

臨終關懷與社會工作

李宗派

前言

要討論人生之臨終關懷與社會工作之關係，我們先來檢視一般人最普遍之生死觀或生死哲學為前言，然後再詳細分析死失之概念，生離死別之心路歷程，臨終死亡之心理反應，告別儀式，以及社會工作應扮演之角色與臨終關懷倫理。

人生過程猶如自然之四季：春天生長，夏天開花，秋天收成，冬天藏用，生老病死，自然之規律也。天下萬事都有定時：生有時，死有時，各按其季節成為美好（傳道書第三章——二節）。人類有出生就有死亡，生命有開始就有結束（生態學觀）。人類之生死係自然之輪迴，死亡係不可逃避之事實。無常臨門，往生開始（佛教觀點）。人生之死亡猶如衣服穿破了必須換件新衣，死亡並非人生終點（達賴喇嘛之生死觀）。人生「或活或死總是主的人了。我們若活著是為主而活，若死了，是為主而死」（羅馬人書十四章——八節）。人生之生死係由耶和華主宰。「賞賜的是耶和華，收

取的也是耶和華，耶和華的名是應稱讚的」（約伯記一章 二十一節）。人的生死境界將看見新天新地，「我又看見一個新天新地」；因為先前的天地已經過去了，海也不再有了；，不再有死；我聽見有聲音從寶座出來說：看哪，神的帳幕在人間。他要與人同住，他們要做他的子民，神要親自與他們同在，作他們的神，神要擦去他們一切的眼淚；不再死亡，也不再有悲哀、哭號、疼痛，因為以前的一切都過去了（啟示錄二十一章——五節）。人生之死亡是不可預測的，人會如何死亡？也非個人能力所能控制的，因此會產生恐懼感與無力感，也就變成了社會上之忌諱，使許多人不敢正面對待死亡，甚至於故意排棄它。人生之死亡是一個嚴肅之課題，可正面對待它，而且可早做準備，也可供學術及專業研討，提供人類適當合理之「死亡服務與往生指導」。人之生者為過客，人之死者為歸人。人生面臨死亡，大多數人均希望得到善終好死。也就是要死得安詳，死得平靜。安然去世，要有信心獲得永生。人生之死亡有醫學界，宗教界與社會工作界以及其他各種專業之服務，要幫助

他人得到善終好死與安慰遺屬親友就是臨終關懷所要研討之重要概念。

一、死失之概念 (Loss and Dying)

我們在日常生活中，損失 (Loss) 扮演一個必要之角色，從行為發展學觀點來透視人生之成長過程，生命之轉變或成熟，我們都必須放棄生命中一片重要之部分經驗或行為習慣。因此人生之過程就是要學習如何取捨，如何處理對於重要損失之反應。有的是真正的損失，有的是幻想中之損失。對於人生經驗中，金錢與物質之損失，跟親人朋友之損失，其反應有極大不同。這親人可能是自己之配偶、父母、兒女、親戚，甚至於自己身上很重要的一部分；例如手、腳、乳房或子宮等重要器官。這些損失之情緒都會很強烈，而且還會延續一段時間，才有可能淡化其情緒反應，這種經驗是極度痛苦不堪的。一個人要成長必須盡責動員大部分之心理精力來處理自己與已失去之親人或標的物之親密關係。社會期待個人要拿得起，放得下，「人在人情在，人死人情亡」。每個人處理損失之反應依其社會生活經驗，宗教信仰以及社會支持背景各有不同。臨終關懷就是要照顧那些要離開現世的人們與遭遇損失的人群，而社會工作就是要幫助他們適當地處理臨終者與其家屬親友彼此間之關係，與減少他們痛苦的心理狀態。

二、損失與生離死別之心路歷程 (Process of Loss)

一個人要處理生離死別的感受係為一種自我覺醒，自我設限之心理過程。由開始遭遇生離死別之損失時，到尋找解決自己之心結，有一連串之過程。要達成放鬆心情，不再掛念 (unholds)，解決自己之情緒困擾，則需要親友支持以及專業者從旁輔導。

