

醫學倫理 寫作競賽 2017



醫學倫理寫作競賽 2017

- 
- 
- 03 **第 1 名** 從小時候到學姐 - 內科住院醫師的心路歷程暨
凝視死亡」讀後感 | 內科部・林怡汎
- 08 **第 2 名** 「街角遇見貓」觀後心得 | 骨科部・張芸琪
- 10 **第 3 名** 飛越杜鵑窩 | 護理部・鄭安喻
- 12 **佳作** 我在觀看型男飛行日誌之後 | 耳鼻喉部・蔡
美幸
- 15 落葉 | 急診醫學部・許智偉
- 18 各按其時的美好 | 中醫部・陳俐彤

從小時候到學姐 - 內科住院醫師的心路歷程暨「凝視死亡」讀後感

單位・作者 / 內科部・林怡汎

病房總醫師常常開玩笑說：「我小時候總是天真地以為病人如何如何...」乍聽之下，以為學長／姐說得是孩童時期的回憶，繼續聽下去才恍然大悟，原來他們指得是 *journior residency* 時期的自己。我們都是 *post-graduate year (PGY)* 世代的學生，*PGY* 及剛進入專科的頭一年，多數時候是接受主治醫師指導，還不太有能力主動提出病人的治療計畫——簡單來說便是什麼都不懂。有些藏在心中的疑問，到了 *senior residency* 時會豁然開朗，然後突然覺得好笑，怎麼以前的自己就不懂？這是某一程度上的成長。然而有時候成長是需要付出代價的，代價可大可小，而隨著知識技能的成熟、年紀增長、人生旅程的拓展，在醫療巨塔中工作學習及人際互動，所關注的面向也會逐漸有所變化。

我「小時候」很在意自己是否具備足夠的醫療知識，接新病人前要把 *uptodate* 資料庫迅速瀏覽過一遍，確定問到相關病史及做到相關理學檢查，如此才能問心無愧地書寫入院病歷。多年前在心臟內科實習時，總醫師分派我照顧一位因心包膜積水入院的中年未婚女性病患。總醫師帶著我跟其他實習醫師到床邊，使用聽診器跟傳統的水銀式血壓計，就地演示 *pulsus paradoxus* 理學檢查。病人是高學歷背景，她跟她的姊妹跟我們一樣認真聽學長講解，一邊看我們如何

操作。那一幕我至今仍印象深刻。病人的後續處置就跟之後在內科遇到的其他病患差不多：細胞學檢查、確診癌症及分期，轉介專科治療等...。當時幼小的心靈除了被視為醫學基礎的理學檢查所感動之外，也對該位中年女性病患的人生轉折感慨不已。我從這個病例之後開始有追蹤病患的習慣，就像觀賞怪醫豪斯一樣，總會忍不住猜測病例的正確答案，但從另外一個層面來說，基於當時短暫的人生交錯，所謂一期一會，我作為一個陌生人，仍然會想要繼續默默關照病患的人生／醫療歷程，直到住院帳號頁面掛上「已死亡」三字，方才在追蹤名單按下停止追蹤按鈕。也有換科別後又遇到同一位病人（這次肺炎住胸腔科、下次泌尿道感染住腎臟科），或者過了兩年又照顧到同一位病人（領略到一個疾病的自然病程跟人的衰老過程）。住院醫師第一年的農曆新年，在腎臟科遇到腹膜透析病患因腹膜炎入院接受數天才施打一次的抗生素，到了住院醫師第三年前夕又在一般內科遇到他，此次因周邊動脈疾病入院，沒想到，在接受截肢後的某一天深夜突然心跳停止，經急救無效而死亡。相當突然而意外，但再仔細想想，似乎也沒那麼意外。遇到病人在自己「任內」終結其一生，我都會希望他們好走，從此再也沒有苦痛。

醫學知識固然艱澀複雜，然而當醫療常規已然建立，身處在反覆同一處置數十、數百次的醫療巨塔，再驚鈍總是學得起來吧？同中求異、異中求同，經由每一天的臨床實務，熟悉疾病的處置，將黃金標準 (golden standard)、治療首選 (treatment of choice) 或者是治療指引 (guideline) 反覆記誦。隨著年資增長，腦中逐漸建立起疾病的標準樣板，卻越來越發現病人原來都不照教科書生病，也不是每個病患都人格正常願意配合問診。問病人十次病史可能得到十一種版本，這點很容易令人感到挫折，尤其是跟主治醫師報完病例之後，查房時又聽到截然不同的故事，臉上頓時青紅一陣、尷尬萬分。但主治醫師仍然保持微笑，並沒多加責備病史蒐集不認真，等到接了夠多病人之後才了解到，經過急診初步處置的病人上病房後，老早就忘記當時有多麼不舒服，更高竿一點的病患，則懂得如何在問診時包裝自己的說詞來達到「次級利益」(secondary gain)。但主治醫師們也不是省油的燈，診間、病房裡人生百態看得可不少，醫學範疇的治療指引之外，社會大學的三教九流也在學習綱條列內。自己變成學姐之後，有時候學弟妹跑來問我：「學姐，這個病人為什麼沒有 x x x？為什麼當時急診要做 o o o？」從小時候到學姐，急診一直是眾矢之的，但在巨塔中打滾了幾年之後，開始萌生見山不是山的體悟。病人狀況分秒變化，檢驗跟檢查有其極限，結果正常可能代表生理異常，其他私人因素更非公開病歷可查閱得知。若非身歷其境直接面對病患，是沒有權利加以置喙的。

