

## 分析对病人家属心理护理后对病人康复的影响

杨志鹏

昆明医科大学海源学院 云南昆明

**【摘要】**在临床工作中我们发现单纯性地为病人做心理护理往往达不到理想的效果，只有通过家属的积极配合，通过家属与患者之间的亲密关系和熟悉的表达方式，使病人的心理护理取得事半功倍的效果，使护理计划得以顺利实施，既有利于病人的康复，又能减少护患纠纷的发生。

**【关键词】**病人；病人家属；护理；心理

### Analysis of the influence on the patient's rehabilitation after the psychological nursing of the patient's family member

Zhipeng Yang

Haiyuan College, Kunming Medical University, Kunming, Yunnan

**【Abstract】**In clinical work, we found that simply doing psychological care for patients often fails to achieve the desired results. Only through the active cooperation of family members, the intimate relationship between family members and patients and familiar expressions, the psychological care of patients can be achieved. The multiplier effect enables the smooth implementation of the nursing plan, which is not only conducive to the recovery of patients, but also reduces the occurrence of nurse-patient disputes.

**【Keywords】** Patient; Patient's Family; Nursing; Psychology

#### 前言

近年来，随着医学模式的转变，心理护理已成为现代护理模式和护理程序中的重要组成部分，它直接关系到病人是否能得到及时正确的医治。疾病治疗的成败与护理工作质量有密切的关系，要提高医疗护理质量，除了给病人做好基础护理外，还必须注意病人的心理状态，了解和掌握病人的心理需要，消除各种不良的心理因素，以取得病人的积极配合。因此，护理人员必须熟悉掌握各科病人的不同心理特点才能做好心理护理。由于疾病来的突然，自觉症状明显，病人没有足够的思想准备，因而往往产生紧张及焦虑。有的病人病情重，害怕疾病恶化，表现出急躁情绪，病人对反复检查及治疗缺乏耐心，有时对医护人员的态度表现为生硬、粗暴。病人对入院后进行的必要诊断方法和综合治疗措施不了解，有些还会增加痛苦，病人在接受不熟悉的医疗操作中产生恐惧和不安心理。部分需要长期治疗的慢性病人，考虑到经济问题，老人和小孩的抚

养问题，以及今后的工作，生活问题，而产生种种忧虑。在临床工作中我们发现单纯性地为病人做心理护理往往达不到理想的效果，只有通过家属的积极配合，通过家属与患者之间的亲密关系和熟悉的表达方式，使病人的心理护理取得事半功倍的效果，使护理计划得以顺利实施，既有利于病人的康复，又能减少护患纠纷的发生，然而我们同时发现大部分家属也比较紧张、焦虑、恐惧。他们过分照顾病人、夸大病情，对医务人员提出过高要求，所以我们要想做好病人的心理护理，首先要做好病人家属的心理护理<sup>[1]</sup>。

#### 一、心理护理

心理护理是心理学在护理过程中的应用，也是护理行为对病人心理活动影响的实施。

人在患病后都会产生特有的心理需求和反应。因此，在护理病人的过程中，家庭成员应通过良好的语言、表情、态度和行为，去影响病人对疾病的错误感受和认识，改变其心理状态和行为。

心理护理的主要目的是消除病人对疾病的紧张、焦虑、悲观、抑郁的情绪,调动病人的主观能动性,从而树立病人战胜疾病的信心;协助病人适应新的社会角色和生活环境。通过心理护理,家庭成员尽可能为病人创造一个有利于治疗和康复的最佳心身状态。

病人的心理需要主要表现为:

(1)躯体需要主要指病人的生理需要,如对空气、休息、睡眠、饮食与水、排泄、活动、安全等的需求。

(2)感情及精神需要病人需要亲人、朋友的探视与关怀。即便有病时,也希望继续发挥个人才能,实现事业有成。要求他人尊重自己,重视自己,关注自身的病情及预后等<sup>[2]</sup>。

## 二、心理护理的常用方法

### 1. 疼痛的心理护理

某些肿瘤、手术后、外伤及慢性炎症或结石等病人,都有不同程度的疼痛。有些慢性疼痛,原因较为复杂,影响疼痛的原因也很多,如采用心理治疗,则病人会有不同程度的感觉疼痛减轻。

