

[30] Fokkema M, Smits N, Kelderman H, et al. Response shifts in mental health interventions: an illustration of longitudinal measurement invariance[J]. Psychol Assess,2013,25(2):520-531.

[31] Hartog I D, Willems D L, van den Hout W B, et al. Influence of response shift and disposition on patient-reported outcomes may lead to suboptimal medical decisions:a medical ethics perspective[J]. BMC Med Ethics, 2019,20(1):61.

[32] Anota A, Bascoul-Mollevi C, Conroy T, et al. Item response theory and factor analysis as a mean to characterize occurrence of response shift in a longitudinal quality of life study in breast cancer patients[J]. Health Qual Life Outcomes,2014,12(1):32.

[33] Bernhard J, Lowy A, Maibach R, et al. Response shift in the perception of health for utility evaluation. an explorative investigation[J]. Eur J Cancer,2001,37(14):1729-1735.

[34] 李加敏,李学靖,杨丹,等. 低价值护理的概念分析及研究现状[J]. 中华护理杂志,2022,57(17):2171-2176.

[35] Arndt V, Merx H, Sturmer T, et al. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis[J]. Eur J Cancer,2004,40(5):673-680.

[36] Jansen S J, Stiggelbout A M, Nooij M A, et al. Response shift in quality of life measurement in early-stage breast cancer patients undergoing radiotherapy[J]. Qual Life Res,2000,9(6):603-615.

[37] Brinksma A, Tissing W J, Sulkers E, et al. Exploring the response shift phenomenon in childhood patients with cancer and its effect on health-related quality of life[J]. Oncol Nurs Forum,2014,41(1):48-56.

[38] Robinson J H, Callister L C, Berry J A, et al. Patient-centered care and adherence:definitions and applications to improve outcomes[J]. J Am Acad Nurse Pract,2008,20(12):600-607.

[39] Murata T, Suzukamo Y, Shirowa T, et al. Response shift-adjusted treatment effect on health-related quality of life in a randomized controlled trial of taxane versus S-1 for metastatic breast cancer:structural equation modeling[J]. Value in Health,2020,23(6):768-774.

[40] Verdam M G, Oort F J, van der Linden Y M, et al. Taking into account the impact of attrition on the assessment of response shift and true change: a multigroup structural equation modeling approach [J]. Qual Life Res,2015,24(3):541-551.

(本文编辑 韩燕红)

疾病晚期患者加速死亡意愿的研究进展

乔梦圆¹,王海燕¹,闫欣雪²

摘要:加速死亡意愿在疾病晚期患者中普遍存在。严重死亡欲望会影响患者及照顾者的生活质量,甚至造成不可逆转的后果。本文从疾病晚期患者加速死亡意愿的相关概念、现状、评估工具、影响因素和干预措施 5 个方面进行综述,旨在提高医护人员、患者家属和照顾者对疾病晚期患者加速死亡意愿的关注,为进一步开展相关研究提供参考。

关键词:疾病晚期; 加速死亡意愿; 死亡欲望; 意义疗法; 尊严疗法; 文献综述

中图分类号:R47;R48 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.08.115

Research progress on the wish to hasten death in patients with advanced disease Qiao Mengyuan, Wang Haiyan, Yan Xinxue, Emergency Center of People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi 830001, China

Abstract: The wish to hasten death is common in patients with advanced disease. Serious death desire can affect the quality of life of patients and caregivers, and even cause irreversible consequences. The article reviews the connotation, current situation, assessment tools, influencing factors and intervention measures related to hasten death in patients with advanced disease, aiming to raise the attention of medical staff, patients' families and caregivers for the wish to hasten death in patients with advanced disease, and provide theoretical and practical references for further related research.

