

# 從系統思維探討基督徒癌婦的家庭關係 與靈性經驗\*

賈紅鶯\*\*

國立東華大學  
諮商與臨床心理學系

陳秉華

國立台灣師範大學  
教育心理與輔導學系

溫明達

基督教門諾會醫院  
放射腫瘤科

本研究針對四位基督徒癌症婦女，兩位失婚罹患大腸癌、陰道癌的慕道友，及兩位信仰多年的已婚乳癌婦女，分別進行四至八小時不等時間深度訪談，以質性敘事研究「整體—內容觀點」方法進行分析。研究結果發現癌婦的家庭關係反映性別與宗教信仰的文化脈絡，癌症引發失婚癌婦過往的婚姻創傷之慟，不下於癌症生理之痛，因而先發出靈性的需要，也帶來靈性的療癒。已婚癌婦對癌前夫妻、親子、婆媳關係予以反思，從身為沉重照顧者到返身自我照顧並經歷身心靈的「重生」。癌婦的靈性經驗呈現成長與掙扎的交織歷程，靈性掙扎與生理疼痛、心理情緒、家庭關係及教會關係等有關。研究結果顯示癌症不只是個人的身心靈問題，也是家庭系統的議題。依此，研究者參考Rolland「家庭系統—疾病模式」提出「家庭系統思維的癌婦身心靈」架構，供未來探究。

**關鍵詞：**系統思維、家庭關係、基督徒、敘事研究、癌婦、靈性

## 壹、緒論

根據行政院衛生署國民健康局 2010 年最新癌登記數據，台灣乳癌及子宮頸癌該年新增個案共 9251 人，換言之，每天有 25 位女性遭受婦癌威脅。台灣婦癌的高發生率及高死亡率位居亞洲先進國家前二名，子宮頸癌死亡率更為亞洲四國之冠；同時，台灣乳癌發生年齡，比歐美提早十年（陳旻莘，2007）。女性向來較男性更為重視「關係」，對身為人妻、為人母的女性而言，家庭又是其中最重要的關係。翻閱國內許多癌症患者的自傳時，男性癌

\* 本研究的經費來源獲國科會，計畫（編號：NSC 98-2410-H-259-017）與基督教門諾會醫院補助。

\*\* 通訊作者：賈紅鶯，花蓮縣壽豐鄉大學路二段 1 號 東華大學諮商與臨床心理學系  
email: chiahy@mail.ndhu.edu.tw；03-8635652。

症病人較多從各種醫療方法分享，女性癌婦則較多分享癌症對家庭關係的影響。國內知名癌症護理研究學者趙可式（1998）指出「治癌絕不是只有對付癌細胞而已，需要『全人』、『全家』一起來」。癌婦楊淑琴與家人的癌症傳記中也指出癌是一個「家族病」——並不是指遺傳，而是癌症所帶來的衝擊直接影響到每一個家庭成員（楊淑琴、龔振成、楊陳好，1998）。癌症衝擊到的不單癌婦本身，而是其身後家庭結構的崩盤與功能的脫序，所承受的不僅是生理之痛，也是受到癌症衝擊的親子、配偶關係，與整體家庭系統的壓力（賈紅鶯、溫明達，2008）。

從家庭系統探討生理疾病在國外其實已有一段歷史，迄今醫學家族治療正方興未已。國外學者 Rolland（2005）以家庭系統思維幫助嚴重的疾病與殘疾家庭已相當有成，並提出「家庭系統—疾病模型」（Family systems-Illness model）作為一個了解嚴重殘疾的心理—社會地圖，2007年國內華人心理治療基金會亦曾邀請其來台演講。但是，華人對死亡諱疾忌醫與家醜不外揚的文化，使得癌症治療仍然多僅停留於病患個人的生物醫學取向，而缺乏對癌症病人以家庭系統理解與協助。近年來，臨床上對癌症病人逐漸朝向「全方位」的照護，包括全人、全家、全程、全隊照顧等概念（馮日安，2004），不約而同的與家庭系統觀點朝向一致的方向。

過去癌症病人的研究均指出其靈性需求比其他類型病人更顯得重要（杜明勳，2004；胡文郁、陳慶餘、陳月枝、戴玉慈與釋慧敏，2003；唐婉如，2008；張淑美、陳慧姿，2006；Butter, 1995；Hill & Jenkins & Pargament, 1995；Mytko & Knight, 1999；Stoll, 1989）。靈性力量可幫助癌症病人因應其處境，在困頓中前進（Stoll, 1989）；尋求人生意義與平安（Mytko & Knight, 1999），與死亡的威脅共存（O'connor, 1990）。然而，儘管文獻上指出靈性對於癌症病人重要，但是究竟癌症病人靈性經驗如何，經常不得而知。因為詮釋靈性本身是一件困難的任務，靈性經驗涉及許多複雜的層面，又是個人獨特的經驗，而且靈性的需求受到個人所處之文化、信仰及社會背景的影響（楊克平，1999；Stoll, 1989）。對有信仰生活的人，信仰也幾乎是最主要的靈性資源，在他們身上信仰與靈性，就很難區分（陳秉華、程玲玲、賈紅鶯、李島鳳、范嵐欣，2010；Pargament, 2007）。由於本研究參與對象為多年基督徒或是初信慕道友，研究者亦為基督徒，了解對基督徒而言，其信仰為其最主要的靈性生活，本研究的靈性也係指向基督信仰的靈性。

受到多元文化以及後現代思潮的影響，當今的系統思維相當重視家庭所在的文化脈絡之獨特性，而非不同家庭之間的普同性，其中宗教、信仰與靈性的議題，也被認為是家庭文化的重要脈絡（Walsh, 1999）。因之，當以基督徒癌婦為研究對象時，研究者也相信家庭關係與靈性經驗是其生活重要的兩個面向，值得同時探討之。

## 一、從系統思維探討癌症

### (一) 系統思維的疾病觀點

系統思維 (systemic thinking) 自 1960 年代影響到家族治療 (Bertalanffy, 1968)，堪稱心理治療上從「個人」到「系統」，從「內在」(intra) 至「人際」(inter) 典範的轉移。系統思維視家庭為一種完整的機制，是一群互相關聯的生命，理解個人行為時，不能排除其個人所在的脈絡而產生理解。在解釋家庭現象時，主要是在以個人與家庭成員間的互動來討論家庭動態、組織、及過程，唯有家中的每位成員都產生變化，而且持續產生交互作用，改變才能持久 (劉瓊瑛譯，2011/1998)。研究者提出以下三項可用於癌症的家庭系統思維觀點。

#### 1. 疾病與關係的關連

家庭系統思維把個人出現的「癥狀」——包括生理與心理的，都視為家庭功能運作的反應。因此，出現癥狀的病人被稱為「被認定的病人」(Identified Patient)，癥狀不是個人的，而是代表整個家庭系統的，進行處遇及改變的便不只是針對個人，而是整個家庭系統。例如 Minuchin 於 1970 年代已經針對糖尿病兒童進行家族治療，發現糖尿病的癥狀是兒童從家庭關係而來的身心情緒反應，也從改變家庭互動達到對糖尿病兒童的治療成效 (Minuchin, Rosman & Baker, 1978)。

#### 2. 循環影響

系統思維不同於過去心理治療，將對人類事件的線性思考 (thinking in lines) 模式引入循環思考 (thinking in circles)。線性解釋的形式為「由 A 致 B」，循環性思考則是關切 A 與 B 彼此間的互動產生的影響。過去在探討個人癥狀與疾病時，習於認為過去事件的病「因」造成疾病或問題的「果」之線性解釋模式，家庭系統觀則認為「相互性」(reciprocity) 是人際關係的準則 (劉瓊瑛譯，2011/1998)，甚至疾病與家庭關係間互為因果的關聯，如早期策略學派提出「癥狀功能」(function of the symptom) 的說法，認為不僅是家庭關係影響疾病與癥狀的產生，疾病也同時影響家庭互動。

#### 3. 重視文化脈絡的影響

傳統家族治療過於強調癥狀與家庭關係的恆定性 (homeostasis)，後現代思維下的系統思維則更重視獨特性、社會建構、多元觀點與脈絡的重要性 (洪志美、廖婉如、許嘉月、張書森、簡意玲、黃宣穎，2011)。個體的獨特脈絡包括個人的內在特質，所在的家庭關係，以及家庭所在的社會文化脈絡。Szapocznik & Kurtines (1993) 以動態同心圓表達個

人在家庭之內，家庭又在其不同的獨特文化之內。近十餘年來家族治療發展到不同地域國家，使家族治療者產生更多對異文化的思考（Soto-Fulp, DelCampo, 1995）在進行家庭治療時，應尊重不同文化背景家庭，發展不同的策略與介入。

## （二）系統思維的癌症理論

### 1. 癌症相關系統（Cancer related systems）

Weihls 與 Reiss（1996）擷集探討癌症病人家庭的文章而出版了「癌症與家庭」（Cancer and the Family），堪稱從家庭系統思維探討癌症的重要著作。他根據 Bertalanffy 在 1968 年的系統觀點提出「癌症相關系統」（Cancer related systems）（表一）的理論模式，用以說明影響癌症的多重脈絡，包括個人、家庭及社區之間的互動，以及社會文化脈絡下的傳統信念，這些因素都會經由「家庭關係與過程」此重要機制而影響癌症的治療經驗，進而影響惡性腫瘤細胞。Weihls 與 Reiss 同時運用系統理論自體恆定（homeostasis）（Bertalanffy, 1968）的觀點於癌症相關系統，認為此系統每一個層次都被視為是一個整體性組織，同時持續地和其他層次互動，在每個層次之內與層次之間，又同時循環與重複的呈現恆定的互動。

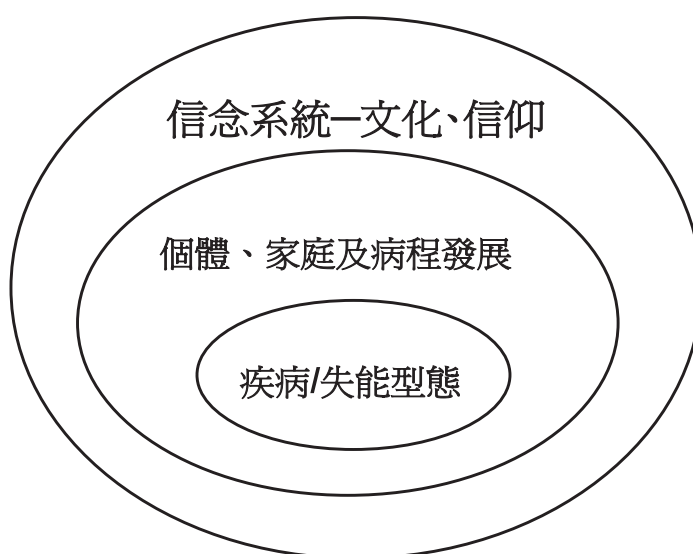
表一 癌症相關系統

自然系統的層級	癌症相關系統
社區	社會階層：
↕	經濟
↕	社會
家庭	職業
↕	信仰
↕	文化
個體	疾病的傳統信念
↕	家庭關係與過程
↕	關係依附之模式
器官，組織，細胞	症狀與治療經驗
	惡性腫瘤細胞

資料來源：引自 Weihls, K., & Reiss, D. (1996). Family reorganization in response to cancer: A developmental perspective. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the Family*. New York: John Wiley and Sons.

