

佛法在癌末家屬悲傷輔導的應用

釋慧岳¹ 釋德嘉 陳慶餘 釋宗惇 釋惠敏²

摘要

安寧緩和醫療臨床佛教宗教師悲傷輔導的工作首重家屬預期性悲傷的診治。癌末家屬常因忌談死亡議題而難以獨自度過預期性的悲傷，乃至在陪病期中因種種悲傷反應阻礙了與病人間相關的互動，使得病人與家屬同時陷入於困境，阻礙了病人的死亡準備，病人往生後也造成喪親者的調適困難，產生失能性反應。

相對於西方的失落悲傷理論，佛法是“無明緣起悲傷理論”。西方的悲傷理論針對失落感產生後相關情緒、認知的後續處理（治標）；佛法關心的則是如何擁有智慧以使得悲傷產生之根本原因阻絕（治本）。病人的死亡恐懼與家屬的悲傷反應，同樣是在死亡迷思（無明）下產生的靈性課題，能夠破除無明，洞悉緣起無常、空的道理才是究竟。臨床上家屬不易從各種因緣糾葛中解脫出來，針對不忍至親死亡所造成的失落反應，權巧方便之法在於引導能夠不執取而放下就能解脫，亦即“愛而不取則有減”，積極地協助病人善終以及病人往生後超薦佛事的持續性輔導，化悲傷為祝福。本文以文獻回顧及臨床個案報告分析的方式，探討佛法在癌末家屬悲傷輔導的應用，歸納為：1.協助病人善終 2.對家屬做“生與死的教育” 3.緣起法則的體會。本文亦提出癌末家屬悲傷輔導的工作流程示意圖，以提供實務工作者的臨床參考。

關鍵詞：安寧緩和醫療、悲傷、靈性照顧、佛法、臨床佛教宗教師

台大醫院家庭醫學部緩和醫療病房 羅東博愛醫院共同照護¹ 台北藝術大學共同學科²

通訊作者：陳慶餘 台北市中山南路7號 臺大醫院家庭醫學部

Implementation of Buddha Dharma in Relief of Grief Reactions of Caregivers in Palliative Care Ward

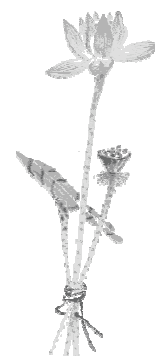
Hwei-Yue Bhikkhuni¹, Der-Chia Bhikkhuni, Ching-Yu Chen,
Tsung-Tueng Bhikkhuni, Huimin Bhikkhu²

Abstract

In hospice palliative care, two kinds of grief reactions usually occur in the terminal cancer family caregivers including the anticipatory grief and grief reaction after patient's death. The family's anticipatory grief for the coming death of terminal cancer patients always hindered the patient from preparation of good death but also interrupted clinical care by palliative team members. We need to break the blindness (無明) and approach on the uncertainty (無常). Usually in literature about taking care of emotional reaction from foreseeable loved loss, the counseling subject of this anticipatory care was focused on the family. While with Buddha Dharma practice(佛法), we turn the family focus into patient centered. Obviously patient's fear of death and family's anticipatory grief become two important spiritual issues. The best way to release patient's family from entanglement is to alternate and transfer their grief into the power of blessings and support the patient for good death. In this study, we used case reports to highlight the important role of clinical Buddhist chaplains to take care of the terminal patients and demonstrate how to ameliorate the family's anticipatory grief and grief reaction after patient's death. To the clinical Buddhist chaplains, the significance behind introducing Buddhist teachings to the family members is much more important than the Buddhist service for the deceased itself, as Buddhist teachings can help the families to not trap in the emotional trauma of losing their love one. In addition to relieving the pain and anguish of the families, the other role of the clinical Buddhist chaplains is to give the family support and help them move on with their life. We have concluded the prospective grief care into three clinical tasks: to support the patient for good death; to extend life education to the family and to implement the Buddha Dharma in daily practice.

Key words: hospice palliative care, grief, spiritual care, Buddha Dharma, clinical Buddhist chaplain

Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital; Lo-Tung Pohai Hospital¹; Department of the Humanity, Taipei National University of the Art²



壹、前言

面對至愛親人的死亡，常會引發我們的悲傷反應。臨床上依親人往生前後及家屬的接受程度而將家屬的悲傷反應分類為：(一)預期性與非預期性(災難性)反應；(二)喪親後調適期反應與恢復期反應(或功能性與失能性反應)。癌末病人的家屬在親人被診斷或告知為癌末，知道親人即將死亡，自己即將要面對喪親的事實，常會出現預期性的悲傷，而預期性悲傷在親人死亡之後，則轉為實際喪親後的悲傷。

國外學者 Sanders (1981) 曾針對 86 位喪親者做追蹤研究，發現那些親人突然過世，或在沒有預期的情況下過世的喪親者，比那些因長期病症而過世的喪親者，在喪親期間，健康狀況較差、較易生氣、情緒不容易控制，且對生活失去信心。也有國外學者認為癌末因預期死別引發的預期性悲傷可以催化喪親後的適應，因為家屬有機會在病人死亡前就進入悲傷的情境中進而面對處理，這樣對喪親後的適應是有幫助的 (Bright, 1996; Huber and Gibson, 1990; Lindemann, 1944/1994; Norris & Murrell, 1987; Speck, 1978)。但在我們的社會文化，大多數人認為只要人活著，絕不能想到死亡或提及死亡，在這樣的文化裡“預期性悲傷”的發生並不能真的幫助一個人及早處理死亡相關難題，或學習如何面對分離 (蘇絢慧，2005)。

因此在國內，癌末家屬常因忌談死亡議題而難以獨自度過預期性的悲傷，乃至在陪病期中因悲傷的種種反應而阻礙了能與病人有正向的互動，病人與家屬同時陷入不知道怎麼做的困境中，阻礙病人的死亡準備 (釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘等，2006)。所以在臨終的場景普遍會同時地浮現“病人的死亡恐懼”與“家屬的預期性悲傷”此二難題，如此困境致使不僅病人無法善終，家屬也因親人的不平安，之後轉成更強烈的喪親悲慟。

以佛法的“十二因緣”來檢視“死亡恐懼”與“預期性悲傷”，會發現此二煩惱皆同樣地源自於無明，無明的內容即是無法洞悉緣起法則無常、苦、空、無我的真理。面對人生即將發生的變故—死亡，在病人表現出的是恐懼的情緒反應，在家屬則是悲傷的情緒反應，同樣都是屬於對於死亡的靈性課題。因此若能運用佛法來改善家屬的預期性悲傷，從家屬的角度來鬆動臨終場景的困境，引導家屬以協助病人善終為目標而努力，與病人產生良性的互動，化阻力為助力、化悲傷為祝福，則能幫助病人做好死亡準備而達到善終。

