

後續關懷的理念與實施現況

曾煥棠·李世華·黃信得·吳翊雯·王瓊英·劉惠珠·吳英傑

後續關懷理念的由來

依據 1948 年聯合國憲章第 68 條之規定，理事會下設立一個人權委員會，該委員會任務之一就是負責草擬世界人權法案之工作。基本人權除了自由權、社會權，陸續也出現發展權、環境權等。人們要求的人道照顧與和平共處就是一種相互關懷、尊重生命價值的表現，也可以稱為關懷權。世界人權宣言第 25 條也規定「在遭到失業、疾病、殘廢、守寡、衰老或在其他不能控制的情況下，喪失謀生能力時，有權享受保障。」，這是世界人權宣言中對弱勢團體提供照護與關懷的實際表現，也就是本文所稱『後續關懷』的理念依據。預防與促進是 20 世紀有關醫護與健康的主流議題，然而自從英國的 Dame Cicely Saunders 爵士和美國的 Dr.Elizabeth Kubler-Ross 醫師開啓有別於一般疾病的癌症末期病人的照護模式「臨終關懷」運動，關懷權就逐漸被重視。有關失落悲傷的調適、生死關注、出院準備計畫、喪親者的調適、自殺遺族、愛滋感染、失業或職場轉變、宗教勸牧、老人

關懷、罕見疾病患者與其家人的關懷、熱愛生命的倡導等議題無非都是在進行探討一個重要的理念『後續關懷』。

生老病死是人類必經過的歷程，許多人在現行的教育與社會福利的體制下，面對這些生命歷程中的重大失落悲傷之後，感到徬徨無助。醫療保健機構的後續關懷的理念就是延續或者也可說是承接安寧照顧的理念而來。安寧照顧讓癌症患者及其家屬重燃生命的曙光，它的重要理念包括：正視人的生命不是死亡的身軀，爭取當下最好的生活品質，關心患者的全家照護，進行身、心、靈及社會 4 個層面的全人關懷等。高齡者的慢性疾病在醫療機構處理之後，除了配合醫院的「出院準備計畫」之外還可以選擇長期照護的服務。面對自己或家人因重大失落（包括重大事件傷害、自殺、喪親、遭遇愛滋、癌症、罕病、輟學、失業等）可以透過社區的「心理衛生中心」進行諮詢，或是尋求以社會關懷為訴求的非營利機構的協助。處在迷惘景況下的人若要探詢生命意義及終極價值，各個宗教信仰團體或

助人者的非營利機構或協會的靈修活動是可以幫助找到他們的解答。最近國外的喪葬業者正在興起後續關懷的服務計畫，也是一種在社區中協助與關懷喪親者的服務。

醫療保健的後續性關懷與服務

長期照護（Longterm care）的發展

由於醫療科技的進步，國民平均餘命的延長，人口結構的高齡化，慢性病已經成為主要的健康問題；另外，社會變遷、全民健保實施、人權觀念推展，促使「長期照護」議題與發展受到重視，更成為醫療保健後續性關懷與服務的主體，亦是全球重視的議題！

追溯台灣地區長期照護的發展，最早開始於民國 56 年台灣省防癆局及結核病防治院成立專責結核病防治的工作；繼民國 60 年彰化基督教醫院提出「沒有圍牆的醫院」，成立「社區健康服務部」，提供居家護理服務，是台灣地區以醫院為基礎並提供後續性照護的開端（1999，阮玉梅）。近年來，整合性與持續性的照護需求與日俱增，使得後續性的照護模式如雨後春筍般的成長！民國 82 年，中華民國長期照護專業協會成

立，積極推動後續性服務相關政策與制度、培訓長期照護專業人員等，提升長期照護的服務品質，讓個案與主要照顧者依其需求與能力選擇最適當的照護模式；行政院衛生署於民國 84 年發表「我國長期照護需求與服務體系之政策分析」，確立長期照護在我國保健醫療體系與政策之定位是屬於『復健及後續性服務』（圖 1），為醫療網之急性醫療照護後的延續，讓患者病後生活不致孤立、無助，且盡量保有品質與尊嚴。

