

醫學倫理 寫作競賽 2019



醫學倫理寫作競賽 2019

- 
- 
- 03 **第 1 名** 善與不捨的角度 | 安寧共照小組 · 廖儷娟
- 06 **第 2 名** 老師，你可以當我的教練嗎 |
復健科 (癌醫) · 侯傑議
- 08 **第 3 名** 老衰死 | 電子病歷科 · 方明達
- 10 **佳作** 我要為你呼吸 | 放射腫瘤科 · 杜仁惠
- 13 「醫學院沒教的一課」讀後心得 |
癌症中心 · 駱重鳴
- 16 人生的畢業典禮 | 核子醫學科 · 郭彥伶
- 18 離開時，以我喜歡的樣子 |
社區醫學科 (癌醫) · 吳婉甄
- 20 醫生救人天職與病患自我意願的拔河延長賽 |
醫事課 (癌醫) · 蔡容舫

善與不捨的角度

單位・作者 / 安寧共照小組・廖儷娟

急診一位 60 多歲女性肺癌轉移肺，想要尋求安寧資源，接到同事打給我的電話，如往常般到急診看病人，剛看到朱阿姨時，先生雙雙手握著朱阿姨的手，阿姨虛弱無力的躺在床上，向阿姨表明身份後，她開始移動她的身子稍稍坐起來，告訴我她想要舒服，她不想進行任何癌症治療，說完先生馬上跟她說妳不要想太多，先處理妳不舒服的症狀，嗯 這是歷經一系列癌症治療的病人與家屬常有的對話及場景，但這些對話及場景，背後總是有她們的故事及理由，因此當下告訴病人：阿姨，您我先幫您腹部按摩讓您舒緩，您較舒緩，我們再好好的說，好嗎？

隔天阿姨轉到病房室，見到阿姨時看到正罵著先生說東西為什麼煮那麼差，讓她吃沒兩口就吐，然後隨即阿姨拿著塑膠袋狂吐，先生沒有回應，只是默默的陪著阿姨，輕拍著背部，希望可以讓阿姨好受些，然後握起阿姨的手，壓住內關穴告訴先生，若阿姨想吐的時候可以按壓這裡；這時阿姨說「她好痛苦好痛苦，直說她服用標靶藥物真的很不舒服，為什麼大家都要叫她吃？」此時我看著先生，告訴阿姨先休息，之後再討論；然後先生隨即說他與阿姨的故事。

阿姨是一個傳統的家庭主婦，負責照料先生與一對子女所有的一切，而先生是在公家機關人員退休，因此月退俸讓他退休生活不愁，而子女也非常乖巧聽話長大出社會後皆在國外工作，阿姨大半輩子都是為家人

付出，從來沒為自己好好享受人生，因此先生想要帶著阿姨好好出國享受退休的生活，只是這個願望在兩年前阿姨罹癌後就破滅了，這段期間阿姨一直不斷地化療，吃標靶，直到今年已有癌症轉移的情況，醫療團隊告知阿姨及先生仍有藥物可以控制癌症，先生很捨不得阿姨時日不多，因此先生希望阿姨能夠持續好好配合治療，但是阿姨直說不要，醫療團隊不斷勸說只要忍耐一段時日，等待藥物代謝掉，不舒服的狀況就會改善，但是她一直說不要；聽到她說不要，我們真的很難過很難過.....

沒多久兒子來到醫院，訴說為了媽媽，他與妹妹相繼辭掉國外工作，回到國內做比國外少一半的薪資的工作，但為了媽媽，他願意這麼做，因為知道與媽媽相處的時日已經不多了。

兩天後阿姨的症狀緩解許多，慢慢道出她的辛苦，她知道家人為了愛她，願意陪著她一起度過這些辛苦，但是阿姨覺得一路走來都是為別人在生活中，如今面對病苦，毫無猶豫的會選擇勇敢面對，但是勇敢的面對，終究未能阻擋癌細胞的擴散蔓延，曾看過辛苦的父母親也是歷經癌末持續治療的結果，阿姨開始告訴家人，她無法承受這些辛苦，不斷嘔吐、厭食、全身紅疹以及手腳痛癢，還不時感覺吸不到空氣，所以不要再逼她持續做癌症治療，只要好好過好這段日子就好了，因為真的很痛苦，所以她也簽立好不插管急救意願書，因為她怕家人為了要延

長她的時日而讓她再接受痛苦。

幾天後阿姨回家了，一星期後接到兒子的電話，告訴我「媽媽很痛苦，也服用回診開立止痛藥，但未有改善」，所以當下我再衛教兒子止痛藥的使用，並希望阿姨可以返回急診再好好處理症狀，但此時在電話那一頭，聽到阿姨嘶喊卻無聲的聲音表示她不要回診，兒子才說出院後的回診，家人仍希望阿姨能控制癌症，所以讓她回診後打了化療再回家，不到 3 天阿姨就開始全身不舒服到現在；聽到這裡，問兒子看到媽媽的辛苦，兒子說「其實我知道她的痛，但是我沒辦法改變爸爸的堅持，所以才想要問護理師妳是否可以讓媽媽一次吃多顆止痛藥或是安眠藥讓媽媽睡著，因為睡著了才不會感受痛苦」，此時我沒有同意，只說希望阿姨能回醫院，因為或許阿姨有其他的狀況需要處理所以才會服用止痛藥沒效，兒子這才說他會盡量說服媽媽回醫院。

兩天後阿姨又再度返回急診，因為感染，這時看著阿姨半坐臥不斷冒冷汗喘息，先生及兒子疲累的神情，真的很心疼，所以幫阿姨不斷按摩全身、舒緩情緒、搧風降低呼吸不適感……，此時兒子說「我只想讓媽媽睡著就好，其他無謂的治療都不需要，抗生素治療也不要，因為這樣痛苦的延長日子，我真的不要」，但是先生卻說媽媽這一次是感染，所以感染控制好了，不舒服的狀況就應該會改善；此時阿姨雙手開始搖晃床欄，斷…斷…續…續…的說出「不……要……治……療……感染」。先生看到阿姨的回應，突然跑到病室外難過的表示「為什麼她要放棄這一切？放棄我們大家？我也不要她變成這樣，我只是想要她活久一點，難道這樣錯了嗎？為什麼她不懂我的難受？」此時沒有回應

先生的疑問，只是輕拍先生的肩膀握著先生的手說「知道您們是因為愛她，她也愛您們，所以聽您們的話，但阿姨現在真的很累很辛苦，因為這些痛苦是阿姨在承受，所以，試著去理解阿姨的話語，然後陪著她，我們盡量再舒緩她的不適，好嗎！」。

