

【研究紀要】

善別之路

安寧療護中的喪慟關懷臨床指引 建構原則之探討

蔡佩真*

摘要

善終與善別是安寧療護照顧的目標，喪慟關懷是協助喪親者面對生離死別之痛與生活重建；提供關懷與實質協助，是安寧緩和醫療的延續。然而，臨床上的服務輸送遭遇不少挑戰，包含安寧病房團隊成員經驗不足、缺乏訓練與可依循之模式，加上人力吃緊，增加勞務負荷與挫折無力之感受。因此建構喪慟關懷服務指引，以提供更適切的照顧，成為刻不容緩的議題。喪慟關懷服務指引可以作為醫療團隊臨床的參考與維護服務品質，也有利於讓各醫院安寧病房提供喪慟服務的狀況不會有太大的品質落差。臨床指引是以實證主義為基礎而建構，是整合研究證據以及臨床人員的經驗、並參照服務接受者的價值偏好而制定的照護準則，可用以在面臨特定處境時能做出合適的健康照護決策，進而

* 國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系副教授



提供最佳的服務措施，並可作為訓練之參考。本文整理出安寧療護發展良好的英國、澳洲、西班牙等國之安寧療護喪慟關懷臨床指引，希望能作為台灣制定喪慟服務的參考架構，並從服務使用者、服務提供者、服務輸送等三個面向提出反思與討論。

關鍵詞：安寧療護、悲傷、喪慟關懷、臨床指引、教育訓練



【Research Note】

Good Grief:

Constructing Principles of Clinical Guideline for Bereavement Care in Palliative Care

Tsai, Pei-Jen*

Abstract

The ultimate aim of palliative care is to ensure good death and good grief. The purpose of bereavement care is to provide concern and substantial assistance for survivors. Bereavement care is a continuation of palliative care, but service providers encounter challenges including inexperienced hospital team members, a lack of training, and rigid patterns to follow, coupled with a lack of manpower, that only create the feeling of workload and frustration, and inability. The construction of Bereavement Care Service Guidelines provides more appropriate care and has become a topic that cannot be delayed. Bereavement Care Service Guidelines can help clinical reference and maintenance of service quality of a

* Associate professor, Department of Social Policy & Social Work, National Chi Nan University



medical team and it is also conducive to the status of the hospital's hospice ward to offer bereavement services, so that there will not be a significant gap in quality. Clinical guidelines are constructed on an evidence-based doctrine to integrate research evidence and clinical staff's care experience. The preference values of patients are used as a reference for the development of care guidelines, which can be used to make the appropriate health care decisions in a particular situation. Thus, the guidelines can provide the best care measures and can be used for training purposes. This study refers to the palliative care and bereavement care clinical guidelines in the UK, Australia, and Spain to provide a reference structure for bereavement services in Taiwan. This study discusses four dimensions: service users, service providers, service content and service procedures, and makes recommendations.

***Keywords:** Palliative Care, Grief, Bereavement Care,
Clinical Guidelines, Education and Training*



壹、喪慟關懷的內涵與挑戰

死亡與悲傷是一種普遍經驗，在社會工作者所服務的場域，不論是在醫務社會工作、兒童保護業務、家暴防治業務、自殺防治業務、老人福利領域與長期照顧系統、犯罪矯治社會工作、身心障礙服務領域，都有可能面臨服務對象老化、疾病、自殺、意外及過失傷害而致死亡。身為助人工作者，我們必須協助服務對象渡過死亡、失落與悲傷的過程；而在服務過程中，助人者也可能經歷親人的死亡與失落，個人的悲傷經驗也可能浮現並阻礙服務的能力。因此，喪慟關懷是社會工作的服務項目，更是助人者專業成長的重要課題。

善終與善別是安寧療護照顧的目標，喪慟關懷（bereavement care）是協助喪親者面對生離死別之痛與生活重建、提供關懷與實質協助，又稱為喪慟服務（bereavement service）。由於喪親者面臨的需要極為廣泛，不只是關心喪葬事宜，喪親者在生理上、情緒上、認知上、生活上都需逐步重建。因此，喪慟關懷所包含的內涵超越傳統上悲傷輔導的概念，可淺可深，含括心理性與社會性的關照；可以是簡單的庶務性協助與支持，也可以包含深度的諮商與心理治療（蔡佩真，2013）。過去文獻上出現過的相關概念，包括悲傷支持（bereavement support）、悲傷輔導（bereavement counseling）、悲傷治療（bereavement treatment）。悲傷支持是指簡易的陪伴與庶務性的幫助，可以由親友或志工提供；悲傷輔導是指較為深入的情緒宣洩與諮商，大多由受過訓練的專業人員提供；悲傷治療則是針對複雜性悲傷者提供心理治療與精神治療，多由臨床心理師或精神科醫師提供。本文採用「喪



慟關懷」的概念，涵蓋基本程度的悲傷支持、中度的悲傷輔導、以及深度的悲傷治療活動。

對於喪親者的關照實為安寧緩和醫療的重要職責。病人臨終時協助家屬經歷預期性的哀傷，病人過世後陪伴遺族渡過失落的歷程，喪慟關懷能實踐安寧療護之全家、全程、全人照顧的承諾。目前的喪慟關懷可分為以醫院為基礎的服務，和以社區為基礎的服務。以醫院為基礎的支持實施在安寧病房、急診、加護病房、重症病房的家屬，由醫療團隊為服務提供者；以社區為基礎的支持，是指由社區遺族自助團體或非營利組織提供持續性的支持，而長期陪伴遺族（蔡佩真，2013）。目前全台安寧病房普遍提供的喪慟關懷大多是以醫院為基礎所提供的服務方案，提供多元的關懷方式，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、舉辦兒童營隊、支持團體、假日悲傷方案、轉介院外治療師等等（Demme, 2003）。

