

道別、後事、悲傷輔導：家屬接下來該怎麼走

Bereavement after cancer: farewell, funeral, and grief support

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/12 · 最後更新：2026/05/12 · 審稿：林協霆 (2026/05/12) · 主題：親人過世後的悲傷與調適 (Bereavement after death of loved one)

DOI: 10.5281/zenodo.20131192 · 此版本 10.5281/zenodo.20131193 · <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/bereavement-support-after-cancer/>

摘要 · ABSTRACT

親人因癌過世後，家屬會經歷急性悲傷（數週）→ 整合性悲傷（數月）→ 重組階段（≥1年）。多數人可自然調適，但 10–15% 進展為「複雜性悲傷症（prolonged grief disorder）」，需專業協助。本文整理悲傷的階段、什麼是「正常」、何時該找心理腫瘤門診或身心科。

親人因癌過世後，家屬會經歷急性悲傷 → 整合性悲傷 → 重組階段。 多數人可自然調適，但 10–15% 進展為複雜性悲傷症（PGD），需專業協助。本文整理悲傷的真實樣貌（不是線性五階段）、急性期該做的實際事務（死亡證明、告別式、保險理賠）、家中孩童的悲傷處理、何時該找心理腫瘤或身心科、台灣可用的支持資源。

閱讀對象

本文設定讀者為剛失去親人的家屬，以及第一線醫療同仁、社工師、安寧團隊衛教輔助。實際個案的悲傷處理請依個人與專業判斷；本文不取代心理諮商。



悲傷不是「五階段」線性

Kübler-Ross 五階段（否認 → 憤怒 → 討價 → 憂鬱 → 接受） 是 1960 年代提出的模型，現代研究已修正：

過去	現代
線性五階段	多種情緒交織，非依序
每個人都會經歷	個人差異極大
「沒有經過某階段 = 不健康」	個別差異即是常態
「完成所有階段 = 結束」	悲傷會「整合」，不會「結束」

現代悲傷模型：三階段重疊

階段	時間	特徵
急性悲傷	數天 ~ 數週	震驚、否認、麻木、強烈思念、失眠、無食慾、無法專注
整合性悲傷	數月	強度下降、回日常但仍有「思念波浪」
重組階段	≥ 1 年	建立新生活模式、保留內心連結但不阻礙生活

Dual Process Model (Stroebe & Schut)：哀悼者在「失落焦點」與「重建焦點」之間擺盪——不需要一直「沉浸在悲傷」才是健康。

急性期該做的實際事務

死亡發生後 24 小時內

- 由主治醫師或安寧居家醫師開立死亡證明
- 聯絡禮儀公司（多數醫院有合作名單）
- 通知近親
- 居家過世：通知地方衛生所

第 1 週

- 告別式安排（殯儀館或自宅）
- 戶政事務所辦理除戶
- 申請殯葬補助（部分縣市）
- 重要文件整理（遺囑、保險、銀行、不動產）
- 公司請喪假（多數 5-7 天）

第 1 個月

- 商業保險理賠申請
- 銀行戶頭、遺產處理
- 繼承程序（國稅局申報遺產稅）
- 處理遺物（保留有紀念價值的物品；其他依個人步調）
- 重大決定建議延後（賣房、搬家、辭職、再婚）

3-6 個月

- 接受「新常態」
- 規律作息、運動、社交
- 注意自身健康（憂鬱、睡眠、酒精）
- 必要時尋求專業協助

商業保險理賠

險種	文件
壽險	死亡證明 + 保單 + 身分證 + 受益人帳戶
意外險 (若為意外致死)	同上 + 警方相驗 / 事故證明
癌症險	多數已於生前理賠；身故額外給付看保單
重大傷病險	多數已於生前理賠
失能扶助險	死亡時可能有身故給付

注意：(1) 多數保險有 **時效** (一般 2 年內申請)，(2) **多份保單可同時申請**，(3) **理賠款項屬遺產**，依繼承法處理 (壽險受益人有指定者除外)。

複雜性悲傷症 (PGD)

診斷標準 (DSM-5-TR、ICD-11)

過世後 **≥ 12 個月** (兒童 **≥ 6 個月**)，仍出現至少 3 項持續嚴重症狀：

1. 持續強烈思念
2. 強烈情緒痛苦 (憤怒、罪惡感、不相信他離開)
3. 對逝者的執念
4. 失去身份感
5. 困難接受死亡
6. 情感麻木
7. 失去意義感
8. 嚴重孤立感
9. 嚴重影響功能

高風險因子

- 與逝者關係極親密 / 依賴
- 突然 / 意外死亡
- 既往憂鬱或焦慮史
- 缺乏社會支持
- 多重失落同期
- 經濟困難
- 創傷性死亡 (自殺、意外、暴力)

治療

- **複雜性悲傷療法 (Complicated Grief Treatment, CGT)** : 16 週特化心理治療，效果優於 IPT (Shear JAMA 2005)
- **CBT 焦點悲傷**
- **抗憂鬱藥**：若合併憂鬱症
- **支持團體**

