

【隨風·微光-106 年全國七月安寧月】系列活動

【安寧樂活·開枝散葉】課程系列（開放申請）

【安寧療護與生死關懷】講義

106-8-15（二）1500-1700 義大醫院 A 棟六樓大講堂
（高雄市燕巢區角宿里義大路 1 號）

參加人員：醫師、護理、醫事、行政人員。與屏東、澎湖醫院進行視訊連線。

高雄市張啓華文化藝術基金會 執行長 許禮安 醫師

衛生福利部屏東醫院家醫科 兼任主治醫師

台灣安寧照顧協會 理事 / 台灣安寧緩和醫學學會 理事

高雄醫學大學【生死學與生命關懷】兼任講師

安寧療護的常識與趨勢

安寧療護與癌症末期

台灣從民國71年起，癌症（惡性腫瘤）就一直高居十大死因首位，死亡人數逐年增加。我十多年前開始看統計數字，台灣每年死於癌症大約兩萬三千多人。近年來台灣每年都將近有四萬人死於癌症，依序是：95年37,998人，96年40,306人，97年38,913人，98年39,917人。101年全台灣死亡人口總數是153,823人，死於癌症的有43,665人，占率28.4%。102年全台灣死亡人口總數是154,374人，死於癌症的有44,791人，占率高達29%。103年死亡人數162,911人，癌症死亡人數為46,094人，占有所有死亡人數的28.3%。104年死亡人數163,574人，癌症死亡人數為46,829人，占有所有死亡人數的28.63%。平均是每三到四人死亡就有一人是死於癌症。

某些安寧前輩認為一般病房可以做到安寧療護，我認為不可能，因為醫護人員的訓練與服務是治病救命優先。假設我只有兩個病人：一個正在吐血、一個是末期病人痛到哀嚎，按照優先順序，一定先去處理吐血的病人。假如我有十位病人，末期病人的痛苦可能第十順位才被照顧到。何況一般病房白班護理人員每位要照顧八到十二位病人，大夜班照顧超過二十位病人。對於無法治病救命的末期病人，要求護理人員優先關心與照顧，恐怕無能為力。

一般病房沒有足夠的設備和人力，末期病人有很多症狀無法得到緩解，最後甚至痛苦的死亡。獨立的安寧病房承認無法治病救命的末期病人，醫療的第三任務「解除痛苦」變成最優先。在安寧病房裡面不再需要治病救命，反而可以優先處理疼痛控制與症狀控制，讓病人的痛苦可以快速得到緩解與照顧。因此，我認為要有單獨的安寧病房，比較有可能做到高水準的安寧療護服務。

過去比較常聽到的名詞是「臨終關懷」和「安寧照顧」。國內最早是台北馬偕醫院淡水分院在民國79年成立安寧照顧基金會，並設立全台灣第一個安寧病房，84年台大醫院設立6A緩和醫療病房。安寧療護進入台灣不過才21年，醫院年資超過二十年以上的資深醫護人員，包括主任與院長可能不知道什麼是安寧療護，反而年輕醫護人員不可不知道，因為這已經是無法阻擋的趨勢潮流。

衛生署訂名「安寧療護」，是指：經由醫「療」和「護」理，可以讓病人得到「安寧」。據說當初有另一名稱「緩和醫療」競爭，當時台灣正在反對核四廠，非正式消息得知：「緩和」聽起來像「反核」，因此不被採用。直到民國89年通過「安寧緩和醫療條例」，「安寧療護」和「緩和醫療」才開始通行並用。

可是，社會大眾對「安寧照顧」的印象就是：讓病人安安靜靜等死的地方，或者台語說：「乎人卡好死的所在」。歷經二十年的努力，民國99年算是安寧療護在台灣的成年禮。社會大眾一聽到「安寧療護」，就是兩個刻板印象「安寧病房」與「癌症末期」，不過這早就是已經落伍的觀念了。

安寧療護的三種服務模式

台灣的安寧療護是從「安寧居家療護」開始，把安寧療護服務送到病人家裡；後續才推動設立「安寧病房」；之後因為許多病人不願意入住安寧病房，於是推動「安寧共同照護」，把安寧療護服務送到醫院的其他所有病房。

可能因為宣導不力，社會大眾反而比較知道「安寧病房」，而通常沒聽過比安寧病房早四年就開始試辦的「安寧居家療護」服務，更沒聽過比安寧病房晚五年開始試辦的「安寧共同照護」服務。

衛生署於民國85年7月首先將安寧居家療護納入全民健保試辦計畫，讓癌症末期病人能提升醫療照護品質。那一年選定十家醫院試辦，東台灣唯一落在花蓮慈濟醫院心蓮病房。有將近十年的時間，東台灣（宜蘭、花蓮、台東三縣市）只有花蓮慈濟醫院有安寧病房。我都私下開玩笑自稱是「東台灣安寧總管」，王主任負責去開會，其他的小事通通歸我管。

立法院在民國89年6月通過「安寧緩和醫療條例」，成為亞洲第一個對「自然死」立法的國家。世界衛生組織對「安寧緩和醫學」的定義是：「凡是對治療反應不好的病人，皆是本醫學的對象」。健保局於89年7月提出「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」，將安寧住院療護（安寧病房）納入試辦範圍，並開始試行安寧評鑑訪查¹。

¹ 民國79年馬偕醫院剛成立安寧病房，我是高醫醫學系七年級，在馬偕醫院擔任實習醫師。民國89年開始安寧病房評鑑訪查，我是訪查委員之一，抽籤抽中去評鑑馬偕醫院和三軍總醫院的安寧病房，我很榮幸參與台灣安寧療護發展的前

國民健康局自民國94年起補助醫院辦理癌症病人「安寧共同照護計畫」，藉由安寧共同照護團隊，促進各科醫療團隊與安寧療護團隊間的合作，由此團隊提供住在各科的癌末病人安寧服務，使病人不必離開原團隊即可獲得安寧服務。

回教先知穆罕默德說：「山不朝我走來，那我能怎麼辦？」答案是：「山不朝我走來，只好我朝山走過去！」病人不想轉入安寧病房，那我們怎麼辦？就把安寧病房的服務送到病人所在的病房，這就叫做「安寧共同照護」。我私下說：這是安寧病房擴充勢力範圍的開始，因為把服務做到別人的地盤去。

健保局為何要推動安寧療護？因為經過專家學者²評估，運用以全人照顧為主的安寧療護方式照護癌症末期病人，不但能夠提供較為人性化的醫療服務，而且因減少非必要的醫療介入，經統計每人每日費用，傳統照護約6,146元，安寧療護約4,263元，可見安寧療護較傳統照護更節省醫療費用。

可是如果只讓健保局省錢，為什麼要拼命幫忙宣導？重點還在於：透過安寧療護，可使得疼痛及其他症狀控制與病人身體不適，均獲得極佳的改善效果。另外，病人及家屬對「身體照顧需求的滿足」、「症狀控制」、「情緒需要的滿足」及「全面生活品質」等四方面醫療服務的滿意度，都高於一般病房。

安寧療護的十大對象

安寧療護服務的對象，從85年的癌症末期，92年增加運動神經元萎縮症（漸凍人）末期，在98年9月一舉擴充「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，目前總共十大類疾病末期適用安寧療護，早就不再僅限於癌症末期了。

85年7月試辦「安寧居家療護」，與89年7月試辦「安寧住院療護」，適用對象都只限於癌症末期病人，直到92年9月才將末期運動神經元萎縮症病人（俗稱「漸凍人」）納入試辦計畫，使台灣目前大約1,000人的漸行性運動神經元病人，因此得到更完善的醫療照護。

健保局在98年9月公告安寧療護正式納入健保體制，試辦超過十三年的「安寧居家療護」和超過九年的「安寧住院療護」終於脫離試辦計畫。可惜的是：試辦超過六年的「安寧共同照護」，仍然還在試辦中，只是負責單位由94年的國民健康局，在100年4月轉回到健保局而已³。

段。

² 中央研究院的羅紀琮教授。

³ 所謂的「試辦計畫」是：今年試辦，明年隨時可能停辦！那麼，在變成正式的服務項目之前，「安寧共同照護」到底還要試辦多久呢？這難道就是健保局的行政效率嗎？

98年9月健保局公告：「增加八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，分別歸屬於腦、心、肺、肝、腎五大器官。

腦部有兩類疾病適用：一、老年期及初老期器質性精神病態（失智症）和二、其他大腦變質。失智症的必要條件是：CDR 臨床失智評分量表為一末期（CDR=5）者：病人認不出親人。吞食困難。需旁人餵食或需用鼻胃管。大小便完全失禁等。當居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時，或病情急劇轉變造成病人極大不適時。其他大腦變質包括嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，多發性硬化症，巴金森氏症，亨丁頓舞蹈症等退化性疾病末期，合併以下狀況：1.末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時。2.末期大腦變質患者，雖使用呼吸器但已呈現瀕臨死亡徵象者。

心臟和肝臟疾病分屬三、六類：心臟衰竭和慢性肝病及肝硬化。心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：1.心臟衰竭第三、四期：休息或輕度活動時會喘。2.原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。3.經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。4.雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀。肝臟疾病的必要條件是：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且符合相關狀況。

肺部疾病包括第四、五類：慢性氣道阻塞疾病和肺部其他疾病。前者休息時就會喘，且病況持續惡化，合併任一相關狀況。後者包括：纖維囊腫，嚴重纖維化肺部疾病等末期肺病，條件和前者相同。吳念真導演的父親當年是礦工，後來因塵肺症喘到不行而自殺身亡，當年沒有安寧療護，現在就應該解除或減輕末期病人的症狀痛苦。

腎臟疾病包括七、八類：急性腎衰竭和慢性腎衰竭。已接受腎臟替代療法（血液透析、腹膜透析、腎臟移植）病人，因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照顧團隊評估病患可能在近期內死亡。病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併任一相關疾病狀況，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者。

因此，今後下列十類疾病末期皆可接受健保給付的安寧照顧：1.癌症。2.運動神經元萎縮症（漸凍人）。3.老年期及初老期器質性精神病態（失智症）。4.其他大腦變質。5.心臟衰竭。6.慢性氣道阻塞疾病。7.肺部其他疾病。8.慢性肝病及肝硬化。9.急性腎衰竭。10.慢性腎衰竭。

安寧療護的服務容量不足

根據89年6月通過的「安寧緩和醫療條例」第一條：「為尊重不可治癒末期病人之醫療意願及保障其權益，特制訂本條例。」既然針對「不可治癒末期病人」，所以對象不限於癌症末期，場所不限於安寧病房。可是十年來「安寧緩和醫療條例」顧名思義，一直被醫護人員誤以為是「安寧病房專用條例」。

截至104年10月⁴，全台灣總計有52家醫院提供安寧病房住院（全台灣目前總計約五百家醫院），總床數約七百床；130家醫院提供安寧共同照護，84家醫院提供安寧居家療護，81家機構（包括醫院、衛生所、診所、居家護理所）提供社區安寧療護（乙類安寧居家療護）。全國安寧病房總床數實際上可能不到七百床，可是一年死於癌症將近四萬七千人，因此服務容量不足。加上98年9月公告的「八大項非癌症末期疾病適用安寧療護服務」，粗估一年內死於這八大項非癌症末期疾病的約有六到八萬人，但是台灣的安寧病房並未瞬間擴充兩倍到三倍。

目前仍有許多醫院的安寧病房私下宣稱：暫時不收非癌症末期病人，這已經明顯違反健保局的規範。台灣的老化人口直線上升，可預見的將來，老年疾病與不可治癒末期病人只會快速增加，末期病人的醫療照護問題一定會像滾雪球般快速變大，如果繼續置之不理，恐怕等到雪崩就來不及了。

未來應當加強結合民間團體與運用各類媒體通路，全面宣導安寧療護理念，推廣安寧療護教育訓練，希望末期病人與家屬都有機會獲得安寧療護服務，來緩解末期病人疼痛等不適症狀，不但能幫助病人尊嚴度過人生最後旅途，也能大幅提升末期病人及家屬的生活品質與滿意度。

許禮安10508251052高雄市張啓華文化藝術基金會

安寧療護簡介

我們比較常聽到的名詞是臨終關懷和安寧照顧，國內最早是台北馬偕醫院於民國79年成立安寧照顧基金會並設立安寧病房；83年耕莘醫院設立聖若瑟病房；84年台大醫院設立緩和醫療病房。衛生署在經過討論後訂名「安寧療護」，推廣觀念並補助成立病房，並於85年7月起補助全省十家醫院試辦安寧居家療護。癌症是台灣近30年來十大死因首位，死亡人數每年都在增加。100年全台灣有四萬兩千多人死於癌症，但是一般病房沒有足夠設備和人力，病人有很多症狀無法解決，最後甚至痛苦的死亡。推廣安寧療護就是要讓癌症末期病人和家屬得到最好的照顧。