由于不良的暗示作用,可使病人感觉疼痛加重;而采用良好的暗示疗法,可使病人感觉疼痛减轻甚至疼痛消除。对病人进行催眠状态下的暗示,可使病人全身心放松,消除病人焦虑、紧张、恐惧的心理,提高病人对疼痛的耐受能力,从而达到减轻疼痛或止痛的效果。

对慢性疼痛的病人应转移其注意力,创造和谐、愉快的环境与情绪,消除不良消极因素的影响,对缓解或消除疼痛十分重要。对病人正确看待疾病的行为给予正面的鼓励和关心,对病人不适当的疼痛表现不予鼓励和关心,这样可以帮助病人培养健康有益的心理和行为,有利于纠正不良的疼痛行为表现<sup>[3]</sup>。

### 2. 焦虑的心理护理

病人表现焦虑,是一种痛苦不安的心理状态。不同病人焦虑的行为表现也因病情轻重而异。因此,在护理病人时,应有针对性地对不同情况的病人进行正确的诱导。首先应尊重病人,自己参与一些力所能及的活动,让病人感到自己不是完全依赖他人,使其减轻焦虑,同时要尊重病人的人格,命名其感到被尊重。也可采取合理的消遣活动,来分散病人

的注意力。如病人焦虑心理较重且不易缓解,可酌情给予安定口服,并及时处理引起焦虑的疾病和可能出现的各种问题<sup>[4]</sup>。

### 3. 恐惧的心理护理

恐惧心理是由于病人认为对自己有威胁或危险的刺激所引起的痛苦不安的情绪状态。当病人受到各种不良刺激而产生恐惧的心理状态时,家属要尽量倾听病人的诉说或保持安静,也可对病人进行抚摸,必要时抱紧病人有助天稳定情绪,并守护在身旁。采用松弛方法,如听音乐、深呼吸、催眠、读书、看画报等,均有利于减轻恐惧和消除不良反应<sup>[5]</sup>。

### 4. 悲伤的心理护理

悲伤是病人感觉或预感到将要出现失去亲人或重要事物时的一种心理反应状态。可表现为沉痛、哭泣、懊丧、忧郁或愤怒等,也可有饮食的改变,如饮食突然减少或不思饮食等。睡眠方面的改变主要表现为难以入睡,睡时多梦,梦中易醒等。严重的病人可表现为极度抑郁,否认事实,强迫自己机械地去做某些事情,并有幻视、幻听、妄想、恐怖症,甚至有自杀的念头,态度冷漠。

在护理这类病人的时候,要尽量养活或消除产生悲伤的原因和促成因素,支持病人的悲伤反应,积极劝慰病人树立正确的人生观和价值观;分散病人的注意力,帮助病人找到支持的力量,如和亲密朋友诉说等;通过和病人的深入交谈,提高病人自身价值;对病人表现的愤怒、哭泣和诉说表示关心和同情;对有孤独、抑制、愤怒情绪的病人,要劝说病人摆脱过去,面向未来,重新树立生活的信心<sup>[6]</sup>。

## 三、患者家属的主要心理问题

1. 焦虑和紧张:入院时对疾病缺乏认识,对环境陌生感到焦虑和紧张,反复询问病情希望得到肯定的答案,或不断打听医护人员的情况,希望得到经验最丰富的医护人员的医治;住院期间由于病情变化而引起的焦虑与紧张,要求医护人员不断观察,反复陈述病情,担心遗漏病情变化,还有由于长期住院经济负担较重而引起的焦虑,不安心治疗,要求减少检查或提前出院。

2. 恐惧与缺乏安全感:家属对疾病预后产生恐惧感,对其他相同疾病患者预后敏感,尤其是急危

重患者家属更是悲观,避免谈及生死问题甚至字眼;由于心疼病人而对各种注射和侵袭性检查治疗产生的恐惧,家属常表现为患者在接受检查和治疗时不敢去看,或者躲开的行为。

3. 怀疑和不信任:对疾病的不了解,查阅网上或书籍与医生的诊断进行对比,并以自己查阅的资料为准,对医生的治疗方案表示怀疑,并拒绝配合医护人员各种护理治疗;对医护人员的年龄、性别、言语、着装等外在条件和表现引起的不信任,怀疑医护人员的技术水平,要求更换主管医护人员;因医疗设施和环境的局限性引起对治疗能力和条件的怀疑,便挑剔住院环境和设施,要求转院等。

