

三级医院护士死亡态度现状分析与灵性教育实施探讨

林 毅¹,高巧丽²,谢冬静²,谢 玲²,殷 实²,徐英华²

(1. 江南大学无锡医学院,江苏 无锡 214122; 2. 无锡市人民医院,江苏 无锡 214023)

摘要:目的 了解三级医院临床护士死亡态度现状并分析其影响因素,探讨改善临床护士死亡态度的有效措施。方法 采用方便抽样法,于2019年3—5月选择江苏省无锡市人民医院的护士作为研究对象。采用一般资料调查问卷和死亡态度描绘量表对其进行调查。结果 共回收有效问卷803份。临床护士死亡态度各维度得分均接近中等水平,其中逃离接受维度得分最低,为(3.00±0.81)分;中性接受维度得分最高,为(3.92±0.52)分。多元线性回归分析显示,婚姻状况、关于死亡的过往教育情况、工作科室是护士死亡恐惧的影响因素($P<0.05$),宗教信仰、工作科室是趋近接受的影响因素($P<0.05$),婚姻状况是死亡逃避的影响因素($P<0.05$),工作年限是逃离接受的影响因素($P<0.05$)。结论 三级医院临床护士死亡态度现状不容乐观,合理的教育内容和手段(如灵性教育)将有望促进临床护士死亡态度的正向发展。

关键词:护士;对死亡的态度;影响因素;灵性教育

中图分类号:R47 文献标志码:A DOI:10.3969/j.issn.1009-8399.2022.03.009

Analysis on Status Quo of Nurses' Attitudes toward Death in Tertiary Hospitals and Discussion on Implementation of Spiritual Education

LIN Yi¹, GAO Qiaoli², XIE Dongjing², XIE Ling², YIN Shi², XU Yinghua² (1. Jiangnan University Wuxi School of Medicine, Wuxi, Jiangsu 214122; 2. Wuxi People's Hospital, Wuxi, Jiangsu 214023)

Abstract: Objective To understand the status quo of clinical nurses' attitudes toward death in tertiary hospitals, analyze the influencing factors, and explore effective measures to improve the clinical nurses' attitudes toward death. **Methods** The nurses in Wuxi People's Hospital of Jiangsu Province were selected as the subjects from March to May 2019 by convenient sampling. They were investigated by using the General Information Questionnaire and Death Attitude Profile-Revised. **Results** A total of 803 valid questionnaires were returned. For clinical nurses' attitudes toward death, the scores of all dimensions were close to the moderate level. The mean score of the escape acceptance dimension was the lowest, (3.00±0.81) points, while the score of the neutral acceptance dimension was the highest, (3.92±0.52) points. Multiple linear regression analysis showed that nurse's fear of death was influenced by marital status, previous education about death, and work department ($P<0.05$), approach acceptance was influenced by religious belief and work department ($P<0.05$), death avoidance was influenced by marital status ($P<0.05$), and escape acceptance was influenced by years of working ($P<0.05$). **Conclusion** The attitude toward death is not optimal among the clinical nurses in tertiary hospitals. Reasonable education and means (such as spiritual education) are expected to positively guide clinical nurses' attitudes toward death.

Key Words: Nurse; Attitude toward death; Influencing factor; Spiritual education

有研究显示,三级医院住院患者的死亡率可达

0.838%(0.485%~1.738%)^[1],这使得护士在临床工作中经常暴露于患者死亡的过程中。对死亡的恐惧是人类普遍的心理状态,护士需要技巧和经验来应对这种恐惧,因为护士对死亡和临终患者的态度可能会影响其在患者生命最后阶段所提供的护理质量^[2]。那些无法面对死亡恐惧的护士会躲避照顾临终患者,或与患