最重要的是，對家屬而言病人的善終將是其最大的安慰，能有效地緩和及預防家屬在病人死亡後實際悲傷的強度，及有效縮短實際喪親後的悲傷調適期，讓家屬能夠及早回到社會崗位發揮其正常的生活功能。此外，家屬也由此次無常的重大事件及超薦佛事中學習體會到因緣法則的內涵，增強往後面臨不論是自身或他人再次無常重大事件發生時的因應能力（釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏等，2006）。本文以文獻回顧及臨床個案報告分析的方式，探討佛法在癌末家屬悲傷輔導的應用。

貳、文獻探討

一、失落悲傷理論

(一)定義

悲傷 (grief) 是指一個人遭遇失落或被奪去心愛的人或物時，所產生的一種悲傷、憤怒、自責和罪惡的感覺。Kastenbaum (1991) 認為並不是每一個人都會將悲傷表現出來。本研究指的是癌末家屬的預期性悲傷與其喪親後的悲傷。

(二)悲傷反應

對於失去親人的失落，因個人的差別在生理、情緒、認知、行為方面會有以下不等的悲傷反應出現：(Raphael, 1983; Stedeford, 1984; Kalish, 1985; Sanders, 1989; Parkes, 1996)

1. 生理感官方面：體重減輕、胃部空虛、食慾障礙、心臟悸動、胸部緊迫、喉嚨緊收、口乾、對聲音敏感、頭腦空白、昏昏沉沉、暈眩、頭痛、呼吸急促、有窒息感、肌肉軟弱無力、缺乏精力、雙手顫抖、失眠。
2. 心理情緒方面：有悲哀、憤怒、驚嚇、愧疚感與自責、焦慮、孤獨感、疲倦、無助感、絕望、苦苦思念、解脫感、輕鬆、麻木、一種人格解組的感覺。
3. 認知態度方面：有不相信、困惑、沉溺於對逝者的思念、感到逝者仍然存在、幻覺和幻聽。
4. 行為表現方面：哭泣、心不在焉的行為、退縮、封閉自己、與外界隔絕、夢到失去的親人、避免別人提起失去的親人、尋求與呼喚、嘆氣、坐立不安、過動、重遊舊地捕捉逝者的影子、到已逝親人的墳前燒香、拜拜、隨身攜帶遺物、珍藏遺物、藉宗教儀式或靈媒與逝者溝通，或不敢去以前與過世親人走過的地方、擔心觸景傷情等行為表現。



(三)悲傷調適過程

對於喪親悲傷調適的過程，有許多不同的論點，如艾肯（Aiken, 1991）提到六位學者（Bowlby, 1960; Gorer, 1967; Glick, Weiss, and Parkes, 1974; Kavanaugh, 1974; Hardt, 1978, 1979; Stephenson, 1985）將喪親調適過程劃分為三個階段到七個階段。Elisabeth Kubler-Ross 及 David Kessler (2006)則提到否定、憤怒、討價還價、沮喪、接受五個階段。Stroebe (1998)提出悲傷者每天會在“失落導向”（loss oriented）與“復元導向”（restoration oriented）的兩種情境中來回地擺盪的“雙軌擺盪模式”（dual process model）。

但由於 Worden 在美國喪親輔導界會具有領導地位（張玉仕 1997），在悲傷治療領域最著名的理論莫過於 Worden 所提出的悲傷哀悼四任務，由於其應用價值高於理論建構意義，因此被廣泛地使用於實務界。Worden (1991)提出悲傷的調適過程強調必須要付出心血努力完成四個任務（tasks），才能完全經歷失落適應的過程。第一個任務是接受失落的事實；第二個任務是經驗悲傷的痛苦；第三個任務是重新適應逝者不存在的新環境；第四個任務是將情緒的活力重新投注在其他關係上（蘇絢慧 2007）。

綜合以上不同學者的觀點，悲傷調適過程有階段說、雙軌擺盪說、任務說等不同觀點，其中 Worden 的任務說被廣泛地運用於實務界。但值得重視的是 Shuchter & Zisook (1993)提醒悲傷歷程絕不是具有明顯界限的線性模式，它會因人而異而有重疊、循環或像液體一樣的流動、擺盪的不同現象，我們不能將歷程模式僵化地套在某人的身上並期待該出現的現象。

此外對於悲傷的調適，「Parkes 說明個人是否調適良好與死亡發生的環境（如是否為預期死亡事件，喪親者有無足夠的時間預作準備）、喪親者的調適度（愈無法接受生命無常觀點的喪親者其調適度可能愈差），以及可供喪親者使用的資源有關（例如喪親者的支持網絡及可提供喪親者建立新角色與新社會地位的機會等都是重要的影響因素）」（黃鳳英 1999）。

二、預期性悲傷

(一)定義

在實際失落之前，所經驗到、表達出的悲傷稱為預期性悲傷。Erich Lindemann 在 1944 年提出“預期性悲傷”的概念。本文指的是癌末家屬

的預期性悲傷。

(二)預期性悲傷反應

Lane(2005)的研究中提到，到目前為止發現常態的悲傷 (conventional grief) 與預期性悲傷間的差異很小，如 Gilliland & Fleming (1998)發現二者在“絕望、死亡焦慮、社會性隔離、否認及生理反應”方面，並沒有什麼變化。但是就臨床觀察而言，發現到癌末家屬預期性的悲傷反應與實際喪親後的悲傷反應並不相同，家屬的擔心、焦慮大都來自於想像病人的死亡事件所可能引起對於病人、家屬自身、家庭成員間的身、心、靈、家庭關係、社會關係、經濟等等各層面的波及變化。其悲傷反應也可從生理、情緒、認知、行為四方面，因人而異而有種種的表現：