4. 同病相怜感:相同疾病的患者家属之间亲和力极高,非常容易沟通,有同病相怜感,尤其是绝症或重症新人入院患者家属对老病人的经验信任程度超过医生。

5. 依赖感:患者家属对病人日常生活上的照顾也依赖护理人员,对自己缺乏信心,生怕自行的行为会伤害病人。

6. 容忍:对患者不正确的行为容忍和支持是许多家属的共同表现,他们对病人不合理要求尽量满足,甚至许多过激行为如辱骂医护人员也不劝阻,特别是一些绝症患者的家属,任其放纵,并对医护人员的制止表示不满<sup>[7]</sup>。

#### 四、不同情况下病人的心理护理

##### 1. 急性病人的心理护理

急性病人,是指那些发病急、病情重因而需要紧急抢救的病人。过去有种错误的观点,认为急性病人病势危急,医护人员的任务就是以最佳的技术和最快的速度抢救病人,无须实施心理护理。近十年来,随着抢救护理科学的形成和发展,人们越来越认识到对急性病人也同样需要进行心理护理。因为急性病人不是面临生命威胁,就是遭受躯体伤残,心理正处于高度应激状态。此时,如果进行良好的心理护理,就会缓和其紧张情绪,有助于转危为安。否则,如果在病人心理上高度紧张之时,再加上抢救时的种种劣性刺激,就会加重病情,甚至造成严重后果。往往急性病人表现为焦虑恐惧、紧张不安,渴望得到最佳和最及时的抢救,以便转危为安。但急性病人的心理活动又是复杂的,多种多样的。瞬间袭来的天灾、人祸或恶性事故等超常的紧张刺激,

可以摧毁一个人的自我应对机制,出现心理异常。一向自以为健康的人突然患了心肌梗塞或神志清醒和脑卒中等,也会因过分恐惧而失去心理平衡。还有那些慢性疾病突然恶化的病人,易于产生濒死感,恐怖、悲哀、失助、绝望等消极情绪往往可以加速病人的死亡。病情不同、年龄不同、社会文化背景不同、经济条件不同等也对病人的心理活动有影响。因此,医护人员要善于具体分析每个急性病人的心理状态,以便有针对性地做好心理护理。由于急性病人的主导心理活动是恐惧,因此,心理护理的中心任务是增强病人的安全感。

(1) 使病人感到医护人员可亲 急性病人大都求医心切,一旦进入医院,顿有绝路逢生之感。这时,医护人员应当做到紧张而又热情地接诊。亲切而又耐心地询问,悉心体贴关怀周到,使病人感到在危难之时遇到了救命的亲人。这种医患关系,对抢救过程能否顺利进行有极大的影响,直接影响抢救和治疗效果。

(2) 使病人感到医护人员可信 医护人员娴熟的医疗操作技术和严谨的工作作风,不仅是赢得时间使病人转危为安的保证,同时对病人来说又是心照不宣的支持、鼓舞和依靠力量。使病人感到可信、可敬,从而获得安全感。

(3) 使病人感到安全 医护人员的医德和技术是病人获得安全感的基础。为了帮助病人缓解心理冲突,减轻精神痛苦,医护人员还应针对每人病人的具体情况做好心理疏导工作。对急性病人,无论预后如何,原则上都应给予肯定性的保证、支持和鼓励,尽量避免消极暗示,尤其是来自家属、病友方面的消极暗示,使病人能够身心放松,感到安全<sup>[8]</sup>。

##### 2. 慢性病人的心理护理

慢性病人因为需要承受长期的疾病折磨,经历漫长的病程所以往往产生极为复杂的心理活动。

慢性病人一开始大都有侥幸心理,即不肯承认自己真的患了疾病,迟迟不愿进入病人角色;一旦是确诊,又易产生急躁情绪,恨不得立即服上灵丹妙药,于朝夕之间把病治好。这时他们对自己的疾病格外敏感、格外关心,向医护人员寻根刨底,向病友“取经”,或翻阅大量有关书籍,渴望弄清疾病的来龙去脉,企图主动地把握病情。但是,目

