

當生命走道盡頭

講師／臺大醫院家庭醫學部緩和醫療病房主治醫師姚建安

當嬰兒呱呱墜地，迎接新生命的誕生時，是何等的歡欣喜悅；然而，當人在生命走到盡頭，而必須面對死亡時，卻往往顯得不知所措，憤怒、恐懼、否定、抱怨、沮喪，所有的負面情緒都在此時傾巢而出，死亡猶如惡魔，毫不留情地將人啃食吞噬。

佛法的精義是「了生脫死」，其實，死亡如同出生一般，都是人生必經的歷程，但是，絕少數人能在剎那間學會死亡，唯有從小便開始學習、累積各種面臨死亡的智慧，才有可能達到如依莉莎白·庫伯·羅絲所說「如果學會死亡，就可以學會生活，懂得生命」的境界。

「安寧緩和醫療」的理念和原則

隨著醫藥科技的不斷進步，急救加護技術的日新月異，現代醫學被認為可以治癒所有的疾病，甚至還有起死回生的妙用，但是對於許多癌症、愛滋病、運動神經元疾病（漸凍人）至今仍是束手無策，而如何讓罹患這些不治之症的病患在疾病末期提昇生活品質，並使得他們在死亡之前活得有尊嚴，平安莊嚴地往生，讓所有關心他們的親友皆能撫平哀慟的心，這便是「安寧緩和醫療」（palliative care）所要關注的重點。

「安寧緩和醫療」具體而言，就是人性化的照顧，最早是由英國 Cicely Saunders 女士所倡導，她希望末期病患在臨終前也能得到身心靈三方面的照顧，進而達到善終的結果，而家屬也能獲致哀慟輔導。後來，這樣的理念獲得歐洲大陸許多國家的回響，紛紛成立安寧病房的照護機構，最後並橫跨大西洋來到美洲大陸，同時她更強調緩和醫療就是竭盡所能來提昇患者的生活品質，並且讓他們與所有人一樣享有生命的尊嚴。

相較於國外的發展，台灣則是從 1990 年在馬偕醫院成立安寧病房，開始建立安寧療護的里程碑。1995 年台大醫院在當時的副院長陳榮基教授的大力倡導下，成立了國內第一所以國立大學醫院為背景的緩和醫療病房，之後台灣的安寧病房便如雨後春筍般紛紛成立。2000 年立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，及健保的試辦計畫通過，至此臨床服務終於真正獲得肯定。2001 年 5 月，台灣醫界舉辦亞太安寧療護會議，並得以圓滿閉幕，更使得台灣的經驗有了向世界發聲的機會。

宗教師與安寧緩和醫療團隊

希臘哲人西波克拉底指出，疾病只是偶爾被治癒而已，在現代的醫療理念中，最重要的是能常常紓解病患的痛苦，並且能經常安慰病人，使病人感到舒適，因此，對於疾病末期的病人而言，醫療人員必須以團隊照顧的方式，整合病人心理和靈性方面的需求，並緩解病患的疼痛和其他症狀。

團隊合作照顧是安寧緩和醫療的必要條件，在團隊成員中，通常包括解決病患身體上不適的醫師，其為團隊中理所當然的領導者，此外，還有站在第一線照顧病患，發掘病患身心靈問題，並給予患者舒適性照顧的護理人員，及解決病患心理調適問題的心理師，了解病患與家屬的社會互動與經濟支持，並協助其解決可能面臨的社會經濟疑難，積極完成患者未了心願的社工師，透過美術的療育過程來紓解患者身心靈煎熬，並且得到進一步超脫的美術療育師，協助患者及親友做日常生活的照料，並且煮食及分發藥膳的志工。有時，則會視病患的需要，而照會營養師、藥師、復健師、音樂治療師來共同加入醫療團隊。

出家師父在整個安寧療護團隊中所扮演的角色是與患者及其親友建立良好的互信關係，給予靈性的支持，在病患面臨死亡恐懼時，輔導他的宗教師可以幫助他培養超越生死的智慧，提昇靈性的層次。

