

第一章 緒論

第一節緣起

最好不要讓家屬感覺到，你們是來勸募器官的。¹

器官捐贈率在台灣，一直都處在低迷的狀態，就民國 93 年的捐贈人口來看，雖然有兩千多人上網登錄等待器官移植，然而卻只有一百多人捐贈器官，各器捐單位為提高捐贈率，從各制度面(包括移植親屬器官從三等親放寬至五等親)，醫療技術面(對於腦死定義的確立，目前台灣以腦幹死為死亡標準)，勸募技術面(開放上網登錄，甚至是獎勵制度：衛生署以現金獎勵的方式鼓勵器官捐贈，其將補助捐贈者三萬至五萬的慰問金。²)，但是效果不彰。許多相關人員也一直探討到底是什麼樣的原因造成這樣的結果，討論出可能是捐贈者家屬對死亡的認知不夠，以及醫療人員無法克服告知家屬死亡的勇氣，或是「保留全屍」的觀念仍影響民眾。目前台灣簽署器官捐贈卡者共有 49 萬人，³但是器官捐贈卡的使用法律效力不高，因為即使簽署器捐卡，捐贈者臨死前雖同意捐出器官，然而由於家屬的意願與捐贈者不符，而讓器捐卡形同虛設，因此如何勸導家屬去捐贈，這些社工員(器捐協調員)的勸募行為在器官捐贈的過程中就變得相當重要。

以一位社工員的個人經驗來說，他認為在台灣的醫院裡頭進行器官勸募確實有其困難，因為台灣人相當避諱死亡。不過器官移植是一項與時間賽跑的技術，當醫生判斷病患為腦死的同時，也設定其為「潛在的捐贈者」，⁴醫生會囑託社工員，開始向家屬告知這個「潛在的捐贈者」隨時會死亡，是否要捐贈器官，通常一開始很難獲得家屬的首肯，因為家屬對潛在捐贈者的即將死亡，大多處於否認或是不可置信的狀態，除非家屬對病情已有相當程度的了解。不過在此時要家屬冷靜的考慮捐贈器官，是件不容易的事，也常有馬上遭到拒絕的時候，因此不方便在此時提出器捐要求，不過這一階段也是器官捐贈的提早鋪陳，先告知家屬要他們做好心理準備。

家屬通常在社工師的輔導與安慰之後可以冷靜下來，慢慢接受事實，社工師

¹ 引自 Ns 社工員的訪談內容。

² 請參考聯合新聞網，2004，推動器捐，衛署利誘：
<http://140.134.32.60/news/2004-05/2004-0530-0345.htm>

³ 請參考基督教論壇網站：<http://ct.org.tw/index2.asp?iContNo=75946&mbrseq>。

⁴ 「潛在性的捐贈者」指的是醫生判斷病人昏迷指數三分，無自呼，瞳孔無反應，如果符合以上的條件，這個病人很可能成為器官捐贈者。

再一次向他們進行勸募，多多少少就可以成功。不過讓人好奇的是：這些社工員以及器捐協調員是如何讓悲痛的家屬冷靜下來，進而同意捐出器官呢？就社工員的說法，通常他們會以「遺愛人間」的說法來勸導家屬，告訴他們即使死者離開，但留下的器官可以幫助更多人，或是以獎助金(及喪葬補助費)給予鼓勵等等。但此時遇到最大的困難，即是去說服家屬對於死者死後的遺體處理認知，如要避免家屬拒絕的可能，最好就是先了解家屬的死亡認知，注意觀察家屬在面臨死者往生時所產生的反應，經由這些觀察，再進行悲傷的輔導與捐贈的說服。因此社工師除了進行死亡之後的情緒處理跟輔導之外，同時也要去教導家屬重新認識死亡，要他們去認識因為器捐必須接受的死亡新知識，包括腦死的觀念，儘量克服保留全屍的想法等等，不過這勢必會與民眾既有的死亡觀造成衝突，如同日本民眾由於無法接受腦死的觀念，而導致宣導器捐上有困難。由於家屬本身與社工師對於器捐的觀念不同，因此這個重新認識死亡的過程會遇到各種不同死亡認知介入而有所影響。

第二節 問題意識

我們都「知道」何謂死亡；除非有人追問一個清楚的定義——什麼是我們「真正了解」的死亡。這下麻煩便來了。人們最後會發現，要定義死亡其實不可能。但是人們卻永不止息的企圖加以定義。總想(在知識層次上)掌握它，給他一個適當的位子，而且限定他不准移開。定義死亡絕無可能，因為死亡所代表的乃是終極的空無。因為是——夠怪異地——這個空無、這個非存在者，生命才有了存在。⁵

對 Bauman 而言，整個人類的生命策略充斥著生與死的相互辨證，一種必朽與不朽的抗爭。死亡是什麼？包括死亡的體驗會是什麼？死後將往哪裡去？死後我們又會成為什麼？是每個宗教文化不斷想要去解釋的問題，然而 Bauman 不去闡釋以上問題，也非要我們重新認識死亡，而是要從一種社會制度、文化當中去展演不同的社會文化下的死亡會是什麼。Bauman 認為器官捐贈是一種延續生命，不過卻是「否認死亡」的維生科技，但更深一層來說，器官捐贈反而是一種重新認識死亡的醫療技術。Bauman 在此所認為的否認死亡，是從 Aries 對於溫馴死亡(The Tame Death)的角度——一種將死亡納入日常生活當中，將喪葬禮儀或是屍體做為活人與死人、生與死世界的連結的一個社會狀態。⁶再看現代人處理

⁵ 摘自 Zygmunt Bauman, 1997, 《生與死的雙重變奏》，第 2 頁。

⁶ 其是指溫馴死亡的「溫馴」的定義。Aries 認為古代人對死亡的態度是將死亡視為親近、熟悉的東西。對他們來說，死亡是會消散的、消融的。而我們現代人則視之為碩然的恐怖，甚至不

死亡，皆處於意義上的否認狀態，與其說是否認，不如說是對死亡的恐懼。溫馴死亡並不代表不恐懼死亡，只是把提醒死亡這件事情含括在日常生活當中，不過這在現代醫療介入之後，慢慢將提醒死亡這件事情逐漸隔離在醫院中，因此現代人對於面對死亡常處於不知所措的狀態。醫療當然重視死亡，也深知必須面對死亡的問題，然而 Bauman 認為就因為現代人對死亡的不知所措，所以現今大部分處理死亡的醫療機制都將焦點擺在降低死亡焦慮上，反而更讓這些機制成為否認死亡的欺偽形式。

或許器官捐贈某種程度是 Bauman 所言否認死亡的欺偽形式，不過在溫馴死亡所給予的歷史脈落下，筆者發現器官捐贈的整個運作流程，不只是一種說服捐贈家屬捐出器官的行為，而是說服家屬「接受死亡」方式，包括器捐精神的宣導與說服，社工員的悲傷輔導與陪伴，以及最後屍體的處理，家屬對於死者精神意義上的附加，皆試圖想形構出一個新的死亡儀式，不過這個新的死亡儀式卻與既有的死亡觀念有所衝突，而醫療是如何藉由社工員的說服行為，使民眾既有的死亡觀念改變，進而接受器官捐贈，以及「接受死亡」。

我國器官捐贈的發展始於民國 57 年，亞洲第一例成功的腎臟移植，直到民國 74 年，器官移植捐贈才開始有系統的發展，⁷因此國內關於器官捐贈的研究並不多，大部分的研究都將焦點放在制度與法律權限範圍的討論上(林紋鈴，2001)。由於器官移植做為一種器官讓渡的行為，即使各國法律規定禁止器官販賣，然而第三世界國家器官販賣走私的情況，使得許多研究者紛紛討論器官移植該如何定位，到底器官是做為一種神聖的生命體，還是因為經過這種技術的出現，成了可以讓渡、交易的商品。另外林忠義(2003)就曾針對國內的器捐單位，來探討其制度影響器官捐贈的問題，國外器捐單位為提高捐贈率，多從制度入手，比方西班牙、法國、奧地利採推定同意制，而英國採明示同意制，⁸即使國外器捐單位積極運作，仍無法避免器官供不應求的情況發生。各國對於器官捐贈觀念的宣導也相當重視，其也是以所謂的「利他主義」作為其宣導觀念，然而也有不少研究指出，當家屬面臨捐贈時，會認為此種做法將會侮辱死者地遺體，並認為捐贈器官是可恥的事情，卻能透過經濟上的補償以及宗教說法獲得支持，⁹比方說捐贈者可以藉由捐贈或得救贖，洗清自己的罪過等等觀念，能夠讓家屬改變原有的想法。

敢說出死亡的名字。這就是為什麼，當我們將熟悉的死亡描述成是溫馴的時候，我們其實指的不是死亡像野人一樣，變的可親了。正好相反，我們其實說的是，死亡像昨日還是文明可親的人，今日卻成了野人。最遠古的死亡，是最溫馴的死亡。摘自 Philippe Aries, *L'Homme devant la mort*, p36.

⁷ 摘自台灣移植醫學學會網站，<http://www.transplant.org.tw>。

⁸ 請參照林忠義，《從多元走向反省器官捐贈制度的應有走向——以屍體捐贈為中心》，60 頁。推定同意制指的是排除家屬對屍體的支配權，明示同意制指的是依照器官捐贈卡實行死者意願。

⁹ 請參見 Margaret Lock, 2002, *Twice Dead*, p319。

針對國內器官捐贈風氣不盛的情況，某些研究也指出是什麼樣的原因造成這樣的情形，目前國內的器捐單位雖然連結各器官移植醫院，並且開放上網登錄器官捐贈，不過由於線上器官分配的效果不彰，並未能對器官供應帶來較大的影響。此外在醫院對於器捐宣導方面，醫療人員大部分都處於一種保守的態度，許多研究者認為台灣的器官捐贈風氣之所以不盛，某部分是因為「保留全屍」的文化所致，再加上醫療人員與台灣民眾對於死亡迴避的習慣，也因此造成器官捐贈率低迷的現象。

研究者黃姝文(2000)從各種社會因素、宗教因素、醫療因素，甚或個人之心理因素，來探討家屬在面對勸募時，會有哪些因素影響了勸募的決定。其認為宗教因素是影響中國人捐贈器官很大的原因之一，也就是保留全屍的觀念一直深植在國人心中，當社工師向家屬進行勸募時，多多少少會遇到死者家屬要求能夠保留死者全屍，或是不希望死者死後因沒有全屍而無法復活等等。雖然民間信仰對個人生活的介入並不深，可是某些觀念卻很容易阻礙器官捐贈的推行，不過有趣的是，某些宗教團體為支持器官捐贈這種助人行為，皆聲稱器捐行為其實與教義中捨己助人的理念其實是貼合的，而有些民間宗教的信徒也相信「器官捐贈明明就是助人的行為，就算因為幫助別人而少了眼睛、心臟.....的這種助人行為還會讓人下地獄嗎？」此種說法。¹⁰因此信徒藉著自己所具有的宗教論述，不僅推翻了保留全屍的說法，同時也自己衍生出了一套屬於其自己的器官捐贈的宗教論述。

另外研究中提到的醫療因素也是影響決策的因素之一，包括由誰負責向家屬進行勸募，是社工師或醫師，他們是如何告知家屬死亡，讓其接受團體心理輔導，或提供所謂的喪葬補助費、獎助學金等等。這些環境制度面也會影響家屬的決策，因而改變既有的觀念，甚至成為醫院在進行器官捐贈勸募時有利的籌碼。不過筆者認為，社工師以什麼樣的死亡觀念、說服技巧向家屬捐贈的問題更為重要，然而黃姝文並未對社工員的部分深入探討。由於器官捐贈的過程當中，對於死亡認知的不同，而造成家屬與醫療人員各自對於死亡衍生了不同的意義與認知，而其對於勸捐行為的因素分析，似乎無法更進一步的去了解捐贈家屬與社工相互討論、協調、抗拒、反駁，甚至最後妥協的這個權力相互影響的生動過程。因此筆者想試著從死亡認知出發，了解在這個相互討論、抗拒、反駁、協調的過程當中，社工師與家屬到底是憑著什麼樣的認知、知識及論述，站在什麼不同的位置來進行所謂的生死「交涉」，並且呈現這個器捐場域當中複雜的權力關係。

既然筆者將從死亡認知出發，則不可忽略勸捐當中的影響關鍵——死亡教育。死亡教育包含了在面對器官捐贈的問題時，我們應該重新認識腦死、如何接受器官移植、以及如何「接受死亡」，這當中也包括了悲傷輔導等論述。其對於

¹⁰ 摘自黃姝文，《器官捐贈家屬決策之經驗》，59頁當中訪談佛教法師對於器官捐贈的觀感。

悲傷程度也有精確的分析，比方說悲傷階段有否認、憤怒及內疚感、討價還價、沮喪，到最後的接受事實，¹¹醫療人員能從死亡教育當中獲得安撫、掌握、減緩家屬悲傷，理性的去面對死者死後一切的處理事宜……等等的專業技巧。社工人員一向很難去預測家屬的心情會產生出什麼樣的決策結果，其必須隨時注意家屬的反應，以考慮用何種說服方式來說服家屬捐贈器官。Pearson .I.Y(1995)指出，發現器官捐贈可幫助家屬更快走出哀傷過程，國外接受器官勸募的家屬，其悲傷可以從器官捐贈獲得某種程度的減緩，相對來說，也就是死亡教育在國外幫助喪親家屬可以「正視」親人的死亡，不過在不同文化下的國內反而具有反效果，讓家屬面對器官捐贈會感到更加煩惱、壓力更大。一名社工員曾分享他的經驗：有些家屬在經過器捐之後，雖然也接受醫院方面的悲傷輔導，可是之後他們都不願意再提到器捐方面的回憶，因為這個回憶反而讓他們更難過。因此筆者將探討當死亡教育被國內社工人員所使用時，會出現什麼樣的效果？當社工員接受了死亡教育的訓練之後，是否可以更從容的面對器捐家屬，死亡教育又與社工員本身的固有有認知產生什麼衝突？透過語藝學中的策略性說服方式，是否可以發現這種固有認知與知識論述之間的拉鋸，而社工員又何以運用策略選擇最好的說服方式？

第三節文獻探討與理論概念

一、文獻探討部分

在現今醫療中器官捐贈場域，正進行著一場社工員與家屬之間關於死亡論述的相互討論，與其說是討論，事實上卻是進行著一種說服、生產意義的過程。在這個過程當中，無論是家屬或是社工員、醫療人員，都需要去處理如何面對死亡的問題，每個人對於死亡都帶著既有的印象、猜臆、恐懼。如何去正視「接受死亡」的問題，就社工員與醫療人員的角度來看，來自許多從醫療視角所發展出來的死亡論述，以及死亡應有的對待及態度。

(一) 死亡醫療化：從溫馴死亡到器官捐贈

其實醫療對於死亡的介入，可以從醫療對於疾病的掌控，以及對於疾病的各種預防開始，陳妤嘉(2001)以臨終關懷為主軸來討論當代醫學與死亡之間的關

¹¹ Kubler-Ross 將家屬與病患的瀕死反應分成五大階段，否認、憤怒及內疚感、討價還價、沮喪、接受事實，此體系常被利用於死亡教育、生死學體系當中，醫療人員可以透過此五階段去判斷該對家屬及病患進行適當的安慰及輔導。出自吳庶深，1988，《對臨終病人及家屬提供善終服務之探討》，163頁。

係，從原本的溫馴死亡，漸漸的因為現代醫療的介入，而使死亡逐漸被隔離在醫院當中，現代人無法以溫馴死亡的態度去面對死亡，也因為醫療的隔離，人對於死亡從不了解而變的更加恐懼。陳好嘉從整個醫療體系下的專業特徵，以及所造成的醫療角色，明顯的可以感受到一種對於疾病以及死亡的排拒與抵抗，而在醫療制度底下所培養出的醫療人員也因此對疾病與死亡有不可臣服的特性，一旦病人瀕臨死亡或是已無法挽救，醫療人員通常會以冷漠或是逃避的心態去面對死亡。然而現代化的醫療體系除了要對抗死亡之外，開始思考除了積極對抗疾病死亡之外，什麼是瀕死病人真正需要的。因此安寧療護這種重視病人及家屬安排自己的死亡權利的制度，開始在醫療體系當中出現，病人與家屬可以選擇以什麼樣的方式安排自己最後的日子。不過陳好嘉以自己在安寧病房做志工的經驗，發現台灣的醫療體制使用安寧療護的現象並不普遍，不但民眾不了解所謂的安寧療護是什麼，對病人有什麼樣的幫助，就連醫院本身的專業人員也不支持，且認為這種安寧療護的制度對於醫院是相當耗費成本的。另外從事安寧療護的專業人員，大多之前從事醫院其他部門，對於安寧療護的專業並不熟悉，因此也間接影響安寧療護的品質，所以陳好嘉認為就算我們不斷重視臨終關懷的觀念之外，也必須從制度面去著手。

雖然陳好嘉從事志工所得到的經驗使其發現到，所謂的臨終關懷的理想與目前台灣安寧療護的實施現實有所差距，不過除了一種制度面上的缺乏之外，本身民眾對於死亡的恐懼，以及對於死亡的認知與醫療制度的磨合本身就存在著一種知識不對等的狀態，因此所謂的一種安寧療護「觀念推廣」就會在這個狀況底下出現，在觀念推廣的過程當中，會面臨許多以往我們所認為人對於死亡感到恐懼、不了解等困難。如同 Kubler-Ross 所觀察到面臨死亡歸結出的五個階段，如何渡過這些階段進而達到所謂「接受」死亡的階段，卻「需要」許多不同層次的知識介入，然而這個「需要」從醫療人員的角度來看，有可能是目前的器官捐贈的宣導、死亡教育的推廣；或從家屬本身的固有知識的角度來看，則是依賴於宗教上的解釋，也如同本篇研究所提到人有自我產生、追求一種生命的意義及認同，不過在這個追求生命意義的過程當中，其實也受到醫療論述對於生命意義闡釋的介入。¹²

醫療制度將對於死亡與疾病的注意力，轉移到了對於瀕死的品質要求，或許可以感受到醫療對於死亡與疾病態度，不再像以往處於一種急於逃避，其把焦點轉向該以何種態度去面對死亡、去「接受死亡」。過去人在面對死亡時，會利用喪葬儀式作為一個與死亡連結的方式，一方面是讓生者可以與死者告別的溝通，另一方面則是幫助死者早日脫離對於死者的掛念，繼續以後的生活，這是以往喪

¹² 請參考陳好嘉，《現代醫療對臨終關懷的衝擊與省思》，109 頁當中討論傅朗克(Victor E. Frankl) 假定人們有追求意義的基本需要和傾向。他認為：真正普遍性的人類驅力是去發現生命中的意義和目標，以提供自己對生命的一種認同，稱之為「意義意志」(will-to-meaning)。

葬儀式對於死亡以及悲傷的處理方式。藉由這個處理死亡的歷史脈落，筆者發現透過醫療化的介入，安寧療護也是一種試圖想從減緩悲傷，或是以豁然心態去接受來面對死亡的過程，器官捐贈也同樣有此情形出現。通常出現在死者去世之後，遺體處理的階段，家屬可以考慮將其遺體領回或是捐贈出去，不同的選擇會有不同的理由(如宗教、習俗、文化)，然而器官捐贈在遺體的處理階段上，卻因為社工員對於家屬的輔導，而為此行為增添了許多死亡上的意義，以及賦予死者器官更多不平凡意義的附加，希望家屬從中獲得寬慰，而將捐贈行為走向「死亡儀式化」的道路。然而這種「儀式化」因為醫療的介入，與以往 Aries 所謂的溫馴死亡，有什麼樣的不同，產生了什麼樣的改變，這個「儀式」重新賦予了什麼樣新的死亡意義、或是突顯了國內家屬在抉擇上的壓力，以及它可以讓家屬從中獲得某種資源跟利益(喪葬補助費)，亦或「儀式化」只是社工員在捐贈勸募過程當中說服家屬「接受死亡」的策略之一。

不過在重新面對死亡的過程中，往往會與既有的文化，以及對死亡既有的態度造成衝突，因而造成病人與家屬在面對死亡時的不知所措，或醫療人員的抗拒，因此開始對於死亡的處理有了新的省思，在反省之下出現了安寧療護、維生科技，生產可以符應此生命意義的生命論述，死亡教育當中有很大一部分即是在說明當面對死亡時，人該如何面對死亡、衍生死亡儀式意義的一個過程。

(二)器官勸募的重要關鍵----死亡教育與悲傷輔導

某些醫療研究者相信(杜素真、史麗珠、廖美南、黃慈心、陳麗娟，2001)，醫療人員在受過死亡教育之後會對器官勸募的結果有所影響，可以幫助捐增率的提升，因此目前每位社工、護理人員會接受死亡教育的課程，希望在接受這門課程之後，可以幫助每位捐贈家屬重新面對、認識死亡。西方國家的死亡教育已經相當普遍，相關的研究也多肯定其對於死亡的認知和死亡態度的影響。

Watts(1977)、McDonald(1981)、Rublee & Yarber(1983)等研究都顯示死亡教育課程對降低死亡焦慮與恐懼，具有顯著的效果。同樣的，死亡教育對醫護人員在面對臨終患者及家屬的態度也有正面的影響(黃琪麟，1990)。Dickinson (1980)比較正式修習有關死亡及瀕死課程與未曾修課的學生，結果發現修課與未修課的醫生在處理瀕病人能力上有明顯區別，死亡教育能使醫生以正向的態度對待病人。

詹伊潔(2003：15)曾提到在醫療場域中，醫療人員或是社工人員在醫院當中常會遇到處理死亡的問題，由於中國人本身對於死亡較有忌諱，所以許多醫療人員與社工人員通常面對死亡都不知該如何處理，或是面對死亡顯露出忽視與冷漠的態度，但這種態度卻帶給病患及其家屬在面對死亡時更加焦慮，無法去減緩失去親人的悲痛，而降低了在醫院等待臨終的醫療品質。因此死亡教育便是教導醫療與社工人員在面對死亡時，該以什麼樣的心態去面對死亡事件的發生，及應對

悲傷的病患以及家屬，透過這種教育的養成，也可以幫助病患家屬面對死亡。

雖然如此，然而筆者質疑，國外的研究雖發現死亡教育可以幫助醫療及社工人員降低對於死亡的恐懼，以及增加面對死亡時的因應知識，然而其是否真正改變國內的社工員的死亡觀念呢？或是可以消滅死亡的恐懼，普遍性到底有多大？筆者認為，國內的社工員有時可以接受所謂的死亡教育，一方面是為了能夠增加專業知識，幫助其可以更專業的面對死者家屬，而不至於不知所措，且某些社工員本身的宗教信仰或是文化習俗，也造成其對於器官捐贈的接受程度不是那麼高；或者說社工員只把這些死亡教育當作用來勸募的工具，但是本身對於死亡的固有認知，並不受死亡教育的影響。作為一個勸捐的社工員，他如何去接受死亡教育的課程與運用這些死亡教育的論述，以及他是否還處於自我說服的階段——一種死亡教育與固有認知相互衝突的階段，這也成為筆者觀察的一個重點。

除此之外，在說服捐贈的過程當中，社工員也必須學習輔導悲傷家屬的技巧，因為悲傷輔導的成果往往可以影響器官勸募的結果。悲傷自從在佛洛伊德之後被精神醫學視為一種可能會造成的情緒崩潰的原因，雖然不是疾病，可是悲傷過度也會引起精神方面疾病的產生。因此「悲傷的病理化」的出現，引起許多如何面對、處理悲傷論述的出現，尤其是針對面臨捐贈家屬的悲傷，社工要去面對觀察這些家屬的悲痛、歇斯底里，使得所謂的社工悲傷輔導致力於「治療」悲傷，然而社會工作如何界定悲傷？如何去治療悲傷？

關於社會工作的心理治療，Laura Epstein 等社會工作者(2005)，曾藉由 Foucault 對於權力觀點去探討當今社會工作對於人的幫助，是否具有助益還是權力施予的加強，甚或加深了社會標籤化。Foucault 對於心理學及精神治療曾提出不少批評，包括心理學如何去界定所謂的心理正常 不正常，或者如何以測量工具去界定兩者之間的差別，以及從蒐集患者的背景資料去評估患者的心理狀態，進而給予心理學所認可的治療方式。Foucault 認為心理學判定一個人心理狀態的各種知識，皆是試著堆砌出「何謂是心理正常 不正常」的知識，再加上後來的社會工作完全承襲心理學、精神治療對於的人的心理狀態資料評估方式，因此本書作者便試著藉由 Foucault 對於這種知識的評論反省當今社會工作，以及社會工作可以改進的地方。¹³

在器官捐贈的過程中，悲傷的家屬是捐贈的重要關鍵，社工員必須運用死亡教育方面的知識，以及輔導悲傷的技巧去安撫家屬，因為一個悲傷而不理智的家屬，是無法決定捐贈的，因此悲傷的家屬在此刻便成為社工員治療、監視的對象，社工員必須注意觀察家屬的悲傷達到什麼樣的等級，並給予適當的「治療」，器捐也同所謂的悲傷治療可以被視為一種減緩悲傷的方式。然而當我們試著去形塑

¹³ 請參考 Laura Epstein 等著，《傳科與社會工作》，8 頁。

死亡為何的同時，也產生了焦慮與悲傷的標準，因此所謂的過度焦慮、或是過度悲傷完全被醫療的眼光所注視著，等待著社工員前去輔導跟矯正，而社工員的勸募行為是否能降低家屬對於死亡的焦慮？此成為筆者在觀察器捐策略當中主要的現象之一。

(三) 社工與案主 以情感為主的專業關係？

社工員學習死亡教育，為的是能夠以更專業的態度去面對死者家屬，那麼社工員與死者的家屬之間，到底是怎麼樣的一個關係呢？這個關係有什麼樣的內涵？成令方(2002)曾在醫「用」關係當中提到，以往我們所認為的醫病關係，是處在醫生對於病人的醫學知識權力的施加上，病人沒有足夠的醫學知識與醫生抗衡，進行反駁、發問或討論，因此病人與醫師在醫病關係的過程當中一直處於一種「知識不對等的」狀態。在這種狀況之下，病人完全處於單方面的接受醫師的囑咐，而無法發表自己對於這個疾病的看法。不過成令方認為，一個求診的過程，不只是像醫師單方面的施予知識權力那麼單純。例如醫師雖然具有專業的醫療知識，但是他原本具有的固有社會認知，包括對種族、性別的刻板印象，很有可能會影響他對疾病的判定；而未具專業醫療知識的病人，他可能具有非專業的醫療認知，有可能是民俗療法，或是宗教上對身體的解釋，也造成他抵抗醫師所給予的診療囑咐。在整個問診過程中，是充滿不同的認知互為角力而形成，因此所謂的醫「用」關係，不再像我們從前所認為的醫病關係，一種由醫師單方面施予醫療知識的狀況，其更強調醫療專業者與使用者(病人)之間的互動其實是充滿複雜及不確定的，醫療專業者不該預設使用者的認知不足，而是能盡量達到一個可以互相溝通的狀態。

而社工師在面對捐贈器官的案子時，通常都持不勉強的態度，不過仍積極向家屬進行捐贈，希望家屬有捐贈的意念，所以社工員都會盡可能的向家屬解釋器官捐贈的好處，比方死者的身體可以幫助更多人等等。然而在這個討論的過程當中，社工師往往會遭遇到家屬對於死亡的恐懼、不知所措以及迴避的態度，因此必須透過死亡教育的勸募技巧向家屬宣導。不過家屬本身也有一套固有的死亡認知，在雙方不同認知的協商之下，討論出屬於每個家屬願意器官捐贈的死亡認知，這當中其實是經過許多來自不同知識權力的相互影響所造成的。

不過筆者認為，在面對器官捐贈時，家屬也需要了解的病人的病情，以說服自己捐贈，但由社工員來告知家屬病情，通常不比醫生告知來的有說服力，家屬對於病情通常會比較相信醫生的說法，因此社工員在捐贈的過程當中也往往需要醫生共同配合。此點透露出醫生的醫學論述在此時具有相當大的影響，可左右家屬的決定，對於病情，家屬很難去質疑醫生的說法，有時候社工員來告知病情，家屬還會覺得社工員來觸楣頭。然而與成令方的醫病關係不同在於，器捐說服所

涉及的雙方，主要是以社工員與家屬，社工員與醫生在器捐場域當中，所給予的關照是有所不同的，醫生在器捐場域當中，可以透過詳細講解病情的方式，鼓勵家屬進行捐贈，而社工員所扮演的則是情感上的陪伴以及支持，傾聽家屬的需要，獲得家屬信任。然而情感上的關懷與支持跟陪伴，被歸類為社工領域的專業關係範疇中，也可以說是一種獲得家屬信任的必要技巧。也許我們以往對於專業關係的認知，停留在客觀、中立、不帶私人感情的觀念層次上，然而社工與家屬的專業關係，在某種專業層次上，卻是以情感為主的，而這也完全都被含括在死亡教育的範疇之內。醫生也許在醫病關係的過程當中，可以從關懷的角度出發去關心、治療病人的身體，但是社工員卻是關心案主的情緒、思考、跟所處的社會環境，他們與家屬必須建立信任的關係，家屬才有可能聽信他們的說服。在他們討論器捐及死亡的过程當中，因為兩者固有認知以及所學知識的不同，而造成兩者間彼此的衝突，社工員會因為曾接受死亡教育，而對於這些不懂死亡教育的家屬給予什麼不同的輔導方式，他們對於這些家屬是否也心生歧見？筆者所要呈現的器官勸募行為不只是影響器捐的因素，同時也將呈現社工員如何運用這種情感漫溢的技巧、關懷的方式，說服家屬做器捐，這是否也是一種說服策略？

二、理論概念

死亡在各文化當中，通常被視為與生命相斥的對立面，現代人對於死亡通常都持恐懼且不討論的態度，如果論及死亡，那一定是在某種與一般日常生活歧異的時空狀態。尤其在現代醫療科技對於不朽¹⁴的持續強調，包括所謂的器官移植、維生科技、各種可以延續生命的醫療技術，都顯示出一種對於死亡存在的否定性。也因為現代醫療持續進步的關係，瀕臨死亡的情況與死亡的發生逐漸隔離在醫院中，在日常生活當中我們反而越來越少接觸到死亡，也因此對死亡的恐懼進而加劇。

死亡在 Aries 所謂的「溫馴死亡」- - 一種將死亡納入日常生活當中，連結生人與死人、強化社會價值的文化，卻在現代被醫療技術予以隔離。死亡之特別，其被對待如同被急需了解的敵人一般，然而這個了解的過程，就 Bauman 來說，成了一種企圖去設計、創造某種可以讓我們相信死亡為何的欺偽形式、否認必朽的過程。包括從喪葬文化、宗教、以至於現今的醫療技術，都可以看出這種我們想要去型塑的這種死亡。然而這種型塑死亡的过程在社會當中，因為不同性質的文化共存(包括習俗風氣、宗教、醫療)，造成它們討論死亡時，導致衝突的發生，

¹⁴ Zygmunt Bauman 談到醫療通常要對抗的不只是疾病，同時也要對抗人的死亡，因此人的必朽性則成為醫療的一大挑戰，如何去對抗人的必朽性，可以從現代醫療的各種科技看出，包括器官移植等等，希望透過這種技術能讓人達到生命不朽的狀態，以脫離死亡的恐懼、孤獨、悲哀，不過這種不朽性必非真的不朽，只不過是以某種新衍生的意義或是一種離奇的形式來表現人的不朽性。請參照 Zygmunt Bauman, 1997, 《生與死的雙重變奏》，13 頁。

更凸顯了所謂「死亡是什麼」的爭論，也因為如此衍生了更多我們所想像不到的死亡認知，有可能是保留全屍，靈魂轉世，甚至是可以延續生命、遺愛人間的器官移植。在衝突的過程當中，它們如何以它們本身所具有的籌碼，或是策略，衍生出我們現今所看到各式各樣的死亡形式與內容。

不過 Bauman 也提出，醫療不盡然都在否認必朽，他們也自知死亡的不可避免性，所謂的否認必朽，某種程度上是以某些維生科技作為不朽意義上的強調，醫療最終還是要面對死亡，只不過是從什麼樣的角度以及什麼樣的態度去面對。器官勸募的過程當中，除了進行器官捐贈的說服工作，也在讓家屬了解及面對親人死亡的事實，透過器捐可以幫助他們向死去的親人告別，以及減緩哀傷的情緒，一直到遺體送至太平間為止。器官勸募的過程不只是勸募，而是去營造一種與親人告別的死亡儀式，在無形之中也說服家屬去「接受死亡」。在太平間與臨終照護的醫療技術出現之時，我們其實可以很容易發現到醫療試著去營造死亡儀式的現象，其包容了所有宗教的觀念、儀式跟忌諱，以及家屬的追思跟告別的情感。若是從 Aries 的溫馴死亡來看，Aries 倒是提供了一條死亡儀式化的歷史脈絡，具溫馴死亡性質的死亡儀式，不但扮演強化社會價值的功能，當中的每個儀式也具有重要的社會意涵，比方某些部落社會在死亡儀式當中禁止月事來潮的女性涉入，深怕對死者不敬，所以某些死亡儀式是具有隔離及潔淨的社會意涵，當冒犯了這些禁忌，同時也是挑戰整個社會價值，器官勸募的出現在這條死亡儀式的歷史脈絡上，可以說是某種社會價值的重新挑戰(就台灣而言，其冒犯了保留全屍的習俗)。不過重點在於，醫療如何藉由挑戰既有價值，再重新形塑一個新的社會價值，如同器捐單位宣揚器官捐贈為遺愛人間的作為，或是藉由器官捐贈形塑一個新的死亡儀式。

若想要形塑一個新的死亡儀式，在器官捐贈的過程之中，要如何藉由說服讓家屬相信，這也是一種接受死亡的死亡儀式，說服的言語與論述便很重要，透過討論器捐死亡，讓家屬得以重塑對於死亡的想像。從之前所提到成令方的醫「用」關係來看，醫生與病人之間的關係脫離單方面的「叮囑」，而進入所謂的「討論」，而這個討論的過程，卻充滿著發問、反駁、接受、懷疑、拒絕，由於雙方皆是「多重認知的主體」，因此所「討論」出的診療關係也許會跟以往會有更不一樣的權力運作狀態。

而在器官勸募方面，其實社工人員皆聲稱他們對於器捐都採不強迫的態度，即使病患條件相當符合，只要病人家屬到最後仍沒有捐贈的意願，還是讓他們照自己的意思去處理。在此過程當中，社工人員也與他們進行「討論」，雖然雙方也是「多重認知的主體」，不過往往會因為死亡認知的不同，而有不同的討論結果，即使最後的行動是捐贈，也無法去確定家屬與社工師都彼此認同對方的說法。Foucault 認為所謂的論述是一種認知的方式，許多的認知不僅可以在閱讀、

觀看等方式吸收，也可以在各種不同的認知論辯當中產生。在論辯當中，有時會因為來自不同的論述而使認知產生衝突，如何使這個衝突消弭，就得端看那一種論述有力，或具有重要的社會文化背景，而使論述出現了與之前不同的形貌。因此 Foucault 所謂的真實便是出現在這種「討論」的過程當中，只不過看哪一方以什麼樣的論述說服對方，或另一方以什麼樣的論述說服自己接受，所謂的真實，也就是所謂的「死亡」也會在這場「討論」當中被形構出來。

器官勸募的過程中不可避免的，就是社工員要試圖安撫悲傷的家屬，因此治療悲傷的諮詢論述及技巧更顯重要。對 Foucault 而言，悲傷的諮詢以及輔導成為一種權力規訓的過程，人的悲傷被一種特別的醫療視野所觀看，悲傷的時間是否會太長、太短、甚或影響此人繼續生活下去，因此出現許多的機制，包括心理諮詢團體、調適悲傷的書籍來解決這個「悲傷」的問題，深怕這「悲傷」會破壞在一般社會大眾心中「人應該是快樂的」普遍認知。不過 Laura Epstein 所認為的悲傷理論，若是放在權力關係的範疇當中，為一種反抗現實主流論述的工具，不過反抗也可以作為一個產生新的真理論述的工具，權力不只強加在案主的身上，而是讓案主感受到自己可以做到規訓自我、自我安慰的程度。¹⁵

因此對於悲傷輔導的批判，Laura Epstein 以 Foucault 式的分析來談悲傷的主流論述：「透過治療論述，悲傷者被建構成為專業知識分析、研究的客體，同時建構自己成為治療悲傷的主體。治療是一種自我技術，因此需要：(1)一套有關特定自我類型的專業知識；以及(2)接受治療者要真心承諾願意認識自我。悲傷的主流論述在治療實務中不斷被創造並再製。運作的目標並非從外強加在悲傷者身上，而是從內部殖民，因此被主流論述所規訓的客體視他們自己為恰當的客體，而不感到被壓迫，進而以達到形塑出悲傷者主體性為目標。這種主體性的形塑正是 Foucault 所指的「規訓」(discipline)。」¹⁶

Foucault 在「規訓與懲罰」(Punish and discipline)這本書強調，規訓機制從極刑、監獄、收容所、精神醫療院發展到最後，一直到心理治療的出現，發展出一套規訓自我道德的技術，由原本外在於人的監視、囚禁，發展至對於自我道德的反省、節制，這是一種外在規訓機制逐漸發展為道德內化的過程，而 Foucault 也曾談論到在監獄機制當中，若希望受刑人可以反省過去的罪責，及重新思考未來的出路，社工人員在其中就扮演相當重要的角色，當一種監禁機制涉入道德治療時，社工人員成為受刑人自我規訓的督導人物。¹⁷對於器官勸募的悲傷輔導，社工人員也正負起同樣的任務，只是他們必須觀察案主的悲傷程度、悲傷的反