收稿日期:2020-08-31

作者简介:林 毅(1976—),女,讲师,硕士,主要从事肿瘤护理及护理教育工作。

通信作者:徐英华(1977—),女,副主任护师,本科,主要从事肿瘤护理工作。E-mail:540923082@qq.com

基金项目:无锡市科学技术局项目(CSE31N1733)。

者及其家人保持最低层次的沟通^[3]。而临终患者及其家人常面临强烈的孤独和无助感,迫切需要护士的存在、沟通和照顾^[4]。为了使护士能够向临终患者提供优质的护理,其必须首先应对自己对死亡的情绪、想法和态度,这将有助于护士提供更高质量的身体和精神护理^[5]。目前虽然已有不少对护士死亡态度以及影响因素的调查分析,但围绕死亡态度 5 个维度进行具体分析且立足于调查结果提出改善临床护士应对死亡态度方案的仍然较少。本研究旨在通过调查三级医院临床护士的死亡态度现状,以期为相应的护理教育、政策和干预提供参考,以帮助临床护理人员确立科学、积极的死亡态度,从而提高临床护理工作质量。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用方便抽样法,于 2019 年 3—5 月选择江苏省无锡市人民医院的护士作为研究对象。纳入标准:拥有护士执业资格证书;工作 1 年及以上;自愿参与研究,并知情同意。排除标准:调查期间罹患重症疾病;非一线工作的护理人员。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料调查问卷 研究者参照国内外相关文献的基础上自行编制一般资料调查问卷,主要包括性别、年龄、工作年限、工作科室、宗教信仰、婚姻状况等一般人口学资料,以及关于死亡的过往教育情况、以往是否有照护临终患者的经历等个人经历。其中,关于死亡的过往教育情况含“从没接触过关于临终和死亡的知识”“没有学习过专门的关于临终和死亡的课程,但在其他课程中有涉及到相关内容”“学习过专门的关于临终和死亡的课程”3 个选项。

1.2.1.2 死亡态度描绘量表 采用唐鲁等^[6]汉化并经文化调试的中文版死亡态度描绘量表修订版(Death Attitude Profile-Revised, DAP-R)。该量表包括死亡恐惧、死亡逃避、中性接受、趋近接受、逃离接受 5 个维度,共 32 个条目;每个条目采用 Likert 5 点计分法,由“非常不同意”到“非常同意”分别计 1~5 分;以各维度得分的高低判断被试者的死亡态度,得分越高则说明越具有该维度的死亡态度倾向。鉴于各维度题量不等,将得分除以条目数得出维度条目均分用以比较。量表 Cronbach's α 系数为 0.875,各维度 Cronbach's α 系数分别为 0.825(死亡恐惧)、0.811(死亡逃避)、0.575(中性接受)、0.832(趋近接受)、0.767(逃离接受)。

1.2.2 调查方法 采用问卷星线上调查的方式。研究者将问卷所有题目导入问卷星生成二维码,问卷首页为知情同意书,研究对象必须选择“同意”后方可进行

答题,答题部分设所有题目为必答。正式调查前,研究者在医院护士微信群内说明此次调查的目的、意义及调查注意事项和起止时间,后将二维码发送至微信群中由护士自行填写。共有 803 名护士自愿参加本次调查,回收有效问卷 803 份,有效回收率为 100%。

1.2.3 统计学方法 数据由问卷星导出后,研究者检查无缺失数据后录入 SPSS 21.0 进行统计分析。计数资料用频数、构成比描述,计量资料用均数 \pm 标准差描述,组间比较采用 t 检验或方差分析,护士死亡态度的影响因素采用多元线性逐步回归分析,以 $P < 0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床护士的一般资料 纳入分析的 803 名护士中,女性占 96.76%,年龄 21~55 岁,工作年限 1~36 年,工作分布于重症监护室、呼吸内科、门诊及相关科室、妇产科、急诊科、胸外科、肾内科、骨科、消化内科、神经内科、血液科、泌尿外科、神经外科、肿瘤科、内分泌科、心血管内科、老年病科、肝胆外科、眼科、风湿免疫科、腔镜微创外科、心脏外科、甲乳外科、体检康复中心、手术室、胃肠外科、普外科、五官科、血管外科共 29 个临床科室,94.52% 的护士无宗教信仰,64.88% 的护士为已婚,8.47% 的护士从未接触过死亡教育,65.13% 的护士没有专门学习过死亡教育但其他课程有涉及,63.89% 的护士以往有照护临终患者的经历。