Key words: advanced disease; wish to hasten death; death desire; meaning therapy; dignity therapy; review

疾病晚期患者加速死亡意愿(Wish to Hasten Death, WTHD)是临床医护人员日益关注的复杂现象,也是在接受姑息治疗的患者中备受争议的话题。疾病晚期患者加速死亡意愿发生率为 1.5%~37.8%^[1],尽管加速死亡意愿可能会随着病情、心理

特点和社会环境等因素有所波动,但在疾病晚期患者中加速死亡意愿仍普遍存在^[2]。如果国家对医生辅助自杀明确立法,大约 20%患者会选择加速死亡^[3]。Tulsky 等^[4]发现,27%癌症患者考虑过以自杀方式结束当下痛苦,但实际调查中仅有 2%患者如实表达了加速死亡意愿。由此可见,疾病晚期患者加速死亡意愿发生率可能比现有研究报道的更高。Rodin 等^[5]发现,有加速死亡想法的患者更容易出现焦虑、抑郁等负性情绪,丧失生存意志,甚至出现自杀现象,这也严重影响患者及其照顾者身心健康和生活质量。

作者单位:1. 新疆维吾尔自治区人民医院急救中心(新疆 乌鲁木齐, 830001);2. 石河子大学医学院

乔梦圆:女,硕士在读,学生

通信作者:王海燕,1604143153@qq.com

收稿:2022-11-14;修回:2023-01-03

此外,患者存在加速死亡的想法或表达过希望加速死亡被认为是反映其身体和心理潜在痛苦的一种现象^[6]。减轻痛苦是护士从事护理工作的基本职责和任务。因此,护士应早期识别疾病晚期患者的痛苦及其来源。鉴于医护人员可能会第一时间意识到患者出现加速死亡想法,他们应为此作好充分准备和积极反应。目前,国外对疾病晚期患者加速死亡意愿的研究较多,国内近几年开始报道。鉴此,本研究从疾病晚期患者加速死亡意愿相关概念、现状、评价工具、影响因素和干预措施进行综述,旨在为相关研究提供参考。

1 加速死亡意愿的概念

加速死亡意愿由 Block 等^[7]于 1994 年首次提出,加速死亡意愿在身患绝症患者中广泛存在。1995 年 Chochinov 等^[8]编制了第 1 个绝症患者加速死亡意愿的评估工具,但并未对加速死亡意愿进行明确解释。由于缺乏明确性定义,很难将渴望加速死亡的想法概念化并确定其使用范围。2016 年国际专家小组通过文献回顾和 3 轮德尔菲专家咨询法提出了有关加速死亡意愿概念的专家共识^[9],即加速死亡意愿是患者对痛苦的反应,除了加速其死亡之外,别无他法。这种愿望可以自发表达,也可以在被问及之后表达,但必须将其与接受即将死亡或自然死亡的愿望区分开来。死亡意愿是一个连续过程,从被动希望死亡、产生自杀念头到希望辅助自杀或安乐死(即希望加速死亡),希望加速死亡是死亡意愿类别中最极端的形式。

2 疾病晚期患者加速死亡意愿的发生状况

国外对生命终末期患者加速死亡意愿的相关研究较早。一项系统评价结果显示,晚期疾病患者加速死亡意愿发生率为 1.5%~37.8%,通常处于疾病早期阶段或采取积极治疗的门诊患者加速死亡意愿发生率较低,疾病晚期阶段的患者加速死亡意愿发生率较高^[1]。而不同疾病类型患者加速死亡意愿亦不相同,如癌症晚期患者中 6.67%~23.8%有严重死亡意愿^[2,10-11],26%艾滋病患者曾至少一次有自杀想法^[12],运动神经元疾病患者则更高^[3]。国内关于疾病晚期患者加速死亡意愿横断面调查较少,其发生率仍不确定。过高水平的加速死亡意愿会给疾病晚期患者带来严重的不良影响,导致其生理和心理健康状况受损,加重患者负性情绪,增加精神类疾病和心理疾病的患病风险^[13]。

3 加速死亡意愿的评估工具

3.1 加速死亡欲望评定量表(Desire to Die Rating Scale, DDRS)

