

## Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature

### 系統性文獻回顧探討使用緩和性鎮靜於存在性受苦之倫理辯證

文獻出處: Rodrigues, P., Crokaert, J., & Gastmans, C. (2018). Palliative sedation for existential suffering: A systematic review of argument-based ethics literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6), 1577-1590.

#### 摘要

於生命末期使用「緩和性鎮靜(palliative sedation, PS)」來控制難治性身體受苦已達共識，但「以緩和性鎮靜來控制難治性存在性受苦(palliative sedation for refractory existential suffering, PS-ES)」仍存有爭議，「存在性受苦」的定義與用詞模糊不清，導致臨床上缺乏共識。

本文的目標為基於生命倫理辯證文獻，系統地定義、描述、分析和討論以緩和性鎮靜來控制難治性存在性受苦(PS-ES)之倫理爭議和基礎概念。系統性搜索PubMed、CINAHL、Embase、The Philosopher's Index、PsycINFO、PsycARTICLES、Scopus、ScienceDirect、Web of Science、Pascal-Francis和Cairn中，於2016年12月31日前發表有關PS-ES倫理爭議之英文或法文文獻。文獻使用同儕檢核電子資料搜索策略(Peer Review of Electronic Search Strategies)流程、系統性回顧或統合分析報告的項目清單(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)及The Qualitative Analysis Guide of Leuven進行資料萃取和統合分析。

研究結果顯示共18篇符合納入標準之文獻。身心二元論、存在性受苦、難治性、末期狀況和瀕臨死亡為PS-ES倫理辯證中的相關概念。另使用雙果效應、比例原則及醫學倫理四原則進行PS-ES思辯。PS-ES的倫理討論顯然需要明訂更好的專業術語，才能更有效的提出倫理思辯。人類學假說指出身心二元論是辯證的基礎且需要使用跨學科的方法更清楚地闡明。

#### 前言

緩和性鎮靜(PS)被認為是臨終照護中的最後可行方法，用於處理生命最後階段難以忍受和難治性症狀。在臨終照護中，緩和鎮靜一詞易令人疑惑，需要進一步澄清及系統化。至今的系統性文獻回顧涵蓋與PS特定議題相關的主要發現，包含：緩和性鎮靜與安樂死的定義與區別、醫師協助自殺和致死性注射、緩和性鎮靜的開始時機及持續方式之適應症與決策、藥物和監測、開始緩和性鎮靜後的存活時間、是否有執行指引或標準建議、家屬和護理人員的觀點以及與緩和鎮靜藥物使用相關的倫理問題。

由於PS用於緩解生命末期時的難治性症狀，所以將PS與最小鎮靜(抗焦慮)、中度鎮靜(清醒鎮靜)和全身麻醉區分開是很重要的。當精確定義「難治性症狀」和PS時，這種區別將更加清楚。正如Cherny所提出，「難治性症狀」指的是「盡一切不影響意識狀態之努力仍無法控制的症狀。」Broeckaert將PS定義為「特意使用一定劑量或組合的鎮靜藥物，根據需要使末期病人意識降低，以控制一種或多種難治性症狀。」

PS不僅用於處理生理性難治症狀(如呼吸困難、噁心、嘔吐)，亦用於治療非生理性難治性症狀，如心理痛苦(焦慮、痛苦、抑鬱、譫妄等)和存在性受苦(例如：絕望、無意義、恐懼、恐慌等)。由於痛苦的本質(例如：身體、心理、社會、存在、靈性)仍有爭議，非生理性難治症狀的PS應用引起了許多爭論。由於存在痛苦需要健康專業人員的主觀評估，且

# 台灣安寧緩和護理學會研發委員會—2018 年 12 月份文獻摘譯

摘譯者：劉美玲委員、鄭適芬委員、楊婉伶委員、賴維淑委員

仍然缺乏理解全面性痛苦和疼痛的明確概念架構，因此醫師在病人生命末期選擇控制非生理性難治性症狀的方式也存在很大差異。

事實上，缺乏一個涵蓋各種各樣痛苦的明確概念框架，會增加對生命末期使用 PS 的不一致性。Murata 提出了一個「靈性受苦」的哲學概念架構，將其定義為「因存在的滅絕和自我的意義所引起的痛」，他後來將靈性受苦定義為更廣泛的心理存在性或靈性上的受苦。這種定義的搖擺不定表示明確建立術語和區分這些痛苦是多麼困難。

