

文獻綜述 Literature Review

收稿日期：2026-01-14

接受日期：2026-06-25

癌症患者家庭照顧者預期性悲傷體驗的 Meta 整合

袁祥^{1,2} 陳莉^{1,2} 張慧琳^{3*} 覃祖明³ 張曉可³ 劉亮³ 蘇思予³ 鄭子涵³

【摘要】 目的：系統評價癌症患者家庭照顧者預期性悲傷體驗的質性研究，為更好地優化照護體驗提供依據。方法：檢索 Embase、Pubmed、Web of Science、CINAHL、PsyINFO、中國知網、萬方數據庫、中國生物醫學文獻資料庫和維普資料庫共 8 個數據庫，檢索關於癌症患者家庭照顧者對預期性悲傷體驗的質性研究，檢索時限為建庫至 2026 年 4 月。採用澳大利亞 JBI 循證衛生保健中心（2016）質性研究品質評價標準對文獻進行方法學評估，並運用 Meta 整合方法對研究結果進行歸納與整合。結果：共納入 10 篇文獻，提煉出 34 個研究結果，形成 7 個類別，並綜合為 2 個整合結果：① 預期性悲傷的負性體驗感知；② 預期性悲傷的應對與需求。結論：癌症患者家庭照顧者的預期性悲傷體驗具有消極的特點，且存在亟需外部支持和應對的情況。需要醫院、社區和政府應共同關注並減輕其悲傷負擔，從而提升其照護品質。

【關鍵詞】 癌症 家庭照顧者 預期性悲傷 質性研究 Meta 整合

Anticipatory Grief Experiences in Family Caregivers of Cancer Patients:
A Meta-SynthesisXiang Yuan^{1,2} Li Chen^{1,2} Huilin Zhang^{3*} Zuming Qin³ Xiaoke Zhang³ Liang Liu³ Siyu Su³ Zihan Zheng³

[Abstract] Objective: To systematically evaluate qualitative studies on the anticipatory grief experience of family caregivers of cancer patients, providing a basis for better optimizing the care experience. Method: A total of 8 databases, namely Embase, Pubmed, Web of Science, CINAHL, PsyINFO, CNKI, Wanfang Data Database, China Biomedical Literature Database and VIP Database, were searched for qualitative studies on the anticipatory grief experience of family caregivers of cancer patients. The retrieval time limit was from the establishment of the databases to April 2026. The methodological assessment of the literature was conducted using the qualitative research quality evaluation criteria of the Australian JBI Evidence-Based Healthcare Centre (2016), and the Meta-integration method was employed to summarize and integrate the research results. Results: A total of 10 studies were included, 34 research results were extracted, and 7 categories were formed, which were then combined into 2 integrated results: ① Negative experiences of anticipatory grief; ② Coping and needs for anticipatory grief. Conclusion: The anticipatory grief experience of family caregivers of cancer patients is characterized by negativity, and urgently require external support and response. Hospitals, communities and the government should jointly pay attention to and alleviate their burden of grief, thereby improving the quality of their care.

[Key Words] cancer family caregivers anticipatory grief qualitative research meta-synthesis

* 通訊作者 Corresponding author: zhanghuilin3477@csu.edu.cn

¹ 澳門鏡湖護理學院 Kiang Wu Nursing College of Macau

² 湖南師範大學護理學院 School of Nursing, Hunan Normal University, Hunan, China

³ 中南大學湘雅二醫院臨床護理教研室 Department of Clinical Nursing, The Second Xiangya Hospital of Central South University, Hunan, China

1 前言

癌症是全球重大的公共衛生問題之一，該疾病在對患者造成身心痛苦的同時，也使其家庭照顧者在照護過程中經歷預期性悲傷（Anticipatory Grief, AG）（Bray et al., 2024）。AG 最初由 Lindemann 於 1944 年提出，指個體在面臨實際喪失前所出現的悲傷、哀悼、焦慮等悲傷反應（Lindemann, 1994）。在本研究背景下，AG 被定義為癌症患者家庭照顧者在患者離世前，因預感到即將發生的喪失而出現的一系列情感、認知與行為反應，這種悲傷反應與照護壓力相互交織，共同對家庭照顧者的身心健康造成嚴重負擔（黃維奇等，2025；劉玲等，2021）。研究表明，癌症患者的照顧經歷不僅容易引發疲勞等軀體症狀，還會造成情緒失調等心理問題（Lung et al., 2022）。此外，還可能由於醫療費用過多導致的經濟壓力，也增加了家庭照顧者對未來生活的焦慮感（Lung et al., 2022；Yang et al., 2025）。處於 AG 中的家庭照顧者，不僅難以在繁重的照護中得到他人共情，而且普遍面臨社交孤獨感風險（Beng et al., 2021；Duplantier & Williamson, 2023）。若缺乏及時干預，AG 可能發展為複雜性悲傷，顯著提升癌症患者家庭照顧者的身心健康風險，這凸顯了構建癌症患者家庭照顧者 AG 支持性干預的緊迫性（侯富文等，2025）。

值得注意的是，AG 體驗深深嵌入特定的社會文化脈絡之中。不同文化背景下，家庭照顧者對死亡的態度、悲傷的表達方式以及求助行為存在顯著差異。在強調集體主義和家庭倫理的東方文化中，照顧者往往傾向於壓抑自身情緒，以避免給患者增添心理負擔，並認為「隱忍」是一種責任與美德；而在強調個人主義的西方文化中，照顧者則更傾向於公開表達悲傷並主動尋求外部支持。此外，不同文化對「面子」的關注程度、對臨終關懷的接受度以及對專業心理支持的信任度，均可能深刻影響照顧者的 AG 體驗及其應對方式。

儘管目前已有部分質性研究探討癌症患者家庭照顧者的 AG 體驗，但現有研究多聚焦於特定癌種、特定家庭照顧者角色或特定文化背景，缺乏對不同情境下 AG 體驗的系統整合。此外，單一研究在樣本數量、樣本選擇、內容設計等方面存在一定的

侷限性。因此，本研究採用 Meta 整合的方法，系統檢索並整合相關質性研究，以期更全面、深入地探討癌症患者家庭照顧者 AG 的體驗內涵，為今後制定癌症患者家庭照顧者 AG 體驗的護理措施提供參考。

