

• 安宁疗护 •

• 论 著 •

晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案的构建与应用

许亚文¹, 谌永毅¹, 周廷², 谢芳³, 赵海伦¹, 吴东¹, 付佳雪¹, 张娜¹, 王英¹

摘要:**目的** 构建晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案,并评价应用效果,为晚期癌症患者家属哀伤辅导提供参考。**方法** 通过文献回顾、质性研究构建晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案初稿,对12名专家进行2轮专家函询修改后形成方案终稿。招募14名在安宁疗护病房接受过治疗且已离世的晚期癌症患者家属,应用三级哀伤辅导方案干预6个月,干预后对家属的哀伤认知进行前后对比分析。**结果** 最终形成的晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案包括哀伤分级评估和三级哀伤辅导2个模块,其中三级哀伤辅导包括3个一级指标,14个二级指标。方案应用后癌症患者家属的哀伤认知评分显著低于干预前(均 $P<0.05$)。**结论** 构建的方案具有可靠性、科学性、针对性,方案应用有利于降低晚期癌症患者家属的哀伤水平,可为医护人员开展晚期癌症患者家属三级哀伤辅导实践提供指导。

关键词:晚期癌症; 家属; 哀伤; 哀伤辅导; 三级哀伤支持模型; 哀伤认知; 安宁疗护

中图分类号:R47;R48 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.10.102

Construction and application of a three-level grief counseling program for family members of patients with advanced cancer Xu Yawen, Chen Yongyi, Zhou Ting, Xie Fang, Zhao Hailun, Wu Dong, Fu Jiaxue, Zhang Na, Wang Ying. Oncology Nursing Teaching and Research Room, Hunan Cancer Hospital/The Affiliated Cancer Hospital of Xiangya School of Medicine, Central South University, Changsha 410013, China

Abstract:**Objective** To construct a three-level grief counseling program for family members of patients with advanced cancer, and to evaluate its application effect, so as to provide references for grief counseling for family members of patients with advanced cancer.
Methods After literature review and a qualitative study, a draft of a three-level grief counseling program for family members of patients with advanced cancer was constructed, and it was improved through a two-round expert consultation among 12 experts to form a final version. Then 14 family members of patients with advanced cancer who had been treated in palliative and had passed away were recruited to apply the final three-level grief counseling program for 6 months, and the family members' grief cognitions were analyzed before and after the intervention. **Results** The final three-level grief counseling program for family members of patients with advanced cancer included 2 modules of grief grading assessment and three-level grief counseling, and the three-level grief counseling consisted of 3 primary indicators and 14 secondary indicators. After application of the program, the grief cognitions scores of family members of patients with advanced cancer were significantly lower than those before the intervention (all $P<0.05$). **Conclusion** The three-level grief counseling program is reliable, scientific, and targeted, and the application of the program is conducive to reducing the level of grief among family members of patients with advanced cancer, and it can provide guidance for healthcare professionals to conduct three-level grief counseling for family members of patients with advanced cancer.

Keywords:advanced cancer; family members; grief; grief counseling; three-level grief support model; grief cognitions; hospice care

哀伤是指个人在失去所爱或所依恋的对象(主要指亲人)时所面临的境况,若哀伤情绪得不到及时和正确的处理,会出现延迟性病态哀伤^[1]。若丧亲个体的哀伤情感延续至少6个月,且伴随有分离性痛苦以及认知、情感与生理等多维度的功能障碍性反应,则表明该丧亲者出现了病理反应,该种现象被称为延长

作者单位:1. 湖南省肿瘤医院/中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院护理教研室(湖南 长沙,410013);2. 永州职业技术学院护理学院;3. 宜宾市第三人民医院

通信作者:王英,896128061@qq.com

许亚文:女,硕士,护师,1239332258@qq.com

科研项目:湖南省卫生健康委一般项目(W20243252);湖南省临床医疗技术创新引导项目(2021SK51107)