## 2. 「家庭系統—疾病模式」(Family systems-Illness model)

「家庭系統—疾病模式」(簡稱FSI, 如圖一)係 John Rolland (2005), 根據八百個慢性病家庭臨床經驗, 結合家庭系統思維與臨床生物醫學所建構的生理—心理—社會 (biopsychosocial) 理論模式。



圖一 家庭系統—疾病模式

資料來源：引自 Rolland, J. S. (2005). Cancer and family: integrative model. *Cancer*, 104, 2584-2595.

此模式由內向外, 第一圈是指不同疾病或失能的型態, 第二圈是指疾病所在的家庭歷史脈絡, 例如: 不同疾病發展階段, 以及家庭與個體發展任務。最外圈則是家庭所在的文化脈絡, 例如信仰、傳統、種族、靈性以及性別等重要家庭系統變項, 皆會影響家庭如何建構「疾病」與「健康」的意義、如何照顧病人, 以及家人與病人之間的關係等。同時, 此模式基於力量—導向 (strength oriented), 認為家庭是一個功能性的整體, 並且重視家庭韌力 (resilience) 與成長的可能性, 必須結合家庭資源方能有效治療癌症。

### 3.靈性整合的疾病系統思維

深深影響家族治療的人類學大師 Gregory Bateson 於其著作「心靈與自然」(Mind and Nature) 中，認為「心理」與「自然」是必然為一個整體的 (Bateson, 1979)。Wright、Watson 和 Bell (1996) 與其同事鼓吹系統取向的專業工作者以「生理—心理—社會—靈性」(bio-psychosocial-spiritual) 的整合取向來概念化人的存在 (beings)。Walsh (1999) 認為：「靈性、苦難與信念是家族治療實務的新三位一體；談到靈性，很難不談到苦難與信念 (p.62)。」宗教、信仰與靈性的議題，已被視為家庭的重要資源。但是過去能兼顧生理、家庭關係與靈性的理論模式或是實務卻仍極為缺乏。筆者認為融入靈性視野的後現代系統觀極其適合整合癌症病人個人內在與家庭關係，並文化脈絡包含靈性的思維模式。

## 二、癌症患者的家庭關係

已有許多研究指出癌症對癌婦的婚姻關係與親子關係產生衝擊 (Ell, Nishimoto, Morvay, Mantell, & Hamovitch, 1989; Walsh, Manuel, & Avis, 2005)，但另一方面，也有不少研究指出家庭功能、家庭凝聚力等因素是癌症病人最重要的社會支持 (Ell & Nishimoto, 1989; Reynolds & Kaplan, 1990; Weihs & Reiss, 1996)。

賴維淑 (2002) 引述 Barton (1977) 的研究指出癌症病人的心情諸多與家庭關係有關。他們害怕孤獨與被拋棄，與親密有意義的他人分離，其憤怒很少與疾病本身的威脅有關，大多是因為體力衰頹、身體功能減退而無法維持個人在家庭與社會的角色功能，必須依賴他人照顧有關。他們在依賴與獨立間的掙扎，擔心造成經濟壓力影響家人未來，擔心配偶再婚而兒女無法妥善照顧，為即將失去的生活與親密的人而感到哀傷與憂鬱。

趙可式 (1998) 指出癌症病人七項主要心理感受中，有四項與家人有關，包括：過去未消化的恩怨情仇 (unreconciled past conflicts) 浮上心頭、害怕成為家人的累贅與負擔、害怕孤獨、捨不得與放不下心愛的人。

楊克平、尹祚芊 (1999) 引述 Cherny & Foley (1996) 研究指出癌未病患最大的支持力量為家庭 (佔 85%)，其中以配偶與母親最為重要。同時，家庭關係的融洽與凝聚是病人安適的決定因素；但是，國內過去卻缺少由文化脈絡來探討癌婦關注的家庭關係。

### (一)癌症婦女的婚姻關係

#### 1.癌症對婚姻關係的影響

鍾美玲、顧乃平、吳肖琪、趙祖怡及陽琪 (2001) 從乳癌罹患人口結構發現，年輕、兩性親密互動最頻繁的青壯年階段是最主要的罹病族群，其診斷治療後的婚姻調適議題長期被

忽略，不少乳癌婦女有此方面困擾、疑慮與不安。鍾美玲（2001）等人的研究中也發現，乳癌婦女的性生活滿意度明顯地比正常婦女差。Ell 與 Nishimoto（1989）對乳癌婦女三年追蹤研究指出，癌症病人的心理健康與漸漸減少的配偶親密有關，也會影響夫妻之間的性關係。乳癌婦女的治療與疾病負荷，造成婚姻角色功能的改變，影響婦女在妻子與母親角色的執行，也加重配偶的照顧責任、個人時間減少、休閒與興趣改變，對工作造成干擾，也使夫妻的親密關係惡化（Wellish, Jamison, & Pasnau, 1978）。癌症對癌婦身心造成的衝擊，可能將原本夫妻親密之愛，浪漫之情消磨殆盡。不過，近來越來越多研究發現，癌症對癌婦家庭關係也有正面的影響，例如因為癌症反而與配偶的親密感增加（Walsh et al., 2005）。

## 2. 婚姻關係對癌婦的影響

Romero、Lindsay、Dalton、Nelson 與 Friedman（2008）發現，丈夫過高或是過於低估癌婦的適應時，會對癌婦的心情有負面的影響，也會決定癌婦是否使用逃避因應的策略。Schmid-Buchi、Halfens、Dassen 與 Van Den Borne（2008）指出，癌婦與伴侶的健康及情緒壓力會影響與其伴侶之間的互動；癌婦伴侶是最主要滿足癌婦心理需求的人，也對癌婦心理有關鍵性影響。

另一項研究指出已婚的男性與女性癌症患者有較高的存活率，但是，乳癌女性在婚姻的向度上卻沒有效果（Goodwin, Hunt, Key, & Samet, 1987）。更甚者指出乳癌婦女的婚姻對其生命長度具有負面效果（Forsen, 1991），罹患乳癌的未婚婦女比起結婚的乳癌女性有更優勢的存活率（Ell, et al., 1989; Waxler-Morrison, Hislop, Mears, & Kan, 1991），意味著，婚姻可能帶給女性更多壓力與重擔（Weihs & Reiss, 1996），婚姻關係與癌婦健康的關連性受到不同關係品質的影響。

### （二）癌症婦女的親子關係

#### 1. 癌症對癌婦子女的影響

過去許多研究已證實癌症對癌婦的配偶以及子女帶來情緒、心理、行為問題、災後創傷症候群或是創傷的壓力反應（Billhult & Segesten, 2003; Edwards, Watson, St. James-Roberts, Ashley, Tilney, Brougham & Romer, 2008）。Zahlis（2001）指出癌婦的學齡子女會經歷四個議題：安全和分離焦慮；人際認識；對死亡和疾病的概念化及幻想的角色。他們往往無法區分父母的情緒是對於疾病還是他們的反應；會刻意把自己遠離疾病；持續不斷檢查他們的母親、接管母親的角色；需要更緊密的關係或是不斷的再確認關係。

近年來也有研究指出：癌婦家庭的功能和凝聚力，與其青少年子女的情緒和行為問題

有關，青少年壓力反應的增加，也與癌婦家庭較差的凝聚力有關（Edwards, 2008）。循此，癌症對癌婦子女也未盡然是負面影響，端視其家庭功能的運作良好與否。然而，癌婦的母職相較於一般母親自是相當嚴苛的挑戰。

## 2. 癌婦的母職處境

Billhult 與 Segesten (2003) 指出癌婦經常在母職上過分緊繃，因為她們處於各種矛盾——「被孩子需要」以及「生命可能不存在」；「自我的需要」與「自己在生病中必須意志堅強」；是否要告訴小孩事情的真相或是保護他們遠離真相等衝突。鄭翠津 (1998) 描述資深婦幼保護社工專家，曾經歷乳癌、甲狀腺癌、肺癌及腦癌的抗癌鬥士——蔡美娟女士，其抗癌歲月不為人道的掙扎心情：「十二年來的病痛，所帶給家人的負擔，美娟一直深感愧疚。期待伴著兒女長大，是支持她繼續抗癌的力量；她心中感恩先生的照顧，及姊姊代為養育兩位稚齡兒女，但這些無悔的諒解與付出，卻也令她於心不忍，幾次想要放棄毫無止盡的治療；然而家人的不捨、親情的牽絆，往往讓她處於兩難境地。」

另一方面，癌婦的母職也可以引發母親的韌力，子女經常是讓婦女在治療過程中能夠減少後遺症的最大力量；「兩個稚齡兒女逐漸平安成長，是我至今仍能咬緊牙關，秉持足夠意念去克服病痛煎熬的最大支持力量。」（蔡美娟，1998）。Billhult 與 Segesten (2003) 對未再復發乳癌母親研究中指出，因為有尚待依賴的孩子，「母職」成為癌婦生存下去的力量。癌婦因為癌症的衝擊，導致其親職教養的挑戰，遠遠超過一般母親。癌婦內心兼顧照顧自己與照顧子女，甚至照顧先生之間的掙扎，非他人所能體會，但是有別於過去癌婦子女充滿問題的印象，越來越多研究發現癌婦與其子女在困境中，仍然展現親子關係的美好。

### （三）由家庭系統看癌症家庭相關研究

國外對於癌症家庭的研究已經有相當成果，也足以證明癌症的影響遍及整個家庭，只是過去癌症的研究多停留在線性關係的思維，甚少從家庭系統的觀點來思考。研究者回顧癌症與家庭關係相關研究，發現諸多分歧的結果其實呼應家庭系統觀點。

#### 1. 癌症與家庭功能互為影響

從文獻上顯示癌症對病人的配偶與子女的影響包括心理憂鬱、行為偏差等（Edwards, et al., 2008; Walsh, et al., 2005），但是另一方面，家庭功能、家庭溝通也會對癌症病人帶來影響，家庭功能甚至比身體病痛對病人的心理健康有更大的影響（Ell & Nishimoto, 1989），親子關係也成為病人存活最大關鍵力量（蔡美娟，1998；Billhult & Segesten, 2003），癌症的癥狀與家庭系統之間呈現持續的「互為因果」的現象。

## 2. 關係中建構的癌症意義

癌症對家庭的衝擊，因不同家庭對不同癌症賦予的意義而有不同。Weihls 與 Reiss (1996) 從依附的觀點探討癌症家庭的困境，發現癌症家庭是否能順利轉化危機，關鍵在於是否持續在足夠安全的關係，癌症帶來分離與失落的威脅要在安全的關係中才能涵容。Kleinman (1988) 認為疾病如同一個交流的溝通經驗，疾病的意義是經由分享以及討論建構出來的，例如當家人生病了，家庭成員彼此應如何相處與對待，與家庭的傳統信念有關 (Bowen, 1978; Rolland, 1984)。也有研究指出癌症的意義，比社經地位與疾病的嚴重性，更加影響到病人的痛苦以及適應 (Arpin, Fitch, Browne, & Corey, 1990)。