2 資料與方法

2.1 文獻檢索策略

系統檢索 Embase、Pubmed、Web of Science、CINAHL、PsyINFO、中國知網、萬方資料庫、中國生物醫學文獻資料庫、維普資料庫，收集與癌症患者家庭照顧者 AG 經歷有關的質性研究及混合性研究，檢索時限為建庫至 2026 年 4 月。中文檢索詞為「癌症 / 腫瘤 / 終末期腫瘤 / 腫瘤晚期 / 臨終 / 安寧療護」、「家屬 / 家庭 / 家庭照顧者 / 照顧者 / 主要照顧者 / 配偶 / 子女」、「預期性悲傷 / 預期性悲哀 / 預感性悲傷 / 悲傷 / 悲哀」、「質性研究 / 現象學研究 / 紮根理論研究 / 民族誌研究 / 敘事研究 / 詮釋 / 定性研究」。英文檢索詞為“palliative / hospice / end of life / terminal / cancer / late stage / final days / neoplasm / oncology / tumor / malignancy”, “family caregivers / family member / spouses / adult children / relatives / family”, “premature mourning / anticipatory grief / grief”, “phenomenon / ethnography / hermeneutics / interview / thematic analysis / focus groups / content analysis / qualitative research / qualitative study / grounded theory study / historic research / historic study / narrative research / narrative study / descriptive qualitative research / descriptive qualitative study”。以 Pubmed 為例，檢索策略見圖 1。本研究已在 PROSPERO 平臺完成註冊，註冊號為 CRD420251186197。

```
#1 "Neoplasms"[MeSH Terms] OR "Palliative"[Title/Abstract] OR "hospice"[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract] OR "terminal"[Title/Abstract] OR "cancer"[Title/Abstract] OR "late stage"[Title/Abstract] OR "final days"[Title/Abstract] OR "neoplasm"[Title/Abstract] OR "oncology"[Title/Abstract] OR "tumor"[Title/Abstract] OR "malignancy"[Title/Abstract]
#2 "family caregivers"[Title/Abstract] OR "family member"[Title/Abstract] OR "spouses"[Title/Abstract] OR "adult children"[Title/Abstract] OR "relatives"[Title/Abstract] OR "Family"[MeSH Terms]
#3 "premature mourning"[Title/Abstract] OR "anticipatory grief"[Title/Abstract] OR "Grief"[MeSH Terms]
#4 "phenomenon"[Title/Abstract] OR "ethnography"[Title/Abstract] OR "hermeneutics"[Title/Abstract] OR "interview"[Title/Abstract] OR "thematic analysis"[Title/Abstract] OR "focus groups"[Title/Abstract] OR "content analysis"[Title/Abstract] OR "Qualitative Research"[Title/Abstract] OR "qualitative study"[Title/Abstract] OR "grounded theory study"[Title/Abstract] OR "historic research"[Title/Abstract] OR "historic study"[Title/Abstract] OR "narrative research"[Title/Abstract] OR "narrative study"[Title/Abstract] OR "descriptive qualitative research"[Title/Abstract] OR "descriptive qualitative study"[Title/Abstract] OR "Qualitative Research"[MeSH Terms]
#5 #1 AND #2 AND #3 AND #4
```

圖 1 文獻檢索策略圖

2.2 文獻納入與排除標準

納入標準：① 研究對象為癌症患者的家庭照顧者，即與患者有親屬關係、在患者患病期間提供任何形式的照護的成年人（年齡 ≥ 18 歲）；② 感興趣的現象為 AG 的體驗；③ 情景為患者被診斷為癌症（不限分期）；④ 研究方法包括現象學研究、描述性質性研究、扎根理論研究、民族誌等質性研究；⑤ 研究類型為質性研究或包含質性描述的混合性研究。排除標準：① 非中、英文文獻；② 無法獲取全文或數據不全的文獻；③ 重複發表；④ 品質評價為 C 級。

2.3 文獻篩選與資料提取方法

接受過循證研究方法訓練的兩名研究者分別獨立進行文獻檢索。除正式資料庫外，本研究補充檢索灰色文獻，檢索通道包括中國知網學位論文庫和萬方學位論文庫，同時檢索相關學術會議論文與未發表研究，以全面覆蓋相關證據、降低發表偏倚。隨後依次完成查重、閱讀標題與摘要初篩、閱讀全文複篩，並對符合納排標準的文獻進行資料提取。在資料提取過程中，雙方進行交叉核驗；如遇分歧，則邀請第三位研究者共同參與討論，並達成一致。最後，在仔細閱讀全文的基礎上，提取：作者、國家、發表年份、研究方法、研究對象、感興趣的現象以及主要結果等內容（胡雁，2020）。

2.4 文獻的方法學品質評價方法

兩名研究者嚴格遵循澳大利亞喬安娜布裏格斯研究所（Joanna Briggs Institute, JBI）循證衛生保健中心的質性研究品質評價標準，對納入文獻進行獨立評價（Pringle et al., 2011）。評價過程中如果出現分歧，則交由第三名研究者進行裁定（胡雁、彭健、2020）。該標準涵蓋 10 個條目，每個條目均以「是」、「否」、「不清楚」或「不適用」進行判斷。最終品質分級評判標準如下：全部條目為「是」被評為 A 級，表示存在偏倚的可能性最低；部分條目為「是」被評為 B 級，表示存在偏倚的可能性為中等；全部條目均不為「是」被評為 C 級，表示存在偏倚的可能性最高。

2.4 Meta 整合與證據信度評價方法

本研究採用 JBI 循證衛生保健中心推薦的 Meta 整合方法中的彙集性整合對納入文獻的研究結果進行分析與整合（Lockwood et al., 2015）。具體整合步驟包括：（1）結果提取：兩名研究者獨立閱讀納入文獻的「結果」部分，逐句提取原始研究中的主題、子主題及支撐性的參與者原始引文；（2）結果歸類：在充分理解各研究結果內涵的基礎上，將相似或互補的結果進行歸類，形成具有共同特徵的類別。該過程由兩名研究者獨立完成後交叉核對，遇分歧時由第三名研究者協助裁定；（3）整合生成：對形成的類別進行反複比較與抽象提煉，歸納出能夠反映這些類別核心內涵的新整合結果。

採用定性系統評價證據分級工具（Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research, CERQual）對整合結果進行證據信度評價（拜爭剛等、2015）。根據方法學侷限性、相關性、結果一致性及數據充分性共四項指標，將證據信度劃分為高、中、低、極低四個等級。各等級含義如下：「高」代表對於結果真實反映客觀現象具有高度把握；「中」為中等把握；「低」為有限把握；「極低」則表明基本無把握。兩名研究者獨立完成評價，分歧通過團隊討論決定。

3 結果

3.1 文獻篩選結果

本研究初步檢索共獲得 1,851 篇相關文獻，經去重及兩輪篩選後，最終納入 10 篇（中文 3 篇：胡保玲等，2022；賈宇哲等，2024；焦傑等，2021；英文 7 篇：Anngela-Cole & Busch, 2011；Bilić et al., 2022；Chen et al., 2023；Coelho et al., 2020；Hisamatsu et al., 2020；Najafi et al., 2022；Paulsen et al., 2025）。所有入選文獻經品質評價均達到標準，具體篩選流程見圖 2。

