

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：開會)

**參加馬來西亞吉隆坡『安寧療護：哀傷輔導工作坊』
(Palliative Care Workshop 5: Grief & Bereavement Care 2011)**

出國報告書

出國人員職稱姓名：

行政院衛生署南投醫院放射腫瘤科翁益強醫師

財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會張嘉芳執行長

馬偕紀念醫院安寧病房劉萱護理師

出國地區：馬來西亞（吉隆坡）

出國期間：中華民國100年12月9日～100年12月12日

報告日期：101年1月16日

C10100191

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：

參加「安寧療護：哀傷輔導工作坊」

(Palliative Care Workshop 5: Grief & Bereavement Care 2011)

頁數：25

含附件：是 否

出國人員姓名/ 服務機關/ 單位/ 職稱/ 電話

姓名	服務機關	單位	職稱	電話
翁益強	行政院衛生署南投醫院	放射腫瘤科	主任醫師	0492246315
張嘉芳	安寧照顧基金會		執行長	02-28081130
劉萱	馬偕紀念醫院	安寧病房	護理師	2809-4661~3201

出國類別：1開會 2進修 3研究 4實習 5其他

出國期間：100年12月9日至100年12月12日

會議期間：中華民國100年12月10日~100年12月11日

出國地區：馬來西亞（吉隆坡）

報告日期：101年1月16日

關鍵詞：

安寧療護(Hospice)、緩和醫療(Palliative Care)、安寧緩和醫療(Hospice Palliative Care)、悲傷與喪親(Grief & Bereavement)、家庭焦點悲傷治療(Family-Focus Grief Therapy)、完形理論(Gestalt Theory)、空椅技巧(empty chair)、未竟之事(unfinished business)、馬來西亞安寧院(Hospis Malaysia)、悲傷整合模式(Integrated Model)、模糊失落(ambiguous loss)、心靈接觸(Spiritual Touch)、完形治療(Gestalt Therapy)、哀傷與悲傷輔導臨床指引(NICE Guidelines and Bereavement)

內容摘要：

悲傷輔導工作對於醫療照護領域之相關從業人員而言，是一項重要且常進行的工作。現階段不單單是安寧臨床專業人員需要具備相關知能；對於社會大眾而言，如何正確認識悲傷情緒，學習因應技巧，亦是近年來社會的需求。

此次這次我們分別以醫療、護理、社會工作專業的背景，及從事安寧療護相關教育訓練的角色參加馬來西亞安寧院與亞太地區安寧療護網絡(Asia Pacific Hospice and Palliative Care Network, 簡稱 APHN)於民國100年12月10日至11日在吉隆坡舉行「哀傷輔導工作坊」，目的為了解現行哀傷輔導工作的新趨勢、學習新的哀傷與悲傷輔導理論和架構，及如何以多樣性模式運用在安寧療護臨床實務工作，進而參考此類工作坊模式來深化臺灣安寧療護專業人員的教育。

本次工作坊邀請了在安寧療護、哀傷與悲傷輔導領域中的翹楚香港大學社工與社會行政系周燕雯副教授。主要是教授新的哀傷與悲傷輔導理論和架構：「整合性哀傷與悲傷輔導模式」，並介紹在許多安寧療護臨床上可運用的理論和模式：如末期病人之預期性悲傷輔導可以用「家庭聚焦悲傷輔導」、「兩張椅子技巧」(Two Chair Technique)與「完形理論」(Gestalt Psychology)等，這些模式的運用可深入幫助末期病人面對困難控制之症狀處置，針對家屬的哀傷與悲傷輔導也給予指引與步驟，如：啟動、約定、探索、深化、回顧、結束六步驟，並提醒在哀傷與悲傷輔導中如何處理生氣的情緒，並強調哀傷與悲傷輔導很重視「記憶」，強化好的記憶才能讓被輔導者找到自身力量走出悲傷。

透過此次國際工作坊的學習經驗，我們不僅認知到整合性哀傷與悲傷輔導模式的運用外；同時，學習到馬來西亞非營利組織的運作經驗模式。此外，

此次工作坊參與者多為東方族群，於共有的文化背景下，藉由各國相互不同經驗討論亦有助於反思及形塑華人的照護經驗。這對於未來在安寧療護臨床工作上及深化安寧療護教育上有很大收穫與幫助。

國內安寧療護推動多年來，在亞太地區的發展，雖領先多國，各項的政策、社會資源也相對豐富。但在國際化、專業輸出與國際接軌的各項工作中，借鏡他國，仍有許多值得我們深入省察與自我勉勵之處。因此，未來應有更多相關機會加深安寧療護實務從業人員與國際專家互動，強化國內與國際經驗交流，進而培養實質的夥伴聯盟關係，以提升我國安寧療護於國際間的能見度及行動力。