是否所有的安寧病房都能順利提供對家屬有幫助的喪慟關懷呢？既有的研究顯示，各醫院普遍面臨許多挑戰。從表3-1可看到，台灣目前的喪慟關懷工作所遭遇的挑戰包括三個面向：首先是關於服務提供者方面，包含安寧病房團隊成員經驗不足、缺乏訓練與可依循之模式，加上人力吃緊，增加勞務負荷與挫折無力之感受；其次是從服務使用者而來的挑戰，包括遺族有些特殊心態與缺乏悲傷輔導的概念、回醫院觸景傷情、交通不便、以及文化觀念限制遺族接受喪慟關懷的意願；第三方面的挑戰是關於服務輸送的困難，包括不知如何依據遺族的特殊需要來設計服務內容、難以記錄、難以追蹤與成效評估，此外也欠缺文化敏感度。上述這三大面向都足以讓喪慟關懷服務的臨床工作者感到使不上力（蔡佩真，2013）。從研究發現與觀察中看見喪親服務的實務困境，也覺察到實務工作者的需要，故可知制定喪親關懷臨床



指引能夠回應臨床困境。如何建構喪慟關懷服務指引，使醫療團隊提供更適切的喪慟關懷，實為刻不容緩的議題。

表3-1 安寧病房執行喪慟關懷的困境

面向	服務提供者	服務接受者	服務輸送
困境	<ul style="list-style-type: none"> • 經驗不足 • 欠缺訓練與可依循之模式 • 人力不足 • 時間不足 • 壓力大 • 團隊意願低、主管未支持 	<ul style="list-style-type: none"> • 家屬參與意願低 • 缺乏概念 • 回醫院觸景傷情 • 居住偏遠、交通不便 • 複雜性悲傷，情緒無法平復 • 忙於生計、無暇參加 • 家屬認為不需要，尤其覺得兒童不懂也不需要 • 特殊案例、突發死亡，家屬難接受 • 文化限制，家屬冷淡不多說 	<ul style="list-style-type: none"> • 慰問卡的設計不知如何傳遞關懷 • 活動未能符合家屬需求 • 電話追蹤難對哀傷反應做評估 • 追蹤不容易 • 目前的記錄表格不好用、不周全 • 無法評估成效，不知如何設計指標 • 活動規劃未能符合特殊人口群的需求 • 欠缺文化敏感度

資料來源：蔡佩真(2013)。〈台灣安寧病房喪慟關懷服務之調查研究〉，《生命教育研究》，5(1)：57-90。

放眼國際，即使在安寧療護發展成熟的澳洲，大都市的教學醫院團隊成員也並不滿意自己對於喪親家屬的照顧能力，覺得對逝者和遺族的處遇總是不夠恰當，在服務過程感到困難與挫折（LeBrocq, Charles, Chan, & Buchanan, 2003）。舉例來說，嬰兒猝死是急診室的醫護人員感到最有壓力的事件之一，然而，他們在這個領域裡通常缺乏訓練，即使他們很願意參與這樣的服務（Levetown, 2004; Ross-Adjie et al., 2005）。國外有許多因素影響著喪慟關懷服務的輸送，這些因素也跟台灣極為相似，包括資源



有限、時間有限，更重要的是因為缺乏這方面的知識，而不知該如何做、如何說、如何讓家屬願意接受服務、什麼對喪親者才是有幫助的。此外，團隊成員因為照顧瀕死者與喪親者而引發自身的壓力與悲傷，這些都是服務上的困難（LeBrocq et al., 2003）。因此，面對死亡案例時，醫療團隊普遍感到無助。

有很多國家仍欠缺喪慟關懷的服務指引來幫助團隊從事此類服務（Cook, White, & Ross- Russell, 2002）。有些人員覺得他們對於提供喪慟關懷服務並沒有足夠的準備，這對於醫護人員來說是很困難的工作，他們有無助、訓練不足的感覺（Mackenzie & MacCallam, 2009）。然而，如果可以提供醫護人員知識、技能和具體的喪親照顧指引，這些問題就能被克服（Lawrence, 2010）。此外，醫療團隊成員常常也有自己未解決的悲傷，會影響到他們對喪親家屬的支持。當面對悲傷的家屬時，專業人員自己未解決的悲傷常會限制個人功能的運作，因此喪親服務的輸送必須提供特定的訊息，讓服務提供者知道家屬希望得到的幫助，並關注到工作人員自己的悲傷反應（Hall, 2001），以確保喪慟關懷服務的結果。

因此，為安寧療護的服務提供者建構喪慟關懷的服務指引有其必要性，除了協助醫療團隊臨床的參考與維護服務品質，也有利於各醫院安寧病房提供喪慟服務的狀況不會有太大的品質落差。有一些國際性組織已準備開始確認在喪慟關懷的發展中作為指引的基本原則，以及制定更特定的準則（Keegan, 2002）。英國也有一些組織開始注意到服務指引的重要性，認為所有急診室都應該具備喪親指引，使醫護人員在提供照顧的當下就可以評估所需支持的形式（Bucaro et al., 2005）；而且這些指引應該能夠描繪出喪親者的需求，以及醫護人員如何協助滿足這些需求、醫護人員如何在醫院提供最好的照料（Lawrence, 2010）。



貳、喪慟關懷臨床指引的內涵 與重要性

臨床指引 (clinical guidelines) 也稱為臨床照護指引 (clinical practice guideline, 簡稱CPG), 是一種系統化的操作陳述, 用來幫助臨床人員或是病人在面臨特定的狀況時, 能做出合適的健康照護決策 (Field, 1990)。臨床指引是整合現有的研究證據、臨床專家的照護經驗、病人的喜好與價值觀所擬定的照護準則 (簡莉盈、劉影梅, 2007)。美國國家科學院的醫學所 (Institute of Medicine, 2011) 定義臨床指引為「針對某一特定健康問題, 系統性地發展報告或聲明來幫助醫療團隊或病患做出決策, 並進行系統性的文獻回顧與評估各種可能處遇的利益及害處的證據, 臨床指引還附帶對病人提供最佳照顧的建議」。可見臨床指引是建立在實證為依據的基礎上, 可以據此提供特定狀況照護的資訊, 包括服務時的其他選擇與建議。臨床指引具有許多功用, 能提供研究成果作為臨床照顧上有效的決策參考 (轉引自羅恒廉、郭耿南、陳杰峰、邱亞文, 2011), 協助臨床醫護人員在解決病人或臨床問題時做出合適的決策, 促成有效果及有效率的照護來提供高照護品質; 也可介紹新的照護服務, 鼓勵採用更經濟有效的處遇 (周繡玲, 2011), 進而提供最佳的照護措施, 並作為專業訓練之用。

