



医务社工
工具书系列

实务手册

肿瘤患者个案服务

医务社工 - 让医疗服务更有温度

前 言

北京韩红爱心慈善基金会（简称“韩红基金会”）由韩红女士发起，成立于2012年5月9日，是具有独立法人资格的5A级公募基金会（慈善组织）。基金会以“专注乡村医疗援助，守护生命健康”为使命，通过为基层医疗机构提供支持性的系统解决方案；积极响应重大自然灾害和公共卫生事件；持续进行公益文化传递，打造有温度的公益参与平台，让更多需要帮助的群体因此受益。

医务社工体系建设项目聚焦关怀院内困境患者群体，旨在通过探索搭建行之有效、可复制的医务社工发展的支持体系，让专业的、可及的医务社工服务帮助更多院内困境患者解决就诊过程中的情绪心理支持不足、生活与经济保障不足、人文关怀不足等问题，守护患者生命健康，让医疗服务更有温度。

项目立足于多元化、复杂化的患者需求，通过人才培养、岗位支持、部门赋能等方式，帮助提升院内医务社工回应与解决患者需求的能力以及服务的可持续性，并通过阶段性成果的梳理与总结进行模式创新上的探索，为全国医务社工的发展提供实践经验，让更多患者因此受益。项目于2020年8月率先在湖北省实施，2021年同期落地北京。2023年，项目荣获第十一届“林护杰出社会服务项目奖”。

医务社工工具书系列是由京鄂两地部分试点单位、上海复旦大学社工系行动研究团队、项目组成员共同创编。首期发布包含资源手册3册、实务工具手册2册、实务手册5册。“取之于实际，用之于实践”，希望能够为各位同仁开展专业服务提供部分借鉴与参考，更好地服务于患者。

欢迎您的查阅。如有更多信息补充或发现存在错误、遗漏之处，可在线留言或与我们取得联系，我们将尽快进行增补或修正。

联系方式：010-82961016（工作日 10:00-18:00）

邮箱：jialili@hhax.org

医务社工体系建设项目组

2024年3月

致 谢

医务社工工具书系列是集体智慧的结晶，在系列手册立意、内容设计、编撰修订直至顺利推出的过程中，离不开各合作伙伴的鼎力支持和无私奉献。

在此感谢北京医院协会医务社会工作专业委员会、湖北省医院协会医院社会工作与志愿服务管理专业委员会给予的方向性指导；感谢武汉儿童医院、襄阳市中心医院、宜昌中心人民医院、武汉科技大学附属天佑医院、随州市中心医院、中国中医科学院广安门医院、北京市朝阳区东风社区卫生服务中心（以上排名不分先后）为手册无私、无偿提供参考素材；感谢实务手册各编写小组成员（湖北省驻岗医务社工团队）的辛勤付出，几经改稿，让基于实践的优秀经验得以最好的呈现；最后要隆重感谢行动研究团队上海复旦大学社会工作系赵芳教授、付芳副教授，华中农业大学何宇飞副教授对实务手册的专业指导，为手册专业性的呈现保驾护航。

此外，也要感谢参与内容审核的志愿者及实习生们，是你们的认真、勤恳，对信息的逐一核对，确保了资源手册各项信息的时效性和准确率。

医务社工的发展任重道远，患者的需求需要更专业更有效的回应。希望本期工具书系列的推出，能够为医务社工同仁的实际工作提供一定的帮助。让我们一起继续同行，让善意更从容，让公益更有力量，让医疗服务更有温度！

医务社工体系建设项目组

2024年3月

***本册《如何开展肿瘤患者心理社会支持服务》**

编写小组：王凌悦 樊娇 周志欣 周瑜 钟德芳 李豫鄂 李双双

专业指导：赵芳 付芳 何宇飞

免责声明

感谢您对于医务社工工具书系列的关注，本系列手册所有素材、内容均由项目合作伙伴无私、无偿提供，并将无偿、免费面向个人公开。

一、本系列手册不具备权威指导性，仅作为医务社工开展实务工作的参考性资料，请结合实际情况开展具体工作，并自行对结果负责。

二、本系列手册严禁任何形式的商业用途。

三、如涉及版权争议等问题请与项目组联系，我们将第一时间删除争议内容。

四、社会组织、医疗机构、商业企业、媒体等机构若需转载本手册，请与项目组联系，取得授权后方可转载。

以上，如有违者自行承担相应法律后果。

特此声明

联系方式：010-82961016（工作日 10:00-18:00）

邮箱：jialili@hhax.org

医务社工体系建设项目组

2024年3月

目 录

一 肿瘤患者常见心理、社会问题	王凌悦 / 3
(一) 心理社会问题的定义.....	3
(二) 肿瘤患者常见的心理问题.....	3
(三) 肿瘤患者常见的社会问题.....	3
二 肿瘤患者的心理、社会需求	王凌悦 / 4
(一) 心理需求.....	4
(二) 社会需求.....	5
三 肿瘤患者的心理社会干预	樊 娇 / 6
(一) 心理社会干预的目标.....	6
(二) 不同治疗阶段心理社会干预的内容.....	6
(三) 心理与社会干预的要点.....	7
四 医务社工服务方法和效果评估	周志欣 周 瑜 / 9
(一) 肿瘤患者个案社会工作.....	9
(二) 肿瘤患者的小组社会工作.....	10
(三) 肿瘤患者的社区社会工作.....	13
(四) 肿瘤患者常用干预技巧.....	13
五 理论在肿瘤患者中的实际运用	钟德芳 / 15
(一) 认知行为理论.....	15
(二) 团体动力学理论.....	15
(三) 危机干预理论.....	16
(四) 社会支持网络理论.....	17
(五) 生命周期理论.....	18
(六) 增强权能理论.....	18
六 案例一个案管理模式下宫颈癌患者心理社会支持案例	李豫鄂 李双双 / 20
(一) 背景介绍.....	20