回到自己團隊內討論著這個阿姨的過程，詢問著如何緩解阿姨的症狀時，醫師卻告訴我她的症狀很難控制下來，因為在門診化療劑量對她整體評估上來說並不是恰當，因此現在病人承受很大的痛苦，即便加重止痛藥或是其他藥物，也必須等待化療藥物的代謝才能症狀緩解；加上又有感染也需要控制，所以這段時間病人會很辛苦很辛苦，因此要符合家屬的期望，必須是等待化療的代謝及感染控制完全；但若是要符合病人的期待，則是轉至安寧病房做症狀控制；所以是看要符合家屬的期待？還是符合病人的期待？並不是會診安寧團隊，病人的狀況就可以緩解，有時候天時地利人和缺一時，會難以圓滿及善終……

回到仍呼吸喘息不停的阿姨旁，替阿姨不斷按摩頭部及擦著汗，阿姨頻說她不要打抗生素，陪伴的兒子也說不要打，但是兒子表示爸爸有可能不同意，因此需要再問問，而後將這幾天接觸阿姨及家人的狀況與原團隊人員說明，換得來的一段話「感染可以控制，為什麼不要控制？會診安寧不是要控制病人症狀嗎？為什麼病人說不要控制感染我們就不要控制嗎？」此時的我沒回應，只告訴原團隊人員說我只是轉達病人家屬的想法，而無法說出病人痛苦真正的原因。

隔日先生告訴我原團隊醫師仍要持續為阿姨做感染控制才有機會做癌症治療，先生也覺得很有道理所以同意了；不久兒子來

電表示他無法接受爸爸的決定，所以這段時間會由爸爸照顧陪伴媽媽，因為他知道媽媽仍持續痛苦著，所以他選擇少去醫院，回到病室繼續看著辛苦的阿姨及無力的先生，腦子內不斷纏繞當初我們醫師說的「天時地利人和缺一時，難以圓滿及善終.....」，也因此在這過程中，看著病人痛苦也是學習的功課之一.....」。

按摩、擦汗、薰香、搧風、陪伴以及傾聽是我們團隊人員每每看阿姨必做的事情；漸漸地阿姨開始意識不清，幾天後先生疲累的神情看著我說，「我們可不可以不要再拼感染了，我好後悔，為什麼讓她這麼辛苦，現在該怎麼辦？我真的沒有想過她會這樣痛苦」，看著無助難過的表情，握著先生的手，告訴他您辛苦了，也盡力了，不管阿姨如何不悅，您都默默陪伴她，您真的很愛很愛她；這時先生大哭不能自己好久好久...

幾天後阿姨過世了，在最後 2 天中，因為意識昏迷，阿姨沒有辦法說不舒服，在先生兒女們以及其他家屬的陪伴下，平安的在家留了一口氣走了，幾天後先生及兒子因為處理行政作業事宜回到了醫院，兒子說媽媽走的很平靜，終於讓他們在那當下心中有

所安慰，感謝我們團隊人員給予他們的陪伴及支持，然而卻沒辦法再去與原團隊人員再次接觸，見到先生頻搖頭說不願意再見面打招呼時，那時有很深很深的感嘆.....

醫療環境中常常在用倫理四象限在看待每一位病人個體，但是在自主原則中，看不到這位病人的自主而是家屬及醫療團隊的自主；在行善原則中強調要做對病人有利或有意的善事，或積極地為病人謀福利，是醫護人員根本的美德，所以選擇了認為對病人有利的決定；只是面對人的治療，不同的變化及階段，不是自以為是的專業可以真的幫助到病人，往往有時候自己的不足而不自知的情況下反而間接傷害到病人，在從事臨床 10 多年後看見人事無常，生離死別，慢慢體會何謂傾聽及同理，有時候不說出真正原因是為維護醫療之間的和諧；在照顧病人過程中，【給予】不見的是真正對病人是有利的，或是病人所需要的，多些真正的傾聽及同理，才能知道真正的【需要】；以前我們被教育希望好好的救活病人，但是面對末期病人，卻是希望好好的【善終】，因為家屬們看到病人的善終，才有辦法好好的【善生】，好好活下來。

老師，你可以當我的教練嗎

單位・作者 / 復健科 (癌醫)・侯傑議

人生沒有標準答案，你的選擇，就是答案。

我從事物理治療師即將滿 20 年，在醫院裡病患常稱呼我老師，「老師好，何時我可以練站？何時可以教我走路？」，這是我上班中最常聽到的一句話。現今醫療上，除了醫治疾病，如何透過復健治療提升患者的生活品質及身體功能，物理治療師在醫療團隊中顯得格外重要。物理治療 (英語：physical therapy，簡稱 PT)，是以一種預防、治療及處理因疾病或傷害所帶來的動作以及疼痛問題的醫療專業。身為復健人，雖已超越不惑之年，每天依然推、拉、抬、舉的協助病人執行復健運動，樂在其中。回想這些年的職場歷程，從早期像科學家似的專注在追求新知，學習技巧。然後技術逐漸純熟，創意力十足，自我感覺良好時，自認是個工藝家。隨著年齡的增長，歷經人生的甜酸苦辣，很多過去所堅信的原則，如今不再是標準答案，對人事物有著哲學家般的思維。

三年前，那天應該正處於生命最最躍動階段的他，卻躺著病床送進運動治療室。一如往常地按照標準流程確認病人身分、評估測試、依據結果設定短長期目標、擬定復健物理治療計畫。在詢問病史時，得知就讀高一的小義 (化名) 是校內舉重隊員，在某一次颱風過後，學校有大樹被吹斷，校方看舉重隊，力氣大，就找他們幫忙搬樹清裡，結果小義一不小心摔倒，被大樹壓傷導致第

9 節至 11 節的胸椎完全截斷，腰部以下完全癱瘓、動彈不得，雖被緊急送醫進行脊椎手術，及時挽回一命，但因脊椎神經嚴重受損，大小便失禁，生活無法自理，醫師宣布下半輩子將無法再走路。小義自小父母離異，阿公阿嬤扶養長大，才 16 歲的他，參賽多次奪得獎牌、夢想成為舉重國手，在傾聽得當下，也正想著該如何鼓勵他保持有信心、有恆心、有決心來迎接復健過程不適的挑戰時，外表成熟的他說：「我只希望可以再站起來」。

「再站起來」對於完全性下胸椎脊髓損傷的病人而言是需要奇蹟，對小義而言，早期物理治療以保持四肢關節活動度，未受影響的肌肉肌力和心肺功能及耐力相當重要，教科書提及截癱 (paraplegia) 患者以訓練上肢和軀幹肌肉力量為優先考量，後續則以功能訓練為主如：翻身、抬高臀部、練習平衡、長腿支架固定下行走訓練、控制肌肉張力含降低肌肉痙攣、身體重心轉移、移動功能訓練和輪椅使用訓練等等，此外，脊髓損傷的病人會因為尿意過度滯留造成自主神經失調急性發作，出現高血壓、心跳減慢、頭痛等可能致命的現象。於是，我將上述治療原則及相關禁忌謹記在心，這樣的治療持續了三個月，小義適應了殘餘肌力對週遭事務的互動性。有一天，無意間發現在新聞報導寫著這樣的記載如下，.....心急如焚的阿公阿嬤，帶著他求助有執” 脊椎神經顯微重建手術” 之牛耳的杜元坤院長，院長拍