2.2 临床护士的死亡态度得分情况 803 名护士中文版 DAP-R 各维度得分中,逃离接受维度条目均分最低,中性接受维度条目均分最高,详见表 1。

表 1 803 名临床护士死亡态度各维度得分情况(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	死亡恐惧	死亡逃避	中性接受	趋近接受	逃离接受
维度得分	21.57 \pm 4.86	16.14 \pm 3.70	19.62 \pm 2.60	30.57 \pm 6.22	14.99 \pm 4.04
维度条目均分	3.08 \pm 0.69	3.23 \pm 0.74	3.92 \pm 0.52	3.06 \pm 0.62	3.00 \pm 0.81

2.3 不同特征临床护士的死亡态度各维度均分比较 结果显示,年龄及临床工作年限组间护士死亡恐惧、死亡逃避及逃离接受维度均分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。为了便于分析工作场所对护士死亡态度的影响,将 29 个临床科室分为两类,患者死亡率相对较高的科室分为群 A(主要包括急诊科、肿瘤科、重症监护室、血液内科、呼吸内科、神经外科等),其余科室分为群 B。结果显示,在死亡率较低科室工作的护士死亡恐惧、死亡逃避维度均分更高,对死亡的态度更趋向于趋近接受($P < 0.05$)。拥有宗教信仰护士的趋近接受维度均分高于没有宗教信仰的护士($P < 0.05$),而婚姻状况对护士的死亡恐惧、死亡逃避有影响($P < 0.05$),以往是否接触过死亡教育课程对护士的死亡恐

惧存在影响($P<0.05$)。此外,性别及其以往是否有照护临终患者的经历对临床护士的死亡态度各维度均无统计学意义($P>0.05$)。详见表2。

2.4 临床护士死亡态度影响因素的多元线性回归分析 以临床护士死亡态度各维度均分为因变量,将单因素分析中有统计学意义的变量为自变量进行多元线性回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。哑变量设置:婚姻状况以“未婚”为参照,婚姻_1为已婚 VS 未婚,婚姻_2为离异 VS 未婚;以往相关教育情况以“从未接触过”为参照,教育_1为“没有专门学习,其他课程有涉及”

VS “从未接触过”,教育_2为“专门学习过相关课程”VS “从未接触过”。多元线性回归分析显示,有5个变量对死亡恐惧得分解释具有统计学意义($P<0.05$),2个变量对趋近接受得分解释具有统计学意义($P<0.05$),见表3。此外,死亡逃避、逃离接受各只有1个可能的预测变量,分别为婚姻状况:已婚 VS 未婚及工作年限。

3 讨论

3.1 临床护士死亡态度现状 DAP-R量表主要用于(分, $\bar{x} \pm s$)

