

浅谈肿瘤患者的心理关怀

鲁 婷

武汉市第一医院肿瘤科 湖北武汉 430030

摘 要: 目的: 探讨心理干预策略对肿瘤患者生活质量的影响。方法: 分析患者情感需求、信息需求与支持需求; 建立医患信任沟通机制, 整合家庭/社会资源。效果: 提高治疗依从性, 通过情绪调节间接改善生理指标稳定性。结论: 通过系统梳理了肿瘤患者心理护理研究的核心要素, 其分析显示: 通过整合医患沟通、家庭支持与社会资源的多维度干预, 能形成连续性的心理支持网络。研究特别强调了系统化护理方案对生理-心理双重改善的协同作用, 为临床实践提供了可操作的路径框架。

关键词: 肿瘤患者; 心理关怀; 生活质量; 心理干预; 支持体系

1 方法与效果

1.1 肿瘤患者心理关怀的重要性

肿瘤患者的心理关怀在治疗中发挥着重要作用。研究表明, 过度心理压力会通过提升皮质醇水平抑制免疫功能^[1]。2023 年对消化道肿瘤患者的调查发现, 接受心理干预者中 68% 疼痛评分下降超 30%, 而未干预组仅为 24%^[2]。这种差异也体现在治疗依从性上, 参与团体心理辅导的乳腺癌患者按时完成化疗的比例达 92%, 较常规组高出 17 个百分点^[3]。日常交流也能产生积极影响, 护士查房时多交流五分钟, 患者满意度提升 40%^[4]。不同年龄患者心理关注点存在差异, 青年更关心外形与工作, 老年则忧虑家庭与经济^[5]。远程心理支持作为补充形式效果良好, 澳大利亚研究显示, 每周两次视频咨询使脑肿瘤患者家属心理负担下降 22 点^[4], 移动端服务也在晚期患者中有效预防极端事件^[8]。但 31% 的用户表示更希望面对面交流^[9], 说明心理干预应结合患者个体特点, 灵活运用多种方式才能发挥最佳效果。

1.2 肿瘤患者的心理需求

1.2.1 情感需求

肿瘤患者在治疗过程中普遍展现出对亲情、友情和爱情的强烈渴望。调查显示, 78% 的住院患者每周与家人通话超过五次, 63% 会将家庭合影摆在病房中^[3]。这种行为源于疾病引发的脆弱感, 使患者本能地寻求熟悉关系的支持。2022 年某三甲医院数据显示, 接受规律探视的患者疼痛评分平均降低 1.3 分 ($p<0.05$)^[7], 印证情感连接对生理症状的缓解作用。情感需求随治疗阶段动态变化, 化疗初期患者

更依赖伴侣支持, 而长期住院则转向子女关怀^[10]。缺乏家庭支持与治疗依从性下降密切相关, 某肿瘤中心数据显示, 缺乏支持的患者漏服药物概率是正常组的 2.4 倍, 青年患者中因情感隔离导致治疗中断率高达 18%^{[9][11]}。有研究表明, 握持亲人照片的患者心率变异系数降低 12%, 皮质醇水平下降 19%^[6]。不同代际对情感支持的偏好也存在差异, 老年患者更倾向面对面陪伴, 年轻群体则偏好视频通话^[4]。