胸脯保證，「我可以再讓你站起來，繼續完成未竟的夢想」，但其父卻不同意兒子開刀，並覬覦社會愛心募款，由於黃金治療時期僅 3 至 6 個月，為爭取救治愛孫的時效，阿嬤不惜與兒子大打監護權官司。地方法院法官實地赴醫院明查暗訪，不到 2 個月就將少年的監護權判給阿嬤。據阿嬤得知，原來樂觀進取的小義有這麼一段失去童年親情的不快樂歲月。所幸，在超級顯微神經重建手術的加持下，病人的脊椎接神經，而有血液循環的神經生長快速，趁肌肉還未萎縮前，神經可長到支配下肢肌肉群處，這般尖端技術使得癱瘓病人可重新再站起來。陪伴著小義從急性期的保守復健、神經再生術後復健、可穿戴長腿支架行走的歷程、考大學學測的準備段等，我一直是他的物理治療師，我更扮演心靈導師般的人性關懷、感性訓練，而今已是大一新鮮人的他，依舊不變的是，還是每周固定三次到運動治療室找我報到。有一天他突然帶著靦腆的笑容問我：「老師，你可以當我的教練嗎？」，原來，他想要參加全國身心障礙運動會的「健

力」比賽。我一口答應了他的挑戰，因為我將要藉運動競賽，鍛鍊其意志，翻轉人生不被命運束縛，當作自己人生職涯 " 下半場 " 的使命。

小義的「殘而不廢、奮發向上」的精神，讓為師省思「全人照護 (Holistic Health Care) 」醫學教育的重要性，不僅強調生病前要提供正確有效的預防方法、生病時要提供以病人為中心之醫療照護，同時也強調生病後要有正確、有尊嚴的復健及支持。因此，「全人健康照護」所秉持的照護病人時，應該把病人視為整體，而不是分開為部分；並以病人的需要，包括生理、心理、靈性以及社會各方面看成一個整體性，尊重以及反應病人的需求、價值以作為所有的臨床決定之導向。更啟發我在帶領實習生或新進人員醫學教育訓練時，在訓練內容的規劃，可針對「提供生理上的舒適」、「提供心理情緒上的支持」、「瞭解社經環境的需求」、「提供靈性照顧」等項目進行課程架構。

老衰死

單位・作者 / 電子病歷科・方明達

書籍介紹

老衰死：好好告別，迎接自然老去、沒有痛苦的高質量死亡時代

作者：NHK 特別採訪小組

譯者：江宓蓁

出版社：三采

出版日期：2017 年 06 月 09 日

語言：繁體中文

某日的一個偶然，在圖書館「新書推薦」書櫃，我被一本名為《此時星光，彼時月光》新書吸引住目光。正因為它的書名與我曾聽聞的一句閩南語俗諺：「有時星光，有時月光」相仿，如此機緣勾起了我的閱讀興味。同時，透過這本書的作者自述，也讓身為醫療人員的我深刻體會「有效的醫病溝通深植於同理心」的道理。

《此時星光，彼時月光》是一本了解躁鬱症與如何療癒的書，也是勵志書，更是帶來社會溫暖與愛的好書。書中作者詳述自己發病過程、心境轉折、住院紀實、承受的壓力與痛苦，以及對生命的疑問與體悟。它的書名的確改編自「有時星光，有時月光」閩南語俗諺，俗諺原意為：夜空中有時只有黯淡的星光，有時則是明月當空，就像生活偶然不得意，但只要用心，默默耕耘，好的日子終會到來。《此時星光，彼時月光》書旨同樣勉人不要灰心喪志，強調了：即使現在正處於只有點點星光的黯淡夜晚，但只要我們願意相信、願意拉緊生命出現過的人的手，苦盡終會甘來，月光照亮夜空的燦爛

情景終究會出現。

其中，作者所謂的「願意相信、願意拉緊生命出現過的人的手」，那一雙雙出現過的溫暖的手，來自於摯愛的親友，以及漫長療程中遇見的醫療人員。

印象中所學到「醫學倫理」提倡「自主 (Autonomy)、行善 (Beneficence)、保密 (Confidentiality)、不傷害 (Do No Harm)、正義 (Justice)」等原則，均以醫療人員之視角詮釋「醫病關係」。上述幾大原則誠如標竿般，指導我們對待療程中的病人，須保有何種態度與採取哪些行動。《此時星光，彼時月光》一書則帶出迥然不同的「醫病關係」詮釋視角——病人視角。書中，有不少章節鉅細靡遺記寫，面對醫療人員的言語及行為，作者當下的反應或感受。讓我了解到，身為醫療人員對待病人時，除了專業理論，還要懂得善用同理心——同理病人的內心狀態。

「同理心」是正確地接收對方的內心狀態，體察附屬於對方內心狀態中的情緒成分及意義，彷彿我們就是對方，同時，也沒忘記我們實際上不完全等同於對方。

正確的同理心可維繫良好的醫病關係、提升照顧品質，特別是《此時星光，彼時月光》以下這些章節，帶給我一幕又一幕的反思：

到急診室時候，我跟櫃臺服務人員說了自己的身體狀況，她幫我戴上手圈，義工便把床推過來，要我躺下。醫師很快就來

了，我跟他說我不敢深深的吸氣，因為胸口會很痛，還有我全身是僵硬麻痺的，頭腦是昏沉的。他聽了之後，輕輕地說一句：「沒關係」，聽到這三個字，我的眼淚瞬間掉下來，醫師在安撫我的害怕，而我的害怕也就這麼赤裸裸的攤開在急診室中。

作者入院時，聽到急診室醫師輕輕地說了一聲「沒關係」，這三個字，讓她的眼淚瞬間掉下來，因為作者感受到醫師在安撫她的害怕。這段文字，讓我反思到，在我第一次接觸到病人時，所考慮到的是治療多於展現同理心，像行善原則般的要求醫療人員關心並提升病人的福祉。

醫生表情有些嚴肅，跟我說這樣就必須改一些藥了，但是我卻很喜歡我的抗憂鬱藥千憂解，我拜託他不要把千憂解拿掉。醫師嘆氣說：「唉！其實你很明顯看起來就是躁鬱，藥量不能給這麼多，可惜現在醫生都不重視這個啊，一直開藥加藥的。」

吃抗憂鬱症的藥物能讓作者享有短暫的快樂時光，醫生卻要她捨掉，讓作者有點失望和沮喪。反觀，醫生對於作者的微小請求，仍堅守自己的專業診斷。這段文字，讓我反思到，面對病人的請求，基於醫療照護倫理，除了尊重病人的權利（權利正義）外，也須能顧及專業的判斷。

在醫院的前幾天，狀況非常不好，我不想說話，但卻會有實習醫師與住院醫師、主治醫師，各種「師」字輩的都可能會常常來找你談心，而我都回答一切安好便不再繼續說下去。我很冷漠……，我開心不起來，我精神提振不起來。

