

分类号: R47

单位代码: 10159

密 级: 公开

学 号: 2019121002



中國醫科大學

硕士 学位 论文

中文题目: 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状及其影响
因素研究

英文题目: Study on the status and influencing factors of death anxiety among
family caregivers of patients with end-stage cancer

论文作者: 钱文娜

指导教师: 李小寒 教授

学科专业: 护理学

完成时间: 2022年3月

中国医科大学硕士学位论文

终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状

及其影响因素研究

Study on the status and influencing factors of death anxiety
among family caregivers of patients with end-stage cancer

论文作者 钱文娜 指导教师 李小寒 教授

申请学位 医学硕士 培养单位 护理学院

一级学科 护理学 二级学科 护理学

研究方向 安宁疗护/护理教育

论文起止时间 2020年9月—2022年3月

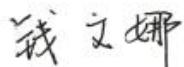
论文完成时间 2022年3月

中国医科大学（辽宁）

2022年3月

中国医科大学学位论文独创性声明

本人郑重声明：本论文是我个人在导师指导下独立进行的研究工作及取得的研究成果，论文中除加以标注的内容外，不包含其他人或机构已经发表或撰写过的研究成果，也不包含本人为获得其他学位而使用过的成果。对本研究提供贡献的其他个人和集体均已在文中进行了明确的说明并表示谢意。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

论文作者签名：

日期：2022年6月1日

中国医科大学学位论文版权使用授权书

本学位论文作者完全了解学校有关保留、使用学位论文的规定，同意学校保留并向国家有关部门或机构送交学位论文的原件、复印件和电子版，允许学位论文被查阅和借阅。本人授权中国医科大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编学位论文。

保密（），在____年后解密适用本授权书。（保密：请在括号内划“√”）

论文作者签名：

指导教师签名：

日期：2022年6月1日

日期：2022年6月1日

摘要

目的: 了解终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑现状，并分析其影响因素，为进一步制定规范化的终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑评估及干预方案提供参考依据。

方法: 本研究为描述性研究，便利抽样选取 2020 年 11 月～2021 年 7 月辽宁省三所三级甲等医院内符合纳入标准的 228 位终末期癌症患者家庭照顾者进行调查。研究工具包括一般资料调查表、艾森克人格问卷简式量表 (Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale for Chinese, EPQ-RSC)、领悟社会支持量表 (Perceived Social Support Scale, PSSS)、一般自我效能量表 (General Self-Efficacy Scale, GSES)、死亡焦虑量表 (Templer's Death Anxiety Scale, T-DAS)。所有资料均采用 Epidata3.1 对数据进行双人录入，使用 SPSS 26.0 对数据进行统计分析。计数资料采用频数、百分比进行描述，计量资料采用均数±标准差进行统计描述；采用单因素分析法（两独立样本 *t* 检验、单因素方差分析）和多因素分析法（多元线性回归分析）分析终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的影响因素。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结果: 1. 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状：228 例终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分为 (8.23 ± 2.56) 分，总体处于高死亡焦虑水平。

2. 单因素分析结果：①终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分在患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、病情是否稳定、有无抢救经历上的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；②终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分在照顾者性别、宗教信仰、文化程度、个人月收入、是否曾经历身体创伤、有无慢性病上的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3. 相关性分析结果：①终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑与外向型人格呈负相关 ($r = -0.328$, $P < 0.01$)；②终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑与神经质人格呈正相关 ($r = 0.466$, $P < 0.01$)；③终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑与领悟社会支持呈负相关 ($r = -0.505$, $P < 0.01$)；④终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑与自我效能呈负相关 ($r = -0.657$, $P < 0.01$)。

4. 多因素分析结果：①患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、有无抢救经历进入照顾者死亡焦虑回归方程 ($P < 0.05$)；②照顾者文化

程度、个人月收入、有无慢性病、神经质人格、自我效能进入照顾者死亡焦虑回归方程 ($P<0.05$)。

结论：1. 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑处于高水平。

2. 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的影响因素为患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、有无抢救经历；照顾者文化程度、个人月收入、有无慢性病、神经质人格、自我效能。患者医保类型为农村医保、有复发经历、预期生存期短、未处于宁养病房、有抢救经历时，相应的家庭照顾者为死亡焦虑的高危人群。此外，文化程度低、经济状况差、有慢性病、神经质人格、低自我效能的终末期癌症患者家庭照顾者，死亡焦虑水平高。提示未来临床医护人员可根据死亡焦虑高危人群特征，及时评估并干预终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑，重视患者临终状态对照顾者死亡焦虑的影响，以提高其心理健康状况和生活质量。

关键词：死亡焦虑；癌症；家庭照顾者

Abstract

Objective: To investigate the current status of death anxiety among family caregivers of patients with end-stage cancer and analyze its influencing factors, so as to provide reference for further formulating standardized assessment and intervention programs of death anxiety in family caregivers of patients with end-stage cancer.

Methods: This study was a descriptive study, and convenience sampling method was used to select 228 family caregivers of end-stage cancer patients who met the inclusion criteria in three tertiary hospitals in Liaoning Province from November 2020 to July 2021 for questionnaire survey. Research tools included general information Questionnaire, Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale for Chinese (EPQ-RSC), Perceived Social Support Scale (PSSS), General Self-efficacy Scale (GSES) and Templer's Death Anxiety Scale (T-DAS). Epidata3.1 was used for double data entry, and SPSS 26.0 was used for statistical analysis. Counting data were statistically described by frequency and percentage, and measurement data were statistically described by mean \pm standard deviation. Univariate analysis (two-independent sample T test, univariate analysis of variance) and multivariate linear regression analysis (multiple linear regression analysis) were used to analyze the influencing factors of death anxiety in family caregivers of terminal cancer patients. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 1. Present situation of death anxiety of family caregivers of patients with end-stage cancer: the score of death anxiety of family caregivers of 228 patients with end-stage cancer was (8.23 ± 2.56) , which was generally at a high level of death anxiety.

2. Univariate analysis results: (1) The scores of death anxiety among family caregivers of patients with end-stage cancer were statistically significant in patients' medical insurance type, recurrence experience, expected survival time, whether they were in hospice care unit, whether their condition was stable, and whether they had rescue experience ($P < 0.05$). (2) The scores of death anxiety among family caregivers of patients with end-stage cancer were statistically significant in caregivers'

gender, religious belief, education level, monthly income, whether they have experienced physical trauma and whether they have chronic diseases ($P<0.05$).

3. Correlation analysis results: (1)Caregiver death anxiety was negatively correlated with extraversion personality ($r=-0.328$, $P<0.01$); (2) Caregiver death anxiety was positively correlated with neuroticism ($r=0.466$, $P<0.01$); (3) Caregivers' death anxiety was negatively correlated with perceived social support ($r=-0.505$, $P<0.01$); (4) Caregivers' death anxiety was negatively correlated with self-efficacy ($r=-0.657$, $P<0.01$).

4. Results of multivariate analysis: (1) patients' type of medical insurance, recurrence experience, expected survival time, whether they are in hospice care unit, rescue experience included in the regression equation of death anxiety of caregivers ($P < 0.05$); (2) Caregivers' educational level, monthly income, chronic disease, neurotic personality and self-efficacy were included in the regression equation of caregivers' death anxiety ($P < 0.05$).

Conclusions: 1. Death anxiety in family caregivers of patients with end-stage cancer is at a high level. 2. The influencing factors of death anxiety among family caregivers of patients with end-stage cancer were patients' medical insurance type, recurrence experience, expected survival time, whether they were in hospice care unit, and whether they had rescue experience; Caregivers' educational level, personal monthly income, chronic disease, neurotic personality, self-efficacy. The corresponding family caregivers were high-risk groups with death anxiety when the patients were in rural areas, had relapse experience, had short expected survival, were not in hospice care unit, and had rescue experience. In addition, family caregivers with low education level, poor economic status, chronic disease, neurotic personality and low self-efficacy had higher death anxiety. In the future, clinical medical staff can timely assess and intervene in family caregivers' death anxiety according to the characteristics of high-risk population with death anxiety, and pay attention to the influence of patients' terminal state on caregivers' death anxiety, so as to improve their mental health status and quality of life.

Key words: death anxiety; Cancer; Family caregiver

英文缩略语

英文缩写	英文全称	中文全称
APA	American Psychiatric Association	美国精神病学协会
DA	Death anxiety	死亡焦虑
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association	北美护理诊断协会
E	Extroversion	外向型人格
N	Neuroticism	神经质人格
P	Psychoticism	精神质人格
L	Lie	测谎/效度量表
VIF	Variance Inflation Factor	方差膨胀因子

目 录

摘要	III
Abstract	V
英文缩略语	VII
1 前言	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究目的及意义	3
1.3 相关概念及操作性定义	3
1.3.1 终末期癌症患者 (Terminal cancer patients)	3
1.3.2 家庭照顾者 (Family caregivers)	3
1.3.3 焦虑 (Anxiety)	3
1.3.4 死亡焦虑 (Death anxiety, DA)	3
1.4 理论基础	4
2 对象和方法	5
2.1 研究方法	5
2.2 研究对象	5
2.2.1 纳入标准	5
2.2.2 排除标准	5
2.2.3 样本量的计算	5
2.3 研究工具	5
2.3.1 一般资料调查表	5
2.3.2 死亡焦虑量表	6

2.3.3 艾森克人格问卷简式量表	6
2.3.4 领悟社会支持量表	7
2.3.5 一般自我效能量表	7
2.4 资料收集	7
2.5 资料的整理与分析	8
2.6 伦理考量	9
2.7 质量控制	9
2.7.1 课题设计阶段	9
2.7.2 课题实施阶段	10
2.7.3 数据处理阶段	10
2.8 技术路线	10
3 结果	12
3.1 终末期癌症患者及其家庭照顾者基本资料	12
3.1.1 终末期癌症患者基本资料	12
3.1.2 终末期癌症患者家庭照顾者基本资料	13
3.2 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状	15
3.3 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的单因素分析	15
3.3.1 患者病情对照顾者死亡焦虑的影响	16
3.3.2 照顾者一般人口学资料对其死亡焦虑的影响	17
3.4 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的相关性分析	19
3.5 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的多因素分析	20
4 讨论	24
4.1 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状	24

4.2 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的影响因素分析	24
4.2.1 患者因素	24
4.2.2 照顾者因素	26
5 结论	29
本研究的局限性	30
本研究创新性的自我评价	31
附录	32
附录 1 知情同意书	32
附录 2 调查问卷	33
附录 3 伦理委员会审查批件	39
参考文献	40
综述	46
攻读学位期间取得的研究成果	67
致谢	68
个人简历	69

1 前言

1.1 研究背景

据全球癌症数据库（GLOBOCAN）2020 年的最新报告^[1]，全球癌症新发病例数约 1929 万例，死亡病例约 996 万例，中国分别约占 23.7% 和 30%，中国癌症发病率和死亡率均高于全球平均水平。2/3 的患者在诊断时已处于癌症的中晚期阶段，临床缺乏有效的治疗手段，随着患者的病情进展，其生命进入终末阶段。

终末期癌症患者病情复杂，常出现多器官功能衰竭的表现，如谵妄、昏迷、呼吸困难、呕吐、出血等，亦常经历各种侵入性诊疗措施如胃管置入、胸外按压、气管插管及电除颤等。在患者疾病进程中，终末期癌症患者家庭照顾者扮演着至关重要的角色，他们为患者提供直接护理，目睹了诸多疾病症状、诊疗措施及患者临终状态。Holm 等人指出，接触其他个体的死亡会使个体意识到自己的死亡，从而引起焦虑和不安，增加其罹患死亡焦虑的风险^[2, 3]。终末期癌症患者家庭照顾者长期暴露于死亡威胁的环境中，易引发其对死亡的思考和焦虑。Onyechi 等人研究发现，身处频繁的死亡提醒，甚至使得照顾者的死亡焦虑高于癌症患者^[4]。

死亡焦虑（Death anxiety, DA），是指个体因意识到死亡的存在或面对临终而感到不安、忧虑和害怕的状态，由一个人对自己死亡的思考而引起的存在性担忧^[5]。死亡焦虑比其他负性情绪如焦虑、抑郁等更早出现，可以更为敏感地反映个体的心理状况^[6]。研究表明^[7, 8]，个体死亡焦虑水平越高，越易遭遇心理疾病如抑郁、惊恐障碍等，对幸福的感知度越低，对生活质量影响也越严重。而终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑更会降低其照护质量，减少患者与家属之间关于临终关怀意愿的沟通，阻碍安宁疗护的发展，不利于提高癌症患者的生活质量和死亡质量^[9, 10]。可见关注终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑状况及其影响因素，是提高照顾者身心健康、进而提高其照护质量的关键，更是开放医护、患者、家属间临终沟通，进而实现“患者善终”至关重要的一步。

国内外与死亡焦虑相关的研究多集中于患者、医护人员以及医学生等群体。相关研究表明，年龄、宗教信仰、人格特性、自我效能、社会支持等是个体死亡焦虑的影响因素^[11-14]。Florian 和 Mikulincer 学者^[15]指出，根据现有的死亡焦虑相关理论，可将影响个体死亡焦虑的因素归纳为内在和外在两个方面：内在过程（Internal process: the internalization or overall evaluation of the self）和外部原因（External causes）。人格特性属于个体的内在特质，是指能够在不同的时空情境

中主导个体行为的稳定而统一的心理结构^[16]。Frazier 等人^[17]进行的一项关于死亡焦虑和人格关系的研究显示,死亡焦虑与神经质以及 A 型人格(即攻击性人格和情绪化的人)之间存在中等程度的正相关。Yildiz 和 Bulut 的研究表明^[18],神经质人格与死亡焦虑之间呈正相关,开放性人格和死亡焦虑之间呈负相关。然而,人格特性与死亡焦虑的关系有待在癌症患者家庭照顾者中进一步澄清。自我效能感是指个体对执行某一特定任务达到预期结果的能力和自信心的推测与判断,自我效能感有助于个体对其焦虑思维过程施加更多的控制,与个体心理社会功能的改善和幸福感的提高有关^[19, 20]。Hoelterhoff 等人^[21]在探讨死亡焦虑心理韧性的研究中指出,自我效能感是构成死亡焦虑心理韧性的一部分,可以应用于死亡焦虑领域。Wu 等人^[22]在大学生群体中进行调查,结果表明自我效能感较低的大学生有着更高水平的死亡焦虑。然而这一结论尚未在癌症患者家庭照顾者中得到证实。社会支持^[23]属于个体与外界关系的联结,具体是指可以得到的外界帮助,包括他人在精神、经济等方面给予的理解及支持,它分为客观社会支持和领悟社会支持两种类型。研究表明^[24, 25],社会支持与死亡焦虑呈负相关,但较少研究报道领悟社会支持与死亡焦虑的关系,领悟社会支持是指被个体感知到的社会支持,与客观社会支持相比,在促进个体心理健康方面作用更为突出^[26]。此外,癌症患者是家庭照顾者的生活重心,家庭照顾者的死亡焦虑可能会受到患者病情的影响。Soleimani 等人研究^[27]揭示,患者的治疗类型是照顾者死亡焦虑的一个重要预测因素。Braun 等人^[28]指出,癌症复发可能引发照顾者的死亡相关焦虑。患者的癌症越接近晚期,家庭照顾者对死亡的感知越强烈,其与死亡相关的焦虑水平也越高^[29]。国外相关研究均提示应考虑患者病情对照顾者死亡焦虑的影响,但终末期癌症患者病情对照顾者死亡焦虑的影响尚不明确,有待进一步澄清。

目前我国关于终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的研究尚处于起步阶段,虽然癌症患者家庭照顾者与医护人员、医学生同样暴露于死亡提醒的环境下,但仅国外对这一人群的死亡焦虑进行了一定研究^[24, 30, 31]。死亡焦虑是一种受文化影响的心理状态,具有文化差异性,不同文化背景下,个体的死亡焦虑状况及影响因素均有所不同^[32]。中国传统文化“乐生讳死”,人们往往对死亡避而不谈,认为谈论死亡或临终都会带来坏运气和不好的后果,对于终末期癌症患者及其家庭照顾者来说更是如此,使得我国对于终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑状况知之甚少。因此,本研究旨在中国文化背景下,将患者病情对照顾者死亡焦虑的影响考虑在内,尝试探索终末期癌症患者家庭照顾者的人格特性、自我效能感及

领悟社会支持对其死亡焦虑的影响,为进一步干预终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑提供方向。

1.2 研究目的及意义

本研究旨在中国文化背景下,调查终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑的现状,并分析其影响因素,为今后医护人员系统评估、干预照顾者的死亡焦虑提供依据,以改善照顾者的心理健康状况,提高其生活质量和照护质量。

1.3 相关概念及操作性定义

1.3.1 终末期癌症患者 (Terminal cancer patients)

目前,世界上对该概念尚无统一的界定标准。我国将终末期癌症患者定义为:凡诊断明确且病情不断恶化,现代医学不能治愈,预计生存期在6个月内的癌症患者^[33]。本研究将临床病理学确诊为癌症,并且经两名肿瘤科医生评估,预期生存期≤6个月的患者界定为终末期癌症患者。

1.3.2 家庭照顾者 (Family caregivers)

家庭照顾者是指无偿为患者提供从日常生活活动到心理、社会等方面的照护,且照护时间最长的亲属,通常由与病人有重要联系的配偶、子女、父母、兄弟姐妹等组成^[34]。

1.3.3 焦虑 (Anxiety)

美国精神病学协会 (American Psychiatric Association, APA) 将焦虑描述为对危险的预期而产生的担心、紧张或忧虑感,并指出焦虑与恐惧不同,恐惧是个体面对真实威胁时的反应,而焦虑是对想象的威胁所产生的反应^[35]。

1.3.4 死亡焦虑 (Death anxiety, DA)

本研究中采用北美护理诊断协会 (North American Nursing Diagnoses Association, NANDA) 2007年对死亡焦虑的定义标准,即个体因意识到死亡的存在或面对临终而感到不安、忧虑和害怕的状态^[5]。它是由一个人对自己死亡的思考而引起的存在性担忧。本研究采用死亡焦虑量表 (Templer's Death Anxiety Scale, T-DAS) 对终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑程度进行测量,量表得分≥7分为高死亡焦虑水平^[36]。

1.4 理论基础

本研究将应用姜乾金教授提出的应激作用过程理论^[37]作为理论基础。所谓应激作用过程，就是在应激源刺激下，通过一系列应激中间变量，最后决定应激反应的过程，如图1所示。该理论强调了应激源和应激中间变量对应激反应的影响，其中个体的人格特性、认知评价、社会支持、应对方式为主要中间变量。