前许多慢性疾病还没有令人满意的特效治疗方法，所以迫使广大慢性疾病患者只好无可奈何地去适应漫长的疾病过程。

慢性病人随着病情变化，有时高兴、有时悲伤、有时满意、有时失望；紧张、焦虑、忧愁、愤懑、急躁、烦闷等消极情绪也经常出现。有些病人，由于长期的疾病折磨，人格特征也往往发生变化。那种兴高采烈、生机勃勃的形象不见了，代之以动作迟缓、情感脆弱、谨小慎微、被动依赖、敏感多疑，自我中心等表现。他们过分关注机体感受，过分计较病情变化，一旦受到消极暗示，就迅速出现抑郁心境，有时还可产生悲观厌世之感。

对慢性病人的心理护理，必须紧紧围绕慢性疾病病程长、见效慢、易反复等特点，调节情绪、变换心境、安慰鼓励，使之不断振奋精神，顽强地与疾病作斗争。心理护理应当与生理护理结合进行，做到身心积极效应互相促进。例如，慢性病人多出现疼痛、发热、呕吐、呼吸困难、心悸等症状，易引起不良情绪，医护人员应当亲切安慰，并及时妥善处理，病人自然就会情绪好转。又如，慢性病人除每天口服药物外，还经常进行肌肉注射或静脉点滴，这对那些痛阈低的病人来说也常常引起焦虑。技术熟练的护士常常取得病人的信赖，即说明其中也包含了心理护理。再如病人的饮食，不仅要考虑到病人的营养需要和禁忌，也要讲究色、香、味、形、量以及就餐的环境条件等。经验证明，在良好的心理护理配合下，病人不仅能遵嘱就餐，而且还有饮食疗法的意义。另外，幽雅的环境、舒适的治疗条件，也具有心理护理的意义。慢性病人大都空闲时间多，就根据他们的不同情况，组织必要的活动，如欣赏音乐、绘画、看电视、听广播等，活跃病房生活。对于因病情反复和病程长而失去治疗信心的病人，更要多安慰、多鼓励；以垂危病人更要态度和蔼、语言亲切、动作轻柔，加强基础护理，使之生理上舒服，心理上也减轻对病危的恐惧<sup>[9]</sup>。

### 3. 手术病人的心理护理

#### (1) 病人术前的心理与心理护理

无论手术何等重要，也不论手术大小，对病人都是较强的紧张刺激。病人意识到了这种紧张刺激，就会通过交感神经系统的作用，使肾上腺素和去甲肾上腺素的分泌增加，引起血压升高、心率加快，

有的临上手术台时还可出现四肢发凉、发抖、意识域狭窄，对手术环境和器械等异常敏感，甚至出现病理心理活动。

我国的医学心理学工作者通过调查发现患者术前常有如下的心理活动，对手术一是害怕，二是担心。怕的是疼痛与死亡，担心的是是否会出意外，是否会残废和毁容等。他们反映，入院就盼早日手术，一安排手术日就惶恐不安，吃不下饭、睡不好觉，尽管在手术日的前一天晚上服用安眠药，仍难以入睡。有位女病人，由于精神上过度紧张，刚被推进手术室就大汗淋漓、心跳加快、室上性心动过速发作，不得不改期手术。在心脏科某病室，病友们给将临手术的病友送桃子罐头，用意是祝福病友能从阎王爷那里“逃”回来。一旦有病友死在手术台上，后来做手术的病友就更加恐惧不安。一次在心脏科的一个病室里，其中一个患先天性心脏病的女孩死在了手术台上，另外两个待手术的女孩就都偷偷写下了遗书。大量临床观察和研究均证明，病人术前的这种恐惧和焦虑，将直接影响手术效果，如失血量大、愈合慢等。而且，这种恶劣的情绪状态还易于引起并发症。因此，术前的心理护理具有极为重要的意义。为此应当进行术前心理咨询。咨询应由有权威的医生和护士进行，耐心听取病人的意见和要求，向家属详细交待病情，阐明手术的重要性和必要性，尤其要对手术的安全作肯定的保证，决不应向病人交待什么千分之一的危险性。权威性的咨询对病人获得安全感极为重要，还要依据不同的病人，用其恰当的语言交待术中必须承受的痛苦。如准备在局麻下做腹部手术，就应告诉病人术中牵拉脏器时会感到不适和牵拉痛，届时应有思想准备，并行深呼吸，努力放松，可以减轻疼痛等。对术后如需用鼻饲管、引流管、导尿管及需在身上附加仪器者，术前也应向病人说明，使病人醒来后不致惧怕。又如需作气管插管，或术后放置鼻饲管的病人，因将影响说话，应事先告诉他们到时如何表达自己的需求。对于危险性大、手术复杂、心理负担重的病人，还要介绍有关专家是怎样反复研究其病情并确定最佳手术方案的，并突出强调他本人在手术中的有利条件等，使病人深感医护人员对其病情十分了解，对手术是极为负责的。另外做过同类手术病人的信息，对术前病人的情绪影响较大，护士可有

