

中医情志干预联合哀伤疏导对晚期肿瘤陪护家属心理状况的改善效果探究

韦莉莹¹, 陆艺苹¹, 曾 希², 詹文倩², 张翠芬¹

¹南宁市福利中医医院临终关怀科, 广西 南宁

²广西壮族自治区人民医院安宁缓和医学中心, 广西 南宁

收稿日期: 2026年9月6日; 录用日期: 2026年10月5日; 发布日期: 2026年10月16日

摘 要

目的: 探究从疾病终末期确诊起持续实施中医情志干预联合规范化哀伤疏导对晚期肿瘤主要陪护家属心理状态的改善效果, 并观察干预结束后1个月、3个月的远期效应, 为基层中医医疗机构构建覆盖疾病终末期至丧亲后的连续性家属心理支持体系提供实践依据。方法: 选取2024年1月至2026年1月于本院临终关怀科首次确诊为恶性肿瘤终末期患者的核心陪护家属90例为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 每组45例。对照组实施常规安宁疗护健康指导与一般性心理安抚; 观察组在此基础上, 同步实施辨证中医情志干预与阶段性哀伤疏导方案, 干预自确诊终末期起启动, 持续至患者离世, 并延伸至丧亲后3个月内的随访支持。分别于干预启动前(确诊时)、患者离世后1个月、3个月, 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、延长哀伤问卷(PG-13)及健康调查简表(SF-36)对两组家属心理状态、哀伤程度及生存质量进行评估。结果: 干预启动前, 两组SAS、SDS、PG-13及SF-36各维度评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。患者离世后1个月、3个月, 两组SAS、SDS、PG-13评分均较干预前显著下降($P < 0.05$), 且观察组各项评分均显著低于同期对照组($P < 0.05$); 两组SF-36各维度评分均较干预前显著提升($P < 0.05$), 且观察组提升幅度显著优于同期对照组($P < 0.05$); 观察组3个月随访时各指标改善程度均优于1个月时($P < 0.05$), 而对照组两时点间差异无统计学意义($P > 0.05$)。同时, 本研究干预实施过程中存在部分非预期问题与干预局限性, 包括少数家属对“四道”沟通存在心理抵触、部分中医干预措施适配性不足、长期随访依从性波动等情况。结论: 从终末期确诊即启动的中医情志干预联合系统化哀伤疏导, 能持续有效地缓解晚期肿瘤陪护家属的焦虑、抑郁及哀伤情绪, 并在患者离世后3个月内呈现持续改善趋势。该方案覆盖疾病终末期至丧亲后关键期, 为基层中医医院构建连续性、全过程的家属心理支持服务提供了可行路径。

关键词

中医情志干预, 哀伤疏导, 肿瘤陪护家属, 心理状况, 安宁疗护, 连续性心理支持

Exploration of the Improvement Effect of Traditional Chinese Medicine Emotional Intervention Combined with Grief Counseling on the Psychological Status of Family Caregivers of Advanced-Stage Tumor Patients

Liying Wei¹, Yiping Lu¹, Xi Zeng², Wenqian Zhan², Cuifen Zhang¹

¹Department of Hospice Care, Nanning Welfare Traditional Chinese Medicine Hospital, Nanning Guangxi

²Palliative Medicine Center, The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning Guangxi

Received: September 6, 2026; accepted: October 5, 2026; published: October 16, 2026

Abstract

Objective: To explore the improvement effect of continuous traditional Chinese medicine emotional intervention combined with standardized grief counseling initiated from the confirmation of end-stage disease on the psychological status of primary family caregivers of patients with advanced tumors, and to observe the long-term effects at 1-month and 3-month follow-ups after intervention, so as to provide practical evidence for grassroots traditional Chinese medicine medical institutions to establish a continuous psychological support system for family members covering the period from end-stage disease to post-bereavement. **Methods:** A total of 90 core family caregivers of patients newly diagnosed with end-stage malignant tumors in the Department of Hospice Care of our hospital from January 2024 to January 2026 were enrolled as research subjects. They were divided into control group and observation group by the random number table method, with 45 cases in each group. The control group received routine palliative care health guidance and general psychological comfort. On this basis, the observation group was given syndrome-differentiated traditional Chinese medicine emotional intervention and phased grief counseling. The intervention was initiated upon confirmation of end-stage disease, lasted until the patient's death, and was extended to follow-up support within 3 months after bereavement. The Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS), Prolonged Grief-13 Questionnaire (PG-13), and the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) were adopted to assess the psychological status, grief level and quality of life of family members in both groups before intervention (at diagnosis), 1 month and 3 months after the patient's death. **Results:** Before intervention, there were no statistically significant differences in the scores of SAS, SDS, PG-13 and all dimensions of SF-36 between the two groups ($P > 0.05$). At 1 month and 3 months after the patient's death, the SAS, SDS and PG-13 scores of both groups decreased significantly compared with baseline ($P < 0.05$), and the scores in the observation group were significantly lower than those in the control group at the same time points ($P < 0.05$). All dimension scores of SF-36 in both groups increased significantly compared with baseline ($P < 0.05$), and the improvement in the observation group was markedly superior to that of the control group ($P < 0.05$). In the observation group, the improvement of all indicators at the 3-month follow-up was better than that at the 1-month follow-up ($P < 0.05$), whereas no statistically significant differences were found between the two time points in the control group ($P > 0.05$). Meanwhile, several unanticipated issues and intervention-related limitations emerged during the implementation of this

study, including psychological resistance to the “Four-Step Communication” among a small number of family members, insufficient adaptability of some traditional Chinese medicine interventions, and fluctuating compliance with long-term follow-up. Conclusion: Traditional Chinese medicine emotional intervention combined with systematic grief counseling initiated immediately after the diagnosis of end-stage disease can continuously and effectively relieve anxiety, depression and grief among family caregivers of advanced-tumor patients, with a sustained improving trend within 3 months after the patient’s death. Covering the critical period from end-stage disease to post-bereavement, this protocol offers a feasible approach for grassroots traditional Chinese medicine hospitals to construct continuous whole-process psychological support services for family members.