- 1.生理感官方面：體重減輕、胃部空虛、胃痛、食慾障礙、心臟悸動、胸部緊迫、噁心、喉嚨緊收、口乾、對聲音敏感、頭腦空白、昏昏沉沉、暈眩、頭痛、呼吸急促、有窒息感、肌肉軟弱無力、精疲力竭、雙手顫抖、失眠。
- 2.心理情緒方面：有悲哀、憂鬱、憤怒、驚嚇、恐懼、擔心、愧疚感與自責、焦躁、孤獨感、疲倦、無助感、絕望、無奈、麻木、喪失興趣、一種人格解組的感覺。
- 3.認知方面：不相信疾病實情或醫療團隊照顧方向（不信）、認為死亡就什麼都沒有了，看到病人將死心有不甘（不忍）、子欲養而親不待內心有不甘願（不甘）、不捨親人離去造成家庭關係的中斷（不捨）、認為自己將成為不幸的孤兒或寡婦（不幸）、認為自己將無法完成孝養的責任（不孝）、覺得天理不平（不平）、困惑於不知如何因應死亡課題（不知）、希望有奇蹟（不切實際的期待）、希望病人能不要離開又希望病人能早日解脫的矛盾想法（矛盾）、擔心害怕病人死亡時刻的來臨、擔心病人症狀疼痛控制不良自己要怎麼辦、擔心現階段不知如何與病人相處、擔心以後沒有病人的日子不知怎麼過（經濟問題、家庭關係改變、社會關係改變、子女教養問題）。
- 4.行為表面方面：哭泣、心不在焉、心神不寧、嘆氣、坐立不安、過動、退縮、封閉自己、與外界隔絕、冷漠、麻木不仁、無法集中注意力、無法做決定、記憶力變不好、缺乏積極主動性、做白日夢回憶病人往日生活的點滴、夢到病人痊癒、頻頻向醫師詢問病情或到處尋求名醫的第二意見，希望診斷有誤、干預醫護團隊的照顧方式、擔心病人症狀變化頻



頻按護士鈴、強勢地要求病人不可放棄治療要努力抗癌、避免別人詢問疾病實情、尋求偏方、要求病人進食、要求病人服用偏方、藉宗教儀式或靈媒占卜吉凶或為病人消災祈福增壽、為求病人病好或延壽而發種種願的討價還價的行為（如：吃素、行善布施、印經書、誦多少部經、減少自己的壽命換取病人的生命）、陷入沉思，想像勾勒、預演以後沒有親人時自己的生活可能等等行為。

(三)預期性悲傷輔導與評估

深入地複查文獻之後，發現雖然在 1944 年 Erich Lindemann 即已提出“預期性悲傷”的概念，但迄今仍很少實際工作者從事幫助預期性悲傷者，原因在於很少人從事研究發展這方面的實證研究及介入的方法（Lane, 2005; Roach & Welch, 2000）。但研究顯示出悲傷工作（grief work）應該開始於當疾病被視為末期時（Huber & Gibson, 1990; Norris & Murrell, 1987）。國外預期性悲傷的工作目標是與當事者討論危機事件的細節，以幫助其因應（McHale, 2008）。Speck (1978)認為雖然預期的事可能不會發生，但萬全的準備卻可以減少事情發生時的傷害性。Huber & Gibson (1990)研究接受安寧療護的喪親家屬顯示，喪親家屬因安寧療護團隊人員的誠實告知病情，在親人未死亡前，即已經歷預期性悲傷反應，喪親家屬也從安寧團隊照顧歷程學到處理自己悲傷的方法，這些都對他們往後的悲傷調適產生正向且顯著的影響（黃鳳英，1999）。

Worden (1991)在悲傷輔導與治療中，將預期性悲傷分成三階段來討論，一是接受病人死亡的事實，對應到預期性悲傷就是，家屬是否接受病人的死亡已經迫近的事實；二在處理悲傷的情緒，而對應到預期性悲傷，就是處理家屬的分離焦慮和被病人死亡挑起，而意識到自身死亡所產生的情緒；最後是重新適應失去病人的生活，而預期性悲傷談的就是新角色的預演（劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮等，2005）。為能用於幫助評估末期生命照顧的品質，Roach & Welch (2000)在諸多文獻中篩檢出 24 種具有潛力的各種量表，其中也肯定【預期性悲傷評估量表】(Theut., Jordan., Ross & Deutsch, 1991) (Anticipatory Grief Scale, AGS)的效用。AGS 有 27 題，採 Likert 題式，每題針對「非常同意、同意、不置可否、不同意、非常不同意」的回答而給予 1、2、3、4、5 分的計分，可以由當事者在 10-15 分鐘內完成，本表具有良好的信效度。在國內，雖由劉乃誌等人(2005)對 AGS 做了嚴謹的中文化的轉換翻譯，但目前在國內安寧療護系統中尚

未被普遍採用。

除了運用評估量表之外，工作人員仍必須依據癌末家屬表現的預期性悲傷反應，來評估其悲傷的程度並判斷其所處階段，以進行輔導。

三、從十二因緣談佛法的悲傷輔導

惻隱之心人皆有之，更何況自己的親人即將往生，一般在臨床上可以看到預期性的悲傷反應皆來自與生俱來的本能反應，包括對家屬即將往生的事實，在態度上採取不相信、不忍病人即將往生、認為將不幸成為孤兒或寡婦、不捨親人離去、心有不甘等，甚至認為自己不孝，覺得上天不公平等憤恨或懊悔的情緒反應，這些同理往生者無法免於死亡而自己不知如何因應死亡課題的反應，使得家屬產生一連串在協助病人死亡準備上的障礙而不自知。

《大智度論》中說：「有中生著心，著心因緣生諸煩惱，煩惱因緣往來生死，生死因緣憂悲苦惱」(T.25, p.664)（此略符指《大正新修大藏經》第 25 冊，頁 664），我們會在種種現象中產生執著、染著之心，此乃導致憂悲苦惱的原因。可以進一步從“十二因緣法”更詳細地了解到悲傷的如何生起與還滅：「因於無明。則有行生。因行故有識。因識故有名色。因名色故有六入。因六入故有觸。因觸故有受。因受故有愛。因愛故有取。因取故有有。因有故有生。因生故有老死憂悲苦惱眾苦聚集因。是故有果滅。無明滅則行滅。行滅則識滅。識滅則名色滅。名色滅則六入滅。六入滅則觸滅。觸滅則受滅。受滅則愛滅。愛滅則取滅。取滅則有滅。有滅則生滅。生滅則老死憂悲苦惱眾苦聚集滅盡。則大苦聚滅」(T.2, p.444)，佛陀說明吾人憂悲苦惱不斷重覆的根源乃在於“無明”。我們發現面對死亡，在病人來說是恐懼，在家屬來說則是悲傷，同樣都是因為“執有”才有後續失落的情緒反應。為何會有“執有”這樣的無明產生呢？因為對緣起法的無常、無我、苦、空無法了徹，而希望無常能恆常不變、堅持不實在的為實在。

相對於悲傷其無明是因為對於所愛至親的愛渴、貪欲，執愛渴、貪欲為實有的感覺，當令我們產生貪欲、愛渴的至愛死亡時，就讓我們陷入困境而引發了悲傷的反應。相反地，若能了透至親與我們的關係是因緣所生法，會變異（無常、空性），不可能恆常不變乃是真理，如此平等、無執、無染，則不會引發強烈的悲傷。緣起法說明了萬事、萬物皆有無常、苦、空的性質，而呈顯於世間普遍的現象是“五事不可得”——「夫物應