(二) 分析(需求)预估	20
(三) 介入理论	21
(四) 服务计划	22
(五) 介入过程	23
(六) 总结评估	24
(七) 专业反思	25

如何开展肿瘤患者心理社会支持服务

王凌悦 樊娇 周志欣 周瑜 钟德芳 李豫鄂 李双双

一 肿瘤患者常见心理、社会问题

（一）心理社会问题的定义

心理社会问题主要指个人的心理社会因素对肿瘤的发生、发展、转归、康复的作用及对不同病种、不同病程心理反应的影响，肿瘤患者家属和肿瘤医务人员的情绪反应特点及其对病人的影响。

（二）肿瘤患者常见的心理问题

诊断之初，肿瘤患者往往感到焦虑、抑郁、恐惧和绝望，出现食欲、睡眠、行为异常，有时还会出现自伤行为，自杀的念头，随之可表现为依赖性和被动性增加，疑心加重，夸大身体的变化或过分警觉，行为变得幼稚，自尊心增强，渴望得到关怀照顾。

治疗康复阶段，患者对不同治疗措施可产生不同的身心反应，会出现对治疗缺乏信心，例如回避手术或寻求其他解决方法，担心疾病是否能治愈。

复发阶段，患者的状态类似于诊断阶段，对治疗的信任感明显降低，寻求其他非医学的治疗方法更为常见。

终极阶段，常见的情绪反应是恐惧和绝望。

（三）肿瘤患者常见的社会问题

经济问题、缺少支持、交流障碍、家庭冲突、独居、药物酒精成瘾、焦虑抑郁症等原因或增加痛苦，因诊断、治疗、住院、刚出院、随访、晚期、复发、临终等痛苦，因医疗决策、自我照顾、疾病的每况愈下等因素。

二 肿瘤患者的心理、社会需求

（一）心理需求

1.尊重的需要

肿瘤患者的自我评价往往较低，但却对别人如何看待自己极为敏感，自尊心极易受伤害。患者希望得到他人的理解和尊重，特别是希望得到医护人员的关心和重视，从而获得较好的治疗和护理。尊重的需要若不能满足会使人产生自卑、无助感，或者变为不满和愤怒。因此，应当尊重患者，避免伤害患者的自尊心，避免在公开场合议论患者的隐私、无视患者的存在等。

2.接纳和关心的需要

患者入院后，原来的生活规律和习惯发生改变，进入一个陌生的环境，需要尽快地熟悉环境，被新的群体接纳；需要与病友沟通，在情感上被接纳。

3.信息的需要

患者需要了解自己所患疾病、病情的变化、治疗手段以及预后，但往往不能从医护人员处获得足够的信息。患者入院后在适应新环境中需要大量信息，首先需要了解住院制度、诊疗程序、疾病的进展与预后以及如何配合治疗等；其次需要及时知晓家人的生活、工作情况；同时还需要得到工作及事业等方面信息。总之，患者需要得到来自医院、社会以及家庭等多方面的信息和情感支持。

4.安全的需要

安全感是患者最基本、最重要的心理需要，患者因受到疾病的威胁，易产生不安全感，患者需要了解自己的病情，希望生命不再受到威胁，希望得到可靠、确切、安全的治疗等，患者把安全感和早日康复视为求医的最终目的。在对患者进行任何重要地诊疗措施前都应事先耐心细致地解释，以增强患者的安全感。

5.环境及活动的需要

住院患者被束缚在病房这个窄小单调的“小天地”里，往往会产生单调乏味感。加之活动范围小，平日的工作和生活习惯被不同程度限制而处于被动状态。因此，患者不仅需要安静和舒适的休息环境，同时还需要适当的活动，以调节和改善自己的情绪。可根据患者的具体情况和医院的客观条件，尽量满足患者的需求，以调动其积极情绪。

（二）社会需求

- 1.家庭支持：家人的参与和陪伴；
- 2.友情支持：朋友同事的关怀，合适的问候；
- 3.专业支持：医护人员的信息、指导、提供咨询；
- 4.同辈支持：病友的共情效应；
- 5.集体支持：癌症俱乐部活动，书画展、读书会、康复沙龙等，通过走出家庭、投入社会、积极互动、正向沟通来完善自我；
- 6.个体化支持：康复门诊、康复热线、康复网络等。

三 肿瘤患者的心理社会干预

（一）心理社会干预的目标

改善癌症病人在人际交往中的适应不良，减轻对癌症治疗方法的焦虑和担忧，帮助澄清错误的观念和思维方式，减少孤独无助和被人忽视的感觉，克服无助感和绝望感，激发起对生活更美好的渴望和责任感。

（二）不同治疗阶段心理社会干预的内容

1. 确诊阶段

研究表明，医师和家属对已确诊为恶性肿瘤的病人，采取对其保密的做法弊多利少。认为那样做不利于病人建立足够的精神准备，无法有效激发、调动其机体抵抗癌细胞的能力。但考虑到病人的机体已受癌细胞侵害。为避免其再遭受精神压力，保密的动机无可非议。故在实际工作中，护士需因人而异，根据病人的人格特征、适应能力、病情轻重、对肿瘤的认知情况，慎重决定如何告知病人真相及告知的时间、方法。

2. 治疗阶段

此期患者经过确诊，精神上受到考验，多数要求尽快得到治疗。调查结果表明，生理上希望有效医疗措施的占 86.7%，对治疗有信心的占 95.83%，战胜癌症信念鼓舞自己的占 34%，认为命运掌握在自己手中的占 64%。此期由于各种治疗手段可出现副反应，应针对性地耐心解释，支持鼓励并采取有效措施减轻和预防副反应，同时还要帮助患者正确认识自己，必须懂得抗癌也要“知己知彼”，才能百战不殆。

