

總有一天，人會離開這個世界，這是人人皆同意的道理，然而，現代人卻極力否認死亡，甚至將處理「死亡」的生命權利交給醫院。現在，越來越多的生命結束在日常生活之外的地點，例如：在醫院過世。請各位想想：一百年前，小孩子在哪裡出生？長者在何處安養？都是在「家」裡！現代的嬰兒在哪裡出生？答案是：「醫院」！而許多長者生活在安養院中，或者儘管住在家裡，也需請看護協助照護，終究在醫院度過生命的最後時光。

大多數人在臨終之時，都希望親人、愛人陪伴在身旁，或者祈願得到神明的庇佑、上帝的眷顧、諸佛菩薩的加持接引。可是，醫院中的病人，尤其是加護病房的病患，極可能在完全無人知曉的情況下，嚥下最後一口氣；這是你、我皆可能面對的現代死亡情境與課題。這就是「現代的生命挑戰」，對於「死亡」這個艱難的考驗，我們需要及早面對及因應。

死亡其實沒有那麼可怕

我這些年來在推廣一個概念：不要怕死。拖延著死不了，那才是更可怕的事情。在現代社會裡，傾向機械化、非人性化的死亡處理過程之下，比起老、病的困境，死亡其實沒有那麼可怕。

隨著現代醫療科技的進步，人類的壽命得以大幅延長，但壽命延長卻不等同於生命品質的提升，原因在於：人活得越老，越容易得到退化性疾病，比如癌症、中風、心血管疾病、失智……等。現代的醫學再怎麼進步，也沒辦法解決老化以及老年疾病的問題，而除了老年疾病的醫療問題之外，還須面對與死亡問題相關的高層次心理或內在精神的課題。

生死學開創者傅偉勳教授，在他的書中提到他的父親，雖然以九十一歲高齡過世，但在過世前的二十年活得非常辛苦。傅教授的父親在七十歲的時候，即半身不遂，傅教授回憶說：「由於我的四哥一

家人十分忙碌，無法自早至晚在家裡看護，只好送他到一家特殊醫院安頓下來。不到一個月，家父開始大吵大鬧，說死也要死在家裡面。不得已，四哥就把他接回。但是有一天，四哥夫婦有要事，不得不在外好多個小時，家父就在這時從床上跌到地板上，不得動彈，直到四哥夫婦回家才發現。經過這次痛苦經驗與教訓，家父也同意搬回特殊醫院，專由醫院護士照顧。四哥總每週去一兩次，陪他談天閒談，以後二十年左右，就如此在醫院一小房間，直到逝世為止。」

請各位想像一下，如果你因為半身不遂，不能夠下床行動，只能每天躺在床上、眼睛看著天花板，等著兒子一個禮拜來個一、兩次，

陪自己談天解悶，日復一日的經過二十年，各位是否想體驗這樣的日子？我想，誰都會說：「不要！」這樣辛苦的生活，其實是有辦法而且能夠解套的，就是要提早準備。

老先生雖然以九十一歲高齡過世，但是七十歲時就中風了，也就是說，他真正能夠享受生活的歲月只有七十年，其餘二十年是躺在床上度過的。訃文上的「享壽」年齡只是帳面上的數字。所以，若說人類的平均壽命八十九歲，那只是平均數字，而且還加上久病臥床的時間，真正享受人生的時光要打折扣的。

我們必須深切地了解，死亡本身就是自然生命不可或缺的一部分。然而，現代的醫療卻將「死亡」當成「疾病」來處理，不但無法面對自然的死亡，更可能讓臨終者遭遇到醫學不給善終、家人不給善終的窘境！我在台北上課的時候，有學員問：「老師啊！我已經準備好了，也簽好預立選擇安寧緩和醫療意



願書，是不是就可以放心了？」我說：「不！你準備好了，你的家人有沒有準備好？如果沒有與家人好好溝通，家人可能會違背你的意願！」這樣的情境，造成現代人很難自然的、保有尊嚴的壽終正寢。