由 Chochinov 等^[8]受到情感障碍和精神分裂症量表诊断访谈的启发,于 1995 年编制的第 1 个评估患者加速死亡意愿的工具。该量表采用 0~6 分制,从“没有强烈渴望死亡”到“强烈渴望死亡”对患者评分,其第 1 个条目为“你是否希望早点结束生命?”,如果得到认可,接下来是另外 3 个问

题。采用半结构化访谈的形式开展调查并对患者加速死亡意愿严重程度评分,将访谈结果量化管理,但该量表并未进行信效度检验且将患者分为“强烈渴望死亡”和“没有强烈渴望死亡”,而不是将死亡渴望作为连续变量进行分析。此外,该量表依赖于熟悉此量表的医护人员评定,对量表不熟悉的研究人员无法保证数据的可靠性。Kelly 等^[14]于 2002 年改良 DDRS 量表,将原量表第 1 个条目替换为 2 个单独的条目,即“你是否和家人或朋友讨论过希望早点结束生命”和“你是否和医生或护士讨论过希望早点结束生命”。此外,改良量表还添加了 1 个新条目,即“你是否曾要求医生或护士帮助你早点结束生命”。改良 DDRS 量表包含 6 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“完全不同意”到“完全同意”分别计 0~4 分,总分 0~24 分,分数越高,表明患者加速死亡意愿越强烈。改良量表具有良好的信效度,Cronbach's α 系数为 0.86。目前国内尚未有关于 DDRS 的研究,未来有待进一步检验。

3.2 加速死亡态度量表(Schedule of Attitudes Hastened Death, SAHD)

由 Rosenfeld 等^[12]于 1999 年编制,旨在评估患有内科疾病的患者对加速死亡的渴望程度。该量表包括 20 个条目,采用二分制计分,“是”计 1 分,“否”计 0 分,总分 0~20 分,分数 ≥ 10 表示患者死亡意愿强烈。量表有较高的整体内部一致性,Cronbach's α 系数为 0.89,20 个条目的平均条目相关性为 0.53(范围 0.25~0.74),且各条目与总量表之间相关性强。该量表最初用于艾滋病患者死亡态度调查^[12],1 年后 Rosenfeld 等^[15]将该量表用于晚期癌症患者,量表 Cronbach's α 系数为 0.88。目前该量表已有希腊版^[16]、韩国版^[17]、西班牙版^[18]和德国版^[19]等,且已在多个国家疾病晚期患者中得到验证。2016 年 Wang 等^[20]将该量表用于中国台湾晚期癌症患者,但并未检验其信效度。因此,该量表评估我国晚期疾病患者加速死亡意愿的适用性尚待验证。随着我国临终服务体系日益完善,建议未来研究引入并汉化此量表,对评估疾病晚期患者加速死亡意愿具有重要的临床价值。

3.3 症状和关注问题的结构化访谈(Structured Interview for Symptoms and Concerns, SISC)

由 Wilson 等^[21]于 2004 年参考 DDRS 编制,旨在评估姑息治疗患者与加速死亡意愿相关的常见症状和担忧。该量表包括 13 个条目,均以结构化访谈问题开始调查,旨在了解疾病晚期患者身体症状、尊严、心理和社会生活方面是否存在特定症状或问题,评估患者渴望死亡程度,并以评分形式呈现。量表采用 0~6 分制评分,表示从“不强烈”到“非常强烈”,分数越高,表示患者身心负担越重,加速死亡意愿越强烈。该量表各条目间相关性 >0.90 ,重测相关性 0.50~0.90。但访谈要求被调查者必须意识清晰并了解其

