

先進國家安寧療護喪親關懷服務之探討

蔡佩真

摘要

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，但是以實證為基礎追蹤方案 (evidence-based programs) 仍然是缺乏的⁽¹⁾，許多國家尚未有安寧療護喪親關懷服務現況的相關調查與評估。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參考。世界各國的經驗已經陸續地累積，目前國內外尚未形成「最佳模式」的悲傷輔導典範⁽²⁾，各國經驗仍在摸索與建構中，各國執行特色可供彼此觀摩，以建構屬於個別國家文化的喪親關懷。過去這些年我國的悲傷輔導有相當多的進步，但仍有許多有待努力與有待解決的限制，希望本文能夠引發更多學習與反思，促使台灣的喪親關懷行動更能適時安慰傷心人，實踐安寧療護的『善終』與『善別』。

(安寧療護 2010: 15: 1: 47-62)

關鍵詞：喪親關懷、安寧療護

中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系

通訊作者：蔡佩真

地址：402 台中市南區大慶街二段 100 號 中山醫學大學醫社系

電話：04-24730022 轉 17117

傳真：04-24730022 轉 17114

E-mail：pj1965@csmu.edu.tw

國際綜覽

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, 但是以證據為基礎追蹤方案 (evidence-based programs) 仍然是缺乏的⁽¹⁾, 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, 以作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^(3,4)。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**⁽⁵⁾。

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⁽⁶⁾。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、諮詢、提供資訊、追思會、支持團體⁽⁷⁾。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⁽⁸⁾。

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 (inpatient 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⁽⁹⁾。

Reid 等人⁽²⁾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⁽¹⁰⁾，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、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詢給病患的家庭成員，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⁽²⁾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⁽¹⁾。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⁽¹²⁾。

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⁽¹³⁾。

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⁽¹⁴⁾。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 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^(15,16)。

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⁽¹⁷⁾。

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⁽¹⁸⁾。

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⁽¹⁹⁾。

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⁽²⁰⁾。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⁽²¹⁾。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⁽²⁰⁾。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，最常用醫院提供的服務為：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⁽²¹⁾。

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^(20,22)。

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詢，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詢形式。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⁽²³⁾。

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⁽²⁴⁾。

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⁽²⁴⁾。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⁽²⁵⁾。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、一對一諮詢；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⁽²⁶⁾。

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詢與支持團體。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⁽²⁷⁾。

志願服務人員在喪親服務中之運用

雖然喪親關懷需要全體團隊成員的共同投入，特別是專業的人員，但是英國、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⁽²⁶⁾。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^(9,26)。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⁽²⁸⁾。美國的安寧療護服務也有雷同的現象⁽²⁹⁾。有些研究已證明志願人員在提供悲傷支持上的效果⁽³⁰⁾。

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⁽²⁸⁾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：

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。

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。此種類型的支持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) 的支持，類似於知己和朋友所提供的支持，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持。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。

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⁽²⁸⁾。

他山之石可以攻錯

台灣的安寧病房喪親關懷服務現況欠缺全面性的普查報告，文獻上所呈現的相關探討較少，從筆者的實務經驗以及 2009 年進行 41 家安寧病房的郵寄問卷調查結果發現台灣的喪親關懷形式較普遍的活動依序為：電話追蹤聯繫、寄發慰問卡、個別會談、協助製作紀念物、提供悲傷為題材的衛教單張、辦理各種形式的追思會、轉介遺族給精神科醫師或心理師、喪親後的家訪、支持團體的分享。

台灣家屬的接受度又是如何呢？早期趙

可式博士的研究發現：台灣的癌症喪親家屬對於參加安寧團隊辦理的傷慟團體以及遺族活動的意願不高，參與率是百分之十⁽³¹⁾。而馬偕醫院安寧療護教育示範中心連續三年辦理五次安寧病房遺族的追思會，參與的人數不及邀請人數的一成⁽³²⁾。近年有研究發現接受安寧療護團隊的喪親服務者比例還不算高，大部分的喪親者會先尋求家人或朋友的支持，使得專業團隊的影響力小於非正式的支持系統，此外，醫院對於喪親家屬而言是一個又熟悉又傷心的地方，連結太多與逝者相關連的記憶，回到醫院觸景傷情的感覺使得家屬再回來參加遺族團體的意願減低⁽³³⁾。

