

篇名

《白袍：一位哈佛醫學生的歷練》研析

--淺探醫病關係與安寧療護

作者

文郁嘉・私立曉明女中・高一丁班・1 號

## 淺探醫病關係與安寧療護

### 壹●前言

筆者藉由閱讀《白袍：一位哈佛醫學生的歷練》這本書接觸到並思考醫病關係與安寧療護兩項議題，因想要多多了解而稍作研究。此文章會分別討論醫病關係與安寧療護這兩個不同的議題並分析其定義、優缺點或改進的方法。

醫病關係，醫生與病人之間，自古以來就是一種敏感且易改變的人際關係。在社會中，大部分的人心中所認定的「理想醫病關係」是藉由醫生與病人之間的互相信任及扶持所建立的，然而這份期待在現實裡是可行的嗎？是否有改進的辦法呢？

醫病關係是重要的，當人面臨死亡時，醫療的照顧對病人而言更是極為迫切。如何提供重症病患較妥善的醫療，於是有安寧療護的觀念產生。

安寧療護，主要是實施在安寧病院，是一個照顧末期病人與家屬的醫療機構。但有人卻質疑並認為這是一項無意義又浪費國家資源的醫療制度，究竟安寧療護是否有設立的必要？以上這些問題會在文章中探討。

### 貳●正文

#### 一. 書訊介紹

作者艾倫·羅絲曼是一位很有愛心、能奉獻的醫生。畢業於哈佛醫學院後，她在波士頓兒童醫院與波士頓市立醫院小兒科接受完住院醫師訓練，現於美國亞利桑那州的印安人保留區服務。此書是她在哈佛修學過程中所經歷的過程與歷練，全書共分為三大部分，第一部分包括如何走入醫學之路，經歷解剖學科、安寧病房臨終照顧等。在第二部分提到如何做臨床的診斷、價值觀的衝突與改變，參加醫師資格考試的經驗以及與特殊病人的接觸等。而本書最後則描述了醫學院第三與第四年的生活，以及到各科實習後的心得。作者在書中面對敏感的醫病關係提出許多的探討且更直接窺探了複雜的生命奧秘。並在見習中透過不斷的自我摸索與反省，用心地建立了一個醫者的價值觀。這樣的精神值得我們學習與效法。

#### 二. 醫病關係

##### 01.早期的醫病關係

早期的醫病關係，主要是探討日治時代的醫病關係。因台灣屬熱帶地區早期充滿瘴癘之氣，日本統治者可能因自身醫療便利或墾殖台灣的便利，對醫師的栽培一向不遺餘力。又因當時殖民政府在政治、社會、經濟上取歧視的政策，台灣人往往只能從事較低層的勞動工作，地位自然不能和日人相比。而成為一位醫生似乎是提高地位的唯一方法，所以在當時民間社會中醫師的地位是非常崇高的。因為地位上以及學識的差異，當時的醫病關係屬於「父權式」的醫病關係。因此醫師在決定治療方針時，較不考慮此決定是否符合病患自己的價值觀和意願，就像父母一樣，較單方面的選擇認為對病人最好的治療，吝於與病人溝通、討論病情，更不用說尊重病人本身的意願。

## 02.理想的醫病關係與現實差異

書中作者多次提到的「病醫課」(註一)，是哈佛醫學院一門很特別的學科。就字面上來說，把「病人」放在「醫生」之前，是希望醫學生們可以了解醫學中的人性面，也就是以病人為中心的醫療理念。盡量使病人與醫師之間是一種真誠的夥伴關係，是屬於平行而無上下差異的。但在現實裡，這層神聖而不可侵犯的關係是不易達到的。因為病人在就醫時，身上往往有著無法忍受的病痛，並希望醫生們可以藉由治療來解除。而醫生們在這份期待下自也是希望可以在最短的時間內作出最好的決定並達到最有效的治療，所以醫病關係自然就顯得短暫、淡薄而冰冷。此外，病人與醫生這兩者之間在專業知識的認知上往往有著很大的差異，導致醫生大多都是決定的一方，而病人無法加以反駁或改變醫師們的決定。病人置身如此環境下不免感到惶恐、失落、無所適從。

## 03.現代的醫病關係

現代的社會日新月異，隨著教育的普及與通訊的發達，患者獲得專業資訊的管道及對醫學的常識也增加。因此患者能獲得充分醫療知識來請教甚至質疑醫師，病人的醫療人權及自主意識提高，醫師的專業權威經常被挑戰，醫病關係已從早期父權式的極端差異已漸漸縮小。近年來，又因全民健保的實施及醫療費用的負擔降低，醫療糾紛的發生率提高已成為必然的趨勢。台大免疫科研究員許振東就曾經說過如果問現在的醫師：執業上最關心的事情是什麼？而「如何保護自己以避免被病人告」幾乎是每一位醫師的標準答案。且研究顯示出，醫療糾紛發生率的高低已確實成為醫學生畢業後選擇執業專科的重要考量因素，這樣在一些醫療糾紛多的專科，勢必在未來人才資源上出現問題。