現代的死亡課題

我們可能在什麼地方壽終？美國國家健康中心統計，公元一九八八年全美國的死亡事件，58.8%發生在醫院或醫療中心，16.4%發生在安養機構，這兩個項目合計75.2%，占所有事件的四分之三比例；此外，有4.4%的案例是到達醫院時已經死亡（Dead on arrival），可能起因於車禍、意外，亦即當救護車將病人送到醫院時，病人已經不治；20.4%的死亡事件發生在其他地點，包括空難、海難、海嘯、地震，以及家裡。台灣的情況也不會差別太大，由此可見，我們會在家往生的機會，最多不超過20%，亦即五個人裡面，頂多只有一個人能在家裡命終。各位要有心理準備，將來很可能是在醫院裡走的。

現代醫學的進步，並不代表我們的健康就得到更多保障。現代整體的醫療系統及結構很複雜，至少包括四個層面：醫護科技層面、醫護行政層面、醫護政策層面、醫護文化層面。其中，全民的「醫護文化」需要透過教育帶動社會的改變。比如台灣民眾很喜歡進補，但補得太過，導致身體被補壞了。南華大學生死學系大學部同學，曾到嘉義大林地區訪談賣薑母鴨、羊肉爐的店家，店老闆說進補的食物不能夠常常吃，至多一個禮拜吃一次，很多民眾在冬令進補季節卻是天天報到，這必然會導致身體出問題。又好比很多民眾出國喜歡買一大堆藥，或如新聞報導，有民眾一年領藥領了一千多天的藥，這些都是問題。由此可見，醫護文化是需要從社會教育層面進行全民教育。



photo credit: catherine1984330 (<http://www.flickr.com/photos/23069585@N00/292884995/>)

「拒絕急救同意書」（DNR）——保障自己的善終權

陳榮基教授是蓮花基金會的董事長，也是我們台大晨曦學社的老學長。他說，從前醫師能跟家屬一起陪伴臨終病人往生，但在一九六〇年代以後，因為心肺復甦術的發明，使醫師對於臨終病人反而施予很多令人相當痛苦的心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation，簡稱CPR），阻礙善終。本來發明CPR是好事，能夠救助意外傷害的人；但是，把CPR普遍用在所有的人身上，反倒造成許多人臨終時的痛苦。病人最終不僅無法被救治，更會延長病人的痛苦折磨，終歸一死；此外，在急救過程中，可能造成壓斷肋骨、敲斷牙齒、引起大出血等情形，增加末期病人的痛苦。

有一年，生死學研究所畢業的同學返校參加研討會，其中一位曾是資深護理人員的畢業同學，突然對我說：「老師啊！我要向你懺悔！」她說，有一件事情卡在她心上很久，耿耿於懷，不吐不快。她在台大醫院加護病房服務過六年，曾為一位七十多歲的老太太施行CPR，當時是她第一次進行CPR，內心十分緊張，做著做著就聽到「ㄉㄚㄩ」一聲，肋骨斷了，她就不敢再做了，轉而委託身旁另一位經驗比較豐富的醫生；這個醫生施行CPR的過程中，就聽到「ㄉㄚㄩ！ㄉㄚㄩ！ㄉㄚㄩ！」的聲響，病人又斷了三根肋骨。我問：「病人有沒有救回來？」她說：「哎！老師啊！本來就救不回來的啊！」儘管是原本就救不回來的病人，卻不救不行，因為家屬的要求，使她只能「盡人事、聽天命」地施行。若不進行急救，家屬會告醫護人員未盡責任，醫護人員也就只好做了，倒楣的卻是病人！

當時，我身旁另外一位也曾是資深護理人員的同學說：「老師！我偷偷跟你講，我們在醫院的加護病房、急診室做CPR，肋骨斷掉是司空見慣的事！大概七、八成年老病人的肋骨都會斷掉。還有，很多老人家身上的血小板不足，因為做電擊導致胸部焦黑，就像烤麵包一樣。通常急救的過程都請家屬迴避，因為就像打仗一樣恐怖！所以家屬都不知道急救過程的可怕。」這也是我們現在要提倡DNR的原因。

