

广州大学硕士学位论文

整合照护视角下医务社工介入
老年癌痛管理的行动研究

Action Research on Medical Social Workers' Intervention in Elderly Cancer Pain Management from an Integrated Care Perspectivesearch on Administrative and Academic Management of Higher Education

任 毅

学 科 专 业 :	社会工作
研 究 方 向 :	高级社会工作实务
论 文 答 辩 日 期 :	2025年12月30日
指 导 教 师 (签 名) :	
答 辩 委 员 会 主 席 (签 名) :	
答 辩 委 员 会 委 员 (签 名) :	

原创性及学位论文使用授权声明

论文原创性声明内容

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究作出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名：

年 月 日

学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解广州大学有关保留、使用学位论文的规定，即：研究生在校攻读学位期间论文工作的知识产权单位属广州大学。学校有权保留并向国家主管部门或其指定机构送交论文的电子版和纸质版，允许学位论文被检索、查阅和借阅；学校可以公布学位论文的全部或部分内容，可以允许采用影印、缩印、数字化或其他手段保存、汇编学位论文。（保密论文保密期满后，适用本授权书）

本学位论文电子版和纸质版内容完全一致，属于：

☐ 保密，在年解密后适用本授权书。

☐ 不保密。

（请在以上相应方框内打“√”）

学位论文作者签名：

年 月 日

导师签名：

年 月 日

摘要

我国人口老龄化的深化及“健康中国2030”战略的推进，使得医疗资源高度集中的广州面临着庞大的社区老年癌痛照护需求与供给失衡的矛盾。本文基于整合照护视角，具体采用彩虹模型（RMIC）为理论框架，通过行动研究的方法，构建以医务社工为枢纽、整合医护及志愿力量的“1+N”多学科协作模式，讨论该模式对社区老年癌痛患者身心照护质量及服务连续性的影响。

调查发现，当前社区老年癌痛管理的整合照护水平整体偏低。具体表现为衡量照护质量的疼痛控制、心理支持及医患沟通等维度的协同效应均不理想，呈现出“重生理、轻心理”及“医院—社区”服务断链的结构性困境。实务分析发现，基层癌痛照护困难的主要原因在于现有医疗体制内部缺乏有效的跨专业协同机制，病患及家属普遍存在“阿片类药物恐惧”，且医护过分依赖单一的药物完成阵痛治疗，缺乏来自社会心理层面的深层互动与资源链接。

行动研究过程显示，“1+N”协作模式对老年癌痛患者的生存质量存在显著的改善作用。医务社工的专业介入虽无法逆转患者生理机能的衰退，但通过本土化尊严疗法与生命回顾，有效地提供了情感支持与意义重构，使患者实现了心理状态的逆势回升，达成了“身心非线性背离”的积极转归。与此同时，非正式支持网络的结构脆弱，尤其是制度化激励机制的匮乏及传统死亡文化禁忌的影响，也在一定程度上制约了安宁疗护服务在社区层面的深度嵌入，影响了服务模式的可持续性。

研究发现，社区老年癌痛管理具有复杂性与多维性，整合照护视角下的医务社工介入对解决基层照护难题具有较强的解释力与实践效能。研究丰富了资源匮乏情境下本土化安宁疗护模式的研究，并为推动分级诊疗背景下我国基层医疗卫生机构的安宁疗护服务治理提供了理论参考与政策建议。

关键词：整合照护；医务社工；老年癌痛管理；行动研究

ABSTRACT

Amidst deepening aging and the "Healthy China 2030" strategy, Guangzhou faces a supply-demand imbalance in community elderly cancer pain care. Grounded in the Rainbow Model of Integrated Care (RMIC), this study employs action research to construct a "1+N" multidisciplinary collaborative model anchored by medical social workers. It examines the model's impact on holistic care quality and service continuity for elderly patients.

Findings indicate low integrated care levels characterized by poor synergy in pain control and psychosocial support. Structural dilemmas exist, prioritizing physiology over psychology and severing hospital-community links. Practical analysis attributes these challenges to ineffective interprofessional collaboration, widespread "opioidphobia," and an over-reliance on pharmacotherapy, lacking deep psychosocial interaction and resource linkage.

The "1+N" model significantly improves patients' quality of life. While unable to reverse physiological decline, interventions like localized dignity therapy and life review facilitate emotional support and meaning reconstruction, achieving a positive "non-linear body-mind divergence." However, the fragility of informal support networks, lack of institutional incentives, and cultural taboos regarding death constrain the sustainability and deep community embedding of hospice care.

This study confirms the complexity of cancer pain management and the efficacy of medical social worker intervention under an integrated care perspective. It enriches research on localized hospice models in resource-constrained settings and offers theoretical and policy references for hospice care governance in primary healthcare institutions under the tiered diagnosis system.

Keywords: Integrated Care; Medical Social Worker; Elderly Cancer Pain Management; Action Research

目 录

摘 要	3
ABSTRACT	4
1. 绪论	1
1.1. 研究背景	1
1.2. 问题提出	2
1.3. 研究意义	2
1.3.1. 理论意义	2
1.3.2. 实践意义	3
2. 文献综述	4
2.1. 癌痛管理面临协作困境	4
2.1.1. 我国癌痛管理体系存在断链	4
2.1.2. 制约社区癌痛管理的两大障碍	5
2.2. 整合照护模型的本土化使用	6
2.2.1. 整合照护的发展历程	6
2.2.2. 适用于中国初级医疗体系的彩虹模型	7
2.3. 癌痛管理中医务社工的角色重塑	8
2.3.1. 社工介入癌痛管理的优势	8
2.3.2. 在实务中重塑医务社工的角色	9
2.4. 文献评述	10
3. 理论框架与研究设计	11
3.1. 研究范式	11
3.2. 研究问题	12
3.3. 场域构建	12
3.4. 三角互证策略	12
4. 行动研究过程与分析：全人整合照护的本土实践	14
4.1. 行动缘起与机制构建	14
4.1.1. 基层癌痛照护中的双重困境	14
4.1.2. 跨层级协同平台与制度合法性	15
4.1.3. 多学科团队的本土化配置	17
4.2. 介入策略与服务体系	20
4.2.1. 分级评估机制聚焦重点个案	20
4.2.2. 纵横协同的整合性干预机制	21

4.2.3. 服务标准化工具的产出	22
4.3. 典型个案纵向深描：三种生命叙事的重构	23
4.3.1. 案例一：禾伯——重建失能者的存在意义	25
4.3.2. 案例二：蒙叔——家庭危机中的意义重构	31
4.3.3. 案例三：许姨——角色焦虑下的身份重构	37
4.4. 整体成效与反思	43
4.4.1. 通过社工介入提高癌痛控制的有效性	43
4.4.2. 社会工作者在多专业团队中的整合作用	44
4.4.3. 社区安宁疗护模式难以持续发展的困境	45
5. 总结与反思	47
5.1. 主要发现	47
5.1.1. 癌痛管理需要提高心理关怀	47
5.1.2. 失能老年患者害怕“无用感”	47
5.1.3. 志愿者存在结构上的脆弱性	48
5.2. “1+N”社区癌痛管理模式的构建	49
5.2.1. 模式内涵：依靠社工链接实现跨圈层治理	49
5.2.2. 运行机制：通过病情筛查与分级提高效率	50
5.2.3. 模式价值：利用社区完成癌痛的整合管理	53
5.3. 局限性与建议	54
5.3.1. 政策层面：社工岗位需要制度化嵌入医疗体系	54
5.3.2. 实务层面：推广低成本标准化的非医疗性手段	55
5.3.3. 文化层面：对老年群体开展本土化的生命教育	55
参考文献	57

1. 绪论

1.1. 研究背景

癌痛是癌症晚期患者最常见且最令人恐惧的并发症之一。研究显示，约70%的晚期癌症患者伴有中重度疼痛，这不仅严重损害患者的生理机能与生活质量，更深刻地动摇其心理状态与求生意志（郑晖 & 王亚龙, 2024）。在现代安宁疗护的理念中，癌痛管理绝非单纯的药物镇痛，而是解决“全人痛楚（Total Pain）”的核心切入点。“全人痛楚”涵盖了生理、心理、社会及灵性四个维度，这要求癌痛管理必须超越生物医学模式，提供身、心、社、灵的整合性照护（Cicely Saunders, 2001）。然而，现有的癌痛管理体系往往呈现出重生理而轻心理、重院内而轻社区的结构失衡。患者在三甲医院内虽能获得规范治疗，但一旦病情稳定或进入临终阶段回归社区，便面临着专业医疗支持中断与人文关怀缺失的双重困境（van den Beukenvan Everdingen et al., 2016）。

随着我国人口老龄化加剧与“健康中国2030”战略的推进，分级诊疗制度正逐步引导优质医疗资源下沉。广州作为医疗资源高度集中但老龄化严峻的特大城市，60岁及以上常住人口已逾213万（广州市第七次全国人口普查公报, 2021）。在医联体建设背景下，社区卫生服务中心（CHSs）逐渐成为承接三甲医院下转癌症患者的关键枢纽。然而，现实却面临着严峻的断链挑战：一方面，社区医院面临阿片类药物管理资质缺乏、癌痛评估能力不足的问题，导致医疗在技术层面的降级；另一方面，社区缺乏专门的心理咨询师与社会工作者，导致患者在面对死亡恐惧、家庭纠纷及经济压力时，处于人文断层状态。这种“医院——社区”之间的服务断链，使得社区老年癌痛患者难以获得连续且整合的照护。

尽管社会对安宁疗护的需求日益增长，但供给侧仍存在巨大缺口。据世界安宁缓和医疗联盟统计，全球每年有5680万人需要安宁疗护，而我国2020年新发癌症病例达457万例，安宁疗护服务尚处于探索阶段（邹小农, 2021）。最新研究指出，当前临床病人对安宁疗护的需求极高，但调查满意度仅约为40%，这表明现有的单一医疗服务模式未能充分满足患者及家属的多元需求（殷凤芳, 2025）。

更为关键的是，医务社会工作者作为安宁疗护多学科团队（MDT）中不可或缺的评估者、协调者与支持者（邹然, 2019），在我国基层医疗机构中配置严重不足。在大多数社区卫生服务中心，专职医务社工往往缺位，或由行政人员兼职，导致整合照护所

需的资源链接与社会心理支持功能无法有效发挥。因此，如何在社工人力资源匮乏的现实条件下，探索出一套可操作的、以医务社工为核心驱动的社区癌痛管理模式，成为亟待解决的实践难题。

1.2. 问题提出

基于上述背景，本研究发现，社区老年癌痛管理的痛点不仅仅在于医疗技术的局限，更在于整合机制的缺失与患者意义世界的崩塌。在现行的分级诊疗体系与社会文化语境下，社区卫生服务中心在承接安宁疗护职能时，面临着从宏观结构到微观实务的多重张力。本研究拟通过行动研究范式，在整合照护彩虹模型（RMIC）的指导下，重点回应以下三个层面的实践难题：

1、能否利用社会资本的整合来弥合“服务断链”？在社区一级的医疗机构普遍缺乏专职安宁疗护团队且社工人力编制绝对不足的现实约束下，传统的科层制分工难以维系整合照护。在缺乏内生医疗资源的情况下，医务社工如何发挥协调功能，将分散医疗及社会资源整合为具备安宁疗护的专业团队？这种“1+N”的协作机制是否足以破解基层癌痛照护中“纵向资源阻滞”与“横向服务割裂”的双重结构性难题？

2、医务社工如何有效介入老年癌痛管理？当老年癌痛患者进入生理机能的衰退期，常面临因身体失控陷入心理危机，在医疗手段仅能控制生理症状的前提下，医务社工如何在协助生理镇痛治疗的同时控制心理痛苦，提高癌症末期患者的舒适度？在其中非医疗性手段与医疗技术手段相比又如何体现出价值？

3、非正式支持网络在制度化医疗场域中的有效性与局限何在？虽然整合照护强调调动社区资源，但在中国的文化语境及缺乏制度化激励的背景下，以志愿者为代表的非正式支持网络是否具备可持续的承载力？在介入中依托社会情感连接构建的照护网络，在面对高强度的临终情境时是否存在结构性脆弱？这种临时性的项目干预能否转化为医疗体制内稳定的制度安排？

1.3. 研究意义

1.3.1. 理论意义

本研究尝试将整合照护的“彩虹模型（RMIC）”从西方资源丰沛的宏观医疗体系，移植并以此审视中国资源相对匮乏的社区基层场域，旨在通过微观的行动研究丰富“医

社协同”的中层理论内涵。既往关于安宁疗护的研究多聚焦于三甲医院姑息治疗科的标准化团队建设，但在分级诊疗的末端——社区卫生服务中心，医疗技术的局限与人文关怀的缺失构成了独特的结构性张力。本研究通过引入医务社会工作者作为关键的“整合机制”，验证了RMIC模型中“临床整合”与“专业整合”维度在中国基层医疗体系中的适用性（Huang et al., 2020）。这不仅弥补了现有理论在解释“非医疗因素如何驱动医疗服务连续性”方面的空白，更为理解生物医学模式向全人照护模式转型的微观动力机制提供了实证支持，即证明了在科层制的医疗体系缝隙中，社会工作的专业介入能够有效缝合断裂的服务链条，重构“身心社灵”的完整性。

1.3.2. 实践意义

在实践层面，本研究致力回应当前基层医疗机构普遍面临的高照护需求与低制度支撑之间的矛盾，探索一套可复制的低成本、高效率服务模式。针对社区医务社工编制紧缺且全科医生安宁疗护胜任力不足的现实困境，本研究并未停留在单纯的呼吁增加投入，而是基于“医务社工+”的赋能逻辑，构建了“1+N”多学科协作机制。该模式通过医务社工的专业引领，将原本原子化的社区医护人员与潜在的志愿力量组织起来，转化为具备安宁疗护能力的共同体。这一实践路径证明了，通过对现有存量人力资源的再结构化与技能赋能，可以在不大幅增加财政负担的前提下，有效提升癌痛管理的质量与家属满意度。这为广州市乃至全国其他资源受限的社区卫生服务中心提供了一个极具操作性的行动范本，展示了如何利用社会资本的运作来弥补制度性资源的短板，从而推动社区安宁疗护服务的常态化与本土化落地。

2. 文献综述

2.1. 癌痛管理面临协作困境

2.1.1. 我国癌痛管理体系存在断链

癌痛是造成患者治疗恶性循环的首要因素,但以理性治疗为主导的模式下癌痛治疗仍存在不足。作为癌症患者发生率最高的症状,癌痛在晚期患者中占比高达70% (Easley MK&Elliott S,2001.;Pain,1979;郑春京&孙莉,2008)。随着肿瘤情况的变化与治疗的进展,癌痛的强度与发生率也会随之上升,这成为了癌症患者死亡率上升的因素之一(龚之皓等,2022)。老年癌症患者的承受能力与疼痛认知能力相对而言更为薄弱,依靠自身难以克服癌痛带来的负面影响,规范的管理体系是目前缓解患者痛苦的重要手段。(徐鑫芬等,2004)

癌痛管理是肿瘤综合治疗的重要组成部分,其目标是最大限度地缓解疼痛,提升患者的生命质量。随着医学模式从“以疾病为中心”向“以患者为中心”的转变,癌痛管理也从单纯的疼痛控制,发展为涵盖生理、心理、社会、灵性等多维度的“全程管理”理念(王林娟 & 张庆,2017)。全程管理强调从患者确诊到临终的全周期介入,不仅包括院内规范化治疗,更将服务的触角延伸至院外,特别是社区与居家环境(程志祥等,2024)。

癌痛管理目前的问题集中在院外照护中。尽管有不少学者针对癌痛管理做出了优化建议,但仍停留在实施过程层面,如针对专科护士培训、提高各个主体对癌痛的认知、评估工具的开发、技术手段的赋能(祁海鸥等,2014;郭欣等,2014;赵亚杰等,2022),从系统环节做出问题的反思与优化的研究较少。另一些学者则从解决“断链”问题的角度出发,强调构建综合照护团队,如以护士为主导,吸纳康复师、心理咨询师、药剂师、社工的多学科团队,又或是以不同层级的护士构建的非多学科团队。(郭嘉鑫&张禹念,2019;徐宝兰等,2019)多学科团队在国外治理中已被证实可以有效应用于癌症治疗,核心依然是围绕“医院-家庭-社区”构建联动体系(Tariman J D,&Szubski K.L., 2015; Shao J et al,2019; 宋莹婵茜等,2010),其中集中反映的问题是——我国专业的社区安宁疗护团队尚未成熟。

当前我国癌痛管理体系呈现出“院内强、院外弱”的结构性失衡。患者在医院内可以获得相对规范的治疗,但一旦回归社区与家庭,便普遍面临专业指导中断、症状管理

复杂、心理支持缺失的困境（郑晖 & 王亚龙, 2024）。研究显示，高达50%-80%的肿瘤患者癌痛未得到完全缓解，居家癌痛患者的疼痛控制率尤其不容乐观（王林娟 & 张庆, 2017; 周雨等, 2017）。老年癌痛患者由于其生理机能衰退、多病共存、社会支持网络脆弱等特点，在社区照护中面临的挑战更为严峻。这种从资源密集的医院到支持稀疏的家庭的“服务断崖”，不仅加剧了患者的生理痛苦，更引发了严重的心理压力、家庭照护负担和社会功能受损，形成了复杂的“整体性痛苦（Total Pain）”。因此，如何弥合院内外的服务鸿沟，构建有效的社区社区安宁疗护支持体系，已成为癌痛全程管理领域亟待解决的核心难题。

2.1.2. 制约社区癌痛管理的两大障碍

社区卫生服务中心作为连接三甲医院与家庭的枢纽，在癌痛管理中承担着承上启下的关键职能。然而，现有研究表明，社区层面的癌痛管理面临着深层次的结构性障碍，主要体现为沟通回路的缺失与专业角色的模糊。

有效的癌痛管理依赖于跨层级、跨专业的信息流动。Dudley et al. (2018) 在其关于基层医疗与姑息治疗协作的研究中指出，“反馈回路（Feedback loops）”的缺失是阻碍连续性照护的首要因素。在传统的转诊模式下，患者从三甲医院下转至社区后，往往伴随着信息流的切断。上级专科医生（Specialist Palliative Care, SPC）的治疗方案未能及时、完整地传递给社区全科医生（General Practitioner, GP），而社区医生对患者病情的动态观察也无法反馈给上级专家。这种单向、碎片化的信息传递导致社区医生在面对复杂的爆发性癌痛时，往往因缺乏上级支持而不敢处理，被迫将患者再次上转，形成了低效的“旋转门”现象（Dudley et al., 2018）。在国内，这一问题尤为突出，社区医疗信息系统与三甲医院尚未完全互联互通，纸质转诊单往往流于形式，缺乏实质性的诊疗指导与互动机制。

