

# 安寧緩和醫療

## 疼痛處理之倫理議題

■ 文／周繡玲 亞東技術學院護理系暨亞東紀念醫院助理教授及兼任督導

### 案 例

陳先生今年58歲，肺癌末期併發骨頭轉移，因骨頭疼痛及全身不適，入院接受疼痛控制，但使用止痛針後，容易有嗜睡情形，陳先生想要保持意識清楚，把握與家人相處的時間，因此，他寧願維持中等程度的疼痛，但家庭成員卻想讓病人獲得完全的疼痛控制。此時，病人的自主權或不傷害的原則何者比較重要呢？

### 前 言

疼痛是一種主觀的現象，在癌末患者中約有60%~90%會有疼痛情形，其疼痛的原因可能與器官或組織受破壞有關，但也和疼痛敏感度有關，針對癌症病人疼痛處理的目標是預防或完全控制疼痛(趙，2007)。醫護人員應以整體性疼痛(total pain)來評估癌末病人對疼痛緩解的需求，值得注意的是，必須辨別疼痛的原因(生理、心理、社會及精神上)，當病人止痛效果不佳時，應考慮是否為使用劑量不夠、藥物有無依照規律給予，同時減輕止痛藥物的副作用，並向病人與家屬解說止痛藥物的作用及澄清害怕藥物成癮的問題。

護理專業是助人的專業，服務對象是「人」。從事健康照護時，常面臨倫理的抉擇。例如，陳先生對疼痛處理的看法，此時醫護人員是否該尊重病人的自主權，或是應遵從家屬的決定盡力減輕病人疼痛不適，這是臨床上非常值得護理人員重視的

議題。思考此類倫理議時，什麼原則可以是提供我們護理行為的指南呢？為使護理人員在照護癌末病人，面臨倫理層面議題時能協助建立敏感度，選擇適當的醫護行為，以利提供臨床判斷的指引準則，做最好的倫理決策。本文將分別描述：為何需要考慮疼痛控制的倫理原則、介紹倫理原則、倫理決策模式與案例討論。

### 為何在安寧緩和醫療中需要考慮疼痛控制的倫理原則

依據民國八十九年五月二十三日立法院三讀通過的法案—安寧緩和醫療條例第三條中，「癌症末期」的名詞定義：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據近期內病程進行至死亡已不可避免者。Scanlon (2003)對「癌症末期」的定義為：即使以最進步之「多科際」整合式治療方式，也無法「根治」或有效「控制」癌症，且病人預估存活期限少於「六個月」之惡性腫瘤疾病。

當一位癌末病人面對生命的最後一段旅程時，他是否有做決定的能力，來選擇生命的品質及死亡的尊嚴，是非常值得深思的問題。Barnard (2003)提到，醫護專業人員在照護癌末病人時，都期望能幫助病人獲得好死(Good death)，但並不是一件容易的事，多數人認為好死即是讓病人無疼痛，盡全力照顧病人，但病人可能期望無疼痛外還能意識清楚地和家人談論他的感覺。綜觀國內外推動安寧緩

和醫療照顧時，所發生諸多與倫理原則有關的議題中，Seers、Watt-Watson與Bucknall(2006)提出，在臨床醫療照顧工作中，止痛藥物等的使用及疼痛控制是常見的倫理議題；而在台灣所提供安寧療護及緩和醫療照顧中，也發生許多倫理困境的議題，根據邱(1998)針對台大醫院緩和醫療病房進行癌末病人倫理議題研究，發現末期疼痛控制及鎮靜出現於倫理困境議題中。綜合以上各專家提出的倫理困境，或因國情文化背景不同而有所差異，但癌末階段的病人及家屬，面臨疼痛問題處置的壓力及哀傷的情境，難免出現醫療照顧的倫理困境，如何適切運用倫理原則，針對疼痛控制的倫理困境加以分析探討，才是提供癌末病人最適切治療(Appropriate treatment)的不二法則。

## 病人照護的基本倫理原則

倫理與道德要如何區分，以及在何情境之下容易造成倫理困境，這些是護理人員需要瞭解的議題。以下分別敘述道德、倫理、倫理困境的定義及倫理基本原則(Aiken, 2004)：

### 一、道德、倫理、倫理困境的定義

**道德(morals)：**是個人學習對或錯的基本準則，通常道德的觀念是在小孩階段就建立，而道德取向常基於宗教信仰及社會所賦予的角色，符合團體標準、習俗或傳統可接受的行為，例如，摩門教徒的傳統可一夫多妻制，但在基督教的信仰則認為一夫多妻是不道德的行為。