通常一個人對於突如其來之損失反應；例如親人死別，在開始時期呈現「否認」之心理。覺得「不可能的，妳在開玩笑」。有的比較不正常而嚴重之情況則表現缺乏情緒反應。因為心神休克麻痺了，事業照樣進行，好似沒有事情發生。這種情況是壓制了心中之悲哀感受，否認與拖延情緒反應之時間。有時把這種悲痛，傷感壓制到下意識的境界去了。過了否認時期，體會到真正的損失時，一個人會表現哀傷痛苦、流涕、發怒，甚至於聽到離世親人的呼叫，看到他們的形象影子在飛逝之景象，這些都是正常的心理反應。他們在私下表達這些似乎非理性之內心經驗，發洩他們的情緒，但是社會上則不鼓勵這些哀傷情緒之公開表達。因此專業服務者可提供他們心理表達與情緒發洩之服務機會。

在表達哀傷情緒之過程中，有一個重要之心結，就是愛恨交雜之情緒 (Ambivalence) 會時常出現。對於自己很重要之關係人，尤其是親人朋友都夾雜著一種關懷的照顧，愛慕的情感。同時也帶著一種挫折的情緒，失望無助的感傷。在這種生離死別的情緒中，會提昇擴張正常之愛恨交雜情緒。也可稱為「short」——短路觸電。產生負面情緒，社會風俗要求「死人最大」，「對於死人不該講壞話」，那是不敬的。講了死人的壞話或罵了死人，埋怨死人，會造

成心中「罪惡感」。有的人，把死人理想化了，美化了他的形象。去找別人爲代罪羔羊，通常指向醫師「蒙古大夫醫死我的公公」，比較成熟的人會給死人一個較爲公平之論斷。也就是「蓋棺定論」，好壞公平，最後死人也埋葬了。實際上之損失已具體存在。那麼這些還活著的親友就應該在他們的「心理上埋葬這死人了」，跟這死人的親密關係也到此結束。也該整理自己之情緒精力，再進入現實世界繼續生活。但有一些心理不健康的人們，他們無法在心中「埋葬他們的死人」。他們表達出來之悲傷哀痛不完全，甚至於想著死者還活著，變了形態，成爲厲鬼，有的真是「陰魂不散，回來討債」，有些人過度悲傷，失去現實感，精神失常，產生憂鬱症（Depression），狂熱症（Maniac），心因性身體疾病（Psychosomatic）。這些人就需要精神治療以及心理輔導了。

III、臨終與死亡（Dying and Death）

一個人在人生最後之階段，面臨即將死亡，如果他是還有意識的、清醒的，那麼他會覺得死亡將是一件創傷悲劇的事情。因爲第一，死亡代表一種威脅，死亡之權勢要控制我們的命運。每一個人在一生之某一階段時間，都會覺得「永生不死的」這種思想會被死亡之將至造成「我將不存在」之念頭。對自己不存在，簡直是不可思議的。第二，死亡將激起一個人之原始恐懼與幻想，回憶兒童時期之童話故事，許多鬼怪之出現，自己在死後是否也會變成可怕的幽靈妖怪，在另一個世界遊走飛翔，死者變化形態再回來向活人索

命，報仇。這些都是很可怕的心理作用，又害怕死亡將奪去自己心愛的人，喜愛的事物。甚至由於心理反射作用，自己會覺得在這個世界被遺棄了，被神放棄了，這是一種嬰兒心理作祟所致。第二，死亡迫使自己及社會去否定它的存在，西方世界之文化將死亡排棄在一般社會生活之外面，設法否定死亡，在每日之生活中，不願去面對它，覺得死亡是不受歡迎之侵入者或外來者。因爲否定或否認死亡，會導致將死之病人家屬難以計畫，準備死者後事，安排遺書，準備事業管理之繼承，許多人可以談論抽象之死亡，但對自己之死亡準備卻懷有禁忌不提。對一位臨終將死的病人，死亡所代表的意義爲何？死亡是生命之損失，自己之損失，所有生命，感官，知覺之損失。也要失去所愛的人與所愛的事物。死亡之價值觀念可包括下列七個要點：