除了沟通问题，角色清晰度是影响协作效率的另一关键变量（Dudley et al., 2018）。在理想的整合照护模型中，全科医生应负责基础疼痛管理与日常照护，而专科医生负责复杂病例的会诊。然而，现实情况是社区医护人员普遍存在角色认知偏差。一方面，由于阿片类药物的特殊管制政策及缺乏系统的姑息治疗培训，社区医生常表现出阿片类药物恐惧症，倾向于回避癌痛处理，认为这是专科医生的职责（Giles et al., 2016）；另一方面，对于患者及家属的心理社会需求，医护人员往往认为这超出了医疗职责范畴，而社区又缺乏专职社工来承接这一角色，导致出现了明显的责任真空。

上述沟通与角色的双重障碍，直接导致了全人痛楚应对机制的失效。虽然社区卫生服务中心在地理位置上最接近患者，但在服务内涵上却往往局限于生理症状的简单处理，难以提供涵盖心理、社会及灵性维度的整合性照护。现有的服务模式多为“单兵作战”，缺乏多学科团队（MDT）的制度性支撑，使得社区安宁疗护陷入“有服务、无质量”的困境（van den Beukenvan Everdingen et al., 2016）。

2.2. 整合照护模型的本土化使用

面对上述结构性的协作困境，传统的单学科照护模式已难以为继，亟需引入系统性的理论框架来重构服务链条。整合照护理论正是为解决此类碎片化问题应运而生。

2.2.1. 整合照护的发展历程

整合照护（Integrated Care）是一种综合的理念，涵盖过程、结果和理念不同定义（Valentijn et.al,2013;Shaw et.al,2011），强调老年人为中心构建资源整合型的社区照护服务体系（王雯，2022），为弥补连续性照护实践中的鸿沟提供了方法论支持。整合照护最开始应用于儿童与老年服务领域，在20世纪90年代得到WHO重视，逐渐成为各国应对慢性病与老龄化挑战的政策基础（Goodwin et.al,2017; Shaw et al. ,2011）。WHO分别在2001年和2015年提出“整合型照护（integrated care）”和“整合型卫生服务（integrated health services）”的定义，前者从服务模式与目标的角度出发，后者更聚焦于人们期望获得的服务需求，此后二者的概念被交替使用（Goodwin et al.,2017;Wang et al.,2018）。有的学者从系统的角度出发，讨论了医疗、管理、社会科学和患者不同角度侧重点（Leutz,1999），也有的学者从患者中心着重考虑个体的需求导向（Lloyd,2005）。综合以上来看，整合照护设计一系列的方法和模式，核心都是通过多主体的协调解决医疗服务碎片化的问题，反映患者对高质且高效的医疗服务的关注（Zonneveld, 2018; Rocks, 2020; Shaw, 2011）。

整合照护的应用随着医疗理念和方法的进步而发展，基于不同福利制度形成了各具特色的模式。综合丹麦、英国、德国和日本的整合照护体制来看，其共同点是都强调政府主导、协调多元主体、全面整合资源、提升服务可及性、拓展服务内容等（王雯，2022），这为我国发展医养结合的养老服务体系提供了实践思路。尽管整合照护已经在医疗卫生领域得到了成熟的应用，但对我国的癌痛患者而言仍缺乏一个成熟的整合照护模式。目前整合型照护服务的有关实践或干预研究多集中在照护领域，癌症照护服务存在

医疗资源向治疗倾斜的情况,对心理社会等领域的照护的支持相对缺少(赵苗苗, 2024)。随着老龄化与癌症患病率的不断上升,院内照护难以承担所有癌痛患者,这对本就不成熟基层医疗体系而言无疑是巨大挑战。

2.2.2. 适用于中国初级医疗体系的彩虹模型

面对上述基层医疗的结构性断裂与挑战,单纯依靠增加资源投入往往难以奏效,必须引入更具系统性和操作性的理论框架来指导实践。在众多整合照护理论中,Valentijn等人提出的“整合照护彩虹模型(Rainbow Model of Integrated Care, RMIC)”因其涵盖了从微观临床到宏观系统的全方位视角,被广泛视为分析和解决碎片化医疗服务的理想工具(Valentijn et al., 2013)。该模型将整合照护解构为临床、专业、组织、系统四个层面的整合,并辅以功能性和规范性整合作为连接机制。其中,“临床整合(Clinical Integration)”关注照护过程的连续性与以人为本,直接回应了癌痛患者对全人照护的需求;而“专业整合(Professional Integration)”则聚焦于不同专业人员,如全科医生、专科医生、社工之间的伙伴关系与协作机制,这恰恰是解决社区层面角色模糊与沟通断裂问题的关键钥匙。

更为重要的是,RMIC模型并非仅停留于西方语境的理论构想,其在中国本土基层医疗环境中的适用性已得到实证支持。Huang et al. (2020)在深圳南山区的社区卫生服务中心(CHSs)进行了一项大规模验证研究,结果显示RMIC模型在评估中国社区卫生服务整合程度方面具有良好的信度和效度。该研究特别指出,在中国特定的医疗体制下,“专业整合”维度对于提升基层服务质量具有显著的解释力。这一发现为本研究提供了坚实的理论合法性:深圳与广州同属珠三角一线城市,二者在社区卫生服务体系的组织架构、人员配置及面临的“医联体”建设挑战上具有高度相似性。因此,将RMIC模型作为本行动研究的指导框架,不仅能够准确诊断广州社区癌痛管理中的协作痛点,更能为后续构建符合本土实际的“医社协同”模式提供科学的评估维度与改进方向。

综上所述,RMIC模型不仅在理论上契合了癌痛管理对多学科协作的内在要求,更在实践层面具备了经本土验证的操作性。本研究将以该模型为蓝本,重点探索如何在社区微观层面实现临床与专业的双重整合,从而打破服务壁垒,重塑社区安宁疗护的服务链条。虽然RMIC模型提供了宏观与中观的整合蓝图,但这一蓝图的落地执行需要具体的行动者来完成。在多学科团队中,医务社工正是承担这一粘合剂角色的关键力量。

2.3. 癌痛管理中医务社工的角色重塑

2.3.1. 社工介入癌痛管理的优势

社会工作以其“助人自助”的宗旨和“全人健康”的视角，在应对癌痛患者复杂需求方面具有独特优势。在癌痛管理的多学科团队中，社会工作者的角色功能是多元且整合的。传统观点认为，其核心在于扮演“链接者”与“协调者”的角色（刘枭 & 贺彩霞, 2014）。具体而言，社工通过专业的评估与介入，帮助患者及家庭对接医疗、经济、社区等内外部资源，缓解其心理社会层面的痛苦。例如，通过心理辅导处理情绪困扰，通过家庭会议调适医患关系，通过病友支持小组提升患者的自我管理能力（彭湘君, 2020）。对提供者而言，多学科方法在执行中缺少一个专业人员对病历管理来负责任，社会工作者具备较好的承担潜力（NHS England, 2014）。这种“非医疗”的介入视角，恰好弥补了以护士主导的疼痛管理体系中对心理、社会及灵性需求关注的不足（Max, 1990），为实现全人照护提供了不可或缺的专业支撑。

对患者而言，消除缓解疼痛的阻碍是解决问题的第一步（Cleeland, 1987 年; Wisconsin Cancer Pain Initiative., 1988年），以治疗为主的理性医疗视角会导致医务人员对癌痛的缓解优先级不高，同时也对社会工作者在其中的作用新的要求（Dahl et.al., 1989; Grossman et.al, 1991）。从实践层面来说，这不但要考虑患者个体的心理与社会需求，患者家属的哀伤辅导、癌痛科普、药物认知等各方面也是癌痛管理中的重要环节（滕菲等, 2020）。

回到社会工作的专业视角，传统社会工作的基本方法本身就是一种综合工具，这与癌痛管理存在一定的适配性。回顾癌痛管理中涉及到的角色，医生与护士专注于生存需要，康复师、治疗师、心理咨询师围绕疾病引发的康复需求做出了回应，而“全人健康”的理念要求同时关注人的生理、心理、社会系统的健康状况，心理与社会层面的康复就需要引入新的专业力量作为支撑（刘枭&贺彩霞, 2014）。回顾癌痛患者的需求及社会工作者的功能，国外学者多从传统社会工作的角度出发，讨论服务、通信、评估、解决问题、心理支持、教育、宣传和研究等多个具体的情况下社工如何发挥作用，或者是在多学科团队为不同主体中提供协助，国内学者多从患者需求的角度考虑，围绕生理、心理、社会、灵性与医患关系等角度做出回应（Glajchen et.al, 1995; Francis, 2015; Giles, 2016; Myra, 1995）

2.3.2. 在实务中重塑医务社工的角色

在涉及癌痛患者的社会工作实务层面，目前医务社工对癌痛患者的介入研究多聚焦于心理社会层面，常用方法包括小组工作、叙事治疗等，并证实了其在缓解心理痛苦、提升自我管理能力方面的积极效果（吴诗颖, 2023; 梁波 & 宗建国, 2024）。然而，现有研究也暴露出一些不足：首先，介入模式多为项目式、碎片化，缺乏对构建系统性、常态化服务模式的探讨，难以形成稳定的支持体系；其次，研究场域多集中于院内，对于患者出院后回归社区的社区安宁疗护这一关键环节，以及如何系统性地保障服务连续性的路径探索尚不充分，未能有效回应癌痛全程管理中的“院外断链”问题。

随着安宁疗护理念的深入，医务社工的角色内涵在本土实践中得到了进一步的拓展与重塑。邹然等（2019）在对安宁疗护多学科团队的研究中，将社工的角色精准定义为“评估者、支持者、协调者”三位一体：作为评估者，社工不仅关注患者的疼痛等级，更深入评估其家庭结构、社会支持网络及灵性需求；作为支持者，社工直接为患者及家属提供哀伤辅导与心理慰藉；作为协调者，社工则致力于疏通医患沟通渠道，促进团队内部的信息共享。这一分类超越了传统的“资源链接”层面，强调了社工在临床决策与团队建设中的核心地位。

然而，在我国基层社区卫生服务中心普遍存在专职社工编制不足、人力匮乏的现实困境下，仅依靠社工提供直接服务显然难以满足庞大的需求。针对这一挑战，殷凤芳等（2025）提出了一种极具创新性的“医务社工+”赋能模式。该模式主张社工应从单纯的“服务提供者”转型为“团队赋能者”，通过招募并培训具有医学背景的院内志愿者，如退休医护、实习生，使其掌握基础的安宁疗护与社会工作技能，如倾听、陪伴、生命回顾，从而组建一支类社工的服务团队。这种模式不仅有效解决了基层人力不足的痛点，还促进了医护人员复合能力的提升，为在资源受限的社区环境中构建可持续的安宁疗护服务体系提供了可操作的实践范本。

综上所述，医务社工在社区癌痛管理中不应局限于微观层面的个案服务，更应在宏观层面承担起机制构建与团队赋能的职责。本研究将以此为理论基点，探索社工如何通过“赋能”策略，在社区卫生服务中心激活并整合潜在的人力资源，以弥合服务断裂，实现真正意义上的整合照护。

2.4. 文献评述

纵观国内外现有文献，关于癌痛管理、整合照护及医务社工介入的研究已积累了丰富的成果，为本研究提供了坚实的理论基础与实践参照。然而，审视既往研究，仍存在以下亟待填补的空白与张力，构成了本研究的逻辑起点：

第一，研究场域的局限性。既往关于安宁疗护与癌痛管理的研究，多集中于资源相对富集的三甲医院肿瘤科或专门的安宁疗护中心（Hospice），对于资源匮乏、专业力量薄弱的社区卫生服务中心（CHSs）关注不足。而在分级诊疗背景下，社区恰恰是承接庞大老年癌痛群体的主要场域。忽视这一场域的特殊性，将导致理论模型在基层并不适用。

第二，理论应用在微观层面的缺失。虽然整合照护（Integrated Care）已被公认为解决服务碎片化的良方，且 RMIC 模型已在宏观层面得到验证，但现有研究多停留在模型维度的验证或政策层面的呼吁，缺乏将这一宏观模型转化为微观、可操作的社区行动策略的实证研究。特别是对于如何在缺乏专职人员的条件下，通过专业整合来驱动临床整合，尚缺乏细致的机制探讨。

第三，社工介入模式的同质化。现有关于医务社工介入的研究，多侧重于社工直接提供心理社会服务，如个案辅导、小组工作，这种做加法的模式在社工人力充足的医院可行，但在社工编制极度紧缺的社区却难以复制。如何参考殷凤芳（2025）提出的思路，探索社工从直接服务者向团队赋能者转型的路径，即通过培育医护人员与志愿者的社工思维来弥补人力短板，是当前本土社工实务研究亟需突破的方向。

基于此，本研究拟立足于广州市多个社区卫生服务中心的真实场域，采用行动研究范式，以整合照护 RMIC 模型为指导，通过医务社工的介入，探索构建一套适合本土基层医疗环境、低成本且高整合的社区老年癌痛管理模式，以期回应上述理论与实践的双重诉求。

3. 理论框架与研究设计

本章旨在阐明本研究的方法论基础、研究问题的演进逻辑以及具体的操作化设计。基于前文对社区癌痛管理协作困境的诊断，本研究旨在通过行动研究范式，探索整合照护视角下的本土化医务社工介入路径。

3.1. 研究范式

本研究选择行动研究作为核心方法论。这一决策根植于社区癌痛管理情境的高度复杂性与本土文化深度。正如 Lewin (1946) 所强调的，“在行动中研究，为行动而研究”，行动研究不仅是一种研究策略，更是一种介入手段。在基层医疗卫生机构，癌痛管理涉及医疗技术、心理支持、家庭关系及跨专业协作等多重维度，且深受“死亡禁忌”等传统文化影响。

通过“诊断——计划——行动——评估”的螺旋循环，行动研究允许研究者以“变革催化剂”的身份深入场域，将抽象的整合照护理论与碎片化的临床现实进行对话。这种范式能够敏锐捕捉干预过程中的动态变化，尤其是在社工人力极度匮乏的情况下，如何通过赋能模式驱动医护人员与志愿者形成协作网络。因此，本研究的行动过程本身即是对“整合照护彩虹模型（RMIC）”在本土微观场景下的适用性验证与修正过程。

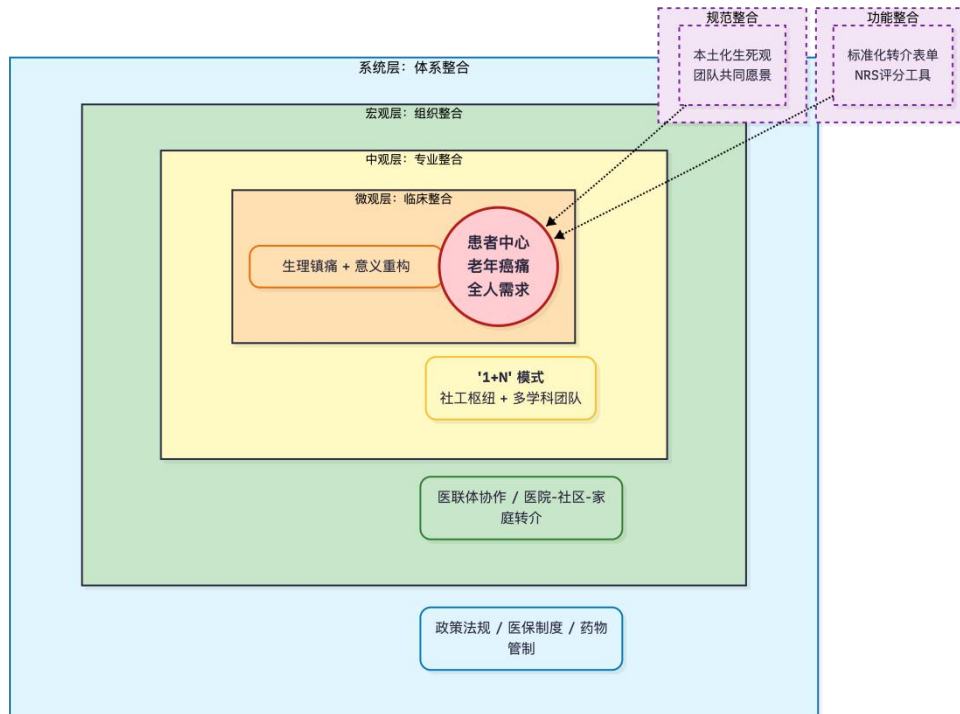


图 1 整合照护彩虹模型RMIC

3.2. 研究问题

在明确行动研究范式后，本研究将核心关切聚焦于如何在社区有限的资源约束下，重构癌痛管理的服务链条。研究问题遵循“诊断——实务——成效”的逻辑层次进行演进：

首先，研究致力于识别结构性障碍。在 RMIC 的框架下，探究当前社区卫生服务中心在承接三甲医院下转患者时，究竟哪些因素阻断了专业整合与临床整合，特别是沟通回路的缺失与专业角色的模糊如何导致了患者的整体性痛苦。

其次，研究聚焦于介入模式的建构。在专职社工人力编制不足的现实条件下，探索构建以“个案管理”为核心的“1+N”（1名专业社工+N名志愿者/医护人员）医社协作机制。这一阶段重点考察如何通过“赋能”策略弥合服务断裂。

最后，研究关注成效验证与本土化修正。通过定性与定量数据的互证，评估“1+N”模式在提升患者生存质量（FACT-G）及优化家属照护满意度（FAMCARE-2）方面的实证效能，并据此提炼一套符合本土文化逻辑的社区安宁疗护实务指引。

3.3. 场域构建

本研究的行动场域选取具有典型代表性的广州市H社区卫生服务中心、L社区卫生服务中心、S社区卫生服务中心。这些中心作为安宁疗护试点单位，承载着分级诊疗中下转的关键职能，但也面临着全人照护能力不足的普遍困境。为确保行动的合法性与可持续性，研究者以实习社工身份嵌入场域，并依托“无痛伴行”公益项目，与中心签署了正式的医社合作协议，确立了“分级联动”的转介机制。

行动小组的组建是本研究设计的核心环节。研究参考殷凤芳（2025）的赋能模式，构建了“核心圈（决策层）——执行圈（服务层）——支持圈（补充层）”的多学科团队（MDT）。在该架构中，医务社工作为团队的个案管理师，负责统筹全人评估与资源链接；社区医护负责症状控制；经过培训的志愿者则提供情感陪伴。这种“医护社志”的本土化配置，旨在将单纯的医疗服务转化为全方位的社区照护共同体。

3.4. 三角互证策略

为确保研究结论的信度与效度，本研究采用混合方法设计，通过多源数据收集实现三角互证。在定性研究层面，主要依托参与式观察与半结构化访谈。研究者通过深入每日查房、个案会议及家庭探访，记录详尽的田野日志，聚焦医护人员在癌痛处理中的互

动模式及沟通障碍。访谈提纲则严格基于 RMIC 的维度进行设计，以获取参与者对服务整合度及社工介入效果的主观体验。

在定量评估层面，研究选取 FACT-G（患者生活质量测定量表）与 FAMCARE-2（家属满意度评估量表）作为辅助工具，在行动开始前（基线）与结束后分别进行测评。数据处理采用 SPSS 软件进行描述性统计分析，旨在观察介入前后患者身心状态的量化变化趋势。定性资料的主题分析与定量的趋势分析相互补充，共同揭示了“1+N”模式在弥合结构性断裂、重构生命叙事方面的深层逻辑，从而为研究结论提供坚实的实证支撑。