西方哲學家提出醫學究竟是科學還是藝術的思辨，縱然現在實證醫學似乎是個顯

學，很多時候並沒有辦法全然追循，就現實環境來舉例：當某個被視為標準治療的藥物沒有進入到一家醫院、甚至是一個國家，那臨床醫師永遠只能望洋興嘆。其他問題如研究族群（東西方或人種差異）、樣本數（有的主題冷僻，能做到 N=50 便很了不起）、研究設計（回溯性或前瞻性，per protocol 還是 intended to treat，是否涉及倫理議題）等都還是科學層面的討論，而當我們討論熱騰騰的整合性分析，才發現原來除了生物 (bio-) 之外，醫生還要關照病患的社會 (socio-)、心理 (psycho-)、經濟 (economical) 各層次。醫學，還真的沒有標準答案，有時候，某些醫療決策的做與不做只在一線之間，而且很可能無論怎麼做，最終仍輸得一敗塗地。最難的，還是各種醫療以外的人生課題。

內科訓練第二年的第一個月，在醫學中心腫瘤科輪訓時，照顧到一位身上長滿肉瘤的年輕男性，病房的工作人員都知道他是某上市公司董事長的兒子。才三十歲出頭，本有大好前途及光明燦爛的未來，卻罹患相對少見的軟組織惡性肉瘤，經手術加化療及電療後，病情仍不斷惡化。該次入院是為了接受研究用藥 - 組織蛋白甲基轉移酶抑制劑，為了符合受試條件，我們刻意高估體能狀態 (performance score)，開始用藥後，依循臨床實驗計畫表 (protocol) 追蹤抽血報告及心電圖。病人皮膚上長滿密密麻麻大小不一的黑棕色腫塊，就像「病玫瑰」書上的疾病繪畫一樣：噁心、醜陋、滿目瘡痍，有的還正流著血，每次看都讓我聯想到骷髏的臉譜。替病人換藥前須先施打鴉片類止痛藥減輕不適，而一次換藥須花費至少半小時。然而，肉瘤拓展的速度跟藥物的療效在

賽跑著，因為腫瘤版圖擴大，我們必須挪動心電圖導極的位置，到最後已經失去正常電軸的向量分布，做出來的心電圖只能僅供參考。病人越來越瘦，呼吸越來越喘，家人仍然沒放棄，直到有一天，病人血壓驟降、意識昏迷，主治醫師面色凝重地跟家人討論「放棄急救」，在那之後我看到病人母親站在病房外，口罩外露出的雙眼紅腫、眼淚潰堤，我不忍心看，默默走回護理站繼續工作。隔天一早上班，我得知他在稍早的清晨時分離開了。病人本人、家屬乃至於主治醫師及醫療團隊一路以來的堅持和執著，並沒能將病人從死神的手中搶回來，疾病當前，我們又打了場敗仗。多麼扼腕。

醫生的工作是診治病患，但在加護病房輪訓時，遇到病人兵敗如山倒的狀況，接二連三宣告不治死亡，有時候我感覺自己像是拿著「放棄急救同意書」的死神，若是遇到捨不得放手的家屬，則會展開跳上病床壓胸電擊的戲碼，形容為戲碼的原因是－我們都心知肚明是在演給家屬看。這是醫學知識膨脹以及醫療技術突飛猛進的時代，我們有很好的藥物、儀器、輔具，每一項新成就都受到眾人矚目，讓民眾甚至醫師自己忘記醫療仍然有其極限，而鮮少人會願意關注不那麼光鮮亮麗的一面。實際上，我們還是得對自然的衰退老化過程、意外傷害、惡性腫瘤或是罕見疾病豎起投降白旗。每一次敗仗，都讓人萬分難受，也讓我開始反省：醫療之外，醫師還能做什麼？

我希望能從社會科學或者出版書籍中找尋答案，有一天在網路書店的暢銷排行版看到這本書－「凝視死亡：一位外科醫師對衰老與死亡的思索」。書上的敘述，有些讓我感到熟悉，有些則讓我恍然大悟。時常說

急診區像人間煉獄，老弱枯瘦的病人接踵擦肩，面容愁苦、哀號、嘔吐、攣縮、顫抖、呼吸急促 ... 有的直接呈現意識昏迷、不省人事。書上則形容二十世紀早期的濟貧院破舊髒臭，像監獄的所在 ... 不分年齡和需求，男女皆住在一間間長三點六公尺、寬三公公尺的簡陋房間裡，臭蟲老鼠橫行 ... 有個女人常跑到街上亂走，管理員索性在她身上繫上重約十二公斤的鎖鏈。若失去能力的老人沒有家人加以照顧，最後往往淪落街頭或者上面所述的濟貧院。最理想的情況自然是由最熟悉的家人擔負起照顧的責任，安享天倫之樂，而如同書上形容的，該名耆老甚至可以作為一個群落的精神指標。但是實際上有生活習慣的落差、經濟負擔的考量、工作忙碌而時間精神不夠的問題，不得已，將老人送到養老院或者安養院。養老院有完善的照護體系及配套活動設計，看似完美，卻無法得到老人們的歡心。為什麼？原來是因為體制化 (institutionalization) 的環境缺少了自由性及自主性，跟其他老人共用一室，沒有隱私，房間內只有一張白色被單的床跟一張輪椅，沒有辦法依照自己的意思擺設心愛的收藏品，沒有辦法決定何時做什麼事情，各種規範控制著老人們，以安全及健康之名犧牲了自由與快樂。但這並非沒有解套。凱倫·威爾森建立的「樂活園區」成功地證明，輔助生活住宅如何兼顧老人的自由與健康，更改善了認知與身體功能。對政府而言，樂活園區的花費則比養老院還要少百分之二十。樂活園區的成功，使得後續有許多房地產開發商也打著輔助生活住宅的名號，吸引老人們砸下資金入住，實際運作卻缺乏照護服務。國內也有類似的園區，如長庚養生村，就曾聽聞某些知名人物在裏頭度過餘生，然