長期照護係針對需要長期照護者，提供後續性照護服務，其內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性及維護性以致於社會性之服務，服務對象不僅包括病患本身，也考慮到照護者的需要。服務模式依國內現況分有機構式照護（安養中心、護理之家）、社區式照護（居家護理、在宅服務、居家陪伴或看顧）、日間照護。而長期照護的服務團隊，包含醫師、護理人員、物理治療師、職能治療師、社工人員、營養師、牧靈人員及藥師等，發揮團隊與專業精神，讓個案與照顧者得到生理、心理、社會與靈性之全人照護。

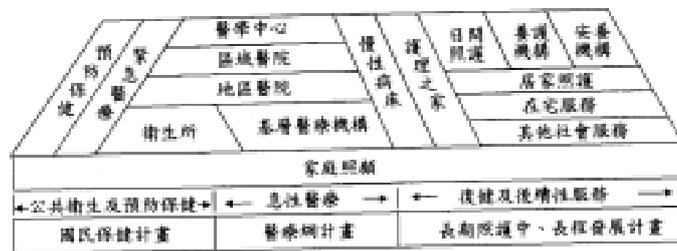


圖 1（資料來源：阮玉梅，2003）

內政部社會司與行政院衛生署為目前負責長期照護政策推動之政府相關部門，訂有相關法規、制度與政策，如：老人福利法、護理人員法、醫療機構設置標準、全國醫療網第二、三期計畫及在各縣市推動「長期照護管理示範中心」等；長期照護的發展，讓「需要持續醫療照護者」與「照顧者」獲得最佳的關懷與照護資源。然而，再配合「出院準備服務」推動，引介醫院裡的病人與家屬獲得適當的長期照護模式，是讓醫療保健後續關懷更佳完善的不二法門。

出院準備服務 (Discharge planning)

出院準備服務開始成為醫院服務項目是在受到老年人口及慢性病的逐年增加，使得後續照顧需求上升。研究指出有 28%~60% 的照護需求未被滿足，而且家庭中主要照護者對照護需求的多少，會影響出院後照護的情形 (Naylor, Campbell, & Foust, 1993)。出院準備服務係指以個案管理為原則，透過醫療專業人員、病患和家屬共同合作，統合醫療社會與資源，在病人住院期間評估其生理、心理及社會的需求，使病人能順利回家或轉介到另一個照護機構，獲得適當的後續性照護，以滿足生活之需求。在美國醫院協會 (American Hospital Association) 對出院準備服務的界定為集中性 (centralized)、協調性 (coordinated) 和整合性 (multidisciplinary) 的過程 (謝玉玲, 1998)。

出院準備服務的觀念最早由美國提

出，於 1960 年開始提供出院準備服務的照護，處理個案出院後的問題。1968 年美國國家衛生設施諮詢委員會 (National Advisory Commission on Health Facilities) 指出出院準備服務是病患的權利。隨後於 1973 年美國醫療機構聯合評鑑委員會 (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare, JCAHO) 將出院準備服務列為醫院評鑑項目之一。1983 年因採用相關疾病診斷群 (Diagnosis-related Groups, DRGS) 及前瞻付費系統 (prospective payment system, PPS) 的雙重衝擊下，醫院因為支付制度的改變更積極推行出院準備服務 (戴玉慈, 1998; 蔡宗學, 2004)。1988 年美國護理協會提出理想的出院準備服務模式應包括：(1) 提早篩選病患並辨識危險因素；(2) 利用完整的評估確定病患、醫療及照護需求，評估家庭的功能及社區資源可用性；(3) 擬定照護計劃，視病患需求提供護理措施，出院計劃均須有病患及家人的參與；(4) 社會資源運用及服務的安排，依病患和家人的實際需求與經濟狀況適當的轉介長期照護機構；(5) 追蹤轉介成效以確定服務是否符合病患的需求，透過醫療專業人員、病患和家屬共同合作，以確保所有病患在出院之後均獲得持續性的照護 (謝文雀, 2003)。

我國於 1985 年有學者張媚、鄒慧韞發表出院準備服務的重要性，而衛生署於 1993 年將出院準備服務納入施政要點籌備計畫，1995 年 3 月全民健保開始，同年 12 月推動出院準備服務計劃，台北

區醫療網開始辦理出院準備服務，1996年擴大補助 25 家醫院執行，並將出院準備服務列為醫院評鑑項目之一（戴玉慈，1998）。文獻證明出院後需求的評估及措施可以減輕焦慮，使照護者及老年病患度過出院期的焦慮，節省醫院成本（Naylor, Campbell & Foust, 1993）。因此，醫院在定額給付模式下為達財務平衡及減少醫療資源的浪費，更積極實施出院準備服務計畫。