從各國經驗以及台灣現況，我們需要反思以下的議題：

台灣各病房是否有業務主責人員？

在安寧病房的人力上，國外有些病房設有喪親協調員 (bereavement coordinator)，喪親協調員的設置是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，大部分的喪親調解員是由社工師、牧靈人員或是護理師擔任⁽³⁴⁾。安寧病房悲傷關懷的主責的喪親協調員專司遺族的追蹤與方案的管理和推動。台灣的病房可以參考此一類似個案管理師的作法，由專責人員

有計畫的規劃各項服務方案與分配工作、調度資源、運用志工人力，並進行業務評估。

台灣的喪親關懷服務是否多元而有創意？

國外有琳瑯滿目的活動來提供給不同的家屬：參加葬禮、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、家訪、個別諮商、家族諮商、假日悲傷方案、轉介院外治療師、回憶創造方案 (memory-creating programs)(紀念物的製作與保存)等等。我們也許可以創意設計更多紀念的儀式或是活動，從不同方式中提供遺族關心與支持。

風險評估與服務分級

英國在政策上制訂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。我們也需要反思台灣各病房是否有好的悲傷評估工具？是否能即時篩選不同風險等級的喪親者？是否能落實第一層與第二層的喪親服務，並針對高風險轉介第三層的服務？三階層的悲傷支持模式是非常簡易可行的模式，

airiti
非常適合台灣病房參考。

台灣的志工是否被妥善運用於喪親服務中？

各國安寧療護團隊都是缺乏足夠的專業人力與時間，志工的運用勢在必行，尤其是招募專業志工，可以提供遺族更有深度的諮商。一個安寧病房如果有十幾位從事悲傷關懷的志工，提供密集訓練，外加專職員工的定期督導，就能落實遺族追蹤、評估與服務方案的辦理。

世界各國的經驗已經陸續地累積，目前國內外尚未形成「最佳模式」的悲傷輔導典範⁽²⁾，各國經驗仍在摸索與建構中，各國執行特色可供彼此觀摩，以建構屬於個別國家文化的喪親關懷。過去這些年我國的悲傷輔導有相當多的進步，但仍有許多有待努力與有待解決的限制，希望本文能夠引發更多學習與反思，促使台灣的喪親關懷行動更能適時安慰傷心人，實踐安寧療護的『善終』與『善別』的理想。

致謝

本文感謝國科會之補助（NSC97-2410-H-040-005-MY2），並且感謝二位審查委員寶貴建議，特此致謝。

參考文獻

1. Sandler IK, Kennedy C, Shapiro E. Parental grief and palliative care require attention. *Arch Pediatric Adoles Med* 2004; 158(6): 590-1.
2. Reid D, Field D, Payne S, Relf M. Adult bereavement in five English hospices: types of support. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12(9): 430-7.
3. Birtwistle J, Payne S, Smith P, Kendeik T. The role of the district nurse in bereavement care. *J Adv Nurs* 2002; 38: 467-78.
4. Wiles R, Jarrett N, Payne S, Field D. Referrals for bereavement counselling in primary care: A qualitative study. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 79-85.
5. Field D, Payne S, Relf M, Reid D. Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices. *Soc Sci Med* 2007; 64: 428-38.
6. NICE. Guidance on cancer services. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: The Manual NICE, 2004; 317-38.
7. Kissane D. Bereavement support service. In: Payne S, Seymour J & Ingleton C (Ed.) *Palliative Care Nursing : Principles and Evidence for practice*. Maidenhead: Open