在安寧療護的臨床指引上, 許多臨床指引的發展是為了解決末期病人的症狀。關於喪慟關懷方面, 國外目前的喪親關懷服務臨床指引的概念內涵大致包括「服務原則」與「服務標準」。「服務原則」可以支撐所有對喪親者的工作, 是需要固守的服務基礎與底線; 為了制定服務指引, 機構的第一步驟就是確認哪些原則應該作為提供喪親照顧應有的基礎。「服務標準」則是從事喪慟



關懷工作者所同意的政策與協定，服務標準描繪出喪慟支持所包括的議題，並提供喪慟關懷服務的核心要素。服務標準的制定並不是一套強迫執行的工作模式，而是指出什麼是必要而且有效的喪慟關懷服務，可作為服務提供者執行時的參考（Keegan, 2002）。喪慟關懷的服務標準的制定不應該過於僵化，它們不能規範服務的精確樣式及型態，只是用以說明達成良好實踐原則的實務方法（London Bereavement Network, 2001）。有些學者認為喪親方案的指引應該包括以下面向：(1)家屬的需要；(2)致意（greeting）與訊息的提供；(3)目睹急救與否；(4)追蹤的時點；(5)宗教與文化的考量；(6)資源與離院後的資訊；(7)追蹤的方法；(8)方案評估；(9)自我照顧（Hall, 2001; Hott, 2002; LeBrocq et al., 2003）。

台灣目前尚無相關的服務指引與服務標準的建置。衛福部（2000）出版的《安寧住院療護標準作業參考指引》曾經提供初步的服務架構與規範，但是對於悲傷輔導與喪慟關懷的指引僅著墨於初步的喪慟評估，對於服務與處遇的部分並未提供指引。本文希望探討國外相關指引，以作為本土建構的參考。喪慟關懷服務指引的適用範疇，可以讓所有提供遺族喪慟關懷服務的機構都能作為參考，如實施安寧療護的醫療院所、長期照護單位等；不論哪些單位計畫要發展喪慟關懷服務，均可以參照這些標準，讓有意要提供此服務的機構，有一些實際的基礎去規劃此項服務。服務的指引與原則能確保喪親者所得到的服務是受過訓練者所提供的支持，也是安全、適切且合於倫理的。藉著服務原則的訂定，也能藉此定義喪慟關懷的品質（Keegan, 2002）。對於喪親者而言，訂定喪慟關懷指引有助於幫助遺族更信任他們所尋求的支持是安全且有效的；對於服務提供者而言，訂定喪慟關懷服務指引有助於促進服務的能力與確保服務品質。建構明確而詳盡的服



務指引，能讓服務的成果評估得以進行，也可以據此評估服務是否符合目標、是否達到最低限度標準的執行。

參、喪慟關懷之相關政策

雖然任何形式的死亡與其遺族都需要喪慟關懷，但喪慟關懷的發展還是與安寧療護運動有較為緊密的關係。世界衛生組織特別強調，安寧緩和醫療關心的不只是病人的需求，也包括關心家屬和健康照顧提供者的需求。因此，隨著疾病的預防到診斷、疾病發展的病程至死亡的過程中，需要關注到病人與家屬的身心靈照顧（WHO, 2007）。其中與家屬息息相關的是，病人的死亡與失落過程的喪慟調適特別需要予以支持。世界衛生組織（WHO, 2002）認為喪慟關懷是針對喪親的遺族所提供的持續性照顧，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。有品質的安寧緩和醫療應該提供支持系統，協助家屬妥善處理病程中的困難以及其哀傷的問題，以團隊力量處理病人及家屬的需求，在必要時含括悲傷輔導的服務。

台灣安寧緩和醫療的發展政策向來緊密依循著世界衛生組織的腳步，在衛福部（2000）所制定的《安寧住院療護標準作業參考指引》中，明確指出：「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」。此一指引的實施已成為台灣安寧療護的基本元素，惟此一指引仍未針對特定情境提供建議，是亟待突破之處。



肆、國際已發展的喪慟關懷服務指引

目前已經制定喪慟服務指引的國家並不多，以下列舉安寧療護發展最成熟的英國、澳洲與西班牙的服務指引作為台灣的參考。根據國際生命末期照顧觀察組織（International Observatory on End-of-Life Care，簡稱IOELC）與英國全國安寧療護組織（National Hospice and Palliative Care Organization）等單位，依照安寧療護服務提供的程度將世界各國分為四組：第一組為「尚無已知活動」，第二組為「能力建構中」，第三組為「局部提供」，第四組為「趨近於整合程度」。第四組即為安寧療護發展高度成熟的國家，除包括北美與歐洲國家外，還有西班牙、阿根廷、智利、肯亞、烏干達、紐澳，以及亞洲的以色列、日本、蒙古、馬來西亞和香港。世界衛生組織（WHO）與世界安寧療護聯盟（Worldwide Palliative Care Alliance，簡稱WPCA）在2014年再次更新「世界安寧療護地圖」（Global Atlas of Palliative Care at the End of Life），將安寧療護發展的四個等級之組別再加以細分，原來的第三組國家再細分為3a與3b兩個等級，第四組國家再分為4a與4b兩個等級（黃曉峰，2014），其中以4b等級國家的安寧療護發展最為優質與成熟。本文選取英國、澳洲、西班牙為參考典範，英國、澳洲為4b等級，西班牙為4a等級（Lynch, Connor, & Clark, 2013），均是安寧療護發展良好的國家，也是世界各國發展安寧療護時會參照的典範。

一、英國的服務原則與標準

英國早期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。由於安寧療護已經整合在國家健康照顧的政策中，喪慟關懷服務變成基本規定。國家卓越臨床研究中心



(National Institute for Clinical Excellence, 簡稱NICE) 於2004年建議對喪親者提供三階層的悲傷支持，其中第一層是健康照護提供者都應該提供當地的服務資訊給所有喪親者；第二層的服務是由專業人士或志願服務人員提供完整的悲傷支持；第三層的服務是為少數複雜性悲傷的高危險群所提供的特殊服務(蔡佩真, 2010)。英國的悲傷關懷大部分集中於第一層和第二層的服務，相關活動如援助、諮商、提供資訊、追思會及支持團體(Kissane, 2004)。英國的喪慟關懷服務有共同的核心要素，包括：(1)混合了社會性與治療性的悲傷支持；(2)在病人死亡後，主動與喪親家屬接觸並提供支持；(3)喪親家屬有權利決定是否接受此種支持；(4)提供喪親家屬與其他有類似經驗的家屬進行接觸；(5)提供一些更密集性的一對一支持形式；(6)通常提供的時間不會超過1年。英國學者建議，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慟關懷之間應該要有連續性和整合性(Reid et al., 2006)。