- 第一，失去能力去經驗人生命運之遭遇。
- 第二，失去自我控制去預測將要發生之事情。
- 第三，失去自己之身體，不知他人將如何處理自己之遺體。
- 第四，失去一切能力去照顧被依賴的親人朋友。
- 第五，失去親情、友誼，引起親朋好友悲傷、痛苦。
- 第六，失去機會去完成自己想要之生涯計畫及修養生息活動。
- 第七，失去一切去面臨世界末日，生命變爲毫無知覺之狀態。

四、死亡之心理過程（The Dying Process）

美國之老人學家庫布拉羅斯（Elizabeth Kubler-Ross, 1969, 1981）

對於死亡心理發表她的研究報告，認為一位臨終之病人通常經過五個階段之死亡心理反應：就是否定死亡及自我隔離（Denial and Isolation）、發怒以及憤慨（Anger and Resentment）、討價還價，企圖延命（Bargaining and Postponement）、憂鬱以及遺失（Depression and Sense of Loss）、勉強接受（Acceptance）。

第一，否定或否認死亡是一種臨終開始時之心理緩衝器或心理緩衝劑，有的病人不再前進就死亡。

第二，發怒、埋怨、憤慨，並向天向神問道為什麼是我？為什麼要我死？會產生心理退縮，避免與家人交談，不跟醫護人員接觸。這個時期使周圍照顧者感到難以忍受。

第三，向神明討價還價，交涉延長生命。這時候臨終病人會向上帝求情、許願，想多活一點時間，要達成某一目的，要使用善行，或金錢奉獻，來交換生命之延續。

第四，憂鬱與失落感，一旦神明不答應，無常將臨，往生時刻確定。一種自然之悲傷哀悼過程就是憂愁失落，對於周圍之親人朋友，退縮不見，萬事皆休，在心理準備要離別了，一切變成毫無意義了。

第五，接受死亡，人之將死其言亦善，對其親人有所交代，人生之任務完成，就可安然去世。在這一階段，要讓臨終的病人有機會表達對於人生之哀愁、喜樂，正面、負面之感受，怒氣、擔憂。如有要求，盡力幫其完成，讓病人有機會見其親人朋友，說聲「永別了」。到了最後階段病人難以口語表達其意，也缺乏精力與情緒

反應了。這是一個理論上之架構，並非每一個臨終之病人都會經過這五個步驟。庫布拉認為臨終死亡之過程也可稱為一個生命成長之時間。病人開始接受死亡是一件不可避免之事實，病人會使用所剩之生命，做有意義的交代，完成最後之任務，病人也可學習「死亡是我們最好之老師」。上帝是最公平的，任何人，不論是總統或是平民，到最後都要死。臨終者可以減少對死亡之恐懼與不安。也就是追求「好死」，死得其所，死得安然。

死亡之過程係視個人之人格類型，生活哲學，以及疾病種類與社會背景，而各有不同之際遇。在協助臨終之病人過程中，要設法讓病人接受一種適當之死亡方式。他所願意往生之地點、環境，以及別世後之安排，包括可接受之葬禮、告別禮拜、往生祭典。臨終者也可參與意見，讓他或她覺得尚可對自己之後事有一份控制力量，還有一些事情值得去做，可以見親人朋友，分配遺產遺物，看子孫，給予後輩祝福。

另一個臨終學說為臨終軌道架構（The Dying Trajectory Framework）說明臨終者之期待死亡時間有突發性的與緩慢性兩種。例如心臟病患者與肺癌之臨終軌道各有不同。緊急性之疾病，其期待死亡時間較短，慢性疾病之期待死亡時間較長。因此尚可計畫一些有意義之活動。但是死亡危機（Death Crisis）是不可預測的，何時要死？尚剩下多少時間？活與死之間，會發生多少危機？有三個不同之層面加以解釋：第一為緊急層面（Acute Phase）使臨終者感受到最高之恐懼及不安。第二為慢性層面（Chronic Phase）之焦慮不

