

醫學倫理 寫作競賽 2013



醫學倫理寫作競賽 2 0 1 3

- 03 第 1 名 DNR 倫理討論 | 麻醉部・謝紹維
- 12 第 2 名 從「神的病歷簿」看見溫暖的解藥 |
門診・謝明秀
- 14 第 3 名 從一則三十年前的家族安寧說起 |
中醫部・許惠菁
- 16 佳作 來到義大醫院工作十年的心得感想 |
麻醉部・鍾佩汝
- 18 看不見的力量－護理專業 |
外科組 APN・蔡佩純
- 20 脆弱的背後，擁抱的感動 | 健診・徐秉家

DNR 倫理討論

單位・作者 / 麻醉部・謝紹維

術中 DNR (不施加心肺復甦術) 在醫療倫理上的探討：

猶記得剛開始從事臨床工作的時候，正值健保開辦元年，當時我整個月拼命值班超量超時工作（按照醫院的排班規定照表操課，前一天與後一天均必須正常上班），當初仗著年輕力盛當能熬過，即使過勞也不懂得埋怨悔恨，或許是區域醫院手術量不多的緣故，在那時 DNR (Do not resuscitate) 病人幾乎不會接受任何手術，因此從來不會被手術之中不施加心肺復甦術 (Intraoperative do-not resuscitate order，以下簡稱術中 DNR) 這個倫理上的難題所困擾；然而，最近這幾年在臨床麻醉工作時，卻連續碰到幾位癌末病人或是重症接近生命終點之高齡病人，家屬們已經簽署好 Do-not-resuscitate Consent (不施行心肺復甦術同意書，以下簡稱為 DNR 同意書)，甚至預立安寧治療同意書（目前在醫院正式稱之為生命末期病人臨終照護意願徵詢書，在本文仍以安寧治療同意書簡潔稱呼之），然而卻又安排進行其他各式各樣的侵入性檢查或治療性手術，並且經常需要全身麻醉或半身麻醉之輔助方可為之，這類的癌末或重症病人大都有其共同的臨床特色，多重疾病纏身、或高齡衰弱又加上多重器官衰竭及癌症惡體質，不僅執行麻醉手術風險極高，麻醉難度也常是充滿重大挑戰，依據常規麻醉標準的考量，經常需要輔以積極的侵入性監測項目才能對他們的血流動力學 (Hemodynamics) 確實掌握，以穩定生命徵象，手術之後又容易發生麻醉

延遲甦醒與生命徵象不穩之情形，需要較長的麻醉恢復期，以致於這類病患常有術後轉送加護病房的照顧需求，又會衍生加護病房資源錯置的問題。

當癌末或重症末期病人已簽署 DNR 同意書又必須進入手術室進行手術的時候，麻醉醫護人員最常有的疑問是，萬一發生醫療突發事件時我該竭盡全力用遍方法去救他（她）呢？還是尊重病人的 DNR 意願？此時此刻病人本身的術中 DNR 意願就會與麻醉科醫師的天賦職責產生醫學倫理上相違悖的情形，除了麻醉方法本身的侵入性很高之外，麻醉科醫師在手術室中肩負著維持病人生命徵象穩定的重責大任，又必須滿足病人術後止痛的需求（而且末期病人往往是血流動力學不穩定）；手術過程中一旦發生任何醫療突發狀況或是病人的生命徵象休克之際，麻醉科醫師一向主張的立場是積極救治永不放棄，務必使用一切的醫療方法，含所有積極的侵入性治療、或體外心臟按壓 (Cardiopulmonary cerebral resuscitation，以下簡稱 CPR)、急救藥物的給予或心臟電擊 (Cardioversion/Defibrillation，以下稱為心臟電擊)，努力維護病人的生命安全與健康，這些緊急醫療處置作為均會與病人或其家屬原有的 DNR 同意書之治療意願有重大違悖。

實際碰到的臨床病例：

就以幾個月前碰到的尹家奶奶為例（取 Ethics 的第一個英文字母諧音尹），在病房

惟一碰得到面能夠會談的家屬尹先生是病人的長子，是個務農的老實人，居住在靠山區的鄉鎮，兄弟共四人都居住在附近。奶奶捲縮地躺在病床上，體型圓滾滾地非常非常福態，重病的結果神智狀態早已喪失與他人語言溝通能力達半年以上，在先生往生後第四年起不幸接連發生三次中風後就無法行動，生活上完全必須依賴他人照料，接近了半植物人的狀態，兄弟一夥迫不得已只好將 80 歲高齡老母轉到就近的安養之家長期照護。尹奶奶之前就已經在義大醫院做過多數筋膜切開併傷口廣泛清創手術 (Fasciotomy & Debridement)，然而褥瘡部位愈來愈多，範圍愈來愈大，在上一次住院整體情況變差時便已簽署了 DNR 同意書，這次由於褥瘡持續惡化、呼吸急促淺快、連日發燒合併血壓偏低，四個兄弟一夥不忍心又將她送到急診室來，診斷為敗血性休克後，隨即 On dopamine via peripheral line & antibiotics，收住整型外科病房，意識狀態亦不清楚，最多僅在翻身換藥時發出無意義之呻吟聲，外科醫師希望能夠執行清創手術，因此開立麻醉會診單請麻醉科醫師決定病人適不適合做手術（或許暗示手術的臨床絕對必要性不高）。

依據整型外科醫師的手術計劃是筋膜切開併清創手術 (Fasciotomy and debridement for multiple bedsores)，針對 80 歲以上已有敗血性休克的過度肥胖多次中風併瀕臨呼吸衰竭病人而言，麻醉科的標準作業措施是上整套的全身麻醉，包括了 GA (endo) & CVP & A-line monitoring & ICU transfer & Postoperative ventilator support，亦有術中輸血之高度可能性，當下預期術後無法拔除人工呼吸管，可能需要

長期的呼吸器支持療法直到生命終點，又必須打 CVP 以利維續給予 Dopamine，整套麻醉計劃完全違反了安寧照顧意願不做入侵性治療的原則（從純粹醫學上的角度來看，廣泛面積多處部位的筋膜切開併清創手術是合理的醫療處置，是解決敗血性休克的感染源的正確方法；但是對於一個中風臥床兩年的意識不清的多重疾病患者而且已經簽署 DNR 同意書的高齡病患，這麼大的手術又有何生命意義呢？）。

病人或家屬與麻醉科醫師之間永遠存在著資訊不對等的情形，麻醉科醫師累積了 25 年以上的醫學素養家屬怎能跟得上？給他們再多的臨床文獻資料可能更增加困擾或誤解罷了（何況中文資料少之又少），我盡力使用尹先生能聽懂的簡易語言，耐心向他解釋外科醫師計劃的筋膜切開併清創手術過程中，全身麻醉所必須運用到的治療手段、輸血治療及監測技術，其中許多的積極侵入性醫療處置是手術後可能無法撤除（例如氣管插管與呼吸器支持治療），並且確認萬一發生心跳停止或 VT/VF 之心律不整時麻醉科醫師如何因應？是否堅定遵守術中 DNR 的醫囑，還是能放手努力積極救治。此外亦特別提醒的是，手術之後轉送加護病房後，家屬將與病人處於加護病房隔離的狀態，甚至可能直到往生為止；筋膜切開併清創手術對長期的褥瘡過程可能幫助不大（病患之前做過許多次清創，但是褥瘡依然持續惡化，故做如此之判斷），又會製造更加強烈的短期疼痛，敗血性休克的病人能夠注射嗎啡止痛藥物的空間又不大，因此預期術後止痛品質不易讓人滿意。詳細與家屬討論過後，我發現，倘若微笑是全世界最棒的共通語言，那麼誠意與耐心就是最有效的溝通工具。由