（1）纠正错误认知

虽然“肿瘤不等于死亡”的理念已为不少人接受，然而谈“癌”色变的人依然很普遍。大量研究表明，凡能正确认识肿瘤，保持良好心态的病人，五年生存率明显提高。故应加强恶性肿瘤的科普宣教，使肿瘤病人了解只要及时发现、及

时治疗，保持积极心理状态，恶性肿瘤是可以治愈的，同时可提高生存质量等。

（2）强化社会支持

护士应关注每位病人的社会关系网，尽力做好病人家属的开导和劝慰，协同医护人员做好病人心理支持。此外，单位领导的关怀、同事与亲朋的探望慰问，也可为病人提供心理支持。

（3）榜样示范

病友的榜样示范作用，对增强病人抗击肿瘤的决心具有非常重要的作用。创建积极的群体氛围，组织病人与“抗癌明星”座谈，分享其与肿瘤抗争的经历及经验，使病人从“明星”的现身说法中获得巨大的心理支持和情感对抗癌症，帮助患者顺利度过治疗阶段。

3.病情好转阶段

病情好转阶段必须巩固和强化病人良好的心理状态，并树立与癌症长期斗争的思想；帮助患者认清要战胜癌症应向“癌星”学习，长时间地保持心理平衡并顽强地活下去，癌症是有治愈希望的。

4.病情恶化阶段

此期临床症状多、痛苦多，要积极对症处理。取得患者家庭和社会的理解支持的优质服务来提高患者终末期生存质量。

5.康复期阶段

康复治疗后，康复者生存的欲望与享受欢乐的需要同正常人一样强烈。癌症病人不可能长期住院，谁来陪伴关怀他们，为他们排忧解难。除了继续发挥各级医疗机构作用外，更需要家庭、企业乃至全社会都献爱心。我们鼓励患者出院后参与到各地癌症俱乐部，加强战胜癌症的希望和信心去开拓康复途径，进一步得到全社会的理解、同情和支持，让癌症患者在社会主义温暖大家庭中“自我”的需求得到最大满足，早日回到家庭、工作、社会中。

（三）心理与社会干预的要点

临床心理学家认为，心理支持与治疗不仅可减少患者的心理反应，并能直接

产生治疗作用，提高综合治疗效果。根据癌症患者以上的心理特点，再根据年龄差异，不同的文化背景及不同的人格特征进行心理治疗及社会的支持，应从以下几方面着手：

1.创造良好的心理环境

事实表明，不健康情绪是癌细胞的“活化剂”，已有资料表明积极心理干预可延长存活期。癌症患者的心理治疗与支持同药物治疗一样重要。给癌症患者创造一个良好的环境，给予心理支持与治疗，增强其战胜病魔的信心，是防止病情恶化，延长寿命的重要措施之一。

2.良好的医患、护患关系是保持良好的心理环境的关键

医护人员的言行直接影响着医患、护患关系，亲切的语言是良好的安慰剂，得体的举止行为会使患者产生信任感。相反，则会加重患者的心理负担。因此，医生不仅需掌握生物治疗技术，还应掌握心理治疗技术和正确的社会生活方式指导知识。应把作为医学研究对象的人当成不仅是由各种器官组成的有机实体，而且是有各种复杂心理活动的社会成员，特别是癌症患者。这就要求，医护人员在临床治疗活动中要提高语言艺术和技术水平，用婉转的语言和精湛的技术来解答患者提出的问题，纵使他们身处绝望仍保持信心和希望。

3.家庭是影响患者心理环境的一个常见因素

家庭和亲友是患者的精神支柱，他们的一举一动都会影响患者的情绪，特别是住院一段时间后的患者，他们常常向往自己熟悉、舒适的居住环境，如得不到满足，会产生焦虑、悲观、无助等负性情绪，在一定程度上影响患者生活质量。因此，家属、亲友甚至同事应主动为患者提供心理、社会支持，满足患者合理需要。根据医生、护士的嘱咐，按时完成治疗计划，如服药、功能锻炼等。除此之外还应以主动、热情、乐观的态度来感染患者，唤起患者与疾病作斗争的信心。

四 医务社工服务方法和效果评估

（一）肿瘤患者个案社会工作

1.肿瘤患者个案社会工作的定义

医务社工以个别化的形式，针对肿瘤患者个人或家庭的问题及困难，遵循和运用社会工作专业理念、知识、方法与技巧，通过发掘个人或家庭自身及外在的资源，改善个人与社会环境之间的适应状况，实现对人的尊重和肯定的过程。

2.肿瘤患者个案的类型

（1）简单个案

肿瘤患者个人或者家庭的问题和需求较为简单或单一，社工可以在当下或者短期内协助其解决。例如患者咨询门诊重症医保办理的问题或对重症治疗不满需要社工协助医患沟通的问题等。

（2）复杂个案

肿瘤患者个人或者家庭面临不同方面的问题和需求，社工需要从身心社等多方面进行介入，制定不同的目标和策略，达到帮助其解决问题、发展能力的目的。

3.个案介入肿瘤患者的过程

（1）接案

案主的来源主要有医护转介、社工探访发现、患者主动求助三种。接案意在搜集肿瘤患者资料、建立信任的专业关系、进行初步评估、决定后续进程、签订服务计划等。

（2）预估与问题分析

可以从问题评估、案主自身的评估、家庭系统和生态系统的评估对肿瘤患者的问题进行分析。

（3）制定计划

制定计划要有一定的专业理论进行指导，如系统理论、增能理论、优势视角、社会支持理论等。设定目标回应需求可分为总目标和具体目标，并根据主次关系、

时间紧迫性等合理调整顺序，检查调整方案并做好突发事件的预案。

（4）开展服务

医务社工制订的计划逐步推展服务，还需要针对服务开展过程中的实际情况调整服务的节奏和策略。扮演好服务提供者、资源链接者、教育者、赋能者等不同的专业角色，真正做到真诚、接纳、尊重。