Keywords

Traditional Chinese Medicine Emotional Intervention, Grief Counseling, Family Caregivers of Tumor Patients, Psychological Status, Palliative Care, Continuous Psychological Support

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

晚期恶性肿瘤病程不可逆，患者终末期常伴剧烈癌痛、恶液质及多器官功能衰竭，不仅自身承受巨大痛苦，亦使长期陪护家属陷于身心俱疲的困境。持续的高强度照护、病情反复恶化及随时面临的离世预期，易导致家属产生预期性悲伤、焦虑、抑郁及睡眠障碍等系列心理问题。部分家属因长期压抑负面情绪，在患者离世后发展为慢性哀伤障碍，严重损害自身健康与社会功能，这已成为当前安宁疗护临床实践中亟需重视的薄弱环节[1]。

安宁疗护提倡多学科协同照护，除关注患者症状管理之外，家属心理支持与哀伤干预是整套姑息照护体系不可或缺的一环。中华护理学会安宁疗护专业委员会最新发布的专家共识明确指出，应建立包括心理、中医、护理在内的多学科团队，为家属提供从确诊终末期至丧亲后全程的心理社会支持[2]。然而，当前常规心理干预多停留于口头宣教与简单安抚，形式单一，且大多仅在患者住院期间开展，患者离世后即终止服务，难以覆盖家属哀伤反应最为剧烈的丧亲后关键期，远期效果有限[3]。中医情志护理根植于“五脏主五志”“情志相胜”等经典理论，通过辨证调畅气机、舒缓情志，具有温和、个体化且无药物副作用的优势，尤适于长期照护所致的情志不遂、气血失和状态[4]。已有研究证实正念类心理干预能够降低晚期肿瘤家属照护负担水平，而中医情志调护等中医特色干预手段，在肿瘤照护者心理支持领域也表现出独特应用价值[5]。与此同时，专业的哀伤疏导聚焦于预期性悲伤的早期识别与丧亲后哀伤的全过程管理，从认知、情绪、行为等多维度帮助家属理性面对生死，释放心理压力[6]。两种模式优势互补，符合中西医结合、身心同治的现代医学模式。

现阶段多数相关研究仅聚焦干预的积极疗效，忽略了复杂联合干预实施过程中的非预期反应、实施阻力及适配性缺陷。事实上，中医情志干预联合结构化哀伤疏导为多维度、长时程干预模式，在基层临床落地过程中易受家属认知、接受度、身心耐受度及个体差异影响，存在一定干预短板与非预期问题。然而，目前基层医疗机构关于二者联合应用且覆盖终末期至丧亲后全程的实践研究，尚未系统报道干预实施中的阴性结果与实践挑战。基于此，本研究尝试将中医情志辨证干预与结构化哀伤疏导方案进行系统性整合，自患者确诊终末期起启动干预，持续至患者离世，并随访至丧亲后 3 个月，在验证方案干预

疗效的同时,系统梳理干预过程中的非预期反应、实施难点与适配性问题,以期在基层安宁疗护家属心理服务提供更具操作性、客观性的优化方案。现将研究过程与结果汇报如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2026 年 1 月在本院临终关怀科首次确诊为恶性肿瘤终末期患者的主要陪护家属 90 例为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 45 例。

纳入标准:① 患者经病理学检查确诊为恶性肿瘤,并经两位以上主治医师依据临床分期及体能状态评分综合判定为终末期;② 家属为患者的主要照护者,预计每日陪护时长 ≥ 6 小时,且为直系亲属;③ 家属年龄 18~65 周岁,神志清楚,沟通无障碍,能配合量表评估与干预措施;④ 家属知情同意,自愿参与并签署知情同意书;⑤ 预计患者生存期 1~6 个月。

排除标准:① 家属既往有精神疾病史或长期服用抗焦虑/抑郁药物;② 近 3 个月内遭遇重大生活创伤事件;③ 合并严重躯体疾病或认知功能障碍,无法完成干预及随访;④ 研究期间家属失联或主动退出。

对照组 45 例,其中男 20 例,女 25 例;年龄 22~63 岁,平均 (42.41 ± 5.32) 岁;文化程度:初中及以下 13 例,高中/中专 19 例,大专及以上 13 例;与患者关系:配偶 17 例,子女 23 例,其他 5 例;患者确诊至入组中位时间 5 (3, 8) d。

观察组 45 例,其中男 19 例,女 26 例;年龄 21~64 岁,平均 (43.08 ± 5.21) 岁;文化程度:初中及以下 12 例,高中/中专 20 例,大专及以上 13 例;与患者关系:配偶 16 例,子女 24 例,其他 5 例;患者确诊至入组中位时间 6 (4, 9) d。

两组家属在年龄、性别、文化程度、与患者关系及确诊至入组时间等基线资料方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2. 干预方法