收稿:2024-12-20;修回:2025-02-19

哀伤障碍(Prolonged Grief Disorder, PGD)^[2]。美国精神病协会将延长哀伤障碍作为一种精神障碍纳入精神障碍与诊断手册(DSM-5)^[3]。研究显示,大部分丧亲者会出现哀伤情绪^[4],而我国成年人丧亲后延长哀伤障碍患病率为7.1%~12.6%^[5],程度较轻者会出现头痛、心悸等症状,重者甚至可致死亡^[6]。三级哀伤支持模型是英国国家临床高标准研究所依据照顾者和家属需求提出的,该模型可为丧亲家属提供分级、逐步增强的哀伤相关信息和支持,能够协助丧亲者减轻哀伤情绪反应,增强他们对丧亲事实的接纳度与适应能力,并有效减少可能伴随的精神心理压力及不良行为问题的发生,具有重要的现实意义^[7]。国外关于哀伤辅导的研究较为丰富,而我国尚处于探索阶段,多局限于失去胎儿的产妇、失去孩子的父母等人

群^[1,8],针对晚期癌症患者家属开展的哀伤辅导研究较少,且缺乏可操作、系统的哀伤辅导方案^[1]。因此,本研究基于三级哀伤支持模型构建晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案,并对其初步应用效果进行评价,旨在为我国医护人员系统开展哀伤辅导提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 ①函询专家。纳入标准:本科及以上学历;从事安宁疗护管理、安宁疗护临床实践、安宁疗护教育、心理工作 5 年及以上;具有中级及以上技术职称;对本研究有兴趣并表达出积极参与意愿。函询专家 12 名,男 4 名,女 8 名;年龄 33~57(44.08±7.62)岁;工作年限 7~32(19.08±8.52)年;博士 3 名,硕士 5 名,本科 4 名;职称副高级及以上 8 名,中级 4 名;分别来自湖北省、湖南省、江苏省、上海市、北京市。安宁疗护管理专家 3 名,安宁疗护临床实践专家 5 名,安宁疗护教育专家 2 名,心理咨询专家 2 名。②初步应用对象。采用目的便利抽样法,选取 2024 年 2 月之前在湖南省肿瘤医院安宁疗护病房接受过治疗且已离世的晚期癌症患者家属初步应用三级哀伤辅导方案。纳入标准:因晚期癌症离世患者的主要照顾者,包括配偶、父母、子女等家庭成员,年龄>18 岁;参与患者治疗与护理决策;意识清楚、具备正常沟通能力;对本研究知情同意。据 Julious^[9]提出的预试验样本量估算法,共纳入晚期癌症患者家属 14 人,其中女 8 人、男 6 人;年龄 35~90(62.5±15.7)岁;患者疾病诊断为肺癌 8 例,肝癌 2 例,胃癌、肾癌、胆囊癌、胰头癌各 1 例;家属与患者的关系为配偶 8 人,子女 4 人,父母 2 人。本研究已通过湖南省肿瘤医院医学伦理委员会审批(HNSZL-2024-22)。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 研究小组成员共 10 名,包括医院副院长 1 名、安宁疗护病房护士长 1 名、主治医师 2 名、安宁疗护专科护士 3 名、心理咨询师 2 名、护理硕士研究生 1 名,成员均接受安宁疗护及心理危机干预相关培训。医院副院长负责研究统筹设计及专家遴选;护士长、主治医师、专科护士、心理咨询师及研究生则共同完成方案初稿的构建及干预实施;专科护士负责资料收集,研究生负责数据分析。

1.2.2 构建初步方案

1.2.2.1 文献研究 全面检索国内外数据库,以癌症、肿瘤、恶性肿瘤、癌、瘤、肿块;终末期、生命末期、末期、善终、临终、晚期;家人、监护人、照顾者、家属、家庭成员、主要照顾者、家庭照顾者、配偶;丧亲支持、丧亲护理、居丧照护、悲伤抚慰、哀伤辅导、悲伤支持为中文检索词,检索中国生物医学全文数据库、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网;以 advanced cancer, terminal cancer, cancer, malignant tumor;