安降低，可以面臨死亡之事實，計畫安葬儀式及安排遺囑等項。第三為最終層面（Final Phase）之臨終者，身心疲乏無力反應，開始心理退縮要長眠安息了。

五、告別儀式與往生服務（Memorial Service）

不論何種宗教或社會習俗對於死者之埋葬或屍體之處理均有一套儀式。有的較為複雜熱鬧，有的較為莊嚴靜肅，但都會包括一些念經、講道、懷念、回憶、歌功頌德、頌辭、祭文（Eulogies）、守夜不眠、祈禱（Vigils）、戒食、吃素、斷食（Fasts）、哀弔、弔辭、致哀（Condolence）、儀式、典範、奉獻花果、上香（Rituals）、做效足跡（Wakes）、觀瞻遺容（View and Last Respect）、以及哀悼服喪（Mourning）等等內容。

這些儀式包括了私祭、公祭等等。最重要的是這些葬儀、禮拜、告別，是對死者表達最後之敬意與永遠不見了。但更重要之社會意義是表達支持活著的親友，對他們表達安慰、關懷。但是在台灣之殯儀葬禮，有許多場合卻失去了對親友表達關懷安慰，反而處處顯示死者家族之社會地位以及政治、社會、經濟之人脈與金脈之聲勢浩大，真是勞民傷財，並非善良之風俗，應該加以改善。

六、臨終照顧（Hospice and Care of Dying）

瞭解臨終者之心路歷程對於提供所需要之照顧服務非常重要，大多數之臨終者喜歡躺在自己家裏安然離世。可是現代社會，多數

臨終者都死在醫院或養老院。近年來有更多接受專業訓練之醫護人員，提供臨終服務給予臨終病人，社會上也更公開討論死亡之主題。逐漸地，病人家屬瞭解到臨終者有權利知道他自己的病況、診斷，以及將來之情形，並可以要求死亡之法律權利。臨終者有權利追求安然去世（好死）。醫療科學既然不能救治臨終者之疾病，至少也要協助臨終者減少痛苦，死得安寧，才算是倫理之醫療服務。

二十多年前，美國有一份臨終者之人權宣言（The Dying Person's Bill of Rights-1974）說明每個人都有權利接受治療至死亡為止，並參與照顧自己之決定，有避免疾病痛苦之自由，有權利保持他們自己之個性，有權利接受體貼敏感而有知識的醫療人士之照顧服務。臨終者有權利要求不使用人工之生命維持系統來延長病情之痛苦。美國之老人醫學會倫理委員會也支持臨終者之願望，就是不延長痛苦的時間。在臨終時，要提供緩和醫療照顧（Palliative Care），來減輕臨終者之痛苦，使用藥品及非藥品服務，並瞭解臨終者所關心之事項，使其安心、放心，使其表達感受，保護個人之隱私權利，利用所剩下之日子跟親友見面，表達「永別」之機會。

對於罹患絕症末期之病人加以照顧服務稱為臨終安寧照顧。英文之 Hospice 係指臨終者之招待所，使其獲得安然離世之服務。臨終照顧或安寧服務是一種人類之照顧哲學，是一種連貫性之醫護服務，由醫院延伸至社區，以及家庭環境中，這些需要被幫助之病人已超過現代醫學科技之能力。也就是在醫學上無能為力去醫治他們，祇有等待上帝的憐憫去接納他們之靈魂。因此要使病人在自己

熟悉的生活環境度過最後一段時間，減少病魔加予之痛苦，能夠維護其個人之尊嚴，使病人覺得自己尚能控制自己死亡之過程，使其親友有機會前來話別。臨終照顧要評估病人之生理狀況，物理治療，心理反應，社會關係，靈性信仰上的各種需要，以及協調家屬親友與醫護人員之各種服務。