目 次

壹、出國目的.....	01
貳、開會內容簡介.....	02
參、馬來西亞安寧院參訪.....	11
肆、出國心得.....	14
伍、建議事項.....	17
陸、成果照片.....	18

壹、出國目的

哀傷輔導是從事安寧療護工作者必須有所認識的基本知識與技能。此行主要是參與由馬來西亞安寧院(Hospis Malaysia)與亞太地區安寧療護網絡(Asia Pacific Hospice and Palliative Care Network, 簡稱 APHN)主辦，邀請香港大學社會工作與社會行政系周燕雯(Amy Y. M. Chou, Ph. D., R. S. W.)副教授為講師帶領，為期兩日之哀傷輔導工作坊，主要目的為：

- 一、 深入學習哀傷輔導工作相關理論、知識、技能；並學習如何以多樣性哀傷輔導模式運用在安寧療護臨床工作上，進而參考此類工作坊模式來深化台灣安寧療護專業人員的教育，以及作為我國推動哀傷輔導及安寧療護等工作之參考。。
- 二、 藉由會議管道，與亞太地區國家進行安寧療護哀傷輔導工作之經驗分享。透過與他國互動機會，認識彼此，俾利未來能有合作或進一步交流的機會。
- 三、 主辦單位馬來西亞安寧院，長期以來亦是馬來西亞於亞太安療護網絡之主要對口單位(umbrella body)，其角色功能與安寧照顧基金會之於台灣相類似，此行亦順道拜訪該單位，初步參訪該院相關臨床工作與專業訓練，並瞭解同為非營利組織在經營管理上之異同之處。

貳、開會內容簡介

一、哀傷輔導工作坊簡介與特色

工作坊參與者大部分來自馬來西亞及印度尼西亞，參與人數約 60 人。主題包括：哀傷輔導工作面臨的挑戰、末期照護中病患與家屬的社會心理需求、預期性哀傷輔導、以家屬為焦點的哀傷輔導、整合模式及介入措施、哀傷輔導理論與新知、哀傷評估與 DSM-V(心理疾病診斷與統計手冊)、哀傷相關介入措施、模糊失落(ambiguous loss)等。

<u>Saturday, 10 December 2011 (Day 1)</u>		<u>Sunday, 11 December 2011 (Day 2)</u>	
0800 – 0830	Registration	0830 – 0900	Registration
0830 – 0930	Introduction and sharing of experience	0900 – 1030	Assessment of grief and the new development of DSM V
0930 – 1030	Challenges of working in the area of grief and bereavement	1030 – 1045	Coffee break
1030 – 1045	Coffee break	1045 – 1200	Ambiguous losses – the 6 core themes
1045 – 1300	Updates on theories and knowledge in bereavement	1200 – 1300	Case illustration
1300 – 1400	Lunch	1300 – 1400	Lunch
1400 – 1500	Anticipatory grief work (before death)	1400 – 1500	Introduction of the Bereavement Intervention Model (post death)
1500 – 1530	Family-focused grief therapy (before death)	1500 – 1530	Skills and techniques of the Bereavement Intervention Model
1530 – 1545	Coffee break	1530 – 1545	Coffee break
1545 – 1730	Case study and role play	1545 – 1700	Case study and role play

此工作坊課程特色之一，是以明確的「整合性哀傷與悲傷輔導模式」(Integrated Model of Grief and Bereavement Care)做為整個課程架構，帶領學員進入哀傷與悲傷輔導領域。課程架構設計是以討論「死亡恐懼」為中心議題，讓面對死亡之個人(被諮商者)試著陳述四個象限內容：是否對過往有些甚麼後悔、是否對未來若無法生存會有些甚麼後悔、對目前的生命感到有無意義、以及對目前生命之控制感等；進而分析個人之困擾度、自在度以及同理心反應等；最後依據哀傷與悲傷輔導臨床指引(NICE Guidelines and Bereavement 2004)將可能需要哀傷與悲傷輔導的

對象分成三組：第一組是大部分人都能度過悲傷期，大都有家人或朋友支持，臨床專業人員最多是給予需要之臨床相關資訊就可以了；第二組是部分人都需要某種理論和模式之哀傷與悲傷輔導，此時受過訓練之臨床專業人員或資深志工可以給予幫助，但注意第二組人可能最後還是需要更專業之諮商師幫忙；第三組是指少部分是屬於哀傷與悲傷輔導高危險群，需要更專業之諮商師幫忙。