於發現起初簽署 DNR 同意書的醫療考量及環境背景，與尹奶奶目前這次的住院身體狀況相比，仍舊沒有改變（實質上更糟），目前褥瘡更加嚴重再加上敗血性休克，又考慮到手術及麻醉帶給病人整體健康情形改善的可能性不高，亦不可能改善意識狀態，所以還是建議在手術室之中若發生心跳停止或 VT/VF 之心律不整時宜尊重家屬的 DNR 意願（不給予心肺復甦術 CPR 或是心臟電擊），並載明在麻醉說明書之上，仍然將是否決定手術的責任交由尹先生之後開家族會議協商決定之（勸告尹先生考量手術可能弊多於利）。

鑑於今年在臨床麻醉時遇到數例術中 DNR 病人均有相同的臨床情境與倫理困擾，即使在現實狀況之下任何一件醫療倫理議題之上永遠沒有標準答案，醫院麻醉部的主管仍然特地發出 Email 通知，以協助所有麻醉科醫師在術中 DNR 這個議題之上的實際作法，提供能夠有所遵循的參考；藉此因緣，也隨順地閱讀了醫學期刊上的倫理議題回顧文章 (Crit Care.2006;10(4)：219-222)。

麻醉科醫師所面臨的挑戰，是否堅持術中 DNR？

醫學上有兩條指導醫師的重要倫理中心原則，有利 (Beneficence) 和不傷害 (Non-maleficence)，這是所有醫師在衡量醫學臨床決定時心中那把隱形的道德尺規，在面對任何的病人處理各式的疾病均須堅守此一原則，並應積極防止任何醫療疏失造成病人不必要的傷害（那怕病人已經簽署了 DNR 同意書），醫療人員不會因為一紙 DNR 同意書而放鬆了對醫療品質水準的堅持。其實，在手術期間外科醫師與麻醉科醫

師從心理上或專業上很難堅持病人的術中 DNR 要求，難以堅持的原因主要有三個：

首先，因為病人之所以同意手術，當然期望可以經由手術的實施，在苦痛、症狀或功能上獲得實質的益處。接受手術的病人有充份理由希望能夠捱過手術一關，如果病人被允許在手術中死於突發生心跳停止或休克（而不是原來 DNR 的疾病），那麼實施的手術就顯得多餘不必要，而且手術與麻醉就變成是死亡過程的額外加工，因此手術室內術中 DNR 之要求與手術目的之間嚴重地相互違悖。尤其哲理上來說，通常病人若是在病房或加護病房之內死亡，家屬都常都會問發生了什麼事 (What happened ?)，若是病人是在手術過程之中心跳停止而死亡，家屬都常都會問外科醫師或麻醉科醫師幹了什麼好事 (What did you do ?)，在台灣惡化的醫療環境之下，此一情形帶給醫療人員莫大的心理壓力。在深層之心理層面上，外科醫師與麻醉科醫師均不樂意見到病人死於手術檯上，無論是否是因為病人本身的疾病嚴重度，嚴格遵守病人的術中 DNR 醫療意願，不去多做一點事情 (Just do something)，常常讓醫師的內心會覺得有一絲絲罪惡感。

其次，全身麻醉本身乃是通過對大腦意識、循環和呼吸等正常生理功能的控制（在某種程度上可稱之為壓制），讓病人對於外科手術的進行不感到疼痛或留下記憶，這些人為外加的藥物影響會大幅地增加了心跳停止、血壓降低或 VT/VF 之心律不整的機會，因此，氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他緊急醫療救治行為在麻醉過程中使用的機率原本就很高，部份甚至是包括在麻醉計劃之中的技術，原本就是不可或

缺的一部份。雖然有人曾經建議手術期間有必要詳加區分是由原發性疾病、或是由麻醉引起的心跳停止、血壓降低或 VT/VF 之心律不整，再決定是否對突發醫療意外狀況加以積極治療，但是實際情形卻很難區分兩者，而且沒有時間容許麻醉科醫師如此做，緊急醫療狀況的治療黃金時間稍縱即逝；腦部缺氧五分鐘以上即有可能變成植物人，沒有任何一位家屬能夠忍受『術前清醒』的 DNR 末期病人接受小手術之後變成『昏迷不能言語』的 DNR 末期病人，何況這類病人術中發生中風的機率原本就很高。

第三，外科醫師及麻醉科醫師總是期望他們的病人能從手術中恢復，或是能夠通過麻醉的考驗；當麻醉科醫師同意或允諾執行麻醉時，專業上及理智上便已經預期他們應該從麻醉中恢復過來，針對重症病人需要長期間的術後恢復期，或屬高危險族群的病人，或是病人必須接受重大手術時，則轉送至加護病房照顧往往是麻醉計劃之一環。正常情形下，醫師不會為一個高度預測可能會死在手術室內的病人手術（救命的絕急手術，家屬願意放手一搏死馬當活馬醫者例外），或萬一目睹病人心臟停止或 VT/VF 之心律不整時撒手不管，而不做任何的正常醫療處置。手術既不應加速死亡過程的進展，也不應死亡過程進行任何加工，手術的目標乃是治療疾病、改善症狀或緩和病痛。為了達成此目標，病人必須活過手術。

必須的再議 (Required reconsideration)：

對於已經簽署 DNR 同意書的病人而言，決定任何的醫療處置在本質上就存在著安寧治療與疾病根治的差別，在其他平常普通的病人，只要徵得他的知情同意，醫療人

員總是竭心盡力使用所有的醫療方法去治療疾病或處理病痛，但是末期病人在簽署了 DNR 同意書之後，病人本人或家屬自動地限縮了醫療人員被允許使用的醫療項目範圍，定意放棄了臨終時期接受特定的醫療處置（內容如 DNR 同意書所載），乃是為了另一個崇高的目的『提昇生命品質，維護病人尊嚴』。所以，在手術室內未事先與病人或家屬協商即自動暫停 DNR 的醫囑執行，而去執行氣管內插管、急救藥物注射、體外心臟按壓或心臟電擊，便可能會侵犯了病人根據個人價值觀判斷和宗教信仰所做出的知情診療決定權。這也使得相關牽涉的醫療人員可能因為侵犯病人自主權未予絕對尊重（即使沒有惡意），而承擔潛在的醫學法律責任，引起醫病之間的糾紛緊張，就如同新聞報導時有所聞，負責盡職的急診室醫師有效率地執行 CPR 與心臟電擊救回 DNR 癌末病人，家屬不僅沒有表達一絲感恩與感謝，急診室醫師卻反而遭致病屬抗議或法律提告的情形如出一轍（從相反的角度來思考，為什麼不讓病人在家中安詳往生，反而送到急診室浪費急診醫療資源呢？蓄意惡意陷他人於不義？）；因此，手術室內術中 DNR 醫療意願的重覆審議其適當性，在現今高度尊重病人權益的年代，就變得非常地重要。

首先，先有施行手術的絕對必要性才會產生麻醉的醫療需求，有史以來未曾有病人為了想親身體驗麻醉而蓄意接受任何手術，因此，實施手術之必要性原則上必須由外科醫師依其專業能力來決定，而不應將臨床決定實施手術之責任轉推至麻醉科醫師身上。簡單舉例說明之，65 歲的重度智障女性病人若是心肺肝腎脾胰腸胃功能均很健康，沒有高血壓糖尿病等過去病史，法定代