安寧療護的對象

接受安寧療護的病人是有條件的：

- 1.末期疾病，這要經過主治醫師確定，當開刀、化學治療、放射治療等都不能治癒或延長生命時。
- 2.病人有身體的症狀和痛苦，或有心理、精神、靈性、家庭等問題時。

⁴ 根據「台灣安寧照顧協會」網站。

- 3.既然不能延長生命，就不在病人將死亡時做心肺復甦術、插氣管內管、電擊等會增加或延長其痛苦的措施。
- 4.病人和家屬能了解並接受安寧療護的理念，而且希望病人本身知道病情。一般習慣都會對病人隱瞞病情，但這是他的生命，沒有人有權利替他作決定，要讓他有所準備，完成心願或了結心事，才不會有遺憾。

安寧療護四大原則

- 1.讓病人舒適：所以要做好症狀控制。末期病人最常見的症狀就是疼痛，要讓病人沒有疼痛，才有生活品質。另外病人會喘、失眠、噁心嘔吐、食欲不振等，所有的症狀都可以經由醫療來控制。雖然其疾病無法治癒，但要讓他在生命的末期沒有身體上的痛苦。
- 2.要關心病人：真心對待，才能得到病人和家屬的信賴。
- 3.傾聽和溝通：這需要足夠的人力和時間。
- 4.讓病人儘量能過日常生活：不要因為生病就只能躺在床上，什麼事都不能做，好像廢人一般。

安寧療護四全照顧：就是全人、全家、全程、全隊照顧。

- 1.**全人照顧**：就是身、心、靈的整體照顧，在一般病房只有照顧病人的身體，但末期病人除了身體症狀之外，有很多心理、靈性、家庭的問題，通通要照顧好，所以是全人的照顧。
- 2.**全家照顧**：末期病人最後會走向死亡，而死亡是整個家庭甚至全家族的大事，另外家屬因為照顧病人也會出現很多問題，所以除了照顧病人之外，也要照顧家屬，解決體力、心理、悲傷等問題。
- 3.**全程照顧**：從病人接受安寧療護（包括住院及居家照顧）一直到病人死亡，還要做家屬的悲傷關懷，使創傷減至最輕，而不致於產生一些後遺症，所以是全程照顧。
- 4.**全隊照顧**：這是一個團隊的工作，成員包括醫師、護理師、社工師、志工（義工）、營養師、心理師、宗教人員等，凡是病人所需要的都可以是團隊的成員。在醫師部分，病人原來的主治醫師、中醫科、麻醉科、放射治療科、復健科、精神科等，凡是與病人醫療有關的都需要加入團隊服務，不是只靠某一科就可以做好安寧療護的工作。像台北馬偕醫院是腫瘤科、耕莘醫院是內科、台大醫院和慈濟醫院是家醫科負責。不論由那一科負責，還是需要其他專科醫師和各類專業人員的協助合作，才能讓病人獲得最好的照顧。

像家一樣的病房

安寧療護病房為了能夠讓末期病人得到最好的照顧，需要很多設施，例如休閒區、餐廳、廚房、客廳、交誼廳、空中花園、家屬休息室、志工室、沐浴室、

洗澡機、往生室、會談室、禱告室、佛堂等，還需要很多團隊人員，所以是一個高成本的地方。在目前健保制度之下，對醫院是賠錢的工作。衛生署最近補助設立病房，病房設施可能要花費上千萬，而補助只有數十萬而已，病房啓用後還要花費人事成本，所以任何一家醫院有心要做安寧療護，就表示真正「尊重生命」，重視人性尊嚴。

安寧療護病房的設立，就是要提供一個很好的環境和足夠的人員，共同照顧末期病人。醫院要投入很多的資金和人力，在金錢方面的回收可能不多，但病人和家屬的溫暖是不能用金錢衡量的。

安寧療護病房有很多設施可以讓病人和家屬得到較好的生活品質。交誼廳可以做小型的表演或展覽。廚房、餐廳提供家屬隨時烹煮病人想吃的東西，也可以全家共餐。在空中花園種花、種菜、養魚、養鳥，讓病人體驗大自然生命的循環。病人沒有力量自己洗澡，有洗澡機可以幫他洗得乾淨又舒適。往生室、佛堂、禱告室可進行各種宗教儀式或助念。病床都是電動床，病人可以自己控制床的起落高低。病房有冰箱和電視，還要加裝第四台，讓病人能看他想看的，如職棒、電影等節目。使用花色床單棉被取代一般病房的白床單白棉被，盡量佈置得像家庭一樣的感覺。

尊重病人的自主權

在安寧療護病房及安寧居家療護裏，放在第一位的是病人，要尊重病人的自主權，任何決定都要經過病人的同意才能進行，包括所有的檢查和治療。因為那是病人的生命和身體，所以「病人是主角，家屬是配角，醫療團隊人員是跑龍套的。」跑龍套的要順主角的心意，協助配角共同去完成主角人生的最後一場戲。

照顧癌症末期病人的基本原則：用最自然且對病人最沒有傷害的方式。如果病人可以吃，就不要用打針的方式，除非不得已，不要在病人身上插管子。不論什麼方式都要經過病人同意，包括鼻胃管、導尿管、點滴管以及任何治療或手術，因為那是他的身體，所以要讓他能夠接受。這樣的原則之下，病人才比較有可能使用病房的設備及參與活動。

安寧居家療護的意義

其實最舒適的地方是自己家裏，「金窩銀窩，不如自己的狗窩。」所以住院的原則就是在最短時間控制病人的症狀並解決其他方面的問題，然後安排出院進行安寧居家療護。這樣一來病人可以回家過日常生活，二來我們可以服務照顧更多的病人。當他病情有變化再安排入院，而不是一入院就住到死或進來等死。病人在急性期住進來治療，若病情穩定可回家繼續接受安寧居家療護。過去有很多人誤會說進入安寧病房就好像被遺棄一樣，什麼都不做，只是安靜的等死，所以產生心理上的抗拒。其實進安寧療護病房可以得到最好的照顧，所以我們要向病

人和家屬解說，或是讓他們來參觀病房的設備，當他們了解這種照顧方式，應該就可以接受。

尊重病人尊重生命

在台灣的醫療社會裏，病人的意願常被忽視，家屬常要求醫護人員保密，不可告知病人，甚至在病況危急時要求急救並轉入加護病房，因此增加並延長病人的痛苦。要如何預防這種情形呢？在安寧療護病房及安寧居家療護，要召開家庭會議，就是病人家庭主要成員和醫護人員、社工、志工等，一起討論照顧方式和目標。要和家屬建立關係，時常溝通，就可以做得較圓滿。所以要提早進行家庭會議，而不是等到發生狀況後才來處理。

我們尊重並包容病人的宗教信仰及生活習慣。像慈濟醫院雖然是佛教醫院，但病人不一定是佛教徒，可能是基督教、天主教、回教、一貫道、道教或民俗信仰等，不能強迫病人要念阿彌陀佛。

癌症末期病人胃口通常不好，他吃什麼，家屬隨時都要替他準備，不要加以限制或禁忌。另外病人有心願或心事，我們就要儘量去安排去了解。所以要告知病情，病人才可預做準備及表達，才能在臨終前還能保持個人尊嚴。

安寧療護的目的就是讓一個人的生命得到最大的尊重，讓他最後的生命力還能表現出來。所謂「生時燦似夏花，死時美如秋葉。」死亡是每個人遲早會來臨的，而且只有一次，所以要提早做準備。想想當你臨終，你希望受到怎麼樣的待遇，就是你的親友臨終時所希望得到的。現代人強調尊嚴：生的時候要有尊嚴，死也要死得有尊嚴。我們對生命的尊重，就表現在尊重病人臨終以前的意願和需求上，而安寧療護就提供了末期病人最大的尊重。

安寧療護之佛教精神

淨土發願文:	安寧療護 (Hospice care):
若臨命終,	疾病末期 (Terminal patient)
自知時至,	告知病情 (Tell the truth)
身無病苦,	症狀控制 (Symptom control)
心不貪戀,	精神支持 (Psychological support)
意不顛倒,	靈性照顧 (Spiritual care)
如入禪定.	宗教平和 (Religious peace)

【註】收錄「心蓮心語—安寧療護與生死學」慈濟道侶，87年8月

安寧療護的歷史

安寧療護 (Hospice) 的歷史發展最早在羅馬時代，是照顧旅客及病人臨終的

地方。中世紀歐洲修道院附設安寧院（Hospice），用來作為朝聖者或旅行者中途休息補足體力的驛站。十七世紀法國教士聖保羅（St. Vincent de Paul）設慈惠姊妹會（Sisters of Charity）照顧貧民、病人、孤兒、及臨終者。十八世紀，普魯士男爵 Baron Von Stein 與牧師 Fliedner 創設 Kaiserswerth，是第一所新教安寧院，開始有專業護士。十九世紀，愛爾蘭慈惠姊妹團（Irish Sisters of Charity）在都柏林（Dublin）及倫敦設立聖若瑟安寧院（St. Joseph's Hospice）。

現代安寧療護發起人桑德絲醫師（Dame Cicely Saunders），1918 年生於英國，1940 年成為護士，因職業傷害於 1947 年轉任社工人員，有感於對癌症末期病人照顧之不足，是醫師遺棄了病人，遂於 1951 年攻讀醫學院，1958 年成為醫師時年四十歲，再經多年努力，於 1967 年在英國倫敦近郊錫典罕（Sydeaham）設立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），發展成為全世界現代安寧療護的典範。

英國目前有安寧療護約 400 家，多以居家照顧為主，有住院病房的約 120 家，已於 1988 年設立專科醫師。縱觀英國安寧療護成功的原因在於對人（生命）的尊重，而英國的社會福利制度則成為發展的後盾，安寧療護工作人員與各種基金會及政府社會福利人員密切配合，專人專職，重視教育與研究發展，而造就了目前的規模。

美國的安寧療護則在英國的協助下成長，1974 年康乃狄克州設立新港安寧院是全美國首家安寧院，發展到目前近 2000 家安寧療護機構。而安寧療護相關組織則包括國際安寧療護機構（IHI, International Hospice Institute）、國立安寧療護組織（NHC, National Hospice Organization）、安寧療護醫學會（AHP, Academy of Hospice Physicians）、緩和照顧護理學會（APCN, Academy of Palliative Care Nurse）。

亞洲安寧療護的發展在日本及中國大陸已有數十家安寧療護院所，香港也有近十家。國內（台灣）安寧療護則起於馬偕醫院，1990 年成立中華民國安寧照顧基金會，並於台北馬偕醫院淡水分院設立安寧病房。台北新店耕莘醫院 1994 年成立聖若瑟病房，隨後 1995 年台大醫院緩和醫療病房、台北市立忠孝醫院癌痛控制安寧照顧病房、嘉義基督教醫院戴德森紀念病房，1996 年高雄天主教聖功醫院聖方濟之家、花蓮佛教慈濟醫院心蓮病房、雲林天主教若瑟醫院安寧病房，1997 年台中大里佛教菩提醫院安寧病房、台北榮民總醫院大德病房、省立桃園醫院安寧病房相繼成立，且持續發展中。

所謂「緩和醫療（Palliative Medicine）」（國內稱為「安寧療護」），根據世界衛生組織（W.H.O.）的定義：「當疾病已無法治癒時，對病人作積極完整的照顧。疼痛與其他症狀的控制，以及對精神、社會、和靈性問題的處理是很重要

的。緩和照顧（安寧療護）的目標是達成病人與其家庭的最佳生活品質。緩和照顧的很多觀念可以提早運用在疾病的治療過程，包括抗癌治療上。」因此緩和照顧--安寧療護--臨終照顧，三者應是一連續的過程。

衛生署已於 1996 年定名「安寧療護」，且自 1996 年 7 月全省十家醫院試辦「安寧居家療護」，並於 1997 年 1 月開放申請，目前有馬偕、耕莘、台大、台北榮總、彰基、嘉基、若瑟、菩提、成大、高醫、聖功、慈濟醫院等。為促進各大醫療院所早日設立安寧病房及安寧居家療護，病人及家屬可多打電話詢問當地醫院是否已設立，若尚未設立則追問何時可設立，如此才可照顧日漸增多的疾病末期病人及家屬。

【註】收錄「心蓮心語—安寧療護與生死學」慈濟道侶，87 年 8 月

安寧病房長的像個啥樣子？

請您跟著我走一回

為增進對安寧病房的了解，在此以本人服務的署立花蓮醫院在 95 年元月於新大樓八樓成立的安寧病房為例，介紹安寧病房的特殊設備。八樓出電梯左邊就是志工服務台與志工休息室，有受過安寧療護專業訓練的志工輪班提供服務。