因為要被哀傷與悲傷輔導對象可能有不同特性與需求，必須運用有各式各樣哀傷與悲傷輔導理論和模式來輔導適合的對象，於是講師配合豐富多媒體內容以呈現不同病人與家屬在面對末期疾病之不同社會心理需求，再利用不同的情境設計、與讓學員做不同的角色扮演、透過與講師互動過程中，帶領各專業臨床人員去反思臨床工作中可能遇到不同的哀傷與悲傷輔導之瓶頸，進而引導如何在臨床上運用此多樣式哀傷與悲傷輔導理論和模式，以及透過討論讓學員更了解哀傷與悲傷輔導應注意事項，如此活潑教學是本工作坊特色之二。

除了多樣式哀傷與悲傷輔導理論和模式外，也教導學員在進行哀傷與悲傷輔導之臨床實用的六步驟，並仔細提醒每一步驟如何開始結束以及步驟間之起承轉合，並在現場示範溝通過程，讓學員有深刻體驗也是一特色。

最後特色是本工作坊結束前，釋放壓力是十分重要的，於是主講者給每位學員一個氣球，要自己努力吹氣捏住但不要讓氣球脹破，並在一聲令下一起放開氣球，看到自己氣球在教室飛來飛去，除了留下美好課程結束記憶外，也釋放了壓力！

二、課程進行方式

(一) 澄清期待

課程開始之初，講師即準備白報紙於講台前的白板上，然後邀請

60位學員一一自我介紹，並說明對此課程的期待。除了大致了解成員背景之外，講師並逐一記下每個人的期待於白版上，並歸納分類整合，釐清希望用兩天的時間儘量滿足多數學員的期待。期待中，除了臨床照顧末期病人工作上期待學習到的哀傷輔導工作外，亦有學員提出想了解在急重症加護單位的悲傷議題，以及兒童安寧療護與器官捐贈等相關常見的悲傷反應與照顧方式…等議題

(二) 個人悲傷體驗活動—經驗與暖場

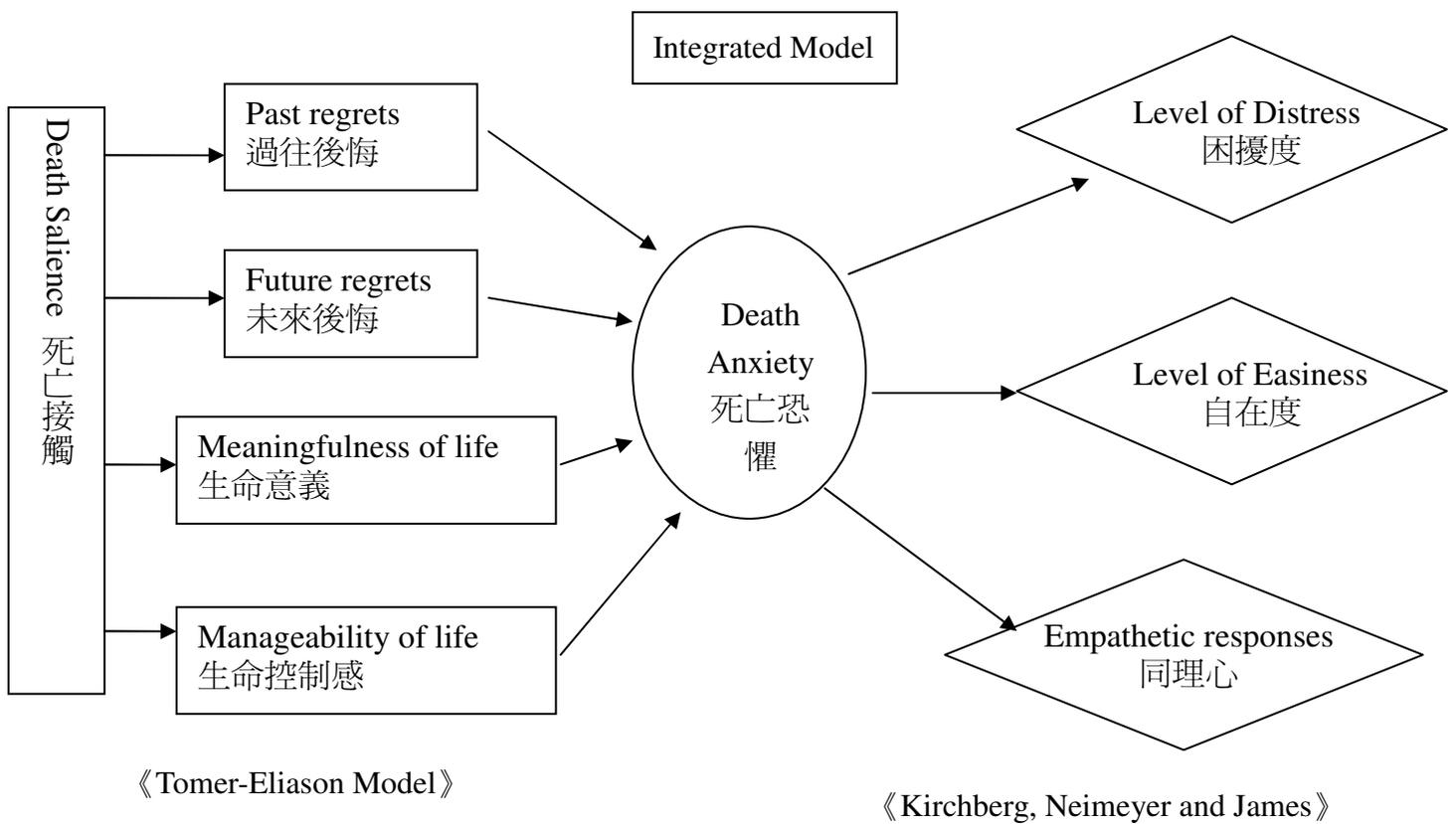
在學員彼此仍多陌生，對於悲傷議題尚未進入的課程之初，講師藉由工作坊開始近半日的時間，帶領許多體驗活動開始認識自己，最能勾動自己悲傷情緒的畫面，回想自己生命中曾有的悲傷經驗…等，其中自己第一次經驗的活動是，講師以數十張與死亡相關之圖片搭配背景音樂，讓學員先安靜觀看冥想，之後兩兩分組討論其中哪一張圖片最觸動自己？原因是什麼？它勾起自己過去什麼樣的記憶？從中所學習到的是什麼？是一個帶領每一位團體成員開始暖身，準備進入兩天工作坊的開始。