在醫護服務記錄上，第一所安寧院 St. Christopher's Hospice，係由撒恩拉醫師 (Dr. Cicely Saunders) 在一九六七年於英國開設於住家環境。美國第一家安寧院則在一九七四年於新哈芬 (New Haven, Connecticut) 設立。目前在美國已超過一六〇〇家之安寧院提供居家服務或居家護理服務之臨終照顧，給予癌症病人。在一九八六年美國國會通過法案，讓臨終照顧、安寧服務，成為永久性之老人醫療保險給付之一部分。

現代之專業人員與志工親友均能合作提供跨越許多專業之臨終照顧與安寧服務。臨終安寧強調要讓病人知道正確之病情變化，建立病人之社會支持體系，可讓病人講解他們之人生故事，回顧人生之喜怒哀樂，發掘自己生命之意義與貢獻，照顧者要傾聽他們之訴說，要觸摸他們之身體手腳，表示不遺棄他們，要家屬親友參與服務，舉辦生日及結婚紀念之慶祝，協助解決病人親友之情緒困擾，心中愧疚，澄清往生後之悲傷治療，專業服務支持專業人員，避免專業疲倦 (Burnout)。要協助安排適當之安葬服務，告別禮拜，或其他病人所喜歡之「往生儀式」。要介紹社會服務與心理治療資源給予病人家屬，以供利用。

在病人臨終前，要告知死亡之將至，使病人清楚自己生命之結束將成為事實，能夠順然接受。對於身後安葬已交代清楚，委婉詢問「有什麼未了的心願？」不但專注傾聽，握住病人的手心，適當時給予擁抱，保證陪伴在身邊。病人之家屬親友要學習這些基本之心理服務，給予病人清洗潔淨、潤溼嘴唇、表達愛心，保證自己會好好生活下去，好讓病人放心離世。另外，要提醒病人家屬有關臨終病人可能出現之瀕死症狀：包括意識不清、皮膚濕冷、出現紫斑、臉色較灰、缺乏血色、冒出冷汗、眼神滯呆、反射消失、呼吸變長、吸氣費力、呼吸管道分泌特多。病人吞嚥困難，無需餵食，可能出現大便失禁，小便失禁，血壓開始下降，脈膊微弱或不規則跳動，有時會噁心嘔吐。在這種情況下，如果臨終者要見親友或牧師或神父之祝福禱告，就要盡早安排。臨終照顧要盡可能減輕病人最後之痛苦，在臨終前四十八小時，需要給予止痛藥物。如果病人無法吞嚥，可給予皮下注射嗎啡止痛。

最後對於臨終者在死亡的瞬間，如何維護其人生尊嚴，就是親友們之最佳「送別」。不要讓臨終者孤獨寂寞地自己一人走向人生之終點。

台灣每年有二萬九千二百六十人以上死於癌症。台灣之肝癌重登十大癌症死因榜首（肝癌、肺癌、結腸直腸癌、胃癌、子宮頸癌、女性乳癌、口腔癌、攝護腺癌、非何杰金淋巴瘤、胰臟癌，五月二十二日，一九九九年，刊登於中國時報）。