一開始入院的不適應，讓作者拒任何人的關心於門外，不僅開心不起來，病情也無法獲得有效控制。這段文字，讓我反思到，面對不願配合的病人，病人有權自由決定自身所受健康照護方式，且醫療人員不得對病人進行其不想接受的醫療措施，並應促進病人對自身生命的掌握。

鮮少有醫師在初診問診完成後，仍在每次回診，都詢問病患的生活以及面臨的壓力與刺激。……有時候，在他們（病人）尚未充分得到治療功效前，他們（病人）唯一能夠抒發的出口只有醫師了，醫師是他們（病人）黑暗裡唯一的光，醫師的多一份理解以及耐心地多一點傾聽，也許就能夠讓他們（病人）整天心緒安穩。有了信任，療程才能夠更順利。

作者點出醫療人員就像黑暗裡唯一的光，不停地照亮著病人。這段文字，讓我反思到，面對醫病雙方的互動中，醫療人員若能展現信任和發揮同理心，對病人將有很大的影響。

最後，引用《此時星光，彼時月光》一書中最令我震撼的一段文字，作為這篇讀後感的結語：「現在的我，還沒有辦法踏進神裡面，我的依靠是來自醫師對我的真誠與關懷。」作者在生病及療程中，因為醫師每次回診都為她鼓勵，說她進步了、很棒等，給了她無比的勇氣和力量。作者認為：醫師，那光，可以帶領她走出黑洞，讓她不被疾病拉著走，並具備駕馭它的智慧。身為醫療人員的我，也願自己有能力成為散播溫暖的那道微光，持續發光。

我要為你呼吸

單位・作者 / 放射腫瘤科・杜仁惠

「我要為你呼吸」是一部真人真事的故事，故事中的男主角羅賓・卡文狄須 (Robin Cavendish) 他在非洲進行茶葉收購生意時感染了小兒麻痺病毒，病毒經由飛沫傳染後進入血液中，進而侵犯了中樞神經系統的脊髓細胞，造成頸部以下癱瘓，肢體無法行動也無法自主呼吸。這部影片的製作人喬納森・卡文狄須 (Jonathan Cavendish) 是羅賓的兒子，為紀念他的父親及對母親致敬，藉由影片的製作，感謝父親在感染小兒麻痺病毒後無法行動以及無法自主呼吸的情況下，經由朋友們的幫助，盡一切努力讓自己活下去，並一路陪著他長大，同時也對母親照顧父親的不離不棄以及二人堅貞的愛致敬。

在以下故事敘述中，人物會以第一人稱方式來闡述當時的情境，藉由這樣的方式表達，可以了解劇中各個角色在不同階段面臨的狀況，並試著跟著一起體會他們的感受。

* 羅賓

我在一場聚會中，遇見了黛安娜，對她一見鍾情，雖然她是有錢人家的千金小姐，而他的兄長們也擔心她嫁給我這種沒資產的小夥子會過苦日子，但我們情投意合，黛安娜告訴她的兄長：不管以後發生任何事，她都要活在當下，所以，她要嫁給我跟我在一起。婚後我們過著快樂的日子，有一天，黛安娜告訴我說她懷孕了，我欣喜若

狂，感受到這世界一切的美好。幾個月後，我發現我常跌倒而且關節疼痛，原本不以為意，但情況漸漸加劇，終於在有一天的晚上，我疼痛難耐，求助朋友後便隨即倒下了，我無法說話，無法呼吸，手腳更是無法動彈，為了讓我可以呼吸，醫生把氣管切開，開了一個造口並裝上了呼吸器，從此，我的世界就不一樣了 -----。

* 黛安娜

羅賓是我的丈夫，原本我們過著幸福快樂的日子，但就在我即將生產前，我的丈夫突然倒下來，他沒辦法自己呼吸必須仰賴機器，無法活動必須一直臥床。他原本是個開朗的人，但因為身體上的不自主，功能狀況也未隨著時間改善，漸漸使他意志消沉，讓他產生放棄自己的念頭。我告訴他：萬事皆有希望，一定有甚麼事是我可以做的，可以改變目前的狀況，而且強納森需要你陪著他長大。他聽完後，跟我說了一句話：「把我弄出去」。我下決心，我不要他再留在醫院，我要帶他回家 ----。

當黛安娜決定帶羅賓回家自己照顧時，當時的醫療生態不允許病人有這種選擇權力，羅賓的主治醫師 Dr. Khan 很尊重羅賓的選擇，並且願意協助他辦理出院，但醫院院長非常生氣並且預備加以阻止，還警告 Dr. Khan 及羅賓，出院後活不過二週。但 Dr. Khan 告訴院長，這是病人自己的願望，也是他的決定，他也被完全告知相關風險；

此時，羅賓也說：告訴他們，我有自我意識，我可以做選擇，誰也無權讓我留在這裡。從 Dr. Khan 與羅賓在與院長的對話中，可以體會到，這是「醫病共享決策」的進行，醫師在了解病人對病情的價值觀與期待值後，提供適當的相關建議，然後病人再與醫師一起討論最適合自己的醫療方式，最後做出醫療選擇。從病人端對於疾病的病識感、個人價值觀、治療期待值，以及醫師端提供的疾病資訊、治療方案選擇、相關風險的告知，二端合而為疾病討論→諮詢問答及做決定→執行治療及處置，醫病共享決策對於病人來說是達到醫療自主的目的，也經由決策過程中，醫病雙方在進行充份的溝通之後，加深了醫病之間的互信感，進而可以增進並維持醫病關係的和諧。

而羅賓一家人就這樣過了數十年，期間經由羅賓的朋友的幫助，製作並改良了輪椅及呼吸器功能，讓他們一家人可以出外旅遊，後來還認識了 Dr. Clement Aitken 一位殘疾研究基金會主任，雙方合作募款後，提供了改良輪椅給需要的病人。隨著時間流逝，羅賓使用呼吸器已超過 20 年，在這段期間，呼吸器幫助羅賓維持呼吸，但在另一方面，因為長期使用呼吸器，已經對肺部造成損害，肺部微血管會出血並從氣切口噴出大量血液，情況日益嚴重，頻率也日益加劇。Dr. Clement 告訴羅賓一家，這樣的情形只會一直惡化，羅賓最後會因肺部大出血而被自己的血液淹沒。羅賓在知道自己的狀況後，下了一個決定，他決定是該離開的時候了。