对终末期癌症患者家庭照顾者而言，照料临终癌症患者（应激源）是否会引起照顾者的死亡焦虑（应激反应），取决于应激源和应激中间变量。在本研究中，“应激源”即“与患者病情相关核心应激事件”，基于文献分析设置患者一般资料用于调查终末期癌症患者的病情，如患者的复发经历、预期生存期等。人格特性是指能够在不同的时空情境中主导个体行为的稳定而统一的心理结构^[16]，本研究采用艾森克人格问卷简式量表对照顾者的人格特性进行评定。认知评价是指应激源出现后，个体对压力事件的性质、个体的能力等进行的评价，本研究中照顾者认知评价特指照顾者对“死亡”的认知，以及对“个体处理死亡相关事件能力”等的认知和评价，采用一般自我效能量表测量照顾者自我效能，即“照顾者对自己是否有能力处理死亡相关事件的推测和判断”。社会支持^[23]属于个体与外界关系的联结，具体是指可以得到的外界帮助，包括他人在精神、经济等方面给予的理解及支持，本研究采用领悟社会支持量表测量个体感知到的社会支持程度。“应激反应”即“照顾者的死亡焦虑”，采用死亡焦虑量表对照顾者的死亡焦虑程度进行评定。因此，本研究将以应激作用过程理论为指导，探究终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑现状及其影响因素。

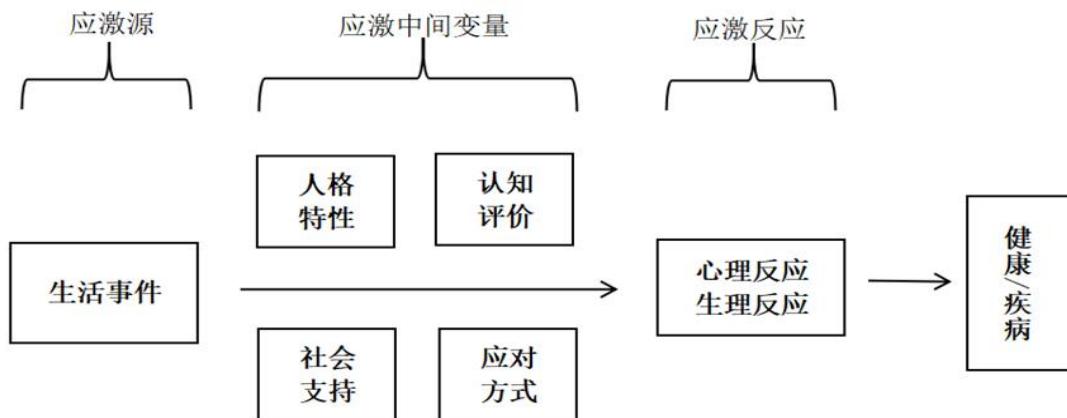


图1 应激作用过程理论

2 对象和方法

2.1 研究方法

本研究为描述性研究中的横断面研究。

2.2 研究对象

采用方便抽样方法选取辽宁省沈阳市三所三级甲等医院内符合纳入标准的终末期癌症患者家庭照顾者为研究对象。

2.2.1 纳入标准

终末期癌症患者的纳入标准：①临床病理学确诊为癌症；②经两名肿瘤科医生评估，患者预期生存期≤6个月。

家庭照顾者的纳入标准：①年龄≥18岁，知晓患者真实病情；②是患者的直系亲属；③具有有效沟通和理解能力；④承担主要照护任务，且照顾时间≥3个月，每名患者只取一位照顾者接受调查；⑤知情同意，自愿参与本次研究。

2.2.2 排除标准

家庭照顾者的排除标准：①有严重躯体疾病；②经简易精神状态检查量表（Mini-Mental State Examination, MMSE）评定为认知功能障碍者^[38]；③正在接受心理治疗者。

2.2.3 样本量的计算

参考医学统计学^[39]、护理研究^[40]以及与样本量计算公式相关的文献^[41]，多变量相关研究样本量运算方程式为： $N=(U_{\alpha/2}S/\delta)^2$ ，确定 $\alpha=0.05$ ，则 $U_{\alpha/2}=1.96$ ，查阅死亡焦虑相关文献^[42]，取死亡焦虑得分标准差的最大值 $S=3.2$ ，容许误差 δ 取0.44，计算所得样本量为203例，考虑10%～20%的无效问卷，计算样本量为223～244例。最终确定样本量为244例。

2.3 研究工具

2.3.1 一般资料调查表

由研究者在查阅文献的基础上自行设计。分为两部分，一部分用于调查终末

期癌症患者家庭照顾者的基本信息，包括性别、年龄、与患者关系类型、照顾时长、宗教信仰、婚姻状况、文化程度、个人月收入、身体创伤经历、丧亲经历、有无慢性病；另一部分用于填写癌症患者的疾病信息，包括性别、年龄、确诊时长、医保类型、有无复发、预期生存期、是否处于宁养病房、病情是否稳定、抢救经历。

2.3.2 死亡焦虑量表

Templer 的死亡焦虑量表 (Templer's Death Anxiety Scale, T-DAS) ^[43]是由美国心理学家 Templer 教授在 1967 年研制，并于 1970 年公开发表。该量表共 15 个条目，英文原版的 3 周重测信度为 0.83，内部一致性系数 KR20 为 0.76。Templer 的死亡焦虑量表已被证实在癌症患者家庭照顾者中具有较好的信效度^[44]。该量表被翻译成包括汉语、法语、德语等在内的 26 种语言，在世界范围内被广泛使用。杨红等人^[45]于 2012 年将该量表引进国内，中文版死亡焦虑量表的 Cronbach's α 为 0.71，重测信度为 0.831，且具有良好的效标效度和结构效度。中文版死亡焦虑量表包括情感（条目 1、3、10、13、14）、压力与痛苦（条目 4、5、6、9、11）、时间意识（条目 8、12）、认知（条目 2、7、15）四个维度，15 个条目，评分采用是/非方式，其中 9 个条目正向计分，6 个条目（条目 2、3、5、6、7、16）反向计分，总分 0~15 分，分值越高，表明个体的死亡焦虑越严重。本研究采用中文版死亡焦虑量表测量终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑。

在本研究中，采用内部一致性信度对死亡焦虑量表进行信度检验。结果显示：死亡焦虑量表的 Cronbach's α 系数为 0.77，各维度的 Cronbach's α 系数为 0.74~0.86。说明该量表的内部一致性信度较好，所测结果可信，可用于本研究测量终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑。

2.3.3 艾森克人格问卷简式量表

艾森克人格问卷简式量表 (Eysenck Personality Questionnaire-Revised Short Scale, EPQ-RSC) 是由 Eysenck 等人^[46]于 1985 年对艾森克人格问卷 (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) 修订而成。我国学者钱铭怡等人^[47]于 2000 年对该量表进行跨文化调试，形成中文版艾森克人格问卷简式量表，该量表包括 4 个分量表，分别为外向型 (Extroversion, E)、神经质 (Neuroticism, N)、精神质 (Psychoticism, P)、测谎或效度量表 (Lie, L)，每个分量表包括 12 个条目，共 48 个条目。EPQ-RSC 每一个分量表均采用正向记分和反向记分相结合的方

式：正向记分即该条目被选择为“是”时记 1 分，被选择为“否”时记 0 分；反向记分为该条目被选择为“否”时记 1 分，被选择为“是”时记 0 分。E、N、L 分量表的信度为 0.74~0.78，P 分量表的信度为 0.54~0.60。由于 EPQ-RSC 问卷较为简单且易于实施，目前在中国已得到广泛应用。本研究采用中文版艾森克人格问卷简式量表测量终末期癌症患者家庭照顾者的人格特性。

2.3.4 领悟社会支持量表

领悟社会支持量表（Perceived Social Support Scale, PSSS）是由 Zimet^[48]等人于 1987 年编制，用于测量个体感知到的社会支持程度，包括家庭、朋友和其他人 3 个层面。共 3 个维度，12 个条目。采用 Likert 7 级评分法，1 分表示“极不同意”，7 分表示“极同意”，分数越高表示个体感知到的社会支持越高。PSSS 量表已在多个人群中证实具有良好的效度以及较高的信度，Cronbach's α 为 0.92^[49-51]。该量表经姜乾金^[52]等人于 1991 年引进国内，整体量表的 Cronbach's α 为 0.88，重测信度为 0.85，且具有较好的会聚效度和区分效度。本研究采用中文版领悟社会支持量表测量终末期癌症患者家庭照顾者社会支持。

2.3.5 一般自我效能量表

一般自我效能量表（General Self-Efficacy Scale, GSES）是^[53]由德国心理学家 Ralf-Schwarzer 教授及其同事于 1981 年共同编制，共 10 个条目，目前该量表在国内外被广泛使用。本研究采用的是张建新等人^[54]于 1995 年翻译修订而来的中文版一般自我效能量表，该量表的 Cronbach's α 为 0.87，10 天后的重测信度为 0.83，折半信度为 0.90，另外该量表还具有较好的预测效度。量表包括 10 个条目，采用 Likert 4 级评分法，总分越高表明个体的自我效能感水平越高。本研究采用中文版一般自我效能量表测量终末期癌症患者家庭照顾者的自我效能感。

2.4 资料收集

2.4.1 征得同意

资料收集之前，由导师与医院及护理部负责人取得联系，向其解释本研究的内容、目的及意义，取得医院及护理部负责人的同意。向护理部负责人详细介绍本研究中终末期癌症患者及其家庭照顾者的纳入和排除标准，确定符合条件的科室，由护理部负责人同相关科室取得联系，由研究者进入科室向医护团队讲解本研究的内容、目的及意义，获得科室医生和护士的同意与支持。

2.4.2 问卷的发放与回收

由研究者前往科室发放问卷。发放问卷前，研究者首先使用事先编辑好的统一指导语，对符合纳入标准的照顾者详细介绍本研究的研究内容、目的及意义、填写方法及注意事项。向照顾者说明所有问卷的匿名性，并保证所有信息均会被保密。取得研究对象的知情同意，并签署知情同意书。所有调查信息原则上应由研究对象本人填写，填写时间约为 10~20 分钟。若为文盲或其他情况不能自行填写时，可由研究者采用一对一的方式，逐条询问，辅助完成。为保证问卷质量，由研究者当场回收问卷，同时检查有无漏填条目，如有遗漏现象，请照顾者当时补全，以确保问卷的质量。共发放问卷 280 份。

2.5 资料的整理与分析

2.5.1 核查并编号

问卷收集完毕后，由研究者进行逐份核查，将无效问卷按标准剔除，并将有效问卷登记编号。问卷的剔除标准如下：

- (1) 问卷存在漏填项；
- (2) 对同一量表的各条目答案均一致。

本研究中，共剔除 16 份无效问卷，其中，9 份问卷同一量表的各条目答案呈现明显的填写规律性或多数条目答案一致，7 份问卷存在漏填项。

2.5.2 数据录入

使用 Epidata3.1 对数据进行双人录入。录入数据结束后，随即选取 20% 的数据进行核对。当一个问题出现漏填或多填时，按缺失值进行处理，即删除含有缺失值的个案。本研究中，存在漏填项的问卷均在问卷核查阶段予以剔除，无多填项的问卷。

2.5.3 数据分析

使用 SPSS 24.0 进行数据统计分析。运用双侧统计检验，以 $\alpha=0.05$ 为检验水准， $P<0.05$ 有统计学意义。

(1) 统计描述：照顾者的死亡焦虑、自我效能、领悟社会支持得分等计量资料，若服从正态分布，采用均数±标准差进行描述，若不服从正态分布，则使用中位数进行描述；照顾者的性别、患者的疾病情况等计数资料，采用频数、构

成比进行描述。

(2) 统计推断: ①在进行照顾者死亡焦虑与一般人口学资料的单因素分析中, 若死亡焦虑资料服从正态分布, 则二分类变量采用两独立样本 t 检验, 多组分类的变量采用单因素方差分析方法, 否则采用非参数检验; ②若资料服从正态分布, 采用 Pearson 相关分析对领悟社会支持、自我效能及死亡焦虑进行分析, 否则采用 Spearman 相关分析; ③若资料服从正态分布, 运用多元线性回归对终末期癌症患者照顾者死亡焦虑的影响因素进行分析, 否则使用广义线性回归方程。

2.6 伦理考量

(1) 伦理审查: 本研究已经获得中国医科大学医学伦理委员会批准, 伦理批号为: 伦审【2021】17。

(2) 知情同意的伦理问题: 本研究在实施过程中严格遵循研究对象知情同意的原则。在收集资料的过程中, 向研究对象详细讲解该研究的目的、意义及参与研究给他们带来的受益与风险, 并告知自愿及保密的原则, 在获得受试者同意并签署知情同意书之后进行研究。

(3) 受试者自主决定权和隐私权的保护: 研究对象可以自主选择参加本项研究, 或者在任何时候选择退出研究, 退出者任何权益不会因此而受到影响。在整个研究过程中, 始终遵循尊重隐私及保密原则, 所有研究对象的个人资料和信息仅供本研究使用。

(4) 风险与对策: 本研究采用问卷调查的方法, 其中死亡焦虑问卷的内容可能会引起研究对象心理方面的不适。因此, 在终末期癌症患者家庭照顾者问卷填写的过程中, 研究者密切观察注意照顾者的面部表情、肢体语言变化, 适当采用“轻拍肩膀”等肢体语言给予照顾者安稳和支持, 必要时由专业护士对终末期癌症患者家庭照顾者进行相应的心理辅导。

2.7 质量控制

2.7.1 课题设计阶段

(1) 通过回顾大量的文献以及查找相应的理论基础, 确定研究方向、研究内容及研究变量等, 确保课题的科学性、创新性;

(2) 正式调查前对 5 名照顾者进行问卷调查。根据调查中出现的问题结合

调查效果，确定合适的调查时间，预测正式调查中可能出现的问题，制定相应的解决方案。

2.7.2 课题实施阶段

- (1) 调查时间避开医生查房、照顾者就餐等时间，以确保问卷填写过程的连续性，保证问卷填写的质量；
- (2) 研究者使用统一的指导语向终末期癌症患者家庭照顾者进行调查表的填写前解释说明，有效控制和减少偏倚；
- (3) 提供安静、隐私的填写环境，避免照顾者在填写问卷过程中有所顾虑；
- (4) 在得到临床医生及照顾者授权后，由研究者查找病历以获取真实准确的患者疾病信息；
- (5) 在课题实施过程中遇到问题及时与课题组成员商讨，并找出解决方案。

2.7.3 数据处理阶段

- (1) 由双人录入数据，并借助 Epidata3.1 软件进行核查，以确保数据的准确性；
- (2) 严格遵循统计学中各种检验方法的使用要求与原则进行数据分析，保证结果的准确性。

2.8 技术路线

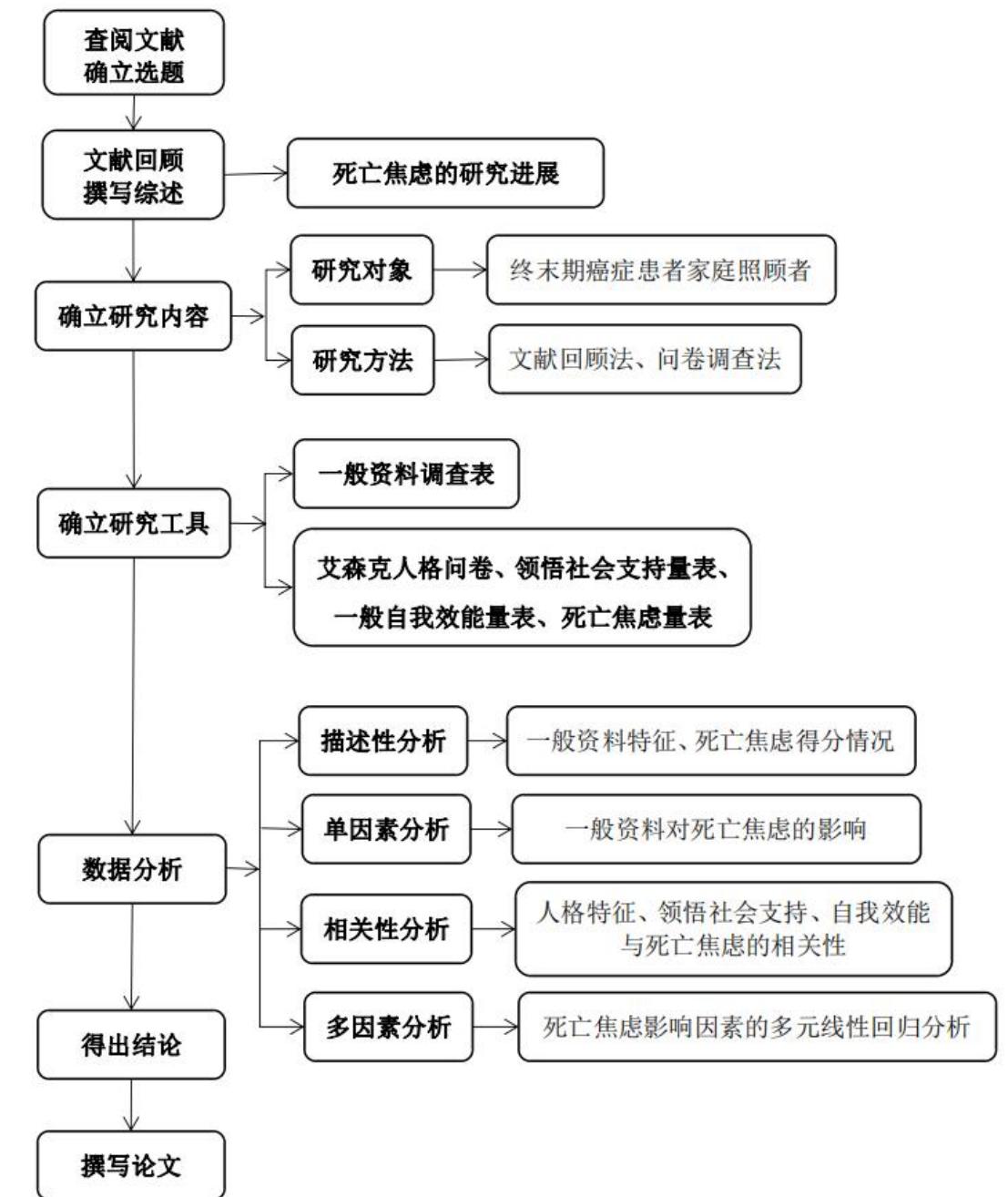


图 2 本研究的技术路线图

3 结果

3.1 终末期癌症患者及其家庭照顾者基本资料

本研究共发放问卷 280 份, 回收问卷 244 份, 回收率为 87.1%, 其中有效问卷 228 份, 有效回收率为 81.4%。本研究共调查 228 名终末期癌症患者家庭照顾者, 对应的患者相关信息由研究者本人调阅医院患者住院信息系统获取。

