

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

台灣安寧病房喪親關懷機制之建構(第2年) 研究成果報告(完整版)

計畫類別：個別型
計畫編號：NSC 97-2410-H-040-005-MY2
執行期間：98年08月01日至99年07月31日
執行單位：中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系(所)

計畫主持人：蔡佩真

計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理人員：李依芹
大專生-兼任助理人員：陳筠

報告附件：國外研究心得報告
出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

中華民國 99 年 10 月 30 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫 成果報告
 期中進度報告

(計畫名稱) 台灣安寧病房喪親關懷機制之建構

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：NSC97-2410-H-040-005-MY2

執行期間：97年08月01日至99年07月31日

執行機構及系所：中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系

計畫主持人：蔡佩真

計畫參與人員：李依芹、陳筠

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告 完整報告

本計畫除繳交成果報告外，另須繳交以下出國心得報告：

赴國外出差或研習心得報告

赴大陸地區出差或研習心得報告

出席國際學術會議心得報告

國際合作研究計畫國外研究報告

處理方式：除列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 二年後可公開查詢

中華民國 99 年 10 月 30 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫名稱：台灣安寧病房喪親關懷機制之建構

計畫編號：NSC97-2410-H-040-005-MY2

執行期限：97年08月01日至99年07月31日

主持人：蔡佩真 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

計畫參與人員：陳筠、李依芹 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

目錄

中文摘要.....	2
英文摘要.....	3
第一年成果報告.....	3
第二年成果報告.....	31
附錄一 出席國際會議報告.....	59
附錄二、成果自評.....	68

中文摘要

癌症一直是國內十大死因之首，安寧病房在台灣普遍提供最好的癌症末期照顧，並關照家屬喪親後的悲傷，透過許多喪親關懷行動試圖協助家屬減緩喪親之痛。因此建構一個良好可行的安寧病房喪親關懷機制是有著迫切的需要。本研究擬完整建構台灣安寧病房喪親關懷機制。第一階段著重服務供給面之了解，針對全國41家安寧病房進行「台灣安寧病房喪親關懷服務現況調查表」之郵寄問卷調查，每家醫院由安寧社工師填寫問卷，以了解安寧療護病房喪親關懷服務輸送系統之現況，檢視其服務內涵、普及性及輸送方式。其次，進行喪親家屬郵寄問卷調查，將商請台中榮總安寧病房、彰化基督教醫院安寧病房提

供喪親家屬名單，進行「台灣安寧病房喪親關懷活動之家屬意見調查表」郵寄問卷，邀請喪家屬填寫問卷，以了解這些喪親者對於安寧病房之喪親服務的態度、界限與接受度。以發展有效之喪親關懷執行策略，促進服務的管道、品質與服務量，形塑台灣安寧療護本土化悲傷關懷機制。

關鍵詞：安寧療護、喪親、悲傷

Abstract

Cancer is the primary cause of death. The hospice wards generally provide better care for terminal ill patients in Taiwan. Palliative medical team members use a number of bereavement care programs to assist bereavement families and try to smooth their grieving process. Therefore, establishing a standardized bereavement care system for hospice wards is essential.

The purpose for this study is to

construct Taiwan's hospice bereavement care mechanism. For the first phase, the researcher intends to get general ideas of how the hospice wards in Taiwan handle bereavement services. In order to have a better understanding of current situation in bereavement care, mail questionnaires for hospice staff will be designed and distributed to all hospice wards across the island. The goal is to assess its prevalence, services items, and delivery system about bereavement services in Taiwan.

For the second phase, research goal aims at bereavement family needs. Mail questionnaire for survivors will be held to gain knowledge of bereaved family's needs, their opinions, and obstacles may be experienced for accepting bereavement care from hospice medical teams. The survivors list will get from three hospitals including Taichung Veterans General Hospital, Zhongshan Hospital, Changhua Christian Hospital.

The third stage of the research is based on the previous research findings, The method is conducting focus groups, including four family focus groups and four hospice staff focus groups. Through those groups to know families demand and the obstacles, and recommendations for medical team. Finally, according to these finds that compared with foreign models, and development effective strategies to promote bereavement care service and shap local care mechanism in Taiwan.

Keywords : hospice, bereavement, grief

第一年研究成果

緣由與目的

喪親服務 (bereavement service) 開始於 1970 年代英國的安寧療護運動 (Warren, 1997), 對臨終或喪親悲傷之具體照顧的需求, 無論是正式和非正式的服務, 都越來越被強調 (Harding & Leam, 2005; Bellali & Papadatou, 2006)。因為喪親追蹤服務可直接減輕喪親者的身體痛苦和情感痛苦, 而且可降低遺族長期悲痛的發生率。因此有學者認為健康服務機構應該設立喪親延伸服務, 主動追蹤新近喪親者 (Rodger, Sherwood, O'connor, Leslie, 2006-2007)。

在一般社區中, 喪親後的悲傷支持是由宗教與自助網絡提供, 此外, 還有以醫院為基礎的悲傷關懷服務 (hospital-based bereavement support service) (Bodenbach, 2005)。大多數社區對悲傷的喪親家庭的反應是不關心的 (Oliver, Sturtevant, Scheetz, Fallat, 2001), 即使是在英國, 親友對喪親者的悲傷還是無能為力, 無法正常對待之 (Payne, 2004), 失落引發悲傷的感覺常常成為個人隱藏的課題。醫療服務通常在病人死亡後即結束醫病關係, 只有一部分醫療團隊會跨出醫院的圍牆去提供喪親的追蹤與支持, 很多研究提到機構投注在喪親關懷服務的人力和資源不足, 對於遺族服務的提供造成很大的影響 (Matsushima, Akabayashi & Nishitateno,

2002；劉乃誌，2003）。這些家庭回到社區之後並沒有足夠的社區資源應付喪失親人所帶來的危機，葬禮可以聚集所有的人際網絡與金錢的援助，但是，悲傷的感覺通常是在喪葬忙完之才浮現，社會文化對待喪親的家庭極為保守含蓄，導致喪親家庭的孤立。

世界衛生組織認為喪親關懷服務(bereavement service)是針對喪親的遺族所提供的持續性的照顧，從罹病至死亡後的支持都應是安寧療護對家屬的支持之一(WHO,1990)。台灣的衛生署呼應世界衛生組織推動喪親者哀傷關懷的理念，使之正式成為安寧療護的服務範疇，在衛生署(2000)所制訂的「安寧住院療護標準作業參考指引」中，開宗明義於安寧療護的服務理念與使命即指出：安寧療護團隊需提供遺族的傷慟支持或輔導，並要求團隊成員中護理人員與社工師皆須有悲傷照顧的訓練；與病人及家屬溝通時，能依傷慟的程度與過程提供哀傷輔導計畫與處置。因此，針對癌症遺族提供喪親關懷已成為安寧醫療體系不能或缺的一環。

本研究為了涵蓋安寧病房深淺不一的喪親悲傷支持活動，而將這些關懷的行動統稱為「喪親關懷」，含括悲傷支持、悲傷輔導、悲傷治療的內涵。喪親關懷(bereavement care)一詞在國外文獻中有各種相關名詞出現，如：喪親服務(bereavement service)、喪親追蹤關懷(bereavement follow-up care)、喪親支持

(bereavement support)，文獻中這些名詞均指涉對喪親家庭的身心靈關懷與悲傷的陪伴，本研究統稱為「喪親關懷」。國內過去稱為「悲傷輔導」，但因為喪親後悲傷支持的形式是很多樣的，支持的層次可以由淺至深，可以由社工師、牧靈人員或是醫師、護理師、志工擔任(Bodenbach, 2005)，「輔導」的概念容易誤導為心理諮商的特定業務，因此本研究以「喪親關懷」來涵蓋所有喪親後的支持活動。

安寧療護的悲傷關懷方案已經在世界各國普遍推行，但是以實證為基礎(evidence-based programs)的追蹤方案仍然是缺乏的(Cook,White, Ross-Russell, 2002；Sandler, Kennedy & Shapiro,2004)。台灣目前也欠缺全面性的調查與反省，本研究希望回答以下問題：台灣各安寧病房目前如何關照喪親者？提供的服務內涵是什麼？台灣喪親關懷的經驗對於醫務社工師的教育又有哪些重要的啟示？

根據上述問題，本研究目的著重喪親服務供給面之了解，以量化研究進行全國安寧療護病房喪親關懷服務輸送之現況調查，目的在於檢視全台灣安寧療護部門提供悲傷輔導的現況、服務內涵、普及性及輸送方式，建構全國性安寧喪親關懷服務的整體圖象。研究結果將作為臨床安寧療護工作者之參考，並作為本研究下一階段的基礎，最後，透過本階段的研究發現，希望能對於台灣

醫務社會工作者的教育訓練提供啟發與建議。

文獻探討

一、喪親關懷之形式與內涵

國內外安寧病房經常辦理的喪親關懷活動大致包括以下數種：瀕死的悲傷支持、逝者追思會、喪親支持團體、諮商、友誼式的支持 (befriending)、電訪、家訪、回憶創造方案 (memory-creating programs)、週年卡等等，以下簡略介紹其作法與效果。

一、瀕死的悲傷支持

家屬預期性的哀傷常常是從病情惡化開始，病人病危之際是家屬最感混亂無助的時刻，醫療團隊必須給予家屬緊急的協助，主動積極提供充分的資訊，包括：提醒家屬通知遠方親人來探視最後一面、死亡地點的選擇、是否需要安排宗教人員祝禱或助念、死亡診斷書的取得規定。醫療團隊也需要在病人最後一程給予最有尊嚴的屍體護理，協助家屬對於病人最後一面留下有尊嚴的回憶。為了協助家屬體認死亡的真實感，並且有充足的時間與所愛的親人道別，目前各大型醫院多配備有往生室或是惜別室、安息室 (viewing room)，讓剛喪失親人的家屬可以跟遺體再相處數個小時，等候遠方親人趕來，再看看死者的容貌，表達道別的話語，舉行宗教的彌留祈福儀式 (蔡佩真，2001)。

二、逝者追思會 (memorial service)

追思會的作法和喪禮相當類似，可以促使活著的人共同面對死亡並獲得彼此扶持，在許多文化中都會有一些追思儀式的舉辦，藉著討論逝者的過往，使用一些儀式以向死者致意，再次整理與逝者有關的回憶，協助喪親家屬再次體認失落，協助家屬適度表達對逝者的想法與感受，提供支持網絡及經驗分享的機會，協助調適失落的情緒 (Todd, Roberts & Black, 2002)。追思儀式可以很多樣也可以運用創意，包括：逝者紀念日、放天燈、為亡者點蠟燭、摺紙鶴、摺蓮花、縫製紀念被單、設立獎學金、詩歌朗誦、演奏或演唱。在 Debbie 與 Tina (2002) 的研究中認為舉辦去世病患的追思會 (memorial service) 是喪親關懷中一種積極正面的作法。Walsh, Foreman, Curry, O'Driscoll, McCormack (2008) 的研究也認為此項服務很有效。

澳洲有 66% 的安寧單位舉行追思會 (Mather, Good, Cavenagh, & Ravenscroft, 2008)，英國則有 72% 安寧單位會舉行週年追思活動 (Field, Reid, Payne, & Relf, 2004)。加拿大的調查只有 24% 的家屬參加追思會，許多家屬未出席追思會是因為路途太遠以及無法承受情緒的衝擊出席追思會的七對家屬全數認為追思會能帶給她們幫助。比較特別的是出席追思會的男性家屬非常少，加拿大研究者懷疑性別因素會影響家屬參與喪親追思會的活動 (deJong-Berg & deVlaming, 2005)。

deJong-Berg & Kane, 2006)。

三、喪親支持團體

Schwab (1986) 認為喪親一段時間後，在親友和其他非正式的支持系統逐漸減少，喪親的失落感更顯強烈，此時進行喪親團體的效果特別顯著。悲傷支持性團體能讓喪親者一同分擔彼此的悲傷、舒解壓力、減少孤立的感覺，同時學會自助及專業的技巧，幫助成員做積極的思考，並減低負面的後果，團體的最終目的是要讓這些家屬用希望與和平來取代強烈的怨恨和傷痛 (Hughes, 2001)。這類團體允許大家分擔彼此的痛苦，是一個可以安全分擔痛苦的環境，在團體裏可以自由談論死者而不必感受社會和朋友的壓力，它不但強化個人的自尊，給予良好的支持典範，同時協助破除迷思，傷心的家屬可以分享他們的痛苦與希望，不只找到慰藉，還可以幫助發掘靈性的層面 (Schildhaus, 1997)。

紐西蘭 35% 的安寧療護單位提供悲傷支持團體，15% 的單位提供非正式團體的支持，例如早晨的咖啡時光 (Payne, 2001)。英國有 61% 安寧療護部門辦理支持團體 (Field, et al., 2004)，澳洲則 31% 的安寧病房舉行團體支持 (Mather, et al., 2008)。位於加拿大溫哥華的卡努克廣場 (The Canuck Place hospice program) 是有名的兒童安寧病房，其喪親關懷方案包括提供家長互助團體，隔週辦理一次，以及手足互助團體 (二個月辦理一

次)，支持團體需要預先登記和接受初步的家庭評估。採用跨專業的團隊以及表達性的藝術治療來進行悲傷團體，運用音樂、藝術、遊戲來允許情緒的流露。研究調查結果顯示這些服務深受歡迎，尤其團體經驗使她們得以自由表達自己、減少孤立感、使遺族的情緒能正常化 (Davies, Collins, Steele, Cook, Distler, & Brenner, 2007)。

Reid 等人 (2006b) 的研究證實有些問題存在於此種長時間的悲傷支持團體，因為催化社會性團體需要資源密集，而且有可能所費不貲，因此安寧病房在進行類似的社會性悲傷支持團體時可以明確界定清楚的時間界限，團體成員形成持續性的互動後，鼓勵成員形成自助團體。

四、悲傷諮商

讓喪親家屬與他人談論逝者可以穩固家屬與逝者的連結 (Payne & Field, 2004)。Reid 等人 (2006b) 的研究顯示喪親家屬一再強調的主題就是家屬不希望讓自己的悲傷感受變成家人或親密朋友的負擔，所以與友善的陌生人 (friendly stranger) 談論逝者可能會更好，例如一些局外人、志願人員、諮商者或是安寧病房的團隊成員。諮商的運用在英國安寧病房提供的成人悲傷支持是極為普遍的形式 (Kissane, 2004)，這些諮商者大多採用「個人中心」取向的工作觀點。Payne 等人 (2002) 先前的研究不認為悲傷諮商的本質與其他形式的諮商有所不

同，喪親家屬會談的原則與策略與其他個案陷入「失落」情況的是相同的。諮商的主要策略包括使用：傾聽，並且與個案同在（Being with their client），催化性的情緒表達以及同理心的反映。諮商的目的在於陪伴家屬走過悲傷的旅程，催化家屬適應失落的情緒。有些諮商者的目的是「正常化」個案的悲傷，直到家屬可以獨自與悲傷共存的時候，諮商關係就會停止。

Reid 等人（2006b）的研究顯示喪親家屬對悲傷諮商的看法是抱持著正面的態度，能夠幫助他們度過悲傷的期間，使他們能夠繼續生活，他們認為諮商者的策略例如傾聽、反映、催化的策略對於情緒的表達是相當的有效果的；「正常化」案主感受被視為再保證和有價值的；家屬也指出與家庭之外的人談話是更有用的。至於有些家屬拒絕接受悲傷諮商服務的原因主要是因為已經擁有足夠的支持，也有些人表示他們想要獨自去度過自己的悲傷。重要的是，有多數的家屬並不認為諮商對他們個人而言是一種很適合的支持。

五、友誼式的支持（befriending）

友誼式的支持（befriending）是指「兩個人是建立在一種友誼關係上，其中一人接受過訓練並提供支持，友誼式支持的重要元素在於積極傾聽和回應、以及提供實際的支援和倡導」（Hartley, 2001）。友誼式支持是「由普通人幫助另一位普通人」，關心喪親家屬生

活中的所有面向，而非單單只是他們的悲傷情緒，由志工提供這類的支持，讓家屬比較沒有被烙印的問題（Reid, et al., 2006 a）。友誼式支持運用在悲傷輔導的理論基礎在於志願性悲傷輔導人員能夠提供比一般專業訓練的輔導人員更為潛在的社會支持，志願性悲傷輔導人員的角色類似於知心夥伴或是親密朋友所能提供的方式，被認為是屬於一種非干擾性的支持。社會支持能夠緩衝個體在面對巨大壓力所造成對心理健康的負面影響，如果沒有此種保護因子，喪親家屬們會暴露在嚴重的心理健康風險的危機中（Stroebe, Zech, Stroebe, & Abakoumkin, 2005）。

六、電話支持

有許多安寧病房由訓練過的志工或是在職人員提供喪親家屬電話支持，電話追蹤可以提供大量而基本的悲傷關懷，並與家屬保持聯繫，這類型的支持對於那些無法前來安寧病房接受悲傷服務的喪親家屬是特別有效的。考慮病房的成本效益和家屬的接受性，此種模式的支持成為正式且有效的成人悲傷輔導支持的類型之一。英國有 90%安寧病房提供電話支持（Field, et al., 2004），澳洲則有 86%會提供電話聯繫（Mather, et al., 2008）。

七、偶訪（Drop-in）

專業人員、志工或是居家護理師有時會透過家訪評估家屬是否需要更進一

步的支持，家訪成為喪親家屬與喪親關懷服務之間形成聯繫的有效角色，它提供人們機會讓喪親家屬與專業人員更多地談論現在的生活狀況。英國有 43%的機構會拜訪喪親家屬(Field, et al., 2004)，澳洲則有 84%的安寧療護部門提供個別的面談拜訪(Mather, et al., 2008)。

八、回憶創造方案 (memory-creating programs)

這項服務是在逝者生前就開始進行，例如：保存照片、留下手印、腳印、存有孩童頭髮的紀念卡片、製作已逝親人回憶錄包括文字、故事、照片等等等，然後在病人死亡時，將此紀念品以及遺物提供給家屬回憶與留念。已逝親人的遺物如相片、信件、錄音帶、錄影帶、衣物、珠寶，可以幫助家屬和逝者產生直接的感受，藉由遺物幫助喪親者更容易去談論死亡或死者，照片是一項有助對死者回憶與連結的媒介物 (Goldman, 2000；吳秀碧，2000)。加拿大的兒童醫院也證實兒童死亡時由醫院提供的逝者紀念品和遺物是家屬非常珍惜也最被接受的服務 (deJong-Berg & deVlaming, 2005)。

二、國際安寧療護喪親關懷服務之探討

安寧療護的喪親關懷服務 (bereavement care service) 已經在世界各國普遍推行，但是以證據為基礎

(evidence-based programs) 的追蹤方案仍然是缺乏的 (Sandler, Kennedy, & Shapiro, 2004)，研究者以 EBSCOhost 資料庫進行近十年資料之地毯式搜尋與周延地檢閱，以各國安寧病房為場域，以喪親遺族的悲傷關懷服務為焦點，發現許多國家尚未有安寧病房喪親關懷服務現況的相關調查與評估，顯示此一議題在世界各國安寧療護領域仍是一個非常需要被開發與促進的議題，也顯示此一主題之實證研究的困難度較高，因為不容易取得全國性的安寧療護普查資料，也不容易取得遺族的觀點與反應。因此，本文企圖在有限的國際現況資料中進行論述，例如美國、加拿大、英國、澳洲、日本、西班牙都已經有相關的研究調查資料出現，本文擬針對上述國家近年研究結果進行簡要之探討，以做為國內安寧醫療團隊之參考。

英國

在英國的社會中，喪親在傳統上被視為私事，主要是由個人和他們親密家人和朋友來共同面對。然而，社會變遷的情形如家庭功能、地理變動和世俗化 (secularization)，減少社會支持的有效性，減低人們信任親密家人和朋友的意願。這種社會變遷可能影響社區悲傷支持活動的發展和增加初級照顧提供者的運用 (Birtwistle, Payne, Smith, & Kendeik, 2002；Wiles, Jarrett, Payne, & Field, 2002)。在英國的歷史上正式的悲傷支持

活動大部分來自宗教團體、自助團體和全國性的慈善機構，例如 Cruse Bereavement Care(Field, Payne, Relf, & Reid, 2007)。

目前安寧療護在英國已經整合在國家健康照顧的政策與計畫中，安寧療護的悲傷關懷服務也變成基本的規定，英國國家卓越臨床研究中心 (National Institute for Clinical Excellence : NICE)於 2004 年建議對癌症病患家屬三階層的悲傷支持模式，第一層：所有的健康照護提供者都應該提供有關當地的服務資訊給喪親者。第二層：完整的悲傷支持需由專業人士或是志願服務人員提供。第三層：少數複雜性悲傷的高危險群應該轉介特殊性的服務(NICE, 2004)。英國的研究顯示英國的悲傷關懷大部分集中於 NICE 指稱的第一層和第二層的服務，包括的活動如：援助、諮商、提供資訊、追思會、支持團體(Kissane, 2004)。支持的提供是藉著有給職的員工和志工，尤其是受過訓練的志工對於喪親家屬可以提供有效果的支持(Relf, 2000)。

英國安寧病房中的悲傷支持立基於在安寧病房中的服務提供，集中於住院病人 (in-patient unit)，但是也有在他處進行家訪和團體會議的進行。Field 等人於 2004 年進行全英國 300 家安寧療護單位的調查，有效的回覆率 83%，其中八成集中於英格蘭，73%隸屬與於有住院病人的單位 (inpatient unit)，大部分的單位

都已經存在十年以上；68%有志工參與服務；四分之一的喪親服務缺乏足夠的人力。各單位從事的悲傷關懷活動中：96%的單位提供一對一個別支持、90%提供電話支持、72%舉行週年追思活動、73%提供文宣品、61%辦理支持團體、43%的機構會拜訪喪親家屬；51%的單位尚未有正式的回饋機制讓喪親者對此類服務提供回應，悲傷關懷服務的正式審查與評估在英國還不普遍。此外，雖然支薪的人員和志願服務人員皆部分投入提供所有的悲傷支持服務，英國安寧療護喪親關懷的執行障礙與美國相同，都是缺乏足夠的專業人力與時間(Field, Reid, Payne, & Relf, 2004)。

Reid 等人(2006)針對 2004 年上述全國性的問卷調查結果，選取英國五家安寧病房的成人喪親關懷服務進行深度的組織研究，該研究發現這五家安寧病房的喪親關懷服務有共同的核心要素：都混合了社會性與治療性的悲傷支持；在病人死亡後主動與喪親家屬接觸並提供支持；喪親家屬有權利決定是否接受此種支持；提供喪親家屬與其他有類似經驗的家屬進行接觸；以及一些更密集性的一對一支持形式；通常提供的時間不會超過一年。研究結果建議：安寧病房應該提供合適性層次的悲傷支持，而且在預期性悲傷關懷與喪親關懷之間應該要有連續性和整合性。這些醫院中曾經使用過悲傷支持服務的家屬大都滿意所

接受的服務，而那些拒絕服務的人是因為自己具備足夠可選擇的支持類型。

針對喪失父母的兒童與少年，英國有許多安寧療護單位以及非營利組織提供支持方案(Kennedy, McIntyre, Worth, & Hogg, 2008)，包括：

- (1) 溫斯頓之希望 (Winston's Wish)：一年大約服務 250 位被轉介的兒童和青少年，年齡介於 5 歲和 16 歲，逝者可能是父母或手足。在英格蘭提供面對面的支持和週末營。對於那些不住在當地的人，則提供諮詢熱線和互動性的網站。該機構也提供高品質的刊物、錄影帶、和 DVD 和其他教材。
- (2) 聖克理斯多夫之燭光計畫 (St Christopher's Candle Project)：St Christopher 安寧病房最早提供悲傷諮商給病患的家庭成員，也提供教育訓練給悲傷服務的提供者，進行專業訓練、建議、和學校的諮詢服務。
- (3) Marie curie 癌症照顧：Marie curie cancer care (MCCC) 是英國臨終照顧的主要提供單位，在英國有十家的 Marie curie 安寧療護單位來提供悲傷支持服務，由社會工作者或牧靈人員組成專門的悲傷支持團隊。最近將焦點放在支持喪親家屬，尤其是主要照顧者，而所有可能被家庭成員死亡所影

響的兒童在親人死亡前後，會接受短期的悲傷支持，如果持續性的支持被認為是需要的，兒童會被轉介到當地社區。

- (4) Glasgow 的巴黎聖母院 (Notre Dame Centre)：是以非營利為基礎的慈善組織，主要活動在於評估和治療情緒障礙的兒童、青少年和他們的家庭成員，並提供父母和專業人員相關諮詢。中心大約有四十個工作人員和志願人員來自各種不同的訓練背景，包含心理、社會工作、遊戲治療、藝術治療、和團體治療。該中心也有重要且完善的發展訓練和教育功能，提供遊戲治療的研究所課程。
- (5) 電話以及線上悲傷支持：電話諮詢熱線和網站可以提供更寬廣的服務範圍，年輕人很能接受此種服務，維持匿名性和經由互動的過程練習自我掌控。

