

哀傷理論於喪親家屬之護理應用

吳麗珍¹ 周傳姜² 林妍君^{3*}

摘要：哀傷是人類面臨各種失落而無可避免的生命經驗，病人家屬遭遇到失去摯愛的親人所引起的哀傷，需要護理人員的支持。護理人員需有足夠的知識去看到喪親家屬在失去所愛親人後之哀傷，並適時提供合宜的照護支持或轉介。本文介紹佛洛伊德的哀傷理論、Bowlby 依附理論、Stroebe 和 Schut 雙軌過程模式和 Neiyemer 意義再建構理論。佛洛伊德的哀傷理論認為哀傷調適是運用另一種方式與逝者維持連結，進而重建自我的過程。依附理論觀點為個體面臨分離焦慮所引起的哀傷反應是心理適應的過渡期，若抗拒改變則適應困難。雙軌過程模式強調哀傷調適是個人面對失落引起之哀傷時，同時亦須重建現實生活的角色任務。意義再建構理論則主張哀傷調適的重要力量來自於個人對於事件之意義重新構建。本文期能提供護理人員多種哀傷觀點，於執行護理過程中反思及看到自己對於哀傷情境的反應，並以哀傷理論為基礎，提供符合家屬個別性且及時性之護理。渡過哀傷需要時間，護理人員對於哀傷若能有更深的認識，將能及時撫慰喪親家屬於當時的哀傷歷程，投注希望於未來生活並回歸生活常規。

關鍵詞：哀傷、哀傷理論、喪親家屬、護理。

前言

在人生的每一個階段，失落不時發生在我們的週遭。人們因為失去生命中重要的實質事物、身體功能、心智、人生目標、社會關係、文化及靈性等，而產生不同程度的哀傷反應。醫護人員不僅要面對病人失去健康或即將失去生命之哀傷反應，更要協助家屬渡過因失去摯愛親人所致之哀傷過程。喪親是人生最大的壓力源及困難調適的生命經驗 (Thirsk & Moules, 2013)，護理人員全程參與病人之治療至逝去，是喪親家屬重要的陪伴者。然而，護理人員縱使

對喪親家屬能感同身受，但或許對於喪親家屬照護的知識與技巧不嫻熟，因此常無法及時觀察到家屬照護需求，提供適宜之護理措施。不同的哀傷理論對於哀傷的緣由、歷程、反應及調適有不同角度之論述，能提供護理人員對於哀傷有較深入的認識，進而有足夠的敏感度去觀察到家屬的需要，並以理論架構提供符合家屬個別性需求之支持及護理，及時撫慰喪親家屬於當時的哀傷歷程，並協助他們轉換及建立與逝者的新關係，投入未來的新生活。

認識哀傷

哀傷 (grief) 是指個人失去所愛的人、事、物等失落經驗的內在心理過程 (psychological process)，此過程是一種面臨失落後的正常反應，且此反應表現具有個別性，持續時間亦因人而異 (胡，2013)。

1651 年英國學者 Robert Burton 出版的《The Anatomy of Melancholy》(憂鬱的解剖) 中，形容哀傷使人蒼白消瘦、眼神空洞、眉頭深鎖、枯槁有如死人的描述，且被認為會使人發瘋，自殘自殺，甚至死亡 (引自 Archer, 1999)。19 世紀之後失落與哀傷的研究越來越多，不同學門從不同的面向探討哀傷，不同理論能提供個別的哀傷經驗和不同文化對哀傷表露的認同 (Doughty Horn, Crews, & Harrawood, 2013)。然而，沒有一個理論可以解釋哀傷所有的現象，因為篇幅的限制，本文藉由描述佛洛伊德的哀傷理論、Bowlby 依附理論、Stroebe 和 Schut 雙軌過程模式和 Neiyemer 意義再建構理論等四個哀傷理論之論述，結合護理措施應用在喪親家屬之照護。

哀傷理論

一、佛洛伊德的哀傷理論

佛洛伊德 (Sigmund Freud, 1856~1939) 是最早系統性地研究失落與哀傷的人，他的哀傷理論主要是建

接受刊載：106 年 8 月 11 日

doi:10.6224/JN.000088

¹ 前長榮大學護理學系副教授 ² 長榮大學護理學系副教授 ³ 長榮大學護理學系講師

* 通訊作者地址：林妍君 71101 臺南市歸仁區長大大路 1 號 電話：(06) 2785123-3163；E-mail：yvonne@mail.cjcu.edu.tw