针对性地组织交流。病房护士还应介绍手术医生和护士情况,在病人面前树立手术医生的威信,以增加病人的安全感。在术前让病人看一下术后观察室,介绍一下术后护理措施也是有益的。这些心理上的准备,对控制术中出血量和预防术后感染都是有益的和必要的,并可使病人正视现实,稳定情绪,顺应医护计划<sup>[10]</sup>。

另据研究报道,术前焦虑程度对手术效果及术后恢复得快慢也有很大的影响。资料表明:有轻度焦虑者,效果较好;严重焦虑者,预后不佳;而无焦虑者,效果往往更差。这是因为,无焦虑的病人由于对医生或手术过度依赖,过分放心,对生理上带来的不可避免的痛苦缺乏应有的心理准备。

由于病人对手术的环境和气氛极为敏感,印象又很深。所以,手术室一定要整齐清洁,床单无血迹、手术器械要掩蔽。一个手术室内最好只摆一张手术台,不宜几个手术台并排摆列,以免产生消极暗示。病人也十分重视手术室医生和护士的举止言谈,因为他们一进手术室就失去了对自己的主宰,一切痛苦大小甚至包括生命如何,全都由医生和护士掌握了。所以,医生和护士都应端庄大方、态度和蔼、言语亲切、使病人产生安全感。术中医生的护士都应注意意识清楚病人的情绪变化,如心理过度紧张时应及时安慰。器械护士必须手疾眼快地配合手术,医生之间要全神贯注、紧密合作,以减轻病人的痛苦。手术室内不应闲谈嬉笑,也不要窃窃私语,相互之间谈话的声音应当轻柔和谐。应尽量减少、减轻手术器械的碰击声,避免给病人的一切不良刺激。在术中一旦发现病情变化或发生意外,医护人员要沉着冷静,不可张惶失措,以免给病人造成恐怖和紧张。

## (2) 病人术后的心理与心理护理

病人经过手术,尤其承受大手术的人,一旦从麻醉中醒来,意识到自己已经活过来,颇感侥幸,这时他们渴望知道自己疾病的真实情况和手术效果。由于躯体组织受到程度不同的损伤,都会体验到刀口疼痛,加之躯体不能自主活动,又怕刀口流血或裂开,多产生焦躁不安的心情。开始,他们感到当前的痛苦难熬,过2~3天疼痛缓解之后,就又担心预后了。因此,对术后病人的心理护理应抓好以下几个环节:

①及时告知手术效果 当病人回到术后室或是从麻醉中刚刚醒过来,医生护士应以亲切和蔼的语言进行安慰鼓励。告诉他手术进行得很顺利,目的已达到,只要忍受几天刀口疼痛的痛苦就能恢复健康了。这时,有的病人可能产生新的疑虑,不仅怕疼痛,更怕伤口裂开,发生意外。胸腹部手术理应咳嗽排痰,他们却顾虑重重,甚至强忍咳嗽。这时护士应当重复讲述术前训练的咳嗽方法,鼓励他们大胆咳嗽排痰,并告诉他们适当的活动,伤口是不会裂开的。同时医生和护士应当传达有利的信息,给予鼓励和支持,以免病人术后过度痛苦和焦虑。

②帮助病人缓解疼痛 病人术后的疼痛不仅与手术部位、切口方式和镇静剂应用得恰当与否有关,而且与每个个体的疼痛阈值、耐受能力和对疼痛的经验有关。病人如果注意力过度集中、情绪过度紧张,就会加剧疼痛。意志力薄弱、烦躁和疲倦等也会加剧疼痛。从环境方面来说,噪声、强光和暖色也都会加剧疼痛。因此,医生护士都应体察和理解病人的心情,从每个具体环节来减轻病人的疼痛。比如,术后六小时内给予药物止痛,可以大大减轻术后全过程的疼痛。等到体验到剧烈疼痛再给镇痛药,就会加剧以后的疼痛。又比如,暗示可以减轻疼痛,听他喜欢的音乐也能减轻疼痛。