自身情况,且评估较为耗时。目前尚未对 SISC 量表汉化,该量表在姑息治疗患者中的适用性和可靠性有待进一步验证。

4 加速死亡意愿的影响因素

4.1 疾病相关因素 患者身体机能状况、疾病疼痛程度与疾病晚期患者加速死亡意愿呈负相关,即身体机能越差,患者渴望死亡意愿就越强烈^[22]。一项对姑息治疗患者的聚类分析^[23]发现,因晚期癌症导致身体不适是患者产生加速死亡想法的主要原因(35%)。西班牙一项横断面研究^[24]发现,患者身体机能与加速死亡意愿间没有直接关系,但由于抑郁和感知生命意义的中介作用,两者存在显著负相关关系。Mystakidou 等^[25]对 120 例希腊晚期癌症患者的横断面调查发现,加速死亡意愿与患者严重疼痛水平间显著相关。Belar 等^[26]发现,疾病痛苦和应对能力是患者希望加速死亡的独立预测因素。日本一项全国范围内调查研究^[27]显示,因为无法忍受的身体症状,32%的患者希望死亡,28%患者要求加速死亡。但同样是针对晚期癌症患者的研究发现,疼痛与患者加速死亡意愿无关^[28],可能与研究方法、文化背景等因素有关。因此,护理人员对身体机能差和对疼痛反应敏感的患者应给予更多关注,采取积极干预措施。

4.2 心理因素 疾病晚期患者心理问题突出,其中抑郁、绝望、认为自己是他人的负担和感觉丧失尊严是患者存在加速死亡想法的重要因素。Rodin 等^[5]对 326 例患有转移性癌症的非卧床患者的研究发现,所有报告强烈死亡意愿的患者都有高水平的抑郁和绝望,其中绝望对患者加速死亡意愿影响最大,占方差的 30%以上。美国一项对姑息治疗医院癌症患者的研究^[29]发现,加速死亡意愿与是否患有抑郁症、抑郁症的严重程度以及绝望显著相关,抑郁症和绝望是患者加速死亡意愿的独立预测因子。此外,一项聚类分析^[23]显示,加速死亡意愿常见原因是成为他人的负担,这与 Rodríguez-Prat 等^[30]的系统评价结果一致。Monforte-Royo 等^[31]调查晚期癌症患者抑郁症状、身体功能障碍、丧失失控能力和感觉丧失尊严并建立结构方程模型发现,抑郁症状和感觉丧失尊严是加速死亡意愿的决定因素,对加速死亡意愿预测起显著作用。可能因为疾病导致患者生活需要部分甚至完全依赖他人,同时加重家庭经济负担,患者负罪感强烈,长期负性情绪导致抑郁甚至绝望,从而产生加速死亡的想法。因此,护理人员应重视心理因素对患者加速死亡意愿的影响,敏锐察觉患者情绪变化,制订降低患者负性情绪的策略,并采取措施促进其正性情绪产生。

4.3 家庭凝聚力 家庭凝聚力是指家庭处于危机状态时家人彼此间的情感状态,即家庭成员间相互支持、关心和帮助,肯定彼此能力以及尊重家庭成员的自我价值^[32]。Kelly 等^[33]发现,在接受姑息治疗的晚期癌症患者中,14%的患者报告了高水平加速死亡意

愿,其中家庭凝聚力作为重要的因素影响着患者的加速死亡意愿水平。家庭凝聚力越高,患者加速死亡意愿水平越低。可能是因为家庭凝聚力高的患者与家属间更容易传递积极情绪,从而间接减弱加速死亡意愿水平。因此,护理人员应鼓励和引导家属参与到患者的疾病管理中,充分发挥家庭成员的主观能动性,增强家庭凝聚力,减少或消除患者的负性情绪,从而降低患者加速死亡意愿水平。

4.4 社会支持 社会支持具有普遍的增益作用,即社会支持可以减少个体的不良情绪,维持和促进个体身心健康,对于疾病晚期患者加速死亡意愿亦如此。研究发现,社会支持越高,疾病晚期患者死亡欲望越低^[34]。一项前瞻性调查发现,社会支持能够预测患者加速死亡意愿,但对预测贡献性较小^[35]。Rodin 等^[5]发现,加速死亡意愿与社会支持呈负相关,即社会支持度越高,加速死亡意愿水平越低。可能因为较高的社会支持水平能够帮助患者提高社会适应,增强自我效能感,减轻经济负担,从而间接减弱患者加速死亡意愿水平。因此,护理人员应协助患者提高社会资源利用度,积极寻找外界帮助,引导患者积极反思,促进其正性心理转变。

