

# 癌症晚期患者终末意愿遵从性的研究进展

付洁,毛靖,倪平

Research progress on preferences compliance among advanced cancer patients Fu Jie, Mao Jing, Ni Ping

摘要: 介绍生命维持治疗医嘱、临终意愿评估模型、生命优先事项和家属观念调查 3 种癌症晚期患者终末意愿遵从性的评估方法, 阐述死亡地点依从性、生命维持治疗依从性及疾病信息告知依从性现状, 综合分析了终末意愿的依从性受医疗政策、宗教文化、可利用的医疗资源等多方面因素影响, 并提出预立医疗照护计划是提高癌症患者终末意愿遵从性的方法, 旨在为提高癌症晚期患者终末意愿依从性提供参考。

关键词: 癌症患者; 临终意愿; 终末意愿; 依从性; 预立医疗照护计划; 综述文献

中图分类号: R473.73 文献标识码: A DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.23.094

据报道,2018 年全国新发恶性肿瘤 428.5 万例,死亡 286.5 万例,恶性肿瘤成为我国首要致死病因<sup>[1]</sup>。癌症患者的终末意愿能否被满足,即终末意愿的依从性,是衡量患者死亡质量的重要指标<sup>[2]</sup>。患者的终末意愿主要包括拒绝复苏<sup>[3]</sup>、生命维持治疗<sup>[4]</sup>、死亡地点<sup>[4]</sup>、疾病信息告知<sup>[5]</sup>等问题。国外的研究主要集中在某个终末意愿依从性现状的调查,如对死亡地点依从性的研究<sup>[6]</sup>、对生命维持治疗依从性的研究<sup>[4,7]</sup>。我国台湾地区主要是关于癌症患者生命维持治疗依从性<sup>[4,8]</sup>和癌症患者死亡地点依从性<sup>[9]</sup>的研究。调查显示,中国台湾癌症患者生命维持治疗的依从性为 30%~40%<sup>[4,8]</sup>,超过 78% 的患者和家属对患者的死亡地点意愿达成一致<sup>[9]</sup>;中国香港地区的研究更多集中于姑息护理对患者死亡质量的影响<sup>[10]</sup>,发现姑息治疗可以提高癌症患者的死亡质量。中国大陆地区仅对癌症患者及家属对预前指示、生命维持治疗态度一致性进行研究,表明其一致性较低<sup>[11]</sup>。本文对癌症晚期患者终末意愿依从性评估方法、现状、影响因素和干预措施进行总结和分析,为提高癌症晚期患者临终意愿依从性提供参考。

## 1 终末意愿依从性的概念

终末意愿是指患者在终末期对治疗和护理决策的意愿<sup>[2]</sup>。终末意愿依从性是指患者想要的和实际接受的治疗之间的一致性,是一种高质量的以患者为中心的临终护理的重要衡量指标<sup>[2,12]</sup>。患者终末意愿依从性主要包括死亡地点依从性<sup>[9,12]</sup>、生命维持治疗依从性<sup>[4]</sup>和疾病信息告知依从性<sup>[13]</sup>。

## 2 癌症晚期患者终末意愿依从性评估方法

### 2.1 生命维持治疗医嘱(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

指一种用于记录患者终末意愿的标准化医嘱,用以确保患者的治疗意愿得到尊重<sup>[14]</sup>。该标准化的医嘱由俄勒冈州的一个医

疗团队研发,最新版的 POLST<sup>[15]</sup>包含 6 个版块,前 4 个涉及患者的临终意愿,后 2 个用于记录患者、决策代理人以及医务人员的签名。POLST 主要用于预期寿命不超过 1 年的患者<sup>[7]</sup>。Hopping-Winn 等<sup>[16]</sup>运用 POLST 评估患者终末治疗意愿的依从性,结果发现 99% 的患者接受了与自己意愿相一致的护理。Hickman 等<sup>[7]</sup>的调查显示,90% 以上的患者所接受的治疗与 POLST 中的记录相一致。

