

臨終關懷

彰顯生命

尊嚴

一現代醫療體制如何彰顯生命尊嚴？

現代醫療體系中，皆以治療為重點。即醫院中主要以檢查、診斷、醫法等各種手段，以治癒及延續生命為目的。但在此種治療為主的體系中，容易陷入只診斷病情，而不診斷病人；只重視生病的器官發展，而不重視病人情緒的變化。另外，也易使醫生與病患的關係，變為強者與弱者的關係，醫生單方面地給予病人診療，病人聽從；且整個醫院制度也易忽略個體，趨向整體化。

EX：瀕死病人已到了回天乏術的境地，但他身邊仍圍滿了醫護人員，忙碌地抽血、打針、抽分泌物、做心電圖……等，病人身上則插上各式各樣的管子，甚至待在急救室中，此時，他已經沒有被當作「人」看待了。所有的決定，都沒有徵得他的同意，甚至沒有人願意靜下來好好聽他敘說自己的心情，如此死去，實在毫無尊嚴。

二「臨終關懷」組織（Hospice）的理念

：相對於現行醫療體制的優點

（一）以照顧為主的理念

「臨終關懷」組織是以照顧（care）為中心理念。對那些末期患者，治療的希望十分渺茫，此刻最重要的是疼痛控制及精神支持。照顧體系極重視個人的需求，工作人員考慮如何做，可給予病人最適切的關照，故在「臨終關懷」組織中，不以護理人員的想法，而是儘量照著患者及家屬的希望，來進行護理。「照顧」除了字面上的意思外，其更深一層的意義，是一種人格的接觸，透過照顧，讓彼此相互成長。照顧絕不是單方面的接受或給予，而是一面給予，一面接受。

「臨終關懷」組織其實就是以末期照顧（Terminal Care）為主，因此，末期照顧的理念應該與「臨終關懷」組織的理念相通。末期照顧的基本理念有二：一是坦然面對死亡，凡是參與末期照顧的工作人員，都應有死亡是自然而然的事情的觀念，這之間沒有恐懼、沒有忌諱；二是以同理心（Empathy）對待瀕死病人，即工

作人
，以
，請
領會

理念
終關
類生
問題
作，
必須
與患
到臨

末
①
②

（二）

的存

臨終關懷

彰顯生命

尊嚴

作人員將病人的死和自己的死聯想在一起，以自己面臨死亡的心情去體會病人心情，讓自己與瀕死者站在同一平面，主觀地領會自己會死亡這個問題。

「臨終關懷」組織即建立在上述兩種理念，來進行末期護理。換句話說，「臨終關懷」組織即認清死亡是現實，且與人類生命密切相接。若無法正視死亡是現實問題，那也就無法進行末期患者的照護工作，故工作人員的立場被嚴格要求，他們必須不斷地注視死亡的逼進患者，且必須與患者站在同一線上，共同參與面對死亡到臨。

末期照顧的基本理念

- ①工作人員必須坦然面對死亡。
- ②工作人員必須以同理心（Empathy）對待瀕死病人。

(二)尊重生命尊嚴、尊重瀕死病人的權利
「臨終關懷」組織的理念，強調生命的存在並非只是有肉體活動，還有高尚的

精神生活，人在此一層面，應受到尊重和關懷，不該因生命活動力的殆盡而減低。亦即對待臨終病人為一全然的人(Knowing him as a person and not as a case)，工作人員及家屬們必須給予關懷和尊敬。

一位乳癌患者有個時常拒絕上學的兒子，孩子不上學，患者疼痛即增加，反之則覺得輕快。類似於以上例子的情況很多，此乃因人類的痛苦，不完全只受身體病變而引起，事實上，與精神、社會層面甚有關係。即使是末期病患，在邁入死亡的過程中，他仍是個「人」，並非單純的只是身體某機能停止作用，尚包括不安與恐懼等精神問題、與家屬分離的社會問題、死亡及死後世界的靈界問題……等。這些問題伴隨著疼痛而來，末期病人有的問題涵括身體的劇痛和心理的多種問題及情緒。在「臨終關懷」組織中，強調生命尊嚴，例如：感覺劇痛時，患者只想到與痛楚搏鬥，對其他事無法兼顧及要求，當到了不得不懇求止痛劑時，個人的尊嚴也就顯著降低，為了避免此情況之出現，因此「臨終關懷」組織工作著重於死亡前病人疼痛的控制及情緒支持，死亡後家屬心理輔導。

在尊重瀕死病人的權利理念上，工作

哈佛大學客座教授

奧克拉荷馬大學副教長

兼亞洲研究學院院長

黃天中博士

人員將以病人之需求為服務重點。因此，垂死病人有權利知道自己病情發展，及共同參與治療過程的討論。但視病人個體性之不同，做不同的服務。例如：有些病患希望知道自己的病情，以便整理身邊事物，作為人生劇的閉幕；但也有病患至最後都不希望知道病名。又有的患者認為與其積極地接受手術外的治療，不如毫無痛苦地迎接死亡；但也有患者寧願接受極大痛苦來延續生命。依據年齡、人生經歷、宗教觀、價值觀不同，病患對自己病情的接受度和治療方式的要求也就不同。「臨終關懷」組織一切的設置及工作，都以尊重生命尊嚴及關懷瀕死人及家屬為基本準則。

