

社区居家安宁疗护中非语言沟通在晚期肿瘤护理中的研究进展

唐晓晨 高春燕^(通讯作者)

上海市奉贤区奉城镇社区卫生服务中心 上海 201411

【摘要】：癌症晚期患者处于生命终末期通常难以进行言语表达。社区开展的居家安宁疗护工作，以家庭为依托，为患者提供身体与心理层面的全程陪伴，帮助患者有尊严地度过生命的最后阶段。在这一过程中，非言语表达方式的重要性更为突出，例如肢体动作、表情眼神、环境布置、语气语调等。这些方式直观且温暖，能够突破语言交流的局限，对患者的照护具有重要作用。本文总结了当前非语言沟通存在的问题，并且分析了主要的非语言沟通方式，希望可以为提升安宁疗护质量、改善患者临终体验提供具有实际应用价值的参考。

【关键词】：社区居家安宁疗护；晚期肿瘤；非语言沟通；护理研究；临终照护

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.055

晚期肿瘤患者因为身体原因，对于临终关怀的需求非常高。安宁疗护主要在于帮助患者缓解身体上的痛苦以及心理上的压力，而在社区中提供安宁疗护服务，患者更容易感受到家人的陪伴，内心会更为安稳。所以，这种模式正逐步成为我国安宁疗护发展的一个重要方向。许多晚期患者由于病情严重，言语表达存在困难，传统的交流方式效果十分微弱^[1]。此时，非语言沟通就显得尤为重要——例如通过动作、表情、空间距离等方式传递信息与情感，反而更为直接有效。在安宁疗护过程中，非语言沟通所传达的情感远远超过语言交流，并且对建立患者与护理人员之间的信任起着至关重要的作用^[2]。然而，目前我国在社区和居家安宁护理领域的服务水平参差不齐，非语言沟通在实际应用中存在许多问题，如护理人员能力不足、沟通方式单一、应用场景受限等，致使其优势尚未得到充分发挥。

1 社区居家安宁疗护中晚期肿瘤患者非语言沟通的主要问题

1.1 护理人员非语言沟通能力不足

护理人员的非语言沟通水平与护理质量直接相关，然而当前社区护理人员在该方面普遍存在不足。许多护理人员未接受过系统培训，对非语言沟通的理解较为薄弱，甚至忽略了其在情感支持方面的作用，缺乏主动运用的意识。此外，患者通过表情、动作等所传递的信息，护理人员常常难以精准理解，所以也无法灵活回应。部分护理人员表情冷漠、肢体僵硬，这反而加剧了患者的孤独感^[3]。

1.2 沟通形式单一，缺乏针对性

在针对晚期肿瘤患者的社区居家安宁疗护中，护理人员与患者的沟通比较少，特别是非语言沟通，主要是与患者进行简

单的肢体接触，如握手、拍肩等。这种方式较为单一，缺乏变化，难以满足每位患者的个性化需求。晚期癌症患者在年龄、性格、文化背景等方面存在差异，其偏好的交流方式也不尽相同^[4]。例如，年长的患者可能更倾向于身体接触与眼神交流，而较为年轻的患者则更注重个人隐私。性格内向与外向的患者，其情绪表达方式也有所区别。然而，当前众多护理人员对待患者的方式趋同，未能充分考虑上述个体差异。沟通方法亦较为陈旧，未将多种方式有机结合，也未融入音乐、绘画等更为灵活的形式。

1.3 社区居家场景的限制

因为家庭居住空间存在局限性，在护理患者期间，许多话语并不适宜直接表达。患者或许因为担心家人或者自觉难为情，而选择隐瞒内心的真实想法，在这种情况下，护理人员也难以察觉其具体的不适。此外，居家护理中受到电视声响、手机信息等干扰因素，导致双方难以集中精力进行交流。社区护理人员上门服务的时长有限，一般为半小时至一小时，在此期间，需要完成测量血压、更换药物、记录病情等工作，完成这些任务之后，基本没有时间与患者进行深入交谈。并且，家庭环境毕竟不是在专业医院，缺乏医生、心理医生等专业团队的协同配合，因此很多深入的沟通工作难以有效推进^[5]。

2 社区居家安宁疗护中非语言沟通在晚期肿瘤护理中的应用

2.1 肢体沟通

肢体接触作为一种常见的非语言交流方式，在人际互动中具有重要作用。通过握手、拥抱或轻拍肩膀等简单动作，可以传递温暖与关怀，有效缓解对方的焦虑和痛苦，从而增进彼此之间的信任与理解^[6]。而将肢体接触应用在晚期肿瘤患者中，