### 2.2 临终意愿评估模型

Turley 等<sup>[17]</sup>于 2016 年提出临终意愿评估模型。该评估模型主要分成两大版块,第 1 个版块收集患者 15 个领域的临终意愿(抗生素、人工营养、血液制品、心脏监测、CPR、电复律、电除颤、透析、住院、重症监护病房、静脉输液、插管、机械通气、药物治疗、部分/全部治疗),将记录有患者临终意愿的文件(POLST、预前指示)内的条目与此 15 个领域一一匹配,以捕捉患者的临终意愿,患者想要发生的临终意愿赋值为“1”,不想发生的为“0”;第 2 个版块收集患者实际接受的护理,此模型设计者从临床实际发生的所有护理事件中提取 232 件与临终相关的护理事件,将实际发生的在这 232 件临终事件之内的护理事件记作“1”,在此之外的记作“0”。结合两个版块所收集到的结果以判断患者临终意愿依从性,两处赋值相同定义为与患者临终意愿一致,赋值不同定义为与患者临终意愿不一致。Turley 等<sup>[18]</sup>对临终意愿评估模型的可行性验证结果显示,该模型可以用于评估患者临终意愿的依从性,但还需进一步细化;另外,该模型可以作为筛选工具用于监测是否存在过度治疗或治疗不足。

### 2.3 生命优先事项和家属观念调查

Bernacki 等<sup>[19]</sup>于 2015 年设计生命优先事项调查表(The Life Priorities)和家属观念(The Family Perception)调查表,用于评估患者临终意愿的依从性。前者用于收集患者所认为的生命优先事项,后者用于评估患者还在世时,家属对患者生命优先事项的判断,以及记录患者在生命最后 3 个月和最后 1 周中,有哪些生命优先事项得到实现。将患者给定的排序前三的生命优先事项与患者最终接受的护理事项进行匹配,并用“0”

作者单位:华中科技大学同济医学院护理学院(湖北 武汉,430030)

付洁:女,硕士在读,学生

通信作者:倪平,939437779@qq.com

科研项目:国家自然科学基金青年项目(71904056)

收稿:2020-07-02;修回:2020-08-12

“1”“2”“3”表示匹配一致的数目,数字越大表示一致性的事件越多。因该调查表的效度未进行检测,故在现有研究中很少使用<sup>[19]</sup>。

### 3 癌症晚期患者终末意愿依从性现状

**3.1 死亡地点依从性** 患者能否在自己期待的地方逝去,即患者死亡地点的依从性被认为是“好死”的一个重要指标<sup>[12]</sup>。家是人们最理想的死亡地点<sup>[20]</sup>,Fischer 等<sup>[6]</sup>对 111 例美国去世患者死亡地点的依从性调查显示,想要在家死亡的患者中,死亡地点依从性为 35%,想要在医院去世的患者中,死亡地点依从性为 42%,这可能与大多数临终患者在生命的最后时间仍旧在医院接受治疗有关。

**3.2 生命维持治疗依从性** 我国台湾 Wen 等<sup>[4]</sup>的调查显示,在选择接受生命维持治疗的患者中,只有 39.5% 的患者意愿得到依从,而拒绝生命维持治疗的患者中,依从性良好者为 64.7%。在 Somogyi-Zalud 等<sup>[21]</sup>的研究中,70% 的患者首选舒适护理,然而 63% 的患者接受了至少一项延长生命的治疗,80% 的患者在医疗文书中列出了“不复苏”指令,但仍有 18% 的患者接受了 CPR。Pasman 等<sup>[22]</sup>的研究表明,想要延长生命的学生更有可能接受延长生命的治疗,虽然 82% 的家属所作出的治疗决定与患者的临终意愿一致,但是只有 53% 的患者接受了与其意愿一致的治疗<sup>[23]</sup>,这可能与医生和患者对终末意愿的沟通不足有关。

**3.3 疾病信息告知依从性** 知晓疾病信息是患者能够决定接受哪些临终护理的重要前提。研究显示,有超过 70% 的患者想要知道自己的病情预后等信息<sup>[5,13]</sup>,但只有 58% 的患者知晓相关信息<sup>[13]</sup>。超过 90% 的患者想要参与到自己治疗方案的讨论中,超过 80% 的患者想要了解自己所用药物的详细信息<sup>[24]</sup>,但只有 60% 的家属认为应当将实情告诉患者<sup>[5]</sup>,不到 30% 的患者参与了疾病治疗方案的讨论<sup>[25]</sup>,超过 40% 的患者不知道自己的疾病诊断和预后<sup>[13]</sup>。这可能与患者家属担心患者知道自己病情后会导致病情恶化,故而选择隐瞒病情有关<sup>[26]</sup>。然而告知实情是否会影响患者的病情预后,结果存在争议<sup>[27-28]</sup>。

