

医务人员对自我临终阶段认知态度及治疗选择的调查研究

杨莹 李晓莹 常杰 许开云

(海军军医大学附属东方肝胆外科医院 急诊医学科 上海 201805)

摘要: 目的: 了解医务人员对自我临终阶段的认知态度及治疗选择的情况, 分析医务人员对自我临终期的认知程度及相关影响因素, 以便为将来临终护理工作的顺利开展提供理论依据。方法: 采用自行设计的调查问卷对上海某三甲医院 240 名医务人员进行调查分析。结果: 240 名医务人员当中想过自己临终的有 27 人 (11.3%)、安排过自己的临终相关事务处理的有 26 人 (10.8%), 在临终阶段治疗选择上最多的是吸氧 213 人 (88.8%)、其次是镇痛镇静药物使用 185 人 (77.1%)。结论: 医务人员对自我临终的关注程度较低, 但很注重临终阶段的生存质量, 选择治疗方式以无创操作及治疗所占比例最高, 影响选择的因素有性别、职业、职称、接触他人死亡情况 4 个方面, P 值均小于 0.05。

关键词: 医务人员; 临终阶段; 治疗选择

随着医学的发展, 生命支持技术使一些没有救治希望的患者, 刻意延长生命, 致使此时患者的生命质量处于一个极低的水平。这样不但增加患者的痛苦, 加重家庭负担, 还会造成医疗资源的浪费。近年来在西方许多国家实行了拒绝 (withhold) 或撤离 (withdraw) 生命支持治疗技术^[1-2]。因此临终抉择就成为患者在临终期面临的重要问题即患者在临终期的治疗与护理决策。发挥患者自主权和尊重患者意愿, 是临终关怀的伦理学原则^[3], 在我国文化背景下, 患者对死亡往往采取一种逃避的方式, 医务人员特殊的职业身份让他们更了解末期、生命支持等名词并且接受过正规医学教育, 再加上医务人员日常对于死亡、分离接触较普通人多, 所以对于谈论临终阶段的抵触程度也许较常人来说会轻, 对于死亡及临终期的认识可能都会比较理性化。因此, 本文选择对上海某三甲医院 240 名医务人员有关自我临终阶段认知及治疗选择情况的调查, 现将结果报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象 2016 年在上海某三甲医院工作的医务人员 240 名。纳入标准: (1) 调查期间在医院工作的医生和护士; (2) 愿意参与本调查。排除标准: (1) 在医院工作尚未取得执照的护士和医生; (2) 调查期间不在医院的注册护士(外出进修培训、休假期者); (3) 不愿意参与本调查。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 调查问卷由医务人员的一般资料和对生前预嘱、尊严死、安乐死、临终关怀及临终选择的相关知识两部分构成。一般资料包括性别、年龄、民族、职业、所在科室、职称、受教育程度、工作年限、婚姻状况、宗教信仰等。调查内容共包括 24 个问题。其中关于生前预嘱和尊严死的 10 个、关于安乐死的 4 个、关于临终关怀的 6 个、关于临终选择的 4 个。(本问卷经过德尔菲法检测通过两轮专家审核经过修改确定可用于临床)

1.2.2 调查方法 自填式问卷调查, 问卷设有统一指导语, 采用无记名方式调查, 要求医务人员根据自己的认识和想法进行如实填写。问卷发放人员向医务人员说明调查目的和意义, 在取得知情同意后进行调查, 当场收回问卷。共发放调查问卷 240 份, 回收有效问卷 240 份, 有效回收率 100%。

1.2.3 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 软件进行统计描述处理。计数资料采用频数和百分率进行描述, 计量资料采用卡方检验进行处理。

2 结果

2.1 医务人员的一般资料 年龄: 19-65 岁, 平均 (27.1±7.5) 岁; 性别: 男 73 名, 女 167 名; 职业: 医生 73 名, 护士 167 名; 科室: 内科 63 名, 外科 125 名, 其他科室 52 名; 职称: 初级 186 名, 中级 38 名, 高级 16 名; 学历: 中专 13 名, 大专 129 名, 本

科 40 名, 硕士 44 名, 博士 14 名; 工作年限: 3 年以内 130 名, 3-5 年 49 名, 5 年以上 61 名; 婚姻状况: 未婚 155 名, 已婚 85 名; 宗教信仰: 无 224 名, 有 16 名。

2.2 医务人员的临终关注态度 在 240 名医务人员中, 有 220 人 (91.7%) 接触过他人死亡, 想到自己临终的有 123 人 (51.3%), 但安排过自己临终的仅有 26 人 (10.8%)。详细选择情况见表 1。

表 1 对临终的关注程度 (n=240)