針對成人的喪親關懷方面，根據 Reid 等人(2006)的研究提出英國安寧緩和醫療中成人喪親關懷服務的共同面向如下：

1. 在病人死亡後能主動地與悲傷遺族或是主要照顧者進行短暫的接觸，並給予支持。
2. 喪親家屬擁有接受服務的選擇權，他們可以決定是否接受悲傷支持服務。

3. 所有的安寧病房均提供混合社會性和治療性的支持。
4. 所有的安寧病房提供喪親家屬與其它曾經與安寧病房有所接觸的家屬進行會面。
5. 所有的安寧病房提供某些形式上更密集的一對一支持模式。
6. 所有的安寧病房提供靈性上的支持。
7. 所有的安寧病房進行回憶性的服務。
8. 悲傷支持服務的提供通常預期不會超過一年。
9. 安寧病房的悲傷支持服務通常會因為家屬受到先前曾經與安寧病房有接觸的人們的彼此關係而受到限制。

綜觀英國喪親關懷的特色，由於英國是安寧療護的發源地，相關的研究較多，其喪親服務也發展的特別豐富，服務方式具有多樣性，在各安寧病房之間所提供的悲傷支持類型也具有相似的元素，可以成為共同適用的基礎性悲傷支持(Field, Reid, Payne, & Relf, 2006)。其次，英國國家卓越臨床研究中心提供的三階層喪親支持系統促使其發展上能注意喪親關懷的社區普及性以及高危險個案處遇的專業性。另外一項英國的優勢是社區所提供的喪親支持方案和資源很多，而且大量運用志工來陪伴，有些方案的陪伴志工多達上千人，促使機構有

落實執行支持方案的能力。

美國

根據全美國安寧緩和組織(NHPCO)的統計報告顯示 2008 年全美國有 963000 人口接受安寧療護，佔死亡人口的 38.52%，全美國各州總共有 4850 個安寧療護方案在持續提供服務，經費主要來自醫療保險，總共有 55 萬個安寧志工提供 2500 萬小時的服務。美國的喪親服務至少追蹤一年，2008 年平均每一位死亡的病人有二名家人能得到悲傷的支持，包括後續的行動電話、訪視和郵件。全美國有 98.3%的安寧療護組織也會提供某個程度的喪親服務給社區(NHPCO, 2009)。

Demmer 曾針對全美國安寧緩和組織(NHPCO)的 450 個會員進行隨機抽樣調查，回收 260 個機構，回收率 58%，其研究工具是自陳式問卷，研究發現：美國的安寧病房喪親關懷的主責人員大多稱之為喪親協調員(bereavement coordinator)，主要接受的專業訓練背景是社會工作；悲傷關懷的人力編制方面，62%的受訪者回覆該部門只有一名人力從事悲傷輔導工作，26%的安寧療護單位編制二至三名人力，12%的安寧療護單位編制三名以上的人力從事悲傷輔導工作。美國提供的悲傷關懷方案內容包括：寄慰問信、電話追蹤、提供悲傷題材之文宣品、家庭訪視、辦理追思會、寄悲傷關懷簡訊、喪親即時資訊

(newsletter)、舉辦兒童營會、支持團體、假日悲傷方案、轉介院外治療師。受訪者覺得最可能接受的服務項目是「寄慰問信」(87%)，其次是「電話追蹤」(83%)，第三名是「提供悲傷題材之文宣品」(81%)。

美國各安寧療護團隊提供悲傷關懷的主要障礙與困難是：缺乏時間，人力不足、資金的壓力，其次是缺少組織對喪親關懷方案的支持、工作人員的壓力和耗竭。在醫療給付不足，以及日漸增加的服務需求景況下，美國安寧療護的悲傷輔導與其他的服務方案競爭有限的資源。如果資源充足，醫療團隊期待能提供更多悲傷支持團體與教育團體，以及家庭訪視(Demmer, 2003)。

綜觀美國喪親關懷的狀況，安寧療護單位很多，逐年成長，84.3%的經費來自醫療保險給付，由於是保險給付，一切服務講求效率與管理，其個案管理者統稱喪親協調員。美國重視成本概念，資金壓力很大，因此在服務的成本管控上不得不壓縮人力，從研究調查中發現安寧療護團隊提供悲傷關懷的主要障礙與困難是人力與財力，會造成服務的限制，而必須運用志工來協助提供服務。

加拿大

北美的家庭文化比較孤立於傳統社區與擴大家庭，家庭更需要社會的支持，所以，加拿大安寧緩和照顧協會與加拿大兒童緩和醫療網建議：從兒癌患

病期間直到病童死亡，家屬都需要被提供悲傷照顧方案(Canadian Hospice Palliative Care Association and Canadian Network of Palliative Care for Children: Pediatric hospice palliative care, 2004)。加拿大亞伯達省愛德蒙著名的 Stollery 兒童醫院所提供的喪親追蹤方案頗具特色，Stollery 兒童醫院提供以家庭為中心的照顧(family-centered care)，該醫院自從成立兒童安寧療護團隊之後，於2002年四月開始提供全院性的喪親追蹤方案，以支持喪子的家屬，這項計畫名為「創造回憶」(memory creation items)的計畫，是由醫院的院牧部辦理追思會(memorial service)，並於喪親後一整年藉由一連串的電子郵件和慰問電話與家屬保持聯繫，該方案也提供居住於愛德蒙及鄰近地區的喪親家屬諮商與團體工作的服務。

Stollery 兒童醫院的喪親關懷方案執行三年後，院方希望能評估該方案是否滿足了家屬的需求，於是該院的悲傷諮商師 de Jong-Berg 與小兒科社工師 Kane 於2005年透過研究檢視了家屬對喪親追蹤服務的滿意度與意見，81個家庭被邀請參加此一評估，只有來自21個家庭的29位家屬參與這項滿意度調查，郵寄問卷調查發現：Stollery 兒童醫院最能安慰喪親父母的服務是『回憶創造方案』(memory-creating programmes)，這項服務是在逝者生前就開始進行，例如：保

存照片、留下手印、腳印、存有孩童頭髮的紀念卡片等等，然後在兒童死亡時，將此紀念品以及遺物提供給家屬回憶與留念。兒童死亡時由醫院提供的逝者紀念品和遺物是家屬非常珍惜也最被接受的服務，尤其是母親們在乎的反應強過父親。此外，書面的資訊是有幫助的，使家屬感覺被支持，並且知道有可使用的資源；追思會的辦理方面，只有24%的家屬參加追思會，許多家屬未出席追思會是因為路途太遠以及無法承受情緒的衝擊；至於出席追思會的七對家屬全數認為追思會能帶給她們幫助。比較特別的是出席追思會的男性家屬非常少，只有一位父親出席，研究者懷疑性別因素會影響家屬參與喪親追思會的活動 (deJong-Berg & deVlaming, 2005; deJong-Berg & Kane, 2006)。

除了 Stollery 兒童醫院之外，位於加拿大溫哥華的卡努克廣場 (The Canuck Place hospice program) 也是有名的兒童安寧病房，其喪親關懷方案包括提供家長互助團體 (隔週辦理一次) 以及手足互助團體 (二個月辦理一次)，支持團體需要預先登記和接受初步的家庭評估。採用跨專業的團隊以及表達性的藝術治療來進行悲傷團體，運用音樂、藝術、遊戲來允許情緒的流露，尤其音樂活動包括即興音樂製作、創作、唱歌、擊鼓或只是簡單地聽音樂。音樂也常常融入在其他服務的活動中，例如家訪、營會、

青少年團體、追思會和工作人員的支持。2007 年卡努克廣場安寧療護方案 (The Canuck Place hospice program) 進行質化量化混合研究設計，追蹤喪親家長和兒童，評估喪親服務的滿意度，調查結果顯示這些服務深受歡迎，尤其團體經驗使她們得以自由表達自己、減少孤立感、使遺族的情緒能正常化 (Davies, Collins, Steele, Cook, Distler, & Brenner, 2007)。

對於其他喪偶或喪父喪母之成人的喪親關懷方面，在加拿大不列顛哥倫比亞省的 Abbotsford 安寧療護協會及其所屬地區醫院與癌症中心提供喪親關懷，其喪親支持服務對象為成人、青少年及兒童，提供一對一方式的支持如：急診室協助、電話諮詢、社區危機的支援；團體支持包括成人支持團體、流產與死產支持團體、兒童的音樂支持團體。Abbotsford 安寧療護協會的服務範疇很廣，包括醫院、社區、長期照護中心 (Abbotsford Hospice Society. Bereavement Support Services, 2010)。

多倫多的安大略省河谷醫院 (Riverdale Hospital) 是個有歷史的老醫院，曾針對喪偶者進行郵寄問卷的調查，結果有 42% 喪偶者被歸類為低風險，33% 為中度風險，25% 為高風險，醫院提供給高風險者最多的接觸與聯繫，如訪視、週年問候信與電話，並轉介支持的資源，家屬的多認為受益 (Souter

& Moore, 1989)。

回顧加拿大近年這方面的研究，多數的研究焦點放在流產、死產、新生兒死亡以及重症兒童死亡之父母的喪親關懷，這方面的關注顯示加國對於兒童的重視以及喪子之痛的高度關懷，而在其他類型的喪親者如喪偶喪父母方面的文獻探討則較稀少。加拿大的喪親關懷機制的優點是兼具「以醫院為基礎」的支持以及以「社區為基礎」的支持，他們的支持盡量有延續性，社區的機構如 Abbotsford 安寧療護協會的服務能夠幫助家屬在離開醫院之後，仍然有持續性的支持活動和小組，長期陪伴遺族，而遺族也不需要勉強自己重回醫院的傷心地。

日本

安寧療護運動在日本及其他亞洲地區的發展是始於 1980 年代，日本的安寧療護機構發展得極為快速。在悲傷關懷方面，日本的家庭成員有很強的情感連結，家庭成員的問題傾向於在家庭結構內來解決 (Matsushima, Akabayashi, & Nishitateno, 2002)。日本的喪親悲傷關懷系統尚未完全建立起來，過去的日本社會大多仍依賴親友幫助度過悲傷，然而因為越來越多的核心家庭以及高齡化的趨勢，使得喪親的家屬越來越需要社會的支持與喪親關懷服務 (Sakaguchi, Tsuneto, Takayama, Tamura, Ikenaga, & Kashiwagi, 2004)。根據 Matsushima 等人

的調查，喪親關懷服務在全日本的安寧療護部門執行的普及率是 74%，最常提供服務的是追思卡與追思會，而追思卡主要是由護理人員寄發；較少在日本採用的服務方式是電話追蹤、家訪、個別會談 (Matsushima, et al., 2002)。Matsushima 等人發現有二項文化因素可能影響日本的喪親關懷服務：一個是家庭的角色，另一個是佛教的宗教儀式，尤其是喪親的靈性關懷可以藉由宗教儀式而具體表現出來。

Sakaguchi 等人於 2004 年展開全面調查，研究發現：日本 87 家安寧病房中，最常由醫院提供的服務為：寄慰問卡 (66%)、辦理追思會 (67%)，其他安寧病房零星辦理的依序是支持團體、電話接觸、參加葬禮、提供文宣資訊、家訪、個別諮商、家族諮商。在服務提供上，安寧病房護士平均人力是 15.9 人，尚無喪親協調員 (bereavement coordinator) 的設置，71% 的社工師除了負責安寧病房之外也負責其他科別，七成的安寧病房沒有宗教師與臨床心理師；對於日後該由誰來主責喪親追蹤服務，46% 受訪單位認為是喪親調解員，40% 的單位認為應該由護士承擔。而對於喪親服務所需要發展的任務依序如下：組織的支持、照顧者的訓練、風險評估、喪親者需求的研究、與心理健康實務者的協調、喪親協調員的徵募、喪親服務的擴大、喪親服務的評估、與地方社區服務的協調

(Sakaguchi et al., 2004)。

雖然安寧療護的喪親關懷服務已經在日本穩定地開展，但是經常遭遇的困難如下：不同喪親悲傷任務的支持尚未建立、缺乏組織的支持、資金壓力、缺乏人力與時間、不夠充足的訓練、工作團隊的壓力與耗竭、只有少數機構執行風險評估、各醫院對於喪親關懷的任務有不同的覺知(Matsushima, et al., 2002 ; Lattanzi-Licht, 1989)。

回顧日本的狀況，與台灣同為亞洲國家，同樣重視家族主義，看重以家庭為中心的安寧緩和療護過程。日本在喪親關懷的服務方面似乎出現較多的限制，例如：較缺乏提供個別接觸與個別諮商，偏向於追思會方式的集體處遇，而且多數醫院缺乏宗教師和心理師，社工師還要兼顧其他業務，因此日本的安寧護士不止要護理病患身體，也要護理病患及家屬心理，人力吃緊、角色吃重。由於缺乏遺族觀點的探究，無法得知這樣程度的服務是否能滿足日本家庭的需要。

西班牙

Yi 等人針對西班牙安寧療護團隊提供的悲傷支持進行研究，該研究採用郵寄問卷給西班牙安寧療護協會的會員，會員名單上總共 160 個單位，回收 50%，其中 88.6% 的受訪單位有提供癌症病患照顧者悲傷支持，主要的悲傷支持是提供家屬情緒支持、資訊提供，大多採用

一對一的諮商形式。該研究發現各安寧療護單位的心理師與社工師人力有限，主要的執行人力是護理人員。醫療團隊用以篩選喪親者悲傷的二項危險因子是：缺乏家庭的支持以及過去的失落史。對於家屬複雜性悲傷的診斷指標是：家屬的自責與沮喪。該研究認為西班牙的悲傷關懷服務尚未完整的建立起來(Yi, Barreto, Soler, Fombuena, Espinar, Pascual, Navarro, Gonzalez, Bernabeu, & Suarez, 2006)。

澳洲

遺族照護目前是澳洲安寧療護的標準程序之一，在都會區和偏遠地區都有極高的普遍性。根據 2004 年澳洲安寧療護國家名錄所列清單，澳洲共有 324 個安寧療護中心。Mather 等人進行全面的調查，有 236 個安寧療護中心參與此項研究，其中有 95% 的安寧療護中心提供某種形式的遺族支持給安寧療護病患的家屬和重要他人，此項服務在都會區及偏遠地區的普遍性差異不大。來自不同學科的跨專業工作人員參與協調和提供遺族支持服務，在多數的偏遠地區的安寧療護中心皆由護士擔任此項工作(Mather, Good, Cavenagh, & Ravenscroft, 2008)。

追蹤的時點上，在大多數提供遺族追蹤照護的中心會依慣例聯繫所有過世的安寧療護病患家屬。第一次與遺族聯繫的時間相當早，他們在病患過世後首

次聯絡其家屬和重要他人以提供遺族支持的時間，56%會在一週內聯繫，18%會在一至二週內聯繫家屬，也就是 74%的中心會在亡者過世的 2 周內聯絡家屬。

悲傷的評估上，在提供遺族支持服務的 223 個中心中，有 154 個(69%)安寧療護為「複雜性悲傷」提供某種形式的風險估計，比起偏遠地區中心，都會區的安寧中心與偏遠地區較有可能將風險估計包含在他們的管理策略中，統計數據上有明顯的差異。提供風險估計的 154 個中心中，使用的評估方式包括：正式的喪親風險估計工具、多學科團隊意見、以及個別從業人員意見。在都會區的悲傷風險評估服務較普及，可能原因是，比起偏遠地區的同業，都會區的中心較有機會聯繫到較廣泛並且專攻安寧療護的多學科團隊。偏遠地區的中心，安寧團隊人員可能要負責較多的領域，因而比較無法參與例行性的會議來討論案例。

在遺族追蹤方案的協調上，只有少數比例的中心會雇用專人負責遺族支持方案，協調和提供這些服務的主要工作便由其他醫療團隊成員兼任，特別是由單一類別的職員負責協調，51%由護士負責協調，26%由社工負責協調，19%的單位由悲傷協調員（bereavement coordinator）負責。在澳洲的偏遠地區，多數的中心護理人員要負責協調的任務(62%)，而在都會區，較常見的是社工人

員(38%)。遺族照護的追蹤大多是由不同學科的職員共同分擔，而參與執行悲傷追蹤服務的團隊成員，依參與率的多寡看來，最多的是護理人員，其次是社工人員、神職人員、志工、悲傷協調員。大約 1/3 的安寧療護單位有運用志工參與悲傷輔導工作。

澳洲所提供的遺族支持形式各異，有 86%會提供電話聯繫、84%提供個別的面談拜訪、55%寄發信件、53%寄發週年卡、66%舉行追思會、31%舉行團體支持、5%提供資訊服務。至於什麼是最好的處理方式，或何時是第一次聯繫的最佳時間，澳洲目前仍然沒有任何根據可以作為下決定的指標(Mather, et al., 2008)。與世界各國相較之下，澳洲的喪親關懷較為普及，處遇與介入的時間顯的較早較積極，團隊的動員也相當齊全，並且非常重視悲傷的危險評估，這些都是該國的優點。

紐西蘭

紐西蘭為南太平洋島國，是以歐洲移民為主的國家，紐西蘭與澳洲同為大英國協的成員，兩國的安寧緩和醫療人員共組「澳紐安寧緩和醫學會」，紐西蘭的安寧緩和醫療是追尋著英國的腳蹤及英國的死亡習俗，除了以歐洲觀點為主的喪親關懷，紐西蘭近年也開始關注毛利民族的喪親儀式與死亡文化(Balk, 2006)。紐西蘭運用志工來擴大喪親服務的範圍以及滿足不同種族間的文化需

求，尤其是使用少數民族的志工。

Payne 從紐西蘭 26 家安寧療護單位的調查報告顯示七成安寧療護單位運用志工關心病房家屬及返家後的遺族，二成安寧療護僅提供專業的喪親服務，一成的安寧療護提供很少的喪親關懷；喪親服務是由協調員經由非正式評估之後指派，僅有一家安寧病房有悲傷的風險評估；悲傷的支持包括陪伴、出遊、借書和 VCD、一對一諮商；有 35% 的安寧療護單位提供支持團體，15% 的單位提供非正式團體的支持，例如早晨的咖啡時光；八成的單位在週年之內會寄發追思卡(Payne,2001)。

deCinque 等人的調查顯示紐澳的喪親方案雖然多元，以「醫院為基礎」的安寧療護喪親支持類型最普遍的是諮商與支持團體。少數醫院會貼心的印製悲傷手冊提供失落與悲傷的資訊以及社區資源，有些醫院提供葬禮的經費支持，較少辦理追思會。紐西蘭多數的醫院沒有篩選高風險的複雜性悲傷，沒有正式的評估工具、相關資源和專業人員缺乏，這個發現與 Payne 一致。在遺族追蹤的時間長度上，醫院之間有顯著的差異，各醫院的遺族追蹤從六個月到二年以上者都有之，越長期的追蹤越有經費上的限制。紐西蘭安寧療護除了運用志工之外，社工、護理師、牧靈人員、腫瘤科醫師也涉入於遺族的追蹤方案中 (deCinque, Monterosso, Dadd, Sidhu, &

Lucas, 2004)。

志工在喪親服務中之運用

英國、美國以及日本的研究都提到喪親服務的障礙是人力不足，各國喪親服務的共通特徵是使用志工，因為運用志工於喪親關懷的好處很多，包括：可以使悲傷的過程正常化、減少尋求協助時的刻板印象、較了解其社區與文化、可以廣為宣傳悲傷教育、節省成本 (Payne,2001)。在英國和紐西蘭中，悲傷支持的志願人員在安寧病房中的參與是十分普遍的情形 (Field, et al., 2004 ; Payne,2001)。在大多數的英國安寧療護中，是由志願工作者協助支薪而在職的員工提供成人悲傷支持服務，全英國只有 4% 的安寧病房完全依賴志願人員進行悲傷輔導。典型的喪親關懷服務是由 1 至 3 位的支薪的員工，並由 11 至 12 位志願人員輔助來提供協助 (Field, Payne, Relf, & Reid, 2007)。美國的安寧療護服務也有雷同的現象 (Demmer, 2003)。有些研究已證明志願人員在提供悲傷支持上的效果 (Park, 1981)。

安寧病房的喪親支持服務十分依賴未支薪的志願性工作人員，其中有些志工是很專業的社會人士，Field 等人 (2007) 將那些與喪親家屬接觸的志願服務人員依據其角色、經驗、和訓練，分成三類類型：

1.接待與病患支持的志工 (Reception and

patient support volunteers)

安寧病房接待服務台的任務主要是由志工來負責。在他們工作過程中，他們迎接和款待喪親家屬，經由個人或是電話的形式，引領家屬找到醫療團隊的成員，他們也提供茶點或是接送病人和家屬；有些安寧病房也運用志工組成小型團體帶領喪親家屬參與初期的悲傷支持聚會；有些志工在日間照顧的病房裡，陪伴病人面對其他病友過世的不安。雖然這些志工的服務活動與喪親家屬接觸的時期較為短暫，他們仍然需要具備圓融、同理心及技巧性的溝通。

2.非專業志工 (Lay bereavement volunteers)

有的安寧病房提供社會支持模式的悲傷支持服務，由非專業的志願人員提供服務。此種類型的支援並不導向直接的治療性效果，但是能讓喪親家屬與其他有類似經驗的家屬進行交流，志工提供友誼式的支持 (befriending)，也是非干擾性 (non-intrusive) 的支援，類似於知己和朋友所提供的支援，志工主要的角色在於家訪、傾聽和閒聊，他們也提供日常事務的協助，像是接送或是購物。他們關心喪親家屬生活的所有面向，而非單單只是他們的悲傷。

有些安寧病房會安排悲傷輔導的志願人員接受密集式訓練，而且接受支薪員工的督導，以定期的團體會議來討論悲傷輔導工作的內容，由督導者提供建

議和支援。志工的運用是二難，有很多優點，也具有一些限制，志工的困難在於如何參與以及維持界限，以及何時該撤退 (停止此種友誼式的關係) 以及如何協商撤退。

3.合格訓練的諮商者 (Trainee and qualified counsellors)

有些志願服務人員具有專業性和職業性技能，例如具有諮商師、社會工作師或律師資格，而被運用在與喪親家屬的志願性工作上。Field 等人認為這些專業志工在與喪親家屬會談時，更有彈性也更能適應一些諮商的期待，例如有時候他們可能會花更多來陪伴個案和觸摸、擁抱他們的案主。安寧病房運用志願的諮商人員會增加家屬接受諮商的數量，也藉此提供更多樣的諮商者人員，增加「媒合」(matching) 諮商者與案主的可能性，例如性別、社會背景、或地理位置的媒合。然而，運用兼職志願式人員所造成的潛在危機是志願式諮商者的招募與留任是不可預期的，這些困難會限制專業志工服務的穩定性以及責信程度(Field, et al., 2007)。

研究方法

一、研究方法與資料蒐集

本階段的研究問題如下：台灣安寧病房喪親者悲傷關懷的普及性、服務內涵、服務現況如何？為解答此一問題，本研究採用的研究方法為郵寄問卷調

查，針對全台灣安寧病房進行普查，以普遍瞭解台灣安寧病房實施喪親關懷之現況。調查對象為全國 41 家安寧病房，資料庫來源採用安寧照顧基金會合約醫院最新安寧病房清單。問卷填寫者為安寧病房之社工師或是護理長。

二、研究工具

問卷設計乃參酌近期文獻與相關研究(Yi, 2006；Sakaguchi et al, 2004；Demmer, 2003；Matsushima et al, 2002)，再依本研究所需而設計『台灣安寧病房喪親關懷服務現況調查表』，問卷內容大致分成幾個部分，包括：機構類型、服務內容、團隊運作、人員訓練、服務成果等方面，並設計幾道開放式的問題，以取得各單位更詳細的經驗與說明。本問卷經由五位學者專家們完成內容效度的檢定，針對問卷內容之適當性及清晰性予以指正，以作為問卷內容效度之依據。問卷的問項概述如下（詳見附錄一）：

1. 該醫院是否提供悲傷關懷方案
2. 悲傷關懷方案在該單位運作的時間有多久
3. 該院提供之悲傷關懷內容之類型(問卷中附有項目清單可供勾選)
4. 接受此類服務的遺族人數
5. 悲傷評估的方法與風險評估工具
6. 悲傷關懷方案的協調者與團隊執行人力、分工狀況

7. 悲傷關懷的執行成果與自評
8. 服務輸送過程的障礙
9. 成功經驗

三、分析方法

問卷調查的部分進行統計分析，包括次數分配、百分比、卡方考驗、單因子變異數分析，問卷之開放式問題則進行質性資料分析。

四、研究倫理

本研究通過聯合人體試驗委員會 JIRB 核准（編號：09-S-005），並個別通過以下醫院 IRB 的審查與核准：台中榮民總醫院（J09130）、彰化基督教醫院（090618）、中山醫學大學附設醫院（CS09085），研究者審慎對各家醫院提供研究說明，嚴謹完成同意書的填寫與回收，並盡量減少研究過程可能對研究對象所造成的不適、不便與風險。研究者並提供全台灣各安寧病房相關的悲傷輔導專業書籍一本以及兒童悲傷團體方案專書一本，以作為問卷填寫之回饋以及教育宣導。

