

坦然

—

面對
生
死
的
21
堂
課

序 一

李炳光牧師（循道衛理聯合教會前會長）

“未知生，焉知死”，古人認為“死”是人生無法逃避的事實，也是無法了解的謎，與其花時間研究“死”，不如多努力探討“生”的奧秘，了解生存的意義與目的。

但從另一個角度來看：“未知死，焉知生”，就是認為我們先以死去了解生，這會使我們更深入地探討生命，當人面對死亡時，雖然我們無法完全了解死亡，但當我們看見生命的短暫，因而思想生命的價值，和如何利用有限的生命活得更有意義，活得更精彩；同時，我們會在一個已死去的生命，學習如何去活，對其一生中的成敗得失，作出更深入的反省，進而為自己作好預備，以死為鑒。

既然“死”是不可知，但我們又不能逃避“死”，而且每個人都要單獨地面對“死”，同時，每個人多少都會害怕死亡，所以如何面對“死”，是一門頗高深而極難了解的學問。

坊間有不少生死教育的書，而這一本書卻是非常獨特，因其內容十分廣泛，作者包括醫生、教授、臨床牧關專家、社會工作者、神學家、法師、道長、牧師和不同宗教界人士，他們都以不同的角度來分析生死的問題，包括理論和實踐，治療與關懷，生活體驗和見證分享等等。內容精彩，深入淺出，實為不可多得的短文集，本人謹以至誠推介，深信讀者必在其中有所得益。

序 二

謝俊仁醫生（香港紓緩醫學學會榮譽顧問）

我很榮幸獲拉撒路會邀請，為《坦然》寫序。死亡是忌諱的話題，但亦是每人都必須面對的問題。差不多每天的新聞，都有各式各樣死亡的報導，你可能感到人生無常而歎息，但見怪不怪了。不過，如果你面對的，是你摯愛的親人離世，你哀傷的感覺，是痛徹入心的。假如，你面對的是你自己的死亡威脅，你對世界的感覺、你的人生意義，和生活的目標，更可能頓然改變。當不幸面對死亡的痛楚和困擾時，你可能感到不知所措，求助無門。如果能夠早一點對死亡作反思和準備，這難關可能較容易度過。

此書由不同的專家和學者合著，深入淺出，從不同角度探索死亡，以及解釋如何協助面對死亡的病人和家屬。這讓你在繁忙的生活中停一停，對生命和死亡作些思考；也可以讓你明白，協助末期病人的紓緩治療，不單是處理徵狀，而是包括身、心、社、靈的全面關懷。此書雖然由基督教團體策劃，但討論的內容，不單是基督教的觀點，也包括佛教和道教觀點，讓更多人可以得到幫助。我希望，當你不幸遇上死亡的困擾時，此書可以提供一點啟示，讓你從幽谷找尋到出路。即使死亡離你很遙遠，我希望，透過對死亡的反思，此書能夠讓你更了解生命的意義，放下執着，積極面對人生的各種挑戰。