palliative care, hospice care, supportive care, palliative therapy, palliative treatment, terminal ill, end-of-life; family caregiver, caregiver, family member; grief counseling, grief intervention, grief, grief therapy, grief nursing, bereavement support, bereavement, psychological interventions, psychotherapeutic interventions, psychological therapies, psychotherapy, mental therapy 为英文检索词,检索 PubMed、Embase、CINAHL、Web of Science、Cochrane Library、EBSCO 等英文数据库。检索时限为建库至 2022 年 11 月。初步检索数据库共获得中英文文献 1 035 篇,去除重复文献后得到文献 977 篇,剔除与主题无关的文献 968 篇,最终共纳入 9 篇^[10-18]文献。通过小组会议对纳入文献进行整理与分析,以三级哀伤支持模型为指导,拟订晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案基本框架。形成含情感支持及心理康复等服务的方案初稿,包括哀伤分级评估和三级哀伤辅导 2 个模块,其中哀伤辅导模块有 3 个一级指标,14 个二级指标。

1.2.2.2 质性研究 采用目的抽样法,选取 2023 年 1—8 月在湖南省某肿瘤医院安宁疗护病房住院的 18 名晚期癌症患者家属进行深度访谈。纳入标准:①患者罹患在当前医学技术条件下难以治愈的癌症,且经过临床诊断和治疗预估生存期不超过 6 个月;②家属与患者的关系包括配偶、子女等直系亲属或者关系亲密且共同生活的亲友;③家属意识清楚、具备正常沟通能力;④对本研究知情同意。家属访谈提纲:①您在照顾患者的过程中,有哪些心理情绪方面的问题?②您知道有哪些心理治疗方法吗?您对这些方法有什么想法呢?③我们医院希望给您们家属也提供一些服务和帮助,您希望在心理支持,如哀伤辅导方面提供哪些帮助?④您希望哀伤辅导以哪些形式呈现?⑤除上面说的,您还希望得到哪些帮助?采用 Colaizzi 七步分析法对访谈资料进行整理分析,共提炼出 3 个主题:家属情感体验多维,心理支持方式单一,哀伤辅导开展形式多样化需求。在此基础上修订了晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案初稿,包括心理与情感支持、社会支持、交流沟通支持、信息支持等方面。

1.2.2.3 专家函询 2024 年 1 月,研究者通过邮箱和微信开展专家函询。2 轮函询后,专家意见趋于一致则结束函询。条目筛选标准:保留重要性评分均数>3.50 分且变异系数<0.25 的条目。2 轮函询有效问卷回收率分别为 92.31%(12/13)和 100%(12/12),专家意见提出率分别为 100%(12 名专家提出 17 条修改建议)和 25%(3 名专家提出 4 条修改建议)。专家的判断依据系数为 0.908,熟悉程度系数为 0.917,权威系数为 0.913。2 轮函询各指标的重要性评分均数为 4.41~5.00 分、4.25~5.00 分,变异系数为 0~0.20、0~0.18;肯德尔和谐系数分别为

0.130、0.206(均 $P<0.05$)。2 轮专家函询后形成的 评估标准及哀伤辅导干预内容 2 个模块,见表 1。
晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案包括哀伤级别

