

安寧

療護

透過專業的協助與家屬的陪伴，
期望患者有尊嚴地走完人生最後一程，
並達到生死無憾的境界。

與悲傷
輔導

秦燕 著

巨流圖書公司印行

安寧

療護

悲傷
輔導

秦燕 著

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

安寧療護與悲傷輔導 / 秦燕著. -- 初版. --
臺北市：巨流，2015.07
面；公分

ISBN 978-957-732-505-1 (平裝)

1. 安寧照護 2. 生命終期照護 3. 心理輔導

419.825

104010268

安寧療護與悲傷輔導

作者 秦燕
責任編輯 張如芷
封面設計 余旻禎

發行人 楊曉華
總編輯 蔡國彬

出版 巨流圖書股份有限公司
80252 高雄市苓雅區五福一路 57 號 2 樓之 2
電話：07-2265267
傳真：07-2264697
e-mail：chuliu@liwen.com.tw
網址：http://www.liwen.com.tw

編輯部 23445 新北市永和區秀朗路一段 41 號
電話：02-29229075
傳真：02-29220464

劃撥帳號 01002323 巨流圖書股份有限公司
購書專線 07-2265267 轉 236

法律顧問 林廷隆律師
電話：02-29658212

出版登記證 局版台業字第 1045 號



ISBN 978-957-732-505-1 (平裝)
初版一刷・2015 年 7 月

定價：250 元

版權所有・請勿翻印

(本書如有破損、缺頁或倒裝，請寄回更換)

自序

這本書提供給社會工作系的學生、安寧療護的志工、重症患者家屬，以及想要認識安寧療護和悲傷輔導的讀者們。全書分為三篇十八章。第一篇安寧緩和療護，探討生死觀、安寧療護的國內外發展、末期疾病診斷治療症狀控制、病患家屬的心理社會需求與處置。第二篇安寧團隊與法令資源，介紹團隊的專業人員角色任務，特別是社工師的養成與工作內容、志工招募訓練與督導、安寧緩和醫療條例及重要資源與網站。第三篇是悲傷輔導，介紹悲傷理論、哀悼歷程及悲傷輔導作法，延伸探討相關倫理議題、助人者的壓力調適等。

我進入安寧療護與悲傷輔導的領域，始於任職臺中榮民總醫院社會工作組長時，1985 年我經醫院薦派至美國新墨西哥州立大學附設醫院及榮民總醫院的受訓期間，適逢二哥車禍過世，醫院安排我參加壓力紓解團體（stress group）及悲傷支持團體（Grief group），以成員的身分，體驗悲傷、學習團體的帶領。再由有悲傷輔導專業證照的社工師教導與提供完整的訓練教材，這樣的學習訓練經驗讓我深刻體驗悲傷輔導的重要性與功效。回國之後開始與學校老師、精神科醫師共同研習，並在工作場所開展針對喪親者的個別與團體型式的關懷支持服務。

1990 年，馬偕醫院引進安寧照顧，安寧照顧基金會成立，我與臺中榮總幾位關心末期病患完整照顧的主任醫師，如婦產部何師竹主任、放射腫瘤科詹建勝主任、護理部楊克平督導等，向院長提出推動安寧療護概念及服務。邀請馬偕醫院鍾昌宏醫師等來醫院演講。1993 年臺中榮總與安寧療護基金會簽約成為合約醫院，因限於原有病房結構及其他管理之考量，無法很快設立安寧病房，在邵克勇院長的支持下，1994 年成立了全院性的安寧療護委員會。委員會的主任委員首先由詹建勝主任擔任，後來不斷提升層級由黃孝鏘主任秘書、蔡仰德副院長擔任主任委員，我也一直擔任該會委



員。在安寧療護委員會的運作和推動下，院內醫護、社工開始接受系列安寧療護的訓練。1999 年底，黃曉峰醫師完成英國倫敦大學安寧療護碩士學位，與翁益強、胡中傑共三位醫師負責全院的安寧會診，並開始推展居家安寧療護；2003 年臺中榮總終於在新建第二醫療大樓的十一樓，完成安寧緩和醫療病房的規劃建造及啟用。