一進病房區，左手邊看到一條長廊，這是我們特別設計的陽光走廊，同時也是藝文走廊，可以辦書畫展覽，可以在此閒坐談天，可以觀賞窗外風光，讓病人除了病房還有其他活動空間。右手邊是七間雙人房，病床都是電動床，盡量佈置得像家一樣的感覺。

接著進入眼中前方是護理站，特別打掉一般護理站的高台，變成與病人家屬無距離的平台，還準備有客人椅，病人即使坐著輪椅都可以靠近。病房區的寬敞空間，使用木質活動矮牆隔間，並種植盆栽植物，團體活動時可移開矮牆變成大廳或交誼廳。逢年過節舉辦慶祝晚會，病人與家屬可以或躺或坐共聚一堂。

左邊是餐廳與廚房，廚房有冰箱供家屬保存食物；有微波爐、電磁爐、電鍋、果汁機等設備，可以讓家屬準備病人喜好的飲食，隨時烹煮病人想吃的東西，也可以全家與訪客及醫護人員在此共餐。

病房工作人員可以為病人舉辦慶生會或節慶餐會。餐廳廚房區過去是客廳，有電視和音響，平時可以聽音樂、唱歌、看錄影帶或電視節目⁵，病人如果不想

⁵ 即使簡單的看電視節目，也應該尊重病人的選擇權，而不是一副我施捨給你們的嘴臉，或高高在上的態度。眾所週知的例子是：慈濟醫院的病人住院只准收看大愛台。我曾經對大愛台的員工說：「如果同時開放國家地理頻道等多家優質電視台，然後病人選擇看大愛台，這樣才能證明你們最優秀。現在強迫收看大愛台

在病房睡覺，也可以來睡長沙發。

護理站後方的浴室設有按摩浴缸及搬運架，因為腦部轉移、骨頭轉移或虛弱無力而無法自己洗澡的病人，可以使用搬運架從病床運到浴缸內，由護理人員幫他洗得乾淨又舒適。病人可以淋浴或泡澡，在溫暖的按摩水流中放鬆身心壓力，等病人洗好後再運回床上。

過了浴室之後，就看到走廊盡頭的禱告室與佛堂⁶。為尊重病人宗教信仰，滿足其靈性需求，提供病人及家屬使用。東部地區有許多基督徒或天主教徒，我們會聯絡病人本身的教友，或是當地牧師、神父與修女來協助。佛堂與禱告室比鄰而居，象徵宗教和平相處、互相尊重。佛堂旁邊是兩間家屬休息室，分男左女右使用，提供給遠道而來的家屬輪流休息的場所。設計時是考慮東部地區的特性：年輕人大多去外地工作，病人多是老年人，假日或病危時會有許多家屬回來探望或輪流照顧病人。內部為木地板通鋪，有衣櫃供家屬放置日用品。

回到護理站的另一頭，則是兩間單人特等病房。再旁邊是會議室，提供安寧團隊成員召開各種會議與教學使用。會議室旁另有暫留室，一般稱為往生室或彌留室，可提供病危病人與家屬團聚的獨立空間，也可作為往生病人停留助念或進行其他宗教儀式的場所。再搭電梯上九樓，這是部分完成的空中花園，可以遠眺太平洋與美崙山。病人即使坐輪椅或躺臥病床上都可以搭電梯上來，可以觀賞花草、看山望海、吹風透氣、看雲觀霧、曬日賞月，讓病人體驗大自然生命的循環。

安寧病房為何這樣設計

病房共十六床，含雙人房七間、單人房二間。每間都有衛浴設備、衣物櫃以及電視，病房寬敞明亮，充滿居家氣氛。病床都是電動床，病人可以自己用手指控制病床起落及頭與腳的高低。使用花色床單棉被與枕頭，門口特別裝設門簾以保護病人隱私權。

安寧病房的設施讓病人可以得到較好的生活品質。安寧療護強調全人、全家、全程、全隊的四全照顧，尊重病人自主權等理念，所以病房硬體設備有著人性化思考，滿足病人與家屬的需求，並不是只有表面上的美麗或豪華⁷。

的做法，病人只能選擇打開或關掉電視，請問你們有什麼好光榮的？」

⁶ 我去基督教或天主教醫院演講時，我會刺激他們說：「佛教醫院設個禱告室沒什麼了不起，基督教或天主教醫院如果可以設佛堂，我才輸給你們！」基本上，我一直認定：醫院是服務病人的場所，而不是傳教的場所。要傳教有寺廟和教會等特定地方，千萬不要在醫院逼迫末期病人信教，就算他被強迫洗腦而表面上暫時信服，恐怕也不是真正心甘情願的！

⁷ 雖然有許多醫學中心紛紛成立號稱五星級、甚至是六星級的安寧病房，但是我

另外因民俗信仰，病人大都希望能回到家中，在家人陪伴下安詳往生。所以病人若病情穩定，可以出院回家，若病危時，也可要求留一口氣回家。我們有負責安寧居家療護的醫師與護理師去家裡探訪，而且還提供全天候二十四小時諮詢服務。

依照全民健保規定，癌症病人屬重大傷病，免部分負擔。單人房則需自付病房費差額。安寧居家療護也有健保給付。

在安寧病房除了西醫之外，更結合中醫（包括中藥及針灸），芳香治療，音樂治療等方式，一同來減輕病人的痛苦。工作人員接受任何輔助治療方式⁸，只要對病人有幫助而且不增加病人的痛苦。

安寧病房工作人員必須考慮到本土的傳統觀念，包括病人對於疾病與死亡的認知，以及飲食習慣、服藥禁忌等，所以必須修正並發展適合各種病人與家屬的照顧模式。

安寧療護的收案對象

安寧療護主要收案對象是末期病人，早期只收癌症末期病人，後來擴大至運動神經元疾病（漸凍人）病人。台灣每年有四萬兩千多人死於癌症，而且逐年增加之中，故接受安寧療護服務的大多數為癌症末期病人。目前服務對象則希望逐漸擴大至所有不可治癒的末期疾病的病人。

安寧病房收費標準

目前住安寧病房有全民健保給付，且癌症已列入重大傷病，所有給付均按照全民健保重大傷病的支付標準。通常住健保床的醫療費用不必繳納部份負擔，若是要求住雙人房或單人房者須自付病房差額，其差額依各開辦安寧病房的醫院收費標準。經濟有困難之病人與家屬可以透過社會服務室申請補助。

覺得：病人與家屬需要的只是平民居家型的安寧病房。我一直認為：安寧病房的服務品質並不是光靠那些高級的硬體設備，真正重要的是軟體的用心，也就是願意體恤病人與家屬需求的那顆心！而不是強迫病人與家屬遵照醫院的規定。

⁸ 一般醫護人員因為都是接受西方醫學的訓練，所以不能接受、甚至極端排斥中醫與另類療法，導致病人與家屬必須私下使用。每每走到大醫院的癌症病房，空氣中瀰漫著都是草藥的味道，認真調查起來大家都會說沒有，這是因為醫護人員的排斥態度，造成病人與家屬見不得人好像當小偷一樣，只能偷偷的使用。

那麼，為什麼要把病人與家屬當成敵人呢？他們也是為了自己的健康在努力啊！如果西醫的醫護人員自己都不懂中醫與另類療法，光會對病人與家屬空口說白話：「那是騙人的！」卻又講不出個所以然來，那麼病人和家屬憑什麼要聽醫護人員的外行話呢？除非本身是中醫與另類療法的專家，才有資格評論吧！

安寧療護強調「安樂活」

安寧療護反對安樂死，而是要讓病人可以「安樂活」！病人尋求安樂死是因為太痛苦，希望能早點解脫，安寧療護盡可能提供合乎病人需求的照護方式，並非不給予醫療與護理照顧，或刻意結束病人的生命。

安寧療護希望協助末期病人度過最後一段安適、有意義、有品質的生活，因此盡一切努力照護病人，讓他們可以安樂地活到最後一刻，所以「安樂活」才是安寧療護的真正目標。

病人的基本權利

我在家醫科與安寧病房工作十多年，經常遇到病人與家屬因為不好意思，或是不知道病人擁有的權利，因而損失權益或增加困擾的情況。例如有些病人不知道他們有權索取病歷摘要，更不知道他們有權要求告知病情，因為害怕得罪醫師而不敢提出要求，讓他們輾轉就醫的過程，因為沒有取得詳細的病歷資料，而增添了許多的波折。

有權索取病歷摘要

根據醫療法第五十二條：「醫院對出院病人，應依病人要求，掣給出院病歷摘要。」這是病人有權利擁有自己的病歷資料的法源。許多病人擔心索取病歷資料會得罪醫師，其實是不必要的顧慮，反而如果醫院或醫師不給病歷摘要，才是違反醫療法的不當行為。

有權得知病情及預後

雖然是切身相關的病情問題，有些病人不敢向醫師提出疑問，而有些醫師不願多費唇舌告知病情。其實根據醫療法第五十八條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針及預後情形。」病人絕對有權利要求醫師告知與自己切身相關的病情、治療方針及預後情形。

有權得到勞保傷殘給付

以前曾經有段時間，勞保黃牛在醫院橫行，佯稱可以幫病人代辦爭取勞保傷殘給付，只要付給他們一至兩成的酬庸。病人及家屬以為是額外賺到一筆錢，所以也不計較被抽成，還非常感謝有人可以幫忙。但是其實勞保病人本來就有這項權利，而且手續簡便，只是知道的病人不多，讓勞保黃牛有生存的空間。後來勞保局在電視打廣告，知道自身權益的病人多了，勞保黃牛就減少了。

有權得到安寧住院保險給付

最近我遇到幾位安寧病房已往生病人的家屬，回來門診申請病歷摘要，因為某家台灣的人壽保險公司業務員對他們說：「安寧病房是安養中心，所以不能給付住院費用」，即使已經有住院診斷書，還是領不到錢。後來我請家屬打電話，

我找對方的經理告知，：「安寧病房是全民健保重大傷病的急性病房，不是安養中心」，並且說：「不然我請健保局與記者去找你們談談」，對方才改口說：「很抱歉，那可能是我們弄錯了，我們會再查查看。」

有權免於肉體痛苦

依照醫療倫理的四大原則：「行善、不傷害、自主決定、公平正義」，病人有權利要求得到合乎醫療倫理的服務內容。例如根據行善原則與不傷害原則，「病人有權避免忍受肉體的痛苦」，「病人有權以自我的方式，表達對疾病與疼痛的感受與情緒」。所以如果醫師不熟悉疼痛控制，而讓病人忍受痛苦，其實是違反醫療倫理的行為。

有權參與醫療決策

根據自主決定原則：「病人有權要求，所有的問題皆能獲得誠實詳盡的答案」，「病人有權要求參與決策，決定切身的醫療問題」病人必須獲得足夠的醫療資訊，才能真正參與切身相關的醫療決策。所以如果醫師不願告知，或是應家屬要求而對病人隱瞞病情，其實是違反醫療倫理的不當行為。

有更多權利要爭取

至於更進一步的醫療人權或病人權利，例如：病人有權要求大眾視他們為活生生的人，尊重他們的生命，而不是被當作壞掉等待修理的機器，或是當成被關進監獄的犯人，必須遵守一堆醫院不合理或違反人性的規定，病人不該只被看作有「病」而變成不是「人」……。看來，還有許多病人的權利是要去爭取的。

【註】收錄於「醫院的大小事—許禮安醫師手記」海鴿，94年12月。

許禮安的安寧佳言錄

1. 安寧療護最迷人的地方就在於沒有標準答案，
真正的標準答案就在病人身上。
2. 安寧療護的真諦就是：
你現在不願或不能提供的服務，將來你自己也就得不到！
你現在強迫病人遵守的規定，將來你自己也就一定要遭受到！
3. 所有的醫生將來都會死在別的醫生手上！
所有的護士將來都會死在別的護士手上！
所有的志工將來也都會死在別的志工手上！
現在我們如何對待病人，將來就會有人這般的對待我們！
4. 安寧療護強調尊重病人的自主權！
如果現在我們越俎代庖替病人做決定，
將來我們就會被迫要聽從別人的決定！