可以让患者感受到被重视和被照顾,有助于稳定其情绪状态,提升整体的心理舒适度。在实际操作中,护理人员可以根据患者的实际需求和具体情境灵活运用肢体接触。例如,针对剧烈疼痛而情绪紧张的患者,可轻轻握住其手或抚摸其额头,以传递安心与支持;对于长期卧床、活动受限的患者,则协助其适当活动肢体、放松肌肉,注意动作轻柔,避免造成不适。此外,护理人员还可以通过身体微微前倾、弯腰倾听等姿态,传达出专注与共情^[7]。需要特别注意的是,任何形式的接触都必须建立在尊重患者的个人意愿、文化背景及社会习俗的前提下,确保其感到安全与舒适,避免因不当的身体接触而造成心理或生理上的负担。

2.2 表情与眼神沟通

表情与眼神能够有效传达关心、鼓励等积极情感,有助于缓解患者的焦虑与不安,增强其面对疾病和治疗的信心。护理人员应当持续观察患者是否处于痛苦或无助的状态,即使患者没有主动表达,也需敏锐察觉并给予及时回应。在日常工作中,护理人员应保持温和亲切的神情,面带微笑,避免神情严肃或冷漠,让患者可以感受到被关怀^[8]。在进行眼神交流时,应做到真诚而自然,避免长时间直视造成压迫感,以适度、尊重的目光传递关注。对于积极配合治疗的患者,可通过眼神给予肯定与赞扬;而对情绪低落的患者,则要以鼓励和支持的目光进行安抚。这样的非语言沟通,能够促进护患之间的信任,使患者获得心理上的安慰与安全感。

2.3 环境与空间沟通

居家护理对于家庭中的居住适宜功能要求非常高,不仅有助于舒缓患者的心情,还能使沟通更为顺畅,让患者感受到更多的自在与安全感。在家庭环境布置上,护理人员可以指导家属为患者打造一个温馨宁静的居家氛围。具体而言,可将灯光调至柔和,确保室内整洁,布置患者喜爱的小物件,并增加一些简约美观的小装饰,助力患者放松身心^[9]。在空间距离的安排上,可以根据患者的性格特点和实际情况灵活调整。对于重视隐私的患者,应给予相对充足的个人空间;对于渴望陪伴的患者,则可适当拉近交流距离。通常情况下,日常交流时保持一米至一米五的间距比较合适^[10]。在进行护理操作时,也要注意保护患者的隐私,可通过合理摆放椅子、将常用物品放置在方便取用的位置等细节,让患者真切感受到关怀。

3 非语言沟通的保障措

3.1 加强护理人员非语言沟通能力培训

要想使安宁疗护中的非语言沟通效果更好,培训是关键所在。社区卫生服务机构需要制定一套完整的培训计划,将非语言沟通技巧纳入日常学习内容之中。培训应贴合安宁疗护的实际服务情境,设计具有针对性的课程,帮助护理人员增强沟通意识并提升实际操作能力^[11]。具体学习内容包括:非语言沟通

的基础知识、如何识别与理解患者的身体语言、不同沟通方式的运用,以及护理人员如何管理自身情绪。培训方式可灵活多样,例如分析真实案例、开展角色扮演以模拟真实场景,如此学习更贴合实际情况,也更易于掌握^[12]。还可以邀请安宁疗护与沟通领域的专家授课,同时还需要设置考核制度,将考试成绩与绩效相挂钩。如此方能促使大家更具动力地主动学习、持续进步,不断提高自身的专业能力。

3.2 完善社区居家安宁疗护管理机制

完善管理机制可以为社区居家安宁疗护非语言沟通提供持续有效的保障,社区卫生服务机构可以从制度层面着手,完善非语言沟通相关的管理制度,明确护理人员沟通中的具体职责与服务标准,并将其纳入核心服务内容体系,从而规范护理人员的沟通行为^[13]。同时,还可以加大相应的资源投入,为护理人员配备必要的辅助工具与设备,合理调配人力资源,适当延长服务时间,并积极构建多学科协作团队,为护理人员提供系统化、常态化的专业指导。此外,建立完善的质量监管与反馈机制也至关重要,通过定期检查与评估服务质量,主动收集患者及家属对护理工作的意见和建议,持续优化沟通方式与护理流程,进一步推动建立社区居家层面的安宁疗护体系,实现资源共享与服务之间的无缝衔接,全面提升服务水平^[14]。