立在認同的投射 (projection) 和依附關係 (attachment) 上。他認為對所愛的對象產生依附關係是人的原始慾望 (libido)，不僅是情感的投入，個人會將自身的認同投射在依附對象上，將外在的依附對象內化為自身的一部分，失去依附對象即如同粉碎一部分的自我，威脅個人存在的完整性，而產生極大的痛苦 (Archer, 1999)。

在哀傷的心理歷程中，哀傷者既渴望繼續擁有依附對象，又必須分離，此時會否認失落，以延長需要面對現實的時間。哀傷者會如強迫思想般一一回憶與依附對象有關的每一個細微記憶，有如要讓依附對象繼續活在心中，要以記憶替代依附對象已不存在的事實。在這回憶過程，哀傷者逐漸不再否認，而去感受面對失落自我的痛苦現實，並逐漸分辨失落的哪一部份屬於自我，哪一部份屬於依附對象。在回憶與現實的對照比較下，哀傷者慢慢體認到依附對象已經不再存在於現實世界，而能夠與依附對象分離，切斷與依附對象情緒的連結 (Archer, 1999)。

佛洛伊德認為哀傷者必須與原來依附對象分開，將自我 (ego) 從與逝去的人或物的依附關係從心理認同上解放出來，才能找回失去的自我，建立新的依附連結關係。此時對原依附關係的愛戀轉為記憶，從回憶中得到慰藉，就是完成哀傷復原工作 (grief work; Archer, 1999)。

佛洛伊德後來經歷女兒和孫子的相繼過世，他發現他本身的哀傷經驗並非如他自己的理論所述，新的依附對象無法取代原來的依附對象 (Small, 2001)。Klass 和 Walter (2001) 也提出從人類的歷史可看到哀傷者與逝者的連結並未必消失，很多哀傷者在哀傷期過後繼續對逝者說話，在精神上仍然受到已逝者的指引，甚至利用儀式使逝者再出現，可見與逝者的連結 (bond) 並未結束，而是以不同的方式存在於哀傷者的心中。哀傷者維持與逝者的連結其實是健康的哀傷反應，雖然佛洛伊德本身和後來的學者在依附理論上有所修正，但經過 100 年後，佛洛伊德的哀傷理論對於了解哀傷反應和失落的調適仍是有用的參考架構，他的理論奠定下依附理論和哀傷過程的階段理論的基礎。

護理措施及應用

佛洛伊德的哀傷理論說明護理人員可能面對家屬一再地、重複地述說其對逝去親人的回憶，他們需要透過不斷的訴說、回憶和整理其情感。此時陪伴並真誠地聆聽家屬談論 (talking) 其失落經驗，除了

有助於他們釋放悲痛情緒，亦是他們重新定義與逝者新關係的必要歷程 (胡，2013)，因此應讓家屬談論。如同佛洛伊德所言，自由闡述是一種治療的過程 (Archer, 1999)。談論失落有助於家屬再投入 (reinvestment) 未來的新生活，此種「談論」有時持續至一年。此時可轉介居家護理師或受過訓練的志工，運用家訪或電訪方式進行，或是轉介精神科聯繫照會護理 (psychiatric consultation liaison nursing)。護理人員若受過團體治療之訓練，可成立支持團體並邀請經歷哀傷的家屬在團體中，提供自己或聆聽他人經驗，成員彼此給予希望以及達到情緒宣洩 (catharsis)，提供家屬從哀傷中復原之力量 (Nseir & Larkey, 2013)。

二、依附理論

依附理論 (attachment theory) 由 John Bowlby 於 1969 年提出，Bowlby 是英國兒童精神科醫師，他透過實際觀察兒童和動物，以及系統性的實證研究發展出依附關係理論 (van der Horst, 2011)。依附關係理論主張人在發展過程中為得到安全與信任感，會與重要他人 (significant others) 形成親密之情感連結，此親密情感將延續一生，並成為個人與外界互動時之安全感來源 (Bowlby, 1988)。此強烈連結關係 (bonding) 所產生的安全感能夠促進個人心理健康，也使個人在與依附對象暫時分離時不感到悲傷憂慮，然而永久的分離將對個人產生巨大的心理衝擊 (Shear, 2010)。

