

晚期肿瘤患者心理护理需求分析与沟通策略探讨

李晓楠

北京大学第一医院太原医院（太原市中心医院） 山西 太原 030000

【摘要】：晚期肿瘤患者同时承受症状负担、疾病不确定性、角色改变与死亡威胁，心理护理需求会随病情、治疗目标和家庭互动持续变化。文章从患者个体与家庭照护关系两个层面分析安全感、信息知情、情绪表达、尊严维护及决策参与需求，指出单次安慰、回避病情和笼统宣教难以形成有效支持。在此基础上，提出评估先行、情绪承接、分层告知、家庭协同和跨专业连续支持等沟通策略。护理人员应把沟通嵌入症状观察、治疗决策和生活照护过程，以患者可接受的节奏核对理解与意愿，在真实信息、希望维持和自主权之间建立平衡，以便提高心理护理的针对性与连续性。

【关键词】：晚期肿瘤；心理护理；护理需求；护患沟通；家庭支持

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.006

引言

晚期肿瘤患者的困扰并不限于疼痛、乏力、呼吸困难等身体症状。疾病进展、治疗选择收窄、家庭责任中断及对死亡的担忧，常使焦虑、无助、愤怒、内疚与沉默交替出现。部分患者想了解病情却顾虑家属感受，部分家属希望隐瞒信息以保护患者，护理人员也可能因担心引发情绪波动而减少深入交谈。沟通一旦停留在劝慰层面，患者真正关切的问题便难以进入照护计划。文章从心理护理需求的识别及沟通响应展开讨论，尝试把情绪支持、信息沟通、家庭协调与专业转介连接为可执行的护理路径。

1 晚期肿瘤心理护理概述

晚期肿瘤心理护理贯穿症状观察、信息沟通、关系协调与风险转介，其判断对象是患者在具体照护情境中的体验和选择。护理人员须把身体信号、情绪反应与生活处境放在同一场景中理解，再决定倾听、解释、协助决策或联系专业人员。支持质量不取决于谈话次数，而看患者未说出的顾虑能否被发现，沟通结果能否进入下一步照护。

1.1 晚期肿瘤心理护理的定义与特点

其核心对象是患者面对疾病进展时形成的主观体验及应对方式，包括恐惧、悲伤、愤怒、否认、依赖、希望、关系牵挂和生命意义等。与一般健康教育相比，心理护理更重视情绪被理解后的认知调整；与专业心理治疗相比，它立足日常护理接触，强调早期识别、即时支持和风险转介。晚期阶段具有明显的动态性，同一患者在症状缓解时愿意谈未来，在检查异常后可能回避信息，在家庭成员出现分歧时还可能保持沉默。护理人员不能用一次评估固定患者状态，也不能把哭泣等同于病理问题。心理护理还具有关系性，患者是否愿意表达，会受个体性格影响，同时取决于照护者的语言、空间、保密承诺及回应方式。

1.2 晚期肿瘤心理护理的发展现状与趋势

临床心理护理已由经验性安慰逐步转向需求评估、分层干

预和多专业协作。心理支持若与疼痛管理同步开展，可帮助患者理解不适与处置之间的联系，同时减少身体感受被未知恐惧持续放大的情况，让症状应对更有准备^[1]。结构化护理干预把情绪观察、沟通响应和效果复评连接起来，可为护士提供连续行动线索，完整记录还便于团队按患者变化调整支持强度，并保持照护回应的一致性^[2]。实践中的薄弱点仍较集中：一是筛查工具完成后缺少面对面解释，分值没有转化为具体问题；二是护士、医师与家属掌握的信息不同，患者反复询问却得到不一致回答；三是出院或转入居家照护后，支持关系容易中断。