這些研究幫助我們更多理解癌症「如何」影響到家庭，癌症對家庭的影響是一種多元的、互動的、社會建構的意義系統，其中介入因素包含了家庭系統是怎樣來因應癌症的關係因素，也包含家庭文化脈絡是如何賦予癌症意義的信念系統。

## 3. 從文化脈絡反思癌婦家庭關係

側重個人獨特的文化脈絡，近年來同樣受到癌症研究的重視 (Mytko & Knight, 1999)，有研究發現不同文化的影響對癌婦家庭關係影響也不同，例如 Kagawa-Singer 與 Wellisch (2003) 研究指出華裔美籍癌婦在婚姻關係中較會自我犧牲、重視家庭和諧；而歐洲美籍癌婦則是較能依賴其配偶。蔡美娟女士在她抗癌十二載的「我的抗癌歲月」書中也認為：癌症病人要擺脫依賴心，養成獨立生活的習慣，儘可能不要影響配偶、親人的工作與心情。但是她也指出癌症病人的家屬——尤其是配偶的支持，是病人存活下去的精神力量 (胡台麗, 1998)。中外文化差異，吾人皆知，從文化脈絡理解癌症，對於日後協助癌症病人與其家庭關係，當具有其重要意義。

## 三、基督徒癌婦的靈性經驗

### (一) 宗教與靈性

靈性 (spirituality) 與宗教 (religiousness) 常被相提並論，雖然兩者的概念不易釐清，但是一般認為這兩者間有區別的是：宗教與組織、教義、儀式、外顯性的行為有關，而靈性則顯現在個人追尋與世界及他人，發展出超越性的關係、生命的終極意義與價值的肯定，與來自內在或超越的力量或神相連結 (Daaleman, Frey, Wallace, & Studenski, 2002)。靈性和宗教有些本質是互通的，因為宗教的「終極性」和靈性的「超越性」之間有極深的關聯 (沈麗靚, 2003)，重視靈性需要或相信靈性生活的人未必有特定的宗教信仰，但是對有宗教信仰者，通常也就會重視靈性生活，因此在他們身上宗教和靈性之間的區分就很

模糊，宗教與靈性並非相互排斥的概念，而是相互重疊卻又獨立存在（Mytko & Knight, 1999）。在基督教文化中，靈性較相近於宗教信仰，或是人與神之間的關係（Kuuppelomaki, 2001），因此本研究選擇使用「靈性」這個概念來涵蓋信仰或宗教。

基督教對台灣是一個外來宗教，目前台灣基督徒的人口約佔總人口的 4%，過去在台灣的心理學與諮商領域中鮮少以基督徒為研究對象，是相當被忽略的一個群體。但是對這一群有基督宗教信仰的人，當他們遇到生活重大壓力事件，除了產生的身心反應需要被關切，人際支持網絡需要被加強之外，在信仰與靈性層面產生的衝擊與混亂也需要被重視，才是一種全人的關懷與處遇（陳秉華等人，2010）。

## (二)信仰、靈性與癌症

國外已有諸多研究指出對於已經委身於信仰與靈性的人，有助於提升各層面身心健康，包括增加健康與長壽、降低焦慮、提升自尊、較低自殺率與犯罪率、較少離婚率與較高婚姻滿意度等（Ellison, 1991; Gartner, Larson, & Allen, 1991; Hill & Butter, 1995; Jenkins & Pargament, 1995）。Mytko 與 Knight（1999）回顧癌症病人與靈性的諸多文獻後發現信仰與靈性的信念或行動可以改善生理或情緒健康困境所帶來產生的壓力，而提升病人生活的品質，其中對於癌症病人生活品質的影響又是最重要的。對於癌症病人而言，當生理上的痛楚、繁複的治療以及復發威脅等已經是必然要面對的壓力時，更需要從情緒與關係的安適尋求生命的意義與平安。Kastenbaum（1991）指出個人若有長期且深刻的問題未解決，在其臨終時會導致心理與靈性的困擾，使其所承受的苦超越單純的病痛。Mytko 與 Knight（1999）也指出未來要了解信仰或靈性與癌症的相關研究時，必須考量到其他因素，如年紀、性別、婚姻狀態、教育、收入、種族以及信仰委身程度，這部分也是過去研究較忽略的文化脈絡因素。

在國內癌症護理上，不論是安寧療護或一般病房，「靈性照護」（spiritual care）是其中一部分（杜明勳，2004）。過去的研究大多偏向臨終關懷的靈性安適，也發現臨終病患的靈性安適可增加整體生活品質（唐婉如、羅文佩、郭小青、游瓊瑤，2004）。胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、釋慧敏與陳月枝（2003）針對癌末病人健康相關生活品質內涵研究中發現：癌末病人對相關生活品質的關注程度，「身體」範疇為第一，其次為「靈性存在」，再其次為「家庭社會」。趙可式（2001）提出從靈性安適（spiritual well-being）到靈性痛（spiritual pain）之間的連續向度，包括了與人的關係性、愛與被愛、接受、罪、意義等（引自賴維淑，2002），這些內涵其實不僅僅是在安寧療護癌症病人才需要的。近年來醫療技術的發達，癌症已經形同為慢性疾病，靈性絕非僅對臨終癌症病人重要，更多時候應該是對大多

數非臨終病人，因應癌症挑戰的重要資源。但是這些研究也都指稱信仰與靈性仍然經常在癌症患者生活品質評估中被忽略。

由上中外文獻可知靈性對癌症病人固然重要，但是欠缺對不同文化脈絡下癌症病人的靈性的認識，以及對於非臨終病人的靈性研究，也再次呼應本研究對如基督徒癌婦此特殊文化脈絡族群理解的重要性。

### (三)靈性掙扎與靈性因應

靈性和心理、精神健康之間的相關研究在過去已不乏探討 (Klaassen, McDonald, James, 2006)，其中，靈性因應是近年來的重要主題 (Folkman & Moskowitz, 2004; Pargament, 1997)。Pargament (1997) 經過整理因應概念的發展過程，並查考相關文獻 (Lazarus & Folkman, 1984)，建構出靈性因應的脈絡性和交互作用性的概念。他認為靈性因應是指在壓力過程中尋找意義 (a search for significance in times of stress)，當個體面對需要超越自己的限制時，原先熟悉的資源和方式在因應歷程中被喚起，包括宗教信仰和靈性。對於原本為非基督徒的癌婦，因為面臨重大疾患，她們很可能會透過靈性尋找支持她們的力量，對原本就是基督徒的癌婦，也可能藉著信仰重新尋獲意義，更堅固信仰。

Pargament (2007) 探討有信仰者 (例如基督徒) 的靈性發展歷程，發現他們在面臨重大壓力事件時 (例如：遭遇重大災難、罹患重大疾病、親友亡故等)，通常都從信仰的觀點來詮釋或歸因，試圖從信仰中找到原因或賦予意義，也會採用靈性因應的方式 (例如：讀經、禱告) 來度過困難；但是也有的時候，基督徒的信仰或靈性會在這壓力因應的過程中遭到嚴重挑戰，他們可能會陷入生氣、憤怒、質疑上帝何以讓他們受苦；在重大壓力事件中，他們除了承受在心理、情緒、人際等方面的困難，還需要面對受到挑戰的信仰與靈性層面，而基督徒也會需要展開一些行動，去重新探索及尋求信仰，這樣需要付出的努力過程與行為被稱為「靈性掙扎」(陳秉華等人，2010)。

Exline 與 Rose (2005) 把基督徒的靈性掙扎分為四種類型：苦難、道德的努力、知覺到超自然的邪惡勢力、及社會的壓力。研究者認為其中至少有兩項是基督徒癌婦極可能出現的靈性掙扎，第一種靈性掙扎是與苦難有關。癌婦在面對苦難時，例如：心愛的人過世、意外災難、罹患嚴重疾病等時候，都會使人陷入極大的脆弱中，她們同時也會承受另一種靈性的苦難，例如：陷入神為何沒有聽到我的呼求滅除痛苦？也會質問神何以會讓苦難發生？而對上帝失望生氣懷疑 (陳秉華等人，2010)。癌婦另一種靈性掙扎可能與教會的人際壓力有關，例如：基督徒之間會出現彼此傷害，包括勾心鬥角、背後讒言、競爭攻擊、彼此批評中傷等，各種人際間的問題，但是聖經與在教會強調要與人和睦、彼此相愛、互

相饒恕，面對這樣的不一致，對基督徒也會成為很大的壓力（陳秉華等人，2010）。對於基督徒癌婦，一方面會運用信仰成為她們對抗疾病的資源與力量，但是也有可能信仰歷程中也會出現靈性掙扎，使她們的靈性發展不完全是順利無阻礙的。

研究者帶著系統思維探索癌婦的生命故事，癌婦們的家庭關係經驗為何？婚姻關係為何？親子關係為何？家庭關係是否因為癌症而有不同？癌婦如何體會到靈性？其靈性經驗為何？期待能透過這樣的理解，有助於日後對於癌婦，提供具有家庭系統與靈性觀點的治療。

## 貳、研究方法

由於敘事研究特別聚焦於個人如何呈現其自我，並且以自我敘說作為個人建構自我認同的方式（Linde, 1993），為了對癌婦的生命故事獲得深入理解，本研究採以敘事研究分析的方法。說明如下：

### 一、研究參與者

本研究的參與者經由在花蓮某基督教醫院癌症病房公開招募，以及透過週遭友人轉介有意願參與本研究，年齡為五十五歲以下罹患癌症的基督徒婦女，癌症類型、療程與信仰時間不限。

經由以上方式，研究者親至醫院拜訪以及電話初談，確定適合成為本研究之參與者共有七位，本研究取其中四位訪談資料較為完整者，她們的年齡從 36-53 歲，分別是大腸癌、陰道癌與兩位乳癌患者，編號分別為 L、Y、S、R。信仰狀況為兩位因罹癌而接受基督信仰的慕道友（L、Y），兩位長年穩定聚會的基督徒（S、R）。婚姻狀況方面，其中一位慕道友已離婚，一位已和先生分居二十餘年，另兩位是已婚基督徒婦女，先生皆是主要照顧者。

表二 癌婦背景資料

癌婦	年齡	癌症種類	罹癌狀態	信仰狀態	婚姻狀況	子女狀況
璉(L)	50	大腸癌	半年	積極慕道	分居 20 餘年	兩位成年
蓉(Y)	36	陰道癌	兩年轉移 (已離世)	慕道友	離婚	一位國一
宜(S)	47	乳癌	五年穩定	基督徒	已婚	兩位青少年
璐(R)	45	乳癌	五年穩定	基督徒	已婚	兩位青少年

## 二、研究工具

### (一) 參考性訪談大綱

由於本研究著重理解癌婦的生命故事，本訪談大綱僅作為訪談方向的聚焦參考，隨著癌婦的不同的家庭系統，所在不同的生命週期，每位癌婦們所「想要說」的生命故事也有不同，研究者以為如此更能反應出癌婦們主觀建構的家庭故事，也反應其各自不同家庭系統的文化面貌。

