

醫學倫理 寫作競賽 2020



醫學倫理寫作競賽 2020

- 
- 
- 03 **第 1 名** 日落之後的玫瑰，我仍然記得 — 慢性呼吸照護病房的一隅 | 胸腔內科 (癌醫) · 劉映彤
- 05 **第 2 名** 當一個「不積極」的護理師 | 5D 安寧病房 (癌醫) · 孫詩雅
- 07 **第 3 名** 當 __ 生命進入末期、只有 10% 存活率，我仍然選擇「醫生」？！ | 醫學教育部 · 陳素婷
- 09 **佳作** 準備再度穿上白袍的醫「生」 | 復健科 (癌醫) · 侯傑議
- 12 最美的安排 (Collateral Beauty) | 耳鼻喉部 · 蔡美幸
- 15 倫理議題—影劇心得 | 美容外科中心 · 潘秋華
- 17 **英文佳作** Connecting the dots | 醫學教育部 · Tibusile Mlambo

日落之後的玫瑰，我仍然記得——慢性呼吸照護病房的一隅

單位・作者 / 胸腔內科 (癌醫)・劉映彤

初來乍到時，妳是一個溫柔慈藹的奶奶。雖然臥病多時，雖然氣切連接著呼吸器，仍不減損妳良好的氣質。我記得妳有白皙的皮膚與修長的手指，我記得妳總是輕輕地微笑。

妳必然是被家人們愛著吧。

妳的兒子時常來探望妳，不分平日假日、不論晴雨。他對醫師客氣有禮，對治療計劃認真聆聽且配合。他不吝於給妳更好的藥，或更好的治療；他不吝於帶給妳更多排遣寂寞與無聊的東西，比如平版電腦、比如收音機。他經常在假日帶著孩子來探望妳，那時妳的床邊圍著好多好多家人。他會在會客時間偷偷地利用鼻胃管灌一點點可樂，因為妳喜歡甜的飲料。醫師笑笑的指了指妳，叮嚀：不可以太多。妳也回以一個調皮的微笑。

我們都明白，妳活在一個充滿愛的環境，這份愛從不因分離而減損。大家都告訴妳，毋須擔憂這一切值不值得，因為愛就是不問值不值得；有妳在的時間裡，就是最大的值得。

妳的精神大多時候是很好的，妳時常看著窗外的景色、陽光的偏移、樹葉的陰影，還有臨床人員的匆匆來去。偶爾妳會因種種不如意而鬧脾氣，但這也沒辦法啊，妳無法下床，無法自行進食，甚至無法自行呼吸。

這裡到底是供予妳生命的沃土，還是囚禁妳靈魂的牢籠？

我們說：好好地養病，好好地吃，乖乖地復健，等妳訓練成功，脫離了呼吸器，妳就能回家與家人團聚。我們都知道妳想家的心是那麼迫切，而窗外的景色一成不變。

在那個晴朗的午後，妳悄悄地拿了一個小巧但裁切精美的大理石板給我。

「這是什麼？要給我嗎？」我問道。

妳露出我們很熟悉的笑容，默默領首。以氣切連接呼吸器的妳，無法發聲、無法說話；如同美人魚般，妳拿自己的聲音，換得了生命的延續。

我們得知妳家中經營大理石加工廠，這是妳經濟無虞的原因，幾塊精美的石版傳達了妳的感謝之意。我們都知道的，妳心情不好，妳氣憤著按鈴卻無人立即前來關心，妳不開心尿布髒了但無法隨心所欲想換就馬上來幫妳換。但妳其實明白大家的忙碌與辛苦，妳都看在眼裡，只是身體的不適太過難耐，妳為了對抗病痛而竭盡所能，我們只能盡力減緩那些不適。

可是日漸衰弱的心臟要如何能恢復呢？

我們無法勉強妳的身體承受過度負擔，如果連呼吸都得用盡全力，那生活中又還能下哪些能輕鬆以對？

太陽有西落之時，繁花有謝盡之日。器官功能的衰敗，也許可以延遲，卻無法阻止。妳經歷幾次感染，愈來愈衰弱，腎臟也瀕臨衰竭。我們告訴妳：妳不能喝水，喝太多水就會喘。於是妳不開心的事情又多了一

樣。

妳常常背著護理師偷偷乞求著給妳一點點水，妳的模樣很令人不忍心，我們陷入給或不給的兩難。若給了一口，妳便像孩子般求著再喝一口、一口，與一口。若拒絕，妳便會發怒。

那些最微小的日常，都成了妳最奢侈的渴望。

生命這條漫長的路，通往未知山野，我們低頭探詢，然而玫瑰日漸稀疏，僅剩棘刺。妳無聲呼喊著，荒煙漫草之中，妳被刺得好痛，寸步難行。嚴格的飲食控制，仍無法緩解妳的腎衰竭。妳的身體愈來愈腫，修長的手指不見了；臉龐也圓了一大圈，家人幾乎認不出妳來。

在如常的會客時間裡，妳的兒子禁不住哀求，給妳喝了好多可樂。帶著冰辣氣泡的甜飲，對妳來說過度刺激；妳又喘，消化又差，而且全身腫得不成人形。

護理師有些生氣，這對妳來說是過度危險的行為，妳立刻就喘了起來，無奈瞪著護理師將可樂返抽排除。我們在妳的兒子眼裡，讀到了憤怒與痛心。

「我只是想讓她喝一點！」

誰不是為了妳好呢？妳活在一個充滿愛的環境，然而愛無法替妳披荊斬棘，在對抗病痛的路上，妳只能踽踽獨行。妳努力了好久好久，妳的心臟、腎臟、肺臟都來到了極限，妳的靈魂也是。