各醫院及醫護機構可增設安寧院來提供慢性病人之臨終服務，

也可稱為人道服務了。在社會各界應打破禁忌，提倡老人學，死亡教育，教導生死之真義，才能真正尊重生命之尊嚴。

七、社會工作在臨終關懷之角色

社會工作專業在臨終關懷與安寧服務扮演一個非常重要之角色。現代醫療體系中愈來愈多之臨終安寧院都從醫療社會工作界或心理衛生界聘用社工師來協助管理、訓練、督導這些安寧院之志工或安寧服務有關之工作人員。臨終關懷與安寧服務不僅要有同情心，有憐憫心，更要有一套基本之知識與技能，才能達成照顧臨終者，安慰生存者之工作任務。現代之「安寧院」(Hospice)係在歐洲中古時期所使用之「安息之家」。也就是將要臨終之病人或是倒臥路邊之窮人，由天主教之神父、修女或熱心善士收容照顧，等待上帝的恩召。現代之安寧院具有比較完整之服務設施，至少會讓臨終者無論在住院病房，或住在地區機構，都會感受到家庭環境之舒服與溫暖，有家人親友陪伴，不會感覺孤獨寂寞。通常之安寧院聘用兼任醫師，專任護士，專任社工，專任護佐，並有許多志工，以及牧師、神父、修女或猶太教之拉比等等臨終關懷者。這些專業與非專業之服務人員有一個共同目的，就是要讓臨終者獲得比較舒服安靜之待遇以及控制絕症末期之痛苦，並非期望疾病之痊癒。社會工作師之職責就是要協調這些服務團隊，保護臨終者之尊嚴，提供心理的、社會的、情緒的、信仰的，與生活適應之支持服務。安排臨終者之家屬親友接受「喪失、生離死別」之個別心理治療與團體

治療(Bereavement, Grief Therapy)。社會工作在臨終關懷與安寧服務過程中，要使所有之參與者學習並體驗到「死亡經驗」之豐富內容並非「空虛」之感覺，每個人透過親友之死失，學習到自己心靈之成長與情緒之成熟。

社會工作師在協調臨終關懷與安寧服務過程中，必須隨時注意到下列之重要特性：

第一，要使臨終者與他們的家屬親友參與臨終服務之決策事項，並非由醫療專業所控制或包辦。

第二，要有繼續性之照顧服務，包括臨終者家屬之協談。

第三，要瞭解臨終照顧是一種彈性而且具有創意性之社會資源使用，要細心協調專業者，家庭親友與社區志工之熱心服務，來滿足臨終者之心意與願望。

第四，要支持照顧體系一連串之繼續服務，但要避免過度疲勞不堪之關懷，要有輪流休息之時間。

第五，要協助臨終者之家屬，評估社會醫療之價值，包括使用特效藥物以及延長生命之人工措施。

第六，要尊重治療團隊之概念，清楚不同專業之角色與責任，彼此平等對待。

第七，要認識到所有提供臨終關懷與安寧服務之專業與志工，都要接受最基本之教育訓練，才不致於造成愈幫愈忙。

第八，要隨時提高警覺，自己醒悟，對於臨終者與他們的家屬，還有醫療人員，保持暢開的溝通管道。

第九，要瞭解對於臨終者控制症狀，或表徵，具有醫療、社會、情緒與靈性之意義（NASW, 1981, p.106-107）。

社會工作者在臨終關懷與安寧服務，要扮演一個創新者（Innovator）之角色，創造有利於臨終者之新服務方案，使居家服務與機構服務均能使用。同時要扮演一個連絡者（Liaison）之角色，要連結直接服務與間接服務之機構與功能，舉凡福利衛生、醫療保健、喪葬服務、宗教信仰，以及親友支持體系均要提供服務，還有間接機構之政府單位以及遺產捐贈機構等等之連絡服務。

社會工作者還要扮演教育者（Educator）之角色，在安寧院教育訓練志工、護士、護佐、居家服務人員以及由大學派來實習之大學生，或是應邀到學校、教會，或社會機關，或大眾傳播媒體去說明臨終關懷與安寧服務對於個人與社會之益處。

社會工作者要持守社工倫理，專業哲學，尊重病人案主之自決原則，個人尊嚴，生命價值，保護隱私，服務第一，要為案主代言，要為機關計畫方案，要為專業服務提出革新理念。最後社會工作者師必須提醒自己與參與臨終關懷之服務人員要培養適當之服務態度，避免過度之客觀超然，冷漠態度，與臨終者產生情緒距離，也不要過分熱情，促成服務人員與臨終者之情緒融合，難捨難分（Emotional Fusion）。所有之專業服務人員必須透過訓練與經驗去體會，去處理自己對於死亡無助之心理不安。（Parison, 1978; Adams, 1982）