由於每一位癌婦的癌症類型、治療階段、家庭背景、信仰歷程、及訪談地點都有所不同，訪談大綱依癌婦的故事也有所調整，同時，雖然有訪談大綱的方向，但是，整個放談一如諮商過程，是以會話式的「交談」進行，研究者具有家族治療系統思維的訓練，也在訪談過程中諸多運用「循環式問句」(circular question)，雖然研究者無法親自訪談其他家人，但經由此類問句可協助癌婦自身，進入其他家人的觀感與經驗，而捕捉其他家人面對親人罹癌的經驗與意義。引導敘說的幾個重要訪談問句如下：

家庭關係方面：

1. 請問你是怎麼發現癌症的？當時的經過如何？
2. 發現癌症之後對你自己和你們家整個家影響如何？對先生呢？對孩子呢？  
妳先生怎麼看待這事呢？孩子們怎麼看待這事呢？
3. 自從罹患癌症之後，你和先生的關係有不同嗎？怎樣的不同的呢？先生的看法怎樣呢？如果他在這裡，你猜他會怎麼說？
4. 自從罹患癌症之後，你和孩子的關係有不同嗎？是怎樣的不同的？孩子的看法怎樣呢？如果他在這裡，你猜他會怎麼說？

靈性經驗方面：

5. 在罹患癌症之前、之後，你對生命或人生的看法是…
6. 癌症會影響你對上帝的信心嗎？罹癌之後對你和上帝的關係影響是……
7. 你曾經問上帝「為什麼我會得癌症」嗎？答案是…

### (二) 分析工具

為了便於研究小組分析訪談逐字稿，研究者參考 Riessman (1993) 敘事研究的三個內涵而設計「敘說分析表」，內容包括「編碼」(英文字代表故事主角化名，數字部份代表故事斷句順序)、「逐字稿」、「核心事件」、「主題」及「詮釋」如下：

表三 敘說分析表

編碼	逐字稿	核心事件	主題	詮釋
R51	都是因為那段時間壓力啦，然後自己都自己承受，坦白講。	照顧子女的壓力	壓力	
R52	主要都是沒有講出來，都是自己。	壓力，沒有說出來	自己承擔壓力	
R53	跟先生坦白講，不是說不好，只是沒有時間去溝通，他忙他的，我忙我的，我們講話起來根本，譬如說兩個夫妻有一些摩擦時候，我就變成說我會吞拉，我會忍，我們就幾乎都是冷戰，就不講話。而且，我很厲害喔，我可以忍，我可以忍一個月不跟他講話，可是他就不行。我們家我跟妳說，我不會撒嬌，都是他撒嬌。他很會撒嬌這樣，他很快就低頭了。	吞忍，冷戰	夫妻關係	過去與先生有衝突習慣不講的隱忍與冷戰；基督徒慣長學習「愛是恆久忍耐」，但是變成逃避面對衝突的壓抑。
R54	我現在就學習到，像現在我就慢慢學習到喔，有些時候妳講出來，妳看他們眼神是對我不滿意，妳剛剛是對我，對我講的話有什麼意見嘛，我就會這樣講。以前就不會，以前就這樣吞下去，一直忍喔。忍到最後最好笑的就是，有時候我覺得就過去了，我在為什麼生氣，我忘記了。我知道我在生氣，.....，可是，疑問什麼生氣，為什麼生氣我都不記得了，妳知道嗎？	面對先生從不講到講	病後夫妻溝通的改變	罹癌之後反思夫妻衝突方式，學習直接坦然面對、積極解決、不害怕面對衝突。
R55	我就覺得，唉叻，我怎麼會變成這種人，我到現在也是會這樣，現在學習我要把它記住，因為把那個事情要解決掉，我不能說忘了就算了，對不對？	過去習慣壓抑生氣到忘記	現在會記住衝突並且積極解決	

### 三、研究程序

#### (一) 組成研究團隊

包括主要研究者及研究助理。由研究者邀請 3-4 名，接受過質性訓練的諮商心理背景研究生，與有罹癌親人經驗的大學生組成，每周定期討論有關於此研究計畫的執行情形。

#### (二) 公開招募並確認研究對象

研究對象來源從基督教醫院與教會、基督徒轉介。經過研究者或研究助理面訪或電話聯繫並確認為合適的研究參與者，進一步約定個別訪談的時間與地點。

#### (三) 進行個別訪談與資料收集

每人每次訪談進行約 1-2 小時，並徵求受訪者同意下錄音。四位癌婦分別接受二至五次、四至八小時的訪談，因癌婦身體狀況而有所調整。

#### (四) 進行資料分析

資料分析說明如下，並撰寫癌婦生命故事。

#### (五) 邀請癌婦核對資料分析結果生命故事

除一位癌婦（蓉）在研究尚未完成即遺憾先行過世外，其餘三位經過修改意見後，同意生命故事的內容。

### 四、資料分析

本研究整合 Riessman (1993) 以及 Amia Lieblich 「整體—內容」觀點（吳芝儀譯，2008/1998）的敘事研究方法進行分析。以整體—內容的方式對癌婦生命故事進行分析如下：

(一) 將整個訪談內容逐字稿伴隨錄音檔進行閱讀，研究小組成員依「敘說分析表」，一面聽一面紀錄過程中出現的概念、型式與主題。

(二) 研究小組討論訪談逐字稿中概念、核心事件、與主題，以及整體印象（global impression），交互彼此的詮釋，發現癌婦敘說的生命故事主題。

(三) 探討每個癌婦故事與研究主題相關的家庭關係與靈性經驗的主題（theme），以及從文本中找出與主題相關的敘說，或是被癌婦輕描淡寫但卻是與主題相關的細節。

(四) 標記出故事文本中每個主題以及相關文本，加以仔細反覆閱讀。

(五) 跟隨整個故事的每個主題，注意此主題出現第一次與最後一次的位置、主題之間的轉換，主題轉換的脈絡，在文本中特別突顯之處。同時也特別留意那些與主題敘說矛盾，或抵觸的情節（episodes）之意義。

## 參、研究結果

### 一、失婚慕道友癌婦的家庭敘事

#### (一) 璉的生命故事 — 從被棄到被愛

璉約五十歲，小學老師退休，接受訪問時罹大腸癌三個月，因罹癌而認識基督信仰兩個月。其家庭故事主題如下：

##### 1. 癌前家庭關係

#### (1) 被夫拋棄的小女人到女強人

璉抱持「老公是天」，自己是小女人的心情，進入婚姻以及先生的大家庭。婚後不久，先生事業失敗、接著外遇，從此不見人影。璉從小女人變身為扛下兩個孩子、服侍公婆，並兼顧工作的女強人。

「結婚我就是小女人一個，很愛家，然後呢，老公是天，孩子是我的全部，可是老公他去做生意就是屢屢失敗，然後就跟家裡就疏遠了，他也就不回來，沒有電話、沒有金錢、沒有隻字片語…那時候我才恍然大悟說，糟糕了，我要扛、扛下所有的事情。有一次在兒子的房間，抓著兒子的那個床單痛哭了一場，以後就再不哭了，就開始拼命我的工作這樣子。(L013)」

#### (2) 單親「老師」的社會壓力

在那個時代「單親是丟人」的，璉身為老師，維持老師表面完美，而不能透露自己是單親母親的壓力。

「我以前是比較封閉，因為在我們那個年代，就是單親家庭是蠻丟人的，尤其是你是老師。(L006)」

#### (3) 讀書多地位低的媳婦

先生不見了，璉照顧公婆，傳統大家庭中媳婦比佣人還沒有地位。

「我以前是嫁給人家做長媳的，婆婆是非常嚴格，小姑又是一個比一個厲害，媳婦是沒有地位的，做十六個人飯吃，就是做、從早天剛亮就開始要工作、起來工作，到晚上十一二點，每天如此，還要帶兩個小孩，還要伺候一個尿毒症的婆婆，公公就講，『你書讀得那麼多沒有用，你也還是要做』(台語)。(L029)」

#### (4) 照顧原生家庭年邁母親

璉在兩個兒子成家立業後，選擇回到原生家庭照顧原本關係衝突的年邁母親。對母親逆來順受，璉自忖可能因為謹守孝道，與母親相處過度壓抑的壓力成為引發癌症的近因。

「所以我就永遠就是順著她的毛摸就沒事了，啊就變成說心裡長期這樣壓抑，所以對身體很不好，我這樣左想右想，就是這個地方，……長期壓抑，可能就是這一條吧！（L028）」

「她再怎麼不對，你還是得順從她，因為我們是、我們是中國人嘛，亞洲人傳統的就是說，甚麼事情就是，就是什麼叫孝順？你順著她就是孝嘛！（L029）」

## 2. 癌後家庭關係的反思與接納

璉一生不斷在成全別人，克盡母職與媳婦孝道，成全兒子小家庭，成全嚴苛母親，直到罹癌之後，才對家庭關係予以反思，過去是只重關係大局而犧牲自己。罹癌之後，能夠在關係中看見自己。

### (1) 關係中「不 OK 裝 OK」的假面人

「就是這樣撐啊，那你就是每天你的情緒就是要 180 度把自己喬過來、轉變，明明不 ok 你就要假裝我很 ok，就要做一個假面人，像個雙面人這樣子。（L019）」

### (2) 維持關係卻沒有自我的人生

璉反思自己為了維繫「家」的表面完整，為了關係完整，其實犧牲了自我。

「就是我人生沒有完全自我的階段，我都是這樣連著…（L036）」

「從年輕到現在你就一路委屈嘛，那你身體外強中乾了嘛。（L037）」

### (3) 放下完美面對婚姻的殘缺

罹癌後，璉敢於面對殘缺的婚姻關係，自覺在關係中真誠釋放情緒的重要，負面情緒隨時要「倒乾淨」。

「缺口的地方（意指婚姻）呢，你也不要說都把他憋著，你要、要、要講出來。（L005）不如意的，就記得越明顯，而且三不五時就拿出來想一想，這是要不得的事情，你一定要把他倒乾淨。（L018）」

### (4) 放下婚姻

罹癌後對自己婚姻關係處境的真實接納，加上認識基督信仰而與神的靈性相遇，神的愛填補了多年婚姻的孤單。在半年後的追蹤訪談中，璉告訴我，她已經離婚，放下多年有名無實的婚姻。

## 3. 靈性經驗——遇見神的愛

璉因為癌症而體驗到上帝存在，體會從神來的被愛，有神依靠的幸福，但也會有靈性軟弱的掙扎時刻。

### (1) 婚姻孤單有神陪伴

在病程治療中，璉體會神的存在與照顧，過去婚姻中的孤單與創傷得以「倚靠神」，感受到被神照顧中幸福、感動。幾十年被丈夫拋棄，卻仍然礙於教師職業角色與社會價值，以及為擺脫離婚與單親污名，獨立撐起一個大家庭，雖未離婚，婚姻卻形同虛設。終於在感受到「被神照顧」後，遇見神的愛，以神愛替代人愛。