認識死亡，大家會更愛惜生命，以及更珍重你身邊的親人與好友。人與人之間多點愛心和關懷，這社會將更美好。

目 錄

序 一 李炳光牧師 / iii

序 二 謝俊仁醫生 / v

編者的話 馮家柏醫生 陸亮博士 / ix

作者簡介 / xiv

第一部分

生死之間

第1課 全人健康之成長與死亡 陳崇一 陸亮 /002

第2課 死是甚麼——了解死亡過程及致死的原因 劉錦城 /008

第3課 生寄死歸——從基督教宗教典籍看生死 陳龍斌 /018

第4課 與死相遇——認識生死 陸亮 /031

第5課 死而不憂——如何從容面對生命終結 劉喜寶 陳麗雲 /040

第6課 死而不亡 關瑞文 /048

第二部分

紓緩治療

第7課 哀傷的處理——寫給安慰別人的人看 蕭貞建 /056

第8課 轉化哀傷 譚楊美寶 /062

第9課 意義治療——與苦難同行，與哀傷共存 陳智豪 /071

第10課 淺談音樂治療在寧養關顧的應用 林麗青 /078

第11課 繪出生命意義——藝術治療的應用 董美姿 /087

第12課 重建病人尊嚴 胡金榮 /095

第13課 亂中尋序 馮家柏 /102

第三部分

伴您同行

- 第14課 關懷守則——諒解、愛護與尊重 關蕙敏 /118
- 第15課 專注聆聽及深層同理——幫助病人家屬盡訴心中情 湯新南 /125
- 第16課 生存意志——喜樂的心，乃是良藥 廖廣申 /133
- 第17課 與晚期病人同行 梁國棟 /141
- 第18課 撰寫生命故事 陳君輝 /147

第四部分

三大宗教的生死觀

- 第19課 佛教的生死觀 衍空法師 /156
- 第20課 道教信仰與生死觀 梁德華道長 /163
- 第21課 基督教的死亡觀 滕張佳音博士 /169

鳴謝 /174

編者的話

馮家柏醫生

(拉撒路會創辦人)

陸亮博士

(那打素全人健康持續進修學院學院主任)

本書由 22 位不同專業、信仰、背景及風格的人士撰寫而成，在香港有關生死教育的專書中，是罕有的作品。

面對死亡時，每人都會經歷不一樣的故事，有自己獨特的體驗。死是肉體旅程的終結，對於死者而言，是句號；對於生者而言，是問號。介乎問號與句號之間，存放着各種做人的道理：哲學、信仰、信念、藝術、心理及靈性等，是一個整全生命的模式。

如陳崇一醫生（播道醫院院長）及陸亮博士（那打素全人健康持續進修學院學院主任）所言：Holism（整全 / 全人），這字來自希臘文 holo，代表整體（whole），在哲學的角度來說是一個理論，認為一個整體的各部分是緊密地互相連繫，其緊密程度達到各自不能獨立於整體而生存，並且僅可通過參考整體來理解。而最主要的是一個整體是大於其各部分之總和。於醫學上的引用，即相信醫治一個整全的人，要考慮心理、社會及靈性的因素，不單只是疾病的症狀。

但如何可以死而不憂？如何可以死而不亡？香港大學社會工作及社會行政學系講座教授陳麗雲教授，及香港中文大學崇

基學院神學院副院長關瑞文教授，都有他們獨特的分享。

關瑞文教授認為：死亡就仿似電腦的 Hang 機，Hang 機是很痛苦、沮喪，很值得畏懼的。然而，有主的應許，可重新 Boot 機，因為那創造電腦的人，讓我們可以 Soft Reboot，也讓我們可以 Hard Reboot。因此，死亡是痛苦，不過它不是全然痛苦的，因為“盼望”能夠把緊握而超越死亡裏的張力和矛盾解開。

陳麗雲教授認為：醫學上，我們未能（或者根本不能）戰勝死亡。可是，人與人之間美好的回憶可以永留心底。死亡提醒我們時間有限，而正因為時間有限，所以人生每一刻的感動，每一個美麗的片段都變得寶貴。既然我們都不知道死後往哪裏去，那麼就把美好的終結建築於一個富有意義、快樂、圓滿的人生上吧。善活就能善終。

香港中文大學文化及宗教研究系崇基學院神學院陳龍斌教授，嘗試從新舊約聖經分別論及很多關於生死的問題，兩約聖經很不同。舊約聖經是以整個希伯來民族為主題，主要是思考整個民族如何可以繼續生存下去，所呈現的信息是如何激勵信眾的求生意志。新約聖經則以鼓勵信徒、教會持守生命信仰，勇敢地面對死亡為主。死非燈滅，只是片睡而已。

香港中文大學社會工作學系副教授陳智豪博士，述說意義治療：與苦難同行，與哀傷共存。意義治療（Logotherapy）是由猶太人 Viktor Frankl（1905-1996）所創立。Logos 一字原是希臘文，可理解為意義，或中文的“道”。顧名思義，意義治療的目的就是協助人們尋找人生的意義。特別是在苦難中，當我們看不到活着的意義時，意義治療着眼的便是如何尋回那