表 1 晚期癌症患者家属三级哀伤评估标准及哀伤辅导干预内容

级别	评估标准	干预内容
一级哀伤	所有丧亲者视为一级哀伤人群,主要指正常哀伤	①陪伴与倾听;②鼓励丧亲者宣泄痛苦;③必要时给予丧亲者拥抱和抚触,表达关爱;④做好基础护理,保证丧亲者身体舒适;⑤如经过一级哀伤辅导后,哀伤情绪或行为无法好转,联系关系亲密的亲友进行下一级哀伤辅导
二级哀伤	①有多个年幼子女;②社会阶层较低;③失业、未就业或就业状况不稳定;④愤怒情绪高涨;⑤将死亡事件归咎于外在因素;⑥因死亡事件陷入深度自责;⑦缺少社会支持	可在一级哀伤干预基础上,以家庭为单位开展干预:①召开家庭会议,鼓励丧亲者及亲友说出自己的想法,表达对逝者的爱意;②对丧亲者进行死亡教育,通过引导与支持,使其接受现实,鼓励他们以积极的心态与亲友已逝的事实和谐共处,促进丧亲者的心理康复与情感重建;③尊重丧亲者意愿,协助其规划并实现逝者生前所寄托的最后愿望,鼓励丧亲者参加逝者丧葬仪式;④对有失业、待业等问题的丧亲者进行身体状况、职业技能、兴趣爱好等方面的综合评估,协助其筛选符合条件的工作岗位并制订可行的就业规划,维持基本生活,重新回归正常的社交生活
三级哀伤	①慢性哀伤反应:丧亲者哀伤情绪持续>3 个月,没有结束迹象。②延缓哀伤反应:丧亲者在亲人死亡几个月或几年后才产生哀伤反应。③夸大哀伤反应:丧亲者表现出临床压抑症状,焦虑发作和滥用酒精或药物等情况。④掩盖哀伤反应:丧亲者亲人死亡后产生症状,但其表现症状与失去亲人无关。⑤出现自杀行为:出现企图自杀的想法和行为	可在二级哀伤干预基础上,以家庭为单位开展干预:①接受逝者离世的事实,如组织关系紧密的亲友参加家庭会议,鼓励家庭成员分享对于逝者死亡的感受,促进丧亲家庭逐步接受逝者离世的事实;②处理悲伤情绪,如通过影片《寻梦环游记》等,向丧亲者传达“哀伤是正常反应”的理念,协助丧亲者通过哭泣、倾诉等方式宣泄情感,释放哀伤情绪;鼓励丧亲者家庭共同参与纪念活动,如制作与逝者有关的纪念品等;③协助适应新环境,包括解决丧亲者的实际生活困难,如解读政府及社会各界提供的丧亲帮扶政策(抚恤金、丧葬补助、临时救助等),提供志愿者团队、社会福利机构等的联系方式等;对丧亲者提供情感和精神支持,持续 6 个月,如丧亲者在院外期间,安宁疗护团队可以电话或视频会议等方式鼓励丧亲者将注意力转移到令人愉快的人、事、物上;安宁疗护团队不定期上门随访,评估丧亲者的社会心理情况,增强丧亲者生活自信心及自我价值观;④协助参与新生活,如回忆既往积极的生活方式,指导丧亲者建立适应性行为,如规律作息、自身营养支持、自我心理调适等;鼓励丧亲者与亲友、邻居及同事等加强联系,建立新的人际及情感支持网络;⑤根据丧亲者不同病态哀伤转介心理医生或精神科医生,给予专业心理干预

1.2.3 晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案的初步应用 方案应用科室是收治晚期癌症患者的安宁疗护病房,患者档案及家属联系方式均于患者入院时录入医院系统,住院期间去世或经出院后回访确认去世的患者将被记录,以便科室为家属提供必要的哀伤辅导服务。①系统的评估是提供精确且个性化哀伤辅导服务的重要先决条件^[19]。本研究由心理咨询师及护士长通过电话对纳入家属的哀伤程度进行分级,并纳入由研究小组创建的哀伤辅导微信群聊,以便后续进行针对性的哀伤辅导。②辅导方案主要包含心理与情感支持、社会支持、交流沟通支持、信息支持;干预形式以面对面干预为主,辅之以电话、视频会议等形式。一级哀伤家属由护士及研究生实施,二级哀伤家属由护士长、主治医师及护士实施干预,三级哀伤家属由心理咨询师、护士长、主治医师及护士共同实施干预,频次为每 2 周 1 次,哀伤情绪得到缓解后经小组讨论降低频次,共干预 6 个月;干预地点以安宁疗护病房心灵关怀室为主。每次干预后对家属干预效果进行评价记录,在每月召开的小组会议共同讨论,判断该家属是否需要重新评级并接受对应阶段辅导,以动态调整方案的实施。③干预期间,家属可随时通过微信群聊/电话向研究小组进行咨询,研究小组协助家属解决问题后将情况记录下来进行分析和总结,并在小组会议上进行汇报讨论。

1.2.4 评价方法 干预前、干预后(干预 6 个月)采用哀伤认知问卷(Grief Cognitions Questionnaire, GCQ)^[20]评估晚期癌症患者家属,该量表主要用于评估直系亲属丧亲后的消极认知和情绪问题,在中国丧亲者中应用 Cronbach's α 系数为 0.97。该量表包括对自我的负面信念(5 个条目)、对世界的负面信念(4 个条目)、对生活的负面信念(5 个条目)、对未来的负面信念(4 个条目)、自责(5 个条目)、对他人的负性认知(3 个条目)、自身哀伤反应的恰当性(3 个条目)、珍惜哀伤反应(3 个条目)以及对哀伤反应的威胁性解释(6 个条目)9 个维度 38 个条目,采用 6 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 0~5 分,分数越高代表哀伤负性认知水平越高。

