

人生的最後一堂課

心得分享

人生的最後一堂課一書裡，生死作者山崎章郎提到，在生命的過程中一般人所注意的是營生、追逐和占有，努力去遂行自己的抱負和目標。但卻忽略死亡的認知、對臨終大事的關懷。然而，人的病危、臨終與死亡，卻是沒有一個人能倖免的。

對一名疲於應付不治之症的病人而言，當他終於可以放下搏鬥、靜靜的解脫時，復甦術無疑的是一種強迫性的騷擾；我們甚至可以說，為瀕死的癌症末期病人做復甦術，乃是在對一個毫無力氣、全無意志的肉體，進行迫害。在這樣的情況下，人們對於死者，是全無體貼、敬畏與哀悼可言的。(傅偉勳，1993)

一個人病了，另一群受苦的人，肯定是那些深愛他的家人。他們的焦慮、傷痛，常常亦不亞於病患本身。特別若是發現病人的病況已進入末期，除了冀望醫師能奇蹟般的將他治癒；但無可諱言地，家屬的心中應也會朝向那死別的方向臆測。若能在此時把握珍貴的最後相聚，在病患離開以後，可以留下美好的永恆回憶。傳統由醫師決定癌症末期病患接受高科技醫療的觀念已經過去，取而代之的是病患擁有權選擇的權利，自己可決定什麼樣的治療方式，甚至如何安祥、自然平和地放下，舒坦地走完人生的旅程。

因此對於片中的整件事，對於一個癌症末期的人來說，時間是他最寶貴的東西了，所以我們覺得今天不論他是否能接受，身為一個醫生都有告知的權利。因為一個人的人生應該是由自己決定的，不是嗎？而且我們覺得隱瞞只是讓他過的更加麻木，或許他今天不知道自己還剩多少日子就會因此而一直浪費下去，甚至當他知道自己只剩沒多少日子可活時，那種遺憾是可想而知的。對於告知病患病情的與否，身為病患家屬或是醫生也是處於兩難的抉擇；一是怕病患無法承受，二來家屬和醫生或許也不想面對事實，另一方面隱瞞病情也是希望病人能夠以輕鬆的心情接受治療。不能以二分法來判決這樣的行為是好或是欺騙，畢竟他們是以善意為出發點。不同的立場，認知絕對不同。在醫療過程中，互相在彼此身上學到東西，這是相當可貴的。因為在醫病關係中，醫生總是高高在上的，他們擁有較多的權力掌控病人，能像片中這樣實屬難得。有句話說道：生命貴不在長，而在於過得精采。近來癌末病人在安寧照顧不同專業領域人員的照顧下，已逐漸將醫療重點從醫治「病」放到到醫治「人」的階段。這是尊重病人生命自主權的表現，也是醫療人性化關懷的開端，我們想最大成就正在於此。協助癌末患者和家屬在「死亡」面前，仍然感到安心。

世界衛生組織對健康的詮釋不僅是無病無疾，且是維護個人身、心與社會安寧的最高潛能

之發揮。故對疾病末期病患的照護則不僅止於消弭其症狀，病患與其家人能活出他們最大的幸福潛能方為緩和與安寧療護目標。(楊克平 1999)

趙可式教授指出，安寧治療護的最主要原則就是，「病人是主角，家人是配角，醫療團隊人員則由全程推供服務」。全程要順著主角的心意，協助配角共同去完成主角人生的最後一場戲，讓他們少有遺憾的走完人生旅程。才是最重要的臨終關懷和照顧。如果病人想清楚明瞭，他會詢問，如果病人主動詢問就應該誠懇答覆，否則病人無法深度溝通，彼此演戲，互相感到孤獨，也無法交待後事完成心願，會造成生死兩憾。如果病人不問，則表示他還沒有準備好接受這個殘酷的事實，則不必主動告知；但有時病人會觀察家屬的態度，如果他感受到家人都刻意隱瞞，故做樂觀，病人會敏感地順從家屬的意願假裝不知。如果以病人的需要為中心的照顧，則家屬應放下自己的情緒及需要，而準備好隨時答覆病人的需要。趙可式博士指出，對於臨終病人的心理社會照顧方面，最重要的是讓病人感到不孤獨。(成功大學醫學院護理系 趙可式教授摘自「康泰安寧療護」手冊)

大病人片中，醫師及家屬一直隱瞞病人病情不告知，結果病人第一次開刀完，也一直繼續以前酗酒或更甚。家屬及醫師更因怕病人知情，也只能看他如此荒唐對他而言並不公平。可見病情告知的重要，病情告知的大原則是病人想知道的，一定要告知。告知時不要馬上講很多，可以先講一點，視其反應與求知程度，再逐步深入告知。掌握適當時機，特別是病患本身已問起時。其實一開始即讓病人慢慢了解病情，一步一步讓病人參予，比一開始一直隱瞞病情到了無法隱瞞，才告知病情的接受度更高。例如聖馬爾定醫院如遇疑是乳癌之病人，全身麻醉切下的病理作冷凍切片，若是確定是癌腫瘤時，一定是傷口縫合後催醒病人在恢復室時，等病人意識清醒時，再告知病人病情，由病人自己決定，是否作乳房全切除。在以前的病人全是在麻醉中，即由配偶或家屬來決定，切完乳房及腋下淋巴全除手術後，麻醉醒了才知道。完全沒有自主權，接受程度低，對以後的治療更難以接受。可見病情告知後，慢慢由病人主導，參與病人接受度高，相對對於後續接受治療意願高。而不是像以往切除腫瘤了再告知病情，充分表示病人身體的主權操之再病人手中。

