

老年病人临终前心理护理

王娟娟¹, 王佩佩^{2*}

¹青海省中医院内分泌科, 青海 西宁

²兰州大学第二医院西固医院全科医学科, 甘肃 兰州

收稿日期: 2025年11月8日; 录用日期: 2025年12月1日; 发布日期: 2025年12月10日

摘 要

临终期是每个人终其一生中必然要经历的一段时期, 不断优化临终关怀能力, 提升对临终患者的心理护理, 从而减轻患者的心理压力, 提高患者临终生活质量, 是我们医护必备的临床技能。在临终期, 患者面临死亡时所经历的心理阶段, 以及相对应的阶段, 医护人员应给予什么样的心理帮助, 是值得研究和探讨的。

关键词

临终老年患者, 心理过程, 护理措施

Psychological Care for Elderly Patients at the End of Life

Juanjuan Wang¹, Peipei Wang^{2*}

¹Department of Endocrinology, Qinghai Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining Qinghai

²Department of General Practice, Xigu Hospital of Lanzhou University Second Hospital, Lanzhou Gansu

Received: November 8, 2025; accepted: December 1, 2025; published: December 10, 2025

Abstract

The terminal stage is a period that everyone will eventually go through in their lifetime. Continuously optimizing the ability of end-of-life care and enhancing psychological care for terminal patients to alleviate their psychological stress and improve their quality of life during the terminal stage are essential clinical skills for medical staff. During the terminal stage, the psychological stages that patients experience when facing death and the corresponding psychological assistance that medical staff should provide are worthy of research and discussion.

*通讯作者。

文章引用: 王娟娟, 王佩佩. 老年病人临终前心理护理[J]. 临床医学进展, 2025, 15(12): 1447-1451.
DOI: 10.12677/acm.2025.15123551

Keywords

Terminal Elderly Patients, Psychological Process, Nursing Measures

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

“有时去治愈，常常去帮助，总是去安慰”是医学领域的经典格言，体现了医学最终极的关怀。临终关怀的心理护理是指对生命末期患者及其家属提供系统的心理、情感和精神支持，旨在缓解他们的心理痛苦，增强内心的平静与安宁，帮助其有尊严地走完人生的最后旅程。当每个个体接近死亡时，其心理反应是十分复杂的，但在对濒死期患者的心理研究中仍能发现具有普遍性的情况。心理学家罗斯博士观察了数百位临终病人，提出临终病人通常经历五个心理反应阶段，即否认期，愤怒期，协议期，忧郁期，接受期[1]。

2. 临终前患者心理反应

2.1. 否认期

患者在得知自己病情严重、面临死亡威胁时，常会产生“这不可能是真的，一定是误诊”等心理反应，表现为强烈的否认与拒绝接受。在此阶段，患者往往心存侥幸，辗转多家医院求证，试图寻找推翻原诊断的可能性。这种否认心理属于一种心理防御机制，能够帮助个体暂时缓解现实带来的冲击。不同患者处于此阶段的持续时间存在个体差异。

2.2. 愤怒期

随着病情发展，当否认难以持续时，患者心理可能转为愤怒、怨恨甚至嫉妒，出现“为什么偏偏是我？这不公平”的想法。在这一阶段，患者容易将负面情绪发泄到身边的医护人员、亲友身上，或对医院制度、治疗方式等表达不满。

2.3. 忧郁期

当患者意识到自身状况持续恶化，且无法通过协商改变结局时，会陷入强烈的失落与悲伤，产生“好吧，我就是那个不幸的人”的消极情绪。此阶段表现为情绪低落、抑郁寡欢，部分患者可能出现自杀倾向，并渴望亲友的陪伴与照料[1]。

2.4. 协议期

此阶段患者的愤怒情绪逐渐消退，开始接受临终的现实。为了延长生命，部分患者会尝试许愿、行善等方式，试图改变命运；也有人对过往行为表示悔恨。此期典型心理为“请让我好起来，我一定……”，患者情绪趋于和善，对治疗仍抱有一定希望，并能积极配合医疗措施。

2.5. 接受期

在经历前期的情绪波动后，患者心理逐渐恢复平静，能够坦然面对即将到来的死亡，产生“好吧，

既然无法改变, 我就安心接受”的想法。此阶段患者往往倾向于独处, 情感反应趋于平淡, 常表现为嗜睡, 在平静中等待生命终点的来临。

3. 老年患者临终护理应采取的主要措施

明确临终患者心理五个阶段后, 医护应当给予对症的心理护理。临终心理护理以临终患者的心理需求为基础, 以尊重患者尊严、减轻患者心理负担为宗旨, 这既是人道主义精神又是我们捍卫生命, 履行职责的义务[2]。