表2 不同特征临床护士的死亡态度维度均分比较

项目	例数(构成比)[n(%)]	死亡恐惧	死亡逃避	中性接受	趋近接受	逃离接受
性别						
男性	26(3.24)	3.05±0.72	3.25±0.70	3.95±0.77	3.16±0.83	3.21±1.04
女性	777(96.76)	3.08±0.69	3.22±0.74	3.92±0.51	3.05±0.61	2.99±0.80
<i>t</i> 值		-0.240	0.187	0.297	0.870	1.400
<i>P</i> 值		0.810	0.852	0.766	0.384	0.162
年龄(岁)						
≤25	180(22.42)	2.90±0.63	3.08±0.68	3.96±0.52	3.00±0.62	2.84±0.74
26~30	225(28.02)	3.18±0.69	3.25±0.77	3.94±0.58	3.08±0.64	3.02±0.87
31~35	164(20.42)	3.06±0.76	3.25±0.79	3.96±0.49	3.06±0.68	3.09±0.85
36~40	106(13.20)	3.17±0.73	3.27±0.74	3.89±0.55	3.08±0.58	3.05±0.82
≥41	128(15.94)	3.11±0.62	3.33±0.69	3.82±0.41	3.05±0.55	3.02±0.68
<i>F</i> 值		4.803	2.731	1.749	0.477	2.381
<i>P</i> 值		0.001	0.028	0.137	0.753	0.050
工作年限(年)						
1~5	256(31.88)	2.95±0.64	3.12±0.69	3.95±0.53	3.00±0.61	2.85±0.78
6~10	193(24.03)	3.22±0.73	3.28±0.77	3.93±0.58	3.12±0.66	3.09±0.85
≥11	354(44.09)	3.09±0.70	3.28±0.74	3.90±0.48	3.06±0.61	3.05±0.80
<i>F</i> 值		8.650	4.192	0.821	2.065	6.142
<i>P</i> 值		<0.001	0.015	0.440	0.127	0.002
工作科室						
科室群A	301(39.35)	2.98±0.71	3.15±0.74	3.95±0.49	2.98±0.60	2.93±0.78
科室群B	502(60.65)	3.14±0.68	3.27±0.73	3.90±0.54	3.10±0.62	3.03±0.82
<i>t</i> 值		-3.229	-2.212	1.215	-2.677	-1.714
<i>P</i> 值		0.001	0.027	0.225	0.008	0.087
宗教信仰						
无	759(94.52)	3.07±0.69	3.22±0.73	3.93±0.52	3.04±0.61	2.99±0.81
有	44(5.48)	3.18±0.74	3.41±0.81	3.89±0.58	3.29±0.71	3.15±0.82
<i>t</i> 值		-0.984	-1.681	0.494	-2.623	-1.290
<i>P</i> 值		0.325	0.093	0.621	0.009	0.197
婚姻状况						
已婚	521(64.88)	3.13±0.71	3.29±0.74	3.91±0.51	3.07±0.64	3.03±0.81
未婚	261(32.50)	2.96±0.64	3.08±0.72	3.94±0.55	3.02±0.59	2.91±0.79
离异	21(2.62)	3.41±0.71	3.44±0.79	3.97±0.43	3.16±0.65	3.21±0.99
<i>F</i> 值		7.631	7.755	0.330	0.787	2.607
<i>P</i> 值		0.001	<0.001	0.719	0.456	0.074
关于死亡的过往教育情况						
从未接触过	68(8.47)	3.27±0.77	3.32±0.75	3.82±0.58	3.16±0.63	3.14±0.89
没有专门学习,其他课程有涉及	523(65.13)	3.07±0.69	3.22±0.74	3.94±0.52	3.08±0.61	3.00±0.80
专门学习过相关课程	212(26.40)	3.02±0.68	3.20±0.73	3.93±0.51	2.98±0.63	2.93±0.81
<i>F</i> 值		3.388	0.778	1.479	2.973	1.794
<i>P</i> 值		0.034	0.460	0.229	0.052	0.167
以往照护临终患者的经历						
无	290(36.11)	3.11±0.68	3.27±0.69	3.90±0.55	3.10±0.66	3.02±0.83
有	513(63.89)	3.06±0.70	3.21±0.77	3.94±0.50	3.03±0.60	2.98±0.79
<i>t</i> 值		0.941	1.126	-0.844	1.626	0.690
<i>P</i> 值		0.347	0.260	0.399	0.104	0.490

表 3 临床护士死亡态度影响因素的多元线性回归分析

(N=803)