2.2.1. 对照组

实施科室常规安宁疗护家属服务。内容涵盖:① 疾病与照护知识宣教,包括病情发展规律、终末期症状护理、并发症预防等;② 常规情绪安抚,即对家属的咨询与诉求给予回应与宽慰;③ 健康生活指导,如作息、饮食及一般性放松技巧建议;④ 定期沟通,患者住院期间每周 2 次,患者出院或离世后不再进行主动心理随访,仅按研究方案完成量表测评。

2.2.2. 观察组

在对照组干预基础上,叠加实施辨证中医情志干预与阶段性哀伤疏导方案。干预自患者确诊终末期起启动,持续至患者离世,并延伸至丧亲后 3 个月内的随访支持,确保家属在患者疾病全程及丧亲后关键期获得连续性心理支持。操作人员为经过专项培训的主治医师及主管护师。所有干预人员均完成中医情志护理与哀伤疏导专项培训,经理论考核与情景模拟考核合格后方可参与研究。中医辨证分型参照《中医护理方案技术规范》及《黄帝内经》五志理论,由具有中医护理资质的主管护师结合家属主诉与临床表现进行综合判定,辨证结果经中医科主治医师复核确认。干预方案在中医师及社会工作者指导下执行,同时结合家属个人情况、疾病阶段及病情变化动态灵活调整。

(1) 中医情志辨证干预

以《黄帝内经》“五脏主五志”“情志相胜”理论为核心,依据家属不同情志表现划分证型,实施辨证施护。干预频率为:患者住院期间每日 1 次,每次 20~30 分钟,由培训合格的主管护师面对面实施;

患者出院后居家期间,干预方案由家属在指导下自行操作,研究团队每周通过视频或电话进行 2 次随访指导,评估操作依从性,解答疑问并酌情调整方案。各证型具体干预措施如下。

① 悲忧伤肺证

辨证依据:悲忧为肺志,过度悲忧则肺气耗伤,气机闭塞。家属表现为时常落泪、情绪消沉、精神萎靡、少气懒言、胸闷气短、夜间易醒,舌淡红苔薄白,脉沉细。此类证型多见于长期陪伴、情感依赖较强且对病情进展尤为敏感的配偶家属。

干预原则:以“喜胜忧”为基本治则,借助喜悦、轻松的情志刺激以调畅肺气、疏解郁结。

干预措施:

a. 积极情境引导:干预者以温和亲切的态度,引导家属回忆与患者共同生活中的温馨往事、欢乐时光,鼓励家属以语言或文字形式记录“幸福瞬间”,每日分享 1~2 件正面事件,以激活积极情绪体验。

b. 趣味分享与阅读疗法:每次干预中安排 5~10 分钟,由干预者分享轻松幽默的生活趣闻、励志故事,或提供内容积极向上的散文、短篇读物供家属阅读,转移对悲伤事件的持续关注。

c. 五音疗法:每日安排 15 分钟播放中医养生音乐,以宫调式(如《春江花月夜》《月儿高》)健脾益气、徵调式(如《紫竹调》《喜相逢》)振奋心阳、助喜胜忧。音乐播放时指导家属闭目静坐,配合深长呼吸,以增强身心放松效果。

d. 语言疏导:每日与家属进行 10~15 分钟开放式对话,鼓励其表达内心悲伤,并适时给予共情回应,同时以温和坚定的语言引导家属看到照护过程中的积极意义与价值。

② 肝郁气滞证

辨证依据:肝主疏泄,喜条达而恶抑郁。家属长期情绪压抑、焦虑不安,导致肝气郁结,气机不畅。症见烦躁易怒、心情压抑、胸胁胀满或窜痛、善太息、入睡困难、多梦易惊,舌质偏红苔薄白,脉弦。此类证型多见于长期承受多重压力、性格内向或对疾病控制感缺失明显的家属。

干预原则:疏肝理气、宁心安神,以调畅气机、平复焦躁为核心。

干预措施:

a. 腹式呼吸放松训练:指导家属取舒适坐位或卧位,一手置腹部,一手置胸前。用鼻缓缓吸气,使腹部隆起,然后用口缓缓呼气,腹部内收。呼吸频率控制在 6~8 次/分钟,每次训练 10~15 分钟,每日早晚各 1 次。训练时配合轻声引导语“吸气-放松-呼气-放下”,帮助家属将注意力从纷乱思绪中抽离。

b. 穴位按揉疗法:每日选取太冲、内关、神门、膻中四穴,由干预者或家属自行操作,以拇指指腹按揉,力度以产生酸胀感为度,每穴按揉 2 分钟,合计 10 分钟。其中太冲为肝经原穴,疏肝解郁为主穴;内关宽胸理气、宁心安神;神门为心经原穴,镇静安神;膻中为气会之穴,调畅上焦气机。

c. 情志宣泄引导:鼓励家属以适当方式表达压抑情绪,如书写“情绪日记”记录每日烦躁事件及内心感受,或通过击打软枕、适度运动释放体内积聚的紧张能量。

d. 认知重构辅助:针对家属因病情波动而产生的“灾难化思维”,以客观信息进行安抚与澄清,帮助其建立更为理性、平衡的认知评价。

③ 思虑伤脾证

辨证依据:脾主运化,在志为思,过度思虑则脾气郁结,运化失职。家属表现为过度担忧患者病情、反复纠结治疗决策、茶饭不思、食欲减退、脘腹胀满、大便溏薄、夜卧多梦、晨起疲乏,舌淡胖边有齿痕,苔白腻,脉濡缓。此类证型多见于承担主要照护决策、责任感过强且追求完美的子女家属。