些失落了的意義。

香港大學李嘉誠醫學院精神科學系名譽臨床副教授廖廣申醫生，論述生存意志的重要性。人的生命就好像一根蠟燭，不知何時熄滅。因此，我們要在這根生命蠟燭燃燒時，盡力發光發熱，迸出生命的火花。我們要常常學習積極面對新的一天的來臨，並把挫折視為一個障礙賽，只要越過障礙，自然就會成功。謹記“與上帝同行的每一天，不會出現一件事情是上帝與我一起不能面對處理的”。

香港明愛醫院內科及老人科胡金榮醫生，講及重建病人尊嚴。鼓勵病人活在當下，並按自己日常生活習慣作息，有助病人不致失卻恆常；此外，按着病人本身的宗教以及靈性需要，轉介病人所屬的宗教系統，令他可以宗教和靈性活動得到支持。最後，曼尼托巴大學精神科褚泉樂教授建議，醫護人員透過注重病人的私隱，留意和病人相處的語氣和態度，幫助病人建立更多社交支援，並着重病人在生或死後有否心結有否遺憾，都能幫助病人維護其尊嚴。

伯特利神學院教牧輔導教授譚楊美寶博士，講及哀傷關懷和輔導的理論：根據很多哀傷關懷和輔導的理論，失去親人後，喪親者會有不同的反應，他們的哀悼過程也大不相同。其中較為關懷者和輔導員所採用的是 Worden 所提出的四項協助喪親者過度哀傷的任務，即為：(1) 接受失落的事實，(2) 處理悲傷的痛苦，(3) 適應一個沒有逝者的世界，(4) 在參與新生活中找到一個與逝者永恆的連結。從 Worden 的實務經驗中（李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫（譯），2011）。《悲傷輔導與悲傷治療》，第三版（原作者：Worden, J. W.，台北：

心理出版社，40-54 頁。)，他更發現有七個要素會影響哀悼的過程：(1) 失落的對象是誰，(2) 依附關係的本質，(3) 死亡的形式，(4) 歷史經歷，(5) 性格因素，(6) 社會因素，(7) 其他壓力。

佛教的衍空法師，解釋佛教如何理解死亡：佛陀對我們的開示，一切都在改變，一切都是無常，這才是宇宙間永不改變的法則。我們身處生死輪迴的苦海，要出離，就只有一個方法，那就是佛陀所教導的解脫之道。在佛教的教義中，我們要認識到生、老、病、死等肉體的痛苦是確實存在，但是恐懼、擔憂等心靈的痛苦是不一定的，智者沒有心靈的憂惱。人生最重要的是健康的心境、情緒和恰當的態度等方面的培養和確立。

香港道教聯合會主席梁德華道長，論述生死教育之道教死亡觀經文和哲理，解釋“道”是生命的本源，而生命的奧妙是生與死的互相牽連，人不需要擔憂，也不能強求違背或改變它的定律，而這定律的主宰就是神靈。

基督教滕張佳音博士指出：創世記開始是生命，結束是死亡，然而約瑟卻存着信心死，一點不灰心，結果讓自己的棺材按照神的應許，經過 430 年後可隨以色列人出埃及返回應許之地（創世記五十 26；出埃及記十二 40-41，十三 19）。

死亡的出現叫以挪士（意即必死的人）的世代轉而求告耶和華的名（創世記四 26）；死亡的速臨，指教我們怎樣數算自己的日子，好叫我們得着智慧的心（詩篇九十 12）；死亡的事實教我們敬畏賜生命的神，承認他有主權越過我們的計劃，帶領我們的人生（雅各書四 13-17）……更多認識死亡的真理，

有助啟發我們面對今天的生活。

除以上林林總總的觀點，接觸死亡還可透過音樂、藝術、哀傷的處理、與晚期病人同行、專注聆聽、撰寫生命故事等，在混亂中重拾秩序，在死裏尋回生命。

作者簡介

(排名以章節序)