「為什麼是我？」

「我到底做錯了什麼？」

「我做了這麼多的好事，為什麼神沒有保佑我？」

當疾病末期的病患在面臨死亡時，常常無法說服自己心平氣和地接受此一無法改變的現實。此時，宗教師便必須付出最大的關心，以細微靈敏的心來觀察病患所呈現的整體變化，並以清明的態度來陪伴病患及家屬面對問題，以誠摯的眼神看待病患，溫馨的言語關切病患的現況，不厭其煩地解答他的任何困惑，最後協助病患完成心願，交代囑咐，並與親愛家屬共享生命最後的珍貴時光。

此外，宗教師也必須找出有決策力的家屬，藉此了解病患對疾病和死亡的看法，來撫平病患或家屬對未知病況的恐懼，並探知家屬間的意向是否具有共識，以符合病患或全家的期望。必要時，宗教師更應該作為病患與原先治療醫師的溝通橋樑，讓其知曉無法治癒疾病的極限，甚至化解雙方先前因溝通不良所產生的無謂誤會。

人生苦短，生命原是一連串痛苦與快樂交織而成的過程，惟有活在當下，認真地過每一天，生命才具有存在的價值。若知死，就知生，在病患徘徊於死亡的邊緣時，若能藉由「安寧緩和療護」來給予病患與家屬真誠的祝福與祈禱，使其能以更豁達的態度面對死亡，那麼身體的苦痛，又何足為懼？

珍惜活著的每一刻，努力活出美麗，活出精采，生命的極樂境地，自在其中。（焦淑嫻記錄整理）

藏密佛教的生死觀

講師／南卓仁波切

諸惡莫作，眾善奉行，自淨其意，是諸佛教。密續的教法遠在二千五百年前，釋尊的時代就已經存在了。佛陀的教導，在梵文中稱為佛法，其內涵就是讓我們能離苦得樂，它含概了千萬種不同方法，用來指導我們如何對治影響心理與身體安樂的障礙。這些教導都存在於顯教及密教中；顯教是經乘、密教是密乘，其間雖有所區別，但兩者的本質「自性是

佛」都相同。佛教之教義開展眾生本質平等無二的精章，以慈悲和智慧貫徹一切法義。後隨眾生根機不同；流傳過程中分出不同流派，若以教義作重要區隔，可分為小乘、大乘及金剛乘。小乘中重要流派有大眾部及上座部及較後期的說一切有部，目前多流傳在東南亞如斯里蘭卡、印尼等地，大乘方面則略分為中觀派、瑜伽派（唯識宗）及如來藏系，現多傳於中國等處，金剛乘的流傳從初期的秘密教授到普傳，都屬於印度佛教較後期階段，約可分為無上部瑜伽教授（文革前幾乎僅存於藏族之範圍、西藏、青海、西康等地），隨藏胞的流亡，目前使其成為全世界性教派，下三部瑜伽則以日本東密為主。

仁波切談生死觀

在聽聞一切佛法前，都應先發菩提心（菩提心戒乃一無價勝妙之寶，十方三世諸佛成就，皆由此圓滿。誠如 寂天菩薩所讚嘆「猶如最勝冶金料」），為了等虛空無量無邊的眾生都能究竟趣入離苦得樂的佛果來發心，而後聽聞法要。並不斷觀修我們有暇滿人身寶，又生於南瞻部洲，各自能遇到有緣的善知識、並從其聽聞佛法；以如是在時間、地點、善知識都圓滿俱足的狀況下而升起清淨修持之心。（人身寶有「八有暇十圓滿」，沒有生在「八無暇」的狀態下，就叫八有暇，因為在「八無暇」中—地獄、餓鬼、旁生、邊地、邪見、長壽天、不值佛世、瘡啞—沒有機會去修行）。而我們能生於南瞻部洲是因為我們有好的因緣俱足、無大病苦、又值遇善知識可資依止，我們應善加應用我們的暇滿人身寶行善去惡、並不間斷思維、精進修持，以免墮入惡趣、流轉於六道，這是我們佛教徒應做之首要。

釋尊為了調伏眾生的煩惱，開示了八萬四千法門，對治各種煩惱的方法是不可思議的無量無邊，亦各有一定的功用；於現今對全部口訣若要如實的全修，實不可能；而針對生死的眼光，在佛法中有提到六種中陰境界的教授，因一生的修持會影響我們將投生於惡趣、善趣或轉生淨土，為避免墮入惡趣、而能轉生善趣、更進而轉生淨土，最好的方法就是了知六種「中陰」境界，以下就此六種中陰來說明生死觀。