妳每一次病況惡化，都是分離的預習。

但分離要如何習慣？分離不僅是疊加，永遠都是全新的。每一次面臨，都是全新的痛，都是全新的傷口。悲傷易如反掌，在時間的焠火下益發鮮明。

在加護病房裡，妳的家人猶豫了很長一段時間。要急救嗎？要洗腎嗎？還要用升壓劑嗎？眼前再也沒有路，荊棘之外只剩荒蕪。明明希望妳很好的，為什麼仍然受盡折磨？一步一步的選擇，從哪裡出了差錯？雨季終究有晴朗日，然而妳的花期將盡，再無盛開時。

妳想要回家的期盼未曾消逝過，這是妳最後的奢望。

妳的歲月裡，有高興、有傷心；熱切過、低落過；妳識遍了沿途美景，妳和家人攜手相依。然而有一段路，終究只能獨自轉身而行。我們說：如果不想努力，也沒有關係的。因為妳已經足夠努力了。我們對妳的家人說：我們都明白，妳活在一個充滿愛的環境，以前是，現在也是。愛不因分離而減損，即使不能再相聚，思念仍能傳遞，妳都懂的。最後這段路，不應再有撕扯，只要平靜。

妳不是離開，而是歸去。

生命太漫長，徒留諸多遺憾；生命太短暫，許多話語來不及傾訴。你的兒子選擇帶妳回家，實現妳最後一個願望。也許永遠也無法坦然面對這一刻，無數次回想起來仍撕心裂肺，要多久時間才能平復？但是至少，真真切切的，這是你最奢侈的願望。

當一個「不積極」的護理師

單位・作者 /5D 安寧病房 (癌醫)・孫詩雅

共照師推著轉入安寧病房的病患，戴著氧氣的臉龐，深鎖的眉頭，雖然已 70 歲，但看上去保養得當，白皙的皮膚，跟在後頭的是案夫、看護。

轉入後的阿姨最常說的話是——「救救我」，雖然意識清醒，但情緒常常顯得很焦慮，逢看到醫護人員一定會拉住我們的雙手，然後不斷的哀求我們救他，不斷的安撫她以後，團隊嘗試和案夫會談，案夫說，不要和阿姨談論生死，她會害怕，但這似乎和生死議題最相關的「安寧病房」有點背道而馳了。每天看著病人不知道自己的病況，不知道為什麼要轉來這個陌生的病房，害怕先生有一天會放棄她，諸多疑問，卻也不敢直接開口詢問先生。建立關係之初，我們仍試著和先生溝通，後來在案夫同意下開始漸漸的和阿姨談病況。

護理師：「阿姨你知道這裡是哪裡嗎？」

阿姨：「義大阿」

護理師：「恩恩～那你知道你自己生了什麼疾病嗎？」

阿姨：「卵巢癌」

護理師：「喔對阿，你很了解知道自己生什麼病，那你知道這裡是什麼病房嗎？」

阿姨靜而不答，停了幾秒鐘，再度開口：「救救我，求你救救我」，眼神中透露的無助。

後來的幾天，只要阿姨開始焦慮的表示全身不適，我們都會多花一點時間陪伴在

旁邊談話，即便可能花了半小時安撫以後，還是只有那句「救救我」。老夫妻間的互動，案夫每日花費 8 小時以上的時間到院陪伴，他說他們之間儘管話不說明白，但彼此都會知道彼此的重要性，訴說著認識過程的阿姨，臉上嘴角上揚，而先生則總是靦腆的笑著，當初就是個害羞少年追求著漂亮女孩的過程，阿姨說，若是當初先生可以主動一點，大概就不會拖那麼久才在一起。

阿姨的病房日常總是靜靜的躺在床上，先生在病室與走廊徘徊，靦腆的先生很少主動的為太太做些什麼，我們引導及教導先生每一項簡單任務，後來漸漸的先生在病房的閒暇時間開始會主動幫忙精油按摩，餵食妻子進食，坐在睡覺的太太旁邊時牽著她的手，知道妻子喜歡唱歌，卻總是靜靜的聽她唱歌的他，也難得獻聲合唱，拍下一張張甜蜜的合照。

過了幾個禮拜，阿姨不再表示救救我，而是從「救救我」改為「怎麼辦」，雖然還是一樣焦慮，卻調整的方向，阿姨說因為做治療花了很多錢，現在不想要再花費錢在她身上了，和先生討論下，醫師評估，停止了一些處置，但這時卻來了個傷口分泌物——抗藥性菌株感染，然後開始了「怎麼辦，要怎麼辦」的無限繞圈循環……

當踏進護理界，學校老師教導的都是如何照料病患，這個疾病及藥物的機轉，總而言之就是要我們充滿著熱血踏進醫學界然後協助醫師診治治療每一位垂危的生命；還記得念書的時候必讀的內外科護理學，每一

章節老師總是淋漓盡致講解內容，然後在最後一章的「臨終護理」，老師說之後臨床就會遇到了，草草結束這章。當新進人員時，第一次接觸病人死亡，學姊帶著自己開始臨終護理，那種感覺無法形容的害怕，從小就被灌輸「死掉的人是不吉利的，很陰，不能正眼看死去的人喔」，但我現在卻要幫忙他們換衣服、清潔身體，那時候的自己腦筋一片空白的執行這項任務，如何去安慰及顧及家屬的心情根本無法顧及，心情未平覆，當祈念堂人員來接送時，在電梯我又學了一件事，學姐們總在電梯門闔上前，以尊進的心對著電梯鞠躬，那時我不懂，只是照作；護理資歷大概 3 年時，某天主管安排我去上安寧初進階課程，第一次接觸了這個領域，突然間找回了當護理師新進人員時的初衷，滿心熱血的想為病患做事。幾年前安寧病房開幕了，在這個病房，我們很「不積極」，