英國的喪慟關懷準則是由倫敦喪慟服務網絡共同於2001年制定的，強調服務提供者應該對每位喪親者的需求都有所反應並有敏感度，能夠認知喪慟是人類經驗中自然的一部分。在服務的提供上，藉由積極宣導喪慟服務的訊息，以確保每一位喪親者都能明瞭可取得的服務資訊。至於喪親者是否願意接受服務，則要尊重每一位喪親者的選擇權，並尊重人們多樣化的悲傷表達方式，包括尊重不同信仰、家庭、社區、文化、宗教的悲傷表達；不論他們是否有不同的年紀、膚色、殘疾、國籍、財務、性別、地理區域、健康狀況、語言、婚姻狀態、種族、宗教或性傾向，應當毫無歧視與偏見地提供服務，使得喪親者可以獲得適當的支持(London Bereavement Network, 2001)。

服務首重倫理。首先要尊重每一位喪親者的隱私，他們的資訊都要保密。其次要避免傷害，要將服務過程的心理風險與生理



風險降到最低。服務需要設立界限，當案主需求超出服務範圍及能力時，便需要加以轉介。服務的提供者應該有所規範，確保所有志工及工作者都受過適當的教育訓練，使得他們可以強化喪慟關懷能力及相關的知識及技巧。此外，也要確保所有志工及團隊成員的服務都受到合適的督導與支持，讓實務工作者能反省服務的有效性並持續改進（London Bereavement Network, 2001）。

服務的過程與成果需要保持評估與監督，也要尊重家屬的想法，避免一廂情願地提供協助。因此，所有服務方案的設計、發展與執行、成果評估，均應納入利益關係人的參與。成效評估的來源可以包含來自案主的回饋、志工以及工作團隊、轉介機構和督導者的回饋。對於這些回饋，機構必須要抱持開放的態度並且負起責任。

在前述原則之下，英國發展出以下之喪慟關懷標準，包括：(1)服務的保密性、(2)提供相同的機會、(3)給喪親者和提供者一個健康且安全可近的環境、(4)服務紀錄的保持及行政管理、(5)喪慟關懷志工需要慎選及訓練、(6)服務要能說明目的及服務對象與服務如何輸送、(7)服務需提供支持及督導、(8)持續的訓練（London Bereavement Network, 2001）。

二、澳洲的服務原則與標準

遺族照護目前是澳洲安寧療護的標準程序之一。澳洲的喪親關懷較為普及，處遇與介入的時間顯得較早、較積極，團隊的動員也相當齊全。澳洲的安寧療護人員共同建構了服務原則，內容包括喪慟關懷之核心價值、服務目標、結構和過程。悲傷工作的核心價值是基於安寧療護的理念，服務期間包括從病人的疾病確診到死後，都持續對家屬和其他照顧者進行悲傷支持。服務目標是支持喪親者適應沒有死者的生活，並協助喪親者渡過正常悲傷的過程，以及降低與悲傷有關的身體及心理併發症的風險。



服務結構方面，是規範服務對象的條件以及服務提供者的條件。首先，在服務對象上，喪慟支持是提供給所有安寧療護病患的家庭以及照顧者；其次，在服務提供者方面，服務是由接受特定訓練的員工及志工所提供，訓練內容包括喪慟支持、悲傷以及失落的教育訓練。服務的提供須確保所有涉入喪慟關懷服務的志工以及員工都持續接受教育和訓練，人員的培訓是一再強調的重點。此外，針對工作人員提供督導及支持也是非常必要的。

服務過程方面有以下原則：平日應提供給社區大眾關於失落以及悲傷的教育；當死亡發生後，要確保喪親者能清楚瞭解可獲取的服務項目清單；在首次接觸時，應評估家庭成員和照顧者的悲傷風險，而且應使用評估風險的工具來確認家屬是否有複雜性悲傷反應或是正處於風險，針對風險高者提供喪慟諮商；服務結束後，宜評估服務結果以作為改善的根據（Commonwealth of Australia, 1998）。

澳洲根據上述的原則而發展出喪慟關懷標準。首先，是服務使用權的維護，服務要能確保喪親者皆可取得服務，不論其年紀、性別、文化、性向、社經地位、宗教信仰、身體殘疾、或是支付能力。其次，是關於服務人員的規範標準，人員需要教育以發展喪慟支持的技能並給予支持。第三，是關於服務提供的標準，服務應針對家屬持續地進行風險評估，以針對個人的需求提供適切的服務，能符合人們不同悲傷型態的特殊需要；整個服務過程都必須保障案主隱私以及保密。第四，是關於間接服務的標準，包括需要整合健康照顧及支持系統、並且提供社區教育，以促進社區大眾坦然面對死亡議題並接納喪親者，也能產生喪慟議題的社區意識，這是澳洲的服務指引中最獨特的貢獻之一。最後一項標準，是進行研究與方案評估以促進品質的改善，能針對案主不斷變化的需求做出反應（Commonwealth of Australia, 1998）。



2005年，澳洲制定了安寧緩和醫療的優良照護標準，總計十三項標準；其中第八項標準更仔細訂定關於喪親關懷的指引，也更細緻訂出其意涵與指標（如下表3-2）。該照護標準指出，好的安寧緩和醫療應設置正式機制，以確保病患和照顧者能收到喪親關懷的資訊和支持性的服務；尤其在病人被診斷生命遭受威脅時，就要開始針對病人及家屬進行悲傷輔導和靈性支持，服務是基於家屬所定義的需求來提供（Palliative Care Australia, 2005）。