③帮助病人克服抑郁反应 术后病人平静下来之后,大都出现抑郁反应。主要表现是不愿说话、不愿活动、易激惹、食欲不振及睡眠不佳等。病人的这种心理状态如不及时地排解,必将影响病人及时下床活动,而不尽早下床活动会影响病人心、肺及消化等功能,容易产生营养不良、静脉血栓或继发感染等。所以要努力帮助病人解决抑郁情绪。要准确地分析病人的性格、气质和心理特点,注意他们不多的言语涵义,主动关心和体贴他们。某些生活不便处要细致照顾,如喂饭、协助写信等。总之,使他们意识到既然已顺利度过手术关,就要争取早日恢复健康。

④鼓励病人积极对待人生 外科病人手术后大都要经过相当长一段时间的恢复过程。如果手术预后良好,即使再痛苦也有补偿的希望。若术后效果不好或预后不良(如恶性肿瘤已转移),则还将挣扎在死亡线上。病人在极度痛苦时,经不起任何外来的精神刺激,所以对预后不良的病人,不宜直接

把真实情况告诉他们。有一部分病人手术后带来部分机体生理功能的破坏(如胃切除)或残缺(如截肢),造成躯体缺陷的病人必然产生缺陷心理。尤其人生中的突然致残,会给病人心理上带来巨大的创伤,所以对可能致残的病人,护士术前要交待清楚,并给予同情、支持和鼓励,让他们勇敢地承认现实、接纳现实<sup>[11]</sup>。

#### 4. 传染科病人的心理与心理护理

病人被确诊为患传染性疾病后,不仅自己要蒙受疾病折磨之苦,更痛苦的是自己成了对周围人造成威胁的传染源。为了避免疾病的传染和蔓延,患传染性疾病的人都要实行隔离治疗。人是社会的人,都有爱与归属的需要,都有社会交往的需要。隔离就是这些需要的限制与剥夺,这在病人的心理上必然要引起剧烈的变化。

传染科病人开始都产生一种自卑孤独心理和愤懑情绪。他们一旦进入病人角色,立即在心理上和行为上都与周围的人们划了一条鸿沟,自我价值感突然落失,感到自己成了人们望而却步的人,成了惹人讨厌的人,因而感到自卑。许多传染科病人不敢理直气壮地说出自己所患病种,经常把肺结核故意说是“肺炎”,把“肝炎”说成是“胆道感染”等,都是害怕别人鄙视和厌恶自己的表现。与此同时,不少人还产生一种愤懑情绪,悔恨自己疏忽大意,埋怨别人传染给自己,甚至怨天尤人,恨自己倒霉。有这种愤懑情绪的人,有时还迁怒于人和事,易激惹、爱发脾气。医生护士应当了解传染科病人的心理活动特点及其情绪变化,并给予理解和同情。应针对不同病人的具体情况,讲清患了传染病并不可怕,只要积极配合治疗是可以治愈的,而且要讲清暂时隔离的意义,并耐心指导他们如何适应这暂时被隔离的生活。

因为许多传染性疾病具有病程长,难根治的特点,所以病人在治疗期间又易产生急躁情绪、悲观情绪和敏感猜疑等心理。他们往往因病情不能迅速好转而烦躁,也常因病情反复而苦恼,恨不得一把抓来灵丹妙药把病治好。因为治病心切,有些人像海绵吸水一样搜集与己有关的信息,对周围的事物特别敏感,经常揣度别人尤其是医生护士谈话的含义。他们格外关注自己身体的生理变化,十分重视各项化验检查。应当注射什么针剂,应当服用什么

药物,他们都想知道,尤其想掌握各项治疗的机理和效果。根据病人的这些心理活动特点,医护人员应耐心细致地讲述某些传染病的病程规律,甚至宁肯把病程说得长一些,以便使他们安下心来积极治疗。因为传染病人被隔离,与社会交往减少,因而护理传染科病人时,密切医患关系更为重要,使他们感到医务人员是精神上的依靠。因此,医护人员的言行要使病人感到真诚、温暖、可信、可亲、可敬、医患之间形成深厚的情谊。当做某项处理时,注意讲清楚目的和意义,尽量消除病人的顾虑和猜疑<sup>[12]</sup>。