* 強納森

在我 22 歲那一年，我的父親羅賓告訴

母親與我說：他的狀況一直在惡化，也到了該離開的時候了。小時候，父親雖然坐在輪椅上，無法活動並且要靠著呼吸器呼吸，但他在我成長過程中一直陪在我身邊，伴著我長大。第一次看到父親氣切口冒出大量鮮血，我很震驚，在協助母親處理的過程中，父親還安慰我，讓我不要緊張，但我知道父親的狀況開始變差了。當父親告訴我們他要選擇離開時，母親雖然無法接受，但最後還是尊重父親的決定，她把所有的親朋好友都邀請來，舉辦了一個告別派對，來參加的人都知道父親即將離開，派對中，父親與每個人說說笑笑，而每個人也都跟父親用輕鬆詼諧的方式說再見。派對後的第二天，父親連絡了 Dr. Clement，並要我跟母親 11:30 出去，在 12:00 務必準時回來，這是父親對母親的承諾，他答應母親，臨走前要有時間互相道別。當我們回到家，父親笑著說：我還在，我過去抱著他，謝謝他一路陪伴我成長，並告訴他，我很愛他；母親擁著他，感謝他當初選擇活下去，並陪伴家人一起經歷這段歲月，他是她永遠的最愛。最後，父親漸漸闔上了眼睛，而我也關上機器的開關，一切都停止了 -----。

從羅賓決定離開到妻子黛安娜幫他舉辦告別派對，這些階段歷經了否認拒絕到接受的過程，在當時的社會環境中，還沒有臨終前告別與如何在臨終前說再見的概念，黛安娜舉辦了這場派對，一方面是讓羅賓能跟與會的每個人再相聚，朋友也能再看看他；另一方面則是讓自己也接受羅賓即將要離開的事實。

羅賓要求 Dr. Clement 為他進行安樂死，在當時的法律層面上是沒有被公開允許的，Dr. Clement 在確認過羅賓的意願後，

願意幫他進行，讓他在自然的情況下，沒有痛苦的離開。「安樂死」到現今還是一個被討論而又難解決的議題，病人在有意識的情況下有權選擇醫療行為，但卻無法選擇自己何時離開，因為倫理與法律的衝突，只有少數幾個國家可以執行。現在或許有些言論會將安樂死視為是一種殺人的行為，但會不會在將來的某一天，安樂死會變成醫療行為處置中的一個選項？在此留下一個問號。

羅賓·卡文狄須 (Robin Cavendish) 是英國使用呼吸器存活最久的病人，經由他的故事了解到，一個生病的人在罹病期間有家人及朋友的支持是很重要的，而更重要的

是自己本身的信念。在這部影片中，可以看到「醫病共享決策」醫病關係的互信互賴；以及如何在生命的最後時刻進行道別，不留遺憾；還有，「安樂死」的選擇對病人的醫療自主性與合理性。雖然人物與故事是發生在 1958~1981 年代，但卻與我們現行的醫療觀念互相貼近，只是當時沒有專有名詞來形容，而這些行為與議題，如能在時間的演化以及人類思想不斷進化之下，得到相關的改善，或許有一天，我們的世界也會變得不一樣，而我們在一呼一吸的每一天，更應該好好珍惜及體驗人生，隨時把握當下。

「醫學院沒教的一課」讀後心得

單位・作者 / 癌症中心・駱重鳴

為什麼有些人在重症的摧殘下還抱著希望，有些人卻了無希望？

「希望」與「樂觀」有何差別呢？

「希望」對講求實證的醫療人員值得探討嗎？

「希望」真的能改變病程，幫助病人戰勝疾病嗎？

「希望」可加以解剖嗎？解剖後如何呈現呢？

這本書英文原名為『The Anatomy of Hope: How People Prevail in the Face of Illness』，作者是哈佛大學醫學院內科教授傑若・古柏曼 (Jerome Groopman)。在本書中古柏曼醫師很細膩地分享他三十年行醫過程中，因著接觸各種不同的癌症患者，從接觸或治療這些患者的過程中，引發了他對這些問題的思索與探究。

作者唸醫學院四年級見習時，接觸了一位乳癌患者艾莎，這位患者因著宗教觀，深信她的罹癌是上帝對她的報應，所以對自己的治療完全不抱著希望。作者發現「這種報應的想法真叫人不寒而慄，就像一個沒有出口、活生生折磨人的地獄」。她的絕望心態給作者帶來不小的衝擊，促使作者對「希望」的議題開始思索。

作者完成住院醫師訓練後，到 UCLA 進行血液疾病和癌症醫學的專科研究，那時他 27 歲，為賺外快，他到凱易思醫師的診所兼差，在那裏他從凱易思醫師治療一位結

腸癌末期患者符蘭的身上學到了另一功課，凱易思醫師為了給患者希望，沒有真實地告知患者及其女兒真實的病情，以致後來患者的女兒十分氣憤，此一事件讓作者體會到：「無知不是福，至少關係到生命的時候，無知並不是件好事，凱易思醫師和他放棄對病人說明真相，等於是放棄病人。這種欺騙讓病人離我們遠遠的，而且內心充滿憤恨。」

受到符蘭事件的影響，有段時間作者極力主張病人有「知的權利」，但是後來發現，有的病人卻為此遭受他的「耿直之害」，他漸漸意識到這麼做其實是操之過急，「冷冰冰的統計數字，可能成為病人揮之不去的噩夢，病患的人生被死亡的陰影壟罩，好像他還沒死就已經被罩上屍布。」由於擔心這點，作者表示他容易受到虛假希望的誘惑，想要躲在這道牆的後頭。然而避重就輕也不是好辦法，不給病人明確的說法，也許是為了幫病人留著一點希望，但是這樣的希望是虛假的，只是幻影，善意的謊言，仍然不能讓人再信賴。

經由這些經歷的來回擺盪，讓作者體會「事實和希望的中點」是醫學藝術當中最複雜、也是最重要的一面。病情的解說不是只有一種，沒有完美的方式，沒有標準的、可適用於每一個病人的一套程序。作者自陳行醫多年他還在摸索，一般而言他會視病人的需要而定，然而作者總是會提供給患者相當的資訊，讓他們可以為未來的種種可能做計劃。

作者繼續分享他的同事葛力奮的抗癌經歷，雖然所有的人都不看好他的病況，也反對他所採用的治療方式，但是葛力奮因著信仰竟然從胃癌末期得以痊癒，從醫學的角度作者表示他很難去解釋這種醫學奇蹟，但是這個案例讓他體會到葛力奮的心志其實是「清教徒思想與拓荒者精神的融合。這是一種自由的追尋，追尋身體與靈魂的自由 ---- 身體扭脫疾病的枷鎖，靈魂保有尊嚴，至少對自己的生命擁有某種程度的自主權。」這案例也讓作者想起身兼醫師、詩人和散文作家的霍姆斯 (Oliver Wendell Holmes, 1809 – 94) 的提醒：「小心，不要剝奪別人的希望。」面對絕望的病人，醫師千萬不可像個高高在上的法官，宣判病人只有多少時日可活，從這個案例作者自陳他學到，醫師並沒有能看到生死的全知之眼，因此決不能事先判定某一個病人「出局」。在初步診斷時，就讓病人沒有選擇的餘地，或者否定病人的選擇，不但言之過早，也是不正確的作法。為此，作者認為身為醫師他該讓患者對自己的疾病有更多的認識，讓他們有選擇的機會，有時儘管凶多吉少，病人還是擁有希望的權利，醫師該扮演的角色是幫助他們保有希望，讓希望滋生。