3.2 納入文獻的基本特徵和方法學品質評價結果

被納入文獻的基本特徵見表 1，方法學品質評價結果見表 2，所有被納入文獻的品質均為 B 級。

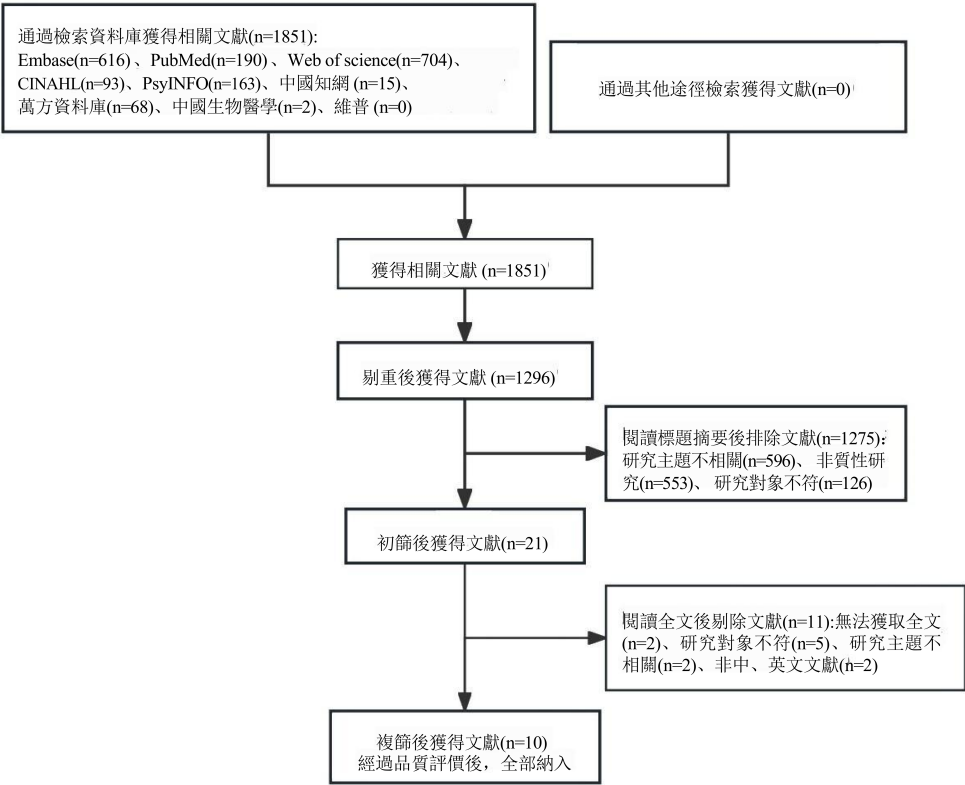


圖 2 文獻篩選流程

表 1 10 篇被納入文獻的基本特徵

納入文獻	國家	研究方法	研究對象	感興趣的現象	主要結果
Anngela-Cole 等 (2011)	美國	現象學研究	56 名家庭照顧者 包括華人 (13 人)、 歐裔美國人 (14 人)、 日本人 (17 人)、 夏威夷原住民 (12 人)	比較四大族群家庭照顧者在 照顧過程中的壓力、預期悲傷 體驗差異	2 個主題： 1. 預期性悲傷焦點的文化差異性； 2. 預期性悲傷應對的文化適應性
Coelho 等 (2020)	葡萄牙	解釋性現象學	26 名晚期癌症患者 家庭照護者	定性探索晚期癌症患者家庭 照護者的預期性悲傷體驗	3 個主題： 1. 創傷性痛苦；2. 分離性痛苦； 3. 情緒調節與失調
Hisamatsu 等 (2020)	日本	解釋性現象學	13 名晚期癌症患者 配偶	探索日本醫院中晚期癌症患者 配偶，從被告知姑息化療終止 到患者喪親期間的真實體驗	6 個主題： 1. 化療終止後的困惑；2. 難以面對 喪親；3. 難以放棄生存希望； 4. 臨終照護的困惑；5. 對患者坦誠 的猶豫；6. 知曉如何與患者共度 餘生
焦傑 等 (2021)	中國	現象學研究	17 名年輕晚期癌症 患者配偶	深入探討年輕晚期癌症患者 配偶預期性悲傷的體驗、應對 方式和需求等	4 個主題： 1. 預期性悲傷的來源；2. 預期性 悲傷的表現；3. 預期性悲傷的應對 方式；4. 核心需求
Bilić 等 (2022)	克羅地亞	解釋性現象學 研究	8 名晚期絕症患者 配偶	深入探究為配偶提供居家姑息 治療的非正式照顧者的預期 悲傷體驗	4 個主題： 1. 共同面對疾病挑戰；2. 壓抑自我 需求與情感；3. 聚焦當下的積極 應對；4. 核心需求與系統不足

Najafi 等 (2022)	伊朗	現象學研究	19 名患有癌症兒童的 母親	從患有危及生命疾病兒童的 母親視角，闡釋預期悲傷的 概念及表現。識別該群體預期 悲傷相關的情緒反應和行為 特徵	2 個主題： 1. 即時情緒反應；2. 延遲情緒反應
胡保玲 等 (2022)	中國	現象學研究	12 名乳腺癌患者的 主要照顧者	深入瞭解乳腺癌患者主要 照顧者在陪伴和照護過程中的 預期性悲傷體驗	3 個主題： 1. 預期性悲傷的情緒表現； 2. 預期性悲傷的應對方式； 3. 核心期待與需求
Chen 等 (2023)	中國臺灣	現象學研究	16 名癌症患者主要照 顧者	探索居家姑息治療患者主要 照顧者的預期悲傷體驗，重點 關注東方文化背景下照顧者 面對死亡的應對方式	4 個主題： 1. 生命本質的意義與呈現； 2. 應對死亡的藝術；3. 死亡的 領悟與饋贈；4. 情緒的適應、 應對與控制
賈宇哲 等 (2024)	中國	現象學研究	11 名晚期癌症患者的 家庭照護者	探索晚期癌症患者家庭照護者 預期性悲傷的多層面影響因素	3 個主題： 1. 個體層面影響因素；2. 人際 層面影響因素；3. 文化政策層面 影響因素
Paulsen 等 (2025)	丹麥	現象學研究	15 名晚期癌症患者的 親屬	探索晚期癌症患者親屬的預期 悲傷體驗，以及他們感知到的 支持需求	3 個主題： 1. 處於矛盾的等待狀態；2. 疾病 期間對喘息的複雜需求；3. 個性 化資訊與連續性照護的重要性

表 2 10 篇被納入文獻的方法學品質評價

納入文獻	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	品質等級
Anngela-Cole 等 (2011)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Coelho 等 (2020)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Hisamatsu 等 (2020)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
焦傑 等 (2021)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Bilić 等 (2022)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Najafi 等 (2022)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
胡保玲 等 (2022)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Chen 等 (2023)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
賈宇哲 等 (2024)	是	是	是	是	是	否	否	是	是	是	B
Paulsen 等 (2025)	是	是	是	否	是	否	否	是	是	是	B