3.1.1 终末期癌症患者基本资料

228 例终末期癌症患者中, 男性 126 人 (55.3%), 女性 102 人 (44.7%); 年龄位于 60 岁以下者 93 人 (40.8%), 位于 61~75 岁者 84 人 (36.8%); 确诊时长多为 13~36 个月, 占比 57.9%; 医保类型多为城镇居民医保, 占比 61.4%; 136 例患者曾经历癌症复发, 占比 59.6%; 患者预期生存期多为 9~24 周, 占比 63.1%; 42.5% 的患者处于宁养病房; 59.6% 的患者病情稳定; 28.9% 的患者曾经历抢救。详见表 1。

表 1 终末期癌症患者基本资料 (n=228)

项目	组别	例数	构成比 (%)
患者性别	男	126	55.3
	女	102	44.7
患者年龄 (岁)	≤60	93	40.8
	61~75	84	36.8
	≥76	51	22.4
确诊时长 (月)	<12	28	12.3
	13~36	132	57.9
	≥37	68	29.8
医保类型	职工医保	22	9.6
	城镇居民医保	140	61.4
	农村合作医疗	66	29.0
有无复发	有	136	59.6
	无	92	40.4

续表 1 终末期癌症患者基本资料 (n=228)

项目	组别	例数	构成比 (%)
预期生存期 (周)	≤4	35	15.4
	5~8	49	21.5
	9~16	87	38.1
	17~24	57	25.0
处于宁养病房	是	97	42.5
	否	131	57.5
病情是否稳定	是	136	59.6
	否	92	40.4
曾经历抢救	是	66	28.9
	否	162	71.1
预期生存期 (周)	≤4	35	15.4
	5~8	49	21.5
	9~16	87	38.1
	17~24	57	25.0
处于宁养病房	是	97	42.5
	否	131	57.5
病情是否稳定	是	136	59.6
	否	92	40.4
曾经历抢救	是	66	28.9

3.1.2 终末期癌症患者家庭照顾者基本资料

228 例家庭照顾者中, 男性 92 人 (40.4%), 女性 136 人 (59.6%); 年龄小于等于 45 岁者 97 人 (42.5%), 46~60 岁者 82 人 (36.0%); 96 位照顾者为患者的配偶, 占比 42.1%, 101 位照顾者为患者的子女, 占比 44.3%; 照顾时长以 13~36 个月居多, 占比 49.6%; 82.0%的照顾者无宗教信仰; 83.7%的照顾者为已婚; 文化程度以高中或专科居多, 占比 41.2%; 个人月收入为 2000~2999 元的照顾者有 61 位 (26.8%), 大于等于 5000 元的照顾者有 54 位 (23.7%); 25%的照顾者曾经历身体创伤; 60.1%的照顾者有过丧亲经历; 37.7%的照顾者患有慢性病。详见表 2。

表 2 家庭照顾者基本资料 (n=228)

项目	组别	例数	构成比 (%)
照顾者性别	男	92	40.4
	女	136	59.6
照顾者年龄 (岁)	≤45	97	42.5
	46~60	82	36.0
	≥61	49	21.5
与患者的关系 (是患者的)	配偶	96	42.1
	父母	14	6.1
	子女	101	44.3
	其他	17	7.5
照顾时长 (月)	≤12	78	34.2
	13~36	113	49.6
	≥37	37	16.2
宗教信仰	有	41	18.0
	无	187	82.0
婚姻状况	未婚	20	8.8
	已婚	199	87.3
	离异或丧偶	9	3.9
文化程度	小学及以下	22	9.7
	初中	66	28.9
	高中或专科	94	41.2
	本科及以上	46	20.2
个人月收入 (元)	<1000	13	5.7
	1000~1999	34	14.9
	2000~2999	61	26.8
	3000~3999	43	18.9
	4000~4999	23	10.0
	≥5000	54	23.7
	是	57	25.0
曾经历身体创伤	否	171	75.0

续表 2 家庭照顾者基本资料 (n=228)

项目	组别	例数	构成比 (%)
丧亲经历	有	137	60.1
	无	91	39.9
慢性病	有	86	37.7
	无	142	62.3

3.2 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状

本研究调查结果显示, 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分为 (8.23±2.56) 分, 总体处于较高水平, 详见表 3。情感维度即“害怕死亡、谈及死亡感到紧张、对死亡话题感到困扰、谈及世界末日吓得发抖、看到死尸毛骨悚然”, 描述个体对“死亡”的情感体验和主观感受, 在四个维度中, 该维度得分最低, 为 (0.42±0.24) 分; 压力与痛苦维度即“想到接受手术治疗会害怕、害怕患癌症、害怕痛苦地死去、害怕心脏病发作”, 描述由疾病意识带来的死亡压力与痛苦, 在四个维度中, 该维度得分最高, 为 (0.71±0.26) 分; 时间意识维度即“为时间过的飞快而痛苦、经常会想生命如此短暂”, 描述个体对生命短暂性和有限性的意识, 该维度得分为 (0.56±0.37) 分; 认知即“很少想到死亡、从来不会因想到死而烦恼、对于未来没有任何恐惧”, 描述个体与死亡相关的认知, 该维度得分为 (0.52±0.33) 分。

228 例终末期癌症患者家庭照顾者中, 54 人处于较低水平死亡焦虑 (<7 分), 占比 23.7%; 174 人处于较高水平死亡焦虑 (≥7 分), 占比 76.3%。

表 3 家庭照顾者死亡焦虑得分情况 (n=228)

项目	均数±标准差
死亡焦虑总分	8.23±2.56
情感	0.42±0.24
压力与痛苦	0.71±0.26
时间意识	0.56±0.37
认知	0.52±0.33

3.3 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的单因素分析

3.3.1 患者病情对照顾者死亡焦虑的影响

单因素方差分析和 *t* 检验结果显示：照顾者死亡焦虑得分在患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、病情是否稳定、有无抢救经历上的差异有统计学意义 ($P<0.05$)；照顾者死亡焦虑得分在患者性别、年龄、确诊时长上的差异无统计学意义 ($P>0.05$)。进一步对多分类变量采用 *LSD* 检验，进行两两比较，结果见表 4。

照顾者死亡焦虑得分，农村合作医疗组高于职工医保组；患者有复发经历组高于无复发经历组；患者未处于宁养病房组高于宁养病房组；患者病情不稳定组高于病情稳定组；患者经历抢救组高于未经历抢救组；患者预期生存期≤4 周，该组对应照顾者的死亡焦虑得分高于其他组。

表 4 患者病情对照顾者死亡焦虑的影响 (n=228)

项目	例数(构成比%)	死亡焦虑得分	<i>F/t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>LSD</i> 两两比较
患者性别					
①男	126 (55.3)	8.46±2.24	1.464	0.145	
②女	102 (44.7)	7.91±2.88			
患者年龄 (岁)					
①≤ 60	93 (40.8)	7.90±2.62	1.695	0.173	
②61~75	84 (36.8)	7.99±2.41			
③≥76	51 (22.4)	8.47±2.68			
确诊时长 (月)					
①<12	28 (12.3)	8.43±1.69	0.829	0.498	
②13~36	132 (57.9)	8.40±2.50			
③≥37	68 (29.8)	7.86±2.59			
医保类型					
①职工医保	22 (9.6)	6.86±2.75	4.135	0.017	③>①*;
②城镇居民医保	140 (61.4)	7.52±2.67			
③农村合作医疗	66 (29.0)	8.65±2.12			

续表 4 患者病情对照顾者死亡焦虑的影响 (n=228)

项目	例数(构成比%)	死亡焦虑得分	F/t 值	P 值	LSD 两两比较
有无复发经历					
①有	136 (59.6)	9.29±2.07	8.792	<0.001	
②无	92 (40.4)	6.66±2.42			
预期生存期(周)					
①≤4	35 (15.4)	10.09±2.48	42.459	<0.001	①>③**;
②5~8	49 (21.5)	9.92±1.57			①>④**;
③9~16	87 (38.1)	7.98±1.88			②>③**;
④17~24	57 (25.0)	6.04±2.39			②>④**;
					③>④**;
处于宁养病房					
①是	97 (42.5)	6.90±2.44	-7.564	<0.001	
②否	131 (57.5)	9.22±2.18			
病情是否稳定					
①是	136 (59.6)	7.54±2.67	-5.492	0.005	
②否	92 (40.4)	9.25±2.01			
曾经历抢救					
①是	66 (28.9)	9.95±2.09	7.158	<0.001	
②否	162 (71.1)	7.53±2.41			

注: *代表 $P<0.05$; **代表 $P<0.01$

3.3.2 照顾者一般人口学资料对其死亡焦虑的影响

单因素方差分析和 t 检验结果显示: 照顾者性别、有无宗教信仰、文化程度、个人月收入、是否曾经历身体创伤、有无慢性病对照顾者死亡焦虑的影响, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 照顾者年龄、与患者关系、照顾时长、婚姻状况、有无丧亲经历对照顾者死亡焦虑影响, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。进一步对多分类变量采用 LSD 检验, 进行两两比较, 结果见表 5。

照顾者的死亡焦虑得分, 女性高于男性、无宗教信仰组高于有宗教信仰组、小学及以下文化组高于本科及以上文化组、个人月收入 ≥ 5000 组高于月收入为 1000~1999 及 2000~2999 组; 有身体创伤经历组高于无身体创伤经历组; 患慢性

病组高于无慢性病组。

表 5 一般人口学资料对照顾者死亡焦虑的影响 (n=228)

项目	例数(构成比%)	死亡焦虑得分	F/t 值	P 值	LSD 两两比较
照顾者性别					
男	92 (40.4)	7.38±2.77	-4.114	0.007	
女	136 (59.6)	8.81±2.24			
照顾者年龄					
①≤45	97 (42.5)	8.02±2.69	1.829	0.116	
②46~60	82 (36.0)	8.46±2.45			
③≥61	49 (21.5)	8.79±3.29			
与患者的关系 (是患者的)					
①配偶	96 (42.1)	8.52±2.42	0.987	0.400	
②父母	14 (6.1)	7.86±3.99			
③子女	101 (44.3)	8.13±2.48			
④其他	17 (7.5)	7.53±2.38			
照顾时长					
①≤12	78 (34.2)	8.54±2.20	1.054	0.362	
②13~36	113 (49.6)	8.18±2.87			
③≥37	37 (16.2)	7.61±2.30			
宗教信仰					
有	41 (18.0)	6.80±2.46	-4.072	<0.001	
无	187 (82.0)	8.55±2.48			
婚姻状况					
①未婚	20 (8.8)	7.85±2.18	1.435	0.240	
②已婚	199 (87.3)	8.21±2.61			
③离异或丧偶	9 (3.9)	9.56±1.94			
文化程度					
①小学及以下	22 (9.7)	9.12±1.61	3.720	0.003	①>④*;
②初中	66 (28.9)	8.45±2.41			

续表 5 一般人口学资料对照顾者死亡焦虑的影响 (n=228)

项目	例数(构成比%)	死亡焦虑得分	F/t 值	P 值	LSD 两两比较
③高中或专科	94 (41.2)	8.21±2.68			
④本科及以上	46 (20.2)	7.26±2.48			
个人月收入					
①<1000	13 (5.7)	7.95±3.65	3.953	0.002	②>⑥*;
②1000~1999	34 (14.9)	9.18±1.82			③>⑥*;
③2000~2999	61 (26.8)	9.02±2.28			
④3000~3999	43 (18.9)	8.21±2.57			
⑤4000~4999	23 (10.0)	8.04±2.99			
⑥≥5000	54 (23.7)	7.50±2.43			
曾经历身体创伤					
是	57 (25.0)	9.07±2.15	2.896	0.004	
否	171 (75.0)	7.95±2.63			
丧亲经历					
有	137 (60.1)	8.22±2.51	-0.097	0.923	
无	91 (39.9)	8.25±2.65			
慢性病					
有	86 (37.7)	9.40±2.27	5.689	<0.001	
无	142 (62.3)	7.53±2.48			

注: *代表 $P<0.05$; **代表 $P<0.01$

3.4 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的相关性分析

将照顾者的人格特征、领悟社会支持、自我效能得分与照顾者死亡焦虑进行相关性分析。结果显示, 照顾者死亡焦虑与神经质人格呈显著正相关 ($r=0.466$, $P<0.01$); 与外向型人格、领悟社会支持、自我效能呈显著负相关 ($r=-0.657\sim-0.328$, $P<0.01$)。详见表 6。

表 6 照顾者人格特征、领悟社会支持及自我效能与死亡焦虑的相关性分析

项目	相关系数 (r)	P 值
P 精神质人格	-0.002	0.973

续表 6 照顾者人格特征、领悟社会支持及自我效能与死亡焦虑的相关性分析

项目	相关系数 (r)	P 值
E 外向型人格	-0.328**	$P<0.01$
N 神经质人格	0.466**	$P<0.01$
L 测谎/效度量表	-0.015	0.240
领悟社会支持	-0.505**	$P<0.01$
自我效能	-0.657**	$P<0.01$

注: **代表 $P<0.01$

3.5 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的多因素分析

以终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑作为因变量 Y, 将单因素分析及相关分析中有统计学意义的变量(患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、病情是否稳定、有无抢救经历; 照顾者性别、有无宗教信仰、文化程度、个人月收入、是否曾经历身体创伤、有无慢性病; 照顾者内外向人格、神经质人格、领悟社会支持、自我效能)作为自变量 X, 并对其中的分类变量进行哑变量设置, 进行多元线性逐步回归分析 ($\alpha_{\lambda}=0.05$, $\alpha_{\text{出}}=0.10$)。哑变量设置及其赋值详见表 7、8。

表 7 自变量赋值情况 (n=228)

自变量	赋值说明
患者基本资料	
有无复发经历 (X ₂)	无=0, 有=1
是否处于宁养病房 (X ₄)	否=0, 是=1
病情是否稳定 (X ₅)	否=0, 是=1
有无抢救经历 (X ₆)	无=0, 有=1
照顾者基本资料	
性别 (X ₇)	男=0, 女=1
有无宗教信仰 (X ₈)	无=0, 有=1
是否曾经历身体创伤 (X ₁₁)	否=0, 是=1
有无慢性病 (X ₁₂)	无=0, 有=1
内外向人格 (X ₁₃)	标准分 (T 分)
神经质人格 (X ₁₄)	标准分 (T 分)

中国医科大学硕士学位论文

续表 7 自变量赋值情况 (n=228)

自变量	赋值说明
照顾者基本资料	
领悟社会支持 (X ₁₅)	实测值
自我效能 (X ₁₆)	实测值

注: T 分=50+10 (受试者原始分-受试者所在组平均数) /所在组分数的标准差

表 8 喑变量赋值情况 (n=228)

自变量	哑变量 1	哑变量 2	哑变量 3	哑变量 4	哑变量 5	哑变量 6
医保类型 (X ₁)						
职工医保	0	0				
城镇居民医保	1	0				
农村合作医疗	0	1				
预期生存期 (X ₃)						
≤4 周	0	0	0			
5~8 周	1	0	0			
9~16 周	0	1	0			
17~24 周	0	0	1			
文化程度 (X ₉)						
小学及以下	0	0	0	0		
初中	1	0	0	0		
高中或专科	0	1	0	0		
本科及以上	0	0	1	0		
个人月收入 (X ₁₀)						
<1000 元	0	0	0	0	0	
1000~1999 元	1	0	0	0	0	
2000~2999 元	0	1	0	0	0	
3000~3999 元	0	0	1	0	0	
4000~4999 元	0	0	0	1	0	
≥5000 元	0	0	0	0	1	

多因素分析结果显示, 最终 10 个自变量纳入回归方程, 分别为: 患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、有无抢救经历; 照顾者文化程度、个人月收入、有无慢性病、神经质人格、自我效能。照顾者死亡焦虑得分在患者病情方面存在差异, 农村合作医疗组高于职工医保组; 患者有复发经历组高于无复发经历组; 患者未处于宁养病房组高于宁养病房组; 患者经历抢救组高于未经历抢救组; 患者预期生存期 ≤ 4 周, 该组对应照顾者的死亡焦虑得分高于其他组。在照顾者自身特征方面, 照顾者的死亡焦虑得分小学及以下文化组高于本科及以上文化组; 个人月收入 ≥ 5000 组高于月收入为 1000~1999 及 2000~2999 组; 患慢性病组高于无慢性病组; 神经质人格、低自我效能感的照顾者死亡焦虑水平较高。

在 D-W 检验中, 根据样本量 $n=228$, 解释变量数目 $k=10$, 查询 D-W 分布表, 得出临界值 $d_l=1.665$ 及 $d_u=1.874$, 本研究结果 $DW=2.007$, $d_l < DW < 4d_u$, 表明变量间不存在自相关, 即残差服从正态分布。方差膨胀因子 (Variance inflation factor, VIF) 在 1.228~8.393 之间, 均 < 10 , 表明各变量间不存在共线性问题。回归方程的方差分析结果 $F=27.874$, $P<0.05$, 说明所拟合的回归方程有统计学意义。 $R^2=0.673$, 调整后 $R^2=0.654$, 即 10 个因素可解释照顾者死亡焦虑得分 65.4% 的变异量。详见表 9。

表 9 照顾者死亡焦虑影响因素多元线性回归分析结果

变量	非标准化系数	标准	t	P	VIF
	回 归	回 归	化回		
	系数 B	系 数	归系		
	标 准	数 β			
	误 SE				
常量	8.487	1.287	—	6.597	<0.001
医保类型 X_1 (以职工医保为参照)					
城镇居民医保	0.768	0.342	0.116	1.598	0.120
农村合作医疗	0.776	0.364	0.137	2.129	0.034
有无复发经历 X_2	0.937	0.225	0.179	4.160	<0.001
					1.421