理人要求整型醫師為她做隆乳手術？然後整型外科醫師開立會診單問麻醉科醫師有沒有麻醉風險？能不能開刀？然後麻醉科醫師答覆會診『她屬於 ASA = 1 麻醉低風險的病人』於是 65 歲的重度智障女性病人接受了雙側 D-cup 的隆乳手術，聽起來很荒謬吧。姑且不論其背後的意圖為何，能不能實施麻醉？從醫學觀點來看當然可以麻醉，而且麻醉風險也不高，但是每一位有良知的麻醉科醫師都會拒絕這台手術，因為隆乳手術的必要性不合理，在醫學上沒有疾病治療的必要性，而且存在倫理上之嚴重瑕疵。

事實上就麻醉科醫師而言，情況再差的病人都可以實施麻醉，只要手術的絕對必要性確實存在；所以，腦死病人可以進入手術室上麻醉做器官捐贈（請別懷疑腦死的病人也能上麻醉這件事，只是麻醉結束後病人絕對變成一具大體，麻醉學有一本厚厚的教科書叫做 Anesthesia for organ procurement，中文譯為器官摘取的麻醉，個人拜讀過），重度心臟衰竭使用葉克膜 (ECMO) 的等候換心病人也可以進入手術室上麻醉做心臟移植，車禍腹部鈍傷急救後又心跳復跳存活 (BAT with ROSC s/p CPR) 的嚴重休克病人也可以進入手術室上麻醉做剖腹探查。倘若外科醫師針對上述絕急手術病人開立會診單問麻醉科醫師有沒有麻醉風險？能不能開刀？麻醉科醫師不會回答病人屬於 ASA = 4 - 5 的高度麻醉風險的病人，死亡率超高而且併發症又多，而拒絕外科醫師的排定手術。再強調一次，臨床決定實施手術之關鍵，在於手術的臨床必要性與手術麻醉風險的利害衡量。

負責的麻醉科醫師不會因為病人的情況很差而拒絕實施麻醉，拒絕麻醉其真正的

關鍵、或是我們內心的專業態度是如果病人在當下存在一個特殊疾病必須另行先行處理以避免術中緊急狀況的發生，或者其特殊狀況可以短時間內獲得處置妥當並因此而提高手術的安全性或降低併發症的發生機率，便應該暫時拒絕麻醉並延後常規手術（絕急手術例外），直到潛在的拒絕麻醉原因得到控制後，再來執行手術，最簡單的例子比如是鉀離子濃度 6.5 的常規疝氣手術、或血色素 5.0 的 D&C 手術、在等候區血壓 250/126 的人工膝關節置換手術。術前評估的麻醉會診的回覆重點，除了解釋麻醉可能併發症的風險與危險性，以達到法律上病人知情同意之要求外，真正的重點在是否需要進一步的術前檢查檢驗讓麻醉科醫師可以更精準地掌握病人的心臟功能狀況以提升麻醉的安全性？是否需要特定的術中監測工具以降低併發症的發生？是否需要特殊的加護病房術後照顧計劃以利病人的術後恢復？或者是評估手術麻醉的風險遠大於手術可能帶來的好處，以致於麻醉科醫師拒絕麻醉的醫療要求？當手術帶給病人的好處或潛在利益明顯大於手術及麻醉的併發症或風險性，而且病人及家屬均能清楚瞭解危險是什麼，倘若發生醫療意外時在心理上及實質上能夠認命接受，不致於苛責醫療人員或採法律訴訟時，手術就值得進行（這也就是為什麼碰到絕急開心手術或主動脈手術我會情情緒亢奮並樂此不疲的原因，這種手術最能讓麻醉科醫師盡力發揮所學）。我真正想要說的是，術前評估的麻醉會診的開立目的不應該是問『能不能麻？』，病人健康情形很爛不是拒絕麻醉的理由，而是應該採取上述的積極態度從嚴去審視手術的必要性與利害評估。

因此，就每一位術中 DNR 醫囑是否該

遵守的病人而言，整個令人深感困惑的臨床情境（手術過程中是否堅持病人術中 DNR 醫療意願？），第一件應該做的事情是重新審視在該位 DNR 病人的手術術式的必要性或適切性（我們必須承認光是這件事就是一個需要高度醫學素養才能判斷的難題，而且充滿爭議），審視的角度必須從安寧治療或臨終照顧來出發（這是 DNR 病人與其他病人最大的差異性），要能符合全人醫療的精神，這個原則應該特別地被確實遵守，特別是已經簽妥安寧治療同意書的病人，或是病人能夠並已經明確表達其治療意願時。手術是否會干擾妨礙臨終照顧？手術是否為安寧治療計劃之一環？手術能否改善病人的生命品質及個人尊嚴？這是整個術中 DNR 醫療倫理事件討論的真正源頭，因為沒有手術就沒有麻醉存在的必要。

文獻之中也提到，大約有 15% 的 DNR 病人會需要進行其他的手術，包括了氣切手術 (Insertion of tracheostomy)、病理性骨折的復位固定手術 (Repair of pathological fractures)、灌食用之胃造瘻口手術 (Gastrostomy tubes)、或是人工血管的建立 (Vascular access surgery) 等，大部份的侵入性治療若是有非常明顯的臨床適應症而且手術範圍小，瀑險時間短而且麻醉風險又不高時，或能夠明顯改善病人臨終前的生命品質的話，麻醉科醫師、外科醫師及病人、病人家屬之間很容易取得共識，麻醉科醫師也樂於配合。當然上述的手術對於 DNR 病人而言，也不是每個人都非做不可，取決於病人、家屬及醫師三方的態度。但是，當病人的生命徵象不穩定之際，或是必須在一位 DNR 病人身上實施廣泛面積手術之時，手術目的是治療末期病人身上新發生的其他外

科疾病，而且必須犧牲癌末的生命品質與疼痛控制品質的狀況下，即使手術可以增加病人數週之臨終歲月，試問又有何生命意義與生命尊嚴呢？活 76 年 03 個月與 76 年 04 個月對病人又有何差別呢？因此，從不同的醫學角度、安寧照顧、其他科別立場來審視手術之適切性 (Required reconsideration)，便成為一個必須遵守的原則，不同的角度往往會得到不同的答案，醫學倫理之爭議在每個 DNR 病人身上永遠都存在。

當我們把眼光放在 DNR 同意書之文字上，將會發生其中所載明的心肺復甦術的內容是指對臨終、瀕死或無生命徵象之病人，施予氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為。首先，癌末與臨終是不同的概念，兩者的臨床定義不夠明確，不能混為一談，之間的界線又很模糊，DNR 同意書文字上並未包括癌末的病人，甚至是 DNR 同意書被病人或家屬提早簽署妥當了呢？其次，由於 DNR 同意書所包括的醫療項目範圍太廣泛，實際醫療執行上很容易滋生困擾或糾紛，麻醉一定必須施予氣管內插管？急救藥物之中的 Atropine 或 Sodium bicarbonate 能否注射？Epinephrine、Dopamine 或 Norepinephrine 算不算急救藥物注射？（本文中尹奶奶的虛擬例子便已經給予 Dopamine 了）；當麻醉科醫師很有把握 Stable VT 給予心臟電擊後心律可以回到 NSR，是否堅持不予心臟電擊？所以在手術與麻醉之前，負責執行該次麻醉的麻醉科主治醫師，最好能夠在麻醉之前，再次與家屬確認急救程度及範圍（最好是正面表列及負面表列同時進行），並載明於麻醉同意書之內或另行書寫清楚（雖然在台灣超級忙