4. 行动研究过程与分析：全人整合照护的本土实践

4.1. 行动缘起与机制构建

本研究依托于广州市社会组织公益创投资助项目——“无痛伴行：重症长者癌痛社会化整合照护支援计划”。该项目不仅是本行动研究的实务载体，更为医务社工介入社区癌痛管理提供了合法的制度空间与资源支持。在行动研究的范式下，项目不仅仅是服务的提供过程，更是研究者深入医疗场域，通过“诊断—计划—行动—反思”的循环，探索如何在资源约束条件下构建本土化整合照护模式的实验场。

4.1.1. 基层癌痛照护中的双重困境

行动研究始于对基层医疗场域内结构性矛盾的诊断。在现行的分级诊疗体系中，社区卫生服务中心承担着居民健康管理的职能，但在承接重症癌痛长者的临终照护时，面临着医疗资源供给与患者复杂需求之间的错配。这种错配具体表现为纵向医疗资源传递的阻滞与横向照护内容的割裂。

首先是纵向转诊机制的阻滞。既往研究指出，有效的癌痛管理依赖于连续性的医疗信息流转与专业支持 (Dudley et al., 2018)。然而，项目前期的需求调研显示，约80%的社区癌痛患者在病情进入终末期后，虽然面临难治性疼痛的困扰，但社区全科医生缺乏上级三甲医院专科医生的详细诊疗方案支持与技术指导。这种医疗信息的层级阻隔，导致患者被迫在社区与医院之间频繁往返，形成了低效的重复就医模式。这种阻滞不仅加剧了患者的生理痛苦，更因治疗的不连续性引发了家庭系统的长期焦虑与照护资源的无效消耗。

其次是横向服务内容的割裂。在社区医院内部，医疗护理与社会心理支持未能形成整合性的服务体系。尽管部分社区医院配备了基本的医疗团队，但在面对癌症终末期复杂的整体性痛楚时，现有的医疗模式仍深受生物医学范式的宰制，主要局限于生理症状的控制 (Saunders, 1967)。研究者在初期的场域观察中确认，医护人员受限于以治愈为导向的职业角色规范与心理服务技能的匮乏，导致其在面对非生理性痛苦时产生明显的角色紧张与职业倦怠。这种侧重生理治疗而忽视人文关怀的单向度服务，使得大量终末期患者的身心需求无法得到满足，暴露了基层医疗体系在应对复杂临终需求时的功能性缺陷 (van den Beuken-van Everdingen et al., 201

6)。

4.1.2. 跨层级协同平台与制度合法性

针对基层医疗场域内的资源错配问题，行动研究首先致力于确立医务社会工作介入的组织基础与制度规范。2025年2月，在民政部门与行业协会的支持下，第三方社会工作研究机构与龙凤街、沙园街等社区卫生服务中心签署了正式合作协议。这一契约关系的建立，标志着医社互动从依赖个人关系的非正式行为转化为机构间的正式协作，为后续的整合照护提供了组织社会学意义上的合法性基础 (DiMaggio & Powell, 1983)。

在实践中，团队确立了以安宁疗护综合学科重点个案服务为核心的协作目标，并设计了一套涵盖八个关键环节的常态化联动机制（见图2）。该机制在操作层面重塑了医疗与社会工作的专业分工逻辑。

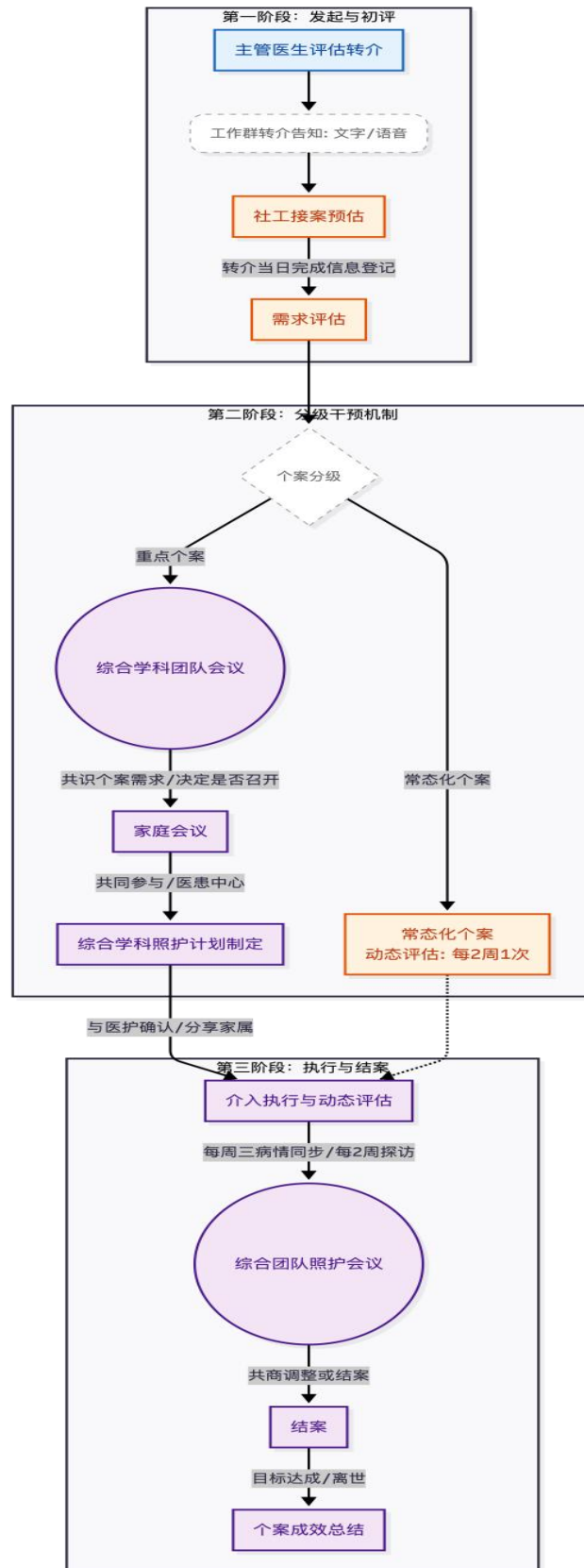


图 2 安宁疗护综合学科常态联动流程图

在转介与接案环节，主管医生依据患者的生存期预估及症状复杂程度行使准入筛选职能。一旦判定需社工介入，医生需在工作群中同步患者基本诊疗信息，而社工则需在2个工作日内完成接案并填写《综合学科转介信息登记表》。这种信息同步机制确保了非医疗人员在介入前能够获得准确的临床背景支持。

在评估与计划制定环节，社工负责进行首次会谈，完成包含心理精神与社会支持维度的《综合学科照护支持需求评估表》，并初步判断个案等级（重点/非重点）。随后，通过综合学科团队会议，医护社三方共同确认照护目标。对于重点个案，机制明确要求召开家庭会议，以患者及家庭为中心制定综合照护计划。这一安排打破了传统医疗决策中家属参与度低的局面，实现了决策权力的共享。

在执行与动态评估环节，机制设定了严格的协同频率：医护人员负责身体方面的动态评估，社工负责心理社会支持的跟进，双方需每周三在线上同步病情动态与服务进展。若遇病情突变，可即时启动个案复盘。最终，在结案与回访环节，社工需在结案后五个工作日内进行首次回访，评估家属的哀伤危机，确有需要时启动紧急支持程序。

这一全流程闭环机制的运行，将原本具有随意性的跨专业合作转化为可操作、可检验的制度化流程。通过将社会心理评估、家庭会议及哀伤回访嵌入到医疗常规流程中，医务社工获得了在多学科团队中的结构性位置，不再是医疗体系外的临时性辅助力量，而是成为了构成全人照护服务的必要结构性要素。这种制度安排在规范了各方权责的同时，也为在资源约束条件下实现可持续的安宁疗护服务提供了组织保障。

4.1.3. 多学科团队的本土化配置

面对社区专职社工人力资源绝对匮乏的客观现实，本研究并未采取盲目扩张规模的策略，而是参考殷凤芳（2025）提出的赋能模式，构建了深度本土化的医护社志多学科协作团队。这一体系的生命力在于其异质化的成员构成与标准化的增能过程，旨在将非正式的社会资本转化为专业的安宁疗护资源，以应对基层医疗场域中照护供需的结构性失衡。

在成员构成方面，项目组基于互补性资本的逻辑采取了目的性抽样策略。团队主要由两类核心人群组成：一类是具备医学背景的退休医护人员，他们凭借丰富的临床经验，能够有效缓解基层医疗场域中常见的阿片类药物恐惧及沟通断裂现象，为团队提供了必要的技术合法性；另一类则是来自社会工作、社会学及医学相关专业的大学生，他们不仅提供了安宁疗护所需的内生力量，更在实务中通过服务学习实现了生命教育的转化。

这种梯队配置确保了团队在提供床边陪伴、情感倾听及简单生活照料时，兼具专业判断力与人文关怀温度，从而在医疗技术与生活世界之间建立了必要的缓冲地带。

为了将志愿力量转化为具备实务胜任力的协作主体，项目组依据志愿服务介绍手册确立的非批判性尊重与全人安宁理念，设计了一套结构化的赋能培训与督導體系。实务观察表明，志愿者在介入初期常面临沟通效能感低、情感卷入过深等共性困境。为此，研究者对2025年6月至8月的督导记录进行了编码分析，梳理了志愿者在安宁疗护场景中的典型实务困境及督导团队的介入策略。

表 1 志愿者安宁疗护服务中的典型困境与督导介入策略分析表

督导时间	核心议题	志愿者实务困境描述	督导介入策略与认知重塑
2025.06.23	效能感缺失与非语言沟通	“她（患者）大多时候只看着窗外……这让我有点挫败感，不确定我的陪伴是不是一种打扰。”（志愿者：余某）	重新定义在场：将语言交流转焦为非语言陪伴，确认安静的陪伴本身具备社会支持功能。
2025.06.23	情感边界与角色模糊	“遇见患者家属当面抱怨照顾太辛苦时，应该怎么做？”（志愿者：余某）	边界确立：明确志愿者并非家庭调解员，教授共情倾听但不卷入家庭纠纷的边界技术，防止情感过载。
2025.07.21	服务伦理与预备焦虑	“第一次参与，不熟悉病人，怕沟通时踩到雷区。”（志愿者：张某）	去神秘化与去病理化：建立探访前的信息通报机制，鼓励带着好奇而非恐惧去接触作为人的长者。
2025.08.13	语言隔阂与文化适应	“我不太会粤语，不敢说话……怀疑自己做的事情有没有意义。”（志愿者：胡某）	赋能与正向反馈：强调“新鲜面孔”对长期卧床老人的刺激作用，打破语言霸权，强化行为层面的照护价值。

(资料来源：本研究整理自项目督导记录表)

如表1所示，督导机制在团队建设中发挥了关键的认知重塑功能。针对志愿者因方言隔阂产生的自我怀疑，督导通过强调在场的社会学意义，将沉默的陪伴重新定义为一种具有社会支持功能的行动；针对志愿者面对家属抱怨时的无力感，督导则通过厘清志愿者与家庭调解员的角色边界，防止了志愿者陷入家庭内部矛盾的漩涡。这种支持支持者的机制，有效防止了替代性创伤的发生，确保了服务人力的稳定性。

此外，为确保实务过程中的伦理边界与服务质量，团队建立了一套包含情感支持与压力释放的督导闭环。在面对家属的照护焦虑或患者的临终悲伤时，志愿者不仅承担着繁重的体力劳动，更经历着高强度的情感劳动。项目组确立了严格的情感边界原则，明确志愿者并非家庭纠纷的裁决者，而是倾听者与陪伴者。通过定期的同辈支持小组与个案复盘，志愿者的负面情绪得到了及时的疏导与转化。

综上所述，1+N模式并非简单的志愿者堆砌，而是一种基于专业引领、多元协同逻辑的治理结构创新。通过这种标准化的赋能与结构化的督导，志愿者成功从边缘的辅助者转型为医护社协作网络中不可或缺的枢纽节点。他们通过具体而微的床边陪伴与心愿达成，填补了医疗体制内的情感真空，为社区安宁疗护的可持续运行提供了坚实的微观机制支撑。

4.2. 介入策略与服务体系

在确立了跨层级协作机制后，行动研究小组面临的现实挑战是如何在有限的社工人力资源约束下，回应社区内差异巨大的癌痛患者需求。基于整合照护的效率原则，项目团队构建了一套分级评估、分阶干预与工具赋能的精准照护体系，实现了从无差别覆盖向分层配置的资源分配转型。

4.2.1. 分级评估机制聚焦重点个案

为化解社区医疗资源供给与患者多元需求之间的结构性错配，本研究建立了一套基于生存期预测 (PPI/KPS) 与痛苦程度 (NRS/DT) 双重指标的动态筛选机制。这一机制通过管理整合的逻辑，构建了梯次分布的社区癌痛分级服务架构（如表2）

表 2 社区癌痛全程照护分阶支援响应机制表

分级阶段	目标人群特征	核心痛点与需求	响应团队配置 (1+N)	干预策略与服务内容
一级支援 (基础层)	确诊早期患者及家属	认知偏差：存在“忍痛”观念，缺乏对癌痛的科学认知； 医疗需求：需要基础镇痛方案指导。	社区全科医生 + 志愿者	家庭科普联合行动：1. 开展基础前沿癌痛认知科普，纠正“止痛就是吸毒”等误区；2. 建立社区支持基调，降低家庭恐慌感。
二级支援 (中间层)	癌症进展期居家患者	心理应激：癌痛加剧导致焦虑抑郁；照护压力：家属面临长期	医务社工（主导）+ 志愿者 (医生按需支	一对一家庭陪伴咨询： 1. 提供“喘息服务”，释放家属照护压力；2. 开

		照护的体力与精神双重消耗。	持)	展增能支持，提升家庭内部的癌痛照护韧性。
三级支援 (核心层)	癌症终末期难治性癌痛患者	整体性痛苦：生理极度疼痛与灵性危机交织； 危机状态：面临濒死焦虑与家庭结构解体风险。	多学科协作团队 (MDT) (三级医院专家+社区医护+社工)	多专业协作个案管理： 1. 启动高频次（每周）联合查房与个案会议； 2. 实施深度安宁疗护，涵盖症状控制、灵性抚慰与善终准备。

(资料来源：整理自《无痛伴行—重症长者癌痛社会化整合照护支援计划》服务策略部分)

如表2所示, 这种分级机制的核心贡献在于其资源配置的分层功能。在一级支援阶段, 通过广泛的科普行动, 不仅筛查出潜在的服务对象, 更完成了社区层面的认知预备, 降低了后续专业介入的门槛。在二级支援阶段, 社会工作者通过咨询服务识别出家庭支持网络的脆弱节点, 为进入终末期的高强度介入提供了缓冲地带。而三级支援则集中了最稀缺的专家资源, 仅针对筛选出的重点难治性个案进行集中投入。这种资源分配逻辑, 确保了专业力量在生命最后关头的有效性, 避免了医疗资源在非关键阶段的无效耗散。

从实务效能与研究者的实操感受来看, 这种分级机制的核心贡献在于其过滤功能, 极大地提升了基层社工的劳动生产率。在既往的非结构化探访模式下, 社工往往受困于非紧急个案的情感消耗与琐碎事务中, 导致对真正高危个案的响应滞后。分级机制建立后, 得以减少在确诊初期患者身上的低效投入, 将宝贵的专业工时精准锁定在如案例中禾伯、蒙叔等身心社灵需求处于爆发边缘的重症长者身上。

这种分层配置式的资源分配逻辑, 不仅减少了在非关键时点的服务盲目性, 更通过对生存轨迹的动态追踪, 确保了专业力量在生命最后关头的集中介入。实务经验证明, 只有打破平均主义的探访惯性, 社区癌痛管理才能在极其有限的人力约束下, 通过科学的权重分配实现从管理覆盖向管理整合的质变。

4.2.2. 纵横协同的整合性干预机制

针对筛选出的重点难治性个案, 社区层面的单一照护力量往往难以应对其复杂的生理与心理需求。因此, 本研究确立了同侪共济与协作赋能的干预逻辑, 重点解决纵向医疗技术下沉不足与横向社会心理支持割裂的结构性难题。

在纵向联动维度, 针对社区医院普遍存在的阿片类药物管理经验不足的问题, 项目

组构建了三级医院—社区医院—居家的技术支撑链条。通过引入上级肿瘤专科医院的临床专家资源，对社区医护人员进行规范化癌痛治疗培训与远程会诊支持。这种制度安排使得社区医生获得了来自上级医院的技术合法性支持，从而能够在居家环境中执行规范化的止痛方案，修正了以往因对阿片类药物使用风险的过度担忧而导致的镇痛不足现象。

在横向整合维度，针对患者的身心社灵整体性需求，行动小组在社区层面重组了照护分工。在1+N协作模式下，医疗团队负责生理维度的症状控制，确保患者处于可沟通的舒适状态；社会工作者负责统筹资源与各方沟通，识别家庭系统的隐性需求；志愿者团队则承担了非医疗性的陪伴与生活照料职能。这种分工并非割裂执行，而是通过定期的多学科团队会议实现信息互通。例如，志愿者在陪伴中收集到的患者情绪波动信息，能够及时反馈给社会工作者，进而辅助医生判断是否需要调整药物或引入心理干预。这种协同机制打破了传统医疗体制内的专业壁垒，实现了身心照护在时间与空间上的同步。

4.2.3. 服务标准化工具的产出

为了克服社区安宁疗护服务对个别社会工作者经验的高度依赖，并确保整合照护模式在不同社区场域的可复制性，本研究依据社会化癌痛照护整合发展行动策略，致力于将隐性的实务经验转化为显性的标准化工具。研究团队在实务过程中研发并验证了两类关键的制度化产出，旨在降低跨专业合作的沟通成本，并提升家庭照护的效能。

第一类产出是面向专业人员的社会化癌痛照护服务指引。该指引系统界定了医生、护士、社会工作者及志愿者在癌症确诊期、进展期及终末期等不同病程阶段的职责边界与协作流程。针对基层医疗机构缺乏安宁疗护经验的现状，指引中特别包含了多学科团队协作的具体操作规范，如转介标准、会议流程及信息共享机制。这一标准化文件的制定，不仅为基层医疗机构提供了可操作的实务手册，也为跨专业团队的磨合提供了制度依据，从而有效提升了服务供给的规范性与同质性。