不積極說服病人做自己不喜歡的事，不積極以各種讓病人不舒服的方式去延長生命存活期為目標，不積極抽痰，除非痰液梗住呼吸道呼吸喘很辛苦，不積極給予無法進食的病患置入鼻胃管或即便水腫腹脹也要給予輸液，我們時刻的站在病人的角度去思考，先了解想法再給予所想要的，不僅重視病人，更重視全家全人。

安寧病房雖只成立幾年，我們還在累積著安寧人口中的一百個故事，每一位臨床上的老師也用他們的生命故事及身體症狀在教導著大家，病患是人，不比機器修理有一定的公式，遇到問題時，團隊的聚集討論很重要，然後集結的大家的想法後嘗試解決，以最「不積極」的方法「積極」的解決病患的問題，在這個以生命為本的單位繼續學習。

當 __ 生命進入末期、只有 10% 存活率，我仍然選擇「醫生」？！

單位・作者 / 醫學教育部・陳素婷

人生就在不斷的選擇中走向圓滿，一出娘胎我們哭或硬是要被打幾下屁股才甘願哭、唸哪間學校、做什麼職業、買什麼房子、選擇他愛我多還是我愛他多的另一伴.....，隨著年歲的增長、角色的多重、責任的加重，我們人生的選擇題越來越難，有時候甚至得在性命攸關的時刻做出選擇。很多時候回過頭來看，卻又懊悔當初的決定，遺憾伴隨度日；那如果我們要幫別人選擇呢？這份心中的遺憾與自責，是不是更加劇烈？！Being Mortal- 人生的最後功課是一部拍攝五位癌症末期臨終病人的紀錄片，這部從病人、病人家屬、醫師、安寧團隊等角色面對癌症末期病人的種種紀錄以及選擇，有許多層面相當值得深入探討，更大的部份是觸動了自己心中那段選擇的記憶。

當我的病人生命進入末期、只有 10% 存活率，我仍然選擇「醫生」？

醫師的養成教育及訓練過程在幫助病人解決病痛找回健康的「醫生」，希波克拉底斯 (Hippocrates) 醫師誓詞也提到 - 我將要盡可能地維護人的生命，「醫生」已是深植醫師心中的行醫信念，即使只有 10% 的成功率，仍然盡全力努力幫助病人「醫生」，進行化療、放療、免疫治療等，希望成為那 10% 生存下來的成功案例，這樣的情況紀錄片中 Dr. Gawande 提到『醫學常常是一種交換，犧牲現在的時間換取未來可能有的歲月』，儘管現在可能承受著治療的嚴重副作用，但這是換取將來成功後讓生命再次感

到自由自在的代價，為什麼不呢？

當我的家人生命進入末期、只有 10% 存活率，我仍然選擇「醫生」？！

看著醫師盡全力不放棄的為了那 10% 的成功希望努力著，告訴我們化療、放療、免疫治療等建議，我們怎麼能選擇放棄治療，這對不起醫師，更像直接了斷罹病家人性命的劊子手，即使是身為病人家屬的 Dr. Gawande 也曾想同意醫師對他的爸爸進行化療的建議，想說也許能讓他的爸爸再多活幾年，為什麼不呢？

當我的生命進入末期、只有 10% 存活率，我仍然選擇「醫生」？！

生病的是我，可是我卻對它好陌生、好無助，當醫師說我還可以進行某種治療或臨床試驗，表示還有可以救我的方法，為什麼不呢？末期應該由我來定義吧！但是為什麼，這些治療讓我越來越虛弱、情況越來越糟、越來越感覺不到希望。紀錄片中腦瘤的病人說了一段相當沈重的話：「我是個樂觀的人，但這一切讓我再也承受不住，最困難的是心情起伏，大家總是跟我說要樂觀、要有希望、要奮鬥，我已經奮鬥了二年半，現在已經沒有力氣了，不能再承受任何的壞消息，我去看醫師時，寧願她一槍斃了我，也不想聽她試著以委婉的方式跟我說壞消息，我已經盡力了.....」

不管是什麼角色，當下選擇甚至馬上就形成團隊一起對抗疾病，似乎比選擇放棄治療疾病而著重末期生命品質，來得有勇氣

而且容易做出決定，但最後的結果若是疾病獲勝，身為病人家屬就如同紀錄片中肺癌婦人的先生一樣有著『人生最後幾個月不該是這樣渡過』的感慨及悔恨，又再次不放過自己。我們如何在當下做出讓我們不留遺憾的決定？選擇何時放手很難，選擇幫別人放手更難，是雙方面臨最難的倫理困境，但無論任何人做出任何決定，留下來的我們，都不再用二元對立的對或錯來批判、指責或後悔。

深不可測的醫學專業、具現實與靈性的生命課題，人類都還持續不斷的在這些未知的領域中尋找答案與真相，Dr. Gawande 也提到即使身為醫師跟任何人討論臨終議題都是困難的。現在醫院裡有著一群在醫療的極限後接手的安寧照護專業團隊，是支持病人及家屬選擇放棄治療疾病轉向著重生命品質及尊嚴走向圓滿的力量，這個專業團隊深入了解病人要的是什麼、怕的是什麼、家屬不捨的是什麼、如何幫助這個已精疲力竭、心力交瘁的家庭，勇敢的選擇、即早的面對及準備那機率更高而且必然發生的死亡，讓彼此的生命留有更多的時間來做更大意義的道謝、道愛、道歉及道別。