5. 安寧療護強調尊重病人的獨特性與個別差異！
如果我們現在強迫病人遵照我們的標準，
將來我們就只好認命的遵從別人的標準！
6. 安寧療護工作主要是在進行醫療體系的人性化改革，
目標是以病人為中心，滿足病人所想要的生活方式的服務模式。
7. 安寧療護的終極目標是達成醫療的最根本：滿足人性化的需求。
8. 我夢想有一天，所有的末期病人都可以自主選擇要接受安寧療護；
我更夢想有一天，所有醫院的所有病房都可以達到安寧病房的設置標準。
9. 我目前在安寧病房收到的會診單多半是寫：家屬要求；
我由衷希望將來有一天，會診單寫的理由都是：病人要求！
10. 我從事安寧療護工作有一個預設立場：
我一定要努力提昇安寧療護的水準，
以免將來當我必須用到，才發現服務品質太差，那就是我的報應了！
11. 有些醫院主管要求安寧病房可以賺錢，
我會回答他們：要不然你來住！總有一天等到你！
12. 曾有企業家夫人說：我好怕看到癌症病人。
我很想回她說：我的癌症病人才怕看到你！也不自己照照鏡子！
13. 曾有急診室主任說：你們安寧病房就是打針讓病人不痛，然後就死了！
我心想：總比你們讓病人痛苦掙扎又死不了，還要高明一些吧！
14. 曾有志工主管說：你們安寧病房的病人比較幸福！
我很想回應她說：你要不要來住看看！
人家得癌症到末期是不得已，我們宜哀矜而勿喜，慈悲為懷都唯恐不及。
15. 安寧療護工作是要：
讓悲慘的癌症地獄烈火，轉化為短暫但卻永恆美麗的紅蓮；
讓痛苦的命運可以浴火重生為罕見的火鳳凰！
16. 生命因為有死亡當底限，我們才會知道要珍惜，並且努力發揮功能到極限！
17. 死亡是大自然送給生命的禮物。因為有死亡，生命才顯出意義！
18. 如果沒有死亡，我們恐怕會活得如行尸走肉，
千年萬年的生命將會有如寒冰地獄般永無止境。
19. 生命的意義在：找到真正的方向與目標，而可以盡一己之力讓世界更美好！
20. 生命應當要雪中送炭，而不是去錦上添花！
要長住地獄且莊嚴地獄，而不是留戀天堂或污染天堂！

【註】收錄於「醫院的大小事—許禮安醫師手記」海鴿，94年12月

健保局安寧療護新規範

中央健康保險局最新公告增列之八大非癌末期安寧療護疾病 (98.9.1)

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期 (CDR=5) 者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡 (Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛 (Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐 (Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作 (Seizure)
 - (8) 急性瞻妄 (Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態 (Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡 (Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛 (Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐 (Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作 (Seizure)
 - (8) 急性瞻妄 (Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態 (Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV—休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis，severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病，反覆感染，重度憂鬱）或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。
 - (2)長期使用呼吸器。
 - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。
 - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。
 - (5)惡性腫瘤末期患者。
 - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭；chronic renal failure) 及 586 (腎衰竭，未明示者； renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4, 5 期病患 (GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法 (血液透析、腹膜透析、腎臟移植) 病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症。

- (2) 長期使用呼吸器。
- (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症。
- (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者。(5) 惡性腫瘤末期患者。
- (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者。

前此，癌症及運動神經元萎縮症之末期已在健保安寧給付項內。

今後下列疾病末期皆可接受健保給付之安寧照顧：

1. 癌症。
2. 運動神經元萎縮症。
3. 老年期及初老期器質性精神病態（失智症）。
4. 其他大腦變質。
5. 心臟衰竭。
6. 慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者。
7. 肺部其他疾病。
8. 慢性肝病及肝硬化。
9. 急性腎衰竭，未明示者。
10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

有人說我太寵臨終病人

三月下旬到法鼓山台中分院演講安寧課程一整天，有聽眾起來問我：「許醫師，你對臨終病人那麼好，會不會讓人覺得你有點太寵病人？」我一直都知道有些人給我這個評語，這天終於可以直接回應。

於是我說：「太寵病人要看到什麼程度。如果病人說要天上的月亮，我當然不可能摘下來給他，頂多也只能畫個月亮給他而已。有人會覺得我太寵病人，那是因為相對而言，太多人都不尊重病人的自主權與個別差異了。」

「再者，如果我是病人或家屬，我就不會覺得太受寵愛了，最好是更加倍受寵愛。推而廣之，為什麼要等到末期或臨終，才會有人來寵愛我們呢？難道我們健康者不會希望：現在就有人非常尊重我們的自主權與個別差異嗎？」

我在演講當中曾經舉例：有些家屬看到病人吃很少或很慢，就要求我幫病人插鼻胃管，這樣家屬才可以灌牛奶或營養品。可是病人雖然虛弱但意識清醒，為什麼沒人問過病人願不願意呢？鼻胃管是要插在病人身上啊！

家屬覺得這是「幫」病人，我卻覺得是折磨病人。如果家屬繼續堅持，我會說：「好吧！但可不可以我先幫你插一條試試看，如果你不會覺得不舒服，我才考慮幫病人插。」家屬自己都避之唯恐不及，為何忍心插在病人身上呢？

另外，我經常聽到家屬說：「媽媽已經八十歲了，我們決定不讓她開刀！」我會問：「媽媽還清醒嗎？」家屬說：「能吃、能走、能睡，狀況還不錯。」我會接著說：「如果媽媽注定要活一百二，你們憑什麼不讓她在八十歲開刀？」何況，這些家屬通常都還沒問過醫師能否開刀，就決定母親的命運了。我對家屬說：

「能不能開刀還要外科醫師說了算。如果醫師說可以開刀，你們再讓媽媽自己做決定，不然外科醫師都說不能開刀，你們就算想開刀也沒用。」

九一一的那個月，我在大林慈濟醫院的心蓮病房支援。遇到一位大約九十歲的阿嬤，因為病情惡化，導致張口呼吸，後來變得口乾舌燥。本來我在醫囑上寫的是：「超音波噴霧器持續使用」，希望可以讓蒸汽保持阿嬤口部濕潤。

沒想到護理人員卻按照護理長的規定：「超音波噴霧器只能每天四次、每次使用三十分鐘」。隔兩天我發現阿嬤從口乾舌燥變成唇裂、舌裂，才知道護理人員並沒有按照我的醫囑執行，我氣得找護理長詢問原因。

護理長的理由竟然是：「持續使用怕機器會壞掉，所以要省著用。」我當時氣得真不知道該說什麼了，我只說：「如果是你阿嬤或你自己，你會為了怕機器壞掉，忍心讓病人唇裂、舌也裂嗎？」

我其實很想說：「恐怕你是頭殼壞掉了！機器是買來替人服務的，機器壞了再買新的就有。愛惜機器更甚於愛人，那把人弄壞掉了呢？」如果連號稱「尊重生命」的慈善醫院，都可能有這種主管，我還能說什麼呢？

請大家設身處地的想一想：如果躺在病床上的是我的阿嬤或是我自己？難道一定要等到你的家人或你自己臨終的時候，你才會知道：不是我太寵病人，而是其他人都對臨終病人太殘忍！

安 96-3-27 (二) 巳時於安思書房

把國曆七月變成「台灣安寧月」的構想

民國 95 年 (2006 年)，我藉由高雄市張啓華文化藝術基金會的支持與贊助，開始舉辦第一屆「全國安寧療護繪畫比賽」，就是希望把「全世界安寧療護的祖師奶奶—桑德斯女士」的逝世紀念日 (94 年 7 月 14 日) 變成一個「安寧療護紀念日」，到今年民國 102 年 (2013 年) 已經是第八屆了。

從第一屆全國安寧療護繪畫比賽只有醫護組與藝術組，到第二屆增加社會組，第三屆開始評選正向思考的畫作，以便得獎作品可以到各地去巡迴展覽，其間有因應國小美術班而增設特別獎，有越南籍看護與大陸參賽者得獎。

民國 97 年開始進行得獎作品巡迴展覽，我們以「安寧療護行動美術館」的概念，目前有六批得獎作品在各地巡迴展出，應該總計有近百場的展出，展場從各大醫院與學校，進展到藝術中心、戶政事務所、地檢署以及鳳山火車站，而且每年就多一屆得獎作品，這是不斷在成長而有機會超越一般美術館的「安寧療護行動美術館」。

張啓華文化藝術基金會從民國 98 年 (2009 年) 開始，已經舉辦四屆的「本土生命繪本暨動畫創作徵選」，今年為了集中火力進行活動宣傳，決定把基金會的年度兩大活動合併，增設插畫組，擴大舉辦而成為「有一種幸福—第八屆全國

安寧療護繪畫比賽」。

我們把比賽期程從原來的五月底延長到 8 月 30 日截止收件，頒獎典禮從原來的 7 月 14 日延後到 11 月 10 日（張啓華先生冥誕），事先申請高雄市立中正文化中心的檔期，今年將在中正文化中心舉辦頒獎典禮與歷屆得獎作品的聯合展覽，邀請大家蒞臨指導。

其實「世界安寧日」是每年十月的第二個週六，這些年來，全數位居台北市的各種安寧療護相關的基金會、協會與學會，都只有舉辦「世界安寧日」的相關宣導活動，我一直都覺得這樣的格局不夠大，而且宣傳效果也不夠全面與普遍。

至於 7 月 14 日這個紀念日，從第一到七屆全國安寧療護繪畫比賽的頒獎典禮都訂在這天，我私下把它當作「台灣安寧日」。中華民國建國 100 年（2011 年第六屆全國安寧療護繪畫比賽），我決定在高雄市天主教聖功醫院擴大舉辦，搭配「本土生命繪本動畫」巡迴播映會、「藝啓華開—張啓華百年影像記錄」巡迴播映會、「生存美學百年大計」系列講座，變成橫跨五天（7 月 12~17 日），總共三天半的「一百年·安寧週」系列活動。

民國 101 年（2012 年），張啓華文化藝術基金會舉辦「101 年·安寧週」系列活動。其中「第七屆全國安寧療護繪畫比賽」頒獎典禮與得獎作品展覽在高雄榮民總醫院，是首度在公立的醫學中心舉辦；「101 年安寧緩和療護專題研習會」（7 月 9~13 日）連續五天在高雄市阮綜合醫院舉辦，則可說是國內安寧療護界的創舉。

今年 102 年（2013 年）張啓華文化藝術基金會用 1~4 月的「安寧療護行動美術館」搭配「安寧緩和療護課程」申請到高雄市文化局的專款補助。接著是設計「2013 年 7 月安寧月」的企劃，獲得衛生署國民健康局安寧療護宣導的專案補助。

我們用「Pass 人生，幸福綻放」做為活動主軸，包括 7 月五個週三下午的「安寧療護生存美學」課程、7 月 8~9 和 11~12 日共四個全天的「安寧人生，幸福人權」講座、7 月 14 日週日下午的「手護安寧，幸福 Party」、以及開放申請的「安寧緩和療護」課程。

今年的 7 月安寧月，張啓華文化藝術基金會將發表幾項成果：

一、101 年安寧週五天的「安寧緩和療護專題研習會」，《安寧緩和療護》教科書的六位共同作者（包括許煌汶、高以信、許禮安醫師，高碧月、根秀欽、黃裕雯護理師）以接力方式演講，取得華杏出版機構授權，錄影後製，102 年公益發行全套「安寧緩和療護教學光碟」，提供捐款換取與轉贈活動。

二、101 年舉辦「關懷小品文」徵文活動，102 年將得獎作品編輯成《關懷陪伴手冊續集》，開放捐款助印與索取轉贈。

三、挑選得獎作品製作資料夾「L 夾」、便條紙等文具與文宣品，提供捐款換取，

還有各種創意活動要進行。

過去農曆七月被當成是「鬼月」，現在我構想要把國曆七月變成台灣「安寧月」。我不知道今年的「世界安寧日」將會有什麼活動，但是我們從7月14日的「台灣安寧日」，已經進化成「安寧週」，今年再度進化成「安寧月」，邀請大眾捐款支持以及報名參與活動。

許禮安 102-05-23（四）巳時／高雄市張啓華文化藝術基金會

只要開始就不遲【安寧療護生存美學】專欄 01

安寧是文化，關懷是藝術

我是家醫科與安寧緩和醫療專科醫師，在花蓮行醫 15 年，在花蓮慈濟醫院與衛生署花蓮醫院成立過安寧病房，之後我暫離全職安寧療護臨床服務的第一線，重心放在巡迴演講推廣安寧療護的理念。我 97 年 2 月擔任張啓華文化藝術基金會的執行長，訂下兩大主軸：「安寧與關懷」、「藝術與生活」，恩師余德慧教授鼓勵我說：「安寧療護結合藝術創作叫作『生存美學』，這會是未來的趨勢。」