干预原则:移情易性、健脾安神,以疏导过度思虑、恢复脾胃运化为核心。

干预措施:

a. 移情易性法:协助家属科学规划每日作息时间表,明确划分照护时段、个人休息时段与睡眠时段,

避免全天候沉浸于照护与担忧之中。指导家属在休息时段从事简单易行的替代性活动,如聆听舒缓音乐、短时散步、练习书法、园艺操作等,将注意力从反复思虑中转移出来。

b. 语言开导法:干预者以通俗易懂的语言,向家属讲解过度思虑对脾胃功能的负面影响,增强其主动调整认知的动机。针对家属反复纠结的照护决策问题,协助其权衡利弊,减少决策中的自责与不确定性。

c. 健脾安神膳食指导:参照中医食疗原则,建议家属适当增加山药、莲子、茯苓、薏苡仁、大枣等健脾益气之品,避免生冷油腻及难消化食物。提供简易食谱,指导家属在照护患者的同时兼顾自身饮食调养。

d. 渐进性肌肉放松训练:指导家属从手部开始,依次完成“握紧-放松”各肌群,每次15分钟,每日1次,以缓解思虑过度的紧张状态。

④ 心虚惊恐证

辨证依据:心主神明,恐为肾志,大惊卒恐则心神不宁、肾气失固。家属因持续面对死亡威胁而产生强烈恐惧,表现为极度担忧病情突变、心慌、精神高度紧张、坐立不安、夜间易惊醒、噩梦纷纭、怕独处,舌质淡红少苔,脉细数或结代。此类证型多见于目睹病情急转直下或既往有创伤经历、心理韧性较弱的家属。

干预原则:定心安神、益肾镇惊,以消除未知恐惧、稳定心神为核心。

干预措施:

a. 病情透明化沟通:针对家属因信息缺乏或误解而产生的恐惧,由主管医师与干预者共同向家属详细解释患者当前病情阶段、临终过程可能出现的身体变化及其生理机制,消除因未知而放大的恐惧感。强调以上变化均为生命自然转归的正常表现,而非家属照护失当所致。

b. 正向心理暗示与安全感建立:每日干预时以肯定性语言强化家属的照护价值,引导家属关注当下可控之事,而非不可控的结局。为家属提供24小时紧急联络方式,确保其在病情突变时可随时获得专业支持,增强安全感。

c. 定心安神穴位干预:选取神门、内关、心俞、太溪四穴,施以轻柔按揉,每穴2分钟,每日1次。心俞为心之背俞穴,太溪为肾经原穴,二者配合可交通心肾、安神定志。

d. 正念呼吸训练:指导家属在恐惧发作时,采用“数息法”稳定心神——闭目静坐,专注于呼吸出入,从1数至10后循环,持续5~10分钟,以将注意力从灾难性预期中拉回当下。

(2) 阶段性哀伤疏导方案

基于 Worden 的哀伤任务理论及 Rando 的预期性悲伤模型,构建包含认知纠正、情绪宣泄、能力建设及社会支持四维度的结构化疏导流程。干预频率为:患者住院期间每周3次,每次约30~40分钟,由培训合格的社会工作者在私密、安静的咨询室面对面实施;患者出院后调整为每周1次,以视频或电话形式进行,遇病情急剧变化或家属主动求助时增加至每周2次;患者离世后1周内安排1次哀伤随访,此后每2周1次直至丧亲后3个月,旨在评估家属急性哀伤反应及延长哀伤障碍的风险,必要时提供专业转介。各阶段重点根据疾病进程动态调整,具体如下。

① 终末期确诊期(确诊后1~2周)——以认知纠正为核心

阶段特征:家属刚接受终末期诊断,处于震惊-否认-愤怒的情绪波动期,对“终末期”含义缺乏准确理解,常有强烈的不确定感与失控感。

核心目标:建立信任关系,纠正对疾病转归的认知偏差,帮助家属初步接纳现实。

干预内容:

a. 疾病认知教育:用温和、清晰的语言向家属解释“终末期”的医学界定,说明姑息治疗与治愈性

治疗的本质区别,使家属理解安宁疗护的核心目标为“缓解痛苦、提升生活质量”而非“延长濒死过程”。消除家属因“无法治愈”而产生的自责与愧疚心理。

b. 预期性悲伤正常化:向家属说明,在亲人离世前出现悲伤、焦虑、恐惧等情绪是正常且普遍的心理反应,而非“脆弱”或“异常”,帮助家属消除对自身情绪的病耻感,以开放态度接纳内心感受。

c. 照护目标协商:与家属共同明确现阶段照护的核心优先事项,减少因目标模糊带来的决策焦虑。将照护目标具体化为可操作的短期计划,增强家属的掌控感。

d. 初始哀伤风险评估:采用 PG-13 量表基线评估,结合访谈了解家属既往创伤史、社会支持系统及应对方式,识别高危哀伤家属,建立重点干预档案。

② 病情波动期(终末期确诊后至濒死期前,时长因人而异)——以情绪宣泄与照护能力建设为双核心阶段特征:患者病情呈波动性恶化,反复出现感染、疼痛加重、进食困难等事件,家属情绪随病情起伏,照护负荷显著增加,预期性悲伤持续累积。