#### 5. 重危病人的心理与心理护理

大部分病人疾病经过诊治可以治愈,但不论医学发展到什么程度,总有一小部分病人因医治无效而面临死亡。不管死亡是突然发生或久病造成的,一般说护理重危病人和安慰这阶段病人的家属,是护理上最难处理的情况。临终病人的心理状态极其复杂,E.Kubler-Ross将大多数面临死亡的病人心理活动变化分为五个阶段:

1) 否认期 不承认自己病情的严重,对可能发生的严重后果缺乏思想准备。总希望有治疗的奇迹出现以挽救死亡。有的病人不但否认自己病情恶化的事实,而且还谈论病愈后的设想和打算。也有的病人怕别人悲痛,故意保持欢快和不在乎的神态,以掩饰内心的极度痛苦。对于这样的病人,护士应当劝说家属不可当着病人面表现出难过,即使这样彼此心照不宣。也可使病人得到心理上的满足。

2) 愤怒期 度过了否认期,病人知道生命岌岌可危了,但又禁不住地想:这种致命的病为什么落在自己身上!怨自己命不好。表现得悲愤、烦躁、拒绝治疗,甚至敌视周围的人,或是拿家属和医务人员出气,借以发泄自己对疾病的反抗情绪,这是病人失助自怜心理的表露。护士要谅解宽容病人,真诚相待,说服家属不要计较和难过,并与医护合作,帮助病人度过愤怒期。

3) 妥协期 病人由愤怒期转入妥协期,心理状态显得平静、安详、友善、沉默不语。这时能顺从地接受治疗,要求生理上有舒适、周到的护理,希望能延缓死亡的时间。护士就尽量地安慰病人,为之解除疼痛,缓解症状,使病人身心舒适。

4) 抑郁期 病人已知道自己面临垂危,表现了

极度伤感，并急于安排后事，留下自己的遗言。大多数病人在这个时候不愿多说话，但又不愿孤独，希望多见些亲戚朋友，愿得到更多人的同情和关心。护士要同情病人，尽量满足病人的需求，允许亲人陪护和亲友探望，让病人同亲人在一起度过不可多得时刻。嘱咐亲人要控制情感，不要再增加病人的悲痛。

5) 接受期 这是垂危病人的最后阶段。病人心里十分平静，对死亡已充分准备。也在的临终前因疼痛难忍而希望速死。如有一位仅 28 岁的青年，从事 X 线专业工作，因防护不善而患了放射病，由于极度疼痛，几次想自杀。有些人病情虽很严重，意识却十分清醒，表现得留恋人生，不愿死去。协助病人安详、肃穆地离开人世，使病人、家属感到安慰是护士的崇高职责，是情操高尚的表现。护士是一直守护在临终病人身旁的人，要帮助病人整理仪容，用生理盐水擦拭眼睛、鼻孔和面部的污迹。病人听觉是人体最后的丧失知觉的器官。故不可议论不利病人心情的话，不可耳语。有的病人来不及等到亲属到来就离开人世，就由护士代替其亲人接受并保存遗物，或记录遗言<sup>[13]</sup>。

### 结论

首先尽量多谈一些使病人和家属感到愉快、宽慰的话术。安慰病人及其家属，目的是为了病人精神宽松，早日恢复健康，因此要避免谈论可能刺激对方或对方忌讳的话题。当见到病人及其家属后，先可讲述寒暄语，如：“你的气色不错”“你比以前胖了”“你的精神很好”，或与病情无关的内容，如单位里、家庭里甚至国内外的重大消息，尽可能地分散病人对疾病的注意力。病人及其家属总要对探病者讲讲病人的病情和感觉，此时应认真聆听，并从中发现一些对病人有利的因素，以便接过话题，对病人及其家属进行安慰。例如病人说过“胃口不错”的话，探望者就可以借题多讲些胃口好对战胜疾病的重要意义，使病人认同这是个有利条件，从而增强战胜疾病的信心。要有真挚的同情心，和蔼可亲的态度，亲切美好的语言，理解家属对亲人生病带来的痛苦，设身处地的为病人着想，通过细致观察，专心倾听家属的陈述，仔细分析家属不同心理问题和产生的原因，因为家属往往是第一时间能发现病人病情及病人最依赖的人，只要我们取得