從精神病學的角度來看，Schuman-Olivier 等人建立的理論架構將存在性受苦(existential suffering)與存在性痛苦(existential distress)區分開來。該架構表示存在性受苦為末期疾病或生命末期之人的一種特殊情況。有些文獻將失去意義和生活目的、害怕死亡、絕望、失去尊嚴、無望感、無助等概念包含於存在性受苦中。Kirk 和 Mahon 認為「存在性受苦是由於生命中意義、目的或希望之喪失或中斷而產生的受苦」，且並不僅限於末期病人。

來自荷蘭的兩項研究顯示存在性受苦約佔使用 PS 個案的 16%—26.4%。另一項研究指出，病人在廣泛的情況下皆需要 PS 治療難治性存在受苦 (PS-ES)，例如感到無意義和無價值、成為他人的負擔、依賴、無法照顧自己、死亡焦慮、恐懼、恐慌、欲控制死亡時間、孤立和缺乏社會支持。這表明 PS-ES 應用中包括更廣泛的病人痛苦。

概念架構和臨床經驗的多變性，使醫療專業人員感到不安。實證研究表明，臨床醫師仍對使用 PS-ES 感到矛盾，且沒有共識。

儘管 PS-ES 的使用缺乏明確的共識，概念架構尚未成熟，且構成受苦原因之定義有所不同，然而臨床實務指引仍建議使用 PS 緩解病人的難治存在性症狀。然而，一國際安寧緩和療護專家小組指出，PS-ES 僅可於特殊情況下，經諮詢緩和療護專家後使用，而其他專家甚至認為 PS-ES 之使用並不適當，因為其他類型的介入確實可以治療疾病晚期病人的存在性受苦。

據上述所知，目前的文獻皆未明確概述 PS-ES 倫理思辨中的基本概念和論點。為此，本文針對 PS-ES 進行了基於生命倫理辯證文獻之系統性文獻回顧。

## 方法

在生命倫理學領域已經發展了幾種系統和非系統的文獻回顧。本文對基於辯證的生命倫理學文獻進行系統性文獻回顧，以確定倫理論證和基本概念。遵循電子檢索策略 (Peer Review of Electronic Search Strategies, PRESS) 指引進行文獻檢索，並使用了系統性回顧或統合分析報告的項目清單 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA) 報告搜索過程。

## 研究問題

本文訂定了以下研究問題來構建的文章選擇和分析：

支持 PS-ES 辯證的倫理論點和概念為何？

本文的目標是系統化討論 PS-ES 使用的倫理論點，並進一步呈現重要論點的概念基礎，以便理解此特定概念如何用於 PS-ES 之倫理辯證。

# 台灣安寧緩和護理學會研發委員會—2018年12月份文獻摘譯

摘譯者：劉美玲委員、鄭適芬委員、楊婉伶委員、賴維淑委員

## 文獻檢索

針對該主題進行 PubMed (1966-)、CINAHL (1995-)、Embase (1974-)、Philosopher's Index (1940-)、PsycINFO (1806-) 和 PsycARTICLES (1894-) 等電子資料庫之全面搜尋，並在 Scopus (1996-)、ScienceDirect (1995-) 和 Web of Science (all databases;1898) 進行額外的搜索。此外，亦在人類科學電子資料庫 Pascal-Francis (1972-) 和整合了生物醫學期刊的 Cairn (2001-) 中使用法語關鍵字搜索。

首先將研究問題分解為三組概念，分別使用英語和法語。由於文獻尚未明確區分心理痛苦(psychological distress)/受苦與存在性受苦(suffering and existential suffering)，使用了廣泛的概念來表達存在性受苦。接著，每組概念以英語和法語中明確的單字或二字搜索術語來表達，將它們用於資料庫搜索。按照 PRESS 指南對電子資料庫進行了系統性搜索，搜索策略隨後由健康科學圖書館（比利時天主教大學）的圖書管理員獨立進行同儕評核和驗證。我們使用布林邏輯查詢，以「標題或摘要符合」限制搜尋結果，調整搜索語法的格式以適用於不同資料庫。資料庫之搜尋由第一作者（P.R.）於2017年3月進行，刪除重複之文獻後，使用以下限制過濾文獻：文獻類型（具同儕審查之期刊文獻）、語言（英語、法語）和日期（將2016年12月31日作為上限）。使用已定義之納入和排除條件對得到的文獻標題和摘要進行篩選，納入全文篩選的同儕審查文獻符合以下標準：1) 提出關於PS的倫理辯證，或2) 與PS-ES主題相關。