（5）评估

对个案过程中方法的运用、工作者的表现、案主的改变和目标的达成等进行评估，保存好案主改变前后的对比资料。如量表、问卷调查等，更直观地体现服务成效。

（6）结案

结案时社工要注意提前告知处理离别情绪，跟进回访，巩固成效。社工也需要对整个服务过程总结梳理，反思改进。

4. 个案效果评估

分为过程评估和结果评估，可使用基线测量的方法评估介入前后的变化，目标实现程度的测量方法来测量个人目标实现的情况，介入影响的测量方法了解满意度。

（二）肿瘤患者的小组社会工作

1. 小组社会工作的定义（针对肿瘤患者的小组社会工作）

小组工作是社会工作的基本方法之一，经由医务社工的策划与指导，通过小组活动过程及组员之间的互动和经验分享，帮助小组组员改善其社会功能，促进其转变和成长，以达到预防和解决有关社会问题的目标。

以疾病种类划分，可分为肿瘤患者小组、糖尿病患者小组、渐冻人小组等。肿瘤患者小组，多以肿瘤患者疾病与生活适应（含疼痛管理、科学饮食）、经济问题、情绪问题、认知调整、治疗沟通、出院准备等主题开展。

2. 小组介入肿瘤患者的分类

（1）按小组节次划分为：单节次小组与多节次小组

单节次小组：针对住院周期较短的肿瘤患者开展的一节次小组工作。对于肿瘤患者而言，受住院周期、放化疗出现的副反应、住院天数以及病程的发展情况影响，传统的小组工作（多节小组）的实际操作性不强，大多数患者无法连续性地参加小组活动，因此设计单节次小组实际操作性更强。

多节次小组：针对长期住院患者或家属可开展的小组工作，在医务社工的协助下，通过组员之间有目的的互动互助，使参加小组的个人行为的改变，社会功能的恢复和发展的工作方法。适用人群治疗周期长达 1-2 个月，情绪困扰者、压力较大者等。

（2）按小组性质划分为：教育性小组、支持性小组、治疗性小组、康娱小组、减压小组

教育小组：通过对组员建立合理的健康教育理念，提升组员对疾病的认知和应对疾病的技巧。主要开展健康教育（疾病认知程度、关键时期、不同特点、重点知识等）和情绪管理（正确疾病认知、调节情绪技巧、处理情绪方法等）两个版块的小组活动。

支持小组：支持小组可分为病友支持和家属支持。病友支持可通过组织同类病种的病友共同参与小组，建立社会支持网络和同辈支持群体，达成支持及互助的效果。家属照顾者支持小组可通过引导照顾者相互分享照顾病人过程中的困惑、听取其他照顾者的照顾经验，达成照顾者之间相互支持的目的。

治疗小组：主要针对出现非理性认知的患者而开展的小组活动，旨在帮助组员改变负性情绪，克服个人问题，使之更好地回归社会。针对出现角色混乱、功能退化、习得性依赖、焦虑抑郁等人群，开展芳香疗法、园艺治疗、绘画疗愈等。

康娱小组：开展有助于身心健康并带有娱乐性质的活动，丰富患者的住院生活，舒缓住院压力。例如开展以游戏治疗、八段锦、健身操、手指操等为主题小组活动。

减压小组：面对肿瘤这种严重的威胁，许多肿瘤患者经常会体验到一系列情绪的波动。通常分为五期，怀疑否认期、愤怒发泄期、悲观抑郁期、绝望濒死期和恢复平静期。医务社工运用正念冥想、芳香疗法、呼吸法等方式开展减压活动。

3.小组介入肿瘤患者的过程

(1) 需求调研

医务社工在计划小组前期需以需求调查问卷、患者自我陈述、需求量表等方法了解患者多方面的需求。

(2) 人员招募

通过直接招募服务对象或潜在服务对象、粘贴海报招募、医护人员直接招募、线上病友群宣传等方式，招募具有共性需求或问题的肿瘤患者开展小组活动。

(3) 制定计划书

计划书内容包括目的与目标、小组规模、小组性质、小组结构、流程内容、场地安排、经费预算、评估方法、注意事项。

(4) 准备工作

物资采购、场地布置、人员到位。

(5) 小组开展

在小组前期，社工主要任务是破冰暖场，让组员相互熟悉和信任，同组员一起制定小组契约，从而营造安全和积极的氛围并初步打开小组的主题引起组员的兴趣。在小组中期，社工需要围绕小组问题和需求进行设计，通过多样的体验活动和分享总结，协助和引导组员推进小组进程，让组员有所收获（改变-接纳-理解）。在小组后期，社工的主要任务是回顾和纪念小组过程，巩固组员的收获，并疏解个别组员在离别时的不舍情绪。

(6) 反思总结

组员陈述自评、满意度测评、医护人员反馈、组员前后测量的变化，社工总结与反思小组过程中的经验、出现的问题以及小组目的是否达成的重要环节。

4.小组效果评估

(1) 过程评估

关注点更多在于小组组员在小组中的参与程度，例如组员在各环节的投入度，组员之间的沟通程度、组员间的关系、冲突表现、小组领袖产生等。同时还需反思社工在小组中的表现，如社工带领技巧、角色定位、互动关系等方面进行评估。

（2）结果评估

主要在于测量目标达成度、个别成员行为评量、小组过程及小组行为评量、组员的自我陈述、前后测量表、满意度调查表、小组过程的观察与记录、医护人员的反馈、社工对使用技术及方案活动的反思与总结等。

（三）肿瘤患者的社区社会工作

链接医疗机构资源进入社区。医务社工常见的社区工作之一是为社区链接资源，具体的做法有协调组织医院临床专家进入社区开展义诊、协调组织医院临床医护人员进入社区开展健康宣教等。