盡，欲使不盡者；夫物應滅，欲使不滅者；夫老之法，欲使不老者；病法，欲使不病者；死法，欲使不死者」(T.2, p.679)。

現代的失落悲傷理論，指出悲傷的產生來自於“失落感”，而佛法則是更進一步地指出若不能了透世間緣起無常的真理，因為錯誤地對至愛、親人想恆常地佔有，所以當親人死別，失落感自然隨之而生、悲傷隨之而來。死亡事件是無法避免的、中性的，而對於死亡事件認知的偏差（無明），才是導致悲傷情緒發生的關鍵。西方的悲傷工作是對於失落感產生之後的相關情緒、認知的後續處理（治標）；在佛法的觀點，關心的是如何擁有智慧以使得悲傷產生之根本原因阻絕（治本）。並且佛法強調不只是對於意識層面認知的修正而已，更是要透過修行親自體證生命的真實相，這樣的體悟能讓憂悲苦惱永不生。如經中諸多解脫者云：「於諸世間都無所取，不取故不著，不著故自覺涅槃，我生已盡，梵行已立，所作已作，自知不受後有」(T.2, p.40)、「我今已離生、老、病、死、啼哭、憂感，我今已得脫一切苦」(T.1, p.429、p.677、p.684)。

若能將佛法融入臨床，則能幫助當事人不只是走過此次的悲傷事件，進一步對個人生命課題釐清，更能增強面對生命中將會再發生的任何無常事件的能力。佛經中曾提及多例喪親者在聽聞佛法後，不只憂悲之心得解脫，這樣的智慧並對於往後的苦惱事件具有免疫的作用。如經云有一女子「有六子相續命終。念子發狂。裸形被髮。隨路而走……爾時。世尊無量大眾圍繞說法……世尊為其說法……如佛常法。說法次第。乃至信心清淨。受三自歸。聞佛所說。歡喜隨喜。作禮而去……彼婆四吒優婆夷於後時。第七子忽復命終。彼優婆夷都不啼哭憂悲惱苦」(T.2, p.317)。除此之外，佛法著重於平常的融入生活的體會與運用，若在平常即有緣起故無常、苦、空、無我的體認，則當無常事件發生時衝擊就會減小，也就是說若平常即有接受死亡教育，建立正確的生死觀，當面對死亡事件時悲傷就能有效緩和。在經中也有如此之例：波斯匿王由於極度敬重愛戀的祖母過世而十分悲哀，但波斯匿王說因為：「曾聞世尊所說：『一切眾生、一切虫、一切神，生者皆死，無不窮盡，無有出生而不死者』今日乃知世尊善說。」(T.2, p.335)，而有效舒緩了悲傷的情緒。

以上，由“十二因緣”探討預期性悲傷的理論，其輔導方法可分為方便法門與究竟法門。能夠破除無明才是究竟，但臨床上家屬不易從各種因緣糾葛中解脫出來，方便法門就是要讓家屬知道其對於病人善終的重要性，而引導家屬積極參與，亦即在十二因緣法中的“愛而不取則有滅”的

道理。因此臨床預期性悲傷的運作是：先幫助當事人體認失落與情感表達；之後引導家屬知五事不可得，更重要的是要讓家屬看到悲傷無益於家屬自身更是無益於病人的善終，甚至會障礙病人的善終，引導家屬要把握時間積極地與病人互動，幫助病人善終。

參、研究方法

從本靈性研究小組往年收集的個案中，選取二個個案代表，一為家屬具有明顯預期性悲傷者；二是在病人往生後家屬之間的喪親悲傷仍明顯未改善者，此二個案家屬的悲傷由於臨床佛教宗教師的介入而獲得明顯改善。採用個案報告、分析的方式，呈顯佛法應用在臨床癌末家屬悲傷的實務經驗。

個案一

67 歲男性肝癌病人。有慢性 B 型肝炎病史在某醫院門診多年，2006 年 8 月底以超音波及電腦斷層掃描發現 3.7×2.8cm 肝腫瘤，隨即安排住院，9 月 12 日做靜脈栓塞手術，9 月 16 日出院，但於 10 月 13 日因為腹痛、黃疸、虛弱、右肋膜積水多種不適而入急診後轉安寧病房，入住病房 7 天往生。病人父親也因肝癌往生，母親則因中風往生，病人在四兄弟中排行老二，四兄弟皆是 B 型肝炎帶原者。病人夫妻倆育有三女一男，子女皆已婚嫁，倆人與兒子媳婦及兩位孫子共住。住院時的主要照顧者是太太。

在病房第二天上午，法師見太太從輪椅上抱病人至沙發坐時，當病人坐好時太太就順著抱的姿勢抱著病人痛哭，病人虛弱、呆滯，對太太的動作沒有反應。法師上前去安慰。下午，病人一直跟太太吵著要回去，病人見到法師來訪，眼神直盯著法師，跟法師比著“要死了”的手勢。當法師靠近床邊時，病人緊握著法師的手好久不放，即使互相在談話時也仍緊握著。法師問：「你要回去那裏？」病人停了一下虛弱地回答：「恩主公」。法師安慰病人放輕鬆，先住幾天，等身體比較舒服時再回去。法師看病人的枕頭邊有佛像，而且太太也會勸病人念佛，念佛機也是媳婦準備的，就鼓勵病人念佛讓心情平靜，病人接受引導跟著法師念。在另一時段，法師在病房外的走道與太太談，太太說非常不捨病人的離去（哭泣）。夫妻二人感情很好，病人非常顧家與疼愛她，二人勤儉起家，一起奮鬥。法師傾聽、陪伴。最後法師提醒病人後事的準備，太太說兒子已在



處理，打算要用火葬、在醫院往生。

第三天上午，醫師帶團隊巡房時病人向醫師說他是「枉死！」。病人雖虛弱而使得口音不清楚，但感覺是氣憤的。下午病人的大哥、大嫂來訪，法師先引大哥說出病人的平時為人，接著在場大家陸續肯定病人一生的價值、為人。接著從「枉死！」的話題談起。法師：「早上醫生來查房時你有說到自己是『枉死』，這樣你的心會糾結在一起、不甘願，那要怎麼辦呢？就是阿彌陀佛想要拉你，但你的怨氣太重的話，會拉不動的！」。病人的大哥聽法師如此說，從原本坐在沙發上的姿勢，馬上站到病人的床尾訓誡著病人說：「我們的父親也是肝癌，每個兄弟肝都不好，我們本身就是這種體質，不可以怪別人，與其去怪別人，不如好好念佛，才不會想東想西，心要放開！」，接著病人的太太說：「是我們生的東西長的太大了，手術前不久才 3 公分，手術時就變成 5 公分了（實際上是 9cm），太難處理了，不可以怪醫生。」