第二类产出是面向家庭的自助工具，主要包括全程癌痛整合照护自助指引及以心意卡为代表的叙事工具。针对家庭照护者在面对癌痛时的无助感与认知误区，研究团队编制了《重症家庭癌痛照护常见困扰和需求清单》，帮助家属识别并应对照护过程中的常见问题。同时，心意卡作为一种结构化的叙事工具，旨在将抽象的安宁疗护理念转化为家属可操作的具体行动。通过引导家属与患者共同回顾生命历程、表达情感，心意卡将沉重的临终告别转化为具有仪式感的生命教育过程。这些工具的开发与应用，不仅赋能了家庭照护者，使其能够更有效地参与到照护过程中，同时也通过知识转化的方式，将

专业服务延伸至家庭内部，实现了照护资源的社会化扩充。

综上所述，通过开发服务指引与自助工具，本研究实现了从个案服务向服务模式的转化。这些标准化工具的应用，使得安宁疗护服务不再局限于特定场域或特定人员，而是成为一种可被传递、可被检验的制度化服务产品，从而为模式的在地化推广与规模化应用奠定了坚实的技术基础。

4.3. 典型个案纵向深描：三种生命叙事的重构

在“医护社志”多学科团队的介入下，本项目在 2025 年 4 月至 8 月期间，依托社区卫生服务中心病房及家庭病床，共筛选并建立档案的重点个案为 7 例（见表 4-2）。这些个案均符合“红色预警”标准（NRS≥4 或 DT≥4），且覆盖了癌症确诊、进展至终末期的不同病程阶段。

为了深入剖析整合照护模式在不同结构性情境下的运作机制，本研究在全样本档案中采用了最大差异抽样法。该策略旨在选取在人口学特征（高龄/低龄）、家庭结构（独居/多代同堂/失独）、病痛表征（生理/心理/灵性）及应对模式上具有显著差异的代表性个案，以检验“1+N”模式在复杂情境下的适应性。

表 3 项目期内重点跟进个案概况一览表（N=7）

编号	化名	性别	年龄	核心诊断	主要照顾者	宗教信仰	病情知晓度	介入周期
01	雄叔	男	70	肝恶性肿瘤	子女	无	知情	4月-6月
02	忠叔	男	72	脑恶性肿瘤	子女	无	知情	3月-5月
03	许姨	女	75	胰腺恶性肿瘤	女儿	无	部分知情	5月-7月
04	禾伯	男	91	食管恶性肿瘤	儿子	无	知情	4月-8月
05	邱姨	女	78	肺恶性肿瘤	女儿	佛教	不知情	5月-6月
06	蒙叔	男	76	直肠恶性肿瘤	儿媳	无(党员)	知情	6月-8月
07	张叔	男	57	直肠恶性肿瘤	兄长	无	知情	7月-8月

（注：资料来源整理自项目个案管理系统与医疗文书；为保护隐私，所有姓名均为化名；03、04、06 号为本章重点深描对象）

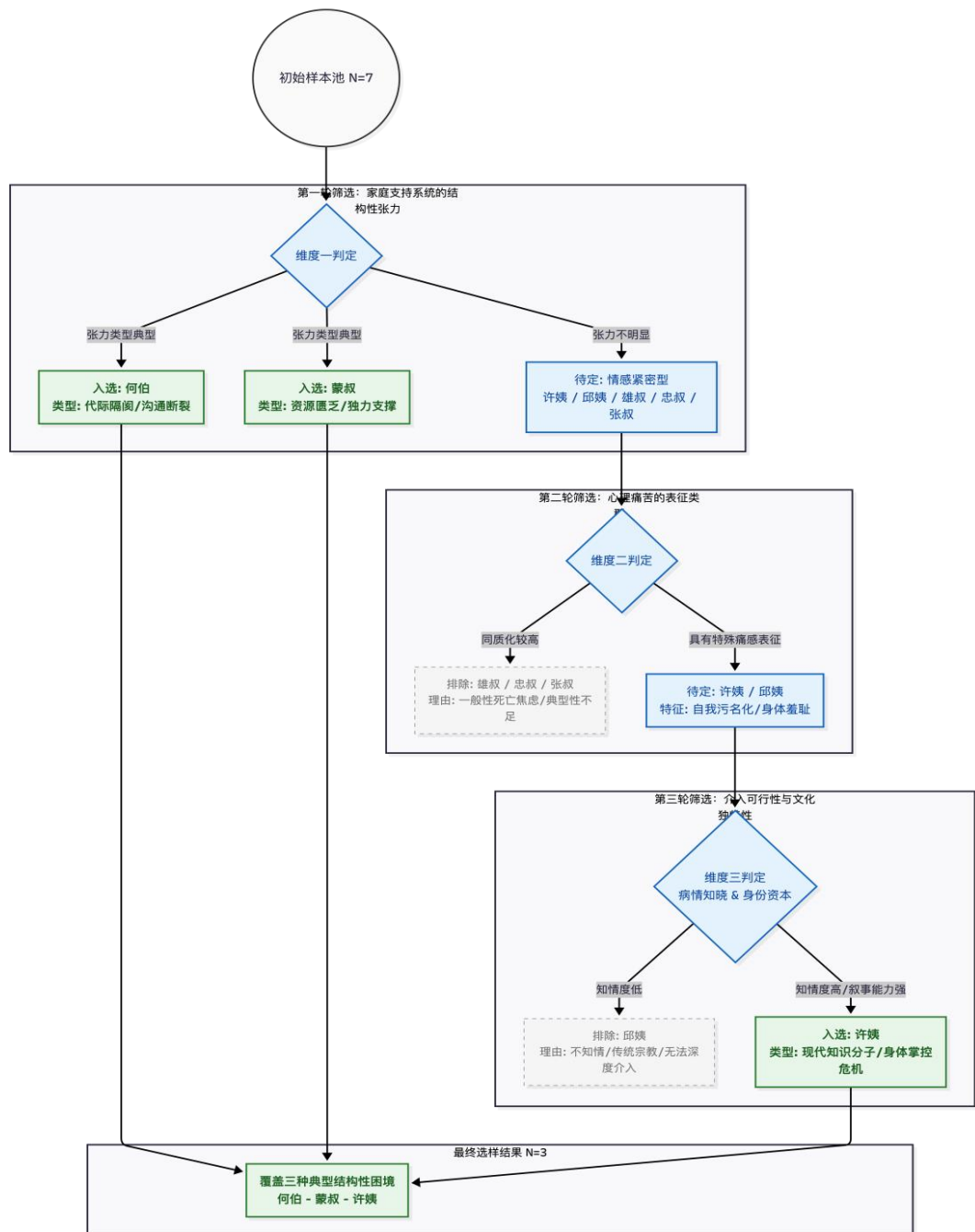


图 3 基于最大差异抽样法的案例选择

基于此逻辑，研究选取了 禾伯 (04)、蒙叔 (06) 与 许姨 (03) 作为深描对象。何伯代表了高龄失能与职业身份断裂的“存在性危机”；蒙叔代表了家庭支持系统功能性瘫痪下的“自杀风险”；许姨则代表了身心共病背景下知识分子的“自我污名化”困境。这三者分别构成了社区安宁疗护中“身、心、社”三个维度的典型张力场域。

表 4 三位典型个案的结构性特征与介入重点对照表

维度	案例一：禾伯	案例二：蒙叔	案例三：许姨
人口学特征	91岁/男性/丧偶/退休技师	76岁/男性/丧偶/退休干部	75岁/女性/离异/退休职工
家庭支持	有子嗣照顾，但存在代际沟通隔阂	独子重残，仅赖儿媳一人照顾，经济拮据	独居状态，女儿定期探访，情感联结紧密
结构	代际支持型	高风险脆弱型	独居原子型
核心痛苦议题	因失能导致“废人感”，无法接受职业身份丧失 存在性焦虑	不愿拖累家庭，产生“提早结束”的意念 利他性退缩	因身体失控（失禁/疼痛）产生强烈羞耻感 自我污名化
数据来源	医疗记录：No.000000849 访谈编号：20250623-H	医疗记录：No.000506 访谈编号：20250613-M	医疗记录：No.000567 访谈编号：20250529-X

4.3.1. 案例一：禾伯——重建失能者的存在意义

禾伯（化名），91岁，患有食管恶性肿瘤伴纵膈淋巴结转移，一年前进食后吞咽困难，伴食道内异物感，曾于多家医院住院康复治疗，但吞咽困难症状仍无改善。2025年5月，因病情进展、身体日渐衰弱，禾伯选择入住广州市荔湾区华林街道社区卫生服务中心（以下简称“华林中心”）。入院初期禾伯因服药困难及长期腹部隐痛，已停用口服药物，仅可进食少量流质，并伴有身体疼痛、心理困等整体性癌痛。针对禾伯的现实需求，益先研究联动华林中心医护人员组建了“医生+护士+社工”多专业协作个案管理团队（以下简称：多专业团队）。多专业团队共同制定了个性化照护方案：医护人员主要负责疼痛控制、缓解吞咽困难、实施舒适护理，以减轻病痛，提升其生命末期的生活质量；社工和志愿者则侧重于社会心理与精神层面的支持，协助禾伯回顾人生、肯定自我价值、表达情感并完成心愿，以帮助其缓解因疾病进展带来的

不良情绪和死亡焦虑。本案例的服务周期为 2025 年 4 月 23 日至 8 月 27 日，共计跟进 7 次。

表 5 个案管理服务流程与关键节点一览表（禾伯）

阶段	时间节点	核心议题与专业判断	关键介入策略	对应服务记录
建 立 关 系 与 评 估	2025.04.23	议题：存在性焦虑与“废人感”。 判断：案主将“功能丧失”等同于“价值丧失”，急需建立新的价值锚点。	积极聆听与共情： 通过回顾“八级技师”的职业生涯，初步建立信任关系。	记录1：精神状态较好，但因长期卧床心情郁闷。
介 入 执行： 身 份 重构	2025.05.07- 05.21	议题：自我效能感缺失。 判断：案主渴望被“看见”与被“肯定”，需将隐性的职业自豪感显性化。	优势视角介入：引导案主讲述工作成就与家庭贡献，强化“八级技师”与“家庭顶梁柱”的身份认同。	记录2：回忆工作经历，觉得自己“以前很厉害”； 记录3：希望人生价值被看见，得到正向反馈。
介 入 执行： 代 际 调适	2025.06.04- 06.18	议题：代际遗憾与未了心愿 判断：对孙辈婚事的焦虑实为对家族延续性的担忧，需进行认知重构。	认知重构：引导案主确认已完成的养育责任，将关注点从“未完成”转向“已达成”的家族繁衍事实。	记录4：关注家属婚恋，表达对儿孙的担忧； 记录5：确认“这辈子也算知足了”。
介 入 执行： 意 义 具 象 化	2025.07.02- 07.16	议题：临终告别与灵性整合 判断：随着身体进一步衰竭，需要具体的媒介来固化生命意义，完成社会性告别。	尊严疗法本土化：制作“心意卡”，作为生命意义的载体；协助进行人生总结与四道人生。	记录6：梦见已故亲人； 记录7：表达“顺其自然就好”，对生命终点感到释然。

结 案 与 评 估	2025.08.27	议题：善终准备完成 判断：案主身心状态 平稳，家庭支持系统 运作良好，达成服务 目标。	成效评估：确认案 主与家属均已做好 心理准备，正式结 案。	记录8：常规探访， 案主精神状态良 好，表达谢意。
-----------------	------------	---	--	---------------------------------

(资料来源：本研究整理自个案服务记录档案 YX202504)

(1) 职业角色终结导致的存在危机

案主禾伯（化名），91岁，职业背景为拥有40年执业经验的小提琴制作师（八级技师）。2025年2月，案主因食管恶性肿瘤伴多器官功能衰退，从高度自主的居家环境进入广州市荔湾区华林街道社区卫生服务中心接受安宁疗护。医疗护理模式的转变引发了其主体身份的断裂，禾伯的危机集中在社会角色的消失上。

在介入初期的生理评估中，禾伯的疼痛指数（NRS）维持在2-3分，处于轻度水平，但其身体机能的持续衰退已成为其主要压力源。案主在访谈中描述其生理机能的丧失为：

“日夜都唔瞓觉，黑一黑醒喇……只脚冇力，手又冇力。”

这种身体失控导致何伯从独立的生产者转变为依赖他人的被照顾者，动摇了其维持数十年的自我认同基础。心理测量工具（SAS焦虑量表）显示案主处于焦虑临界状态，其核心焦虑源并非对死亡本身的恐惧，而是源于身体功能丧失后对自我价值的否定。禾伯反复提及孙子的婚事，这种对代际传承的关注，反映了个体在社会角色即将终结时，试图通过完成家庭责任来确认自身价值的心理诉求。

何伯的困境揭示了老龄化社会中，个体价值往往与生产能力紧密挂钩的工具理性评价体系。在既往的生活中，何伯一直是通过小提琴制作确认其作为独立个体的价值；而当癌症引发的失能状态使其无法自理时，这种价值确认机制失效，导致其产生强烈的自我效能感缺失（王圣莉，2018）。何伯在访谈中表示：

“我去都讲唔讲得嘢，死即系等于冇用了。”（意为：我如果说不了话、办不了事，活着就等同于无用。）

这段话呈现了，当身体功能衰退导致社会参与受阻时，个体容易陷入存在意义的危机，特别是在工具理性视角下，个体容易将自身的存在价值与个人的生产功能挂钩，产生“无用即无意义”的认知偏差。

当癌症将禾伯从具有高度技术门槛的“匠人”角色中剥离，并置入医疗体制下被动接受处置的“患者”位置时，双重的边缘化机制——老龄歧视与疾病污名——共同建构了其“无用感”的生成路径。这种心理特征不仅是个体应对晚期病情的应激反应，更是社会化制度安排下，丧失生产能力的个体在资源配置与话语环境中的真实处境。因此，禾伯的困境并非孤立的心理议题，而是生命终末期老者在主体性崩塌过程中的典型表征，其介入的核心难点在于如何通过实务手段，在功能失效的局面中重建非生产导向的主体意义。

(2) 基于主体性重建的介入路径

禾伯的介入方案建立在多学科团队（MDT）分工协作的基础之上。考虑到安宁疗护情境下，显著的躯体不适会直接削弱个体进行意义反思与叙事整合的能力，本案将生理症状的阈值控制视为社会心理介入得以成立的前提条件。2025年4月下旬至5月期间，医疗团队通过调整镇痛与胃肠动力方案，将案主的疼痛评分稳定在2-3分的非干扰区间，从而为后续以主体性为导向的社会工作介入提供了现实可能。

在此基础上，研究者并未将介入重点放置于情绪宣泄或死亡准备层面，而是基于对案主核心焦虑来源的判断——即“失去生产能力即等同于失去价值”——确立了以主体意义重构为核心的实务路径。整体介入过程可概括为信任构建、意义重构与价值固化三个阶段。

在意义重构阶段，实务工作的关键并不在于缓解即时情绪，而在于改变案主自我评价的参照体系。六月中旬的一次深度访谈中，社工通过结构化提问，引导禾伯将对当前身体失能的关注，转向其完整职业生涯的回顾。当谈及其作为八级技师的劳动经历时，原本因身体虚弱而交谈受限的禾伯出现了明显的情绪唤起反应，其语速加快，并主动辅以手势进行描述：“我从小学徒做起，一直做到八级技师，带了一批又一批徒弟。”

这一变化并非偶然的情绪改善，而是职业身份在社会承认维度上的重新激活，对因失能而受损的自我效能感形成了补偿机制。

随后，实务介入进入代际遗憾的重构阶段。禾伯因妻子在疫情期间于养老院离世未能见最后一面而产生的愧疚，以及对孙子婚事的忧虑，构成了一种未尽的道德责任压迫。在六月下旬的后续跟进中，社工并未采取情感层面的宽慰，而是运用优势视角机制，引导案主重新审视其在家庭结构中的长期贡献。通过对家庭历史的系统回溯，社工协助案

主意识到自己已经完成了养育责任这一事实。

随后，介入转入对代际责任的重新定位阶段。针对禾伯因未能陪伴妻子临终及对孙子婚事的持续忧虑，研究者并未采用情感安慰或道德宽解的方式，而是基于优势视角，引导其回溯自身在家庭结构中的长期投入与实际完成的责任。通过系统梳理家庭历史与代际支持关系，案主逐步意识到其养育与支持义务已在长期实践中得以实现。

禾伯在一次访谈中对上述逻辑进行了接纳，其表述为：

“能养起一大家子人，也算是不错了，这一生也算知足了。”

这一表述标志着其自我评价标准由“尚未完成的当下责任”转向“已完成的生命历程”，从而缓解了道德责任未尽所带来的心理压迫。

进入七月初，实务工作进入价值固化阶段。鉴于家属难以提供完整历史资料以支持正式生命回顾文本的编撰，介入策略调整为制作低认知负荷的“心意卡”。这一选择并非技术妥协，而是基于案主生理功能持续下降的现实条件，对沟通成本与心理承载能力的综合判断。尽管此阶段禾伯的身体机能进一步衰退，但其心理状态呈现出相对稳定的去焦虑化趋势。通过这种贴合现实条件的实务决策，多专业团队为案主构建了一个支持性环境，使其在生命末期仍能通过话语权的重夺，对自身生命意义进行最后的整合。

(3) 结案阶段的意义外化与价值定型

在完成生命叙事的初步重构后，实务介入的重点由认知层面的理解转向如何将已形成的意义认同稳定地嵌入案主的心理结构之中。鉴于禾伯生理机能持续下降、专注时间有限，若继续采用完整书写型生命回顾或口述史整理，反而可能增加其认知与情绪负荷，因此研究者并未沿用标准化尊严疗法流程，而是对其实施方式进行了情境化调整。

在多种可能的结案路径中，本案选择以“心意卡”作为意义重构的核心载体，并将其视为叙事治疗中的外化技术。这一选择的判断基础在于：相较于以文本为中心的生命回顾，具象化、可触碰的符号媒介更有助于在医疗机构这一高度病理化的场域中，为个体保留主体表达的空间。心意卡在此不仅是信息的物理承载物，更是一种符号中介，使案主得以通过有限的身体投入，完成对其生命意义的再确认与对外传递，其功能可界定为一种生命见证性文档。

在具体实施过程中，心意卡的制作与交付被有意设计为一个可被感知的仪式化互动。封面选用AI生成的禾伯从事小提琴制作的画面，并辅以“半生耕耘，满是深情”的文字，

回应了案主对其职业身份的核心认同。当医护人员、社会工作者及志愿者共同签名并将卡片赠予禾伯时，该行为在病房这一医疗权威高度集中的空间内，临时性地建构了一个以社会承认为核心的支持网络。在接收卡片时，禾伯表现出了明显的情绪唤起，他回应道：

“这个照片还挺像年轻时候的自己，我那时候努力干活，只系想养活家人。”

这一表述显示，案主已能够借助外化媒介，将自我评价的重心从当前的失能状态中抽离，重新锚定于其作为家庭支撑者与劳动者的生命历史中。这种写作与叙事疗法的衍生应用，能够通过符号互动机制促成情绪的外化与再认识，从而在心理层面缓冲身体衰竭所带来的精神冲击（王健男，2020）。

