

# 临床护士为终末期患者实施安宁疗护的体验

匡莹

香港大学深圳医院, 肿瘤科, 广东 深圳

收稿日期: 2026年5月15日; 录用日期: 2026年6月14日; 发布日期: 2026年6月23日

## 摘要

目的: 了解中国死亡质量指数现状, 安宁疗护在改善患者死亡质量中的作用以及临床护士为终末期患者实施安宁疗护过程中所遇到的困难, 需要哪些支持来完善, 为更顺利的推广安宁疗护在临床上的应用提供参考。方法: 采用滚雪球抽样法, 选取12名为终末期患者实施过安宁疗护的临床护士进行半结构式访谈, 采用主题分析法分析资料。结果: 为终末期患者实施安宁护理的过程中, 临床护士的体验包括临床护理工作的护理架构转型、探索历程、发展瓶颈、资源需求4个主题。结论: 安宁疗护面对诸多挑战, 需要来自社会, 交叉学科, 患者家庭, 临床医护人员层面的支持, 才能确保安宁疗护顺利开展。

## 关键词

安宁疗护, 临床护士, 终末期患者, 质性研究

# Clinical Nurses' Experience in Hospice Care for Terminal Patients

Ying Kuang

Department of Oncology, The University of Hong Kong - Shenzhen Hospital, Shenzhen Guangdong

Received: May 15, 2026; accepted: June 14, 2026; published: June 23, 2026

## Abstract

**Objective:** To understand the current status of the death quality index in China, the role of palliative care in improving the quality of patients' death, the difficulties encountered by clinical nurses in the process of providing palliative care to terminally ill patients, and the support needed for improvement, so as to provide a reference for the smoother promotion of the clinical application of palliative care. **Methods:** Using the snowball sampling method, 14 clinical nurses who had provided palliative care to terminally ill patients were selected for semi-structured interviews, and the data were analyzed by thematic analysis. **Results:** In the process of providing palliative care to terminally

ill patients, the experiences of clinical nurses included four themes: transformation of the nursing framework in clinical nursing work, exploration process, development bottlenecks, and resource requirements. Conclusion: Palliative care faces many challenges and requires support from society, interdisciplinary fields, patients' families, and clinical medical staff to ensure its smooth implementation.

## Keywords

Hospice Care, Clinical Nurse, Terminal Patients, Qualitative Research

Copyright © 2026 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

死亡是人类老化过程中面临的问题根源。无论是身体机能退化、心理恐慌还是社会歧视，都来源于最直击人心的死亡话题，因此临终阶段的照护和服务几乎是老龄社会面临的最大挑战[1]。病人死亡之时，整个抢救场面狼狈不堪，气管可能已经被切开以畅通气道，心肺复苏可能已经压断病人的肋骨，这就是现代工业社会里个别死亡特有的孤立性、非社会性，甚至非人性[2]。“安宁疗护”(Hospice Care)和“临终关怀”(End-of-life Care)的概念就在这样的背景中被提出，旨在引导人们坦然地接受现实，从而更好地实现优逝善终[3]。

我国自 2017 年开始在全国试点安宁疗护工作，经过各级政府和医务人员及相关执业者的不懈努力，取得了长足的进步，在 2022 年全球 81 个国家和地区的死亡质量指数评估中，我国的死亡质量指数上升到了第 53 位。总的来说，我国的安宁疗护还处于初期的探索阶段，准入标准、用药规范、培训课程、质控体系和学科建设等尚待建立，配套措施包括政策、资金、法律支持等都亟待完善。所以从社会层面来看，我国的死亡质量指数还比较低，安宁疗护需求与供给还存在巨大缺口，并且由于我国医疗资源配置和安宁疗护发展的不平衡，不同地区的死亡质量指数也存在较大差异[4]。