出院準備服務是在病患住院期間依個案及家屬需求提供有關照護技巧並結合資源，統整病患的照護需求，協助從急性醫療機構返回家中、社區或長期照護中心。目前各醫院皆有出院準備服務，以臺大醫院為例，其實施方式約略如下：(1)病患入院時，給予介紹出院規劃，使其了解出院準備服務的目的；(2)由主護護士運用出院規劃篩選表加以評估；(3)針對評估結果，由醫師給予病情及預定出院日之說明，醫療團隊給予適切的出院規劃；(4)病患住院期間由醫療團隊之各專業人員執行出院計劃，包括：護理人員給予護理指導，聯絡協調並定期評值，社工人員評估病患經濟上的需求，醫師評估病患是否須照會他科醫師；(5)醫療團隊再討論個案情況及出院時機。(6)由個案管理師或主護護士及社工人員協助病患轉介至適合的後續照顧機構、衛生所或居家護理單位；(7)個案管理師或主護護士於病患出院後一週與一個月的時間，以電話、門診訪談或家訪方式追蹤病患的情形（詹惠雅，

2004）。

出院準備服務是醫療的後續關懷過程之一環，病患入院便開始進行初次評估的工作。照護過程注重後續照護的安排和準備、外傭的訓練及家屬的心理支持，最後病患可以順利出院或轉介其他照護機構（吳亞鴛，1995）。研究分析發現病患出院後其家庭照護有五類需求：人力支持的需求、情感及靈性支持的需求、社會福利的需求、醫療相關服務的需求、醫療照護訊息的需求（簡乃卉，1990）。但目前各醫院在出院後之後續關懷仍較侷限於身體部分，如傷口照顧、日常生活功能、疾病控制及家庭照顧問題上，未將病患之心理層面問題放入後續關懷。

心理衛生服務機構的後續關懷

與臨床醫療服務相比，早期台灣有關心理衛生方面照護，鮮有後續關懷之紀錄，因為沒有開始、何來後續？而1960年代西方世界高唱「去機構化運動」之時，我們的精神病患或深居家中黑暗一隅、或正在社區角落遊蕩乏人照料；然大多數仍無緣住進機構之中，連基本的機構照護都談不上，遑論進一步要推行的去機構化運動。

為何需要心理層面之後續關懷？如前述聯合國的人權宣言，一個人基本醫療與社會服務之權利，不因其疾病或殘廢發生之前後有所差別，皆應受到保障，故後續關懷的重要性乃無庸置疑；後續

關懷在心理衛生的相關理念來自歐美的去機構化運動，其依據則源自最少限制性選擇（the least restrictive alternative，簡稱 LRA）的理念，此一美國 1960 年代的教育理念；於 1966 年的 Lake vs. Cameron 案件中，正式將最少限制選擇之概念，應用於精神醫學領域。Lake，一位罹患失智症的老人，因無法分辨人事時地而四處亂跑，她確實需要專業的照護。但她是否有權拒絕接受精神醫院之主動治療？因為住進醫院意味著即將失去了行動的自由。結果該案 Bazelon 法官判決揭示，對病人人權的限制，不應超過病人所應該接受的保護。在可能之情況下，病人有權選擇對其自由限制最小的治療模式。換言之，若病人有能力且不願留在醫院裡，就應當提供其醫院以外的治療模式。

就歷史發展而言，西方精神醫療的後續照護始於 1960 年代風起雲湧的“去機構化”運動，然當時國內僅止於理念的宣導，心理衛生之後續照護均未真正落實推行；1984 年螢橋國小學童遭潑硫酸案、某中央部會官員於熟睡中，遭其罹患精神病妻子殺害之慘劇，帶給當時整個社會極大之恐懼與震撼，也促成延宕多年的精神衛生法，在 1990 年得以由總統公布施行，使精神疾病與身心疾患病人的就醫權，從此獲得法令的保障。

1995 年搭政府推行出院準備服務之便，因健保財務管理之利，精神醫療之照護除了既有的疾病初級之預防促進外與身體健康之維持外，出院準備服務計

畫之推行，使因精神疾患住院之時間減少，與再住院率之降低均具成效。就實行時機而言，當有人生病了、就是需要後續照顧之時刻了，所以當精神病患接受住院治療時，可視為一種處遇式關懷；出院時所需要的出院準備服務，即是一種後續關懷；當人遭逢變故、面對重大災難相隨的壓力反應、或因喪親而來之失落悲慟等，都是需要後續關懷之協助。