1.3 晚期肿瘤心理护理对患者舒适与尊严的贡献

有效心理护理能够降低未知感带来的额外痛苦，并帮助患者在可控范围内重新获得选择感。疼痛处置前说明用药目的和可能反应，可减少患者把镇痛理解为“病情已经无望”的恐惧；生活照护前询问称呼、隐私和协助方式，可避免患者因失去自理能力而产生羞耻。心理护理也能识别症状表达中的关系诉求。反复按铃有时不是单纯依赖，而是患者担心独处时出现危险；拒绝家属探视也可能源于不愿被看见虚弱状态。护理人员若只纠正行为，容易加重对立；若先确认担忧，再共同商定巡视频次或探视边界，患者的安全感和主体性可同时得到维护。持续识别情绪变化并把护理回应落实到症状处置和生活安排，能够改善患者的心理状态，持续回应也可维护其在照护过程中的参与感，并减少被动接受安排产生的失控感^[3]。该判断应进入下一轮症状观察和照护安排，并记录其变化。

2 晚期肿瘤患者心理护理需求现状分析

心理护理需求随症状、治疗目标和家庭互动改变，护理人员需从患者表达、行为变化与关系处境中持续辨认。症状加重时更重视安全感，方案变化时更关注信息与选择，居家阶段则常把照护负担和亲属沟通推到前面。患者的反复询问、回避和沉默可能指向不同问题，回应前需要核对症状、知情偏好和在场人员，不能只回答字面内容。

2.1 晚期肿瘤患者个体心理护理需求概况

个体层面的首要需求是对身体失控和疾病不确定性的可理解说明。患者需要知道当前不适可能由什么引起、医护团队将如何处理、何时能够获得帮助，而不是一次接收过多专业信息。情绪表达与被接纳同样重要。恐惧死亡、担心拖累家人、后悔过去选择等内容较为沉重，患者常通过玩笑、沉默或谈论别人来试探护理人员是否愿意听。若回应为“别想太多”“要坚强”，话题会很快关闭。自主与尊严需求也不能忽略，包括选择知情程度、参与治疗和生活安排、保留隐私及完成未竟心愿。护理人员还应关注持续绝望、明显自责、拒绝必要照护、主动谈及自伤等风险信号。常见表达、可能需求及首要沟通动作的对应关系见表1。

表1 晚期肿瘤患者常见表达与心理护理回应关系

常见表达 或表现	可能的 核心需 求	响应 优先 分/分	建议复 评时限/h	护理沟通动 作	升级条件
主动谈及 自伤或告 别	即时安 全与专 业处置	95	0.50	保持陪伴并 立即启动风 险流程	出现计划、 工具或明 确意图
反复询问 夜间是否 有人	安全感 与症状 可控	82	1.00	说明巡视频 次并约定呼 叫方式	症状突然 加重或意 识改变
持续沉默 或拒绝交 流	隐私、接 纳或休 息	70	2.00	提供独处选 择并约定再 访	持续绝望 或自伤语 言
回避检查 与治疗话 题	信息节 奏与控 制感	58	4.00	先回应担忧 再分段说明	无法完成 必要决策
担心拖累 家人	关系确 认与照 护安排	46	8.00	澄清具体压 力并连接家 属	家庭冲突 明显升级
要求隐瞒 或全部告 知	信息边 界与家 庭协同	34	12.00	统一口径并 组织家庭沟 通	知情分歧 影响治疗 照护

表1显示，同一外在表现可能对应症状、信息、关系或安全风险，护理人员不能只按字面回应。首要核对用于缩小问题范围，升级条件则把一般支持与专业处置分开，避免将高风险表现停留在安慰层面。

2.2 晚期肿瘤患者家庭沟通需求特点

家庭是患者最重要的支持来源，也可能成为信息冲突和情

绪压力的场域。家属隐瞒病情往往出于保护动机，但患者从治疗变化、家属神情和医护回避中仍能感知异常，信息不一致会削弱信任。另一些家庭把“积极治疗”视为表达孝心的唯一方式，患者即使疲惫也不敢提出舒适照护意愿。患者还可能担心费用、子女安排和照护负担，却因怕增加家属压力而不说。晚期恶性肿瘤患者家属若能获得情绪支持与照护指导，可减轻面对病情进展时的无助，获得指导后也更有能力回应患者的关系需要，并在照护压力增加时及时求助^[4]。护理评估应分别了解患者与主要照护者的知情程度、沟通期待和最担心的问题，再寻找可共同讨论的部分。