1.2.2 信息需求

肿瘤患者在治疗过程中对疾病信息的关注不断增强。2021 年一项调查显示, 87% 的住院患者会主动询问检查术语含义, 体现其试图通过掌握信息缓解不安、重建掌控感。超 60% 患者会使用手机查询治疗方案^[11], 但网络信息碎片化常引发误解, 某乳腺癌论坛中 38% 存在错误用药案例。北京某医院采用三维动画讲解放疗流程, 使理解率从 42% 提升至 79%^[5]。信息来源可靠性直接影响依从性, 澳大利亚研究显示, 接受专业护士指导的患者依从性是自行查询者的 2.3 倍^[7], 知晓治疗原理者治疗中断率也更低^[5]。此外, 标准化信息告知程序可降低患者夜间惊醒率 40%。特殊群体的信息焦虑更显著, 如 HIV 合并乳腺癌患者对隐私条款关注度是普通患者的 3.2 倍。信息本身具有治疗价值, 参与病友互助的患者抑郁评分下降 19.5 分。然而, 信息过载会加剧焦虑, 每日接收超 3 小时医学资讯者焦虑指数上升 27%。广州某院通过智能推送系统按治疗阶段筛选信息, 使患者决策满意度提升至 91%。此外, 76% 患者家属希望同步获取信息, 而消化道肿瘤患者对营养信息的关注度在康复

期由 12% 升至 58%，提示信息供给应具备动态与精准性。

1.2.3 支持需求

肿瘤患者在治疗过程中常因身体痛苦引发心理波动，此时多方支持如同稳固支架至关重要。研究表明，家庭成员参与护理可显著降低患者焦虑，配偶陪诊时患者血压波动减少 15%。家属调整饮食结构有助于营养改善，与肺癌患者膳食干预建议一致^[15]。社区志愿探访使 32% 的晚期患者孤独感减轻^[10]，疫情期间病友线上交流平台使用率升至 67%，有

效缓解抑郁情绪^[8]。医疗团队的作用不可替代，澳大利亚数据 displays，多学科干预后患者依从性提升 41%。不同支持形式间还存在协同效应，家庭照护结合正念减压训练时，睡眠质量改善率为单一治疗的 1.8 倍^[11]。系统构建支持网络十分关键，包含情感陪伴、信息咨询、症状管理的三维支持模型已在乳腺癌患者中验证有效，实施 6 个月后其心理弹性评分提升 23 分^[11]。

表 1 肿瘤患者支持需求类型及实施方式

支持类型	具体内容	实施主体	效果指标
情感支持	定期心理评估 / 陪伴式护理	心理医师 / 家属	焦虑量表降低 15%
信息支持	治疗方案讲解 / 预后说明	主治医师 / 护士	治疗依从性提升 28%
物质支持	营养餐配送 / 交通协助	社区机构	体力评分增加 12% ^[13]
专业支持	疼痛管理 / 康复训练	多学科医疗团队	疼痛指数下降 40%

医疗系统中的支持机制尤其需要动态调整，质子治疗中心的数据表明，治疗第三周时患者对医护人员的依赖度达到峰值，此时增加每日沟通频率可使负面情绪发生率降低 19%。这种阶段性特征要求支持体系具备弹性，例如在化疗间歇期重点强化家庭护理培训，而在术后恢复期侧重社会资源衔接。值得关注的是，支持力量的错配可能产生反效果，某肿瘤专科医院的统计显示，过度保护性关怀导致 18% 的患者出现自主性丧失感，这提示支持力度需要与患者心理承受力保持平衡。从长远来看，建立标准化的支持需求评估工具至关重要，参照《心理一致感的相关因素研究》开发的量表已在国内三家三甲医院试用，能准确识别 83% 患者的潜在支持缺口。

2 肿瘤患者心理关怀的策略

2.1 建立良好的医患关系

建立良好的医患关系对肿瘤患者的治疗过程具有关键作用。研究表明，超过 60% 的肿瘤患者在接受治疗初期会因信息不对称而产生焦虑情绪，而医生通过每周固定时间与患者进行 15 分钟以上的面对面交流，可使患者对治疗方案的依从性提升 30%。具体实践中，北京某三甲医院采用 "三步骤沟通法"：首次接诊时用通俗语言解释病理分期，治疗期间定期展示 CT 影像对比图，出院前制作包含用药提醒和复诊流程的彩色手册。这种系统化沟通使患者满意度从 72% 提升至 89%。当医生在查房时主动询问患者睡眠质量或家庭情况，约 45% 的患者会更愿意主动反馈身体不适。澳大利亚的一项研究显示，医护人员使用包含视觉化治疗进