而，仔細研究收費則令人不忍驚呼，開始暗自計算該拼命奮鬥幾十年才能掙取足夠的入住費用。社會中的老人比例節節上升，也難怪最近幾年長照法越來越受到注目。

記得學生時代上過一門課 - 「生死學」，印象很深的一個議題：你以為你比阿公阿嬤有更長的預期壽命嗎？在死亡關頭前，人人平等。意思是說，即使是年輕人，仍有可能因為意外或者疾病，而比中老年人提早離開人世。當時我才二十歲左右，從沒想過這些事，但後來又經歷同學自殺身亡和學弟車禍不治的事情，生死課題就此放在心上。進臨床後，白色巨塔的屬性，遇到的總是令人傷感的不幸事件。書上也舉了一個即將臨盆的媽媽罹患末期肺癌的例子，在預產期前提前分娩讓她可以開始接受抗癌治療。我們都想得到故事的結局是什麼，可是心裡總是蒙著一層濃濃灰濛濛的霧，揮之不去。我們有時候會遇到傳說中執著不肯放手的主治醫師，總醫師們會私下叮嚀，在他鬆口之前，絕不可自己向病人或家屬談論「放棄急救」的事情。有一種情境，家屬眼睛泛著淚卻又充滿一線希望，哽咽問著是否還有什麼藥、自費也可以，求求醫生救救先生 / 太太 / 老爸 / 老母 / 兒子 / 女兒。每次查房都很煎熬，因為明知病人來日無多，與其在醫院中尋求高貴無效醫療，不如早點返家多陪陪家人。但這種實話，誰又敢說得出口，當我們穿著白袍一日，不就應該盡全力拯救病患？書中提到：醫療干預是永無止盡的 ... 抵擋死神的腳步，代價高昂 ... 除了身陷積極治療的迷思，我們到底能否找到出路 ... ？實際上，安寧的觀念是正在慢慢進入醫療常規當中，醫護人員有必修學分，也越來越多民眾主張揚棄無效醫療及放棄急

救。記得住院醫師第二年遇到的一位腫瘤科醫師，他在病患初診斷惡性腫瘤的那一天，特意請病人將太太跟年幼的女兒們都找來醫院，坐在床邊花上一段時間跟病人談話，懇請病人要好好思考自己的人生規劃，因為這是一個很難對付的惡性腫瘤，可能會有一場硬仗要打，他們一家人的天將就此風雲變色。主治醫師是希望病人正視自己身為病人的角色，積極為重要他人的人生負責，而非被動接受醫師處置，等到人生的最後一段才後悔沒有早做規劃。我覺得這個概念很好，不過至今只遇過這一位如此跟病人解說的醫生。

內科第一年訓練時印象很深刻的一對病例，我是先照顧到老太太，經由切片診斷「心臟類澱粉沉積症」，合併心衰竭，當時因感染及急性腎衰竭，入腎臟科病房治療，後來併發敗血性休克，由兒女辦理病危自動離院。一個月後，我到胸腔科輪訓，照顧到一位罹患「病因不明性肺纖維化」的老阿公，他因確診 B 型流感入院，住院過程中呼吸衰竭而插管，不久後也在加護病房過世。我在病情解釋時覺得家屬很眼熟，經與主治醫師確認後，才得知老太太跟老阿公是夫妻，來病房探視的眾人都是他們的兒女。從接新病人入院，觀察治療反應，到後來每況愈下，跟家屬說明時都會稍微停頓讓他們擦擦眼淚、緩和情緒，我自己的心情也很複雜，因為每次在書寫一份入院病例時，一定會去翻閱過去的紀錄，會發現病人是怎麼從一個好好的人，某次不舒服之後被診斷了一個疾病，人生就此走下坡。血液腫瘤科更是如此，控制得宜的病患往往都在門診追蹤，會住院的都是所謂病入膏肓的，也因此我們每天都接觸到人生的悲慘故事：臥床、意識

不清、鼻胃管、尿管、壓瘡、肌肉萎縮、往來急診求醫、反覆住院、甫出院又回急診、超長住院天數...，臨走前的終章大抵如此。最感慨的是剛宣完死亡，辦理出院時看到往生者健保卡上年輕時的大頭照，精神炯炯而容光煥發，不禁覺得人生數十年，也不過是這倏忽頃刻之間。

又到了申請住院醫師的季節，看著學弟妹的榜單，我開玩笑對先生說：「怎麼別人都申請得到小科，就我沒辦法？」我跟他

你一句我一句胡亂應答，最後得到一個結論：原來我的潛意識是想要來內科體驗人生百態的？或許這麼說對其他專科不太公平，不過一般來說，應該很難否認在內科遇到這些事情的比例總是高一些。從小時候到學姐，到當了媽媽，自然看事情角度會不斷調整，心中始終牢記著學生時代老師們的話：「病人永遠是你的老師」以及「To cure sometimes, to relieve often, to comfort always」。

「街角遇見貓」觀後心得

單位・作者 / 骨科部・張芸祺

簡介

電影「街角遇見貓」改編自英國真人真事的同名著作「A Street Cat Named Bob」。故事主角 James Bowen 一位愛好音樂在倫敦街頭露宿的癮君子，自幼父母離異，他跟隨母親遠走澳洲，11 歲染上毒癮。成年後回到英國，卻被父親的新家庭拒絕收留，靠賣唱維生，平日在倫敦各地鐵、街道前賣唱，流落街頭。身邊大多是與毒品為伴的朋友。負責輔導 James 的社工積極幫助他戒毒，並入住中途宿舍。有一天一隻黃貓 Bob 出現於宿舍中，Bob 腳部受了傷，James 帶牠到獸醫接受治療，惟生活已捉襟見肘，但 Bob 的出現再加上看著過往的友人因吸食過多毒品不幸過世，令 James 檢討生活的意義，也有了責任感，決心戒毒，但過程中被父親及其新家庭拒絕，在工作上、社交上也屢遭打擊。戒毒期間的戒斷症狀令 James 難熬，可是看到 Bob 的身影，意志力便增強，加上社工及摯友貝蒂陪伴、打氣，James 最終戒毒成功，而 James 也重拾與父親的親子關係。人與貓從此相依為命，James 四處帶著 Bob 賣唱，卻被警方禁止在街頭賣唱，後來帶著 Bob 在街上賣雜誌，可愛的 Bob 吸引粉絲羣，出版商把這個人與貓組合的故事寫成回憶錄，James 透過 Bob 的幫助，重獲新生。