(三)重視生命品質

對瀕死病人照顧的重點不再是如何去延長生命，而是如何去豐富生命。換言之，重視瀕死病人之生命品質是「臨終關懷」組織照顧工作人員中重要的一環。卡爾曼（Calman，1987）指出如何界定生命品質，分別以下列三之點界定：（註五）（1）生命品質與個人差異性有密切關係；（2）生命品質是依據個人目前生活方式、過去生活經驗、未來期望與理想而界定；（3）生命品質強調個人的成長與發展。

因每個人所重視的層面不同，有人視

身體活動力為要，有人則視思考能力為生命最重要部分，也有人認為沒有人關懷及失去生活樂趣非常糟糕。因此，當談到生命品質時，必須考慮：究竟是誰決定生命品質的好壞，是當事人或旁觀者？（註六）反過來思考，「臨終關懷」組織重視生命品質，其實是更加強調尊重瀕死病人的意願。

再者，生命品質是隨時間改變的，除了適應之外，可能會因外在環境的改變而不同。因此，生命品質的定義必須考慮到：（1）誰才是評估人；（2）所指的是生命那一方面的品質；（3）使用什麼標準評估；（4）客觀情況改變的可能性有多大；（5）檢查評定人有無任何偏見。基於上述的考慮，生命品質的定義可有以下二個層次：

第一層次：個人對其身體、心理及社會狀況的主觀滿意程度。

第二層次：客觀上能達到我們文化所認為有價值的特質或技能，旁觀者依其主觀來判定。

哈佛大學客座教授

奧克拉荷馬大學副教長

兼亞洲研究學院院長

黃天中博士

而「臨終關懷」組織追求的生命品質，即是希望提供一個安適、有意義、有尊嚴、有希望的生活（註七）。讓瀕死病人在剩餘有限的日子中，能有清醒的頭腦，在可控制的病痛下，與家人共度溫暖生活，接受關懷，享受餘暉。

三、何謂「臨終關懷」組織與其發展歷史？

（一）所謂「臨終關懷」是由英國倫敦的桑得絲博士（Dr. Cicely Saunders）倡導，在美國已開始十五年之久。Hospice這個字源於中世紀時代，當時是用來做朝聖者或旅行者中途休息、重新補足體力的驛站。後來引申其義，指一套組織化的醫護方案，用以幫助那些暫停於人生路途最後一站的人。「臨終關懷」組織的目的，是希望幫助末期病人瞭解死亡、進而接納死亡的事實，使自己活得更像真正的自己；另一目的，是希望給予病患家屬精神上的支持，給予他們承受所有事實的力量，進

而坦然的接受一切即將面對的問題。一般而言，參與這項工作的人員包括：醫師、護士、藥劑師、臨床心理學家、營養師、社會工作人員、精神科醫師、神職人員、志願服務人員等專業人士。

（二）Hospice的發展：

現代較建全的「臨終關懷」組織始於1967年英國倫敦的「聖克里斯多福臨終關懷機構」（St. Christopher Hospice），其創始者是桑得絲博士（Dr. Dame Cicely Saunders）。她對「臨終關懷」的概念，源於體會到在醫院許多瀕死病人受到不恰當的護理，同時，家屬們也不知如何照顧在家中瀕死的親人。桑得絲博士感受到病人及其家屬們，不論死亡前或死亡後，對精神支持與心理輔導的需求。因此，她提供醫療、護理及精神照顧，給那些在「臨終關懷」組織的瀕死病人和希望在家中舒適去世的瀕死者（註一）。

現年七十歲的桑得絲博士在三十三歲以前是個護士和社會工作人員，由於經常接觸垂危病人，所以她體會到人間痛苦。經過七年的醫療專業訓練，終於在1958年於「聖喬瑟夫臨終關懷機構」（St. Joseph's Hospice）開始了她的工作。爾後，她自己創辦「聖克里斯多福臨終關懷機構」，成為所有「臨終關懷」組織參考的對象，

關懷」組織或方案中，約有1000個組織或方案提供廣泛的「臨終關懷」照顧服務；同時，約有498個組織或方案對具醫療保險的臨終病患，提供照顧。在過去三年，檢定合格的「臨終關懷」醫療保險方案成長183%，例如1985與1986之間，有233個「臨終關懷」組織或方案檢定合格。