法師接著說：「沒有一個醫師會故意跟我們過意不去的，醫師也是想要幫忙我們，若不處理是根本都沒機會，處理了，還有一點希望，醫師為了我們是盡力了，雖然失敗了，也不是他的錯，還是要感謝他！還有不只是一是要感謝醫師，還有這麼多人照顧我們（醫療團隊）、太太、家人辛苦的陪伴，要感恩的實在太多了！」，法師試著將病人的怨恨、不甘願的心轉成感恩心。病人靜靜地聽大家對他講的話，沒有回話。過了一會兒，病人體貼大哥回去會太晚（慈悲心生起），希望大哥早點回去。

傍晚病人媳婦主動找法師談，擔心病人無法順利往生極樂世界，請法師幫忙病人善終。接著述說病人待人之良善等等。法師鼓勵媳婦直接對真誠的表達她的擔心、不捨、感恩與感謝。與先生（病人的兒子）一起去向病人保證，具體說明會照顧病人的太太，讓病人安心（因病人最擔心的是太太及非常疼愛二個孫子，身上隨時帶著捷運卡，因為常帶二個孫子去搭捷運），媳婦邊流淚邊承諾會這麼做。

第四天，病人虛弱不講話。太太表示病人已不會再怪醫生了，也提到鄰床病人的往生讓她焦慮不安，法師帶病人太太至小佛堂祈禱、燃燈供佛、發願（油燈是媳婦買來的）。太太祈求病人能善終往生西方，自己願意為病人做功課。

第五天上午，法師聽到團隊其他成員反應病人太太會擔心病人死去，而不太敢睡覺。法師前往關心，太太隨即述說她害怕病人一口氣不來而往生。法師說：「我們不是跟佛說，希望他平靜地隨佛往生嗎？我們不是這

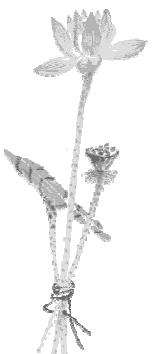
樣希望的嗎？」，太太沉默。下午在醫院的團隊會議中，病人的主治醫師十分訝異病人太太的表現改變很大，之前在其他病房時太太的情緒是十分強烈的（痛哭、哀嚎、不甘願）與病人同一陣線想告醫師，醫師肯定安寧團隊的努力。

下午媳婦請法師為病人點金光明沙（說明：此儀式乃應家屬的請求，非法師在臨床的常態性服務），法師邊為病人持續說法，主要有：1.願藉佛菩薩的慈悲願力，開啟病人的智慧，瞭解一切本無常 2.感恩大家的照顧。3.維護病人的自尊心，雖生病即使大、小便失控，大家也不會嫌棄病人，因為這是自然的現象。4.不要自我放棄，沮喪、討厭自己的生病。感恩身體借我們用這麼多年，做這麼多好事，完成一生的責任。5.肯定病人的一生是有意義的、盡責的，沒做壞事，所以不會墮落，若能念佛更能往生極樂。6.太太與金孫，兒子與媳婦會照顧，孩子是兒子與媳婦的，他們一定會照顧得好好的，就像病人以前也是很用心地照顧自己的孩子一樣。（病人從頭至尾都閉著眼，唯有聽到「金孫」時，張開眼直瞪了好一會兒，所以整個過程病人都有在聽的）。

第六天上午，太太說法師之前給的念珠，因為病人也要，她給了病人，希望法師再給她一條。法師在另一時段與病人二女兒談，二女兒說她能接受病人的病情，希望病人在最後的這個階段能住得舒服一點，也說了為何病人認為是醫師栓塞手術失敗才導致他一倒不起的原因。因為之前在其他病房時，探病的友人對病人說，若不要手術去動到癌細胞，也不致於讓癌細胞擴散開，讓病情急速惡化，說不定還可以活久一點。病人認同了友人的說法。下午，法師肯定病人一生的好心、善行不會墮落，接著為病人解說瀕死現象、四大分解，說明信願行具足的念佛。四大分解的過程就像佛在考驗我們是不是真心的要到極樂世界，所以要經得起考驗虔誠念佛。期間，法師曾確認病人有在聽嗎？病人輕微點頭回應。

第七天，病人在上午往生。據值班醫師說，病人在家人全員到齊之後安詳往生，家人表現平靜，唯有太太哭泣。

病人在入住安寧病房時已知病知末，最主要的靈性課題有：不甘願，認為自己是枉死、不捨太太及孫子、死亡恐懼。在家屬預期性悲傷的部份，病人太太與媳婦比較明顯，尤其是太太。在法師與媳婦互動的部份，法師先傾聽以讓她發洩並經歷預期會失落的悲傷情緒，再引導她為病人善終可以積極付諸行動的內容。在太太方面，法師不斷地陪伴、傾聽其傷心痛苦的心情，並引導太太知道會障礙病人善終的重要問題將是「不甘願枉



死」，太太也就忍住自己的悲傷而加入開導打開病人心結的行列。並從宗教信仰引導太太加強為病人善終而付出更多，並間接加強太太接受病人將死亡的事實。當病人漸漸接受面對死亡時，太太擔心、焦慮的則是病人死亡那一刻的來臨，法師則指出太太內在深沉的矛盾心結，幫助太太接受病人平靜的死亡才是我們原本所祈求的，也就是不斷地幫助太太接受病人將死亡的事實。在病人臨終時媳婦的表現是平靜的，太太雖仍有哭泣不捨的表現也屬正常、預料中的反應。太太從在來安寧病房前的激烈反應（痛哭、哀嚎、不甘願），到病人入安寧病房的初期的天天哭泣，到後來表現的是焦慮不安病人一口氣不來的死亡情境，所以到最後的有哭泣的反應，可以發現到太太與媳婦的預期性悲傷在法師的陪伴後有相當程度的緩和效果。

個案二

病人是 66 歲子宮頸癌合併肺轉移的女性患者，育有兩女一男，住院期間主要由菲傭照顧。病人的先生較傳統、大男人主義，平常只是在旁陪伴，肢體或語言的支持不親密，面對病人即將臨終，常因不知如何與病人互動，期望宗教師能多給予病人支持；大女兒在美國定居，病人生病後回台灣照顧，陪伴的方式較強勢，不斷積極的要媽媽念佛，也會主動拿有關死亡的書籍給病人看；病人住院期間二女兒正好在搬家，只能偶而來探望。小兒子自己經營公司，較常由媳婦陪伴。

病人是公務員退休，待人很客氣。剛開始在家人的期待、先生的要求和自已仍抱著求生的期望下嘗試過很多偏方，例如住院期間曾一度因先生的要求到婦產科作冷凍治療、砒霜治療等。家屬描述那是很辛苦的過程，但由於三個孩子、先生對於治療有各自的堅持，為了讓家人安心，避免衝突，病人完全配合。