## 4 癌症晚期患者终末意愿依从性的影响因素

**4.1 医疗政策** 1991 年美国国会颁布了“患者自主决策法案”,要求所有的医疗机构告知患者有选择治疗方式的权利并向其提供预先指示的信息<sup>[29]</sup>,2018 年 Hopping-Winn 等<sup>[16]</sup>对 300 例美国患者的调查显示,99% 的患者想要得到的护理与实际接受的护理一致。新加坡 1996 年制定了《预先医疗指示法令》<sup>[30]</sup>,Foo 等<sup>[31]</sup>发现,超过 60% 的新加坡患者和家属在临终护理决策上达成一致;此后,阿根廷、澳大利亚、奥地利、瑞士等国都纷纷立法<sup>[32]</sup>。我国台湾 2000 年制定并通过了《安宁缓和医疗条例》<sup>[30]</sup>,2010 年 Tang 等<sup>[9]</sup>研究显示,78.1% 的患者和家属在患者死亡地点的选择上达成一致。2004 年我国香港法律改革委员

会以非立法的方式推广“预先指示”<sup>[33]</sup>,2013 年北京成立预先指示协会,主要进行预先指示的推广工作<sup>[34]</sup>,周雯等<sup>[11]</sup>报道,癌症患者及家属生命维持治疗的态度的一致性较弱。

**4.2 宗教文化** 受儒家文化的影响,人们普遍认为子女应尽一切努力延长父母的生命。如果患者去世时处于饥饿状态,那其死后会被认为是“饿死鬼”,一项在中国台湾的研究发现,尽管患者已经明确拒绝了生命维持治疗,仍有部分家属坚持给予静脉营养,直至患者死亡<sup>[35]</sup>。

**4.3 可利用的临终护理资源** 有些患者希望得到舒适的治疗,但当地没有能力提供这种治疗方式,患者只能被迫进入医院寻求帮助<sup>[23]</sup>,从而降低了死亡地点的依从性。研究发现,提供家庭护理和其他护理设施,可以影响患者临终意愿的依从性<sup>[36]</sup>。这提示国家和政府应大力支持安宁疗护中心的成立和发展<sup>[37]</sup>。

## 4.4 医生、患者和家属之间的沟通

**4.4.1 预立医疗照护计划(Advance Care Planning, ACP)** 指患者、家属和医生之间的沟通过程,帮助医护人员提前了解当患者的身体状况不能支撑患者自己进行治疗决策时,患者想要接受什么样的治疗或护理<sup>[38]</sup>。ACP 可以引出患者在生命垂危时的治疗意愿<sup>[39]</sup>。当癌症患者有机会与医生讨论他们对生命末期护理的意愿时,更有可能获得与他们意愿相一致的生命末期护理<sup>[24]</sup>。Pasman 等<sup>[22]</sup>发现,无论是想要接受还是放弃治疗,当这种意愿被其他人知道时,该意愿被执行的可能性大大增加。部分患者的临终意愿并不是一成不变的<sup>[40]</sup>,而 ACP 可以提供患者、家属和医生之间持续性的沟通协商,帮助医护人员及时发现患者意愿的变化<sup>[39]</sup>。ACP 可以提高患者临终意愿的依从性<sup>[25]</sup>,因此医护人员应加强与患者之间的沟通交流,运用 ACP 动态性评估患者的临终意愿及变化,提高患者临终意愿的依从性。

**4.4.2 医患沟通** 出于对患者心理承受能力的考虑,医生往往倾向于将患者的诊断先告诉患者家属。但 Wen 等<sup>[40]</sup>发现,患者越早知道自己疾病的预后情况,就有越多的时间考虑临终护理目标,从而提高患者终末意愿的依从性。Shin 等<sup>[5]</sup>发现,有超过 70% 的患者想要知道自己的疾病情况和预后,但只有 60% 的家属认为应当将实情告诉患者。医护人员及家属应加强与患者之间的沟通,充分尊重患者的意愿,告知其疾病诊断及预后等结果,以使患者有充分的时间考虑自己临终相关的事宜。