倡导社区的健康文化。伴随着《“健康中国 2030”规划纲要》的落实，全周期的健康服务规划使得医务社工的角色获得拓展。医务社工主要在社区内开展疾病知识预防、老年常见疾病知识讲座、针对居民健康意识的层面进行倡导工作。

将传统的医务社工服务延伸至社区。慢性病患者的日常护理需要在社区中完成，如疼痛管理、营养支持的终末期患者会在家中度过生命的最后阶段。因此，医务社工将服务延伸至社区时，大致的服务内容也是围绕社区患者疾病和治疗相关的心理、社会层面的支持，会更侧重于生活相关的日常议题。

（四）肿瘤患者常用干预技巧

1. 正念冥想

正念冥想是一种心理训练方法，放慢思维，放开消极情绪，使身心平静下来。医务社工主要针对焦虑、焦躁、抑郁的患者进行，在肿瘤患者感到疼痛或者情绪不佳时，可练习正念冥想管理调节情绪，缓解压力。

2. 芳香疗法

芳香疗法是一种自然疗法，是指运用芳香植物蒸馏出来的精油，以香薰按摩、吸入、沐浴或热敷的方法。获得身、心、灵整合性的疗效，例如果香、花香、木质香等调制而成的香薰和精油，能够帮助肿瘤患者有效改善睡眠，缓解恶心呕吐，改善睡眠，缓解焦虑，降低血压等。

3.游戏治疗

针对儿童肿瘤的患者，游戏治疗可以提高治疗的依从性和效果，缓解情绪压力，增强自信和沟通表达能力。

4.叙事疗法

与叙事护理相结合，可以帮助肿瘤患者感受到更多力量，改变自己的思维模式和行为模式，丰厚个人生命故事。

5.音乐治疗

医务社工应用音乐或音乐相关体验作为手段治疗疾病或促进身心健康的方法。通过音乐疗法使人沉浸在优美的音乐当中，从而身心放松，让自己心灵安静，从而缓解组员的过度焦虑、紧张、压抑的负面情绪。

6.园艺治疗

主要通过手工打造微景观、植物种植、插花疗法等方法调节肿瘤患者的身心功能，协调身心平衡，促进身心健康发展。

7.绘画治疗

社工带领患者运用曼陀罗、涂色、画画等形式让患者将潜意识内压抑的感情与冲突呈现出来，在心灵上、情感上、思想上，将获得负能量的释放、解压、宣泄情绪、调整情绪和心态，从而让患者获得满足感、成就感、自信心。

五 理论在肿瘤患者中的实际运用

（一）认知行为理论

一直以来，认知行为理论被广泛地应用于心理问题的解决，引导人们通过改变自己对事件的认知从而改变自己的情绪和行为反应。

认知行为理论指导下侧重于帮助服务对象看到自己的非理性信念，对服务对象的非理性信念进行修正，从而形成全新的认知和行为方式。

在服务肿瘤患者过程中，服务对象可能存在对癌症的非理性认知，在患癌后便认为自己无药可治，因此总是心情低落，不配合治疗。可见对疾病的非理性认知会对患者的治疗、康复产生负面影响；因此在服务的过程中引导服务对象辨认自己焦虑情绪背后的非理性认知（“癌症是绝症”、“癌症很可怕”等等），能够帮助服务对象纠正自己的错误认知，缓解服务对象的不良情绪，提升治疗依从度和配合度。

（二）团体动力学理论

团体动力学认为团体成员在一起互动会产生群体动力，成员之间相互依赖、相互影响；同时，团体所带来的个人的改变要比单个个体给个人带来的改变更加持久、有效。成员间的相似性是影响团体凝聚力的重要因素之一，初诊癌症患者间经历有一定的相似性，能够形成较好的团体凝聚力，运用团体动力学理论作为指导具备一定的可行性。

服务对象在患病后，对周围的环境更加的敏感，他人的同情和过分关心使案主产生自卑情绪，以至心情抑郁、主动缩小社交范围。据此情况，社会工作者以团体动力学为理论依据，通过让服务对象参加小组活动；引导组员在小组过程中形成良性互动，彼此影响、相互支持、相互鼓励，让服务对象在此过程中建立积极乐观的心态。

（三）危机干预理论

危机干预理论的目标是在有限的时间内为服务对象提供支持性服务，使其恢复到以往平稳的状态。由于危机存在的广泛性，所以危机干预方法被广泛运用于社会工作、精神医学、心理学护、理学等领域。

所谓危机是指个人面对达成人生重要目标受到阻碍的情况，或是经历紧张性的事件、情境的时候，会感觉到运用过去习惯性的处理机制不足以应付当时状况所产生的状态，或找不出对策来应付目前的紧张状态，从而陷入一种无力的境地，引起情绪的起伏及激烈变化，或者其他异常反映的一种心理状态。

危机干预的主要目的有两个：一是避免自伤或伤及他人；二是恢复心理平衡与动力。危机干预适用于人格稳定和面临暂时困境或挫折的人，以及家庭、婚姻、儿童问题、蓄意自伤、自杀或意外伤害等情况。

作为患者，在遭遇疾病的风险时可能会面临各种危机处境。如疾病或伤害引起的危机：获知诊断结果、病程恶化、其他身体伤害等。住院期间引起的危机：如因为住院家庭角色需要重新进行分配，子女的安排，以及住院环境的适应等。住院期间的心理危机，如适应问题、功能退化、对家人以及医护人员的依赖、自尊心受到伤害，患病期间的焦虑与失落等。在加护病房、隔离室以及上呼吸器等设备引起的不适而产生的危机。生病与住院期间产生额外医疗费用、生活费用的压力而造成的经济危机。处理过程所引起的危机：如由于手术、输血、化学治疗及放射治疗产生的不适感而引起的危机、肢体器官的切除导致的生活习惯的不适而引起的危机、医疗行为失败而引起的危机。