碌的實際醫療環境下，如此執行有相當大的困難)。

依個人見解，對於 DNR 病人在手術房之內發生非預期之心跳停止或休克等狀況，製訂麻醉急救處理標準作業流程 (Standards of operation) 往往是不切實際的，亦難以週詳，只能在政策的大原則上腳踏實地設定清楚的目標，因為每位 DNR 病人在起初簽訂 DNR 同意書的重大疾病或時空背景因人而異，原來簽署 DNR 同意書的理由可能發生改變？重新審查是必須的，每位 DNR 病人的臨床狀況亦差異甚遠，應該就個案情形擬訂特定的手術及麻醉計劃，也就是採取客製化原則 (Individualization)。在此復舉另一實例說明之，一位癌症合併腹腔轉移的年老病人因為發生輸尿管阻塞而引起急性腎衰竭併發尿毒症，上次三個月前住院時家屬已經預立簽署 DNR 同意書及安寧治療同意書，本次住院由於右腎功能已經被腫瘤所破壞，請求外科醫師做 URSM 在左側輸尿管放置 DJ catheter 可以搶救惟一殘存的左腎功能讓病人的餘生不用洗腎（癌末生命品質得以提昇），這個手術的目的與安寧治療不違悖，在臨床醫療上 URSM 手術有其明顯之正當理由，病人的神智非常清醒，其癌症雖佈滿腹腔，卻也尚未造成嚴重的心肺衰竭而未達真正的臨終狀態，若是在手術過程之中發生了 Stable VT，麻醉科醫師認為心臟電擊能夠有效地逆轉 VT/VF 之心律不整回到正常心律，此時此刻可以合理地予以心臟電擊（因為個人認為未達生命終點時癌末病人值得心臟電擊，臨終病人不應心臟電擊，當然最好能在麻醉之前與病人及家屬溝通清楚）。

現實情形的另一個困擾是答覆麻醉會

診與實際執行麻醉任務的麻醉科醫師經常是不同的人，遭遇 DNR 病人手術時，答覆麻醉會診的醫師是否有權利代替實際實際執行麻醉任務的麻醉科醫師決定堅持術中 DNR 醫療意願，仍有可議之處。正如文章之中所提及，特別是當術中 DNR 的理由不被認為是末期絕症 (Terminal) 的時候，心中不認同術中 DNR 醫療意願的醫護人員可能會盡量找別人來代他執行，以避免讓自己陷於困窘的心境之下，因此，完完全全確保病人術前簽署的術中 DNR 執行細項可以百分之百地嚴格遵行，有時亦會遭遇困難；我們無意對於心中不認同堅持術中 DNR 醫療意願的醫護人員有任何的評論，此一情形很類似許多醫師打從心底排斥參與腦死判定，也就不會參加腦死判定的課程訓練，每一個人均有權利堅持自己的理念，而且此一權利必須被尊重。

實際臨床建議 (Practical strategy)：

醫學會亦提出建言，各方專家基本上一致地同意術前多重科別討論會議 (Pre-emptive multidisciplinary discussion) 在解決此一議題上是有實際幫助的，參與討論的成員最好包括病人、病人家屬或代理人、麻醉科醫師、外科醫師、以及可能參與的加護病房科醫師，討論的內容首先是審核外科手術在安寧照顧與疾病治療的適切性？其次，也必須涵蓋手術中是否堅決執行術中 DNR 醫療意願？詳細列明各種可能情形及治療細節、可施行項目與禁忌項目，充分知情的病人或家屬代表才能更好地做出手術期間術中 DNR 要求的決定，以符合病人的實質需求及意願。同時，醫療人員亦必須提供足份的時間，讓病人本人及家屬可以表達真正的內

心需求，這個作法亦可以改善醫病之間的信任感與信賴，於病歷之中最好能夠載明術中 DNR 的理由，正面表列及負面表列的醫療項目最好也能夠載明醫學理由，好讓手術小組成員能夠明瞭整個手術麻醉之計劃。

病人或病人代理人的術中 DNR 意願，若是在手術前經過詳細討論並明確表示，無論在任何情形之下，醫護人員均必須尊重他們的意願，這是廣為接受的作法。或許，內心理智上無法認同的醫療人員，會下意識地傾向拒絕任何要求術中 DNR 病人的麻醉，即使它很安全或麻醉時間很短暫；或者是親眼目睹 Intra-operative VT 時，容易忍不住去電它一下（病人暫時被救回來了，但是又違背了病人及家屬之意願）。若是為此發生醫療上的糾紛而致受罰時，案例一發生，此一趨勢將會更嚴重（指醫師們會盡量拒絕 DNR 病人的手術或麻醉），這對 DNR 病人而言可能會得不到最好的或最適當的照顧，對於所有的癌末或臨終病人也絕對不是一個好消息。

最後的結論是，針對術中 DNR 醫療意願是否在手術室之內必須堅定地嚴格遵守，術前針對手術術式的必要性必須再次謹慎審議 (Required reconsideration)，以及術前多重科別討論 (Pre-emptive multidisciplinary discussion) 必須要進行以確認並訂定詳細的麻醉計劃（無論是以怎樣的權宜型式為之），這些均是重要的原則。針對每位 DNR 病患的情形醫療人員均必須詳細了解其過去的疾病史，明瞭病人是癌末、或臨終、或不可治癒之重症末期，從安寧治療或臨終照顧來考量利害權衡，並檢驗手術內容與手術對 DNR 病人的必要性，亦必須將手術對於其臨終過程與安寧計劃的影響列入，

通盤考量後去訂定麻醉計劃及因應措施，以符合病人個別的特殊需求 (Individualization 原則)，載明正面表列及負面表列的治療項目，術前與醫療小組之成員溝通，做好成員的心理建設，方能合作無間，確實尊重病人的術中 DNR 之意願，謀求 DNR 病人最大的福祉。

心得後記：

1. 麻醉部單位主管所發出的 Email 所提供之參考文獻，也是自己隨順因緣讀後有感的文章：Ewanchuk M, Brindley PG. Ethics review : Preoperative do-not-resuscitate order-doing nothing when something can be done. Crit Care. 2006;10(4) : 219-222.