然而，儘管沒有人認為生命能永恆不朽、儘管我們都知道那相對的 90% 只是還沒發生的百分之百，但，是什麼原因，我們仍然不到最後關頭不願面對，最後總讓人措手不及、難以接受、徒留更大的遺憾，除了對親人在捨不得放手中寄予那 10% 的厚望之外，更恐怕是我們對死亡的未知、恐懼、

禁忌、沈重及無法接受。這些對死亡的認知與覺受，突顯了一直以來我們所欠缺的生命教育。死亡是生命的本然，許添盛醫師曾說：每個人一出生就已註定死亡，以及紀錄片 Dr. Gawande 在最後所說的話，也許都能幫助我們在面對生命的本然時，不再那麼慌亂、不再那麼恐懼及避諱，才能幫助我們在面臨醫療選擇時，勇敢的選擇不留遺憾。

Dr. Gawande 說：『How is dying ever at all acceptable? 我們要怎麼接受死亡？How is it ever anything accepting these awful and terrible things? 要怎麼能不覺得死亡是件可怕至極的事？We are human being live for something bigger than ourselves. 我們必需告訴自己，人是為了更偉大的事物而存在！』

是的！用更偉大的目的性，來看自己生命過程經歷的事件，才能寬慰我們受傷的靈魂；用更豁達的態度來對待生命，我將知道所有的發生都是最好的安排。我們都是地球的過客，藉由「短暫擁有與我們相伴幾十年的身體」取得來到地球的「居留權」，來的時候光溜溜，走的時候卻也帶不走地球上任何東西，那生命存在的意義究竟為何？對我來說，是一份學習及體驗愛的功課、是一個盡情活在生命經驗的當下、是一份盡情發揮我所存在的價值；離開的時候，生命中發生過每件難忘的事、曾經相伴每個重要的人、心中種種深刻的感受，我將打包在記憶的盒子裡全部帶走。你找到你的選擇與答案了嗎？

準備再度穿上白袍的醫「生」

單位・作者 / 復健科 (癌醫)・侯傑議

人生，總有不期而遇的溫暖和生生不息的希望！

「月落烏啼霜滿天，江楓漁火對愁眠，姑蘇城外寒山寺，夜半鐘聲到客船。」下班前，萬籟俱寂的治療室傳來哀愁淒涼的迴盪音符，時而悲傷、時而快樂、時而高亢、時而低沉的吟和著古詩「楓橋夜泊」，似乎抒發病人的羈旅愁懷，這樣的景象和突如其來的聲響，使得整個運動治療室越發顯得空曠和悲楚。這是第一次接觸到富醫師的景象如漂浮不定似的，而人高馬大、皮膚黝黑、穿著體面，正是對他的第一印象。他坐著輪椅由外籍看護工，帶來本科規劃復健排程。而在常規的理學檢查及評估後，擁有滿腹經綸的口吻內涵但卻表達出思維混亂、邏輯不通的認知狀態，在我心裡深深地打上了個烙印，永難磨滅。

66 歲的富醫師早期，自北部某大醫院結束完整的醫師訓練後，即返回故鄉自行開業，懸壺濟世達三十餘年，兩年前因腦瘤造成右眼視力漸漸模糊，故於 2019 年 7 月聽取外科醫師的建議，接受腦腫瘤切除手術，原本期待相對安全的手術卻造成左邊肢體行動不便，日常生活能力皆須他人協助，人格行為不但 180 度轉變，焦慮失眠更是這次手術後留下來的後遺症。弦外之音隱約透露出對手術結果的不滿意，就他本身專業背景和周遭醫師朋友的分析，話外之辭隱然是一樁醫療爭議事件。

在這一段與富醫師復健治療相處過程，深刻體驗照顧病人的「身心靈」是必須齊頭

並進的提供照護，復健介入的措施，不能只看肢體失能的部分，而是「整體」的治療，同時注重他的狀態。我經常跟富醫師說：「你的腦瘤切除術後的傷害，可能還沒有你的焦慮造成的傷害大！」所以，我給予的治療處方會根據你的焦慮、不安的情況有所調整。但是在數次的物理治療療程，他時常潸然淚下告訴我另外一個問題，他一直覺得，「為什麼我的良性腫瘤切除之後，不但無法根治，還造成左側肢體偏癱？」且耿耿於懷。這個「耿耿於懷」的心態其實對他來說是很不健康的，以他的同樣醫學背景和學識程度而言，對於手術失敗的關鍵判斷與理解，原是無可厚非的，但對身心而言卻是壓垮駱駝的最後一根稻草。有鑑於教科書提及原發性腦瘤患者術後，存在著一類明顯的行為傾向，不愛交往，自我封閉的個性，故在「身心靈」復健治療過程中，須指導其本人或家屬對此心態加以糾治，這將會是一項治療效果的關鍵，故提供以下做法：(1) 讓病人知曉這種個性不利復原和防範轉移復發，從而有自我改變的內驅力。(2) 創造機會條件，讓年輕的偏癱患者中較具活躍的、陽光的、愛心的，設計相互間的肢體運動，讓其汲取活力和找回他逝去的青春。同病相憐又可以讓他們互相交流沒有鴻溝，更易於溝通情感、交流思想，而讓病人走出自閉或內向。(3) 有目的性運用靈性資源，為病人安排行動計畫，設計了每周一次爬樓梯至醫院三樓的佛堂敬拜活動，如此期待幫助病人感受到社會接納和歸屬感，並賦予其人生的目標和