## 2. 对象与方法

### 2.1. 研究对象

本研究采用滚雪球抽样法选取研究对象，于 2025 年 5 月~2026 年 5 月选取来自全国 11 家医院的临床护士为受访者(包括：肾内科护士，肿瘤内科护士，重症医学科护士，神经内科护士，社区护士)受访者均参加过安宁疗护临床实践案例。样本量以信息达到饱和为准。共纳入 12 人。12 名受访者均为女性护士，均由研究者既往工作中的同事及同学构成。

### 2.2. 研究方法

基于研究目的，经文献回顾与专家论证形成访谈提纲初稿，并通过预访谈 2 人，进一步优化，最终确定访谈内容如下：① 您开展安宁疗护是基于那些考虑？② 您如何开展安宁疗护？(如对象、时机、频率、形式、等)③ 开展安宁疗护中遇到哪些难点？需要哪些支持去解决？④ 您觉得在开展安宁过程当中有没有改善患者死亡质量？⑤ 您觉得安宁疗护实践中可以大规模开展吗？为什么？如果有必要，临床上需要为此做哪些准备？需要的支撑体系构建有哪些？

### 2.2.1. 资料收集

采用面对面、信息通讯方式半结构式深入访谈法, 辅以录音和记录, 访谈时间不限, 争得被访者同意后方可进行, 确定访谈信息达到饱和后即结束访谈。

### 2.2.2. 资料分析

在访谈结束后 24 h 内, 由本人将访谈录音逐字转录为文字资料。研究采用 Braun 和 Clarke 提出的主题分析法对资料进行编码与分析。

## 3. 结果

本研究累计访谈 12 次, 最终归纳出临床护士的体验包括护理架构转型、探索历程、发展瓶颈、资源需求 4 个主题。

### 3.1. 护理架构转型

“安宁疗护”从一个抽象概念覆盖到临床护理工作中去, 护理理念的改变带来了护理的传统架构的改变。访谈中 70% 受访者表示, 安宁疗护实践带来了临床护理的巨大变革, 经历了从理念到护理行为的转变, 安宁疗护正成为如何为临终患者服务重要临床护理方法。

#### 3.1.1. 照护理念改变

所有受访者均提及, 安宁疗护改变了她们对终末期患者的照护理念。以往实践中, 她们更关注传统的护理模式, 将安宁疗护整合到日常工作实践后, 开始带着探索的视角, 关注患者情绪背后的故事与安宁疗护干预后患者的转变。N3: “以前做护士就是按医嘱做事, 做好病情观察就好。但我做安宁疗护是基于减轻患者痛苦, 尊重患者自己掌握自己生命权, 有尊严的面对死亡。”安宁疗护的目标人群: 安宁疗护应聚焦于主动放弃救治、身体极度衰弱、生活完全失能的终末期人群。即便在社会支持匮乏的客观限制下, 通过维护尊严、落实日常照护与心理疏导, 依然能有效阻断“无效治疗”与“消极等待”的恶性循环, 实现死亡质量的实质性改善。安宁疗护的普及是应对老龄化危机的必然趋势, 但其发展受制于社会认知与支持力度。临床体验表明, 安宁疗护实现了从“治愈导向”向“舒适导向”的跨越: 护理人员不再局限于快速处理病理问题, 而是借助人文关怀(如放松活动、基础清洁护理)来疏解患者负面情绪。这种回归护理本源的行为, 是提升终末期患者生存质量的关键。N6: “安宁疗护重塑了护士的职业二元论: 我们不仅肩负‘救生’的救治使命, 亦需具备‘善终’的照护能力。面对生命终点的茫然与无措, 折射出公众生命教育的严重缺失。事实上, 探讨死亡的本质是对生命意义的深层回溯 - 引导人们珍惜当下、完成心愿、联结挚爱。这种‘向死而生’的视角, 赋予了生死议题以温情与美感。而驱动我投身于此的动力, 源于机构的功能定位、患者的迫切诉求以及管理层的战略支持。”