核心目标:提供规律的情绪宣泄出口,提升家属实际照护能力与自我照顾能力,稳定心理状态。

干预内容:

a. 私密情绪疏导:每次干预预留 15~20 分钟为“自由倾诉时间”,在绝对私密、安静、不被打扰的空间内,干预者以倾听、共情、不评判的态度,鼓励家属充分表达内心的悲伤、愤怒、无助、恐惧等复杂情绪。允许并鼓励家属自然哭泣,不加以制止或劝阻。干预者适时给予情感反映,使家属感受到被理解与接纳。

b. “四道”沟通指导:在适当契机,指导家属逐步与患者进行“道谢、道歉、道爱、道别”四项情感沟通。干预者提供具体话术范例,并协助家属识别适宜的沟通时机。此项沟通的目的并非强迫完成,而是降低家属在患者离世后因“话没说出口”而产生持续心理遗憾。

c. 个体化照护技能培训:根据患者当下最突出的症状(如压疮护理、口腔护理、体位变换、疼痛观察),由干预者或邀请专科护士进行手把手教学,每次重点培训 1~2 项技能。培训时注重将复杂操作分解为简单步骤,制作图文并茂的操作卡片供家属随时查阅。以科学照护替代无效焦虑,以具体行动缓解心理无助感。

d. 自我关怀能力建设:指导家属建立“照护者自我支持计划”,包括:每日必须保障连续 4 小时以上睡眠;每日至少有 30 分钟离开病房或照护环境的独处时间;鼓励家属记录每日“三件好事”,训练积极注意偏向。干预者每周评估家属自我关怀措施的执行情况并给予正向反馈。

e. 阶段性哀伤反应监测:每 2 周复评 PG-13 及 SAS/SDS 评分,追踪家属心理状态变化轨迹。对评分持续升高或下降不明显者,分析原因并调整干预策略。

③ 濒死期(预计生存期 < 1 周)——以“四道”沟通完成为核心,强化临终陪伴支持

阶段特征:患者生命体征趋于不稳定,意识水平下降,进食减少,家属面临亲离世前的最后阶段,哀伤反应达到峰值,同时需应对临终决策。

核心目标:协助家属完成临终陪伴的心理准备,促成有意义的告别,稳定面临丧亲时的心理冲击。

干预内容:

a. 临终过程预告知:由主管医师与干预者共同向家属详细说明濒死期可能出现的身体征象,使家属在目睹这些变化时不至于过度惊慌或误解为“痛苦挣扎”。同时告知家属,即使患者已无言语回应,听觉可能依然保留,鼓励家属在床边继续与患者说话、播放熟悉音乐。

b. 告别仪式协助:协助家属策划并完成具有个人化意义的告别仪式,如整理患者喜爱的物品放置床头、播放患者钟爱的乐曲、全家共同回忆一件温暖往事、家属依次单独与患者道别等。干预者在过程中提供情绪支持,并在必要时协助处理突发情绪崩溃。

c. “四道”沟通扫尾：对尚未完成“四道”沟通的家属，在濒死期给予最后一次推动与支持，强调“即使对方只能听到，也是一个完整的句号”。干预者视情况陪伴在侧，提供心理依托。

d. 临终决策支持：针对家属面临的具体决策困扰，由主管医师客观说明各项措施的获益与负担，干预者协助家属理解决策的伦理基础，减轻家属做决定时的心理压力与后续自责。

e. 即时哀伤支持：患者离世后 24 小时内，安排干预者进行一次床边支持性接触，陪伴家属完成初步告别，协助完成后续事宜，避免家属在突发的“事务洪流”中压抑情绪。

④ 丧亲初期(患者离世后 1 周至 3 个月)——以社会支持强化与哀伤整合为核心

阶段特征：家属进入正式的丧亲哀伤期，可能出现强烈的思念、空虚感、愧疚、社交退缩，是延长哀伤障碍的高发窗口期。此时干预从“主动支持”逐步过渡为“按需支持”。

核心目标：提供过渡性支持，评估延长哀伤风险，协助家属重建生活秩序，实现哀伤的初步整合。

干预内容：

a. 首次哀伤随访(离世后 1 周内)：安排 1 次面对面或视频哀伤访视，评估家属初始哀伤反应。就家属的哀伤表达给予正常化反馈，并发放哀伤自助手册。识别高危哀伤特征，及时启动心理科转介。

b. 持续性哀伤评估(离世后 1 个月、3 个月)：结合 PG-13 量表的定期测评，在随访谈话中深入了解家属哀伤变化轨迹。对 PG-13 评分仍高于 25 分且伴有显著功能损害的家属，经其同意后转介至心理咨询师进行专业干预。

c. 怀念与整合引导：鼓励家属以适合自身的方式处理与逝者的情感联结，如整理照片册、书写回忆录、设立纪念空间等，帮助其从“以身体在场为主”的陪伴关系过渡为“以记忆与意义为主”的持续性联结。干预者引导家属探讨“这段经历让我学到了什么”“患者希望我如何继续生活”等问题，促进哀伤的认知整合。

d. 社会支持网络强化：了解家属当前实际获得的社会支持，协助其识别支持网络中的可利用资源。对支持薄弱者，引导其参与丧亲互助团体，与有类似经历者交流哀伤感受，减少孤独与“无人理解”的体验。

e. 多学科联动转介：根据家属实际需要，联合心理科医师、中医科医师、社工等共同参与，实现个案化综合支持。转介后由研究团队继续跟踪服务衔接情况，确保家属需求得到实质性回应。

f. 干预终止与善别：于丧亲后满 3 个月完成最后一次综合评估，与家属共同回顾干预历程，肯定其应对能力与成长，明确告知未来可按需返回咨询，完成正式善别。

2.3. 观察指标与测评工具

分别于干预启动前(确诊终末期时)、患者离世后 1 个月、3 个月，由经过培训且不知分组情况的研究助理进行量表测评。

(1) 焦虑与抑郁：采用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)。两量表各含 20 个条目，标准分 < 50 分为正常，分数越高症状越重。