然而，如果要使希望成真，光靠科學足夠嗎？阿德是罹患惡性度很高的非霍金氏淋巴瘤，作者計畫以化療和放射線治療加上單株抗體來提高他的治癒率，初期治療效果很明顯，但是患者因著過去看到軍中同袍罹癌過世的陰影而沮喪不已，對自己的病情完全不抱希望，所以拒絕作者對他的進一步處置。直到作者發現阿德過去的陰影，並加以突破後，才讓阿德對自己的治療燃起希望，願意配合治療，踏上且戰且走的治療歷程，

終至脫離險境甚至完全痊癒。阿德的案例，讓作者體會到，臨床醫學必須解開一個又一個、互有重疊的謎，但是不管事過去的病歷、家族病史、或是各種檢查數據，都很難幫助我們解開另一個謎：為什麼一個病人會覺得自己沒有希望呢？作者漸漸發現身體會傳達訊息給大腦，因此形成希望或絕望的感覺。阿德的呼吸窘迫、腫瘤對食道和腸道的壓迫，以及血流對主動脈和腔靜脈施予的壓力，下意識都能感受到，大腦在將之轉換成死亡的預感。因此，希望不只是理性架構出來的，也是有意識地衡量各種訊息的結果，融合思考來自神經和器官、組織等的感覺。當阿德願意接受治療後，因著呼吸、消化、循環的改善，大腦深處接收到的訊息也會改變，不再是死亡，而是漸漸康復的訊號。我們可以把希望想像成一種骨牌效應或連鎖反應，每一步都將帶動下一步。希望宛如綻放的花朵，希望的成長從來不是直線的，而是像一個有機的生命。

作者曾因參加馬拉松賽密集訓練而傷了腰椎間盤，後來儘管開了刀，每次跑步背部和臀部仍會隱隱作痛，有時背部甚至會痙攣，足足十九年作者無法走出疼痛的迷宮，後來巧遇雷維爾醫師讓他明白，過去他因為怕疼痛而足不出戶，成為疼痛控制下的奴隸。雷醫師為他安排了復健計畫，讓他的肌肉不斷接受重量的挑戰，藉由這個再教育的機會，讓他棄絕過去疼痛的記憶。艱辛的復健歷程，讓作者親身深刻體會「希望」在他心中燃起、想像自己自由奔跑、與疼痛一決雌雄，經過三個月的治療，原本與他常相左右的疼痛經常銷聲匿跡，甚至難得一見。作者從自身的經歷體會到恐懼常常是最大的障礙，克服恐懼的勇氣往往來自希望，在治療

的試煉中也得靠著希望才能更有韌性。

從親身的體驗，作者發現希望竟然能讓人感覺到自己身體有了改變，這現象讓作者大感好奇，身為科學家的他，推想希望是否也是一種生理機轉？為了解開此謎題，作者展開了希望的生物學探索之旅，並求教於各方面的專家，包含實驗心理學家、精神科醫師、大腦造影專家、化學家、研究疼痛機轉和代謝的生理學家。後來在柯恩醫師的建議下針對「安慰劑效應」進行研究，從安慰劑的實驗中，證實信念和預期心理是構成希望的兩個最重要的元素，能夠阻隔疼痛，讓腦部的腦內啡 (endorphin)、腦啡肽 (encephalin) 分泌出來，從而到像嗎啡那樣的止痛效果。然而不是所有參加安慰劑的受試者都有相同的反應，有人反應很強，有人中等，有的幾乎沒有甚麼反應。這種差異反應了遺傳和環境因素的影響。基因對希望這種複雜的感覺或許有影響，但是腦部神經迴路對希望這種複雜的感覺的生成，也扮演舉足輕重的角色，神經迴路是一動態結構，環境會對它產生重大影響，神經迴路不像基因，是時時都有變化的，因此，醫師、護理師、社工、心理師、親朋好友的一言一行都會對病人產生影響。

除了安慰劑的研究，作者想探討正面情緒的作用，在友人的指引下他前往威斯康辛請教戴維森教授，此行讓作者了解到當代心理學家和神經學家對情緒的研究重點與進展，對於情緒的生理機制（例如，杏仁核、海馬迴、額葉皮質區、前扣帶腦皮質、回饋

迴路等）、復原力有更深入的了解，也了解希望包含認知和感覺兩部分，這兩個要素在腦中緊密交纏，相互影響，好的情緒可以引導理性思維。研究人員目前對於正、負面情緒有關的神經迴路，以及和壓力賀爾蒙皮質醇的關聯，與神經迴路及神經傳導物質有關的基因，都越來越清楚。

三十年的希望探究之旅，改變了作者目前面對病人的心態與作法，作者深深體會不是消除負面情緒，就能產生真正的希望，而是必須把真正的威脅和危險納入考量，想出超越的對策，進一步建立平衡。假的希望猶如流沙，只有真正的希望能帶來勇氣與韌性，才能幫助我們度過狂風巨浪，駕馭恐懼。

「希望」這個看似很虛幻的議題，經由古柏曼醫師三十年的探究、解剖，雖然仍有許多不解之處，卻給我帶來很深的啟發與激盪，除了知識的啟迪，古醫師的治學精神、醫者情懷更是令人景仰。誠如作者所言，希望這個巨大、複雜而且多面向的心理過程，目前仍然處於粗淺認識的階段，距離完全了解希望生物學仍有長遠的路要走。希望或許只能幫助一些人活得更久，但可以確定的是：所有的人都會因為希望而活得更好。如何在適當的時機、用適當的方式，透過身、心、靈等層面給病患灌注希望、滋養希望，可能是所有醫療人員一輩子要持續不斷思考與努力的課題。「醫學院沒教的一課」值得你來親身閱讀。

人生的畢業典禮

單位・作者 / 核子醫學科・郭彥伶

近年來隨著醫學教育的普及，醫學倫理的宣導與重視，相關書籍與電影相繼產生。醫學技術的進步，健保的補助，也讓人民平均餘命逐年上升，隨之而來的倫理相關議題，更是引起許多人的討論。

非誠勿擾 2 是一部愛情喜劇，不是最新的影片，也不是讓人無法忘懷的經典，更不是總被討論起的倫理電影。但也許是本身職業的關係，我卻醉心於劇末，主角所舉辦的人生告別式，久久無法忘懷。反而男女主角的浪漫愛情故事結果如何，始終記不起來。

劇中描述主角得了黑色素瘤絕症，不久於人世，他為自己舉辦了一場生前告別式，照自己的意願佈置了靈堂，約了親朋好友，大家一起細說從前，糗事，壞事，無法忘懷的事，在這一刻，似乎雲淡風輕，只剩下對彼此無止境的懷念。最後，在好友的陪同下，按照他事先寫下的遺願，航向大海，駛向世界的盡頭。而骨灰灑在花盆中，讓女兒時時刻刻照顧著，念想著。