我們有權利要求安詳往生嗎？當然有！安詳往生是我們的人權。當我們

做為家屬，面對自己的親人臨癌末時，我們要怎麼樣面對癌症末期病人的靈性需求跟照顧？醫療機構又要如何回應病人的靈性需求？這時，病人需要的不是治療，而是治療以外更重要的關懷、照護、陪伴、諮商、開導。安寧療護的精神，就是要從醫療科技的層面提升到靈性關懷的層面，以英文來講，就是 From cure to care，為什麼？因為治療（cure）是有極限的，很多疾病無法治癒（incurable），但是關懷照顧（care）是沒有極限的。

守護病患的非常權利

世界衛生組織對於安寧緩和醫療的定義是：對於沒有治癒希望的病患，提供積極而全面性的照顧。這是個突破性的觀念，在早期，對於沒有治癒希望的病患，醫生和醫院多採取放棄的態度；但安寧緩和醫療著重在積極而全面性的照顧，協助病人控制疼痛及其他症狀，以紓解病人在心理、社會、靈性上的問題及需要，最重要的是，儘可能提供病人良好的生活品質。世界衛生組織對安寧緩和醫療的期許是：肯定生命的價值，並且將死亡視為一種自然的過程，既不加速、也不延緩死亡的到來。所謂「加速死亡」，就是「安樂死」，這是對生命的放棄；延緩死亡則是對於無法救治的病人，一直採取「拼命」救助的措施。過猶不及都不合適。自然的往生，才是對人生最後旅程的珍惜。

什麼病人需要安寧緩和療法？即沒有治癒希望的病人，除了癌症、末期病患，還包括一些愛滋病患、運動員神經病變的漸凍人，以及慢性組織性肺炎、肝硬化、先天性代謝異常的病痛患者。比如，《最後十四堂星期二的課》的墨



photo credit: Kazuhiro Keino (<http://www.flickr.com/photos/djkeino/8058641287/>)

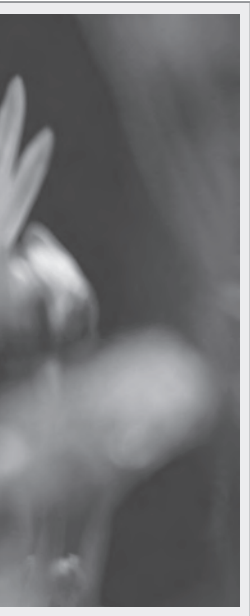
瑞·史瓦茲（Morrie Schwartz）教授，就是得了漸凍人的疾病，從腳底開始不聽大腦指揮，全身逐漸地麻痺，過程緩慢持久而不會改善。

末期的病人會有什麼心理需求？國內安寧療護推手、成大醫學院趙可式教授曾提到，許多病人內心會浮現過去沒有消化的恩怨情結，害怕成為家人的累贅、負擔，害怕失去自主能力、任人擺佈，突然間有被淹沒、而無法再承受痛苦的感覺；病人害怕孤獨，捨不得放下，捨不得離開心愛的人，希望交代未了心願、遺志與遺物，希望有時間與機會向家人道別，但是說不出口……等等，正因為有這樣的情形，所以鼓勵大家預立遺囑，交代心願。

對於末期病患照護，還有一個問題——很多家屬會隱瞞病情。家屬認為，面對全盤的病況實情，對病人而言是極大的打擊跟傷害；基於愛的動機與行為，家屬希望保護病人，因而對病人隱瞞病情。即使病人家屬的動機純正，但是，除非病人本身不想知道病況，否則隱瞞並不是令病人心安的好方法，因為病人會從自己的身體變化，感知病況的演變。

簽署「拒絕急救同意書」（Do Not Resuscitate，簡稱DNR）並不等於「放棄」，而是「不接受」無謂的治療，讓病人免於疼痛、受到尊重，尊重病人的自主決定。注意！末期癌症的患者不應該要做CPR，因為對於多重器官衰竭的患者施行CPR，只有增加他的痛苦。趙可式教授應邀到南華大學演講時，曾說到她照顧過的一位病人，往生前，身上一共插了三十七根管子，她為了清理這三十七根管子，花了三個半小時；這樣的過度醫療怎麼會有死亡的尊嚴與品質呢？