内容	级别	人数	百分比%
是否接触过他人死亡	接触过	220	91.7
	没接触过	20	8.3
是否想象过自己的临终	经常想到	27	11.3
	偶尔想过	96	40
	很少想过	63	26.2
	从没想过	54	22.5
是否安排过自己的临终	安排过	26	10.8
	没安排过	214	89.2

2.3 临终期时治疗方式的选择 假如当你处于临终期时, 愿意接受的临床操作结果如表 2 所示, 吸氧 213 人 (88.8%) 居医务人员临终护理选择的首位, 其次是镇静镇痛药, 血管活性药, 选择主动脉内球囊反搏术的最少为 14 人 (5.8%)。

表 2 临终期时愿意接受的临床操作(n=240)

	人数	所占比例%	排序
吸氧	213	88.8	1
镇静镇痛药	185	77.1	2
血管活性药	85	35.4	3
肠外营养	83	34.6	4
血液制品	83	34.6	4
肠内营养	76	31.7	6
吸痰	70	29.2	7
心肺复苏	69	28.8	8
血液透析	38	15.8	9
机械通气	27	11.3	10
电除颤	22	9.2	11
主动脉内球囊反搏术	14	5.8	12

2.4 影响临终治疗选择的影响因素 通过卡方检验分析得出性别、职业、职称、接触他人死亡情况与在临终时是否选择有创治疗有显著关系 ($P < 0.05$), 而学历、工作年限、婚姻状况与之无明显关系。详细情况见表 3。

表 3 影响临终治疗选择的影响因素(n=240)

项目		选择有创治疗	不选择有创治疗	X ²	P
性别	男	29 (42.0)	43 (25.1)	6.673	0.010#
	女	40 (58.0)	128 (74.9)		
职业	医生	32 (46.4)	41 (24.0)	11.655	0.007#
	护士	37 (53.6)	130 (76.0)		
职称	初级	43 (62.3)	143 (83.6)	13.116	0.004#
	中级	19 (27.5)	19 (11.1)		
	副高级	5 (7.3)	7 (4.1)		
	正高级	2 (2.9)	2 (1.2)		
		4 (5.8)	9 (5.3)		
学历	中专	4 (5.8)	9 (5.3)	8.388	0.078
	大专	28 (40.6)	101 (59.1)		
	本科	14 (20.3)	26 (15.2)		
	硕士	19 (27.5)	25 (14.6)		
	博士	4 (5.8)	10 (5.8)		
		33 (47.8)	97 (56.7)		
工作年限	3-5年	14 (20.3)	35 (20.5)		
	5-10年	15 (21.7)	19 (11.1)		
	10年以上	7 (10.2)	20 (11.7)		
		39 (56.5)	115 (62.3)	2.462	0.117
婚姻状况	已婚	30 (43.5)	56 (37.7)		
	接触他人死亡情况	接触过	59 (85.5)	161 (94.2)	4.810
没有接触过		10 (14.5)	10 (5.8)		

注: #为 P<0.05

3 讨论

3.1 医务人员对临终期认知及关注态度需进一步提高 本次调查结果显示,有 91.7%接触过他人死亡,设身处地想到自己临终的有 51.3%,但安排过自己临终的仅有 10.8%。这说明医务人员虽然接触死亡比较多但设身处地考虑自己的还是比较少,这可能与中国的传统观念:我现在很健康、我不想考虑,对临终及死亡有一定的回避态度有关。李岩、曾志英^[4]对癌症患者家属的研究显示:作为有着亲人患癌亲身经历的特殊人群,有 76.4%的家属表示不介意讨论死亡相关问题却只有 30.0%的家属会经常想到死亡,但对于是否“能够公开地与家人讨论死亡”赞同者仅 46.4%,这些均说明以平常心对待生死并不代表能够超然、积极地准备和接受死亡。陈健^[5]、崔爽^[6]等人的研究也显示临床护士的死亡教育认知不完善,亟需加强,医院可通过加强科室业务学习、院内宣传栏等多途径进行宣传教育。

3.2 医务人员临终期治疗方式的选择以无创为主导 本次调查结果显示医务人员临终阶段选择临床操作最多的是吸氧(88.8%),其次是镇痛镇静药物的使用(77.1%),对于其他有创操作如选择主动脉搏囊反搏术(5.8%)最少,其次为电除颤(9.2%),说明医务人员在临终阶段追求的还是以舒适为主。郭欣颖等^[7]在 2016 年对医务人员的调查显示仅有 9.3%的人表示在临终期接受心肺复苏,朱鸣雷^[8]等人在 2010 年对北京地区居民进行调查时发现愿意在临终期接受心肺复苏的有 22.8%,但本次对医务人员的调查显示选择心肺复苏的比例为 28.8%,远大于之前的研究数据,这可能是因为本次调查对象总体年龄偏低,工作年限偏少有关,对于临终期接受心肺复苏的认知处于朦胧期有关;在调查中发现某些医务人员认为心肺复苏是“救命神器”认为放弃使用心肺复苏就等于放弃生命。