「因為你知道除了一些平凡人之外，還有這麼一個尊貴的上帝，無所不能的人，祂一直照顧你（哽咽），而你渾然不知，你生了這麼一場病，你才曉得有這麼一個神。（L026）」

初信主兩個月的璉與神的互動非常親密，過去長年沒能說的委屈，終於可以說出來。回首向來破碎的婚姻，因為「有神依靠」而感受到長久失去的幸福。

「我會一次禱告、兩次禱告、三次禱告，就會慢慢平復、安然入睡。這是很奇怪的事情（哽咽）。我不是沒有人可以依靠的，我有神！對，覺得自己還是很幸福的。（L012）」

多年婚姻創傷的痛，在禱告中經驗神醫治的靈性療癒。「我不是沒有人可以倚靠的！」遇見上帝的愛之後，璉終於尋到了人生終極倚靠，多年婚姻之痛也得到療癒。家庭關係創傷之處也成為靈性經驗交會之源，人生的不完美，引發人尋求宇宙終極的倚靠——靈性的需要。或許，當人願意面對生命的殘缺或盡頭時，於是就遇見了靈性。

### (2) 另一個家——教會機構

罹癌前璉在教會機構擔任志工，罹癌後，會友的關懷帶給她家人般的溫暖。

「最後他們要離開一定會牽著我的手，禱告（哽咽，7秒），我覺得禱告的力量很大（哽咽）他們來給我禱告的話（哭），就是給我很大的力量，他們走之後，我就會哭很久。（L008）」

### (3) 靈性掙扎

漫長治療歷程中也有因為癌症治療痛苦帶來靈性脆弱、想放棄治療，放棄生命的時刻。

「整個治療過程是這麼的繁複，這麼的讓你不舒服，很多怪異現象都跑出來，你再堅強的心總有脆弱的時候（哽咽）（PL008），那有的時候心裡真的很 down、很 down 的時候，就想說，我早一點就、就回到主（哽咽）的身邊去好了，可是，也不應該這麼想。（L010）」

## (二) 蓉的生命故事 — 從仇恨到放下

蓉接受訪問時年 36 歲，罹陰道癌兩年，被丈夫遺棄，還要為其背債，同時撫養過動兒與前夫的兒子，貧病交迫之際而到教會，慕道兩年。受到聖經話語啟示而原諒前夫，也在放下創痛不久之後離開人世。

## 1. 癌前家庭關係

### (1) 婚姻創傷

前夫婚後一年即開始外遇，蓉罹患陰道癌也與前夫性關係紊亂有關。

「我兒子一歲半的時候他就有外遇的狀況了，…兒子國小六年級我選擇跟我前夫離婚是因為我兒子覺得有爸爸沒爸爸是沒差的。(Y020)」

「其實陰道癌百分之四十先生有關啦！……我是有這種基因，那染上的機率就更大，阿剛好我前夫不是很乾淨。(Y018)」

### (2) 證明給人看的好媽媽

蓉要做到人所不能的堅強的好女人，好媽媽，證明自己「為人所不能」。

「除了在外遇之外就是我要帶那個我前夫的兒子(C023)，他跟他前妻生的兒子，我從兩歲多帶到現在，帶到我發病差不多十八年，他們家族的人會認為欸媽媽不會疼前夫的兒子(台語)，可是我…我就是做給他們看。(Y024)」

### (3) 受傷懷怨

「我就這樣子想過而已，我說我從來沒想過要自殺，從來沒想過一個、一個觀念都沒有過，我只想說我要怎麼讓他們撕爛在我手上，呼～一吹就飛走了這樣子，我只有這樣子想過而已。(Y027)」

## 2. 癌後家庭關係

### (1) 初期—離婚後的親權爭奪

「雖然說他曾經遺棄背叛我這樣，然後小孩子到目前為止，還是我還照顧，他還是跟我據理力爭監護權，原本是判給他的。(Y008)」

### (2) 後期—協助孩子與前夫關係

蓉對前夫與外遇對象初期深感憤恨；後期願意放下怨恨，協助兒子與前夫外遇對象建立關係、幫助兒子原諒前夫。

「如果我想要把它擴大的話，我兒子可能以後拿刀拿棍子去打他們都有可能，但我不希望我所受的傷害在放在我兒子身上再一次，所以我寧願選擇讓我兒子去知道他們的好。(Y015)」

### 3. 癌後對家庭關係的反思

#### (1) 接納自我限制

罹癌後，蓉自覺無法和其他女人平起平坐，從接納身體限制中學習接納自己。

「第一你就要先認了，因為你有這種病你一定跟其他的女人，沒有辦法平起平坐，因為我們越去追求我們想追求的東西，身體就會告訴你：不行。因為你的身體不容許你這樣子，那你就要配合它。(Y027)」

#### (2) 婚姻關係踩煞車

蓉在病前，在先生外遇不斷下想要證明自己是個好繼母，病後，不再只會一廂情願對人好，「會踩煞車」。

「他只接受我對他的好，他沒有稍微的回饋，我會踩煞車，因為我知道我的個性跟我的身體，我一直對你好下去你會予取予求，那我會很辛苦，那我會選擇不要。(Y036)」

### 4. 靈性經驗

#### (1) 放越多，得越多——對前夫遺棄的原諒

「我現在有辦法原諒他是因為我覺得我放下更多，我得到得更多，很奇怪，就好比從心境上真的我只要越放，我就得到得越多。(Y008)」

#### (2) 寬容與放手讓人更寬闊

「雖然還有繼續的路要走，但最起碼這是在我認識主之後，我了解到原來寬容跟放手是可以讓一個人的心境更寬闊。(Y016)」

「我終於體會到什麼是喜樂的心是良藥，憂傷的靈使骨乾枯，真正的喜樂是我放下了，憂傷的是我還在掛念那個事情。(Y009)」

#### (3) 靈性掙扎

因為過去的創傷、病痛復發產生對上帝埋怨，覺得被神遺忘的靈性軟弱。雖然接受信仰，但是靈性成長與靈性掙扎，是真實的並存。

「我說主你到底要試煉我到什麼時候，我心也放寬了，我也放手了，也真心接納你為我的真主，為什麼你還要讓我復發啦讓我再接受疼痛哪，讓我再接受遺棄的折磨，為什麼？(Y027)」

「我說阿爸你為什麼讓我那麼痛。阿爸你是不是忘記我了。(Y041)」

## 二、已婚基督徒癌婦的家庭敘事

### (一) 宜的故事 — 我的活不光為自己

宜來自基督徒家族，育有兩個子女。罹癌之後先生全力支持，遠從花蓮到台北往返醫療，也有教會弟兄姐妹支持網絡，癌症穩定之後在家裡開始帶領小組，服事別人。然而，難免也有從婆媳關係壓力與藥物副作用、失眠而來的憂鬱情緒的靈性掙扎。

#### 1. 癌前家庭關係

##### (1) 長年照顧癌症母親

罹癌之前，宜照顧患有癌症的母親長達十年，直到母親過世，生活頓失重心，魂牽夢繫。

「照顧我媽媽蠻長的一段時間啊，所以我自己覺得是不是因為壓力太大，因為那種壓力甚至到我媽媽過世這幾年，……妳會醒來的時候，妳會想說媽媽是還在、還是不在，那種投入是非常多的。(S002)」

##### (2) 對子女學業的高期待

「我覺得，以前會看重很多的東西，其實我有問過我女兒，我說妳覺得媽媽有沒有什麼不一樣，那我女兒說，其實我自己都有感覺，我以前是很注重成績、很看重成績…(S049)」

#### 2. 病後的家庭關係

##### (1) 配偶支持，夫妻情感加溫

先生支持全程陪伴治療，讓宜感受到她的生命對家人的重要，夫妻感情更為增加。

「特別是我先生這個部份，我覺得他做得非常的好，那其實我覺得有時候我自己也沒辦法說那麼勇敢啦…我先生他讓我感受到好像我的活不是光為我自己。(S019)」

##### (2) 婆媳關係壓力與反思

婆媳關係的壓力，成為宜憂鬱的最大來源。罹癌後，婆媳關係中學習做自己。

「我覺得現在的困擾也是她(婆婆)的問題，我覺得現在最大、我最不舒服的問題就是她(婆婆)。(S019)」

「我覺得並沒有因為對她好，她覺得應該有的尊重以後，…後來我就覺得說我何必這麼累，我就做好我自己。(S024)」

### (3) 親子關係衝突與放手

吃藥副作用引發情緒不穩，影響親子關係衝突增加。

「吃賀爾蒙的藥…很多時候會有很多情緒，很大的情緒，如果剛好碰到孩子好像覺得不是按照妳期望中一些表現、一些行為，妳就會、就會很生氣。(S018)」

宜過去對子女悉心呵護、關係緊密，因癌症體會到人生無常，而對子女放手。

「所以我就覺得很多時候我現在就在想，放還是要放，他該去面對就是要去面對，該去承受就是要去承受。(S031)」

### 3. 靈性成長

宜罹癌之後從「不冷不熱」(聖經描述缺少靈性生活的平信徒)，重新體會「重生」意味接受基督信仰的新生命)，使宜的重生更具生理與靈性的意義。

「因為我一路走來非常的平順，那就覺得信仰好像就是生活的一部份而已，那沒有特別的那種火熱，等到生病的時候，我就重新的再思考自己的這個信仰。(S048)」

「現在每一年我覺得好像是再重生一遍，所以就覺得說我好像3歲而已，就是感覺妳是重生的感覺。(S048)」

### 4. 靈性掙扎

雖然知道要凡事感謝，往正面去想，但是治療療程的痛苦、藥物副作用帶來的憂鬱，使宜陷入理性認知與痛苦真實之間的靈性掙扎。

「我覺得信仰就是幫助我們盡量朝正向的方面去想，有時候妳知道自己也知道不對，可是沒辦法去、去、去讓妳的、妳的那個、那個不舒服，那個憂鬱的部份，妳、妳就會、妳就會一直告訴自己不要、不要一直往下走。(S017)」

#### (二) 璐的故事—靠神不能靠人

璐今年46歲，39歲罹患乳癌，迄今已7年，邁向所謂癌症評估的「穩定期」。璐在治療期間，幾乎沒有感受到任何生理的不適，如同聖經上所說經歷「出人意外的平安」。

#### 1. 癌前家庭關係

##### (1) 沉重的親職壓力

罹癌前璐的生活充滿壓力，越區就讀的孩子教養，每天與時間競賽。

「那段時間壓力很大，金錢上壓力，還有時間上，孩子學習英文，一個禮拜要上九個小時的英文課(R015)，我需要趕快煮飯，我又不想讓孩子在外面吃飯，煮好之後還趕快吹涼，不能熱熱的給他們吃，再帶他們去上課，那時我才能夠喘口

氣。晚上，他們都睡著，我才能放鬆，有時候就熬夜整理家務，大概都兩、三點，三、四點睡覺。(R016)」

## (2) 夫妻互動

罹癌之前璐竭力滿足先生期望而壓抑自己，獨自承受壓力但是沒有說出來。

「都是因為那段時間壓力大，然後自己都自己承受 (RS017)，坦白講，主要都是沒有講出來，都是自己默默壓在心裡。(RS108)」

罹癌前與先生各自忙碌，缺少溝通時間，縱或有對先生不滿，也是與先生

「冷戰」絕不說出來。璐以「忍」的功夫，也讓壓力「吞」入體內，而非抒發於外。

「沒有時間去溝通，他忙他的，我忙我的，生活上的習慣也是南轅北轍，我們能講話的時間根本就不多。心裡不舒服我們都會忍，幾乎都是冷戰，不講話。而且，我可以忍一個月不跟他講話。(R019)」