意義感。

歷經一年的復健時光，富醫師的「身」體狀況已能夠拿著四腳拐穩定的行走，整個「心」情開朗起來，每當來運動治療室時總喜歡使用台語與僑生實習生互動，偶爾他分享著每月一次的算命改運的「靈」性之旅，談論之際不禁眉飛色舞，喜形於色。猶記得大學時老師說：「醫學為生命增添歲月，復健為歲月增添色彩」。當我還是學生時不懂，隨著年齡的增長，歷經人生的甜酸苦辣，有了工作歲月後，才了解，醫療工作最有價值之處，便是給家屬和病人為自己生命增添色彩的能力。古人常說「心病難醫」，確實是啊！治療室裡最折磨人的不是疾病對肢體活動的嚴重限度，而是家屬和病人的不接受自己。「心，行之器也！」想法決定行為，行為決定結果，面對疾病的態度才是決定未來的關鍵。學富五車的富醫師說：「腫瘤術後使他的人生變彩色！」，猶如愛迪生的眼中，令人驚恐萬分、避之唯恐不及的打電閃電卻成為他發明電燈的靈感來源；牛頓先生的頭被掉下來的蘋果砸了一下，原是飛來橫禍一樁，但是他卻從中發現的宇宙中的萬有引力定律；詩人看到了月亮的陰晴圓缺，並不是覺得月亮變醜了，而是明白了人生中常有的悲歡離合；哲學家看到了結實纍纍的稻穗低垂著，並不是覺得稻子的搖桿要扛那麼重的包袱，而是明白了做人要謙虛的道理；文學家看到了軟綿綿、懶洋洋的毛毛蟲，把自己層層包了起來，並不覺得毛毛蟲真是愚笨地作繭自縛，而是明白了生命都有蛻變成自由飛舞、炫麗奪目的蝴蝶之可能。類似的例子實在不勝枚舉因為在這個自然界中到處都充滿了許多令人驚嘆的自然智慧，使得人們可以從中得到啟示進而獲益。

近來，富醫師在運動治療室等候接受復健治療時，常眯著眼，搖頭晃腦地吟著唐詩《相思》「紅豆生南國，春來發幾枝，願君多采擷，此物最相思。」，他說這是他小孫女幼稚園老師要求她背的詩詞，而他聽著聽著就使他深深陶醉於詩中的意境，而欲抒發自己情感而跟著吟詩，.....。打破沙鍋問到底，富於想像的富醫師一定是「因物起興」，而到底是何事物讓他深長地寄托情思呢？原來是醫師公會業務人員最近打電話來關心他的診所暫時歇業的相關處置問題！原來富醫師還是想念著能夠「再度穿上白袍」回到當初開業 30 年的診所「復工」。我突然恍然大悟，所謂「全人照護 (Holistic Health Care) 」，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「全人」包括生理、心理、心靈及社會層面，而目前對於富醫師的復健目標尚缺「社」這層面的計畫擬定，接下來我斬釘截鐵的告訴富醫師「再度穿上白袍」從事你每日生活中最有意義的事將是指日可待！，並討論著漸進式復工的需求問題，設定他必須達成的目標：代償性操作電腦鍵盤能力訓練、維持坐於工作椅的姿勢耐力訓練、操作聽診器手眼協調訓練、觀看喉鏡動眼肌肉精細訓練、工作職務與環境再設計建議.....等。對於穿著白袍行醫三十餘年的醫師而言，照顧好病人是他覺得生活中最有意義的一件事，所以共同找回「醫之初」的美好，攜手為病人謀求最佳的照護支持。

雖然手術無法全切除以致於還有殘存性腦瘤，富醫師尚需輔以電腦刀、伽瑪刀治療控制剩餘的腫瘤，但是喜樂之心乃良藥。

他山之石，我與富醫師的醫病互動間詮釋了全人「生、心、靈、社」照護應用的範疇，「生」：改善罹患腦瘤產生生理症狀，如肢體活動無力、步態不平衡等。「心」：調整罹患腦瘤產生心理症狀，如焦慮、多愁善感等。「靈」：啟發靈性思考，罹患腦瘤反讓人生更具色彩更有意義。「社」：強調罹患腦瘤後的職能重建，有朝一日「不能」變「可能」再度穿上白袍，開啟行醫模式，回歸社

會。

從暫時脫下白袍時的憂愁，到準備再度穿上白袍行醫的重「生」，何嘗不是富醫師蛻變人生的寫照，這樣的醫病過程足以讓我深刻體驗全人照護的真諦，我也將行醫20年的技能知識潛移默化成全人教育的精神，持續灌溉滋養未來的實習學生，期待讓這一首「生」意盎然的「全人」樂章，譜成為生生不息的「照護」讚歌。

最美的安排 (Collateral Beauty)

單位・作者 / 耳鼻喉部・蔡美幸

「最美的安排」，是 2016 年的一部電影，拍攝地點在紐約曼哈頓；因為片名很吸引我，且都是大咖演員主演；另外，更好奇的是：對什麼樣的人或事物來說是「最美的安排」？

第一次觀看時，就讓我很感動！所以再仔細看了第二次，因為裡面談了三個要素：「愛、時間與死亡」，是與人們息息相關的議題！是會讓人反覆省思這三者的相關性的片子！所以也相當有「寓教於樂」的效果！

主角霍華是一家成功廣告公司的總裁（CEO），片頭是他意氣風發，堆疊骨牌的鏡頭（堆疊骨牌，在我的觀感是：必須具備耐心、創新和自信的代表），這樣的人物在遭逢 6 歲女兒因膠質母細胞瘤過世而一蹶不振；否認女兒的死；無法面對任何人（甚至與妻子離異），從此不再與人有對話，不理朝政，並在時間裡遊蕩 2 年之久！態度冷漠，面無表情。（深覺得『愛、時間與死亡』遺棄、背叛了他）。所以他分別寫信給「愛、時間與死亡」這三個抽象名詞。