精神病患住院之始，治療即已開始；而出院準備前之職能復建訓練、社區之轉銜通報，均為後續照顧之一環。近年來除了加強病患之衛生教育，另外著重於家屬之情緒支持與衛教、家庭支持系統之評估、社區康復機構的建置等，均是後續照顧之宏觀措施。而對於慢性精神病患，到底是在機構中好呢？抑是在社區的家庭中好呢？美國白宮的心理衛生委員會（1978）也認為 LRA 是一種基本人權，但真正的選擇，並不是簡化地在醫院裡較多限制的治療環境，與社區家中更少的自由限制來作決定，而是必須正視疾病帶來的內在限制。美國最高法院在 O'Connor vs. Donaldson 的判例中揭示：如果某些人「沒有得到幫助來避免自由的危險」，比起被強制住院，前者是更不安全的狀況。

隨時代變遷與社會結構的改變，現代生活壓力繁重與家庭關係之丕變，均使得意外傷亡、家庭暴力、兒虐等事件層出不窮，隱藏在此事件背後之受害者、相關的家屬或人員，都無可避免要

面臨其衝擊，隨之衍生的情緒可以是失落、悲傷、憤怒、抑鬱，完全麻木或失能等急性壓力反應，失落經驗、悲傷反應、憂鬱症，甚至創傷後壓力症候群等身心症狀，皆需要進一步接受諮商輔導之協助，以免症狀加劇或成爲慢性化之情形。

Rachlin 認爲，沒有心理健康的自由是無意義的。一個人因生病、無助感或因病被社會隔離的自由，就不能稱爲自由。對於慢性化的精神病患者，常因病況造成的認知理解能力受損，而會失控或活在恐懼當中，這些痛苦與束縛，遠甚於封閉的病房；同樣飽受身心症狀如失眠、焦慮、憂鬱、恐慌症之病人，身體雖然自由，卻因病自絕或是被隔離於職場或人際網絡之外，心靈的牢籠何嘗可以自在？因此心靈層面的後續關懷是時勢所趨，也是勢在必行之康莊大道。

所以因應近年來社會大眾心理照護的龐大需求，提供心理衛生服務的單位，不再侷限於醫療機構了，社區的心理衛生中心、非營利機構聘任的專業心理師、社會工作師、藝術治療師等專業助人工作者，甚至以哲學或信仰背景的心靈諮商志工團體，均可透過其本身的專業背景，一起致力於此項身心靈的後續關懷服務。

臨終照護的後續關懷

臨終關懷開始於何時呢？1960 年代是臨終關懷正式起步的時候，主要原因

是臨終的認知被提出及《死亡與瀕死》一書的出版。首先是臨終認知的部分，Glaser & Strauss 2 位美國學者研究發現，臨終病人有以下 4 種認知，分別是封閉認知、懷疑認知、相互偽裝、公開認知。另外，要提到鼎鼎大名的 Dr.Elizabeth Kubler-Ross，《死亡與瀕死》這一本書的出版就是她訪問過兩百多位末期病人，並且提出有名的五個階段論，分別是否認、憤怒、討價還價、沮喪或憂鬱、接受。不過在 1970 年代，這樣的學說也遭受到許多的批評。不過因她提出臨終病人階段論後，引起歐美社會注意，使得社會大眾對於此主題開始感到高度的興趣。讓臨終關懷引起社會的重視，也展開對此主題的研究，並出現下列一些相關的名詞：適當的死亡（appropriate death）、好死（good death）、安寧尊嚴地死亡（Dying with peace and dignity）、健康的臨終（healthy dying）、馴服的死亡（tame death）等名詞（趙可式 2005）。因此，臨終關懷的意義是針對臨終病人及其家屬提供生理及心理的照護，在臨終之前免受肉體痛苦及心靈恐懼，而善終人生最後歲月。

臨終關懷的最佳示範——安寧療護

說到安寧療護一定要提到安寧療護的創始人，席西莉·桑德斯（Dame Cicely Saunders）女士，她 1918 年生於英國。在 1940 年接受訓練並且成爲護士，後來卻因身體的不適無法繼續擔任護士，進而轉修社工學分且於 1947 年成了社工人員。後來在照顧年輕癌症病患