¹⁵ 請參考 Laura Epstein 等著，2005，《傳科與社會工作》，195 頁。

¹⁶ 摘自同上。

¹⁷ 請參照 Graham Burchell et al., 1991, *The Foucault Effect*, p83 對於社會工作者在監獄機制中，具有輔導受刑人自我反省的功能。

應、悲傷的過程，最重要的是注意案主的死亡觀，透過器捐矯正案主所有因為死亡而有待解決的悲傷問題，進而以適當的方法降低案主對於死亡的焦慮。

不過關於社會工作的矯正以及輔導，往往是帶著某種社會認可的價值觀去進行，雖然社會工作試著以一種接受或包容的態度去看待所有的社會邊緣人，卻很難避免所謂社會主流價值對於邊緣價值的排除性質，然而 White Michael 認為透過治療與輔導，讓社會邊緣人發出自己的聲音可以解決這方面的問題：

治療的任務就是要開放案主可以詮釋自己故事的論述空間，且使之了解社會主流論述的運作如何否定這個故事，因此治療者成為反抗的夥伴，提供所謂的「共識性的確認」(consensual validation)。……因此 White 認為治療是培育案主對主流論述的反抗。¹⁸

如此看來社會工作似乎對於某些被排除的社會價值，給予了不少可以再向主流價值觀反抗的機會，不過回到 Foucault 對於規訓的解釋來說，即使案主可以藉由輔導來發生，然而規訓的力量在此時卻是最大的，一個看似包容或是接受的態度，就猶如回到收容機構剛出現時，大量收容所有的社會邊緣者，包括精神病、癲瘋病患者，除了要隔離這些不正常的人之外，同時要了解這些不正常的人，這個「了解」為了要幫助社會邊緣者改善自己，不過社會工作是從什麼角度去「了解」案主，這當中其實就是某種權力的涉入。當社工師為了要了解案主的不正常人生，其實就是以一種急需改變其人生的心態了解案主，也希望改變案主的觀念，讓案主自我規訓，不過這一切都必須以包容的心態去了解案主為前提，因為「了解」，社會工作才更有方法去實行矯正、治療的行為。

既然勸募的行為最終可以藉由「討論」來達到目的，那麼如何讓這個討論趨向某一個結果，就必須依靠之前所提到的說服行為。「說服」可謂一種以溝通或是協商達到目的的方式，不過要怎麼說服病患及家屬則需要一些觀察與技巧。「說服」為語藝學的核心目的，學習語藝的技巧就等於學習說服的技巧。語藝學最早可追溯到古希臘，有一群專門研究政策、哲學論辯的「智辯士」(Sophist)，¹⁹為了在論辯中達到目的，便以「語藝」來學習說服、協商的技巧，一直到亞里

¹⁸ 摘自 Laura Epstein 等著，2005，《傳科與社會工作》，213 頁。其以 White Michael 的論點來說明，雖然從 Foucault 的觀點探討社會工作，發現社會工作造成更多社會標籤強化、標籤化的問題，以致於原本要幫助人脫離社會困境的社會工作反而落入窘境，不過 White Michael 卻指出一條社會工作可以改進的路線，也就是案主其本身就是一個對抗主流論述的反抗體，唯有把自己的事情說出來，對於主流論述才有反抗的一天。

¹⁹ 古典語藝對於「真理」至少有二大對立的看法，以柏拉圖為首，認為世間有客觀真理的存在，

斯多德，其將語藝有系統的整理為一則學門，語藝學便成為在協商、溝通上所要學習的一門學問。亞里斯多德也如同 Foucault 所言認為討論的過程並不單純，²⁰其中是由許多不同性質的權力介入。以一個說服的例子說來，若甲方試圖說服乙方，那麼甲方必定要先「洞察」乙方的個人特徵、生活背景、目前的需求、以及以方目前的心理狀態，甲方要在「洞察」乙方的過程當中掌握其特性，在針對特性以不同的說服方式來應對，以達到說服的目的。

另外語藝學與 Foucault 所談及的「真理」的產生，有某種程度上的相似性，語藝學家 Mckerrow 所提出的語藝批判理論把焦點放在揭穿社會運作中，語藝學背後知識 權力的關係，²¹其認為語藝論述所產生的知識是一種「意見的知識」(doxastic knowledge)，而經由語藝批評與論述所產生的知識本身就是一種社會實踐。²²所謂的「真理」如何在論辯當中產生，在論辯當中不同的權力關係又會形構成出什麼樣不同的「真理」，批判語藝試著揭露被視為理所當然、且雙方可以協商溝通的相同位置下的「討論」有什麼樣的權力關係在運作著。就「說服」而言，其透過「洞察」便可辨識出不同的狀況，該以何種論述說服對方，並達到目的，同時在「說服」的過程中，「說服者」同時已在形構某種「真實」，使被說服者認同這個「真實」。

因此說服在進行器官勸募的過程當中，是相當重要的工具，朱元鴻(1993)也認為說服也被視為一種達成目的的「戰術」²³(只不過這發生在器捐的場域中)，

真理是透過論辯而來；另一方統稱「智辯士」(Sophist)，以波提丘(Protagoras)宣稱「人是衡量一切事物的尺度」為思考向度，將人的主體提升到最高層次，物的寓意都是藉由人來賦予意義。以智辯士的觀點，世間沒有所謂客觀的真理，只有主觀認知的事物才存在。取得辯論的勝方，同時贏得了真理。摘自謝文華，2000，理論語文本之間的對話實驗——批判語藝觀念與新女性主義，《世新傳播研究所質性研討會》，第2頁。

²⁰ Foucault 對於語藝學的貢獻之一是加強所有的語藝的認識論的概念。雖然他所關切的論述層次明顯與口語傳播領域所關切的層次不同，他的中心概念之一是論述為一種認知的方式。特定的論述形構會產生特定的知識種類，正如特定的知識系統與陳述知識的論述有密切的關聯性。知識或真理是經由語藝過程而創造，並且不可能與此一過程分開。Foucault 研究不同制度的發展及其相對應的知識系統，為「語藝是認識論」的觀點提供歷史例證。請參照《當代語藝觀點》，p247，其中對於 Foucault 在語藝學上的回應。

²¹ 謝文華(2000)的論文指出，Mckerrow 的觀點係用 Foucault 的知識 權力的系譜概念提出批判語藝的理論概念及實踐原則。對於早期柏拉圖與智辯士對「真理」的爭論，Mckerrow 認為面對當代的與藝實踐、語藝情境及語藝批評，更應關切的是「誰」、「什麼機制、體系」掌握了知識與真理的論述權力。

²² 請參照蔡鴻濱，2003，語藝批評方法在網路文化研究之應用語探討，《資訊社會研究》，第六期 97 頁。

²³ 「戰略」是在空間或制度上有我方固有的(或正規的)領域、有要塞、有工事，在己方陣營內運籌帷幄，將外在敵人或對手引進己方立場，形成權力關係，使其成為各種運作---包括知識上的研究，或說服---對象；戰略的運用有賴己方陣營(或制度)內的權利階層分化。「戰術」則像野戰場上的單兵戰鬥：野戰場上是敵我難分狀況不明的，單兵(或任何處於類似狀況下的戰鬥單位)

器捐的說服會因應不同的狀況、不同的對象、及對象不同的反應，而有不同的說服方式。即使在臺面上被稱為一個「討論」的狀況，不過家屬因為討論、傾訴，揭露了自己的需求(弱點)，社工員因為提供資源，耐心傾聽獲得了不少新的家屬資訊，而使後來的結果跟討論大有不同。因此從說服的語藝學的角度來看，勸募的過程充滿了各種策略的使用，有時候重視家屬的需求可能只是一種表象，只是一種讓家屬更順利被說服的方法。社工員的目的是為了要達成器捐的目標，因此面對悲傷的家屬，必須給予他們可以自由選擇的空間，即使這是自由選擇的空間，其實也是一種悲傷輔導的技術，透過家屬道出自己的悲傷，減緩哀傷的情緒，社工員才更有機會去說服家屬。

因此在進行說服的過程當中，社工人員也必須運用「洞察」的行為來了解不同家屬的需求，從輔導的過程中，了解家屬的家庭背景、角色位置、價值觀、甚或宗教觀，以及對於器官捐贈的看法，給予適當的矯正以及幫助(不管從心理或是實務上的幫助)。雖說器捐說服的過程有知識上的相互交涉，卻有各種說法的可能性在內，什麼樣的說法可以說服家屬、什麼樣的說法可以進行這項討論、以及什麼樣的狀況不得不讓家屬進行器官捐贈。另外，若希望勸募成功，社工員最好的武器是必須是出自「同理心」，同理心是藉由尊重家屬的悲傷的情緒的釋放，傾聽家屬的心情，如果社工員有同樣的親身經驗，則更容易獲得家屬的信任，是器捐說服及悲傷輔導當中重要的一部分。

社工員在進行器捐時，最基本的知識需求即是本身社會工作的專業訓練，以及死亡教育方面的知識，然而社工員本身的家庭背景、對於死亡的固有想像、以及他對於病患家屬的固有認知，或者家屬的情感及固有認知也會影響其本身所受的專業訓練。尤其在面對病患家屬所具有固有信仰如保留全屍或是宗教方面的顧慮，並加以拒絕抵抗，社工師如何去從什麼樣的死亡觀點切入。社工師本身所具有的死亡教育，形塑了他們與案主之間的專業關係，然而這個專業關係卻也因為策略上的需求，以及為了達到目的說服技巧，而充滿了許多複雜、不確定的元素，一種臺面上亦或台面下、關懷亦或冷漠、信任亦或猜疑的專業關係。

在器捐的過程當中，社工師除了以說服的策略來進行勸募，與家屬共同討論死亡與器捐之間的關係，然而在討論何謂死亡時，卻是一場在進行各種不同知識介入的真理談判。這場談判沒有人知道過程會發生什麼，以及最後的結果會是什麼，只不過語言的相互交涉導致最後可以獲得一個共同的目標，然而這個目標卻在交涉底下出現。不同的死亡認知，不對等位置的討論，相互的迴避或是接受，

必須發揮各種戰鬥智慧與計謀，包括偽裝隱蔽、聲東擊西、雞鳴狗盜、變貌模擬、任何能將情境狀況轉為機會，使自己能夠制敵致勝或兜轉逃逸的操作。參見朱元鴻，正當的(只不過是)語藝：從前蘇格拉底到後尼采，《傳播文化》第一期，88頁。

最後產生的結果可能會是捐贈，或者則否。也許這是一場關乎何謂死亡的真理談判，在這條死亡儀式發展的道路上，當醫療介入死亡，期望可以藉由現代的醫療機制取代以往的死亡儀式，期望可以生產新的死亡社會意涵，也希望藉著器官捐贈讓家屬可以減緩悲傷，然而器官捐贈卻讓我們看見了，新的死亡意義藉由勸捐行為加以型構，這之中卻充滿策略性質的權力關係。每個人的捐贈感受各有不同，每個捐贈理由也說明了各種不同的真理，說明了各種不同的死亡，以及不同的死亡的應對方式，然而重要的是我們可以從社工員的器捐行為看到什麼獨特的說服形式。

第四節 研究方法

一、田野觀察

筆者在當中，發現較特別的是，雖然各家醫院雖然都有服務精神、宗教取向，及職務編制上的不同，但是由於說服過程的結果無法預測，導致每家醫院的社工院所碰到的勸募案例，都有一種無法以醫院的特性來決定案例勸募結果的特殊性，每個勸募案例都會受到當下勸募的過程狀況的不同，而有不同的結果。不過為了解整個勸募的流程，筆者仍以彰化某家大型醫院作為觀察的田野場域。筆者選擇此田野原因在於，此醫院為中部最大的器官捐贈中心，從民國 91 年到 94 年則有 24 例的捐贈案例，除此之外，為宣傳器官捐贈及集合重傷捐贈家屬，此醫院並設有「切膚之愛」社會福利基金會，與社服部共同合作。不過醫院器捐作業以醫療團體為主，這當中除了社工員與器官協調員之外，同時包括各科移植外科醫師、神經內外科醫師、護士、麻醉師、行政人員等，其從醫生發現病患為潛在性捐贈者開始，器捐團體便開始整個器官捐贈的流程，因此筆者將焦點放在社工員對於家屬的勸募場域，以及社工與家屬之間的互動當中。

筆者觀察的重點在於：(一)整個器官勸募的過程，包括：醫生如何發現「潛在的捐贈者」，以及社工員如何告知家屬病患腦死，如何運用悲傷輔導的知識去安撫家屬的情緒，在家屬恢復理智之後，用什麼樣的死亡論述去向家屬進行捐贈，如果家屬拒絕，社工員又會利用什麼樣的技巧，讓家屬考慮器官捐贈。(二)在器官勸募的過程當中，家屬與社工員如何談論死亡，此兩者各以什麼樣的認知、宗教理念、人生意義、以及對死者的認識去討論死亡，以及如何進行辯駁。(三)除了器捐過程之外，為了了解社工員在器捐時所被賦予的權力來源，筆者同時也會觀察社工員其在醫院的定位，以及其在器捐醫療團隊當中所扮演的角色為何？社工員跟整個醫療體系有何衝突之處？又醫院在什麼方面給於社工員協助？

筆者另外一個田野則是器捐單位所主辦的器官勸募研討會，其實也就是提供社工員死亡教育的在職訓練課程，觀察此田野的原因在於，筆者想試圖了解死亡教育的在職訓練過程。由於死亡教育屬於新興學科，最近幾年才在各大學開班授課，而目前大部分已在醫院任職的社工員還未接受這門學科，政府為了推廣器官捐贈，因此覺得灌輸民眾新的死亡知識極為重要，特別是醫療人員，因此器捐單位都會協同各家 OPO 醫院定時舉辦器官勸募研討會，²⁴除了宣導器官捐贈的正確觀念之外，也教導醫療人員關於死亡輔導方面的知識。因此筆者將觀察重點放在：1.筆者參加的是 94 年度的器官勸募研討會進階班，因此課程設計除了不以初階班只是停留在介紹何謂器官捐贈、以及何謂腦死的層次上，進階班更是把重點放在醫療人員勸募的技巧上，因此其以什麼樣的模式設計死亡教育課程也成為筆者觀察重點之一。2.此研討會還有較特殊的一點在於，雖然其請各家較有捐贈經驗的社工員來分享他們的經驗，不過在會後，也會與在場的學員進行討論，或是提出疑問，藉此可以觀察所謂的死亡教育在醫療人員的心中，是否真的能夠很順利的處理工官勸募的問題。

二、訪談部分

筆者也以訪談的方式，深入了解社工員勸募行為的技巧使用，以及他們對於死亡的認知，是否與所謂的死亡教育有什麼樣的落差，因此筆者訪談 15 位任職於不同 OPO 醫院的社工員，以及兩位捐贈家屬，筆者另外訪問兩位器捐協調員，希望能夠透過比較以突顯社工員在勸募當中的角色。重點在於：(一)對於拒絕捐贈的家屬，他們通常都會以什麼樣的反應、語言給予拒絕？而社工員又該如何與他們溝通？(二)社工員在接受死亡教育之前，對於死亡的認知，與接受死亡教育之後，其認知有什麼樣的不同？(三)在醫院場域當中進行捐贈常會遇到什麼樣的困難，以及是否覺得自己的理念跟醫院有衝突？基本上，筆者希望能夠藉由訪談深入了解社工員們在面對器官勸募、家屬、醫療場域、死亡等在發生問題時，社工員是如何藉由自己的認知或是死亡教育，或是社工學程所給予的教育幫助他們去化解危機。

²⁴ OPO 醫院指的是器官勸募醫院，其負責器官勸募、摘取、保存、分配及運送上的安排，目前核定的醫院共有 13 家，筆者所觀察的醫院也是其中一家。

第二章 社工說服的籌碼——？ 死亡教育

第一節 為何會是社會工作者？

一、醫療社會工作的緣起背景

為了探討醫療如何藉由社會工作去介入死亡，勢必要了解醫療社會工作出現的背景，醫療社會工作的發起可由醫療社會學的出現談起，其主要以社會學的觀點去探討醫療制度、健康疾病的定義，以及所謂的醫病關係。透過醫療社會學可以看到醫療制度當中，某些問題不只停留在所謂的生物醫學的問題，疾病與死亡同時也是涉及社會文化的問題，因此醫療社會學提供了不少從社會文化的視角去觀看醫療體制之內的社會關係。為了能讓醫療社會學更以實踐的方式去調整醫療體制中的社會關係，再加上醫療體制對於醫病觀念的改變，認為醫病不再只是「頭痛醫頭，腳痛醫腳」的醫療方式，因此納入醫療社會工作，以達到「全人治療」的目的。

不過醫療社會學對於疾病與死亡的觀看角度，以及所提出的問題，在社會工作進入醫療體制之後，卻有專屬於社會工作的解決方式。原本醫療社會學旨在揭露醫學以生物醫學的觀點去治療病患，以及醫療體制當中不平等的醫病關係跟制度，包括醫療科技對於人體的不舒適及侵入性、醫護人員面對性別種族的醫病態度、健保制度的不合理性、以及醫護人員對於死亡的冷漠及恐懼等。雖然醫療社會工作的出現即在解決以上所談及的種種問題，然而處理方式卻是沿襲了一種「社會治療」的方式。

二、管理與矯正案主的技巧

在面對病患的同時，醫療社會學所扮演的角色是呈顯病患在整個醫療體系的定位，提出病患的定位處在一種處境、資源貧乏、知識不平衡的狀態中，也就是將病患在醫療體系的位置問題化，不過在問題化之後，接下來便是醫療社會工作所要處理的部份，不過這必須得從社會救助的解決方法開始說起。社會工作在西方最早以社會救助部門的面貌出現，自所謂的收容所出現之後，國家希望可以透過一個能透徹了解這些貧窮民眾的機制，藉由社會政策把這些民眾在發生問題之前，能夠有效率的加以管理。Foucault 討論政策管理這部分提到，所謂現代國家的經濟型態(economic)，除了發展貿易以及財政管理之外，有時候跟民眾的經濟型態以及生活狀態有關，因此現代國家不再像以往由王權主控國家的財政，而是由政府實行政策來管理民眾的經濟型態，政府必須收集人口(Population)的多寡，年收入，家庭經濟狀況、經濟來源、職業等資料，這些跟所謂統計(Statistics)以

及訪視，都成為現代政府為掌握民眾經濟狀況而發展出來的新技術，²⁵因此「社會救助部門中，某種特定策略的理性形式及知識基礎構築成管治母體的一部分，當然，被管治所影響的人就是那些貧窮與依賴的人口群。社會救助部門中，一套特殊的實踐已被生產出來，以建構某種關於貧窮與福利真理的特定制度。」²⁶在這樣的機制出現之後，為了能夠隨時預防這些貧窮的人會出現包括失業、犯罪等行為，因此將這些民眾以個案的管理方式，隨時追縱這些個案的整個生活型態，及經濟狀況，以隨時給予適時的幫助。這個將個人個案化的過程是為了能使這些待幫助的人，在整個救助體系當中能夠被機制看見、注視，同時也是一種隨時被監視的狀態。

不過伴隨著精神治療的發展，社會救助機制發現，除了以一種外在的監視方式去管理民眾，不如以一種教育心靈道德的方式來改變這些民眾自身，因此社會工作承襲了精神醫學及心理學的治療方式，透過諮詢與輔導的方式，對民眾開始進行改變原有墮落習癖的教育。他們需要透過案主表達自身的處境，與其所需求，從這番自我表白的過程當中，觀察案主的反應、個人特徵，給予適當的教導，以符應主流論述為立基點，提供案主矯正的方向。

雖然社會救助將治療做為一種矯正的技术，然而卻在這個治療的過程當中，更加標籤化了這些案主在社會上所處邊緣的境地，因此某些社會工作研究者重新探討這個問題，重新反省所謂當今社會救助的各項技術，並提出所謂「充權」的概念，其是直接從英文“empowerment”翻譯過來，社會工作研究學者 Solomon 指出，「充權」就是要對抗不平等的社會制度，並藉此消除個人與弱勢社群的無助感。²⁷也就是說，在社會工作面臨主流論述所給予矯正案主方向時，已經感受到案主對於所接受措施的不適應。社會救助機制所具有各項技術、權力支配、以及與社工之間的專業關係，也會造成案主認為自己更無能的壓力，比方說讓學歷不高的民眾去學電腦，因為電腦必須涉及許多英文術語，所以民眾吸受困難，也對於學電腦感到莫大的壓力，更覺得來學電腦無形中顯示他的無能。因此充權的概念在於給予這些社會邊緣者如同一般公民應有的權力，讓他們可以了解自己擁有什麼樣的資源，擁有什麼樣的權力抵抗所謂的主流論述。

然而，所謂的「充權」到底是誰充誰的權？所謂的充權為的是能夠降低案主的無能感，亦或給予其抵抗主流的某種資源？不過社會工作者的「給予」必須從另一個角度檢視，有時候這個給予，會因為社會工作者本身對於資源的認知，而有選擇性上的分配，比如案主該接受什麼樣的資源、什麼樣的保護，案主雖然也

²⁵ 請參照 Graham Burchell et al., 1991, “Governmentality”, *The Foucault Effect*, p99 當中對於政府發展對經濟狀況監視的技術的討論。

²⁶ 摘自 Laura Epstein 等著，2005，《傅柯與社會工作》，281 頁。

²⁷ 摘自趙雨龍、黃昌榮、趙維生，2003，《充權---新社會工作視界》，5 頁當中，所引用 Solomon 對於充權的定義。

有某種程度上的自由去選擇他要的資源，不過這資源的範圍卻是社工早已劃定了，而這個劃定也是在社工本身對於案主的認識與了解下所完成的，因此有許多社工員在幫助案主的同時，會以為他們正在進行充權的工作，其實這些讓民眾充權的工作，仍是在社工員所設定的範圍之內。就如同在第一章提到，White Michael認為案主可以藉由向社工員說出自己的心聲與故事，來做為一種向主流論述抵抗的作法，卻也因為如此，社工員反而更能夠去了解案主的需要，對案主進行適時的糾正。

也許這讓我們更了解所謂社會救助的機制是如何運作的，不過當社會工作存在於醫療體系當中，會呈現出什麼樣的救助模式，當社會工作試著與醫療體系共同合作時，他們會站在同一陣線上，還是相互衝突，這對器官勸募行為有什麼樣的影響，在下一節將會詳細說明。

三、為何會是社工員?? 社會工作者在醫院的角色

由於社工員在器官勸募當中扮演了相當重要的角色，但是其在醫療體系中的定位與角色也同時影響器官勸募的結果，再加上器官捐贈的運作流程是由一個醫療團隊共同合作而成的，因此社工員其在這個醫療團隊、甚或整個醫療體系當中的定位也是必須了解的。

根據莫藜藜(1998)其在「醫務社會工作」當中所提到，社工者在醫療界所扮演的角色如下：

1. 診斷者：家族功能、心理及社會狀況的評估。設計「家庭功能評估表」及「高危險群病人檢視表」，對每一個新病人的檢視，及早認出是否有心理及社會問題。
2. 諮商者：家庭功能、心理及社會問題的諮商、輔導與治療。增強病人的自我了解及調適能力，並使家屬能克服情緒障礙，有效的照顧病人。
3. 轉介者：社會資源的發掘、運用與轉介。建立「社會資源網絡」，聯結「需要」與資源。評估病人的實際需要，協助醫生轉介，以及協助家屬接受轉介機構。
4. 聯繫者：提供病人主要支持系統之間的聯結，如：家庭、學校、社會福利機構，醫療服務機構等。
5. 教育者：對病人的生涯發展過程中的棘手問題，提供照顧方式的建議。
6. 倡導者：為病人、家屬及醫療相關人員爭取應有的服務、福利與資源。
7. 調解者：病人、家屬與團隊成員間不良關係、衝突情境之協調。²⁸

以上莫藜藜對於社工員在醫療體系當中的角色定位，是立基於一種做為提供

²⁸ 摘自莫藜藜，《醫務社會工作》，25頁當中關於社工員在醫療體系當中所扮演的各種角色。

社會資源的一個發起者。不過從醫療社會學的角度來看，病患在醫院本身就是一個被限制、被觀看、被控制的主體，似乎在醫療系統的運作當中，病患沒有為自己爭取權力或是利益的空間，社會工作在醫療系統的出現，則是為了提升病患在醫院的弱勢地位，同時也符合所謂「提升醫療品質」的目的，因此社工員成為輔助病患在醫院當中爭取「權益」的重要角色。然而這所謂的「權益」是由誰來決定？或是由誰來爭取？為什麼能夠爭取？或是由誰來決定這「權益」即是所謂的權益？

社工員在幫助病患及家屬的過程當中，其動用的權力來自社會本身對於社工在專業方面的認可，以及政府為了管理民眾所佈下的各種監視網絡，因此基本上政府與醫療體系跟社會救助團體是可以說是相互支援的，資源的提供以及權力施予是可以轉介且調度的。不過前提是社工員必須要讓病患成為有需要的案主，也就是成為「檔案」，如此這個檔案才能夠隨著轉介的資源移交給各種社會福利救助單位。Laura Epstein(2005)所訪問過的一位社工員認為：「社會救助部門中，權力運作原則是相當簡單的：如果案主拒絕提供資料給社會工作者，案主就無法取得資格，一個不願提供資料的案主，就無法進入社會救助部門的權力經濟有效運作中。當然，案主可以拒絕參與社會救助部門中知識生產系統，然而，如果他拒絕的話，他在權力關係的系統裡則是毫無意義的。²⁹」因此，病患在醫院若是要受到幫助是需要條件的，他在醫院除了被觀看、被限制，成為病歷之外，如果希望可以在這場大病當中獲得該有的「權益」，就必須成為檔案。而社工員在醫院當中的存在，也不只是社會資源的轉介者、提供者、各種社會救助機制的聯繫者，其更是病患的轉化者，將病患轉化成為檔案，好讓他們得以在社會救助的體系當中被運作。

有趣的是，病患與家屬如何知道自己需要幫助？先前提過，現代醫療已不再只是注重身體上的治療，也同樣注重病患在社會心理方面的治療，因此除了檢查身體有無病痛，另外應該重視病患本身所處的社會環境、家庭狀況為何，這一點便跟社會救助技術連結起來。社工員會去了解病患為何會得此病、為何沒辦法付醫藥費、為何病患的家屬不來探望等原因。經過一連串對於病患的身家調查，有時候病患感冒去看個醫生，也可能會被社工員發現他來自甲級貧戶的家庭。在醫院當中，監視不只是停留在生理上的凝視，而已經擴大到社會心理層次。當家屬在醫院當中，若是當社工以專業上的了解判斷病患不只是生理上的問題，其家庭、社會環境都處於一種不合乎所謂「正常」的標準時，社工員會告訴病患，其實他們需要幫助。

一般來說，對於案主的評估在此時變得相當重要，評估在社會工作當中是一項評斷案主是否有接受幫助以及「充權」的條件，不過評估的項目其實也是以一

²⁹ 摘自 Epstein, Laura 等著，《傅柯與社會工作》，265 頁。

種社會所認可的社會價值來作為一種評估的標準。比方說，其以案主的年平均所得來判定其是幾級貧戶，或是某案主提出家暴案必須提出什麼樣的證據，甚或捐贈者必須有什麼樣的條件才得以申請喪葬補助費等等。所有的評判基準已由政府與社會救助機制共同制定，不過也正因為評估的技術存在，社工員才可以評估的結果作為家屬需要接受幫助的有利證據。不過在某一方面來說，病患也有可能因為現今資訊來源取得容易，因此向社工員提出要求，但是其也必須被列入等待評估以及列為檔案當中，病患才有可能獲得社工員所能提供的各項權益。因此不需要受到社會救助系統的幫助，有時候即在社工與其技術的評斷之下被決定，而社工員在醫院所扮演的也正是將病患轉化為接受幫助的案主的角色。

若當社工員扮演的是勸捐器官的角色時，其同樣也具有調解者與聯繫者的特色存在。由於台灣目前所有的 OPO 醫院都相互支援，因此當遇到所屬服務醫院有器官需要讓渡給其他醫院，或是其他醫院有器官要讓渡進來時，這些過程的進行都必須靠社工員，這是他們站在這個醫療資源的網絡上所具有的優勢。除了跟家屬進行勸捐，協調，以及行政手續上的處理，社工員另外所要扮演的角色，也包含情感方面的部份，陪伴 關懷或是所謂的悲傷輔導，何時應該提出器捐要求？何時應該給予家屬安慰？這是社工員在進行勸捐時要視情況進行的。其實社工員作為器捐醫療團隊當中的一份子，他同時也是器捐醫療團隊當中的協調者，而社工員必須協調不同工作性質的成員，讓他們能夠共同參與這項工作，也期望團隊的目標能一致，以免最後影響到器捐的結果。因此社工員在器捐醫療團隊當中，會因為狀況的不同而隨時改變他的面貌及作法，這也代表著其實在器捐的過程當中，社工員會面臨不同的問題等他去居中調解，所以社工員在器捐場域當中，並不是呈現靜止的狀態。接下來筆者將要介紹社會工作者在醫療場域當中會遇到的困難，以及其與醫療體系所產生的衝突。

四、社會工作者與醫療之間的衝突

如此看來，醫療社會工作者雖然醫療專業上的知識，但他們似乎在整個醫療過程當中，與醫療體系是站在同一陣線上的，不過也因為社工員不具醫療方面的專業知識，而且專業似乎也只停留在所謂的行政，以及資源提供的層次上，所以社會工作在醫療體系當中的定位，在最初其實是很尷尬的。一位社工回憶說：

但是那時候一個現象是，大家只要認為沒錢，就找社服室；病人沒衣服穿，找社服室；病人沒便當吃，找社服室，你會發現社服室角色被定位在很庶務性或很單純的經濟補助，一旦病人有一些心理層面上的問題，如家庭聯結上的問題，他們並不會想到社服室，因為都是我們透過經濟補助這樣窗口進去，再慢慢跟團隊的人員討論到病患的相關問題時候，他們才驚訝你們

社工可以做這些。³⁰

社會工作在醫療當中的出現，在當時(或許目前)也曾經面臨如何讓民眾及醫療人員了解，社會工作在醫院到底是幹嘛的、他們到底可以幫助我什麼的問題。社會工作者覺得除了大力推廣自己的功能之外，也同時教育民眾及醫療專業人員，當他們遇到類似什麼樣的的問題時，必須要求助於社會工作部門，問題才能得以解決。

這種藉著推廣各項活動的方式，雖然幫助醫院呈現某種形象上的型塑，其同時也教育大眾與醫療人員所謂的關於社會資源方面的「求助」是為何？應該向誰尋求幫助？在台灣的醫療社會工作界，這種定位的再次強調，出現在健保制度出現之後，由於經濟的來源縮減，社會工作部門傳統經濟補助個案減少，因此，如果要在醫院當中繼續發展，其勢必要經過轉型的過程，然而由於本身並不具有醫療上的專業，所以必須以別於醫療的型態在醫院當中經營。³¹因此除了先前社工員在醫院所扮演的各種角色之外，某種程度上，也是彌補醫療所不能發揮的功能，與此同時，社會工作部門在醫院當中做為一個協調者與仲介者，也爭取與醫療有共同合作的機會，因此許多包含社會文化以及形象方面的醫療機構，同時也會將社工部的措施納進來，比方說糖尿病患者與器官捐贈，其以醫療團隊的模式來幫助病患。

然而當社工員在醫院進行各項措施的同時，也會發生衝突，一開始是因為社工員與某些醫療人員的工作性質太過類似，比方說 Neil Bract 在 1974 年提出一個評論，其中論及醫務社會工作 1980 年的趨勢，他正確地預料到護士和社會工作者兩專業間衝突的增加，兩個角色間的重疊。這個預測已確實出現在醫療領域中，有時社工員與護士均擔任安慰病人的工作，或都參與家屬協助事宜，甚至有些地方護士也與社工員同樣擔任家庭訪視的工作，及從事心理輔導的工作，兩個專業間有職責混淆不清的現象，而有彼此競爭的情形。³²不過這跟先前所提到台灣在社會工作初現在醫療場域的狀況有點不同，美國的狀況出現在於對於醫療專業上的分工為明，這跟美國的醫療在發展的過程中，除了生理治療，也同樣重視心理方面的照護，因此護士也會有訪視及安慰的工作性質，這就跟專職心理照護的社會工作有職責上的重疊了。回到台灣，所遇到的則是社會工作在醫院當中對自己職責認同的問題，台灣醫療對於心理照護則沒美國來的重視，因此除了生理治療之外，其無法兼顧心理照護(遇到心理問題都將病患丟給精神科)，因此社會工作部門便可以擔任關於社會心理上的照護的工作。

³⁰ 摘自莫藜藜，1998，《醫務社會工作》，330 中，在醫療出現剛社會工作室工作的訪談內容，只是當時的社會工作室不像現今的服務複雜，民眾也不知道社工在醫院的功能是什麼。

³¹ 請參考同上，331 頁。

³² 參照金蔚如，1988，《醫務社會工作》，292 頁對於未來醫務社會工作的展望當中，所提到 Neil Bract 關於社工員與醫療人員專業上的重疊的討論。

但是這不代表者醫療與社會工作專業職責上的分工清楚，即可以在各種不同的工作發揮所長，也正因為如此，對於病患的需要，很多時候就會因為在醫療專業以及考慮到病患的心情上，而有所爭執。比方說出院的問題，當醫療人員認為這個病人開完刀同時也休息了一段時間，基本上可以出院回家休息，也可避免佔住床位。然而社工員會考慮到病患回家可能沒有家人在旁照顧，或是病患的救助金還未撥發下來，而希望醫院多留病患幾天等等，這都是需要調解的糾紛以及某些措施上的衝突。不過有時候社會工作者與醫療專業人員在分工上的衝突除了在措施上之外，也同時有理念以及認同上的衝突，針對筆者的主要問題，這出現在對於死亡的認知的不同上。

我們先前曾談到過醫療場域當中除了排斥疾病、同時也排斥死亡，因此醫療對於死亡是無所不用其極的加以隔離，有時候社工與醫療人員職責的分工，反而更造成對於瀕死病患及家屬的冷漠。對於死亡的排斥也同樣出現在其與社工人員的合作上，特別是在器捐醫療團隊當中，在醫療團隊當中，除了社工員之外，其他成員都具備醫療專業知識，也唯有他們才能讓器官移植的手術安全完成，不過前提是他們也必須面對瀕死的病患以及向悲傷家屬說明病情，不過有些醫療人員常為出現逃避的態度，有一位社工員說出他的不愉快經驗：

在我任職的頭幾年，有一位外科主治醫師就讓我很頭大，我之前說過有些病情上的了解，家屬通常都會希望由醫師來說明，因此我就要求這位外科醫師可以擔任這個工作，然而這位醫師對於向家屬說明器捐這種事情一向很冷漠，而且也不覺得這是他份內的工作，所以丟給我一句說「這是你自己的工作，為什麼要我幫你？」(Bs)

對於器捐的冷漠，可以說是醫療團隊當中的一個問題，就如同之前所述，既然有某種程度上的分工，那麼有些醫生會希望只要社工員去跟家屬接洽，而他們只要專心從事醫療專業方面的工作就行了。至於面對家屬方面的問題，對醫療人員來說卻很棘手。因此有時候社工員向家屬推廣器捐，同時也必須向醫療人員推廣器捐，說明醫療人員在這個過程的重要性。所以當社工員處於移植小組當中，他所要扮演的角色是全面性的，同時也是流動性的，社工員必須在面對不同的人事物上以調整自己的作法及態度，這種流動性的工作模式，有時候可以更順利的避免一些醫療上的糾紛，以及跟家屬溝通上的問題。

因此，醫院的社工員在移植小組的整個運作當中顯得相當重要，他具有操作移轉資源的權力，同時也必須具有調解醫療人員與家屬之間糾紛的能力。最重要的是，當移植小組開始運作的同時，他必須站在器官勸募的最前線，與家屬

密切的接觸及聯繫，因此社工員在醫院不只被含括在一種醫療專業的範疇當中。其同時也是一種醫療關係的仲介者，一種醫療觀念的宣導者，其所作所為潛移默化的影響著病患與醫療人員的作為，因此筆者會想藉社工員的探討來一窺器官勸募整個運作的關係。不過社工員在這個運作關係當中，就如前項案例所顯示，會碰到不少的衝突與糾紛，就器官勸募而言，社工員必須面臨醫療觀念上的宣導，基本上其也必須符應器官移植的死亡觀念，然而某種程度上卻跟民眾固有的死亡觀念造成衝突，社工員要如何去調整民眾的死亡觀念，勢必他自己也得受到新觀念的調整，因此筆者將在下一節談到死亡教育對於國內社工師的死亡觀念的再教育，以及死亡教育在國內發展的現況。

第二節 死亡教育對於死亡的反省

當社工師進行勸募時，他要面對的就是死亡的問題，死亡的整個樣貌太過於龐大，以致於一般人無法清楚看清死亡的本質，也就因為如此，人總是希望透過各種角度窺看死亡、進而去了解死亡，把死亡的本質濃縮到一個可以控制的大小，但是人所了解或是控制的死亡又呈現了什麼樣貌？在每個不同的文化環境、歷史脈絡底下可能所呈現的死亡樣貌各有不同，也有不同應對死亡的方式，現代社會又如何看待所謂的死亡？