N7: “我国在社会化进程中普遍存在生命教育、爱的教育与性教育的三重断层, 这加剧了终末期照护的复杂性。在同伴支持与社会认同的氛围下, 这种使命感被进一步强化。同时, 受访者表达了深切的‘优逝’诉求, 认为‘善终’的实现极为艰难, 因此希望通过实践探索有尊严的死亡范式。在具体操作层面, 安宁疗护的介入时机通常取决于护理评估中的主动发现或患者, 家属的自发求助。”

N11: “安宁疗护实践涵盖情绪管理、生活重建、认知干预与事务筹备四个维度。通过心理支持协助家属与患者接纳病情, 通过死亡教育树立科学生死观, 并协助完成身后事准备, 从而实现‘生死两相安’的终极目标”。一般服务开展以后, 最开始需要频繁地跟进, 一天至少去跟进 2 次, 每次服务时长在 1~2 小时不等, 根据病人及家属状态和需求而定。形式一般是面谈, 涉及到关系建立、家庭会议、生前预嘱、告别会的筹备、死亡教育、善终指引、芳香呵护等内容。安宁疗护的推进面临严峻的专业认知壁垒。在症状管理层面, 医护人员普遍存在阿片类药物认知误区(如过度担忧成瘾性), 且缺乏动态评估癌痛的专业

技能；在预后判断层面，对终末期生命体征的解读能力不足，导致无法精准识别濒死期征象并给予对症处理。此外，“治愈导向”的惯性思维(如“治到死不放弃”)根深蒂固，部分医务人员将安宁疗护等同于消极放弃，这种职业刻板印象严重阻碍了服务的转介与实施。加之多学科协作团队构建复杂，进一步增加了临床落地的难度。安宁疗护通过促进医患共享决策，有效遏制了过度医疗行为(如抢救与插管)，显著降低了终末期患者的痛苦指数，从而实现了死亡质量的实质性提升。安宁疗护重构了传统的家长式医患关系，确立了医患共同决策模式。医护人员由权威的指令发出者转变为耐心的倾听者与沟通者，充分尊重患者及家属的意愿，这一转变打破了单向的医疗霸权，极具人文价值。在灵性层面，通过医务社会工作者与宗教志愿服务的介入，为患者提供了信仰支撑与归宿感。这种多维度的心灵照护，帮助患者消除了对死亡的未知恐惧，使其在“心无挂碍”的平和状态下安详离世。安宁疗护应实现“三化”：全程化(覆盖全生命周期)、普惠化(纳入医保)、社会化(推广生命教育)。这既是应对老龄化危机的必然选择，也是提升全民死亡质量的必由之路。

### 3.1.2. 行为变化

九成受访者在安宁疗护实践中经历了显著的职业角色重塑。传统护理模式呈现出明显的“事务导向”特征，侧重于医嘱执行与生存率指标；而安宁疗护理念的渗透，促使护理行为向“人文导向”转型。护士开始主动倾听患者诉求，敏锐觉察情绪波动，实现了从单纯“救活患者”向全人照护的突破性跨越。N5：“安宁疗护显著优化了护患信任的建立机制。在常规护理中，受访者常面临信任危机；然而，在安宁疗护场景下，通过采取同理心回应与存在性陪伴的策略，护士角色从技术执行者转变为心灵导师。通过引导患者回溯生命历程、正视痛苦经历并探讨生命意义，护患双方建立了深度的情感共鸣。这种基于‘人’的连接，使得获取患者信任变得更为本质且容易。”N12：“安宁疗护以‘优逝’为目标，通过多学科协作与形式多样的干预(如圆桌讨论、家庭会议)，实现从生理止痛到灵性安抚的全程覆盖。这不仅提升了终末期生存质量，更在老龄化社会背景下展现出巨大的发展潜力与推广价值。”N3：“安宁疗护具有显著的‘利他性消耗’特征，常被形容为‘燃烧自己，照亮他人’。这一职业特质决定了其高度依赖多学科团队的外部支持与人权理念的社会倡导。然而，从业者的准入与留存并非仅靠热情，而是深受个体资本(如学识眼界、性格特质、人生阅历)及社会环境(如同伴氛围、组织文化)的双重制约。这意味着安宁疗护人才的培养不能仅依靠情怀，更需关注其心理韧性与适配度。”N6：“安宁疗护通过‘减痛、尊愿、避无效’的策略，有效提升了终末期患者的生存舒适度与死亡质量。面对老龄化加剧的社会现实，推广安宁疗护以满足激增的终末期照护需求，具有重要的现实意义。”N2：“在床边摆上患者喜欢的摆件，为不同信仰的患者组织相应活动。”N5：“正如受访者所描述的，哪怕是在病房里，只要到了中秋节，我们就要按老规矩来。这种熟悉的味道和氛围，会让患者突然忘记自己是个‘快死的人’，而是觉得自己还在好好地生活着。当生活气息回来了，死亡的恐惧自然就退散了。”