1.2.5 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计描述、配对 t 检验。专家积极性采用有效问卷回收率表示,专家的权威程度采用权威系数表示,专家意见协调程度采用条目评分的变异系数及肯德尔和谐系数表示。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

干预前后晚期癌症患者家属哀伤认知得分比较,见表 2。

3 讨论

3.1 构建的晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案的科学性 不同的个体由于文化环境、家庭情况、情感

经历等因素的影响,其哀伤程度以及由此造成的躯体应激性病理障碍存在差异^[21],普适性的哀伤辅导方案难以应对复杂的延长哀伤障碍,亟需开发一种阶梯式护理方案。本研究以三级哀伤支持模型^[7]为指导,早期识别复杂哀伤障碍发生的晚期癌症患者家属,将其划分为三级,针对不同等级的哀伤给予护理措施,并动态干预及科学随访。该种方案可规避个体差异化所带来的问题,精确实施哀伤辅导,从而有效改善晚期癌症患者家属的生活质量,同时控制卫生保健系统成本,并提高安宁疗护医护人员的工作效率^[22],对我国医疗机构安宁疗护病房开展哀伤辅导具有一定的指导意义。此外,受中国传统文化的影响,人们具有较强的家族观念,在亲人去世后,家庭是最强的支持系统,家人可通过相互陪伴、安慰来获得心理支持。因此,本研究在二、三级干预内容中注明了在上一级干预的基础上以家庭为单位开展护理工作,有助于实现干预的连续性,提升家庭的整体护理效果。

方案构建基于多种方法,首先基于系统的文献研究、小组讨论、质性研究结果制订方案初稿,然后通过德尔菲专家函询完善形成终稿。本研究纳入的 12 名专家涉及安宁疗护管理、临床医学与护理实践、心理治疗等领域,代表性较好;其中副高级及以上职称 8 名,10 年以上工作经验 10 名,专家权威系数达 0.913。2 轮函询中,问卷回收率分别为 92.31%、100%,专家意见提出率分别为 100%、25.00%,表明专家参与本研究的积极性较高。第 2 轮函询条目重要性评分均数为 4.25~5.00,变异系数为 0~0.18,2 轮函询的肯德尔和谐系数分别为 0.130、0.206(均 $P<0.05$),表明专家意见的集中程度和协调程度较好。

表 2 干预前后晚期癌症患者家属哀伤认知得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

项目	干预前 ($n=14$)	干预后 ($n=14$)	t	P
对自我的负面信念	21.36±3.15	15.50±3.03	6.992	<0.001
对世界的负面信念	14.07±2.59	12.14±2.18	4.837	<0.001
对生活的负面信念	14.64±2.76	11.57±3.34	3.207	0.007
对未来的负面信念	19.21±3.14	14.00±3.31	6.758	<0.001
自责	19.57±3.48	13.29±4.07	9.549	<0.001
对他人的负性认知	11.36±2.06	10.29±2.05	2.446	0.029
自身哀伤反应的恰当性	14.43±2.85	11.86±2.74	4.225	0.001
珍惜哀伤反应	10.64±2.17	10.43±2.47	0.898	0.385
对哀伤反应的威胁性解释	13.43±3.25	11.21±3.17	5.252	<0.001
总分	138.71±18.45	110.28±19.25	9.249	<0.001

3.2 构建的晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案内容具有针对性 研究表明,存在延长哀伤障碍的晚期癌症患者家属往往因强烈的对逝者的愧疚感而出现“自我惩罚性行为”,如拒绝进食、回避正常的人际交往等,重者甚至存在着较高的自杀风险^[23]。个体的行为不仅受到外部事件的影响,还受到自身认知的影