## 2. 癌後家庭關係

### (1) 夫妻互動的轉變—從不講到講

罹癌之後，璐與先生最大的改變在於會把壓力「吐」出來，從不講到講，從不處理而忘記到要記住並解決。

「現在我就會這樣問 (先生) 你是對我有什麼不滿意嗎？剛剛是對我講的話有什麼意見嗎？以前就不會如此的表達，就這樣吞下去，一直忍。事情過去了 (當事還是沒解決)，我知道我在生氣，可是，為什麼生氣我都不記得了，我怎麼會這樣？現在我要學習想想怎麼把心裡的不舒服表達出來讓先生也知道，我不能讓生的氣囤積在心裡。(R020)」

### (2) 先生回家參與親職

璐青春期兒子在她罹癌之後出現一些行為癥狀，也因此，先生回到家庭參與教養，「癌」的癥狀帶來夫妻互動改變，使癌婦從消極冷戰到積極面對夫妻衝突，也促使親子關係改變。

「XX (兒子) 那個學校，國中的時候發生一些事情，心情上真的是壓力也很大。(RS094) 以前孩子都是我負責的，後來兒子在國二的時候，發生些問題。我把孩子的問題告訴 XX (先生)，他慢慢的參與處理孩子的問題。我體力與心理上沒有辦法負荷，要去面對老師對孩子的控訴，還要知道孩子一些脫軌的行為。我覺得好累！(R095)」

### 3. 靈性經驗

#### (1) 靠神不能靠人

璐因為癌症反而靈性更成長，因為知道這是人所不能幫助的事，是無法倚靠他人的，反而與神關係更親近。

「我覺得有平安，從知道得病後，開始決定做手術。回到家，事實上都知道是神在身旁，不會恐懼。也不會道聽塗說，別人介紹看什麼神醫就去看，病友會介紹你吃一些營養食品，至今我甚麼都沒買過。(R044)」

「生病對個人來講，我覺得你會更想去緊緊抓住神，這是你自己要自己去面對你的疾病，別人沒有辦法幫你，你一定要知道你要去依靠神。(R079)」

#### (2) 意外的平安

面對癌症威脅，絕大多數人是不免慌亂焦慮的。璐化療期間完全沒有像其他癌婦有種種副作用的不舒服，整個治療期間，璐出奇內心平靜，也不會恐懼而慌亂投醫。不只是生理沒有副作用，也少了心理的掙扎。

「化療期間，我並沒有很不舒服，讓我感謝神的體貼，不會像其他病友打了化療回家後，嘔吐，吃不下食物。(R042)」

因為她體會生死之事，是「別人沒有辦法幫你，你一定要知道你要去依靠神」。對上帝的信心，是璐的靈性核心，她「感謝神的體貼」，「都知道是神在身旁，不會恐懼」。平凡的敘述卻流露出她的靈性，存在於她深知面對死亡，自己的有限，家人的有限。她的靈性存在於她與神如實的親密關係之間。

#### (3) 坦然以對死亡

經歷癌症歷程，璐也能開放坦然和孩子、先生談死亡。

「我曾經跟他們(家人)提過，我希望是樹葬，也希望有一個簡單安息禮拜。更希望我們以後在天家相見，在地上不要有有形的事物挾制，要在心裡思念就好。(R071)」

### 4. 靈性掙扎：社會(教會)對癌症病人標籤化

因為感冒就醫，璐感受到連一般醫生也因為癌症病史，而誤判感冒病情的社會偏見。教會因為體恤而減少璐的參與服事，儘管病情日趨穩定，持續圍繞在周圍的對癌症病人「關切」文化，無意間流露社會建構「癌症病人」的標籤，難以獲得被視為「正常人」的對待。象徵在正常社群中的失落，也影響到對自己的認同。

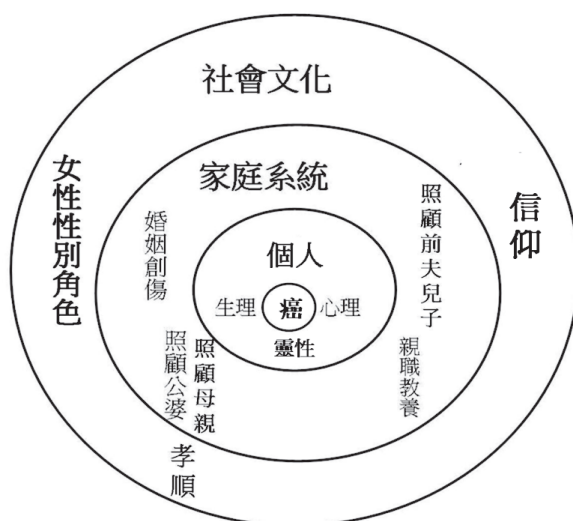
「醫生擔心我是轉移造成的，我說應該不是，……。我想說靠自己的免疫，調整自己的體質，我拼死拼活把它吃好，我就證明給你看是氣管的問題，我不是因為那個阿!(R133)」

「……就怕我太累，所以他們也不太主動找我一些長時效或勞動的服事（R135）我覺得這個有時候是別人對你的觀感，不是自己。（R136）就認為你是病人，你不要太累什麼的。（R138）對，心情上會有點不舒服。不知不覺在與人互動的主動性，卻步很多！（R139）」

## 肆、討論與建議

### 一、討論

本研究結果中發現癌婦的家庭關係反映了當前的社會文化脈絡，癌婦的靈性經驗又與其家庭關係脈絡有關，茲參考Rolland的家庭系統—疾病模式依本研究發現而修改提出「家庭系統思維的癌婦身心靈」（圖二），癌婦的社會文化脈絡主要包含性別與宗教信仰兩大因素；家庭系統包含婚姻創傷、照顧長上、親職較養等內涵；癌症除了衝擊個人的生理、心理，也同時引發其內在對靈性的追尋。雖然基督徒的信仰與靈性本質上難以區分，但是本研究發現隨著家庭關係不同，其個人靈性經驗也有不同，因此研究者同時採用（Daaleman, Frey, Wallace, & Studenski, 2002）的觀點，信仰為外顯性的社會文脈絡，靈性則顯現在個人追尋生命的終極意義，與來自內在、或超越的力量、又或者是與神相連結。因此，研究者將信仰置於社會文化脈絡，靈性置於個人向度之內。並依「文化脈絡下的癌婦家庭關係」及「關係脈絡下的癌婦身心靈」進行討論。



圖二 家庭系統思維的癌婦身心靈

## (一)、文化脈絡下的癌婦家庭關係

### 1. 社會建構沉重的家庭照顧者

本研究四位癌婦在發病前，在其家庭系統中皆承擔沉重的照顧重任。璉除了獨力撫養兩個孩子，尚承擔照顧公婆的大家庭，退休返鄉繼續照顧八十幾歲的母親。蓉除了照顧自閉症的兒子，還撫養前夫兒子長大成人。宜在發病前照顧罹癌母親長達十年；璐整日在工作與子女越區就讀的沉重親職中周旋。婦女為社會建構的家庭照顧者，但是其自身健康卻暗藏危機。

從社會文化脈絡來探討女性心理疾病在國內外已被重視，胡幼慧（1991）指出父權社會文化建構出來的女性角色，如養育小孩、照顧長者、家務勞動等，這些負擔沉重卻又「缺乏重要性」的社會角色，使婦女傾向罹患憂鬱症。本研究中看見沉重照顧家庭的重擔不僅引發心理的憂鬱，也導致身體的疾病。癌婦由於被社會與家庭視為「為母則強」，癌婦也就理所當然的承擔下去，直至身體癥狀出現，才能成為被照顧者。癌婦在罹癌之後，似乎才得以被社會賦予自我照顧的合理性。

### 2. 崇尚自我犧牲以維護家庭和諧

罹癌前癌婦們的生活為了家人而活，不為自己而活。兩位失婚者在婚姻中受創多年，卻忍辱負重維持家的完整，其中看見來自文化的壓力，一如璉所言「在那個年代離婚丟人的」，蓉「不想要孩子也變成單親」，意味「離婚」與「單親」的主流論述對癌婦所造成的影響，寧可承受從丈夫而來的傷害，也不想讓孩子落入單親家庭的汙名。華人「家和萬事興」、「勸和不勸離」的文化脈絡下，寧可維持表面婚姻假和諧，而不願意面對真實婚姻中的滿目瘡痍。主流道德「堅強女性」的讚揚，崇尚女性自我犧牲成就家庭的價值，結果不只關係受創，心理受創，也讓身體遭害。

兩位已婚癌婦在婚姻關係或是婆媳關係中為了關係求全而盡量委屈。璐縱使對先生不滿，「就這樣吞下去」，吞到「為什麼生氣我都不記得了！」，罹癌之後才驚覺「我怎麼會這樣？」而開始反思婚姻關係與親子關係，為自己發聲，然後開始改變與先生的互動。黃曬莉（2001）引述 Jack 和 Dill（1992）從建構論觀點提出「自我消音理論」（silencing the self），說明女性往往為了得到伴侶的肯定與社會讚許，並維護人際關係，經常會壓抑自己生氣的感覺與想法，犧牲自己的需要，最終導致罹患憂鬱症。由本研究中癌婦故事，我們也看見類似的女性縮影。

### 3. 親子關係的控制與放手

本研究中癌婦皆承擔主要親職，反映華人社會中教養子女的重任大多是落在母親身上，同時，社會升學主流價值，對子女學業的期待不僅使子女也使母親承受壓力，呈現母親對子女想要掌控的心態，期望子女成龍成鳳的成功。

剛罹癌的階段，癌婦可能出現因為擔心對子女來不及的愛而想要控制，對青少年時期的孩子特別感受壓力反而急欲逃脫，造成親子關係壓力（賈紅鶯、溫明達，2008）。有研究指出家庭中承受越多母親疾病的需求，在青少年身上發現越多問題（Baider, Cooper, & De-Nore, 1996），過去文獻上也看見癌婦會因此與青春期的子女衝突增加，本研究中的宜與璐也都出現此現象。華人「男主外女主內」文化下，母親要從控制到放手，若非罹患癌症，似乎是華人母職中一件困難的事。然而，罹癌一段時間之後，癌婦對子女從不得不放手，到體會放手子女才會獨立的意義，對子女從過去過於看重成績，轉為看子女正面優點。因此，一如文獻指出親子關係與家庭因應有很大的關連，當家庭增加因應行為，青少年及父母親的關係則會趨近進步（Baider et al., 1996）。

趙淑珠（1999）指出近來女性主義研究呼籲對性別的觀點，應從社會結構、歷史時代因素及權力因素列入考慮，也與系統思維不謀而合。後現代系統思維由關係與社會脈絡來探討癥狀，從癌婦的故事，令人反思癌症不僅僅是「家族病」，也是「社會病」了。