安寧療護專業團隊的成員都是尊重生命、熱愛生命，並願委身於末期病患和家屬的周全照顧。在醫院臨床工作中，面對病家的需求不論是醫師、護理師、社工師、宗教師、志工都有許多感人的以生命照顧生命的經驗和故事。以社工師來說，特別感念蔡佩真在臺中榮總安寧病房籌備、運作前期投注的心力、催化團隊，熱忱地服務病患、家屬，帶領志工，展現社工師的功效，她在離開中榮完成博士學位及到中山、暨大任教，仍以「安寧療護與喪親家屬的需要和服務」為主題，完成多篇有價值的研究報告，我也在書中有引用。另兩位社工師張玉仕及李潤華都曾擔任安寧照護基金會的執行長和馬偕社服室的主任，也是帶領臺灣安寧療護發展，在推動安寧療護社會工作上多有貢獻。曾任中榮志工隊長的張寶方女士也是團隊中熱忱服務的志工典範。

我很感謝臺中榮總，讓我在悲傷輔導及安寧療護領域有許多研習及服務的機會，不止在 80 年代乃至 90 年代，2000 年代都有多次出席國際會議及參訪訓練的機會，我總不忘將安寧療護及悲傷輔導做為我的學習交流重點之一。2008 年我到亞洲大學社會工作學系專任教職，感謝學校讓我有機會在社工系大四下學期開設安寧療護與悲傷輔導的課程，亞洲大學並給予兩年的研究經費讓我完成「生命末期抉擇的倫理議題研究」，並獎勵創新教材的編著。

生命何等寶貴！生命的必然和偶然不是我們能完全掌控。每個生命有開始、有結束，也有繁衍、有傳續，更能相互影響。死亡是生命的必然階段，安寧療護是末期病患醫療照護模式的重要選項；喪親、失落是人生歷程的必然經驗，悲傷輔導是協助走出生命幽谷重新得力的工具。

社會工作者及志工不只自己會面對親友的重病，以及人生中的

失落，更經常要協助服務對象及其家庭走出這些生命的關卡。認識安寧療護及悲傷輔導，已是必備的知識和技能。這本書是我課程教材的整理，也是文獻和多年實務經驗的結合，出版是為了就教於各位，也藉此感謝以生命影響生命的服務對象、工作夥伴、老師和長官。感謝巨流圖書編輯出版，也感謝我的學生筱珊在這本書撰寫繕打期間的協助。

最後把這本書獻給創造生命、掌管萬有的神，讓我與關心安寧療護與悲傷輔導議題的朋友一起研習，願上帝的醫治和所賜的平安降臨需要和尋求的人。

秦 燕 謹誌

於亞洲大學社會工作學系

2015 年 5 月

目次 CONTENTS

第一篇 安寧緩和療護

第一章 生死觀與死亡過程	001
一、生命週期與任務	001
二、生死觀	003
三、死亡的本質及過程	004
第二章 安寧療護起源發展與國內外現況	007
一、簡介	007
二、起源與發展	008
三、實施的原因	010
四、實施的對象	010
五、實施的原則	011
六、臺灣安寧療護的推動狀況	011
第三章 生命故事與討論	021
一、〈生命的樂章：人生的四季之歌〉	021
二、〈向晚有晴天：認識安寧療護〉	021
三、〈最後 12 天的生命旅程〉	022
四、〈生命的樂章——人生賞味期〉	022

五、〈媽媽的臉〉	023
六、〈最後的禮物〉	023
七、〈愛讓悲傷終結〉	023
第四章 末期疾病的診斷與治療照顧	025
一、癌症的診斷與治療	025
二、安寧緩和療護的分期	026
三、高品質安寧療護的要素	026
第五章 生理層面的症狀控制與問題處理	031
一、疼痛	031
二、呼吸症狀	032
三、腸胃道症狀	033
四、神經精神症狀	034
五、臨終病人	034
六、非癌疾病安寧療護收案條件	035
第六章 病患與家屬心理社會層面的需求與處置	037
一、臨終患者及家屬之心理社會需求	037
二、告知、溝通與諮商技巧	040

第二篇 安寧團隊與法令資源

第七章 安寧團隊專業人員的角色與功能	045
---------------------------------	-----

一、醫師	045
二、護理師.....	045
三、社會工作師	046
四、安寧志工	048
五、宗教師	048
六、心理師	049
七、美術療育師	049
八、其他	049