心意卡的交付仪式进一步强化了社会承认的广度。该卡片由医、护、社、志多方成员集体签名并共同呈送，使其在病房场域内具有显著的“去病理化”象征意义——其所确认的并非“患者”的临终状态，而是一个个体完整生命价值的存在。通过这一符号化的结案方式，禾伯得以完成灵性层面的道谢与道爱，其对儿子所言：

“你们过得好，我就开心和知足了。”

这种外化媒介在医疗体制主导的机构中打开了非医学话语的自主空间，通过将个体的生命叙事转化为一种有形的生命礼物，标志着案主在生命终末阶段实现了从治疗客体向生命主体的角色回归。

(4) 主体意义整合导向的转变机制与成效评估

在为期四个月的系统性实务介入后，禾伯的生存质量在病程不可逆转的生理衰竭背景下呈现出结构性改善。需要强调的是，本案成效并非体现在生物学层面的病灶控制，而在于通过“医—护—社—志”协作机制，成功扩展了案主在医疗体制主导情境中的生命叙事空间，从而改变了其对自身处境的意义诠释方式。

在微观主体性层面，案主的心理状态呈现出由功能性焦虑向存在性整合的转变。尽管生理评估显示其身体功能持续下降（PPS降至20%），但在持续的意义重构与符号确证介入下，其情绪与认知结构保持相对稳定。在结案评估阶段（2025年8月27日）的深度访谈中，禾伯以“顺其自然就好”概括其当下状态。结合其此前高度聚焦于“无用感”与责任未尽的表述，这一态度转变并非自然回避，而更符合叙事治疗中通过意义整合达成的心理安顿特征。其后续分享的关于梦见已故妻子的安详体验，进一步显示其已能够

在情感层面完成与自我、家庭及疾病处境的和解，接近安宁疗护所强调的“生死两相安”目标。

在中观支持系统层面，实务介入对家庭互动模式产生了可观察的调整效应。家属反馈显示，通过“心意卡”等外化媒介完成的情感表达，显著降低了家庭系统中的沟通阻滞与情绪内耗。随着案主不再反复陷入职责未尽的自责叙事，主要照顾者的反应性压力亦随之下降。家庭氛围由此前因资源枯竭与情绪压抑引发的紧张状态，转向以共同见证与陪伴为核心的关系模式。这一变化表明，社会工作介入在一定程度上弥合了院外照护支持的断裂，发挥了连接医疗照护与家庭系统的中介功能。

在客观评估层面，量化指标的变化轨迹为上述质性判断提供了补充证据。监测数据显示，尽管案主的疼痛指数（NRS）随病情进展呈现波动，其心理痛苦指数（DMSM）在社会心理介入期间始终维持在低值区间（1分）。生理痛苦与心理痛苦之间的非线性关系表明，即便在无法改变死亡进程的条件下，通过重建个体的价值评价体系，社会心理干预仍能够实现“带病安享”的实务目标。综上，本案例显示，在社区资源相对受限的情境中，通过多专业团队的专业整合与判断性介入，能够有效激活案主的内在抗逆力，并在功能失效状态下促进生命意义的整合与家庭系统的再平衡。

4.3.2. 案例二：蒙叔——家庭危机中的意义重构

蒙叔（化名），76岁，是一名有着数十年党龄的老党员，于2024年1月确诊直肠癌晚期肝转移，之后共经历22次化疗，伴随持续癌痛与功能受限。确诊初期，他的家庭接连遭遇重大变故：妻子突发心梗离世，儿子脑干出血住院。尽管承受着巨大的身心痛苦与生活压力，蒙叔仍努力积极配合治疗，度过了最初医生预估的六个月生存预期。2025年5月起，蒙叔身体机能进一步衰退，频繁发热、虚弱无力，自觉生命临近终点，强烈期望减少痛苦、保有尊严。他选择入住广州市海珠区龙凤街社区卫生服务中心（以下简称：龙凤中心）安宁疗护病房。依托“无痛伴行”计划的开展，益先研究联动龙凤中心医护人员组成了“医护社”多专业协作个案管理团队（以下简称：多专业团队/多专业团队），为其提供以缓解“整体疼痛”为目标的整合式照护服务。本案例的服务周期为2025年6月18日至8月1日，共计跟进5次。

表 6 个案管理服务流程与关键节点一览表（蒙叔）

阶段	时间节点	核心议题与专业判断	关键介入策略	对应服务记录
接案与初步评估	2025.06.18	议题：家庭资源匮乏与求死意念 判断：案主的“想早点结束”并非单纯的厌世，而是为了减轻儿媳负担的“利他性退缩”。	建立信任与共情： 肯定其“为家庭着想”的初衷，建立专业关系，缓解其因“拖累家人”产生的内疚感。	记录1：表达对家庭现状的担忧，希望早点解脱。
介入执行：意义探索	2025.06.26	议题：过往价值确认与遗愿表达 判断：案主作为老党员的身份认同是其核心精神支柱，可转化为对抗虚无感的资源。	生命回顾与遗愿整理：引导回顾“为党工作”的经历，协助其表达“捐献遗体”的意愿，将其转化为“最后的社会贡献”。	记录2：回顾22次化疗经历，提出捐献遗体意愿。
介入执行：信仰转化	2025.07.02	议题：灵性危机与社会支持构建 判断：案主需要外部力量来确认其决定的崇高性，以抵消身体衰败带来的无力感。	跨专业协同与社会确认：社工与医护团队共同见证其捐献意愿，通过“心意卡”等载体赋予其行为以仪式感和神圣性。	记录3：精神状态改善，对医护团队表达感谢。
介入执行：代际连接	2025.07.16	议题：临终告别与代际传承 判断：孙辈的探视是案主“精神生命延续”的关键，需打破家庭内部的沟通壁垒。	家庭会议与情感疏导：促进孙辈探访，引导案主向孙辈传递人生经验与期望，完成“精	记录4：孙子探视后，案主表示“死而无憾”，心情从焦虑转为平静。

			神资产”的代际交接。	
结案与评估	2025.08.01	议题：善终实现与哀伤辅导 判断：案主平静离世，遗愿达成，家属哀伤反应在正常范围内。	成效总结与跟进： 协助家属完成遗体捐献流程，评估家属哀伤状况并提供后续支持。	记录5：案主离世，家属对服务表示认可，未出现复杂性哀伤。

(资料来源：本研究整理自个案服务记录档案 YX202506)

(1) 家庭支持匮乏促发的生存危机

案主蒙叔（化名），76岁，退休老干部，拥有数十年党龄，曾长期担任街道关工委常务副主任。2025年6月，案主因直肠癌晚期伴肝转移入住龙凤街社区卫生服务中心。在进入安宁疗护场域前，案主在极短时间内连续遭遇多重家庭变故，包括自身确诊恶性肿瘤、配偶突发心梗离世以及独子因脑干出血导致全瘫。突发性的家庭功能解体，使其从原有的“社区核心志愿者”与“家庭主要支持者”角色中迅速跌落，形成高度集中的结构性危机。

在生理评估层面，案主的身体机能指标（KPS 80分，PPS 80%）显示其仍具备一定的生理代偿能力，尚未进入终末期功能衰竭阶段。然而，心理维度的评估结果呈现出显著偏离。SAS焦虑量表得分为61.25分，处于中度焦虑区间。案主在访谈中将其长期治疗经历描述为一种无意义的消耗，并明确表达对继续生存路径的否定性判断：

“22次化疗好痛苦，未经历过嘅人唔会感受到……一个人始终要死亡，睇下选择咩路。”

这一表述显示，案主已开始对生命终局进行主动路径选择，其关注重点并非疼痛本身，而是对“继续存在是否仍具正当性”的价值判断。

进一步分析显示，蒙叔的死亡意向并不符合典型的避痛型或情绪崩溃型自杀风险特征，而具有明显的利他性取向。当前家庭系统中，案主全瘫的儿子与其自身均依赖儿媳单人照护，在社会支持资源严重不足的情况下，家庭承载压力被高度集中。案主多次将自身的生存描述为对家庭有限资源的消耗，并在访谈中反复强调：

“我去都讲唔讲得嘢，死即系等于有用。”

这种将生命价值完全等同于功能产出的认知模式，反映出晚期重症患者中常见的累

赘感与自我污名化机制（王圣莉，2018），但在本案中，其内涵更接近一种基于家庭责任的理性化撤退判断。

在老龄化社会背景下，当社会支持体系未能为失独、子瘫等高风险家庭提供足够的劳动力补偿与制度托底时，个体的责任伦理往往会转化为沉重的心理压力。对于长期内化集体主义价值观、并高度认同“有用即有价值”逻辑的党员身份主体而言，这种只消耗、不产出的生存状态构成了深层次的存在性危机。因此，案主提出“早点结束”的意愿，并非单纯源于生理痛苦或抑郁冲动，而是一种在资源极度受限情境下形成的利他性撤退倾向。

基于上述判断，本案的核心实务难点不在于简单否定案主的死亡意向，而在于如何在尊重其责任伦理的前提下，重新建构其生命价值的评价框架，从而破解由社会支持短板所催生的“利他性死亡选择”逻辑。

(2) 基于政治信仰转化的介入路径

在蒙叔个案中，实务介入并未以症状缓解或情绪稳定作为首要目标，而是将核心判断置于一个更具结构性的命题之上：当家庭系统与社会支持系统同时失效时，个体还能否在何种意义框架中继续确认自身存在的正当性。这一判断决定了本案不适宜采用以情绪支持或危机干预为主导的路径，而必须转向意义疗法所强调的价值锚定与责任指向。

首先，行动小组对蒙叔所表达的“早点结束”意愿，并未进行病理化处理或直接风险压制，而是将其视为一种具有清晰伦理逻辑的利他性抉择。与单纯以自杀风险评估为导向的处置策略不同，实务团队判断，若忽视其背后关于“无用感”、“资源吞噬”的价值判断，仅通过劝导或陪伴削弱死亡意念，反而会进一步侵蚀案主的主体尊严。因此，介入的首要策略并非改变其想法，而是为这一想法寻找是否存在可被替代的意义出路。基于这一判断，实务并未急于引导案主回归家庭角色或强化亲情纽带。相反，在家庭系统已明显失衡（子瘫、儿媳单一照护）的现实条件下，继续强化家庭责任叙事，极可能加重案主的道德负担。行动小组选择暂时悬置家庭维度，将介入重心转向案主长期内化的政治身份与公共服务经验。这一选择并非偶然，而是基于对其价值结构的专业识别，对蒙叔而言，“对国家有用”是其生命意义中更稳定、也更具超越性的价值来源。

在具体实践中，社工通过非指导性的在场陪伴，与案主共同回溯其在关工委服务中的角色经验，使其逐步从当前的失能状态转向过往的社会贡献以进行自我定位。这一过

程并非简单的回忆唤起，而是校准价值坐标。与心理安抚式回忆不同，这种回溯明确指向一个判断，即便在生产力终结后，个体仍可通过符号化、制度化的方式继续参与公共秩序。在此基础上，案主提出的遗体捐献意愿，被多专业团队理解为一种高度一致的价值延续，而非消极的求死表达。社工并未对该意愿进行道德引导或情绪中和，而是与医疗团队协作，协助其完成正式登记。这一行动本身构成了一次关键的主体性确认，案主不再是被照护的对象，而是一个仍在做出公共选择的行动者。通过这一制度化程序，蒙叔将生命终结定义为“最后一次履行社会责任”。

在结案前的价值固化阶段，多专业团队进一步通过荣誉心意卡的形式，对其一生的公共服务与政治信念进行明确书写与公开确认，在情感抚慰外，更希望突出象征性社会承认的再生产的功能。对于家庭功能失效、私人关系支持不足的案主而言，这种来自公共领域的确认，填补了其意义结构中的关键断裂点。

综上，本案的介入的重点是通过意义疗法完成了价值的替换，而非单纯消解死亡概念，案主从认为自己应该早日离开来缓解家庭压力，转向回顾过往奉献完成生命闭环，降低了自身的“无用感”。然而这一转向并非对所有个案均适用，而是建立在对案主价值结构、政治身份与社会处境的综合判断之上权衡的选择。

(3) 依靠代际情感补偿完成临终需求

在个体维度的意义重构完成后，社会工作者的介入焦点转向了蒙叔家庭系统的功能修复。基于生态系统理论的评估显示，该家庭处于极端的结构性困境：独子全瘫导致家庭核心支柱倒塌，而唯一具备照护能力的儿媳需兼顾生计。面对这种高强度的生存压力，常规安宁疗护中“增加照顾者喘息时间”或“引入志愿者替代照护”的策略并不适用，因为儿媳的缺席源于刚性的生计需求而非单纯的照护疲劳。基于此专业判断，社会工作者并未强行要求儿媳增加在床边的陪伴时间，而是将自身定位为情感流动的中介者。通过建立定期的信息同步渠道，社会工作者将蒙叔的心理状态与感恩表达定向传递给无法时刻在场的儿媳。这一策略在不干扰照顾者生计活动的前提下，有效降低了其因缺席而产生的道德焦虑与补偿性愧疚，从而维持了脆弱家庭支持系统的最低限度运作。

代际叙事的重构是实现系统性增能的关键机制。在生命终末期，社会工作者识别出蒙叔强烈的传承需求。然而，考虑到蒙叔其子因全瘫已无法承担家族责任的现实，若强行推动父子间的责任交接可能会加剧双方的无力感。因此，社会工作者策略性地选择了

隔代传递的路径，引导蒙叔将其政治信仰转化为具体的人生道理，并定向传递给孙辈。在孙子探视的过程中，社会工作者通过结构化的提问协助蒙叔完成了价值观的代际交接，蒙叔随后表示：“孙子懂事了，我就知足了。”这一路径本质上是个体通过确信自己的精神生命将在后代身上延续，从而在儿子功能缺位的情况下，依然缓解了即将消亡带来的存在性焦虑。

为了将这种稍纵即逝的口头表达固化为家庭的共有资产，社会工作者引入了荣誉贺卡作为一叙述的物质载体。在基层医疗资源紧张且案主精力衰竭的条件下，尊严疗法中常见的长篇人生传记并不具备可行性。因此，心意卡被社会工作者构建为一种低门槛、具象化的社会承认工具。它将蒙叔的个人叙事与家庭叙事进行了整合与书面化确证。当这一载体在医护人员、社会工作者与家属之间传递时，它创造了一个共同见证的场域，使得原本隐晦的临终告别被合法化、公开化。这种前置性的哀伤辅导策略，不仅让蒙叔在生命的最后阶段确认了自身的价值，更为家属留下了确定的情感凭证，从而在阻断复杂性哀伤发生的机制上发挥了预防作用。

(4) 社会价值实现导向的转变机制与成效评估

经过为期一个半月的密集实务介入，蒙叔在生命终末期的生存状态发生了质的转变。这一转变并非源于病情的逆转，而是基于多专业团队合作下社工对案主能动性的重新引导。在介入初期，案主强烈的利他性自杀意念源于其在家庭资源匮乏情境下对自身负资产属性的认定。面对这一危机，常规的危机干预往往侧重于控制自杀风险或进行认知辩论，但在此案例中，社会工作者判断案主的求死意愿中存在着高尚的利他动机，而并非属于一种自我放弃的绝望。因此，介入策略未选择压制其意愿，而是通过协助其完成遗体捐献登记，将其原本指向自我毁灭的破坏性力量，转化为指向社会贡献的建设性力量。这一路径选择成功地消解了案主的道德焦虑，证明了在资源受限情境下，顺应案主内在逻辑进行价值置换比单纯的情绪疏导更为有效。

在微观心理层面，案主的主观陈述证实了介入逻辑的有效性。蒙叔在后期访谈中表示：

“我现在一身轻松，没有什么遗憾了。”

这种心理状态的达成，实则是案主将即将发生的生理死亡重构为一种政治身份的完成式。对于一位在现实生活中已失去掌控力的失能长者而言，遗体捐献成为了其最后一次行使

社会权利的机会。社会工作者并未将其视为普通的临终安排，而是将其构建为老党员的核心任务。这种基于身份认同的介入，使得案主在身体极度衰败的情况下，依然能够获得精神层面的掌控感与尊严感，从而达成了存在主义层面的逻辑自洽。

在中观支持系统层面，实务干预通过引入多学科协作团队与代际互动，对脆弱的家庭结构进行了功能性补偿。鉴于核心照顾者（儿媳）因生计压力导致的客观缺位，社会工作者并未试图强行拉回照顾者，而是引入孙辈作为替代性的情感支点。临终前孙辈的探视与承诺，在家庭互动的结构功能主义视角下，完成了家族责任的代际交接。这一安排不仅满足了案主的传承需求，也为家属提供了一个去病理化的告别场域。这种结构性的支持修复，使得案主在离世前处于一种被社会确认、被家族接纳的关系网络中，有效预防了家属产生复杂性哀伤的风险。

客观指标层面，介入成效呈现出显著的身心非线性背离特征。量化监测数据显示，随着病程进入终末阶段，案主的生理机能指标（KPS）呈现出不可逆的断崖式下跌，但其心理痛苦指数（DMSM）并未随身体的崩溃而同步升高，而是反常地稳定在低值区间（1分）。这种生理衰竭与心理稳态的背离，确证了介入的实效。在医疗场域内，当医疗技术无法逆转死亡进程时，社会工作者通过开辟非医疗的人文空间与意义系统，能够有效抵御生理痛苦向存在性绝望的转化。同时，也说明医护社志协作模式在应对高风险家庭安宁疗护议题时，具有超越单一生物医学范式的独特效能。本个案通过政治身份的灵性转化与代际叙事的系统重构，为在社区医疗语境下实现“优逝”目标提供了坚实的本土化实务范本。

4.3.3. 案例三：许姨——角色焦虑下的身份重构

许姨（化名），75岁，是一位有着电大进修经历的退休工厂骨干，确诊胰腺癌晚期伴多发转移，长期遭受重度癌性腹痛与严重身体机能衰退的折磨。患病以来，离异独居的她虽有女儿尽心照护，但因无法接受身体失控带来的尊严丧失，深陷于“自我污名化”与“累赘感”之中。尽管女儿给予了充分的情感支持，许姨仍难以跨越从“独立能干”到“全面依赖”的角色落差，一度陷入拒绝沟通、抗拒进食的封闭状态。2025年5月底，许姨病情进一步恶化，伴随爆发性疼痛与恶液质，自觉生命无望，强烈渴望获得心理安宁与尊严。她入住广州市荔湾区华林街道社区卫生服务中心（以下简称：华林中心）安宁疗护病房。依托“无痛伴行”计划的开展，益先研究联动华林中心医护人员组成了“医护社”多专业协作个案管理团队（以下简称：多专业团队/多专业团队），为其提供以“生