4.5 生命意义 生命意义是确保危及生命的疾病患者的精神健康和生活质量的关键因素^[24]。生命意义存在个体差异,并且也可能随着时间的推移以及根据个体在不同时刻的不同情况而发生变化。Belar 等^[26]对 201 例疾病晚期患者的调查显示,生活失去目标和意义是预测死亡意愿的独立因素。在对癌症患者的主治医生和主要照顾者进行抽样调查发现,失去活着的意义是导致晚期患者加速死亡意愿的主要原因之一^[27],而对患者本人关于死亡意愿的定性研究的系统评价同样表明了生命意义对于加速死亡意愿的重要性^[6]。可能因为患者发现自己生命存在的意义后能够更好地应对自身负性情绪,从而间接降低加速死亡意愿水平。因此,护理人员需与患者深入交流,探讨对生命意义的理解,帮助患者发现生活和生命的意义。

5 干预措施

5.1 意义疗法 生命的意义是通过个体的角色、成就和与他人联系的价值和意义来确立的^[36]。以生命意义为核心的团体心理治疗(Meaning Centered Group Psychotherapy, MCGP)由 Breitbart 等^[37]开发,旨在帮助晚期癌症患者维持或增强他们生命中的意义、平静和目标感。MCGP 涵盖的主题包括生命意义的概念、生命意义的来源、生活的历史背景、生命局限性对生命意义的影响、责任感、创造力、爱和幽默。实施过程通常由特定的研究人员组成治疗团队并与患者一起探索 MCGP 涵盖的主题内容,帮助患者重新找寻生命意义。Rosenfeld 等^[38]针对门诊实体瘤患者开展随机对照试验,采用 MCGP 干预

8周和2个月后发现,患者认识到生命的价值和意义,患者死亡欲望降低,且随着时间推移死亡欲望降低程度更高。MCGP虽已在国外疾病晚期患者心理健康状况中得到充分验证,但不一定适用于我国疾病晚期患者加速死亡意愿,未来可结合我国文化背景和姑息治疗环境,缜密分析疾病晚期患者加速死亡意愿的影响因素,进一步探索MCGP的应用效果,完善生命意义的主题内容,培塑疾病晚期患者生命价值感,正确面对死亡。

5.2 尊严疗法 尊严疗法通过让患者在生命最后有限时间内回顾一生,深层次挖掘自己的人生价值,敞开心扉,真情表达,旨在减轻患者的悲伤情绪,提高人生意义和价值感,增强患者尊严感^[39]。尊严疗法主要包括重要回忆、自我、人生角色、个人成就、特别事情、期望和梦想、经验、人生建议和其他事情9方面的内容。尊严丧失是晚期癌症患者加速死亡意愿的独立预测因子,增强患者的尊严感有助于降低加速死亡意愿的可能性或强度^[31]。Chochinov等^[40]对接受姑息治疗的绝症患者进行尊严疗法干预,结果显示,干预后47%的患者加速死亡意愿程度减轻,生存意愿增强。因此,在晚期疾病患者住院期间,治疗团队应尽早实施尊严疗法并对其加速死亡意愿进行评估;出院后继续随访并鼓励患者探索人生价值,减轻负性情绪,增强尊严感。

5.3 精神科或心理科咨询 《成人癌症患者心理社会护理的临床实践指南》^[41]建议为疾病晚期患者心理健康状况进行常规筛查。虽然当前有较多成熟且普适性的筛查工具,但准确诊断疾病晚期患者是否患有精神类或心理疾病需要专业人员在使用筛查工具辅助判断的基础上开展结构化访谈,并为任何有自杀风险的患者寻求紧急且专业的精神科咨询。姑息治疗团队、精神科专业医护人员或心理学家、患者及主要照顾者共同制订个性化心理护理方案,确定干预方式和内容,促进疾病晚期患者心理健康。同时,医护人员应与患者建立起相互信任的关系,不仅有利于评估患者加速死亡意愿相关的心理和精神健康,而且在给予患者和家属心理健康建议方面有重要意义。

6 小结

加速死亡意愿在疾病晚期患者中普遍存在,医护人员、患者家属及主要照顾者应给予足够重视。目前,国外关于疾病晚期患者加速死亡意愿的研究仍停留在横断面研究,且缺乏高质量的评估工具,相关实证研究相对匮乏。国内主要围绕疾病晚期患者其他方面心理健康问题开展研究,对死亡意愿关注较少。建议借鉴国外研究成果,结合我国文化背景,引进或开发疾病晚期患者加速死亡意愿评估工具,完善相关质性和量性研究,并开展纵向调查探索影响因素,同时参照成熟心理护理方案制订适合我国疾病晚期患者的加速死亡意愿干预策略,使疾病晚期患者正视死

亡,减轻死亡焦虑,也为临床工作者开展精准、有效的连续性心理社会保健服务提供参考。

参考文献:

- [1] Bellido-Perez M, Monforte-Royo C, Tomas-Sabado J, et al. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: a systematic review of measurement instruments[J]. *Palliat Med*, 2017, 31(6): 510-525.
- [2] Josep P, Iris C, Cristina M, et al. The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: a cross-sectional study[J]. *Palliat Med*, 2019, 33(6): 570-577.
- [3] Tolle S W, Tilden V R, Drach L L, et al. Characteristics and proportion of dying Oregonians who personally consider physician-assisted suicide [J]. *J Clin Ethic*, 2004, 15(2): 111-118.
- [4] Tulsky J A, Ciampa R, Rosen E J. Responding to legal requests for physician-assisted suicide. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel[J]. *Ann Intern Med*, 2000, 132(6): 494-499.
- [5] Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, et al. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer[J]. *J Pain Symptom Manag*, 2007, 33(6): 661-675.
- [6] Monforte-Royo C, Villavicencio-Chavez C, Tomas-Sabado J, et al. What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients[J]. *PLoS One*, 2012, 7(5): e37117.
- [7] Block S D, Billings J A. Patient requests to hasten death. Evaluation and management in terminal care[J]. *Arch Intern Med*, 1994, 154(18): 2039-2047.
- [8] Chochinov H M, Wilson K G, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill[J]. *Am J Psychiat*, 1995, 152(8): 1185-1191.
- [9] Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, et al. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors[J]. *PLoS One*, 2016, 11(1): e0146184.
- [10] Busquet-Duran X, Jimenez-Zafra E M, Martinez-Losada E J, et al. Wish to hasten death in home palliative care. Look for your seven percent[J]. *Rev Esp Salud Publica*, 2021, 95: e202110138.
- [11] de Vries E, Leal A F, van der Heide A, et al. Medical decisions concerning the end of life for cancer patients in three Colombian hospitals—a survey study[J]. *BMC Palliat Care*, 2021, 20(1): 161.
- [12] Rosenfeld B, Breitbart W, Stein K, et al. Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: the schedule of attitudes toward hastened death[J]. *Am J Psychiat*, 1999, 156(1): 94-100.
- [13] Voltz R, Boström K, Dojan T, et al. Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study[J]. *Palliat Med*, 2021, 36(3): 489-497.
- [14] Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Terminally ill cancer