許多哲學家以及生物學家曾試圖想要以某種理論來定義所謂的死亡，他們不斷的在所謂試驗「生命」、「有機物」的存在研究來探討死亡到底為何，後來發現他們的定義對於死亡來說，只不過是其中的一小部分，不足以代表死亡的整個面貌。哲學家 Steven Potter 也認為：從最簡單的無機物到最高生命形式之間，是連續不段的複雜性演變，我們怎麼可能從中切取一段，然後斷章取義叫這個是生命，叫那個是非生命呢？因此死亡的定義似乎無法安於某種單一的學科脈絡，而是必須涵跨更多的學科，而這些研究死亡的各項學科都是生死學當中的一部份，生死學起源於二十世紀的七零年代初(尉遲淦，2000)，在現代兼負了人們想要徹底了解死亡的任務，因此包含的學科之大，企圖以各種學科的角度來研究死亡各個面向，其中包括醫學、生物學、心理學、社會學、宗教學，而關懷的議題方向也很廣泛，比方說：死亡的判定、死亡經驗、死亡尊嚴與禮儀等等。

如果當我們回到何謂死亡的問題時，生死學給予我們的可能就是如何藉由各面向的學科去呈現死亡，可以呈現的面向之多，我們可以根據我們所處的環境去選擇我們對於觀看死亡的視角，然而我們又是憑藉著什麼去選擇我們所想要知道的死亡呢？Bauman 則不認為有一個現有的死亡就在那裡等著我們去發現，等著我們去選擇了解，他認為所有的死亡都有一種被創造的性質，而這種被創造的性質可以是透過宗教、透過不同文化、甚至是透過科學，形成我們目前所看到的死

亡，死亡可以因為社會文化的條件不同而成為不同文化底下所要的形貌，人無法自動的感知到死亡，人也必須透過不同的社會文化條件，人才得以感知到死亡，然而這個感知死亡的過程卻也被不同的社會文化條件所影響。

Bauman 發現現代人對於死亡塑造了一種敵對的文化，覺得死亡破壞了人世間所發揚永恆不朽的精神，然而因為死亡，也因此出現了不朽的觀念，何謂不朽？可能首先會聯想到的是一種長生不死的、生命生生不息的印象，不過 Bauman 對於人的不朽觀念，則是處於一種對於死亡恐懼的處理上。人對於死亡感到恐懼，所以必須以一系列的欺偽形式及技術來告訴大眾人可以是生而不朽的，目前有許多的維生科技的出現似乎印證了 Bauman 的說法，醫療可以透過這些維生科技讓自己對於掌握生命多爭取一些機會。不過所謂的「不朽」觀念，也並不只是停留在一種抗拒死亡的層次上，「不朽」也可以衍生成為一種意義上的永續觀念，即使生命也有消縱即逝的一刻，但是其所創發的意義是可以永留人間的，就好比目前所談的器官捐贈，即使捐贈者留下器官而死去，不過社會塑造了某種「善」、「大愛」、「無私」的觀念附加於死者，死者即使形體不存在，他的精神仍是永留人間，這也是目前器官捐贈相當重要的宣導觀念。

我們似乎可以從以上的討論感受到，醫療似乎正慢慢克服對於死亡的迴避，而藉由一種創發永續的意義，來接受死亡。但我們必須提出一個問題，醫療是站在什麼樣的角度去「接受死亡」？又何謂「接受死亡」？它們是以什麼樣的方式「接受死亡」？如果單只從器官移植的角度出發，我們也許可以看到一種透過永續觀念來接受死亡的狀況，即使會經歷死亡的過程，不過卻也讓另外一個生命得以延續，然而在勸募器官的過程當中，當不同的死亡觀念相互交涉時，卻產生文化衝突。即使器官捐贈被塑造為一種犧牲、奉獻、無私的精神，基本上應該是社會所認可的一種行為，然而勸捐在醫療場域會觸及到的，卻是來自各種不同面向的死亡觀念的底限，也因此反映出各種不同面向的死亡，來自家屬的或是來自醫護人員的，他們死亡觀念各有不同，因此接受死亡的角度以及理念也各有不同，死亡的呈現因為各種不同的接受態度，而有了不同的形貌。器官捐贈也許可以表達 Bauman 所謂不朽的概念，但是當中的器官勸募所發生的文化衝突，卻反映了更多所謂追求不朽的形式，比方說家屬希望保留全屍的概念，希望死者可以藉著完整的身體在另外一個世界復活。而醫護人員雖然知道器官捐贈可以幫助另外一個生命繼續生存，但是在面對捐贈者臨死的一刻，他同時也要面對與固有價值的衝突，這個固有價值除了本身的道德之外，也同時有法律規範著。³³因此這個接受死亡的過程並不簡單。

我們也許無法得知死亡的本質會是如何，即使目前有各種面向的學科告訴我

³³ 中華民國醫師法第 21 條即規定，醫師對於危急之病人，應即依其專業能力與以救治或採取必要措施，不得無故脫延。

們死亡是什麼？我們還是無法獲知死亡會是什麼。然而在勸募的場域當中會遭遇到各種不同面向的死亡，它們與器官捐贈的觀念產生衝突，也因為衝突的發生讓我們了解到有各種不同的死亡觀念出現，它們跟所謂的主流死亡觀相互衝突，並產生討論。如果我們必需了解這些不同的觀念不同的文化是如何產生的，筆者希望藉由目前支持器官捐贈的死亡教育，來看觀察其會遭遇到什麼樣不同的死亡觀念，而能夠藉由什麼樣的方式去改變。

一、死亡教育何以成為一種教育？

談到死亡教育，會有一個初步的疑問，就是死亡也可以被教育嗎？死亡在人類生活的當中，是透過各種不同的習俗、神話、儀式當中慢慢形塑而成的，人對於死亡的感知，在自己還沒有具體的體驗時，也是透過這些習俗、神話、儀式而有所概念。而死亡也帶給人各種不同的情緒及觀感，比方感傷、恐懼甚至是冷漠。且在不同社會文化底下所形塑出的死亡或是死亡觀念，在人的日常生活中不斷的被重複塑造著，使人對於某種死亡觀達到根深蒂固的效果。不過，就如之前所談論到的，死亡不只是從社會文化當中形塑出來，個人的死亡觀會因為遭受到不同的文化刺激以及衝突，而產生變化，其有可能因為固有的觀念較根深蒂固而不易改變，也可能因為必須順應時代的潮流而稍作調整。不過哪一種文化或是哪一種習俗得以被改變，就必須對不同社會文化的死亡做出不同的分析以及研究，找到得以加以改變或是調整的線索，所謂的生死學以及死亡研究正朝著這個目標進行著。

死亡研究的所針對的主題也涵括很多面向，包括：不同文化的死亡儀式、死亡態度、不同宗教對於死亡的解釋等等。所有的資料皆成為死亡研究做為一種可以加以改變或是調整的基礎，也許這是一種相當客觀的說法，不過就 Bauman 來說，當醫療介入死亡的同時，所謂的死亡研究也變得不單純了。死亡對於醫療人員來說是每天要面對的事情，死亡在醫療領域同時也是不可避免的，由於死亡對於醫療人員來說代表了他們的失敗以及無能，因此一般的醫療人員對於死亡大部份會呈現冷漠以及逃避的狀態。³⁴再者，由於現代人的死亡被封閉在醫療場域當中，死亡再也不像以往的社會變得常見，因此人面對死亡也處於一種不知所措、或是焦慮的狀況。不管是醫療人員與一般民眾對於面對死亡都有焦慮的問題，而這則是死亡研究所要解決的問題。但當死亡研究是帶著醫療的視角去觀看的時候，往往他們就排除了許多不同文化的特殊性，比如：黃中天(1988)在對天

³⁴參考陳好嘉，2001，《現代醫療對臨終關懷的衝擊與省思》，第7頁當中曾提到蘇丹諾(David Sudnow)在 *Passing On : The Social Organization of Dying* 一書中，觀察醫護人員之間的對話、及與臨終患者間之互動，發現醫護人員在臨終病患面前會顯示出一種不自在及罪惡感，將病人的死亡視為個人的失敗。

津與承德兩大沿海城市的居民進行關於死亡態度的研究，也就是對於死亡較容易感到焦慮的民眾的信仰，分析材料發現被調查樣本中佔第一位的是民間信仰。民間信仰同傳統文化的儒、釋、道三教以及地方文化有密切的聯繫。因為儒、釋、道三教的哲學思想中貫穿一種追求長生的思想，因此中國人對於死亡的感受，很容易表現較高的排斥性。³⁵因此在輔導他們面對及接受死亡的同時，具有民間信仰的中國人會來的較困難些。

以上是一個接受死亡的態度調查研究，若要接受死亡，在不同的文化似乎也會有面臨死亡而焦慮的問題，不過筆者想回到先前的發問，何謂接受死亡？我們是站在何種角度上去接受死亡？醫療似乎更進一步的反省了他們必需面對死亡的問題，因此他們想要克服面對死亡的焦慮，提升瀕死病人的品質，讓死亡不再只是醫院當中一個無能為力的盡頭。然而所謂的「接受死亡」，難道要忽視不同文化面對死亡的態度嗎？如果我們回到 Aries 所提到的「溫馴死亡」，一種將死亡看作是隨時發生，或是與死亡比鄰而居的時代來看，死亡雖然在過去也同樣令人感到焦慮，也同樣要經歷令人悲慟不已的喪葬儀式。若把當今的死亡放進整個死亡歷史脈絡來看，過去的死亡反而比現今的死亡更讓人覺得可親且熟悉。現代醫療原本就已經把死亡隔離起來，當他們回過頭來想要再去熟悉死亡，卻已是帶著醫療的視角去認識，醫療所認為的「接受死亡」似乎把死亡以一種不同的方式加以分析、解釋、呈現，然後告訴大眾我們要如此接受死亡，如果無法以這種態度去面對死亡，而產生了所謂的焦慮以及排斥的問題，那麼這個文化的死亡觀就有待調整以及改變。

因此當死亡研究搜集了各種不同文化的死亡觀，也許我們會期待以一種不同的視野去觀看其他人的死亡，而我們的確看到了各種不同文化的死亡態度，他們面對死亡會焦慮、會悲痛、同時也對屍體的處理有一大堆的禁忌跟儀式，但是在死亡研究對於這些資料的分析之下，呈現的卻是這些文化面對死亡的態度不夠開放、悲痛焦慮的時間過長，處理屍體的方式不合乎衛生、經濟效益等觀感。因此死亡研究開始發展了一套合乎所謂「接受死亡」的標準來企圖矯正這些不同文化的死亡觀念以及態度，想透過醫療系統或是把所謂正確的死亡知識放進教育系統當中，期望對不同的死亡文化達到矯正的效果。³⁶然而筆者先前提過，不同的死亡觀背後其實是相當複雜且歷史悠久的社會文化體系在支撐著，當面臨新的死亡觀念介入的時候，既有的死亡觀也會與之產生衝突，然而這也是死亡教育所要面臨並解決的問題。不過死亡教育是以什麼樣的方式去解決衝突呢？

二、死亡教育在國外

³⁵ 請參照黃中天，《死亡教育概論》，190 頁當中對於天津與承德居民的死亡態度研究，發現死亡觀念受到儒釋道及民間信仰等相當大的影響，因此這些居民對於死亡的避諱與恐懼，其程度與受過死亡教育的國外民眾來說，也相對來的比較高。

³⁶ 請參考同上，187 頁。

死亡教育可以說來自於生死學對於死亡的研究，不過從何時開始死亡的研究變得如此重要？陳芳玲提到死亡教育最初發展的時代背景主要是溯源死亡學 (thanatology) 的興起，二次大戰前的美國社會是迴避論及死亡的，唯二次大戰後，因戰爭的慘烈死亡與傷痛，促使大眾必須面對死亡，也使各領域的學者投入研究死亡。³⁷ 社會大眾的需求與學術界的探究死亡學因而誕生，因此美國 1960 年代起，許多行為科學家、臨床工作者如 Herman Feifel(1959)、Kubler-Ross(1969)開始對死亡相關議題發展研究以及投以關注。比方說對於死亡意義的探討，死亡態度的分析，面對死亡時的反應，以及悲傷輔導的部份。Kubler-Ross 最著名的研究即是人面臨死亡時，所呈現的五種階段反應：否認、驚訝、討價還價、沮喪、接受，其試圖藉由這五種階段的分析來幫助人人在面臨死亡的時候，可以達到降低死亡焦慮的效果。

死亡教育最主要的目標不只是接受死亡，同時也試圖去減緩對於死亡的焦慮，不過一個值得注意的重點在於，死亡的焦慮程度卻成為死亡教育注目的重點。悲傷以及哀痛，或是喪禮之後的哀悼過程，都是死亡當中重要的一部份，並且哀傷作為一種情緒的抒發，也通常只發生在私領域的部份，一般人會希望自己可以在別人面前表現得體、不失態，而大哭或是啜泣則希望留在親人面前或是喪禮的場合上。不過死亡教育則認為一個無法掌控的哀傷程度，具有某種程度的風險，再加上醫療化的影響，此風險則代表這種哀傷會有精神方面的症狀出現，當死亡的焦慮在醫療的注視之下，過度的悲傷有可能是不正常的。

在西方的死亡經驗當中，一樣少不了所謂的死亡儀式，教會的神職人員大多會在喪禮的時候，以聖經當中的話語向家屬解釋，死者未來的歸屬，希望家屬能夠對死者放心，也希望透過喪禮，家屬能夠進而與死者道別。不過 Jenny Hockey 曾經對目前在教堂服務的神職人員做了一項研究，其發現神職人員除了主持喪禮之外，同時也肩負輔導喪親家屬的工作。³⁸ 在喪禮的過程當中，家屬的悲傷與哀悼依然是不可避免，不過神職人員從原本主持喪禮儀式的工作，他們也必須披著僧袍去跟家屬進行悲傷的輔導，因為在現今的社會，死亡的焦慮成了某種待解決的問題，如果悲傷的情緒過於壓抑，沒有抒發的空間，則會增加此人精神崩潰的機會，不過有些神職人員並不具有專門的輔導知識，但他們覺得讓這些喪親家屬哭出來會比較好一點：

「你要試圖告訴人們……哭出來是一件好事，不用覺得不好意思。」

³⁷請參考尉遲淦，2000，《生死學概論》，63 頁中，陳芳玲介紹死亡教育的興起背景。

³⁸請參考 David Clark, 1993, *The sociology of Death: theory, culture, practice*, p131. Jenny Hockey 在 “The acceptable face of human grief” 此篇文章當中討論到當現今的社會對於死亡焦慮投以醫療的貫注之後，就連宗教信仰也在無形之中一起關注這悲傷的問題。

「某些看的到的沮喪通常是好的。」

「我告訴他們不要羞於哭泣。」

「我都會跟他們說，你要自然一點.....做你想要做的，不要覺得任何人在看你，如果你想哭就哭吧！」³⁹

這些從事悲傷輔導的神職人員即使他們不如社工具備悲傷輔導專業知識，但是對於某些過於壓抑的家屬，他們深怕這些壓抑的家屬會無法從悲慟當中走出來，或是接受死者的死亡，因此他們透過宗教的力量企圖可以幫助家屬克服這個困難，而 Jenny Hockey 也認為，透過宗教信仰或是喪禮，也可以幫助家屬從傷痛當中得到某種程度的「療效」，之所以稱之為療效是在於，透過喪禮或是輔導，家屬可以藉此機會抒發自己壓抑已久的情緒，不僅是對於死者的不捨、哀慟，同時也可以抒發死者太早離開而產生的憤怒及困惑，這等同於一般心理治療，會被鼓勵將自己的困擾以及壓抑已久的問題，完全的在心理醫師面前發洩出來，不管「患者」以什麼樣最私密的態度發洩方式，只要在心理醫師面前發洩出來之後，「患者」都會有如釋重負的感覺，而這就是其所要達到的「療效」。當家屬面臨死亡的那一刻，其會有悲傷的反應出現，但是當悲傷的時間過久，就得面臨必須要減緩悲傷的問題。

死亡研究在國外以減緩降低死亡焦慮為重點，許多國外對於死亡的研究，針對在不同階層的人接受死亡教育時，是否可以降低他們對於死亡的焦慮以及恐懼，亦或他們之後如果面對死亡，是否可以從容應對？目前國外的死亡教育已經納入中學、大學的正式學科當中，許多研究顯示這些未體驗死亡的學生們，在接受過死亡教育之後，對於死亡不再像之前未接受時那麼恐懼以及焦慮，學生們藉由這些課程，了解到死亡無法避免，該以一種更積極的態度去面對死亡，當遇到死亡焦慮無法克服的時候，要尋求心理治療的管道。而經常面對死亡的醫療人員更成為此類研究的重點，Dickinson & Pearson(1980)比較正式修習有關死亡及瀕死課程與未曾修課的學生，結果發現修課與未修課醫生在處理瀕死病人能力上卻有明顯區別，死亡相關課程能使醫生以正向的態度對待病人，也發現死亡教育能有效降低死亡焦慮。幾乎所有的死亡教育對於死亡焦慮都有正面的影響，然而這個正面的影響，是對於死亡有了跟以往不同的感觀嗎？某種程度而言，死亡教育在面臨不同的價值觀時，勢必會發生衝突，然而這個衝突也勢必會影響死亡教育之後對於死亡的觀感，因此死亡教育基本上它也必須涵擴相當大範圍的議題，包括以一視同仁的立場去看待不同文化、不同信仰習俗的死亡觀，然而這種「一視同仁」的態度卻是以一種外表包容，但是私底下希望可以透過任何機制達到調整

³⁹ 摘自同上，p131。Jenny Hockey 的研究中，一位正在進行輔導工作的牧師的訪談內容(中文為筆者所譯)。

的目標。

不過本研究的目的，不在於去探討死亡教育他最後能改變既有的死亡觀念多少，而是透過器官捐贈去觀察死亡教育在勸募的當下介入時，可以遭遇到如何不同的死亡觀念，以及所面對各種不同的信仰觀念。不過器官捐贈會遭遇到什麼樣的宗教立場與死亡觀念，在此研究當中筆者無法詳盡介紹，希望透過接下來對於台灣民間信仰與死亡觀念的大概介紹，能作為一個對於家屬死亡觀念的認識基礎。

三、死亡教育與台灣民間死亡信仰

死亡教育既然是來自國外的死亡文化，當其放進台灣本土時，又會呈現什麼樣不同的風貌呢？尉遲淦(2000)也提到過當死亡教育引進到台灣時，其發展類似於美國，先從個別有興趣的出版業、醫學、健康教育界及心理學界的學者開始。而國內死亡教育真正被大眾所重視，是傅維勳教授所著《死亡的尊嚴與生命的尊嚴？——從臨終精神醫學到現代生命學》一書在台灣出版，將美國死亡教育課程引進台灣後，才揭起國人打破死亡禁忌話題與開始關注探討生死議題。死亡教育的引進對當時的死亡禁忌確實找到了一個不同的討論空間，不過也同樣遭遇到一種不同文化價值上的衝突。死亡教育在國外可以做到某種程度上的調整，在國內是否也有同樣的成效？國內對於死亡教育成效的研究諸如劉明松(1997)以國中生，黃琪璘(2000)以師院學生為研究對象發現，死亡教育對於學生有正向且立即的效果，並且在課程結束後仍具有持續的影響效果。⁴⁰然而仍有部分研究認為死亡教育對死亡態度沒有影響，甚或發現，死亡教育的實施反而增加了學生的死亡焦慮度(張淑美，1995)。而針對醫療人員的研究，顯示死亡教育對於醫療人員在面對死亡的時候也具有某種正向程度的效果(詹伊潔，2003)。不過此研究有趣的地方在於，不同宗教信仰的醫療人員對於死亡教育的接受程度也各有不同。比如信仰基督教者會覺得死亡教育的內容，完全符合所謂人死後身體只是個軀殼的概念，而信仰民間信仰者，則覺得死亡教育當中對於屍體的處理，卻跟傳統民間習俗發生衝突，尤其是保留全屍的觀念。

宗教自然是在面對死亡教育時，會涉及到的問題，然而因為台灣的宗教來源多而分歧，也造成台灣民眾在面對死亡的問題時，也同樣有複雜的反應與情感。而跟台灣民眾最貼近的宗教經驗，以及最實際的宗教實踐，則必須要透過台灣的民間信仰去了解。關於台灣的民間信仰，可以說與死亡教育當中的面對死亡的態度以及屍體處理，尤其是器官捐贈這一部份產生相當大的衝突，所以筆者勢

⁴⁰參考自詹伊潔，《社會工作死亡教育課程內涵之初探》，16頁。其中對於國小及國中生的死亡教育對於死亡觀念的影響，不過由於研究對象皆為小學生，價值文化的內化基礎不如成年人來的根深蒂固，所以無法得知死亡教育對於調整固有觀念的成效性有多強烈。

必要先把所謂的台灣民間信仰基礎作一番呈顯，以了解死亡教育得以調整的基礎在何處。不過台灣民間信仰過於紛雜，其來自儒釋道三門宗教的相互影響，再加上台灣地方習俗等巫術選擇性的納入，因此所呈顯的喪葬儀式，包括屍體的處理、或是死亡觀都呈獻出複雜的風貌，不過筆者希望透過器官勸募的研究，可以透過當勸募的觀念遭遇到不同的死亡文化時，反映出目前台灣對於死亡觀念的複雜性，但是筆者做為此研究的了解基礎為由，先以初步的探究角度介紹台灣的民間信仰。

所謂民眾的觀念系統就是指民眾的信仰，或者稱為「民間信仰」，可是一般習慣的用法，常把「民間信仰」窄化為「民間崇拜」，其實「信仰」不等於「崇拜」，「民間信仰」是指來自於民間的觀念文化，反映出社會成員對一定宇宙觀、價值觀、社會觀、人生觀等觀念體系的信仰與遵行(馮天策，1992)。民間的信仰文化來源原本是相當複雜的，而一般人會將「民間信仰」等同於「民間崇拜」，是認為民間主要信仰系統於「民間信仰」的「鬼神崇拜」。可以這麼說，「鬼神崇拜」是民眾深層的心理結構與意識形態，支配了各種生活習俗的表現型態。⁴¹台灣民間信仰之所以存在著這種鬼神崇拜，來自於受到日常生活當中常遭遇到自然萬物變化的影響，比方農夫種田必須看天吃飯，漁夫出海捕魚必須靠海吃飯，民眾所得到的一切必須祈求上天以及萬物的配合，才得以生存下去。因此台灣民眾培養了一種「萬物有靈論」的觀念，認為與自己生計有關的自然萬物若發生神蹟，不管是一棵大樹或是一棵石頭，都可以成為被崇拜的神物。這種萬物泛靈論除了對於萬物的泛神論之外，死去的祖先的靈魂也具有某種神性，不過這不是「神」的層次，而是「鬼」的層次，死去的祖先靈魂稱之為「家鬼」，而某些因為冤屈而死或是無後人祭拜的則是「野鬼」，不過某種程度上民眾會認為向這些「鬼崇拜」也跟「神崇拜」有同樣的效果。不過這種崇拜的前提是，在崇拜之後是否顯露神蹟或是達到崇拜者的願望，其才有再被崇拜的可能。因此許多研究台灣民間信仰的學者都認為台灣的鬼神信仰某種程度上有「功利性」的特性存在(瞿海源，1990)。

也因為如此，這種鬼神崇拜造成民眾與鬼神的接觸是很頻繁的，所以住所跟崇拜的地方大部份會在同一個屋簷下，或是祖先的墳在自家的農田旁邊，鬼神崇拜雖然在民眾的生活是相當親近的，不過台灣的民眾認為既然這些鬼神可以達到自己的願望，相反的鬼神也會造成災禍。因此台灣民眾基本上還是承續了漢人原始性格的禁忌文化(陳來生，1993)，為了避開各種天災人禍，對於鬼靈仍然有著強烈的畏懼心理，執行了各種畏鬼避兇的禁忌儀式。這種避兇的儀式，反映出人們對鬼靈的畏怕，以及對死亡的恐懼，故死亡成為一切凶事的總源頭，只要與死亡有關的民俗活動，必然有一套避兇措施與禁忌禮儀(林明峪，1981)。如台灣民

⁴¹ 參考自楊國柱、鄭志明，2003，《民俗、殯葬與宗教專論》，126頁當中，對於台灣民間信仰定義的討論。

間的喪葬儀式除了對親人的慎重追遠外，還有不少唯恐鬼靈作祟的禁忌活動，從斷氣、入殮、安葬、守孝、祭祀等過程都有一大堆禁忌禮儀來躲避鬼靈的糾纏或不小心沖犯了鬼靈。⁴²這解釋了民眾在面對器官捐贈的同時，為何會產生如此大的壓力以及反感，器官捐贈雖然要面對屍體的不同處理方式，然而摘取器官、在醫院的太平間裡面斷氣，這些事情在傳統的觀來說，對屍體都是大不敬的，所以當對一個具有傳統民間信仰觀念者進行勸捐時，難免會碰到排斥的態度。再加上泛靈論的影響，害怕死者之後對於自己屍體處理方式不滿意，有些家屬也害怕死者的靈魂可能會回來找他們抱怨、懲罰，無形中造成了家屬的自責與內疚。

此時死亡教育要面對的問題，就是幫助民眾去重新思考這種泛靈論的觀念，也同時幫助民眾去面對死亡的恐懼，希望可以透過死亡教育告訴民眾這種器官捐贈的行為是助人的好事，不應該把其視為一種會讓自己受到詛咒或是懲罰的某種壞事。然而如果針對一個傳統觀念已經根深蒂固的家屬來說，要在他決定是否捐贈的短短幾小時之內，改變其固有觀念本來就不是一件容易的事情，那麼要如何讓這樣的家屬決定做器捐呢？

不過，台灣的民間信仰當中具有一種特性，足以讓死亡教育或是勸募的技巧藉由一種迂迴的說服方式，讓民眾重新考慮是否要捐贈器官。即使台灣的宗教可能來自儒家、道教、佛教，但是所呈現的宗教實踐及儀式，有時候卻是儒釋道三者共同混雜而成，民眾依自己不同的需求去選擇信仰不同宗教的教義。因此我們可能會在一個台灣民間喪禮當中發現，其儀式可能包含道教的祭拜方式，以佛教助念的方慰問亡靈，而處理屍體的技巧以及禁忌則來自民間信仰的巫術，儀式當中所體現的家庭關係背後遵從則是儒家的五倫的精神。因此我們無法認定對於屍體的處理以及死亡的觀念是源自於那一種宗教，每個宗教信仰都賦予了不同的教義，而形成民眾複雜的生死觀，最敏感的則是呈現在器官捐贈所引發的衝突之上。楊國柱、鄭志銘(2003)即認為宗教的「含混」是民間信仰的基本特徵，從宗教觀念到宗教儀式，都是心靈思維含混下的作用，在主體的感受下可以任意關聯與任意組合。即主體對待宗教的觀念是處在互生互動的關係之中，觀念系統強化了人們的信仰行為，同樣地，人們信仰行為會回過頭來重組觀念系統。民間信仰雖然有著整體表現型態及其特定的教義型式，但是其教義不是固定型態，而是流動的，以不成文的方式挑脫出成文的限制。⁴³我們也許可以意識到民眾的宗教及死亡觀是由好幾個不同的宗教，以及不同方向的思維所組成，可是每一種宗教對於死亡的實踐都各有不同的意義，如果站在一般科學角度上去觀看這些宗教混雜之後而成的思維，其可能會被視為一種迷信的宗教觀。但是 Laurence J. O'Connell 則認為當民眾的日常生活當中所經驗的實踐，是來自不同起源，比方來自神話(Myth)、宗教(Religion)、科學(scientific)等真實的時候，其所表現的生活實踐與

⁴² 同上，130-131 頁。

⁴³ 參照同上，182 頁。

意義(Meaning)也會有好幾個不同的真實，⁴⁴對於器官捐贈而言，社工員在進行勸募的時候，一定會遭遇到死亡觀以及實踐的複雜性所造成的排斥態度，因為民眾對於死亡以及屍體的不同處理方式，牽動了他們根深蒂固的所有禮俗、習慣、禁忌等思維，即使這些都是各來自不同的宗教，甚至是來自於不同的神話信仰，卻因為如此在他們心中造就了另一種真實？有別於死亡教育面對死亡的另一種真實。

也許死亡教育在國外可以藉由降低死亡恐懼的方式，讓民眾獲得某種程度上的接受，然而由於台灣民眾民間信仰對於死亡的觀念之紛雜以及根深蒂固，死亡教育也是在最近這幾年才滲透到比較實際層面的課程運用上，然而要在如此短的時間就要對民眾的死亡觀念加以改造，其實基本上對於最深層的觀念是很難去動搖的。所有勸捐的社工員也可以感受到有這樣的困難，所以他們在面對這樣的問題時，並不會強迫這些家屬一定要去勸捐，除非家屬本身接受新觀念的包容力很大，才有可能。不過也並不是沒有這種觀念則無法做捐贈，死亡教育在台灣目前無法改變根深蒂固的傳統的死亡觀念，對於是否可以降低所謂的死亡焦慮成效也不如國外顯著，不過卻可以利用台灣的民間信仰的特質配合勸募的說服技巧，讓家屬在決策的同時可以偏向捐贈器官，比方說民眾的信仰在勸捐時就是一個很好的切入點，讓民眾知道說做器捐是助人的善事，一般民眾會基於「積功德」的心態去做器捐。因此民間信仰這種「含混」的特徵無形中提供給社工員在勸募時一個很好的使用策略。

談到了死亡教育引進台灣，也許我們在器捐場域還未看到一個改變死亡觀或是降低死亡焦慮的顯著狀況，但是對於宣導這些觀念的社工員，我們勢必也要探討在他們本身面對死亡教育的時候，有助於改變他們的死亡觀亦或幫助他們在面對死亡時可以有技巧的應對。因此接下來將探討社工員在死亡教育養成的過程，他們接受什麼樣題材以及以什麼樣的方式學習，之後他們的死亡觀是如何？以及他們學會了什麼勸募的技巧？

四、當死亡教育納入正式學科

台灣將死亡教育納入正式教育學科較國外晚，即使民國 82 年即有傅偉勳關於生死學的著作《死亡的尊嚴與生命的尊嚴？從臨終醫學到現代生命學》，台灣開始關注死亡議題，但是對於將死亡教育納入一般國民教育學科當中，以及醫療體系利用活動宣導則是民國 90 年才開始進行的，所以時間上來說還算是相當新的一門學科。開始想要把死亡教育納如正式學科的動機在於，民眾對於死亡一

⁴⁴ 請參照 Laurence J. O'Connell et al., 1996, *Organ Transplantation : Meaning and Realitie*, p28 在 “The Realities of Organ Transplantation” 一文中，從舒茲的現象學來探討人為何對於死亡有如此多不同的觀感，尤其是呈現在家屬對於捐贈者腦死的觀念上。

直處於拒絕討論，視之為禁忌的狀況，連在醫療體系的醫療人員也同樣有此狀況發生，因而影響了病患在接受最後面臨死亡的過程當中，其生命品質大打折扣，因此有關單位認為此問題必須重新反省，也希望藉由死亡教育可以改變民眾的死亡觀，所以開始考慮將死亡教育納入一般國民教育的課程當中。目前則有許多研究是針對這些國民教育的學生在接受死亡教育之後，他們對於死亡的觀念以及感覺產生了什麼不同的變化(劉明松，1997; 黃琪璘，2000)，而這些研究大多關注的主題在於接受死亡教育的成效為何，這些成效包括：接受死亡教育後對死亡有關知識的了解、對死亡的心理反應、是否能較坦然的談論死亡或處理死亡與瀕死的相關技能。針對一般的醫療人員來說，藉由死亡教育似乎可以幫助醫療人員去面對關於死亡的問題，以及處理死亡的恐懼心態。而對於進行勸募的社工人員由於必須面對頻死家屬，所以他們必須學習死亡教育當中對於喪親與死亡的意義、悲傷的輔導、跟器官移植的精神。如此他們在面對家屬做勸捐時才有所把握。

不過，死亡教育當中的內容到底包含了哪些，足以讓社工員面對不同形式的死亡，一般專業訓練的死亡教育的課程內容包含：1.了解瀕死親友的需要。2.了解死亡的意義。3.死別和哀悼。4.向兒童解釋死亡，為死亡預作準備。6.死亡教育的教法和題材。7.死亡的定義和原因。8.死亡的泛文化觀點。9.死亡教育的課程發展。10.死亡的宗教觀。11.死亡的法律觀。12.安樂死。13.生命週期。14.自殺(社會心理學方面)。15.老化(社會心理學方面)。16.殯儀館的角色及功能。17.老化的過程(生物學方面)。18.對親友的弔慰方式。19.自殺(治療方式)。20.殯葬費用。21.器官捐贈和移植。22.死亡及瀕死的歷程。23.傳統喪葬的變遷。24.追悼儀式。25.兒童文學中對死亡的描述。26.火葬。27.屍體防腐法。28.文學和藝術中的死亡描繪。29.屍體冷凍處理。30.嗜屍症。⁴⁵之前曾提到死亡教育所涉及的範圍相當廣泛，其包含來自於社會學、心理學、醫療等方面的學科。不過對於這些學習內容，除了死亡的各種面貌之外，也同時以一種醫療的視角去看待不同的死亡，這體現在所謂的瀕死的處理方式，以及屍體的處理方式，比方說：安樂死的討論，安樂死雖然從醫療介入之後產生，可是因為涉及是否剝奪人對於死亡的選擇權利而處於爭議之中;另外則是殯儀館的角色與功能，由於殯儀館目前的工作場域已逐漸與醫院的太平間結合，所以殯儀館的角色與功能也逐漸醫療化，跟傳統喪葬的殯儀館已有某些形式上的不同，⁴⁶另外則是筆者的討論重點，器官捐贈與移植。雖然學習的內容當中也包含了了解不同文化的死亡，似乎希望學習者可以尊重不同文化的死亡觀，然而我們仍可以從以上的課程內容看出一種醫療介入死亡的趨向。

在了解死亡教育的課程內容之後，死亡教育如何進行也是必須探討的。死

⁴⁵ 摘自尉遲淦，2000，《生死學概論》，71頁。

⁴⁶ 請參照林龍溢，2003，《喪葬儀式在太平間之實踐——某醫院的個案研究》當中提到殯葬業者在進入醫療場域之後，與傳統殯葬產生不同的形貌。

亡教育實施過程中，經常要以個人在死亡相關議題的概念發展及各種相關領域的資料為基礎，因此經常以資料作為傳遞某些訊息的媒介，此等材料有數種不同的呈現方式，各有其不同的功能與限制。

(一) 書面資料：

書面資料以文字現者為主，如出版的書籍，此為最常見的媒介物，亦為最具傳遞功能的工具，但較缺乏吸引力，且可能對低教育程度者不易發揮其功效，因此，編纂時必須注意文詞的運用配合讀者的速度，教師亦應慎重選擇使用，以免產生反效果。

(二) 聽覺媒介：

包括收音機、錄音機、錄音帶等，比書面資料更富變化，故亦較具吸引力，製作成本低，且不受識字程度的影響，但對於高度抽象概念的學習較不利，必須在藉助文字說明或配有視覺效果的視聽器材。

(三) 視聽媒介：

包括影片、電視、錄影帶等等，由於其動作有連續性，且可將整個事件、情境一覽無遺，且較有情節，因此更具吸引力，對新行為的學習自然更為有效，但製作成本較高為其缺點。⁴⁷

如果透過死亡教育的方式，來宣導器官教育的觀念，目前最直接的方式則是透過電視媒體，播送關於器官捐贈的新聞，或是宣導廣告。而國小教材當中也開始出現關於器官捐贈的課文，讓國小學生透過課文的學習，可以認識到器官捐贈，並且讓他們產生基本的概念。

而目前死亡教育則進行方式有：

死亡教育的實施可分為正式教育、非正式教育及隨機教學三種類型。正式教育指在學校內以結構性的課程實施，非正式教育則在學校以外之日常生活中，透過家人或參與社會團體活動，經由互動進行學習(如參加喪禮)，而隨機教學則指利用非預期發生的生活事件(如校園中或居家附近有鳥而死亡事件)，進行正式或非正式教育。而進行方式則有兩種，個別方式與團體方式：

(一) 個別方式：

與死亡相關議題在本質上相當敏感，且往往學習者對此議題的學習具有個別性(例如有些人無法在公開的場合討論或分享個人的恐懼、焦慮或悲傷經

⁴⁷ 摘自尉遲滄，2000，《生死學概論》，72頁當中，陳芳玲對於目前死亡教育課程的教材上的選擇以及使用方式，其認為不同的材料有不同的功能與限制，必須視學習者的狀況選擇不同的教材去使用。

驗)。因時間、地點之不易安排，因此以個別的方式實施。一般較普遍的方式為學習與教師的個別晤談，教師與學習者以一對一的方式進行晤談，其主題是學習者對死亡困惑之主題的資料傳遞與討論，教師亦可運用各種諮商技巧，引導學習者探索自己死亡議題的認識、內在引發的情緒及表現的外顯行為，並輔以角色扮演、行為改變等方法進行輔導或諮商。

(二)團體方式

運用團體過程進行死亡教育，其題材選自團體參與者在有關死亡主題量表的調查結果，乃至於價值觀念的澄清、適應能力的培養等，均可依據成員的需要而涵蓋其中。此種方式最主要的特徵在於團體所形成的動力加諸個人的影響，在團體中，由於師生之間或成員之間彼此的交互作用，當可增進個人自我了解與認識，對其死亡有關的概念發展與行為表現當有所裨益。而團體方式則有：(1)大團體教學與輔導(2)團體諮商(3)團體治療。⁴⁸

某種程度上，器官勸募當中所進行的會談，也是透過社工師擔任傳授死亡教育的教師，向家屬進行一種觀念上的灌輸。社工員鼓勵勸募家屬說出自己對於死亡的恐懼與憂慮，在透過勸說的方式讓家屬安撫悲傷的心情，並從中引導他們接受死亡，即使可能只是一對一的陪伴過程，其同時也是一種進行死亡教育的方式。一種潛移默化的觀念交流，可以在人毫無防備心的狀況，接受新的觀念。而團體方式則是運用在各種團體諮商及團體教學之上，最常見的就是把死亡教育相關課程納入正式教育當中，目前國內各社工相關學系，為了因應未來學生就業之後可能會接觸到各種關於死亡的個案，因此在民國 86 年起社工相關學習開始慢慢的，將死亡教育各相關課程納入修習學分當中，而這些學系與課程選修學分如下表一：