医务社会工作者在为患者服务的时候应注意以下事项：第一，与服务对象建立良好互信的专业关系。患者与其他处于危机中的服务对象有明显的不同，一般服务对象在处于危机的时候，可能会积极主动地求助于社会工作者，而患者由于处于危机之中，正常的生活出现了失衡的状态，可能会导致情绪低落，特别是那此处于重大疾病之中的患者，甚至可能会失去对生活的信心，有可能不会主动来求助，因此，针对患者，社会工作者通过与之交往建立良好互信的专业关系就显得尤为重要。

第二，了解造成服务对象危机的因素和服务对象自身存在的问题。造成服务

对象危机的原因可能多种多样，因此，必须通过检视服务对象危机产生根源，采取适当的方法和手段介入服务对象的危机。服务对象自身存在的问题也可能具有多样性，必须找出困扰服务对象的根本性问题，通过适当的手段和方法帮助共克苦难，重树信心。

第三，与服务对象一起探讨可行性方法。危机介入的关键性要素就是帮助服务对象修正其意识中和潜意识中存在的问题。为了鼓励服务对象自决，社会工作者应该鼓励让其自己想办法。同时，社会工作者也可以提出多种方案供服务对象选择，让其自己明了什么方案对自己有效，从而帮助其解决危机或减少压力和负担。

第四，与服务对象一起订立服务计划。确立明确的服务计划，制定服务协议，与服务对象共同努力克服服务对象自身存在的危机，适时地结案并跟进服务。

（四）社会支持网络理论

该理论认为在将该理论应用到服务对象的时候，可以区分为个人网络、自助群体、组织网络联系以及社区网络联系四个层次。

个人网络以血缘关系为基础，形成正式或其他非正式的渠道，为个人提供相关的社会支持系统并保护个人免受失调的影响。个人网络的大小对于其汲取社会支持具有非常大的影响，社会工作专业人员帮助服务对象识别有能力的并愿意为之提供帮助的亲友接触，建立或强化他们之间的关系。个人网络的异质性越强，其汲取社会支持的能力就越强。但是在遭遇危机或失调需要网络支持的时候，社会工作者有义务帮助服务对象识别网络支持的可能性。

自助群体在社会网络互动中，居于重要的地位，自助群体是个人基于共同的目的和彼此认同而自然组成的网络，自助群体有共同确认的问题和关注点，因此在社会工作中可以提供相互帮助以克服共同的困难。

社会支持网络的第三层次是构建网络联系，即将服务提供者与他们的组织结合成一个网络，构建服务提供者之间的资源共享平台以便为服务对象提供更好的服务。

社会支持网络的最后一个层次就是社区网络联系，通过社区网络促进社区生活水平的提高，强化社区资源网络，达到自助与互助的目的。

在具体的医务社会工作实践中，社会支持网络通常能够在三个方面发挥作用，即预防、治疗和康复。社会支持网络理论在应用于医务社会工作实践时，可以广泛用于治疗和康复环节，如患者入院时与患者建立良好的医患关系，调动有效的社会支持来源，尽可能的让患者获得家属、朋友、同事的帮助和支持，并指导其充分利用社会支持，以促进患者采取有利的应对策略。在具体的医务社会工作实践中，由于患者暂时处于弱势的低位，服务对象的社会支持网络的挖掘、识别与建构对其疾病康复具有十分重要的意义。一方面，社会工作者应该尽可能地帮助服务对象寻找可利用的社会资源以便给服务对象提供直接的服务，另一方面，在服务对象个人资源不足的情况下，社会工作者应帮助其补足或扩展社会支持网络，提高起构建新的社会网络和利用网络的能力。

（五）生命周期理论

该理论是在精神分析理论基础上发展而来的，其主要代表任务是弗洛伊德和埃里克森，埃里克森在弗洛伊德研究的基础上将生命周期理论推进到人生的全部过程。在埃里克森看来，人的一生要经历八个主要的危机或冲突。每个阶段危机产生是由于个体在生命中的特定时期的经历和社会需求决定的，只有顺利的解决每一阶段所遭遇的危机，才能顺利的过渡到下一人生阶段，这一理论对医务社工具有一定指导作用，每一个个体其成长的环境是有差异的，这就决定了其社会化的过程中扮演的角色是千差万别的，因此在对个体进行干预的时候，必须考虑服务对象的早年经历及个体差异，服务时要根据服务对象的差异性而采取个别化的介入方式和方法。

（六）增强权能理论

该理论认为个人的无力感（失去权能）是由环境的压迫造成的；社会环境中存在着直接或间接的障碍，使个人无法实现他们的权能，但是这种障碍是可以改变的；每个人都不缺少权能，但是他们由于压迫表现为缺少权能。所以社会工作者们不是向案主输入权能，而是帮助他们在和环境的互动中激发权能；受助人是有能力、有价值的。社会工作者的作用在于通过共同的活动帮助服务对象消除环境的压制和他们的无力感，使他们获得权能，并能正常发挥他们的社会功能；社

会工作者与服务对象的关系是一种合作性的伙伴关系。这个时候医务社工需要帮助服务对象认识到自己才是改变自己的媒介，学习到的知识技巧可以运用到生活中，并且让其一步步恢复信心，认识到自己的困难不是一成不变的，可以改变自身的无力感。

六 案例一个案管理模式宫颈癌患者心理社会支持案例

（一）背景介绍

服务对象 Z，女，43 岁，宫颈癌晚期，初中文化，离异，未育，无业。2022 年 10 月妇瘤病区护士长向医务社工转介，病区患者 Z（以下称呼为服务对象），家庭经济困难，无人照料，希望得到经济援助。医务社工随即去往病区向病区医生、护士长和病区病友收集了解服务对象基本情况，包括病情状况、精神情绪状态、治疗费用情况、家庭关系及社会支持等方面的信息，随后医务社工在护士长的陪同下去到了服务对象所在的病房，在拟定的会谈提纲指引下医务社工与服务对象进行了初次的沟通（在征得服务对象同意的情况下，此次会谈在病房内开展。为设置一个安全的空间，保护服务对象隐私，医务社工拉上了病房中的隐私帘）。此次沟通进一步了解了服务对象的基本信息、问题及需求情况，确定了服务对象属于社会工作服务范畴，同时医务社工有能力接案。最后再征得服务对象同意，签订知情同意后正式接案。

