

引用格式：田剪秋. 不同年龄组民众对“生前预嘱”的认知和行为倾向——基于444份生前预嘱问卷的调研 [J]. 华人生死学, 2024, (2): 48-60.



# 不同年龄组民众对“生前预嘱”的认知和行为倾向 ——基于444份生前预嘱问卷的调研

田剪秋

**摘要：**目的 调查不同年龄组民众对生前预嘱的实际认知和行为倾向。方法 在“死亡话语素养”概念基础上，采用自制问卷调查对五个年龄组444名参与者的生前预嘱的实际认知和行为倾向。结果 民众在多方面认同生前预嘱理念，也愿意填写生前预嘱，但总体来说填写生前预嘱的比例还比较低。对生前预嘱的认知和行为倾向均呈现出随年龄增长而增进的趋势，其中中老年组（50-59岁）填写比例和不愿意、不确定的比例均为最高，这种分化现象可以由代际社会学的“社会代”和“生命历程理论”来解释。结论 生前预嘱推广必要且紧迫，可以多渠道多途径开展，特别是加大网络宣传力度，突出填写的促动因素，尤其是不得善终的实际案例，努力提高民众的死亡话语素养。此外，推广也需考虑不同年龄人群的实际特点。

责任编辑：兰霞萍

收稿日期：2024-06-08

接受日期：2024-11-12

发表日期：2024-12-30

**关键词：**生前预嘱；死亡话语素养；认知；行为倾向；年龄差异

**中图分类号：**B824.3      **文献标志码：**A      **文章编号：**2957-370X (2024) 02-0048-13

## 一、引言

生前预嘱 (living will) 是人们事先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<sup>[1]</sup>，是生命末期预先医疗指示 (Advance Directive, 简称AD) 的核心部分。生前预嘱制度诞生于美国，倡导“尊严死亡”，成为捍卫病人善终权利的有效手段。目前，全球至少有30个国家和地区允许在医疗护理过程中合法使用生前预嘱以及功能相似的一系列文件<sup>[2]</sup>。生前预嘱在我国的推广始于2006年，2008年学界正式引入生前预嘱定义<sup>[3]</sup>。2022年6月，《深圳经济特区医疗条例》修订稿第七十八条提及“生前预嘱”，这是我国首次将生前预嘱写入法律。总体来说，我国生前预嘱的发展还处于探索阶段。目前研究主要包括从法律<sup>[4]</sup>、伦理<sup>[5][6]</sup>等角度分析生前预嘱在我国的可行性以及各类人群对生前预嘱的认知水平及态度方面。后者主要针对普通社区人群、医护人员、患者及其家属。2011年，王丽英等<sup>[7]</sup>最早发表了关于生前预嘱认知及态度的质性实证研究，运用现象学研究方法，采用面对面、半结构式访谈对上海市某三级甲等肿瘤医院医护人员进行调查，



结果显示，肿瘤科医护人员对实施生前预嘱的态度可归纳为：（1）认可并有需求；（2）具体实施仍有一定困难；（3）可尝试应用但需一定对策。刘洁明等<sup>[8]</sup>对ICU终末患者家属进行调查，发现仅41.0%的家属听说过生前预嘱，但当清楚生前预嘱概念后有53.0%的家属表示愿意填写相关文件。邢冰玉等<sup>[9]</sup>对310名肿瘤专科医院护士的调查中发现，有些了解的护士占比为43.9%，认同生前预嘱占比51.9%。邢冰玉等<sup>[10]</sup>对杭州某社区1372名居民展开调查发现，对生前预嘱有些了解的居民占比为50.5%，愿意接受生前预嘱的居民占比64.9%。综上，我国无论是医护人员还是普通大众对于生前预嘱的认知水平都普遍偏低，但认同水平较高，提示我国生前预嘱存在“期待超越现实”情况。

章艳婷等<sup>[11]</sup>编制了《老年患者生前预嘱知信行调查问卷》，并采用该问卷调查了武汉市某三甲医院的260名老年患者<sup>[12]</sup>，调查显示老年患者生前预嘱知、信、行的理论总分为26~130分，调查数据显示，问卷的总得分为 $99.56 \pm 8.96$ ，得分率为76.58%，处于中等水平；在知、信、行三个维度中，知识水平最低，得分率仅为28.53%，老年患者对生前预嘱的相关知识了解的甚少，需要加强普及；态度（信）维度得分率为82.71%，处于中等偏上水平，即患者对生前预嘱相关内容的态度是比较积极和赞同的；行为维度的得分率为83.04%，是三个维度中得分率最高的一个维度。但值得指出的是，这份问卷中关于行为维度的问题均为假设性问题，即“当……时，我会……”，因此，患者在这部分问卷中的得分并不等同于实际做法。近期冼婉铃等<sup>[13]</sup>采用该问卷调查了佛山部分高校共472例大学生，发现大学生生前预嘱认知水平总体较低（得分率为40.00%），而生前预嘱态度和行为水平较高（得分率均为80.00%）。张俊贤和常笑<sup>[14]</sup>采用该问卷对淮安市5个农村社区的177名老年人进行面对面调查，知识维度得分率为58.13%，态度维度得分率为77.35%，行为维度得分率为76.48%。