陳崇一醫生	播道醫院院長
陸亮博士	那打素全人健康持續進修學院學院主任
劉錦城醫生	律敦治及鄧肇堅醫院綜合內科部門主管
陳龍斌教授	香港中文大學崇基學院神學院助理教授
劉喜寶博士	香港大學社會工作及社會行政學系博士後研究員
陳麗雲教授	香港大學社會工作及社會行政學系講座教授
關瑞文教授	香港中文大學崇基學院神學院副院長
蕭貞建先生	東區尤德夫人那打素醫院臨床腫瘤科寧養中心社工
譚楊美寶博士	伯特利神學院教牧輔導教授
陳智豪博士	香港中文大學社會工作學系副教授
林麗青小姐	註冊音樂治療師
董美姿小姐	註冊藝術治療師

胡金榮醫生	明愛醫院內科及老人科副顧問醫生
馮家柏醫生	拉撒路會創辦人
關蕙敏小姐	白普理寧養中心顧問護師
湯新南院牧	臨床牧關教育訓練督導
廖廣申醫生	精神科專科醫生
梁國棟先生	生命之旅基督教培育中心導師
陳君輝先生	業餘作家、青年文學獎獲獎者
衍空法師	香港大學佛學研究中心總監
梁德華道長	香港道教聯合會主席
滕張佳音博士	建道神學院教牧及專業進修學院總監 / 跨越文化 研究系副教授

死是甚麼 —— 了解死亡的過程及 致死的原因

劉錦城

認識死亡、如何面對

在華人社會，死亡常是一種忌諱，不作多談。那麼，為甚麼我們要認識死亡呢？這不單是因為如聖經上說：人人都有一死，每個人都要面對死亡；認識死亡、能幫助我們如何積極面對自己的生命，亦有助我們如何去關懷正在面對死亡，或喪親的親友。

當病者知道自己要面對死亡的時候，其心理反應會因人而異。但根據伊利莎伯·庫伯樂·羅絲（Elisabeth Kübler-Ross）的研究¹，一般病者會經歷以下五個階段：（1）拒絕；（2）憤怒；（3）討價還價；（4）沮喪；（5）接受，預備死亡。個別病者並不一定經歷所有階段，亦有可能不斷反覆不同的階段。

真正要面對死亡的時候，我們可以怎樣回應呢？有人會

採取消極、放棄的態度；也有人會積極地面對。例如，《最後14堂星期二的課》(*Tuesdays with Morrie*)²的墨瑞·史瓦茲和《死亡別狂傲》³的蘇恩佩姊妹。蘇姊妹雖然知道死亡隨時臨近，卻靠着主勇於面對，從她心底發出：只有祝福，沒有詛咒！她曾說：每個人都背着計時炸彈，無人曉得它何時爆炸。今天我們可活多久？耶穌為我們死而復活，我們相信祂，就能取得天國的國籍，就可得着上好的福分。

死亡的原因

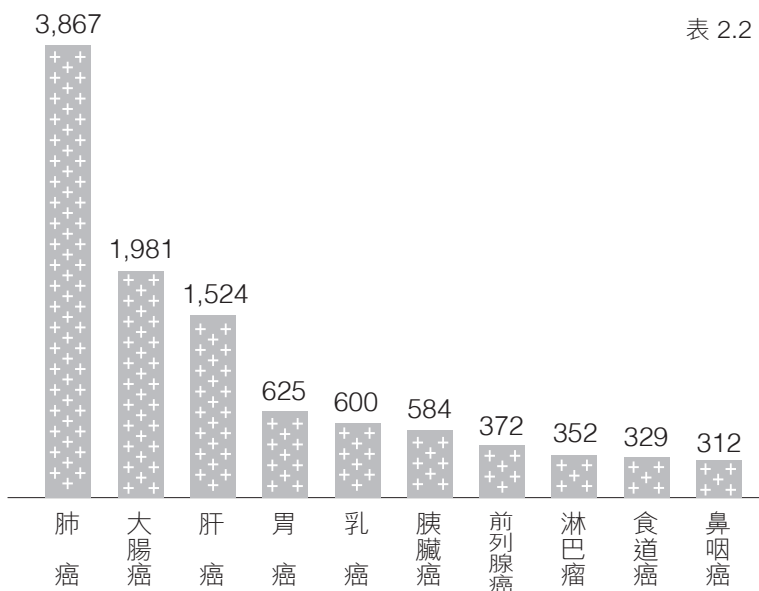
根據死因庭常用的字眼，死因可包括：死於自然、意外、自殺、殺人（謀殺、誤殺），或死因不明。