大衛·塔斯瑪 (David Tasma) 的過程中，彼此建立了深厚友誼，但當時醫生對癌症病患的疼痛是束手無策。而桑德斯女士突發奇想：不知能否為癌症病患的疼痛做些什麼？能否給他們更好的照顧？於是桑德斯女士決定為癌症病患建立一個像家而不像醫院的地方。隔一年大衛去世，並且將遺產 500 英鎊留給桑德斯女士。從此她特別關心癌症病患，為了她的理想繼續到處演講、募款。為了可以有機會更多照顧病患，桑德斯女士還想應徵晚上照顧病人的義工，但一位醫師建議她：『如果真想幫助癌症病患，就該去當醫師，因為是醫師遺棄了癌症病患。』於是她在 33 歲進入醫學院就讀，成為正式的醫師。

從 1958 年到 1965 年，她與同事研究許多能減輕癌症病患痛苦新藥。1963 年開始籌建醫院，4 年後醫院落成 (聖多里斯多福安寧院 St. christopner Hospice)，取名 Hospice 原意是接待收容旅人之處，引申為照顧癌症末期病患的地方。桑德斯女士開創了全世界第一家有特殊方案的醫院，以醫療團隊合作的方式照顧癌症病患末期病人，陪他們走完生命全程，並輔導家屬度過哀痛時期。聖多里斯多福安寧院建立迄今快 40 年，Hospice care 成為文明社會與人道醫療的驕傲。目前為止，英國已有 100 多家 Hospice 醫院，全世界也有 10 多個國家前往學習觀摩，台灣則是全世界第 18 個有建立安寧照顧服務的地方。

相信死亡不是最後悲劇，然而真正

的悲劇是病患臨終前被冷落、失去精神支柱與愛的援助。因此，安寧療護是一種全人、全隊、全程、全家等四全的關注。針對身、心、靈三方面全方位照護，希望所有癌症末期病人皆能「生如夏花之燦，死如秋葉之美」進而達到生死兩安。

臺灣安寧療護的里程碑

臺灣安寧療護正式開始於 1990 年台北淡水馬偕醫院成立全台第 1 家安寧病房，同年也成立了安寧照顧基金會並於 1992 年針對安寧療護專業人員標準課程進行初擬，後來由衛生署修訂。到了 1994 年全台第 2 家安寧病房在新店耕莘醫院成立，隔年台灣安寧照顧協會也成立。而 1996 年是安寧療護重要的 1 年，衛生署當年開始對於安寧居家療護進行給付及補助，1999 年台灣安寧緩和醫學會正式成立，對於臺灣安寧療護最重要的轉捩點就是 2000 年安寧緩和醫療條例的通過，並且在 2002 年進行條例的修正，因緩和醫療條例的通過讓安寧療護正式有法源的依據，讓更多癌症病人得到實際幫助，並且衛生署開始試辦安寧療護住院給付的計畫，接著 2001 年台灣安寧緩和醫學會建立台灣安寧緩和醫學專科醫師制度及專科醫師訓練制度，近年，安寧療護開始延伸服務對象，包含其他疾病引起的末期病患，具體表現是衛生署把漸凍人納入安寧療護的給付當中，那是 2003 年所發生的事情；四全是安寧療護的基本精神，因此，在 2004 年安寧照顧基金會及馬偕醫院開辦靈性照

護學苑，接下來 2005 年蓮花基金會接下安寧志工培訓的重責大任，成立了安寧志工學院，最令人興奮的是 2006 年安寧療護正式納入健保給付當中。

安寧療護肯定生命的意義與價值，同時也承認死亡為自然過程，主張人不可以被加速死亡，也不需無所不用其極地英雄式拖延死亡過程。醫療團隊應當協助病患緩解身體上不適症狀，同時要提供病人及其家屬心理及靈性上的支持照顧，使病患獲得最佳生活品質，協助家屬順利渡過哀傷期。

宗教團體的後續關懷

人們在面臨身體疾病或喪親之痛的困境時，常會感到矛盾、迷失、無所適從，因而尋求靈性上的慰藉。靈性的後續關懷大多落在宗教團體的身上，透過不同的靈修活動給予協助，找回生命的意義及終極價值。

宗教團體的後續關懷，大都由神職人員、社工、諮商員及有同樣經驗的人員來配合執行；後續關懷的方法，也因不同的宗教信仰而有不同的方式。各宗教團體的靈修活動、名稱與方式，依佛教、基督教、天主教分別簡述如下：