上述研究采用经验证的工具和方法对特定人群进行调查，但知信行问卷对于行为的调查是对假定情况做判断，因此结果未必反映他们实际的做法。此外以上研究对象不同，结果很难进行横向比较。罗正鹏和高一虹<sup>[15]</sup>新近提出的“死亡话语素养”概念为生前预嘱的实证研究和推广提供了新的思路。死亡话语素养即“人们使用各种话语形式谈论死亡（和濒死）相关议题，参与社会实践，探索和积极建构生命意义的能力与过程”<sup>[15]</sup>，具体包括认知（具备关于死亡和谈论死亡的客观知识）、态度（养成公开、正式谈论死亡的情感和行为倾向）和话语实践（对死亡相关话语形式的消费和生产）三个层面。本研究基于死亡话语素养框架，采用问卷对横跨18岁到直至80岁以上老年人的参与者的实际情况进行直接调查，重点关注不同年龄组民众对生前预嘱的认知和行为倾向。具体来说，本文的研究问题为：

1. 民众对于生前预嘱的认知和实际行为倾向如何？
2. 对于生前预嘱的认知和行为倾向在不同年龄的人之间是否存在差异？如果存在，是什么样的差异？

## 二、研究方法



## （一）研究对象与数据收集方法

鉴于话题的敏感性，本文采取方便抽样，采用问卷调查的方式。自制问卷于2021年9月至2023年3月通过生前预嘱推广活动以及参与人员通过微信群及朋友圈发放问卷星问卷链接。问卷首页包含问卷说明与知情同意书，同意参与人员纳入研究，不同意者自动退出。共发放问卷453份，收回有效问卷444份，有效回收率为98.0%。

调查对象中参与生前预嘱推广活动以及生前预嘱推广相关微信群人员202人，占总人数44.6%。调查对象比较平均地分布在青年组（29岁以下，年龄组1），中青年组（30~39岁，年龄组2），中年组（40~49岁，年龄组3）、中老年组（50~59岁，年龄组4）和老年组（60岁以上，年龄组5）五个组中。

## （二）研究工具

采用自制的生前预嘱认知和行为倾向调查问卷，含一般资料。

### 1. 一般资料

包括病人的性别、年龄、婚姻状况、教育程度、家庭人均月收入、健康状况等。

### 2. 生前预嘱认知和行为倾向

以死亡话语素养概念为基础，参照 Kim et al 2020<sup>[15]</sup> 韩国生前预嘱态度问卷编制问卷，根据专家意见以及预调查结果形成正式调查问卷。该问卷包括认知和行为倾向两个大的方面。认知包括是否有所了解、了解途径为何、填写生前预嘱希望达到的目标和对生前预嘱的期待，以及对有关生前预嘱的论断的认同程度。第一项采取是非问题，第二和第三项为多选题，带有“其他”这一开放选项，第四项采用Likert五级量表评分，1为认同程度最低，5为最高。第四项对有关生前预嘱的论断的认同程度包括四个维度：为治疗选择带来的机会（O，3个项目）、生前预嘱（AD）对家庭的影响（I，6个项目）、AD对治疗的影响（E，2个项目）和对善终的态度（G，2个项目），各项目条目数和信度（Cronbach's  $\alpha$ ）如表1，具体条目详见附录。

表1 对有关生前预嘱的论断的认同程度(问卷第四项)

子变量	条目数	Cronbach's $\alpha$ 系数
为治疗选择带来的机会(O)	3	0.79
AD对于家庭的影响(I)	6	0.83
AD对治疗的影响(E)	2	0.73
对善终的态度(G)	2	0.80
总体	13	0.92

生前预嘱的行为倾向主要有已填写、愿意填写、对身体状况和生前预嘱关系的评判、促使填写生前预嘱的因素以及填写障碍几项。前两项为是非选择题，第三项为Likert量表评分题，第四和第五项为多选题，带有“其他”这一开放选项。



### （三）数据分析方法

问卷星收集的数据下载为Excel文档，用Microsoft Office 365的Excel软件和R统计软件进行数据的统计分析。采用构成比（%）和频数描述研究对象的一般资料；采用ANOVA分析各年龄组间差异。

