

# 肿瘤科护士安宁疗护认知现状及死亡态度影响因素的调查研究

徐良萍

湖北省第三人民医院阳逻院区, 湖北省武汉市, 430415;

**摘要:** 目的是调查肿瘤科护士安宁疗护认知现状与死亡态度, 分析影响因素, 为开展培训、优化心理支持体系、提升服务质量提供依据。方法是选取本院肿瘤科2024年10月至2025年10月在岗的50名护士, 按是否接受系统安宁疗护培训分为对照组和实验组, 每组25名。对照组未接受系统培训, 靠临床实践积累知识; 实验组接受3个月系统培训。用安宁疗护认知问卷和死亡态度量表调查两组护士, 对比得分, 分析相关因素影响。结果显示, 实验组安宁疗护认知总得分、“接受死亡”维度得分显著高于对照组, “恐惧死亡”“逃避死亡”维度得分显著低于对照组。单因素分析表明, 年龄 $\geq 35$ 岁、工作年限 $\geq 5$ 年、本科及以上学历、护师及以上职称、接受过培训的护士, 认知得分更高、死亡态度更积极。多因素 Logistic 回归分析显示, 接受培训、工作年限 $\geq 5$ 年、本科及以上学历是影响认知和死亡态度的重要积极因素。结论是肿瘤科护士安宁疗护认知水平待提升, 死亡态度有消极倾向, 接受系统培训、较长工作年限和较高学历可改善认知和态度。临床应加强培训, 结合个体特征制定方案, 提升服务能力, 引导树立积极死亡态度。

**关键词:** 肿瘤科护士; 安宁疗护; 认知现状; 死亡态度; 影响因素; 调查研究

**DOI:** 10.69979/3029-2808.26.04.048

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院肿瘤科2024年10月至2025年10月在岗的50名护士, 均为在岗注册护士, 从事肿瘤科临床护理 $\geq 1$ 年, 自愿参与研究, 签署知情同意书, 无精神和严重躯体疾病, 无离职、进修计划, 能配合完成调查和培训。按是否接受系统培训分对照组和实验组, 各25名。对照组年龄22-48岁, 工作年限1-12年, 中专及大专16名, 本科及以上学历9名, 护士14名, 护师及以上11名, 未接受系统培训; 实验组年龄23-49岁, 工作年限1-13年, 中专及大专15名, 本科及以上学历10名, 护士13名, 护师及以上12名, 接受3个月系统培训。两组一般资料差异无统计学意义, 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准。

### 1.2 病例选择标准

**纳入标准:** 在岗注册护士, 从事肿瘤科临床护理工作 $\geq 1$ 年; 能够熟练使用问卷填写工具, 配合完成调查及相关培训; 自愿参与本研究, 签署知情同意书; 无精神疾病、严重躯体疾病, 无认知功能障碍; 在岗期间无重大护理差错, 无离职、进修计划。排除标准: 非肿瘤科在岗护士, 或从事肿瘤科护理工作 $< 1$ 年; 接受过系统安宁疗护培训但未完成全部培训内容; 存在精神疾

病、认知功能障碍, 无法配合问卷填写和培训; 孕期、哺乳期护士, 或因躯体疾病无法正常参与研究; 拒绝参与本研究或中途退出者。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对照组

对照组护士不接受系统的安宁疗护培训, 维持常规临床护理工作模式, 仅通过日常临床实践、科室零散学习(如病例讨论、简单讲座)积累安宁疗护相关知识, 不进行针对性的死亡态度引导和心理支持。研究期间, 按照常规护理工作要求开展工作, 完成问卷调查(研究开始时、研究结束时各1次)。

#### 1.3.2 实验组

实验组护士在常规临床护理工作基础上, 接受为期3个月的系统安宁疗护培训, 培训采用“理论授课+临床实操+心理疏导”相结合的方式, 每周培训1次, 每次2小时, 共计12次培训。具体培训内容: ① 安宁疗护理论知识: 包括安宁疗护的概念、核心内涵、发展现状、伦理规范, 晚期肿瘤患者的生理护理、心理护理、疼痛管理、营养支持等; ② 临床实操培训: 由资深安宁疗护护士带教, 模拟晚期肿瘤患者护理场景, 开展疼痛评估、心理沟通、临终关怀等实操训练; ③ 心理疏导培训: 邀请心理专家授课, 讲解死亡教育相关知识, 引导护士正确认识死亡, 缓解职业压力, 树立积极的死亡态

度,同时培训护士对晚期肿瘤患者及家属的心理疏导技巧。培训结束后进行考核,确保护士掌握相关知识和技能,研究期间完成问卷调查(研究开始时、研究结束时各1次)。

1.4 观察指标

(1) 安宁疗护认知水平。(2) 死亡态度。(3)