- patients' wish to hasten death[J]. *Palliat Med*, 2002, 16 (4): 339-345.
- [15] Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M, et al. The schedule of attitudes toward hastened death: measuring desire for death in terminally ill cancer patients[J]. *Cancer*, 2000, 88(12): 2868-2875.
- [16] Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, et al. The schedule of attitudes toward hastened death: validation analysis in terminally ill cancer patients[J]. *Palliat Support Care*, 2004, 2(4): 395-402.
- [17] Shim E J, Hahm B J. Anxiety, helplessness/hopelessness and desire for hastened death in Korean cancer patients[J]. *Eur J Cancer Care*, 2011, 20(3): 395-402.
- [18] Villavicencio-Chavez C, Monforte-Royo C, Tomas-Sabado J, et al. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients[J]. *Psychooncology*, 2014, 23(10): 1125-1132.
- [19] Galushko M, Strupp J, Walisko-Waniek J, et al. Validation of the German version of the Schedule of Attitudes toward Hastened Death (SAHD-D) with patients in palliative care[J]. *Palliat Support Care*, 2015, 13(3): 713-723.
- [20] Wang Y C, Lin C C. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients[J]. *Cancer Nurs*, 2016, 39(4): E43-E50.
- [21] Wilson K G, Graham I D, Viola R A, et al. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care[J]. *Can J Psychiat*, 2004, 49(6): 350-358.
- [22] Joad A S K, Hota A, Agarwal P, et al. "I want to live, but ..." the desire to live and its physical, psychological, spiritual, and social factors among advanced cancer patients: evidence from the APPROACH study in India[J]. *BMC Palliat Care*, 2022, 21(1): 153.
- [23] Hatano Y, Morita T, Mori M, et al. Complexity of desire for hastened death in terminally ill cancer patients: a cluster analysis[J]. *Palliat Support Care*, 2021: 1-10.
- [24] Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Tomas-Sabado J, et al. Meaning in life as a mediator between physical impairment and the wish to hasten death in patients with advanced cancer[J]. *J Pain Symptom Manag*, 2017, 54(6): 826-834.
- [25] Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, et al. Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer[J]. *Int J Palliat Nurs*, 2004, 10(10): 476-483.
- [26] Belar A, Martinez M, Centeno C, et al. Wish to die and hasten death in palliative care: a cross-sectional study factor analysis[J]. *BMJ Support Palliat Care*, 2021: bmj-spcare-2021-003080.
- [27] Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care[J]. *J Pain Symptom Manag*, 2004, 27(1): 44-52.
- [28] Suarez-Almazor M E, Newman C, Hanson J, et al. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival[J]. *J Clin Oncol*, 2002, 20(8): 2134-2141.
- [29] William B, Barry R, Christopher G, et al. Impact of treatment for depression on desire for hastened death in patients with advanced AIDS[J]. *Psychosomatics*, 2010, 51(2): 98-105.
- [30] Rodriguez-Prat A, Balaguer A, Crespo I, et al. Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: a systematic review[J]. *Bioethics*, 2019, 33(4): 411-420.
- [31] Monforte-Royo C, Crespo I, Rodriguez-Prat A, et al. The role of perceived dignity and control in the wish to hasten death among advanced cancer patients: a mediation model[J]. *Psychooncology*, 2018, 27(12): 2840-2846.
- [32] 王文慧, 姜喆, 杨芷. 癌症患者家庭韧性因素的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(23): 17-19.
- [33] Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness[J]. *Psychol Med*, 2003, 33(1): 75-81.
- [34] Saracino R, Kolva E, Rosenfeld B, et al. Measuring social support in patients with advanced medical illnesses: an analysis of the Duke-UNC functional social support questionnaire[J]. *Palliat Support Care*, 2015, 13(5): 1153-1163.
- [35] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer[J]. *JAMA*, 2000, 284(22): 2907-2911.
- [36] 何嫒. 灵性照护在晚期肿瘤患者中的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(13): 102-105.
- [37] Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial[J]. *Psychooncology*, 2010, 19(1): 21-28.
- [38] Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, et al. Why is meaning-centered group psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients[J]. *Psychooncology*, 2018, 27(2): 654-660.
- [39] 章艳婷, 钱新毅, 李建军. 临终患者尊严死的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(7): 15-18.
- [40] Chochinov H M, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life[J]. *J Clin Oncol*, 2005, 23(24): 5520-5525.
- [41] Turner J, Zapart S, Pedersen K, et al. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer[J]. *Psychooncology*, 2005, 14(3): 159-173.

(本文编辑 韩燕红)