在團隊照顧之後，病人慢慢能夠接受實際病情的變化，希望以佛教的方式處理後事並能夠助念，唯一擔心的是家人間共識不足的問題，她知道兒女因為極度不捨，仍積極與醫護人員溝通輸血或延續生命的治療方式，所以病人在往生前不斷向法師提到要告訴家人如何處理後事以及助念的安排。

病人往生前五天，當家屬驚覺所有的偏方治療引起病人更大的痛楚，處在意見衝突不知所措時，經由與宗教師及團隊召開家庭會議，最後三位兒女能同意不以延長痛苦的方式作醫療處置，讓母親平安走過這一段路，

卻因先前病人還清醒時對後事的討論不足，再度引發衝突。法師提起前幾天病人表示：「一切都交代好了，最掛念的是希望家人不要為了後事或不重要的事情起衝突」。

家屬有共識後提昇了病人最後幾天的照顧品質。往生前病人有抽蓄的現象，但她在抽蓄中仍念佛不斷，非常平靜的往生，兒女都陪在旁邊。病人往生大女兒所受到的衝擊仍相當大（先前態度較強硬），兒子對母親也非常不捨，表示不能移動病人，後來經由法師說明，加上兒子和大女兒在24小時助念的過程中分別看見媽媽告訴他們：「我就知道你們會慌慌張張，其實阿彌陀佛已經在○點○分接引我了」，兒子才願意將亡者送到往生室。

後續的後事家屬也有很多不同的想法。病人的大女兒是基督教徒，二女兒是個虔誠的佛教徒，兒子沒有特別的宗教信仰，希望儘量依照媽媽的意思辦理。二女兒與姨婆安排了很多佛事，大女兒在過程中感到相當疲憊，也因為財產處理的問題與弟弟、弟媳婦及爸爸（病人的先生）產生非常大的衝突，一度想要訴諸法律對簿公堂。後來他們很明顯的在照片裡看到媽媽情況，大女兒在電梯裡會看到其他人看不到的東西，心裡非常害怕，以「丟聖盃」的方式知道病人想要禮拜「梁皇寶懺」，禮懺的一星期中兒子、媳婦及兩個女兒參與，媳婦在梁皇寶懺的經文中得到啟示，於是能夠心平氣和的面對先生與大姊責難的態度和語言；因為媳婦漸漸平靜下來，兒子也在這部經文當中得到啟發，對姊姊的態度也比較願意接受和妥協；在這過程中大女兒也發覺弟弟與弟媳（病人的兒子與媳婦）盡心為母親做事，也不再做太多的計較；二女兒也因覺得為媽媽做了一件很重要的事情比較心安，病人的先生也在旁學習參與。原本為後事處理及遺產問題引發的不愉快，也都因為這一場佛事而心平氣和。

在這一場佛事及告別式之後，大女兒回到病房希望為媽媽做功德，正好有家境困難的患者需要協助，大女兒及時以母親的名義捐獻，給予經濟支持，兒子也為母親回到醫院捐助病房設備，一場親人間對簿公堂的危機就此化解，兒女三人一同回到病房當面向宗教師致謝，感念佛對病人的幫忙，捐助了三百台念佛機。

隔年病人的先生罹患大腸癌，這對兒子也是一個非常大的衝擊，但因先前照顧母親臨終前的經驗，兒子不會像當初照顧媽媽那般急切的亂投偏方，並且盡其所能尊重、完成爸爸的意願。病人先生經過檢查之後在穩定的治療中。病人往生已近四年，兒子每年還是會固定打電話來病房關懷，



提到母親的過世讓他學習很多，感受到生命的珍貴，更投注在工作上，也願意在心有餘力的情況下幫助更多有困難的病患與家屬。

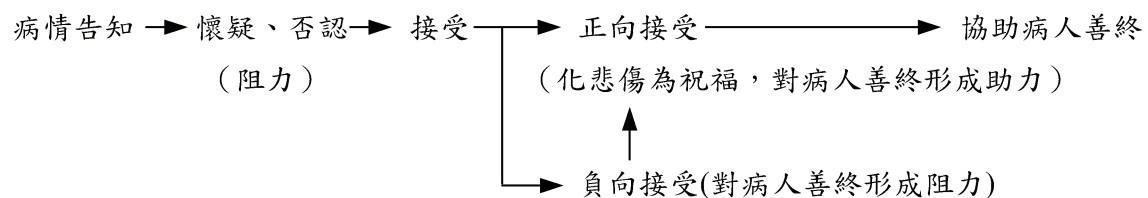
肆、結果與討論

從以上個案來看法師對於家屬的悲傷輔導方式，首先同理家屬的預期性悲傷反應，讓家屬認知到悲傷反應無助於病人善終，並引導家屬去看到病人的需求及他們可以努力的地方，在法師的照顧下協助病人做死亡準備，以病人的善終為共同的目標，一起學習成長化阻力為助力，化悲傷為祝福，更可藉超薦佛事，協助家屬祝福親人往生極樂世界，圓滿人生憾事。個案一的家屬從原本以淚洗面及個案二的超薦佛事中，轉變成積極投入幫助病人善終及往生極樂世界的行為表現，可以看到其悲傷的緩和效果十分明顯。

對於 Worden 提出的預期性悲傷三任務，作者有不同的看法：1.對於實務工作者而言，工作內容仍不夠明確。2.不應將病人的靈性課題與家屬的預期性悲傷分開成二個問題來看，因為事實上二者互相牽動、互相影響，必須將其整個脈流導向“以病人為中心”、“以病人的善終為目標”。3.對於家屬而言雖有重新適應新生活的重點在，但在病人尚未死亡前，家屬焦慮、關注的焦點會在病人疾病所帶來的症狀困擾及死亡情境的無法因應乃至其他現階段現實層面的問題，因此第三任務的“新角色的預演”在現階段而言就顯得不是首要。相對於 Worden 的“以家屬為中心”的輔導方式，臨床佛教宗教師的照顧方式是“以病人為中心”。

本文提出癌末家屬悲傷輔導工作流程示意圖：

往生前（以病人為中心）



往生後（以家屬為中心） 超薦佛事 (生 與 死 的 教 育)

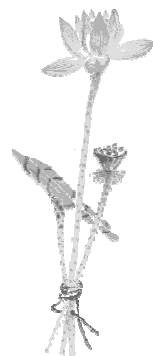
病人往生前，需先確認家屬對病情的瞭解與調適程度。家屬在被告知病人病情之後會有否認與接受病人死亡的兩種反應。而接受死亡再區分為正向的接受與是負向的接受（也可以將否認歸類為負向接受死亡）。法師