**倫理(ethics)：**倫理是研究道德義務之科學，研究人類行為的是非，試圖經由理性的探究，發現可以應用的原理或規則，作為倫理判斷之指針，並使人類的行為有規範(Aiken, 2004)。

倫理亦是辨別對或錯、何為應當作的一種宣

言，使個人的權益受到保障。倫理通常呈現在個人價值的行為及信仰系統，倫理與道德的發展及目的是相似的，因為倫理的判斷可能需要考慮在特定團體中的道德體系。

**倫理困境(ethical dilemma)：**需要個人做選擇的情境：兩方相當而又無法滿意的情況下，需執行抉擇。當個人道德價值觀或利益受到衝突，又無法找到更好的決策時，即產生倫理困境。

### 二、倫理基本原則

醫護專業人員在行使醫療行為所依循的倫理原則，主要基於下列四個倫理法則，當臨床處置出現倫理困境時可作為依據，如：不傷害(Non-maleficence)、自主(Autonomy)、行善(Beneficence)及公平(Justice)(劉、蔡、陳；2004；Barnard, 2003；Biedrzycki, 2004；Ferrell, 2005；Fine, 2002；Swenson, 2002)。

(一)不傷害原則：

此為醫護專業人員執行倫理判斷時首先考慮的原則。南丁格爾女士的誓言提到：「…盡力提高護理學專業標準，勿為有損之事，勿取服或故用有害之藥…」因此，不傷害原則應首先強調，在醫護照護上，不使病人的身體、心理及靈性受到傷害。此原則精神在於不要傷害、防止傷害以及除去傷害。意即在醫療過程中，病人不應得到任何非必要的「醫療」或「非醫療」傷害，尤其是因醫療人員的疏忽及技術不成熟所造成的傷害。

然而，不傷害原則未必可行，某些必要的醫療處置也可能為病人帶來傷害，倫理學上有所謂的「雙果律」(The ancient doctrine of double effect)可檢視在不傷害的原則下，可能帶來負面結果之行為是否恰當。當醫護人員基於不傷害原則，執行可能有傷害的行為時，應考量「雙果律」的四點原則：1.所有

的處置在本質上必須是沒有錯誤的；2.所有處置的背後動機是為提供治療的成效，而不是造成傷害；3.壞的結果不能是為了達到好的結果；4.處置的價值在於必須不是故意造成傷害的。因此，在疼痛的處置過程中，也必須考量所提供之止痛藥物有無造成病人傷害。

(二)自主原則：

包括知情同意及自主決定能力(Decisional capability)，應評估病人是否有能力瞭解訊息，是否有被告知疼痛處理的危險性、利益、副作用及可能造成鎮靜的情形。另外，縱使醫師評估使用鴉片類止痛劑對病人是有益處，且長期服用止痛藥的成癮性不大，在病人獲得適當的資訊後，病人仍有權利自主決定是否要接受治療，自己所想要的治療方式？即使在瀕死、或意識不清時，病人的醫療代理人仍有權決定病人的治療、或依照生前預囑(Living Will)表明病人的決定。

(三)行善原則：

醫護人員應持續研究減輕疼痛的藥物及治療方法，評估止痛藥物的成效及副作用，學習疼痛藥物處置的知識及技巧，協助病人保持生命(Preserving Life)，恢復健康(Restoring Health)，減少痛苦(Relieving Suffering)，恢復或維持功能(Restoring or Maintaining Function)，以提升病人的照護品質為最大利益之考量。醫護人員亦有義務協助病人依自己的選擇，獲得所能得到的最佳益處，但在緊急狀況，醫療人員有權利為病人做無害而有益的治療。

(四)公平原則：

在有限的醫療資源下，每一個病人都有權利獲得適當的治療(Optimal care)，當病人疼痛時，是否可以得到適當、合理且依據醫療的處置，不以病人的社會地位、給付能力或社會價值做為分配醫療資源的考慮依據。