因為 CEO 霍華的怪異舉動，令公司其他三位共事的夥伴（賽門、克萊兒和懷特），他們擔憂 CEO 霍華的精神狀況；且迫使公司瀕臨經營危機；並等待被併購而焦急著；於是三人突發奇想，找來三位演員，協商分別扮演「愛、時間與死亡」這三個角色（將這三個抽象概念擬人化，比較像是化身為天使，而分別為這三個名詞來代言），經過角色扮演來與 CEO 霍華有對話，並用特殊影

像處理，營造 CEO 霍華經常對著空氣說話或暴怒，來證明他的精神出狀況，不再適任 CEO 一職！企圖促成併購案，以解決公司財務危機。雖然出發點有點不妥！（陷 CEO 霍華於不義）。但是在四人開始分別與「愛、時間與死亡」三位天使一直有對話之後！也因而引出三位公司夥伴的潛在問題！

賽門：（是一直抗拒『死亡』，飽受『死亡』威脅的人），是癌末患者，隱瞞病情，常嘔吐（含血），不久人世，為了家人（尤其兒子還很小），咬牙硬撐、工作，為了在自己死後讓家人有保障。經過與「死亡」天使的對話，明白「死亡」是再自然不過的生命過程，並不可怕！後來他願意鼓起勇氣，告訴家人自己的狀況，不再獨自承受痛苦和接受安慰；至終也得到 CEO 霍華的承諾：「在他走後會讓他的家人得到照顧！」

克萊兒：（是錯過『時間』的人），忠於職守，不知不覺已過了生育年齡，非常在意無法親自生一個小孩而感到遺憾！總是暗自憂傷。而在與「時間」天使對話過後，會心一笑！因扮演「時間」的演員，本身是個孤兒，其在成長過程中所看的書，對他的影響很大，他稱「XX 書」為父；「莎士比亞」為母！所以他告訴克萊兒：「妳的孩子不必是親生骨肉，他們也可以受到妳的薰陶」。

懷特：（是個失去『愛』的人），因缺乏自信，又沒有妻子有錢，不能給女兒更優渥的生活品質，所以從拈花惹草中尋求自信，也因此失去婚姻；而最難過的是：女

兒對他的不理不睬！在與「愛」的天使對話之後，深受鼓舞！回想起初的愛：「女兒剛出生時，他抱起她的那一刻，充滿了愛的感覺，而且覺得自己已經化身為『愛』了」；並意識到愛一個人，必需要以誠以真的對待，而不是都用金錢和物質來衡量！片尾CEO 霍華也勉勵他：「你不用她的許可才能成為她的父親，你就是她的父親！愛要及時，因為明天是未知數！」。於是他開始身體力行，接受女兒一次又一次的拒絕，至終也再贏得女兒答應與他見面而興高采烈。

CEO 霍華：與「愛、時間、死亡」三者的接觸，從拒絕、冷淡、質疑、辯論到咆哮，發洩了積壓許久的怒氣後，開始參與並傾聽悲傷支援小組成員的分享；並與身為其中一員的前妻（瑪德琳）再開始有簡短的對話到哭泣。至終願意簽署對公司有利的併購案和另一份承認女兒過世的法律憑證；末了一幕：他再與前妻（瑪德琳）漫步在公園裡，有一個新的開始。

觀後感覺：

劇中吸引我的地方是：有一些台詞或名言會讓人反覆省思；或許可以更珍惜或應用或去感覺.....在我們與周遭人事物的關係上。讓我比較有感覺的句子是：

- 1.我感受「愛」，在我女兒活著的每一天。
- 2.如果愛是創造，死亡是毀滅，那我（時間）就是之間的形式。
- 3.我（時間）是現在，但你卻浪費了.....
- 4.「愛」是所有一切的理由，我曾存在在她的歡笑中，現在也正存在在你的痛苦裡。
- 5.世界離不開三個元素：「愛、時間、死亡」。我們需要「愛」、渴望更多的「時間」、害怕「死亡」。

6.「要留意周遭隨之而來的美麗安排」。

7.從來沒有得到，就沒有失去。

8.「死亡」給予了「時間」一切的價值。

9.小孩寫信給聖誕老公公，不代表他瘋了。

另外，看完本片讓我有一些想法是：

1.要有「保險」的觀念：

在我們還有賺錢能力時，支付少少的保費，買足額的保障，讓我們不在的時候，透過保險費的支付，可以為我們繼續照護我們所親愛的家人；還有，院內正積極架構推廣的預立醫療照護諮商（ACP）門診，也可以善加運用，及早梳理人際關係，早一點「道謝、道歉、道愛、道別」，強化病人與所關愛的人之間的關係，並可以減輕家屬在進行決策時的壓力與負擔；而病人走到生命末端時，才能無憾放下。（可以解決劇中賽門的擔憂）

2.「溝通」的重要性：

劇中公司四個工作夥伴，因為習慣不溝通，每個人都像是「裝『假』部隊」，生活很「一」，沒有合適的疏通或發洩，所以每個人，各自隱藏一些困境而苦悶著，表面上卻看似若無其事！透過戲中戲的對話（溝通），劇中每個人內心的盲點被解開了！並且把握當下，在親人、朋友還在時，勇於嘗試表達自己的關愛和開始有對話（溝通）。