在整個照顧過程持續地對家屬做“生與死的教育”（陳慶餘等，2004），以引導家屬朝協助病人善終的方向而努力。病人往生後的超薦佛事有兩種意義，一是對亡者的超度，二是對生者的引薦，也就是引薦佛法。從臨床來看，後者引薦的生死教育是較重要的部分，讓遺屬能不因生離死別之事件造成持續性的心理障礙（釋滿祥等，2006）。因此善終評估要看兩個部分：一是病人往生時是否很安詳；二是病人往生後家屬的反應。如果病人往生後家屬仍很悲傷、不能接受，儘管病人很安詳，總是有遺憾。佛事有兩種作用，一是如果病人往生時家屬有未竟的心願，藉著佛事功德做圓滿的祝福與回向，不再有掛礙；二是延續家屬在照顧過程中的盡心盡力，護送亡者到西方極樂世界。中國人特別講究葬禮，進行佛事期間也提供遺族團聚的機會，延續原有的家庭關係，藉著超渡亡者的儀式化解家人之間的衝突。因此超薦佛事除了是生者對亡者的孝思或補償，也有促進生者之間關係的增強或謀和、延續家庭倫理的功能，建構起生與死、有形與無形之間的橋樑，扮演非常正面的生死教育功能，對悲傷輔導有很大的效益，在這過程中讓家屬進一步領悟佛法悲智的深層意義。

應用十二因緣法則來進行癌末病人家屬的悲傷輔導，依生死悲苦源自無明的悲傷理論，能夠破除無明才是究竟，但臨床上家屬需從各種因緣糾葛中解脫出來，不易做到。最方便的方法，針對不忍自己所愛的親友死亡所造成的失落反應，能夠不執取而放下就能解脫，亦即“愛而不取則有滅”，這就是佛法在悲傷輔導可應用的方便法門。因此佛法在悲傷輔導之應用歸納如下：

一、協助病人善終

從癌末個案的臨終場域中，可以發現到病人的靈性課題與家屬的預期性悲傷是互相牽動、互相影響的，不可以將二者分成二個問題來看待，並且二者互動的脈流必需被導引往達到病人善終的方向而努力。如前“佛法的悲傷理論”一節中所討論過，病人的死亡恐懼與家屬的悲傷反應其煩惱生起的道理是一樣的對於緣起法的無常、苦、空、無我不能了徹，二者同樣是對於死亡迷惑的靈性課題。在臨床上，法師針對家屬的預期性悲傷的輔導，引導家屬回歸到協助病人善終而積極努力，這樣的引導可以讓家屬從自我為中心的束縛中，轉向考慮到他人（病人）的需求，而這樣的引導在家屬內心深層重要的轉變是接受病人死亡、接受無常，也是家屬對於病人真愛、慈悲的表現，也是一種心性的成長、提升。家屬也就因為“愛而



不取、不佔有”，在十二因緣中悲傷反應的煩惱鏈因此斷裂，讓心性回歸清淨，展現出來的也就是化悲傷為祝福的表現。

化悲傷為祝福並非只是內心的一種感受、一種心念而已，祝福必須有積極的行動表現——協助病人善終。家屬為了協助病人善終，就會全心投入於病人身、心、靈種種的需求而努力滿足之。

二、對家屬做“生與死的教育”

法師如何引導家屬由沉浸在自我的悲傷中，回歸到協助病人善終的方向努力？法師配合病人病情的發展，對家屬做三階段的“生與死的教育”（陳慶餘等，2004）：

（一）症狀控制期的生命教育

為初住院 1~2 週身體症狀獲得控制的階段。這個階段病人常見的靈性課題有病情告知、心願未了、放不下、不放心、不甘願、做錯了、對安寧緩和的照顧方式、理念認識不正確等問題。法師的努力方向為：病情告知與告知同意、與家屬一起做病人過去的生命回顧，及幫助家屬瞭解，病人不只有身體變化的問題，未來也會進入多重器官衰竭的病情變化，還包括心理、社會、靈性反應；協助家屬瞭解病人在經臨終的每個階段，家屬所能給予的協助。

（二）多重器官系統衰竭期的生死教育

主要為症狀控制及死亡準備。如果病人死亡接受有困難，會因生死困頓而有各種身心調適、死亡恐懼等情緒表現。常出現的臨床課題有：不捨、尋求各種偏方、疾病預期與現實狀況不符、人際關係的修復、生死問題、心願完成、生命意義的肯定等。法師照顧方向為幫助家屬對多重症狀及瀕死症狀的解釋、與家屬共同協助病人肯定生命意義、關係的修復與心願完成、家屬能協助病人接受死亡並且在法門的修習上用功。

（三）生命現象終止期的死亡教育

病人進入不可逆的臨終階段，重心在往生者的照顧和遺族悲慟輔導。內容包括：對病人及家屬解說最後四十八小時現象（四大分解的解說）、引導家屬病人互相臨終道別及祝福、法師對病人臨終開示說法、法師引導家屬臨終陪伴的方法、後事儀式諮商等。目標在協助病人降低死亡恐懼、提升內在力量克服臨終障礙及預防家屬的強烈悲傷。

三、緣起法則之體會

法師在與病人、家屬的互動過程中，在適當的時機會引導其體會緣起法則中無常、苦、空、無我的解脫道理，尤其在對病人臨終開示說法和超薦佛事時，其中根本重要內容就是說明緣起法則中無常、苦、空、無我的解脫道理，所以連在場的家屬亦同時能藉由此病人生病過程及死亡的重大無常事件而學習與成長。然而這樣的體會仍只屬於表淺層面的層次而已，對於生命真實相的體悟是需要透過實際佛法的修行，由聞、思、修、證的次第及戒、定、慧的內容修學佛法，親自作證方能得到徹底的解脫。如本文中提到的多則佛經中的個案在經過佛陀或阿羅漢尊者的悲傷輔導後，緩和了悲傷的情緒，感應到佛法能滅苦的喜悅，也經由實修、實證之後徹底解脫了一切憂悲苦惱。

伍、結論

臨床佛教宗教師悲傷輔導工作，首先確認家屬是否知道病人不久即將死亡。家屬在被告知病人病情之後通常會有否認、懷疑的反應，隨著病人疾病的進展，再來則是接受病人即將死亡的事實，而接受死亡可區分為正向的接受與負向的接受，正向的接受指的是家屬接受病人將死亡並積極地幫助病人善終，負向的接受指的是家屬雖然接受病人即將死亡但不知如何面對病人的死亡、不知如何幫助病人、不知如何與病人互動，與病人形成隔閡。法師在整個照顧過程持續地對家屬做“生與死的教育”，以引導家屬能正向地接受死亡，朝協助病人善終的方向而努力。