Bowlby 觀察到兒童與依附對象分離時產生的焦慮哀傷，以及缺乏愛和安全感對兒童行為和人格發展的長期影響，例如與母親分離的孩童有尋找、抗議、強烈的渴望、乞求、痛責的自然反應，對於哀傷而言，主要是抗議和絕望 (Bowlby, 1988)。此時抗議期發生在先，兒童會有激動不安、緊張、警戒的專注等待及尋找依附對象，焦慮的渴望依附對象的出現。當抗議無效後，了解依附對象不可能回來了，繼而產生絕望，此時他會從周遭環境及生活中退縮，持續的情緒低落及悲哀，此種情緒可能持續一年。哀傷可視為心理社會的過渡期，假如抗拒改變，將發生適應的困難 (Parkes & Prigerson, 2010)。Bowlby (1988) 發現成人的哀傷和孩童的哀傷反應很相似，有些成人會退化到和孩童一樣。

護理措施及應用

依附理論認為每一發展階段之依附關係斷裂，對個體會造成不同之影響。本文將針對不同年齡階段個體分別介紹不同之護理措施。

1. 對於學齡前期兒童之護理措施

學齡前期兒童對於親人的逝去會面臨到較其他年齡層更明顯的分離焦慮(林, 2011)。當學齡前期兒童因分離焦慮而出現混亂哭鬧、怕被遺棄、過度依賴、自我中心等退化行為或反應時,他們需要的是盡情宣洩自己的情緒。護理人員應認識(recognize)兒童與逝去親人依附關係斷裂的痛苦,並理解他們出現混亂哭鬧等負面情緒是正常哀傷反應(Thirsk & Moules, 2013),能接納這些負面情緒的表達及提供支持,有助於兒童傷痛的癒合。此外學齡前期兒童通常無法以言語清楚地表達其失去親人之哀傷,護理人員可運用陪伴兒童閱讀生死教育繪本、說故事(story telling)、畫圖、寫信或送禮物給逝去親人方式,協助兒童表達失去親人之哀傷、愛,以及告別(林, 2011; Feldman, 2011/2015)。再者護理人員宜運用適合學齡前期兒童的語言,溫和誠實告知親人已逝去之事實,例如,「死亡是身體不再工作了,也不會有什麼感覺了…」,而勿以「睡著了」或「到很遠地方去旅行」等不實際方式來取代事實,避免兒童對於睡覺會產生害怕或作惡夢(Feldman, 2011/2015)。

2. 對於學齡期及青少年期兒童之護理措施

學齡期及青少年期兒童對於親人逝去的哀傷,常見以外化行為(externalization behavior)來展現,如憤怒、好辯、冒險行為、偏差行為、離家、責備逝去親人等;或者使用壓抑、逃避談論逝去親人或合理化等內在防禦機制來因應其哀傷(林, 2011; 林、陳, 2014)。此時,護理人員盡可能短暫而頻繁的接觸、一致且持續的主動關心及陪伴、使用符合他們世代的語言與之互動,進而建立治療性人際關係是首要工作。待信任關係建立後,他們方能表達其內心對於逝去親人的哀傷。此外讓他們知道傷心及憤怒是正常的哀傷反應,並鼓勵以言語替代外化行為來表達哀傷(林, 2016)。運用摺紙鶴及文本創作表達對於逝去親人的祝福及懷念亦可適用於此階段之兒童(謝、許、林, 2010)。必要時主動與學校老師及諮商人員聯繫,並請他們協同介入處理,此對於後續兒童哀傷情緒之處遇是重要且有助益的(林, 2016)。

3. 對於成人之護理措施

如同兒童般,成年家屬面臨所愛親人逝去時亦會呈現分離焦慮,而出現極度悲哀、痛苦、哭泣、呼號等哀傷反應。護理人員應告知家屬面對親人逝去而出現分離焦慮反應是正常的,且應允許自己釋放這些哀傷情緒。當家屬出現哀傷反應時,護理人員勿因

為他們是成人而以理性勸說(Clements, 2003)。在親人瀕死(dying)時,在不影響病房運作情形下,盡可能地提供家屬彈性的訪視時間或調整規定。當親人逝去後,盡可能讓家屬在護理人員的陪伴下一同處理親人的遺體,如幫忙清潔遺體、穿戴上親人喜歡的衣物及飾品,以及和親人說說話(Anonymous, 2000)。家屬難以控制其情緒時,可給予他們單獨空間,讓他們釋放哀傷情緒,此時護理人員的陪伴可以減少家屬的孤單無助感。若家屬來不及看到逝去親人最後一面,盡可能讓家屬可以看到親人遺容後再送去太平間。若逝去的親人是新生兒或嬰幼兒,可將嬰幼兒的手印或腳印、蓋過的毯子、穿過的衣物或玩具提供給家屬做紀念(Anonymous, 2000)。