## 倫理決策模式及其應用

### 一、倫理決策模式之介紹

Greipp(1996)認為決策是對一連串事物有所認識，並能理解、分析、加以判斷的過程，倫理的決策模式是為了解決癌末病人倫理困境的指引。此倫理決策模式包含健康照顧的專業人員及癌末病人的學習潛在動機，在健康照顧之專業人員的學習潛在動機包含：個人經驗、專業經驗、個人及專業的獲得、文化、信仰系統、成本因素；癌末病人的學習潛在動機包含：個人經驗、文化、信仰系統、成本因素等。健康照顧專業人員或病人及家屬的倫理決策都會受教育影響。此倫理架構以道義論(Deontological)為基礎，認為一個行為的道德價值在於道義責任，如圖一。

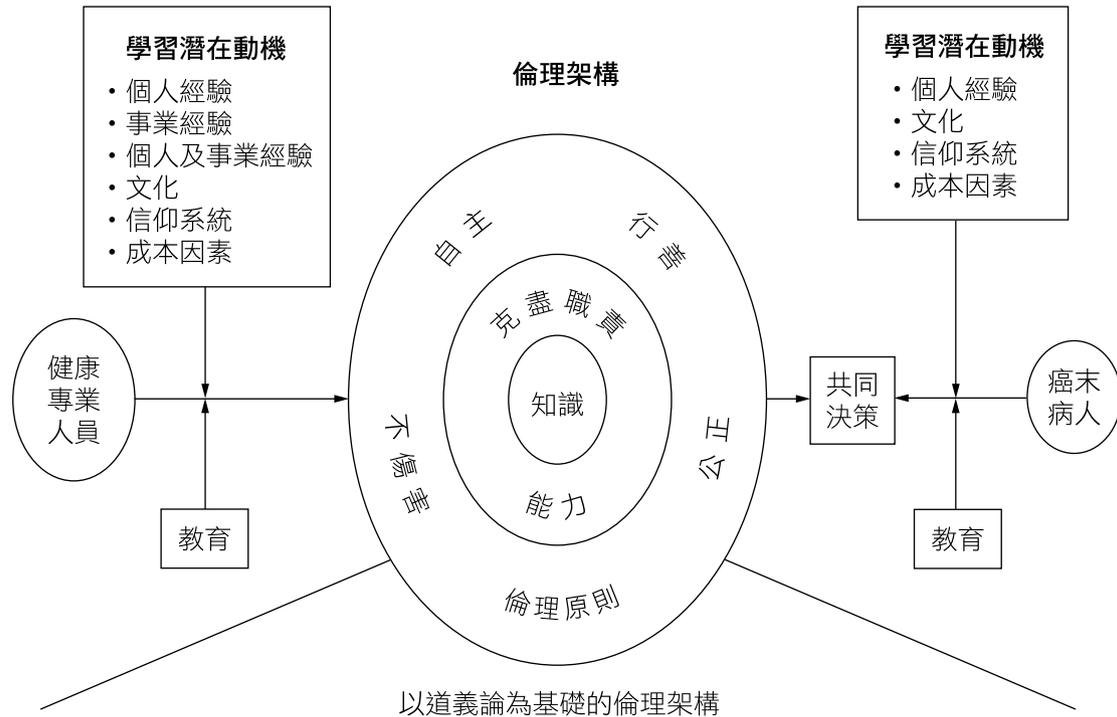
### 二、案例討論

此案例討論以陳先生為例，配合倫理決策模式，陳述疼痛處理之相關倫理議題。陳先生為肺癌末期病人，使用止痛針後，容易有嗜睡情形，陳先生想要保持意識清楚，因此寧願維持中等程度的疼痛，但家庭成員卻希望讓陳先生的疼痛獲得完全控制。此時，醫護人員要如何面對病人的自主權及不傷害原則呢？

以下就我國法律規範的癌症疼痛處理原則及病人之預立指示兩方面來敘述。

(一)我國法律規範中癌症疼痛的處理原則

我國於民國94年3月10日頒訂「癌症診療品質保證措施準則」，第17條規定癌症防制醫療機構應對病患的疼痛控制做成書面資料及記錄；第19條規定癌症護理人員需具備安寧療護專業知識，應提供癌症病人所需之疼痛控制(行政院衛生署，2009年5月12日)。另針對給予癌症病患使用鴉片止痛藥物，衛生署管制藥品管理局(2005年10月6日)說明世界