命回顾与意义重构”为目标的整合式照护服务。

表 7 个案管理服务流程与关键节点一览表（许姨）

阶段	时间节点	核心议题与专业判断	关键介入策略	对应服务记录
接 案 与 初 步 评 估	2025.0 6.06	议题：身心交互痛楚与无意义感判断：案主的“心情郁闷”并非单纯心理问题，而是未控疼痛引发的生理-心理恶性循环。需优先解决生理痛楚。	跨专业转介与信任建立：协助医疗团队调整镇痛方案，建立“社工-医护-家属”信任同盟，缓解案主对医疗的抵触。	记录1：NRS 3-4 分，心情郁闷，觉得活着没用。
介 入 执 行: 正常 化预备	2025.0 6.09	议题：认知偏差与家庭焦虑判断：家属过度关注“告别”导致家庭氛围压抑，需引入“正常化”视角，降低预期性哀伤对当下的干扰。	家庭会议与认知重构：引导家属“聊开心往事”而非“告别”，为案主营造去病理化的日常互动环境。	记录2：家属不敢开口，社工建议“正常化”视角。
介 入 执 行: 生命 回顾	2025.0 6.23	议题：自我效能感缺失判断：案主将“身体衰败”等同于“自我价值归零”，需通过生命回顾挖掘其过往的“高光时刻”。	生命回顾：引导案主讲述“知青岁月”、“工厂骨干”经历，将“无用感”转化为“自豪感”。	记录3：案主讲述知青与工厂经历，精神状态好转，表示“有信心了”。
介 入 执 行: 意义 具象化	2025.0 7.02	议题：社会性死亡与尊严确认判断：随着病情恶化，案主需要具象化的载体来确认其社会身份，抵抗“临终病人”的标签。	心意卡制作与赠送：整合医护社志团队祝福，制作并赠送“心意卡”，赋予案主“被看见、被尊重”的社会确认。	记录4：收到心意卡，案主感动落泪，表示“不枉此生”。
临 终 陪 伴 与 结 案	2025.0 7.07- 07.20	议题：临终告别与哀伤辅导判断：案主进入嗜睡期，重点转向非语言陪伴与家	非语言陪伴与哀伤抚慰：运用抚触、音乐等非语言方式陪	记录5：案主嗜睡，家属表示无遗憾；结案：案

		属哀伤辅导。	伴案主：协助家属完成“四道人生”，处理哀伤情绪。	主离世，家属满意度高。
--	--	--------	--------------------------	-------------

(资料来源：本研究整理自个案服务记录档案 YX202503)

(1) 角色落差引发的自我污名化

案主许姨（化名），75岁，退休前为华南缝纫机厂技术骨干及电大进修生，长期处于离异独居状态。2025年5月底，案主因胰腺恶性肿瘤伴多发转移入住社区卫生服务中心。与其他因家庭资源匮乏而陷入困境的案例不同，许姨拥有稳定的退休金与女儿的高频探访，但其在入院初期呈现出一种极端的自我封闭与拒绝沟通状态。社会工作者通过预估发现，案主的困境并非源于外部支持系统的缺失，而是源于其过往的高独立性身份认同与当下高依赖性身体状态之间的结构性断裂。

临床评估数据显示，许姨面临着极高强度的症状负荷。生理层面，案主正经历典型的消化道肿瘤终末期症状群，包括重度腹痛（NRS评分为4-6分）、持续性呕吐及极度疲乏；躯体功能评估（PPS）已降至20%的低值阈值，处于完全失能状态。这种高频次的疼痛刺激不仅是对生理机能的损耗，更构成了心理干预的认知屏障。当躯体疼痛无法得到有效控制时，个体对生命意义的认知加工能力会因生理噪音的干扰而趋于失效，显然，此时常规的谈话疗法或者生命回顾难以成为首选的介入方案。许姨在初次沟通中表述为：

“晚上睡眠不好，无法进食……想吃东西但吃不下。”

生存本能的受阻，直接触发了案主求生意志的快速消解。未控症状也进一步在阻碍社会工作的介入，因此，社工在与多专业团队商讨下，选择扮演医疗资源的协调者，优先推动医疗团队优化止痛方案与营养支持。在初期的策略中排除了直接的心理干预，从生理上切入来缓解癌痛。

在心理与社会维度，案主的焦虑感（DT评分为4分）深刻锚定于其对自身价值的负面归因。作为一名具有知识分子背景的女性，许姨长期视“独立、整洁、有用”为核心价值。然而，造瘘术后的身体形象改变与生活自理能力的丧失，对其自我概念造成了毁灭性冲击，导致了严重的自我污名化。在探访中案主反复提及：

“以前日子很充实，现在躺在这里像个废人，又脏又臭。”

这种将个体价值等同于功能产出的逻辑，使得许姨在丧失社会生产力后，陷入了存

在主义维度的心理坍塌，并外化为利他性的放弃倾向。基于此判断，社会工作者认为，若不解构这种工具理性的评价体系，单纯的情感慰藉无法触及案主的核心痛苦。因此，介入的深层逻辑被确立为：在医疗控痛的基础上，通过重构评价标准，将案主从“废人”的自我定性中解放出来，重新确认其作为“母亲”与“奋斗者”的本体价值。

(2) 优先控制生理痛的阶段性介入

针对案主身心高度耦合且自我防御极强的特性，多专业团队在制定介入方案时，摒弃了常规的同步介入模式，转而确立了优先处理生理痛、再进入心理层面的整合照护方案。

在介入初期的生理脱敏阶段（2025年6月6日至9日），社会工作者做出了暂缓心理介入的专业判断，主要目标确立为爆发性癌痛的控制。基于癌痛管理规范，当案主处于NRS ≥ 4 分的爆发性疼痛中时，其认知通道被生理痛苦完全占据，任何意义探寻都可能被视为一种入侵。因此，社会工作者将首要职能定位为医疗沟通的中介者，协助医疗团队将给药方案调整为更稳定的芬太尼透皮贴剂，成功将疼痛指数控制在3分以下的耐受区间。这一策略的旨在消除干扰案主认知功能的生理噪音，为后续的心理介入腾出空间。在此阶段，建立专业关系的抓手并非情感交流，而是通过解决具体生理困扰来建立案主对跨专业团队的信任。

在方案的指导下，实务介入按照优先止痛的目标展开。社会工作者在初期主要扮演医患沟通中介的角色，协助医疗团队将镇痛方案从口服药调整为芬太尼透皮贴剂，直到成功将疼痛指数控制在稳定范围时，才开始进行心理介入。

进入稳定期后，介入重心转向对案主自我污名化的解构。基于案主作为退休技术骨干的背景，社会工作者判断，其产生的“废人感”源于过往以工作能力为核心的自我评价体系崩塌。因此，叙事治疗的方向未选择传统的家庭情感回顾，而是策略性地聚焦于职业效能感的回溯。通过结构化的提问，引导案主重述其在华南缝纫机厂的技术攻关经历与电大进修历程。这一策略旨在调用案主过往的优势经验，对抗当下的病理化身份。当案主能够重新以“许工”而非“晚期胰腺癌患者”的视角审视自我时，其自我效能感得到了显著修复，通过这种话语环境的重构，社工协助案主实现了社会化身份的心理复位。

(3) 完成社会确认与预期哀伤管理

随着病情进入恶化期（2025年7月2日），为了固化身份重构成果，行动小组引入了具象化的社会确认仪式。鉴于案主身体机能衰退导致语言表达受限，社会工作者制作了视觉化的心意卡作为意义载体。在这一环节，医疗权威的在场至关重要。若仅由社工或家属赠送，可能被案主解读为一种私人领域的情感安慰，因而与以往不同的是，再经由讨论后多专业团队决定由管床医生和护士长宣读“优雅若兰、一生坚强”的评语，让案主获取一种公共领域的社会确认。多专业团队期望通过这一仪式打破医疗场域通常仅关注生理病症的医疗凝视，迫使权威系统看见并承认患者作为“完整的人”的价值。案主随后的正向反馈证实，这种跨越专业边界的集体确认，有效对冲了身体失控带来的羞耻感。许姨在极度虚弱的状态下戴上老眼镜认真查看卡片，并反复表示：

“谢谢你们，好用心啊。”

此刻，医护社三方从的临床代理人转化为共同守护案主生命尊严的温情伙伴，完成了对案主受损主体性的集体赋能。

最后，在临终阶段（7月7日至14日），随着案主意识水平的下降，认知层面的干预不再适用，策略调整为感官层面的环境构建。社会工作者不再强求语言交流，而是指导家属在心意卡留白处完成表达，引导志愿者通过播放特定的太极拳音乐、进行手部抚触等非语言方式，维持与案主的连接。这种策略调整基于对临终期感官知觉保留规律的遵循，旨在构建一个去医疗化的、具有安全感的终末期环境。多专业团队通过环境塑造，旨在确保案主始终处于一个支持性的关系网络中，进而通过对案主支持系统的结构化修复，缓解其在生命最后阶段对死亡的焦虑。

(4) 身心指标非线性背离的转变机制与成效评估

案主于2025年7月14日离世。回顾全程，本案例的实务产出并非体现为对死亡结局的逆转，而是体现为在不可逆的生理衰退进程中，通过“医护社志”三方资源的整合，实现了案主在功能失效背景下的生命意义重构。这种成效是多学科实务在微观服务与中观机制层面深度耦合的结构性产出。同时也发现，在社区安宁疗护中，针对“高知、独居、高独立性需求”的案主，采取意义重构的策略具备一定的有效性。

在微观主体性维度，许姨完成了从身份污名化向自我效能回归的心理跨越。案主因

失能状态产生的心理痛苦表现为对自我价值的彻底否定，其原始叙述为：

“没用了。”

针对案主作为知识分子背景所特有的“理性与独立”需求，社会工作者认为常规的情感陪伴或单纯的同情，会被案主解读为对其“弱者”身份的确认，从而加剧其自我污名化。因此，介入策略将安抚转变为历史高光时刻的回顾，又通过心意卡这一具象化载体，将案主的身份置于医疗场域的前台。在六月下旬的评估中，许姨的主观陈述转化为：

“我有信心了。”

及至接收心意卡这一符号化荣誉时，其表述为：

“不敢担（意为受宠若惊）。”

这种话语体系的转变，证实了社会工作干预成功打破了医疗场域对个体的客体化界定，通过将案主重新锚定为具有独立价值的生命主体，实现了心理维度的彻底修复。也同时说明，对于高自尊需求的临终长者，通过符号运作恢复其在社会结构中的位置，是消解自我否定的有效路径。

在中观家庭系统维度，实务介入着重于对“独居长者”家庭结构的脆弱性进行介入。鉴于案主女儿作为唯一照顾者，面临着高强度的情感负荷与伦理压力，社会工作者并未等到案主离世后才开展哀伤辅导，而是采取了预期性干预（Anticipatory Intervention）策略。通过引导家属在案主意识清醒时完成“四道人生”的话语表达，社会工作者协助家庭系统提前释放了可能积压的遗憾与内疚。

相比于事后的补救性辅导，这种在临终场域内同步进行的家庭关系修复，更有效地将死亡事件从家庭创伤转化为了生命道别过程。案主离世后，核心照顾者（女儿）的反馈确证了这种系统性支持的效能：

“每个人都会经历这个阶段，你已经做得很好了，没有遗憾就是最好的慰藉。”

在客观层面，多学科协作（MDT）模式展现了极高的临床胜任力。数据监测显示，尽管案主在临终阶段的生理功能指标（PPS）呈现不可逆的断崖式下跌，但其疼痛指数（NRS）在医疗团队的精准调控下始终维持在受控区间，未出现病理性爆发。这种稳定的生理状态为社会工作者开展意义疗法提供了必要的认知前提，体现了“常规医疗与安宁疗护整合”的实务逻辑（符隆文 等，2022）。家属对服务的满意度评分为10分，这一极值背后反映的是社区医疗场域内专业分工的精准适配。综上所述，许姨的案例实证了在物质资源相对不足的基层医疗环境下，社会工作者通过准确识别案主及其家庭的核心

痛点，通过标准化的工具与流程营造非医疗性的人文关怀恐惧，能够有效统整个体的身心社灵需求，实现生命终末期的高质量产出。

4.4. 整体成效与反思

本研究通过三轮行动研究循环，在广州市三个社区卫生服务中心（华林、龙凤、沙园）开展了以医务社工为核心的整合照护实践。为全面评估模式效能，本节将结合量化数据趋势与多维质性反馈，从患者身心改善、家庭系统支持以及跨专业协作机制三个层面进行综合分析，并对本土化实践中的张力进行学术反思。

4.4.1. 通过社工介入提高癌痛控制的有效性

基于7位重点个案（含前述3位典型个案）的全程跟踪数据，研究发现患者的身心健康指标呈现出显著的“非线性背离”特征。这种背离不仅揭示了终末期病程的复杂性，更确证了社会心理干预在临床路径中的独立价值。

表 8 重点个案干预前后身心指标平均得分变动趋势

指标维度	介入初期 (T0)	介入中期 (T1)	终末结案期 (T2)	变化趋势说明
生理机能 (PPS%)	80%	50%	20%	持续下降，生理死亡进程
疼痛体感 (NRS)	6.2	3.1	2.8	平稳受控, 持续技术镇痛手段
焦虑水平 (SAS标准分)	62.5	45.2	41.8	显著好转, 从中度焦虑回落至常模区间
抑郁水平 (SDS标准分)	65.8	48.5	43.2	显著好转，心理韧性重建，抑郁情绪消解

如表8所示，在生物学死亡进程无法控制的前提下，案主的生理机能（PPS）呈现断崖式下跌，从介入初期的80%均值降至离世前的20%。然而，与生理衰竭曲线形成鲜明背离的是，案主的焦虑（SAS）与抑郁（SDS）指标并未随病程恶化而攀升，反而呈现出平稳下降并最终趋于稳定的态势（SAS标准分从62.5降至41.8）。

这种身心解耦现象的生成机制在于多学科协作下的功能分担。医疗团队通过精准的疼痛阈值管理（NRS均值从6.2降至2.8），消解了生理噪音对案主认知空间的占据。在此基础上，社会工作干预通过生命回顾与符号确证等机制，实现了案主主体性的复位。以禾伯为例，其职业身份的重构抵消了失能带来的无用感；蒙叔则通过遗体捐献将死亡事实转化为社会产出；许姨通过心意卡完成了情感交付。实务结果确证，当社会工作干预能够有效重构案主的话语环境时，个体的心理韧性能在生理机能耗竭的状态下实现逆势增长。这种心理指标的稳定，正是社会工作在全控机构内部开辟人文空间、重夺非医学话语权的独立产出。

4.4.2. 社会工作者在多专业团队中的整合作用

除量化指标外，来自患者、家属及医护人员的质性反馈构成了验证实务成效的结构化经验指标。这种多维度的社会确认，标志着个案从单纯的治疗客体回归为具有主体尊严的社会成员。

在案主维度，干预成效表现为存在性看见的达成。在服务记录中，案主的主观陈述呈现出从自我污名化向自我接纳的转变。

蒙叔在完成捐献登记后的表述为：

“我现在一身轻松，没有什么遗憾了。”

许姨在接收心意卡时的积极情绪唤起：

“我有信心了。”

这些话语证据表明，社会工作干预通过将无形的生命意义外化为有形的符号载体，协助案主在病理化的场域中重新摄取了自我效能感。这种主体性的回归，不仅缓解了对死亡的未知恐惧，更在社会意义上完成了生命价值的最后统整。

在家庭系统维度，干预成效体现为系统性抗逆力的重建。由于社区安宁疗护面临照护责任家庭化的结构性矛盾，家属常处于预期性哀伤过载的状态。实务介入通过前置性的哀伤辅导与正常化沟通策略，有效修正了家庭内部的情感互动模式。禾伯之子关于不再纠结琐事、享受陪伴的反馈，以及许姨女儿关于“没有遗憾是最好慰藉”的致谢，证实了社会工作干预在弥合院外照护服务断链中的功能。这种介入不仅提升了案主的优逝质量，更通过对支持系统的结构化修复，实现了心理资本在代际间的良性转化。

在医护协同维度，实务介入确立了临床整合的深度。华林中心的责任医生在反馈中

承认，解决案主心理诉求后，临床护理的配合度显著提升。这一评价标志着医务社工已从医疗体制的边缘辅助者转化为多专业团队中负责整合的核心合作伙伴。这种基于互惠性联系的专业整合，证明了在社区有限资源约束下，通过医护社志的精准分工与话语共享，能够有效提升基层医疗机构的安宁疗护胜任力，实现真正意义上的全人照护目标。

4.4.3. 社区安宁疗护模式难以持续发展的困境

尽管行动研究在华林、龙凤、沙园三个田野点确证了整合实务范式的有效性，但在实务推进过程中也暴露出深层的结构性挑战。这些张力揭示了当前模式在脱离项目制支持后可能面临的失效风险，促使研究必须从技术层面的展示转向制度层面的建构。

首要的风险在于志愿者职能的专业化边界与伦理补偿机制的缺失。本研究通过“医务社工+”模式动员了医学背景志愿者与大学生，但在高强度的临终实务中，由于缺乏制度化的督导保障，志愿者面临着显著的次级创伤风险。在蒙叔与许姨的案例中，志愿者在处理家属极端情绪与案主临终生理变化时，常表现出认知过载。这种专业胜任力的缺口，映射出基层医疗机构中安宁疗护职能的边缘化现状。若缺乏专职医务社工的持续性专业引领，单纯依赖志愿者的“情感投入”，将难以维持服务质量的稳定性与伦理安全性（赵雅君 & 许娟, 2025）。

其次，传统文化情境下的死亡话题的禁忌对沟通策略构成了刚性制约。虽然在个案层面通过心意卡等叙事外化工具实现了对死亡话语的温和切入，但在广泛的社区场域中，家属对DNR协议签署及病危告知仍存在强烈的排斥。这种文化抗力不仅是意识形态层面的，更受到现有医疗事故处置制度的制约。医护人员在面对家属的避讳情绪时，往往因缺乏法律保障而倾向于保守治疗，这导致医社联动”处理复杂的伦理冲突时，依然高度依赖研究者的个人介入效能，而非标准化的临床路径。

最核心的挑战在于该模式的可复制性与制度化嵌入问题。目前“医护社志”模式的良性运转，很大程度上依托于特定的资源富集条件——即高校专家的带教支持与公益创投基金的经费注入。在一个缺乏上述外部变量的普通社区医院，该模式面临着严重的资源断裂。实务经验表明，若要将“1+N”模式从实验性的微观干预转化为常态化的公共卫生供给，必须破解项目化运作的临时性逻辑。政策层面应考虑通过嵌入式岗位制度，在社区卫生服务中心的行政编制内强制设立医务社工岗，或采取“区域中心辐射”模式，由区级安宁疗护中心向各街道站点派驻专业社工。只有将非临床的社会心理干预纳入医保支付体系或基本公卫评价指标，才能解决目前高密度照护与低度制度支撑的张力，实

现社区安宁疗护的可持续产出。

5. 总结与反思

5.1. 主要发现

本研究通过在广州市三个社区卫生服务中心开展的行动研究，验证了整合照护彩虹模型（RMIC）在本土语境下的解释力，并揭示了医务社工如何通过“1+N”模式，在制度化的医疗场域中为临终长者开辟出更具人文关怀的生存空间。