## 三、研究结果/发现

### （一）参与者

参与者基本情况如表2。

表2 参与者基本情况  $n=444$

	青年 <sup>1</sup>	中青年 <sup>2</sup>	中年 <sup>3</sup>	中老年 <sup>4</sup>	老年 <sup>5</sup>	总计	占比
性别							
女	54	62	68	81	75	340	76.60%
男	26	16	16	20	26	104	23.40%
婚姻状况							
丧偶	0	0	0	2	9	11	2.50%
已婚	3	49	67	75	77	271	61.00%
未婚	77	26	5	1	1	110	24.80%
离异	0	3	12	23	14	52	11.70%
教育程度							
初中及以下	0	5	4	1	3	13	2.90%
高中、中专	0	0	5	10	11	26	5.90%
大学专科	5	1	7	15	18	46	10.40%
大学本科	34	31	28	46	39	178	40.10%
研究生及以上	41	41	40	29	30	181	40.80%
家庭人均月收入							
<¥2000	6	0	1	2	2	11	2.50%
¥2000-4999	21	6	8	19	17	71	16.00%
¥5000-9999	26	27	28	36	44	161	36.30%
¥10000-19999	20	25	27	28	28	128	28.80%
≥¥20000	7	20	20	16	10	73	16.40%
健康状况							
亚健康	17	29	22	31	25	124	27.90%
健康	58	45	50	57	37	247	55.60%
有慢性病	5	4	12	13	39	73	16.40%

注：<sup>1</sup>青年组(29岁以下)；<sup>2</sup>中青年组(30-39岁)；<sup>3</sup>中年组(40-49岁)；<sup>4</sup>中老年组(50-59岁)；<sup>5</sup>老年组(60岁以上)



## (二) 认知

### 1. 了解与否

参与者中没听说过、听说过和已填写过生前预嘱的比例分别为29.3%、59.5%和11.2%。卡方检验显示，各年龄组在听说过生前预嘱与否方面存在显著差异 ( $\chi^2 = 30.205$ ,  $df = 8$ ,  $P = 0.001$ ) (如表3)。

表3 生前预嘱知晓情况

年龄组	没听说过	听说过	已填写	总数	没听说比例	已填写比例
青年组	40	37	3	80	50.00%	3.75%
中青年组	24	50	4	78	30.77%	5.13%
中年组	19	53	12	84	22.62%	14.29%
中老年组	24	59	18	101	23.76%	17.82%
老年组	23	65	13	101	22.77%	12.87%
总计	130	264	50	444		
比例	29.28%	59.46%	11.26%	100.00%		

总体趋势是年龄越大，听说过的比例越大，特别是青年没听说过的比例显著高于其他年龄组，除青年组外，其他年龄组听说过的人数都远高于没听说过的人数。40岁以上三个年龄组（中年、中老年和老年）听说过的比例大体相同。

中老年填写比例最高，中年次之，再次老年。这很可能是因为中老年群体不仅本身日益体验衰老，同时父母离死亡越来越近，甚至有的父母正在经历维生治疗，因此对生前预嘱的重要性深有体会。

### 2. 知晓途径

参与者获悉生前预嘱相关信息的途径最多的是来自网络，其次是宣传材料、讲座/课堂和相关书籍，再次是亲戚朋友介绍，接下来是报刊杂志和电视/广播，此外尚有零星的宣传摊位和安宁疗护相关圈子（如图2）。