圖一 倫理決策模式

衛生組織 (WHO) 於 1990 年宣示「免於疼痛是每一個癌症病人的權利，進行疼痛治療是對這種權利的尊重」，其中鴉片類藥品包括嗎啡、可待因及吩坦尼等，為癌症疼痛治療的重要用藥，鴉片類藥物為第三級管制藥品。癌症病患只要在專業醫療人員的審慎診療與照護下，絕大部分的疼痛都可獲得緩解，病人或家屬不需要對止痛藥的使用排斥或抗拒，而臨床醫護人員應兼顧癌症病人的疼痛緩解、用藥安全及副作用之改善，進而提升病人的生活品質。針對陳先生疼痛藥物的使用，醫護人員應秉持「癌症診療品質保證措施準則」給予陳先生適當的止痛藥物，然而造成陳先生嗜睡的情形，需再評估止痛藥物是否劑量過重，並定時評估止痛藥物的效果。

針對癌症疼痛處理 (Cancer Pain Management)，Swenson (2002) 表示腫瘤護理人員在癌症疼痛的多科整合治療中扮演重要的角色。疼痛若未被改善，

會影響病人及家屬的生活品質，進而干擾身、心、靈層面，使病人喪失生命奮鬥的力量，因此護理人員在道德、倫理及法律上有義務要減輕病人的疼。而疼痛處理要注重五個核心價值：(1) 尊重照護 (Respectful care)：要相信病人所報告的疼痛情形及對止痛藥物的請求；(2) 生活品質 (Quality of life)：減輕病人疼痛的症狀，提升病人生活品質；(3) 勝任能力 (Competence)：腫瘤護理人員需有能力瞭解目前針對癌症疼痛治療的研究、新藥的發展、用藥途徑與評估及處置的技巧；(4) 協同合作 (Collegiality)：腫瘤護理人員需與多科整合醫療人員有良好的人際關係；(5) 公平 (Fairness)：對於疼痛應給予適當的處理。至於疼痛治療的倫理困境方面，部份病人及家屬對嗎啡仍有誤解，不肯使用嗎啡，而承受許多不必要的疼痛，以及疼痛所引起的各種併發症，如：疼痛不敢移動，使身體功能更易退化。

## (二)預立指示 (Advance Directives)

1991年美國聯邦政府制定「病人自決法案」(Patient Self-Determination Act; PSDA)，規定所有接受聯邦政府補助的醫療機構，必須以書面資料，正式告知所有成年的住院病人，他們有「醫療自決權利」和設立「預立指示」的權利，包含：生前預囑以及預立醫療委任代理人的合法性(O'Keefe & Crawford, 2002; Perrin, 2001)。

在「病人自決法案」中，病人擁有自主權的先決條件為他／她是「有決定能力(Competence or decision making capacity)的成人」，必須能完全理解訊息，能考慮且做決策，能評估危險性，能有效溝通與具有推理能力。而「預立指示」中所包含生前預囑及預立醫療委任代理人，各有其特定的意義。「生前預囑」意指有決定能力的成人，對於自己未來的健康照顧，按自己的意願，事先對醫療作出指示，並以書面預先明載自己的健康照顧方式；「預立醫療委任代理人」意指當事者針對自身若因病無法執行生前預囑時，由事先指定之醫療委任代理人依照病人的意願執行健康照顧的決策(O'Keefe & Crawford, 2002; Allen & Shuster, 2002)。

O'Keefe & Crawford (2002)指出要推動預立指示，仍面臨四個倫理困境：(1)如果預立指示缺乏書面記載及有效溝通，則病人的意願及醫療的處置將會有詮釋上的差異或矛盾之處；(2)預立指示若未在醫護人員的指導之下簽署，醫師則無法評估當事人對病情的瞭解程度及自我決定能力；(3)病人在意識不太清楚的情況下所簽署的預立指示，並不能真正符合病人的意願；(4)病人是否可在癌症末期仍能行使自決的能力，且因「自主原則」而受到尊重。

以陳先生為例，他的意識清楚，可執行自決權利。止痛藥雖可緩解疼痛，但嗜睡的副作用讓陳先生無法與家人溝通，因此情願維持中度疼痛。由此可知，醫護人員未能評估出止痛藥對病人的影響，

導致病人情願維持中度疼痛而保持意識清楚。此時醫護人員如能更清楚瞭解病人的個人經驗及文化背景，處理個案的疼痛時，除了止痛外，還要設法減輕到可忍受且不致於影響病人的意識狀況；尊重病人自主權的同時，也必須讓病人知道止痛藥物的效果及副作用的影響。照顧末期病人應兼顧身、心、靈等方面的需求，與病人及家屬一起訂定治療目標，鼓勵病人及家屬積極參與，才能充分滿足病人及家屬的渴望，使得病人與家屬獲得最大好處。