注：① 哲學基礎與方法學是否一致；② 方法學與研究問題或研究目標是否一致；③ 方法學與資料收集方法是否一致；④ 方法學與資料的代表性和典型性及資料分析方法是否一致；⑤ 方法學與結果闡釋是否一致；⑥ 是否從文化背景、價值觀的角度說明研究者自身的狀況；⑦ 是否闡述研究者與研究的相互影響；⑧ 研究對象是否具有代表性，是否充分反映其觀點；⑨ 研究是否符合當前倫理規範；⑩ 結論的得出是否源於對資料的分析和闡釋。

3.3 Meta 整合結果及證據信度級別

本研究共提煉出 34 個初步結果，進一步歸納與綜合後，形成 7 個類別和 2 個整合結果。採用 CERQual 工具對 7 個類別進行了證據信度評價，結果顯示，在方法學侷限性上，10 篇文獻 JBI 評價均為 B 級（存在中等偏倚風險），故評為「中度侷限性」；在相關性方面，各類別與研究問題均

直接相關，評為「高」；在一致性方面，不同研究對同類別的描述無實質性矛盾，評為「高」；在數據充分性方面，各類別均有 ≥6 篇文獻支撐，資料充分。綜合四項指標，各類別均評為「中」信度（詳見表 3）。這表明本整合結果在反映癌症患者家庭照顧者 AG 體驗的核心方面具有中等的可信度。

表 3 癌症患者家庭照顧者預期性悲傷體驗的 Meta 整合結果及證據信度級別

相關主題	CERQual 信度分級	評級解釋	納入研究
整合結果 1：預期性悲傷的負性體驗感知			
類別 1：情緒體驗消極	中	8 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 7 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）
類別 2：認知體驗受縛	中	10 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 7 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、胡保玲等（2022）、Chen 等（2023）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）
類別 3：軀體體驗不適	中	10 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 7 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、胡保玲等（2022）、Chen 等（2023）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）
整合結果 2：預期性悲傷的應對與需求			
類別 4：個體自主應對	中	9 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 7 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、胡保玲等（2022）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）
類別 5：外部支持應對	中	8 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 7 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、Chen 等（2023）、Paulsen 等（2025）
類別 6：個性化照護指導需求	中	7 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 6 個國家，資料充分。一致性高。	Coelho 等（2020）、Hisamatsu 等（2020）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、Chen 等（2023）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）
類別 7：精神文化需求	中	8 個研究有中度方法學侷限性。研究涵蓋 6 個國家，資料充分。一致性高。	Anngela-Cole 等（2011）、Coelho 等（2020）、焦傑等（2021）、Bilić 等（2022）、Najafi 等（2022）、Chen 等（2023）、賈宇哲等（2024）、Paulsen 等（2025）

3.4 類別 1：預期性悲傷的負性體驗感知

子類別 1：情緒體驗消極。家庭照顧者目睹患者治療痛苦與身體衰退（「看到他受苦，我很難承受。」），感到難以接受。當得知患者疾病進展及

死亡預期時，常常陷入恐懼焦慮（「常常在午夜驚醒，滿身是汗，夢見孩子的葬禮。」）（Najafi et al., 2022；Paulsen et al., 2025）。另外，還因自身照顧疏漏產生內疚自責的情緒（「有時候

會想，是不是我之前沒督促她早點檢查，才耽誤了病情。」）（賈宇哲等，2024）。最後，家庭照顧者還會為了避免加重患者的心理負擔，刻意隱藏自己的負面情緒（「想找個人好好說說心裏的苦，但又怕別人覺得自己矯情，更怕讓患者知道後擔心。」）（焦傑等，2021）。

子類別 2：認知體驗受縛。對待疾病，家庭照顧者初期多否認迴避（「一開始我總覺得醫生診斷錯了，不願相信這是真的。」），在照護過程中也容易陷入「自己僅為照護者」的身份，或陷入「必須完美照護」的陷阱，其自我價值感也隨患者病情與照護效果而波動（「我以前是公司經理，現在卻連基本的護理操作都不熟練，覺得自己很沒用。」）（賈宇哲等，2024；Chen et al., 2023）。最後，隨著患者病情逐漸惡化才被動接受死亡現實（「我們知道等待的是什麼，只是不願承認，直到他連起身都困難，才不得不面對。」）（Paulsen et al., 2025）。對於未來，家庭照顧者原有的規劃，會因治療疾病而中斷，擔憂經濟問題，從而陷入被動等待（「以前總想著攢錢給孩子買房，現在所有錢都花在治療上，未來怎麼過完全不知道。」）部分家庭照顧者通過「來世重逢」的文化信仰來重新詮釋死亡認知，認為（「孩子的痛苦終將結束，我們會在來世再見。」）（胡保玲等，2022；Najafi et al., 2022）。

子類別 3：軀體體驗不適。在睡眠與精力層面，家庭照顧者會因擔憂病情、承擔夜間照護而普遍存在睡眠障礙（「自從他生病，我每天只能睡三四個小時。」），而長期睡眠不足會進一步導致身體精力耗竭（「他需要 24 小時照顧，我根本沒有休息時間，整個人都處於疲憊狀態」）（焦傑等，2021；Chen et al., 2023）。在軀體反應層面，會出現情緒軀體化，具體表現為食慾下降、噁心、腹脹或腹瀉（「我經常腹脹、便秘，醫生說跟情緒緊張有關，但我控制不住擔心，症狀也一直好不了。」），以及頭痛、肩頸腰背痛、肌肉酸痛（「長期幫他翻身、扶他走路，我的腰和肩膀一直疼，晚上躺下都困難」）（賈宇哲等，2024；Bilić et al., 2022）。還因長期焦慮緊張誘發心悸、血壓異常等不適感，且所有軀體症狀隨照護時長增加呈加重趨勢

（「我血壓有時會高到 160，感覺頭暈就吃一段時間的藥物。但如果一擔心他的病情，血壓又會高上去。」）（焦傑等，2021）。

3.5 類別 2：預期性悲傷的應對與需求

子類別 4：個體自主應對。關於自身情緒的調節，家庭照顧者一般通過獨處哭泣（「我不敢在他面前哭，只能等他睡著後偷偷抹眼淚。」）來釋放壓力，甚至勸說自己嘗試接納疾病現實、珍惜當下（「我們知道等待的是什麼，但還是儘量過好每一天，珍惜剩下的時間。」）（Bilić et al., 2022；Paulsen et al., 2025）。另外，家庭照顧者還會通過專注患者的護理操作來分散注意力（「我研究各種營養食譜，每天給他做營養餐，忙起來就沒空想太多。」），或通過體育活動調節狀態（「我在家做保健體操，做完心情能舒暢點。」）（胡保玲等，2022；賈宇哲等，2024）。