响,因此,本研究注重对家属死亡认知的正确引导,如在方案中增加了死亡教育等干预内容,引导家属树立科学、合理、健康的死亡观,以更加平和的心态面对生死问题,从而改善哀伤情绪,降低不良行为的发生。此外,丧亲后家属社会支持系统缺失,会显著削弱个体应对丧亲事件的心理韧性,进而增加延长哀伤障碍发生发展的风险。在哀伤辅导方案中嵌入社会支持,能够有效减轻丧亲这一压力事件对家属心理健康的负面影响。本研究从正式和非正式两个方面为家属提供社会支持,两者相互补充、协同作用。正式支持层面,本研究组建了专业的安宁疗护多学科团队,根据家属的不同特点提供心理咨询、舒适护理以及职业生涯规划等专业服务,如根据丧亲者不同病态哀伤转介心理医生和精神科医生,予以对应的干预措施;非正式支持层面,干预团队鼓励亲友、邻居等加强沟通联系,不定期召开家庭会议,为丧亲者提供情感支持等,帮助个体缓解情绪压力,增强心理韧性。

3.3 晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案初步应用效果 本研究结果显示,干预 6 个月后家属哀伤认知总分及 8 个维度评分显著低于干预前(均 $P<0.05$),表明应用晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案有利于降低癌症患者家属的负性哀伤认知,与任妃^[24]的研究结果一致。可能因为方案中专业的心理辅导有利于减轻严重哀伤反应,引导家属正确认知哀伤,减轻延长哀伤障碍症状,并逐步帮助他们恢复正常的日常生活和社会功能^[25]。因此,三级哀伤辅导方案的实施可有效缓解家属的哀伤情绪,为其重建积极的生活态度提供有力支持。

4 结论

本研究构建了包含哀伤分级评估和哀伤辅导两个模块的晚期癌症患者家属三级哀伤辅导方案,强调从情感和心理支持、社会支持等方面进行全方位、多维度的干预。初步应用结果显示,在精确评估哀伤等级的基础上进行针对性的哀伤辅导干预可有效降低晚期癌症患者家属哀伤认知水平。但本研究方案初步应用研究为自身前后对照设计、样本量小,且仅评价了对家属哀伤认知水平的影响,未来需进一步扩大样本量、设计随机对照研究,并增加如哀伤反应、社会功能状态及生活质量等相关评价指标,以验证方案的多方面效果。

参考文献:

[1] 韦双双,游雪梅,杨莉洁,等. 临终患儿父母哀伤辅导的证据总结[J]. 中华护理杂志,2024,59(5):540-546.
[2] Agnew A, Manktelow R, Taylor B, et al. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: a review of the literature[J]. Palliat Med, 2010, 24(1):46-59.
[3] Prigerson H G, Boelen P A, Xu J, et al. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale[J]. World Psy-