影响因素调查。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理。

2 结果

2.1 两组护士安宁疗护认知得分对比

具体数据见表1。

组别	时间点	基础认知维度	临床技能维度	总得分
对照组 (n=25)	研究开始时	18.24±3.56	20.15±3.87	65.32±8.19
对照组 (n=25)	研究结束时	22.58±3.72	24.36±3.95	65.18±8.24
实验组 (n=25)	研究开始时	18.36±3.61	20.28±3.92	65.45±8.21
实验组 (n=25)	研究结束时	28.65±3.89	30.12±4.03	82.36±7.52
t 值 (组间结束时)	-	6.892	5.987	7.253
P 值 (组间结束时)	-	<0.001	<0.001	<0.001

注:与对照组研究结束时对比, P<0.05; 与本组研究开始时对比, P<0.05。

2.2 两组护士死亡态度各维度得分对比

具体数据见表2。

组别	例数	接受死亡	恐惧死亡	逃避死亡	漠视死亡
对照组	25	25.68±4.87	35.76±5.38	34.21±5.03	29.35±4.76
实验组	25	32.12±4.35	28.54±5.16	27.89±4.92	30.12±4.82
t 值	-	5.328	4.896	4.673	0.589
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001	0.558

注:与对照组对比, P<0.05。

2.3 肿瘤科护士安宁疗护认知及死亡态度的影响因素分析

1. 单因素分析 单因素分析结果显示,年龄≥35岁、工作年限≥5年、本科及以上学历、护师及以上职称、接受过安宁疗护培训、有临终护理经历的护士,安宁疗护认知得分显著高于年龄<35岁、工作年限<5年、中专及大专学历、护士职称、未接受安宁疗护培训、无临终护理经历的护士(P<0.05);同时,上述特征的护士“接受死亡”维度得分更高,“恐惧死亡”“逃避死亡”维度得分更低,死亡态度更积极(P<0.05);性别对护士安宁疗护认知和死亡态度无显著影响(P>0.05)。

2. 多因素 Logistic 回归分析 以安宁疗护认知得分(高得分=1,低得分=0)为因变量,以单因素分析中 P<0.05 的因素(年龄、工作年限、学历、职称、是否接受安宁疗护培训)为自变量,进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示,接受安宁疗护培训、工作年限≥5年、本科及以上学历是影响肿瘤科护士安宁疗护认知的独立保护因素(OR 值分别为 0.215、0.328、0.401,95%

CI 分别为 0.082~0.563、0.145~0.739、0.187~0.858, P<0.05)。以死亡态度(积极=1,消极=0)为因变量,上述因素为自变量,多因素 Logistic 回归分析显示,接受安宁疗护培训、工作年限≥5年、本科及以上学历也是影响护士死亡态度的独立积极因素(P<0.05)。

3 讨论

安宁疗护作为一种专注于晚期肿瘤患者生理、心理、精神需求的护理模式,核心是帮助患者减轻痛苦、提高临终生活质量,同时为患者家属提供心理支持,而肿瘤科护士作为安宁疗护服务的主要执行者,其安宁疗护认知水平和死亡态度直接影响服务质量<sup>[1]</sup>。随着肿瘤发病率的不断上升,晚期肿瘤患者对安宁疗护的需求日益增加,因此,调查肿瘤科护士安宁疗护认知现状及死亡态度,分析其影响因素,对优化安宁疗护服务、提升护理质量具有重要意义。

本研究选取 50 名肿瘤科护士作为研究对象,结果显示,研究开始时,两组护士安宁疗护认知水平整体偏低,总得分均在 65 分左右,表明当前肿瘤科护士安宁疗护认知存在明显不足,这与国内相关研究结果一致<sup>[2]</sup>。

分析原因,一方面,我国安宁疗护发展起步较晚,相关培训体系不够完善,多数肿瘤科护士未接受过系统的安宁疗护培训,仅通过临床实践积累相关知识,导致认知不够全面、深入;另一方面,部分医院对安宁疗护重视程度不足,未将安宁疗护培训纳入护士常规培训计划,护士缺乏系统学习的机会,同时,安宁疗护涉及伦理、心理等多方面知识,学习难度较大,也导致护士认知水平提升缓慢。