心得

毒品是如此地聲名狼藉，往往跟搶劫、娼妓、偷竊等犯罪行為有關，因此藥癮者往往被標籤化，醫護人員也經常無法運用同理

心面對藥癮病人，其實是違反醫學倫理中的公平正義原則 (Justice)，藥癮對許多民眾甚至醫護人員的認知，都認為藥癮者咎由自取，與犯罪畫上等號，但其實藥癮是一種疾病，而藥癮的戒斷，藥物治療及心理諮商都是非常重要的，因此藥癮病人跟其他病人一樣都有治療的權利。美沙冬的效果只在生理，它無法觸及社會問題，無法解除心裡的癮。南丁格爾曾說「護理只是一種技術，而是生命，你所做的是你所是的」，過去的醫療往往著重於治療病人的病痛，現在強調全人照護，全人照護是以病人為中心，提供包括生理、心理、社會及靈性各方面的醫療照護，在生理層面予以適當的治療，在心理層面予以病人、家屬心理上的支持與關懷，同時考量病人的家庭及社會支持程度，在靈性方面，尊重病人找尋自己生命的答案。美沙冬個案管理師的職責在於持續關心個案出席狀況，規劃與執行整體治療相關活動，且與病人建立良好的互信互動關係。在我過往擔任成癮戒治中心個管師時，曾經有藥癮病人告訴我：「你們這些醫護人員根本看不起我們這種人的」，藥癮病人的一番話讓我自省，在照護過程中提供心理層面的照護是否足夠。Noddings (1984) 說「關懷是道德的基礎」。沒有關懷伴隨的原則，在實踐上是無能的，沒有原則伴隨的關懷，在道德上卻是盲目的，而護理教育八大專業核心價值其中一項是關愛 (caring)，關愛是透過道德約束與人際互動，以信任與尊重的態度，藉

由傾聽與同理心的表達，提供人性化和整體化的照護。醫學能醫治疾病，解除病人的病與苦，而醫學倫理使醫學表現得更合乎人性，使醫療行為達到更真、善、美的境界。醫學倫理四大原則中包括了尊重自主原則：強調尊重病人的尊嚴與自主性，成癮戒治的團隊可以從病人每天都會到醫院服藥時，從了解病人的工作、家庭開始，慢慢建立治療性人際關係，讓病人也樂於分享內心的壓力、焦慮。也許我們無法完全、立即性的幫助病人解除藥癮，但我們可以讓藥癮者到醫院接受美沙冬治療時他感受自己被關愛，是有自尊的。

藥癮者通常社會支持系統薄弱，經常是沒有家、沒有朋友，因此戒毒的路，其實是很孤單的，願意接納他們的依舊是一起用藥的朋友，因此要能成功戒毒的人，家庭、社會支持真的是很重要的關鍵，而片中 James 的父親，從拒絕和 James 見面，到最後重建親屬關係，James 的父親對

James 說：我從來沒有放棄過你，家屬的接納可以幫助藥癮者重新找回自我，加上有摯友貝蒂的友誼及愛貓 Bob 的陪伴下度過最難熬的時段，從毒品的束縛中解放出來。醫學倫理四大原則中行善原則：指在不傷害他人之外，進一步關心並致力提升病人的福祉，片中輔導 James 的社工是幫助他成功戒毒的一大功臣，幫助他找到中途宿舍、協助他找到工作機會，更支持他在沒有繼續接受美沙冬治療後，靠著意志力克服戒斷的痛苦。成癮治療專案團隊包含了精神專科醫師、藥師、個案管理師、護理人員、臨床心理師、社會工作師及職能治療師等，跨團隊照會的觀念的建立與訓練，可以給予病人生理、心理、社會及靈性各方面的醫療照護，提供可用之社區資源，並協助轉介社工。戒毒不只是戒除藥物的依賴，而是協助他具備解決生活問題的技巧與能力，讓藥癮者將會得到更多社會支持，希望能有更多像 James 一樣的藥癮者能獲得重生的機會。

飛越杜鵑窩

單位・作者 / 護理部・鄭安喻

一部 1975 年上映的奧斯卡最佳影片，電影開頭的靜默凜然與片名杜鵑窩相呼應，然而在鏡頭帶到主角麥克墨菲 (Mc Murphy) 出現，解開手銬並一個妄自尊大的大笑後，劇情氣氛開始有了變化。

電影中描述墨菲的個人特質為離經判道、偷懶、且帶有小聰明，原因於犯罪而被關進監獄，卻因不斷打架滋事，及為躲避獄中勞動工作，進而送至精神病院做鑑定，即便墨菲一開始為非確定之精神病人，然而一住進醫院後許多應有的尊重自主人權皆受到標籤及汙名化。

在劇中，導演用墨菲與精神病友的互動對比出思想邏輯上的差異，墨菲用不帶刻板印象、不預設立場的相處模式，反而使病友們像個正常人，在制式化的病房內他就像個不畏虎的初生之犢，對一切充滿好奇、頂撞醫院體制內的權威 - 瑞秋護理長；在服藥時，以質疑態度詢問護理長為何要服藥，得到了一個未多做解釋的回答：「因為這對你好，如果你不想口服藥那我們也可以選擇其他的治療方式」，一個轉身後在病友們訝異墨菲妥協服藥的同時，他卻將藏在舌下的藥吐在病友的臉上。雖然他像是帶頭起鬨的孩子，但也讓這死氣沉沉的病房開始有了色彩。

舉凡片中墨菲在病房的自由運動日關注到一位身材魁梧的印地安籍病友 - 酋長，他總是自己在角落不與人交際，雖然大家笑他又聾又啞，但墨菲一個口令一個動作指導他一同打籃球，在酋長聽從指示灌籃時讓所

有嘲笑他的病友全都張目結舌，墨菲嚐到了大家簇擁的滋味，開始在團體諮商時對護理長要求到城鎮內觀看世界棒球大賽，護理長以無法違背醫院規定回絕他，諮商結束後墨菲在飲水間向病友們說自己能將大理石飲水檯搬起丟破窗戶逃出醫院，但使盡全力的他並沒有成功，丟下一句「至少我試過了」悻悻然走出飲水間，妙的是沒有任何人嘲笑他。