參考衛生署健康統計生命統計數字的資料⁴，香港2014年十大主要死因見表2.1。

表 2.1

	疾 病	死亡人數
1.	惡性腫瘤	13,803
2.	肺炎	7,502
3.	心臟病	6,405
4.	腦血管病	3,336
5.	疾病和死亡的外因	1,834
6.	慢性下呼吸道疾病	1,742
7.	腎炎，腎變病綜合症和腎變病	1,684
8.	認知障礙症	1,112
9.	敗血病	884
10.	糖尿病	390
	綜合所有原因	45,710

從以上資料可知，惡性腫瘤（癌症）在香港是頭號殺手，每年有超過一萬人因癌症致命。而根據香港癌症資料統計中心⁵發表的 2013 年十大致死癌症，肺癌是頭號癌症殺手，每年有接近 4,000 人致命（見表 2.2）。

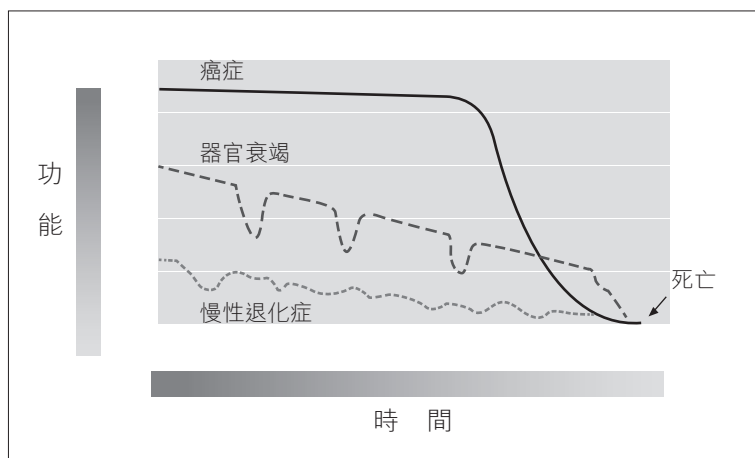


死亡的過程

死亡的過程因人而異，也和病因有關。可能是急性的、突然的，如心臟病突發，或急性敗血病等；也可能是慢性的、可預計的，功能日漸衰退，如慢性器官衰竭（慢性阻塞性肺病、慢性腎衰竭等）。

不同病例也有不同的過程，從下圖 2.1 可以看到，癌症病人的過程比較容易預測，功能維持直到最後幾個月，去世前快速下滑；器官衰竭病人的過程傾向於有間歇性發作，預測死亡更難；慢性退化症（如認知障礙症）病人長期處於低功能狀態，不少病人長住院舍。⁶

圖 2.1



晚期病人之常見病徵和評估

常見的晚期病徵，包括疼痛、抑鬱、焦慮、紊亂、疲累、氣喘、失眠、噁心、便秘、腹瀉、厭食等等。根據 Solano 醫生的研究⁷，癌症病人和非癌症病人（器官衰竭）的病徵沒有多大分別。評估病人的徵狀要全面，因為一個病人常同時有多種病徵。

評估病徵時要留意一個病徵可以有多種成因，舉例如癌症

病人有呼吸困難的成因可包括以下等等：

1. 癌症蔓延，例如：肺部轉移、腫瘤壓迫氣管或支氣管、肺水腫、肺積水、氣胸、腹水、腹脹等。

2. 癌症治療後遺症，例如：肺葉切除術後肺容積減少、放射線治療或化學治療引起的肺纖維化等。

3. 因癌症引起的相關問題，例如：貧血、肺血管栓塞等。

4. 其他因素，例如：心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、焦慮等。

若一個癌症病人有呼吸困難，X光片顯示病者由於有癌症蔓延導致肺積水並因抵抗力弱感染肺炎，抽血檢查發現有貧血，他的焦慮也使他的氣喘更加嚴重。以上例子，病人的氣喘成因包括肺積水、肺炎、貧血和焦慮。