项目	偏回归系数	标准误	标准化偏回归系数	t 值	P 值
死亡恐惧					
常量	3.241	0.104	-	31.259	<0.001
婚姻_2	0.453	0.167	0.104	2.709	0.007
教育_2	-0.225	0.096	-0.143	-2.353	0.019
教育_1	-0.203	0.088	-0.139	-2.290	0.022
婚姻_1	0.187	0.075	0.128	2.494	0.013
工作科室	-0.145	0.050	-0.101	-2.880	0.004
死亡逃避					
常量	3.142	0.073	-	43.243	<0.001
婚姻_1	0.208	0.080	0.134	2.598	0.010
趋近接受					
常量	3.089	0.028	-	110.141	<0.001
宗教信仰	0.254	0.096	0.093	2.649	0.008
工作科室	-0.122	0.045	-0.095	-2.702	0.007
逃离接受					
常量	2.800	0.075	-	37.152	<0.001
工作年限	0.093	0.033	0.099	2.819	0.005

测量人群对死亡的恐惧、逃避及不同的接受态度,各个维度分别反映了被测者在面对死亡时的态度,这种内在心理结构的不同层面,无法以总分来表述人群所持态度。本次调查的三级医院护士死亡态度各个维度均分在 3~4 分之间,提示其各个维度均为中等水平,其中临床护士死亡态度最趋向于中性接受,得分为(3.92±0.52)分,但低于韩舒等^[7]在同类型医院所做调查中性接受得分(4.31±0.33)分;死亡恐惧、死亡逃避得分则略高于之前国内其他地区医院调查结果^[8-9]。这可能与本研究样本数量远多于上述研究有一定相关性,同时也反映了临床护士面对死亡时尚无法视死亡为生命中自然的一部份,存在害怕、恐惧等负性心理情绪,也逃避思考及讨论与死亡有关的事物,对死亡有忌讳回避心理^[10]。肖旋等^[11]通过访谈了解到面临死亡对护士来说尤其困难和苛刻,缺乏良好的应对机制会增加其焦虑感。恐惧和逃避可能导致对死亡的否认,这可以解释为一种防御机制,以对抗接触死亡过程的影响,使护士能够正常面对后续的工作。

3.2 临床护士死亡态度的主要影响因素

3.2.1 年龄和工作年限 表 2 的数据显示,年龄较大的护士和临床工作时间较长的护士更不愿意思考及讨论与死亡有关的事物($P<0.05$),而且死亡态度趋向于逃离接受。这与国内进行的类似调查结果趋势一致^[12-13],但与陈蓄等^[14]的调查结果相反。陈蓄等^[14]的调查认为随着护士年龄以及工作年限的增长,其对死亡持有更为积极的态度。这可能与年龄的增长并不是死亡恐惧的直接原因有关,多元回归分析的结果初步证实了这一点。对死亡的理解和解释决定了每个人对死亡的态度,而文化差异导致这种认知的不同。Cici-

relli^[15]通过分析指出,美国人认为死亡将意味着一个人的成就获得盖棺定论,意味着达到了完满的目标,在这种认识下,可以认为随着年龄和工作时间的增长,一个人的成就越多,他/她对死亡的恐惧就会越低。中国人因为死亡意味着“遗憾”“不确定性”,面对死亡具有集体回避性^[16]。而且随着年龄的增长,国人往往在家庭以及工作中扮演着日益重要的角色,“活着”本身才能带来的责任感、满足感促使人们重生避死,以求超越死亡、寻得人生价值。

3.2.2 婚姻 根据表 2、表 3 结果显示,拥有过婚姻的护士(包括已婚和离异)相对于未婚护士,其死亡恐惧、死亡逃避两个维度得分较高($P<0.05$)。研究者认为,这初步表明中国现有文化对护理人群总体死亡观的影响:中国人对死亡“敬而远之”的搁置回避态度,使得尽情享受当下的年轻人和未婚者用眼前的美好生活冲淡了对死亡的思考,而随着年龄增长及婚姻带来的生命延续,人们不得不面临必将到来的死亡时,反而更容易由于之前对世俗感性生活的沉迷而对死亡产生更为深沉的焦虑^[17]。