研究結果

一、填卷者基本資料

本研究進行全台灣安寧病房普查，郵寄問卷寄發給目前有安寧病房的醫院共 41 家醫院，問卷是交由安寧病房的社工師或是護理長進行填寫，由於研究者自己曾經是醫學中心資深安寧療護社工師，與此一領域的醫療團隊長久以來有

綿密的互動，因此，此一階段的資料蒐集順利回收 32 家醫院的問卷，回收率 78%。

32 家醫院之填寫問卷者以社工人員為多數 (74.2%)，護理長佔 25.8%；性別

上以女性為主；有八成以上的填卷者是該醫院安寧悲傷關懷工作的負責人，非常了解這方面業務；問卷填寫者安寧療護的平均服務年資為 3.98 年，平均年齡 37.16 歲 (詳見表一)。

表一 填卷者個人基本資料

變項	次數(%)	平均數	標準差
問卷填寫人職稱 (N=32)			
社工人員	23 (74.2%)		
護理長	9 (25.8%)		
問卷填寫人性別 (N=32)			
女	28 (87.5%)		
男	4 (12.5%)		
是否為安寧悲傷關懷工作負責人 (N=31)			
是	25 (80.65%)		
否	6 (19.35%)		
問卷填寫者安寧療護服務年資(N=32)		3.98	3.78
問卷填寫者年齡(N=31)		37.16	7.51

二、研究對象基本資料

32 家安寧病房所屬醫院的等級方面，區域醫院佔多數，包括 20 間區域醫院 (佔 62.5%)、醫學中心有 10 家 (佔 31.25%)、地區醫院佔 6.25%；安寧病房所在位置之分配上，北部地區最多，從新竹以北至宜蘭縣佔 43.75%，南部地區次之，從雲林以南至屏東佔 40.63%，中區包括台中彰化佔 12.5%。各家安寧病房成立的年數極為分散，平均成立時間 7.49 年，其中 37.5% 是成立於五年內的新病房，34.38% 已有 6 年至 10 年的歷史，25% 已成立 11 至 15 年，歷史最久的一間已有 16 年以上的歷史，因此本次調查的結果

包括新成立的病房與中生代的病房、老病房的服務現象。

32 家安寧病房當中有 84.38% 提供安寧居家療護，可以至末期病患家中探視及照護病人；有 71.88% 提供安寧共同照護計畫，可以支援安寧病房之外的其他病房照顧末期病患，只有一家醫院有提供日間照護，該醫院發展最早、服務規模也最大。安寧病房所隸屬的科別方面，多數醫院的安寧療護業務是隸屬於家醫科 (40.63%)、其次是腫瘤科 (21.88%)、而後是內科 (15.63%)，也有特別設立安寧緩和科 (12.5%)。

安寧病房服務量的指標之一是床位數和佔床率，安寧病房的床位數代表該院服務的規模，研究對象的平均床位數

是 15.53 床，多數醫院集中於 11-15 床佔 46.88%，其次是 16-20 床（佔 21.88%）的規模，21 床以上算是較大型的病房佔 12.5%。研究對象中，過去一年安寧病房每個月的平均佔床率是 65.84%，佔床率

代表病房收住病人的程度，也是經營績效的指標之一，將近兩成的病房其佔床率在 80% 以上，其餘詳見表二。

表二 機構基本資料表 (N=32)

單位：醫院家數

變項	次數(%)	平均數	標準差
服務醫院等級			
醫學中心	10 (31.25%)		
區域醫院	20 (62.5%)		
地區醫院	2 (6.25%)		
服務醫院所提供的安寧療護型式(複選)			
安寧病房	32 (100%)		
居家護理	27 (84.38%)		
安寧共照	23 (71.88%)		
日間照護	1 (3.13%)		
安寧病床數		15.53	9.65
6-10床	6 (18.75%)		
11-15床	15 (46.88%)		
16-20床	7 (21.88%)		
21-25床	3 (9.38%)		
26床以上	1 (3.13%)		
安寧病房成立年數		7.49	4.93
1-5年	12 (37.5%)		
6-10年	11 (34.38%)		
11-15年	8 (25%)		
16-20年	1 (3.13%)		
安寧病房近一年每月平均佔床率(N=26)		65.84	20.66
1%-20%	1 (3.13%)		
21%-40%	3 (9.38%)		
41%-60%	5 (15.63%)		
61%-80%	11 (34.38%)		
81%-100%	6 (18.75%)		
安寧病房隸屬科別			
家醫科	13 (40.63%)		

腫瘤科	7 (21.88%)
內科	5 (15.63%)
麻醉科	1 (3.13%)
安寧緩和科	4 (12.5%)
放射腫瘤科	1 (3.13%)
其他	1 (3.13%)

安寧病房所在位置

北部	14 (43.75%)
台北市	5 (15.63%)
台北縣	4 (12.5%)
基隆市	1 (3.13%)
宜蘭縣	2 (6.25%)
桃園縣	1 (3.13%)
新竹市	1 (3.13%)
中部	4 (12.50%)
台中市	3 (9.38%)
彰化市	1 (3.13%)
南部	13 (40.63%)
雲林縣	2 (6.25%)
嘉義縣	1 (3.13%)
嘉義市	1 (3.13%)
台南縣	2 (6.25%)
台南市	2 (6.25%)
高雄市	2 (6.25%)
高雄縣	1 (3.13%)
屏東縣	2 (6.25%)
東部	1 (3.13%)
花蓮縣	1 (3.13%)

三、喪親關懷人力配置與分工

台灣安寧病房提供社會及心理協助的人力方面，32 家安寧病房都有全職社工人員的編制，其中 21 位是專責於安寧病房業務，其餘 11 位社工人員則是兼責

安寧病房業務，並肩負其他科別之服務；有 28 家醫院普遍設有宗教師（佔 87.5%），16 位是專任、11 位是兼任，由此可看出安寧病房對於臨終家庭宗教與靈性需求的重視。其他比較稀有的人力資源如心理師與藝術治療師、音樂治療

師則多為病房兼任的專業人力，有 9 家醫院聘有臨床心理師，8 間醫院聘用諮商心理師，6 間醫院聘用藝術治療師，只有 1 間醫院有兼任的音樂治療師（詳見表三）。

在安寧志工的運用上，志工協助陪伴病人與安慰家屬，並協助病房活動辦理或是完成病人願望，各家醫院平均的志工規模是 21.4 人，6 家醫院的安寧志工人數在 10 人以下，16 間醫院的安寧志工在 11-20 人之間（51.6%），21-31 人的有 2 間，31-40 人有 3 間，有四間安寧病房的志工人數在 41 位以上。

各醫院執行喪親關懷服務的人力上，醫療團隊的參與狀況如下：90.63% 的醫院有社工人員參與執行，78.13% 的醫院有志工參與此一業務，75% 的醫院有護理師參與其中，53.13% 有宗教師介入於喪親的關懷，比較特別的現象是醫師也會參與遺族的悲傷關懷，四分之一的安寧病房醫師會參與悲傷的支持與喪親關懷；臨床心理師與諮商心理師在安寧病房的配置較少而且多為兼任，因此參與在喪親關懷的業務也較少，可能是在家屬有高度悲傷與複雜的悲傷時才會照會心理師與諮商師。

國外的安寧療護設有喪親協調員（bereavement coordinator），便於管理和監督服務的輸送，主要責任是在服務的每個階段中進行悲傷評估，從最原始的床邊評估，病人疾病進程直至死亡，一

直到病人死亡後數個月的追蹤，悲傷調解員可以在不同醫療團隊成員間協調聯繫，國外大部分的喪親調解員是由社工師、或牧靈人員或是護理師擔任（Bodenbach, 2005）。在本此調查中，台灣雖尚未有喪親協調員的稱謂，但此一角色是安寧病房負責統籌與協調推動喪親關懷服務之主要負責人，有九成醫院是以社工人員為主，其次是護理師。社工師的個案評估能力、方案規劃能力、個案管理能力、運用資源的能力都能在此一角色有所展現。

遺族悲傷評估方面，各家醫院負責填寫初步悲傷評估紀錄的工作人員往往由不同的團隊成員一起負責，因此，此一選項以複選的方式呈現，研究對象中有 53.13% 的醫院有社工人員作初步評估、50% 的醫院有護理師協助作初步評估，顯示護理師在喪親關懷的業務上也是涉入非常多的，上述兩類是專職人力。此外也有 18.75% 的安寧病房運用志工參與悲傷評估工作並協助填寫評估記錄。

各安寧病房對於喪親遺族會追蹤一段時間，病人死後一週至數個月，乃至一年半載的追蹤工作是由誰負責？大部分醫院也是由團隊中不同成員共同完成追蹤，大部分是由社工人員負責、其次是志工協助追蹤（62.5%）、在其次是護理師（40.63%）。

表三 喪親關懷人力配置與分工 (N=32)

單位：醫院家數

變項	次數(%)
各醫院安寧團隊成員之組成 (複選)	
社工人員	32 (100%)
宗教師	28 (87.5%)
臨床心理師	9 (28.13%)
諮商心理師	6 (18.75%)
藝術治療師	6 (18.75%)
音樂治療師	1 (3.13%)
各醫院安寧志工人數 (N=31)	
1-10人	6 (19.35%)
11-20人	16 (51.61%)
21-30人	2 (6.45%)
31-40人	3 (9.68%)
41-50人	2 (6.45%)
超過50人	2 (6.45%)
負責統籌與協調喪親遺族悲傷關懷服務之負責人員 (複選)	
社工人員	29 (90.63%)
護理師	11 (34.38%)
宗教師	3 (9.38%)
志工	2 (6.25%)
臨床心理師	1 (3.13%)
醫師	1 (3.13%)
參與執行遺族悲傷關懷服務人員(複選)	
社工人員	29 (90.63%)
志工	25 (78.13%)
護理師	24 (75%)
宗教師	17 (53.13%)
醫師	8 (25%)
臨床心理師	2 (6.25%)
諮商心理師	1 (3.13%)
藝術治療師	1 (3.13%)
初步悲傷評估紀錄填寫者(複選)	
社工人員	17 (53.13%)
護理師	16 (50%)
志工	6 (18.75%)

宗教師	3 (9.38%)
臨床心理師	1 (3.13%)
遺族追蹤工作負責人員(複選)	
社工人員	28 (87.5%)
志工	20 (62.5%)
護理師	13 (40.63%)
宗教師	4 (12.5%)
臨床心理師	1 (3.13%)
醫師	1 (3.13%)

四、喪親關懷服務內涵

(一) 普及性

32 家醫院都有提供遺族悲傷關懷服務，顯示這項服務在台灣的普及率是很高的，台灣安寧緩和醫學會對安寧病房的評鑑將悲傷輔導列為評鑑項目之一，促使各安寧病房將此業務視之為必要的業務，也提高了安寧療護喪親關懷的普及性。

(二) 追蹤時點與期間

遺族的悲傷追蹤時間點上，9 間醫院在病人死亡隔天就展開追蹤，17 間醫院是在病人死後一週進行追蹤，有 14 間醫院會在告別式之後追蹤，有 6 間醫院會在特別的節日如過年、中秋、清明節、父親節、母親節等節日追蹤家屬，有 4 間醫院會在逝者死亡週年日追蹤遺族。其他的追蹤時點包括死後一至二個月、死後三至六個月，或是視遺族狀況而定。顯然在追蹤的時間點上，醫療團隊會注意到一些在台灣文化上容易影響遺

族情緒的時間，例如：死亡隔天家屬很混亂，需要支持；死後一週是中國人的頭七，家屬期待亡靈返家；告別式之後一切回復常態，家屬的情緒開始泊泊湧現；死亡週年日俗稱「對年」，家屬的悲傷也會再次重現；特殊節日大多是家族團員日，也是會引發遺族感傷，各醫療團隊會適時在家屬的需要上提供支持。

至於各醫院的遺族悲傷追蹤期間到底能維持多久，各家醫院的差別很大，32%的醫院追蹤到死亡後第三個月，32%的醫院追蹤半年，23%的醫院會追蹤一年。追蹤的時間越長，安寧病房所要付出的人力成本也越高，但相對地，對遺族悲傷療癒歷程的支持也會較完整。

(三) 悲傷評估

喪親遺族的悲傷多屬正常反應，但有時家屬也會出現複雜性的悲傷，而需要較多的支持以及較久的關心，因此悲傷評估極為重要。本研究的 32 家安寧病房對於悲傷的評估採多重方式，87.5%的醫院藉由觀察與追蹤來了解喪親反應，

59.4%的醫院使用衛生署制訂的標準作業參考指引『安寧療護初步喪慟評估及哀傷輔導記錄』，五間醫院（15.6%）使用自訂的評估表，還有五間醫院使用其他評估方式例如藉由團隊個案報告時提出；有一家醫院尚未有悲傷評估的機制。由上述統計資料可知，八成的醫院藉由觀察來評估家屬，醫療團隊對於悲傷指標的判斷以及高風險因素的敏感度訓練就變得重要。

有醫院提及悲傷評估執行的困難度很高，該醫院表示『在病房住院日數很短的家屬，日後追蹤時也大多回應「很好」、「沒問題」，電話追蹤很難對哀傷反應做評估，家屬的反應多半冷淡且不願多說。文化上，大部分的人在親人死後，就覺得事情告一段落，不必再談、再碰悲傷話題。而且很難接觸到真正很哀傷的家屬，電話追蹤的對象都是病歷上的照顧者。…衛生署採用趙老師的那套記錄表不好用，很難問到酗酒及用藥記錄。』

（四）服務項目

每家醫院所提供的喪親關懷是多樣的，本題以複選方式讓填卷者勾選辦理情形，結果發現台灣安寧病房提供的服務項目依序為：電話聯繫、郵寄慰問信或慰問卡、喪親後之個別會談、協助製作紀念物品（如逝者的照片集、圖文作品、手印、錄影）、轉介精神醫師、提供以悲傷為題材之印刷品或衛教單張、

喪親後之家庭訪視、追思會（放 ppt、燭火祝福、茶點）、舉辦悲傷支持團體、轉介諮商或臨床心理師、簡訊慰問、喪親遺族自助團體、至往生者家中捻香、聖誕報佳音（詳見表四）。

九成以上的醫院都有提供遺族電話聯繫、郵寄慰問信或慰問卡，也許是電話與郵件的便利性以及簡單易操作，大大提升此二項服務的可行性與可及性，尤其是郵寄慰問信最能夠定期辦理（78.1%），因為寄發的情況掌握在院方的行政作業，只要能掌握逝者清單及病歷上的家屬資料，選擇適切的溫馨卡片就能帶給家屬安慰。

喪親後之個別會談、協助製作紀念物品（如逝者的照片集、圖文作品、手印、錄影）、轉介精神醫師等三項服務的提供醫院家數都在八成以上，也算是各家安寧病房常見的業務，喪親後的個別會談可以由醫、護、社工、志工及宗教師來個別提供，因此有 28 家醫院藉此關懷家屬。協助製作紀念物品也是很多醫院（84.4%）安寧療護團隊會為病人和家屬進行的活動，從病人生前即開始收集病人的隻字片語、照片、手印、錄影錄音、頭髮、藝術作品，可以給家屬留下寶貴的記憶資產，然而在進行時，機會可遇不可求，因此 78.1%的醫院是偶而辦理。27 家醫院會轉介家屬給精神科醫師，尤其當家屬失眠、憂鬱、久久無法正常生活、甚至絕望到想追隨逝者而去，精神科醫師是悲傷治療的重要資

源，由於諮商師與臨床心理師在各醫院編制較少，因此只有半數的安寧病房會在需要時轉介之。

有 24 家醫院 (75%) 提供家屬以悲傷為題材之文章、印刷品或衛教單張，醫療團隊會針對家屬提供書面的資源清單與自我照顧的建議。有 20 間醫院有追

思會而且多定期辦理，19 間醫院有遺族支持團體的辦理，佔 59.4%，此二項服務皆需要較多的預備與規劃的時間，需投入的專業人力較多，有一些醫院因為缺乏辦理的專業資源與能力而無法提供此二項服務。

表四 喪親悲傷關懷服務項目與辦理情形 (N=32)

單位：醫院家數

喪親悲傷關懷服務項目	醫院辦理家數	多久辦理一次	
		定期辦理	偶而辦理
電話聯繫	31 (96.9%)	18 (56.2%)	13 (40.6%)
郵寄慰問信或慰問卡	29 (90.6%)	25 (78.1%)	4 (12.5%)
喪親後之個別會談	28 (87.5%)	1 (3.1%)	27 (84.4%)
協助製作紀念物品 (如逝者的照片集、圖文作品、手印、錄影)	27 (84.4%)	2 (6.3%)	25 (78.1%)
轉介精神醫師	27 (84.4%)	2 (6.3%)	25 (78.1%)
提供以悲傷為題材之文章、印刷品，或衛教單張	24 (75%)	9 (28.1%)	15 (46.9%)
喪親後之家庭訪視	22 (68.7%)	0	22 (68.7%)
追思會 (放ppt、燭火祝福、茶點)	20 (62.5%)	19 (59.4%)	1 (3.1%)
舉辦悲傷支持團體	19 (59.4%)	6 (18.7%)	13 (40.6%)
轉介諮商或臨床心理師	16 (50%)	1 (3.1%)	15 (46.9%)
簡訊慰問	4 (12.5%)	1 (3.1%)	3 (9.4%)
喪親遺族自助團體	4 (12.5%)	0	4 (12.5%)
至往生者家中捻香	1 (3.1%)	1 (3.1%)	0
聖誕報佳音	1 (3.1%)	1 (3.1%)	0

(五) 服務項目與團隊參與情形

表五是醫療團隊成員參與各項喪親關懷活動的情形，社工人員在團隊成員中參與喪親關懷的情形是最高的，除了不用去遺族家中捻香之外，所有的服務項目都有社工介入的蹤跡，尤其社工人員參與最多的前幾項服務依序是：喪親後個別會談、電話聯繫、協助製作紀念物品、辦理追思會、提供文章或衛教單張、舉辦悲傷支持等。因此社會個案工作、團體工作、溝通協調與文書處理能

力幾乎是安寧社工不可或缺的能力。

台灣護理人員在喪親服務的參與率中次居第二順位，護理人員參與較多的服務依序是：協助製作紀念物品、提供文章或衛教單張、電話聯繫、喪親後個別會談、喪親後家庭訪視。由於護理人員與家屬的互動非常緊密，能夠協助蒐集對病人有意義的紀念品，也能夠在家屬辦理出院時順手提供文宣品，居家護理的業務也讓護理人員可以有機會順道去家訪喪親遺族，因此其參與情形遠遠

多於其他團隊成員。

本表可看出志工在喪親關懷的重要，是略次於護理人員，唯一的不支薪人員卻是貢獻卓著，志工協助最多的事：電話聯繫、郵寄慰問卡，其次是協助製作紀念物品。有些安寧病房安排志工值班負責電話追蹤家屬並做成記錄，可讓追蹤工作變成例行業務。有此也可看出這類志工需要更多溝通訓練、悲傷評估訓練以提供第一線的及時支持與危

險個案的過濾。

表五也可橫向檢視每一項服務的團隊參與情形，以「喪親後個別會談」此項服務為例，最右欄可計算出共七類的團隊成員涉入於本項業務。而製作紀念物品、辦理追思會、辦理悲傷支持團體幾乎是團隊全員出動，沒有任何一項業務可以由單一專業成員全攬以及獨力完成。安寧療護的喪親關懷真的是一項團隊緊密合作的業務。

表五 服務項目與團隊參與(複選) (N=32)

單位：醫院家數

	社工人員	護理師	志工	宗教師	醫師	心理師	個管師	行政人員	醫師助理	團隊參與類數
喪親後個別會談	26	15	9	7	3	3	0	1	0	7
電話聯繫	21	16	20	4	0	1	1	0	0	6
協助製作紀念物品	21	20	13	4	2	1	1	3	0	8
追思會	19	10	12	6	3	1	2	1	0	8
提供文章或衛教單張	18	17	11	8	3	2	2	0	0	7
舉辦悲傷支持團體	17	6	8	5	5	2	2	1	0	8
喪親後家庭訪視	16	14	12	3	0	1	1	0	1	7
轉介精神醫師	16	14	2	3	13	2	0	0	1	7
轉介心理師	10	9	1	0	3	1	0	0	1	6
郵寄慰問信或慰問卡	9	8	19	1	0	0	1	3	0	6
喪親遺族自助團體	4	1	2	0	1	0	0	0	0	4
簡訊慰問	3	2	1	0	0	0	0	0	0	3
聖誕報佳音	1	1	1	1	1	0	1	0	0	6
至往生者家中捻香	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
各專業的整體參與小計	181	134	111	42	35	14	11	9	3	

五、喪親關懷服務成果自評

為了解各安寧病房上述服務的成果，本研究邀請各醫院說明各項服務在去年服務總人次，並標示出家屬接受度最高的服務、各醫院覺得最有效果的服務，以及最容易落實的服務。

(一) 服務量

首先在服務量方面，有許多醫院並

未有內部精確的服務統計，因此僅能提供大約數值，研究群體去年服務總人次加總起來之後，最多的項目是郵寄慰問信，總共約有 5150 人次；去年度提供電話追蹤的總人次約有 4854 人次，衛教單張的提供總人次約 981 人；參加遺族追思會人數約 421 人次，19 家醫院辦理追思會的情況下平均每一家醫院每年的追思會大約有 22 位家屬回來參加。其他服務項目都算是稀有服務，服務人次較稀

少,32 安寧病房中的喪親個別會談約 237 件,遺族家訪約 145 件,悲傷團體參與人次約 109 人次,轉介精神科醫師 39 件。從本此調查中發現:服務人次越多的項目,各醫院通常也覺得是較容易落實的服務(參見表六)。

(二) 家屬接受度

有些喪親遺族活動辦理上耗費人力和成本,但家屬參與情形並不高,例如追思會常常是醫療團隊高動員,但是家屬低度參與。究竟哪些服務項目是家屬接受度較高的呢?25 家醫院覺得郵寄慰問信、電話聯繫是家屬接受度最高的服務,其次是協助製作紀念物品。家屬接受度最低的服務,甚至不會接受的是:轉介精神醫師、轉介諮商或臨床心理師、喪親遺族自助團體,這或許涉及到接受心理治療的污名化與病態化會讓家屬排斥,所以往往轉介了精神科,家屬還是不願去看診。

表六 喪親悲傷關懷服務自評 (N=32)

喪親悲傷關懷服務項目	服務總人次 (單位:醫院家數)	容易落實的服務 (單位:醫院家數)	家屬接受度高的服務 (單位:醫院家數)	自覺最有效果的服務 (單位:醫院家數)
郵寄慰問信或慰問卡	5150	25	25	13
電話聯繫	4854	15	25	17
提供以悲傷為題材之文章、印刷品,或衛教單張	981	9	6	0
追思會(放ppt、燭火祝福、茶點)	421	5	5	4
協助製作紀念物品(如逝者的照片集、圖文作品、手印、錄影)	342	4	15	10

(三) 服務效果

至於服務量大、容易執行與落實的喪親服務項目卻不一定是最有效果的服務,效果是指能達到喪親支持與關懷的目標,對家屬產生實質幫助。研究對象覺得最有效果的服務是:電話聯繫,因為能夠直接與家屬互動,既能觀察與評估家屬,也能立即提供支持與解答家屬疑惑。其次是郵寄慰問卡,第三是喪親後的家庭訪視,這項服務很難落實,探訪的成本也高,但是對於喪親關懷卻被視為是比較有效果的,也就是對家屬的幫助是比較大的。第四項是協助製作紀念物,雖然同樣是比較難落實,執行上耗費心力,但是在醫護人員心中卻認為對家屬的幫助是很具效果。至於提供以悲傷為題材之文章、印刷品,或衛教單張似乎無法從醫護人員的觀點得知效果,而必須從遺族的角度才能測知。

簡訊慰問	314	2	2	1
喪親後之個別會談	237	0	4	3
喪親後之家庭訪視	145	1	7	11
舉辦悲傷支持團體	109	0	2	4
轉介精神醫師	39	0	0	0
轉介諮商或臨床心理師	5	0	0	1
喪親遺族自助團體	5	1	0	3

討論與建議

根據本研究的發現，對於台灣安寧療護建構喪親關懷機制上有許多該思考的重點，然而為了促使醫務社會工作者能更勝任於安寧療護的工作，以下的討論將特別只針對本研究對醫務社會工作的教育與啟發。

1. 全程照顧：死亡不是結束，而是工作的開始

傳統的醫務社會工作者習慣在病人死亡或是出院後即結案，然而喪親關懷既是安寧療護的重要內涵，社工師對於安寧療護家屬的服務勢必是一段時間的陪伴，本研究發現各家醫院的追蹤期間有所差異，短則三個月，長則一年以上，社工可視案家需要而重覆開案。喪親關懷服務具有外展性與延伸性，服務的範疇會跨出醫院的高牆，延伸至社區與家庭。此一特性促使安寧療護社工人員必須培養更寬廣的服務視野，從病人生前到病人死後，從安寧病房到案主家庭。