作病徵評估的時候，需要找出成因，並查考其性質、影響位置、嚴重程度、誘因、紓緩因素等等，幫助作出適當的診斷、治理。評估亦包括病徵對病人的影響，如睡眠、情緒、生活等，可從身心社靈各方面評估：



如病者身體不適，有氣喘。



可能導致他心情不好，沮喪憤怒。



由於行動受氣喘限制，病者減少社交活動，並影響家庭生活。



受着種種打擊，病者不禁會質問為何是他要接受這些痛苦，不是別人。

病徵處理

首要目標是處理病因，如上面提到的病人，可考慮為他抽肺水減少肺積水、使用抗生素對抗肺炎，輸血提升血色素，舒緩情緒減少焦慮。處理的過程要平衡處理方式對病人的實際得益和帶來的負擔。如病人已在彌留之際，抽肺水可能只帶給他更多痛楚。

處理病因縱然重要，可惜在晚期病人當中，有不少病因是不能完全復元的，如癌症本身不能切除，影響周圍的組織引致痛楚。在這些情況，治療的方向便要轉向徵狀舒緩了。

舒緩徵狀的治療包括藥物和非藥物兩大類。藥物例如止痛劑（包括嗎啡類）、鎮靜劑或抗焦慮藥、類固醇、輔助氧氣、支氣管擴張劑；非藥物治療例如物理治療、鬆弛訓練、輔助儀器等；因應病人的需要和病情是否適合而適當使用。

認識癌痛，適當使用止痛藥

一直以來癌症都被人形容為一種可怕的痛症，其實不是所有癌症病人都要經歷疼痛。隨着醫藥的進步，現今大部分的癌痛都能有效地控制。

如能得到合適的治療，癌痛是可以消除的。病人無須擔心止痛藥的副作用而強忍痛楚，持續的痛楚會消耗患者的精神，影響休息、睡眠、進食及活動。

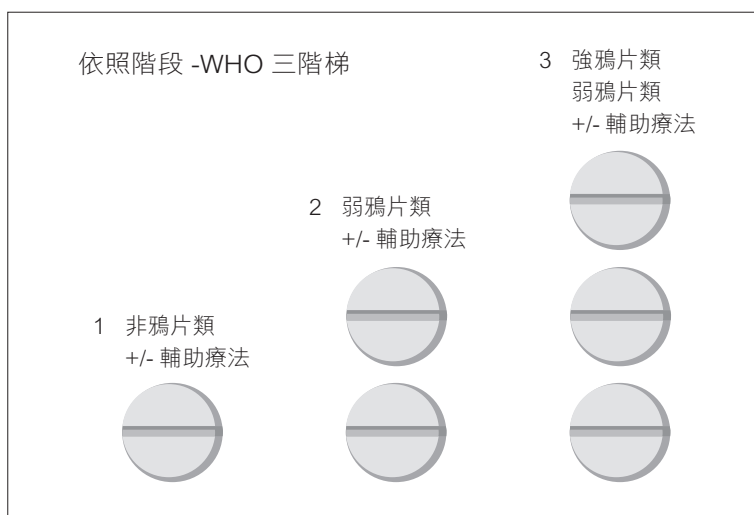
有些病人不想用強效止痛藥，多出於對止痛藥的誤解。他們以為止痛不能靠口服藥，必須要打針才有效；也有擔心止痛