(三) 給予完整架構

藉由專家學者 Tomer-Eliason 提出的死亡恐懼產生的原因，以及 Kirchberg, Neimeyer 與 James 等人提出處理死亡恐懼的方法作為架構。此架構說明當一個人開始接觸死亡議題，或是經驗到死亡的威脅時，會產生對「過去後悔」--對過去想做或還沒有機會去做的事，因著死亡的靠近有可能沒有機會去完成的後悔感受；再者是對「未來後悔」--未來原本期待或計畫可以完成的事，不再有機會去完成；對於「生活失控」--生活的規劃無法按照自己的規劃與期待執行，失去控制感；以及對失去「生命意義」--質疑生命存在的意義與價值，而造成

死亡的恐懼。在協助處理死亡恐懼的方法中，治療師可經由病人對於死亡困擾的程度；以及自我內在心理力量的自在程度評估調適之能力，並運用同理心的技巧，協助病人處理面對死亡的恐懼與焦慮。

講師設計相關體驗式活動來讓學員們先經由自己的經驗與學習來經歷自我的悲傷經驗。再透過「生命曲線」，以及「不可預期的生命」兩個活動，讓每一位學員靜思、操作且分享自我成長過程中所遭遇的失落經驗；以及在不可預期的危機中，利用有限的時間寫下想對生命中重要他人的一封信，藉此重新省思生命中重要事件的優先順序，提醒自我在日常生活中，時間的重新分配。依此兩個活動分享的過程中，帶領學員看見在悲傷架構中所謂「過去後悔」與「未來後悔」的兩項工作，可以如何作預防、介入與處理。



三、內容介紹

(一) 末期照護中病患與家屬的社會心理需求 (Psychosocial needs of patients and families in end-of-life care)

講者以三個理論模式來講述末期病患與家屬的社會心理需求，分別為 Parsons(1951)所提出的 The Sick Role、Emanuel, Bennett, and Richardson(2007)的 Dying Role 及 Knight & Emanuel (2007)發表的 Reintegration Model。

The Sick Role 提出當人處於罹病過程中，病患擁有兩項主要權利，包含於無行為能力的部分可豁免其責任及由豁免社會角色中的義務；兩項主要義務：嘗試讓自己好轉、嘗試尋求專業協助使自己好轉。而在末期病患的疾病過程中，病患面對的是個持續惡化的情境，因此，使自己好轉的努力亦有可能為病患帶來無力感，而講者在此分享自身的經驗，包含當專業人員體會到了再也無可為的無奈與沮喪，也許才是真正的靠近了病患的心境。而我們可以透過於病患的對話，讓深藏病患心中的無奈與沮喪宣洩而出，不須獨自承擔，可共同尋找出路。在此部份講者除演示部分的互動技巧外，也提醒專業人員，由於東方人需要更多的時間來準備吐露自己，因此，在碰觸病患心理議題前，需準備好充分的時間，勿急忙觸及議題又因時間不足而顯侷促不安，此舉除了無法達成原本目的外，也破壞與病患原有的關係。講者也建議在時間的安排上，一天花十分鐘的零碎接觸，不如可考慮將時間集中，可達到更好的會談品質，這部分也提醒了我們在未來工作中，如何在實務及行政層面可以更彈性與妥善的安排時間，在有限的條件下能與病患做到良好的心靈接觸(Spiritual Touch)。