3.2.3 工作科室与死亡教育 表 2、表 3 的分析结果提示,工作经验是对上述负面死亡态度的保护因素,那些在死亡率较高科室工作的护士其死亡恐惧和死亡逃避的分值较低($P<0.05$)。Zheng 等^[18]通过系统评价也得出了类似的结果,随着接触死亡患者的增加,护士对死亡的焦虑也有所减轻,能够更好地应对患者的死亡。表 2 同样显示,以往接受过死亡教育课程是死亡恐惧的另一个重要保护性因素($P<0.05$),相关文献研究结果也初步证实了科学的死亡教育可促使护士的死亡恐惧等负性态度正向化发展^[19-20]。

3.2.4 宗教信仰 有些研究认为宗教信仰可以降低护士的死亡恐惧^[21-22],但本研究提示仅死亡的趋近接受受宗教信仰的影响($P<0.05$),考虑因为趋近导向的死亡接受意味着相信有幸福的来生,死亡是通往来生之门,而这通常与宗教信仰有关。但趋近接受并不意味着能减轻死亡恐惧和死亡逃避。表 3 显示,那些拥有宗教信仰的人群其死亡恐惧和死亡逃避得分更高($P<0.05$)。本次调查中有宗教信仰者仅为 44 名(5.48%),提示宗教信仰在我国国情下很难成为护士死亡态度的保护因素。

3.3 灵性教育或能为改善临床护士死亡态度创造可能

3.3.1 传统死亡教育对多年期护士的死亡态度支持作用较弱 本次调查结果并不乐观,这提示必须思考如何针对临床护士开展真正有价值的、能够切实帮助护士应对患者死亡对其产生的冲击及蓄积效应的相关教

育。质性研究表明临床护士尤其是高年资的临床护士在死亡态度和需求方面更希望获得心理支持和社会支持,这与在校护生所需要的死亡教育重点是不一致的,前者对死亡相关的习俗、丧亲者的反应、临终以及死亡后相关护理措施已经了解得较为充分^[11, 23]。我国近些年来对死亡教育课程的构建多以死亡概念、临终患者及其家属的护理以及相关伦理法律问题为主,较适用于护理学生或初入职的护理人员,面向因长期面对患者死亡而产生的相关死亡心态或者哲学观的教育所占比例则较少^[24-25]。而护士自身心理体验表明当其经常遭遇患者死亡,可能会出现强烈的情绪波动和心理影响,包括焦虑、痛苦、应激反应、无助感、挫败感以及工作疲溃感,并在应对患者死亡时表现出缺乏信心^[4, 11],这可以归纳为护士的灵性痛苦,而与之相对应的概念是灵性健康^[26]。后者可以被界定为个人对生命意义的肯定状态,了解和肯定自身、他人与环境的价值,与他人和环境和谐相处的能力;拥有内在的资源和力量,以及适应逆境的能力^[27]。因此,那些拥有灵性健康的临床护士将可能对死亡持有更为正向的态度,并最终影响到护士在长期临床工作中的态度和照护质量。目前尚缺乏专门针对改善护士负性死亡态度的灵性教育,但研究者认为可从目前较为热门的面向学生的灵性教育和面向护理人员的灵性照护教育(主要用于教育护士如何为临终患者和孤寡老人提供灵性照护)中分别吸纳部分内容,结合护理人员本身的需求,构成独特的灵性教育模式。

3.3.2 关于改善护士死亡态度的灵性教育的思考 灵性作为一种意识能够促成生命活性,引导自我反思,开启精神超越,是人生而蕴含的生命潜能和精神倾向^[28]。因此,通过灵性教育促进灵性觉醒,进而激发人生而蕴含的生命潜能和精神倾向,将有效帮助护士进一步理解生命的价值和生存的意义,从而改善其死亡观和死亡态度。灵性教育应有自己独特的教学目标、教学内容及教学模式。首先,在确定教育目标时一定要去宗教化。许多学者认为灵性与宗教并不等同,也不一定有直接联系^[29],本次的调查研究也证实了宗教信仰并未成为保护性因素。因此,灵性教育的主要目标应该是帮助护士在了解灵性以及灵性觉醒相关概念的基础上,通过自我觉察,提升灵性,从而能从较高角度思考生命的意义与圆满,反思死亡对自身的冲击,并最终寻找到合适的应对策略。其次,教育内容主要包括:灵性的定义与内涵(这将帮助护理人员了解什么是灵与灵性,灵性健康在维持身心健康方面的重要作用);灵性需求及评估方法(帮助护士评估和了解面对死亡时对