雖然多數人會使用自己的支持系統來因應失落，有些較困難的悲傷仍是需要被幫助的。根據安寧緩和醫療的優良照護標準，將喪親協助劃分為四級，從初級照護、專科緩和療護層級一至層級三，每個層級都定出服務準則。第一層級的服務是初級照護，規範醫療團隊在病人過世前後需以口頭和書面方式，提供家屬關於失落和悲傷的資料以及使用的服務；此外在病人生病期間，須針對照顧者和家屬進行喪親風險評估，根據需要提供支持。第二層級的服務準則規定安寧療護須具備喪親支持方案的策略和程序，而且工作人員和志工都要接受訓練、定期督導和支持，並需有資源手冊提供適當的轉介。第三層級的服務標準除了須具備層級一（即第二層級）的準則內涵，也須指派合適且符合資格的人員來協調喪親支持方案、並提供失落和喪親教育給初級照護工作者以及層級一的工作人員、志工和社區。第四層級的服務準則除了須具備層級二（即第三層級）的準則內涵，也包括在病人過世前後都要提供病人家屬和照顧者情緒支持、評估需求以及視需要提供持續且密集的支持；當案主有複雜需求時，可就近轉介其他資源（Palliative Care Australia, 2005）。澳洲的安寧療護與喪親關懷制度的設計相當縝密與成熟，但與英國的制度有某種程度的相似性。在表3-2中，詳細列出澳洲安寧緩和醫療的照護品質標準（Standards for Providing Quality Palliative Care for All Australians）：



表3-2 澳洲安寧緩和醫療的照護品質標準

標準八	設置適當的正式機制以確保病人、他們的照顧者和家屬有接受到喪親關懷、相關資訊和支持性的服務。
意涵	<ul style="list-style-type: none"> • 當被診斷是有限生命的疾病時，就要開始針對病人、照顧者和家屬的失落和悲傷進行情緒上和靈性上的支持。基於照顧者和家屬自我界定的需求來提供持續性的支持。 • 病人過世前後的喪親支持可能有助於減少病人、照顧者和家屬的病態失落和悲傷。 • 大多數人會用自己社區的支持來整合他們的失落到他們的生命裡。 • 證據顯示，個人和社會環境可能會讓一些照顧者增加經歷喪親問題的風險。
準則	
初級照護標準	<ul style="list-style-type: none"> • 病人過世前後，都要提供家庭成員關於失落和悲傷的資料（口頭和書面）及可使用的喪親支持服務。 • 病人生病期間，也要針對照顧者和家庭成員進行喪親風險的評估，以及視需要提供支持。
專科緩和療護標準 ／ 層級一	<ul style="list-style-type: none"> • 緩和療護服務有針對喪親支持方案的策略和程序。 • 參與喪親支持的工作人員和志工都要接受訓練以及提供定期的督導和支持。 • 專業諮詢服務資源的手冊是可使用的，也會提供適當的轉介服務。
專科緩和療護標準 ／ 層級二	<p>層級一加上以下：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 指定一位合適且符合資格的人來協調喪親支持方案。 • 提供失落、悲傷和喪親的教育給在初級照護工作和層級一服務的工作人員、志工和社區。



專科緩和 療護標準 ／ 層級三	層級二加上以下： <ul style="list-style-type: none"> • 當有複雜性需求情況出現時，可以就近轉介給有悲傷、失落和喪親專長的心理學和精神病學專家。 • 病人過世前後，都要提供病人的家屬和照顧者情緒和喪親的支持。評估臨終孩子、他們的手足和父母的需求，以及視需要提供持續且密集的支持。
--------------------------	--

資料來源：Palliative Care Australia (2005). *Standards for Providing Quality Palliative Care for All Australians* (p. 33). Retrieved from <http://www.palliativecare.org.au/portals/46/resources/StandardsPalliativeCare.pdf>

三、西班牙所發展的臨床指引

西班牙也是重視安寧療護的國家，其安寧療護實務組織於2008年制定了安寧緩和醫療臨床指引。該臨床指引的制定是根據實證研究成果，針對喪親者的風險評估、正常的喪親狀態、複雜性悲傷的定義、服務提供者的訓練及服務的有效性等面向提供建議。這份指引認為，毋須對正常的悲傷反應進行正式或有系統的介入，只需提供相關資訊或資源以及基本的情緒支持。複雜性悲傷的風險因素需要根據以下資料來確認，包括風險因素、臨床判斷、家庭環境等。對於有風險的悲傷，可以持續追蹤與情緒支持，並評估是否需轉介更專業的服務，包括心理師、精神科醫師以進行心理治療。這些提供生命末期照顧的專業人員應受過基礎喪傷關懷的訓練，有能力評估遺族需求與風險因素、以及覺察複雜性悲傷的反應，並轉介更深度的專業治療（Health Technologies Assessment Agency of the Basque Country, 2008）。西班牙的規定也與英國及澳洲大同小異，其中對於所謂正常與不正常的悲傷評估多少受到實證主義的影響，而使用客觀工具篩選案主，將嚴重悲傷視為病態而需介入於人們的悲傷歷程。如此的喪親服務雖然易



於操作，但也得謹慎關照悲傷經驗的獨特性，避免讓喪親者被貼上病態標籤，避免悲傷的過度醫療化。

由英國、澳洲、西班牙等國的經驗可知，目前大部分的悲傷輔導與喪慟關懷模式是採取實證取向的哲學基礎，以預防與治療病態悲傷為目標（Young & Black, 1997）。實證取向的工作者重視評估喪親者的危險程度，從復原的階段任務、適應指標、正常與病態的悲傷評量，實證主義對喪親輔導是以標準化的預測與推論為依據，許多臨床專業人員多採用這個取向來建立協助的準則（李閏華，2011）。實證主義的專業介入模式便於操作、訓練與評量服務成效，但相對地，服務過程仍須保有非實證的意識與反思能力，並理解悲傷經驗絕對需要尊重個別化的反應與復元歷程，並以家屬為中心，不隨意以診斷之名烙印病態的意象。

伍、他山之石對台灣的啟示

一、反思華人的文化脈絡與悲傷特性

華人的喪慟關懷臨床指引的建構須注意文化的特殊脈絡，並思考歐美經驗的適用性。從相關文獻中發現，華人文化的悲傷展現包括以下特性：期待與逝者連結、重視家庭、悲傷迴避、重視社會關係等。

（一）期待與逝者連結

許敏桃、余德慧、李維倫（2005）研究發現華人文化中與逝者關係的再連結之重要性，華人是經由連結以達到哀傷的療癒。在華人文化中，在喪親後幾個月，為一種向外展演的悲傷過程（extensive grief processing），透過諸多儀式盡可能歌頌逝者、以