2. 誠然倫理議題向來沒有標準答案，每一個人有權力可以不認同上述文章之中的任何隻字片語，但是每一個人也有權利表達自己對倫理議題的意見看法，其空間與權利均應被尊重。個人很幸運，在過去臨床經驗上，並未真正面臨到術中 DNR 病人手術過程之中要不要 CPCR 的難題，但我看過許多 DNR 病人的麻醉術前評估會診，只有少部份的手術我會予以拒絕（盡量先與外科醫師溝通後再明確地拒絕掉），拒絕手術常是內心掙扎又左右為難，我也執行過許多術中 DNR 病人的麻醉，每個病人的病情都很複雜，充滿爭議又覺得非常容易造成醫療糾紛，這篇心得僅是疏發個人認知看法，分享個人的內心感受。

3. 尹奶奶的案例，是之前個人親身所經歷的臨床實境，近來私事紛亂雜踏，故對術中 DNR 這件事情觸感很深。我已盡量去除案例病人可供辨識之個人或家族特徵，以及變更轉換部份的臨床醫療環境背景，以免誘發

醫院同仁不必要之誤會聯想、或自行對號入座。

4. 麻醉科醫師收到這張會診單後執行會診，個人就此位 DNR 病人從理解病人醫療實際狀況、和家屬解釋會談後確認家屬意願想法、完成麻醉前評估、麻醉會診單電腦答覆、及麻醉同意書繁鎖的文書作業後（因為在得到全體家屬的最終手術決定之前，雖然未確認手術同意，仍必須先行完成相關麻醉文書作業，以免延誤常規手術之進行），總共花了 50 分鐘以上。醫療實務上，為了避免醫療糾紛或是往後可能滋生的困擾，針對這類爭議高的醫療決策，最好是能夠家庭全體成員（配偶及所有兒女）均簽署過，以妨

碰到居心叵測的家屬；感慨台灣現實的醫療環境實在是不允許臨床醫師能夠經常如此幹，國外文章固然用心良苦，對台灣現實的醫療環境而言卻陳義過高；這張麻醉會診單之管理經營工作積效甚差，大概只有得到會診給付區區百點健保點數，事後個人又未能將整個事件境緣演變看空放下，回歸自性清淨心，悟自耗時提筆贅述，此事禍福難料。

5. 最後詢問整型外科醫師的結果，尹先生兄弟們共同決定不做手術了，奶奶最終沒有進來手術房內做手術，四天後，在醫院病房平靜往生當菩薩去了，家屬們在她的人生最終階段得以陪侍身旁。就個人見解與基督信仰而言，這是幸福，而且福德圓滿。

從「神的病歷簿」看見 溫暖的解藥

單位・作者 / 門診・謝明秀

記得當我還是一位實習護士時，最讓我印象深刻的是家屬面對親人死亡前的抉擇。家屬求著醫療團隊搶救已走到生命末期的病人。雖然家屬已經簽立了拒急救同意書，但仍不捨失去親人的痛苦，選擇急救。那一種矛盾及衝擊深深的烙印在我心裡。心想當病人還清醒時，病人的選擇會是什麼？當一切狀況是突然且危急時，無論是誰，都將面臨一種莫名的壓力，在此情緒狀態下，作決定變成一件最痛苦的事。如果與病人及家屬談安寧緩和醫療或如何面對死亡，或許病人及家屬就不會痛苦或無方向作決定，病人可以尊嚴的面對生命的結束，家屬可以減輕遺憾或不捨。然而，當醫療處置與尊重生命在天秤的兩端時，我們該如何面對及選擇呢？生命的形貌是什麼？善終的意義是什麼？當生命在倒數時，我們可以提供什麼給病人？

「神的病歷簿」是一部日本電影，故事的内容是一位小鎮醫師名叫栗原一止，在平凡的小鎮醫院工作，卻有著熱血服務的精神，在一次前往醫學院支援門診時遇見一位渴望求生的病人，也就是劇中的靈魂人物～安曇太太。她是一位末期膽囊癌患者，無親人陪伴，因為面對自己的疾病而感到無助及孤獨。看門診後，栗原醫生為她寫一份詳細的病歷資料，讓安曇太太可以了解疾病的進展及可治療的方法，讓被醫學院醫師告知只剩半年生命的安曇太太，心中出現一道希望的曙光，燃起積極的求生意念。於是安曇太太放棄在醫學院的治療，選擇到栗原一止醫

師工作的小醫院求診。治療的過程中，栗原醫師對於病人的病情，誠實”告知”，希望病人可以更了解疾病進展及把握自己剩餘生命的時間。護理人員方面，感受到病人心靈層面的缺塊，適時的補上關懷與聆聽，除了給予生理及心理的照顧外，多了一份家人的呵護，希望她不要在治療的過程中感到寂寞。住院過程中，安曇太太因為腫瘤惡化造成大出血，栗原醫師建議她轉到大醫院治療，但安曇太太拒絕，因為她選擇信任的醫師及願意給她照顧的醫院，我想這也是她極少可以自主決定的部分，所以格外珍惜與堅定的表達自己的意願。

當安曇太太自己知道生命即將走到盡頭時，她與栗原醫師分享了家庭、故鄉、以及她在醫院所感受的一切，並且安心的交代醫師要將先生送的紅帽子一併帶入棺木，也將自己預立好的同意書交給醫師，希望栗原醫師可以照她的選擇，讓她尊嚴的死亡，劇中的安曇太太，讓我有一種感覺，就是「我準備好了」，於是，安曇太太穩穩的丟下這顆球，請醫師輕輕的接住，但，栗原醫師卻無法想像自己即將面臨的一切，醫療人員畢竟是人，在與病人培養出感情的同時，如何將專業凌駕於情感之上，是一大考驗啊。最後，安寧圓滿的活動悄悄在所有醫護同仁間籌畫著，推送著安曇太太至醫院頂樓，呼吸新鮮空氣、曬曬冬日的暖陽，一群早已守候的醫護同仁向前迎接，在那當下，暖流貫穿所有人心中，只有微笑、只有感謝、只有靜靜的讓一切永存於記憶中，在醫護人員溫暖

地陪伴下，圓滿及安詳的走完她生命的最後一程。

我在「神的病歷簿」看見行善之美。行善原則最能表現醫療人員價值的一個原則，又稱仁愛原則。當電影中安曇太太第二次找到栗原醫師時，他以為醫師會放棄為她治療，所以心裡感到徬徨及害怕。然而，栗原醫師感受到安曇太太的失落及無助，毅然決然答應治療他的疾病，雖然在他心中浮現一個無效醫療的念頭，但我想他心中對人的關懷，遠大於醫療有效無效的考量。對於安曇太太臨終的照護，醫護人員以家人般友善的方式溫暖病人的心靈需求。醫護人員簡單的陪伴問候，安排靠窗的床位可以遙望故鄉的風景，或是嚐一口記憶中丈夫帶給他的美味蜂蜜蛋糕，滿足的微笑，說不出的感動，讓病人心裡得到安全感及被在乎感。在現實生活中有很多的疾病沒辦法治療，但醫護團隊可以照顧病人的心，給予心靈的支持，寂病對病人來說將不再是孤獨或被遺棄的感覺了。

「生老病死，乃人生必經過程」，然而在台灣文化及保守的觀念中，談論死亡對病人及家屬是一種禁忌。早期一般人都覺得簽立拒絕治療同意書或安寧病房就是等於等死，醫院放棄病人，家屬放棄病人的錯誤觀念。面對生命末期，病人仍有自主權利選擇治療方式，及迎接生命結束的方式。藉由電影情節反思，身為護理人員，除了要提供專業照護之外，細心的觀察病人的想法及需要，提供臨終病人身心靈的照顧是很重要的，疾病需要用真的藥，但心靈需要的是心藥，心藥不容易取得，卻又隨處可得，端視您的用心與感受，感受病人的感受，用心病人的需要，心藥就產生了。如同電影的片頭文字「溫暖的心，才是真正的解藥」，希望每一位病人在生病時不要覺得孤單，家屬陪伴病人治療的過程中可以感到有依靠，讓生病，是一件不孤獨的事。讓每一個生命的結束可以盡”善”盡”美”的走到”終”點，而天使的羽翼，將繼續於人世間呵護所有需要的人們，永不間斷。