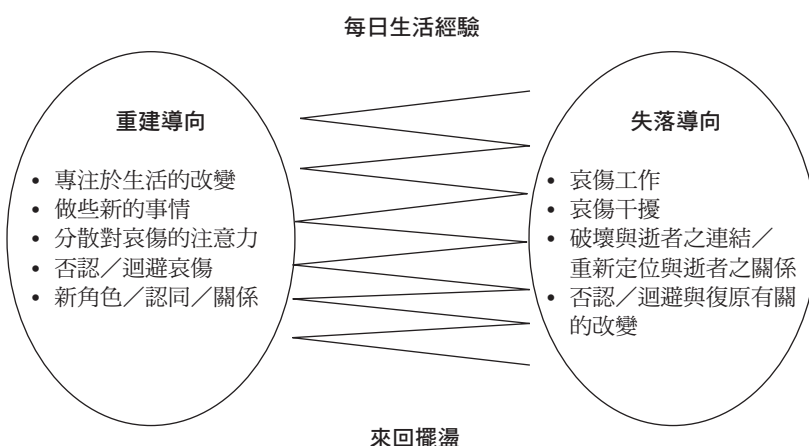
家屬的分離焦慮情緒若持續存在,必要時可協助轉介或教育家屬尋求精神科諮商醫療協助(Clements, 2003)。

三、雙軌過程模式

社會心理學者Stroebe和Schut在1999發表哀傷的雙軌過程模式(Dual Process Model, DPM),進而改變哀傷的研究方向。過去哀傷的研究集中在失去依附對象之後,喪親家屬的悲傷情緒反應和調適過程,而DPM則加入因為失去依附對象而產生的續發性日常生活壓力(Stroebe & Schut, 2010)。

Stroebe和Schut(1999)統整依附理論和認知壓力理論(cognitive stress theory),發展哀傷雙軌過程模式,其主要有三個概念:失落為主的調適(loss-oriented coping);重建的調適(restoration-oriented coping);以及來回擺盪(oscillation)。Stroebe和Schut將哀傷的壓力源視為雙重的,一是失落本身的壓力,直接針對失落的情緒和痛苦(loss-oriented);另一個是失落之後必須面對失去依附對象的現實世界的生活規劃(restoration-oriented),像是新的角色認同以及現實生活的挑戰。哀傷者會在這兩種壓力的調適中來回擺盪,這是有效調適必需的經歷(圖一)。哀傷者必須去感覺到經驗失落的哀慟才能完成哀傷工作,但也需處理每日生活所必須做的事,承擔新的角色義務,重建生活的秩序。所以有效的調適是穿梭在失落情緒為主與重建中,有時候正視失落,有時逃避失落去處理現實生活的各種事務(Stroebe & Schut, 1999)。

DPM架構具有彈性,強調失落調適或重建調適有不同的程度,有文化及族群的差異,同一族群也有個別差異,例如女性傾向於失落為主的調適,易



圖一 雙軌過程模式

取自「The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description」，作者Stroebe, M.和Schut, H., 1999，已獲作者同意翻譯及授權使用。

於深感和表達哀慟；男性則以重建調適為主，比較積極處理失落的狀況和現實問題的解決。此外隨著時間消逝，以失落為主的反應會逐漸減少，以重建為主的反應會增加，尋找新的自我認同。之後，這兩種調適都會減少（Stroebe & Schut, 2010）。哀傷過程既是傷痛亦是一種復原的過程。心理學家認為當個體處於挫折或壓力情境時，雖是危機，但每個人都擁有對抗逆境及處理壓力的潛能，只要找到自我優勢的正面能量，即能發展出復原因應策略（李，2011）。