2. 悲傷反應具文化意涵，悲傷評估應俱文化敏感度

紐西蘭的文獻回顧中已經開始注意

到不能只以歐洲觀點來處理悲傷與死亡，不同的種族與文化對於喪親儀式有不同的看重與設計。在本次調查中，有許多醫院追蹤喪親家屬的時點是在頭七、告別式之後、週年日、特地節日，這些時間點在台灣的文化中深具意義，也最容易引發遺族的思親之情，因此悲傷的支持若是出現在適切的時點，是對家屬的深度同理，安寧社工在評估與處遇上應該要具備文化的敏感度。

3. 機動的團隊分工、合作、互補：不強調單一專業的主體性與主導性

本研究的表五有非常多的醫療專業成員參與執行喪親關懷的業務，團隊合作也是一種藝術。在安寧療護並非頭痛醫頭、腳痛醫腳的明確分工，而是功能部分重疊共同提供全人的療癒。多數醫院雖然以社工人員為喪親關懷業務的主責人員，然而護理人員的涉入也非常深，在陪伴與支持家屬方面往往發揮很好的功能。在有些個案身上則顯現志工的重要性，而高危險個案則仰賴心理師與精神科醫師，因此安寧療護是一個機動性很高的團隊，在不同的喪親家庭展現團隊彈性分工合作與互補的特性，團

隊並非競爭關係，即使在悲傷的支持上似乎有所重疊，也不需要太過劃清團隊界限，因為在喪親服務中正是需要多專業的介入，以提供整體的關心。

4. 安寧社工角色定位：支持、教育與整合導向，而非治療導向

切勿將喪親關懷窄化於悲傷輔導，而誤以為悲傷的處遇是諮商師、心理師或精神科醫師的職責，事實上從研究中可看見這三者是治療導向，服務量不高，家屬的接受度也不高。各國多以社工人員為主要的承辦人員，本研究也發現台灣安寧病房喪親關懷機制中以社工人員的參與最高，社工的角色與功能在於關心支持家屬、提供死亡教育與宣導、訓練志工提供友誼式的陪伴、喪親關懷方案的設計與團隊人員一起整合執行、高危險個案轉介與資源運用。社工人員的重要性從表五可以一覽無遺。社工人員也應該繼續在個案工作、團體工作、方案設計、個案管理、資源運用、志工訓練方面強化能力。

5. 悲傷是常態而非病態，避免讓家屬感覺病態化

本研究結果發現家屬對於被轉介精神科醫師、心理師的接受度很低，而且轉介精神科及心理師的服務人次最少，一方面顯示複雜性的悲傷反應比較少發生，經歷過團隊的支持與關心後，很多人可以逐漸回歸正常生活，然而，究竟

是遺族不需要心理治療與精神治療？還是遺族排斥此類的服務？如果家屬是害怕病態化，害怕自己被視為不正常，醫療團隊為了提供喪親服務的使用率，應該盡力讓家屬安心與舒適，讓家屬知道悲傷是常態而非病態，避免讓家屬感覺病態化。對於服務的接受度，這個問題有待日後從遺族觀點去進一步了解。

6. 金字塔式的喪親關懷：具廣度也具深度

如同英國三階層的悲傷支持模式，第一層：所有的健康照護提供者都應該提供有關當地的服務資訊給喪親者。第二層：完整的悲傷支持需由專業人士或是志願服務人員提供。第三層：少數複雜性悲傷的高危險群應該轉介特殊性的服務(NICE, 2004)。本研究也發現所有的安寧病房均提供預防、支持和治療性的喪親關懷，從受服務的人次看來，電話聯繫、郵寄慰問卡、文宣衛教單能提供的服務量最大，是金字塔底層的服務，可以大量進行並且藉此評估和篩選危險個案，也可預防悲傷情緒的複雜化。第二層是支持模式，由團隊共同提供的追思會和家庭訪視、支持團體，接受服務的人次較少，關心的程度則更加深入。第三層可稱為治療模式，接受服務的人次更少了，由精神科與心理師提供的治療只發生在家屬有需要時。

7. 尊重家屬的接受度

在眾多服務方案中，還是得尊重喪親家屬對服務方案與自我照顧方式的選擇，家屬對於服務有不同的接受度，喪親家屬應擁有接受服務的選擇權(Field, Reid, Payne, & Relf, 2006)，他們可以決定是否接受悲傷支持服務。畢竟悲傷的歷程是絕對獨特的，安寧病房只是提供協助的機制，成為家屬悲傷療癒的資源與選項之一。因此遺族觀點將是本研究下個階段的探究方向。

第二年研究報告：

安寧病房遺族對喪親服務之觀點與使用經驗之探究

研究緣由與目的

喪親的失落與悲傷是生活的一部份，人們要學習去因應失落，也需要重建生活的秩序與生命的意義。安寧病房在台灣普遍提供最好的癌症末期照顧，並關照家屬喪親後的悲傷，透過許多喪親關懷行動試圖協助家屬減緩喪親之痛。因此建構一個良好可行的安寧病房喪親關懷機制是有著迫切的需要。本研究希望透過家屬意見調查，能了解家屬對悲傷關懷服務之需求、使用意見、使

用態度，以對醫療團隊提出建議，建構安寧病房喪親關懷活動更好的輸送系統與服務模式。

儘管以往的研究顯示喪親家屬對喪親追蹤的評價是正面的，但有關喪親追蹤輔導這服務對喪親家屬的效益評估之研究仍然缺乏。此外，大部份安寧緩和醫療服務沒有正式的機制，讓喪親的人們對喪親支持服務提供反饋。這意味著，迄今為止，猶不清楚到底喪親追蹤是否如上所述，真的對家屬們應付喪親的能力具有正面的影響。如果喪親追蹤需基於證據上的基礎，那重要的是，輔導的形式和內容應以喪親者家屬的角度為主，而非僅基於工作人員所認之家屬們的需求。因此，本研究的目的是，透過量化來探討喪親家屬對喪親追蹤的感知需要，和他們對何時以及如何被滿足的期望，另外還以質性資訊描述他們對喪親追蹤的形式、內容的看法與接受度以及建議

進一步調查那些不覺得有喪親跟進需求的家屬，將是極具價值的。為什麼他們不需要這個服務？就社會人口統計、死亡的情況下、個人經驗和其他因素而言，他們會具有那些不同的特點？不希望追蹤服務，是否因為他們認為服務所能提供的與他們的期望不符？或者，是基於下列原因而使他們拒絕這種服務：不是在自己家裡進行、不是集中在孤獨和有關死亡的事件、或與病人死亡無關者？他們可能需要不同類型的支持以應付不同的狀況。本研究聚焦於以

安寧病房為基礎的喪親服務，探究遺族對正式和非正式的喪親支持服務網絡的經驗與看法。因為服務使用者對服務工作的回饋，是服務的策劃、執行和審查是關鍵之所在 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

文獻探討

悲傷輔導的時機可以含括在整個疾病進行的過程中，患者家屬所經歷的預期性悲傷具有很多的特點，這些都可為專業人員提供機會，以促進病人和家屬之間的溝通，並協助他們認知死亡的必然性，以及解決未竟之事並考慮如何處理未來的問題，為即將到來的死亡而做的準備，能協助減少喪親後不良結果的風險 (Barry et al., 2002; CFAH 2003)。

經歷至親死亡的經驗，是一個非常煎熬的過渡期，往往導致身體和心理上的困擾。對此，一系列的喪親關懷服務被開發出來以回應遺族的需要，來協助遺族調適哀傷，喪親關懷的服務措施有利於緩解遺族的失落及其潛在的負面結果 (Bergman, Haley, 2009)。目前估計，遺族對喪親關懷服務的使用率大約為 10% 至 35% (Bergman, Haley, 2009)。關於遺族對喪親關懷服務種類的選擇或使用上的障礙，目前知之甚少。此外，家屬對於喪親關懷服務內容和結構的偏好考慮也是非常重要 (Bergman, Haley, 2009)。

安寧病房早期提供悲傷輔導與喪親服務是極其缺乏的，Billings 與 Kolton (1999) 的研究開始擴展「家庭取向」(family-oriented) 的安寧緩和照顧和悲傷支持服務，其使用電話調查訪問 53 位

在醫院死亡病人的家屬和密友。研究結果證實關於喪親服務的普及性是缺乏的，超過三位家屬陳述在親人死亡後未曾與醫院健康照顧的專業人員有過接觸，幾乎所有的接觸來源是來自於病人住院的期間，醫院的工作人員對於隨後的悲傷支持是忽視與隨意看待的。

在 Reid 等人 (2006) 的個案深入研究中，其中包括英國五個安寧療護喪親服務組織的 105 個喪親人們，該研究的作者強調了從喪親前到喪親後之支持連續性的重要作用。

在 Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen (2008) 這項研究中，大約一半親人去世於安寧緩和醫療期間的喪親家表達了對喪親追蹤的需求。本研究結果顯示，並非所有的家庭成員都有這種需求。(Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen, 2008) 本研究實際上顯示，大多數失喪親者在沒有任何輔導下，設法自行隨著時間的推移克服自己的悲傷，而只有少數人遭遇到嚴重的，有時甚至於持續的不良後果。

喪親追蹤的意義

喪親追蹤是一種機會，讓家屬在喪失導向的壓力 (亦即過去的感情失落和悲傷)，和復元為導向的壓力 (亦即是目前及未來所關注比如尋找一個新的身份和新的角色)，二種壓力之間擺盪 (Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen, 2008)。

1. 表達罪惡感

家屬們表示需要談論他們所感受到

的罪惡感，例如，感到未能對病人做足夠的付出。一些家屬寫了他/她們沒有注意或體認到病人疾病的嚴重程度，因此而沒調整他們對病人情況的要求。由於沒有意識到病人正在惡化，家屬並沒有邀請病人分享他/她的想法。這可能對病人造成痛苦，而迫使病人一個人孤獨的來處理所有自己的負擔。例如，在病人去世後，家人發覺所有對病人有關食品、飲料、和多運動的嘮叨要求，不僅是毫無意義，而且還不必要的將一個已經很疲憊病人力量給抽走（Milberg,Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen,2008）

2.慰藉遺族的孤獨感

受訪者描述了在病人過世後，談論自己在這種生活和感情變化中所感受到孤獨的重要性。例如，對失去父母而成為家庭中最年長的孩子，也因此成了一個必需獨自對家庭情況和保持家庭完整的問題做出困難決定的家長。對於其他人，孤獨意味著他們再也不能與親密的伴侶分享日常生活以及節日慶典的歡樂與點點滴滴。這是當平常日常生活通常由二個人共同處理，而突然間都必須由一人來面對時所必然會產生的實際問題，許多家屬有孩子和孫子們可以幫助他們，但他們有自己的生活，而有的還彼此住得很遠。家屬們表示，當喪親後的孤獨和喪失感來襲時，他們發現去打擾親人是一件很困難的事情（Milberg,Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen ,2008）。

遺族悲傷評估

各地區安寧療護所採取的方法是積極主動的，其中社會工作者對病人及家屬進行心理評估，這是提供給所有照顧者之共同診療團隊和喪親後續工作的一部分。將安寧緩和照顧的時間和資源做更佳的分配，以輔導那些實際上被確定具悲傷複雜性風險增加的人們，而這都可於病人在安寧緩和醫療期間和死亡後進行。有些工具已被發展以用來評估喪親者家屬有關喪親的心理風險，或當病人仍然活著時，例如，12 項家庭關係指數 Family Relationships Index (FRI) 和值喪親時的，例如，修改後的四個喪親風險指數項目 Bereavement Risk Index (BRI)(Milberg,Olsson,Jakobsson,Olsson, Friedrichsen , 2008)。。(Field et al.,2004) 研究所顯示 25%到 43%個單位採用這種評估程序，相較於使用這種工具，工作人員似乎更傾向基於他們對臨床印象的決定，這主要是由於擔心這種工具將無法認定所有家屬個人對支持的需求（Milberg,Olsson,Jakobsson,Olsson, Friedrichsen , 2008）。

遺族的悲傷需要評估，透過悲傷的程度，告知喪親者所需要支持種類及程度是必要的(Chrystal-Frances,2003；NICE, 2004；Parkes,2006)，尤其對悲傷程度較高者或缺乏社會資源者，臨床醫生和輔導提供者可透過定期評估其憂鬱、社會網絡、處遇措施的調整來增進他們處理喪親的能力（Bergman, Haley,2009）。

Agnew,Manktelow, Donaghy (2008)的調查發現所有研究參與者都不知道有由專業人士所進行的喪親風險評估過程，但有兩位服務使用者分別的

建議與喪親有關的自殺風險評估的需要。一位參與者說道「事先檢測自殺的想法遠比等到有人殺死自己來得好」。參與者的敘述表明他們並不知道喪親的脆弱性或風險評估是可以進行的。參與者認為應由他們找出自己的弱點，並為他們因喪親之痛所造成的心理健康問題而積極尋求幫助 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

然而悲傷評估應由誰執行，應由誰來承擔這個角色仍不清楚，各地在目前的執行仍不一致 (Reid et al., 2006)。有些喪親者認為這項工作應由家庭醫師來執行 (Main, 2000)；然而一般的建議是應由對安寧療護有特殊興趣且能提供例常喪親支持服務的家庭醫師才適合 (Harris, Kendrick, 1998)。雖然護士在患者死亡前對病人和家屬的支持發揮了重要作用，但他們參與喪親後的服務能力則令人質疑，主要是他們缺乏對悲傷反應的評估資源和所需要的訓練 (Birtwistle, 2004)。至於社會工作者，研究發現服務使用者對社會工作人員能提供些什麼服務普遍缺乏認知，但他們仍認為社會工作者所提供的服務，在安寧療護中是很重要的一部分 (Beresford et al., 2007)。

遺族之喪親反應與需求

喪親家屬的主要訴求包括：初期關注在對於隱私的尊重、尊嚴和慰藉、與家庭的溝通、急診室的病房照顧、預立照顧計畫的指導、和悲傷支持 (Billings, Kolton, 1999)。遺族的震驚和孤離感說明

她們需要專業人員不斷支持，工作者不應認為疾病復發告知所造成的震驚感，要比初步診斷結果告知時來得低 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。遺族會感到憤怒，「我感到非常憤怒...對整個世界」，遺族也感到倖存的內疚，或對他們伴侶的癌症及其治療不了解或做得不夠。

心理上，遺族在喪親後普遍存有心理健康方面的問題，其中包括癌症恐懼症、壓倒性的絕望情緒、抑鬱症和焦慮情緒 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。令人值得注意的是，有些遺族所感受到的壓倒性絕望強烈到令他們想自殺，他們對未來喪失了希望、能量、動力和興趣的參與者，並接受了抑鬱症的處方藥物治療 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

財務方面，由於健康欠佳或兼職工作，大部分參與者都屬低收入組群。

社交方面，遺族經歷的社會隔離更是明顯。他們感到社會對他們需要表達出來的深度哀傷感到不耐，同時也感到家人和朋友對他們的喪失缺乏洞察力 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。此外，女性遺族提到她們感覺到自己好像是「第三者或社交界的異類」。有些人對現有的社會網絡和友誼還難以應對，因為她們認為，其他人的妻子認為她們是一個「威脅」。雖然男性參與者承認他們的孤獨感，但證據顯示，他們比女性喪親者更主動及更迅速的去尋找新的關係或友誼，並開始重新整合。

精神上，遺族的信仰精神受到了挑

戰、被棄絕或加強。

喪親後整個第一年的麻木，阻止了他們對哀傷與喪失感覺的調整。喪親後需調整的項目包括：單親父母的處境、獨居和對人生價值的質疑。撫養子女的責任賦予生活目標和堅持下去的動機 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。遺族感受到適應獨居、失去人生方向、思考尋找新的伴侶的困難。一位與會者談到，在意識到自己已經永遠改變了，生命再也不能回頭往後看，他對自己進行了徹底改造。有些遺族體認到他們需要生活於現在，「我不想看得太遠，只是過一天算一天，就這麼殘喘過日吧，就是很單純的處理實際人生中的瑣事罷了。」

喪親關懷執行人員

1. 非正式的支持：雖然親屬也因自身一些喪親悲傷或對損失深，但遺族都強調了家庭的強大支持，家庭和 friend 是被引用最多的非正式支持，雖然這種幫助是有時間上的限制，家人、朋友和鄰居還是最常被引述的非正式網絡的支持來源 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。調查結果顯示，儘管非正式網絡有其局限性，但對喪親者而言，家庭和 friend 是個非常寶貴的支持資源 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

Agnew 等人 (2008) 在分析服務的提供時，可以看出大多數的參與者 (8 例) 都與家庭醫師進行接觸；社會工作者排第二 (7 例)，接下來是喪親照護的志願機構 (3 例) 和護士 (2 例) (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。在

英國遺族首先就診於他們的家庭醫師 (GP)。處方藥物、醫療證書、和一個傾聽者是有益的，一位遺族強調，雖然家庭醫師所分配給的諮商時間很短並且缺乏連貫性。另一個遺族認為她的家庭醫師是個關鍵的人物，該位醫師對於她的需要採取了綜合處理方法。如果認為有干預的需要，家庭醫師會轉介參與者到喪親服務的義工機構或社區的精神科護士 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

喪親家屬希望與誰談論和談些甚麼？大部分喪親者家屬傾向於私人會談，最好在自己家中，且工作人員最好是曾與患者和家庭有過接觸者。雖然受訪者強調了與善於傾聽者交談的重要性，但他們也希望得到關於病人死亡問題的答案 (Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen, 2008)

1. 一位懂得傾聽的人：重要的是進行喪親面訪的人員要具有傾聽的技巧。家屬們一再表示他們需要談論所經歷過的感受。這種談論的需求不僅包括朋友和親戚，還包括家庭以外的人，如在安寧緩和醫療團隊的工作人員。許多不同行業的人們也被提到了，例如護士、醫生、輔導人員、牧師、和社會工作者。儘管有如此多的不同行業的人被提及，但很明顯，專業與喪親追蹤無關。相反的，喪親者家屬所讚賞的是工作人員傾聽他們想法與情感的能力 (Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen, 2008)。

2. 認識病人和家庭的人：執行喪親追蹤

的工作人員曾與逝者和喪親家屬先前的碰面，對喪親家屬是一件非常重要的事，例如，病患死亡前曾有過的家訪，或曾經參與了安寧緩和的醫療。此外，他/她對亡者的病史也應該有一定程度的了解。透過先前與喪親家屬和病人的接觸以及對病人疾病的一些了解，這種與病人及家屬的接觸關係已經建立了。這種關係會促進安全和信任感，它是一個很重要的出發點。一些家屬提到，他們特別想與在病人生命最後幾個小時，接觸了病人的團隊工作人員談話（Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen, 2008）。

Bergman, Haley (2009) 的研究發現最常被用到的是由神職人員和醫生所提供的服務，其次是支持團體和個別輔導。較小比例的受測者報告說曾有與社會工作者、志工，或心理師或精神科醫生談論有關他們的失落。

遺族對社會工作者的回饋一般都是正面的，但是，對他們在安寧療護所扮演的角色卻缺乏了解 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。參與者對社會工作支持的性質和品質反應不一。接受過社工人員喪親後支持服務之參與者對社工的反應是一致的肯定。調查結果顯示，社會工作者可靠、適用，以及他們在喪親前後支持服務的連續性也受到尊重。絕大多數的參與者提出，應促進輔導及喪親支援服務為社會工作之作用的一部分 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)

喪親前和喪親後支持的連續性似乎

也很重要。在喪親追蹤中，曾於安寧緩和期間參予照顧病人的工作人員，可以在喪親者感到孤寂時予以慰藉及回答問題，並提供家庭成員一些記憶的片段，這對喪親者有著極大的支持。此外，工作人員還可以提出問題、肯定家庭成員在照顧上所付出的努力、並設法促進一種自我超越的感覺，如家庭成員滿足居家死亡病人的最後遺願。這也許能防止罪惡感，從而支持有意義行的應對。其他人也肯定了喪親追蹤時，強調喪親家屬已作了一切盡可能努力的重要性。

喪親追蹤的內容

與遺族談過去、現在和未來 (Milberg, Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen (2008)。關於過去，家屬想將病人當作一個活著的人來談，談一些他們之間共同記憶，以及在病人生命最後幾天和幾週內的過去。這些問題舉例來說，可以是病人的致病原因和病人疾病的診斷、治療、藥物以及病人所遭受的經歷。此外，還有在最後的時光中，疾病如何影響了病人和家屬的問題。

至於當前現況，家屬想談談他們現在的感覺是如何。喪失和憤怒的情緒反應是最常被提到的重要主題。

家屬也表達了談論未來的需求。對未來的想法往往包括，如何才可以找到足夠的力量繼續前進，在艱難的新情況下思考他們的抉擇，譬如要不要賣掉他們的房子，尤其是當體力以及財務都已無法負荷現況時。其他選擇包括搬到子女和孫輩附近居住，以獲得更多的幫助和

聯繫，或選擇留在熟悉的環境，而擁有自己的朋友和對死者的回憶。

當家屬表達對喪親追蹤的需求時，他們的敘述涉及到過去（喪失），現在（他們的近況，包括孤獨，罪惡感，和被肯定的需求），以及未來（找到他們的新定位）方面的事項。這些主題可以看作是一個敘述的框架，而本研究顯示出，論述實際上對損失和喪親是很重要的應對（Milberg,Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen,2008）

遺族對喪慟關懷服務接受度與偏好 (preference)

Milberg,Olsson, Jakobsson, Olsson, Friedrichsen（2008）的研究結果顯示，大約46%的家屬表示了對喪親追蹤的需求。大多數受訪者傾向個別式的會談，最好在自己家中，而且最好是由曾有與病人和家屬接觸過最多次的工作人員來進行；家屬希望談談在安寧緩和醫療階段所發生的事（例如，病人是否遭受痛苦）、和他們目前的情況以及所感受到的孤獨，還有他們的未來；支持介入最好的時間點是喪親後二至六個星期。

Bergman, Haley（2009）調查遺族對服務內容的偏好項目，結果反映：遺族偏好於那些設計來協助重新構建他們的失落，和處理隨著失落而來的變化和感受之服務。遺族也偏重於以參與社區、擴大的社會網絡、和有關注意力分散、放鬆、壓力的管理為重心的輔導服務。有關服務的結構和輸送方面，遺族則偏好以個別的、靈性為基礎在自己家園所

進行的處遇協助。在性別和年齡上，受測者反映了多樣性的偏好，同時對網路和教學形式的服務給予相當低的評價。與高度社會網絡組相較之下，低度社會網絡組對10項內容的偏好平均評級明顯的要來得高。低度社會網絡組服務更偏愛的服務，包括那些旨在協助自喪親中重振或轉移對喪親的專注、協助宣洩或處理悲傷、或促進自我效能、技能培訓、或社會的參與（Bergman, Haley,2009）。

有關喪慟關懷服務內容、結構和輸送的偏好，反映了各式各樣的觀點，參加服務者都希望能積極的參與調整他們的寡居和其他方面的生活。偏好反映了一種期望，希望能加強以處理哀傷失落和恢復為導向這兩種類型的服務。值得注意的是，低度社會網絡組一致對以復元取向為主的處遇服務，比高度社會網絡組表達出更顯著的偏好。那些缺乏社會資源者，可能會因為表達悲痛機會的減少而特別脆弱，因為這種活動也是失落處理導向的一種。我們的研究結果表明，社會資源在提供能符合以復元為導向處理的活動環境上，也扮演了一個至關緊要的角色，其中包括參加生命的變化，和建立新的角色和關係（Bergman, Haley,2009）。

Bergman, Haley（2009）建議日後的研究應檢視，所提供的服務是否能與喪親者的偏好更為一致，而為喪親者帶來更多的有利調整效果。例如，參加輔導者高度偏向有機會談論他們失落感受的相關服務。另一方面，設計來協助喪親者找出歡笑事物服務得到最高的偏好评級。喪親者個人真正的歡笑會增加正面情

緒，以及減少經驗的負面情緒。重要的是要了解偏好是否能使個人自喪親服務中得到最大的好處。

遺族在服務項目的偏好上，依序如下：1.尋找可歡笑的事 2.在你的配偶去世之前已開始及協助你知道能期待什麼 3.談談你有關失落的感受 4.幫助你結交新朋友 5.提供社區的信息資源 6.教你如何放鬆 7.在挑戰的情況下反思或工作 8.專注於健康和你所學到的東西 9.給你方法來處理孤獨或憂鬱 10.壓力管理 11.給你信心，讓你知道自及可以克服哀傷 12.表達你的失落悲痛（Bergman, Haley,2009）。

遺族在服務輸送方式的偏好上，依序如下：1.個別地 2.靈性為基礎地 3.在家中進行 4.團體方式 5.寡婦對寡婦 6.按年齡組別限制 7.治療。分數最低的是正式的教學或講座、電腦或網絡類型（Bergman, Haley,2009）

