



生死兩無憾的安寧療護

醫護人員的職責應該是解除病人的痛苦，而不是讓他們痛苦的死亡。

文／許禮安醫師（高雄市張啓華文化藝術基金會 執行長）

一、生死觀念與生死學

• 生死觀念與意義

凡是生命必然都會死亡。很少人會刻意思索如此關係重大之事。若死亡不存在，則生命就永無止盡而缺乏意義，所以死亡刺激人們思考生命的真諦。唯有經由探索與了解死亡，才能更彰顯生命的意義。

為何害怕談論死亡？因為沒人知道死亡真相，包括死亡過程、死亡經驗、死後世界等。經歷死亡的人都已無法回來傳達其體驗，有瀕死復生經歷的人卻不是真正完全的死亡。人們真正害怕的是死亡前的過程，包括疾病、疼痛、分離與失落等。醫護專業人員在此之外，更必須面對自己的無助與失敗感。

不同的生死觀會影響病人及家屬面對死亡的態度，因此需要去探究，醫護人員應檢查自己的生死觀，才能陪伴臨終過程與面對病人的死亡。我們必須尊重病人的生死觀念，儘量配合家屬需求，才有可能做到「生死兩無憾」。

一般而言「生、老、病、死」是人一生必經的歷程，但有些胎死腹中還來不及出生就已死亡，有些幼年夭折或英年早逝而沒能活到老，有些年老無疾而終。可見「生、老、病」不是每人都會有，只有死亡是必經之路。每人遲早要面對死亡，不論是否曾遭逢親友的死亡，至少一定會遇到自己的死亡。

「生死學」不是一般記問之學，是用整個生命去學。生死學沒有標準答案，因為那是你自己的生命與死亡。沒有人是生死學的專家，至少他還沒死，已死者沒人回來報告心得與經驗，因此每個人都是他自己的生死學專家。

• 生命與死亡的定義

生命何時開始？「人的生命開始於受孕的剎那間？」這句話如果對，則墮胎就是殺人罪。可能錯，受精卵會變成水泡狀或肉樣的胎塊。這是肉體生命，精神生命（靈魂）何時開始呢？怎樣才算完整的生命呢？如果只要有肉體生命即可，植物人就不應被安樂死，只因他無法表達精神生命。沒有任何人有權利決定別人的生命與死亡，這是生命的自主權。

生命何時結束？目前有：1.心肺死（cardiopulmonary death），2.腦死（brain death），3.腦幹死（brainstem death）。不論採用何種定義一定有遺珠之憾，死亡是連續過程、是不歸路。

「死後復生」或「瀕死經驗（Near-Death Experience）」也許只是有如撞到死亡之牆又彈回來，牆後仍是未知之地。

死亡的意義對每個人都不盡相同，與其生命的意義相關聯。生命與

死亡的意義有專書論述，但都不能代表你我的生命和死亡。每個人都在用自己的一生寫出生命和死亡的意義，任何人不能取代，也沒有人可以抹滅。

• 安樂死與自然死

衛生署1991年調查顯示：家中有長期重病患者，贊成安樂死（euthanasia）立法的比例較高。由此可見：社會對安樂死的需求，常源自於主要照顧者有身心靈及社會的沈重負荷。安樂死合法化是多年來全世界爭議的，台灣尚未通過。台灣於2000年完成「不施行心肺復甦術」的「安寧緩和醫療條例」立法通過。2002年修正公布第3、7條條文；2011年修正公布第1、6之1、7及13條條文。

自然死是：依病人意願不使用高科技維生方式來拖延不可治癒病人瀕死期。要達成自然死的需求必須有相關法令配





合。「生前預囑（Living Will）」：病人在意識清楚或健康時簽署法定文件，一旦罹患絕症瀕臨死亡，接不接受哪些醫療行為的指示。「預立醫療代理人」：當事人可指定某人在他自己喪失心智能力無法決定醫療措施時代理行使決定權。

二、醫護專業與生死學

• 醫護人員對死亡的反省

醫護人員的職責應該是解除病人的痛苦，而不是讓他們痛苦的死亡。醫護人員所學的是為了治病救命，當疾病已不治、性命已無救，至少還能做的是照顧與陪伴。我們不應該漠視病人的痛苦，不應該逃避甚至遺棄病人，應該更加盡心盡力，面對自己的無力感，陪伴病人走完人生旅途，陪伴家屬度過悲傷歷

程。

醫師不是上帝！再高明再厲害的醫師，最後總會有一個人的命他救不活，就是他自己。醫護人員只是凡人，醫學再進步也有極限，我們要承認自己不能「起死回生」，但可以「幽谷伴行」。生命是病人的，死亡只能由病人「千山我獨行」，應該把決定權交還給病人。