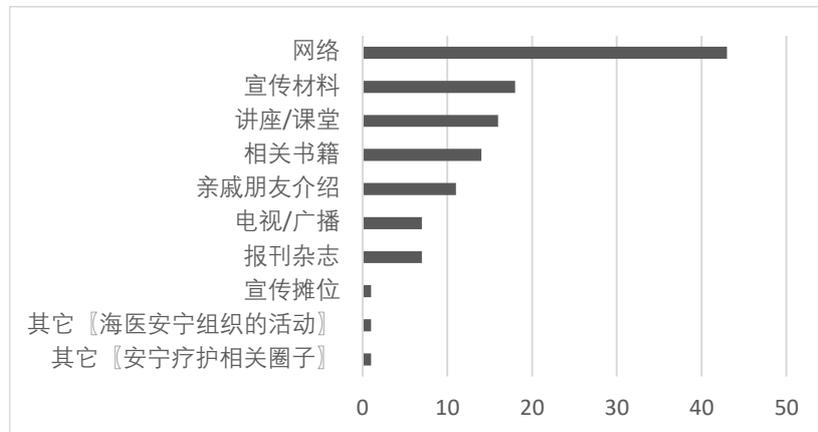


图1 知晓途径



### 3. 目标/期待

对于期待填写生前预嘱可以达成的目标，参与者选择最多的两项是有尊严地死和为未来做好准备，接下来是保护自己所爱的人，随后确保生活品质（如表4）。

表4 填写生前预嘱期望达成的结果

年龄组	青年	中青年	中年	中老年	老年	总计
为未来做好准备	67(18.56%)	65(18.01%)	79(21.88%)	82(22.71%)	68(18.84%)	361(100%)
有尊严地死	65(17.62%)	65(17.62%)	72(19.51%)	84(22.76%)	83(22.49%)	369(100%)
保护自己所爱的人	47(16.55%)	59(20.77%)	64(22.54%)	68(23.94%)	46(16.20%)	284(100%)
确保生活品质	40(17.86%)	42(18.75%)	49(21.88%)	51(22.77%)	42(18.75%)	224(100%)
其他	2(15.38%)	2(15.38%)	3(23.08%)	4(30.77%)	2(15.38%)	13(100%)

对于50岁以上的两组（中老年和老年），有尊严地死是选择人数最多的选项；而对于另外三个相对年轻的组，选择最多的是为未来做好准备。

由问卷填写者自行填写的“其他”选项，主要涉及家人和家庭、医疗和费用以及生命几方面。对于家人和家庭，中青年、中年和中老年三个年龄段都有提及家人，中青年组两人说“不让家人为难”和“不把最艰难的决定留给家人”，中年有1人同时提到家人和经济支出（“避免不必要的家庭纠纷/矛盾，以及潜在的更多不必要的经济上的支出”），中老年有1人提到“家人免受下决定的纠结”。关于医疗和费用，中年有1人提到“节约医疗资源”、中老年有1人提到“避免不必要的医疗救助，节省开支”，此外另有1人提到“减少过度医疗带来的高额医疗费用”。在生命方面，中年有1位提及“珍爱生命”，中老年有1位提到“为自己的生命负责，生死两相安”，老年2人分别写“无所谓”和“留给后代的最好遗产，把关怀、尊重、敬畏生命落地了”。

在生命之外，中老年提及生命这两位分别同时表达出对死亡和对家人影响的思考，中老年人士关心家人的情感（“生死两相安”），而老年人关注身后的影响“留给后代的最好遗产”。

此外，2位青年人提到更高年龄的参与者未提及的方面，他们分别填写保护主权（“对于自己的死亡”和“对自己的所有物、自我的衍生物”）和确保临终生活品质。

### 4. 对有关生前预嘱的论断的认同程度

参与者对生前预嘱论断的Likert量表认同程度的勾选结果显示，除对G对善终的态度组间无显著差异外，在其他三个变量O为治疗选择带来的机会、I AD对于家庭的影响和E AD对治疗的影响上组间都存在显著差异（表5）。

在为治疗选择带来的机会这一变量（O）上，中年组从数值上看高于其他组别，其中该组与青年组存在显著差别。

对于AD对于家庭的影响这一变量（I），青年组显著低于较高年龄组，此外老年组显著高于除中老年组的所有低年龄组。



表5 对生前预嘱论断认同程度及其组间比较

		青年	中青年	中年	中老年	老年	$F(4,439)$	事后检验 (Tukey)	均值差
O	均值	4.18	4.36	4.61	4.34	4.48	3.145*	3-1	0.43**
	标准差	0.90	0.79	0.69	0.88	0.82			
I	均值	3.33	3.71	3.80	4.00	4.15	10.265***	2-1	0.38
								3-1	0.47*
	4-1	0.68***							
	5-1	0.82***							
标准差	0.99	0.92	0.91	0.87	0.92	5-2	0.44*		
						5-3	0.36		
E	均值	4.00	4.38	4.48	4.47	4.61	5.322***	2-1	0.38
								3-1	0.48**
	4-1	0.47**							
标准差	1.17	0.91	0.81	0.91	0.82	5-1	0.61***		
G	均值	4.39	4.63	4.68	4.62	4.66	1.880		
	标准差	0.89	0.69	0.73	0.77	0.83			

注：O：为治疗选择带来的机会；I：AD对于家庭的影响；E：AD对治疗的影响；G：对善终的态度

\*\*\*  $P \leq 0.001$ ; \*\*  $P \leq 0.01$ ; \*  $P \leq 0.05$ ;  $P < 0.1$

在AD对治疗的影响这一变量上（E），青年组显著低于较高年龄组。

总的来说，参与者普遍认同善终理念，即生活品质比生命长度重要，宁愿有尊严地死，而不是依靠人工装置毫无意识地活着。但对于AD的效率和影响，青年这一低年龄组的认同度低于高年龄组，此外，在AD对于家庭的影响方面，老年年龄组总体上高于低年龄组。