Kaunonen 等（2000）的結論認為，受測者感受到電話支持的正面效果，並認為與護士交談和提出問題是非常重要的。負面的經驗來自被承諾會電話聯絡，但卻從沒接到過電話的受測者。

家屬對個別的和靈性為基礎的服務，則給予被高度認可，這類被高度認可服務，其目的是提供方法以重新構建失落的意義和處理隨喪親而來的變化和情緒。較低度社會網絡組具對內容有較高的偏好，主要是這種服務是復元導向的處理（restoration oriented）。

喪親服務使用率

目前估計，遺族對喪慟關懷服務的使用率大約為 10%至 35%（Bergman, Haley,2009）。在 Bergman, Haley（2009）研究中，有 45.9%的死者配偶使用專門的專業喪慟關懷服務（即支持團體、喪親輔導、或心理/精神科醫生），和 88.5%的死者配偶曾使用任何一種的正式輔導服務（也包括醫生、牧師、社會工作者、護士）。這個超過以往研究所發現的高使用率，可能是由於所有受測者的配偶都死亡於安寧療護病房，它們都有喪親者後續追蹤和提供輔導服務的系統。這些遺族可能比非安寧療護遺族，更有機會接觸定期所提供的信息和服務。最常被使用的是神職人員（55.7%）和醫生（49.2%）的服務（Bergman, Haley,2009）（Bergman, Haley,2009）對美國佛羅里達州坦帕灣三個安寧療護所的研究發現 61 位遺族幾乎近一半（45.9%）的研究對象，至少曾使用到一種專業喪親處遇，以幫助他們處理失落，包括任何一種協助喪親遺屬處理死亡的支持小組、喪親輔導、或心理師或精神科醫生。該項調查中幾乎所有（88.5%）的受測者都報告說曾經多少使用過一些正規的喪慟關懷服務，其中也包括接受醫生、神職人員、社會工作者或護士的協助。最經常被使用的是宗教人士和醫生所提供的服務。

喪親服務內容

在加拿大亞伯達省愛德蒙的 Stollery 兒童醫院提供以家庭為中心的照護。該醫院在建立起小兒科的安寧緩和醫療團隊之後，提供給全醫院服務的喪

親追蹤團體於2002年4月成立。這個安寧緩和醫療團隊持續進行一項由小兒加護病房在2001年發起的，名為「創造回憶」(memory creation items)的計畫，由醫院的牧靈部舉辦追思會，同時，在整個喪親追蹤計畫的第一年之間也藉由郵件及慰問電話與家屬保持聯繫，除此之外計畫也提供住在愛德蒙及其鄰近地區的家屬諮商服務及團體工作 (group work) (deJong-Berg, Kane, 2006) 使用郵寄調查方式進行方案追蹤與評估。

Wilkinson, Croy, King, Barnes (2007) 研究英國的慈善組織所提供的七家安寧病房，檢視父母對於家中喪親兒童支持性服務的相關經驗和觀點，該計畫選取25位父母來進行個別面談。英國七家安寧療護機構裡所提供喪親兒童支持在服務的細節在下表(Wilkinson, Croy, King, Barnes, 2007)

Wilkinson, Croy, King, Barnes (2007) 調查中的英國七家安寧病房喪親支持工作者主要是諮商師或社會工作者的背景，喪親支持工作者從未經歷這工作的專業訓練，只有二位工作者接受此項業務後曾接受進一步的訓練，如悲傷輔導、認知行為治療。他們的工作大多數開始於喪親之前 (prebereavement)，當病人轉介去安寧病房後立刻建立與家庭的接觸，當被需要時他們提供支持與建議。在所有的安寧病房中有一家 (安寧療護機構G) 喪親支持工作者都是兼職，但是所有都接受每個月的督導。所有七家安寧病房提供電話支持、家庭個別化關心和兒童個別化個案工作。其中二家有運作試驗性質的悲傷支持團體，

所有安寧病房中有兩家 (B and F) 報告定期與學校接觸，提供一些關於孩童喪親的教育和討論孩童相關的學校問題。

表 1 英國七家安寧病房喪親服務與人員配置

	A	B	C	D	E	F	G
處遇人員 (提供支持性服務的工作人員所接受的訓練)	遊戲治療師	遊戲治療師	諮商師/ 心理師	諮商師/ 心理師	社會工作師	社會工作師	社會工作師
主要的服務取得途徑	社區團體 (community team)	傳單介紹、 Pack、 安寧病房工作團隊	傳單介紹、 Pack、 安寧病房團隊成員、 社區工作人員	傳單介紹、 Pack、 安寧病房工作團隊、負責 門診病人的工作人員	傳單介紹、 Pack、 安寧病房工作團隊、 社區工作人員	傳單介紹、 Pack	安寧病房工作團隊
最初接觸時間	喪親之前 (prebereavement)	喪親之前	喪親之前	喪親之前	喪親之前	喪親之後	喪親之前
接受服務地點	安寧療護中心 (hospice-based) 家庭訪問 學校訪問	安寧療護中心	安寧療護中心 家庭訪問	安寧療護中心 家庭訪問 學校訪問	安寧療護中心 家庭訪問	安寧療護中心	安寧療護中心 家庭訪問
提供支持的方式	電訪 個人 家庭	電訪 個人 家庭	電訪 個人 家庭 團體 (pilot)	電訪 個人 家庭 團體 (六週)	電訪 個人 家庭 團體 (pilot)	電訪 個人 家庭	電訪 個人 家庭 團體 (drop-in)
志願人員	無	無	有	有	有	無	有
寄信	32	28	30	36	26	39	26
有效回應	13	7	8	10	6	10	12
同意訪談	9	3	6	5	3	4	9
服務使用者面談	2	3	3	3	2	2	4
非服務使用者面談	3	0	0	1	0	2	0

遺族使用喪親支持服務之理由

Roberts 與 McGilloway (2008) 以郵寄問卷調查以安寧為基礎的喪親支持服務 ()，研究愛爾蘭的安寧喪親支持服務，對於每月舉辦的追思會 (Monthly memorial ceremony)，回應研究的遺族中大多數的人 (87%, 77/89) 曾經參與過每月追思會。參加的理由：有四分之一的回應者 (16/42) 希望可以帶給他們慰藉和幫助他們因應失落。有些人 (10/42) 參加是為了要榮耀 (honour) 和追憶他們死去的親人或朋友。有 5 位回應者則是希望能和有同樣失落經驗的人相處。其它一些理由 (7/42) 包含渴望與逝者更加接近，和提供一個機會讓家人能夠聚在一起。

參與者大多是逝者的主要照顧者和與逝者有極密切的關係，例如父母親、伴侶、或小孩。他們在逝者死後期間，通常比那些未參與者需要更多實際生活和情緒上的支持。此外，參與者比起那些未參與者的年齡更加的年輕。

參與過喪親資訊夜的回應者則是認為有一個機會可以與有相同失落經驗的人談話，和學習如何經歷失落才是正常的，包含一些悲傷歷程和安寧病房可提供的支持。而參加過悲傷支持團體的回應者則是認為他們從被傾聽而得到益處；有機會傾洩情緒，而不會覺得自己是愚拙而瘋狂的，得到機會與家人之外的人談論逝者，與他們的親人/朋友談話時不會感到阻礙；接受他們的情緒是正常的，有機會在安全的空間表達憂傷。

(Roberts, McGilloway, 2008)。

遺族參與悲傷支持團體 The volunteer bereavement support service (VBSS) 的理由：有 58% (44/76) 的遺族希望與家庭外的人談話；大概有 40% (31/76) 的人則是認為他們無法獨自去因應悲傷的情緒；有 15 個人 (15/76) 的人是因為他們家人/朋友的說服。更進一步有 10% 的人數敘述他們沒有其他的人可以交談。其它的理由 (4/76) 包含尋求如何有效因應的資訊，或者是用合適的方式來表達悲傷 (有 4 個回應者沒有回答此問題)。超過三分之二的 VBSS 回應者 (70%, 53/76) 滿意此服務的提供，雖然有一些需要改進的地方。建議包含：(1) 增加可利用支持性服務的類型和次數；(2) 確認所有的喪親家庭是被適當告知有此類服務；(3) 讓家屬在必要的時候能夠更換不同的志願服務者；(4) 強調實際的考量，像是使用可交替的空間，和更個別地通知此項服務 (Roberts, McGilloway, 2008)

Wilkinson, Croy, King, Barnes (2007) 研究結果：父母使用服務的原因為：(1) 忠告和再保證 (reassurance)；(2) 當他們的孩子悲傷時能給予支持；(3) 能提供忠告以改善在家中和學校的行為困難。服務的存在仍然是重要的，因為他們的孩子有其需求並且需要被關注。兒童和父母與非家庭成員談話中得到益處，參與社交活動以減低其隔離的感覺。該研究結論：安寧病房中所提供的兒童喪親服務，成為整體緩和性癌症照顧支持的一部份 (Wilkinson, Croy, King, Barnes, 2007)

Wilkinson, Croy, King, Barnes (2007) 研究父母照顧喪親兒的過程為何願意接受喪親服務，有四個主要的問題被視為父母接受服務的原因。

1. 父母常懷疑“我們做的是對的嗎？”：許多父母關注於做正確的事，並尋求忠告關於該告訴孩子什麼，何時告訴他們，以及如何告訴孩子都是他們該做的事。許多失去父母的單親家庭察覺到他們需要特別的幫助，無關於單親父母認為他們的孩子是否能同時處理的很好，或者是從家人和朋友身上接受忠告和支持。
2. “我們不能用情緒化 (emotionally) 來支持小孩”：緊接著悲傷之後，再重建屬於他們和孩子的日常習慣和維持一貫生活，對於很多家長來說是很重要的。雖然能提供孩子生理上的需求，但許多父母表示他們太沉浸在自己的悲傷中，以至於無法提供給他們認為孩子所需要的情緒上支持。有些父母會認為小孩是想要藉由不與他們談論來保護他們。所有父母認為服務塑造出一個安全的環境，可以讓小孩沒有痛苦的與朋友或是家庭成員討論相關的議題。
3. 孩子有“行為問題”：許多父母想要為在家處理孩子行為上的問題尋求支持。然而，有時候父母無法確定是否孩子的行為與喪親有關，或只是成長的一部份。有些父母試圖“保護”他們的孩子藉由不分享他們的想法和感受。有些父母後知後覺，了解到這可能造成孩子的行為問題，當孩子了解到他們的父母缺乏明顯的悲傷就

像無關緊要的符號。

4. 學校適應問題：有些家長說父母的死亡似乎會造成問題在他們的孩子和學校同儕之間，以及損害他們孩子接近學術作業 (academic work)。父母指出學校的支持具有高度的可變性，當支持服務考慮到貧窮問題，父母必須評估可使用悲傷支持服務的程度。溝通問題介於家庭和學校是很明顯的，就像一些老師無法察覺到一位家長生病或是死亡一樣。

遺族使用喪親服務的障礙

為何家庭選擇不接受喪親服務？Agnew, Manktelow, Donaghy (2008) 的研究顯示：雖然參與者對這樣的喪親服務深表感謝，但絕大多數都婉絕了這種服務，並表示出堅忍的態度，或是出於缺乏自我需要的意識，一種基於對諮商服務有限的了解或自覺恥於接受專業喪親支持的想法。此外，參與者也表示不願參加提供的喪親團體服務 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。有位參與者形容他的想法：『我不喜歡群體。我發現它真的很難受，它太令人沮喪...每個人都有一個他的故事可說，而每當有人在說他的故事時，這就像你在述說你自己的故事一般，而你卻必須這麼頻繁的去接受它』。

一位參加義工喪親組織個別諮商輔導的參與者，則對服務的益處感到不確定性 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)

Wilkinson, Croy, King, Barnes

(2007) 的研究發現家屬有以下的因素：沒有接受服務的人是認為正式化的支持是不需要的，或是有其他足夠 (sufficient) 的支持。此外還有以下原因：

1. 沒有明顯痛苦的徵兆：大多數的人會認為他們的小孩以正常化 (normally) 悲傷的方式回應，並未顯示出明顯的問題。有三位非服務使用者的小孩經歷了祖父的死亡。父母認為他們可以很開放的與孩子談論。其中有一位父母具有醫學背景則是說對於小孩的多種困難問題，則是有自信可以回應。
2. 有更適合幫助的人：有一些父母的小孩有特殊教育的需求 (如自閉症)，認為他們的小孩在學校中會獲得更有效且合適的特殊協助來因應。喪親支持工作者的相關限制在於：(a) 他們小孩有限的溝通技巧；(b) 提供支持的工作者是否有接受過足夠訓練可以與小孩會談；(c) 顧慮與他們小孩談論到死亡的細節時是否是正確的作法。有一位父母曾經與提供支持的工作者有過接觸，但是隨後與孩子的老師討論時，決定不要使用服務。

有一位父母則是說他們在緩和照顧的護士中得到有效的幫助和支持。另外一位則是說他們可以自己提供支持給小孩或是在家庭中得到更好的支持。

在服務使用的障礙中，Bergman 與 Haley (2009) 的研究有三分之一以上的人認為提供的服務並不吻合於他們的需要和興趣。最常見的障礙是態度，在這方面，54.2%的喪親者並沒有感受到服務

的有用性和好處，44.3%的人覺得這些超出他們家庭朋友之外的非正式社會網絡所提供的協助是不需要的。特別值得注意的是，41%的研究參與者報告，能使用到的服務並不符合他們的需要或益處。有少數研究參與者報導曾經歷了實際的障礙，如缺乏運輸工具或無力支付服務費用 (Bergman, Haley, 2009)

有些遺族沒有參與追思會的理由，最普遍的原因包含：太痛苦的感受或在那段期間沒有幫助 (8/12)；不希望回到安寧病房中 (7/12)；服務來得太快 (5/12)；追思會的宗教特性 (5/12) 和不方便出席 (4/12)。大多數參與過 ceremony 的人對於服務是滿意的 (86%, 66/77) (Roberts, McGilloway, 2008)。其次對於喪親資訊夜 (The bereavement information evening)，回應者對於沒有參加給予一些理由，最普遍的包含：BIE 舉行的時間不適當 (40/112)；認為參加會引起痛苦的情緒 (34/112)；沒有或不夠注意到 BIE 和認為可以靠自己應付情緒 (20/112) (Roberts, McGilloway, 2008)。

遺族選擇不利用悲傷支持團體 VBSS 的理由時，37% (59/159) 認為他們可以用自己的方式去因應失落，或是藉由家人或朋友的支持和協助。有 16 個回應者 (16/159) 未使用服務的理由是他們覺得可能會太痛苦或是認為太快談論到他們的失落。有一些回應者則是說到他們未使用 VBSS 服務的原因是因為他們沒有覺察到此服務 (12/159)，也有一小部分的認為他們沒有時間去參與 (7/159)。其它一些理由像是有些回應者認為與陌生人談論到逝者是不合適的行

為或拒絕接受安寧病房的資源當他們認為有其他更需要的人（49/159 的回應者沒有回覆此問題）（Roberts,McGilloway,2008）。

許多家屬表示他們無法參加 Stolly 舉辦的追思會多半是因為路途太遠，但也有少數是因為情緒上的困難，出席追思會的 7 對家屬全數表示追思會帶給他們安慰以及幫助。在調查中只有一位父親出席追思會，所以，必須探討性別是否為影響追思會出席的要素（deJong-Berg, Kane,2006）。

遺族對喪親服務之滿意度

Bergman, Haley (2009) 的研究有三分之一以上的人認為提供的服務並不吻合於他們的需要和興趣。Bergman 與 Haley (2009) 的研究發現大多數 (54.2%) 人並沒有感受到服務的實用性，而且近一半的人表示現有的服務並沒有滿足他們的需求或利益。就態度上的障礙而言，這些結果可能被認為是反映了許多參與服務者能有效地使用自己非正式網絡支持的適應力和能力。

Billings 與 Kolton (1999) 的研究進行電話訪談，評估醫院臨終照顧的家屬滿意度，以及隨後悲傷輔導的範疇，訪談了 53 位家屬，全部的家屬對於照顧的滿意度以及溝通的滿意度在 Likert scale 中呈現高度滿意的比率（中數 4.3）。

deJong-Berg 與 Kane (2006) 針對加拿大亞伯達省愛德蒙 Stollery 兒童醫院 81 個家庭被邀請參加對於喪親追蹤計畫的滿意度調查，其中有 29 位父母親代表

21 個家庭參加。家長們表示收到書面的資訊是非常有幫助的，他們也覺得被鼓勵去了解來源是有效的。同時，他們認為此計劃拓展了 Stollery 兒童醫院從他們的孩子生病到死亡的期間中所提供的照護。加拿大兒童醫院在孩子死亡的時候提供紀念品/遺物，由工作人員在孩子死亡時提供紀念品是在整個計劃中最被接受的一部分（母親多過於父親），有兩對夫婦表示他們在那當下無法接受任何事物，事後回想起來很後悔他們當時所做的決定（deJong-Berg, Kane,2006）。

Wilkinson, Croy, King, Barnes (2007) 調查遺族對喪親服務的觀點，一般來說是正面的，但也有些限制依舊被表達出來。在服務優點方面：

1. 易接近的：他們大大的感謝這項服務的存在及提供給他們，而不是他們必須自己去尋找。
2. 工作團隊的彈性：他們能夠隨時保持聯絡，即使是 3-4 年的悲傷期過後，這對家長來說是很有價值的。這也是對許多家庭來說是很重要的，就是工作人員提供兒童的悲傷支持，如果有必要的話，也能夠在安寧病房之外來探訪他們的孩子，當許多人希望再也不要回到原來的場所。
3. 兒童的額外支持：因為許多家長認為他們的孩子壓抑他們的情緒因為怕父母心煩，額外的支持被認為是有益的。他們的孩子有信心會完全的告訴某人，因為知道這樣不會使父母心煩。他們認為這可以減緩他們龐大的重擔，而且他們的孩子喜歡這事實就是他們能信任他們所關心的人。

4. 減低社會隔離：當父母談論到團體活動的益處時，他們的小孩可以遇見和與其他經歷過類似經驗的小孩談話。父母也會願意去參與團體活動去談論他們的小孩，特別是較為年輕的小孩，were reassured that their family had not been "singled out" or "picked on"。然而，參與團體活動的年齡層必須要合適，例如提供給年紀較輕兒童的團體和另外一個給青少年成人的團體。
5. 從提供支持的工作人員所獲得的回饋：即使了解在兒童與喪親支持工作人員之間保密的重要性，許多父母仍會對於接受服務所產生的極小的回饋感到驚訝。父母親希望在幫助他們的小孩的過程中扮演更主動的角色，當他們認知到自己也是問題中的一部份。

研究方法

一、研究對象之選擇

Milberg等人(2008)的研究對象為在研究展開前三至九個月於安寧緩和醫療單位死亡患者的家屬。去世只三個月內的病人家屬被排除在外，主要是顧慮到這些喪親家屬的心裡壓力風險，因為真正體會到失去親人的實際生活感往往在喪親後三至四個月才開始出現。Agnew等人(2008)的研究則選擇死亡時間發生在過去13-23個月之內的遺族。這個時段的選擇是根據Pardoe(1989)所主張的道德理由，他認為在接觸研究對象時要減少悲傷的可能性。為了避免給家庭造成額外的壓力，Wilkinson等人(2007)的

研究對象是喪親半年內的不去接觸。本研究基於先前研究的經驗與考量，以台中榮總、彰化基督教醫院二家安寧病房喪親家屬為郵寄問卷對象，為避免打擾剛喪親者，樣本條件設定為喪親時間為三個月以上，一年半以內的遺族。

二、研究倫理

本研究取得「聯合人體試驗委員會」(JIRB)的核可書(編號 09-S-005)，同意本次的問卷調查，也獲得彰化基督教醫院以及台中榮民總醫院人體試驗委員會同意執行，一切程序都謹守研究倫理的規範。本次問卷調查是邀請二家中部安寧病房喪親一年半內的家屬協助填寫此問卷，問卷內容是關於遺族對於接受悲傷輔導的想法與接受度。遺族的地址與資料是來自病房保留的檔案，所有個人資料都以縝密的方式保管與處理，無外洩之虞。

三、研究方法

Billings 與 Kolton (1999) 發現普遍性運用量化的測量方法來評估臨終照顧中的家屬滿意度是不適當的，因為單一的、開放-封閉的問卷產生令人感到不安的問題。郵寄問卷比訪談更能讓受訪者表示他們對服務的不滿之處。因此本研究採用郵寄問卷調查，問卷之填寫約需十五分鐘，請遺族在填卷前，詳閱 IRB 同意書上的說明，如獲遺族的同意協助，請在同意書上簽名，連同填好之問卷以所附上之回郵信封寄回安寧病房。

資料收集始自 2009 年秋季到 2010 年的春天。

四、研究工具編制

採用研究者所設計的『台灣安寧病房喪親關懷活動之家屬意見調查表』，希望能測知家屬是否滿意此計畫所提供的服務？家屬是否有針對此計劃提出需改進的地方？家屬是否認同這樣的介入是有效的？若為是，則哪一方面最為有效？在住院期間及喪親時，家屬是否有未被滿足的支持性需求？

調查的問卷以定量和定性兩部分構建。定量部分包括家庭成員和死者背景資料有關的問題（如年齡，性別，和病人的關係、是否為照顧者）、家屬對喪親服務的經驗（接受的服務項目、滿意度¹），遺族對喪親服務的看法與接受度，他們對喪親追蹤的需求度和滿意度（李克特氏五點量表從"非常不同意"到"非常同意"）。定性部分包括開放式問題，要求家屬以他們自己的話來形容對喪親追蹤的建議。

本問卷共 24 題，問卷的內容效度是經有安寧緩和療護的護理長和社會工作者、二位喪親家屬、醫師共同檢驗問卷的效度。「喪親關懷接受度量表」共六題，包括測試「我願意接受來自安寧療護團隊的悲傷關懷」「親人過世後，我不喜歡再踏進親人過世的醫院」「我害怕再與安寧病房接觸」「我不想接到安寧病房寄來的信件」「我不想再提起和逝者有關的事」「安寧病房的喪親關懷對我而言是不需要的」，本量表的

Cronbach's Alpha 值為.803。

研究先進行前導測試，先挑選某安寧病房一月份的喪親名單，初步先寄出二十封郵寄問卷，靜候家屬回覆及觀察家屬反應。三週過後的結果顯示家屬無不良反應，因此，問卷略做修改後即開始展開全面性的郵寄問卷，共計出450封。

五、施測過程

1. 受試者之招募：透過台中榮總、彰化基督教醫院二家醫院之安寧團隊醫護人員提供家屬名單，徵詢家屬意見。家屬的邀請名單是由安寧病房護理長先與家屬電話聯絡，說明並確認家屬意願，如蒙家屬同意，才寄發郵寄問卷。
2. 可能產生之不適及處理方法：填寫問卷時難免會回想起喪親的經驗，甚至想起死去的親人，這個復原歷程是很不容易的，本研究隨函贈送一本關於悲傷輔導的書籍，幫助遺族面對喪親之痛。如果，填寫問卷真得很痛苦，遺族也可以選擇不參與這項問卷調查。
3. 機密性的維護：此研究計劃的所有資料，將由研究者負責保存。除本研究團隊外不會提供別人使用。對遺族所提供的資料，將持保密的態度，以一個研究的號碼來取代遺族的姓名。書面資料將會上鎖，數位資料庫將以密碼管制，我們將小心維護遺族的隱私。日後文章發表也不會顯示出遺族的個人資料。
4. 受試者權利的維護：研究者將盡力

維護遺族在研究期間的權益。本研究已經得到醫院人體試驗委員會審查通過，該委員會的審查重點即是對受試者有適當的保護。如果遺族對自己的權利有意見或懷疑因參與研究而受傷害時，可與財團法人彰化基督教醫院人體試驗委員會幹事聯絡。

5. 研究之退出與中止：遺族可自由決定是否填答本問卷，不一定需要參加。而且遺族無須提出任何理由便可拒絕填答本問卷，且不會引起任何不愉快或不良影響。遺族同意參加本研究後，若在填答過程中，有讓遺族覺得不舒服的內容，遺族也可隨時拒答，中途退出，不會引起任何不愉快或不良影響。

六、回收率

本研究總共寄出 450 份郵寄問卷，回收 107 份有效問卷，回收率 23.8%。低的回收率可能是因為郵寄問卷原本應該是匿名調查，但礙於 IRB 人體試驗委員會要求家屬得在同意書正副本上簽名，留下地址、年齡、電話，並要求同意書得隨問卷寄回，有很多家屬擔心基本資料曝光或是遭遇詐騙集團，尤其年老遺眷更是擔心受騙，不太願意在研究同意書上簽名。回收的 107 份問卷都有完整寄回研究同意書，每一份問卷都是彌足珍貴。