不僅如此，墨菲還趁著保全不注意開走醫院的小巴士，帶著病友到城鎮偷開船出海捕魚，在這幕病友們皆露出了久違的笑容，讓人不禁思考著這些多數正常人能行使自由行使的活動，用在精神病人就是違背規矩，而屢次違反規定的墨菲開始成了院方頭痛人物，在不知情同意之下被院方強制執行電療，同時也與壯碩的酋長約好要一同逃出醫院；不過墨菲與其他病友們並沒有因為受到懲罰而停止反抗院方規定的行為。

一個晚上，墨菲買通保全、帶女人進病房，開起了派對，讓女人與一位年輕但低自尊患有口吃且曾有自殺行為的病友 - 比利 (Billy) 睡一晚，打算在大家狂歡、飲酒作樂後即逃走，不料所有人醉到天明，護理長到了病房後威脅比利要將昨晚的派對和他母親報告，無論比利如何央求護理長仍堅持不會保密，最後比利趁著大家不注意拿著酒瓶碎片自盡，墨菲也趁亂攻擊了護理長。

院方對於這極度頭痛人物，對他使用當時合法且獲得諾貝爾醫學獎的流行醫療「前額葉切除術」，酋長不忍看見墨菲成了

眼神渙散無法正常溝通的病人，便以枕頭將他悶死，最終用了先前墨菲試過將飲水機丟破窗戶逃走的方式逃離「杜鵑窩」。

經過了 2 個小時 14 分鐘的洗禮，用未看過原作小說的角度觀賞，「矯正治療」真的是如字所釋嗎？不免得套用了現代醫學的觀點看待電影時空背景下的醫病關係，在 1930-1950 年代，葡萄牙神經外科醫師 - 安東尼奧·埃加斯·莫尼斯 (António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz) 獲得諾貝爾醫學獎的 - 「前額葉切除術」(prefrontal lobotomy) 用來醫治無法控制的精神患者，以現代來看該手術精準度低，且執行手術後許多病患人格丕變、智力衰退等，且與現今醫療提倡的不傷害原則相牴觸。

然而眾所皆知，良好的醫病關係是所有醫療從業人員的嚮往，但往往事與願違，電影中的團體諮商，護理長表現一板一眼、不近人情且尖銳的問答，服藥時病患的提問也是草率帶過，無解釋服藥原因及治療用意，在執行電療前完全無事前警告、也並無告知與知情同意，違背倫理原則，且在派對後比利央求保密時無顧及病人尊嚴，也無注

意曾經自傷病人的舉動，無以人為本位出發面對、無尊重病人的保密及自主原則，也造就了墨菲傷害護理長的契機。

在讚嘆這部經典電影的同時讓我們换位思考，站在院方管理人員角度上來說，墨菲既不守規定，鼓動其他病友一同反抗、三番兩次衝撞現有體制，舉行有可能危害病人安全之活動，增加社會成本，電影未提及所有病人入院治療原因，主角就無端私自帶領外出，如果有傷人傾向、危險攻擊，豈不更容易增加社會安全問題？而現在看來我們了解到各種事件處理違反了許多醫學倫理的準則，使醫病關係畸形，使工作人員暴露在危險當中，假使引以為戒，是不是更能夠視病猶親，創造良好的環境呢？

由電影中主角沒有以有色眼鏡看待這些病友們的相處方式看來，反而治癒了打結的病根，意外的讓人們口中的不正常活的像正常，做為醫療人員的我們是不是更應時時刻刻提醒自己，對病患多一些的關心，就像一陣雨滋潤土壤，長出勇氣的枝芽；像一陣風呼嘯海面，激起希望的浪花，以人為本的醫療如沐春風將會使治療多了人味，少了藥味。

我在觀看 " 型男飛行日誌 " 之後

單位・作者 / 耳鼻喉部・蔡美幸

記得今年四月份，院內在大禮堂的第一堂 " 員工關懷夥伴 " 課程，由心理學博士周鈺翔老師主講，當時老師有放 " 型男飛行日誌 " 這部片子的一小片段，當下我感到很 Shake！驚訝這世上還有一種行業是專門替企業雇主 fire(解雇) 員工的工作！巧的是，那天下班回到家，第四台正播放這部片子，所以我也沒有忙著煮飯，就坐下細細的品味這部片子。

男主角是喬治克隆尼，穩重成熟的超級大帥哥！扮演事業有成的型男主管，女主角是年輕亮麗，又充滿情感的，初踏入職場的社會新鮮人！內容真是精彩，引人深思！也是周老師所要詮釋的：當我們扮演關懷夥伴時，面對上司、下屬、同事或親朋好友等與自己有相關之人，甚至於是陌生人的情緒反應或問題時，要如何因應？真是讚嘆老師教材挑的真棒！

首先介紹一下片中六個主要人物：

1. 型男：高富帥，單身主管，這等人似乎總是面帶微笑、自信、生活愜意、有生活目標，是很多人稱羨的成功人士。

2. 女主角娜塔莉：名校畢業，工作態度認真積極，並學習複製主管成功 fire 人的模式。

a. 冷漠不帶情緒。

b. 有條理說服被 fire 之人接受事實：

職場無情對待的現實，面對未來的經濟壓力或中年失業窘境和一切需要重

新開始的茫然。

c. 提供撫恤和轉換心情或工作跑道的預備或建議。

3. 型男的姊姊：失婚 (處分居狀態)，缺乏自信，沒有愉悅表情。

4. 型男的妹妹：即將踏入婚姻，雀躍和充滿期待。

5. 型男的未來妹婿：對於型男的出現，產生對婚姻的懷疑，對於即將為人夫或父，躊躇不前，羨慕型男的輕鬆自由，沒有負擔...再也不確定自己要的是什麼？而想臨陣脫逃！

6. 型男的大學女友：是型男的支持者，尊重型男的決定，配合型男的需要，是型男偶爾聯絡可以一起吃飯閒聊的知己。

劇情內容：

型男的工作是受雇於一家公司，擔任主管，專門接受世界各企業雇主委託 fire 員工的業務，所以經常飛往世界各城市執行面對面 fire 人的業務；有一套標準作業流程，勝任工作，也樂於搭飛機累積飛行時數，志在取得幾萬時數，而獲得航空公司給予的金卡；並與機長合照的殊榮，成為型男人生追求的一個目標，也為其所屬公司員工做教育訓練，訓練開場也總是說在執行業務前，要丟掉包袱 (一切會羈絆工作的心思情感...)，才能無負擔的執行這項業務！也帶領新人娜塔莉，飛往各城市，為其示範並執行業務，