護理措施及應用

DPM與前述二個理論的差異在於，DPM提醒護理人員面對喪親家屬時，除了陪伴他們渡過喪親的哀傷歷程之外，同時亦要協助他們發展復原策略，以因應未來現實生活中將面臨的新角色責任。幫助家屬復原因應策略之護理原則可為：1.協助家屬之睡眠及飲食型態回歸正軌，擁有健康的身體方有能量對抗壓力（Anonymous, 2000）。2.評估家屬的社會文化背景以及目前最大壓力源或危機為何？例如健康、經濟、謀生技能，以及支持系統，以確定個別性的護理計畫方針（李，2011）。3.評估家屬的個人正向優勢潛能，例如思考、人格特質、或處理人際關係能力等。並增強肯定他們之正向思考、自信及樂觀的人格特質（李，2011）。4.鼓勵家屬在自己的生活圈內發展適合自己的社會支持系統，以及學習新的事物、參加活動等（Pusa, Persson, & Sundin, 2012）。當面臨哀傷情緒襲擊而來或徬徨無依等孤獨感覺時，能有可近性及可利用性的力量來支持自己（李，2011；

李、吳、李，2012），包括繼續工作或參加志工，進而培養「利他性（altruism）」思考，從幫助他人過程中，獲得自我存在感的意義（李等，2012）。5.若家屬尚有年幼子女，讓他們瞭解子女可能有的哀傷反應，以及如何協助年幼子女渡過哀傷期（Anonymous, 2000）。

如前所述，不同性別於面臨失落時之調適有差異性，因此對於男女喪親家屬於護理措施上應有不同策略之思考。女性在天生氣質上較男性更傾向於容易表達及宣洩其哀傷情緒，因此實證研究結果建議面對女性家屬可運用「以問題為焦點（problem focused）」之護理措施，目的在改變哀傷過程之不適當行為及認知模式，例如持續社交退縮、將逝者神靈化、沉浸在失落情境、無法接受逝者已去世等。措施可採取認知行為治療之系統減敏感法（systemic desensitization），讓其逐漸地接近她所害怕的社交情境；以及藉由理情治療法（rational emotive therapy），以理性且客觀的思考模式取代其非理性及主觀化的思考（Schut, Stroebe, van den Bout, & de Keijser, 1997; Stroebe & Schut, 1999, 2010）。

而男性面對失落則以重建調適為主，傾向壓抑哀傷情緒而積極處理現實問題。男性家屬之護理可運用「以情緒為焦點（emotion focused）」之模式，目的在鼓勵宣洩及接受哀傷情緒。護理措施有同理其喪親之悲痛；以及創造一個開放、溫暖且理解的談話環境，讓其可卸下心防的談論其哀傷、焦慮或憤怒的情緒（Schut et al., 1997; Stroebe & Schut, 1999, 2010）。另一情況，處遇喪子之雙親時，護理人員謹慎運用談話

治療 (talking cure) 讓雙親一起談論 (talk about it) 失去孩子的哀傷經驗及情緒，將有助於雙親理解彼此配偶之哀傷，減少對於配偶之「他／她的哀傷比我少、他／她沒像我這麼痛苦」之誤解 (Hooghe, Rosenblatt, & Rober, 2017)

四、意義再建構理論

後現代主義思潮也影響哀傷理論的發展，強調每個人對其生命和所處的世界有不同的假設和解釋，哀傷的真相是從社會文化中建構出來的，而文化是多元的，所以哀傷反應也是多樣的。相同的文化之下，個人的哀傷也有個別差異，每個人有其哀傷調適過程。因此，後來的心理學家不再認為哀傷反應和調適有共同的情緒軌道 (emotion trajectory) 或哀傷階段的理論。大部分經歷失落的人，即使沒有經過哀傷治療都能夠調適失落，並未出現身心的症狀，因為人是有彈性的，具有復原能力 (Hooghe & Neimeyer, 2013)，而哀傷復原的重要力量來自於意義的重建 (Neimeyer, 2015)。