3 晚期肿瘤患者心理护理沟通策略

沟通应服务当下护理目标，并把患者关注、团队回应、行动约定和复评结果连接为连续支持。谈话宜选在症状相对可控且有隐私的时段，每次推进一个核心议题，结束前用患者自己的话核对理解并约定跟进时间。记录应写清患者原话、已商定动作和承接人员，避免下一位护理人员重复追问或给出相互矛盾的回答，并始终为患者保留暂停或更换沟通对象的自主权。

3.1 “坚持评估先行，动态回应”的原则

沟通前评估至少包括症状负担、意识与认知状态、情绪表现、信息偏好、家庭关系、文化信念及安全风险。可先用开放问题进入，如“这两天最难熬的是什么”，再针对答案追问持续时间、触发情境和影响程度。患者出现哭泣时，不急于递出结论，可给予安静陪伴并询问“您希望我听一会儿，还是一起想办法”。动态回应意味着同一议题需要多次核对：上午愿意了解检查结果，不代表晚间仍有精力讨论；家属在场时的回答，也不一定等同于患者独处时的真实意愿。沟通链以需求识别为起点，经情绪承接、信息核对、行动约定进入随访复评，任一环节发现高风险都转入专业处置。心理护理沟通的主循环与风险转介支路见图1。

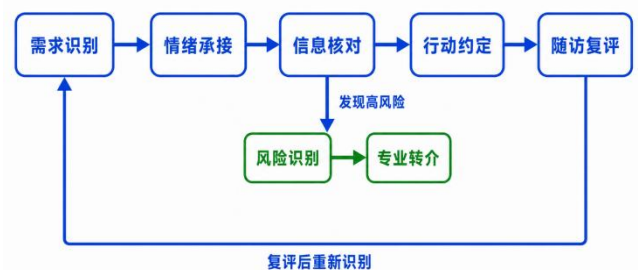


图1 晚期肿瘤患者心理护理沟通闭环

图1的主链从需求识别推进到情绪承接、信息核对和行动约定，随访复评再回到需求识别，体现患者状态变化后的重复评估。风险识别支路直接连接专业转介，使一般支持与高风险处置保持清楚边界。

3.2 情绪支持沟通措施

情绪支持的第一步是命名而非压制情绪。护理人员可回应

“听起来您最担心的是夜里疼痛突然加重”，帮助患者把混杂的不安收拢到可处理问题。第二步是承认处境的困难，避免用比较、说教或保证结果来安慰。第三步才是寻找可控事项，如调整呼叫方式、约定疼痛评估时间、联系想见的人或安排短时放松练习。对愤怒患者，应区分其指向：若源于等待，可说明当前进度并给出明确回访时间；若源于失去能力，可提供有限而真实的选择；若针对家庭成员，宜先分别倾听，避免护士在未了解关系背景时判断对错。对消化道肿瘤等晚期患者，心理支持要承接进食困难和恶心带来的挫败，谈话安排还须依据体力变化调整长度与回应节奏，避免额外增加患者疲惫^[5]。沟通后仍须观察患者睡眠、进食和风险语言变化。

3.3 病情信息沟通技术

病情信息沟通要先询问患者想知道多少、希望谁在场以及最关心哪一部分。护理人员在职责任范围内解释护理与症状问题，涉及诊断判断、预后和治疗方案时应与主管医师统一口径。表达可采用“先给核心信息—暂停观察反应—补充细节—核对理解”的顺序，减少连续灌输。面对“我是不是没救了”这类问题，不宜立即否认，也不宜越权给出预后结论，可先回应其中的担忧，再了解患者为何此时提出，随后说明团队能够继续控制症状和提供支持，并协调医师开展进一步谈话。核对理解可请患者说说回去后准备怎样向家人解释，而非只问“听懂了吗”。对于暂不愿了解的患者，应尊重其选择并约定可后续询问的渠道。