幽谷伴行，重點在於只是「陪伴」，而不是推拉。病患的情緒常不穩定，當他的情緒低到谷底時，我們也要到谷底陪伴他；他往上走一兩階，我們也陪他往上走一兩階；當他又掉到谷底時，我們仍舊要回到谷底陪他。片中當病人知道病情時，除了家屬醫師外，他的朋友及工作夥伴大家一直以他的情緒、行為為主。一直陪伴包括護士提供末期疼痛緩解，讓它能去拍完他的末代作品，完成心願。或許在他被告知病情時，所剩時間裡做完想做的事情。

關於頻死病患之疼痛治療，末期病患的疼痛控制，是我們臨床醫療人員所必須面對且極具

挑戰性之問題；儘管近年來對疼痛有更進一步的了解，而治療技術上也有很大的進步，但病患缺乏足夠疼痛緩解的情況仍常發生。尤其在臨終 (End-of-life) 接近時仍有不少病患忍受著肉身上的疼痛及心靈上的不安而終。因此，對頻死病患 (dying patient) 疼痛之評估及作適當之處理，同時兼顧到其社會、心理、靈性等層面，病患及家屬才能得到成功的『臨終照顧』(end of life care)，並讓病人不帶著任何痛苦及遺憾與家屬道別，平靜地走完人生終點，讓生死兩無憾。(黃·陳·梁·曾·儲 2003) 在組員郁君有幸做安寧病患之 PCA，每日一定去評估並患之疼痛指數、一天用量是否達到讓安寧病人舒適、痛楚是否減輕，回報疼痛科主任黃安年醫作為安寧病人疼痛控制之參考。根據 WHO 止痛藥物三階梯治療模式：1.By the moute 2.By the clock 3.By the ladder 可使大部分的疼痛得以緩解。成癮性對末期病來說，只要該疼痛是正當的治療，甚少造成問題。

我們認為病情告知為首項重要，因為不論隱瞞病情，事實上只會造成病患的疑慮，進而障礙醫病關係及親人溝通，而病人亦感孤立無助，最後是造成亡者與生者兩遺憾的結果。而且基於醫學倫理及法律，都認定醫師有告知病患病情的責任，所以事實上，並不存在「告不告知」的問題，而只有「如何告知」的問題。安寧緩和醫療的架構，是以病患能認同死亡並進而面對死亡為起點。而要讓病人能認同及面對死亡，首先必須告知病患病情。所以病情告知，是安寧緩和醫療的基礎。

你是重要的,因為你是你,你一直活到最後一刻,仍然是那麼重要,我們會盡一切努力,幫助你安詳逝去,但也盡一切努力,令你活到最後一刻(安寧療護之母-桑德斯醫師) (李 1998)

讓安寧病患有能力、有時間、有機會把牽掛的事處理完，他自然能放下，如此更能幫助他往生。任何人都沒有權力決定別人的生命與死亡。即使是家屬，也無法替代病人受苦與死亡。生命是病人自己的，必須絕對尊重病人的自主權 (李 1998)。當國人面對治療無效的臨終病人，面對「死亡」成了醫療中最困難，同時也是最重要的一環。一個人臨終前才向他坦承說他只剩幾天可活，絕對不比一踏入醫院就讓他清楚了解自己現在的身體處在什麼樣情況裡來的恰當，至少他可以有心理準備，接受死亡的那一天也將更坦然自在。只有自己才能給予自己求生的意志。如果不告訴病人病情，那等到他死去的那一天還是不知道自己為何而死，他會帶著懷疑、不解死去，這樣做根本是間接殺了他。但是安寧照顧是要讓病人知道自己在哪裡，追尋生命的意義。有關病情告知、生命的自主權何在、怎樣的決定對病人最好等等，站在病人、家屬、醫療和社工人員等不同立場，都有尚待學習的部分。也是我們現在學習安寧療護的重要性。而老師讓我們由影片去體會對於臨終病人什麼是最重要的，沒有透過影片的臨場感是無法體會的，畢竟安寧療護於我們是陌生的，未曾接觸過是無法感受的。

二十世紀的醫療中最深刻的一環，包括老人照顧體系龐大的照顧負擔，以及人生中最終的安寧療護等，都要靠各自家庭或社會來解決。其中推廣安寧療護就是要讓癌症末期病人得到最好的照顧，讓病人在生命的末期，身體上沒有叫人無法想像的疼痛，精神上沒有焦慮、恐懼、孤獨感的反應，生理上沒有與家屬間感情、情緒等複雜問題，使病人和家屬的創傷減到最輕，珍重有限生命的最終一刻，給予他生存的勇氣，讓他完成心願或了結心事，不留遺憾。安寧緩和醫療照護所求的乃是求提供病人善終的機會，不論是在身體、心理、社會、靈性各層面皆然。傳統醫療全部責任是在醫療救治 (cure)，卻未提示，如無救治的任何希望，則如何應付、處理末期患者的 (身心雙重) 痛苦。也就是說，我們必須從傳統醫療觀解放出來，設身處地為末期患者著想，不要一味堅持醫療救治，應發展「救治無益，則需安寧照顧」的現代醫德出來。有此了解之後，醫師乃至一般民眾也就能夠接受安樂活或尊嚴死的生命意義了。