子類別 5：外部支持應對。家庭照顧者期望醫護人員關注家庭照顧者的情緒，給予情感關懷（「希望醫護能定期上門評估，不僅看患者，也問問我們的情況。」）（Chen et al., 2023）。在家庭與社交支持上，家庭照顧者依賴親友分擔他們的照護壓力（「他哥哥姐姐會幫忙跑醫院，有時候我顧不過來，他們能搭把手。」），或通過與朋友傾訴和陪伴來獲取情感慰藉（「偶爾跟朋友見面聊聊，感覺心情能輕鬆些。」）；在同伴與群體支持上，家庭照顧者從同伴群體中獲得情感共鳴，減少社交孤獨感（「跟同樣等消息的家屬坐在一起，不用解釋就能互相理解，這種感覺很好。」）（焦傑等，2021；Paulsen et al., 2025）。

子類別 6：個性化照護指導需求。家庭照顧者反感標準化資訊，希望醫護人員結合患者具體情況來解讀患者的病情和治療方案（「我更想知道他這種轉移情況具體該怎麼處理，而不是籠統的癌症護理知識。」），以及提供個性化的病情解釋和照護指導（「牆壁上的營養科普好多看不懂，希望醫護能給更容易懂的指導。」）（Chen et al., 2023；Paulsen et al., 2025）。其次，家庭照顧者因缺乏經驗，希望獲得日常護理指導（「她放療後皮膚瘙癢，希望能有明確的護理指導。」）、終末期症狀管理（「終末期的疼痛管理、呼吸護理知識不足，希望

能獲得系統指導，讓他少些痛苦。」)以及情感溝通(「不知道怎麼跟他聊死亡話題，希望醫護能指導如何進行終末階段的情感溝通。」)等指導(賈宇哲等，2024)。另外，由於患者病情資訊的充足性和準確性會直接影響家庭照顧者的滿意度，希望醫護人員能夠定期主動告知病情，以及提供便捷諮詢通道(「希望擁有專屬醫護聯繫人，不用每次諮詢都找不同的人，重複解釋病情」)(Paulsen et al., 2025)。

子類別 7：精神文化需求。癌症患者的家庭照顧者會通過祈禱和誦經來獲取慰藉(「我會向真主祈禱，希望孩子少些痛苦，信仰讓我沒那麼絕望。」)(Najafi et al., 2022)。在文化習俗上，家庭照顧者會要求臨終護理契合傳統文化(「家裏老人講究『臨終前要穿壽衣』，希望醫護能尊重這個習俗，讓他走得安心。」)(焦傑等，2021)。在生命意義上，家庭照顧者會通過整理照片日記、製作紀念物來保留回憶，最終在悲傷中獲得成長(「我整理了他的照片和日記，每次看都覺得他的生命很有意義，悲傷也輕些。」)(焦傑等，2021)。

4 討論

本研究通過系統整合 10 項質性研究，深入探討了癌症患者家庭照顧者在 AG 過程中的體驗。整合結果表明，家庭照顧者的 AG 體驗是一個同時具有寬度與長度的心理過程，主要體現在體驗具有多方面表現，以及體驗會隨著疾病進展而不斷變化。整合結果還表明，癌症患者家庭照顧者在應對 AG 時需要額外的應對行為和外界支持的需求。這些發現共同揭示了家庭照顧者不僅承受著長期且深厚的情感與軀體負擔，同時也需要積極調動內外資源進行應對，其體驗的複雜性也對現有醫療支持提出了更高的要求。

4.1 負性體驗感知

4.1.1 認知與情緒體驗的交織

本研究發現，家庭照顧者的 AG 體驗呈現出長期且複雜的表現。在認知層面，家庭照顧者普遍從否認、迴避到被動接受的轉變過程，這與 Hunter-Jones 等 (2022) 的研究中描述的「情感動盪」過程相一致，反映了家庭照顧者在認知上接受

「預期性喪失」這一現實的艱難。醫務人員可引入接納與承諾療法，引導家庭照顧者逐步調整對疾病預後的非適應性認知，減少迴避與被動接受，促進其對「預期性喪失」的接受 (Gibson Watt et al., 2023)。在情緒層面，面對患者時，家庭照顧者常常深陷於自身的恐懼、焦慮與內疚之中，卻不得不壓抑這些感受，害怕加重患者的心理負擔，本整合結果中多位受訪者的表述(如「想找個人好好說說心裏的苦，但又怕別人覺得自己矯情。」、「我不敢在他面前哭，只能等他睡著後偷偷抹眼淚。」)，這些敘述共同揭示了一個核心矛盾：家庭照顧者既是患者的主要支持者，自身卻處於嚴重的情感支持缺失狀態。他們在照護過程中不斷付出情感資源，卻很少有機會獲得外界的共情與關懷，甚至主動壓抑自己的悲傷以避免給患者增添負擔，使家庭照顧者成為一種「雙重受害者」。因此，醫務人員應儘早為癌症患者家庭照顧者提供悲傷諮詢，通過專業人員使用適當的心理支持技術或方法，幫助家庭照顧者在合理的時間內處理他們的悲傷，減少其對死亡的恐懼和悲傷 (Lu et al., 2025)。並為家庭照顧者創造安全的情緒宣泄空間，緩解其因情緒抑制導致的「雙重受害者」困境。另外，情緒與認知之間也存在相互作用，家庭照顧者的消極情緒體驗與受縛的認知體驗緊密相連。例如，對疾病歸因的偏差直接導致了自身的內疚自責，而「必須完美照護」的認知陷阱又加劇了對自己的苛刻要求。悲傷階段理論認為，個體在面對死亡時會依次經歷否認、憤怒、協商、抑鬱、接受五個線性階段 (Daniel, 2025)。然而，本研究發現，家庭照顧者的情緒和認知並非呈線性發展，而是在不同階段反複出現、相互強化，並形成一個難以掙脫的負性迴圈。這一發現提示，線性階段模型難以充分解釋照顧者在持續照護壓力下的複雜心理動態。相較之下，家庭系統理論提供了更具解釋力的視角 (Erdem & Safi, 2018)。該理論強調家庭成員之間的情緒相互關聯，個體焦慮會通過家庭情緒系統傳導至其他成員。在本研究背景下，患者的疾病進展與情緒波動會直接觸發照顧者的預期性悲傷反應，而照顧者的壓抑與迴避又反過來影響患者的心理狀態，形成雙向影響的情緒傳導

閉環。此外，意義建構理論也為理解照顧者的認知困境提供了補充視角 (Poquet, 2024)。該理論指出，喪失事件對個體既有生命意義的衝擊是悲傷的核心來源。本整合結果中，照顧者表達的「以前是公司經理，現在連基本護理操作都不熟練。」、「以前總想著攢錢給孩子買房，現在所有錢都花在治療上。」等困惑，正反映了照護角色轉變對自我認同與生命規劃的深層衝擊。因此，護理干預不僅需要情緒疏導，還需從家庭系統層面識別情緒傳導路徑，並協助照顧者重新建構照護經歷的意義。