3.3 强化患者及家属的沟通认知

加强患者和家属对于非语言沟通的认知,避免患者及家属认为护理人员未用语言沟通就是不重视,形成更加协同高效的护患合作模式。在护理人员上门服务的过程中,详细讲解非语言沟通在患者照护中的重要性,并示范示范相关技巧,帮助家属辨识和回应患者的身体语言、表情变化等非言语信号,从而提升家属的观察与应对能力^[15]。同时,应积极引导患者借助简单的肢体动作、面部表情等方式表达自身需求,护理人员及家属需要用尊重、耐心和理解的态度回应,增强患者的沟通信心与意愿。此外,还需要指导家属掌握基础的非语言沟通技巧,协助他们更准确地捕捉患者的潜在需求,并及时向护理人员反馈,建立护患之间的双向沟通机制。除此之外,为了缓解家属在照护过程中的心理压力,护理人员还可以为患者家属提供情感上的支持和心理层面的疏导,避免患者长时间处于负面心理状态。通过健康讲座、宣传手册等多种形式,进一步向患者家庭及公众普及非语言沟通知识,营造理解、包容、支持的良好照护氛围。

4 结语

综上所述,社区居家安宁疗护对于晚期癌症患者来说,是一个非常重要的过程。在此期间,护理人员的工作素养直接关系到患者的护理质量。非语言交流如眼神、动作以及陪伴等,是一种高效的沟通方式,已经成为了照护患者的有效手段。因为晚期肿瘤患者正在面临着身体和心理层面巨大的痛苦,非语

言沟通使其在生命的最后阶段体会到尊严与安宁,还能增强家属的照护能力,提升晚期肿瘤患者的护理质量,使其对整个照料过程更加满意。非语言沟通方式进一步实现了安宁疗护在身

体、心理、社交及精神层面的多重目标,意味着安宁疗护融入人文关怀具有重要的价值。

参考文献:

- [1] 张艳洪,尤琦,崔晓薇,贾秀丽,李剑.肿瘤医院护士安宁疗护共情能力在沟通舒适度及护理质量间的中介效应[J].护理学报,2025,32(24):59-64.
- [2] 诸海燕,章婷婷,赵建国,孙彩萍,罗慧群,顾佳欢.基于 SPIKES 沟通模式的病情告知在安宁疗护中的应用研究[J].医院管理论坛,2021,38(8):56-59.
- [3] 任萍,王中华,崔沙沙.多元化护理配合非语言沟通对突发性耳聋患者焦虑、抑郁的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13):122-125.
- [4] 贾立娟.终末期肿瘤患者家属安宁疗护需求及决策影响因素质性研究[J].首都食品与医药,2026,33(2):129-132.
- [5] 郭华,李丹,杨福娟,李辉辉,王楠楠,姚桂英.多学科安宁疗护在终末期癌症患者中的应用效果评价[J].临床心身疾病杂志,2025,31(4):155-160.
- [6] 沈锦霞,朱良梅,王梦欣,蒋陈,丁叔波.基于整合医学理念的安宁疗护在终末期癌症患者中的应用效果[J].浙江医学,2025,47(18):1995-1997+2003.
- [7] 王庆梅.癌症患者安宁疗护的科学与人文关怀[J].漫科学(新健康),2025(6):128-129.
- [8] 尹志东,张梦乔,张丽敏.安心卡引导的照护需求干预在晚期癌症患者安宁疗护中的应用[J].军事护理,2025,42(1):30-33.
- [9] 徐雅楠,刘雅慧,康玉彪,靖杰,王丹若,袁玲.晚期癌症患者家属参与安宁疗护决策体验质性研究的 Meta 整合[J].军事护理,2025,42(1):25-29.
- [10] 叶蕊,岳鹏,高爽,高丽.综合叙事护理评估在安宁疗护病房癌症患者照护中的应用[J].医学研究与教育,2025,42(4):46-55.
- [11] 杨艳琴,刘海琴,刘桂香,蓝活,陈婷,陈蓝宝,陈润霞,李文超,胡珍.基于多学科协作的晚期癌症患者安宁疗护评价体系的建立及临床实践[J].护理实践与研究,2025,22(2):199-205.
- [12] 朱羽宣,沈艳婷.晚期癌症患者主要照顾者对安宁疗护认知的质性研究[J].医药高职教育与现代护理,2025,8(5):428-432.
- [13] 张文双,邱芷喬.晚期癌症患者居家安宁疗护下照顾者多元需求剖析及支持体系构建[J].就业与保障,2025(3):46-48.
- [14] 辛亚慧,常利,宋明芳,马荣荣,白治繁,王恒利.居家安宁疗护干预模式在晚期癌症患者中的应用[J].国际医药卫生导报,2025,31(2):323-329.
- [15] 王佳琪,单唱,杨棕傲,李佳,张素兰.终末期肿瘤患者居家安宁疗护问题与需求现状及影响因素[J].河南医学研究,2025,34(12):2120-2125.