在選擇納入的文獻時，本文使用了 Broeckert 對 PS 的定義以及 Kirk 和 Mahon 對存在性受苦的廣義定義（參見前言部分）。本文排除了涉及臨床實務指引、倫理政策、協議、評論（缺少討論）、實證研究和倫理準則之文獻。此外，將給編輯的信、社論和評論加入全文篩選，主要是因為 PS-ES 的爭議主題經常在這些出版物中討論。由第一作者（P.R.）進行標題和摘要之篩選，並由第二作者（J.C.）檢查，意見分歧時則經由討論取得共識。

全文篩選由兩名評審員（P.R.和 J.C.）獨立完成，第三作者（C.G.）在意見分歧時進行裁決。納入的出版物需符合以下標準：1) 包括倫理論證，2) 與 PS-ES 相關。本文基於辯證的生命倫理學文獻包括整合了規範性原則、論證、基本概念、工具分析的文獻，並探討其對臨床的影響。使用雪球法搜索符合納入條件的文獻以確保納入之文獻涵蓋最大範圍。

## 資料提取與整合

本文使用了 Leuven 質性分析指南的編碼過程來萃取和整合資料。簡而言之，包括以下順序步驟：

- 閱讀並重讀所選文獻，以提取其基本組成並確立所使用的主要論點和概念。
- 為每篇文獻做敘述性摘要。
- 將敘述性摘要轉化成代表規範性論點和基本概念的心智圖。
- 比較心智圖組成以識別共同論點和概念。
- 構建一個最終方案，整合和組織所收集的所有論點和概念。
- 反覆閱讀所選文獻以確認、完整並驗證分析結果，並重新概念化所確立之論點及概念。
- 以結構化的方式描述和報告結果。

## 結果

文獻檢索結果有 18 篇文獻符合本文之條件，包括 16 篇期刊文獻和 2 份期刊編輯的信。大多數文獻以英文出版（n=17），一篇為法文出版。這些文獻發表在醫學期刊（n=9）、倫理學/生倫倫理學期刊（n=6）或護理期刊（n=3）上。文獻的第一作者為醫師（n=8）、倫

理學家 (n=5)、護理師 (n=4) 或心理學家 (n=1)。第一作者主要工作的國家為美國 (n=10)、加拿大 (n=3)、歐洲 (法國、德國和挪威)、以色列或日本。我們根據分析出現的基本概念以及建構 PS-ES 論點的倫理原則來統整研究結果。

### 基礎概念

以下針對文獻分析得出幾個概念進行闡述：身心二元論、存在性受苦、難治性、末期狀況和瀕臨死亡 (表 4)。

**(一)身心二元論(Mind-body dualism)**。關於哲學身心問題的背景討論，分為兩種有相互矛盾之哲學立場的人類學模式：一種為將身心視為個人的獨立維度 (即身心二元論)，另一種以更全面的方式看待人。Jansen 和 Sulmasy 贊同二元論觀點，進而識別出分別影響著身體或心靈的各種痛苦。由於緩和療護應該根據痛苦的本質進行，身心二元論使 Jansen 和 Sulmasy 認為，對於治療與心理或非生理性難治性症狀有關的痛苦而言，例如：心理痛苦、存在性和靈性受苦等，PS 是一種不適當且無效的介入措施。相反的，他們認為心理治療和靈性照護是更適合非生理性難治性症狀的介入措施。另一方面，Cassell 和 Rich 採用了後者的立場。他們挑戰身心二元論，並論述人身心合一的整體概念。這種觀點否認各種痛苦之間的差異，並認為痛苦以全面的方式影響人。依循同樣的思維，ten Have 和 Welie 認為身心二元論衍生出軀體還原論，將症狀痛苦與受苦區隔開。

**(二)存在性痛苦(Existential suffering)**。存在性痛苦以多種方式定義，觀點依據其性質、強度和頑固性。Jansen和Sulmasy定義了兩種痛苦：1) 神經認知性受苦(neurocognitive suffering) (焦慮症、憂鬱症、精神疾病、失眠症、骨疼痛等)，此為臨床上由病人的潛在身體狀況所引起；2) 敘事性受苦(agent-narrative suffering) (即存在性受苦，包括孤獨、無望感、無意義等)，此為非臨床的痛苦，只與病人的醫療狀況間接相關。在此架構中，存在性受苦 (敘事性受苦) 的本質使得PS成為不正當且不適當的介入措施，因其會損害病人之意識，阻止病人使用其內在資源來應對存在性受苦。