（二）分析（需求）预估

根据服务对象的基本信息医务社工从生活照料、经济、精神情绪、家庭关系及社会支持等方面对服务对象进行了预估。

1. 自杀风险排除

据护士长及病区病友反馈，服务对象出现多日拒绝饮食的情况，其身体消瘦、营养不良，生存信念减退，存在绝食自杀的可能性。

2. 生活照料需求

据医生反馈，服务对象体内癌细胞已扩散至脑部、肺部、肝部和淋巴系统等多器官，已无法进行抗肿瘤治疗，其进食困难、肠梗阻、身体疼痛状况逐渐加重，长时间卧床不起，服务对象已无法自我照料，同时因其无亲属陪同，经济状况困难，亟须有人照料她的生活。

3.经济救助需求

服务对象为居民医保参保，无商业险，已在筹款平台发起过一次筹款，已向“两癌基金”申请医疗救助金1万元。接案时，服务对象已无存款，病区医生已为其垫付治疗费等费用千余元，其仍拖欠医院治疗费、护理费、床位费等千余元。

4.情绪疏导需求

服务对象患病前乐观开朗，生活积极，患病后身体状况逐渐变差，直至生活无法自理，心理落差大，病耻感强烈。同时无亲人照料、欠缺治疗资金的困境加重了服务对象悲观、绝望、无助的心理，致使其出现了失眠、食欲减退，生存欲低，生活无意义感等行为和心理反应。其焦虑自评量表、抑郁自评量表得分分别为10分和15分，结果为中等程度与中重度抑郁。以上表明服务对象不良情绪状况亟需疏导。

5.家庭关系及社会支持网络重建需求

服务对象早年离异，未生育孩子，入院前寄住在弟弟家，服务对象因病长期住院，接案时，服务对象已连续住院1月有余，据医护人员反馈，未见服务对象亲属或朋友看望她。同时服务对象母亲及弟弟长期无法联系。服务对象家庭关系及社会支持系统亟待重建。

（三）介入理论

服务对象需求众多且问题复杂，同时其获得与使用潜在助人资源方面有困难。为此需要医务社工运用整合的思维为服务对象链接各方面的资源帮助服务对象摆脱目前的困境。为此本案适用个案管理的服方法。

1.危机干预

危机干预理论的目标是在有限时间内为服务对象提供支持性服务，使其恢复到以往平稳的状态。危机干预的主要目的有两个：一是避免自杀或伤及他人；二是恢复心理平衡与动力。医务社工采取危机干预模式，帮助患者对未来注入希望，促使患者有意愿寻求支持和帮助、控制自己的情绪并在有限时间内以密集的方式

提供支持性协助。接案初期，服务对象与家属关系已断裂，人际关系处于严重紧张状态，其心理已处于崩溃状态。通过危机介入回复服务对象心理平衡状态，避免服务对象出现自杀行为对服务对象很有必要。

2. 社会支持网络

人通过亲属关系及其他正式或非正式渠道，与他人发展互相的接触，形成一个社会支援系统，而个人从社会支持网络里摄取有形及无形的资源，保护个人免受失调。主要是强调案主现存人际关系或其身处的环境内有发展潜力的关系，包括案主的家人、朋友、邻居等。接案初期，服务对象与亲属处于断联状态，直接影响到服务对象的生存与治疗，链接正式及非正式的资源搭建社会支持网络对服务对象极为重要。

（四）服务计划

1. 服务目标

总目标：让服务对象安详地度过生命最后的时光。

2. 具体目标

- （1）自杀风险排除，促成服务对象自主进食或接受营养治疗；
- （2）生活照料，链接人员照料服务对象生活；
- （3）经济救助，链接社会公益资源为服务对象提供医疗救助；
- （4）情绪疏导，关心服务对象内心需求，疏导服务对象心理压力；
- （5）重建社会支持系统，恢复家庭支持，建构新的社会支持网络。

3. 服务计划

第一阶段：排除服务对象自杀风险，确定问题，提供生活照料。

第二阶段：保证服务对象安全，链接社会资源为服务对象提供经济援助，同时为服务对象提供心理支持。

第三阶段：为服务对象提供验证变通的应对方式，继续提供心理支持，跟进紧急救助进程，同步联系服务对象家属，恢复家庭关系。

第四阶段：与服务对象共同制定短期生活计划，持续为服务对象提供心理支持服务。

第五阶段：获得承诺，获得服务对象不自杀、按照生活计划实施的承诺。

（五）介入过程

服务对象是病区“老病友”，曾多次参加医务社工和病区联合组织的活动，在活动中表现积极乐观。但随着病情的发展，服务对象治疗资金和家庭关系随之恶化，自我照顾能力和情绪状况越来越差。在此情形下，护士长将服务对象转介绍给医务社工，寻求经济和心理支持。

第一阶段：医务社工排除服务对象自杀风险，确定服务对象问题，并为服务对象提供紧急的生活照料服务。

与服务对象首次访谈前，医务社工首先与服务对象主管医生、管床护士及病友进行了沟通，收集到服务对象的基本信息，包括病情状况、治疗状况、医疗费用、情绪状况等方面的信息，随后医务社工在护士长的陪同下去到服务对象所在的病房与服务对象进行了首次访谈。此次沟通医务社工通过倾听、共情、同理、鼓励等技巧表达了医务社工对服务对象的关心，同时了解到服务对象已连续3天未进食（非疾病原因引起），存在绝食自杀的可能性。确定了服务对象面临的紧急问题有自杀行为和生活照料两方面，另外服务对象还存在经济救助、情绪疏导和家庭关系重建需求。