(一)佛教團體藉著舉行法事，以誦經祈福的方式來伴隨喪失者，就靈性層面而言，助念可以安定往生者，也指引了一條光明的路，更安撫了家屬痛失親人的心靈。例如：財團法人西蓮教育基金會，依安寧緩和醫療的理念，積極緩解

末期病人 (terminal patient) 身心靈的痛苦，設立關懷小組讓病人能安祥往生。關懷內容包括：皈依、懺悔、西方淨土介紹、臨終開示、病人及家屬悲傷輔導。另外佛教蓮花臨終關懷基金會，也配合臺大醫院的緩和醫療計劃，培訓臨終關懷志工並建立本土化靈性照顧模式及善終服務等，都是貼切的後續關懷。

(二)基督教的後續關懷可以追溯至西元第一世紀，耶穌基督在世的期間。祂時常接近傷心的人，與哀哭的人同哀哭，與他們同理和認同，以期達到實際的關懷。教會以主日崇拜、各種不同的團契 (青少年、中老年、單親、小組)、禱告會、退修會、特會 (敬拜讚美、醫治特會) 等靈修活動，藉由信仰昇華病痛以追求靈性的成長。基督教喪親之痛的關懷過程，多半是以小組團體的方式進行，一般運作大概可分為下列幾個階段：(1)臨終關懷，這個階段一般由教會牧者在病人逝世前，一邊陪伴臨終末期的患者走過最後一段路程，一邊和病患家屬建立一個親密的關係，使喪親者在未來的路程中，有一種熟悉而安心的陪伴，因為我們深信「生人」是靠近不了悲傷的。(2)治喪期間，當患者安息後，協助聯繫及安排各項喪葬事宜。諸如安葬日期、禮儀方式、安放墓地等，並透過告別 (安息) 禮拜的儀式來安慰家屬。(3)後續關懷，大部分的人都會在辦完喪事之後，才會逐漸產生無助感、失去盼望、憤怒、甚至罪惡感。此時期多半採定期小組聚會的方式，讓有一樣經

驗的人，彼此分享心中的哀慟，互相為對方禱告祈福。神職人員也藉著專業的宗教信仰，協助病患及家屬看待自己的遭遇，從中尋求釋放，並且在信仰中協助關懷病患及家人。其他基督教團體如伊甸社會福利基金會，基於全人關懷理念，關懷身心障礙者及其家庭，提供綜合性社會服務，包括：職訓、就業輔導、心靈重建、見證基督等服務；基督教馬偕醫院，安寧團隊中的神職人員乃藉由信仰，協助病患找尋生命的意義，服務內容有哀傷輔導、喪親家屬座談會等；此外台灣世界展望會辦理兒少緊急短期收容及災區社會服務（災後心靈關懷與震災禱告會）等。

(三)天主教的後續關懷方式通常是由神父和教友一起探訪臨終病患，安慰、鼓勵病患和家人，並且幫病人祝福及祈禱，包括：和好聖事、傅油聖事、聖體聖事等 3 項主要的宗教性禮儀所組成。和好聖事是指藉由告解，達到人神關係的修好；傅油聖事是祈求天主賜予恩寵；醫治並祝福病人，聖體聖事是指病人與基督合一（錢玲珠，2001）。3 項聖事的目的是在於使靈魂潔淨，讓人在面對死亡及絕望恐懼中，看到希望的光芒，知道死亡不是終點而是起點，以得著靈性上的慰藉。其他天主教團體如天主教康泰醫療教育基金會，為乳癌手術及治療後患者成立後續關懷聯誼會；天主教懷仁全人發展中心，藉由身心靈的整體關懷，提供在人生各階段的朋友個別諮商輔導與身心靈成長團體；天主教孝愛

仁愛之家，幫助安養者居家護理照顧、安寧關懷、心靈關懷、信仰生活協助、靈終陪伴及協助家屬處理身後事宜之後續關懷。

生離死別是人生無可避免的課題。聖經傳道書 2：2-8 說：「生有時，死有時；栽種有時，拔除有時；殺害有時，醫治有……」，盼望我們都能學習適切的表達出哀慟的情緒，各個宗教團體也能藉著靈性的後續關懷，將每一回的失落與分離，轉化為成長的動力。

