14(1): 61-69.
- Hannigan, B., D. Edwards, and P. Burnard
2004 "Stress and Management in Psychology: Findings from a Systematic Review," *Journal of Mental Health* 13(3): 235-245.
- Hardt, D. V.
1975 "Development of an Investigatory Instrument to Measure Attitudes toward Death," *The Journal of School Health* 45(2): 96-99.
- Hu, W. Y., T. Y. Chiu, R. B. Chuang, and C. Y. Chen
2004 "Why Taiwanese Hospice Patient Want to Stay in Hospital: Health-Care Professionals' Beliefs and Solutions," *Supportive Care in Cancer* 12(5): 285-292.
- Isikhan, V., T. Comez, and M. Z. Danis
2004 "Job Stress and Coping Strategies in Health Care Professionals Working with Cancer Patients," *European Oncology Nursing Society* 8: 234-244.

- Kastenbaum, R.
1997 *Hospice Care on the International Scene*. NY: Springer.
- Kübler-Ross, E.
1975 *Death: The Final Stage of Growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
1981 *Living with Dying*. New York: Macmillan.
1994 *The Wheel of Life: A Memoir of Living and Dying*. California: William Morris Agency Press.
- Kurlychek, R. T.
1977 "Death Education: Some Considerations of Purpose and Rationale Educational," *Educational Gerontology* 2(1): 43-48.
- Leviton, D.
1977 "The Scope of Death Education," *Death Education* 1: 41-56.
- Lewis, R., G. Douglas, H. Marielle, and P. Bruce
2004 *Life Science*. NY: McGraw-Hill, Inc.
- Lowe, R. and P. Bennett
2003 "Exploring Coping Reactions to Work-Stress: Application of an Appraisal Theory," *The British Psychological Society* 76: 393-400.
- Maher, E. J. and A. Jefferis
1990 "Decision-Making in the Management of Advanced Cancer of the Head and Neck: Variation in the Views of Medical Specialists," *Journal of the Royal Society of Medicine* 83: 356-359.
- Marshall, C. and G. B. Rossman
1995 *Designing Qualitative Research*. California: Sage Publications, Inc.
- Martinez, S. and J. Wagner
1993 "Hospice Care," pp. 1432-1450 in S. L. Groenwald, M. H. Frogge, M. Goodman, and C. H. Yarbro (eds.), *Cancer Nursing: Principles and Practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Mason, J.
1996 *Qualitative Researching*. California: Sage Publications, Inc.
- Morgan, D. L.
1998 *Planning Focus Groups: Focus Group Kit 2*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mutchnick, R. J. and B. L. Berg
1996 *Research Methods for the Social Sciences: Practices and Application*. MA: Allyn and Bacon.
- Neuman, W. L. and L. W. Kreuger
2003 *Social Work Research Methods: Qualitative and Quantitative Application*. MA: Allyn and Bacon.
- Philip, A. M. and Shilling Chris
1993 "Modernity, Self-Identity, and the Sequestration of Death," *Sociology* 27(3): 411-431.
- Rosenberg, D. N.
1982 "Holistic Therapy with Alcoholism Families," *Alcohol, Health and Research*

- World* 6: 30-32.
- Ruszniewski, M. and L. Zivkovic
1999 "Difficulties Faced by Hospital Palliative Care Teams," *European Journal of Palliative Care* 6(1): 11-14.
- Seaward, B. L.
2003 *Managing Stress Emergency Medical Services*. NY: Jones and Bartlett Press.
- Sheehan, D. C. and W. B. Forman
1996 *Hospice and Palliative Care: Concepts and Practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Strauss, A. L.
1990 *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. California: Sage Publications, Inc.
- Teresa, C. M.
1999 *Hospice Care and Culture: A Comparison of the Hospice Movement in the West and Japan*. Vermont: Ashgate.
- Thomas D. R.
2000 *Qualitative Data Analysis: Using a General Inductive Approach*. Health Research Methods Advisory Service. New Zealand: Auckland University.
- Vachon, Mary L. S.
1998 "Recent Research into Staff Stress in Palliative Care," *European Journal of Palliative Care* 4(3): 99-103.
- Vaughn, S., J. S. Schumm, and J. Sinagub
1996 *Focus Group Interviews in Education and Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wass, H., C. A. Corr, R. A. Pacholski, and C. M. Sanders
1980 *Death Education I: An Annotated Resource Guide*. WH: Hemisphere Pub. Cor.
- Wolcott, H. F.
2001 *Writing up Qualitative Research*. California: Sage Publications, Inc.
- World Health Organization (WHO)
1990 "Cancer Pain Relief and Palliative Care," Technical Report Series NO. 804. Geneva: WHO.
1995 *National Cancer Control Programmes: Policies and Management Guidelines*. Geneva: WHO.
- Zola, I. K.
1972 "Medicine as an Institution of Social Control," *Sociological Review* 20: 487-504.

The Adjustment Process for Taiwanese Hospice Care Team Members

Sheng-feng Shih

Lecturer

Department of Social Work, Meiho University

Ph.D. Student

Graduate School of Management, Yuan Ze University

Chi-hsuan Lung

Assistant Professor

Department of Senior Citizen Service Management

National Taichung Nursing College

Jonathan C. Ho

Associate Professor

Graduate School of Management, Yuan Ze University

ABSTRACT

Objectives: The relationship between practitioners and their work on hospice care teams was the main concern of this study. **Methods:** This study used a qualitative research method. We chose five hospitals (5 groups, n=40) for focus group interviews among Taiwan hospitals by purposive sampling, selecting among those which had instituted palliative care wards and had practitioners with hospice care experience of more than half a year. We edited transcripts of interviews and coded these experiential data into comprehensive text sections based on categories of the interview outline. **Results:** Practitioners continuously adjusted themselves to care assignments on duty, and the way they would adopt while dealing with stress is dependent on growth experience and workplace environments. The study found that practitioners would unconsciously get stuck in more stress derived from patient's predictable death, unknown fears, body-mind-spirit needs and emotional fluctuations

and even for providing mental and emotional support to patient's families affected by the coming death of loved ones. Therefore, practitioners often need to adjust their own life values and replicate the clinical experience in order to share it with associated workers and need to help patient's families cope with overwhelming grief. **Conclusions:** In order to decrease the burden of hospice care, practitioners should actually realize their true emotions arising from patient's death, their competence in assisting patients and their families through sadness, and their tolerance of uncertainty and emergencies while on duty. This study summarized the key to practitioners' adjustments to hospice care and clarified the actions practitioners would take, called "quartets of hospice care", including self-consciousness, self-modulation, translation of care experience and sharing of knowledge. Finally, practitioners should concentrate on improving the quality of hospice care and patient's good death through clinical experience, education and training in order to help patients and their families strike a balance during the periods of hospice care.

Key Words: hospice care team, adjustment process, qualitative research, focus group interviews.