起初都怡然自得，一切也都覺得 OK！

而菜鳥新人娜塔莉，緊緊跟隨型男主管，複製其說話模式，執行 fire 人的業務，但不同人即使說一樣的話，效果還是會有不同，起初也要忍受被 fire 之人的咆嘯咒罵、抱怨、哀求...等情緒反應，但也慢慢進步，漸入佳境，至終成功複製型男主管的工作模式，自己後來也擔任主管，但期間也失去了男友！

而其公司後來也發展以電腦視訊 fire 人，使這項業務可以更冷漠不帶情感的 fire 人，而娜塔莉也協助公司成功訓練新人執行此視訊業務，不再需要坐飛機並到世界各城市執行業務，直到有一天聽到 XX 被其 fire 之人自殺身亡了，而娜塔莉也崩潰了！於是遞出辭呈，決定尋找有人情冷暖的工作，而不是毀了別人，也許是家庭生計或他人尊嚴或一直讓自己良心受譴責的工作！

而那期間型男也接獲家人通知要出席妹妹的婚禮，長期只顧忙於不帶情感的工作並和家人少有連絡的型男，一時近鄉情怯，拙於對家人表達關懷，於是找來昔日大學女友一起出席妹妹婚禮的籌備！昔日女友也沒拒絕並答應出席！那也讓型男回憶起與女友點點滴滴甜蜜的過往！

而未來妹婿對於型男的出現，產生對婚姻的懷疑，並對於即將為人夫或父躊躇不前，羨慕型男的輕鬆自由，沒有負擔...再也不確定自己要的是什麼？於是就在結婚前一天提出不結婚了！

結婚在即，突然變卦，型男的妹妹哭了，而型男的姊姊婚姻狀況不 ok，也無法說什麼，於是型男的姊姊把這難題丟給型男，埋怨型男這些年來對家人的漠不關心；另一方面也認為型男的工作跟 " 遊說 " 相

關，所以這任務非型男莫屬了！（姊姊要型男出面和未來妹婿聊聊）

而對型男來說，職場游說是屬於 " 拆毀關係 " (拆毀雇主與員工之間的關係) 而這游說是為 " 建立關係 "，他拙於處理關係的建立，但還是硬著頭皮，反其向操作，對未來妹婿說起婚姻家庭是甜美的負擔，親密關係的建立維持，不孤獨終老一生，過有愛有溫度的生活，是何等的有價值和盼望...而未來妹婿聽了他的遊說，也重新燃起對妹妹的愛和想起彼此的承諾，於是與型男的妹妹順利步入禮堂了！

在那游說之後，型男心中也起了變化，害怕回到冰冷獨居的豪宅，在員工訓練的開始，再也講不下去要丟掉包袱這件事！並且驚覺自己也渴慕一個家，一個愛的關係的維繫，而且在相愛的人來說沒有包袱這件事，反而是愉悅的，可以一起克服很多問題的...於是型男那一刻迫不及待，就拿著一束鮮花，飛到前女友住處，叮咚！叮咚！門一開那一幕：兩個小孩快樂的追逐聲，前女友穿著圍裙來開門，兩人四目相接，驚！傻了！

此時 (銀幕轉回機上)，雖然飛行時數已達幾萬公里，機長來賜下金卡並與型男合照，這一刻，曾是型男期盼的殊榮，也是眾人投以羨慕眼光和訪問的時刻，他無言的走開了...當型男正追逐他所以為的 " 成功或目標 " 的同時，有一些寶貴的東西 (人) 或關係正在失去！

結論：

在這部影片中可以看到幾種關係，包括雇主與員工的關係，上下屬的關係，家人之間的關係和婚姻關係...

雖然雇主（資方）是有錢有勢，可以不用面對員工，並花錢請人資遣員工，在此，有顯的資方有比較冷漠，並對於員工的不屑一顧！資方雖屬優勢或較強硬的一方，但基於職場倫理，是該有適當的、柔性的對弱勢員工的撫卹或轉業輔導！

而被資遣員工，先不論平常的工作表現和能力，也該有正確的人生觀，有時資方也是有其經營難處或其他考量，必須做出資遣員工的困難決定！所以員工可以把“失業”也納入人生風險管理之一，平常當然要敬業，但也可以同時培養其他嗜好或能力...平常就可以適應各種景況，在遇到不可抗拒被解雇的情況，也可以感謝雇主的適時成全下一階段的人生挑戰！

周老師上課的目的：為教導我們，當

我們扮演關懷夥伴角色時，面對同事、家人或朋友...出現情緒低落憂鬱或有自殺傾向時，若多一點關懷，可以減少或預防一些悲劇的發生！老師的課程很棒！課程活潑，有實地演練、競賽和機動發表...因為我也是較缺乏溫度，不懂關懷人的人，需要有更多的學習！所以六堂課我都沒有缺席！我賣