3.「信仰」的重要性：

「信仰」是不可或缺的！為何我們評鑑會要求加入全人照護（是以病人為中心，提供包括身、心、靈及社會各方面需要的醫療照護），因為身體有毛病可以尋找內外科醫師，精神出問題，可以看精神科醫師，靈裡的問題，人們可能因為驕傲或自卑或隱私.....等因素無法向旁人啟口？會讓人

想要求神問卜！所以影片中 CEO 霍華才會寫信給「愛、時間與死亡」這三個抽象名詞；來向未知的「宇宙」或「神」表達他的疑惑？只是遲遲得不到回應！也急了公司的合作夥伴，才巧妙設計「天使」的介入，使四個夥伴可以表達或受到提醒或受鼓勵並正視自己正在面臨的困境！

末了：「骨牌」應該是用來呼應英文片名 *Collateral Beauty* 中「Collateral」是「附帶的或隨之而來的.....意思」，有連結的關係，這樣就很清楚的表達劇中的每一個人、事、物的相關性；而至終每一個人的問題也都有了合適的發展或重新定位。（滿足

了我對片名『最美的安排』的好奇疑惑）；另外，筆者原本也正處於情緒的低潮，有好一陣子了，透過對本片的省思，我也豁然開朗！不再執著過去，願意重新學習「愛」周遭的每一個人，因為當自己不願意靠近別人時，別人也不敢親近自己！那對彼此都很煎熬；且關係緊張，日子「時間」，天天都很難過！而生命是枯竭的，像是被「死亡」籠罩般的令人恐懼與不安！而現在的我，更加的愛我的先生（套用本片 CEO 霍華的說話：『妳不用他的許可才能成為他的太太，妳就是他的太太！愛要及時，因為明天是未知數！』）。

倫理議題—影劇心得

單位・作者 / 美容外科中心・潘秋華

場景 1 急診鈴聲響起.....「您好！急診室.....」小雅接起電話，聽著聽著表情頓時嚴肅起來，「怎麼了~~」其他人員急著問，「呂院長突然昏迷現在要送來急診.....」，呂院長是這家醫院開院元老級的院長，個性溫厚，為人和善是大家心目中最尊敬及愛戴的人，尤其是金醫師及吳護理長跟著院長多年感情深厚，呂院長今年初因肺癌末期突然離職且不告而別，讓大家非常擔憂。

救護人員急沖沖推床進入急診，大喊著「病人來了.....」，金醫師帶領團隊做緊急處置，同時發現呂院長早已填寫過「拒絕心肺急救意願書」，突然發生抽搐，心電圖改變沒了脈搏，這時同仁們充滿悲傷，金醫師更陷入矛盾痛苦與內心焦灼，時間停滯一會，金醫師走向院長並執行起了心外按摩，醫護也加入急救.....終於心跳恢復了。

場景 2 金醫師默默守著呂院長多日，卅護理師巡視發現呂院長的手指微微動了一下，「院長醒了.....」院長睜開眼睛，金醫師及護理師們頓時溼了眼眶。呂院長清醒後露出微笑輕拍金醫師的手，緩緩說出他要撤掉所有的治療，希望自己可以自然與尊嚴死去，大家雖不捨但都尊重他的決定，金醫師要大家跟呂院長道別。

大夥兒圍著呂院長說著過去的開心有趣的事，每個人臉上充滿著笑容，院長微笑滿足地看著大家，「誰說道別一定要充滿悲傷，這樣氛圍不是很愉快嗎」院長輕聲說著，小雅突然悲從中來而掩面哭泣，林醫師為緩和情緒舉手說要唱歌給院長聽，輕輕唱

著兒歌，同時呂院長也一一跟每個人互相道謝、道愛與道別。最後的畫面是由金醫師跟院長做了道別，呂院長把對醫院的心願說完後帶著微笑離世了。

人生最難是什麼？難在斷、捨、離，尤其深愛或敬愛的人將離世，有多少人可以斷然決定要不要救到底呢？又有多少人可以豁然的接受。依稀記得有位病人以癌末病人也知自己時日不久，並有意填寫安寧緩和意願書，但太太及家人因捨不得而不願意放手，在病人最後一段日子身上插滿了管子，也壓胸、電擊多次，終究還是離開了，試想這樣的結果是多麼令人難過，劇中的金師傅也是情感糾結捨不得院長，做了違反病人意願之事，但幸運的是劇情最後有遵照及尊重院長的意願，讓他可以跟所有愛他人道別，也感受到尊榮的離逝。

「誰說離別事傷感的？」是啊～大部分的人多覺得離別很難過也放不下，愛多深就傷感多深，但若換一種形式來告別，把人生四道（道愛、道謝、道別、道歉）給道盡，而不留遺憾不也是美好且完滿的結果嗎，由如同劇中回憶有趣的事物，在輕鬆與充滿愛的氛圍下，分享彼此的愛意與感謝，這何嘗不是個善終的最好例子。

倫理議題在醫院每個角落上演著，如何善終是每個人所期待的目標，身為醫護人員，在臨床上常看病人及家屬的陷入救與不救的感情糾結，也常背負了放棄治療等同於不孝或是罪人的名義，除了可推廣病人自主權立法，尊重病人醫療自主權及事先預立醫

療決定書，讓身後事不造成家人或子女沉重
愛的負荷，而醫療決策也不用讓任何一位家
人去承擔，再來也可讓醫療資源分配給更需

要的人，身為家屬的妳我是否都要學會放
手，而這也是一門重要的人生學習課題。

Connecting the dots

單位・作者 / 醫學教育部・Tibusile Mlambo

I never really understood the purpose of humanities courses in my first year medical curriculum. I was mostly interested in the science part, the disease pathophysiology and treatment options since this is what drew me to medicine. So I would dread Monday afternoon's as this was the medical humanity slot. "So in conclusion, always remember to approach each patient as if he or she was your relative". These were the words of my medical ethics lecturer as he concluded a debate session on that day's topic. It was a long day of lectures and I was already tired but weirdly enough my wondering mind managed to grasp that concluding statement as I was planning what I would have for dinner.