八、臨終關懷之倫理（Ethics of Hospice Care）

臨終關懷與安寧服務雖非醫療體系之主要服務，但卻由醫療體系所延伸出來之護理與社會服務、宗教信仰與慈善工作。因此現代之醫療倫理應可以適用於臨終關懷。護理服務及社會工作之專業倫理守則也應該遵守，才能維持臨終關懷之服務品質與獲得臨終者家屬親友之敬重。

醫療保健倫理關心專業服務提供者之義務，病人接受治療之義務，專業行為規則，以及接受治療之病人同意契約。臨終關懷最重要之倫理課題，就是尊重臨終者有接受醫療措施或拒絕維護植物生命之呼吸儀器之自由選擇。英文之Informed Consent，就是指病人要能瞭解治療措施之內容及效果後，再決定是否接受治療服務，也是一種醫護治療者與病人之服務契約。病人或其代理人（Surrogate）要有能力做決定，有能力瞭解「同意治療服務」之內容與結果。自由抉擇就是不受外在因素之影響。醫護保健人員要提供清楚之說明，使病人或其代理人明白其治療內容及後果，還有病人不接受治療服務之後果。有時候，醫護保健人員要法院批准才能提供某些特殊治療服務。基本上，醫護人員無權利治療一位「無行為能力」之人，例如醉漢、智障兒童等。病人之瞭解能力係為常識的判斷，而非專業的知識，病人應該會明白接受治療之痛苦及結果與不接受治療之結果如何？可能病情變壞，甚至死亡。病人也得明白接受治療後對其健康、生命、生活方式、宗教信仰、人生價值、家庭、朋

友，以及社會關係等等因素，全都考慮清楚再決定接受或拒絕治療。有時候病人會拒絕治療並非她不瞭解治療之效果，而是因為她寧願忍受疾病之痛苦也不願意接受醫藥治療之痛苦（例如開刀與化學治療）。

對於無行為能力（Incompetent）的病人，例如十八歲以下之兒童在法律上雖無行為能力，但在實際生活上，卻有辨別治療效果之能力（例如生育節制等等）。許多被法院宣佈「禁治產」無行為能力之智障人士，在某些治療服務上，尚可自己決定是否接受治療。

病人要有自由選擇治療服務，不能由醫護人員之脅迫或家庭親人之壓力而接受治療。在醫療服務上，對於病人同意治療之看法，隨醫師之教育訓練各有不同之做法。有根據病人想提供的提供回答給他，稱為病人喜歡之規則（Patient Preference Rule），有時候會浪費了許多醫師護士之工作時間。還有專業習慣之規則（Professional Custom Rule），依醫療專業習慣提供一般性之資料給予病人，覺得病人不瞭解醫療服務之複雜性。尚有專業節省上之法則（Prudent Person Rule），對於每一個病人要提供診斷病情之結果，建議治療之目的與性質，可能之治療危險與副作用，治療後之可能效果，治療服務之益處，而且評估治療之結果如何？所有可以選擇之治療方法？如果不接受治療，其結果將如何？所有之治療費用，照顧服務之開支預估，病人痛苦之時間多久？對於生活方式、工作能力之影響？健康保險是否給付？等等項目都要很清楚地告訴病人，讓他仔細考慮。最後，還有一個主觀法則（Subjective Substantial Dis-

sure Rule），醫護人員依其主觀之判斷，將主要之病情資料提供給病人，要使病人易於瞭解，這個方法比較不週全。

臨終關懷還面臨一個極為敏感而嚴肅之倫理課題，就是一個人什麼時候算是死亡？腦死？心臟停止跳動？已無呼吸現象？到底生命之意義何在？一個人能否決定在什麼時候他要自己死亡？主動的自殺？被動地自殺？自殺是倫理之罪惡嗎？倫理之善良嗎？醫護保健專業人員是否有權利繼續維持病人，尤其植物病人之生命？或者專業服務者有義務聽從病人之要求與吩咐來協助他結束自己之生命？這些問題都應該慎重思考，也不能輕易提供答案。因為每一病人之情況各有不同。下面提出幾個有關臨終倫理之問題以供大家討論：