5.1.1. 癌痛管理需要提高心理关怀

研究首先证实，社区癌痛管理的困境本质上是现代生物医学模式下“治愈（Cure）”与“照护（Care）”二元对立的制度化后果。在传统的医疗科层制中，医生的权力通过对疼痛的生理学定义——即 NRS 评分、药物代谢动力学——来实现对患者身体的管理，而那些无法被量化的痛苦（如死亡恐惧、自我价值丧失）则往往被视为医疗噪音而被边缘化（Mashiro et al., 2023）。本研究构建的“医护社志”多学科团队，实际上是在刚性的医疗体制内部植入了一个缓冲机制。

通过个案会议与联合查房，医务社工成功构建了一套双向的“医社话语转换机制”。例如在蒙叔的案例中，将其轻声的极端表达翻译为利他性自杀意念的家庭责任焦虑。这种翻译机制使得原本被视为病态心理或者依从性差的行为，在医疗团队眼中获得了合理性解释。

5.1.2. 失能老年患者害怕“无用感”

研究进一步发现，中国老年癌痛患者的精神危机，深刻嵌入在生产力导向的社会价值体系之中。蒙叔案例中反复出现的“废人感”，以及禾伯对八级技师身份的执着，揭示了在现代性与传统孝道文化的夹缝中，丧失劳动能力和家庭功能的临终长者面临着双重社会性死亡。如果个体被定义为“不再具有使用价值”，其存在意义便会遭到“无用论”的系统性剥蚀。

针对这一文化困境，本研究采用的本土化尊严疗法，实际上是一场微观的文化抵抗运动。医务社工通过引导患者回顾“知青岁月”、“工厂奉献”或“党员身份”，帮助他们从集体主义的宏大叙事中汲取力量，对抗个体生理衰败带来的虚无感。这种干预策略超越了西方的个人主义范式，利用中国长者特有的“家国同构”情感逻辑，将遗体捐

献或家族传承重构为生命最后的社会产出。这证明了，在本土语境下，安宁疗护的核心不仅是减轻痛苦，更是通过仪式化的手段，帮助长者在社会关系网络中重新确认其位置，从而将被疾病污名化的身份重新建构。

在符号互动与权力重构层面，心意卡不仅是信息的物理载体，更充当了改变病房权力结构的物质媒介。这一卡片将抽象的生命尊严具象化为可触碰、可展示的文化资本。以蒙叔为例，当医疗团队在病房内郑重向其颁发印有“山高水长，朗月清风”的心意卡时，病房的场域性质发生了微妙转化，从单纯的生存治疗空间转变为生命价值空间。蒙叔在接过卡片后反复端详，并对医护人员表述为：谢谢你们，好用心啊。这一反馈标志着，通过实物的传递，医患关系从“治疗者——被治疗者”的单向权力结构，转化为“见证者——被见证者”的双向情感互动。心意卡作为一种去病理化的符号，赋予了患者在临终阶段重新定义自我的权力，有效抵御了医疗凝视对个体主体性的客体化消解。

5.1.3. 志愿者存在结构上的脆弱性

最后，本研究揭示了社区重症长者家庭支持系统的结构性脆弱。无论是空巢的许姨，还是失独的蒙广才，他们的困境并非仅仅是个体家庭的不幸，而是人口少子化与照护责任家庭化这一结构性矛盾在个体身上的投射。当国家福利体系尚不足以完全覆盖，而原子化的核心家庭又无力承担高强度的临终照护时，家庭照护功能很容易走向崩溃。

在此背景下，本项目引入的“医务社工+志愿者”服务模式，在部分程度上分担照护责任。因为护工或家属足以承担大部分生活照料，志愿者的服务重点则更多是一种拟亲属关系，或者说社会关系的支持。当志愿者握住老人的手，或者社工代劳子女无法完成的“四道人生”时，他们实际上是在修补破损的家庭支持网络，为那些被现代风险社会抛入孤立状态的长者提供了一种替代性的安全依恋。这种介入虽然无法从根本上解决医疗资源分配不均的宏观问题，但它在微观层面构建了一个关怀共同体，缓冲了制度性风险对脆弱个体的直接冲击。

然而，必须审慎地指出，这种依赖非正式资源的机制其内部存在结构性不稳定性。Mashiro et al. (2023) 在关于社区整合照护障碍的研究中指出，非正式照顾者虽然能填补服务的缝隙，但其流动性高、专业一致性低的特征构成了协作的潜在风险。在本研究的实务观察中，虽然“医护社志”模式缓解了燃眉之急，但志愿者的介入往往受限于个人时间、情感承载力及专业胜任力。例如，在许姨临终阶段，部分志愿者因缺乏处理濒死症状的经验而产生退缩心理，导致照护链条出现短暂的脱节。这种高情感投入需求与

低稳定性人力供给之间的张力，表明单纯依靠道德动员的志愿服务难以形成长效机制。

因此，本研究认为，“1+N”模式中的“N”，即志愿者与社会力量，虽然在现阶段发挥了不可替代的补偿作用，但其本质上是一种脆弱的结构式救急手段。若缺乏制度化的激励、规范化的督导以及来自医疗体系的正式整合，这种机制随时可能因人力资源的耗竭而失效。这提示了在未来的服务设计中，必须超越单纯的资源链接，转向探索如何通过政策工具，如岗位嵌入或服务购买，将这种流动的社会善意转化为稳定的公共服务供给。

5.2. “1+N”社区癌痛管理模式的构建

基于整合照护彩虹模型（RMIC）的理论框架与本行动研究的实务探索，本研究提炼出一套适应中国基层医疗情境的“1+N”社区癌痛管理服务模式。该模式旨在解决社区医疗资源匮乏与临终关怀需求激增之间的结构性矛盾，通过专业引领与多元协同的双轮驱动，实现医疗照护与社会心理支持的无缝衔接。

5.2.1. 模式内涵：依靠社工链接实现跨圈层治理

“1+N”模式并非简单的人力叠加，而是一种基于功能分化与整合治理结构创新。

首先是核心圈层。“1”的专业引领与枢纽功能。这里的“1”特指1名具备跨专业胜任力的专职医务社工，即在案例中承担个案管理师的角色。在社区医疗场域中，社工不再是边缘的辅助者，而是作为核心的资源配置者与团队粘合剂。依据关于中国初级卫生系统整合的研究，社工在此承担着提升专业整合的关键职能。对外，他们链接上级医院与慈善资源；对内，他们协调医护团队与志愿者力量。这种“枢纽型”角色的确立，打破了传统医疗体制中“谁治疗谁负责”的线性逻辑，建立了一种以患者需求为中心的网状协作机制（Huang et al., 2020）。

其次是外围圈层。“N”的多元协同与资源网络。这里的“N”代表了一个弹性的社会支持网络，包括社区全科医生、护理人员、经过培训的志愿者、家庭照顾者以及非正式的邻里互助力量。正如以患者为中心的整合照护研究所指出的，以人为本的核心在于调动患者周边的所有资源（Wang et al., 2021）。在“1+N”模式中，志愿者提供的床边陪伴、医护人员提供的症状控制、家属提供的情感支持，共同构成了“N”的丰富内涵。这种结构使得昂贵的专业服务得以通过低成本的社会力量进行稀释与下沉，从而覆盖更广泛的社区人群。

更为关键的是,“1+N”模式在本质上是对国家医养结合战略的微观落地。在老龄化程度不断加深的背景下,老年人的健康需求呈现出医疗与养老高度融合的特征。传统的医疗服务往往难以覆盖老年人的生活照料与长期护理需求,而单纯的养老服务又缺乏必要的医疗支撑。本研究提出的模式通过社工的介入,不仅链接了必要的医疗资源,如止痛药、症状管理、哀伤辅导,更有效地整合了社区养老资源,如长护险申请协助、长者饭堂送餐服务、社区门诊。这种资源的跨界整合,不仅解决了“看病难”的问题,更回应了“养老难”的困境,实现了医疗服务与生活照料的有机统一,从而有效提升了老年人的生活质量与健康获得感(Zhou et al., 2021)。

5.2.2. 运行机制: 通过病情筛查与分级提高效率

“1+N”模式的有效性并非源于静态的结构搭建,而在于其动态的运行机制能否精准回应老年癌痛患者全周期的身心需求。本研究借鉴世界卫生组织(WHO)提出的老年人整合照护(ICOPE)框架,将以人为本的照护理念转化为可操作的“筛查—评估—干预—流转”闭环流程。不同于传统医疗仅关注疾病治愈的单一线性逻辑,该机制强调围绕老年人的内在能力进行早期识别与分级干预,旨在通过社区资源的多维整合,延缓功能减退并提升终末期生命质量(Zhou et al., 2021)。

第一,基于生存期与内在能力的动态筛选机制。在社区卫生服务中心的日常诊疗路径中,如何从庞大的老年慢性病群体中精准识别出需要安宁疗护介入的潜在对象,是资源配置的首要难题。本模式将ICOPE框架中的“早期筛查”理念前置到全科医生的首诊环节,依托社区医院现有的医院信息系统(HIS)建立了一套自动化与人工相结合的筛选预警系统。当全科医生在系统中录入患者的NRS疼痛评分(≥ 4 分)或生存期预测($PPS \leq 50\%$)时,系统会自动触发“红黄绿”三色分级标签。这一技术嵌入使得原本隐匿在普通门诊中的癌痛患者被显性化,完成了从生理性治疗对象向整合性照护对象的身份标记。对于被标记为红色的高危个案,如濒死期或伴有严重心理困扰,系统将自动生成转介工单,推送至医务社工端,从而在制度层面确立了“医疗初筛—社工接案”的标准化协作入口,避免了传统模式下因医生个人意识差异导致的服务漏损。

第二,跨专业协作下的分阶干预与信息流转。在完成精准筛选后,服务链条进入以个案管理为核心的干预阶段。这一过程并非医、护、社三方的简单叠加,而是通过多学科团队(MDT)会议实现的深度融合。依据ICOPE关于制定个性化照护计划的指引,医务社工在接案后首先进行全人评估,识别患者除躯体疼痛外的家庭支持短板与灵性需求,

随后与医疗团队共同制定分阶干预策略。对于生存期较长的“慢病期”患者，侧重于志愿者的居家生活支持与医生的症状监控；对于进入“进展期”与“临终期”的患者，则启动高频次的MDT查房与社工深度介入。值得注意的是，这一流程被深度嵌入到日常工作常规中（见图 3）。图3展示了从前端筛选到后端哀伤辅导的完整闭环，其中HIS系统起到了关键的信息枢纽作用，确保了医疗记录与社工服务记录的实时同步。这种信息流的畅通，使得志愿者提供的非医疗性陪伴数据，如情绪波动、家庭冲突线索能够及时反馈给医疗团队，辅助医生调整止痛方案，从而实现了生理控制与社会心理支持在时间与空间上的精准咬合。

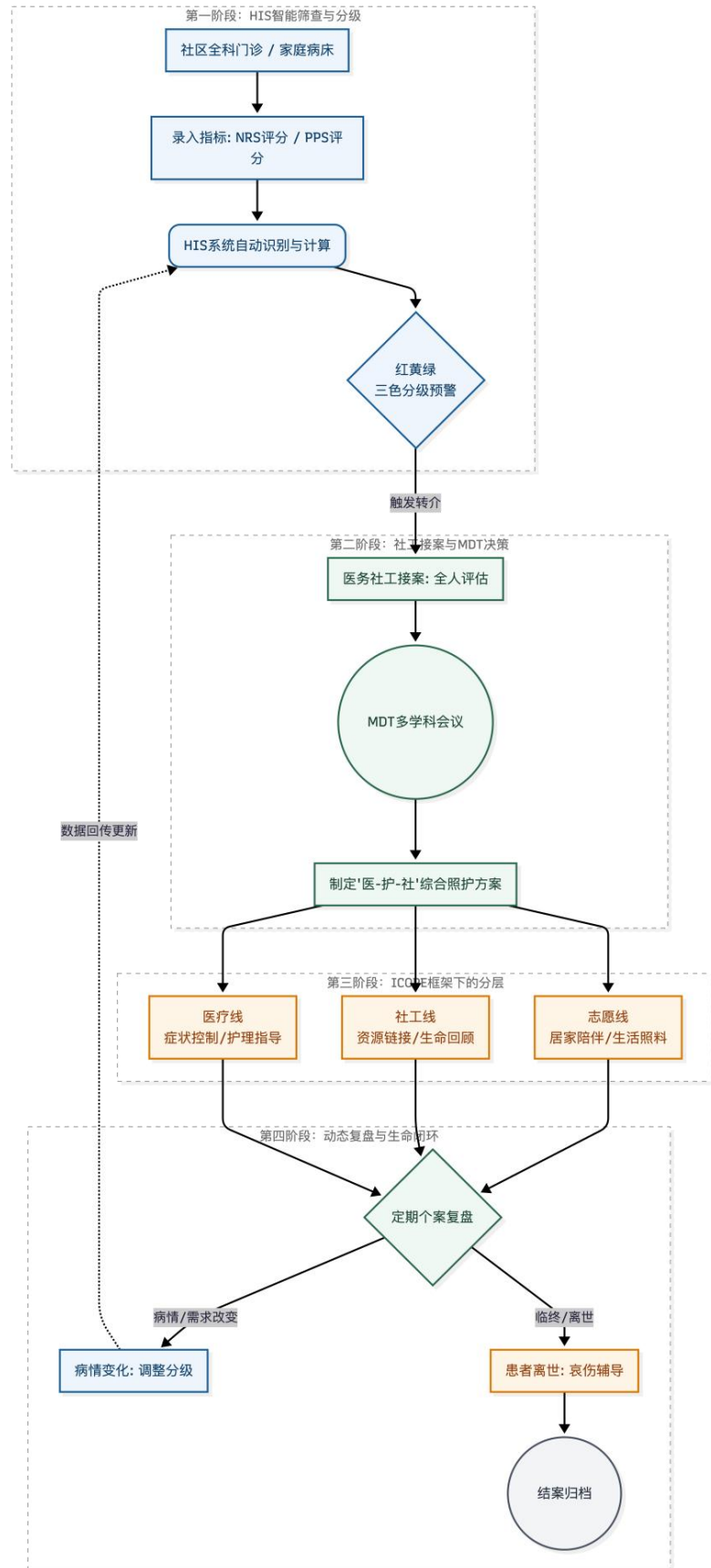


图 4 社区癌痛“1+N”整合照护服务流程图

第三，结构化的哀伤辅导与服务闭环。ICOPE框架强调照护的连续性，这种连续性不仅体现在患者生前，更延伸至离世后的家庭系统支持。在“1+N”模式的运行终点，服务并未随着患者的生理死亡而终止，而是平滑过渡到对遗属的哀伤辅导阶段。社工利用前期建立的信任关系与心意卡等生命教育产出，引导家属完成情感告别与家庭角色的重组。这种将哀伤辅导制度化纳入服务流程的做法，填补了传统医疗服务在事后层面的结构性空白，确保了整合照护在伦理与实务层面的完整闭环。

5.2.3. 模式价值：利用社区完成癌痛的整合管理

“1+N”模式的理论贡献与实践价值，超越了单纯对癌痛症状的控制，其本质是在基层医疗资源相对匮乏的制度环境下，通过专业力量的介入，激活并重组了社区内部的照护资本，构建了一个具有内生韧性的社区照护共同体。

首先，该模式实现了非正式照护资源的结构化增能。在人口老龄化与少子化的双重冲击下，家庭作为传统照护核心的功能日渐式微，而正式医疗系统又无力承担高密度的临终照护需求。本研究构建的“1+N”模式，通过医务社工的专业吸纳与赋能，将社区中分散的志愿者、退休医护人员及低龄老年人组织起来，使其从原子化的个体转化为具备一定专业素养的准专业照护力量。这种转化机制证明了，在制度化资源有限的情境下，通过社会工作的专业介入，可以将流动的社会善意转化为稳定的公共服务供给。这不仅是对现有医疗人力的补充，更是对积极老龄化政策的在地化实践，即让社区长者在参与照护他人的过程中实现自我价值，形成以老助老的良性循环。

其次，该模式构建了应对风险的社区韧性网络。社区韧性是指社区系统在遭遇外部冲击，如重症疾病、死亡事件时维持核心功能并进行适应性调整的能力。通过“医护社志”的多方联动，本模式在社区内部编织了一张能够承托临终家庭脆弱性的安全网。当某个家庭面临成员离世的危机时，这张网络能够迅速调动医疗止痛、心理抚慰及生活照料等多维资源进行介入，缓冲了死亡事件对家庭系统的冲击，防止了因病致贫、因病致郁等次生风险的发生。这种基于地缘与业缘关系的互助网络，实际上是在现代陌生人社会中重塑了一种拟亲属关系，为临终者及其家属提供了替代性的情感依恋与安全感。

最后，该模式推动了“优逝”理念在基层社会的文化再生产。长久以来，受制于传统避讳死亡的文化惯习，安宁疗护在社区层面的推行面临深层的文化阻滞。“1+N”模式通过将生命教育融入具体的照护实践，如通过本土化叙述文本、人生回顾、场域构建等具象化工具，将抽象且令人恐惧的死亡话题转化为可讨论、可纪念的生命议题。这种

微观层面的文化实践，潜移默化地改变了社区居民对死亡的认识框架，逐步确立了“生死两相安”的社区文化规范。这表明，社会工作介入不仅是服务的提供者，更是社会文化的建构者，其通过微观的实务行动，推动了全社会生命价值观的重塑与升华，是对“健康中国2030”战略中全生命周期健康管理目标的深刻回应。

5.3. 局限性与建议

基于本行动研究的微观实践与宏观反思，针对社区安宁疗护中存在的结构性断裂与资源错配，本研究提出以下建议，期望能在现有制度框架内，通过机制创新与文化重塑，构建一个更具韧性与人文温度的安宁疗护体系。

5.3.1. 政策层面：医疗体系可以制度化引入社工岗位

长期以来，我国安宁疗护政策呈现出“顶层设计热闹，基层落实冷清”的倒金字塔结构。尽管国家层面已出台多项试点政策，但在基层医疗机构，安宁疗护仍面临“无科室、无编制、无收费标准”的制度性困境（吴玉苗 等，2020）。这种制度设计的滞后，导致社区医务社工的介入不得不高度依赖于公益创投或基金会支持的短期项目。在本研究的实务观察中，依靠项目化生存模式虽然在短时间内填补了服务空白，但其内生的不稳定性构成了服务连续性的最大威胁。项目周期的终结往往意味着资金链的断裂，刚刚建立的医患信任关系与多学科协作机制面临瓦解，而经验丰富的社工因缺乏职业安全感和晋升路径而流失，导致患者在临终阶段的服务断链又会重新出现。这种依赖非制度化资源来解决制度化难题的路径，本质上是将安宁疗护的公共责任转嫁给了不确定的第三方社会组织，难以维持专业服务的累积效应。