從一則三十年前的家族 安寧說起

單位・作者 / 中醫部・許惠菁

安寧醫療的概念在有志之士默默灌溉的近年，逐漸被「未知生，焉知死」的社會大眾列入考慮；然而，在而立成為主治醫師的當下，謹以此文獻給三十年前生下我，並勇敢面對癌症的原生母親——林婷婷女士。

母親是一位優秀的醫療人員，醫學院畢業時以前三名的成績申請到國立醫院並且深獲前輩栽培。父親是母親的醫學院同班同學，在父親服役的同時，母親先申請眷舍並且工作，一切朝著美好的未來前進。

在那個超音波產檢設備與判讀尚未發達的年代，聽長輩說母親懷孕時好幾次腹痛，都很擔心肚子裡的寶寶，於是趁著工作空檔商請院內相關超音波室同仁幫忙檢查胎兒，看到寶寶平安於是放下心。然而，大家都過度專注胎兒狀況，也沒將檢查結果請教當時婦產科學習判讀超音波照片的醫師，反而忽略了同時生長於腹部的惡性腫瘤正悄悄伸爪牙而來……。

因此，母親腹部的腫瘤被發現的太晚而錯過黃金治療期。剖腹生產後，天主教徒的母親在留給我的日記裡寫道：她同時深感當媽媽的喜悅，以及吃中藥、喝符水想求命運網開一面。

母親在治療的過程中曾歷經一次手術以及數次化療。然而那次的手術並沒有成功：主治醫師劃刀之後發現癌症已經擴散蔓延，到處都是所以只好又關起來。父親後來回憶，他與家人們當時在手術室外等候，發現手術時間比預期提早許多，教授級執刀醫師尚未明講，父親就觸動身為醫療人員的敏

感神經。

母親還留給我一篇懷孕時起草，生病中完成的論文抽印本。在那個沒有網路資源與電腦協助寫論文的時代，這篇文章我醫學院畢業之後好幾年才看懂。

叔叔說母親的主治醫師與家族耆老，考慮到母親是個堅強的女性，於是決定誠實以告來日無多。就這樣開始了母親的化療歲月與撐到我周歲的心願。在那個沒有全民健保的年代，母親還是台灣前幾個嘗試昂貴化療藥 Cisplatin 的患者。

母親在日記裡勉勵我不要自怨自艾，我會像所有小女孩一樣健康可愛；她還說聽到隔壁小女孩練鋼琴的聲音，相信我長大也會彈一手好琴。提醒我要像同事的喪親姪女一樣勇敢；要我作家事，不可嬌縱……。

父親說我的周歲生日在與母親剛買的房子裡舉行，很多疼我的家人們都來了。母親抱著我吹蠟燭又照了好幾張相片。而照片裡當時已化療多次的母親是那麼骨瘦如柴又那麼喜悅。

母親在幫我慶祝完周歲後陷入昏迷，時睡時醒的她只能靠著口含冰塊緩解那無法緩解的不適與憂心。有一個問題，我長大後想了很久，終於在某次和父親一起上山掃墓時開了口：「爸，媽過逝時你在作什麼？」

爸爸沈思了一會兒回答：「那個時候正忙著考專科…，有一次有一個很重要的演講，大家都說可能會有一些考訊，我想了很久，問你媽媽可不可以去聽一下？她說好。…等我回來的時候，醫院告知：你媽媽

走了。」

有一個與母親熟識的資深婦產科醫師後來勉勵我：每一個醫師都不會忘記自己漏掉（miss）的病例。他們在我母親的事件發生後，把母親懷孕時照的超音波片子又拿來重新檢視、判讀並且作了檢討。不過前輩說：有時候命運也說不準，如果當年早一點發現母親肚子裡的腫瘤，一定建議終止懷孕並且全力治療。那也許就沒有今天的我了。

原生母親在過逝時還沒三十歲，然而

我問我自己：我活著的這三十年就算比不上母親，但是否庸庸碌碌不知人生的方向？母親尚且能以正向的態度面對絕症，我的人生是否被突如其來的挫折抵毀了希望？

謹以此文，獻給我天上的原生母親，獻給每一個正在與病魔奮鬥的人。治療的時間有長有短，疾病的預後有好有壞。母親因為肚子裡的腫瘤辭世卻保住了我。上帝關了一道門，必定開啟另一扇窗。

來到義大醫院工作十年的心得感想

單位・作者 / 麻醉部・鍾佩汝

初次來到義大醫院報到，映入眼簾的義大還是矗立在四周都是荒煙蔓草的一棟龐大建築物，沒看到規劃整齊的停車場，沒有美輪美奐的噴水池，只有土黃色的灰塵在炙熱的豔陽之下隨風飄揚，陪襯著穿梭不停的工程車來回奔忙，朱銘先生的太極拳雕像那「單鞭下勢」的功架都還沒拉開，只有頂樓招牌上四個大字明白的告訴你這裡是義大醫院，雖然義大給人的第一印象有點突兀，與四面雜草叢生的荒地和一畦畦的瓜田比較起來景像也不搭，這樣一片荒涼的外表讓人很難想像，我將在這裡伴隨著這間醫院展開學習與成長的漫長路程，收拾起這樣疑惑的心情穿越那還帶點雜亂的醫院外部，踏入義大的內部瞬間一盆冷水又從頭頂淋了下來，四處工人穿梭來去，電鑽聲此起彼落，刺鼻的粉塵迷濛難辨，很難與現在有如飯店一般的豪華裝潢，地板光亮如鏡的畫面連結在一起，就這樣帶點訝異與不安的心情，我開始了在義大醫院麻醉學員訓練的生活，剛開始的受訓日子裡口罩隨時都得帶著，因為施工中的粉塵總是到處飛揚，伴隨著噠噠的馬達電鑽聲與敲擊聲、、、等，早上上課實習下午做文書、貼標籤，為了迎接病患的來到無論是醫院裡趕工的工人或是醫院員工都是卯足了全力做好萬全的準備，這是在義大最有感觸的一段時期，當時看著紊亂的大廳、開刀房、辦公室，文件、檔案一一歸位，儀器、衛材也慢慢補充完善，那時無論是護理長、學姐還是學員，大家胼手胝足合力將整個開刀房建構完成，心中著實有著不尋常

的感動。隨著受訓的時光向前邁進，院前的噴水池蓋好了，奔馳的工程車不見了，沙塵瀰漫的環境披上花草樹木，內部裝潢沒有一絲醫院該有的冰冷，更沒有刺鼻的藥水味，加上還沒有病懨懨的病患穿梭的身影，乍看之下還以為來到哪間大飯店，於是太極武者也拉開架式象徵著醫院終於開始邁開它的步伐前進，義大醫院終於在全院的努力之下開始營業運，慢慢的邁開它前進的步履，一晃眼就是十年，「十年」是該以短暫還是漫長來計算它呢？畢竟它包含了我出生至今人生的三分之一！

義大醫院是一間座落於高雄燕巢鄉下的醫院，斗大的「義大醫院」四個大字在國道十號上便能清楚的看到，雖然地處偏遠卻有頗高的知名度，許許多多的電視明星都曾出現在這裡，他們有的來拍戲有的來求診，甚至有名的美國大聯盟球星也都來過；來拍戲是因為這裡有著完全沒有醫院氣息的華麗裝潢，來求診是因為這裡有許多台灣各科醫療的權威醫師，當集團買下職棒球隊的義大犀牛後，醫院的曝光率更高了，時常都能在電視新聞畫面中看見醫師接受訪問的情景。在這裡學習技能充實自己，也在這裡工作謀生，看著醫院草創時的艱辛，由寥寥無幾的求診病患到如今的天天滿床，地下室的美食街清楚的呈現出醫院的成長，原本稀稀落落的用餐顧客，到現在用餐時間的一位難求，入門大廳裡悠揚的琴聲伴奏曲陪著是川流不息的人潮，掛號、批價、候診室也是時時人聲鼎沸，在這樣偏遠的地方有這樣的成績真