Cassell 和 Rich 認為，以二元人類學為基礎且未充分確立的受苦分類導致了對受苦的兩種錯誤理解。一是痛苦被認為是主觀的，因此超出了醫學的範圍。二是將痛苦減少到其生理層面。相反地，他們認為痛苦為一整體概念，超越身心分離。他們認為，這種痛苦一般而言是源自對個人完整性的威脅。因此，存在性受苦是人的痛苦，而不是身體的痛苦。Gamblin 等認為很難區分生命末期時的正常擔憂與心理痛苦/存在性難治性受苦。這意味著必須使用適當的評估工具，以避免醫療照護者對其進行主觀評估的風險。

學者 Cherny 為這個概念加入時間元素。他認為有必要區分真正的存在性受苦和經歷難以捉摸但實際上可以在一定時間範圍內解決之困難所引起的痛苦。其他學者則認為存在性受苦和病理性狀況之間的邊界模糊，焦慮和憂鬱需要治療性介入而非 PS。

Schuman-Olivier 等提出了一個有用的架構來區分存在性受苦(existential suffering)與存在性痛苦(existential distress)。他們認為後者是存在性受苦的一種，是面對自己的死亡而特別發展出的結果，主張存在性痛苦是生命末期出現的一種存在性受苦，與人格特質、社經地位處於弱勢、創傷情境等引起的存在性受苦不同。

因此，不同的作者對於存在性受苦的定義和觀察有很大的差異，這通常源於對身心二元論的反對立場以及對一個人生命中不同時間點和情境條件下之痛苦觀點不同。

**(三)難治性(Refractoriness)**。難治性是從分析中出現的另一個概念。當疼痛難以治癒時，即使努力減輕病人的病情，病人仍然會受苦，此概念被整合到 PS 的定義中，且一些學者認為病人存在的難治性受苦，是使用 PS-ES 的決定性標準。PS 被認為是一種治療生理性難治性痛苦的合適介入措施，但有些學者對於存在性症狀的處置和難治性評估更加謹慎。實際上，這種自由裁決權意味著 PS 多會被認為不適合治療難治性的存在性痛苦。此外，因為缺乏適當的標準化工具，在評估存在性受苦時，具顯著程度的主觀性，因而衍生出病人自己是對其症狀難治性的最終判斷之想法。

**(四)末期狀況/瀕臨死亡(Terminal condition/ Imminent death)** 病人的末期狀況也是一個重要的概念。根據 Schuman-Olivier 等人的研究，具有急性存在性受苦且達即將死亡或兩週內死亡標準的病人有資格獲得 PS，但具慢性存在性痛苦之病人則無，否則，根據 Schuman-Olivier 等人認為這將是醫師協助自殺的一種形式。學者 Jansen 和 Sulmasy 認為即將死亡和兩週內死亡之標準不會終止病人恢復心理社會安適的目標，因此，末期患者和非末期患者之間並沒有區別，在這些條件下，應拒絕使用 PS-ES。Hallenbeck 支持在接近死亡的情況下使用 PS-ES，但應該拒絕非接近死亡的病人使用。他認為非臨終患者仍有時間和潛力在自己內部得到緩解。根據 ten Have 和 Welie 的說法，須確定病人接近死亡才可使用 PS-ES 的主要原因是 PS 之使用有其風險，例如反常的躁動和溝通的中斷。Sadler 指出，預後評估並不精確，這使得難以確立病人的臨終狀況，但臨終狀況卻是在倫理上決定 PS 的基本要素。

#### 存在性受苦使用緩和鎮靜之倫理原則(Ethical Principles Used to Build Arguments Regarding PS-ES)

文獻中使用許多倫理原則以支持或反對使用 PS-ES，分別為雙果效應、比例原則、治療反應原則和四個醫療倫理原則包括尊重自主權、行善原則、不傷害原則、公平原則等。以下依這七項原則討論如何使用於 PS-ES 之辨證。

使用 PS-ES 倫理原則		
	使用辨論	
倫理原則	提供 PS-ES	反對 PS-ES
雙果效應		
比例原則		
治療原則		
自主原則		
不傷害原則		
公平原則		

#### 雙果效應(Principle of Double Effect)

雙果效應指的是一個行為的結果可能善惡兼有，所以在倫理上行為需要符合四個條件：1) 行為的本身必須是中立或為善，且不受後果影響、2) 意圖必須為善、3) 惡果一定不可導致善果(the bad effect must not cause the good effect)、4) 善果足以彌補惡果。一些學者增加第五個條件：行為必須是不得已的選擇，也就是指沒有其他造成傷害較小的選擇。

