

如何尊嚴的面對 生命晚期 追求善生善終

在健康時，儘早簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，並完成健保IC卡的註記，交代好家屬自己的選擇，才是維護善終的最好措施。

文/陳榮基醫師（佛教僧伽醫護基金會董事、佛教蓮花基金會董事長）

人追求「五福」，五福包括：「長壽」、「富貴」、「康寧」、「好德」與「善終」（《書經·洪範》）。自古善終就是人生最後的要求，也是重要的權益。五福臨門應是善生與善終的最高境界。「善終」是能預先知道自己的死期，臨命終時，沒有遭到橫禍，身體沒有病痛，心裡沒有罣礙和煩惱，安詳而且自在地離開人間。「生老病死」，是人生必經的過程，不幸在「老病死」的過程中，常常無可避免的會經歷到很多痛苦的折磨。從前的人大多死

於家中，醫師面對絕症病人臨終時，最多是到病人家中，握著病人的手，以關懷與同理心與家屬一齊陪伴病人，走完人生最後的旅程。

了解醫療並非萬能，選擇適時放手

醫學的進步，自1960年代以來，心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation, CPR）發明，繼之以不斷發展的高科技醫學，這些雖然延長了人類的壽命，但並沒有提高人臨終的生活品質。反而使醫療提供者，尤其是醫師，產生了與上天



爭命的妄想，也使民衆誤信醫療萬能，人定勝天。於是越來越多的人，在醫院中因為醫師的「英勇奮戰」或「善盡職守」而痛苦的死亡。醫師不能接受病人死於自己手中的失敗，家屬認為如未經醫師最後的CPR的急救努力，是不孝或不愛，或不忍心讓家人走了。現代科技的進步突飛猛進，以及社會型態的改變，很多人死於醫院或養護機構中。急救用CPR技術的不斷翻新，更使醫師充滿了堅定與死神奮戰到底以搶救病人的「高尚情操」。大家陷於也許可以治好或救活的「萬一」機會的迷思中，迷信新藥、新手術、新技術或偏方，忽視病人病況逐漸下滑的事實，無法適時放手。

醫學的教育忽略了臨終醫療的教育，於是在急診室、一般病房乃至加護病房中，對於臨終行將斷氣的病人，一定使出CPR的絕招，心臟按壓、電擊、插管接呼吸器，甚至裝上人工心臟（葉克膜，Extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）。明知搶救無益甚且對已受盡重病折磨的病人，將更增加痛苦，而且只能延長幾小時或幾天的痛苦生命；但還是因為認為救命救生是「醫生」的天職，不能接受病人終將在自己手上死亡的事實。家屬也因不捨，認為應讓醫生作最後的急救，才是孝順或愛心的表現。於是很多人在醫院加護病房（Intensive care unit, ICU）的冰冷環境中，被五花大綁，機器環繞中痛苦的死亡。醫院急救臨終病人的標準流程（Standard operation procedures, SOP）是插管接呼吸器送加護病房，最後送太平



間！

當癌症或其他重症進入末期時，醫師在使盡所有武功而知道無法救回病人、無法為病人解除痛苦時，往往因為不知所措而「逃離」或「遺棄」病人，讓病人與家屬無奈的承受癌末臨終種種痛苦的折磨。相反的在病人臨終時醫師又很「盡責」的執行CPR，讓已經飽受癌症重病折磨的病人，再一次受到極端的痛苦，含恨而終。

中古世紀（約西元四百多年）的天主教以hospice稱呼修道院用以接待長途朝聖者的「休息站」、「中途站」或「驛站」；並以之延伸為「照顧受傷與垂死的過路人的院舍」。1967年英國倫敦的兼具護士及社工身分的醫師，西西里·桑德斯女士（Dame Cicely Saunders），創辦St. Christopher's Hospice，乃將此宗教用的名稱“HOSPICE”引用於現代的醫療機構，作為照顧癌症臨終病人之設施的稱呼。這種代表人性化醫療的復活的新制度，已在歐美乃至亞洲多國，逐漸普及，於1973年傳入日本。於1990年由馬偕醫院的鍾昌宏副院長傳進台灣，在馬偕竹圍分院創設「安寧」病房，逐