- chiatry, 2021, 20(1):96-106.
- [4] Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis[J]. J Affect Disord, 2017, 212:138-149.
- [5] Killikelly C, Merzhvynska M, Zhou N, et al. Examination of the new ICD-11 prolonged grief disorder guidelines across five international samples[J]. Clin Psychol Eur, 2021, 3(1):e4159.
- [6] 叶盈, 杨可, 傅静. 丧亲事件对丧亲者的影响及相关因素分析[J]. 中国全科医学, 2018, 21(29):3611-3615.
- [7] Aoun S M, Breen L J, O'Connor M, et al. A public health approach to bereavement support services in palliative care[J]. Aust N Z J Public Health, 2012, 36(1):14-16.
- [8] 申乔乔, 冯现刚, 梁韵仪, 等. 围产期哀伤辅导指南的系统评价[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(9):1329-1334.
- [9] Julious S A. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study[J]. Pharm Stat, 2005, 4(4):287-291.
- [10] 顾勤贤. 哀伤辅导在晚期癌症患者家属中的运用与研究[J]. 人人健康, 2020, 511(2):33.
- [11] Lichtenthal W G, Catarozoli C, Masterson M, et al. An open trial of meaning-centered grief therapy: rationale and preliminary evaluation[J]. Palliat Support Care, 2019, 17(1):2-12.
- [12] 金婷婷, 邱昊, 于瑞英, 等. 终末期肿瘤患者及家属的哀伤辅导研究进展[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(2):254-256.
- [13] 黄丽, 王春燕, 蒋涛, 等. 癌症终末期患儿家属的哀伤辅导及相关问题探讨[J]. 医院管理论坛, 2020, 37(12):69-70, 40.
- [14] 康莉, 郑雪梅. 癌症患者家属哀伤体验的质性研究[J]. 中国医学伦理学, 2017, 30(10):1251-1254.
- [15] Buck H G, Benitez B, Mason T, et al. Exploring the role of expectancy in older US participants' response to an accelerated resolution therapy intervention for prolonged grief disorder[J]. Health Soc Care Community, 2022, 30(6):e4191-e4198.
- [16] Weissflog G, Mehnert A. Family focused grief therapy: a suitable model for the palliative care of cancer patients and their families? [J]. Psychother Psychosom Med Psychol, 2015, 65(11):434-438.
- [17] Tang R, Xie T, Jiao K, et al. Grief reactions and grief counseling among bereaved Chinese individuals during COVID-19 pandemic: study protocol for a randomized controlled trial combined with a longitudinal study[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 18(17):9061.
- [18] Schellekens M P, Van Den Hurk D G, Jansen E T, et al. Perspectives of bereaved partners of lung cancer patients on the role of mindfulness in dying and grieving: a qualitative study[J]. Palliat Med, 2021, 35(1):200-208.
- [19] 沈云霞, 庄一渝, 王莉, 等. 医务人员对丧亲家属丧亲支持的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2024, 39(10):20-25.
- [20] 尉玮, 王建平, 何丽, 等. 哀伤认知问卷在中国丧亲者样本中的修订[J]. 中国临床心理学杂志, 2014, 22(2):246-250, 255.
- [21] Walbaum C, Philipp R, Oechsle K, et al. Existential distress among family caregivers of patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Psychooncology, 2024, 33(1):e6239.
- [22] Hilberdink C E, Ghahinder K, Dubanchet A, et al. Bereavement issues and prolonged grief disorder: a global perspective[J]. Glob Ment Health (Camb), 2023, 10:e32.
- [23] Shear M K. Clinical practice. Complicated grief[J]. N Engl J Med, 2015, 372(2):153-160.
- [24] 任妃. 自我抽离对丧亲者哀伤反应的作用及干预[D]. 上海: 华东师范大学, 2023.
- [25] 熊婉婷, 吴和鸣, 陈静. 延长哀伤障碍的诊断评估与治疗研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2023, 18(4):213-215, 226.
- (本文编辑 韩燕红)

(上接第 101 页)

- [7] 冯丽娜, 田金丽, 李娟, 等. 淋巴瘤患者化疗期 Connect-Home 过渡护理干预方案的构建[J]. 护理学报, 2024, 31(15):57-61.
- [8] 李峥, 刘宇. 护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012:55.
- [9] Cao X, Chen L, Diao Y, et al. Validity and reliability of the Chinese version of the Care Transition Measure[J]. PLoS One, 2015, 10(5):e0127403.
- [10] 高月乔, 张阳, 陈长英. 中文版淋巴瘤患者生命质量测定量表的信效度评价[J]. 中国全科医学, 2017, 20(26):3277-3281.
- [11] 季润琳, 陆群峰, 杨利灵, 等. 过渡期护理的概念分析[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(3):374-379.
- [12] Rodriguez A L, Cappelletti L, Kurian S M, et al. Transitional care navigation[J]. Semin Oncol Nurs, 2024, 40(2):151580.
- [13] 中国临床肿瘤学会(CSCO)中国抗淋巴瘤联盟, 中国医师学会血液科医师分会. 中国淋巴瘤患者全程管理模式专家共识(2021 年版)[J]. 中华血液学杂志, 2021, 42(5):364-368.
- [14] 刘欣宇, 贺瑾, 冯丽娜. 淋巴瘤患者化疗期间症状群与生活质量相关性的纵向研究[J]. 天津护理, 2024, 32(1):32-37.
- [15] Tyler N, Hodkinson A, Planner C, et al. Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: a systematic review and network meta-analysis [J]. JAMA Netw Open, 2023, 6(11):e2344825.
- (本文编辑 韩燕红)