第一個問題就是，自殺的行為都是非倫理的嗎？（Unethical）

第二個問題就是，臨終服務提供者與病人合作，使其自殺，都是非倫理的嗎？

從哲學觀點分析之，生命是否值得活下去？還是一個非常嚴肅的人生哲學問題，從人生哲學論之，不能責怪所有之自殺為「非倫理的」，醫療保健專業沒有立場去論斷病人之自殺決定是否在倫理上正確？

所謂自殺係指一個人企圖結束自己之生命，這是老人學稱為「街上定義」（Street Definition）。自殺可分為主動的自殺及被動的自殺（Active and Passive Suicide）。這個概念並不包括一個人，他不企圖主動地結束自己之生命，但是他在日常生活中做了一個動作或省

去一個動作，可能使他導致死亡。例如利他人之自殺，他自己不吃食品，好讓其他的人有食品可以吃，可以活下去，結果他餓死了，社會判斷他的行為結果是倫理的善良。

在倫理學上判斷一個人之行為是否合於倫理的善良原則有四個理論學說可供參考：（一）必然論或稱結果論（Consequentialism）要看一個人行為之結果是否對於社會他人有益處？或有壞處之影響？最普遍使用的判斷標準就是功利主義（Utilitarianism - to do the greatest good for the greatest number）以最大多數的最大幸福為目的。要衡量社區人民所享有之快樂與痛苦之比例，來論斷倫理行為之善惡。在醫療倫理上要看個人而不去衡量社會全體，因此這學說被應用於醫療服務極低。（二）道義論或義務論（Deontologism），社會大眾以義務或道義為前提，來論斷一個人行為之是非對錯，這個理論排除了社會與個人之複雜關係與外在因素之影響，在醫療倫理上也難以適用。（三）美德倫理論（Virtue Ethics），一個社會由歷史傳統留下所謂美德之行為標準與範例以供後人做效。但時代變遷，倫理內涵改變，倫理原則也改變了。在醫療倫理上，也無法接受美德倫理之標準。（四）個人尊嚴論（Individual Dignity），現代民主社會之倫理崇尚個人之生命尊嚴，醫療專業之目的在於保護生命，對於這一學說，可以應用到專業人員與病人之關係，維持溫暖和平之人際互動、朋友關係、家庭親屬之支持體系以及社會生活之彼此合作。因此醫療服務人員對於病人之生命尊嚴最給予維護，就是最倫理之行為。

結論

臨終關懷之倫理就是要維護臨終者之個人尊嚴。社會工作就是要提供臨終者最後之安寧服務。使他們能夠安然離世，死而無憾。在他們抵達人生終站時協調專業服務與志工支援，協助他們能夠如願善終，息勞歸天。更要使其遺族親友表達孝道善行，緬懷先人恩德，繼承遺志，剛強奮鬥，為家為國服務奉獻，以慰藉往者在天之靈，則死者與生者均可告慰矣。

（本文作者現任國立屏東科技大學生科系教授）

參考書目：

1. Nancy Hooyman and H. Asuman Kiyak, *Social Gerontology*, Allyn and Bacon, Boston, 1966. Chapter 16 Death, Dying, Bereavement and Widowhood. p.413-434.
2. Thomas M. Garrett, Harold W. Bailie, and Rosellen M. Garrett, *Health Care Ethics, Principles and Problems*, Prentice Hall, E.C. New Jersey, 1989.
3. Alan Stoudemire, *Human Behavior*, J.B. Lippincott Co. Philadelphia. 1994, Death and Dying p.319-322.
4. Brenda DuBois, Karla K. Milley, *Social Work - An Empowering Profession*, Allyn and Bacon, Boston, 1922, *Social Work in Hospice Programs*, p. 349-352.
5. Joseph Heffernan, Guy Shuttlesworth, Rosalie Ambrosino, *Social Work and Social Welfare*, West Publishing Co. St. Paul. 1992, *Hospices*, p. 174-175.