在征得服务对象同意的情况下，医务社工紧急链接到癌康会志愿者为服务对象提供日间陪护服务，同病房病友及她们的家属自愿为服务对象提供食物和夜间的看护，同时服务对象承诺身体状况好的时候愿意进食，或者接受营养治疗。另外医务社工将服务对象存在的自杀行为及照料注意事项也反馈给了病区护士长及医生，共同预防服务对象可能出现的“自杀行为”。

第二阶段：保证服务对象安全，链接社会资源为服务对象提供经济援助，同时为服务对象提供心理支持。

在确保服务对象临时性生活照料得以解决，自杀风险得以控制的情况下，征得服务对象同意后，医务社工链接筹款平台为其发起了筹款，链接基金会资源，帮助其成功申请到5000元医疗救助金。同时，医务社工定期到病房看望服务对

象，表达医务社工对她的关心，疏导悲伤、绝望的情绪，让她感受到来自身边人（医生、护士、医务社工、病友、志愿者）的关心。

第三阶段：为服务对象提供验证变通的应对方式，继续提供心理支持，跟进紧急救助进程，同步联系服务对象家属，恢复家庭关系。

在进一步的沟通过程中，医务社工了解到服务对象对生命的看法“我知道自己没有多长时间了，我也不怕，但我想回家……”。医务社工后来与病友的沟通中了解到，接案前，服务对象母亲因为民俗文化原因拒绝接其回家，这对其造成了严重的心理创伤。

在了解以上信息后，医务社工和主管医生一同通过服务对象所在村委会与服务对象母亲和弟弟取得了联系。服务对象弟弟表示不同意接服务对象回家，但是愿意承担服务对象住院期间产生的医疗费用，并同意聘请护工照料服务对象生活起居。后经过医务社工、主管医生及同村长辈多次的沟通，服务对象和她的弟弟最终同意将服务对象转院至老家附近的医院接受临终照护。

第四阶段：与服务对象共同制定短期生活计划，持续为服务对象提供心理支持服务。

在服务对象生活照料问题得以解决、情绪状况稳定、家庭关系得以一定程度的修复的情况下，医务社工与服务对象及其家属一同制定了住院生活计划，并叮嘱其按照计划执行，医务社工定期为检查其执行情况。

第五阶段：获得承诺，获得服务对象不自杀、按照生活计划实施的承诺。

在服务对象转院前一天，医护团队、医务社工、志愿者和同病房病友为其送上了祝福，医务社工协助服务对象弟弟办理了转院手续，补缴了住院期间拖欠的治疗费用。最后医务社工与服务对象做了最后一次沟通，获得了服务对象“不自杀”的承诺，并叮嘱服务对象及其家属继续按照住院计划生活。

最后服务对象在老家附近医院离世，服务对象母亲及弟弟为其办理了丧事。

（六）总结评估

本案例中，医务社工在个案管理的逻辑下，运用危机介入和社会支持网络理论，与医护人员、志愿者、病友紧密团结，组成工作团队，通过链接社区资源、基金会资源为服务对象提供专业服务，使服务对象在生活照料、治疗经费、情绪

照顾、家庭关系修复方面得到支持和改善。具体的评估方法及目标达成情况如下：

1. 评估方法

(1) 观察法

在自然条件下，医务社工通过自己的感官或录音录像等辅助手段，有目的、有计划地观察被试者的表情、动作、语言、行为等，来评估服务对象及服务活动主要参与者对服务的评价。

本案例中，医务社工观察了服务对象及其家属、医护人员、医务社工、志愿者和病友在整个服务过程中前后的表现情况。

(2) 访谈法

通过与服务对象、医护人员、志愿者、病友进行沟通，从医务社工提供服务时长、专业性、必要性、有效性等几个维度评估医务社工服务的开展情况。

本案例中，以上人员对医务社工服务均给予了满意的评价，医护团队表示“医务社工帮了大忙，解决了病人的问题，减轻了病区的压力”。服务对象家属表示“感谢医院对姐姐的照顾”。

(3) 目标监视法

通过对比服务前后服务对象的行为变化情况，可以了解服务对象的有效性。

表 1 服务目标检视表

干预指标	服务前	服务后
自杀行为	绝食 3 日	开始进食并愿意接受营养治疗
生活照料	一周以上无人照料	接受志愿者及病友照料，后期有护工照料
经济救助	拖欠治疗费用 1000 多元	家属缴纳补缴完拖欠的医疗费
情绪疏导	孤独、悲伤、绝望	感受到身边人的关怀，负面情绪得到缓解
社会支持网络建构	与家人断联	重新与家人建立了联系，并得到了家人的照顾

(七) 专业反思

1. 做好需求定级分类，先易后难逐个解决问题

癌症末期患者需求往往呈现出复杂多样的情形。医务社工与服务对象有必要根据机构职能、自身能力、资源条件信息综合评估服务对象需求状况，按照需求急迫程度、难易程度做好需求定级分类，逐个解决服务对象面临的困难。

2.借助发挥宗族力量，重建家庭支持网络结构

家庭支持是癌症末期患者能够安详、有尊严度过生命最后阶段的基石，破裂的家庭关系往往能直接摧毁他们的生存意识，因此医务社工需要链接各方力量，特别是宗族力量帮助他们重建家庭关系，恢复社会支持。

3.发挥统筹协调能力，保障服务性效比最大化

面对复杂案例，医务社工需要统筹各方资源保障服务对象利益最大化的同时，尽量减少有限的资源浪费。此案例中，服务对象家属聘请护工照料服务对象时，志愿者、病区病友在做好交接后便可退出志愿服务角色，确保有限的资源运用到其他有需要的场域。

医务社工
让医疗服务更有温度



钉钉扫码免费入群
获取更多学习资料