張啓華基金會每年舉辦「全國安寧療護繪畫比賽」，到今年已是第九屆「白日夢想」，5 月 30 日截止收件，將於 7 月 14 日在高雄市義大醫院舉辦頒獎典禮。其間曾經辦理四屆「本土生命繪本與動畫創作徵選」、四年 300 場「生命美學說故事—聆聽繪本中的生命智慧」、高雄六龜災區學校定點持續三年「用繪本傳送愛」活動。我們希望透過各種方式廣邀大眾共同推動，把安寧療護尊重生命的態度變成一種生活文化，讓關懷照顧成為一門生命藝術。

因為有得獎作品，就開始推動巡迴展覽，讓歷屆得獎作品到全國各大醫院、學校、圖書館、戶政中心、地檢署、飯店、車站、文化中心等各種公共場所，去發揮藝術影響力，而不是堆放在倉庫。我們希望看診的民眾與家屬、學生與社會大眾，在各種場合都能藉由觀賞得獎作品巡迴展覽，結合藝術創作與美感體驗，推廣安寧療護尊重生命的理念，用藝術創作進行不著痕跡的生命教育。

柏壽安寧書院，安寧田園社區

持續開辦安寧療護與生死關懷的相關課程，讓基金會變成社區民眾生命教育的場所，以及安寧志工固定聚會討論的基地，是張啓華基金會努力的方向。為紀念創會董事長張柏壽先生（張啓華先生的兒子），並奠定推動安寧療護與生命關懷的長遠根基，我在民國 101 年開辦「柏壽安寧書院」，當作下一個十年計劃。首先開設「安寧療護與生命關懷」、「健康人生與樂齡學習」相關系列課程。

除了週三下午安寧生死健康樂齡相關系列課程、每月一次讀書會、假日安寧療護志工修練班、七月安寧月系列活動等，將開辦本土繪本、生死文化等課程。

主要目的在讓社會大眾認識安寧療護、生命關懷、健康人生等理念，應用在人生歷程與日常生活，成為活用的生死學與生命教育，熟悉安寧療護的觀念與實務，落實於安寧生活與健康人生的實踐，成為推廣安寧療護與生命關懷理念的人生志工。

我十多年來在全國各大醫院、各級學校、民間機構與宗教團體進行安寧療護相關演講，去年兩度到馬來西亞巡迴演講。張啓華基金會近年來設計安寧相關課程活動，開放給各種機構申請，針對不同對象，進入不同體系舉辦安寧課程，希望成為安寧課程與藝術活動的重要推手。張啓華基金會的長期計畫：籌設「安寧田園社區」，結合安養院、安寧院、休閒田園的混居模式，以度假民宿經營方式運作的修行與安老社區，期望改造臨終者的生命品質與健康者的生命價值。

結語

我始終覺得人活著必須要有夢想，堅持走在朝向夢想的路上，只要願意開始就都不算太遲！

許禮安 103-02-25（二）10:10/高雄市張啓華文化藝術基金會

「生存美學」的由來與「活著真好」

【安寧療護生存美學】專欄 06—《藝啓華開》30

全世界安寧療護的祖師奶奶：西西莉·桑德斯女士於民國 94 年 7 月 14 日逝世，我為了紀念她老人家，開始規劃籌備藝術活動，隔年（95 年）開辦「第一屆全國安寧療護繪畫比賽」，歷年來的頒獎典禮就訂在 7 月 14 日，記得當時反對聲音不少。

我去跟指導教授余德慧教授報告此事，恩師余老師鼓勵我，對我說了一句話：「安寧療護結合藝術創作，叫做『生存美學』，這會是未來的趨勢。」從此我依教奉行，努力不懈，奉之為圭臬，到今年（104 年）已經開辦「活著真好——第十屆全國安寧療護繪畫比賽」，7 月 14 日在高雄市岡山文化中心舉辦頒獎典禮，等你來參與。

前年（102 年）4 月初，我應邀到馬來西亞巡迴演講安寧療護，主辦單位是大馬的華文報紙「星洲日報」，因此有多日不同大小篇幅的報導，回台灣隔一個多月後，「星洲日報」副刊在 5 月 16 日用七個版介紹歷屆「全國安寧療護繪畫比賽」得獎作品精選，放大余老師給我的那句話還加框來說明，該報發行量 45 萬份，等於那句話說了 45 萬遍。

恩師余德慧教授已經在三年前（101 年）的 9 月 7 日病逝於花蓮，當初那句話只有他說給我聽，如今余老師已經不在人間，那句話就只有我能繼續傳頌出去，我很榮幸能讓那句話在馬來西亞透過「星洲日報」，被數十萬到上百萬的華

人看到。

至於那句話的深入意涵，當年余老師沒有對我詳加說明，這兩天閱讀恩師遺著《宗教療癒與生命超越經驗》（心靈工坊 103 年 9 月初版），看到一段關於「生存的美學」（輯一、現實之非，第三講、宗教修行：從療癒觀點看靈性修行，079-080 頁），引用如下：

法國同性戀學者傅柯（Michel Foucault）說：「精神修練之道是要藝術地穿透你的生存美學。」藝術就是非常不現實，是某一種對現實的扭曲。……藝術是一種反抵達、反完成，不要讓它完成、不要讓它達到目的。就在這反抵達的情形下，活著本身才創造出你生存的美學；這生存的美學並非被營造出來的，而是透過生命中很大的缺陷、很大的苦，才形成生命美學的基礎。在這情形下，後現代的修行其實是個人獨特的、特異的生活美學之生產，存在於不讓某些東西抵達其完美、實現，在不讓它完美、實現的情況下，你才有能力完成你的生活美學。……這是個迴旋、會轉動的邏輯，不能以直線去預料的曲線邏輯；在這旋轉的過程中，你永遠有機會。並不是說你一旦陷入不幸，就沒有機會。你不要被表面的幸與不幸遮蔽，真正運作的力量是你看不到的，是我們自己瞎眼，看不見真相。

現實環境不管再怎樣的不堪與醜陋，你都可以打開心眼，看清楚事件的真相與本質，轉動身心去發現與看見生命的美好，這就是「生存美學」的意涵。命運不論如何的殘酷與無情，給我們再大的缺陷和痛苦，都是用來營造我們與眾不同的生存美學，這是讓我們有機會呈現安寧療護的「尊重自主權與個別差異」的契機。無限而且無痛苦的生命，其實不值得活著，正因為生命之有限而且還充滿了痛苦，才值得我認真去活出另一種樣貌，於是更能體悟到「活著真好」！

許禮安 104-03-06（五）午時/高雄市張啓華文化藝術基金會

補充資料

不要站在我的墳頭哭泣

馬卡印地安人詩歌，易傳生（余德慧）譯

不要站在我的墳頭飲泣，我不會在墓裡安息，我是翻颺的千陣風。
我是雪上的晶鑽，我是金黃穀粒上的陽光，我是溫馨的秋雨。
當你在寂靜的早晨醒來，我是迴繞的靜默鳥群，迅急向上疾飛，
我是夜裡柔和的星光。
不要站在我的墳頭飲泣，我不在那兒，我不會永息。

生死學概念與理論

前言

本課程「生死學」的講次主題編排，主要依據為國立空中大學印行的「生死學」(鈕則誠、趙可式、胡文郁編著)，但是主題架構與講次分類做了修正。分別列了五大主題如下，每個主題之下再細分出二到三次不等的講題：

主題一、生死學理論與教育：

1.生死學概念與理論。2.生命教育與死亡教育。

主題二、社會人文的生死學：

1.社會學觀點談生死。2.死亡心理學。3.哲學、宗教與生死。

主題三、自然與醫護生死學：

1.基因、天擇與生死。2.公共衛生與生死。3.醫護專業與生死。

主題四、安寧療護與臨終照顧：

1.如何面對生離死別。2.安寧療護與緩和醫療。3.病情世界與帶病生活。

主題五、生死管理與悲傷關懷：

1.靈性陪伴與悲傷關懷。2.殯葬管理與遺囑。3.朝死而生的生死學。

其間再穿插兩次的影片欣賞與討論：

1.電影欣賞與討論：心靈病房。2.臨終病人影片欣賞與討論。

「生死學」課程主要評量不以考試成績為學習導向，而以誘導自發思考與對生命及死亡的內省為主要目標，因此設計期中報告與期末報告，作為學習的評量方式。另有隨堂報告，依課程狀況臨時決定。

期中報告：

1.我的遺囑（2000～3000字）。2.我的生死觀（1000～2000字）。

期末報告：

1.假如我生病即將臨終（2000～3000字）。2.我的葬禮彩排（1000～2000字）。

第一節 生死學理論與教育

一、生死學概念與理論

在台灣，「生死學」名稱最早被正式提出，始於傅偉勳教授1993年的中文著作「死亡的尊嚴與生命的尊嚴—從臨終精神醫學到現代生死學」。是根據美國「死亡學(thanatology)」研究成果，配合中國哲學生死智慧，以「生死是一體兩面」，把死亡問題擴充為生死問題。後來，他又把死亡學定位為「狹義生死學」，開創以愛的表現貫穿生與死，從死亡學轉到「生命學」的「廣義生死學」探索。

在美國，「死亡學」教學與研究通常歸屬於社會科學(social sciences)及健

康科學 (health sciences) 的範疇，但是因為傅偉勳教授的學術背景在哲學與宗教學，使得其在國內推動的「生死學」傾向於「人文學 (humanities)」的研究。加上華人一向諱言「死亡」卻又關心「生死大事」的心態，讓「生死學」一詞在國內取代「死亡學」，成為一門融合人文與科技、本土與西方的顯學。

「死亡學 (thanatology)」是法國生物學家 Elie Metchnikoff 於 1903 年首創(他同時還創立了另一門今日已成顯學的「老年學 (gerontology)」)。死亡學探究與死亡相關的行為、思想、感受及現象。1912 年被 Roswell Park 引進美國，卻長期遭到忽視。

直到二次世界大戰末期，歐洲大陸流行存在主義 (existentialism) 哲學，關心死亡與自殺議題，戰後帶動自殺防治運動，從而促進美國有關悲傷 (grief) 與哀慟 (bereavement) 的研究，以及講授死亡與臨終 (dying) 課題的死亡教育 (death education)。

二、生命教育與死亡教育

西方人將死亡看成是對日常生活難以容忍與承受的干預，美國人因高度崇尚個人成就與個體活力而更是無法面對死亡。因為社會上「否認死亡」態度蔓延，健康科學家與社會科學家積極提倡「死亡覺醒運動 (death awareness movement)」，遂納入正規教育。死亡教育在美國興起於 60、70 年代，首先在大學開課，然後延伸到中小學。

1976 年美國成立死亡教育的學術專業團體：「死亡教育與輔導學會 (Association for Death Education and Counseling, 簡稱 ADEC)」，已發展成龐大的國際組織。美式死亡教育學程有兩種類型：著眼於「學理的學程 (didactic programs)」和落實於「體驗的學程 (experiential programs)」，前者重視認知與領悟，後者強調感受與反思。根據筆者經驗，國內開課「生死學」的學者專家群，似乎也分為兩個類型：純粹生死學理論的學者和臨床安寧療護服務的專家。

台灣是在 80 年代後期引進大學課堂，1988 年以「生命教育」名稱推廣到國中和高中職，2000 年被教育部列入 16 年正式教育體系。死亡教育對於一般學生應屬通識教育，但對於相關領域的學生則為專業教育。西方的死亡教育著眼於死亡、臨終與哀慟，台灣的生命教育則強調生命、生活與倫理。我認為：現今台灣學術界應該致力於融合生命教育與死亡教育，成為廣義的生死教育與生死學。

第二節 社會人文的生死學

因為每個人都被認定是「生物—心理—社會—倫理—靈性的存有 (bio-psycho-social-ethical-spiritual being)」。生死學主要關心人的生死，包括個體和族群的生死，研究觀點從人文取向的哲學與宗教到科技取向的演化及分子生物

學。

一、社會學觀點談生死

社會科學注重實證與經驗研究，對個體和群體死亡的研究，除心理學和社會學較常探討生死之外，歷史、人類、經濟、政治、法律、教育、管理等學門皆可涉及死亡議題。

社會學者法國涂爾幹 (Emile Durkheim) 在 1897 年「自殺論」指出：根據社會調查結果，社會因素會影響個體自殺。由此可推知生死大事必然廣受各種社會因素影響，自殺不過只是其中一環。

二、死亡心理學

人雖然理性知道自己必死的命運，怕死心理卻彷彿才是本性，不是理智可以擺脫。在心智尚能運作之時，人必然有死亡焦慮，學者歸納出四種內容：1. 死亡是自我的消失不存在；2. 死亡是激烈的轉變和瓦解；3. 死亡是對人生意義的威脅；4. 死亡是對現實生活基本目標和方向的威脅。