病人往生後超薦佛事不僅是彰顯倫理孝道或慎終追遠的傳統美德，更是生者與亡者之間告別的重要儀式，協助生者從悲傷的情緒中恢復過來。有些遺屬在病人生前覺得盡力不夠、感到不捨，或還不能接受親人已離去，在服喪期間感到愧疚、遺憾，都是悲傷輔導的對象。因此臨床法師在病人臨終期的照顧中，就開始注意家屬的悲傷輔導問題，病人往生後能夠參與佛事的安排，對這些有不同層面心理、靈性障礙的家屬而言，佛事期間是法師對家屬悲傷輔導的最好機會。

誌謝

本研究期間感謝蓮花基金會支持研究經費；台大醫院靈性照顧研究小組長年鏗而不捨的研究耕耘，並在論文撰寫過程中提供各項協助；台大醫院緩和醫療病房同仁和實際從事靈性照顧法師的共同照顧，在此致上最深



的感謝與祝福。

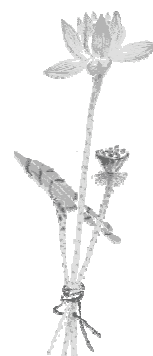
參考文獻

中文部份

- ◆大正藏 1 冊《中阿含經》第 8 經 p.429。
- ◆大正藏 1 冊《中阿含經》第 155 經 p.677。
- ◆大正藏 1 冊《中阿含經》第 160 經 p.684。
- ◆大正藏 2 冊《雜阿含經》第 125 經 p.40。
- ◆大正藏 2 冊《雜阿含經》第 1178 經 p.317。
- ◆大正藏 2 冊《雜阿含經》第 1227 經 p.335。
- ◆大正藏 2 冊 100 經，《別譯雜阿含經》卷第十 p.444。
- ◆大正藏 2 冊《增阿含經》〈善聚品第 32〉第 7 經 p.679。
- ◆大正藏 25 冊 1509 經，《大智度論》釋遍學品第七十四 p.664。
- ◆伊莉莎白·庫伯勒·羅斯&大衛·凱思樂(Elisabeth Kübler-Ross & David Kessler) (2006)《當綠葉緩緩落下》，張美惠譯。台北：張老師文化。
- ◆張玉仕(1997)〈試論當今喪親輔導模式之過程適用否〉，《安寧照顧會訊》第 25 期，頁 19-23。
- ◆陳慶餘(2004)，〈癌末病人本土化靈性照顧模式〉，《台灣醫學》第 8 卷第 5 期，頁 664-671。
- ◆黃鳳英(1999)，〈喪親家屬之悲傷與悲傷輔導〉，《安寧療護》第 10 期，頁 69-83。
- ◆劉乃誌、李英芬、劉景萍、賴允亮等(2005)，〈安寧療護與預期性悲傷〉，《安寧療護》第 10 卷第 3 期，頁 286-296。
- ◆釋宗惇、釋德嘉、陳慶餘、釋宏琳、釋印本、釋印適、釋德倅、釋慧岳、釋惠敏等(2006)，〈安寧緩和醫療之死亡準備〉，《安寧療護》第 11 卷第 2 期，頁 117-136。
- ◆釋滿祥、釋宗惇、陳慶餘、釋惠敏(2006)，超薦佛事與遺屬輔導，《哲學與文化》，33 卷 4 期：69-85。
- ◆蘇絢慧(2005)，瞭解「預期性悲傷」，張老師月刊，第 336 期。
- ◆蘇絢慧(2007)《喪慟夢》張老師文化事業股份有限公司 P.60。
- ◆釋慧岳、釋德嘉、陳慶餘、釋宗惇、釋惠敏 (2008)，〈化悲傷為祝福〉，《安寧療護》第 13 卷第 2 期 (in press)。

英文部份

- ◆ Aiken, L. R. (1991). *Dying, Death, and Bereavement* (2nd. ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- ◆ Bright, B. (1996). *Grief and Powerlessness: Helping People Regain Control of Their Lives*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- ◆ Gilliland, G., & Fleming, S. (1998). A comparison of spousal anticipatory grief and conventional grief. *Death Studies*, 22, 541-569.
- ◆ Huber, R., & Gibson, J. (1990). New evidence for anticipatory grief. *The Hospice Journal*, 6 (1), 49-67.
- ◆ Kalish, R. A. (1985). *Death, Grief, and Caring Relationship*. California, Belmont: Wadsworth, Inc.
- ◆ Kastenbaum, R. J. (1991). Bereavement, Grief, and Mourning. In R. J. Kastenbaum. *Death, Society, and Human Experience*. (4th. ed.) (pp.245-273). Macmillan Publishing Company.
- ◆ Lane, B.N.(2005),*Understanding anticipatory grief : Relationship to coping style, Attachment style, Caregiver strain, Gender role identification, and Spirituality*. Unpublished doctoral dissertation, Texas A&M University.
- ◆ Lindemann, E. (1944/1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 151 (6), 155-160.
- ◆ McHale, H.(n.d.), *Module Eight :Grief and Bereavement Perspectives*. Retrieved April 1, 2008, from http://www.minurses.org/apn/pallcare_1_03/PC_Mod8.pdf
- ◆ Norris, F., & Murrell, S. (1987). Older adult family stress and adaptation before and after bereavement. *Journal of Gerontology*, 42 (6), 606-612.
- ◆ Parkes, C. M. (1996). (3rd. ed.). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. London: Tavistock Publications.
- ◆ Raphael, B. (1983). *The Anatomy of Bereavement*. New York: Basic Books.
- ◆ Roach, J.M. & Welch, C.L.(9/1/2000),“Grief and Bereavement.” Retrieved from <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/Griefa.htm>
- ◆ Speck, P. (1978). *Loss and Grief in Medicine*. London, England:Bailliere Tindall.
- ◆ Sanders, C. M. (1981). Comparison of Younger and Older Spouses in Bereavement Outcome. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11, 217-232.
- ◆ Sanders, C. M. (1989). *Grief: The Mourning After Dealing With Adult Bereavement*. New York : John Wiley & Sons.



- ◆ Shuchter, S.R. & Zisook, S.(1993). The Course of Normal Grief. In R.O. Hansson, B. N. Carpenter & S. K. Fairchild (Eds.). *Handbook of Bereavement* (pp.23-61). New York, N.Y.: Cambridge University Press.
- ◆ Stedeford, A. (1984). *Facing Death – Patients, Families and Professionals*. London: William Heinemann Medical Books Ltd.
- ◆ Stroebe, M. S.(1998). New directions in bereavement research: Exploration of gender difference, *Palliative Medicine* 12(1), 5-12.
- ◆ Theut, S.K., Jordan, L., Ross, L.A. and Deutsch, S.I. (1991) *Caregiver's Anticipatory Grief in Dementia: A Pilot Study*. *International Journal of Aging and Human Development* 1991; 33, 2: 113-118.