一、 生後中陰

每一位有情眾生「生於世間後至死亡前的階段」，現在我們每位所處境界即是。在此時間，我們要常深入思維「無常」，我們在世時所作的一切活動，諸如積聚財富、成家立業等等，於死亡來臨時一如針線般無足輕重，唯有「業」隨生死流轉。而死亡來臨又無一定，譬如國王有很大的權力，卻無法下令死亡不來臨；有一頓沒一頓的乞丐也不一定很快就會死，或許活得比國王還要長久。故死亡來臨不限財富多寡、老少秩序、能致死的原因多、而苟活的機緣少、皆有如夢幻。我們當警惕思維一切世間法對於來世或究竟佛果無所助益，應不放逸而精進地修持。

二、 睡夢中陰

指的是「晚上睡著至隔天早上醒來這段時間」。除了時間長短不同外，其與死亡中陰類似，一切色、身、香、味、觸、法皆往內收攝，有如死亡一樣而陷入無意識狀態。不論我們在夢中遭受任何覺受（快樂或痛苦），都虛幻如鏡中呈現的像，並非真實，因此要體悟幻夢無常，甚至於在夢幻中持續修習佛法。

三、 禪定中陰

從入禪定至未出定，心住於平等住狀態這段期間謂之。心住於平等住如晴天虛空的呈現、如無風浪之湖面、心處於撼然不動狀態，禪定時可以解除一切苦痛。

四、 死亡中陰

受到致命的病痛到死亡結束這段期間。當死亡來臨時，有諸多痛苦與恐懼，不論我們生前做了些什麼、有什麼親眷、積聚多少財富，都帶不走；唯有生前自己所作的業如影隨行。對於我們凡夫「死亡中陰」是很重要時刻；若不捨今生所有，執持如夢如幻的覺受，就會受無名風習牽引流轉於輪迴中；死亡前對三寶一心啟請、行持六波羅蜜及修持頗瓦遷識法（除了念佛往生法外的另一往生捷徑法門，頗瓦的意思是『意識的轉換』、認證我們的中脈是道路、認證我們的意識是旅行者及認證佛土是目的地，在頗瓦法修行中，所啟請的中心是 阿彌陀佛），以善力引導往生善趣甚至於佛國淨土。

五、 法性中陰

在死亡的那一刻，我們就進入此階段。死亡發生後，錯過認知子母光明，而至文武百尊顯現之時，稱作「法性中陰」。面對這些報身佛的顯現，凡夫無法認知，執為牽引墮落的閻羅，因生恐懼，意識從身體諸門遁出，自此身心完全分離。意識隨意識所幻化出之細微光身便在世間游走，仍能感受冷熱飢渴之苦。死後心的任何痛苦與恐懼亦如夢境般，唯有在世時了悟佛性的禪修者，方能了解而不受無名業力牽引。

六、 生有中陰

錯過了認知文武百尊，凡夫便將隨善惡業之力而再次生死流轉，此時是拔度亡者最後最重要的時刻；集百人念佛，便猶如集百人之力量拉拖一位溺水者上岸，因此在這一時刻，死者眾親友更須以清淨心為死者祈請三寶，將善力迴向死者，以期依此三寶之力，救度亡者。諸惡莫作，眾善奉行。（果華記錄整理）

如何照顧癌末病患及其家屬

講師／臺大家醫科緩和醫療心理師陳坤虎

健康是人生最大的財富。的確，一個人惟有在身體健康安泰的狀態，才能完成人生的夢想，如果失去了健康，許多的理想追求，都將因此而擱淺；因此，擁有健康，便等於擁有創造生命一切可能性的雄厚資本。

然而，老天爺卻好像常常在跟人開玩笑似的，在沒有預告的情況下，便剝奪了人的健康，尤其是對於癌症病人而言，更彷彿是被判了死刑的犯人一般，原本彩色的人生，在宣告得病的那一瞬間，立即變成灰暗黑白。