根據個人在安寧療護服務的臨床經驗，當進入瀕死階段，身體崩壞、心智渙散，此時身體能量已不足以支應心智操弄，臨終病人是否仍有死亡焦慮，或者只是健康者多慮，就值得深入探討了。

三、哲學、宗教與生死

哲學思考包括宇宙及人生，所以當然要反思生死問題。國內的生死學雖然來自引進西方學術，免不了要轉身探究中國哲學思想，畢竟那才是切身相關的文化底景。

宗教除了協助解決現世的困擾，還提供生前死後的觀念。宗教信仰可說是個人靈性需求 (spiritual need) 的一部份，但即使沒有參加任何宗教活動，沒有選擇特定信仰，面對生命終點時，逃避不了所謂的「終極關懷 (ultimate concern)」。

哲學與宗教共同引領我們思考生死大事，給予各種生死思考與觀念的描述，當我們面對生死問題時，尋求瞭解與安頓，期望能帶給個人開悟與解脫。

第三節 自然與醫護生死學

一、基因、天擇與生死

達爾文 (Charles Darwin) 在 1859 年「物種起源」提出演化觀點為「天擇 (natural selection)」，也就是一般所謂的「自然淘汰」，因為主張天擇是物種變異的理由，而非造物者的理性設計，因此顛覆了西方基督宗教的傳統價值觀念。到如今，自然科學理論與宗教信仰內涵仍不斷發生爭議與互相進行批判，也為人類生死大事提供充分的探索空間。

孟德爾（Gregor Mendel）於 1865 年發表豌豆實驗報告，提出遺傳訊息的顯性與隱性因子。1909 年約翰森（Wilhelm Johannsen）命名為「基因（gene）」。全世界合作在 2001 年 2 月完成人類基因體的全面解碼定序工作，帶動基因診斷與治療的臨床醫學發展，將對人類生死大事產生影響。

二、公共衛生與生死

人類的生命在自然科學面前，和其他物種的生命相比較，只有繁簡之別，並無高下之分。人類在健康科學的發展之下，對待生死的態度不但有理論上的區隔，更有執行上的現實差距。

「公共衛生（public health）」是透過組織與社會力量，來關心、維持與促進人類整體與社會健康。經由衛生教育與控制傳染病，使得死亡率降低、平均餘命延長，同時也影響了大家的生死大事。

例如：死因統計讓我們得知台灣已有四分之一世紀的十大死因首位都是癌症（惡性腫瘤）。又如：SARS 期間，疑似因 SARS 死亡者的遺體都被快速火化，以防傳染病的蔓延。這些都是值得加以深入探討的生死課題。

三、醫護專業與生死

現代臨床醫學發展至今的結果，是讓人類的生死問題都被徹底的「醫學化（medicalization）」。嬰兒誕生由過去在家中，轉而幾乎都是在醫院的產房裡面由婦產科醫師接生。過去算是在家中「無疾而終」的老人，如今經常被送往急診室接受急救「酷刑」，然後必須強迫檢驗死因以便納入疾病分類中，才能開立死亡證明以進行喪葬儀式。

醫學在所有健康學科當中最強勢且居主導地位，基於科學屬性與專業體制權力，凡是制訂衛生政策與管理醫療機構，大多由具醫師資格者佔先，其他專業則為從屬。但從生死大事來看，一旦無法治病與救命，醫療即屬無效與無用，護理照顧才是根本，這是一般西醫體制下的醫師無法承認之事。

第四節 安寧療護與臨終照顧

一、如何面對生離死別

對病人而言，安寧療護是如何面對重病到臨終；對家屬來說，則是如何面對生離死別。安寧療護工作人員經常要和家屬與病人討論生死大事，有些專家甚至認為要指導病人接受死亡。基本前提是自己是否已經能夠接受死亡，所以應該要先自問：「死亡，我準備好了嗎？」

如果面對先行者的臨終，不能從中得到啟發，我們這些後死者卻還妄想要指導他們如何接受死亡，這是過份自大與自以為是。謙卑的把臨終者當作生命導

師，努力從言語和身教當中，學習生命與死亡的奧秘，才是安寧療護工作人員的基本態度。

二、安寧療護與緩和醫療

台灣最早使用「安寧照顧」名詞，後來擴充為「安寧療護」，另外還有學術名詞「緩和醫療」，立法院在民國 89 年（2000 年）通過「安寧緩和醫療條例」，兩個名稱就此融合為一了。大陸稱為「臨終關懷」，香港使用「善終服務」。

台灣安寧療護之母趙可式博士強調「四全照顧」：全人、全家、全程、全隊，後來有人加了全社區變成五全。本來的四層次模式：身體、心理、社會、靈性，也有人加上倫理變成五層次。

台灣最早成立安寧病房是馬偕醫院於民國 79 年（1990 年），第一次對全國安寧病房進行實地訪查是在民國 89 年（2000 年）。

台灣目前和安寧療護相關的機構有「安寧照顧基金會」、「蓮花臨終關懷基金會」、「康泰醫療教育基金會」、「台灣安寧照顧協會」、「台灣安寧緩和醫學學會」、「台灣安寧緩和護理學會」。

三、病情世界與帶病生活

過去我們把「病情告知」當成生命的轉捩點，忽略病人是活在生活世界之中，無法把「病情」獨立出來的，更無法讓家屬聯合醫護人員把「病情」隱瞞起來。許禮安的碩士論文「病情世界的多重現象分析」（94 年）就是探討此一現象，後來以論文印行「橫跨生死長河」出版，做為推廣安寧療護理念的善書。

根據臨床經驗，病人即使進入臨終階段，只要神智還清醒，通常都不是要接受死亡，甚至不想面對死亡，病人即使重病到臨終，通常都是想要「帶病生活」的繼續活在世界之中。因此，我們認為安寧療護工作並不是要指導病人接受死亡，而是要陪伴病人「帶病生活」。

第五節 生死管理與悲傷關懷

一、靈性陪伴與悲傷關懷

美國「死亡教育與輔導學會（ADEC）」因為是專業團體可以核發專業證照，包括死亡教育教師（death educator）、哀慟支持人員（associate in bereavement support）、悲傷輔導師（grief counselor）、悲傷治療師（grief therapist）等四類。

國外稱為「靈性照顧（spiritual care）」與「悲傷輔導」的專業領域，我個人並不認同。這是專業人員自認為靈性較高，足以去照顧靈性較低的病人，我卻經常接受到臨終病人對我進行靈性照顧，所以我改稱為「靈性陪伴」。

「悲傷輔導」與「悲傷治療」是指認對方有問題，甚至是病態的悲傷，才需

要被輔導與接受治療。我認為悲傷是所有人的正常情緒反應，程度可強或弱、時間可長或短，悲傷的當事人需要的只是關懷與陪伴，他們需要被全然的接納，而不是污名化的強迫輔導與治療。

二、殯葬管理與遺囑

人生不免一死，因此逃避不了殯葬服務。美國對此服務業已建立證照制度以保障消費者權益。台灣亦朝向由內政部規範「禮儀師」證照制度。日本殯葬業已成長為僅次於保險業之第二大服務業。台灣過去提到保險就敬而遠之的社會觀念，如今已普遍接受，過去不可說的殯葬服務，也以「生前契約」為名開始廣告。台灣的殯葬服務業品質良窳不齊，仍有眾多改革與發展空間。

關於遺囑，過去法律規範為死後生效，所以在遺囑內寫下「不要急救」並無實質意義，因為當事人仍須被急救多時，醫師宣布急救無效之後，該遺囑才具有法律效力。如今「安寧緩和醫療條例」規範具備「生前預囑」功能，可以預立不接受心肺復甦術、預立接受安寧緩和醫療、預立醫療代理人等。

三、朝死而生的生死學

既不是光談論生命而不敢提及死亡的「生命教育」，也不是離開生命光探討死亡的「死亡教育」，融合二者精髓的「生死學」，究竟該何去何從？會不會一石二鳥，或是得隴望蜀，最後兩頭落空？

根據海德格：「人是向死的存在。」人雖然朝向死，卻是仍存在的生命與生活。於是，我認為「生死學」應該是朝死而生的學問，時時可死卻又步步求生，因為有死亡而珍惜生命之可貴，以終點為標準重新看待事物，世界會從此大不同。

許禮安 96-8-6（一）申時於安思書房初稿

附錄

1010712 觀看的眼光

曾經有位護理人員懷孕，某日很驚訝的跟我說：「許醫師，怎麼馬路上好多大肚子的孕婦喔！」其實，大肚子的孕婦並沒有忽然同時增多，也不是剛好都同時到同一條馬路上來散步，而是這位護理人員懷孕，打開了觀看的眼光。

我們內在的搜尋雷達決定我們眼睛會看到什麼！有些事情一直在你身邊發生，但因為你不在意，因此你總是沒看到，直到這事情與你切身相關。死亡隨時都在你身邊，可是你當然看不到，因為你不曾也不願打開你那觀看的眼光。

美國有研究：現代小孩從出生到滿十八歲，至少要看過一萬八千次的死亡事件。平均每年一千次，等於每天都要看到三件，每天在電視新聞和電腦網路上看到許多死亡事件，可是我們的搜尋雷達都會自動過濾讓我們沒看見。

既然如此，我們還要繼續當鴛鴦埋沙看不見？還是趁早給小孩打上幾劑心理

的預防針呢？死亡事件就在日常生活中給我們機會教育，根本不需要等到中小學的「生命教育」，等到大學再選修「生死學」可能都太晚了。

許禮安 10107121124 高雄市阮綜合醫院

我不只是暫時還沒死，而是認真的活著！

年輕的末期病人順生在紀錄片中對著鏡頭說：「就算我生命的盡頭就在二十五歲，我不遺憾！因為我該做的事情都做到了。」「我還在，我精神還在，只要你看到這段影片，我就一直都還陪在你身邊。」我在「看影片學安寧療護」課程中播映這部短片，會問學員：「你要活到幾歲才可以不覺得遺憾？」我都說順生很白目，因為只要我繼續播這段影片，他就會一直都還在。因此我演講都儘量錄影下來，希望可以用另一種型式繼續存在著。

傳奇人物阿昌班長說：「我現在是不怕啦！但是到我死那時候會不會怕就不知道了。」「我現在生命倒數三個月，日子一天天的減少。」「時間總是不夠用，最好的方法就是晚上儘量不睡覺。」我也常常覺得時間總是不夠用，因此學會要把時間用在最有意義的事情上。我在「生死學與生命關懷」課程中，會問學員：「你究竟只是暫時還沒死，還是有認真的活著？」

我在「生死學」課程中會希望大家做兩個練習：一是要時常把「死亡的終點線」拉到眼前來，二是要練習如何活得「目中無人」。

德國哲學家海德格說：「人是被拋擲在人世間。」我們來到人間都是被拋擲進來而不是自願的，假如可以選擇的話，你或許不希望誕生在這個家庭與國度。海德格最有名的是另外一句：「人是向死的存在。」我通常用霹靂布袋戲的名言來說明更為貼切：「一步一步踏入死亡的界線。」每個人一出生就應驗了這句話，雖然我們對死亡的基本人性反應多半都是轉身、背對和逃離，但是終究無所逃於天地之間。

生死學有句名言：「多數人總是活著好像自己永遠不會死，但是死的時候卻又好像不曾活過一樣。」假如死亡的終點線一直都是在遙遠的天邊，我們就會活得虛應度日、混吃等死，甚至活得有如行屍走肉。如果願意經常把死亡的終點線拉到眼前來，世俗的名利、地位、權勢就不再是我看待事物的標準，護理界的祖師奶奶南丁格爾說過：「在我當護士的第一天，我已不在乎地面上的冠冕，只在乎我是不是全力以赴。」

一般人以為是「自尊」的其實多半都是「他尊」，因為多數人都活在他人的眼光和標準之中，都是為他人而活。我們整個世代的「生命教育」都教錯了，從小就被要求要合群、要從眾、要和其他人都一樣，可是安寧療護強調尊重病人的「自主權」和「個別差異」，就是要尊重與欣賞每個人的「與眾不同」，並且讓每

個人在與眾不同當中找到自己生命的意義和價值。

從「安寧療護」尊重末期病人開始，到「生死學」尊重還活著還健康的每個人，再到「生命教育」尊重每個「未來的主人翁」。放掉統一的「善終標準」（有一種標準而美好的死亡型式叫做「善終」？）、「靈性評分量表」以及「模範生」的假象，不要強迫末期病人必須面對死亡與接受死亡，轉而承認大自然的生物多樣性和人類的基本人性。

南丁格爾說：「很多人認為，祇要是獲得多數人支持的，就是對的。但是我這個老頑固卻認為，多數人總在錯誤的那一方。」我寧願被他人說我是「目中無人」，因為「吾愛吾師，吾更愛真理」，我連安寧界的大老都敢得罪，只希望真理可以越辯越明。在我看來，死亡一點都不重要（這句其實是反話），真正重要的是：在死亡來臨之前，你想要如何的活著？你打算要活出什麼樣的生命態度？