何時尋求專業？

症狀	建議
自殺意念 / 自傷	立刻急診或 1995
嚴重失眠、無法工作超過 3 週	身心科
酒精、藥物濫用增加	戒酒門診、心理腫瘤
嚴重憂鬱症狀 (PHQ-9 ≥ 15)	身心科
完全社交退縮	心理腫瘤、社工
6-12 個月後仍嚴重影響生活	心理腫瘤、CGT 治療師
兒童 / 青少年的悲傷處理困難	兒童心理師
既往精神疾病復發	原身心科醫師

兒童的悲傷處理

年齡	表現	處理
< 5 歲	不理解「永久死亡」，重複問「爸爸什麼時候回來」	簡單真實的話、不用「睡著了」「去遠方」這類比喻
6-10 歲	開始理解但仍可能退化 (尿床、黏人)	維持作息、允許表達、回答問題
11-18 歲	可能用憤怒、退縮、學業下滑表現	尊重隱私但不放任孤立、轉介心理師若惡化

關鍵：

- 用真實的語言 (「過世」「死了」)，避免「睡著了」(造成怕睡覺)、「去遠方」(造成等待)
- 強調「不是你的錯」
- 允許參與部分告別儀式 (依年齡)

- 維持規律生活
- 持續說起逝者，保留連結

自我照顧：3 個月內

領域	行動
作息	固定起床時間、規律三餐、適度運動
避免	過量酒精、藥物、衝動消費、重大決定
連結	家人、朋友、支持團體、宗教 / 靈性社群
健康	定期健檢，注意自己被忽略的健康問題
儀式	個人化的紀念方式（祭祀、寫信、種樹）
專業	心理諮商、心理腫瘤門診（不必等到「很糟」）

台灣資源

資源	內容
醫學中心心理腫瘤門診	台大、長庚、北醫、和信、奇美等
身心科 / 精神科	全國
1995 安心專線	24 小時
1925 衛福部安心專線	24 小時
0800-788-995 張老師	心理諮商
殯葬業者合作悲傷輔導	多數禮儀公司有合作
宗教 / 靈性關懷	教會、寺廟、安寧團隊靈關
病友 / 家屬支持團體	各癌症協會、癌症希望基金會
悲傷輔導書籍	Worden《悲傷輔導與悲傷治療》、林綺雲老師相關著作

對「想再做點什麼」的家屬

部分家屬透過下列方式延續意義：

行動	範例
捐贈逝者遺物	醫院假髮捐贈、輔具捐贈
捐款支持研究	癌症研究基金、病友基金會
倡議	公開分享經驗（隱私同意下）、政策推動
參與支持團體	「過來人」角色支持新喪親者
紀念活動	年度紀念、種樹、植物、繪畫

適用對象 / 不適用對象

本文適用

- 剛失去親人的家屬
- 第一線安寧團隊、心理腫瘤、社工師衛教
- 一般民眾學習如何陪伴喪親親友

本文不適用

- 取代心理諮商
- 重度精神疾病的個別處置
- 創傷性死亡（自殺、意外、兇殺）的特殊處置（需專業協助）

風險揭露

悲傷是正常人類經驗，但 **10–15% 需專業介入**。若有自殺意念、自傷、嚴重失能 → **立刻就醫**或 1995。



參考文獻

1. Shear K, et al. **Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial.** *JAMA*. 2005;293(21):2601–2608. [doi:10.1001/jama.293.21.2601](https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601)
2. Stroebe M, Schut H. **The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description.** *Death Stud.* 1999;23(3):197–224. [doi:10.1080/074811899201046](https://doi.org/10.1080/074811899201046)
3. Prigerson HG, et al. **Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11.** *PLoS Med.* 2009;6(8):e1000121. [doi:10.1371/journal.pmed.1000121](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121)
4. Kentish-Barnes N, et al. **Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit.** *Eur Respir J.* 2015;45(5):1341–1352. [doi:10.1183/09031936.00160014](https://doi.org/10.1183/09031936.00160014)
5. Worden JW. **Grief Counseling and Grief Therapy, Fifth Edition.** Springer Publishing Company; 2018.
6. Boelen PA, Smid GE. **Disturbed Grief: Prolonged Grief Disorder and Persistent Complex Bereavement Disorder.** *BMJ.* 2017;357:j2016. [doi:10.1136/bmj.j2016](https://doi.org/10.1136/bmj.j2016)

7. 台灣心理腫瘤醫學學會. 病友與家屬支持資源. tipos.org.tw

引用整理協力：Shear 2005 CGT JAMA、Stroebe-Schut Dual Process、Prigerson 2009 PGD、Worden 悲傷輔導與治療、台灣心理腫瘤學會 (2026/05/12)。LINE 官方帳號 [@927pjtf](https://www.line.me/tw/927pjtf) 接受文章勘誤與衛教提問，**不提供個別診療建議**。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/bereavement-support-after-cancer/>

CITATION 林協靈. 道別、後事、悲傷輔導：家屬接下來該怎麼走. 林協靈 · 臨床筆記. 2026/05/12. doi:10.5281/zenodo.20131192

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。