### （三）行为倾向

#### 1. 已填写和愿意填写

总的来说，参与者中已填写人数呈随年龄上升而上升的趋势，而愿意填写人数在各年龄段无明显差异；中老年组是个突出的例外，已填写比例比较最高，同时愿意填写人数最低（如表6）。

具体来说，已填写和愿意填写的比例除中老年为82.2%之外，其余各组均在87.5%以上，其中中青年和中老年两组都在91%以上。值得注意的是，中老年组分化比较严重，既是填写人数最多的组，

表6 填写生前预嘱的意愿

年龄	已填写过	愿意	不愿意	不确定	总数	愿意比例
青年组	3	67	3	7	80	83.75%
中青年组	4	67	2	5	78	85.90%
中年组	12	65	1	6	84	77.38%
中老年组	18	65	3	15	101	64.36%
老年组	13	76	2	10	101	75.25%



也是不愿意和不确定人数最多的组。上文3.1.1分析了填写人数最多的可能原因，与此同时，该组本是自然年龄中分化最大的群体，本人面临不同程度的衰老，甚至有人英年早逝，也有人一路平顺，自身和父母均安好。一方面衰老和离死亡越来越近是事实，另一方面不愿意去面对，特别是不愿意去想死亡相关的问题，所以也是不愿意和不确定人数最多的组。

## 2. 促使填写生前预嘱的因素

促进参与者填写生前预嘱的因素按选择次数排序为家人和朋友的经历、年龄渐长、媒体报道和健康问题。参与者填写的其他选项有中年的“为自己做决定”和“生前预嘱培训”，中老年“职业影响”，老年“自己对生死的认识”和青年“高中的时候看到有关生前预嘱的视频和文章”（如表7）。

表7 促进填写生前预嘱的因素

年龄	青年组	中青年组	中年组	中老年组	老年组	总计
家人或朋友的经历	2	3	10	11	10	36
年龄渐长	1	1	6	9	6	23
媒体报道	1	2	2	6	3	14
健康问题	1	1	1	5	2	10

## 3. 对身体状况和生前预嘱关系的评判

对于“\*我身体还挺好，不想考虑预先医疗指示”这一反向论断，参与者选择1、2、3、4、5（即认同程度由低到高）的比例分别为：0.37、0.20、0.20、0.10、0.14，表明参与者较少认同这一论断，认为不论何种身体状况，考虑预先医疗指示都有其必要性。从青年到老年各年龄层平均值为2.83、2.42、2.14、2.48和2.35，表明同意程度最低的是中年组，最高的是青年组。其他年龄组介乎其间（表8）。

ANOVA 检验显示各组间存在显著差异（ $F$ 值为2.57， $P=0.04$ ）。事后检验显示中年和青年间存在显著差异（差值-0.68， $P$ 值0.02）。

表8 对身体状况和AD关系的判断

	青年	中青年	中年	中老年	老年	$F$ (4,439)	事后检验(Tukey)
均值	2.83	2.42	2.14	2.48	2.35	2.57*	中年<青年
标准差	1.31	1.39	1.35	1.43	1.51		

## 4. 填写障碍

参与者填写生前预嘱的最主要障碍来自“不知道会不会起作用”，其次是“不了解法律问题”，再次“自己考虑过，但怕提起这个话题会让亲人难过”，接下来是“不理解专业术语”和“不想考虑死亡”（如图2）。