哀傷的意義再建構理論 (meaning reconstruction model) 主要是 Neimeyer (2015) 從建構主義和敘事研究的觀點發展出。因為經歷失落的人對失落的意義追尋是哀傷調適中最重要過程，並會以各種架構解釋生命中一段段的經歷，而賦予意義。對同一事件，人們在反思時會隨著時間及情境不同於過去的了解和體會，而產生不同的意義；亦即個人在新的時空背景下會重新審視和理解這些經驗，而「建構」和「再建構」經驗的意義 (Neimeyer, 2015)。意義再建構理論強調個人經驗的敘說，在敘述哀傷的過程也同時在調整，甚至重新布局失落經歷的情節，整合個人經驗，自我了解和對生命的期待，繼續走向未來。亦即當個人遭遇嚴重的事件而挑戰其原有的價值、信念及世界觀時，個人會嘗試從此事件中尋找及賦予新的獨特意義，重新建構其對於生命意義的看法 (蘇、林，2010)。例如親人過世時，可能感到老天不公平、生命短暫無常、恐懼死亡，之後會根據其文化信念，重新建構本身和親人生命的意義，將死亡解釋成「一生辛苦，應該安息」、「不捨得照顧者的辛苦」，或是「死亡是解脫，到一個更好的地方」(蘇、林，2010)，從而轉化與逝者的關係。個人亦從此經驗中獲得正向改變，例如增加獨立感及自信心、與家人的關係更緊密、珍惜與他人的關係、勇於自我揭露及分享自我情緒，以及思考生命意義及靈性感受

的能力增加 (蘇、林，2010)。林、戴及黃 (2008) 採取深度訪談法探討一位喪子母親之哀傷調適與意義再建構歷程經驗，透過敘說過程，母親從無法接受失落事實、逐漸領悟原有意義的限制、至重新追尋生命的意義，最終在生活中落實「福禍自造」的自我解救方式，繼續走向未來。而林及陳 (2014) 亦運用敘事研究，訪談一位喪親青少年之哀傷經驗，透過敘說的再建構歷程，提供青少年抒發哀傷情緒、回憶親人及重新看待彼此之親子關係，從而在喪親經驗中找到正向生命意義。哀傷的復原過程也是意義重建的過程，是情緒、認知和靈性上的重建，能夠找到失落經驗的意義顯示有較好的適應 (蘇、林，2010；Neimeyer, 2015)。

護理措施及應用

Neimeyer (2015) 建議醫療人員提供病人和家屬空間去談論分享他們對瀕死、死亡和生命改變的意義，尤其重要的是幫助家屬去探討和死亡有關的責怪、羞恥，以及罪惡感的意義。護理人員可主動邀請家屬共同參與團體，引導家屬透過書寫或敘說逝者的生平經歷，遺言、碑文書寫、整理遺物及照片等去建構逝者的人生。家屬亦可撰寫個人日誌、書信、回憶錄，這可協助將逝者的情感、思想及價值融入個人的認同，維繫與逝者的連結，以及處理家屬個人內疚、焦慮或憂鬱等情緒。對於逝者的負面感情也可在回憶敘述中得到解脫療傷。儀式 (ritual) 也有意義重建的功能，以象徵性的方式，如喪禮、祭拜、追思會或植樹中，提供與逝者有社會關係的人、以及親友與逝者關係的重建，持續維繫和逝者的關係。此外儀式可以提供親友們一起討論、彼此安慰的機會，並以集體的方式來達到催化哀悼情緒的釋放，使家屬及親友們透過儀式過程，形成共度哀傷之支持系統與實質照顧之撫慰效果，將對逝者的情感轉化投注在新的人、事、物及環境，慢慢適應未來的生活 (林、陳，2014)。

結 論

佛洛伊德哀傷理論著重個人內心 (intrapersonal) 世界的探討，強調依附對象是個人自我認同的一部分，哀傷是與依附對象分離的過程。Bowlby 的依附理論是從對兒童和動物系統性的觀察實證資料了解失去依附對象的哀傷歷程。雙軌理論則認為失落是一種

壓力，除了情緒調適，日常生活和角色功能的改變對於哀傷者亦是必須面對的。意義再建構理論則認為當生命中的重大失落衝擊個人原有的自我認同，人會更強烈尋找此經驗的意義，對於失落意義的建構是復原的重要力量。佛洛伊德哀傷理論建議護理人員面對喪親家屬時，應鼓勵並提供空間讓他們去談論分享對失去親人之失落經驗。Bowlby的依附理論提供護理人員思考，當家屬出現分離焦慮之哀傷反應時，應能理解並允許他們負面情緒的表達。此外依據雙軌理論點，建議護理人員除了陪伴家屬渡過失去親人之哀傷歷程，同時亦要協助他們發展復原策略，最終能因應未來生活之新角色適應。最後透過意義再建構理論，提醒護理人員相信人具有彈性，透過協助家屬重新建構事件發生之意義，而給予他們復原之力量。本文所提供的理論能夠加深護理人員對哀傷的了解，並以此為架構，依據喪親家屬之哀傷情境，提供合宜之哀傷理論護理措施陪伴家屬、與他們共存，及時撫慰喪親家屬於當時的哀傷歷程，協助他們轉換及建立與逝者的新關係，確認自己未來的生活意義，再次投入新的人生旅程。