的令人有些驚異，醫院經營的成功端賴院內所有人的努力，雖然對於員工來說醫院或許是自己求職之地，這幾年在義大的工作生涯也看著許許多多同事、醫師、學姐、學妹來來去去，但與其將這所醫院視為工作場所，我寧願將它視為一處讓各處遠道而來船隻停泊的港灣，因為義大醫院它讓我有一份穩定的收入沒有動盪沒有不安，還有鄉下地方濃得化不開的人情味，在醫院不停的擴充規模的同時我選擇繼續陪伴它走更長久的路。這段期間完成了麻醉護理師的課程，也利用下班時間繼續完成了大護的學歷，參加了各式各樣有關護理及麻醉相關的學習課程，積極的參與各種狀況演練，為的只是能更勝任這份工作，醫院一直朝著教學醫院的目標前進，在每一次的評鑑後，除了人仰馬翻的動員外，它能让醫院了解缺失進而改善，那身為護理人員的我們就得更精進自己的學識與技巧來配合醫院的進步，這就是我想表達的與義大一起成長的意義。

眼看著另一棟醫學大樓由動土到大樓雛型的出現，就像是開院前的情景再度浮現，怪手挖出的大坑洞，綁牢鋼筋灌入水泥，為的只是打下堅實的地基，鋼骨結構隨著時間的轉換，一層一層的增加那雄偉的高度，一棟新的醫學大樓正緩緩的建構而成，但它並不會憑空而生，它需要所有的人力、物力一步一腳印慢慢的建構，就像鋼筋要加上水泥，鋼骨結構需要小小的螺絲釘來拴緊每一個環節，就如同醫院裡出資者、經營者、醫生、護理人員、工務組、清潔人員，每一個人克盡職守環環相扣，有人扮演鋼筋水泥有人成為巨大的鋼骨，但哪怕自己是一

顆小小的螺絲釘，都是能拴緊這間醫院不可或缺的角色，義大醫院成立至今院長從溫文儒雅的陳宏基院長換成霸氣十足的杜元坤院長，有其變但也有其不變，變的是建了新宿舍、新的停車場、蓋了新的醫學大樓、從每一次的醫療檢討增訂了新的準則；但不變的就如大廳與各樓層地板永遠光亮如鏡、也如同新開院時一般聞不到半點刺鼻的藥水味，義大醫院一直在蛻變而自己的身分也從受訓的學員變成訓練學員代理授課的學姐，身分的轉換並不會轉換自己的心境，就如同從開院後一直留在義大打拼的學姐、學員們，親眼看著她們對這醫院付出自己的青春歲月，卻永遠的保持著對麻醉工作的熱誠，我們想讓這一份對麻醉護理的熱誠純真傳承下去，總是在訓練新學員時除了傳授知識技能與經驗傳承外，也讓新進學員了解尊重病患和視病如親的醫德倫理，能體貼病患即將開刀時不安的情緒，哪怕是一個細微的禁聲與微笑都是一種感同身受的表現，畢竟在開刀房的工作並不是如此簡單，當醫師劃下手術刀的同時病患的生命就掌握在我們每一個人的手中。

時光荏苒好像進入高速鐵路一般，自義大開院來此工作已經有十年了，雖然戰戰兢兢於工作上，但犯錯疏失在所難免，有美好愉快的經歷也有困窘難堪的體驗，對於義大醫院的情感它就像避風港一般，勿論外界如何紛紛擾擾，踏入它的羽翼之下就是一種安和寧靜，若問我對它有要求嗎？我會說：「對於護理來說經驗是難能可貴的，義大你是否願意多看一眼陪了你許久的我們呢！」

看不見的力量 — 護理專業

單位・作者 / 外科組 APN・蔡佩純

近日，鄉民代表掌摑護理師的新聞話題，不論在電視新聞上，網路發燒議題裡，都隨時可見新聞媒體、網友及各個醫護聯盟團體，對於此事件表達不滿與撻伐。在輿論的壓力下，鄉民代表不得不出面在大眾及媒體面前，下跪道歉。然而，在群眾及網路的效益下，大家看到了一幕下跪道歉的戲碼，戲碼的背後，仍然潛藏著對於護理專業的質疑及否定，這一點，才是台灣護理界的各位同仁們，需要更去重視的長遠層面。

自二十年前，我選擇了專科護理學校唸的開始，家族的親友就議論紛紛，在當時，家族的人就認為：「護士？護士不過就是量血壓、打針包藥的小姐」、「護士，不好吧，把屎把尿的工作耶，高級女傭」、「護士呀？我女兒以後如果不會唸書，我就讓她去唸護理學校，至少畢業後，找個醫生嫁了」……，二十年前，這些話我都聽過。

而二十年後，我在護理界工作了十六年，在護理的領域裡也水深火熱的過了十六年，我發現，我的工作根本不只是量血壓、打針包藥、把屎把尿，我發現如果要在大型的醫療醫院生存，仍然要不斷的進修，然後，更尷尬的是，也沒有半個醫生要娶我。

這二十年來，我從懵懵懂懂的護理學生，到如今的專科護理師一職，我參與過無數次的急救過程，經歷過無數次的生離死別，更見證過護理專業課本中，非護理專業領域人士，永遠無法理解體會的護理問題，如「哀傷過程」、「焦慮」、「絕望感」等

等，那些非常虛無飄渺、感受性的護理問題，外加一些實際性的醫療問題處置，就是所謂的「護理專業」。舉個例子來說，一位只因頭痛住院的年輕新婚女性，經專業檢查後，發現是肺癌併發腦轉移，所剩時日不多，當醫師把家屬叫到病房門外，宣佈完噩耗，便拍拍家屬，繼續下一床的查房工作。這是在台灣各大醫院，忙碌的醫療生態下常見的狀況。然而，在醫師離開後，獨留護理師面對著惶恐至極的家屬，他們將會有很多無法預期的反應，有可能對著護理師大聲咆哮、放聲大哭，更有可能一直重複地問問題，然後在病人稍有不適的主訴中，要耐著性子安撫家屬和照顧病人。還要在紛亂的情境中，無時無刻觀察病患的疾病變化，並執行多如鴻毛的常規護理業務。甚至當家屬一個接著一個前來，並分別要求找醫師出面解釋病情時，總要面對醫師無法即刻前來，家屬焦急逼迫的壓力。這些工作項目，並非一個未受過專業訓練的人做得來的，這就是在大多數民眾心裡，一片模糊的「護理專業」。

在台灣醫療圈工作的這些年來，護理師的工作，其實是極度廣泛的，就是因為照護的範圍必須顧及全面，涵蓋了病人的「身、心、靈」，有時相當關鍵但卻又無形，讓民眾們容易模糊了護理師的工作範疇，認為所謂護理師，就是要滿足所有住院時的要求，認為住院就是要被服務，事實上，那是錯誤的認知。這個錯誤的認知一旦改變，才能讓護理師的專業，更加突顯及受到尊重。