癌末病人在面對疾病時 容易出現的負面情緒

癌症病人在面對疾病時，容易出現恐懼與焦慮，失落與無助、憤怒與敵視的情緒。在恐懼與焦慮的層面上，首先病患會不由自主地產生因生理上的呼吸困難、突然的大出血的恐懼，接著，在治療的過程中，也會萌生得不到有醫療幫忙、生活照顧及擔心自己是否成為他人負擔的恐懼，同時，死亡的恐懼陰影也一步步地逼近當中。

在失落與無助的情緒層面上，主要來自個人價值感的喪失，及健康幸福生活的失落；而在憤怒與敵視的情緒層面上，癌末病人則容易對命運與老天爺產生怨恨，並將憤怒投射於他人的不公平對待與傷害。

在了解了癌末病人面對疾病時容易產生的情緒之後，接下來，便須理解其因為心理情緒所導致出的行為反應，並藉由了解其行為反應的過程中，去尋找出病患真正的需求，提供其必要且適時的支持與協助。

「我沒有救了」、「我還能活多久？」，因為焦慮與恐懼，所以病人會反覆不定，猶疑不決，對於治療的方式會產生排斥，並容易對醫護人員發脾氣；「還是不要連累或耽誤家人好了」、「活著還有意義嗎？」、「我不行了，什麼事我都不會做」，因為失落與無助，所以病人會逃避退縮，甚至會產生拔掉身體的插管或丟掉藥品的行為；「我真沒用」、「這個世界的每個人都遺棄我、背叛我」，因為憤怒與敵視，所以病人往往會拒絕親朋好友的關心，而將自己孤立起來。

了解癌末病人的需求 建立體諒病人的同理心

了解需求是滿足需求的第一步，而了解一般人的需求更是了解病人需求的起點；根據心理學者 Maslow 所提出的「需求階層理論」顯示，人類的基本需求包括生理需求（飢餓、口渴、性）、安全需求（身心免於威脅、恐懼、死亡）、社會需求（愛與歸屬）、尊嚴需求（自尊心、自主權、成就感、自我認同、獲得賞識與讚美）、自我實現（自我成長、心願、潛能）等。以上需求，簡而言之，就是生理需求和心理需求，病人同樣具有生理需求與心理需求，希望滿足身體的口腹之慾，希望被尊重，希望擁有安全感，只是其由於身體疼痛的關係，某些需求變得更加迫切，醫護人員也必須針對此做更多的努力來滿足其需求。

在生理需求方面，由於身體的病痛，病人可能會吃不下、或是發生吃下後吐出的情況，甚或其連喝水都有困難，因此醫護人員便必須不厭其煩，付出更多的耐心，來小心照顧病人的生活起居。

至於在心理需求方面，由於癌末病患在死亡陰影的籠罩之下，更容易喪失自尊心及自我歸屬感，因此醫護人員便必須學習如何和病人相處，並抱持同理心來對待病患，可以和其建立起朋友的關係。例如，在病患因沮喪而封閉，不想與外界交談時，心理輔導人員（心理師）不妨試著以開放性的問題打開病患的心房，「你要不要說說看對這件事情的看法？」、「事情原來是這樣，然後呢？」、「我明天再來看你好不好？」，藉由這樣的溝通過程，讓病患尋回被尊重、被了解的感覺。

此外，若是遇到病患家屬幫忙病患對事情做出決定，而讓病患感到喪失自我意識時，心理輔導人員可以在旁當他的安全堡壘，以真誠的態度，向他解釋病情，並告訴他實話，讓病人感到被尊重，並由自己決定未來的治療之路該怎麼走下去。

存在主義哲學家海德格認為，對於死亡的理解，是使人由「非本真」的存在，通向「本真」存在的唯一途徑。「面臨死亡的存在」，才能使所有現世的東西都喪失掉原有的價值，這時候，人也才能夠定下來，嚴肅思考存在的本質，而去追求「本真」的存在狀態。每個病人都是我們的老師，甚至每種疾病都是我們的老師，面對死亡時，沒有一個人有解答生命無常的標準答案，此時，若能在身體的醫療之外，在精神意念上也藉由心理輔導人員（心理師）及宗教師的開導來尋求心靈的支持，悟得尊重死亡的道理，癌末病患將能在生命的最後一段路程，走得穩健而心安。（焦淑嫻記錄整理）