雙果效應以被用於支持 PS 於一般情形和難治性存在性受苦時使用。PS 緩解存在性受苦為善果，但惡果與加速死亡有關(但此仍需實證)。Morita 認為如果降低意識狀態(或失去意識)是惡果，

PS-ES不能用雙果效應論證，因為無意識是緩解存在性受苦的方式(善果)。因此，只有將死亡視為惡果時才能使用雙果效應來論證PS的正當性，因為死亡不是使症狀緩解的直接手段。

話雖如此，雙果效應仍用來論證PS-ES的正當性，而此論點受到批評。加速死亡怎麼會是惡果?首先，死亡不一定是不良或是負向的，也就是死亡並不一定是惡果，行為中的雙果總是評估代理人之意圖，確認該行為是減輕病人痛苦的照護，進行PS時，減少病人存在性受苦之意圖可能與間接或暗中加速死亡之意圖並存。照顧者也有可能將病人視為造成不便的麻煩，因而意圖使用PS這種簡單又便宜的方式解決麻煩，直到病人死亡。文獻中亦提及行為必須符合第五個條件，一些學者認為，當可行替代方案存在，或有更為合理的專門解決方法時，並不希望使用PS-ES。合理的替代方案包含提供良好的緩和療護、支持性環境、心理靈性介入、尊嚴療法和內省。

### 比例原則(Principle of Proportionality)

比例原則指的是欲達到的善果與可能的惡果應有合理的比例。損害的程度應該按照利益比例分配而且合理。這個原則適合用於身體受苦之PS，但是用於存在性痛苦就需要討論。根據Gamblin等人的說法，對存在性受苦之主觀評估是動態可變的，可能造成偏差，此偏差可能透過制定客觀標準或使用評估工具改善，然而，學者Hallenbeck指出醫療人員滴定鎮靜劑的方式揭示了減輕患者受苦的意圖，或者在他們意圖加速死亡施用大劑量鎮靜劑而沒有觀察和監測窘迫症狀。

Davis與Ford認為PS-ES是無法在善果與惡果間取得合理的比例。正如同一個人無法殺死身體以消除身體上的痛苦，人們無法殺死社會(存在主義)的自我來消除存在性/社會性的痛苦。Wirth和Hurwitz亦認為臨終病人之PS-ES使用並不符合比例原則，因為PS持續至病人死亡(進入不會醒來的沉睡)。Schuman-Oliver等人從時間的角度來看比例原則，認為部分臨終病人之潛意識衝突(如存在性受苦)無法在有限時間內被治療，因此PS可以用在末期病人(瀕臨死亡不可避免)。

學者Jansen和Sulmasy則批判Quill等人支持的比例原則。Quill等人認為，在病人理解並接受風險的前提下，病人痛苦越大，醫師能夠冒的導致病人死亡的風險越大，但Jansen和Sulmasy認為這樣的表述沒有考慮到不同類型的痛苦，將所有人都放在相同條件下的比例原則。然而，根據比例原則，PS介入的倫理考量取決於病人痛苦的程度，而不是痛苦的本質。

### 治療反應原則(Principle of Therapeutic Responsiveness)

比例原則沒有考慮到不同受苦類型的想法促使一些學者提出修訂後的表述。Jansen和Sulmasy提出一種修正過的比例原則，將痛苦的本質納入考量，作為PS的決定性標準，而不是痛苦之強度或難治性，由於焦點由痛苦的強度轉移到痛苦的本質，治療反應原則構成一種新的倫理原則。

治療反應原則之表述為醫師對末期受苦做出治療反應是正當的，即使增加了病人加速死亡的風險，但必須符合以下條件：1)措施與病人痛苦程度成正比、2)措施適合病人經歷的痛苦類型，適當地回應病人的福祉、3)病人或其合法代理人瞭解並接受治療之相關風險。

第二個條件顯示了評估各種痛苦類型的需要，介入措施需符合病人需求。學者Jansen和Sulmasy認為，針對第二個條件，存在性受苦的本質(敘事性受苦)並不適合使用PS，因為心理

和精神照護之介入即足以使病人在生命終點前恢復心靈安適。

學者Rich反對治療反應原則，因其沒有任何參考基礎。此外，亦可能導致矛盾的情況，例如難治性精神疾病(神經認知性受苦)病人在這個原則下符合使用PS之條件，但患有非臨床類型痛苦(敘事性受苦/存在性受苦)之臨終病人，則沒有資格獲得PS。大多數人都認同這是不合理的結果，所以治療反應原則至少需再針對此一問題進行修正。