个人产生的灵性困扰);人文知识的学习(特别是人文经典的学习);死亡意识的觉醒(即以死观生的学习);灵性自我觉察(通过策略学习,反思自身内在的正性和负性变化);压力与应对的哲学观和相关理论(系统学习他人经验和策略);构建自身应对策略等^[27, 30]。最后,教学方法应以基于案例分享的团体讨论、临床研讨会为主。此外,通过书写反思日记的自我反省练习、角色模拟以及影视或文学、艺术作品教学,可以提高学习者对生命的了解程度,反思自身对生死的心态,有助于帮助临床护士培养出切合自身的应对策略。

4 小结

三级医院护士的死亡态度受到多重因素影响,但目前缺乏行之有效的干预措施。本研究通过对调查结果的深入分析,认为灵性教育有望帮助临床护士应对遭遇患者死亡时可能出现的负性态度,促进其正向转化,并最终改善护理人员长期从事临床工作的积极心态。本研究仅选取无锡市1所医院的护理人员进行调查,样本量较单一,研究结果有待进一步佐证;且受时间限制,灵性教育尚未在临床护理继续教育中开展,后续研究可在拓宽研究对象的基础上,进行干预前后对比,以充分探讨护士死亡态度的有效改善措施。

参考文献:

- [1] 岳阳阳,郑黎强,郭佳凯,等.我国三级医院住院患者死亡率的影响因素分析[J].中国医院,2016,20(3):20-23.
- [2] PETERS L, CANT R, PAYNE S, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature [J]. Open Nurs J, 2013, 7: 14-21.
- [3] TERZIOGLU F, USLU SAHAN F. Palliative care to the cancer patient: Turkish nurses' perspectives [J]. J Palliat Care Med, 2015, 5: 1-5.
- [4] WHITE D, MEEKER M A. Guiding the process of dying: the personal impact on nurses [J]. J Hosp Palliat Nurs, 2019, 21(5): 390-396.
- [5] TEMELLI G, CERIT B. Perceptions of palliative care nurses related to death and palliative care practices [J]. Omega, 2019: 30222819890457.
- [6] 唐鲁,张玲,李玉香,等.中文版死亡态度描绘量表用于护士群体的信效度分析[J].护理学杂志,2014,29(14):64-66.
- [7] 韩舒,崔岩,卢晓虹,等.三级甲等医院护士死亡态度现状及影响因素研究[J].护理管理杂志,2018,18(3):185-188.
- [8] 刘英.湖南省急诊科护士对死亡的态度与临终关怀态度的现状调查[D].长沙:湖南师范大学,2019.
- [9] WANG L P, LI C X, ZHANG Q L, et al. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China [J]. Int J Palliat Nurs, 2018, 24(1): 33-39.
- [10] 李梦琦,王冰心,张俊艳,等.护生对待死亡及临终关怀态度的调查分析[J].上海护理,2015,15(1):8-11.