在鄉民代表掌摑護理師事件中，最終

以下跪道歉來結束，但是在這一跪，卻再度跪出了對「護理專業」的質疑。一句希望別因為這個事件而影響了對病人的照護，深深切切的再度對「護理專業」惡狠狠的刺上一刀。很明顯是再一次挑戰「護理專業」的韌性，對於「護理專業」的尊重及信任幾近於零。而事實上，在臨床的護理師們，他們工作在什麼事都可能發生的環境裡，仍然是一概以病人為中心來進行照護工作，這就是所謂行之無形的「護理專業」。

事件過後，護理師們依然在忙碌的臨床工作中接受挑戰，而鄉民代表在道歉之虞，卻轉個彎再度對「護理的專業性」投出一顆震撼彈，此時，我們更需要深刻的省思，為何護理明明是專業性十足的工作，卻一再的遭受質疑與羞辱。如何更加突顯「護

理的專業價值」，是所有身在護理界的同仁，需要一起努力的目標；如何在台灣社會中，爭取對「護理專業的認同」，更是在這個事件中，應該把握的契機。讓大家更清楚看到真正的「護理專業」，進而獲得更多民眾對護理師的尊重。

期許各位民眾能夠更理解醫護現場每一分珍貴的人力，需要根據專業評估輕重緩急做最妥切的分配及處理，並且一致的期待病人得到理想的照護。如果民眾能夠建立這樣的認知，相信將能避免在家人病重之際，與護理人員發生不需要的衝突，而能與醫護人員合作，讓家人獲得更妥當的照顧，也能使仍在臨床奮鬥的護理人員，從工作中獲得更大的成就，更能無私的為病患付出。

脆弱的背後，擁抱的感動

單位・作者 / 健診・徐秉家

單人房，在醫院的設備是特別且高級的，有著如同套房般獨立的空間，相對的，住在裡面的病人，有著一樣特別的身分；而照護單人房的護理師，也要有著特別的準備，具備微笑、有禮、服務的熱忱，和一顆強壯的心臟，迎接這樣特別的病人。

一早上班看了一下自己的工作區域，涵蓋著單人房區，魚貫式的開始準備工作，也開始了忙碌的一天。單人房，女姓病人，年約 45 歲，診斷：胃腸道出血、右乳腫塊；從入院起就沒有家屬陪伴，偶有零星一兩位友人探訪，夜間都是單獨一人。每次要走進單人房時，總會不自覺的深吸一口氣，在這幾天的照護中，病人每一次的開口，總覺得有如仙人掌的刺般，讓人感覺不舒服，總以命令式的口吻，請我去拿東西，雖說自己是醫護人員，卻也必須先作一些心理準備，但，也許是疾病的關係吧！那天，一如往常走進病室，向病人問候一聲，依舊沒有太多的回應，我慣例的執行常規照護工作著。沒多久醫師進來查房，向病人解釋這次乳房切片的結果，是良性的，但還是必須再進行一次手術，病人點點頭沒再多問。站在一旁的我，看著病人的表情，在那當下她似乎沒有太大的情緒反應，我心想，還好是良性的，病人應該可以安心了。做完治療，往下一床病人前去，正在準備藥物時，眼角餘光發現病人獨自默默地走出病房外，朝我走來並開口說道：我要去地下室買早餐。當時我並沒有太多的想法，只回答好，繼續推著沈重的工作車在各病房間穿梭走動…忙著常規治

療：給予口服藥、傷口換藥、管路到期更換，抗生素的注射等工作，陷在我忙碌的工作情境中，無暇思考太多。

中午，要幫病人換藥了，深呼吸後走進單人房，雖說是一個在右乳小小的切片傷口，但因為病人的特別，我提醒自己動作要更輕柔、更小心，不想弄痛她而增加不舒服的感覺。掀起衣服，拆開紗布，輕柔的處理著傷口，忽然間感覺到她身體有些小小的抖動，我心裡想著：『慘了，該不會弄疼她了吧！』我緩緩地抬起頭，刻意壓低自己的聲音，輕聲問著病人是不是弄痛她了，沒想到，在抬頭的瞬間，我被眼前這畫面狠狠的震撼住，她搖搖頭…脹紅著臉，淚水悄悄從兩側臉龐滑落，猶如鬆開的水龍頭，無助卻又放肆地哭泣著，望著她的眼神中佈滿惶恐和害怕，她開始哀求著老天爺再給她一些時間，她有好多話還沒說完，有好多好多事情還沒完成…，那當下，我以為是錯覺，因為病人從未跟我聊過私底下的生活，遑論在護理照護之外的言語，而她卻在此刻，傾洩而出內心的情緒，完全在我面前潰堤。

很少在單獨的環境裡和病人相處的經驗，當時我自己心裡也慌了，但畢竟不是初出社會的我，在下一秒鐘心裡傳來聲音馬上告訴自己，我不可以驚慌，我是一位服務病人的護理師，我得拿出自己專業的一面，沒遇過突如其來的悲傷，尤其是面對不擅長於言語安慰的我，的確是個難題，我告訴她我自己的感覺，我告訴她看見她這樣哭泣我很難過，也瞭解她的感受與脆弱，我要她堅

強、勇敢，甚至告訴她發生在我自身的事情，其實我們還擁有很多，我們一直都很幸運，我們…要開心地過每一天，一股腦的，我也滔滔不絕的跟她說話，不知道哪裡來的勇氣，一向不喜歡過多肢體上碰觸的我，在面對她的當下，我展開雙手，環抱住她瘦弱的身軀，任由她放聲大哭，淚濕我的制服，我忍不住眼眶跟著泛紅，同樣身為女性，能夠瞭解她的心情，雖說是良性，但在疾病的壓力下，仍讓人失去了平日的鎮定，我是真的心疼她的遭遇，也許有著更多嚴重的病人，但在此刻，她是我的病人，一位需要被扶持的人，我能盡力做的已經不是醫療或護理，而是簡單的陪伴與支持。如果我自己和她的角色互換，也許我會更需要這樣的力量給我，只因代表著女性的象徵，一點點差錯，都會是令人無法接受的震撼彈。

午後，她在病房外看見我時，給我一個淺淺的微笑，一個安心的笑容，這樣的人、這樣的事令我感動…我知道她的心情平復許多，我知道她比我想像中勇敢許多，我知道她內心很清楚接下來的方向，我知道我

無須再過擔心，因為她有了力量，可以支持她繼續走下去，只是在我心裡，烙下這段記憶，心疼她的際遇，卻也掛念，期待她擁有堅強的羽翼，繼續邁向下一階段的人生，我在心裡為她祈禱著。

醫護倫理永遠在談自主、行善、不傷害、公平正義，在護理工作中，每天的病人巡禮，親切問候，正確核對藥物，提供衛教指導，安排檢驗檢查等工作，瑣瑣碎碎的事情，只希望病人早日康復。但，忙碌讓我們忘了心靈也會飢渴，在突如其來的衝擊下，才發現那個內在的自己，原來也是如此的情感豐沛。我在病人的淚水中看到自己的壓抑，壓抑內心對家人發生意外的哀傷，在那當下，病人與護理師間，似乎在彼此支持，相互呵護，護病間的關係融為一體，在我眼中看到病人的堅強，卻也在我的心靈裡，看到自己的茁壯。這對天使的羽翼，有著使命般的任務，一站又一站的飛翔，在每個脆落的背後，給予完整的擁抱，悄悄的提供堅強的胸膛，收集淚水，憾動心靈。