許禮安 10212171025 高雄市張啟華文化藝術基金會
（參加「安寧照顧基金會」徵文未得獎，將收錄於新書）

1030105 日常生活中的小小確定的幸福 117

102年因為高雄醫學大學成令方教授的邀約和王心運教授的慷慨相助，雖然我連部定講師資格都沒去申請，但是在貴人相助之下，以委員會審查過關的外卡身分，我得以在寒假過後的102學年度第2學期，回到自己的母校高醫開通識選修課程「生死學與生命關懷」，從103年2月18日到6月17日，總共18週的週二下午三點到五點。

我的「生死學」課程從民國97年到現在已經講過六回合：屏東美和科技大學（96年）、張啟華文化藝術基金會（96年和高雄市第一社區大學合開、101年兩回）、淨心文教基金會（97年）、千佛山般若寺（99年）等，對象從大學生、社會民眾、佛教徒，不同的學員有不同的反應，而我學習到如何調整課程內容與重點。

不過，回到母校高醫對一群相隔一整個世代（我已經畢業23年）的學弟學妹，對我畢竟有著不同的意義，讓我更加感恩與思念恩師余德慧教授。在花蓮東華大學讀了六年碩士在職專班（88~94年）跟著余老師學習，是我非常重要的人生經驗，而當年台大首開「生死學」課程的就是余德慧教授和他的恩師楊國樞教授。

103年的第一場演講，元月3日週五下午兩點到四點，在雲林縣古坑鄉麻園村的「福智教育園區」，對一群關懷組的佛弟子演講「安寧療護生存美學」。從高雄到斗南的自強號火車上閱讀一本《生命自主：最先進的醫療是救命？還是延長痛苦？》（三采文化2013年10月出版），作者是兩位日本醫師：中村仁一、久坂

部羊，裡面有一段話讓我受到震撼而現學現賣的用在演講裡面：「我們每一個人的死亡率都是百分之百，只是通常無法知道自己何時會死而已，也就是說，都是還沒被處決的死刑犯。」(84-85 頁)

前面兩句是我老早就知道的，有時會講：「每個人的死亡率都是百分之百，有沒有人自認永遠不會死的請舉手？我們就當場換人來演講！」「既然死亡率是百分之百，有人沒人做過死亡演習？大家經常在做消防演習和防空演習，不管發生率有多低，可是既然必死，為何不做死亡演習？」

令我震撼的是比喻成「都是還沒被處決的死刑犯」，原來我們每個人一出生就被命運判了死刑，只是多數人都無法知道何時會被處決罷了。那麼在被命運執行死刑之前，我們可以做些什麼？可以活出什麼樣的生命態度？這就是生死學最重要的概念。

恩師余德慧教授不幸在 101 年 9 月 7 日因病逝世，出版界幫他出了一本沒有對外發行的書：《生死無盡，思念綿延——余德慧語錄（追思版）》，由十位門生合作整理，我當時被分派《臨終心理與陪伴研究》（心靈工坊出版），我選錄余老師開宗明義的文章「死亡的啟蒙」第一句：「對於臨終，我總是有著不自主的親暱，總覺得人必定朝向死亡卻還肯日復一日地活下去是一件不可思議的事。」這就是生死學與臨終關懷的終極思考！

這是講生死學的「日常生活中的小小確定的幸福」。

許禮安 10301051900 高雄安居

如何陪伴孩子像陪伴菩薩或天使一樣

十二、希望兒子記得爸比最常跟他講的一句話

我以前看過一個報導：研究者詢問國小學生：「你爸爸最常跟你講的一句話是什麼？」統計獲得第一名的竟然是：「還不快去做功課！」有孩子調皮搗蛋，他寫的答案是：「去把棍子拿來！」可想而知他經常被爸爸修理。另外，有孩子的爸爸大約是草莽個性或中低階層，他的答案只寫了一個字：「幹！」

當父母的有檢討過自己最常對孩子說的一句話，或是會讓孩子印象最深刻的一句話是什麼嗎？我看了這個報導之後，決定要從小對兒子講好話，你希望他將來寫什麼答案，現在就要常常跟他講。我自己小時候是嚴父慈母，據我媽說：我爸從小不曾幫我們換過尿布。我在安寧病房接受護理師的教導，學會如何幫臥床昏迷的末期病人翻身換尿布，後來有了兒子，換小孩的尿布當然更是輕而易舉。

我和爸爸之間從小沒有甜言蜜語、沒有肢體接觸，現在才想辦法要彌補，可是我和兒子不可以再錯過這個階段。我從小就和兒子抱抱親親養成習慣，每天晚上關燈睡覺前要親嘴，然後說：「晚安，我愛你！」早上要叫兒子起床時，要親

他再說：「早安，我愛你！」出門演講前（因為現在一起和他走路上學再去上班）要說：「我愛你！」

我在高雄社區大學、美和科技大學、千佛山都開過「生死學」課程，因此我在家從小就給兒子生死教育。我希望兒子想到爸比時，不是只有：「還不快去做功課！」生命如此美好，來這世間能當家人是奇蹟，要珍惜彼此的對待。我希望如果有天我睡著就沒再醒過來，兒子會記得爸比跟他說的一句話是：「晚安，我愛你！」假如我出門遇到意外再也回不了家，他會記得我跟他說的：「早安，我愛你！」

1021126 日常生活中的小小確定的幸福 110

最近演講時講到生死學，有機會重提我兒子小時候跟我說過的幾句對話。其實他今年才國小二年級，在他還不會說人話的時候，我就開始用繪本講故事給他聽。因為我自己對死亡百無禁忌，所以不會刻意跳過、閃過跟生離死別有關的繪本。

我兒子還在娘胎時，我在衛生署花蓮醫院擔任家醫科主任，負責成立安寧病房，當時老婆上班之餘就在安寧病房當志工，陪伴末期病人與家屬，也被末期病人與家屬照顧著，算起來我兒子的胎教應該是在安寧病房進行的。

兒子出生時，老婆超過預產期而催生，就在把我開除的花蓮慈濟醫院，當時有位接受我在衛生署花蓮醫院安寧居家療護的末期病人過世，兒子是法官，通知我說：遺體送到花蓮慈濟醫院助念堂，而我人正在產房陪老婆待產，於是下去地下室看遺體安慰家屬，然後回三樓寫死亡證明書。

護理師同事知道後驚呼：「許醫師，這樣不太好吧！你老婆正在待產，而你卻在旁邊寫死亡證明書。」所謂「生死一線間」，死亡和生命通常就只隔著一條線。請注意倉頡造字洩漏宇宙秘密導致「天雨粟，鬼夜哭」：「生」的最後一筆剛好就是「死」的第一劃。

依稀記得是兒子讀幼稚園的時候，某天忽然跟我說：「爸比，你老了以後就會死掉嗎？」我說：「對啊！」他說：「那你死掉以後，接下來我也會變老，然後死掉嗎？」我說：「最好是這樣！」（不然萬一他比我先死掉，我應該會很悲傷吧！）接著他冒出一句：「可是我很不喜歡死掉！」我不禁笑出來，問他：「你又沒死過，怎麼知道喜歡還是不喜歡？」這真的是很神奇的一件事，說不定他是轉世靈童。

今年6月我買了一本小魯知識繪本《消失的動物園》，介紹世界上已經絕種的動物，小一生活接近尾聲的兒子很喜歡。雖然內文沒有注音，但是這小子從小就開始看繪本，不用注音也認得很多字。

他有次自己翻讀時，指著內文問我：「爸比，什麼叫作『長眠』（28頁）？」

我答：「就是死掉了。」隔一會兒，他又問我：「爸比，什麼叫作『嚥下最後一口氣』（36頁）？」我再答：「也是死掉了。」他說：「那為什麼不直接寫『死掉』就好了？」我心想：「對啊！大人們到底在害怕什麼呀？」

這是死亡話題的「日常生活中的小小確定的幸福」。

許禮安 10211261342 高雄市張啟華文化藝術基金會

第二講 生命教育與死亡教育

前言

生死事大！有生必有死，凡是生命，必然都會死亡。死亡被以各種不同方式對待，但很少人會刻意去思索如此關係重大之事。若死亡不存在，則生命就永無止盡而缺乏意義，所以死亡刺激人們思考生命的真諦。也唯有經由探索與瞭解死亡，才能更彰顯生命的意義。

為什麼我們害怕談論死亡？因為沒有人知道死亡的真相，包括死亡過程、死亡經驗、死後世界等。經歷過死亡的人都已無法回來傳達其體驗，而有瀕死復生經歷的人，卻又不是真正完全的死亡。人們真正害怕的是死亡前的過程，包括疾病、疼痛、分離與失落等等。醫護專業人員則在此之外，更必須面對自己的無助與失敗的感覺。

第一節 生死觀念與意義

一、生死觀念

民間泛神信仰（民俗宗教）相信：有陰間、有鬼神、靈魂不滅，是與陽世雷同的世界。儒家觀念：死則以禮葬祭，慎終追遠。道家思想：生命如氣之聚散。佛教理論：因緣果報、業力與識之流轉輪迴。基督宗教（包括基督教與天主教等）認為：死亡為永生的開始。無神論者完全不知也不去探究死後的世界。更有人每一種都相信一些，但又都半信半疑。

不同的生死觀會影響病人及家屬面對死亡的態度，也因此我們需要去探究其生死觀，才可協助其達成「善終」。醫護人員也應檢查自己的生死觀，才能去面對病人的死亡。我們應該尊重病人的生死觀念，並儘量配合家屬的需求，才有可能做到「生死兩無憾」。

二、生死學的意義

一般而言「生、老、病、死」是每個人一生必經的歷程，但是有些是胎死腹中、幼年夭折或是英年早逝，不見得會活到老，有些人身無病痛因年老而壽終正

寢，至於永生不死的應該沒有。所以老和病不是每個人都會有，只有生和死是必經之路，只要有生就必定會死。每人遲早要面對死亡，不論是否曾遭逢親友的死亡，至少一定會遇到自己的死亡。

所謂「生死學」，不是一般記問之學，是用整個生命去學。在生死學中沒有標準答案，因為那是你自己的生命與死亡。沒有人是生死學的專家，因為至少他一定還沒死，若是已死，也沒人回來報告心得與經驗，所以每個人都是他自己的生死學專家。我也一樣沒有死過，所以死後世界暫且不論。我們先談生命，再談死亡。

三、生命的定義

生命何時開始？「人的生命開始於受孕的剎那間？」這句話可能對。如果完全對，則墮胎就是殺人罪。可能錯，因為受精卵在發育過程中可能會變成水泡狀或肉樣的胎塊，最後甚至可能變成惡性腫瘤。受精卵最後也可能不只變成一個生命，它可能會變成兩個獨立的生命（雙胞胎），但是卻來自同一個受精卵。

以上是指肉體生命，但是精神生命（靈魂）又是何時開始的呢？怎樣才算完整的生命呢？如果只要有肉體生命即可，那麼植物人就不應被安樂死，只因它無法表達精神生命。我們都不是植物人，因此沒有人可以說出標準答案。這裡要強調的是：沒有任何人有權利決定別人的生命，這是生命的自主權。

四、死亡的定義

生命何時結束？目前世界通用的有下列三種定義：

- 1.心肺死（cardiopulmonary death）：心臟停止搏動，肺臟喪失功能而停止呼吸。
- 2.腦死（brain death）：意識停止活動，心肺功能正常。
- 3.腦幹死（brain stem death）：生命中樞停止，無法自行心跳呼吸。

在此不打算詳述醫學術語，只是藉此說明：不論採用何種定義，一定會有遺珠之憾，因為死亡是一個連續的過程，是一條不歸路。因此所謂的「死後復生」或「瀕死經驗（Near-Death Experience）」或許只是有如撞到死亡之牆又彈回來，根本就沒有死成功，牆後仍是一片未知之地。所以我不認為瀕死經驗會和真正的死亡類似，也許兩者根本就是完全不同的兩回事！

五、死亡的意義

死亡的意義至少有數百種，甚至可能有千萬種，以下略為分類：

- 1.死亡是幻象與生命的延伸。
- 2.死亡是生命的無可避免與殘酷無情的事實。
- 3.死亡是生命的解釋與補償（或贖罪）。
- 4.死亡是生命的危機與失敗。

死亡的意義對每個人而言都不盡相同，而且與其生命的意義相關聯。死亡的

意義有專書論述，生命的意義更是學者百家爭鳴、著作汗牛充棟，但是都不能代表你我的生命和死亡。每個人都在用自己的一生寫出生命和死亡的意義，任何人不能取代，也沒有人可以抹滅，因為沒有任何人有權力決定別人的死亡！否則總有一天，正如希特勒屠殺猶太人一樣，會有人濫用權力來決定結束你的生命。