## 04.醫病關係的改進辦法(註二)

A.病人有權利要求醫師給予相關資訊，並與之討論各種適合之醫療選擇的好處、風險及代價；病人應該獲得醫師的指引，以做出對自身最有利的醫療選擇。病人也有權利獲得自身醫療紀錄的影本或摘要，有權要求醫師回應其疑問；並應被告知其醫師可能有的潛在利益衝突，同時有權要求獲得中立的專業意見。

B.對於醫師所建議的醫療措施，病人有權決定是否採取之；因此，病人得接受或拒絕任何醫療措施之建議。

C.病人有權要求禮貌、尊重之對待、尊嚴、獲得回應，並得要求適時關切其需要。

D.病人具有隱私權，醫師未經病人同意不得公開其晤談內容及病人資料，只有在法令規定或為保護個人福祉、公共利益而有需要的情況下才例外。

E.病人有權要求持續受到醫療照護，醫師有義務與其他給予病人醫療照護的人員合作，以提供病人所需照護。只要醫學上顯示應給予進一步的治療，醫師便不得在未給予病人合理協助、未給予充分機會選擇其他醫護措施的情況下，中止對病人的治療。

F.病人有獲得適當照護的基本權利，醫師及社會各界都應持續為達成此目標而努力。要實現這項權利有賴社會提供資源，以使任何病人都不會因為無法支付醫療費用而被剝奪必要的照護。醫師應該延續其「為無法支付基本醫護費用的病患承擔部分醫療花費」的傳統，並適時給予病患支持，以對抗第三人。

### 三. 安寧療護

#### 01.安寧療護的原義

中世紀時代，作朝聖者或旅行者中途休息，重新補足體力驛站。而世界衛生組織(1990)對安寧療護的定義是對一位用當今科技已無法治癒的末期病患及其家屬，提供整體性的照顧，藉著解除疼痛及其他不適之症狀，並統合心理，社會，靈性之照顧，來提昇病人及家屬的生活品質。(註三)

#### 02.安寧療護的簡史

安寧療護(Hospice)源自於中世紀之收容所，原是供朝聖者或長程旅行者休養體力之中途驛站，同時也提供照顧給孤兒、窮人、病人與瀕死患者。至十九世紀晚期，西方許多國家設立安寧療護機構，專職照顧瀕死病患。而近代安寧療護始於 1967

年，由英國桑德絲博士（Dr. Dame Cicely Saunders）於英國倫敦成立聖克里斯多福安寧院（St. Christopher's Hospice），其目的是希望能結合中世紀收容所照顧病人的熱忱與現代醫學的成就，來減輕臨終病患與其家屬所遭遇的痛苦。而隨著照顧經驗與知識的累積，以及不斷發覺病人的需要，發展成由專科醫師、特別訓練的護士、以及社工、治療師與牧靈人員所組成的專業醫療團隊共同照顧病患。（註四）

### 03.何為四全照顧

安寧療護強調是四全照顧。所謂四全照顧，就是全人、全家、全程、全隊照顧。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，但癌症末期病人除了身體症狀之外，有很多心理、靈性、家庭的問題，皆是其涵蓋範圍，所以是全人的照顧。（註五）

全家照顧：癌症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。（註六）

全程照顧：從病人接受安寧療護一直到病人死亡，還要做家屬的悲傷輔導，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。（註七）

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）、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。（註八）

### 04.研析安寧療護

安寧療護的設立目標是在面對一個已無法治癒，且已決定不再積極延長生命的病人時，應該以尊重的態度對待，給予緩和的治療以減輕病患的不適，並輔導病人與其家屬，勇敢的面對死亡。使病人即使在病床上，也可以尊嚴的走完人生中的最後旅程。

然而，在台灣的安寧療護的體制中仍面臨了許多問題，其中最大的問題便是病患家屬的不捨，再來是社會認知不夠，醫護人員臨床訓練不足。而這些問題都需要經驗累積與對社會大眾的推廣教育來解決。

對於服務對象較明確的定義有，罹患末期疾病的患者，末期須經由醫生判定因罹患某種疾病，而使預期的生命少於六個月者稱為末期病患。且病患不適合治療性治療，只給予支持性治療或症狀緩和性治療。

曾有學者在回顧 1970-1998 的文獻時指出，與末期生命照顧有關的法律問題會影響決定的選擇甚至於照顧的內容，其中主要的影響有七項：(註九)