## 3.2. 探索历程

随着安宁疗护学习的深化与实践经验的积累，受访者并未止步于对西方模式的简单植入，而是立足本土情境，利用现有资源进行了适应性创新。这一过程呈现出显著的“量变引起质变”的特征，具体演化为以下四个递进式的发展阶段。

### 3.2.1. 从被动应对，到主动引导对话

N9：“过去在面对临终患者家属坚持有创抢救时，我常因缺乏有效沟通策略而感到无力。学习并实践安宁疗护理念后，我逐渐掌握了以患者舒适为核心、与家属共同决策的沟通方式。看到患者在生命末期减少了不必要的痛苦，我不仅感到职业上的慰藉，也在后续工作中更有信心与家属坦诚交流，共同做

出更符合患者意愿的选择。” N10：“以往面对家属对临终患者进食减少的焦虑，我往往只能将问题转达给医生，缺乏独立沟通的能力。在系统学习安宁疗护后，我开始主动向家属解释：在生命末期，患者代谢减缓，对营养的需求已显著下降，过量进食反而可能导致消化不良和不适。这种从‘被动反映’到‘主动沟通’的转变，有效缓解了家属对进食问题的过度关注，也让患者少受了不必要的痛苦。”

### 3.2.2. 从有意识推行，到基于评估及时启动安宁疗护

N4：“打破筛选的执念，看见身边的需求。安宁疗护不在远方，而在身边的每一个需要里”。

### 3.2.3. 从模仿到创新

N5：“以前会单独问患者的生命历程，现在我可以借着每个月科室里开展的活动，以生日会、节日庆典及手工活动等载体，构建轻松的沟通氛围。抓住患者情绪舒缓的契机，适时导入生命回顾，引导其梳理人生历程”。

### 3.2.4. 从自我成长，到赋能他人

N4：“在安宁疗护的探索初期，我严格遵循所学理论进行临床实践，并在此基础上持续复盘、积累个案。随着经验的成熟，我将具有代表性的实践案例进行梳理，并在区域安宁疗护会议中进行交流与分享，致力于将个人经验转化为可供同行借鉴的临床参考”。

N6：“从单打独斗的摸索，到云端群聊的共鸣。在社群里，我看见了同行者的微光，也看见了省市医保政策的曙光。这条路，不再孤单；这件事，正在发生。”

## 3.3. 发展瓶颈

### 3.3.1. 安宁疗护症结在于社会协同不足

N12：用于终末期患者的安宁疗护中，其间没有得到物质或经济上的支持，基于个人内驱力指引始终能保持热情高涨。但前路曲折，其中不乏患者拒绝表达、情感卷入等现象出现，且医院层面缺乏扶持的人力、物力及实质性的激励机制，面临诸多困难和挑战。

N5：“安宁疗护的推进面临多重结构性困境，社会与家庭层面：公众认知滞后，家属在观念认同、情感投入及精力时间上配合度有限，且缺乏经济支持与医保兜底。资源与管理层面：住院周期长与床位周转矛盾突出，导致医疗资源挤兑。人才与能力层面：安宁疗护涉及心理、康复、营养等多学科知识，对人员素质要求极高，但现有医护认知有限，且因临床基础工作繁重，难以抽出精力深耕安宁疗护”。