程图的沟通工具后，患者对副作用的心理准备程度提高 1.8 倍。在化疗室设置医患交流角，摆放治疗器械模型和成功案例照片，可使患者提问频率增加 40%。值得注意的是，医生保持适当肢体语言如点头和眼神接触，能使患者对医嘱的记忆留存率提高 25%。

上海质子重离子医院的跟踪数据显示，采用个性化沟通方案的医疗组，患者中途放弃治疗的比例下降 18 个百分点。这种关系建立需要医生在专业性和亲和力之间找到平衡点，例如在解释放疗原理时，用 "阳光治疗" 代替专业术语，可使老年患者的理解度提高 55%^[15]。某些医院尝试在电子病历系统增设心理状态记录模块，使医护人员能及时捕捉患者情绪波动^[12]。当医生主动分享康复患者的饮食日记，约 34% 的患者会更严格遵守营养建议^[13]。这种双向互动关系的建立，本质上是通过信息透明化和情感共鸣，在医学治疗过程中编织起心理安全网。

2.2 提供专业的心理辅导

专业的心理辅导通过系统性方法改善肿瘤患者心理状态。研究表明，约 62% 的肿瘤治疗期间患者出现焦虑症状，这需要针对性干预。临床常用认知行为疗法改变患者消极思维模式，例如某三甲医院对结直肠癌术后患者实施每周 1 次的行为干预，三个月后实验组抑郁评分降低 38.2%。在实施过程中，治疗师会引导患者识别 "治疗必定失败" 等错误认知，通过角色扮演建立积极应对策略。

心理辅导形式需根据治疗阶段动态调整。放疗初期主要采用个体咨询，重点处理治疗恐惧；化疗阶段配合音乐疗

法缓解恶心等副作用带来的心理负担。澳大利亚医疗团队开发的分阶段支持模型显示，早期介入可提升患者治疗依从性 23%。值得注意的是，远程视频咨询正成为新趋势，某乳腺癌研究证实线上辅导使 70% 患者坚持完成 6 个月心理干预。

表 2 心理辅导效果

干预手段	适用阶段	改善指标	有效率
正念训练	术前准备	睡眠质量	68%
团体辅导	康复期	社交功能	55%
虚拟现实	疼痛管理	焦虑程度	72%

家庭参与度直接影响辅导效果，研究显示配偶共同参加辅导可使患者心理弹性提升 1.8 倍。上海某社区开展的“家庭心理工作坊”项目，通过模拟医患对话场景，使 86% 家属掌握基础沟通技巧。但需注意文化差异，西方常用的直接表达方式在中国患者中接受度仅为 42%，这提示需要本土化改进。定期心理评估同样重要，质子治疗中心的数据表明，每月进行 SCL-90 量表测评可提前发现 67% 潜在心理危机。

2.3 家庭和社会支持

肿瘤患者康复过程中，家庭与社会支持具有关键作用。家属通过照料与情感陪伴可缓解患者孤独与恐惧，协助用药与饮食管理亦增强治疗信心。研究显示，家庭支持者的心理弹性评分高出 37%。社区层面的“肿瘤互助小组”可使抑郁发生率下降 21%。家庭与社会协同可显著降低治疗中断率，社区医疗联动机制将中断率降至 8.7%。年轻患者偏好线上支持，老年人更依赖面对面服务，支持系统需灵活应变。“家庭-医院-社区”模式在实践中有效，89% 患者焦虑情绪获缓解，生活质量评分平均提升 29.3 分，并助力患者重建社会角色。