## 生命倫理四原則(Four Principles of Biomedical Ethic)

### 尊重自主(Respect for Autonomy)

此原則指的是以自由、獨立、知情的方式決定和行動之能力。在PS決策中，尊重自主原則主張病人有權力選擇自認為最有效的治療方法，以控制困難治療症狀。然而，有些學者認為這個原則有其限制，因為病人對於PS的自主需求須符合醫師的評估標準，且照護提供者須有意願提供，因此這可能存在衝突。

學者Jansen和Sulmasy假設即使到了生命終點，每個病人都仍想要恢復心理社會之安適，因此不應將PS-ES提供給末期病人，因為PS-ES之效果其實使一個人失去了心理社會生活的存在感。然而，學者Rich指出，自我保護利益的假設可能是錯誤的，病人可能沒有真的想要恢復心理社會安適或得到心理靈性支持，而比較想要緩和鎮靜到失去意識和死亡，在學者Rich提出的情況下，根據學者Jansen和Sulmasy的標準和預設，不符合PS使用標準的病人，其自主權是遭否定的。

學者Wirth和Hurwitz認為喪失意識並非具自主權之病人面對困難時會採取的一般決策，有自主能力的人以保持距離的方式處理痛苦。PS永久消除了病人之意識與做決定的自主。學者Materstvedt和Bosshard認為，「自主地決定變成非自主」這樣的說法是矛盾的。誠如Gamblin等人之表述，行善原則和自主原則之間其實存在緊張關係，因為使病人受益的行為也可能會消除病人的自主權。

### 知情同意(Informed Consent)

病人自主意味著有關PS之風險和益處的知情同意。有自主能力之病人有權做出自願、非強制性的決定，選擇接受或拒絕某些建議的處置。Schuman-Oliver等人表示，欲同意治療，病人必須能夠：1)表達穩定之選擇、2)瞭解相關資訊、3)合理運用資訊、4)認同決定之嚴肅性。學者Kirby認為PS需要有能力之病人知情且直接的同意，或在病人無行為能力之情況下由法定代理人同意。在法定代理人同意的情況中，可能難以評估病人是否正經歷難以忍受之存在性痛苦。因此，學者Sadler和Schuman-Oliver等人認為PS不適合認知缺損和無決策能力之病人，唯一的例外是已預立醫囑表達希望接受緩和療護但沒有表達與PS有關之看法的神經精神病人，在這種情況下，病人的家屬和照顧者必須堅信，在擬定預立醫囑時，若病人知道PS-ES這個處置，病人會希望接受PS-ES。

### 人(Personhood)

人是自主原則的另一面向，指作為一個人的價值，是在哲學、神學和法律中悠久且持續的傳統概念，為人的自主與尊嚴之基礎。醫學意圖用PS消除末期病人所受之所有受苦(存在性和靈性上的受苦)會造成人與環境的分離，透過減低意識來消除人，使病人變成活著的死人，且基本上使病人在社會上死了。這都是反對PS-ES的論點。

## 台灣安寧緩和護理學會研發委員會—2018年12月份文獻摘譯

摘譯者：劉美玲委員、鄭適芬委員、楊婉伶委員、賴維淑委員

學者Cassell和Rich反對二元人類學觀點，他們認為人是一個透過時間存在、具敘事意義的個體，具體、有目的且會思考，亦有情緒感覺，能夠反思，因此影響人其中一個面向之受苦，會威脅到整個人的完整性。受苦是人本質上的痛苦，而不是身體上的，此概念強調存在性受苦要用尊嚴療法作為個人化之適當治療。學者Crenshaw亦以此概念倡導以病人為中心的照護，指出醫師必須意識到病人是身心靈社會的存在。

### 行善原則(Beneficence)

行善原則指的是平衡治療的益處與所涉及的風險和成本。PS旨在減輕病人痛苦並在生命結束時提供舒適，因此利益原則在倫理上被用來支持PS。儘管如此，學者Crenshaw指出有些病人可能認為在死亡過程中受苦是有益的。

### 尊嚴(Dignity)

在討論PS-ES倫理上的正當性時，病人尊嚴是利益原則經常被提及的面向之一，難治性痛苦佔據病人存在之核心，進而破壞病人的尊嚴，因此，學者Rich認為可以為了維護病人的尊嚴而允許PS。但是也有人對於PS-ES是否能協助病人在死亡過程中保有尊嚴產生懷疑，一些學者表示除了藥物介入外，還有其他方法能夠提升病人之尊嚴，如支持性環境、心理靈性介入或是尊嚴治療。學者Hallenbeck指出治療失去尊嚴的方法必須來自於人的內在。