及幫助逝者轉化到另一個世界，或藉此與逝者連結（Braun & Nichols, 1997）。

（二）重視家庭

Yick與Gupta（2002）認為華人文化價值包括集體主義、強調家庭、階層化的社會結構、重男輕女、重視和諧、重視孝道、間接的溝通型態、父子關係是最重要的家庭關係。因此，與華人悲傷儀式有關的價值如下：相信亡魂存在、治喪儀式多與遺族的面子有關、儀式需展現子女的孝道、祈求祖宗賜福氣與保護。此外，華人認為對家庭以外的人揭露悲傷是不恰當的，在公領域談論家務事，對家庭也是不忠與不光彩的；華人家庭對外人大都只講述逝者的好話（Chow & Chan, 2006）。

（三）悲傷迴避

華人的悲傷表現在被宗教強化過的儀式，最密集的悲傷儀式是在逝者死後七日、七週、百日或者更久。華人在這些儀式上禁止過度地表現悲傷，甚至認為在喪葬結束後再表達哀悼是不恰當的。歐美學者認為華人喪親第二年之後就有高程度的悲傷迴避現象，悲傷迴避成為家屬間的默契（Bonanno, Papa, & Nanping, 2005）。

（四）重視社會關係

Tsui（2001）以互依／獨立的架構研究發現，華人的悲傷行為與人際面向有關，悲傷者不能只顧自己的感受，得顧慮到自己的角色、責任與本分，而且似乎必須對逝者做出承諾。因此，幫助喪親者保有或重新建構角色與功能、以及整合於社會網絡，對家屬有其益處（引自蔡佩真，2012）。



二、反思台灣臨床指引之建構原則

台灣發展安寧療護已有多多年，各醫院安寧病房也都提供對喪親者的悲傷輔導與追蹤，但執行上仍多有挑戰。以下擬參考國外做法，反思我們可以發展的喪慟關懷服務指引，以下共分三個面向來探討，包括服務使用者、服務提供者、服務輸送。

（一）服務使用者

首先，喪慟關懷的服務對象應該包括病人、家庭成員、照顧者等重要他人。服務對象包括涉入病人系統的相關人，而非只針對特定的家屬，這樣的範疇特別顯出對病人生態系統的關心。其次，也代表悲傷的支持並不排除特定家庭成員，不會因為歧視與偏見而排除對某些遺族的關切，例如家中的兒童、精神障礙者、失智者、年長者的悲傷，以及離婚後離開的家屬的悲傷都不該受到忽視與排除。在評估家系圖時，每位家庭成員與逝者的關係都是獨特的，都有可能被邀請納入悲傷支持方案中。英國與澳洲的服務標準都提到，任何喪親者均等擁有服務使用權，不能任意排除，這點相當重要。在台灣通常只針對病歷上的聯絡人、或是同意書上的簽署者進行悲傷追蹤。如果悲傷評估能從病人剛住院時即對於家庭關係進行評估，日後就能適度掌握相關人員的悲傷狀態並邀請參與支持方案。

此外，台灣喪親家屬經過醫療團隊的收案評估，常被區分為所謂正常的悲傷與複雜性悲傷，又針對複雜性悲傷給予較多的關注。然而根據澳洲的服務原則，遺族是否願意成為服務使用者是基於照顧者和家屬自我界定的需求，而不是根據專業人員所診斷的結果，喪慟關懷的介入最優先須尊重的是家屬的意願。此外，臨床指引是以實證主義為基礎所建構的，目前眾望所歸的實證主義基礎囿限於服務提供者觀點，較少探討服務使用者自身觀點的關懷模式，也較少針對服務使用者進行研究。在國外，遺族對喪



慟關懷服務的使用率大約為10%至35%，關於遺族對喪慟關懷服務種類的選擇或使用上的障礙，目前知之甚少。此外，家屬對於喪慟關懷服務內容和結構的偏好考慮也非常重要（Bergman & Haley, 2009）。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知的家屬需求，因為服務使用者對服務工作的回饋，對於服務的策劃、執行和審查是關鍵之所在（Agnew, Manktelow, & Donaghy, 2008）。這些服務使用者的觀點在未來發展臨床指印時，都需要再繼續探究與發展。尤其在華人文化下的喪親者如何使用喪慟關懷的服務，文化脈絡下的特殊考量均需重新考慮服務的設計。

（二）服務提供者

喪慟關懷的服務提供者可以是受過訓練的志工、走過失落歷程的遺族、醫師、護士、社工、心理師、藝術治療師、靈性關懷師等，而人力資源的培養、訓練、支持是極為重要的。上述三個國家的服務指引也都同樣強調，不論是醫療團隊或是志工，都需要接受跟悲傷有關的教育訓練、以及接受督導與支持。因為陪伴死亡與悲傷對任何服務提供者都是一項嚴肅的情緒勞務，工作人員需要一個健康、安全、有滋養的環境，使這樣深度的陪伴不會造成工作者的反轉移歷程或是替代性創傷，也可避免情緒耗竭。某種形式的充權儼然成為喪慟關懷提供者的重要需求。應該要有計畫地培訓照護哀傷遺族的工作人員，尤其要特別教育和支持醫院重點科別的工作人員（Wimpenny et al., 2006）。藉由教育訓練可以達到的目標包括：(1)提供機會去更有效地確認和迎合服務需求；(2)允許有時間去回顧和澄清所提供服務的界限；(3)回顧和檢查服務實施狀況，並確保服務品質；(4)促進整體團隊的溝通及資訊分享；(5)增加員工支持，並且創造一個「安全」空間來討論此議題；(6)提供可以讓技巧改善並且強化的機會，讓人員可以分



享、支持彼此之間的實行狀況，並且思考如何有最好的運作（Mackenzie & MacCallam, 2009），藉此讓他們可以對自己的服務能力與服務結果更有信心。

喪慟關懷訓練的課程設計通常包括兩個重要結構元素，即內容與教學架構。首先在訓練內容部分，Worden（2009）建議內容可以包含：哀悼的理論、哀悼的必要性、正常悲傷及困難悲傷的不同診斷、探討有關悲傷的特別處遇，例如猝死或截肢這類肢體的部分失落、各種有關悲傷情境的角色扮演等。Mackenzie等人（2009）參考機構員工的反應，安排的訓練課程包括：(1)失落和哀慟的模式；(2)確認能讓首次哀慟拜訪成功的因素；(3)發展以及記錄生命末期的計畫；(4)發展哀慟工作所需的技巧和策略；(5)設立以及維持人員所扮演的角色界限；(6)協助員工減少無助感；(7)因應情緒的方法；(8)喪親者的經驗分享；(9)與其他專家之間的對話，如法醫、禮儀師。