醫護人員最常接觸生死交關的現場，若對生死沒有認知、體驗與領悟，無法真正了解臨終病人與家屬的需求。醫護人員終日面對他人的死亡（他死），為了下班後繼續過日常生活，必須有保護傘或防護罩，把死亡和自己隔出某個安全距離。無法透過理論與研究學習的是：身為醫護人員總有一天將會面對的是親人的死亡（你死）與自己的死亡（我死）。

• 醫療生死與病情真相告知

生老病死是醫療人員經常且必須面對的狀況，最直接密切相關的是醫師，醫療中的生死是醫療也是倫理問題。醫療需面對的生死問題包括：人工生殖、人工流產、病情真相告知、器官移植、腦死等。醫療倫理為生死攸關的決策，病人常在治療決策與生死存活間掙扎徬徨。

醫學教育以疾病的治療為主要著眼點，亦即去除病人的痛苦以及挽救病人的生命。故醫學的任務是透過自然科學的努力，以促進健康、預防及治療疾病，來維護人類的健康、改善人類的生活品質，甚至進而避免死亡。

臨床常見：家屬擔心病人無法承受打擊，要求醫護人員不要告知真相。隱瞞病情的後果：一來病人的痛苦無法解決，病人會逐漸對醫護人員不信任。二來病人無法預作準備，沒有交代後事、完成心願，更無法了結心事、化解恩怨。



我在安寧病房照顧癌症末期病人以及其他病房會診的經驗：當家屬要求隱瞞病情時私下偷偷問病人，約九成病人知道病情，只是怕家屬擔心，假裝不知道，於是家人僅存的相聚時光就在互相假裝、彼此演戲中度過，真的很可惜。

「告知病情」不是一般想像「宣判死刑」，而是必須依照病人個性，看病人反應的分段告知。告知可分主動與被動。主動告知是尊重病人知的權利。被動告知是因應病人詢問基於醫療誠信原則而告知。只有病人有權利決定要不要知道病情，生命和身體是病人的，沒有人能代替病人死亡，任何人都不應替病人作主。

• 安寧療護與緩和醫療

安寧療護最早在羅馬時代是照顧旅客及病人臨終的地方。中世紀歐洲修道院附設安寧院（Hospice）作為朝聖者或旅行者中途休息的驛站。現代安寧療護發起人桑德絲醫師（Dame Cicely Saunders），1918年生於英國，1940年成為護士，1947年轉任社工，有感於對癌症末期病人照顧不足，於1951年攻讀醫學院，1958年成為醫師，經多年努力於1967年在英國倫敦近郊錫典罕（Sydeaham）設立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），發展成全球現代安寧療護的典範。

世界衛生組織（WHO）定義「緩和醫療（Palliative Medicine）」（國內稱「安寧療護」）：「當疾病已無法治癒時，對病人作積極完整的照顧。疼痛與其他

症狀的控制，以及對精神、社會、和靈性問題的處理是很重要的。緩和照顧（安寧療護）的目標是達成病人與其家庭的最佳生活品質。緩和照顧的很多觀念可以提早運用在疾病的治療過程，包括抗癌治療上。」

• 護理典範與核心概念

醫學著重治癒（cure）疾病，護理著眼於人的照顧（care）。護理專業的典範視「人、健康、環境及護理」為護理專業中密不可分且相互影響的四個概念，護理界的共識是：期望能經由有系統呈現這四個概念間的關係，用來描述或解釋人對實際或潛在健康問題的反應。

護理學重視對人的「關心（caring）」，被主流醫學界視為不科學，但護理的存



安寧療護之佛教精神

淨土發願文 | 安寧療護（Hospice care）

若臨命終 | 末期疾病（terminal patient）

自知時至 | 告知病情（tell the truth）

身無病苦 | 症狀控制（symptom control）

心不貪戀 | 精神支持（psychological support）

意不顛倒 | 靈性照顧（spiritual care）

如入禪定 | 宗教平和（religious peace）

在不完全為了成就科學知識，更重要的是為了關心病人的苦難。關心的兩個要素：「維繫病人的尊嚴」和「防止治療下的物化」，關心具有靈性的本質。

護理實務的發生場域從醫院擴充至社區，臨床工作從照顧病人延伸至促進健康和預防疾病，教育模式從生病—疾病模式（illness-disease model）轉移為健康—安適模式（health-wellness model）。

臨床上除了病人的家屬，最常面對死亡而為病人送終的就是護理人員，因此除了最基本的舒適護理與症狀護理之外，心理建設與倫理訓練也非常重要。護理照顧必須以全人與整體觀點，來陪伴照顧末期病人與家屬。

同時是護理師、社工與醫師身分的桑德絲女士，在1967年於英國首創現代安寧院，安寧療護的照顧精神與護理的基本理念不謀而合，反映出人本思想與人道主義。安寧療護就是護理專業裡面最佳的生死教育題材。