在 Dying Role 中，講者提及病患與環境(務實角色-Practical

Role)、他者(關係角色-Relation Role)、自我(個人角色-Personal Role)三者的關係。輔以實務例子講述，其中提及病患有時看似不合理的執著與心願，其背後隱藏著個案的價值認知，若能多加瞭解也許就能透過其他方式來使個案達到平安。例如：一位病患提及若兒子不生小孩，則死不瞑目，家屬為此深感困擾，深入了解後得知，病患堅持的原因在於想為孫子取名，以示傳承。工作者為病患準備了毛筆及紅紙，並錄下想對子孫輩說的叮嚀，完成後，病患很快地離世，家屬也得到了一份意外禮物，讓心願不是成了一份為難或遺憾。此部分於實務工作中多有替病患達成心願等活動，但建議實務工作者可再深入了解動機與原由，並紀錄此過程，亦可作為日後照護或教學的參考資料。

(二) 整合模式及介入措施(Integrated bereavement intervention model)

講者提及死亡的恐懼來自於過往遺憾(past regrets)、未來遺憾(past regrets)、生命意義(meaningfulness of life)、生命控制感(manageability of life)等四要素構成，當死亡的恐懼上升，則困擾度(level of distress)上升、自在度(level of easiness)與同理心(empathetic responses)下降。根據此模式，工作者可於末期病患工作中檢視上述四要素，以評估病患的死亡恐懼程度，藉由相關介入措施來提升後續的成果。其中生命控制感的部分，講者運用完形治療(Gestalt Therapy)中的空椅療法(Empty chair)使病患與自身不適的症狀對話。講者邀請一位學員扮演病患，讓學員將自身嘔吐不適的症狀化為一個虛擬的個體，藉由學員和症狀的虛擬體對話，去除疾病的不適並非病患個人因素造成，並由對話中找到如何共處的方法。此方法帶來新觀點，在華人社會中易將疾病歸咎於個人因素，此方法可為病患去除內在歸因，並由病患自身可接受的範圍中去找到與症狀共存的方法。然，此方法運用得宜有賴於病患的體力及表達力與工作者的

引導能力，運用前，尚須培養此方面專業技能。

(三) 哀傷評估(Assessment of grief and the new development in DSM-V) 與心理疾病診斷與統計手冊 (DSM-V)

講者於課程中介紹目前 DSM-V 對於哀傷評估的新準則，異常的悲傷定義需持續六個月以上，但於文中又定義與哀傷相關的調適障礙 (adjustment disorder related to bereavement) 須持續12個月以上，因此，於 DSM-V 上，仍顯有互相抵觸之處。講者於此部分提出疑問，當遺族若可持續日常生活，但有不合常理悲傷行為出現，是否合宜將之判斷為精神異常又或者工作者可以如何協助將不合理的悲傷行為轉為困擾度較低的行為。講者提及一名喪夫的女士，終日帶著先生的骨灰出入各地，此舉為生活及他人帶來不便，透過將骨灰轉為項鍊配戴的方式，遺族在生活中重新得回自己與亡者的連結。講者演示與個案的互動過程，可發現解決的方法並非是奇聞新知，而重點在於工作者本身如何在專業與人性間能夠維持最大的寬廣度，協助遺族們走出幽暗的傷心路。

另課程中講者提及當面對病患有憤怒情緒時，可先區辨憤怒的由來，多數憤怒來自於不公平對待、失落(感到憂傷)與威脅(感到害怕)，並藉由較小聲與慢速及低頻與憤怒者互動，降低其情緒的高張。分辨個案背後的原因，才能針對其問題提出解決之道，講者以實例講解，使聽者能明確地掌握表達意涵。於現今工作環境中，不乏有憤怒情緒的個案或家屬等，此提供工作者於處理相關情境的指引。

(四) 家族焦點悲傷治療模式 Family Focus Grief Therapy

此理論乃由目前任職於紐約 Sloan Ketterling Cancer Center 的澳籍精神科醫師 Dr. Kissane 提出，主張召開家庭會議，經由治療師的

