

壹、前言

安寧療護最終希望能導向善終與善別，善終是指病人得到最佳的症狀控制與身心靈的照顧，而善別則是協助家屬度過失落與分離的痛苦，喪親之痛往往需要更多的陪伴與理解，喪慟關懷（bereavement care）又稱喪慟服務（bereavement service），是指對喪親者提供的身心靈關懷與實質的陪伴與協助（Schut & Stroebe, 2011）。喪慟關懷開始於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，都愈來愈被強調（Harding & Leam, 2005; Bellali & Papadatou, 2006）。世界衛生組織及臺灣的健康照顧政策均視喪慟關懷是臨終照顧的延續，特別在行政院衛生署（2000）所制訂的「安寧住院療護標準作業參考指引」中，指出：「安寧療護團隊需提供遺族的喪慟支持或輔導，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，能依喪慟的程度與過程提供哀傷輔導計畫與處置」。

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、醫師、護理師、志工、親友提供（Bodenbach, 2005），本研究以「喪慟關懷」來統稱所有來自醫院或社區組織針對喪親者所提供不同層次的悲傷支持、悲傷輔導及悲傷治療活動。國際上建議各急性醫院應設置喪慟關懷的專門服務，包括培訓醫護人員、跨專業工作團隊、失落之前開始早期干預、在處理過程中提供訊息、藉由個人接觸或慰問卡以表達關切及提供支持服務，藉由書面資料、會議和小組以獲得支持的教育及電話的後續支持（Kent & McDowell, 2004; LeBrocq, Charles, Chan, & Buchanan, 2003）。因此，對於失落與悲傷的關照已是醫療照護重要的職責。因為喪親服務可直接減輕喪親者的身體痛苦和情感痛苦，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）。

喪慟關懷的實施場域可分為以醫院為基礎的喪慟關懷服務和以社區為基礎的喪慟關懷（Bodenbach, 2005），以「醫院為基礎」（hospital-based bereavement support service）的支持是指實施在安寧病房、急診室、加護病房、重症病房、長期照顧機構

所面臨案主死亡與悲傷的家屬，由醫療團隊成為喪慟關懷的服務提供者；以「社區為基礎」的支持，是指由社區組織提供持續性的支持活動和小組，長期陪伴遺族，如宗教組織的支持與自助網絡提供的遺族自助團體、非營利組織等。在臺灣的喪慟關懷多數還是以醫院的安寧病房為基礎所延伸的服務，社區的喪親支持則是少數零星且非正式的支持。安寧療護的悲傷關懷方案已在世界各國普遍推行，但以實證為基礎（evidence-based programs）的追蹤方案仍然是缺乏的（Cook, White, & Ross-Russell, 2002; Sandler, Kennedy, & Shapiro, 2004）。臺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：臺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？本研究目的著重喪親服務供給面之瞭解，以量化研究進行全國安寧療護病房喪慟關懷服務輸送之現況調查，目的在於檢視全臺灣安寧療護部門提供喪慟關懷的現況、服務內涵、普及性及輸送方式，以建構對於全國性安寧喪慟關懷服務輸送面向的瞭解。

貳、喪慟關懷之形式與文獻回顧

國內、外安寧病房經常辦理的喪慟關懷活動大致包括以下數種：瀕死的悲傷支持、逝者追思會（memorial service）、喪親支持團體、悲傷諮商、友誼式的支持（befriending）、電話支持、偶訪（drop-in）、回憶創造方案（memory-creating programs）、週年卡等，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等。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惜別室及安息室（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