N9：“最难的不仅是把多学科团队凑齐，更难的是如何把他们粘在一起而当患者离开医院，无论是转去别处还是回到家中，那份本该持续的关怀，往往在出院的那一刻就断了线，随访成了我们无法触及的盲区”。

### 3.3.2. 缺乏可持续的资金保障体系

N1：“因为没有医保报销，安宁疗护对很多普通家庭来说，是一件‘奢侈品’”。N5：“一位年轻的乳腺癌晚期患者由于经济问题最终只能无奈退院”。

### 3.3.3. 临床护士为终末期患者实施安宁疗护的体验

N6：“部分医护人员仍深陷传统‘治愈导向’的思维定势，将安宁疗护误读为‘消极等死’或‘家属放弃’的代名词。在疼痛管理上，存在严重的认知盲区：一是缺乏动态评估能力，忽视患者的主观痛苦；二是受‘吗啡成瘾论’的误导，过度恐惧药物副作用，导致姑息治疗不充分，加剧了患者的身心折磨。”。N8：“很多医护人员认为既然是临终患者，就没必要搞安宁疗护了，浪费医疗资源”。

### 3.3.4. 协调患者自主意愿与家属照护期望之间的冲突

N9: “肿瘤科曾经有过一个患者,一位年近 70 岁的阿姨,患癌五年,她的女儿这五年时间里带着这位阿姨辗转全国各大医院求医,但阿姨在求医的过程当中明显疲惫,不想在忍受化疗副作用带来的恶心,呕吐,食欲减退,消瘦,乏力的痛苦,这期间也住过重症监护病区,这让她很是辛苦,但她的女儿坚持认为不给阿姨治病就是不孝,这种观念安宁疗护很难开展”,具体情况见表 1。

**Table 1.** Specific content and examples of palliative care practice by clinical nurses

**表 1.** 临床护士开展安宁疗护的具体内容与举例

| 类别            | 具体内容  | 受访者举例            |
|---------------|---|------------------|
| 开展对象          | 即将面对死亡、放弃医疗救治、身体条件支撑不住、生活自理能力差的患者   | N1               |
| 开展时机          | 即将面对死亡、放弃医疗救治、身体条件支撑不住、生活自理能力差的患者,表达优逝需求时   | N1、N7            |
| 实践目的          | 减轻痛苦、尊重生命权、有尊严面对死亡;让患者体面离世;生死两相安  | N1、N11、N12       |
| 实践内容与<br>方法   | 洗头、身体清洁、小活动放松;面谈、家庭会议、生前预嘱、告别会、死亡教育、芳香呵护;圆桌讨论(高光时刻、生命意义);宗教/民俗布置(玩偶、艾叶);疼痛管理、康复训练 | N3、N2、N5、N11、N12 |
| 服务频率与<br>时长   | 服务频率与时长初期每天至少跟进 2 次,每次 1~2 小时   | N11              |
| 护理架构<br>转型    | (相比传统护理)从关注“事”到关注“人”;从难建立信任到主动共情;从不敢沟通到主动沟通;从执行医嘱到主动倾听、疏导情绪                       | N5、N9、N10        |
| 探索历程          | (1) 无从下手到主动开口;(2) 从刻意寻找对象到发现身边就有人需要;(3) 从模仿到借活动开展生命历程谈话;(4) 从个人学习到建群、分享个案、会议传播    | N4、N5、N6、N9、N10  |
| 发展瓶颈          | 社会各界配合难(多学科、家属认知、床位、经济)-缺少医保等经济支持-医护人员认知不足(吗啡成瘾、认为安宁 = 等死)-平衡患者与家属意愿(如家属坚持治疗)     | N1、N5、N6、N8、N9   |
| 可推广性及<br>资源需求 | 老龄化加剧,需求增加;可大规模开展;需纳入医保、社会倡导、生命教育普及   | N1、N6、N11、N12    |