表一

國內各社工相關學系	課程名稱	學分	修習類型	修息年級
東吳大學社工系	死亡與善終社會工作	2	選修	三
陽明大學衛生福利研究所	生命倫理簡介	2	選修	
慈濟大學社工學系	臨終社會工作	2	選修	三
台北大學社工系	死亡與臨終關懷	3	選修	四
中山醫學大學社會暨社工系	生命意義學	2	必修	二

⁴⁸ 摘自同上，73 頁。

同上	生死學	3	選修	四
亞洲大學社工系	生死學	2	選修	四
長榮大學社工系	死亡與臨終社會工作	2	選修	四

其實，在死亡教育納入正式學科之前，社工相關學系課程內的醫療社會工作學科當中，也包含了關於面對死亡案例的部份，然而因為沒有被獨立出來，所以學生也無法花比較長的時間去了解死亡教育，後來因為死亡議題逐漸被社會所重視，發現透過死亡教育可以讓這些社工員在面臨死亡時，能夠更透徹的了解死亡，或是知道如何去應對瀕死家屬與病患，才開始設計包括死亡教育、臨終關懷、悲傷輔導、生死學、生命意義學等課程。即使社工教育將死亡教育納入正式學科項目之內，不過此措施也是最近幾年才實行，幾乎在這項措施施行之前畢業的社會工作系的學生，⁴⁹並未被嚴格規定要修這一門科目。不過因為之後為了推廣各項醫療措施，諸如安寧療護、器官捐贈等等，死亡教育越趨重要，而當中對於器官勸募的技巧，也是許多社工員所渴望獲知的，因此各大教學醫院與財團法人捐贈協會，每年都會為在職的社工員舉辦器官勸募教育訓練，提供社工員對於器官勸募的技巧與死亡教育方面的知識。筆者為了能夠更深入了解社工員所學習的勸募技巧，所以選擇民國 94 年南區器官勸募網絡教育訓練做為一個小的田野場域，探究整個死亡在職教育是如何教育社工員。

第三節 勸募的技藝

一、 技藝的訓練-----器官勸募研討會

此研討會為財團法人器官捐贈移植登錄中心與成大、台大醫院所共同舉辦，登錄中心因感知到台灣目前的捐贈率頗低，為了提高捐贈率，必須加強民眾器捐觀念，不過最重要的關鍵者則在於宣導器捐觀念的社工員，因此研討會的用意在於教授社工員了解器官捐贈的意義，以及勸募的技巧，因此與會的學員大部分都是各家醫院的社工員、器捐協調員、護理人員，而參與授課的多是具有豐富勸捐經驗的社工員或社工師。

(一)課程設計

原則上，此研討會分成兩部份，初階課程與進階課程，初階課程針對的參加對象主要是臨床實務工作的醫護、社工人員及有志從事器官勸募者，因此初階課程內容較重視的是讓醫護、社工人員了解器官勸募何以成為一項義務、甚至是具神聖性的工作，因此其內容主要在介紹器官捐贈的意義與倫理，與腦死判斷等死

⁴⁹ 也就是民國 86 年以前畢業的社工系畢業生。

亡觀念，其課程設計如下表：

表二*

時間	課程內容	講座
09：10-10：00	從生死觀探究器官捐贈 移植議題	南華大學***法師
10：00-11：00	從醫療倫理探討器官移 植	成大外科部 ***主任
11：00-11：50	器官移植法律面面觀	台灣高等法院 台灣分院檢察署 ***檢察官
13：30-14：20	腦死判斷及死亡的觀念	台大腦神經外科***醫師
14：20-15：20	如何發掘潛在捐贈者與 器官勸募經驗分享	大林慈濟醫院 ***協調師
15：30-16：20	器官移植協調師的角色 與功能	高醫 ***協調師
16：10-17：00	? 合論壇	

*本課程表參考自民國 94 年器官勸募研討會。

從上表我們可以發現初階課程內容所要處理的問題仍在一種何謂器官捐贈的層次上，包括強調器官捐贈的好處，從各種角度包括宗教、法律的面向來闡釋器官捐贈的意義及其合法性，所以在這個討論的層面上，捐贈協會並不排除各面向的視角來探討器官捐贈，也希望從各種角度的論述以支持器官捐贈在社會存在的正當性。不過也可以從此課程內容反映不少目前社會大眾對於器官捐贈的種種疑惑跟迷思，包括對於腦死判定，以及何謂真正的死亡，如要社工員日後進行器官勸募，他必須要在修習課程的過程之中搞清楚腦死判定的意義，以及器官移植捐贈的相關法律，以便日後可以與移植小組合作。另外就如同筆者在第一節所提到，社工員在醫療場域當中所扮演的角色具有一種流動性的特徵，而社工員在醫療過程中也與醫療人員處於一種曖昧不清的狀況，⁵⁰因此課程內容也介紹了不少社工員該如何定位的問題，可以幫助社工員搞清楚自己處於何種立場並確定自己的身分進行器官捐贈。

其實藉由此課程可以點出不少社工員在進行勸捐時的各項疑惑，包括對於器官捐贈觀念的不清楚，以及覺得自己在移植小組當中的功能到底為何？為了不與醫療人員互相衝突，更要清楚的了解在醫療過程當中何時該介入何時不該介入，所以初階課程目的雖然在於清楚闡釋器官捐贈的意義，其實幫助社工員了解與醫

⁵⁰ 比方社工員與器官協調員的工作太過類似，不過社工員與器官協調員在器官捐贈業務當中的職務分配，要看醫院的職務編制，每一家醫院的編制不同，社工員與協調員所負責的工作也不同。

療專業人員共同合作的重要性，以及自己在移植的過程當中具有什麼樣的意義與功能。

不過就算社工員可以了解器官捐贈的意義以及自己工作的宗旨，如果在面對死者家屬的同時，無法適應家屬的悲傷態度以及解決家屬的非理性情緒，要成功的勸募到器官則會變的相當困難，因此理論性的初階課程同時也得配合技術性的進階課程，由於本研究主要在於社工員如何向家屬進行器官勸募，因此進階課程研討會成為筆者的觀察重點，其課程表設計如下：

表三

時間	課程內容	講座
10：10-10：40	器官勸募網絡(OPO)說明	登錄中心 ***副執行長
10：50-11：40	醫護人員如何面對死亡	成大***教授
11：40-12：30	如何向捐贈家屬勸募之技巧	成大***社工師
14：00-14：50	悲傷輔導在器官捐贈的運用	成大社工部 ***主任
14：50-15：40	悲傷輔導的案例經驗分享一	高醫***社工師
15：50-16：40	悲傷輔導的案例經驗分享二	彰化基督教醫院 ***社工師
16：40-17：00	? 合討論	登錄中心移植團隊

我們可以從上表看出進階課程更重視器官勸募的技巧，而設計課程也不再只是強調器官捐贈的重要性，而是提供某些策略性的技巧，包括如何與家屬接觸、協調，還包括如何解決家屬對於死亡的疑惑及恐懼，除了講解悲傷輔導及死亡教育對於器官勸募的重要性之外，很重要的一部份是授課的社工員以自己的勸募經驗來做為一種授課內容，可以幫助學員知道除了理論性與技巧性的授課內容之外，真正的實戰狀況其實是層出不窮的，社工員在進行勸募的過程中會遇到各式各樣的病患與家屬，這些病患與家屬也具有不同的性格與觀念，他們的悲傷態度與程度各有不同，因此社工員必須適應不同的人事物，但許多狀況可能是自己在學習過程當中所不曾遇到的，他們要如何隨機應變則是相當重要的。因此演講人本身的經驗可幫助社工員了解如何適應突發的狀況，若是缺乏足夠的經驗可能無法勝任這項工作。

(二)演講人的經驗分享

在此階段的教學內容，除了講述悲傷輔導的要點之外，也同時以演講人本身的經驗來映證悲傷輔導及死亡教育的重要性，不過演講人的經驗分享成為此研討會的一大重點，所有分享的案例都顯示出器捐場域的複雜性，以及無限的可能性，而真正讓社工員充滿疑惑以及挑戰性的也就是這個場域的複雜性，因此社工員在這個部分有時會分享一些令人感到不知所措的特殊案例，比方說，一位勸募經驗豐富的社工師他提到一個令他印象深刻的個案：

這位病患阿霞是外籍新娘，那一天我們勸募的對象是他的丈夫，可是他的丈夫有點智能不足，還一直把做決策的責任推給他弟弟，然而丈夫其實是最重要的親屬，到最後連帶女兒的責任都推給我們，然而這種智能不足的重要親屬之決策是否可以成為我們器捐的依據呢？(Ms)

這位社工師何以認為這個案例是特殊的？如果做為一個特殊的案例，勢必當中有許多無法預料以及控制的元素在其中：第一、阿霞是位外籍新娘，並不清楚的知道她對於器官捐贈的觀念為何，因此只好向家屬進行勸募。第二、結果身為最重要親屬的丈夫智能不足，因此社工員該如何信任家屬的決策？其實從這個案例可以看到社會工作對於可以進行輔導、救助的案例是需要經過評估，透過家屬本身的社會條件、以及學歷、經濟狀況上的評估，社工師得以調整自己的勸募方式，不過這個例子對於社工師比較棘手在於，智能不足的丈夫雖然符合決定捐贈的最重要親屬，但是他的社會評估卻不符合正常捐贈家屬的條件，也就是當他的智能不符合正常範圍的同時，表示他也無法獨立作出決定性的決策，會使得社工師不信任這位丈夫的決策。一般學習勸募的學員可能無法想像到會有這種案例出現，不過這位社工師舉這項例子就是希望在場的學員了解，特殊的案例會是層出不窮，不過如果勸募的工作如要進行，就必須利用自己對於案例的評估所獲得的知識去判斷這個案例該如何進行勸募。不過，我們可以藉由這個例子發現，各種案例的確是層出不窮，不過社工可以利用評估的技術將所有的社會案例、社會人分列等級，因而分類成不同的應對狀況，許多案例在乍看之下會不知道該怎麼處理，不過當這些案例化為檔案加以評估，也許可以藉由這些評估來決策自己的處理方式，如同 Foucault 所認為，審查的效力來自於被審查者的順從，於是，人們成為被測量與被研究的對象，而存於此簡單技術中的是緊密的知識與權力間的交互關係。審查在互動的過程中，蒐集與建構知識，透過微視所具有的精微特質，生產出知識的可能性。在這樣的手法下，常規與知識呈現出一種策略的本質，審查必然包含一種與權力有效施行相關的知識範疇。⁵¹因此一項評估通常對於社工人員來說反而是一種便於向案主實行策略性勸募的作法，所有少見的案例因為評估的結果而有了更適合的解決方式。

⁵¹ 請參考 Graham Burchell et al. ,1991, *The Foucault Effect*, P264-265。

而演講人除了分享自己的經驗，有時候也以反省的心態去檢視自己勸募的整個過程，包括當自己遇到令人不知所措的狀況時，他自己的心情是如何？他又以何種方式解決這些問題？

每當在向家屬進行捐贈時，看到家屬悲痛的样子，都會懷疑這樣的行為是不是在家屬傷口上面灑鹽，然而我們必需透過勸捐及悲傷輔導告訴家屬，其實捐贈器官及勸捐都是救人的行為，雖然我們社工員無法跟醫療專業人員一樣把病患救活，但是我們所進行的工作也是一項神聖的工作。(Bs)

其實幾乎每位社工師在面對勸捐的過程當中，都會有一種害怕觸及家屬傷痛，而開始懷疑自己的所作所為。不過當懷疑出現的同時，其實也面對了一個問題，就是社工員除了必須承擔當家屬無法接受器官捐贈觀念，而做出的強烈反應，社工員本身在進行這個工作的過程，也不斷在進行自我說服，因此在從事勸捐之初要如何跟家屬開口反而更需要技巧性上的指導，以及以社會賦予這個工作的某種神聖性，來增加自己勸捐時的信心。不過一個必須自我說服的工作，可以顯示出社工員在進行勸捐時也不時在進行對於自我的死亡教育，也許社工員本身也具有固有的宗教信仰以及死亡認知，當他在面對器官捐贈的時候，也有發生觀念衝突的可能，但是器官勸募在整個死亡教育的價值觀念當中，被塑造為一種「善」的意念，其也具有某種犧牲奉獻的意涵，即使社工員原本對於死亡感到恐懼、或是對器官捐贈不認同，不過當社會賦予他們可以進行勸募的權力時，他們必需要朝著社會所賦予的價值目標前進。藉由這樣的自我說服，他們得以相信自己是做好事。筆者將會在第四章更細緻的呈現社工員進行一種自我說服的過程。

(三) 社工員器捐的疑惑與討論成果

其實這場研討會最重要的目的，也是希望可以藉由這個機會與在場的醫療專業人員、社工員進行經驗上的討論，發現雖然某些在場的社工人員都曾參與器官勸募的工作，但是仍提出了不少自己在工作場合遇到的一些問題，不過筆者將列出一項與之後討論相關的一個重要問題：

Ms 與 Bs 社工員從事器官捐贈這麼多年，發現到一個相當特殊的現象，他們所服務的醫院，每一年都會為捐贈家屬舉辦所謂的追思感恩會，以紀念其親人無私的精神，而且醫院也希望捐贈家屬可以利用這個機會，藉著跟有同樣經驗的家屬分享自己的心情，以達到悲傷輔導及治療的效果，然而此兩位社工員發現有些家屬來了一年或兩年之後，都不再出現於追思感恩會。如果打電話前去關心，有些家屬也要求社工員不要再論及其親人捐贈器官的事情，以免勾起他們傷心的回憶。不過也有些家屬相當熱心於從事這種追思感恩會，也主動去關心其他的捐贈

家屬。對於器官捐贈所帶給家屬們的心理影響，是否可以為這些家屬給予安慰，亦或造成這些家屬的心理負擔，則是許多社工員目前還存疑的一個問題。

二、 悲傷輔導在勸募中所扮演的角色

作為器官勸募的技巧，對於實際經驗的掌握，對勸募固然重要，但是對一位社工員而言，其本身所具備的社工專業，也可以在無形當中幫助他面對勸募的家屬。器官捐贈也同安寧療護一樣，與死亡的關係密不可分，在社工專業當中，只要是碰到關於死亡的問題，都有一套相應措施？也就是臨終輔導，可藉由心理輔導的方式來了解家屬對於死亡的擔憂、恐懼，以試圖去減緩這方面的焦慮。不過死亡教育在器官捐贈所要克服的，則是必須要在有限的時間裏面，幫助家屬去面對親人的死亡，讓家屬可以在有限的時間以內，了解到親人生命的不可回復，正視自己悲痛的心情，然後尋求協助。不過，器官捐贈的過程當中，悲傷輔導所具有的地位是什麼？悲傷輔導的運用對於器官勸募有沒有實質上的幫助？

在精神分析領域當中，發現由於喪親所引起的悲傷，多半會造成精神上的壓力，而導致家屬即使在喪親之後的數年間，都會因為走不出喪親的悲傷，而無法過正常的生活，嚴重時還會引起幻覺、性格上的改變，也就是精神分析所判斷的不正常的精神狀況，因此悲傷輔導成為一種在面臨喪親問題時，可以讓家屬發洩悲痛情緒的一個方式，而為了能夠更精確的掌握死亡情緒的狀況，Kubler-Ross 更提出了所謂的瀕臨死亡五階段，包括：震驚、否認、討價還價、沮喪、接受，雖然後來有學者指出這五階段的分類，對於實際經驗而言太過粗糙，不過其仍是在面對死亡情緒判斷時，一種判斷的基本參考。許多社工員也認為，在工作中所接觸到的時際案例，所呈現出的情緒狀況，也不似瀕臨死亡五階段是一個階段接一個階段發生，發生的狀況可能是相互交雜，或是永遠不會走到最後「接受」階段，而是持續好幾年的悲傷，因此社工員必須視家屬悲傷程度的狀況來做判斷，如果家屬的悲傷持續太久，或是太過劇烈，就必須對家屬進行精神上的「治療」。

所謂的「治療」也是社工專業承接精神分析領域的精神醫療方式，對於精神狀況不正常的人，比說出現幻覺、講話失去邏輯、甚或有危險舉動者，都被歸類在精神醫療所要治療的範疇之內。而所謂的精神狀況不正常是如何出現，如果我們以精神不正常最相近的指涉？瘋狂為例，瘋狂在以往不曾出現，在人脫軌失序的狀況之下，一般都會分類在所謂「犯罪」的範疇之中，而犯罪的成立則是藉由某種刑事採集的證據所組成，而這些證據也就是構成何謂犯罪的一種知識，不過在 Foucault 的研究當中，當這個犯罪的原因比方說動機、仇恨，無法在犯罪的證據當中形成條件，而無法構成一種犯罪的知識時，其無法判定這個人是否犯罪，也只能判斷這個人失去理智，而失去理智在當時是不屬於哪一個知識的分類

範疇的。⁵²而精神醫療的出現，除了把所有認為因失去理智而產生脫軌行為的類型歸在這領域當中之外，也可以使其他無法歸類在任何一種範疇的奇怪案例，透過精神療養院，監禁這些行為不正常的罪犯，並從他們身上收集何以不正常的知識。慢慢的，所有收集到的知識構成我們現今精神分析與精神醫療的最主要的根據，不過悲傷何時也成為了精神分析所要分析的對象？

Laura Epstein 曾在著作「悲傷的規訓」當中提到，悲傷在以往很可能是人生必定會碰到的情緒反應，然而精神分析認為，最讓人覺得擔心的不是悲傷，而是悲傷所引起的焦慮以及精神上的不正常，不過要如何判斷悲傷的程度已達所謂的精神不正常呢？Kubler-Ross 的瀕臨死亡五階段則提供了一個基本的參考基準，所謂瀕臨死亡的悲傷，都有可能觸及這五個階段，不過所發生的頻率以及程度會因人而異，以 Elisabeth Kubler-Ross(1969)的死亡五階段理論為例，只要達到最後目標？「接受」，其他階段可以不用連續。「達到接受」已成為判斷悲傷者的臨床標準，未達到接受即被稱為疾病，要接受治療以求治癒。⁵³社工員對於喪親家屬，不管在離開醫院之前之後，可透過會談的方式對家屬的情緒與精神狀況進行評估，他們會鼓勵家屬發洩情緒，談談對於親人的不捨，或是告別，希望可藉以撫平家屬悲傷的情緒。不過有些家屬狀況不太一樣，他們會無法接受親人的死去，而導致過了好幾年還陷在悲傷之中，社工此時會斟酌家屬的狀況，藉由心理輔導或是喪親團體輔導給予適當的精神治療。因此過度的悲傷，此時變的需要被醫療注目，以防過度的悲傷會引起精神上的錯亂與瘋狂。

而悲傷輔導最重要的，就是鼓勵家屬說出內心的感受，把病患心中的不快與悲慟發洩出來的方式，也同時藉由讓病患說出自己的妄想，判斷這位病人的疾病為何。以 Foucault 的「性史」，這種鼓勵病患把心事說出來的方式，源自於基督教「告白」的技術，透過向神父告解自己不可告人的罪行，以求上帝的寬恕，不過也因為如此更強調了這種罪行的不可告人，反而更鞏固了一種對於慾望、犯罪的妄想。而精神治療透過這種告白的技術了解病患妄想、瘋狂的狀態，更從中獲得關於瘋狂的知識，因此對於收及知識的渴望，精神醫療則必須鼓勵病患把他們

⁵² 請參照 Michel Foucault, 2003,《不正常的人》，123 頁當中。Foucault 為了能夠更強調將司法刑罰體系歸類案例的方式問題化，而舉出一個特殊的例子，這位女子叫 Henriette Cornier：一個仍然年輕的女人，曾經有過孩子卻拋棄了他們，接著她被第一任丈夫拋棄，現在巴黎告著幫傭過活。有一天，在她重覆不斷地威脅著要自殺，並且顯露出極度難過的癥狀之後，Henriette Cornier 拜訪了她的鄰居，這個鄰居有一個 19 個月大的小女孩，她向鄰居提出要求，能否讓她照顧一下這個孩子。鄰居猶豫了一會，最後還是接受了她的要求。Henriette Cornier 把那個小女孩帶進她的房間，然後拿出預先準備的刀子，一刀把那個小孩的脖子割斷。她與那個小孩的屍體共處了十五分鐘，小孩的身軀在一邊，頭顱在另一邊。當小孩的母親想把孩子帶回去時，Henriette Cornier 告訴她：「你的孩子已經死了。」孩子的母親生氣了，不過並不相信她說的話，她試著進去房間。就在這個時候，Henriette Cornier 拿了一件圍裙，把小孩的頭包進去，然後把它從床子丟出去。她立刻被逮捕，當被問到：「為什麼要這樣做時，」她回答：「就是想。」除此之外，人們再也問不出個所以然了。這在當時是一樁當時司法、警察、專家都無法解釋的行為。

⁵³ 請參照 Laura Epstein 等著，2005,《傳科與社會工作》，198 頁。

內心深處的秘密說出來，社工專業在悲傷輔導的過程當中，也同樣運用了這樣的技術。

不過，這又與器官捐贈有什麼關係呢？這在器官勸募的過程當中會有什麼影響嗎？原則上，悲傷輔導最主要的功能在於可以幫助家屬撫平情緒，減緩悲傷，而社工員在悲傷輔導當中所提供也是精神上的支持與陪伴，這在勸募的說服過程當中，可做為某種策略上的說服方式。在勸募的部份，由於無法直接跟家屬提及器官捐贈，且面對的是情緒不穩定的家屬，因此藉由悲傷輔導，可以與家屬建立關係、了解家屬的需求，也可以蒐集說服家屬的線索。透過悲傷輔導也可以做為一種判斷家屬是否有器捐意願的方式，而悲傷輔導最主要也是希望家屬能夠在最大的可能底下恢復理智，而恢復理智則可以透過輔導當中的一種告白、宣洩心情的方式，讓家屬在發洩之後可以恢復理智的思考，思考是否要捐贈器官以及辦理親人的後事等等。不過這並不代表在勸募成功之後，悲傷輔導及完全結束，一直到家屬同意器捐、進行摘取手術、辦理後事之後，悲傷輔導仍在進行著，因為家屬的情緒狀況也會在這個過程當中持續變動。某些家屬本來已經同意要做器捐，然而在摘取手術的當下，卻又因為不捨而引起的情緒衝動導致捐贈步驟的停止。因此讓家屬可以保持情緒上的穩定也是悲傷輔導所肩負的任務，其不但可以作為一種引導家屬做器捐的說服方式，也同時是一種讓家屬「接受死亡」的策略。

第四節 小結

也許我們會認為，社工員在接受過死亡教育之後，可以將死亡教育以及器官捐贈所要傳達的訊息傳達出去，然而在受死亡教育的當下，即使他們學到了不同的死亡觀念、習俗、教育，也學著面對這些不同形式的死亡，以及在他們接受過勸募技巧的訓練之後，他們在面對器官捐贈的實際情況時，是否可以得心應手。整個說服的實際狀況，是否真如同他們在學習過程當中可以預料？他們儘管在接受訓練之後，在實際的勸募場域當中，社工員其實還是要接受另外一套的訓練，而這套訓練的過程，是真實的且也無法預測的。

第三章 器官勸募做為一場死亡談判

第一節 勸募的場域與器官捐贈流程

一、 醫院做為一個器官勸募的場域?? 田野場域介紹

台灣目前有十三個器官勸募醫院，又稱 OPO 醫院，其主要為了能夠讓台灣各地的器官資源能夠達到有效率的運用，以及均等的分配，因此這些 OPO 醫院配合器官捐贈登錄中心，收集各醫院所勸募到的器官，將器官分配給需要幫助的受贈者，雖然器官分配找到了一個看似頗有效率的運作分配方式，但是因為需求量日益增長，卻不見器官的提供有所增加，因此這些 OPO 醫院的社工員們兼負起勸捐以及宣導器捐觀念等責任。

不過社工員做勸募的場域?? 醫院，其本身的醫療取向以及醫院所賦予給民眾的形象，也同樣影響到勸募過程當中，社工員所要宣導的器捐精神，不過這種器捐精神是否真正的影響到社工員做勸募的結果呢？在筆者與各家醫院進行勸募的社工員訪談之後，發現雖然各家醫院雖然都有服務精神、宗教取向，及職務編制上的不同，但是由於說服過程的結果無法預測，導致每家醫院的社工院所碰到的勸募案例，都無法以醫院的特性來決定案例勸募結果的特殊性，每個勸募案例都會受到當下勸募的過程狀況的不同，而有不同的結果。不過為了解整個勸募的流程，筆者依然選擇一家中部勸募相當積極的 OPO 醫院，來作為了解勸募流程的基礎，而這家醫院的所在地位於彰化，就社工員認為是器捐觀念還相當保守的區域，而宗教取向為基督教。然而此家醫院所碰到的案例形式，在每家醫院似乎都有類似的案例，因此筆者不計劃以這家醫院的特殊性來做為器捐觀察的重點，而把焦點放在不同勸募狀況的當下，每位社工員如何隨機應變發展他們的說服攻勢。

二、 器官勸募的說服人員

因此，筆者針對從事器官勸募及捐贈工作的社工員進行訪談，總共有十五位社工員作為本研究的受訪者，目前這些社工員服務於各家醫院進行器官捐贈與勸募的工作，其基本資料與是否接受死亡相關課程如下表四：

表四

	工作年資	從事器捐年數	宗教信仰	大學有無接受死亡相關課程	有無接受在職訓練課程
As	五年	兩年半	無	有	無
Bs	八年	七年	無	無	有
Cs	四年	一年半	無	無	有
Ds	十四年	一年半	基督教	無	有
Es	五年	四年	無	有	有
Fs	七年	三年	無	無	有
Gs	五年	兩年半	無	有	有
Hs	八年	四年半	基督教	無	無
Is	五年	三年	無	有	有
Js	三年	兩年	無	有	有
Ks	五年	兩年	佛教	無	有
Ls	六年	三年	佛教	無	有
Ms	七年	四年	基督教	無	有
Ns	五年	四年	佛教	有	有
Os	四年	三年	無	有	有

另外，因為某些 OPO 醫院的編製目前納進了器官協調師(coordinator)，⁵⁴使得勸募的工作不再由社工員負責，不過也有些醫院雖然有協調師，勸募的工作仍是交給社工員。筆者為了突顯社工員在器官勸募的流程當中，與協調師不同的特殊性，因此訪問兩位從事器官捐募的協調師，其不如社工員接受過社工與死亡相關課程，因此勸募的路徑也與社工員大不相同，下表則是協調師的基本資料：

表五

	工作年資	從事器捐年數	宗教信仰	有無接受死亡相關課程
Ac	十六年	兩年	佛教	無
Bc	十二年	兩年半	民間信仰	無

雖然本篇論文主要在探討社工員勸募的技術，以及社工員本身對於勸募所造

⁵⁴從民國 92 年開始，器官登錄中心與 OPO 醫院合作，開始在醫院設置器官移植中心，以護理人員擔任專責的器官協調師(coordinator)，協助社工員捐贈的工作。

成的心理掙扎，不過我們勢必還是要了解器捐家屬在面對勸募的過程當中，會有怎樣的心理負擔，他們是如何在勸募的過程當中，接受器捐亦或拒絕器捐。因此筆者訪問了兩位器捐家屬，而兩位在經過社工員的勸募之下都同意了器官捐贈。

表六

	接受器捐年數	宗教信仰	有無接受死亡相關課程	捐贈親屬
Af	兩年	基督教	無	母親
Bf	三年	民間信仰	無	父親

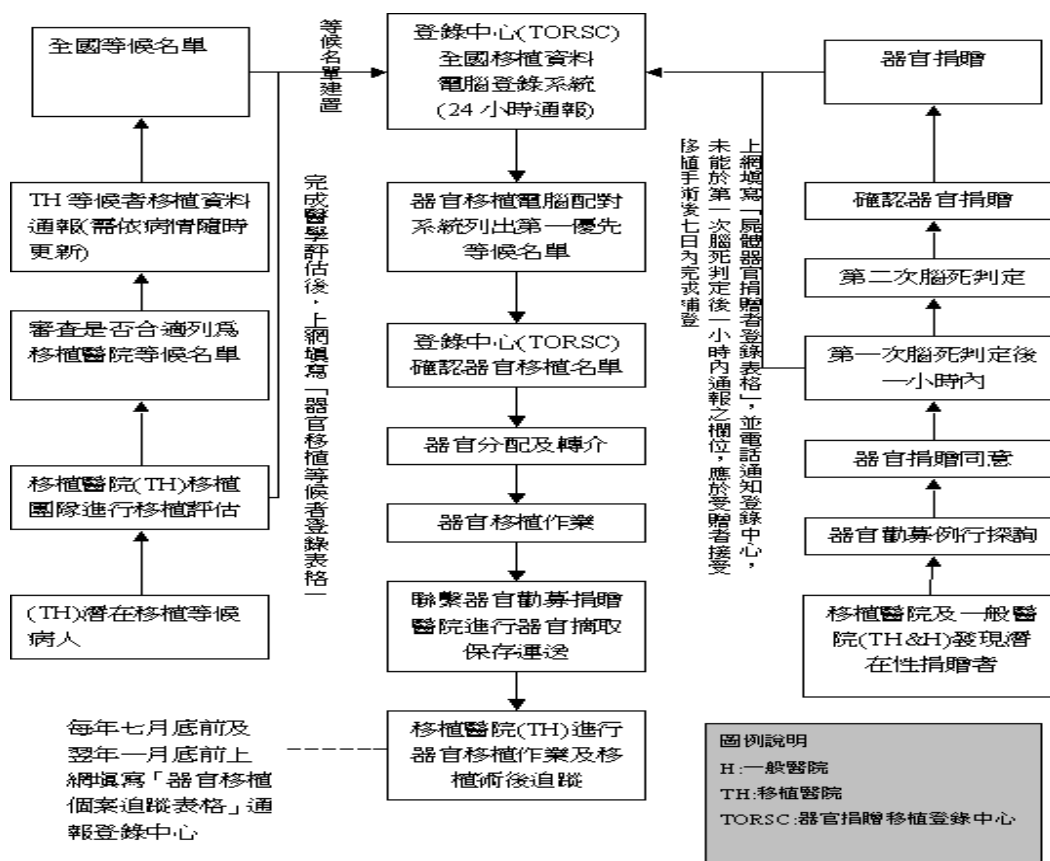
三、器官捐贈流程

為了讓台灣每間器官勸募醫院可互相支援，因此每家醫院器官捐贈的流程大致上都類似，因此筆者藉由此家田野醫院，作為了解台灣醫療體系的器官捐贈流程。一般而言，如果醫院是器官勸募醫院(OPO)，目前大部分有器捐協調師或是專職勸募的社工師，不過以田野醫院為例，其先由協調師去加護病房(ICU)巡訪是否有無昏迷三分的病患，⁵⁵再告知社工員來詢問家屬的意願，而勸募的行為就在此開展。之後若家屬經過勸募之後有意願進行器捐，協調師就會開始啟動整個器官移植團隊，其團隊的成員包括：執行腦判的腦神經外科醫師、執行摘取手術的外科醫師(通常是各部科的醫師都會介入)、⁵⁶護士，以及檢驗科等醫護人員。腦判按照法律規定必須要執行兩次，以確定病患無復活、可逆的機會，此兩次腦判則須間隔四個小時。⁵⁷如果此家摘取醫院並無受贈病人等待器官，協調師會將摘取的器官登錄在器官移植登錄中心 或是通報其他勸募醫院，看其他醫院是否有需要器官的病人。而在摘取手術完畢之後，社工員則會幫助家屬處理死者的喪葬事宜，以及辦理保險或是補助費的領取手續(喪葬補助費)，之後會視家屬的情緒調整狀況，對家屬進行悲傷輔導等情緒上的支持與幫助。而器官捐贈的流程圖如下：

⁵⁵ 嚴重的腦部傷害會影響患者意識，導致患者意識不清。在臨床上，常用昏迷指數來表示病人的意識狀況，正常人昏迷指數是滿分 15 分，當昏迷指數的總分在 7 分或 8 分以下時，病人常呈現一種不省人事的情況，這時候，就可以稱之為昏迷。而法律規定若昏迷指數達三分者，則可被視為待腦判的潛在性捐贈者。

⁵⁶ 通常負責病患的主治醫師，與負責腦判的醫師，以及最後進行摘取手術的醫師，都是由不同的醫師來進行，社工員認為這再某種程度上是為了避嫌，以免在器捐過程當中，家屬與主治醫師有某種交易存在。

⁵⁷ 請參照「腦死判定準則條例」第七條，第二次判定性腦幹功能測試，應在第一次測試完畢接回人工呼吸器至少四小時後始得為之，並應完全依第一次測試之程序進行。



*此為台灣目前器官捐贈流程，由器捐移植登錄中心與各家 OPO 醫院所通用。⁵⁸

一般來說，勸募的主要工作在田野醫院是由社工員來進行，因此說服家屬在初步的觀察上，似乎也只停留在第一線的勸募過程中。所謂的第一線是指從發現潛在的捐贈者到向家屬告知，一直到家屬決定捐贈器官的這一段過程，這是說服行為出現的一個部份。社工員可以透過醫生的病情說明、以及陪伴或是關懷會談的方式，去了解家屬的想法，進而從中獲得說服的線索，對家屬進行勸募。然而筆者發現，一種「接受死亡」的說服形式不只停留在所謂的第一線部份，雖然其中社工員對家屬所進行的是勸募當中的說服形式，然而所謂的關懷陪伴，也是勸募的另外一種形式，而關懷陪伴則不只是停留在第一線當中，其再延續到第二線，包括腦判的過程以及摘取手術，甚至到最後家屬辦理死者的後事，社工員的關懷陪伴一直都在進行。不過即使如此，表面上社工員會藉由器捐過程來做為一個關懷家屬的理由，實際上社工員是配合整個器捐過程，對家屬不斷進行各種形式的說服工作，即使家屬已經決定要做器捐了，然而說服並未到此結束，而是開始另外一種不同的說服，說服家屬接受新的死亡形式。至於是哪些死亡形式，接下來則會藉由筆者的田野觀察以及社工員們所提供的訪談來開展。

⁵⁸ 取自「財團法人器官移植登錄中心」網站，<http://www.torsc.org.tw>。

第二節 尋找潛在性捐贈者

一、 腦死(Brain Death)? ? 勸募的開端

當急診室將病患送進來的那一刻，急診室的醫生與護士會為病患進行急救(CPR)，家屬則在急診室的簾幕外不安的等待著，每個人心中想的都是，希望病患可以盡快恢復意識，可以繼續活下去。然而當家屬在等待好消息的那一刻，醫護人員即使在進行急救，卻也發現病患可能稱不過去，已達到昏迷三分的狀態，這時器官協調師或社工員會要求醫師向家屬解釋病情，並說明病人腦死的可能性很大，而腦死正是此病人是否可以做器官捐贈一個重要的關鍵。

所謂腦死，即是腦幹死，腦幹主掌呼吸功能，腦幹若發生不可回復的損傷，人將無法自主呼吸，所有器官將因缺氧而逐漸死亡，腦部細胞缺氧達五分鐘更將大量死亡。腦幹一喪失功能，人體即無法自主呼吸，若無人工機器介入，將立刻形成呼吸心跳停止狀態，與傳統判准一致。即使有呼吸器介入，也僅能維持一段時間的身體機能，短時間內仍會呼吸衰竭。因此英國皇家醫學會於一九七六年即以腦幹死為死亡判準。⁵⁹因此之後在面對器捐同時的死亡標準，都以腦死的現象來作依據，而人工呼吸器的介入，也為腦死病人在面臨死亡急救的那一刻，獲得緩衝的空間，除非病人後來的狀況變的難以控制，不過可以讓社工員有時間向家屬進行勸募。而腦死的出現，對於一般人的對於死亡的想像及定義是具有顛覆性的，一般人對於死亡的定義大多是病人呼吸心跳停止，然而腦死雖然是掌管呼吸功能，當失去功能時，會導致體內器官缺氧而死。不過腦死的那一刻，心臟仍在持續跳動，而器官移植則必須在病患心臟跳動的時刻，把器官取出，否則會造成器官衰竭。因此許多人在了解腦死以及器官移植的意義之後，常會覺得這是相當不人道的事情。

不過也正因為如此，我們發現人對於死亡的定義，可以藉由某些醫療的機制去加以改變。當初人工呼吸器的出現也顛覆了人對於以往死亡的定義，人體可以藉由人工呼吸器而獲得生命的延續，即使病患本身是毫無意識，但卻因為人工呼吸器，病患可以保持呼吸心跳而保有所謂的生命存在著，然而病患或視家屬本身卻無法感知到這個生命的具體存在。他無法像一般人過正常的生活，卻像睡著了一般躺在病床上，如果不藉助人工呼吸器，他跟死了就沒兩樣，因此人工呼吸器的出現反而讓生與死之間的界線變的更模糊不清，而腦死又是另外一個站在操縱生死界線上面的醫療機制。器官移植技術在醫療場域當中的出現，可以說是伴隨著腦死而產生，其必須保持心跳，讓器官在還未衰竭之前就取出，我們可以說，

⁵⁹ 請參照吳建昌等著，1999，死亡之重新定義：對與腦死之探討，《醫學教育》，15頁。

腦死並不是屍體，可是我們卻要在不是屍體的身體上取得器官，在過去盜取屍體的歷史經驗來說，器官移植似乎還比盜取屍體更加冷血，然而其在法律的規範之下，成為了一個合法的行為，而這個合法性也必須訴諸醫療的權力去說服民眾去進行這項行為。然而在這合法的包裝紙的內部，卻也因為腦死與固有死亡認知的不同而產生極大的衝突。