**4.4.3 决策代理人** 与患者之间的沟通 Shin 等<sup>[5]</sup>发现,选择配偶作为决策代理人更容易使患者的意愿得到依从。配偶对患者的价值观、生活观更加了解,更容易与患者达成一致意见<sup>[5]</sup>。但癌症患者对决策代理人的选择不尽相同,Ivo 等<sup>[26]</sup>对韩国、中国、日本三个亚洲国家的调查发现,患者更倾向于选择配偶作为

第一决策代理人,子女次之,而本课题组的调查结果显示 78.8% 的患者想要其长子或女儿作为他们生命维持治疗的决策代理人<sup>[41]</sup>。在当前中国家庭集中决策的文化下,应大力鼓励患者及家属沟通患者的临终意愿,以提高其依从性。

**4.5 预前指示** 指一种记载患者在无能力做决定时想要的治疗护理方式的具有法律效力的文件<sup>[42]</sup>,俗称“生前预嘱”。Silveira 等<sup>[29]</sup> 研究显示,435 名立有生前预嘱的人,他们的终末意愿与最终得到的照顾有很高的一致性,无论是选择全部治疗、部分治疗还是舒适治疗,立有生前预嘱的患者临终意愿的依从性均比没有生前预嘱的患者高。在临床工作中,医护人员应鼓励患者表达自己的临终意愿并记录,同时,国家应对 ACP 和预前指示立法,以提高患者临终意愿的依从性。

**4.6 患者年龄** Parr 等<sup>[43]</sup> 发现,相比于年轻癌症患者,当中年和老年患者想要得到延长生命的治疗时,这种意愿更不容易被实现,然而,当他们拒绝接受延长生命的治疗时,这种意愿却又更容易被满足。一方面可能是因为年轻人是新生力量,年轻人的死亡更加让人难以接受;另一方面可能是因为老年人觉得自己的使命已经完成了,因而不想再接受延长生命的治疗。

## 5 ACP 干预措施

目前有关提高癌症晚期患者临终意愿依从性的措施主要为 ACP 干预,但其结果存在争议。Wen 等<sup>[40]</sup> 通过随机分配序列将 430 例癌症晚期患者和其家属配对,试验组和对照组各 215 对,对试验组进行个体化、交叉式的 ACP 干预,对照组接受症状管理等常规治疗。每 3~4 周收集一次患者生命维持治疗意愿等信息,结果显示两组生命维持治疗依从性没有差异。Johnson 等<sup>[44]</sup> 在加拿大开展的一项非双盲随机 ACP 干预试验也得出了同样的结论,ACP 干预后试验组和对照组在终末护理意愿的一致性上没有差异。这可能与反复测量致使对照组患者也开始为自己终末护理做准备,因此干扰实验结果。

自 2013 年起,美国俄勒冈州在全州发起了预前步骤项目(Advanced Steps Program),对愿意参加该项目的疾病末期患者进行 ACP 干预,由经过训练的 ACP 专业人员发起并参与患者和家属之间关于临终护理的讨论,并用 POLST 记录讨论结果<sup>[16]</sup>。2018 年,Hopping-Winn 等<sup>[16]</sup> 对该项目中在 2015 年去世的 300 例患者的案例进行回顾性研究,发现 ACP 干预有效提高了患者临终意愿依从性,99% 的患者实现了临终意愿。Song 等<sup>[45]</sup> 将 36 例肾病晚期患者及其家属随机分成试验组和对照组,对试验组进行以患者为中心的 ACP 干预,对照组提供预前指示的信息,医务人员鼓励患者完成预前指示,并对患者生命维持治疗的疑问进行答疑。结果发现以患者为中心的 ACP 干预可以提高肾病晚期患者治疗意愿的一致性。

## 6 小结

对癌症晚期患者终末意愿依从性的评估,现有的三种测量方法在使用上都有局限性,简洁高效且可用于依从性测量的工具还有待进一步研究。癌症患者临终意愿的依从性程度各异。医疗政策、宗教文化、可利用的医疗资源、医生、患者和家属之间的沟通、患者年龄是影响癌症患者终末意愿依从性的主要因素。目前采取的干预措施主要是 ACP,由于受研究对象及方法影响,ACP 是否能提高患者终末意愿的依从性需要进一步验证,建议后续研究进一步改进干预措施,以探究 ACP 对患者终末意愿依从性的干预效果。医护人员应加强和患者、家属之间的沟通;国家和政府应对临终关怀进行立法,特别是对预前指示及 ACP 进行立法以提高患者终末意愿的依从性。

### 参考文献:

- [1] 王宁,刘硕,杨雷,等. 2018 全球癌症统计报告解读[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2019,5(1):87-97.
- [2] Anonymous. Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life[J]. *Mil Med*,2015,180(4):365-367.
- [3] Robinson C, Kolesar S, Boyko M, et al. Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want? [J]. *Can Fam Physician*,2012,58(4):e229-e233.
- [4] Wen F H, Chen J S, Su P J, et al. Terminally ill cancer patients' concordance between preferred life-sustaining treatment states in their last six months of life and received life-sustaining treatment states in their last month: an observational study [J]. *J Pain Symptom Manage*,2018,56(4):509-518.
- [5] Shin D W, Cho J, Kim S Y, et al. Discordance among patient preferences, caregiver preferences, and caregiver predictions of patient preferences regarding disclosure of terminal status and end-of-life choices[J]. *Psychooncology*,2015,24(2):212-219.
- [6] Fischer S, Min S, Cervantes L, et al. Where do you want to spend your last days of life? Low concordance between preferred and actual site of death among hospitalized adults[J]. *J Hosp Med*,2013,8(4):178-183.
- [7] Hickman S E, Nelson C A, Moss A H, et al. The consistency between treatments provided to nursing facility residents and orders on the physician orders for life-sustaining treatment form [J]. *J Am Geriatr Soc*,2011,59(11):2091-2099.
- [8] Wen F, Chou W, Chen J, et al. Evolution and predictors of patient-caregiver concordance on states of life-sustaining treatment preferences over terminally ill cancer patients' last six months of life [J]. *J Palliat Med*,2019,22(1):25-33.
- [9] Tang S T, Chen C C, Tang W, et al. Determinants of patient-family caregiver congruence on preferred place of death in Taiwan [J]. *J Pain Symptom Manage*,2010,40(2):235-245.
- [10] Tse D M, Chan K S, Lam W M, et al. The impact of palliative care on cancer deaths in Hong Kong: a retro-