为了打破这一“孤岛效应”，政策制定应当确立社区卫生服务中心在安宁疗护体系中的兜底保障作用，并推动医务社工岗位的制度化嵌入。这不应仅停留在口号层面，而需落实到具体的支付体系改革中。国际系统评价研究表明，社区安宁疗护项目能够显著降低急诊使用率和住院成本，具有极高的卫生经济学价值（Vernon et al., 2022）。然而，我国目前的医保支付体系主要覆盖医疗护理与药物费用，对心理社会支持服务的隐性价值缺乏量化认可。针对这一点可以参考上海等地将安宁疗护纳入医保支付或长期护理保险试点的经验，探索在医保目录中单列“心理社会支持服务”或“安宁疗护社工服务”项目，或通过基本公共卫生服务经费购买的方式，为医务社工提供稳定的薪酬来源。只有将非临床的社会心理干预纳入正规的医疗卫生评价与支付体系，才能解决目前“高

密度照护需求”与“低度制度支撑”之间的结构性张力，使医务社工从边缘的项目执行者、辅助者转变为核心的专业人员，从而保障安宁疗护服务的可及性与可持续性。

5.3.2. 实务层面：推广低成本标准化的非医疗性手段

在实务操作层面，必须警惕癌痛管理被简化为单纯“分发镇痛药”的技术主义倾向。医务社工在家庭照护中的独特价值在于其“非医疗性”的陪伴、赋能与资源链接，这对于缓解家庭照护压力、提升生命末期质量至关重要（赵雅君 & 许娟, 2025）。然而，在基层医疗资源极度紧张的现实下，要求每一位社区全科医生都具备深厚的心理咨询能力是不现实的，且社工人力本身也难以全覆盖所有个案。因此，构建全人视角的跨专业协作生态，关键在于开发并推广低成本、易操作且具有本土适应性的标准化实务工具，以降低专业服务的门槛。

本研究使用的“心意卡”便是此类工具的典型代表。它不仅仅是一份临终礼物，更是一种连接医疗与人文、生者与逝者的“文化中介物”。在实务中，心意卡相对于传统的生命回顾叙述，更简单具体地完成了对关键高光时刻的回忆以及案主的人格重塑，将死亡话题更温和地引出讨论。这种工具化的介入方式降低了医护人员和志愿者开展灵性照护的技术门槛，使得非心理学背景的协作方也能借助这一工具，引导患者完成生命回顾与情感表达。通过推广这种“小切口、深介入”的标化工具，可以在不大幅增加人力成本的前提下，有效激活社区内部的志愿者与家庭成员等内生力量，使其成为安宁疗护团队的有机组成部分，从而构建一个充满温情与尊严的临终关怀共同体。

5.3.3. 文化层面：对老年群体开展本土化的生命教育

最后，必须正视中国文化语境下“谈死色变”对安宁疗护阶段的深层阻滞。作为癌痛管理的制度载体，安宁疗护不仅是医疗服务，更是一场深刻的社会文化运动，需要在一个涵盖微观个体、中观家庭及宏观政策的社会生态系统进行考量（张蕾 等, 2024）。在社区层面重构死亡叙事，需要超越西方宗教化的灵性照护模式，转而挖掘本土文化中的积极资源。西方安宁疗护中常见的宗教忏悔或神学救赎，在世俗化的中国社区往往难以落地，而本土的“家本位”文化与集体记忆则蕴含着巨大的疗愈潜能。

路径之一是推动生命教育的社区化与日常化。利用社区卫生服务中心、长者饭堂等场所，开展生前预嘱推广、生命故事分享会等活动，将死亡话题从禁忌转化为日常，帮助长者及其家属在非危机状态下建立理性的生死观，从而减少临终时的过度医疗与伦理

两难。路径之二则是深度挖掘本土文化中的灵性资产。特别如本研究案例中的“党性”的奉献精神、“家风”的传承责任、“工匠精神”的职业尊严等，这些本土文化符号具有强大的灵性抚慰功能。社工应善于利用这些本土资源，帮助患者构建具有中国特色的“善终”图景，而非生搬硬套西方的模式。这不仅是对患者生命经验的尊重，更是中国社会工作本土化实践的重要方向。通过微观的叙事重构，逐步在全社会营造“生死两相安”的文化氛围，为安宁疗护的开展提供丰厚的社会土壤。

参考文献

- [1] Dale, W., et al. (2019). Practical Gaps and Future Directions for Geriatric Oncology Research: A Report From the Geriatric Oncology (GO) Community. *Journal of Geriatric Oncology*.
- [2] Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219 – 1221.
- [3] Han, B., Zheng, R., Zeng, H., et al. (2024). Cancer incidence and mortality in China, 2022. *Journal of the National Cancer Center*, 4(2), 4753.
- [4] van den Beukenvan Everdingen, M. H. J., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., et al. (2016). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 27(1), 41 – 47.
- [5] Easley MK, Elliott S. Managing pain at the end of life[J]. *Nurs Clin North Am*, 2001, 36(4):779-794.
- [6] Pain terms :a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy[J]. *Pain* ,1979 ,6(3):249
- [7] Tariman, J. D., & Szubski, K. L. (2015). The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision-making process: a literature review. *Clinical journal of oncology nursing*, 19(5), 548 – 556. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.548-556>
- [8] Shao, J., Rodrigues, M., Corter, A. L., & Baxter, N. N. (2019). Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 26(3), e385 – e397. <https://doi.org/10.3747/co.26.4713>
- [9] Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: Challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics society*, 51(4), 549-555. <https://doi.org/10.1046/1532-5415.2003.51185.x>
- [10] Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*

- e, 141(7), 533 – 536
- [11]Ministry of Health. (2012). Notice of the Ministry of Health on printing and distributing the “outline of china's nursing career development plan (2011-2015)” . Bulletin of the Ministry of Health of the People's Republic of China, (1), 46 – 51
- [12]Zhang, P. P., Wan, Q. Q., & Da, Z. Z. L. Z. (2013). Development and status of continuing care in the field of geriatric care in Japan. Chinese Nursing Management, 13(10), 42 – 44.
- [13]McMurray J. L. (2004). The high-risk infant is going home: what now?. Neonatal network : NN, 23(1), 43 – 47. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.23.1.43>
- [14]国家癌症中心. (2023). 中国癌症报告Freeman, G. K., Olesen, F., & Hjortdahl, P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice?. Family practice, 20(6), 623 – 627. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>
- [15]Hennen B. K. (1975). Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. The Journal of family practice, 2(5), 371 – 372.
- [16]American Academy of Family Physicians. (2019). Continuity of care definition. <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html>
- [17]Shortell, Stephen M. PhD. Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. Medical Care 14(5):p 377-391, May 1976.
- [18]Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'?. Journal of health services research & policy, 11(4), 248 – 250. <https://doi.org/10.1258/135581906778476490>
- [19]Yuan, S., Peng, F., & Jiang, X. (2012). Community health nursing in China: status, challenges, and development strategies. Nursing outlook, 60(4), 221 – 227. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.03.002>
- [20]Ma, Y. (2023, December). Current situation and development of community nursing in China. Lecture Notes in Education Psychology and Public Media, 27(1), 7 – 13. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/27/20231111>
- [21]Li, B., Chen, J., & Howard, N. (2023, April 26). Community nursing delivery in urban China: A social power perspective. Social Science & Medicine, *115923*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115923>

- [22]Starfield B. (1980). Continuous confusion?. American journal of public health, 70(2), 117 – 119. <https://doi.org/10.2105/ajph.70.2.117>
- [23]Dumont, I., Dumont, S., & Turgeon, J. (2005). Continuity of care for advanced cancer patients. Journal of palliative care, 21(1), 49 – 56.
- [24]Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International journal of integrated care, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- [25]Shaw S, Rosen R and Rumbold B (2011) What is integrated care? Research report. Nuffield Trust.
- [26]Cabana, M. D., & Jee, S. H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes?. The Journal of family practice, 53(12), 974 – 980.
- [27]Hurtaud, A., Aubin, M., Ferrat, E., Lebreton, J., Paillaud, E., Audureau, E., Bastuji-Garin, S., Chouaid, C., Boisenault, P., Clerc, P., & Canouï-Poitrine, F. (2019). Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 69(679), e88 – e96. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700805>
- [28]Goodwin, N., Stein, V., & Amelung, V. (2021). Handbook integrated care (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9>
- [29]Wang, X., Sun, X., Birch, S., Gong, F., Valentijn, P., Chen, L., Zhang, Y., Huang, Y., & Yang, H. (2018). People-centred integrated care in urban China. Bulletin of the World Health Organization, 96(12), 843-852. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.214908>
- [30]Leutz W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank quarterly, 77(1), 77 – v. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>
- [31]Lloyd, J.W. (2005) Suzanne, Integrated Care: A Guide for Policy Makers, in Alliance for Health and the Future.http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_7.pdf

- [32]Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International journal of integrated care*, 18(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>
- [33]Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A., Kadu, M., Ehrenberg, N., Stein, V., & Tsiachristas, A. (2020). Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 21(8), 1211 – 1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- [34]NHS England. (2014). Developing multidisciplinary teams: Working toward an effective multidisciplinary/multiagency team. <https://www.england.nhs.uk/publication/developing-multidisciplinary-teams/>
- [35]Max M. B. (1990). Improving outcomes of analgesic treatment: is education enough?. *Annals of internal medicine*, 113(11), 885 – 889. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-11-885>
- [36]Cleeland C. S. (1987). Barriers to the management of cancer pain. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 1(2 Suppl), 19 – 26.
- [37]Wisconsin Cancer Pain Initiative. (1988). The cancer pain problem: Wisconsin's response [Report]. University of Wisconsin-Madison. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(88\)90198-4](https://doi.org/10.1016/0885-3924(88)90198-4)
- [38]Grossman, S. A., Sheidler, V. R., Swedeen, K., Mucenski, J., & Piantadosi, S. (1991). Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *Journal of pain and symptom management*, 6(2), 53 – 57. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(91\)90518-9](https://doi.org/10.1016/0885-3924(91)90518-9)
- [39]Dahl JL, Joranson DE, Weissman DE. The Wisconsin cancer pain initiative: A progress report. *American Journal of Hospice Care*. 1989;6(6):39-43. <https://doi.org/10.1177/104990918900600605>
- [40]Glajchen, M., Blum, D., & Calder, K. (1995). Cancer pain management and the role of social work: barriers and interventions. *Health & social work*, 20(3), 200 – 206. <https://doi.org/10.1093/hsw/20.3.200>
- [41]Francis, A.P., Forbes, A. (2020). Social Worker as a Multidisciplinary Team Mem

- ber: Embedding Three Cs (Competence, Confidence and Compassion) in Social Work Education in Mental Health. In: Ponnuswami, I., Francis, A.P. (eds) Social Work Education, Research and Practice . Springer, Singapore.https://doi.org/10.1007/978-981-15-9797-8_5
- [42]Giles, R. (2016). Social workers' perceptions of multi-disciplinary team work: A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 28(1), 25. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol28iss1id113>
- [43]Saunders, C. M. (1967). The care of the terminal stages of cancer. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 41(Suppl), 162.
- [44]Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Journal of the royal society of medicine*, 94(9), 430-432.
- [45]DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 48(2), 147-160.
- [46]Dudley, N., Ritchie, C. S., Rehm, R. S., Chapman, S. A., & Wallhagen, M. I. (2019). Facilitators and barriers to interdisciplinary communication between providers in primary care and palliative care. *Journal of palliative medicine*, 22(3), 243-249.
- [47]Huang, Y., Zhu, P., Chen, L., Wang, X., & Valentijn, P. (2020). Validation of the care providers version of the Rainbow Model of Integrated Care-measurement tool in Chinese primary care systems. *BMC Health Services Research*, 20(1), 727.
- [48]Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4), 34-46.
- [49]Mashiro, E., Arao, H., Aoki, M., & Matsumoto, Y. (2023). What are the barriers to medical collaboration in community-based integrated care supporting cancer patients? A qualitative analysis of healthcare and long-term care providers' perceptions. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 53(12), 1162-1169.
- [50]Vernon, E., Hughes, M. C., & Kowalczyk, M. (2022). Measuring effectiveness in community-based palliative care programs: a systematic review. *Social Science &*

Medicine, 296, 114731.

- [51]Wang, X., Birch, S., Chen, L., Huang, Y., & Valentijn, P. (2021). A validation study of the rainbow model of integrated care-measurement tool for patients in China. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 5.
- [52]Zhou, Y., Li, Y., Zhu, X., & Ma, L. (2021). Medical and old-age care integration model and implementation of the integrated care of older people (ICOPE) in China: opportunities and challenges. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(6), 720-723.
- [53]广州市人民政府. (2022). 广州市老龄事业发展“十四五”规划.
- [54]广州市统计局. (2021). 广州市第七次全国人口普查公报.
- [55]胡哲涛, & 潘小毅. (2025). 连续性卫生服务视角下我国居家社区医养结合政策效力量化研究. 中国全科医学. [网络首发].
- [56]梁波, & 宗建国. (2024). 诊疗之“痛”与社工之“助”: 一项关于癌症患者主体性重塑的个案工作观察. 社会工作.
- [57]刘梟, & 贺彩霞. (2014). 医务社工在癌症患者服务中的角色和功能. 中国社会福利.
- [58]彭湘君. (2020). 患者癌痛管理中社会工作的介入研究——基于江西省S肿瘤医院的实践 [硕士学位论文, 江西财经大学].
- [59]吴诗颖. (2023). 小组工作介入癌痛自我管理的实务研究——基于赋能理论 [硕士学位论文, 华中师范大学].
- [60]范阳东, 江蕾, 柳薇, 吴丁娟. (2021). 广州市家庭医生签约现状及影响因素研究. 中华全科医学, 19(1), 8082, 87.
- [61]郑晖, & 王亚龙. (2024). 重视癌痛综合管理, 全面提升癌痛诊治水平. 中华医学杂志, 104(3), 167170.
- [62]周雨, 王守慧, 智晓旭, 等. (2017). 癌痛病人居家姑息照护服务现状. 照护研究, 31(6), 641643.
- [63]智晓旭, 王守慧, 鲍婷婷, 等. (2014). 居家癌痛患者镇痛治疗现状及影响因素分析. 照护学杂志, 29(17), 912.
- [64]宋莹婵茜, 杨青, 文彦. (2023). 基于CFIR框架的“医院—社区家庭”联动下癌痛患者居家照护促进和障碍因素的质性研究. 护士进修杂志, 38(21), 20102015.

- [65]程志祥, 马柯, 王建秀, 等. (2024). 中国慢性癌症相关性疼痛诊疗指南(2024版). 中华疼痛学杂志, 20(5), 646-664.
- [66]郭欣,陈赞 & 施雁.(2014).癌痛管理的发展现状.照护研究,28(03),257-259
- [67]王林娟 & 张庆.(2017).癌痛照护管理研究进展.现代医药卫生,33(09),1292-1294+1298.
- [68]郑春京,孙莉.晚期癌症患者的疼痛治疗.中华中西医杂志,2008,9(12):1072-1076.
- [69]龚之皓, 王委, 吴镜湘. 骨癌痛机制及治疗研究进展 [J] . 国际麻醉学与复苏杂志, 2022, 43(3) : 312-317. DOI: 10.3760/cma.j.cn321761-20210123-00509.
- [70]徐鑫芬, 陈新忠, 林莉莉, 等. 疼痛教育培训对护士术后疼痛管理知识与态度的影响 [J] . 中国实用照护杂志,2004,20(17): 64-65. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2004.17.045
- [71]赵亚杰,岳林,田畅,王松梅,侯莹鸽,宋颖,阎玲.居家癌症病人疼痛评估与治疗的研究进展[J].照护研究,2022,36(8):1436-1440.DOI:10.12102/j.issn.1009-6493.2022.08.022.
- [72]祁海鸥,黄敬英,刘敏君,等.浙江省疼痛照护专科护士能力培训体系的构建与应用[J].中国照护管理,2023,23(10):1476-1481.
- [73]郭嘉鑫,张禹念. 国内外延续照护的研究与运用现状[J]. 临床医学研究与实践,2019,4(20):193-194,198. DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.201920079.
- [74]徐宝兰,洪金花,何陆英,曾小燕,张霞,熊云花,时艳霞,王晓松.肺癌术后化疗患者多团队协同按需延续照护研究[J].照护学杂志,2019,34(7):80-8387
- [75]卫生部。(2012).卫生部关于印发《中国照护事业发展规划纲要(2011-2015年)》的通知.中华人民共和国卫生部公报,(01),46-51.
- [76](2017).全国照护事业发展规划(2016-2020年).中国照护管理,17(01),1-5.
- [77](2022).全国照护事业发展规划 (2021-2025年) .中国照护管理,22(06),801-804.
- [78]胡哲涛 & 潘小毅.连续性卫生服务视角下我国居家社区医养结合政策效力量化研究.中国全科医学,1-8.
- [79]王雯,朱又妮 & 叶银.(2022).老年人社区整合型照护服务: 国际经验与治理借鉴.西安财经大学学报,35(02),94-106.doi:10.19331/j.cnki.jxufe.2022.02.009.
- [80]赵苗苗,高月霞,徐燕飞,宗莉 & 吴群红.(2024).癌症生存者整合型照护模式的概念框架、特征及对我国的启示.中国全科医学,27(23),2813-2821.
- [81]滕菲,高菲,关乐,郭晓斐,杨军 & 付凤环.(2020).医务社工在肿瘤患者服务中的角色和

- 功能.中国肿瘤临床与康复,27(02),254-256.doi:10.13455/j.cnki.cjcor.2020.02.33.
- [82]符隆文,周殷华,方婵,艾瑶,程瑜 & 何裕隆.(2022).安宁疗护社会工作的整合实务探索.医学与哲学,43(17),26-30.
- [83]王健男.(2020).终末期患者的充权实践:一个写作疗法的案例研究.华东理工大学学报(社会科学版),35(04),64-72.王圣莉.(2018). (文中引用:王圣莉,2018) 注:关于老龄化社会中个体价值与生产能力、自我污名化的研究。
- [84]吴玉苗,奉典旭,徐东浩,周大双,毛懿雯 & 施永兴.(2020).中国安宁疗护服务政策演变与发展.医学与哲学,41(14),23-27.
- [85]殷凤芳,韩玲玉,张月丽 & 郭金丹.(2025).“医务社工”介入癌症晚期病人安宁疗护模式的构建与实践.全科护理,23(12),2311-2314.
- [86]张蕾,孙冠贤,单良,王雨昕,吴子言,张维宏 & 王克霞.(2024).我国安宁疗护社会工作介入对策探索.医学与哲学,45(18),45-49.
- [87]赵雅君 & 许娟.(2025).医务社会工作介入老年临终关怀家庭照护的研究.产业与科技论坛,24(17),63-65.
- [88]邹然,谌永毅 & 黄旭芬.(2019).医务社会工作者在安宁疗护中的角色和作用.中国护理管理,19(06),820-823.
- [89]邹小农,贾漫漫,王鑫 & 支修益.(2021).《2020全球癌症报告》要点解读.中国胸心血管外科临床杂志,28(01),11-18.