貝課堂中老師教導我們很多的技巧：包括觀察能力、說話技巧和肢體語言的應用...等

等，真是受用無窮！但真要感謝的是：醫院給予員工的關懷！我們才有機會從這些

課程受惠！也期望院方日後可以多提供這類活潑又實用的課程，也使院內各部門員工有更多彼此認識和互動的機會！

落葉

單位・作者 / 急診醫學部・許智偉

坐在急診重症留觀區的床上，臉色憔悴且面如黃蠟的妳正安靜的看著窗外。

那是個秋天的早晨，平常忙碌吵雜的急診今日卻異常冷清，陽光從玻璃窗外穿透進來，灑在急診的地板上，呈現出豐收稻田般的金黃，但這黃，遠不及妳臉上的黃疸深。妳的先生疲憊地站在床邊，臉色凝重地望向我，神情彷彿說著：「累了一晚，也應該給我們一個答案了吧！」；倒是妳，聽到我的腳步聲，僅緩慢的將清瞿的臉轉向我，眼神有點無助，也有掩不住的淡淡哀傷的眼神。

我想正視妳的眼睛，卻被怵目驚心的黃褐色鞏膜改變了我的視線。在來到妳的床側準備開始查房之前，我已先回顧了妳的病史 - 兩年前，妳被診斷肝癌第二期，經歷了無數次的化學療法、放射線療法、血管栓塞療法跟免疫療法，病情始終起起伏伏，無法根治，昨晚是因為難以忍受的腹痛，讓妳不得不深夜來掛急診。夜班的醫師先幫妳止了痛、初步抽血檢查並安排早上做腹部超音波檢查，當我早上查房時，打開妳剛做完的超音波報告，上面寫著：「癌細胞瀰漫性散布於肝臟各個分葉、膽道系統、肝門靜脈系統，並有脾臟轉移。」於是我知道，妳是秋天裡即將凋零的一片枯黃葉子。

「醫生，我太太的情況怎樣？」先生的手緊握著床欄，焦急的催促我解釋病情，強制壓抑下來的擔憂，從他顫抖的聲音仍聽得出來。

「從超音波的影像顯示，病情似乎有些變化。」我含蓄、委婉且職業性的講著，眼神不自覺的從妳的臉輕飄飄的移開。

可能我刻意壓低的音調，保守模糊的語詞，讓妳先生感受到異於平常的不安，在我還沒進一步說明時，他匆促地快步繞過病床，一把拉著我的手說：「醫生，我們外面講。」把我拉離了留觀區，離開時，我快速掃描了妳的臉，妳的表情依舊呆滯漠然，蒼白的嘴唇緊閉，隻字不語。

「醫生，報告怎麼說？」妳先生整個人身陷在會談室的沙發上，十指覆蓋著他黯黑的臉。

「癌細胞已經吃掉整個肝臟，並有脾臟轉移了，看來不樂觀。」

「她還能活多久？」他悶聲低沉地說，似乎已有心理準備了，語氣雖然沉重，卻無突然聽到噩耗的激烈反應，僅是目光低垂的看往地上。

「每個人情況不一樣，我實在無法估計時間。」狡猾又萬無一失的回答！

「可以先不要跟她講嗎？」他抬頭看了我一眼。

「葉先生，依據醫師法第十二條規定，醫師診治病人時，應向病人告知病情，如果你太太想知道，我是不能拒絕的。」這是多年來我制式的回答。

「但是她那麼年輕而且小孩還小，你告訴她，實在太殘忍，而且我怕她會受不了！」妳先生的語調稍微提高。

聽他講完，我的腦海突然閃過妳無助哀傷的雙眼，「如果我不跟妳說實情，這樣就不殘忍了嗎？」我心裡想著。

「那我該怎麼跟妳太太解釋她的黃疸越來越嚴重？」我仍然是一貫平靜的職業語氣。

妳先生似乎被我的冷淡激怒了，他語氣變粗且音量提高的說：「幹！反正就是不要跟我太太說啦！你是醫師，書讀那麼多，一定可以找個理由解釋的。」撂下這句話後，就從沙發跳了起來，眼睛再也不看我的離開。

我望向遠處的妳，當初設計這麼大的落地窗，就是要讓陽光進來，使得急診可以逃過醫院空調的冰冷；此時，窗外太陽昇的更高了，南部的秋天不冷，倒是突來的微風颯爽，偶爾會吹落幾片樹上枯黃的樹葉。

妳當天就住進病房，當我再遇到妳的時候，是幾天後在金碧輝煌的醫院大廳。

在抬頭就可以看到天空的天井下，我看到站在手扶梯前準備上樓的妳，面容依然蠟黃，身體依舊孱弱；當妳緩慢抬起乾癟的右腳，想要跨上手扶梯時，顫顫巍巍的腳，似乎是手扶梯傳動速度太快，妳竟無可安穩下足之處，於是妳只好讓腳停在虛空中，等待著妳有把握的一刻；站在妳背後的我，看著這凝結的畫面，我想橫跨在妳與

手扶梯之間的其實是很深的澗谷，一不小心，妳就會粉身碎骨，於是我往前一步扶著妳，妳回頭看到是我，愣了一下。

「醫生，我應該沒救了吧！」妳問，而我只是沉默。

「你不說，我也知道；我先生不跟我講，我也知道；是我的身體告訴我的。我不想他難過，所以只好假裝自己不知道。醫生

你應該沒生過大病吧！不然你怎麼會以為病人不知道呢！」除了沉默，我多了羞愧！

此時我們已經快到二樓了，妳輕輕的推開了我扶著妳的手說：「醫生，人出生時是一個人，要死前也是一個人。花一輩子跟妳相處的人，不一定完全了解妳，我死了就算了，我現在只擔心我那孩子，若我往生，他要去哪裡找我？我想要用這剩下的時間，好好陪他、跟他講講話。唉！三歲的孩子聽的懂甚麼呢？」妳好像在跟我講話，又好像自言自語，沒有等待我的回答，就緩步進入妳的病房。

醫學院的老師曾說：「病人是醫生最好的老師」，我想這句話在我年輕時，解讀的太狹隘了，其實病人不只教醫生認識疾病，也教醫生體認生命與無常。面對死亡的是病人，如果她不知道自己即將過世，她怎麼會深刻地想什麼是她人生最重要的事？她如何去安排最後短暫的時間，去做她認為最重要的事？