### 醫療目標(Goal of Medicine)

醫療目標亦與利益原則有關，醫療的目標之一是減輕病人的受苦，包括存在性受苦。儘管如此，有些人認為，減輕生命末期的所有受苦，特別是存在性受苦，已超出醫學合法範圍，且可構成極端醫療化死亡。

學者Jansen和Sulmasy認為，醫療之目的是讓病人恢復到身心靈安適的狀態，而非只是免於受苦，因此PS-ES在這觀點下是不適合的，因為PS-ES無法讓病人恢復，反而是讓病人睡著直到死亡。學者Cassell和Rich則批評以上觀點，因為有時醫療的恢復目標與病人自身的目標並不一致，學者Hallenbeck認為減輕身體痛苦之責任比緩解心理或存在性受苦更重要，因為病人仍有能力和時間自行找到緩解心理或存在性受苦的解決方法。然而，根據學者Schuman-Oliver的看法，存在性受苦有時可能源於短時間內無法解決的潛意識衝突，需要有長期的介入。

### 不傷害(Nonmaleficence)

行善原則與不傷害原則非常相關，行善原則旨在取得利益與風險、成本之間的平衡，不傷害原則旨在避免造成傷害。許多學者認為PS-ES是有害的，因此違背不傷害原則，例如PS有影響意識的潛在副作用，限制病人於生命末期時的自我成長，阻礙病人解決生命末期的危機，中斷意識和心理社會生活，使病人無法恢復心理社會安適的狀態，減少病人與他人之互動，造成提早社會化死亡，如果病人在還能自己進食時就接受PS則會減少預期壽命。

### 正義原則(Justice)

正義原則規定了利益和負擔的公平分配。學者ten Have和Welie指出，PS-ES比身心靈治療介入更為便宜，這導致PS被接受作為處理複雜情況的首選，且導致瀕死過程的極端醫療化，這種情況下，學者Materstvedt認為機構可能受到控制病人生活各方面之誘惑，成為完全機構。

學者ten Have和Welie指出營利性臨終關懷產業會提供較不完整的照護，節省人力，並根

據能從病人身上獲利的程度選擇病人。正如他們所說，PS-ES對機構很有吸引力，因其減少了對完整性照護的需求，且PS通常可申請健保或保險給付。

從家屬角度來看，PS是一個較不耗時的選擇，因為不需要在病人經歷死亡的過程中陪伴和支持病人。從醫療照護提供者來看，PS-ES可能與自身的價值信仰背道而馳，但正如學者Crenshaw所說，如果醫療照護提供者因個人信念而無法滿足臨終病人之需求，則會違反正義原則，主要是因為PS有時是減輕病人痛苦、達到善終的最後手段。

### 滑坡論證與弱勢群體(Slippery Slope Arguments and Vulnerable Group)

PS-ES可能被濫用，對社會產生巨大影響。PS可以很容易地解決困難複雜的問題，然而，一旦PS應用於某一情境，可能會成為更廣泛應用的滑坡：若PS成為完善緩和療護的簡化替代方案，這可能導致自願或非自願安樂死，甚至擴展到有難治性存在性受苦但還不是生命末期的病人身上，如果PS-ES成為廣為接受的臨床處置，甚至可能被用來治療其他形式的心理傷害。

## 討論

### 主要結果

這篇SR顯示在PS-ES的倫理辯證中運用身心二元論、存在性痛苦、難治性疾病、末期狀況和即將死亡等概念，有多種不同的理解與應用方法。雖然使用PS來控制生命末期難治性身體之受苦已達共識，但用PS來控制存在性受苦則仍有爭議。存在性受苦的定義與用詞模糊不清，導致臨床缺乏共識，另外，存在性受苦之評估仍有困難且具爭議，因為病人對於自身受苦之敘述和醫師的解讀皆存在相當程度的主觀性。

本系統性文獻回顧提出許多PS-ES倫理議題的新面向，需要進一步分析和解釋。將傳統倫理原則用於PS-ES之論證會出現一些嚴重缺陷，例如使用雙果效應來證明PS-ES之正當性時會產生難以定義惡果和難以評估臨床醫師意圖之困難。尤其，在PS-ES議題中，欲對雙果效應之正確應用達到共識，關鍵取決於能否在何為善果？何為惡果？上達成共識。加速死亡一定都是惡果嗎？澄清這些問題對於能合理應用這個傳統倫理原則相當重要。