#### （二）、關係脈絡下癌婦的身心與靈性經驗

##### 1. 癌婦婚姻關係與身心健康

過去研究指出婚姻關係是癌婦身心健康的重要指標（鍾美玲等人，2001；Ell & Nishimoto, 1989; Romero et al., 2008; Schmid-Büchi, et al, 2008）。本研究中，璉與蓉兩位遭配偶遺棄的單親母親，談到婚姻創傷的心酸痛楚不亞於癌症生理的疼痛。陷入外遇及丈夫債務糾紛的蓉，兩年之內癌細胞已轉移至肺部，執筆此刻也已離世。癌婦不僅要承受癌症治療之苦，也同時承受婚姻之苦，也可能因此文獻上呈現婚姻關係，並不利癌婦的存活率（Ell et al, 1989; Forsen, 1991; Goodwin, Hunt, Key, & Samet, 1987; Waxler-Morrison, Hislop, Mears, & Kan, 1991）。

兩位基督徒癌婦罹癌之後，婚姻互動更為緊密，宜從先生在治療的全程陪伴感受到「我的活不光為自己」，感受到自己是被愛的、自己生命是可貴的。璐罹癌之候，先生積極參與親職，夫妻也從過去習於長期冷戰的互動改變，更敢於直接表達。兩位已婚癌婦目前皆已過了五年穩定期，配偶的支持是其中最重要的關係支持。

從兩位失婚癌婦身上看見婚姻創傷是癌症的遠因，而從兩位婚姻中的癌婦，看見婚姻關係是癌婦罹癌之後，最大的「藥」。從家庭系統思維探討癌婦的身心健康，與其家庭關係的互動，是癌婦病人昭然若揭的需要。

## 2. 不同關係脈絡下癌婦的靈性經驗

由本研究結果中發現四位癌婦的靈性經驗，與其不同家庭關係脈絡有關。

### (1) 失婚癌婦的婚姻創傷與靈性療癒

本文中兩位失婚癌婦其靈性經驗，與其婚姻創傷的療癒有關。因為經驗了神的愛，癌婦在靈性中尋找到婚姻中所需失去的關係，被愛、相依相屬，感受到自己是值得被愛的，如璉「我不是沒有人可以倚靠的！」。從數十年等待丈夫回家，到經驗上帝的愛之後，璉也決定離婚，放下對人的關係的渴望，回到與神關係的依歸。蓉也是如此，養育丈夫前妻之子、為丈夫措債，仍然被丈夫遺棄的多年仇恨，在受到聖經話語的感動之後，體會「寬容跟放手是可以讓一個人的心境更寬闊」。Kastenbaum (1991) 指出癌症病人個人若有長期且深刻的問題未解決，會導致心理與靈性的困擾，使其所承受的苦超越單純的病痛，蓉在病床前時而出現來自丈夫被棄的椎心之痛，是一種超過身體的「靈性痛」，所幸在遇見基督信仰之後，終能放下。

### (2) 已婚癌婦信仰再確認與靈性「重生」

兩位基督徒癌婦雖然罹癌過程中都有來自丈夫的全程支持，但是癌婦面對的不只是一般的慢性病，而是帶著「死亡」的隱喻，面對生死，不是人的幫助可以決定的。「這是要你自己去面對你的疾病，別人沒有辦法幫你，你一定要知道你要去依靠神。」，璐所言別人沒有辦法幫你，包括最親密的家人，醫療人員。在面對死亡恐懼那一刻，如果沒有對生命終極者的信任與倚靠是全然孤獨的。一旦經過與死亡拔河，過渡到癌症穩定期，「每一年我覺得好像是再重生一遍」(宜)，深刻體會生命是主宰的上帝所賞賜的。一般基督徒一旦信仰久了，往往落入宗教徒而不一定經驗到靈性，意即所謂「不冷不熱」的基督徒。癌症，使癌婦面對人生終極無助，只能倚靠唯一所能倚靠的神。因之，經歷繁複療程之後病情穩定的癌婦，不僅經歷身體重生，更是靈性重生。Walsh (1999) 認為：「靈性、苦難與信念」是很難分開的，似乎真正體嚐苦難之後，我們往往便遇見了靈性。

## 3. 成長與掙扎交織的靈性因應歷程

癌婦擁有靈性資源或經驗靈性療癒後是否就能勇於抗癌？本研究中發現癌婦的靈性經驗其實是成長與掙扎交織的歷程，影響其成長與掙扎的因素也包含不同面向如下表四。

表四 四位基督徒癌婦的靈性經驗

	靈性成長	靈性掙扎
失婚(容)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 從期待先生到依靠神</li> <li>● 憎恨外遇到寬恕</li> <li>● 破碎的家進入教會屬靈的家</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身心痛苦中害怕被神遺忘</li> </ul>
失婚(璉)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 期待先生的愛到神愛陪伴</li> <li>● 卸下武裝接納孤單</li> <li>● 享受基督徒志工大家庭</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療繁複，身體痛楚</li> <li>● 礙於母親不敢進入教會</li> </ul>
已婚(宜)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生命重生體會</li> <li>● 個人與先生靈性成長</li> <li>● 積極服事，幫助他人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 藥物副作用、婆媳衝突壓力導致</li> <li>● 憂鬱情緒</li> </ul>
已婚(璐)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 療程中與神同在的平安</li> <li>● 體會不能靠人只能靠神</li> <li>● 信仰堅定，先生全職服事</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 教會關係疏離</li> <li>● 癌症標籤致使</li> </ul>

無論初信者的靈性療癒產生超越性對神的經驗，或是信仰多年的基督徒平信徒的靈性重生，四位癌婦罹癌之後，靈性成長是有目共睹的。靈性成長包括「個人與人與神的關係改變」，例如失婚者由信仰學習對丈夫離棄的接納與寬恕，從期待先生的愛到被神愛的滿足；已婚者癌婦對過去平信徒信仰的反思，體會人的生命與關係的限制而對信仰「重生」。癌症代表生理的極限，身體雖然衰退，靈性卻反而新生。過去癌症也多只片面探討靈性對癌症的幫助，而忽略癌症對於靈性成長的幫助。

此外，癌婦靈性歷程並非線性成長，也會經歷如 Pargament (2007) 所言的「靈性掙扎」。四位癌婦的靈性掙扎包括生理、心理、家庭關係、教會人際壓力，都是造成靈性低潮、軟弱的靈性掙扎原因。癌症治療的繁複歷程所帶來生理痛楚一如璉所說，「再堅強的人也有軟弱的時刻」；容會因為疼痛而呼叫別的神的名、疼痛過去又向神後悔；宜會因為藥物副作用失眠、婆媳關係壓力引發憂鬱情緒，陷入對神理性與認知的衝突。璐則感受到教會會友亦會如一般社會大眾對癌的忌諱而逐漸與教會疏離。呼應如 Exline 和 Rose (2005) 指出基督徒的靈性掙扎的四種類型：苦難、道德的努力、知覺到超自然的邪惡勢力及社會的壓力（引自陳秉華等人，2010），本研究中也顯示癌婦的靈性掙扎與癌婦家庭關係、心理情緒、生理因素及教會社群都有關連，靈性掙扎的困境便不是單單靈性的問題，而與不同關係脈絡下的生理、心理及社會文化有關。

## 二、結論與建議

### (一)、結論

本研究癌婦的生命故事主題，失婚癌婦為「從被棄到被愛」、「由仇恨到放下」；已婚癌婦為「我的活不光是為自己」、「靠神不能靠人」。研究者由系統思維探討其家庭關係與靈性經驗，從而建構家庭系統思維下的基督徒癌婦身心靈包含：「文化脈絡下的癌婦家庭關係」、「關係脈絡下的癌婦身心與靈性經驗」以及「成長與掙扎交織的靈性因應歷程」。

從文化脈絡一窺四位癌婦身後家庭關係，不論失婚者的婚姻創傷或已婚者親職重擔、照顧長上的沉重負荷，可端詳其罹癌歷程與其家庭關係有關，而其家庭關係又受到社會文化脈絡的影響。傳統社會建構女性在家系統為沉重的照顧者以及犧牲自我的形象，已經共構了婦女罹癌危機。癌婦們在罹癌之後，才反思關係中自我照顧的重要。

從系統思維看癌婦的靈性經驗因所在的關係脈絡不同而有不同。失婚癌婦因婚姻創傷經驗靈性療癒而開啟信仰的靈性歷程，已婚癌婦因為癌症體會個人與家人的限制，走過死亡考驗後對信仰更堅定，經驗身心靈的「重生」。癌婦們的靈性經驗也呈現成長與掙扎交織的因應歷程，靈性掙扎與癌婦家庭關係、心理情緒、生理因素及教會社群等不同關係脈絡有關。

癌婦的生命故事呼應研究者提出的系統思維，癌症與婚姻、家庭關係、社會文化脈絡皆有所關連，癌症不只是生理疾病，不僅是個人身心靈的問題，而是家庭系統的議題。

### (二)、建議

#### 1. 從系統思維建構「生理—心理—社會—靈性」的癌症家族治療

本研究顯示未來值得探討癌婦的家庭關與罹癌相關性，從個人生物醫學的防癌提升至家庭系統的關係防癌。同時，癌症與家庭之間互為影響，由此看見家庭系統的韌力。從系統思維建構對癌症病人的理解，結合家庭系統一起進行治療，方為根本之道。靈性為癌症病人的重要資源，對於有靈性生活的癌症病人，應建構融入靈性觀點的癌症家族治療。

#### 2. 探究癌婦的社會文化脈絡因素，建構文化脈絡敏感的癌症諮商與心理治療

本研究結果，透露當代女性集照顧子女、照顧婆家、原生家庭責任於一身，在「母職」、「孝道」、「犧牲小我」等文化信念下，於家庭關係中往往忽視自我照顧。未來建構癌婦心理諮商時，宜探索癌婦文化脈絡對其家庭關係並個人的影響，從而引發其反思與改變。

儘管文獻上指出家庭為癌症病患最重要支持系統，醫護界也呼籲全人、全家、全程治

療，但是當今在台灣醫療界，要有家族治療的資源近乎天方夜譚！本研究呼籲面對生理疾病如癌症病人等，必須具備系統思維訓練的重要性，方能從根本上落實全人全家全程治療的理想。

### （三）、限制

本研究受限受訪癌婦仍在療程中的身體不適，或家人已不同住等因素，與其家庭建立關係不易，僅能對癌婦透過循環性訪談了解其婚姻與親子關係，未來將可針對此繼續以家庭為單位的家族訪談，將可對癌婦家庭不同次系統等更深一層的循環影響進行深入與完整的理解。

