

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.29.048

## 医护人员的死亡态度调查与分析\*

李永红,王彦哲,王章琴,高晓霞,舒 蕾  
(遵义医学院附属医院肿瘤医院,贵州遵义 563003)

中图分类号:R395

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)29-3982-02

随着生物-心理-社会医学模式的转变,人们更重视的是生命质量,而不仅仅是治疗和护理疾病,把范围扩展到从生到死的整个生命过程,那么如何帮助临终患者正视死亡、承认死亡,以良好的心理状态接受死亡,不仅是基于人道主义考虑,是社会物质文明和精神文明发展到一定阶段的客观要求,是时代的需要、社会的呼唤,也是医务工作者义不容辞的社会道德责任<sup>[1]</sup>。只有医护人员树立了科学的死亡观,才能帮助临终患者勇敢地面对死亡,减轻对死亡的恐惧,提高患者的生存质量,使其有尊严地渡过生命的最后旅程。为此,本研究对部分医护人员进行了死亡态度的调查与分析,以便更好地为患者及家属提供临终关怀和死亡教育服务。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 在本院从事临床工作的医护人员 121 人为调查对象,其中医师 47 人,护士 74 人;男 36 人,女 85 人;平均年龄(29.69±7.90)岁;中专 10 人,大专 30 人,本科 59 人,硕士及以上 22 人。

### 1.2 方法

**1.2.1 调查内容** 采用崔以泰等<sup>[2]</sup>的死亡态度调查问卷 A 型部分为调查工具。内容包括一般情况、个人对死亡和濒死的

态度两个部分。一般情况包括性别、年龄、民族、本人信仰、目前生理、目前心理、家中讨论死亡等基本情况。个人对死亡和濒死态度的调查,共有 18 个问题,其中正向题、负向题各 9 个,正向题回答“非常同意”为 7 分,“同意”为 6 分,“有点同意”为 5 分,“有点不同意”为 3 分,“不同意”为 2 分,“非常不同意”为 1 分;负向题得分完全相反。

**1.2.2 调查方法** 发放调查问卷表,设统一指导语,由调查对象自行填写,当场收回并允许中途退出。共发放问卷 145 份,收回有效问卷 121 份,有效回收率为 83.4%。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS13.0 软件对数据进行分析处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较行 *t* 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结 果

**2.1 不同生理、心理状况对死亡的接受情况** 自觉目前身体状况良好的医护人员 88 人中有 37.5% 的人能够接受死亡,自觉目前心理状况良好的医务人员 80 人中有 37.5% 的人能够接受死亡,今天情绪良好的 73 人中有 38.3% 的人能够接受死亡,见表 1。

表 1 不同生理、心理状况对死亡的接受情况

| 项目               | 自觉目前身体状况 |      |      |   | 自觉目前心理状况 |      |      |    |    | 今天的情绪 |      |      |   |    |
|------------------|----------|------|------|---|----------|------|------|----|----|-------|------|------|---|----|
|                  | 极好       | 好    | 普通   | 差 | 极好       | 好    | 普通   | 差  | 很差 | 极好    | 好    | 普通   | 差 | 很差 |
| 例数( <i>n</i> )   | 26       | 62   | 30   | 3 | 24       | 56   | 35   | 4  | 2  | 17    | 56   | 44   | 3 | 1  |
| 接受死亡( <i>n</i> ) | 9        | 24   | 10   | 0 | 8        | 22   | 10   | 2  | 0  | 7     | 21   | 14   | 0 | 0  |
| 百分比(%)           | 34.6     | 38.7 | 33.3 | 0 | 33.3     | 39.2 | 28.5 | 50 | 0  | 41.1  | 37.5 | 31.8 | 0 | 0  |

表 2 家中讨论死亡的情况[*n*(%)]

| 项目    | <i>n</i> | 百分比(%) |
|-------|----------|--------|
| 很公开   | 31       | 25.6   |
| 不舒服   | 9        | 7.4    |
| 必要时谈论 | 37       | 30.5   |
| 尽量避免  | 20       | 16.5   |
| 从未谈起  | 16       | 13.2   |
| 其他    | 8        | 6.6    |