在其他填写障碍中，考虑最多的是意愿、想法、心理状态的改变，其次是执行问题，再次是担心法律效力，接下来是对最终情况的不确定性。

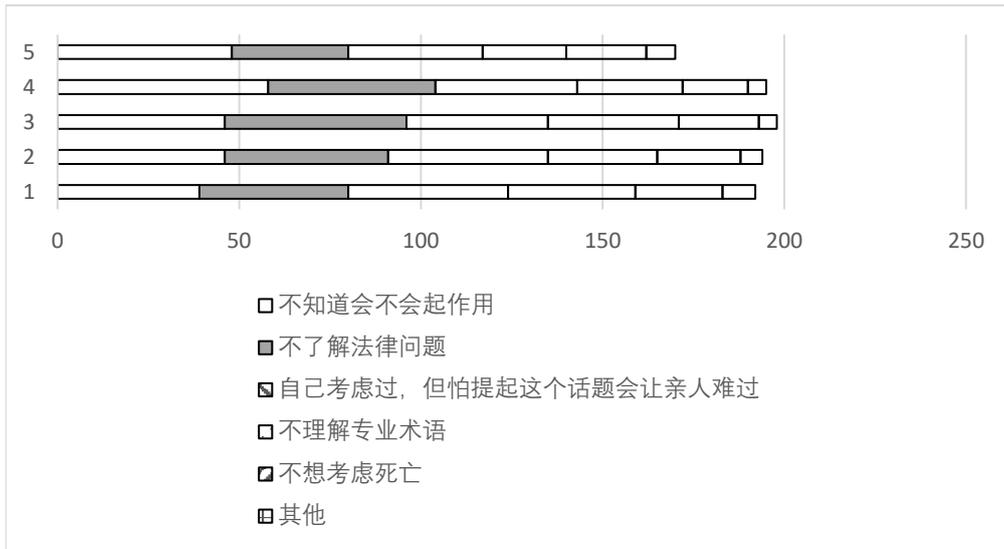


图2 填写生前预嘱的障碍

意愿、想法、心理状态的改变出现在两个年纪比较轻的人群中，青年有3位，中青年有2位，其中一位特别提到如果后期想法发生改变“能否修改”的问题。

执行问题在青年、中老年和老年三组中有出现，青年参与者写道“不清楚有哪些渠道、不清楚可靠性”，中老年中一位参与者写“实施的困难”，而另一位中老年参与者以及两位老年参与者都提到具体的执行人，都有提到医院医生，老年还有一位参与者提到亲人，此外中老年参与者还提到“在本人社会医疗保障卡内有所体现”这样的执行细节。

关于法律效力，青年有2位参与者提及“所在地区似尚无相关法律法规”，更有一位说“不知道填了后有无法律效力，如何实施”，老年参与者有一位把法律和死亡文化并列作为填写障碍。

此外填写人数较多的项目是无法预知最终情况，两个年纪较轻年龄组都有提及，其中青年参与者提及“无法预知死亡时患病程度”，中青年中有1位笼统提及，而另一位写“对未来身体情况无法准确科学判断和描述”。

对其他项目的提及比较零星，青年和老年各有1人没有障碍，中青年和老年各有1人没想好，中年和老年各有1人认为不是必须以及猜不出他人想法。只有1人提及的因素包括求生欲（中年）、挑战道德底线（中青年）、认知及逃避（中年）、里面有不确定的（中年）、人生意义（中老年）、已考虑过死亡不再关注（中老年）、觉得还遥远（中老年）、对处理后事的重要性不了解（老年）、死亡文化和法律（老年）以及家庭接受（青年）。

这些参与者自己填写的项目比较明显地体现出年龄差异：青年主要表现出各种不知晓和不确定，甚至考虑家庭接受；而立之年的中青年除不确定之外，关注到赖以生存的经济基础，提到挑战道德底线问题时限制语是“带来的财产纷争等一系列”；而所谓不惑之年的中年或许只是对生的问题不再困惑，但开始意识到死亡问题时仍然迟疑，包括“不了解自己的求生欲有多强”和“认知以及逃避”等。中老年的参与者在子女已成年的年龄里思考人生的意义“人活着的意义到底是为自己还是为家



人?”，有人开始考虑生前预嘱的实施问题，也有人考虑过死亡问题但暂时搁置或“觉得还遥远”；而老年参与者的写法，体现出他们离死亡这一现实更近，除各有一位没想好和认为没必要外，1位认为没有障碍，2位参与者谈及执行问题，另外各有一位提到“处理后事”和“死亡文化”。

#### 四、讨论和结论

本研究调查对象多为参与生前预嘱推广活动人员及其生活和工作中的朋友等，因此他们的死亡话语素养相比普通民众处于比较高的水平：他们认同生前预嘱所倡导的善终理念，在认知方面对生前预嘱的了解比较多，听说过生前预嘱的比例高于本文引用的研究，也认可生前预嘱在带来更多治疗选择、对于家庭积极影响以及临终得到自己想要治疗方面的积极作用。理论上说，他们在行为倾向上也较为积极；事实上，他们确实表达出填写生前预嘱的意愿，但即便如此，真正填写过的比例还相当低。

其障碍一方面来自我国目前生前预嘱法律较少的事实，参与者对生前预嘱效力有疑惑、不了解法律问题，这种情况有文化因素，包括对死亡的恐惧（不想考虑死亡）和禁忌（怕亲人难过）。此外，其填写障碍也源自生前预嘱这种文件自身的难点，包括医学专业术语以及临终状况的不可预测性以及临终时心理状态的不可预知性。