Two years later I started my clerkship and I was thrilled to finally interact with patients and be a 'real' doctor. Before then we had a white coat ceremony where we recited the Hippocrates oath in front of our teachers and peers. I couldn't contain my excitement, wearing that white coat was a dream come true and still is. Did I really take time to understand the oath? What it meant? Well to be

honest, I was just looking forward to taking pictures after the ceremony and celebrate my white coat.

Fast forward we started our clerkship and after finding my feet and adapting to the change from classroom to hospital, I discovered that I enjoyed being at the outpatient department. This is where patients' would walk in with their chief complaint. My partner Sharon and I would always make our own differential diagnosis when the patient came in. We would beam with excitement when the attending doctors' diagnosis would match ours. One particular day as per norm we were excited to identify fetal anomalies at the Obstetrics ultrasound clinic. My excitement was cut short when I realized that at the other end of the desk was a young couple who just received news that their unborn child had congenital defects. My heart sank when I saw how they clung to each other upon receiving the news.

The way Dr. Hung our clinical teacher handled this blew my mind, he listened, explained and was sympathetic to the couple. He gave them their options which included termination and thoroughly elucidated

the implications of each option. The couple walked out encouraged, their eyes that a few moments ago were filled with despair showed a glimpse of hope. We then had a brief lesson later and the clinical teacher expounded on the importance of informed decision making and how medical ethical principles apply in this case.

That encounter was my first real life experience on how medical ethics can be integrated in clinical practice to provide a holistic approach to patient care. Sharon and I were so fixated on the diseases and treatment options while neglecting the humanities aspect, especially the principles of ethics. Thinking about this reminds of one episode in the medical show Grey's Anatomy, where the interns knew all about the medical images, laboratory results and diagnosis of a patient but no one knew the name of the patient. This is common among medical students including myself however it is worth noting that people are just not their medical conditions but are people with feelings, thoughts and names.

As always after the clinic session Sharon and I debated on what the couple should opt for, which decision was more feasible, of which obviously was blinded by our partialities. That day I went back to read my medical ethics notes from first year, trying to make sense of the ethical principles

and connect the dots from theory to clinical practice.

Medical ethics is founded on four principles as we know them and recite them without even blinking. But the question is, how do we apply them? Is there any formula to it? Juggling these big words and their definitions: beneficence, nonmaleficence, autonomy and justice can seem easy. We would read and regurgitate them for an exam or quiz but then the purpose is to apply these principles in everyday practice. Going through my notes again it became clearer that these words come alive when applied to real life situations and real patients. Jonsen, Siegler, & Winslade (2010) emphasize that clinical ethics is a practical approach which goes beyond the identification of the problem and data gathering but used as a guide in decision making.

According to Lo, (2009) an approach to ethical dilemmas can follow through a series of questions such as; (1) what is the dilemma? (2) what are the medical facts? (3) what are the concerns, values and preferences of the clinician? (4) what are the concerns, values and preferences of the patient? (5) what are the ethical issues? (6) what ethical guidelines are at stake? (7) what practical considerations need to be addressed? This approach can aid clinicians in broadening their scope in

dealing with perplexing cases. On the encounter we had with the couple faced with an important decision to keep the pregnancy or terminate this pattern of thought can be applied as well.

Dealing with ethical dilemmas can be controversial, there are other conflicting aspects to consider as well. The principle of respect for autonomy was the first that came to my mind when dealing with the case of the couple. This principle emphasizes one to view individuals with moral values and dignity. Each person has their own beliefs, cultures, values which they uphold so highly thus the need to be respected. There are so many conflicting issues in the application of this principle in this case.

According to (Chima & Mamdoo, 2015) ethical dilemmas such as women's autonomy rights may conflict with fetus' right to personhood, and doctor's moral obligations to society. Furthermore in liberal jurisdictions, previable fetuses may not have legal rights of personhood therefore appropriate decision would be to respect pregnant women's decisions regarding termination. So in essence there several factors to consider thus a multidisciplinary approach is important. As a person coming from a strong religious background and from a country where termination is

prohibited I tended to let my own beliefs cloud my thinking in terms of what would be the best next step for the couple.

I have since learnt that medical ethics is very broad and there are so many conflicting scenarios hence it is best tackled by case based learning. As a student it is important to be familiar with the principles and know when to use them. I have encountered other interesting cases during my rotations and tried to connect the principles to everyday practice.

Looking back to that Monday afternoon when I heard the words to approach patients as if they were your relative, these words hold true. Medical humanities including ethics although not attractive to many medical students as first, is key in connecting the medical and human aspect in medicine. The study and application of these principles is imperative in developing interpersonal skills and empathy hence providing holistic care in clinical practice. When encountering patient's I ask myself the question, if this patient was my mother or father would I still approach them the way I would? This guides me to provide quality medical care while ensuring that the principles of ethics are not violated. This has since grounded me to make the four principles of medical ethics come alive and apply them whenever possible.

References

- Chima, S., & Mamdoo, F. (2015). Ethical and legal dilemmas around termination of pregnancy for severe fetal anomalies: A review of two African neonates presenting with ventriculomegaly and holoprosencephaly. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18(7), 31. doi:10.4103/1119-3077.170820
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). Introduction. In *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (pp. 3-4). New York: McGraw-Hill Medical.
- Lo, B. (2009). Chapter 1. In *Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians* (4th ed., p. 7). Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.