(2) 哀伤反应：采用延长哀伤问卷(PG-13)，共 13 个条目，总分 0~52 分，分值越高代表哀伤程度越重[7]。

(3) 生存质量：采用健康调查简表(SF-36)，选取躯体功能、心理功能、社会功能及总体健康 4 个维度。各维度满分 100 分，得分与生活质量呈正相关[8]。

以上量表均采用国内常模验证的中文版本，其在本研究样本中的 Cronbach's α 系数分别为：SAS 0.87，SDS 0.85，PG-13 0.89，SF-36 各维度介于 0.82~0.90 之间，表明量表具有良好内部一致性。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。计量资料先行 Shapiro-Wilk 检验进行正态性分析，均符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。两组间各时点比较采用独立样本 t 检验，组内多时点比较采用重复测量方差分析，两两比较采用 LSD-t 检验。计数资料以例(%)表示，行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义(双侧检验)。

3. 结果

研究期间，对照组 3 例家属因患者离世后失联退出，最终完成 42 例；观察组 2 例因搬迁退出，最终完成 43 例。各组退出者基线资料与完成者比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者从确诊终末期至离世的中位生存时间分别为对照组 42 (28, 65) d，观察组 45 (30, 68) d，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

同时，观察组 43 例完成干预的家属中，共出现 8 例非预期干预反应与适配性问题，占比 18.6%，主要涵盖心理抵触、躯体不适、干预适配不佳三类问题，具体分布：① 5 例家属对“四道”沟通存在明显心理压力，抗拒主动情感表达，强行引导后出现情绪崩溃、悲伤加重情况；② 2 例家属实施穴位按揉、五音疗法后出现轻微躯体不适，表现为头晕、烦躁，干预短期效果不佳；③ 1 例高龄家属居家自主干预依从性极差，自我调节能力薄弱，居家阶段干预效果趋近无效。

3.1. 两组家属不同时点 SAS、SDS 评分比较

干预启动前，两组 SAS、SDS 评分无显著差异($P > 0.05$)。患者离世后 1 个月、3 个月，两组评分均显著低于干预前($P < 0.05$)，且观察组各时点 SAS、SDS 评分均显著低于同期对照组($P < 0.05$)。观察组 3 个月评分显著低于 1 个月($P < 0.05$)，对照组两时点间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of SAS and SDS scores of family members between the two groups at different time-points ($\bar{x} \pm s$, score)

表 1. 两组家属不同时点 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时点	SAS 评分	SDS 评分
对照组	42	干预前(确诊时)	58.67 $\pm$ 6.42	59.43 $\pm$ 6.01
		离世后 1 个月	50.14 $\pm$ 5.83*	51.02 $\pm$ 5.47*
		离世后 3 个月	49.02 $\pm$ 5.61*	50.11 $\pm$ 5.28*
观察组	43	干预前(确诊时)	58.02 $\pm$ 6.28	58.95 $\pm$ 5.88
		离世后 1 个月	43.28 $\pm$ 4.55*#	44.06 $\pm$ 4.82*#
		离世后 3 个月	39.74 $\pm$ 4.21*# Δ	40.58 $\pm$ 4.53*# Δ

注：与本组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与同期对照组比较，# $P < 0.05$ ；与本组离世后 1 个月比较， $\Delta P < 0.05$ 。

3.2. 两组家属不同时点 PG-13 评分比较

干预启动前，两组 PG-13 评分无显著差异($P > 0.05$)。患者离世后 1 个月、3 个月，两组评分均显著降低($P < 0.05$)，且观察组各时点评分均显著低于同期对照组($P < 0.05$)。观察组 3 个月评分显著低于 1 个月($P < 0.05$)，对照组两时点间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

3.3. 两组家属不同时点 SF-36 各维度评分比较

干预启动前，两组 SF-36 各维度评分无显著差异($P > 0.05$)。患者离世后 1 个月、3 个月，两组各维度评分均显著提高($P < 0.05$)，且观察组各时点各维度评分均显著高于同期对照组($P < 0.05$)。观察组 3 个月各维度评分均显著高于 1 个月($P < 0.05$)，对照组两时点间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

Table 2. Comparison of PG-13 scores of family caregivers between the two groups at different time-points ($\bar{x} \pm s$, score)
表 2. 两组家属不同时间点 PG-13 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	干预前(确诊时)	离世后 1 个月	离世后 3 个月
对照组	42	32.45 $\pm$ 4.38	24.86 $\pm$ 3.92*	23.91 $\pm$ 3.75*
观察组	43	32.02 $\pm$ 4.41	17.95 $\pm$ 3.34*#	14.72 $\pm$ 3.01*# Δ

注：与本组干预前比较，*P < 0.05；与同期对照组比较，#P < 0.05；与本组离世后 1 个月比较， Δ P < 0.05。

Table 3. Comparison of scores in each dimension of the SF-36 among family caregivers between the two groups at different time-points ($\bar{x} \pm s$, score)
表 3. 两组家属不同时间点 SF-36 各维度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