介入，在處理家庭議題上，以交叉詢問的方式，來讓家庭成員了解彼此心中對於不同成員的看法與建議。此理論的特色為在此理論進行的家庭會談中，自己不會去談到自己的想法或看法；而是去談其他家庭成員。一來，可以知道其他家人眼中如何看這個問題；二來，其主張家庭中所有互動，包括讚賞、建議...等意見，由家庭成員口中表達，其份量遠超過由治療師來介入。如：在家庭中，母親罹病的疾病適應的議題中，詢問大女兒認為父親在此過程中的感受與想法。會談中，父親也能了解原來在孩子心中，對自己於家庭中的角色，他們的看法如何？治療師在其中的角色只是「觸媒」(facilitator)，鼓勵家庭成員說出對其他成員看法、期待，加強彼此支持、增進家庭功能與凝聚力，此理論內容與操作原則可參考書籍 Family-Focused Grief work (Kissane & Bloch, 2003)。之後講師即帶領角色扮演與討論。

(五) 完形學派(Gestalt theory)與空椅技巧(Empty chair)

講師介紹在悲傷輔導的過程中，常常運用的空椅技巧。尤其適用在自我與內在情緒、特質或症狀，以及來不及處理的未竟之事(unfinished business)之間的對話。完形理論強調未竟事宜對於每一個人的影響深遠，如同一個缺口的圓，需要將其補上，完成未竟的事宜對個人生命中的「任務」，以讓此「形」重歸於「完」整。因此，利用空椅的技巧，將案主能夠將想「對話」的對象具體地「形塑」出來，成為很重要的一個步驟。包括其外觀、形狀、與自己的關係、作用、優缺點...。透過案主與其對話，並交換角色於該空椅上去回應案主...，透過不斷進行的過程，在治療師的引導下，清楚釐清彼此間的關係、有機會表達來不及表達的意見...，於最終給予自己一次「再決定」的機會。重新調整與這個「對象」的關係位置。過程中，治療師儘量不過度干擾介入或給予過高的指導性用語，謹幫助案主思考、提醒，隨時提醒保持中立不涉入的角

色，並尊重案主自決。

(六) 情緒反應與悲傷理論

講師介紹悲傷的蹺蹺板效應(See-Saw effect)，當家庭成員中面對悲傷與失落時，常常會面臨到原受悲傷情緒影響而致生活功能較低落者，有時在漸漸恢復、提升功能之時，另一較高功能者，可能會因為較放心、疲憊...，而致生活功能下降。如同天平或蹺蹺板的原理，一方上升、另一方即會下降。

在情緒反應上，講師也提醒不要小看憤怒的反應，其有可能是直接反應對不公平的感受；或者是因失落而悲傷，引發出的續發情緒(secondary emotion)；亦或是，因感受威脅而恐懼而誘發出的情緒。因此，當面對案主的生氣憤怒時，需要小心去釐清其背後的原因，幫助轉換為社會可接受的表達方式。

參、馬來西亞安寧院 Hospis Malaysia 機構參訪

此次課程即於主辦機構上課，感謝該院執行長 Dr. Ednin Hamzah 熱情的接待與全力協助，甚至於中午休息時間以及課後時間，皆帶領我們參觀該院，以瞭解馬來西亞安寧院運作情形，雖非為此次會議主要目的，卻有意外的收穫、刺激與反省。

(一) 獨立社區式安寧院，提供居家照顧與日間照顧服務

以吉隆坡為例，目前有約20多家類似馬來西亞安寧院之社區機構。以此次主辦課程的馬來西亞安寧院(Hospis Malaysia)而言，主要提供有大量的居家照顧服務以及日間照顧服務(上午10時至下午4時)。經費來源完全仰賴募款，病人無需負擔任何費用(一年約需100萬美金支出)。收案條件則需由醫院之醫師開立轉介單，單一時間維持的服務量約在400人次。是吉隆坡近20家社區式安寧院中，最具規模也最積極投入的一家。非但於馬來西亞吉隆坡頗賦盛名，即便於亞太地區也是以積極投入臨床教育訓練工作而著稱。

在藥品的管理上，另設有需刷卡才能進入之藥庫，由安寧院自行採購藥物並設有專人管理，包括管制藥品在列。

(二) 重視教育訓練工作，國際級講師參與協助

該單位除了臨床服務之外，亦相當重視教育訓練，每年固定安排五至六場工作坊，針對「安寧療護護理」、「症狀控制」、「受苦與希望」、「悲傷輔導」...等邀請國際級的講師前來帶領工作坊，一方面帶動吉隆坡地區其他單位以及本身單位工作人員的教育訓練之外；另一方面，也讓員工具備國際化的視野。令人印象深刻的是，該單位內所有個案討論、內部會議...等場合，皆一律使用英語溝通。