**2.2 家中讨论死亡的情况** 医护人员在家中讨论死亡“很公开”占 25.6%，“有必要时谈论”占 30.5%，“不愿和从未谈起”占 37.1%，见表 2。

**2.3 个人对死亡、濒死的态度** 个人对死亡、濒死的态度持排斥、不接受者 76 人(62.8%)，顺应、接受者 45 人(37.2%)，两项比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

### 3 讨 论

对生命的眷恋是人的本能,死亡是生命的自然阶段和必然归宿。死亡态度是指人们对于死亡的思考和看法,对死亡经历时期准备作出何种反应的心理状态<sup>[2]</sup>。本调查结果显示,医务

\* 基金项目:贵州省卫生厅 2009 年度科学技术基金资助项目(gzkwj2009-1-023);贵州省 2014 年度社科规划课题资助项目(14GZYB08)。

作者简介:李永红(1966—),主任护师,本科,主要从事肿瘤临床护理研究。

人员在生理、心理、情绪良好的状态下接受死亡的人数均不到 40%，对死亡和濒死持排斥、不接受(62.8%)态度明显高于顺应、接受(37.2%)者，两项比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。美国 1960 年起，从幼儿园、小学、中学到大学、医学院、社会服务机构都结合实际开设了死亡教育课程，并编写教材，组织实施。在英、法、德、荷兰等国家许多大、中、小学也都开设了“死亡教育”课<sup>[3]</sup>。中国受传统文化的影响，人们较重视优生、优活，而对优死的意义和内容没有足够的认识，对临终和死亡一直是避而不谈的禁忌之一，对死亡持否认和回避态度，缺乏科学的生死观，更不愿意公开在家中谈论死亡。家庭是人们生活的重要场所，不同的家庭型态和家教方式对人们的死亡态度都会有不同的影响<sup>[4]</sup>。成人在孩子面前大都对死亡问题避而不谈，即使“不小心”触及，也多以避讳方式，长此以往就泯灭了孩子本能的、再正常不过的对死亡的好奇心和探知欲，使死亡无形之中变得神秘可怕<sup>[5]</sup>。陈四光等<sup>[6]</sup>、Yang 等<sup>[7]</sup>的调查研究表明，家庭环境对死亡态度影响显著。本调查共发放问卷 145 份，回收有效问卷 121 份，16.6% 的医务人员不愿接受调查中途退出，也反映了医护人员缺乏直面死亡的勇气和正视死亡的理性，将死亡搁置于意识深处，不愿接受对自己的死亡态度调查。史宝欣等<sup>[8]</sup>研究表明，在校医学生和医护人员也存在着对死亡的回避和拒绝的态度。当前中国，大多数人或忌谈死亡，或恐惧死亡，而这种回避死亡，导致了家属或者医务人员难以和濒死患者进行有效沟通，最终，使得患者在希望生存与恐惧死亡的矛盾心理冲突中离开人世<sup>[9]</sup>。

现实生活中不论是突发事件还是疾病痛苦的折磨，给患者及家属带来的心灵伤害都是非常巨大的。近年来，灾害频繁发生，如甲流、汶川大地震、飓风等，时常提醒人们直面死亡、提高生命和生活质量<sup>[10]</sup>。汶川大地震，作为赈灾病房的医务人员接收幸存的伤员，作者的感受是用最好的技能、爱心、真诚、人道地全心全意去救治所有伤员，给他们安慰，减轻他们的痛苦。所以，必须重构中国生死观教育体系，让青少年懂得生命的圣神性和宝贵性，培养其高尚的人文精神和道德人格，去珍爱自己的生命，也尊重别人的生命，承担起公民、家庭及社会责任<sup>[11]</sup>。医务人员因职业性质经常会面对死亡，但对临终的患者及患者因病去逝家属悲痛欲绝时，医务人员除治疗外应该做什么、能做什么、怎样做是茫然的，缺乏对死亡的心理调适和处理技能，不知道如何与患者及家属有效沟通，只能仅凭自己的阅历和感觉去适当地安慰，缺乏相关科学、系统的知识指导，起到的效果实际上是不确定的、非常不专业的。医务人员自己都不知应该怎样去做，又怎能去安慰、帮助患者呢？因此只有建立系统化的死亡教育体系，逐步培养专业人员，加大社会宣传力度，才能使临终关怀事业更全面、更完善<sup>[12]</sup>。