## 3.4. 资源需求

由于民众认知不足、政策缺乏、经济因素以及缓和医疗团队经验缺乏等原因,我国现阶段终末期患者的安宁疗护质量仍存在很大的不确定性,在此领域尚处于起步探索阶段[5],安宁开展安宁疗护是一项复杂的系统工程,政府与社会的理解和支持必不可少[6],伴随老龄化加剧,安宁疗护需求增加,可大规模开展,安宁疗护需要做到纳入医保、社会倡导、加强生命教育普及。

## 4. 讨论

### 4.1. 鉴于中西文化差异,我国安宁疗护亟需本土化创新

本研究结合传统文化与社会背景,创造性地将传统节日融入照护实践。通过提炼老年患者的人生阅历与肿瘤患者的抗癌意志,将“自强不息”的精神转化为应对疾病的内生动力,以此完善中华善终文化,实现“心身两相安”的目标。

### 4.2. 土化安宁疗护实践呈现出由“成己”到“达人”的衍生效应

临床护士经历了从技术模仿、刻意叙事,向理念内化、本土创新的范式转变。这一过程确立了护士

作为“首要受益者”的地位，有效缓解了共情疲劳与职业倦怠，激发了专业内驱力，实现了个人赋能与心灵疗愈的良性循环。在此基础上，研究构建了以个体引领团队、以点带面的推广路径，验证了该模式在构建中国特色安宁疗护体系中的可行性与参考价值。

#### 4.3. 资源平台与组织支持是本土化安宁疗护可持续发展的核心保障

当前实践面临自下而上推动乏力、资金缺位及人力资源短缺等多重困境。尽管临床护士展现出高度的自发性与内驱力，但在现有高负荷工作模式下，难免陷入“孤木难成林”的无力感。因此，亟需管理层实现从“自下而上”向“自上而下”的战略转变：一是合理配置护理人力，优化排班，将时间还给患者；二是搭建系统化的安宁疗护培训平台，夯实专业人才梯队；三是设立专项基金，为“身、心、社、精”四位一体的照护模式提供坚实的物质基础。

### 5. 小结

本研究采用半结构式访谈，深入探讨临床护士在本土化安宁疗护实践中的体验与挑战。研究发现，安宁疗护促使护理模式由“治愈导向”转向“舒适与尊严导向”，护士角色从单纯的技术执行者拓展为人文关怀者与生命守护者。在实践中，护士完成了从被动应对到主动引导、从机械模仿到文化融合的进阶，逐步形成融合传统节日、民俗信仰等本土元素的照护模式。然而，推进过程仍面临社会死亡认知滞后、医保与资金支持不足、多学科协作薄弱，以及患者意愿与家属孝道观念的冲突等多重瓶颈。

### 参考文献

- [1] 谢琼. 死得其安: 临终关怀服务体系的构建与完善[J]. 中国行政管理, 2019(12): 28-32.
- [2] 贺苗, 等. 中国安宁疗护的多元化反思[J]. 中国医学伦理学, 2018, 31(5): 581-590, 609.
- [3] 陆杰华, 戚政焯. 直面临终时刻: 医院安宁疗护中的妥协与调和[M]. 上海: 上海人民出版社, 2025: 2.
- [4] 刘艳, 贾艳岭, 彭伟, 蒋建军, 陈慧平. 安宁疗护之生死教育[M]. 成都: 四川大学出版社, 2024: 23-24.
- [5] 王蒙蒙, 徐天梦, 岳鹏. 我国现行安宁疗护的相关政策梳理、挑战与建议[J]. 医学与哲学, 2020, 41(14): 19-22.
- [6] Lendon, J.P., Ahluwalia, S.C., Walling, A.M., Lorenz, K.A., Oluwatola, O.A., Anhang Price, R., *et al.* (2015) Measuring Experience with End-of-Life Care: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, **49**, 904-915.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.10.018>