肆、 出國心得

一、 專業課程安排系統結構化

在社會工作或心理輔導領域中，悲傷輔導一直是一門重要且必學的知識與技巧。在專業理論與實務操作方法講授上，不同的講師基本上共通性仍大；但，此次課程中，印象較深刻的是，講師除了一開始邀請所有學員自我介紹與表明期待之外，在課程開始之初，即以一明確的整合模式(Integrated Model)來介紹整個架構，讓兩天的課程學習，十分有系統清晰。並結合實際體驗與操作分享來讓學員漸漸投入課程的學習與經驗之中，結合相關理論技巧的學習，收穫豐富。舉例來說：當末期病人需要做預期性悲傷輔導時，可以用「家庭聚焦悲傷輔導」(Family-focused Grief Work)理論和模式來運用。首先需以個案家庭成員間緊密度(Cohesiveness)、有無衝突事件(Conflict)、家庭成員有無溝通意願(Communication)來了解個案的家庭型態，選擇可以悲傷輔導的個案在適當時機舉行家庭會議來做哀傷與悲傷輔導。在舉行家庭會議時，臨床專業人員會利用家庭成員之間的關係差異，以個案為中心，將因個案之衝突事件作為議題來進行哀傷與悲傷輔導，會議中會要求各成員對衝突事件表達意見，並以特別成員意見為主軸再讓所有成員表達對此特殊成員意見的看法，最後讓個案表達自己的綜合意見。其中臨床專業人員主導會議進行是有一些技巧，例如避開一開始就讓有情緒的成員表達意見，並引導成員以同理心來互相肯定大家都是為主

角盡一份心，以及讓主角最後表達意見以突顯主角的重要性，並落實醫學倫理的病人「自主權」(Autonomy)概念。

另外以「兩張椅子技巧」(Two Chair Technique)與「完形理論」(Gestalt Psychology)示範臨床專業人員除了藥物使用以及舒適護理之外，如何深入幫助末期病人面對困難控制之症狀。首先臨床專業人員請病人將此症狀想像是一位對象(擬人化)，並給予稱呼，在現場放置呈現45度角的兩張椅子，引導病人坐在其中一張椅子，而告訴病人另一張椅子坐著症狀(人)，請病人對症狀(人)對話；此對話一開始先讓病人表達如何受症狀(人)之苦，接著問症狀(人)為什麼要為難病人；之後讓病人從原先一張椅子換坐另一張椅子來扮演症狀(人)，試著解釋為什麼會存在，以及可能是抱歉的情緒表達；再讓病人坐回原先椅子重回病人身份，看看會有甚麼不同於之前的反應。如此反復幾次後，希望病人可以與症狀(人)取得部分對話共識，讓未來生活好過一點，甚至找出受苦的意義！此模式是一種「療癒」(Healing)，可以讓病人有機會從情緒表達慢慢進入深層心靈反應，對尚能自我活動且有溝通能力的病人很有幫助。此時臨床專業人員在溝通過程進行中必須保持客觀立場，盡量多留一些病人自己可陳述的空間。

對於悲傷輔導甚至悲傷治療的理論、方法與技巧有諸多學派，其中常於工作坊中帶領使用的方法皆大同小異，如：暖場活動、生命曲線...等。然而此次工作坊中最大的收穫是，不單單只是經驗性上的體驗，講師先引

用完整的理論架構來讓大家學習到所進行的活動其背後的意義與目的。

如：人生曲線可以幫助自己或病人看到對過去後悔的事件、墜機前的一封信，可以幫助覺察未來可能後悔的事...，透過自我經驗的省思，進而學習到運用在專業工作上，學習到幫助病人與家屬的技巧。

二、 重點強化、即時討論

講師在課程的過程中，一再強調的是，治療者應該強化本身中立的立場，不過度涉入案家內部的價值判斷以及對立，無論在處理個人適應問題，尤其是家庭動力相關問題時，治療師的責任都只是反應家庭的現況、成員彼此間的關係以及所呈現的問題...等，給案主或案家，提醒可能未思考週延之處，並尊重案主自決。

再者，講師強調「預防重於治療」的概念，令人印象深刻，即便在悲傷輔導的工作中竟亦能套用這樣的「預防」概念，其實是容易了解的，在安寧療護的領域中，我們協助處理太多「預期的哀傷」，在幫助病人善終的過程中，對於家屬可預期發生於病人去世後的哀傷亦然。