早先，根據醫療法第四十三條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」法律規定在病人遇緊急狀況時，醫療人員應盡一切方法盡量搶救，根據法律，不但安樂死是非法，自然死也於法不合；這可能造成如趙可式教授所說的「四輸」局面：病人輸——病人臨終時飽受痛苦；家屬輸——發現不僅救不了病人，更讓病人痛苦，內心愧疚；醫師輸——原本答應家屬要急



救，反而造成病人的創傷，違反不傷害的原則，盡心盡力卻又被家屬怨恨！國家輸——造成醫療資源無意義的浪費。

以孝心、愛心守護病入膏肓者善終

各位可以趁著健康時，先行簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，可以到台灣安寧照顧協會、安寧照顧基金會、蓮花基金會……等網站下載意願書的表格，至少請兩位見證人。意願書簽立人簽妥表格後，寄至「台灣安寧照顧協會」收件，他們可以協助將此意願書的資料，輸入健保IC卡。如果沒有進行登記，到了醫院，很有可能會被施行CPR；如果有先行登記，就可以逃過一劫。

家屬對於至親患病的是否決定急救，牽涉到孝、愛的思考。大孝與大愛並非不計病人痛苦得搶救到底，而是親切地陪伴末期病人，協助他們坦然接受疾病，減少他們身心靈的痛苦，協助病人放下萬緣、安詳往生，這才是最重要的。人生終歸一死，陳榮基教授說，沒有CPR的急救而讓末期病人死亡，並不是醫療的失敗；未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗。身為家屬，卻無法讓自己的親人安詳往生，才是孝道上的失敗。醫師應有主動不做心肺復甦術的勇氣和愛心，親切的與家屬溝通，勇敢的決定不做心肺復甦術、協助病人安詳往生；如此一來，病人和家屬也可減少醫療的糾紛。

生命的永續經營

在此，我向各位提倡一個概念：「生命的永續經營」，首先即是做好心理建設，了解生命境界無限開展與提升的可能性，擴大自己對宇宙、人生的看法。此外，也要事先做好身後事的規畫、預立遺囑、安排家務、預作財產如何處分，並且咐囑後事、交代心願，讓自己沒有後顧之憂。

最後分享一位李濟華老居士往生的事蹟。李濟華老居士是台北蓮友念佛團的創辦人。他往生那一天是民國五十五年二月二十日，當時計程車尚不多見，

他與太太搭乘三輪車去參加念佛團共修，那一天，李老居士在三輪車上對他太太說：「我要往生西方極樂世界了，你留下來會不會感到寂寞？」他的太太很慷慨的回答：「往生是好事啊！你能夠往生，不用管我啦！」當天本來是輪到一位魏老居士主講開示，李老居士就跟他說：「我們兩個今天換一下，我先講。」而原本只需要講半個小時，李老居士講了一個半小時，非常懇切地勸大家唸佛求生淨土，講完後對大家說自己要先走一步，大家以為八十多歲的老居士講累了，要回家休息。怎麼也沒想到，李老居士下了樓到念佛團的客廳，在沙發上盤腿一坐，就坐化了。大家這才想起來，原來他是來跟大家告別的。



這個實例啟示我們，真正的往生淨土，是活著的時候就瀟灑的去了，而非等到死了以後才去。我們時常聽聞歷代很多祖師大德，在禪定中安詳往生的事蹟。沒有生病，才比較有機會往生到我們要去的地方！若病得奄奄一息，可能連頭腦都不清楚，怎麼保證往生？所以往生是要具備足夠的精神與體力的！

最後祝福大家：活的時候要充實而精彩，老的時候要成熟而睿智，病了要深思而豁達，臨終時要瀟灑而無憾。「生、老、病、死」都是有意義的生命歷程，願我們都能「真誠擁抱生命，坦然面對老病，自在迎接死亡，永續經營來生」。🕉

主講者為南華大學生死學系教授兼學術副校長
二〇一二年七月二十一日講於台南市立文化中心國際廳地下一樓會議廳