Margaret Lock(2002：35)曾在他著作裡面談到西方國家的醫療場域當中，個人的死亡認知會在生物醫學的再製及社會意義下被除去，也就是說醫療的權威，不管是醫療技術，或是醫生的知識權力，都足以可以改變人的死亡的定義以及形式，人接收了醫學再製出來的社會價值，也會進而調整自己本身對於死亡的意義以及想像。不過在日本，醫療的權威似乎就沒比西方來的大，由於日本也同台灣的民間信仰一樣，對於萬事萬物皆具有「泛靈論」的觀念，因此他們對於屍體的處理觀念，也希望能夠保持完整，希望死者在往陰間的路上因為身體的完整而走的平安。再加上日本對於生命的堅持觀念與腦死又落差，日本人覺得當病患瀕臨死亡時，醫生應該積極的急救到最後一刻並期待奇蹟的出現，然而腦死則是要在死者心臟還沒停止之前就必須要把器官捐出去，了結自己的生命。被判定腦死的那一刻，也代表必須要中止急救的程序，這些在日本人對於生命的觀念上是不能認同的。因此即使日本的醫療場域也大力在推廣腦死與器捐的觀念，包括利用平面媒體廣告作宣導，或是利用補助費來做誘因，但是器捐率卻仍是來的比西方國家要低。

日本目前對於器捐的問題出在腦死是否等於死亡的爭議上，而在法律上許多爭議則是在腦死是否等於屍體的問題上。就醫療來說，腦死雖然是腦幹中樞的死亡，也代表未來病患將不醒人事，但因為腦部曾經缺氧，就算未來有可能救活，也會成為植物人。⁶⁰不過至於腦死是不是等同於死亡，醫療只能做一種生理上的判斷，也就是依據腦幹功能的喪失來判斷其在生理上是死亡的，因為其如果沒有依靠人工呼吸器也無法存活。但腦死並不能與屍體畫上等號，做為一種死亡的定義、或是否為屍體的定義上，醫療的解釋其實包含了許多含糊不清的部份，這也造成了許多法律學家爭議其合法性之處。然而筆者並不藉由此研究來參與這方面的爭議，而是認為腦死的醫療定義，有助於在幫助社工師們面對家屬進行器官勸募時，提供一個可靠且具權威性的說服脈絡。台灣跟日本比較起來，在腦死的問題爭議比較小，反而是台灣的民眾在面對腦死時，卻有一種陌生感。社工要如何幫助家屬突破這種陌生感，就必須得依靠醫療上對於腦死的解釋。

二、腦死的體驗

腦死該如何在家屬的心中產生意義，以及與死亡認知接軌，在進入器官勸募

⁶⁰ 可自主呼吸，但無意識。

的同時，必須要告訴家屬此病人已經不具存活的希望，然而在腦死還未在家屬當中形成意義及認知的同時，告訴家屬不具存活的意義是不容易讓家屬接受的。當病患進入昏迷三分之後，器官協調師與醫師都會知道目前 ICU 內有一個潛在的捐贈者，有機會可以捐贈器官，然而這個機會是否可以達到最終的目的，就必須看醫師如何跟家屬解釋病情，讓家屬知道死者的狀況，病情的程度到什麼地步，以至於在說明腦死的部份時而不至於顯得落差太大。而幾乎所有的社工員也認為做好一個清楚的病情告知，在之後他們接受腦死的資訊、或是向他們勸募器官，家屬也比較有意願接受。

從病情告知的話，醫護人員比較多，那當他們很清楚的知道病情之後，我們才會介入，我覺得清楚的病情說明很重要，連病情都不解釋清楚，家屬也很難答應做捐贈，那如果是由醫護人員來做病情說明的話，會來的比我們要有說服力，所以做勸募好的開始就是做清楚的病情告知。(As)

筆者曾參與的器官勸募研討會的社工員認為，當病人或家屬進入醫療場域的那一刻，必需培養其「病適感」，這種病適感讓病人意識到自己是一個期待就醫的病患，他可以意識到自己的確有病，而且可以很順從的接受醫護人員所給予的治療，而且當醫生向其解釋病況以及該怎麼診治時，病人及家屬也會很容易進入狀況。在器官勸募的場域當中，也一樣要培養家屬的病適感，讓他們知道病患的狀況糟的什麼樣的程度。尤其面對腦死，家屬也許在當時會無所依靠、不知所措，因此很容易會聽從醫生的意見。病情糟到什麼樣的程度，的確是由醫生來做診斷，不過醫生的診斷有其說服力是在於，醫師以其在醫療上的知識對於病患的病症加以論斷，而這個論斷是具有社會認可的權力，因為診斷的權力，就是醫師透過特定的徵候以及症狀，對病人說出得了什麼病、或是還有沒有救，也因而具有說服力，其權力也可以決定病人的生或死，因此生與死的出現某種程度上來說跟醫生所被賦予的診斷權力有關。所以在解釋病情或是論斷死亡的部份，完全就是醫療專業的空間，這個空間底下，家屬不但聽從而且鮮少懷疑醫生們的說法。

不過筆者在田野場域觀察到的是，醫療場域的社工也同專業醫護人員一樣穿著白袍，雖然他們不具醫療專業的背景，然而穿著白袍也可以給人一種他們知曉醫療專業知識的印象。筆者所訪問的一位器官協調師，其具有護理背景，也認為穿著白袍對於病患及家屬而言，都是一種相當有說服力的象徵，因此在進行病情解釋的時候也同樣具有說服力。

我都會親自打電話跟醫師要求說你一定要跟家屬解釋病情，了解病患的 condition，不然你要怎麼說服家屬，再加上可能他們(家屬)覺得我也是醫療人員，身上穿著護士服，所以你的說服

力也會比較強一點。(Ac)

即使醫療人員在解釋病情的當下有其說服力，也算是為社工師的勸募工作做了一些說服上的鋪陳，然而因為解釋病情的部份是看醫師自己本身對於病患病情的了解，然後跟家屬做解釋，但是有時候醫師即使了解到病患的狀況已經很不好，卻無法依照自己診斷的狀況如實的告訴家屬。由於醫師對於死亡的認知與家屬有所不同，即使在經過診斷，以委婉的說法告訴家屬，家屬對於病患的病情仍與醫生有所落差。再加上器官捐贈的觀念，跟醫療人員對於拯救生命的原則背道而馳，醫療人員會不願在這個部分跟家屬承認說病人真的是沒得救了，而讓家屬在整個病情上的了解有所落差，以至於後來對於器官捐贈保持著一種保留的態度。

有一個醫生他就真的不太願意跟家屬說病況很糟，他們(醫生)當然不會這麼說，他們頂多會跟家屬說我們會盡力、再試試看還有沒有希望、或是說等待奇蹟之類的話，那醫生說這些話的意思其實是告訴家屬說：其實你們的親人已經沒救了，但是如果從家屬的角度來說的話，他們會以為說有奇蹟的出現啊！這種事情跟認知本來就是會有落差的啊！因為醫生本來就是要救人的，你要他從以前救人的觀念跳脫出來本來就很不容易，那還要他去跟家屬說這件事情，自然就很困難，當然我們一直都跟醫師有接觸，會再跟他們討論這件事，最起碼會讓他知道說他必須接這個個案，即使說會違背自己的認知。(Bs)

在以上的個案我們可以發現醫師在病情告知上有兩種不同層次，一是醫生雖然瞭解病況，如果病況有可能腦死，但是基於對於死亡的抗拒以及不想違背自己救人的認知，即使病人的狀況不太好，醫生會選擇比較委婉的說法諸如「我們會再盡力」，但是其實是告訴家屬已經沒有希望了，可是卻沒有辦法以接受死亡的态度去告訴家屬，他腦死的機會相當大。二是醫生如果無法實際的告知家屬，反而讓希望病患好起來的家屬，產生病患真的有希望的錯覺。在這種病情告知的不同認知底下，不但醫護人員無法與家屬產生共識，反而會讓家屬對後來的醫療措施覺得無法接受及困惑，而再也無法對醫療人員投以信任的態度，使得醫病關係產生問題，導致日後社工員在進行勸募上有所困難。

成令方(2002)曾提到對於以往醫病關係，由於醫師與病患對於疾病的認知有落差，因而造成醫病關係的知識不對等的狀況發生，醫生不想跟病人解釋太多關於疾病方面的知識，因為覺得跟病人說了他們也不懂，而病人也因為不懂醫療方面的知識，只好任由醫師擺佈，也不會對醫生所說的話提出疑問，或是與醫生討論。同樣的，在器官勸募當中，兩方要面對的同時是面臨死亡的問題，即使醫生

相當了解病人即將死亡，但是基於要面對家屬跟救活死者的使命，醫生對於家屬所說的話反而是診斷的修飾版本。也許醫生希望告訴家屬沒希望了，但是由於醫生經過醫療診斷所說的話對家屬來說具有說服力，家屬可能會誤會醫生的意思，還以為真的有希望，但不知道說這是經過一種修飾的檯面話?? 一種不想接受死亡且愧對於死者家屬的檯面話。

根據 Goffman(1992: 24)在「日常生活的自我展演」當中所提到臺前的概念，當醫生進入醫療場域的時候，他必須要扮演一個盡力救活別人的醫生，而且他也要相信自己的確可以扮演好這個角色，在面對家屬的狀況時，他同時也要扮演不負家屬所望的醫生。而器官捐贈的場域當中，醫師雖然不得不面臨病患也有死亡的可能，然而在面對家屬解釋病情的時候，向他們說的是希望家屬不要對他們失望的話，以保持在家屬心中那位救人的好醫生的印象。然而這對於社工員以及整個勸募的說服效果來說，卻是大打折扣的。社工員請醫生向解釋說明病情的目的，在於社工員可以利用醫生的知識權力向家屬說服，透過醫生，可以讓家屬很容易的接受病人存活的可能性到底有多小。如果病情解釋是由社工師來進行，家屬會覺得這些社工不具專業醫療知識，而告知病人及將腦死是觸人霉頭的事情，所以說服過程當中，醫生在醫療專業這一部分是具有說服性的。然而即使醫生是這個部分最重要的說服人員，不過醫生本身也必須調整自己的觀念，這方面通常是由社工員向醫師進行說服的工作，或是透過死亡教育的課程，來幫助醫生可以調整觀念，但許多社工員表示，醫療人員在這方面的觀念仍有需要加強的地方。

在進行病情說明的過程當中，社工員與醫護人員還會遇到一個問題，就是家屬對於腦死並沒有什麼基本的概念，在家屬了解器官捐贈是怎麼一回事之前，必須要先讓家屬了解病人的腦死是做器官捐贈的前提，如果家屬跟本就不了解腦死，那麼對於做器官捐贈的意願就不高。

其實以前也沒有人在講腦死啊！是因為器官移植的關係大家才開始重視腦死的問題，那有時候你跟家屬說腦死，對他們來說搞不好他們一點感覺都沒有，他們會問說「什麼是腦死？」「我不懂什麼是腦死？」、「你只要告訴我他是活還是死的就好？他會不會活？」(Bs)

對家屬而言，死亡的概念在於病人完全停止呼吸心跳，但是腦死的概念卻有別於家屬的固有死亡概念，他們分不清楚腦死到底只是腦部器官的功能喪失，亦或真的喪失生命機能。對於腦死，家屬並不知道此狀況到底是生或是死？在腦死出現之前，一場生或死的概念對於家屬而言到底是如何產生的。對於醫生來說，對於所謂的死亡的概念，是基植於一種從生理上的觀察凝視，察覺到病人生理上的變化。Foucault 認為死亡知識的提供，是來自於病人本身的生理變化，在解剖

學還未出現之前，醫生無法單從病人的外表獲知他的生存狀態，只能透過氣息的殆盡知道其可能不久於人事，是生或死也無絕對的標準。然而在解剖學出現之後，病人的身體內部除了提供更多疾病的知識之外，也提供了更多死亡的知識，醫生透過病人的心跳、體溫變化、體液的流動、血壓的高低，藉由這些徵候了解死亡的標準在那裡，當這些徵候超過了死亡的標準，醫生也將會了解自己所能救治的範圍。⁶¹然而對於一般不具專業醫學知識的人而言，他可以透過什麼了解所謂的死亡？

不過現代人可以有更多的資訊可以慢慢的接近死亡，透過電影、或是文學，以及在醫院所接觸到的經驗，人們可以慢慢的去透過一些知識去辨識死亡，即使只是一種停留在失去呼吸與心跳的層次上，不過人所要學習的卻越來越多，腦死即是民眾所要學習的新課題。站在一種醫療的角度上，其可能仍處於一種死亡概念以及屍體概念的模糊地帶上，然而醫療希望家屬可以透過臨死人做為一種學習的機會，讓他們知道腦死為何？透過釐清眾多的疑問，讓家屬知道腦死為何？

他們有時候會搞不清楚腦死跟植物人之間的差別會是甚麼，所以有時候我可能要透過醫生，或是利用別的資訊，比方說器官移植協會上面的 DM 都寫的還滿清楚的，比如說腦死就是腦幹死亡等等，那腦幹是甚麼，我就會進一步說明，那如果家屬他們同意不再急救病人的話，那就會比較同意腦死的說法。(As)

由於社工員不具醫學專業方面的知識，對於這種宣稱腦死的說服力，自然也不比醫生或是一般醫護人員來的高，因此在說明腦死的部份，有時候就交由醫師或是具護理背景的器官協調員來說明，這是勸募當中一種具策略性的作法，不過即使醫生向家屬說明病情，然而對於家屬而言，他們還是無法透過知識上的吸收了解腦死的嚴重性時，就經常會猶豫在一種不確定是否要急救亦或放棄的狀態。

那家屬有時候不懂腦死有多嚴重的時候，我就會跟他們說腦死比植物人還嚴重，因為大部分的民眾對植物人比較了解，所以我就這樣跟他們說，然後他們自然心裡也會有個程度上的比較。(Bs)

之前所提到的病適感，許多社工員都認為這是家屬接受器捐的關鍵，其必須要讓家屬體會到病人的身體有多嚴重，嚴重到必須得聽從醫院的指示，以獲得痊癒的機會。然而疾病及死亡與人存在著某種陌生感，醫療人員必須要讓病人與家屬在進入醫療場域的那一刻，了解到自己真的有病、以及自己的病有多嚴重，如果不治療則會有什麼樣嚴重的後果等等。腦死對家屬而言也一樣陌生，他們無法

⁶¹ 請參照 Michael Foucault , 1994 ,《臨床醫學的誕生》, 147 頁。

藉由如醫療人員透過生理上的觀察體會腦死，因此也無法掌握腦死的嚴重性程度。唯有讓他們了解腦死的嚴重性，才有可能說服他們接受器官捐贈。不過社工員對於這個問題常陷入很窘迫的困難，他們無法透過專業的醫療知識來告訴家屬，因此有些社工員反而會以植物人來做為一個病症比較的例證。植物人對一般家屬而言可能較為熟悉，不過這種熟悉感也是透過現代資訊媒體的傳播，⁶²一般人對於植物人才有著基本的概念，不過許多民眾仍會覺得植物人跟腦死似乎滿類似的，因此許多醫療人員都以最簡單的方式宣稱：腦死會在一段時間後死亡、但是植物人不會這麼快死，這成為了許多民眾在搞清楚腦死是什麼的同時，一個必須先釐清的問題。社工員在勸募的同時，不但告訴民眾腦死與植物人的差別何在，同時也告訴家屬腦死比植物人更嚴重，所謂的更嚴重即代表，腦死比植物人更貼近死亡，告訴家屬在比植物人更貼近死亡的一刻，他們必須做一個決定。

如何幫助家屬更貼近死亡，除了透過醫生做病情解釋，做腦死的說明之外，社工員認為讓家屬參與腦判，也可以幫助家屬體會親人即將死亡，雖然這個過程對於家屬而言是痛苦萬分的，但是如果家屬有意願想要更了解病人的病情以及腦死狀況，其實院方會同意家屬們可以參與整個腦判的過程。

他們(ICU 的護理人員或協調員)其實會先找到主治醫師去做腦判，那我們總共要做兩次腦判，間隔四個小時，這當中家屬也會參與，那我們就會做陪伴的工作，那也可以透過這兩次腦判，讓家屬可以親身體驗一下什麼是腦死，不過要看家屬的情緒狀況，如果家屬的狀況可以，他也願意進一步更了解，那他可以跟腦判醫生多進行點互動，我們也會在旁邊解釋，因為有時候家屬會不好意思問醫生，所以他們有問題的話也可以透過我們。透過許多腦判的程序比方說：利用光筆看瞳孔的反應，還有一些反應測試等等，會讓家屬了解到我們的親人可能真的腦死了。那第一次腦判之後，隔四個小時則是第二次腦判，那家屬可以利用這個時間調適自己的心情，慢慢接受死者死去的事實。(As)

腦判的過程必須要經過兩次，理由是因為法律明定必須經由兩次腦判才可以確定病人的腦死，才可以合法的從腦死病人身上摘取器官，若違反這個規定視同違法盜取器官，因此器官捐贈必須在一種合乎於法律規定的程序下進行才能稱之為合法。⁶³而這種合乎法律規定的程序也可以做為勸募行為當中的一種說服方式，除了幫助家屬透過醫療程序了解腦死，比方說一些專業的測試反應，這些醫

⁶² 比方之前曾報導過植物人會生產的新聞，讓民眾了解到植物人與死亡還有一段距離。

⁶³ 根據「腦死判定條例」，須完成連續二次判定性腦幹功能測試，如仍完全符合無腦幹反射與不能自行呼吸之條件，即可判定為腦死。請參見行政院衛生署網站：
<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/NewsContent.asp?msgid=341>。

療專業在以往幫助醫療人員獲知病人死亡，如今卻也同時說服家屬接受病人的死亡，在他們的親人器官被摘取的那一刻，他們比較容易心服口服。

腦判以及腦死的告知，在整個器官勸募的過程當中，是相當重要的一環，其不但間接告訴家屬作器捐的機會，同時也在接觸腦判的過程當中，學習了腦死，透過腦死貼近了病人的死亡，社工員藉此達到了某種說服的效果。然而在獲知ICU內有瀕臨腦死的病人時，社工員該如何告知家屬他們有做器捐的機會，我們又可以從這個告知過程當中知道社工員面臨了哪些困難？

三、社工開口的那一刻

幾乎每一位社工員都認為，做勸募最困難的就是向家屬開口詢問是否有意願作器捐，由於社工員認為目前台灣對於器捐的觀念並不是很開放，或是家屬因為病人狀況而情緒不穩定，所以許多社工員認為一開口提器捐會引起家屬的不？或是反感。

當然我們跟家屬不可能一開始就說：他要死了，可以作器捐喔！
當然是先以一種關懷的心態為出發點，先從病情的狀況做發問，那希望他們有任何疑問都可以找我們忙。(As)

某種程度上來說，告知家屬是否有做器官的意願，在家屬的立場來說則會變成被告知親人的死訊，然而對家屬而言專業的醫療人員對於告知死訊說服力會來的比社工員還大，如果社工員在這個當下明白的告知家屬，往往家屬會覺得相當不？，許多家屬會認為「醫生都沒說他要死了，你居然跑來跟我們說這個！」然而告知這個部分卻常是由社工員著手，因此如何有技巧的去告知家屬變得很重要，因此一開始許多社工員都不先說明自己真正的來意，而是以一種服務關懷者的姿態出現，而介入的話題也不由器捐開始，則由家屬其他可能性的需求去介入，病情狀況是一種，而另外一位社工員則是以車險的話題來做介入：

一開始介入的重點就是關懷的部份，那如果是車禍的話，我們大多會從車險的部分跟他們談，因為一開始家屬都會很驚慌也不知道該怎麼處理，那也會與肇事者發生一點糾紛，那我們就會在這個時候以協調的姿態出現，我們會先以這種方式做關懷，否則我們突然之間出現，他們會覺得很奇怪，所以我們都會先用這種方式，跟他們建立關係。(Bs)

在第二章曾經提到過，社工員在醫院裡的身分其實可以包含很多種類，他可以是社會的資源的轉介者、不同社會機制的聯繫者、以及解決糾紛的協調者，

或是病人社會心理的評估者跟諮商者，因此社工員在醫院所呈現的是多重身份，除了器官勸募的業務之外，他也可以其他服務的提供者姿態出現。可能是以協調者的身分來解決車禍保險上的糾紛，或是提供意外重大傷病補助費申請的轉介人員，即使針對某種特定要作器捐的家屬來說，社工員的出現也絕對不能是以詢問是否要作器捐的姿態呈現，否則勸募的成功機率會不大，而這也算是某種策略性的介入方式。不過有些時候，社工員即使不透露自己的來意，然而某些家屬仍會對社工員的出現感到疑惑，此時若器官協調員也同時介入時，許多家屬就會開始懷疑社工員真正的來意到底為何？

本來剛到醫院時，並不知道我媽媽目前的狀況是怎樣，只知道說車禍滿嚴重的，那我們一家人也很急，在急診室外面等醫生來告訴我們狀況是怎樣，結果來的不是醫生、也不是護士，反而是社工員，接著還來了一個像是護士又不是護士的人，雖然那時候覺得很納悶，不知道他們為什麼要來，不過他們一來，反而讓我有種不詳的感覺。(Af)

社工員們了解自己的出現，會帶給家屬突兀的感覺，因此他們在與協調員共同合作時，就必須注意出現的場合以及時機。

像跟協調員的話，我們在勸募的時候她只會站在旁邊，除非說需要講解醫療方面的知識時，我們才會讓協調師跟家屬做溝通，因為我不可能去做解釋病情的部份，我對醫療知識並不清楚，所以我們頂多做情緒關懷、器捐資訊這一塊，那這位協調師也跟我一樣穿同樣的白袍，她雖然也是護理人員出身，可是她的穿著跟裡面的護士小姐就是不一樣，那家屬會覺得說，我(社工員)的出現已經夠奇怪了，旁邊還站著這麼一個人，像有些知識水平比較高的家屬，他可能就會知道說你是來勸募器官的，所以她(協調師)在旁邊反而會覺得說讓家屬覺得很困擾，雖然說她的名牌上面是寫護理師，但是你突然兩個人進去，是不是會造成家屬很大的壓力？像我帶實習生，我也不可能帶一票人上去，我頂多一次只帶一個實習生上去。(Cs)

對於家屬的需求而言，在醫院當中最主要的就是救活他們的親人，或是讓他們的親人有痊癒的機會，因此在醫院的家屬需求可能沒有想過說，還有其他服務可以經由社工員來進行，因此許多社工員會覺得他們的出現對於家屬來說，都會透露出莫名奇妙的感覺，剛開始進行勸募沒多久的社工員，有時候一看到家屬臉上寫著：你來幹麻？都會望而怯步。社工員在醫療場域的出現因為無法跟醫療專業有所牽連，因此都會呈現一種別有來意的感覺，讓家屬無形中產生防衛，而這

種感覺造成社工員跟家屬建立關係的障礙。因此每位社工員除了要隱藏自己勸捐的來意之外，其同時也要表明自己是提供其他服務，以及接受各種問題上的諮詢而來，最重要的是要表達某種關懷的心意，讓家屬對於社工員的出現不會覺得太過突兀。不過與協調師的共同介入反而會讓這個過程產生更大的問題，雖然協調師在說服的過程當中，其功用在於說明醫療專業方面的知識，然而同時兩位不明來意的專業人員來到家屬面前，家屬通常會更具防衛心。像上一位社工員的例子，他就覺得協調師在她勸募的過程當中反而造成障礙，他覺得她自己的身分可以透過其他的服務與幫助得以掩飾，然而協調師的身分卻很難隱藏，有些家屬在搞清楚協調師的身分之後，反彈通常都會很大，因此讓這位社工員認為，有時候盡量不要太明目張膽的讓家屬知道他們是來作器官勸募的。

曾經在協調師的辦公室器官移植中心，也就是在加護中心的外面，那我要做勸捐，想說找一個地方跟家屬會談，因為家屬有一些另外的問題想要跟我討論，當我把家屬帶去那個辦公室時，家屬就很防衛了，因為他辦公室外面是寫著器官移植中心，那家屬就會態度很差跟我說：「為什麼要來這邊？你到底想要講什麼？」那我就跟他們說：「因為爸爸有一些車險方面的問題想要討論，所以想說找一個比較安靜的地方坐下來談。」所以那一個案例，我後來從頭到尾都沒有提器捐，因為我覺得這樣的狀況、這樣的家屬反映，不那麼適合去勸捐。其實有時候跟家屬會談，他會透露一些訊息給你，就知道有些家屬會覺得說：我就是要救到底(台語)。所以假設我們有抓到這些訊息，我們就不會跟他們說。(Cs)

即使有所反彈，或是遇到家屬有態度不好的時候，不過這也是社工員獲得家屬是否有意願的線索來源之一，社工員當然一開始不會開門見山的問家屬是否有意願作器捐，但又必須得了解家屬對於器捐的接受度有多大，但這要從何得知？因此有些社工員會以敲邊鼓的方式，先由其他問題介入，再開始稍稍提到做器官捐贈的問題。上一位社工員所做的案例，家屬對於器官捐贈的反彈相當大，由此反映社工員就可以知道如果跟他們談器捐，成功的可能性不會太大，因此也不再跟他們談到器官捐贈的問題。

不過，社工員在面對有些案例，家屬所透露出的態度以及知識水平是有可能會接受器捐的時候，社工員即使在一開始受到拒絕，但覺得這個家屬成功的機會可能性很大，且家屬的態度上也有討論的空間，社工員仍會積極向家屬進行說服的工作，不過這時候還是要盡量避免一直出現，一直不停的去詢問，如此只會增加家屬的壓力與反感。

像有一次一個只有 19 歲的病人進來，結果協調師就自己上去(到 ICU)去勸了，雖然說原則上會希望說是由我們社工員去做勸捐，可是也沒有硬性規定說誰可以去勸捐。⁶⁴那因為在我去之前，他已經去了，所以協調師給我的回應是：「你不用上去了，因為媽媽說他是長孫、那他們家又是客家人，有全屍的觀念，雖然說媽媽自己有簽同意卡，可是她還是覺得這個孩子沒辦法。」因為這個孩子是車禍，那我還是會想上去關心一下，因為我覺得協調員好像只是上去聊一下，然後就走了，所以我還是上去看看。本來我想說他們住台北、媽媽又簽過器捐卡，搞不好他們會有意願，那結果媽媽看到我的第一句話就是冷冷的說：「昨天那位協調員有來找過我們了，你要來問我們器捐的事情對不對？我昨天都告訴過她(器官協調師)了。」那其實在那個當下，我自己會覺得說怎麼會這樣？我就跟媽媽說：「我今天不是來做勸捐的，我是來關心是不是還有什麼事情是需要幫忙的？」我就從這個部份讓他轉移，不讓他覺得說我們又是來跟他們勸捐。那後來跟媽媽之後的關係也一直不錯，幫他們處理了很多事情，那一直到後來我就跟他們提到器捐這一塊，媽媽是覺得說，他雖然知道說做器捐是好事，但是因為他是長子，所以怕說他的姑姑、伯伯會很捨不得，所以他們還是沒辦法做器捐。(Cs)

在以上這個案例當中，社工員進行勸募的對象是有器捐觀念的母親，但是礙於家中的信仰觀念，所以到後來無法答應社工員做器官捐贈。然而從這個例子中，我們可以發現，協調員違反了一種盡量不要太快說明來意的原則，也因為如此，社工員再去勸捐時，遭到家屬以一種相當冷漠且有敵意的態度回應。然而因為這個母親所透露出的資訊是住台北、也牽過器捐卡，可能具有器捐觀念，也因此社工員有某種程度上的把握可以再向這位家屬提勸捐。不過因為家屬具敵意的態度回應，所以社工員很具技巧性的先把話題轉向其他的問題，讓雙方先暫時遠離這個僵局，關係也會比較容易維持下去，之後因為社工員的幫助，讓家屬覺得可以信任，社工員才開始重回器捐的話題，此時家屬的態度也比較不像原先這麼有敵意，即使後來這個案例並沒有說服成功，但是起碼家屬仍有心思在考慮是否要作器捐。

也因為如此，社工員在面對家屬進行勸募時，卻不能以直接的態度向家屬清

⁶⁴ 為提高器官捐贈率，台灣目前每家 OPO 醫院的編製當中，都會設置一位護理人員來擔任器官協調員，每一家醫院的器官協調員與社工員也因為編製的不同，而導致其兩者的職務有所差別，為了避免兩者的工作重疊，某些醫院的第一線勸募工作是由器官協調員來進行，而第二線的協助工作則由社工員來進行。也有些醫院則是由器官協調員找尋潛在捐贈者，再由社工員去勸募。

楚的詢問是否有意願作器捐，一來是因為器官捐贈的話題牽涉病人的死亡，而這對於擔心的家屬而言，就如同告知其死訊一般。二來則是因為勸募的過程當中所遭遇的可能會是，死亡認知觀念不同上的衝突。然而一個器官勸募的說服的技巧即呈現於，如何去迂迴的藉由其他的話題，然後視不同家屬的態度與狀況，斟酌選擇自己後來勸募的方式，因此在勸募之前，對於家屬的初步了解與態度的試探，變的相當重要。不過似乎在告知的這個部分，可以被說服的對象在這個預期與試探的過程當中就馬上被決定了，不過筆者要特別強調，所謂的說服形式在器官捐贈的各個階段都有可能發生，即使家屬在階段有可能沒有意願，或是不具這樣的器捐觀念，然而其可以透過接下來器捐的步驟當中的各種說服形式，慢慢達到一個可能會接受的狀況，而社工員的陪伴在接下來也是很重要的一部份。

第三節 社工的陪伴：無形的說服

一、最好什麼都別說：陪伴與安撫家屬

社工員的出現，對於很多家屬來說，都會感到相當突兀，不過社工員所要突破的即是，讓家屬知道說有這麼一個人的存在，而他的存在跟家屬們的需求是有所聯結的。因此社工員除了表明自己的身分之外，也會向家屬解釋他們可以提供什麼樣的服務，不過許多家屬在面臨親人隨時會死去的那一刻，他們並沒有那麼多的精神搞清楚自己可以擁有什麼樣的服務，大多家屬的情緒都會非常低落、且相當悲傷：

老實說，當時一聽到爸爸腦死，只覺得很疑惑，後來聽醫生說明之後，才知道爸爸能夠存活的機率不高，雖然醫生跟我們說要做好心理準備，說爸爸有可能隨時會離開，但是那個時候還是覺得腦袋一片空白，不知道該說什麼，想說這怎麼可能啊？之後又有社工員來跟說們說器官捐贈，太多太多的事情，我都沒辦法反應，後來還是因為看到別的親人，我才哭出來。(Bf)

很多家屬一開始都會非常不肯承認親人的死亡，從震驚到否認、討價還價，想說跟神明祈求他可以多活幾天，沮喪、到最後接受，雖然是五個階段，不過實際情形其實是混雜的，他不是照一個階段一個階段發生的，有時候有些人很快就可以接受了，但是甚至有些人捐完之後好幾年還停留在否認的階段，所以有時候這五個階段是在捐贈的過程當中是不斷在循環的。其實我們在從勸捐到捐贈器官這麼短的時間，我們所能做的就是陪伴，然後看他這個過程當中，會衍生什麼樣的問題，有時候很難做一個標準來看它

是哪一個階段的情緒，你只能看他的反應，原則上，最基本的就是陪伴啦！然後要有同理心，那如果家屬信任你他就會講他心裡的話(As)。

許多社工員他們在進行勸募的時候對於悲傷的理解，大部分是藉由 Kubler-Ross(1969)的悲傷五階段理論去了解，面臨死亡的五個階段分別是：否認、震驚、討價還價、沮喪、接受。不過社工員在接觸瀕死家屬的實際經驗當中發現，悲傷的階段會因為各個家屬的情緒狀況而有所不同，這位社工員就曾接觸過有些家屬從一開始否認，之後還是一直停留在否認的階段，時間短的幾個月，時間長的則長達兩年以上。並且，有些家屬的悲傷狀況並不是按照 Kubler-Ross 所言階段性的發生，其有可能會因為不同的狀況而這些階段會混雜性出現。其實 Kubler-Ross 的瀕死悲傷階段理論出現之後，即受到不少學者的批評，認為悲傷理論太過武斷、且過於粗糙，無法反映真實情形，也不適用於每個臨死病患與家屬。而 Pilsecker 則認為悲傷理論最後一個「接受」階段，暗示了每一段死亡到最後必須面臨接受死亡的狀況，然而許多不同的死亡卻導致有些家屬對於接受造成障礙，無形中使得這種無法「接受」被冠上一個病態的標記，並且也暗示了心理學認為人在對於死亡的否認是不可避免的(inevitable)。⁶⁵不過 Kaufmann(1976)曾做過一個研究，其訪問了將近一百位的瀕死病患及家屬，發現每位受訪者都對於所謂的死亡否認態度都不具明顯性，而正剛好反駁了 Kubler-Ross 的悲傷階段太過於強調所謂的否認死亡的層面，有時候若涉及了不同文化的悲傷狀況，其可能不照悲傷階段所言會走向接受的階段，有可能會是長期的哀悼，而悲傷階段反而很容易忽視不同文化的悲傷特質。⁶⁶

即使如此，在面對台灣的器捐場域的時候，社工員還是不免會以其理論來作為一個判斷家屬悲傷程度的基準，而在勸募研討會的在職訓練過程當中，也以其理論來做為器官勸募技巧當中的重要課題。雖然在實際的器捐場域當中，仍會發現理論與實際上的落差，不過這時候社工員也唯有透過隨機應變，觀察家屬的狀況，以及以同理心來了解家屬此時此刻的心情，才得以用適當的話與態度跟家屬應對，達到說服的目的。不過如果要隨時隨地的可以觀察到家屬，就必須隨時陪伴在家屬身邊，有些社工員認為所謂悲傷輔導則是在家屬接受捐贈之後的一個心理上的調適，不過其實真正的悲傷輔導是在整個器官捐贈的過程當中同步進行的。

⁶⁵ 出自吳庶深，《對臨終病人及家屬提供善終服務之探討》，163 頁，關於 Pilsecker 對於 Kubler-Ross 的瀕死五大階段及其批評。

⁶⁶ 請參照 David Clark, *The Sociology of Death: theory, culture, practice*, p73. Jane Littlewood 在 “The denial of death” 此篇文章中，以 Kaufmann 研究結果指出 Kubler-Ross 的階段理論過於強調接受死亡，而忽視其它文化接受死亡的方式。

其實我們已經在這個時候進行某部份的悲傷輔導了，最主要是一個陪伴的工作，有些家屬會不斷跟你講病人的事情，那有些就是屬於比較壓抑的，就是很難過不想講話，那這種就比較麻煩，你不知道他的需求會是什麼，那有些家屬會跟我們說沒關係你們去忙吧！就是不希望我們陪伴，可是我們還是會陪在他們身邊，有時候時間久了他就會開口，那其實這段時間你也不需要跟他們說太多，你可以拍拍他，在他們哭的時候讓他們哭，讓他們有機會發洩就盡量發洩。(BS)

這個陪伴的過程通常出現在家屬情緒非常激動的狀況底下，即使在車禍的急診室現場，許多家屬大多會因為親人的意外而感到相當不可置信，而這時候就是社工員除了以車險為藉口之外，另外一個很好的介入點，即使家屬在這個時候可能什麼話都說不出，而社工員也可以透過陪伴的方式，觀察家屬所透露出的資訊以及需求。不過每一個家屬不見得都是很好的被觀察者，有些家屬可能在當時並不是很容易在社工員面前表現自己的情感，所以社工員會透過一種情感性關係的肢體動作，比方說拍拍家屬，讓家屬覺得在醫院有所依靠。

而這種情感性的關係建立，在勸募的過程當中，可說是與家屬建立關係的一種方式，家屬對於社工員的出現多多少少都會產生防衛性，而與家屬建立的關係又不能基於醫療專業的基礎上，因此社工員就藉由一些資訊的提供以及服務，在幫忙家屬的過程當中與之建立信任關係，而這對於家屬在決定是否要做器捐，具有很大的影響。然而在所有的專業關係當中，社工員與案主的關係必須要依賴所謂的情感與信任，因為社工從案主身上得知的都是最私密的事情，唯有透過情感與信任，社工才可以從案主身上獲得最重要的資訊，因此社工員一開始首要的接觸就是要突破案主的防衛心，藉著如同跟好朋友訴苦，社工員也能適時的幫案主解決問題，這無形當中就建立了關係，而案主對於社工員所提的意見也比較容易接受，或是有討論的空間。

我們也許認為，即使這發生在醫療場域當中，卻有別於跟醫生之間的關係，一種醫生說、病人聽的關係，醫生與病人之間可能不需要什麼情感性方面的支持，病人對於醫生的信任是建立在醫生對於醫學方面的知識權威，且醫生透過醫學機制從病人身上獲得其所要的資訊。然而社工員與案主的關係則是建立在情感與信任的基礎上，也許這個情感與信任的發生，在於一種社工可以從案主身上取得線索才產生，但社工仍必須以關懷的專業關係來處理每個案件。即使如此，社工員卻是在陪伴以及關懷談話的過程當中，了解案主的需要且獲得案主的資訊，一個以關懷為出發點的陪伴，從 Foucault 來說，這也是某種以關懷做掩飾的監視方式，透過關懷，家屬很容易放下戒心，就會說出自己心中的話以及需求，而這正是社工員獲得知識的方式。

除了這種關懷的陪伴之外，社工員也必須對家屬進行評估，以獲得更確實的資訊，至於評估這部份將在第四章詳細討論。不過在台灣的器捐場域當中，由於目前台灣的器捐同意卡不具法律效力，因此當病人無法表達意願時，最重要決策家屬則成為社工員主要說服的一個對象。