今年年初，外子的祖母 90 歲高齡過世，年中，自己的祖父一樣 94 歲高齡離世，我很慶幸，家人們有極高的智慧，讓兩位老人家善終。祖父常年洗腎，但身子硬朗，生活起居都是自己處理，這一年來，進出急診 2-3 次，不外乎呼吸喘，也因為裝了心臟支架，進出加護病房 2-3 次，每一次在加護病房出現的加護病房症候群，大呼小叫，亂拔管子總是讓家人們擔心，而進去一次加護

病房總要簽一次病危通知，更是讓家人憂心。老人家在一次一次的難關中，奇蹟似的一關一關渡過。任誰也不敢問老人家，如果有一天，醫生說你不會好了，需要電擊，需要心外按摩，需要插管，你要不要執行？但這一份疑問，已在每一個家人心中逐漸萌芽。在一次的家庭會議中，貼身照顧的阿姨告訴大家，外公說他這些年洗腎很痛苦，醫生也認為外公年紀這麼大，再做心導管的意義不大，若出現緊急狀況，是否放棄急救？我提醒媽媽，所謂的放棄急救，是有選項可以選擇的，放棄電擊，或放棄心外按摩，放器插管 等等，大家為外公簽下了放棄急救同意書。祖父在家人與外傭細心照護下，身上沒有傷口，尚可行走，突然在中秋節的前幾日，告訴親近的大阿姨，載他到許久不見的兄長家見見親戚，然後到郊外走走。返家後兩天，說呼吸不順暢，又入了急診，中午要了一點粥吃，沉沉睡去，護理師量測血壓非常低，心跳愈跳愈慢，人~~~~叫不醒了。我們拒絕了一切突如其來的急救處置，家人陪伴在側，大阿姨告訴我，當蛹要幻化成美麗的蝴蝶時，總是要歷經一番痛苦的破蛹而出過程，外公現在就是如此。

醫學倫理原則其中一項，即是自主原則，在病人具備正確而穩定的思考力之時，由病人自己作主。但即使到了 21 世紀的現在，有多少人會在自己尚具備正確而穩定的思考力之時，為自己身後做主？又有多少人即使自己預立了遺囑，在家屬不捨，情況不

允，等等的情況之下，無法為自己做最好的醫療處置與身後安排？從事臨床工作 20 餘載，反而愈來愈怕自己無法自主自己的未來，身體健康無法自己主宰，只能盡力，外傭有沒有辦法盡心照顧我，沒有辦法主宰，只能聽天命！但是，辦個屬於我的畢業典

禮，應該還行。當我是個畢業生代表，致詞時，一定好好的提醒我的家人，當死亡無法避免，請讓我勇敢的幻化成蝶，終究我們會再相聚，驪歌響起時，請好好的擁抱著我，不要讓我獨自流淚。預立醫囑，自己做主。

離開時，以我喜歡的樣子

單位・作者 / 社區醫學科 (癌醫)・吳婉甄

**每個人都有自己的人生，都是獨立的個體，
然後才組成這個家庭**

一如往常的工作日常，那個早晨接獲了照會就前往病房探視，映入眼簾的是白髮蒼蒼還尚需女友攙扶的張伯伯，走到床邊後我跟張伯伯說著來關心他的原因……張伯伯和藹的邀請我坐著，我詢問著他入院的經過並試著探詢他對身體的變化的感知與自身疾病的理解，他當下並沒有針對問題回答我，而是高談闊論人生的道理與價值，直到我再一次追問下，他才真正停頓下來，沉思幾秒後回覆：「癌症，醫生說我是淋巴癌而且還是末期」。

我可以感受，張伯伯在回答我的當下，需要提起多少勇氣，因為我們正討論著他罹癌，而且是末期的事實。我心想趁勝追擊深入主題，再次詢問著張伯伯，那你的家人呢？他們也都知道您的現狀與病況？張伯伯再次顧左右而言他，說著人與人的相處之道和關係定義，我再次把話題拉回來，那您的兒子呢？在美國，或許在大陸、或許我也不確定，張伯伯回覆著我。難道你們都沒有聯絡？我驚訝的回。張伯伯義正嚴詞的說：有啊！那你怎麼會不知道他在哪裡？張伯伯再次板起面孔回覆我，他有他的人生自由，每個人都是獨立的個體，然後才組成這個家庭，他的角色是兒子，我的角色是父親，兒子是兒子；父親是父親沒有誰應該為誰負責，今天想到哪工作生活就到哪工作生活，我憑什麼介入，孩子累了想回家，他自

然會聯絡並且回來台灣不是嗎？我點點頭表示接納，然後想著該如何引導眼前這位個人主義強烈的張伯伯。

**By myself，請你尊重我的想法，家人朋友
沒有非得如此的規則**

接著我想依據安寧緩和暨維生醫療意願書的模式，去引導張伯伯思考生命末期的準備。

所以您不會想讓兒子與手足們知道您的狀況嗎？以便於輔助協助您做決定？亦或您有較為親近的朋友？可以來為您做見證，我稍微示意一下陪伴在身旁的女友，但這次張伯伯舉起手拍拍胸脯說：「By myself，請你尊重我的想法」，想要怎麼死，是我自己決定，你說他是朋友，那人家不一定這麼認為，「這關係的定義很複雜，家人朋友沒有非得如此的規則，我再次點點頭接納張伯伯的觀點，並且邀請張伯伯的女友加入我們的會談。

阿丹姊說，張伯伯的親屬（兄、妹）全都定居美國生活，他從 NASA（美國國家航空暨太空總署）退休後返回台灣定居，與家人確實會透過電話聯繫情感，一年當中約 2-3 次妹妹、兒子，會分別返回台灣旅遊，探探張伯伯聚個餐聊聊近況，但有關於家人的事情，張伯伯這麼多年來也鮮少透露。張伯伯個性雖然很溫遜，但對於他執著的事，恐怕很難撼動，他是一個學科學的人，還是你把實際內容拿來跟他說明、解釋（阿丹姊指安寧緩和暨維生醫療意願書）。

請視我為一個「人」，而非只是「疾病」而已

翌日上午，我準備著安寧緩和暨維生醫療意願書，預計找機會向張伯伯說明內容，他精神抖擻的坐在輪椅上，感覺心情愉悅，全然沒有昨天的疲累感，於是在寒暄關心後，慎重地問他，您知道我今天來的用意？他冷靜的回應說：「末期餘命」，接著跟我抱怨，為什麼所有的人都在打量我的餘命，沒有人用證據、數據，影像來告訴我，這確實是末期，認真跟我討論這個病應該怎麼治療，我是一個人，有權參與選擇自己治療的方式、活著的方式和死亡的方式，而不是一直要求要找誰來背書。阿丹姊看著情勢緊張，急忙告訴我其實昨天張伯伯已經打了通電話給妹妹，要我放心，我順勢問著張伯伯，那您向妹妹說了您的病況？張伯伯冷冷的回覆我說，難道還只是寒暄不成嗎？接著告訴我，他希望可以再找第二專家意見，如果真的治療無效他會去思考餘命的問題。我安撫著張伯伯，您的觀點很好，我就是希望您能表達您的想法，透過這樣的機會，您也才能正視生命末期這個議題，死亡不單單只是方式的呈現，還涵蓋了品質與尊嚴的內涵，然而，東方人的社會文化以集體主義為主，相較於西方的個人主義概念，確實為張伯伯帶來不少壓力與認知的抗衡衝擊，當下請張伯伯諒解，我也會將您的想法轉知醫療團隊。