研究發現

表一 遺族基本資料表

	次數(%)	平均數	標準差
性別(N=107)			
男	61 (57.0%)		
女	46 (43.0%)		
年齡(N=106)			
30歲以下	8 (7.5%)	46.79	12.150
30~50歲	59 (55.7%)		
50歲以上	39 (36.8%)		
與逝者的關係(N=107)			
配偶	34 (31.8%)		
子女	59 (55.1%)		
其它(a)	14 (13.1%)		
親人去逝天數(N=107)			
百日到半年	20 (18.9%)	333.85(b)	173.506(b)
半年到一年	51 (48.1%)		
一年以上	35 (33.0%)		
是否為主要照顧者(N=106)			
是	8 (7.5%)		
否	98 (92.5%)		

(a) 含手足 7 人(6.5%)、父母 2 人(1.9%)、孫子女 1 人(0.9%)、媳婦 3 人(2.8%)、女婿 1 人(0.9%)。

(b) 除一筆極端值資料，N=106。

表二 過去一年安寧團隊與遺族的聯繫者 (N=107)

	彰基(N=13)	榮總(N=78)	總和(N=91)
病房護理師	6 (46.2%)	56 (71.8%)	62 (68.1%)
志工	7 (53.8%)	23 (29.5%)	30 (32.97%)
社工人員	5 (38.5%)	25 (32.1%)	30 (32.97%)
居家護理師	4 (30.8%)	14 (17.9%)	18 (19.8%)
醫師	3 (23.0%)	13 (16.7%)	16 (17.6%)
宗教人員	2 (15.4%)	7 (9.0%)	9 (9.9%)

(a) 實際填表人數：彰基 16 人(15.0%)、中榮 91 人(85.0%)。

(b) 以上皆無者(佔總人數%)：彰基 3 人(18.8%)、中榮 13 人(14.3%)，總計 16 人(15.0%)。

表三 遺族接受到的服務項目與幫助性

	提供的服務項目 (N=103)	感到有幫助的服務 (N=98)
郵寄慰問信或慰問卡 ^(a)	88 (85.4%)	41 (41.8%)
電話聯繫	50 (48.5%)	41 (41.8%)
衛教單張	21 (20.4%)	19 (19.4%)
製作紀念物	15 (14.6%)	16 (16.3%)
追思會 ^(b)	13 (12.6%)	9 (9.2%)
家庭訪視	13 (12.6%)	15 (15.3%)
簡訊慰問	10 (9.7%)	14 (14.3%)
心理諮商	8 (7.8%)	23 (23.5%)
照會精神科醫師	1 (1.0%)	3 (3.1%)
參加支持團體	1 (1.0%)	6 (6.1%)

(a) 在實際收到關懷卡片與信件的 97 人中，會每封拆閱有 95 人(97.9%)，不會者 2 人 (2.1%)。有 9 人未曾收過醫院的關懷卡片或信件。

(b) 在 104 個有效樣本中，有 8 人(7.7%)參加過追思會。

(c) 部份感到有幫助者多於提供服務者，判斷可能為需要該支持，但未得到。

(d) 實際填表人數：107 人，未接受到以上服務提供者 4 名(3.7%)，包含未皆受到服務者，對以上服務皆不感到有幫助者 9 名(8.4%)。

(N=107)

	次數(%)	平均 數	標準差
收到關懷卡判和信件感到有意義(N=93) ^(a)		4.22	0.792
非常不同意	2 (2.2%)		
不同意	0 (0%)		
沒意見	9 (9.7%)		
同意	47 (50.5%)		
非常同意	35 (37.6%)		
為逝者整理紀念物感到有幫助(N=56) ^(b)		3.98	0.820
非常不同意	1 (1.8%)		
不同意	0 (0%)		
沒意見	16 (28.6%)		
同意	22 (39.3%)		
非常同意	17 (30.2%)		
覺得需要有人來幫助我度過喪親之痛。(N=106)		3.74	0.908
非常不同意	14 (13.2%)		
不同意	19 (17.9%)		

沒意見	54	(50.9%)
同意	19	(17.9%)
非常同意	14	(13.2%)

(a) 未曾收到 12 人(11.4%)

(b) 院方未提供有 46 人(45.1%)

T 檢定與 ANOVA 顯著表

T/F 值	性別 (男 女)	主要照 顧者 (是、否)	醫院 (彰基、 榮總)	年齡 (30 以下 、31-50、 51 以上)	關係 (配偶、 子女、 其它)	去世日期 (百日到半年、 半年到一年、 超過一年)	悲傷關 心程度 (低、 中、 高、 3 等級)	服務滿 意度 (5 等級)	悲傷程度 (5 等級)	生活恢 復程度 (5 等級) (N=)
親人過世後, 我覺得需要有人 來幫助我度過喪 親之痛。(N=104)	-0.685	0.226	-0.966	0.899	1.045	2.140	2.043	1.381	0.450	1.311
喪親家庭對喪親 關懷接受度量表 (N=106)	0.240	0.751	0.365	2.206	0.675	0.481	0.961	3.498* (3<5)	1.581	3.338*(a)

<.05

(a) 利用 scheffe 事後比較，各組間無法凸顯顯著差異。

喪親關懷服務接受度量表 VS 服務滿意度、生活恢復程度

	平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性	scheffe
服務滿意度 組間	146.505	3	48.835	3.498	0.018	(3<5)
組內	1,368.250	98	13.962			
總和	1,514.755	101				
生活恢復程度 組間	179.914	4	44.978	3.338	0.013	
組內	1,293.413	96	13.473			
總和	1,473.327	100				

喪親家庭對喪親關懷接受度量表的逐步迴歸分析摘要表 (N=106)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
我的生活已經恢復正常。	0.870	0.397	0.214*			
我對於安寧病房提供的喪 親關懷服務感到滿意。	1.008	0.466	0.212*	0.095	0.076	4.985**

* <.05

** <.01

“親人過世後,我覺得需要有人來幫助我度過喪親之痛”的逐步迴歸分析摘要表 (N=106)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
問卷填寫者的親人去世的天數。	0.001	0.000	0.238*	0.238	0.057	5.781*

* <.05

“我願意接受來自安寧療護團隊的悲傷關懷”的逐步迴歸分析摘要表 (N=106)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
我對於安寧病房提供的喪親關懷服務感到滿意。	0.256	0.091	0.276**	0.076	0.066	7.887**

** <.01

“親人過世後,我不喜歡再踏進親人過世的醫院”的逐步迴歸分析摘要表 (N=105)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
我的生活已經恢復正常。	0.289	0.120	0.239*	0.057	0.048	5.840*

* <.05

** <.01

“我害怕再與安寧病房接觸”的逐步迴歸分析摘要表 (N=105)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
我對於安寧病房提供的喪親關懷服務感到滿意。	0.364	0.128	0.279**			
問卷填寫者性別。	0.459	0.209	0.216*	0.106	0.087	5.610**

* <.05

** <.01

“我不想接到安寧病房寄來的信件”的逐步迴歸分析摘要表 (N=104)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
問卷填寫者的親人去世的天數。	-0.002	0.000	-0.341***			
我對於安寧病房提供的喪親關懷服務感到滿意。	0.232	0.106	0.210*	0.140	0.122	7.725***

* <.05

*** <.001

“我不想再提起和逝者有關的事”的逐步迴歸分析摘要表 (N=105)

預測變項	B	SE B	β	R ²	ΔR^2	F
問卷填寫者的親人去世	-0.001	0.000	-0.314**	0.098	0.089	10.476**

的天數。

** <.01

研究建議

參與者報告說，非正式和正式的支持服務，在喪親之後的第二年就不提供了，這可能會加劇喪親者的社會孤立感和與哀傷有關的恥辱感 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。參與者強調了服務提供之連續性、靈活性和易接近性的重要 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)，這對提供安寧療護的專業人士明確的提出了一個挑戰。

安寧療護專業人員應充分熟練處理服務使用者與家屬/照顧者之間的溝通障礙，並提供一個安全討論場所，讓他們探討議題以完成未竟之事。調查結果顯示死亡前溝通並不總是順利的，這導致不良的喪親結果，未解決的情緒問題，甚至會有自殺的意念 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

Agnew 等人 (2008) 建議，社會工作人員應使用結構性文件，以促進服務使用者的參與，及確保喪親評估和照護計劃能根據準確的信息 (儘管喪親支持普遍的被提供，參與者表示不願接受干預。原因包括邀請的時間、有限的服務提供者或服務種類的選擇、或參與者不認知到自己的需要 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)。

關於支持的選擇，非正式支持網絡被發現是最有價值的協助來源 (Agnew, Manktelow, Donaghy, 2008)，這與其他的研究報告符合 (Brazilet

al., 2003)。然而，在喪親的第二年，當悲傷的強度被低估或忽略時，整個重點轉向了正式的支持。家庭醫師生和社會工作者是首選的專業人士，因為他們已經知悉家屬的背景。儘管如此，Beresford 等人 (2007, 206) 認為，由於一般普遍缺乏社會工作者工作內容的認識和安寧療護尚未普及因素，社會工作一直受到內部的不確定性和外部誤解的困擾。社會工作者必須提高他們在安寧療護的形象、獲得喪親評估的訓練、利用以證據為基礎的評估方法，與其他機構合作為喪親家庭提供服務、並對悲傷反應提供方便的信息和服務 (Parkes 1993; NICE 2004) 以促進能力再活化、尊重個體、並提供選擇和靈活性。

有許多醫師表示缺乏提供喪親照顧的信心和養成 (Bergman, Haley, 2009) 研究發現，肯定了將喪親輔導納入專業訓練及持續教育課程的價值。

參考文獻

一、中文部分

吳秀碧(2000)。團體諮商在兒童哀傷的應用。在國立彰化師範大學主辦，台灣地區兒童生死教育研討會論文資料暨大會手冊，200-209，彰化：國立彰化師範大學。

劉乃誌 (2003)。台灣的喪親服務與安寧療護。安寧療護雜誌，8(4),402-409。

蔡佩真 (2001)。惜別手冊---如何幫助所愛的人跨越死亡鴻溝。台中：台中榮民總醫院安寧療護委員會。

衛生署 (2000)。安寧住院療護標準作業參考指引。台北：衛生署。

二、英文部分

Agnew, A., Manktelow, R. & Donaghy, K. (2008) User Perspective on Palliative Care Services: Experiences of Middle-aged Partners Bereaved through Cancer Know to Social Work Services in Northern Ireland. *Practice: Social Work in Action*, 20(3), 163-180.

Balk, D.E. (2006). A Review of: "Death and Bereavement in Asia, Australia, and New Zealand (vol. 4 of the

Death and Bereavement Around the World series)". *Death Studies*, 30(1), 87-93.

Bellali, T. & Papadatou, D. (2006). Parental grief following the brain death of a child: does consent or refusal to organ donation affect their grief? *Death Studies*, 30(10), 883-917.

Bergman, E. J.& Haley, W. E.(2009) Depressive Symptoms, Social Network ,and Bereavement Service Utilization and Preferences among Spouses of Former Hospice Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 12(2), 170-176.

Billings, J. A. & Kolton, E. (1999) Family Satisfaction and Bereavement Care Following Death in the Hospital. *Journal of Palliative Medicine*, 2(1), 33-49.

Bodenbach,M. (2005) .Developing a bereavement service component for an urban teaching hospital's new palliative care program : a four-target survey approach. *Journal of Palliative Medicine*,8(4),713-715.

Canadian Hospice Palliative Care Association and Canadian Network of Palliative Care for

- Children (2004) .Pediatric hospice palliative care: Guiding principles and norms of practice(Draft).Retrieved 30 August 2005 from [http:// cnpcc.ca/ documents/ DRAFT_ Ped_NormsJul2004_EN.pdf](http://cnpcc.ca/documents/DRAFT_Ped_NormsJul2004_EN.pdf)
- Cherlin, E. J., Barry, C.L., Prigerson, H.G., Green, D. S., Johnson-Hurzeler, R., Kasl,S. V. & Bradley, E. H. (2007) Bereavement Services for Family Caregivers: How Often Used, Why, and Why Not. *Journal of Palliative Medicine, 10*(1), 148-158.
- Cook,P., White, DK.& Ross-Russell,RI. (2002) .Bereavement support following sudden and unexpected death: guidelines for care. *Arch Dis Child.87*(1),36-9.
- Davies, B., Collins, J., Steele, R., Cook, K., Distler, V., & Brenner, A. (2007). Parents' and children's perspectives of a children's hospice bereavement program. *Journal of Palliative Care, 23*(1), 14-23.
- Debbie,R.,Tina,G.(2002).The development of a palliative care-led memorial in an acutr hospital setting. *International Journal of Palliative Nursing, 18*(1),40-47.
- deCinque, N., Monterosso, L., Dadd, G., Sidhu R. & Lucas, R.(2004). Bereavement support for families following the death of a child from cancer: practice characteristics of Australian and New Zealand paediatric oncology units. *Child Health, 40*, 131-135.
- deJong-Berg,M. & Kane,L. (2006) .Bereavement care for families part 2 : Evaluation of a paediatric follow-up programme. *International Journal of Palliative Nursing,12* (10) ,484-494.
- deJong-Berg,M.A. & deVlaming D. (2005) .Bereavement care for families part 1 : a review of a paediatric follow-up programme. *International Journal of Palliative Nursing,11* (10) ,533-539.
- Demmer,C. (2003) .A national survey of hospice bereavement services. *Omega, 47*(4), 327-341.
- Field, D.,Reid, D.,Payne, S.& Relf, M. (2004) .Survey of UK hospice and specialist palliative care adult bereavement service. *International Journal of Palliative Nursing,10* (12) , 569-576.

- Field, D., Reid, D., Payne, S., Relf, M. (2006). *Types of bereavement support for adults in five English hospices*. IJPN in press.
- Goldman, L. (2000). Children grieve too : Lessons in how to support children through a normal, healthy grief process. 在國立彰化師範大學主辦，台灣地區兒童生死教育研討會論文資料暨大會手冊，1-8，彰化：國立彰化師範大學。
- Harding, R., & Leam, C. (2005). Clinical notes for informal carers in palliative care: Recommendations from a random patient file audit. *Palliative medicine*, 19, 639-642.
- Hartley, J. (2001). *Standards for bereavement care in the UK*. London: Bereavement Network.
- Hughes, M. (2001). Bereavement support groups : timing of participation and reasons for joining. *Omega*, 43 (3), 247-258.
- Kissane, D. (2004). Bereavement support service. In Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (eds). *Palliative Care Nursing : Principles and Evidence for practice*. 539-54. Open University Press, Maidenhead.
- Mather, M. A., Good, P. D., Cavenagh, J. D., & Ravenscroft, P. J. (2008). Survey of bereavement support provided by Australian palliative care services. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 228-30.
- Matsushima, T. & Akabayashi, A. & Nishitaten, K. (2002). The current status of bereavement follow-up in hospice and palliative care in Japan. *Palliative Medicine*, (16), 151-158.
- National Hospice and Palliative Care Organization (2009). *NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America*. Virginia: NHPCO.
- NICE (2004). *Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. The Manual. NICE, London.
- Oliver, R. C., Sturtevant, J. P., Scheetz, J. P. & Fallat, M. E. (2001). Beneficial effects of a hospital bereavement intervention programme after traumatic childhood death. *Journal of Trauma*, 50(4), 440-448.
- Payne, S. (2004). Overview of loss and bereavement. In Payne, S., Seymour, J. & Ingleton,

- C.(eds). *Palliative Care Nursing : Principles and Evidence for practice*. 435-61.Open University Press, Maidenhead.
- Payne, S.,Field, D.(2004).Undertaking bereavement research : sensibilities and sensitivities Grief Matters. *Aust J Grief Bereav* ,52-55
- Payne, S.,Jarrett, N.,Wiles, R., & Field, D. (2002). Counselling strategies for bereaved people offered in primary care. *Counselling Psychology Quarterly*,15(2),161-177 .
- Payne,S. (2001) .The role of volunteers in hospice bereavement support in New Zealand. *Palliative Medicine*,15,107-115.
- Reid, D., Field,D., Payne, S., Relf,M. (2006a) . Adult bereavement in five English hospices : Participants , organisations and pre-bereavement support. *International Journal of Palliative Nursing*,12(7),320-327.
- Reid, D., Field,D., Payne, S., Relf,M. (2006b) . Adult bereavement in five English hospices : types of support. *International Journal of Palliative Nursing*,12(9),430-437.
- Roberts, A.& McGilloway, S.(2008)The nature and use of bereavement support services in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 22, 612-625.
- Rodger, M. L., Sherwood, P., O'connor, M., & Leslie, G. (2006-2007). Living beyond the unanticipated sudden death of a partner: a phenomenological study. *OMEGA*, 54(2), 107-133.
- Sakaguchi,Y. & Tsuneto,S. & Takayama,K. & Tamura,K. Ikenaga,M. Kashiwagi, T. (2004) .Tasks perceived as necessary for hospice and palliative care unit bereavement services in Japan. *Journal of Palliative Care*,20(4),320-323.
- Sandler, IK. ,Kennedy,C. & Shapiro,E. (2004) .Parental grief and palliative care require attention. *Arch Pediatric Adoles Med*,158(6) ,590-91.
- Schildhaus, W. K. (1997) . *Marital adaptation and growth after the death of a child* . Dissertation. Boston University.
- Schwab, R. (1986) .Support groups for the bereaved. *Journal for*

- Specialists in Group Work, 11,*
100-106.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology, 24,* 1030-1050.
- Todd, K., Roberts, S., Black, C. (2002). The live with cancer education programme. I. Development of an Australian education programme for cancer patients and their family and friends. *European Journal of Cancer Care, 11* (4), 271-279.
- Walsh, T., Foreman, M., Curry, P., O'Driscoll, S., & McCormack, M. (2008). Bereavement support in an acute hospital: an Irish model. *Death studies, 32,* 768-786.
- Warren, N.A. (1997). Bereavement care in the critical care setting. *Crit Care Nurs Q, 20*(2), 42-7.
- WHO. (1990). *Cancer pain relief and palliative care.* World report series.
- Wilkinson, S., Cory, P. & Barnes J. (2007). Are we getting right? Parents' perception of hospice child bereavement support services. *Palliative Medicine, 21,* 401-407.
- Yi, P., Barreto, P., Soler, C., Fombuena, M., Espinar, V., Pascual, L., Navarro, R., Gonzalez, R., Bernabeu, J. & Suarez, J. (2006). Grief support provided to caregivers of palliative care patients in Spain. *Palliative Medicine, 20,* 521-531.

國科會補助專題研究計畫項下出席國際學術會議心得 報告

日期：98年10月1日

計畫 編號	NSC97-2410-H-040-005-MY2		
計畫 名稱	台灣安寧病房喪親關懷機制之建構		
出國 人員 姓名	蔡佩真	服務機 構及職 稱	中山醫學大學 醫學社會 暨社會工作學系助理教 授
會議 時間	98年9月24 日至 98年9月27 日	會議地 點	澳洲柏斯
會議 名稱	(中文)第八屆亞太安寧療護國際會議 (英文) The 8th Asia pacific hospice conference		
發表 論文 題目	<p>安寧團隊情緒負荷與人力資源維護 逝者的虛擬存在與影響</p> <p>Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Medical Team in Palliative Care: A study of Emotional Labor Load and Human Resource Maintenance</i>. Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia.</p> <p>Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Living in my heart forever: Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved – A study of continuing bond with deceased parent</i>. Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia.</p>		

一、參加會議經過

亞洲及太平洋區安寧療護會議（Asia Pacific Hospice Conference，簡稱 APHC）一直是亞太地區最具代表性的安寧療護國際會議，今年第八屆的亞太安寧會議在 9 月 25 日於西澳柏斯（Perth）的 Perth Convention Exhibition Centre 舉行，大會的主會場 Riverside Theater 位於波光點點的天鵝河（swan river）旁。開幕式在澳洲原住民樂器 didgeridoo 低沈而神秘的樂聲中揭開序幕，由 Palliative Care West Australia 主席 Dr. Scott Blackwell 宣告第八屆亞洲及太平洋區安寧療護會議（8th APHC）合併第十屆澳洲緩和療護會議（10th APCC）正式開始。在 9 月 25-27 日的三天大會中，與會人數超過 1250 位，分別來自 38 個國家。

今年大會主題 Together ! Cultural Connections for quality care at end of life，搭配大會圖騰—二隻展翅飛翔的黑天鵝（The Flight of the Black Swans），象徵著亞太地區在多元文化與族群的連結下，正一起齊心努力提升末期生命的照顧品質。而為期三天的大會次議題則是緊扣著此一主題進行，包括：「不同族群的緩和療護」、「現在 & 未來：緩和療護的挑戰 & 機會」、「緩和療護的成長力」，全場運用 13 個會場同時舉行不同議題的專題，其呈現形式有：合堂演講（plenary session）、專題演講、工作坊、研究報告與海報展示等。整個大會共有超過 160 篇的口頭論文發表以及 264 篇的海報展示，顯見大會在議程設計之用心，並希望讓來自各個國家的安寧同道們有更多的經驗分享，以達學術交流之目的。而台灣在此次會議中共有 29 篇海報參展，另有 9 位安寧療護臨床及學術專業人員代表台灣進行口頭報告，讓亞太各國的安寧同道們見識台灣安寧療護的發展成果。

第一天的開幕式中，大會安排所有參與的國家均派一位代表，手執各自國家的國旗，輪流進入大會會場，讓所有與會人員看到各個參與的國家，並讓各國國旗於會議期間在大會飄揚著。台灣是由聖馬爾定醫院安寧病房的黃安年主任代表上場，當所有台灣代表團的成員，看到黃主任拿著台灣國旗進場，並在舞台上揮動的那一刻，每位團員無不為此感到榮耀而驕傲。此外，為呼應大會主題，主辦單位在每日會議的一大早與中午用餐結束後，於大場的合堂演講之前，以「Together to influence, foster and promote- our story, our advocacy」為主題，將前一天錄製下來的會議狀況、大會各式的社交活動、安排會議記者訪問講員及各國與會人員，全數剪輯成會議花絮播出，短短 10 分鐘的節目設計，看到了大會別出心裁的一面。

9 月 26 日晚上的大會晚宴（Conference Dinner）則是打破歷屆亞太會議的傳統，它不再是要各國準備節目的文化之夜，而是由大會精心安排表演節目。整場晚宴除了有美食可以享用，也邀請澳洲樂團進行歌唱表演，為整個晚宴帶來高潮。在最後一天的閉幕式中，主辦單位在既定的流程之外，則是臨時加入向 Dr.

Rosalie Shaw 致意的節目。Dr. Shaw 在 2008 年卸任亞太安寧緩和醫療網 (Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN) 執行長一職，在長達十多年的執行長任期間，Dr. Shaw 致力推動亞太地區安寧療護的發展，即使在卸任 APHN 執行長後，她仍默默的為末期臨終病人貢獻一己之力。今年年底 Dr. Shaw 也將自新加坡的 National Cancer Centre Singapore 退休，APHC 主辦單位及 APHN 的理事代表們藉此機會，特別在閉幕式中表揚 Dr. Shaw 的成就與貢獻，並安排數位亞太各國代表簡短講述他/她們所認識的 Dr. Shaw 並表達感謝之意。就這樣，第八屆 APHC 在這溫馨、感人的最後一刻，緩緩的結束。

二、攜回資料名稱及內容：論文集

三、研討會報告摘要：如下頁

Living in my heart forever : Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved

-- A study of continuing bond with deceased parent

Pei – Jen Tsai

Chung Shan Medical University

Purpose : Mourning is an inevitable process that people must adapt to especially with the death of a family member. The bereaved particularly keeps the memory of the deceased in their mind. In addition, people who have lost a loved family member will rebuild or develop a continuing affection linking with the deceased.

This research is an attempt to discover the emotional connection between the bereaved and the deceased. Similarly, the research will showed that the bond shared between the bereaved and deceased are normal. Likewise, the research will ascertain how the bereaved coped with grief and how they can adjust their emotions from falling into a downward spiral. Counseling is one solution needed for the bereaved. Helping them redirecting their emotional energy is suitable in this situation.

Method : Interviewing families of patients suffering from cancer will yield primary source of information. By doing this, the researcher will adopted both qualitative research and grounded theory. Following these two analyzed strategies, using the family visit record and taking in-depth conversation with the bereaved, the researcher can properly compile necessary information for this approach.

Results : Surprisingly, the death of a loved one can turn into a situation that has a positive influence on the bereaved. In other words, the bereaved assume that the deceased are still capable of communication, decision-making, existence and feeling.

Conclusion : Virtual existence of the deceased distinctly relieves the tremendous impact from the death of loved one. However, different connection from the deceased to each family member causes emotional difference between every family member. Bereavement adjustment essentially fluctuates between "deceased-centered" and "live-centered". It eventually provides the reference for grief evaluation. Based on the information above, some casework organizations can easily advance related activities; moreover, they can have an insight into the viewpoints of bereaved families.

Key words : bereavement, grief, deceased

Medical Team in palliative Care :
A Study of Emotional Labor Load and Human Resource
maintenance

Abstract title : Medical Team in palliative Care : A Study of Emotional Labor Load and
Human Resource maintenance

Author : Pei – Jen Tsai

Assistant professor

Chung Shan Medical University

Address : 100,Sec.2,Dah-Ching St.,Taichung,402,Taiwan.