续表 9 照顾者死亡焦虑影响因素多元线性回归分析结果

变量	非标准化系数 回归系数B 标准 误 SE	标准 回归系数 标准 数β	回归系数 标准 数β	t	P	VIF
预期生存期 X_3 (以≤4 周为参照)						
5~8 周	-0.674	0.332	-0.108	-2.033	0.043	2.166
9~16 周	-1.319	0.306	-0.25	-4.309	<0.001	2.562
17~24 周	-2.000	0.350	-0.338	-5.713	<0.001	2.678
是否处于宁养病房 X_4	-0.989	0.213	-0.191	-4.649	<0.001	1.288
有无抢救经历 X_6	0.697	0.241	0.124	2.895	0.004	1.390
文化程度 X_9 (以小学及以下为参照)						
初中	0.316	0.866	0.056	0.364	0.716	7.824
高中或专科	0.528	0.871	0.101	0.606	0.545	8.393
本科及以上	-0.869	0.203	-0.156	-1.965	0.037	6.687
个人月收入 X_{10} (以<1000 元为参照)						
1000~1999 元	0.637	0.480	0.088	1.327	0.186	3.329
2000~2999 元	0.736	0.442	0.127	1.663	0.098	4.472
3000~3999 元	0.746	0.468	0.114	1.595	0.112	3.907
4000~4999 元	0.711	0.504	0.084	1.410	0.160	2.689
≥5000 元	-1.067	0.491	-0.177	-2.175	0.031	5.078
有无慢性病 X_{12}	0.571	0.218	0.108	2.617	0.010	1.296
神经质人格 X_{14}	0.040	0.011	0.157	3.631	<0.001	1.424
自我效能 X_{16}	-0.142	0.019	-0.341	-7.336	<0.001	1.649

注: $R^2=0.673$ 调整后 $R^2=0.654$ $F=27.874$ $P<0.05$

4 讨论

4.1 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状

本研究结果显示,终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分为(8.23±2.56)分,总体处于较高水平。其中174人处于高水平死亡焦虑(≥7分),占比76.3%。该研究结果的死亡焦虑得分略高于Uslu-Sahan等人^[24]对妇科肿瘤患者家庭照顾者死亡焦虑的研究结果。分析原因可能是,本研究的对象为终末期癌症患者的家庭照顾者,患者濒临死亡,使得家庭照顾者对死亡的感知更为强烈。本研究结果显示,终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑得分最高的维度为“压力与痛苦”维度,即“想到自己要接受手术治疗会很害怕”、“很害怕患癌症”、“害怕痛苦地死去”、“很害怕心脏病发作”,可能是患者所经受的诊疗措施、癌痛折磨,容易触发家庭照顾者对自身罹患癌症、经历癌痛等方面的担忧和恐惧。

4.2 终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的影响因素分析

4.2.1 患者因素

4.2.1.1 患者医保类型

肿瘤是一个慢性且需要长期花销的疾病,医保报销是减轻医疗花费负担的重要途径。本研究单因素分析及多元线性回归分析结果均显示,患者医保类型是影响终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的因素,与职工医保相比,患者医保类型为农村合作医疗的照顾者,其死亡焦虑水平较高,差异有统计学意义($P<0.05$)。诸多研究亦显示,医保类型与照顾者负担、焦虑情绪有关^[55-57]。原因可能是对于农村家庭来说,长期高额的治疗费用和较低的医保报销比例使照顾者不堪重负,同时照顾者熟知疾病带来的高昂医疗费用,从而产生对疾病的恐惧和对自身未来的担忧。因此,有必要健全我国现行的医疗保障体系,增加癌症等重大疾病的医保报销比例,实现真正的“病有所医”^[58]。丁娜等人研究显示,医保类型并非癌症患者死亡焦虑的影响因素^[42]。分析原因可能是在中国传统文化背景下,照顾者往往向患者隐瞒家庭经济状况和医疗花费情况,自己却默默承担起繁重的照护任务和经济重担。因此,与患者相比,医保类型对照顾者的身心影响更大^[59]。提示医护人员在提供医疗服务时应综合患者各方面情况以做出最佳决策,将其家庭经

济承受能力考虑在内,重点关注农村家庭照顾者,及时做好患者病情的沟通和交流,既可避免浪费医疗资源又可适当减轻家庭经济负担。

4.2.1.2 患者复发经历

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示,患者有复发经历是照顾者死亡焦虑的重要危险因素,有复发经历患者的照顾者较无复发经历患者的照顾者死亡焦虑水平高,差异有统计学意义($P<0.01$)。该结果与 Uslu-Sahan 等人^[24]的研究结果相一致。照顾者是患者疾病的见证者,虽然癌症复发是发生在患者的身体,但新的疾病症状、进一步的诊疗措施,均使照顾者意识到生命的脆弱性和死亡的必然性,从而诱发对自己死亡的恐惧。O'Rourke 等人的系统综述也表明,患者癌症复发构成了强烈的死亡提醒信号,导致照顾者产生心理困扰^[60]。本研究结果表明,即使在患者临终阶段,患者癌症复发对照顾者死亡焦虑产生的影响仍然存在。因此,临床医护人员在对癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑进行评估和干预时,应重视患者癌症复发经历对照顾者死亡焦虑的触发作用。

4.2.1.3 患者预期生存期

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示,患者预期生存期对照顾者死亡焦虑有显著影响($P<0.01$)。预期生存期即终末期癌症患者的预期生存时间,本研究结果显示,患者预期生存期越短,照顾者死亡焦虑水平越高。分析原因可能是在中国传统文化中,死亡及相关话题是令人忌讳的,家属往往对之避而不谈。然而越接近患者离世,照顾者会不可避免地谈到更多死亡相关话题,如“寿衣”、“出殡”等,对死亡的感知也越强烈。既往研究也表明,患者癌症越接近晚期,照顾者的负性心理越严重^[61, 62]。但有关患者预期生存期对照顾者影响的研究尚不多见,未来应进一步研究。

4.2.1.4 患者是否处于宁养病房

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示,患者未处于宁养病房是照顾者死亡焦虑的重要危险因素,未处于宁养病房患者的照顾者较宁养病房患者的照顾者死亡焦虑水平高,差异有统计学意义($P<0.01$)。宁养病房是集中为临终患者提供安宁疗护的科室,相较于有创抢救这种激进治疗,安宁疗护旨在减轻患者痛苦,达到症状控制,不加速也不延缓死亡,使患者尊严死,在缓解患者痛苦的同时,也为家属提供身体、心理等多个层面的服务^[63, 64]。当患者临终状态舒适且有尊严时,会无形中降低照顾者对死亡的恐惧;此外,安宁疗护强调将患者及家属视为一个需要医护人员照护的整体,医护人员为照顾者提供的心理护理、哀伤辅

导等也会在一定程度上缓解照顾者的死亡焦虑^[65]。然而国内安宁疗护尚不成熟，有待形成一套系统规范的安宁疗护体系，使医务工作者有章可循，使癌症患者的家庭照顾者在安宁疗护中受益。此外，还可借鉴国外相关经验^[59]，引导成立癌症患者家庭照顾者相关组织，为照顾者之间提供相互交流的平台，鼓励专业心理咨询师志愿进行团队心理辅导。

4.2.1.5 患者抢救经历

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示，患者曾被抢救是照顾者死亡焦虑的重要危险因素，曾被抢救患者的照顾者较未曾被抢救患者的照顾者死亡焦虑水平高，差异有统计学意义 ($P<0.01$)。一方面，患者的抢救使照顾者意识到生与死的界线，易引发患者对死亡的思考；另一方面，抢救所涉及的侵入性诊疗措施易对非专业的家庭照顾者构成强烈的死亡提醒信号。Frontini 等人^[66]对终末期肾病患者的家庭照顾者进行访谈发现，医务人员为患者建立透析通路的过程易对照顾者产生心理困扰。因此，当医护人员向照顾者描述抢救过程时，电除颤、心肺复苏和气管切开等有创操作可能会使照顾者感到恐惧和折磨。提示临床医护人员在重视抢救任务的同时，也应考虑患者抢救经历对照顾者带来的心理冲击，对其进行及时的心理疏导。

4.2.2 照顾者因素

4.2.2.1 文化程度

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示，文化程度是照顾者死亡焦虑的影响因素，本科及以上文化照顾者的死亡焦虑低于小学文化照顾者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。与 Uslu-Sahan 等人^[24]和 Soleimani 等人^[27]研究结果一致。分析原因可能是文化程度较低的照顾者对疾病的认知有限，对癌症存在主观认知上的恐惧。高文化程度个体的内在修养可能更为强大，更能理性地看待疾病的发展，采取更为积极的健康相关行为来缓解死亡焦虑，调节来自各方面的压力。提示可在医院或科室开展专题讲座和教育培训^[4]，给予终末期癌症患者家庭照顾者相关的照顾技能培训，并满足家庭照顾者对癌症相关信息的需求，使照顾者正确认识癌症遗传性，减轻家庭照顾者对于自身未来罹患癌症的恐惧。

4.2.2.2 经济状况

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示，个人月收入 <1000 元的家庭照顾者死亡焦虑水平显著高于个人月收入 ≥5000 元的家庭照顾者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。本研究结果与 Alkan 等人^[30]和 Soleimani 等人^[27]对照顾者死亡焦

虑的研究结果相一致。可能是因为收入低的照顾者多来自农村家庭或者是无固定收入者，前期多个疗程的手术、化疗及放疗等已使得家庭不堪重负。林少琴^[67]等人研究表明，癌症患者家庭照顾者的护理负担以经济层面的负担最高，在癌末临终时期更为明显。在患者临终阶段，经济重担使得家庭照顾者想为临终患者提供高质量的临终照护变得更为艰难，使家庭照顾者感到自责和内疚。同时，经济窘境使得家庭照顾者对未来充满不确定感，易产生悲观、焦虑等情绪。提示政府与社会可通过建立健全相关制度，针对癌症等需要进行长期医疗护理的疾病，给予一定的经济政策扶持，以减轻癌症给家庭带来的经济压力。

4.2.2.3 慢性病

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示，照顾者患有慢性病是其死亡焦虑的重要危险因素，患有慢性病照顾者的死亡焦虑水平显著高于无慢性病的照顾者，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。照顾者慢性病的存在不仅增加了其照顾负担，也提醒着照顾者自身健康状况不佳的事实，给照顾者带来生理和心理上的双重压力。Akyol 等人^[68]、焦卉等人^[69]均对老年人群体的死亡焦虑进行调查，结果显示患有慢性病的个体长期受到疾病折磨，生活质量逐渐下降，死亡焦虑更严重。Leung 等人^[70]研究显示，患有慢性病的个体更易体会到生命威胁感。提示医护人员在帮助终末期癌症患者平静、安详走完人生最后一段路程的同时，也要主动关怀患者家属，特别是自身罹患慢性病的照顾者，关注其需求，适时开展慢性病健康教育，协助患有慢性病的家庭照顾者制定自我护理方案等。

4.2.2.4 神经质人格

神经质人格的个体往往表现为情绪不稳定且易受周围环境的影响，在面对相同事件时，神经质个体更容易感知到更大的压力，出现消极情绪。本研究相关分析及多因素分析结果均显示，照顾者神经质人格与死亡焦虑呈正相关 ($r=0.466$, $P<0.01$)，即神经质评分越高的个体，其死亡焦虑水平越高。分析原因可能是，高神经质人格的照顾者在照顾临终患者时，更容易受到患者病情进展及患者情绪的影响，从而表现出更高的死亡焦虑水平。国内仇琦等人^[71]对 422 名大学生进行调查，结果显示大学生死亡焦虑水平与人格特质中的神经质得分密切相关，神经质得分越高的大学生，越易陷入紧张及焦虑状态，长时间负面情绪的积累也易对死亡产生恐惧和不安。因此，医护人员应将每位照顾者都视为独特的个体，充分考虑照顾者人格特征对其心理健康的影响，制定个体化死亡焦虑干预措施。

4.2.2.5 自我效能感

单因素分析及多元线性回归分析结果均显示,照顾者的自我效能感与其死亡焦虑水平呈显著负相关 ($r=-0.657$, $P<0.01$), 即自我效能感水平越高的个体, 其死亡焦虑水平越低。相关研究显示, 自我效能感作为一项个体保护性因素, 可以缓冲死亡焦虑^[72, 73]。自我效能感较高的个体, 更相信自己有能力处理死亡相关事件^[21, 74]。因此, 自我效能感较低的照顾者在面对死亡相关事件时, 更有可能感到无能为力, 出现死亡焦虑等负面情绪; 而自我效能感较高的照顾者, 则更有可能积极面对患者的临终状态, 有条不紊地处理死亡相关问题。提示医务人员可以组织、引导终末期癌症患者家庭照顾者参加相关的教育培训^[75], 协助家庭照顾者为患者进行死亡准备, 以积极心理学引导家庭照顾者进行负性情绪的疏导, 培养其自我效能感。从而缓解照顾者的死亡焦虑等负性情绪。

5 结论

1. 超过四分之三的终末期癌症患者家庭照顾者存在较高水平的死亡焦虑，提示终末期癌症患者家庭照顾者心理健康状况应得到临床医护人员的重视。
2. 影响终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的因素包括：患者医保类型、有无复发经历、预期生存期、是否处于宁养病房、有无抢救经历；照顾者文化程度、个人月收入、有无慢性病、神经质人格、自我效能感。提示在未来临床护理工作中，护士可以根据终末期癌症患者的病情及家庭照顾者的自身特征，识别家庭照顾者中死亡焦虑的高危个体，并及时系统评估终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑，采取针对性干预措施。

本研究的局限性

- (1) 本研究只抽取辽宁省三所三级甲等医院的终末期癌症患者家庭照顾者，未在不同区域、不同级别医院进行样本收集，也未在家庭或社区等进行样本纳入，故所收集的样本代表性可能存在一定的局限性。
- (2) 本研究为横断面调查，只调查了照顾者在某一时间点的死亡焦虑情况，未能体现照顾者死亡焦虑的动态变化。未来可进一步采用纵向研究，探寻照顾者的死亡焦虑变化曲线。
- (3) 由于研究者时间和能力有限，本研究只采取量性研究的方式，没有结合质性研究。因此，未来应结合质性研究，深入探究触发终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的因素，对量性结果进行完善和补充。

本研究创新性的自我评价

1. 研究者在查阅文献的过程中，尚未检索到对中国终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状及影响因素进行调查的相关研究。本研究以应激作用过程理论框架为指导，调查了我国终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的现状，并析了其影响因素。
2. 在探索影响照顾者死亡焦虑的因素中，将患者病情（如：患者确诊时长、预期生存期等）对照顾者死亡焦虑的影响考虑在内，并进行验证。为干预终末期癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑提供了新的视角。

附录

附录 1

知情同意书

尊敬的照顾者：

您好！

我是中国医科大学护理学院在读硕士研究生钱文娜，现在正在进行一项护理研究。该研究旨在了解您在照顾患者过程中的心理状况，便于我们在今后的工作中为您和您的家人提供更加优质的服务。如果您同意参与，需要您配合的项目有：①填写一份一般资料调查表；②填写一份艾森克人格问卷简式量表中国版；③填写一份领悟社会支持量表；④填写一份一般自我效能量表；⑤填写一份死亡焦虑量表。

为全面地了解您目前的心理状况，并保障所获取数据的准确性，使研究结果更具科学性和可信性，请您一定根据自身实际情况及感受逐项填写，避免遗漏。

在此，我们向您郑重承诺：

1. 您有权决定是否参加此研究，它绝对不会影响到您的家人住院期间的治疗和护理。
2. 尊重您的隐私，您填写的所有信息都将会被绝对匿名保密和妥善保管，仅供本研究使用。

感谢您参与本次调查，谢谢！

研究者：钱文娜
电话：13314021865
照顾者签名

附录 2

调查问卷

第一部分：一般资料调查表

(一) 患者一般资料问卷（由研究者填写）

1. 性别: ①男 ②女
2. 年龄: _____岁
3. 确诊时长: _____个月
4. 医保类型:
①职工医保 ②城镇居民医保 ③农村合作医疗 ④其他
5. 复发情况: ①无 ②有
6. 预期生存期: 约_____周
7. 是否处于宁养病房: ①是 ②否
8. 近期病情是否稳定: ①是 ②否
9. 患者是否有过抢救: ①是 ②否

(二) 照顾者一般资料问卷

1. 您的性别: ①男 ②女
2. 您的年龄: _____岁
3. 您是患者的: ①配偶 ②父母 ③子女 ④其他
4. 您持续照顾患者时间: _____个月
5. 您是否有宗教信仰: ①有 ②无
6. 您的婚姻状况: ①未婚 ②已婚 ③离异或丧偶
7. 您的文化程度: ①文盲 ②小学 ③初中 ④高中专科 ⑤本科及以上
8. 个人月收入（包括子女、政府给予，以及其他收入，如房租等）:
①<1000 ②1000~1999 ③2000~2999 ④3000~3999 ⑤4000~4999 ⑥≥5000
9. 您是否经历过重大身体创伤: ①是 ②否
10. 您是否有过丧亲经历: ①是 ②否
11. 您是否患有慢性疾病: ①是 ②否

第二部分：艾森克人格问卷简式量表中国版

请回答下列问题。每个答案无所谓正确与错误。请依次回答，不要在每道题目上有太多思索。

1. 你的情绪是否时起时落？ 是□ 否□
2. 当你看到小孩（或动物）受折磨时是否感到难受？ 是□ 否□
3. 你是个健谈的人吗？ 是□ 否□
4. 如果你说了要做什么事，是否不论此事可能如果不顺利你都总能遵守诺言？ 是□ 否□
5. 你是否会无缘无故地感到“很惨”？ 是□ 否□
6. 欠债会使你感到忧虑吗？ 是□ 否□
7. 你是个生机勃勃的人吗？ 是□ 否□
8. 你是否曾贪图过超过你应得的分外之物？ 是□ 否□
9. 你是个容易被激怒的人吗？ 是□ 否□
10. 你会服用能产生奇异或危险效果的药物吗？ 是□ 否□
11. 你愿意认识陌生人吗？ 是□ 否□
12. 你是否曾经有过明知自己做错了事却责备别人情况？ 是□ 否□
13. 你的感情容易受伤害吗？ 是□ 否□
14. 你是否愿意按照自己的方式行事，而不愿意按照规则办事？ 是□ 否□
15. 在热闹的聚会中你能使自己放得开，使自己玩得开心吗？ 是□ 否□
16. 你所有的习惯是否都是好的？ 是□ 否□
17. 你是否时常感到“极其厌倦”？ 是□ 否□
18. 良好的举止和整洁对你来说很重要吗？ 是□ 否□
19. 在结交新朋友时，你经常是积极主动的吗？ 是□ 否□
20. 你是否有过随口骂人的时候？ 是□ 否□
21. 你认为自己是一个胆怯不安的人吗？ 是□ 否□
22. 你是否认为婚姻是不合时宜的，应该废除？ 是□ 否□
23. 你能否很容易地给一个沉闷的聚会注入活力？ 是□ 否□
24. 你曾毁坏或丢失过别人的东西吗？ 是□ 否□
25. 你是个忧心忡忡的人吗？ 是□ 否□