二、家庭關係的操作

台灣的器捐同意卡，即使病人簽署的器捐同意卡，同時法律也規定，然而由於器捐同意卡的法律效力無法達到確實執行，因此通常在決策家屬這一關就影響了決定的結果，而醫院也無法依據同意卡的權力影響家屬，因此若要影響決策結果，則必須找出家屬當中最主要的決策者，而其也同是影響所有家屬決定的關鍵人(key person)。⁶⁷

最主要他是他們家可以做決策的，然後這個病人跟那個家屬的關係是怎麼樣，比如說同意書必須是最重要的親屬來簽，那你必須要取得這個家屬的身分證影印本，就可以方便核對他跟病人的關係是如何，第一是配偶，第二小孩，第三是父母，有一次我遇到一個家屬，說病人是他太太，結果他們根本沒結婚，那就不能夠幫他簽同意書。有時候簽署這種同意書會牽扯到說喪葬補助費的領取，因此核對重要決策親屬身分是很重要的。

(Ac)

所謂的 key person 在器官勸募的過程當中，除了扮演了簽署同意書的角色之外，在勸募的過程中，社工員也使其扮演了一個協調其他家屬意見的協調者。每位家屬都會有不同的意見，讓社工員介入協調這個家庭決策，反而不比自家人來的容易介入，為了能讓說服達到目的，就必須先說服這個決策者。不過某位社工員就覺得他在運用整個家庭關係作協調時，深怕會讓這個最重要的決策者受到莫大的壓力。

當如果遇到好幾個意見不同的家屬時，那他們也會因為說怕有些人說要捐有些人說不能捐，那也怕說有些家屬說要捐了然後中止急救，結果讓其他家屬認為說，你怎麼這麼狠心？然後感覺就好像會是我把這種做重大決策的責任是放在某一

⁶⁷ 所謂的 key person 指的是最近親屬，根據人體器官移植條例第八之一條，規定所稱最近親屬，其範圍如下：一、配偶。二、直系血親親屬。三、父母。四、兄弟姊妹。五、祖父母。六、曾祖父母或三親等旁系血親。七、一親等直系姻親。前向書面同意，最近親屬得以一人行之。最近親屬意思表示不一致時，依第一向各款先後定期順序。依順序者已為書面同意時，先順序者如有不同之意思表示，應於器官摘取前以書面為之。

個做決定的家屬身上，像比方說，做決定的通常是父母親，但也可能會遇到說，母親同意但是父親不同意，那這時候就要請母親去跟父親談這件事，會覺得說這些家屬都已經要接受喪親之痛了，然後我還要加給他一個壓力，那他跟其他家屬做溝通的時候也會產生衝突，這也會讓我覺得這是我的壓力。(Bs)

器捐同意卡在台灣不具法律效力，而主要的決策權是在家屬的身上，這反映了台灣對於器捐的決策常會因為家庭的因素而受到影響。親人的死亡本身就帶給家屬很大的衝擊，家屬原本的生活也會因為親人的死亡而有某種程度的脫序狀況，無法以平常思考的方式以及情緒去面對親人死亡。余安邦，薛麗仙 (1999) 認為死亡對於家庭帶來的是家庭關係的斷裂，觀念、秩序以及思考的重新解組，家屬對於死者的情感，也許在平時無法發洩，然而在面臨死者離去的時刻所有情感都可以獲得發洩，也因此無法理智的去面對必須要處理的事情。由於中國人的觀念大多重視家庭，而家庭關係也可以在此時扶助個人，減少個人必須面對決定重大事情的壓力。不過在器官勸募的過程當中，社工員看中了家庭關係的重要性，透過最重要的決策者向其他的家屬進行說服的工作，一來可以避免外人介入家務事的距離感，二來透過家人的情感，也容易說服其他的家屬接受。不過這種最重要的決策者來簽署同意書的作法，對器官勸募而言也會遭遇到一個問題就是，萬一其他家屬都有器捐的意願，反而最重要的決策者卻沒有器捐的意願時，那又該如何？

那像我曾經遇過一個八十歲的阿公，他就非常無法接受這種事情，那他也是非常難過的，那這時候我能做的就是支持跟陪伴，就不提器捐這一塊，那因為在談的過程當中，知道阿公無法接受這件事情，可是這個案例特別的地方在於說，這個阿公其他的兒子女兒是很同意做器捐的喔！可是因為這個病人沒有結婚，所以他的決策者還是阿公，甚至是他姐姐翻遍家裡只為了找說可能弟弟之前有牽過同意卡，他們想要拿這個同意卡去跟爸爸證明說弟弟想要做器捐，但是爸爸不同意，本來是希望說其他家人可以說服他，可是那個爸爸的情緒狀況很糟糕，他甚至糟糕到每天都要喝酒才能讓他的情緒比較好一點，那這時候我們連做器捐都無法介入啦。(Cs)

因此即使想要讓說服達到目的，透過其他有意願的家屬或許可以透過討論來達到作器捐的目的，然而若最重要的決策者還是沒有這個意願時，經過說服與討論還是無法成功時，還是無法做器捐，無法成功的因素可能會是，這個決策者對於保留全屍早已有根深蒂固的觀念，他們會希望病人可以留一口氣回家，或是捨

不得病人死後還要受到手術刀切割之苦。所以社工員在進行勸募之前，會先了解這位家屬本身對於器捐的觀念，或是其與病人的關係，如果病人與家屬（特別是 Key person）關係相當好時，社工員就必須斟酌自己該如何提器捐這件事，如果發現家屬對病人呈現捨不得的態度時，就不能太過直接的提到器捐。但有些社工員也會發現病人與家屬的關係並沒有那麼密切，跟他們進行器捐反而變的相當容易。有些家屬可能覺得病人生前並沒有做什麼好事，壞事卻做了一堆，所以也會覺得幫他決定作捐贈反而還是幫他做功德。因此家庭關係的評估與觀察在社工員介入之前，也很重要，其關乎了之後是否可以運用家庭關係來作為一個說服的工具。

也許家庭關係並不密切的家庭可以很順利的進行說服，因為對家屬來說，對於病人的情感羈絆比較少，不過有些社工員覺得這種關係薄弱的家庭，有時候反而是問題最多的家庭，所謂的問題就包括經濟狀況不太好、人際關係薄弱、以及病人家屬知識水準不太高。在筆者訪問一名器官協調員 (Ac)的過程當中，此家醫院的社工員不停的來到辦公室跟協調員討論一個個案，當時訪談至下午三點，因為三點有一個個案進來，是母親要捐肝給小孩，不過這位母親讓協調師跟社工很頭大，因為母親雖然說要捐，可是一點也沒有慾望想了解小孩的病情，而且精神狀況的評估也不太正常，家庭的關係也不太好，所以社工人員打算找精神科的醫師，以及做家庭團體諮商。這個例子在表面上似乎是很容易說服成功的例子，因為是母親捐肝給自己的小孩，所以比一般的器官勸募更容易成功，不過令社工員覺得很奇怪的是，這位母親雖然願意捐出器官，但是對於自己小孩的病情居然沒有想要了解的欲望，只是一昧的跟協調員說：「我不想知道小孩子的病情，反正你就把我的肝捐給他就是了！」而且要捐肝的事情也從未跟自己的丈夫討論，那一天下午丈夫卻是第一次來會談。社工員當初做評估時發現這個家庭的關係不但不密切，同時也發現這位母親的精神狀況不正常。即使這是一個捐贈的案例，但是由於家庭關係與捐贈者的不正常引起社工員的注目，所以案例處理的範圍延伸到了家庭關係的諮詢以及精神狀況的判定，而這到底有什麼重要性？此位社工員解釋，通常因為捐贈器官之後會牽涉補助費的領取（捐肝可以補助十萬元），而如果家庭關係不正常的话，補助費會很容易引起家庭的糾紛，再加上母親的精神狀況不太好，社工員的評估結果認為母親在面對家庭糾紛時，無法做出適合的判斷跟處理，因此社工員決定透過精神醫師與家庭團體諮商的方式來解決這些問題。

回到第二章所討論的，社會工作者可以在對家屬進行全面的評估當中，獲得家屬的資訊，當家屬的評估被歸類在不正常的範圍裏，那麼社會工作者可以向案主進行所謂「治療」的行為，因此當案主進了醫院，當社工員介入之後，案主所接受的就不只是生理上的治療，有可能也會接受心理上的治療。而器官勸募透過這種諮詢的技術，以及利用家庭的關係，把這種監視與治療的技術的範圍更加擴

大了。

三、信仰做為一種說服工具

家庭關係可以做為一種勸募當中的說服工具，不過有時候也會造成家庭關係的糾紛，以及家屬決策時的莫大壓力。不過在醫院當中，家屬所遭受到的各種壓力以及悲傷，有時候光靠社工員的關懷陪伴也無法獲得最大的安撫效果，而宗教卻在無形之中可以達到莫大的幫助，尤其在人面對死亡時的不知所措，由於宗教給予人許許多多死後歸屬的資訊，使得人在面對死亡時常求助於宗教的力量。宗教對於家屬而言可以做為某種依靠，相對的若是社工員也信仰某種宗教，勢必在勸募的過程當中，可以利用宗教的語言達到某種程度的說服效果。不過有趣的是，筆者發現幾乎所有接受訪談的社工員都沒有特定的宗教信仰。

我沒什麼特別的宗教信仰耶！不過你在勸募的時候，去跟他們談他們的宗教，還是很有幫助，其實不管是器捐還是一般的個案，都是有幫助的，我自己雖然沒有信仰什麼宗教，但是我對什麼道教、基督教、佛教會有基本的概念，如果有家屬跟我談基督教的話，我也可以跟他談，也許沒辦法很深入啦！但是也會陪他們禱告之類的，像有些家屬就是那個 19 歲的病人，他爸媽就告訴我說，他同學做了很多紙鶴想要送給他，然後幫他求了很多的平安符，可是護士小姐不讓他們帶過來，那我就會告訴他們說：「沒關係，你可以把平安符貼在靠床頭的牆上，這樣就可以了。」像如果有人寫信給他的話，我也會覺得說可以讓爸媽唸信給他聽。或者說如果有些宗教我沒辦法跟他談那麼多的時候，我們就會請宗教室的志工去看看他。不過我會覺得說你遇到不同宗教的家屬，用跟他們相同信仰的話題跟他們聊，比方說：「你們都要讀聖經喔？」「你們是不是都有參加佛法大會？」之類的也可以發現你跟家屬之間的關係拉近了。(Cs)

之前曾提過，如果社工員希望自己可以勸募成功，順利的與家屬建立信任的關係很重要，適時的幫助家屬是方法之一，不過如果家屬在談話之間透露了某種信仰，也可以用相同宗教信仰的語言與之回應，那麼建立關係會變的很容易，而家屬也會願意跟社工員討論很多事情。不過社工員本身卻不具什麼宗教信仰，但是卻懂得不同宗教的基本教義以及概念，基本上是抱著包容各種宗教的心態去面對所有不同宗教的家屬，不過社工員仍可以感知到宗教在勸募當中的重要性，以及宗教具有安撫人心的功能，因此即使他們個人並沒有宗教信仰，也認為可以透過宗教來做為介入的話題。

宗教帶給器官捐贈的，除了可以帶給家屬精神上的安撫之外，同時對於器官捐贈也有某種符應意義上的功能，雖然之前曾經提過台灣的傳統的民間信仰與器官捐贈發生衝突，然而器官捐贈宣導「善」以及「無私」的精神，慢慢有許多宗教，包括佛教、基督教、天主教等教義是可以支持器官捐贈的，黃姝文（2000）關於器官捐贈家屬決策研究當中就提到，其認為宗教因素是影響中國人捐贈器官很大的原因之一，因此許多宣導器官捐贈觀念的機構，有時候會透過宗教團體，利用宗教教義當中選擇可以跟器捐精神契合的論述，來向民眾進行勸募，如同黃姝文在研究當中所訪問的一名佛教徒，他以自己的宗教信仰來推翻民間信仰保留全屍的說法。

證嚴法師的靜思語，裡面有一篇寫到人家發問，人家問：「聽說人死了要保全屍不要移動，那如果人家做器官捐贈的話就不能保全屍了..」他裡面又有講「如果沒有保全屍的會容易下地獄」。然後他就反回答說：「你聽說過能救人的人他會下地獄嗎？」，他說你在世上臨終還救了人，即使你下地獄閻羅王也不可能會讓你下地獄。全屍的觀念其實是說，老死、病死就是死了八個小時以內不能移動他，好像是說怕他靈魂脫不開，有什麼牽掛，然後就盡量在旁邊（陪伴），那以這種器官捐贈的人，就不在以內，表示說他已經是超出（一般）人的那種（狀況）。你本身已經捨得給人家你就不會去執著這一些，不會有那種限制，反正你要捐出去的人不會是壞人就對了。（黃姝文，1990：59）

此位教徒清楚自己本身的宗教信仰的基本教義，在面對器官捐贈的時候，他開始透過自己的教義回到原點去思考救人的本質，然後去詮釋器官捐贈其實也是救人的善良行為，因此他反而可以去質疑原本宗教對於保留全屍的觀念對於所謂的救人，是否有矛盾的地方，不管是佛教，基督教與天主教也同樣有如此的情形發生。許多人會覺得基督教徒對於保留全屍也有所堅持，他們堅持土葬，一開始在火葬出現時也相當排斥，然而當基督教要支持火葬或是器官捐贈的行為時，基督教當中的教義可能就回出現符應以上行為的論述，比方說上帝認為人死後，軀殼不比靈魂重要，軀殼只是靈魂在世上的居所，當靈魂脫離人體其不受到軀體的影響，這個教義受到許多支持器官捐贈的宗教團體所使用。

因此即使是各種宗教，在面對器官捐贈時，也有可能透過論述的轉化來重新做為支持器官捐贈精神的論述，比方就可以利用民間宗教「含混」的特質，選擇一種最貼近器官捐贈的宗教論述做為某種意義上的支持，不過首要的條件是，這些宗教可以接受器官捐贈的觀念。不過有時候民眾的信仰可能根影響器官捐贈也無絕對直接的關係，影響的也有可能的是傳統的民間信仰以及長久以來中國人對於身體處理的傳統觀念。而這個部分卻也是社工員最難以說服的，有時候社工員

會發現家屬本身對於宗教信仰的崇拜程度不高，但是，對於全屍的觀念卻是相當根深蒂固的時候，其會考慮不跟這家屬進行說服的工作。不過當這個家屬沒有全屍的傳統觀念，而是一般的宗教信仰，就有比較大的討論空間，不過前提是社工員必須要有包容各種信仰的特質，已藉由不同的宗教論述來推廣器官捐贈的理念。

嗯.....我自己是沒有什麼個人信仰，不過我會去拜拜，因為我們家是拿香拜拜的(道教)，會拜祖先啦，可是我小時候有上過主日學(基督教)，就是去教會聽老師上聖經故事..... 我覺得不管那個宗教，在人面對死亡或是很脆弱的時候，任何一個宗教都有安撫人心的作用，所以我覺得我不會排擠任何宗教。所以我面對各種信仰的捐贈家屬我都沒有關係，比方說我帶的這個(胸前帶了一個名牌，上面貼了一條佛經)，這不是我們醫院規定要帶的，這是我一個同事給我的，因為我覺得還滿漂亮的，所以我就掛在這邊，那有一次我遇到一個家屬，他的朋友來看他，其中有一個還是牧師，那因為我帶著這個跟他們聊，可是後來就覺得有點尷尬(笑)，後來我就把它拿下來了，其實因為基督教或者是天主教，他們看到這個都會覺得很敏感，那我也希望不要讓人家覺得說，已經有一個先入為主的觀念，那因為在等待的過程當中，我有跟他們聊聊教義的部份，啊小時候曾上過教堂教的東西，那時候都派上用場了。其實我會希望自己在做勸募的時候是一個中立的角色，像不同的宗教信仰對於屍體的處理方式，你也要有所了解，這樣你才比較能夠跟家屬溝通，了解他們的需求。(Bs)

以上這位社工員也同樣沒有特定的宗教信仰，不過在他從小到大的過程當中，也接觸了不少的宗教信仰、參與了不同的宗教經驗，雖然知道某些宗教對於其他宗教具有排斥的特性在，但其本身仍覺得每個宗教都有其特色，而不希望因為宗教而讓家屬對其有所成見，因此在面對不同宗教信仰的家屬時，會試著扮演不同宗教信仰，或是不同轉換不同的宗教論述以融入對方的宗教信仰，不過有時候因為要面對許多不同宗教的家屬，但有時候小小的疏忽，社工員也可以感受到因為不同宗教而帶來的些許尷尬，如同這為社工員原本在面對牧師擔任的家屬時，卻被對方發現自己貼了佛經在名牌上，但為了表明自己宗教中立的立場，社工員還是偷偷的把名條給撕下來。不過唯有如此，你才能很容易的融入不同信仰的家屬。

目前還沒有找到什麼宗教信仰(笑)，我覺得這樣比較好，因為你會碰到不同宗教信仰的人，那你的包容度會比較大，他會比較願意告訴你他的宗教信仰怎麼樣，如果我們碰到佛教信仰的家屬，

那我就會盡量跟他用佛教的觀念做勸導，那如果遇到基督教的家屬，我也願意陪他們一起禱告(笑)，我們是不會排斥任何一個宗教啦，宗教的話，對我們勸募來說，算是一個工具吧，一個非常好的話題切入點，因為人在最軟弱的時候，你必須要找到一個他日常生活比較常接觸、比較可以依靠的一個話題，那他會比較聽的懂，也會比較容易跟他建立關係，那也要配合他們的需求做各種儀式。(As)

四、經濟誘因對於器捐的影響

衛生署與器官捐贈協會為了要提高台灣持續低迷的捐贈率，開始以補助費來做為對於器捐家屬的鼓勵與補償，衛生署以現金獎勵的方式鼓勵器官捐贈，其將補助捐贈者三萬至五萬的慰問金。而每家 OPO 醫院也會針對不同的器官給予不等金額的補助費，然而這個補助費在器官勸募時，是否可以成為一個很好的誘因呢？

我不提喪葬補助費的，我覺得對家屬來說也是很不禮貌的話題吧！你來你就跟我說有錢可以拿(台語)，難道我是為了那個錢我才把器官捐出來嗎？我跟 Bs 姊都不會談這種事，會談的話也是因為家屬有問道我們才會說，假設他們自己已經有器捐的觀念了，或是已經有意願說要做器捐，我們才會跟他們提到喪葬補助費這個部份。我們不會一介入就告訴你，器捐有錢喔！就算家屬後來答應了，那也是怕他們有個心理負擔說：難道我們是為了錢(台語)？而且他自己也會對死者感到很自責吧！不過有時候當你跟經濟狀況不太好的家屬說的時候，他們多多少少會動心，我覺得這是一個誘因吧！但是我不希望把它當成是我的武器。(Cs)

對於許多社工員而言，在器官勸募的過程當中，若是家屬還為考慮要捐贈器官，在這個時候若提到補助費，可能會讓家屬心裏有種：我們好像是來賣器官的感受。而這種感受不但抹煞了所謂無私奉獻的精神，對於家屬而言，也貶低了他們親人身體的價值。因此對社工人員來說，本來就希望盡量在勸募之中營造所謂無私奉獻的精神，也希望家屬對於捐贈器官的印象是一個神聖的助人行為，通常家屬面對這種說辭也會很容易接受。其實在衛生署公佈這項補助費作為鼓勵的時候，就已經引起許多捐贈家屬的抗議，認為這反而是一種污辱器捐做為一個神聖行為的作法，不過作為一個神聖的行為，在現實面卻無法讓這個神聖的行為以更有利的方式推廣出去。經濟的誘因對於器官捐贈的過程來說可能是個污辱，不過在面臨有經濟上問題的家屬，卻可能具有說服的效果，不過這對家屬而言難道不會造成某種污辱嗎？

像我有一次是遇到一個例子，是原住民，才 26 歲就遇到車禍，然後昏迷三分，但是因為原住民都信基督教，然後基督教好像都是土葬，所以他太太就不答應做器捐，那我是跟他太太說，他年紀這麼輕，器官很健康，可以幫助很多人，可是他太太好像沒什麼被說服，那因為我知道說他們家唯一的經濟來源就是這個病人，然後他們家的經濟狀況也不太好所以我就把議題一轉，跟他太太說，我們有一個補助就是衛生署為了要鼓勵捐贈，所以只要是捐贈家屬都會有補助費，可以稍微幫忙一下，因為家屬他們有知的權力，所以我們還是要告知一下有這樣的事情，然後他們考慮了一下，到了第二天，就跟我表示說願意做器官捐贈。(Ac)

以上這名社工所舉的例子，其特殊性在於原本這位家屬因宗教理由不願意捐贈器官，不過後來因為協調員與社工員發現家屬的經濟狀況並不好，因此協調員藉由經濟方面的理由，希望家屬可以重新考慮，最後家屬改變心意轉而同意捐贈器官，在這個轉折點上，我們不得不認為經濟的誘因達到說服效果。其實在勸募的醫療場域之外，關於器官與金錢之間的交易時有所聞，其通常發生在受贈者無法等到器官、或是捐贈者急需用錢的狀況下發生。筆者所訪談的一名社工員透露曾有好幾位民眾打電話到社工室，詢問是否有器官交易的機會，大多是因為經濟狀況不好而想要販賣自己的腎臟，不過這位社工員因怕安排交易而觸法，所以只好回絕這些民眾的要求，不過其實在台灣的一些醫院，仍有不少的醫療人員透過非法的交易向國外取得器官。

第四節「也許這是做好事」??? 家屬的自我說服

一、器官捐贈做為一種告別的死亡儀式

之前在腦死的部分當中提到，要讓家屬們接受器官勸募，就必須讓他們接受親人的死亡?? 也就是腦死，不過家屬對於腦死的概念並不清楚，他們無法將腦死的概念跟所謂的死亡連結起來，因此在勸募的過程當中，有很重要的一部份就是讓家屬們透過體驗來學習何謂腦死，當他們透過體驗自己親人的腦判過程，可以從中學得關於腦死的知識，慢慢讓他們接受腦死也是步入死亡的過程，進而讓他們接受親人的死亡，即使這是勸募當中的一部份，某種程度上，其也是幫助家屬接受腦死的死亡儀式。

我真的覺得重點在於體驗，也就是說腦判的說明要讓家屬很清

楚明白，也要讓他們體驗，最好是腦判測試的過程中，讓他們知道說，為什麼不能急救了？為什麼要把呼吸器拿掉？如果家屬決定要捐贈，那我們會隨時讓家屬去看死者，讓他們可以做道別的動作，比方說跟死者說說話、撫摸他，剛開始家屬很難接受啦，也會很不理智，但是你讓他去體驗，他會開始慢慢接受啦！所以做勸募並不是只是從器官捐贈著手，同時也是幫助家屬透過捐贈去面對他們親人的死亡，不是連續劇都會演醫生跟家屬說：你們可以回去辦後事了嗎？其實很多時候都要靠儀式的方式去讓家屬接受事實，那像做器官捐贈也是希望可以達到這個目的，去跟死者說說話道別等等。(Is)

那時候媽媽在摘取手術之後，其實大家都非常非常難過，有一度我還很懷疑自己答應幫媽媽捐出器官的決定，也覺得很捨不得(啜泣)，覺得好像對媽媽做了很不好的事情，不過在手術後，他們(社工員)讓我們到手術恢復室跟媽媽說說話，那時候真的很難過，不過媽媽看起來好像很安詳的樣子，跟她說過話之後，雖然捨不得可是有放下的感覺，因為媽媽出車禍，走的太突然了，早上還一起吃飯，晚上就離開人世了，我當時聽到真的很難接受，跟媽媽說過話道別之後，才有一種可以讓媽媽安心的走了的感覺。(Af)

要讓家屬面對親人的死亡，對於醫療人員或是社工員來說，都是相當困難的事情，有時請醫生來告知病人的死訊，恐怕家屬一時之間都很難接受，不過接受也是需要說服的過程，即使家屬表面上接受了親人的死亡，不過在心中也是有很多的捨不得，如何讓這些家屬試著放手、試著讓他們的親人做器官捐贈，就必須在這個接受的過程當中，一步一步地增加他們接受死亡的程度。

不過，回到之前筆者所問：何謂「接受死亡」？而這在 Aries 所認為的「溫馴死亡」的脈絡之下有何特殊性？Aries 認為在溫馴死亡的社會裏，死亡在生活當中並未遭受到很大的隔閡，死亡儀式也是每個人必定接受的經驗之一，每個人可以透過死亡儀式對死者進行哀悼、懷念、以及告別，即使死者離去對生者而言是非常悲痛的過程，也因為如此生者可以藉由死亡儀式與死者告別，但也藉此將死者的死去做為生者未來生活的一部份，生者即使當下悲痛也會因為死者的善終而比較不感到遺憾。而在器官勸募的場域當中，可能某種程度來說也有進行死亡儀式的成分在內，其幫助家屬可以向死者道別、進而接受親人的死亡。但在此場域當中，許多死亡的概念又必須在重新學習，以往的社會可能要親眼看到死者斷氣，或是下葬那一刻，會說服自己死者真的已經死去不再復活，如今在器官捐贈的過程當中，則是要藉著參與腦判、醫生向家屬解釋病情、解釋腦死的概念，來

幫助家屬可以在短時間學習新的死亡概念當中，接受親人的死亡。然而這個接受的過程卻是在家屬承受莫大壓力與困惑當中完成的，有時候他們即使做完器捐，還是會懷疑自己的作法是否正確？懷疑腦死是否為真的死亡？而社工人員也認為讓家屬在這麼短的時間就要做這麼重要的決定有時候連他們自己都覺得很不人道，因此他們希望藉由這種類似跟死者道別的死亡儀式，也就是讓家屬參與死者的腦判以及術後遺體的處理，表面上是希望讓死者的死去更加確定以集體面，但其實目的是要安撫家屬之前受到莫大抉擇的壓力，以及寬慰家屬的苦心。

通常器官捐贈者到最後我們會把遺體送到恢復室，讓家屬幫他們(死者)穿衣服，就好像開完刀手術完可以出院回家一樣，那我參與這個工作的經驗來說，幾乎每位器捐者他們的遺體面容都非常安詳，而他們的遺體都非常柔軟，家屬都可以很順利的幫他們穿好衣服、化妝。我想應該是他們知道自己的器官捐贈出去可以幫助不少人，達成了自己的心願，所以身體才會這麼柔軟吧，我們也會把這個事情告訴家屬，家屬也會覺得做器捐果然是一件好事。(Ms)

對於做器捐究竟是不是一件好事，以上這位社工員把結果歸結到遺體的呈現上。由於自古中國人對於遺體的禁忌就有一大堆，對死者屍體做複雜繁瑣的儀式處理，主要的目的，就是將鬼魂送入陰間，以確保活人生存的安寧，⁶⁸此外也怕對死者的亡靈不敬而招致災禍，最明顯則可以從人的屍體呈現得知，比方如果死者在生前受到冤屈而死，則會死不瞑目。而這社工員在工作經驗當中所接觸到的個案，其屍體通常都保持柔軟而不僵硬的狀態，且死者的面容都非常安詳，因此歸結死者本身對於器官捐贈似乎也持認同的態度，此社工員藉由某種靈魂論的宗教論述來宣稱器官捐贈作為一種善的行為，不僅很有說服力的說服了自己，同時也說服了家屬，如果社工員在面對死不瞑目的遺體時，還要說服家屬死者本身對於自己做器捐很高興，可能會沒什麼說服力，因此在器官捐贈作為一個死亡儀式過程當中，若能適當的運用大家都認同的宗教論述去體現、說服這是件好事，也會讓家屬感到十分安慰。不過在台灣的醫療場域當中，在遺體處理的過程裡也可以看到融合宗教的成分在內，面對不同宗教的家屬，醫院也必須接受不同宗教的死亡儀式，對死者進行不同的遺體處理，由於器官摘取之後的遺體對於家屬而言畢竟是殘缺的，社工員該如何去幫助家屬接受這些殘缺的屍體呢？

二、 幫助家屬面對殘缺的遺體

台灣每位從事器捐的社工人員都會遭遇到一個問題，就是部分家屬有保留全

⁶⁸ 請參照楊國柱、鄭志明，2003，《民俗，殯葬與宗教專論》，395頁當中關於傳統處理屍體的繁瑣步驟之理由，其目的也在於保證生者未來的生活可以平安。

屍的觀念，這也源自於台灣對於遺體處理的傳統觀念認為，在人的靈魂走向陰間的路上，若是屍體缺手缺腳，則會走的不平安，死者也無法善終，所以摘取手術之後遺體處理則變得很重要，在處理之前也必須跟家屬說明清楚，以防到後來遺體呈現在家屬面前時，家屬會因為對遺體不滿意，而對做器捐後悔萬分，因此術前與家屬明確的討論跟要求醫師在縫合上的技術，也是說服家屬再面對殘缺遺體上一個很重要的方式。

基本上同意做器官捐贈的人原則上心肝肺腎幾乎都會捐，那只是說有些人可能會不同意捐組織或是捐器官，像有些人就不想捐眼角膜，因為怕說以後到陰間會看不到路，那我們都會跟他們解釋說，就是捐贈完遺體我們會怎麼處理，包括怎麼縫合、清洗、裝假眼等等，讓他們有一個選擇，那你如果不跟他們講清楚，那家屬的傷痛也很難回復，因為有時候捐贈之後的外觀跟原來的樣子會是有落差的，那你得先跟家屬說清楚給他們選擇要捐哪一個器官，你總不能跟他們說妳們最好全部給我捐出來，這樣反而會給他們有種你來搶器官的感覺。(As)

當家屬終於決定他們要做器官捐贈了，可是下一刻接踵而來的是要他們選擇捐哪一個器官，以及告訴他們屍體會以什麼樣的狀態呈現，有些家屬會以自己的立場希望死者可以不要捐哪些器官，以上的案例是不希望捐出眼角膜，因為怕看不到路，也有家屬不希望捐出親人的皮膚跟眼睛，因為想起死者生前對外貌相當重視，也不希望死者捐出四肢大骨，怕死者到陰間無法走路。種種的現象呈現某種保留全屍的觀念即使在同意做器捐之後還是依然存在，只是社工員必須讓家屬對於遺體殘缺的憂慮降到最低，因此希望透過皮下縫合的技術、或是裝上假眼、在殘缺的骨骼部分裝上木頭，讓家屬可以說服自己遺體依然完整。

第五結 小結

整個勸募包括器捐的流程，家屬在社工員的陪伴之下，經歷的一場「接受死亡」的課程，包括腦死的體驗、被鼓勵說出對於死者的懷念、抒發對於死亡的情緒、以及最後透過遺體與死者告別。社工員試圖能夠透過器捐的整個過程來安撫家屬的心情，因此器官勸募不只是一種是否要做器捐的說服工作，整個流程也同時是一種「接受死亡」的說服工作，而這個說服的過程也含括了許多種形式。不過即使這個說服的過程引導家屬做完器捐，同時也幫助家屬進行了一種自我說服，那麼這種自我說服是否也會發生在社工員身上呢？社工員在整個器捐流程當中，操作了相當多面向的說服技巧與形式，那他們本身在進行這項工作時，是否也間接的影響他們對於死亡的想像呢？

第四章 如何被說服「接受」死亡？——器官勸募的語藝學

第一節 從醫療論述到語藝學

在器官勸募的場域當中，我們看到的是對於不同死亡認知的各種介入，包括從宗教、個人價值、對死亡的想像，從社工、家屬與醫療三方面不同的死亡認知的介入，其在勸募的場域匯集並產生衝突，而社工員藉由種種不同形式的說服方式，企圖使家屬可以達到目的？也就是捐贈器官，因此在這個過程當中，歷經了不同論述的轉折，而社工員所要做的便是從旁觀察、以及找到可以讓論述產生轉折的線索。然而在面對有如此多的死亡認知在此場域出現時，醫療會企圖想要藉由教育的方式去加以整合死亡的觀念，以宣導的方式突破舊的死亡觀，撫平人對於死亡的恐懼。然而從台灣的器捐場域發現，所謂的死亡教育仍在一種檯面上推廣的狀況，卻沒有民眾真正影響原本的傳統信仰與死亡觀念，而醫療人員本身也還在需要加強的狀態，甚至社工員本身也不太能認同這種新的死亡觀念。對於死亡教育來說，也許其在幫助人面對死亡、接受死亡、認識死亡，不過我們也可以從 Foucault 的角度認為其透過這種面對、接受、認識死亡的方法在創造一種新的死亡方式，藉由死亡教育產生了許多介入死亡與認識死亡的新技術。然而在台灣的器捐場域當中，這個新的論述卻似乎也面臨不少的衝突，而這個衝突卻也代表著，對於新的死亡方式產生了質疑，不管在社工員與家屬身上都會有這樣的體現。

不過，我們不能太快的就此下定論，認為死亡教育並未在台灣的器捐場域當中產生影響，筆者除了想透過器官勸募來反映現時的民眾，在面對器捐時會有什麼樣的反應與觀念時，更想要了解社工員透過什麼樣的語言去面對家屬的觀念，他們利用什麼樣的策略去引導家屬達到目的，其又是基於什麼樣的立場接受器官捐贈。如果基於一種宣導器官捐贈的行為，醫療勢必要藉由不同的死亡教育機制來傳播器捐的觀念，而社工員也可以藉由器官捐贈來達到對民眾進行死亡教育的方式，不過當民眾接受器官捐贈時，是基於認同死亡教育與器官捐贈嗎？還是家屬其實有說服自己的理由？而這在個過程中，社工員藉由什麼策略什麼語言引導家屬說服他們自己？

因此，社工勸募的過程變得複雜且瞬息多變，為因應不同的家屬反應，而使用不同的策略。而這些策略以及方式又是透過什麼樣的論述被呈現，如果當勸募的關係涉及了說服的成分，其與所謂的死亡教育論述產生什麼樣的關係？如果在台灣的器捐場域當中，那麼社工員的說服略到底是如何遊走在死亡教育的立場上，與不同家屬的死亡認知之上呢？這兩個層次的落差也是筆者在未來所要去強

調的。

一、器官勸募??「接受死亡」的新路徑

如果死亡教育做為一種面對死亡的新技術，那麼面對死亡則是呈現在器官捐贈的場域之中，不過這段面對死亡的內涵卻是加雜著多種不同的論述在內，對於社工員來說，面對死亡??就如同面對家屬的非理性反應、宗教信仰、死亡觀、對於死者的情感、以及對於社工員的防衛心。因此社工員不僅是面對死亡，其同時也是面對死亡的不同面貌，但是社工員為了要達到捐贈的目的，他必須要以某種「接受死亡」的目標為基底，引導或是說服家屬朝著這個目標邁進，因此社工員利用了種種不同形式的說服方式，包含醫療技術方面、溝通方面、情感方面的說服方式，企圖讓家屬可以朝著這方向考慮，考慮「接受死亡」。

不過何謂「接受死亡」? 這個一而再、再而三提出的問題，在醫療面對死亡而呈現窘困態度出現時，這個問題相映而生，如何去幫助醫療去克服面對死亡的問題，如何讓醫療及眾人在面對死亡時能夠處之泰然，也成為了死亡教育日後的重要課題。蔡友月(1996)以其在安寧病房之觀察，發現雖然台灣的醫療制度已逐漸發展所謂的安寧療護，可是對於安寧療護的意義與需求，台灣的民眾及醫療人員都了解不多，因此安寧療護的實行在這個研究當中看到，醫療人員面對臨終患者常以一種不知該如何對待的方式處理病人的死亡，也常以一種窘困的態度去面對家屬，家屬也處於一種不該讓病人知道病情的狀況，儘管病人也知道自己活不久了，整個醫病溝通的過程籠罩在一股掩飾死亡的氣氛當中。若從死亡教育的角度來看，可以很容易的就發現，醫療人員與家屬對於安寧療護的知識與意義不夠了解，而導致對於死亡的觀念呈現一種無法坦承以對的狀況，因此這種觀念的加強也成為日後死亡教育必須被重視的一個要項。這篇研究也同樣牽涉接受死亡的問題，面對了一種無法不去掩飾死亡的問題，雖然蔡友月也認為死亡教育致力於解決醫療人員在面對死亡上的困難，但是死亡教育在幫助醫療人員的同時，卻只是以一種技術層面的技巧讓醫療人員面對死亡，也就是一套「相應對付的技術」。但是歸根結底，醫療人員對於死亡的觀念並沒有真正改變，因此蔡友月認為，期待以任何信仰、任何教育體系使人們產生對死亡一致反應是不現實的。⁶⁹

從以上的研究來看，再回頭想想 Bauman 所言，接受死亡在醫療化的分析來看，似乎不切實際，然而筆者認為，接受死亡不只是一種醫療化的過程，若是從器官捐贈的場域來看「接受死亡」，其內涵卻遠比以上論及所要豐富且多變。「接受死亡」不只是一種死亡教育所要執行的目標，死亡教育也同時要面對「接受死亡」在進行時所給人無限想像的空間。可能我們會提出疑問，何來的無限想像