本研究中,实验组接受系统安宁疗护培训后,安宁疗护认知总得分显著提升至 $82.36 \pm 7.52$ 分,显著高于对照组的 $65.18 \pm 8.24$ 分,差异有统计学意义( $P < 0.001$ ),表明系统的安宁疗护培训能够有效提升护士的认知水平。系统培训通过理论授课、临床实操、心理疏导相结合的方式,不仅让护士掌握安宁疗护的基础理论和临床技能,还能帮助护士理解安宁疗护的伦理内涵,提升临床护理能力,这也进一步证实了安宁疗护培训的重要性<sup>[3]</sup>。同时,培训后实验组护士的死亡态度明显改善,“接受死亡”维度得分显著提高,“恐惧死亡”“逃避死亡”维度得分显著降低,表明系统培训能够引导护士正确认识死亡,缓解对死亡的恐惧和逃避心理,树立积极的死亡态度。

影响因素分析显示,接受安宁疗护培训、工作年限 $\geq 5$ 年、本科及以上学历是影响肿瘤科护士安宁疗护认知和死亡态度的重要因素。接受安宁疗护培训是最关键的影响因素,这是因为系统培训能够为护士提供全面、系统的安宁疗护知识和技能,同时引导护士树立正确的死亡观,有效改善其认知和态度;工作年限 $\geq 5$ 年的护士,长期从事肿瘤科临床护理工作,接触晚期肿瘤患者和临终护理场景较多,积累了丰富的临床经验,对安宁疗护的重要性认识更深刻,同时也逐渐适应了临终护理工作,死亡态度更趋积极<sup>[4]</sup>;本科及以上学历的护士,学习能力和理解能力更强,能够更快掌握安宁疗护相关知识,同时对新的护理理念和模式接受度更高,更易树立科学的死亡观,因此认知水平和死亡态度更优。

当前,我国安宁疗护事业仍处于发展阶段,肿瘤科护士安宁疗护认知不足、死亡态度存在消极倾向的问题仍较为突出,制约了安宁疗护服务质量的提升。针对这一问题,临床应采取针对性的措施:一是加强系统安宁疗护培训,将安宁疗护培训纳入肿瘤科护士常规培训计划,结合护士的工作年限、学历、职称等个体特征,制定个性化的培训方案,定期开展理论授课、临床实操和心理疏导培训,确保护士掌握相关知识和技能<sup>[5]</sup>;二是完善心理支持体系,肿瘤科护士长期面对晚期肿瘤患者的痛苦和死亡,易产生职业压力和心理负担,医院应定

期为护士提供心理疏导服务,缓解其心理压力,引导其树立积极的职业心态和死亡态度;三是提高医院对安宁疗护的重视程度,加大安宁疗护投入,完善安宁疗护服务设施,营造良好的安宁疗护工作氛围,提升护士的职业认同感和归属感;四是鼓励护士主动学习,通过参加学术会议、线上课程、病例讨论等方式,不断提升自身的安宁疗护认知水平和护理能力。

本研究存在一定的局限性,研究对象仅选取本院50名肿瘤科护士,样本量较小,且为单中心研究,研究结果的代表性有限;同时,研究周期较短,未对护士安宁疗护认知和死亡态度的长期变化进行跟踪观察。后续研究应扩大样本量,开展多中心研究,延长研究周期,进一步深入分析影响肿瘤科护士安宁疗护认知和死亡态度的因素,同时探索更有效的培训和心理支持方案,为提升肿瘤科安宁疗护服务质量提供更可靠的参考依据。

综上所述,肿瘤科护士安宁疗护认知水平整体偏低,死亡态度存在一定的消极倾向,接受系统安宁疗护培训、较长的工作年限和较高的学历可显著改善护士的安宁疗护认知和死亡态度。临床应高度重视肿瘤科护士安宁疗护培训和心理支持,结合护士个体特征制定针对性的措施,提升护士安宁疗护服务能力,引导其树立积极的死亡态度,从而为晚期肿瘤患者提供更优质、更具人文关怀的安宁疗护服务,推动我国安宁疗护事业的持续发展。

## 参考文献

- [1] 姚湘渝,姚倩,丁欢,等. 肿瘤科护士安宁疗护行为的影响因素的Meta分析[J]. 牡丹江医科大学学报, 2025, 46(03): 40-43+101. DOI: 10.13799/j.cnki.mdjyxyxb.2025.03.006.
- [2] 侯月丽,党丹,钱静. 肿瘤科护士安宁疗护的知行现状及其影响因素[J]. 海南医学, 2023, 34(14): 2070-2075.
- [3] 高欣. 高职护理专业学生安宁疗护知识、态度现状及教育方案构建[D]. 青岛大学, 2023. DOI: 10.27262/d.cnki.gqdau.2023.002358.
- [4] 张栩彰. 重症监护室安宁疗护能力量表的汉化及应用研究[D]. 中南大学, 2023. DOI: 10.27661/d.cnki.gzhnu.2023.003626.
- [5] 赵明月,陈静,刘冬英,等. 肿瘤科护士安宁疗护认知及需求现状分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(50): 116-117. DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2019.50.055.