26. 你爱和别人合作吗？ 是□ 否□
27. 在社交场合你是否倾向于呆在不显眼的地方？ 是□ 否□
28. 如果在你的工作中出现了错误，你知道后会感到忧虑吗？ 是□ 否□
29. 你讲过别人的坏话或脏话吗？ 是□ 否□
30. 你认为自己是个神经紧张或“弦绷得过紧”的人吗？ 是□ 否□
31. 你是否觉得人们为了未来有保障，而在储蓄和保险方面花费的时间太多了？
是□ 否□
32. 你是否喜欢和人们相处在一起？ 是□ 否□
33. 当你还是个小孩子的时候，你是否曾有过对父母耍赖或不听话的行为？ 是□ 否□
34. 在经历了一次令人难堪的事之后，你是否会为此烦恼很长时间？ 是□ 否□
35. 你是否努力使自己对人不粗鲁？ 是□ 否□
36. 你是否喜欢在自己周围有许多热闹和令人兴奋的事情？ 是□ 否□
37. 你曾在玩游戏时作过弊吗？ 是□ 否□
38. 你是否因自己的“神经过敏”而感到痛苦？ 是□ 否□
39. 你愿意别人怕你吗？ 是□ 否□
40. 你曾利用过别人吗？ 是□ 否□
41. 你是否喜欢说笑话和谈论有趣的事？ 是□ 否□
42. 你是否时常感到孤独？ 是□ 否□
43. 你是否认为遵循社会规范比按照个人方式行事更好一些？ 是□ 否□
44. 在别人眼里你总是充满活力的吗？ 是□ 否□
45. 你总能做到言行一致吗？ 是□ 否□
46. 你是否时常被负疚感所困扰？ 是□ 否□
47. 你有时将今天该做的事情拖到明天去做吗？ 是□ 否□
48. 你能使一个聚会顺利进行下去吗？ 是□ 否□

第三部分：领悟社会支持量表

请您在符合自身实际情况的相应选项上划“√”，谢谢！

题目	极 不 同 意	很 不 同 意	稍 不 同 意	中 立	稍 同 意	很 同 意	极 同 意
1.在我遇到问题时有些人（领导、亲戚、同事、医护人员等）会出现在我的身旁。							
2.我能够与有些人（领导、亲戚、同事）共享快乐与忧伤。							
3.我的家庭能够切实具体地给我帮助。							
4.在需要时我能够从家庭获得感情上的帮助和支持。							
5.当我有困难时有些人（领导、亲戚、同事）是安慰我的真正源泉。							
6.我的朋友们能真正的帮助我。							
7.在发生困难时我可以依靠我的朋友们。							
8.我能与自己的家庭谈论我的难题。							
9.我的朋友们能与我分享快乐与忧伤。							
10.在我的生活中有些人（领导、亲戚、同事）关心着我的感情。							
11.我的家庭能心甘情愿协助我作出各种决定。							
12.我能与朋友们讨论自己的难题。							

第四部分：一般自我效能量表

下面这个问卷能帮助我们了解自己的性格特点，请您认真填写，在符合自己的答案上打勾“√”。

题目	完全正确	有点正确	多数正确	完全正确
1.如果我尽力去做的话，我总是能够解决问题的。				
2.即使别人反对我，我仍有办法取得我所要的。				
3.对我来说，坚持理想和达成目标是轻而易举的。				
4.我自信能有效地应付任何突如其来的事情。				
5.以我的才智，我定能应付意料之外的情况。				
6.如果我付出必要的努力，我一定能解决大多数的难题。				
7.我能冷静地面对困难，因为我可信赖自己处理问题的能力。				
8.面对一个难题时，我通常能找到几个解决方法。				
9.有麻烦的时候，我通常能想到一些应付的方法。				
10.无论什么事在我身上发生，我都能够应付自如。				

第五部分：死亡焦虑量表

指导语：请回答下列 15 个问题，如果下列某问题陈述的情况符合或基本符合您的情况，请在该问题后的“是”上画“√”；如果不符或基本不相符，请在该问题后的“否”上画“√”。

题目	是	否
1.我非常害怕死亡。		
2.我很少想到死亡。		
3.人们谈论死时我不会紧张。		
4.我想到自己要接受手术治疗会害怕。		
5.我一点也不害怕死亡。		
6.我不是很害怕患癌症。		
7.我从来不会因想到死而烦恼。		
8.我常常为时间过的飞快而痛苦。		
9.我害怕痛苦地死去。		
10.关于死后的话题令我非常困扰。		
11.我很害怕心脏病发作。		
12.我经常会想生命如此短暂。		
13.当听到人们谈论世界末日时我会吓得发抖。		
14.我看到死尸会毛骨悚然。		
15.我对于未来没有什么可恐惧的。		

附录 3

伦理委员会审查批件

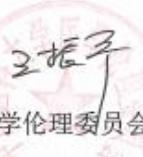
17

关于李小寒同志申报的课题项目的医学伦理审查意见

我单位 2021 年拟申报李小寒教授的课题项目“终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状及其影响因素研究”，项目负责人李小寒教授系本校护理学院护理教研室的老师，从事安宁疗护方面研究。经项目负责人申请并提供有关材料，校医学伦理委员会对本次拟申报项目的研究过程、目的、材料来源，以及受试者的知情同意方案进行了审查。

经初步审核，项目中涉及人的生物医学研究伦理事项符合《赫尔辛基宣言》及国家卫生计生委《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》（[2016]11 号文件）要求，同意该项目按研究计划执行。我校医学伦理委员会将对该项目批准后履行医学伦理研究的有关事项情况予以后续监督。

特此说明。

主任委员签字： 
中国医科大学医学伦理委员会

2021年 7月 9 日

参考文献

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021,71(3):209-249.
- [2] Holm M, Årestedt K, Öhlen J, et al. Variations in grief, anxiety, depression, and health among family caregivers before and after the death of a close person in the context of palliative home care[J]. Death Studies, 2020,44(9).
- [3] Sharif Nia H, Lehto R H, Pahlevan Sharif S, et al. A Cross-Cultural Evaluation of the Construct Validity of Templer's Death Anxiety Scale: A Systematic Review[J]. OMEGA - Journal of Death and Dying, 2019:1374989844.
- [4] Onyechi K, Onuigbo L, Eseadi C, et al. Effects of Rational-Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2016,13(9):929.
- [5] CARPENITO L J. Handbook of Nursing Diagnosis[M].14th ed.Lippincott Williams & Wilkins,2012.
- [6] 丁娜, 胡成文, 陶艳, 等. 恶性肿瘤患者死亡焦虑与焦虑、抑郁的相关性研究[J]. 医学与哲学(B), 2015,36(09):78-81.
- [7] Mercês C, Souto J, Zaccaro K, et al. Death Anxiety: Concept Analysis and Clarification of Nursing Diagnosis[J]. Int J Nurs Knowl, 2020,31(3):218-227.
- [8] Menzies R E, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses[J]. Br J Clin Psychol, 2019,58(4):452-467.
- [9] Soleimani M A, Lehto R H, Negarandeh R, et al. Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer[J]. Cancer Nurs, 2017,40(1):E1-E10.
- [10] Hendriksen E, Williams E, Sporn N, et al. Worried together: a qualitative study of shared anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer and their family caregivers[J]. Support Care Cancer, 2015,23(4):1035-1041.
- [11] Özdemir S, Kahraman S, Ertufan H. Comparison of Death Anxiety, Self-Esteem, and Personality Traits of the People Who Live in Turkey and Denmark[J]. Omega (Westport),

2019:864976171.

- [12] Pentaris P. Death anxiety and religious belief: an existential psychology of religion[J]. Mortality, 2017,23(1):101-102.
- [13] 苗朋, 张瑞, 吴淑贞, 等. 急性白血病患者死亡焦虑与自尊、自我效能感的相关性[J]. 中国健康心理学杂志, 2020,28(11):1609-1612.
- [14] Maya K. Social Support Moderates the Relationship Between Death Anxiety and Psychological Distress Among Israeli Nurses.[J]. Psychological reports, 2020.
- [15] Florian V, Mikulincer M. Symbolic immortality and the management of the terror of death: the moderating role of attachment style[J]. J Pers Soc Psychol, 1998,74(3):725-734.
- [16] 郑雪. 人格心理学[M]. 广州: 暨南大学出版社, 2001.
- [17] Frazier P H, Foss-Goodman D. Death anxiety and personality: Are they truly related?[J]. Journal of Death and Dying, 1988,19(3):265-274.
- [18] Yıldız M, Bulut M B. Relationship among death anxiety and personality traits[J]. Electronic Turkish Studies, 2017,12(13):659-676.
- [19] Benight C C, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy[J]. Behav Res Ther, 2004,42(10):1129-1148.
- [20] Schwarzer R, Born A. Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures[J]. 1997,19(6):73-79.
- [21] Hoelterhoff M, Chung M C. Death Anxiety Resilience; a Mixed Methods Investigation[J]. Psychiatr Q, 2017,88(3):635-651.
- [22] Wu A M, Tang C S. The negative impact of death anxiety on self-efficacy and willingness to donate organs among Chinese adults[J]. Death Stud, 2009,33(1):51-72.
- [23] Norbeck J S. Social support[J]. Annu Rev Nurs Res, 1988,6:85-109.
- [24] Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients With Gynecologic Cancer and Their Caregivers[J]. Cancer Nursing, 2019,42(5):373-380.
- [25] Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients[J]. Palliative and Supportive Care, 2018,16(3):308-316.
- [26] Norris F H, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model[J]. J Pers Soc Psychol, 1996,71(3):498-511.
- [27] Soleimani M A, Lehto R H, Negarandeh R, et al. Death Anxiety and Quality of Life in

- Iranian Caregivers of Patients With Cancer[J]. Cancer Nursing, 2017,40(1):E1-E10.
- [28] Braun S E, Aslanzadeh F J, Thacker L, et al. Examining fear of cancer recurrence in primary brain tumor patients and their caregivers using the Actor-Partner Interdependence Model[J]. Psychooncology, 2021.
- [29] Bachner Y G, O'Rourke N, Carmel S. Fear of Death, Mortality Communication, and Psychological Distress Among Secular and Religiously Observant Family Caregivers of Terminal Cancer Patients[J]. Death Studies, 2011,35(2):163-187.
- [30] Alkan A, Köksoy E B, Karci E, et al. Posttraumatic growth and death anxiety in caregivers of cancer patients: PHOENIX study[J]. Turk J Med Sci, 2020,50(5):1364-1370.
- [31] 钱文娜, 李小寒. 癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2020,37(12):68-70.
- [32] Jong J, Halberstadt J, Bluemke M, et al. Death anxiety, exposure to death, mortuary preferences, and religiosity in five countries[J]. Sci Data, 2019,6(1):154.
- [33] 崔以泰, 孟宪武, 史宝欣. 中国临终关怀研究[M]. 天津科学技术出版社, 1998.
- [34] Tang W R. Hospice family caregivers' quality of life[J]. J Clin Nurs, 2009,18(18):2563-2572.
- [35] Battle D E. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)[J]. Codas, 2013,25(2):191-192.
- [36] 杨红, 韩丽沙, 郭浩明. 死亡焦虑量表的跨文化调适[J]. 中国实用护理杂志, 2012(31):53-57.
- [37] 姜乾金. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [38] 李宗姗, 魏丽丽, 桂雅星, 等. 认知功能评估量表研发与应用进展[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2021,21(11):927-933.
- [39] 孙振球. 医学统计学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 333-341.
- [40] 刘宇李峥. 护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [41] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志, 2010,45(4):378-380.
- [42] 丁娜. 恶性肿瘤患者死亡焦虑及影响因素研究[D]. 安徽医科大学, 2016.
- [43] Templer D I. The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale[J]. The Journal of General Psychology, 2010,82(2):165-177.
- [44] Soleimani M A, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, et al. Validity and reliability of the persian version of templer death anxiety scale in family caregivers of cancer patients[J]. Iran J Nurs

Midwifery Res, 2016,21(3):284-290.

- [45] 杨红, 韩丽沙, 郭浩明. 死亡焦虑量表的跨文化调适[J]. 中国实用护理杂志, 2012(31):53-57.
- [46] Eysenck S B G, Eysenck H J, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale[J]. Personality & Individual Differences, 1985,6(1):21-29.
- [47] 钱铭怡, 武国城, 朱荣春, 张莘. 艾森克人格问卷简式量表中国版(EPQ-RSC)的修订[J]. 心理学报, 2000(03):317-323.
- [48] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. J Pers Assess, 1990,55(3-4):610-617.
- [49] Guan N C, Seng L H, Hway A A, et al. Factorial validity and reliability of the Malaysian simplified Chinese version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS-SCV) among a group of university students[J]. Asia Pac J Public Health, 2015,27(2):225-231.
- [50] Zhou K, Li H, Wei X, et al. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment[J]. Compr Psychiatry, 2015,60:182-188.
- [51] Huang L, Jiang QJ, Ren WH. The correlation among coping mode, social support and psychosomatic symptoms in patients with cancer. Chin Ment Health J. 1996;10:160-1.[J].
- [52] 姜乾金. 领悟社会支持量表[J]. 中国行为医学科学, 2001,10(10):41-43.[J].
- [53] Schwarzer R, Born A. Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures[J]. 1997.
- [54] Zhang J X, Schwarzer R. Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale[J]. Psychologia, 1995,38(3):174-181.
- [55] 吴娟. 住院癌症患者照顾者疾病获益感的现状及其影响因素研究[D]. 石河子大学, 2020.
- [56] 皮希凤. 老年缺血性脑卒中患者主要家庭照顾者负担及自我效能与焦虑的相关性研究[D]. 湖南中医药大学, 2020.
- [57] 许少媛. 中青年癌症患者濒死期配偶照顾感受及应激反应的研究[D]. 福建医科大学, 2018.
- [58] 陈睿, 杨君婷, 尹世全, 等. 国外癌症生存者照护模式研究进展及对我国的启示[J]. 中

国全科医学, 2022,25(04):401-407.

- [59] LaValley S A, Gage-Bouchard E A. Life Course Stage and Social Support Mobilization for End-of-Life Caregivers[J]. Journal of Applied Gerontology, 2020,39(8):820-827.
- [60] O'Rourke L, Fisher P L, Campbell S, et al. Factors Associated With Fear of Cancer Recurrence in Family Caregivers of Cancer Survivors: A Systematic Review[J]. Frontiers in Psychology, 2021,12.
- [61] 王励飞. 癌症患者家庭主要照顾者预期性悲伤与社会支持现状及相关性研究[D]. 湖州师范学院, 2020.
- [62] Oechsle K, Ullrich A, Marx G, et al. Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care[J]. BMC Palliative Care, 2019,18(1).
- [63] 黄新娟, 樊溶榕, 谌永毅, 等. 安宁疗护病房的建立与管理[J]. 中华护理教育, 2021,18(04):358-362.
- [64] 路桂军, 姜姗, 李忠, 等. 安宁疗护服务对象准入标准的国际经验与中国实践[J]. 医学与哲学, 2021,42(16):28-31.
- [65] Eseadi C. Rational-emotive behavioral intervention helped patients with cancer and their caregivers to manage psychological distress and anxiety symptoms[J]. World J Clin Oncol, 2019,10(2):62-66.
- [66] Frontini R, Sousa H, Ribeiro Ó, et al. "What do we fear the most?": Exploring fears and concerns of patients, family members and dyads in end-stage renal disease[J]. Scand J Caring Sci, 2020.
- [67] 林少琴, 谢淑华, 邹和飞. 脑胶质瘤患者主要照顾者照顾负担影响因素及其与生活质量的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2018,33(24):2280-2282.
- [68] Akyol G T, Zeynep E, Isa D. The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic.[J]. Omega, 2021.
- [69] 焦卉, 郭检生, 陈丽. 江西省老年人生命意义及其与死亡焦虑的关系[J]. 中国老年学杂志, 2020,40(05):1066-1068.
- [70] Leung J M, Niikura M, Yang C W T, et al. COVID-19 and COPD[J]. European Respiratory Journal, 2020,56(2):2002108.
- [71] 仇琦, 房圆, 林翔, 等. 大学生死亡焦虑及其影响因素分析[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2015,35(10):1512-1515.

- [72] Hoelterhoff M, Chung M C. Self-Efficacy as an Agentic Protective Factor against Death Anxiety in PTSD and Psychiatric Co-Morbidity[J]. Psychiatric Quarterly, 2020,91(1):165-181.
- [73] Levesque B H P J, Bamgboje-Ayodele B T M P, Paradiso B H J, et al. Cancer-related challenges, unmet needs and emotional distress in male caregivers of women with breast cancer: the influence of self-efficacy[J]. J Psychosoc Oncol, 2021:1-8.
- [74] Zheng R, Bloomer M J, Guo Q, et al. New graduate nurses' coping with death and the relationship with death self-efficacy and death anxiety: A multicentre cross-sectional study[J]. Journal of Advanced Nursing, 2021,77(2):795-804.
- [75] Zheng R, Bloomer M J, Guo Q, et al. New graduate nurses' coping with death and the relationship with death self-efficacy and death anxiety: A multicentre cross-sectional study[J]. Journal of Advanced Nursing, 2021,77(2):795-804.