⁶⁹ 請參照蔡友月，《現代社會對於死亡的省思——以癌症病人為個案剖析垂死歷程「醫療化」之影響》，106 頁當中對於死亡教育是否可以改變人的死亡關之反省。

空間，死亡如何引起人的想像，而這得從死亡如何被感知開始談起。

死亡是如何被感知？Aries 提供了一個人感知死亡的歷史途徑，在溫馴死亡的社會裡，人透過所謂的喪禮、儀式、習俗感知到死亡，而這個感知的過程是時常發生在日常生活中的，其既不避諱、也不會感到不自在，被視為一種人生必經的過程。人也許也可以透過屍體感知到死亡，但是屍體本身及產生的意義，卻可以讓人更具體的感知到死亡。然而死亡的問題在日後反而更被小心翼翼的對待，死亡的感知不但離屍體越來越遙遠，同時也有了許多途徑，包括醫療對於死亡的介入，其認為這些途徑反而使我們無法貼近死亡。不過 Foucault 把這個問題想的有趣了一點，死亡的感知如果透過醫療的視角來說，當死亡的知識可以從身體的某種可見性所獲得，醫療透過器官的質變、體液的變化感知到死亡，一種身體的可見性不僅讓死亡不只可以從原本的儀式當中感知，也可以從身體的內部感知到死亡、以及死亡的知識，死亡的座標，透過身體所形成的地圖上找到了定位，從此了解死亡的知識變成了一種感知死亡的一種方式。

因此，死亡的感知在器官勸募的過程當中，成為重要的一環，尤其是家屬對於死亡的感知，家屬必須能夠具體的感知死亡，才能夠決定捐贈器官。不過要幫助家屬透過死亡的醫學知識來認知死亡，對家屬而言是個陌生的經驗，尤其家屬通常不具有醫學專業知識，因此醫學知識的了解以及社工員的從旁協助，成為家屬在接觸死亡時重要的一部份。包括了解何謂腦死以及病情上的說明，或是參與兩次腦判的過程，透過知識上的傳授以及講解，讓家屬了解病患的病情，以及瀕臨死亡的程度，更具體的來說，醫療試圖讓家屬透過這些知識上的吸收，得以貼近死亡、感知死亡。不過在家屬學習接觸死亡的這一刻，因為某種程度上，對於器官捐贈技術的腦死概念不甚了解，所以對於死亡的概念停留在以往對於死亡的認知上，與醫學所解釋的死亡型態(屍體的處理方式)產生衝突，因此無法決定做器官捐贈，顯示了在器捐場域當中，醫學論述的交涉不如以往所想像如此單一性。

所以，即使社工員或醫生想藉由醫學方面的知識，來幫助家屬面對死亡，但是家屬本身也有自己對於死亡的固有認知，或是傳統的宗教信仰，當醫學知識介入時，勢必也會遭遇到家屬固有認知的抵抗，因此兩種不同的死亡論述開始在器捐的場域當中展開。在成令方(2002)的研究當中提到，醫「用」關係即使可以突破以往單一的醫病關係而達到一個相互溝通的狀態，然而在器捐場域當中，雖然社工員與家屬可以達到一種相互溝通的醫用關係，但卻忽略了社工員可以利用論述轉折的策略性，以達到器捐的說服目的。因此，當社工員向家屬提及死亡或器捐的話題時，會非常重視家屬的意見與反應，他們給予家屬非常大的論述發表空間，且不介意家屬從不同的觀點來看待死亡，鼓勵家屬討論對於死亡的感想及對於死亡的想像。不過來自於社工員死亡論述，是否足以影響家屬的死亡觀呢？在國外，死亡教育幫助醫療人員可以在面臨死亡時，能夠降低焦慮，以及提供應對

死亡的方式，然而死亡教育對於國內的社工員而言，卻是以一種較迂迴且間接的方式，讓家屬面對器捐這個問題，那麼家屬到底是站在什麼樣的基礎點上去接受器捐接受死亡？

二、「接受死亡」的論述轉折

之前提到，在器捐的場域當中可以發現有多種不同角度死亡認知的介入，在不同論述的交涉之下，我們其實很難去預測討論的結果，而討論的結果也因此變得複雜，那麼社工員該藉由什麼方式去讓家屬考慮做器捐呢？表面上社工員似乎無法以死亡教育的死亡觀去改變家屬對於死亡的認知，但是死亡教育在器官捐贈的過程當中，真的不具關鍵性的存在，若是不具影響性，為何每位社工員在接受器官捐贈訓練的當下，仍必須接受死亡教育對於死亡的概括教育呢？

在第二章曾經討論過，死亡教育試圖以一種接納的態度去看待不同文化的死亡，雖然在死亡研究的範疇之內，許多文化的死亡儀式與死亡態度，並不符合所謂「接受死亡」的標準，然而死亡教育本身並不具有強烈企圖去調整人固有的死亡觀，而是具有幫助人重新思考死亡的策略性。死亡教育不排斥任何文化的死亡儀式與態度，相反的，其透過這種不同死亡的討論幫助人得以去思考自己所需要的死亡會是什麼？透過什麼樣的方法，人才能在面臨死亡時獲得最適切的安慰。而這種策略性也延伸到了器官捐贈的過程中，社工員利用論述轉折的策略性幫助社工員達到目的，其讓家屬思考死亡，企圖讓家屬從本身的死亡認知出發，進而去思考器官捐贈的問題，不過這個過程必須透過社工員不斷的對家屬進行觀察、評估以及引導，而這個過程即是說服的重要過程。

說服的過程在器捐場域當中，可說是利用了不同角度的論述轉折使家屬同意做器捐，而這個論述轉折的過程，雖然以一種互相溝通的基礎作為開端，但是社工員可利用這種論述轉折的過程，控制當中重要的線索，把整個討論的過程引導到社工員所想要達到的目的。而這得歸功於在論述轉折之中其實具策略性，使得這種論述轉折的趨向不但不是毫無目標，而是具有目的性的，其是透過一種論述相互交涉、轉折當中的策略性所達到的一種說服效果。

不過，何以能夠使這個策略性能夠逐步的達到效果，在器捐當中不同的說服模式成為器捐過程中重要的一環，筆者透過「語藝學」來顯示種種論述的相互交涉與說服的過程當中，即使表面站在同一立場的討論，伴隨著不單純的過程。一個論述的出現，勢必遭遇到不同論述的反駁，如何能夠使論述成為一個具有信服力的說法，則是要透過對於被說服對象的觀察與評估，探討以什麼樣的說詞可以

讓被說服對象相信這個論述。說服者可以透過控制整個論述發展的氛圍，讓被說服者認為這個論述是他所需要且可以相信的。因此一個論述的出現、與其他論述的交涉，一直到後來相信這個論述從來都不是單純的過程。游任濱(2002)則利用生物科技的論述的研究，點出了新論述在出現時，如何以語藝學的說服特性，使新論述得以在眾多論述當中獲得信服，遊任濱認為生物科技做為一種具有關照人自身為主的科技特質，在這樣科技論述當中的「人」及身體如何被認識、被呈現。游任濱認為，當科學工作者在描述自然世界現象時，其實亦是一種說服與命名的過程，換言之，其認為科學是語藝的。在這樣的過程中，透過現代生物學語言的描述，我們對於生命的意義將呈現不同的想像。語言不僅為我們和世界溝通的方式，在一定程度上也構築了一種權力關係，特別是長期以來因為科學霸權的宰制，使得言者與聽者的位置不平等時。⁷⁰

同樣的，在器官場域當中，不同論述與語言的交涉，構築了我們對於死亡的想像，然而這個對於死亡的想像構築，在外表上似乎是站在社工員對對於家屬關懷的立場上，其實在這種關懷的檯面底下，卻也是社工員要廣納收集資訊的專業態度，透過關懷，社工員才能輕易的從家屬身上獲得他們可以說服成功的線索。透過這種藉由關懷上的監視，以及對於家屬本身性質與社會地位的評估，即使這關係可相互溝通，卻也成了另一種以關懷為出發點的權力關係。不過研究者認為，Mckerrow的語藝原則，其自 Foucault 的權力理論發展，更具體的將權力關係與語藝批評作緊密的結合。區隔的體系、制度化形式，區分出言者聽者的權力位階，也揭示了某種論述選取、排除的過程。而從語藝說服當中更看到了權力的流動，甚至轉化論述的可能。語藝的出現，成為言者為促使權力關係所採取的手段。⁷¹

同時，我們可以發現說服的論述可以呈現不同的形式，也可以看出不同論述的交涉，實際上也在建立某種相互主觀的知識，在說服的過程當中，並不用在意那一個論述為真，而是透過不斷的交涉與論辯，可以使雙方達到某種共識的論述則是雙方所認為的真理。另外，這個論辯及交涉的空間似乎可以包含各種元素的論述，如果以器官勸募的場域為例，說服不只是呈現在社工員向家屬提議器捐的過程當中，也不只是語言上的勸說行動，說服行為更是包含在器官捐贈的整個過程裏面，包括病情與腦死概念的說明，家屬透過病情的說明了解到病患的死亡，以試圖說服自己考慮是否要捐贈器官。也許家屬在社工員提議器捐的當下，會表態對此行為的不認同，以及闡明自己因為某種宗教、個人價值觀的因素，所以無法考慮做器官捐贈，透過這種態度的闡明，社工員卻可以讓家屬能夠從別的角度去思考捐贈行為，或是從家屬本身的固有觀念去說服家屬考慮做器捐，比方

⁷⁰ 請參照游任濱，2002，《現代巴別塔---生命科技論述中的身體圖像及其倫理意涵》當中，指出生物科學論述當中，所具有的語藝學特性。

⁷¹ 請參照 Sonja Foss et al.，1996，《當代語藝觀點》，247 頁。

說可以從宗教的教義說法來支持器捐的行為等等。甚至一直到最後，家屬面對器捐過後的死者屍體，社工員與醫療人員仍以某種死亡儀式的方式說服家屬，幫助他們認為做器捐其實是一件好事，以及利用屍體的處理來說服家屬面對死者死亡的事實，說服他們去接受親人的死亡。

三、死亡想像的多樣性

在台灣的器捐場域當中，器官捐贈的觀念的宣導，也許並不只是透過單一的觀念，比方說「遺愛人間」等大愛、犧牲的精神，且每一個家屬不見得聽到這種精神的宣導就想做器捐，做器捐的理由可能有上千百種，家屬的理由也不見得就是社工員所提議的那些理由。然而有趣的是，某種程度底下，家屬透過自己對於死亡、對於親人的情感，而找出一條自我說服的路徑，而社工員則將這種自我說服的特點，運用在器官勸募的說服行動當中。就 McKerrow 所言，語藝批評本身就是一種命名(naming)的行為，包含有主觀的立論與判斷。而當這運用在器官勸募的說服行為時，即使社工員會提出器捐的精神所在，然而重點卻在於家屬本身對於器捐與死亡的觀感，家屬本身的認知是否可以跟器捐相接軌，如果可以，這可能成為死亡教育以外最好的一個說服工具。⁷²不過 White 追隨著 Foucault 主張，認為大多數人的故事都是由主流論述所造成，人們的故事藉由社會所允許的「可說的」故事而找到其社會位置。「具有社會可近性的主流敘事」(Social availability of preferred stories)和「這些敘事對人們經驗的同化」，就是權力運作的方式，主流論述的權力就是去涵括某些故事成為可說的故事，而將其他故事變成邊緣性或不可說的故事。⁷³無論如何，家屬對於器官捐贈絕對有其空間發表自己主觀的論述，只是在這個背後，卻是在一種被社工員觀察的範圍之下，家屬的意見被觀察、被分析，再以某種支應家屬的論述來說服家屬本身，即使家屬以為是以自己的固有認知來說服自己，但是背後卻也是透過社工員論述轉折的引導，使家屬在無形當中做出同意器捐的決定。

不過對於這些家屬而言，親人的死亡對他們本身具有不同的意義，不同的死亡方式以及面對死亡的態度，也導致他們在面對死亡時表達不同的死亡想像，這些是死亡教育即使含括在內卻也無法去準確掌握的。筆者曾在第三章當中提到，家屬在面對親人的死亡時，或是必須面對器官捐贈的決策時，除了必須調適心情，同時也面臨死亡的降臨與親人離去意義的重新解組。余安邦，薛麗仙 (1999) 認為人在面臨親人的死亡時，也是一種重新思考自己與死者之間關係的一個時刻，透過重新思考死亡，家屬也會生產屬於自己本身對於死亡的意義。而黃姝文 (2000) 也認為在器官勸募的場域當中，對於死者本身也會衍生新的想像，其也做為一種現實與重構的現象，比方「現實」為捐贈者本身及具有助人之特質，「重

⁷² 請參考蔡鴻濱，2002，意識轉化的論述：511 台灣正名運動之語藝策略，12 頁。

⁷³ 請參照 Laura Epstein 等著，2005，《傅柯與社會工作》，212 頁。

構」為受訪者的認知重建親人的個人特質。在這樣交錯之影響下，呈現出來的皆是親人美好的特質。⁷⁴或是從宗教的角度，去想像死者在器捐過後他可以獲得什麼樣的「功德」。

牧師他們都有來，因為(基督教)覺得說身體是神賜的，是神祂給我們的，那我們死後上天堂(也)只有靈魂去，那身體只是個臭皮囊而已，如果說你沒有捐的話，幾天後也是腐爛掉，反而這樣子，做一些有意義的事情會彰顯生命。⁷⁵

我們可以了解到，不同家屬的死亡觀影響其在面對死亡時，具有不同的反應，而說服自己的論述以及說出的故事也各有不同。死亡在不同的文化當中也許會受其宗教與社會習俗的影響，而呈現不同的死亡風貌，然而這些文化的特質也影響了每個人對於死亡的觀點，即使是同一種文化的人，對於死亡也有其不同的認知，Laurence J.O' Connell 認為若是在器官捐贈當中，家屬所呈現的死亡觀也各有不同，比如在面對腦死問題時，家屬會陷入一種困惑？腦死是否為真的死亡？由於在家屬的固有認知中，所謂的死亡代表著呼吸心跳停止的狀態，所以當腦死概念出現時，勢必與家屬的固有認知產生衝突，不過腦死概念是否能在勸募的當下，讓家屬立刻感知到這也是一種死亡，似乎不能有立見的效果。因此社工員在進行勸募時，一方面除了幫家屬了解腦死為何之外，同時也讓家屬發表自己對於腦死的疑惑，以及發表他們對於死亡故有的想像。而 Laurence J.O' Connell 就發現在面對腦死概念時，除了遭遇到家屬的固有認知之外，他們的固有認知就有好幾種，而皆來自於這些家屬日常生活當中所接觸的，包括神話、宗教、科學等所賦予的意義，而這些來自不同面向對於死亡的解釋，也使得家屬在面對腦死或是死亡時也有不同的見解以及詮釋。⁷⁶因此何謂真的死亡，當臨床醫學試著想要把腦死建構為一個合法的死亡時，卻會遭遇到傳統信仰觀念等固有認知的抵抗與衝突，這時如何去衍生出新的意義以克服這個衝突，反而變得更為重要。一位社工員在勸募的過程當中，遇到一位家屬遲遲不肯承認他的小孩已瀕臨腦死，一直到家屬的家人從家中打電話告訴他一件事：

這位小弟弟在玩的時候發生意外，顱內出血，然後瞳孔放大，馬上昏迷三分，結果當時他還有一個姐姐跟外婆在家，外婆打電話到醫院問爸爸弟弟的狀況，外婆就說姐姐剛剛做了一個夢，姐姐說弟弟回來找他玩，當時爸爸聽到就覺得他兒子沒有救了，我們問他為什麼？他就跟我們說，因為他兒子的靈魂去跟他女兒道別，我們後來也才很順利的做完器官捐贈。(Cs)

⁷⁴ 摘自黃姝文，《器官捐贈家屬決策之經驗》，67 頁對於家屬在面臨死者的死亡與器捐的決策問題時，會透過自己的經驗與對於死亡的想像產生新的死亡意義與詮釋。

⁷⁵ 摘自同上，60 頁家屬的訪談內容。

⁷⁶ 請參考。O' Connell, Laurence J. et al., 1996, *Organ Transplantation : Meaning and Realities*, p34.

以上案例的家屬原本無法相信腦死是真正的死亡，然而透過一種類似靈異的經驗，一種靈魂論的解釋，家屬才得以說服自己小孩真的是回天乏術，透過孩子的靈魂與親人告別，甚至在家屬心目中也宣告著孩子再也無法救活的事實，即使在醫學的角度上，病患瀕臨腦死，無法說服家屬自身，然而透過自己本身固有對於死亡以及靈魂出竅的認知，家屬才相信孩子已然死去的事實。

某一方面來說，「接受死亡」也可以站在這種角度上去思考，即使許多理論認為社會對於死亡保持著一種抗拒的態度，但是另外一種層次來說，對家屬而言，他們似乎也有自己一套接受死亡的方式，即使從死亡教育的觀點裡，這不能談得上一種合乎死亡教育所謂「接受死亡」的態度，然而對每一個家屬而言，都必須依靠一種自己所信任的論述來說服自己，以接受親人的死亡，即使在當下情緒是悲痛的或是非理智的，他們也必須為親人的死找到情緒宣洩的出口，而這對他們來說也是一種「真實」。Laurence J. O'Connell 認為只要是對家屬可以產生意義，且足以說服家屬自身的一種死亡論述與意義，就是一種死亡的真實。⁷⁷

不過，這是在勸募場域當中，家屬可以發表自己主觀的一個層面，然而這種主觀的表達在另一層面，反而變成社工員可以見機引導的一個重點。這些本身曾學習死亡教育的社工員，即使他們也試圖想要以本身的死亡教育，以及社會宣揚器官捐贈精神的主流論述來說服家屬，但卻遭遇到不認同以及抗拒的態度，因此社工員必須採取一種迂迴的方式，尊重家屬的意願，並鼓勵家屬把自己的想法說出來。不過不是所有的家屬都可以在器捐的過程當中，單單只藉由死亡的想像就可以說服他們做器捐，語藝當中最重要技術之一，即是洞察被說服對象本身的特徵及條件，透過對於這些條件的評估，說服者得以選擇不同的策略或籌碼向對象進行談判，器捐家屬本身的條件以及他所處的社會環境當中，也存在著家屬同意做器捐的線索，而這些線索則來自於社會工作當中的評估技術。

第二節 評估的技藝

一、對家屬的評估做為勸捐的線索

由於目前國內的器捐制度，仍停留在重視家屬意願的層次上，雖然國內已有器捐同意卡的制度，如果病患曾簽署器捐同意卡，但是家屬不同意，器捐同意卡的法律效力仍形同虛設。曾有社工員表示台灣如要突破不經由家屬簽署同意書，而以器捐同意卡為依據會很難，因為台灣本身的習俗風氣不允許，而放棄急救以及屍體處理的重要事項討論，也必須尊重家庭成員的共同意見。因此目前勸

⁷⁷ 同上，p26。

募場域當中最重要說服對象即是抉擇權最大的家屬，而最重要的主要決策者依法律規定一為父母，二為配偶，三為子女，因此向主要決策家屬勸募時，除了了解病患的社會經濟狀況之外，同時也要去了解家屬本身的社會經濟狀況。

我們會評估他的社會文化經濟狀況，包括說他表達情感、情緒的部份，那我們評估的項目會有，他的知識背景、那你必須要依照他的知識水準來選擇你要怎麼跟他做告知，不同的知識水平就要選擇不同的說法，像有些知識水平比較低的人，你就不需要跟他做太多的告知跟解釋，或者是說他有沒有接受像這一類捐贈的宣導的概念啦！你從他的動機就可以去切入你要怎麼做勸募，或者包括他的習俗信仰是什麼，這也很重要啊！像比較鄉下的人，會有習俗說我必須要留一口氣回家，這就不方便跟他們做勸募，其實這些評估從他是潛在性的捐贈者時，我們就要開始對家屬做評估了，所以我們會利用跟家屬做訪談的時候就開始收集做評估的資料。(Ds)

這些評估項目包括家屬的社會文化經濟狀況、年齡、居住所在地、學歷、工作收入支出、與病患的關係為何、宗教信仰，藉由這些評估的結果，構成整個被說服對象的圖像，而社工員可以藉由評估的結果，去選擇適當的說服方式。如同以上的社工員，當他從評估當中獲知某些家屬可能學歷、知識水平不高，相對的在進行勸募時，社工員就不能選擇涉及醫療知識太過複雜的說辭，而必須選擇比較淺顯易懂的說法。由於台灣目前對於器捐的風氣還不是相當開放，因此向家屬告知做器捐不能在一種很直接的狀態當中提及，而這些評估的結果也剛好提供社工員，去推敲這位家屬是否具有同意做器捐的可能性，依照他的學歷、居住地點、宗教信仰去推斷家屬對於器捐的看法。而這些評估也可以在與家屬會談的場合，從一種旁敲側擊的方式去套問家屬是否有意願。因此即使不用正面的去提問是否想做器捐，社工員仍可以藉由這些評估的結果去了解家屬的想法。

為何社工員可以從這些評估項目獲得他們所要的知識，其實評估的技術有很大一部分來自於社會救助制度剛出現時，為了要了解民眾在社會環境當中的社會條件如何，是否有必要對其施予救助的一種評斷方式。筆者在第二章曾提到，社會調查的方式，源自於西方現代政府為掌握民眾經濟狀況，而發展出來的新技術，因此政府必須掌握每一位民眾的經濟狀況，也必須預防貧窮的民眾是否會因為貧窮問題而引發失業、或是偷竊搶劫等的犯罪問題。其將每一位民眾作為一種觀察與監視的對象，民眾所呈現的社會經濟狀況，就是目前社工員所使用的評估技術。不過這些評估技術同時也是站在某種主流的標準去評判這些家屬本身的條件，當家屬的條件不及主流的標準時，很容易就被歸類為一種需救治、需矯正。另一方面來說，即使做為一種說服對象，如果社工員評估家屬的知識水平不高，

就必須排除許多較專業的術語，以防他們聽不懂。而一位社工員也因為在做過評估之後，發現是否同意做器捐跟所謂的城鄉差距有關，其認為北部的民眾因為每天接受的資訊比較多，所以比較容易接受器官捐贈，而南部的民眾因為民風較傳統，而接受的資訊較少，所以對於器捐的接受度不大等等。不過有些社工員發現有些家屬即使一開始不願意做器捐，但是由於其經濟狀況不太好，也會因為經濟誘因重新考慮做器捐，或是透過宗教的說詞讓家屬改變心意。因此掌握、利用評估的任何結果，都可以成為在說服過程時，一個促使家屬改變心意的轉機。

評估的技術在勸募之前，成為社工員重要的調查工作，因為評估的結果往往決定了說服的內容與方向，因此勸募之前的評估工作成為社工員該如何說服的重要依據。然而在完成勸募之後，不管成功與否，社工員仍要回頭反省整個說服過程，包括為何這位家屬無法認同器捐，說服的過程是否使用了什麼不適當的策略等等。最重要的仍是透過自己所處的醫院，統計出這個區域的器官捐贈率，以及不同意器捐的主要理由為何。

那我這邊會整理出一個書面的統計資料，比如說我們勸了幾個、20 幾個病人之中，有幾個是要留一口氣的，有幾個是要保留全屍的，那沒有成功的原因是什麼，為什麼他們到最後會沒有成功。我會讓上面的人知道說我們其實都有在做，也要讓他們知道說這是一件很自然的事情，不能說我為了要增加我的個案量，然後就一直去問一直去問家屬，我會覺得很不合人情。(Cs)

這位社工員表達了在勸募過程時，除了面對死者家屬的壓力之外，另外一個則是來自於必須提升捐贈率的壓力，由於這位社工員所處的醫院為 OPO 醫院之一，而 OPO 醫院除了是器官捐贈的推動主力醫院之外，他們也必須肩負提升器捐率的責任，因此他們很重視勸募之後的成果檢討，或是藉由統計資料去探查為何這個區域的器捐率低迷，家屬不願意捐贈的理由會是什麼，如果下次仍遇到同樣性質的家屬，他們得視情形改變勸募的策略。不過另一方面，社工員也必須面對器捐單位所施加的壓力，可是在台灣器捐風氣不盛的器捐場域當中，勸募的工作往往來的困難，因此社工員除了統計出器捐率之外，檯面上除了向器捐單位交代，他們確實有在推行與進行器官勸募的工作，檯面下卻是一種藉由這種交代來緩和自己勸募時過於困難的壓力。

二、 死亡觀念如何評估？

透過對家屬進行社會經濟調查的評估工作，可以了解家屬是否有意願捐贈器官之外，由於器官捐贈牽涉死亡觀的問題，如果器官捐贈與個人死亡觀相衝突，在說服的過程當中就必須相當謹慎，以免引起家屬的反感或排斥。而這種死

亡觀的獲知也成為調查社會經濟之外一項重要的評估,不過死亡對於家屬來說是相當敏感的話題,因此社工員也同樣的,必須以先以迂迴的方式去慰問家屬是否了解病人的病情。

在談的過程當中,知道阿公無法接受這件事情,我就問他說醫生說狀況怎麼樣,阿公就說:『很不好,可是這孩子還有一個禮拜就要過生日了,我想要讓他過完他幾歲的生日。』阿公透露給我的感覺就是,我不能放棄我的兒子,雖然說兒子的狀況很不好,可是我覺得他多活一天就是算一天,那當他透露出這樣的訊息的時候,我的評估就是我不會跟他去談器捐。甚至連放棄急救同意書的部份,他們到病人斷氣前的最後那一刻才簽。那這時候我們連做器捐都無法介入啦!(Cs)

一種對於瀕死病患保持無法放棄的態度,讓社工員判斷這位家屬不但無法承受病患的死去,也無法接受還要做器官捐贈這件事,因此社工員從頭到尾,不跟家屬提器捐的事情,只提供全程陪伴。不過從這個案例似乎只能點出家屬對於病患的捨不得,無法確實的明顯獲知這位家屬的死亡觀為何,在許多社工員的訪談內容之中發現,家屬的死亡觀的呈現也包含了許多層次,可能包含對於這位瀕死病患的情感,或是宗教對於死亡的解釋,以及本身對於死亡的固有認知,總總層次加起來成為家屬所呈現的死亡觀。因此即使家屬可能覺得器捐是件好事,或是平常對於死亡的態度很淡然,但面對親人死亡時,不捨卻成為抗拒做器捐的原因。另外對於死亡呈現恐懼與迷惘的家屬,在面對器捐時,也容易處於一種猶豫的態度,這時候社工員也會視評估而定,到底是因為本身就對死亡有某種疑惑,還是對於家人死去的不捨,再來進行說服。

三、 悲傷態度如何評估？

筆者曾在前幾章提過悲傷輔導的死亡理論五階段,與勸募的實際情形有所差別,在勸募的場域當中,社工員觀察到家屬遭遇到死亡所呈現的反應,通常不是依照悲傷五階段順序發生,而是不按順序參雜發生的,因此在面對家屬的反應時,就必須依靠觀察,視情形判斷家屬目前的情緒是如何,應該以什麼適當的方式去跟家屬作應對。不過有些社工員認為,家屬的悲傷通常會因為在做器捐的當下,要幫病患處理許多後事、以及手續上的事情,因此悲傷的反應並不會在當時表現出來,一直到完成所有的摘取手術,跟後事之後,悲傷的反應才會在家屬身上出現。因此有些家屬不見得在面對親人瀕臨死亡的那一刻,會呈現毫無理智的狀態,有時候家屬反而回呈現冷靜與獨立的反應。

不過這卻也是讓社工員感到憂慮且擔心的一點,因為某些家屬在當時雖然

保持的相當冷靜，同時也表明自己面對這種事情可以調適的很好，不希望社工員在旁陪伴，然而對於社工員來說，他們認為在家屬遇到家人瀕臨死亡的那一刻，應該是能夠適度的把悲傷的情緒發洩出來，壓抑的態度反而會導致精神不正常。完全不發一語以及保持冷靜態度的家屬，對於想要給予輔導的社工員來說，通常是比較麻煩的。

我曾經遇過一個家屬，她可能平常是很堅強的那種媽媽，當她知道她先生去世的那一刻，小孩都在一旁哭天搶地，她卻站在一旁哭不出來，我知道她那時候非常非常難過，可是不哭出來覺得讓我很擔心，所以我就主動過去握一握她的手，抱抱她，那位媽媽隨後就哭出來了。(Es)

社工員給予家屬發洩的空間，除了獲得家屬的信任與值得說服的線索之外，這種不斷向社工員訴苦的過程同時也是一種「治療」的過程。家屬可以藉由向社工員訴苦或是對他們哭泣，以發洩自己悲傷的情緒，同時也從發洩當中達到治療的效果，不過不盡然每位家屬都可以很容易的發洩自己的心情，對社工員來說不易發洩情緒的狀況也是一個充滿問題的個案。

有些家屬比較嚴重是，捐贈兩年之後，還是很難過(無奈的笑)，就是還是沒辦法接受親人死亡的事實，你知道嗎？超過六個月還是處於悲傷狀態的，我們叫做「創傷後壓力症候群」，所以我們可能就要視家屬的狀況讓他們接受悲傷輔導，那要看他們自己的調適狀況，有些家屬本身支持系統很好的話，那他們就會好的快一點，宗教就是個不錯的依靠。(As)

即使死亡五階段的每一個階段並不依照順序發生，不過社工員仍然依照死亡五階段做為觀察家屬情緒的依據，而悲傷的程度到底要如何評估。雖然在面臨死亡的當下，家屬難免都會有悲傷的時候，不過社工的評估標準也將焦點放在家屬的悲傷程度之上，過度的悲傷也同過度的壓抑一樣，都會造成家屬日後身心上的問題，與精神上的傷害，不過何謂過度的悲傷？在以上這位社工員的訪談內容當中，在精神治療傳承以下的社會工作心理評估，也同樣對於過度悲傷做出了一套標準，超過六個月如果還處於悲傷狀態，卻可能會被視為一種精神官能症，且必須接受悲傷輔導的心理治療過程。似乎人如果要正常的調適自己悲傷的情緒，必須要在六個月以內完成，否則可能會被判定精神不正常。不過在喪親理論當中，曾談到當最重要親人過世時，通常家屬會花到長達兩年的時間，才開始可以慢慢的淡忘親人過世的記憶與悲傷的感覺，在這個過程當中，悲傷的情緒也是斷斷續續反反覆覆的出現，而悲傷輔導所要提供的則是可以幫助家屬解決這方面的問題以及調適的方式。但是某種程度來說，對於家屬調適悲傷的程度評估往往很

容易忽視及排除了家屬與死者之間關係的特殊性。

這是在面對每位病患往生時，社工員所要面對的悲傷評估問題。不過也常使用在器官勸募之前，而社工員所評估的家屬悲傷程度，也很容易影響社工員是否可以勸募成功。

那個爸爸的情緒狀況很糟糕，他甚至糟糕到每天都要喝酒才能讓他的情緒比較好一點，那他每次來就是哭，我在他旁邊陪伴都可以感覺到那種心痛的感覺，他是真的難過到他手足無措，雖然坐在椅子上還是難過的不停跺腳，那這樣我實在不知道怎麼跟他再談器捐的事情。(Cs)

每位做勸募的社工員首先要面對的，大部分都是情緒不平靜的家屬，即使所呈現的狀態是激烈的或是安靜的，社工員都必須要同理到家屬目前的心情都不好受，因此除了暫緩提器捐的事情之外，也必須先等家屬的心情稍為平復下來。如果以其上的例子而言，這位社工員觀察到家屬的情緒一直處於不穩定的狀態，除了在家屬身邊陪伴之外，社工員了解到家屬不但不肯放棄急救自己的小孩，而不穩定的情緒，也讓社工員無法跟其提及做器捐的事情，深怕家屬聽到做器捐，情緒會更不穩定。不過在這段過程當中，社工員因為一直陪伴在家屬身邊，除了進行安撫他們的工作之外，也可以隨時掌握家屬心情逐漸穩定的時刻，在試圖向他們進行說服。不過前提是，一定得等家屬心情穩定下來，或是讓家屬保持理智。而所謂做器捐的決策上，同時也要對家屬進行某種心理上的評估，除了悲傷的程度之外，家屬的精神狀況是否足以做出一個理智而周全的決定，其判斷是否合乎正常等等，都會做為這位家屬適不適合做器捐決策者的條件。

因此，當家屬成為一個評估的案例時，他的家庭經濟狀況、死亡觀、悲傷程度，連帶精神狀況，都成為社工員監視以及評判的對象，家屬是否有條件做決策，很多時候牽涉到之後的後續問題，包括與其他家屬的協調能力、領取補助費等等，倘若家屬的精神狀況不佳、智能不足，便會被判定為無法適當處理以上問題，這個過程也是社工員必須完全掌控的，當評估的某一要項無法達到標準時，社工員就必須試著去調整這位家屬所處的劣質條件，或是可以更換另外一位更適任的決策家屬。

四、接受捐贈是否就是接受死亡？

器官捐贈在相關政府的推動之下，把捐贈行為塑造為一種「遺愛人間」的善行，然而在受到傳統信仰影響的民眾心中，是否真的認為是一件好事呢？還是覺得這是一種殘忍的行為？而當捐贈家屬決定捐出自己家人的器官，然後面對自己

家人殘缺的遺體時，器捐的行為可以幫助他們減緩悲傷，亦或接受家人的死亡嗎？

如果對器官捐贈有正向的觀念的話，會比較容易。那像有些家屬你在跟他訪談的時候你就知道他沒有什麼這方面的觀念，那你就會斟酌說是不是要跟他講這個東西。那不過有些家屬在做完器捐之後，也很積極宣導這種事，像我們會有感恩大會嘛，就有一個家屬自己去掏腰包買了關於生死學的書給其他的捐贈家屬，那像這種家屬在捐贈之後比較不會那麼難過，因為他們會覺得說，我這是做好事。(Bs)

其實從一開始，家屬若是答應器捐，在摘取手術之後，某種程度上也會調適自己對於死者不捨的心情，之後會比較坦然的面對這樣的問題。不過也有一些社工員指出，因為在做完器官摘取手術之後六個月的時間之內，社工員都會繼續追蹤家屬的狀況，包括經濟上的問題以及悲傷的調適狀況，或是邀請家屬參加為捐贈者所舉辦的感恩追思會，不過社工員們發現有些家屬都不希望他們再提及這件事情，也不希望回到當初做捐贈的那家醫院，深怕會勾起當初做器捐的回憶，那麼器捐對捐贈家屬而言又有怎樣的安慰作用？大部分的捐贈家屬都會認為：

器官捐贈完以後，這幾年來這樣去思考，其實想想做的也蠻對的，這樣也不會怎麼樣嘛，對埋在土裡跟火葬完以後，你保存一個全屍給他走(也不見得比較好過)，就是說你處理完以後你不會去想，反而還更有一個希望是說，最起碼他的心還在跳，最起碼他還有一個東西還在人世間，而且那種感受就會覺得說，你看現在他的某種東西，比如說他的心、他的肺、他的肝什麼都還在人世間，還在供應人家人體上的功能，他還提供人家來延續生命，其實這些你把它一直想，心態上會蠻安慰的，蠻好過的。(黃妹文，2000：69)

剛做完捐贈的那一段時間，其實滿害怕再提到這件事情，有時候醫院的社工員會打電話來關心，或是找我們去參加器官捐贈紀念會之類的活動，可是我們都不是很想去，因為只要去那家醫院就會想到爸爸去世的事情，雖然爸爸本身很喜歡去幫助別人，我們也覺得他應該不會討厭這種事情，但是剛開始真的不太想再去接觸這種事，後來有很多人因為這種事情而得救，開始會慢慢覺得也許我們真的做了一件好事情，就又會開始想要去參加這種紀念活動了。(Bf)

其實在整個捐贈過程當中，所進行的各項工作，包括陪伴、尊重家屬與死者的意願、以其宗教信仰進行儀式、院方的致意，其實主要是為了能夠安撫家屬喪親的傷痛，社工員也希望藉著儀式可以讓家屬與死者進行告別的動作，家屬也會比較容易接受親人死去的事實。不過有些家屬在一開始萬一並不認同器官捐行為，不過後來因為經過說服、或是某種誘因的影響而接受器官捐，在之後也很容易感到罪惡感或愧疚。在這個時候，社工員所要做的便是幫助家屬產生一套自我論述，Mckerrow 認為說服也需要被說服對象藉由發表主觀的論述，來達到自我說服，即便是社工員提供了很多說服的建議，如果家屬到最後無法說服自己，基本上說服的工作仍不算成功，家屬就算答應做器官捐，但也會有被逼迫的感覺，而這也會影響日後家屬面對器官捐時，會有不好的感受。

不過，說服家屬做器官捐的社工員，他們本身在經過死亡教育的訓練，之後面對器官捐贈，也同樣與本身的固有認知產生衝突，因此即使勸募作為一種工作，或是一種理念的推廣，社工員的內心卻也有兩種不同層次的感受，那他們該如何調整自己的心態，亦或進行自我說服呢？

第三節 社工內心的衝突

一、 當社工面對病人的死亡

醫療社工員與一般社會救助的社工不同在於，醫療社工經常接觸死亡，不過醫療社工即使也同醫療專業人員常接觸死亡，對於死亡，醫療社工卻與醫療專業人員有著不同的目標。當醫療專業人員面對死亡時，抱著必須要救活病患的使命感，而抗拒病患將死的事實，而社工人員則是站在一種家屬的角度去面對死亡，不過也因為他們與醫療人員所要處理的面向不同，所以也很容易與醫療人員的認知產生衝突，而這個衝突也是除了家屬之外，社工員試圖要去說服與克服的。不過社工員本身在面對死亡時，也同樣有其憂慮與恐懼，而這個恐懼也是社工員他們在面對死亡時不知該如何處理的恐懼感。醫療在面對臨終病人時，通常只將焦點放在病人的疾病是否能治癒，而不重視病人在臨終過程當中，是否獲得妥善的照顧，而這個照顧通常不但包括生理，同時也包括心理，而被照顧的也不只臨終病人，通常也包括家屬。在治療的過程當中，必須面對臨終病人的心情，考慮到該如何告知家屬，病人也許在未來會有面臨死亡的問題，以及如何去處理家屬悲慟、與病人否認沮喪的心情，這是醫療人員在面對臨終病人需給予的協助，再加上目前醫療對於死亡品質的重視，安寧療護與器官捐贈的觀念宣導，以及過當中所碰到病患與家屬情緒上的輔導，都必須依靠社工人員去推行與處理，因此社工人員如何透過死亡教育面對這些瀕臨死亡的病患與家屬，就變得很重要了。