參考文獻

- 李香穎(2011)·從哀傷到復原—正向心理學的應用·*諮商與輔導*，304，28–32。[Li, S. Y. (2011). Grief and restoration: Application of positive psychology. *Counseling & Guidance*, 304, 28–32.]
- 李淑惠、吳之媛、李欣樺(2012)·協助個案渡過喪偶哀傷過程之家庭護理·*領導護理*，13(2)，67–78。[Li, S. H., Wu, C. Y., & Li, H. H. (2012). The nursing experience of assisting a family going through grief. *Leadership Nursing*, 13(2), 67–78.]
- 林妍君(2016)·兒童及青少年精神與心理衛生護理·於顏文娟總校閱，*新編精神科護理學*(三版，21–3–21–26頁)·台中市：華格那。[Lin, Y. C. (2016). Nursing care for child and adolescent clients with psychiatric disorders. In W. J. Yen (Ed.), *Current psychiatric nursing* (3rd ed., pp. 21–3–21–26). Taichung City, Taiwan, ROC: Wagner.]
- 林秀玲、戴嘉南、黃瑛琪(2008)·浴火鳳凰：一位喪子母親的哀傷調適與意義重建歷程研究·*諮商輔導學報：高師輔導所刊*，19，31–68。[Lin, H. L., Tai, C. N., & Huang, Y. C. (2008). A study of the bereavement adjustment and the meaning reconstruction of a bereaved mother. *Journal of Counseling & Guidance*, 19, 31–68.] doi:10.6308/JCG.19.02
- 林威利(2011)·談喪親兒童的哀傷處理·*諮商與輔導*，304，53–55。[Lin, W. L. (2011). Managing the grief associated with losing a child. *Counseling & Guidance*, 304, 53–55.]
- 林書如、陳慶福(2014)·一位兒童期喪親青少年哀傷經驗之敘說研究·*家庭教育與諮商學刊*，17，61–89。[Lin, S. R., & Chen, C. F. (2014). A narrative study on the grief experiences of a male adolescent who endured a parental loss as a child. *Journal of Family Education and Counseling*, 17, 61–89.]
- 胡瑞芝(2013)·悲傷轉化的力量：論敘事治療與意義治療·*台灣神學論刊*，36，149–167。[Hu, J. C. (2013). Sorrow into strength: On the significance of narrative therapy and logo therapy. *Taiwan Journal of Theology*, 36, 149–167.]
- 謝政廷、許智傑、林妙容(2010)·國小喪親兒童在表達性治療的變化情形之個案研究·*台灣心理諮商季刊*，2(4)，1–24。[Hsieh, C. T., Hsu, C. C., & Lin, M. J. (2010). Expressive therapy and bereavement in a fifth-grade girl: A case study. *Taiwan Counseling Quarterly*, 2(4), 1–24.]
- 蘇完女、林秀珍(2010)·從意義建構觀點談喪親者的哀傷調適歷程·*諮商與輔導*，294，46–51。[Su, W. N., & Lin, H. C. (2010). Discussing the process of grief adaptation with bereaved families from the meaning making perspective. *Counseling & Guidance*, 294, 46–51.]
- Feldman, R. S. (2015)·*實用人類發展學*(第六版，謝秀芳譯)·台北市：華杏。(原著出版於2011)[Feldman, R. S. (2015). *Development across the life span* (6th ed., S. F. Hsieh Trans.). Taipei City, Taiwan, ROC: Farseeing. (Original work published 2011)]
- Anonymous. (2000). Grief: Strategies for people anticipating or recovering from a loss. *The Michigan Nurse*, 73(5), 14–25.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London, England: Routledge.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London, England: Routledge.
- Clements, P. T. (2003). Grief: Promoting adaptive coping after loss and death. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(7), 6–7. doi:10.3928/0279-3695-20030701-03
- Doughty Horn, E. A., Crews, J. A., & Harrawood, L. K. (2013). Grief and loss education: Recommendations for curricular