综述

死亡焦虑的研究进展

医疗技术的进步使疾病的治愈率得到提高，个体寿命得以延长，然而死亡仍然是一个不可避免的现实问题。随着生物—心理—社会医学模式的发展，与死亡有关的焦虑、抑郁等心理问题也逐渐受到医护人员的广泛关注。

北美护理诊断协会（North American Nursing Diagnoses Association, NANDA）于2007年正式将死亡焦虑纳入护理诊断，即个体因意识到死亡的存在或面对临终而感到不安、忧虑和害怕的状态^[1]。研究表明^[2, 3]，死亡焦虑水平越高，越易遭遇心理疾病，如抑郁、惊恐障碍等，对幸福的感知度越低，影响生活质量越严重。另有研究表明，死亡焦虑可能会减少关于患者临终关怀意愿的沟通^[4, 5]，阻碍安宁疗护的发展，不利于提高临终患者的生活质量和死亡质量。

有学者指出，死亡焦虑比其他负性情绪如焦虑、抑郁等更早出现，可以更为敏感地反映个体的心理状况，死亡焦虑也逐渐成为姑息治疗领域中需重点评估和干预的部分^[6]。本文拟从死亡焦虑的概念及内涵、相关理论、测量工具、国内外研究现状等方面进行综述，旨在促进临床对死亡焦虑的评估以便及早发现个体的心理健康问题，并为死亡焦虑的进一步研究提供借鉴和参考。

1. 死亡焦虑的概念及内涵

1.1 死亡焦虑的相关概念

1.1.1 死亡

不同时期、不同文化背景下，死亡（Death）的概念有所不同。《辞海》中对死亡的定义是呼吸、心跳停止。医学对死亡的定义中，临床最为常用的是1968年哈佛医学院死亡定义审查委员会对死亡的评定标准^[7]：昏迷、无自主呼吸、自发或诱发运动消失，排除药物中毒或低温等所致的昏迷，持续24 h。死亡在社会学领域中被看作为一个过程，分为社会死亡、知识死亡和生物死亡三个阶段^[8]，社会学家杨鸿台对人类死亡这一现象进行解释与论证，其认为死亡是一种不可逆转的、任何个体不可经验的、作用于现实的历史性过程^[9]。

1.1.2 焦虑

《剑桥英语词典》将焦虑（Anxiety）解释为一种不安的感觉，一种对正在发生或可能发生事情的担忧。美国精神病学协会（American Psychiatric

Association, APA) 将焦虑描述为对危险的预期而产生的担心、紧张或忧虑感，并指出焦虑与恐惧不同，因为恐惧是个体面对真实威胁时的反应，而焦虑是对想象的威胁所产生的的反应^[10]。

1.1.3 死亡焦虑

维基百科中对死亡焦虑 (Death Anxiety, DA) 的解释是：死亡焦虑是由死亡想法引起的焦虑，源于人类生命必将终结的基本认识，即为当一个人想到死亡，或者停止“存在”时，出现的“恐惧、忧虑或焦虑”的感觉。在诸多相关研究中，不同学者对死亡焦虑概念的解释各有侧重，如 Tomer^[11]侧重于死亡焦虑是对自我不存在这一状态的预期所引发的消极情绪反应。Janet-Belsky 认为^[12]日常生活中带有生命终结色彩的事件，会引发人们对死亡的思考，产生不安及忧虑的情绪，即为死亡焦虑，此定义侧重于表达死亡焦虑普遍存在，人作为有思想认知的个体，一生制作都在经历死亡焦虑，只是严重程度有所不同。目前得到广泛使用的是北美护理诊断协会于 2007 年对死亡焦虑的定义标准，即个体因意识到死亡的存在或面对临终而感到不安、忧虑和害怕的状态^[1]。

1.2 死亡焦虑概念的内涵

“死亡焦虑”这一概念最早出现在文学作品中，Irvin Yalom^[13, 14]曾在《直视骄阳》一书中指出，死亡焦虑往往以隐藏和伪装的形式存在，但会无形之中转化为各种躯体和心理症状，是诸多心理困扰的根源。

心理、社会学家及医护人员对死亡焦虑的科学性研究始于 Templer 教授编制出的死亡焦虑量表^[15]，由此死亡焦虑也日益成为癌症治疗、姑息护理等领域中的重要概念。Lehto^[16]等人和 Mercês^[2]等人分别于 2009 年和 2019 年对死亡焦虑进行概念分析，将已有文献中反复出现的概念特征看作概念的关键属性。总结死亡焦虑包括以下三个关键属性：①恐惧：人们知道自己不可避免地会走向死亡，但不确定自己何时以及如何死去，也无法了解死后世界的样子，死亡的虚无感、未知感和不可控制的感觉是令人痛苦和恐惧的，即对死亡未知性的恐惧；Tomer^[11]等人指出，死亡焦虑是对自我不存在这一状态的预期所引发的消极情绪反应，人们会对时间不多的感觉感到恐慌，害怕自己总有一天会消失，不再存在，即对自我消亡的恐惧；人们会恐惧死亡过程中可能伴随的身体痛苦和折磨，如身体外观的变化和疼痛，即对死亡痛苦的恐惧；人们还会害怕与爱的人分离、他们害怕会没有足够多的时间与自己的家人在一起，即出现与亲人分离的恐惧。②担忧：个

体对于未完成的事情感到沮丧，担忧死亡使自己不能实现人生的意义；人们担忧死后的问题，如亲人伤痛、家庭经济问题、丧葬问题等。③矛盾：暴露于死亡相关事件的人们，会一度声称他们从未想过死亡，不久之后他们又说死亡一直萦绕在他们的脑海中挥之不去，令人焦虑不安。他们表达死亡根本没有吓着他们，但是下句话中，他们又会表达自己有多害怕死亡，出现矛盾心理。

2. 死亡焦虑的相关理论

2.1 死亡焦虑综合模型

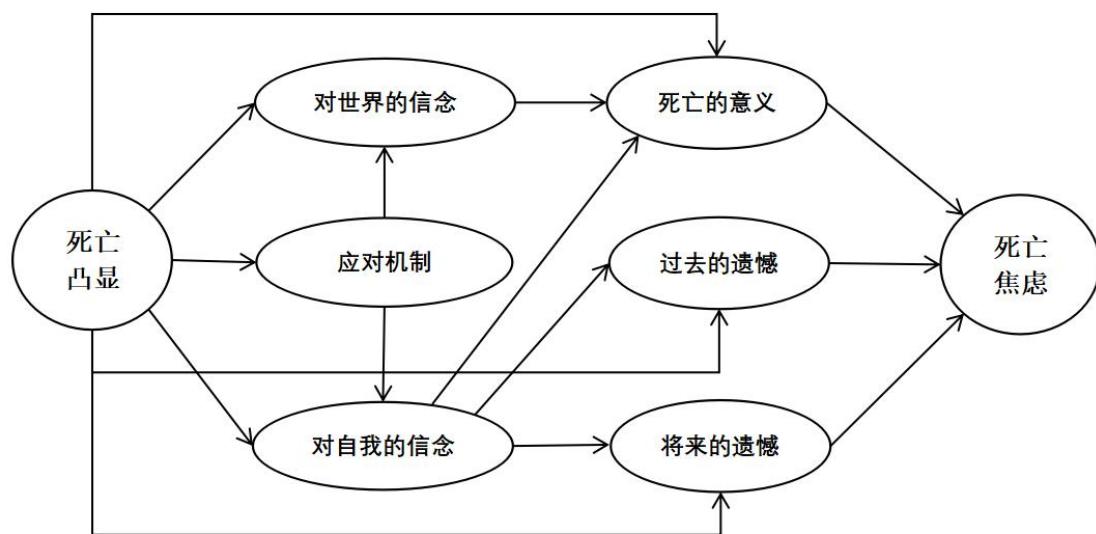


图 1 死亡焦虑综合模型

1992 年，Tomer 基于理论视角，对成人死亡焦虑进行综述^[17]，在此基础上，Tomer 和 Eliason 于 1996 年提出了死亡焦虑综合模型^[11]，如图 1 所示，该模型指出：

死亡焦虑有三个直接决定因素：死亡的意义（Meaningfulness of Death）、与过去相关的遗憾（Past-Related Regret），与未来相关的遗憾（Future-Related Regret）。死亡的意义：指一个人对“死亡”这一概念的认知和理解死亡的能力；与过去相关的遗憾：指一个人的愿望本该实现却没有实现；与未来相关的遗憾：指一个人预期想要完成的目标，可能会因为过早死亡而无法实现。

死亡凸显（Death Salience）：指暴露于死亡相关事件，如出现家庭成员患病或死亡，一方面，它可以直接影响上述死亡焦虑的三种决定性因素，即死亡的意义以及两种类型的遗憾，还可以通过影响个体对世界的信念（Beliefs about The World）和对自我的信念（Beliefs about The Self）间接

影响这三种因素，从而影响死亡焦虑。暴露于死亡相关事件，个体可能会产生一系列应对过程（Coping Processes），包括生活回顾、规划未来、自我超越等，这些应对过程也会对两种类型的信念产生影响。

该模型综合运用多种理论，丰富了我们对死亡焦虑的理解，并为死亡焦虑的进一步研究和发展提供了方向及参考。

2.2 恐惧管理理论

存在主义哲学先驱 Kirkegaard^[18]认为由死亡引起的焦虑是毕生最重大的焦虑。美国人类学家 Becker^[19]从存在主义视角出发，认为人类的所有行为都来源于“人类的生存动机”与“死亡的必然性”这一基本冲突，而个体的行为准则都是在无形中管理由死亡引起的焦虑。基于存在主义哲学，Greenberg 等人^[20]于 1984 年提出了恐惧管理理论（Terror Management Theory, TMT）。恐惧管理理论指出，人们会尽可能地调动自己的心理资源来防御死亡焦虑，诸多实证研究证实，个体主要是通过世界观、自尊和亲密关系这三种防御机制来应对死亡的必然性意识所引发的死亡焦虑。

2.2.1 世界观防御

世界观是指个体对世界的基本看法和观点，对现实的解释和信念。人们通过世界观，赋予生命、生活和事件以秩序、意义，并相信只要遵循这种世界观，感到自身与世界的融合感，身心就会在世界上得到安宁^[21]。因此，个体的文化世界观通常被认为可以缓冲个体内心的不安全感。具体而言，个体的文化世界观为个体提供的是关于生活的意义、评价行为的准则以及象征意义上的对个体有限性的超越^[22]。若个体相信自己所持有的文化世界观或者是价值标准的正确性，以及周围群体亦对该文化世界观表示认同，那么，个体会产生较高的自尊，可增强个体抵御死亡焦虑的信念^[23]。

2.2.2 自尊防御

恐惧管理理论指出^[24]，自尊可以控制和管理与死亡有关的焦虑，被认为是恐惧管理理论中最为基本、重要的防御机制。自尊来源于对自身所持有的文化世界观和价值标准的认同，是个体内部心理结构的重要组成部分，指个体对自己的评价和态度。多项研究证实^[24-26]，在个体面对死亡相关事件即死亡提醒时，自尊作为一种人格特质，具有明显缓冲死亡焦虑的作用。

2.2.3 亲密关系防御

亲密关系防御是在之后的研究中逐渐被发现的，是一种独立的死亡焦虑防御

机制。广义的亲密关系是指与他人之间的和谐、融洽的社会关系；而狭义的亲密关系特指伴侣关系^[27]。将亲密关系作为一种恐惧管理机制，最早是在 Rank 和 Becker 的著作中提出的^[28-30]，Rank 指出，个体从出生开始就通过依恋母亲来获得安全感。人具有社会属性，这就决定了人在成长过程中，需要与他人建立联系，以满足马斯洛理论中提出的对爱和归属感的需要。之后的众多理论及研究证实^[31, 32]，死亡提醒会增加个体对亲密关系的渴望，促使个体寻求与他人建立积极和谐的社会关系^[22]。亲密关系的建立，对缓解个体的死亡焦虑具有重要作用。Florian^[33]等学者指出，在缓解死亡焦虑的机制中，个体本能首选的即为亲密关系，只有当这一机制启动受限的情况下，个体才会启动其他两种防御机制。

2.3 应激作用过程理论

所谓应激作用过程^[34]，就是在应激源刺激下，通过一系列应激中间变量，最后决定应激反应的过程，该理论从个体和社会环境之间关系的角度出发，注重中间过程的研究，尤其强调应激中间变量对个体的影响。应激中间变量强调个体内部特征及外部社会环境两个方面的重要性，主要包括认知评价、社会支持、人格特性、应对方式等，其中认知评价被认为是应激的最主要因素。该理论已被应用到生活事件与疾病之间关系的研究^[35]，在许多身体和精神疾病的发生发展中，生活事件的刺激起到“扳机”作用，而疾病的发生发展结局，在一定程度上受到个体人格特性、对生活事件的认知、外界社会支持以及自我应对方式的影响。

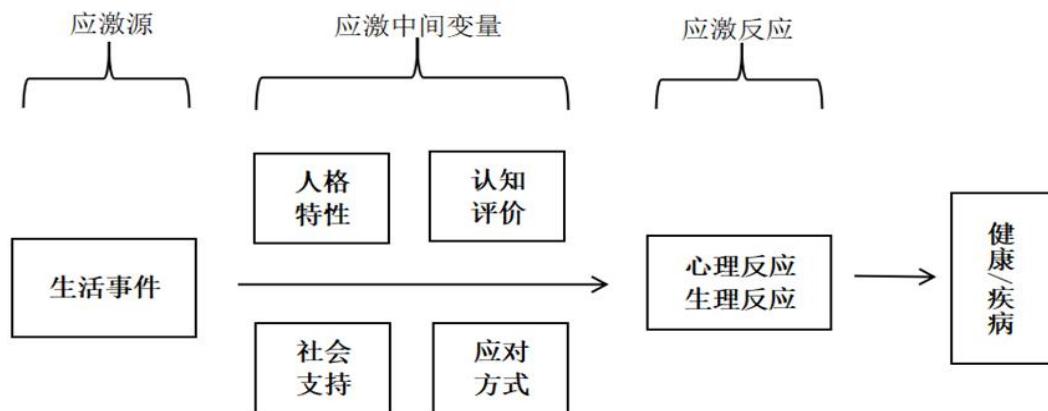


图 2 应激作用过程理论

Florian 和 Mikulincer 学者^[36]指出，可将影响个体死亡焦虑的因素归纳为内

在和外在两个方面：内在过程（Internal process: the internalization or overall evaluation of the self）和外部原因（External causes）。内在过程如个体的人格特性、认知评价、自尊等，外部原因如来自外界的社会支持，丧亲经历、身体创伤经历等。这一观点与应激作用过程理论相一致。

3. 死亡焦虑的测量工具

3.1 死亡焦虑量表

Templer 的死亡焦虑量表（Templer's Death Anxiety Scale, T-DAS）^[15]是由 Templer 教授在 1967 年研制的，并于 1970 年公开发表。量表共 15 个条目，内部一致性系数 KR20 为 0.76，3 周重测信度为 0.83。该量表的原作者并未对量表进行维度划分，在后期的诸多研究中，研究者对该量表进行了探索性因子分析^[37, 38]，多数研究得出 4-5 个公因子，如 Abdel-Khalek 在研究中得出以下五个公因子：①死亡相关的想法；②死亡相关的痛苦；③对死亡的思考；④生命短暂；⑤对死后的担忧。该量表被翻译成包括汉语、法语、德语等在内的 26 种语言，在世界范围内被广泛使用。Templer 的死亡焦虑量表已被证实在癌症患者家庭照顾者中具有较好的信效度^[35]。

该量表的中文版本是由杨红等人^[39]于 2012 进行跨文化调适后形成，共 15 个条目，采用是/非方式或 Likert 5 级评分法，其中 9 个条目正向计分，6 个条目（条目 2、3、5、6、7、15）反向计分，分值越高，表明个体的死亡焦虑越严重。中文版死亡焦虑量表的 Cronbach's α 为 0.71，重测信度为 0.831，信效度良好。

3.2 死亡焦虑问卷

死亡焦虑问卷（Death Anxiety Questionnaire, DAQ）是由 Conte 等人编制，并于 1982 年发表，其原版的 2 周重测信度为 0.87，内部一致性系数为 0.83^[40]。在结构效度方面，对该量表进行因子分析得出四个公因子：死亡未知性的恐惧、对痛苦的恐惧、对孤独的恐惧以及对死亡本身的恐惧，方差累计贡献率为 64.3%。与 Templer 死亡焦虑量表的相关系数为 0.51，具有良好的校标效度，该量表共 15 个条目，采用是/否计分或 Likert 3 级评分法，分数越高表明受试者死亡焦虑越严重^[41]。目前该量表已被应用在大学生、老年人、癌症患者等群体中。韩兆彩等人于 2017 年对该量表进行汉化，汉化后量表的 Cronbach's α 为 0.82，折半信度为 0.71，因子分析后累计方差贡献率为 47.5%，在可接受范围内，证实该量表信效度良好^[42]。

3.3 修订版死亡焦虑量表

修订版死亡焦虑量表 (Revised Death Anxiety Scale, RDAS) 是 Thorson 和 Powell 等人于 1988 年对 T-DAS 量表进行修订而形成^[43]，对其进行因子分析得出 7 个公因子：①对不确定性的恐惧；②恐惧死亡相关的痛苦；③对尸体被解剖的恐惧；④害怕无助感；⑤担忧死后问题；⑥担忧失去控制感；⑦担忧死后尸体的处置。该量表共 25 个条目，具有较高的效度和信度，Cronbach's α 为 0.83^[44, 45]。

3.4 阿拉伯死亡焦虑量表

阿拉伯死亡焦虑量表 (Arabic Scale of Death Anxiety, ASDA) 是 Abdel-Khalek 教授^[46]于 1996 年编制，共 20 个条目，在 3 个阿拉伯国家，埃及、科威特和叙利亚的 1636 名本科生样本中进行构建并验证。该量表在各国家的 Cronbach's α 范围为 0.88-0.93，一周重测信度为 0.90，表明内部一致性和稳定性较高，与 Templer 死亡焦虑量表的相关系数为 0.51，具有良好的校标效度。已经成为使用最广泛的量表之一。

仇琦等人^[47, 48]于 2016 年对该量表进行跨文化调适，研究表明中文版本的阿拉伯死亡焦虑量表 Cronbach's α 为 0.91，量表的 1 周重测信度为 0.96，探索性因子分析得出三个公因子：对死人和坟墓的恐惧、对致命疾病的恐惧以及对死后事件的恐惧，方差累计贡献率为 57.1%，表明该量表具有良好的信效度。

3.5 扩展版死亡焦虑量表

扩展版死亡焦虑量表 (Death Anxiety Scale-Extended, DASE) 是由 T-DAS 量表的原作者即 Templer 等人，在 T-DAS 量表的基础上新增 36 个条目，形成了共 51 个条目的扩展版死亡焦虑量表^[49, 50]。该量表与 T-DAS 的相关系数为 0.81，36 个新增项目与 T-DAS 的相关系数为 0.64，与 DASE 的相关系数为 0.97，表明该量表具有较高的校标效度，同时该量表具有良好的信度，内部一致性系数 KR20 为 0.92。Templer 等人表示，应根据研究对象所能填写量表的时长，选择 15 条目的 T-DAS 或 51 条目的 DASE 量表。