漸擴展到全國各地。雖然尚未普及於各個角落，距離需要與理想還遠；但是台灣的安寧緩和醫療在世界的評比上，已經列名全球第14名，亞洲第一名。可惜的是，很多病人或家屬，錯誤的認為接受安寧療護，是放棄與病魔搏鬥的機會，不顧病人所承受的痛苦，寧可讓醫師用盡各種無效且痛苦的特殊醫療手段，與死神爭取幾小時或幾天的時間，最後讓病人含恨以終，家屬悔憾終身。其實大孝與大愛，並非讓病人不計代價，奮戰到底，而是協助病人，安詳面對絕症，接受安寧緩和醫療的照顧，讓病人身無痛苦，心無罣礙，有尊嚴且安詳自在的離開人間！末期絕症病人的死亡，並非醫療的失敗，未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。

難道醫師在面對各種疾病的末期病人時，一定要奮戰到底，不計病人痛苦的代價，明知無效，一定要以CPR為病人送終嗎？其實很多疾病的末期，CPR已是無效的醫療，不應該在這些病人身上實施：譬如，末期癌症患者、末期之多重器官系統衰竭、末期之重要器官衰竭（如心臟衰竭、肺臟衰竭、肝臟衰竭、腎臟衰竭、腦衰竭、愛滋病患呼吸衰竭、運動神經元萎縮症呼吸衰竭等）。

生活品質比生命長短更重要

以緩和症狀而不以治癒疾病為目標的醫療，稱為緩和醫療（palliative care）或緩和醫學（palliative medicine）。Palliate源自拉丁文palliatus，意為減輕嚴重程度，即減輕「疾病」，緩和「疼痛」之



意。在16世紀醫學上使用於對遭受痛苦的緩和或減輕。1990年世界衛生組織（WHO）揭示緩和醫療的原則為：「重視生命，並認為死亡是一種正常過程；生命與死亡不是對立而是連續的；緩和醫療既不加速也不延後死亡，它提供痛苦和不適症狀的解除，它整合病人心理社會和靈性層面的照顧。提供幫助病人盡可能地積極生活直至死亡的一種支持系統，它也提供協助家屬在病人照顧和死亡哀慟期間調適的一種支持系統。」2003年世界衛生組織更進一步界定緩和和照顧為：「它是在病人和家屬面對威脅生命之疾病，包括疼痛和其他身體、心理、社會及靈性相關問題時，利用早期辨識和毫無瑕疵的評估與治療，對苦難（suffering）的預防和解除，以改善生活品質的一種措施。」因此，在安寧

緩和醫療裡，生活的品質比生命的長短更為重要。今天醫界已將hospice care與palliative care合稱為hospice palliative care（安寧緩和照顧）。

為了更進一步讓病人可以做正確的臨終醫療抉擇，我國於2000年，通過「安寧緩和醫療條例」，經過2002及2011年兩度修法，已經賦予我國民，如果罹患末期疾病（絕症）（包括癌症及重大器官衰竭），經長期治療，已知無效，在臨終時可以選擇拒絕無效且痛苦的心肺復甦術（CPR）的折磨，選擇安詳善終。成年國民都可簽署《預立選擇安寧緩和醫療意願書（即DNR意願書）》（此意願書可在醫院要到，或上衛生署、台灣安寧照顧協會或蓮花基金會等網站下載），找好兩位見證人，最好是找自己家人（如配偶與子女）當見證人，讓他們了解自己的意願；並將該意願書郵寄到台灣安寧照顧協會（地址：25160新北市淡水區民生路45號），協會會將該DNR意願書登錄於個人的健保憑證（健保IC卡），約三週後到醫院或診所要求將該註記資訊下載於健保卡內，以後到任何醫院醫療人員都可讀卡看到此DNR的指示意願，讓醫師能夠合乎倫理也合法的在最後關頭，不再插管急救，協助病人安詳往生。如果病人自己未簽署此意願書，可由一位親屬代表簽署DNR同意書，指示醫師不要插管急救。

有時在急救的過程中，如果沒有詳盡的既往病歷的資料，醫師尚無法判斷是否插管無效時，可能會插管急救。但是插管後如果無法恢復意識及呼吸功能，

自己簽署DNR意願書者，可以中止該無效的維生CPR措施，撤除插管，讓病人不再繼續受苦。但是自己沒有簽署DNR意願書者，家屬如要求拔管，則需包括配偶成年子女成年孫子女及父母等四代家屬全體簽署撤除無效維生醫療同意書，並經醫院醫學倫理委員會開會同意，始可拔管。手續繁雜，不易達成。因此，最好還是在健康時，儘早簽署《預立選擇安寧緩和醫療意願書》，並完成健保IC卡的註記，交代好家屬自己的選擇，才是維護善終的最好措施。

安寧病房是充滿快樂的地方

在安寧緩和醫療的領域中，力求團隊照顧。所有照顧者，包括醫師、護理師、心理師、社工師、藥師、志工、宗教師等，對於病人及其家屬的關懷是無私且不求回報，完全以溫馨、接納的態度對待他們。安寧緩和醫療並非放棄治療，反而是積極的介入減輕病人的痛苦與家屬的負擔，不以延長生命為目的，而以提升生活的品質為目標。安寧不是放棄，而是「拼、拼到底」。有希望，拼治癒；沒機會，拼品質、拼舒適、拼尊嚴。很多人認為「安寧病房是充滿快樂的地方」，是前往天國或極樂世界旅途中的休息站。多年來國內外很多安寧緩和醫療的研究發現，接受安寧照顧的病人，不但臨終生活品質較好，而且生存期較長，醫療浪費也較少。

在安寧緩和醫療裡，病人的靈性和情緒照顧與醫療照顧是同等重要，我們需要提供病人身體上的舒適、心理上的舒

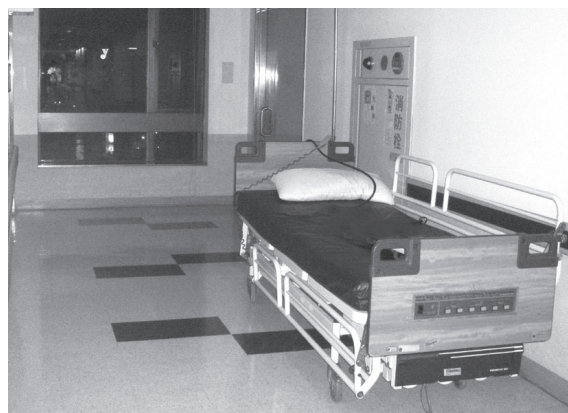
適及靈性上的舒適。索甲仁波切希望：

「讓全世界的醫師能夠極端認真的允許臨終者在寧靜安詳中去世。我要呼籲醫界人士以他們的善意，想辦法讓非常艱苦的死亡過程，可能變得容易、沒有痛苦、而且平和。安詳的去世，確實是一項重要的人權。所有宗教傳統都告訴我們，臨終者的靈性未來和福祉，大大的倚賴這種權利。沒有哪一種布施會大過協助一個人好好的死亡。」因為協助一個人安詳往生，有可能是協助一個人成佛。基督徒也希望最後能「蒙主恩召」，平和的回到天堂。

在佛道信仰約占人口80%的台灣，非常需要佛教宗教師參與安寧緩和醫療的服務。蓮花基金會在台大醫院緩和醫療病房長期培訓宗教師，提供各醫院安寧病房需要的宗教師（法師）人才。以建立佛教的醫療傳道志業。

「離苦得樂」，是大部分宗教的要求，「拔苦與樂」，去除人世間的痛苦，給與永恆的快樂，是菩薩的悲願。以安寧緩和醫療的精神及技術，提供末期病人臨終的人性化照顧，目的就是要解除病人身心靈的痛苦，當然更不忍心在最後關頭以CPR增加病人的痛苦。

醫學的目的是預防疾病、治好疾病及解除痛苦，恢復健康。醫生的天職當然是把病人救活，把疾病消滅，將痛苦解除，促進人類的健康。但是「生、老、病、死」是生命的必經過程，當生命已走到盡頭，死亡已是不可避免時，醫療從業人員，包括醫師、護理人員及所有的醫事人員，是否更應該以最大的愛心



及人性的關懷，來提供給每一個病人沒有痛苦，能夠安詳有尊嚴的往生的機會？醫生要『救生』，也要『救死』，醫師照顧病人，應該是「從子宮到墳墓」（“From womb to tomb”！），從出生到死亡，而最後階段的臨終關懷，更應發揮「拔苦與樂」的宗教情操與人文精神。

生命的最後，你可以選擇不要儀器的陪伴。如果家屬要求，還可以將病人帶回家中，壽終正寢。活著，是最好的禮物；善終，是最美的祝福。人人有爭取善終的權利。

（本文登錄於<http://profrchenmd.blogspot.com>）

參考資料：

1. Rong-Chi Chen: The Spirit of Humanism in Terminal Care—Taiwan Experience

The Open Area Studies Journal, 2009, 2,7-11。

（<http://www.bentham.org/open/toarsj/openaccess2.htm>）

2. 陳榮基：臨終關懷的人文精神。於戴正德、李明濱：醫學人文概論。台北市：教育部，1999：97-109。

3. 陳榮基：學醫與學佛。台北市：慧炬出版社/蓮花基金會，2002。

4. 莊曉明：安寧舵手。新北市：周大觀文教基金會，2011。