- inclusion. *Counselor Education and Supervision*, 52(1), 70–80. doi:10.1002/j.1556-6978.2013.00029.x
- Hooghe, A., & Neimeyer, R. A. (2013). Family resilience in the wake of loss: A meaning-oriented contribution. In D. S. Becvar (Ed.), *Handbook of family resilience* (pp. 269–284). New York, NY: Springer.
- Hooghe, A., Rosenblatt, P. C., & Rober, P. (2017). “We hardly ever talk about it”: Emotional responsive attunement in couples after a child’s death. *Family Process*. Advance online publication. doi:10.1111/famp.12274
- Klass, D., & Walter, T. (2001). Process of grieving: How bonds are continued. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 431–448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2015). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention*. New York, NY: Routledge.
- Nseir, S., & Larkey, L. K. (2013). Interventions for spousal bereavement in the older adult: An evidence review. *Death Studies*, 37(6), 495–512. doi:10.1080/07481187.2011.649941
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (4th ed.). London, England: Routledge.
- Pusa, S., Persson, C., & Sundin, K. (2012). Significant others’ lived experiences following a lung cancer trajectory – From diagnosis through and after the death of a family member. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 34–41. doi:10.1016/j.ejon.2011.02.004
- Schut, H. A. W., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & de Keijser, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 63–72. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01231.x
- Shear, M. K. (2010). Exploring the role of experiential avoidance from the perspective of attachment theory and the dual process model. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 357–369. doi:10.2190/OM.61.4.f
- Small, N. (2001). Theories of grief: A critical review. In J. Hockey, J. Katz, & N. Small (Eds.), *Grief, mourning, and death ritual* (pp. 19–48). Philadelphia, PA: Open University Press.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. doi:10.2190/OM.61.4.b
- Thirsk, L. M., & Moules, N. J. (2013). “I can just be me”: Advanced practice nursing with families experiencing grief. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 74–98. doi:10.1177/1074840712471445
- Van der Horst, F. C. P. (2011). *John Bowlby: From psychoanalysis to ethology*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

引用格式 吳麗珍、周傳姜、林妍君 (2017) · 哀傷理論於喪親家屬之護理應用 · *護理雜誌* , 64(6) , 98–105 。 [Wu Suen, L. J., Chou, C. C., & Lin, Y. C. (2017). The application of grief theories to bereaved family members. *The Journal of Nursing*, 64(6), 98–105.] doi:10.6224/JN.000088

The Application of Grief Theories to Bereaved Family Members

Lee-Jen Wu Suen¹ • Chuan-Chiang Chou² • Yen-Chun Lin^{3*}

ABSTRACT: Loss is an inevitable experience for humans for which grief is a natural response. Nurses must have an adequate understanding of grief and bereavement in order to be more sensitive to these painful emotions and to provide appropriate care to families who have lost someone they love deeply. This article introduces four important grief theories: Freud's grief theory, Bowlby's attachment theory, Stroebe and Schuts' dual process model, and Neiyemer's meaning reconstruction model. Freud's grief theory holds that the process of grief adaptation involves a bereaved family adopting alternative ways to connect with the death of a loved one and to restore their self-ego. Attachment theory holds that individuals who undergo grieving that is caused by separation from significant others and that triggers the process of grief adaptation will fail to adapt if they resist change. The dual process model holds that bereaved families undergo grief adaptation not only as a way to face their loss but also to restore normality in their lives. Finally, the meaning reconstruction model holds that the grief-adaptation strength of bereaved families comes from their meaning reconstruction in response to encountered events. It is hoped that these theories offer nurses different perspectives on the grieving process and provide a practical framework for grief assessment and interventions. Additionally, specific interventions that are based on these four grief theories are recommended. Furthermore, theories of grief may help nurses gain insight into their own practice-related reactions and healing processes, which is an important part of caring for the grieving. Although the grieving process is time consuming, nurses who better understand grief will be better able to help family members prepare in advance for the death of a loved one and, in doing so, help facilitate their healing, with a view to the future and to finally returning to normal daily life.

Key Words: grief, grief theory, bereaved family members, nursing.

Accepted for publication: August 11, 2017

¹PhD, RN, Associate Professor Emerita, Department of Nursing, Chang Jung Christian University; ²DNSc, RN, Associate Professor, Department of Nursing, Chang Jung Christian University; ³PhD, RN, Lecturer, Department of Nursing, Chang Jung Christian University.

*Address correspondence to: Yen-Chun Lin, No. 1, Changda Rd., Gueiren District, Tainan City 71101, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (6) 278-5123 ext. 3163; E-mail: yvonne@mail.cjcu.edu.tw