也許死亡教育可以提供社工員面對瀕死病患及家屬時，必須處理的態度以及因應方式，然而死亡教育對於社工員，其本身的死亡觀念是否有所影響？或是死亡教育在社工人員本身的認知當中，也有不同的說服層次，在第二章筆者曾經提到，目前社工相關學系當中大部分已將死亡教育、生死學等課程納入必修選修課程之內，而在職的社工員，仍要定期參加器捐單位所舉辦各項階段的在職訓練，而這些課程對於社工員本身的實質幫助會是什麼。

我覺得上這種課程真的很重要，就是不管你以後在醫院碰到瀕死病患、癌末病患，或是器官捐贈家屬的時候，你才有自信跟他們說這些事，那也不是說為了做器官捐贈，而是說起碼在陪伴家屬方面，你才有辦法去輔導他們，而不是隨著他們的情緒跑。其實以前的課程對我在勸募方面的工作，因為唸書的時間離現在很遙遠了(笑)，離開學校兩三年才開始做社工，所以有時候學校教的東西都記不得了，那是後來在職訓練之後，像我們一定都會有在職訓練，然後在在職訓練當中學習該學到的技巧，有些死亡教育的相關課程會夾雜在裡面，聽過之後會有些省思，然後也會對自己的死亡觀念有些重整。(Bs)

對於這位社工員而言，死亡教育對其的確具有重要性，尤其是在面對瀕死病患與家屬時，比較不會有不知所措的情形出現，而在進行器官捐贈陪伴家屬時，可以控制家屬與自己的情緒，不過這位社工員坦言自己其實已經不太記得自己在大學時所學，目前所得到的死亡教育方面的知識則是在工作之後，從在職訓練的課程當中獲得。而這位社工員認為在在職訓練最大的收穫，即使面對瀕死病患的因應技巧，以及器官勸募技巧，這兩種技巧的傳授帶給社工員在實際經驗上很大的幫助，他也希望自己關於死亡的觀念，也可以透過這些死亡教育相關課程獲得重組，不過這位社工員本身的死亡觀是如何，他對於死亡的想像與恐懼是否也影響了他日後在面對勸募的態度，以及死亡教育的接受度呢？

恩……(想很久)，其實我對於死亡沒有什麼樣的恐懼耶！就是一個自然的生老病死的過程吧！因為我知道說每一個人從出生之後，就開始一步一步步入死亡，只不過看你是什麼方式死的，你有可能是意外很快就過去了，那也有可能是得癌症，要拖很久痛很久才會死去，像我們醫院都會有遊民來看病耶！他們雖然平常都在外面亂晃，沒有錢沒有吃沒有住的地方，可是當他們生病身體很不舒服的時候，還是知道說我要去醫院看病，他們雖然過的不是很好，可是他們仍然有想活下去的意願，不然他們幹麻來醫院看病？那我是覺得說因為死亡這種東西很難說，如果我今天可能會死，那也只不過是我時候到了，死掉就死掉啦！我也沒什麼

包袱。那今天如果遇到一個因為面對死亡而有困擾的家屬，或是求生意願不強的人，那我同樣也是依個人的意願，我一定會去幫助他，更何況我還是一個社工。(Bs)

這位社工員本身對與死亡似乎採取一個相當豁達的態度，認為如果時候到了，死掉就死掉了。其也對各種宗教採取一個比較中立的態度，不過因為在醫院工作的關係，常遇到生老病死的狀況，讓他的死亡觀保持在一種「死亡是每個人必經的歷程」的態度上。不過儘管這位社工員的死亡觀如此豁達，他也認為在面對家屬時，還是必須以一種尊重的心態，不能口不擇言的告訴他們「人死了，你就看開點吧！」的說詞去告訴家屬，向家屬告知死亡還是必須相當重視技巧的，因為社工員本身也可以感知到許多家屬仍有期待，或是否認親人死亡的可能性，以及整個社會風氣對於器捐的抗拒。不過即使這位社工員相當認同死亡教育對於死亡觀有影響，可是在面對家屬時，還是得觀察家屬是否有這方面的意願，或是旁敲側擊的方式來引導家屬考慮這個問題。而另外一位社工員則是在大學時期選修過死亡教育的相關課程，不過對他而言，死亡教育對他的影響卻不及日後在工作經驗當中所學到的勸募技巧。

那時候大學時，才剛開始引進而已，大概是民國 82 到民國 86 年的時候，那時候頂多也只是選修課而已，那是有死亡諮商的相關課程的選修，關於生死學之類的話，只有大三大四的時候會請人到學校來演講，像畢業之後，最近有很多在職訓練，開的滿頻繁的，不過我都沒有去參加(笑)，有時候要看狀況才會考慮要不要去，因為有時候工作忙、走不開，像這方面的知識有時候是透過看書，不過我覺得最大部分因該是來自自己的工作經驗。那勸募的技巧在大學的時候，其實都只是學到一個方向還有概念，你並不是很清楚的知道說勸募的技巧是哪些，那你只有說從工作的經驗當中去累積或是去經歷，那因為社工這種工作對於幫助人的過程敏感度一向就要很高，所以你就可以透過觀察、同理的過程去了解這些人的需求在哪裡，我覺得一切都是經驗法則吧！(As)

此位社工員曾在大學接受過死亡教育的相關課程，然而在進入社會工作職場時，發現自己在大學所學到的，與自己在實際經驗所接觸到的仍有一段距離，在死亡教育課程所學到的只是一些概念上的知識，然而在實際工作經驗上卻無直接的幫助，因此社工員在面對器官勸募時，反而有很多勸募的技巧，是來自社工員日後自己吸收這方面的知識，以及工作所累積的經驗來獲得，不過社工員所提及的觀察與同理，則是大學所學到的輔導技巧之一，這個技巧也幫助了社工員在面對家屬時，可以敏感的了解他們的需求以及反應。不過有些社工員在學校並未受過死亡教育的課程，而勸募的技巧主要則是從在職訓練獲得。

我們學校好像沒有這種課程，生死學之類的課也沒有。器官捐贈的業務也是我來上班之後才有的，其實我對器捐的觀念之前並沒有，在我們那個時候真的很少，變成說工作之後才開始慢慢有這方面的觀念，不過上班之後也有那種在職訓練，那你就必須要去上，這樣對你的工作會比較有點幫助，那因為我進來的時候，Bs 學姐就已經在這裡做了，所以他會帶著我去實習，他也會給我一些基本概念，所以訊息都是從在職訓練來的。(Cs)

從以上兩個案例，我們似乎可以發現，器官勸募的技巧，似乎與死亡教育的關係並無密切的相關。其實在器官移植技術出現時，為了宣導這樣的觀念，只是把它放在一個如同捐血一般?? 助人為快樂之本的精神上去宣導，不過大眾對於器官移植當中的腦死概念，以及各種醫學方面的知識都不甚了解，導致器官移植在一般人的心目中存留著陌生的印象。為何之後器官捐贈會與死亡教育連結上，也是因為死亡教育的出現，來自於一個開始對於死亡本質重視，以及想要去深究死亡意義的社會環境，而死亡教育也因此接觸到各種不同文化的死亡。其實，死亡教育也是來自醫療對於死亡注視與介入而發展的一種論述，再加上安寧療護與器官捐贈的出現，而這些技術恰好與死亡產生許多曖昧的拉扯，以及遊走在一種非生及死的界線之上，因此可不可以接受死亡，以及適應死亡的焦慮，也成為死亡教育所要實行的目標。所以死亡教育在醫療技術對於死亡的介入下，必須去支應所有關於操控死亡的技術，不過其還是以醫療主流的死亡形式為其教育重點。透過死亡教育，在安寧療護的場域之中，可以幫助醫療人員與社工員面對瀕死病患與家屬，其實某一個層面來說也希望他們可以視情形，去重新思考救人救到底，若罔顧病患生不如死的感受是否有其必要性。

而對於器官勸募而言，死亡教育在其中的地位，除了如安寧療護一般，提供面對死亡的因應措施之外，另外則是提供一種情緒上的安撫技巧，而這種安撫技巧也在勸募的技巧之內。比方社工員可以透過悲傷輔導當中傾聽、同理心、陪伴來幫助家屬的心情平復下來，可以對社工員抱持信任的說出自己心中的想法，以及對於死亡的想像，而這些剛好可以成為社工員可以繼續向家屬說服的線索。

雖然某些研究也指出，受過死亡教育的醫療專業人員，不但在面對瀕死病患時可以從容應對之外，同時也可以降低面對死亡的焦慮，⁷⁸國內也有些研究證實死亡教育有這樣的效果，不過所謂的效果，是否真如國外的醫療人員可以降低死亡的焦慮呢？

何謂死亡的焦慮？Bauman 認為人會對死亡感到焦慮與恐懼，有些時候是

⁷⁸ 請參照前兩章關於死亡教育可以降低死亡的各项研究。

無法確定死亡的來臨，以及無法了解何謂死亡。當人提及死亡是什麼時，其實也伴隨著無法了解、掌握死亡而產生的恐懼感。如果以國內的社工員來說，死亡教育提供死亡的因應知識，也教育他們可以接納來自不同文化的死亡觀念，那他們是否可以藉由這種層次對於死亡的了解，而讓自己稍微對於死亡有點可以掌握而不致感到恐懼與焦慮呢？

不會耶！因為我會對死亡覺得說那是一個未知的，有很多是我沒辦法去掌握的部份，那我會覺得對我沒辦法掌握的事情會感到害怕，那我自己都覺得，就算我做了但我是不是真的認同器捐，如果今天換成我或是我家人要做器捐，我可能不會答應，我會希望我可以陪我的家人到最後，我自己也不會想做，就是個人價值觀的關係吧！（Cs）

幾乎超過一半接受訪談的社工員都認為，即使受過死亡教育的課程，仍是會受到自己原本根深蒂固的價值觀所影響，覺得死亡還是一個無法透徹了解的事物，因此就算透過死亡教育可以學習許多不同形式的死亡與因應方式，但是他們因為自己的固有價值觀，讓他們感知到死亡還是有許多不可接近、不可觸知的部份。而第一位對於死亡的態度表現豁達的社工員，也以遊民生病會去看醫生的例子，證明人在瀕臨死亡時，仍會有求生的意願及本能。而還有另外一位社工員，希望他如果瀕臨死亡，就算他毫無意識，他也希望家人不要那麼快就對他放棄，可以急救到最後。由此我們可以獲知，死亡教育雖然教育這些醫療人員可以坦然的面對死亡，但是這種坦然的態度，也只停留在一種可以有因應措施面對瀕死病患的層次上，死亡教育提供的也只是一種技術層面上對於死亡的處理方式，不過本身對於死亡的觀念還是被社工員本身的固有認知所盤據。

另外，宗教既然帶給捐贈家屬莫大的安慰，那麼社工員本身的宗教信仰是否能夠幫助他們面對死亡的恐懼呢？詹伊潔(2003：63)的研究指出，許多從事安寧療護的社工員，當他們本身就有宗教信仰時，也會讓他們在面對死亡時，有各種不同的反應，比方信仰基督教的社工員，因為宗教教義闡明人死後的歸處，因此他們比較不會對死亡產生恐懼。而信仰民間傳統宗教、或是無宗教信仰的社工員，由於無法獲知死後靈魂會往哪裡去，會有一種「沒有靈魂，死後就什麼都沒有了。」的恐懼感。不過從事器官捐贈的社工員，大部分也沒有特定的宗教信仰，或許他們在面對死亡時，自己有無宗教信仰可以給他們增加一點信心，不過就勸募的工作技巧方面，無特定的宗教信仰反而對他們有所幫助。她們可以透過宗教中立的位置，去接受不同宗教的家屬，以及配合家屬進行不同宗教的儀式，因此宗教對於社工員在專業層面，可以作為一種很有用的說服工具。關於宗教是否可以幫祝社工員面對死亡的恐懼，如果站在一種宗教中立的態度要去說服其他家屬，其實對於宗教而言都會有一種並不是完全信賴的態度，因此大部分接受的社

工員即使無特定宗教信仰，但是他們對於死亡的恐懼卻與宗教信仰無絕對的關連。

二、當社工面對器官捐贈

不過，如果讓社工員本身面對器官捐贈這個問題時，他們是否可以站在一種不同的角度去思考這個問題呢？

我自己也曾經想過要是我死了，要不要作捐贈，我自己是沒有關係，可是如果是換成要考慮我的家人要不要作捐贈就很難說了，因為這個跟專業的關係不一樣，專業關係你可能會很理智的告訴人家做捐贈不錯啊做好事什麼的，可是當是你的家人要做的時候，情感就會進來，那整個決策就會很複雜，你可能會因為很捨不得家人就不願意做，有時候專業歸專業，情感是情感，會是兩碼子事。(As)

當社工員退回到一般家屬的思考層次，脫離了扮演社工所具備的專業理念，拾回了對於親人的情感時，社工員本身對於器官的決策，卻與自己所推行的理念有所落差。在扮演社工員時，因為在專業的領域當中，社工的職責就是說服家屬可以考慮做器捐，因此他所有關於死亡方面的知識，以及悲傷輔導的技巧都運用在器官勸募的專業關係上，然而這層專業關係卻是包含著某種情感上的依賴與信任，即使在這場域社工員投入了一種情感性的專業關係，當回到自己情感性的抉擇當下，所做的選擇卻可能與自己在專業領域所推行的大相逕庭。因此這位社工員所說的「專業歸專業，情感是情感，會是兩碼子事。」可以呈現出在器捐場域的當下，社工員所面對的專業關係，即使是一種包含某種情感的專業關係，但是為了可以讓勸募順利達到目的，卻與社工員個人意願產生脫離。但在這種情感成分背後，卻也是因為想從家屬身上獲得資訊的一種收集工具，因此這種專業關係所包含的情感成分卻也成為說服的過程當中，一個獲得信任與資訊的好方法。Goffman 認為作為一個表演者來說，事實上，儘管表演者明顯地沉浸於他正表現的活動中，並明顯地以一種自發的、未經事先籌劃的方式專注於他的行動，但他在感情上仍然必須與他的表演分離開來，以便能夠自由地應付可能出現的表演意外事件。他在理智上、情感上必須裝出捲入自己表演的樣子，但同時又不能醉心於自己的表演，以免破壞這種適當的捲入，而不能做出成功的表演。⁷⁹而社工的專業關係也是在一種情感與理性不同層次之間游移 相互利用的一個奇妙專業領

⁷⁹請參照 Erving Goffman, 1992, 《日常生活中的自我表演》，頁 231 中，表演者必須懂得拿捏自己的情感投入，但是為了不至於做出不理智的舉動而保持完美的演出，因此一個好的表演者必須要有好的自制力。

域，且這層關係跟社工員個人的意願又是一個不同的層次。也許在這門專業當中，社工員除了要說服家屬之外，也要拿捏自己所投入的情感，不過通常萬一家屬的情緒若牽動社工員的情緒時，就不太容易達到勸募的目的了。

就說我剛剛說的阿公那個案例吧！因為我覺得他八十幾歲了，然後他還要面對他小兒子的死亡，在他太太過世之後就把所有的關愛放在這個小兒子身上，所以勸募的過程花了一些時間，我常常上去(加護病房)陪那位阿公，也會跟他一起掉眼淚，因為看到他就是那種很心痛，心痛不得了的感覺，所以我除了陪他，也只好心理評估說最好盡量不要跟他提到器捐的事情。(Cs)

接受訪談的社工員們，都覺得他們所勸捐的某個案例都是相當獨特的，每一個案例對他們而言背後都有一個特別的故事，因此如要去畫分社工員是否在勸捐案例中投入情感，事實上是相當難去區分的。在一個案例當中，社工員投入的有情感也同樣有專業觀察判斷的成分，不過在面對該去抉擇的時刻，他們還是很容易受到固有認知的影響，而導致他們內心的掙扎。

三、我做的是一份神聖的工作：社工的自我說服

我在做器捐時，都會發覺自己其實不是很能接受器捐的觀念，可是我卻因為工作的關係，然後我要做勸募的工作，去說服別人把器官捐出來，這對我來說也是很大的衝擊吧！其實我覺得在很多社工員身上應該都有啦！我也跟我(社工系)同學聊過，他們也不確定自己會不會做。所以我自己有時候在勸募時都會自己問自己，我能接受嗎？當你連自己都不能說服自己的時候，你能憑什麼去說服別人要捐器官呢？所以我只能把它當作是一個工作。像我之前在家扶中心工作，我覺得幫助那些家庭經濟狀況不太好的民眾，會是一件很有成就感的事情，我會很樂於去幫他們處理很多問題，我自己也認同幫助他們這一點，但是來醫院做器捐，就會覺得當自己懷疑自己的工作時，在做這個工作時，就顯的很沒說服力了。我也很怕有家屬會這樣反問我，我一定會答不出來，因為我現階段無法接受器捐的觀念，我還是會希望家屬陪我到最後，就算我到最後昏迷、不醒人事了，可是我就是不希望你再動我，我想全屍的觀念也是有影響吧。有時候我覺得社工作器捐只是為了做器捐，你不見得是在關心家屬。所以目前做這個工作我也只能告訴自己，這其實是幫助別人的一件好事，這可以完成大愛之類的。(Is)

儘管社工員在器官捐贈當中負責的是說服的工作，然而讓社工員們暫時跳脫自己的身分之後，再去思考器捐的問題，卻發現社工員仍受到固有認知的影響，死亡教育所提供給他們的，似乎只是停留在技術層面上，當自己的感情或是認知涉入時，結果卻是以自己所推廣的理念產生落差。也許我們會以為這就好比社會有些需要談判說服的工作，如：業務員、推銷員，甚至是公關，其都需要一種洞察客戶需要以達到說服目的的技巧，但因為這是一項關乎生死的專業，即便是社工員本身並不認同這個行為，他也同家屬一樣，必須透過自我說服的方式，告訴自己這也同醫療人員救人一般，是一件神聖的工作，只不過社工員所要使用的說服方式更複雜，且所要說服的對象也更多，是家屬、是醫療人員、是社會大眾、包括他自己。

第五章 結論

第一節 無止盡的相互說服

傅柯所說：「一個人想要引導另一個人行為」，引導的那個人並不是指獄卒、社工員或者公共衛生人員等人擁有「超越」他人的權力，而指的是在真理遊戲中雙方都是參與者，共享著同一個目標，這個目標就是：使一個人被另一個人引導以達成自我真理。這個遊戲的本質是確信兩邊都承諾在真理生產中。⁸⁰

一、研究結果

器官勸募，是社工員運用了勸募的技巧與死亡教育，說服家屬接受器官捐贈，不過就整個器官捐贈的過程而言，更是在種種不同的說服形式之下，說服家屬接受了親人的死亡。即使在這個過程當中，充滿了迴避與衝突，然而，社工員運用其社工專業的知識，不在檯面上與家屬的固有認知做強硬的辯駁抗爭，而是迂迴的去引導家屬往捐贈的方向去思考，使家屬覺得器捐出於自己的意願。同意器捐也對個人具有不同的意義。不過我們不能忽視的是，這種讓家屬產生自我意願、自我說服的技巧，是來自於一種充滿策略性的引導的權力之下，社工員透過什麼樣的機制去學習，他們又學到什麼樣的技術，使得這種策略性的引導，比起充滿衝突的精神宣導還要來的有效果，則是筆者所關心的。

因此本文所要探討的主要問題，就是社工員如何運用死亡教育的知識，與器官勸募的技巧，向家屬進行勸募？並且社工員如何在器官捐贈的過程當中，說服家屬「接受死亡」？由於筆者從國內的器官捐贈狀況發現，捐贈率一直處於低迷的狀態，即使衛生署與器捐單位為提升捐贈率，而設置的種種措施，仍無法解決這個問題，因此開始有許多研究者把問題歸結於，是國人器官捐贈的死亡觀念不足。所以社工員透過器官捐贈的宣導，避免與家屬的死亡觀念產生衝突，而以一种迂迴的策略去引導家屬的思考，來幫助捐贈率的提升。

而社工員之所以可以肩負器官勸募的工作，是因為他們在醫院當中具備了一種協調、轉介資源的功能，因此許多醫療制度與技術的推廣，多要靠這些醫療社工的幫助。因此死亡教育的推廣與執行，無形當中就落到社工員的身上，社工員必須學習死亡教育來應對醫院當中，瀕臨死亡的病患與家屬。若就器官捐贈而言，社工員也要學習器官勸募的技巧，而這些勸募的技巧除了來自社會工作的專

⁸⁰ 摘自 Laura Epstein 等著，2005，《傅柯與社會工作》，194 頁。

業範疇之內，同時也來自於死亡教育所提供對於死亡的各种知識。

不過，在實際的勸募經驗上，也呈現了當死亡教育遭遇到各種不同的勸募經驗時，社工員能夠以何種知識與技巧去因應不同狀況的發生。從所謂第一線的勸募：對於腦死的體驗，包括社工員與醫療人員透過腦死，幫助家屬的死亡認知與腦死產生連結。以及社工員如何在不提及死亡的狀況，與向家屬進行告知與建立關係的動作。在無法得到勸募家屬的首肯之後，社工員又該以哪些方法，讓家屬重新思考，這些方法包括：社工員的悲傷輔導與陪伴關懷，透過宗教論述引導家屬重新思考，或是操作捐贈家屬的家庭關係以達到說服的效果，另外，經濟誘因或許也可以說服家屬，不過必須要小心操作以免傷害家屬。在這部份，說服的目標主要是讓家屬決定作器捐，不過一直到第二線：家屬決定作器捐之後，家屬與社工員協調要捐贈哪些器官，家屬透過死者的屍體與死者作道別，此部份可做為一種說服家屬「接受死亡」的死亡儀式。因此，雖然說服在表面上只在第一線勸募部份中出現，然而「接受死亡」的說服卻在整個器官捐贈流程當中，以不同的說服形式出現。

家屬受到社工員的說服，從原本的不同意捐贈，到同意捐贈，這之間的落差，必定伴隨著不少的變數，我們也許急於透過此研究獲知，到底是何種技巧說服了家屬，還是家屬說服了自己，或是社工員使用某種技巧，讓家屬說服了他們自己，這就得重新去探討說服的本質。說服的重點在於大家都可以持各自的意見，與他人進行討論，在說服結束的前提之下，每個人都有可能說服對方，家屬所具備的是對於家人的情感、宗教的堅持、以及對於死亡的想像，而社工員所具備的即是對於社工專業的訓練、死亡教育的知識、以及本身對於死亡的認知。說服的過程可能會發生衝突、利益上的交換、以及認同，然而就器官捐贈的場域來說，社工員更展現了做為一個說服者，在面對死亡是一件忌諱的事情時，更迂迴的去討論、說服家屬面對死亡的技巧。透過語藝學，更能夠呈顯出，即使不直接的討論死亡，運用社工專業的技巧，也一樣可以說服家屬思考作器捐的問題。從對於家屬的身家調查、評估，以及選擇不同的語言與家屬進行對話，引導家屬可以從說服自己的想法出發，進而說服自己，而肢體上的關懷與整個流程的服務，也讓家屬能夠平靜的面對家屬的死亡，這無形當中也說服了家屬接受親人的死去。

我們也許會認為，死亡教育在器官捐贈的過程當中，似乎在以教育潛移默化改變死亡態度的立場上，並沒有明顯的成效，不過本研究的重點在於，死亡教育若是做為語藝學當中的傳播文本而言，也具有策略性的說服特性，雖然死亡教育以一種主流立場面對不同文化的死亡，不過在面對不同文化的死亡當中，仍具備了以容納不同死亡文化的程度，包括對於不同喪葬儀式的了解，以及各種關於死亡文化的知識，即使那些是待教育的死亡，不過死亡教育仍保留了對於這些死亡文化的尊重。

此特點影響到了學習死亡教育的社工員，在面對死亡時，先策略性的不排除各種死亡態度的立場，每一種死亡態度都有可能會同意器官捐贈，只不過要端看選擇哪一種說服方式，或是不同的說服情境，不過被說服者的特質很重要，因為說服者的特質也決定了說服的方式與情境，而這都是語藝學當中所呈現的技巧。

雖然說我們都有在統計家屬為何會同意，為何不會同意的原因，不過就算有這些統計數據，我們還是不確定，這個家屬是不是真的會同意做器官捐贈，而且就算有些家屬他可能同意器官捐贈，但是當他家人去世時，也不見得會同意做器官捐贈，我們只有透過跟家屬接觸、了解他們的需求，才知道要怎麼說服他們，而且有時候，家屬會同意坐捐贈，也不是因為他們同意我們的建議，而是他們在這段過程當中，我們幫助他們去面對親人去世的事實，他們覺得很平靜，也覺得說我們處理的很適當，在那個當下答應做器捐的也是有，完全要看當時的狀況還有氣氛，所以器捐的結果是無法預料的。(Js)

因此，面對死亡的衝突，死亡教育透過了器捐場域中，社工員與家屬進行死亡的討論，以及透過慰問、服務、訪視、輔導的方式，向家屬進行器捐的說服，甚或是死亡的說服，利用器捐的說服方式，在尊重家屬的意願上，重新塑造一個新的死亡儀式，希望能夠緩和家屬面對器捐、死亡時的衝突，不過這都得看社工員如何向家屬進行說服的過程會是如何。不過在器官捐贈的場域中，為了能夠讓說服達到目的，筆者發現這個說服的過程，與死亡教育所要發揚的宗旨產生了背離，因此筆者歸結出了幾個重點：

1. 就台灣的器捐環境而言，社工員不會完全以死亡教育所宣稱的論述，向家屬進行勸募，因為這當中有很大的風險。台灣的器捐環境，首要面對的就是原本的風俗民情，也造成社工員無法以一種開放的態度向家屬提出器官捐贈，他們反而是透過迂迴的方式，暗中觀察家屬的特質與需求，從家屬的認知出發，運用家屬的語言與家屬進行討論。死亡教育的宗旨是希望人們能夠以更坦然的態度去面對死亡，然而在這當中，社工員必須要隱藏自己前來勸募的身分，隱藏自己對於死亡的認知、宗教、想像，配合家屬的情緒去選擇讓家屬感到舒適的語言，因為如果社工員的說服讓家屬感到排斥，說服也不易成功。即使他們談論的是死亡的問題，卻是在一種迂迴的方式當中去討論死亡，這與死亡教育的「接受死亡」宗旨還是有一段落差，也同樣顯示，原本人們面對死亡感到恐懼與生疏，又必須學習死亡教育對於死亡的態度，而呈現的不自然狀況。若回到 Bauman 的討論，器官捐贈雖為其所聲稱的延長生命的欺偽形式，但當死亡教育做為宣導接受死亡的傳播文本，在台灣的器官勸募

的場域之中，反而更強調了刻意去塑造一種接受死亡的論述的意味產生。

- 2.對於器官捐贈或是安寧療護等醫療技術的推廣，原本希望可以藉由死亡教育的灌輸，來間接幫助民眾接受這些醫療技術，然而民眾本身的死亡認知，會因為傳統習俗以及宗教的影響，而與死亡教育產生衝突。因此死亡教育最基本的推廣，則先落實到這些社工員的身上，希望可以藉由死亡教育，社工員除了能夠從死亡教育學得應對瀕死病患與家屬的知識之外，也希望透過死亡教育幫助社工員調整固有認知、減緩對於死亡的恐懼。不過透過訪談顯示，即使每位社工員都曾接受過死亡教育的相關課程，不過社工員們從死亡教育所學到的，只停留在一種概念上的了解，或技術面的層次上，而不能真正影響他們的死亡認知，社工員們依然受到自己信仰的宗教、固有認知的影響，有些社工員因為不認同器官捐贈，還必須進行器官勸募的工作，而造成莫大的衝突與掙扎。
- 3.另外，我們也可以從社工員各種形式的說服方式當中，發現家屬對於死亡多樣的想像性，對於不同的家屬，社工員無法用同一種說服方式去應對，他們只能透過家屬對於死亡的想像，來了解家屬對於器官捐贈的觀感，雖然某些家屬最後並沒有同意捐贈器官，或是以強烈的方式拒絕社工員，不過這也是因為他們擁有屬於他們的死亡想像。也許這些家屬與社工員，在日常生活當中，鮮少接觸死亡與思考關於死亡的事情，但是透過器官勸募，在社工員的鼓勵之下，家屬得以構築他們對於死者的懷念、以及對於死亡的想像。相反的，這些對於死亡的想像，在社工員的觀察、分析之下，也構築了一種不同形式的死亡，這成為了他們在日後進行器官勸募時所能夠學習的參考知識。社工員與家屬或許都在引導對方達到說服的目的，不過就如同 Foucault 所言，兩者都在真理的生產過程當中，有著共同的目標，即使兩者的真理各有不同。

「接受死亡」的討論到最後，並無絕對的結果。儘管器官勸募是一個不斷相互說服的場域，社工員說服家屬、社工員說服醫療人員、家屬說服自己、社工員說服自己，大家各自以自己對於死亡的論述進行語言與思考上的爭辯，雖然大家朝著器官捐贈的方向進行，朝著「做好事」的方向前進，「接受死亡」的內涵也不盡然是完全的接受了死亡，不過我們仍可以在這個場域當中，發現死亡無法以一種絕對的標準去定義，每個人都可以生產屬於自己的死亡知識，而每個人所擁有的死亡真實也不同，重要的是，社工員如何可以巧妙的在這個眾多真實的空間之內，引導他們朝向說服的目的地。

二、研究限制

此研究雖然以社工員的訪談內容，來構成器官捐贈的整個圖像，不過筆者最理想的觀察方式，是能夠進入實際的勸募經驗去進行觀察，因此筆者原本想以

田野醫院的義工去深入觀察，但由於這個場域相當重視器捐家屬的隱私，且在之前也曾提過，太多的涉入人員，反而會造成家屬的不安與防衛心，所以無法順利的參與其中。如果能夠實地觀察，也許能夠發現更多來自家屬的反應，以及與社工員相互交涉、辯駁的精采狀況。

參考書目：

中文部份

成令方，2002，「醫」用」關係的知識與權力。《台灣社會學》，第三期， p11-71。

朱元鴻，1993，正當的(只不過是)語藝：從前蘇格拉底到後尼采。《傳播文化》，第一期。

余安邦、薛麗仙，1998，關係、家與成就：親人死亡的情韻現象之詮釋。《中央研究院民族研究所論文》，85：1-51。

吳建昌，1999，死亡之重新定義：對與腦死之探討。《醫學教育》，88：3-19。

吳庶深，1988，《對臨終病人及家屬提供善終服務之探討》，私立東海社會工作研究所碩士論文。

杜素真、史麗珠、廖美南、黃慈心、陳麗娟，2001，器官移植教育對護理人員器官捐贈觀念之影響。《台灣醫學》，五卷1期。

林忠義，2002，《從多元觀點省思器官捐贈制度的應有走向?? 以屍體器官捐贈為中心》。國立交通大學科學法律學程研究所碩士論文。

林明峪，1981，《台灣民間禁忌》。聯亞出版社。

林紋鈴，2001，《商品化的身體：從買賣市場的實際存在探討有關人體取得之管制政策》。國立台灣大學法律研究所碩士論文。

林龍溢，2003，《喪葬儀式在太平間之實踐?? 某醫院的個案研究》。南華大學生死學研究所碩士論文。

金蔚如，1988，《醫務社會工作》。台北：五南圖書出版公司。

尉遲淦，2000，《生死學概論》。台北：五南圖書出版公司。

張淑美，1995，《國中生之死亡概念、死亡態度及其相關因素之研究》。國立高雄

師範大學教育研究所碩士論文。

莫藜藜，1998，《醫務社會工作》。台北：桂冠圖書股份有限公司。

陳妤嘉，2001，《現代醫療對臨終關懷的衝擊與省思》。國立政治大學社會研究所。

陳來生，1993，《無形的鎖鏈——神秘的中國禁忌文化》。上海：三聯書店。

游任濱，2002，《現代巴別塔？---生命科技論述中的身體圖像及其倫理意涵》。輔仁大學大眾傳播研究所碩士論文。

馮天策，1992，《信仰導論》。廣西人民出版社。

黃中天，1988，《死亡教育概論(上、下)》。台北：業強出版社。

黃姝文，1990，《器官捐贈家屬決策之經驗》。高雄醫學大學健康科學院行為科學研究所

黃琪麟，1990，《台北市？合醫院醫師對死亡及瀕死態度之研究》。國立台灣師範大學衛生教育系碩士學位論文。

，2000，《死亡教育課程介入對台東師院學生死亡態度影響之研究》。國立台灣師範大學衛生教育系碩士學位論文。

楊國柱、鄭志明，2003，《民俗、殯葬與宗教專論》。台北：韋伯文化國際出版有限公司。

詹伊潔，1993，《社會工作死亡教育課程內涵之初探》。國立暨南大學社會政策與社會工作學系。

趙雨龍、黃昌榮、趙維生，2003，《充權---新社會工作視界》。台北：五南圖書出版有限公司。

劉明松，1997，《死亡教育對國中生死亡概念，死亡態度影響之研究》。國立高雄師範大學教育學類研究所。

蔡友月，1996，《現代社會對於死亡的省思--以癌症病人為個案剖析垂死歷程「醫療化」之影響》。私立東海大學社會學研究所。

蔡鴻濱，2002， 意識轉化的論述：511 台灣正名運動之語藝策略 。世新大學傳播研究所 91 年度學生學術研討會。

謝文華，2000， 理論語文本之間的對話實驗 批判語藝觀念與新女性主義 ，《世新傳播研究所質性研討會》，

瞿海源，1988， 中國人的宗教信仰 ，《中國人：觀念與行為》。台北：巨流出版社。

網站部份

台灣移植醫學學會網站：

<http://www.transplant.org.tw>。

行政院衛生署，2004， 腦死判定準則條例：

<http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/NewsContent.asp?msgid=341>。

財團法人器官移植登錄中心網站：

<http://www.torsc.org.tw/>。

基督教論壇網站：

<http://ct.org.tw/index2.asp?iContNo=75946&mbrseq>。

聯合新聞網，2004， 推動器捐，衛署利誘 ，(2004/5/30)：

<http://140.134.32.60/news/2004-05/2004-0530-0345.htm>。

中譯部份

Bauman, Zygmunt.

1997，《生與死的雙重變奏》，陳正國譯。台北：東大圖書公司。

Epstein, Laura. Irving, Allan & Chambon, Adrienne S.

2005，《傅柯與社會工作》，王增勇等譯。台北：心理出版社。

Foster, George. M.

1992,《醫學人類學》,陳華、黃新美譯。台北:桂冠圖書股份有限公司。

Foucault, Michel.

1990,《性史》,謝石譯。台北:結構群文化事業有限公司。

1992,《規訓與懲罰—監獄的誕生》,劉北成譯。台北:桂冠圖書股份有限公司。

1994,《臨床醫學的誕生》,劉絮愷譯。台北:時報出版事業有限公司。

1998,《古典時代瘋狂史》,林志明譯。台北:時報出版事業有限公司。

2003,《不正常的人》,錢翰譯。上海:上海人民出版社。

2006,《傅柯說真話》,鄭義愷譯。台北:群學出版社。

Foss, Sonja .& Trapp, Robert.

1996,《當代語藝觀點》,林靜伶譯。台北:五南圖書出版公司。

Goffman, Erving.

1992,《日常生活中的自我表演》,徐江敏、李姚軍譯。台北:桂冠圖書股份有限公司。

Worden, J. William

1995,《悲傷輔導與悲傷治療(*Grief Counseling & Grief Therapy*)》,李開敏、林方?、張玉仕、葛書倫譯。台北:心理出版社。

英文部分

Aries, Philippe (1981) *The Hour of Our Death*. New York : Oxford University Press.

Burchell, Graham. Gordon, Colin & Miller, Peter (1991) *The Foucault effect : studies in governmentality : with two lectures by and interview with Michel Foucault* . Chicago : University of Chicago press.

Clark, David(1993) *The Sociology of Death : theory, culture, practice* . Oxford : Blackwell .

Dickenson , Donna. Johnson , Malcolm & Katz, Jeanne S.(2000) *Death, Dying and Bereavement*. London : SAGE Publication.

Feifel, Herman (1959) *New Meaning of Death*. New York : McGraw-Hill Inc.

- Kubler-Ross, Elisabeth(1969) *On death and dying*. New York : Maxwell Macmillan international.
- Kaufmann, W. (1976) *Existentialism, Religion and Death*. London : New English Library
- Lock, Margaret (2002)*Twice Dead- - Organ Transplants and the Reinvention of Death* . Berkeley and Los Angeles : University of California press.
- MacDonald, G.W. (1976) “ Sex, Religion, and risk-taking behavior as Correlates of death anxiety. ” *Omega*, 7(1), p.35-44.
- Pearson, I. Y. , Bazeley, P. , Spencer-Plane, T. , Chapman, J. R. &Robertson, P. (1995) “ A Survey of Families of Brain Dead Patients : Their Experience, Attitude to Organ Donation and Transplantation. ” in *Anaesthesia and Intensive Care*, 23(1), p.88-95.
- Ruble, D.A. & Yarber, W.L. (1983) “ Instructional units of death education : the impact of amount of classroom time on change in death attitudes. ” in *Journal of School Health*, 53(7), p.412-415.
- Sudnow, David(1967) *Passing On : The Social Organization of Dying*. Englewood Cliffs N.J. : Prentice-Hall.
- Watts, P. R. (1977) “ Evaluation of death attitude change resulting from a death education instructional unit. ” in *Death Education*, 1, p.187-193.
- O’Connell, Laurence J. Fox , Renee C.& Youngner , Stuart J. (1996) *Organ Transplantation : Meaning and Realities* . Madison : University of Wisconsin Press.