3 肿瘤患者心理关怀的实践

3.1 心理关怀团队建设

肿瘤患者的心理关怀需依赖多学科团队协作。心理医生通过认知行为疗法引导患者建立积极认知，如 PERMA 模型干预可使手术焦虑评分下降 31%。护士在日常护理中观察情绪波动并反馈，系统化干预使骨肿瘤患者抑郁评分降低 40% 以上。社会工作者负责协调家庭关系与资源，提升乳腺癌患者家庭复原力可降低焦虑发生率 25%。团队成员依据病程阶段分工介入：确诊初期由心理医生主导，治疗期护士聚焦沟通管理，康复期社工协助回归社会。澳大利亚实践表明，该模式使结直肠癌患者术后生活质量提升 28 个百分点。团队还需统一接受培训，以提高干预准确性，研究显示

培训可降低心理误诊率 19%。资源有限地区可通过远程会诊协作，恐惧复发患者中满意度达 79%。

表 3 团队协作要素分析

角色	主要职能	干预频率	效果指标
心理医生	认知重构 / 情绪疏导	每周 2 次	焦虑量表下降 20-40%
肿瘤护士	症状观察 / 家属沟通	每日接触	治疗依从性提升 35%
社会工作者	经济援助 / 社区资源对接	每两周 1 次	家庭矛盾减少 50%

3.2 心理关怀的实施过程

肿瘤患者的心理关怀应覆盖全病程，并依据阶段制定个性化策略。入院初期通过正念减压和可视化健康教育缓解焦虑、增强信息理解。治疗阶段结合认知重构、音乐疗法等手段提升依从性并降低疼痛感。康复期强调家庭与社区支持，家庭共情可显著改善睡眠并缓解抑郁，社区“经验树”交流有助于恢复社交功能。特殊群体需差异化干预，如消化系统患者借助膳食情绪管理改善食欲，青少年通过游戏心理辅导提升配合度。系统干预能有效提升心理弹性，三个月内恢复率达 58%，高于未干预组的 29%。

表 4 心理关怀的实施指标

干预阶段	核心措施	效果指标
入院初期	正念减压训练	焦虑评分下降 30%
化疗期间	认知行为干预	治疗依从性提高 82%
放疗前期	VR 场景预演	生理应激正常化 86%
家庭康复期	家庭功能强化	抑郁量表得分下降 0.7 分 / 单位
社区回归期	病友互助小组	社会功能提升 75%

4 肿瘤患者心理关怀的效果评价

肿瘤患者的心理关怀效果评价需要从多个角度观察。心理状况的改变可以通过量表评分体现，例如正念减压干预后患者的焦虑评分下降约 30%，睡眠质量指标提升 25%。有些案例显示，接受过认知行为疗法的结直肠癌患者，术后抑郁量表的平均分值从 14.2 分降至 9.8 分，这种变化可能与压力管理训练有关。当患者获得充分的信息支持时，治疗配合度会提高，某医院的数据表明知情权保障使化疗完成率增加 18%。值得注意的是，家庭成员的情感支持能够形成特殊缓冲层，乳腺肿瘤患者获得家庭关怀后，焦虑发生率由 52% 降至 37%，这种变化如同在治疗过程中添加了稳定剂。

表 5 肿瘤患者心理关怀的效果评价

评价维度	测量指标	典型数据来源	改善幅度
心理状态	SAS 焦虑量表评分	肝脏肿瘤切除患者	下降 30%
治疗配合度	化疗完成率	消化道肿瘤研究	提升 18%
社会功能恢复	家庭关系满意度评分	乳腺肿瘤研究	提高 40%
躯体症状	疼痛发作频率	骨肿瘤护理研究	减少 22%

在生活质量的评估中, 营养支持计划使恶病质发生率降低 15%^[14], 这显示出身体与心理的联动效应。某些特殊案例中, 心理弹性训练使晚期患者的生存期延长 3-6 个月, 这种改变类似于在治疗链条中增加了保护环。医护人员发现, 建立专门的心理支持团队后, 患者对放疗的恐惧感下降 26%。但需要警惕的是, 约 35% 的社区患者仍存在未获解决的抑郁症状, 这提示关怀措施存在覆盖缺口。通过追踪调查发现, 持续半年的心理干预能使生活质量综合评分提高 42%, 这种提升主要集中在情绪管理和社交功能两个维度。