當應用於PS-ES決策時，比例原則同樣存在問題，因為需要評估善果與惡果之間的比例，生命末期的身體受苦可用工具客觀評估善果與惡果之比例。然而，存在性受苦如何評估？目前評估存在性受苦多依賴主觀標準，而非客觀和可靠的評估工具，文獻中對於評估存在性受苦症狀之強度與難治性仍有相當大的爭議，尚未取得共識。此外，醫護人員間的倫理理解與臨床處置也存在差異，最近一項研究指出，比利時和英國的醫護人員對於使用PS的看法、術語、意圖、對比例原則之理解都有不同觀點。

我們的分析中也出現難治性之概念，但目前還不清楚此概念是否可以用於存在性受苦，建立存在性受苦之難治性的困難處在於，存在性受苦的本質是否不同於其它類型之受苦未有定論。有學者認為無法將存在性受苦與其他類型之受苦區分，也有學者認為可以區分，且可以建立一種受苦類型，並在生命末期時對難治性症狀進行特定介入，此概念源於隱含的人類學概念，既不受各學者的挑戰也沒有基礎，因此需要進一步的討論和分析。哲學唯物主義人性觀點傾向於將受苦減少到生理層面，並根據可管理的變項來解釋人類身心痛苦，然而哲學

## 台灣安寧緩和護理學會研發委員會—2018年12月份文獻摘譯

摘譯者：劉美玲委員、鄭適芬委員、楊婉伶委員、賴維淑委員

二元論人性觀點假設身體和心靈之間存在差異，心靈對身體是不可少的，因而將各種類型的受苦區別，並以心理治療介入治療心理和存在性受苦。

### 這篇文章對PS-ES辯論之貢獻

本文獻系統性地描述截至2016年底，基於生命倫理論證文獻之與PS-ES論證相關的倫理概念與觀點。收集這些概念和論點可以促進討論倫理決策中人類學模式的角色。本文指出關於PS-ES的倫理討論奠基於人體學和哲學假設，如身心二元論，所有論點都需要進一步闡明。這些概念模式來自關於人性問題的哲學和存在選擇。正如學者Jansen所說，「醫學科學不需要肯定或否認任何與心靈/身體問題有關的爭議性觀點。」然而，由於關於PS-ES的倫理討論存在於人類學的選擇中，因此有必要運用哲學分析工具，揭露作為概念基礎之未經挑戰或批判的假設。此將提高倫理決策過程的品質，並更加理解各方觀點。

### 本文之優勢與限制

這是第一篇基於生命倫理論證文獻，關於PS-ES的系統性文獻回顧，使用PRESS和PRISMA評析文獻，研究方法的品質良好。本文呈現許多支持或反對PS-ES之重要倫理論點，且發現人類學模式存在衝突。我們相信若進行與PS有關之臨床指引或政策的系統性文獻回顧，將提供許多有關PS運用於存在性受苦的不同觀點，即使這類文件較少以倫理觀點或理論作為基礎。

我們相信PS-ES的倫理討論最終將回歸到困難、無可避免的根本問題，例如：人的本質是什麼？人是由哪些面向組成？尊嚴死亡是什麼？這些問題無法藉由醫學理性的單一觀點充分解決，必須用跨學科方法，將科學、哲學、宗教研究和倫理學彙整起來。本文仍未達成PS-ES的最終共識和結論，主要因其牽涉個人價值觀、信念和世界觀，而這些問題已超出本文獻回顧之範圍。有必要進行進一步研究以闡明關於PS-ES的倫理討論，正如其它研究該主題的學者所述，若PS應用於存在性受苦欲有其正當性，則應對存在性痛苦之定義、無法忍受及難治性之標準進一步統一和澄清，並建立早期轉介至心理健康專家接受存在性受苦之評估與治療的照護常規。

### 結論

在近期的生命倫理文獻中，PS-ES議題持續被討論，吸引了幾個倫理論點及其基本概念和原則論述。本文強調需要明訂在PS-ES倫理辯論中所用到之基本術語的定義，並以更有效率的方式奠基和系統化PS-ES的倫理論點。存在性受苦的本質吸引了隱含的人類學模式和支持PS-ES的預設，需要在跨學科的方法下進一步闡明，這可能能夠改善臨床決策並統一有關PS的臨床實務。