第八章 安寧社工師的養成與訓練.....051

一、安寧療護社會工作角色的形成	051
二、安寧療護社會工作的核心	052
三、其他角色	053
四、擴展的服務	054
五、安寧療護社工師服務內容	054

第九章 安寧志工的招募訓練與督導.....057

一、志工的招募	057
二、志工的訓練	058
三、志工的任用與督導.....	058
四、臺中榮總的經驗為例	060

第十章 安寧療護相關法令與社會資源.....065

一、安寧療護相關法令	065
二、安寧療護相關社會資源	072

第三篇 悲傷輔導

第十一章 失落與悲傷.....	077
一、悲傷的定義	077
二、悲傷的理論	077
三、正常的悲傷：單純的哀悼.....	080
四、異常的悲傷反應	082
五、雙軌歷程的悲傷模式.....	084
六、意義重建的歷程	084
第十二章 哀悼的歷程.....	085
一、哀悼的任務	085
二、悲傷階段的輔導重點.....	086
三、悲傷輔導運用的特別活動.....	088
第十三章 走出複雜困難的悲傷	089
一、受重大暴力攻擊或性侵	089
二、受重大意外事件而慘死	090
三、自殺者的遺族.....	091
四、災變死亡與家屬	091
五、失業與角色的失落	092
第十四章 個別輔導與支持團體	095
一、個別輔導	095

二、悲傷支持團體.....	097
三、喪親關懷之形式.....	112
四、臺灣安寧病房喪親關懷概況.....	115

第十五章 靈性照顧與信仰.....119

一、靈性照顧的四個層面.....	119
二、靈性關懷的重要內容及需具備的能力.....	121
三、基督宗教與臨終關懷.....	123
四、佛教之臨床靈性照顧.....	129

第十六章 生命末期的倫理抉擇.....135

一、生命倫理是各界關注的議題.....	135
二、值得探討與借鏡的專業觀點.....	135
三、國內現況.....	136
四、生命末期的抉擇難題.....	137
五、研究探討與發現.....	137
六、討論.....	141

第十七章 助人者的壓力調適.....143

一、壓力的定義.....	143
二、壓力的影響.....	144
三、助人者的壓力來源.....	144
四、壓力紓解之道.....	145
五、結語.....	148

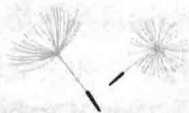
第十八章 安寧療護與悲傷輔導的未來展望.....149

一、安寧療護是末期病患的重要醫療照護模式149

二、重大失落的悲傷輔導值得關注與更多資源投入150

參考資料.....151

附錄155



第一章

生死觀與死亡過程

人生有生就有死，人不能選擇自己什麼時候生，自己的父母是誰，人也不能確定自己什麼時候死。生死是人生大事，人類花了很多心力探討，進而發展出生死學。什麼是生？生命的起源是一大奧秘，生是從呱呱墜地開始？還是從胚胎的著床、孕育開始？或是從精子、卵子在準備生命的開始就已經存在？甚至探究人類的起源，到底是上帝造了亞當、夏娃，還是由猿猴演進而來？這些都是生的奧秘。

▶▶▶ 一、生命週期與任務

生命的起源是奧秘，生命歷程有不同的階段，每個階段有其重要的任務，有許多理論探討生命週期的階段與任務。

佛洛伊德（Freud）提出的「性心理發展」（Psychosexual Development），清楚區分嬰幼兒期與青少年期。人從 0 至 18 個月是口腔期（oral stage）：快樂主要來自嘴部的經驗，如吸奶頭、奶嘴；18 個月至 3 歲是肛門期（anal stage）：快樂主要來自肛門控制便溺得到快感；3 歲到 6 歲性器期（phallic stage）：主要快樂來自性器官的刺激，這個時期也是兒童的手淫期；6 歲到 12 歲是潛伏期（latency stage）：兒童對性會有一些幻想，這時候會有戀父情結、戀母情結，男女會壁壘分明，對異性多表現厭惡排斥，是異性慾的壓抑期；12 歲到 18 歲是生殖（器）期（genital stage）：壓抑的性慾獲得解放，如手淫、遺精，恢復對異性的興趣。