它的影響是全面性、世界性的。它是一個慈善機構，靠著各種捐贈而起。但是，它的教學、研究方案的推動、居家護理的實施及大部分的病床都是由全國健康服務組織協會所贊助支援。每一個病人的照護費用大概是一般醫院的二分之一左右（註二）。由於「聖克里斯多福臨終關懷機構」在研究、訓練及奉獻上的成功，使得英國現在有超過50家以上的「臨終關懷」機構，美國超過1600個以多種發展方式存在的「臨終關懷」計劃。其他國家如加拿大、南非、荷蘭、瑞典、印度、挪威、以色列、瑞士……等，都接受這個理念而開始設置此一機構。

根據美國「國家臨終關懷組織」（National Hospice Organization）的統計，指出「臨終關懷」組織在美國健康照顧部門（Health Care Sector）中，為成長最迅速的機構之一。

1987的全國「臨終關懷」組織統計調查報告結果中，顯示1986年的「臨終關懷」組織成長7%。而自1983年至1986年，「臨終關懷」組織成長率高達104%，平均每年成長20%。大約有115個新的「臨終關懷」計畫方案在1985和1986年之間展開。過去三年，每年成長率由14%下降至7%。

「國家臨終關懷組織」（NHO）指出，有1683個「臨終關懷」計畫方案在全美五十州實施，每年超過14萬人接受「臨終關懷」的照護。在1592個已運作的「臨終

在「國家臨終關懷組織」對「臨終關懷」組織型態之分析中指出：獨立以社區為基礎的「臨終關懷」組織佔42%、以家庭健康機構（home health agency）型式存在者，佔19%、以居家看護型式為主的方案佔9%。

1983年，接受「臨終關懷」照顧的病患總數為10萬1238人。1986年，這個人數增加至17萬1936人，平均每年增加2萬3566位接受「臨終關懷」照顧的病患，成長率約23%。

1986年，每一個「臨終關懷」組織或方案平均約服務108人，具醫療保險的「臨終關懷」組織或方案，則能服務較多的人，平均一年為158人。接受「臨終關懷」照顧的病患，其平均的剩餘生命是53天，而住在「臨終關懷」組織中的病患，其平均剩餘生命是57天到53天。

1986年，「臨終關懷」組織或方案平均僱用八位專職人員，而具醫療保險的「臨終關懷」方案平均僱用十三位專職人員。「臨終關懷」機構的成員，以每年8%的比率成長。1986年，「臨終關懷」組織服務的志願工作者，有8萬4376人，平均每位志願工作者一年內有57個小時服務於「臨終關懷」組織中。

對死亡及瀕死的態度

中國大學生共 480 份有效樣本，美國地區共有 313 份有效樣本。

一根據統計結果：（美國與中國大學生之比較）。

1. 對自己死亡及瀕死的態度上，中國大學生的平均數為 22.92，美國則為 24.67，其中美國的平均數較高，這表示美國大學生對死亡之恐懼程度較低。可能對死亡持有較正面的觀念。

2. 對親友死亡及瀕死態度上，中國大學之平均數為 10.37，美國則為 11.91，仍以美國為高，這表示他們對親友死亡恐懼程度亦較低。

而造成美國大學生對死亡恐懼程度較低之原因是，近年美國對死亡教育的關注、廣泛出現在報章雜誌和電視廣播中。而小學、中學及大學相繼開設死亡學的課程、碩士、博士論文及相關會議數量增多，所以死亡教育實施越早，會使得死亡之恐懼程度越低。

二中國大陸與台灣大學生之比較

1. 對自己死亡及瀕死態度上，中國大陸大學生平均數為 22.00，台灣則為 23.32。

2. 對親友的死亡及瀕死之態度，中國大學生之平均數為 10.73，台灣則為 10.29，此二地區十分接近，顯示此二地區對親友死亡及瀕死的態度是類似的。進而言之，中國大陸與台灣雖有不同的政治體系，及教育環境，但由於中國人長期傳統文化及重視家庭倫理觀念使二地區對死亡態度差異很小。

3. 對「臨終關懷」照顧的接受態度上，發現台灣大學生比中國大陸及美國來得積極。其中台灣平均數為 34.23，中國大陸為 31.22，美國為 31.97，造成台灣大學生對「臨終關懷」組織較為接受之原因。可能是因為「臨終關懷」為一新觀念及它確實能提供照顧末期病人的良好環境。台灣大學生除了希望更瞭解此組織外，也贊同本國民眾也需要類似性的機構。而中國大學生較不感興，可能是因為經濟、社會和技術上發展較慢，或許因此他們對「臨終關懷」照顧較為消極。

三點建議

一短期內，死亡教育要在台灣落實，必須靠大眾傳播媒介主動傳播正確的死亡觀念。

二長期而言，死亡教育應儘早溶入小學、中學及大專院校的生活教育中。

三「臨終關懷」組織在台灣成立是可行的。馬偕醫院淡水分院院長鍾昌宏已經開始在分院以 Team 的方式對院中瀕死病人實施臨終關懷的照護。並以投資建設「臨終關懷」的病房設置。