LeBrocq等人（2003）則認為，對服務提供者的悲傷教育應聚焦於以下知識的發展：

1. 悲傷的任務：接受、穿越痛苦、適應、情緒上重新安置逝者。
2. 悲傷的過程：感受、身體的知覺、認知、行為。
3. 家屬的照顧：提供資訊、涉入、支持、隱私、便利性、探望逝者的機會、尊重差異、彈性、再保證、追蹤。
4. 工作者的自我照顧：重新認自己的反應、經由匯報（debrief）緩和痛苦、同儕支持、保密的需求。

Bethel（2005）也曾針對社工系及碩班的學生開設「喪親與悲傷」的課程，課程包括下列九個單元：(1)社會工作概述及其相關性、(2)喪親中的文化、種族及宗教差異、(3)社區悲傷、(4)兒童的悲傷及對兒童死亡的哀悼、(5)健康的哀悼和複雜性悲傷的理論框架（theoretical frameworks for healthy mourning and for



complications in grief)、(6)複雜性哀悼的高風險因素 (high risk factors for complications in mourning)、(7)複雜性哀悼的處遇 (treatment of complicated mourning)、(8)被剝奪的悲傷及愛滋病相關悲傷、(9)悲傷工作中的靈性及儀式。至於訓練方式，Worden (2009) 建議可多使用如哈佛醫學院的案例角色扮演方式，將參加課程的人進行分組，鼓勵每一位成員分享個人的悲傷歷史，然後分組進行角色扮演訓練方式。Hall (2001) 在澳洲的悲傷教育中心提出悲傷教育資源可包括：文字出版品、不同單元的研討會、教學光碟，其他學習資源還有方案協調員、臨床教育者。這些教育訓練都可以成為我們的參考。

(三) 服務輸送

喪慟關懷服務的提供應該針對服務對象的需求。英國的悲傷服務是融合了社會性的活動和治療性的服務。上述三國也將喪親者分級，英國分三層、澳洲分為四層，每一層的悲傷風險程度與所需資源與服務方式並不相同。第一層是針對家屬與社區民眾提供廣泛的接觸、悲傷情緒自我照顧教育、以及可使用的資源資訊，在這一階層的喪親反應如果是屬於正常的悲傷，則不應該過度介入與干預。第二層的服務則是針對有悲傷支持需求的家屬提供情緒支持、諮商、家屬團體活動、追思紀念活動、支持團體等。更上層的服務則是針對高危險的複雜性悲傷者提供心理治療性質的服務，例如照會與轉介心理師及精神科醫師。上述各層級的服務項目應該協助家屬瞭解，讓家屬知道可使用的資源，在有需要時可以善加使用。目前台灣安寧病房最常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、錄影等）、轉介精神科醫師、提供以悲傷為題材之文章、印刷品或衛教單張、喪親後之家庭訪視、追思會（如放紀念影片、燭火祝福、茶



點等)、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(蔡佩真, 2013)。輕鬆、多元、有創意的緬懷活動, 常常能增加家屬的參與率和接受度。

在服務過程方面, 悲傷關懷的時機應在患者被診斷生命遭受威脅時, 就要開始針對病人、照顧者和家屬的失落進行悲傷支持。從生至死, 悲傷的陪伴應具有服務的連續性。在陪伴的過程中要進行悲傷風險評估與持續追蹤, 醫療團隊應主動提供服務, 但要將服務使用權與決定權交給家屬, 並能夠尊重每一位喪親者的選擇以及多樣化的悲傷表達方式, 據此提供合適性層次的悲傷支持。悲傷服務的設計與規劃要讓所有的利益關係人都能涉入, 服務的過程應該注意保密、並降低服務過程對遺族的身心壓力與風險。最後的服務成果應該建構服務的回饋系統, 包括來自案主的回饋, 還有志工以及職員、轉介機構和督導者的回饋, 以反省實務工作的有效性。

安寧療護中的喪親關懷服務雖充滿挑戰, 家屬面對至親的生離死別, 悲傷情緒痛苦且複雜, 有時需要陪伴、有時不願被干擾, 喪親家庭的關係也充滿動力。安寧醫療團隊的喪慟關懷需要專業、勇氣與智慧, 醫療團隊需要判斷何時該介入、何時該尊重。協助家屬的善別之路, 其實就是帶著成熟的心態與對悲傷的理解, 來陪伴遺族多走幾里路, 讓病人善終、家屬善別, 我們也得著生命的智慧。



◆ 參考文獻 ◆

- 行政院衛福部 (2000)。《安寧住院療護標準作業參考指引》。台北：行政院衛福部。
- 李閔華 (2011)。〈從臨床社會工作取向談喪親輔導應用〉，《社區發展季刊》，136：214-231。
- 周繡玲 (2011)。〈臨床照護指引的發展方法〉，《腫瘤護理雜誌》，11：5-14。
- 許敏桃、余德慧、李維倫 (2005)。〈哀悼傷逝的文化模式：由連結到療癒〉，《本土心理學研究》，24：49-84。
- 陳杰峰、王慈峰、羅德毓、邱文達 (2007)。〈實證診療指引評估工具與 AGREE〉，《台灣醫學》，11(3)：306-11。
- 黃曉峰 (2014)。〈2014 世界安寧日地圖出爐 歐洲成人需求最多 非洲兒童最迫切〉，《安寧照顧會訊》，86：4-6。
- 蔡佩真 (2010)。〈先進國家安寧療護喪親關懷服務之探討〉，《安寧療護雜誌》，15(1)：47-62。
- 蔡佩真 (2012)。〈華人家庭關係脈絡中悲傷表達模式之探討：以台灣經驗為例〉，《台灣心理諮商季刊》，4(1)：16-38。
- 蔡佩真 (2013)。〈台灣安寧病房喪親關懷服務之調查研究〉，《生命教育研究》，5(1)：57-90。
- 簡莉盈、劉影梅 (2007)。《實證護理學導論》。台北：華杏。
- 羅恒廉、郭耿南、陳杰峰、邱亞文 (2011)。〈實證臨床指引發展方法的國際趨勢與變革〉，《醫療品質雜誌》，5(6)：20-25。
- 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.
- Bonanno, G. A., Papa, A., & Nanping, K. L. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: A prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the people's republic of China, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1): 86-98.
- Bodenbach, M. (2005). Developing a bereavement services component for an urban teaching hospital's new palliative care program: A four-target survey approach, *Journal of Palliative Medicine*, 8(4): 713-715.