TEL : 0953418541

TEL : 886-4-24730022ext.17117

pj1965@csmu.edu.tw

Presentation Type : Poster

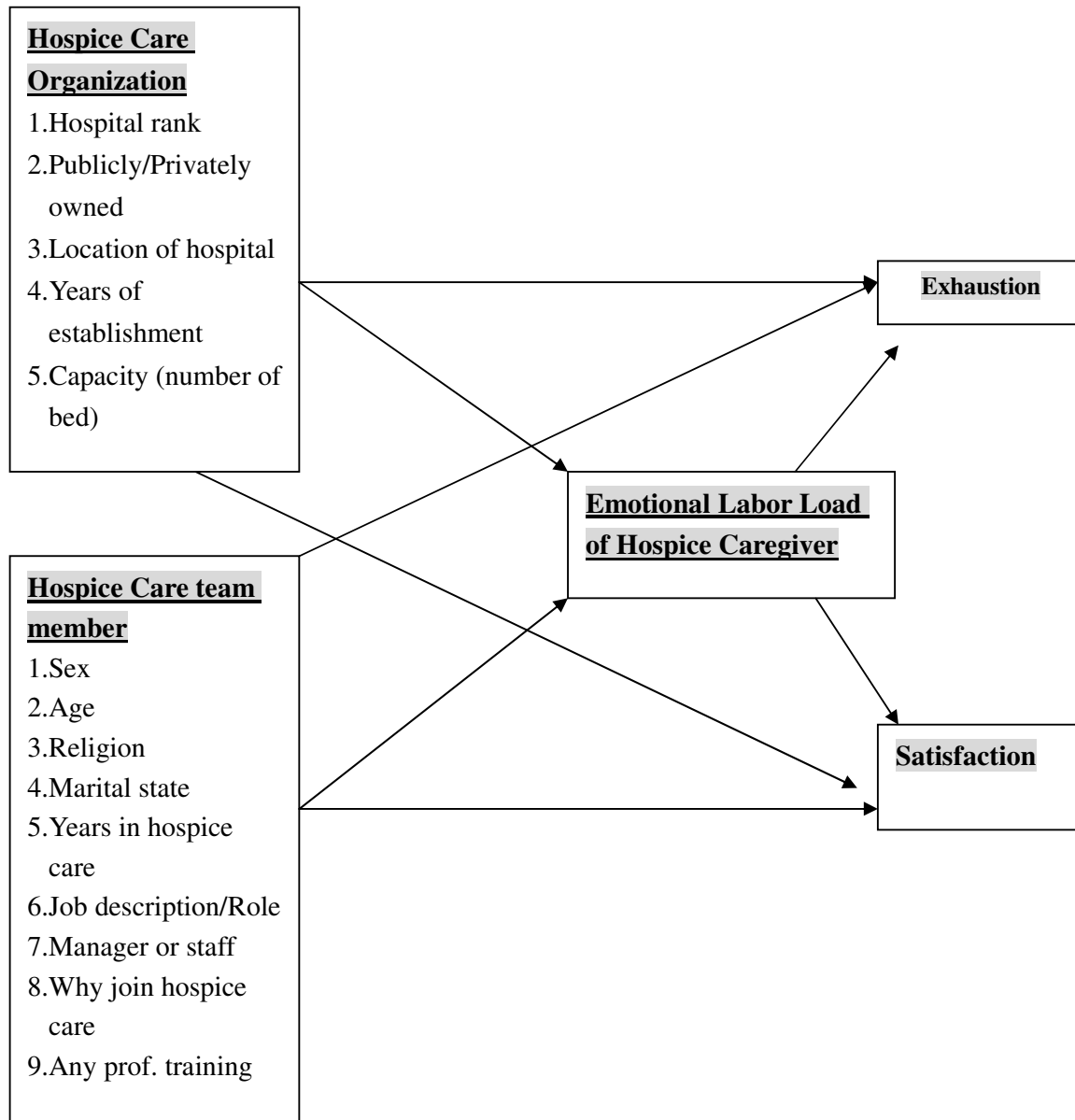
Abstract

Objective

This study seeks to gain knowledge and insight regarding emotional aspect of hospice care team members, particularly their feelings, emotional consumption (labor load) and exhaustion (burnout). Study result can be used as a reference for hospice caregiver self-assessment and to further prevent instability and loss of talents in hospice human resource. Using mail-in survey data were collected from members of hospice team, including doctors, nurses, social workers, religious counselors and psychologists in 38 hospice care providers in Taiwan. Discussion topics outlined as below:

1. Current make-up of hospice care human resource in Taiwan
2. Discussion on hospice caregivers' experience, including their feelings, job satisfaction and emotional exhaustion
3. Study each hospice member and examine if there is a correlation between job description (role) versus emotional labor load and exhaustion
4. Study on hospice human resource issue and preservation

Research structure



Hypothesis

Hospice care organizational structure and caregiver's personal emotional capacity play a part in assessing caregivers' emotional consumption, satisfaction and exhaustion.

1. How the organizational structure affects caregivers' emotional consumption
2. How different roles within the team affects caregivers' emotional consumption
3. How the organizational structure contributes caregivers' emotional burnout
4. How personal characteristics contributes caregivers' emotional burnout

5. How personal characteristics contributes caregivers' emotional satisfaction
6. A positive correlation between emotional labor load and burnout
7. A negative correlation between emotional labor load and job satisfaction

Tools :

Survey is created per objective and is also inspired by other research papers in Taiwan or abroad on "Emotional Labor." It consists of 5 sections : (1) Basic questions on participants' background : 16 questions; (2) Job satisfaction : 4 questions (3) Emotional labor load : 17 questions (4) Emotional exhaustion : 9 questions (5) Human resource preservation : 3 questions. Finally, in the end three open questions are stated for short answers. After much revision in keeping with our original research intention, the survey is cut down to 46 questions. It also has good Cronbach' Alph standing.

Results :

1. Sample characteristic:

Total 22 hospitals responded; 235 of them are valid – amounts to 34.4% valid results.

50.6% of results are from hospital in northern Taiwan, 24.7% southern, 18.3% central , and only 15 responses from eastern Taiwan, which is normal since there are very few hospice care in that region. As far as the rank of hospital goes, 61.2% are from regional hospital, 29.7% from medial school hospital, 9.1% are from local hospitals.

68.1% of them are privately owned organization and 31.9% are publicly owned.

The average year of experience in the industry is 6.51 years. About 33% of them have more than 10 years experience, 26.4% are set up less than 2 years, and 26% has 6-9 years of experience. Capacity wise, 15.31% of them have bed, and 5% of them have 11-15 beds.

Among 235 hospice care team, 23 of them (9.8%) are doctors , 70% are nurses, 16 (6.8%) are social workers, 8 are religious counselors , 2 psychologists. Psychologists aren't common in our current hospice care, so our sample participants reflect the reality. In terms of percentage of manger and staff, 4.3% are supervisors, 6.4% are nurse manager and the rest of them are staff. 45.2% of

them stated that they volunteered to work in hospice care. 36.1% said they were assigned by hospital, and 10.9% of them are rotational contractors. Most of them are trained in hospice care or related field.

90% of them are females, mostly collage graduates. 13.7% is from the age of 21 to 25 year-old. 26.1% age of 26-30 year-old and 25.6% is 31-35 year-old. It's obvious that more than half of them are between the ages of 26-35 year-old. 20% of them are aged more than 40 year-old.

Years in hospice care: Average year is 4.08. 23% of them only served in less than a year. 33.6% have served 1-3 years. 11.9% , served 3-5 years. 10.6% served 5-7 years. 14% served 7-10 years. 6.8% of them served more than 10 years.

2. How hospice care organization affects caregivers' emotional labor load

There is a big difference between publicly owned or privately owned organization. Emotional labor load is definitely higher in private institution than that of public organization. In addition, hospice care providers in central Taiwan has higher emotional burden as well, northern Taiwan is the second, and the least of them is southern Taiwan.

3. How hospice care organization affects caregivers' emotional burnout/exhaustion

Burnout is not common among our finding. In the scale of 1 to 5, most subjects falls on a little more than 2. The highest score 3.22 comes from question #4 where they stated: "I felt exhausted at the end of day." The lowest score is 2.07 from question #7 where it says "I often think of transferring to other unit". Most subjects have no strong desire to move to different jobs. Burnout also is mostly stated from subjects from northern Taiwan whereas eastern Taiwan has the lowest burnout.

4. Hospice care medical team characteristic versus emotional consumption

Personal characteristic and background definitely are important in emotional consumption. People with religious background have definite lower emotional exhaustion versus those who don't. Age-wise, age group 21-25 has the highest amount of burnout. The older the person is; the burnout rate seems lower. The age 50 group seems to have the lowest burnout.

Different role in hospice care team also influences emotional well-being. Result shows psychologist has the highest burnout, followed by nurses, doctors, and

religious counselors has the lowest burnout rate.

5. The source of stress for hospice team members

Subject places one's source of stress in sequence from the following choices: patient, patient's family, self, supervisor and hospital. Number 1 being the most stress source (6 points), and number 6 is the lowest (1 point). The result shows the highest score is colleague (mean= 4.11), then hospital (mean= 3.91), supervisor (mean=3.56), self (mean=2.94) . What's interesting is that stress from patient is low (mean 2.79) and the least amount of stress comes from patient's family (mean=2.59).

6. Support for hospice medical team members

According to our open end questions in the end, hospice medical team members needs supports from their supervisors, colleagues, family, and also affirmation from their patients and their family. In addition, tangible assistance from social workers and non-hospice care personal are also appreciated.

7. Type of support

They are specified as the followings: emotional support, additional staff, financial support, educational training, punctual work schedule and a safe working environment.

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

研究成果將分批發表，第一篇期刊已發表於『安寧療護』雜誌，2010 年 3 月，十五卷第一期，頁 47-62，『先進國家安寧療護喪親關懷服務之探討』。

2011 年將於亞太安寧療護國際會議發表第二年研究發現『台灣安寧療護喪親關懷服務之現況分析』

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

一、學術成就：

本研究蒐集最近期的國外相關研究報告，完整的閱覽文獻，可做為國內日後執行悲傷關懷方案之參考。文獻蒐集將有助形成理論的敏感度與研究的敏感度，以做為國內國外之比較。

二、技術創新：

本研究是國內首次採用喪親者觀點來了解其悲傷的需求與求助的障礙。

三、社會影響：

本研究對臨床有所貢獻，掌握全台灣安寧病房喪親悲傷關懷執行現況與資源，資料的發表有助於各醫院安寧病房的相互觀摩學習。此外，對喪親家屬的貢獻包括：了解喪親家屬的擔心，破除安寧團隊悲傷關懷輸送過程之障礙；催化台灣安寧療護界重視喪親者的悲傷，減輕喪親所造成的身心及社會層面的衝擊。本研究回應喪親家屬的需要，協助安寧病房採取更合適的關懷行動，強化較為有效的服務項目，將資源進行更有效率的使用，促進安寧病房悲傷關懷服務的品質與提升服務量。

國科會補助專題研究計畫項下出席國際學術會議心得報告

日期：98年10月1日

計畫編號	NSC97-2410-H-040-005-MY2		
計畫名稱	台灣安寧病房喪親關懷機制之建構		
出國人員姓名	蔡佩真	服務機構及職稱	中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系助理教授
會議時間	98年9月24日至 98年9月27日	會議地點	澳洲柏斯
會議名稱	(中文)第八屆亞太安寧療護國際會議 (英文) The 8th Asia pacific hospice conference		
發表論文題目	安寧團隊情緒負荷與人力資源維護 逝者的虛擬存在與影響 Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Medical Team in Palliative Care: A study of Emotional Labor Load and Human Resource Maintenance</i> . Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia. Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Living in my heart forever: Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved – A study of continuing bond with deceased parent</i> . Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia.		

一、參加會議經過

亞洲及太平洋區安寧療護會議 (Asia Pacific Hospice Conference, 簡稱 APHC) 一直是亞太地區最具代表性的安寧療護國際會議, 今年第八屆的亞太安寧會議在 9 月 25 日於西澳柏斯 (Perth) 的 Perth Convention Exhibition Centre 舉行, 大會的主會場 Riverside Theater 位於波光點點的天鵝河 (swan river) 旁。開幕式在澳洲原住民樂器 didgeridoo 低沈而神秘的樂聲中揭開序幕, 由 Palliative Care West Australia 主席 Dr. Scott Blackwell 宣告第八屆亞洲及太平洋區安寧療護會議 (8th APHC) 合併第十屆澳洲緩和療護會議 (10th APCC) 正式開始。在 9 月 25-27 日的三天大會中, 與會人數超過 1250 位, 分別來自 38 個國家。

今年大會主題 Together ! Cultural Connections for quality care at end of life，搭配大會圖騰—二隻展翅飛翔的黑天鵝（The Flight of the Black Swans），象徵著亞太地區在多元文化與族群的連結下，正一起齊心努力提升末期生命的照顧品質。而為期三天的大會次議題則是緊扣著此一主題進行，包括：「不同族群的緩和療護」、「現在 & 未來：緩和療護的挑戰 & 機會」、「緩和療護的成長力」，全場運用 13 個會場同時舉行不同議題的專題，其呈現形式有：合堂演講（plenary session）、專題演講、工作坊、研究報告與海報展示等。整個大會共有超過 160 篇的口頭論文發表以及 264 篇的海報展示，顯見大會在議程設計之用心，並希望讓來自各個國家的安寧同道們有更多的經驗分享，以達學術交流之目的。而台灣在此次會議中共有 29 篇海報參展，另有 9 位安寧療護臨床及學術專業人員代表台灣進行口頭報告，讓亞太各國的安寧同道們見識台灣安寧療護的發展成果。

第一天的開幕式中，大會安排所有參與的國家均派一位代表，手執各自國家的國旗，輪流進入大會會場，讓所有與會人員看到各個參與的國家，並讓各國國旗於會議期間在大會飄揚著。台灣是由聖馬爾定醫院安寧病房的黃安年主任代表上場，當所有台灣代表團的成員，看到黃主任拿著台灣國旗進場，並在舞台上揮動的那一刻，每位團員無不為此感到榮耀而驕傲。此外，為呼應大會主題，主辦單位在每日會議的一大早與中午用餐結束後，於大場的合堂演講之前，以「Together to influence, foster and promote- our story, our advocacy」為主題，將前一天錄製下來的會議狀況、大會各式的社交活動、安排會議記者訪問講員及各國與會人員，全數剪輯成會議花絮播出，短短 10 分鐘的節目設計，看到了大會別出心裁的一面。

9 月 26 日晚上的大會晚宴（Conference Dinner）則是打破歷屆亞太會議的傳統，它不再是要各國準備節目的文化之夜，而是由大會精心安排表演節目。整場晚宴除了有美食可以享用，也邀請澳洲樂團進行歌唱表演，為整個晚宴帶來高潮，各國與會人員大多到台前，甚或是台上熱舞，讓大家見識到，看似嚴肅的國際學術會議，原來也可以如此的輕鬆、愉快。在最後一天的閉幕式中，主辦單位在既定的流程之外，則是臨時加入向 Dr. Rosalie Shaw 致意的節目。Dr. Shaw 在 2008 年卸任亞太安寧緩和醫療網（Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN）執行長一職，在長達十多年的執行長任期間，Dr. Shaw 致力推動亞太地區安寧療護的發展，即使在卸任 APHN 執行長後，她仍默默的為末期臨終病人貢獻一己之力。今年年底 Dr. Shaw 也將自新加坡的 National Cancer Centre Singapore 退休，APHC 主辦單位及 APHN 的理事代表們藉此機會，特別在閉幕式中表揚 Dr. Shaw 的成就與貢獻，並安排數位亞太各國代表簡短講述他/她們所認識的 Dr. Shaw 並表達感謝之意。就這樣，第八屆 APHC 在這溫馨、感人的最後一刻，緩緩的結束了，各國代表再次上台將國旗帶離大會會場，在幕圓滿落下的同時，與會代表們相約 2011 年 7 月馬來西亞檳城見。

二、攜回資料名稱及內容：論文集

三、研討會報告摘要：

Living in my heart forever : Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved

-- A study of continuing bond with deceased parent

Pei – Jen Tsai

Chung Shan Medical University

Purpose : Mourning is an inevitable process that people must adapt to especially with the death of a family member. The bereaved particularly keeps the memory of the deceased in their mind. In addition, people who have lost a loved family member will rebuild or develop a continuing affection linking with the deceased.

This research is an attempt to discover the emotional connection between the bereaved and the deceased. Similarly, the research will showed that the bond shared between the bereaved and deceased are normal. Likewise, the research will ascertain how the bereaved coped with grief and how they can adjust their emotions from falling into a downward spiral. Counseling is one solution needed for the bereaved. Helping them redirecting their emotional energy is suitable in this situation.

Method : Interviewing families of patients suffering from cancer will yield primary source of information. By doing this, the researcher will adopted both qualitative research and grounded theory. Following these two analyzed strategies, using the family visit record and taking in-depth conversation with the bereaved, the researcher can properly compile necessary information for this approach.

Results : Surprisingly, the death of a loved one can turn into a situation that has a positive influence on the bereaved. In other words, the bereaved assume that the deceased are still capable of communication, decision-making, existence and feeling.

Conclusion : Virtual existence of the deceased distinctly relieves the tremendous impact from the death of loved one. However, different connection from the deceased to each family member causes emotional difference between every family member. Bereavement adjustment essentially fluctuates between "deceased-centered" and "live-centered". It eventually provides the reference for grief evaluation. Based on the information above, some casework organizations can easily advance related activities; moreover, they can have an insight into the viewpoints of bereaved families.

Key words : bereavement, grief, deceased

Medical Team in palliative Care :
A Study of Emotional Labor Load and Human Resource maintenance

Abstract title : Medical Team in palliative Care : A Study of Emotional Labor Load and Human Resource maintenance

Author : Pei – Jen Tsai

Assistant professor

Chung Shan Medical University

Address : 100,Sec.2,Dah-Ching St.,Taichung,402,Taiwan.

TEL : 0953418541

TEL : 886-4-24730022ext.17117

pj1965@csmu.edu.tw

Presentation Type : Poster

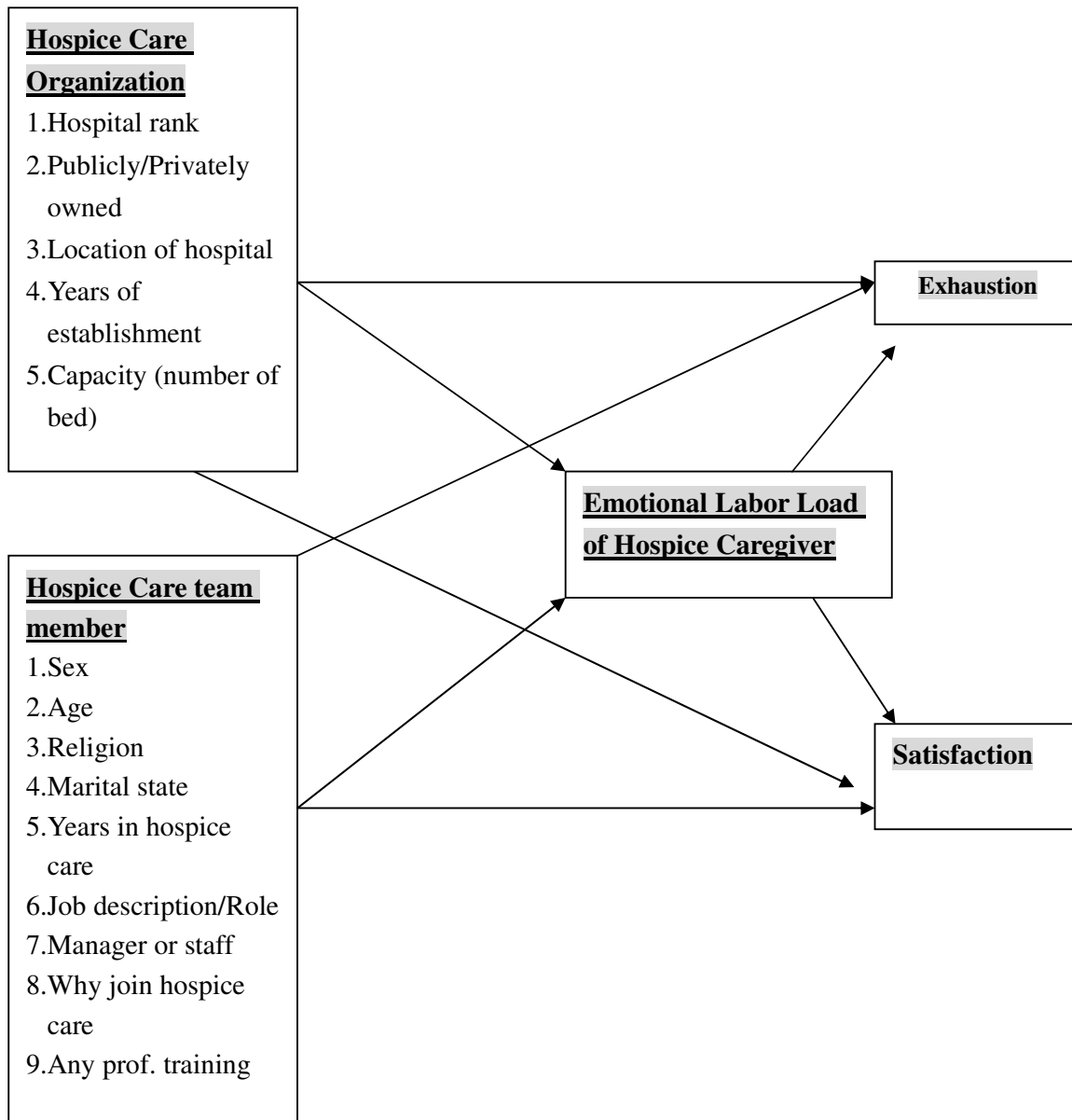
Abstract

Objective

This study seeks to gain knowledge and insight regarding emotional aspect of hospice care team members, particularly their feelings, emotional consumption (labor load) and exhaustion (burnout). Study result can be used as a reference for hospice caregiver self-assessment and to further prevent instability and loss of talents in hospice human resource. Using mail-in survey data were collected from members of hospice team, including doctors, nurses, social workers, religious counselors and psychologists in 38 hospice care providers in Taiwan. Discussion topics outlined as below:

1. Current make-up of hospice care human resource in Taiwan
2. Discussion on hospice caregivers' experience, including their feelings, job satisfaction and emotional exhaustion
3. Study each hospice member and examine if there is a correlation between job description (role) versus emotional labor load and exhaustion
4. Study on hospice human resource issue and preservation

Research structure



Hypothesis

Hospice care organizational structure and caregiver's personal emotional capacity play a part in assessing caregivers' emotional consumption, satisfaction and exhaustion.

1. How the organizational structure affects caregivers' emotional consumption
2. How different roles within the team affects caregivers' emotional consumption
3. How the organizational structure contributes caregivers' emotional burnout
4. How personal characteristics contributes caregivers' emotional burnout
5. How personal characteristics contributes caregivers' emotional satisfaction
6. A positive correlation between emotional labor load and burnout
7. A negative correlation between emotional labor load and job satisfaction

Tools :

Survey is created per objective and is also inspired by other research papers in Taiwan or abroad on “Emotional Labor.” It consists of 5 sections : (1) Basic questions on participants’ background : 16 questions; (2) Job satisfaction : 4 questions (3) Emotional labor load : 17 questions (4) Emotional exhaustion : 9 questions (5) Human resource preservation : 3 questions. Finally, in the end three open questions are stated for short answers. After much revision in keeping with our original research intention, the survey is cut down to 46 questions. It also has good Cronbach’ Alph standing.

Results :

1. Sample characteristic:

Total 22 hospitals responded; 235 of them are valid – amounts to 34.4% valid results.

50.6% of results are from hospital in northern Taiwan, 24.7% southern, 18.3% central , and only 15 responses from eastern Taiwan, which is normal since there are very few hospice care in that region. As far as the rank of hospital goes, 61.2% are from regional hospital, 29.7% from medial school hospital, 9.1% are from local hospitals.

68.1% of them are privately owned organization and 31.9% are publicly owned.

The average year of experience in the industry is 6.51 years. About 33% of them have more than 10 years experience, 26.4% are set up less than 2 years, and 26% has 6-9 years of experience. Capacity wise, 15.31% of them have bed, and 5% of them have 11-15 beds.

Among 235 hospice care team, 23 of them (9.8%) are doctors , 70% are nurses, 16 (6.8%) are social workers, 8 are religious counselors , 2 psychologists. Psychologists aren’t common in our current hospice care, so our sample participants reflect the reality. In terms of percentage of manger and staff, 4.3% are supervisors, 6.4% are nurse manager and the rest of them are staff. 45.2% of them stated that they volunteered to work in hospice care. 36.1% said they were assigned by hospital, and 10.9% of them are rotational contractors. Most of them are trained in hospice care or related field.

90% of them are females, mostly collage graduates. 13.7% is from the age of 21 to 25 year-old. 26.1% age of 26-30 year-old and 25.6% is 31-35 year-old. It’s obvious that more than half of them are between the ages of 26-35 year-old. 20% of them are aged more than 40 year-old.