3.4 家庭协同与关系调适

家庭沟通宜以患者意愿为中心，同时承认家属的保护动机和照护压力。遇到家属要求完全隐瞒病情时，护理人员可先询问其最担心患者出现何种反应，再了解患者过去处理重大信息的方式，避免直接指责。若条件允许，可由医护共同组织短时家庭会议，分别陈述已知事实、患者关注点、家属困难和当前可决定事项。会议中不强迫患者讨论死亡，也不允许家属代替意识清楚且有决策能力的患者作出全部选择。护理人员可以帮助双方把冲突语言改写为需要，例如把“他一点也不配合”转为“家属担心疼痛失控”，把“你们什么都瞒着我”转为“患者希望获得与自己有关的信息”。

参考文献：

- [1] 李玉,张冬玲.心理护理干预联合芒辛方在减轻晚期肿瘤患者疼痛中的应用价值分析[J].中医临床研究,2016,8(17):132-133.
- [2] 张晓明,汪列兵,黄惠明.60例晚期恶性肿瘤患者的心理护理干预策略及效果分析[J].吉林医学,2015,36(3):526-527.
- [3] 胡明彩.心理护理干预对晚期肿瘤患者心理状态的影响分析[J].吉林医学,2014,35(3):637.
- [4] 王新艳.心理护理干预在晚期恶性骨肿瘤患者家属中的临床应用与效果分析[J].中国卫生产业,2014,11(1):39-40.
- [5] 连剑群,黄丽芳.消化道肿瘤患者晚期心理护理分析[J].大家健康(学术版),2013,7(17):159-160.

3.5 跨专业协作支持技术

复杂心理需求往往超出单一护士的处理范围，需要肿瘤科医师、心理专业人员、安宁疗护团队、社会工作者及营养、疼痛等专业共同参与。转介不应只写“情绪差”，而要说明触发情境、持续时间、功能影响、患者原话、过去应对和已采取措施。对持续严重焦虑抑郁、认知变化、谵妄、自伤风险或家庭冲突升级者，应按机构流程及时评估；对经济、照护资源和未成年子女安排等问题，可连接社会支持。交接时需征得患者同意并说明信息用途，敏感内容只向必要成员共享。出院或转居家照护前，应形成一页式连续支持计划，列出患者主要担忧、有效安抚方式、用药和症状警示、联系人及复评时间。跨专业心理护理协作支持架构见图2。

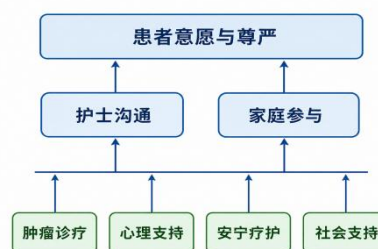


图2 晚期肿瘤心理护理协作支持架构

图2把肿瘤诊疗、心理支持、安宁疗护和社会支持置于基础支持层，护士沟通与家庭参与承担信息转译和关系协调，所有动作最终指向患者意愿与尊严。分层结构明确了资源进入照护的路径，避免多专业意见直接叠加给患者。

4 结语

晚期肿瘤患者的心理护理需求由症状体验、信息处境、家庭关系和生命价值共同塑造，并会随疾病进程不断改变。有效沟通应从识别当下最迫切的问题开始，在情绪被承接后提供适量信息，把患者意愿转化为具体照护选择，同时帮助家属理解陪伴边界与自身压力。护理人员还需以连续记录和跨专业转介承接高风险及复杂需求，避免支持在科室、人员或照护场景转换时中断。心理护理不以消除悲伤和恐惧为唯一目标，而是让患者在真实处境中保持表达、理解与选择的权利，并在有限时间里获得更可预期、更有尊严的照护体验。