- University Press, 2004 ; 539-54.
8. Relf M. The effectiveness of volunteer bereavement care: an evaluation of a palliative care bereavement service. London: Unpublished PhD thesis, University of London, 2000.
 9. Field D, Reid D, Payne S, Relf M. Survey of UK hospice and specialist palliative care adult bereavement service. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10(12): 569-76.
 10. Kennedy C, McIntyre R, Worth A, Hogg R. Supporting children and families facing the death of a parent: part 1. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14(4):162-8.
 11. Field D, Reid D, Payne S, Relf M. Adults bereavement in five English hospices: types of support. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12(9):430-7.
 12. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. Virginia: NHPCO, 2009.
 13. Demmer C. A national survey of hospice bereavement services. *Omega* 2003; 47(4):327-41.
 14. Canadian Hospice Palliative Care Association and Canadian Network of Palliative Care for Children. Pediatric hospice palliative care: Guiding principles and norms of practice(Draft). Available at: [http:// cnpcc.ca/ documents/ DRAFT_Ped_NormsJul2004_EN.pdf](http://cnpcc.ca/documents/DRAFT_Ped_NormsJul2004_EN.pdf) . Accessed August 30, 2005.
 15. deJong-Berg MA, deVlaming D. Bereavement care for families part 1 : a review of a paediatric follow-up programme. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11(10): 533-9.
 16. deJong-Berg M, Kane L. Bereavement care for families part 2 : Evaluation of a paediatric follow-up programme. *Int J Palliat Nurs* 2006; 12(10): 484-94.
 17. Davies B, Collins J, Steele R, Cook K, Distler V, Brenner A. Parents' and children's perspectives of a children's hospice bereavement program. *J Palliat Care* 2007;23(1):14-23.
 18. Abbotsford Hospice Society. Bereavement Support Services. Available at: <http://www.abbotsfordhospice.org/bereavement.php>. Accessed February 20,2010.
 19. Souter S, Moore T. A bereavement support program for survivors of cancer deaths: A description and evaluation. *Omega* 1989; 20(1):31-43.
 20. Matsushima T, Akabayashi A, Nishitatenno K. The current status of bereavement follow-up in hospice and palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002; 16(2): 151-8.

21. Sakaguchi Y, Tsuneto S, Takayama K, Tamura K, Ikenaga M, Kashiwagi T. Tasks perceived as necessary for hospice and palliative care unit bereavement services in Japan. *J Palliat Care* 2004; 20(4): 320-3.
22. Lattanzi-Licht ME. Bereavement services: practice and problems. *Hospice Journal* 1989; 4: 1-28.
23. Yi P, Barreto P, Soler C, Fombuena M, Espinar V, Pascual L, Navarro R, Gonzalez R, Bernabeu J, Suarez J. Grief support provided to caregivers of palliative care patients in Spain. *Palliat Med* 2006; 20: 521-31.
24. Mather MA, Good PD, Cavenagh JD, Ravenscroft PJ. Survey of bereavement support provided by Australian palliative care services. *Med J Aust* 2008; 188(4): 228-30.
25. Balk D. 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* 2006; 30(1): 87-93.
26. Payne S. The role of volunteers in hospice bereavement support in New Zealand. *Palliat Med* 2001; 15: 107-15.
27. deCinque N, Monterosso L, Dadd G, Sidhu R, Lucas R. Bereavement support for families following the death of a child from cancer: practice characteristics of Australian and New Zealand paediatric oncology units. *J Paediatr Child Health* 2004; 40(3): 131-5.
28. Field D, Payne S, Relf M, Reid D. Some issues in the provision of adult bereavement support by UK hospices. *Soc Sci Med* 2007; 64: 428-38.
29. Demmer C. A national survey of hospice bereavement services. *Omega* 2003; 47(4): 327-41.
30. Park CM. Evaluation of a bereavement service. *J Prev Psychiatry* 1981; 1: 179-88.
31. 趙可式。安寧療護照護品質及哀傷輔導需求研究。行政院衛生署八十五年度委託計畫醫療保健工作研究報告。台北：衛生署，1996。
32. 劉乃誌、賴允亮。哀傷輔導—安寧追思會的成效與評估。安寧療護雜誌 2004；9（1）：52-64。
33. 蔡佩真。喪親遺族追思活動之挑戰，安寧療護雜誌 2007；12（3）：298-311。
34. Bodenbach M. Developing a bereavement services component for an urban teaching hospital's new palliative care program: a four-target survey approach. *J Palliat Med* 2005; 8(4): 713-15.

airiti
【Review Article】

Current Status of Bereavement Services in Hospices in Developed Countries

Pei-Jen Tsai

ABSTRACT

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. Many countries have yet to have the investigation and evaluation about hospice bereavement care services related to the status. Countries such as the U.S., Canada, UK, Australia, Japan, and Spain have conducted relevant studies of implementation of such programs in recent years. Nevertheless, countries in the world have not reached the consensus of the "best model" for bereavement care. The purpose of this study is to summarize and discuss the research in these countries and use the findings as important references for Taiwan's hospice medical teams in future development of bereavement services.

(Taiwan J Hosp Palliat Care 2010 : 15 : 1 : 47-62)

Key Words : bereavement care hospice

Department of Medical Sociology & Social Work, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan