型、山楂叶产地药材质量均一性模型和山楂叶产地综合得分模型，分别对山楂叶药材和山楂叶产地进行了综合评价，建立的模型对山楂叶药材的采收、种植和质量评价等具有一定参考价值。

3.2 山楂叶药材的使用建议

结合山楂叶含量测定和综合评分结果可知：25批山楂叶5种成分含量RSD%介于22.23～50.83，各产地山楂叶综合评分RSD%介于7.75～40.98，说明不同产地不同批次山楂叶化学成分含量波动较大，同一产地不同批次的山楂叶品质亦有明显差异。为保证山楂叶临床制剂的稳定性与一致性，建议生产厂家采用混批勾兑技术[12]，将含量差异较大的不同批次山楂叶原料按固定比例混合均匀，在避免质量差异的同时可以降低生产成本，减少浪费。

参考文献

[1] 国家药典委员会. 中国药典:一部[S]. 北京：化学工业出版社，2020：33.
[2] 贾彬，麦子盈，陈启文，等. 山楂药用价值与上市药品研究进展[J]. 中草药，2023，54(20)：6878-6888.
[3] 闵清，白育庭，舒思洁，等. 山楂叶总黄酮对大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用[J]. 中药药理与临床，2005，(2)：19-21.
[4] Fu JH, Zheng YQ, Li P, et al. Hawthorn leaves flavonoids decreases inflammation related to acute myocardial ischemia/reperfusion in anesthetized dogs [J]. Chin J Integr Med, 2013, 19(8): 582-588.
[5] Jayachandran KS, Khan M, Selvendiran K, et al. Crataegus oxycantha extract attenuates apoptotic incidence in myocardial ischemia-reperfusion injury by regulating Akt and HIF-1 signaling pathways [J]. J Cardiovasc Pharmacol, 2010, 56(5): 526-531.
[6] 黄晓巍，张永和，周鸣，等. 复心片对大鼠体内动脉血栓形成及家兔血小板聚集性的影响[J]. 中国中医药信息杂志，2006，(3)：27-28.
[7] 钱伟平. 山楂叶制剂益心酮对血液循环系统药理作用的研究[J]. 绍兴文理学院学报(自然科学版)，2001，(9)：61-63.
[8] 李国璜，王加玑，李伯阳. 国产益心酮对血液流变学作用分析[J]. 山西中医，1988，(1)：50-51.
[9] 兰士波. 中国山楂种质资源的研究现状及利用前景[J]. 安徽农业科学，2016，44(7)：182-184.
[10] 周维维. 山楂叶标准汤剂工艺及质量标准研究[D]. 承德：承德医学院，2023.
[11] 代珊，李帅，张爱军，等. 基于基准关联度和AHP-熵权法综合评价经典名方小续命汤古今提取工艺[J]. 中草药，2022，53(3)：726-734.
[12] 徐小蓉，张婷，李潘，等. 以质量一致性为导向的中药混批勾兑技术研究概况与展望[J].中国中药杂志，2019，44(22)：4786-4792.

(收稿日期：2024-08-17)

北京市居民对生前预嘱的知信行现状及影响因素分析

王佳越[1]，周子淯[1]，段旭权[1]，杜李昊[1]，李彦达[1]，沈紫琪[2]
(1.中国政法大学22级，北京昌平 102200；2.中国政法大学23级，北京昌平 102200)

关键词： 北京市居民；生前预嘱；认知；态度；行为
中图分类号： R48 **文献标志码：** A **文章编号：** 1004-6879(2025)04-0356-05

“生前预嘱”是人们事先，也就是在健康或意识清楚时签署的，说明在不可治愈的伤病末期或临终时要或不要哪种医疗护理的指示文件[1]，是健康或清醒时对丧失医疗决定能力的伤病末期预立的医疗照护计划。美国、英国、我国台湾等二十多个国家和地区先后以普通法或专门立法的形式，对生前预嘱做出了规定；在我国大陆，深圳市率先将“生前预嘱”写入地方立法，并于2023年1月1日正式实施。通过立法保证“生前预嘱”的落实，生前预嘱对于拒绝无谓的抢救治疗带来的额外痛苦、提高患者临终生存质量，保证患者生命自主权和临终医疗决定自主权，规避传统的医疗替代决定方式的弊端等有重要意义[2]。

随着社会发展带来的理念更新、急救与维生等医疗技术的不断发展、人口老龄化的加重，生前预嘱受到更多

人的关注，而其完善和推广还有很长的路要走，需要广泛调研和充分论证。北京作为我国首都，是首个成立“生前预嘱推广协会”的城市，尚未对生前预嘱立法，未见北京市居民对生前预嘱知信行现状的调研报告。本研究以北京市居民为调研对象，通过分层抽样的方法，对北京市居民对生前预嘱的知信行现状及其影响因素进行调研，为促进生前预嘱在北京市的推广与实施提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

按照北京各环路，进行分层取样。调查被试人员纳入标准：(1)年满18周岁的我国公民，具有基本判断能力；(2)北京市常住居民；(3)无精神障碍，能够独立回答问题做出判断。排除标准：(1)非北京市常住居民；(2)问卷填写时间少于1分钟；(3)必要问题填写错误或存在部分信息缺失的样本。本研究数据仅供学术参考，被试人员信息严格保密，参与者均知情同意。问卷调查时间为2024年3月至5月，最终共回收问卷236份，剔除无效问卷后，得到有效问卷196份，有效率为83.1%。

1.2 调研工具与方法

由经过统一培训的课题组成员担任调研员，通过问卷星平台在线问卷、实地发放问卷进行调研。问卷初始部分，对“生前预嘱”相关概念进行说明。调查问卷分两部分：

1.2.1 一般资料调查表 由研究者自行设计，包括：性别、年龄、民族、政治面貌、宗教信仰、受教育程度、职业、是否目睹过使用维生手段或创伤性抢救措施，是否和家人谈论过对死亡的认识，是否接受过死亡教育。

1.2.2 生前预嘱知信行调查问卷 参考章艳婷编制的《老年患者生前预嘱知信行调查问卷》[3]，根据调查对象特征，结合专家咨询和查阅文献，设计了问卷。问卷分认知、态度、行为三个维度，各维度问题数为3、7、5。按照Likert-5级评分法，从完全不知道/非常不同意/非常不愿意～掌握/非常同意/非常愿意，分别赋值为1～5分，认知、态度、行为的总分分别为15、35、25，得分越高，对生前预嘱的认知、态度、行为水平越高。

1.3 统计学方法

利用SPSS 23.0统计软件进行数据分析，通过Shapiro-Wilk(S-W检验)进行正态性检验，结果显示$P<0.05$，因此本数据属于偏态分布，计量资料采用M(QL,QU)表示，计数资料采用%表示，采用非参数秩和检(两样本间比较采用Mann-Whitney U检验、多样本间比较采用Kruskal-Wallis检验)分析人口特征单因素对生前预嘱知信行各维度分值的影响，在单因素非参数秩和检验的基础上，以具有统计学意义的显著因子为自变量，以北京市居民知信行得分为因变量，进行多元线性回归分析，以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 北京市居民生前预嘱知信行各维度得分情况

北京市居民生前预嘱知信行各维度得分及得分率见表1。

表1 北京市居民生前预嘱知信行各纬度得分情况表[M(QL,QU),%]

项目	得分	总分	得分率(%)
认知	7(4,11)	15.0	46.7
态度	28(25,33)	35.0	80.0
行为	19(16.5,23)	25.0	76.0

2.2 单因素对北京市居民生前预嘱知信行的影响情况

以北京市居民的一般资料为自变量，以北京市居民生前预嘱知信行各维度得分为因变量进行单因素分析，结果见表2。

表2 单因素对北京市居民生前预嘱知信行的影响

项目	类别	例数	认知	态度	行为
受教育程度	专科及以下	30	5(3,6)	28(22.25,33)	17.5(13.25,20)
	大学本科	134	8(4,11)	29(25,33)	19(17,23)
	硕士以上	32	9.5(7,13)	28(24.5,33.5)	19.5(17,21.5)
	Z/χ^2		21.87	0.503	4.98
	P		<0.001	0.778	0.083
职业	医务工作者	29	9(7,11)	32(28,35)	20(19,24)
	非医务工作者	167	7(4,10)	28(22.5,33)	19(15,21)
	Z/χ^2		7.917	7.219	7.431
	P		0.005	0.007	0.006
是否目睹过使用维生手段或创伤性抢救措施	是	39	7(5,9.5)	32(27.5,35)	20(19,23.5)
	否	157	7(4,11)	28(22,33)	19(15,21)
	Z/χ^2		0	5.277	11.544
	P		0.985	0.022	<0.001
是否与家人谈论死亡	从未谈及	24	4.5(3,9)	16.5(5.25)	14(4,18.25)
	偶尔谈及	82	7(5,9)	25(22,28)	18(15,20)
	自然交流	90	9(4,12)	33(32,35)	21(19,25)
	Z/χ^2		11.437	90.305	48.488
	P		0.003	<0.001	<0.001

续表2 单因素对北京市居民生前预嘱知信行的影响

项目	类别	例数	认知	态度	行为
是否接受过死亡教育	是	48	11(6.75,14)	33(28,35)	22(19,25)
	否	148	6(4,9)	28(22,33)	18.5(14,21)
	Z/χ^2		22.168	13.671	26.167
	P		<0.001	<0.001	<0.001

仅列出差异有统计学意义的项目

2.3 多因素对北京市居民生前预嘱知信行的影响情况

以单因素分析中差异有统计学意义的项目为自变量，知信行各维度得分为因变量，进行多元线性回归分析。自变量赋值见表3，结果见表4。

表3 自变量赋值情况

自变量	赋值方法
受教育程度	以专科及以下为参照组，设置哑变量
职业	医务工作者=1 非医务工作者=2
是否目睹过患者使用维生手段或创伤性抢救措施	是=1，否=2
是否与家人谈论过对死亡的认识	以从未谈及为参照组，设置哑变量
是否接受过死亡教育	是=1，否=2

表4 北京市居民对生前预嘱知信行影响因素多元线性回归分析

因变量	项目	类别	未标准化系数		标准化系数Beta	t	P	R^2	F	P
			B	标准误差						
认知	常量		11.951	2.080		5.745	<0.001	0.258	10.930	<0.001
	受教育程度	硕士以上	3.552	0.868	0.345	4.094	<0.001			
		大学本科	2.416	0.677	0.295	3.571	<0.001			
		专科及以下	0							
	职业		-1.439	0.692	-1.034	-2.079	0.039			
	是否与家人谈论过对死亡的认识	自然交流	1.049	0.804	0.185	1.752	0.081			
		偶尔谈及	0.833	0.781	0.108	1.067	0.287			
		从未谈及	0							
	是否接受过死亡教育		-2.737	0.595	-0.310	-4.601	<0.001			
态度	常量		26.323	3.392		7.761	<0.001	0.499	37.912	<0.001
	职业		-1.998	1.231	-0.094	-1.623	0.106			
	是否目睹过使用维生手段或创伤性抢救措施		-2.086	1.094	-0.110	-1.906	0.048			
	是否与家人谈论过对死亡的认识	自然交流	14.836	1.314	0.976	11.289	<0,001			
		偶尔谈及	8.212	1.277	0.535	6.430	<0.001			
		从未谈及	0							
	是否接受过死亡教育		-0.973	0.967	-0.053	-0.970	0.333			
行为	常量		25.502	2.585		9.864	<0.001	0.370	22.364	<0.001
	职业		-1.099	0.939	-0.076	-1.171	0.243			
	是否目睹过使用维生手段或创伤性抢救措施		-2.674	0.834	-0.207	-3.206	0.002			
	是否与家人谈论过对死亡的认识	自然交流	6.714	1.002	0.650	6.702	<0.001			
		偶尔谈及	3.829	0.974	0.367	3.933	<0.001			
		从未谈及	0							
	是否接受过死亡教育		2.734	0.737	-0.228	-3.711	<0.001			

3 讨论

3.1 北京市居民对生前预嘱的认知水平较低，态度和行为水平较高

本研究结果显示北京市居民对生前预嘱认知得分为7(4,11)，得分率为46.7%。高于2020年章艳婷等对武汉市老年患者的调查结果(28.53%)[4]和2022年冼婉玲等对佛山市大学生的调查结果(40%)[5]。北京作为中国大陆最早成立生前预嘱推广协会的地区，对于生前预嘱的宣传起步较早，有相对较好的认知基础；认知的提高可能与生前预嘱写入深圳地方立法—《深圳经济特区医疗条例》并于2023年1月1日起正式实施。但北京市居民对生前预嘱认知得分率远低于我国香港地区(88.0%)[6]和韩国相关地区(79.3%)[7]对生前预嘱的认知水平，可见北京市居民对生前预嘱认知的提高还需要很长的路要走。

北京市居民对生前预嘱的态度和行为得分为28(25,33)、19(16.5,23)，得分率分别为80%、76%，明显高于认知水平，这与张俊贤等[8]、张子晗等[9]、曹萌[10]对不同人群的研究结果类似。说明随着社会进步，人们的理念不断更新，对于生命不单纯追求长度，更注重质量；对生前预嘱有较高的接纳度并愿意付诸行动。

3.2 北京市居民对生前预嘱的知信行水平受多因素影响

3.2.1 受教育程度和职业　受教育程度影响对生前预嘱的认知情况。调研中分专科及以下、本科、硕士及以上三个层次，反映在学校受教育的经历不同对生前预嘱认知的影响，受教育程度越高，认知越高,这与其他学者研究结果一致[4,9,11-13]。这可能与受教育程度和学习习惯之间的相互影响有关，通常受教育程度越高，更易形成终身学习习惯，更加关注社会发展，保持对新事物的关注和思考，获取和整合信息的能力更强，也体现在对生前预嘱的认知水平上。职业影响生前预嘱的认知水平，本调研显示医务工作者认知水平较高，可能与其在职业生涯中，更多地见到了对生命末期或临终患者无谓抢救所造成的痛苦、带来的家庭和社会负担、患者家属面对救与不救的两难选择所承受的压力，更关注相关医疗制度建设。

3.2.2 是否目睹过使用维生手段和创伤性抢救措施　目睹过使用维生手段和创伤性抢救措施者生前预嘱的态度和行为水平较高。维生手段和创伤性抢救措施的合理应用，对于救治患者至关重要，同时病人要承受相应的痛苦。而对于一个生命末期或临终患者是否使用，不同的人会做出不同的选择。目睹过使用维生手段和创伤性抢救措施给患者带来的痛苦的人，可能内心受到触动，对于生命末期或临终时是否使用维生手段和创伤性抢救措施有更多的思考，对生前预嘱有更深的理解、更明确的选择。

3.2.3 是否接受过死亡教育　接受过死亡教育者在认知和行为水平高于未接受过死亡教育者。死亡教育，目的是形成对待死亡的正确态度以促进对生命的珍惜，从而提高生命质量[14]。本次调研可见，死亡教育提高了对生前预嘱的认知和行为水平，同时调研数据显示只有24.5%的人接受过死亡教育，我国死亡教育受众面较窄，主要是体现在大学的医学人文社科类课程之中[15]，还没有形成规范化的教育体系，没有统一的教材[16]，死亡教育深化和普及是生前预嘱制知信行水平提高的需要[17]。

3.2.4 是否与家人谈论过对死亡的认识　是否与家人谈论过死亡问题对生前预嘱的态度、行为水平有影响，与多位学者[5,18,19]研究结果一致。可能是愿意参与讨论死亡的话题而不是刻意回避者突破了传统观念中谈论死亡的禁忌，对生死的认知较为豁达，生前预嘱的态度和行为水平也较高；这也反映出家庭环境对生前预嘱态度和行为的影响，家人在对待生死问题上的开明对其他家庭成员会产生影响[20]。

综上所述，北京市居民对生前预嘱的认知高于其他很多群体，但仍处于较低水平，态度和行为水平较认知水平高；北京市居民对生前预嘱的知信行受多因素影,包括：受教育程度、职业、是否接受过死亡教育等，为提高知信行水平。应加大对生前预嘱的宣传、加强死亡教育，建议将生前预嘱纳入死亡教育，通过政府有关部门、家庭、学校、社会形成合力，共同推动死亡教育开展，加大对生前预嘱的宣传，提高生前预嘱的知信行水平，促进生前预嘱的推广与实施。

参考文献

[1] 苏小凤,刘霖,韩继明. 生前预嘱中的优逝理念探讨[J]. 医学与哲学,2021,42(13):32-35,57.

[2] 姚迪迪,董惠江. 生前预嘱制度的适用与完善建议[J]. 哈尔滨工业大学学报(社会科学版),2023,25(2):64-71.

[3] 章艳婷,钱新毅,李建军. 老年病人生前预嘱知信行调查问卷的编制及信效度检验[J]. 护理研究,2020,3(23):4154-4158.

[4] 章艳婷,钱新毅. 老年病人生前预嘱知信行现状及影响因素[J]. 护理研究,2021,34(23):3395-3400.

[5] 冼婉铃,潘杰,陈露,等. 大学生对生前预嘱的认知现状及影响因素分析[J]. 心理月刊,2023,18(11):197-201.

[6] Chu LW, Luk JK, Hui E, et al. Advanvce directive and end-of-life care preferences among Chinese nursing home residents in Hong Kong[J]. J Am Med Dir Assoc, 2011, 12(2): 143-152.

[7] Lee JE, Shin DW, Son KY, et al. Factors influencing attitudes toword advance directives in Korean order adults[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2018, 74: 155-161.

[8] 张俊贤,常笑. 农村老年人生前预嘱知信行现状及影响因素分析[J]. 全科护理,2023,21(22):3140-3144.

[9] 张子晗,钱新毅,郑洁,等. 糖尿病足病人生前预嘱知信行现状及影响因素[J]. 循证护理,2024,10(5):898-902.

[10] 曹萌. 老年人生前预嘱知信行现状及影响因素研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2023.

[11] 边萌,冯青青,杜毓锋. 太原市社区老年人对生前预嘱认知及态度的现状调查[J]. 中华全科医师杂志,2022,21(1):36-41.

[12] 郭韵,吴金道,王红霞. 老年肝癌患者生前预嘱知信行现状及影响因素分析[J]. 中国医药导报,2021,18(36):69-72.

[13] 姚惠芳,刘永彪,顾小燕,等. 肺癌病人生前预嘱的认知及行为调查[J]. 护理研究,2020,34(7):1176-1180.

[14] 王流芳,胡志民. 中国死亡教育发展现状与思考[J]. 医学研究杂,2022,51(10):180-182.

[15] 张国利. 浅析医学生死亡教育现状及其对策[J]. 赤峰学院学报(自然科学版),2021,37(6):111-114.

[16] 罗羽,张慧兰. 国内外死亡教育发展现状分析与展望[J]. 护理管理杂志,2018,18(3):175-179.

[17] 扈红蕾,宿长春,扈永强. 中国死亡教育现状分析[J]. 教育观察,2018,7(22):55-56.

[18] 郭韵,吴金道,王红霞. 老年肝癌患者生前预嘱知信行现状及影响因素分析[J]. 中国医药导报,2021,18(36):69-72.

[19] Clements JM. Patient Perceptions on the Use of Advance Directives and Life Prolonging Technology[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2009, 26(4): 270-276.

[20] 姜孝颖. 肿瘤科不同人群对预立医疗认知、态度及行为意向的调查研究[D]. 荆州:长江大学,2020.

(收稿日期:2024-08-26)

(其他栏目编辑:王松月)

※※※