对生前预嘱的认知和行为倾向均呈现出年龄差异，这可以由代际社会学的“社会代”（曼海姆）<sup>[17]</sup>和“生命历程理论”（埃尔德）<sup>[17]</sup>来解释。“社会代”是因受到重大历史事件的影响而形成独特社会性格并对后续历史产生重大影响的同时龄群体，在某种意义上类似于层级化群体，一个“社会代”在社会结构中因具有强烈的代际认同和与老一代显著的代际差异，而居于特定的代际位置。所谓生命历程，指“个体在一生中会不断扮演的社会规定的角色和事件，这些角色或事件的顺序是按年龄层级排列的”。生命历程理论从生命时间、社会时间和历史时间三个角度对年龄进行重新思考。生命时间即日常概念中的年龄，社会时间指扮演特定角色的恰当时间，历史时间指出生年份在历史中所处的位置。生命历程理论的基本概念是轨迹，指毕生发展中的某一实质上相联系的社会或心理状态。在个体身上，轨迹可以表现为某种延续很长时间的社會角色，如子女或父母，这种状态可能转变或延续。中华传统文化中儒家素有“三十而立、四十不惑、五十知天命”等说法，为生命时间设定了文化意义，此外，当代中国社会的发展也呈现出每十年都有差异的现象，因此，本研究的一个年龄组大致属于相同的社会代，不仅处于相同的生命时间，也处于相似的社会时间和相同的历史阶段。与此同时，不同年龄的人在生命时间、社会时间和历史时间方面均有显著差异，这就是生前预嘱的认知和行为倾向呈现出年龄差异的原因。

对生前预嘱的认知和行为倾向呈现出随年龄增长而增进的趋势：年龄最轻的青年组较多表现出最大程度的不知晓和不确定，而老年组愿意填写的比例最高。这与生命历程的三个时间都相关：在生命时间上越年长越接近死亡，在社会时间上老年人多数为人父母希望少给子女添麻烦，在历史时间方面当下生前预嘱宣传和推广的主要活动放在安宁疗护上因而更多面向老年人。与此同时，老年人不确定



是否愿意填写生前预嘱的比例也相对较高，这与关涉全部三个时间的文化因素有关，他们因年龄、社会角色和处于接近传统文化的历史事件，因而受到更多传统文化死亡恐惧和禁忌的影响。中老年组分化比较严重，该组既是最积极填写生前预嘱的人群，同时不愿意和不确定人数也最多。这是因为，虽然处于相同的生命时间和历史时间，但是他们的在成长过程中经历了社会文化的重大改变，生命轨迹不尽相同，在社会角色方面差异很大，如有无子女、子女状态等差异很大。加之性格等其他方面的个体差异，他们对于社会改变的反应呈现出较大的差异，一部分人比较快地接受新的观点和做法，对生前预嘱态度积极，而另一部分人心态更接近老年人，受传统的死亡禁忌影响更多，所以呈现出迟疑和不情愿。

需要指出的是，由于社会文化中死亡禁忌的影响，本研究采取方便抽样，调查对象主要来自对生前预嘱认同度比较高的群体及其亲戚和朋友圈，这是本研究的局限。然而与此同时，本研究调查对象对生前预嘱的认知和行为水平很可能高于普通民众，死亡话语素养相对较高，更加凸显出生前预嘱推广事业的必要性和迫切性。要提高民众的死亡话语素养，提高生前预嘱的填写率，更多更好地实现善终，宣传和推广就非常必要。推广工作者可以考虑各个年龄群体的特征，多渠道多途径开展宣传和推广，特别是加大网络宣传力度，并且在推广中突出填写的促动因素，通过推广和互动过程逐渐改变文化死亡禁忌。鉴于年轻人对生前预嘱的认知程度最低，并且他们的想法最容易改变，因此可以把推广的重点放在年轻人身上。而对于年龄较大的人群，则着重案例告知，特别是不得善终的实际案例。此外，相关负责机构亦应加速建立相关配套设施，推进生前预嘱实施的规范化，逐步扩大生前预嘱试点，在实践中不断积累经验，逐步建立适合我国国情的生前预嘱制度，以便更好地应对老龄化社会的挑战，提高我国生命末期生活质量的整体水平。

## 参考文献

- [1] 崔静,周玲君,赵继军. 生前预嘱的产生和应用现状[J]. 中华护理杂志,2008(09):860-861.
- [2] 陆杰华,杨茜茜. 我国推动生前预嘱入法的现状、挑战及其未来设想[J]. 人口与健康,2022(09):18-21.
- [3] 田晴,伍碧,刘俊荣. 生前预嘱的研究现状及展望[J]. 中国医学伦理学,2023,36(02):122-129.
- [4] 王龙,阚凯. 生前预嘱的立法问题研究[J]. 医学与法学,2020,12(03):104-108.
- [5] 丁映轩,王壮,龙艺.(2018). 尊重生命——从一份“生前预嘱”开始[J]. 中国医学伦理学,31(10):1305-1308.
- [6] 余文诗,高云,朱国清,杜金凤,关静仪.“尊严死”还是“赖活着”?——我国生前预嘱的伦理困境分析及对策研究[J]. 中国医学伦理学,2018,31(06):700-703.
- [7] 王丽英,胡雁,陆箴琦,顾文英. 肿瘤科医护人员对晚期肿瘤患者实施预先指示的质性研究[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版),2011,32(11):1-4+22.
- [8] 刘洁明,何丽君,徐思思,卢智贤,陈君. 关于预嘱尊严死的认知和接受度调查——以ICU终末期患者家属为例[J]. 卫生软科学,2018,32(11):67-70.
- [9] 邢冰玉,缪群芳,梁冠冕. 肿瘤专科医院护士对生前预嘱认知态度及影响因素调查[J]. 循证护理,2021,7(15):2087-2091.