- spective study of 494 cancer deaths[J]. *Palliat Med*, 2007,21(5):425-433.
- [11] 周雯,毛靖,闻曲,等.晚期肿瘤患者及家属对预先指示态度的一致性研究[J]. *中华护理杂志*,2018,53(1):27-32.
- [12] Billingham M J, Billingham S J. Congruence between preferred and actual place of death according to the presence of malignant or non-malignant disease: a systematic review and meta-analysis[J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2013, 3(2): 144-154.
- [13] Yun Y H, Kwon Y C, Lee M K, et al. Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness[J]. *J Clin Oncol*, 2010, 28(11):1950-1957.
- [14] Hickman S E, Keevern E, Hammes B J. Use of the physician orders for life-sustaining treatment program in the clinical setting: a systematic review of the literature[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2015, 63(2):341-350.
- [15] The National POLST Office. POLST-Form[EB/OL]. (2019-09-02)[2020-07-17]. <https://polst.org/form-patients/>.
- [16] Hopping-Winn J, Mullin J, March L, et al. The progression of End-of-Life wishes and concordance with end-of-life care[J]. *J Palliat Med*, 2018, 21(4):541-545.
- [17] Turley M, Wang S, Meng D, et al. An information model for automated assessment of concordance between advance care preferences and care delivered near the end of life[J]. *J Am Med Inform Assoc*, 2016, 23(e1):e118-e124.
- [18] Turley M, Wang S, Meng D, et al. The feasibility of automating assessment of concordance between advance care preferences and care received near the end of life[J]. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2019, 45(2):123-130.
- [19] Bernacki R, Hutchings M, Vick J, et al. Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention[J]. *BMJ Open*, 2015, 5(10):e9032.
- [20] 廖菁,毛靖,陈凤菊,等.晚期癌症患者对死亡地点的选择倾向及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(15): 78-80.
- [21] Somogyi-Zalud E, Zhong Z S, Hamel M B, et al. The use of life-sustaining treatments in hospitalized persons aged 80 and older[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2002, 50(5): 930-934.
- [22] Pasman H R, Kaspers P J, Deeg D J, et al. Preferences and actual treatment of older adults at the end of life. A mortality follow-back study[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2013, 61(10):1722-1729.
- [23] Song M K, Ward S E, Hanson L C, et al. Determining consistency of surrogate decisions and end-of-life care received with patient goals-of-care preferences[J]. *J Palliat Med*, 2016, 19(6):610-616.
- [24] Mack J W, Weeks J C, Wright A A, et al. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences[J]. *J Clin Oncol*, 2010, 28(7): 1203-1208.
- [25] Baidooobonso S. Patient care planning discussions for patients at the end of life: an evidence-based analysis[J]. *Ont Health Technol Assess Ser*, 2014, 14(19):1-72.
- [26] Ivo K, Younsuck K, Ho Y Y, et al. A survey of the perspectives of patients who are seriously ill regarding end-of-life decisions in some medical institutions of Korea, China and Japan[J]. *J Med Ethics*, 2012, 38(5):310-316.
- [27] Liu Y, Yang J, Huo D, et al. Disclosure of cancer diagnosis in China: the incidence, patients' situation, and different preferences between patients and their family members and related influence factors[J]. *Cancer Manag Res*, 2018, 10:2173-2181.
- [28] Qian H, Hou L. Psychological impact of revealing a diagnosis of lung cancer to patients in China[J]. *J Thorac Dis*, 2016, 8(10):2879-2884.
- [29] Silveira M J, Kim S Y, Langa K M. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death[J]. *N Engl J Med*, 2010, 362(13):1211-1218.
- [30] 赵子夏.从生命权视角探究尊严死的正当性[J]. *山东省农业管理干部学院学报*, 2013, 30(4):122-123.
- [31] Foo A S C, Lee T W, Soh C R. Discrepancies in end-of-life decisions between elderly patients and their named surrogates[J]. *Ann Acad Med Singapore*, 2012, 41(4): 141.
- [32] 陈龙.人权视角下尊严死合法化研究[J]. *医学与法学*, 2018, 10(6):20-25.
- [33] The law reform commission of Hong Kong. Consultation paper on third party funding for arbitration[EB/OL]. (2019-12-17)[2020-04-15]. <https://www.hkreform.gov.hk/en/index/index.htm>.
- [34] 北京预先指示推广协会.选择与尊严[EB/OL]. (2013-06-25)[2019-12-18]. <https://www.lwpa.org.cn/>.
- [35] Tang S T, Wen F H, Liu L N, et al. A decade of changes in family caregivers' preferences for life-sustaining treatments for terminally ill cancer patients at end of life in the context of a family-oriented society[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2016, 51(5):907-915.
- [36] Tan W S, Bajpai R, Low C K, et al. Using routinely collected data to ascertain concordance with advance care planning preferences[J]. *J Pain Symptom Manag*, 2018, 56(5):659-666.
- [37] 中华人民共和国国家卫生与计划生育委员会.安宁疗护实践指南(试行)[EB/OL]. (2017-02-09)[2020-01-04]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/3ec857f8c4a244e69b233ce2f5f270b3.shtml>.
- [38] Singer P A, Robertson G, Roy D J. Bioethics for clinicians: 6. advance care planning[J]. *Can Med Assoc J*, 1996, 155(12):1689-1692.
- [39] Pearlman R A, Cole W G, Patrick D L, et al. Advance care planning: eliciting patient preferences for life-sustaining treatment[J]. *Patient Educ Couns*, 1995, 26(1-3):353-361.
- [40] Wen F H, Chen J S, Chou W C, et al. Extent and determinants of terminally ill cancer patients' concordance be-