我的生命 我做主？

走回辦公室的途中，不斷地在思考這

幾天發生的對話內容，也想起那天跟宗教師討論安寧緩和暨維生醫療意願書須兩位見證人才能成立這件事，宗教師震撼的說：「為什麼我的生命自主成敗，是掌握在他人手上？」除了符合文化樣貌外，安寧緩和條例第4條也載明末期病人的生命抉擇應有具完全行為能力者兩人以上在場見證。看著宗教師失落與疑惑的樣子，我安慰著他說，最近有一個新法，我想我可以提供給您做為參考，師父眼巴巴的期待著，我滾燙燙地端出「病人自主權利法」這道菜向師父說明，不僅適用於「末期病人」，還擴大適用範圍，另含括「不可逆之昏迷」、「極重度失智」、「永久性植物人」、「其他經中央主管機關公告之疾病」，共五款臨床條件，但這個過程健康的意願人必須透過「預立醫療照護諮商門診」至少1小時的諮商過程，而在院的重大傷病的病人，應由兩位具相關專科醫師確診，並經緩和醫療團隊至少兩次照會，再由ACP諮商團隊進行醫病溝通後方能完成和情和法的有效註記自主意願於健保卡上，依據病人自主權利法第9條，倘若二親等親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與，那就可以為師父您所顧忌、張伯伯堅持的by myself來解套。

師父苦著臉對我說，原來要自主這麼煩雜，我笑著說，無論安寧緩和條例或病人自主權利法，最大的用意都是想要促進醫病溝通和諧、保障意願人的善終權益和尊重病人的醫療自主，這樣才能確保，離開時，以自己喜歡的樣子來實現，讓生死兩相安。

醫生救人天職 與病患自我意願的拔河延長賽

單位・作者 / 醫事課 (癌醫)・蔡容舫

『作為醫學界的一員：

1. 我鄭重地保證自己要奉獻一切為人類服務。
2. 病人的健康應為我首要的顧念；
3. 我要尊重病人的自主權和尊嚴；
4. 我要保有對人類生命最高的敬畏；
5. 我將不容許有任何年齡、疾病、殘疾、信仰、國族、性別、國籍、政見、種族、地位或性向的考慮介於我的職責和病人間；
6. 我要尊重所寄託給我的秘密，即使是在病人死後；
7. 我要憑我的良心和尊嚴從事醫業；
8. 我要盡我的力量維護醫業的榮譽和高尚的傳統；
9. 我要給我的師長、同業與學生應有的崇敬及感戴；
10. 我要為病人的健康和醫療的進步分享我的醫學知識；
11. 為了提供最高標準的醫療，我會注意自己的健康和能力培養；
12. 即使在威脅之下，我也不會運用我的醫學知識去違反人權和民權。
13. 我鄭重地，自主地並且以我的人格宣誓以上的約定。』

在上述醫師誓詞中其實第二點與第三點常會在現實生活中發生拉鋸，電影 *The Children act* (中文譯名判決)，劇情圍繞

著一個未成年白血病患者亞當，因為宗教信仰拒絕接受輸血治療；原本被家庭傳統信仰束縛的少年亞當堅持拒絕接受治療，當醫師面對即將死亡的病患，是否該尊重病患自主選擇而看著病患無力的步向死亡，但醫學院又訓練醫師們必須把病患的健康作為首要考慮；因此醫院決定向法院尋求協助，藉由法律的力量強制介入要求病患必須接受延續生命的輸血治療；其實醫療人員永遠都站在人生十字路口，他們做的一個微小決定對病患及家屬都會是影響一生的紅綠燈。

病患已經堅持聲稱拒絕接受輸血治療，醫護人員雖然早已看淡生死，但對於一個只要接受輸血治療就可以繼續欣賞生命未來的璀璨風景，他們能放手讓少年直接在花兒尚未盛開的蓓蕾狀態直接委凋消逝，在茫茫人海及家族記憶中只留下幾張相片，滿足了少年的宗教信仰其實是最簡單的解決方式；只是一個人變成一份病歷而已，沒有了後續的護理照料、也不會有病患家屬可能跟醫院產生的醫療糾紛、更不會發生病情瞬間轉變而需要緊急醫療救治得人仰馬翻狀況，醫師只要輕輕地點個頭，就像一本沒看完的書輕輕的闔上書頁，櫻花花瓣瞬間被強風吹落，但微小花瓣落地時沒有聲音沒有影響週邊的風景，醫生與家屬們生活只是有個漣漪，生命的長河仍然靜靜地流淌，世界照常運轉。

但是醫生卻選擇了荊棘路，醫療團隊決定透過艱難的法律訴訟，要求少年接受強

制輸血治療；法官接受了這個特殊案例後，也選擇特地前往醫院親自確認因身體狀況無法出庭的住院少年本人意願，醫師、法官、病患本人都握有生命的按鈕，到底誰才擁有按下『停止』鍵的權利？一場生命的拔河競賽悄然展開；法官最後決定不遵從少年宗教信仰判決必須接受強制醫療。

少年接受輸血後生命得以延續，少年也看到父母雖然對違反信仰感到痛苦卻無法抑制的流下開心的眼淚；親情像蜘蛛網錯縱複雜的把家屬緊緊地網縛，醫師不是神卻總是無奈地要擔任上帝的角色，醫生常處於進退兩難的局面，尤其目前醫療糾紛頻傳的今日，搶救病患無論成功與否都可能因為違反家屬或病人意願而面臨被告上法庭的窘境；因為專業的醫護人員總是要面對教育素質不齊整的群眾，也是台灣應該加強法律保護醫

護人員尊嚴的主要原因。

少年恢復健康後才發現原來健康的世界無比璀璨，他開始發現另一個生命視角，以熱烈的情感重新開始人生；但少年成年後還是因為某些個人心理因素再次決定拒絕接受治療，此時因為病患已經成年，只能依照病患意願讓生命按鈕按下停止鍵，相信醫療團隊人員面對好不容易跟死神搶來的生命又歸於塵土，表面上似乎平靜無波但每個醫護人員心理都會被畫上一刀，痾結的愈多就愈堅硬。

天亮後，又必須面對另外一場接一場的生命拔河，醫生只能既須接受死神的挑戰，因為『他們已經立下要奉獻自己的一切為人類奉獻誓言』；醫生們只能像苦行僧一樣默默地踏上漫長荊棘路，永不退怯。