- [10] 邢冰玉, 缪群芳, 李红娟, 舒婉, 谷柏毅. 杭州市居民对生前预嘱的认知现状调查及影响因素分析[J]. 健康研究, 2022, 42(02): 153-157.
- [11] 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, 34(23): 4154-4158.
- [12] 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, 35(19): 3395-3400.
- [13] 洗婉铃, 潘杰, 陈露, 方志明, 陈奕纯, 孔维珊, 董平萍. 大学生对生前预嘱的知信行现状及影响因素分析[J]. 心理月刊, 2023, 18(11): 197-201.
- [14] 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.
- [15] 罗正鹏, 高一虹. 走向死亡话语素养[J]. 医学与哲学, 2023, 44(08): 19-23.
- [16] KIM J, HEO S, HONG S et al. Psychometric Testing of the Korean Version of the Attitudes toward the Advance Directives in Low-Income Chronically Ill Older Adults [J]. Healthcare, 2020, 8(1): 62. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010062>.
- [17] Elder Jr G. H., Shanahan M. J. The Life Course and Human Development[A]. In R. M. Lerner (Ed.), Handbook of Child Psychology (Vol. 1). New York: Wiley.
- [18] Pilcher J. Mannheim's sociology of generations: an undervalued legacy [J]. British Journal of sociology, 1994, 481-495.

附表 生前预嘱的效力和影响

维度	条目
O 为治疗选择带来的机会	26 AD可以帮助我选择生命末期的治疗方法。
	27 医生在为我做生命末期医疗决定时会考虑我的想法。
	28 如果我不能做出决定,我的家人将获得关于我将要接受的治疗的选择。
	29 我想我的家人希望我有一个预先医疗指示(AD)。
	30 通过AD明确我的生命终结治疗愿望将避免我的家人在我病重且无法自行决定时意见不合。
I AD对于家庭的影响	31 通过AD明确我的生命终结治疗愿望将有助于防止我的家人感到内疚。
	32 拥有AD可以为我的家人避免昂贵的医疗费用。
	33 拥有AD可以确保我的家人知道我的治疗愿望。
	34 我的家人希望我有一个AD。
E AD对治疗的影响	35 有AD可以确保我在生命的尽头得到自己想要的治疗。
	36- 如果我自己不能做出决定,我相信我的家人或朋友可以为我做出治疗决定。
	37 身体健康时最好事先作出指示。
P对疾病的觉知	38- *我身体还挺好,不想考虑预先医疗指示。
G 对善终的态度	39 我认为生活品质比生命长度重要。
	40 我宁愿有尊严地死,而不是依靠人工装置毫无意识地活着。

注:-号的36题因为导致整个变量信度不足被去除。38题因为类似情况从这里去除,而单独作为一个行为倾向变量。



## General public's cognition and behavioral tendencies toward living wills: Focusing on age differences

Tian Jianqiu

**Abstract:** Objective To investigate the actual cognition and behavioral tendencies of the general public of different age groups regarding advance directives. Methods Based on the concept of "death literacy," a self-designed questionnaire was used to survey 444 participants from five evenly distributed age groups regarding their cognition and behavioral tendencies related to advance directives. Results The public generally recognizes the concept of advance directives and is willing to complete them, but the overall completion rate remains relatively low. Both the cognition of and behavioral tendencies toward advance directives show an increasing trend with age. Among these, the middle-aged and older group (50-59 years) had the highest completion rate as well as the highest proportion of those unwilling or uncertain, a phenomenon that can be explained by Mannheim's concept of social generation and Elder's Life Course. Conclusion Promoting advance directives is necessary and urgent. Efforts should be made through multiple channels and pathways, especially by strengthening online publicity, highlighting motivating factors for completion, such as real-life cases of suffering at the end of life, and striving to improve the public's death literacy. Additionally, promotion efforts should take into account the characteristics of different age groups.

**Key words:** living will, death discourse literacy, cognition, behavioral tendencies, age differences

### 作者简介 (ID):

田剪秋，英语语言学博士，北京大学外国语学院副教授，通讯地址：北京市海淀区颐和园路5号 北京大学外国语学院新楼5-36信箱。邮政编码：100871。Email: tianjq@pku.edu.cn