3.3 影响医务人员选择临终期治疗方式的因素

3.3.1 性别 本次调查显示女性更倾向于在临终期选择无创治疗。这可能与女性对于疼痛的体验更明显有关,刘秀敏^[9]的研究显示,性别是疼痛体验的主要影响因素,女性对于疼痛的体验更为明显。从另一个方面说女性感情丰富,对情感的体验也更为细腻、敏锐,对于临终期的痛苦感受更为抗拒。

3.3.2 职业 本次调查显示护士较医生而言更倾向于在临终期选择无创治疗。护士在工作中是与患者接触最多的一类人,对患者的痛苦及临终时的感受较医生也更为了解。

3.3.3 职称 本次调查结果显示职称越高的人在临终期越倾向于选择无创治疗。由于疾病的复杂性、疼痛的控制问题等,近年来人们的死亡场所已经从家庭向医院转移,临床护士不可避免地将更多地接触死亡。在现行职业制度下,要想取得较高的职称,一要有一定的学历,二要有较多的工作经验。职称越高的人对于临终的认识可能更为深刻,一是多年的工作经历使他们对有照顾更多病重患者的经历,二是在学校接受过更多关于临终和死亡的教育,对于临

终期的各种操作的认识更为深入。

3.3.4 接触他人死亡情况 本次调查显示接触过他人死亡的医务人员更倾向于在临终期选择无创治疗。接触过他人死亡情况的人对于临终的感受更为直观,对临终期有创操作的痛苦认识更深刻。陶鑫、金兰^[10]的研究显示,目睹过亲友或朋友经历生命逐渐衰竭,生命质量极差的疾病过程的人,会更客观积极对待临终问题。

我们的初步调查受限于单区域、样本量,而且护士所占的比例偏高,中高级职称的医务人员所占比例偏低。下一步应扩大样本量,进行多区域的调查,或进行更详细的调查,包括对死亡态度、生前预嘱的认知、受访者对自己和对亲属临终选择有何不同等。

医务人员对于自我临终阶段认知水平需进一步提高,临终阶段治疗方式选择上以无创舒适治疗为主。建议加强对医务人员关于临终关怀学、死亡学、姑息医学等相关知识培训,通过医务人员自己认知理念的转变进而做好患者和家属的沟通告知工作,使患者及家属充分了解临终阶段提高死亡质量的意义进而做出合理的选择。可以考虑从医务人员中率先开展临终期治疗的宣传教育,大力推广这个理念:生、老、病、死每一个人都要经历,都有权利自己做主,决定有尊严地走完人生的最后阶段;在疾病的终末期,无谓的抢救会带来巨大的痛苦和花费。为今后临终患者提供优逝护理奠定基础。

参考文献:

- [1] Sprung CL, Oppenheim A. End-of-life decision in critical care medicine Where are we headed? [J]. Crit Care Med, 1998, 26: 200-202.
- [2] Mclean RF, Tarshis J, Mazer CD, et al. Death in two Canadian intensive care units: Institutional difference and changes over time [J]. Crit Care Med, 2000, 28: 100-103.
- [3] Watson M S. 牛津临床姑息治疗手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 13-15.
- [4] 李岩、曾志英. 癌症病人家属对终末期治疗及死亡态度的调查 [J]. 护理研究, 2008, 22 (8): 2000-2002.
- [5] 陈健、陈宏. 临床护士对死亡教育认知的现状与干预对策 [J]. 解放军护理杂志, 2010, 27 (3B): 429-460.
- [6] 崔爽、郑莹、唐磊. 护士死亡教育需求的现状调查与分析 [J]. 护理研究, 2015, 29 (12): 4526-4529.
- [7] 郭欣颖、赵艳伟、王绯等. 医护人员对于生前预嘱态度的调查分析 [J]. 护理研究, 2016, 30 (4): 1381-1382.
- [8] 朱鸣雷、刘晓红、刘亚玲等. 北京地区对于生前预嘱态度的初步调查 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2012, 11 (11): 847-848.
- [9] 刘秀敏. 静脉穿刺环节疼痛体验与受试者性别血型的关联分析 [J]. 护士进修杂志, 2014, 29 (2): 171-172.
- [10] 陶鑫、金兰. 北京市某社区人群“生前预嘱”理念认知的调查与分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18 (34): 4105-4109.