喪葬業的後續關懷服務

美國的喪葬業者是從 1980 年開始興起「後續關懷的服務計畫」。為何要有喪葬後續關懷服務（aftercare service in funeral）？喪葬業者要發展「後續關懷的服務計畫」的目的是要作為回應在死亡與失落悲傷教育中倡導讓喪親者能夠有「好好的悲傷」（Good Grief）的表達得到紓解的機會。Weeks & Johnson（2001）曾說「喪葬後續關懷服務可被定義為和喪親者維持一種協助和關懷的關係，除了提供喪親者面對親人死亡的遺體處理和相關儀式的繼續性服務之外，並對喪親者和社區人士提供死亡、失落和悲傷等有系統的教育與諮商工作。」也就是說喪葬業的後續關懷服務是以喪葬業者持續關心喪親案主家庭成員的身心靈社會健康福祉為基礎，因為這些案主在死亡之前都是地方社區中的朋友和鄰居。也因此，喪葬業者能夠了解社區中喪親者的

需求，並願意提供給喪親者同理心的陪伴。

此外，Wener, L. G (2002) 在他的博士論文中提出喪葬指導員 (Funeral Director) 在悲傷後續關懷服務計畫有 4 種有別於過去的角色，喪葬指導員的新角色包括 (一) 喪葬指導員是後續關懷服務的提供者：喪葬指導員在悲傷教育倡導下被賦予繼續照護並指導喪親者。因為這些人在面臨親人死亡、重大失落和悲傷、生涯的轉變可以和社區裡的喪葬指導員建立起一種照護的關係模式。(二) 喪葬指導員是悲傷教師或悲傷諮商員：美國在 1970 年代開始就逐漸將喪葬指導員以悲傷教師或悲傷諮商員稱呼，因為在悲慟者自家社區附近的喪葬業者 (funeral home) 會安排悲傷支持團體的活動，每週聚會 1~2 小時彼此分享真實喪痛的感覺，若是觀看過影集「六呎風雲」就會對美國喪葬業者的服務性質與內容有初步的了解。2001 年 NFDA 的專屬雜誌 *The Director* 建議喪葬指導員應該認識並知道如何協助喪親者處理他們的悲傷旅程。有一篇文章叫「悲傷旅程的開始」就列舉了 5 項的任務。(三) 喪葬指導員的社會角色期待：自從台灣殯葬管理條例通過以後，該條例所賦予喪葬工作人員的社會期待角色是個沉重的負擔。其工作範疇要符合政府規定，而且這行業的競爭是愈來愈大，加上媒體對喪葬業許多負面的報導，社會生活型態的快速改變。使得喪葬工作人員面臨著高度的工作競爭壓力，擔心因為社會對殯葬改革的呼籲會加速他們面臨工作型態轉型時要做的抉擇的問題。

同樣地，他們也面臨著對現行工作的滿意與否和關注取向不同的問題。因此，在這個條例之下，未來國內的禮儀師必須學習有關各種後續關懷的需求，來滿足在現今快速變遷多元文化社會的消費者。(四) 喪葬指導員是生前規劃的諮商員：未來台灣在安寧照顧推動之下，生前最後規劃中有關「不急救同意書與醫療委任書」將會漸漸被接受，而且坊間偶而也會有舉行「生前告別式」，因此和生前規劃的相關訊息與知能也是未來禮儀師要具備的。

四個層次的喪葬後續關懷服務

美國在 1980 年代期間，後續關懷服務在喪葬業者已經開始逐漸被列入正式的服務範圍與工作項目中。它的設計和執行若是和以往的傳統工作內容相比則可以看出是做了非常大的改變，工作範圍也都要符合服務社區的需求和運用可支配的資源。Johnson 和 Weeks 對於喪葬後續關懷服務界定為 4 個層次，第 1 個層次是一種「不定期」或非正式的後續服務層次 ("casual" level of aftercare)。它是指喪葬指導員面對喪親者訴說他們故事時只是進行單純的傾聽，幫他們完成各種行政上和應得權利的文書工作，或在悲傷和喪慟上提供基本的文字作品 (通常以小冊子的形式)。不需要額外的工作人員，且費用是極少的。

根據 Johnson 和 Weeks 的說法，除了非正式和不定期的層次外，還有另外 3 個正式層次的後續服務，分別是：(一) 基本的後續服務 (Fundamental Level)，包含額外但沒有受過進一步訓練的工作人