艾瑞克森（Erikson, 1959）的「心理社會發展論」（又稱人格

發展論) (psychosocial developmental theory)，注重心理社會的發展，把人生分為八個階段，也有各自的發展特色。第一階段是出生到 2 歲，主要的任務是「信任 vs.不信任」：如果愛與激勵的需求能夠獲得滿足，就會發展出信任的意識，達成這個階段的任務；反之，則發展出不信任。第二階段是 2 歲到 3 歲，任務是「獨立 vs.羞恥或疑慮」：如果幼童被允許嘗試做他能力範圍的事情，就會發展獨立的意識；如果事事都被禁止，幼童就會感覺羞恥或疑慮，逐漸失去自信。第三階段是學齡前，主要的任務是「主動 vs.內疚」：如果沒辦法達成這個任務，就會有罪疚感；學齡前的學童培養創造力或主動性，對於學童在學習過程或進行的遊戲設計很重要。第四階段是小學的階段，主要任務是「勤奮 vs.自卑」：在學校學習知識、技巧及與同伴相處是這個階段很重要的任務，面對壓力，若能不氣餒的接受挑戰，建立勤奮的行為模式，那就可以很順利的度過；如果沒辦法達成這樣的任務就會有自卑心理，阻礙日後的發展。

第五階段是中學的階段，是「身分認同 vs.角色混淆」：青少年期最重要是要發展自我概念，達成內部的一致和穩定，知道自已的各種狀況和將來要做什麼；如果不能做到這些，可能就會發生角色混淆。第六階段是成人的階段，主要任務是「親密 vs.孤獨」：家庭和職業是成人期重要的任務。成人會追求異性朋友、夫妻，與家人間的親密關係，以及在工作環境、社區中建立親和的人際關係，如果成人能將自我與他人結合、融合就好，如果不行就會感到孤獨和疏離。第七階段是中年階段，任務是「利他 vs.自私」：人格健全的中年人，在社會有他的地位，成家立業、子女長大，仍然有餘力照顧其他人，包括子孫、鄰居、不幸的人，並且會關心社會上的事情貢獻己力；如果自私自利的人，只顧自己，其實就是沒有達成任務。第八階段為老年期，他重要的任務是「整合 vs.失望」：這是一個回憶的階段，把一生做評估加以下結論，具有整合意識的老人會覺得生命美好，歲月沒有虛度，而且有成就感；而有失望感的老人覺得歲月蹉跎、一事無成，最可悲的是沒有重來的機

會。其他還有如麥考依 (McCoy, 1977) 也指出一些成人生命週期與任務，在此不再詳談。

▶▶ 二、生死觀

什麼是生死觀？簡單說是對生命、死亡的看法。不同的理論或學科，對於生死觀的重點有所不同：生物學可能重視演化論的觀點；分子學可能重視基因的探討、DNA 密碼的解讀；醫學可能對生命的誕生，或生殖醫學有很多的探討，對死亡則重病理的剖驗，討論致死的原因。護理則會著重生死的照顧，在生老病死的人生重大階段，老、病的照顧尤其重要；公共衛生則會從鉅視觀點或預防醫學的觀點，防治傳染病、促進健康、延長生命、降低死亡率、控制生育等等；社會科學的生死觀，會探討個人怎樣追求生命的意義，怎樣在與家庭、他人、社會之間的關係能良好運作，在群體層面，重視自殺防治、社會的生命力與活力；人文科學可能會更重視生命的意義、生命的價值、體驗，或者是終極的關懷、靈性的關懷。

文化和社會環境的不同，亦有不同的生死觀。在西方傳統社會，聖經認為死亡是對原罪的懲罰，而耶穌在十字架代人受死、死後復活，揭示信徒可藉著信仰帶來永生。希臘哲學家柏拉圖 (Plato) 認為靈魂不朽，死亡可將禁錮於身體中的靈魂解放，達到更高境界。伊比鳩魯 (Epicurus) 認為生死兩個境界不會相遇，無須恐懼；存在主義是悲觀入世的思想，認為人生沒有價值、死亡沒有意義，反倒要看破、接受。在現代西方社會，有關死亡體系的人、事、時、地、物，如葬儀人員、墓地、死亡日、安葬儀式、墓碑與靈車等，仍多與人們的生活保持一定的距離。