- Bucaro, P., Asher, L., & Curry, D. (2005). Bereavement care: One children's hospital's compassionate plan for parents and families, *Journal of Emergency Nursing*, 31(3): 305-308.
- Braun, K. L., & Nichols, R. (1997). Death and dying in four Asian-American cultures: A descriptive study, *Death Studies*, 21: 327-359.
- Bethel, J. C. (2005). Teaching a combined course on grief and bereavement for BSW and MSW students: Strategies, content, and evaluation, *Journal of Teaching in Social Work*, 25(3/4): 197-215.
- 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.
- Cook, P. P., White, D. K., & Ross-Russell, R. I. (2002). Bereavement support following sudden and unexpected death: Guidelines for care, *Archives of Disease in Childhood*, 87(1): 36.
- Commonwealth of Australia (1998). *Principles for the provision of bereavement support by palliative care services in Australia*. Retrieved from <http://www.palliativecare.org.au/Portals/9/docs/publications/bereavement.pdf>
- Chow, A. Y. M., & Chan, C. L. W. (2006). Introduction, in C. L. W. Chan, & A. Y. M. Chow (Eds.), *Death, dying and bereavement: A Hong Kong Chinese experience* (pp. 1-14). Hong Kong University Press.
- Demmer, C. (2003). A national survey of hospice bereavement services, *Omega*, 47(4): 327-41.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Hall, C. (2001). *Grief education in the emergency department*. Educational Presentation, for Grief Education, Clayton, Victoria, Australia.
- Harding, R., & Leam, C. (2005). Clinical notes for informal carers in palliative care: Recommendations from a random patient file audit, *Palliative Medicine*, 19(8): 639-642.
- Hott, C. (2002). Change of shift. Caring for the survivors, *Annals of Emergency Medicine*, 39: 570-572.
- Hall, C. (2001). *Grief education in the emergency department*. Educational Presentation, Centre for Grief Education, Clayton, Victoria, Australia.
- Health Technologies Assessment Agency of the Basque Country (2008). *Clinical practice guideline for palliative care* (full version) [Internet]. Madrid: National Plan for the NHS of the MSC. [02/03/2014]. Clinical Practice Guidelines in the Spanish NHS: OSTEBA No. 2006/08. Retrieved from



http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Palliative_Care_Osteba_compl_en.pdf

- Institute of Medicine (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Keegan, O. (2002). *Standards for bereavement care*. Ireland: Irish Hospice Foundation.
- Kent, H., & McDowell, J. (2004). Sudden bereavement in acute care settings, *Nursing Standard*, 19(6): 38-42.
- Kissane, D. (2004). Bereavement support service, in S. Payne, J. Seymour, & C. Ingleton (Eds.), *Palliative care nursing: Principles and evidence for practice* (pp. 539-54). Maidenhead: Open University Press.
- Lawrence, N. (2010). Care of bereaved parents after sudden infant death, *Emerg Nurse*, 18(3): 22-25.
- LeBrocq, P., Charles, A., Chan, T., & Buchanan, M. (2003). Establishing a bereavement program: Caring for bereaved families and staff in the emergency department, *Accident & Emergency Nursing*, 11(2): 85-90.
- Levetown, M. (2004). Breaking bad news in the emergency department: When seconds count, *Topics in Emergency Medicine*, 26(1): 35-43.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update, *Journal of pain and symptom management*, 45(6): 1094-1106.
- London Bereavement Network (2001). *2001 Bereavement Care Standards: UK Project*. London: London Bereavement Network.
- Mackenzie, J., & MacCallam, J. (2009). Preparing staff to provide bereavement support, *Paediatric Nursing*, 21(3): 22-24.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *The guidelines manual*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Retrieved from http://www.nice.org.uk/media/5f2/44/the_guidelines_manual_2009_-_all_chapters.pdf
- NICE: Guidance on Cancer Services (2004). *Improving supportive and palliative care for adults with cancer*. London: The Manual NICE.
- Palliative Care Australia (2005). *Standards for providing quality palliative care for all Australians*. Retrieved from <http://www.palliativecare.org.au/portals/46/resources/StandardsPalliativeCare.pdf>
- Reid, D., Field, D., Payne, S., & Relf, M. (2006). Adult bereavement in five English hospices: Types of support, *International Journal of Palliative Nursing*, 12(9): 430-37.



- Ross-Adjie, G., Leslie, G., & Gillman, L. (2005). A study to develop a stress inventory for emergency nurses in a Western Australian context, *Australasian Emergency Nursing Journal*, 8(3): 106-107.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S. et al. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it*. Louis, ST: Churchill Livingstone.
- Schut, H., & Stroebe, M. (2011). Challenges in evaluating adult bereavement services, *Bereavement Care*, 30(1): 5-9. doi:10.1080/02682621.2011.555240
- Tsui, Y. K. Y. (2001). *Other-focused grief*. Paper presented at the 8th Hong Kong International Cancer Congress, Hong Kong.
- The Joanna Briggs Institute (2008). *Joanna briggs institute reviewers' manual*. Australia: Author. Retrieved from http://www.joannabriggs.edu.au/documents/jbireviewmanual_cip11449.pdf
- World Health Organization (2007). *Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>
- World Health Organization (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Worden, J. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Wimpenny, P., Unwin, R., Dempster, P., Grundy, M., Work, F., Brown, A., & Wilcock, S. E. (2006). *Literature review on bereavement and bereavement care*. Aberdeen, Scotland: Joanna Briggs Institute, Robert Gordon University.
- Young, B., & Black, D. (1997). Bereavement counseling, in D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks, & G. Mezey (Eds.), *Psychological trauma: A developmental approach* (pp. 250-263). London: Gaskell.
- Yick, A. G., & Gupta, R. (2002). Chinese cultural dimensions of death, dying, and bereavement: Focus group finding, *Journal of Cultural Diversity*, 9(2): 32-42.