维度	组别	例数	干预前(确诊时)	离世后 1 个月	离世后 3 个月
躯体功能	对照组	42	62.18 $\pm$ 7.08	67.43 $\pm$ 6.72*	68.02 $\pm$ 6.55*
	观察组	43	62.33 $\pm$ 7.15	75.86 $\pm$ 6.31*#	79.12 $\pm$ 5.98*# Δ
心理功能	对照组	42	58.95 $\pm$ 6.71	64.28 $\pm$ 6.42*	65.01 $\pm$ 6.28*
	观察组	43	59.02 $\pm$ 6.68	73.56 $\pm$ 5.94*#	77.83 $\pm$ 5.62*# Δ
社会功能	对照组	42	60.12 $\pm$ 6.43	65.38 $\pm$ 6.21*	66.14 $\pm$ 6.05*
	观察组	43	60.28 $\pm$ 6.38	73.21 $\pm$ 5.82*#	76.95 $\pm$ 5.54*# Δ
总体健康	对照组	42	61.22 $\pm$ 6.91	66.82 $\pm$ 6.52*	67.51 $\pm$ 6.38*
	观察组	43	61.18 $\pm$ 6.85	75.02 $\pm$ 6.20*#	79.44 $\pm$ 5.86*# Δ

注：与本组干预前比较，*P < 0.05；与同期对照组比较，#P < 0.05；与本组离世后 1 个月比较， Δ P < 0.05。

4. 讨论

4.1. 对肿瘤陪护家属实施连续性心理干预的必要性

晚期肿瘤患者病情不可逆，家属在承担繁重照护任务的同时，承受着巨大的心理压力和预期性悲伤，是心理问题的高危群体。研究显示，超过 70%的晚期肿瘤家属存在不同程度的焦虑、抑郁症状[9]得关注的是，家属的哀伤反应并非始于患者离世之后，而是在确诊终末期即已启动，且随着病情进展逐渐加重。患者离世后的 3~6 个月是急性哀伤期，也是慢性哀伤障碍的高发窗口。然而，当前临床工作重心多聚焦于患者本身，对家属的心理需求关注不足，且干预大多止于患者离世，导致家属在丧亲后最需要心理支持的阶段出现“服务空窗”[7]因此，构建一套从终末期确诊延续至丧亲后关键期的连续性家属心理支持方案，对于提升安宁疗护整体质量具有重要意义，这也符合多学科协作的现代照护理念。

4.2. 中医情志干预在终末期全程中的应用效果与非预期适配问题

中医理论认为，情志活动与五脏功能密切相关，长期的情志失调可导致脏腑气机紊乱，是引发多种身心疾病的病机关键[10]晚期肿瘤家属长期处于“忧、思、恐”等负性情绪中，极易导致肝气郁结、肺气失宣、心神失养等病理状态，且随着患者病情恶化及离世，情志损伤呈动态演变。本研究依据“辨证施护”原则，将家属分为悲忧伤肺、肝郁气滞、思虑伤脾、心虚惊恐四型，针对性地运用情志相胜、五音疗法、穴位按揉、移情易性、正念呼吸等非药物疗法，并根据住院与居家不同场景灵活调整实施方式。

本研究结果显示，观察组家属 SAS、SDS 评分随干预时程延长持续降低，心理状态改善效果显著优于对照组，证实中医情志干预可有效调节家属脏腑气血功能，提升自我情绪调节能力。但在干预实施过

程中,发现存在部分非预期问题与阴性效果,体现了方案的适配性短板:其一,个体化耐受度差异导致干预效果分化,2例肝郁气滞、心虚惊恐型家属对穴位按揉、五音疗法耐受度较低,按揉穴位后出现酸胀不适、头晕烦躁等轻微躯体反应,五音疗法的舒缓效果未达预期,短期内反而加重烦躁情绪,干预有效性受限;其二,居家干预依从性差异影响疗效,部分高龄、文化程度较低的家属,无法规范完成自主呼吸训练、情志调节等干预操作,居家阶段干预效果大幅弱化,无法延续住院期间的改善效果;其三,“喜胜忧”干预原则对重度悲伤家属适配性不足,部分长期重度悲伤家属,被动接受正向情境引导、趣味分享后,无法产生积极情绪共鸣,反而因刻意强迫自身“乐观”产生心理负担,悲伤情绪缓解效果不佳。

4.3. 全程化哀伤疏导的远期效果与实施阻力分析

本研究构建的四阶段全程化哀伤疏导方案,有效打破了传统短期干预的局限性,从认知、情绪、行为多维度阻断家属预期性悲伤向慢性哀伤转化,观察组丧亲后3个月哀伤评分持续下降,证实了方案的远期干预价值。但研究过程中暴露的非预期心理问题与实施阻力,是既往同类研究较少提及的关键短板,也是方案优化的核心方向。

“四道”沟通干预的心理压力风险核心非预期问题集中于:本研究中5例家属(11.6%)对四道沟通存在明显心理抵触,此类家属多为情感细腻、对患者极度依赖的配偶及子女,在患者病情波动、身心疲惫的状态下,主动开展“道谢、道歉、道爱、道别”的情感沟通,会强化其对“亲人即将离世”的死亡认知,加重心理压迫感。部分家属在干预者引导沟通后,出现情绪剧烈崩溃、持续哭泣、失眠加重等情况,短期哀伤反应显著加剧,未达到疏导效果。此类问题的核心原因在于,标准化四道沟通干预未充分匹配家属即时心理状态,对心理韧性薄弱的家属而言,主动告别式沟通属于二次心理创伤,而非情绪疏导。

此外,濒死期高强度干预存在边际效应递减问题:患者濒死期家属身心负荷达到峰值,同时面临临终决策、陪伴、事务筹备等多重压力,此时密集的哀伤疏导、告别仪式指导等干预内容,会增加家属的事务性与心理负担,导致部分家属出现敷衍配合、抗拒干预的情况,干预效果大打折扣。同时,少数家属存在哀伤干预“过度干预”问题,本身心理韧性较好、哀伤反应轻微,规律性的量表测评与访谈疏导反而使其反复聚焦负面情绪,不利于自然哀伤修复。