因此, 护理工作者的角色至关重要, 我们需要以专业的素养和温暖的人性关怀, 引导并支持他们, 使其在生命的尾声能够保有尊严与相对的安详。

3.1. 提供舒适环境

临终患者在条件允许的情况下给予单间病房, 配以鲜花, 绿植, 室内安静整洁, 为患者提供温馨舒适的环境。

3.2. 常规口腔护理、疼痛管理、营养护理

除了常规护理如拍背排痰、吸氧、勤翻身防压疮等护理操作之外, 临终患者我们还需注重口腔护理, 皮肤护理保持患者个人卫生[3]; 如癌症患者晚期痛感明显, 此时把患者纳入癌痛患者疼痛管理日评估疼痛; 并采取有效的止痛措施, 通过三阶梯止痛治疗, 以口服止痛为主, 对患者进行有效的疼痛控制, 必要时使用疼痛泵治疗。营养护理, 癌症晚期患者出现恶液质, 所使用食物营养丰富易消化。如患者病情危重不能进食, 不能进食, 可为其提供鼻饲营养; 必要时请营养科会诊后配制营养液。

3.3. 实施心理疏导是关键环节

包括临终病人心理护理和临终病人家属心理护理。护理人员需主动了解患者的真实想法, 持续关注其心理动态, 并结合每位患者的职业背景、心理反应特点及社会文化差异, 提供个性化的精神安慰与心理支持, 引导他们理性看待生命与疾病, 逐步缓解对死亡的恐惧和焦虑, 从而以较为平和的心态面对生命终点, 安详度过临终的各个阶段。

针对不同心理反应期的患者, 应采取相应的疏导策略:

对处于“否认期”的患者, 应耐心倾听, 多陪伴在侧, 使其感受到被关心与重视; 处于“愤怒期”的患者, 则应予以体谅与包容, 通过安抚和疏导缓解其情绪波动; 对于“协议期”的患者, 应尽量满足其需求, 即使无法实现, 也应表现出积极争取的态度; 处于“忧郁期”的患者, 应允许他们表达悲伤情绪, 并鼓励其树立战胜疾病的信心; 进入“接受期”后, 则应尊重患者的信仰与选择, 增加陪伴时间, 帮助他们在宁静与安详中走完人生最后一程。

在整个临终关怀阶段需要医护、家属携手给予患者最佳的临终心理护理, 同时也需要关注患者家属的心理护理, 为患者家属提供相关的理论知识, 帮助其慢慢从家人的病痛精神折磨中摆脱出来。也要鼓励家属健康宣泄情绪, 积极与患者沟通交流, 实现双向心理调节, 帮助他们缩短悲痛过程, 降低悲痛程度, 在患者珍贵且有限的的时间里, 诉其所愿、所怨, 使其彼此支持, 互相谅解, 让老年患者临终生活在温暖和希望中[4]。

总之, 医护及家属良好沟通, 密切关注临终患者精神及生活需求, 保障并尊重临终患者依法享有的权利和权益, 让老年患者感受到被关心和爱护, 使老年患者的心境处于治疗的最佳的状态, 帮助其建立新的心理平衡, 愉快地走完生命的最后阶段。

4. 提高护理人员综合素质

临终关怀护理需要运用医学、护理学、社会学、心理学等多学科理论与实践知识。护理人员要做到以下几个方面:护理人员需坚持学习以提升综合素养,具备扎实的专业理论、操作技能及多学科知识。在此基础上,应着重培养缓解临终患者及家属身心痛苦的能力,掌握良好的沟通技巧以建立信任关系。同时,护理人员自身需接受系统的死亡教育,能够坦然面对并讨论生死议题。通过上述综合素质的培养,可从根本上提升临终护理的整体质量。

5. 讨论

目前在临终患者心理护理方面,国外心理疗法已相当成熟,包括尊严疗法,支持疗法,人生回顾疗法,认知行为疗法,悲伤疗法等[5]。我国心理姑息疗法起步晚,发展慢,尚在雏形阶段,缺乏大量的临床实践数据。因此目前国内心理护理主要通过减轻患者疼痛、加强基础护理、积极主动与患者沟通、鼓励患者增强其信心,建立良好护患关系以及患者家属的心理支持等[6]。另外我国传统医学作为文化瑰宝,讲究整体观念和辨证论治,临床上也有学者尝试将中医心理疗法运用于临终患者,如五音音乐疗法、放松疗法等[7]。