## 參考文獻

- 行政院衛生署 (2010)。98 年度死因統計完整統計表。2010 年 7 月 6 日，取自 [http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_2\\_p02.aspx?class\\_no=440&now\\_fod\\_list\\_no=11397&level\\_no=-1&doc\\_no=76512](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11397&level_no=-1&doc_no=76512)
- 杜明勳 (2004)。談靈性照顧。護理雜誌，51 (5)，78-85。
- 吳芝儀譯 (2008)。敘事研究：閱讀、分析與詮釋。嘉義：濤石。Lieblich, A., Mashiach, R. T. & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis, interpretation*.
- 沈麗靚 (2003)。安寧護理人員靈性概念之建構研究。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 洪志美、廖婉如、許嘉月、張書森、簡意玲、黃宣穎譯 (2011)。系統取向督導完全指南。台北：心靈工坊。Storm, C., & Todd, T. (2003). *The complete systemic supervisor: Context, philosophy, and pragmatics*.
- 胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、釋慧敏、陳月枝 (2003)。從台灣文化脈絡下剖析與建構癌末病人健康相關生活品質內涵之研究。安寧療護雜誌，8 (2)，113-133。
- 胡幼慧 (1991)。性別、社會角色與憂鬱症狀。婦女與兩性學刊，2，1-18。
- 胡台麗 (1998)。蔡美娟的有用人生。載於蔡美娟 (1998)，我的抗癌歲月 (序)。台北：遠流。
- 陳旻莘 (2007)。2006 婦女健康新聞十大出爐子宮頸癌疫苗在上市票選第一顯示女性憂心癌症威脅。2007 年 2 月 3 日，取自 <http://www.womenclinic.com.tw/news/news-146.htm>
- 陳秉華、程玲玲、賈紅鶯、李島鳳、范嵐欣 (2010，6 月)。基督徒的靈性掙扎與靈性因應。「2010 年基督宗教諮商輔導研討會」發表之論文，新北市天主教輔仁大學。

- 唐婉如 (2008)。癌症病人之靈性評估與照護。《腫瘤護理雜誌》，8 (1)，13-25。
- 唐婉如、羅文珮、郭小青、游瓊瑤 (2004)。臨終與非臨終消化道病患生活品質與其相關因素探討。《腫瘤護理雜誌》，4，1-13。
- 聖經—中英對照 (和合本)。香港：漢語聖經協會有限公司。
- 黃曬莉 (2001)。身心違常：女性自我在父權結構網中的「迷」途。《本土心理學研究》，15，3-60。
- 馮日安 (2004)。安寧療護中的靈性照顧—安寧志工之觀點。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 張淑美、陳慧姿 (2006)。癌症病人生命意義與靈性關懷之探討。《成人及終身教育學刊》，7，1-20。
- 賈紅鶯 (2007年12月)。苦難的美學：一個家暴倖存家庭的關係、靈性與反思。『2007年家族治療學術研討會』發表之論文，彰化。
- 賈紅鶯、溫明達 (2008年10月)。從「家庭系統—疾病模式」建構乳癌婦女家庭病情告知歷程。『2008「醫療處遇與諮商介入」學術暨實務研討會』發表之論文，花蓮東華大學。
- 楊克平 (1998)。護理實務中之靈性照護。《護理雜誌》，45，77-83。
- 楊克平 (1999)。安寧與緩和療護學概念與實務。台北：偉華。
- 楊克平、尹祚芊 (1999)。癌末病患相關生活品質之確認。《護理研究》，7 (2)，129-143。
- 楊淑琴、龔振成、楊陳好 (1998)。向癌宣戰。台北，正中書局。
- 趙可式 (1998)。康泰安寧療護手冊。台北：康泰醫療教育基金會。
- 趙可式 (2001)。臨終關懷·生死學。台北：空中大學。
- 趙淑珠 (1999)。家庭系統研究中之性別議題。《應用心理研究》，2，125-139。
- 劉瓊瑛譯 (2011)。家族治療。台北：洪葉。Nichols., M. P., & Schwartz., R. C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*.
- 鄭翠津 (1998)。永不妥協的抗癌女鬥士。載於蔡美娟 (1998)，我的抗癌歲月 (序)。台北：遠流。
- 蔡美娟 (1998)。我的抗癌歲月。台北：遠流。
- 賴維淑 (2002)。晚期癌症病患對臨終事件之感受與身、心、社會、靈性之需求。國立成功大學護理學研究所碩士論文，未出版，台南。
- 鍾美玲、顧乃平、吳肖琪、趙祖怡、陽琪 (2001)。乳癌婦女治療後婚姻調適及其相關因素探討。《護理研究》，9 (2)，137-146。
- American Heritage Dictionary (1992). *American heritage dictionary of English language* (3rd ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Arpin, K., Fitch, M., Browne, G. B., & Corey, P. (1990). Prevalence and correlates of family dysfunction and poor-adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of Clinical*

*Epidemiology*, 43(4), 373-383.

- Baider, L., Cooper, C. L., & De-Nore, A. K. (1996). *Cancer and the family*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Barton, D. (1977). The dying person. In D. Barton (Ed.), *Dying and death: A clinical guide for caregivers* (pp.41-58). Baltimore, MD: Williams.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity (Advances in Systems Theory, Complexity, and the Human Sciences)*. New York, NY: Hampton Press.
- Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York, NY: Braziller.
- Billhult, A., & Segesten, K. (2003). Strength of motherhood: Nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. *Nordic College of Caring Sciences*, 17, 122-128.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York, NY: Jason Aronson.
- Carson, V., Soeken, K. L., Shanty, J., & Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being: Essentials for living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(2), 28-34.
- Cherny, N. I. & Foley, K. M. (1996). Guide in the care of the dying cancer person. *Oncology Clinics of North America*, 10(1), 261-287.
- Chiu, L. (1996). *Spirituality of women living with breast cancer in Taiwan: A phenomenological study*. Doctoral dissertation. Austin, UT: University of Texas.
- Daaleman, T. P., Frey, B. B., Wallace, D., & Studenski, S. A. (2002). Spirituality index of well-being scale: Development and testing of a new measure. *Journal of Family Practice*, 51(11), 952
- Edwards, L., Watson, M., St. James-Roberts, I., Ashley, S., Tilney, C., Brougham, B., Romer, G. (2008). Adolescent's stress responses and psychological functioning when a parent has early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(10), 1039-1047.
- Ell, K., Nishimoto, R., Morvay, T., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1989). A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer*, 63, 406-413.
- Ell, K. O., & Nishimoto, R. H. (1989). Coping resources in adaptation to cancer: Socioeconomic and racial differences. *Social Service Review*, 63, 433-446.
- Ellison, Christopher G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). *Religious and spiritual struggles*. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315-330). New York, NY: The Guilford Press.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Forsen, A. (1991). Psychological stress as a risk factor for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 176-185.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 6-25.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 258(21), 3125-3130.
- Highfield, M. F., & Carson, C. (1983). Spiritual needs of patients: Are they recognized? *Cancer Nursing*, 6, 187-192.
- Hill, P. C., & Butter, E. M. (1995). The role of religion in promoting physical health. *Journal of Psychology and Christianity*, 14(2), 141-155.
- Jack, D. C., & Dill, D. (1992). The Silencing The Self Scale: Schemas of Intimacy associated with depression in women. *Psychology of Women Quarterly*, 16(1992), 97-106.
- Jenkins, R. A., & Pargament, K. I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 51-74.
- Kagawa-singer, M., & Wellisch, D. K. (2003). Breast cancer patient's perceptions of their husband's support in a cross-cultural context. *Psycho-Oncology*, 12, 24-37.
- Kastenbaum, Robert J. (1991). *death, society, and human experience*. (4th ed.). MacMillan Publishing Company.
- Klaassen, D. W., McDonald, M. J., & James, S. (2006). *Advance in the study of religious and spiritual coping*. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. (pp. 105-132). New York, NY: Springer Publishing.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York, NY: Basic Books.
- Kuuppelomaki, M. (2001). Spiritual support for terminally ill patients: Nursing staff assessments. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 660-670.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing.
- Lichtman, R., Taylor, S., Wood, J., Bluming, A., Dosik, G., & Leibowitz, R. (1987). Relation with children after breast cancer: The mother-daughter relationship at risk. *Journal of Psychosocial*

- Oncology*, 2(3-4), 1-19.
- Linde, C. (1993). *Life Stories: The creation of coherence*. Oxford: Oxford University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3), 167-175.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York, NY: Guilford.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York, NY: Guilford.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Romero, C., Lindsay, J. E., Dalton, W. T., Nelson, D. V., & Friedman, L. C. (2008). Husband's perceptions of wife's adjustment to breast cancer: The impact on wife's mood. *Psycho-Oncology*, 17, 237-243.
- Reynolds, P., & Kaplan, G. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16(3), 101-110.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rolland, J. S. (1984). Toward psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family Systems Medicine*, 2(3), 245-261.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and family: Integrative model. *Cancer*, 104, 2584-2595.
- Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Dassen, T., & Van Den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2895-2909.
- Soto-Fulp, S., & DelCampo, R. L. (1995). Structural family therapy with Mexican-American family systems. *Contemporary Family Therapy*, 16(5), 349-362.
- Stoll, R. I. (1989). Essence of spirituality. In V. B. Carson (Ed.), *Spiritual dimensions of nursing practice* (pp. 4-23). Philadelphia, PA: Saunders.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. M. (1993). Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *American Psychologist*, 48(4), 400-407.

- Walsh, F. (1999). Opening family therapy to spirituality, In Froma Walsh (Eds.), *Spiritual Resource in Family Therapy* (pp. 28-58). New York, NY: The Guilford Press.
- Walsh, S. R., Manuel, J. C., & Avis, N. E. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems, and Health, 23*(1), 80-93.
- Waxler-Morrison, N., Hislop, G. T., Mears, B., & Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Social Science and Medicine, 33*(2), 177-183.
- Weihl, K., & Reiss, D. (1996). Family reorganization in response to cancer: A developmental perspective. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 3-29). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Wellish, D. K., Jamison, K. R., & Pasnau, R. O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy II: The man's perspective. *American Journal of Psychiatry, 135*(4), 543-546.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: the heart of healing in families and illness*. New York, NY: Basic Books.
- Zahlis, E. H. (2001). The child's worries about the mother's breast cancer: Sources of distress in school-age children. *Oncology nursing forum, 28*(6), 1019-1025.

收件日期：100年11月8日

複審一日期：100年12月29日

複審二日期：101年8月24日

通過日期：101年11月18日

## Exploring the Family Relationships and Spiritual Experiences of Christian Cancer-laden Housewives from a Systemic Framework

Hong-Ying Chia   Ping-Hwa Chen   Ming-Dar Woon

National Dong Hwa  
University

National Taiwan Normal  
University

Mennonite Christian  
Hospital

Taking the a narrative approach with the “whole-content analysis” method, this researcher interviewed four female Christian cancer patients. Two were breast cancer patients who had already been Christians for years, and two were divorced women (one with colon cancer and one with vaginal cancer) who were Christian seekers looking into Christianity . In-depth interviews with the subjects ranged from four to eight hours. It was found that the states of the body, mind, and spirit of cancer-laden housewives were correlated to their family relationships and reflected their socio-cultural contexts. The cancer experience inflicted further marriage trauma for the divorced women who, and encountered spirituality and spiritual healing while looking back on the hardships they endured during marriage . Through reflecting upon family relationships before becoming ill, the married women realized how they had adjusted from the role of care-giver of for the family to that of care-giver forto themselves and increased their trust in God’s transcendental power, reflecting on the meaning of “rebirth”. Their spiritual growth maintained a dialectic relationship with spiritual struggle. Spiritual struggles due to cancer induced physical pain, depression, marital relationships, conflicts with in-laws and alienation from church. Cancer is not only personal disease but also the issues of family relationship. The researcher attempted to construct a theory regarding the “body, mind and spirit within relational context” through using a systematic framework.

**Keyword:** cancer-laden housewives, Christian, family relationships, narrative research,