在诸多死亡焦虑评估工具中，Templer 教授于 1967 开发的死亡焦虑量表 (T-DAS) 为国际公认的死亡焦虑测评工具，并且该量表已被证实在癌症患者家庭照顾者中具有较好的信度 (Cronbach's α 为 0.78) 和较好的内容效度及结构效度效度^[35]，可应用于测量癌症患者家庭照顾者死亡焦虑情况。

4. 死亡焦虑的国内外研究现状

4.1 现状调查研究

国外对死亡焦虑的研究起步较早,而国内通常将死亡焦虑看作是死亡态度的一个部分进行研究,单独针对死亡焦虑的研究在近年有所增多。在研究对象方面,国内外均对老年人、患者、医护人员的死亡焦虑进行了调查,但仅国外对癌症患者照顾者这一人群的死亡焦虑进行了一定研究,国内尚无对此群体的死亡焦虑研究。

4.1.1 老年人死亡焦虑现状

老年人随着年龄的增长、身体各项机能的衰退,意识到自己步入垂暮之年,更可能出现有意识或无意识的死亡焦虑。Bakan 等人^[51]使用 T-DAS 量表对 250 名老年人进行调查,结果显示老年人的死亡焦虑得分为 (7.73 ± 2.28) 分,死亡焦虑处于较高水平, Solaimanizadeh 等人^[52]及国内郭玮等人^[53]的结果均与之一致。国内焦卉等学者^[54]使用汉化的 T-DAS 量表测评老年人的死亡焦虑状况,结果显示,与居家养老的老年人相比,机构养老院老人的死亡焦虑水平更高。

4.1.2 患者死亡焦虑现状

身患疾病易引发个体对生命脆弱性的感知, Akhtar 等人^[55]在对 80 名乳腺癌患者的调查中指出, 86.2% 的患者有中度以上的死亡焦虑,其中高度死亡焦虑者占 35.2%。Sahan 等人^[56]指出急性心肌梗死幸存者的死亡焦虑高于癌症患者的死亡焦虑,这可能因为心肌梗死更具有突发性和不确定性。国内学者也分别对肺癌患者、急性心肌梗死幸存者等进行调查^[57, 58],均显示患者具有较高的死亡焦虑,对心理护理的需求较高。

4.1.3 医护人员死亡焦虑现状

医护人员为患者提供诊疗和护理,在特殊的职业环境下体会生命无常, Nia 等人^[59]指出,死亡焦虑较高的护士更不愿与患者及家属进行临终沟通。Polat 等人^[60]及 Halliday 等人^[61]研究证实,临终关怀护士、急诊科护士的死亡焦虑均处于较高水平,从而对其工作态度产生消极影响。国内薛娜娜等人^[62]采用中文版死亡焦虑量表对 450 名重症监护室护士进行调查,结果显示重症监护室护士中, 386 人 (94.38%) 表现出较高的死亡焦虑水平。此外,朱雅竹等人^[63]与马明丹等人^[64]的研究指出,ICU 护士、急诊科护士具有较高的死亡焦虑。

4.1.4 癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状

在疾病过程中陪伴患者度过的,除医护人员之外,还有患者的家庭照顾者。

由于癌症的不可治愈性和病程的漫长性,癌症患者家庭照顾者需长期暴露于死亡威胁的环境,其死亡焦虑状况在近年来受到国外学者的重视。Alkan 等人^[65]使用 T-DAS 量表进行调查,癌症患者照顾者死亡焦虑得分中位数为 8.0 (1.0–14.0) 分,超过该量表得分 ≥ 7.0 分即为高水平死亡焦虑的标准,这一结果与 Uslu-Sahan 等人^[66]的研究结果相一致。Onyechi 等人^[64]在对死亡焦虑进行的干预性研究中,使用 Conte 等人编制得死亡焦虑问卷 (Death Anxiety Questionnaire, DAQ) 进行测量,该工具规定死亡焦虑得分处于 56–75 分之间即为高死亡焦虑,研究结果显示,干预前癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑得分为 (74.81 ± 0.49) 分,处于高死亡焦虑水平。而在中国乐生讳死的文化背景下,癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑现状尚不清楚。

4.2 死亡焦虑影响因素的研究

4.2.1 人口学因素

(1) 性别和年龄:国内外研究显示,个体人口学如性别、年龄等均对个体的死亡焦虑有着不同程度影响^[67]。在性别方面,国内外大数研究表明,性别对个体死亡焦虑的影响为:女性的死亡焦虑程度往往高于男性^[68–70]。在年龄方面,不同年龄段的死亡焦虑有所不同,年龄与死亡焦虑呈负相关,老年人对死亡的焦虑低于年轻人,这一结果在国内外研究中均被得到证实^[2, 70–72];但国外有研究表明,在人的一生中,20 岁时死亡焦虑达到顶峰,此后均呈显著下降趋势,不过,女性的死亡焦虑水平在 50 岁出现第二次高峰,呈双峰分布,而男性却没有第二次死亡焦虑高峰^[73]。

(2) 宗教信仰:国外研究表明,对宗教信仰的虔诚度会影响个体的死亡焦虑。对上帝持有感激、对宗教信仰满怀虔诚者表现出较低的死亡焦虑^[74, 75];而低虔诚度的宗教信仰、采用消极的宗教信仰应对方式等,并不能缓解个体的死亡焦虑^[76, 77]。国内在死亡焦虑领域,对宗教信仰的研究并未涉及宗教虔诚度的问题,研究表明,持有某种宗教信仰的个体,死亡焦虑水平较低^[78, 79]。

(3) 健康状况:健康问题一直被认为是威胁人类生存的存在,容易唤起人们死亡意识^[80]。国外诸多研究证实,躯体及心理问题是诱发个体死亡焦虑的关键刺激,如 Missler 等人^[81]指出,患者若罹患严重疾病,则其死亡焦虑水平较高,而身心健康良好的个体,其死亡焦虑水平较低, Curran 等人^[82]在对癌症患者的研究中也证实了这一点。国内研究同样表明,生理、心理健康状况对个体的死亡焦虑均具有重要作用,江君等人^[83]对 758 位受试者进行调查,发现个体的躯体症状

得分是预测个体与死亡焦虑的重要因素；张洁等人^[84]对老年人进行调查，发现自我感知身体健康状况较差的老年人，死亡焦虑水平较高；王雅琴等人的研究显示^[85]，较差的心理健康状况是死亡焦虑的预测因素。

4.2.2 个体内部因素

（1）人格特性：人格特性是指能够在不同的时空情境中主导个体行为的稳定而统一的心理结构^[86]。Frazier 等人^[87]进行的一项关于死亡焦虑和人格关系的研究显示，死亡焦虑和神经质以及 A 型人格（即攻击性人格和情绪化的人）之间存在中等程度的正相关。Yıldız 和 Bulut 的研究表明^[88]，神经质人格与个体死亡焦虑之间呈正相关，开放性人格和死亡焦虑之间呈负相关。国内仇琦等人^[89]对 422 名大学生进行调查，结果显示大学生死亡焦虑水平与人格特质中的神经质得分密切相关，神经质得分越高的大学生，越易陷入紧张及焦虑的情绪之中，而长时间消极心理状态的积累，易使其对死亡产生恐惧和不安。

（2）自我效能：自我效能感是美国斯坦福大学的班杜拉（Bandura）教授于 1977 年首次提出，是指个体对自己是否有能力来完成某一行为的推测和判断^[90]。Hoelterhoff 等学者^[91, 92]将自我效能应用到死亡焦虑领域中，将其扩展为：人们对自己是否有能力处理死亡相关事件的推测或判断，该学者采用量性研究与质性访谈相结合的方式，在大学生中进行调查，结果表明自我效能是死亡焦虑心理韧性的一部分，可以缓冲死亡焦虑。低自我效能感的个体，在面对和处理死亡相关事件，更有可能感到无能为力，加重个体的死亡焦虑。Tang 等人^[93, 94]在中国大学生群体中进行的研究表明，死亡焦虑是个体自我效能的独立危险因素，高水平的死亡焦虑会影响到个体对自我效能的感知，从而降低了个体的自我效能感；2020 年，苗朋等人对白血病患者自我效能与死亡焦虑关系的研究^[95]表明，自我效能感较高的个体，其死亡焦虑水平较低。

（3）自尊：自尊是个体内部心理结构的重要组成部分，指个体对自己的评价和态度。恐惧管理理论指出^[24]，自尊可以控制和管理与死亡有关的焦虑，被认为是恐惧管理理论中最为基本、重要的防御机制。国内外学者在老年人、癌症患者等多个人群中，探究自尊与死亡焦虑的关系，多项研究均证实^[24-26, 95-97]个体的自尊水平与死亡焦虑呈负相关，而且在个体面对死亡相关事件即死亡提醒时，自尊作为一种人格特质，具有明显缓冲死亡焦虑的作用。

4.2.3 个体外部因素

（1）社会支持：社会支持^[98]属于个体与外界关系的联结，具体是指可以得

到的外界帮助，包括他人在精神、经济等方面给予的理解及支持，它分为客观社会支持和领悟社会支持。多项研究表明^[66, 99-101]，社会支持与死亡焦虑呈负相关，客观社会支持、领悟社会支持均可以缓冲死亡焦虑。

领悟社会支持是指被个体感知到的来自外界各方面的社会支持，与客观社会支持相比，在促进个体心理健康方面作用更为突出^[96]，因此领悟社会支持受到心理学家的日益重视。如 Khalid 等人^[55]调查 80 位乳腺癌患者，分析其领悟社会支持与死亡焦虑的关系，结果表明，在面对死亡的威胁时，个体感知到的社会支持越高，其死亡焦虑水平越低。Uslu-Sahan 等人^[63]的研究亦表明癌症患者的领悟社会支持与死亡焦虑呈显著负相关。

国内对社会支持与死亡焦虑关系的研究较少，宋子皿等人^[102]研究发现，患者从社区医院获得的社会支持及连续性护理越多，其死亡焦虑水平越低；王祖麟等人^[103]侧重调查住院老年慢性病患者的医疗社会支持，所得结论与宋子皿等人的结论相一致。中国文化背景下尚未有研究证实领悟社会支持与死亡焦虑的关系。

（2）经历生命威胁事件：Templer 学者于 1976 年提出了死亡焦虑的双因素理论^[104]，该理论认为死亡焦虑的水平是由整体身心健康状态和死亡相关事件的经历决定的。Hoelterhoff 等人^[91, 92]研究表明，个体经历严重创伤事件如地震、车祸等，死亡焦虑水平较高，与 Scharf 等人^[105]的研究结果相一致；Muliira 等人^[106]研究指出，助产士照顾临终孕妇的经历，会引发助产士对自己死亡的思考，与没有此经历的助产士相比，出现较高的死亡焦虑。国内学者刘世宏^[107]、汪小斌等人^[108]分别对青少年进行调查，结果与宋子皿^[102]对社区居民的调查结果相一致，均表明经历生命威胁事件是死亡焦虑水平的主要危险因素。

死亡焦虑是一种受文化影响的心理状态，具有文化差异性，不同文化背景下，不同人群中，个体的死亡焦虑状况及影响因素均有所不同^[109]。Florian 和 Mikulincer 学者^[36]指出，影响个体死亡焦虑的因素可被归纳为内在和外在两个方面：内在过程（如人格特性、自我效能）和外部原因（如社会支持）。然而个体内在的人格特质、自我效能以及外部社会支持对终末期癌症患者家庭照顾者的影响尚不明确。

4.3 死亡焦虑干预措施的研究

4.3.1 死亡教育

Doka 等学者^[110]指出，死亡教育是帮助个体或群体树立正确的生死观，提高

个体对死亡相关事件的应对能力，并普及死亡相关知识。McClatchey 等学者^[111]组织学生参加丧葬知识讲座、参观殡仪馆、讨论安乐死等，结果表明死亡教育可以缓解学生的死亡焦虑，与 Combs 等人^[112]的结果相一致，但 Combs 等人在研究中还指出，死亡教育的结果具有不确定性；Wallace 等人研究表明^[113]死亡教育课程可以缓解大多数学生的死亡焦虑，但对有过创伤经历的学生无效；Menzies 等人^[114]对死亡焦虑干预措施进行 meta 分析，纳入文章涉及美国、韩国、伊朗、加拿大、尼日利亚、土耳其六个国家，结果表明死亡教育对降低死亡焦虑并无显著影响，因此死亡教育这一干预措施的有效性有待进一步验证。

国内薛娜娜等人^[115]对 ICU 护士进行死亡教育，内容主要包括死亡的概念、死亡教育发展现状、同理心的形成等方面，通过对 ICU 护士培训前后的死亡焦虑水平进行比较，发现死亡教育可以有效缓解死亡焦虑，这与高钰琳等人^[116]在医学生群体中进行的死亡教育干预结果一致。马明丹等人^[64]对急诊科护士进行死亡教育干预，以处理突发死亡事件为基础，教学方法包括讲座、角色扮演、分组讨论等，结果表明死亡教育可以缓解急诊科护士在面对死亡突发事件时的死亡焦虑情绪。

4.3.2 正念疗法

Kuru 等人^[117]认为正念疗法可以促进积极情绪，在养老机构的老年人中进行大笑疗法（laughter therapy）的干预性研究，也被称为笑声瑜伽（laughter yoga），其中包括静坐冥想、深呼吸、大笑游戏等，与对照组相比，干预组老年人的死亡焦虑水平明显降低。国内学者朱雅竹等人^[63]对 ICU 护士进行正念减压训练，项目内容包含正念饮食、正念瑜伽等，结果表明正念减压训练是缓解 ICU 护士死亡焦虑的有效措施。

4.3.3 理性情感临终关怀疗法

Onyechi 等人^[118, 119]运用理性情感临终关怀疗法（Rational Emotive Hospice Care Therapy, REHCT）对癌症患者及照顾者的死亡焦虑进行干预。REHCT 以家庭为单位，由专业人员对癌症患者及照顾者进行评估和访谈，致力于唤醒他们潜在的信心，相信对自己命运有一定控制力，鼓励照顾者理解和表达他们对亲人预期死亡的感受，使双方接受事实，并共同努力提高二者的生活质量。该研究使用 Conte 等人编制的死亡焦虑问卷（Death Anxiety Questionnaire, DAQ）测量死亡焦虑程度，干预前后癌症患者家庭照顾者的死亡焦虑得分分别为（ 74.81 ± 0.49 ）分和（ 18.12 ± 1.88 ）分，结果表明，REHCT 可以显著降低癌症患者家庭照顾者的

死亡焦虑, Eseadi 等人^[112]亦指出 REHCT 在缓解死亡焦虑方面的重要作用, Menzies 等人^[114]对死亡焦虑干预措施进行的 meta 分析也证实了该干预措施的有效性。目前国内与死亡焦虑干预措施相关的研究尚未涉及理性情感临终关怀疗法。

5. 小结与展望

综上, 随着人们对生物-心理-社会医学模式认识的不断加深, “死亡焦虑是众多精神疾病的根源”的观点被普遍认可。而且死亡焦虑比其他负性情绪如焦虑、抑郁等更早出现, 可以更为敏感地反映个体的心理状况, 因此死亡焦虑日益受到重视。

国外对死亡焦虑的研究起步较早, 研究对象已涵盖大学生、老年人、医护人员、精神病患者、艾滋病患者、癌症患者等群体, 但涉及到癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的研究仅几项^[120-122], 有待对此进一步丰富和发展。国内通常将死亡焦虑看作是死亡态度的一个部分进行研究, 单独针对死亡焦虑的研究在近年来才刚刚起步, 研究也多集中于大学生、老年人、肿瘤科护士、癌症患者等群体, 尚无涉及癌症患者家庭照顾者。因此在未来的研究中, 可以将此领域研究的研究对象进一步扩展, 以深入研究中国传统文化背景下的死亡焦虑, 早期发现个体的心理状况, 减少死亡焦虑造成的不良影响。

参考文献

- [1]CARPENITO L J. Handbook of Nursing Diagnosis[M].14th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- [2]Mercês C, Souto J, Zaccaro K, et al. Death Anxiety: Concept Analysis and Clarification of Nursing Diagnosis[J]. Int J Nurs Knowl, 2020,31(3):218-227.
- [3]Menzies R E, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses[J]. Br J Clin Psychol, 2019,58(4):452-467.
- [4]Soleimani M A, Lehto R H, Negarandeh R, et al. Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer[J]. Cancer Nursing, 2017,40(1):E1-E10.
- [5]Hendriksen E, Williams E, Sporn N, et al. Worried together: a qualitative study of shared anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer and their family caregivers[J]. Supportive Care in Cancer, 2015,23(4):1035-1041.
- [6]丁娜, 胡成文, 陶艳, 等. 恶性肿瘤患者死亡焦虑与焦虑、抑郁的相关性研究[J]. 医学与

- 哲学(B), 2015,36(09):78-81.
- [7]Beecher H. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death.[J]. Jama the Journal of the American Medical Association, 1984,252(5):677-679.
- [8]何兆雄. 死亡的定义及标准[J]. 医学与哲学, 1983(06):23-26.
- [9]楊鴻台. 死亡社会学[J]. 1997.
- [10]Battle D E. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)[J]. Codas, 2013,25(2):191-192.
- [11]Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety[J]. Death Studies, 1996,20(4):343-365.
- [12]Thorson J A, Powell F C. Elements of death anxiety and meanings of death[J]. J Clin Psychol, 1988,44(5):691-701.
- [13]白福宝. 论死亡焦虑的本质[J]. 医学与哲学(A), 2015,36(10):40-42.
- [14]LENZ H. [The sequelae of death anxiety][J]. Acta Neuroveg (Wien), 1952,4(4-5):534-542.
- [15]Templer D I. The construction and validation of a Death Anxiety Scale[J]. J Gen Psychol, 1970,82(2d Half):165-177.
- [16]Lehto R H, Stein K F. Death anxiety: an analysis of an evolving concept[J]. Res Theory Nurs Pract, 2009,23(1):23-41.
- [17]Tomer A. Death anxiety in adult life—theoretical perspectives[J]. Death Studies, 1992,16(6):475-506.
- [18]Bourke V J. The Concept of Dread[J]. Modern Schoolman, 1946.
- [19]Wallace S H. The denial of death.[J]. Occup Health Nurs, 1979,27(11):20-26.
- [20]Rosenblatt A, Greenberg J, Solomon S, et al. Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values.[J]. 1989.
- [21]Pyszczynski T, Solomon S, Greenberg J. Thirty Years of Terror Management Theory[J]. Advances in Experimental Social Psychology, 2015,52:1-70.
- [22]Wisman A. Hiding in the crowd: Can mortality salience promote affiliation with others who oppose one's worldviews?[J]. Journal of Personality & Social Psychology, 2014,84(3):511-526.
- [23]Greenberg J, Arndt J, Simon L, et al. Proximal and Distal Defenses in Response to