東方華人文化則深受儒家思想影響，而慎終追遠、重視生，陳運星 (2009) 提到接受生死有命、富貴在天的命運說。道家思想則認為人有靈，會在生死間轉化，可修練超脫生死。佛教重視因果人生是苦海，造業有不同果報，在生死中輪迴，解脫之道在了悟無常、無我，至進入涅槃。道教重視鬼魂祭拜、風水之說。臺灣民間

宗教信仰相信社會賢達、祖先、靈魂，敬畏且恐懼死亡。

不同的生死觀，不論中外古今，都重視「生」，而避諱「死」，死亡其實是生命的最後階段，是必然的過程。助人專業者、醫療專業人員有更多機會接觸死亡，或是幫助服務對象做面臨死亡的準備與安排，進行死亡的歷程或後事處理，或是幫忙服務對象處理他們家人的生死大事，所以必須了解死亡的過程。

▶▶ 三、死亡的本質及過程

死亡以往是指呼吸、心跳停止。到了二十世紀中葉，醫學也有「腦死」的概念，就是腦幹死，雖然呼吸、心跳可能由機器維持，可是經過一個嚴謹的腦死判定程序，證實生命已經無法再回復，也是一種死亡。死亡其實有很多社會意義，可能是關係的結束，財產、身分的轉換。死亡其實有它的本質，死亡帶來的禁忌、忌諱，也有伴隨後事處理的儀式，以及死亡倫理。

死亡與瀕死的原因常常是由於感染、器官衰竭，或是因為心臟、肺梗塞，大量、持續出血，或腫瘤擴散。死亡的時候，意識會逐漸模糊，輕度的模糊會很疲倦，然後會與嗜睡交替興奮和易怒，慢慢沒有辦法很清楚的思考，接著意識模糊逐漸加重，呈現亞急性的意識混亂，例如縮短專注事情的時間，對於要求或指令感覺困惑或難以遵從，會對人事時地物模糊、沒有記憶，嗜睡的狀況也會非常的明顯，有時候也可能有日夜顛倒的情形，在晚上會感到更不安；再有是譫妄（Delirium），有一點錯亂、混亂，常常會有吵鬧、多話、攻擊行為，或焦慮的狀況；再下一個階段可能是昏睡，就是你叫他也不太有反應，要很大、很強的刺激才有反應，但是很快又昏睡，甚至昏迷。真正的昏迷會完完全全沒有反應，叫不醒，完全無法表達本身的需求，或者接收外在的刺激。

呼吸的情形，則會有一些變化，有些時候會過度呼吸，中間可能會停止呼吸，再有一個增強漸弱的呼吸，再停止呼吸；也會有中樞神經過度換氣式的呼吸，是指一直持續的呼吸，但是比較急促、

換氣大，也有比較深層長吸式的呼吸；或者呼吸失調，先急速式的呼吸，變成突然深吸一口氣，然後慢慢變弱後停止，之後又突然吸一口氣。

臨終的時候，身體會有其他變化，像血壓下降、心跳慢、循環變差、體溫下降，少數可能發燒；膚色產生變化，變得比較白，呈現青色，甚至有些斑點；泌尿系統的部分，尿量則會減少，或者出現大小便失禁的情況；知覺方面，疼痛不適的感覺會慢慢減輕（楊克平，秦燕，2007）。

死亡時間可否預測，是醫療人員一直嘗試探討，也是家屬期待知道的。預測死亡，某種程度是可以的，但是沒有辦法完全的確認，醫療人員會大概依據病情惡化的速度給一段時間，可能是幾個月，如果病情變化快，可能是幾個禮拜、幾天。有時候，看到病人沒有辦法進食、排尿，或呼吸有咕嚕聲，就是接近死亡的時刻。

有些時候，病人也會意識自己的死亡時間，或是有所預測。照顧病人的時候會發現，病人說他要走了，甚至會說他什麼時候要走，或有天使、佛祖要來接他；在臨終的過程中，常常會有「迴光返照」的現象，在一段時間的昏迷、狀況很差之後，突然又好轉，意識清楚、交代一些事情而後死亡，這個情況並不罕見，但是也許再過幾個小時，或者是一兩天，狀況又很快變壞，死亡時間的預測以及死亡過程的了解，也是探索生死重要的部分。