## 結 論

醫護人員在強調知識與技能的同時，更應關心治療所帶來的倫理問題。新約聖經約翰福音第八章曾提到一位行淫的婦人，這段經文提醒我們，省察自己也是罪人，往往要從「定她(他)人的罪」中要求別人分辨對或錯，卻忘記耶穌基督以「接納」和「愛」，來疼惜每位上帝所造之人。同樣的，倫理原則並不是告訴人「應該做什麼」或是「不應該做什麼」，而倫理決策模式也絕對不是標準的倫理道德指導手冊，並不是應用之後就可以解決倫理問題或是找到對的答案。

Swenson (2002)建議臨床護理人員應具備以下能力：(1)確認工作政策及專業倫理，有無犧牲病人的權利；(2)將自主原則、利益、不傷害及公正原則納入所有治療的決策，並基於病人需求讓病人獲得最高利益；(3)運用同理心的溝通方式，向病人說明診斷預後的利與弊，包括：維生治療給予或撤除，營養、給水及疼痛控制；(4)給予每個人機會執行最高的權力；(5)尊重病人的隱私及維持信任；(6)解說用疼痛藥物減輕疼痛的利益；(7)允許病人選擇及鼓勵病人使用止痛藥；(8)評估疼痛處理的反應。而醫護人員在照顧病人的過程中必須要遵守倫理原則，才不致於影響病人的權利。

## 參考文獻

- 民國八十九年五月二十三日立法院三讀通過法案  
(2001)·安寧緩和醫療條例·安寧療護雜誌, 6  
(1), 43-51。
- 行政院衛生署(2009年5月12日)·癌症診療品質保證措施準則·2009年12月10日取自www.61aw.idv.tw/61aw/.../癌症診療品質保證措施準則.htm
- 行政院衛生署(2005年, 10月6日)·有效使用止痛藥品, 提升癌症疼痛病患生活品質·2009年12月10日取自www.doh.gov.tw/ufile/.../200510\_941006記者會新聞稿修正版.doc
- 邱泰源(1998, 10月)·緩和醫療癌末照顧之倫理困境·2009年11月2日取自http://www.ncu.edu.tw/nphi/NRAE/newsletter/no8/06.html
- 趙子傑(2007)·疼痛·於陳敏俊、趙子傑、黃秀英、陳秋慧、陳瑞儀、胡文郁等合著, 癌症護理學(二版, 264-268頁)·台北: 華杏。
- 劉溼彤、蔡甫昌、陳慶餘(2004)·疼痛控制·當代醫學, 31(10), 812-816。
- Aiken, T. D. (2004). *Legal, ethical, and political issues in nursing* (2nd ed., pp. 97-124). Philadelphia: F. A. Davis.
- Allen, R. S., & Shuster, J. L. (2002). The role of Proxies in Treatment decision: Evaluating functional capacity to consent to end-of-life treatments within a family context. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 235-252.
- Barnard, D. (2003). Ethical issues in hospice care. In W. B. Forman, J. A. Kitzes, R. P. Anderson, & D. K. Sheehan (Eds.), *Hospice and palliative care: Concepts and practice* (2nd ed., pp. 87-102). Boston: Jones and Bartlett.
- Biedrzycki, B. A. (2004). Ethical in oncology nursing: Realism and resources. *Oncology Nursing Society News*, 19(8), 3-7.
- Ferrell, B. (2005). Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Management Nursing*, 6(3), 83-90.
- Fine, P. G. (2002). The ethical imperative to relieve pain at life's end. *Journal of pain and symptom management*, 23(4), 273-277.
- Greipp, M. E. (1996). The hospice choice: Ethical decision making. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, Sep/Oct, 28-34.
- O'Keefe, M. E., & Crawford, K. (2002). End-of-life care: Legal and ethical considerations. *Seminars in Oncology Nursing*, 18(2), 143-148.
- Perrin, K. O. (2001). Ethical issues at the end-of-life. In K. O. Perrin, & J. McGhee (Eds.), *Ethics and conflict* (pp. 127-151). USA: Slack Incorporated.
- Scanlon, C. (2003). Ethical concerns in end-of-life care. *American Journal of Nursing*, 103(1), 48-55.
- Seers, K., Watt-Watson, J., & Bucknall, T. (2006). Challenges of pain management for the 21st century. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 1-3.
- Swenson, C. (2002). Ethical issues in pain management. *Seminars in Oncology Nursing*, 18(2), 135-142.