安宁疗护是指为疾病终末期或老年病人在临终前提供身体、心理、精神等方面的照料和人文关怀服务,控制痛苦和不适症状,提高生命质量,帮助病人舒适、安详、有尊严的离世[8]。现代意义上的、有系统组织的安宁疗护体系,其起源是在国外。但其中所蕴含的“关怀临终者”的思想,在世界各大文明(包括中国)古已有之。关怀临终者、追求“善终”的理念在中国有着深厚的文化根基,儒家思想:强调“慎终追远”,这体现了对生命终点和死亡仪式的尊重。佛教讲求“生死事大”,认为临终时的心理状态对来世至关重要。因此,会有助念、保持环境安宁等做法,帮助亡者安详往生。这非常接近于灵性关怀。道家思想:追求顺应自然、安然面对生死。在中国传统中,人们普遍希望“寿终正寝”这本身就是对生命末期质量的朴素追求。然而,这些传统思想未能系统性地发展成一套完整的、以医学和团队协作为基础的现代医疗模式。现代安宁疗护是在20世纪80年代末从国外引入,并正在与中国传统文化和社会需求相结合,快速发展成为具有中国特色的医疗和社会服务模式。但在安宁疗护实践过程中面临着多重的伦理困境,是否继续抢救,是否停止抗生素抗菌治疗,是否继续给予营养支持[9]。传统生死观重视生命的留存时间而忽略质量,这与安宁疗护的理念不一致。安宁疗护实践过程中伦理困境普遍存在,它会严重影响从业者的身心健康,因此,安宁疗护伦理困境应引起医疗机构管理者的充分重视,应正确认识、应对安宁疗护伦理困境。在老龄化趋势日益加重以及癌症高发的今天,安宁疗护对实现生命全周期服务、提高公众就医获得感以及社会和谐发展发挥着重要的作用[10]。然而,目前我国安宁疗护事业发展面临多重阻碍,具体表现为理念接受难、知识推广难、服务落实难等[11]。因此,深入探索社会公众对安宁疗护理念的认知现状并制定针对性的宣传教育方案,对于推动安宁疗护的发展具有积极意义。希望能真正使每一位老年患者都能在生命的最后一站安静、舒适而又有尊严地度过。

参考文献

- [1] 范香兰,王海霞. 肿瘤临终患者心理指导及护理[J]. 医学信息(上旬刊), 2010, 23(9): 3252-3253.
- [2] 李黎. 中老年晚期肝癌临终患者的心理护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(12): 1831.
- [3] 谈洁,何明霞. 临终癌症患者的舒缓、营养和心理护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(50): 21, 23.
- [4] 郑向荣. 临终关怀中家属心理支持的护理[C]//中国生命关怀协会. 关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(上)——全周期视角下的患者心理健康于预策略: 筛查、支持与实践专题. 唐山: 河北省唐山市曹妃甸区医院, 2025: 681-683.
- [5] Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. and Harlos, M. (2004) Dignity and

Psychotherapeutic Considerations in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Care*, **20**, 134-141.
<https://doi.org/10.1177/082585970402000303>

- [6] 赵红艳. 临终肿瘤患者心理护理研究现状[J]. 健康教育与健康促进, 2009, 4(2): 50-53.
- [7] 林桂永, 梁娟娟, 卢永红, 等. 中医心理治疗与护理技术在老人临终关怀中的运用[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(4): 454-456.
- [8] 乔艳华, 李小忍. 影响安宁疗护效果的相关因素分析与建议[J]. 医学研究与教育, 2018, 35(4): 58-62.
- [9] 杨雪梅, 陈英, 熊每珠, 梁湘. 安宁疗护实践伦理困境研究进展[J]. 护理研究, 2023, 37(19): 3525-3527.
- [10] 姜姗, 李忠, 路桂军, 等. 安宁疗护与缓和医疗: 相关概念辨析、关键要素及实践应用[J]. 医学与哲学, 2019, 40(2): 37-42.
- [11] 张馨月, 金秀颖, 李晓颖, 苏相宇, 文俊杰, 姚衡圃, 沈美君, 陶俊良, 刘月树. 安宁疗护理念的推广现状及对策研究——基于天津市的调查[J]. 中国农村卫生事业管理, 2025, 45(11): 774-779, 799.