4.4. 联合干预的协同增效与持续效应与整体局限性

本研究结果证实,中医情志干预联合系统化哀伤疏导可实现“内外兼修、身心同治”的协同效果,中医干预从脏腑气机层面调节身心状态,哀伤疏导从认知行为层面修正负性情绪,全程连续性干预填补了丧亲后服务空窗,使观察组家属心理状态、哀伤程度及生存质量实现持续改善[8],显著优于常规干预模式。

普适性局限与实施短板但结合干预过程中的非预期问题可见,该联合干预方案存在明显的:一是干预方案标准化有余、个性化不足,未根据家属心理韧性、性格特征、哀伤程度分级干预,对高危敏感人群易产生负面效果,对低风险人群存在过度干预;二是中西医干预融合度不足,中医辨证干预与哀伤疏导多为并行实施,未根据家属情志证型匹配对应的哀伤疏导方式,如忧伤伤肺证家属适配温和的情绪接纳疏导,而非四道主动沟通,导致部分干预措施适配错位;三是长时程干预存在疲劳效应,从终末期确诊至丧亲后3个月的持续干预,易使家属产生干预疲劳,后期随访与自主干预依从性下降,间接影响干预效果。

4.5. 本研究的特色与创新

本研究的特色与创新主要体现在以下四个方面:①在干预理念上,首次将中医“辨证调气”理论与

现代哀伤辅导理论进行系统性融合,构建了“脏腑-情志-认知-行为”四维干预框架,实现中西医干预的有机结合;②在干预时程上,突破既往研究止于患者住院或离世的局限,实现从终末期确诊至丧亲后3个月的全过程连续覆盖,精准填补家属心理支持的“服务空窗”;③在研究视角上,区别于多数研究仅报道阳性疗效的单一视角,系统梳理联合干预实施中的非预期反应、适配性缺陷与临床实施阻力,纳入阴性研究结果,让研究结论更客观、真实,为方案精细化优化提供实证支撑;④在干预模式上,方案模块化、操作标准化,兼顾院内专业干预与居家自主养护,无需特殊医疗设备,适配基层中医机构的服务场景与运营条件,可复制性与推广性较强。

4.6. 研究局限性与展望

本研究存在以下局限性:①为单中心小样本研究,且未进行事先样本量估算,统计检验效能有限,结论外推需谨慎;②由于干预方案涉及多种非药物疗法,难以对干预实施者及受试者设盲,可能存在一定偏倚;③丧亲后随访期间,家属可能因哀伤反应而拒绝测评,存在一定的失访偏倚;④未能对家属进行中医体质分型,以进一步精细化匹配干预策略。后续研究拟联合多家医养机构开展多中心随机对照试验,延长随访至丧亲后6~12个月,并引入家属中医体质辨识,探索更为精准、个性化的全程干预方案,以形成可复制、可推广的中医特色安宁疗护家属心理支持规范。

5. 结论

从终末期确诊即启动的中医情志干预联合系统化哀伤疏导方案,能持续有效地缓解晚期肿瘤陪护家属的焦虑、抑郁及预期性哀伤,并在患者离世后3个月内呈现持续改善趋势(SAS由确诊时的58.02分降至丧亲后3个月的39.74分,降幅31.5%;PG-13由32.02分降至14.72分,降幅54.0%),显著提升其生存质量(SF-36各维度提升幅度13.7~18.3分)。该方案实现“中西医融合、全过程覆盖”,操作规范、安全可行,为基层中医医院构建连续性、全过程的安宁疗护家属心理支持体系提供了可借鉴的实践路径。

基金项目

广西自然科学基金项目面上项目,项目名称:主动健康服务体系下缓和医疗多学科服务人员组成模式和服务能力评价体系构建的基础研究(2025GXNSFAA069432)。

参考文献

- [1] 沈春彤,刘风侠,徐会霞,等.晚期癌症患者家庭照顾者预期性悲伤体验质性研究的Meta整合[J].护士进修杂志,2026,41(13):1420-1428.
- [2] 中华护理学会安宁疗护专业委员会,郭俊晨,谌永毅,等.成人安宁疗护患者多学科共同照护管理专家共识[J].中华护理杂志,2026,61(1):53-56.
- [3] 高鸿燕,林娇,汤忠秀.哀伤辅导对恶性肿瘤终末期患者家属知觉压力及负性情绪的影响[J].中国临床护理,2023,15(4):229-232.
- [4] 周群英,郁玲,乐丽,等.情志护理对恶性肿瘤患者负性情绪及生活质量的影响[J].光明中医,2022,37(18):3419-3421.
- [5] 张永杰,王东阳,王雪燕.正念减压疗法联合中医情志护理对胃肠道癌术后患者知觉压力及遵医行为的影响[J].中医药临床杂志,2024,36(5):978-982.
- [6] 许林子.安宁疗护病房中丧亲哀伤干预的启示[J].叙事医学,2022,5(4):249-254,296.
- [7] 谢芳.基于家属视角的安宁疗护服务对患者死亡质量和家属哀伤认知影响的研究[D]:[硕士学位论文].长沙:中南大学,2023.
- [8] 杨宇飞,唐丽丽,孙凌云,等.早中期结直肠癌根治术后中西医结合心理康复干预指南[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(21):10-23.

- [9] 李月娟. 国内外预期性悲伤测评量表的研究进展[J]. 智慧健康, 2022, 8(34): 63-66.
- [10] 朱光海, 杨品华, 刘明, 等. “以喜胜忧”情志相胜疗法与癌症相关性抑郁[J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(2): 191-193.