A.若要對於無行為能力的病人取消其維生設備，需要有證據證明這是此人真正的意願。

B.從末期病人或植物人身上移除人工輸液或營養，可能成為非法的事情。

C.在維生設施要撤除之前，需要知會醫療的危機處理單位，使決定的流程增加困難。

D.生前遺囑的寫立需要符合專門的格式。

E.醫師為了解決病人的疼痛而處方高劑量的藥物時，若病人因而死亡，醫師有可能被起訴。

F.當病人已經接受安寧照顧而病痛仍然超出其可以忍受的範圍時，法律上並不容許對此生命採取終結的措施。

G 由醫師來幫助終結生命尚不被允許。這些法律上的問題，醫師與病人均需要瞭解，才能使溝通的內容順暢可行。

法律上，是否放棄積極醫療而選擇安寧療護的決定權屬於病人所有，不幸的是，大部份的人無法放棄竭盡力量來對付疾病，尤其病人家屬無法接受病人將要死亡是安寧照顧最大的挑戰。專業的安寧療護人士更說到：從來沒有人認為這是一個簡單的工作，有時候甚至於是非常困難。一個長期且不斷進展的疾病，在它的末期會使黑夜顯得甚為長孤獨而且恐懼。(註十)

安寧療護另有兩項重要課題：照顧品質與生活品質。對於一個末期病人，最需要的不是更多的時間，而是在接下來的時間可以活的更有意義更有尊嚴。因為每個人的旅程一定會有終點，如何讓我們在過程中發光發熱這便是人生得考驗與歷練。

在現今社會中，安寧照顧體制是必要的。雖然疾病沒有治癒的可能，但患者能有受到妥善照顧的權利。而安寧療護就是末期病患在克服病痛的協助者，當一個國家的社會文化發展越合理，其需要與能提供的安寧療護類別也越多，因為人類必須尊敬自然，承認弱點，而且相互關懷扶持。

## 參●結論

由醫病關係的發展史可看出醫生與病人之間的距離已漸漸縮小，在現今的醫學體制中不難發現到病人的權利也大大的被提升，而現代醫病關係更是強調病人應被告知的權利，就像《白袍》作者羅絲曼醫生在書中提到，每一件白袍，儘管在病人眼中並沒有什麼不一樣，象徵的只是一種專業以及被大眾賦予的信任。其實在醫學世界裡，白袍的長度代表著不同的醫療階級。就社會大眾的立場而言，應該有權力知道他們所面對的，是已經完成學業擁有醫師資格的醫師，或者是還在學習的醫學生。同時就法律的立場而言，病人也應該有權利決定他們是否願意參加教學。然而就醫學教育的角度來看，如果在教育的過程中，學生們都沒有直接接觸病人的機會，那將有可能無法體會到臨床的經驗與精髓。

台灣每年平均有三萬名癌末病人往生，但卻只有將近三千人於安寧病房離開人間。而住在加護病房的癌末病人，一天的會客時間只有兩次，而相加也只有一個小時，與家人相處的時間這麼少，對病人真的有幫助嗎？安寧療護的目的是在現今有限的醫療技術中已無法再延續一位病患的生命長度時，藉由家人的關心愛護來提升生命末期的品質。安寧病房不是一個等死的地方，而是一個重生的地方，重新學習以平靜的心面對生死、看待人生，以歡笑代替淚水面對離開。

在人的一生中，雖會發生許多大大小小不如意的事，但這便是生命的價值與可貴。

## 肆●引註資料

註一、艾倫·羅絲曼(Ellen Lerner Rothman)。《白袍：一位哈佛醫學生的歷練》(White Coat: Becoming a Doctor at Harvard Medical School)。台北市：天下文化出版社，民國八十九年。頁 425。

註二、美國醫學會 (American Medical Association) 之「倫理及法律事務委員會」於 1994 年所發布之「醫病關係的基本要素」。

取自 <http://210.60.194.100/life2000/professer/Tsaipuchang/1Patient-Physician.htm#three>

註三、高雄榮民總醫院 陳如意醫師 安寧療護與緩和醫療簡介

取自 <http://www.vghks.gov.tw/fm/hospice/intro.htm>

註四、同註三。

註五、同註三。

註六、同註三。

註七、同註三。

註八、同註三。

註九、溪湖安寧療護網。

取自 <http://www.hospice.com.tw/>

註十、同註九。

#### 伍●參考書目

1、艾倫·羅絲曼(Ellen Lerner Rothman)。《白袍：一位哈佛醫學生的歷練》(White Coat: Becoming a Doctor at Harvard Medical School)。台北市。天下文化出版社。民國八十九年。