4.1.2 軀體體驗不適

在軀體層面，長期的睡眠障礙、精力耗竭及各類軀體化症狀，這與Bilić等 (2022) 的研究發現一致。證實了長期照護壓力對家庭照顧者的生理健康會產生實質性損害，揭示了心理壓力向生理症狀轉化的路徑。這一發現與心身醫學的觀點一致，即強烈的心理應激會通過神經—內分泌—免疫網路途徑，從而導致軀體功能紊亂 (Baessler et al., 2020)。這種身、心、社、靈的多維衝擊表明，AG 是一個貫穿整體照護過程、持續存在的健康壓力源，而非僅在患者臨終前出現的短暫反應。因此，醫護人員在癌症患者確診時，也應將家庭照顧者的心理和軀體狀況納入常規評估，在患者後續的整個治療過程中，持續給予關注與照護。並額外提供睡眠指導和正念減壓等干預支持 (Cottingham et al., 2019)。

4.2 應對與需求

4.2.1 個體應對困境

本研究發現，儘管癌症患者家庭照顧者在 AG 過程中展現出一定的內在應對能力，但其可利用的應對資源多依賴自發形成的應對策略，如通過專注於具體照護任務來暫時轉移注意力 (Hunter-Jones et al., 2022)。這種策略雖能在短期內緩解焦慮，但由於缺乏專業引導，往往難以促成對悲傷的根本性調適，長期以來，反而可能強化情感迴避，延遲對喪失的心理適應過程 (Paulsen et al., 2025)。建議醫務人員開發心理教育課程，重點培養家庭照顧者的情緒覺察與調節能力。通過教授認知重構技術，幫助家庭照顧者識別並調整「必須完美照護」等刻板觀念，引導其從被動

迴避轉向積極應對，從而促進其對 AG 的適應 (Sun et al., 2020)。

4.2.2 外部支持不足

在外部支持層面，家庭照顧者明確表達了對專業化、個性化、持續性支持的渴望，而非標準化的通用資訊。這與 Ullrich 等 (2021) 的研究結論相符，即現有的支持服務往往未能精準回應家庭照顧者在照護指導、情感溝通和靈性關懷方面的深層次需求。這提示當前的健康教育模式存在供需錯位。針對上述需求，我們從實施層級，提出以下分類建議：

① 醫院層面：醫院可依託現有資源進行改造，提供個性化資訊支持。例如，在腫瘤科病房或安寧療護病房設立「照護者資訊角」，由責任護士整理並定期更新針對不同癌種、不同治療階段的「一頁紙」照護指南（含飲食、皮膚護理、疼痛觀察、情感溝通建議等）。同時，可組建由護士主導、社工或志願者輔助的「照護者互助小組」，利用病房會議室定期開展 1 小時內的主題活動（如「如何與患者談論病情」、「照顧者自我關懷技巧」），為照顧者提供情感共鳴和同伴支持的安全空間。在服務流程方面，醫療機構應優化服務流程，為晚期癌症患者開設綠色通道，簡化手續辦理，切實減輕家庭照顧者的非必要性負擔。此外，可探索在現有工作流程中嵌入低成本、易推廣的策略。例如，將癌症患者的常規查房由「以患者為中心」擴展為「以家庭為單位」的簡短會談，護士可利用 5-10 分鐘主動詢問照顧者的身心狀態，並提供 1-2 個具體、可操作的指導（如針對患者特定症狀的居家護理技巧、簡短的情緒安撫話術）。這種「微干預」不依賴額外的人力與資金投入，但能有效回應照顧者對「被看見」的情感需求和「具體怎麼做」的資訊需求。運用多學科協作機制，在安寧療護團隊的基礎上，整合心理諮詢師、社工、靈性關懷師等專業力量，建立家庭哀傷多學科支持團隊，通過定期開展家庭會議，共同為家庭照顧者提供醫療決策支持、哀傷輔導和靈性關懷等全方位服務 (韋雙雙等, 2024)。另外，在該需求下，由經過系統培訓的腫瘤護士導航員 (Oncology nurse navigator, ONN) 主導實施尤為關鍵。ONN 可精準

評估家庭照顧者的不同需求，協調從診斷、治療到生命終點的全周期照護。調整低效的診療模式，提供專業的健康教育以及情感支持，確保家庭照顧者及患者獲得連續性、高質量的多維度照護，但這一專科崗位，目前在國內屬於稀缺資源，建議三級腫瘤專科醫院及大型綜合醫院腫瘤科優先設立專職崗位，根據病種特點及患者規模合理配置人力資源，減少由其他護理崗位兼任帶來的服務碎片化問題（閻婷等，2024）。

② 社區層面：可借鑒「旅遊式干預」的理念，即在充滿不確定性的艱難時期，借助家庭旅行所帶來的環境轉換與共同經歷，激發家庭成員內心的積極力量，促進心理與精神的積極轉變（Hunter-Jones et al., 2022）。其核心價值在於為照顧者創造「心理喘息」的機會。社區可承擔照護者「喘息服務」的重要角色，可將其簡化為更易操作的「微喘息」策略：鼓勵社區或志願者為照顧者提供2-3小時的「臨時替班」，讓其有機會獨自外出散步或進行短暫的社交活動；或指導照顧者在居家環境中布置一個「安寧角落」（如放置綠植、家人照片），每日留出15分鐘進行正念呼吸或回憶分享（Hunter-Jones et al., 2020）。這些「微喘息」策略成本較低，不依賴外部旅遊資源，同樣有助於緩解長期照護帶來的身心消耗。建議將「臨時替班」志願服務機制納入社區安寧療護服務體系的探索方向。此外，社區可定期組織由精神科護士或經過培訓的社區護士主導的家庭照顧者支持計劃（黃辛夷，2015），通過支持性團體活動為家庭照顧者提供安全的情感表達空間，促進同伴間的經驗分享與情感共鳴（Samuelsson et al., 2022）。

③ 政府層面：政府應積極推動將家庭照護者支持制度納入醫療衛生政策體系。包括探索設立帶薪照護假期，減輕照顧者因照護工作而面臨的經濟與職業壓力；擴大安寧療護醫保報銷範圍，將必要的心理支持服務納入醫保支付；建立照護者專項補貼制度，對長期承擔居家照護的家庭照顧者給予適當的經濟支持（張愛華等，2025）。