員，可提供打電話、通訊、聯誼會議、郊遊的晚餐和喪親者的旅遊事宜。(二)標準的後續服務 (Standard Level of aftercare)，將依賴另外受過喪親議題特定訓練的工作人員，除了提供基本層次的服務外，還能發起促進支持團體的形成、提供喪慟者借閱適合的書籍或文學作品、在社區中覺察並緊急的評估相關資源、對特定的節日安排活動節目、進行社區生死教育、確認社區中喪親者有情緒抒發困難的可以透過卡片的問候或與其他人的溝通、甚至在需要時轉介給心理健康諮商專家。(三)高階的後續服務 (Premier Level of aftercare)，其另外的工作人員將具備失落和悲傷相關議題的諮商碩士以上層級之資歷，且能提供前述所有的服務，並提供個別諮商、孩童方案、及對殯葬業人員或社區其他專業人員在服務方面的訓練方案之能力、地方顧問團的服務、和媒體的發言人，例如在大量死亡或意外死亡發生時。

個人對喪葬後續服務的理念與規劃提出下列幾項觀點：(一)它是重視喪親之後的協助與關懷，就是協助喪親者在面臨親人即將死亡會面臨到遺體處理、告別式安排及安葬方式等殯殮喪的服務之外，還要包括提供喪親者有關死亡、失

落、悲傷有系統的資訊、教育、支持團體甚至專業的諮商重建工作。(二)它是社區經營的模式來運作，提供社區內喪親者的全家關懷，配合醫院安寧照護模式，心理衛生中心，非營利機構的結盟。(三)它是重視持續性的支持，在喪親者熟悉的生活型態中提供協助與支持。(四)它是依照喪親者需求來提供服務，且是有層次的分別。(五)它是提供溫馨親切、感性、覺知及尊重的服務、成立支持團體、協助生前遺囑的書寫。(六)它是秉持延續安寧照護的理念與原則來服務喪親者。

結語

本文嘗試著提出後續照護的理念與規劃，就是響應世界人權宣言中對弱勢團體提供照護與關懷的實際表現。而對後續照護提出的服務也是社會進步的重要指標之一，希望藉此呼籲醫療、社會、教育、宗教的工作者的重視並進行相關能力的訓練與儲備。

(本文作者：曾煥棠現為台北護理學院生死教育與輔導研究所教授；李世華、黃信得、吳翊雯、王瓊英、劉惠珠、吳英傑現為台北護理學院生死教育與輔導研究所研究生)

參考文獻

- 阮玉梅 (2003) 長期照護，尹祚芊總校閱：公共衛生護理學，台北：永大。
 阮玉梅 (1999) 長期照護概論，臺北：華杏。

- 吳亞鴛、張瑛、楊麗花、詹惠雅（1995）協助失能老人病患出院準備服務的護理經驗。護理雜誌，52（2），87～93。
- 鈕則誠、趙可式、胡文郁編著（2005）生死學，台北：空大。
- 許文雀、施春合、施國正、余文彬（2003）頭部外傷病患出院準備服務：一病例報告。台灣醫學，7（3），348～354。
- 曾煥棠（2005）認識生死學，台北：楊智。
- 詹惠雅（2004）出院規劃小組醫療團隊簡介，台大醫網：4～7。
- 蔡宗學、莊坤洋、戴玉慈、曾淑芬、吳淑瓊（2004）中風病人具身體功能障礙者出院準備服務之執行評估：病人的角度。台灣公共衛生雜誌，23（3），235～248。
- 蔡紋苓、戴玉慈、李豫芸（2002）出院規劃個案管理師的角色與功能。台灣醫學，6（1），88～93。
- 謝玉玲（1998）兒科病童出院準備服務的運用。護理雜誌，45（5），73～77。
- 戴玉慈、張丹蓉、羅美芳（1998）台灣地區之出院準備服務——試行計劃成果分析。慈濟醫學雜誌，10（1），61～68。
- 「世界人權宣言」摘自全國法規資料庫 <http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=Y000000395.01.05>
- Naylor, M.D., Campbell, R.L., & Foust, J. B. (1993) Meeting the discharge needs of hospitalized elderly and their caregivers. Key aspects of caring for the chronically ill. New York : Springer.
- The Least Restrictive Alternative (1982, Spring) Hidden Meanings and Agendas Community Mental Health Journal Vol 18, (1)
- The least restrictive alternative in the postinstitutionalization era, Hospital and Community Psychiatry, Oct 1993, Vol 44, (10)