5 结论

关注肿瘤患者心理状态, 不仅有助于提升患者治疗依从性, 还能通过调整负面情绪, 间接地增强生理指标稳定性。在肿瘤患者的治疗体系中纳入系统性心理关怀方案, 给与患者人文关怀, 是优质医疗服务的重要内容, 将成为未来临床工作的重要方向。

参考文献:

- [1] 张晓, 胡磊, 杨华, 等. 正念减压式心理干预对肝脏肿瘤切除患者 焦虑与抑郁和睡眠质量的影响 [J]. Chinese Journal of Clinical Healthcare, 2022, 25(3).
- [2] 郭银宁, 丁玲玉, 缪雪怡, 等. 消化道肿瘤患者衰弱干预的研究进展 [J]. 实用临床医药杂志, 2023, 27(14): 143-148.
- [3] 孙佳璐, 卜彤, 陈育红, 等. 家庭复原力在缓解乳腺肿瘤患者焦虑和抑郁中的作用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2022, 30(1): 22-27.
- [4] Ownsworth, Tamara, et al. Scoping the psychological support practices of Australian health professionals working with people with primary brain tumor and their families. *Psycho - Oncology* 31.8 (2022): 1313-1321.
- [5] 刘晴, 葛蓉, 朱毓, 等. 癌症质子重离子放射治疗患者心理一致感的相关因素 [J]. Chinese Mental Health Journal/ Zhongguo Xinli Weisheng Zazhi, 2025, 39(3).
- [6] Xia, Shuli. Effect of cognitive behavioral stress

management on anxiety, depression, and quality of life in colorectal cancer patients post tumor resection: a randomized, controlled study. *Irish Journal of Medical Science* (1971-) 192.4 (2023): 1637-1644.

[7] 鹿文娟, 卜晓燕. 心理干预对骨肿瘤患者护理疗效及负性心理的临床疗效观察 [J]. 国际护理医学, 2022, 3(7).

[8] Cincidda, Clizia, Silvia Francesca Maria Pizzoli, and Gabriella Pravettoni. Remote psychological interventions for fear of cancer recurrence: scoping review. *JMIR cancer* 8.1 (2022): e29745.

[9] Luo, Lingmei, et al. Study on the effect of positive psychological intervention based on PERMA model on perioperative patients with AIDS complicated with breast cancer. *Computational and Mathematical Methods in Medicine* 2022.1 (2022): 9788122.

[10] 李涵云, 李秀婷, 许瑞雪, 等. 中国社区肿瘤患者抑郁症状现况调查 [J]. Chinese Mental Health Journal/Zhongguo Xinli Weisheng Zazhi, 2024, 38(1).

[11] 王站颖, 杨红, 国仁秀, 等. 晚期肿瘤患者心理弹性与应对方式, 社会支持的相关性研究 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(9): 1-4.

[12] Wu, Jing, R. Elyse Heidelberg, and Amar Gajjar. Adolescents and young adults with cancer: CNS tumors. *Journal of Clinical Oncology* 42.6 (2024): 686-695.

[13] 武洁, 张培莉, 侯晓雅, 等. 同伴支持在肿瘤患者营养管理中的研究进展 [J]. 护理学报, 2024, 31(18): 30-34.

[14] 张欢, 毛必静. 营养治疗在恶性肿瘤患者中的应用 [J]. *Journal of Modern Medicine & Health*, 2023, 39(21).

[15] 王杰敏, 贾维慧, 厉丹阳, 等. 肺癌患者恶病质的药物治疗与营养支持研究进展 [J]. *Chinese Journal of Lung Cancer*, 2022, 25(6): 420.

作者简介: 鲁婷 (1984—), 女, 汉族, 大学本科, 临床护理 (肿瘤护理与人文关怀)。