4.3 研究異質性的反思

本研究所納入的10篇文獻在研究對象、研究目的和文化背景上存在一定差異。納入文獻涵蓋了

配偶、成年子女、父母等不同類型的照顧者。不同照顧者與患者的關係親密度和照護角色不同，AG的表現可能有所側重。例如，即將喪子的母親更容易出現「無棺之哀」（Mourning without a coffin）等獨特悲傷表現，而配偶照顧者更關注夫妻情感連結和未來規劃的斷裂（Hisamatsu et al., 2020；Najafi et al., 2022）。但整體來看，本整合的7個類別在各類型照顧者中均有體現，說明AG的核心體驗具有一定共性。在研究目的方面，部分研究以探索體驗為核心（Coelho et al., 2020；Paulsen et al., 2025），另一些則側重於文化比較（Anngela-Cole & Busch, 2011）或影響因素分析（賈宇哲等，2024）。為減少此影響，我們在結果提取時只保留各研究中與AG體驗直接相關的描述，不納入其分析結論或比較結果。在文化背景方面，納入文獻覆蓋了美國、中國（含臺灣）、日本、伊朗、克羅地亞、葡萄牙、丹麥等7個國家或地區。不同文化對死亡和悲傷表達的接受度不同，例如東亞文化更傾向於隱忍和迴避，西方文化則更鼓勵情緒外露。儘管如此，各研究對AG核心維度的描述高度一致，提示這一體驗可能具有跨文化的普適性（焦傑等，2021）。但將整合結果推廣到特定文化群體時，仍需結合具體情境。同時，本研究未在納入標準中明確限定癌症晚期，旨在全面覆蓋疾病全程的AG相關證據。但受現有研究分佈影響，最終納入文獻大多聚焦晚期/終末期患者家屬，提示早中期癌症家庭照顧者的AG質性研究仍較為缺乏。這可能與早中期患者預後不確定性較高、死亡臨近感較弱，而AG的強度隨死亡臨近逐步上升有關（徐琦瑤等，2026）。因此本研究結果主要適用於晚期癌症家庭照顧者。

5 侷限性

本研究一定侷限性：首先，納入的文獻品質評價均為B級，存在中度偏倚風險，所有原始研究均未從文化背景與價值觀角度說明研究者自身狀況，也未闡述研究者與研究的相互影響，這可能削弱結果詮釋的情境透明度，並導致部分研究結論受到研究者預設立場的潛在影響，最終也影響整合結果均為中等信度。因此，在推廣本整合結論時需保持

審慎。未來原始研究應嚴格遵循 JBI 報告規範，強化反思性內容的呈現。其次，納入文獻在研究對象類型、研究目的及文化背景方面存在一定異質性，可能對整合結果的同質性和解釋力產生一定影響。儘管本整合結果在各類別上均獲得多篇文獻支撐且一致性較高，但未來研究仍可針對特定照顧者類型或文化背景開展亞組分析，以進一步細化 AG 的群體特異性。最後，本研究納入的 AG 相關質性研究主要集中在晚期癌症情境下。因此，本研究的整合結果主要反映晚期癌症患者家庭照顧者的體驗，在推論至早中期患者家庭照顧者時應審慎。

6 小結與建議

本研究對 10 篇質性研究進行 Meta 整合，系統梳理了癌症患者家庭照顧者的 AG 體驗。整合結果顯示，照顧者的 AG 體驗主要表現為情緒痛苦、認知困境和軀體不適，其應對以自主調節為主，外部支持明顯不足。基於上述發現，提出以下建議：首先，將照顧者納入常規照護範圍。建議在腫瘤患者確診及治療各階段同步評估家庭照顧者的心理與軀體狀況，日常查房時護士可主動詢問其睡眠、情緒及照護負擔。第二，支持措施需分層次、分對象。不同病程階段和不同家屬角色的需求存在差異，建議醫院和社區根據照顧者的具體情況提供差異化的資訊支持和心理服務。最後，社區與政府應發揮補充支持作用。社區可探索「臨時替班」等微喘息服務，讓照顧者獲得短暫的休息機會；政府層面應推動帶薪照護假期、安寧療護醫保擴面及照護者專項補貼等政策的落地實施。

參考文獻

- 拜爭剛、劉少坤、黃崇斐、常健博、曾憲濤、王琪、靳英輝、陳耀龍、楊克虎（2015）。定性系統評價證據分級工具—CERQual 簡介。《中國循證醫學雜誌》，15（12），1465–1470。
<https://doi.org/10.7507/1672-2531.20150238>
- 胡保玲、李亞玲、張雲（2022）。乳腺癌病人主要照顧者預期性悲傷體驗的質性研究。《全科護理》，20（15），2125–2129。
<https://doi.org/10.12104/j.issn.1674-4748.2022.15.032>
- 胡雁（2020）。如何開展質性研究的系統評價和 Meta 整合。《上海護理》，20（07），1–5。
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1009-8399.2020.07.001>
- 胡雁、彭健（2020）。我國質性研究系統評價和 Meta 整合論文的品質評價。《中國護理管理》，20（04），490–495。
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-1756.2020.04.004>
- 侯富文、馬燕、李洋洋、胡重蝶、康丹丹、趙媛媛（2025）。中晚期消化系統癌症病人家庭照顧者的預期性悲傷及相關因素。《中國心理衛生雜誌》，11，937–942。
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2025.11.02>
- 韋雙雙、遊雪梅、楊莉潔、李繁榮、唐如冰（2024）。臨終患兒父母哀傷輔導的證據總結。《中華護理雜誌》，59（05），540–546。
<https://doi.org/10.3761/j.issn.0254-1769.2024.05.004>
- 徐琦瑤、藍雪芬、許麗娟、曹悅、李敏（2026）。主要照顧者預期性悲傷的概念分析。《心理月刊》，21（01），57–60。
<https://doi.org/10.19738/j.cnki.psy.2026.01.013>
- 閔婷、張培莉、侯曉雅（2024）。腫瘤護士導航員研究現狀。《護理研究》，38（08），1419–1422。
<https://doi.org/10.12102/j.issn.1009-6493.2024.08.019>
- 張愛華、胡紫宜、蔣艷、張欣莉（2025）。基本醫療保險參與安寧療護醫保支付政策評估研究。《中國衛生經濟》，44（09），9–15。
- 黃辛夷（2015）。《晚期癌症患者家屬社會心理支持服務小組計畫書[碩士論文]》。華中師範大學。
- 黃維奇、黃詩穎、李晗琦、鄭冬蘭、劉歡（2025）。癌症患者家庭主要照顧者負擔潛在剖面及相關因素分析。《現代預防醫學》，52（02），297–302。
<http://doi.org/10.20043/j.cnki.MPM.202409047>
- 焦杰、年偉艷、任海玲、羅志芹、張萬敏（2021）。年輕晚期癌症患者配偶預期性悲傷體驗的質性研究。《護士進修雜誌》，36（02），179–184。
<http://doi.org/10.16821/j.cnki.hsjx.2021.02.020>
- 賈宇哲、張廣清、楊曉霖（2024）。敘事醫學語境下癌末患者家庭照護者預期性悲傷影響因素的質性研究。《中國醫學倫理學》，37（06），745–752。
<https://doi.org/10.12026/j.issn.1001-8565.2024.06.19>
- 劉玲、郭香、李瑾瑾、李凱、李雪菲、武江華（2021）。患者家屬預期性悲傷的研究進展。《中國實用護理雜誌》，37（27），2156–2161。
<http://doi.org/10.3760/cma.j.cn211501-20200529-02526>
- Anngela-Cole, L., & Busch, M. (2011). Stress and grief among family caregivers of older adults with cancer: a multicultural comparison from Hawai'i. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7(4), 318-337.
<https://doi.org/10.1080/15524256.2011.623460>
- Baessler, F., Ciprianidis, A., Wagner, F. L., Zafar, A., Kanellopoulos, T., Baumann, T. C., Sandmann, C. L., & Schultz, J. H. (2020). Impact of an educational workshop on psychiatrists' attitude