藥有很大的副作用，或會上癮，最好不吃；又害怕到後期沒有更強的止痛藥可服用。

根據世界衛生組織⁸ 推薦的藥物止痛原則：

1. By the mouth 經由口服（不一定要打針）
2. By the clock 依照時間（不要等到有疼痛才服用）
3. By the ladder 依照階梯（按疼痛的嚴重程度，如圖 2.2）

圖 2.2



因應疼痛的程度，處方非鴉片類、弱鴉片類，或強鴉片類（如嗎啡類）藥物。

也因應病人個別情況，如處方安排會考慮病人睡眠時間。嗎啡類止痛藥物常見之副作用，其實不難處理。

1. 疲倦、瞌睡

若非分量不當，副作用通常會慢慢消失。

2. 噁心嘔吐

部分病人起初會感到作嘔，副作用通常不會持續。

可在服用前半小時先服止嘔藥。

3. 便秘

持續存在，應作預防，用軟便 / 通大便藥作長期服食。

生命維持治療 (Life-sustaining treatment)

晚期病人有時要面對是否選擇生命維持治療，如呼吸機、心肺復甦術等。如能及早提出討論，作出適當安排，可避免一些增加病人痛苦的無效治療。

生命維持治療也包括人工營養和水分 (artificial nutrition and hydration)，泛指使用技術繞過吞嚥的過程來提供營養和水分，包括鼻胃管、經皮內鏡下胃造瘻術、靜脈或皮下注射流體。人工營養和水分有別於口服營養和水分 (oral nutrition and hydration)，後者是基本保健的一部分，並不應抑制 (withheld) 或撤回 (withdrawn)。在香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則 (2016 修訂本)⁹ 第 34 條關於“對末期病人護理”中，指出停止給垂死病人提供依靠機械的維持生命程序或撤去有關程序並非安樂死。認定給末期病人進行治療屬無效之後，再考慮病人的根本利益、病人及其家屬的意願，不提供或撤去勉強維持生命的治療，在法律上屬可接受及適當的做法。

整體來說，病人在決定是否接受某些治療的時候，一般要

考慮該治療有多大的效益和多大的不良反應。如效益大而不良反應少，多數都會接受。相反如效益少而不良反應大，多數不會接受。最終決定仍是病者個人取向，或以病者的最佳利益為最終考慮，治療的結果並不絕對肯定。

垂死病人的常見狀況

當病者非常接近死亡，在垂死的時候，大多有以下的狀況：體弱臥牀、神智逐漸昏迷，只能啜飲極少量流體，不再能夠口服藥丸。

根據 Morita 醫生有關末期病人神志狀況的研究¹⁰，死前一週有 56% 病人仍然清醒，但到了最後六小時，只剩下 8% 清醒，其餘有 42% 處於迷糊狀態，50% 陷於昏迷。

護理垂死的病人，更要體恤病者的情況和需要。由於病者身體虛弱，服用口服藥物困難，非必要的口服藥物應停用；可考慮皮下灌注途徑；參照垂死病人常見出現的病徵、處方預計可能需用的藥物；考慮中止不合適的治療，例如人工流體。目的是減少病人受到的騷擾和苦楚，能有尊嚴、平安的離世。

結語

每個人都要面對死亡，認識死亡幫助我們面對人生，也幫助我們如何關懷正在面對死亡或喪親的親友。

註釋：

- 1 Kübler-Ross, E. (1969) . *On Death & Dying*. New York: Macmillan Publ. Co.
- 2 米奇・艾爾邦 (2006) 。《最後 14 堂星期二的課》(*Tuesdays with Morrie*) 。台北：大塊文化。
- 3 蘇恩佩 (1981) 。《死亡，別狂傲》。香港：突破。
- 4 衛生署健康統計生命統計數字 (2001-2014) 。 <http://www.chp.gov.hk/tc/data/4/10/27/380.html>
- 5 香港癌症資料統計中心 2013 年資料 。 <http://www3.ha.org.hk/cancereg/tc/topten.html>
- 6 Lynn, J., & Adamson, D.M. (2003) . *Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*. Santa Monica, CA: RAND.
- 7 Solano, J.P., Gomes, B. & Higginson, I.J. (2006) . A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- 8 *Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability* (2nd Edition) (1996), Geneva: WHO.
- 9 香港醫務委員會香港註冊醫生專業守則 (2016 修訂本) 。 www.mchk.org.hk/tc_chi/code/index.html
- 10 Morita, T. et al. (1998) . A Prospective Study on the Dying Process in Terminally Ill Cancer Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*.