六、對死亡的反省

醫護人員的職責應該是解除病人的痛苦，而不是讓他們痛苦的死亡。醫護人員所學的是為了治病救命，當疾病已不治、性命已無救，至少我們還能做的是照顧與陪伴。我們不應該漠視病人的痛苦，不應該逃避甚至遺棄病人，我們應該更加盡心盡力，面對自己的無力感，「盡人事，聽天命」，陪伴病人走完人生的旅途，與家屬度過悲傷的歷程。

醫師不是上帝！再高明再厲害的醫師，就算是「妙手回春」「華陀再世」，到最後總會有一個人的病他治不好，一個人的命他救不活，那就是他自己。醫護人員也只是凡人，醫學再進步也會有極限，我們要承認自己的能力有限，不能「起死回生」，但是我們一定可以「幽谷伴行」。既然生命是病人的，死亡也只能由病人「千山我獨行」，那麼就更應該把決定權交還給病人。

第二節 對死亡的認知與恐懼

一、成熟的「死亡概念」

根據 Faulkner (1993) 提出，成熟「死亡概念」包括四個要素：

1. 不可逆性 (irreversibility)：永久的、最後的、無法回復的。
2. 普遍性 (universality)：所有生物與人都會死，包括我自己。
3. 功能停止 (nonfunctionality)：身體功能都會停止。
4. 因果性 (causality)：有原因的，內在及外在的原因造成。

台灣社會與家庭生活裡面，有許多因素會阻礙孩童發展成熟的死亡概念，例如：媒體的錯誤渲染、科技玩具（如電子雞）、家長的負面解釋態度等。

二、死亡概念的發展階段

同樣根據 Faulkner (1993) 提出，兒童對死亡概念的發展階段：

1. 分離階段 (separation phase)：約自 0 至 3 歲。
無法分辨死亡和分離的差異，有強烈的分離焦慮。
2. 結構階段 (structural phase)：約 3 至 6 歲。
不瞭解生死無法共存，會裝死，以為死亡是暫時、可逆的。
對死亡充滿想像，常將死亡和老年、睡覺或旅行連結。
3. 功能階段 (functional phase)：約 6 至 12 歲。

約7歲就可有成熟的死亡概念。對死亡過程細節感興趣。

4.抽象階段 (abstract phase)：12歲以上。

具備現實及邏輯思考，對死亡可做推測與分析。

三、關於「死亡覺知」

孩子可從大人的言行、自己的身體狀況、檢查與治療、周遭環境中，覺察自己患了可能會死亡的嚴重疾病。不論大人有無對他進行開放溝通，尤其曾有其他病友或親友的死亡事件的經驗，有時雖然不知道病名，卻知道這個病會不會死。

除兒童發展年齡之外，與兒童死亡概念相關的因素有：兒童的智力、情緒、社會文化、家庭氣氛、生活經驗。所以要和兒童溝通討論死亡事件時，我們要先瞭解兒童的背景資訊，盡量使用非語言的溝通方式，不過有許多孩子可以直接用語言溝通。

四、關於「死亡恐懼」

根據趙可式 (1993) 的研究，人們害怕死亡的原因有五項：

1.對未知的恐懼：

死亡的滋味與死後世界，都是超越現實經驗的「未知」。

2.失落與分離的恐懼：

死亡是個體經驗最大的失落與分離，因而會產生極大的悲傷。

3.死亡形貌與死亡過程的恐懼：

過去在家中死亡是常態與自然，現代社會把死亡轉化成禁忌。

4.心願未了的遺憾與恐懼：

現今講究未來學與「生涯規劃」，卻少做「臨終與死亡規劃」。

5.悔恨人生過程，來不及補救的恐懼：

人們總是等待明天，卻不知「如果沒有明天」才悔恨不及。

第三節 生死教育的內涵

一、廣義的生死教育

廣義的生死教育，至少需要包括下列六項內涵：

1.生死教育視生死為一體兩面：

思考死亡其實是在思考生命。接受死亡才能承擔生命的責任。

2.倡導正信宗教，將未知轉為已知：

正信宗教對死亡有一套已知的概念，可消除信徒對未知的恐懼。

3.失落與分離的生活教育：

生活中的各種失落與分離事件都是生死教育的契機。

4.認識人生的有限，接受人的脆弱：

從天災人禍認清人必然勝不了天，才會敬天愛人、珍惜生命。

5.反省價值觀，調整人生優先順序：

由死觀生，價值判斷會脫離世俗社會觀點，生命因而回歸根本。

6.推展安寧療護理念，使死亡過程得到尊重：

無法治病救命時，應該努力減輕疾病痛苦，尊重臨終病人。

二、死亡準備

生死事大，應該早做準備。包括物質與精神準備：

1.死亡的物質準備：

遺產分配之遺囑，死後才生效。「安寧緩和醫療條例」的「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「預立不施行心肺復甦術意願書」、「預立醫療委任代理人委任書」，則都是還活著就有法律效力。

2.死亡的精神準備：

艾瑞克森（Erikson，1950）將人最後發展階段的成熟特質稱為「統整（integrity）」，此階段阻滯未成則會產生「失望（despair）」。

中國學者鄭曉江認為需要活出生命的三幅度：生理生命、內涵生命、超越生命，從而進行生死溝通與生死互滲，進而反省與確立自己的人生觀與價值觀。

三、醫護人員的生死教育

醫護人員最常接觸生死交關的現場，若對生死沒有認知、體驗與領悟，是無法真正瞭解臨終病人與家屬的需求。

近代實證研究可以提供醫護人員下列四項內容：

1.領悟醫學的極限，死亡永遠無法被醫學所克服。

2.學習照顧臨終病人與家屬的知識和技術。

3.面對遺體的態度，可以看出對人、生命與死亡的態度。

4.藉由認識死亡，更重視以「人」為本位的醫學。

醫護人員終日面對的多半都是他人的死亡（他死），為了下班後繼續過日常生活，必須有個保護傘或防護罩，把死亡和自己隔出某個安全距離。真正完全無法透過理論與研究學習的是：身為醫護人員總有一天將會面對的是親人的死亡（你死）與自己的死亡（我死）。

許禮安 96-8-7（二）申時於安思書房初稿

參考書目

1. 鈕則誠、趙可式、胡文郁（2001）。生死學。台北：國立空中大學。

2. 傅偉勳（1993）。死亡的尊嚴與生命的尊嚴。台北：正中。

3. 余德慧 (2003)。生死學十四講。心靈工坊。
2. 許禮安 (1998)。心蓮心語—安寧療護與生死學。台北：慈濟。
4. 許禮安 (2007)。橫跨生死長河—病情世界的多重現象分析。張啟華文化藝術基金會。

許禮安的生命態度

親愛的安寧師長與夥伴：

我以前在慈濟就是這樣，可是我這人學不會教訓！假如不講會良心不安，講了有可能會被開除，我選擇了該講的還是要講，然後接受最後被開除的命運，至少我心安理得晚上睡得著覺。

我曾經跟安寧同道講過：「不要把我當成敵人，而是可以裡應外合去爭取權益。」我只是在做我自己覺得正確而且該做的事情，而且我已經盤算過還是願意承擔所有的後果。

南丁格爾說過：「當我在做一件正確的事情時我已沒有了退路，揭露多年風塵的人當然自己會弄得灰頭土臉。」我想要效法南丁格爾的精神。在先盡人事之前，我是不可能放棄而直接聽天命的；在盡人事之後，我也會安然的接受所有的天命。

這是我自己的生命態度。

許禮安 10107101746 高雄安居

許禮安簡歷

男。54年9月6日高雄市出生。花蓮行醫15年。目前暫居高雄市。

現任：高雄市張啓華文化藝術基金會 執行長（97年2月迄今）

衛生福利部屏東醫院 家醫科兼任主治醫師（98年4月迄今）

台灣安寧照顧協會 理事（98年6月~106年7月）

台灣安寧緩和醫學學會 理事（100年6月~106年7月）

高雄醫學大學「生死學與生命關懷」兼任講師（103年2月迄今）

專長：家庭醫學專科醫師（家專醫字第003958號）

安寧緩和醫學專科醫師（安醫專字第043號）

學歷：高雄醫學院醫學系醫學士（80年6月）

東華大學族群關係與文化研究所社會科學碩士（94年6月）

經歷：花蓮慈濟醫院家醫科及心蓮病房主治醫師（82-7-1~93-6-30）

慈濟大學臨床講師、東華大學兼任校醫

安寧療護品質保證計畫訪查委員

行政院衛生署花蓮醫院家醫科主任（93-7-14~95-10-18）

花蓮北國泰聯合診所家醫科主治醫師（95-10-19~97-1-12）

台灣安寧照顧協會 理事（90年5月~96年6月）

台灣安寧緩和醫學學會 理事（94年6月~98年6月）

花蓮縣醫師公會 理事（95年12月~97年4月）

屏東美和科技大學 兼任講師（96年9月~99年6月）

社團法人台灣世界愛滋快樂聯盟 理事（100年8月~103年8月）

高雄市第一社區大學 兼任講師

高雄醫學大學/大仁科大/中華醫大/育英醫專 協同教學講師

許禮安著作

1. 心蓮心語—安寧療護與生死學。慈濟道侶檀施文庫，87年8月。
2. 行職業展望第13輯「醫護保健業」單元。行政院勞委會職訓局編印。89年11月。
3. 在心蓮病房的故事。海鴿文化，90年3月初版，91年5月再版。
4. 一個安寧醫生的手札—在心蓮病房的故事2。海鴿，91年5月。
5. 我還活著—在心蓮病房的故事3。海鴿文化，92年4月出版。
6. 蓮心安在—在安寧病房的故事4。海鴿文化，93年11月出版。
7. 病情世界的多重現象分析。東華大學族群關係與文化研究所碩士論文。94-6
8. 醫院的大小事—許禮安醫師的手記。海鴿文化，94年12月出版。
9. 許禮安醫師的家醫講座。海鴿文化，95年3月出版。
10. 橫跨生死長河。高雄市張啓華文化藝術基金會。96年1月出版。

許禮安近五年著作

1. 《安寧緩和療護》教科書。華杏出版社。101年1月出版。
2. 《人生，求個安寧並不難》。華成圖書。102年8月出版。
簡體版。馬來西亞大眾書局。2013年11月馬來西亞新加坡發行。
3. 《那些菩薩給我們的故事—安寧療護故事集》海鴿文化。102年9月。
4. 《安寧療護的100個小故事》海鴿文化。103年6月初版。
簡體版。馬來西亞大眾書局。2014年7月馬來西亞新加坡發行。
5. 《生死關懷的100個小故事》海鴿文化。104年3月初版。
6. 《許禮安談生說死》海鴿文化。105年10月初版。

許禮安近年論文

1. 對安寧療護臨床心態的現象考察。台灣大學「2011第七屆生命教育學術研討會」會議論文2011-9-30/10-2。
2. 安寧療護臨床心態的現象考察之二—安寧療護的本土化模式。東華大學「荒蕪年代的栽種—余德慧教授紀念學術研討會」會議論文2013-09-07/08
3. 悲傷關懷與陪伴—以余德慧教授著作及安寧療護臨床經驗為例。南華大學「第十一屆現代生死學理論建構學術研討會」會議論文2014-6-26/27。
4. 健康教育在社區大學與樂齡學習領域之探討。台灣師範大學「高齡化社會、社區學習與社會資本研討會」會議論文2014-12-13。
5. 生命教育在社區大學與樂齡學習領域之初探。國立台北護理健康大學「2015年兩岸大專校院生命教育高峰論壇」海報論文2015-5-1。
6. 從家庭醫學觀點探討生命關懷與生死教育—以余德慧教授著作及個人生死教育教學經驗為例。樹德科技大學通識教育學院「生命教育學術研討會」會議論文2015-09-26。
7. 大學通識教育與生死教育。樹德科技大學「2016通識教育研討會」專題演講論文2016-05-27
8. 結合銀髮志工、老人長照與末期安寧的「安寧田園社區」概念。長榮大學2016年「『長照、托育暨就業』三合一照顧體系之整合」研討會會議論文2016-10-28。

許禮安手機（安寧諮詢專線，24小時開機）：0955-784-748

許禮安e-mail：an0955784748@yahoo.com.tw

部落格：隨意窩Xuite日誌「許禮安的安寧療護與家醫專欄」

<http://blog.xuite.net/an0955784748/twblog>

臉書「許禮安」

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100001088998048>