三、 有限條件下的積極努力

馬來西亞在安寧療護的推動上，資源並不充足。除了經費短缺之外，政府方面的支持亦極度匱乏。因此，對於病人與家屬而言，除了於公立醫院的安寧病房就醫可享有醫療費用較低之好處外，私立醫院看診就醫的費用高，並非人人可以負擔。且醫院多數只提供門診以及住院服務，居家照顧則需轉由社區式的安寧院提供照顧。但經費的負擔常常成為安寧院經營的困境。

更令人印象深刻的是，在評鑑考核制度上，馬來西亞政府或地區並無單位或組織來負責進行評鑑或審核工作，但馬來西亞安寧院以自我評核的方式，每年與前一年的成果作比較，激勵工作人員與單位持續進步，維持服務的量與質。

四、 重視教育訓練與國際化的視野

此行對於馬來西亞安寧院所有工作人員，從醫師到護理人員，甚至是所有志工們，其對於國際通用語言—英文使用之習慣令人印象深刻。少數工作人員即便在使用英語「說」的能力上有限，在經年累月的訓練下，英文的「讀」與「聽」的能力，皆能有所提升。此次工作坊全程僅使用英文，未安排任何翻譯，學員甚至多能及時提出問題與討論，參與的程度完全未受語言所限制。因此，在與國際接軌方面，已跨越了一大步。負責人 Dr. Ednin 表示，不安排翻譯的主要目的也是為了激勵還不太熟悉的員工，儘早加強語言能力，否則，會錯過許多參與國際講師授課的機會。再者，在工作人員的招募，亦可跨越國籍的限制，聘用國外有意願投入的人才。如該單位之副執行長 Dr. Sylvia 即為來自英國之醫師；該院亦曾聘任過來自台灣的護理人員。

馬來西亞安寧院的負責人 Dr. Ednin Hamzah 不單單於馬國致力發展，也積極投入亞太安寧療護事務的推動，本身並持續於英國接受教育訓練工作者之訓練課程(train the trainer program)，以期使每年於該院舉辦的教育訓練內容更豐富有效。由於其於安寧療護領域豐富的人脈關係，使許多亞太地區甚至是英國地區知名的講師，皆願受其所邀或發展長期合作之關係，定期至馬來西亞進行教育訓練工作。

五、 台灣經驗的反省

台灣雖為亞太地區安寧療護推動十分進步之國家，中華民國(台灣)安寧照顧基金會近年亦極力推動「海外華人安寧療護教育訓練」工作，期待能將台灣安寧療護發展與教育訓練的經驗，與使用相同語言之國家交流。但綜觀而言，在跨越國際的交流上，普遍而言仍多因受語言之影響，無論在經驗的輸出與引入方面，皆多所受限。邀請國際知名專家學者前來，也常受限於翻譯的問題，致使課程內容折半、行政準備工作備增，效益受限。

再者，國內不乏專業知能豐富且於安寧療護各領域相當出色之專家，如何積極向國際行銷台灣在安寧療護所行之各項努力與成果，並適時將台灣出色之專家，推向國際舞台，成為國家或機構在國際間顯著之代表，值得深省。

伍、 建議事項

- 一、 建議未來可參考此次工作坊「整合性哀傷與悲傷輔導模式」(Integrated Model of Grief and Bereavement Care)之架構、課程內容及進行方式，規劃及設計我國安寧療護深化課程。
- 二、 國際型的工作坊課程，除可較深入學習外，在課後時間，與他國學員分享自己國家情形及建立情誼之機會相形下較多。因此未來在參與國際會議方面，建議可將類似此類專題式之教育訓練工作坊，納入考量，以深入學習。

陸、 成果照片



「家庭聚焦悲傷輔導」(Family-focused Grief Work) 演練



兩張椅子技巧(Two Chair Technique)與完形理論(Gestalt Psychology) 演練



Ednin(中)介紹該院藥物使用與管理流

程



Asia Pacific Hospice Palliative Care Network

Hospis Malaysia's Palliative Care Programs 2012 (provisional – to be confirmed)

PC 1: Palliative Care Nursing: 28 – 29 January

Registration Fees

Doctors: RM250 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM200

PC 2: Communication Skills: 31 March – 1 April

Registration Fees

Doctors: RM250 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM200

Hospis Malaysia Foundation Workshop: 19 - 22 May

Registration Fees

Doctors: RM350 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM300

PC 3: Workshop on Suffering & Hope: 29 June – 1 July

Registration Fees

Doctors: RM300 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM300

PC 4: Pain & Symptom Management: 20 - 22 October

Registration Fees

Doctors: RM300 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM250

PC 5: Grief & Bereavement Care: 15 - 16 December 2012

Registration Fees

Doctors: RM250 Nurses/Allied Healthcare Professionals: RM200