- towards psychosomatic medicine. *BMC Psychiatry*, 20(1), 6. <http://doi.org/10.1186/s12888-019-2424-9>
- Beng, T., Ying, Y., Xin, C., Jane, L., Lin, D., Khuen, L., Capelle, D., Zainuddin, S., Chin, L., & Loong, L. (2021). The experiences of well-being of family caregivers in palliative care: a qualitative study using thematic analysis. *Progress in Palliative Care*, 29(4), 209-216. <http://doi.org/10.1080/09699260.2021.1872135>
- Bilić, J., Skokandić, L., & Puljak, L. (2022). Anticipatory grief and experience of providing at-home palliative care among informal caregivers of spouses in Croatia: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 199. <http://doi.org/10.1186/s12904-022-01093-1>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <http://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Chen, N. C., Yang, Y. M., & Wu, L. M. (2023). Exploring the Taiwanese anticipatory experience of grief among primary caregivers in palliative home care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 40(2), 136-146. <http://doi.org/10.1177/10499091221096351>
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family caregivers' anticipatory grief: a conceptual framework for understanding its multiple challenges. *Qualitative Health Research*, 30(5), 693-703. <http://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Cottingham, A. H., Beck-Coon, K., Bernat, J. K., Helft, P. R., Schmidt, K., Shields, C. G., Torke, A. M., & Johns, S. A. (2019). Addressing personal barriers to advance care planning: qualitative investigation of a mindfulness-based intervention for adults with cancer and their family caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), 276-285. <http://doi.org/10.1017/S1478951518000354>
- Daniel, T. (2025). The stubborn persistence of Grief Stage Theory. *Omega-Journal of Death and Dying*, 92(1), 341-355. <http://doi.org/10.1177/00302228231184290>
- Duplantier, S. C., & Williamson, F. A. (2023). Barriers and facilitators of health and well-being in informal caregivers of dementia patients: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 25-38. <http://doi.org/10.3390/ijerph20054328>
- Erdem, G., & Safi, O. (2018). The cultural lens approach to Bowen Family Systems Theory: contributions of Family Change Theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10(2), 469-483. <http://doi.org/10.1111/jftr.12258>
- Gibson Watt, T., Gillanders, D., Spiller, J. A., & Finucane, A. M. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: a scoping review. *Palliative Medicine*, 37(8), 1100-1128. <http://doi.org/10.1177/02692163231183101>
- Hisamatsu, M., Shinchii, H., & Tsutsumi, Y. (2020). Experiences of spouses of patients with cancer from the notification of palliative chemotherapy discontinuation to bereavement: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 45(6), 101721. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101721>
- Hunter-Jones, P., Sudbury-Riley, L., Al-Abidin, A., Menzies, L., & Neary, K. (2020). When a child is sick: the role of social tourism in palliative and end-of-life care. *Annals of Tourism Research*, 83(5), 102900. <http://doi.org/10.1016/j.annals.2020.102900>
- Hunter-Jones, P., Sudbury-Riley, L., & Al-Abidin, A. (2022). Understanding the relationship between terminal illness and tourism: an exploratory study. *Tourism Management*, 88(6), 104397. <http://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104397>
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 155-160. <http://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179-187. <http://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lu, H., Xu, W. J., Chen, Y., Zhu, L. Y., Yang, Y. L., Hu, Y. Y., Zhang, Y. J., Cheng, Y., Yang, Y. H., & Wu, R. R. (2025). Effect of grief counseling on psychological distress and negative emotions among family members of patients with terminal tumors. *World Journal of Psychiatry*, 15(10), 110643. <http://doi.org/10.5498/wjp.v15.i10.110643>
- Lung, E., Wan, A., Ankita, A., Baxter, S., Benedet, L., Li, Z., Mirhosseini, M., Mirza, R., Thorpe, K., Vadeboncoeur, C., & Klinger, C. (2022). Informal caregiving for people with life-limiting illness: exploring the knowledge gaps. *Journal of Palliative Care*, 37(2), 233-241. <http://doi.org/10.1177/0825859720984564>
- Najafi, K., Shirinabadi Farahani, A., Rassouli, M., Alavi Majd, H., & Karami, M. (2022). Emotional upheaval, the essence of anticipatory grief in mothers of children with life threatening illnesses: a qualitative study. *BMC Psychology*, 10(1), 196. <http://doi.org/10.1186/s40359-022-00904-7>
- Paulsen, B. T., Kærgaard Johansen, M. L., Lund, S. K., Enggaard, H., & Jørgensen, L. (2025). Anticipatory grief - a neglected phenomenon among relatives of patients with incurable cancer: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 74(3), 102730. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102730>
- Poquet, O. (2024). A shared lens around sensemaking in learning analytics: what activity theory, definition of a situation and affordances can offer. *British Journal of Educational Technology*, 55(4), 1811-1831. <http://doi.org/10.1111/bjet.13435>
- Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E., & Hendry, C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: a discussion and critique. *Nurse Researcher*, 18(3), 20-24. <http://doi.org/10.7748/nr2011.04.18.3.20.c8459>
- Samuelsson, M., Jakobsson, J., Wennick, A., Lydrup, M. L., & Bengtsson, M. (2022). Cancer specialist nurses' experiences of supporting family members of persons diagnosed with colorectal

cancer: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 61(5), 102205.

<http://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102205>

Sun, Y., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Addressing mental health care for the bereaved during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(7), 406-407.

<http://doi.org/10.1111/pcn.13008>

Ullrich, A., Marx, G., Bergelt, C., Benze, G., Zhang, Y., Wowretzko, F., Heine, J., Dickel, L. M., Nauck, F., Bokemeyer, C., & Oechsle, K. (2021). Supportive care needs and service use during palliative care in family caregivers of patients with advanced cancer: a prospective longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1303-1315. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05565-z>

Yang, T., Zhu, Z., Shi, J., Tong, L., Yang, J., Mei, S., & Ren, H. (2025). Association among financial toxicity, depression and fear of cancer recurrence in young breast cancer patient-family caregiver dyads: an actor-partner interdependence mediation model. *BMC Psychiatry*, 25(1), 97.

<http://doi.org/10.1186/s12888-025-06546-4>