家属的全面配合，我们就一定能对患者进行更好更有效的护理。病人的积极的配合治疗，那么病人的身体也就能更快的好转<sup>[14-16]</sup>。

### 致谢

本论文在张继兴老师的悉心指导下完成。张老师渊博的专业知识、严谨的治学态度，精益求精的工作作风，诲人不倦的高尚师德，严于律己、宽以待人的崇高风范，朴实无法、平易近人的人格魅力对本人影响深远。不仅仅使本人树立了远大的学习目标、掌握了基本的研究方法，还使本人明白了许多为人处事的道理。本次论文从选题到完成，每一步都是在老师的悉心指导下完成的，倾注了老师很多的心血。在此，谨向老师表示崇高的敬意和衷心的感谢！在写论文的过程中，遇到了很多的问题，在教师的耐心指导下，问题都得以解决。所以在此，再次对教师道一声：张老师，多谢您！

从开始进入课题到论文的顺利完成，一向都离不开教师、同学、朋友给我热情的帮忙，在那里请理解我诚挚的谢意！在此我向昆明医科大学海源学院护理学专业的所有教师表示衷心的感谢，多谢你们三年的辛勤栽培，多谢你们在教学的同时更多的是传授我们做人的道理，多谢三年里面你们孜孜不倦的教诲！

大学这几年，我所收获的不仅仅是愈加丰厚的知识，更重要的是在阅读、实践中所培养的思维方式、表达本事和广阔视野。很庆幸这几年来我遇到了如此多的良师益友，无论在学习上、生活上，还是工作上，都给予了我无私的帮忙和热心的照顾，让我在一个充满温馨的环境中度过大学生活。感恩之情难以用言语量度，谨以最朴实的话语致以最高的敬意。

最终要感激的是我的父母，他们不仅仅培养了我对中国传统文化的浓厚的兴趣，让我在漫长的人生旅途中使心灵有了虔敬的皈依，并且也为我能够顺利的完成毕业论文供给了巨大的支持与帮忙。在未来的日子里，我会更加努力地学习和工作，不辜负父母对我的殷殷期望！

“长风破浪会有时，直挂云帆济沧海。”这是我少年时最喜欢的诗句。就用这话作为这篇论文的一个结尾，也是一段生活的结束。期望自我能够继续少年时的梦想，永不放弃。

## 参考文献

- [1] 王亚岚. 急诊患者家属的心理护理及干预[J]. 当代临床医刊, 2016, 29(006):2739-2739.
- [2] Keith Nichols. 临床心理护理指南[M]. 中国轻工业出版社, 2007.
- [3] 陆柳雪, 陆青梅, 陆小妮,等. 心理护理对危重患者家属心理健康状态影响的研究[J]. 中国当代医药, 2013, 20(19):101-102.
- [4] 白继荣, 于荔梅, 仇学文,等. 护理学基础 (第二版)[M]. 中国协和医科大学出版社, 2003.
- [5] 胡佩诚. 医护心理学[M]. 北京医科大学出版社, 2002.
- [6] 钟恩慧. 浅谈急诊患者家属的心理护理[J]. 中华现代临床护理学杂志, 2002(9):826-827.
- [7] 潘艳红. 心理护理干预对脑出血患者及家属心理健康的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2016, 22(002):147-150.
- [8] 姜乾金. 护理心理学[M]. 浙江大学出版社, 2006.
- [9] 娄凤兰, 曹枫林, 张澜. 护理心理学[M]. 北京大学医学出版社, 2006.
- [10] 刘庆. 重症监护室患者及家属的心理护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015.
- [11] 胡永年. 护理心理学[M]. 中国中医药出版社, 2005.
- [12] 韩继明. 护理心理学[M]. 清华大学出版社, 2006.
- [13] 刘庆. 重症监护室患者及家属的心理护理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 000(037):236-236.
- [14] 周郁秋. 心理学基础[M]. 高等教育出版社, 2009.
- [15] 王颖. 护理心理学[M]. 中国医药科技出版社, 2005.
- [16] 吕探云. 健康评估.第 2 版[M]. 人民卫生出版社, 2002.

收稿日期: 2020 年 9 月 15 日

出刊日期: 2020 年 10 月 16 日

引用本文: 杨志鹏, 分析对病人家属心理护理后对病人康复的影响[J]. 国际临床研究杂志, 2020, 4(1): 51-58.

DOI: 10.12208/j.ijcr.20200015

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2020 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。 <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS