



臨終關懷—安寧善終

家庭醫學部主任 蔡兆勳

雖然現代醫學突飛猛進，但目前仍有其極限。譬如癌症仍是國人十大死亡原因第一位。特別是末期病人面對癌症等疾病的持續進展及治療過程產生的影響，使整體器官功能逐漸衰退，除了身體的痛苦外，在面對死亡過程中更有心理、社會及靈性上的困擾與需求，因此發展整體性的照顧模式，給予末期病人身、心、靈的全人照顧，提升生活品質實為現代醫療要務之一。安寧緩和醫療是什麼呢？我們必須清楚瞭解其意義與目的，才能避免因誤解而使我們自己或親人失去應有的照顧。

首先我們要了解末期病人與家屬的需要是什麼？

根據民國 89 年 6 月 7 日政府頒行的「安寧緩和醫療條例」就非常明確指出「末期病人」為罹患嚴重傷病，經醫師診斷

認為不可治癒且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。由此可知辛苦的末期病人有一個很重要的現象，即是整體器官會持續退化衰竭，這個趨勢是不可阻擋的。

我們應以嚴肅的態度來看待這些末期病人的情況。末期病人的痛苦是身、心、靈互相影響；但為了說明方便將身、心、靈三個部分分開來。末期病人在身體症狀方面可能有疼痛、全身疲倦、虛弱、呼吸困難、咳嗽、噁心、嘔吐、食慾不振、吞嚥困難、腹脹、便秘、下痢、失眠、意識障礙、譫妄、躁動、血尿、排尿困難、褥瘡傷口疼痛、淋巴水腫等等。但末期病人不僅肉體受苦，我們更應了解病人在疾病的進行過程中，心理層面所受到的打擊也相當大，根據臺大醫院臨床心理中心主任鄭



逸如心理師所整理之資料顯示臨終病人有四大情緒反應：面對疾病的焦慮及恐懼；面對疾病的無助與失落；面對疾病的憤怒與敵視；面對疾病的社會文化問題（如經濟困難、家庭照顧人力不足、社會人際關係疏離）。再來第三部分是靈性上的困擾，長久以來臺大醫院家庭醫學部陳慶餘教授非常關心與重視末期病人的靈性照顧，根據他的研究發現末期病人常見的靈性困擾包括：自我尊嚴感的喪失、自我放棄、心願未了、不捨（不甘願、捨不得、不放心）、死亡恐懼等。從以上身、心、靈三方面看來，末期病人在面對疾病的不斷進行，身體症狀加重，生命跡象逐漸衰退，產生自我控制失能的現象，造成獨立能力喪失，成為別人的負擔，家庭社會角色也跟著改變，心理調適也逐漸困難，對未來死亡又充滿不確定性，產生面對死亡的恐懼是很自然的現象。這樣的生活總是讓病人處在非常不安的狀態，不僅沒有生活品質而且難以得到善終。

為什麼要提供末期病人及其家屬安寧緩和醫療的照顧？

極力延命的醫療措施對末期病人是否能有效延長病人有品質的生命？抑或只是延長病人死亡過程？我們更應仔細評估其適當性。看到末期病人承受這麼多痛苦，那施予「安樂死」合適嗎？「安樂死」是為了消除痛苦，而有所作為或不作為，意圖導致病人死亡。目前安樂死在臺灣不合法，在倫理上爭議也頗多。相對而言，安寧緩和醫療沒有任何一項

處置的意圖是要導致病人死亡的，這是和安樂死最大的差異。我們曾在報紙上看到末期病人自殺，讓末期病人求助無門而自殺適當嗎？我們怎麼忍心讓承受這麼多痛苦的末期病人走上自殺之路？雖然現代醫學突飛猛進，延長了人類的平均壽命，但仍有其極限無法讓人類免於死亡的威脅。醫學應是科學與人性的結合，所要照顧的是病人不是病體，所以治「病」不能忽略對象是「人」，人是「身體」、「心理」、「靈性」的組合。末期病人照顧不應被排除在現代醫療之外，不只要延長生命，也要提升生活品質，溫馨的臨終關懷與專業的醫療照顧才可以彌補現代醫學的極限與不足。

選擇安寧緩和醫療是末期病人應有的權利。從民國 89 年 6 月 7 日政府頒行「安寧緩和醫療條例」。第一條（立法的目的）就很明確的指出：為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特別訂定本條例。即末期病人可依個人意願選擇安寧緩和醫療。所以安寧緩和醫療是提供末期病人及家屬另一種選擇。死亡既然是每一個人無可倖免的，要如何面對死亡呢？「臨終面對死亡是一種最後的成長學習，是展現我們對生命意義肯定的最後機會，是我們抓住生命方向的最後機會」、「學會死亡，就可以學會生活，懂得生命」。

什麼是「安寧緩和醫療」呢？

面對現代醫療極限，末期病人首先要延長生命並提高生活品質。若已無法延長生命，仍須減輕病人痛苦並提高生



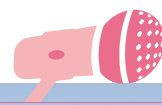
活品質，而不是繼續使用已經沒有反應的醫療措施試圖延長病人的生命，讓病人受苦直到死亡。安寧緩和醫療希望幫助末期病人瞭解死亡，進而接納死亡的事實，並使自己活得更像真實的自己。雖不能「生似夏花之絢爛」但希望「死如秋葉之靜美」。同時希望給予病人及家屬精神上的鼓勵、支持及悲傷撫慰。如此病人善終，家屬無憾，才能生死兩相安。

古代安寧療護（Hospice）的發展最早在羅馬時代，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）用來作為朝聖者或旅行者中途休息、補足體力的驛站。直到二十世紀偉大的女性桑德絲醫師（Dame Cicely Saunders）開創了現代安寧療護的歷史。她原為一名護理師，因職業傷害於 1947 年轉任社工人員，有感於對癌末病人照顧不足，遂於 1951 年攻讀醫學院，再經多年努力，於 1967 年英國倫敦附近錫典罕設立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice）成為現代安寧緩和醫療的典範。安寧緩和醫療指為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。

安寧緩和醫療的目的是要讓病人的疼痛等症狀能得到控制，減少身體活動的限制，獲得社交生活的充實感，精神愉快心靈獲得滿足，這樣才能提升病人的生活品質。安寧緩和醫療是末期病人經過照顧後，生活品質提升，內在心靈力量不因疾病的進展或體力的衰弱而減

少，而能積極生活到最後平靜過世。所以安寧緩和醫療是不影響病人死亡的時間點，而是尊重死亡為一自然過程，在過程中協助病人維持生活品質，讓內在力量持續成長，面對接受死亡的事實。

安寧緩和醫療強調以病人為中心，尊重病人的自主權；重視專業知識的發展以及倫理道德的訓練，給予病人最適當的醫療，不只是看重實質存在的外在軀體，也必須注重到病人心理、社會及靈性的特質，進而處理其問題或給予照顧，不只延長生命，也保障生活品質，讓病人及家屬過得有人性的尊嚴；強調個別性的照顧，依照每一位病人的文化背景及價值觀而儘量給予個別性的照顧；強調全人、全家、全程、全隊及全社區－五全的照顧模式。所謂五全照顧分別是（一）全人照顧：即是身、心、靈的整體照顧。（二）全家照顧：除了照顧病人外，也要照顧家屬解決身體、心理、哀傷等問題。（三）全程照顧：從病人接受安寧緩和醫療，包括住院及居家照顧，一直到病人死亡，還要對家屬哀傷撫慰，使家屬的傷痛降至最低，儘快重建家庭生活功能。（四）全隊照顧：安寧緩和醫療是一個團隊工作，成員包括醫師、護理師、社工師、營養師、心理師、志工、宗教師等，醫療團隊成員要分工合作，注重團隊整合。（五）全社區照顧：希望社區醫療機構能提供安寧居家照護，讓希望回家善終的病人同樣可以得到專業的醫療照護，達成在宅善終的期望。而在內



涵上，日本安寧療護之父—大阪大學柏木哲夫教授曾將 HOSPICE 七個英文字母作字頭，引申出一組字，很貼切地表現出安寧緩和醫療的內涵：Hospitality（親切）、Organized care（團隊照顧）、Symptom control（症狀控制）、Psychological support（精神支持）、Individualized care（個別化照顧）、Communication（溝通）、Education（教育）。安寧緩和醫療可說是一種以人道為基礎的全方位臨終關懷。

在 1990 年世界衛生組織更明確揭示安寧緩和醫療的原則為：它重視生命，並認為死亡是一種正常的過程，換句話說生命和死亡不是對立而是連續的；它既不加速也不延後死亡的過程；它以團隊照顧的方式，提供痛苦和不適症狀的解除；它以團隊的方式整合病人心理和靈性層面的照顧；它是提供幫助病人儘可能地積極生活直到死亡的一種支持系統；它亦是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。

安寧緩和醫療的主要照顧內容，依序分別說明如下：

（一）身體方面包括積極以藥物及各種適當的醫療方式處理不舒服之症狀；給予病人基本需要的照顧，如在身體清潔方面有洗澡機洗澡、洗頭、口腔護理、美足／美手護理，病人臥床時合宜的翻身、擺位、移位，肢體活動時需要的協助，如被動運動、協助下床等；各項臨終症狀控制及護理；死亡後的遺體護理。

（二）心理社會方面包括協助病人渡過及面對死亡過程；減輕家庭危機，增進正向互動；擴大支持系統（如親族、社會資源、志工人力提供）；協助安排合宜的喪葬事宜；處理遺族悲傷。

（三）靈性方面：因為病人體力持續衰退，所以需要靈性照顧來提升他們的內在力量，因此有宗教師在病房與團隊成員共同討論病人的照顧問題。

安寧緩和醫療的照顧模式屬於持續性照顧，其方式有（一）住院照顧，病人住在安寧病房中，在此往生或症狀改善後可以回到家裡，必要時再住院照顧；（二）居家照顧，由安寧緩和醫療團隊人員到病人家中訪視，維護病人在家的生活品質；（三）院內共同照顧，由安寧緩和醫療團隊的專業人員提供住在非安寧病房的末期病人身心靈照顧。

結論

儘管我們盡心盡力照顧病人，末期病人還是不可避免死亡，但我們看到家屬因為病人最後的生活，不論是身體的痛苦或是心理、靈性的困擾都能獲得改善，病人得以善終，家屬獲得安心，對醫療人員無限感謝，所謂的「安寧之美」也在此展露無遺。引用聖嚴法師的法語：在面對任何困難時，要能「面對它」、「接受它」、「處理它」、「放下它」，這是整個安寧照顧過程中病人、家屬及醫療人員都應抱持的態度。協助病人獲得善終，以減輕家屬哀傷並儘早重建家庭生活功能，是我們大家共同努力的目標。