- Reminders of One\"s Mortality: Evidence of a Temporal Sequence[J]. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 2000,26(1):91-99.
- [24]Koole S L, Tjew A S M, Schneider I K. Embodied terror management: interpersonal touch alleviates existential concerns among individuals with low self-esteem[J]. *Psychol Sci*, 2014,25(1):30-37.
- [25]Özdemir S, Kahraman S, Ertufan H. Comparison of Death Anxiety, Self-Esteem, and Personality Traits of the People Who Live in Turkey and Denmark[J]. *Omega (Westport)*, 2019:864976171.
- [26]Routledge C. Failure causes fear: the effect of self-esteem threat on death-anxiety[J]. *J Soc Psychol*, 2012,152(6):665-669.
- [27]刘惠娟. 亲密关系的研究综述[J]. 语文学刊(教育版), 2014(1):149-150.
- [28]Becker E. The Denial of Death[J]. *Dissertations & Theses Gradworks*, 1997(11):189-200.
- [29]Becker E. The Birth and Death of Meaning[J]. *British Journal of Psychiatry*, 1971,40(3):351-355.
- [30]Rank. psychology and the soul[M]. The University Press, 1927.
- [31]Philipp R, Vehling S, Scheffold K, et al. Attachment Insecurity in Advanced Cancer Patients: Psychometric Properties of the German Version of the Brief Experiences in Close Relationships Scale (ECR-M16-G)[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2017,54(4):555-562.
- [32]Plusnin N, Pepping C A, Kashima E S. The Role of Close Relationships in Terror Management: A Systematic Review and Research Agenda[J]. *Personality and Social Psychology Review*, 2017,22(4):307-346.
- [33]Mikulincer M, Florian V, Hirschberger G. The Existential Function of Close Relationships: Introducing Death Into the Science of Love[J]. *Personality & Social Psychology Review An Official Journal of the Society for Personality & Social Psychology Inc*, 2003,7(1):20.
- [34]姜乾金. 医学心理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [35]任伟荣. 心理应激理论的发展及多因素研究进展: 浙江省医学会心身医学分会成立大会暨 2006 年浙江省心身医学学术年会, 中国浙江金华, 2006[C].
- [36]Florian V, Mikulincer M. Symbolic immortality and the management of the terror of death: the moderating role of attachment style[J]. *J Pers Soc Psychol*, 1998,74(3):725-734.
- [37]Abdel-Khalek A, Beshai J A, Templer D I. The structure of Templer's Death Anxiety Scale

- among Egyptian students[J]. *Psychol Rep*, 1993,72(3 Pt 1):920-922.
- [38]Soleimani M A, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, et al. Validity and reliability of the persian version of templer death anxiety scale in family caregivers of cancer patients[J]. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2016,21(3):284-290.
- [39]杨红. 死亡焦虑量表的跨文化调适及其应用的研究[D]. 北京中医药大学, 2011.
- [40]Conte H R, Weiner M B, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects[J]. *J Pers Soc Psychol*, 1982,43(4):775-785.
- [41]Sherman D W, Norman R, McSherry C B. A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients With Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers[J]. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2010,21(2):99-112.
- [42]韩兆彩, 李树苗, 左冬梅. 农村老年人死亡焦虑的测量——基于 DAQ 量表的验证与分析[J]. 人口学刊, 2017,39(04):82-92.
- [43]Thorson J A, Powell F C. Undertakers' death anxiety[J]. *Psychol Rep*, 1996,78(3 Pt 2):1228-1230.
- [44]Thorson J A, Powell F C. A revised death anxiety scale[J]. *Death Studies*, 1992,16(6):507-521.
- [45]Thorson J A, Powell F C. Death anxiety and religion in an older male sample[J]. *Psychol Rep*, 1989,64(3 Pt 1):985-986.
- [46]ABDEL-KHALEK, Ahmed M. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries.[J]. *Death Studies*, 2004,28(5):435-457.
- [47]Qiu Q, Zhang S, Lin X, et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the Arabic Scale of Death Anxiety[J]. *Shanghai Arch Psychiatry*, 2016,28(3):139-146.
- [48]Li Q, Cai Y, Tan Q, et al. Structure of Arabic Scale of Death Anxiety With Chinese College Students: A Bifactor Approach[J]. *Frontiers in Psychology*, 2018,9.
- [49]Nia H S, Ebadi A, Lehto R H, et al. Reliability and Validity of the Persian Version of Templer Death Anxiety Scale-Extended in Veterans of Iran-Iraq Warfare[J]. *Iranian Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences*, 2014.
- [50]Templer D I, Awadalla A, Al-Fayez G, et al. Construction of a Death Anxiety Scale-Extended[J]. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 2006,53(3):209-226.
- [51]Bakan A B, Arli S K, Yıldız M. Relationship Between Religious Orientation and Death Anxiety in Elderly Individuals[J]. *J Relig Health*, 2019,58(6):2241-2250.

- [52]Solaimanizadeh F, Mohammadinia N, Solaimanizadeh L. The Relationship Between Spiritual Health and Religious Coping with Death Anxiety in the Elderly[J]. *J Relig Health*, 2020,59(4):1925-1932.
- [53]郭玮, 张兵华, 付友兰, 等. 老年人生命意义、自尊对死亡焦虑的影响[J]. *护理研究*, 2020,34(05):922-924.
- [54]焦卉, 郭检生, 陈丽. 江西省老年人生命意义及其与死亡焦虑的关系[J]. *中国老年学杂志*, 2020,40(05):1066-1068.
- [55]Bibi A, Khalid M A. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan[J]. *Death Stud*, 2019:1-6.
- [56]Şahan E, Eroğlu M Z, Karataş M B, et al. Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer[J]. *Egypt Heart J*, 2018,70(3):143-147.
- [57]王丽, 范槐芳, 苏晓珏, 等. 肺癌患者死亡焦虑与疾病不确定性的相关性研究[J]. *医院管理论坛*, 2020,37(03):23-25.
- [58]张青云, 魏瑞瑞, 孙丹丹, 等. 急性心肌梗死病人死亡焦虑水平及影响因素研究[J]. *全科护理*, 2020,18(07):868-871.
- [59]Nia H S, Lehto R H, Ebadi A, et al. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article[J]. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2016,4(1):2-10.
- [60]Polat S, Kü Ük Alemdar D, Gürol A E. Paediatric nurses' experience with death: The effect of empathic tendency on their anxiety levels[J]. *International Journal of Nursing Practice*, 2013,19(1):8-13.
- [61]Halliday L E, Boughton M A. The Moderating Effect of Death Experience on Death Anxiety: Implications for Nursing Education[J]. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2008,10(2):76-82.
- [62]薛娜娜, 刘玉芳, 肖荷妹, 等. 河北省胸科医院护士死亡焦虑现状分析及临床干预[J]. *河北医科大学学报*, 2020,41(05):592-596.
- [63]朱雅竹, 青友芬, 潘江霞. 正念减压训练对 ICU 护士死亡焦虑和工作疲倦感的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2019(31):4068-4071.
- [64]马明丹, 陈珊珊, 刘晓, 等. 死亡教育对急诊科护士的死亡态度和死亡焦虑的影响研究[J]. *中华护理教育*, 2020,17(01):76-79.
- [65]Alkan A, Köksoy E B, Karci E, et al. Posttraumatic Growth and Death Anxiety in Caregivers of Cancer Patients: PHOENIX Study[J]. *Turk J Med Sci*, 2020.

- [66]Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients With Gynecologic Cancer and Their Caregivers[J]. *Cancer Nurs*, 2019,42(5):373-380.
- [67]Russac R J, Gatliff C, Reece M, et al. Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects[J]. *Death Studies*, 2007,31(6):549-561.
- [68]Iammarino N K. Relationship between death anxiety and demographic variables[J]. *Psychol Rep*, 1975,37(1):262.
- [69]Gurdogan E P, Kınıcı E, Aksoy B. The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students[J]. *Psychol Health Med*, 2019,24(7):843-852.
- [70]刘方. 老年人身体健康感知与死亡焦虑的关系及其机制研究[D]. 四川师范大学, 2015.
- [71]Hamama-Raz Y, Ring L, Mahat-Shamir M, et al. Death anxiety and psychological distress post-donation in non-directed living kidney donors[J]. *Death Stud*, 2020,44(8):490-497.
- [72]Cai W, Tang Y L, Wu S, et al. Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation[J]. *Front Psychol*, 2017,8:858.
- [73]Russac R J, Gatliff C, Reece M, et al. Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects[J]. *Death Stud*, 2007,31(6):549-561.
- [74]Jong J, Halberstadt J, Bluemke M, et al. Author Correction: Death anxiety, exposure to death, mortuary preferences, and religiosity in five countries[J]. *Sci Data*, 2020,7(1):18.
- [75]Saleem T, Saleem S. Religiosity and Death Anxiety: A Study of Muslim Dars Attendees[J]. *J Relig Health*, 2020,59(1):309-317.
- [76]Mohammadzadeh A, Najafi M. The Comparison of Death Anxiety, Obsession, and Depression Between Muslim Population with Positive and Negative Religious Coping[J]. *J Relig Health*, 2020,59(2):1055-1064.
- [77]Willis K D, Nelson T, Moreno O. Death Anxiety, Religious Doubt, and Depressive Symptoms across Race in Older Adults[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019,16(19).
- [78]王祖麟, 刘化侠, 许文丽, 等. 住院老年慢性病病人死亡焦虑现状及影响因素调查[J]. 护理研究, 2017,31(26):3340-3343.
- [79]胡成文, 陶艳, 丁娜, 等. 肿瘤医院护士死亡焦虑现状及其影响因素研究[J]. 中国护理管理, 2015,15(08):1007-1010.
- [80]Abdel-Khalek A M. Death anxiety in clinical and non-clinical groups[J]. *Death Stud*,

2005,29(3):251-259.

- [81]Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, et al. Exploring Death Anxiety among Elderly People: A Literature Review and Empirical Investigation[J]. OMEGA - Journal of Death and Dying, 2012,64(4):357-379.
- [82]Curran L, Sharpe L, MacCann C, et al. Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal[J]. Journal of Behavioral Medicine, 2020,43(2):225-236.
- [83]江君. 死亡焦虑的发展特点、成因及结构探析[D]. 哈尔滨师范大学, 2016.
- [84]张洁. 隔代教养祖辈的身体健康感知与死亡焦虑的关系: 生命意义的中介效应[D]. 四川师范大学, 2018.
- [85]王雅琴, 李丹. 大学生心理健康对死亡焦虑的预测[J]. 中国健康心理学杂志, 2017,25(11):1741-1744.
- [86]郑雪. 人格心理学[M]. 广州: 暨南大学出版社, 2001.
- [87]Frazier P H, Foss-Goodman D. Death anxiety and personality: Are they truly related?[J]. Journal of Death and Dying, 1988,19(3):265-274.
- [88]Yıldız M, Bulut M B. Relationship among death anxiety and personality traits[J]. Electronic Turkish Studies, 2017,12(13):659-676.
- [89]仇琦, 房圆, 林翔, 等. 大学生死亡焦虑及其影响因素分析[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2015,35(10):1512-1515.
- [90]Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977,84(2):191-215.
- [91]Hoelterhoff M, Chung M C. Death Anxiety Resilience; a Mixed Methods Investigation[J]. Psychiatr Q, 2017,88(3):635-651.
- [92]Hoelterhoff M, Chung M C. Self-Efficacy as an Agentic Protective Factor against Death Anxiety in PTSD and Psychiatric Co-Morbidity[J]. Psychiatr Q, 2020,91(1):165-181.
- [93]Tang C S, Wu A M, Yan E C. Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students[J]. Death Stud, 2002,26(6):491-499.
- [94]Wu A M, Tang C S. The negative impact of death anxiety on self-efficacy and willingness to donate organs among Chinese adults[J]. Death Stud, 2009,33(1):51-72.
- [95]苗朋, 杜维丽, 吴淑贞. 急性白血病患者死亡焦虑与自尊、自我效能感的相关性[J]. 中国健康心理学杂志, 2020:1-8.

- [96]陈淑娟, 胡成文, 丁娜, 等. 肺癌病人自尊与死亡焦虑的相关性研究[J]. 护理研究, 2018,32(04):661-664.
- [97]Russell D W, Russell C A. The stress bias in mental health reporting: Death anxiety biases mental health self-assessments amongst deployed soldiers[J]. Psychol Serv, 2019.
- [98]Norbeck J S. Social support[J]. Annu Rev Nurs Res, 1988,6:85-109.
- [99]Lau B H, Wong D, Fung Y L, et al. Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes, and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer[J]. Psychooncology, 2018,27(8):2045-2051.
- [100]Soleimani M A, Lehto R H, Negarandeh R, et al. Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer[J]. Cancer Nurs, 2017,40(1):E1-E10.
- [101]Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients[J]. Palliat Support Care, 2018,16(3):308-316.
- [102]宋子皿, 王媛媛, 刘薇薇. 社区居民死亡焦虑的现况及影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2019,22(28):3510-3515.
- [103]王祖麟. 住院老年慢性病患者死亡焦虑现况及其相关因素研究[D]. 泰山医学院, 2018.
- [104]Templer D I. Two factor theory of death anxiety: A note[J]. Essence Issues in the Study of Aging Dying & Death, 1976,1(2):91-93.
- [105]Scharf M, Cohen T. Relatedness and Individuation Among Young Adults Born Preterm: The Role of Relationships with Parents and Death Anxiety[J]. Journal of Adult Development, 2013,20(4):212-221.
- [106]Muliira R S, Sendikadiwa V B, Lwasampijja F. Predictors of death anxiety among midwives who have experienced maternal death situations at work[J]. Matern Child Health J, 2015,19(5):1024-1032.
- [107]刘世宏, 张婷, 李丹, 等. 青少年死亡焦虑与生活事件的关系[J]. 中国学校卫生, 2014,35(10):1516-1519.
- [108]汪小斌. 贵州省中学生死亡焦虑现状及影响因素研究[D]. 贵州医科大学, 2019.
- [109]Jong J, Halberstadt J, Bluemke M, et al. Death anxiety, exposure to death, mortuary preferences, and religiosity in five countries[J]. Sci Data, 2019,6(1):154.
- [110]Doka K J. Hannelore Wass: Death Education—An Enduring Legacy[J]. Death Studies, 2015,39(9):545-548.

- [111]McClatchey I S, King S. The Impact of Death Education on Fear of Death and Death Anxiety Among Human Services Students[J]. *Omega (Westport)*, 2015,71(4):343-361.
- [112]Combs, Don C. The effects of selected death education curriculum models on death anxiety and death acceptance[J]. *Death Education*, 1981,5(1):75-81.
- [113]Wallace C L, Cohen H L, Jenkins D A. Transforming Students' Attitudes and Anxieties Toward Death and Loss: The Role of Prior Death Experiences[J]. *Omega (Westport)*, 2019,79(1):52-71.
- [114]Menzies R E, Zuccala M, Sharpe L, et al. The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials[J]. *J Anxiety Disord*, 2018,59:64-73.
- [115]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]. 河北医科大学, 2017.
- [116]高钰琳, 傅义强, 陈佩云. 生死教育对高年级医学生死亡焦虑的影响[J]. 护理研究, 2010,24(05):453-455.
- [117]Kuru A N, Zorba B P, Emiroğlu O N. The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomised pilot study[J]. *Int J Older People Nurs*, 2018,13(4):e12206.
- [118]Eseadi C. Rational-emotive behavioral intervention helped patients with cancer and their caregivers to manage psychological distress and anxiety symptoms[J]. *World J Clin Oncol*, 2019,10(2):62-66.
- [119]Onyechi K C, Onuigbo L N, Eseadi C, et al. Effects of Rational-Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2016,13(9).
- [120]Alkan A, Köksoy E B, Karci E, et al. Posttraumatic growth and death anxiety in caregivers of cancer patients: PHOENIX study[J]. *Turk J Med Sci*, 2020,50(5):1364-1370.
- [121]Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients With Gynecologic Cancer and Their Caregivers[J]. *Cancer Nursing*, 2019,42(5):373-380.
- [122]钱文娜, 李小寒. 癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的研究进展[J]. *解放军护理杂志*, 2020,37(12):68-70.

攻读学位期间取得的研究成果

[1]钱文娜,李小寒.癌症患者家庭照顾者死亡焦虑的研究进展[J].解放军护理杂志,2020,37(12):68-70.

致 谢

转眼间，三年的研究生生涯即将结束，心里满是留恋和不舍，研究生期间学习到的知识、遇到的人，是我最宝贵的财富。我相信即使很多年以后，这段时光岁月依然能够存留在内心深处温暖我、治愈我，给我力量。

首先，我要真挚地感谢恩师李小寒教授，在研究生三年里，导师的言传身教让我知道了未来人生的价值所在。导师严谨的科研态度、润物细无声的教育方式以及乐观开明的人格，已经深刻在我的心里，成为我要学习的榜样！同时，我也想真挚地向我的恩师说一声：“老师，您辛苦啦！您给予我的帮助和教诲，我将永远铭记在心！”

特别感谢杨红、韩丽沙研究小组团队提供的问卷并授权使用，还热心提供相关参考文献资料供我参考使用，在此，我诚挚地向问卷调适团队表示衷心的感谢！

特别感谢刘宇老师、吴子敬老师、李佳霖师姐、张旭师兄在我的课题研究中给予的无私帮助与指导，尤其是你们严谨的治学态度，让我受益终身，谢谢你们！

感谢中国医科大学附属盛京医院安宁疗护病房的王玉梅主任给予我深入了解安宁疗护的学习机会，感谢宁疗护病房的王丹护士长、汪敏老师在我课题及临床实习中给予我无私帮助，在此真挚地感谢你们！

同时，特别感谢护理学院的冯晗博老师、沈阳老师给予我学习和生活上的帮助！特别感谢我的同窗和好朋友给予我的支持和鼓励！

最后，我想对我的家人及孙嘉振同志说：“谢谢你们，这些年来你们辛苦啦！未来我会以我最大的努力来回报你们，你们的支持是我工作和学习的最大动力！”

个人简历

姓名：钱文娜

性别：女

出生年月：1997 年 11 月

民族：汉

政治面貌：中共预备党员

专业：护理学

研究方向：安宁疗护与护理教育

学习经历：

2012.09—2015.07 鄄城一中 高中

2015.09—2019.07 潍坊医学院护理学院 本科

2019.09—2022.07 中国医科大学护理学院 硕士