Years in hospice care: Average year is 4.08. 23% of them only served in less than a year. 33.6% have served 1-3 years. 11.9% , served 3-5 years. 10.6% served 5-7 years. 14% served 7-10 years. 6.8% of them served more than 10 years.

2. How hospice care organization affects caregivers’ emotional labor load

There is a big difference between publicly owned or privately owned organization. Emotional labor load is definitely higher in private institution than that of public organization. In addition, hospice care providers

in central Taiwan has higher emotional burden as well, northern Taiwan is the second, and the least of them is southern Taiwan.

3. How hospice care organization affects caregivers' emotional burnout/exhaustion

Burnout is not common among our finding. In the scale of 1 to 5, most subjects falls on a little more than 2. The highest score 3.22 comes from question #4 where they stated: "I felt exhausted at the end of day." The lowest score is 2.07 from question #7 where it says "I often think of transferring to other unit". Most subjects have no strong desire to move to different jobs. Burnout also is mostly stated from subjects from northern Taiwan whereas eastern Taiwan has the lowest burnout.

4. Hospice care medical team characteristic versus emotional consumption

Personal characteristic and background definitely are important in emotional consumption. People with religious background have definite lower emotional exhaustion versus those who don't. Age-wise, age group 21-25 has the highest amount of burnout. The older the person is; the burnout rate seems lower. The age 50 group seems to have the lowest burnout.

Different role in hospice care team also influences emotional well-being. Result shows psychologist has the highest burnout, followed by nurses, doctors, and religious counselors has the lowest burnout rate.

5. The source of stress for hospice team members

Subject places one's source of stress in sequence from the following choices: patient, patient's family, self, supervisor and hospital. Number 1 being the most stress source (6 points), and number 6 is the lowest (1 point). The result shows the highest score is colleague (mean= 4.11), then hospital (mean= 3.91), supervisor (mean=3.56), self (mean=2.94). What's interesting is that stress from patient is low (mean 2.79) and the least amount of stress comes from patient's family (mean=2.59).

6. Support for hospice medical team members

According to our open end questions in the end, hospice medical team members needs supports from their supervisors, colleagues, family, and also affirmation from their patients and their family. In addition, tangible assistance from social workers and non-hospice care personal are also appreciated.

7. Type of support

They are specified as the followings: emotional support, additional staff, financial support, educational training, punctual work schedule and a safe working environment.

國科會補助專題研究計畫項下出席國際學術會議心得報告

日期：98年10月1日

計畫編號	NSC97-2410-H-040-005-MY2		
計畫名稱	台灣安寧病房喪親關懷機制之建構		
出國人員姓名	蔡佩真	服務機構及職稱	中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系助理教授
會議時間	98年9月24日至 98年9月27日	會議地點	澳洲柏斯
會議名稱	(中文)第八屆亞太安寧療護國際會議 (英文) The 8th Asia pacific hospice conference		
發表論文題目	<p>安寧團隊情緒負荷與人力資源維護 逝者的虛擬存在與影響</p> <p>Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Medical Team in Palliative Care: A study of Emotional Labor Load and Human Resource Maintenance</i>. Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia.</p> <p>Tsai, P. (2009, Sep.). <i>Living in my heart forever: Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved – A study of continuing bond with deceased parent</i>. Poster session presented at the 8th Asia pacific hospice conference, Perth, Western Australia.</p>		

一、參加會議經過

亞洲及太平洋區安寧療護會議 (Asia Pacific Hospice Conference, 簡稱 APHC) 一直是亞太地區最具代表性的安寧療護國際會議, 今年第八屆的亞太安寧會議在 9 月 25 日於西澳柏斯 (Perth) 的 Perth Convention Exhibition Centre 舉行, 大會的主會場 Riverside Theater 位於波光點點的天鵝河 (swan river) 旁。開幕式在澳洲原住民樂器 didgeridoo 低沈而神秘的樂聲中揭開序幕, 由 Palliative Care West Australia 主席 Dr. Scott Blackwell 宣告第八屆亞洲及太平洋區安寧療護會議 (8th APHC) 合併第十屆澳洲緩和療護會議 (10th APCC) 正式開始。在 9 月 25-27 日的三天大會中, 與會人數超過 1250 位, 分別來自 38 個國家。

今年大會主題 Together ! Cultural Connections for quality care at end of life，搭配大會圖騰—二隻展翅飛翔的黑天鵝（The Flight of the Black Swans），象徵著亞太地區在多元文化與族群的連結下，正一起齊心努力提升末期生命的照顧品質。而為期三天的大會次議題則是緊扣著此一主題進行，包括：「不同族群的緩和療護」、「現在 & 未來：緩和療護的挑戰 & 機會」、「緩和療護的成長力」，全場運用 13 個會場同時舉行不同議題的專題，其呈現形式有：合堂演講（plenary session）、專題演講、工作坊、研究報告與海報展示等。整個大會共有超過 160 篇的口頭論文發表以及 264 篇的海報展示，顯見大會在議程設計之用心，並希望讓來自各個國家的安寧同道們有更多的經驗分享，以達學術交流之目的。而台灣在此次會議中共有 29 篇海報參展，另有 9 位安寧療護臨床及學術專業人員代表台灣進行口頭報告，讓亞太各國的安寧同道們見識台灣安寧療護的發展成果。

第一天的開幕式中，大會安排所有參與的國家均派一位代表，手執各自國家的國旗，輪流進入大會會場，讓所有與會人員看到各個參與的國家，並讓各國國旗於會議期間在大會飄揚著。台灣是由聖馬爾定醫院安寧病房的黃安年主任代表上場，當所有台灣代表團的成員，看到黃主任拿著台灣國旗進場，並在舞台上揮動的那一刻，每位團員無不為此感到榮耀而驕傲。此外，為呼應大會主題，主辦單位在每日會議的一大早與中午用餐結束後，於大場的合堂演講之前，以「Together to influence, foster and promote- our story, our advocacy」為主題，將前一天錄製下來的會議狀況、大會各式的社交活動、安排會議記者訪問講員及各國與會人員，全數剪輯成會議花絮播出，短短 10 分鐘的節目設計，看到了大會別出心裁的一面。

9 月 26 日晚上的大會晚宴（Conference Dinner）則是打破歷屆亞太會議的傳統，它不再是要各國準備節目的文化之夜，而是由大會精心安排表演節目。整場晚宴除了有美食可以享用，也邀請澳洲樂團進行歌唱表演，為整個晚宴帶來高潮，各國與會人員大多到台前，甚或是台上熱舞，讓大家見識到，看似嚴肅的國際學術會議，原來也可以如此的輕鬆、愉快。在最後一天的閉幕式中，主辦單位在既定的流程之外，則是臨時加入向 Dr. Rosalie Shaw 致意的節目。Dr. Shaw 在 2008 年卸任亞太安寧緩和醫療網（Asia Pacific Hospice Palliative Care Network, APHN）執行長一職，在長達十多年的執行長任期間，Dr. Shaw 致力推動亞太地區安寧療護的發展，即使在卸任 APHN 執行長後，她仍默默的為末期臨終病人貢獻一己之力。今年年底 Dr. Shaw 也將自新加坡的 National Cancer Centre Singapore 退休，APHC 主辦單位及 APHN 的理事代表們藉此機會，特別在閉幕式中表揚 Dr. Shaw 的成就與貢獻，並安排數位亞太各國代表簡短講述他/她們所認識的 Dr. Shaw 並表達感謝之意。就這樣，第八屆 APHC 在這溫馨、感人的最後一刻，緩緩的結束了，各國代表再次上台將國旗帶離大會會場，在幕圓滿落下的同時，與會代表們相約 2011 年 7 月馬來西亞檳城見。

二、攜回資料名稱及內容：論文集

三、研討會報告摘要：

Living in my heart forever : Virtual existence of the deceased and the influence on the bereaved

-- A study of continuing bond with deceased parent

Pei – Jen Tsai

Chung Shan Medical University

Purpose : Mourning is an inevitable process that people must adapt to especially with the death of a family member. The bereaved particularly keeps the memory of the deceased in their mind. In addition, people who have lost a loved family member will rebuild or develop a continuing affection linking with the deceased.

This research is an attempt to discover the emotional connection between the bereaved and the deceased. Similarly, the research will showed that the bond shared between the bereaved and deceased are normal. Likewise, the research will ascertain how the bereaved coped with grief and how they can adjust their emotions from falling into a downward spiral. Counseling is one solution needed for the bereaved. Helping them redirecting their emotional energy is suitable in this situation.

Method : Interviewing families of patients suffering from cancer will yield primary source of information. By doing this, the researcher will adopted both qualitative research and grounded theory. Following these two analyzed strategies, using the family visit record and taking in-depth conversation with the bereaved, the researcher can properly compile necessary information for this approach.

Results : Surprisingly, the death of a loved one can turn into a situation that has a positive influence on the bereaved. In other words, the bereaved assume that the deceased are still capable of communication, decision-making, existence and feeling.

Conclusion : Virtual existence of the deceased distinctly relieves the tremendous impact from the death of loved one. However, different connection from the deceased to each family member causes emotional difference between every family member. Bereavement adjustment essentially fluctuates between "deceased-centered" and "live-centered". It eventually provides the reference for grief evaluation. Based on the information above, some casework organizations can easily advance related activities; moreover, they can have an insight into the viewpoints of bereaved families.

Key words : bereavement, grief, deceased

Medical Team in palliative Care :
A Study of Emotional Labor Load and Human Resource maintenance

Abstract title : Medical Team in palliative Care : A Study of Emotional Labor Load and Human Resource maintenance

Author : Pei – Jen Tsai

Assistant professor

Chung Shan Medical University

Address : 100,Sec.2,Dah-Ching St.,Taichung,402,Taiwan.

TEL : 0953418541

TEL : 886-4-24730022ext.17117

pj1965@csmu.edu.tw

Presentation Type : Poster

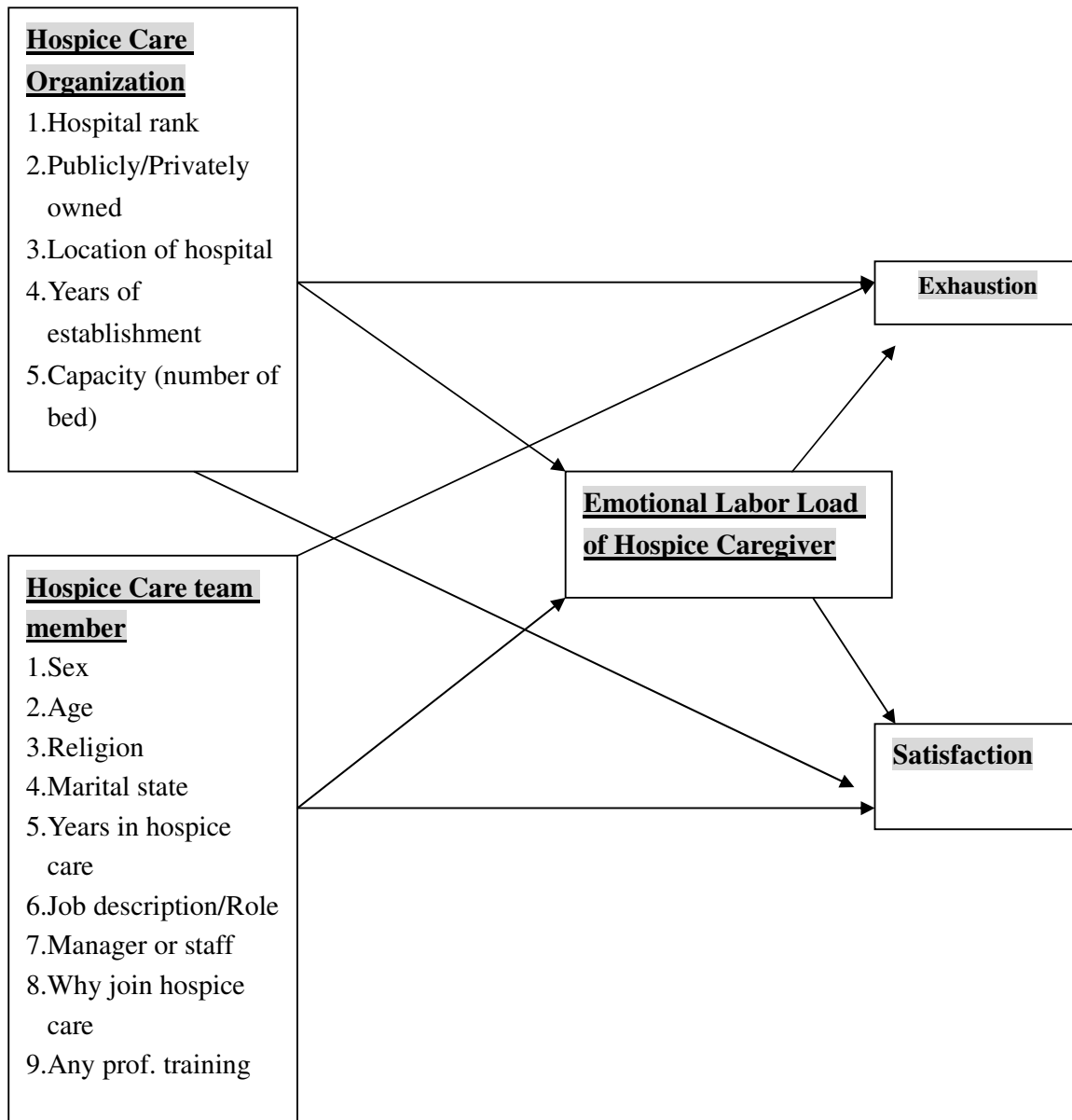
Abstract

Objective

This study seeks to gain knowledge and insight regarding emotional aspect of hospice care team members, particularly their feelings, emotional consumption (labor load) and exhaustion (burnout). Study result can be used as a reference for hospice caregiver self-assessment and to further prevent instability and loss of talents in hospice human resource. Using mail-in survey data were collected from members of hospice team, including doctors, nurses, social workers, religious counselors and psychologists in 38 hospice care providers in Taiwan. Discussion topics outlined as below:

1. Current make-up of hospice care human resource in Taiwan
2. Discussion on hospice caregivers' experience, including their feelings, job satisfaction and emotional exhaustion
3. Study each hospice member and examine if there is a correlation between job description (role) versus emotional labor load and exhaustion
4. Study on hospice human resource issue and preservation

Research structure



Hypothesis

Hospice care organizational structure and caregiver's personal emotional capacity play a part in assessing caregivers' emotional consumption, satisfaction and exhaustion.

1. How the organizational structure affects caregivers' emotional consumption
2. How different roles within the team affects caregivers' emotional consumption
3. How the organizational structure contributes caregivers' emotional burnout
4. How personal characteristics contributes caregivers' emotional burnout
5. How personal characteristics contributes caregivers' emotional satisfaction
6. A positive correlation between emotional labor load and burnout
7. A negative correlation between emotional labor load and job satisfaction

Tools :

Survey is created per objective and is also inspired by other research papers in Taiwan or abroad on “Emotional Labor.” It consists of 5 sections : (1) Basic questions on participants’ background : 16 questions; (2) Job satisfaction : 4 questions (3) Emotional labor load : 17 questions (4) Emotional exhaustion : 9 questions (5) Human resource preservation : 3 questions. Finally, in the end three open questions are stated for short answers. After much revision in keeping with our original research intention, the survey is cut down to 46 questions. It also has good Cronbach’ Alph standing.

Results :

1. Sample characteristic:

Total 22 hospitals responded; 235 of them are valid – amounts to 34.4% valid results.

50.6% of results are from hospital in northern Taiwan, 24.7% southern, 18.3% central , and only 15 responses from eastern Taiwan, which is normal since there are very few hospice care in that region. As far as the rank of hospital goes, 61.2% are from regional hospital, 29.7% from medial school hospital, 9.1% are from local hospitals.

68.1% of them are privately owned organization and 31.9% are publicly owned.

The average year of experience in the industry is 6.51 years. About 33% of them have more than 10 years experience, 26.4% are set up less than 2 years, and 26% has 6-9 years of experience. Capacity wise, 15.31% of them have bed, and 5% of them have 11-15 beds.

Among 235 hospice care team, 23 of them (9.8%) are doctors , 70% are nurses, 16 (6.8%) are social workers, 8 are religious counselors , 2 psychologists. Psychologists aren’t common in our current hospice care, so our sample participants reflect the reality. In terms of percentage of manger and staff, 4.3% are supervisors, 6.4% are nurse manager and the rest of them are staff. 45.2% of them stated that they volunteered to work in hospice care. 36.1% said they were assigned by hospital, and 10.9% of them are rotational contractors. Most of them are trained in hospice care or related field.

90% of them are females, mostly collage graduates. 13.7% is from the age of 21 to 25 year-old. 26.1% age of 26-30 year-old and 25.6% is 31-35 year-old. It’s obvious that more than half of them are between the ages of 26-35 year-old. 20% of them are aged more than 40 year-old.

Years in hospice care: Average year is 4.08. 23% of them only served in less than a year. 33.6% have served 1-3 years. 11.9% , served 3-5 years. 10.6% served 5-7 years. 14% served 7-10 years. 6.8% of them served more than 10 years.

2. How hospice care organization affects caregivers’ emotional labor load

There is a big difference between publicly owned or privately owned organization. Emotional labor load is definitely higher in private institution than that of public organization. In addition, hospice care providers

in central Taiwan has higher emotional burden as well, northern Taiwan is the second, and the least of them is southern Taiwan.

3. How hospice care organization affects caregivers' emotional burnout/exhaustion

Burnout is not common among our finding. In the scale of 1 to 5, most subjects falls on a little more than 2. The highest score 3.22 comes from question #4 where they stated: "I felt exhausted at the end of day." The lowest score is 2.07 from question #7 where it says "I often think of transferring to other unit". Most subjects have no strong desire to move to different jobs. Burnout also is mostly stated from subjects from northern Taiwan whereas eastern Taiwan has the lowest burnout.

4. Hospice care medical team characteristic versus emotional consumption

Personal characteristic and background definitely are important in emotional consumption. People with religious background have definite lower emotional exhaustion versus those who don't. Age-wise, age group 21-25 has the highest amount of burnout. The older the person is; the burnout rate seems lower. The age 50 group seems to have the lowest burnout.

Different role in hospice care team also influences emotional well-being. Result shows psychologist has the highest burnout, followed by nurses, doctors, and religious counselors has the lowest burnout rate.

5. The source of stress for hospice team members

Subject places one's source of stress in sequence from the following choices: patient, patient's family, self, supervisor and hospital. Number 1 being the most stress source (6 points), and number 6 is the lowest (1 point). The result shows the highest score is colleague (mean= 4.11), then hospital (mean= 3.91), supervisor (mean=3.56), self (mean=2.94). What's interesting is that stress from patient is low (mean 2.79) and the least amount of stress comes from patient's family (mean=2.59).

6. Support for hospice medical team members

According to our open end questions in the end, hospice medical team members needs supports from their supervisors, colleagues, family, and also affirmation from their patients and their family. In addition, tangible assistance from social workers and non-hospice care personal are also appreciated.

7. Type of support

They are specified as the followings: emotional support, additional staff, financial support, educational training, punctual work schedule and a safe working environment.

國科會補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期 2010年10月28日

<p>國科會補助計畫</p>	<p>計畫名稱: 台灣安寧病房喪親關懷機制之建構 計畫主持人: 蔡佩真 計畫編號: 97 -2410-H -040 -005 - 學門領域: 社會工作</p>		
<p>研發成果名稱</p>	<p>(中文) 先進國家安寧療護喪親關懷服務之探討 (英文) Current status of bereavement services in hospices in developed countries</p>		
<p>成果歸屬機構</p>	<p>中山醫學大學</p>	<p>發明人 (創作人)</p>	<p>蔡佩真</p>
<p>技術說明</p>	<p>(中文) 安寧療護的喪親關懷服務 (bereavement care service) 已經在世界各國普遍推行, 但是以證據為基礎 (evidence-based programmes) 的追蹤方案仍然是缺乏的(1,2)。近年來有一些國家陸續進行調查來了解該國執行狀況, 例如美國、加拿大、英國、澳洲、日本、西班牙都已經有相關的研究調查資料出現, 本文擬針對上述國家近年研究結果進行簡要之探討, 以做為國內安寧醫療團隊之重要參考。世界各國的經驗已經陸續地累積, 並沒有哪一種模式能堪稱最佳模式, 喪親關懷仍然是必須建立在家屬的需要以及文化的考量之上。過去這些年我們的悲傷輔導有相當多的進步, 但顯然我們還有許多有待努力突破與有待解決的限制, 希望本文能夠引發更多學習, 適時安慰傷心人, 實踐安寧療護『善終』與『善別』</p> <p>(英文) The assumption of bereavement care is that death challenges the coping skill of the bereaved family members, and supportive intervention facilitates coping and reduces the complicated reaction of sadness. Bereavement care comes in different forms and depths, and while such programs in hospices have been widely adopted around the world, evidence-based programs are still lacking. Countries such as the U.S., Canada, UK, Australia, Japan, and Spain have conducted relevant studies of their implementation of such programs in recent years, and the purpose of this present study is to summarize and discuss the research in these countries and use the findings as important references for Taiwan's hospice medical teams.</p>		
<p>產業別</p>	<p>訓練服務業</p>		
<p>技術/產品應用範圍</p>	<p>安寧緩和醫療</p>		
<p>技術移轉可行性及預期效益</p>	<p>高</p>		

註：本項研發成果若尚未申請專利，請勿揭露可申請專利之主要內容。

97 年度專題研究計畫研究成果彙整表

計畫主持人：蔡佩真		計畫編號：97-2410-H-040-005-MY2					
計畫名稱：台灣安寧病房喪親關懷機制之建構							
成果項目		量化			單位	備註（質化說明：如數個計畫共同成果、成果列為該期刊之封面故事...等）	
		實際已達成數（被接受或已發表）	預期總達成數（含實際已達成數）	本計畫實際貢獻百分比			
國內	論文著作	期刊論文	1	1	100%	篇	『安寧療護』雜誌，2010年3月，十五卷第一期，頁47-62，『先進國家安寧療護喪親關懷服務之探討』 蔡佩真（2010）。台灣安寧病房喪親關懷機制之建構。發表於台灣社會工作教育學會主辦，『變遷社會下的社會工作教育與實務』研討會論文集。台北
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	1	1	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
	參與計畫人力（本國籍）	碩士生	1	1	100%	人次	
		博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		
國外	論文著作	期刊論文	0	0	100%	篇	
		研究報告/技術報告	0	0	100%		
		研討會論文	0	0	100%		
		專書	0	0	100%		
	專利	申請中件數	0	0	100%	件	
		已獲得件數	0	0	100%		
	技術移轉	件數	0	0	100%	件	
		權利金	0	0	100%	千元	
參與計畫人力	碩士生	0	0	100%	人次		

	(外國籍)	博士生	0	0	100%		
		博士後研究員	0	0	100%		
		專任助理	0	0	100%		

其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)	無						
--	---	--	--	--	--	--	--

	成果項目	量化	名稱或內容性質簡述
科 教 處 計 畫 加 填 項 目	測驗工具(含質性與量性)	0	
	課程/模組	0	
	電腦及網路系統或工具	0	
	教材	0	
	舉辦之活動/競賽	0	
	研討會/工作坊	0	
	電子報、網站	0	
	計畫成果推廣之參與(閱聽)人數	0	

國科會補助專題研究計畫成果報告自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以 100 字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形：

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以 100 字為限）

蔡佩真（2010）。國際安寧療護喪親關懷服務之探討，安寧療護，15(1)，頁

蔡佩真（2010）。台灣安寧病房喪親關懷機制之建構。發表於台灣社會工作教育學會主辦，『變遷社會下的社會工作教育與實務』研討會論文集。台北

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）（以 500 字為限）

一、學術成就：

本研究蒐集最近期的國外相關研究報告，完整的閱覽文獻，可做為國內日後執行悲傷關懷方案之參考。文獻蒐集將有助於形成理論的敏感度與研究的敏感度，以做為國內國外之比較。

二、技術創新：

從喪親遺族取得資訊是非常不易進行的研究，加上有 IRB 的要求，本研究是國內首次順利採用喪親者觀點來了解其悲傷的需求與求助的障礙。資料得來不易，研究發現彌足珍貴。

三、社會影響：

本研究對臨床有所貢獻，掌握全台灣安寧病房喪親悲傷關懷執行現況與資源，資料的發表有助於各醫院安寧病房的相互觀摩學習。此外，對喪親家屬的貢獻包括：了解喪親家屬的擔心，破除安寧團隊悲傷關懷輸送過程之障礙；催化台灣安寧療護界重視喪親者的悲傷，減輕喪親所造成的身心及社會層面的衝擊。本研究回應喪親家屬的需要，協助安寧病房採取更合適的關懷行動，強化較為有效的服務項目，將資源進行更有效率的使用，促進安寧病房悲傷關懷服務的品質與提升服務量。