死亡是不能回避的课题，更是教育无法回避的课题<sup>[13]</sup>。通过教育，作为一种自然的东西，死亡就容易为人们所接受<sup>[14]</sup>。护理工作中经常会面对死亡的情境和接触重病与濒死患者，早期了解自己的死亡态度，发展对死亡的认知，主动讨论与思考死亡问题，才能更好地照顾濒死患者，给予患者及家属良好的情感支持，协助患者思考及面对死亡，对死亡进行适当

的心理调适<sup>[15]</sup>。死亡教育有利于医患之间的相互信任，有利于各种治疗和护理。因此，开展死亡教育首先应从医务人员做起，只有医务人员了解自己的死亡态度，了解了死亡的原因、条件及其发生、发展、转归的过程和规律，促使他们全方位、多视野地看待健康、疾病和死亡，才能在职业生涯中根据临终患者的不同特点因人、因时、因地制宜地确定灵活多样的临终关怀模式<sup>[16]</sup>，才能表现为对人的最大尊重，对人的本质、人的生命认识上的深化，才能帮助、引导患者勇敢地面对死亡，从而更好地为患者及家属提供临终关怀和死亡教育服务。

#### 参考文献：

- [1] 伍天章. 我国开展死亡教育之我见[J]. 中国医学伦理学, 1994, 36(4): 45-47, 55.
- [2] 崔以泰, 黄中天. 临终关怀学理论与实践[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1992: 95-98.
- [3] 王琳, 李惠云. 从国民心态看死亡教育之必要性[J]. 卫生职业教育, 2001, 19(5): 33-34.
- [4] 朱海玲, 史宝欣. 死亡态度影响因素的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(6): 569-571.
- [5] 夏媛媛. 中西方生死教育的发展与区别及原因探讨[J]. 中国高等医学教育, 2011(5): 1-2, 21.
- [6] 陈四光, 安献丽. 436 名大学生死亡态度分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(4): 303-304.
- [7] Yang SC, Chen SF. The study of personal constructs of death and fear of death among Taiwanese adolescents[J]. Death Stud, 2009, 33(10): 913-940.
- [8] 史宝欣, 孟宪武, 刘斌, 等. 医学生对死亡和濒死的认知调查[J]. 中国心理卫生杂志, 2001, 15(4): 286-287, 277.
- [9] 贾国燕. 传统死亡观与安乐死和临终关怀[J]. 中国医学伦理学, 2011, 53(2): 224-225.
- [10] 刘丹萍, 李宁秀, 刘朝杰, 等. 城市社区中老年人口死亡态度影响因素研究[J]. 西北人口, 2012, 33(2): 41-44.
- [11] 郑晓江. 生命教育刻不容缓——从汶川大地震谈起[J]. 郑州大学学报: 哲学社会科学版, 2009, 42(1): 5-8.
- [12] 杨清, 刘红, 杜颜彬. 死亡教育与临终关怀的发展[J]. 社区医学杂志, 2012, 10(4): 47-49.
- [13] 许小东, 冯建军. 论生死教育的意义[J]. 宿州教育学院学报, 2012, 15(1): 24-27.
- [14] 王焕芝, 曹晓萍, 周会菊. 晚期食管癌患者 40 例死亡态度调查[J]. 陕西医学杂志, 2011, 40(6): 728-729.
- [15] 傅静, 鞠梅, 陈丽, 等. 护理本科学生死亡态度调查与分析[J]. 中国护理管理, 2012, 12(7): 30-32.
- [16] 李宇遐, 刘永君, 冯小英. 浅谈中国传统文化视阈下的医学生生命观教育[J]. 中国医学伦理学, 2009, 22(6): 15-16.