- [11] 肖旋,权明桃,李晓娟,等. ICU 护士面对病人死亡内心体验及需求的质性研究[J]. 循证护理, 2019, 5(3): 246-250.
- [12] 徐丹丹. 医护人员对死亡和临终关怀的态度及影响因素[D]. 上海: 上海交通大学, 2017.
- [13] 薛娜娜. 河北省三级医院 ICU 护士死亡焦虑现状调查及干预研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2017.
- [14] 陈蓄,梁燕仪. 临床护理人员死亡态度现状及影响因素的研究进展[J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(6): 985-989.
- [15] CICIRELLI V G. Personal meanings of death in relation to fear of death[J]. Death Stud, 1998, 22(8): 713-733.
- [16] 孟祥寒,李强,周彦榜,等. 恐惧管理理论的争议及其对死亡心理研究的启示[J]. 心理科学进展, 2021, 29(3): 492-504.
- [17] 雷爱民. 死亡是什么[M]. 北京: 北京大学出版社, 2020: 177-180.
- [18] ZHENG R S, LEE S F, BLOOMER M J. How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis[J]. J Clin Nurs, 2018, 27(1-2): e39-e49.
- [19] 唐鲁,李玉香,周玲君,等. 死亡教育课程对护士照护临终患者态度的影响[J]. 上海护理, 2015, 15(4): 12-15.
- [20] 李凤侠,胡成文,许宝惠,等. 国内外护理人员死亡教育方法的研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33(20): 3559-3562.
- [21] OKAMURA T, SHIMMEI M, TAKASE A, et al. A positive attitude towards provision of end-of-life care may protect against burnout: Burnout and religion in a super-aging society [J]. PLoS One, 2018, 13(8): e0202277.
- [22] XU F Q, HUANG K, WANG Y H, et al. A questionnaire study on the attitude towards death of the nursing interns in eight teaching hospitals in Jiangsu, China [J]. Biomed Res Int, 2019, 2019: 3107692.
- [23] SANSÓ N, GALIANA L, OLIVER A, et al. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death [J]. J Pain Symptom Manage, 2015, 50(2): 200-207.
- [24] 刘宇. 护理学专业死亡教育课程知识体系构建研究[D]. 延吉: 延边大学, 2019.
- [25] 林婕,吴丽荣,武妍,等. 护理高等职业教育阶段开设安宁疗护教学的实践[J]. 上海护理, 2020, 20(2): 47-50.
- [26] JABERI A, MOMENNASAB M, YEKTATALAB S, et al. Spiritual health: a concept analysis[J]. J Relig Health, 2019, 58(5): 1537-1560.
- [27] HU Y L, JIAO M R, LI F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses[J]. BMC Palliat Care, 2019, 18(1): 104.
- [28] 侯长林. 大学灵性教育的理论探讨与实践策略[J]. 重庆高教研究, 2017, 5(6): 3-12.
- [29] NAHARDANI S Z, AHMADI F, BIGDELI S, et al. Spirituality in medical education: a concept analysis[J]. Med Health Care Philos, 2019, 22(2): 179-189.
- [30] BALDACCHINO D R. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses[J]. Nurse Educ Pract, 2011, 11(1): 47-53.

(本文编辑: 龚礼敏)

· 编读往来 ·

学术论著署名问题负面行为清单

学术论著署名规范一般由学术界长期形成的惯例自行确定,根据学科、领域甚至不同的科技期刊均可能有不同的规范要求。为倡导在科研实践中的诚实守信行为,重申学术论著署名中的基本规范,2022年2月8日,中国科学院科研道德委员会发布了《关于规范学术论著署名问题负面行为清单的通知》。学术论著署名问题负面行为清单如下:

1. 禁止冒用作者署名、虚构作者署名。
2. 禁止无实质性贡献的人员参与署名。禁止荣誉性、馈赠性、利益交换性署名或夹带署名。
3. 禁止未经所有作者一致同意就确定署名顺序(学科和期刊另有规定的除外)。论著被期刊编辑部通知接收后,所有作者不得再任意修改署名顺序。
4. 不得违反署名第一作者或通讯作者时的必要性原则而罗列过多的第一作者或通讯作者,也不得因为有多个第一作者或通讯作者而拒绝承担对整篇论文的责任。
5. 不得因作者所属机构变化而随意变更论著工作主要完成机构。不得虚构、伪造作者所属机构,不得把论著非完成机构作为署名单位。
6. 不得使用非正式联系方式作为论著作者的联系方式,例如使用公众邮箱等社会通讯方式作为联系方式。
7. 不得故意排斥有重要贡献的科研工作者参与署名。不得侵害直接实施科学实验的研究生的基本署名权。不得为均衡其他非学术利益而随意调整学生的署名及其署名位置。