德國倫理哲學家康德認為「道德是一種義務」，如果在對待病人時，考慮太多的條件，「誠信原則」就已經被破壞了。或許有人認為「不告知病人病情，就不會增加病人的心理壓力」，這就是「不傷害原則」；但是，「不告知病情」本身或許就是對病人的一種傷害，更何況為了隱瞞病人病情，以後需要更多的謊言去掩護。

之後，我再也沒看過妳了，倒是在幾個月後的某天，我在下班的路上遇見了妳先生，右手緊握著一位小男孩的手，腳步沉重地低頭往前，他沒看到我，是小男孩看了我一眼，可能是白袍吧！男孩的臉潔白純淨，眼神有點緊張卻擋不住好奇心，眼珠黑白分明，腮幫子鼓鼓的讓人想捏一把，我對著他

微笑，他考慮了好一會兒，也決定對我微笑。錯身而過，我抬頭看了頭上的小葉欖仁，春天一到，光禿禿的樹枝也冒出嫩芽來了！

各按其時的美好

單位・作者 / 中醫部・陳俐彤

「人眼見群山之高，浪濤之巨而嘖嘖稱奇，也因河流滔滔，大洋無邊以及星辰運行而訝然，卻不曾對自己的身體發出一聲驚嘆。」 - St. Augustine·《Confessions》。人類的身體為造物主的智慧，巧妙地把無限繁雜的化學反應轉化為和諧的整體，當面臨外界刺激時，生物個體到小至細胞本身都會產生代償性恆定，藉此穩定體內的小宇宙，這樣的動態能量就是生存的本質。

在醫院訓練期程中有幸到西醫外訓，有機會從不同角度去審視臨床上各種疾病，觀察並學習面對各種問題與病人需求。某日早上跟隨主治醫師來到了血腫科教學門診，連續來了幾位回門診追蹤的病患，其中一位老婆婆坐著輪椅讓先生推她進來，瘦小孱弱的身形臉上戴著口罩，主治醫師問道：「婆婆今天精神不錯呢，有沒有甚麼不適的地方？」她用略微卻清晰的聲音回應：「有啊，上次剛結束治療的頭幾天食慾不大好，好像看到任何食物都沒胃口，也連續腹瀉好幾天，停藥後經過飲食跟中醫調養現在症狀改善許多，託醫師您的福氣一切都順利，真的很感謝！」主治醫師點點頭，一面向病患接著說明回診排定檢查日期，一面轉過身來以向我們解釋道，這位七十三歲的年長患者，事實上已經是 Terminal Stage Esophageal Cancer，五年前首次罹癌做過外科手術合併 Concurrent Chemoradiotherapy 治療，隨後病情獲得控制；前陣子又因為腹脹、腸胃不適到急診就醫，Computed Tomography Scan 發現橫膈下有腫瘤復發

跡象，入院進一步作斷層檢查才確診分期，鑑於此次有遠端骨與多重器官轉移，開始使用標靶藥物合併二線化療藥物，目前已施用四次，面對每次艱難的療程，患者都以相當積極的態度來配合醫師指示，但效果卻不如理想，腫瘤範圍依然沒有縮小的跡象，藥物副作用也為身體帶來了莫大負荷；老婆婆與家屬當下都很清楚病況，也有些心理上的調適與準備，日前回診考慮到病患年紀與身體狀況後，醫師給予安寧療護 (Hospice Care) 建議，以支持療法及舒適度改善為首要目標，看起來病患對後續照護規劃是滿意的，離開診間前婆婆脫下口罩以爽朗的笑臉向醫師示意。

疾病存在的型態有很多樣式，有時像癌細胞潛藏在我們身體長達數月，甚至數年之久，都不為人所察覺，惡勢力每天一點點擴張，直到出現蛛絲馬跡來作為警告的徵兆，這樣的徵兆卻常常是微乎其微的，病人自己完全察覺不到身體的變化，得靠天時地利的幸運才發現；而有些疾病一開始就來勢洶洶，病程進展之迅速讓病患跟家屬措手不及，稍有差池馬上要大禍臨頭之感，往往需要立即地處理與適切治療，否則就是一面倒的態勢，轉眼間病人已敗在疾病之下，撒手人寰。

死亡是人生所必經的道路，中國儒家的思想是「未知生，焉知死？」，多數人對此都有所避諱，隱而不談；等到死亡臨近之時，卻又感到不知所措，在現代醫學時空背

景下，不僅要知生也要知死，因為對於死亡的理解可以讓人超越臨死前的困境，減輕對死亡無知的恐懼。

不可否認地，當面對重病生命所剩之日寥寥可數，還能夠坦然接受事實是相當困難的，會感到悲傷是人之常情，更是一種情緒餘裕的抒發，但更重要的是冷靜下來，好好考慮並打算接下來的日子，往後種種的可能性；何時是該與這個世界說再見的時候？沒有人能給予標準答案。面對死亡，人人都有深深的恐懼，但就如同《傳道書》所云「凡事皆有定期，天下萬務都有定時，生有時，死亦有時。」春風悄來，繁花盛開；秋風蕭瑟，落葉凋零；四季更迭乃至生命的終始，一切皆順著主宰，「天何言哉？四時行焉。」

許多人對於安寧療護的印象是：沒有治療、沒有希望的，就像是被醫師宣判了死刑，只能等待死亡，但事實上唯有藉此病患才有機會得到更適當的緩和醫療照護，讓病人及家屬在身、心、靈得到滿足，使病人在末期、臨終的生活能過得更有品質、更有尊嚴。

從積極角度而言，臨床上醫師每天面對亟需幫助的患者，在當下必須秉持劍及履及，不容遲疑的態度，評估病人的整體狀況而不是疾病本身，雖然當代醫療確有其極限，對於各種疾病的瞭解尚未完全透徹，但在能力所及範圍內仍有進步與發揮的空間，我們必須時時策勵自己，盡全力為病患做最好的治療與規劃才是醫者終身所奉行的圭臬。